

Hanna Marjamäki

LYHYTAIKAISHOIDON KEHITTÄMINEN PORIN PERUSTURVA-
KESKUKSEN LYHYTAIKAISHOIDON YKSIKÖISSÄ

Vanhustyön koulutusohjelma

Geronomi AMK

2016



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

LYHYTAIKAISHOIDON KEHITTÄMINEN PORIN PERUSTURVAKESKUKSEN LYHYTAIKAISHOIDON YKSIKÖISSÄ

Marjamäki, Hanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön koulutusohjelma
Joulukuu 2016
Ohjaaja: Kankaanranta, Päivi
Sivumäärä: 40
Liitteitä: 1

Asiasanat: lyhytaikaishoito, iäkkäät, hoitotyön kehittäminen

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä asioita lyhytaikaishoidossa tulisi kehittää lyhytaikaishoidossa työskentelevän hoitohenkilökunnan näkökulmasta Porin perusturvan lyhytaikaishoidon yksiköissä. Kehittämistarpeita tarkasteltiin niin hoitohenkilökunnan kuin asiakkaan kannalta. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa lyhytaikaishoidon yksiköille siitä, miten lyhytaikaishoitoa tulee jatkossa kehittää.

Tutkimus toteutettiin Porin perusturvakeskuksen vanhuspalveluiden lyhytaikaishoitoa antavissa palvelukeskus Himmellisä ja Noormarkun lähipalvelukeskuksen osastolla toukokuussa 2016.

Tutkimuksessa käytettiin fenomenologista lähestymistapaa. Kysely toteutettiin lomakkeella. Kysymykset olivat avoimia kysymyksiä. Aineisto koostui 26 vastauksesta. Vastausprosentti oli 36. Tulokset analysoitiin sisällön analyysiä käyttäen.

Tutkimuksen tuloksien mukaan lyhytaikaishoidossa työskentelevät hoitajat halusivat ensisijaisesti kehittää lyhytaikaishoidossa niin omaisten kuin kotihoidon kanssa tehtävää yhteistyötä. Tärkeäksi kehitettäväksi osa-alueeksi nousi myös kuntoutus sekä aktiviteetit. Lisäksi heidän mielestään tulotilanteessa on kehitettävää. Hoitajat halusivat käyttöön myös kyselylomakkeen lyhytaikaishoidon asiakkaille, jonka asiakas tai omaiset täyttävät ennen jaksolle tuloa. Vastauksista ilmeni myös, että osastojen kokoa sekä huonekokoja pidettiin liian suurina lyhytaikaishoidon yksiköille. Hoitosuunnitelman tärkeyttä korostettiin, sillä sen avulla lyhytaikaishoitojaksoista saataisiin tavoitteellisia ja yksilöllisiä. Vastausten mukaan lääkärin palveluihin tarvitaan geriatriasta osaamista sekä selkeyttä lääkärin palveluiden saatavuudesta.

DEVELOPING THE RESPITE CARE IN THE PORI RESPITE CARE UNITS

Marjamäki, Hanna

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in care for the elderly

December 2016

Supervisor: Kankaanranta, Päivi

Number of pages: 40

Appendices: 1

Key words: respite care, elderly, nursing development

The purpose of this thesis was to find out what are the issues at the respite care which should be developed from the perspective of the nursing staff respite care units in Pori. The thesis examined what are the issues and how respite care should be developed from perspective so the nursing staff as the customer's. The aim of this study was to obtain valuable information for respite care units, how respite care will continue to develop. The thesis was conducted in Pori respite care units Himmeli and Noormarkus local service center in May 2016.

The thesis approach was phenomenological. The material was collected by enquiry and questions were open questions. The material consisted of 26 answer. The response rate was 36. The results was analyzed by using content analysis.

According to the results of the thesis nurses who working in respite care units, would like to develop primarily collaboration. Rehabilitation and activities are also parts which should be developed. In addition in their view, there would be developing in the income situation. The nurses wanted to use the questionnaire to respite care customers, which they or relatives would fill before the respite care period. The responses also indicated that the size of compartments and the room sizes were considered too big respite care unit. The management plan was also considered necessary in order to get purposefully and personalize respite care periods. According to the responses of doctor services needed for geriatric expertise, as well as clarity on the availability of medical services.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 LYHYTAIKAISHOITO JA SIIHEN LIITTYVÄT KESKEISIMMÄT KÄSITTEET	7
2.1 Lyhytaikaishoito.....	7
2.2 Lyhytaikaishoidon asiakas	8
2.3 Omaishoitaja	8
3 LYHYTAIKAISHOIDON TOTEUTTAMINEN.....	9
3.1 Lyhytaikaishoidon yksikkö	9
3.2 Lyhytaikaishoidon sisältö	10
3.2.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma	11
3.2.2 Kuntouttava ja toimintakykyä tukeva työote	12
3.3 Asiakaslähtöisyys	14
3.4 Moniammatillinen yhteistyö	15
3.5 Lyhytaikaishoidon kehittäminen.....	18
4 IKÄÄNTYNEIDEN HOIDON LAATU JA EETTISYYS.....	19
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	21
5.1 Tutkimusympäristö	22
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	23
6.1 Tutkimusote	23
6.2 Tutkimusmenetelmä.....	23
6.3 Tutkimuskohde ja aineiston kerääminen.....	24
6.4 Tutkimusaineiston analysointi	25
7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	26
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
8.1 Tutkimusjoukko	27
8.2 Lyhytaikaishoidon kehittäminen.....	27
9 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	31
9.1 Kehittämisehdotukset.....	34
10 POHDINTA	35
LÄHTEET.....	38
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Seuraavien tulevien kahden vuosikymmenen aikana on väestön ikärakenteen vanheneminen Suomessa yhä nopeampaa ja 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa puolitoistakertaiseksi sekä 80 vuotta täyttäneiden kaksinkertaiseksi. Tästä johtuen on iäkkäiden terveyden ja toimintakyvyn kehitys yhä tärkeämpää mm. palvelutarpeiden että koko väestön terveyden sekä hyvinvoinnin kannalta. (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 50.) Väestön ikääntymistä voidaan hahmottaa niin sosiaali- ja terveydenhuollon haasteina kuin taloudellisilla tunnusluvuilla (Pitkälä, Strandberg, Sulkava, Tilvis & Viitanen 2010, 62).

Iäkkäiden palvelujärjestelmän sekä palveluiden sisällön kehittämiseksi on nykyään asetettu paljon sosiaali- ja terveystieteellisiä tavoitteita. Suomalaisen ikääntymispolitiikan keskeisiä tavoitteita on iäkkäiden kotona asumisen tukeminen. (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 109, 117.) Vanhuspalvelulaki edellyttää, että kunta järjestää iäkkäille laadukkaita sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluita ja näiden palveluiden tulee vastata iäkkään tarpeisiin oikea-aikaisesti ja riittävästi. Lain mukaan palvelu tulee toteuttaa niin, että iäkkään hyvinvointia, toimintakykyä ja terveyttä, osallisuutta ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Erityisesti tulee kiinnittää huomiota kotiin annettaviin palveluihin ja kuntoutumisen edistämiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 12.)

Itsenäistä selviytymistä uhkaavia tekijöitä ovat terveydentilan heikentyminen, pitkäaikaiset sairaudet ja niihin kuuluvat lääkitykset sekä myös omaishoitajuus tai pitkään kestäneen omaishoitajuussuhteen päätyminen. Erityisesti heikko fyysinen toimintakyky, etenevät muistisairaudet, yksin asuminen ja sosiaalisten verkostojen puuttuminen lisää palvelutarvetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 26-29.) Iäkkäiden palvelukokonaisuudet saattavat sisältää useita erillisiä kuntouttavia sekä hoidollisia toimenpiteitä, sillä iäkkään hoito, hoiva sekä kuntoutus kulkevat vierekkäin. Olennaisinta

on, että palvelut ja eri tukimuodot muodostavat koordinoitun kokonaisuuden, joka tukee iäkkään kuntoutumista sekä huomioi myös läheisten tarpeet. Perusedellytyksenä on, että tieto välittyy eri toimijoiden kesken. (Kehusmaa 2014, 17-18.)

Iäkkäiden tarvitsemasta hoidosta ja palveluista tulisi muodostaa saumaton kokonaisuus yksilön tarpeita sekä muuttuvaa toimintakykyä vastaavasti. Palveluun sekä hoitoon osallistuvilta tämä edellyttää kykyä havaita iäkkään ihmisen muuttuvia elämäntilanteita ja tarpeen mukaan vähentää, lisätä tai yhdistää palveluita. Iäkkään tarvitseman hoidon ja palvelun arvioiminen tulisi tehdä yhteistyönä iäkkään itsensä, hänen omaistensa, vastuussa olevan työntekijän esim. sairaanhoitajan, sosiaalityöntekijän, lääkärin, fysioterapeutin ja toimintaterapeutin kanssa. (Alila, Maanselkä, Mustajoki & Rasimus 2005, 357.)

Lyhytaikainen laitoshoido tarkoittaa kotona asuvan pitkäaikaissairaana ja useimmiten iäkkään ihmisen määräaikaista järjestettyä hoitojaksoa laitoksessa. Lyhytaikaiset laitoshoidot voivat olla kertaluonteisia tai ne voivat toistua sovituin määräajoin. Vanhusten palvelujärjestelmässä lyhytaikaisen laitoshoidon merkitys on huomattava. (Muurinen & Valvanne 2005, 65-66.)

Suomessa on 1980-luvulta alkaen toteutettu lyhytaikaista laitoshoidoa ja sen tavoitteita on linjattu mm. vuonna 1992 sosiaali- ja terveyshallituksen esittämässä arviointimalissa. Siinä on määritelty lyhytaikaiselle laitoshoidolle sekä lyhyelle että pitkälle aikavälille tavoitteet. Lyhyelle aikavälille on tavoitteeksi asetettu hyvinvoinnin koheneminen. Arvioinnissa keskeisenä pidetään asiakkaan omaa kokemusta sekä hoidosta että sen merkityksestä. Myös omaisen näkökulma on arvioinnissa tärkeä, koska lyhytaikaishoidon jakson tavoitteena on myös omaisen saama lepo. Pitkän aikavälin tavoitteena on laitoshoidon joutumisen viivästyminen. (Muurinen & Valvanne 2005, 65.)

Tämän opinnäytetyön tavoite oli löytää keinoja lyhytaikaishoidon kehittämiseen Porin perusturvan lyhytaikaishoidon yksiköissä hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkimus toteutettiin sen selvittämiseksi, mitä asioita, miten ja millä keinoin hoitajat haluavat kehittää lyhytaikaishoidossa. Tutkimuksesta hyötyvät hoitotyöntekijät, mutta lopullisina hyödynsaajina ovat lyhytaikaishoidon asiakkaat.

2 LYHYTAIKAISHOITO JA SIIHEN LIITTYVÄT KESKEISIMMÄT KÄSITTEET

2.1 Lyhytaikaishoito

Lyhytaikaishoito käsitteenä tarkoittaa kuntouttavaa laitoshoidojaksoa, joka on tilapäistä tai määräajoin toistuvaa. Arkikielessä lyhytaikaishoidosta käytetään käsitteitä intervallihoito, jaksohoito sekä vuorohoito. Lyhytaikaishoidosta käytetään englanninkielisissä julkaisuissa käsitettä ”respite care”, joka suomennettuna tarkoittaa hengähdystaukoa, levähdystä tai levähdysajan antamista. Lyhytaikaisesta laitoshoidosta käytetään käsitteitä ”in hospital respite care”, ”institutional respite care” tai pelkästään ”respite care”. ”Short term- care” –käsite kuitenkin kuvaa paremmin palvelun sisältöä, jonka tavoitteena on niin hoidettavalle kuin omaishoitajalle tarjota mahdollisuuksia ja taukoja. (Salin 2008, 21-22.)

Sosiaalihuoltolain mukaan laitospalvelut tarkoittavat jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä järjestettyä hoitoa ja kuntouttavaa toimintaa. Lain mukaan laitospalvelut järjestetään joko jatkuvasti tai lyhytaikaisesti. Laitospalvelut tulee toteuttaa niin, että asiakas saa omien tarpeidensa mukaista kuntoutusta, hoitoa ja huolenpitoa. Ympäristö tulee järjestää turvalliseksi, kodinomaiseksi sekä virikkeelliseksi niin, että asiakkaalla on mahdollisuus yksityisyyteen sekä kuntoutumisen, omatoimisuuden sekä toimintakyvyn edistämiseen. (Sosiaalihuoltolaki 2014, 22§.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vanhuspalveluissa lyhytaikaishoito kuuluu keskitettyihin eli niin sanottuihin välimuotoisiin palveluihin (Pitkälä ym. 2010, 65). Lyhytaikaishoito on tarkoitettu kotona asumisen ja kotihoitoon tueksi. Lisäksi tarkoituksena on, että lyhytaikaishoito on henkilön itsenäistä selviytymistä edistävää hoitoa sekä sen toivotaan pitkittävän iäkkään pysyvää siirtymistä laitoshoidoon. Lyhytaikaishoito on yksi merkittävimmistä kotona asumista ja kotihoitoa tukevista palveluista. Se on myös omaishoitajien lakisääteisten vapaiden aikana yleisin hoitomuoto. Lyhytaikaishoidon tulee vastata yhteiskunnan vaatimukseen, joiden tarkoituksena on, että iäkkäät asuvat erilaisten tukipalveluiden turvin pääsääntöisesti kodeissaan. (Salin 2008, 21-29.)

2.2 Lyhytaikaishoidon asiakas

Tässä työssä käytetään lyhytaikaishoidon palvelun käyttäjästä käsitteitä iäkäs ja asiakas. Iäkäs tarkoittaa henkilöä, jonka toimintakyky on korkeaan ikään liittyvien sairauksien, vammojen tai rappeutumien vuoksi heikentynyt fyysisesti, psyykkisesti, kognitiivisesti tai sosiaalisesti. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 4.) Asiakkuus määritellään toimijarooliksi. Asiakas osallistuu palveluun ja on toimijana siihen sisältyvissä prosesseissa sekä toimii yhteistyössä palvelunantajan kanssa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 20.)

Pääsääntöisesti lyhytaikaishoidon asiakkaat ovat myös kotihoidon asiakkaita sisältäen omaishoidon tuen piiriin kuuluvat asiakkaat (Porin Perusturva www-sivut). Lyhytaikaishoitoa koordinoivat työntekijät ovat nimenneet lyhytaikaishoidon asiakkaiksi omaishoidettavien lisäksi myös omaishoitajat (Linja 2013, 9).

Lyhytaikaishoidon käyttämiseen tukimuotona on eri tutkimuksissa todettu vaikuttavan sen miten asiakas suhtautuu hoitoon. Jos asiakas on vastahakoinen lähtemään hoitajaksolle, voi tämä muodostua esteeksi palvelumuodon käyttämiselle. Pariskunnilta lyhytaikaishoidon käyttö tukimuotona vaatii yhteisen päätöksen palvelun käyttämisestä. (Linja 2013, 9-10.)

2.3 Omaishoitaja

Omaishoitaja on perheenjäsen tai muu läheinen henkilö, joka auttaa iäkästä henkilöä kotona selviytymisessä. Useimmiten omaishoitajat ovat puolisoita ja he ovat myös itse iäkkäitä. (Salin 2008, 14,19.) Omaishoidon takana on aina elämänmuutos, joka johtuu sairastumisesta tai muusta syystä, mistä johtuen hoidettava ei enää selviydy omatoimisesti arjesta. Suomessa on arviolta 350 000 omaishoitotilannetta ja näistä 60 000 on vaativia sekä sitovia. Kuitenkin vain pieni osa näistä saa lakisääteistä omaishoidon tukea. Vuonna 2015 omaishoitosopimuksia oli Suomessa noin 43 000. Laki omaishoidon tuesta määrittelee omaishoitajaksi henkilön, joka on kunnan kanssa tehnyt toimeksiantosopimuksen läheisen omaishoidosta. Suurin osa omaisten ja läheisten auttamisesta kuitenkin toteutuu ilman tukimuotoja. (Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry.)

Lyhytaikaisjaksot tukevat omaishoitajien jaksamista. Yleistä on, että omaishoitajat kokevat olevansa uupuneita, stressaantuneita, sosiaalisesti eristäytyneitä sekä kokevat, että hoitosuhde aiheuttaa taakkaa elämään. Rasittuneisuutta aiheuttaa oman ajan rajallisuus. Omaishoitajan työ koetaan usein raskaaksi. Näistä tuntemuksista huolimatta, omaishoitajat ovat motivoituneita läheisensä hoitamiseen kotona. Kuitenkin omaishoitajat tarvitsevat jaksamisensa ja taakan helpottamiseksi apua. Omaishoitajat toivovatkin jaksamiseensa tueksi yksilöllisiä sekä sujuvia lyhytaikaishoidon jaksoja tai muita palvelumuotoja, jotta kotona hoitaminen onnistuu ja jatkuu. Tutkimuksen mukaan omaishoitajat tarvitsevat lyhytaikaisjaksoja selviytyäkseen läheisensä huolenpidosta. Tukea sekä lyhytaikaishoitoa tarvitaan etenkin silloin, kun mitä omaishoitajat ovat tyytymättömiä läheisensä hoitamiseen. (Linja 2013, 8.)

Lyhytaikaisjaksojen tulisi omaishoitajien näkökulmasta olla aktiviteetteja sisältäviä, kuntouttavia sekä perushoidon tulisi olla laadukasta. Lisäksi omaishoitajat toivovat, että olisi mahdollista saada elämäntilanteiden mukaan joustavia, yksilöllisiä lyhytaikaishoidonjaksoja. Omaishoitajat ovat pääsääntöisesti kokeneet hyötyvänsä oman jaksamisensa tukena lyhytaikaishoidonjaksoista. Lisäksi omaishoitajien kokemus on, että jaksot ovat parantaneet tai säilyttäneet hoidettavan toimintakykyä ja mielialaa. (Linja 2013, 3.)

3 LYHYTAIKAISHOIDON TOTEUTTAMINEN

3.1 Lyhytaikaishoidon yksikkö

Lyhytaikaishoidon järjestämisen vaihtoehdot ovat hyvin rajoittuneet. Suurimmaksi osaksi lyhytaikaishoito järjestetään vanhainkodeissa, terveyskeskuksien vuodeosastoilla, kuntoutuslaitoksissa tai erityishuoltopiirien laitoksissa. Muita vaihtoehtoja ovat lyhytaikaishoito palveluasumisyksiköissä, sukulaisten tai muiden antama apu, kotiin saatava lomituspalvelu, kotipalvelu tai perhehoitoloma. (Ylirinne 2010, 7.)

Hallinnollisesti kotona asumista tukeva yksikkö sijoittuu koti- ja laitoshoidon väli- maastoon ja ottaa yhdessä kotihoidon kanssa vastuuta kotona asumisen jatkumisesta.

Henkilökunnalta lyhytaikaishoidon yksikössä työskenteleminen edellyttää vahvaa ammattitaitoa dementiatyöstä. Henkilökunnan on myös osattava aidosti kuunnella jokaisen perheen tarpeita ja toimittava joustavasti niiden mukaan. Hoitohenkilökunnalla tulee olla asiantuntijuutta tunnistaa sekä hoitaa riskitekijöitä, jotka uhkaavat päättää kotona asumisen. Hoitoideologian tulee olla asiakkaiden toimintakykyä tukevaa sekä toimintakäytäntöjen tulee olla joustavia. Myös muistisairauksiin perehtyneen lääkärin palvelut on oltava yksiköllä käytössä. Tarvittaessa asiakkaat saavat myös fysioterapiaa. (Sormunen & Topo 2008, 76-77.) Linja (2013) toteaa pro gradu-tutkielmassaan, että niin kansainvälisissä kuin myös kansallisissa tutkimuksissa on tuloksista nähtävissä, että lyhytaikaisjakson onnistumisessa on suuri rooli hoitohenkilökunnalla (Linja 2013, 10).

Lyhytaikaishoidonyksikön tehtävänä on myös omaisten tukeminen monipuolisesti. Omaishoitajaa tuetaan hoitajakson aikana sekä kannustetaan häntä ottamaan yhteyttä myös jaksojen välissä, mikäli tarvitsee tukea tai kuuntelijaa. Yksiköt myös auttavat kotona asumisen riskitilanteiden selvittämisessä ja hoidossa. Ympäri vuorokautinen seuranta järjestetään ongelmanratkaisun sitä vaatiessa. Lyhytaikaishoidon yksikkö on myös tukipiste kotihoidon kriisitilanteissa ja joustava sisäänpääsy on erittäin tärkeää silloin, kun tilanne ei edellytä sairaalatasoista hoitoa. (Sormunen & Topo 2008, 77.)

Perheiden tarpeet määrittävät hoitajaksojen pituuden. Jakso voi olla lyhyt hengähdystauko yön tai viikonlopun yli tai se voi kestää useita viikkoja niissä tilanteissa, kun kotona asuminen on vaakalaudalla. (Sormunen & Topo 2008, 77.)

3.2 Lyhytaikaishoidon sisältö

Lyhytaikaishoitajaksojen ei tule olla säilyttäviä tai asiakkaan tilaa heikentäviä vaan niiden tulee kuntouttaa sekä tukea selviytymistä. Lyhytaikaishoidon toimintaan kuuluu kotona asumisen mahdollistaminen yhteisvastuussa kotihoidon kanssa sekä kotona asumista uhkaavien riskitekijöiden tunnistaminen esimerkiksi käytösoireet tai kävelykyvyn heikkeneminen. Lisäksi omaisten kanssa tehdään yhteistyötä sekä pyritään tunnistamaan omaisen tuen tarve. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 137.)

Salinin väitöskirjan mukaan lyhytaikaishoidon sisältö jaetaan viiteen pääluokkaan, jotka ovat perusasioista huolehtiminen, kotona asumisen edistäminen, vapauttaminen hoitovastuusta, totuttaminen luopumiseen sekä pysäkillä oleminen. Perusasioista huolehtimiseen sisältyy hygieniahoito, säännöllisistä ruokailuista huolehtiminen sekä palveluiden saatavuus. Kotona asumisen edistämiseen kuuluvat tavoitteellinen kuntoutus ja kannustaminen omatoimisuuteen. Hoitovastuusta vapauttamiseen kuuluu vaivojen todesta ottaminen, oman tahdon kunnioittaminen ja ajan tasalla pitäminen. Vanhenehmissen seuraaminen ja jatkohoitopaikan odottaminen ovat luopumiseen totuttamista. Pysäkillä oleminen puolestaan tarkoittaa sitä, että iäkäs on ikään kuin odottamassa pysäkillä kotiinlähtöä. Pysäkillä oleminen on joutenoloa, hoidon unohtamista esimerkiksi haavan hoidon tai hampaiden pesun unohtaminen hoitojaksolla, sekä sitä, että asiakas jätetään selviytymään yksin. (Salin 2008, 51-52.)

3.2.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista velvoittaa kuntaa vastaamaan siitä, että iäkkäille laaditaan palvelusuunnitelma, jossa määritellään toimintakykyarvioinnin perusteella, minkälainen palvelukokonaisuus henkilön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn sekä itsenäisen suoriutumisen tukemiseen ja hyvän hoidon turvaamiseen tarvitaan. Lain mukaan palvelusuunnitelmaa tulee myös tarkistaa, kun iäkkäällä tapahtuu toimintakyvyssä olennaisia muutoksia, jotka vaikuttavat palvelutarpeeseen. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012, 16§.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma, kuntouttava hoitotyö sekä moniammatillisuus ovat keskeisiä asioita lyhytaikaishoidon sisällössä. Hoito- ja palvelusuunnitelman tarkoituksena on saada asiakkaalle muodostettua yksilöllinen, joustava sekä yksilön tarpeita vastaavaksi suunniteltu palvelukokonaisuus. Tavoitteena suunnitelmassa on asiakaslähtöisyyden ja kuntouttavan työn sekä iäkkäiden kotona asumista tukevan työotteen edistäminen. Suunnitelmaa tulee kuitenkin tarkistaa, kun asiakkaan tarpeet tai voimavarat muuttuvat. (Haverinen & Päivärinta 2002, 5-6.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään kirjallisesti ja se on myös juridinen asiakirja. Se toimii työväliseinä asiakkaan tavoitteellisen hoito- ja palvelutoiminnan toteuttamisessa. Suunnitelman tavoite on asiakkaan yksilöllisten ja jatkuvien palveluiden turvaaminen sekä yhteensovittaminen saumattomaksi hoito- ja palvelukokonaisuudeksi. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellään asiakkaan tarpeet sekä voimavarat. Lisäksi otetaan huomioon omaiset sekä muut tukiverkostot. Toimintakykyä keskeisesti heikentävät tekijät laitetaan tärkeysjärjestyksessä. Suunnitelmassa asetetaan asiakkaan toimintakykyä ylläpitävät tai lisäävät tavoitteet, jotka ovat konkreettisia ja saavutettavissa sekä kaikille osapuolille ymmärrettäviä. Asiakkaan tai hänen omaisensa kanssa sekä niiden ammattilaisten kanssa, jotka osallistuvat asiakkaan hoitoon ja palveluihin, sovitaan niistä auttamismenetelmistä ja toimenpiteistä, joita tarvitaan tavoitteiden saavuttamiseen. Aina, kun asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia, tai muuten säännöllisin väliajoin tulee arvioida asetettujen tavoitteiden toteutumista. (Mustajoki, Maanselkä, Alila & Rasimus 2005, 355.)

3.2.2 Kuntouttava ja toimintakykyä tukeva työote

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen (2013) mukaan iäkkäiden toimintakyvyn palauttamista, säilyttämistä sekä edistämistä on tuettava kuntoutuksen keinoin. Iäkkäille tulee järjestää kuntoutustarpeen arviointia ja kuntoutus on toteutettava oikea-aikaisesti sekä tavoitteellisesti. Kuntoutumista sekä toimintakykyä edistävää työtappaa tulee lisätä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 33-34.) Myös niin kutsuttu vanhuspalvelulaki edellyttää, että palvelut on toteutettava siten, että ne tukevat iäkkäiden toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista, osallisuutta sekä hyvinvointia ja terveyttä. Lisäksi kuntoutumista edistäviin palveluihin on kiinnitettävä huomiota, jotta muiden palveluiden tarvetta saadaan ennaltaehkäistyä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012, 13§.)

Toimintakyky tarkoittaa henkilön selviytymistä itselleen välttämättömistä ja tärkeistä jokapäiväisistä elämisen toiminnoista omassa elinympäristössään. Toimintakyvyn ulottuvuudet ovat fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Toimintakykyyn vaikuttaa lisäksi myös asuin- ja elinympäristö eri tekijöineen. (Sosi-

aali- ja terveysministeriö 2013, 69.) Ikääntymisen myötä toimintakyvyn heikkeneminen on väistämätöntä ja tähän liittyy avun tarpeen kasvaminen ja päivittäistoiminnoista selviytymisen vaikeutuminen (Heikkinen, Jyrkämä & Rantanen 2013, 301).

Toimintakykyä tukevassa työotteessa tärkeää on asiakkaan voimavarojen tunnistaminen sekä hyödyntäminen. Tärkeää on myös asiakkaan kanssa yhdessä tekeminen. Iäkkään ihmisen mahdollisuus itsenäiseen toimimiseen sekä edelleen olemassa olevien voimavarojen käyttö, antaa iäkkäälle tunnetta omasta tarpeellisuudesta, hyvää mieltä sekä sisältöä elämään. Yksi tärkeimmistä elementeistä on toimintakykyä tukevan positiivisen ilmapiirin luominen. Toimintakykyä tukeva työote on terveyslähtöinen toimintamalli, joka huomioi asiakkaan resurssit. Hoitajan tehtävänä on fyysisten, sosiaalisten sekä emotionaalisten esteiden vähentäminen. Olennaista on, että epäonnistumiset ovat hyväksytyjä. Asiakkaan itsetuntoa sekä itseluottamusta tukevia keinoja ovat kuunteleminen, kannustaminen sekä läsnäolo. Lisäksi huomioidaan asiakkaan pelot ja huolet. (Lehtoranta, Luoma & Muurinen 2007, 42.)

Toimintakykyä edistävä työote on tavoitteellista toimintaa. Etenkin hoitajien kokemus on, että tavoitteiden asettaminen on tärkeää. Tavoitteista tulee keskustella niin moniammatillisessa tiimissä kuin asiakkaan sekä hänen omaistensa kanssa. Toimintakyvyn kannalta on tärkeää, että kaikki osapuolet ovat sitoutuneita ja motivoituneita asetettuihin tavoitteisiin. Tavoitteiden on oltava konkreettisia ja ne tulee asettaa sekä lyhyelle että pitkälle aikavälille. Kaikkien osapuolien tulee hyväksyä tavoitteet. Toimintakykyä tukevaan työotteeseen sisältyy myös arviointi, jota tulee tehdä jatkuvasti päivittäin. Toimintakykyä tukeva työote voi vaatia, että asiakkaalle annetaan enemmän aikaa, jotta voidaan ohjata ja opastaa. Kuitenkin pitkällä aikavälillä työote saattaa vähentää avuntarvetta. (Lehtoranta ym. 2007, 42.)

Keskeistä toimintakyvyn tukemisessa on iäkkään asiakkaan sekä hoitohenkilökunnan välinen molemminpuolinen sekä luottamuksellinen suhde, joka perustuu vuorovaikutukseen. Suhteen muodostuminen vaatii asiakkaan sekä hänen elämäntilanteensa ja elämänhistorian tuntemista. Tästä johtuen olisikin tärkeää, että asiakkaille on nimetty omahoitaja. (Lehtoranta ym. 2007, 42.)

Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishankkeessa (2007) on listattu toimintakykyä ylläpitävän hoidon periaatteet:

- asiakkaan omia voimavaroja vahvistetaan
- tuetaan perheen ja ystävien osallistumista
- luottamuksellinen suhde iäkkään ja työntekijän välillä
- iäkkään sekä työntekijän välillä molemminpuolinen vuorovaikutus
- asiakkaan elämäntilanteen sekä elämänhistorian tunteminen
- nimetyt omahoitajat
- tiimityön sekä laaja-alaisen osaamisen hyödyntäminen

(Lehtoranta ym. 2007, 42.)

Kuntouttavan työotteen tavoite on asiakkaan elämänhallinnan parantaminen sekä asiakkaan omien voimavarojen tukeminen arjesta selviytymistä helpottamaan. Työote perustuu parhaimmillaan työntekijän ja asiakkaan yhteistyöhön, jossa yritetään rohkaista asiakasta itsenäisesti päättämään asioistaan. Lisäksi pyritään yhdessä tekemään muutos asiakkaan toimintaedellytyksissä sekä elämäntilanteessa, vahvistamalla asiakkaan omaa vastuunottoa sekä toimintakykyä. Kuntouttavassa työotteessa käytetään erilaisia työtapoja, jotka edistävät selviytymistä ja elämänhallintaa sekä omatoimisuutta. Kuntouttava työote on kuntoutumista edistävää toimintaa. Ne asiakkaat, jotka tarvitsevat paljon apua sekä tukea, hyötyvät kuntouttavasta työtavasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 63-64.)

3.3 Asiakslähtöisyys

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää, että jokaisella on oikeus oman terveydentilansa edellyttämään hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä siihen liittyvään kohteluun. Hoito tulee järjestää ja potilasta on kohdeltava niin, ettei loukata ihmisarvoa eikä vakaumusta ja, että yksityisyyttä kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 3§.)

Asiakslähtöisyys tarkoittaa palvelutoiminnan tarkastelemista sekä erittelemistä asiakkaan perspektiivistä. Asiakslähtöinen toiminta on suunniteltu siten, että keskiössä

ovat palveluita saavan asiakkaan tarpeet sekä voimavarat. Lisäksi asiakas on itse mukana voimavarojensa mukaisesti palvelutarpeen arvioimisessa, suunnittelemisessa, toteuttamisessa sekä palveluiden vaikutusten sekä laadun arvioinnissa. Osa asiakaslähtöisyyttä on asiakkaiden mahdollisuus tehdä itse valintoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 60.)

Asiakaslähtöisyydellä on suuri rooli laadukkaassa hoitotyössä. Jokainen asiakas tulee kohdata yksilönä. Lisäksi on ymmärrettävä, että yksilö on myös perheen, muun yhteisön ja lisäksi yhteiskunnan jäsen. Jokainen yksilö on myös oman elämänsä asiantuntija ja hänellä on tunteet sekä tahtotila ja tahto tehdä omaan elämäänsä liittyvät valinnat. Vuorovaikutuksen merkitys on suuri asiakaslähtöisyydessä. Asiakaslähtöisen hoitotyön on osoitettu tutkimuksissa olevan yhteydessä hyviin hoidon tuloksiin. (Pesonen 2010, 3-4.)

3.4 Moniammatillinen yhteistyö

Lähtökohtana yhteistyössä on yhteisen päämäärän täsmentäminen sekä selkeyttäminen eli mitä tehdään, miksi tehdään ja miten tehdään. Yhteistyö tarkoittaa sitä, että luodaan yhteiset tavoitteet ja kaikki osapuolet osallistuvat tavoitteen toteuttamiseen. Lyhytaikaisohjossa yhteistyö tarkoittaa asiakkaan ja hänen perheenjäsenten sekä hoitotyöntekijöiden välistä yhteistyötä, jossa tavoitteena on asiakkaan sekä perheen hyvinvoinnin, terveyden ja selviytymisen parantaminen yhteistyön avulla. (Koponen 2003, 23.) Myös laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista velvoittaa, että lakisääteisessä suunnitelmassa ikääntyneen väestön tukemiseksi, tulee olla määriteltynä se, miten yhteistyötä toteutetaan eri tahojen kanssa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012, 5§).

Moniammatillinen tiimi koostuu henkilöistä, jotka ovat saaneet erilaisen koulutuksen ja jotka toimivat yhteydessä toisiinsa yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Moniammatillisen yhteistyön tekeminen edellyttää kaikkien osapuolien roolien selkeää jakoa, osallistumista päätöksentekoon sekä vastuuta. (Koponen 2003, 25) Lyhytaikaisohjoidon

onnistuminen edellyttää myös yhteistyötä hoitoketjuun osallistuvien muiden osapuolien kanssa kuten esim. kotihoidon kanssa. Lyhytaikaishoito tulisikin nähdä osana hoitopolkua eikä vain irrallisena hoitojaksena. (Pirkanmaan Muistiyhdistys ry 2010.)

Jo hoitoa ja palveluita suunniteltaessa on otettava huomioon niin asiakas itse kuin hänen omaisensa ja ammattilaiset. Jo aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että asiakkaat ovat tyytyväisiä palveluihin, jotka ovat moniammatillisia. Ideaalitulanteessa moniammatillinen ryhmä kokoontuu säännöllisesti ja pohtii avoimesti jokaisen asiakkaan tilannetta ja tietoja sekä analysoi mitä asiakas tarvitsee sosiaali- ja terveydenhuollolta. Lisäksi tehdään hoitosuunnitelma ja yhteistyötä sen toteuttamiseksi. (Eloranta 2009, 23-25.)

Eloranta (2009) on tutkinut yhteistyötä iäkkäiden kotona asumisen tukena. Tutkimuksessa on todettu, että ammattilaisten ja iäkkäiden odotukset ovat osittain ristiriidassa keskenään. Ammattilaiset tekevät hoitoon liittyvät päätökset ja toiminnot asiakkaan puolesta, vaikka asiakkaalle tärkeää on toimintatahdon sekä elämänhallinnan tunteen säilyttäminen. Ammattilaisten vaikeus tunnistaa asiakkaan voimavaroja ja niitä uhkaavia tekijöitä, ongelmat tiedonkulussa, epäyhtenäinen ja tavoitteeton toimintatapa ja ammattilaisten vastakkaiset toimintatavat sekä näkemyserot, vaikeuttavat moniammatillista yhteistyötä asiakkaan voimavarojen tukemisessa. Hoidon toteutumisen arvioissa ammattilaisten ja asiakkaiden näkemykset erosivat tutkimuksessa merkittävästi toisistaan. Asiakkaiden arvioiden mukaan fyysinen, psyykinen sekä sosiaalinen tuki ja tukeminen itsenäiseen toimintaan olivat toteutuneet huomattavasti huonommin kuin ammattilaisten arvioiden mukaan. (Eloranta 2009, 6.)

Linja (2013) on pro gradu-tutkielmassaan todennut, että hoitohenkilökunnan ja omaishoitajien yhteistyön toteutumiseen tulee kiinnittää huomiota. Tutkielmassa on käsitelty eri tutkimusten tuloksiin perustuen yhteistyön merkitystä lyhytaikaishoidossa. Tarkasteltavissa tutkimuksissa on tuloksissa todettu, että siinä miten omaishoitaja kokee kykenevänsä hyötymään lyhytaikaishoitajaksosta, on hoitaja-omainen suhde avainasemassa. (Linja 2013, 10-11.) Salin, Kaunonen & Åstedt-Kurki ovat tutkineet puolestaan hoitajien havaintoja suhteesta omaishoitajiin lyhytaikaishoidossa. Tutkimuksessa on todettu, että yhteistyösuhteen muodostuminen vaatii aikaa ja, että painopisteen tulee

olla perheessä eikä organisaatiossa. Tärkeää yhteistyön syntymiselle on myös se, että hoitajat ymmärtävät perheen tilanteen. (Kaunonen, Salin & Åstedt-Kurki 2013.)

Yksi tärkeimmistä asioista kodin ulkopuolisessa hoidossa on luottamus hoitohenkilökuntaan. Luottamus ja molemminpuolinen yhteistyö mahdollistaa neuvottelevan yhteistyön, joka puolestaan on tärkeä yhteistyön onnistumiseen vaikuttava tekijä. (Linja 2013, 10-11.) Myös se on tärkeää, että hoitohenkilökunta toimii omaishoitajia ja heidän toiveitaan kuunnellen. Hyvän yhteistyön mahdollistaminen edellyttää myös, että hoitohenkilökunta arvostaa omaishoitajan asiantuntijuutta, sillä tämä on tärkeää omaishoitajan luottamuksen saavuttamiseksi. Tämä arvostaminen sekä asiantuntijuuden tunnistaminen pitäisi näkyä yhä tasa-arvoisempana yhteistyönä hoitojaksolla. (Ylirinne 2013, 53)

Myös omaishoitajien toive on persoonallinen sekä läheinen suhde hoitajiin. Salinin (2008) tutkimuksessa kuitenkin lähes puolet omaishoitajista kuvasi suhdettaan hoitajiin etäiseksi. Yli puolelta vastaajista hoitajat eivät myöskään olleet kysyneet miten omaishoitaja jaksaa. Omaishoitajan suhde hoitajiin tuli etäiseksi, kun hoitojakson alkaessa omaishoitaja koki, etteivät hoidettavan kanssa olleet tervetulleita. Koko lyhytaikaisjakson onnistumisen kriittinen piste on hoitojaksolle tulovaihe, jolloin luodaan pohja yhteistyölle. Aika- ja henkilöstöpulaan vetoaminen eivät voi olla syynä perheenjäsenen sivuuttamiseen. (Salin 2008, 79.)

Erityisesti lyhytaikaishoidossa perheen merkitys korostuu, koska tarkoituksena on sekä hoidettavan että omaishoitajan auttaminen selviytymään mahdollisimman pitkään kotona. Salinin (2008) tutkimuksen mukaan omaishoitajat pitivät yhteistyön syntymisen edellytyksenä sitä, että he kokivat hoitajan olevan halukas tekemään yhteistyötä. Tutkimuksen mukaan hoitajat pyrkivät tietoisesti rakentamaan yhteistyösuhdetta omaishoitajiin antamalla heille aikaa. Myös omaishoitajien jaksamisesta oltiin kiinnostuneita ja heitä pyrittiin tukemaan eri tavoin. (Salin 2008, 79.) Jos hoitojakson aikana omaiset ja hoitajat keskustelivat yhdessä vain vähän tai ei juuri lainkaan niin omaiset olivat usein huolissaan hoidossa olevan hyvinvoinnista ja tilasta sekä tunsivat velvollisuudekseen käydä säännöllisesti hoitojakson aikana katsomassa hoidettavansa (Linja 2013, 10).

3.5 Lyhytaikaishoidon kehittäminen

Salin (2008) toteaa väitöskirjassaan, että vaikka lyhytaikaishoitajaksot ovat palvelujärjestelmän osana vakiinnuttaneet paikkansa, niin palvelun kehittäminen on kuitenkin jäänyt vähäiselle huomiolle. Kotona asumisen tukipalveluiden lisäystä sekä varhaista puuttumista korostetaan, mutta kuitenkin lyhytaikaishoitoa ei pidetä potentiaalisena vaihtoehtona. (Salin 2008, 75.)

Salin (2008) on tutkimustulostensa perusteella esittänyt lyhytaikaishoidon kehittämisehdotuksia. Sekä tulo- että lähtövaiheen tulisi olla hyvin suunniteltu omaishoitajan, asiakkaan sekä omahoitajan kohtaaminen, joka sitoo kotonaolojaksot ja laitosjaksot mielekkääksi yhtenäiseksi kokonaisuudeksi perheelle. Myös omahoitajuutta tulisi kehittää niin, että jo ennen hoitajaksoa sekä asiakas että omaishoitaja tietävät tulevan jakson omahoitajan, joka olisi vastassa tulotilanteessa ja samalla sovittaisiin jakson sisällöstä. Tavoiteltavaa olisi myös, että omahoitaja on sama koko jakson ajan. Tämä mahdollistaisi omaishoitajan ja hoitajan välisen luottamuksen syntymistä. Omaishoitajan tulisi voida luottaa kaikissa tilanteissa läheisensä hoitoon. Omahoitajan olisi tarpeen myös käydä perheen kotona kotikäynnillä, että hän saisi todenmukaisen käsityksen asiakkaan ja perheen elämäntilanteesta. Tämä helpottaisi hoitajaksojen tavoitteiden asettamista, kun tiedettäisiin, minkälaiseen ympäristöön asiakas kuntoutetaan. (Salin 2008, 80-81.)

Lyhytaikaishoidossa tulisi myös olla selkeät tavoitteet. Kaikkien osapuolten tulee olla sitoutuneita näihin tavoitteisiin. Jotta lyhytaikaishoidosta saataisiin paras mahdollinen hyöty, tulisi sitä kehittää omana hoitomuotona, johon kaikki osapuolet saavat koulutusta. Kehittämisehdotusten mukaan hoitajat tarvitsisivat koulutusta myös asiakkaan perheen kohtaamisesta, koska lyhytaikaishoidossa asiakkaan lisäksi myös muu perhe on asiakas ja kotihoidon onnistumisen turvaamiseksi myös heidän hyvinvointinsa on merkityksellistä. Lisäksi hoitajille tulisi järjestää säännöllisesti työnohjausta yksilönä tai ryhmissä, joissa he saisivat eväitä vaikeita ja moniongelmaisia tilanteita varten. (Salin 2008, 81.)

Eloranta (2009) on tutkimuksessaan todennut yhteistyön kehittämishaasteiksi ammattilaisten vastuun sekä roolien selkeyttämisen, asiakkaan oman elämän asiantuntijuuden

vahvistamisen sekä toiminnan muutoksen tavoitteelliseksi asiakaslähtöiseksi toiminnaksi. Lisäksi tulee kehittää tiedonkulun menetelmiä. (Eloranta 2009, 6.)

4 IKÄÄNTYNEIDEN HOIDON LAATU JA EETTISYYS

Lyhytaikaishoidon tulee olla laadukasta, jotta asiakas saa parhaan mahdollisen hyödyn hoitojaksostaan. Kuten kaikessa muussakin hoitotyössä, on myös lyhytaikaishoidossa muistettava hoidon eettisyys. Iäkkäitä ihmisiä ja etenkin muistisairaita hoidettaessa niin hoidon laatu kuin eettisyys vaativat hoitohenkilökunnalta erityistä osaamista ja herkkyyttä.

Hoidon laatu tarkoittaa sitä, miten palvelu pystyy vastaamaan järjestelmällisesti, säännösten mukaisesti, vaikuttavasti sekä kustannustehokkaasti palvelutarpeisiin. Laadukas hoito säilyttää tai parantaa asiakkaan toimintakykyä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 65-66.) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista on asetettu, että se parantaisi iäkkäiden henkilöiden mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluita ja ohjausta omien yksilöllisten tarpeidensa mukaan riittävän ajoissa toimintakyvyn heikennyttä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 3, 19). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisestä ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista määrittää iäkkäille tarkoitettujen palveluiden laadusta, että niiden on oltava laadukkaita. Palveluiden tulee myös turvata iäkkäälle hyvä huolenpito sekä hoito. Laki velvoittaa myös, että laadukkaiden palveluiden takaamiseksi toimintayksiköiden henkilöstön tulee määrältään, koulutukseltaan sekä tehtäväkentteeltään vastata toimintayksikön asiakas määrää sekä heidän toimintakyvyn mukaista palvelutarvetta. Palveluiden turvallisuuden, asianmukaisuuden ja laadun varmistamiseksi tulee toimintayksiköissä olla järjestettynä omavalvonta, jota varten laaditaan omavalvontasuunnitelma. Laki edellyttää myös, että kunnan tulee arvioida palveluiden laatua sekä riittävyyttä säännöllisesti siten, että palveluita käytäviltä, heidän omaisilta ja lisäksi myös henkilökunnalta kerätään palautetta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012.)

Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi on todettu, että välttämätön edellytys turvallisien ja laadukkaiden palveluiden takaamiseksi iäkkäille on riittävä määrä henkilöstöä. Henkilöstön määrän lisäksi osaamisella, osaamisen oikealla kohdennuksella sekä osaavalla lähijohtamisella on selkeä yhteys hoidon vaikuttavuuteen ja laatuun. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 39.) Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista edellyttää, että laadukkaiden palveluiden järjestämiseksi kunnalla tulee olla käytettävissä monipuolisesti sekä riittävästi asiantuntemusta. Lain mukaan erityisasiantuntemusta tulee olla ainakin terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä, geriatriassa, gerontologisessa hoito- sekä sosiaalityössä, lääkehoidossa, ravitsemuksessa, suun terveydenhuollossa ja lisäksi monialaisessa kuntoutuksessa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 2012, 10§.)

Iäkkäiden hoidon laadukkuudesta on useita eri määritelmiä. Esimerkiksi Muurisen (2003) tutkimuksessa kerrotaan mallista, jonka mukaan laatu muodostuu hyvästä vuorovaikutuksesta, hoidosta, hoitoympäristöstä ja ilmapiiristä sekä lisäksi ammattitaitoisesta hoitohenkilökunnasta. Henkilöstön ammattitaito ja rakenne onkin todettu tutkimuksissa tärkeiksi vaikuttajiksi hoidon laadussa. (Muurinen 2003, 12.)

Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishankkeessa vuonna 2007 on määritelty laadukkaaseen ikääntyvien hoitoon kuuluvan seuraavia tekijöitä:

- palvelutarvetta arvioidaan välittömästi, kun asiakkaan toimintakyky on heikentynyt
- asiakkaan hoidon perustana on kattava palvelutarpeen arviointi
- palvelut pyritään järjestämään asiakkaan toiveiden mukaisesti ja hoito on asiakasläh- töistä
- hoito tulee toteuttaa yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa
- hoito on toimintakykyä ja kuntoutumista edistävää toimintaa
- asiakkaan hoidosta huolehtii riittävä ja ammattitaitoinen henkilökunta ja hoitajien ammattitaidon perustana on laaja gerontologinen näkemys
- hoitoa toteutetaan kirjallisen hoito- tai palvelusuunnitelman mukaisesti ja hoito on tavoitteellista sekä säännöllisesti arvioitua ja perustuu joko tutkittuun tietoon tai hyviin käytäntöihin (Lehtoranta ym. 2007, 8.)

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksessa (2013) todetaan, että hoidon laatua tulee seurata järjestelmällisesti ja osana omavalvontaa. Laadun seuraamisessa tulee käyttää luotettavia arviointimenetelmiä ja –mittareita esim. asiakkaiden toimintakykyä, hyvinvointia ja turvallisuutta koskevilla mittareilla. Lisäksi tulee kerätä palautetta iäkkäiltä itseltään ja heidän omaisiltaan ainakin kerran vuodessa. Palaute tulee hyödyntää hoidon ja palveluiden laadun kehittämiseksi ja parantamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 35.)

Gerontologisen hoitotyön osa on eettisyys. Iäkkään ihmisen kohtaaminen sekä auttaminen on eettisesti haastavaa. Hoitotyössä yhdistyvät niin voimavarojen tukeminen kuin enenevän haavoittuvuuden sekä haurauden kohtaaminen ja elämäkokemuksen ymmärtäminen sekä ikääntymisen teoreettinen ymmärtäminen. Laadukas hoito ei ole ainoastaan teknisesti hyvää vaan se on myös eettisesti hyvää. Eettisten arvojen keskipisteessä gerontologisessa hoitotyössä on ihmisarvoinen huolenpito, jolla sekä tuetaan että edistetään ikääntyneen ihmisen hyvää ja lisäksi myös ehkäistään ja minimoidaan sitä, mikä voi aiheuttaa kärsimystä ja vahinkoa. Iäkkäällä on oikeus omaan elämäänsä sekä ihmisarvoiseen kohteluun ja lisäksi itsemääräämisoikeus. Hoitajalta eettisesti hyvä hoitotyö vaatii osaamista, ymmärrystä ja herkkyyttä. (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 39.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli löytää keinoja lyhytaikaishoidon kehittämiseen Porin Perusturvan lyhytaikaishoidon yksiköissä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin, jotta saataisiin selville mitä asioita, miten ja millä keinoin hoitajat haluavat kehittää lyhytaikaishoidossa. Tutkimuksesta hyötyvät hoitajat ja lopullisina hyödynsääjinä ovat lyhytaikaishoidon asiakkaat.

Tieteellisessä tutkimuksessa kuten opinnäytetyössä pitää aina olla ongelma, sillä ilman ongelmaa ei voida tieteellistä tutkimusta tehdä. Koko tutkimisprosessia ohjaa tutkimusongelma, joten sen rajaaminen sekä määrittäminen ovat tärkeitä. (Kananen 2014, 32.)

Tässä tutkimuksessa käytetään tutkimusongelman sijaan tutkimuskysymystä. Tässä tutkimuksessa tutkimuskysymyksenä on:

1. Miten lyhytaikaishoidossa työskentelevät hoitajat haluavat kehittää lyhytaikaishoitoa?

5.1 Tutkimusympäristö

Tutkimus toteutettiin Porin perusturvakeskuksen vanhuspalveluiden lyhytaikaishoitoa antavissa palvelukeskus Himmeliissä ja Noormarkun lähipalvelukeskuksen osastolla.

Palvelukeskus Himmelin osasto Tyynelässä on yhteensä 69 paikkaa, jotka jakaantuvat siten, että tehostetun palveluasumisen paikkoja on 27, lyhytaikaishoitopaikkoja on 36 sekä hätäsijoituspaikkoja kuusi. Noormarkun lähipalvelukeskuksen osastolla on tällä hetkellä vanhuspalveluiden käytössä 29 lyhytaikaishoidon paikkaa, joista yhdeksään on sijoitettu pitkäaikaisasiakas. Pitkäaikaisasiakkaiden käytössä olevat paikat vaihtuvat jatkossa lyhytaikaishoidon paikoiksi sitä mukaan, kun paikat vapautuvat. Lisäksi Lähipalvelukeskuksen osastolla toimii samoissa tiloissa kuntoutus- ja sairaalapalveluiden arviointiyksikkö.

Porin Perusturva on organisaatio, jonka tehtävänä on vastata yhteistoiminta-alueensa asukkaiden perusturvasta ja lisäksi edistää terveyttä, hyvinvointia sekä turvallisuutta. Yhteistoiminta-alueeseen kuuluu Pori, Merikarvia ja Ulvila. (Porin Perusturvakeskus 2013, 3.) Lyhytaikaishoitoa Porin Perusturvassa järjestetään palvelukeskus Himmeliissä, Noormarkun Lähipalvelukeskuksen osastolla sekä avopalveluna Kiilarinteen palveluasunnoilla Merikarvialla ja Aleksin Hovissa Laviassa (Porin Perusturvan www-sivut 2016). Tämä tutkimus toteutettiin palvelukeskus Himmelin osasto Tyynelässä ja Noormarkun Lähipalvelukeskuksen osastolla.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusote

Tämän tutkimuksen filosofinen lähtökohta on fenomenologia. Se vastaa parhaiten tämän tutkimuksen filosofista viitekehystä. Sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä käytetään usein kvantitatiivista tutkimusta. Tähän tutkimukseen on valittu kvantitatiivinen tutkimusote, koska sen avulla saatiin toteutettua laajempi tutkimus ja näin saatiin kattavammin tietoa. Aineiston keräämiseen käytettiin avointa kyselylomaketta. Avoin kyselylomake antoi kaikille mahdollisuuden vastata kysymyksiin monipuolisesti ja omien näkemystensä mukaisesti.

Fenomenologisen tutkimuksen lähtökohtana oleva ongelma on ennen kaikkea ihmiskäsitys. Keskeisimmät käsitteet ovat kokemus, merkitys sekä yhteisöllisyys. Fenomenologisessa tutkimuksessa kohteena on ihmisen suhde omaan elämistodellisuuteensa eli ihmisen elämismaailma. Tutkimuksessa tavoitteena on tavoittaa mahdollisimman aitona ihmisen oma kokemus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 34.)

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen tarkoituksena on selittää, kartoittaa, kuvata, vertailla tai ennustaa asioita, jotka koskevat ihmistä tai luonnon ilmiöitä. Tavoitteena kvantitatiivisessa tutkimuksessa on yleisten lainalaisuuksien löytäminen aineistosta. Tutkimus alkaa yleensä teorioista sekä mitattavat asiat myös muodostetaan yleensä teoriasta. Ominaista kvantitatiiviselle tutkimukselle on tiedon strukturointi, mittaaminen sekä mittarien käyttäminen, tiedon käsitteleminen sekä esittäminen numeroin, tutkimustulosten ja –prosessin objektiivisuus sekä se, että vastaajia on suuri määrä. (Vilkkä 2007, 17,26.)

6.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmä valitaan, kun sekä tutkimustehtävä että –strategia ovat selvillä. On löydettävä metodi, jolla tutkimusongelmat saadaan ratkaistuksi. Metodien valintaa tehdessä tulee ottaa huomioon myös käytettävissä oleva aika sekä muut resurssit ja

eettiset tekijät. On olemassa useita eri metodivaihtoehtoja esim. erilaiset kysely-, haastattelu- ja havainnointimenetelmät. (Hirsjärvi ym. 2007, 180-181.)

Kysely on yksi aineiston keräysmenetelmä. Menetelmänä kysely on tehokas tapa kerätä aineistoa, koska samassa kyselyssä voidaan kysyä monia asioita. (Hirsjärvi ym. 2007, 188-196.) Kysely voidaan toteuttaa usealla eri tavalla. Valintaan vaikuttaa se, miten kysely toteutetaan, mikä on kysymysten sisältö sekä miten vastaajajoukko on valittu. Kyselyn laatimiseen sekä toteuttamiseen liittyy paljon eri tekijöitä, jotka saattavat vaikuttaa kyselystä saataviin vastauksiin ja niiden informatiivisuuteen, kyselyn luotettavuuteen sekä vastausprosenttiin. Ennen kyselyn toteuttamista tulee paneutua sen ongelmakohtiin sekä pilotoida kysely. (Jyväskylän yliopisto 2015.)

Tässä tutkimuksessa aineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella. Näin saatiin toteutettua tutkimus sujuvammin, koska avoimet kysymykset antoivat kaikille mahdollisuuden vastata kysymyksiin monipuolisesti ja omien näkemystensä mukaisesti. Molempien yksiköiden koko hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus vastata. Kysymyksiä lomakkeessa (liite 1) oli viisi. Kysymykset olivat lyhyitä ja selkeitä, mutta vaativat vastaajalta omaa pohdintaa.

6.3 Tutkimuskohde ja aineiston kerääminen

Tutkimussuunnitelma tehtiin keväällä 2016. Aineiston keräämistä ja tutkimuksen toteuttamista varten anottiin ja saatiin tutkimuslupa Porin Perusturvan vanhuspalveluiden johtajalta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli löytää asioita mitä hoitohenkilökunnan mielestä tulee lyhytaikaishoidossa kehittää Porin Perusturvan lyhytaikaishoidon yksiköissä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Aineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella. Tutkittava joukko oli lyhytaikaishoidon yksiköiden koko hoitohenkilökunta. Vastaaminen kyselyyn oli vapaaehtoista. Kyselylomakkeet ja vastauskuoret olivat kaikkien saatavilla yksiköiden kahvihuoneessa, jonne oli myös sijoitettu laatikko johon vastauskuo-

ret sai palauttaa suljettuina. Otoskooksi tuli 26. Vastausprosentti oli 36. Tämä prosenttiluku on saatu laskemalla yksiköiden kokonaishoitajamäärä. Tämä määrä jakaantui tasan molempien yksiköiden kesken eli 13 vastausta kummastakin yksiköstä.

6.4 Tutkimusaineiston analysointi

Määrälliselle eli kvantitatiiviselle tutkimukselle on ominaista, että aineiston työstäminen jaetaan eri vaiheiksi. Tästä johtuen tutkimuksen suunnitteluvaihe on merkittävä. Tämän tutkimuksen tuloksien analysointi aloitettiin, kun vastauskuoret saatiin takaisin.

Tutkimuksen ydinasia on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta sekä johtopäätösten teko. Analyysitapa valitaan sen mukaan mikä parhaiten tuo vastauksen tutkimuksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. (Hirsjärvi ym. 2007, 216, 219.) Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen analyysin perinteissä. Se on menettelytapa, jolla voidaan systemaattisesti ja objektiivisesti analysoida dokumentteja. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Menetelmällä saadaan kuitenkin vain järjestettyä kerätty aineisto johtopäätösten tekemistä varten. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 103.)

Tässä tutkimuksessa tutkimustulosten käsittelyyn käytettiin sisällönanalyysiä. Tutkimustulosten tarkastelussa ensin käytiin kaikki vastaukset läpi, jonka jälkeen tehtiin yksitellen joka kysymyksen vastauksista kirjallinen yhteenveto ja aineisto pelkistettiin sekä ryhmiteltiin. Tämän ensimmäisen ryhmittelyn jälkeen vastauksista etsittiin keskeisiä asioita, jotka tulivat esiin useimmissa vastauksissa. Tämän jälkeen näistä vastauksista muodostettiin ajatuskarttoja, joissa yhdistettiin omiksi ryhmiksi samaa tarkoittavat sekä poikkeavat ilmaisut. Ryhmittelyn avulla saatiin valikoitua, mitkä asiat tutkimuksessa nousivat tärkeimmiksi.

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä ja ne ohjaavat tiedon hankintaa sekä julkistamista. Eettisesti hyvän tutkimuksen tekeminen edellyttää, että sen tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi ym. 2007, 23.) Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu mm., että noudatetaan rehellisyyttä, tarkkuutta sekä yleistä huolellisuutta tutkimustyössä ja tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä arvioimisessa. Lisäksi tulee mm. ottaa muiden tutkijoiden työt sekä saavutukset huomioon asianmukaisella tavalla heidän työtään kunnioittaen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132.) Kaikissa tutkimustyön vaiheissa tulee välttää epärehellisyyttä (Hirsjärvi ym. 2007, 25).

Eettinen asenne näkyy tässä tutkimuksessa siinä, miten opinnäytetyön aihetta sekä aineistoa on käsitelty. Tutkimusmenetelmästä sekä tutkimuskohteesta ja tutkimuksen tarkoituksesta on tehty selvitys tutkimuslupaa anottaessa. Tutkimukseen osallistuneille henkilöille tutkija on käynyt kertomassa sekä kyselystä että lisäksi itsestään ja lisäksi niille, jotka eivät olleet paikalla, on tutkimuksesta sekä tutkijasta kerrottu kyselylomakkeen saatekirjeessä. Tutkija on korostanut vastaamisen perustuvan vapaaehtoisuuteen.

Tässä tutkimuksessa on luotettavuus huomioitu siten, että on huolehdittu, että tutkimukseen osallistuneet henkilöt jäävät anonyymeiksi. Kyselylomakkeessa ei ole kysymyksiä joiden perusteella vastaajan henkilöllisyys selviäisi. Luottamuksen lisäämiseksi vastaajille kerrottiin, että on mahdollista kirjoittaa vastaukset tietokoneella, jotta myöskään käsiala ei mahdollista henkilöllisyyden selvittämistä. Lisäksi luotettavuuden lisäämiseksi kyselylomakkeiden mukana annettiin vastauskuoret, joihin vastaaja itse tallentaa vastauksensa. Suljetun kuoren sai palauttaa yksikössä olevaan laatikkoon, jonka tutkija henkilökohtaisesti kävi noutamassa. Tutkija avasi henkilökohtaisesti kirjekuoret eikä vastauksia käsitellyt tutkijan lisäksi kukaan muu. Lopuksi vastaukset on asianmukaisesti tuhottu.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Tutkimusjoukko

Tutkimusjoukko koostui 26 vastaajasta. Kyselyn vastausprosentti oli 36. Vastaukset jakaantuivat tasan molempien yksiköiden välillä eli 13 vastausta tuli Noormarkun Lähipalvelukeskuksen osastolta ja 13 vastausta Himmelistä. Kolme kyselylomaketta palautui tyhjänä, mutta niissä oli kommentoitu kyselylomaketta, joka oli koettu liian laajaksi vastata työaikana.

8.2 Lyhytaikaishoidon kehittäminen

Vastauksissa nousi esiin useita erilaisia asioita, joita hoitajat pitivät tärkeinä ja joita heidän mielestä tulisi kehittää, jotta he pystyisivät antamaan asiakkaille laadukkaampaa hoitoa ja palvelua lyhytaikaishoidonjaksoilla.

Yhteistyö ja sen lisääminen sekä kehittäminen nousivat tärkeimmiksi asioiksi vastauksissa (N=18). Yhteistyötä pidettiin koko hoitojakson kulkua ajatellen ja siitä parhaan mahdollisen hyödyn saamiselle tärkeimpänä asiana. Yhteistyön tulee olla hyvää, toimivaa ja avointa sekä kotihoidon että omaisten kanssa. Paremmalla yhteistyöllä saataisiin kattavat esitiedot asiakkaasta kotihoidolta, palveluohjaajalta ja/tai omaiselta. Hyvä tiedonkulku eri yhteistyötahojen kesken takaa hoidon jatkuvuuden, sillä konkreettinen tieto siitä miten asiakas pärjää kotona on juuri omaisilla ja/tai kotihoidolla. Etenkin uuden asiakkaan kohdalla pidettiin tärkeänä hyvien perustietojen saamista mm. ravitsemuksesta, liikkumisesta ja toimintakyvystä sekä muista hoidon kannalta olennaisista asioista. Erittäin tärkeäksi asiaksi nousi myös se, että asiakkailla olisi aina jaksolle tullessaan mukana ajantasainen lääkelista ja tiedot jaksojen välillä tapahtuneista lääkemuutoksista. Tiedonkulun sujuvuuteen myös hoitajien kesken toivottiin parannusta.

”Kotihoidon kanssa tiivis yhteistyö.”

”Tiiviimpää yhteistyötä omaisten kanssa, yhdessä hoidettavan kanssa.”

”Henkilökunnalla ja omaisilla olisi hyvä olla enemmän keinoja jakaa ajatuksia ja keskustella hoidosta.”



Kuvio 1. Yhteistyö eri tahojen kesken

Tulohaastattelu sekä **tulotilanne** (n=9) koettiin myös tärkeiksi tekijöiksi lyhytaikais-hoidon kehittämisessä. Tulotilanteen tulisi olla rauhallinen ja hoitajalla tulisi olla riittävästi aikaa perehtyä asiakkaan asioihin, tutustua rauhassa ja haastatella niin asiakasta kuin omaista. Asiakas ja omainen otetaan vastaan kiireettömästi ja lämpimästi. Tulotilanteessa tulisi myös selvittää tarkemmin mitkä ovat olosuhteet kotona ja mitä ongelmia kotona erityisesti on. Näitä tietoja hyödyntäen pystyttäisiin tukemaan ja kannustamaan asiakasta erityisesti niissä asioissa joissa hän tarvitsee tukea.

”Enemmän aikaa potilaan/ asiakkaan vastaanottotilanteeseen. Ehtisi rauhassa tutustua/ haastatella omaista ja potilasta.”

”Hyvä tulohaastattelu tai ainakin hyvä saatekirje omaiselta, jos omainen ei saattamassa.”

”Asiakkaiden tulo- ja lähtöpäivät voisi hajauttaa koko viikolle. Näin tilanteet olisivat rauhallisempia.”

Jakson päättyessä (n=4) pitäisi myös muistaa vaihtaa kuulumiset, antaa ohjeistusta tarpeen mukaan sekä kertoa avoimesti niin omaiselle kun kotihoidolle, miten jakso on

sujunut ja mitä jakson aikana on tapahtunut. Jaksosta olisi hyvä tehdä myös loppuarvio, jonka myös asiakas saa itselleen mukaan.

”Lähtö: kerrotaan kuulumiset lähtiessä omaisille/ kotihoitolle, ettei hoitoketju katkea.”

”Keskustelu jakson päätyttyä asiakkaan ja omaisen kanssa. Ovatko tyytyväisiä jaksoon, jos ei niin mitä pitäisi tehdä toisin.”

Kyselylomake ja sen kehittäminen (n=7) koettiin tarpeelliseksi. Himmellissä on käytössä elämisen-toimintakaavake, jonka kehittämistä ehdotettiin. Näin saataisiin kerättyä tarkempaa tietoa esimerkiksi asiakkaan mieltymyksistä, haluista ja toivomuksista.

”Elämisen-toimintakaavake voitaisiin lähettää tulevalle ekakertalaiselle kotiin täytettäväksi. Usein tilanne tullessa osastolle voi olla niin vieras tai sairaanhoitajalla kiire, ettei kaikkea pysty siinä tilanteessa huomioimaan.”

”Paremmiin täytetty elämisen-toimintakaavake missä näkyisi asiakkaan historia esim. mitä tehnyt työelämässä.”

Lähipalvelukeskuksessa ei vastaavaa kaavaketta ole käytössä, mutta kyselylomakkeen/ taustatietolomakkeen kehittämistä lyhytaikaishoidon apuvälineeksi pidettiin tärkeänä. Lomakkeeseen tarvittavia tietoja olivat muun muassa ajan tasalla olevat omaisten yhteystiedot, toimintakyky, liikkuminen ja sen apuvälineet, ravitsemus sekä kaikki tärkeät ja huomioitavat seikat, jotta ne tulisivat varmasti huomioituiksi. Myös kotiutukseen liittyvät asiat esim. kellon aika sekä se tuleeko omainen hakemaan vai tilaataanko taksi, olisi hyvä selvittää jo lomakkeessa.

”Lyhytaikaisia jaksolaisia varten voisi kehittää oman kyselylomakkeen, jonka omaiset tai kotihoito voisi täyttää. Lomakkeessa kysyttäisiin esim. ruokailutottumuksista ja vuorokausirytmistä ym, joka auttaisi hoitohenkilökuntaa ottamaan paremmin huomioon jokaisen yksilölliset tarpeet huomioon.”

”Kyselykaavake, joka lähetettäisiin hyvissä ajoin asiakkaalle ennen tälle tuloa.”

Aktiviteetti, virikkeellisyys ja kuntoutus (n=14) lyhytaikaisjakson aikana olivat vastaajien mielestä tärkeimmät kehitettävät asiat asiakkaan kannalta. Lähipalvelukeskuksessa hoitajat pitivät tärkeänä, että asiakkailla olisi jakson aikana enemmän aktiviteetteja sekä virikkeitä. Mielekästä tekemistä tulisi olla jokaisena päivänä. Kummassakin paikassa hoitajat toivoivat, että asiakkaiden kanssa olisi mahdollisuus viettää enemmän aikaa esimerkiksi ulkoilemalla.

”Jakson aikana viriketoimintaa ja aktiivista kuntoutusta, jotta kotonakin jatkossa pärjäisi.”

”Järjestettäisiin mahdollisimman paljon virikkeitä ja ohjelmaa jakson aikana.”

”Kuntoutus kaikille säännöllisesti.”

Hoito- ja kuntoutussuunnitelma (n=5) auttaisivat saamaan jaksot tavoitteellisemmiksi ja tekisivät tavoitteet selkeäksi. Suunnitelman avulla myös asiakkaan kunto sekä tarpeet tulisivat selvitettyä mahdollisimman tarkasti.

”Säännöllisesti vuorohoitojaksoilla käyville voisi tehdä pidemmän aikavälin hoitosuunnitelman esim. kävelykyvyn parantaminen tai vaikka suorittuminen vaatteiden vaihdosta paremmin.”

”Henkilökohtainen hoitosuunnitelma, jossa näkyy yksilölliset tarpeet hyvin kirjattuna.”

Vastauksista ilmeni myös, että osastojen kokoa sekä huonekokoja pidettiin liian suurina lyhytaikaishoidon yksikölle (n=11). Tärkeäksi koettiin myös se, että lääkärin, jolla on geriatriasta osaamista, palvelut olisivat käytössä jakson aikana (n=8).

”Ei asiakkaita isoihin huoneisiin, koska monesti ahdistuvat muista vieraista ihmisistä.”

”Pienemmät huoneet, mahdollisuus sijoitella levottomia/ aggressiivisia sopivaan paikkaan. Paikka ei ylipäätään sovellu muistisairaille/ levottomille: liian iso, liian sokkeloinen.”

”Pienemmät yksiköt. Näin mielestäni jokainen voitaisiin ottaa paremmin huomioon yksilöinä.”



Kuvio 2. Yhteenveto tärkeimmistä kehittämiskohteista

9 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Kun hoitoa ja palveluita suunnitellaan, niin on otettava huomioon sekä asiakas itse että hänen omaisensa ja lisäksi muut ammattilaiset. Jo aikaisemmatkin tutkimukset ovat osoittaneet, että asiakkaat ovat tyytyväisiä palveluihin, jotka ovat moniammatillisia. (Eloranta 2009, 23-25.) Tutkimuksissa on myös todettu, että siinä miten omaishoitaja kokee hyötyvänsä lyhytaikaisjaksosta, on avainasemassa hoitaja-omainen suhde (Linja 2013, 10-11). Nämä tutkimukset tukevat tämän tutkimuksen tuloksissa tärkeimmäksi kehitettäväksi osa-alueeksi tullutta yhteistyön kehittämistä lyhytaikaishoidossa. Yhteistyötä pidettiin tärkeimpänä asiana koko hoitojakson kulkua ajatellen ja siitä parhaan mahdollisen hyödyn saamiselle. Vastauksissa painotettiin, että yhteistyön tulee olla hyvää, toimivaa ja avointa sekä kotihoidon että omaisten kanssa.

Yhteistyön merkitys tulee siitä, että saman asiakkaan asioita hoitaa monet eri tahot ja tieto ei kulje sujuvasti kaikille hoitoon osallistuville. Kehusmaa (2014) on todennut, että iäkkäiden palvelukokonaisuudet saattavat sisältää useita erillisiä kuntouttavia sekä hoidollisia toimenpiteitä, sillä iäkkään hoito, hoiva sekä kuntoutus kulkevat vierekkäin. Näiden palveluiden sekä eri tukimuotojen tulee muodostaa koordinoitu kokonaisuus, joka tukee iäkkään kuntoutumista sekä huomioi myös läheisten tarpeet. Perusedellytyksenä on, että tieto välittyy eri toimijoiden kesken. (Kehusmaa 2014, 17-18.) Käytännössä kuitenkin mitä enemmän on hoitoon osallistuvia tahoja, sitä todennäköisempää on, että ajantasainen tieto ei ole kaikilla käytettävissä. Kyselyn vastauksissa korostettiin ajantasaisen tiedon merkitystä niin asiakkaan toimintakyvystä, lääkityksestä kuin muista olennaisista hoitoon vaikuttavista tekijöistä jotka ovat tärkeitä, jotta pystytään antamaan laadukasta hoitoa, joka vastaa kyseisen asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Yhteistyötä ammattilaisten kesken helpottaa yhteinen tietojärjestelmä. Kuten vastauksissa todettiin niin, paremmalla yhteistyöllä saataisiin kattavammat esitiedot asiakkaasta kotihoidolta, palveluohjaajalta ja/tai omaiselta ja näin ollen pystyttäisiin koko hoitajakson ajan vastaamaan hänen yksilöllisiin tarpeisiinsa. Etenkin uuden asiakkaan kohdalla tämä on erittäin merkityksellistä.

Yhteistyö omaisten kanssa vaatii hoitajalta ammattitaitoa. Kuten Kaunonen ym. (2013) ovat tutkimuksessaan todenneet niin hoitajien ja omaisten yhteistyö vaatii aikaa. Samaisessa tutkimuksessa on myös todettu, että yhteistyön syntymiselle on tärkeää myös se, että hoitajat ymmärtävät perheen tilanteen. (Kaunonen ym. 2013.) Tästäkin tutkimuksessa nousi esiin, että aikaa tarvittaisiin niin tulotilanteessa kuin muutoinkin omaisten kanssa keskustelemiseen ja yhteistyösuhteen luomiseen. Vastausten mukaan tulotilanteen tulisi olla rauhallinen ja hoitajalla tulisi olla riittävästi aikaa ottaa asiakas ja omainen vastaan kiireettömästi ja lämpimästi sekä haastatella ja tutustua rauhassa asiakkaaseen sekä omaiseen. Muutamassa vastauksessa oli myös ehdotettu, että aikaa voisi viettää asiakkaan kanssa muualla kuin hoitoyksikössä. Esimerkiksi yhdessä ulkoillessa ilmapiiri olisi rentoutuneempi ja keskustelu luontevampaa, mikä puolestaan helpottaisi yhteistyön sujumista ja keskinäisen luottamuksen syntymistä. Yhteistyön merkitys omaishoitajan ja perheen kanssa tuli selkeästi vastauksissa ilmi ja sillä oli suuri painoarvo. Tämä tulos tukee Salinin (2008) toteamusta siitä, että erityisesti lyhytaikaishoidossa perheen merkitys korostuu, koska tarkoituksena on sekä hoidettavan että omaishoitajan auttaminen (Salin 2008, 79).

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2013) mukaan iäkkäiden toimintakykyä on tuettava kuntoutuksen keinoin ja heille tulee järjestää kuntoutustarpeen arviointia sekä kuntoutus on toteutettava oikea-aikaisesti ja tavoitteellisesti. Kuntoutumista sekä toimintakykyä edistävää työtä tulee lisätä. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2013, 33-34.) Salin (2008) toteaa, että kotona asumisen edistämiseen kuuluvat tavoitteellinen kuntoutus sekä kannustaminen omatoimisuuteen (Salin 2008, 72). Linjan (2013) tutkimuksessa asiaa on puolestaan tarkasteltu omaishoitajan näkökulmasta ja todettu, että lyhytaikaisjaksojen olisi omaishoitajien näkökulmasta oltava aktiviteetteja sisältäviä sekä kuntouttavia (Linja 2013, 3). Tämän tutkimuksen tuloksissa yksi tärkeimmistä kehitettävistä asioista asiakkaan kannalta oli kuntoutus, virikkeellisyys ja aktiviteetit. Tarpeelliseksi koettiin kuntoutussuunnitelman tekeminen, tavoitteen asettaminen ja kuntouttavan työotteen lisäämistä. Kuntoutusta toivottiin kaikille säännöllisesti ja mielekästä tekemistä sekä aktiviteetteja jokaiseen päivään. Vastauksista kävi siis ilmi, että hoitohenkilökunta on sisäistänyt kuntoutuksen ja aktiviteettien merkityksen tärkeänä osana toimintakyvyn tukemista ja sitä kautta kotona selviytymisen tukemisena.

Sormunen & Topo (2008) ovat todenneet, että lyhytaikaishoidon yksikössä tulee olla myös muistisairauksiin perehtyneen lääkärin palvelut käytössä (Sormunen & Topo 2008, 77). Tässä tutkimuksessa ilmeni, että lyhytaikaishoidon aikaisiin lääkäripalveluihin tarvittaisiin geriatriasta osaamista sekä selkeyttä lääkärin palveluiden järjestämiseen. Asiakkaat ovat useimmiten huonokuntoisia ja heillä on myös lääketieteellisen avun tarvetta. Kuten kyselystä ilmeni niin asiakkaat tai omaiset on kotona olo jakson aikana saattanut kerätä listaa asioista, jotka lääkärin tulisi hoitaa. Asiakkaat odottavat saavansa lyhytaikaisjakson aikana apua myös näihin asioihin. Vastauksissa ilmenikin, että hoitajat pitävät tärkeänä, että asiakas saa hoitajaksollaan myös lääkäripalvelut sekä myös muita palveluita esim. jalkahoito.

Vastauksissa ilmeni, että sekä yksiköitä että asiakkaiden huoneita pidettiin liian suurina molemmissa yksiköissä. Muistisairaiden ja levottomien asiakkaiden sijoittaminen suuriin huoneisiin koettiin haastavaksi niin asiakkaan kuin hoitohenkilökunnan kannalta. Suuressa huoneessa oleskelun koettiin lisäävän asiakkaan levottomuutta. Tämä

tukee Ylirinteen (2010) tutkimuksen tulosta, että lyhytaikaishoidon järjestämisen vaihtoehdot ovat hyvin rajoittuneet ja suurimmaksi osaksi lyhytaikaishoito järjestetään vanhainkodeissa, terveyskeskuksien vuodeosastoilla, kuntoutuslaitoksissa, palveluasumisyksiköissä tai erityishuoltopiirien laitoksissa (Ylirinne 2010, 7).

Lyhytaikaishoidon sisällössä keskeinen asia yhteistyön lisäksi on hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelman tarkoitus on olla työväline ja se on tehty asiakkaalle yksilöllisesti ja hänen tarpeitaan vastaavaksi. (Haverinen & Päivärinta 2002, 5-6.) Myös tämän tutkimuksen vastauksissa ilmeni hoitosuunnitelman tekemisen tarve, jotta saataisiin lyhytaikaisjaksot tavoitteellisemmiksi ja pystyttäisiin näin ollen paremmin vastaamaan kunkin yksilöllisiin tarpeisiin. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla asiakkaan kunto ja tarpeet sekä ongelmakohdat tulisivat selvitettyä mahdollisimman tarkasti ja häntä pystyttäisiin tukemaan yksilöllisesti päivittäistoiminoissa selviytymisessä ja kotona pärjäämisessä. Lyhytaikaishoitoa ei voida toteuttaa tavoitteellisena, ellei ole yksilölle tehtyä suunnitelmaa sen toteuttamisesta.

9.1 Kehittämisehdotukset

Tutkimustulosten perusteella voidaan ehdottaa lyhytaikaishoidon kehittämiskohteiksi seuraavia asioita:

1. Yhteistyön lisääminen ja toimiminen moniammatillisesti muiden yhteistyötaimien kanssa mm. kotihoidon kanssa
2. Yhteistyön parantaminen ja lisääminen omaisten kanssa
3. Asiakkaiden tulotilanteiden järjestäminen siten, että tulotilanteeseen on varattu hoitajalle aikaa sekä rauhallinen tila
4. Hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen lyhytaikaishoidon tavoitteellistamiseksi/ kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelman käyttäminen
5. a. Kyselylomakkeen kehittäminen
b. Elämisen toiminnot-kaavakkeen kehittäminen
6. Aktiiviteettien, kuntoutuksen ja virikkeellisyyden suunnitelmallinen lisääminen

10 POHDINTA

Opinnäytetyön aihe oli ajankohtainen, sillä valtakunnallisellakin tasolla pyrkimyksenä on, että iäkkäät kykenisivät mahdollisimman pitkään asumaan omassa kodissaan tukipalveluiden turvin. Lyhytaikaishoito on tukipalveluna palveluketjun loppupäässä ja on viimeisiä keinoja pitkittää laitosasumiseen siirtymistä. Lyhytaikaishoidon merkitys omaishoitajien jaksamisen tukemisessa on merkittävä. Lyhytaikaishoitoa kehittämällä jaksoista saadaan asiakkaalle paras mahdollinen hyöty. Jokaisella asiakkaalla on oikeus laadukkaaseen hoitoon ja jokainen on oman elämänsä asiantuntija. Tätä tulee kunnioittaa lyhytaikaishoidon toteuttamisessa.

Aiheesta löytyi varsin vähän vielä tutkimuksia niin kansainvälisellä kuin kansallisella tasolla, vaikka lyhytaikaishoito on ollut Suomessa palvelumuotona jo 1980-luvulta alkaen. Väitöskirjat ja pro gradu-tutkielmat lähestyvät asiaa lähinnä omaishoitajien näkökulmasta. Aiheesta tehdyt opinnäytetyöt puolestaan ovat usein yksittäiseen hoitolaitokseen tehtyjä töitä esim. laatuksiteerien päivittämisiä. Eri tietokannoista haettaessa artikkeleita asiasta löytyy. Suoranaista kirjallisuutta asiasta on saatavilla vielä melko vähän.

Aihe oli tutkijalle mielenkiintoinen. Tutkija pystyi syventämään omaa aikaisempaa tietoa ja osaamista etsiessään tietoa lyhytaikaishoidosta. Lisäksi uutta tietoa ja uusia näkökulmia lyhytaikaishoidon toteuttamiseen ja kehittämiseen tuli myös paljon. Aiheen teki erittäin mielenkiintoiseksi se, että teoriaa koostaessa, tutkija sai pohtia eri kanteilta näkökulmia lyhytaikaishoitoon ja siihen, mitä sen tulisi sisältää ja mitkä ovat ydinasiat.

Tutkimustulosten kautta pystyi todentamaan, että vaikka tutkimukseen osallistuneet yksiköt ovat taustoiltaan erityyppiset, niin kuitenkin sama asia koettiin tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi. Yhteneväisyyttä oli paljon myös muissa vastauksissa esiin nousseissa kehittämiskohteissa. Tämän johdosta voidaan päätellä, että ydinasiat ovat kuitenkin samat asiakaslähtöisessä lyhytaikaishoidon toteutuksessa. Eroavaisuusiakin kuitenkin ilmeni ja näiden pohjalta voidaan todeta, että molemmissa yksiköissä on

hyvä tarkastella toimintatapoja ja lyhytaikaishoidon kehittämistä myös yksikkökohtaisesti. Huomiota tulee kiinnittää yhteistyön ja moniammatillisuuden lisäksi myös yksikön keskinäiseen tiedonsiirtoon. Lisäksi tulee huomioida jaksolle tulevien asiakkaiden sijoittelu ja pyrkiä mahdollisuuksien mukaan järjestämään etenkin vaikeasti muistisairaille pieni huone jakson sujuvuuden turvaamiseksi.

Kotihoidon asiakkaista on kotihoito tehnyt hoito- ja palvelusuunnitelman. Tätä suunnitelmaa olisi hyvä käyttää yhteisenä työvälineenä ja siinä asetettuja tavoitteita pyritäisiin toteuttamaan myös lyhytaikaishoidonjaksoilla. Jakson aikana esiin tulleet muutokset kirjataan ja päivitetään hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Suunnitelman käyttäminen yhteisenä työvälineenä parantaa myös tiedonkulkua ja näin ollen sekä kotihoidolla että lyhytaikaishoidon yksiköllä on käytävissä asiakkaan tilanteesta reaaliaikainen tieto. Myös lyhytaikaishoidon asiakkailla, joilla on omaishoitaja, mutta ei kotihoitoa, tulisi olla laadittuna hoito- ja palvelusuunnitelma ja suunnitelman pitämisestä ajan tasalla tulisi huolehtia. Omaishoidettavien hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulisi huomioida myös omaishoitajan jaksamisen tukeminen ja näin ollen kotona asumisen mahdollistaminen pidempään. Suunnitelman kautta jaksot saataisiin tavoitteellisemmiksi ja riski siihen, että jaksot ovat luonteeltaan säilöviä, pienenee.

Eettisyys ja luotettavuus toteutuivat tutkijan mielestä tässä työssä hyvin. Vastaajat pysyivät anonymoineina ja vastauslomakkeiden kerääminen sujui suunnitelmien mukaisesti. Vastaajille annettiin aikaa vastata kolme viikkoa. Vastaukset olivat pääsääntöisesti hyvin täytettyjä ja joka kysymykseen oli vastattu asianmukaisesti ja esitetty useita näkemyksiä lyhytaikaishoidon kehittamisestä. Kuitenkin myös kolme vastauksista oli palautettu tyhjänä ja annettu palaute, että kysely oli liian laaja vastattavaksi työajalla. Kyselyyn vastanneet olivat selkeästi kiinnostuneita ja motivoituneita asiasta ja halusivat vastata kyselyyn, jotta lyhytaikaishoitoa pystytään kehittämään.

Tutkimuksen edetessä nousi aiheesta esiin jatkotutkimusehdotuksia. Jatkotutkimuksissa voisi tutkijan mielestä olla aiheena esimerkiksi lyhytaikaishoidon yhteistyön kehittäminen yhdessä kotihoidon kanssa tai lyhytaikaishoito ja moniammatillinen yhteistyö.

Tutkija haluaa kiittää Noormarkun Lähipalvelukeskuksen osaston sekä Himmelin osasto Tyynelän henkilökuntaa ajastaan ja avustaan tutkimuksen toteuttamisessa.

LÄHTEET

Alila, A., Maanselkä, S., Mustajoki, M. & Rasimus, M. (toim.). 2005. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Turun yliopiston julkaisuja. Turun yliopisto. Viitattu 24.9.2016. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/47133/AnnalesD869Eloranta.pdf>

Haverinen, R. & Päivärinta, E. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma –opas. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto, Stakes. Viitattu 16.9.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77762/p040209143011S.pdf?sequence=1>

Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). 2013. Gerontologia. Helsinki: Duodecim.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Jyväskylän yliopisto. 2015. Menetelmäpolkuja humanisteille. Kyselyt. Viitattu 7.4.2016. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetmapolkuja/menetmapolku/aineistonhankintamenetelmat/kyselyt>

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kaunonen, M., Salin, S. & Åstedt-Kurki, P. 2013. Nurses' Perceptions of Their Relationships with Informal Carers in Institutional Respite Care for Older People. *Nursing Research and Practice* Volume 2013. Viitattu 15.10.2016. <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/967084/>

Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Viitattu 25.9.2016. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/13565/Tutkimuksia131.pdf?sequence>

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 24.9.2016. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67337/951-44-5822-2.pdf?sequence=1>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. 28.12.2012/980 muutoksineen. Viitattu 1.11.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L2P6>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. 17.8.1992/785 muutoksineen. Viitattu 16.9.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

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

Linja, N. 2013. Lyhytaikaishoito omaishoitajien jaksamisen tukena. Kyselytutkimus omaishoitajille lyhytaikaishoidon konkreettisesta tuesta sekä tarvittavista kehittämis-kohteista. Pro gradu –tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 16.9.2016. http://publications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140003/urn_nbn_fi_uef-20140003.pdf

Muurinen, S. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 24.9.2016. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67302/951-44-5683-1.pdf?sequence=1>

Muurinen, S. & Valvanne, J. 2005. Vanhusten lyhytaikainen laitoshoido. Gerontologia 2, 65-71.

Omaishoitajat ja läheiset –liitto ry:n www-sivut. 2016. Viitattu 16.9.2016. <http://www.omaishoitajat.fi/mit%C3%A4-omaishoito>

Pesonen, H. 2010. Asiakaslähtöisyys hoitotyössä, sen opettaminen ja kehittäminen. YAMK-opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu. Viitattu 24.9.2016. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22200/YAMK_Hanna_Pesonen_ONT_THESUS.pdf?sequence=1

Pirkanmaan Muistiyhdistys ry. 2010. Samalla polulla. Voimavaroja lyhytaikaishoidosta. Muistiliitto. Viitattu 16.9.2016. <http://pirkanmaanmuistiyhdistys-fi-bin.directo.fi/@Bin/4e8cd7e1d6415d2aa1f2fda32f5e5ccc/1474024753/application/pdf/164516/loppuraportti.pdf>

Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R., Tilvis, R. & Viitanen, M.(toim.). 2010. Geriatria. Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Porin Perusturvakeskus. 2013. Toimintasääntö. Viitattu 6.6.2016 http://www.pori.fi/material/attachments/hallintokunnat/perusturva/Mi3QnqSzh/YTA_toimintasaanto_ltk160113.pdf

Porin Perusturvan www-sivut. 2016. Viitattu 16.9.2016. http://www.pori.fi/perusturva/vanhuspalvelut/kotonaasumistatukevatpalvelut_0/lyhytaikaishoito.html

Salin, S. 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaali malli vanhuksen kotihoidon osana. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Sosiaalihuoltolaki. 2014. 1301/2014 muutoksineen. Viitattu 9.10.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Laadukkaat dementia palvelut, opas kunnille. Stakes. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntaliitto. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Asiakaslähtöiset ja vaikuttavat sosiaalipalvelut. Opas sosiaalihuollon käsitteelliseen tarkasteluun. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 24.9.2016. http://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/asiakaslaitoiset_ja_vaikuttavat_sosiaalipalvelut_opas_sosiaalihuollon_kasitteelliseen_tarkasteluun.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Vanhuspalvelulaki – pykälistä toiminnaksi. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Tiikkainen, P. (toim.) & Voutilainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.

Ylirinne, A. 2010. Omaishoitajien kokemuksia puolison vuorohoidosta laitoksessa. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 24.9.2016. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/23776/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201005261934.pdf?sequence=1>

SAATEKIRJE

Hyvä hoitotyöntekijä

Olen geronomiopiskelija Hanna Marjamäki Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää miten hoitajat haluaisivat kehittää lyhytaikaishoitoa. Tähän tarvitsen Teidän mielipidettänne sekä tietoaanne. Tutkimus toteutetaan Noormarkun Lähipalvelukeskuksen osastolla sekä Palvelukeskus Himmelin osasto Tyynelässä.

Olen kiitollinen, jos Te voisitte vastata kyselylomakkeen kysymyksiin, joiden avulla selvitän, miten hoitohenkilökunnan mielestä lyhytaikaishoitoa tulisi kehittää ja miten asiakkaat saisivat lyhytaikaishoitojaksoistaan parhaan mahdollisen hyödyn.

Aineiston keruumenetelmänä käytän puoliavoimaa kyselylomaketta. Kysely-lomakkeet käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja nimettöminä. Pyydän Teitä laittamaan kyselylomakkeen saamaanne kirjekuoreen ja sulkemaan sen. Pyydän ystävällisesti palauttamaan kirjekuoren 30.5.2016 mennessä esimiehellenne.

Kiitos ajastanne.

Hanna Marjamäki
geronomiopiskelija

KYSELYLOMAKE

1. Mitä asioita haluaisitte kehitettävän lyhytaikaishoidossa niin hoitohenkilökunnan kuin asiakkaan kannalta?

2. Miten kehittäisitte lyhytaikaishoitoa niin hoitohenkilökunnan kuin asiakkaan kannalta?

3. Mikä auttaisi teitä löytämään jokaisen asiakkaan yksilölliset tarpeet?

4. Mitä mielestänne tulisi erityisesti huomioida tulotilanteessa, jakson aikana ja kotiutuessa, että asiakas saisi parhaan mahdollisen hyödyn hoitajaksosta?

5. Muuta mitä haluaisitte kertoa lyhytaikashoidon kehittämisen näkökulmasta?

Palauta suljetussa kirjekuoressa yksikön esimiehelle.

Kiitos vastauksistanne!