

Teija Eskola

**KOTIHOIDON ASIAKKAAN PSYYKKISEN JA SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN
EDISTÄMINEN**

KOTIHOIDON ASIAKKAAN PSYYKKISEN JA SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN EDISTÄMINEN

Teija Eskola

Opinnäytetyö

Syksy 2010

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Terveysten edistämisen koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, terveyden edistämisen koulutusohjelma

Tekijä: Eskola, Teija.

Opinnäytetyön nimi: Kotihoidon asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen.

Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT Hilikka Honkanen ja yliopettaja, TtT Lea Rissanen.

Työn valmistumislukukausi ja vuosi: Syksy 2010

Sivumäärä: 64

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää asiakaslähtöistä kotihoitoa laatimalla toimintasuositukset psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisestä kotihoidossa. Kehittämistyön alkukartoituksen tarkoituksena oli kuvata, minkälaisia asioita hoitohenkilökunta kirjaa kotihoidon asiakkaiden psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä sekä miten RAI-arvioinnista saatua tietoa hyödynnetään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä. Aineisto valittiin kartoittamalla yhden kotihoidon palveluyksikön asiakkaat, joiden RAI-arvioinneista nousi psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä vajeita (n=25). Näiden asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat sekä kotihoidon päivittäinen kirjaaminen analysoitiin. Alkukartoituksen jälkeen verrattiin analyysissä nousseita asioita aiempaan tutkimustietoon ja laadittiin alustavat toimintaehdotukset psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisestä. Alustavia toimintaehdotuksia arvioitiin kotihoidon yksikön henkilökunnan ryhmäkeskusteluissa. Toimintasuositukset psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisestä koottiin ryhmäkeskusteluista saadun aineiston ja ajankohtaisen tutkimustiedon synteessä.

Kotihoidon asiakkaan psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä otetaan huomioon kirjaamisen perusteella siten, että nähtävillä on kolme pääluokkaa; kognitiiviset toiminnot, sosiaaliset suhteet ja mielenterveys. Henkilökunta tuntee hyvin kuntouttavan työotteen periaatteet, mutta tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus nousivat selkeäksi kehittämiskohteeksi. Tämä nousi esille myös fyysisen aktiivisuuden kohdalla. Tulosten perusteella kotihoidon henkilökunta kokee tarvitsevansa koulutusta mielenterveyteen liittyvissä asioissa ja tietoa yhteistyötahoista mielenterveyden tukemiseen liittyen.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kotihoidon henkilökunnan tulee ottaa enemmän ohjaavaa roolia toiminnan edellytysten järjestäjänä ja sen vuoksi palveluverkoston tunteminen on tärkeää. Kolmannen sektorin ja kotihoidon välistä rajapintaa tulee selkeyttää. Merkittäväksi asiaksi nousi myös asiakkaan asuinympäristön turvallisuuden ja viihtyvyyden turvaaminen. Kotihoidon asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen ja sen kehittäminen tuo haasteita johtamiselle. Kotihoidon henkilökunnan riittävä osaaminen on varmistettava nopeasti kehittyvässä yhteiskunnassa alati monimuotoistuvien ja eri sektorien tuottamien palveluiden keskiössä.

Asiasanat: Ikääntyneet, kotihoito, psyykinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky.

ABSTRACT

Author: Eskola, Teija.

Title of Thesis: Advancing the Psychic and Social Functioning Abilities of the Home Care Customer.

Supervisors: Principal Lecturer, PhD Hilikka Honkanen and Principal Lecturer, PhD Lea Rissanen.

Term and year when thesis was submitted: Autumn 2010

Number of Pages: 64

The purpose of the thesis was to develop customer oriented home care by designing guidelines for the advancing of psychic and social functioning abilities in home care. The goal of the initial survey in the development process was to portray, on one hand, what kind of log entries are made by nursing staff in relation to the psychic and social functioning abilities of customers in home care, and on the other hand, how the data acquired via RAI evaluations is applied in the drafting of customers' care and service plans. The material for this was chosen by surveying a single home care service unit's customers, the RAI evaluations of whom showed a number (n=25) of deficiencies in psychic and social functioning abilities. Both the care and service plans of these customers and the home care's daily log entries were analysed. After the initial survey, issues that surfaced in the analysis were compared to existing research results after which tentative guidelines for advancing the psychic and social functioning abilities in home care were drafted. The tentative guidelines were assessed in group discussions by the nursing staff of the home care unit. The guidelines for the advancing of the psychic and social functioning abilities were compiled into a synthesis of the material gained from the group discussions and current research in the field.

The psychic and social functioning abilities of home care customers are taken into account on the basis log entries so that three main categories are held in view: cognitive operations, social relationships and mental health. The staff is well versed in the principles of the rehabilitative approach to nursing, but goal orientedness and methodicality were found to be areas that evidently need development. This surfaced in relation to physical activity, too. On the basis of the results, home care nursing staff experiences a need for training in the field of mental health issues and for information about cooperative instances in the promotion of mental health.

As a conclusion, it can be said that it is necessary that home care nursing staff assumes a more instructive role as facilitators and, therefore, knowledge of the service network is crucial. The interface between the third sector and home care should be streamlined. Guaranteeing the security and comfort of the living environment was also found to be a significant issue. The advancement of home care customers' psychic and social functioning abilities and its development poses challenges to management – the adequacy of the nursing staff's skills must be ensured in the rapidly changing society and at the centre of the constantly diversifying services provided by different sectors.

Keywords: elderly, home care, psychic functioning ability, social functioning ability.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA	8
2.1 Valtakunnalliset ohjelmat ja suositukset sekä Oulun kaupungin kotihoidon linjaukset	8
2.2 Ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn edistäminen	10
2.3 Kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn arviointi sekä hoito- ja palvelusuunnitelma	13
3 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET	16
4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN	17
4.1 Alkukartoitus	18
4.1.1 Aineiston keruu	18
4.1.2 Aineiston analysointi	20
4.2 Alustavat toimintaehdotukset	23
4.2.1 Alustavien toimintaehdotusten laatiminen ja arviointi	23
4.2.2 Toimintaehdotusten arvioinnista saadun aineiston analysointi ja toimintasuositusten laatiminen	25
5 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	27
5.1. Kotihoidon henkilöstön kirjaama tieto asiakkaan psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä	27
5.1.1 Kognitiiviset toiminnot	29
5.1.2 Sosiaaliset suhteet	30
5.1.3 Mielenterveys	31
5.1.4. Toimintakyvyn vajeiden huomioon ottaminen kirjaamisessa	32
5.2 Toimintasuositusten laatiminen	33
5.2.1 Alustavat toimintaehdotukset	33
5.2.2 Työyhteisön arviointi psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisestä kotihoidossa	38
5.3 Toimintasuositukset psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisestä	42
6 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI	45
6.1 Kehittämistyön tulosten arviointi	45
6.2 Kehittämistyön prosessin arviointi ja eettiset näkökohdat	46
7 POHDINTA	50
LÄHTEET	52
LIITTEET	59

1 JOHDANTO

Vuonna 2010 85-vuotta täyttäneiden määrä on lähes 104 000. Yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan nousevan 2040 mennessä noin kuuteen prosenttiin eli heidän määränsä nousee nykyisestä 349 000:een. Vaikka väestön toimintakyky on yleisesti parantunut, ei iäkkäiden hoivan tarve kuitenkaan näytä myöhentyneen. Väestörakenteen muutos tuo runsaasti haasteita kotihoidolle. (Heinola 2007, Kivelä 2006, Tilastokeskus väestöennuste 2007-2040.)

Kotihoidon haasteena on tulevaisuudessa erityisesti dementiaoireisten ihmisten määrän lisääntyminen. Tällä hetkellä kotihoidon asiakkaiden dementian arvellaan olevan alidiagnosoitu. Psykkis-sosiaaliset syyt aiheuttavat myös kotihoidon tarvetta, kotihoitoon tulon syyksi se on kirjattu lähes kymmenellä prosentilla asiakkaista. Masennusta ilmenee n. 7-20 prosentilla asiakkaista ja 10 -15 prosenttia kärsii haittaavista masennusoireista. Lisääntyvä alkoholinkäyttö on kotihoidossa tulevaisuudessa merkittävä tekijä suhteessa palveluiden tarpeeseen ja henkilöstön osaamiseen. (Luoma & Kattainen 2007, 20.)

Toimintakyvyn säilyttäminen ja tyytyväisyys elämään lienee useimpien toiveena iästä riippumatta. Väestömme vanhetessa nämä asiat hyödyttäisivät myös palvelujärjestelmää. Tiedetään, että varhainen puuttuminen ja sairauksien ennaltaehkäisy ovat yksi keino vastata ikääntyvän väestön tuomiin haasteisiin. Terveiden edistäminen on myös ikääntyvien mahdollisuus. Terveiden edistämisen hyödyistä on kertynyt näyttöön perustuvaa tietoa. Monet terveyden edistämisen toimet ovat erittäin kustannusvaikuttavia. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 123.)

Keskeistä ikääntyneiden terveyden edistämisen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa on se, että terveys ja toimintakyky nähdään laajasti, ikäihmisen fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tasapainoisena tarkasteluna. Ikääntyneiden näkökulmasta toimintakyvyn tukeminen on keskeinen kotona asumista mahdollistava tekijä. Ikääntyneiden terveyden edistämässä on tärkeää, että puututaan mahdollisimman varhain toimintakyvyn laskuun ja ehkäistään toimintakyvyn vajausten syntymistä (Voutilainen & Heinola 2006, 69.) Tähän haasteeseen on Oulun kaupungin kotona asumista tukevissa palveluissa vastattu panostamalla asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin kehittämiseen ja sen myötä RAI – arviointimenetelmän (Resident Assessment Instrument) käyttöönottoon.

RAI:n käyttö hoitotyössä on tutkittuun tietoon perustuva prosessi, jossa asiakkaan hoidon tarve arvioidaan systemaattisesti. Asiakkaan ongelmat/vahvuudet tunnistetaan, hoitoa suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan. Oulun kotihoidossa aloitettiin RAI-menetelmän käyttöönotto vuonna 2002 kahdeksassa kotihoitotiimissä. Käyttöönotto toteutettiin vaiheittain ja vuoden 2008 lopussa RAI oli käytössä Oulun koko kotihoidossa. (Sydänmaa 2007, 22-24.) RAI:n ja hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö on kuvattu kotihoidon henkilöstölle prosessina, josta näkyvät eri henkilöstöryhmien vastuut. Järjestelmän kautta saatavan tiedon on käytännön tasolla katsottu tuottavan paljon laatua asiakastyöhön.

Tavoitteena kotihoidossa on, että säännöllisen kotihoidon asiakas saa hoito- ja palvelusuunnitelman mukaiset palvelut, ja asiakas osallistuu aktiivisesti hoitonsa ja palvelun suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin sekä tuntee omahoitajan/hoitavan tiimin. Asiakkaalle laaditaan yksilöllinen ja tavoitteellinen hoito- ja palvelusuunnitelma yhteistyössä asiakkaan ja omaisten kanssa. RAI-arviointi tehdään säännöllisen kotihoidon asiakkaille kaksi kertaa vuodessa tai voinnin oleellisesti muuttuessa. Tämän pohjalta arvioidaan, miten hoito- ja palvelusuunnitelma toteutuu verrattaessa tavoitteisiin. Käytäntöjä ja työtapoja kehitetään näyttöön perustuen. (Kotihoidon laatukriteerit sopimusohjauksessa, 2009.)

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli kehittää asiakaslähtöistä kotihoitoa laatimalla toimintasuositukset psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseksi kotihoidossa. Kehittämistyön alkukartoituksen tarkoituksena oli kuvata, miten hoitohenkilökunta kirjaa kotihoidon asiakkaiden psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä asioita sekä miten RAI-arvioinnista saatua tietoa hyödynnetään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä. Kehittämistyön aiheen valintaan vaikutti kansallisten kehittämisohjelmien ja Oulun kaupungin strategioiden antamien suuntaviivojen lisäksi myös suoraan henkilökunnan keskusteluissa tuoma huoli kokonaisvaltaisesta asiakkaan tilanteen tarkastelusta ja tukemisesta.

2 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA

2.1 Valtakunnalliset ohjelmat ja suositukset sekä Oulun kaupungin kotihoidon linjaukset

Ottawa Charterin mukaan iäkkään ihmisen terveyttä edistetään kehittämällä terveyttä edistävää yhteiskuntapolitiikkaa, tukemalla terveellistä ympäristöä, tukemalla ja tehostamalla yhteisöjen toimintaa, kehittämällä yksilöiden taitoja sekä suuntaamalla ja kehittämällä palveluja (WHO 1986). Suomessa Terveys 2015- kansanterveysohjelma linjaa kansallista terveyspolitiikkaa, jossa pääpaino on terveyden edistämisessä. Terveyspoliittisena tavoitteena on toimintakykyisten ja terveiden elinvuosien lisääminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Ikään-tyneiden kohdalla toimintasuuntana on turvata ikääntyneiden ihmisten mahdollisuudet toimia aktiivisesti yhteiskunnassa, kehittää omia taitojaan, taitojaan ja itsehoitovalmiuksiaan ja jatkaa mahdollisimman pitkään itsenäistä ja laadullisesti mielekästä elämää riittävän toimeentulon turvin. Vanhimmissakin ikäryhmissä voidaan parantaa jokapäiväisistä toiminnoista selviämistä ehkäisemällä sairauksien ja toiminnanvajavuuksien pahenemista järjestämällä tarvittavaa kuntoutusta. (Terveys 2015 -kansanterveysohjelma 2001, 3,15,26.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE 2008–2011) päätavoitteet perustuvat hallinnonalan keskeisiin pitkän aikavälin strategisiin tavoitteisiin. Tavoitteena on, että kuntalaisten osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähentyy, hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat, palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat ja alueelliset erot vähentyvät. Vanhusten hyvinvointi paranee kun toimintakyky on hyvä, arkiaskareet sujuvat ja heillä on voimia sosiaalisten suhteiden ylläpitoon. Kodin ja lähiympäristön esteettömyys, toimivuus ja turvallisuus tukevat vanhusten omatoimisuutta kun toimintakyky heikkenee ja se estää myös tapaturmien syntyä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008-2011, 2008, 24,26.)

Haavoittuvuutensa ja tarpeidensa vuoksi vanhusten tulisi olla selvästi etusijalla mielenterveyden edistämiseen liittyvissä toiminnoissa sekä mielenterveysongelmien ehkäisyssä ja hoidossa (WHO:n Euroopan alueen ministerikonferenssi mielenterveydestä, 2008). Valtakunnallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman pääteemoiksi on valittu asiakkaan aseman vahvistaminen, edistävä ja ehkäisevä työ sekä kaikkien ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen toiminnallisena kokonaisuutena, jossa painopisteet ovat perus- ja avohoitopalveluissa sekä

tiivisti yhteen sovitetussa mielenterveys- ja päihdetyössä. Ikääntyvien mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien ehkäisyyn panostetaan ja niiden hoitoa varhennetaan ja tehostetaan muun muassa kehittämällä ikääntyneille sopivia hoitomuotoja. Ikääntyvien elämänlaatuun ja toimintakykyyn voidaan vaikuttaa huomioimalla depression ja päihdeongelmien tähän elämänkaaren vaiheeseen liittyvät riskitekijät. Mielenterveys- ja päihdetyön erikoispalveluiden jalkautumista ja omaisten jaksamisen tukemista tarvitaan, jotta ikääntyviä voidaan hoitaa ensisijaisesti heidän omassa elinympäristössään. Ikääntyvien mielenterveys- ja päihdeongelmia koskevaa osaamista tulee vahvistaa henkilökunnan perus- ja täydennyskoulutuksella. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 5,16,37.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan laadukas kotihoito on ennakoivaa. Ennakoivuudella tarkoitetaan sitä, että kotihoito perustuu kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn arviointiin ja kotihoidossa reagoidaan asiakkaiden terveydentilan ja toimintakyvyn muutoksiin ripeästi. Laadukas kotihoito on kuntoutumista edistävää ja vastaa tavoitteellisesti ikääntyneiden asiakkaiden fyysisiin, kognitiivisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin kuntoutumisen tarpeisiin. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen keskeisiä sisältöjä ovat somaattisten sairauksien, mukaan lukien suun terveysongelmien, mielenterveysongelmien, erityisesti masennuksen, ja muistihäiriöiden varhainen tunnistaminen, hoito ja kuntoutus. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 23, 27.) Oulun kaupungin kotona asumista tukevin palvelujen strategiassa todetaan haasteena olevan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden määrän kasvun (Oulun kaupungin kotona asumista tukevien palvelujen strategia 2009). Tämä näkyy myös käytännön tasolla päihdeongelmaisten asiakkaiden määrän kasvuna, mikä on haaste palveluiden järjestämiselle sekä kotihoidon hoitajien osaamiselle.

Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palvelutuotannossa on tehty palvelujen kehittämistyötä neljän hankkeen avulla, joissa olivat kohteina päivystystoiminta, lasten ja nuorten sekä ikäihmisten palveluketjut sekä tukipalvelut. Näissä ”kärkihankkeissa” käytiin läpi palvelutuotannon prosessit, selvitettiin hoito- ja palveluprosessien nykytila ja laadittiin kehittämissuositukset. (Palvelutuotantosuunnitelma 2009.) Ikääntyneiden prosessityöryhmässä todettiin mielenterveyspalvelujen monitahoisuus, asiakkaan kannalta palvelut ovat vaikeasti hahmotettavissa ja palveluketjut mutkikkaita. Tällöin kotihoidon henkilöstön osaaminen kotihoidon asiakkaan tukena ja palveluverkoston asiantuntijana korostuu. Kehittämistyö jatkuu parhaillaan prosessityöskentelynä, jossa ydinprosessin ”Ikäihmisten hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistäminen” yhtenä pääprosessina on psyykkisen toimintakyvyn tukeminen ja arjen sujuvuuden varmistaminen.

2.2 Ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn edistäminen

Ikääntyvien ihmisten terveyteen voidaan vaikuttaa sekä sairauksia ehkäisevästi eli preventiivisten toimintojen avulla että voimavaroja vahvistavien eli promotiivisten toimintojen avulla. Promotiivinen terveyden edistäminen on terveyttä edistävää yhteiskuntapolitiikkaa sekä ihmisten voimavarojen ja toimintakyvyn huomioimista. Terveyteen kuuluvien riskien tunnistaminen ja arvioiminen kuuluvat olennaisena osana preventioon. Esimerkkinä tästä kotihoidossa ovat ennaltaehkäisevät kotikäynnit. Primaaripreventiolla pyritään sairauksien ennaltaehkäisyyn. Sekundaaripreventio tarkoittaa jo olemassa olevien sairauksien hoitoa ja itsehoidon parantamista ja tehostamista. Tertiäripreventiolla pyritään vaikuttamaan siihen, että sairauksista aiheutuvat toimintakyvyn rajoitukset ja niiden aiheuttamat komplikaatiot ilmenevät mahdollisimman myöhäisessä vaiheessa eli tavoitteena on ikääntyneen ihmisen kuntouttaminen ja jäljellä olevien voimavarojen, kykyjen ja taitojen ylläpitäminen. (Ewless & Simnett 1995, 20-25; Liimatainen 2007, 31-32; Savolainen & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8.)

Preventiolla on merkittävä osa päivittäisessä kotihoidon työssä. Sopimusohjauksen laatuksiteriäihin määriteltynä tavoitteena on, että oululaiset ikääntyneet voivat asua omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään laadukkaiden kotihoitopalveluiden ja erilaisten verkostojen turvin. Tämä mahdollistetaan kotona asumista tukevalla yli palvelualuerajojen tehtävällä moniammatillisella yhteistyöllä. (Kotihoidon laatuksiterit sopimusohjauksessa 2009.) Kotihoitotyötä tehdään kuntoutumista edistävän työotteen periaatteella. Kuntouttava työote merkitsee toimintakyvyn perusasioiden ymmärtämistä, toimintakykyongelmien ennakoimista, auttamista omatoimisuuteen sekä ihmisen itsenäisyyden kunnioittamista.

Yksilön toimintakykyä voidaan tarkastella joko kuvaamalla jäljellä olevaa toimintakyvyn tasoa tai todettuja toiminnanvajauksia. Toimintakyvystä puhuttaessa on kyse laajalti hyvinvointiin liittyvästä käsitteestä, josta sairaudet ovat vain osa. Fyysisen toimintakyvyn mittaamiseen on olemassa monia menetelmiä. Toimintakyvyn henkisten ja sosiaalisten edellytysten mittaamiseen on vaikeampi löytää arviointimenetelmiä. (Heikkinen & Rantanen 2008, 261-264.) Monet tekijät, jotka ovat yhteydessä alentuneeseen toimintakykyyn, ovat käänteisesti tarkasteltuna yhteydessä toimintakyvyn hyvänä pysymiseen (Laukkanen 1998, 16).

Toimintakykytutkimuksessa on painopiste tähän asti ollut toimintakyvyn taustalla olevien pääasiassa yksilötason tekijöiden analyysissä. Vanhenemisprosessit, elämäntapa ja perinnölliset tekijät

kuin myös elinolot muodostavat moniulotteisen ja elämänkulun eri vaiheissa vaihtelevan taustan, joka muokkaa toimintakyvyn ja terveyden kehittymistä. Lapsuudessa ja nuoruudessa rakentuvan sosiaalisen ja terveystapaamisen varassa toteutuva aikuiselämä sekä kuluttaa että uusintaa toimintakykyä ja terveyttä vielä vanhallakin iällä. Toimintakyvyn ja toiminnan välillä on erilaisia vuorovaikutussuhteita ja -mekanismeja. Toiminnasta saatava palaute on tärkeää motivaation ja tavoitteiden asettamisen kannalta. Eri toiminnolla on myös eri ihmisille erilaisia merkityksiä, jotka vaikuttavat tavoitteiden asetteluun. Sosiaalinen tuki, kuten esimerkiksi erilaiset kontaktit, verkostot ja apu voivat edesauttaa tarvittavan toiminnan sujumista ja vahvistaa myös terveyden kokemuksia. (Heikkinen, Kauppinen & Laukkanen 2003, 57-58.)

Ruoppila toteaa Heikkisen ja Marinin teoksessa, että fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ovat jatkuvassa keskinäisessä vuorovaikutuksessa, mutta siitä huolimatta on perusteltua tarkastella niitä erikseen, koska ns. normaalit vanhenemismuutokset näkyvät niissä eri tavoin. Psyykkisen toimintakyvyn alueelle voidaan sisällyttää yksilön psyykinen terveys tai hyvinvointi, mielenterveys, eräänä psyykkisen toimintakyvyn edellytyksenä. (Ruoppila 2002, 120-121.)

Psyykkisen toimintakyvyn käsitteen keskeisenä alueena ovat kognitiiviset eli tiedon käsittelyssä tarvittavat toiminnot: havaintotoiminnot, muistitoiminnot kuten mieleen painaminen, mielessä säilyttäminen ja mieleen palautus, oppiminen, kielelliset toiminnot sekä ajattelu, ongelmanratkaisu ja päätöksenteko. Käsitteeseen sisältyvät myös metakognitiot eli yksilön omat käsitykset, tiedot ja arviot havainto-, muisti-, oppimis- ja ajattelutoiminnoistaan. On havaittu, että yksilön tieto omista kognitiivisista toiminnoista voi vaikuttaa siihen, miten hän käsittelee tietoa ja tämä taas voi vaikuttaa yksilön kykyyn selviytyä erilaisista tiedonkäsittelyä vaativista tehtävistä. Edelleen psyykkiseen toimintakykyyn sisältyvät toiminnan tavoitteet ja niiden taustalla olevat tarpeet, arvostukset, asenteet ja normit sekä odotukset. Tärkeitä osatekijöitä ovat myös persoonallisuuden ominaisuudet ja voimavarat, kuten luonteenpiirteet ja minä-käsitys. Lisäksi psyykkisen toimintakyvyn alueelle voidaan eräänä edellytyksenä sisällyttää yksilön psyykinen terveys tai hyvinvointi, mielenterveys. Nämä kaikki psyykkisen toimintakyvyn eri puolet ovat jatkuvasti yhteydessä toisiinsa. (Ruoppila & Suutama 2003, 159.)

Toimintojen perusteella yksilö muodostaa minä-käsityksen, jonka ytimenä on käsitys mahdollisuuksista ohjata ja vaikuttaa omaan elämään. Psyykkisen toimintakyvyn keskeinen tunnusmerkki on, miten yksilö on suhteessa ja ulkoiseen ja sisäiseen todellisuuteensa ja kuinka hyvin hän kokee kykenevänsä vaikuttamaan niihin. (Ruoppila 2002, 120-121.)

Ikivihreät-projektin seuruututkimuksen tulokset kertovat iän myötä lisääntyvistä mielialaongelmista. Ne kertovat masentuneiden ja yksinäisten ihmisten osuuden kasvusta ja samalla elämänlaadun heikkenemisestä ikäännyttäessä. Mielen eheys, mieliala ja mielialaan liittyvät ongelmat ovat ihmisille yhteisiä, mutta samalla hyvin yksityisiä kokemuksia. Vaikeudet ovat voitettavissa oivalta-
van huomioon ja elämänlaadun parantamiseen tähtäävän vilpittömän toiminnan avulla. (Heikkinen 1999, 129-130.) 80-vuotta täyttäneet ovat tyytymättömämpiä terveyteensä ja toimintakykyynsä sekä ihmissuhteisiinsa ja ystäviltä saatuun tukeen kuin nuoremmat eläkeikäiset (Vaarama, Luomi & Ylönen 2006).

Bäckmanin tutkimus osoitti, että fyysisellä aktiivisuudella on tärkeä merkitys ikääntyvien mielialaan ja toimintakykyisyyteen (Bäckman 2006, 75-76). Lyyran mukaan psykososiaalinen hyvinvointi, kuten tyytyväisyys tähänhetkiseen elämään ja koettu sosiaalinen tuki ovat fyysisten tekijöiden ohella tärkeitä iäkkäiden ihmisten terveydelle. Erilaiset psykososiaaliset tekijät vaikuttavat iäkkään ihmisen terveyteen muun muassa suojaamalla elämän stressitilanteilta sekä antamalla itsearvostuksen tunteita. Fyysistä toimintakykyä parantavien toimien ohella myös iäkkäiden ihmisten psykososiaalista hyvinvointia tulee vahvasti tukea. Tasavertaisen aktiivisen osallistumisen mahdollistaminen terveydentilaltaan heikompien tai huonommassa taloudellisessa tilanteessa olevien kohdalla on tärkeää. Psykososiaalinen hyvinvointi on vahvasti yhteydessä iäkkäiden ihmisten eloonjäämiseen. Etenkin tyytyväisyys tähänhetkiseen elämään ja turvallisuuden ja arvostuksen tunteet olivat tärkeitä. (Lyyra 2006, 54-55.)

Rissanen tutkimuksessa vanhenevien ihmisten kotona selviytymisestä saatiin tietoa ikääntyvien hyvän olon tunteen lähteistä. Tämän vuoksi hoitotyössä olisi tärkeää ymmärtää ikääntyvien terveys myös hyvänä olona eikä vain sairauden puuttumisena. Minäkäsityksen vahvistaminen on ikääntyvällä tärkeää psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Lisäksi sosiaalisen verkoston olemassaolo ja sen vahvistaminen edistää kotona selviytymistä. (Rissanen 1999, 111-112.) Sosiaalinen aktiivisuus ja tuki liittyivät parempaan kognitiiviseen toimintakykyyn, kun taas sosiaalisen verkoston koolla ei ollut vaikutusta kognitiiviseen toimintakykyyn. (Barnes, Bienias, Bennett, Krueger, Wilson & Kamenetsky 2009.)

Elon (2006, 147-148) mukaan ikääntyneiden hyvinvointia tukevan sosiaalisen ympäristön ominaisuuksista vuorovaikutus omaisten ja ystävien kanssa muodostavat välittämisen kokemuksen, joka on yhteydessä vähäisempään yksinäisyyden kokemukseen. Välittämisen kokemus ei kuitenkaan aina edellytä välitöntä kontaktia, vaan esimerkiksi puhelimitse pidettävä yhteys voi riittää.

Lisäksi symboliseen ympäristöön sisältyvän hengellisyyden kokemuksen mahdollistava ominaisuus osaltaan tukee heidän psyykkistä hyvinvointiaan. Terveystilan heikentyessä ympäristön asettamat rajoitteet ja hyvinvointia tukevat ominaisuudet korostuvat. Naiset korostavat miehiä enemmän ympäristön psyykkistä hyvinvointia tukevia ominaisuuksia, kuten välittämisen kokemusta, hengellisiä ulottuvuuksia ja asuinviihtyvyyttä. Yksin asuvat korostavat muita enemmän toiminnan mielialavaikutusta sekä ystävien merkitystä hyvinvoinnin tukemisessa. Oleellisia tekijöitä iäkkäiden toimintakykyisyydessä ja päivittäisessä suoriutumisessa olivat hyvän ympäristön luomat henkiset, sosiaaliset, symboliset ja fyysiset elementit, joita olivat läheiset ihmissuhteet, kotiympäristö, henkiset ja luovat voimavarat sekä elämän ymmärtäminen (Valta 2009, 91).

Tiikkaisen tutkimuksen mukaan terveyden ja toimintakyvyn heikkeneminen ja ihmissuhteiden menetykset altistivat yksinäisyyden tunteille. Osalla tekijöistä voi olla suoria ja osalla epäsuoria vaikutuksia joko emotionaaliseen tai sosiaaliseen yksinäisyyteen tai molempiin sekä myös keskinäisiä vaikutuksia. (Tiikkainen 2006, 65.) Hammarin tutkimuksessa todettiin kotihoidon asiakkaiden olevan enimmäkseen iäkkäitä, yksin asuvia naisia, joilla oli useita sairauksia ja heikentynyt toimintakyky. Asiakkaat pitivät terveyteen liittyvää elämänlaatuansa huonompana muihin samankäisiin suomalaisiin verrattuna. Asiakkaat ja hoitajat arvioivat asiakkaiden toimintakyvyn samansuuntaisesti, mutta asiakkaiden ja omahoitajien arviot asiakkaan avun tarpeesta päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa erosivat suuresti toisistaan. (Hammar 2008, 5.)

2.3 Kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn arviointi sekä hoito- ja palvelusuunnitelma

Kotihoito on osa sosiaali- ja perusterveydenhuoltoa. Kotihoidolla tarkoitetaan palvelumuotoa, jossa asiakas on suurimman osan vuorokaudesta kodissaan erilaisten terveyst- ja sosiaalipalvelujen turvin. Kotihoitoon sisältyvät kotipalvelu ja kotisairaanhoito sekä tukipalvelut. Kotisairaanhoitoa ohjaa kansanterveyslaki (667/1972, 14 § ja 17 §). Kotisairaanhoidon sisältö ei ole laissa määriteltä. Kotipalvelua ohjaavat puolestaan sosiaalihuoltolaki (710/1982, 20 §) ja sosiaalihuoltoasetus (607/1983, 9 §). Sosiaalihuoltoasetuksen mukaan ”kotipalvelu on kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista sekä tukipalveluja, kuten aterian-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja”.

Oulussa kotihoidon asiakkaista suurin osa on yli 65-vuotiaita henkilöitä, joiden toimintakyky on alentunut siten, että he tarvitsevat tukea päivittäisissä toiminnoissaan. Lisäksi asiakkaina on myös alle 65-vuotiaita henkilöitä sekä vammaisasiakkaita. Huomattava osa säännöllisen palvelun piirissä olevista asiakkaista käyttää sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa.

Oulun kaupungin kotihoito on osa vanhuspalveluja, ja se on jaettu pohjoiseen ja eteläiseen alueeseen, jotka edelleen jakautuvat palveluyksiköihin. Alueiden esimiehenä toimii palvelupäällikkö ja palveluyksikköjen lähiesimiehenä palveluesimies. Palveluyksiköt koostuvat kolmesta tai neljästä kotihoidon tiimistä, jotka vastaavat tietyn maantieteellisen alueen kotihoidosta. Tiimin henkilöstö koostuu sairaanhoitajasta/terveydenhoitajasta, lähi- ja perushoitajista, kodinhoitajista ja kotiavustajista sekä työllistetyistä henkilöistä. Asiakastyötä ohjaa omahoitajuus.

Oulun kotihoidossa asiakkaan kanssa yhteistyösuhteessa toteutuva hoitotyö perustuu kirjattuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan, jonka toteutumista arvioidaan vähintään puolivuositain tai asiakkaan toimintakyvyn ja tilanteen muuttuessa. Arviointi kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelman arviointilehdelle. Säännöllistä hoitotyön kirjaamista tehdään vähintään kerran viikossa kotihoidon toteutumalehdelle (khtots). Omahoitajan tehtäviin kuuluu asiakkaan RAI-arvioinnin tekeminen ja hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen tarpeen mukaan yhteistyössä tiimin sairaanhoitajan kanssa.

Hoito- ja palvelusuunnitelma on työväline, joka ohjaa hoidon ja palvelun tehokasta kohdentamista sekä tavoitteellista toteuttamista. Suunnitelma on aina kirjallinen, ja se tulee laatia moniammatillisessa työryhmässä yhteistyössä asiakkaan ja tämän omaisten kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista ohjaavat useat lait, ja sen on sisällettävä muun muassa selkeät tavoitteet hoidolle ja palveluille asiakkaan hyvinvoinnin ja toimintakyvyn lisäämiseksi ja ylläpitämiseksi. Perinteisen kliinisen ja toiminnallisen näkökulman lisäksi tulee huomioida asiakkaan emotionaalinen, kognitiivinen ja psyykinen tilanne, asuinolot ja asuinympäristö sekä osallistuminen ja taloudelliset resurssit. (Voutilainen, Vaarama, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 91–94.) Oulun kotihoidossa hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen tukena ja pohjana käytetään asiakkaan RAI-arvioinnista saatua tietoa. Oulun kotihoidossa on perustettu RAI-avainosaajaverkosto henkilöstön tueksi arvioinnin hyödyntämiseen käytännön työssä.

RAI on englanninkieliseltä nimeltään Resident Assessment Instrument (asukkaan arviointiväline). Se koostuu sadoista kysymyksistä, joista samalla rakentuu joukko kansainvälisesti testattuja pä-

teviksi ja luotettaviksi todettuja mittareita. Kotihoidon arvioinnissa kerätään analysointia varten MDS Minimum Data Set- tiedot eli tietoa asiakkaan kognitiivisesta kyvystä, kommunikaatiosta ja kuulosta, näkökyvystä, mielialasta ja käyttäytymisestä, sosiaalisesta toiminnasta, omaisten ja läheisten muodostamasta tukijärjestelmästä, fyysisestä toimintakyvystä, pidätyskyvystä, diagnooseista, terveydentilasta ja ehkäisevästä terveydenhoidosta, ravitsemuksen ja nesteytyksen tilasta, suun terveydestä, ihon kunnosta, ympäristön olosuhteista, palvelujen käytöstä ja lääkityksestä. (RAI- vertailukehittäminen koti- ja laitoshoidossa 2008, 4.)

Oulun kotihoidossa toimintakyvyn arviointi tehdään kaikille säännöllistä kotihoidon palvelua saaville asiakkaille. Omahoitajat tekevät toimintakyvyn arvioinnin havainnoiden, haastatellen, olemassa olevia asiakastietoja hyödyntäen ja mahdollisesti keskustellen asiakkaan omaisten kanssa. Uusille asiakkaille toimintakyvyn arviointi tehdään palveluun tullessa ja sen jälkeen puolivuositain asiakkaan yksilöllisen aikataulun mukaisesti. Asiakkaan voinnin oleellisesti muuttuessa arviointi tehdään uudelleen aikaisemmin.

RAI-tietojärjestelmän ensisijainen käyttötarkoitus on asiakkaan hoidon tarpeen määrittely ja hoidon suunnittelu. Kotihoidon ohjelmistosta saadaan CAP (Client Assessments Protocols)- riskitekijöiden ja voimavarojen tarkistuslista sekä tunnuslukuja asiakkaan voinnista ja toimintakyvystä liittyen toimintakykyyn, aistitoimintaa, mielenterveyteen, terveysongelmiin, palvelujen tarkistamiseen ja pidätyskykyyn. Listasta saatavaa tietoa voidaan käyttää rakennettaessa asiakkaille yksilöllistä hoitosuunnitelmaa. (RAI-vertailukehittäminen koti- ja laitoshoidossa 2008, 5-6).

3 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET

Kehittämistyön tavoitteena oli tarkastella kotihoidon asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn huomioimisen ja edistämisen nykytila sekä kehittää asiakaslähtöistä kotihoitoa laatimalla toimintasuositukset psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisestä kotihoidossa. Kehittämistyö voitiin jakaa kolmeen päävaiheeseen: 1. alkukartoitus, 2. alustavien toimintaehdotusten laatiminen ja 3. toimintasuositusten laatiminen.

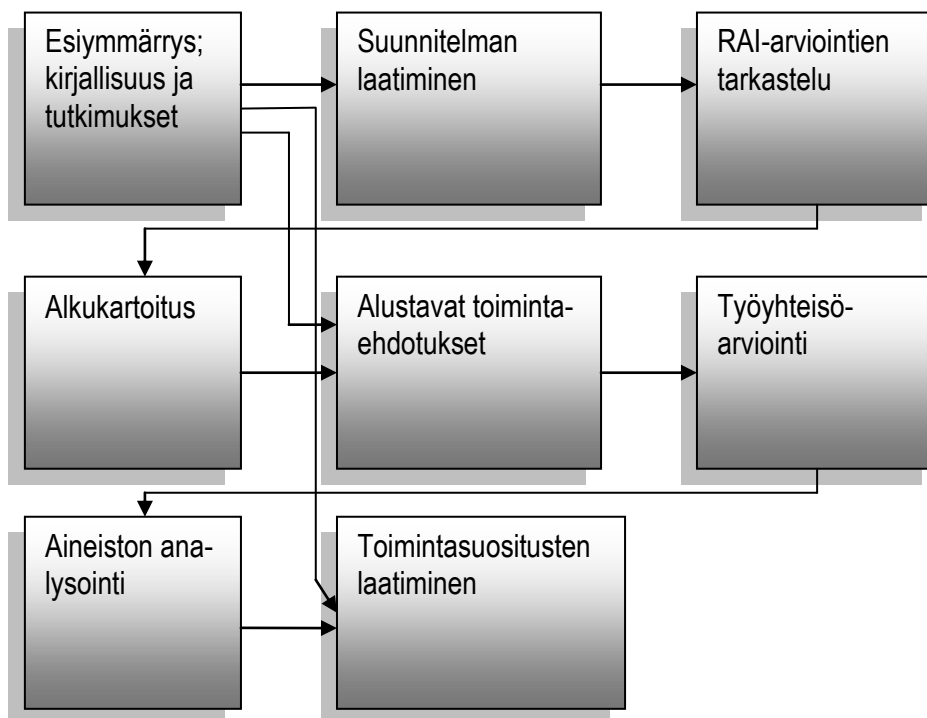
Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmien tulisi pohjautua asiakkaan toimintakyvyn arvioinnista nouseviin toimintakyvyn vajeisiin. Kun toimintakyvyn arviointi tehdään säännöllisesti, voidaan myös hoidon vaikuttavuutta arvioida. Tästä syystä on tärkeää tarkastella, ovatko hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteet linjassa toimintakyvyn arvioinnista nousseiden toimintakyvyn vajeiden kanssa eli toisin sanoen tarkastella, miten asiakkaan toimintakyvyn vajeet näkyvät kirjaamisessa sekä minkälaisia auttamismenetelmiä asiakkaalle on kirjattu psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyen.

Kehittämistyön lähtökohdaksi muodostuneen tutkimuksellisen osion eli alkukartoituksen tarkoituksena oli kuvata, miten hoitohenkilökunta kirjaa kotihoidon asiakkaiden psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä asioita sekä millä tavalla RAI-arvioinnista saatua tietoa hyödynnetään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä. RAI:n hyödyntämistä arvioitiin hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja kotihoidon toteutumalehdille kirjattujen tavoitteiden ja auttamismenetelmien kautta. Alkukartoitus ja sitä ohjaavat tutkimuskysymykset on kuvattu luvussa 4.1.

Alkukartoituksen tulosten ja kirjallisuuskatsauksen perusteella laadittiin alustavat toimintaehdotukset psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisestä kotihoidossa. Toimintaehdotuksia arvioitiin työyhteisössä ja arvioinnin tulosten pohjalta muotoiltiin toimintasuosituksiksi. Toteutusprosessi on kuvattu luvussa 4.

4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

Kehittämistyö aloitettiin tekemällä katsaus kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten tuottamaan tietoon ikääntyneiden psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä sekä sen edistämisestä. Kirjallisuuskatsaus on esitetty kappaleessa 2.2. Muut menetelmät on esitetty tässä luvussa. Alkukartoituksen jälkeen verrattiin analyysissä nousseita asioita kirjallisuuteen ja aiempaan tutkimustietoon ja laadittiin alustavat toimintaehdotukset. Alustavia toimintaehdotuksia arvioitiin kotihoidon henkilökunnan kanssa käydyissä ryhmäkeskusteluissa. Ryhmäkeskusteluista saadun aineiston analysoinnin jälkeen muodostettiin toimintasuositukset kotihoidon asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisestä. Kehittämistyön vaiheet on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1 Kehittämistyön vaiheet

4.1 Alkukartoitus

Kehittämistyön alkukartoitus tehtiin laadullisena tutkimuksena. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Tähän sisältyy ajatus, että todellisuus on moninaisen. Tapahtumat muovaavat samanaikaisesti toinen toistaan. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä löytää tai paljastaa tosiasioita. Tutkijan arvolähtökohdat muovaavat sitä, mitä ja miten pyrimme ymmärtämään tutkimiamme ilmiöitä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 161.)

Alkukartoituksessa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälaisia asioita hoitohenkilöstö on kirjannut kotihoidon asiakkaan psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä?
2. Miten kirjaamisessa näkyvät asiakkaan toimintakyvyn arvioinnista nousseet toimintakyvyn vajeet?
3. Minkälaisia auttamismenetelmiä ja tavoitteita on kirjattu kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja kotihoidon toteutumalehdille asiakkaan psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyen?

Jotta toimintasuosituksia voidaan tehdä, on aluksi tärkeää selvittää nykytilanne, miten henkilökunta huomioi psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tällä hetkellä. Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmien tulisi pohjautua asiakkaan toimintakyvyn arvioinnista nouseviin toimintakyvyn vajeisiin. Kun toimintakyvyn arviointi tehdään säännöllisesti, voidaan myös hoidon vaikuttavuutta arvioida. Tästä syystä on tärkeää tarkastella, ovatko hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteet linjassa toimintakyvyn arvioinnista nousseiden toimintakyvyn vajeiden kanssa eli toisin sanoen vastaako hoito- ja palvelusuunnitelma toimintakyvyn arviointiin.

4.1.1 Aineiston keruu

Laadulliseen tutkimukseen on käytettävissä suuri määrä valmiita aineistoja. Valmiiden aineistojen käyttö säästää tutkijan voimia varsinaiseen tulkinalliseen työhön, siksi tutkijan kannattaakin miettiä niiden käyttöä sen sijaan, että kerää uuden aineiston nimenomaista tutkimusta varten.

(Eskola & Suoranta 1998, 119.) Kaikki valmiit aineistot eivät sovellu sellaisenaan tutkimukseen, vaan niitä on muokattava tai rajattava tutkimusintressien mukaisesti sopivaan muotoon (Hirsjärvi ym. 2000, 185). Vaikka valmis aineisto helpottaa kehittämistyön tekoa aineiston keruun osalta, liittyy siihen myös omat ongelmansa. Aineiston ja yksittäisten kysymysten soveltuvuutta täytyy miettiä tarkasti. On pohdittava, minkälaisia asioita kysymykset mittaavat ja minkälaisia eivät. Kysymysten valitseminen vaatii tuekseen myös perusteluita.

Kirjaaminen on ammatillisen toiminnan olennainen osa ja sillä on myös juridinen perusta, sillä lait ja asetukset sisältävät veloitteita hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen ja sisältöön. Oulun kotihoidossa on käytössä kotihoidon Effica-tietojärjestelmä. Säännöllisille kotihoidon asiakkaille tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma ja hoidon päivittäiseen toteuttamiseen liittyvää tietoa kirjaetaan kotihoidon toteutumalehdelle. RAI-arvioinnit tehdään kahden viikon kuluessa asiakkuuden alkamisesta ja sen jälkeen puolivuositain tai toimintakyvyn muuttuessa. Tämän kehittämistyön tarkoituksen kannalta päädyttiin käyttämään aineistona kotihoidon asiakkaiden asiakirjoja.

Kehittämistyö tehtiin yhdessä kotihoitoyksikössä, jonka säännöllisen kotihoidon asiakkaiden määrä on noin 120. Asiakkaat olivat iältään pääsääntöisesti yli 65-vuotiaita henkilöitä, joiden toimintakyky on alentunut siten, että he tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissaan tai sairaanhoidollisissa asioissa. Lisäksi osa asiakkaista oli vammaisasiakkaita.

Tutkimusaineistoksi valittiin kahden kotihoidon tiimin asiakkaista ne, joiden RAI-arvioinneissa masennusoire-mittarin arvo on kolme tai enemmän ja joiden kognitiivista toimintakykyä kuvaavan mittarin arvo on yksi tai enemmän. Näihin mittareihin päädyttiin, koska mielialaan ja kognitioon liittyvät asiat ovat keskeisiä psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmasta. Lisäksi oletuksena oli, että näin rajatuista asiakirjoista pitäisikin löytyä asioita psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyen, koska kyseisillä asiakkailla oli toimintakyvyn vajetta juuri näihin toimintakyvyn osa-alueisiin liittyvissä asioissa. Hirsjärven ja Hurmeen (2000) mukaan tutkimukseen osallistuvia ei tulisi valita satunnaisesti vaan tutkittaviksi tulee valita sellaisia ihmisiä, joilta arvellaan parhaiten saatavan aineistoa kiinnostuksen kohteena olevista asioista.

Masennusoiremittarissa (DRS) arvioidaan seitsemää masennukseen liittyvää oiretta, joita ovat surullisuuden tai masennuksen tunne, jatkuva omaan itseen tai muihin kohdistuva kiukku, epärealistiselta vaikuttavan pelon ilmaiset, terveyteen liittyvät toistuvat valitukset, toistuvat ahdistuneet valitukset tai huolet, murheellinen, kivulias, huolestunut kasvojen ilme sekä toistuva itkeske-

ly, kyönelehtiminen. Älyllistä toimintakykyä ja dementiaa kuvaavassa mittarissa (CPS) arvioidaan asiakkaiden kognitiivista kykyä neljän muuttujan suhteen: lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, päätöksentekokyky ja kyky syödä itse. (RAI- vertailukehittäminen koti- ja laitoshoidossa 2008, 4.) Aineiston kerääminen aloitettiin tarkastelemalla yhden kotihoitoyksikön RAI- arviointien (1/2009) tuloksia. Tietojärjestelmästä poimittiin ne asiakkaat, joiden arvioinneissa masennusoire-mittarin arvo oli kolme tai enemmän ja joiden kognitiivista toimintakykyä kuvaavan mittarin arvo oli yksi tai enemmän. Asiakkaita oli määrällisesti 25. Tämän jälkeen tulostettiin Efficatietojärjestelmästä kyseisten asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat ja kotihoidon toteutumalehdet kuuden kuukauden aikajaksolta (1.10.08- 31.3.09). Asiakirja-aineistoa, kotihoidon toteutumalehtiä ja hoito- ja palvelusuunnitelmia kertyi yhteensä 250 A4-kokoista sivua. Aineisto pieneni 250 sivusta 200 sivuun, kun poistettiin sivut, joissa ei ollut psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn viittaavia asioita.

4.1.2 Aineiston analysointi

Laadullisen, aineistolähtöisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessina voidaan pitää sisällönanalyysiprosessia. Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja jonka avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21, 23.)

Analyysin tekemiseksi ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä. Sisällön analyysissa voidaan lähteä etenemään kahdella tavalla joko aineistolähtöisesti induktiivisella otteella tai deduktiivisesti käyttäen aineiston luokittelussa hyväksi jotain aikaisempaa käsitejärjestelmää. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Lisäksi voidaan puhua teoriasidonnaisesta tai teoriaohjaavasta analyysistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96-97).

Tässä kehittämistyössä käytettiin alkukartoituksen aineiston analyysissä laadullista induktiivista sisällönanalyysia. Aineistolähtöisessä analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Avainajatus on siinä, että analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96.) Lähestymistavan valintaan vaikutti se, että induktiivinen lähes-

tymistapa mahdollistaa avoimemman näkökulman lähestyä aihetta aineiston omilla ehdoilla. Kehittämistyön alkuvaiheessa tehty kirjallisuuskatsaus toimi esiymmärryksenä aiheelle. Induktiivisella lähestymistavalla pyrittiin löytämään aineistosta laajemmin asioita, aineiston omilla ehdoilla.

Tutkijan on myös ratkaistava, keskittyykö hän vain siihen, mikä on ilmiselvästi ilmaistu vai analysoiko hän myös piilossa olevia viestejä. Analyysiyksikön määrittäminen on ensi askel kohti analysointia sekä induktiivisessa että deduktiivisessa lähestymisessä. Analyysiyksikkö on yleensä yksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus, mutta se voi myös olla keskusteluun osallistuneiden määrä tai pääotsikoiden koko, riippuen tutkimustehtävästä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä oli lause tai lausuma.

Sisällönanalyyseissa on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Käsitteiden samanlaisuus on riippuvainen tutkimuksen tarkoituksesta niin, että voidaan yhdistää synonyymejä tai samaa tarkoittavia sisältöjä. Sisällönanalyysi-prosessin etenemisestä voidaan erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Analyysiprosessin vaiheet voivat esiintyä samanaikaisesti ja usein analyysi on edellä esitettyä monivaiheisempi. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21, 23-24.)

Lukiessani aineistoa, aloin jakaa aineistoa merkityksellisiin yksiköihin, lauseisiin tai lausumiin siten, että asiayhteys säilyi. Käytin alleviivausta poimiakseni merkitykselliset lauseet ja kirjoitin ne sanatarkasti tekstinkäsittelyohjelmalla erilliseen tiedostoon samalla koodaten ne siten, että pystyin helposti tarvittaessa palaamaan alkuperäiseen tekstiin.

Seuraavassa vaiheessa pelkistin lausumat mahdollisimman kuvaavasti. Edelleen koodasin pelkistetyt lausumat siten, että minun oli helposti mahdollista palata alkuperäiseen aineistoon tarvittaessa. Tässä vaiheessa käytin edelleen apuvälineenä tekstinkäsittelyä ja taulukoita, jotka olivat sujuvia apuvälineitä aineiston analyysissä. Esimerkki pelkistämisestä on liitteessä 1. Seuraavaksi leikkasin pelkistetyt lausumat sisältäneen sarakkeen omaan tiedostoonsa ja lisäsin sen rinnalle uuden sarakkeen, johon aloin ryhmitellä lausumia aineistolähtöisesti samalla miettien niitä kuvaavia yhteisiä nimittäjiä. Tarkastelin muodostuneita alaluokkia edelleen välillä alkuperäiseen aineistoon palaten ja järjestin ja yhdistin niitä yhteisen nimittäjän, yläluokan alle. Näin muodostui 15 yläluokkaa. Hämäläinen (1987) kuvaa abstrahointia prosessiksi, jossa tutkija muodostaa yleiskä-

sitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta. Tällöin teoriaa ja johtopäätöksiä verrataan koko ajan alkuperäisaineistoon. (Tuomi & Sarajärvi, 112-113.) Esimerkki abstrahoinnista on liitteessä 2. Pääluokkia muodostui kolme. Yhdistäväksi luokaksi muodostui kotihoidon asiakkaan psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta. Validiteetin ja reliabiliteetin käsitteitä on kuitenkin laadullisen tutkimuksen yhteydessä kritisoitu, koska ne ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä ja käsitteinä niiden ala vastaa lähinnä vain määrällisen tutkimuksen tarpeita. (Eskola & Suoranta 1998, 211-212; Tuomi & Sarajärvi 2009, 136-137.) Kvalitatiivinen analyysi johtaa usein uusien ongelmien jäljille. Eskolan ja Suorannan (1998, 223.) mielestä tätä seikkaa voi pitää myös eräänlaisena osoituksena tutkimusanalyysin onnistuneisuudesta. Pätevyyskriteeri olisi silloin tuloksellisuus, eli mitä uutta tietoa tai näkökulmia tutkimus on tuottanut.

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti. Tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Laadullisessa tutkimuksessa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri onkin tutkija itse, ja luotettavuuden arviointi koskee näin koko tutkimusprosessia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.) Tutkimusta arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen koherenssi painottuu (Eskola & Suoranta 1998, 211-212).

Luotettavuuden tarkastelu alkaa tutkimustehtävän tarkastelusta ja siitä, onko tutkimustehtävä mahdollista ratkaista halutun aineiston avulla. Tällöin on arvioitava tutkimusaineiston hankintatapa ja aineiston laatua, kattavuutta ja monipuolisuutta. Luotettavuuteen vaikuttaa se, onko aineiston määrä suhteessa tutkimuskohteeseen tarkoituksenmukainen. Lisäksi on tarkasteltava tutkijan asemaa ja toimintaa tiedonhankinnassa. (Krause & Kiikkala 1996, 130-131.) Aineisto antoi vastaukset tutkimustehtäviin. Mikäli alkukartoituksen aineisto olisi osoittautunut riittämättömäksi, sitä olisi ollut mahdollista laajentaa ottamalla mukaan lisää asiakirja-aineistoa. Voidaan ajatella, että aineiston sisällön analyysin luotettavuus on yhteydessä aineiston keruun luotettavuuteen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. Aineisto tulee koota sieltä, missä tutkimuksen kohteena oleva ilmiö esiintyy. (Nieminen 1997, 215-221.)

Eskolan ja Suorannan (1998, 212-213) esittämiä laadullisen tutkimuksen eräitä luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, siirrettävyys, varmuus ja vahvistuvuus. Tässä kehittämistyössä aineiston analyysin ja tulkinnan uskottavuutta pyrittiin lisäämään monin tavoin. Tutkijana perehdyin

aiheen teoriataustaan huolellisesti ennen aineiston keruuta. Aineiston analyysivaiheessa pyrin avoimuuteen siten, että tulkinnan varmistamiseksi ja kontekstiin sitomiseksi palasin alkuperäisaineistoon analyysin edetessä toistuvasti.

Tämän kehittämistyön toteutus ja aineistosta tehty analyysi on pyritty raportoimaan mahdollisimman tarkasti. Pyrkimyksenä on ollut osoittaa sekä sanallisesti että erilaisin kuvioin ja taulukoin, miten tutkimuksessa tehtyihin ratkaisuihin on päädytty ja miten tehty luokitus ja sen mukainen kuvaus aineistosta on syntynyt. Lisäksi tehtyä tulkintaa on pyritty havainnollistamaan tutkimuksen tulososiossa alkuperäisestä aineistosta otetuilla alkuperäisillä lainauksilla. Mäkelän mukaan laadullisen tutkimuksen analyysin luotettavuudessa on tärkeää luokitteluperusteiden kirjaaminen. Analyysin tueksi pitää esittää riittävä määrä alkuperäishavaintoja esimerkiksi suorilla lainauksilla. Selkeä ja riittävä dokumentointi antaa mahdollisuuden arvioida luokittelun onnistumista. (Mäkelä, K. 1990, 42-49.) Kehittämistyön raportin lukijalla on mahdollisuus tulkita henkilökohtaisten kokemustensa kautta alkuperäisten ilmausten soveltuvuutta määriteltyihin luokkiin sekä niiden suhdetta teoreettisiin lähtökohtiin.

Tämän kehittämistyön tulkintoja eli kehittämistyön vahvistuvuutta on mahdollisuus tarkastella kehittämistyön lähtökohdissa esitettyjen, aiheeseen liittyvien tutkimusten ja kirjallisuuden avulla. Varmuustekijänä, eli tutkimukseen vaikuttavien ennakkoehtojen huomioimisena, on teoriaosuudessa tarkasteltu ilmiön luonnetta ja sen asettamia ehtoja tulkinnalle. Varmuutta pyrittiin lisäämään huolellisella ryhmäkeskustelujen teemarungon luomisella sekä työyhteisöarvioinnissa käytettyyn menetelmään perehtymisellä.

4.2 Alustavat toimintaehdotukset

4.2.1 Alustavien toimintaehdotusten laatiminen ja arviointi

Alustavien toimintaehdotusten laatiminen aloitettiin vertaamalla alkukartoituksen kautta saatuja tuloksia ajankohtaiseen tutkimustietoon. Vertaaminen tapahtui siten, että alkukartoituksen tuloksia (Kuvio 2) verrattiin ajankohtaisesta tutkimuksesta nousseisiin toiminnan ja palvelujen kehittämishaasteisiin sekä kehittämistyön alkuvaiheessa tehtyyn kirjallisuuskatsaukseen. Apuna tässä vertailussa käytettiin taulukkoa, johon kerättiin tiivistetysti ajankohtaisia tutkimustuloksia. (Liite 3.) Vertailussa käytettiin pääasiassa suomalaisia tutkimuksia lähivuosilta. Tämä katsottiin tarkoituksenmukaiseksi, koska tutkimus on tehty juuri Pohjois-Suomalaisen kaupungin palvelutuotannon

tarpeisiin. Ikääntyneiden toimintakykyyn ja palveluihin liittyvät asiat voivat olla osin myös kulttuurisidonnaisia, mikä tuo omat piirteensä ikääntyneiden elämään.

Vertaamalla alkukartoituksen tuloksia ajankohtaisiin tutkimuksiin saatiin näkyville alkukartoituksen aineistosta noussut nykytila psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn huomioimisesta sekä miten kirjallisuuden ja ajankohtaisen tutkimustiedon perusteella pitäisi psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä tukea ja edistää. Tältä pohjalta laadittiin alustavat toimintaehdotukset. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin pääasiassa suomalaisia tutkimuksia lähivuosilta.

Alustavat toimintaehdotukset arvioitiin työpaikkakokouksessa ryhmäkeskusteluissa, jotka käytiin Learning Cafe-menetelmällä. Tässä kehittämistyössä voitiin soveltaa osallistavan arvioinnin periaatteita. Osallistavassa arvioinnissa käytetään eri toimijoita osallistavia menetelmiä ja he myös osallistuvat arviointiin. Osallistumisen aste kuitenkin vaihtelee ja se, millaisiin arvioinnin vaiheisiin eri toimijat liittyvät mukaan. Osallistavan arvioinnin käytännöissä tulee näkyä nämä periaatteet siten, että ihmisten tulee itse olla tutkimassa ja kehittämässä heitä koskevia asioita. Samalla ajatellaan, että kun nämä periaatteet toteutuvat, ihmiset aktivoituvat myös tekemään omaaloitteisesti tarvittavia uudistuksia ja kehittämistoimia. (Kivipelto 2008, 24.)

Kotihoidon yksikön henkilökunta tekee työtä tiimeittäin. Tiimin asiakastyön organisoinnista ja sairaanhoidosta on vastuussa tiimin sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Muut tiimin jäsenet ovat koulutukseltaan lähihoitajia, perushoitajia, kodinhoitajia ja kotiaivustajia. Alustavien toimintaehdotusten arviointiin osallistui yhdestä kotihoidon yksiköstä yhteensä 23 henkilöä; kaksi sairaanhoitajaa, yksi perushoitaja, 14 lähihoitajaa, kolme kodinhoitajaa ja yksi kotiaivustaja sekä kaksi opiskelijaa. Työpaikkakokoukseen kutsuttiin yhteisellä kutsulla koko yksikön paikalla oleva henkilöstö. Kokous vaati ennakkosuunnittelua tilan ja ajankohdan suhteen. Työpaikkakokouksessa kysyttiin suullisesti lupa hyödyntää tilaisuuteen osallistujien tuottamaa tietoa psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisestä tässä kehittämistyössä ja sen raportoinnissa. Työpaikkakokoukseen varattiin aikaa kolme tuntia, joka käytettiin kokonaan ryhmäkeskusteluihin.

Learning Cafe-menetelmä on syntynyt Ikujiro Nonakan ja Hirotaka Takeuchin tietoteorian pohjalta. Se on metodi, jolla luodaan yhteistä keskustelua ja yhdessä ajattelemisen kykyä yksinkertaisten peruskysymysten avustuksella ja sen on todettu edistävän autenttista keskustelua. (Räihä 2004, 69.)

Learning Cafessa ihmiset keskustelevaltu muutamasta aiheen kannalta merkitsevistä kysymyksistä pienissä pöytäryhmissä, kahvilapöydissä. Pöydillä on kertakäyttöpöytäliinat ja jokaiselle oma tussi. Ryhmä valitsee keskuudestaan emännän tai isännän. Jokainen osallistuja puhuu ajallaan ja samalla hahmottelee pöytäliinaan ajatuksiaan muiden näkyville. Osallistujat kuuntelevat tarkasti puhujaa ja jatkokehittävät ajatusta pöytäliinaan. Tätä kautta saadaan keskustelijoiden hiljainen tieto kaivettua esille. Sovitun ajan kuluttua pöytäryhmiä vaihdetaan muutama kertaan siten, että yksi pöydässä istuvista jää paikoilleen ja muut etsivät itselleen uuden istumapaikan toisesta pöydästä; tällöin yhden pöydän keskustelu siirtyy myös seuraavien keskustelijoiden tietoon, ja he voivat taas aloittaa jatkokehittämään ajatusta oman tietonsa pohjalta. (Räihä 2004, 69.)

Pöytäkeskustelujen tulokset puretaan kahvilan puheenjohtajan ohjaamana siten, että jokainen pöytäkunta kiteyttää keskustelunsa tulokset parilla lauseella koko osallistujajoukolle ja puheenjohtaja tekee lopuksi yhteenvedon. Pöytäliinoin työstetty materiaali koostetaan muistioksi, joka toimitetaan keskustelun osanottajille. (Räihä 2004, 69.)

Tilaisuuden alussa osallistujille kerrottiin tilaisuuden tarkoitus ja ohjeistus, miten toimitaan. Ensin sovittiin, ketkä toimivat pöytien emäntinä, minkä jälkeen osallistujat jakaantuivat viiteen pöytään mahdollisimman tasaisesti. Pöytien emäntiä lukuun ottamatta kaikki osallistujat kävivät kaikissa pöydissä. Pöydän emäntä toimi puheenjohtajana omassa pöydässään. Kaikki osallistujat kirjasiivat omat ajatuksensa pöytäliinoin. Lopuksi tehtiin yhteenvedo, jossa pöytien emännät kertoivat omien pöytäkuntiansa tulokset.

4.2.2 Toimintaehdotusten arvioinnista saadun aineiston analysointi ja toimintasuositusten laatiminen

Ryhmäkeskusteluista saatu aineisto kirjoitettiin puhtaaksi, kirjoitettua sanatarkkaa tekstiä tuli viisi konekirjoitussivua. Alkuperäisenä tarkoituksena oli analysoida tämä aineisto induktiivisesti, mutta koska alkukartoituksen aineisto ja alustavien toimintaehdotusten muodostamista varten perehdytety tutkimustieto olivat taustalla vahvoina, päädyttiin tämän aineiston osalta deduktiiviseen analyysiin.

Politin ja Hunglerin mukaan deduktiivisessa aineiston analyysissä luokittelut perustuvat aikaisempaan viitekehukseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. Tällöin analyysia ohjaa joku teema tai käsitekartta. Teorialähtöisen aineiston analyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muo-

dostaminen. Tässä kehittämistehtävässä alkukartoituksen tulos on analyysirunko. Sen sisälle poimitaan ne asiat, jotka kuuluvat analyysirunkoon sekä ne asiat, jotka jäävät analyysirungon ulkopuolelle. Analyysirungon ulkopuolelle jäävistä asioista muodostetaan uusia luokkia induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.)

Analyysirunkona olivat alkukartoituksen tulokset. Ryhmäkeskusteluista saadun aineiston puhtaaksi kirjoituksen jälkeen pelkistin lausumat. Luokittelu lähti siitä, että aineistosta poimittiin systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmiöitä, jotka kuvasivat kotihoidon asiakkaan psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä kuvaavia yläluokkia. Deduktiivisessa sisällön analyysissä voidaan aineiston mukaan poimia aluksi joko yläluokkaa tai alaluokkaa kuvaavia ilmiöitä ja sijoittaa ne analyysirungon mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 114.)

Luin työyhteisön ryhmäkeskusteluista saatua aineistoa useaan kertaan. Ryhmäkeskusteluista saadun aineiston deduktiivisessa analysoinnissa ryhmäkeskustelujen aineistoa luokiteltiin alkukartoituksen tuloksena saadun ryhmittelyn mukaisesti. Tämän jälkeen verrattiin tuloksia edelleen ajankohtaiseen tutkimustietoon. Johtopäätöksenä muodostettiin toimintasuositukset psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisestä kotihoidossa.

5 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

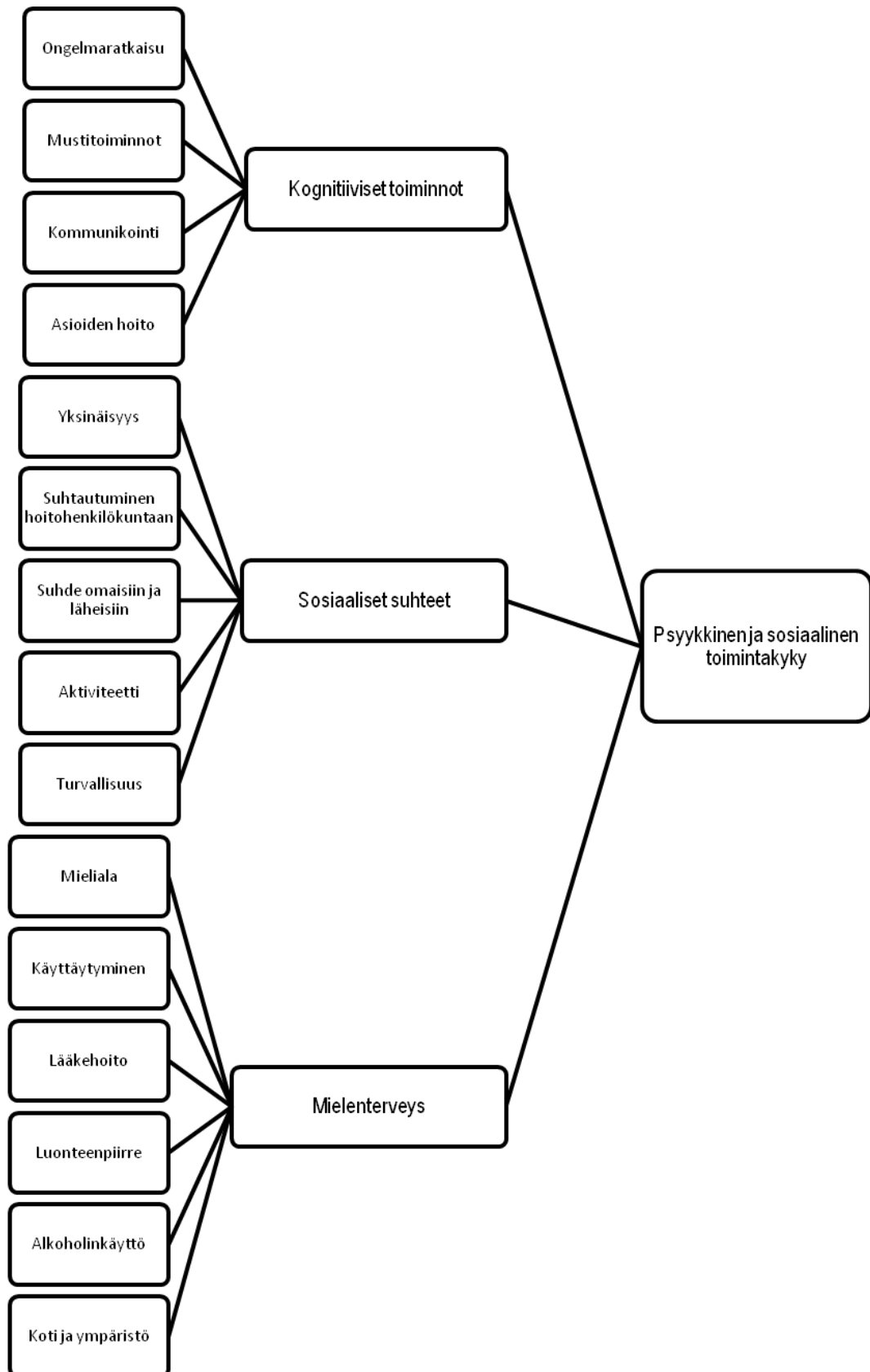
Tässä luvussa esitetään kehittämistyön tulokset prosessin mukaisesti siten, että ensimmäisenä ovat alkukartoituksen tulokset, toisena alustavien toimintaehdotusten arvioinnin tulokset ja kolmantena toimintasuositukset, jotka ovat syntyneet edellä mainittujen tulosten ja ajankohtaisen tutkimustiedon synteeseinä.

5.1. Kotihoidon henkilöstön kirjaama tieto asiakkaan psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä

Alkukartoituksen tulosten perusteella kotihoidon asiakkaan psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä huomioidaan kirjaamisen perusteella siten, että nähtävillä on kolme pääluokkaa; kognitiiviset toiminnot, sosiaaliset suhteet ja mielenterveys. Tulokset on esitetty kuviossa 2.

Kognitiiviset toiminnot koostuivat ongelmanratkaisusta, muistitoiminnoista, kommunikoinnista sekä asioiden hoitamisesta. Yksinäisyyden kokeminen, turvallisuuteen liittyvät asiat, suhde omaisiin ja läheisiin, suhtautuminen hoitohenkilökuntaan sekä aktiviteetit muodostivat sosiaalisten suhteiden kokonaisuuden.

Mielenterveyden kokonaisuus muodostui mielialaan, käyttäytymiseen ja luonteenpiirteisiin liittyvistä asioista, lääkehoidosta, alkoholinkäytöstä sekä kotiin ja ympäristöön liittyvistä asioista. Tässä kehittämistyössä päädyttiin liittämään koti ja ympäristö mielenterveyden kokonaisuuteen, koska tuttu asuinympäristö vaikuttaa ikääntyneen elämään sekä tunnetasolla että sosiaalisesti.



Kuvio 2 Alkukartoituksen tulokset

5.1.1 Kognitiiviset toiminnot

Kirjaamisessa kuvattiin **ongelmanratkaisukykyä**. Useimmin oli kirjattu päätöksentekokykyyn liittyviä asioita; asiakkaalla oli vaikea tehdä päätöksiä tai asiakas kieltäytyi tarvitsemastaan hoidosta. Kirjaamisesta nousi esille hoitajan rooli asiakkaan rinnalla kulkijana ja asiakkaan tukena päätöksenteossa. Kirjaamisessa nousi esille myös asiakkaan tulevaisuuden suunnittelu ja siihen liittyvät päätökset.

*Asiakas kieltäytyy jyrkästi lähtemästä sairaalaan.
Hänellä on ollut ajoittain vaikeuksia ymmärtää dosetin käyttöä.
Keskusteltu asiakkaan kanssa hänen kotona selviytymisestään. Hän on edelleen sitä mieltä, että hän pärjää kotonaan hyvin ja haluaa asua edelleen täällä.*

Muistitoimintoihin liittyvää kirjaamista oli määrällisesti eniten. Asiakirjoissa kuvattiin muistiongelmiä, muistin huononemista, ymmärtämisen muutoksia sekä muistitestin tuloksia ja muistitestin tekemiseen ja tuloksiin liittyviä asioita. Lisäksi kuvattiin muistin heikentymisen aiheuttamia haittoja turvallisuuden näkökulmasta.

*Hän etsii puhuessaan sanoja, tuntuu, ettei hän ymmärrä sanojen merkitystä.
Hän ei muista hetken kuluttua mitä puhuttiin.
Asiakas ei muista itse, että on turvapuhelimen johdot irrottanut.
Asiakkaalle tehty mmse 15/30, itse toteaa, ettei tarvitse asiasta olla huolissaan, vaimo toimii hänen muistinaan.*

Kommunikointiin liittyviä asioita kirjattiin ongelmalähtöisesti ja kirjaaminen oli kuvaavaa. Tavoitteita ei ollut kommunikointiin liittyen kirjattu lainkaan. Omaisten huomioita oli kirjattu yhden asiakkaan kohdalla.

*Kertoo, että tuntemuksia puheen tuottamisen vaikeudesta ollut, ei osaa sanoa onko ollut päivittäin, mielellään ei lähde tutkimuksiin.
Omaiset ovat panneet merkille, että tänä kesänä ei niin osallistuva keskusteluun.
Afasia, kommunikoi kyllä/ei sanoilla ja elekielellä.*

Asioiden hoitamista kuvattaessa esille nousivat taloudellisten asioiden hoito ja yhteistyö edunvalvonnan kanssa. Myös muita arkisia askareita, kuten kauppa-asioinnin hoitoa kuvattiin. Kirjaamisesta kävivät ilmi vastuut ja tehtävät, sopimukset siitä, kuka hoitaa mitään. Lisäksi kuvattiin hoitajan roolia asioiden hoitajana. Hoitajat esimerkiksi veivät kuntoutus- ja terapia-asioita eteenpäin lääkärille. Asiakkaan omatoimisuutta pyrittiin tukemaan.

*Kodinmyyntiasiat olivat painaneet mieltä.
Kannustetaan asiakasta hoitamaan itsenäisesti omia asioitaan.
Kotihoito nostaa asiakkaalle joka kuukauden 1. päivä 100 euroa rahaa, jonka edunvalvoja laittaa automaattisesti asiakkaan tilille.*

5.1.2 Sosiaaliset suhteet

Suhdetta omaisiin ja läheisiin kuvattiin kirjaamisessa monin tavoin. Kirjaamisessa kuvattiin omaisten osallistumista asiakkaan hoitoon ja niitä asioita, joita omaiset tekivät asiakkaan tukemiseksi. Lisäksi kuvattiin omaisten yhteydenpitoa ja vierailuja sekä asiakkaan kokemuksia ja tunteita omaisten vierailuista.

*Soitetaan yhdessä omaiselle ja mieli paranee, kun kuulee, että pian tulevat hake-
maan.
Tilannetta on auttamassa osaltaan tyttären aktiivinen osallistuminen hoitoon.
Pirteä ja hyväntuulinen rouva, omaisia kyläilemässä.*

Asiakkaan suhtautumista hoitohenkilökuntaan kuvattiin niissä tilanteissa, kun asiakas käyttäytyi haasteellisesti hoitajia kohtaan.

Asiakas aamukäynnillä erittäin pahantuulinen hoitajaa kohtaan.

Asiakkaiden **aktiiviteetteja** ja harrastuksia kuvattiin monipuolisesti. Osalla asiakkaista oli harrastuksia. Osa asiakkaista vietti aikaa omaisten kanssa. Jotkut kokivat ikävystymistä ja tekemisen puutetta. Monille asiakkaista pienet päivittäiset puuhaut tuottivat iloa. Yhteiset/ yhteisölliset tilaisuudet kuten yhteinen ruokailu tai joulujuhla kuvattiin myönteisenä. Lemmikkieläin oli yhdellä asiakkaalla aktiivisuutta ylläpitävä asia.

*Tytär hakenut asiakasta mökille.
Kesän aikana asiakas on käynyt omaistensa kanssa entisellä kotiseudullaan.
Aikoo jatkossa piirrellä omaksi ilokseen asunnossaan, oli piirtänyt ruusun kuvan uusilla välineillään ja suunnitteli ilveksen kuvan piirtämistä.
Ulkoiluttaa kissaansa päivittäin.*

Kirjaamisen perusteella asiakkaat kokivat kotihoidon käynnit **turvallisuutta** lisääväksi asiaksi. Kirjaamisessa kuvattiin hoitajan tehtävää asiakkaan turvallisuudesta huolehtijana.

Kokee itse hyväksi kotihoidon käynnit, turvallisempi olo, kun joka päivä joku käy, eikä tarvitse miettiä miten toimia.

5.1.3 Mielen terveys

Asiakkaiden **mielialaa** kuvattiin monin tavoin. Kirjaamisessa kuvattiin negatiivisia asioita väsyneisyyttä, masentuneisuutta ja aloitekyvyttömyyttä sekä myönteisiä asioita kuten hyväntuulisuutta ja tyytyväisyyttä elämään. Lisäksi kuvattiin tavoitteita ja keinoja mielialan kohentamiseen liittyen. Näitä olivat esimerkiksi säännöllinen ryhmätoiminta ja yhteydenpito omaisiin. Asiakkaiden **luonteenpiirteitä** kuvattiin yksinomaan myönteisestä näkökulmasta.

Käynyt elo-syyskuun aikana jumpalla, joka kohottanut asiakkaan mielialaa kovasti. Asiakas hyväntuulinen ja tyytyväinen elämäänsä. Hänen mieliala on ollut virkeä. Iloinen ja herttainen luonne.

Asiakkaan **käyttäytymistä** kuvattiin silloin, kun se oli muuttunut tai kun käyttäytyminen aiheutti häiriötä esimerkiksi naapureille. Lisäksi käyttäytymistä kuvattiin niissä tilanteissa, kun se oli aggressiivista ja uhkaavaa hoitohenkilöitä kohtaan.

Ajoittain käyttäytyy sanallisesti aggressiivisesti. Asiakas ollut viime aikoina ärtynyt ja kiroillut ja nimittää asuinpaikkaansa vankilaksi. Naapurit soittaneet kimpaantuneena kotihoidolle, että asiakas kulkee käytävässä ja soittelee useita kertoja naapureiden ovikelloja illan aikana.

Lääkehoitoon liittyen kuvattiin asiakkaan omatoimisuutta lääkehoidon suhteen, dosetin käyttämisestä, lääkehoidon toteuttamista ja lääkkeiden vaikutuksia asiakkaan vointiin. Lisäksi kirjaamisessa nousi esille hoitajan tehtävä neuvoa ja opastaa lääkehoitoon liittyvissä asioissa.

Asiakkaalla on lopetettu Ciprallex- lääkitys asteittain kokonaan. On alkanut juttelemaan aikaisempaa enemmän ja kyselemään ja kertomaan asioistaan. Asiakkaalle viedään lääkkeet toimistolta ja valvotaan lääkkeenotto. Kyselee kuitenkin toisaalta onko lääkitys tarpeen ja asia vielä kerrattu.

Alkoholin käyttöä kuvattiin yhden asiakkaan kohdalla. Kirjaamisessa kuvattiin alkoholinkäytöstä aiheutuvia ongelmia asiakkaalle. Lisäksi kuvattiin yleisellä tasolla keinoja alkoholin käytön vähentämiseen.

Alkoholin käyttö ajoittaista.

Kannustetaan pysymään raittiina.

Kotiin ja ympäristöön liittyvien asioiden kirjaamisessa kuvattiin hoitajan tehtävää ohjata asiakasta asumiseen liittyvissä asioissa. Lisäksi kirjaamisessa kuvattiin asiakkaan kokemuksia kodista ja asuinympäristöstä. Myös hoitajan havaintoja asiakkaan tilanteesta oli kirjattu.

Asiakkaan kanssa käyty katsomassa asuntoa ja asiakas haluaa muuttaa kyseeseen asuntoon.

Asiakas näyttää kotiutuneen ihan hyvin.

Asiakas tyytymätön nykyiseen asumismuotoonsa. Kyselee toistuvasti mahdollisuudesta muuttaa toisenlaiseen paikkaan. Tiedusteltu palvelusäätiöltä, onko asiakkaan palvelutalohakemus voimassa. Aikoivat kiirehtiä hakemuksen käsittelyä.

5.1.4 Toimintakyvyn vajeiden huomioon ottaminen kirjaamisessa

Alkukartoituksen tulosten perusteella kotihoidon kirjaaminen vastaa RAI- arvioinneista nousseisiin toimintakyvyn vajeisiin. Tämä voidaan todeta siten, että kaikilla asiakkailla (25), joiden hoito- ja palvelusuunnitelma ja kotihoidon toteutumalehdet analysoitiin, oli joko alentunut kognitio tai masennusepäily tai molemmat ja kaikkien edellä mainittujen asiakkaiden kohdalla oli kirjattu psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä asioita.

Aineiston analysoinnin alkuvaiheessa alkuperäiset ilmaisut jaettiin kolmeen luokkaan; kuvaus, tavoitteet sekä auttamismenetelmät/keinot. Tämä jaottelu auttoi saamaan kuvaa siitä, millä tavalla määrällisesti kirjaaminen jakaantuu. Auttamismenetelmien kautta haluttiin selvittää, vastaako kirjaaminen asiakkaan toimintakyvyn vajeisiin, ja onko kotihoidon toteuttaminen ollut kirjaamisen perusteella tavoitteellista. Määrällisesti eniten (59% alkuperäisistä ilmaisuista) kirjaaminen oli kuvaavaa eli kuvausta asiakkaan päivittäisestä elämästä, terveyteen ja sairauteen liittyvistä asioista ja toimintakyvystä. Auttamismenetelmiä ja -keinoja (33% alkuperäisistä ilmaisuista) psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen oli kirjattu osaan hoito- ja palvelusuunnitelmista. Kotihoidon toteutumalehdille auttamismenetelmiä oli kirjattu jokaisen asiakkaan kohdalla.

Määrällisesti vähiten (8% alkuperäisistä ilmauksista) oli kirjattu tavoitteita psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyen. Tavoitteita oli kirjattu 13 asiakkaalle 25 asiakkaasta. Näistä tavoitteista useimmat olivat yleisellä tasolla, kuten *"tavoitteena asiakkaan kotona asuminen mahdollisimman pitkään"* tai *"tavoitteena asiakkaan fyysisen- ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja*

edistäminen”. Aineiston perusteella voidaan todeta, että psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen ei ollut kirjaamisen perusteella suunnitelmallista, vaan satunnaisesti muiden asioiden ohella toteutuvaa toimintaa. Tulos voi viitata hoitotyön näkökulman korostumiseen. Vaihtelu hoito- ja palvelusuunnitelmien laadussa voi kertoa mahdollisesti vaihtelevasta kirjaamiskäytännöstä kotihoidossa. Näyttää siltä, että kotihoidon tavoitteiden asettaminen ja niiden toteutumisen arviointi eivät vielä kuulu selkeästi asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

5.2 Toimintasuositusten laatiminen

5.2.1 Alustavat toimintaehdotukset

Kunnan kotihoidolla tulee olla koordinoiva rooli toiminnan edellytysten järjestäjänä ja esimerkiksi taide- ja kulttuurielämysten kokemuksen mahdollistajana. Sosiokulttuurista toimintaa tulee vahvistaa luomalla eri toimijoiden yhteistyönä edellytyksiä ikäihmisten opinto- ja lukupiireille, muistelu-työlle sekä taiteen harrastamiselle. (Tepponen 2009, 176-178.) Kotihoidon henkilökunnan rooli asiakkaan ohjaajana harrastuksiin ja erilaisiin aktiviteetteihin ja tapahtumiin tuli alkukartoituksessa esille suppeasti lähinnä päivätoimintaan ja lääkärin kanssa tehtävään yhteistyöhön liittyen.

Alkukartoituksessa tuli esille, että usealla kotihoidon asiakkaalla on harrastuksia ja erilaisia aktiviteetteja elämässään. Toisaalta osa asiakkaista koki ikävystymistä ja tekemisen puutetta. Yhteisten tapahtumien kokeminen kuvattiin myönteisenä. Tutkimusten mukaan ikääntyneet näkevät yksinäisyyden ja toimeettomuuden hyvinvointinsa uhkana, ja nykyvanhukset niin kuin tulevatkin tarvitsevat sosiaalista kanssakäymistä ja toimintaa. Vanhusten lähialueilla tarvitaan päivätoimintaa, lähiryhmiä tai korttelikahviloita. (Pitkälä, Routasalo, Kautiainen, Savikko & Tilvis 2005, 7-8; Kärnä 2009, 235-236.) Tedren (161-169, 2006.) mukaan ikääntyvien kotona asumisen lisäksi on tärkeää myös kotoa ulospääsy. Sitä vaikeuttaa ikääntyneen mieli sekä fyysinen toimintakyky. Hän toteaa, että neljän seinän sisällä eläminen ei riitä ihmisarvoisen arkielämän ympäristöksi. Muiden tukien lisäksi tarvitaan yhtä lailla ”asunnon vankilasta” ulospääsemisen mahdollisuus.

Kokemukset erilaisista vertaisryhmistä ja ikääntyville järjestetyistä palveluista ovat olleet pääosin positiivisia ja ikääntyvien hyvinvoinnin kannalta niillä koetaan olevan suuri merkitys (Pajunen 2009, 46). Myös Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin päiväkeskustyypisen toiminnan säilyttävän ja parantavan ikääntyneiden elämänlaatua (Molzahn, Gallagher & McNulty 2009, 44).

Ikääntyvien kuntoutus on paitsi sairauksien seurauksia ja toiminnanvajeita korjaavaa fyysistä kuntoutusta, myös preventiivistä toimintaa sekä ihmisen psyykkisiä, sosiaalisia ja kognitiivisia voimavaroja tukevaa hoitoa, vaikuttamista ympäristöön ja yhteiskuntaan. Viime vuosilta on saatu lupaavaa tieteellistä näyttöä siitä, että kuntoutuksen ulottaminen psyykkisten, sosiaalisten ja kognitiivisten toimintojen alueelle kannattaa (Pitkälä, Eloniemi-Sulkava, Huusko, Laakkonen, Pietilä, Raivio, Routasalo, Saarenheimo, Savikko, Strandberg & Tilvis 2007, 3851–3856.)

Savikon (2008, 5,67) tutkimuksessa psykososiaalisiin ryhmiin osallistuneista lähes kaikki kokivat yksinäisyytensä lievittyneen ryhmätoiminnan aikana ja kolme neljästä koki niin myös kolme kuukautta ryhmätoiminnan loppumisesta. Useimmat halusivat osallistua vastaavanlaiseen toimintaan uudestaan, jos heille tarjottaisiin mahdollisuus siihen. Kuntoutusryhmiin osallistuneet pääsivät kokeilemaan uusia asioita, kuten senioritanssia, luovaa ilmaisua tai omasta elämästä kirjoittamista, ja he saivat mahdollisuuden uusiin ystävyys-suhteisiin. Yksinäisyyden lievittymisen kannalta tärkeämpää ryhmissä oli se, miten toiminta toteutettiin kuin se, mitä ryhmissä tehtiin. Ryhmänvetäjien ammattitaito ja ikäihmisten kunnioittaminen sekä ryhmäläisten kuuleminen olivat tärkeimpiä elementtejä toiminnan onnistumisessa. Myös Karttusen (2009, 96) tutkimuksessa todettiin ryhmäkuntoutuksen parantavan tilastollisesti merkitsevästi ikääntyneiden toimintakykyä ja elämänlaatua. Alkukartoitus osoitti, että ryhmiin osallistumista ei kuvattu päivätoimintaa lukuun ottamatta lainkaan.

Ikääntyvien minäkäsityksen vahvistaminen on tärkeää psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Lisäksi sosiaalisen verkoston olemassaolo ja sen vahvistaminen edistää kotona selviytymistä. (Rissanen 1999, 111-112.) Vaikka sosiaalinen kanssakäyminen vähenee iän myötä, ystävien merkitys säilyy läpi vanhuusiän (Lyyra, Lyyra, Tiikkainen & Heikkinen 2008, 2-10). Myös USA:ssa tehdyssä tutkimuksessa todettiin ystävien olevan tärkeitä, vaikka perhettä ja sukulaisia asui lähelläkin (Esbaugh 2009, 13-16). Tasavertaisen aktiivisen osallistumisen mahdollistaminen terveydentilaltaan heikompien tai huonommassa taloudellisessa tilanteessa olevien kohdalla on tärkeää (Lyyra 2006, 54-55). Alkukartoituksen perusteella kaikkien asiakkaiden kohdalla oli huomioitu asiakkaan sosiaalista verkostoa. Kuten aiemmin todettiin, kirjaamisessa kuvattiin myös asiakkaiden harrastuksia ja aktiviteetteja. Muita asiakkaan sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä asioita kuvattiin niukasti.

Alkukartoituksen tulosten perusteella asuin-ympäristöön liittyviä asioita oli kirjattu niukasti. Asuin-ympäristön viihtyvyyteen liittyvät asiat ovat tutkimusten pohjalta merkittävä tekijä kotihoidon asi-

akkaiden toimintakykyyn liittyen. Asuinympäristöjen esteettömyys, turvallisuus ja viihtyvyys sekä vaikuttavien palvelujen kehittäminen edellyttävät sosiokulttuurista näkemystä ikääntymisestä. (Kärnä 2009, 235-236.) Oleellisia tekijöitä iäkkäiden toimintakykyisyydessä ja päivittäisessä suoriutumisen olevan hyvän ympäristön luomat henkiset, sosiaaliset, symboliset ja fyysiset elementit, joita olivat läheiset ihmissuhteet, kotiympäristö, henkiset ja luovat voimavarat sekä elämän ymmärtäminen (Valta 2009, 91).

Asuinympäristöön liittyvä merkittävä sosiaalinen asia on yksityisyyden turvaaminen (Klemola 2006, 75). Ikääntyneet kokevat asuinympäristönsä hyvin yksilöllisesti, sillä jokainen arvioi sitä omista lähtökohdistaan (Koskinen ym. 1998,115). Koti on hoivaava ympäristö olemalla se tuttu ja turvallinen ja jatkuvuutta edustava elämässämme. Koti on itseensä kiinni kasvanutta tilaa. Koko kodin esinemaailma tukee elettyä elämäämme. (Vilkko 2006.) Anderssonin tutkimuksen mukaan vanhojen pariskuntien käsitys hyvästä elämästä merkitsee jatkuvuuden tavoittelua. Vanha ihminen kokee elävänsä itsellisesti, jos hän tuntee säilyttävänsä elämäntapansa keskeiset piirteet. Tärkeää oli oma koti, joka tuntui turvalliselta ja tuttu ympäristö. (Andersson 2007, 139-145.)

Asunnon liikuntaesteet lisäävät toimintakyvyn ongelmia ja asuinympäristön liikuntaesteet lisäävät jopa seitsenkertaisesti kotihoidon käyttöä (Vaarama 2004, 166-168). Asunnon muutostöissä iäkkäs tarvitsee riittävän varhain neuvontaa ja apua. Myös lähiympäristön liikkumismahdollisuuksiin on kiinnitettävä huomiota. (Elo 2006, 127-131.) Kotiin ja ympäristöön liittyen alkukartoituksessa tuli esille hoitajan tehtävä ohjata asiakasta asumiseen liittyvissä asioissa. Lisäksi kuvattiin asiakkaan kokemuksia ja ongelmia asumiseen liittyen.

Fyysisellä aktiivisuudella on tärkeä merkitys ikääntyvien mielialaan ja toimintakykyisyyteen (Bäckman 2006, 75-76). Yksilöllisen ja motivoivan liikuntaneuvonnan on havaittu vähentävän mielialaoireita niiden ikääntyneiden keskuudessa, jotka kärsivät lievistä masentuneisuudesta (Pakkala, Read, Leinonen, Hirvensalo, Lintunen & Rantanen 2008). Alkukartoituksen perusteella kirjaaminen asiakkaan fyysisestä aktiivisuudesta oli niukkaa. Kirjaamisesta ei käynyt ilmi fyysisen toimintakyvyn tukemista erityisenä asiana. Fyysistä aktiivisuutta oli kuvattu, kun sitä oli tapahtunut, mutta tavoitteita ei sen suhteen ollut asetettu.

Linattiniemi on tutkinut vanhusten kaatumistapaturmia ja hänen mukaansa merkittävät kaatumisvaaratekijät olivat toistuva aiemman vuoden aikana sattunut kaatuminen, huonosta liikkumisnäöstä aiheutuneet vaikeudet, antipsykoottisen lääkkeen käyttö sekä ahdistuneisuuden, hermostuneisuuden

suus tai pelon tunne. Tavanomainen liikunnan harrastaminen on turvallista korkeassa vanhuusiässä, ja uuden liikuntamuodon aloittaminen tarjoaa hyviä mahdollisuuksia moniammatilliseen kaatumisten ehkäisytyöhön, kunhan vanhusten liikuntamyöntyvyys aktivoituu. (Linattiniemi 2009, 65.)

Alkukartoituksessa ilmeni, että asiakkaan päätöksentekokykyyn liittyviä asioita oli kirjattu. Kirjaamista oli tilanteista, joissa asiakkaan oli vaikea tehdä päätöksiä tai kun asiakas kieltäytyi hoidosta. Kirjaamisessa nousi esille hoitajan rooli asiakkaan rinnalla kulkijana ja tukena päätöksenteossa. Useissa tutkimuksissa on todettu, että asiakkaan ja hoitohenkilökunnan näkemykset hoidon ja palvelujen laadusta ja määrästä poikkeavat toisistaan. Hoidonantajat tunnustivat liian usein toimivansa potilaan puolesta selviytymisessä auttamisessa. Selviytymisen avun intensiteettiä pitäisi säätää joustavasti niin, että tuetaan potilaan ja perheenjäsenten selviytymisen yrittämistä. (Koponen 2003, 117.) Elorannan tutkimuksessa ammattihenkilöiden toiminta oli osittain ristiriidassa ikäihmisten omien odotusten kanssa, eikä se kaikilta osin tukenut asiakkaiden omia voimavaroja. Ammattihenkilöt tekivät hoitoon liittyviä päätöksiä ja toimintoja asiakkaiden puolesta, vaikka asiakkaille itselleen oli tärkeää elämänhallinnan tunne ja toimintatahdon säilyminen. (Eloranta 2009, 6.) Hammarin tutkimuksessa asiakkaat ja hoitajat arvioivat asiakkaiden toimintakyvyn samansuuntaisesti, mutta asiakkaiden ja omahoitajien arviot asiakkaan avun tarpeesta päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen osittain erosivat suuresti toisistaan (Hammar 2008, 5).

Yhteistyön toimivuuden kannalta on tärkeää, että yhteistyöhön osallistuvien käsitykset toiminnan tavoitteista ovat mahdollisimman yhteneväiset. Tärkeä edellytys yhteistyölle on selkeyttä yhteistyöhön osallistuvien työntekijöiden roolit. Yhteistyötä haittaavaksi tekijäksi saattaa nousta se, etteivät toimijat tunne toistensa työtehtäviä ja työn tavoitteita. (Ojuri 1996, Övreveit 1995.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatillinen lähestymistapa merkitsee eri alojen työntekijöiden työskentelyä joustavana työryhmänä. Tällöin voidaan hyödyntää kaikkia saatavilla olevia resursseja ja huomioida kaikkien auttajien osa-alueet yhteistyössä. Perustana moniammatilliselle työskentelylle on, että eri organisaatioiden jäsenet saavuttavat luottamuksen ja turvallisuuden tunteen toisiinsa. Toimiva yhteistyöryhmä palkitsee itseään ja jokaista ryhmän jäsentä. (Laaksonen-Heikkilä & Lauri 1997, 20-21.)

Vanhusten palvelut koostuvat yhä enemmän monimuotoisista, räätälöidyistä, useiden eri avunlähteiden antamasta avusta ja tuesta. Muutos, jossa pyritään siirtymään hoito- ja palvelujärjestelmän ehdoilla tarjotuista palveluista kohti vanhuksen yksilöllisempää hoitoa, vaatii yhä tehokkaampaa

ammattiryhmien välistä yhteistyötä, ammatillisen ja ei-amatillisen osaamisen uudenlaisia yhdistelmiä ja yhteisen vastuun lisääntymistä. Kolmannen sektorin toimijat voivat tuottaa uudenlaisia, luovia näköaloja ja tekoja, joilla voidaan vaikuttaa kansalaisten arjen hyvinvointiin. (Hartikainen 2009, 133.) Toiminta kolmannen sektorin kanssa ei tullut lainkaan esille alkukartoituksessa.

Ikääntyneiden informaatiokäyttämiseen voidaan liittää toimintaan aktivoitumisen käsite, joka kuvaa sitä, miten mediankäyttö aktivoi toimintaan. Esimerkkeinä mediankäytön aktivoivasta näkökulmasta ovat päiväohjelman organisointi, ravinto, liikunta ja terveys, kielitaidon ylläpitäminen, yhteiskunnalliseen keskusteluun osallistuminen, sanaristikot, kilpailut ja pelaaminen, hiljentymisen sekä aineiston vaihto, lainaaminen ja kierrätys. (Niemi 2006, 7, 163 -164.) Alkukartoituksessa nousi esille informaatiokäyttämiseen liittyviä asioita kuten sanaristikot, television katselu ja lehtien lukeminen mielekkäinä toimintoina.

Psykososiaalinen hyvinvointi on vahvasti yhteydessä iäkkäiden ihmisten eloonjäämiseen. Etenkin tyytyväisyys tämänhetkiseen elämään ja turvallisuuden ja arvostuksen tunteet olivat tärkeitä. (Lyyra 2006, 54-55.) Alkukartoituksen mukaan kognitiivisia toimintoja ja mielenterveyteen liittyviä asioita huomioitiin monin tavoin. Nämä asiat kuitenkin päädyttiin ottamaan mukaan työyhteisöarviointiin, koska ne ovat asiakkaan näkökulmasta merkittäviä asioita sekä myös valtakunnallisissa ohjelmissa esille nostettuja asioita. Lisäksi haluttiin verrata, nouseeko ryhmäkeskusteluissa esille sellaisia elementtejä, joita ei noussut asiakasasiakirjoihin kirjaamisessa.

Alkukartoituksen tuloksiin ja ajankohtaiseen tutkimustietoon perustuen johdettiin seuraavat teemat työyhteisön ryhmäkeskustelujen pohjaksi:

Kotihoidon asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen

1 Sosiaaliset suhteet = suhteet omaisiin ja läheisiin, yhteistyö suhteessa hoitohenkilökuntaan, aktiviteetit, harrastaminen, turvallisuus, yksinäisyys

Miten huomioit kotihoidon hoitajana asiakkaan sosiaalisia suhteita ja niihin liittyviä asioita ja edistät asiakkaan sosiaalisuutta tällä hetkellä?

Kun huomioit sosiaaliset suhteet hyvin, mitä silloin teet?

Mitä pitäisi tehdä, että asiakasta voitaisiin tukea parhaalla mahdollisella tavalla?

Kerro käytännön esimerkkejä.

2 Asuinympäristön esteettömyys, turvallisuus ja viihtyvyys

Miten edistät asukkaan asuinympäristön viihtyvyyttä kotihoidon hoitajana tällä hetkellä?

Kun huomioit asuinympäristöön liittyvät asiat hyvin, mitä silloin teet?

Mitä pitäisi tehdä, että asiakasta voitaisiin tukea asumisympäristöön liittyvissä asioissa parhaalla mahdollisella tavalla?

Kerro käytännön esimerkkejä.

3 Kotihoidon hoitajan ohjaava rooli asiakkaan tukena

Miten toimit kotihoidon hoitajana yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa asiakkaan parhaaksi esimerkiksi taide- ja kulttuurielämysten kokemuksen mahdollistajana?

Kerro käytännön esimerkkejä.

4 Kognitiiviset toiminnot =muistitoiminnot, ongelmanratkaisu, asioiden hoito, kommunikointi

Miten huomioit kotihoidon hoitajana asiakkaan kognitiivisia toimintoja ja niihin liittyviä asioita ja edistät asiakkaan toimintakykyä näiden asioiden suhteen tällä hetkellä?

Kun huomioit kognitiiviset toiminnot hyvin, mitä silloin teet?

Mitä pitäisi tehdä, että asiakasta voitaisiin tukea parhaalla mahdollisella tavalla?

Kerro käytännön esimerkkejä.

5 Mielenterveys =mieliala, käyttäytyminen, lääkehoito, luonteenpiirteet, alkoholin käyttö, koti ja ympäristö

Miten huomioit kotihoidon hoitajana asiakkaan mielenterveyteen liittyviä asioita ja edistät asiakkaan mielenterveyttä tällä hetkellä?

Kun huomioit mielenterveyden hyvin, mitä silloin teet?

Mitä pitäisi tehdä, että asiakasta voitaisiin tukea parhaalla mahdollisella tavalla?

Kerro käytännön esimerkkejä.

5.2.2 Työyhteisön arviointi psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisestä kotihoidossa

Tässä kehittämistyössä työyhteisön ryhmäkeskusteluista saatu aineisto toi merkittävästi uutta tietoa psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen kotihoidossa verrattaessa alkukartoituksen tuloksiin. Alkukartoituksen aineisto oli asiakirja-aineisto, ja on mahdollista, että kaikkia asioita ei ollut kirjattu, vaikka niitä olisikin tapahtunut. Kotihoidon asiakkaat ovat itsenäisesti koto-

na asuvia henkilöitä ja kotihoidon rooli kunkin asiakkaan kohdalla on erilainen asiakkaan toimintakyvystä ja elämäntilanteesta johtuen. Näistä syistä kaikkien asiakkaiden osalta ei väistämättä kirjata kaikista asiakkaan elämän osa-alueista.

Kognitiiviset toiminnot

Kognitiivisen toimintakyvyn edistämisessä painottuivat muistiin liittyvät asiat. Kotihoidon henkilökunta havainnoi muistiin liittyviä asioita ja mikäli niissä tapahtui muutoksia, pyrittiin selvittämään syyt, mistä muutokset johtuvat. Lisäksi esille nousi yhteistyö omaisten kanssa siten, että asioista tehtiin yhteisesti sopimuksia ja oli tärkeää, että kaikki osapuolet pysyivät niissä. Henkilökunta piti tärkeänä asiakkaan aktiivisuuden ylläpitämistä. Tähän pyrittiin järjestämällä asiakkaalle mahdollisuus päivätoimintaan, muistiparkkiin tai harrastekerhoihin. Muita aktiivisuutta lisääviä keinoja olivat asiakkaan kanssa muistelemineen, laulaminen, valokuvien katselu ja lehtien lukeminen. Muistisairaana asiakkaan hoitamisessa nähtiin tärkeänä säännöllinen päivärhythmi. Asiakkaiden kohtaamiseen liittyvistä asioista nousivat esille hoitajan rauhallisuus ja huumorintaju, selkeä kommunikointi ja kyky huomioida asiakkaan toimintakykyä. Henkilökunnan mielestä asiakkaan on tärkeää saada kokea onnistumista ja tuntea, että häntä ymmärretään.

Yhteiset pelisäännöt omaisten kanssa, esimerkiksi jos sovitaan, että ei osteta kynttilöitä ja tulentekovehkeitä, niin pysyttäisiin sopimuksessa.

Jos huomataan muistin suhteen tapahtuneen muutosta, mietitään keinoja selvittää, mistä johtuu, tehdään muistitesti ja siitä ohjataan asiaa eteenpäin.

Asiakkaan tärkeä saada kokea onnistumista! että häntä ymmärretään, vaikka ei ehkä olisikaan tässä päivässä.

Sosiaaliset suhteet

Kotihoidon hoitajan tehtävä on havaita ja ottaa puheeksi, mikäli tapahtuu kaltoinkohtelua tai hyväksikäyttöä. Tämä nousi esille uutena asiana verrattaessa alkukartoituksesta saatuun tietoon. Asian esille nostaminen on tärkeää. Perhe- ja lähisuhdeväkivalta liittyy usein vanhuksen kaltoinkohteluun tai hoidon laiminlyöntiin fyysisen ja henkisen väkivallan lisäksi. Tapauksia esiintyy muun muassa ikääntyneiden omaishoitoperheissä, joissa hoitaja voi hoitaa kovakouraisesti omaishoidettavaa tai käyttää fyysistä väkivaltaa hoitotilanteissa saadakseen omat tavoitteensa läpi. Taustalla on usein omaishoitajan väsyminen hoitotilanteeseen, tilapäishoitopaikkojen puute sekä sosiaalinen syrjäytyminen ja eristäytyminen. (Kontsas & Rissanen 2009, 32). Lisäksi todet-

tiin, että kotihoidon piirissä on myös joitakin nuoria asiakkaita, joiden kohdalla sosiaalisin suhteisiin liittyvät asiat korostuivat. Kotihoidon hoitajan on hankittava paljon tietoa asioista, jotta hän osaa ohjata nuorta asiakasta hänen ikäryhmälleen suunnattuihin palveluihin ja toimintoihin.

*Seurataan, että ihmissuhteet ovat turvallisia esim. esiintyykö kaltoinkohtelua ja/tai hyväksikäyttöä. Työntekijän rohkeus puhua/puuttua em. asioihin.
Mihin ohjata nuori, joka tarvitsee apua asioinneissa, kirjasto, raha-asiat ym.*

Kotihoidon ohjaava rooli asiakkaan tukena tuli esille kaikkiin teemoihin liittyen. Esimerkkinä aiheeseen liittyen olivat sosiokulttuuriset elämykset. Henkilökunnan kokemuksena oli, että kaikista tapahtumista ja mahdollisuuksista ei tule tietoa ajoissa henkilökunnalle, jotta se voisi tiedottaa asiakkaille ajoissa. Lisäksi koettiin hankalana asiakkaiden kuljetusten järjestäminen. Toisaalta myös osa asiakkaista on niin huonokuntoisia, että lähteminen kotoa muualla järjestettävään toimintaan ei enää onnistu. Esille nousi ajatus toiminnan ja tapahtumien järjestämisestä lähellä asiakkaita tai asiakkaiden kotona, toisin sanoen toiminta vietäisiin lähelle ikääntyneitä. Vapaaehtois-toiminta ja sitä tarjoavat tahot olivat tuttuja henkilökunnalle.

*Asiakkaiden yhteiset taidenäyttelyt, henkilökunta innostajana.
Senioritoiminta, kansalaisopisto "tulevat vanhusten luo".
Asiakkaalle hankitaan kotiin välineitä esim. kyniä, maaleja, paperia ym.
Tuetaan ja kannustetaan osallistumaan, tiedotetaan eri mahdollisuuksista, kerho-
toiminnoista jne.
Hoitajat toteuttaisivat mielellään jos olisi aikaa.
Asiakkaat fyysisesti huonokuntoisia, eivät pääse tapahtumiin vaikka haluaisivat.*

Esille nousi kokemus, että henkilökunnalla on paljon ideoita ja he mielellään tekisivät asiakkaiden kanssa monenlaisia asioita, mikäli heillä olisi siihen mahdollisuus. Kehittämistyön tulosten perusteella voidaan todeta, että kotihoidon henkilökunta kokee resurssien riittämättömyyden vaikuttavan asiakkaan kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn edistämiseen liittyviä asioita. Tämän suuntaisia tuloksia on saatu aiemmista tutkimuksista. Pöyryn ja Perälän (2003) mukaan moniammatillisen yhteistyön esteinä olivat vähäinen henkilökunta ja vaihteleva ammatillinen osaaminen. Tepposen (2009, 176-178) mukaan kotihoidon työntekijöiden riittämätön määrä ja työn kiireisyys rajoittavat kulttuuristen työmuotojen käyttöä ja sekä psykologisen ja sosiaalisen tuen antamista. Tepponen (2009) toteaa, että kuitenkin kaikkien sosiokulttuuristen työmuotojen käyttö ei vaadi lisäresursseja, vaan uudenlaisia asenteita ja työotteita.

Mielenterveys

Mielenterveyden edistämiseen liittyen tuli esille yhteisten sopimusten noudattaminen hoitosuhteessa niin hoitajien kuin omaisten ja asiakkaan osalta. Hoitajan suhtautuminen asiakkaaseen nousi esiin monin tavoin. Henkilökunta koki, että hoitajan pitää olla empaattinen ja välittää aidosti asiakkaasta, huomioida asiakkaan yksilöllisyys ja kuunnella asiakasta. Hoitajan pitää myös osata arvioida asiakkaan tilannetta ja voinnin muutoksia ja ohjata asiakasta hoitoon tarvittaessa. Henkilökunta piti tärkeänä lääkehoidon ajantasaisuutta. Usein mielenterveysasiakkaiden kohdalla kotihoidon henkilökunta valvoo asiakkaan lääkkeen oton. Asiakkaiden kanssa myös keskustellaan lääkehoidosta. Yhteistyö mielenterveystoimijoiden kanssa koettiin tärkeäksi, mutta toisaalta tieto yhteistyötahoista koettiin puutteelliseksi. Lisäksi tulivat esille henkilökunnan koulutustarpeet mielenterveyteen liittyvistä asioista, uusista hoitokäytännöistä ja lääkehoidoista sekä yleensä mielenterveysasiakkaan kohtaamisesta ja yhteistyötahoista. Sekä asiakkaat että henkilökunta hyötyvät siitä, että hoitajat hallitsevat ikääntyneiden mielenterveyteen liittyvät asiat ja hoitokäytännöt. (Flood & Buckwalter 2009, 35- 45).

*Hoitajilla yhteiset pelisäännöt asiakkaan hoitamiseen; rajat, pysytään sovitussa. Realistisuus asioiden kanssa. Vaikka asiakas ”otetaan tosissaan” kaikkeen ei mennä mukaan. Yhtenäinen linja.
Henkilökunnan koulutus ja tiedot ajantasalle mtasioista. Koulutusta kohtaamisesta, lääkityksestä, mihin yhteys tarvittaessa.
Keskustelua; voimavaroja mitkä ovat.
Aito välittäminen.*

Asuinympäristön esteettömyyteen ja viihtyvyyteen liittyen asiakkaan mielipiteen kunnioittaminen koettiin tärkeäksi. Toisaalta henkilökunnan ammatillinen näkemys nähtiin merkittävänä ja sitä kautta koettiin, että hoitajan on nähtävä asiakkaan todellinen avuntarve. Asuinympäristön viihtyvyyteen hoitohenkilökunta voi vaikuttaa esimerkiksi siisteydestä huolehtimisella kuten puhtaat pöytäpinnat ja puhdas wc, viherkasveista huolehtimisella esimerkiksi äitienpäiväkukkien kasteleminen sekä juhlapyhien huomioimisella esimerkiksi joulukoristeiden laittaminen.

*Jotta asiakkaalle olisi laitettu joulua. Koti olisi viihtyisä. Siivoukset sujuisi ajallaan.
Asiakkaalla olisi turvallista olla kotonaan.*

Asuinympäristön turvallisuus herätti paljon keskustelua. Henkilökunnan näkemys oli, että kotihoidon asiakkaiden asuinympäristön turvallisuudesta voi kotihoidon henkilökunta huolehtia seuraavasti: palohälyttimien kunnosta ja olemassaolosta vastaaminen (pyyntö omaisille, että hankkivat, tarvittaessa palohälyttimien testaaminen), kynnysten ja sähköjohtojen huomioiminen ja tarvittaessa asioiden hoito eteenpäin, kodinkoneiden kunnan huomioiminen (tarvittaessa soitto esimerkiksi omaiselle), apuvälinetarpeiden huomioiminen ja apuvälineiden hankkiminen, tupakointiin puuttuminen (esimerkiksi sängyssä tupakointi), kynttilöiden polttamiseen puuttuminen ja ohjaaminen turvallisempien vaihtoehtojen hankintaan. Lisäksi hoitohenkilökunta oli kiinnittänyt huomioita liukkailla keleillä pihojen hiekoitukseen, kerrostaloympäristöissä piha-alueiden siisteyteen ja parvekkeiden siisteyteen. Näihin liittyviä asioita henkilökunta vie mahdollisuuksien mukaan eteenpäin.

*Epäkohtien huomiointi ja niistä ilmoittaminen heti esim. laitteet epäkunnossa, jos asiakas ei itse kykene hoitaja soittaa esim. kiinteistöhuoltoon tai omaiselle.
Turvallisuus; palohälyttimet, tupakointi, matot - esteettömyys, korokkeet ym. apuvälineet, tukikahvat, Asiakkaalla olis turvallista olla kodissaan.
Piha-alueen turvallisuus ja siisteys: tupakan tumpit, portaiden edustojen siisteys, parvekkeiden kunto ja siisteys.*

5.3 Toimintasuositukset psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisestä

Työyhteisön ryhmäkeskusteluissa nousi esimerkkien kautta esille kuntouttava näkökulma, joka on tärkeää toimintakyvyn edistämisessä. Kuntouttava työote on asiakaslähtöistä, aktiivisuuteen kannustavaa, innostavaa ja rohkaisevaa. Asiakas tekee itse kaiken sen mihin pystyy, työntekijä on ohjaajana ja asiakkaan motivoijana. Nämä asiat tulivat esille kaikissa ryhmäkeskustelujen teemoissa. Voidaan todeta, että henkilökunta tuntee hyvin kuntouttavan työotteen periaatteet. Kuntouttava ja toimintakykyä edistävä työote edellyttää asiakkaan voimavarojen ja toimintakyvyn kartoituksen lisäksi tavoitteiden asettamista sekä henkilökunnan sitoutumista. Tavoitteiden tulee olla konkreettisia, tällöin myös niiden arviointi on helpompaa. Tavoitteellisuus nousi selkeäksi kehittämiskohteeksi tulosten perusteella. Tässä yhteydessä voidaan myös miettiä, ovatko kuntoutumisen tavoitteet, keinot ja resurssit yhteneväiset.

Fyysisellä aktiivisuudella on tärkeä merkitys ikääntyvien mielialaan ja toimintakykyisyyteen. (Bäckman 2006, 75-76). Yksilöllisen ja motivoivan liikuntaneuvonnan on havaittu vähentävän mielialaoireita niiden ikääntyneiden keskuudessa, jotka kärsivät lievistä masentuneisuudesta. (Pakkala, Read, Leinonen, Hirvensalo, Lintunen, Rantanen 2008). Tavanomainen liikunnan har-

rastaminen on turvallista korkeassa vanhuusiässä, ja uuden liikuntamuodon aloittaminen tarjoaa hyviä mahdollisuuksia moniammatilliseen kaatumisten ehkäisytyöhön, kunhan vanhusten liikuntamyöntyvyys aktivoituu. (Linattiniemi 2009, 65.) Alkukartoituksen perusteella kirjaaminen asiakkaan fyysisestä aktiivisuudesta oli niukkaa. Kirjaamisesta ei käynyt ilmi fyysisen toimintakyvyn tukemista erityisenä asiana. Fyysistä aktiivisuutta oli kuvattu, kun sitä oli tapahtunut, mutta tavoitteita ei sen suhteen ollut asetettu. Tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus myös fyysisen aktiivisuuden osalta nousevat kehittämiskohteiksi kotihoidossa.

Viime vuosilta on saatu lupaavaa tieteellistä näyttöä siitä, että kuntoutuksen ulottaminen psyykkisten, sosiaalisten ja kognitiivisten toimintojen alueelle kannattaa (Pitkälä, Eloniemi-Sulkava, Huusko, Laakkonen, Pietilä, Raivio, Routasalo, Saarenheimo, Savikko, Strandberg & Tilvis 2007, 3851–3856.) Savikon tutkimuksessa psykososiaalisiin ryhmiin osallistuneista lähes kaikki kokivat yksinäisyytensä lievittyneen ryhmätoiminnan aikana ja kolme neljästä koki niin myös kolme kuukautta ryhmätoiminnan loppumisesta. (Savikko 2008, 5,67.) Myös Karttusen tutkimuksessa todettiin ryhmäkuntoutuksen parantavan tilastollisesti merkitsevästi ikääntyneiden toimintakykyä ja elämänlaatua. (Karttunen 2009, 96). Alkukartoituksen perusteella ryhmiin osallistumista ei kuvattu päivätoimintaa lukuun ottamatta lainkaan. Ryhmäkeskusteluissa henkilökunta koki hankalana asiakkaiden kuljetusten järjestämisen. Toisaalta myös osa asiakkaista on niin huonokuntoisia, että lähteminen kotoa muualla järjestettävään toimintaan ei enää onnistu. Esille nousi ajatus toiminnan ja tapahtumien järjestämisestä lähellä asiakkaita tai asiakkaiden kotona, toisin sanoen toiminta vietäisiin lähelle ikääntyneitä.

Kehittämistyön tuloksena esitetään kuusi toimintasuositusta kotihoidon asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseksi:

TOIMINTASUOSITUKSET KOTIHOIDON ASIAKKAAN PSYKKISEN JA SOSIAALISEN TOIMINTAKYVYN EDISTÄMISEKSI

SUOSITUS 1 Kotihoidon asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen on panostettava siten, että myös näissä osa-alueissa asetetaan tavoitteita. Psykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisen tulee olla suunnitelmallista ja asiakkaiden tarpeisiin perustuvaa. Fyysisellä aktiivisuudella on tärkeä merkitys ikääntyvien mielialaan ja toimintakykyisyyteen. Myös tämän näkökulman huomioiminen ja suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden kehittäminen on tärkeää.

SUOSITUS 2 Kotihoidon henkilökunnan tulee entistä enemmän ottaa ohjaavaa ja koordinoivaa roolia asiakkaan osallistumisen edellytysten järjestäjänä. Kotihoidon henkilökunnan tulee tuntee palveluverkoston mahdollisuudet ja ylläpitää osaamistaan. Kolmannen sektorin järjestämiin mahdollisuuksiin tulee kiinnittää erityisesti huomiota. Myös esimiesten rooli tiedon välittäjänä on tärkeä. Lisäksi kolmannen sektorin ja kotihoidon välistä rajapintaa tulee selkeyttää. Ikääntyneiden vapaa-ajan tai harrastustoiminnan tuottamista voitaisiin miettiä myös siten, että toiminnan järjestäjät tulisivat lähelle asiakkaita tai asiakkaiden kotiin, toisin sanoen toiminta vietäisiin lähelle ikääntyneitä.

SUOSITUS 3. Kotihoidon henkilökunta tarvitsee koulutusta mielenterveyteen liittyvissä asioissa. Koulutustarpeiksi nousivat mielenterveysasiakkaan kohtaaminen, hoitokäytännöt ja lääkehoito. Lisäksi henkilöstön tietoa oman organisaation ja muiden organisaatioiden sekä kolmannen sektorin yhteistyötahoista mielenterveyden tukemiseen liittyen tulee parantaa.

SUOSITUS 4. Kotihoidon asiakkaan asuinympäristön esteettömyyteen, turvallisuuteen ja viihtyvyyteen tulee jatkuvasti kiinnittää huomiota. Omahoitajalla on tässä merkittävä asema esimerkiksi asioiden havainnoijana, tiedottajana ja asioiden edistämisen alulle laittajana.

SUOSITUS 5. Perhe- ja lähisuhdeväkivallan tai kaltoinkohtelun kohtaaminen on tarpeen nostaa yhteiseen keskusteluun aika ajoin esimerkiksi tiimi- ja työpaikkakokousten yhteydessä. Mikäli kotihoidon asiakkaan havaitaan kokevan kaltoinkohtelua, tulee asia ottaa puheeksi välittömästi.

SUOSITUS 6. Kotihoidon henkilökunta kokee resurssien riittämättömyyden vaikuttavan asiakkaan kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn edistämiseen liittyviin asioihin. On mietittävä, miten vastaan henkilökunnan kokemukseen riittämättömistä resursseista. Tämä on haaste johtamiselle.

6 KEHITTÄMISTYÖN ARVIOINTI

6.1 Kehittämistyön tulosten arviointi

Terveyden edistämisen hyviä käytäntöjä tulee aina arvioida suhteessa arvoihin, suunnitelman alkuvaiheesta lähtien, mukaan lukien sen, miten suunnitelma toteutetaan ja mihin se rajataan. Myös näytöllä on tärkeä merkitys hyvien käytäntöjen luomisessa. Yleisesti hyvät käytännöt tarkoittavat vahvaa yhdenmukaisuutta ja konsensusta terveyden edistämisen arvopohjan, teorian, vaikuttavuuden, asiantuntijoiden ja toteuttajien näkemysten kanssa. Kriteerien tulee mahdollistaa, että myös terveyden edistämistoiminnan vaikutukset osoitetaan. Lisäksi tulee saavuttaa konsensus vaikuttavuuden merkityksen osoittamisesta suhteessa kustannuksiin. (Tuominen, Koskinen-Ollonqvist & Rouvinen-Wilenius 2006, 12-13.)

Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palvelutuotannon vuosien 2008–2010 keskeisinä tavoitteina ovat asiakaslähtöisten palveluprosessien kehittäminen ja kevyempiin palvelumuotoihin siirtyminen. Tavoitteena on luoda avohoito painotteiset, ennalta ehkäisevää työtä korostavat, moniammatilliset ja joustavat toimintamallit ja työtavat. (Palvelutuotantosuunnitelma 2009.) Kehittämistyön aihe on ajankohtainen ja tukee kotona asumista tukevien palvelujen strategiaa.

Kehittämistyö on avannut psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmaa kotihoidon työssä ja antaa aineksia jatkaa yhteistä keskustelua aiheeseen liittyen. Kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi opiskelijoiden ohjauksessa ja uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. Kehittämistyön myötä voidaan todeta, että kotihoidon asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen ja sen kehittäminen tuo haasteita johtamiselle. On haasteellista varmistaa kotihoidon henkilökunnan riittävä osaaminen nopeasti muuttuvassa ja kehittyvässä yhteiskunnassa alati monimuotoistuvien ja eri sektorien tuottamien palveluiden keskiössä. On myös mietittävä, miten vastataan henkilökunnan kokemukseen riittämättömistä resursseista.

Kehittämistyön tulokset vahvistivat, että kotihoidon asiakkaan toimintakyky otetaan huomioon monipuolisesti. Alkukartoituksen tulosten perusteella voidaan todeta, että kotihoidon asiakkaan psyykkistä ja sosiaalista toimintakyky otetaan huomioon kirjaamisen perusteella siten, että nähtävillä on kolme pääluokkaa; kognitiiviset toiminnot, sosiaaliset suhteet ja mielenterveys. Alustavien

toimintaehdotusten laatimisessa pyrin refleктоimaan aiempaa tutkimustietoa alkukartoituksen tuloksiin.

Tällä kehittämistyöllä on vaikutuksia asiakastyön laatuun. Voidaan ajatella, että jos asiakkaat saavat laadukasta hoitoa ja palvelua siten, että heidän toimintakykynsä huomioidaan kokonaisvaltaisesti, niin tällöin he voivat hyvin ja kustannukset pienenevät esimerkiksi päivystyskäyntien tai sairaalajaksojen vähenemisenä. Terveiden edistämisen kustannusvaikutusten mittaaminen on kuitenkin vaikeaa. Tämän kehittämistyön vaikutuksia voitaisiin mitata jatkossa jo olemassa olevilla, säännöllisin väliajoin tehtävillä kyselyillä, joita ovat asiakaskysely, omaiskysely ja henkilöstökysely. Samoin vaikutuksia voidaan mitata RAI- arviointien kautta, esimerkiksi seuraamalla, vähentyvätkö asiakkaiden masennusepäilyt tai yksinäisyyden kokemus, mikäli psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen kiinnitetään enemmän huomiota.

Työyksikön kannalta tämän kehittämistyön kautta henkilökunnalla on ollut mahdollisuus tulla tietoisemmaksi omasta osaamisestaan ja mahdollisuuksista kehittää omaa työtään. Työntekijöiden kehittymisen osalta yksi keskeisimmistä arviointiprosessiin osallistumisen hyödyistä on todettu olevan arviointilogiikan sisäistämisen myötä syntyvä kyky asiakastyön ja organisaation toiminnan kehittämiseen. Arviointiprosessiin osallistuminen lisää tietoutta interventioprosessista, jolloin osallistuminen parantaa osallisten kyvykkyyttä toiminnan suunnitteluun ja suorittamiseen. Arviointi auttaa henkilökuntaa hahmottamaan, mikä on realistista ja mahdollista tehdä. (Harkko, Haverinen & Koivisto, 2005, 29-30.)

6.2 Kehittämistyön prosessin arviointi ja eettiset näkökohdat

Arviointitieto on tärkeätä oppimisen kannalta. Arvioinnin näkökulma kehittämistoiminnassa tuo esille kehittämisprosessin kulun ja toimintatapojen tarkastelemisen. Kehittämisprojektiin osallistuminen voi olla oppimiskokemus niin yksittäiselle henkilölle, projektiryhmälle kuin organisaatiolle. Oppivassa kehittämisessä keskeistä on omaan toimintaan arvioivasti suhtautuminen sekä erilaisten tiedonlähteiden käyttäminen toiminnan muokkaamisessa. (Seppänen-Järvelä 2004, 22-23.) Tämän kehittämistyön läpi vieminen oli minulle haasteellinen ja mielenkiintoinen oppimiskokemus. Prosessi oli monivaiheinen. Työ- ja perhe-elämä loivat haasteita opiskeluille ja siihen liittyvään ajankäyttöön. Näistä syistä prosessi vei myös suunniteltua enemmän aikaa. Toisaalta se oli myös hyvä asia, sillä ajatukset ja prosessi saivat edetä ja kypsyä rauhassa. Pitkä ajanjakso mah-

dollisti ideoiden ja käytännön parannusten työstämistä ja siten mielestäni lisäsi tämän kehittämistyön luotettavuutta. Ensiarvoisen tärkeää minulle oli työni ohjaajien tuki ja palaute.

Arvioivan työotteen yhdistäminen kehittämistyöhön voi tapahtua kehittävän arvioinnin menetelmin. Kehittävä arviointi ei ole tietty malli, jolla arviointia toteutetaan vaan pikemminkin suhde, joka perustuu kehittämisen päämäärään. Työyhteisölähtöiseen kehittämistyöhön kehittävä arviointi tarjoaa välineitä, joiden avulla on mahdollista tuottaa muutoksia organisaatiossa ja toimintatavoissa. (Vataja 2009, 54.)

Oppimista edistävän arvioinnin tunnuspiirteitä ovat yhteistoiminnallisuus, dialogisuus ja toiminta-orientoituneisuus. Oppiminen perustuu ajatukselle, jonka mukaan yksilö rakentaa ja luo tietoa sekä kehittää jaettua todellisuutta yhteistyössä toisten kanssa. Oppimisessa on tällöin olennaista sosiaalinen ulottuvuus; oppimista tapahtuu yksilöiden ja ryhmien vuorovaikutuksessa heidän osallistuessaan merkitykselliseen yhteisölliseen toimintaan. Työyhteisön kehittymistä tukevat tällöin arviointimenetelmät, joiden avulla yksilöllistä, usein työntekijän hiljaiseksi jäävää tietoa tuodaan yhteisöllisen keskustelun ja tarkastelun kohteeksi. Työyhteisön kehittämisen kannalta on olennaista luoda työhön rakenteita, jotka tukevat työntekijöiden mahdollisuuksia reflektoida kokemustaan ja keskustella ja analysoida työtä ja sen vaikutuksia. (Vataja 2009, 55, 57.)

Kehittämistyön läpiviejänä olin samalla esimiehen roolissa. Kehittämistyön yksi palkitsevimmista kokemuksista minulle oli henkilöstön kanssa käydyt ryhmäkeskustelut. Esimiehenä oli hienoa nähdä juuri hiljaisen tiedon näkyväksi tuleminen, mitä tapahtui ryhmäkeskusteluissa. Sain myös uusia menetelmiä toiminnan kehittämiseen tämän prosessin kautta. Esimies on parhaimmillaan kehittämisprosessin aktiivinen toimija, kuitenkin siten, että hän luo tilaa ja areenaa kaikkien äänen esille tulemiselle (Seppälä-Järvelä 2009, 73).

Ryhmäkeskusteluissa pyrittiin keskusteluun siitä, tehdäänkö työyhteisössä oikeita asioita oikealla tavalla. Lähestymistapa pohjautuu osallistamisen teoriaan: se olettaa työntekijöiden sitoutuvan ja panostavan päätöksin sitä enemmän, mitä enemmän he osallistuvat päätöksentekoprosessiin. Arvioinnin keskeisenä ideana on, että työntekijät kehittävät uusia ideoita tehtävien hoitamiseen ja parantavat siten yksikön tuloksia. Kompetenssimenetelmässä työyhteisö on keskeinen toimija, ja sillä pyritään työn kehittämiseen hyödyntämällä työntekijöiden käytäntöasiantuntijuutta; ideoita, näkemyksiä ja kokemuksia työstä. Kompetenssin mukaista arviointiprosessia vetää tavallisesti

esimies, sillä kehittävä arviointi nivoutuu luonnollisesti esimiehen tehtäviin. (Vataja 2009, 142-144.)

Kehittämistyössä henkilökunnan panos oli toimintasuositusten laatimisessa merkittävä. Alustavien toimintaehdotusten arvioiminen ryhmäkeskusteluissa antoi paljon uutta tietoa ja auttoi löytämään erityisesti käytännön näkökulmasta kehittämistarpeita. Ryhmäkeskustelu oli oppimiskokemus niin yksilö- kuin työyhteisötasollakin. Se osoittautui hyväksi keinoksi saada henkilökunta osallistumaan aktiivisesti käytännön osaamisen ja näkemyksen kokoamiseen yhteen. Kaikki kutsutut henkilöt tulivat paikalle ja osallistuivat aktiivisesti. Tilanteen onnistumista edesauttoi se, että ryhmäkeskustelujen ympäristöksi valittiin työpisteessä sijaitseva rauhallinen ja tarpeeksi suuri tila. Lisäksi aikataulu suunniteltiin huolellisesti ja aikaa varattiin riittävästi.

Kehittämistyössä käytettiin suurimmaksi osaksi suomalaista kirjallisuutta, joka koskee ikääntyneiden toimintakykyä ja kotihoitoa. Tätä voidaan perustella siten, että kehittämistyö koskee pohjois-suomalaisen kaupunkiyhteisön asukkaita. Ulkomaisessa kirjallisuudessa on tutkittu myös samoja asioita, mutta tällöin on aina huomioitava kulttuuriset tekijät. Tässä kehittämistyössä on käytetty tuoreiden tutkimuksen lisäksi myös 1990-luvun kirjallisuutta, koska silloin esimerkiksi kehittämissuunnan aiheen kannalta merkittävä Ikivihreät-projekti on aloittanut toimintansa.

Kehittämistyön tutkimuksellisessa osiossa pyrin luotettavuuteen. Tätä on kuvattu alkukartoituksen analyysin yhteydessä (luku 4.1.2). Kehittämistyön etiikan varmistaminen on välttämätöntä kehittämistyötä suunniteltaessa. Tämä kehittämistyö tehtiin kotihoitotyön ympäristössä. Hoitotyön tutkimusetiikan tulee olla sopusoinnussa paitsi yleisen etiikan myös hoitotyön ammattietiikan kanssa. Eettisyys tulosten julkaisemisessa liittyy rehellisyyteen ja tulosten luotettavuuteen. Laadullisen tutkimusotteen eettiset vaatimukset edellyttävät tutkijalta eettistä vastuuta. Vastuullisuus korostuu laadullisen tutkimusaineiston hankinnassa, varsinkin jos tutkimus kohdistuu ihmisten henkilökohtaisiin kokemuksiin. Vastuullisuuteen kuuluu tarkka ja rehellinen tutkimuksen kaikkien vaiheiden toteuttaminen. Tutkijan tulee tuoda ilmi tutkimusaihettaan koskevat valinnat ja niiden perustelut. (Krause & Kiikkala 1996, 64-65.) Ennen varsinaista tutkimuksen suorittamista tulee anoa tutkimuslupa (Liite 4) organisaation johdolta. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-34.)

Ihmistieteissä keskeinen tutkimusetiikan lähtökohta on ihmisarvoin kunnioittaminen, mikä näkyy muun muassa ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena sekä yksityisyyden kunnioitta-

misena ja suojeluna (Kuula 2006, 60, 64). Tutkimusta julkaistaessa on tärkeää kunnioittaa tutkittavien anonymiteettia. Laadullisen sisällön analyysin luotettavuuden varmistamisessa on tärkeää, että tutkija esittää tuloksensa avoimesti ja rehellisesti. Tähän kuuluu esimerkiksi suorien lainausten esittäminen. Kuitenkaan tutkimusraportissa ei pidä esittää sellaista, mikä aiheuttaa tutkimukseen osallistuville mahdollisesti hankaluuksia tai paljastaa tutkimukseen osallistuvien näkemyksiä. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-34.) Kehittämistyön raportin suorat lainaukset valittiin niin, ettei niistä voi tunnistaa tutkittavia. Ryhmäkeskusteluihin osallistuneet henkilöt antoivat suostumuksensa aineiston hyödyntämiseen kehittämistyössä.

7 POHDINTA

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli kehittää asiakaslähtöistä kotihoitoa laatimalla toimintasuositukset psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseksi kotihoidossa. Kehittämistyön alkukartoituksen tarkoituksena oli kuvata, miten hoitohenkilökunta kirjaa kotihoidon asiakkaiden psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä asioita sekä miten RAI-arvioinnista saatua tietoa hyödynnetään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä.

Kehittämistyön alkukartoituksen tulosten perusteella voidaan todeta, että kotihoidon asiakkaan psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky otetaan huomioon kirjaamisen perusteella siten, että nähtävillä on kolme pääluokkaa; kognitiiviset toiminnot, sosiaaliset suhteet ja mielenterveys. Työyhteisön ryhmäkeskusteluissa nousi esimerkkien kautta esille kuntouttava näkökulma, joka on tärkeää toimintakyvyn edistämässä. Kuntouttava työote on asiakaslähtöistä, aktiivisuuteen kannustavaa, innostavaa ja rohkaisevaa. Asiakas tekee itse kaiken sen mihin pystyy, työntekijä on ohjaaja ja asiakkaan motivoija. Nämä asiat tulivat esille kaikissa ryhmäkeskustelujen teemoissa. Tulosten perusteella voitiin todeta, että henkilökunta tuntee hyvin kuntouttavan työotteen periaatteet.

Kuntouttava ja toimintakykyä edistävä työote edellyttää asiakkaan voimavarojen ja toimintakyvyn kartoituksen lisäksi tavoitteiden asettamista sekä henkilökunnan sitoutumista. Tavoitteiden tulee olla konkreettisia, tällöin myös niiden arviointi on helpompaa. Psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen ei ollut kirjaamisen perusteella suunnitelmallista, vaan satunnaisesti toteutuvaa toimintaa muiden asioiden ohella. Tulosten perusteella tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus nousivat selkeäksi kehittämiskohteeksi. Kuntoutumista edistävä hoitotyö olisi myös hyvä määritellä yhteisesti, jotta asiasta olisi yhteinen ymmärrys kaikissa palveluyksiköissä. Asiakkaan kokonaisvaltainen toimintakyvyn edistäminen vaatii henkilökunnalta osaamista ja resursseja, mikä luo haasteita johtamiselle. Tulosten perusteella kotihoidon henkilökunta kokee tarvitsevänsä koulutusta mielenterveyteen liittyvissä asioissa ja tietoa yhteistyötahoista mielenterveyden tukemiseen liittyen.

Kehittämistyö avasi psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmaa kotihoidon työssä ja se antaa aineksia jatkaa yhteistä keskustelua aiheesta. Kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää

esimerkiksi opiskelijoiden ohjauksessa ja uusien työntekijöiden perehdyttämisessä, kun käydään läpi kotihoidon työn sisältöä.

Kehittämistyö oli työelämälähtöinen ja se osoitti psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämisen elementtejä. Tässä kehittämistyössä keskityttiin psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen asiakirja-aineiston ja hoitotyöntekijöiden näkökannalta. Asiaa voisi lähestyä myös asiakkaiden ja heidän kokemustensa näkökulmasta. Kotihoidon sisältö muuttuu jatkuvasti ja kotihoidolle asetetaan monenlaisia tavoitteita. Olisi mielenkiintoista tutkia esimerkiksi kotihoidon vaikuttavuutta ikäihmisten päihteiden käyttöön. Kolmannen sektorin merkitys tulee korostumaan tulevaisuudessa ja olisi tärkeää saada tähän muutokseen liittyvää tutkimustietoa.

Tämä kehittämistyö on ollut pitkä ja haasteellinen prosessi, joka vaihe vaiheelta mielestäni lisäsi omaa analyysitaitoani arvioida omaa työtä ja toimintaympäristöä toisaalta etäämmältä, toisaalta pienempiä osa-alueita puntaroiden. Kehittämistyö on liittynyt läheisesti arkityöhöni kotihoidon esimiehenä. Olen saanut olla mukana Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtaminen -hankkeen projektityöryhmässä ja lisäksi yksikkömme on projektin interventioyksikkö. Intervention yhtenä ulottuvuutena on kotihoidon asiakkaiden sosiaalisen eristämisen tarkastelu. Myös prosessityö jatkuu koko palvelutuotannossa, ja minulla on ollut mahdollisuus päästä prosessin kehittäjäksi ikääntyneiden ydinprosessiin kuuluvan psyykkisen toimintakyvyn ja arjen sujuvuuden varmistaminen -pääprosessissa. Koen, että näiden kaikkien hankkeiden kautta minulla on ollut hieno mahdollisuus tarkastella kotihoidon asiakkaan psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja toimintakyvyn edistämistä eri näkökannoilta.

LÄHTEET

Anderson, S. 2007. Kahdestaan kotona. Tutkimus vanhoista pariskunnista. Stakes. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Barnes, L., Bienias, J., Bennett, D., Krueger, K., Wilson, R. & Kamenetsky, J. 2009. Social engagement and cognitive function in old age. ush Alzheimer's Disease Center and Departments of Neurological Sciences and Behavioral Sciences, Rush University Medical Center, Chicago, Illinois, USA. Hakupäivä 1.12.2009. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2758920/>

von Bonsdorff, M. 2009. Physical activity as a predictor of disability and social and health service use in older people. Jyväskylän yliopisto. Hakupäivä 19.10.2009. <http://dissertations.jyu.fi/studsport/9789513936747.pdf>

Bäckman, H. 2006. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. Pitkäaikaisseurantatutkimus ikääntyvillä miehillä. Helsinki: Yliopistopaino.

Elo, S. 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyviin hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Oulu: Oulu university press.

Eloranta, S. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö ikäihmisten kotona asumisen tukemisessa. Turku: Painosalama Oy.

Eshbaugh, E. 2009. The Role of Friends in Predicting Loneliness Among Older Women Living Alone. *Journal of Gerontological Nursing* 35 (5), 13-17.

Eskola J. & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Osuuskunta Vastapaino, Tampere.

Ewless, L. & Simnett, I. 1995. Terveiden edistämisen opas. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussektiö.

Flood, M. & Bucksalter, K.C. 2009. Recommendations for Mental Health Care of Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing* 35 (2), 35-45.

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

Harkko, J., Haverinen, R. & Koivisto, J. 2005. Alustava kirjallisuuskatsaus osallistavan arvioinnin vaikutuksista sosiaalityössä. Stakes 5/205. Hakupäivä 2.2.2010.
http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/859B868F-E856-4732-8811-0C20AE75A77E/0/tp_0505.pdf

Hartikainen, A. 2009. Vapaaehtoiset vuodeosastolla. Helsingin yliopisto. Vammala: Vammalan kirjapaino oy.

Heikkinen, E., Kauppinen, M. & Laukkanen, P. 2003. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja sairauksien ehkäisy. Teoksessa Hietanen, A. & Lyyra, T-M. (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen, 43-61. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2.

Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2008. Gerontologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hämäläinen, J. 1987. Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä. Johdatus sosiaalitutkimuksen "käsiyötaitoon". Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Tilastot ja selvitykset 2/1987. Kuopio.

Linattiniemi, S. 2009. Fall accidents and exercise among a very old homedwelling population. Oulun yliopisto. Hakupäivä 18.1.2010.
<http://herkules oulu.fi/isbn9789514290268/isbn9789514290268.pdf>

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.

Ikäihmisten palveluprosessien arviointi ja kehittäminen. Työryhmäraportti 2009. Oulun kaupunki.

Karttunen, J. 2009. Ryhmäkuntoutuksen vaikutus 67 vuotta täyttäneiden toimintakykyyn, elämänlaatuun ja terveyspalvelujen kustannuksiin. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Kuopio: Kopijyvä.

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A.. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1.

Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Helsinki. Hakupäivä 5.1.2009.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/06/hl1150272501953/passthru.pdf>

Kivipelto, M. Osallistava ja valtaistava arvionti. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin. Stakes työpapereita 17/2008. Helsinki: Valopaino Oy.

Klemola, A. 2006. Omasta kodista hoitokotiin. Etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheesta. Kuopio: Kopijyvä.

Kontsas, H. & Rissanen, P. 2009. Turvallisempi Oulu. Oulun turvallisuussuunnitelma 2009-2012. Oulu: Oulun kaupungin viestintä.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Kotona asumista tukevien palvelujen strategia. 2009. Oulun kaupunki.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, (1):3-12.

Kärnä, S., 2009. Hyvinvoinnin pysyvyyttä ja muutosta kolmannessa iässä. Kuopio: Kopijyvä.

Laatukriteerit sopimusohjauksessa 2008. Kotona asumista tukevat palvelut. Oulun kaupunki.

Laaksonen-Heikkilä, R. & Lauri, S. 1997. Moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A 18. Turku: Turun yliopisto.

Latvala, E. Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä, 21-43. Juva: WS Bookwell Oy.

Laukkanen P. 1998. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Liimatainen, L 2007. Terveiden edistäminen. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys, 31-33. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Luoma, M-L. & Kattainen, E. 2007. Kotihoidon asiakkaat. Asiakasrakenne. Teoksessa Heinonen R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun, 18-21. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 20.

Lyyra, T-M. 2006. Predictors of Mortality in Old Age. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2009:3. Helsinki.

Molzahn, A:E., Gallagher, E. & McNulty, V. 2009. Quality of Life Associated with Adult Day Centers. *Journal of Gerontological Nursing*. 35 (8), 37-46.

Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa: Mäkelä, K. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta, 42-49. Helsinki: Gaudeamus, painokaari Oy.

Niemelä, R. 2006. Ikääntyneiden informaatiokäyttätymisen. Laadullinen tutkimus arkielämän informaatiokäytännöistä ja toimintaan aktivoitumisesta. Oulu: Oulu University Press.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Pounonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, 215-221. Juva: WSOY.

Ojuri, A. 1996. Moniammatillinen yhteistyö ja organisaatiokulttuuri. Teoksessa Metteri, A. (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996, 116-128. Helsinki: Oy Edita Ab.

Pajunen, E. 2009. Tunneteko itsenne yksinäiseksi? Ikääntyvien yksinäisyys, ja miten siihen on vastattu Päijät-Hämeessä. Hakupäivä 12.10.2009.
http://verso.palmenia.helsinki.fi/kirjasto/julkaisut/Pajunen_ik%20E4%20ntyvien%20yksin%20E4isyys.pdf

Pakkala, I., Read, S., Leinonen, R., Hirvensalo, M., Lintunen T. & Rantanen, T. 2008. The effects of physical activity counseling on mood among 75- to 81-year-old people: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 46, 412-418. Hakupäivä 1.9.2009.
<https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2008/11/tiedote-2008-11-11-12-48-15-735195>

Palvelutuotantosuunnitelma 2009. Sosiaali- ja terveystoimi. Oulun kaupunki.

Pitkälä, K., Eloniemi-Sulkava, U., Huusko, T., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Raivio, M., Routasalo, P., Saarenheimo, M., Savikko, N., Strandberg, T. & Tilvis, R. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? *Suomen Lääkärilehti* 2007; 62:3851–3856.

Pitkälä, K., Routasalo, P., Kautiainen, H., Savikko, N. & Tilvis, R. 2005. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 11. Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Polit, D. & Hungler, B. 1997. Nursing research. Principles and methods. Philadelphia. JB Lippincott Company.

Pöyry, P. & Perälä, M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. Stakes Aiheita 18/2003. Helsinki.

RAI- vertailukehittäminen koti- ja laitoshoidossa. Perehdytysopas. Stakes, RAI- palvelutiimi. 12.8.2008.

Rautio, N. 2006. Seuruu- ja vertailututkimus sosioekonomisen aseman yhteydestä toimintakykyyn iäkkäillä. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Oulu: Oulu university library.

Ruoppila, I. Psykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) 2002. Vanhuuden voimavarat, 119-150. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Ruoppila, I. & Suutama, T.. 2003. Kognitiivisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Hietanen, A. & Lyyra, T-M. (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen, 155-170. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2.

Räihä, K. 2004. Tasa-arvosta lisäarvoa alueiden hyvinvointiin. Hakupäivä 20.10.2009. [http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/77F199303CC7DAC3C2256EB3004639A3/\\$file/tasa_arvo_tyokirja_2painos.pdf](http://www.intermin.fi/intermin/images.nsf/files/77F199303CC7DAC3C2256EB3004639A3/$file/tasa_arvo_tyokirja_2painos.pdf)

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskus ry. Helsinki: Edita Prima Oy.

Savikko, N. 2008. Loneliness of elder people and elements of an intervention for its alleviation. Turku: Painosalama Oy.

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. 4/2004. Helsinki: Stakes.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuoritusohjelma. KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Yliopistopaino. Helsinki. Hakupäivä 27.2.09. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/hl1212563842632/passthru.pdf>

Sydänmaa, P. Oulun kotihoidossa. Teoksessa Itkonen, T. Lindman, K. Corin, H., Noro A. (toim.). 2007. Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI- tietojärjestelmästä, 22-24. Helsinki: Valopaino Oy.

Tedre, R. 2006. Asunnon vangit - ulospääseminen sosiaalisena ongelmana. Teoksessa Helne, T. & Laatu, H. (toim.) Vääräyskirja. Kansaneläkelaitos, 161-169. Helsinki.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopio: Kopijyvä.

Tiikkainen, P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Tilastokeskus. Väestöennuste 2007-2040. Hakupäivä 19.3.2009.

http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino OY.

Tuominen, P., Koskinen-Ollonqvist, P. & Rouvinen-Wilenius P. 2006. Terveiden edistämisen hyvät käytännöt. Hakupäivä 28.2.2009. http://www.health.fi/content/files/Hyvät_kaytannot.pdf

Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 2004:33.

Vaarama, M., Luomi, M. & Ylönen, L. 2006. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämän laatu. Teoksessa Kautto, M. 2006 (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2006, 104-136. Stakes. Vaa-jakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Valtioneuvoston asetus 423/2005. Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavien opintojen tavoitteet. Hakupäivä 17.3.2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2005/20050423>

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki.

Vehviläinen - Julkunen, K. 1997, Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, 26-34. Juva: WSOY.

Vataja, K. 2009. Arvioiva työote – kehittämisen peruslähtökohta. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä, 51-61. Juva: WS Bookwell Oy.

Vilkko, A. 2006. Kodin merkitys vanhetessa. Luentomateriaali. Gerontologisen sosiaalityön kehittämishankkeen seminaarissa 26.1.2006. Hakupäivä 2.1.2010.
www.socca.fi/gero/aineistot/vilkko.doc

Voutilainen, P. & Heinola, R. 2006. Ikääntyneet. Teoksessa: Terveyden edistämisen laatusuositus, 68-69. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki.

Voutilainen P., Vaarama M., Eloniemi-Sulkava U. & Finne-Soveri H. 2004. Kokonaistilanteen selvittämisellä hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Teoksessa Voutilainen P., Vaarama M., Backman K., Paasivaara L., Eloniemi-Sulkava U. & Finne-Soveri H. (toim.). Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun, 91-95. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

WHO:n Euroopan alueen ministerikonferenssi mielenterveydestä. Hakupäivä 1.12.2008.
<http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/A349AA21-57C7-4FCA-84D0-44C4DC24F21/0/toimintasuunnitelma.pdf>

WHO 1986. Ottawa charter for health promotion. first International conference for Health Promotion. Ottawa 21 November 1986 – WHO/HPR/HEP/95.1. Hakupäivä 1.12.2009.
http://www.who.int/hpr/NHP/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Övretveit, J. 1995. Moniammatillisen yhteistyön opas. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.

LIITTEET

LIITE 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaus

Pelkistetty ilmaus

47nyt yritetään, että asiakas voi alkaa käymään kuntoutuskeskuksessa kerran viikossa 48keskiviikkoisin taidepiirissä myöhemmin ehkä mahdollisuus siirtyä tekemään puutöitä 53	Päivätoiminnan yrittäminen Taidepiirissä käyminen Puutyötoiminnan suunnittelu
49on jo käynyt hoitajan kanssa tutustumaan paikkaan, asiaa viedään eteenpäin 53	Tutustuminen uuteen toimintaan hoitajan kanssa
50puutyötoiminta jatkuu elokuun alusta 54	Puutyötoiminnan suunnittelu
51kerrottu asumismuodosta ja miksi ei olisi hyvä kovin kauas lähteä jos ei osaa tulla takaisin 54	Turvallisuuteen ohjaaminen
52huomenna päivätoiminta sitten alkaa 55	Päivätoiminnan aloittaminen
53asiakkaalle tilattu taksi kuljetuspalvelukeskuksen kautta 55	Kuljetuspalvelun käyttäminen
54mukaan piirustustarvikkeet 55	Piirustusvälineiden hankkiminen
55aikoo jatkossa piirrellä omaksi ilokseen asunnossaan. oli piirtänyt ruusun kuvan uusilla välineillään ja suunnitteli ilveksen kuvan piirtämistä 55	Piirtely omaksi iloksi
56pidetty neuvottelu sos. tt.n kanssa 55	Neuvottelun pitäminen sosiaalityöntekijän kanssa
57sost ehdotti asiakkaalle puutyötoimintaan osallistumista palvelutalon tiloissa 55	Puutyötoimintaan osallistumisen mahdollisuus
58viety kuntopyörä asiakkaan asuntoon, siitä on myös innoissaan. 56	Kuntopyörästä innoissaan
59asiakas osallistuu talon tarjoamaan viriketoimintaan 61	Viriketoimintaan osallistuminen
60on halukas osallistumaan viriketoimintaan 62	Halukkuus viriketoimintaan
61omaiset hoitavat kauppa-asiat 62	Omaiset hoitavat kauppa-asiat
62ilmoitetaan ja käydään muistuttamassa yhteisistä talon tarjoamista viriketoiminnoista 62	Muistuttaminen yhteisistä viriketoiminnoista
63ulkoilee itsenäisesti parvekkeella 62	Ulkoilu itsenäisesti
64tytär käy säännöllisesti 62	Tytär käy
65harrastelee kotona pieniä kotiaskareitaan, tekee ristikoita 63	Pienet kotiaskareet ja ristikot
66sanoo välillä käyvänsä ulkona ja lehtiä lueskelee 64	Ulkoilu Lukeminen
67jalkojenhoitaja käy säännöllisesti ja kampaaja tilataan tarvittaessa 65	Jalkojenhoitajan käynnit Kampaajalla käynti
68tytär hoitaa pankki – ja raha-asiat 65	Tytär hoitaa pankki – ja raha-asiat
69ulkoilee paljon, käy kävelemässä tai istuu pihalla keuhussa 67	Ulkoilu ja pihalla istuskelu

LIITE 2. Esimerkki aineiston abstrahoinnista

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Yksinäisyys suhteessa mielialaan Yksinäisyys omana valintana. Omaisten rooli yksinäisyyden lievittäjänä.	Yksinäisyys	Sosiaaliset suhteet
Positiivinen suhtautuminen hoitajaan Negatiivinen suhtautuminen hoitajaan Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen	Suhtautuminen hoitohenkilökuntaan	
Yhteydenpito omaisiin Omaisten osallistuminen Ihmissuhteiden turvallisuus Asuminen puolison kanssa	Suhde omaisiin ja läheisiin	
Kotiaskareet Asiointi Median seuraaminen Lepo Tekemisen riittämättömyys Ulkoilu Päivätoiminta Harrastekerhot Käsillä tekeminen Retket Kirjastoauto Kuntoutus Merkkipäivien viettäminen Lemmikkieläin Osallistumisen mahdollistaminen Yhteistyö 3. sektorin kanssa Henkilökunta innostajana	Aktiviteetti ja harrastukset	
Kodin turvallisuus Piha-alueen ja ympäristön turvallisuus Tupakointi Kotihoidon käynnit	Turvallisuus	

LIITE 3. Taulukko Ikääntyneen henkilön toimintakyvyn edistäminen eri tutkimuksissa

Andersson, S. 2007	Vanhojen pariskuntien käsitys hyvästä elämästä merkitsee jatkuvuuden tavoittelua. Vanha ihminen kokee elävänsä itsellisesti, jos hän tuntee säilyttävänsä elämäntäpansa keskeiset piirteet. Tärkeää oli oma koti, joka tuntui turvalliselta ja tuttu ympäristö.
Hartikainen, A. 2009	Muutos, jossa pyritään siirtymään hoito- ja palvelujärjestelmän ehtoilla tarjotuista palveluista kohti vanhuksen yksilöllisempää hoitoa, vaatii yhä tehokkaampaa ammattiryhmien välistä yhteistyötä.
Linattiniemi, S. 2009	Liikunnan harrastaminen on turvallista korkeassa vanhuusiässä, ja uuden liikuntamuodon aloittaminen tarjoaa hyviä mahdollisuuksia moniammatilliseen kaatumisten ehkäisytyöhön, kunhan vanhusten liikuntamyöntyvyys aktivoituu.
Kärnä, S. 2009	Asuinympäristön viihtyvyyteen liittyvät asiat ovat tutkimusten pohjalta merkittävä tekijä kotihoidon asiakkaiden toimintakykyyn liittyen. Asuinympäristöjen esteettömyys, turvallisuus ja viihtyvyys sekä vaikuttavien palvelujen kehittäminen edellyttävät sosiokulttuurista näkemystä ikääntymisestä.
Tepponen, M. 2009	Kunnan kotihoidolla tulee olla monessa kohdin koordinoiva rooli toiminnan edellytysten järjestäjänä ja esimerkiksi taide- ja kulttuurielämysten kokemuksen mahdollistajana. Sosiokulttuurista toimintaa tulee vahvistaa luomalla eri toimijoiden yhteistyönä edellytyksiä ikäihmisten opinto- ja lukupiireille, muistelutyölle sekä taiteen harrastamiselle.
Pajunen, E. 2009	Kokemukset erilaisista vertaisryhmistä ja ikääntyville järjestetyistä palveluista ovat olleet pääosin positiivisia ja ikääntyvien hyvinvoinnin kannalta niillä koetaan olevan suuri merkitys.
Karttunen, J. 2009	Ryhmäkuntoutus parantaa tilastollisesti merkittävästi ikääntyneiden toimintakykyä ja elämänlaatua.
Eloranta, S. 2009	Ammattihenkilöt tekivät hoitoon liittyviä päätöksiä ja toimintoja asiakkaiden puolesta, vaikka asiakkaille itselleen oli tärkeää elämänhallinnan tunne ja toimintatahdon säilyminen.
Valta, A. 2009	Oleellisia tekijöitä iäkkäiden toimintakykyisyydessä ja päivittäisessä suoriutumisessa ovat hyvän ympäristön luomat henkiset, sosiaaliset, symboliset ja fyysiset elementit, joita olivat läheiset ihmissuhteet, kotiympäristö, henkiset ja luovat voimavarat sekä elämän ymmärtäminen.
von Bonsdorff, M. 2009	Fyysisen aktiivisuuden lisääminen vielä vanhanakin lykkää arjen vaikeuksia sekä sairaala-, laitos- ja kotihoidon tarvetta myöhempään ikään.
Hammar, T. 2008	Asiakkaat ja hoitajat arvioivat asiakkaiden toimintakyvyn samansuuntaisesti, mutta asiakkaiden ja omahoitajien arviot asiakkaan avun tarpeesta päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa erosivat suuresti toisistaan.
Savikko, N. 2008	Psykososiaalisiin ryhmiin osallistuneista lähes kaikki kokivat yksinäisyytensä lievittyneen ryhmätoiminnan aikana ja kolme neljästä koki niin myös kolme kuukautta ryhmätoiminnan loppumisesta.
Pakkala, I., Read, S., Leinonen, R., Hirvensalo, M., Lintunen, T., & Rantanen, T. 2008	Yksilöllisen ja motivoivan liikuntaneuvonnan on havaittu vähentävän mielialaoireita niiden ikääntyneiden keskuu-

	desa, jotka kärsivät lievistä masentuneisuudesta.
Lyyra, Lyyra T-M., Tiikkainen & Heikkinen 2008	Vaikka sosiaalinen kanssakäyminen vähenee iän myötä, ystävien merkitys säilyy läpi vanhuusiän.
Bäckman, H. 2006	Fyysisellä aktiivisuudella on tärkeä merkitys ikääntyvien mielialaan ja toimintakykyisyyteen.
Elo, S. 2006	Asunnon muutostöissä iäkkäs tarvitsee riittävän varhain neuvontaa ja apua. Myös lähiympäristön liikkumismahdollisuuksiin on kiinnitettävä huomiota.
Klemola, A. 2006	Asuinympäristöön liittyvä merkittävä sosiaalinen asia on yksityisyyden turvaaminen.
Lyyra, T-M. 2006	Psykososiaalinen hyvinvointi on vahvasti yhteydessä iäkkäiden ihmisten eloonjäämiseen. Etenkin tyytyväisyys tämänhetkiseen elämään ja turvallisuuden ja arvostuksen tunteet olivat tärkeitä.
Niemelä, R. 2006	Mediankäyttö aktivoivana näkökulmana: päiväohjelman organisointi, ravinto, liikunta ja terveys, kielitaidon ylläpitäminen, yhteiskunnalliseen keskusteluun osallistuminen, sanaristikot, kilpailut ja pelaaminen, hiljentyminen sekä aineiston vaihto, lainaaminen ja kierrätys.
Pitkälä, K., Routasalo, P., Kautiainen, H., Savikko, N. & Tilvis, R. 2005	Vanhusten lähialueilla tarvitaan päivätoimintaa, lähiryhmiä tai korttelikahviloita.
Koponen, L. 2003	Selviytymisen avun intensiteettiä pitäisi säätää joustavasti niin, että tuetaan potilaan ja perheenjäsenten selviytymisen yrittämistä.