



Asiakaslähtöisyys tehostetussa asumispalvelussa

Omakuvamonologi-menetelmän käyttö elämänlaa-
tua lisäävänä tekijänä

Susanna Shemeikka

OPINNÄYTETYÖ

Marraskuu 2021

Sairaanhoitajan tutkinto- ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

SHEMEIKKA, SUSANNA:

Asiakaslähtöisyys tehostetussa asumispalvelussa

Omakuvamonologi-menetelmän käyttö elämänlaatua lisäävänä tekijänä

Opinnäytetyö 72 sivua, joista liitteitä 9 sivua

Marraskuu 2021

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan asiakasta hoiva- ja hoitotyön keskiössä asumispalvelun yksikössä. Opinnäytetyö on kvalitatiivista ja sisältää toiminnallisen osuuden.

Opinnäytetyössä selvitetään, onko olemassa olevilla resursseilla mahdollisuutta toimintakulttuurin muutokselle hoivayhteisössä, kun tavoitteena on asiakkaan elämänhallinnan lisääminen oman elämänsä asiantuntijana. Opinnäytetyön toiminnallisessa osuudessa testataan valmista toimintamallia, Omakuvamonologi-menetelmää, kokoamalla neljästä asukkaasta omakuvamonologit sekä piirienalysoimalla ne erillisissä hoitoneuvotteluissa. Tutkimuskysymyksiä, lisääkö omakuvamonologi- menetelmän tekeminen asukkaasta asiakaslähtöisyyttä hoivatyössä sekä näkykö asukas hoiva- ja hoitotyön keskiössä elämänhallintaa ja ihmisläheisyyttä ylläpitävänä arvona, tarkastellaan opinnäytetyön eri vaiheiden kautta. Asumispalveluyksikön asiakaslähtöiseen elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä tarkastellaan ilmiönä hoiva- ja hoitotyön toimintakulttuurissa.

Opinnäytetyön tutkimustuloksissa selvisi, että asiakaslähtöisyyttä koettiin olevan nykyiselläänkin tutkimustyön kohteena olevassa asumispalveluyksikössä. Sen sijaan elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä asukkaan arjessa havaittiin olevan vähemmän. Asukkaan elämäntarinaa tutustuminen koettiin hyvänä asiana, joka mahdollistaa syvemmän tutustumisen asukkaaseen ja siten antaa paremmat valmiudet kohdata toimintakyvyiltään, arvomaailmaltaan ja kulttuuritaustaltaan erilaisia vanhuksia. Asumispalveluyksikön johdon koettiin olevan mukana asiakaslähtöisen toimintamallin ylläpitämisessä resurssien mukaan.

Kirjallisuudessa huomioitiin merkityksellisenä organisaation yhteinen näky jokaisella tasolla, toimintakulttuurin suunnan kehittymiseen vaikuttavana asiana. Esimies mainittiin koko työyhteisön ohjaajana, niin ajankäytön suhteen kuin resurssien kohdistamisessa. Asukkaan läheiset nimettiin tulkeiksi henkilöinä, jotka parhaiten tuntevat läheisensä toimintatapoineen. Hoiva- ja hoitotyössä painottui ammatillinen osaaminen, jossa hoiva- ja hoitotyöntekijöiltä vaaditaan laajaa osaamista, niin tiedollisesti, taidollisesti kuin asenteellisestikin. Asukkaan voimavara- lähtöinen ajattelu tuli myös vahvasti esille kirjallisuudessa.

Asiakaslähtöisyys ja elämänlaadun lisääminen ovat mahdollista nykyisillä resursseilla. Muutokset asukkaan hoivassa elämäntarinan huomioimiseksi ovat pieniä mutta merkityksellisiä arjen asioita. Tarvitaan yhteinen päätös. Asukkaan kokonaisvaltainen huomiointi ainutlaatuisena yksilönä oman elämänsä asiantuntijana ja asukkaan voimavarojen huomiointi.

Asiasanat: Asiakaslähtöisyys, omakuvamonologi- menetelmä, elämänlaatu, hoiva- ja hoitotyö, tehostettu asumispalvelu

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

SHEMEIKKA, SUSANNA:

Customer orientation in enhanced service housing
Using self-portrait monologue method as increasing quality of life

Bachelor's thesis 72 pages, appendices 9 pages.
November 2021

The purpose of this thesis is to find out if it's possible to change the culture of function in a care community with current resources when the goal is to increase the customer's life management as an expert of his own life. In the functional part the ready operating model is tested by gathering self-portrait monologues and circuit analyzing them in separate care consultations. The contributing factor to the housing service unit's life quality that includes customer orientation is viewed as a phenomenon of the culture of function in nursing and care work.

The research results clarified that customer orientation was currently already experienced in the housing service unit that was the target of the research. Instead, the things that affected customer's life quality were found to be only of few. Exploring the client's life story was felt to be a good thing that permits deeper acquaintance with the client and gives better readiness to face elderly people who have different performances, values, and culture backgrounds.

In literature this department management was experienced to take a part in maintaining customer orientated style taken into account the given resources. This was observed as a meaningful, shared vision of an organization that affects the operating culture's direction development at every level. In nursing and care work professional competence was emphasized and in which the medical staff needs to have extensive competence. Both informatively, skillfully and with the right attitude.

Customer orientation and quality of life are possible to acquire with small things in the care work. We need a collective decision. To observe elderly people better in their background and performances.

Key words: customer orientation, self-portrait monologue method, quality of life, nursing and care work, enhanced service housing

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	6
	2.1 Tehostettu palveluasuminen ja asiakkuus.....	6
	2.2 Aukkaaksi tulo ja asuminen nykytilan kuvaus	8
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	11
	3.1 Asiakslähtöisyys.....	11
	3.2 Elämänlaatu	14
	3.3 Ihmislähtöinen käytäntö ja elämänhallinta	17
	3.4 Hoiva- ja hoitotyö	19
	3.5 Gerontologinen hoitotyö	22
	3.6 Työyhteisön toimintakulttuuri.....	24
	3.7 Omakuvamonologi -menetelmä ja prosessi	26
4	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	30
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	31
	5.1 Tutkimuksen eettisyys.....	32
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	34
	6.1 Tutkimuksen vaiheet	34
	6.2 Tulosten arviointi	37
7	TUTKIMUSTULOKSET	38
	7.1 Tilanne ennen piirianalysointia	38
	7.2 Tilanne piirianalysoinnin jälkeen.....	46
8	Johtopäätökset	52
	8.1 Näkykö asukas hoiva – ja hoitotyön keskiössä?.....	52
	8.2 Lisäsikö omakuvamonologi asiakslähtöisyyttä?	54
	8.3 Tulosten jalkauttaminen	58
9	Pohdinta ja kehittämis ehdotukset	59
	LÄHTEET	61
	LIITTEET	64

1 JOHDANTO

Tehostettuun asumispalveluun siirrytään yleensä siinä vaiheessa, kun kotona asuminen ei ole enää mahdollista tuettunakaan. Tässä opinnäytetyössä tehostetulla asumispalvelulla tarkoitetaan ikääntyneiden ympärivuorokautista yhteisasumista, omissa vuokrahuoneissa. Asumispaikaksi siirrytään usein kotiympäristöstä, hoitotyö- ja hoitajakeskeiseen hoitoon ja huolenpitoon. Pirhonen (2015, 25–33) onkin todennut vanhojen ihmisten pitkäaikaishoidon toimintafilosofian olevan kotoisuukseltaan monelta osin terveydenhuollon puolelta. Monilla asukkailla tässä yksikössä on useita perussairauksia, toimintakykyä rajoittavia tekijöitä sekä eri syistä aiheutuneita muistisairauksia. He voivat olla toimintakyvyltään ja perussairauksiltaan hyvin erilaisissa tilanteissa sekä erilaisissa elämänvaiheissa.

Tämän opinnäytetyön painopiste on hoivayksikön asukkaan toimijuudessa, jossa asukas tuodaan hoiva- ja hoitotyön keskiöön. Opinnäytetyössä pyritään selvittämään, saadaanko työyhteisön hoitokulttuurissa aikaan muutosta, jolloin asukkaan osallisuus, toimijuus, itsemääräämisoikeus, ihmisläheisyys, asiakaslähtöisyys ja elämänhallinta luovat hoidon ja hoivan perustan. Pirhonen (2015, 25–33) mainitsee, että yksilön toimijuus ei katoa toimintakyvyn heikentyessä vanhetessa, vaan muuttuu vaikeammin havaittavaksi ja hienovaraisemmaksi. Opinnäytetyön visiona on tyytyväinen vanhus, mielekäs arki, johon on pystynyt itse vaikuttamaan.

Opinnäytetyöntekijällä on pitkä työkokemus vanhustyöstä, yksityisestä sekä kunnallisesta asumispalvelusta. Työn tekeminen tästä aiheesta syntyi käytännön prosessina ja pohdintana hoiva-asukkaan kanssa mahdollistetun ajan ja ajankäytön problematiikasta. Miten laadukkaasti asukas toivoisi häntä hoidettavan elämän ehtopuolella ja miten hoitotyön henkilöstön käytettävissä olevat resurssit siihen voitaisiin paremmin kohdistaa? Pitkä työkokemus vanhustyöstä voi kuitenkin olla jopa haitaksi asian objektiiviselle käsittelemiselle. Silloin asian tasavertainen tarkastelu saisi subjektiivisen näkökulman, mikä ei ole toivottavaa. Neutraalia näkökulmaa asian käsittelyyn onkin pyritty tässä opinnäytetyössä johdonmukaisesti esittelemään kirjallisuuden kautta.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

2.1 Tehostettu palveluasuminen ja asiakkuus

Sosiaalihuoltolain (2014, 21§) mukaan henkilölle, jotka tarvitsevat huolenpidon lisäksi hoitoa, järjestetään palveluasumista. Palveluasuminen pitää sisällään palveluasunnossa asumisen lisäksi tarvittavia palveluja. Jos hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista, järjestettävä palvelu on tehostettua asumispalvelua, jolloin palveluja järjestetään ympärivuorokautisesti asiakkaan tarpeen mukaan. Palveluilla tarkoitetaan hoitoa ja huolenpitoa, sisältäen toimintakykyä ylläpitävän ja edistävän toiminnan sekä aterial- ja vaatehuollon-, siivous- ja peseytymispalvelut sekä palvelut, jotka edistävät sosiaalista kanssakäymistä. (Sosiaalihuoltolaki 2014.)

Tehostetun palveluasumisen asiakas maksaa palveluista kunnan tai muun palvelun tuottajan hinnaston mukaisesti. Mikäli palvelu on kunnan järjestämää, on maksu yleensä asiakkaan tuloihin sidonnaista. Asumisesta peritään yleensä erillinen vuokrasopimuksen mukainen vuokra. (Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaalipalvelut 2014.) Tehostetun palveluasumisen yksikössä henkilöllä on kaksinaimainen rooli. Toisaalta hän on asukas, koska häneltä peritään asumisesta vuokraa ja toisaalta hän on asiakas tarvitessaan hoidon ja hoivan palveluja. Taina Semin mukaan muistisairaalan hoitoyhteisössä myös omainen on asiakas (Semi 2004, 54). Palvelujen käyttäjiin liitetään julkisjohtamisessa myös muita käsitteitä kuten asiakas (customer, client), palvelun käyttäjä (service user), osallinen (stakeholder) tai kansalainen (citizen) sekä veronmaksaja (taxpayer). (Hyväri 2017, 33.) Tässä yhteydessä asiakas julkisten palvelujen käyttäjänä tarvitsee tehostetun asumispalveluyksikön asukkaana ympärivuorokautista hoivaa ja hoitoa, oman toimintakykynsä rajoitteiden vuoksi, omassa vuokrahuoneistossa yhteisasumisympäristössä.

Asumispaikan saamisen edellytyksenä on toimintakyvyn ja itsestä huolehtimisen selvä vajavuus, RaVa- toimintakykymittarin ja RaVa-indeksin mukaisesti. Tätä kutsutaan RaVa- luokitukseksi. (Lähdesmäki & Vornanen 2009. 60-63). Hoidon

tarpeen kriteereiden täytyttyä asiakkaalle myönnetään asumispalvelupaikka. Tehostetun asumispalvelun hakemuksessa asiakas voi esittää toivomuksen asumisyksiköstä. Opinnäytetyön kohteena olevaan tehostetun asumispalvelun kaksiosaiseen yksikköön tuleva uusi asukas saa tiedon myönnetystä asumispaikasta asiakasohjausyksikön kautta.

Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävän lain, (812/2000) 7 §:n, mukaan toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhteistyössä ja asiakkaan ymmärtävällä tavalla. Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman valmistelussa yhdistyvät niin asiakkaan tarpeet ja toiveet, kuin olemassa olevat palvelu- ja hoitomahdollisuudet sekä työntekijän asiantuntijuus. Työntekijä luo yhteistyössä asiakkaan kanssa hänen tilanteeseensa sopivimman palvelukokonaisuuden, jonka toteutumista arvioidaan. Tarvittaessa suunnitelmaa muutetaan ja muutos kirjataan sovitun käytännön mukaisesti. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5-6). Hoito- ja palvelusuunnitelma on myös asiakirja tai asiakirjakokonaisuus, johon kirjataan yhteistyössä asiakkaan kanssa hänen tarvitsemansa palvelut ja hoito sekä niiden toteutustapa ja kesto. Samalla sovitaan hoito- ja palvelusuunnitelman tarkistamisen ajankohdat. Asiakslähtöinen hoito- ja palvelusuunnitelma-asia kirja kokoaa, rajaa ja tuo esiin asiakkaan kuntoutuksen tarpeet ja kuntoutumisen voimavarat, palvelujen, hoivan ja hoidon tarpeet sekä ehkäisevän työn mahdollisuudet. (Päivärinta & Haverinen 2002,3).

Käytännön arviointiin asukkaan toimintakyvyn osalta, otetaan yksikössä käyttöön lähiaikoina Rai- arviointivälineistö. Tämä perustuu lakiin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), joka velvoittaa kunnat käyttämään iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa Rai- arviointivälineistöä. Rai-välineistön käyttö on aloitettava viimeistään 1.4.2023. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021). RAI (resident assesment instrument) on kansainvälinen vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen, laadun ja kustannusten arviointi- ja seurantaväline. Suomessa Rai -järjestelmän vastuuorganisaatioina toimivat Terveiden ja hyvinvoinnin laitos sekä Chydenius – instituutti. Rai- mittarin avulla koetetaan löytää vanhuksen toimintakyvyn

vahvuudet ja heikkoudet. Järjestelmä soveltuu hyvin hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan ja hoidon tulosten seurantaan. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 63-64.)

Rai on siis kokonaisuuksien väline, joka sisältää arviointikysymykset vastausvaihtoehtoineen sekä käsikirjan. Arvioinnista muodostuu Rai-mittareita, joita hyödynnetään asiakkaan hoidon suunnittelussa ja seurannassa. Rai-välineet ovat yhdenmukaiset kaikissa maissa, joissa sitä käytetään. Rai- arvioinnin etuna on, että asiakas osallistuu siihen itse ja hänet kohdataan yksilönä sekä hänen tarpeitaan kartoitetaan kokonaisvaltaisesti. Se tarjoaa tyytyväisyyttä, turvallisuutta ja luottamuksen tunnetta asiakkaalle. Rai-arviointi auttaa myös hoitajaa huomioimaan tärkeimmät asiat ja muutokset asiakkaan voinnissa ja toimintakyvyssä. Näiden tietojen avulla asiakkaalle voidaan tehdä yksilöllisiä tarpeita vastaava hoito-, palvelusuunnitelma. Rai-välineiden arviointikysymykset liittyvät terveydentilaan, toimintakykyyn, lääkitykseen, ravitsemukseen, muistitoimintoihin ja mielialaan, kuntoutukseen, ympäristöön, osallisuuteen ja aktiivisuuteen, läheisten tukeen. Rai-arviointi luokitellaan asiakastiedoksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2021.)

2.2 Asukkaaksi tulo ja asumisen nykytilan kuvaus

Uuden asukkaan saadessa tiedon asumispalvelupaikasta, asukkaalla ja läheisellä on mahdollisuus käydä tutustumassa ennakoon tehostetun asumispalvelun yksikköön, josta paikka vastaanotetaan yleensä muutaman päivän sisällä. Asukas tuo mukanaan asuntoon omia, hänelle tärkeitä tavaroita kotoa. Asumispalveluyksikössä on ennakotieto uuden asukkaan hoidon ja hoivan palveluntarpeesta.

Asukkaan muuttaessa, keskustellaan vastaanottavan hoitajan tai tiimisairaanhoidajan kanssa yksikön toimintatavoista. Asukkaalle nimetään omahoitaja. Asukkaalle tai läheiselle annetaan muun info- materiaalin lisäksi elämänkaari- lomake täytettäväksi. Elämänkaari- lomake sisältää kysymyksiä asukkaan elämänvaiheista ja merkityksellisistä asioista lapsuudesta vanhuuteen saakka. Lomakkeen täyttäminen on vapaaehtoista. Se täytetään niiltä osin, kuin asukas tai läheinen

katsovat sen olevan hyödyksi hyvän hoito- ja palvelusuhteen syntymiselle. Elämänkaari- lomakkeen avulla hoitoyhteisö voi tutustua asukkaan elettyyn elämään sekä merkityksellisiin asioihin. Ne voivat olla myös yhteisten juttutuokioiden aiheena asukkaan kanssa, tai keino ymmärtää asukkaan taustaa elämänhistoriaan peilaten. Elämänkaari- lomakkeen hyödyntäminen kuuluu jokaisen hoitajan omaan harkintaan. Omahoitaja hyödyntää elämänkaari- lomaketta hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa.

Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään noin kuukauden kuluessa yksikköön muuttamisesta. Se käsitellään asukkaan ja läheisen kanssa sekä tehdään tarvittavat korjaukset. Hoito- ja palvelusuunnitelma vahvistetaan asianosaisten allekirjoituksella. Se on hyvä tilaisuus myös läheiselle pyrkiä vaikuttamaan läheisensä hoitoon. Hoito- ja palvelusuunnitelma päivitetään puolivuosittain tai vähintään kerran vuodessa kokonaisvaltaisesti. Nykytilanteessa hoito- ja palvelusuunnitelma toimii asiakasdokumenttina potilastietojärjestelmässä. Sen jatkuvaa toteutumista ei hoitotyön raportointien yhteydessä seurata, tai muutoin sitä tarkastella eri asiayhteyksissään. Toteutumista seurataan lähinnä siihen velvoitettavien merkintöjen kautta esimerkiksi rajoitteiden käyttö tai yksittäisen hoitajan harkinnan mukaan. Tiimisairaanhoidaja tekee nykytilanteessa myös noin kolmen kuukauden välein kaikista asukkaista väliarvioinnin, jossa kirjataan yhteenveto hoidon ja kuntoutuksen näkökulmasta, voinnissa ja hoidossa tapahtuneet kehitykset ja muutokset. Tämän seurannan hyötynä ovat aikajaksot, jolloin asukkaan voinnin muuttumista on tarvittaessa helpompi seurata potilastietojärjestelmästä.

Tässä tehostetun asumispalvelun yksikössä koulutetaan parhaillaan Rai-järjestelmän käyttöä. Yksikköön on nimetty koulutetut Rai- yhdyshenkilöt, joiden vastuulla on olla järjestelmän käytön kouluttautumisen tukena koko hoitohenkilökunnalle. Uusi toimintamalli vaatii yhteistyön myös hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä, joten asukkaan kokonaisvaltainen huomiointi siirtynee käytäntöön näiden mittareiden kautta. Kuitenkin yhtenä kirjallisuudesta esiin tulleen näkökulmana voisi jatkossa pohtia käyttökokemuksia Rai- järjestelmästä, jossa sen on todettu vievän runsaasti aikaa varsinaiselta hoiva- ja hoitotyöltä, mikäli työjärjestelyissä ei ole erikseen sitä huomioitu (Hoppania, Karsio, Näre, Olakivi, Sointu, Vaittinen & Zechner 2016, 105-106).

Hoitotyön päivittäisessä arjessa tässä opinnäytetyön tarkastelun kohteena olevassa asumispalveluyksikössä, asukkaan yksilöllisempi hoiva ja hoito näkyvät omahoitajuuden lisäksi aamuvuoroissa, jossa jokaisella vuorossa olevalla hoitajalla on 4-5 asukasta hoidettavanaan työvuoron aikana. Tämä toimintatapa on käytössä asumispalveluyksikön toisessa kodissa. Toimintatapa on vakiintunut tässä kodissa puolentoistavuoden ajan ja se on laajentunut vähitellen huolehtimaan kokonaisvaltaisemmin näistä nimetyistä asukkaista vuoron aikana. Tämä näkyy heidän erityisempänä huomioimisenaan perushoidossa, puhuttelutavassa ja kohtelussa vuoron aikana, asukkaan voinnin seurannassa, asukashuoneen järjestelyissä tai tarvittavien hoitotarvikkeiden huolehtimisena heidän kohdallaan. Myös läheisten puhelut ohjataan asukasta hoitaneelle hoitajalle. Tämä on lisännyt työmotivaatiota siten, että kaikista asukkaista ei itse tarvitse huolehtia. Kielteisinä puolina on näkynyt hoitajien mahdollista mieltymystä parityöskentelyyn, koska hoitotyötä pidetään fyysisesti melko raskaana. Kuitenkin työllä on yhteinen päämäärä, hoitotoimien valmiiksi saattaminen vuorossa, joten kaikkia avustetaan tarvittaessa. Omahoitajuus sen sijaan ei ole kovin näkyvää käytännön arjessa, lähinnä yhteydenpitoa läheisiin, asukkaan asioiden huolehtimisesta sekä hoitosuunnitelmat. Jokainen omahoitaja toteuttaa sitä mahdollisuuksien mukaan.

Yhteistä arjen elävöittämistä asukkaille järjestetään kodeissa vaihtelevasti, vallitsevien resurssien ja hoitajan oman aktiivisuuden mukaisesti. Virikkeitä koteihin tuovat säännölliset niin sanotun kolmannen sektorin tarjoamat palvelut, kuten seurakunnan ja kansalaisopiston käynnit. Lisäksi järjestetään teemoittain suunniteltua ohjelmaa oman yksikön tai johdon toimesta, tästä esimerkkinä Hilda -digipalvelu. Hoitotyön arkea rytmittävät perushoivasta ja hoidosta huolehtimisen lisäksi muun muassa asukkaiden ruokailuajat sekä hoitajille laadittu työaikajärjestely ja sen painopisteet työvuorosuunnittelussa. Jokaisen hoitajan oma aktiivisuus ja persoona määrittävät esimerkiksi omahoitajuuteen käytettävän ajan sekä asiakkaan arjen elävöittämisen.

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.1 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyyden määritelmäksi on sosiaalityössä kuvattu muun muassa asiakkaan tilanteesta ja tarpeesta liikkeellelähtöä sekä asiakkaan oman asiantuntijuuden ja osallisuuden huomioimista osana palveluprosessia. Hoitotyössä on puhuttu potilaskeskeisyydestä sekä ihmisläheisestä hoitamisesta. Hyväri (2017) kirjoittaa Helmisen 2017 toimittamassa teoksessa, ihmisläheisen hoidon keskeisiä ominaisuuksia olevan Töyryn (1993,1998) ja Leppäsen (1997) mukaan arvostus, kunnioitus, itsensä hyväksyminen ja päätöksenteko, johonkin kuuluminen, turvallisuus, kannustaminen ja luottamus. Nämä ovat lähellä asiakas- ja potilaslähtöisyyttä. Näiden ajatusmallien selkeyttäminen ja palvelujen kehittäminen ovat tärkeitä palvelujärjestelmien rakentamisessa. Näillä toimintakäytännöillä voidaan lisätä hoidon ja sosiaalisen tuen vaikuttavuutta, kustannustehokkuutta sekä asiakkaiden kuin myös työntekijöidenkin tyytyväisyyttä. Sosiaali- ja terveydenhuollon muutospaineiden alla palveluilta vaaditaan syvällisempää kykyä vastata asiakkaiden tarpeisiin ja odotuksiin. (Hyväri 2017, 32-33.)

Palveluiden käyttäjien roolit muuttuvat asiakassuhteissa enenevästi osallistuvaan, arvioivaan ja palvelutapahtumaa heijastavaan tai pohdiskelemaan suuntaan. Tämä haastaa asiakaslähtöisen toiminnan ja ajattelutavan, jossa korostuvat asiakkaan kuuleminen sekä aktiivinen ja autonominen rooli. (Hyväri 2017, 38.) Asiakaslähtöisen palvelukulttuurin kehittämisessä onkin työntekijöiden oma-aloitteisuus, aktiivisuus ja heille siirretty valta merkittävässä roolissa. Itsenäinen innovaatiotoiminta haastaa perinteisiä ja vakiintuneita toimintatapoja. (Hyväri, 2017, 41). Asiakaslähtöisyyden peruslähtökohta on kohtaaminen. Työntekijä, joka toimii asiakaslähtöisesti, pyrkii ymmärtämään asiakasta sekä syventymään hänen elämäntilanteeseensa ja kokemuksiinsa. Asiakaslähtöisyyden yhtenä tavoitteena on myös asiakkaan elämänhallinnan keskittäminen hänelle itselleen. (Notko 2007, 235 -236.) Asiakaslähtöisyys on siis yhdessä tekemistä asiakkaan kanssa. Tällöin sosiaalisuus ja asiakkaan tasaveroinen kumppanuus ovat keskiössä niin

palvelun suunnittelussa, toteutuksessa kuin arvioinnissakin. Tällä tavalla asiakkaan arviointi, palaute saadaan aitona käyttäjäkokemuksena. Vertaa asiakaskeisyyttä, ulkopuolisena kohteena. (Kulmala 2017, 28 – 29.)

Asiakasnäkökulman esiin nostaminen ihmissuhdetyössä on ollut tärkeä askel kahden ihmisen välisessä vuoropuhelussa. Se ei kuitenkaan tarkoita, etteikö myös työntekijä voisi olla aktiivinen osapuoli. Asiakaskeisyys ei olekaan vuorovaikutuksen kannalta ongelmantonta, koska voidaan miettiä, kuinka pitkälle asiakkaan ehdoilla voi mennä. Dialogisessa vuorovaikutussuhteessa ei siis täysin voida edetä vain toisen osapuolen ehdoilla. (Mönkkönen 2018, 82-83.)

Asiakaskeisyyttä ei saa näin ollen ymmärtää liian kapeasti. Sen tarkastelussa tulee erottaa toisistaan markkinoiden ja hallinnon piiriin liitetty käsite palvelu, ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta. Palveluun liitettynä sana asiakaslähtöisyys sopii tässä yhteydessä palvelun tarjoajan ottavan asiakkaan tarpeet mahdollisimman hyvin huomioon. Pirhonen on esittänyt kysymyksen, huomioidaanko riittävästi ihmisyyttä asiakaskeisyydestä puhuttaessa. Ihmisyyden huomioimisessa tarvitsee tunnustaa ihminen omana persoonana, toiveineen ja huolenpidon tarpeineen. (Mönkkönen 2018, 83-84.)

Suomen kansalaisuuden näkökulmasta, keskustelussa aktiivisen ja vastuullisen kansalaisen roolista, palveluiden käyttäjän odotetaan toimivan kuluttajana hoiva- ja palvelumarkkinoilla. Vastuu valinnoista ja päätöksenteosta on siirtynyt kansalaisen oman toiminnan yksityiselle alueelle. Lähtökohtana on rationaalinen ajattelu. Kuluttajuus sisältää kyvyn tehdä valintoja ja päätöksiä. Aktiivinen kansalaisuus sisältää myös maininnan tuottavasta ikääntymisestä. Osa vanhuksista kykenee toimimaan aktiivisena, mutta monet tarvitsevat oikeuksiensa korostamiseen tukea. Muistisairautta sairastava vanhus kykenee olemaan aktiivinen pienissä päivittäisen arjen asioissa. Tällaisissa palvelukohtaamisissa autetaan muistisairaansa kansalaisuuden kokemusta ja osallisuuden toteutumista. Merkitykselliset läheiset toimivat haavoittuvimmassa asemassa olevien asioiden ajajina ja tulkkeina, niin sanottuina valtuutettuina kanssakuluttajina. Huomioitavaa on, että jos vanhuspo-

litiikassa ei huomioida kaikista hauraimpien vanhusten elämäntilanteita tai heikkoa osallisuutta, sitä ei myöskään voida odottaa käytännön työntekijöiltä. (Valokivi 2013, 147-148, 163-164.)

Asiakaslähtöisyys tulee nähdä palveluprosessien osana, jonka palvelutapahtumassa asiakas on mukana. Lähtökohtana on aina sosiaali- ja terveyspalveluissa ihmisarvon kunnioitus. Asiakas kohdataan aktiivisena, yhdenvertaisena ja mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, jolloin hänelle muotoillaan tarpeisiin parhaiten sopiva palvelukokonaisuus. Palvelua tuottavan organisaation näkökulmasta asiakaslähtöisyys voidaan määritellä kolmeen eri tasoon: Asiakkaaksi tulemisen vaihe, jossa asiakas ei ole vain toiminnan kohteena, vaan palvelun vastaanottajan roolissa. Hänellä on itsenäisen toimijan rooli oman ymmärryksensä ja voimavarojensa mukaisesti. Toisessa asiakaslähtöisyyden tasossa asiakas on osana palveluprosessia, jonka suunnitteluun, toteutukseen ja tuloksellisuuden arviointiin hän voi olla osallisena. Kolmas taso liittyy palvelukulttuuriin ja asenteisiin palveluja tuottavien toimijoiden tasolla. Asiakaslähtöisyys näkyy siten käytännössä ja kohtaamisissa. Asiakkuusajattelu, sen kehittäminen ja tukeminen tuodaan organisaation eri tasoille johtamisen kautta. (Hyväri 2017, 36-37.)

Asiakaslähtöisyyden arvolähtökohdassa on myös vaarana ajatella, että asiakkaan kanssa työskentely on aina asiakaslähtöistä. Toimintaan ikään kuin sokeudutaan, jolloin kyseenalaistaminen tai käytäntöjen kehittäminen jää. Siinä yhteydessä saattaa myös jäädä huomaamatta, että valta- ja valtasuhteet ovat aina läsnä hyvinvointialan työssä ja organisaatioissa. Hierarkiat ja valtasuhteet tuleekin osata tehdä näkyviksi organisaation sisällä eri toimijoiden välillä, jotta toimintatapoja voidaan muuttaa. Työntekijöiden keskinäinen arvostus ja kanssakäyminen sekä ammattitaidon hyödyntäminen ovat niin ikään mahdollistavia tekijöitä palvelukulttuurin kehittämisessä. Ammatillisten toimijoiden itseohjautuvuus on sosiaali- ja terveysalan jatkuvan muutoksen palvelutyössä asiakaslähtöisyyden tärkeä edellytys. Työntekijöiltä ja tiimeiltä edellytettävä itseorganisointi ja itseohjautuvuus ei kuitenkaan ole mahdollista ilman työntekijöiden, tiimien sekä esimiesten välistä tiivistä vuorovaikutusta. (Hyväri 2017, 40-41.)

Puhuttaessa vanhustyön laadusta voidaan sen todeta olevan ominaispiirre, joka on riippuvainen toiminnan, palvelun tai hoidon kykyyn täyttää sille asetetut vaatimukset. Vanhustyössä hyvä laatu tarkoittaa myös sidosryhmien ja muiden toimijoiden huomioon ottamista, odotuksia ja vaatimuksia. Tähän kuuluvat esimerkiksi vanhuksen omaiset, lähipiiri, kunnan ja vanhustyön johto sekä päättäjät. Sosiaali- ja terveydenhuollon suosituksessa, laadunhallinnan kehittämisessä painotetaan paitsi asiakkaan omaa osallistumista häntä koskevissa asioissa ja hoidossa, myös johdon vastuuta ja roolia. Osaava henkilöstö muodostaa perusedellytyksen. Laatutyön järjestelmällisyys on olennaista sekä kehittäminen eri verkostojen kanssa kumppanuusperiaatteella toimivaa työnjakoa. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 256-257.)

3.2 Elämänlaatu

Elämänlaatu iäkkäällä ihmisellä on lähtökohta sille, että vanheneminen ymmärretään yhtenä elämänkulun vaiheena. Jokaisella on oikeus nauttia elämästään ja jokaisella on halu ja kyky siihen. Osalle vanhuus on hyvä vaihe aktiivisena toimijana, toiselle taas vajeiden ja menetysten seurauksena kielteinen. Elämän loppuvaiheessa moni tarvitsee palveluja. Vanhuspalveluilla tavoitellaan hyvinvointia, turvallisuuden kokemista, itsenäistä omaa toimijuutta sekä pärjäämistä. (Räsänen 2018, 42-43.)

Arkisesti ilmaistuna hyvinvointi on subjektiivinen tunne tai objektiivinen voimavara. Hyvinvointia, onnellisuutta ja tyytyväisyyttä elämään onkin vaikea kuvata erikseen. Iäkkäänsikin on oikeus kokea iloa ja tyytyväisyyttä asuinpaikastaan huolimatta. Ilo syntyy itsessämme, mutta ympäristö vaikuttaa siihen edistävästi tai ehkäisevästi. Mielekkääksi koettujen asioiden tekeminen omassa asuin- ja elinympäristössä tuottaa iloa. (Räsänen 2018, 42.)

Terveiden, toimintakyvyn ja voimavarojen rinnalla puhutaan elämänlaadusta, jolle ei ole yhtä selkeää määritelmää. Tavallisesti se on hyvää elämää ja sen edellytyksiä. Elämänlaatu on laaja kokonaisuus. Käsitteen kehittymiseen on vai-

kuttanut WHO:n (1948) laatima määritys terveydestä fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen hyvinvoinnin tilana, eikä ainoastaan sairauden puuttumisena. Terveysteen liittyvään elämänlaatuun vaikuttavat niin ikään kokemukset omasta terveydestä kuin sairauksien ja niiden hoitojen vaikutuksista toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Iäkkäiden elämänlaadun käsitykseen on merkittävästi vaikuttanut Lawton (1999). Hän määrittää, että yksilön omien valintojen, toiminnan ja ympäristön välillä tulee olla tasapaino. Elämänlaatu on ymmärrettävä käsitteenä, joka muodostuu ympäristön ja yksilön välisessä kanssakäymisessä. Ihminen on nähtävä oman kulttuurin ja sosiaalisen ympäristön kautta, johon vaikuttavat myös vanhuksen ulkopuoliset aineelliset edellytykset ja tyytyväisyys omaan elämään, subjektiivisuus. (Luoma 2009, 74.)

Elämänlaadulle kielteisiä tekijöitä voivat olla epäasiallinen tai jopa kaltoin kohtelu. palvelutoiminnassa epäasiallista toimintaa ja henkistä kaltoin kohtelua ovat esimerkiksi huutaminen, ilkeä tai kovaääninen kielenkäyttö. Vanhuksen nuhtelu, rankaiseminen, vanhusta lapsellistava tai alentava puhuttelu. Hoitajien keskustelu keskenään vanhuksen yli, jos vanhus on läsnä tilanteessa. Vanhuksen nimitely, omien toiveiden kuulematta jättäminen, passiivinen toiminta- ja hoitokulttuuri, lapsenomaiseen toimintaan ohjaaminen tai pakottaminen. Myös ohittaminen, vuorovaikutuksen vähyys ja tahallinen hiljaisuus ovat kielteisiä. Ympäri vuorokautisessa hoivassa on myös muistettava, että asumispalvelupaikka on vanhuksen koti, jolloin hoitajat ovat hänen tiimissään ja elinpiirissä. (Räsänen 2018, 51, 55.)

Ympäri vuorokautisessa hoivassa hoitajalla on useita vanhuksia hoidettavana yhtä aikaa. Vanhuksen tunne on sidoksissa ympäristön tuomiin kokemuksiin. Räsänen on tuonut esille väitöskirjassaan, että mitä tyytyväisempi asiakas oli hoitajiin, sen parempi oli koettu elämänlaatu. Ammattityössä vanhuksen kohtaaminen yksilönä omine toiveineen mahdollistaa hänelle omannäköisen elämän. Siihen vaikuttavat niin asenne, kuin kohtelu ja kohtaaminen sekä taitavuus niissä. Se ei ole niinkään riippuvainen resursseista. Samoilla voimavaroilla voidaan tehdä asioita hyvin tai ei niin hyvin. Elämänlaadun tukeminen on keskeistä ikäihmisten pal-

veluissa, ei toimijuuden rajoittaminen. Teknologiaakaan ei täysin voi korvata ihmistä, koska ihminen tarvitsee toisen puhumista, kosketusta ja hymyä. (Räsänen 2018, 109.)

Erityisen paljon hoivaa ja apua tarvitsevan asiakkaan kohdalla on myös mietittävä joissakin tilanteissa hänen tietoisuutensa aste ja asioiden suhteellisuus. Tällöin on tärkeä pohtia mikä on hänelle hyvää elämää. Tässä tilanteessa läheiset ja hoivan ammattilaiset määrittelevät oman ikänsä, taustansa ja arvomaailmansa kautta mikä on hyvää elämänlaatua ikääntyneelle. Se voi olla eri kuin vanhuksen oma näkemys. Toisaalta myös ympärivuorokautisen hoidon asiakas voi kokea jatkuvaa sopeutumisen tarvetta. Onko hauraan ja vanhan ihmisen pakko olla tyytyväinen, jopa muiden mieliksi? Palvelujen jatkuvuuden, käytettävyyden turvaaminen sekä ajallaan ja paikallaan hoitaminen, helpottavat sopeutumista. Siirto uusiin tilanteisiin tai palvelupaikkoihin aiheuttaa hämmennystä, pelkoa, arvottomuuden ja toivottomuuden tunnetta, jotka heikentävät elämänlaatua. (Räsänen 2018, 44-45.) Arvokkaan ja ihmisen elämänkaarta sekä yksilöllisiä tarpeita kunnioittavan vanhuuden vaaliminen vaatiikin sekä ammattilaisilta että johtamiselta niin pysähtymistä, kuuntelemista, sitoutumista kuin oikeanlaista asennettakin. (Räsänen & Valvanne 2017, 35.)

Vanhusten hoitotyössä on tutkittu melko vähän työajan kohdentumista ja yhteyttä asiakkaiden kokemaan elämänlaatuun. Palvelujärjestelmän kuitenkin odotetaan vastaavan vanhusten tarpeisiin luomalla hyvän elämän edellytyksiä. Hoitajien toiminta on todettu tutkimuksissa tärkeäksi elämänlaadun rakentajina. Merkitys ei ole pelkästään annetun ajan määrällä, vaan sisällöllä. Tutkimuksissa on myös huomattu eroja hoito- ja palvelutyön kohdentumisessa. Se puolestaan viestii, mitkä ammatilliset työmenetelmät ovat elämänlaadulle tärkeitä sekä mahdollisten voimavarojen kohdentamiseen. Tuloksissa väitetään myös, että hoitajien välittömään asiakastyöhön käyttämä aika on käytetty muuhun kuin suoraan hyvinvoinnin tukemiseen. Tästä on asetettu kysymys, mihin työaika katoaa ja minkä vuoksi. Henkilöstön optimaalisen määrän hakemiseen on tehty vuosia töitä. Suureksi ongelmaksi siinä on havaittu työn epätasainen jakautuminen. Osittain tätä selittävät palveluasumisen tiukat tehtävänkuvat ja vähäinen tukipalveluhenkilöstö. Räsäsen ja Valvanteen mukaan vanhustyössä ei saisi olla niin tiukkoja tehtävänkuvia,

työaikoja, tai sääntöjä. Sen sijaan järkevää ohjailua, jolloin työkin voidaan kokea mielekkäämpänä. Kyseessä on vanhuksen hyvä elämä. Johtaja voi kannustaa luovien työmenetelmien käytössä. (Räsänen & Valvanne 2017, 34-35.)

3.3 Ihmislähtöinen käytäntö ja elämänhallinta

Ihmislähtöisellä käytännöllä voidaan myös muistisairasta ihmistä auttaa ylläpitämään ja vahvistamaan vapauttaan ja minuuttaan. Osallisuuden ja kiinnittymisen tunne luodaan tekemisen ja mukaan ottamisen kautta. Muistisairas kohdataan arvostaen, jolloin hänet otetaan mukaan omaa elämää ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Jaettua päätöksentekoa toteutetaan työskentelemällä muistisairaalan omien arvojen ja uskomusten kanssa. Ihmislähtöisen muistityön merkityksellinen periaate on huolehtia ja ylläpitää ja luoda suhteita hänen hoitoonsa osallistuvien sekä hänelle tärkeiden ihmisten kanssa. Ihmislähtöisen hoivan keskeinen kysymys on Semin mukaan se, kuinka rakentaa muistisairaalle elämänhallinnan ja omien valintojen kulttuuria. (Semi 2015, 9-10.) Ikäihmisten kanssa toimiessa, esimerkiksi palvelutalossa on kunnioitettava heidän oikeuttaan vapaaseen valintaan ja myös avusta kieltäytymiseen. Kuitenkaan vanhaa ihmistä ei saa jättää heitteille. Sosiokulttuurisen innostamisen näkökulmasta olisi myös huomioitava, että ikäihmisten siirtyminen kodista laitokseen ei ole helppo. Tutustuminen ennakkoon laitokseen olisi tärkeää esimerkiksi läheisen kanssa. Yhtä tärkeää on myös perehdyttää henkilökunta uuden asukkaan tapoihin, näkemyksiin sekä mielihyvän aiheisiin. Tässä myös läheiset voivat olla mukana. (Kurki 2007, 99- 101.)

Hakosen (2008) mukaan ikääntyvien yksi oikeus, on tulla nähdyksi myös voimavarojensa valossa. Oikeus aktiiviseen elämään on mainittu niin ikään YK:n ikääntyvien taloutta ja sosiaalista ulottuvuutta käsittelevässä julkaisussa. Aktiivinen oleminen on siis mahdollista fyysisten voimavarojen heikentyessä. Silloinkaan ei tarvitse luopua merkityksellisistä asioista omassa elämässä. Vaikka ikäihminen olisi liikuntakyvytön tai vuoteenomana, hän voi eri aistikanavien kautta olla yhteydessä siihen merkitysten maailmaan, joka on ollut hänelle elämänsä elämisessä tärkeää, esimerkiksi lempimusiikin kuuntelu tai elämäntarinoiden kertominen. Aktiivisuus tulisi ymmärtää mahdollisuutena elää oman elämänsuunnitelman mukaan, omina valintoina loppuun saakka. (Hakonen 2008, 155-156.) Taina Semin

mukaan voimavarakeskeisyys tarkoittaa, että jokaisen jäsenen yhteisössä ajatellaan olevan jossakin asiassa hyvä. Pätevyyksien löytymiseen hoitoyhteisössä tarvitaan tukiverkoston ja hoitajien havainnointikykyä dementoituneen ihmisen arjessa. Näin saadaan näkymätön ikään kuin näkyväksi. (Semi 2004, 92.)

Esimerkkinä muistisairaana vanhuksen toimintakyvyn tukemiseen voisi olla hänen muistin virkistytminen. Aktivoituminen erilaisen toiminnan ja tekemisen kautta. Aktivoitua selviytymään arjessa ja päivittäisissä toimissa sekä sosiaalisissa suhteissa. Lisäksi toimintakyvyn tukemisen tavoitteena on mahdollistaa inhimillinen arki ja vanhuksen hyvä elämä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 221.) Elämäntarinan tunteminen auttaa hoitajaa ymmärtämään syvällisemmin iäkkään ihmisen tämänhetkistä toimintakykyä. Sen avulla tunnistetaan voimavaroja ja ongelmia toimintakyvyssä. Kun tiedetään, mitkä asiat ovat tuoneet vanhukselle hyvää oloa, niitä voidaan tuoda myös nykyhetkeen. Vanhuksen nykyinen toimintakyky on siis sidoksissa hänen elämänsä historiaan. Jokainen elämä on tarina, joka koostuu lukuisista pienistä tarinoista. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 53.)

Sosiaalipedagogiikassa elämänhallinta jaetaan Hämäläisen (1999) mukaan sisäiseen ja ulkoiseen elämänhallintaan. Sisäinen elämänhallinta merkitsee kykyä ja valmiutta sopeutua elämänkaarellisiin kehitystehtäviin. Tehdä omaan elämänkulkuun liittyviä positiivisia päätöksiä. Ulkoiseen elämänhallintaan määritellään osallisuus, jolloin yksilö voi olla osallinen tai osaton elämänlaatuun kuuluvista merkittävistä yhteiskunnallisista toimintajärjestelmistä. (Andreev & Salomaa 2005, 163.) Sosiaalipedagoginen ajattelu toteutuu muun muassa toiminnallisissa työmuodoissa, jossa vahvistetaan vanhuksen yksilöllisyyttä, huomioidaan eletty elämä ja pyritään tällä tavoin vahvistamaan vanhuksen sisäistä elämänhallintaa. Vanhuksen identiteetin vahvistamista tuetaan elämänhistorian tarkastelemisen, nykyisen elämäntilanteen ja tulevaisuuden hahmottamisen kautta. (Andreev & Salomaa 2005, 169-170.)

Hoivatyössä jätetään luonnollisesti paljon jälkiä toisen ihmisen elämään. Hoivatyö solmii yhteen myös erilaisia ja eri tavoin aikaa vaativia ulottuvuuksia huolenpidossa. Niillä rakennetaan hoidettavan elämänlaatua. Hoitajan antaman ajan kesto ei ole tärkeintä vanhuksen elämänlaadulle, vaan sen sisältö. Henkinen ja

fyysinen läsnäolo ja jakamattoman huomion tarjoaminen ovat hoitajan kykyä voimavaraistaa asiakasta. Onkin hyvä oivaltaa, että vanhus huomaa herkästi mahdollisen kiireen ja keskimättömyyden häneen. Tämä taas voi johtaa myös vanhuksen kiireen kokemukseen, joka saattaa ahdistaa tai olla pelottavaa ja nöyryyttävä kokemus. (Räsänen 2018, 124-125.)

3.4 Hoiva- ja hoitotyö

Hyvä hoiva noudattaa toimintatapaa, jossa vastataan ruumiillisiin ja psykososiaalisiin tarpeisiin aina sen hetkisten yksilöllisten tilanteiden vaatimilla tavoilla. Hoiva on myös ihmissuhde, johon vaikuttaa miten hoivan tarvitsija siihen vastaa. Hoivaaminen on yksi osa tarkemmin rajattua lääketieteellistä tai hoitotieteellistä hoitoa, joka on vuorovaikutteinen. Hoiva on jatkuva prosessi eikä rajattu palvelutuote. Hoivassa molemmat osapuolet ovat aktiivisia toimijoita. (Hoppania, Olakivi & Zechner 2017, 208 - 209.) Hoiva- ja hoitotyön työntekijän ammatillinen kyky asettua asiakkaan kanssa vertaissuhteeseen, edellyttää vahvaa ammatillista kasvuprosessia ja ammatillisen identiteetin jäsentämistä laajasti. (Hyväri 2017, 38). Ammatillinen hoiva ja hoito sisältävät myös esimerkiksi kuntoutuksesta, lääkityksestä ja sairaanhoidollisista toimenpiteistä huolehtimisen. (Hoppania, Olakivi & Zechner, 2017, 203).

Valvira myöntää terveydenhuollon ammattihenkilöille ammatinharjoittamiseen liittyviä oikeuksia. Näitä ovat laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jona voi toimia Valviran myöntämän laillistuksen saanut henkilö. Nimikesuojattu ammattihenkilö, jolla on oikeus käyttää nimikesuojattua ammattinimikettä. Kolmantena on rajoitettu ammatinharjoittamislupa. (Valvira, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/554).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) pykälässä 2, säädetään potilaan asemaan ja oikeuksiin kuuluviksi, terveyden- ja sairaanhoitoa potilaan terveydentilan määrittämiseksi, taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä; Ammattihenkilöllä tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/94) 2

§:ssä tarkoitettua henkilöä; (28.6.1994/560). Terveystenhuollon toimintayksiköllä tarkoitetaan muun muassa kansanterveyslaissa (66/1972) tarkoitettua terveyskeskusta ja muita kunnan toimintayksiköitä, jotka hoitavat kansanterveyslain mukaisia tehtäviä.

Vanhuspalvelulain 16 §:n (2012) mukaisesti, kunta vastaa siitä, että iäkkäälle henkilölle laaditaan sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 7 §:ssä tarkoitettu palvelusuunnitelma. Siinä on määriteltävä iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan arvion perusteella palvelujen kokonaisuus, joka tarvitaan iäkkään ihmisen hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi ja hyvän hoidon turvaamiseksi. Iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisen tai edunvalvojan kanssa on käytävä läpi vaihtoehdot kokonaisuuden selvittämiseksi. Myös iäkkään henkilön omat näkemykset vaihtoehdoista kirjataan ylös. Suunnitelma tulee tarkistaa aina, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia, jotka vaikuttavat hänen palveluntarpeeseensa olennaisesti. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystenpalveluista. 2012/980.)

Vanhuksen hoidon, huolenpidon ja tuen sekä kuntoutuksen tarvetta määritetään toimintakyvyn kautta. Toimintakyvyn tukemisen lähtökohtana on, että ymmärretään vanhuksen toimintakyky kokonaisuutena, johon kuuluu myös eletty elämä. Eri vanhusten toimintakyvyn vertaaminen on vaikeaa. Siihen vaikuttavat ikä, sukupuoli, ammatti, kasvatus, kulttuuri. Vanhus tai hoitaja voivat huomata toimintakykyyn liittyviä voimavaroja tai ongelmia. Mahdollisuuksien ja voimavarojen huomioiminen motivoi vanhusta omassa kuntoutusprosessissa. Näin hänelle muodostuu kuva omasta toimintakyvystä ja mahdollisuuksista. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 50.) Yksilön toimintakyvyn tarkastelun vajeiden ja voimavarojen kautta, määrittää Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) sen, ihmisen kyvyksi selviytyä jokapäiväisistä toiminnoista. Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen, emotionaaliseen, sosiaaliseen, sekä hengelliseen toimintakykyyn. Lisäksi siihen kuuluvat taloudelliset ja ympäristöön liittyvät tekijät. (Räsänen 2018, 23.)

Hoitotyössä hoivaa ja hoitoa ohjaa luottamus auttajan ja autettavan välillä. Keskinäisen luottamuksen voidaan sanoa olevan eettisyyden ja toimintakyvyn kartuttamisen perusta. Toimintakyvyn ylläpitämiseen vaaditaan myös vanhuksen omaa vaivannäköä. Se voi olla toisinaan epämiellyttävää niin vanhukselle kuin läheisellekin. Itsensä hyväksi tekeminen vaatii sitkeyttä, vaivannäköä, riskinottoa, mutta myös lepoa. Vanhuksen voimavarojen tunnistamisessa ja edistämässä helpottaa, kun tuntee vanhuksen ihmisenä ja toimijana. Tieto elämänvaiheista sekä kiinnostavista asioista ja voimavaroista auttaa hoitajaa löytämään tukemiin eri vaihtoehtoja. Fyysisestä perushoidosta huolehtiminen, puhtaudesta ja vaatehoidosta huolehtiminen sekä syömisestä huolehtiminen eivät riitä elämän merkityksellisyyteen tai hyvän elämänlaadun tekijöiksi. (Räsänen 2018, 38.)

Muistisairaiden kanssa työskentely vaatii hoitajalta osaamista, luovuutta sekä oivaltamista. Painopisteen siirtyminen sairaudesta mahdollisuuteen luo uusia toimintatapoja löytää ihmisen voimavaroja. Ihmisarvon kunnioittaminen muistisairaanhoidossa näkyy henkilökunnan sanallisissa ja kirjallisissa ilmaisuissa. Arvostus näkyy henkilökunnan puheissa, käytöksessä ja sanattomassa ilmaisussa. (Semi 2015, 8.) Hoitajan havainnointikyky muistisairaiden kanssa työskentelyssä onkin yksi merkittävimmistä osaamisalueista. Ongelmatilanteiden syntyessä vaikuttavat niin hoitajien oma käytös (ulkoiset, kuten käskyjen huutaminen tai toistuvat kiellot) kuin asukkaasta johtuvat ongelmat (sisäiset, kuten fyysiset vaivat tai huonotuulisuus). Hoitajan hyvällä havainnointikyvyllä ongelmatilanteita pyritään helpottamaan tai ennakkoimaan. Nämä ominaisuudet omaava hoitaja on myös hoitoyhteisön kehittäjä sekä laadun varmistaja. (Semi 2004, 92-93.)

Muistisairaiden yhteisössä hoitotyön arki koostuu lähinnä toistoista, rutiineista, ilmapiiristä ja tavasta jäljittää inhimillistä arkea sillä tavoin, ettei synny tehtäväkeskeistä vaan merkityksellisen elämän arkea. Aika ohjaa työnteon valintoja ja aikakäsityksen uudistaminen vie aikaa. Aika kuvaa myös hoitajan organisointitaitoja ja kaaoksen sietokykyä. Ajan oikeinkäyttäminen on sijoittamista muistisairaanhoidon ihmisen hyvään. Hoitajankin on hyvä tarkastella kriittisesti, ohjaavatko häntä omat vai muistisairaanhoidon tarpeet. Hoitajien eri ikäkaudet ovat myös vahvuuksia työyhteisössä. Vuoropuhelussa eri ikäisten hoitajien välillä tehdään näkyväksi ele-

menttejä, jotka koetaan tärkeiksi. Muistisairaahan kohtaamisessa auttaa hänen historiansa ja elämänkulun tuntemus, koska muistisairas ihminen elää tässä hetkessä, johon sekoittuu tunteita sekä menneisyydestä että tulevaisuudesta. (Semi 2004, 68-70.) Hoitajan työskentely omahoitajan roolissa luo muistisairaalle niin ikään turvallisen ympäristön. Sillä rakennetaan turvaverkostoa muistisairaahan ympärille. Häntä ohjaa tietoisuus asukkaan elämänlaadun toteutumisesta ympäristössä. Ihmislähtöisen hoivan perustana on muistisairaahan liittäminen sosiaaliseen kanssakäymiseen, yhteistyössä läheisten kanssa. Vuorovaikutussuhteet, niiden laatu sisältävät päivittäisen psykososiaalisen ympäristön arvon vahvistamisen ja turvallisuuden tunteen. Ne liittyvät muistisairaahan kokemukseen omasta sairaudesta ja elämästä. (Semi 2015, 78.)

Myös perheellä on merkitystä iäkkään ihmisen hyvinvoinnille. Terveyskäsitys vaihtelee jokaisella yksilöllä. Hyvinvoinnin tukemisessa on esimerkkinä terveysongelmien ilmaantuessa huolenpito. Perheenjäsenet ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita virallisten tai epävirallisten auttajatahojen kanssa. Vanhusten hoitotyön tutkimuksissa hoitajien on todettu pitävän tärkeänä asiakkaan kanssa tehtävää yhteistyötä. Hoitajat pitävät asiakasta tiedonantajana asiakkaan ja perheen tilanteessa. Tutkimuksissa on myös todettu perheenjäsenen olevan merkityksellinen emotionaalisen ja psykososiaalisen tuen antajana. Perhettä tarkastellaan kuitenkin lähinnä yksittäisen eli hoidon asiakkaana olevan yksilön kautta. Perhe on kuitenkin suuri olemassa oleva voimavara, jota pitäisi osata hyödyntää hoitoprosessissa enemmän. (Salin & Åstedt-Kurki 2009, 172-174.)

3.5 Gerontologinen hoitotyö

Gerontologinen hoitotyö on oma erityisalue hoitotyön ammatillisen ja hoitotieteen kehittymisen rinnalla. Geriatriinen, sairauksien hoitoon liittyvä hoitotyö kehittyi ennen gerontologisen ajattelun syntyä geriatrian, lääketieteen rinnalle omaksi erityisalueeksi. Hyttinen on määritellyt gerontologisen hoitotyön monitieteiseen tietoon perustuvaksi hoitotyöksi, joka tapahtuu moniammatillisissa tiimeissä, asiakkaan, läheisen, vapaaehtoisten kanssa yhteistyössä, jossa hoitotyön keinoin toteutetaan vanhenevan ihmisen terveyden edistämistä ja sen edistämiseen suuntaavaa ammatillista toimintaa. Gerontologinen hoitotyö liittyy luonnollisena osana

melkein kaikkien hoitotyöntekijöiden tehtäväkenttään väestön ikärakenteessa tapahtuvan kasvumäärän vuoksi. Vanhenemiseen liittyvän teoreettisen tiedon soveltaminen käytäntöön on yksi keskeisimmistä tavoitteista, kun pyritään estämään sairauden pitkittyminen, kuntouttamaan tai tukemaan iäkkäiden jaksojen pituuksia laitoksissa. Gerontologinen hoitotyö ulottuu niin yksilöön, perheeseen kuin pienyhteisöönkin. Sen tulee näkyä myös yhteiskunnallisesti toimintana, jossa tavoitellaan ikäihmisten tasapainoista ja turvallista elämää. Gerontologinen hoitotiede on käsitteenä uudempi kuin gerontologinen hoitotyö. Tämä on syrjäyttänyt muun muassa koulujen opetussuunnitelmissa aiemmin käytetyn vanhusten hoitotyön käsitteen. Gerontologisen käytännön hoitotyön kehittämiseksi tarvitaan suosituksia sekä hoitotieteen ja hoitotyön profiilien nostoa. Gerontologisen hoitotyön sisältö on muuttunut enemmän sairauksien hoidosta terveyslähtöisemmäksi. Se on erityisosaamista. Sairaanhoidajan opintokokonaisuudessa edellytetään laaja-alaista osaamista, Euroopan alueella yhtenäistä osaamista hoitotyön asiantuntijana. Osaaminen sisältää tiedollisen osaamisen, taidollisen osaamisen sekä asenteen. Gerontologisen hoitotyön perusta on vanhuksen kunnioittaminen, vanhuksen, hänen perheen arvojen, asenteiden, roolien, kulttuurin, uskonnon ja elämäntyylien huomioiminen. Hoitotyöntekijän on myös puututtava muiden toimijoiden tai työntekijöiden toiminnassa mahdollisesti esille tuleviin eettisiin epäkohtiin. Näitä periaatteita ovat muun muassa yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, osallisuus, oikeudenmukaisuus, turvallisuus sekä voimavaralähtöisyys. (Tiikkainen, Heikkinen 2013, 454-457.)

Gerontologisessa hoitotyössä toimintakykyä tukevan hoitotyön perustana on ikääntymisen muutokset, hoitotyön tietoperusta ja moniammatillinen yhteistyö osana tavoitteellista kuntoutumisprosessia. (Vähäkangas 2009, 145). Kaikessa ikäihmisten hoidossa, myös gerontologisessa hoitotyössä voimavaralähtöisyys on tärkeää. Siinä nostetaan esiin itsensä toteuttaminen sekä mahdollisuudet. Keskitytään ratkaisuihin ei ongelmiin. Voimavaralähtöisellä toiminnalla tunnustetaan asioita, joilla vanhus voi hallita elämäänsä. Voimavaralähtöisessä hoitotyössä yksilö on aktiivinen toimija sekä asiantuntija omassa elämässään. Hän tekee valintoja päättäen itsenäisesti tai tuettuna omista asioista ja hoidosta. Voimavaralähtöisessä toiminnassa täytyy tuntea vanhuksen elämänkulkua, kulttuuritaustaa sekä yhteiskunnallista viitekehystä. (Hytinen 2009, 47.)

Myös eettisyys kuuluu gerontologisen hoitotyön laadun osa-alueisiin. Hoitotyön eettisten arvojen keskiössä on huolenpito vanhuksesta. Hänellä on oikeus ihmisarvoiseen hoitoon ja huolenpitoon, joka tapahtuu tukemalla ja edistämällä sitä, mikä on hyvää sekä ehkäisemällä ja minimoimalla vahingollista tai kärsimystä aiheuttavaa toimintaa. Hyvää hoitoa ja huolenpitoa on voimavarojen tukeminen, turvallisuus, vahinkojen ehkäisy, kivunlievitys. Ikääntynyt ihminen on ihmisarvoltaan loukkaamaton, jonka vuoksi hänellä on oikeus ihmisarvoiseen kohteluun, itsemääräämisoikeus sekä oikeus fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen eheyteen. Eettisesti hyvän gerontologisen hoitotyön osaaminen vaatii hoitajalta herkkyyttä, ymmärrystä ja osaamista. (Sarvimäki 2009,39.)

3.6 Työyhteisön toimintakulttuuri

Hoitoyhteisössä tulisi niin ikään luoda yhteiset toimintatavat asukkaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Tällä mahdollistetaan yhdenmukainen kohtelu. Se helpottaa myös yksilöllisten tarpeiden huomioimista. Hyvän toimintakulttuurin perustana on oikeanlainen asenneilmasto. Asennetta voi kukin muokata vain itse. Työyhteisössä asenteen muuttamisen tarpeellisuus nähdään herkimmin työkaverilla, mutta ei niinkään itsellä. (Räsänen 2018, 83.) Muistisairaita hoitavissa yksiköissä hoitajan vastuulla on oppia sekä jakaa eteenpäin yksilökeskeistä hoitotyötä. Kitwood (1997) on koonnut tähän teoriaperustan, jolla on tärkeä merkitys muistisairaiden hoidossa. Hänen viestinsä on, että kaikki ihmiset ovat tasa-arvoisia kognitiivisista kyvyistään huolimatta. Kitwoodin käyttäytymismalleissa määritellään myös, mikä on hyvää tai tahattomasti huonoa työskentelyä muistisaira kanssa toimiessa. Hän käyttää termiä pahanlaatuinen sosiaalipsykologia käytöksille, jotka heikentävät muistisaira persoonallisuuden kokemuksia. Tällainen tahaton käyttäytyminen voi johtua esimerkiksi siitä, että terveydenhuollon ammattilaisilla ei ole erityistason koulutusta. Positiivinen hoitotyö on puolestaan psykologisten tarpeiden huomioimista säilyttämällä tai parantamalla muistisaira persoonallisuutta ja hyvinvointia. On tärkeä tunnustaa, että kaikki

ovat yksilöitä diagnoosistaan huolimatta. Hoivapalvelujen tarjoajien tuleekin ylläpitää ja tukea persoonallisuuden huomioimista hoitotyössä. (Mitchell & Agnelli 2015.)

Työyhteisön johtamisella on oltava kirkas visio tulevaisuudesta ja kyky viestittää siitä (Semi 2004). Johtamisessa on kysymys vaativasta kokonaisuudesta. Se vastaa hoidon ja palvelujen laadusta. Johtajan tehtävä on suunnata ja ohjata työntekijöiden toimintaa haluttuun suuntaan organisaation perustehtävän saavuttamiseksi. Johtaminen vaikuttaa työympäristöön ja resursseihin. Se vaikuttaa työntekijöiden sitoutumiseen, työmotivaatioon, työn kuormittavuuteen, työn osamiseen, työyhteisön toimintaan sekä ilmapiiriin. Johtajan tehtävä on pitää yllä tietoisuutta tavoitteista. Sen voidaan kuvata olevan merkitysten muuttamista ihmisten käyttöön. Johtamisen perustana on organisaation kehittäminen ja osoittaminen, että yhteisten tavoitteiden saavuttaminen on yhteistyön perussyy. (Heimonen, Sarvimäki, Suni 2010, 175-177.)

Yhteiskunnalliseen arvostukseen vaikuttavat myös hoivatyön erityispiirteet. Hoivatyön oletettu luonnollisuus ja näkymättömyys tulevat esille vasta silloin kun työ on jäänyt tekemättä. Hoivatyön tiedot ja taidot ovat jääneet usein vaille yhteiskunnallista ja kulttuurista tunnustusta. Hoiva on kuitenkin vaativaa työtä, jossa edellytetään monenlaisia kykyjä, kuten fyysisiä, psyykkisiä, emotionaalisia ja tiedollisia. Hoivatieto edellyttää myös yksilöllistä tietoa ja herkkää tilannetajua. Waerness on kuvannut hoivatyöhön liittyviä vaatimuksia hoivarationaliteetin käsitteellä, joka erottaa hoivatyön tavallisesta palvelutyöstä. Hoivasuhdetta on vaikea mitata, koska se on molemmin puolin subjektiivinen kokemus. Julkishallinto vaatii yksiselitteistä mitattavuutta. Se puolestaan sopii huonosti hoivasuhteen ja hoivarationaliteetin käsitteisiin. (Hoppania, Karsio, Näre, Olakivi, Sointu, Vaittinen, Zechner 2016, 100-101,104.) Hoivatyö kokoaa siis yhteen erilaisia ja eri tavoin aikaa vieviä huolenpidon ulottuvuuksia. Hoiva on arkista tekemistä. Siinä on usein toistettavia työvaiheita. Työ vie aikaa ja työntekijöitä. Hoitajat mainitsevatkin jatkuvasti paljon työstä sekä kiireestä. Tätä tunnetta lisäävät työn päällekkäisyys sekä toistuvat työn keskeytykset. Vaikka elämänlaatulähtöinen työskentely ei aina olekaan mahdollista kiireen vuoksi, saattaa siinä olla myös kyse ha-

lusta tai asenteesta, jonka taakse piiloudutaan. Se voi olla jopa keino aidon kohtaamisen välttämiseen tai asiakaslähtöisen menetelmän käytön este. Kiire saat-
taa syntyä myös hoitoyksikön sovituista tauoista, tai työntekijälähtöisistä tehtä-
vistä. Rutiinit voivat myös jopa kahlita luovuutta. (Räsänen 2018, 124-125.)

Myös niin sanotulle Tayloristiselle työskulttuurille ja johtamismallille on tutkimuk-
sissa havaittu olevan huonosti mahdollisuuksia työrytmin ja tehtävien sekä tar-
peiden mukaisesti, tässä keskeisenä ongelmana on ajankäyttö. Vaarana on, että
hoitajat tasapainoilevat hoivan tarvitsijan tarpeiden ja riittämättömien resurssien
kesken, joka voi johtaa tehtäväkeskeiseen tapaan tehdä työtä. Tayloristisessa
mallissa ei tunnusteta hoivatyöntekijää asiakkaan tarpeiden tunnistajana. Väite-
tään myös, että niin kauan kuin ylin johto määrittää hoivatyön tämän mallin mu-
kaisesti, lähijohtajan vastuulle jää työvurojen organisointi sekä hoitajien ohjeel-
linen johtamistyö. (Hoppania, Olakivi & Zechner 2017, 209-212.) Johtaja luo edel-
lytyksiä hyvälle toiminnalle, kohdentaa resurssit, vaatii niiden tarkoituksenmu-
kaista käyttöä organisaatiossa asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Esimerkkinä
mainittakoon hoitotyön kirjaamisen linjaus, turvallisesti ja järkevästi, mutta ei yli-
mitoitettusti. Johtaja osoittaaakin omalla esimerkillään arvostavansa arjen mielek-
kyyttä, toiminnan lisäämistä, vuorovaikutusta, hyvää kohtelua ja omaisten kanssa
tehtävää yhteistyötä. Hän vaikuttaa palvelun sisältöön, elämänlaadun sosiaali-
sen, psyykkisen ja ympäristöulottuvuuden kautta. Iäkkäitä arvostava toimintakult-
tuuri työyhteisössä syntyy, kun työyhteisön jokainen työntekijä sitä toteuttaa. (Rä-
sänen, Valvanne 2017, 30.)

3.7 Omakuvamonologi -menetelmä ja prosessi

Ihmiseen keskittyntä hoivaa (person-centred care) on Taina Semi kuvannut kir-
jassaan, Mieleen tatuoitu minuus (2015) professori Tom Kitwoodin kehittämän
teorian mukaan (1980). Tässä teoriassa ihminen nähdään ihmisenä ennen sai-
rautta sekä hoitotyön käytäntöä, jossa henkilökunnan kommunikaatiotaidot ja so-
siaalisten suhteiden tärkeys muistityössä korostuvat. Teoriassa on havainnollis-
tettu, miten monilla eri tavoin muistisairaana ihmisyyys voidaan kadottaa. Muistisai-
ras ihminen on kuitenkin samanlainen kuin kuka tahansa toinen ihminen. Hänellä

on vain toiminnan vajavuuksia ajattelussa, muistissa ja kommunikoinnissa. Muistisairas on ainutkertainen ihminen, jonka nykyinen terveydentila, persoonallisuus, elämänhistoria ja sosiaaliset kontaktit vaikuttavat sairauden tuntemiseen ja kokeamiseen. Muistisairas pyrkii kertomaan käyttäytymisen ja toiminnan kautta sitä, mitä ei kykene sanoittamaan. Inhimillisesti laadukkaan hoivan ja hyvinvoinnin ylläpitäminen mahdollistuvat hyvän elämänlaadun kautta. (Semi 2015, 8-9.) Ihmislähtöisessä hoivakulttuurissa tunnustetaan ja tuetaan muistisairaahan ihmisyyttä koko sairauden ajan. Taina Semi (2015) kuvaa kirjassaan edelleen Kitwoodin (1997) teoriaa, jonka mukaan muistisairas on tasavertainen avustavan henkilön kanssa. Tässä on kyse hyväksymisen moraalista, personhoodista. Jokaisessa hoitosuhteessa olevalla on oikeus tulla hyväksytyksi tarpeineen, arvoineen ja hyvinvoinnin tunteineen. Muistisairasta ei saa eristää eikä asettua hänen yläpuolelle. Muistisairaahan kokemusmaailman muotoutumiseen vaikuttavat toisten ihmisten kautta annettu ihmisarvo, jossa ymmärretään, mitkä asiat vaikuttavat hänen kokemusmaailmaansa. Personhood on siis ainutlaatuisen ihmisen olemassaolon ylläpitämistä, ihmisen olemassaolon käsitettä, joka on myös osittain mystinen ja pyhä. (Semi 2015, 12-13.)

Omakuvamonologi- menetelmän taustalla on ajatus siitä, että muistisairaahan tuki ja hoito löytyvät jokaisen omasta terveyden ja sairauden kokemuksesta. Omakuvamonologi- menetelmän avulla opitaan tuntemaan muistisairas ihminen. Monologi on lyhyesti kuvattuna tarinallinen maisema muistisairaahan ihmisyyden kokemisesta, Ihmisyyden tunnustamisesta ja elämästä. Monologiin kirjatut oman näköiset yksityiskohdat muotoilevat perustaa elämisen kokemiselle. Monologin avulla halutaan ymmärtää, muistisairaahan kokemusta itsestään nykyhetkessä, kuka hän on menneisyydessä ollut sekä minkälaiset tapahtumat ovat muovanneet elämää. Monologin tekeminen auttaa henkilökuntaa tunnistamaan, että ihmisen minuus ei katoa, mutta se voi olla piilossa. Monologin perustana on kehittää muistisairaalle inhimillisiä ja henkilökohtaisia hoivarituaaleja. Kun tiedetään jotain syvällisempää, työtavat muuttuvat ihmisen tarpeet edellä tekemiseksi. (Semi 2015, 44.)

Omakuvamonologi- menetelmän prosessi auttaa henkilökuntaa ja hoitoyhteisöä ylläpitämään ihmislähtöistä elämäntapaa muistisairaana ihmisen elämässä, omaksumalla ja luomalla sitä tapaa myös koko yhteisössä. Elämäntarinan tietoja hyödynnetään prosessissa, joka koostuu viidestä eri osa-alueesta. (Semi 2015, 44-45,53.) Aluksi omahoitaja kerää tietoa asukkaasta haastattelemalla häntä ja läheisiä sekä sidosryhmän hoitajia ja muita ammattilaisia. Samalla selvennetään omakuvamonologi-menetelmän tarkoitus asianosaisille. Tietoa asukkaasta kerätään myös potilastietojärjestelmästä, toimintakykymittareista ja muista dokumenteista, jotka ovat saatavilla. Lisäksi havainnoidaan asukasta. Tieto kerätään muistivihkoon vähitellen, ”ranskalaisin viivoin”, kaikkien päivittäisten toimintojen yhteydessä. Tietoa voidaan hankkia myös muistisairaana yksilöllisissä toimintatuokioissa tai antamalla hänelle omaa aikaa. Lisäksi tietoa voidaan kerätä järjestelmällisesti muistisairaana kognitiivisesta toimintakyvystä, käyttäytymisestä ja tunnetiloista peilaten niitä arjen toimintoihin. (Semi 2015, 46.)

Asukkaasta kerätyn aineiston avulla omahoitaja laatii hänestä omakuvamonologin. Monologi kirjoitetaan minä – muotoon. Toisin sanoen löydettyjen tietojen eteen liitetään sana minä, tai minä olen. Valmis monologi hyväksytetään asiakkaalla ja läheisellä. Heillä on tekijänoikeus ja valta mahdollisiin muutoksiin. Mikäli asiakas ei itse kykene tuottamaan puhetta, tai hänellä ei ole läheistä, joka voisi auttaa elämäntarinan kerronnassa, korostuvat muut osa-alueet havainnoinnissa. Näitä ovat mittareiden analysoiminen, keinot miten muistisairas motivoituu toimimaan, lohduttavat asiat stressaavassa tilanteessa, tai millä tavoin ihmissuhteiden luominen onnistuu hänelle yksilönä. (Semi 2015, 46.) Kolmannessa vaiheessa omahoitaja lukee valmiin monologin hoitotiimille, niin sanotussa monologipiirissä. Sen avulla mahdollistetaan paitsi ihmiseen tutustuminen, myös uuden tiedon tai oivallusten syntyminen. Omakuvamonologin sanotaankin kehittävän henkilökunnan pohtivaa ja oppivaa käytännön työtä. Omakuvamonologin piirianalysointiin varataan työvuorosuunnittelussa oma aika. Monologia analysoidaan viitekehyksen pohjalta, ihmislähtöiseen elämäntapaan peilaten. Tähän kuuluvat jokaisen ihmisen hoito ja tuki hänen omasta terveyden ja sairauden kokemuksesta käsin sekä ihmisen psykologisten tarpeiden kohtaamista ja tapaa vastata henkisiin ja hengellisiin tarpeisiin. (Semi 2015, 47, 50-51.)

Elämäntarinan tunteminen auttaa hoitajaa liittymään asukkaaseen, kohtaamaan ja ymmärtämään ihmistä ennen sairautta sekä ymmärtämään hänen käyttäytymistään. Elämäntarina on minuuden tukemista, jonka moni kokee lohduttavana. Kerätyn tiedon avulla, voidaan muun muassa tukea positiivisia suhteita, auttaa kodikkaan olon tuntemiseen, lohduttamiseen, pelkojen ymmärtämiseen, yksilöllisen hoidon tarjoamiseen muistisairaalle hyväksymällä tavalla. Auttaa ymmärtämään käyttäytymistä ja sen viestejä. Se voi auttaa löytämään myös yhteyden toisiin. Ymmärtäminen toimiikin tukena keskusteluissa, helpottaa yhteisymmärryksen löytymistä kuten suostuttelua ja antaa vinkkejä ennakoivalle käyttäytymiselle sekä stressin lievittämiselle. (Semi 2015, 53.)

Omahoitaja siirtää yhdessä hoitotiimin kanssa nämä löydetyt voimavarat, tarpeet, tavoitteet ja arvioinnin henkilökohtaiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Sen voidaan sanoa olevan työdokumentti tai käsikirja ihmislähtöisen elämäntavan toteuttamiseen käytännössä. Omahoitaja tekee suunnitelman lopullisen kirjaamisen. Kuitenkin jokaisella vuorossa olevalla hoitajalla, myös sijaiset mukaan lukien, tulee olla tarpeellinen tieto käytettävissään toteuttaa muistisairaalle omannäköistä elämää. Kirjatut tavoitteet tulevat näkyä päivittäisessä hoivassa ja tukemisessa. (Semi,2015.48, 129.)

Toimintakyvyn arviointia muistisairaalle tehdään hänen vahvuuksiensa ja osaamisen osalta. Tällaisia taitoja ovat muun muassa ruokailu, pukeutuminen, itsensä hoitaminen, liikkuminen, aktiviteetit. Arvioinnilla pyritään ehkäisemään lisähaittoja. Ihmisen lempiasiat ovat henkilökohtaisen aktiviteetin perustana. Suunnitelma mukautetaan sairauden vaiheisiin, toiveiden tai tarpeiden muutokseen huolellisesti. Tämä mahdollistaa lähestymistavat, joilla kohdataan ihminen ja hänen tarpeensa, vahvuuksia ylläpitäen. Elämänlaatua edistävien tavoitteiden ja tulosten perusteella saavutetaan paras mahdollinen toiminta vahvuuksiin ja osaamisiin, ei vajavuuksiin peilaten. (Semi 2015, 48- 49.)

4 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, onko jo olemassa olevilla hoitotyön resursseilla mahdollisuutta toimintakulttuurin muutokselle tehostetussa asumispalvelussa. Päämääränä asiakkaan elämänhallinnan lisääminen hoivayksikössä siten, että hän kokisi olevansa enemmän oman elämän ja arjen asiantuntija elämänsä loppuun saakka.

Opinnäytetyön tehtävänä on omakuvamonologi-menetelmän avulla testata valmista prosessimallia käytännön hoiva- ja hoitotyössä. Prosessimallissa laaditaan neljästä asukkaasta omakuvamonologi, jonka kautta asukkaan keskeiset olemassa olevat voimavarat muistisairauden ja toimintakyvyn vajeiden takaa pyritään piirianalysoinnin avulla siirtämään käytännön hoitotyöhön, osaksi asukkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Opinnäytetyön toisena tehtävänä on asiakaslähtöiseen hoivatyöhön kuuluvien arvojen näkyvyyden korostaminen. Asiakaslähtöisyyttä ja omakuvamonologi- menetelmän toimivuuden testaamista varten laaditaan kaksi erilaista kyselylomaketta koko hoitohenkilökunnalle. Kyselylomakkeisiin vastataan ennen ja jälkeen piirianalysoinnin.

Opinnäytetyön tavoitteena on löytää uusia näkökulmia asiakkaiden arkeen siten, että arki olisi enemmän asukkaasta lähtöisin. Asukkaan kokonaisvaltainen huomioiminen oman elämänsä asiantuntijana, jotta asukas pysyisi hoivan keskiössä. Hoitohenkilökunnalle tavoitellaan nykyistä enemmän asukkaan ymmärtämistä ainutlaatuisena yksilönä, jolla on oikeus ihmisläheiseen ja elämänhallintaa ylläpitävään hoivaan. Kokonaisuutena tavoitellaan hoidon laadun ja asukkaan elämänlaadun paranemista jo olemassa olevilla resursseilla.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Lisääkö omakuvamonologin tekeminen asukkaasta asiakaslähtöisyyttä hoivatyössä?
2. Näkyykö asukas hoiva – ja hoitotyön keskiössä elämänhallintaa ja ihmisläheisyyttä ylläpitävänä arvona?

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyötä lähestytään kvalitatiivisella menetelmällä. Tutkimuksessa on osia narratiivisesta (elämäntarina) sekä kvantitatiivisesta tutkimusmenetelmästä (numeeriset lomakkeet). Kokonaisuus muodostuukin triangulaatiosta, sisältäen edellä mainittuja osia.

Laadullisen tutkimuksen piirteiksi luokitellaan muun muassa aineistonkeruumenetelmä, tutkittavien näkökulma, harkinnanvarainen tai teoreettinen otanta, aineiston laadullis-induktiivinen analyysi, hypoteesittomuus, tutkimuksen tyyli ja tulosten esitystapa, tutkijan asema ja narratiivisuus. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma elää parhaimmillaan tutkimustyön mukana. Tämä tarkoittaa osittain jopa sitä, että kvalitatiivisilla menetelmillä saavutetaan ilmiöiden prosessiluonne. Laadullisessa tutkimuksessa tulkinta jakautuukin koko tutkimusprosessiin, eikä sitä ole aina helppoa pilkkoa toisiaan seuraaviin vaiheisiin. (Eskola & Suoranta 1998.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan asema on eri tavalla keskeinen kuin tilastollisessa tutkimuksessa. Tutkijalla on siis toiminnassaan tietynlaista vapautta, joka antaa yleisesti ottaen mahdollisuuksia tutkimuksen joustavaan suunnitteluun ja toteutukseen. Kvalitatiivinen tutkimus on kuitenkin saanut käyttövoimaansa paljolti suhteestaan kvantitatiiviseen tutkimukseen. Karkeimmillaan laadullinen tutkimus ymmärretään yksinkertaisesti aineiston (ja analyysin) muodon (ei numeraalinen) kuvauksena. (Eskola & Suoranta 1998.)

Triangulaatiolla tarkoitetaan yksinkertaisimmillaan erilaisten aineistojen, teorioiden ja tai menetelmien käyttöä samassa tutkimuksessa. Triangulaation käyttöä perustellaan sillä, että yksittäisellä tutkimusmenetelmällä on vaikea saada kattavaa kuvaa tutkimuskohteesta. Lisäksi uskotaan jonkin tutkimusmenetelmän kuvaavan kohdetta vain yhdestä näkökulmasta, useammalla tutkimusmenetelmällä on mahdollista korjata tätä luotettavuusvirhettä. (Eskola & Suoranta 1998.)

Tämä opinnäytetyö sisältää toiminnallisen osuuden, joka toteutetaan omakuva-monologi- menetelmän testauksella koko tehostetun asumispalveluyksikön hoitohenkilökunnalle, mukaan lukien pitkäaikaiset sijaiset. Tutkimuskysymyksiin tuotetaan vastauksia samalta kohderyhmältä, laatimalla kaksi erillistä kyselylomaketta (Liite 2), ennen ja jälkeen omakuvamonologin piirianalysoinnin. Kyselylomakkeet ovat puolistrukturoituja, jotka sisältävät sekä valmiita vastausvaihtoehtoja että avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeet mukailevat hoivakoti – kuntoon projektin kysymyspatteristoa. (Hoivakoti kuntoon -kysymyspatteristo henkilökunnalle, 2015.) Kyselyjen tavoitteena on saada kvalitatiivista tutkimustietoa, kuinka paljon asiakaslähtöisyys ja asukkaan elämänlaatua tukeva toimintakulttuuri näkyvät tehostetun asumispalveluyksikön nykytilanteessa sekä omakuvamonologi-menetelmän prosessin toteuttamisen jälkeen.

Toiminnallisessa osuudessa käytetään apuna Hoivakoti kuntoon -projektissa esiteltä valmista toimintamallia asukkaan omakuvamonologin tekemiseen, 100 – havaintoa menetelmää. (Suomen kuntaliitto, Projektin julkaisu nro 4.2015). Tässä osuudessa tutkitaan hoitoyhteisöä, tarkastellaan hoitoyhteisön ja asukkaan välistä suhdetta ilmiöinä. Omakuvamonologi tehdään kahdessa saman asumispalveluyksikön kodissa, jolloin tutkimuksen luotettavuus paranee. Omakuvamonologi-menetelmän prosessiin otetaan mukaan neljä asukasta, kaksi molemmista kodeista. Asukkaan nostaminen keskiöön omakuvamonologi- menetelmän kautta, toivotaan antavan läpinäkyvyyttä asiakaslähtöisen toimintakulttuurin muutokselle arjen hoivatyössä. Samalla mahdollistetaan uuden toimintamallin omaksuminen koko hoitoyhteisölle.

5.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa omakuvamonologin tekemiseen osallistuvilta asukkailta ja heidän läheiseltä kysytään tutkimuslupa (Liite 1). Asukkaan anonymiteetti säilytetään koko prosessin ajan. Asukkaasta tuotettu omakuvamonologiaan kerätty paperinen aineisto hävitetään piirianalysoinnin jälkeen. Mahdolliset hoitosuunnitelmaan tai

asukkaan arkeen sisällytettävät asiat otetaan käyttöön. Omakuvamonologi näytetään asukkaalle ja läheiselle ennen piirianalysointia.

Eroja kahden eri kodin välillä ei tässä tutkimuksessa myöskään selvitetä kyselylomakkeissa. Aineiston laadullis- induktiivinen analyysi ja arviointi palvelevat koko asumispalvelun yksikköä, jossa asiakaslähtöisyys elämänlaatua lisäävänä tekijänä on yhtenäinen tutkimustyön kohde. Hoitajien kyselylomakkeiden vastaukset käsitellään niin ikään yleisellä tasolla, eettisyys huomioiden, opinnäytetyön perusajatuksen mukaisesti. Tarkoituksena on asiakaslähtöisyyden korostaminen hoivakulttuurissa. Eettinen toteutus vaatii ehdotonta luottamusta kaikilta osallistujilta ja se on tutkimustyön prioriteetti monologin prosessin testaamisessa ja hoitajille tehtävien kyselylomakkeiden vastausten tulkinnassa. Kyselylomakkeet hävitetään analysoinnin jälkeen.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Tutkimuksen vaiheet

Tutkimuksen tekemiseen ja kyselylomakkeen toteuttamiseen asumispalveluyksikössä haettiin lupa organisaatiolta kirjallisesti (Liite 3), Tampereen ammattikorkeakoulun tutkimusohjeen mukaisesti. Opinnäytetyön toteutus oli kolmivaiheinen.

Ensimmäisessä vaiheessa lähetettiin 30.6.21, kyselylomake 38 sähköpostiosoitteeseen tehostetun asumispalveluyksikön kaikille vakituisille hoitajille sekä pitkäaikaisille sijaisille. Kyselylomake oli puolistrukturoitu, jossa selvitettiin hoitajien kokemuksia ja työtapoja asukaslähtöisestä hoivatyöstä sekä asukkaan elämäntilannetta ylläpitävistä toimista. Kyselylomakkeen vastausmuistutuksia lähetettiin järjestelmän kautta kolme kertaa (8.7, 15.7 ja 23.7). Lisäksi asiaa selventävä sähköpostiviesti 7.7.21. Molempien yksiköiden ilmoitustaululle laitettiin muistutus opinnäytetyön kyselyyn vastaamisesta ja asiasta tiedotettiin suullisesti. Vastausaikaa jatkettiin kahden viikon sijasta neljään viikkoon, oletuksena kyselylomakkeen lähettäminen kesälomakaudella. Kysely sulkeutui 29.7.21.

Seuraavaksi toteutettiin opinnäytetyön toiminnallinen vaihe, omakuvamonologin tekeminen. Toiminnallinen osuus aloitettiin suunnittelulla, valitsemalla yksiköiden omahoitajien ja tiimisairaanhoidajan kanssa asukkaat, joista omakuvamonologit tehtäisiin. Molemmista kodeista löytyi helposti kaksi asukasta. Opinnäytetyöntekijä oli yhteydessä asukkaiden (4) läheisiin kertomalla omakuvamonologin toimintamenetelmästä ja asukkaan mahdollisuudesta osallistua siihen. Kaikkien osallistuvien asukkaiden läheiset suostuivat heti omakuvamonologin tekemiseen ja olivat valmiita kertomaan läheisestään enemmän. Suostumuslomakkeet allekirjoitettiin, läheinen sopi asian asukkaan kanssa.

Toiminnallisen osuuden omakuvamonologi- menetelmän ohjauksesta tiedotettiin henkilökunnalle sähköpostitse 27.7.21. Sovittiin kaksi erillistä tiimipalaveria (3.8

ja 5.8.), jossa opinnäytetyöntekijä kertoi omakuvamonologi- menetelmän tekemisen toimintamallin ja perustelun opinnäytetyön suunnitelman kautta, miksi juuri tämä aihe koettiin tärkeänä. Tiimipalaverien ajat oli sovittu palveluvastaavan kanssa sellaiseen aikaan päivästä, joka vähiten kuormittaisi muuta työskentelyä. Lisäksi ne oli asetettu siten, että työntekijöiden vapaapäivät huomioiden, toinen palaveri oli alkuviikosta ja toinen loppuviikosta. Koska tiimipalaverit olivat sisällöltään samanlaisia, työntekijöillä oli mahdollisuus valita, kumpana päivänä osallistua työvuorojen puitteissa. Asiaa pidettiin esillä myös keskustelemalla hoitajien kanssa monologisiin osallistuvista asukkaista. Kuitenkaan kaikki eivät halunneet osallistua tiimeihin tai työvuorot olivat muuttuneet.

Hoitajat keräsivät 100- havaintoa teemalla (Mikkola 2015, 49-50) neljästä asukkaasta tietoa vapaamuotoisesti ruutuvihkoon, ranskalaisin viivoin. Vihon päällä oli asukkaan nimi ja lyhyt kuvaus, mitä asioita siihen kerättäisiin. Havaintojen tekemiseen pyrittiin tiimipalaverin mukaisesti haastamaan kaikkia hoitajia mukaan. Tässä vaiheessa oli jo tullut esille, että suuria ajallisia panostuksia ei kyetty tekemään. Esimerkiksi työ koettiin opiskeluun liittyväksi työksi tai siihen ei ollut aikaa. Tämän vuoksi pyydettiin vain havaintoja vihkoon, jotka sitten yhdessä käytäisiin läpi piirianalyysissä. Havaintoja tehtiin muutamasta rivistä, enintään puolen toista A4 sivun verran. Havaintojen tekemisestä muistutettiin keskusteluissa.

Molemmissa kodeissa tehtiin omakuvamonologit kahdelle asukkaalle. Tietojen kerääminen toteutettiin hyvää eettistä linjaa noudattaen. Omakuvamonologisiin kerättiin tietoja asukkaasta havainnoimalla, kyselemällä, tarkastelemalla potilastietojärjestelmää, huomioiden asukaan erilaiset toimintakyvyn mittarit sekä aikaisemmat hoitosuunnitelmat. Omahahoitaja kokosi kerätyt asiat ja havainnot minätarinan muotoon tai se tehtiin yhteisesti omakuvamonologi-piirissä. Piirianalyysien ajankohdat oli sovittu jokaiselle asukkaalle erikseen. Kaksi piirianalyysiä kyettiin pitämään sovitusti 25.8.21 ja 27.8. Kaksi jouduttiin siirtämään seuraavalle viikolle 30.8.21 ja 31.8 ajankohdan sopimattomuuden vuoksi.

Sisällöltään piirianalyysit olivat hyvin erilaisia. Kaikissa olivat esillä tehdyt havainnot, aiempi hoitosuunnitelma sekä elämänkaari- lomake. Jokaisessa palaverissa oli myös mukana ainakin yksi asukkaan omahoitaja. Piirianalyysissä syvennyttiin

asukkaan elämäntarinaa olemassa olevin tiedoin. Vihkoon kirjoitetut lauseet luettiin minä- muodossa. Kahteen piirianalyysiin omahoitaja oli tehnyt lyhyen tarinallisen kertomuksen asukkaan elämästä hankkimillaan ja käytettävissä olevin tiedoin. Tämä elävöitti analyysien tekemistä. Analysoinnin perusteella koottiin asiat, jotka otettaisiin päivittäiseen, asukkaan yksilölliseen hoivakäytäntöön mukaan. Hoitosuunnitelmaan sisällytettävät asiat sen sijaan jäivät omahoitajan vastuulle ja harkintaan. Opinnäytetyöntekijä laati kaikista neljästä asukkaasta koonnit asukkaan päivittäisen kirjauksen yhteyteen. Tämä tulostettiin asukkaalle ja läheiselle nähtäväksi. Erillistä monologin ennakkoesittelyä asukkaalle ja läheiselle ei tehty tutkimuksen toteutuksen kompromissien vuoksi. Piirianalysoinnit tehtiin hoitotiiminä kahdessa eri kodissa, molemmissa kahdesta yksikön asukkaasta.

Piirianalyysin jälkeen vihkoon kerätty materiaali hävitettiin, paitsi elämäntarina haluttiin liittää asukkaan kansioon sellaisenaan. Vapaassa keskustelussa asukkaan elämäntarinan kokoaminen ja asukkaaseen syventyminen tarkemmin koettiin hyvänä asiana. Mainittiin myös, että asioita oli jo olemassa hoitosuunnitelmassa. Piirianalysoinnin jälkeen koottu asiakasdokumentti tulostettiin myös hoitajien nähtäville.

Opinnäytetyön kolmannessa vaiheessa lähetettiin uusi kyselylomake sähköpostilinkkinä 35 vakituiselle hoitajalle sekä pitkäaikaisille sijaisille. Kysymykset olivat puolistrukturoituja. Toisen kyselylomakkeen tarkoituksena oli koota kysymysten avulla kokemukset omakuvamonologiin piirianalysoinnista osana asukkaan elämäntarinaa sekä löytää mahdollisia kehittämiskohteita. Toinen kyselylomake lähetettiin viikon kuluessa viimeisen piirianalyysin jälkeen, 6.9.21. Automaattinen muistutus kyselyyn vastaamisesta lähetettiin 13.9.21. Kyselyyn vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa, 19.9.21 saakka. Lisäksi pyyntö kyselyyn vastaamisesta hoitajien ilmoitustaululle sekä sähköpostiviestit (2). Asiasta tiedotettiin myös suullisesti. Vastauksia saatiin kahdeksan. Osalle toinen kysely samasta aiheesta oli kuitenkin tullut yllätyksenä, joten siihen annettiin vastausmahdollisuus vielä paperiversiona 26.9.21 saakka. Paperiversiona palautettiin määräaikaan mennessä 1 lomake. Toiseen kyselyyn vastaamatta jättämiseen mainittiin keskusteluissa muun muassa oma vähäinen osallistuminen omakuvamonologin tekemiseen.

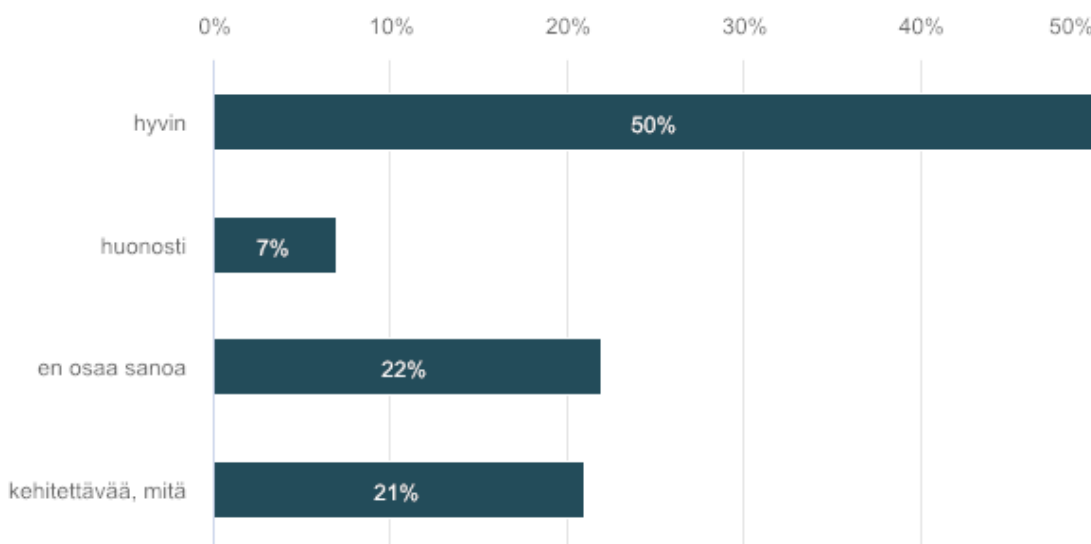
6.2 Tulosten arviointi

Tulokset analysoitiin vaiheittain hyvää eettistä tutkimusperiaatetta noudattaen. Analysoinnin tulokset siirrettiin opinnäytetyöhön anonyymeinä erilaisten kaavioiden ja tekstien avulla. Näiden perusteella tehtiin tutkimuksen päätelmät ja johtopäätökset. Tuloksissa huomioitiin asukkaan yksilöllisen hyvän hoivan, asukkaan omannäköisen elämän jo käytännössä toteutuvat asiat sekä etsittiin mahdollisia kehittämiskohteita asiakaslähtöisyyden huomioimiseksi, asukkaan elämänlaatua lisäävänä tekijänä. Tuloksissa tarkasteltiin hoiva- ja hoitotyön käytäntöä ilmiönä suhteessa hoitotyöntekijän toimintaan asiakaslähtöisyyttä ja asukkaan elämänlaatuun vaikuttavana tekijänä. Asiakaslähtöisyyteen tehostetussa asumispalveluyksikössä sekä omakuvamonologi- menetelmän prosessiin liittyviä tuloksia elämänlaatua lisäävänä tekijänä tarkasteltiin vaiheittain. Kvalitatiivisen analysoinnin kautta jäsennettiin tutkimuskohteen laatua sekä ominaisuuksia sekä merkityksiä kokonaisvaltaisesti. (Jyväskylän yliopisto.) Analysointi kirjoitettiin auki opinnäytetyössä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Tilanne ennen piirianalysointia

Ensimmäiseen kyselyyn vastauksia saatiin 14, joka on 37 % tutkimuskyselyn saaneista (N=38). Otos on melko suppea tutkimuksen tieteellisestä näkökulmasta, mutta suuntaa antava teoriapohjaan peilaten, jolloin näinkin pientä otosta voidaan pitää luotettavana. Kysymyksiä oli 14, joista yksi vapaaehtoinen kysymys. Kuvioissa esiintyvät palkkikaavioiden prosenttilukujen desimaalit on pyöristetty lähimpään kokonaislukuun.



Kaavio 1. Asiakaslähtöisyyden huomioiminen.

Kaaviossa 1, asiakaslähtöisyyden huomioimisesta yksikössä, puolet vastaajista (50 %) olivat sitä mieltä, että asiakaslähtöisyys huomioidaan asumispalveluyksikössä nykytilanteessa hyvin. Kehitettävänä asioina mainittiin, että asukkaalta pitäisi kysyä enemmän mitä he haluavat. Toisaalta toiveet huomioidaan hyvin, mutta kaikkia toiveita ei kyetä toteuttamaan niiden haastavuuden tai kiireen vuoksi. Joissakin asioissa sanottiin mentävän hoitajalähtöisyys edellä. Vastauksia ei ollut tarkennettu. Asukkaaksi siirrytään usein kotiympäristöstä, hoitotyö- ja

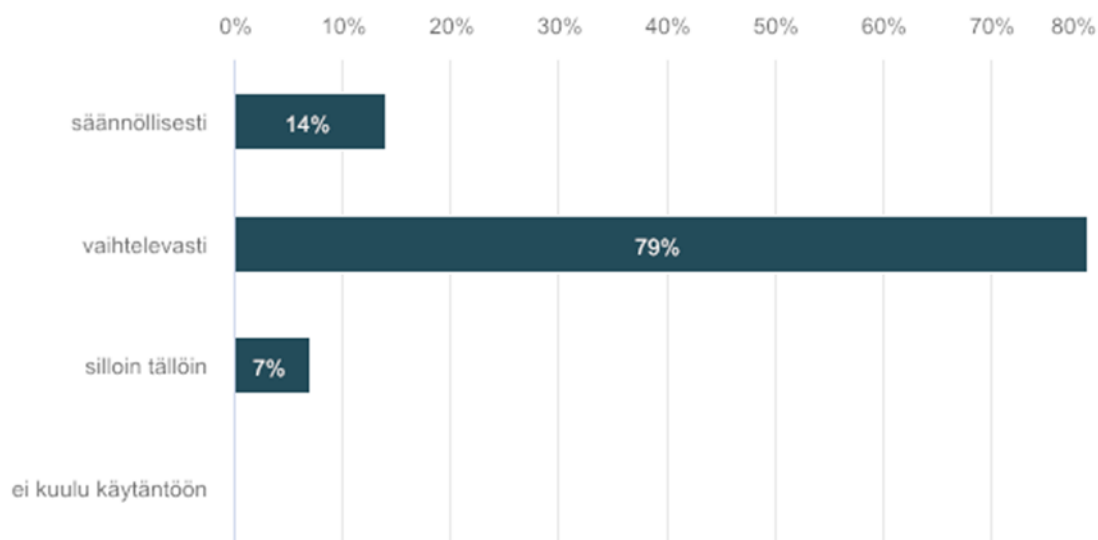
hoitajakeskeiseen hoitoon ja huolenpitoon. Pirhonen (2015, 25–33). Yhteyden pidosta asukkaan läheisiin yksikössä vastattiin pidettävän yhteyttä puhelimitse tai käyntien yhteydessä. Vastauksissa kerrottiin asukkaan voinnin muuttuessa otettavan yhteyttä läheisiin. Myös tekstiviestit sekä hoitosuunnitelman päivitys olivat tapoja pitää yhteyttä.

Soitellaan jos asukkaan voinnissa on jotain erikoista/muutosta. Käydään juttelemassa kun omaisia tulee vierailemaan.

Asukkaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon asukkaan ja läheisen sanottiin voivan osallistua keskustelemalla ja kertomalla toiveista, mielipiteistä, ottamalla yhteyttä puhelimitse, käymällä, osallistumalla hoitosuunnitelman tekoon, olemalla yhteydessä lääkäriin. Lisäksi asukkaan voinnin muuttuessa sanottiin tiedotettavan läheiselle hoidosta, huomioiden asukkaan, läheisen ja hoitajan näkökulma. Vastauksissa tuotiin myös esille, että läheiset voivat osallistua hoitoon tai vaatia asioita. Mielipiteitä ja toiveita sanottiin huomioitavan ja kunnioitettavan.

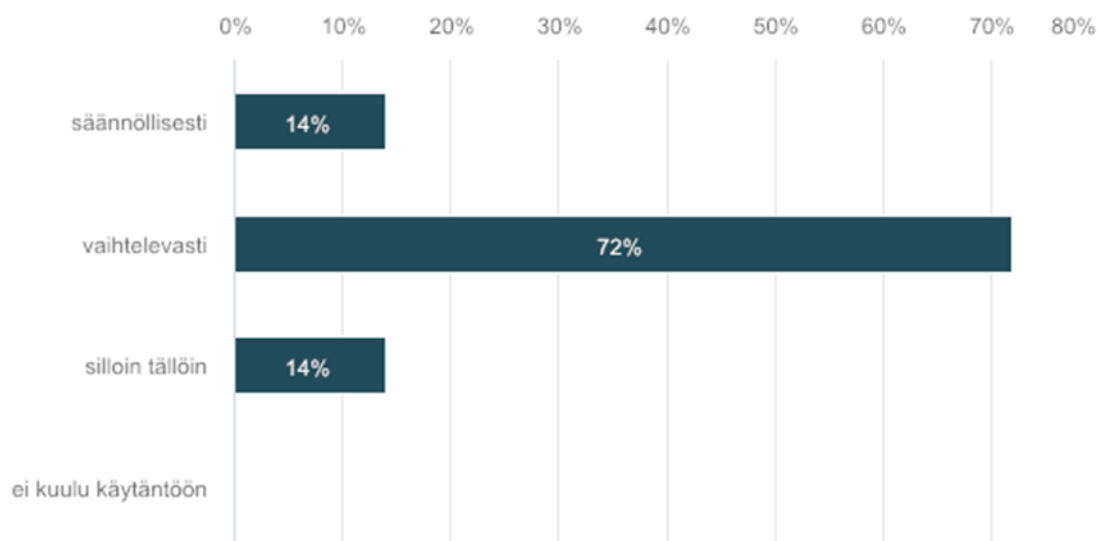
Asukas harvoin pystyy/osaa tehdä järkeviä/realistisia päätöksiä. Omaiselle voidaan kertoa tilanteesta ja hän läheisensä tuntien voi ohjeistaa hoitajia hoidollisissa asioissa kuitenkin huomioiden reaaliaikainen tilanne.

Kirjallisuudessa onkin mainittu, että muistisairas ihminen on tasavertainen avustavan henkilön kanssa. Samoin Semi (2004) vertaa muistisairaansa omaisen olevan ikään kuin hoivayhteisön asiakkaana.



Kaavio 2. Yksilöllisten toiveiden huomioiminen.

Kaaviossa 2, asukkaan yksilöllisten toiveiden huomioiminen yksikössä toteutuu 79 % mielestä vaihtelevasti. Kuitenkin vähintäänkin silloin tällöin (7 %) tai säännöllisesti (14 %).



Kaavio 3. Elämäntarinan huomioiminen hoivatyössä.

Kaaviossa 3 havainnollistetaan asukkaan elämäntarinan huomioimista osana hoivatyötä, joka 72 % mielestä huomioidaan nykytilanteessa vaihtelevasti. Kysyttäessä päivittäisiä tilanteita, joissa asukkaan elämänhistoriaa, omia kykyjä, tarpeita ja toiveita huomioidaan erityisesti, vastattiin keskusteluissa, päivittäisten hoitotoimien yhteydessä, kuten hygienian hoito, pukeutuminen ja nukkumaan

meno. Tämä näkyi myös asukkaan toimintakyvyn huomioimisella, jolloin ei tehdä puolesta, esimerkiksi aamutoimet, omatoiminen syöminen. Asukasta kannustetaan omatoimisuuteen. Elämänhistoriaa huomioidaan kaikissa arkisissa asioissa, kuten toiveiden toteuttaminen mahdollisuuksien mukaan, esimerkiksi totutut tavat ja niiden kunnioittaminen. Ruokatottumukset, asiakkaan uskonnollisuus, ulkoilu, virikkeiden keksiminen ja juhlapäivät.

Hoitotoimenpiteitten aikana miten kohtaan asiakkaan ja miten keskustelen asiakkaan kanssa, siihen vaikuttaa saamani tieto asiakkaan elämänhistoriasta.

Toiveita pyritään toteuttamaan, aina se ei ole mahdollista, mutta jos asukas tykkää esim. nukkua aamulla myöhempään, hänelle tehdään aamutoimet viimeisenä jne.

Jos asukas on tottunut toimimaan tietyillä tavoilla jossakin kohdissa, on täälläkin mahdollista toimia samaten.

Ihan arkisissa asioissa. Voi tulla esille vaikka juhlapäivinä tai arkisina asioina ruokailussa, ulkoilussa, päivän lehtiä lukiessa. Missä tahansa asiassa/tapahtumassa.

Elämänlaadusta kysyttiin myös niiden asukkaiden kohdalta, jotka viettävät suurimman osan ajastaan vuoteessa. Toisin sanoen, miten heidän hyvää elämää ja rikasta arjen kokemusta tuetaan asumisyksikössä. Näissä vastauksissa tuotiin esille, että hoitotoimien aikana keskustellaan, ollaan läsnä, kuunnellaan tai muistellaan menneitä. Nostetaan myös istumaan, jos mahdollista. Joissakin vastauksissa mainittiin niin ikään inhimillinen kohtaaminen ja läheisten tukeminen sekä osallisuus tapaamisissa. Vastauksissa kerrottiin myös, että vuoteessa oleville tarjotaan hyvää perushoitoa, ollaan läsnä ja kuunnellaan. Elämänlaatua tuetaan myös juttelemalla tai laulamalla, kuitenkin liian vähän tai ei mitenkään.

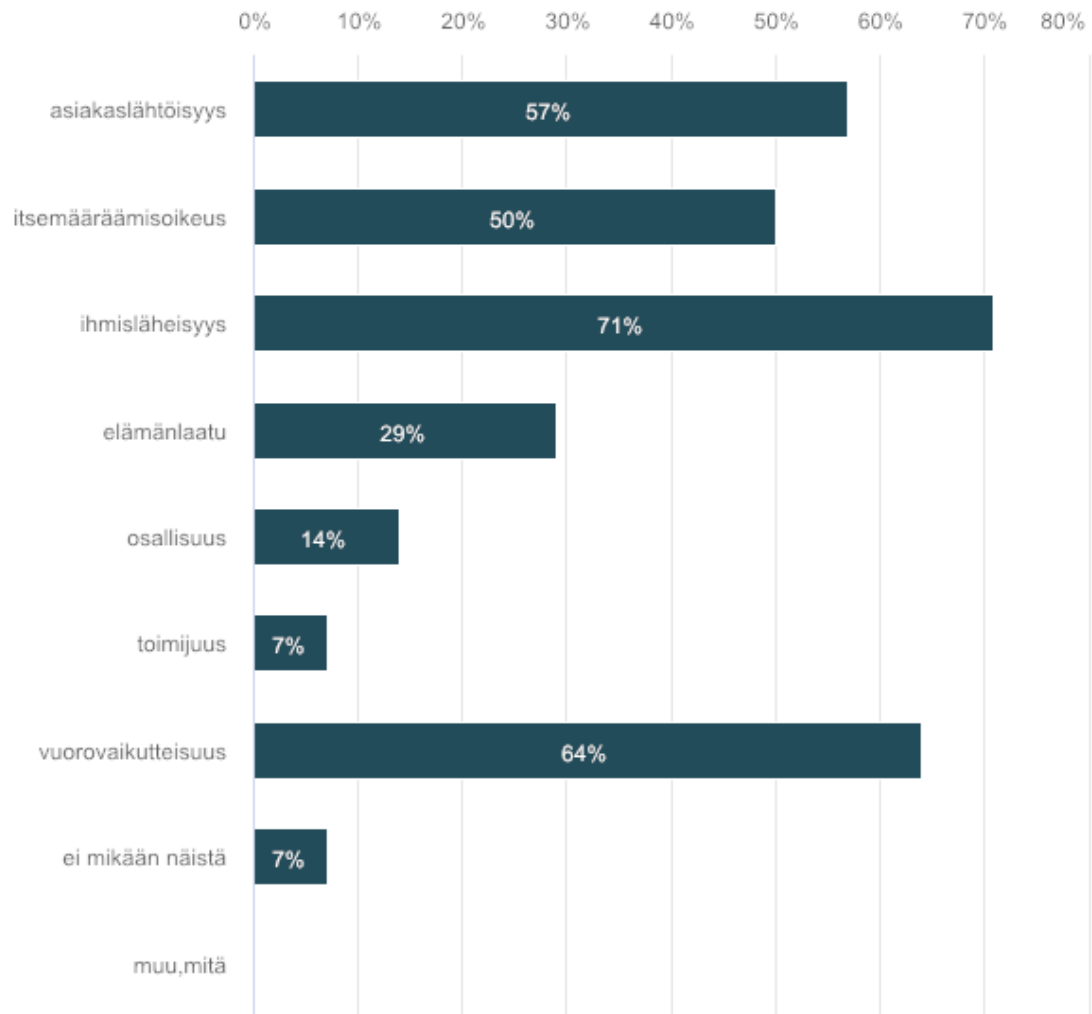
Puetaan kauniit omat vaatteet ylle, hiukset kammataan ja naisille laitetaan esim. pinnillä kiinni tai ponnarille. On omia pantoja jne. Asukkaille avataan tv ja toisille radio, jota voivat halutessaan kuunnella. Tuodaan heitäkin osallistumaan esim. harrastusilaisuuksiin ja viedään sängyllä ulos.

Hoitotoimien aikana kerrotaan mikä päivä on ja mitä tehdään. Tämän voi toistaa useampaan kertaan päivän aikana. Kertoa säästä, mitä ruokaa on tarjolla jne. Näistä jo voi keksiä vaikka minkälaista tarinaa ja juttua.

He joutuvat olla paljon yksin, vain pakolliset käynnit heidän luonaan tehdään.

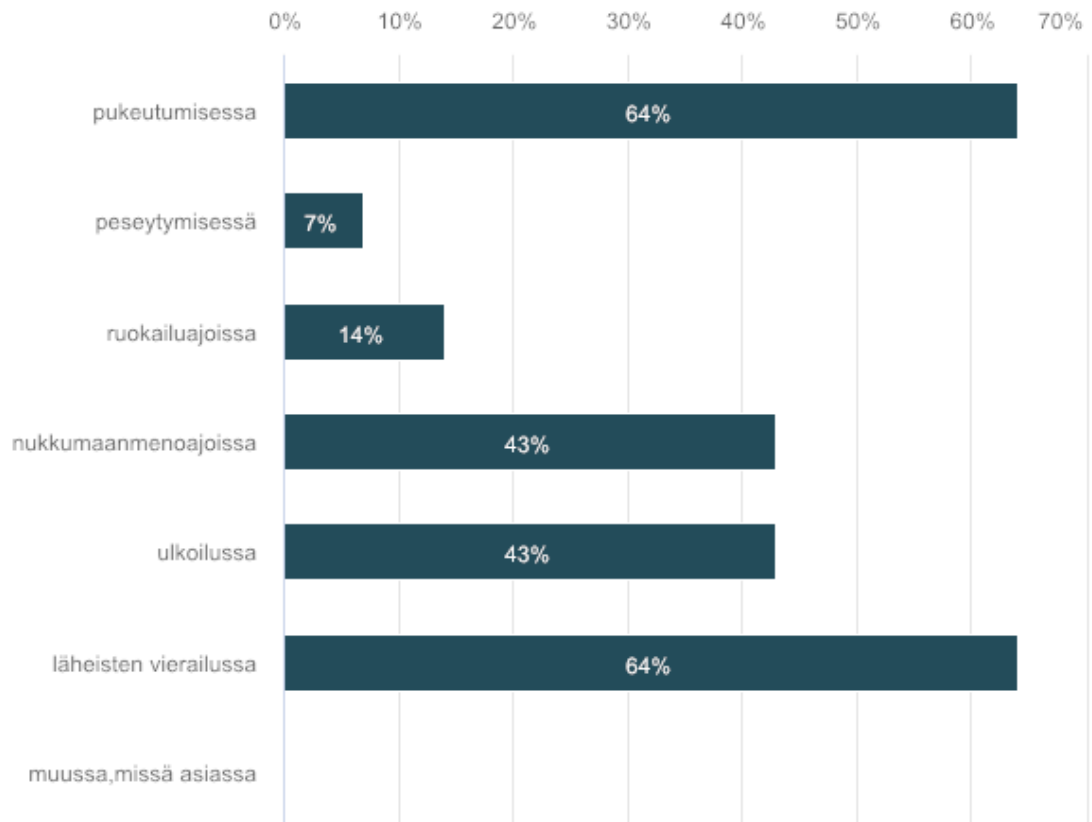
Harrastus, kulttuuri – tai hengellisen toiminnan tarjonnasta yksikössä mainittiin seurakunnan vierailut, hartaushetket. Yleisten koronarajoitusten vuoksi vierailut ovat kuitenkin olleet vähemmällä. Yhteisesti on kuitenkin laulettu, juteltu, luettu lehtiä. Lisäksi huomioitiin pelit ja leipominen sekä Hilda -digipalvelun käyttö. Ennen koronapandemiaa ovat käyneet koirakaverit, talon ulkopuolelta tulevat vierailijat ja virikkeet esimerkiksi musiikki tai SPR - ystävät. Lasten vierailut. Ulkona käynyt maatilalla eläimiä kuten hevonen. Kysyttäessä yksilöllisten toiveiden toteuttamisesta arjen elävöittämiseen, vastattiin niitä toteutettavan ulkoilemalla, huomioimalla asukkaan merkkipäivät tai juhlapäivät, ja esimerkiksi joulusaunaan on asukkaalla mahdollisuus päästä. Yksilöllisiä toiveita huomioitaessa asukas voi myös vastausten perusteella halutessaan käydä kotilomilla ja läheiset voivat tuoda hänelle pieniä lempiherkkuja. Vastauksissa huomioitiin myös iltapalavalikoiman olevan yksikössä laajempi, jolloin asukas voi valita eri vaihtoehtoista haluamansa iltapalan. Lisäksi eläimet ilahduttavat arkea. Vastauksissa tuotiin myös esiin, että arjen elävöittämistä asukkaan toiveiden pohjalta on joskus tai huonosti tai liian harvoin.

Kyllä, mahdollisuuksien mukaan. Kesällä ulkoillaan lähes päivittäin sään salliessa. Saunomismahdollisuus on yläkerrassa. Lempiruoat pyritään toteuttamaan, jollei pidä esim. kalasta, tarjoillaan sen tilalla jotain muuta. Ulkopuolisiin tapahtumiin osallistuminen on pääasiassa ulkopuolisten ystävien ja omaisten vastuulla, sillä hoitajat eivät juurikaan pysty irtaantumiseen.



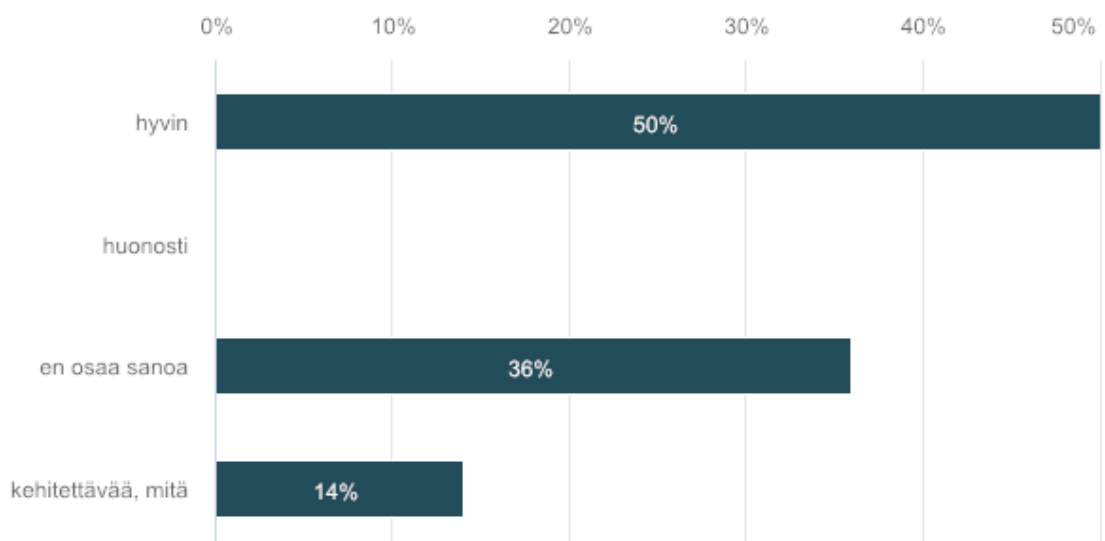
Kaavio 4. Asumispalveluyksikön arvot

Asumispalveluyksikön arvoista kysyttiin kaaviossa 4 esitetyn taulukon mukaisesti. Vastausvaihtoehtoina annettiin yksi tai useampi toiminnassa tällä hetkellä toteutuva arvo. Ihmisläheisyys toteutui 71 % mielestä asumispalveluyksikössä. Vuorovaikutteisuus 64 % mielestä ja asiakaslähtöisyys 57 %. Itsemääräämisoikeus toteutui yksikössä tällä hetkellä 50 % mielestä. Sen sijaan elämänlaatu vain 29 % ja osallisuus 14 %, toimijuus 7 %. Vastaajissa oli myös mielipide (7 %), jotta mikään näistä arvoista ei toteudu yksikössä.



Kaavio 5. Asukkaan päivärytmiin vaikuttaminen.

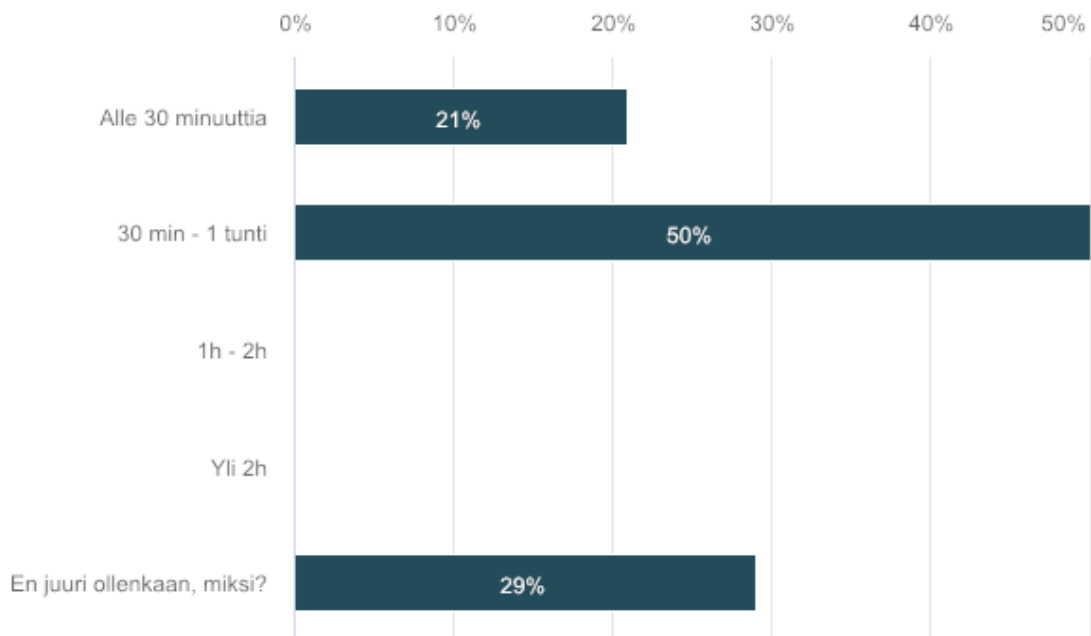
Kaaviossa 5 havainnollistetaan asukkaan mahdollisuutta vaikuttaa omaan päivärytmiinsä, johon vastattiin pukeutumisessa ja läheisten vierailuissa 64 %. Nukkumaanmenoajoissa ja ulkoilussa 43 %. Ruokailuajoissa 14 % ja peseytymisessä 7 %.



Kaavio 6. Omaha-ohjelman toteutuminen yksikössä.

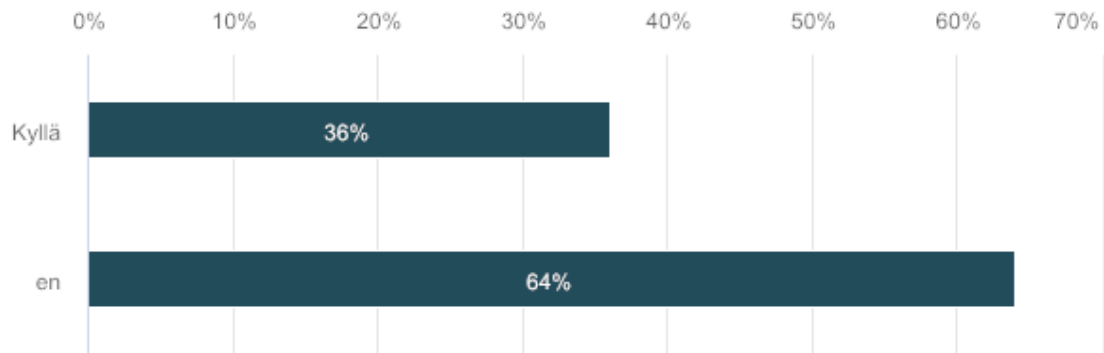
Kaaviossa 6, omahoitajamallin toteutumisesta yksikössä vastasivat 50 % sen toteutuvan hyvin, en osaa sanoa 36 % ja kehitettävää 14 %. Kehittämisasioiksi mainittiin yhdessä tekeminen asukkaan kanssa sekä toiveiden ja mieltymysten toteuttaminen ja syvempi perehtyminen asukkaaseen.

Tehdä yhdessä asukkaan kanssa jotain, kysellä toiveita, mieltymyksiä ja pyrkiä toteuttamaan niitä.



Kaavio 7. Omahoitajana vietetty aika viikossa.

Kaaviossa 7 kuvataan omahoitajan käyttämää aikaa viikoittain oman asukkaan kanssa. Omahoitajana roolissa vastattiin käytettävän aikaa 30 minuutista yhteen tuntiin (50 %). Alle puoli tuntia vietti aikaa 21 %. Vastaajista 29 % ei käyttänyt aikaa juuri ollenkaan oman asukkaan kanssa. Tähän syyksi sanottiin, että ei ole omia omahoidettavia tai töitä on paljon ja henkilökuntaa vähän eikä ylitöitä saa tulla.

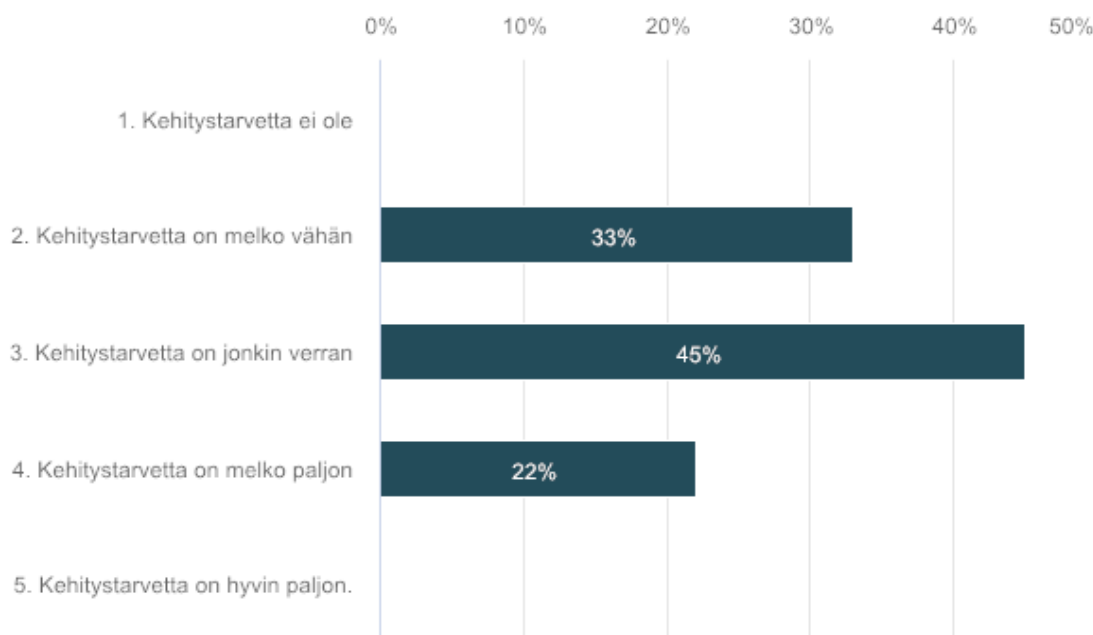


Kaavio 8. Työntekijän halu asua tässä yksikössä.

Kaaviossa 8, kysytään halukkuudesta muuttaa itse asukkaaksi juuri tähän asumispalvelun yksikköön, vastasivat 64 % en haluaisi ja 36 % kyllä haluaisin. Kysymys oli vapaaehtoinen, johon kaikki vastasivat (14).

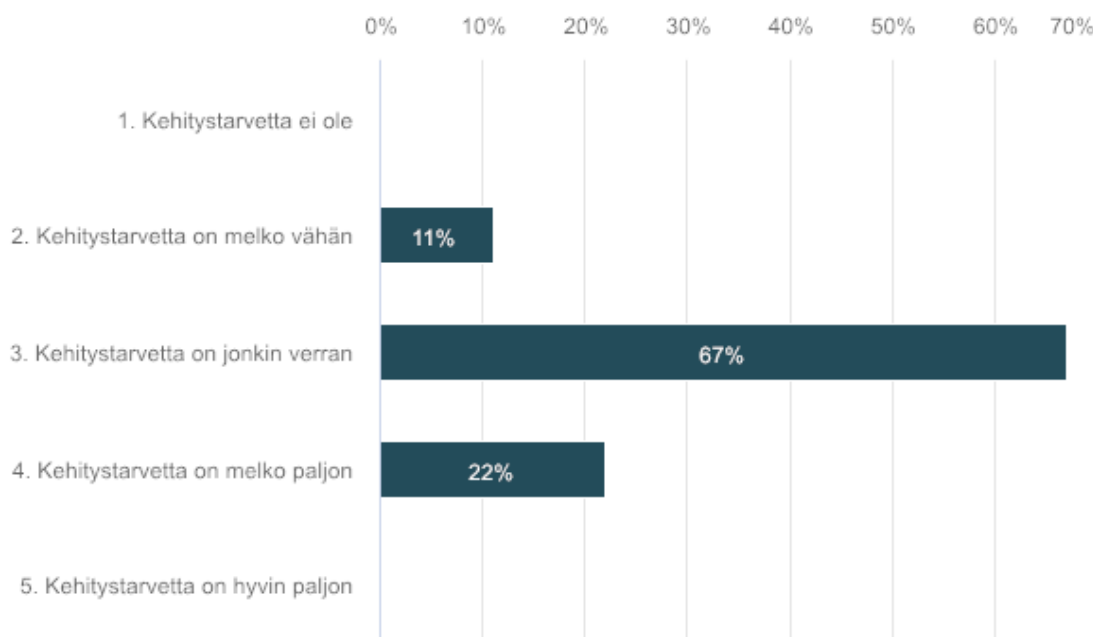
7.2 Tilanne piirianalysoinnin jälkeen

Toiseen kyselylomakkeeseen vastauksia tuli kaiken kaikkiaan 9, joka on 25 %:a tutkimuskyselyn saaneista (N=35). Huomioitavaa, että paperilla vastattu lomake on liitetty tutkimukseen tutkijan oman sähköpostin kautta. Tutkimuskysymyksiä oli 10, joista viimeinen vapaaehtoinen kysymys. Tällä haluttiin antaa mahdollisuus palautteeseen, kokemuksesta omakuvamonologin tekemisestä työyhteisössä tai palautteesta opinnäytetyöntekijän työn toteutustapaan työyhteisössä. Vapaaehtoiseen kysymykseen jätettiin kaksi vastausta. Alla esitellyissä tuloksissa palkkikaavioiden prosenttilukujen desimaalit on pyöristetty lähimpään kokonaislukuun.



Kaavio 9. Hoitajan oma ammatillinen kehitystarve. Hyvän elämän tukeminen.

Kaaviossa 9 kuvataan hoitajan omaa ammatillista kehitystarvetta, arvioitaessa kykyä tukea asukkaan omannäköistä ja hyvää elämää. Hoitajat arvioivat omaa kehitystarvetta olevan jonkin verran, 45 %. Kehitystarvetta arvioitiin olevan melko vähän 33 % ja kehitystarvetta melko paljon 22 %.



Kaavio 10. Työyhteisön ammatillinen kehitystarve. Hyvän elämän tukeminen.

Kaaviossa 10 kuvataan työyhteisön ammatillista kehitystarvetta, arvioitaessa asukkaan omannäköistä ja hyvää elämää. Kehitystarvetta vastattiin olevan jonkin verran 67 %. Kehitystarvetta melko paljon 22 % ja kehitystarvetta melko vähän 11 %.

Kysymykseen asumispalveluyksikön johdon tukemisesta asiakaslähtöiseen toimintaan yksikössä, vastattiin johdon kannustavan mahdollisuuksien mukaan muun muassa asukkaiden virikkeellisessä toiminnassa esimerkiksi järjestämällä vapaaehtoisten tuottamaa viihdykettä. Lisäksi vastattiin johdon tukevan melko hyvin, en tiedä, hoitajien vastuulla tai toiminnan vaatiessa hankintoja, asia vaikeutuisi. Asumispalveluyksikön johdon tuesta asukkaan omannäköisen elämän toteuttamisessa vastattiin, resurssien sallimissa puitteissa, johto kannustaa toteuttamaan, kannustaa varmasti työajan rajoissa. Lisäksi todettiin, että hoitajien vastuulla, eikä juuri mitenkään, en osaa sanoa, en tiedä.

Omannäköisen elämän toteuttaminen on talossa melko rajallista. Ei ole juurikaan resursseja, joten hyvin pienillä asioilla mennään. Esim. nukkua voi myöhempään, jotain pientä puuhastelua järjestetään, mutta erillisiä varoja / aikaa ei juurikaan ole.

Vastauksissa omakuvamonologi- menetelmän toivottiin tarjoavan hoivakodin asukkaille laadukkaampaa, parempaa ja yksilöllisempää hoitoa. Asukkaan elämän ymmärtämistä sekä mahdollisuuksien mukaista viriketoimintaa. Todettiin myös tämän menetelmän kautta uuden hoitajan olevan helpompi toteuttaa asukkaan toiveita. Vastauksissa tuli myös esille, että menetelmän suhteen ei ole toivomuksia.

Oivalluksia hoitohenkilökunnalle asukkaan elämänhistoriaan tutustumisen jälkeen, uusia ideoita ja keinoja toteuttaa omannäköistä elämää. Toteutettavat asiat eivät tarvitse aina olla isoja muutoksia vaan pieniä arjessa näkyviä muutoksia.

Toivoisin, että voitaisiin toteuttaa asukkaan näköistä elämää, mutta haasteita siihen tuo asukkaiden kunto ja oma toimintakyky. Myös asukasmäärä ja työntekijämäärä vaikuttaa asiaan, sillä hankala on panostaa kiireessä asioihin täysillä.

Vastauksissa omakuvamonologi- menetelmän toivottiin tarjoavan itselle vaihtelua ”rutiineihin” ja työkaluja. Omakuvamonologi- menetelmästä toivottiin olevan myös paljon hyötyä, asukkaan mielipiteen, mieltymysten ja kiinnostuksen kohteitten huomioimisessa. Vastattiin myös, että itse saisi laajempaa taustatietoa ihmisestä ja pääsisi näin lähemmäksi asukasta. Lisäksi sanottiin, että en toivo menetelmältä oikeastaan mitään tai en osaa sanoa.

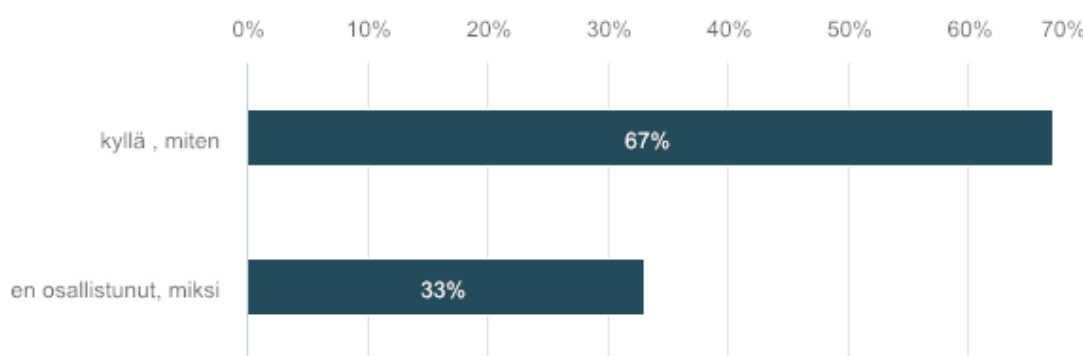
Laajempaa ja syvällisempää suhtautumista asukkaisiin persoonina ja yksilöinä.

Uusia ideoita ja oivalluksia arkeen asiakkaiden kanssa pienilläkin muutoksilla, jotka on mahdollista toteuttaa hoitotyön ohessa. Tutustuminen asukkaaseen syvemmin auttaa hoitotyössä, kun paremmin ymmärrän asiakkaan taustat, arvot ja tottumukset. Esimerkiksi osaan keskustella hänen kanssaan paremmin, ymmärrän paremmin, miksi hän kieltäytyy jostakin asiasta tai hoitotoimenpiteestä, tai mitkä asiat ovat hänelle mieluisia.

Kyselylomakkeen vastauksissa omakuvamonologi- menetelmän toivottiin tarjoavan työyhteisön jäsenille, työkaluja asukkaan hyväksi ja tarkempaa tietoa asukkaasta. Arvokasta ja suvaitsevaista kohtelua sekä parempaa kanssakäymistä. Kaikilla ei ollut toivomuksia tai vielä se ei ollut tarjonnut mitään. Lisäksi sanottiin, että omakuvamonologi tehty vain osalle.

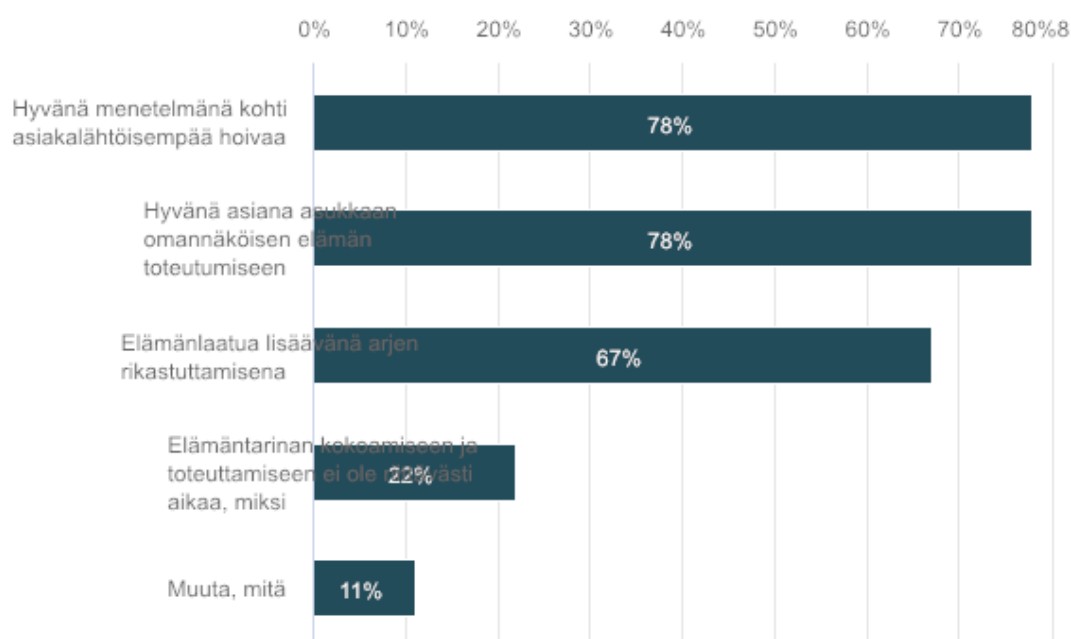
Enempi yhtenäisiä hoitolinjoja ja samantyyppistä hoitamista. Yhdessä panostamista asiakkaiden hyvinvointiin.

Herättävän ajatuksia, kuinka asukkaan omannäköistä arkea voi toteuttaa yllättävänkin pienillä muutoksilla rutiininomaiseen arkeen.



Kaavio 11. Osallistuminen omakuvamonologi- menetelmän prosessiin.

Kaaviossa 11 havainnollistetaan omakuvamonologi- menetelmän prosessiin osallistumisesta omassa työyksikössä, johon vastattiin kyllä (67 %). Osallistuminen tapahtui keräämällä havaintoja, olemalla keskustelussa mukana, jakamalla huomioita muillekin työyhteisössä, kirjaamalla mieltymyksiä, toiveita. En osallistunut (33 %), ei ollut oma-asukasta.



Kaavio 11. Kokemus elämäntarinan sisällyttämisestä hoitosuunnitelmaan ja hoitotyön arkeen.

Kaaviossa 11 havainnollistetaan asukkaan elämäntarinaa hoitotyön arkeen sisällytettävänä asiana. Se koettiin hyvänä menetelmänä kohti asiakaslähtoisempää hoivaa (78 %) sekä hyvänä asiana asukkaan omannäköisen elämän toteutumiseen (78 %). Lisäksi elämänlaatua lisäävänä arjen rikastuttamisena (67 %). Elämäntarinan kokoamiseen ja toteuttamiseen ei ole riittävästi aikaa (22 %). Avoin vastauskenttään vastattiin, perushoidon vievän paljon aikaa, hoitajien riittämättömän määrän sekä totuttujen kaavojen tiukkuuden.

Viimeisen kysymyksen vapaaehtoiseen palautteeseen annettiin 2 vastausta. Tämän kehittämisprosessin toteuttamiseen yksikössä opinnäytetyön toiminnallisena osana vastattiin seuraavalla tavalla.

Jokaisesta asukkaasta pitäisi kerätä samantapainen kooste, koska ne pienet huomiot auttavat hoitotyössä. Kun työntekijät yhdessä pohtivat ääneen asukkaista tekemiään havaintoja ja jakavat tietoa, opimme tuntemaan asukkaamme paremmin ja sen myötä teemme laadukkaampaa hoitotyötä. Tutustuminen asukkaan elämäntarinaa, tapoihin ja arvoihin auttaa hoitajaa luomaan paremman ja lämpimämmän hoitosuhteen asukkaaseen.

Ihan hyvä, loppujen lopuksi pienellä vaivalla saa kattavan yhteenvedon.

8 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, onko jo olemassa olevilla hoitotyön resursseilla mahdollisuutta toimintakulttuurin muutokselle tehostetussa asumispalvelussa, jossa päämääränä on asiakkaan elämänhallinnan lisääminen. Asumisen kokemus oman elämän ja arjen asiantuntijuudesta, elämän loppuun saakka.

Tutkimustyötä tarkasteltiin laadullisesti. Hoivakulttuuria tutkittiin ilmiönä tehostetun asumispalveluyksikön sisältä päin. Hoitajille suunnatut kyselyt antoivat vastauksia käytännön arkeen liitetystä arvoista, kuten asiakaslähtöisyys, itsemääräämisoikeus, ihmisläheisyys, vuorovaikutteisuus, osallisuus, toimijuus ja elämänhallinta. Asumisen elämäntarinan kokoamista havainnollistettiin testaamalla omakuvamonologi- menetelmää, jossa asukkaan elämäntarinaa tutustuttiin tarkemmin ja se otettiin osaksi asukkaan hoivakäytäntöä. Tällä tavalla asukasta yksilönä, ainutlaatuisena ihmisenä (personhood) tuotiin suoraan käytäntöön, ja joka korosti myös asukkaan elettyä elämää elämänlaadun perustana. Elämäntarinan kokoamisesta oli myös kysymyksiä kyselylomakkeissa.

Asiakaslähtöisyyttä tarkasteltiin kyselylomakkeissa sekä hoitoyhteisön että hoivatyön johtamisen näkymisestä käytännön tasolla. Myös läheisten kanssa tehtävää yhteistyötä, omahoitajuuteen käytettyä aikaa ja asukkaan mahdollisuuksista vaikuttaa päivittäiseen arkeen ja arjen toimiin toiveineen. Lisäksi tarkasteltiin kehittämiskohteita elämänlaatuun, asiakkaan omannäköisen elämän arkeen liittyvinä asioina niin työntekijän, työyhteisön kuin työnantajan toiminnan näkyvyyden kannalta käytännössä.

8.1 Näkyikö asukas hoiva – ja hoitotyön keskiössä?

Kyselylomakkeessa 1, asiakaslähtöisyys hoitotyön arvona saa yli 50 % vastauksista. Lisäksi korostuvat ihmisläheisyys, vuorovaikutteisuus, asiakaslähtöisyys ja itsemääräämisoikeus, jotka toteutuvat tällä hetkellä asukkaan hoiva- ja hoitotyön keskiössä. Niissä kuitenkin parannettavaa, sillä 100 % ei toteutunut

minkään kysytyn arvon kohdalla. Vastauksissa mainittiin runsaasti erilaisia virikkeitä ja toimintoja, joissa haluttiin asukkaan olevan hoitotyön keskiössä. Asukkaan läheisiin pidetään hyvin yhteyttä. Läheinen voi osallistua asukasta koskevaan päätöksentekoon. Asukas voi myös vastausten perusteella vaikuttaa läheisten vierailuihin. Asukkaan elämäntarinaa huomioidaan arjen pienissä asioissa, kuten hoitotoimien yhteydessä niin vuoteessa pääosin aikaa viettävien kuin muidenkin asukkaiden osalta.

Sen sijaan elämänlaatu, osallisuus ja toimijuus eivät näy vastaajien mielestä niin hyvin elämänhallintaa ylläpitävinä arvoina. Teoriataustaan viitaten elämänlaatu on hyvin merkityksellinen osa asukkaan elämässä ja mielekkään omannäköisen elämän mahdollistamisessa asumisyksikössä. Elämäntarinan tunteminen auttaa myös hoitajaa liittymään asukkaaseen, kohtaamaan ja ymmärtämään ihmistä ennen sairautta, ymmärtämään hänen käyttäytymistään ja on siis minuuden tukemista. (Semi, 2015.) Myöskään fyysisten voimavarojen heikentyessä ei Hakosen (2008) mukaan tarvitse luopua merkityksellisistä asioista omassa elämässä. Vaikka ikäihminen olisi liikuntakyvytön tai vuoteenomana, hän voi eri aistikanavien kautta olla yhteydessä siihen merkitysten maailmaan, joka on ollut hänelle elämänsä elämisessä tärkeää.

Vastaukset mukailevat opinnäytetyön teoriaosaa, jossa mainitaan hoitotyön rutiinien vievän paljon aikaa. Lisäksi teorialiedoissa mainitaan, kuinka oikealla organisoinnilla asioita voidaan pienillä askelilla muuttaa, tai muutokset eivät edes vie paljon aikaa, jolloin voi olla enemmänkin kyse hoitajien asenteesta. Elämäntarinan sisällyttämistä hoitotyön arkeen pidetään vastausten perusteella yksikössä hyvänä asiana. Näin ollen voidaan päätellä, että asukkaan päivärytmiä rytmittävätkin esimerkiksi hoitotyöhön kuuluvat rutiinit. Valvanne kyseenalaistaa kirjallisuudessa nämä rutiinit toteamalla, että vanhustyössä ei saisi olla niin tiukkoja tehtävänkuvia, työaikoja, tai sääntöjä. Järkevällä ohjailulla työkin voitaisiin kokea mielekkäämpänä. Kyseessä on vanhuksen hyvä elämä. (Räsänen & Valvanne 2017, 34-35.)

Omahoitajamallin- toteutumisesta puolet vastaajista oli sitä mieltä, että omahoitajamalli toimii yksikössä hyvin. Puolet eivät joko osanneet sanoa tai että on kehitettävää. Omahoitajana vietetään aikaa maksimissaan tunti viikossa. Asukkaan yksilölliset toiveet ja elämäntarina osana hoivatyötä huomioidaan niin ikään vaihtelevasti. Joissakin vastauksissa tuotiin myös esille, että toiveita asukkaan yksilölliseen arjen elävöittämiseen toteutetaan joskus, harvoin tai liian vähän. Omahoitajuuteen käytettävälle ajalle mainittiin niin ikään työn paljous ja henkilökunnan vähyys. (Kaavio 7.) Vaikka kysely toteutettiin kesälomakaudella, jolloin pitkäaikaisia sijaisia oli työsuhteessa, eikä heillä ollut omahoidettavia, voidaan tuloksia omahoitajuuden osalta kuitenkin pitää suuntaa antavina. Vakituksessa työsuhteessa olevat ilmaisivat käyttävänsä omahoitajuuteen melko vähän aikaa viikoittain. Teoriatiedon perusteella omahoitajuus on kuitenkin erittäin tärkeä osa hoivatyössä. Omahoitaja laajentaa muun muassa asukkaan tietoisuutta omasta elinympäristöstään sekä luo turvallisuuden tunnetta. Hoitajan työskentely omahoitajan roolissa luo muistisairaan turvallisen ympäristön, jolla rakennetaan turvaverkostoa muistisairaalle ympärille. (Semi 2015).

8.2 Lisäsikö omakuvamonologi asiakaslähtöisyyttä?

Omakuvamonologi- menetelmän toivottiin tarjoavan asukkaille laadukkaampaa ja yksilöllisempää hoitoa sekä asukkaan elämän ymmärtämistä ja mahdollisuuksien mukaista viriketoimintaa. Lisäksi pieniä arjessa näkyviä muutoksia. Omakuvamonologi- menetelmän toivottiin tarjoavan itselle syvällisempää suhtautumista asukkaaseen, uusia toimintatapoja arkeen. Kaikki eivät kokeneet saavansa tästä menetelmästä oikein mitään itselleen. Lisäksi omakuvamonologi- menetelmän toivottiin tarjoavan työyhteisölle yhtenäisiä hoitolinjoja, asukkaan hyvinvointiin yhteisesti panostamista, esimerkiksi pienillä muutoksilla asukkaan rutiininomaiseen arkeen. Asukkaan arvokasta ja suvaitsevaista kanssakäymistä toivottiin. Kaikki eivät kokeneet menetelmän tarjonneen heille vielä mitään, omakuvamonologi oli tehty vain osalle asukkaista.

Omakuvamonologi- menetelmän hoitosuunnitelmaan ja asukkaan hoivaan ja arkeen sisältyvänä asiana koettiin hyvänä kohti asiakaslähtöisempää ja omannäköisen elämän toteutumista. Sen koettiin rikastuttavan asukkaan elämänlaatua. Tämän omakuvamonologi- menetelmän toteutukseen yksikössä oltiin mukana osallistumalla keskusteluun ja tekemällä havaintoja. Vapaaehtoisesta palautteen antamisesta omakuvamonologi- menetelmän prosessista jätettiin vain kaksi vastausta, joissa toivottiin, että kaikista asukkaista olisi hyvä tehdä vastaavanlainen elämäntarina, joka auttaisi hoitajia yhdessä tuntemaan asukkaat paremmin ja vaikuttavan näin hoitotyön laatuun.

Tutkimustyön kohteena olevassa tehostetun asumispalvelun yksikössä asiakaslähtöisyys näkyi hoitotyössä läpi tutkimustyön. Omakuvamonologin tekeminen asukkaasta toisi kuitenkin hoiva- ja hoitotyöhön lisää syvyyttä ja asukkaan elämänhallintaa lisäävää hoitotyön laatua. Yhteiset hoitotyön linjaukset vahvistaisivat asukkaan hyvinvointia hyvin pienilläkin asioilla, rutiineista poikkeamalla. Asumispalveluyksikön johdon koettiin tukevan asiakaslähtöisyyttä ja asukkaan omannäköisen elämän toteutumista viriketoimintaa rikastuttamalla. Muuten se ei ollut kovin näkyvästi mukana. Johto kannustaa siis mahdollisuuksien ja resursien sallimissa puitteissa. Toisaalta koettiin myös, että ei osata sanoa miten johto tukee asiakaslähtöisyyttä ja asukkaan omannäköisen elämän toteutumista, tai vastuu hoitajilla.

Mönkkösen (2018) mukaan asiakaslähtöisyys on vuoropuhelua, jossa ei voida edetä täysin toisen osapuolen ehdoilla. Asiakaslähtöisyyden dialogissa voi myös hoitaja toimia aloitteentekijänä. Vuorovaikutustilanteessa onkin huomioitava, mihin saakka asiakkaan toiveissa voidaan mennä. Ihmisyyden huomioimisessa täytyy kuitenkin huomioida myös asukkaan toiveet.

Kyselyiden vastaukset näyttävät tukevan opinnäytetyön teoriapohjaa, jossa koetaan omakuvamonologin tekemisen ja asukkaan omannäköisen elämän toteuttamisen olevan kiinni toisaalta myös resursseista. Teoriaosassa kohdassa 3.2 mainitsevat Räsänen & Valvanne 2017, henkilöstön optimaalista määrää haettaneen jo vuosia. Suureksi ongelmaksi siinä on havaittu työn epätasainen jakautuminen.

Osittain tätä selittävät palveluasumisen tiukat tehtävänkuvat ja vähäinen tukipalveluhenkilöstö.

Lähijohdon ja ylemmän johdon tarjoama tuki määrittää osaltaan resurssien kohdentamista ja yhteisesti tärkeäksi katsottujen asioiden ja toimintatapojen mahdollistamista. Opinnäytetyön teoriaosuudessa on useammassakin kohdassa mainittu, kuinka lähijohtajan ja ylemmän johdon esimerkki voi toimia suunnannäyttäjänä haluttua päämäärää kohti. Tämä edellyttäisi mielestäni myös työntekijän selkeää tietoisuutta, miten johto yksikössä toimii esikuvana asiakaslähtöisyyden, asukkaan elämänlaadun ja omannäköisen elämän toteutumisessa. Tämä mukaillee myös opinnäytetyön toiminnallisen osuuden prosessia, jossa monin eri tavoin kehoitettiin osallistumaan tämän opinnäytetyön prosessiin mahdollisuutena tutustua uuteen toimintamalliin ja arvioida sen soveltuvuutta omaan yksikköömme. Opinnäytetyö oli organisaation johdon hyväksymä, mutta ei työnantajan velvoittama. Osallistuminen oli vapaaehtoista.

Omaa ammatillista kehitystarvetta hoitotyöntekijänä koettiin olevan vähän tai jonkin verran arvioitaessa asukkaan omannäköisen ja hyvän elämän tukemisesta. Sen sijaan työyhteisön ammatillista kehitystarvetta koettiin olevan jonkin verran tai melko paljon asukkaan omannäköisen ja hyvän elämän tukemiseksi. Tutkimustulos vastaa teoriaosuudessa esitettyä näkökulmaa siitä, että työyhteisössä helpommin nähdään korjattavaa työkaverin toiminnassa, kuin omassa.

Kaikki asumispalveluyksikön työntekijät eivät kokeneet tämän toiminnallisen osuuden sisältävän opinnäytetyön tarjoavan heille oikein mitään. Tästä voidaan päätellä, että matka tällä saralla on vasta alussa. Opinnäytetyöntekijä ei ajallisesti voinut jatkaa asian juurruttamista, vaan opinnäytetyön aikataulu vaati siirtymistä seuraaviin vaiheisiin. Näkyvimpänä asiana jäivät käytäntöön ne yksittäiset asiat, jotka hoitajat yksilöinä ovat kokeneet mielekkäänä tapana kohti asukkaan omannäköisen elämän toteuttamisessa. Edelleen voidaan päätellä, että johdon mukanaolo tällaisissa muutoksissa tuo mukanaan omaseurannan ja laadun valvonnan. Tämän työn tekeminen ja toteuttaminen asumispalveluyksikössä oli omaa ammatillista kasvua tukeva vahva kokemus. Aikaisempi yksikössä tehty kehittäminen: ”Asukkaan arjen elävöittäminen”, sai ikään kuin luonnollisen jatkumon tässä

opinnäytetyön teemassa. Nämä kaksi innovatiivista työtä jättävät varmasti muutoksen juurtumaan yksikköön kohti asiakaslähtöisempää, ihmisläheisempää, vuorovaikutuksellista hoiva- ja palvelusuhdetta, jossa asukkaan elämäntarinan tunteminen ja voimavarojen tunnistaminen lisäävät asukkaan elämänlaatua ja hoitotyön laatua. Hoitotyön sisältämät asukkaan sairaudenhoidon haasteet, hoivatyön päivittäisten lukuisten hoitotoimien hoitaminen ovat asukkaan hoidon perusta. Kuitenkaan asukkaan elämäntarinan tunteminen ja olemassa olevien voimavarojen tunnistaminen ei vie hoitotyöstä aikaa, vaan se on yksi hoitotyön menetelmä asukkaan kohtaamisessa tasavertaisena lähimmäisenä. Ahonen (2019) kirjoittaa, että sosiaali- ja terveysalan hoitajat tekevät työtä sydämeästään ja toivovat asiakkaalle parasta. Työ halutaan tehdä hyvin ja eettisesti asiakkaalle parhaalla tavalla resurssien sallimissa rajoissa. (Ahonen 2019, 27.)

Teoriaosasta voisi loppuyhteenvetona kiteyttää johtopäätöksen, että hoitajan asukkaalle käyttämän ajan kesto ei ole tärkeintä asukkaan elämänlaadun kannalta, vaan käytetyn ajan sisältö. Tämä puolestaan antaa vastauksen siihen, että toimintakulttuurin muutos on mahdollista olemassa olevilla resursseilla, kun toiminnan sisältöön kiinnitetään kokonaisvaltainen huomio.

8.3 Tulosten jalkauttaminen

Asiakaslähtöisyys tehostetussa asumispalvelussa; omakuvamonologi- menetelmän käyttö elämänlaatua lisäävänä tekijänä, voidaan johtaa seuraavat tulokset.

Seuranta.

Tarvitaan esimiestason jatkuvaa seuranta ja ohjausta hoitotyön laadun varmistamiseksi. Lähiesimies näyttää esimerkillään suunnan työntekijöille.

Innostaja.

Työyhteisössä tarvitaan motivoituneita työntekijöitä ja innostajia, asukkaan elämäntarina- ja voimavaralähtöisen hoivan ammatilliseen juurtumiseen.

Näky.

Ylemmän johdon ja organisaation johdon taholta tarvitaan selkeää näkyä, mihin suuntaan asiakaslähtöistä perustason hoiva- ja hoitotyötä halutaan laajentaa niin rakenteellisesti kuin sisällöllisestikin. (Räsänen & Valvanne 2017,25).

Ääni.

Asukkaan tunteminen, voimavarojen tunnistaminen sekä läheisen toimiminen hänen ”äänenään” tuo asukkaan elämäntarinan ja kulttuurin hoitotyön keskiöön.

!

Silloin kun olen vanha, toivoisin että näkisit minut sellaisena, kuin oikeasti olen. (Shemeikka, S.)

9 Pohdinta ja kehittämis ehdotukset

Yleisesti keskusteluissa opinnäytetyön aihetta pidettiin hyvänä. Jokainen asukkaan läheinen piti aihetta asukkaan kokonaisvaltaisen huomioimisen näkökulmasta hyvänä ja tärkeänä, mutta mainittiin myös vaativanakin käytäntöön saattamisen kannalta.

Toiminnallisen osuuden toteuttaminen opinnäytetyön tekijän näkökulmasta toi esiin joitakin haasteita. Aikaisempien omakohtaisten kokemusten perusteella yllätti, että hoitoyhteisön mukaan lähteminen vaati innostamista prosessiin eri tavalla kuin esimerkiksi työnantajan suoraan ohjaamiin asioihin. Organisaation ylin johto ilmaisi tukensa työelämän opiskelua kohtaan tutkimuksen varhaisessa vaiheessa eri tavoin.

Kaiken kaikkiaan jokainen kehittämistyö on uuden alku. Omakuvamonologi- menetelmän tekemiseen tutustuttiin yksikössä tämän opinnäytetyön puitteissa ja asukkaan omannäköisen elämän tukemiseen olennaisesti liittyvää elämäntarinan tuntemista pidettiin esillä laajasti. Voidaan kuitenkin miettiä, olisiko ”tutkijan” roolia ollut syytä siirtää aikaisemmin kehittäjän rooliin työpalaverieineen? Olisiko pitänyt olla useampia tiimipalavereita omakuvamonologi- menetelmän perusajatuksen sisäistämiseksi? Opinnäytetyön toiminnallisen osan toteuttamisen alkupe- räisenä tarkoituksena oli antaa valmiudet elämäntarinan tekemisen käynnistämiseksi. Seurata prosessin etenemistä hoitoyhteisön toimesta ja tarkastella ilmiön vaikutusta työyhteisössä tutkimustyöntekijän roolissa. Tämä ei onnistunut toivotulla tavalla. Kvalitatiivisen prosessiluonteeseen mukautuen, työn toteutustapaa jouduttiin muuttamaan enemmän kehittämistyön suuntaan. Olisiko pitänyt olla vaativampi työote? Tämä ajatus ei sopinut yhteen työyhteisön työntekijän jatkuvan kehittymisen mahdollistavan työotteen näkökulmasta; Oikeana, ikään kuin pakonomaisena juurruttamisena. Tällöin työntekijän oma luovuus ja asiakkaaseen syvemmin tutustumisen merkityksen oivaltaminen olisi voinut jäädä puuttumaan. Sen sijaan on syytä pohtia myös, olisiko johdon mukanaolo ja motivointi joka tasolla innostanut työyhteisöä tutustumaan menetelmään ja osallistumaan aktiivisemmin. Opinnäytetyöntekijän korjausliike työn toteuttamiseen olisi ollut

keskustelu esimiehen kanssa opinnäytetyön sisällöstä ja suunnasta enemmän. Tällöin yhteistyö käytäntöön olisi ollut läpinäkyvämpää. Opinnäytetyöntekijän näkökulmasta myös asukkaan jäljellä olevien voimavarojen korostamista tässä opinnäytetyön toiminnallisessa osuudessa olisi ehdottomasti pitänyt olla enemmän ja niistä olisi täytynyt olla kysymyksiä.

Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla oma halukkuus tai haluttomuus muuttaa juuri tähän asumisyksikköön. Mitä haluttaisiin tehdä toisin, jotta asumisyksikköön olisi mielekästä muuttaa ”vanhana” asumaan? Onko henkilökunnan työn paljous ja työntekijöiden määrä ainut kokemusperäinen merkityksellinen asia, vai voidaanko asiaan vaikuttaa laadullisin keinoin. Entä työhyvinvointi tai yhteiskunnallinen keskustelu vanhustyön arvoista ja arvostuksesta? Onko organisaation, palvelun tuottajan mahdollista luoda nämä halutut puitteet?

Seuraavan tutkimustyön aihe voisi olla myös asiakaslähtöisyyden merkitys koko palveluorganisaation tasolla. Mitä asiakaslähtöisyys syvemmän tarkastelun jälkeen tarkoittaa ja miten se näkyy käytännössä koko organisaation läpi aina perustasolle saakka? Mitä on asiakaslähtöisyys ylimmän johdon näkökulmasta sekä esimiestasolla? Miten sen halutaan näkyvän käytännön hoitotyössä tehostetun asumispalveluyksiköissä? Riittääkö, että asiakas on saanut hänelle tarkoituksenmukaisen hoitopaikan, joka on täyttänyt kaikki palveluntarpeen arvioinnin kriteerit, käyttänyt kotihoidon maksimaalisen tuen ja päätenyt asumaan tehostetun asumispalvelun yksikköön. Näkyykö ihmisyyden perusolemus kaikkien arvioinnissa käytettävien mittareiden takaa. Entä onko olemassa asiakkuuden sisälle johdettua omannäköisen elämän elämänlaadun kriteeriä, jossa huomioidaan hauras yksilö voimavaroineen asiakkaana, jonka täytyy saada elää omannäköistä elämää loppuun saakka. Menetelmänä tähän voisi käyttää esimerkiksi sosiaali- ja terveysalalle luotua palvelumuotoiluprosessia (Ahonen 2019, 72).

LÄHTEET

Ahonen, T. 2019. Palvelumuotoilu Sotessa; Palvelumuotoilun käsikirja sosiaali ja terveysalan palvelujen kehittämiseen. 3. painos. Leppävesi.

Andreev, T. & Salomaa, V. 2005. Kokemista ja kuvitusta- luovat ja toiminnalliset menetelmät vanhustyössä. Teoksessa Noppari, E., Koistinen, P. (toim.) Laatus vanhustyöhön. Tampere. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Osuuskunta Vastapaino. Tampere. E-kirja. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.elibrary.com/reader/9789517685047>.

Hakonen, S. 2008. Kolmas ikä voimaantumisen aika. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) Kuluerästä voimavaraksi; Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Juva. PS-kustannus.

Heimonen, S., Sarvimäki, A., Suni, A. 2010. Hoitaja haavoittuvuuden kohtaajana. Teoksessa Vanhuus ja haavoittuvuus. Sarvimäki, A., Heimonen, S., Mäki-Petäjä- Leinonen, A. (toim.). 1. painos. Helsinki. Edita.

Hoivakoti kuntoon -kysymyspatteristo henkilökunnalle. 2015. <http://yle.fi/uutiset/7737333>. Viitattu 30.5.2021. <https://docs.google.com/document/d/1I-68Bzo5F7fO9hHPTkQwoiOH9R2HLY-KilbYhJi6u-HQ/edit>.

Hoppania, H-K., Karsio, O., Näre, L., Olakivi, A., Sointu, L., Vaittinen, T., Zechner, M. 2016. Hoivan arvoiset. Vaiva yhteiskunnan ytimessä. Tallinna. Gaudeamus.

Hoppania, H-K., Olakivi, A. & Zechner, M. 2017. Johtamisen rajat vanhushoivassa. Teoksessa Kulmala, J. (toim.) Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Juva. PS-kustannus.

Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana, 47. Luoma, M-L. Elämänlaatu, 74. Salin, S. & Åstedt-Kurki, P. Perhehoitotyö gerontologisessa hoitotyössä, 172-174. Sarvimäki, A. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet, 32-33. Vähäkangas, P. Toimintakykyä edistävä hoitotyö, 146. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki. WSOY.

Hyväri, S. 2017. Asiakaslähtöisyyden periaatteet ja toteutuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa, 32-33, 38; Teoksessa Helminen, J. (toim.) Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. 1. painos. Keuruu. Otava.

Kansanterveyslaki. 66/1972. Viitattu 30.5.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveyslaki>.

Kulmala, J. (toim.). 2017. Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Juva. PS-kustannus.

Kurki, L. 2007. Innostava Vanhuus. Sosiokulttuurinen innostaminen vanhempien aikuisten parissa. Anjalankoski. Solver palvelut oy.

Laadullinen analyysi. Jyväskylän yliopisto. Koppa. Viitattu 14.5.2021. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimus-strategiat/laadullinen-tutkimus>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. Viitattu 12.4.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785. Viitattu 30.5.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. 1 painos. Helsinki. Edita.

[Mitchell, Gary; Agnelli, Joanne. Nursing Standard \(2014+\); London Vol. 30, Iss. 7, \(Oct 14, 2015\): 46. DOI:10.7748/ns.30.7.46.s47. Viitattu 6.10.21. Vaatii käyttöoikeuden. Person-centred care for people with dementia: Kitwood reconsidered - ProQuest \(tuni.fi\).](#)

Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna. Gaudeamus.

Notko, T. 2007. Asiakaslähtöisyys iäkkäiden mielenterveyskuntoutujien tukemisessa. Teoksessa Vanhuus ja Sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Seppänen, M., Karisto A & Kröger T. (toim.). Juva. PS-kustannus.

Pirhonen, J. 2015. Tunnustaminen ja sen vastavuoroisuus vanhustyössä. Gerontologia 29(1), 25 - 34.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelmaopas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. ISBN 951-33-1061-2. Verkkojulkaisu. Helsinki. STM. Suomen kuntaliitto. Stakes.

Räsänen, R. 2018. Hyvää elämänlaatua ikääntyneille. Käytännönläheistä tietoa vanhusten hoito- ja palvelutyöhön. Keuruu. Printek.

Räsänen, R. & Valvanne, J. 2017. Vanhustyö tarvitsee uudenlaista johtamistavoitteeksi asiakkaan hyvä elämänlaatu. Teoksessa Kulmala, J. (toim.) Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Juva. PS-kustannus.

Semi, T. 2004. Ihmetekoja kaapista löytyvillä aineksilla. Ilmaisullinen kuntoutusmenetelmä dementiatyössä. 1. painos. Espoo. Opri ja Oleksi Oy. (92)

Semi, T. 2015. Mieleen tatuoitu minuuus. Ihmislähtöinen elämäntapa muistityössä. Mieleen tatuoitu minuuus, GeroArt muistityön käsikirja 1.1.painos. T&J Semi Oy/GeroArtist,

Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.). 2007. Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Juva. PS-kustannus.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. STM. Viitattu 14.5.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P21>

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta.2011. Etene- julkaisuja 32. STM. Helsinki. Viitattu 30.5.2021. <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Sosiaalipalvelut. Viitattu 14.5.2021. <https://stm.fi/asumispalvelut-asunnon-muutostyot>.

Suomen kuntaliitto. Mikkola, T. (toim) 2015. Hoivakodin kulttuuria muuttamassa. Helsinki. E-kirja. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2015/1700-hoivakodin-kulttuuria-muuttamassa>

Suomi, A., Hakonen, S. (toim.) 2008. Kuluerästä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Juva. PS-kustannus.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, THL. RAI. Viitattu 22.10.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, THL. RAI. Viitattu 22.10.21. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tie-toa-rai-jarjestelmasta>

Tiikkainen, P., Heikkinen, R-L. 2013, 45-46. Gerontologinen hoitotyö. Teoksesta: Heikkinen, E., Jyrkämä, J., Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. 3. uudistettu painos. Saarijärvi. Duodecim.

Valokivi, H. 2013. Muistisairautta sairastava kansalainen vanhuspalveluissa. Teoksessa Laitinen, M. & Niskala, A. (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Vantaa. Vastapaino.

Valvira. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Finlex.fi. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/564. Finlex.fi. Viitattu 30.5.2021. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>

LIITTEET

Liite 1

SAATEKIRJE

asukas ja läheinen

Susanna Shemeikka

Sosiaali- ja terveysala, muuntokoulutus AMK

Teen Tampereen ammattikorkeakoulussa opinnäytetyötä aiheesta Asiakaslähtöisyys tehostetussa asumispalvelussa: Omakuvamonologi- menetelmän käyttö elämänlaatua lisäävänä tekijänä. Tarvitsisin apuanne juuri omakuvamonologi- menetelmän tekemiseen.

Omakuvamonologi on minä- muotoon kirjoitettu elämäntarina asukkaasta, jonka tarkoituksena on tutustua asukkaaseen lähemmin ja antaa hoitajille yksilöllisemmät valmiudet kohdata asukas oman elämänsä asiantuntijana. Menetelmää on käytetty onnistuneesti muun muassa hoivakoti kuntoon- Ylen A-studiolle tuottamassa ajankohtaisohjelmassa (2015), jossa seurattiin erään hoivakodin kulttuurin muutosta. Kolme asiantuntijavalmentajaa edistivät kulttuurista muutosta hoivakodissa ja siellä käytettiin myös tätä yhtenä menetelmänä hoivakodin arjessa. Tässä opinnäytetyössä testataan omakuvamonologin toimivuutta omassa hoivayksikössämme.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, lisääkö omakuva- monologin tekeminen asiakaslähtöisyyttä hoivatyössä sekä miten asukas on hoivatyön keskiössä elämänhallintaa ja ihmisläheisyyttä ylläpitävänä arvona?

Tutkimus antaa arvokasta tietoa asukkaan elämänlaatua ja yksilöllisemmän omannäköisen elämän toteutumisessa. Omakuvamonologi on minä- muotoon kirjoitettu tarinallinen ”maisema” asukkaasta. Tarina käydään läpi hoitajien piiri-analyysissä, jossa pyritään omahoitajan johdolla löytämään asukkaan elämänhallintaa lisääviä asioita arkeen sekä siirtämään juuri tämän asukkaan elämänlaatua parantavia asioita hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Tutkimuksen tekeminen

aloitetaan Perusturvan organisaation myöntämän tutkimusluvan saamisen jälkeen.

Opinnäytetyössä EI paljastu asukaan henkilöllisyys ja myös hoitajille suunnattuja kysymyksiä käsitellään yleisellä tasolla. Hoito- ja palvelusuunnitelman ulkopuolelle jäävä materiaali hävitetään. Tutkimus noudattaa hyvän tutkimuskäytännön periaatteita ja eettistä luotettavuutta. Omakuvamonologi näytetään asukkaalle ja läheiselle ennen niin sanottua piirianalysointia.

Mikäli haluat kysyä opinnäytetyön tekemiseen liittyvästä asiasta lisää asukkaana tai läheisenä, se on mahdollista tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Omakuvamonologi tehdään heinä- ja elokuun 2021 aikana. Opinnäytetyö valmistuu joulukuussa 2021. Se dokumentoidaan.

Ystävällisesti, Susanna Shemeikka

SUOSTUN SIIHEN, että minusta laaditaan omakuva -monologi tässä opinnäytetyössä. Olen lukenut saatekirjeen. Minulla on täysi tekijänoikeus omakuvamonologin osalta.

xxxxxxx, ____/____2021

Liite 2.

Kyselylomakkeet 1 ja 2 hoitohenkilökunnalle.

ASIAKASLÄHTÖISYYS TEHOSTETUSSA ASUMISPALVELUSSA

Omakuvamonologi- menetelmän käyttö elämänlaatua lisäävänä tekijänä

Susanna Shemeikka

KYSELYLOMAKE 1:

Huomioidaanko asiakaslähtöisyys asumispalveluyksikössä mielestäsi

hyvin

huonosti

en osaa sanoa

kehittävää, mitä_____

Sopiiko joku alla olevista arvoista asumisyksikkösi toimintaan tällä hetkellä hyvin?

Valitse yksi tai useampi vaihtoehto:

*asiakaslähtöisyys

*itseäänmäärämis-oikeus

*ihmisläheisyys

*elämänlaatu

*osallisuus

*toimijuus

*vuorovaikutteisuus

*ei mikään näistä

*muu mitä_____

Toimiiko omahoitajamalli asumisyksikössä mielestäsi

hyvin

huonosti

en osaa sanoa

kehitettävää, mitä

Millä tavoin pidät yhteyttä asukkaan läheisiin?

Miten asukas ja läheinen voivat osallistua päätöksentekoon hoitoa koskeviin asioihin?

Voiko asukas vaikuttaa omaan päivärytmiin? Valitse yksi tai useampi vaihtoehto.

pukeutumisessa

peseytymisessä

ruokailuajoissa

nukkumaanmenoajoissa

ulkoilussa

läheisten vierailussa

muussa, missä asiassa _____

Huomioidaanko asukkaan yksilölliset toiveet yksikössä

säännöllisesti

vaihtelevasti

silloin tällöin

ei kuulu käytäntöön

Huomioidaanko asukkaan elämäntarina osana hoivatyötä

säännöllisesti

vaihtelevasti

silloin tällöin

ei kuulu käytäntöön

Missä tilanteissa huomioit erityisesti asukkaan elämänhistorian, omat kyvyt, tarpeet ja toiveet, kuvaile

Millä tavalla asumisyksikössä tuetaan niiden asukkaiden hyvää elämää ja rikasta arjen kokemusta, jotka viettävät suuren osan ajastaan vuoteessa?

Mitä harrastus-, kulttuuri- tai hengellistä toimintaa asukkaille on yksikössäsi tarjolla?

Toteutetaanko yksikössäsi asukkaan yksilöllisiä toiveita arjen elävöittämiseksi; esimerkiksi ulkoilu, harrasteet, saunominen, lempiruoat, yksikön ulkopuoliset tapahtumat, jos niin millä tavalla?

Paljonko vietät omahoitajana konkreettisesti aikaa oman asukkaasi kanssa viikossa?

Alle 30min

30min – 1h

1-2 h

Yli 2h

en juuri ollenkaan, miksi? _____

Jos nyt olisit vanha, haluaisitko asukkaaksi juuri tähän tehostetun asumispalvelun yksikköön?

kyllä

en

KYSELYLOMAKE 2.

Miten arvioisit omaa ammatillista kehitystarvetta, kun arvioit kykyäsi tukea asukkaan omannäköistä ja hyvää elämää. Asteikko 1-5.

Kehitystarvetta ei ole

Kehitystarvetta on melko vähän

kehitystarvetta on jonkin verran

kehitystarvetta on melko paljon

kehitystarvetta on hyvin paljon

Miten arvioit työyhteisösi ammatillista kehitystarvetta, kun arvioit sen kykyä tukea asukkaan omannäköistä ja hyvää elämää. Asteikko 1-5.

Kehitystarvetta ei ole

Kehitystarvetta on melko vähän

kehitystarvetta on jonkin verran

kehitystarvetta on melko paljon

kehitystarvetta on hyvin paljon

Millä tavoin asumispalveluyksikön johto tukee asiakaslähtöistä toimintaa?

Millä tavoin asumispalveluyksikön johto tukee asukkaan omannäköisen elämän toteuttamista?

Mitä toivot tämän omakuvamonologi- menetelmän tarjoavan hoivakodin asukaille?

Mitä toivot tämän omakuvamonologi- menetelmän tarjoavan sinulle itsellesi?

Mitä toivot tämän omakuvamonologi- menetelmän tarjoavan työyhteisön jäsenille?

Miten koet asukkaan elämäntarinan hoitosuunnitelmaan ja arkeen sisällytettävänä asiana? Valitse yksi tai useampi vaihtoehto.

hyvänä menetelmänä kohti asiakaslähtöisempää hoivaa
hyvänä asiana asukkaan omannäköisen elämän toteutumiseen
elämänlaatua lisäävänä arjen rikastuttamisena
elämäntarinan kokoamiseen ja toteuttamiseen ei ole riittävästi aikaa, miksi?
muuta, mitä

Osallistuitko tähän omakuvamonologi- menetelmän prosessiin työyksikössäsi?
kyllä, miten
en osallistunut, miksi

Vapaaehtoinen palaute kehittämisprosessin toteuttamisesta yksikössäsi, opinnäytetyön toiminnallisena osana.

Liite 3.

Saatekirje organisaatiolle tutkimuslupapyyntöön

XXXXX perusturva

Peruspalvelujohtaja

XXXXX

Susanna Shemeikka

Sosiaali- ja terveysala, muuntokoulutus TAMK

Opinnäytetyön tutkimuslupa

Teen opinnäytetyötä aiheesta Asiakaslähtöisyys tehostetussa asumispalvelussa: Omakuvamonologi- menetelmän käyttö elämänlaatua lisäävänä tekijänä. Pyydän tutkimuslupaa opinnäytetyön tutkimuksen tekemiseen XXXX- kodissa, XXXX.

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen, sisältäen toiminnallisen osuuden. Tutkimuskohteenä on koko hoitohenkilökunta sekä pitkäaikaiset sijaiset. Omakuvamonologi- menetelmän testauksessa on tarkoitus olla mukana neljä asukasta. Tutkimusosa sisältää kaksi eri puolistrukturoitua sähköistä kyselylomaketta hoitajille, ennen ja jälkeen omakuvamonologin piirianalysoinnin.

Omakuvamonologi on minä- muotoon kirjoitettu elämäntarina asukkaasta, jonka tarkoituksena on tutustua asukkaaseen lähemmin ja antaa hoitajille yksilöllisemmät valmiudet kohdata asukas oman elämänsä asiantuntijana. Elämäntarinan tunteminen on minuuden tukemista, jossa hoitaja on mukana. Tässä opinnäytetyössä testataan menetelmää. Lisäksi käsitellään yksikön hoivakulttuuriin liittyviä arvoja ja valmiuksia ottaa huomioon asukkaan elämänhallinnan kokemus, elä-

mänlaatu, ihmisläheisyys sekä saada aikaan hoivakulttuurin mahdollista muutosta vielä asiakaslähtöisempään suuntaan. Omakuvamonologin prosessiin osallistuvalla asukkaalla ja läheisellä kysytään lupa tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuskysymykset ovat:

Lisääkö omakuvamonologin tekeminen asukkaasta asiakaslähtöisyyttä hoivatyössä?

Näkyykö asukas hoiva- ja hoitotyön keskiössä elämänhallintaa ja ihmisläheisyyttä ylläpitävänä arvona?

Tutkimus antaa arvokasta tietoa asukkaan elämänlaadun sekä yksilöllisemmän, omannäköisen elämän huomioimisesta hoitajille. Sata havaintoa -menetelmällä kirjoitetut tarinat käsitellään piirianalyyseissä omahoitajan johdolla. Pyritään löytämään juuri tämän asukkaan elämänhallintaa ja elämänlaatua lisääviä asioita arkeen sekä hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Mukaan sitoutetaan sekä XXXX että XXXX- koti, jotta yhtenäinen, laadukas tulos ja tutkimuksen luotettavuus saavutetaan.

Opinnäytetyössä EI paljastu asukkaan henkilöllisyys. Hoitajille suunnattuja kysymyksiä käsitellään yleisellä tasolla. Kaikki hoito- ja palvelusuunnitelman ulkopuolelle jäävä materiaali hävitetään. Tutkimus noudattaa hyvän tutkimuskäytännön periaatteita ja eettistä luotettavuutta. Omakuvamonologi näytetään asukkaalle ja läheiselle ennen niin sanottua piirianalysointia. Opinnäytetyö dokumenttina säilytetään käyttöä varten. Tutkimuksen toiminnallinen vaihe on tarkoitus toteuttaa heinä- syyskuun 2021 aikana. Opinnäytetyö on valmis joulukuussa 2021.

Liitteenä opinnäytetyön suunnitelma ja tutkimuslupapyyntö

Susanna Shemeikka