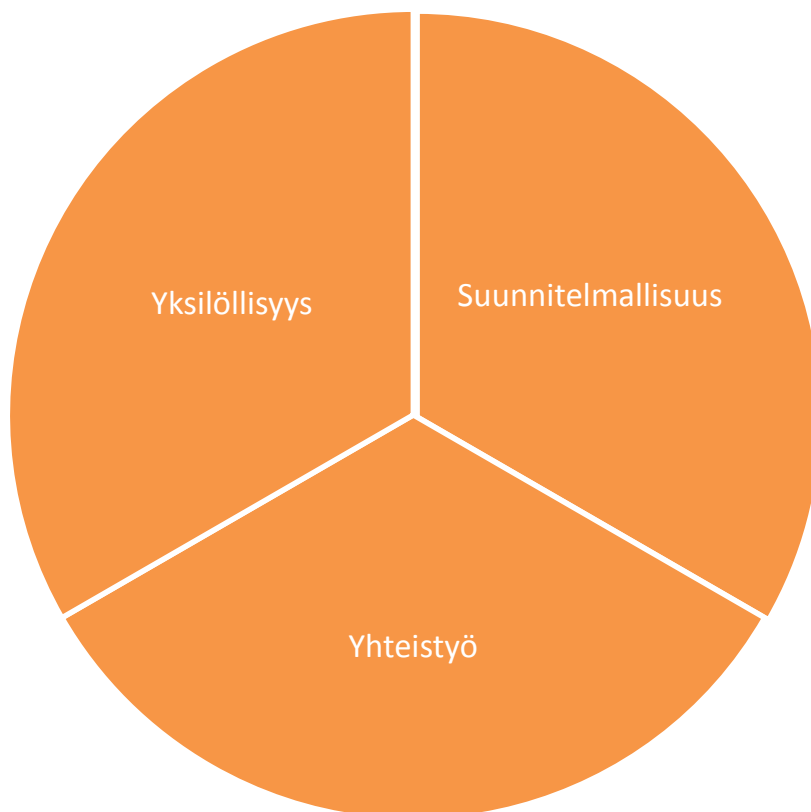


Helena Sukanen

MAINIOTA HOIVAA JA HUOLENPITOA

Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kehittäminen Vire Koti Kiimingissä



MAINIOTA HOIVAA JA HUOLENPITOA

Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kehittäminen Vire Koti Kiimingissä

Helena Sukanen
Opinnäytetyö
Kevät 2015
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen
ja johtamisen tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijä: Helena Sukanen

Opinnäytetyön nimi: Mainiota hoivaa ja huolenpitoa. Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kehittäminen Vire Koti Kiimingissä

Työn ohjaaja: YTT Helena Siira

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi. Kevät 2015

Sivumäärä: 115 + 32

lääkkäiden kotona asumista pyritään tukemaan mahdollisimman pitkään, mikä näkyy hoivakotien arjessa hoivakotiin muuttavien asukkaiden aiempaa vaikeampina toimintakyvyn rajoitteina. Tämä tutkimusavusteinen kehittämistyö toteutettiin Mainio Vire Oy:n Oulussa sijaitsevassa Vire Koti Kiimingissä. Kehittämistyön kokonaistavoitteena oli edistää ja ylläpitää hoivakodin asukkaiden toimintakykyä ja parantaa heidän elämänlaatuaan sekä lisätä asiakastytyvääsyyttä. Tarkoituksena oli toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kehittäminen. Lisäksi tarkoituksena oli tuottaa iäkkäiden hoivakotiin soveltuva asiakastarpeita vastaava toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon kuvaus. Tehtävänä oli selvittää millaista on asiakastarpeisiin vastaava toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito hoivakodissa.

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksen viitekehyksessä. Aineisto kerättiin toimintatutkimuksen neljässä vaiheessa, jotka olivat kirjallisuuskatsaus, asiakkaiden haastattelututkimus, henkilökunnan ryhmäkeskustelu ja omaisten ja henkilökunnan yhteinen ryhmäkeskustelu. Tutkimusaineisto analysoitiin vaihe kerrallaan laadullisen sisällönanalyysin avulla.

Aineistoon perustuvana johtopäätöksenä toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kriteeriksi määrittyi sen asukaslähtöisyys. Koko toimintatutkimuksen aikana kerättyyn aineistoon perustuvan johtopäätöksen ja synteysin mukaan asukaslähtöinen toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito on hoivakodin asukkaan mitattuun toimintakykyyn, yksilöllisiin tarpeisiin ja elämänhistoriaan perustuvaa suunnitelmallista toimintaa, jonka asiakastarpeisiin vastaavuutta edistää sekä henkilökunnan keskinäinen että omaisten ja henkilökunnan välinen yhteistyö ja tiedon jakaminen. Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon tunnuspiirteitä ovat arjen toimissa aktiivisuuteen ja osallistumiseen kannustaminen, hoivakodin asukkaiden keskinäisten sosiaalisten suhteiden ja niiden muodostumisen tukeminen sekä yksilöllisten mieltymysten mukainen viriketoiminta, ulkoilu ja liikunta. Kehittämistyön tuotoksena syntyi Vire Koti Kiimingin toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvaus ja toimintaohjeet. Toimintaohjeiden kolme keskeistä elementtiä ovat yksilöllisyys, suunnitelmallisuus ja yhteistyö. Kehittämistyön vaikutuksia olivat tasapainoradan rakentaminen hoivakotiin, erilaisten liikunta- ja harrastevälineiden hankkiminen asukkaiden toimintakyvyn edistämisen ja virkistykseen tarkoituksiin sekä henkilökunnan omien toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon kehittämiseen liittyvien ajatusprosessien käynnistyminen.

Tässä kehittämistyössä käytetty menetelmä haastatella muistisairasta asukasta yhdessä hänen omaisensa kanssa osoittautui toimivaksi tiedonkeruun menetelmäksi. Asiakasprosessin kuvaus soveltuu sekä työntekijöiden perehdytyksen että omaisyhteistyön tukena käytettäväksi.

Asiasanat: Toimintakyky, hoiva, huolenpito, elämänlaatu, yhteistyö, asiakaslähtöisyys, laatu

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Master Degree Programme in Development and Management of Social and Health Care

Author: Helena Sukanen

Title of thesis: The Process of Improving the Quality of Facilitative Care in Vire Koti Kiiminki

Supervisor: Ph. D. Helena Siira

Term and Year on which the thesis was submitted: Spring 2015 Number of pages: 115 + 32

The aim of the society is that elderly people live at their own homes, instead of living in a nursing home. The elderly only move to a home for the elderly, when their functional impairments become so severe, that living at their own home becomes impossible. This challenges homes for the elderly to find new ways to provide customers with severe functional impairments the kind of support and facilitation that they need. This development study was carried out in a local home for the elderly.

The aim of this study was to improve the functional abilities and the quality of life of the elderly residents and to improve customer satisfaction. The purpose of this study was to develop the quality of facilitative care in a nursing home. The meaning of the study was to describe and illustrate customer-oriented facilitative care in a home for the elderly.

Functional research study was used in this development study as a frame. The data were collected in four phases: from a literature review, from customer interviews, from a group discussion with the staff and from a shared group discussion with the staff and the next of kin's of the residents. The analysis were carried out by using qualitative analysis.

The results of this study show that the criteria for good quality of facilitative care was the customer orientation of it. The plan for customer-oriented facilitative care should be based on the assessed ability of function of the elderly resident, his/her individual unique needs and his/her life history. Co-operation of the staff and also between the staff and the next of kin's is essential at every step of the process. Co-operation and services provided by a third party may also be considered, according to the unique needs of the resident. Customer oriented facilitative care includes facilitation of functioning in every day activities and making friends and a possibility to join the best preferred recreational activities, outdoor walks and forms of exercise. As a result of this study, a description and instructions for the customer regime in facilitative care was produced. The three main components of the instructions were: individual uniqueness, order-liness and co-operation. The effects of this development study were building a balance training track into the home for the elderly and purchase of some new exercise equipment and means for recreational activities to be used by the elderly residents.

Interviewing the residents with cognitive impairments together with their next of kin proved to be a practical method, and could be applied also when collecting information for the purposes of every day facilitative care. The description and instructions for the customer regime in facilitative care can be used as an aid during the familiarization process of a new employee.

Keywords: Functioning, elderly, care, quality of life, co-operation, quality

Opinnäytetyön raportista on yhteistyökumppanin liikesalaisuuksien säilyttämisen vuoksi jätetty pois seuraavat osiot:

- Luvusta 5.3. kolme ensimmäistä kappaletta
- Liite 8. Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvaus

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	KEHITTÄMISEN STRATEGISET LÄHTÖKOHDAT.....	9
3	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN TOIMINTATUTKIMUKSEN VIITEKEHYKSESSÄ	15
1.1	Vire Koti Kiiminki kehittämistyön toimintaympäristönä.....	16
3.1	Metodiset valinnat	19
3.2	I vaihe: Kirjallisuuskatsaus	21
3.2.1	Hoiva käsitteenä	23
3.2.2	Huolenpito käsitteenä	24
3.2.3	Toimintakyky käsitteenä.....	25
3.2.4	Elämänlaatu käsitteenä.....	28
3.2.5	Asiakastyytyväisyys käsitteenä	34
3.2.6	Toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito käsitteenä.....	36
3.2.7	Laatu ja laadunhallinta	42
3.2.8	Iso-laatuajattelun mukaiset toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon tunnuspiirteet.....	44
3.3	II VAIHE: Haastattelututkimus	45
3.3.1	Haastattelututkimuksen toteutus	46
3.3.2	Haastattelututkimuksen aineiston litterointi.....	48
3.3.3	Haastattelututkimuksen aineiston analysointi.....	49
3.3.4	Haastattelututkimuksen aineiston tulokset ja niiden tarkastelu	53
3.3.5	Johtopäätökset ja kehitysehdotukset	65
3.4	III vaihe Henkilökunnan ryhmäkeskustelu	70
3.4.1	Henkilökunnan ryhmäkeskustelun analysointi.....	72
3.4.2	Henkilökunnan ryhmäkeskustelun tulokset ja niiden tarkastelu	75
3.4.3	Johtopäätökset ja kehitysehdotukset	81
3.5	IV vaihe: Henkilökunnan ja omaisten yhteinen ryhmäkeskustelu	85
3.5.1	Henkilökunnan ja omaisten yhteisen ryhmäkeskustelun analysointi	87
3.5.2	Henkilökunnan ja omaisten yhteisen ryhmäkeskustelun tulokset ja niiden tarkastelu	88
3.5.3	Laadun kriteerin määrittäminen.....	89

3.5.4	Johtopäätökset ryhmäkeskustelussa tuotetuista kehitysehdotuksista	90
3.6	Asukaslähtöisen toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon määrittelemine ..	91
4	TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄN HOIVAN JA HUOLENPIDON ASIAKASPROSESSIN KUVAAAMINEN	92
4.1	Kerätyn tiedon jäsentyminen kuvaukseksi	94
4.2	Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin toimintaohjeiden käyttöönotosta ja sen kehittämisestä sopiminen	101
5	YHTEENVETO JA POHDINTA	103
5.1	Kehittämistyön tutkimuksellinen luotettavuus, pätevyys ja eettisyys	106
5.2	Vaikutukset ja vaikuttavuus	108
5.3	Jatkokehittämis ehdotukset	112
	LÄHTEET	116
	LIITTEET	130

1 JOHDANTO

Vanhuspalvelulain mukaan iäkkäille tarjottavien sosiaali- ja terveyspalvelujen on turvattava heille laadukas hyvä hoito ja huolenpito. Palveluja toteutettaessa on mahdollistettava sosiaalinen vuorovaikutus, elämän merkityksellisyyden, arvokkuuden ja turvallisuudentunteen kokemus, sekä tarjottava mahdollisuus mieliekkääseen terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Iäkkään henkilön palveluntarve määräytyy yksilön fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mukaan näihin liittyvät ympäristötekijät huomioon ottaen. Kotona asumista tuetaan mahdollisimman pitkään ja laitoshoidon siirrytään aiempaa käytäntöä myöhemmin, vasta siinä vaiheessa kun kotona asuminen ei tehostetunkaan palvelun turvin lääketieteellisten perusteiden, asiakasturvallisuuden tai potilasturvallisuuden näkökulmasta ole mitenkään mahdollista. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 §, 3: 14 §, 15 §, 4: 19 viitattu 24.1.2015.)

Muutos kotona asumisen painottamisen käytännössä näkyy hoivakotien arjessa asukkaiden aiempaa vaikeammin rajoittuneen toimintakyvyn tuodessa palvelun toteuttamiselle uusia haasteita. Vanhat toimintamallit ja uudet asiakastarpeet eivät välttämättä enää täysin kohtaa. Toisaalta toimintakyvyltään entistä rajoituneemmat asiakkaat asettavat haasteita resurssien riittävyydelle. Tarvitaan lisää tietoa asiakaskunnan muuttuneista tarpeista, jotta niihin voidaan vastata. Lisäksi tarvitaan tietoa siitä miten vaikeita toimintakyvyn rajoitteita omaavien henkilöiden toimintakykyä voidaan edistää ja asiakkaiden aktiivista osallistumista laadukkaan hoivan ja huolenpidon toteutumisessa lisätä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE) mukaan laitoshoidon haasteena on lisätä palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja vastaavasti vähentää näin organisaatiokeskeisyyttä ja laitospolttuuriin liitettyjä piirteitä. (STM

2012a:24) Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuudenkatsauksen mukaan ikääntyvien määrän kasvun aiheuttamaan kasvavaan palveluntarpeeseen vastaamisen edellytyksenä on kustannustehokas ja tutkitusti vaikuttava toiminta. Palvelujen käyttäjien visioidaan osallistuvan entistä enemmän sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen ja arviointiin kansalaisten roolin muuttuessa entistä aktiivisemmaksi. Osallisuuden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin välillä nähdään yhteys. (STM 2014. Viitattu 3.11.2014) InnoKusti hankkeen tulosten ja raportin loppupäätelmän mukaan vanhuspalvelulain mukaisen osallisuuden ja asiakkaan tarpeisiin vastaavan hoitosuunnitelman avulla on mahdollista aikaansaada aiempaa parempia hoitotuloksia. (Finne-Soveri H., Pohjola L., Keränen J. & Raivio K. 2014, 64- 72, Viitattu 2.1.2014.)

Kehittämistyöni yhteistyökumppanina toimi Mainio Vire Oy:n Oulussa Kiimingin pientaloalueella sijaitseva 16-paikkainen hoivakoti Vire Koti Kiiminki. Idean yhteistyön ehdottamiseen sain yrityksen kotisivuilta löytyneestä asiakastyytyväisyyskyselyn tuloksesta, jossa yhtenä kehittämisalueena mainitaan ”yhteisiin asioihin vaikuttaminen” (Mainio Vire 2014a, viitattu 30.9.2014). Asiasta tarkemmin keskusteltaessa Mainio Vire Oy:n aluejohtaja ehdotti, että koulutustaustani huomioon ottaen tekisin opinnäytetyöni nimenomaan hoivakotiin sopivasta kuntouttavasta hoitotyöstä hoivakodin asukkaiden toimintakyvyn tuodessa viriketoiminnan ja liikunnan mahdollistamiselle omat haasteensa sen ollessa tehostettua palveluasumista edellyttävällä tasolla. (Hanhisuanto 2014, puhelinkeskustelu 21.8.2014).

Kehitystyön aiheen täsmennettyä tein kehitystyön suunnitelman vaiheistustaulukon muodossa. Kehitystyön tutkimuksellista osuutta varten tein erillisen tutkimussuunnitelman ja yhteistyökumppani myönsi tutkimuksen suorittamiselle tutkimusluvan. Asianmukaiset yhteistyö- ja salassapitosopimukset allekirjoitettiin samassa yhteydessä. Tein kehitystyössä käytettävien keskeisten käsitteiden määrittelemistä ja kehitystyön teoreettista viitekehystä varten erillisen kirjallisuuskatsauksen. Kehitystyön eteneminen on pääpiirteissään noudattanut sen vaiheistustaulukossa kuvattua suunnitelmaa joskin vaiheet ovat edenneet toistensa kanssa osin limittäin, rinnakkain tai päällekkäin. Tämä tutkimusavusteinen kehity-

tämistyö ja sen tutkimuksellinen osuus toteutettiin toimintatutkimuksen viitekehksessä ja kehittämisessä käytettiin apuna myös palvelumuotoilun menetelmiä. Tutkimusaineisto kerättiin kolmessa vaiheessa. Tutkimusjoukko koostui Vire Koti Kiimingin asukkaista, heidän omaisistaan ja Vire Koti Kiimingin henkilökunnasta.

Kehittämistehtäväni kokonaistavoitteena oli Vire Koti Kiimingin toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kehittäminen. Tarkoituksena oli edistää ja ylläpitää asukkaiden toimintakykyä ja parantaa heidän elämänlaatuaan sekä lisätä asiakastyytyväisyyttä. Kehittämistehtävän tuotoksena syntyi iäkkäiden hoivakotiin soveltuva asiakastarpeita vastaava toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvaus sekä siihen liittyvät toimintaohjeet.

2 KEHITTÄMISEN STRATEGISET LÄHTÖKOHDAT

Kansallisen muistiohjelman 2012-2020 mukaan suurin ympärivuorokautisen hoidon ja huolenpidon tarpeeseen vaikuttava tekijä on muistisairaus. Lääkehoidon lisäksi pitkäaikaishoidon tarpeen siirtymiseen voidaan vaikuttaa sairastuneen toimintakykyä ylläpitämällä ja omaisten hyvinvoinnista huolehtimalla. Myös ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä kuntoutusta on lisättävä sekä kuntoutusalan erityisosaamista vaativana tavoitteellisena palveluna että erityisesti tapana toimia toimintakykyä edistävän työotteen mukaisesti. Kuntoutuksen tavoitteena on elämänlaadun ja toimintakyvyn optimointi ja se voi olla toimintakykyä edistävää, ylläpitävää, tai sen rajoittumista hidastavaa. Kuntoutumista edistävän hoito rakentuu mielekkään tekemisen ja säännöllisen toiminnan perustalle. Myös ympärivuorokautisessa yksikössä kuntoutumista edistävä toiminta on korkealaatuisen hoidon tunnuspiirre. (STM 2012b:12-13, viitattu 12.10.2014, http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf)

Sosiaalihuoltolain mukaan, mikäli hoitoa tai huolenpitoa ei voida tarkoituksenmukaisesti järjestää henkilön omassa kodissa tai muita sosiaalipalveluita apuna käyttäen, on apua tarvitseva henkilö oikeutettu kuntouttavaa toimintaa, hoitoa ja ylläpitoa tarjoavaan sosiaalihuollon toimintayksikössä annettavaan laitoshoitoon. (Sosiaalihuoltolaki 710/1982 3: 24 §, 29 a §). Kunnallisten vanhainkotien ja terveyskeskusten vuodeosastojen lisäksi laitoshoittoa voi saada myös yksityisissä hoiva- hoito-, sairaus- ja veljeskodeissa sekä järjestöjen ja yksityisten yritysten tuottamana laitoshoitona. Laitoshoidon voi olla joko kotona asumista tukevaa lyhytaikaista säännöllistä tai satunnaista laitoshoittoa tai ympärivuorokautista pitkäaikaista laitoshoittoa silloin kun kotona asuminen ei ole enää mahdollista. (STM 2015a.)

Kunnan tai kuntayhtymän niin päättäessä on joitakin kunnan järjestämisvastuulle kuuluvia palveluja mahdollista hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta palvelusetelillä. (ks. STM 2015b, viitattu 31.1.2015.) Asiakkaan sosiaalihuollon palvelujen ostaminen yksityiseltä palveluntuottajalta palveluseteliä hyödyntäen perustuu vapaaehtoisuuteen ja sosiaalihuollon palvelujen tuottajat hyväksyy kunta. (Sosiaalihuoltolaki 710/1982 3: 24 §, 29 a §). 1.10.2011 voimaan astuneen lain yksityisistä sosiaalipalveluista mukaisesti yksityisten sosiaalipalvelujen tulee perustua kunnan tekemään hallintopäätökseen tai sopimukseen sekä asiakkaan tai hänen edustajan kanssa yhteisymmärryksessä laadittuun hoito-, huolto-, kuntoutus- tai palvelusuunnitelmaan. Yksityisiä sosiaalipalveluja tuottavan toimintayksikön henkilöstömäärän tulee olla riittävä asiakasmäärään ja palvelutarpeeseen nähden ja toimitilojen tulee olla tarkoitukseensa sopivat. (Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011 2: 4-5 §). Yllä mainittujen säädösten lisäksi vanhusten palvelujen laadun varmistamisessa sovelletaan myös 1.7.2013 voimaan tullutta Vanhuspalvelulakia (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 1: 2 §).

Oulun kaupungin vuosien 2008-2010 aikana luotujen ikääntymispoliittisten linjausten visiona on "Oululainen ikäihminen voi hyvin". Tämä pitää sisällään sen, että ikäihminen kokee asuvansa kotonaan, toteuttaa voimavarojaan, sukupolvien yhdessä toimimisen, yksilölliseen tarpeeseen ja elämänhallinnan tukemiseen vastaavat monitahoiset kehittyneet palvelut. (Oulun kaupunki 2010:10-11, viitattu 30.4.2014.) Liikunnan merkitystä korostetaan. Taloudellista tasapainoa haetaan asiakas- ja tarvelähtöisten palvelujen kautta. Palveluja kehitetään yhteistyössä alueen yritysten kanssa. Vaikuttavat ja tehokkaat palvelut järjestetään asiakaslähtöisesti. Asiakaslähtöisyyden yhtenä indikaattorina toimii se, että asiakkaan rooli vahvistuu palvelujen suunnittelussa, kehittämisessä ja tuottamisessa. (Oulun kaupunki 2013: 6-7,9-10,viitattu 27.4.2014.)

Oulun kaupungin ikääntymispoliittisten linjausten ja palvelurakenteen kehittämisen haasteena on nähty Oulun kaupungin ja palveluntuottajien yhteistyön, hyvän tiedonkulun ja samankaltaisen laatutyön ja sen kriteerien avulla laadukkaiden ja tasalaatuisten palvelujen takaaminen palveluntuottajasta riippumatta. Yksilöllisiä ja laadukkaita palveluja tulisi kehittää tutkimuksen, käytännön ja opetuksen

yhteistyön kautta (ks. Oulun kaupunki 2010, 29-31,33 viitattu 30.4.2014). Kansalaisyhteisöissä on nostettu esiin ikäihmisen elämäntarinan merkitys hoivan suunnittelussa. Hoivan toivotaan tapahtuvan pienissä yksiköissä, joissa muuttamisen tarve on vähäistä laadukkaiden ja kuntouttavien palvelujen joustaessa aina saat-tohoitoon saakka. Kotona – hoivakotonakin, täytyy olla hyvä olla. Itsemääräämisoikeus, elämä vanhuksen ympärillä ja mahdollisuus yhteyden-pitoon omaisten kanssa nähdään tärkeänä. (Oulun kaupunki 2010, 30-31, viitattu 29.9.2014).

Oulun kaupungin ikääntymispoliittisia linjauksia tuottaessa on kuulemisti-laisuusien kautta noussut esille tarve kuntouttavasta hoidosta ja sen kehittämis-estä, toimintamallienideoimisesta henkilökunnan innovatiivisella toiminnalla, sekä viriketoimintojen tuottajien löytyminen myös henkilökunnan ulkopuolelta. Yksityisen ja kolmannen sektorin palveluista haluttaisiin enemmän tietoa ja yhteistyötä eri sektorien välillä toivotaan lisättävän. (Oulun kaupunki 2010:29-31, viitattu 30.4.2014.)

Tehy ry:n puheenjohtaja Raimo Vesivalon mukaan henkilökunta voi osallistua palvelujen kehittämiseen. Vesivalon mukaan sosiaali- ja terveysalan tuloksellisuutta mitattaessa ratkaisevaa on sosiaali- ja terveyspalveluiden laadukkuus ja vaikuttavuus, rahan ja suoritteiden määrän sijaan. Tuloksellisuuden edistämiseksi olisi mahdollista hyödyntää hoitohenkilökunnan osaamista esi-merkiksi työprosessien suunnittelussa. Tällaisten osaavan henkilökunnan ideoi-mien arki-innovaatioiden esiin nousua voidaan katalysoida henkilöstön kuul-emisella, rohkaisulla ja avoimella yhteistoiminnalla. (Vesivalo, R. 2014)

Sosiaali- ja terveysalan laadukkaiden, vaikuttavien palvelujen ja taloudellisen tuloksellisuuden ei kuitenkaan välttämättä tarvitse olla keskenään ristiriidassa. Kaisu Pitkälä, Niina Savikko, Minna Pöysti, Marja-Liisa Laakkonen, Hannu Kau-tiainen, Timo Strandberg ja Reijo Tilvis (2014) ovat satunnaistetun ver-tailututkimuksen avulla osoittaneet, että laadukas ja vaikuttava kuntoutus voi olla myös kustannustehokasta. Tämän todentamiseksi tutkijat ovat tarkastelleet laajempaa kokonaisuutta yksittäisen toimenpiteen ja sen yksikkökohtaisten kustannusten sijaan. Tutkimustulosten mukaan muistisairaille kotona annettu

kuntoutus hidasti merkittävästi fyysisen toimintakyvyn rajoittumista ja vaikutti myönteisesti kognitiiviseen toimintakykyyn. Alzheimerin tautia sairastavien kuntoutuksen vaikuttavuutta tutkineen tutkimuksen tulosten mukaan omaishoidon turvin kotona asuville Alzheimerin tautia sairastaville ikääntyville on mahdollista tarjota tuloksellista kuntoutusta sen lisäämättä sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaiskustannuksia. Joissakin tapauksissa sen avulla voidaan jopa aikaansaada tuntuvia taloudellisia säästöjä, mutta samalla kuitenkin mahdollisesti kuntoutuksen vaikuttavuuden maksimaalisesta toteutumisesta tinkien. Tutkimuksen kuntoutuksellinen interventio toteutettiin 1 vuoden aikajänteellä, jolta ajalta seurattiin lisäksi omaishoitajan ja -hoidettavan sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä ja niiden kustannuksia. Seuranta tapahtui 2 vuoden kohdalla. (ks. Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M. Laakkonen, M-L., Kautiainen, H., Strandberg, T ja Tilvis, R. 2013, 120-140, viitattu 6.12.2014.)

Pitkälän ym.(2014) tutkimus kohdentui Alzheimerin tautia sairastaviin, kotona omaishoidon tuella asuviin iäkkäisiin ja heidän puolisoihinsa, eikä se näinollen ole suoraan yleistettävissä muihin ryhmiin. Vastaavanlainen muita sairausryhmiä tai muita palveluja tarvitsevia ryhmiä koskeva tutkimustieto on vähäistä, eikä näinollen voida myöskään sulkea pois mahdollisuutta, että on olemassa muitakin sairausryhmiä, joille tarjottava kuntoutus tai muu palvelu voisi olla taloudellisestikin tuloksellista. Tutkimusnäyttöä liikunnan ja kuntoutuksen muusta vaikuttavuudesta useita sairausryhmiä tai palveluja koskien on kuitenkin jo runsaasti olemassa. Liikunnan ja kuntoutuksen terveydelliset ja hyvinvoinnilliset vaikutukset ovat yleisesti tiedossa. Kuntoutuksen rajallisia tarjoamismahdollisuuksia on usein perusteltu siitä aiheutuvilla kustannuksilla. Pitkälän yms. tutkimuksessa huomioni kiinnittää myös erityisesti se, että interventioista aiheutuva kustannussäästö tapahtui näin lyhyen ajanjakson, yhden vuoden sisällä, joten toiminta ainakin teoriassa olisi ilman erillistä rahoitusta järjestettävissä, mikäli sen edellytykset jo talousarviota ja taloudellista budjettia laadittaessa otettaisiin huomioon. (ks. Pitkälä, K. ym. 2009, 49-58; ks. Johansson M-L & Raudasoja K. 2009, 49-58.) Pitkälän ym.(2014) tutkimustulosten perusteella ainakin tämän muistisairaiden ryhmän kohdalla on tällaista kuntouttavaa kokonaisvaltaisesti tuloksellista toimintaa mahdollista hyödyntää väestön ikääntymisen tuomaan yhteiskunnalliseen haasteeseen vastattaessa.

Myös laitoshoidossa tapahtuvan kuntoutusta tukevan, toimintakykyä edistävän toiminnan kustannusvaikuttavuudesta on jo olemassa näyttöä. InnoKusti hankkeen loppuraportissa kuvatus, Kustaankartanon vanhustenkeskuksessa hankkeessa kehitetyn ja juurrutetun Aktivoivan Arjen toimintamallin avulla laitoksen sisällä syntyi kustannussäästöjä toimintakyvyn laskun hidastumisesta sekä psyykelääkkeiden käytön vähentymisestä johtuen. Hankeraportti ei ota kantaa sellaisiin toiminnasta mahdollisesti aiheutuneisiin yhteiskunnallisiin kustannussäästöihin, jotka voivat olla seurauksena esimerkiksi uusien murtumien saaneiden prosentuaalisen määrän (37 %) vähenemisestä. Raportissa kuitenkin esitetään näkemys, jonka mukaan Aktivoivan Arjen -kaltaisen toiminnan toteuttaminen jo kotioloissa voisi tuoda varsinaisia kustannus-säästöjä sen mahdollistaessa kotona asumisen entistä pidempään. (ks. Finne-Soveri H., Pohjola L., Keränen J. & Raivio K. 2014, 66-71, Viitattu 2.1.2014.)

Kansallisen muistiohjelman 2012-2020 mukaan ympärivuorokautisen yksikön korkealaatuisen hoidon tunnuspiirre on toimintakyky ja kuntoutumista edistävä toiminta, jonka perustana on mielekäs tekeminen ja säännölliset toiminnot. Palvelun käyttäjien ja heidän läheistensä kuulemista kaikissa prosessin vaiheissa pidetään tärkeänä. Tärkeänä laatutekijänä muistisairaalan ihmisen hoidon palvelujen kehittämisessä nähdään hoito- ja palveluketjujen toimivuus. Koska muutot ja siirtymät ovat haastavia muistisairaalle ihmiselle, tavoiteltavaa on, että tarvittavat palvelut liikkuvat tarpeen mukaan, jotta muistisairas voi asua samassa paikassa. (STM 2012b:11-13)

Tämän kehittämistyön yhteistyökumppanin, Vire Koti Kiimingin esitteen mukaan Vire Koti Kiimingin työskentelymalli edistää kuntoutumista ja Vire Kodissa tuetaan asukkaiden omatoimisuutta. Esitteen mukaan Vire Kodissa ylläpidetään asukkaiden toimintakykyä ja tarjotaan virikkeitä. Mainio Vireessä tavoitteena on, että asiakkaat saavat hoivaa, hoitoa ja kuntoutusta sekä muita heidän elämäntilanteeseensa sopivia palveluja. (Mainio Vire 2014a.) Vire Koti Kiimingissä on myös saattohoidon kokemusta ja osaamista (Högman, T.2014. suullinen tiedonanto 8.9.2014). Mainio Vire Oy on Oulun kaupungin hyväksymä palveluseteliyrittäjä. (Oulun kaupunki 2014, viitattu 24.9.2014.) Tässä kehittämistyössä pyritään

laadun ja asiakaslähtöisen kehittämisen osalta ottamaan huomioon sekä kansallisia että Oulun kaupungin ikääntymispoliittisia linjauksia että hyödyntämään kehittämisessä ajantasaista tutkimuksen ja kehittämistoiminnan tuottamaa tietoa.

3 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN TOIMINTATUTKIMUKSEN VIITEKE- HYKSESSÄ

Kehittämistyö eteni toimintatutkimuksen viitekehyksessä vaiheittain (ks. Heikkinen, H. 2010, 214-215). Kuviossa 1. kuvaan kehittämisen etenemistä. Kuviossa toimintatutkimuksen vaiheet on kuvattu peräkkäisinä, mutta käytännössä ne ovat edenneet osin limittäin, mikä Heikkisen mukaan on toimintatutkimukselle tyypillistä (ks. Heikkinen, H. 2010, 214-215) (Kuvio 1).



Kuvio 1. Kehittämisen etenemisen vaiheet

1.1 Vire Koti Kiiminki kehittämistyön toimintaympäristönä

Opinnäytetyöni yhteistyökumppanina toimi Mainio Vire Oy:n Oulussa sijaitseva Vire Koti Kiiminki. Vire Koti Kiiminki on 16-paikkainen, rauhallisella pientaloalueella sijaitseva hoivakoti, joka tarjoaa ikäihmisille ympärivuorokautista asumispalvelua. Mainio Vire Oy:n ja näin myös Vire Koti Kiimingin arvolupauksia ovat: ”Ihminen ihmiselle, ”Onnellinen elämä” ja ”Työmme on arvokasta”. Mainio Vire Oy:n kotisivujen mukaan yrityksen arvojen mukaisessa toiminnassa korostuu ihmisläheisyys, luotettavuus, yhteistyö ja kunnioitusta osoittava vuorovaikutus sekä ihmisarvo ja sen säilyttäminen. (ks. Mainio Vire Oy 2014c, viitattu 24.9.2014.)

Mainio Vire Oy on voimakkaassa kasvussa oleva yritys. Oulussa Mainio Vire Oy:llä on tällä hetkellä kaksi ikäihmisten hoivakotia, joista toinen valmistui vuoden 2014 lopulla. (Mainio Vire Oy 2014c, viitattu 24.9.2014.) Oulun kaupungin palvelusetelillä vuorokausihinta Vire Koti Kiimingissä on 110,50 e/vrk, ateriovuorokausi 14,14 e/vrk ja kuukausivuokra 528,92 e/kk/asukas. (Oulun kaupunki 2014, viitattu 24.9.2014.) Mikäli Oulun kaupungilla ei ole sijoittaa asukasta Vire Koti Kiiminkiin, voi Vire Koti Kiimingissä asua myös muista kunnista tulleita tai itse maksavia asiakkaita. Tällä hetkellä asiakkuudet perustuvat Oulun kaupungin maksusitoumuksiin. (Högman, T., sähköposti 11.2.2015.) Vuorokausihintaan sisältyy kuntouttava perushoito ja viriketoiminta, asumiskustannukset sekä 5 ateriaa päivässä. Kuljetukset, lääkäripalvelut ja lääkkeet asiakas maksaa itse. Vire Koti Kiimingin tärkeimpiä sidosryhmiä ovat kunta-asiakkaat ja julkinen sektori, asiakkaat ja omaiset, henkilöstö, oppilaitokset ja media, vanhusjärjestöt, yhdistykset, liitot ja tavarantoimittajat. (Mainio Vire Oy 2014c.)

Vire Koti Kiimingin esitteessä esimerkiksi viriketoimintaa on kuvattu mm. yhteislauluksi, levyraadiksi tai hartaushetkeksi. Esitteessä mainitaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista koostuvalla henkilökunnalla olevan osaamista mm. muistisairauksista ja dementiahoivasta. Erikseen mainitaan myös, että kodilla käy fysioterapeutti ja jalkojenhoitaja. (Mainio Vire Oy 2014a.)

Vire Koti Kiiminki pitää vahvuutenaan sitä, että sillä on taustatukenaan ison konsernin laaja-alainen osaaminen ja mahdollisuus jakaa tietoa eri toimipisteiden kesken. Esimerkiksi asiakaspalautteista saatua tietoa analysoidaan ja käytetään apuna toiminnan kehittämisessä asiakastyytyväisyyden lisäämiseksi. Mainio Vire Oy:llä on käytössä ISO 9001:2008 toimintajärjestelmä, jota sovelletaan yrityksen jokaisessa yksikössä. Mainio Vire Oy on käynnistänyt syksyllä 2012 koulutushankkeen logoterapeuttisen ajattelun jalkauttamiseksi ja hanke jatkuu vuoteen 2018 asti. Konsernin tilatessa työntekijöilleen yrityskohtaista koulutusta tavoitteena on, että koko henkilöstö omaksuu yhteneväiset toimintatavat ja toiminnan laatu paranee. Paitsi kiinnostava yritys asiakkaalle, Mainio Vire pyrkii olemaan myös vetovoimainen työnantaja, joka voi koulutuksen lisäksi tarjota työntekijälle etenemismahdollisuuksia uralla osaamisen kasvaessa. (ks. Mainio Vire Oy 2014c, viitattu 24.9.2014.)

Mainio Vire Oy:n tavoitteena on olla sosiaalialan moniosaaja ja Vire Koti Kiimingissä toiminta keskittyy vanhusten hoivapalveluihin. Mainio Vireen laatu- ja palvelutavoitteiden rinnalla keskeisenä tavoitteena on vastuullinen toimintatapa. Mainio Vireen kotisivujen mukaan Suomen lakeja ja säädöksiä noudatetaan ja turhia riskejä pyritään välttämään. Vastuut ja velvollisuudet on määritelty johtamisjärjestelmässä. Toiminnassa noudatetaan eettisyyden periaatetta, ja ympäristönäkökulma otetaan huomioon esimerkiksi lajittelemalla jätteet ja välttämällä turhaa energian kulutusta tai ympäristön kuormittamista. Yhteistyökumppaneille halutaan näyttäytyä luotettavana ja ammattitaitoisena kumppanina. (Mainio Vire Oy 2014, viitattu 24.9.2014.)

Vanhusten asuessa tulevaisuudessa yhä pidempään kodeissaan tukipalveluiden turvin ja siirtyessä tehostettuun palveluasumiseen vasta siinä vaiheessa kun kotona asuminen muuttuu täysin mahdottomaksi tuo asiakaskunnan toimintakyvyn aleneminen haasteita niin hoivakodin henkilöstön osaamiselle, jaksamiselle kuin myös henkilöstömäärän tarpeelle. Myös aineellisia resursseja saatetaan tulevaisuudessa tarvita lisää, esimerkiksi nostolaitteiden tai erilaisten turvajärjestelmien muodossa. Lisäresurssin tarve aiheuttaa lisäkustannuksia, mutta vastaavasti esimerkiksi kuntien maksukyky väestön ikääntymisen ja verokertymän

pienenemisen myötä heikkenee entisestään. Paine tuottaa edullisempia palveluja entistä pienemmillä kustannuksilla on suuri, ja tarve löytää innovatiivisia ratkaisuja siihen, miten tämä onnistuu, koskee myös yksityistä sektoria. Yrityksen tärkeänä resurssina voidaankin tässä perspektiivissä nähdä osaava henkilökunta niin työtä suorittavalla kuin johtavallakin tasolla.

Mainio Vire Oy:n toiminnan lähtökohtana pidetään asiakastyytyväisyyttä, jota mitataan mm. asiakaskyselyiden avulla. Toiminnassa korostetaan yksilöllisyyttä ja mielekkään arjen toteutumista, asiakasta kannustetaan käyttämään omia voimavarojaan. Arviointia tehdään jatkuvan keskustelun ja havainnoinnin avulla. (Mainio Vire Oy 2014, 24.9.2014.) Palautetta seuraamalla pyritään jatkuvaan kehitykseen hoivapalvelujen toteutuksessa. Palautetta kerätään RAI-arvioinnin, asukas-, omais- ja henkilöstötyytyväisyyskyselyiden avulla, kirjallisten ja suullisten asukas- ja omaispalautteiden kautta sekä hoivapalvelun palautejärjestelmästä, josta seurataan esimerkiksi hoito- ja kuntoutussuunnitelman toteutumista ja kirjaamista. (Paavolainen, J. 2012, viitattu 24.2.2015.)

Suomen standardoimisliiton mukaan prosessimaisessa toimintamallissa tiedotetaan paitsi prosessien sisältö myös niiden keskinäinen vuorovaikutuksellinen suhde, liittyminen toisiinsa tai ketjuuntuminen. Näin mahdollistuu myös niiden ohjaaminen sekä jatkuva tehokkuuden ja vaikuttavuuden parantaminen. (Suomen standardisoimisliitto SFS ry 2004, 14-17). Liitteessä 1. on kuvattu Vire Koti Kiimingin keskeisten prosessien suhde toisiinsa (LIITE 1) ja liitteessä 2 on kuvaus toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessista sellaisena kuin se tutkimusaineistoon sekä Vire Kodin johtajan kanssa käytyihin keskusteluihin ja sähköpostitse tapahtuneeseen viestintään perustuvan käsitykseni mukaan kehittämistyötä käynnistettäessä oli (LIITE 2).

Vire Koti Kiimingin päätoiminto on iäkkään asiakkaan asumispalvelut ja päivittäinen hoito, hoiva ja huolenpito. Asiakas saa oman huoneen ja tarvitsemaansa hoivaa ja huolenpitoa. (Mainio Vire Oy 2014, viitattu 24.9.2014.) Tämä kehitystyö kohdentuu toimintakykyä edistävää hoivan ja huolenpidon asiakasprosessiin, joka asettuu osaksi hoidon, hoivan ja huolenpidon prosessia

ja rajautuu kestoaltaan asiakkaaksi tulovaiheesta joko saattohoidon prosessin alkamiseen tai vaihtoehtoisesti koko asiakkuuden prosessin päättymiseen asti.

3.1 Metodiset valinnat

Tämän tutkimusavusteisen kehittämistyön tavoitteena oli edistää ja ylläpitää Vire Koti Kiimingin asukkaiden toimintakykyä ja parantaa heidän elämänlaatuaan sekä lisätä asiakastyytyväisyyttä. Tarkoituksena oli kehittää toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laatua. Kehittämistehtävän tuotoksena syntyi iäkkäiden hoivakotiin soveltuvan toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakaslähtöisen prosessin kuvaus ja toimintaohjeet.

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksen viitekehyksessä. Heikkisen (2010) mukaan toimintatutkimukselle tyypillistä on pyrkimys välittömän käytännön hyödyn saavuttamiseen, toiminta ja tutkimus tapahtuvat samanaikaisesti. Tutkimisen lisäksi päämääränä on toiminnan kehittäminen, ja ensisijaisena tarkoituksena on ihmisten yhteistoiminnan tutkiminen ja kehittäminen. Tutkimusmenetelmän sijaan Heikkinen näkee toimintatutkimuksen tutkimusstrategisena lähestymistapana, jossa on mahdollista käyttää välineenä useita erilaisia tutkimusmenetelmiä. (Heikkinen, H. 2010, 214-215).

Tutkimusjoukko koostui Vire Koti Kiimingin asukkaista ja heidän omaisistaan sekä Vire Koti Kiimingin henkilökunnasta. Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksen viitekehyksessä ja aineistoa kerättiin neljässä vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa tein kirjallisuuskatsauksen, jonka avulla määrittelin kehittämistyössä käyttämäni keskeiset käsitteet ja tuotin kehitystyön teoreettisen viitekehyksen. Toinen vaihe oli haastattelututkimus, jossa tehtiin viisi asiakashaastattelua. Haastattelututkimuksen avulla kerättiin ja koottiin tietoa toimintakykyä edistävään hoivaan ja huolenpitoon liittyvistä asiakaskokemuksista ja asiakastarpeista. Kolmannessa vaiheessa henkilökunnalle suunnatussa ryhmäkeskustelussa asiakashaastattelujen luokitteluun, alustavaan analyysiin ja lähdekirjallisuuteen perustuneen tiiviin oheismateriaalin ja alustuksen si-

ivittämänä kerättiin ja tuotettiin kokemustiedon täydentämää tietoa asiakastarpeisiin vastaavan toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon tunnuspiirteistä, kuvattiin tämänhetkisiä käytäntöjä ja tuotettiin ja jaettiin kehitysideoita. Neljättä vaihetta varten tein aiemmin kerättyyn aineistoon perustuvan, kehitysideoita sisältävän luonnoksen toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessista ja sen toimintaohjeista. Tässä toimintatutkimuksen neljännessä vaiheessa henkilökunnan ja omaisten yhteisessä ryhmäkeskustelussa arvioitiin luonnokseni vastaavuutta asiakas- ja käytännön tarpeisiin ja tuotettiin uutta tietoa, jonka avulla oli mahdollista viimeistellä asiakastarpeita vastaavan toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvaus.

Kuviossa 2 Kuvaan kehitystyön toteutuksen ajallista etenemistä (Kuvio 2).



Kuvio 2. Kehitystyön toteutuksen ajallinen eteneminen

3.2 I vaihe: Kirjallisuuskatsaus

Toimintatutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tein kirjallisuuskatsauksen. Kirjallisuuskatsauksen pituus oli 67 sivua. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tuottaa kehittämistyön teoreettinen viitekehys ja kehittämistyössä käytettävien keskeisten käsitteiden määritelmät. Käsitteiden määrittely on kuvattu taulukossa liitteenä (LIITE 3). Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli koota ja jäsentää tutkimustietoa ja lähdekirjallisuutta kehittämistyöni teoreettisiksi lähtökohdiksi ja kehitystyössä käytettävien keskeisten käsitteiden määrittelyä varten. Kirjallisuuskatsauksen tutkimustehtävänä oli vastata kysymyksiin:

- Mitä tarkoitetaan tässä kehitystyössä käytettävillä keskeisillä käsitteillä?
- Millaista on toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito?
- Mitkä ovat toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun tunnuspiirteet?

Tein haut Oulun yliopiston Jultika julkaisutietokantaan (ks. Oulun yliopisto 2015) ja Jyväskylän yliopiston julkaisuarkistoon (ks. Jyväskylän yliopisto 2015). Oulun yliopiston tietokantaa käytin saadakseni paikallista tietoa ja Jyväskylän yliopiston tietokannan valitsin siksi, että Jyväskylän yliopistossa ja erityisesti sen liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnassa tuotetaan runsaasti oman substanssialueeni väitöskirjoja. Kehitystyöni yhteistyökumppani ehdotti minulle kehittämisalueeksi ”kuntouttavaa hoitotyötä” aiheena nimenomaan fysioterapeutin koulutukseni takia. Vire Koti Kiimingissä ei ole omaa fysioterapeuttia.

Vaikka systemaattinen hakuni perustui rajattuihin hakusanoihin ja selkeisiin sisäänotto- tai poissulkukriteereihin ei kirjallisuuskatsaus ollut systemaattinen, sillä käsittelin tuloksia sen kriteereistä poiketen. Systemaattisen haun lisäksi tein runsaasti manuaalista hakua eri tiedonlähteisiin ja joitakin lähteitä jäljitin myös tuloksena olleiden väitöskirjojen lähdeluetteloja hyödyntäen. Suuri osa näistäkin materiaaleista on ollut sähköisessä muodossa. Kirjallisuuskatsauksessani oli

runsaasti piirteitä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen integroivasta orientaatiosta ja osin myös metasynteesisistä, jälkimmäisestä etenkin tulosten synteessin kohdalla. (ks. Salminen, A. 2011, 6, 8, 12-13).

Salmisen mukaan vaihteittain kuvattuna integroivalla kirjallisuuskatsauksella on vain vähän eroa systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen ja se voi myös toimia siltana systemaattisen ja narratiivisen kirjallisuuskatsauksen välillä. Tuloksia kuvataan monipuolisesti ja tarkastellaan kriittisesti. Integroivan kirjallisuuskatsauksen synteessin avulla tutkitusta aiheesta voidaan myös tuottaa uutta tietoa. Integroiva kirjallisuuskatsaus soveltuu sekä itsenäiseksi tutkimusmenetelmäksi että systemaattista kirjallisuuskatsausta tukevaksi menetelmäksi. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus soveltuu hypoteesien testaamiseen, tutkimustulosten tiiviiseen esittelyyn sekä tulosten johdonmukaiseen arviointiin. Tiedon määrän kasvaessa nopeasti voi perusteena systemaattiselle kirjallisuuskatsaukselle olla esimerkiksi tarve päätöksentekoa tukevalle tutkimustiedolle. Systemaattisuuden avulla haetaan tutkimukselle tieteellistä uskottavuutta. Kuvaileva ja tulkitseva metasynteesi muistuttaa paljolti systemaattista kirjallisuuskatsausta ja on orientaatioltaan laadullinen. (Salminen, A. 2011, 6-13.)

Aihealueeseen tutustuttuessani havaitsin tarpeen selvittää minkälaista tutkimusnäyttöä on liikunnan vaikutuksista nimenomaan muistiin ja kognitioon, koska syy miltei kaikkien Vire Koti Kiimingin asiakkaiden tehostetun palveluasumisen tarpeeseen on muistisairaus. Tein tästä aiheesta pienimuotoisen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen, johon liittyvän systemaattisen haun tein PEDro -tietokantaan (ks. PEDro 2015). Pienimuotoisuudella viitataan siihen, että käytin haussani vain yhtä tietokantaa ja yhtä hakusanayhdistelmää. Haun tulokset olivat tutkimustiivistelmiä. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli kerätä ja koota tietoa liikunnallisten interventioiden vaikutuksista muistisairaiden toimintakykyyn. Tarkoituksena oli selvittää liikunnan mahdollisia vaikutuksia muistisairausten iäkkäiden toimintakykyyn. Tutkimuskysymyksenä oli ”Onko liikunnalla vaikutusta muistisairaiden iäkkäiden toimintakykyyn?” Tämä kirjallisuuskatsaus on kuvattu liitteessä 4 (LIITE 4).

Tekemieni kirjallisuuskatsauksien aineistosta muodostettu tämän kehittämistyön teoreettinen viitekehys sekä kirjallisuuskatsauksen aineistosta synteessinä tuotetut käsitteiden määritelmät on kuvattu tässä luvussa. Käsitteiden määrittely synteessinä kirjallisuuskatsauksen tuloksista on kuvattu liitessä 3 (LIITE 3). Tässä raportissa hyödynnän tekemieni kirjallisuuskatsauksien tuloksia myös myöhemmin omia tutkimustuloksiani tarkastellessani tai käytän kirjallisuuskatsaukseni tuloksia tukena kehitysehdotuksilleni tai valinnoilleni.

3.2.1 Hoiva käsitteenä

Anttosen ja Zechnerin mukaan hoiva käsitteenä on laaja-alainen, siihen sisältyy myös huolenpidollisia ulottuvuuksia ja sillä viitataan huolenpidon edellyttämään velvollisuudesta ja rakkaudesta tehtävään sitoutuneeseen ja hoivattavan tarpeita kuuntelemaan työhön. Hoivan käsite, engl. care, tulee 1980-luvun Iso-Britannian naistutkimuksesta, jossa sillä tarkoitettiin lähinnä naisten tekemää palkatonta, informaalia hoivaa. Pohjoismaisessa tutkimuksessa on tuolloin keskitytty palkalliseen hoivatyöhön ja siinä etenkin kotipalveluun. Anttosen ja Zechnerin mukaan tutkijat ovat määritelleet hoivan käsitteeksi, jolla voidaan tarkoittaa niin palkallista kuin palkatontakin työtä. Rajat hoivan lähikäsitteisiin, kuten hoitoon ja huolenpitoon, ovat epäselvät. Hoivan ja hoidon käsitettä pyritään erottamaan vetämällä rajaa sosiaalisen ja lääketieteellisen hoidon välille. (Anttonen, A, & Zechner, M. 2009, 16-29.) Habjanicin tulosten mukaan sekä omaiset että asukkaat ajattelivat laadukkaaseen hoivaan kuuluvan myös hyvän fyysisen hoidon osana sitä. (Habjanic, A. 2009, 69-89)

Aarvan mukaan hoivan ja hoidon käsitteet ovat vaikeasti hahmotettavissa eikä niille ole selkeärajaisia määritelmiä, mutta hoitotyö hoivaa tarkkarajaisempaa. Aarvan mukaan hoito on hoitoalan koulutuksen saaneiden sairaanhoidollista työtä, mutta hoivan osaaminen syntyy arjen käytännöistä. (Aarva, K.2009, 123-124, 189-190.)

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista tekemäni johtopäätöksen mukaan hoivalla tarkoitetaan kokonaisvaltaista palkallista tai palkatonta toimintaa, jolla osin tai kokonaan mahdollistetaan sellainen yksilön tarpeiden mukainen arjen toimista selviytyminen, josta hän toimintakyvyn ollessa normaali kykenisi itse täysin suoriutumaan. Hoivalla ei tarkoiteta haastavuudeltaan tämän kriteerin ylittävää tai ammatillista erikoiskoulutusta edellyttävää lääketieteellistä hoitoa, kuten esimerkiksi lääkehoitoa tai verinäytteiden ottoa. Hoivan käsitteen määrittely on kuvattu liitteessä 3. (LIITE 3)

3.2.2 Huolenpito käsitteenä

Vuoti kirjoittaa väitöskirjassaan aktiivisesta itsestä huolenpidosta, jolla tarkoitetaan ennaltaehkäisyä ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitämistä. Itsestä huolenpito ja siihen motivoituminen ja siihen sitoutuminen liitetään Vuodin tutkimustulosten perusteella osaksi käsitettä elämänhallinta, joka palautuu tarkoittamaan kykyä pitää huolta paitsi itsestä, myös läheisistä. (Vuoti 2011, 103, 129-131).

Myös Železnik käyttää väitöskirjassaan käsitettä itsestä huolenpito ja näkee sen paitsi rationaalisena terveyden ylläpitämisen tapana myös alitajuisina rutiineina, jotka aikojen saatossa ovat muovautuneet osaksi yksilön normaalia elämää. (Železnik, D. 2007, 18.) Habjanacin tutkimuksessa asukkaat painottivat huolenpidon merkitystä suhteessa hoidollisiin toimenpiteisiin ja toivoivat myös niihin sisältyvän huolenpidollisia elementtejä ja asukkaan toiveiden huomioon ottamista. (Habjanic, A. 2009, 71-73.)

Myös Backman käyttää väitöskirjassaan käsitettä itsestä huolenpito. Backmanin tutkimuksen perusteella kotona asuvien ikääntyvien itsensä huolenpito on itsestä välittämistä päivittäisten askareiden ja sairauksien sekä terveyden hoitamisen kautta. Edellytyksenä itsestä huolenpidolle on persoonallisuuteen, taustaan sekä terveyden ja vanhenemisen kokemiseen liittyvät yksilötekijät. Tutkimuksen tuloksena Backman on muodostanut neljä itsestä huolenpidon pääkategoriaa, jotka ovat luovuttaja, omapäinen, ulkoapäin ohjautuja ja omavastuinen. Itsestä huolenpidolla on yhteys toimintakykyyn. Luovuttajien ja ulkoapäin ohjautuvien

kohdalla Backman puhuu tilanteesta, jossa yksilö on joutunut antamaan periksi ja luovuttamaan vastuun itsestä huolenpidosta muille. (Backman, K. 2001, 43-47, 53-55.) Tässä kohden Backman tulee määritelleeksi myös huolenpidon käsitettä, ja tästä perspektiivistä katsoen huolenpidon voitaisiin ajatella olevan juuri tällaista vastuun ottamista toisen ihmisen itsestä huolenpidosta ja sen toteuttamisesta. Huolenpidon tarve korostuu silloin kun yksilö ei itse syystä tai toisesta kykene vastaamaan huolenpidostaan.

Kirjallisuuskatsaukseni tuloksista tekemäni johtopäätöksen mukaan huolenpidon käsitteellä tarkoitetaan vastuun ottamista toisen ihmisen itsestä huolenpidosta ja sen toteuttamista. Huolenpito tukee sen vastaanottajan elämänhallintaa ja toimintakykyä. Huolenpito on sen vastaanottajan yksilöllisten tarpeiden toteutumisesta huolehtimista hoivan tarkoittaessa niiden tukemista ja käytännössä osin tai kokonaan toteuttamista. Vaikka huolenpito ei tarkoita lääketieteellistä hoitoa, siihen sisältyy sen tarpeen ilmaantuessa hoitoon tai palvelujen piiriin hakeutumisesta huolehtiminen. Huolenpidon tarve korostuu silloin kun yksilö ei itse syystä tai toisesta kykene huolehtimaan itsestään. Huolenpidon käsitteen määrittely on kuvattu liitteessä 3. (LIITE 3)

3.2.3 Toimintakyky käsitteenä

Kirjallisuuskatsaukseni perusteella toimintakyvyn käsite näyttäytyy erilaisena eri tieteenaloista käsin katsottuna ja se tulee monipuolisesti mutta myös moninaisesti määritellyksi. Kirjallisuuskatsauksen tuloksiksi valikoituneissa väitöskirjoissa toimintakyky jaetaan yleisesti fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn tai vain osaan näistä tai joitakin näistä osa-alueista voidaan yhdistää. (ks. Železnik, D. 2007, 20-21; Rissanen, L. 1999, 66-78, 107-109; Karjalainen, E. 1999, 20, 44; Ahto, M. 1999, 41-58, 65-66;) Näiden lisäksi toimintakykyyn voidaan nähdä kuuluvaksi myös taloudellinen toimintakyky (Hiironen, M. 2007, 38). Myös puheen vastaanottamiskykyä voidaan käsitellä toimintakykynä. (Hautala, T. 2013, 5, 36-51, 146). Toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa myös ensisijaisesti fyysistä toimintakykyä tai liikkumiskykyä (ks.

Hirvensalo, M. 2002, 24-25; Pajala, S. 2006, 56-60; Sihvonen, S. 2004, 29; Piirainen, J. 2014, 72-73;)

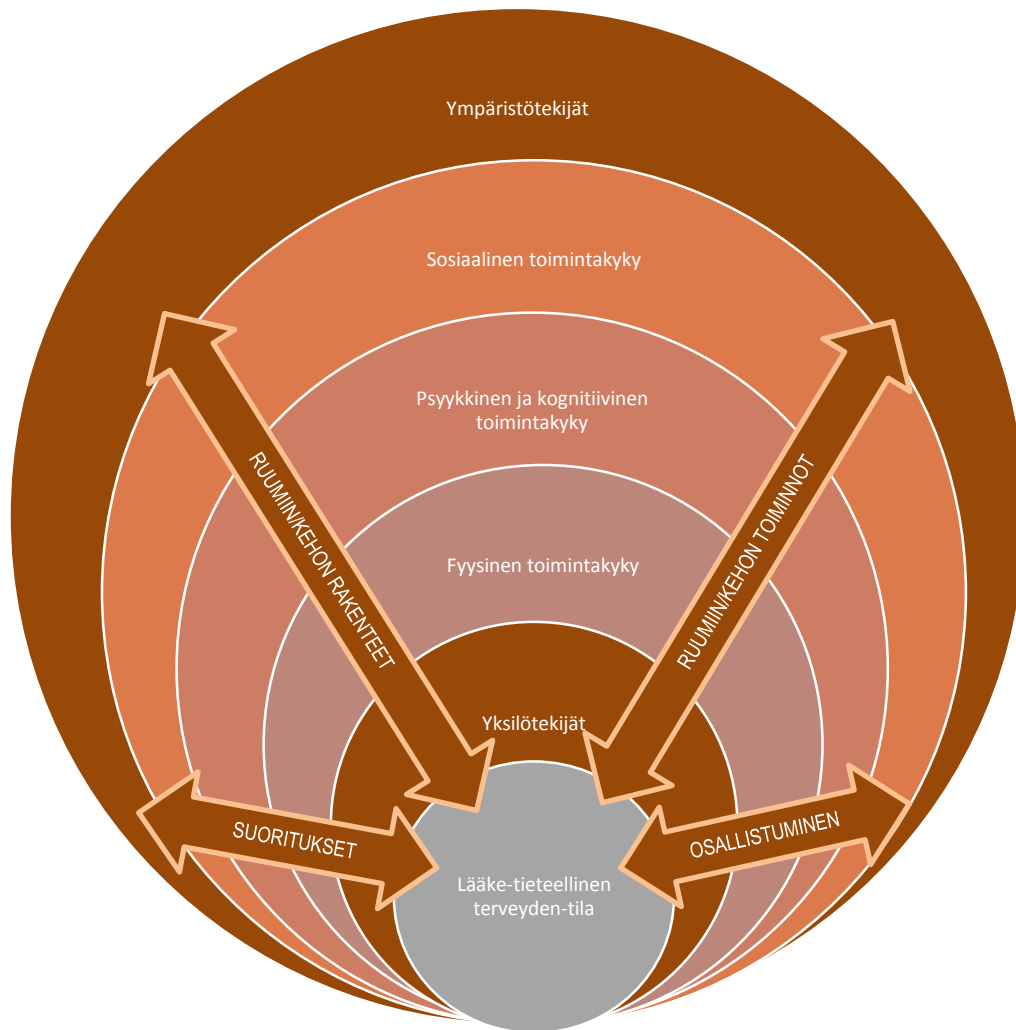
Monista kirjallisuuskatsaukseeni valikoituneista väitöskirjoista toimintakyvyn käsitteen varsinainen määritelmä puuttui, mikä mahdollisesti viittaa käsitteen määrittelyn ilmeiseen haastavuuteen, tai kenties sen merkityksen oletettuun itsestäänselvyyteen. Vaikka toimintakyvyn käsite ja sen sisältö käyttäjälleen voi olla oletuksellisesti selvä, ei se ole kaikille sama. Rajaukset siitä, mitä toimintakyvyllä tarkoitetaan, eroavat toisistaan eri ammattikuntien omien tiedonintressien mukaan.

Maailman terveysjärjestö WHO on luonut kansainvälisen ICF-luokituksen tavoitteenaan luoda yhteinen, kansainvälinen kieli helpottamaan toimintakykyä koskevaa viestintää eri käyttäjäryhmien välillä. Tavoitteena on myös luoda tieteellinen perusta toimintakyvyn tutkimukselle ja käsitteen sisällön ymmärtämiselle. Lisäksi tavoitteena on mahdollistaa toimintakykyyn liittyvä tietojen vertaaminen ja koodaaminen. ICF kuvaa ”toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa”. Toimintakyvyn kuvaukseen sisältyvät kontekstuaalisten tekijöiden eli yksilö- ja ympäristötekijöiden kanssa dynaamisessa vuorovaikutuksellisessa suhteessa olevat henkilön lääketieteellisen terveydentilan yhteydessä kuvattavat aihealueet, jotka ovat ruumiin/kehon toiminnot, ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen. Kontekstuaaliset tekijät ovat vuorovaikutussuhteessa myös lääketieteellisten terveydentilan ongelmien kanssa ja näin osaltaan määrittävät yksilön toimintakykyä. Käsitteellä toimintarajoitteet kuvataan vastaavasti suoritus- ja osallistumisrajoitteita. ICF- käsitteistössä toimintakyky on yläkäsite. Käsitteellä suorituskyky tarkoitetaan ympäristövakioitua korkeinta toiminnan tasoa, jonka yksilö voi tietyllä hetkellä saavuttaa. Käsite suoritustaso tarkoittaa sitä toiminnan tasoa, joka yksilöllä on nyky-ympäristössään. Suorituskyvyn ja suoritustason välinen ero kertoo vakioidun ja nyky-ympäristön välisestä erosta, tätä tietoa voidaan käyttää pohdittaessa sitä, miten ympäristöä muuttamalla yksilön suoritustasoa voitaisiin parantaa. (Stakes 2004, 3-5, 8, 15-19.)

ICF:n biopsykososiaalisen mallin avulla voidaan kuvata vamman tai sairauden vaikutuksia yksilön elämässä. WHO:n kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen, ICF:n, mukaan toimintakyky nähdään kokonaisvaltaisena ilmiönä ja toimintarajoitteet konkreettisen elämäntilanteen vaatimusten ja henkilön terveyden välisenä epätasapainona. (THL 2014. viitattu 15.1.2015.)

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista tekemäni johtopäätöksen mukaan toimintakyky jaetaan yleisesti fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen ja usein myös kognitiiviseen toimintakykyyn. Yksilötekijöiden, toimintakyvyn ja ympäristötekijöiden suhde on dynaaminen ja vuorovaikutuksellinen. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista synteessinä muodostuneen määritelmäni mukaan tässä kehitystyössä toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön fyysistä, psyykkistä ja kognitiivista sekä sosiaalista kykyä toimia siinä hetkessä ja ympäristössä missä hän on. Toimintakyvyn käsitteen määrittely on kuvattu liitteessä 3. (LIITE 3)

Tein kirjallisuuskatsaukseni tulosten perusteella synteessin perinteisestä tavasta jakaa toimintakyky fyysiseen-, psyykkiseen-, kognitiiviseen- ja sosiaaliseen osa-alueeseen ja ICF- ajattelun mukaisesta tavasta luokitella toimintakyvyn aihealueita ja nähdä näiden vuorovaikutuksellinen suhde kontekstuaalisten tekijöiden kanssa. Kuviossa 3 on esitetty edellä mainitusta synteesistä johtopäätöksenä tuottamani graafinen kuvaus toimintakyvyn osa- ja aihealueiden, kontekstuaalisten tekijöiden ja lääketieteellisen terveydentilan vuorovaikutussuhteista. (KUVIO 3)



KUVIO 3 Toimintakyvyn osa- ja aihealueiden, kontekstuaalisten tekijöiden ja lääketieteellisen terveydentilan vuorovaikutussuhteet

3.2.4 Elämänlaatu käsitteenä

Itävaltalaisen juutalaisen neurologi-psykiatri Viktor E. Franklinin kehittämässä logoterapeuttisessa ajattelussa korostuu elämän tarkoituksellisuus, merkityksellisyys ja ihmisarvo. Logoterapeuttinen ajattelu ohjaa tukemaan muistisairaahan ihmisen arjen tarkoituksellisuutta ja tunnistamaan ihmiselle avainasemassa olevia iloa tuottavia tärkeitä tekijöitä. Tarkoituksellinen arki lisää yhteenkuuluvaisuuden tunnetta ja se nähdään elämän perustana ja hyvinvointia ja toimintakykyä edistävänä. Franklinin omakohtaiset kokemukset vankeudesta

keskitysleirillä ovat vahvistaneet hänen käsitystään siitä, että tarkoituksen löytäminen sille kenen vuoksi tai miksi elää, auttaa kestäämään vaikeitakin kokemuksia. Tarkoitus tekee elämästä mielekkään ja elämisen arvoisen. (Laine M. & Heimonen, S-L.2011, 14, 42-43, 86-87.)

Päivi Lampinen käyttää väitöskirjassaan käsitettä psyykinen hyvinvointi. Psyykkisen hyvinvoinnin mittareina hän käyttää tutkimuksessa masentuneisuutta, itsetuntoa, ahdistuneisuutta, yksinäisyyttä, henkistä vireyttä ja elämän tarkoituksellisuutta. Lampisen mukaan psyykkiseen hyvinvointiin on yhteydessä fyysinen aktiivisuus, joka vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin harrastusaktiivisuuden ja liikkumiskyvyn kautta ja on näinollen tärkeä tekijä psyykkisen hyvinvoinnin parantamisessa ja ylläpitämisessä. Toisaalta vähäinen fyysinen aktiivisuus tai sen väheneminen ennustaa Lampisen mukaan itsetunnon heikkenemistä ja masentuneisuutta. Fyysinen aktiivisuus voi edistää liikkumiskykyä ja ehkäistä psyykkisen hyvinvoinnin laskua. (Lampinen, P.2004, 43, 58, 73.)

Hiironen mukaan elämänlaadun käsite on vaikeasti määriteltävissä sen vaihdelleessa olosuhteiden, ajankohdan ja ikäkausien myötä. Yksilö- ja kulttuurisidonnaisena käsitteenä se on myös vaikeasti mitattavissa. Yleisesti määriteltynä se kuvaa onnellisuutta, tyytyväisyyttä elämään ja hyvinvoinnin tunnetta. Suppeasti määriteltynä se voi kuvata myös vain yhtä tai kahta elämänlaadun osa-aluetta. (Hiironen, M. 2007, 33.)

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedotteessa ”tulevaisuuden hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta” määritellään hyvinvointia ja elämänlaatua lisäävinä tekijöinä terveys ja toimintakyky. (STM 2014. Viitattu 3.11.2014.)

Ahto keskittyy väitöskirjassaan elämänlaadun osa-alueista terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja liittää sen toimintakykyyn (Ahto 1999, 26-27). Leinosen mukaan maa terveydentilaansa arvioidessaan iäkkäät vertaavat sitä ikätovereidensa terveydentilaan ja sopeuttavat hyvän terveyden vaatimuksia ikääntymisen tuomiin toimintakyvyn ja terveyden muutoksiin (Leinonen 2002, 50). Sama ilmiön havaitsin myös omaan AMK-opinnäytetyöhöni liittyneissä sotaveteraanien haastatteluissa (Sukanen 2011, 29,31). Leinosen mukaan iäkkäät ovat kuitenkin

tietoisia terveydentilassa tapahtuvista muutoksista mikä ilmenee kysyttäessä muutoksesta suoraan. Joidenkin tutkimuksessa 10 vuoden seurantajakson ajan mukana olleiden miesten arvio omasta terveydentilan tasostaan jopa muuttui positiivisemmaksi kuin alkumittauksissa huolimatta toimintakyvyn ja terveydentilan laskusta naisten arvioidessa terveydentilansa samoin kuin alkumittauksissa. Leinosen mukaan iäkkäät arvioivat terveydentilaansa monipuolisesti sisällyttäen siihen kognitiivisen ja sensomotorisen toimintakyvyn, krooniset sairaudet, psykososiaalisen hyvinvoinnin ja terveyskäyttäytymisen. Tärkeimpinä tekijöitä terveydentilaa määrittämässä olivat kyky fyysisesti selvitä arjen toimista, maksimaalinen suorituskyky ja krooniset sairaudet. Myös sosiaalisten kontaktien ja depressiivisten oireiden määrä naisilla sekä fyysinen aktiivisuus ja kognitiiviset toiminnot miehillä vaikuttivat iäkkäiden arvioon terveydentilastaan. (Leinonen, R. 2002, 41-51.)

Erik Allardtin artikkelin mukaan 1970-luvun Pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksessa elämänlaadun nähtiin elintason ohella olevan osa hyvinvoinnin käsitettä. Allardt itse määritteli hyvinvoinnin käsitettä englanninkielisten käsitteiden ” Having (aineellinen elintaso), Loving (ystävyyssuhteet), Being (ihmisenä oleminen)” avulla laajentaakseen hyvinvoinnin käsittämään aineellisen hankintoja mahdollistavan elintason lisäksi myös yhteisyyden, sosiaalisten suhteiden, sosiaalisten identiteettien muodostumisen ja itsensä toteuttamisen mahdollisuuden. Elintasoa kuvaavan Having-kategorian lisäksi ystävyyssuhteet kattava Loving-kategoria ja ihmisenä olemista kuvaava being-kategoria, olivat Allardtin työryhmän tutkimuskohteena 1970-luvulla Pohjoismaista hyvinvointia kartoittaneessa vertailevassa tutkimuksessa. (Allardt, E. 1996, 224-241.)

Tutkimuksessa käytettiin sekä subjektiivisia että objektiivisia mittareita. Yhteisyyden mittaamiseen käytettiin kontakteja perheen ja suvun välillä, ystävien lukumäärää ja kontakteja paikallisyhteisöön. Ihmisenä olemista (Being) mittaamaan käytettiin arvonantoa tunnustuksen saamisen näkökulmasta katsottuna, korvaamattomuutta, mielenkiintoista vapaa-ajan toimintaa sekä neljäntenä indikaattorina myös poliittista aktiivisuutta. Allardt korostaa korvaamattomuuden hyvinvointikategorian merkitystä, mutta toteaa että sitä tutkittaessa siitä pitäisi ihmisen itsensä sijaan kysyä muilta ihmisiltä. Arvonannolla Allardt tarkoittaa yksilön

nauttimaa kunnioitusta ja tunnustusta elinympäristössään ja elämäntehtävässään. Arvonannon ja kunnioituksen etsimisen tarve koskee yksilön lisäksi myös kansalaisryhmiä ja yhteisöjä ja on osa kansalaisten hyvinvointia. Myös identiteetin muodostuminen ja ylläpitäminen on ihmiselle oleellista. Se on itsensä toteuttamista laajempi pyrkimys, joka kattaa tietoisuuden omista ryhmäjäsenyyksistä ja taustasta sekä käsityksen omista kyvyistä. Allardtin mukaan (Zetterbergin 1977, 32-39) mukaan ihminen pyrkii toimillaan säilyttämään oman arvonsa yhteisössä sekä oman että lähiympäristön näkökulmasta katsottuna muuttumattomana. Tunnustusta halutaan paitsi itselle myös itselle tärkeille ryhmille ja yhteisöille. (Allardt, E. 1996, 224-241.)

Allardt mainitsee artikkelissaan myös ihmisten erilaiset elämäntavat ja erilaisen suhtautumisen elinolosuhteisiin ja elämään. Ulkopuolisten pyrkimyksistä muuttaa tätä yksilön suhtautumistapaa voi seurauksena olla passivoitumista tai voimakkaita aggressioita. Allardtin mukaan elintaso ja elämänlaatu kuvaavat olosuhteita, joissa elämäntapa muodostuu. Allardt laajentaa artikkelissa käsittelemänsä hyvinvoinnin aiheen elämänpolitiikkaan, jonka hän näkee syntyvän yhdistämällä elämäntavan muodostumisen ja ylläpitämisen sekä hyvinvoinnin vaatimukset ja ehdot. (Allardt, E. 1996, 224-241.)

Myös Maire Vuoti näkee elämänlaadun sisältyvän käyttämäänsä käsitteeseen hyvinvointi, johon hän sisällyttää myös terveyden määritelmät. Käsitteellä hyvinvointi hän tarkoittaa ryhmän tai yksilön itsensä määritelmää hyvinvointiaan tuottavista ja siihen vaikuttavista tekijöistä nyt ja tulevaisuudessa. (Vuoti, M. 2011, 58-59) Vuotin tutkimuksen vuosina 1945-50 syntyneiltä ihmisiltä kerättyyn tarinankerronnalliseen aineistoon perustuvien tulevaisuudenvisioiden mukaan ikäihmisen hyvinvointia tuottavat tekijät muodostuvat elämänhallinnan kokemuksista ja ympäristön fyysisistä, sosiaalisista ja symbolisista elementeistä. Elämänhallintaan kuului kokemus terveydestä ja sitä ylläpitävät elämäntavat, terveydenhuollon ja lääketieteen ja terveydenhuollontulevaisuuden mahdollisuudet, kyky, motivoituminen ja sitoutuminen itsestä ja läheisistä huolenpitoon, itsenäinen pärjääminen, omien elämäntapojen vaikuttavuus ja sen tarkistaminen, aito kokemus itsemääräämisoikeudesta ja toimijuudesta omassa elämässä. (Vuoti, M. 2011, 131-132)

Hyvinvointia tuotti etenkin miehille myös oma ja puolison itsellinen ja taloudellinen toimeentulo elämänhallinnan yhtenä perustekijänä. Hyvinvoinnin kokemuksen edellytyksiä tulevaisuudenkuvilla olivat myös ydinperheestä, sukulaisista ja ystävistä muodostuvat sosiaaliset verkostot ja näissä korostuivat puolison tai elämänkumppanin merkitys. Verkostoihin liitettiin vastavuoroinen toimijuus ja kanssakäyminen, jonka avulla muodostuvien erilaisten roolien ja tehtävien kautta tuotettiin osallistumisen ja aktiivisen toimijuuden kokemuksia. Tuen antamiseen liittyvän tarpeellisuuden tunteen kautta tuen antaminen toiselle lisäsi hyvinvointia enemmän kuin tuen vastaanottaminen. Kotiin hyvinvointia tuottavana tekijänä liitettiin edellä mainittuja hyvinvoinnin kokemuksen edellytyksiä ja niistä erityisesti lasten ja omaisten, palvelujen ja myös luonnon läheisyys. Myös ympäristön fyysinen turvallisuus liitettiin hyvinvointiin. (Vuoti, M. 2011, 131-132) Vuotin tutkimustulokset perustuvat pohjois-suomalaisten suurten ikäluokkien elämysmenetelmällä tuottamiin tulevaisuudenkuviinsa ikääntymisestään, hyvinvointiinsa vaikuttavista tekijöistä ja sosiaali- ja terveyspalveluista. (Vuoti, M. 2011,5.)

Lyyran kuolleisuuden ennustekijöitä tarkastelleen tutkimuksen mukaan psykososiaalisen hyvinvoinnin ja iäkkään ihmisen kuolleisuuden välillä on vahva negatiivinen yhteys. Psykososiaaliseen hyvinvointiin kuuluu tämänhetkiseen elämään tyytyväisyys sekä yhteenkuuluvuuden, arvostuksen ja turvallisuuden tunteet. Eloojäämisen kannalta sosiaalisesta tuesta nimenomaan informaali sosiaalinen tuki oli merkittävää ja elämään tyytyväisyyden osalta merkitsi tyytyväisyys nimenomaan tämänhetkiseen, mutta ei niinkään menneeseen elämään. (Lyyra, T. 2006, 45, 48, 55).

Rissanen käyttää väitöskirjassaan käsitettä hyvän olon kokemukset. Tutkimustulosten mukaan ikääntyvien hyvän olon kokemukset liittyivät omaan terveydenhoitoon ja terveyden kokemiseen ja toisaalta sairauden ja kivun hallintaan. Hyvän olon kokemus liitettiin myös luontoon, sosiaalisiin suhteisiin ja arjen tapahtumiin ja niissä asioiden sujumiseen. Terveyttä hoidettiin tietoon perustuen, ihmissuhteiden ja liikunnan ollessa keskeisiä terveyden hoitamisen menetelmiä. (Rissanen, L. 1999, 63-64, 107.)

Elon tutkimustulosten mukaan ympäristötekijöiden merkityksellä yksilön hyvinvoinnin kannalta näyttää olevan varsin suuri merkitys, ja se voi olla joko hyvinvointia lisäävä tai sitä rajoittava. Elon mukaan hyvinvointia lisäävänä tekijänä toimii luonnonympäristö, joka tarjoaa paikkoja arjesta irtautumiseen, yksin olemiseen ja tunteiden purkamiseen. Luontoon liitetään myös hengellisiä ominaisuuksia ja hengellisyys sinänsä oli yksi psyykkistä hyvinvointia tukevista tekijöistä. Sosiaalista hyvinvointia tukivat sosiaaliset suhteet omaisiin ja ystäviin, avun saanti sekä viihtyisä ympäristö. Elo määrittelee hyvinvoinnin ideaaliset ominaisuudet yläkäsitteiden arjesta irtautuminen, asuinyhteisön turvallisuus ja asumiseen liittyvät pelot avulla. (Elo, S. 2013, 129, 140-145).

Vuotin tutkimustuloksissa kulttuurielämykset kuten esimerkiksi musiikki tai tv:n katselu sellaisessa muodossa kun ne läpi elämän on koettu merkityksellisenä, liitettiin osaksi hyvinvointia. Muitakin elämän aikana iloa tuottaneita tekijöitä, kuten puutarhanhoito, nuotiolla istuskelu, lasi viiniä tai omasta ulkonäöstä huolehtiminen, haluttiin säilyttää myös vanhuudessa. Teknologia turvallisuuden tuottajana osaltaan mahdollisti hyvinvointia. (Vuoti 2011, 105-106.)

Merja Rantakokon mukaan elämänlaadun määrittäjinä käytetään yleisesti sosiaalisia suhteita, taloudellista tilannetta ja terveyttä. Myös ulkona liikkumisella ja ympäristöllä on merkitystä elämänlaadun kannalta, elinpiirin pieneneminen ja ulkona liikkumisen väheneminen vaikuttavat negatiivisesti elämänlaatuun. Ympäristön esteiden mahdollisesti aiheuttama ulkona liikkumisen pelko saattaa johtaa ulkoilun välttämiseen, vaikka halukkuus liikkumiseen säilyisi. Seurauksena on että tyydyttämätön liikunnantarve heikentää elämänlaatua. Tällöin iäkkäät tarvitsevat ohjausta ja tukea. Rantakokon mukaan ulkona liikkuminen kohentaa toimintakykyä, terveyttä ja mielialaa sekä vahvistaa itsenäisyyttä. (Rantakokko, M. 2011, 67-69.)

Virkolan mukaan muistisairaahan ihmisen arjen tukeminen ja hyvinvoinnin lisääminen edellyttää hänen arjen logiikkansa ymmärtämistä sekä toimijuutensa tunnistamista. Vaikka keinot ilmaisuun ja toteuttamiseen muuttuvat, on muistisairaahan ihmisen toiminta edelleen tavoitteellista. Dementiaa sairastavalle tulisi

olla tarjolla muitakin rooleja kuin hoivan ja huolenpidon kohteena oleminen. Tällaisia rooleja voivat olla esimerkiksi yhteisön jäsen tai muiden auttaja. Virkolan mukaan muistisairaana arjessa keskeistä on sosiaalisuus, mahdollisuus sosiaalisiin kontakteihin ja ulospääsy sekä ulkona liikkuminen. (Virkola, E. 2014, 278-281.)

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista tekemäni johtopäätöksen mukaan hyvään elämänlaatuun kuuluu elämän merkityksellisyys, tarkoituksellisuus ja ihmisarvo. Terveys, toimintakyky, mielekäs tekeminen, mahdollisuus sosiaalisiin suhteisiin, ympäristö, koti ja taloudellinenkin tilanne määrittävät elämänlaatua. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista synteesisinä muodostuneen määritelmäni mukaan tässä kehitystyössä käsitteellä elämänlaatu tarkoitetaan asiakkaan kokemuksellista ja terveydellistä hyvinvointia. Elämänlaadun käsitteen määrittely on kuvattu liitteessä 3. (LIITE 3)

3.2.5 Asiakastyytyväisyys käsitteenä

Työ- ja elinkeinoministeriön mukaan asiakkaan halukkuus ostaa yrityksen tuotteita uudelleen perustuu asiakastyytyväisyyteen. Kyky vastata asiakastarpeisiin tarjoaa yritykselle kilpailuedun. Työ ja elinkeinoministeriön mukaan tärkeä osa asiakastyytyväisyyden aikaansaamista on se, että yritys kykenee pitämään asiakkaille antamansa lupaukset. Lupausten pitäminen onnistuu varmistamalla lupauksien ja laaduntuottokyvyn vastaavuus. Asiakastyytyväisyyttä voidaan seurata asiakastyytyväisyyskyselyjen ja satunnaisten palautteiden avulla. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2015, viitattu 15.1.2015.)

Kun ymmärretään asiakkaan tarpeet, on niihin mahdollista vastata uusien palveluinnovaatioiden avulla ja saavuttaa myös liiketaloudellista hyötyä. Tuotteiden halettavuutta tai ominaisuuksia voidaan parantaa kehitettyjen palveluiden avulla. Palvelumuotoilussa kehittämisen keskiössä on asiakas, joka saa entistä aktiivisemman käyttäjän roolin, aiemman palvelun passiivisen vastaanottajan roolin sijaan. Palvelumuotoilu hyödyntää muotoilussa jo pitkään käytettyjä menetelmiä.

Luova tuotekehittelyprosessi tapahtuu yhteistyössä asiakkaiden kanssa ja asiakkaat voivat testata palveluprototyyppejä. Tarpeiden, tunteiden, motiivien ja inhimillisen toiminnan kokonaisvaltainen ymmärtäminen on lähtökohtana. (Miettinen, S. 2011, 13-14, 21-22, 77- 83, 94.)

Larjovuoren ym. mukaan palvelun käyttäjinä voidaan nähdä muitakin kuin palvelun varsinaisia loppukäyttäjiä. Asiakkaan käsitettä voidaan näinollen laajentaa tarkoittamaan myös esimerkiksi varsinaisen asiakkaan omaisia, läheisiä tai yhteisöä. Yhteisössä voi olla myös tulevaisuuden asiakkaita, vaikkei varsinaista asiakkuutta tällä hetkellä olisikaan olemassa. Palvelujen kehittämisessä tulee ottaa huomioon asiakkaiden näkökulman lisäksi myös sen muiden käyttäjien tarpeet. (Larjovuori, RL., Nuutinen S., Heikkilä-Tammi, K., Manka ML. 2012:12, viitattu 16.12.2014).

Hiironen näkee voimavaroina yrityksen voimavarojen lisäksi asiakkaan ja hänen omaistensa voimavarat sekä niiden määrän ja luonteen, joilla taas on merkitystä hoivayrityksen rooliin palveluntuottajana. Ikääntyvän, hänen läheistensä tai kunnan olemassa olevien taloudellisten voimavarojen yhdistyessä ikääntyvän ja hänen läheistensä vähäisiin muihin voimavaroihin voi hoivayrityksen rooli palvelun tuottajana kasvaa. (Hiironen, M. 2007, 64.) Hiironen mukaan hoivayritykset voivat osallistua myös palveluiden kehittämiseen kuulemalla ikääntyviä, tekemällä yhteistyötä muiden palveluntuottajien kanssa, tuotteistamalla palveluita sekä rakentamalla palvelukokonaisuuksia osallistuen näin yhteiskunnalliseen haasteeseen kasvavan palveluntarpeen ja vähenevien verotulojen yhteensovittamisessa (Hiironen, M. 2007, 116).

Hiironen mukaan tuotantoprosessien tuotoksiin ja yhteiskunnalliseen hyötyyn vaikuttaa yhteistyön sujuminen ja käytettävissä olevat resurssit. Hyvin toteutettu palvelu tuottaa mahdollisesti uusia asiakkaita hyvän palautteen kautta ja voi myös tarjota kehittämismahdollisuuksia. (Hiironen, M. 2007, 65.)

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista tekemäni johtopäätöksen mukaan tässä kehitystyössä käsitteellä asiakastyytyväisyys tarkoitetaan palveluntuottajan kaupallisen mielenkiinnon näkökulmaa asiakkaan positiiviseen kokemukseen yrityksen

palvelusta. Vaikka intressi on palveluntuottajan, kokemus on silti asiakkaan. Asiakkaalla tarkoitetaan joko hoivakodin asukasta ja/tai hänen omaistaan. Asiakastyytyväisyyden käsitteen määrittely on kuvattu liitteessä 3. (LIITE 3)

3.2.6 Toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito käsitteenä

Hoitohenkilökunnan toteuttamasta toimintakyvyn edistämisestä käytetään usein käsitettä kuntouttava hoitotyö tai kuntoutusta tukeva hoitotyö. Kehittämistyön aiheen varmistuttua toin kehittämistyöni ohjauksessa esille ajatukseni käyttää käsitettä toimintakykyä edistävä hoitotyö käsitteen kuntouttava hoitotyö sijaan. Käsitteen toimintakykyä edistävä hoitotyö ajattelin paremmin vastaavan tarkoittamaani toimintaa. Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä hoitotyö on käsite, johon ensimmäisen kerran tutustuin vuonna 2012, aloittaessani työskentelyn fysioterapeutin toimessa Vantaan kaupungin geriatrisesti profiloituneessa Katriinan sairaalassa. Vantaan kaupungin kotisivujen mukaan kuntoutus käsitteenä nähdään enemmänkin fysioterapiaksi ja fyysiseksi toiminnaksi. Käsitteen toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä hoitotyö ajatellaan paremmin kuvaavan kokonaisvaltaista myös henkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn huomioon ottavaa toimintakyvyn edistämistä päivittäisen normaalin toiminnan ja harjoittelun avulla. Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä hoitotyö kuuluu jokaiselle ja se on moniammatillista ja voimavaralähtöistä. Tavoitteena on edistää potilaan normaalia elämää ja itsenäisyyttä. Tästä syystä potilaan puolesta tehdään asioita vain silloin, kun potilaan voimavarat ovat niin heikot, ettei hän itse kykene kyseistä toimintaa tekemään. (Vantaa 2014, viitattu 27.8.2014.)

Tarve kohdentaa tiedonhaku nimenomaan hoivakotiin soveltuvaan toimintakyvyn edistämiseen ohjasi edelleen muokkaamaan käsitettä toimintakykyä edistävä hoitotyö käsitteeksi toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito. Vire Koti Kiimingin esitteen mukaan siellä tarjotaan ikäihmisille hoivaa ja huolenpitoa (Mainio Vire 2014a, viitattu 27.8.2014). Käsitteiden valintaa ohjasi myös Siiran väitöskirjasta löytynyt vertailu käsitteiden hoito, hoiva ja huolenpito välillä. (Siira, H. 1998, 228, 231.) Tässä työssä käytetään käsitettä toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito. Henkilökunnan tarjoaman formaalin hoivan lisäksi käsitteeseen sisältyy

myös mahdollisuus läheisiltä ja omaisilta saatuun informaaliin hoivaan ja huolenpitoon.

Käsite toimintakyvyn edistäminen löytyy kansainvälisestä ICF-luokituksesta, jonka ajatusmaailma lähestyy toimintakyvyn, yksilötekijöiden ja ympäristön vuorovaikutuksellista suhdetta siten, että paitsi yksilöllisillä ominaisuuksilla ja yksilön omalla suorituskyvylä, myös fyysisellä, sosiaalisella ja asenneympäristöllä on merkitystä yksilön toimintakykyvyn kannalta. Ympäristöä muuttamalla voidaan yksilön suoritustasoa mahdollisesti nostaa tai laskea ja näin myös vaikuttaa yksilön osallisuuteen omassa elinympäristössään. ICF- käsitteistössä toimintakyky on yläkäsite ja käsitteellä suorituskky tarkoitetan ympäristövakiotua korkeinta toiminnan tasoa, jonka yksilö voi tietyllä hetkellä saavuttaa käsitteen suoritustaso tarkoittaessa sitä toiminnan tasoa, joka yksilöllä on nyky-ympäristössään. Yksinkertaistettuna, esimerkiksi 6 metrin kävelytestin tulos kuvaisi yksilön suorituskkyä kun taas kävely 10 metriä omasta huoneesta ruokapöytään apuvälineen ja avustajan kanssa kuvaisi yksilön suoritustasoa. Sekä yksilön omaa suorituskkyä (esimerkiksi harjoittelun avulla) että fyysistä-, sosiaalista- ja asenneympäristöä (esimerkiksi koulutuksen, uudelleenaseennoitumisen, ohjauksen, avun tai apuvälineen avulla) muuttamalla on toimintatarjoitteita omaavan henkilön toimintakykyä mahdollista edistää toimintakyvyn edistämisen vastakohtana ollessa sen rajoittaminen. (ks. STAKES 2004: 3, 8-9, 15-17, 224-225)

Saarnion mukaan fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidoysiköissä on yleistä ja niitä käytetään turvallisuuden lisäämiseksi. Fyysisiä rajoitteita käytettäessä vanhus altistuu sekä psyykkiselle että fyysiselle kaltoinkohtelulle. (Saarnio, R. 2009, 68-69, 77-78, 87-88) Saarnion mukaan rajoitteiden käytölle altistavia tekijöitä vanhusten laitoshoidossa ovat vanhukseen itseensä liittyvinä tekijöinä dementoiva sairaus ja sen liitännäisenä haasteellinen käyttäytyminen, neurologiset sairaudet, aiemmat putoamiset tai kaatumiset, omaisten huoli ja yksilötekijät sekä lääkkeiden käytön runsaus. Hoitajaan liittyvinä tekijöinä hän mainitsee puutteelliseen osaamiseen, tietämykseen ja asenteisiin liittyviä tekijöitä, vanhustyössä viihtymisen ongelmia, omaisen, lääkärin tai työtoverin toiveiden noudattamisen, mutta myös huolenpidolliset syyt. (Saarnio, R. 2009,

26.) Rajoittaminen voi Saarnion mukaan olla myös epäsuoraa, jolloin vanhusta passivoidaan rajoittamalla esimerkiksi kävely vain hoitotoimenpiteiden yhteyteen, vaikka vanhus haluaisi liikkua enemmänkin. Passiivinen rajoittaminen ei välttämättä työntekijälle hahmotu fyysisenä rajoittamisena ja siksi Saarnion mukaan tietoisuutta liikkumisen tärkeydestä ja rajoitteiden käytön haitallisuudesta tulisi lisätä niin gerontologisen koulutuksen perus- jatko- kuin täydennyskoulutuksiinkin. Saarnion tutkimustuloksissa nousi esiin myös omaisten aktiivinen osallistuminen suoraan ja epäsuoraan rajoittamiseen, joko itse toteuttaen tai sitä henkilökunnalta pyytäen. Saarnio peräänkuuluttaakin syiden selvittämistä omaisten kokeman rajoittamisen tarpeen taustalla. (Saarnio, R. 2009, 55-60, 70, 79-82, 87-88.)

Saarnion tutkimustuloksissa vaihtoehtoisina toimintatapoina fyysiselle rajoittamiselle mainitaan sekä hoitajan ja vanhuksen että hoitajan ja omaisen että hoitajien keskinäinen vuorovaikutus. Vaihtoehtoisia käytäntöjä fyysiselle rajoittamiselle Saarnio mainitsee myös vanhuksen psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen hyvinvoinnin tukemisen ja hoitoympäristöön, hoitokäytäntöihin ja hoitajan innovatiivisuuteen liittyviä tekijöitä. Vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä Saarnion mukaan edistää hoitajien gerontologinen täydennyskoulutus ja lääkärin ja fysioterapeutin moniammatilliseen työryhmään kuuluminen ja siinä säännöllinen vanhuksen hoitoon ja sen suunnitteluun osallistuminen. (Saarnio, R. 2009, 58, 83-88).

Logoterapeuttinen ajattelu ohjaa hoivaa ja huolenpitoa elämän merkityksen ja tarkoituksen korostamisen kautta. Arjen tarkoituksellisuudella on positiivinen yhteys toimintakykyyn ja terveyteen. Oman asennoitumisen ja eettisten valintojen avulla hoitajan on mahdollista tukea muistisairaana elämän tarkoituksellisuutta ottamalla huomioon hänen ainutkertaisuutensa ja yksilölliset tarpeensa. Logoterapeuttisen ihmiskäsityksen mukaan ihmisen fyysiseen, psykososiaaliseen ja henkiseen vuorovaikutukselliseen ulottuvuuteen jakaantuva tapa suhtautua muihin ihmisiin ohjaa toimintaa. (Laine, M. & Heimonen, S-L. 2011, 8, 14-15,.) Laine ja Heimonen luottelivat seuraavasti keinoja joilla elämän tarkoitus voi toteutua:

"1. asennoituminen tilanteeseen, jota ei voi muuttaa, 2. kokemus osaamisesta ja tarpeellisuudesta, tekeminen ja avuksi oleminen, 3.

*uusien mahdollisuuksien löytäminen menetettyjen tilalle, 4. miel-
ekkääseen toimintaan osallistuminen, 5. valintojen tekeminen, 6. liik-
kuminen ja ulkoilu, 7. muistojen vaaliminen, 8. tunne elämän jat-
kuvuudesta, unelmat ja haaveilu, 9. yksinolo, hiljentyminen ja
hengellisyys, 10. elämysten kokeminen, 11. huumori, ilo ja nauru, 12.
tasavertaisena kohdatuksi tuleminen, 13. ainutlaatuisena kohdatuksi
tuleminen ja 14. läheisyys, rakkaus ja yhteenkuuluvuus”. (Laine, M.
& Heimonen S-L. 2011, 46-56.)*

Saarnion mukaan laitoshoidon hyvään laatuun kuuluu dementoituvan vanhuksen erityistarpeet huomioon ottava hoitoympäristön viihtyvyys ja turvallisuus (Saarnio, R. 2009, 78). Vähäkankaan tutkimuksessa osastonhoitajat nostivat esille kuntoutumista edistävien osastojen keskeisiksi piirteiksi toimintaympäristön ja kuntoutumista edistävän hoitotyön lisäksi myös toimivan työyhteisön ja sen perustana kuntoutumista edistävän toimintakulttuurin, toiminnan yhteisen päämäärän, innostuneen ilmapiirin, omahoitajuuden ja henkilöstön määrään, osaamiseen, sitoutumiseen tai vaihtuvuuteen liittyviä tekijöitä. (Vähäkangas, P. 2010, 84-85.)

Vähäkangas käyttää väitöskirjassaan osastoilla tapahtuvaa toimintakyvyn edistämistä kuvaamaan käsitettä kuntoutumista edistävä toiminta. Siinä korostuvat tavoitteellisuus, moniammatillisuus ja terveyslähtöisyys. Asiakkaan lisäksi myös omaisten aktiivista osallistumista hoitoon tuetaan. Omahaohjauksella on toiminnassa keskeinen rooli, sillä hän toimii hoidon koordinaattorina, omaisten yhteyshenkilönä, asiakkaan toimintakyvyn arvioijana ja hoitosuunnitelman laatijana. Tarvittaessa hän konsultoi sairaanhoitajaa ja terapiahenkilöstöä. Kuntoutumista edistävä hoitotyö perustuu asiakkaan toimintakykyyn ja sen arviointiin sekä asiakkaan jäljellä olevien voimavarojen tukemiseen. Asiakkaan mukautuminen arjen askareisiin kuten peseytymistilanteisiin ja ruokailuun sekä kävelyyn ohjaa asiakkaan pois sängystä. Käytännöllinen ympäristö ja apuvälineet voivat edistää kuntoutumista ja tukea hoitajien ergonomista toimintaa. Tutkimuksessa lähijohtajat kuvasivat hoitajan kuntoutumista edistävää toimintaa asiakkaan tukemisena, motivointina, kannustamisena sekä palautteen antamisena ja läsnä olemisena. Kuntoutumista edistävää on toiminta, joka tähtää asiakkaan parhaan mahdollisen toimintakyvyn tason saavuttamiseen. Kuntoutumista edistävän toiminnan Vähäkangas on operationalisoinut käsittämään ohjauksen ja

harjoittelun sängyssä kääntymisessä, siirtymisessä, kävelemisessä, pukeutumisessa, syömisessä, kommunikaatiossa tai amputaation ja proteesin hoidossa, lastan tai tuen käytössä avustamisen sekä aktiivisen tai passiivisen liikehoidon. (Vähäkangas, P. 2010, 68,84, 92.)

Jäntin mukaan kuntoutumista edistävään työotteeseen kuuluu ”fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja palauttaminen, liikunta, ravitsemuksesta huolehtiminen, läkehoidosta huolehtiminen, elämään tyytyväisyyden lisääminen, psyykkisen hyvinvoinnin kohottaminen sekä sosiaalisten yhteyksien ja sosiaalisen aseman ylläpitäminen”. Vanhustyössä siihen kuuluu kaikki akuutin sairauden jälkeen iäkkään toimintakyvyn palauttamiseen tähtäävät ja laitosasumista inhimillistävät toimet. Iäkkään omatoimisuutta rajoittavina tekijöinä Jäntti mainitsee iäkkään omat ja ympäristön asenteet, motivaation ja itsetuottamuksen puutteen, hitauden ja huonokuntoisuuden, asuinympäristön sekä työntekijöiden ajankäyttöön, jaksamisen ja osaamiseen sekä tiedonpuutteeseen liittyviä tekijöitä. (Jäntti, P.2013, viitattu 15.1.2015.)

Järvikoski suosittelee käyttämään käsitteen kuntoutus sijaan käsitteitä kuntouttava työote tai kuntouttava työtap, silloin kun kuntoutusta tukeva toiminta ei ole monialaista tai ammatillista. Järvikoski muistuttaa myös siitä, että kaikki erityisryhmien liikunta ei ole kuntoutusta, vaikka liikuntaa voidaan käyttää kuntoutusmenetelmänä. Iäkkäiden kuntouttavassa hoitotyössä keskeistä on pitkäjänteisyys, tavoitteellisuus ja jatkuvuus, potilaan omatoimisuuteen ja aktiivisuuteen kannustaminen sekä liikkumaan aktivoiminen hoitajan avustamana, apuvälineen tuella tai ilman. Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan kuuleminen sekä valtaistaminen on oleellista. (Järvikoski, A. 2013, 50, 63., viitattu 15.1.2015.)

Vähäkankaan tutkimuksen mukaan päivittäinen kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta paransi hoidon kliinisen laadun tuloksia vähentämällä vuodepotilaiden määrää 7,5 %:lla ja puutteellista tai vähäistä aktiviteetteihin osallistumista 10,5 %:lla. Näihin laatuindikaattoreihin vaikuttivat laitostyyppi, fyysinen suoriutuminen, masennus ja kognitio, mutta tutkimustulos on saatu näiden vakioimisen jälkeen. Myös painehaavoihin kuntoutumista edistävällä hoitajan toiminnalla oli negatiivinen yhteys, joskaan se ei ollut tilastollisesti merkittävä. Pitkään säilyviin ADL-

toimintoihin ja kontinenssiin kuntoutumista edistävällä toiminnalla ei ollut vaikutusta (Vähäkangas, P. 2010, 80.)

InnoKusti-hankkeen loppuraportin mukaan Kustaankartanon vanhus-tenkeskuksessa hankkeessa kehitetyn ja juurrutetun Aktivoivan Arjen toimintamallin (TAA) 8 vuoden seuranta-aikana aktivoivan hoitotyön ja kuntoutuksen käytännöissä tapahtui muutoksia konkreettisissa toimenpiteissä. InnoKusti projektin ja interventiota toteuttaneen Kustaankartanon vanhustenkeskuksen A-talon henkilöstön näkemyksen mukaan vanhusten oma motivaatio liikkumiseen ja toimimiseen kasvoi nimenomaan yksilöllisten arjen ratkaisujen etsimisen sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen ja aktiviteettien lisääntymisen avulla. Asukkaiden oma aktiivisuus päivittäisissä toimissa kuten peseytymisessä, pukeutumisessa ja ruokailussa kasvoi nousujohtoisesti. Toiminnalliset matkat kuten ruokapöytään siirtyminen tapahtuivat mahdollisuuksien mukaan omin jaloin, tarvittaessa apuvälineen ja kahden avustajan turvin. Vaipan käytöstä huolimatta asukkaat avustettiin säännöllisesti WC:hen tarpeilleen, tavoitteen oltua päiväaikainen pidätyskyky. Aktivoivan Arjen toiminnan seurauksena vuodepotilaiden määrä väheni puoleen, ulosteen pakkautuminen väheni 87 %, toimintakyvyn lasku väheni 28 %, päivittäinen kipu väheni 44 %, vähän tai ei lainkaan arjen aktiviteetteja omanneiden osuus väheni 78 %, kaatuilijoiden osuus väheni 45 %, uusia murtumia saaneiden osuus 37 %, ja erilaisiin onnettomuuksiin joutuneiden ja vammoja kuten mustelmia saaneiden osuus väheni 79 %. Tuolissa käytettävä päivittäinen liikkumisen rajoittaminen väheni 25 %, mutta sängyn laitojen käyttö lisääntyi seurantajakson aikana 64,2 %. Unihäiriöisten osuus väheni 42 % unilääkkeiden vähentämisestä huolimatta. (ks. Finne-Soveri H. ym. 2014, 66-71, Viitattu 2.1.2014.)

Johtopäätöksenä kirjallisuuskatsauksesta on, että hoivakodissa ympäristö, apuvälineet, ihmiset ja asenteet voivat joko edistää tai rajoittaa toimintakykyä. Toimintakykyä edistävä hoivan ja huolenpidon tavoitteena on asukkaan parhaan mahdollisen toimintatason saavuttaminen siinä ajassa ympäristössä jossa hän on.

Kirjallisuuskatsaukseni tuloksista johtopäätöksenä ja synteessinä tuottamani määritelmän mukaan toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito on pitkäjänteistä, tavoitteellista ja voimavaralähtöistä toimintaa, jonka lähtökohtana on asiakkaan elämänhistoria, yksilölliset tarpeet ja toiveet sekä mielekäs toiminta. Sen tavoitteena on yksilön fyysisen-, psyykkisen- ja kognitiivisen- sekä sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen sekä elämänlaadun parantaminen. Toimintakyvyn edistämisen keinoja ovat esimerkiksi aktiivisuuteen kannustaminen ja sen tukeminen arjen toiminnoissa, tarvittaessa wc-käynneissä avustaminen ja niiden säännöllisyydestä huolehtiminen, tarvittavien apuvälineiden hankinta ja aktiivinen käyttö sekä rajoittamisen välttäminen, liikkuminen ja ulkoilu – tarvittaessa hoitajien ja/tai apuvälineen avulla, tasapainoharjoittelu, liikuntaharjoittelu, elämysten tarjoaminen, osallistumisen mahdollistaminen ja sosiaalinen vuorovaikutus. Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon käsitteen määrittely on kuvattu liitteessä 3. (LIITE 3)

3.2.7 Laatu ja laadunhallinta

Laadun käsitteen määritelmänä tässä kehitystyössä käytetään Turjanmaan määritelmää, jonka mukaan laadun käsitteellä tarkoitetaan yleisesti sitä, että henkilöstö huomioon ottaen täytetään asiakkaan tarpeet yrityksen kannalta mahdollisimman tehokkaalla ja kannattavalla tavalla. (Turjanmaa, P. 2005, 30. Viitattu 18.12.2014.)

ISO-ajattelun mukaisessa laadunhallinnassa keskeistä on järjestelmällinen ja avoin johtaminen. ISO 9000 standardi ohjaa laadunhallinnan johtamista kahdeksan periaatteen perusteella. Nämä kahdeksan laadunhallinnan periaatetta ovat asiakaskeskeisyys, johtajuus, henkilöstön osallistuminen, prosessimainen toimintamalli, järjestelmällinen johtamistapa, jatkuva parantaminen, tosiasioihin perustuva päätöksenteko ja molempia osapuolia hyödyttävät suhteet toimituksissa. Järjestelmällinen, prosessimainen, suunnitelmallinen ja tavoitehakuinen, henkilöstön ja asiakkaat osallistava avoin johtaminen parantaa toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta ja auttaa organisaatiota jatkuvasti parantamaan suorituskyykyään. Päätöksenteon tulee perustua analysoituun tietoon ja

yhteistyö sidosryhmien kanssa tuo lisäarvoa auttaen molempia osapuolia saavuttamaan toiminnan vakauden ja paremman tuoton. (Suomen standardisoimisliitto SFS ry 2004, 14, 34-36; FK 2015, 5-6, 8, 17, Viitattu 23.1.2015)

Laadunhallintajärjestelmään kohdistuu jatkuva arviointi. ISO 9001 standardin käyttöönoton avulla tavoitellaan asiakastyytyväisyyttä ja jatkuvaa laadunhallintajärjestelmän parantamista. ISO 9001-2008 laadunhallintajärjestelmässä korostuu kaikki organisaation laadunhallintaan, suunnitteluun ja toimintaan liittyvä dokumentointi. Organisaation toiminnan vastaavuutta ISO standardeihin varmistetaan joko sisäisten tai ulkoisten auditointien avulla. (Finanssialan keskusliitto 2015, 8-11.)

Laadun uudistava oppiminen edellyttää laadun käsitteellistämistä, sillä käsitteiltään määrittelemättömään hiljaiseen tietoon perustuva laatu siirtyy henkilöltä toiselle niin hyvinä kuin huonoinakin käytäntöinä sellaisenaan, muuttumattomana. Henkilösuhteiden ollessa kunnossa pienen yksikön henkilöstön vähäinen määrä mahdollistaa vaivattoman tiedonkulun ja edistää näin laadun oppimista. Asiakkaiden ja henkilökunnan välisen välittömän vuorovaikutussuhteen kautta kehittämisen lähtökohdaksi saadaan asiakaslähtöisyys, mikä myös edistää laadun oppimista. Myös laatujärjestelmä voi toimia uudistavan oppimisen apuvälineenä. Laadun oppimisen eteneminen oppimisen tasolta toiselle voi yrityksessä johtaa toiminnan uudistumiseen. (Turjanmaa, P. 2005, 159-160. Viitattu 18.12.2014.)

Kansallisen muistiohjelman 2012-2020 mukaan ympärivuorokautisen yksikön korkealaatuisen hoidon tunnuspiirre on toimintakykyä ja kuntoutumista edistävä toiminta, jonka perustana on mielekäs tekeminen ja säännölliset toiminnot. Palvelun käyttäjien ja heidän läheistensä kuuleminen kaikissa prosessin vaiheissa on tärkeää. Tärkeänä laatutekijänä muistisairaalan ihmisen hoidon palvelujen kehittämisessä nähdään hoito- ja palveluketjujen toimivuus. Koska muutot ja siirtymät ovat haastavia muistisairaalle ihmiselle, tavoiteltavaa on, että tarvittavat palvelut liikkuvat tarpeen mukaan, jotta muistisairas henkilö voi asua samassa paikassa. Tämän mahdollistamiseksi, ympärivuorokautisen yksikön tulisi voida tarjota muistisairaalle tarvittavia terveydenhuolto- ja kuntoutuspalveluita, sekä kuoleman

lähestyessä myös yksilölliset hoitolinjaukset sisältävää palliatiivista hoitoa. (STM 2012a:11-13, viitattu 12.10.2014.)

3.2.8 Iso-laatuajattelun mukaiset toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon tunnuspiirteet

Tekemäni kirjallisuuskatsauksen tuloksiin perustuvan johtopäätöksen mukaan ISO-laatuajattelun (ks. Suomen standardisoimisliitto SFS ry 2004; ks. Finanssialan keskusliitto 2014. Viitattu 16.9.2014) mukaiset toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun tunnuspiirteet ovat:

- toimintakykyä ja vuorovaikutuksellista oppimista edistävä toimintakulttuuri, jossa sekä hoivan antaja että hoivan tarvitsija voivat toteuttaa itseään ja voivat hyvin
- suunnitelmallinen ja mielekäs terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä edistävä toiminta ja sen kehittäminen
- viihtyisä, turvallinen ja toimintakykyä edistävä ympäristö
- riittävä ja osaava, humaani sekä asiakkaan tunteva sitoutunut henkilöstö
- laadunhallintaan, suunnitteluun ja toimintaan liittyvä dokumentointi

Kirjallisuuskatsaukseni tuloksista muodostamani johtopäätöksen mukaan ISO-laatustandardin (ks. Suomen standardisoimisliitto SFS ry 2004; ks. Finanssialan keskusliitto 2014, viitattu 16.9.2014) mukainen toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito on järjestelmällisesti johdettua, dokumentoitua, tavoitteellista ja aktivoivaa toimintaa, joka perustuu asiakkaan elämänhistoriaan, yksilöllisiin tarpeisiin ja mitattuun toimintakykyyn sekä asiakkaan ja/tai omaisen kanssa yhdessä tehtyyn konkreettiseen, sovittuun suunnitelmaan. Käsitteen määrittely on kuvattu liitteessä 3. (LIITE 3)

3.3 II VAIHE: Haastattelututkimus

Haastattelututkimuksen tavoitteena oli tuottaa kooste toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakastarpeista siinä tarkoituksessa, että kerätyn tiedon avulla olisi mahdollista kehittää toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laatua. Tarkoituksena oli kerätä ja koota tietoa asiakkaiden toimintakykyä edistävään hoivaan ja huolenpitoon liittyvistä kokemuksista ja tarpeista. Tehtävänä oli vastata kysymyksiin:

1. Millaisia kokemuksia asiakkailla on elämästä hoivakodissa
2. Millaisia toimintakykyä edistävään hoivaan ja huolenpitoon liittyviä tarpeita asiakkailla on.

Haastatteluihin osallistui joko Vire Koti Kiimingin asukas yhdessä omaisensa kanssa, tai asukkaan puolesta hänen omaisensa yksin, mikäli asukas ei kognitiivisten haasteiden takia itse kyennyt haastatteluun vastaamaan. Valinnan tästä teki palvelutalon johtaja, omahoitaja ja/tai omainen. Yksi omaisen haastattelu tehtiin käytännön syistä puhelimitse. Menetelmänä oli avoin haastattelu (ks. Tuomi J. & Sarajärvi A. 2004, 78-79). Haastattelut nauhoitettiin ja litteroinnin jälkeen nauhoitukset tuhottiin.

Asiakashaastattelut tehtiin ajalla 27.11.2014-12.1.2015. Toimin itse haastattelijana ja nauhoitin haastattelut sanelukoneelle, josta ne litteroinnin jälkeen poistin. Haastattelut toteutuivat kolmessa erässä, kolme ensimmäistä keskenään samana päivänä ja neljäs ja viides erillisinä päivinä. Neljännen ja viidennen haastattelun välissä oli melkein kuukauden tauko tiedonantajan aikataulusta johtuen. Tutkimusjoukko koostui Vire Kodin asukkaita ja heidän omaisistaan ja haastatteluja tehtiin yhteensä 5. Haastatteluihin osallistuneilla asukkailla oli eri syistä johtuvia muistin vaikeuksia tai muistisairauksia ja monella myös liikkumisen rajoitteita. Haastateltavien anonymiteetin suojaamiseksi kuvaan tutkimusjoukkoa ainoastaan kertomalla, että haastateltavat asukkaat olivat yli 75 vuotiaita naisia ja haastateltavat omaiset asukkaiden hyvin eri-ikäisiä tyttäriä. Kolmessa haastattelusta oli läsnä sekä asukas että omainen, 1 haastattelussa omainen yksin ja 1 omaisen haastattelu toteutettiin puhelinhaastatteluna.

Menetelmänä oli strukturoimaton avoin haastattelu, joten varsinaista runkoa tai teemoja ei haastattelulle ollut. Tuomen ja Sarajärven mukaan avoimen haastattelun etuna on, että ainoastaan käsiteltävä ilmiö on määritelty, eikä haastattelun onnistuminen edellytä haastattelijan ja haastateltavan yhteistä määritelmää käsiteltävien teemojen käsitteistä (ks. Tuomi J. & Sarajärvi A. 2004, 78-80). Kuvaan haastattelun kulkua ja menetelmää tarkemmin seuraavassa alaluvussa.

3.3.1 Haastattelututkimuksen toteutus

Haastattelun alussa sovin haastateltavien kanssa, että voimme puhua vapaasti ja että litteroisin myöhemmin haastattelut niiltä osin kun ne vastaavat tutkimuskysymyksiin ja kehittämistarpeisiin. Vastaavan valinnan olin tehnyt AMK-opinnäytetyöhöni liittyvissä teemahaastatteluissa ja olin jo tuolloin kokenut ratkaisun olevan hyvä sen vapauttaessa haastattelun tunnelmaa ja salliessa eräänlaisia lepotaukoja haastatteluun, koska välillä on mahdollista keskustella myös muista asioista (Sukanen, H. 2011, 38). Tällä kertaa valinta osoittautui sopivaksi myös muistisairauden haasteisiin liittyen, sillä erityisesti menneisyyden kautta haettuna haastateltavat, joilla oli muistisairaus, innostuivat tuomaan uusia teemoja ja sisältöä myös tämän päivän tarpeisiinsa liittyen. Menneisyydestä löytyi se, mitä he tänään haluaisivat tehdä.

Menetelmänä oli strukturoimaton avoin haastattelu, jossa vain keskustelun kohteena ollut ilmiö oli määritelty (ks. Tuomi J. & Sarajärvi A. 2004, 78). Haastateltaville ennen haastattelua annetussa tutkimustiedotteessa kerrottiin, että kyseessä on hoivan ja huolenpidon laadun kehittämistyö ja haastattelussa kerätään tietoa siitä millaista on elää ja asua Vire Koti Kiimingissä. Haastattelun käynnistymiseksi käytännössä suurin osa haastatteluista aloitettiin keskittymällä ajanjaksoon, jolloin hoivahoitoon hakeutuminen oli tullut ajankohtaiseksi. Pyrin siihen, että teemat haastatteluun nousivat asiakkaiden omasta aloitteesta ja rakensin haastattelun jatkoon saatujen vastausten mukaan (ks. Tuomi J. & Sarajärvi A. 2004, 78). Asukkaan ja omaisen osallistuessa haastatteluun yhdessä usein myös omainen toi haastatteluun uuden teeman, josta asukas jatkoi. Puheen

tyrehtyessä käytin tekniikkana paluuta ajassa taaksepäin siihen aikaan, kun vielä oltiin kotona ja odotin, että sieltä nousi uusi teema, jonka sitten siirsin hoivakotiin. Tuomen ja Sarajärven mukaan avoimessa haastattelussa tutkijan tulee pitää haastattelu tutkimustehtävään liittyvässä aiheessa, mutta myös intuitiiviset lähestymiset ovat hyväksyttäviä (ks. Tuomi J. & Sarajärvi A. 2004, 78).

Oma osuuteni puheessa täydentäviä kysymyksiä lukuun ottamatta oli paljolti vain keskustelua ylläpitäviä äännähdyksiä, tai asiakkaan kertomien asioiden toistamista tarinankerronnan ja vuorovaikutuksen ylläpitämiseksi. Joissakin haastatteluissa oli hetkittäin piirteitä myös terapeuttisesta haastattelusta. (ks. Siekkinen 2010, 47-50.) Valintani tämän sallimiseen tapahtui intuitiivisena eettisenä ratkaisuna. Tällaista terapeuttista elementtiä haastatteluissa kuvaa esimerkiksi seuraava tilanne, jossa haastateltava on haastattelun kuluessa toistuvasti palannut samaan häntä vaivaavaan ikävään ja osin muistin kätköissä olevaan menneeseen tapahtumaan:

Asukas: minähän en sitä muista en vaan siinä on joitakin paikkoja joita minä en muista Haastattelija: ihmismieli voi vähän semmonen olla että jos on semmonen ei niin kovin mukava muisto niin sen saattaa vaikka vähän pistääkin syrjään Asukas: niin panna pois Haastattelija: niin ja minusta sen voi ihan hyvin vaikka antaa ollakin siellä ja elellä sitten tätä mukavampaa hetkeä Asukas: niin Omainen: joo.

Käytäntö haastatella asukasta ja omaista yhdessä osoittautui toimivaksi. Omaisen läsnäolo ja osallistuminen sujuvoitti haastattelua ja omaisen täydensi asukkaan kertomaa, jos muistisairaus tai esimerkiksi vaikeus saada puheesta selvää toi kokonaisuuden ymmärtämiselle haasteen. Myös omaisten ideomat teemat lavensivat aineiston sisältöä. Toisaalta on mahdollista, että omaisen läsnäolo saattoi rajoittaa jonkin asian kertomista ja omaisella oli myös mahdollisuus vaikuttaa haastattelun kulkuun ja suuntaan, jolloin se ei täysin puhtaasti kulkenut asukkaan ideoiden mukaisesti. Muistin vaikeuden tuodessa haastatteluihin oman haasteensa katson kuitenkin, että tässä tilanteessa asukkaan ja omaisen haastattelu yhdessä oli paras mahdollinen tapa haastattelulle silloin kun asukas toimintakykynsä puitteissa pystyi siihen osallistumaan. Yksin omaisen

haastattelut täydensivät sisältöä ja toivat voimakkaammin esille myös omaisen omia tarpeita, mikä osaltaan laajensi käsitystäni kehittämistarpeista.

3.3.2 Haastattelututkimuksen aineiston litterointi

Haastatteluaineistot litteroin haastatteluja seuraavina lähipäivinä, jolloin haastattelujen sisältö oli vielä varsin hyvin muistissani. Kolme ensimmäistä haastattelua alustavasti teemoitin (ks. Tuomi & Sarajärvi 2004, 96) taulukkomuotoon, tarkistaakseni ensimmäisten haastattelujen jälkeen syntyneen ensivaikutelman mahdollisesta aineistoa täydentävien haastattelujen tarpeesta. Haastatteluissa oli jonkin verran yhteisiäkin teemoja, mutta varsinaisesta kylläntymisestä ei vielä syntynyt varmuutta. Syntyi myös oletus siitä, että haastateltavat mahdollisesti edustivat vain osaa hoivakodin asukkaista heidän kyetessä vierailemaan hoivakodissa viikoittain tai jopa useita kertoja viikossa. Tähän on mahdollisesti vaikuttanut se, että sen lisäksi että oli pyritty etsimään asukkaista sellaisia haastateltavia, jotka kognitionsa puolesta kykenisivät myös itse osallistumaan haastatteluun, oli myös etsitty omaisia, joiden olisi mahdollista osallistua haastatteluun asukkaan tukena. Mahdollisesti tästä seurasi myös se, että ensimmäisiksi haastateltaviksi omaisiksi valikoitui asukkaan käytännön arjessa varsin intensiivisesti mukana olevia omaisia. Larjovuoren ym. mukaan on syytä pohtia sitä minkälaisia asiakkaita kehittämiseen kannattaa ottaa mukaan, vaikka toisaalta kehittämiseen osallistuvat asiakkaat lopulta valikoituvat siihen oman kiinnostuksensa innoittamina (Larjovuori, RL. ym. 2012:12, viitattu 16.12.2014). Lisähaastattelujen perusteella ensivaikutelmani osoittautui oikeaksi ja kaksi seuraavaa haastattelua täydensivät haastatteluaineistoa ja vahvistivat kylläntymisen (ks. Tuomi, J- & Sarajärvi, A. 2004, 91).

Nauhoitetut haastattelut litteroin niiltä osin kun ne mielestäni liittyivät tähän kehitystyöhön tai vastasivat tutkimuskysymyksiin. Eskolan ja Vastamäen mukaan litteroinnin tekemiseen on monia tapoja ja suppein niistä on haastattelun litterointi vain niiltä osin kun sisältö vaikuttaa olennaiselta. (Eskola J. 6 Vastamäki J 2010, 43). Kehitystyöni tarpeisiin en nähnyt syytä tämän laajempaan litterointiin. Joissakin haastatteluissa oma osuuteni oli sisällöllisesti suurelta osin vain

keskustelua ylläpitäviä sanoja tai äännähdyksiä, jotka jätin enimmäkseen litteroimatta, sillä niillä ei ollut sisällöllistä merkitystä. Niihin haastatteluihin, jossa oma osuuteni oli aktiivisempi, litteroin myös sen, jotta voisin sitä myöhemmin tarvittaessa esimerkiksi tutkimuksen luotettavuutta tarkastellessani avata. Joskus se oli myös sisällöllisesti oleellista ja jo senkin takia tarpeen litteroida. Nimiä tai persoonallisia, ilmiselvästi tunnistettavia ilmaisuja, häivytin jo tässä vaiheessa. Tutkimusjoukon ollessa näin pieni olin jo suunnitteluvaiheessa tehnyt valinnan muuttaa raporttiin käytettävät referaatit haastatteluista sellaiseen muotoon, että niistä ei kieliasun takia voisi haastateltavaa tunnistaa ja toisaalta myös luettavuuden helpottamiseksi. Nimesin haastattelut kirjaimilla ja annoin jokaiselle haastattelulle vielä tässä vaiheessa oman tekstin värin hahmottamistani ja luokitelua helpottaakseni. Asukkaan, omaisen ja oman osuuteni merkitsin eri kirjaimilla. Yhdestä haastattelusta jätin lyhyen osan tutkimuseettisistä syistä täysin litteroimatta, sillä se sisälsi sellaista menneisyyteen liittyvää aineistoa, jota en hyvän tutkimusetiikan rajoissa haastateltavan ja muiden henkilöiden anonymiteetin säilyttäen voisi ymmärrettävästi avata ja oli toisaalta myös sisällöltään sellaista, että katsoin parhaaksi suojata sen.

3.3.3 Haastattelututkimuksen aineiston analysointi

Siekkisen mukaan avoimessa haastattelussa raja tiedonkeruun ja analysoinnin välillä on häilyvä. Tutkijan oma tulkinta ohjaa haastattelukysymyksiä ja toisaalta alustava teoreettinen jäsennys ja tutkimuskysymykset tulisikin pitää mielessä ja etsiä samalla piileviä merkityksiä haastateltavien puheesta. (Siekkinen, K 2010, 57.) Tämä toteutui haastatteluja tehdessäni. Jo haastattelun aikana asiakkaiden kertomat tarinat alkoivat mielessäni yhdistyä kirjallisuuskatsauksen tuloksiin ja tunnistin niissä kuvattuja ilmiöitä haastateltavien puheissa. Toisaalta samalla mielessäni etsin aineistosta myös tutkimuskysymyksiini vastauksia.

Kirsi Siekkisen mukaan tulosten tulkinnassa tulee pyrkiä tutkitun ilmiön selittämiseen mahdollisimman ymmärrettävästi. Tutkimuksen luotettavuus perustuu lopullisiin raportoituhiin tutkimustuloksiin johtaneen tiedonhankinnan,

aineiston analysoinnin ja tulkinnan sekä ajatusprosessien avoimuuteen. (Siekinen, K. 2010, 59.) Kuvaan seuraavaksi aineiston sisällönanalyysin toteutuksen.

Asiakashaastattelujen litteroinnin jälkeen kävin aineistoa useaan kertaan läpi. Litteroitua aineistoa oli 43 A4 sivua tekstikoolla 12. Luokittelin nauhoitetun haastatteluaineiston teoriasidonnaisen aineistolähtöisen sisällönanalyysia soveltaen aluksi analyysiyksikköjä etukäteen määrittelemättä ja soveltaen myös palvelumuotoilun samankaltaisuus-yhteenkuuluvuuskaavio -menetelmää (ks. Miettinen, S. 2011, 75; Tuomi, J- & Sarajärvi, A. 2004, 94- 97). Tuomen ja Sarajärjen mukaan aineistolähtöinen tutkimus on haasteellista, sillä tutkimusasetelma ja menetelmä sekä käytetyt käsitteet tutkijan asettamina vaikuttavat tulokseen. Ongelman ratkaisuna voi toimia tutkijan ennakkokäsitysten auki kirjoittaminen. Myös teoriasidonnainen analyysi voi toimia ratkaisuna. Tällä tarkoitetaan sitä, että vaikka aineiston analyysivaiheessa aluksi edetään aineistolähtöisesti, ohjaa tutkimuksen teoreettisessa osassa tehty jako analyysin loppuvaiheen ajattelua. (Tuomi, J- & Sarajärvi, A. 2004, 98-99). Tässä asiakashaastattelujen analyysissa on ala- ja yläluokkien muodostamisessa havaittavissa osittaista teoriasidonnaisuutta fyysiseen, psyykkiseen ja kognitiiviseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn perustuvan luokittelun kohdalla. Yläluokkien yhdistäminen on tapahtunut ryhmittelemällä aineisto toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin osaprosessien mukaisesti, jolloin analyysi muistuttaa teoriasidonnaista. Toisaalta teoria prosessin kolmeen osaprosessiin jakautumisesta on aineiston tuottama ja on hyvin mahdollista että abstrahointi olisi myös induktiivista logikkaa jatkaen päätynyt samaan lopputulokseen. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2004. 97-99, 112-115.) Tulkintani on, että kyseessä on ollut induktiivinen teoriasidonnainen sisällönanalyysi.

Olin litteroidessani merkinnyt asukkaan, omaisen ja oman puheeni eri kirjaimilla. Sisällönanalyysiä tehdessäni tein ratkaisun jättää asukkaan ja omaisen puheenvuorot luokitteluissa erittelemättä. Haastatteluaineiston sisällönanalyysin luokittelua kuvaavassa taulukossa on kuitenkin vielä joistakin alkuperäisilmaisista mahdollista havaita se onko tiedonantajana ollut asukas vai omainen (LIITE 5). Olen luokitellut aineiston yhdistämällä sekä asukkaan että omaisen puheenvuorot asiakaskokemuksiksi ja asiakastarpeiksi.

Litteroidun aineiston ollessa sähköisessä muodossa teemoittaminen tapahtui siirtämällä teksti taulukkomuotoon ja siitä tiivistettyjä ilmaisuja edelleen samankaltaisia teemoja yhdistämällä seuraavaan sarakkeeseen tai aluksi käytännön syistä uuteen taulukkoon. Jäsennyksessä käytin apuna erilaisia tekstin värejä, alleviivausta, paksuntamista ja kursivointia. Etsin ja merkitsin esiin nousevia kehitystehtävään tai tutkimuskysymyksiin vastaavia osia tekstistä sitä tummentaa tai alleviivaan. Näin aloittaen teemoitin ajatuskokonaisuuksia taulukkoon samankaltaisuuksia ja yhteneväisyyksiä etsien. Kiinnitin huomiota myös eroavaisuuksiin. Jokaisen haastattelun litteroitu teksti oli tässä vaiheessa vielä oman värisensä, mikä helpotti kylläntymisen (ks. Tuomi, J- & Sarajärvi, A. 2004, 91) hahmottamista, sillä yhdestä haastattelusta saattoi siirtyä useampikin samaa aihetta käsittelevä ajatuskokonaisuus saman teeman alle.

Annoin tämän jälkeen teemoille työnimet. Kolmen ensimmäisen haastattelun jälkeen tein edellä kuvatun teemoittamisen myös kahdelle täydentävälle haastattelulle ja tässä vaiheessa teemat täsmentyivät. Lisäsin myös aiemmista kolmesta haastatteluista tekstiä uusista haastatteluista nousseita aihealueita täydentämään, jolloin tuli näkyväksi se, että sama teema toistui useammassa haastattelussa (ks. Tuomi, J- & Sarajärvi, A. 2004, 91). Muutama ensimmäisistä haastatteluista esiin nostamani teema ei lopulta tuntunut vastaavaan tutkimustehtävään ja joko liitin ne vielä tässä vaiheessa johonkin niitä lähinnä olevaan teemaan myöhempää tarkastelua varten tai poistin ne. Tuomen ja Sarajärven mukaan laadullisessa tutkimuksessa on rajattava tutkittava ilmiöön kuulumaton aineisto kyseisen tutkimuksen analyysin ulkopuolelle (Tuomi & Sarajärvi 2004, 94). Tässä vaiheessa karkean jaottelun jälkeen teemoja oli yhteensä vielä 35 ja luokittelu selvästikin kesken.

Seuraavassa vaiheessa tiivistin tekstin taulukkoon alkuperäisilmaisuiksi. Alkuperäisilmaukset tiivistin ja muokkasin litteroidusta aineistosta kieliasultaan sellaisiksi, ettei niistä voisi tunnistaa haastatteluun osallistuneita henkilöitä (ks. LIITE 5). Tiivistettyjä alkuperäisilmaisuja taulukkoon siirtäessäni huomasin sijoittaneeni joitakin teemoja kahteen eri kohtaan taulukkoa ja nämä yhdistämällä teemoista muodostui 27 alaluokkaa. Tätä yhdistämistä en erikseen kirjannut, sillä

näkemykseni mukaisesti jako oli johtunut ainoastaan kirjaamisteknisistä syistä. Litteroitua aineistoa oli 43 A4 sivua tekstikoolla 12. Alaluokat olen muodostanut suoraan tiivistetyistä alkuperäisilmaisuista. Alaluokista muodostui yhteensä 9 yläluokkaa, jotka nimesin aihepiireittäin (ks. LIITE 5). Tässä vaiheessa näkemykseni mukaan teemat jakaantuivat kahteen hoivakotiin tulovaihetta edeltäviin ja seitsemään hoivakodissa oloaikaan sijoittuviin kokemuksiin ja tarpeisiin. Tämän luokitteluvaiheen tuloksia hyödynsin henkilökunnan ryhmäkeskustelua varten tekemässäni oheismateriaalissa. Näistä sisällönanalyysin avulla muodostamistani yläluokista käyttämiäni käsitteitä olen myöhemmässä vaiheessa tarkentanut.

Ryhmäkeskustelua seuranneessa opinnäytetyön ohjauksessa kehitystyön tuotos täsmentyi toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvaukseksi. Tarkemman tarkastelun jälkeen toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin osaprosesseja löytyi 3. Opinnäytetyön ohjauksessa syntyneen ehdotuksen johdattamana järjestin yläluokat näiden kolmen osaprosessin mukaiseen järjestykseen: taloksi asettuminen, suunnittelu ja toteutus ja arviointi. Jatkoin luokittelua yhdistämällä yläluokat edelleen pääluokiksi ja yhdistäviksi luokiksi, jotka sisältönsäkin mukaisesti palasivat vastaamaan osaprosesseja. Tutkimustehtävänä oli ollut selvittää asiakkaiden kokemuksia ja tarpeita. Yhdistettyjä luokkia nimetessäni havaitsin tiedonkeruun tältä osin onnistuneen. Yhdistin vielä myöhemmin kaksi ensimmäistä yhdistävää luokkaa yhdeksi. Tarkemman tarkastelun perusteella osoittautui, että jako taloksi asettumisen prosessiin liittyvistä ja suunnittelun prosessia ohjaavista asiakaskokemuksista ja tarpeista ei ollut toimiva, koska luokat olivat sisällöltään osittain päällekkäisiä ja voitaisiin nähdä kuuluviksi molempiin yhdistäviin luokkiin. Yhdistäviä luokkia muodostui lopulta näinollen vain kaksi. Haastatteluaineiston luokittelu on kuvattu liitteenä olevassa taulukossa. (LIITE 5)

3.3.4 Haastattelututkimuksen aineiston tulokset ja niiden tarkastelu

Seuraavaksi kuvaan haastattelututkimuksen aineistoa ja tarkastelen sitä kirjallisuuskatsauksen avulla valikoituneiden väitöskirjojen ja muiden käyttämieni lähteiden avulla. Tarkastelun jäsenitys on tehty sisällönanalyysin yläluokkia vastaavasti.

Palveluasumiseen hakeutumiseen johtaneet kokemukset ja tarpeet

Aineiston mukaan ensisijainen syy hoivakotiin siirtymiseen on yleisimmin ollut kognition tai joskus myös liikkumisen vaikeudet siinä määrin, että kotona asuminen ei ole ollut enää mahdollista tai turvallista. Avun tarve wc-asioinneissa, uni-valverytmin häiriintyminen, jatkuva avuntarve ja kaatumiset nousevat aineistosta tehostetun palveluasumiseen johtaneina syinä esiin. Kävelykyky on hoivakotiin muutettaessa usein vielä tallella ainakin apuvälineen ja/tai avustajien turvin.

Hoivakotiin muuttoa edeltäneet virkistäytymiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen liittyvät kokemukset ja tarpeet.

Aineistosta käy ilmi, että asukkailla on aiemmin ollut monipuolisia kodin ulkopuolisia harrastuksia, jotka ovat vähentyneet jo hoivakotia edeltävässä vaiheessa ja loppuvat hoivakotiin siirryttäessä lähes kokonaan. Tällaisia harrastuksia ovat olleet esimerkiksi tansseissa käyminen, kuorotoiminta, erilaiset liikuntaharrastukset, ystävien tapaaminen, käsityöt, puutarhanhoito, retkillä käyminen, teatterissa käyminen, matkustelu ja seurakunnan tilaisuuksissa käyminen ja itseä kiinnostavien televisio-ohjelmien katsominen. Helinin tutkimuksen mukaan henkilöillä, joilla oli vain vähäisiä toiminnanrajoitteita päivittäisissä toimissaan tai rajoitteet kohdentuivat vain joihinkin toimintoihin, elämänlaatua heikensivät sosiaalisista aktiviteeteista ja harrastustoiminnoista luopuminen. Tällaisina aktiviteetteina Helin mainitsee esimerkiksi lukemisen, käsityöt, pyöräilyn tai kuorolaulun. Aktiviteeteista luopuminen, niiden toteuttamismuodon muuttaminen tai

rajaaminen voi kuitenkin toimia myös helpottavana tekijänä voimavaroiltaan yleisesti rajoittuneille henkilöille, joilla päivittäisistä toimista selviäminen vie runsaasti aikaa ja voimavaroja. (Helin, S. 2000, 164-167.)

Siirtymävaiheeseen ja sen haasteisiin liittyvät kokemukset ja tarpeet

Aineiston mukaan omaisella voi olla asukkaasta ja hänen elämänhistoriastaan runsaasti tietoa. Aineiston mukaan vanhuksen muuttaminen kotoa hoivakotiin on elämänmuutos paitsi asukkaalle myös omaisille. Kotoa hoivakotiin siirtymistä on edeltänyt vaihe, jossa vanhus on yksin asuessaan tarvinnut runsaasti omaisten apua tai hän on asunut yhdessä heidän kanssaan. Asukkaan muuttaessa hoivakotiin sekä asukkaan että omaisen on asennoiduttava tilanteeseen uudelleen. Laineen ja Heimosen mukaan tiedollisen ymmärtämisen kautta tapahtuva uudelleen asennoituminen voi edistää taloksi asettumista hoivakotiin (ks. Laine, M. & Heimonen S-L. 2011, 46-56). Myös omasta tutkimusaineistostani löytyy tästä esimerkkejä. Aineiston mukaan muistin vaikeuksia omaavan asukkaan voi kuitenkin olla vaikeaa ymmärtää syytä siihen, miksi ei voi enää asua kotona. Aineiston mukaan omaisille tämä kokemus on raskas.

Aineiston mukaan asukkaan voi olla vaikea asettua aiemmasta muuttuneeseen rooliinsa, mikä voi ilmetä negatiivisuutena ja eristäytymisenä. Identiteettiä joudutaan muokkaamaan uudelleen. Allardtin mukaan identiteetin muodostuminen ja ylläpitäminen on ihmiselle oleellista. Se on itsensä toteuttamista laajempi pyrkimys, joka kattaa tietoisuuden omista ryhmäjäsenyyksistä ja taustasta sekä käsityksen omista kyvyistä. Allardtin mukaan (Zetterbergin 1977, 32-39) mukaan ihminen pyrkii toimillaan säilyttämään oman arvonsa yhteisössä sekä oman että lähiympäristönsä näkökulmasta katsottuna muuttumattomana. Tunnustusta halutaan paitsi itselle myös itselle tärkeille ryhmille ja yhteisöille. Allardt mainitsee artikkelissaan myös ihmisten erilaiset elämäntavat ja erilaisen suhtautumisen elinolosuhteisiin ja elämään. Ulkopuolisten pyrkimyksistä muuttaa tätä yksilön suhtautumistapaa voi seurauksena olla passivoitumista tai voimakkaita aggressioita. (Allardt, E. 1996, 224-241.)

Aineiston mukaan taloksi asettumisen vaiheessa kotonakin ilmennyt hätä ja avuntarpeen kokemus voi ilmetä hoivakodissa korostuneena avuntarpeen ilmaisuina, univaikeuksina ja levottomuutena. Aineiston mukaan taloksi asettumista edistää hoitohenkilökunnan ja omaisten välinen yhteistyö ja ratkaisujen etsiminen yhdessä. Kokemukset avun saannista ja tarpeisiin vastaamisesta sekä tarkoituksellisuuden löytyminen ystäväystymisen ja yhdessä tekemisen kautta edistävät kotiutumista. Tiikkasen tutkimuksen mukaan terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen ja ihmissuhteiden menetykset voivat toimia altistavina tekijöinä yksinäisyyden tunteille. Yksinäisyys voi olla joko koettua emotionaalista yksinäisyyttä tai sosiaalista yksinäisyyttä. Yksinäisyyden tunnetta vähentää usko avun saannin mahdollisuuteen sitä tarvittaessa. (Tiikkanen 2006, 39-50, 65.) Aineiston perusteella joskus yhtä tärkeää voi olla myös mahdollisuus yksityisyyteen. Vuotin tutkimustulosten mukaan kodin symbolinen merkitys liitettiin yhteisöllisyyden mahdollisuuteen ja sen tuottamaan hyvinvointiin, yksityisyyden kokemiseen riitti pienikin tila tai huone. Toisaalta liiallinen keskittyminen nimenomaan ikäihmisiin asumisyhteisöjä muodostettaessa nähtiin myös uhkana sukupolvien erkaantumiselle, eriarvoistumiselle ja toisistaan vieraantumiselle. (Vuoti 2011, 104, 113.) Aineiston mukaan omaisilla on asukkaasta ja hänen elämänhistoriastaan, tottumuksistaan ja mielenkiinnonkohteistaan paljon tietoa ja sitä voidaan käyttää apuna asukkaan taloksi asettumisen ja identiteetin uudelleenmuodostamisen tukemisessa.

Aineiston mukaan sekä asukkaalle että omaiselle elämänmuutos merkitsee myös luopumista. Haastatellun asukkaan sanoin: ” Kaikki muuttuu”. Asukas luopuu kodistaan, usein ystävistäänkin ja omasta elämäntavastaan. Kotona omaiset ovat voineet osallistua asukkaan huolenpitoon. Hoivakotiin muutto tapahtuu siinä vaiheessa, kun tämä kotioiloissa muuttuu mahdottomaksi. Železnik puhuu tutkimuksessaan itsestä huolenpidosta ja liittää osaksi sitä alitajuiset terveyden hoidon ylläpitämisen tavat ja rutiinit, jotka aikojen saatossa ovat muovautuneet osaksi yksilön normaalia elämää. Železnikin mukaan itsestä huolenpidon moniulotteisuus liittyy sen myöhemmällä iällä myös haavoittuvuuden kokemuksiin. (Železnik, D. 2007, 18.)

Omasta tutkimusaineistostani käy ilmi omaisten toiveita toiminnan avoimuudesta. Omaisilla on tarve tietää, mitä asukkaan toimintakykyä edistävä hoivaan ja huolenpitoon kuuluu. Omaiset haluavat tietää saako asukas tarpeitaan vastaavaa hoivaa ja huolenpitoa. Aineiston mukaan asiasta ei kuitenkaan välttämättä kysytä hoitohenkilökunnalta, vaan luotetaan asukkaalta saatuun tietoon ja vihjeisiin. Helinin mukaan yksilön on toimintakyvyn heiketessä jollakin tavalla korvattava elämälle välttämättömät rajoittuneet toiminnot kompensoivan käyttäytymisen avulla. Kompensaatio voi tapahtua joko yksilön omina sopeuttamistoimina tai ulkopuolista apua käyttäen, jolloin kompensoiva henkilö tekee jonkin toiminnon osin tai kokonaan apua tarvitsevan puolesta. Yksilölle sopivat ja häntä miellyttävät yhdistelmät kompensoivan käyttäytymisen eri muodoista toimivat minän eheyden säilyttäjinä ja ylläpitävät yksilön selviytymisen, pystyvyyden, tasapainon ja tyytyväisyyden tunnetta. (Helin, S. 2000, 156- 172-173.)

Omasta tutkimusaineistostani käy ilmi palveluasumiseen ohjaukseen liittynyt särkyneen tai muuttuneen suunnitelman aiheuttama haitallisuus asukkaan elämänlaadun kannalta. Aineiston mukaan asukkailla on kokemuksia siitä, että he ovat joutuneet vastoin omaa tahtoaan siirtymään hoivayksiköstä toiseen joko paikkatilanteesta tai palvelutarpeen kriteereistä johtuvista syistä. Aineiston mukaan aiemmin tapahtunut palveluketjun katkeaminen ei ole aiheutunut hoivakodin toiminnasta.

Aineiston mukaan aiempi jakso toisessa hoivayksikössä voi vaikeuttaa taloksi asettumista. Edellisessä yksikössä on mahdollisesti jo ehtinyt muodostua ystävyys-suhteita ja yksikköä vaihdettaessa näistä ystävistä on jouduttu luopumaan. Muuttanutta suunnitelmaa on vaikea ymmärtää, ei ymmärretä mitä oikein tapahtuu tai miksi ei voida jäädä sinne minne on jo päästy. Oma tai uuden yksikön sijaintia ei välttämättä osata paikantaa.

Tutkimusaineistoni mukaan muistisairauden eteneminen voi tuoda hoivayksikön vaihdoksen jälkeiseen taloksi asettumisen vaiheeseen lisähaasteita. Edellisestä yksiköstä saatetaan muistaa siellä toteutunutta toimintakykyä edistävää toimintaa, mutta muistin vaikeuksien edettyä muistamattomuus nykyisestä yhdistettynä muistikuvii entisestä voi aiheuttaa kokemuksen siitä, että siellä oli

parempi kuin täällä. Aineistosta käy ilmi menneisyydestä kaivatun toiminnan ja nykyisen toiminnan ainakin osittainen vastaavuus, sillä erotuksella, ettei tätä tutkijankin havaintojen perusteella reaali maailmassa tapahtuvaa kaivattua viri-ketoimintaa ole asukkaan muistin vaikeuksien muovaamassa todellisuudessa lainkaan tapahtunut. Asiasta puuttuvat todisteet. Aineiston perusteella omaisten ja henkilökunnan yhteistyön kautta on mahdollista löytää taloksi asettumista tukevia ratkaisuja.

Hoivakotiin liittyvät kokemukset ja tarpeet

Asiakashaastattelujen aineiston mukaan hoivakotia ei koeta kodiksi, vaan kodinomaiseksi paikaksi. Pakosuunnitelmia saattaa olla. Joskus konkreettisen kotiin paluun aikeen sijaan kyse voi myös olla mielikuvasta, jossa koti toimii turvallisena paikkana, jonne edes ajatuksissa halutaan palata. Virkolan mukaan suhde kotiin voi katketa kokonaan tai säröytyä esimerkiksi muuton seurauksena, eikä kotia enää osata rakentaa uuteen tilaan. Koti voi olla myös tunne, joka uudessa ympäristössä herää kaipuuna tuttuun ja turvalliseen. (Virkola, E. 2014, 275.) Aineiston mukaan hoivakotia ei pidetä kotina vaan kodinomaisena asuntona. Vierailuaikojen puuttuminen lisää kodin tuntua.

Henkilökuntaan liittyvät kokemukset ja tarpeet

Asiakashaastattelujen aineiston mukaan asukkaiden kokemukset hoitajista ovat pääsääntöisesti positiivisia. Positiiviset kokemukset liittyvät vuorovaikutukseen ja henkilöihin mieltymiseen, seuranpitoon ja palvelueleinä toteutettuihin ikään kuin ylimääräisiksi koettuihin toimenpiteisiin. Miettisen mukaan palvelueleet ovat asiakkaille kokemuksellisesti merkittäviä eleitä tai pieniä tekoja, joilla viestitään vastaamista asiakkaiden tarpeisiin. (Miettinen, S. 2011, 52). Toisaalta palvelueleistä löytyy omasta tutkimusaineistostani myös poikkeava tulos nimenomaan tasalaatuisuuden näkökulmasta. Koko hoitohenkilökunnan toivotaan toimivan samalla tavalla ja kaikille asukkaille toivotaan annettavan keskenään samantasoista palvelua. Hoivan tasalaatuisuuden toive tulee myös omaisten kohdalla tuloksissa esiin. Aineistossa negatiiviset kokemukset liittyvät tasalaatuisuuden tai tiedon

puutteeseen tai luottamuksen särkymiseen. Haastatteluaineistosta tulee esiin tilanteita, joissa asiakas on kokenut, että on toimittu väärin ja että toiminnan avoimuus on luottamuksen edellytys. Toisaalta omaisen oma aktiivisuus ja vierailutiheys yhdistyvät tuloksissa varsin kattavana tietämyksenä toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon sisällöstä ja sen menetelmistä. Osa asukkaista liittyy hoitajan nuoren iän kokemattomuuteen. Myös henkilökunnan ajalliset haasteet näyttäytyvät sekä asukkaille että omaisille negatiivisina, mutta toisaalta niiden olemassaolo ymmärretään ja pahoitellen hyväksytään.

Yhteistyöhön ja viestintään liittyvät kokemukset ja tarpeet

Aineiston mukaan omaiset haluavat aktiivisesti osallistua asukkaan elämään ja vierailla heidän luonaan usein. Vuotin tutkimuksen vuosina 1945-50 syntyneiltä ihmisiltä kerättyyn tarinankerronnalliseen aineistoon perustuvien tulevaisuudenvisioiden mukaan tuen antamiseen liittyvän tarpeellisuuden tunteen kautta tuen antaminen toiselle lisäsi hyvinvointia enemmän kuin tuen vastaanottaminen. (Vuoti, M. 2011, 131-132) Mikäli tiheä vierailemiseen ei jostain syystä ole mahdollisuutta näkyy osallistumisen tarve muunlaisena yhteydenpitona ja korostuneena toiveena hoivakodin taholta tapahtuvaan aktiiviseen yhteydenpitoon ja tiedottamiseen. Aineistosta käy ilmi, että tarve osallistua yhdistyneenä osallistumisen mahdottomuuteen käytännössä voi olla omaiselle turhauttava ja huolta sekä riittämättömyyden tunteita aiheuttava kokemus. Aineiston mukaan asukkaan muistin vaikeuksien muokkaaman todellisuuden kautta tapahtuva viestintä tai tiedonkulun katkokset voivat aiheuttaa huolta ja luottamuspulaa henkilökuntaa kohtaan. Oman tutkimukseni aineistosta käy ilmi asukkaan muistivaikeuksien tuoma tapahtuneen unohtaminen ja toisaalta omaisten tiedon puute toteutuneesta toiminnasta. Tämä ilmenee kokemuksena toteutuneen toimintakyvyn edistämisen ja viriketoiminnan puuttumisesta tai epävarmuutena sen määrästä tai laadusta. Toisaalta aineistosta käy ilmi myös omaisten ajantasaisista tiedoista todellisuudessa tapahtuvasta toiminnasta, mikä yhdistyy omaisen omaan aktiiviseen vuorovaikutukselliseen yhteistyöhön hoitohenkilökunnan kanssa.

Oman tutkimusaineistoni mukaan omaisilla on paljon tietoa asukkaan toimintakyvystä ajalta, jolloin asukas asui vielä kotona ja tällaisen tiedon välittäminen

hoitohenkilökunnalle voi tukea toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon toteutusta. Aineiston mukaan omaisen tiedon päivittämisen toimintakyvyn muuttuessa koetaan lisäävän luottamusta ja tukevan yhteistyötä. Aineistosta löytyy esimerkkejä siitä, että myös omainen voi tukea toteutuksen laadun parantamista päivittämällä hoitohenkilökunnan tietämystä esimerkiksi hoivakodin ulkopuolella vierailujen yhteydessä ilmenneiden muutosten osalta. Joihinkin haasteisiin on myös voinut jo kotioloissa löytyä ratkaisu tai toimiva menetelmä, josta omaiset haasteen ilmaantuessa mielellään kertoisivat. Aineistosta käy ilmi omaisten kokemukset siitä, että aina ei huomata kysyä eivätkä omaiset tule asiasta itse kertoneeksi, ellei sitä heiltä erikseen kysytä.

Psyykkiseen- ja kognitiiviseen toimintakykyyn sekä siihen liittyvään huolenpitoon liittyvät kokemukset ja tarpeet

Aineistosta käy ilmi, että asukkailla on monipuolisia tarpeita huolenpitoon liittyen, mutta he eivät välttämättä osaa ilmaista niitä. Objektiiivisesti havaittava huolenpidon tarve ja kognitiiviselta toimintakyvyltään rajoittuneen asukkaan oma näkemys voivat olla myös keskenään ristiriidassa. Aineiston mukaan etenkin asukkaiden wc-asiointiin liittyvä huolenpito ja siihen liittyvät tarpeet sekä niiden toteutuminen aiheuttavat omaisissa huolta ja epävarmuutta. Vuotin tutkimustulosten mukaan elämänhallintaan kuuluu sitoutuminen itsestä ja läheisistä huolenpitoon, itsenäinen pärjääminen sekä aito kokemus itsemääräämisoikeudesta ja toimijuudesta omassa elämässä. (Vuoti, M. 2011, 131-132) Oman tutkimusaineistoni mukaan muistin vaikeuksia omaavan asukkaan huolenpidon tarpeen ja asukkaan itsemääräämisoikeuden välinen ristiriita aiheuttaa arjessa haastavia tilanteita, joista seuraa asukkaille tyytymättömyyden tunteita ja omaisille huolta ja luottamuspulaa siitä saako asukas tarvitsemansa.

Habjanacin tutkimustulosten mukaan ikäihmiset toivoivat henkilökunnalta kunnioittavaa ja kärsivällistä käytöstä ja kertoivat tarvitsevänsä apua ongelmanratkaisuun ja tarpeidensa täyttämiseen, kuten esimerkiksi wc-asiointiin tai ulkoiluun pyörätuolin avulla. Asukkaat painottivat huolenpidon merkitystä suhteessa hoidollisiin toimenpiteisiin ja toivoivat myös niihin sisältyvän huolenpidollisia elementtejä ja asukkaan toiveiden huomioon ottamista. (Habjanic, A. 2009, 71-73.)

Oman tutkimusaineistoni mukaan hoitohenkilökunnan pyrkimys omaisten ilmaisemien asukkaan huolenpitoon liittyvien tarpeiden huomioon ottamisessa ei välttämättä johda asiakastyytyvyyden kokemukseen, sillä rajoituksia huolenpidon ja itsemääräämisoikeuden välillä on vaikea, usein mahdotontakin etukäteen tehdä. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään, että potilasta on hoidettava hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisella tavalla ja hoidon on tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Mikäli potilas itse ei ole kykenevä päättämään hoidostaan, on potilaan tahto selvitettävä hänen läheisensä tai edustajansa kautta. Mikäli potilas tai hänen edustajansa kieltää hoidon, on se pyrittävä toteuttamaan muulla, potilaan hyväksymällä ja lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2: 6§, viitattu 8.11.2014).)

Aineistosta käy ilmi, että muistin vaikeudet yhdistettynä hyvään liikkumiskykyyn voivat luoda illuusion hoivakotiin muuttaneen asukkaan todellisuutta paremmasta toimintakyvystä, mutta omaisten kokemukset kotiloista voivat auttaa kohdentamaan toiminnan toimintakykyä vastaavaksi. Omaisen tieto asukkaan aiemmista tarpeista ja myös omaisen nykyhetken keskusteluista saamansa tieto voi auttaa suunnittelemaan asukkaan toimintakykyä edistävää hoivaa ja huolenpitoa asukkaan tarpeita vastaavaksi.

Siiran mukaan huolenpito liittyy tilanteisiin, jossa esimerkiksi muistihäiriöiden takia palvelun käyttäjä tarvitsee toista ihmistä tarpeidensa tulkitsejaksi, silloinkin kun ei itse osaa tai pysty niitä ilmaisemaan. Työntekijä voi asettua asiakkaan asemaan ja tulkita hänen tarpeitaan kokonaistilanteen kautta, asiakkaan parhaaksi. (Siira, H. 1998, 231.) Omasta tutkimusaineistostani käy ilmi, että asukkaat itse eivät välttämättä osaa tai tohdi pyytää tarvitsemaansa huolenpitoa. Myös Habjanicin väitöskirjassa vanhuksen hiljainen toive saada apua, haluamatta kuitenkaan olla vaivoiksi, tuli vanhainkodin asukkaan haastattelussa esiin (Habjanic, A. 2009, 69). Arja Isolan (2008) mukaan vanhainkodissa asuvat vanhukset kokevat turvallisuudentunnetta, ovat kiitollisia saamastaan hoivasta ja haluavat myös kuuliaisesti noudattaa talon sääntöjä. Suomalaiset vanhukset ovat kiitollisuudentunnonsa arkoja kysymään tai erikseen pyytämään mitään ja tyytyvät siihen mitä tarjotaan. Arja Isolan mukaan henkilökunnalta tulee edellyttää

toiminnassaan vanhuksen yksilöllisyyden huomioon ottamista, vuorovaikutusta ja emotionaalista tukea. Vanhusta tulisi kannustaa itsenäisyyteen ja oma-toimisuuteen, aktiivisesti tiedustella hänen toiveitaan ja ajatuksiaan, sekä rohkaista kanssakäymiseen myös vanhainkodin ulkopuolisten tahojen kanssa. (Isola 2008:13-14, viitattu 15.9.2014.)

Sosiaaliseen toimintakykyyn ja sen edistämiseen liittyvät kokemukset ja tarpeet

Aineiston mukaan kesäaikaan sisäpihalla toteutuvat kahvihetket edistävät sosiaalista toimintakykyä, syntyy kokemus yhdessä tekemisestä ja keskustelukumppaneitakin on siellä löytynyt. Asukkaiden yksinäisyyden kokemus ja omien ystävien puuttuminen nousee kuitenkin aineistosta esiin. Asukkaat kaipaavat tekemiseen seuraa, mutta tekemisen tarve ja laji vaihtelevat yksilöstä toiseen. Tutkimukseni aineistosta käy ilmi, että asukkaat tarvitsevat tukea sosiaalisten suhteiden muodostumiseen ja ylläpitämiseen hoivakodissa. Aineiston mukaan muistin vaikeuksien edetessä ystävyys voi painottua yhdessä toimimiseen, etenkin silloin kun keskustelua tai sen aiheita on vaikea löytää. Tällaista toimintaa aineistossa kuvataan esimerkiksi yhdessä ruokailuna tai kahvin juontina tai yhdessä laulamisenä. Samoista asioista kiinnostuneiden kanssa-asukkaiden löytäminen ja muistaminen voi olla haastavaa. Aineistosta löytyy esimerkki, jossa asukas on uudelleen esittäytynyt jo entuudestaan tuntemalleen asukastoverilleen, mutta kyseinen henkilö ei ole myöhemmin häntä ystäväkseen enää tunnistanut. Joskus tekemiseen tarvitaan myös välineet ja niiden hankkimisessa tarvitaan apua.

Omassa tutkimusaineistossani tulee esiin, että asukkaan elämänlaatua parantaa vastavuoroisuus ja yhteistyö omaisten kanssa. Vanhukselle tieto siitä, että on omaisille tärkeä ja arvokas ja että itsellä on lapsille tai lapsenlapsille vielä jotain annettavaa on arvokas. Lyyran kuolleisuuden ennustekijöitä tarkastelleen tutkimuksen mukaan psykososiaalisen hyvinvoinnin ja iäkkään ihmisen kuolleisuuden välillä on vahva negatiivinen yhteys. Psykososiaaliseen hyvinvointiin kuuluu tämänhetkiseen elämään tyytyväisyys sekä yhteenkuuluvuuden, arvostuksen ja turvallisuuden tunteet. Eloönjäämisen kannalta sosiaalisesta tuesta

nimenomaan informaali sosiaalinen tuki oli merkittävää ja elämään tyytyväisyyden osalta merkitsi tyytyväisyys nimenomaan tämänhetkiseen eikä niinkään menneeseen elämään. (Lyyra, T. 2006, 45, 48, 55). Vuotin tutkimustulosten mukaan hyvinvoinnin kokemuksen edellytyksiä olivat ydinperheestä, sukulaisista ja ystävistä muodostuvat sosiaaliset verkostot. Verkostoihin liitettiin vastavuoroinen toimijuus ja kanssakäyminen, jonka avulla muodostuvien erilaisten roolien ja tehtävien kautta tuotettiin osallistumisen ja aktiivisen toimijuuden kokemuksia. Tuen antamiseen liittyvän tarpeellisuuden tunteen kautta tuen antaminen toiselle lisäsi hyvinvointia enemmän kuin tuen vastaanottaminen. Kotiin hyvinvointia tuottavana tekijänä liitettiin edellä mainittuja hyvinvoinnin kokemuksen edellytyksiä ja niistä erityisesti lasten ja omaisten, palvelujen ja myös luonnon läheisyys. Myös ympäristön fyysinen turvallisuus liitettiin hyvinvointiin. (Vuoti, M. 2011, 131-132) Oman tutkimukseni aineiston mukaan myös omaiset haluavat aktiivisesti osallistua asukkaan elämään ja kokevat osallistumisen antoisana, mutta mahdollisuudet olla aktiivisesti mukana vaihtelevat.

Viriketoimintaan liittyvät kokemukset ja tarpeet

Hoivakotiin siirryttäessä monet kotona tehdyt arjen toimet jäävät päivän ohjelmasta pois. Aineistosta käy ilmi asukkaiden kokema tarkoituksellisen tekemisen puute. Laineen ym. mukaan logoterapeuttinen ajattelu ohjaa tukemaan muistisairaahan ihmisen arjen tarkoituksellisuutta ja tunnistamaan ihmiselle avainasemassa olevia iloa tuottavia, tärkeitä tekijöitä. Tarkoituksellinen arki lisää yhteenkuuluvaisuuden tunnetta ja se nähdään elämän perustana ja hyvinvointia ja toimintakykyä edistävänä. Tarkoitus tekee elämästä mielekkään ja elämisen arvoisen. (Laine M. & Heimonen, S-L.2011, 14, 42-43, 86-87.) Oman tutkimukseni aineiston mukaan omaisen kokemusasiantuntijuus ja apu voivat tukea suunnitteluvaiheessa toiminnan asukaslähtöisyyden ja arjen tarkoituksellisuuden toteutumista. Muistin vaikeuksien takia asukas itse ei välttämättä osaa tarpeistaan kertoa tai niitä määritellä. Virkolan mukaan muistisairaahan ihmisen arjen tukeminen ja hyvinvoinnin lisääminen edellyttää hänen arjen logiikkansa ymmärtämistä sekä toimijuutensa tunnistamista. Vaikka keinot ilmaisuun ja toteuttamiseen muuttuvat, on muistisairaahan ihmisen toiminta edelleen tavoitteellista. (Virkola, E. 2014, 278-281.)

Ruoan laatu nousee aineistossani esiin. Aineiston mukaan ruoka on yksi asukkaiden virikkeistä, ja etenkin omaiset toivovat, että asukkaille tarjottaisiin heidän yksilöllisten mieltymystensä mukasta ruokaa mahdollisista lisäkustannuksista huolimatta. Janne Sallisen tutkimuksen mukaan ruoan laadulla on yhteys myös toimintakykyyn. Etenkin ikääntyvillä naisilla energia- ja proteiinipitoisen ruokavalion ja voimaharjoittelun avulla voidaan vähentää hauraus-raihnaisoireyhtymän riskiä. Voimaharjoittelu parantaa aineenvaihdunnallista terveyttä ja lisää lihasmassaa ja voimaa sekä miehillä että naisilla. (Sallinen, J. 2007, 84.)

Omaisien kokemusasiantuntijuuden rajallinen hyödyntäminen suunnittelu- vaiheessa näkyy omassa tutkimusaineistossani omaisen tietämyksenä asukkaan harrastuksista ja mieltymyksistä ja toisaalta myöhemmin kokemuksina niiden huomioon ottamisen vähäisyytenä toteutusvaiheessa. Myös päinvastaisia kokemuksia aineistosta löytyy.

Aineiston mukaan ulkopuolisten viriketoiminnan järjestäjien lisäksi omaiset itse esiintyvät ja järjestävät asukkaille virikkeitä. Milloin asukkaan toimintakyky sen sallii, voidaan yhdessä vierailla myös hoivakodin ulkopuolella. Aineiston mukaan joko omaisen omien tai asukkaan voimavarojen tai toimintakyvyn rajoittuminen aiheuttavat hoivakodin ulkopuolisten vierailujen vähenemistä.

Fyysiseen toimintakykyyn ja sen edistämiseen liittyvät kokemukset ja tarpeet

Oman tutkimukseni aineiston perusteella asukkailla on erilaisia liikuntaan ja fyysiseen aktiivisuuteen liittyviä tarpeita, jotka vaihtelevat toimintakyvyn ja mielenkiinnon mukaan. Aineiston mukaan tällaisia tarpeita ovat esimerkiksi ulkoiluun, kävelemiseen ja muuhun fyysisen kunnon ylläpitämiseen, siirtymisiin, hengityksen tehostamiseen ja apuvälineiden hankkimiseen sekä niiden käytön ohjaukseen liittyvät avuntarpeet. (ks. LIITE 5) Hirvensalon mukaan toiminnanvajauksen eteneminen alkaa yleensä liikkumiskyvyn rajoittumisesta, ilmeten esimerkiksi kävelynopeuden hidastumisena tai portaiden nousun vaikeutena, edeten monimutkaisempien (IADL) toimintojen ja sosiaalisen osallistumisen rajoittumisen kautta perustoimintojen kuten pukemisen ja pesemisen vaikeutumiseen.

(Hirvensalo, M. 2002, 24-25). Oman tutkimuksen aineiston mukaan mahdollisuudet toteuttaa liikunnan tarpeita hoivakodissa ovat rajalliset. Olemassa olevien liikunnan mahdollisuuksien hyödyntämistä rajoittaa myös asukkaan nykyinen toimintakyky. Hirvensalon tutkimuksen mukaan lääkäriltä tai fysioterapeutilta saadulla liikuntaneuvonnalla on positiivinen yhteys liikuntaharrastuksen aloittamiseen. Hirvensalon mukaan kuntoutushenkilökunnan määrän lisäämisen lisäksi myös muille ammattiryhmille olisi tarkoituksenmukaista suunnata liikuntaneuvontakoulutusta. Iästä ihmistä aktivoi parhaiten hänelle itselle merkityksellinen liikunta ja myös liikuntaryhmiä organisoitaessa tulisi kuunnella asiakkaiden omia tarpeita ja mieltymyksiä. (Hirvensalo, M. 2002, 78-79, 82-83.) Oman tutkimuksen aineistosta käy ilmi, että joillekin asukkaille omaiset ovat omakustanteisesti järjestäneet ulkopuolisen palveluntuottajan, kuten fysioterapeutin, toteuttamia palveluja.

Aineiston mukaan ulkoilu on mahdollista Vire Koti Kiimingissä sekä sisäpihalla ulkoiluna että hoitajien kanssa hoivakodin ulkopuolella käynteinä. Rantakokon mukaan ulkona liikkumisella ja ympäristöllä on merkitystä elämänlaadun kannalta ja elinpiirin pieneneminen ja ulkona liikkumisen väheneminen vaikuttavat negatiivisesti elämänlaatuun. Ympäristön esteiden mahdollisesti aiheuttama ulkona liikkumisen pelko saattaa johtaa ulkoilun välttämiseen, vaikka halukkuus liikkumiseen säilyisi. Seurauksena on että tyydyttämätön liikunnantarve heikentää elämänlaatua. Tällöin iäkkäät tarvitsevat ohjausta ja tukea. Rantakokon mukaan ulkona liikkuminen kohentaa toimintakykyä, terveyttä ja mielialaa sekä vahvistaa itsenäisyyttä. (Rantakokko, M. 2011, 67-69.)

Oman tutkimuksen aineiston mukaan sekä asukkaat että omaiset toivovat liikuntaa järjestettävän nykyistä enemmän. Lampisen mukaan psyykkiseen hyvinvointiin on yhteydessä fyysinen aktiivisuus, joka vaikuttaa siihen harrastusaktiivisuuden ja liikkumiskyvyn kautta ja on näinollen tärkeä tekijä psyykkisen hyvinvoinnin parantamisessa ja ylläpitämisessä. Toisaalta vähäinen fyysinen aktiivisuus tai sen väheneminen ennustaa Lampisen mukaan itsetunnon heikkenemistä ja masentuneisuutta. Fyysinen aktiivisuus voi edistää liikkumiskykyä ja ehkäistä psyykkisen hyvinvoinnin laskua. (Lampinen, P.2004, 43, 58, 73.)

Sekä asukkailla että henkilökunnalla on asiakashaastattelujen aineiston mukaan apuvälineiden käytön ohjaukseen liittyviä tarpeita, mutta aineistosta löytyy myös positiivisia kokemuksia apuvälineiden valintaan liittyvistä onnistuneista ratkaisuista.

3.3.5 Johtopäätökset ja kehitysehdotukset

Heikkisen mukaan toimintatutkimuksessa objektiivisuuden sijaan saavutettu tieto on tutkijan subjektiivista tulkintaa tuloksista (ks. Heikkinen, H. 2010, 223). Seuraavaksi kuvaan tutkimusaineistosta tekemäni johtopäätökset ja kehitysideat.

Tuen tarve hoivakotiin muutettaessa

Aineistoon perustuvan johtopäätökseni mukaan asukkaan muuttaessa hoivakotiin sekä asukkaalla että omaisella on tuentarve. Tukea tarvitaan aiemmasta luopumisen prosessointiin, uudelleen asennoitumiseen, identiteetin uudelleenmuodostumiseen ja hoivakotiin sopivien roolien löytymiseen. Virkolan mukaan dementiaa sairastavalle tulisi olla tarjolla muitakin rooleja kuin hoivan ja huolenpidon kohteena oleminen. Tällaisia rooleja voivat olla esimerkiksi yhteisön jäsen tai muiden auttaja. (Virkola, E. 2014, 278-281.) Aineiston mukaan omaisella on asukkaasta ja hänen mielenkiinnon kohteista runsaasti tietoa. Tätä tietoa voidaan käyttää apuna asukkaalle sopivien roolien löytymisessä hoivakodissa. Tieto aiemmista harrastuksista voi ohjata aktiviteettien suunnittelua asukkaan yksilöllisten mieltymysten mukaisiksi ja hänen tarpeitaan vastaaviksi.

Muistin vaikeuksia omaavan asukkaan voi olla vaikeaa ymmärtää syytä siihen, miksi ei voi enää asua kotona. Omaisille tämä kokemus on raskas. Johtopäätöksenä on, että asukkaan muuttaessa hoivakotiin sekä asukas että hänen omaisensa tarvitsevat hoitohenkilökunnan tukea ja muutostilanteen yli saattamista.

Sosiaalisten suhteiden tukemisen tarve

Virkolan mukaan muistisairaahan arjessa keskeistä on sosiaalisuus ja mahdollisuus sosiaalisiin kontakteihin. (Virkola, E. 2014, 278-281.) Oman tutkimusaineistoni mukaan asukas tarvitsee tukea sosiaalisten suhteiden muodostumiseen ja ylläpitämiseen hoivakodissa. Samoista asioista kiinnostuneiden kanssa-asukkaiden löytäminen ja muistaminen voi olla haastavaa ja henkilökunta voi olla tässä apuna, mikäli heillä on asukkaalta tai omaisyhteistyön kautta saatua tietoa asukkaiden mielenkiinnon kohteista. Joskus yhdessä tekemiseen tarvitaan myös välineet ja niiden hankkimisessa voidaan tarvita apua.

Yksilöllisiin tarpeisiin vastaavan viriketoiminnan lisäämisen tarve

Hoivakotiin siirryttäessä monet kotona tehdyt arjen toimet jäävät päivän ohjelmasta pois. Aineistosta käy ilmi asukkaiden kokemaa tekemisen puutetta. Tilalle tarvitaan jotakin korvaavaa, mutta kuitenkin oman mielenkiinnon mukaista toimintaa. Perehtyminen asukkaan elämänhistoriaan ja aiempien harrastusten selvittäminen voisi auttaa kohdentamaan viriketoiminnan asukkaan mielenkiinnon mukaisesti.

Fyysisen toimintakyvyn edistämisen lisäämisen tarve

Aineiston mukaan mahdollisuudet toteuttaa liikunnan tarpeita hoivakodissa ovat rajalliset. Liikuntaryhmien järjestäminen tapahtuu satunnaisesti esimerkiksi opiskelijoiden toimesta. Toisaalta opiskelijoiden osallistumista voisi olla mahdollista hyödyntää enemmänkin esimerkiksi ryhmä- ja viriketoiminnan suunnittelussa ja siihen liittyvien materiaalien ja ohjeiden tuottamisessa. Aineiston mukaan olemassa olevien liikunnan mahdollisuuksien hyödyntämistä rajoittaa myös asukkaan nykyinen toimintakyky. Tarpeita kuitenkin on ja tulkintani fysioterapeuttina ja tutkijana on, että toteutuksen menetelmää modifioimalla olisi moniakin näistä tarpeista edelleen mahdollista toteuttaa. Mahdollistaminen edellyttäisi henkilökunnalta luovia ratkaisuja ja joskus myös tarpeen takana olevan motiivin löytymistä. Myös kuntoutuksen ammattilaisen ammattitaidon hyödyntäminen voisi laajentaa asukkaiden liikunnan ja toimintakyvyn edistämisen mahdollisuuksia.

Liikunnan lisäämisen tarvetta perustelen seuraavilla kirjallisuuskatsaukseni tuloksilla: Rannan tutkimustulosten mukaan heikentymisen tai ylläpysymisen lisäksi iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyssä voi tapahtua myös parantumista. (Ranta, S. 2004, 4, 44-45, 138.) Pitkälän ym. tutkimustulosten mukaan muistisairaille kotona annettu kuntoutus hidasti merkittävästi fyysisen toimintakyvyn rajoittumista ja vaikutti myönteisesti kognitiiviseen toimintakykyyn. (ks. Pitkälä, K- ym. viitattu 6.12.2014.) Tekemäni pienimuotoisen kirjallisuuskatsauksen (LIITE 4) perusteella useiden tutkimusten mukaan on olemassa viitteitä siitä, että fyysisen toimintakyvyn edistämisen lisäksi liikuntaharjoittelun avulla on mahdollista joko edistää muistisairaiden kognitiivista toimintakykyä tai ainakin hidastaa kognitiivisen toimintakyvyn rajoittumista. (ks. Arcoverde C, Deslandes A, Moraes H, Almeida C, de Araujo NB, Vasques PE, Silveira H, Laks J 2014; Viitattu 21.10.2014; Blankevoort, CG., van Heuvelen, MJ., Boersma, F., Luning, H., de Jong, J. & Scherder EJ 2010. Viitattu 13.10.2014; Christofolletti G, Oliani MM, Gobbi S, Stella F 2007. Viitattu 21.10.2014; Coelho FG1, Santos-Galduroz RF, Gobbi S, Stella F 2009. Viitattu 13.10.2014; Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ 2004. Viitattu 21.10.2014; Kemoun G, Thibaud M, Roumagne N, Carette P, Albinet C, Toussaint L, Paccalin M, Dugue B 2010. Viitattu 21.10.2014; Kwak Y-S, Um S-Y, Son T-G, Kim D-J 2008. Viitattu 21.10.2014; Venturelli M, Scarsini R, Schena F2011. Viitattu 21.10.2014; Zähringer, S., Schuhmann, J. & Rebstock M. 2012. Viitattu 13.10.2014). Bonsdorffin tutkimustuloksissa on viitteitä siitä, että vanhanakin aloitettu fyysisen aktiivisuuden lisääminen mahdollisesti siirtää fyysisten toiminnanvajauksien syntyä ja näin myös avuntarvetta myöhempään ikään. (Bonsdorff, M. 2009, 43-47,74-78.) Kulmalan tutkimustulosten mukaan heikentynyt näkö yhdessä heikentyneen tasapainon ja kuulon kanssa lisää ikääntyvien kaatumisriskiä merkittävästi. (Kulmala, J. 2010, 76-78.) Piiraisen mukaan ikääntymisen tuomat muutokset hermo-lihasjärjestelmän toiminnassa johtavat voimantuotto-ominaisuuksien ja etenkin nopean voimantuoton heikkenemiseen, joka edelleen johtaa tasapainon heikkenemiseen. Kuitenkin tutkimuksen 12 viikon nopeusvoimaharjoittelujaksoon osallistuneilla iäkkäillä havaittiin jo neljän viikon harjoittelun jälkeen dynaamisen tasapainon parantumista. (Piirainen, J. 2014, 72-73.) Kallisen tutkimuksen mukaan liikunnalla on hyödyllisiä vaikutuksia iäkkäiden sydämen ja verenkiertoelimistön kuntoon ja

korkealla suorituskyvyllä ergometritestissä on yhteys alentuneeseen kuoleman-riskiin iäkkäillä. (Kallinen, M. 2004, 82-85.)

Omien tutkimustulosteni ja kirjallisuuskatsaukseni tulosten lisäksi liikunnan lisäämisen tarve on linjassa myös opetus- ja kulttuuriministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön sekä raha-automaattiyhdistyksen rahoittaman ja Ikäinstituutin koordinoiman ikäihmisten liikunnan kansallisen toimenpideohjelman kanssa. Sen tavoitteena on edistää liian vähän liikkuvien ikääntyvien ja iäkkäiden mahdollisuuksia suositusten mukaiseen liikuntaharjoitteluun. Toimenpideohjelma sisältää 16 toimenpide-ehdotusta, joiden avulla tähän tavoitteeseen pyritään monitoimijuuden ja monisektorisen toiminnan kautta. Yksityiset palveluntuottajat halutaan toimintaan mukaan. Toimenpide-ehdotus 6 mukaisesti liikuntaneuvonta sekä toiminta- ja liikkumiskyvyn arviointi sen osana voidaan liittää osaksi hoito- ja palvelutarpeen arviointia. Toimenpide-ehdotus 7 mukainen omaehtoisen liikunnan lisääminen voidaan hoivakodeissa käytännössä toteuttaa ottamalla liikunta osaksi yksiköiden toimintakulttuuria lisäämällä henkilöstön osaamista ja tekemällä yhteistyötä liikuntasektorin kanssa. (Valtion liikuntaneuvosto 2013: 6-8, 14.)

Toiminnan suunnitelmallisuuden, avoimuuden ja yhteistyön lisäämisen tarve

Tutkimusaineistoni mukaan omaisilla on tarve tietää, mitä asukkaan toimintakykyä edistävä hoivaan ja huolenpitoon kuuluu. Hoivakodissa omaiset eivät enää entisellä tavalla voi osallistua asukkaan hoivaan ja huolenpitoon ja sekä asukas että omainen tarvitsevat luottamuksen vahvistamista siihen, että tarvittavaa hoivaa ja huolenpitoa on hoivakodissakin asukkaalle sopivalla tavalla saatavilla. Aineiston mukaan omaisella voi olla asukkaasta ja hänen elämänhistoriastaan runsaasti tietoa, jota olisi mahdollista hyödyntää toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakaslähtöisyyden suunnittelussa ja toteutuksessa. Asukkaan elämänhistorian ja tarpeiden tuntemus voisi auttaa ohjaamaan suunnittelua ja tavoitteita asukkaan tarpeiden ja tottumusten mukaisiksi. Tätä omaisen tietoa hyödynnettäessä voisi samalla olla myös mahdollisuus edistää hoitohenkilökunnan, omaisen ja asukkaan välistä yhteistyötä ja myös asukkaan kotitutumista

Laatimalla hoito- ja kuntoutussuunnitelma yhdessä asukkaan ja omaisen kanssa voisi olla mahdollista lisätä keskinäistä luottamusta ja parantaa yhteistyötä niin asukkaan ja omaisen ja henkilökunnan välillä. Luottamusta voisi mahdollisesti lisätä myös toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon toteutuksen dokumentoinnin ja toiminnan suunnitelmallisuuden avoimuuden lisäämisen avulla. Asukkaan elämänsisäriaan perehtymisen ja toiminnan suunnitelmallisuuden kautta voisi olla mahdollista lisätä toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakastarpeisiin vastaavuutta. Vuotin mukaan asiakas tulisi ottaa mukaan omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun tilanteensa asiantuntijana. Palvelut ja palvelusuunnitelmat tulisi perustua ihmisen elämänsikulkuun ja -historiaan sekä ymmärrykseen ympäristön merkityksestä hyvinvointia tuottavana tekijänä. Näin toimimalla ja asennoitumalla voidaan kohentaa ikäihmisen osallisuutta ja elämänsihallintaa sekä tuottaa hyvinvoinnin kokemuksia. Samalla myös tuetaan toiminnan vaikuttavuutta ja kannattavuutta sekä asiakkaan hoitoon sitoutumista. (Vuoti, M. 2011, 155-157.) Hiironen mukaan tuotantoprosessien tuotoksiin ja yhteiskunnalliseen hyötyyn vaikuttaa yhteistyön sujuminen ja käytettävissä olevat resurssit. Hyvin toteutettu palvelu tuottaa mahdollisesti uusia asiakkaita hyvän palautteen kautta ja voi myös tarjota kehittämismahdollisuuksia. (Hiironen, M. 2007, 65.)

Palveluketjun katkeamattomuuden tarve

Mikäli tehostetun palveluasumisen tarpeen syntyminen on etukäteen nähtävissä, kuten se muistisairauksiin liittyen usein on, olisi aineistoon perustuvan johtopäätöksenä mukaan suunnitelmallinen kotoa hoivakotiin siirtyminen asukkaan tarpeiden mukaista. Tällöin vanhuksen olisi mahdollista orientoitua tulevaan muutokseen ja aloittaa uudelleen asennoituminen jo kotioloissa. Kansallisen muistiohjelman 2012-2020 mukaan tärkeänä laatutekijänä muistisairaahan ihmisen hoidon palvelujen kehittämisessä nähdään hoito- ja palveluketjujen toimivuus. Koska muutot ja siirtymät ovat haastavia muistisairaalle ihmiselle, tavoiteltavaa on, että tarvittavat palvelut liikkuvat tarpeen mukaan, jotta muistisairas voi asua samassa paikassa. (STM 2012b:11-13.)

3.4 III vaihe Henkilökunnan ryhmäkeskustelu

Henkilökunnan ryhmäkeskustelun tavoitteena oli kuvata toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon tunnuspiirteitä ja Vire Koti Kiimingin toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon nykykäytäntöjä sekä tuottaa niihin liittyviä kehitysehdotuksia, jotta niiden perusteella voitaisiin tuottaa luonnos toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon toimintamallista. Tarkoituksena oli toimintatutkimuksen edellisten vaiheiden tuloksia reflektoiden kerätä tietoa toimintakykyä edistävään hoivan ja huolenpitoon liittyvistä henkilökunnan kokemuksista, näkemysistä ja kehitysehdotuksista. Tarkoituksena oli myös kerätä tietoa Vire Koti Kiimingin toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon nykykäytännöistä. Henkilökunnan ryhmäkeskustelun tehtävänä oli vastata kysymyksiin:

- Mitkä ovat toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon tunnuspiirteet?
- Miten toimintakykyä edistävää hoivaa ja huolenpitoa voitaisiin toteuttaa ja kohdentaa niin, että se vastaisi asiakastarpeita?

Henkilökunnan noin tunnin kestäneeseen ryhmäkeskusteluun osallistui neljä sillä hetkellä työvuorossa olleista toimintakykyä edistävää hoivaa ja huolenpitoa toteuttavista, hierarkiassa monipuolisesti erilaisilla tasoilla olevista henkilökunnan jäsenistä. Ryhmäkeskustelu toteutettiin normaalien työvuorojen aikana, joten kaikkien henkilökunnan jäsenten ei ollut siihen mahdollista osallistua. Tein ryhmäkeskustelua varten tiiviin oheismateriaalin, joka perustui kehitystyön viitekehukseen ja asiakashaastatteluissa esiin nousseisiin teemoihin ja niistä sisällönanalyysin avulla muodostamiini yläluokkiin (ks. LIITE 5). Lisäksi poimin kirjallisuuskatsauksestani oheismateriaaliin kaksi referaattia nimenomaan laitoshoitoon keskittyneestä kuntoutumista edistävän toiminnan vaikuttavuutta todentaneesta tutkimuksesta (ks. Finne-Soveri H. ym. 2014, Viitattu 2.1.2015; Vähäkangas, P. 2010) ja logoterapeuttisen ajattelun näkökulmista (ks. Laine, M. & Heimonen S-L. 2011). Logoterapeuttisen ajattelun otin mukaan siksi, että Mainio Vire Oy:ssä on parhaillaan käynnissä suuri koulutushanke logoterapeuttisen ajattelun jalkauttamiseksi. (Mainio Vire 2015a, viitattu 13.2.2015.)

Nauhoitin ryhmäkeskustelun sanelukoneelle. Ryhmäkeskustelu eteni oheismateriaaliin tukeutuneen alustukseni jälkeen asiakaskokemuksia, henkilökunnan kokemuksia ja näkemyksiä, toimintakykyä edistävää hoivaa ja huolenpitoa sekä sen prosessia käsitellen. Tein myös itse haastattelututkimukseni aineistoon ja kirjallisuuskatsaukseni tuloksiin perustuvia kehitysehdotuksia. Perustelen ratkaisuni Heikkisen näkemyksellä, jonka mukaan toimintatutkimus poikkeaa perinteisestä tutkimuksesta tutkijan osallistuessa itse kohdeyhteisön toimintaan. Heikkisen mukaan myös aloitteiden tekeminen ja vaikuttaminen muutosinterventtioiden kautta on toimintatutkimuksessa hyväksyttävää. (ks. Heikkinen, H. 2010, 223.) Seuraavassa kuvaan esimerkin avulla omaa osallistumistani kehittämiseen ja ideointiin:

...harrastuksia joita on aikaisemmin ollut ja näitä tietenkin voi käyttää hyödyksi sitten viriketoiminnan suunnittelussa että vaikkei nyt voi pelata lentopalloa niin voisiko ilmapalloa pompottaa että tätä kautta niinkuin yhdistää siihen menneeseen että jotakin tuttua ottaa siellä puutarhanhoito oli jollakulla onks teillä omenapuita tai marjapensaita tässä...tai sitten joku rasvaaminen että hierovin ottein jotkut tämmöset niin asiakkaat kiinnittää niihin huomiota että ne tuntuu hyvältä... että ne semmoset pienet isot asiat niin semmosia hakea ja oppia et jos joku hoksaa jonkun niin ihmeessä jakaa se...

Nostin erityisesti kehittämisalueena esiin asukkaiden liikunnan lisääminen ja tässä tarkoituksessa myös mahdollisesti polkulaitteen hankinnan asukkaiden käyttöön. Ehdotin myös säännöllisen ryhmätoiminnan käynnistämistä asukkaiden toimintakyvyn edistämiseksi ja toiminnan avoimuuden lisäämiseksi. Ehdotus perustuu haastattelututkimukseni aineistoon, josta löytyy sekä asukkaan että omaisen toive asukkaiden säännöllisestä ryhmätoiminnasta.

Oman haastattelututkimukseni tulosten perusteella ehdottamiani kehittämisalueita olivat lisäksi ystävystymisen ja sosiaalisten suhteiden tukeminen sekä toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon avoimuuden ja näkyvyyden lisääminen. Nostin esille myös haastattelututkimuksen aineistosta tekemäni johtopäätöksen omaisten tuentarpeesta ja toisaalta kehitysehdotuksena

yhteistyön lisäämisen omaisten kanssa. Reflektiona henkilökunnan kertomaan ehdotin ryhmätoiminnan järjestämistä yhdessä omaisten kanssa. Toin myös esiin Kalevassa olleen artikkelin sisällön aluehallintoviraston päätöksistä, joiden mukaan myös hoivakodeissa asuvat henkilöt ovat oikeutettuja lääkinnällisen kuntoutuksen yksilöllisesti sovitettaviin apuvälineisiin (ks. Kaleva 2014, viitattu 18.12.2014). Nostin myös esiin haastattelututkimuksen aineistosta löytyneen ajatuksen kostonpelosta tiedonkulun esteenä, wc-asiointiin liittyvän huolenpidon tarpeen ja toiveen hoivan ja huolenpidon tasalaatuisuudesta. Alustin keskustelua myös siitä, miten asukkaan elämänhistoria otetaan huomioon toimintakykyä edistävää hoiva ja huolenpitoa suunniteltaessa ja toteutettaessa. Toin myös henkilökunnalle tiedoksi haastattelututkimuksen aineistosta tekemäni havainnon palveluketjun katkeamisen tuomasta haitasta asukkaille.

Henkilökunnan ryhmäkeskustelussa asiakashaastattelujen ja lähdekirjalisuuden perusteella tekemieni kehitysehdotuksiini ideoitiin ja etsittiin yhdessä käytännön ratkaisuja ja samalla suullisesti kuvattiin asiakasprosessin kulkua, nykykäytäntöjä sekä käytössä olevia mittareita ja lomakkeita. Joihinkin kehitysehdotuksiini löytyi jo olemassa olevia menetelmiä tai toimintatapoja tai jo aiemmin havaittuja tarpeita sellaisille, jotka kuitenkin jostakin syystä, useinkin ajallisista haasteista johtuen olivat jääneet säännöllisesti käyttämättä tai toiminta kokonaan käynnistämättä. Joihinkin asiakashaastatteluissa tullessiin kehitystarpeisiin henkilökunta toi vastaavasti esiin oman tarpeensa tai näkemyksensä ja osa asiakashaastattelujen perusteella kehitystarpeeksi olettamani alue osoittautui käytännön toiminnan osalta jo tapahtuvaksi ja kehittämistarve näiltä osin täsmentyi toiminnan avoimuuden ja tiedottamisen kehitystarpeeksi.

Litteroin henkilökunnan ryhmäkeskustelun seuraavien päivien aikana.

3.4.1 Henkilökunnan ryhmäkeskustelun analysointi

Litteroitua aineistoa oli 17 A4 kokoista sivua tekstikoolla 11. Kävin litteroitua henkilökunnan ryhmäkeskustelun aineistoa useaan kertaan läpi poimien siitä al-

leviivausten, tekstin tummennusten ja värien avulla toimintakykyä edistävän hoidon ja huolenpidon nykyisen käytännön kuvauksia, kehitysehdotuksia ja käytännön ratkaisuja toiminnan kehittämiseksi. Opinnäytetyön ohjausta varten jäsensin aineistoa myös hahmottelemalla asiakashaastattelujen luokittelujen ja ryhmäkeskustelun aineiston tarkastelun perusteella ensimmäisen luonnoksen toimintakykyä edistävän hoidon ja huolenpidon prosessimaiseksi toimintamalliksi (ks. Finanssialan keskusliitto 2014; Innokylä 2015). Tein tämän jäsentämisen siinä tarkoituksessa, että sen perusteella olisi mahdollista saada ohjausta toimintamallin tuottamiseen. Opinnäytetyön ohjauksessa prosessimaisen toimintamallin luonnokseni perusteella kehittämistyön tuotokseksi täsmentyi toimintakykyä edistävän hoidon ja huolenpidon asiakasprosessin kuvaus. Kuvaan prosessikuvausten kehittämisen ja tuottamisen prosessin myöhemmin erikseen.

Analysoin henkilökunnan ryhmäkeskustelun aineiston induktiivisella logiikalla toteutettua sisällönanalyysiä ja teoriasidonnaista sisällönanalyysiä soveltaen (ks. Tuomi & Sarajärvi 2004. 95-99). Analysointia tehdessäni havaitsin, että aineistossa oli yhtymäkohtia asiakashaastattelujen tuloksiin. Luokittelun etenemistä ohjaavana teoriana toimi haastattelututkimuksessa ja henkilökunnan ryhmäkeskustelussa kerätyn aineiston ja hahmotteleman prosessimaisen toimintamallin luonnoksen perusteella opinnäytetyön ohjauksen johdattamana syntynyt käsitteistö toimintakykyä edistävän hoidon ja huolenpidon prosessin kolmesta osaprosessista, jotka olivat 1. taloksi asettuminen, 2. suunnittelu ja 3. toteutus ja arviointi. Tarpeeseen jäsentää aineisto näin johti täsmennys tuottaa toimintamallin sijaan prosessikuvaus. Tämä päätöksen seurauksena syntyi tarve luokitella aineisto prosessin kuvaamisen tarpeisiin myös prosessin mukaisesti. Tyypittelin aineiston osaprosessien mukaiseen järjestykseen.(ks. Tuomi & Sarajärvi 2004. 95-96.) Siirsin litteroidusta aineistosta alleviivaamiani tai muuten merkitsemiäni näihin liittyviä asiakokonaisuuksia tai keskusteluketjua matriisimaiseen taulukkoon samalla asiakokonaisuuden sisällön jo tiivistäen. Toimintakykyä edistävän hoidon ja huolenpidon sisällöllisen kehittämisen tarpeisiin jaoin tiivistetyt ilmaukset matriisiin pystysuunnassa kuvattavan osaprosessien mukaisen jaon lisäksi myös matriisin vaakasuunnassa (ks. kuvio 4) tapahtuvan luokittelun avulla alustavassa tarkastelussa tekemieni havaintojen ja tekstin al-

leviivausten, tummennusten ja värien perusteella hahmottuneen jäsennysen perusteella neljään rinnakkaiseen luokkaan, jotka olivat nykykäytäntö, tiedostaminen, kehitysideat ja kehitystarpeet. Myöhemmässä vaiheessa yhdistin tiedostamisen luokan nykykäytäntöjen luokkaan. Liitteenä olevasta ryhmäkeskustelun aineiston analyysiä kuvaavasta taulukosta olen tutkimuseettisistä syistä jättänyt tiivistetyt ilmaukset pois. (LIITE 6).

Teemoitin tiivistetyn aineiston alaluokkiin samankaltaisuuksien ja myös eroavaisuuksien perusteella. Näistä muodostin edelleen yläluokat, pääluokat ja yhdistävät luokat, jotka siis jo lähtökohtaisesti sijoittuivat prosessin kulusta muodostuneen teorian mukaisesti sen kolmeen osaprosessin alle: taloksi asettuminen, suunnittelu sekä toteutus ja arviointi.

Osaproessi /yhdistetty luokka	Pelkistetyt ilmaukset tai asiakokonaisuudet			Ala- luokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
	Nyky- käytäntö	Kehitysideat	Kehitystarpeet				
Taloksi asettumisen prosessi							
Suunnittelun prosessi							
Toteutuksen ja arvioinnin prosessi							

Kuvio 4. Ryhmäkeskustelun aineiston luokittelu

Tutkimuskysymykseen ”Mitkä ovat toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon tunnuspiirteet?” en henkilöstöltä suoraan saanut vastausta, vaikka toiminnan sisältöä ryhmäkeskustelussa käsiteltiin. Henkilökunta toi kuitenkin esiin omia kehitysehdotuksiaan ja olemassa olevia käytäntöjä sekä käytännön ratkaisuja toimintakyvyn edistämiseksi. Näiden perusteella oli mahdollista tehdä johtopäätöksiä henkilökunnan näkemyksistä toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon tunnuspiirteistä.

3.4.2 Henkilökunnan ryhmäkeskustelun tulokset ja niiden tarkastelu

Seuraavaksi kuvaan henkilökunnan ryhmäkeskustelun tulokset ja tarkastelen niitä kirjallisuuskatsauksen tuloksiksi valikoituneiden väitöskirjojen ja muun käytämäni lähdeaineiston avulla. Tarkastelun jäsennys on tehty sisällönanalyysin yläluokkia vastaavasti.

Taloksi asettumisen vaihetta tukevat tiedonjakamiseen liittyvät tarpeet ja kehitystarpeet

Henkilökunnan ryhmäkeskustelun aineistosta nousee esiin tarve perehtyä nykyistä paremmin asukkaan elämänhistoriaan. Vuotin mukaan asiakas tulisi ottaa mukaan omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun tilanteensa asiantuntijana. Palvelut ja palvelusuunnitelmat tulisi perustua ihmisen elämänselkkuun ja -historiaan sekä ymmärrykseen ympäristön merkityksestä hyvinvointia tuottavana tekijänä. Näin toimimalla ja asennoitumalla voidaan kohentaa ikäihmisen osallisuutta ja elämänselkintää sekä tuottaa hyvinvoinnin kokemuksia. Samalla myös tuetaan toiminnan vaikuttavuutta ja kannattavuutta sekä asiakkaan hoitoon sitoutumista. (Vuoti, M. 2011, 155-157.)

Aineiston mukaan henkilökunta tiedostaa omaisen tiedontarpeen asukkaan sairauteen liittyen, mutta henkilökunnan näkemyksissä tulee esiin, että asukkaan sairaudesta kertominen on ensisijaisesti lääkärin vastuualuetta. Myös asukkaan yksityisyydensuoja tiedottamista rajoittavina tekijänä nousee aineistosta esiin. Kehitysideaksi esitetään eri sairauksista kertovan vapaasti saatavan materiaalin hyödyntämistä. Kehitystarpeena henkilökunta näkee omaisten luottamuksen lisäämisen hoitohenkilökunnan asiantuntijuutta kohtaan.

Suunnittelun ja tiedonjaon käytännöt ja kehitystarpeet

Aineistosta käy ilmi, että henkilökunnan näkemyksen mukaan asiakastarpeita vastaava toimintakykyä edistävän hoiva ja huolenpito perustuu asukkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioon. Arviointi tapahtuu konsernin käytössä olevan

RAI-mittarin avulla. Palvelutarpeen arviointiin RAI:n käyttö nähdään itsestäänselvänä menetelmänä. RAI:n avulla selvitetään asukkaan toimintakyky ja sen avulla saatua tietoa pyritään hyödyntämään toimintakykyä edistävää hoivaa ja huolenpitoa toteutettaessa. Asukkaan elämänsis historiaan perehtymiseen on olemassa valmis elämänsis kaarimalli ja henkilökunta ehdottaa sen uudelleen käyttöön ottoa asiakastarpeiden selvittämisen kehitystarpeen ratkaisuksi. Palvelutarpeen arvioinnista ja hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta omaisille tiedottaminen tapahtuu aineiston mukaan hoitoneuvotteluissa. Käytäntö tiedonjakamiseen hoitoneuvottelussa henkilökunta kokee muuten hyvänä, mutta kahdenkeskeistä aikaa omaisen kanssa ei ole. Henkilökunnan ryhmäkeskustelun aineiston mukaan toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon suunnitelman laatimisessa on käytössä asukkaan elämänsis historiaan perehtymistä lukuun ottamatta hyväksii koetut menetelmät.

RAI:n kirjaamista lukuun ottamatta päivittäisen kirjaamisen käytännöt näyttävät aineistossa vaihtelevina. Henkilökunnan näkemyksissä painottuu toiminnan toteutuksen etusijalle asettaminen sen dokumentointiin nähden, eikä toimintakyvyn edistämiseen liittyvän kirjaamisen yksityiskohtaisuutta nähdä erityisen tärkeänä. Kuntoutussuunnitelmasta omaisille tiedottamiseen liittyvänä näkemyksenä on, että jos luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan on kunnossa, ei kirjallisille todisteille toteutuneesta ole suurta tarvetta. Henkilökunta näkee tarpeen luottamuksen lisäämiselle nykyisestä, mutta keino tähän puuttuu.

Aineista käy ilmi henkilökunnan kokemukset siitä, että pelkkä kuntoutussuunnitelman kirjaaminen potilastietojärjestelmään ei riitä tiedon välittymiseen. Toisten laatimia suunnitelmia ei ajallisten haasteiden paineessa aina ehditä erikseen lukemaan, eikä niitä näinollen pystytä myöskään täysin noudattamaan.

Turjanmaan mukaan henkilösuhteiden ollessa kunnossa pienen yksikön henkilöstön vähäinen määrä mahdollistaa vaivattoman tiedonkulun ja edistää näin laadun oppimista. Näin mahdollistuu myös uudistavaa ja vuorovaikutuksellista oppimista edistävä avoin kanssakäyminen, ja kaikkien osallistuminen laadunjohtamisen keskeisen periaatteen mukaisesti. Avoin vuorovaikutus mahdollistaa myös käytännön työssä tapahtuvan henkilöstön kehittämisen ja informaalin

johdon. Asiakkaiden ja henkilökunnan välisen välittömän vuorovaikutussuhteen kautta kehittämisen lähtökohdaksi saadaan asiakaslähtöisyys, mikä myös edistää laadun oppimista. Laadun oppimisen eteneminen oppimisen tasolta toiselle voi yrityksessä johtaa toiminnan uudistumiseen. (Turjanmaa, P. 2005, 159-160. Viitattu 18.12.2014.)

Aineiston mukaan asukkaan seinälle laitettavasta suunnitelmasta ja siihen kirjatavasta toteutuksen dokumentoinnista henkilökunnalla on muualla kokeillun perusteella negatiivisia kokemuksia. Negatiiviset kokemukset liittyvät toisten omaisten kateudenilmaisuihin, yksityisyydensuojan rikkomuksiin, asukkaan voimavarojen huomioon ottamisen vaikeuteen asukkaan omaisten odotusten paineessa ja tämän kaiken seurauksena myös asukkaiden joutumiseen ainakin kokemuksellisesti keskenään eriarvoiseen asemaan. Kehitysehdotuksena esitetään, että eri asukkaiden toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon keskinäistä sisällöllistä vaihtelua perustellaan omaisille kertomalla, että suunnitelman ja toteutuksen yksilölliset ratkaisut perustuvat asukkaan mitattuun toimintakykyyn ja palvelutarpeen arvioon. ISO-laatustandardien mukaisen päätöksenteon tulee perustua analysoituun tietoon ja yhteistyö sidosryhmien kanssa tuo lisäarvoa auttaen molempia osapuolia saavuttamaan toiminnan vakauden ja paremman tuoton. (Suomen standardisoimisliitto SFS ry 2004, 14, 34-36; FK 2015, 5-6, 8, 17, Viitattu 23.1.2015)

Finanssialan keskusliiton mukaan ISO-laatustandardien mukainen käytäntö on, että mikäli prosessi ei ole määrällisesti mitattavissa, on sen laadun arviointi muutoin mahdollistettava riittävän dokumentoinnin ja prosessin tarkan määrittelyn avulla. (Finanssialan keskusliitto 2015, 8-11.) Ryhmäkeskustelun aineiston mukaan henkilökunta katsoo dokumentoinnin toteutuvan parhaiten kirjaamalla yksilöllinen toimintakyvyn edistäminen potilastietojärjestelmään ja vain yhteiset ryhmät avoimesti seinällä olevaan virikepäiväkirjaan.

Aineiston mukaan henkilökunta tiedostaa, että asiakastarpeet muuttuvat ajan myötä ja kehitystarpeena nähdään asiakastarpeiden kartoittamisen jatkuvuus.

Omaisyyhteistyö toimintakyvyn edistämässä

Ryhmäkeskustelun aineiston mukaan toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon toteutukseen liittyvään tiedon keskinäiseen jakamiseen henkilökunta toivoo omaisilta runsaampaa yhteydenottoa omaisen omasta aloitteesta. Aineistosta käy ilmi, että henkilökunta näkee omaiset pikemminkin yhteistyökumppaneina kuin asiakkaina. Aineiston mukaan henkilökunta haluaisi omaisten luottavan heihin. Asiakashaastattelujen aineistossa esiin noussut näkökulma kostonpelosta tiedonkulun esteenä otetaan vastaan ja siitä löytyy myös omakohtaisia kokemuksia. Henkilökunta toivoo omaisten osallistuvan myös yhteiseen toimintaan, mutta kokemus kokeiluista on, että kutsusta huolimatta omaiset eivät ole saapuneet paikalle kutsuttuja esiintyjä asukkaiden kanssa yhdessä kuuntelemaan. Toisaalta tiedostetaan myönteisenä asiana omaisten muuten aktiivinen osallistuminen asukkaan elämään.

Aineistosta löytyvä yhdessä tuotettu kehitysidea omaisyyhteistyön lisäämiseksi on omaisten kanssa yhdessä järjestettävä liikunnallinen ryhmätoiminta kuten esimerkiksi tasapainorata tai tanssit, jotka onnistuessaan vastaisivat sekä toiminnan avoimuuden ja omaisyyhteistyön lisäämisen että asukkaiden toimintakyvyn edistämisen kehitystarpeisiin. Pajalan mukaan tasapaino on yksi toimintakyvyn perusedellytyksistä ja sen heikentyminen yksi keskeisimmistä kaatumisen riskitekijöistä iäkkäillä. Kaatumisriski voi lisääntyä iäkkään joutuessa jakamaan huomionsa tasapainon säätelyn lisäksi johonkin toiseen toimintaan. (Pajala, S. 2006, 56-60.) Sihvosen tutkimuksen mukaan laitoksessa asuvien ikääntyneiden kaatumisia voidaan ehkäistä tasapainoharjoittelun avulla tasapainoa parantamalla. (Sihvonen, S. 2004, 49-50.)

Toimintakyvyn edistämisen käytännöt ja kehitystarpeet

Aineiston mukaan fyysisen toimintakyvyn edistämisen toteutus painottuu ulkoilun lisäksi aktivointiin arjen toimien yhteydessä. Asukkaan toimintakyvyn rajoittumiseen liittyen aineistossa näkyy myös epäuskoa toimintakyvyn edistämisen mahdollisuuteen silloin, kun kyseessä on pitkälle edennyt sairaus. Asukasta ei

haluta fyysisesti rasittaa liikaa. Tulos poikkeaa Vähäkankaan väitöskirjan tutkimustulosta, joiden mukaan vanhainkodeissa ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon osastoilla kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta kohdistui erityisesti niihin asiakkaisiin, joilla oli keskivaikeasti heikentynyt kognition taso tai jotka olivat ADL suoriutumisessa osittain autettavia tai autettavia. Asiakkaan sosiaalinen osallistuminen lisäsi hoitajan toteuttamaa kuntoutumista edistävää toimintaa. Muita hoitajan toteuttamaa kuntoutumista edistävää toimintaa lisääviä tekijöitä olivat asiakkaan yleisen hoidon tarpeen lisääntyminen, terveydentilan epävakaumus, kaatuminen, masennusriski ja virtsanpidätyskykyyn liittyvät ongelmat. (Vähäkangas, P. 2010, 77.). Aineiston mukaan myös asukkaiden kognitiivisen toimintakyvyn rajoittumisen koetaan olevan esteenä toimintakyvyn edistämiseksi esimerkiksi keskusteluryhmien avulla. Viriketoimintana henkilökunnan kokemusten perusteella onnistuu esimerkiksi bingon, askartelun tai pizzaillan järjestäminen. Näissä viriketoiminnoissa asukkaan osallistumisena nähdään myös läsnäolo ja toiminnan seuraaminen.

Aineistosta ilmenee arjen toimissa aktivointia ja ulkoilua lukuun ottamatta toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon sisällön satunnaisuus. Satunnaisuuden taustalla aineistossa näkyvät ajalliset haasteet, tehdään silloin kun aikaa on.

Aineiston mukaan säännöllisenä viriketoimintana toteutuu kerran kuukaudessa järjestettävä vierailevan kuoron esiintyminen ja samoin myös seurakunnan edustajan vierailu. Myös ulkoilu on tärkeä osa säännöllistä toimintakykyä edistävää hoivaa ja huolenpitoa. Rantakokoon mukaan ulkona liikkuminen kohentaa toimintakykyä, terveyttä ja mielialaa sekä vahvistaa itsenäisyyttä. (Rantakokko, M. 2011, 67-69.) Aineistosta käy ilmi, että muutakin viriketoimintaa kyllä tapahtuu, mutta useimmiten ajallisten rajoitusten sallimissa puitteissa hetkeen tarttumisenä tai opiskelijoiden resurssia ja ideoita hyödyntäen. Kansallisen muistiohjelman 2012-2020 mukaan ympärivuorokautisen yksikön korkealaatuisen hoidon tunnuspiirre on toimintakyky ja kuntoutumista edistävä toiminta, jonka perustana on mielekäs tekeminen ja säännölliset toiminnot. Palvelun käyttäjien ja heidän läheistensä kuuleminen kaikissa prosessin vaiheissa on tärkeää. (STM 2012b:11-13) Viriketoiminnan toteutuksessa sen yhdistäminen asukkaan yksilölliseen elämänhistoriaan ei tule henkilökunnan ryhmäkeskustelun aineistossa

esiin. Vuotin tutkimustuloksissa kulttuurielämykset kuten esimerkiksi musiikki tai tv:n katselu sellaisessa muodossa kun ne läpi elämän on koettu merkityksellisenä, liitettiin osaksi hyvinvointia. Muitakin elämän aikana iloa tuottaneita tekijöitä, kuten puutarhanhoito, nuotiolla istuskelu, lasi viiniä tai omasta ulkonäöstä huolehtiminen, haluttiin säilyttää myös vanhuudessa. Teknologia turvallisuuden tuottajana osaltaan mahdollisti hyvinvointia. (Vuoti 2011, 105-106.)

Aineiston mukaan omakustanteisesti järjestetyistä palveluista hoivakodilla on käytössä jalkojenhoitajan palvelut, ja joillekin asukkaista omaiset ovat järjestäneet fysioterapeutin käyntejä. Raution väitöskirjan mukaan korkeampi sosioekonominen asema iäkkäillä henkilöillä on yhteydessä parempaan toimintakykyyn (Rautio, N. 2006, 87.) Ulkopuolisten palveluntuottajien hyödyntäminen toimintakyvyn edistämisessä edellyttää siihen liittyvän huolenpidon lisäksi asukkaan taloudellisia mahdollisuuksia omakustanteisten palveluiden hankkimiseen.

Rajallisten resurssien täydentämisen tarpeet

Ajanpuute tulee toistuvasti aineistossa esiin. Aineiston mukaan henkilökunta pyrkii toimimaan parhaalla mahdollisella tavalla ajalliset resurssit huomioon ottaen. Elämänkaarimallin täytön mahdollistumiseksi nähdään tarve ratkaisuille ajallisen resurssin järjestymiseksi. Henkilökunnan yhteistä viikkopalaveriaikaa haluttaisiin käyttää myös jokaisen asukkaan kuntoutussuunnitelman sisällön suulliseen kuvaamiseen, jotta muutkin kuin omahoitaja pystyisivät sitä toteutuksessa paremmin noudattamaan. Vähäkankaan tutkimuksessa osastonhoitajat nostivat esille kuntoutumista edistävien osastojen keskeisiksi piirteiksi toimintaympäristön ja kuntoutumista edistävän hoitotyön lisäksi myös toimivan työyhteisön, ja sen perustana kuntoutumista edistävän toimintakulttuurin, toiminnan yhteisen päämäärän, innostuneen ilmapiirin, omahoitajuuden ja henkilöstön määrään, osaamiseen, sitoutumiseen tai vaihtuvuuteen liittyviä tekijöitä. (Vähäkangas, P. 2010, 84-85.) Ratkaisuksi kuntoutussuunnitelman sisällöstä tiedottamiseen ehdotetaan myös erillistä osastopalaveria, mutta toisaalta se nähdään liikaa aikaa vievänä nykyisten työvuorojen puitteissa.

3.4.3 Johtopäätökset ja kehitysehdotukset

Yksilöllisyys

Henkilökunnan ryhmäkeskustelun aineistosta nousee esiin tarve perehtyä nykyistä paremmin asukkaan elämänhistoriaan. Asukkaan elämänhistoria ei aineistossa nykykäytännöissä yhdisty toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon toteutukseen tai sen suunnitteluun, mutta nousee kehitystarpeena esiin. Kirjallisuuskatsaukseni ja haastattelututkimukseni aineistoon perustuva johtopäätöksenä tuottettu kehitysehdotus on, että asukkaan yksilöllinen toimintakyvyn edistäminen pyritäisiin liittämään asukkaan aiempiin harrastuksiin ja aktiviteetteihin. Tällä tarkoitan sitä, että esimerkiksi aiemmin pallopelejä harrastaneen toimintakyvyn edistämässä hyödynnettäisiin ilma- tai terapiapalloa tai aiemmin puutarhanhoita harrastaneelle henkilölle järjestettäisiin mahdollisuus soveltuvaan puutarhan tai kasvien hoitoon. Uskonnolliselle henkilölle voitaisiin järjestää mahdollisuus hengelliseen keskusteluun tai virsien laulamiseen ja television katsomisesta kiinnostunut avustettaisiin television ääreen katsomaan lempiohjelmaansa.

Hiironen mukaan ikääntyvän itsensä kokemalla toimintakyvyllä on vahva yhteys siihen millaista palvelua hän tarvitsee. Jotta pystytään tarjoamaan ikääntyvälle hänen tarpeitaan vastaavaa palvelua, on ensin selvitettävä hänen oma arvionsa toimintakyvystään. (Hiironen, M. 2007, 38.) Johtopäätökseni omasta tutkimusaineistostani on, että asukkaan kognitiiviset haasteet voivat vaikeuttaa palvelutarpeen selvittämistä ainoastaan asukkaan omaan kokemukseen toimintakyvystään nojaten. Haastattelututkimuksessa käyttämäni menetelmä haastatella asukasta yhdessä hänen omaisensa kanssa osoittautui toimivaksi. Kokemukseeni perustuvana johtopäätöksenä on, että myös palvelutarpeen arvioon ja hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisen yhteydessä asukkaan ja omaisen haastatteleminen nimenomaan yhdessä voisi olla toimiva menetelmä kerätä tietoa asukkaan yksilöllisistä tarpeista.

Suunnitelmallisuus

Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon käytännöistä aineistossa näkyy arjen toimissa aktivointia ja ulkoilua lukuunottamatta toiminnan satunnaisuus ja liikunnan vähäisyys. Henkilökunnan ryhmäkeskustelun aineistossa on osin havaittavissa myös luovuttamista toimintakyvyn edistämisen suhteen silloin kun kyseessä on etenevä sairaus, jossa kokemustiedon perusteella tiedetään toimintakyvyn ajan myötä rajoittuvan tai silloin kun toimintakyky on jo vaikeasti rajoittunut. Vähäkankaan mukaan hoitajan uskolla asiakkaan kuntoutumismahdollisuuksiin edes jollain ADL-toimintakyvyn osa-alueella oli yhteys kuntoutumista edistävään toiminnan toteuttamiseen, hoitajan uskon lisätessä 35 %:lla asiakkaan mahdollisuuksia saada kuntoutumista edistävää toimintaa. Hoitajat kuitenkin arvioivat, että vain 16 %:lla asiakkaista oli kuntoutumisen mahdollisuus. (Vähäkangas, P. 2010, 77-78.) Pitkälän ym. tutkimustulosten mukaan muistisairaiden fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä on mahdollista edistää liikunnan avulla (ks. Pitkälä, K. ym. 2013, 122, viitattu 6.12.2014). Myös PEDro tietokantaan tekemäni pienimuotoisen kirjallisuuskatsauksen tuloksissa on viitteitä vastaavista tuloksista (ks. LIITE 4).

Johtopäätöksenä ja kehitysehdotuksena on, että toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laatua voisi olla mahdollista kehittää asukkaan, omiasen ja omahoitajan yhdessä laatiman yksilöllistä toimintakykyä vastaavan ja konkreettiset tavoitteet ja toimintakyvyn edistämisen menetelmät kuvaavan kuntoutussuunnitelman ja siihen perustuvan toteutuksen avulla. (ks. Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. 2012. Viitattu 18.2.2015.) Kehitysideana on että henkilökunnalle järjestettäisiin toimintakyvyltään vaikeasti rajoittuneiden asukkaiden toimintakyvyn edistämiseen liittyvää lisäkoulutusta. Kuntoutuksen ammatillaisen osaamisen hyödyntäminen kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa voisi myös auttaa vaikeasti rajoittuneiden henkilöiden toimintakyvyn edistämiseen soveltuvien menetelmien löytymistä. Aineiston mukaan joillekin asukkaista omaiset ovat myös omakustanteisesti järjestäneet kuntoutuspalveluja.

Myös ryhmätoiminnassa suunnitelmallisuus voisi edistää sen avoimuutta ja mahdollisesti omaisyhteistyön kautta auttaa ohjaamaan kunkin asukkaan mielenkiintoon vastaaviin ryhmiin ja toisaalta perustamaan ryhmiä asukkaiden intressien mukaisesti. Tutkimusaineistostani käy ilmi, että asukkaat eivät välttämättä itse osaa ilmaista tarpeitaan, mutta omaisilla voi asukkaan elämänhistorian tuntemuksen kautta olla tietoa asukkaan mahdollisista mielenkiinnon kohteista.

Yhteistyö

Johtopäätöksenä aineistosta on, että henkilökunta kokee, etteivät kaikki omaiset luota heidän asiantuuteensa, mutta omaa osuutta siihen ei havaita. Kokemus omasta osaamisesta ja eettisestä tavasta toimia on niin vahva, että on vaikea nähdä tarvetta sen todistamiselle tai syytä sen kyseenalaistamiselle. Anttonen ja Zechner nostavat esiin hoivaeettisen näkökulman, jossa todetaan eettisten sääntöjen määrittämisen kokemuksen subjektiivisuuden takia olevan haastavaa. Puhutaan vastuurationalisuudesta ja hoivasta yhteisön moraalisena periaatteena. Hoivan erityisyytenä on, että sen toinen osapuoli on avun tarpeessa oleva henkilö. Anttonen ja Zechnerin mukaan eettisesti hyväksyttävässä hoivasuhteessa sekä hoivan antaja että hoivan tarvitsija voivat parhaalla mahdollisella tavalla toteuttaa itseään ja molemmat voivat hyvin. (Anttonen, A. & Zechner, M. 2009, 17-45.) Oman tutkimusaineistoni mukaan myös omaiset kokevat tarvetta oman kokemusasiantuntijuutensa tunnistamiselle ja tunnustamiselle ja toivovat että heidän kokemuksiaan ja ideoitaan kuullaan. Johtopäätöksenä on, että omaisten ja henkilökunnan keskinäisen yhteistyön lisäämiselle on olemassa molemminpuolinen tarve. Vähäkankaan mukaan kuntoutumista edistävässä toiminnassa asiakkaan lisäksi myös omaisten aktiivista osallistumista hoitoon tuetaan. Omahoitajalla on toiminnassa keskeinen rooli, sillä hän toimii hoidon koordinaattorina, omaisten yhteyshenkilönä, asiakkaan toimintakyvyn arvioijana ja hoitosuunnitelman laatijana. Tarvittaessa hän konsultoi sairaanhoitajaa ja terapiahenkilöstöä. (Vähäkangas, P. 2010, 68,84, 92.)

Reflektiona ja aiemmista tutkimusvaiheista syntyneenä johtopäätöksenä on, että omaisten luottamusta voisi olla mahdollista lisätä toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon suunnitelmallisuutta, avoimuutta ja toteutuksen dokumentoinnin

avoimuutta sekä omaisten ja henkilökunnan välistä yhteistyötä lisäämällä. Erehdysten tai virheiden tapahtuessa myös niiden myöntäminen voi lisätä luottamusta.

Ajankäytön johtaminen

Johtopäätöksenä aineistosta on, että suurin haaste toimintakykyä edistävän hoidon ja huolenpidon toteuttamiseksi asiakastarpeiden mukaisesti on henkilökunnan ajalliset tai ajankäytölliset haasteet. Henkilökunnalla olisi asenteellista valmiutta asukkaiden tarpeiden huomioon ottamiseen, mutta aikaa sille ei koeta löytyvän. Aineiston mukaan ajankäyttöön liittyen kehitystarpeina nähdään henkilökunnan keskinäisen tiedon jakamisen lisääminen ja siihen tarvittavan ajan löytyminen sekä myös palvelutarpeen arviointiin tarvittavan riittävän ajan löytyminen. Asiakkaan elämänhistorian huomioon ottaminen edellyttäisi lisää palvelutarpeen arviointiin käytettävää aikaa. Palvelutarpeen arvioinnin perusteella tehdyn kuntoutussuunnitelman mukainen suunnitelmallinen toiminta edellyttäisi siihen liittyvän tiedon jakamista koko toimintakykyä edistävää hoivaa ja huolenpitoa toteuttavan henkilökunnan kesken. Tämä edellyttäisi yhteisen ajan järjestymistä tiedon jakamisen tarpeisiin.

ISO-ajattelun mukaisessa laadunhallinnassa keskeistä on järjestelmällinen ja avoin johtaminen. Järjestelmällinen, prosessimainen, suunnitelmallinen ja tavoitehakuinen, henkilöstön ja asiakkaat osallistava avoin johtaminen parantaa toiminnan tehokkuutta ja vaikuttavuutta ja auttaa organisaatiota jatkuvasti parantamaan suorituskyykyään.. (Suomen standardisoimisliitto SFS ry 2004, 14, 34-36; FK 2015, 5-6, 8, 17, Viitattu 23.1.2015) Aineiston perusteella vaikuttaa siltä, että ajankäytöllisiin ratkaisuihin tarvittaisiin ainakin aluksi entistä tarkempaa ajankäytön johtamista, jotta laadun kehittäminen suunnittelun osalta mahdollistuisi.

Toimintakykyä edistävän hoidon ja huolenpidon tunnuspiirteet

Johtopäätöksenä henkilökunnan ryhmäkeskustelun aineistosta on, että henkilökunnan näkemysten mukaan toimintakykyä edistävän hoidon ja huolenpidon

tunnuspiirteitä ovat asukkaan voimavarat huomioon ottava aktiivisuuteen ja oma-toimisuuteen kannustaminen, ulkoilun mahdollistaminen, spontaani ja ulkopuolisten vierailijoiden järjestämä viriketoiminta sekä omaisten kanssa tapahtuva seurustelu ja yhteistyö. Toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito perustuu RAI-mittarin avulla tehtävään palvelutarpeen arvioon ja sen perusteella tehtyyn hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan sekä hoitoneuvotteluissa käytyihin keskusteluihin.

3.5 IV vaihe: Henkilökunnan ja omaisten yhteinen ryhmäkeskustelu

Henkilökunnan ja omaisten yhteisen ryhmäkeskustelun tavoitteena oli kehittää toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvauksen ja toimintaohjeiden luonnoksen toimivuutta ja asiakastarpeisiin vastaavuutta. Ryhmäkeskustelun tarkoituksena oli reflektion avulla tuottaa kehitysideoita tuottamaan toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvaukseen ja toimintaohjeisiin. Henkilökunnan ja omaisten yhteisen ryhmäkeskustelun tehtävänä oli vastata kysymykseen:

- Millaisin muutoksin toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvauksen luonnoksesta syntyy käyttökelpoinen ja asiakastarpeita vastaava toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvaus ja toimintaohjeet?

Henkilökunnan ja omaisten yhteiseen ryhmäkeskusteluun osallistui yrityshierarkiassa erilaisilla tasoilla olevia toimintakykyä edistävän hoivaa ja huolenpitoa toteuttavia henkilöstön edustajia sekä asiakashaastatteluihin osallistuneita omaisia. Ryhmäkeskustelua varten tein luonnoksen toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessiksi. Luonnoksen ratkaisut perustuivat lähdekirjallisuuteen, asiakashaastatteluaineistoon ja henkilökunnan ryhmäkeskustelussa syntyneisiin kehitysehdotuksiin, ryhmäkeskustelun perusteella hahmottuneeseen tämänhetkiseen prosessin kulkuun sekä edellä mainittujen kautta johtopäätöksinä syntyneisiin kehitysideoihin. Kehitysideoista prosessikuvaukseen olin sisällyttänyt sellaiset ehdotukset, jotka käytännössä olisi mahdollista ottaa käyttöön välittömästi.

Tässä vaiheessa prosessikuvauksessa näkyvinä kehitysideoina olivat:

1. Omaisen osallisuuden ja roolin korostaminen prosessin kulussa
2. Elämänkaarimallin uudelleen käyttöön otto ja sen hyödyntäminen kuntoutussuunnitelman laadinnassa
3. Mahdollisuus sisällyttää kuntoutussuunnitelmaan myös asukkaan/omaisen itse järjestämiä tai omakustanteisia harrastuksia, aktiviteetteja tai kuntoutusta
4. Konkreettisuuden korostuminen tavoitteiden asettamisessa ja kuntoutussuunnitelman laadinnassa
5. Kunkin asukkaan kuntoutussuunnitelman osalta sen sisällön kuvaaminen viikkopalavereissa suullisesti siten, että kaikki asukkaan toimintakyvyn edistämiseen osallistuvat olisivat tietoisia sen sisällöstä ja pystyisivät sitä noudattamaan
6. Kuntoutussuunnitelman keskeisen sisällön laittaminen asukkaan seinälle sitä varten laadittavaan aktiviteettipäiväkirjaan tms. lomakkeeseen

Henkilökunnan ryhmäkeskustelusta omaisten ja henkilökunnan yhteiseen ryhmäkeskusteluun oli kulunut 3 viikkoa ja ensimmäisistä asiakashaastatteluista 2,5 kuukautta. Kehittämisen käynnistyminen oli ryhmäkeskustelussa jaetun tiedon perusteella jo selvästi havaittavissa. Ryhmäkeskustelussa sen tarkoituksen ja tuottamani materiaalin lyhyen esittelyn jälkeen henkilökunnan edustaja kertoi hoivakodissa jo edelliseen ryhmäkeskustelun seurauksena tehdyistä kehittämistoimista ja hoivakotiin tilatusta polkulaitteesta. Henkilökunta toi esille aiemmassa ryhmäkeskustelussa tulleita ideoita ja niiden hyödyllisyyttä arvioitiin yhdessä. Joitakin aiemmissa vaiheissa tai niiden kautta syntyneistä kehitysideoista oli jo ehditty testata tai ideaa oli viety eteenpäin. Ryhmäkeskustelun yhteydessä jaettiin näitä kokemuksia ja henkilökunta tiedusteli omaisten kiinnostusta asukkaille omakustanteisesti järjestettävää hierontaa kohtaan. Esitys sai omaisilta kannatusta ja palvelua päätettiin ehdottaa muillekin asiakkaille.

Seuraavaksi esittelin luonnostani asiakasprosessista ja samalla ryhmäkeskustelun osallistujat arvioivat sen ratkaisuja ja toimivuutta. Prosessikuvauksen luonnoksessa ehdottamistani kehitysideoista osa todettiin tarpeellisiksi tai hyviksi ja osa haluttiin jättää pois tai toteuttaa toisella tavalla. Ryhmäkeskustelussa sovittiin tasapainoradan rakentamisesta hoivakotiin ja joidenkin pienten ja helppokäyttöisten liikuntavälineiden, kuten kuminauhojen, hankkimisesta yhteiseen käyttöön. Sovittiin, että järjestetään vielä yksi yhteinen tapaaminen, jossa sovitaan yhdessä kehitetyn toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon prosessin käyttöönotosta. Samalla testattaisiin ryhmäkeskustelun alussa ehdotettua yhdessä järjestettävää ryhmätoimintaa voima- ja tasapainoradan muodossa. Lopuksi käytiin lyhyt toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laatuun liittyvä keskustelu, jossa määrittyi omaisen esittämä ja ryhmän hiljaisella hyväksynnällä kannattama yhteinen näkemys toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kriteeriksi. Muita laadun kriteereitä ei esitetty.

Litteroin aineiston samana päivänä heti ryhmäkeskustelun jälkeen.

3.5.1 Henkilökunnan ja omaisten yhteisen ryhmäkeskustelun analysointi

Litteroitua aineistoa oli 15 A4 kokoista sivua tekstikoolla 11. Ryhmäkeskustelun sisällönanalyysi eteni järjestelmällisesti litteroidusta aineistosta ajatuskonaisuuksia alleviivaamalla, teemoittamalla, tiivistettyjen ilmaisujen tyypittämällä toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin osaprosessien mukaisesti kolmeen tyyppiin, näiden ryhmittelyllä alaluokkiin, yläluokkiin, pääluokkiin ja prosessin vaiheita kuvaaviin yhdistäviin luokkiin. Omaisten ja henkilökunnan yhteisen ryhmäkeskustelun sisällönanalyysiin liittyvä aineiston luokittelu on kuvattu liitteessä 7. (LIITE 7)

3.5.2 Henkilökunnan ja omaisten yhteisen ryhmäkeskustelun tulokset ja niiden tarkastelu

Seuraavaksi kuvaan ja tarkastelen omaisten ja henkilökunnan yhteisen ryhmäkeskustelun aineistoa. Tarkastelen henkilökunnan ja omaisten yhteisen ryhmäkeskustelun aineistoa ryhmäkeskustelussa reflektoidun toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvauksen luonnoksen osaprosessien mukaisesti jäsennettynä, koska ryhmäkeskustelun tarkoituksena oli reflektion avulla tuottaa kehitysideoita tuottamaani toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvaukseen ja toimintaohjeisiin. Nämä toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin osaprosessit ovat 1. Taloksi asettuminen, 2. Sunnittelu 3. Toteutus ja arviointi. Vastaavat osaprosessit on kuvattu kuviossa 9 (ks. KUVIO 9) ja valmiissa toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvauksessa. (ks. LIITE 8.)

Osaprosessi 1. taloksi asettuminen

Aineiston mukaan vierailuaikojen puuttuminen, omaisen oma aktiivisuus, henkilökunnan, asukkaan ja toisiinsa tutustuminen ja aika helpottavat yhteistyötä ja taloksi asettumisen prosessia. Henkilökunta näkee asukkaiden talon ulkopuolisten harrastusten ja vierailujen jatkumisen mahdollistajana omaiset, sillä henkilökunnalla ei ulkoilua lukuun ottamatta tällaisen järjestämiseen ole mahdollisuutta. Elon mukaan arjesta irtautuminen on yksi kolmesta hyvinvoinnin ideaalisesta ominaisuudesta. (ks. Elo, S. 2013, 129, 140-145). Aineiston mukaan henkilöunta kuitenkin tiedostaa omaisten arkuuden viedä asukasta hoivakodin ulkopuolelle.

Osaprosessi 2. suunnittelu

Aineistosta käy ilmi, että sekä henkilökunnan että omaisten näkemyksen mukaan asiakkaan elämänhistoria ja toimintakyky määrittävät palvelutarpeen. Sekä hoitohenkilökunta että omaiset pitävät hoitoneuvotteluja sopivana kuntoutussuunnitelmasta sopimisen ja tiedottamisen foorumina. Suunnitelman ja

etenkin toteutuksen dokumentoinnin laittamisen seinälle keskusteluun osallistuneiden enemmistö näkee asukkaan yksityisyyden suojaa loukkaavana ja sekä omaiset että henkilökunta haluavat luopua toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvauksen luonnoksessa olevasta ideasta laittaa asukkaan aktiviteettisuunnitelma huoneen seinälle. Sekä henkilökunta että omaiset kokevat riittävänä että kuntoutussuunnitelmasta sovitaan ja tiedotetaan hoitoneuvottelussa vain henkilökunnan, omaisen ja asukkaan kesken.

Osaprosessi 3. toteutus ja arviointi.

Aineiston mukaan omaiset puoltavat tuottamassani luonnoksessa olevaa ideaa järjestää asukkaille myös joitakin omakustanteisia palveluita. Aineiston mukaan omaiset ovat kiinnostuneita myös itse osallistumaan oman asukkaana olevan omaisensa liikuntaharjoittelun mahdollistamiseen, mikäli hoivakotiin hankitaan liikuntavälineitä asukkaiden yhteiseen käyttöön. Arviointiin liittyen henkilökunta tarkentaa luonnostani siten, että palvelutarpeen arviointi RAI-mittarin avulla tapahtuu puolen vuoden välein ja lisäksi myös asukkaan toimintakyvyssä tapahtuvan muutoksen yhteydessä. Yhteistyö omaisten kanssa nousee aineistossa esiin arvioinnin välineenä. Vähäkankaan mukaan kuntoutumista edistävän toiminnan tuloksia voidaan arvioida omaispalautteiden ja asiakkaiden ja omaisten kanssa käytyjen keskustelujen kautta, hoitosuunnitelmista ja RAI- järjestelmän laatuindikaattoreista saadun tiedon avulla sekä osaston ilmapiiristä tehtyjen aistihavaintojen perusteella. (Vähäkangas, P.2010, 84-85)

3.5.3 Laadun kriteerin määrittäminen

Luonnostelemani toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvauksen ja toimintaohjeiden reflektion yhteydessä henkilökunnan ja omaisten yhteisessä ryhmäkeskustelussa määrittyi myös toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kriteeri. Laadun kriteerin määrittelemisen ei lähtökohteisesti ollut tämän tutkimusvaiheen tehtävä, mutta se nousi reflektion yhteydessä ns. sivuspiraalina esiin (ks. Heikkinen 2010, 222). Laadun kriteerin

määrittelemiseen johti intuitiivisesti ryhmäkeskustelussa tuottamani kysymys siitä, että miten ryhmäkeskusteluun osallistujat "kiteyttäisivät" toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun. Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kriteeriksi määrittyi omaisen tässä yhteydessä vastauksena esiin nostama toiminnan asukaslähtöisyys:

"kyllähän se täytyy se tähti ottaa huomioon kaikista ensimmäisenä se kai se on kaikista alku ja juuri... sitten on vasta me muut"

Ylläolevassa siteeratussa puheenvuorossa omainen viittaa tässä ryhmäkeskustelussa arvioitavana olleeseen toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvauksen luonnokseen ja siinä rinnakkaisina toimijoina kuvattuihin asukkaaseen, omaiseen ja omahoitajaan (ks. Kuvio 6). Johtopäätöksenä asiayhteyden perusteella aineistosta on pääteltävissä, että tähdellä omainen tarkoittaa asukasta ja viitattaa ryhmäkeskustelussa aiemmin käytyyn keskusteluun asukkaasta, omaisesta ja omahoitajasta prosessikuvauksen tähtirooleissa. Asukkaan tarpeet on asetettava etusijalle, ennen muita. Omaisen tekemä ehdotus laadun kriteeriksi sai muilta osallistujilta päiden nyökkäämisellä osoitetun hiljaisen hyväksynnän eikä saanut rinnakkaisia ehdotuksia.

3.5.4 Johtopäätökset ryhmäkeskustelussa tuotetuista kehitysehdotuksista

Johtopäätöksenä henkilökunnan ja omaisten yhteisestä ryhmäkeskustelun aineistosta on, että Vire Koti Kiimingin toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kriteeri on toiminnan asukaslähtöisyys. Aineistosta tekemäni johtopäätökseni mukaan toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvauksen luonnosta tulee muuttaa siten, että asukkaan rooli muihin toimijoihin nähden korostuu. Luonnoksessani ollut toimintaohje teettisuunnitelman seinälle asettamisesta täytyy kokonaan poistaa. Palvelutarpeen arvioinnin osalta prosessikuvausta täytyy täydentää siten, että siihen kirjataan, että palvelutarpeen tapahtuu puolivuositain tai asukkaan toimintakyvyn

muuttuessa. Ryhmäkeskustelun aineistosta ei löydy muita muutosehdotuksia tuottamaan luonnokseen.

3.6 Asukaslähtöisen toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon määritteleminen

Henkilökunnan ja omaisten yhteisen ryhmäkeskustelun aineistosta tekemäni johtopäätöksen perusteella toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kriteeriksi määrittyi sen asukaslähtöisyys. Johtopäätökseni kaikkien neljän tutkimusvaiheen aineistosta on, että asukaslähtöinen toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito on asukkaan toimintakykyyn, yksilöllisiin tarpeisiin ja elämänhistoriaan perustuvaa hoito- ja kuntoutussuunnitelman mukaista suunnitelmallista toimintaa, jonka asiakastarpeisiin vastaavuutta edistää sekä henkilökunnan keskinäinen että omaisten ja henkilökunnan välinen yhteistyö ja tiedon jakaminen. Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon tunnuspiirteitä ovat arjen toimissa aktiivisuuteen ja osallistumiseen kannustaminen, hoivakodin asukkaiden keskinäisten sosiaalisten suhteiden ja niiden muodostumisen tukeminen sekä yksilöllisten mieltymysten mukainen viriketoiminta, ulkoilu ja liikunta.

Johtopäätökseni ja synteesini mukaan asiakastarpeisiin vastaavan toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon kolme keskeistä elementtiä ovat yksilöllisyys, suunnitelmallisuus ja yhteistyö. Graafinen kuvaus synteesistäni on esitetty tämän raportin kansilehdellä (Kuvio, ei numeroitu).

4 TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄN HOIVAN JA HUOLENPIDON ASIAKASPROSESSIN KUVAAMINEN

Kehittämistyön tuotoksen muotoilemisessa käytin menetelmänä palvelumuotoilua. Miettisen mukaan palvelumuotoilu hyödyntää muotoilussa jo pitkään käytettyjä menetelmiä. Kehittämisen keskiössä on asiakas, joka saa entistä aktiivisemmän käyttäjän roolin, aiemman palvelun passiivisen vastaanottajan roolin sijaan. Luova tuotekehittelyprosessi tapahtuu yhteistyössä asiakkaiden kanssa ja asiakkaat voivat testata palveluprototyyppejä. Tarpeiden, tunteiden, motiivien ja inhimillisen toiminnan kokonaisvaltainen ymmärtäminen on lähtökohtana. Kun ymmärretään asiakkaan tarpeet, on niihin mahdollista vastata uusien palveluinnovaatioiden avulla ja saavuttaa myös liiketaloudellista hyötyä. Innovaatioprosessin eri vaiheissa voidaan käyttää useita eri palvelumuotoilun menetelmiä. Tuotteiden haluttavuutta tai ominaisuuksia voidaan parantaa kehitettyjen palveluiden avulla. (Miettinen 2011, 13-14, 21-22, 77- 83, 94.)

Kehitystyötä suunniteltaessa oli tarkoituksena, että kehitystyön tuotoksena syntyisi toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon toimintamalli. Kehitystyön kuussa tuotokseksi täsmentyi toimintakykyä edistävän asiakasprosessin kuvaus ja toimintaohjeet. Tästä syystä käytän seuraavaksi kuvaamani kehitysprosessin alkuvaiheen kuvauksessa käsitettä toimintamalli ja siirryn myöhemmin käyttämään käsitettä prosessikuvaus.

Innokylän mukaan toimintamalli on yleistetty kuvaus käytännöstä ja sen keskeisestä ideasta ja se sisältää tiedon käyttötarkoituksesta, keskeisistä toimijoista sekä toimintaa ohjaavista säännöistä, säädöksistä ja periaatteista (Innokylä 2015. Viitattu 31.1.2015). Miettistä (2011) mukaillen, toimintamallissa määritellään palvelun tuotantotavat laadun kehittämisen kohteiksi valikoituissa palveluissa tai palvelutuokioissa. Toimintamalliin voidaan sisällyttää asiakkaille kokemuksellisesti tärkeitä palvelueleitä. Tällaisia palvelueleitä voivat olla esimerkiksi asiakashaastatteluissa ja ryhmäkeskusteluissa esille nousevat asiakkailla kokemuksellisesti merkittävät eleet tai pienet teot, joilla viestitään

vastaamista asiakkaiden tarpeisiin. Myös asiakkaiden keskinäinen positiivinen vuorovaikutus ja sen tukeminen on toimintamallissa mahdollista ottaa huomioon. (ks. Miettinen, S. 2011, 52).

Mainio Vire Oy:llä on käytössä ISO 9001:2008 toimintajärjestelmä (ks. Mainio Vire Oy 2014c, viitattu 24.9.2014). Suomen standardoimisliiton mukaan ISO-laatustandardi suosittelee käyttämään prosessimaista toimintamallia. Prosessimaisessa toimintamallissa tiedostetaan paitsi prosessien sisältö myös niiden keskinäinen vuorovaikutuksellinen suhde, liittyminen toisiinsa tai ketjuuntuminen. Näin mahdollistuu myös niiden ohjaaminen sekä jatkuva tehokkuuden ja vaikuttavuuden parantaminen. Prosessimaisella toimintamallilla tarkoitetaan tämänkaltaista prosessijärjestelmän soveltamista. (Suomen standardisoimisliitto SFS ry 2004, 14-17.)

JUHTA:n (2012) mukaan prosessikuvaukset toimivat prosessien parantamisen, hallinnan ja johtamisen välineenä. Niiden avulla voidaan jäsentää prosesseja ja sen toimijoiden vastuita sekä hallita kokonaisuuksia. Prosessikuvaukset voivat myös auttaa hiljaisen tiedon keräämisessä ja toiminnan arvioinnin mittarien määrittämisessä. Prosessien kehittäminen perustuu organisaation strategioihin, visioihin ja toimintaperiaatteisiin. JUHTA:n suosituksen mukaiset prosessin kuvaustasot ovat yksityiskohtaisuudeltaan lisääntyvässä järjestyksessä prosessikartta, toimintamalli, prosessin kulku ja työnkulku. Prosessikuvauksen tason määrittää sen käyttötarkoitus ja sen mukaisesti tasoja voi myös yhdistää tai kuvata prosessin vain yhdellä kuvaustasolla. Työntekijöiden käyttöön tarkoitetun mallin on oltava johdon käyttöön tarkoitettua mallia yksityiskohtaisempi kuvaus. JUHTA 2012. 1, 3, 6 viitattu 16.2.2015). Tämän kehitystyön tuotoksessa on kuvattu toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kulku ja sen toimintaohjeet. JUHTA:n mukaan prosessin kuvaamisen syytä on pidettävä prosessin kuvaukseen lähtökohtana (JUHTA 2012, 4). Tämän prosessikuvauksen tuottamiseen lähtökohtana oli tarkoitus kehittää Vire Koti Kiimingin toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laatua.

Kehittämisprosessin alussa tarkoitukseni oli tuottaa toimintamalli. Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon toimintamallin suunnittelussa lähdin liikkeelle siitä näkökulmasta, että asiakkaita ovat Vire Koti Kiimingin asukkaat ja heidän elämäänsä osallistuvat omaiset sekä läheiset, ja toimintamallin käyttäjiä ovat myös hoivakodin työntekijät, laajemmin katsottuna myös Mainio Vire Oy yrityksenä. Tätä valintaa perustelen Larjovuoren ym. näkemyksellä, jonka mukaan asiakkaan käsitettä voidaan laajentaa tarkoittamaan myös esimerkiksi varsinaisen asiakkaan omaisia, läheisiä tai yhteisöä. Yhteisössä voi olla myös tulevaisuuden asiakkaita, vaikkei varsinaista asiakkuutta tällä hetkellä olisikaan olemassa. Palvelun käyttäjinä voidaan nähdä muitakin kuin palvelun varsinaisia loppukäyttäjiä. Palvelujen kehittämisessä tulee ottaa huomioon asiakkaiden näkökulman lisäksi myös sen muiden käyttäjien tarpeet. (Larjovuori, RL., Nuutinen S., Heikkilä-Tammi, K., Manka ML. 2012:12, viitattu 16.12.2014).

Jotta toimintamallista tulisi pragmaattisenkin näkökulman mukaisesti toimiva, olisi siinä asiakkaiden lisäksi mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon myös muut sen käyttäjät. Toimintamallia suunniteltaessa olisi otettava huomioon sekä asiakastarpeet, että se mikä käytännössä on mahdollista toteuttaa. Myös olemassa olevat resurssit, kuten esimerkiksi taloudelliset mahdollisuudet, henkilöstömäärä tai tilaratkaisut, vaikuttavat siihen, minkälainen toimintamalli voi käytännössäkin toimia.

4.1 Kerätyn tiedon jäsentyminen kuvaukseksi

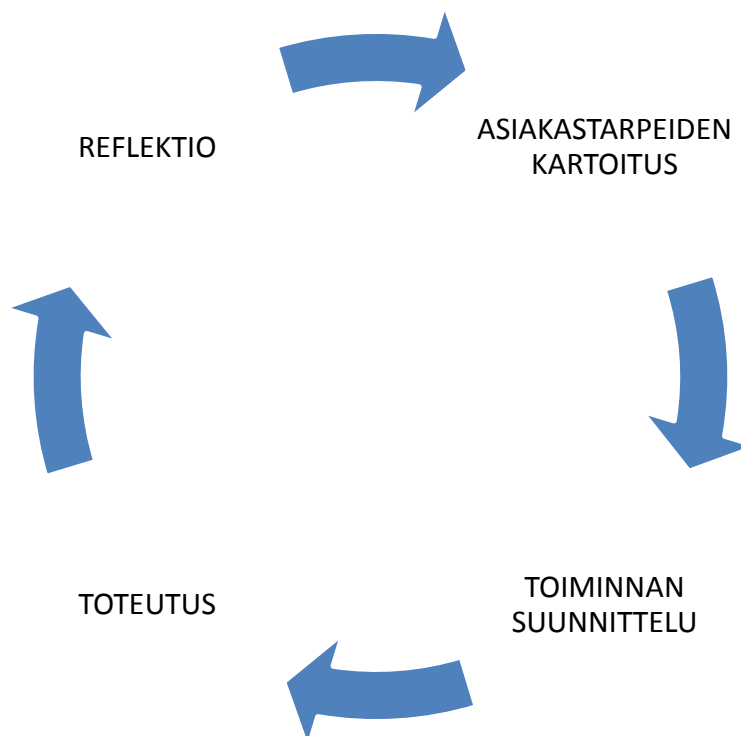
Asiakashaastattelujen ja henkilökunnan ryhmäkeskustelun jälkeen tein opinnäytetyön ohjausta varten asiakashaastattelujen luokiteltuun aineistoon, ryhmäkeskustelun aineistoon ja kirjallisuuskatsaukseni tuloksiin perustuvan ensimmäisen luonnoksen toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon prosessimaiseksi toimintamalliksi. Luonnokseni avulla hain myös ratkaisua tuotokseni olomuodosta. Alunperin tarkoituksena oli ollut kehittää toimintamalli, mutta yhteistyökumppanini käyttämä ISO-laatustandardi (ks. Suomen standardisoimisliitto SFS ry 2004, 14-17.) suosittelee käyttämään prosessimaista toimintamallia.

Koin epävarmuutta siitä, millainen tuotokseni tulisi olla. Ensimmäisessä luonnoksessani oli piirteitä sekä toimintamallista että prosessikuvauksesta. Tässä vaiheessa kertyneeseen haastattelututkimuksen ja henkilökunnan ryhmäkeskustelun tutkimusaineistoon ja kirjallisuuskatsauksen tuloksiin perustuvana johtopäätökseni mukaan toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon keskeisiksi kehityselementeiksi olivat muodostuneet toiminnan yksilöllisyys, suunnitelmallisuus ja yhteistyö. Luonnostani varten tein tämän raportin kansilehdellä olevan graafisen kuvauksen tästä synteesisistäni (KUVIO 0, ei numeroitu).

Tarve asukkaan elämänhistorian, yksilöllisen toimintakyvyn ja voimavarojen huomioon ottamiselle nousi sekä asiakashaastatteluissa, henkilökunnan ryhmäkeskustelussa että kirjallisuuskatsauksessani esiin. Suunnitelmallisuuden kehittämistarve näkyi asiakashaastattelujen aineistossa etenkin toiminnan avoimuuden lisäämisen tarpeen näkökulmasta ja henkilökunnan ryhmäkeskustelun aineistossa toiminnan toteutuksen satunnaisuutena ja toisaalta tarpeena saattaa asukkaiden kuntoutussuunnitelman sisältö kaikkien toimintakykyä edistävään hoivaan ja huolenpitoon osallistuvien tietoon. Sekä haastattelututkimukseni aineistosta että henkilökunnan ryhmäkeskustelun aineistosta löytyi tarve avoimen vuorovaikutuksen ja yhteistyön lisäämiseen.

Aiemmin keräämäni lähdekirjallisuuden ja tutkimusaineiston lisäksi hyödynsin toimintamallin ensimmäisen luonnoksen ideoinnissa, jäsentämisessä ja ulkoasun tuottamisessa mm. InnoKusti hankkeessa kehitetyn tutkitusti tuloksellisen Aktivoivan arjen ideoita (ks. Metsälä, A. 2007, viitattu 31.1.2015; ks. Finne-Soveri H. ym.2014. Viitattu 2.1.2015.), Innokylän ohjetta toimintamallin luomiseksi (ks. Innokylä 2015.), Finanssialan keskusliiton laatukäsikirjan laatimismallin ideoita ja ISO- laatustandardeja (ks. Finanssialan keskusliitto 2014) sekä ideaa toimintatutkimuksen syklisen kehittämisen reflektiivisyydestä (ks. Heikkinen, H. 2010, 219-222.) Heikkisen mukaan toimintatutkimus soveltuu erityisen hyvin ihmisten yhteistoiminnan tutkimiseen ja kehittämiseen (Heikkinen, H. 2010, 214). Lisäsin hahmottelemaani toimintamalliin luonnokseen kuvion kehittämisen syklisestä rakentesta jatkamaan tässä kehitystyössä aloitettua toimintatutkimuksen spiraalimaista etenemistä, joka syntyy sen useiden reflektiivisten kehien

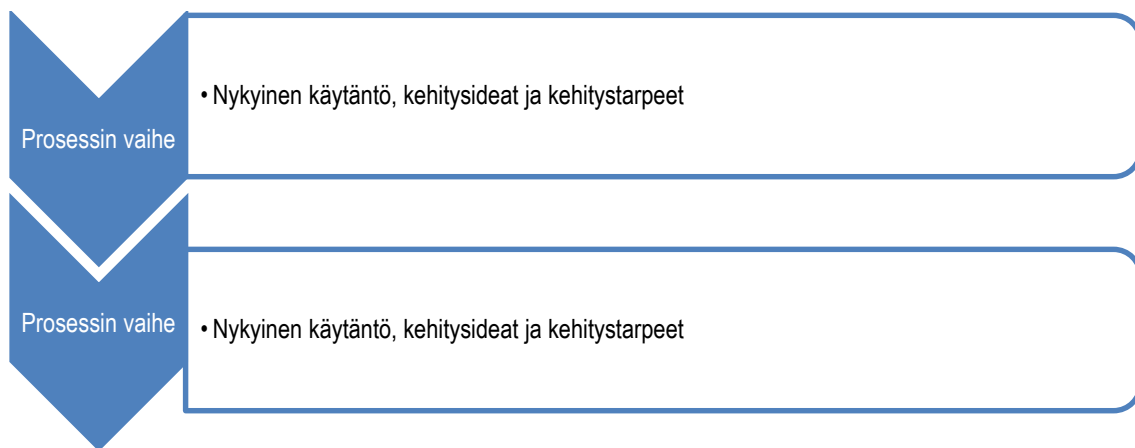
seuratessa toisiaan (ks. Kuvio 5). Reflektiivisessä kehittämisessä suunnittelu, toiminta, havainnointi, reflektio ja uudelleensuunnittelu etenevät sykleittäin. (ks. Heikkinen, H. 2010, 219-222.) Palvelumuotoilussakin käytettävät yhteissuunnittelu ja iteraatio perustuvat tällaisen kehittämisen, kokeilemisen ja arvioinnin toistumiseen (Miettinen, S. 2011, 23). Tarkoituksena on, että asiakastietoon perustuvaa toiminnan suunnittelua seuraa käytännön toteutus ja sen reflektio, jonka jälkeen tarvittaessa uudelleensuunnitellaan, toteutetaan ja jälleen reflektoidaan. (Kuvio 4). Tämä idea siirtyi myös valmiiseen tuotokseeni (ks. KUVIO 9).



KUVIO 5 Asiakaslähtöisen kehittämisen syklinen prosessi

Henkilökunnan ryhmäkeskustelun jälkeisessä opinnäytetyön ohjauksessa kehityksen tuotokseksi täsmentyi toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvaus. Heikkisen mukaan toimintatutkimuksessa usein jostakin pienestä ongelmasta tai kysymyksestä voi nousta esiin uusi suunnanavaus koko tutkimukselle, ja myös uusia tutkimustehtäviä (Heikkinen 2010, 222). Innokylän mukaan toimintamalliin ei sisälly kehittämis- tai hankeprosessin

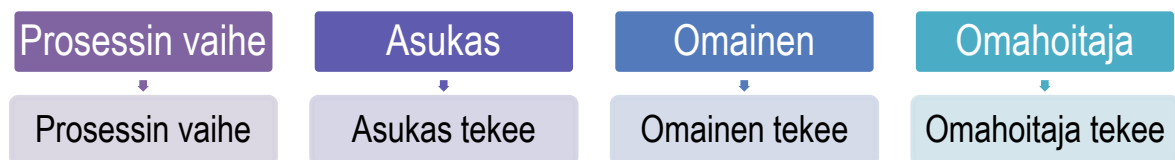
kuvausta tai paikallista informaatiota eikä se kuvaa yksittäistä tai paikallista palvelua (Innokylä 2015. Viitattu 31.1.2015). Olin kuitenkin sisällyttänyt luonnokseeni myös Vire Koti Kiimingin käytäntöihin perustuvia kirjallisia toimintaohjeita. Toimintamallin prosessimaisuutta etsiessäni olin myös pelkistetysti luonnostellut haastattelututkimukseni ja henkilökunnan ryhmäkeskustelun aineistosta johtopäätöksinä syntyneitä asiakas- ja käyttäjätarpeisiin vastaavia kehitysideoita sisältävän toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kulun (Kuvio 6).



Kuvio 6. Prosessimaisuuden ilmaantuminen toimintamallin luonnokseen.

Luonnokseni soveltui lähtökohdaksi asiakasprosessin kuvauksen tuottamiselle. Haastattelututkimuksen ja ryhmäkeskustelun aineiston perusteella luonnostelemastani toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessista hahmottui kolme osaprosessia: 1. taloksi asettuminen, 2. suunnittelu sekä 3. toteutus ja arviointi ja aineiston tarkemman analyysin jälkeen niihin jokaiseen 4-5 vaihetta. Modifioin aiempaa luonnostani edelleen ja täydensin sitä ryhmäkeskustelussa syntyneillä kehittämisideoilla ja niiden välittömästi toteutettavaksi soveltuvilla käytännön ratkaisuilla. Muutin sanalliset ohjeet ”tekee” muotoisiksi toimintaohjeiksi. Kokonaisuuden hahmottamisen ja kehitysprosessin näkyväksi tekemisen tarkoituksiin tein myös pelkistetyin prosessikartan (LIITE 1) ja prosessikaavion (LIITE 2) käsitykseni mukaisesta lähtötilanteesta ilman kehitysideoita.

Miettisen mukaan palvelumuotoilun avulla voidaan ohjata sekä palvelun käyttäjiä että niitä jotka tuottavat palveluja ja oleellista on suunnitella sekä asiakkaille että asiakaspalvelijoille palveluntuotantoon sopivat roolit. (Miettinen 2011, 53). Kirjallisuuskatsauksen, asiakashaastattelujen ja ryhmäkeskustelun aineiston perusteella johtopäätöksenäni syntyneen kehitysidean mukaisesti nostin tässä vaiheessa prosessin keskeiseksi toimijaksi asukkaan ja omahoitajan rinnalle myös omaisen. Kuvasin näiden kolmen toimijan tekemisen prosessin mukaisesti vaihe vaiheelta. (Kuvio 7)



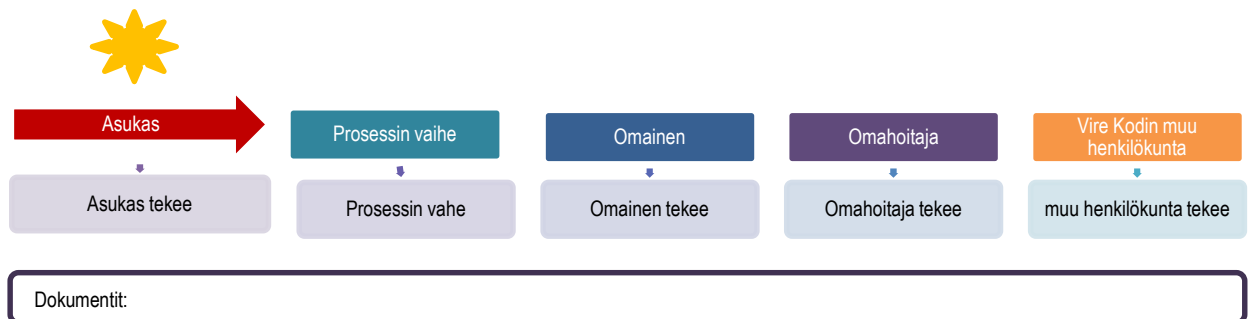
Kuvio 7. Yhteiseen ryhmäkeskusteluun viedyn asiakasprosessin luonnoksen kuvaus

Sen jälkeen kun Vire Kodin johtaja oli luonnokseni nähnyt ja hyväksynyt, vein yllä kuvatulla tavalla syntyneen, toimintaohjeet sisältävän toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvauksen henkilökunnan ja omaisten yhteiseen ryhmäkeskusteluun arvioitavaksi. Tässä ryhmäkeskustelussa syntyneiden muutos- ja kehitysideoiden sekä omaisten laadun kriteeriksi määrittelemän asukaslähtöisyyden ohjaamana tein lopullisen version toimintakykyä edistävän asiakasprosessin kuvauksesta ja toimintaohjeista (LIITE 8).

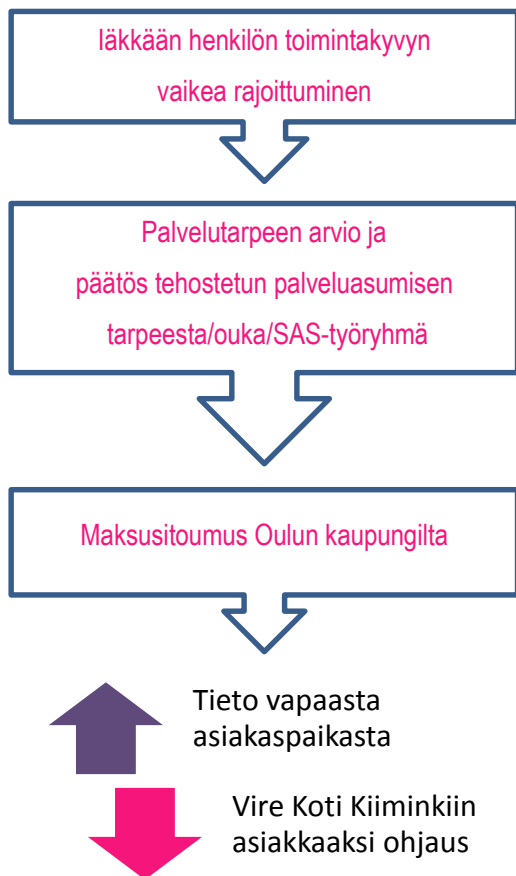
Tuottamassani toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvauksessa kuvaan prosessin etenemisen ylhäältä alaspäin. Tulokulma luonnokseen verrattuna on muuttunut. Asukaslähtöisyyttä korostaakseni olen graafiseen kuvaukseen sijoittanut asukkaan prosessin kuvaukseen vasemmalle kuvaten siinä prosessin vaiheita asukkaan elämäntapahtumina. Näistä asukkaan elämäntapahtumista seurauksena on toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessi, jota muut siihen osallistuvat tukevat ja myötäilevät. Asukkaan oikealle puolen nimesin näistä asukkaan elämäntapahtumista aiheutuvat

prosessin vaiheet, joiden oikealla puolella ovat loittonevassa järjestyksessä asukkaan elämäntapahtumista aiheutuva omaisen prosessi, omahoitajan prosessi ja yhdistetty muun henkilökunnan prosessi, johon olen myös erikseen kirjannut hoivakodin johtajan, vastaavan sairaanhoitajan ja laatuvaastaavan tehtäviä. Asukkaan kohdalle piirsinkin myös pienen aurinkomaisen tähden muistuttamaan henkilökunnan ja omaisten yhteisessä ryhmäkeskustelussa yhdessä määritellystä toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kriteeristä. Tähden tilalle olisi mahdollista sijoittaa Mainio Vire Oy:n tähtimäinen logo, mutta minulla ei siihen graafista kuvausta tehdessäni ollut käyttöoikeutta. Olen myös graafisessa kuvauksessani pyrkinyt kuvaamaan työntekijöiden prosessit Mainio Vireen omilla väreillä (Kuvio 8) ja esimerkiksi ensimmäisen sivun prosessikaaviossa (Kuvio 9) kuvannut Oulun kaupungin prosesseja Oulun kaupungin käyttämällä pinkillä värillä. Täsmällisten värisävyjen jäljittämiseen ja tuottamiseen minulla ei ollut mahdollisuutta, mutta käyttämäni värit kuvaavat tätä ideaa. Tarkoitukseni on ollut värien avulla helpottaa myös tehtävänjaon luettavuutta.

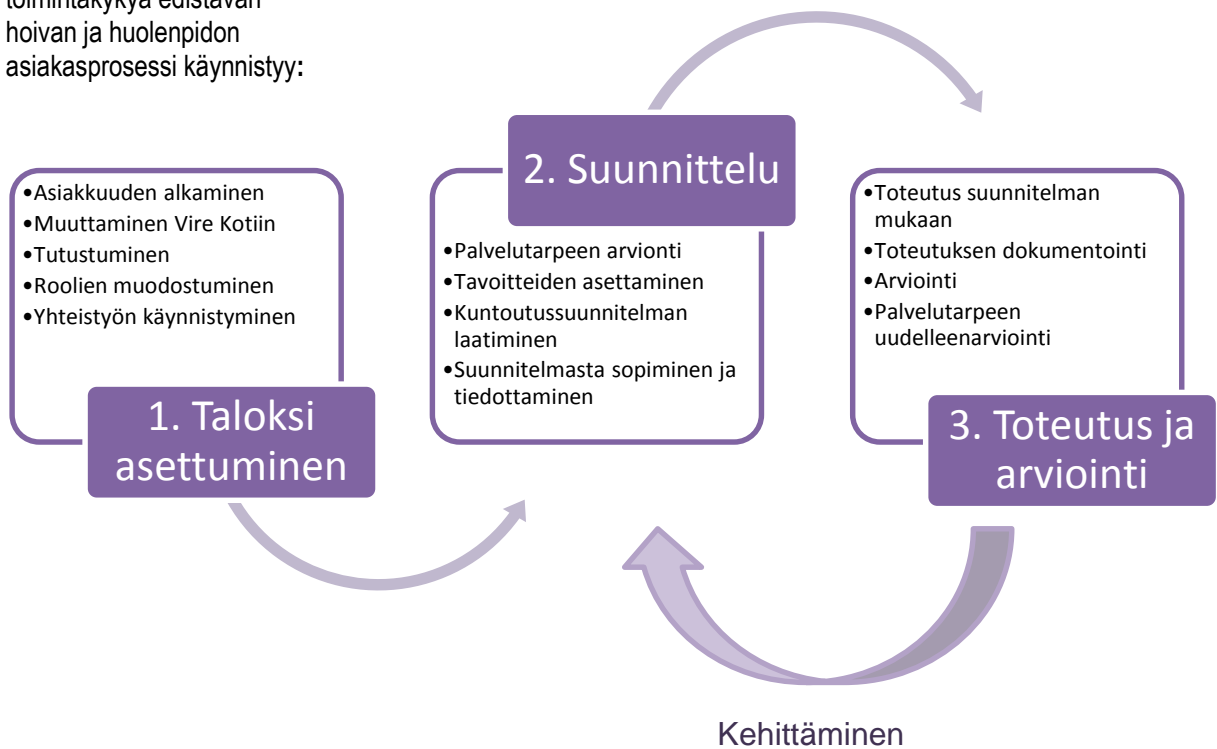
OSAPROSESSI



Kuvio 8. Osaproessin kuvauksen malli.



Vire Koti Kiimingin
toimintakykyä edistävän
hoivan ja huolenpidon
asiakasprosessi käynnistyy:



Kuvio 9. Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon prosessikaavio

4.2 Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin toimintaohjeiden käyttöönotosta ja sen kehittämisestä sopiminen

Kehittämistyön sopimisvaihe ei toteutunut toivotulla tavalla. Henkilökunnan ja omaisten yhteisessä ryhmäkeskustelussa oli alustavasti sovittu, että kokoonnuttaisiin vielä kerran sopimaan yhdessä kehitettyjen toimintatapojen käyttöönotosta ja siitä minkälaista toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon kehittämistä tarvitaan jatkossa. Samalla oli ajatuksena myös testata hoivakotiin perustettavaa tasapainorataa ja sen yhdessä järjestämistä. Hoivakodin tarpeisiin liittyvistä syistä ajankohdasta sopiminen ei kuitenkaan ollut mahdollista samassa yhteydessä, joten ajankohdasta tiedottaminen ja samassa yhteydessä tapahtuvaan tasapainoradan vihkimistilaisuuteen kutsuminen tapahtui henkilökunnan toimesta käteen annettavan kirjallisen tiedotteen avulla omaisten hoivakodissa vierailujen yhteydessä.

Omaiset eivät saapuneet paikalle. Vastaava kokemus henkilökunnalla oli ollut aiemmista yrityksistä kutsua omaiset seuraamaan hoivakotiin kutsuttuja esiintyjä. Tulkintana tämän kertaista poisjäännistä on, että tapahtuman lajilla ei ilmeisesti ole merkityä osallistumisaktiivisuuteen. Idea lisätä konkreettista tarvetta omaisten osallistumiselle tapahtuman onnistumiseksi ja mahdollisesti näin osallistumismotivaation lisäämiseksi ei toiminut. Toisaalta edellisestä tapaamisesta oli kulunut aikaa vain kaksi viikkoa ja on myös mahdollista, että osallistumisen odotus tapahtui liian pian edellisen tapaamisen jälkeen. Omaiset olivat aktiivisesti osallistuneet kehittämisen aiempiin vaiheisiin. Tämä toimintatutkimus ei anna luotettavaa vastausta poisjäämisen syyhyn.

Suunniteltu erillinen sopiminen prosessikuvauksen ja sen toimintaohjeiden käyttöönotosta ja jatkokehittämisestä kaikkien kehittämistyöhön osallistuneiden kesken ei näinollen onnistunut. Toisaalta on ajateltavissa, että tarvetta tällaiselle erikseen sopimiselle ei varsinaisesti ollut, koska yhteinen ryhmäkeskustelu jo toimi tällaisena sopimisen foorumina, jossa aiemmin tuotetut ideat koottiin yhteen

sellaisina kuin ne yhdessä voitiin hyväksyä. Myös oma intuitioni jo aiemmin kyseenalaisti tarpeen kehitystyön vaiheistustaulukossa suunnitellulle erilliselle tapaamiselle sopimisen tarkoituksessa. Tästäkin syystä lisäsin samaan yhteyteen tasapainoradan testaamisen tapaamisen mielekkyyttä lisätäkseni. Idea ei tässä tarkoituksessa toiminut. Sovimme kuitenkin palvelukodin johtajan ja vastaavan hoitajan kanssa yhdessä kehitettyjen ideoiden käyttöön otosta ja mahdollisuudesta käyttää tuotettua asiakasprosessin kuvausta sekä perehdytyksen että omaisyhteistyön edistämisen välineenä. Keskustelimme myös kehitystyön myötä syntyneistä kehitysideoista ja tarvittavasta kehittämisestä jatkossa. Sain myös palvelukodin johtajalta palautetta kokemuksesta kehitystyön merkityksestä Vire Koti Kiimingin toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon kehittämisessä. Palautteen mukaan kehittämissyö oli koettu hoivakodin kannalta hyödyllisenä ja se oli käynnistänyt myös henkilökunnan omia ajattelun prosesseja. Suhtautuminen kehittämissyön toteuttamiseen Vire Koti Kiimingissä oli myös kehittämisen prosessin edetessä muuttunut alun epäilevän varovaisesta ja tunnusteleavasta suhtautumista myönteiseksi.

Lopuksi testasimme henkilökunnan voimin rakentamaamme ja osin pysyväksi liikuntapaikaksi tarkoitettua tasapainorataa yhdessä siitä kiinnostuneiden itsenäisesti kävelemään kykenevien asukkaiden kanssa. Menetelmä vaikutti toimivalta. Asukkailla oli monenlaisia valmiuksia tehdä erilaisia harjoitteita ja erään asukkaan spontaanista aloitteesta tasapainorataan sisältyi tällä kertaa myös yhdessä juoksemista tai rollaattorin kanssa juoksemista kuvitteellisen viestijuoksun yhteydessä. Tasapainorataa varten voitas.fi –sivustolta (ks. Ikäinstituutti 2015) tulostamiani voima- ja tasapainoliikkeitä ei tällä kertaa käytetty, mutta ne jäivät henkilökunnalle mahdollista myöhempää käyttöä varten. Tasapainoradan jälkeen yksi asukkaista kävi hakemassa palvelukodin henkilökunnan uudeksi yhteiseksi tekemiseksi hankkimat ja esille jätetyt puikot ja langat ja ryhtyi kutomaan. Tältäkin osin kehittäminen oli selvästikin toiminut.

5 YHTEENVETO JA POHDINTA

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli edistää ja ylläpitää asukkaiden toimintakykyä ja parantaa heidän elämänlaatuaan sekä lisätä asiakastyytyväisyyttä. Tarkoituksena oli kehittää Vire Koti Kiimingin toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laatua. Tarkoituksena oli myös kuvata Vire Koti Kiimingin toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessi. Tehtävänä oli selvittää millaista on asiakaslähtöinen toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito hoivakodissa.

Kirjallisuuskatsauksen, asiakashaastattelujen, henkilökunnan ryhmäkeskustelun ja henkilökunnan ja omaisten yhteisen ryhmäkeskustelun aineistoon perustuvan johtopäätöksen mukaan asiakaslähtöinen toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito perustuu palvelutarpeen arvion avulla selvitettyyn asukkaan toimintakykyyn, yksilöllisiin tarpeisiin ja elämänhistoriaan. Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon toteutus tapahtuu kerätyn tiedon perusteella laaditun kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Kuntoutussuunnitelmaan tulee sisällyttää yksilöllisiä ja konkreettisia sekä realistisia tavoitteita. Palvelutarpeen arvio sekä suunnitelman ja tavoitteiden laatiminen tapahtuu yhteistyössä asukkaan ja mahdollisuuksien mukaan myös omaisen kanssa. Suunnitelmasta tiedottamisen avulla mahdollistetaan se, että kaikki prosessiin osallistuvat voivat toimia asukkaan yksilöllisen suunnitelman mukaisesti. Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon tunnuspiirteitä ovat arjen toimissa aktiivisuuteen ja osallistumiseen kannustaminen, hoivakodin asukkaiden keskinäisten sosiaalisten suhteiden ja niiden muodostumisen tukeminen sekä asukkaiden yksilöllisten mieltymysten mukainen viriketoiminta, ulkoilu ja liikunta.

Henkilökunnan ja omaisten yhteisen ryhmäkeskustelun aineistosta tehdyn johtopäätöksen perusteella toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kriteeriksi määrittyi sen asiakaslähtöisyys. Kehittämistyön tuotoksena syntyi toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon asiakasprosessin kuvaus ja toimintaohjeet. Toimintaohjeissa korostuvat toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon yksilöllisyys, suunnitelmallisuus ja siihen liittyvä yhteistyö.

Kehittäminen tapahtui yhteistyössä Vire Koti Kiimingin asukkaiden ja heidän yhteyshenkilönä toimivien omaisten sekä henkilökunnan kanssa. Kehittäminen perustui toimintatutkimuksen aikana kerätystä aineistosta tehtyihin johtopäätöksiin. Heikkisen mukaan toimintatutkimuksen spiraalimaiselle etenemiselle on tyypillistä eri vaiheiden limittäisyys ajassa sekä ns. sivuspiraalien, eli uusien ongelmien tai sivukysymysten ilmaantuminen (Heikkinen, H. 2010, 214-215). Näin on tapahtunut myös tässä kehitystyössä. Vaihe kerrallaan etenemisen sijaan kehitys- ja tutkimusprosessin vaiheet ovat edenneet toistensa kanssa osin limittäin. Toimintatutkimuksen viitekehyksessä tutkiminen ja kehittäminen tapahtuivat osin samanaikaisesti ja kehittämistyön edetessä tutkimisen ja kehittämisen päällekkäisyys lisääntyi. Esimerkiksi ennen asiakashaastatteluja aloittamani kirjallisuuskatsaukseen tein täydennyksiä vielä aineiston keräämisen jälkeä. Kehitystyön yhteiskunnallista viitekehystä olen täydentänyt ja päivittänyt vielä raportin viimeistelyvaiheessa. Tutkimusaineiston luokittelua ja sen käsitteitä olen muokannut ja täsmentänyt niiden tarkastelun yhteydessä raporttia kirjoittaessani. Myös joitakin sivuspiraaleja on ilmaantunut prosessin edetessä. Havaitut ja tiedostetut sivuspiraalien aiheet olen asianmukaisesti raportoinut edelleen Mainio Vire Oy:n henkilökunnalle, jotta niihin perustuvaa kehittämistä on niin haluttaessa mahdollista jatkaa yrityksen omana toimintana, tästä kehitystyöstä erillisinä prosesseina. Raportoinnissa olen huolehtinut tiedonantajien anonymiteetin suojaamisesta. Toimintatutkimuksessani pitäydyin ennalta määritellyssä toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kehitystyön tarpeisiin laaditussa tutkimustehtävässä jo työn laajuudenkin asettamien ajallisten ja käytännön rajoitteiden takia.

Tässä kehitystyössä on korostunut kehittämisen asiakaslähtöisyys, mutta myös henkilökunnan näkemyksiä, tarpeita ja kehitysideoita on kuultu. Kehittämisessä on seurattu henkilökunnan esille nostamia näkemyksiä, tarpeita ja kehitysideoita, mutta toisaalta myös asiakkaiden esille nostamia henkilökuntaan kohdentuvia tarpeita. Tässä kehitystyössä asiakkaina nähdään myös asukkaiden omaiset, jotka omaisina ovat asiakkaita tällä hetkellä, mutta voivat toisaalta olla myös mahdollisia tulevaisuuden asiakkaita. Myös tästä näkökulmasta katsottuna heidän tarpeidensa ja ideoiden kuuleminen on ollut tärkeää. Asukkaille toivomiensa palvelujen kautta he mahdollisesti ovat ilmaisseet myös

omia toiveitaan ja tulkinta asukkaiden tarpeista on tapahtunut niiden kautta. Tämä on tuonut haasteen tutkimukselliselle luotettavuudelle, mutta toisaalta avannut näköaloja tulevaisuudenkin kehitystarpeille.

Omaisyyhteistyön kehittämisen tarve nousi esiin seurauksena asukkaiden kognitiivisten rajoitteiden aiheuttamasta ratkaisustani haastatella asukkaita yhdessä omaisen kanssa ja kerätä tietoa asukkaiden tarpeista myös omaisilta. Sain tulokseksi runsaasti tietoa myös omaisten omista tarpeista. Sain tulokseksi myös sellaista, mitä en alun perin tiennyt etsineeni. Asukkaan ja omaisen haastatteleminen yhdessä osoittautui menetelmänä hyvin toimivaksi ja voi olla sovellettavissa myös käytännön työssä tietoa asukkaan tarpeista kerätessä.

Kehittämisen prosessin myötä osaamiseni on kasvanut monipuolisesti. Tutkimuksellinen ja kehittämisen osaamiseni on syventynyt. Käsitykseni siitä mitä kaikkea tulee ottaa huomioon yksilön toimintakyvyn edistämisessä on laventunut. Yksi ymmärrystäni avartavimmista vaiheista kehitystyössäni on ollut osana kirjallisuuskatsausta tapahtunut elämänlaadun käsitteen määrittelemine ja siihen liittyviin tutkimuksiin perehtyminen. Käsite, jonka tarkoitusta lähtötilanteessa pidin itsestäänselvänä, oli kaikkea muuta. Monimuotoisuudeltaan se muistutti toimintakyvyn käsitettä, jonka jo entuudestaan tiesin olevan vaikeasti määriteltävissä. Osana sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusta, jonka opinnäytetyönä tämä kehittämistyö on toteutettu, olen perehtynyt kansainväliseen ICF-luokitukseen. Opintojen yhteydessä on käyty runsaasti moniammatillista keskustelua tällaisen luokituksen tarpeellisuudesta ja on myös esitetty näkemyksiä sen tarpeen puuttumisesta. Toimintakyvyn ja elämänlaadun käsitteisiin perehtymisen jälkeen olen vakuuttunut siitä, että samaakin äidinkieltä puhuvat henkilöt voivat jotakin käsitettä käyttäessään tarkoittaa sillä keskenään täysin eri asioita. Tarve käsitteiden tarkemmalle määrittelylle on olemassa. Olen itse pohjakoulutukseltani fysioterapeutti. Ohjaava opettajani on sosiaalitieteilijä. Tämä yhdistelmä on tarjonnut mielenkiintoisen kokemuksen erilaisista näkemyksistä käsitteiden sisällöstä ja myös tämän kehittämistyön painotusalueista. Toimintakyky, jota lähdin edistämään on matkalla muuttanut muotoaan. Tämän kehittämistyön myötä myös oma toimintakykyni on edistynyt.

5.1 Kehittämistyön tutkimuksellinen luotettavuus, pätevyys ja eettisyys

Siekkisen mukaan avoimessa haastattelussa raja tiedonkeruun ja analysoinnin välillä on häilyvä. Tutkijan oma tulkinta ohjaa haastattelukysymyksiä ja toisaalta alustava teoreettinen jäsenitys ja tutkimuskysymykset tulisikin pitää mielessä ja etsiä samalla piileviä merkityksiä haastateltavien puheesta. Siekkinen suosittelee jatkamaan haastatteluja kunnes uusia tulkintoja haastatteluista ei enää synny (Siekinen, K 2010, 57.) Siekkinen viittaa ilmeisesti kylläntymisen (ks. Tuomi, J- & Sarajärvi, A. 2004, 91) tavoitteeseen, joka laadullisessa tutkimuksessa määrittää riittävän tutkimusaineiston. Tämän kehittämistyön tutkimuksellisen osuuden tutkimusluvassa asiakashaastattelujen määrä oli rajattu viiteen, johon määrään myös kylläntymisen tarpeen mukaisesti päädyin. Täyttä kylläntymistä ei tällä saavutettu ja joitakin yksittäisiä uusia teemoja nousi vielä viimeisestäkin haastattelusta, mutta haastatteluissa alkoivat toistua myös keskenään samankaltaiset teemat. Tämän työn kehittämisen tarpeeseen katson asiakashaastattelujen avulla kerätyn aineiston olleen riittävä.

Mainitsin jo aiemmin tiedonkeruuvaiheessa ajattelun tasolla tapahtuneen teoreettisen jäsenityksen ja tutkimusaineiston yhdistymisen. Ratkaisuni tehdä kirjallisuuskatsaus ennen haastatteluja toi aineiston tutkimuksellisen osuuden analyysivaiheeseen haasteen, mutta toisaalta kehittämistehtävään se toi edun. Uuden aineiston kertyessä vaiheittain aineisto jäsenyi aina uudeksi kokonaisuudeksi kehittämistehtävän tarpeisiin.

Joissakin asiakashaastatteluissa oli hetkittäin piirteitä terapeuttisesta haastattelusta. (ks. Siekkinen 2010, 47-50.) Valintani tämän sallimiseen tapahtui intuitiivisena, eettisenä ratkaisuna. Tällainen tilanne saattoi syntyä esimerkiksi haastateltavan juuttuessa johonkin mieltä pahoittavaan tapahtumaan, jolloin tiedonintressini lisäksi ryhdyn kuuntelijaksi myös haastateltavan tarpeisiin ja saatoin oman osaamisen rajoissa myös auttaa häntä asiassa eteenpäin. Pidän valintaani eettisesti perusteltuna. Pidän myös epätodennäköisenä sitä, että tällainen terapeuttinen elementti olisi aiheuttanut haittaa tutkimuksen luotettavuudelle.

Siekkisen mukaan tutkija voi tutkimushaastattelujen osalta noudattaa hyvää etiikkaa olemalla kiinnostunut ja avoin haastateltavien kertomuksille. Haastateltaville on myös kerrottava mihin ja miten haastatteluja tullaan käyttämään. Yksittäisten tiedonantajien anonymiteettiä on suojattava ja tulosten julkistamisessa tulisi pyrkiä yleisen teorian luomiseen, yksittäisten tapausten kuvaamisen sijaan. (Siekkinen, K. 2010, 57, 59.)

Haastattelututkimuksen aineiston luokittelua kuvaavan taulukon kohdalla oli tarpeen pohtia tiedonantajien anonymiteettiin liittyviä kysymyksiä. Asian tutkimuseettisiä näkökulmia pitkään pohdittuani ja ilmaisuja useaan kertaan muokattuani päätin tutkimuksen luotettavuutta parantaakseni jättää liitteenä olevaan taulukkoon tiivistetyt alkuperäisilmaukset näkyviin (ks. LIITE 5). Olen mielestäni onnistunut tiivistämään ilmaukset neutraaleiksi siten, ettei niistä ulkopuolisten ole mahdollista tiedonantajia tunnistaa. On mahdollista, että asianomaisille tiedonantajan henkilöllisyys voi paljastua. Tämä on mahdollista kuitenkin vain siinä tapauksessa, että kerrottu asia on lukijalle entuudestaan tuttu, eikä tiedon saanti näinollen ole tapahtunut tämän raportin kautta.

Tässä tutkimuksessa pyrin parhaan osaamiseni mukaan noudattamaan hyvää tutkimusetiikkaa, yleisiä terveydenhuollossa käytettäviä eettisiä arvoja, vaitioloa ja salassapitovelvollisuutta sekä lupakäytäntöjä. Tutkimukseen osallistujilta kysyttiin kirjallisesti ja suullisesti asianmukaiset luvat tiedonkäyttöön tutkimuksessa ja Mainio Vire Oy:n toiminnan kehittämisessä, lukuun ottamatta yhtä puhelinhaastattelua, jossa suostumus haastatteluun pyydettiin käytännön syistä puhelimitse ensin ennen puhelinkeskustelun nauhoittamisen aloittamista ja luvan saannin jälkeen nauhoituksen aikana asiaan vielä uudelleen palattiin, jolloin suostumus taltioitui ensin nauhalle ja siitä litteroituun aineistoon. Tutkimustiedote lähetettiin puhelinhaastatteluun osallistuneelle henkilölle sähköpostitse hänen suostumuksellaan ja muut haastatteluun osallistuneet saivat tutkimustiedotteen käteen joko hoitohenkilökunnalta tai haastattelijalta. Osallistujille kerrottiin myös suullisesti osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja selvitettiin heille heidän oikeutensa tutkimukseen osallistumisen keskeyttämiseen milloin tahansa, sen vaikuttamatta heidän saamiinsa palveluihin tutkimuksen aikana tai tulevaisuudessa. Aukkaiden kohdalla eettinen näkökulma otettiin huomioon myös

toteuttamalla haastattelu yhdessä asukkaan yhteyshenkilönä toimivan omaisen kanssa, jolloin myös omaisella oli mahdollisuus valvoa asukkaan etua. Myös ryhmäkeskusteluihin osallistujilta pyydettiin asianmukaisesti suostumus osallistumiseen ja annettiin luettavaksi kutakin ryhmäkeskustelua varten erikseen tehty tutkimustiedote. Lisäksi myös suullisesti kerroin osallistujille tutkimuksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja osallistujien oikeuksista. Tulokset olen pyrkinyt esittämään rakentavassa hengessä siten, ettei niistä ulkopuolinen voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa ja siinä tarkoituksessa, että niiden avulla voidaan kehittää Mainio Vire Oy:n palveluja.

Haastattelujen litteroinnin jälkeen tuhosin nauhoitteet ja siirrettäessä lainauksia litteroidusta aineistosta taulukkoon tai raporttiin poistin kieliasusta anonymiteettiä vaarantavat nimet, paikat, murreilmaisut yms. tiedonantajien suojaamiseksi. Myös litteroitu aineisto tuhotaan heti tänä kehittämistyönä toteutetun opinnäytteen tultua hyväksytyksi. Toimin haastattelijana ja sekä litteroin, käsittelin että säilytin aineiston itse, eikä alkuperäinen aineisto ole ollut kenenkään muun käytössä.

5.2 Vaikutukset ja vaikuttavuus

Mainio Vire Oy on liikeyritys, ja asiakkaiden hyvinvoinnin lisäksi kiinnostuksen kohteena kehittämisessä on myös toiminnan taloudelliset vaikutukset ja merkitys yrityksen toiminnan jatkuvuuden kannalta. Kehitystyöni tavoitteena oli edistää ja ylläpitää asukkaiden toimintakykyä ja parantaa heidän elämänlaatuaan sekä lisätä asiakastyytyvääisyyttä.

Mainio Vireessä asiakastyytyvääisyyden lisääminen on toimintajärjestelmän ja toiminnan arvioinnin lähtökohtana. Arvioinnin perustana toimii avoin keskustelu ja jatkuva havainnointi. Sisäisten ja ulkoisten auditointien, sekä johdon katselmusten avulla varmistetaan yhtenäiset menettelytavat, toiminnan tasalaatuisuus ja jatkuva parantaminen. Mainio Vireen toimintajärjestelmä perustuu ISO 9001:2008 laatuajärjestelmään. (Mainio Vire 2014, viitattu 24.9.2014)

Vire Koti Kiimingin ensisijainen asiakas on siellä asuva henkilö, asukas. Toiminnan luonne kuitenkin laajentaa asiakkuuden myös asukkaan omaisiin ja läheisiin ja tässä kehittämistyössä myös heidät nähdään asiakkaina. Omaisten asiakkuus nousee selvemmin näkyväksi esimerkiksi saattohoitovaiheessa kuoleman lähestyessä. Saattohoidossa ja kuoleman kohtaamisessa myös omaiset ja läheiset tarvitsevat ja saavat tukea ja Vire Koti Kiimingissä on tähän sekä sairaanhoidollista että saattohoidon kokemusta ja erityisosaamista. Vire Koti Kiimingissä asukas voi asua elämänsä loppuun asti.

Saattohoitoon liittyy sellaisia elementtejä, joita on kirjallisuuskatsaukseni yhteydessä noussut esiin hoivan ja huolenpidon laatua kuvaavina tekijöinä. Terhokodin johtajan Juha Hännisen mukaan saattohoidossa tulisi huolehtia hoidettavan ihmisen kunnioittamisen ja yksilöllisyyden säilymisestä. Potilaalle tulee mahdollistaa hänelle mieluisten asioiden tekeminen ja omaan hoitoonsa osallistuminen, mikäli hän niin haluaa. Omanarvontunto, merkityksellisyyden kokemus, hellyys ja mahdollisuus ilon kokemiseen voi olla merkityksellisempää kuin oireiden lievitys. Henkilökunta voi helpottaa potilaan oloa tarjoamalla huolenpitoa myös kuolevan omaisille ja tarjoamalla potilaalle tuen ja mahdollisuuden rauhasassa valmistautua kuolemaan. Saattohoidon päämääränä on potilaan hyvinvoinnin lisääminen ja kärsimyksen lievittäminen. (Hänninen, J. 2003, 13-14.).

Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon mittareina voi toimia sellaiseksi valikoituvia asiakkaiden kokemuksia Juha Hännisen mainitsemien kaltaisilta alueilta, jotka myös sekä kirjallisuuskatsauksessa että asiakashaastattelujen tuloksissa nousivat esiin. Näitä kokemuksia voidaan mitata paitsi asiakastytyväisyyskyselyn avulla, myös aiemmin mainittujen jatkuvan havainnoinnin ja avoimen keskustelun kautta toimintaa reflektoiden.

Mainio Vireessä asiakkaan toimintakykyarvio perustuu RAI arviointiin ja muihin standardisoiuihin menetelmiin. Asiakastiedot kirjataan Domacare asiakastietojärjestelmään, jolloin ne ovat koko henkilökunnan saatavilla reaaliajassa. (Mainio Vire Oy 2015b.) THL:n ylilääkärin Matti Mäkelän mukaan RAI arvioinnilla voidaan kerätä toimintakykytietoa yksilön arkitoimista suoriutumisesta liikkumisen ja itsestä huolehtimisen osalta, kognitiivisesta toimintakyvystä CPS

mittarin avulla, fyysisestä toimintakyvystä liikkumiskyvyn ja tasapainon osalta, psyykkisestä toimintakyvystä käytösoireiden ja masennuksen osalta ja sosiaalisesta toimintakyvystä osallistumisen, kommunikoinnin ja verkostojen osalta. Asiakkaiden toimintakykjakauma voi toimia tukena palvelujen kehittämisessä, kohdentamisessa tai laatuindikaattorin parantelussa, mutta ei itsessään sovellu varsinaiseksi laatuindikaattoriksi. Toimintakykytieto soveltuu laatuindikaattoriksi arvioitaessa muutosta yksilön toimintakyvyssä tai poikkileikkauksen muutosta tietyssä palveluprosessivaiheessa. RAI-järjestelmässä laatuindikaattoriksi soveltuu osuus asiakkaista, joilla on kirjattu laadunvajeesta kertovana esimerkiksi kuntoutussuunnitelman puute, kaatumisia tai ravitsemusriski. RAI järjestelmä ei kuitenkaan anna tietoa siitä miten mahdollinen laatuvaive otetaan huomioon palvelusuunnitelmassa. Laatuprojektin tuloksellisuutta arvioitaessa on keskityttävä nimenomaan laatuprojektin kohteena olevista ilmiöistä kertoviin laatuindikaattoreihin. (Mäkelä, M. 2014.) Tämän kehittämistyön kehittämisen kohteena olivat asukkaiden toimintakyky ja elämänlaatu sekä asiakastyytyväisyys. Kahta jälkimmäistä voidaan mitata asiakastyytyväisyyskyselyiden ja asiakaspalautteiden kautta ja RAI-mittari soveltuu toimintakyvyn mittaamiseen. Tähän Mäkelä esittää kuitenkin liittyvän haasteen.

Mäkelän mukaan haasteena laatuprojektin tulosten tulkinnalle on mahdollinen muutos asiakaskunnassa ja sen toimintakykyprofiileissa. Juuri tällainen tilanne toteutuu hoivakodeissa parhaillaan asiakaskunnan tarpeiden ja toimintakyvyn muuttuessa haastavammiksi kansallisten linjausten painottaessa kotona asumisen tukemista. Näinollen muutos asukkaiden toimintakyvyssä tai sen vertaaminen esimerkiksi aiempien vuosien tilanteeseen soveltuu huonosti Vire Koti Kiimingin toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laatua mittaamaan. Mäkelä mainitsee kuitenkin laatuindikaattoriksi soveltuvan myös poikkileikkauksen muutoksen tietyn palveluprosessin vaiheessa. (ks. Mäkelä, M. 2014.) Tällainen palveluprosessin vaihe voisi olla esimerkiksi jokaisen asukkaan yksilöllisen elämänhistorian huomioon ottaminen hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa ja milloin mahdollista, sen laatiminen yhteistyössä asukkaan ja/tai omaisen kanssa. Hankittujen ja käytössä olevien liikuntavälineiden määrä, liikunnan lisäys, laatu tai monipuolisuus voi kertoa laadusta. Myös Domacare potilastietojärjestelmään

merkityt toteutuneet toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon aktiviteettien määrä voi toimia tällaisena laatuindikaattorina.

Kehittämistyön vaikutusten osalta konkreettisin muutos Vire Koti Kiimingin toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon toteutuksessa on ollut tasapainoradan perustaminen ja siihen liittyvien liikuntavälineiden sekä polkulaitteen hankkiminen, siinä tarkoituksessa, että niiden avulla voidaan lisätä asukkaiden liikuntaa ja sitä kautta edistää toimintakykyä. Yhtenä toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laatuindikaattorina voidaan ajatella olevan asukkaiden liikuntakertojen määrä. Liikunnan määrän mahdollinen lisääntyminen aiempaan verrattuna on arvioitavissa potilastietojärjestelmään tehdyistä liikunnan toteutuksen kirjauksista, mikäli jokainen liikuntakerta tulee kirjatuksi sinne erikseen.

Aineistosta nousi esiin myös asukkaiden kokema seuran tarve ja ystävien puuttuminen. Tältä kohden laatua pyritään kehittämään järjestämällä asukkaille yhteistä tekemistä ja saattamalla samasta asiasta kiinnostuneita yhteen. Yksi tällainen konkreettinen tarve, johon on jo reagoitu, oli yhdessä kutomisen tarve. Vire Koti Kiiminkiin on hankittu lankoja ja erikokoisia puikkoja yms. ja näiden käyttöön oton aloituksen pääsin itse näkemään. Nyt on enää saatettava kutomista harrastavat henkilöt saman pöydän ääreen. Laatuindikaattorina voisi toimia myös tämän kaltaisten asiakastarpeista nousseiden yhteisten aktiviteettien määrä.

Vaikka tässä kehittämistyössä on sivuttu kirjaamiseen liittyviä käytäntöjä, eivät tulokset tuo tyhjentävää ratkaisua kirjaamisen ja vaikuttavuuden arvioinnin käytäntöihin. Kirjaamisen ja arvioinnin tarkempien käytäntöjen ja indikaattoreiden määrittäminen jäivät tämän kehittämistyön ulkopuolelle ja voivat jatkossa tarjota toiselle kehittäjälle tai kehittäjätyöryhmälle kokonaisen kehittämistehtävän aiheen. Tällainen kehittäminen edellyttäisi pääsyä tarkastelemaan käytössä olevaa potilastietojärjestelmää ja siihen tehtyjä kirjauksia, mihin minulla ei tämän kehittämistyön puitteissa ole ollut mahdollisuutta. Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun kehittymisen arvioinnin tarpeisiin voi tällainen kehittämistyö mahdollisesti tulevaisuudessa olla tarpeen.

5.3 Jatkokehittämis ehdotukset

Heikkisen mukaan toimintatutkimuksessa usein jostakin pienestä ongelmasta tai kysymyksestä voi nousta esiin uusi suunnanavaus koko tutkimukselle, ja myös uusia tutkimustehtäviä (Heikkinen 2010, 222). Haastatteluaineistosta nousi esiin yksi tällainen mielestäni merkittävä tutkimus- ja kehitystehtäväni linkittyvä tutkimustehtävä, jonka tutkimisen ja kehittämisen sen laajuuden ja toisaalta omien resurssieni rajallisuuden takia jouduin sulkemaan tämän kehittämistyön ulkopuolelle. Kehittämistehtävä liittyy palveluketjun sujuvuuteen ja sen mahdollistaviin ratkaisuihin alkaen toimintakyvyn etenevästä rajoittumisesta johtuvasta kotona asumiseen liittyvästä tuentarpeesta ja päättyessä saattohoidon tai elämän loppuun.

Kansallisen muistiohjelman 2012-2020 mukaan tärkeänä laatutekijänä muistisairaahan ihmisen hoidon palvelujen kehittämisessä nähdään hoito- ja palveluketjujen toimivuus. Koska muutot ja siirtymät ovat haastavia muistisairaalle ihmiselle, tavoiteltavaa on, että tarvittavat palvelut liikkuvat tarpeen mukaan, jotta muistisairas voi asua samassa paikassa. Tämän mahdollistamiseksi, ympärivuorokautisen yksikön tulisi voida tarjota muistisairaalle tarvittavia terveydenhuolto- ja kuntoutuspalveluita, sekä kuoleman lähestyessä myös yksilölliset hoitolinjat sisältyvää palliatiivista hoitoa. (STM 2012b:11-13)

Asukashaastattelujen aineistosta kävi ilmi erilaisista syistä johtuneen aiemman toisessa yksikössä tapahtuneen hoito- tai intervallijakson ja sitä seuranneen uudelleensijoituksen negatiivinen vaikutus asukkaan kotiutumiseen, elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Aiemmassa yksikössä on kenties ehditty muodostaa ystävyyssuhteita ja tottua talon tavoille. On mahdollisesti hyväksytty ajatus, että kotoa muutetaan suunniteltuun yksikköön sitten, kun toimintakyvyn rajoittuminen sitä edellyttää. Tulosten perusteella yllättävä muutos suunnitelmassa ja sitä seuraava uudelleensijoitus heikentää vanhuksen elämänlaatua ja toimintakykyä. Vanhus voi kaivata kodin lisäksi myös edellistä yksikköä ja ystäviä siellä, eikä osaa enää asettua taloksi. Vanhus ei välttämättä hahmota edes uuden hoivakodin sijaintia suhteessa omaan kotiinsa, koska suunnitelmana on ollut

muuttaa jonnekin aivan muualle. Jo vanhuspalvelulain mukaisestikin vanhuspalveluja suunniteltaessa olisi tämä näkökulma otettava huomioon ja etsittävä ratkaisuja ongelman vähentämiseksi.

Vanhuspalvelulain mukaisesti, mikäli muutos iäkkään palveluntarpeessa tai oma toive eivät järjestelyjen muutosta edellytä, on kunnan turvattava iäkkäälle pysyvyys pitkäaikaisissa hoitojärjestelyissä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 4: 19§, 14 §.) Mainio Vireen kotisivujen mukaan Mainio Vire Oy kehittää Yhdessä Espoon kaupungin kanssa toimintamallia vanhusten lyhytaikaiseen asumiseen kotona asumisen tukemiseksi. Intervallijaksot toteutetaan Mainio Vireen Espoon Leppävaaran yksikössä, jossa tarjotaan myös jatkuvaa tehostettua palveluasumista. Näin siirtyminen intervallihoidosta samaan yksikköön jatkuvaan hoitoon voi olla mahdollista. Samassa kiinteistössä on senioreille myös vuokra-asuntoja ja kuntosali. (ks. Mainio Vire Oy 2015c. viitattu 27.2.2015.) Tämän tyyppiset uudenlaiset palvelukokonaisuudet voivat tuoda ratkaisuja havaitsemaani ongelmaan. Oulussa Mainio Vireellä on tällä hetkellä intervallipaikkoja sen toisessa yksikössä, Vire Koti Siirissä (ks. Mainio Vire Oy 2014c, viitattu 27.8.2014).

Hirosen mukaan hoivayritykset voivat osallistua myös palveluiden kehittämiseen kuulemalla ikääntyviä, tekemällä yhteistyötä muiden palveluntuottajien kanssa, tuotteistamalla palveluita sekä rakentamalla palvelukokonaisuuksia osallistuen näin yhteiskunnalliseen haasteeseen kasvavan palveluntarpeen ja vähenevien verotulojen yhteensovittamisessa (Hiironen, M. 2007, 116).

Tulevaisuudessa mahdollisuuksia toteuttaa intervallihoidoa myös Vire Koti Kiimingissä kannattaa tarkastella. Pienessä yksikössä voi haasteeksi nousta tarve huolehtia siitä, että intervallihoidosta on mahdollista siirtyä jatkuvaan hoitoon heti kun tarve siihen ilmaantuu. Vire Koti Kiimingissä on myös saattohoidon kokemusta ja osaamista (Högman, T, suullinen tiedonanto 8.9.2014). Yhtenä kehitysalueena ja mahdollisuutena näen ratkaisun löytymisen esimerkiksi palliatiiviseen hoitoon mahdollisesti liittyvän intervallihoidon tarpeen ja Vire Kodin saattohoidollisen osaamisen alueelta. Vire Koti Kiimingissä asukas voi asua

elämänsä loppuun asti. Yksityisellä hoivakodilla haasteena on usein edellytys oman huoneen tarjoamisesta jokaiselle asukkaalle. Mahdollisesti asiakkaiden ja Oulun kaupungin kanssa yhteistyössä toteutettava joustava ajattelu esimerkiksi hätäpaikan tarpeen ilmaantuessa voisi myös tuoda ratkaisuja. Tulevaisuudessa tilan joustavan käytön tarpeen huomioon ottaminen jo rakennusvaiheessa voi olla järkevää.

Toinen kehittämis ehdotus liittyy tuloksista esiin nousseeseen asukkaiden tarpeeseen samanlaisista asioista kiinnostuneisiin ystäviin tai tekemisen seuraan. Jo nyt vanhuspalvelulain mukaan iäkkäille avo- tai aviopareille on järjestettävä yhdessä asumisen mahdollisuus. Muutoin kuin avo- tai avioliiton kautta muodostuneita läheisiä ihmissuhteita ei lainsäädäntö tässä asiassa ota huomioon. (ks. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 980/2012 4: 19§, 14 §.) Tämän tarpeen huomioon ottamiseen nousee mieleeni ainakin kaksi erilaista kehitysehdotusta. Yksi tapa voisi olla pyrkiä palveluun ohjauksessa mahdollisuuksien mukaan ottamaan huomioon ystävyvden tarve ja pyrkiä ohjaamaan myös ystävyksiä samaan yksikköön tai esimerkiksi toimintakyvyn mukaisesti erilaisia palvelukokonaisuuksia sisältävään ja kohtaamispaikkoja tarjoavaan samaan rakennukseen, kuten esimerkiksi Mainio Vireen aiemmin mainitussa Leppävaaran yksikön kaltaisessa yksikössä voisi olla mahdollista tehdä.

Toinen tapa voisi olla suunnitellusti segmentoida pienempiä yksiköitä toiminnan sisällön painotuksen mukaisiin erilaisiin palveluprofiileihin. Tällä tarkoitan profiloitumista esimerkiksi musiikkihoivakodiksi, liikuntahoivakodiksi, kuvataidehoivakodiksi tai käden taitojen hoivakodiksi, kuten esimerkiksi lasten päiväkodeista osa jo nykyisin profiloituu. Ymmärrettävästi toiminta täytyisi suhteuttaa asukkaiden toimintakykyyn ja muihin intresseihin, mutta yksilöllistä eriyttämistä on varmasti samankin segmentin sisällä mahdollista tehdä aivan kuten nykyisinkin täytyy tehdä. Jotta segmentoituminen ohjautuisi asiakastarpeiden mukaisesti, olisi asiakastarve tältä osin selvitettävä jo ennen hoivakotiin ohjausta ja edellyttäisi myös lähettävältä taholta kehittämistä ja tiedon kokoamista eri hoivakotien profiileista. Alueen asiakastarpeiden etukäteen selvittäminen voi auttaa

ohjaamaan hoivakotien segmentoitumista myös tulevaisuuden palvelutarpeita vastaamaan.

LÄHTEET

Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 7.1.2015 <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7740-9>

Ahto, Merja 1999. Sepelvaltimotauti ja elämänlaatu iäkkäillä: sepelvaltimotaudin vallitsevuus, ilmenemismuodot ja yhteydet fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 22.10.2014 <http://urn.fi/urn:isbn:9514253647>

Allardt, E. 1996. Hyvinvointitutkimus ja elämänpolitiikka. Janus: sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti 4 (1996) : 3, s. 224-241.

Anttonen, A., & Zechner, M. 2009. Tutkimuksen lähestymistapoja hoivaan. Teoksessa Anttonen, A., Valokivi, H & Zechner, M. (toim.) Hoiva. Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere. Vastapaino, 16-53.

Arcoverde C, Deslandes A, Moraes H, Almeida C, de Araujo NB, Vasques PE, Silveira H, Laks J 2014. Treadmill training as an augmentation treatment for Alzheimers disease: a pilot randomized controlled study. Viitattu 21.10.2014 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2014000300190&lng=en&nrm=iso

Autti-Rämö, I., Vainiemi, K., Sukula, S. & Louhenperä, A. 2012. GAS-menetelmä. Käsikirja. Versio 2. KELA. Viitattu 18.2.2015. http://www.kela.fi/documents/10180/12149/gas_kasikirja_100518.pdf

Backman, Kaisa 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopistollinen sairaala. Väitöskirja. Viitattu 22.10.2014 <http://urn.fi/urn:isbn:9514259033>

Blankevoort, CG., van Heuvelen, MJ., Boersma, F., Luning, H., de Jong, J. & Scherder EJ 2010. Review of effects of physical activity on strength, balance,

mobility and ADL performance in elderly subjects with dementia. Viitattu 13.10.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20980758>

Bonsdorff, M. 2009. Physical activity as a predictor of disability and social and health service use in older people. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-3674-7>

Christoforetti G, Olini MM, Gobbi S, Stella F 2007. Effects of motor intervention in elderly patients with dementia: an analysis of randomized controlled trials. Topics in Geriatric Rehabilitation 2007 Apr-Jun;23(2):149-154 Viitattu 21.10.2014 <http://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/toc/2007/04000>

Coelho FG1, Santos-Galduroz RF, Gobbi S, Stella F 2009. Systematized physical activity and cognitive performance in elderly with Alzheimer's dementia: a systematic review. Viitattu 13.10.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19578690>

Elo, Satu 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopistollinen sairaala. Viitattu 22.10.2014 <http://urn.fi/urn:isbn:9514281950>

Eskola, J & Vastamäki, J. 2010. Teoksessa Aaltola J & Valli, R (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineistonkeruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. PS-kustannus. Jyväskylä: PS-kustannus, 26-44

Finanssialan keskusliitto 2014. ISO 9001:2008 Laatukäsikirjan laatimismalli. Viitattu 16.9.2014 http://www.fkl.fi/materiaalipankki/hakemukset/Dokumentit/ISO_9001_2008_Laatukasikirjan_laatimismalli_FK2009.pdf

Finne-Soveri H., Pohjola L., Keränen J. & Raivio K. 2014. Pysyvästi aktivoivaan arkeen. InnoKusti-hanke 2007–2010 ja miten sitten kävi. Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL). Raportti 30/2014. Helsinki 2014. Viitattu 2.1.2015 <http://www.julkari.fi/handle/10024/125443>

Habjanic, Ana 2009. Quality of institutional elderly care in Slovenia. Faculty of medicine. Institute of health sciences. Nursing science. University of Oulu. Faculty of health sciences. University of Maribor. Väitöskirja. Viitattu 22.10.2014 <http://urn.fi/urn:isbn:9789514291869>

Hanhisuanto, M. 2014. Aluejohtaja Mainio Vire Oy. Puhelinkeskustelu 21.8.2014

Hautala, Terhi 2013. Ikääntyneiden kuuntelijoiden puheen ymmärtäminen kognitiivisesti vaativassa tilanteessa. Oulun yliopisto. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Humanistinen tiedekunta. Logopedia. Väitöskirja. Viitattu 22.10.2014 <http://urn.fi/urn:isbn:9789526201856>

Heikkinen, H 2010. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola J & Valli, R (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineistonkeruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 214-229

Helin, S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4353-0>

Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ 2004. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. viitattu 21.10.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15468033>

Hiironen, M. 2007. Hoivayritykset kotona asuvien ikääntyvien toimintakyvyn tukena: ikääntyvien, kuntapäättäjien ja hoivayrittäjien näkökulma. Jyväskylän yliopisto. Kauppakorkeakoulu. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5157-3>

Hirvensalo, M. 2002 Liikuntaharrastus iäkkäänä : yhteys kuolleisuuteen ja avuntarpeeseen sekä terveydenhuolto liikunnan edistäjänä. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-1345-7>

Hänninen, J. 2003. Saattohoidosta. Teoksessa Terhokodin toimituskunta (toim.). Saattajia ja saatettavia. Saattohoitotyötä Terhokodissa 15 vuotta. Helsinki: Terho-säätiö, 13-14.

Hänninen, J. 2003. Saattohoidosta. Teoksessa Terhokodin toimituskunta (toim.). Saattajia ja saatettavia. Saattohoitotyötä Terhokodissa 15 vuotta. Helsinki: Terho-säätiö, 13-14

Högman, T.2014. Palvelukodin johtaja. Mainio Vire Oy, Vire Koti Kiiminki. Suullinen tiedonanto 8.9.2014.

Högman, T., Palveukodin johtaja. Mainio Vire Oy. Vire Koti Kiiiminki. sähköposti 11.2.2015

Ikäinstituutti 2015. VoiTas. Voima- ja tasapainoharjoittelua iäkkäille. Viitattu 4.4.2015. <http://www.voitas.fi/etusivu/>

Innokylä 2015. Kehittämisympäristö. Mikä on toimintamalli? Viitattu 31.1.2015. <https://www.innokyla.fi/kehittaminen/toimintamalli>

Isola, A. 2008. Life at home and in a nursing home for the frail elderly. Julkaisussa kokemus ja kokemuksellisuus ikääntyessä. Seminaariesityksiä 26.-27.11.2007. ORAITA 172008. Toim. Sirkka-Liisa Heimonen ja Ilkka Syrén. Ikäinstituutti ja kirjoittajat. Viitattu 15.9.2014 <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/14/>

Johansson, M-L. & Raudasoja K.2009. Esimies talouden johtajana julkishallinnossa. WSOYpro OY. Helsinki.

JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. Versio 5.10.2012. Viitattu 16.2.2015. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.doc>

Jännti, P. 2013. Kuntoutumista edistävän työotteen merkitys vanhusten elämänlaatuun ja vanhustyön vaikuttavuuteen. Arviointi ja vaikuttavuus vanhus-

työssä – koulutuspäivä. Rovaniemi. Viitattu 15.1.2015. http://www.sosiaali-kollega.fi/hankkeet/pakaste2/lappi/juurruttaminen/vanhustyo/johtaminen/seminaari_helmi13/Kuntouttava_tyote_Jntti_040213.pdf

Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita 2013:43. Viitattu 15.1.2015
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114972/URN_ISBN_978-952-00-3457-3.pdf?sequence=1

Jyväskylän yliopisto 2015. JYX julkaisuarkisto. Viitattu 22.1.2015
<https://jyx.jyu.fi/dspace/>

Kaleva 2014. Avi: Kuntoutuksen apuvälineet hankittava myös palvelukotien asukkaille. Kalevan verkkojulkaisu 18.12.2014. Viitattu 18.12.2014.
<http://www.kaleva.fi/uutiset/pohjois-suomi/avi-kuntoutuksen-apuvälineet-hankittava-myös-palvelukotien-asukkaille/684533/>

Kallinen, M 2004. Cardiovascular benefits and potential hazards of physical exercise in elderly people. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2033-X>

Karjalainen, Elisa 1999. Palvelutaloissa asuvien vanhusten toimintakyky: tutkimus palveluasunnoissa asuvien fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutoksista. Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 22.10.2014 <http://urn.fi/urn:isbn:9514254589>

Kemoun G, Thibaud M, Roumagne N, Carette P, Albinet C, Toussaint L, Paccalin M, Dugue B 2010. Effects of a physical training programme on cognitive function and walking efficiency in elderly persons with dementia. Viitattu 21.10.2014 <http://www.karger.com/Article/FullText/272435>

Kulmala, J. 2010. Visual acuity in relation to functional performance, falls and mortality in old age. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-3958-8>

Kwak Y-S, Um S-Y, Son T-G, Kim D-J 2008. Effect of regular exercise on senile dementia patients. Viitattu 21.10.2014 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/18050054>

Laine, M. & Heimonen S-L. 2011. Mahdollisuuksien matka. Logoterapeuttinen ajattelu muistisairaanhoidossa. Orivesi: Oriveden hoivapalveluyhdistys ry.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 §, 3: 14 §, 15 §, 4: 19 viitattu 24.1.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 8.11.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki yksityisistä sosiaalipalveluista 22.7.2011/922. Viitattu 8.11.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110922>

Lampinen, P. Fyysinen aktiivisuus, harrastustoiminta ja liikkumiskyky iäkkäiden ihmisten psyykkisen hyvinvoinnin ennustajina : 65-84-vuotiaiden jyvaskyläläisten 8-vuotisseuruututkimus. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-1839-4>

Larjovuori, RL., Nuutinen S., Heikkilä-Tammi, K., Manka ML. 2012. Asiakkaat kuntapalvelujen kehittäjiksi. Opas tehokkaan osallistumisen työkaluihin. Tampereen yliopiston johtamiskorkeakoulu. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos. Viitattu 16.12.2014 <http://www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/oppaat/Asiakkaat%20kuntapalvelujen%20kehitt%C3%A4jiksi%202012.pdf>

Leinonen, A. 2006. Vanhusneuvoston funktioita jäljittämässä: tutkimus maaseutumaisten kuntien vanhusneuvostoista. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2660-5>

Leinonen, R. 2002. Self-rated health in old age : a follow-up study of changes and determinants. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-1219-1>

Lyyra, T. 2006. Predictors of mortality in old age : contribution of self-rated health, physical functions, life satisfaction and social support on survival among older people. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2656-7>

Mainio Vire Oy 2014. Viitattu 24.9.2014c <http://mainiovire.fi/yritys>

Mainio Vire Oy 2014a. Asiakastyytyväisyys Mainio Vireen palveluihin hyvällä tasolla. Viitattu 30.9.2014 [http://www.mainiovire.fi/yritys/ajankoh-
taista/2014/04/22/asiakastyytyv%C3%A4isyys-mainio-vireen-palveluihin-
hyv%C3%A4ll%C3%A4-tasolla](http://www.mainiovire.fi/yritys/ajankoh-
taista/2014/04/22/asiakastyytyv%C3%A4isyys-mainio-vireen-palveluihin-
hyv%C3%A4ll%C3%A4-tasolla)

Mainio Vire Oy 2015b. Laatu. Systemaattinen laadunhallinta. Viitattu 26.1.2015. <http://www.mainiovire.fi/yritys/laatu>

Mainio Vire Oy 2014a. Vire koti Kiimingin esite. Viitattu 27.8.2014. [http://www.mainiovire.fi/docs/default-source/Hoivakodit/Vire-Koti-Kiiminki/vire-
koti-kiimingin-esite.pdf?sfvrsn=6](http://www.mainiovire.fi/docs/default-source/Hoivakodit/Vire-Koti-Kiiminki/vire-
koti-kiimingin-esite.pdf?sfvrsn=6)

Mainio Vire Oy 2014c. Vire koti Siirin esite. Viitattu 27.8.2014. [http://www.main-
iovire.fi/docs/default-source/Hoivakodit/vire-koti-siiri/vire-koti-siirin-
esite.pdf?sfvrsn=2](http://www.main-
iovire.fi/docs/default-source/Hoivakodit/vire-koti-siiri/vire-koti-siirin-
esite.pdf?sfvrsn=2)

Mainio Vire Oy. 2015. Asumispalvelut. Hoivakodit. Hyviä hetkiä ilman huolia. Viitattu 31.1.2015. [http://www.mainiovire.fi/asumispalvelut/ikaihminen-
asumispalvelut/hoivakodit---vire-kodit](http://www.mainiovire.fi/asumispalvelut/ikaihminen-
asumispalvelut/hoivakodit---vire-kodit)

Mainio Vire Oy 2015a. Olemme kaikki ainutkertaisia. Viitattu 13.2.2015. <http://www.mainiovire.fi/yritys/ajankohtaista/logoterapia>

Mainio Vire Oy 2015c. Ajankohtaista. 2.2.2015c / Mainio Vire luo Espoon kaupungin kanssa uutta toimintamallia vanhusten lyhytaikaiseen asumiseen. Viitattu 27.2.2015 <http://mainiovire.fi/yritys/ajankohtaista/2015/02/02/mainio-vire-luo-es-poon-kaupungin-kanssa-uutta-toimintamallia-vanhusten-lyhytaikaiseen-asumiseen>

Metsälä, A. 2007. Aktivoiva Arki osasto Vaahterassa. RAI seminaari 15.3.2007. Kustaankartanon vanhustenkeskus. Helsingin kaupunki sosiaalivirasto. Viitattu 31.1.2015. http://www.thl.fi/attachments/rai/2007/Aktivoiva_arki_osasto_Vaahterassa_15032007.pdf

Miettinen, S. (Satu). 2011 Palvelumuotoilu- uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen 2.painos Helsinki: Teknologiainfo Teknova

Mäkelä, M. 2014. Vertailukelpoisen toimintakykytiedon kerääminen ja hyödyntäminen palvelujen kehittämisessä. Vaikuttavuuden arviointi ja toimintakyvyn mittaaminen sosiaalipalveluissa –seminaari 12.12 2014 Kuntatalo, Helsinki. Viitattu 31.1.2015. <http://www.slideshare.net/THLfi/vertailukelpoisen-toimintakykytiedonkerääminenjaohydyntäminenpalvelujenkehittämisessä-makela>

Oulun kaupunki 2010. ”Yhdessä ikäihmisen asialla”. Oulun kaupungin ikääntymispoliittiset linjaukset 2010-2020. Viitattu 30.4.2014, http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=53a4c063-7f04-4d61-8c03-ba4e200481c8&groupId=64357.

Oulun kaupunki 2013. Kaupunkistrategia Oulu 2020. Viitattu 27.4.2014, http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=3cd43780-be77-4bd9-9f09-96d93811cd9a&groupId=52058.

Oulun kaupunki 2014. Palveluseteli..Tehostettu palveluasuminen. Viitattu 24.9.2014 <http://www.ouka.fi/oulu/palveluseteli/tehostettu-palveluasuminen>

Oulun yliopisto 2015. Jultika julkaisutietokanta. Viitattu 22.1.2015. <http://herkules.oulu.fi/>

Paavolainen J. 2012. Liiketoimintajohtaja. Mainio Vire Oy. Yksityisen sosiaalihuollon omavalvonta. 21.9.2012 Power Point. Viitattu 24.2.2015. http://www.valvira.fi/files/luennot/Omavalvonta_Paavolainen.pdf

Pajala, S. 2006. Postural balance and susceptibility to falls in older women : genetic and environmental influences in single and dual task situations. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2572-2>

PEDro 2015. Physiotherapy evidence based database. Viitattu 22.1.2015. <http://www.pedro.org.au/>

Piirainen, J. 2014. Neuromuscular function and balance control in young and elderly subjects : effects of explosive strength training. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5703-2>

Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M. Laakkonen, M-L., Kautiainen, H., Strandberg, T ja Tilvis, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Satunnaistettu vertailututkimus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 125. Kelan tutkimusosasto. Helsinki 2013. Viitattu 6.12.2014. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/39607/Tutkimuksia125.pdf?sequence=1>)

Ranta, S. 2004. Vanhenemismuutosten eteneminen: 75-vuotiaiden henkilöiden antropometristen ominaisuuksien, fyysisen toimintakyvyn ja kognitiivisen kyvykkyiden muutokset viiden ja kymmenen vuoden seuranta-aikana. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-1843-2>

Rantakokko, M. 2011. Outdoor environment, mobility decline and quality of life among older people. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4283-0>

Rautio, N. 2006. Seurau- ja vertailututkimus sosioekonomisen aseman yhteydestä toimintakykyyn iäkkäillä henkilöillä. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja

terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014.

<http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2525-0>

Rissanen, Lea 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen : yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystieteiden koettu tarve. Oulun yliopisto ja yleislääketieteen yksikkö. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Oulun yliopistollinen sairaala. Väitöskirja. Viitattu 22.10.2014

<http://urn.fi/urn:isbn:9514254414>

Saarnio, Reetta 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa.

Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede.

Oulun yliopistollinen sairaala. Väitöskirja. Viitattu 22.10.2014

<http://urn.fi/urn:isbn:9789514292088>

Sallinen, J. 2007. Dietary intake and strength training adaptation in 50-70 -year old men and women : with special reference to muscle mass, strength, serum anabolic hormone concentrations, blood pressure, blood lipids and lipoproteins and glycemic control. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-2901-5>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. Viitattu 26.1.2015.

http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Siekinen, K 2010. Syvähaastattelu. Teoksessa Aaltola J & Valli, R (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineistonkeruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 45-60.

Sihvonen, S. 2004. Postural balance and aging : cross-sectional comparative studies and a balance training intervention. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014.

<http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-1920-X>

Siira, H.1998. Asiakkaan autonomiaako rakentamassa? Tapaustutkimus kunnallisesta kotipalvelusta asiakkaan suoriutumisen tukijana. Rovaniemi. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Siira, H. 2011a. Ohjausmoniste. OAMK. Sote 9.8.2011.

Siira, H.2011b. Malli sanallista kuvausta varten. Ohjausmoniste. OAMK. Sote 9.8.2011.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. Viitattu 8.11.2014
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta 1363/2011 1-3 §, viitattu 18.12.2014,
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20111363>

Stakes 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 4. World Health Organisation.

STM 2012b. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020.Tavoitteena muistiystävällinen Suomi.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Viitattu 12.10.2014
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf

STM 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki:STM 2012. Viitattu 27.8.2014
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

STM 2014. Tulevaisuuden hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 208/2014. Viitattu 3.11.2014
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1892910#fi>

STM 2015b. Sosiaali- ja terveystalvetut. Asiakasmaksut. Palveluseteli. Viitattu 31.1.2015. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakasmaksut/palveluseteli

STM 2015a. Sosiaali- ja terveystalvetut. Sosiaalipalvelut. Laitoshito. Viitattu 1.2.2015 http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshito

Sukanen, H. Toiminnallinen voimistelu osana iäkkäiden aamurutiineja. Kuntoutujien ja asiantuntijoiden käsityksiä ja kokemuksia aamuvoimistelusta ja sen yhteydestä aamutoimien sujuvuuteen. Helsinki. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 21.11.2014 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011113016534>

Suomen standardisoimisliitto SFS ry 2004. Laadunhallintajärjestelmät. Suuntaaviivat prosessien parantamiselle terveystalvetluorganisaatioissa. Quality Management Systems. Guidelines for process improvements in health service organizations. Helsinki. Suomen standardisoimisliitto.

THL 2014. Toimintakyky. ICF. Viitattu 15.1.2015 <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

Tiikkanen, P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys: seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittäivistä tekijöistä. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2537-4>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.2004. Helsinki: Tammi.

Turjanmaa, P.2005 Laadun oppiminen pienissä yrityksissä: mallin konstruointi ja kehittäminen. Jyväskylän yliopiston kauppakorkeakoulu. Väitöskirja. Viitattu 18.12.2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2263-4>

Työ- ja elinkeinoministeriö 2015. Yritys Suomi. Asiakastyytyväisyys. Viitattu 15.1.2015. <https://www.yrityssuomi.fi/asiakastyytyvaisyys>

Valtion liikuntaneuvosto 2013. Liikunta ja ikääntyminen - liikkkeellä voimaa vuosiin. Valtion liikuntaneuvoston julkaisuja 2013:5. Viitattu 27.8.2014. <http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/283/>

Vantaa 2014. Toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä hoitotyö. Vantaan kaupungin kotisivut. Viitattu 27.8.2014. http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/sairaalat/toimintakyky_edistava_ja_yllapitava_hoitotyö

Venturelli M, Scarsini R, Schena F2011. Six-month walking program changes cognitive and ADL performance in patients with Alzheimer. Viitattu 21.10.2014 <http://search.pedro.org.au/search-results/record-detail/30329>

Vesivalo, R. (Raimo) 2014. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuloksellisuus edellyttää työhyvinvoinnin edistämistä. TEHY ry:n kotisivut. Viitattu 30.8.2014 <http://www.tehy.fi/medialle/tiedotteet/?x26519520=28177570>

Virkola, E. 2014. Toimijuutta, refleksiivisyyttä ja neuvotteluja: muistisairaus yksinasuvan naisen arjessa. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5568-7>

Vuoti, Maire. 2011. Pohjoissuomalaisten suurten ikäluokkien tulevaisuudenkuvat ikääntymisestään, hyvinvoinnistaan ja sosiaali- ja terveyspalveluistaan. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede ja terveyshallinto. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Sosiaalityö. Väitöskirja. Viitattu 22.10.2014 <http://urn.fi/urn:isbn:9789514295386>

Vähäkangas, Pia. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Terveystieteen tutkimuskeskus. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja. Viitattu 22.10.2014 <http://urn.fi/urn:isbn:9789514262319>

Železnik, Danica 2007. Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia. University of Oulu. Faculty of Medicine. Department of Nursing Science. University of Maribor, Faculty of Health Sciences. Väitöskirja. Viitattu 22.10.2014. <http://urn.fi/urn:isbn:9789514286377>

Zetterberg, H. 1977. Arbete, livsstil och motivation. Stockholm. Svenska arbetsgivareförening.

Zähringer, S., Schuhmann, J. & Rebstock M. 2012. Körperliche Aktivität bei Demenz. Eine physiotherapeutische Interventionsmöglichkeit. Viitattu 13.10.2014 <http://www.physiotherapeuten.de/pt/archiv/>

LIITTEET

Liite 1. Prosessikartta.

Liite 2. Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon prosessikaavio / lähtötilanne

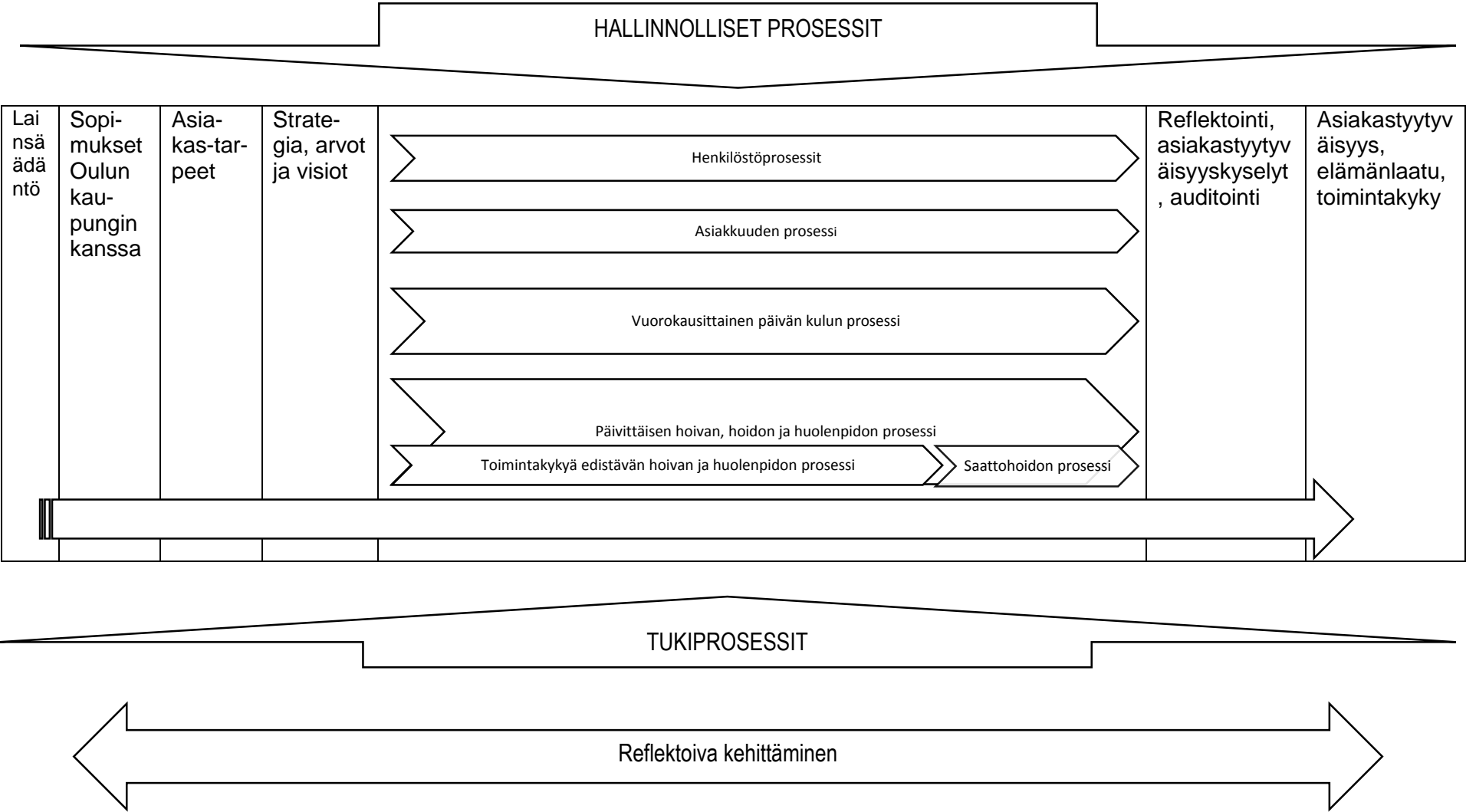
Liite3. Taulukko. Käsitteiden määrittely kirjallisuuskatsauksen perusteella

Liite 4. Taulukko. Kirjallisuuskatsaus / haku PEDro tietokannasta 13.10.2014

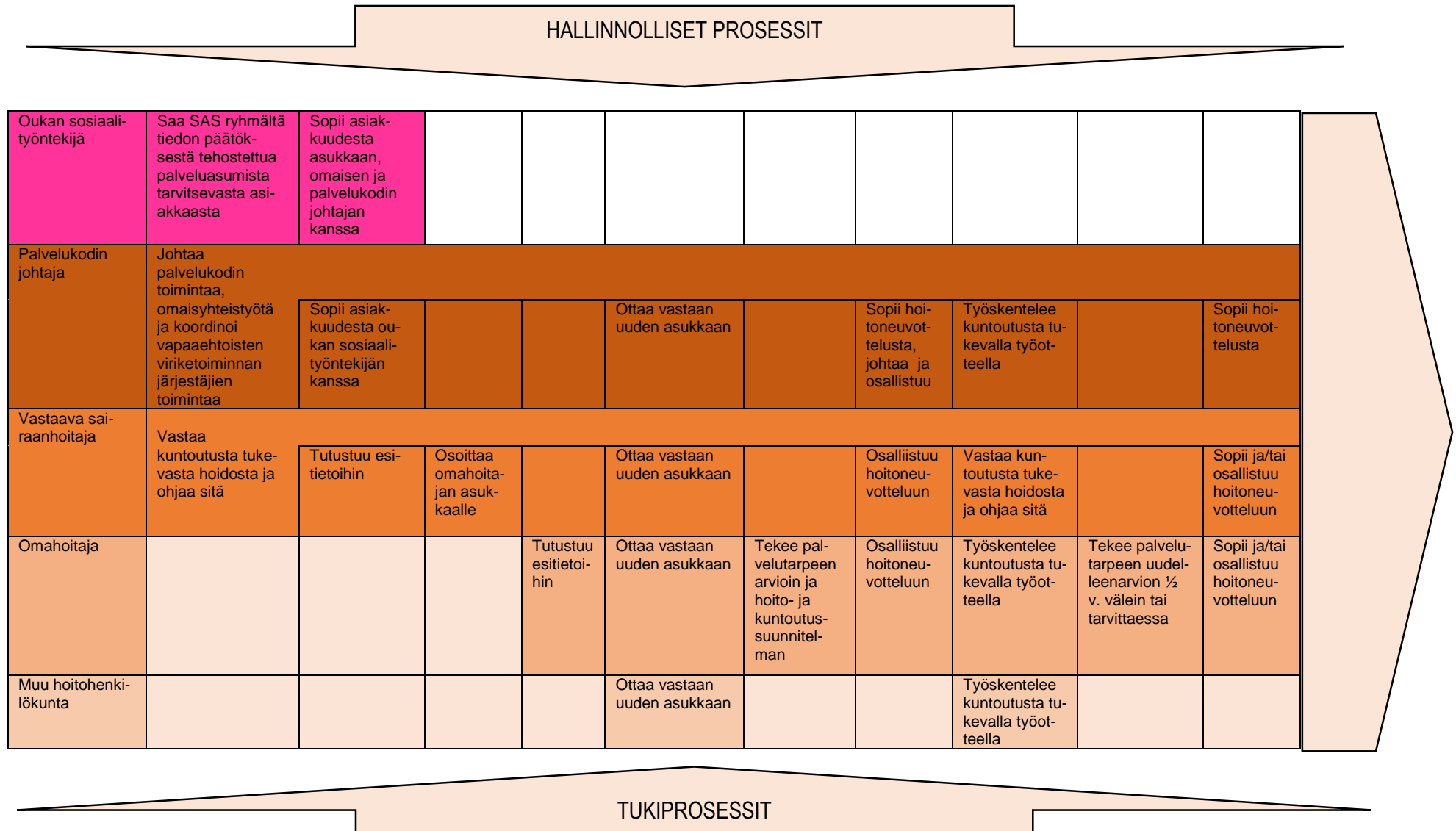
Liite 5. Taulukko. Haastattelututkimuksen aineiston luokittelu

Liite 6. Taulukko. Henkilökunnan ryhmäkeskustelun analysointi

Liite 7. Taulukko. Henkilökunnan ja omaisten yhteisen ryhmäkeskustelun analysointi



Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon prosessikaavio JUHTA:n malleja soveltaen / lähtötilanne



	Hoiva	Osa hoivaa, leikkauspinnat	Hoito
(Anttonen, A, & Zechner, M. 2009, 16-29.).	Hoiva käsitteenä on laaja- alainen, sillä viitataan huolenpidon edellyttämään velvollisuudesta ja rakkaudesta tehtävään sitoutuneeseen ja hoivattavan tarpeita kuuntelemaan työhön . Tutkijat ovat määritelleet hoivan käsitteeksi, jolla voidaan tarkoittaa niin palkallista kuin palkatontakin työtä	sisältyy myös huolenpidollisia ulottuvuuksia	Hoivan ja hoidon käsitettä pyritään erottamaan vetämällä rajaa sosiaalisen ja lääketieteellisen hoidon välille
(Habjanic 2009, 69-89)	tunne, välittäminen, läsnäolo ja koskettaminen, arjen perustarpeiden tyydyttäminen ja konkreettisten asioiden hoito sekä kokonaisvaltainen toisen ihmisen huolehtiminen	hyvän fyysisen hoidon ja fyysisiin tarpeisiin vastaaminen	korkealaatuisen ruoan, siisteyden, ihonhoidon ja hieronnan, henkilökohtainen hygienia ja täsmällinen lääkehoito
(Helin, S. 2000, 156- 172-173.)	kompensoiva henkilö tekee jonkin toiminnon osin tai kokonaan apua tarvitsevan puolesta.		
(Aarva, K.2009, 189-190.)	kokonaisvaltaista, turvallista, asiakaslähtöistä, sen avulla saadaan arkeen sujuvuutta ja se on itsessään selvää. hoivan osaaminen syntyy arjen käytännöistä.		asiakkaan hyvinvoinnista huolehtimista, arjen tukemista, kokonaisvaltaista hoitamista, hoitoalan koulutuksen saaneiden sairaanhoidollista työtä , asiakkaan omien voimavarojen tukemista ja hoitamista vuorovaikutuksessa hoitotyö on hoivaa tarkkarajaisempaa, ammattillista ja lääketieteellistä, hoitotoimenpiteet
<p>→ Hoivalla tarkoitetaan kokonaisvaltaista palkallista tai palkatonta toimintaa, jolla osin tai kokonaan mahdollistetaan sellainen yksilön tarpeiden mukainen arjen toiminta selviytyminen, josta hän toimintakyvyn ollessa normaali kykenisi itse täysin suoriutumaan. Hoivalla ei tarkoiteta haastavuudeltaan tämän kriteerin ylittävää tai ammatillista erikoiskoulutusta edellyttävää lääketieteellistä hoitoa, kuten esimerkiksi lääkehoitoa tai verinäytteiden ottoa.</p>			

	Itsestä Huolenpito		HUOLENPITO
(Vuoti 2011, 103, 129-131)	ennaltaehkäisyä ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitämistä, osa käsitettä elämänhallinta ja näin palautuu tarkoittamaan kykyä pitää huolta paitsi itsestä, myös läheisistä		Osa elämänhallintaa
(Železnik , D. 2007, 18.)	rationaalisena terveyden ylläpitämisen tapana myös alitajuisina rutiineina		
(Habjanic, A. 2009, 71-73.)			ystävällisyyden, henkilökunnan halukkuuden kommunikoida asiakkaiden kanssa, humanit tunnepitoiset ihmis-suhteet, avun ja riittävän ajan saannin, sekä mahdollisuuden ilmaista toiveita ja tarpeita
(Backman, K. 2001, 43-47, 53-55.)	itsestä välittämistä päivittäisten askareiden ja sairauksien sekä terveyden hoitamisen kautta , tilanteissa, jossa yksilö on joutunut antamaan periksi ja luovuttamaan vastuun itsestä huolenpidosta muille		
<p>Tässä kehitystyössä huolenpidon käsitteellä tarkoitetaan vastuun ottamista toisen ihmisen itsestä huolenpidosta, ja sen toteuttamista. Huolenpito tukee sen vastaanottajan elämänhallintaa ja toimintakykyä. Huolenpito on sen vastaanottajan yksilöllisten tarpeiden toteutumisesta huolehtimista, hoivan tarkoittaessa niiden tukemista ja käytännössä osin tai kokonaan toteuttamista. Vaikka huolenpito ei tarkoita lääketieteellistä hoitoa, siihen sisältyy sen tarpeen ilmaantuessa hoitoon tai palvelujen piiriin hakeutumisesta huolehtiminen. Huolenpidon tarve korostuu silloin kun yksilö ei itse syystä tai toisesta kykene vastaamaan itsestä huolenpidostaan.</p>			
	TOIMINTAKYKY		
(THL 2014. viitattu 15.1.2015.)	Toimintakyky nähdään kokonaisvaltaisena ilmiönä		toimintarajoitteet konkreettisen elämäntilanteen vaatimusten ja henkilön terveyden välisenä epätasapainona
(Stakes 2004, 3, 8, 15-17.)	”toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa” sisältyy ruumiin/kehon toiminnot, ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen ja se on dynaamisessa vuorovaikutuksellisessa suhteessa yksilö- ja ympäristötekijöiden kanssa		

. (Železnik, D. 2007, 20-21.)	fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisenkin , avunsaannin mahdollisuuden kautta ympäristön vaikutuksen	Toiminnallinen kapasiteetti → voimavaralähtöinen
(Rissanen, L. 1999, 66-78, 107-109.)	fyysiseen, psyykkiseen ja ja sosiaaliseen	
(Karjalainen, E. 1999, 20, 44.)	fyysiseen, psyykkiseen ja kognitiiviseen	
(Hautala, T. 2013, 5, 36-51, 146.)	puheen vastaanottamiskykyä	
(Ahto, M. 1999, 41-58, 65-66.)	fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen	
(Bonsdorff, M. 2009, 43-47, 74-78.)	ADL ja IADL-toiminnot, Kognitiivisia rajoitteita	toiminnanvajauksien ja suorituskyvyn rajoitusten kautta,
(Hirvensalo, M. 2002, 24-25)	fyysisen toimintakyvyn ja liikkumiskyvyn, sosiaalisen osallistumisen rajoittumisen	toiminnanvajauksen näkökulmasta sitä avuntarpeeseen yhdistäessään
(Rautio, N. 2006, 50-53)	PADL, fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky	päivittäisistä toimista selviytymistä
(Pajala, S. 2006, 56-60.)	tasapaino	
(Sihvonen, S. 2004, 29)	tasapaino	
(Piirainen, J. 2014, 72-73.)	dynaamisen tasapainon	
(Tiikkanen 2006, 39-50, 65.)	taloudellisella tilanteella yhteys toimintakykyyn, psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen sekä vähäiseen sosiaaliseen vuorovaikutukseen	
(Rautio, N. 2006, 87.)	korkeampi sosioekonominen asema iäkkäillä henkilöillä on yhteydessä parempaan toimintakykyyn	
(Hiironen, M. 2007, 38.)	fyysiseen, psyykkiseen ja kognitiiviseen, sosiaaliseen sekä taloudelliseen toimintakykyyn	

(Ranta, S. 2004, 4, 44-45, 138.)	fyysisen toimintakyvyn, kognitiivisen kyvykkyyden ja antropometristen ominaisuuksien	
→ Lähdekirjallisuuden perusteella toimintakyky jaetaan yleisesti fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen ja usein myös kognitiiviseen toimintakykyyn. Yksilötekijöiden, toimintakyvyn ja ympäristötekijöiden suhde on dynaaminen ja vuorovaikutuksellinen. Tässä kehitystyössä toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön fyysistä, psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista kykyä toimia siinä hetkessä ja ympäristössä missä hän on.		

	Elämänlaatu	elämänlaatu negat.
(Laine M. & Heimonen, S-L.2011, 14, 42-43, 86-87.)	elämän tarkoituksellisuus, merkityksellisyys ja ihmisarvo , Tarkoitus tekee elämästä mielekkään ja elämisen arvoisen	
(STM 2014.)	terveys ja toimintakyky	
(Helin, S. 2000, 164-167.)	sosiaalisista aktiviteeteista ja harrastustoiminnoista luopuminen (voi olla myös posit. kokemus voimavarojen ollessa vähäiset)	sosiaalisista aktiviteeteista ja harrastustoiminnoista luopuminen
(Lampinen, P.2004, 43, 58, 73.)	fyysinen aktiivisuus , vaikuttaen harrastusaktiivisuuden ja liikkumiskyvyn kautta	
(Hiironen, M. 2007, 33.)	onnellisuutta , tyytyväisyyttä elämään ja hyvinvoinnin tunnetta	
(Nivala, S. 2010, 47-67.)	elämänlaadun vaihtelu eri olosuhteissa, ajankohdissa ja ikäkausissa	
(Leinonen 2002, 50)	terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja liittää sen toimintakykyyn	
Vuoti, M. 2011,58-59)	elämänlaadun sisältyvän käyttämänsä käsitteeseen hyvinvointi , johon hän sisällyttää myös terveyden määritelmät. Käsitteellä hyvinvointi hän tarkoittaa ryhmän tai yksilön itsensä määritelmää hyvinvointiaan tuottavista ja siihen vaikuttavista tekijöistä nyt ja tulevaisuudessa	
(Lyyra, T. 2006, 45, 48, 55)	Psykososiaaliseen hyvinvointiin kuuluu tämänhetkiseen elämään tyytyväisyys sekä yhteenkuuluvuuden, arvostuksen ja turvallisuuden tunteet	

(Rissanen, L. 1999, 63-64, 107.)	hyvän olon kokemukset liittyivät omaan terveydenhoitoon ja terveyden kokemi- seen ja toisaalta sairauden ja kivun hallintaan . Hyvän olon kokemus liitettiin myös luontoon, sosiaalisiin suhteisiin ja arjen tapahtumiin ja niissä asioiden sujumi- seen. ihmissuhteiden ja liikunnan	
(Elo, S. 2006, 129-130).	luonto yksin olon mahdollistajana, hyvinvointia tukeva fyysinen, sosiaalinen ja sym- bolinen ympäristö	yksinäisyydentunteet
(Virkola, E. 2014, 275.)	suhde kotiin , Koti voi olla myös tunne, joka uudessa ympäristössä herää kaipuuna tuttuun ja turvalliseen	suhde kotiin voi katketa koko- naan tai säröytyä esimerkiksi muuton seurauksena, eikä ko- tia enää osata rakentaa uu- teen tilaan
(Vuoti 2011, 104, 113.)	kotiin symbolisena merkityksenä tulevaisuudessa liitettiin yhteisöllisyyden mahdol- lisuuteen ja sen tuottamaan hyvinvointiin	
(Vuoti 2011, 105-106.)	kulttuurielämykset kuten esimerkiksi musiikki tai tv:n katselu sellaisessa muodossa kun ne läpi elämän on koettu merkityksellisenä	
(Virkola, E. 2014, 278-281.)	muistisairaahan ihmisen arjen tukeminen ja hyvinvoinnin lisääminen edellyttää hänen arjen logiikkansa ymmärtämistä sekä toimujuutensa tunnistamista	
(Rantakokko, M. 2011, 67-69.)	sosiaalisia suhteita, taloudellista tilannetta ja terveyttä	elinpiirin pieneneminen ja ul- kona liikkumisen väheneminen
(Yle Tv1 2014, Vii- tattu 30.9.2014.)		laitoskulttuuri, jossa hyvän elä- män määrittelee joku muu kuin yksilö itse. Ihminen ei ole oman elämänsä subjekti, vaan muiden toiminnan kohde. Päi- vät, viikot ja kuukaudet toistu- vat samanlaisina, ja mahdolli- sesti kerran esitetetyn toiveen ajatellaan olevan pysyvä ja muuttumaton, päivästä toiseen
	tämänhetkiseen elämään tyytyväisyys sekä yhteenkuuluvuuden, arvostuksen ja turvallisuuden tunteet . Eloönjäämisen kannalta sosiaalisesta tuesta nimenomaan informaali sosiaalinen tuki	
(HS 2014, B5)	toiveiden toteuttaminen	

Hyvään elämänlaatuun kuuluu elämän merkityksellisyys, tarkoituksellisuus ja ihmisarvo. Terveys, toimintakyky, mielekäs tekeminen, mahdollisuus sosiaalisiin suhteisiin, ympäristö, koti ja taloudellinen tilanne myös määrittävät elämänlaatua. Tässä kehitystyössä käsitteellä elämänlaatu tarkoitetaan asiakkaan kokemuksellista ja terveydellistä hyvinvointia.

	ASIAKASTYYTYVÄISYYS	
(Työ- ja elinkeinoministeriö 2015, viitattu 15.1.2015.)	Kyky vastata asiakastarpeisiin tarjoaa yritykselle kilpailuedun. Tärkeä osa asiakastyytyväisyyden aikaansaamista on se, että yritys kykenee pitämään asiakkaille antamansa lupaukset, tähän päästään varmistamalla lupauksien ja laaduntuottokyvyn vastaavuus.	➔ Asiakastyytyväisyyden edellytyksenä on lupauksien pitäminen
(Miettinen 2011, 13-14, 21-22, 77- 83, 94.)	Tarpeiden, tunteiden, motiivien ja inhimillisen toiminnan kokonaisvaltainen ymmärtäminen on lähtökohtana. Kun ymmärretään asiakkaan tarpeet, on niihin mahdollista vastata ja saavuttaa myös liiketaloudellista hyötyä. Tuotteiden haluttavuutta tai ominaisuuksia voidaan parantaa kehitettyjen palveluiden avulla	
(Hiironen, M. 2007,64-65.)	Hyvin toteutettu palvelu tuottaa mahdollisesti uusia asiakkaita hyvän palautteen kautta ja voi myös tarjota kehittämismahdollisuuksia. yhteistyön sujuminen ja käytettävissä olevat resurssit, voimavaroina yrityksen voimavarojen lisäksi asiakkaan ja hänen omaistensa voimavarat sekä niiden määrän ja luonteen, joilla taas on merkitystä hoivayrityksen rooliin palveluntuottajana. hoivayritykset voivat osallistua myös palveluiden kehittämiseen kuulemalla ikääntyviä, tekemällä yhteistyötä muiden palveluntuottajien kanssa, tuoteistamalla palveluita sekä rakentamalla palvelukokonaisuuksia	➔ Asiakastyytyväisyyteen päästään vastaamalla asiakkaiden tarpeisiin
(Larjovuori, RL.,Nuutinen S., Heikkilä-Tammi, K., Man.ka ML. 2012:12, viitattu 16.12.2014)	Asiakkaan käsitettä voidaan laajentaa tarkoittamaan myös esimerkiksi varsinaisen asiakkaan omaisia, läheisiä tai yhteisöä. tulee ottaa huomioon asiakkaiden näkökulman lisäksi myös sen muiden käyttäjien tarpeet.	
Tässä kehitystyössä käsitteellä asiakastyytyväisyys tarkoitetaan palveluntuottajan kaupallisen mielenkiinnon näkökulmaa asiakkaan positiiviseen kokemukseen yrityksen palvelusta. Vaikka intressi on palveluntuottajan, kokemus on silti asiakkaan. Asiakkaalla tarkoitetaan joko hoivakodin asukasta ja/tai hänen omaistaan.		

	Toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito	
(ks. STAKES 2004: 3, 8-9, 15-17, 224-225).	paitsi yksilöllisillä ominaisuuksilla ja yksilön omalla suoriutuvuudella, myös fyysisellä, sosiaalisella ja asenneympäristöllä on merkitystä yksilön toimintakykyvyyden kannalta. ympäristö, apuvälineet ja siinä olevat ihmiset ja asenteet voivat joko edistää tai rajoittaa toimintakykyä.	
(Järvikoski, A. 2013, 50, 63., viitattu 15.1.2015.)	lääkärin kuntouttavassa hoitotyössä keskeistä on pitkäjänteisyys, tavoitteellisuus ja jatkuvuus, potilaan omatoimisuuteen ja aktiivisuuteen kannustaminen sekä liikkumaan aktivoiminen hoitajan avustamana, apuvälineen tuella tai ilman. Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan kuuleminen sekä valtaistaminen on oleellista.	
(STM 2012c:12-13, viitattu 12.10.2014)	Kuntoutumista edistävän hoito rakentuu mielekkään tekemisen ja säännöllisen toiminnan perustalle. toimintakykyä ylläpitämällä ja omaisten hyvinvoinnista huolehtimalla. kuntoutusalan erityisosaamista vaativana tavoitteellisenä palveluna, että erityisesti tapana toimia toimintakykyä edistävän työotteen mukaisesti. Kuntoutuksen tavoitteena on elämänlaadun ja toimintakyvyn optimointi	
(Jäntti, P.2013, viitattu 15.1.2015.)	fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja palauttaminen, liikunta, ravitsemuksesta huolehtiminen, lääkehoidosta huolehtiminen, elämään tyytyväisyyden lisääminen, psyykkisen hyvinvoinnin kohottaminen sekä sosiaalisten yhteyksien ja sosiaalisen aseman ylläpitäminen”. Vanhustyössä siihen kuuluu kaikki akuutin sairauden jälkeen iäkkään toimintakyvyn palauttamiseen tähtäävät ja laitosasumista inhimillistävät toimet	omat ja ympäristön asenteet, motivaation ja itsetuntoisuuden puutteen, hitauden ja huonokuntoisuuden, asuinympäristön sekä työnteekijöiden ajankäyttöön, ja ksumimiseen ja osallistamiseen sekä tiedonpuutteeseen liittyviä tekijöitä
(Laine, M. & Heimonen, S-L. 2011, 8, 14-15,.)	elämän merkityksen ja tarkoituksen korostamisen kautta. Arjen tarkoituksellisuudella on positiivinen yhteys toimintakykyyn ja terveyteen	

(Vähäkangas, P. 2010, 68,84, 92.)	tavoitteellisuus, moniammatillisuus ja terveyslähetsyys. Asiakkaan lisäksi myös omaisten aktiivista osallistumista hoitoon tuetaan perustuu asiakkaan toimintakykyyn ja sen arviointiin sekä asiakkaan jäljellä olevien voimavarojen tukemiseen Käytännöllinen ympäristö ja apuvälineet siakkaan tukemisena, motivointina, kannustamisena sekä palautteen antamisena ja läsnä olemisena	
(Finne-Soveri H., Pohjola L., Keränen J. & Raivio K. 2014, 66-71, Viitattu 2.1.2014.)	Asukkaiden oma aktiivisuus päivittäisissä toimissa. Toiminnalliset matkat kuten ruokapöytään siirtyminen tapahtuivat mahdollisuuksien mukaan omin jaloin, tarvittaessa apuvälineen ja kahden avustajan turvin. Vaipan käytöstä huolimatta asukkaat avustettiin säännöllisesti WC:hen tarpeilleen , tavoitteen oltua päiväkainen pidätyskyky	
(Sihvonen, S. 2004, 49-50.)	näköpalautteeseen perustuvaa tasapainoharjoittelua	
(Hirvensalo, M. 2002, 78-79, 82-83.)	liikuntaneuvonta	
(Vuoti, M. 2011, 157)	ennakoivat palvelut toimintamuotona	
	Aktiivinen itsestä huolenpito ja motivaatio oman terveyden ja hyvinvoinnin rakentamiseen ja ylläpitämiseen tulevaisuudenkuvien palvelu-konseptien taustatekijöinä.	
(Kallinen, M. 2004, 82-85.)	liikunnalla	
(Arcoverde C, Deslandes A, Moraes H, Almeida C, de Araujo NB, Vasques PE, Silveira H, Laks J 2014; Viitattu 21.10.2014; Blankevoort, CG., van Heuvelen, MJ., Boersma, F., Luning, H., de Jong, J. & Scherder EJ 2010. Viitattu	monipuolisella tai aerobisella liikuntaharjoittelulla on positiivinen yhteys dementiaa sairastavien iäkkäiden kognitiiviseen toimintakykyyn	

13.10.2014; Christofolletti G, Oliani MM, Gobbi S, Stella F 2007. Viitattu 21.10.2014; Coelho FG1, Santos-Galduroz RF, Gobbi S, Stella F 2009. Viitattu 13.10.2014; Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ 2004. Viitattu 21.10.2014; Kemoun G, Thibaud M, Roumagne N, Carette P, Albinet C, Toussaint L, Paccalin M, Dugue B 2010. Viitattu 21.10.2014; Kwak Y-S, Um S-Y, Son T-G, Kim D-J 2008. Viitattu 21.10.2014; Venturelli M, Scarsini R, Schena F2011. Viitattu 21.10.2014; Zähringer, S., Schuhmann, J. & Rebstock M. 2012. Viitattu 13.10.2014).		
(Sallinen, J. 2007, 84)	energia- ja proteiinipitoisen ruokavalion ja voimaharjoittelun avulla	
(Kulmala, J. 2010, 76-78.)	iäkkäiden heikentynyt näkö tulisi pyrkiä korjaamaan silmälaseilla tai muilla hoitotoimenpiteillä	
(Isola 2008:13-14, viitattu 15.9.2014; ks. (Habjanic, A. 2009, 69).)	Vanhusta tulisi kannustaa itsenäisyyteen ja omatoimisuuteen, aktiivisesti tiedustella hänen toiveitaan ja ajatuksiaan, sekä rohkaista kanssakäymiseen myös vanhainkodin ulkopuolisten tahojen kanssa	
(Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutuksesta 1363/2011 1-3 §, viitattu 18.12.2014.)	lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden tarkoituksena on toimintakyvyn tukeminen, ylläpitäminen, parantaminen tai sen rajoittumisen ehkäiseminen Apuvälineen tarpeen arvioinnissa tulee ottaa huomioon yksilöllisyys, oikea-aikaisuus ja käyttäjälähtöisyys	

(Kaleva 2014, viitattu 18.12.2014.)	Avi: Kuntoutuksen apuvälineet hankittava myös palvelukotien asukkaille	RAJOITTAMINEN
(Saarnio, R. 2009, 26.)	<p>vaihtoehtoisina toimintatapoina fyysiselle rajoittamiselle mainitaan sekä hoitajan ja vanhuksen että hoitajan ja omaisen että hoitajien keskinäinen vuorovaikutus. Vaihtoehtoisia käytäntöjä fyysiselle rajoittamiselle Saarnio mainitsee myös vanhuksen psykyllisen, sosiaalisen ja fyysisen hyvinvoinnin tukemisen ja hoitoympäristöön, hoitokäytäntöihin ja hoitajan innovatiivisuuteen liittyviä tekijöitä. Vaihtoehtoisten toimintatapojen käyttöä Saarnion mukaan edistää hoitajien gerontologinen täydennyskoulutus ja lääkärin ja fysioterapeutin moniammatilliseen työryhmään kuuluminen ja siinä säännöllinen vanhuksen hoitoon ja sen suunnitteluun osallistuminen.</p>	<p>käytetään turvallisuuden lisäämiseksi. Jokin altistava tekijä aiheuttaa rajoittamisen ja käyttäytymistä, aiheuttaa rajoittamista. vanhus altistuu kaltointkohtelulle. altistavia tekijöitä dementoiva sairaus ja sen liitännäisenä haasteellinen käyttäytyminen, neurologiset sairaudet, aiemmat puutoamiset tai kaatumiset, omaisten huoli ja yksilötekijät sekä lääkkeiden käytön runsaus. Hoitajaan liittyvinä puutteelliseen osaamiseen, tietämykseen ja asenteisiin liittyviä tekijöitä, vanhustyössä viihtymisen ongelmia, omaisen, lääkärin tai työtoverin toiveiden noudattamisen, mutta myös huolenpiddolliset syyt. Organisaatiossa puuttuvan lainsäädännön, yhteiskunnan kulttuurisen ja historiallisen taustan, johtamiseen ja talouteen sekä hoitajien ja asiakkaiden määrään ja myös laitospuotoon liittyvät tekijät altistavia tekijöitä olivat myös virheelliset potilasmerkinnät ja rajoitteiden käyttö hoitotoimenpiteiden onnistumiseksi myös omasta toiveesta, voi olla myös epäsuoraa, jolloin passivoidaan, epäsuoraa rajoittamista myös omaisten aktiivinen osallistuminen rajoittamiseen,</p>

(Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2: 6§, viitattu 8.11.2014).)	potilasta on hoidettava hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisella tavalla ja hoidon on tapahduttava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa	Mikäli potilas tai hänen edustajansa kieltää hoidon, on se pyrittävä toteuttamaan muulla, potilaan hyväksymällä ja lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.
(Puustinen, J. 2014, 5, 86, 88.)	annostuksen asteittaista vähentämistä ja tukemaan vähentämistä psykososiaalisten menetelmien avulla, sekä harkitsemaan myös unettomuuteen ja ahdistukseen käytettävissä olevia lääkkeettömiä hoitovaihtoehtoja	unilääkkeet ja niiden tavoin vaikuttavat rauhottavat lääkkeet voivat heikentää vanhus-ten toiminnallista ja kognitiivista toimintakykyä jopa pysyvästi tai niiden käytöstä aiheutuneet muutokset voivat olla hitaasti paranevia
.(Valvanne, J. 2014.)	keskustelemaan iäkkään henkilön kanssa, tarjotaan ruokaa tai juomaa, ja raukeuden ilmaantuessa saattamaan hänet takaisin vuoteeseen	unilääkkeiden käytöllä aiheutetaan tarpeetonta muistin ja toimintakyvyn menetystä, päivällä ilmenevää väsymystä, pahoinvointia ja kaatuilua.
Toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito on pitkäjänteistä, tavoitteellista ja voimavaralähtöistä toimintaa, jonka lähtökohtana on asiakkaan elämänhistoria, yksilölliset tarpeet ja toiveet sekä mielekäs toiminta. Sen tavoitteena on yksilön fyysisen-, psyykkisen- ja kognitiivisen- sekä sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen sekä elämänlaadun parantaminen. Keinoja ovat esimerkiksi aktiivisuuteen kannustaminen ja sen tukeminen arjen toiminnaissa, tarvittaessa wc-käynneissä avustaminen ja niiden säännöllisyydestä huolehtiminen, tarvittavien apuvälineiden hankinta ja aktiivinen käyttö sekä rajoittamisen välttäminen, liikkuminen ja ulkoilu – tarvittaessa hoitajien ja/tai apuvälineiden avulla, tasapainoharjoittelu, liikuntaharjoittelu, elämysten tarjoaminen, osallistumisen mahdollistaminen ja sosiaalinen vuorovaikutus.		

	Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun tunnuspiirteet	negat. laatuindikaattori
(Suomen standardisoimisliitto SFS ry 2004, 14, 34-36; FK 2015, 5-6, 8, 17, Viitattu 23.1.2015)	asiakaskeskeisyys, johtajuus, henkilöstön osallistuminen, prosessimainen toimintamalli, järjestelmällinen johtamistapa, jatkuva parantaminen, tosiasioiden perustuva päätöksenteko ja molempia osapuolia hyödyttävät suhteet toimituksissa, laadunhallintaan, suunnitteluun ja toimintaan liittyvä dokumentointi	
(STM 2012c:12-13, viitattu 12.10.2014.)	rakentuu mielekkään tekemisen ja säännöllisen toiminnan perustalle. Myös ympärivuorokautisessa yksikössä kuntoutumista edistävä toiminta on korkealaatuisen hoidon tunnuspiirre . Palvelun käyttäjien ja heidän läheistensä kuuleminen, hoito- ja palveluketjujen toimivuus, palvelut liikkuvat, mutta muistisairas voi asua samassa paikassa	

(Anttonen, A. & Zechner, M. 2009, 17-45.)	eettisesti hyväksyttävässä hoivasuhteessa sekä hoivan antaja että hoivan tarvit-sija voivat parhaalla mahdollisella tavalla toteuttaa itseään ja molemmat voivat hyvin	
(Turjanmaa, P. 2005, 30. Viitattu 18.12.2014 http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2263-4)	henkilöstö huomioon ottaen täytetään asiakkaan tarpeet yrityksen kannalta mahdollisimman tehokkaalla ja kannattavalla tavalla. uudistavaa ja vuorovaikutuksellista oppimista edistävä avoin kanssakäymi-nen informaalin johdon ja henkilöstön kehittämisen, asiakaslähtöisyys	
(Turjanmaa, P. 2005, 159-160. Viitattu 18.12.2014.)	Asiakkaiden ja henkilökunnan välisen välittömän vuorovaikutussuhteen kautta ke-hittämisen lähtökohdaksi saadaan asiakaslähtöisyys , mikä myös edistää laadun oppimista.	
(Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 4: 19§, 14 §, 15 §.)	palveluntarve määräytyy toimintakyvyn mukaan. mahdollistettava sosiaalinen vuorovaikutus, elämän merkityksellisyyden, ar-vokkuuden ja turvallisuudentunteen kokemus, sekä tarjottava mahdollisuus mielekkääseen terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitä-vään toimintaan	
(Hänninen, J. 2003, 13-14.).	potilaan hyvinvoinnin lisääminen ja kärsimyksen lievittäminen	
(Habjanic, A. 2009, 71-73.)	hoivan laadun tunnuspiirteenä siihen sisältyvän huolenpidon. Huolenpidon käsitteeseen Habjanic oli sisällyttänyt haastatteluista esiin nousseista määritelmistä ystävällisyyden, henkilökunnan halukkuuden kommunikoida asiakkaiden kanssa, humanit tunnepitoiset ihmissuhteet, avun ja riittävän ajan saannin, sekä mahdollisuuden ilmaista toiveita ja tarpeita. Ikäihmiset toi-voivat henkilökunnalta kunnioittavaa ja kärsivällistä käytöstä ja kertoivat tarvit-sevansa apua ongelmanratkaisuun ja tarpeidensa täyttämiseen , kuten esimer-kiksi wc-asiointiin tai ulkoiluun pyörätuolin avulla.	
(Vähäkangas, P. 2010, 84-85.)	Käytännöllinen ympäristö ja apuvälineet voivat edistää kuntoutumista ja tukea hoitajien ergonomista toimintaa. ulkoilun mahdollistava tila , toisaalta esimerkiksi pitkät käytävät voidaan nähdä sekä kuntoutumista edistävänä että rajoittavina tekijöinä.	virtsan- tai ulosteenpidätys-kyvyttömyys, painehaavat, vuoteeseen hoidettavat, pit-kään säilyvien ADL-taitojen heikentyminen ja vähäinen

	toimivan työyhteisön, ja sen perustana kuntoutumista edistävän toimintakulttuurin, toiminnan yhteisen päämäärän, innostuneen ilmapiirin, omahoitajuuden ja henkilöstön määrään, osaamiseen, sitoutumiseen tai vaihtuvuuteen liittyviä tekijöitä	tai puutteellinen aktiviteetteihin osallistuminen
(Vuoti, M. 2011, 155-157.)	asiakas tulisi ottaa mukaan omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun tilanteensa asiantuntijana. Palvelut ja palvelusuunnitelmat tulisi perustua ihmisen elämänkulkuun ja -historiaan sekä ymmärrykseen ympäristön merkityksestä hyvinvointia tuottavana tekijänä.	
(Habjanic, A. 2009, 69-89.)	hyvän fyysisen hoidon, kodikkuuden, aktiivisen elämän, huolenpidon, humani ja yksilöllinen lähestymistapa, hyvä fyysinen hoito, mukava ja turvallinen ympäristö, sosiaalinen elämä, henkilökunnan riittävään määrään ja työn organisointi sekä asiakkaan fyysiin ja psykososiaalisiin tarpeisiin vastaaminen.	
(Saarnio, R. 2009, 78)	laitoshoidon hyvään laatuun kuuluu dementoituvan vanhuksen erityistarpeet huomioon ottava hoitoympäristön viihtyvyys ja turvallisuus	
<p>Toimintakykyä edistävän hoivan ja huolenpidon laadun tunnuspiirteet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - toimintakykyä ja vuorovaikutuksellista oppimista edistävä toimintakulttuuri, jossa sekä hoivan antaja että hoivan tarvitsija voivat toteuttaa itseään ja voivat hyvin - suunnitelmallinen ja mielekäs terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä edistävä toiminta ja sen kehittäminen - viihtyisä, turvallinen ja toimintakykyä edistävä ympäristö - riittävä ja osaava, humani sekä asiakkaan tunteva sitoutunut henkilöstö - laadunhallintaan, suunnitteluun ja toimintaan liittyvä dokumentointi <p>ISO-laatuajattelun mukainen toimintakykyä edistävä hoiva ja huolenpito on järjestelmällisesti johdettua, dokumentoitua, tavoitteellista ja aktivoivaa toimintaa, joka perustuu asiakkaan elämänhistoriaan, yksilöllisiin tarpeisiin ja mitattuun toimintakykyyn sekä asiakkaan ja/tai omaisen kanssa yhdessä tehtyyn konkreettiseen, sovittuun suunnitelmaan.</p>		

TAULUKKO / KIRJALLISUUSKATSAUS / HAKU PEDRO TIETOKANNASTA 13.10.2014

LIITE 4

http://search.pedro.org.au/search-results?calc_text=function*+AND+elderly+AND+dement*&-find=Search Hakusanat function* AND elderly AND dement*

tutkimus	linkki	Mitä tehtiin		Tulos	Luotettavuus, kommentti	vaikutus kognitioon	vaikutus fyysiseen toimintakykyyn
Zähringer ym. 2012. Körperliche Aktivität bei Demenz. Eine physiotherapeutische Interventionsmöglichkeit	http://search.pedro.org.au/search-results/record-detail/33680 http://www.physiotherapeuten.de/pt/archiv/	kirjallisuuskatsaus 4 tietokannasta, 10 tutkimusta.	Fyysisien kognitiivisten toimintojen ja fyysisten aktiiviteettien suhde.	Viitteitä aerobisen liikunnan positiivisista vaikutuksista muistiin. Keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavilla positiivisia vaikutuksia kognitiivisissa toiminnoissa alkoi näkyä vasta 4 kuukauden harjoittelun jälkeen.	3/10 tutkimusta näyttää merkittävästä edistyksestä kognitiivisissa toiminnoissa.	Kyllä	Ei tutkittu
Blankevoort ym. 2010. Review of effects of physical activity on strength, balance, mobility and ADL performance in elderly subjects with dementia.	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/20980758	Kirjallisuuskatsaus 16 tutkimusta.	Kestävyys-, tasapaino- ja voimaharjoittelun yhteys fyysiseen toimintakykyyn ja BADL-toimintoihin	Monipuolinen liikunta voi kehittää fyysistä toimintakykyä ja parantaa suoriutumista BADL-toiminnoissa, dementiaan vaikeusasteesta riippumatta.	Korkealaatuisten tutkimusten määrä pieni	Ei eritelty. Positiivinen muutos BADL-toiminnoissa.	Kyllä, viitteitä.
Coelho ym. 2009. Systematized physical activity and cognitive performance in elderly with Alzheimer's dementia: a systematic review	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/19578690	Kirjallisuuskatsaus. 6 tietokantaa, 8 tutkimusta.	Systemaattisen fyysisen harjoittelun hyödyt Alzheimerin tautia sairastaville.	Systemaattinen fyysinen harjoittelu näyttää ainakin väliaikaisesti parantavan kognitiivisia toimintoja, etenkin keskittymiskykyä, toiminnanohjausta ja kielellisiä toimintoja	Tutkimusten määrä pieni, mutta aihealue rajattu. Protokollaa fyysiseen harjoitteluun ei voitu tuottaa.	Kyllä, viitteitä.	Ei tutkittu.
Christoforetti ym. 2007. Effects of motor intervention in elderly patients with dementia: an analysis of randomized controlled trials	http://journals.lww.com/topic-singeriatricrehabilitation/toc/2007/04000	Kirjallisuuskatsaus. 10 tutkimusta, liikunnallinen interventio.		Vaihtelevia tuloksia, vaikutuksia psykososiaalisissa toiminnoissa, fyysisessä terveydessä ja toiminnassa, mielialassa ja huolenpitäjän ahdistuksessa. Näyttää liikunnallisen intervention käyttökelpoisuudesta fyysisen ja henkisen toimintakyvyn laskun vähentämisessä	Vaihtelevia tuloksia, luotettavuus arvioitu, pedron 3-7/10 tasoa.	Kyllä.	Kyllä.
Heyn P ym. 2004. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/15468033	Kirjallisuuskatsaus. Julkaistuja artikkeleita ja julkaisemattomia raportteja vuosilta 1970-2003 fyysisen harjoittelun vaikutuksista yli 65 vuotiaalle, joilla on kognitiivisiä haasteita. Yht. 30 tutkimusta .		Fyysinen harjoittelu parantaa kuntoa, fyysistä toimintakykyä, kognitiivisia toimintoja ja positiivista käyttäytymistä dementiaa ja siihen liittyviä kognitiivisia toimintarajoitteita sairastavilla	Suuri ja laaja otanta, vahva näyttö.	Kyllä.	Kyllä.
Venturelli M 2011. Six-month walking program changes cognitive and ADL performance in patients with Alzheimer	http://search.pedro.org.au/search-results/record-detail/30329	Satunnaistettu verrokkitutkimus 24vko kävelyharjoittelua. 21 Alzheimerin taudin myöhempiä vaihetta sairastavaa, hoivakodissa asuvaa 80-90 vuotiasta jaettiin 2 ryhmään.		Merkittävää edistymistä kävelynopeudessa ja ADL toiminnoissa. Kontrolliryhmän MMSE aleni 47% ja testiryhmän MMSE 13%. Kävelyharjoittelulla on mahdollista hidastaa	Pieni otanta, mutta suuri ero muistipisteissä verrattuna verrokkiryhmään.	Kyllä.	Kyllä.

			taa Alzheimerin tautia sairastavien, hoivakodissa asuvien kognitiivisten toimintojen progressiivista rajoittumista.			
Miu DKY 2008. A randomised controlled trial on the effect of exercise on physical, cognitive and affective function in dementia subjects	http://ajgg.org/AJGG/v3n1/p8_OA_200840.pdf	Satunnaistettu verrokkitutkimus, 85 dementiaa sairastavaa muistiklinikan asiakasta . Aerobisia (ergometri jaloille ja käsille) + liikkuusharjoituksia 1h/2x/vko, 12 viikon ajan . Verrokkiryhmälle perinteistä lääketieteellistä hoitoa.	Fyysinen suoriutuskyky parani merkittävästi. Ei tilastollisesti merkittävää muutosta kognitiivisessa toimintakyvyssä . Ei lainkaan muutosta depressiossa.	Luotettavat mittarit. Abstractista ei selviä harjoittelun intensiteettiä, useita harjoitteita.	Ei.	Kyllä.
Arcoverde C ym. 2014. Treadmill training as an augmentation treatment for Alzheimers disease: a pilot randomized controlled study	http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2014000300190&lng=en&nr_m=iso	Satunnaistettu verrokkitutkimus n=20, lievä dementia . Ergometriharjoitus 30min 2x/vko, 16vko.	Merkittävä edistymistä kognitiivisessa toiminnallisessa kapasiteetissa. Ergometriharjoittelua voidaan suositella Alzheimerin tautia sairastaville kognitiivisen toimintakyvyn edistämiseksi . Positiivisia vaikutuksia myös tasapainoon ja kaatumisriskiin.	Pieni otanta, selkeästi rajattu interventio, selkeä positiivinen muutos.	Kyllä	Kyllä.
Christoforetti G 2008. A controlled clinical trial on the effects of motor intervention on balance and cognition in institutionalized elderly patients with dementia	http://cre.sagepub.com/content/22/7/618.abstract	54 dementiaa sairastavaa jaettiin 3 ryhmään: Moniammatillinen, fysioterapia ja kontrolliryhmä. Intervention sisältö ei tarkemmin abstraktista aukea.	Heikkoa näyttöä fyysisen harjoittelun mahdollisista positiivisista hyödyistä.	Luotettavuutta ei voi arvioida pelkän abstractin perusteella. Intervention toistettavuus?	Ei	Ei
Kwak Y-S ym. 2008. Effect of regular exercise on senile dementia patients	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/18050054	Verrokkitutkimus 30 dementiaa sairastavaa naista , n=15. 2-3x/vko 30-60 min fyysistä harjoittelua. Kontrollit 0, 6 ja 12kk.	Merkittävä positiivinen muutos MMSE:ssä ja fyysisessä suoriutuskyvyssä.	Pieni otos, sukupuolisidonnaisuus.	Kyllä.	Kyllä.
Kemoun G 2010. Effects of a physical training programme on cognitive function and walking efficiency in elderly persons with dementia	http://www.karger.com/Article/FullText/272435	Satunnaistettu verrokkitutkimus, 31 tutkimushenkilöä, n=16. 15vko 3x1h/vko.	Fyysinen harjoittelu voi hidastaa kognition alenemista ja parantaa kävelyn laatua iäkkäillä dementiaa sairastavilla.	Pieni otos.	Kyllä.	Kyllä.
Pomeroy VM 1993. The effect of physiotherapy input on mobility skills of elderly people with severe dementing illness	http://cre.sagepub.com/content/7/2/163.abstract	16 dementiaa sairastavaa osallistujaa 65-91v., vuorotellen interventio-tai kontrolliryhmässä. Interventiossa musiikkiliikuntaa, kehontietoisuus- ja toiminnallisia harjoitteita. Videoitu ja videolta 3 fysioterapeutin arviot edistymisestä.	Merkittävää kehitystä liikkuvuudessa.	Luotettavuus kyseenalainen. Mittarit?, arvioijien tulkintaa. Poikkeuksellinen menetelmä ja interventio.	Ei tutkittu.	Kyllä.

JOHTOPÄÄTÖKSET:

Muistisairauksien näkökulmasta aineistoa tarkastellessa päällimmäisenä esiin nousee fyysisen ja etenkin aerobisen harjoittelun positiiviset vaikutukset kognitioon. Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksena on, että on viitteitä siitä, että yli 4 kuukautta kestävä säännöllinen aerobinen harjoittelu voi hidastaa muistisairaiden kognitiivisten toimintojen heikentymistä, mahdollisesti myös ainakin väliaikaisesti parantaa niitä. Fyysinen harjoittelu parantaa myös fyysistä toimintakykyä.

LUOTETTAVUUS:

Haku tehtiin vain yhteen tietokantaa, yhdellä hakusanojen yhdistelmällä. Haku oli suppea. Abstraktien avulla erilaiset interventiot eivät täysin avaudu ja interventioiden sisältö jää osin epäselväksi. Myös tutkimusten osallistujamäärät ovat pieniä. Haun tuloksina on sekä kirjallisuuskatsauksia että yksittäisiä tutkimuksia, ja käytetyt yksittäiset tutkimukset voivat osin sisältyä haun tuloksina oleviin kirjallisuuskatsauksiin ja ovat näin tulleet kahteen kertaan analysoituksi. Määrällinen analyysi tuloksista kokonaisuutena ei näinollen olisi luotettava. Yksittäisistä tutkimuksista aukeaa kuitenkin kirjallisuuskatsauksia paremmin käytettyjen interventioiden sisältö ja ne selittävät osin ristiriitaisia tuloksia kirjallisuuskatsauksissa, käytettyjen interventioiden sisällön, keston ja määrän poiketessa toisistaan. Se, että haun tuloksena on 5 kirjallisuuskatsausta, kasvattaa tiedon tuottamiseen käytettyjen tutkimusten määrää, joskin myös näissä ovat tutkimusjoukot olleet pienet.

POHDINTA:

Viime aikojen iäkkäiden fyysistä toimintakykyä käsittelevissä tutkimuksissa on paljolti keskitytty kaatumisten ehkäisyyn ja siinä menetelminä voima- ja tasapainoharjoitteluun. Käytännön havaintojeni perusteella maallikolle, ja osin ammattilaisillekin, on mahdollisesti muodostumassa käsitys, ettei aerobinen harjoittelu iäkkäillä olisi erityisen tärkeää, voima- ja tasapainoharjoittelun merkityksen ollessa niin voimakkaasti esillä mm. mediassa. Olisi kuitenkin pidettävä mielessä, ettei yksi tutkimustulos sulje pois jonkin intervention vaikuttavuutta toiseen kohteeseen. Tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella on olemassa viitteitä siitä, että etenkin aerobisella harjoittelulla voi olla positiivisia vaikutuksia muistisairaiden kognitiivisiin toimintoihin ja myös fyysiseen toimintakykyyn. Tämä tieto ei silti pois sulje myös muistisairaiden tarvetta voima- ja tasapainoharjoitteluun kaatumisten ehkäisemiseksi. Yksi tutkimuksista käytti interventiona musiikkiliikuntaa ja tuloksena liikkuvuus parani silmämääräisesti arvioituna. Myös liikkuvuudella voi olla merkitystä toimintakyvyn kannalta, esimerkiksi pukeuduttaessa. Liikkuvuutta lisänneellä interventiolla ei kuitenkaan ollut vaikutusta muistiin. On oltava huolellinen siinä, minkälaisia johtopäätöksiä tutkimuksista tehdään, ja etenkin miten niistä terveydenedistämistarkoituksessa asiakkaille kerrotaan. Tämän hetken iäkkäille suunnatussa ohjatussa harjoittelussa on mahdollisesti voima- ja tasapainoharjoittelun merkitys jonkin verran korostunut aerobisen harjoittelun kustannuksella. Yksi merkittävä tekijä laitoshoidon joutumisen taustalla on muistisairaus. Aiempaa suuremmilla otoksilla toteutettua tutkimusta liikunnan vaikuttavuudesta muistisairauksiin tarvitaan edelleen lisää, luotettavan tutkimustiedon tuottamiseksi käytännön työn ja hoitosuosituksen tueksi.

Pelkistetty alkuperäisilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
<ul style="list-style-type: none"> - äiti on asunut meidän kanssa ennen tänne tuloa - kun äiti sairastui jäin hoitamaan häntä kotiin - äiti asui yksin omaisten ja kotipalvelun tuella 	Tulovaihetta edeltänyt tuentarve	Palveluasumiseen hakeutumiseen johtaneet kokemukset ja tarpeet	Suunnittelua ohjaavat kokemukset ja tarpeet	Taloksi asettumista ja suunnittelua ohjaavat asiakaskokemukset ja tarpeet
<ul style="list-style-type: none"> -rollaattorilla kulki -rollaattorilla pääsi liikkumaan - ei enää kyennyt kävelemään - Kävelin ilman apuvälinettä ja ulkona rollaattorin tuella - kova liikkumaan 	Tulovaihetta edeltävä liikkumiskyky			
<ul style="list-style-type: none"> -huonoksi meni muisti - kotona koko ajan tarvitsi apua - ei päässyt itse omaan vessaan - kotona olosta ei tullut mitään - kaksi ihmistä olisi tarvinnut wc-käynteihin - herätteli yöllä - sairaalasta suoraan hoivakotiin - kaatuili kotona - ei hyväksynyt turvajärjestelyjä 	Tehostettuun palveluasumiseen hakeutumiseen johtaneet kokemukset ja tarpeet			
<ul style="list-style-type: none"> -teatterissa kävi usein -käsityö oli aina mukana -hiihdettiin talvella -koulussa kävin kävellen ja suksilla - sain pyörän - tanssii tähtien kanssa aina katsoi - me on monet tanssit tanssittu äidin kanssa -minä pelasin lentopalloa porukassa - äiti on aina pitänyt ulkonaostaan huolta - kävi retkillä ja osallistui kaikenlaiseen toimintaan - matkustettiin paljon yhdessä - ulkona oli paljon tekemistä kukkapenkit ja mansikkapenkit - minä kuulun kuoroon -seurakunnan tilaisuuksissa kävi 	Harrastukset kotiloissa	Hoivakotiin muuttoa edeltäneet virkistytymiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen liittyvät kokemukset ja tarpeet	Taloksi asettumiseen liittyvät kokemukset ja tarpeet	
<ul style="list-style-type: none"> - alkuun kiukuttelua ja hoitajien juoksuttamista - en minä kapinoinut vastaan - äiti huuteli hoitajaa usein -nukkuminen oli ensin hankalaa - siellä oli aina kaikenlaista oli porinapiiri ja laulupiiri ja lukupiiri 	siirtymävaiheen haasteet	Siirtymävaiheeseen ja sen haasteisiin liittyvät kokemukset ja tarpeet		

-tullessa oli sitä mieltä että olisi voinut olla kotona - äiti ei tänne sopeudu se on ongelma -kysyin että miksi ja mihin minut viedään en voinut käsittää -tämmönen on minulle tehty ajettu omasta kodista pois				
-kauhealta tuntui sanoa äidille että käyttäydy -tuntui hirveältä kun äidillä oli ollut siellä toisessa paikassa kavereita - neuvotteluissa puhuttiin äidille miten käyttäydytään - hoitajat kysyivät saako äidin siirtää xxx	omaisten siirtymävaiheen haasteisiin ja yhteistyöhön liittyvät kokemukset			
-onneksi pääsi tällaiseen pienimuotoiseen -oli liian hyväkuntoinen vanhainkotiin mutta hyvä että pääsi tänne -alun perin äiti varmaan sijoitettiin väärään paikkaan - siellä oli sentään sellainen porukka että me tehtiin jokainen vuorollaan	asiakassegmentoitumiseen liittyvät kokemukset ja tarpeet			
- ymmärrän että ei minusta ole kotonakaan olemaan - äiti on tavallaan alistunut että kun on tänne joutunut niin ei täältä poiskaan pääse - pääasia on että äiti itse tykkää olla - en minä hoitajia moitikaan mutta minä haluan mennä kotiin - kun vaan täällä saisi olla eikä tarvitsisi lähteä kulkemaan -kai tämä on se paras paikka eihän se kotiväki jouda olemaan varalla	taloksi asettumiseen liittyvät kokemukset ja tarpeet			
- eikä ne soittale kun ne tulee vaan niin kuin kotiin minusta se on ihan mukavaa - äiti on herännyt yöllä siihen että naapuri siis joku näistä asukkaista on ollut siellä huoneessa -ei sellaisia ystäviä tule täällä tietenkään enää	kokemukset hoivakodista kotina	Hoivakotiin liittyvät kokemukset ja tarpeet		
-sanoo että pitäisi olla samanlainen linja kaikilla - sanoo että tuo hoitaja tekee ja toinen ei - hoitajat oikein tykkää äidistä ja äitikin ei tietenkään kaikki - laitetaan lappu tuonne merkiksi että tänään xxx ei sitä aina tehdä mutta pääsääntöisesti -ei minun äiti saa olla parempi kuin muut	hoivan ja huolenpidon tasalaatuisuuteen liittyvät kokemukset ja tarpeet	Henkilökuntaan liittyvät kokemukset ja tarpeet	Henkilökuntaan ja yhteistyöhön liittyvät kokemukset ja tarpeet	Toteutukseen ja arviointiin liittyvät asiakaskokemukset ja tarpeet
-ei sitä kerkeä jos on niin lyhyt aika -henkilökunta ei sillä määrällä pysty -hoitajat on hyviä ja juttelee silloin kun on aikaa	henkilökunnan ajallisiin haasteisiin liittyvät kokemukset			
- en minä noita hoitajiakaan voi moittia en tippaakaan -kun kaikkien pitäisi olla vanhempia ja koulujen käyneitä - minä pidän siitä hoitajasta hän on luonut minulle sellaisen luottamuksen -niin nuoria hoitajia - osa hoitajista tykkää äidistä paljon -puolusti tietämättä mikä on totuus - hänhän on aivan ihana ihminen ja myöntää virheet ja kehittämistarpeet	Henkilökuntaan liittyvät kokemukset ja tarpeet			
-yleensä jututan hoitajia niin kyllä ne kertoo jos jotain on ollut - ilmoitetaan sairaalaan lähdöt ja muut -meillä on käytössä päiväkirja ja hoitajatkin joskus laittaa siihen viestiä -hoitoneuvotteluissa avoimesti puhutaan -avoimuutta kaipaisin -yhteydenpidot ovat vähentyneet -onko ihmisillä sellainen kostonpelko että ei uskalleta sanoa	hoivakodin ja omaisten väliseen viestintään liittyvät omaisten kokemukset ja tarpeet	Yhteistyöhön ja viestintään liittyvät kokemukset ja tarpeet		

<ul style="list-style-type: none"> -myös negatiivisista asioista pitäisi pystyä puhumaan -olin pettynyt kun sitä aikaa ei heti ilmoitettu -olen suorasanainen en tykkää takanapäin puhua -nytkin soitettiin että äidillä on xxx kyllä se hyvin toimii -toivon että soitetaan oli yö tai päivä 				
<ul style="list-style-type: none"> - minä olisin pystynyt sen kertomaan -voisi vaikka kysyä että oliko sinulla keinoja kotona tähän -nyt me tiedetään se paikka mistä äiti tykkää ja mihin äidin voi täältä ulos viedä - sitä minä olen itse miettinyt että pitäisiköhän äidille xxx että olisi helpompaa to xxx 	omaisten kokemusasi- antuntijuus ja sen hu- mio on ottaminen			
<ul style="list-style-type: none"> - "käy äitisi luona silloin kun äitisi elossa on" - kun äidillä tuli sellainen negatiivisuus niin xxx vähensivät käyntejä - nämä on antoisia reissuja täällä käydä - välillä on ollut hirveän raskastakin -minä olen luvannut äidille että pidän sen puolua - me käydään miten kukakin ehtii 	vierailuihin ja niihin asennoitumiseen liittyvät omaisten kokemukset ja tarpeet			
<ul style="list-style-type: none"> - äidillä oli tarve päästä katsomaan minua sairaalaan - sellainen katkeruus että kun hänet on unohdettu ja on jäänyt ulkopuoliseksi -kai sitä tuntee olevansa melko tärkeä lapsenlapsille -sitten kun lapsenlapset osaavat xxx niin minä en enää pysty -olen kutonut näitä koko perheelle -äidillä oli kuvitelma että tuttavat kävisivät yhtenä -niin paljon olen tehnyt teidän eteen ja nyt teitte tällaisen tempun -en minä rupea minkäänlaisiin yhteisiin toimiin ei minun kannata silloin kun rehelli- sesti lähdin niin perään tultiin 	vastavuoroisuuteen liitty- vät kokemukset ja tar- peet			
<ul style="list-style-type: none"> - fysioterapeutti sanoi että pyydettiin häntä liian myöhään -liikunta on mennyt, normaali aktiviteetti jäänyt pois -äiti ei oppinut pyörätuolia käyttämään -sairaalassa yritettiin pakottaa kävelemään - kyllä se käveleminen onnistuu, onnistuu se - käytetään nosturia - kyllä hän liikkuu ja ulkona rollaattorin tuella mutta toisinaan väsyä niin että menee jalat alta -väsyi niin että joutui pesulavitsalla makaamaan -oli kaatunut ulkona -äitiä pelotti että kaatuu - minä pääsen sisällä liikkumaan ilman rollaattoria -kävelytelineen ja hoitajien tuella kävely onnistuu -minä olen paljon kävellyt -aiemmin me kävelytettiin äitiä kahdestaan -muutaman puikon kutoo tuossa -tuntuu mukavalta kun ehdotetaan että lähdetään - äitiä voisi joskus käyttää pihan ulkopuolella puistossa -itse pesen -liian pitkään joudun istumaan 	fyysinen toimintakyky ja sen edistäminen tai edistämiseen liittyvät ko- kemukset ja tarpeet	fyysinen toimintaky- kyn ja sen edistämi- seen liittyvät kokemuk- set ja tarpeet	Toimintakyvyn edistämiseen liittyvät kokemukset ja tar- peet	

<ul style="list-style-type: none"> - toisena päivinä on parempi kunto - sitten kun väsyä niin istuu työntäänsä pyörätuoliin - olisi kiva jos kävisi ulkopuolinen jumppari pitämässä yhteishetkiä - Käyhän ne kuulemma lauhalla ilmalla ulkonakin - miten mulla ei tule ääni - ähkimällä puhuu - kuulee kun lima rullaa tuolla 				
<ul style="list-style-type: none"> - nyt on parempi xxxtuoli - pesulavetti on ollut hyvä - nykyinen nostoliina istuu paremmin niin äidin saa parempaan asentoon - tein kirjeen Oulun kaupungin xxx ja selitin tilanteen niin sieltä soitettiin että tottakai äiti saa ne että päätös on tarpeeseen sidottu - äiti ei ole enää puhelimella soittanut kun ei saa puheesta selvää - talvella kun on lunta niin ei tuon (rollaattorin) kanssa viitsi lähteä ulos 	Apuvälineisiin liittyvät kokemukset ja tarpeet			
<ul style="list-style-type: none"> - no kun minä tuossa olen niin pääsisin kyllä itsekin - minä kun ajan itse autoa - minä ajoin pyörällä ja aion tännekin ajaa - minulla on niin hyvä muisti että kun minä muistan kaikki - äiti vielä elää sitä työmaailmaa - uni ja todellisuus menee äidillä sekaisin - joitain paikkoja minä en siitä kaatumisesta muista - äidin muistin heikkeneminen on meille siunaus kun muuten hän ei kestäisi tätä - kierrellessä huomasi että minähän olen jo nuorena ollut täällä 	Voimaannuttavaan haaveiluun ja unohtumiseen liittyvät kokemukset ja niiden kautta ilmaistut tarpeet	Psyykkiseen- ja kognitiiviseen toimintakykyyn sekä siihen liittyvään huolenpitoon liittyvät kokemukset ja tarpeet		
<ul style="list-style-type: none"> - on vähän sekava tämä minun elämä kun minulla on sellainen se muisti - äiti meni ihan sekaisin siellä vierailulla - toisinaan muistaa hyvin mutta nyt on muisti huonontunut, meidät lapsetkin hän sekoittaa - kännykällä ei enää osaa soittaa - ei täällä ole käynyt mitään kuoroa, minä itse kuulun kuoroon 	Psyykkiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvät kokemukset			
<ul style="list-style-type: none"> - ei tajua itse pestä tai vaihtaa vaippaa - äitihän omatoimisesti käy vessassa mutta ei muista vetää - hoitajat saisi vähän kiertää välillä ja vetää pönttöjä kun äiti ei muista - äiti ei ole koskaan kerjännyt apua sitä pitää osata lukea - meidän omaisten tehtävä on huolehtia ettei äidin tarvitse sinnitellä - kun äiti on sinne luovutettu niin minusta se on heidän tehtävä pitää huolta että arki pyörii - ja lähtihän se vaikka sanoi ettei lähde - äidistä liian pitkiä aikoja pitävät - oli meillä kotonakin taisteluhetkiä, hän pauskasi xxx päin minun naamaa että pidä itse - tyyny oli aivan pissassa - se oli vaan se peräänantamattomuus että näin tehdään - kun minä lähdin rehellisesti pois niin perään tultiin - kun äiti ei laittanut vaatteita päälle niin hoitajat ei päästäneet ulos 	Huolenpitoon ja itsemääräämisoikeuteen liittyvät kokemukset ja tarpeet			

<ul style="list-style-type: none"> -kellään ei ole aikaa jutella -porinakavereita ei ole -ei tapahdu mitään on vain omia muistelmia - minun ikäisiä kavereita ei ole - äidin kaverit jäi itkemään kun äiti lähti - äidillä oli kuvitelma että ystävät käy - kukaan ei käy eikä soita -on tavallaan jäänyt ulkopuoliseksi 	ystävien ja keskustelukumppanin tarve	sosiaaliseen toimintakykyyn ja sen edistämiseen liittyvät kokemukset ja tarpeet		
<ul style="list-style-type: none"> - äiti niin negatiivisesti ajattelee - itsekin lähdin negatiivisuuteen mukaan -positiivisuuden kautta jaksaa paremmin - äiti sanoo että kyllä ne on tykännyt hänestä silloin -äiti on niin negatiivinen eikä halua olla täällä 	elämänasenteeseen liittyvät kokemukset			
<ul style="list-style-type: none"> -lauluhetket on mukavia - TV-ohjelmat tulee illalla - televisiokaan ole enää mitään -sanoin hoitajille että äiti pitää tuoda huoneeseen että hän saa katsoa TV:stä ne kun hän katsoi aina kotonakin kaikki tuollaiset -ois jotkut isotekstiset laulukirjat -osaa ulkoa virret - askartelua on harvoin - olisi hyvä että olisi jotakin jumppaa - ei mulla tule mieleen mitä haluaisin -elämä keskittyy ruumiintoimintoihin - kun ne tulee tänne niin ne vaan istuu - puurojuhla on mukavaa - lokakuussa oli kahvihetki - se erilainen orkesteri oli aivan mahtava -eikä kukaan tanssinut - on mukava kun käytetään ulkona istumassa -kunnon huomioon ottavat retket - vois tarjota säännöllistä askartelua ja jumppatuokioita -olisi kiva jos kävisi joku ulkopuolinen jumppari pitämässä yhteishetkiä -dementikonkin kanssa tarjota kuitenkin aikuisella tasolla - esimerkiksi tanssit - että kartoitettaisiin vapaaehtoisryhmät - vaikka pappi tai diakonissa kävisi säännöllisesti vuoteen vierellä -siellä kukin lauloi tai luki raamattua vuorollaan - onko äidillekään ehdotettu että siivotaan yhdessä -minusta hoitoon kuuluu että omahoitaja voisi käyttää kunnon kampaajalla kun äidillä kuitenkin on varaa - kesäharjoittelijat voisivat panostaa ulkona käyttämiseen ja muuhun - pyyhithän sinä pöytiä tuolla hoitajien kanssa - siellä oli aina kaikenlaista oli porinapiiri ja laulupiiri ja lukupiiri 	Virikkeisiin ja viriketoimintaan liittyvät kokemukset ja tarpeet	Viriketoimintaan liittyvät kokemukset ja tarpeet		

<ul style="list-style-type: none"> - äiti haluaisi että olisi sellaista ruokaa kun on ennen ollut, perunoita ja kastiketta - hedelmiä voisi kuulemma olla enemmän -kun äidiltä kysyy niin en minä muista mutta hyvää oli - vieraat sanoivat että eikö voisi soseuttaa kaikkia erikseen -miksei ruoasta voisi maksaa reilusti että saisi kunnon ruokaa kun se voi olla ainoa ilo -xxx:ssä ne osti itse ruoan ja laittoivat siellä ja se tuli halvemmaksi 	Ruokaan liittyvät kokemukset ja tarpeet			
<ul style="list-style-type: none"> -hieroo rasvan paremmin -föönaa hiukset paremmin -hieroo tukkaa ja päättä 	Mielihyvään liittyvät kokemukset			
<ul style="list-style-type: none"> - SPR:n kautta tuli kaveriksi invataksilla kulki -onhan me käyty pyörätuolilla lähistöllä -joulunajat olen ollut kotona - äiti on käynyt noissa lasten juhlissa -kesällä on käyty kaupassa kahvilla ja katseltu - alkuun päätettiin että käytetään aina jossain - se on sellainen paikka jossa äiti voi käydä ilman että menee sekaisin - tulee mukaan kun sukulainen esiintyy -en osaa lähteä hoitajien kanssa samalla lailla -lapsenlapset tuovat elämää - lapset soittavat ja laulavat 	Omaisten järjestämiin vi-rikkeisiin liittyvät kokemukset ja tarpeet			

Osapro- sessi/yhdis- tetty luokka	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Taloksi asettu- misen pro- sessi	asukkaan elämänhistoriaan tutustuminen	Taloksi asettumisen vaihetta tu- kevat tiedonjakamiseen liittyvät tarpeet ja kehitystarpeet	Taloksi asettumisen vaihetta tukevat tiedonjakamiseen liit- tyvät tarpeet ja kehitystarpeet	Taloksi asettumisen prosessiin liittyvät hen- kilökunnan näkemykset, kokemukset ja ryh- mäkeskustelussa syntyneet kehitysideat
	Omaisten tuen- ja tiedontarve ja siihen liittyvät näkemykset			
Suunnittelun prosessi	palvelutarpeen arvio ja suunnitelma	Suunnittelun ja tiedonjaon käy- tännöt ja kehitystarpeet	Suunnittelun ja tiedonjaon käytännöt ja kehitystarpeet	Suunnittelun prosessiin liittyvät henkilökun- nan näkemykset, kokemukset ja ryhmäkes- kustelussa syntyneet kehitysideat
	tiedon jakaminen			
	Aktiviteettisuunnitelman seinälle laittamisen ehdotukseen liit- tyvä pohdinta			
	Tulevaisuuden tarpeiden kartoittaminen			
Toteutuksen ja arvioinnin prosessi	Yhteistyön lisääminen omaisten kanssa käytännön toiminnan kautta	Omaisyyhteistyö toimintakyvyn edistämisessä	Toteutuksen ja arvioinnin käy- tännöt, kehitystarpeet ja -ideat	Toteutuksen ja arvioinnin prosessiin liittyvä henkilökunnan näkemykset, kokemukset ja ryhmäkeskustelussa syntyneet kehitysideat
	Fyysisen toimintakyvyn edistäminen	toimintakyvyn edistämisen käy- tännöt ja kehitystarpeet		
	Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden tarve ja epäämi- nen			
	psykykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn edistäminen			
	sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen			
	Ajalliset haasteet	Resurssien täydentämisen tar- peet		
	omakustateiset palvelut			

HENKILÖKUNNAN JA OMAISTEN YHTEISEN RYHMÄKESKUSTELUN ANALYSOINTI

LIITE 7

osaprosessi	Pelkistetty ilmaus	alaluokka	Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
Taloksi asettumi- nen	-Oma aktiivisuus yhteistyön edesauttajana	Yhteistyön sujuvuutta lisäävät tekijät	Tutustumisvaihee- seen liittyvät koke- mukset ja ideat	Tutustuminen ja roolien muodostumi- nen	Yhteisessä ryhmäkeskuste- lussa jaetut taloksi asettumisen prosessiin liittyvät kokemukset
	-asukkaan elämänhistoriaan perehtyminen	asiakaslähtöisyyttä tukevat menetel- mät			
	-omaisen arkuus viedä vanhusta hoivakodin ulkopuolelle aiem- piin yhteisiin harrastuksiin -tekemisen kaverin puute hoivakodissa	Aiempien harrastusten jatkumisen sosiaaliset haasteet	Aiempien harrastus- ten jatkumisen haas- teet	Yhteistyö ja sen lisäämi- sen tarpeet	
	-vanhuksen arvon säilyminen perheessä	Aseman säilyttäminen	Arvon säilyttäminen		
	-kotiutuminen	Kodin kokemukset hoivakodissa	Taloksi asettuminen	Taloksi aset- tuminen	
Suunnittelu	-asukkaan elämänhistoria ja toimintakyky palvelutarpeen arvi- oinnin ja kuntoutussuunnitelman lähtökohtana -itsemääräämisoikeuden huomioon ottaminen suunnitelmassa	Palvelutarpeen arviointi ja kuntou- tussuunnitelman laatiminen	Palvelutarpeen arvi- oinnin ja suunnittelun käytännöt	Palvelutar- peen arviointi ja kuntoutus- suunnitelma	Yhteisessä ryhmäkeskuste- lussa jaetut suunnitteluun liittyvät kokemuk- set, näkemykset ja kehitysideat
	-kuntoutussuunnitelmasta sopimisen nykykäytäntö - näkemykset aktiviteetti suunnitelman seinälle laittamisen eh- dotuksesta -tiedonjakamisen kohdentuminen vain yhteyshenkilönä toimi- valle omaiselle	Suunnitelmasta sopimisen ja tiedot- tamisen rajat ja menetelmät	Kuntoutussuunnitel- maan liittyvät yhteis- työn ja tiedonjakami- sen käytännöt	Suunnitel- masta sopi- minen ja tie- dottaminen	
Toteutus ja arviointi	-Fyysisen toimintakyvyn edistämiseen liittyvät hankinnat - Fyysisen toimintakyvyn edistämiseen liittyvät kehitysideat	Fyysisen toimintakyvyn edistämi- seen liittyvät kehitysideat ja hankin- nat	Toimintakyvyn edis- tämiseen liittyvät käytännöt, kehitys- ideat ja hankinnat	Toteutus ja arviointi	Yhteisessä ryhmäkeskuste- lussa jaetut toteutukseen ja arviointiin liitty- vät kokemukset, näkemykset ja kehitysideat
	Psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämi- seen liittyvät ideat ja hankinnat	Psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaali- sen toimintakyvyn edistämiseen liit- tyvät näkemykset ja ideat			
	- Psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistä- miseen liittyvät näkemykset				
	-Toisen yksikön fysioterapeutin lainaaminen osaamisen lisää- miseksi -ulkopuolisen hierojan palvelujen järjestäminen omakustatei- sesti	Ulkopuolisen asiantuntijuuden ja palveluiden käyttöön liittyvät kehi- tysideat			
	Arvioinnin käytännöt ja siihen liittyvät tarpeet	Arvioinnin käytännöt			
	Asukkaan huomioon ottamisen ensisijaisuus muihin toimijoihin nähden	Toiminnan asukaslähtöisyys	Asukaslähtöisyys laadun kriteerinä	Laadun kri- teeri	Laadun kriteeri

