

Kirsi Moisanen

**HENKILÖSTÖMITOITUKSEN JA -RAKENTEEN KOHDENTAMISEN
KEHITTÄMINEN PALVELUKESKUS HIMMELISSÄ RAI-
ARVIOINTIJÄRJESTELMÄN AVULLA**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Ylempi amk
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Kevät 2009



**Kajaanin
ammattikorkeakoulu**

OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Tekijä(t) Kirsi Moisanen	
Työn nimi Henkilöstöressurssien ja -rakenteen kohdentamisen kehittäminen palvelukeskus Himmeliissä RAI-arviointijärjestelmän avulla	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot	Ohjaaja(t) Rauni Leinonen
	Toimeksiantaja Kainuun maakunta -kuntayhtymä
Aika Kevät 2009	Sivumäärä ja liitteet 129 + 10
<p>Suomi ikääntyy seuraavien vuosikymmenten aikana. Tämä kehitys haastaa kuntien poliittiset päättäjät ja johdon pohtimaan keinoja, joilla ikääntyneiden palvelut järjestetään laadukkaasti, arvokkaasti ja asiakasta kunnioittaen, vaikuttavasti ja taloudellisesti kestävästi. Palvelukeskus Himmeliissä otettiin vuonna 2007 käyttöön RAI -arviointijärjestelmä asiakkaiden toimintakykyisyyden arvioimiseksi.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää RAI -arviointimittariston avulla johtamisen apuväline henkilöstöressurssien turvaamiseksi ja oikein kohdentamiseksi. Tutkimustehtävänä oli selvittää, minkä toimintamallin mukaisesti Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoitus ja -rakenne kohdennetaan joustavasti ja ajantasaisesti vanhusten RAI -arviointijärjestelmän avulla saatujen tietojen mukaisesti. Kehittämistyön tavoitteena oli selvittää Himmelin eri hoitokotien henkilöstömitoitus ja -rakenne sekä vanhusten toimintakykyisyys RAVA:n, MMSE:n ja RAI -arviointijärjestelmän avulla.</p> <p>Kehittämishanke toteutettiin pehmeän systeemanalyysin mallinnuksen avulla. Pehmeä systeemanalyysi alkaa tarpeesta parantaa tai kehittää jotain olemassa olevaa. Ydinidealtaan se muistuttaa ongelmanratkaisuprosessia, mutta siinä keskitytään lisäksi tutkimaan myös sitä prosessia jonka tuloksena jokin ratkaisu syntyy. Mallinnus rakentui jäsentymättömästä ongelmasta, nykyhetkestä, visiosta, tulevaisuusmallista, nykyhetken ja tulevaisuusmallin vertailusta sekä kehitysohjelmasta.</p> <p>Aineistonkeruu toteutettiin monistrategisesti. Tiedonkeruumenetelminä käytettiin asiakirjoja kuten RAVA -, MMSE - ja RAI -arviointeja, henkilöstömitoitusta ja -rakennetta, hoitotyöntekijöiden kirjaamia hoitotyönlomakkeita (n= 564), havainnointia, kahden hoitotyöntekijän kirjaamaa kenttäpäiväkirjaa sekä 6.3.5 -menetelmää. Aineistoa analysoitiin sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti.</p> <p>Tuloksissa ilmeni, että henkilöstömitoituksessa ja - rakenteessa sekä asukkaiden hoitoisuudessa eri hoitokotien välillä oli eroavaisuuksia. Tuloksista ilmeni muun muassa se, että hoitokoti Nurmelan ja Kaske-lan vanhukset saivat hyvin tasalaatua hoitoa. Selkeästi heikointa hoitotyön sisältö oli hoitokoti Peltolassa, jossa esimerkiksi vanhukset pääsivät harvoin liikkumaan oman huoneensa ulkopuolelle. Kehittämishankkeen avulla Himmeliin valittiin toimintamalli, jonka mukaisesti henkilöstömitoitus ja -rakenne kohdennetaan tulevaisuudessa joustavasti ja ajantasaisesti. Toimintamallissa otetaan huomioon asukkaiden RAI -arvioinnissa saatu toimintakykyisyys.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	RAI -arviointijärjestelmä, pehmeä systeemanalyysi, monistrategisuus
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun Kaktus-tietokanta <input checked="" type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Second-cycle degree programme in Health Care Management and Development
Author(s) Kirsi Moisanen	
Title Development of human resources and structure's targeting in Service Centre Himmeli with the help of a RAI rating system.	
Optional Professional Studies Health Care Management and Development	Instructor(s) Rauni Leinonen
	Commissioned by The Joint Authority of Kainuu Region
Date Spring 2009	Total Number of Pages and Appendices 129 + 10
<p>Finland will age rapidly during the next few decades. This development challenges the local political decision-makers and leaders to consider ways how to organise services for the elderly in a high quality, dignified and respectful manner for the client. The RAI rating system was implemented in the Service Centre Himmeli in 2007 to evaluate clients' ability to function. The purpose of the development project was to develop a management tool with the help of the RAI rating system, to secure human resources and target them correctly. The objective of the research was to find out according to which operational model the personnel mapping and structure of the Service Centre Himmeli could be targeted flexibly and currently according to the information obtained from the RAI rating system of the elderly. The goal of the development project was to clarify the personnel mapping and structure of the different nursing homes at the Himmeli as well as the elderly's ability to function with the help of the RAVA, MMSE and RAI rating systems. In addition, the goal was to make the nursing personnel committed to perform the RAI ratings. The development project was implemented with a help of a soft modelling of a system analysis. The modelling was built from an unclear problem, present model, vision, future model, from a comparison between the present and future model and a development programme. The development project was implemented multi-strategically. As a data collection method, nursing care forms filled by the nursing personnel, observation, a field diary recorded by two members of the personnel as well as the 6.3.5 method were used. The material was analyzed both quantitatively and qualitatively. The development project showed that there were differences between different nursing homes in personnel mapping and structure as well as in nursing care of the residents. The results showed, among other things, that the elderly received very average nursing care in the nursing homes Nurmela and Kaskela. Nursing care was clearly poorest in Peltola nursing home where the elderly rarely had a chance to move outside their own rooms. With the help of the development project, an operational model was chosen for the Himmeli, according to which the personnel mapping and structure will be targeted flexibly and currently in the future. The operational model takes into account the residents' <u>ability to function as assessed by the RAI rating.</u></p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	RAI rating system, soft system analysis, multi-strategic
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Kaktus Database at Kajaani University of Applied Sciences <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

ALKUSANAT

Kiinnostukseni tutkia työyhteisöni henkilöstömitoitusta ja – rakennetta on syntynyt esimiestyöni pohjalta. Vanhustyössä toimiva esimies on päivittäin haasteiden edessä, yrittäessään ratkaista hoitotyön kuormittavuuden ja henkilöstön riittävyyden välistä yhtälöä. Esimiesten tehtävänä on sekä viestittää työyhteisöjen tilanteista poliittisille päättäjille ja kuntien tai kuntayhtymien virkamiehille sekä etsiä uusia kehittämisideoita haasteiden ratkaisemiseksi. Mahdollisuus suorittaa ylempi korkeakoulu tutkinto Kajaanissa ja tämän tutkimuksen tekemiseen, synnytti melko nopeasti tutkimusidean, joka kantoi loppuun saakka. Kiitos teille kaikille, jotka olette minua tämän prosessin aikana tukeneet.

Kehittämishanketta on taloudellisesti tukenut Sotkamo kunta, jota suuresti kiitän saamastani tuesta ja arvostuksesta. Kehittämishankkeen toteutuksen mahdollistamisesta kiitän Kainuun maakunta – kuntayhtymää ja erityisesti oman työyhteisöni jäseniä Palvelukeskus Himmellisä ja Kuhmon Hoivakodilla. Sydämelliset kiitokseni esitän Kuhmon vastaavalle sairaanhoitajalle Rauni Lipposelle ja Palvelukeskus Himmelin ohjaajalle Tuula Lukkarille sekä toimistoharjoittelijalle Juha Heikkiselle.

Kehittämishankkeen ohjauksesta, eteenpäin vievistä kommentteista ja kannustamisesta kiitän erityisesti yliopettaja Rauni Leinosta. Ilman sinua tämä tutkimus ei olisi tässä. Suuri kiitos kuuluu myös projektiryhmän ja ohjausryhmän jäsenille, erityisesti esimiehelleni Annariitta Airaksiselle, kollegalleni Pirkko Hyvöselle sekä opiskelijatoverilleni, kotihoidon sairaanhoitajalle Raisa Ilkolle.

Lämpimät kiitokset esitän äidilleni sekä isolle siskolleni kaikesta saamastani käytännön avusta, rakkaudesta sekä kannustuksesta. Toivottavasti tämä saavutus tuottaa teille iloa.

Lopuksi kiitän aviomiestäni Petteriä, joka on jaksanut tukea ja kannustaa minua opinnoissani aina yhtä empaattisesti. Kiitän myös tarmokkaita lapsiani Perttua, Tuomasta ja Petraa, jotka ovat jaksaneet odottaa kärsivällisesti sitä hetkeä, jolloin äiti lopettaa kirjoittamisen. Kiitos teille kaikille.

Sotkamossa, huhtikuussa 2009

Kirsi

1 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	1
2 PEHMEÄ SYSTEEMIANALYYSI TUTKIMUKSEN METODOLOGISENA LÄHTÖKOHTANA	5
2.1 Pehmeä systeemianalyysi	5
2.2 Tutkimuksellisen otteen valinta	9
2.3 Tiedonkeruumenetelmät.....	13
2.4 Hoitotyöntekijöiden havainnointilomakkeiston laatiminen.....	19
2.5 Aineiston käsittely ja analyysi.....	20
2.5.1 Kvantitatiivinen analyysi	20
2.5.2 Kvalitatiivinen analyysi.....	23
3 OPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN PEHMEÄN SYSTEEMIANALYYSIN MUKAISESTI.....	26
3.1 Kehittämishankkeen lähtökohdat.....	26
3.1.1 Maakunnallinen RAI -hanke	26
3.1.2 Kainuun Maakunta kuntayhtymän vanhuspalvelut.....	28
3.1.3 Vanhuksen toimintakyvyn arviointi	31
3.1.4 RAI-arviointijärjestelmän hyödynnettävyys	32
3.1.5 Kehittämishankkeeseen sitoutuminen	34
3.2 Nykyhetki.....	38
3.2.1 Vanhusten hyvä hoito	38
3.2.2 Vanhusten toimintakyky	39
3.2.3 Hoitotyö vanhusten tehostetussa palveluasumisessa.....	41
3.2.4 RAI-arviointijärjestelmä vanhusten pitkäaikaishoidossa.....	47
3.2.5 Hoitotyöntekijöiden havainnoinnit vanhusten hoitotyön sisällöstä	50
3.2.6 Vanhusten fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen hoitotyö omilla havainnoinneilla	69

3.3 Visio.....	82
3.4 Tulevaisuusmallit.....	86
3.5 Tulevaisuusmallin vertailu nykyhetkeen	93
3.6 Kehitysohjelma ja toiminta tulevaisuuden muuttamiseksi.....	96
4 POHDINTA.....	99
4.1 Tulosten tarkastelua monistrategisuuden näkökulmasta.....	99
4.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	102
4.2.1 Opinnäytetyön monistrategisuus ja luotettavuus	102
4.2.2 Laadulliset elementit.....	103
4.2.1 Määrälliset elementit.....	107
4.3 Tutkimuksen eettisyys.....	110
4.4 Tutkimuksen merkitys käytännön hoitotyölle ja johtamiselle	114
4.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	117

1 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA, TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Suomi ikääntyy seuraavien vuosikymmenten aikana nopeasti. Tämä kehitys haastaa sekä kuntien poliittiset päättäjät että johdon tunnistamaan toimintaympäristön muutoksen suuntaa ja pohtimaan niitä keinoja, joilla ikääntyneiden palvelut järjestetään laadukkaasti, arvokkaasti ja asiakasta kunnioittaen, vaikuttavasti ja taloudellisesti kestävästi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 9.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman keskeisin tavoite vuosille 2008–2011 on parantaa sosiaali- ja terveyspalvelujen vaikuttavuutta. Hoidon turvallisuus on osa vaikuttavaa ja korkealaatuista hoitoa. Palvelujen laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta on arvioitava ensisijaisesti paikallisesti, mutta arvioinnin tueksi tarvitaan kuitenkin valtakunnallista vertailutietoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 16.)

Henkilöstön määrä, osaaminen ja työhyvinvointi ovat palveluiden vaikuttavuuden ja laadun varmistamisen perusta. Henkilöstön mitoittamisessa on asiakkaiden fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ja hoitoisuuden oltava keskiössä. Olennaisen tärkeää on ottaa huomioon asiakkaiden oikeudet ja toiminnalle asetetut laatu- ja vaikuttavuusvaatimukset eli se, mitä halutaan saada aikaan. Henkilöstön mitoittamisen haasteena on lisäksi turvata saumaton hoito- ja palvelukokonaisuus sekä minimoida henkilöstön vaihtuvuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 32–33.)

Yhteiskunnalliset paineet budjetissa pysymiseksi ja hoidon tehokkuuden parantamiseksi ovat viimeisten vuosien aikana entisestään korostuneet. Jokaiselta sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiolta ja niissä toimivilta työntekijöiltä odotetaan taloudellisiin tavoitteisiin sitoutumista. Myös työehtosopimuksissa nostetaan esille tulospalkkaus tuottavuuden ja taloudellisuuden, vaikuttavuuden ja palvelukyvyn näkökulmasta. Tulospalkkion perusteissa huomioidaan esimerkiksi, miten tehokkaassa käytössä resurssit ovat, kuinka suuret ovat palvelun kustannukset ja onko tulos yhteiskunnan kannalta hyvä. (KV-tes 2007, 176.)

Kainuun maakunta- kuntayhtymän vanhuspalveluiden tavoitteena on kehittää kotihoitoa ja siten hallita vanhusten hoidon kustannuksia. Kuntayhtymän tavoitteena on, että 9 % alle 75-vuotiaista asuu tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon piirissä. Tämä tarkoittaa sitä, että vain kaikista eniten hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevat vanhuksat saavat ympärivuorokautisen

hoitokotipaikan. (Kainuun maakunta kuntayhtymän vanhuspalveluiden BSC vuosille 2008–2012, 2007.)

Tulevaisuudessa yhteiskuntaa uhkaa työvoimapula, ja myös tämä asettaa haasteita yhteiskunnalle ja työyhteisöille. On esitetty, että vuonna 2030 hoidettavia on 50 % enemmän kuin vuoden 2008 lopulla. Vastaavasti työntekijöiden määrä vähentyy 30 %:lla. Tähän uhkaavaan tilanteeseen tulee yhteiskunnassa ja työyhteisöissä varautua riittävän ajoissa ja riittävän huolella. (Pääkkönen, 2008.)

Suomalainen vanhustenhuolto on haasteiden edessä. Käytettävissä olevien vähien taloudellisten resurssien kohdentaminen oikeisiin ja tarvittaviin asioihin ja kohteisiin on erityisen tärkeää. Pitkäaikaisen hoidon tavoitteena on tuottaa mahdollisimman hyvää laatua mahdollisimman taloudellisesti. Siellä toimiva henkilöstö voi hyötyä ja oppia muualla kehitetyistä hyvistä käytännöistä, jos saa niistä tietoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.) Pitkäaikaisen hoidon laadun arviointi ja seuranta, hoitokäytäntöjen kehittäminen, riittävän henkilömitoituksen ja -rakenteen varmistaminen, toiminnan johtaminen ja voimavarojen kohdentaminen ovat haasteita sekä laitos- että kuntatasonpäättäjille (Noro, Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas 2005, 17).

Suurissa vanhusten hoitoyksiköissä saattaa henkilöstöresurssien tasavertaisessa ja oikeudenmukaisessa kohdentumisessa ilmetä vääristymiä. Vanhusten toimintakyvyn, RAI -arviointijärjestelmän avulla saatavien kliinisten pääluokkien - ja kustannuspaino -tulosten avulla pystytään seuraamaan asiakasrakennetta. Näitä tietoja henkilöstömitoituslukuihin vertaamalla pyritään suorittamaan tarvittavia korjausliikkeitä. (Ripsaluoma 2008, 44–45.)

Tässä kehittämistyössä selvitetään Palvelukeskus Himmelin eri hoitokotien henkilöstömitoitus ja -rakenne suhteessa vanhusten toimintakykyisyyteen. Vanhusten toimintakykyisyys selvitetään lähtötilanteessa RAVA:n ja MMSE-testin avulla ja myöhemmin RAI-mittariston avulla.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kehittää RAI -arviointimittariston avulla johtamisen apuväline henkilöstöresurssien turvaamiseksi ja oikein kohdentamiseksi. Lisäksi tarkoitukse-

na on johtamisen näkökulmasta pohtia, miten RAI-arviointijärjestelmän avulla saatu tieto auttaa kohdentamaan henkilöstöresursseja ja – rakennetta käytännön vanhusten hoitotyössä.

Kehittämistehtävän tavoitteena on

- * selvittää Palvelukeskus Himmellisä eri hoitokodeissa olevien vanhusten toimintakykyisyys RAVA:n, MMSE:n ja RAI- -arviointijärjestelmän avulla
- * selvittää Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoitus ja – rakenne
- * hyödyntää RAI -arviointijärjestelmän avulla saatuja tietoja vanhusten toimintakykyisyydestä eri hoitokotien henkilöstömitoitusta arvioitaessa
- * arvioida ja ohjata henkilöstömitoitusta ja – rakennetta vanhusten toimintakykyisyyden mukaisesti
- * sitouttaa hoitotyöntekijät RAI-arviointien tekemiseen

Tutkimustehtävänä on selvittää, minkä toimintamallin mukaisesti Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoitus ja -rakenne kohdennetaan joustavasti ja ajantasaisesti vanhusten RAI -järjestelmän avulla saatujen arviointien mukaisesti?

RAI-arviointijärjestelmän avulla haetaan kokonaisratkaisua vanhusten hoitoisuuden arvioimiseen, henkilöstömitoituksen ja -rakenteen seuraamiseen, voimavarojen kohdentamiseen sekä hoidon suunnittelun ja järjestämisen kehittämiseen. RAI-arviointijärjestelmä on kehitetty hoidon laadun arvioimiseen ja kohdentamiseen, voimavaratarpeen arvioimiseen sekä maksujärjestelmien kehittämiseen (Noro ym. 2005,7). Pitkän aikavälin tavoitteena on kehittää Kainuun maakunta -kuntayhtymän kaikkia tehostetun palveluasumisen yksiköitä koskeva arviointijärjestelmä, jotta eri yksiköitä pystytään vertailemaan asukkaiden toimintakykyisyyden ja henkilöstöresurssien suhteen objektiivisesti. Arviointijärjestelmä tulee jatkossa ottaa myös SAS, suunnittele, arvioi ja sijoita, -toiminnan perustaksi.

Kehittämistyö etenee pehmeän systeemimetodologian mukaisesti. Pehmeä systeemianalyysi alkaa tarpeesta parantaa tai kehittää jotain olemassa olevaa. Ongelman täsmentämisen jälkeen pyritään selkiyttämään kohteen sisäisen rakenteen ja siihen liittyvän prosessin elementtejä ja niiden keskinäistä vuorovaikutusta. Seuraavaksi määritellään alustavasti ne osatekijät, joilla systeemiä voitaisiin kehittää. Kehittämiseen suuntaavien ydinvisioiden määrittelyjen jälkeen muodostetaan erilaisia käsite- ja ratkaisumalleja. Näitä ratkaisumalleja kehitellään käyttäen

hyväksi yleistä systeemiajattelua. Ratkaisumalleja verrataan todellisuuteen ja vertailun tuloksia hyväksi käyttäen määritellään todellisuuden tasolla systeemin kohdistuvat suotavat ja toivottavat muutokset. Lopuksi suoritetaan tarvittavat muutokset. (Chekland 1990, 190.) Ydinidea pehmeässä systeemissä on se, että se muistuttaa ongelmanratkaisuprosessia mutta siinä keskitytään lisäksi tutkimaan myös sitä prosessia jonka tuloksena jokin ratkaisu syntyy (Anttila 2006, 437).

Tämä opinnäytetyö on haaste sekä hoitotyöntekijöille että itselleni esimiehenä, projektipäällikkönä ja tutkijana. Työntekijät opettelevat arjen hoitotyön rinnalla uuden vaativan asiakkaan arviointivälineen. Hoitotyöntekijöiden tulee pysyä arvioineissa aikataulussa, jotta asiakas arvioinnit ovat mukana Stakesin vertailukehittämisessä ja jotta tämä kehittämistyö saa aineistoa analysointia varten. Johtajalle kehittämistyö on haasteellinen, koska siinä paneudutaan vaikeisiin työyhteisön asioihin kuten henkilöstön mitoittamiseen eri hoitokotien välillä. Kehittämistyö herättää myös eettisiä kysymyksiä johtamisesta. Kehittämishankkeen eteneminen projektin mukaisesti mahdollistaa minulle projektipäällikön työhön perehtymisen. Haasteellisin asia tässä projektissa tulee olemaan aikataulun pysyvyys. Koen kehittämishankkeen haasteena myös tutkimuksen näkökulmasta arvioituna. Tutkimusmetodien ja erilaisten aineiston keruumenetelmien viidakossa voi olla vaikeaa löytää juuri omaan kehittämistyöhön parhaiten soveltuvat loogiset ja toisiaan tukevat menetelmät.

2 PEHMEÄ SYSTEEMIANALYYSI TUTKIMUKSEN METODOLOGISENA LÄHTÖKOHTANA

Tämä kehittämistehtävä rakentuu pehmeän systeemianalyysin mallinnuksen pohjalle. Pehmeä systeemianalyysi käynnistää muutosprosessin, jonka seurauksena valitaan uusi toimintatapa henkilöstömitoituksen ja – rakenteen kohdentamisen kehittämiseksi. Kehittämishankkeessa yhdistetään sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen tutkimusaineisto ja -menetelmä eli tutkimus on monistrateginen. Tiedonkeruu menetelminä käytetään asiakirjoja, hoitotyöntekijöiden kirjaamia hoitotyölomakkeita, havainnointia, kenttäpäiväkirjoja sekä 6.3.5 – menetelmää. Kehittämishankkeessa laaditaan oma mittaristo, jonka avulla hoitotyöntekijät seuraavat vanhusien hoitotyötä. Aineistoa analysoidaan sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti.

2.1 Pehmeä systeemianalyysi

Systeemi tarkoittaa ilmiötä, jossa on olemassa vuorovaikutusta sen eri osien välillä. Se voi olla toimintaa artefaktien eli ihmisen aikaansaamien kohteiden sisällä ja välillä. Ahtaammin määriteltynä systeemillä tarkoitetaan tietyn funktion omaavaa vuorovaikutusta. Täsmällisemmin määriteltynä systeemillä tarkoitetaan järjestelmää, ryhmää asioita tai osia, jotka toimivat kokonaisuutena jonkin päämäärän toteuttamiseksi. Se voi myös olla joukko ideoita, teorioita ja toimintamalleja, joiden mukaan jokin saadaan toimimaan. Systeemiajattelu rakentuu systeemistä, elementistä, vuorovaikutuksesta, panoksesta, tuotoksesta ja palautteesta. (Anttila 2006, 432.)

Systeemiajattelu ja siitä kehitettyjen erityisten menetelmien kokonaisuus eli systeemimetodologia on keino ymmärtää havaittujen tapahtumien ja ilmiöiden kokonaisuuksia, ominaisuuksia ja niiden välisiä suhteita. Systeemianalyysi mahdollistaa monimutkaisten dynaamisten prosessien tarkastelun, ilman että jokainen prosessiin tavalla tai toisella vaikuttava toimija joudutaan määrittelemään, mallintamaan tai kuvaamaan erikseen. Systeemianalyysillä hahmotetaan systeemin eri tekijöiden hierarkkista järjestäytymistä ja näin voidaan laajentaa ymmärrystä tarkastelun alla olevista ongelmakohtista. (Anttila 2006, 432.)

Systeemissä kokonaisuus muodostuu funktionaalisista osatekijöistä, joiden toimintaa tarkastellaan fyysis-teknisten näkökulmien valossa. Systeemien tutkimukseen voidaan kuitenkin ottaa mukaan fenomenologisia ja hermeneuttisia näkökulmia selvittämään tiettyjä kokemuksia ja elämysaspekteja sekä sisältöelementtien vaikutusta ihmisten väliseen toimintaan. Systemianalyysi on tutkimusmenetelmällisesti tehokas selitys- ja kuvausjärjestelmä. Systeemillä voidaan saada aikaan synergiaa ja ilmiöitä voidaan tarkastella tietyissä ajanjaksoissa, kuten sykleittäin tai vaiheittain. (Anttila 2006, 432–433.)

Pehmeässä systeemianalyysissä metodologialla tarkoitetaan joukkoa erilaisia metodeja tai tekniikoita, jotka sovelletaan kulloiseenkin tilanteeseen soveltuviksi ratkaisumalleiksi. Systeemissä etenevä suunnittelija vastaa samanaikaisesti sekä kysymykseen ”mitä?” että kysymykseen ”miten?”. (Mannermaa 1992, 260.)

Pehmeä systeemianalyysi on tulevaisuustutkimuksen piirissä kehitetty oma metodi. Pehmeä systeemimetodologia on toimintatutkimukseen pohjautuva menetelmä, joka periaatteiltaan pohjautuu Cheklandin vuonna 1985 kehittämään 1990 luvun lopussa uudelleen jäsentämään työskentelytapaan. Tulevaisuuden tutkimuksessa menetelmän avulla pyritään löytämään yhteys päätöksentekoyksiköiden tavoitteiden asetteluun, tulevaisuuden tutkimuksen tuottamien visioiden ja nykyisyyttä koskevan itseymmärryksen välille. Tästä tiedosta synnytetään näkemys muutosprosessista, jolle päätöksenteko yksikkö voi varautua erilaisiin mahdollisiin tulevaisuuksiin. Pehmeä systeemimetodologia on prosessin sisäistä ja ulkopuolista reflektointia sekä arvioivaa tietoa hyväksi käyttävä menetelmä. (Anttila 2006, 436.)

Pehmeää systeemianalyysiä pidetään metodina käytännönläheisten ja tulostavoitteisten kehittämistehtävien tutkimustehtävissä. Lähtökohtana siinä ovat pehmeät, huonosti ja epätasaisesti määritellyt ongelmat. Kriteerinä ratkaisulle on, että asianomaiset ihmiset pitävät sitä onnistuneena tai että ongelmatilanne on parantunut tai että on saatu näkemystä asiaan. Sen jälkeen valitaan järjestelmä joka ratkaisee suunnittelijan havaitseman ongelman ja aloitetaan toimenpiteet. Valitun systeemin tavoitteet ja suoritusten mittaukset määritellään sekä suoritusten ja tulosten arvioinnit suunnitellaan. Pehmeä systeemi muistuttaa ongelmanratkaisuprosessia tosin siinä keskitytään tutkimaan myös sitä prosessia jonka tuloksena jokin ratkaisu syntyy. Systeemiajattelu syntyy tarpeesta seurata, ymmärtää ja suunnitella kasvua ja muutosta

monimutkaisissa yhteyksissä, joissa joukko erilaisia tekijöitä on vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. (Anttila 2007, 133; Anttila 2006, 436–437.)

Pehmeän systeemimetodologian soveltamien omaan kehittämistyöhön mukaillen Lammenojan (2005) esitystä (Liite 1):

1. Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoitus ja – rakenne eli jäsentymätön ongelma

2. Todellisuus eli nykyhetki

- * miten henkilöstöresurssit on kohdennettu lähihoitaja, sairaanhoitaja, hoitoapulainen/hoitokoti
- * mikä on vanhusten tämän hetkinen toimintakyky ja miten sitä mitataan: RAVA ja MMSE- testien tulokset, vanhusten määrä/hoitokoti
- * testitulosten analyysi

3. Visio

- * miten henkilöstöresurssit, mitoitus ja rakenne, tulisi jatkossa kohdentaa vanhusten toimintakyvyn arviointi huomioon ottaen
- * ihannetila, johon pyritään

4. Tulevaisuusmalli/ -t

- * miten visio saavutetaan

5. Tulevaisuusmallin vertailu nykyhetkeen

- * mitä muutoksia joudutaan tekemään

6. Kehitysohjelma

- * miten muutokset toteutetaan
- * mitä muutokset vaativat henkilöstön mitoitukselta ja rakenteelta
- * miten hoitotyöntekijät sitoutuvat muutokseen

(Lammenoja 2005.)

Kun ratkaisu näyttää hyväksyttävältä, tarkistetaan sen luotettavuus todellisuuteen nähden. Tarkistuksen kriteerinä pidetään toiminnan tavanomaista kulkua. (Anttila 2006, 438.) Pehmeän systeemimetodologian prosessi etenee projektisuunnitelman mukaisesti. Systemianalyysin tuloksena syntynyttä ratkaisua arvioidaan suhteessa kehittämistyön tavoitteisiin. Pehmeä systemianalyysi voidaan tutkimusmenetelmällisesti toteuttaa pääpiirteittäin samoilla periaatteilla kuin realistinen evaluaatio (Anttila 2006, 438).

Mannermaa (1992) toteaa pehmeän systeemimetodologian sovelluksesta tulevaisuudentutkimukseen olennaisena erona alkuperäiseen Checklandin metodologiaan olevan selvän tulevaisuussuuntautuneisuuden systeemiajattelussa ja sitä seuraavissa vaiheissa. Tavoitteena ei ole niinkään nykyhetkellä olemassa olevan ongelmatilanteen strukturoinnin, käsitteellisen mallin muodostamisen ja näiden vertailun avulla etsiä ratkaisuja konkreettisiin nykyhetken ongelmiin. Sen sijaan tavoitteena on nykytilan strukturoinnin ja tulevaisuusmallin sekä näiden välisen vertailun avulla etsiä mahdollisia, toivottavia ja epätoivottavia kehityssuuntia tutkimuksen kohteena olevalle päätöksentekoyksikölle. (Mannermaa 1992, 262.) Tulevaisuudentutkimuksessa pehmeän systeemimetodologian avulla järjestelmälle eli systeemille voidaan hahmottaa toivottava tulevaisuus tai monia mahdollisia tulevaisuuksia, joista valitaan tavoiteltavin tulevaisuus. Aluksi kartoitetaan järjestelmän nykytila eli eri osa-alueiden toiminnot ja toimijoiden, osa-alueiden ja rakenteiden väliset riippuvuudet. Nämä asiat selvitetään myös tavoiteltavasta tulevaisuudentilasta eli tulevaisuudenmallista. Näitä tiloja vertaamalla mietitään toimintastrategian toteuttamista eli kehittämisohjelmaa, jonka avulla päästään tavoiteltavaan tilaan. Tulevaisuudentutkimuksen näkökulmasta tarkasteltuna pehmeä systeemimetodologia kuvaa siis hallitun muutoksen prosessia. (Rubin 2002, 171–172.)

Tulevaisuudentutkimuksessa kerätään tulevaisuutta koskevaa tietoa systemaattisesti sekä kuvataan ja rakennetaan vaihtoehtoisia tulevaisuuksia mahdollisimman laajasti ja uskottavasti (Kokkonen, Kuuva, Leppimäki, Lähteinen, Meristö, Piira & Säaskilahti 2005, 34). Tulevaisuudentutkimuksen perustehtävänä on merkitysten antaminen uudelle tiedolle. Tästä syystä erityisesti pehmeä systeemimetodologia soveltuu hyvin tulevaisuudentutkimuksessa käytettäväksi menetelmiksi. Pehmeän systeemimetodologian tulevaisuudentutkimussovelluksen avulla voidaan selvittää, mitkä ovat mahdollisia, toivottavia ja vähemmän toivottavia kehityssuuntia tarkastelun alla olevassa ilmiössä. Nämä kehityssuunnat kartoitetaan vaiheittain täsmentämällä kyseessä olevan ilmiön nykyinen tila, laatimalla toivottava tulevaisuusmalli ja vertailemalla näitä keskenään. (Rubin 2002, 193.)

Pehmeää systeemianalyysiä tulevaisuudentutkimukseen sovellettaessa on tärkeää ottaa huomioon, että vaikka vaiheet on numeroitu, kysymyksessä ei ole kronologisesti seurattava prosessi vaan sellainen kokonaisuus, jonka eri vaiheet ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään (Rubin 2002, 194).

Tulevaisuudentutkimuksen keskeisenä tutkimuskohteena on nykyisyys. Kaikki havainnot perustuvat nykyisyyteen. Tulevaisuus on olemassa kuvitelmien avulla. Tulevaisuudelle on luonteenomaista vaihtoehtoisuus, sillä tulevaisuus on joukko erilaisia mahdollisia tulevaisuuksia. (Metsämuuronen 2001, 7.) Nykyisen ymmärryksen valossa näyttää perustellulta, että todellisuus voi kehkeytyä useita erilaisia tulevaisuuspolkuja pitkin. Tulevaisuuspolut ovat mahdollisia tapahtumainkulkuja, joita pitkin pääsemme erilaisiin mahdollisiin maailmoihin. Tulevaisuuspolut itse ovat mahdollisten maailmojen oleellisia elementtejä. Keskeinen tehtävä tulevaisuudentutkimuksessa on erilaisten mahdollisten maailmojen ja niiden saavutettavuuden ehtojen kartoittaminen, millaisilla päätöksillä ja toimenpiteillä voidaan mihinkin mahdolliseen maailmaan pyrkiä nykyisyydestä käsin. (Kamppinen, Malaska & Kuusi 2002, 25.)

Valitsin tähän kehittämistyöhön pehmeän systeemianalyysin, koska halusin ymmärtää havaittujen tapahtumien kokonaisuuksia ja niiden välisiä suhteita. Pehmeä systeemianalyysi yhdistettynä tulevaisuuden tutkimukseen mahdollistaa yhteyden tavoitteiden, tulevaisuuden visioiden ja nykyisyyden itseymmärryksen välille. Tämän ansiosta voidaan käynnistää muutosprosessi. Tässä kehittämistyössä muutosprosessi tarkoittaa erilaisten vaihtoehtojen ja sitä kautta ratkaisujen etsimistä ja löytämistä henkilöstömitoituksen ja -rakenteen uudelleen järjestämiseksi. Ratkaisun kriteereinä ovat joko asianomaisten näkemys ongelmatilanteen parantumisesta tai poistumisesta tai uusien näkemysten saaminen käsiteltävään asiaan. Tässä kehittämistyössä haetaan ennen kaikkea uutta toimintamallia tai toimintatapaa henkilöstömitoituksen ja -rakenteen kohdentamisen kehittämiseen, mutta se herättää myös keskustelua ja näin ollen antaa uusia näkökulmia asian edelleen käsittelemiseen.

2.2 Tutkimuksellisen otteen valinta

Laadullinen tutkimusprosessi on aina jossain määrin ainutkertainen, sillä siinä sovelletaan luovasti perussääntöjä ja usein myös luodaan uusia sääntöjä (Alasuutari 1999, 24). Tämä opinnäytetyö mukailee laadullista tutkimusprosessia, mutta toisaalta tässä on myös kvantitatiivinen tutkimusprosessin piirteitä. Viime aikoina koko jako kvantitatiivisen ja kvalitatiiviseen tutkimukseen on yhä useammin saatettu kyseenalaiseksi ja niiden välinen raja on hämärtyntynyt (Alasuutari 1999, 26). Pehmeä systeemianalyysi edellyttää kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen rajan hämärtymistä (vrt. Anttila 2006, 438).

Monitieteinen ja monimetodinen menetelmä ihmistä koskevien ongelmien tutkimuksessa lisää tietoa monin verroin enemmän kuin pidättäytyminen yhteen ainoaan menetelmään. Silloin kun korostetaan ilmiöiden ja ilmiöryhmien laadun tarkastelua puhutaan kvalitatiivisesta tutkimusotteesta. Tällöin päämääränä on tutkittavien ilmiöiden ymmärtäminen. Kvantitatiivisen lähestymistavan päämääränä on puolestaan ilmiöiden selittäminen ja ennustaminen. Pääteltäessä, mitä tutkimusotetta tutkimuksessa käytetään, ei primaarista ole niinkään kvantitatiivisuuden tai kvalitatiivisuuden korostaminen, vaan tiedon intressi, pyritäänkö selittämään vai ymmärtämään ilmiötä. Tiedon intressistä seuraa tutkimustyössä esimerkiksi joko tutkittavan ilmiön kokonaisuuden tarkastelu tai ilmiön yksityiskohtainen erittely osiinsa ja jonkin osan tarkempi selvittely. (Hirsjärvi & Hurme 1980, 14–17.)

Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen yhdistämistä on nimetty monistrategiseksi tutkimukseksi sekä triangulaatioksi (Hirsjärvi & Hurme 2001, 26–28). Triangulaatio tarkoittaa sekä useiden rinnakkaisten menetelmien, että myös useiden rinnakkaisten tutkimusstrategioitten käyttöä tutkimuksessa. Monistrategiset tutkimusotteet tarkoittavat samaa tutkittavaa ilmiötä lähestyttävän usealta eri suunnalta, monimenetelmällisesti. Monimenetelmällisyys tarkoittaa myös useiden rinnakkain koottujen aineistojen käsittelyä samassa tutkimuksessa. (Anttila 2006, 469.) Triangulaatio, joka liittyy tutkimusaineistoon, tarkoittaa useiden erilaisten tutkimusaineistojen käyttöä saman ongelman ratkaisemiseksi. Erilaisia aineistoja tutkittavalta alueelta keräämällä, pyritään asiasta saamaan monipuolinen ja rikas kuva. Useiden erilaisten tutkimusmenetelmien käyttö tarkoittaa metodologista triangulaatiota. Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen menetelmän käytössä on usein kyse juuri tästä triangulaatiotyypistä. (Leino-Kilpi 2006, 225–226.) Menetelmätriangulaatio on aikaa vievä tapa tehdä tutkimusta, mutta sen avulla voi laajentaa ja syventää tutkimuskohteesta saatavaa tietoa (Eskola & Suoranta 1998, 71).

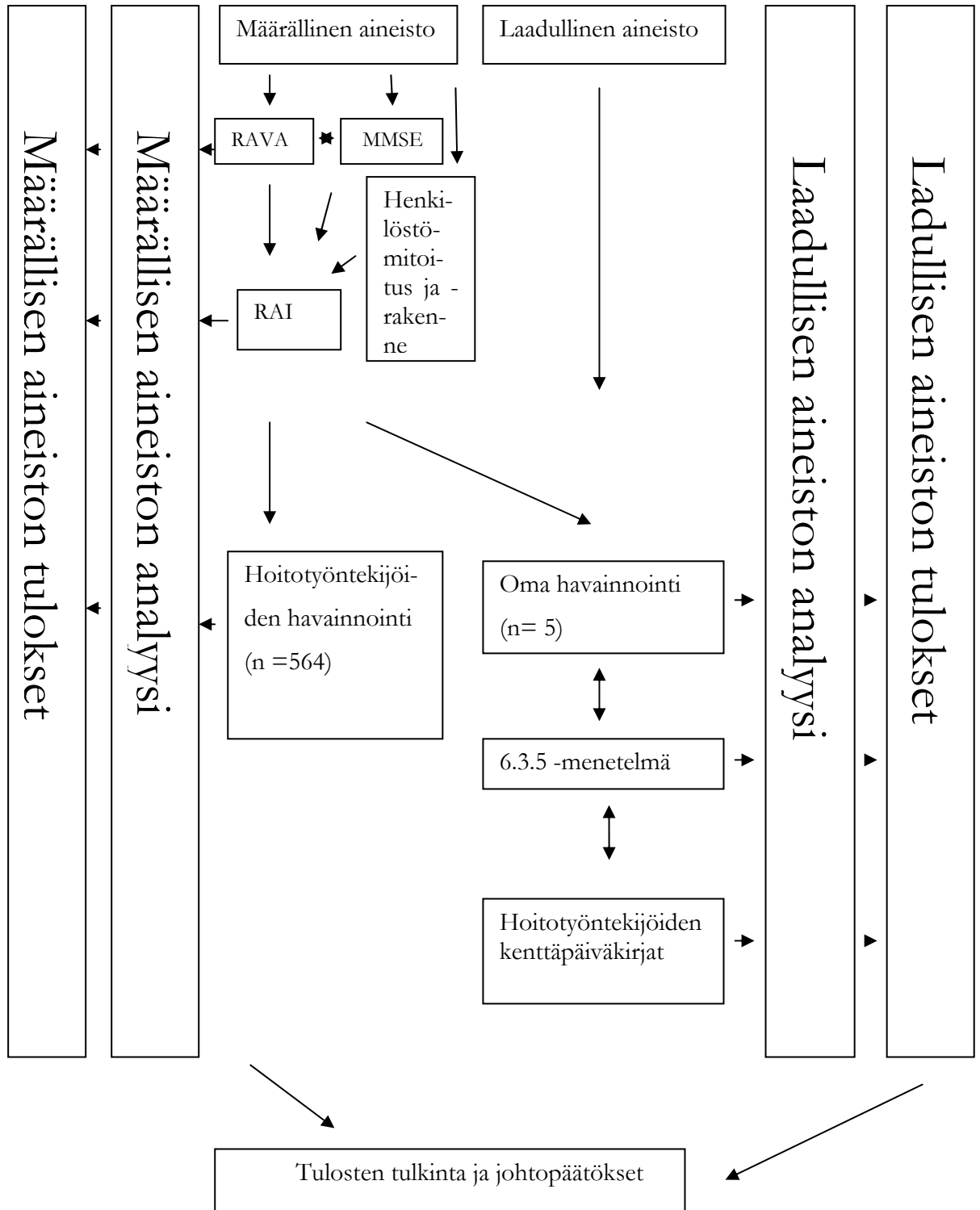
Triangulaatio voi tarkoittaa myös tutkijaan tai tietoperustaan liittyvää triangulaatiota. Tutkijaan liittyvässä triangulaatiossa usea tutkija tutkii samaa ilmiötä ollen mukana joko osassa tutkimusprosessia tai koko tutkimusprosessissa. Teoriaperustaan liittyvässä triangulaatiossa tutkimusaineiston tulkinnassa hyödynnetään useita teoreettisia näkökulmia. (Eskola & Suoranta 1998, 69–70; Tuomi & Sarajärvi 2002, 141.) Triangulaatiotyypiksi voidaan lisätä myös aineiston analyysiin liittyvä triangulaatio, jolloin tutkimusaineiston analyysissä käytetään useita erilaisia analyysimenetelmiä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 142–143).

Tässä kehittämistyössä triangulaatio liittyy sekä tutkimusaineistoon että tutkimusmenetelmään. Tutkimusaineistoon liittyvässä triangulaatiossa käytetään samassa tutkimuksessa useita erilaisia aineistoja tai tiedonantajia saman ongelman ratkaisemiseksi eli tässä kehittämistyössä muun muassa hoitotyöntekijöiden havainnointia, omaa havainnointia ja RAI – arviointeja. Menetelmään liittyvässä triangulaatiossa tutkimusaineiston hankinnassa käytetään useita tutkimusmenetelmiä eli tässä kehittämistyössä muun muassa havainnointeja, RAVA- ja MMSE -tuloksia sekä 6.3.5 – menetelmää. Sekä aineistoon että menetelmään liittyvä triangulaatio ovat lähellä toisiaan, sillä kehittämistyön tavoitteena on tutkia samaa ongelmaa usean eri aineiston ja menetelmän avulla. Tässä opinnäytetyössä tiedon intressi sisältää aluksi ilmiön yksityiskohtaisen erittelyn eri aineistonkeruumenetelmien avulla, mutta myöhemmin ilmiötä tarkastellaan kokonaisuutena.

Monistrategisella otteella pyritään lisäämään erilaisia näkökohtia samasta asiasta. Samalla se sekä lisää tutkimuksen validiutta että helpottaa teorian kehittämistä. (Layder 1993, 109.) Myös Creswell, Clark & Tashakkori (2007, 9) kirjoittavat eri menetelmien käyttämisen samassa tutkimuksessa antavan toisiaan täydentäviä todisteita tutkittavasta ongelmasta kuin pelkästään kvantitatiivinen tai kvalitatiivinen tutkimus yksinään. Brannen (1992, 11) käyttää menetelmään liittyvän triangulaation kohdalla nimitystä metodien yhdistäminen (mixed methods), silloin kun tutkija tarkastelee kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineiston yhdistämistä. Tashakkori & Teddlie (1998, 12) kuvaavat myös mixed methods tutkimusmenetelmien avulla hankittujen aineistojen, laadullisen ja määrällisen yhdistämistä. Mixed methods tarkoittaa Creswellin, Clarkin ja Tashakkorin (2007) uusimman teoksen mukaan sitä, että tutkija kerää ja analysoi sekä määrällistä että laadullista aineistoa. Lisäksi se tarkoittaa yhdistetyn aineiston tulkintaa ja tutkimuksen tulosten raportointia yhtenä kokonaisuutena tai monimenetelmällisenä tutkimuksena.

Erot kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen välillä liittyvät lähinnä siihen, mitä halutaan tutkia. Yhdistetyt tutkimusstrategiat voivat vaihdella useilla eri perusteilla. Luokittelu voidaan tehdä sen mukaan missä järjestyksessä menetelmät esitetään tai menetelmien tehtävien mukaan. Voidaan erottaa muun muassa seuraavat tehtävät: varmentava käyttö, täydentävä eli komplementaarinen käyttö, laukaiseva, innoittava käyttö sekä kuvaileva käyttö. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 28–32.) Tässä kehittämistyössä korostuu tutkimusstrategioiden komp-

lementaarinen käyttö. Täydentävällä käytöllä tarkoitetaan sitä, että kvalitatiivista ja kvantitatiivista aineistoa tuottavat tiedonkeruumenetelmät suunnitellaan jo alkuun kattamaan tutkimuksen eri vaiheita (Hirsjärvi & Hurme 2001, 32).



Kuvio 2. Tutkimusmenetelmien täydentävä käyttö kehittämistyössä

Kuvio 2 kuvaa että määrällinen ja laadullinen aineisto kerättiin osittain eriaikaisesti ja osittain samanaikaisesti. RAI -arviointien avulla saatavat asukkaiden kustannuspainot vaikuttavat omassa havainnoinnissani havainnoitavien vanhusten valintaan. Muuten aineistot eivät vaikuta toisten aineistojen keräämiseen. Kaksi erilaista aineistoa integroidaan eli liitetään yhteen tulkinnan ja johtopäätösten yhteydessä. Määrälliset ja laadulliset aineistot ovat samanarvoisia ja niillä on opinnäytetyössä tasavertainen painoarvo. Tämän kaltaisesta aineistojen yhdistämisestä Creswell ym. (2007) käyttävät nimitystä yhteen liitetty aineisto.

Hoitotieteessä kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen yhdistämiseen ja triangulaatioon liittyvät kysymykset vaativat vielä paljon testaamista ja käytännön esimerkkejä. Kaksi perus-oletusta tukee kuitenkin triangulaation käyttöä hoitotieteessä. Ensiksi, hoitaminen muodostuu todellisuudessa kvaliteeteista ja kvantiteeteista, se ei ole vain jompaakumpaa. Käytännössä hoitotyöntekijät yhdistävät erilaisia kuvausjärjestelmiä määrittäessään asiakkaidensa ongelmia, laatiessaan suunnitelmia ja arvioidessaan hoidon tuloksellisuutta. Hoitaminen on hollistista ja moniulotteista. Toiseksi kvaliteetti ja kvantiteetti ovat samanarvoisia. Ne vastaavat erilaisiin kysymyksiin, joiden arvoissa ei ole eroavaisuuksia ja jotka molemmat kuitenkin ovat välttämättömiä todellisuuden tutkimuksessa. (Leino-Kilpi 2006, 228.)

2.3 Tiedonkeruumenetelmät

Tiedonhankintamenetelminä eli metodeina tässä kehittämishankkeessa käytetään asiakirjojen tutkimista (RAVA ja MMSE, RAI-arvioinnit, henkilöstömitoitus ja -rakenne) hoitotyöntekijöiden kirjaamia hoitotyönlomakkeita (hoitotyöntekijöiden suorittama havainnointi omasta työstään), havainnointia, kolmen hoitajan kirjaamaa kenttäpäiväkirjaa sekä 6.3.5 -tekniikkaa. Liitteestä 2 ilmenee eri arviointimenetelmät, aikataulu, prosessin vaihe, arvioinnin tavoitteet sekä arvioinnin kohde. Useita aineistonkeruumenetelmiä käytettäin, jotta saadaan mahdollisimman monipuolinen ja todellinen kuva tutkittavasta ilmiöstä. Myös pehmeän systeemiaanalyysin käyttö edellyttää monipuolista kuvaa muutosprosessissa olevasta kohteesta. Tässä kehittämishankkeessa aineiston keruu alkoi heinäkuun lopussa 2008 ja päättyi maaliskuussa 2009. Aineiston hankinta kesti kahdeksan kuukautta. Monimenetelmällisyys tarkoittaa, että

aineistoa kerätään samoista lähteistä monella eri menetelmällä ja näitä menetelmiä yhdistetään toisiinsa (Anttila 2006, 277).

Dokumenteilla tarkoitetaan kaikenlaista ilmiötä dokumentoivaa aineistoa. Valmiin aineiston käyttö on joskus ainut mahdollisuus saada kootuksi tietoa jostain tietyistä aiheista. Toisaalta dokumentteja käytetään usein triangulaatiossa eli useamman lähteen samanaikaisessa ja rinnakkaisessa käytössä. (Anttila 2006, 203–204.) RAVA- mittariston ja MMSE -testien avulla saadaan selville vanhusten lähtötilanteen toimintakykyisyys. Asiakirjoista selviää henkilöstömitoitus ja – rakenne. RAI -arvioinnista saadaan selville asiakkaan voimavarat ja ongelmat, fyysinen toimintakyky, kognitio, masennus, kipu ja painoindeksi sekä asiakasrakennetta kuvaava luokitus (Boholm 2005, 40).

Hoitotyöntekijöiden kirjaamissa hoitotyönlomakkeissa kerättiin tietoa miten eri hoitokodeissa vanhuksia hoidetaan. Havainnointilomakkeen (Liite 3) suunnittelua ohjasi sekä hoitokotien vuorokausirytmä että vanhuksen RAVA -toimintakyky mittarin avulla arvioitavat asiat. Palvelukeskus Himmellisä hoitotyöntekijät toteuttivat oman työnsä havainnointia ja kirjaamista kahden päivän ajan marraskuussa 2008. Suurimmassa osassa hoitokodeista aineisto kerättiin 18. ja 19. marraskuuta. Puistola-Lampelan -hoitokodeissa hoitotyöntekijöiden havainnointi toteutettiin 18. ja 21. marraskuuta, koska hoitokodissa oli putkiremontin vuoksi vesikatkos 19. päivänä marraskuuta. Vesikatkos aiheutti hoitotyöntekijöille ylimääräistä työtä, ja se olisi näin ollen vaikuttanut virheellisesti hoitotyönlomakkeiden kirjaamiseen. Hoitotyöntekijät kirjasivat valmiille hoitotyönlomakkeelle, mitä asioita vanhusten hoitotyöhön sisältyi. Havainnoinnin kohteena olivat esimerkiksi ruokailu, liikkuminen, puhtaus, seurustelu muiden asukkaiden kanssa sekä viriketoiminta (Liite 3). Lomakkeilla kerättyjä tietoja verrattiin keskenään, jotta saatiin selville, minkälaisia eroja hoitotyön sisällössä eri hoitokotien välillä on. Hoitotyöntekijöiden kirjaamia hoitotyönlomakkeita kertyi 564 kappaletta. 60 hoitajaa osallistui hoitotyönlomakkeen täyttämiseen ja havaintoja tehtiin 159 vanhuksesta. Jokainen hoitotyöntekijä ja vanhus laskettiin eri havainnointipäivinä erikseen tutkimukseen mukaan.

Havainnoinnin eli observoinnin avulla saadaan tietoa, toimivatko ihmiset niin kuin he sanovat toimivansa. Havainnoinnin suurin etu on, että sen avulla voidaan saada välitöntä, suoraa tietoa yksiköiden tai organisaatioiden toiminnasta ja käyttäytymisestä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 207–208.)

Havainnointi yksin tai yhdessä toisten aineistonkeruumenetelmien kanssa on aina aikaa vievä aineistonkeruumenetelmä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 83). Havainnointitietoa on kuitenkin mahdollista onnistuneesti yhdistää muulla tavoin kerättyyn aineistoon. Sen avulla voidaan saada havainnollista, kuvailevaa tietoa syventämään muulla tavoin kerättyä tutkimusaineistoa. (Grönfors 2001, 129.)

Grönforsin (2001, 127) mukaan on aina syytä pohtia, miksi tiedonhankintamenetelmänä käytetään havainnointia. Ensiksi, mikäli tutkittavasta ilmiöstä tiedetään hyvin vähän tai ei lainkaan, ei voida valmistella teemahaastattelun edellyttämiä teema-alueita etukäteen. Toiseksi, havainnointi kytkee muita tiedonkeruumenetelmiä paremmin saadun tiedon sen kontekstiin. Asiat ovat oikeissa yhteyksissä. Kolmanneksi, kysely tai teemahaastattelu tuo helpommin esille johonkin ilmiöön tai asiaan liittyvät normit kuin varsinaisen normiin liittyvän käyttäytymisen. Neljänneksi, haluttaessa monipuolista tietoa lukuisine yksityiskohtineen, ei niitä ole aina mahdollistakaan kartoittaa muuten kuin havainnoimalla.

Havainnoinnin asteet vaihtelevat piilohavainnoinnista osallistuvaan havainnointiin. Tutkija voi olla pelkkä havainnoija. Hän voi olla osallistumatta lainkaan subjektin elämään ja toimintaan, vaikka tutkittavat tietävätkin, että heitä tutkitaan. Tutkijan rooli on olla mahdollisimman näkymätön. Tällaisessa tilanteessa tutkijan tilapäinen läsnäolo voi muuttaa tutkittavien käyttäytymistä. Tämän tyyppiseen osallistumattomaan havainnointiin voidaan muun muassa ryhtyä silloin kun osallistuminen ei tuo mitään merkittävää näkökulmaa esille tutkimukseen tai kun tilanne on puitteiltaan ja vuorovaikutukseltaan niin rajattu, että tutkija voidaan sijoittaa kutakuinkin häiritsemättä tilanteeseen. (Grönfors 2001, 129–131.) Havainnoinnissa, ilman osallistumista, tutkimuksen tiedonantajien ja tutkijan välinen vuorovaikutustilanne ei ole tiedonhankinnan onnistumisen kannalta tärkeä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 84).

Hoitotyöntekijöiden havainnoinnin lisäksi aineistoa kerättiin oman havainnointini avulla. Havainnoin Peltolan, Nurmela-Riihelän, Koivula-Aholan, Puistola-Lampelan ja Kaskelan hoitotyötä yhtenä päivänä kello aamu seitsemän ja iltapäivä yhden välillä, yhteensä viiden päivän ajan. Havainnointipäivät olivat 2.12, 3.12, 4.12, 30.12.2008 ja 9.1.2009. Havainnointi toteutettiin jokaisen hoitosiiven yhdelle vanhukselle, joka oli saanut RAI -arvioinnista CMI -kustannuspainon 1,29. Hoitokodit koostuivat Peltolasta, Riihelästä, Koivulasta, Lampelasta sekä Kaskelasta. Mikäli hoitokodissa oli useampi saman pistemäärän saanut vanhus, havain-

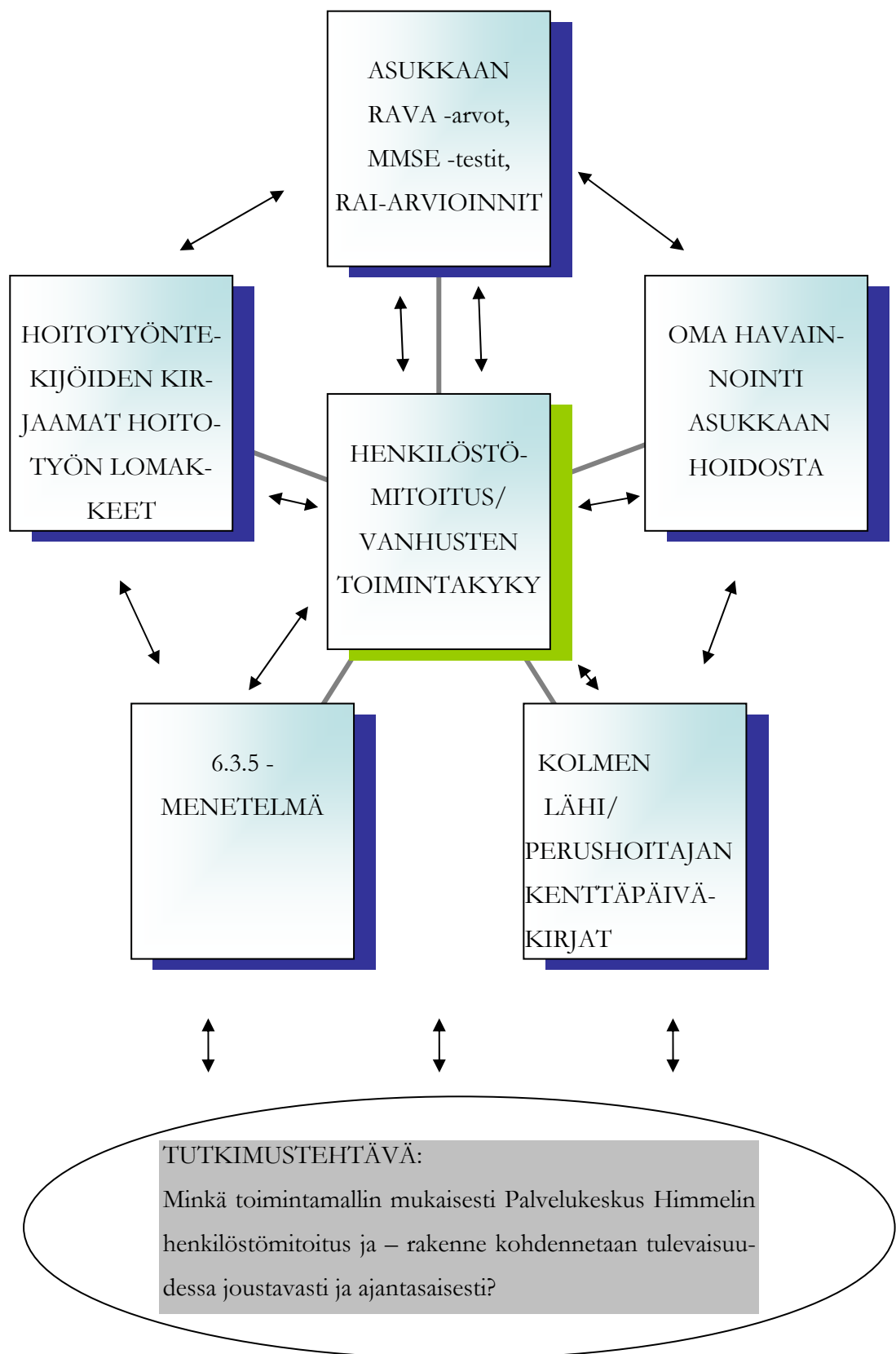
noinnin kohde valittiin aakkosjärjestyksessä hoitokodin ensimmäinen 1,29 pistettä saaneen vanhuksen mukaisesti. RAI -arvioinnin kustannuspaino – tulokseksi valittiin 1,29, koska jokaisesta hoitokodeista löytyi sen pistemäärän saanut vanhus. Tämä kustannuspaino kertoo vanhuksen tarvitsevan runsaasti apua ja hoivaa. RAI -arvioinnista saatava kustannuspaino on pienimmillään 0,42 ja suurimmillaan 2,52. Tampereen Koukkuniemen vanhainkodin asukkaiden kustannuspaino oli syksyllä 2007 keskimäärin 1,05. Vastaava luku oli samana vuonna koko maan laitosaineistossa 1,10, vanhainkodeissa 1,03 sekä pitkäaikaisilla terveyskeskusosastoilla 1,20. (Heikkilä & Finne-Soveri 2008, 14,16.) Kaikkien Palvelukeskus Himmelin asukkaiden kustannuspainon keskiarvo oli syksyllä 2008 1,21.

Lähdin toteuttamaan omaa havainnointiani ilman etukäteen valmisteltua havainnointilomakkeistoa, jotta olisin avoin havainnoimaan vanhuksen hoitamisen sisältöä kokonaisuutena. Pysin kirjaamaan havainnoinnissa esiin nousset asiat mahdollisimman tarkasti ylös paperille. Seurasin vanhuksen vierellä hoitotyön sisältöä vanhuksen näkökulmasta katsottuna. Havainnointitoteutettiin Riihelässä kello 7-12.35, Koivulassa kello 7-12.40, Peltolassa kello 7-13, Lampelassa kello 7-12.23 sekä Kaskelassa kello 7-12.37. Havainnoinneissa kirjasin tarkasti muistiinpanoihin, mistä asioita vanhuksen hoitotyö koostui. Havainnoinnin tarkoituksena oli tarkastella vanhusten hoitotyötä eri hoitokotien ja hoitotyöntekijöiden kesken. Hoitotyöntekijöiden havainnointien analysointi SPSS-ohjelman avulla oli tässä vaiheessa vielä osittain kesken, joten lähdin toteuttamaan omaa havainnointiani ilman ennakkokäsityksiä tai – odotuksia. Hoitotyöntekijöiden havainnointi ja oma havainnointini olivat omia tiedonkeruun menetelmiä, minkä vuoksi kumpikaan aineisto ei vaikuttanut toisiinsa ennen niiden analysointia ja johtopäätöksiä.

Tiedonkeruutavat, joissa pyritään ymmärtämään toimijoita heidän itsensä tuottamien kertomusten, tarinoiden ja muistelujen avulla, ovat yleistyneet kvalitatiivisen tutkimuksen myötä. Elämäkerrallisten lähestymistapojen ja persoonallisten dokumenttien perustuvien tutkimusten aineistoina voivat olla omaelämäkerrat, päiväkirjat, kirjeet, muistelmat ja viralliset dokumentit. Päiväkirja on eräänlainen itseohjatun kyselylomakkeen täyttö avointa vastaustapaa käyttäen. Se voi sisältää täysin strukturoimattomia aineksia. Tutkimuksessa voidaan pyytää tutkittavia pitämään päiväkirjaa erilaisista tapahtumista, kokemuksista tai opituista asioista. (Hirsjärvi ym. 2007, 212–214, vrt. Anttila 2006, 228.)

RAI-arviointien ja havainnoinnin lisäksi kolme hoitotyöntekijää, jotka ovat mukana RAI-arviointijärjestelmän koulutuksissa ja käyttöön otossa, pitävät kenttäpäiväkirjaa omasta RAI-oppimisprosessistaan. Kaikilla näillä työntekijöillä on perus- tai lähihoitajan koulutus ja työkokemusta vanhusten hoitotyöstä heillä on 7-25 vuotta. Hoitotyöntekijät kuvaavat päiväkirjoissaan, miten RAI-arviointijärjestelmän käyttöönotto näkyy heidän työssään ja osaamisen kehittymisessä. Päiväkirjojen avulla saatavaa tietoa käytetään johtamisen työvälineenä.

Tiedonkeruumenetelmä 6.3.5 on lähellä pienryhmäteknikkaa. Tekniikan nimessä numero 6 tarkoittaa pyöreän pöydän ympärillä istuvien ryhmän jäsenten lukumäärää. Ryhmän jäsenet arvotaan hoitohenkilökunnan keskuudesta sattumanvaraisesti niin, että Peltolan, Nurmela-Riihelän, Koivula-Aholan, Puistola-Lampelan ja Kaskelan hoitokodista on yksi edustaja. Kuudes jäsen arvotaan koko hoitohenkilökunnan keskuudesta sattumanvaraisesti siten, että kaikkien hoitotyöntekijöiden nimilaput laitetaan kulhoon, josta nostetaan yhden henkilön nimi. Jokaisella kuudella jäsenellä on edessään kolmisivuinen paperinippu ja jokaisen sivun yläreunaan kukin kirjoittaa näkemänsä uhan, joka koskee tulevaisuusmallia henkilöstöresursien ohjautumisesta vanhusten toimintakyvyn mukaisesti. Numero 3 tarkoittaa siis kunkin jäsenen kuvaamien uhkien määrää. Seuraavaksi ryhmän jäsenet antavat paperinsa vasemmalle puolella istuvalle henkilölle ja jokainen kirjoittaa jokaiselle kolmelle uhalle ratkaisuvaihtoehdon. Paperit kiertävät ryhmänjäsenten luona kunnes jokaisella uhalla on viisi ratkaisuehdotusta. Lopuksi jokainen saa omat uhkapaperinsa tarkasteltavakseen. 6.3.5 – tekniikka on hiljainen ryhmähaastattelu ja tämän vuoksi ryhmän jäsenet ovat tasavertaisia keskenään ja jokainen saa ilmaista oman mielipiteensä. (www.kajak.fi, vrt. Mäntyranta & Ylä-Kotola 1998, 59.) Kuvioon 3 on kuvattu tämän kehittämistehtävän tiedonkeruumenetelmät ja niiden väliset yhteydet. Tiedonkeruumenetelmillä haetaan vastausta tutkimustehtävään.



Kuvio 3. Tiedonkeruumenetelmät, niiden väliset yhteydet sekä kehittämishankkeen tutkimustehtävä

2.4 Hoitotyöntekijöiden havainnointilomakkeiston laatiminen

Tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijöiden havainnointilomakkeisto aineistonkeruumenetelmänä esitellään perusteellisemmin kuin muut menetelmät, koska valmista, aikaisemmin kehitettyä lomakkeistoa ei ollut käytettävissä. Aloitin tämän kehittämishankkeen hoitotyöntekijöiden havainnointilomakkeiston laatimisen tutustumalla aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyihin mittareihin. Mikään niistä ei vastannut tämän kehittämistyön tarvitsemaa mittaristoa. Laadin mittariston RAVA:n ja hoitokodin päivärytmin pohjalta, jotta se oli selkeä hoitotyöntekijöiden havainnointia varten. Aluksi yritin muokata mittaristoa myös RAI – arviointijärjestelmän avulla, mutta se osoittautui liian haasteelliseksi.

Mittari muodostuu hoitotyöntekijöiden taustatiedoista, asukkaan taustatiedoista sekä hoitotyönseurantalomakkeesta (Liite 3). Muodostin hoitotyönseurantalomakkeen siten, että eri hoitotyön toimintoja koskevat väittämät sijoitettiin hoitotyön kronologisessa järjestyksessä hoitotyön päivärytmin mukaisesti. Havainnointi koski aikoja ennen aamupalaa, aamupalalla, ennen lounasta, lounaalla, ennen päiväkahvia, päiväkahvilla, ennen päivällistä, päivällisellä, ennen mahdollista iltapalaa, mahdollisella iltapalalla tai ei toteutunut työvuorona aikana. Hoitotyöntekijät kirjoittivat jokaiseen hoitotyönseurantalomakkeeseen päivämäärän ja asukkaan etunimen, jotta havainnointitulokset pystyttiin yhdistämään.

Taustatietoina kysyin missä hoitokodissa vastaaja työskentelee, lomakkeen täyttäjän ammattinimikettä, vastaajan ikää ja työkokemusta vanhusten hoitotyöstä. Kysymystä muotoiltaessa on vältettävä taustatietojen kysymistä niin tarkasti, että vastaaja pystytään niiden perusteella tunnistamaan (Heikkilä 2008, 58). Asukkaan taustatiedoissa vastaaja kirjasi asukkaan hoitokodin, asukkaan etunimen, asukkaan hoitoisuusasteen hoitotyöntekijän kokemana sekä asukkaalla käytössä olevat apuvälineet. Viidessä taustatietoja koskevissa kysymyksissä oli vastaus vaihtoehtoja ja kolmessa kysymyksessä hoitotyöntekijä kirjoitti vastauksen avoimesti. Taustatietokysymyksiä lomakkeessa oli yhteensä seitsemän. Täsmällisiin tosiasioihin vastaaminen ei edellytä mielipiteitä vaan tarkkoja faktoja. Näissäkin kysymyksissä on varmistettava kysymysten yksiselitteisyys. (Heikkilä 2008, 55.)

Mittarin luotettavuutta voidaan parantaa esitestauksella (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006, 210). Hoitotyönlomakkeet esitettiin Kuhmon Hoivakodilla 11.11.2008. Esitestauk-

seen osallistui aamuvuorossa olleet hoitotyöntekijät. Vastaa- jia pyydettiin kiinnittämään huomiota mittarin rakenteeseen, havainnoitavien asioiden järjestykseen ja ymmärrettävyyteen sekä lomakkeen täyttämiseen kuluvaan aikaan. Annettu palaute oli pääosin myönteistä, lomakkeen pituus koettiin hoitotyön päivärytmin mukaiseksi ja havainnoitavat asiat ymmärrettäviksi. Muutin havainnointien aikarytmitystä siten, että ”ei toteutunut päivän aikana” korjattiin ”ei toteutunut työvuorona aikana”. Lomakkeen testaamisessa on tärkeää, että koevastajat pyrkivät aktiivisesti selvittämään kysymysten ja ohjeiden selkeyden ja yksiselitteisyyden, vastausvaihtoehtojen sisällöllisen toimivuuden ja lomakkeen vastaamisen raskauden sekä vastaamiseen kuluvan ajan. (Heikkilä 2008, 61.)

Tiedonkeruulomake on luotettavan ja laadukkaan tilastollisen mittaamisen perusta. Lomake muodostaa perustan kaikelle tilastolliselle mittaamiselle. Huonon lomakkeen tuottamia virheitä ei juurikaan voida korjata tutkimusprosessin myöhemmissä vaiheissa. Siksi systemaattinen lomakkeen suunnittelu- ja testausprosessi on ensiarvoisen tärkeä aineiston laadulle. Testaamalla etsitään kysymysten sisällön ja sanamuotojen, lomakkeen kysymysten järjestyksen ja kontekstin sekä visuaalisen suunnittelun ongelmia. (Ahola 2006, 41-42.)

2.5 Aineiston käsittely ja analyysi

Tässä kehittämistyössä aineistoa käsiteltiin ja analysoitiin sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti. Määrällinen tutkimus nojaa numeerisen informaation kokoamiseen. Määrällinen aineisto edustaa tutkimusta, jota tehdään makrotasolla. Laadullinen tutkimus nojaa tutkimusaineistonsa, sen vuoksi sitä sanotaan myös aineistolähtöiseksi tutkimukseksi. (Anttila 2006, 180,184).

2.5.1 Kvantitatiivinen analyysi

Vanhusten RAVA- ja MMSE – arvoista laskettiin keskiarvot hoitokodeittain. RAI-arviointijärjestelmän raportti antaa valmiiksi CPS:n eli älyllisen toimintakyvyn, ADL:n eli fyysisen toimintakyvyn ja BMI:n eli kustannuspainojen keskiarvot pitkäaikais- ja lyhtyaikaishoidosta. Hoitokodeittain koottuja tietoja RAI -soft tietokoneohjelman avulla saatavasta rapor-

tista ei ole vielä käytettävissä. Tämän vuoksi ADL, CPS ja kustannuspaino laskettiin itse hoitokodeittain.

Hoitotyöntekijöiden suorittaman havainnointilomakkeen avulla kerätyn aineiston analysointi suoritettiin joulukuussa 2008. Palvelukeskus Himmeliässä lähes jokainen työvuorossaan ollut hoitotyöntekijä kirjasi omaa hoitamistaan hoitotyönseurantalomakkeelle. Hoitotyöntekijöiden havainnointiin osallistui havainnointipäivien aikana yhteensä 45 hoitotyöntekijää, joista viisitoista oli kahtena havainnointipäivänä työvuorossa. Hoitotyöntekijöiden taustatietojen kokonaismääräksi muodostui kuudenkymmenen hoitotyöntekijän taustatiedot. Kaksi hoitajaa oli jättänyt lomakkeiston täyttämättä sekä 18.11 että 19.11.2008. Tästä johtuen, neljän lyhyt-aikaishoidon työvuorossa olleiden hoitotyöntekijöiden taustatiedot puuttuvat tuloksista.

Hoitotyöntekijöiden hoitotyönseurantalomakkeen avulla kerätty aineisto käsiteltiin kvantitatiivisesti SPSS-tilasto-ohjelmalla (vrt. Heikkilä 2008, 122). SPSS (Statistical Package for Social Sciences) on tullut tunnetuksi erityisesti yhteiskuntatieteisiin sopivana, tilastollisten sovellusohjelmien pakettina (Vehkalahti 2008, 196). SPSS on yleisesti käytössä Suomen korkeakouluissa. Tilastollisten taulukoiden, tunnuslukujen ja testien tekeminen sujuu tilasto-ohjelmalla nopeammin ja vaivattomammin kuin taulukkolaskenta – ohjelmalla. Määrällisessä analyysissä argumentoidaan lukujen ja niiden välisten systemaattisten, tilastollisten yhteyksien avulla. Aineisto saatetaan taulukkomuotoon, eli kullekin tutkimusyksikölle annetaan arvoja eri muuttujilla. (Heikkilä 2008, 122.) Tässä tutkimuksessa hoitotyönseurantalomakkeen avulla kerätty aineisto oli laaja. Havainnointeja tehtiin yhteensä 159 vanhuksesta kolmen päivän aikana.

Aineiston analysointi aloitettiin tarkastelemalla hoitotyöntekijöiden taustatietoja. Taustatiedoissa kuvattiin hoitotyöntekijöiden ikä, työkokemus, ammattinimike ja hoitokoti, missä he työskentelevät. Havainnointiin osallistuneiden työntekijöiden ikä ja työkokemus ryhmiteltiin yhdistämällä työntekijät eri luokkiin iän ja työkokemuksen perusteella. Aineistoista laskettiin muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumat. Kuvailtaessa yhden muuttujan vaihtelua käytetään jakaumia, keskiarvo- ja hajontalukuja. Tutkimuksen taustamuuttujia kuvataan myös edellä mainituilla luvuilla. Muuttujan jakauman kuvailu tapahtuu frekvensseinä ja prosentteina sekä kumulatiivisina frekvensseinä ja prosentteina. (Holopainen & Pulkkinen 1994, 141; Krause & Kiikkala 1997, 121–122.)

Osasta muuttujista laskettiin keskiarvo, mediaani, moodi ja keskihajonta. Moodi eli tyyppiarvo on sen muuttujan arvo tai luokka, jonka frekvenssi on suurin. Mediaani kertoo sen luvun, jonka ylä- ja alapuolelle jää havaintoja yhtä paljon. Keskiarvon laskeminen edellyttää yhteen- ja jakolaskua. Keskihajonta ilmaisee, miten paljon kaikki yksilölliset arvot poikkeavat ryhmäkeskiarvosta. (Holopainen & Pulkkinen 1994, 136–140; Krause & Kikkala 1997, 122.)

Asukkaan taustatiedoissa selvitettiin asukkaan hoitokoti, etunimi, käytössä olevat apuvälineet ja hoitotyöntekijän kokemus asukkaan hoitoisuudesta. Asukkaan etunimeä kysyttiin sen vuoksi, jotta henkilö voitaisiin jatkossa yhdistää oikeaan RAI-arviointiin. Asukkaan nimet eivät tule kehittämistyössä esille. Hoitotyöntekijöiden suorittamat havainnoinnit kunkin vanhuksen kohdalta koottiin yhdeksi havainnoinniksi siten, että kaikki samaa vanhusta saman päivän aikana koskevat havainnoinnit koottiin yhteen, jolloin saatiin kokonaiskäsitys vanhuksen saamasta hoidosta. Mikäli eri hoitotyöntekijät olivat havainnoineet asioita eritavalla, havainnointiin otettiin mukaan aina se havainnointitulos, joka oli hoitotyöntekijöiden kannalta haasteellisin.

Aineiston analysointi aloitettiin järjestelemällä aineisto hoitokodeittain. Eri hoitokotien mahdollisia eroavaisuuksia tarkasteltiin vanhusten näkökulmasta. Jokaisen vanhuksen hoitotyöhön osallistuneiden hoitotyöntekijöiden havainnoinnit yhdistettiin kuvaamaan vanhuksen saamaa hoitoa. Toisin sanoen jokaisena havainnointipäivänä, jokaisen hoitajan tiettyä vanhusta koskevat havainnoinnit koottiin yhteen. Jokainen päivä analysoitiin erikseen. Analysointi ryhmiteltiin havainnointilomakkeen mukaisesti. Kvantitatiivisen aineiston tutkimustulokset esitetään pääasiassa taulukkoina ja kuvioina. Taulukon keskeinen tehtävä on antaa lukijalle objektiivinen tieto asioista ja materiaalia jatkoanalyysiin. Taulukko antaa ilmiöiden perustiedot ja lukijalle perusteet omille johtopäätöksille ja mahdollisuuden itse arvioida muiden johtopäätöksiä. Taulukko lisää tulosten ja johtopäätöksen vakuuttavuutta. Tekstiin ja kuvioihin verrattuna taulukon etuna on, että siinä suuret tietomassat voidaan esittää järjestetyssä ja hallittavassa muodossa. (Kuusela 2000, 11–12.)

Kuvio on nopean tiedonvälityksen väline. Hyvä kuvio herättää lukijan mielenkiinnon. Sen avulla esitetään tutkimuksen tärkeimmät tulokset ja houkutellessaan tutkimaan asioita tarkemmin. Hyvä kuvio auttaa erittelemään kehityssuuntia tai muuttujien välisiä yhteyksiä. Kuvio

edistää sanoman mieleenpainumista, kunhan niitä käytetään harkiten ja onnistuneesti. (Heikkilä 2008, 154–155.) Opinnäytetyön kuvioissa sana ”count” tarkoittaa frekvenssejä.

2.5.2 Kvalitatiivinen analyysi

Kirjoitin havainnoinnissani esille nousseet asiat käsin paperille koko havainnoinnin ajan. Havainnoijana minulla oli aikaa keskittyä kirjoittamiseen, sillä olin koko aamupäivän vanhuksen vierellä. Havainnoinnin aikana oli välillä pitkiäkin taukoja vanhuksen nukkuessa, jolloin hoitotyöntekijät olivat hoitamassa hoitokotien muita vanhuksia. Käsinkirjoitettuja havainnointeja kertyi yhteensä yhdeksän sivua. Havainnoinnit luokiteltiin haastateltavien tunnistamiseksi, jotta niihin olisi helppo palata aineiston analyysivaiheessa. Luin havainnointiaineiston useaan kertaan läpi, jotta se avautuisi minulle tutkijana. (vrt. Eskola & Suoranta 1999, 151,160.)

Tutkijan havainnoinnin avulla kerätty tutkimusaineisto käsiteltiin aineiston sisällön analyysin avulla. Sisällön analyysi on menettelytapa jolla voidaan analysoida dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti. Se on tapa järjestää, kuvailla ja kvantifioida tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysissä rakennetaan sellaisia malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.)

Ennen analyysin aloittamista tutkijan on päätettävä analysoiko hän vain sen, mikä on selvästi ilmaistu aineistoissa vai analysoiko hän myös piilossa olevia viestejä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Omassa havainnoinnissa pyrin kirjaamaan mahdollisimman tarkasti hoitotyön sisältöä, mutta analyysissä esille nostetaan ne asiat jotka tulivat havainnoinnissa selkeästi esille. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Aineiston analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tukittavasta ilmiöstä. Sisällön analyysissä aineisto järjestetään tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110.) Induktiivisessa sisällön analyysissä analyysiprosessi lähtee tutkimusaineistosta, jolloin aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Pelkistämässä aineisto koodataan ilmaisuiksi, jotka liittyvät tutkimustehtävään. Ryhmitellessä aineistoa tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka kuuluvat yhteen. Abstrahoinnissa muodostetaan yleiskäsitteiden kautta kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-5.)

Luin havainnointi aineistoni läpi useaan kertaan ja perehdyin sen sisältöön. Pelkistin aineistoa siten, että karsin aineistosta tutkimukselle epäolennaisen pois. Aineistoa pelkistetään kysymällä aineistolta tutkimustehtävän mukaista kysymystä. Etsin aineistosta pelkistettyjä ilmauksia alleviivaten havaintojeni aikana kirjoittamastani tekstistä lauseita, luokitteluyksiköitä. Havainnoinneista kertyi 129 ilmausta. Ennen analyysin aloittamista sisällönanalyysissa tulee määrittää analyysiyksikkö, joka tässä opinnäytetyössä oli lause tai lauseen osa (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2002, 112). Kirjasin erilliselle paperille havainnoinneittain asiat, jotka löytyivät vastauksena tutkimuskysymykseen. Keräsin pelkistetyt ilmaukset listoiksi. Seuraavaksi etsin pelkistettyä ilmaisuista erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä eli ryhmittelin aineiston. Yhdistin samaa tarkoittavat ilmaisut luokiksi ja annoin niille sen sisältöä kuvaavan nimen. Jatkoin analyysia yhdistämällä saman sisältöiset luokat toisiinsa ja muodostin niistä alaluokkia. Luokille annettiin nimet jotka kuvasivat niiden sisältöä. (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6.) Jokainen havainnointi käsiteltiin omana erillisenä havainnointina, mutta niiden yhtäläisyyksien vuoksi niistä muodostui yhtenäisiä luokkia. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä on liitteessä 4.

Aineistonkeruussa käytetyn 6.3.5 -menetelmän avulla saatu aineisto analysoitiin hoitotyöntekijöiden kanssa yhdessä suunnittelu- ja kehittämistyön työryhmässä. Aluksi työryhmän jäsenet tuottivat 6.3.5 -menetelmän avulla kahdesta erilaisesta tulevaisuusmallista kolme uhkaa ja niihin viisi ratkaisua. Molempien mallien uhat ja niiden ratkaistu käsiteltiin työryhmässä yhteisesti. Työryhmän jäsenet valitsivat tulevaisuusmallien uhkiin viisi ratkaisua yhteisesti neuvottelemalla. Aineisto analysoitiin yhdessä suunnittelu- ja kehittämistyöryhmään osallistuneiden hoitotyöntekijöiden kanssa. Tarkkaa sisällön analyysiä ei tutkimuksen tässä vaiheessa tehty, koska tavoitteena oli kuunnella hoitotyöntekijöitä ja sitouttaa heidät yhteiseen tulevaisuusmallin käyttöönottoon. Hoitotyöntekijät pohtivat yhdessä ratkaisuja eli valinnat tulevaisuusmallin käyttöönottamiseksi syntyivät hoitotyöntekijöiden omien kirjauksien ja keskustelujen pohjalta.

Triangulaation käytössä kiistanalaisin kohta on laadullisten ja määrällisten analyysimetodien yhdistäminen samanaikaisesti tai jaksottamalla. Toisen ääripään edustajien mukaan laadullisen ja määrällisen tutkimuksen analyysimenetelmiä voi käyttää samassa tutkimuksessa, kun toisen ääripään edustajien mukaan se on täysin perusteetonta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 143.) Tässä kehittämishankkeessa aineistoa analysoitiin sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti.

Analysointitavat eroavat selkeästi toisistaan sillä kvantitatiivisen aineiston analysointi perustuu mittaamiseen (Erätuuli, Leino & Yli-Luoma 1996, 35). Kvalitatiivisen aineiston analyysin tarkoitus on puolestaan luoda aineistoon selkeyttä ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta (Eskola & Suoranta 1998, 138). Pehmeät menetelmät kehitettiin vaihtoehdoksi jäykälle tutkimuksen toteuttamiselle. Sen vuoksi kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineiston käyttäminen samassa tutkimuksessa ja niiden yhdistämisen avulla saatetaan saavuttaa tutkittavasta ilmiöstä monipuolisempi kuva. ((Eskola & Suoranta 1998, 146.)

3 OPINNÄYTETYÖN ETENEMINEN PEHMEÄN SYSTEEMIANALYYSIN MUKAISESTI

Opinnäytetyö etenee pehmeän systeemianalyysin mallinnuksen mukaisesti. Se alkaa jäsentymättömästä ongelmasta ja etenee nykyhetken kautta visioon ja tulevaisuusmalleihin. Tulevaisuusmalleja vertaillaan nykyhetkeen ja lopuksi laaditaan kehitysohjelma ja käynnistetään toiminta tulevaisuuden muuttamiseksi. Mallinnuksen eri vaiheissa käsitellään teoretietoa, esitellään tutkimustehtävä, aineistonkeruumenetelmä ja aineistonanalyysi sekä kerrotaan tutkimustulokset ja johtopäätökset.

3.1 Kehittämishankkeen lähtökohdat

Kehittämishankkeen lähtökohdissa kuvataan jäsentymätöntä ongelmaa. Siinä kerrotaan maakunnallisesta RAI -hankkeesta, jonka myötä Palvelukeskus Himmellisä otettiin käyttöön asiakkaan RAI -arviointijärjestelmä. Kainuun Maakunta -kuntayhtymän vanhuspalvelut kappaleessa kuvataan vanhuspalveluiden organisaatiota sekä tarkemmin Kuhmo-Sotkamo seudun vanhuspalveluita. Vanhuksen toimintakyvyn arvioinnissa esitellään RAVA- ja MMSE testit ja niiden tulkinnot. Seuraavassa kappaleessa kerrotaan mitä tietoa RAI -arvioinneista voidaan saada ja miten saatua tietoa voidaan hyödyntää. Jo jäsentymättömän ongelman vaiheessa on tärkeää, että hoitohenkilökunta sitoutuu hankkeeseen. Hoitohenkilökunnan sitoutumista pohditaan kehittämishankkeen lähtökohtien viimeisessä kappaleessa.

3.1.1 Maakunnallinen RAI -hanke

Kainuun maakunta – kuntayhtymässä alkoi 1.1.2007 ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi Kainuussa -hanke. Ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi Kainuussa – hanke on osahanke Hyvinvointipalveluiden uudet mallit Itä-Suomen ikääntyville – hankkeessa. (www.kainuu.fi.) Kainuun maakunta – kuntayhtymässä hankkeen kokonaistavoitteena on ottaa käyttöön ikääntyneiden yhdenmukainen palvelutarpeen arviointi mittaristo (Rai - Resident Assessment Instrument, asiakkaanarviointi väline) ja tämän mittariston edelleen kehittäminen teknologiaa hyödyntämällä, tukemaan asiakkaan arjen hallintaa ja palvelujen suunnittelua sekä päätöksien-

tekoa. Maakunnassa vanhustenhuollon järjestelmä toimii osana Pegasos - terveystietojärjestelmää. Se ei sisällä kattavaa arviointijärjestelmää, jolla pystyttäisiin tuottamaan arviointitietoa asiakkaan palvelutarpeesta. Tähän soveltuva kattava ikääntyneiden palvelutarpeen arviointimittaristo löytyy RAI-arviointijärjestelmästä. (Ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi Kainuussa – hanke 2007.)

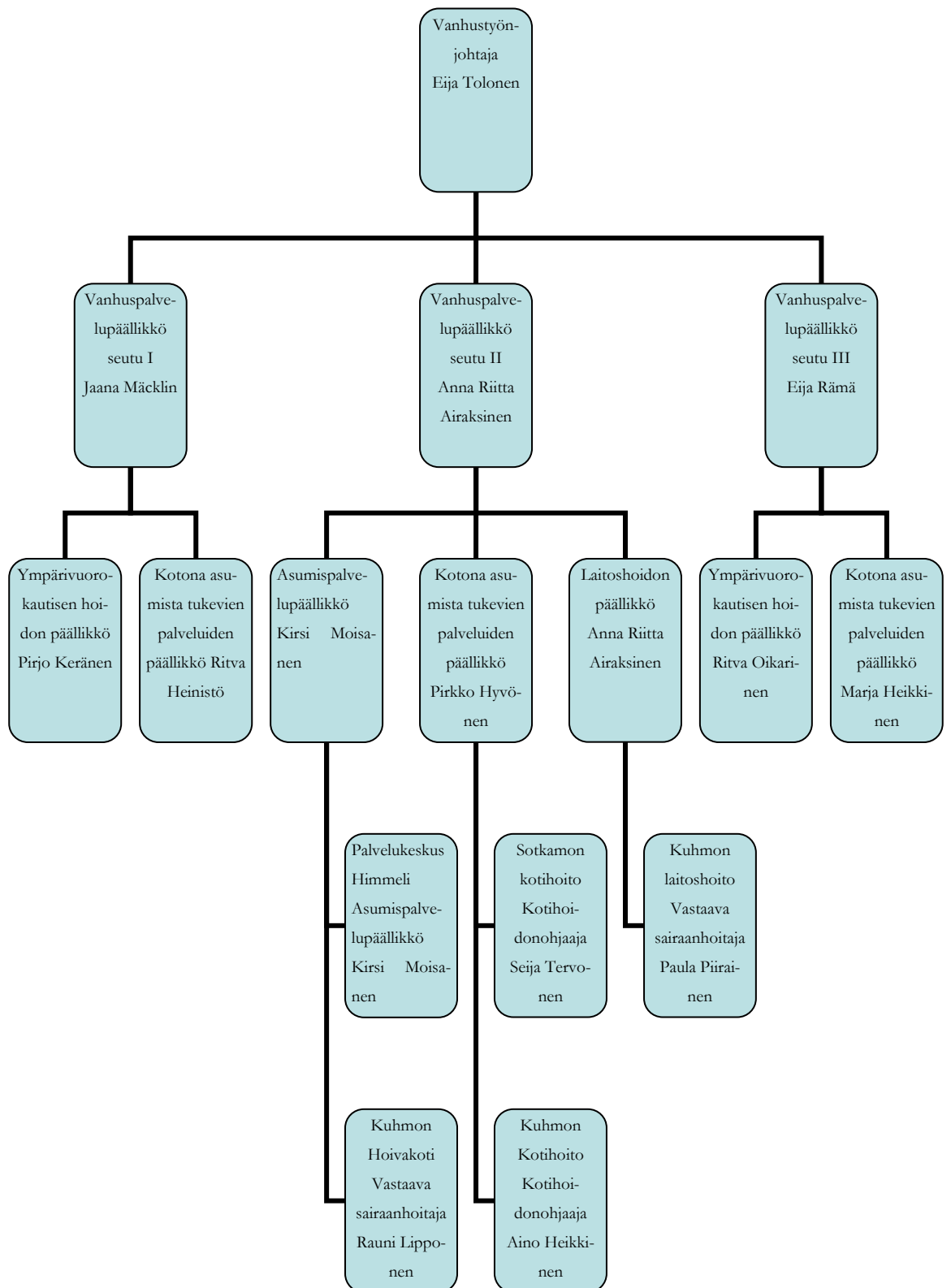
Maakunta kuntayhtymä hankkeen tavoitteita ovat lisäksi sovittaa yhteen RAI - arviointimittaristo ja pegasos terveystietojärjestelmä, yhtenäistää arviointia ja erilaisten tukimuotojen myöntämiskriteerejä. Tavoitteena on myös lisätä päätösten oikeudenmukaisuutta ja läpinäkyvyyttä sekä tuottaa vertailukelpoista arviointitietoa SAS-toiminnan tueksi sekä eläkkeensaajan hoitotuen ja omaishoidontuen myöntämisen perustaksi. RAI -mittariston avulla voidaan tuottaa sekä maakunnan vanhuspalveluille, sosiaali- ja terveysjohdolle että päätöksentekijöille kattavaa ja luotettavaa tietoa asiakkaista, heidän hoidon tarpeestaan, hoidon tasosta ja palvelujen kohdentamisesta. (Ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi Kainuussa hanke 2007.)

Hankkeeseen valittiin Kainuun maakunta – kuntayhtymässä erilaisia pilottiyksiköitä, joissa kokeiltiin RAI-arviointijärjestelmää käytännössä. Kuhmo-Sotkamo seudun vanhuspalveluista ensimmäisessä vaiheessa RAI-arviointijärjestelmä otettiin käyttöön Kuhmon Hoivakodilla, Palvelukeskus Himmelin lyhytaikaishoidossa ja Sotkamon kotihoidossa. Vuoden 2008 alussa hanke laajeni kaikkiin maakunnan vanhuspalveluiden yksiköihin (Liite 5). Sekä kotihoidossa, tehostetussa palveluasumisessa että laitoshoidossa kaikille vanhuksille tullaan jatkossa tekemään RAI-arviointi. Pilotoinnin jälkeen Kainuun maakunta – kuntayhtymä yhdessä Stakesin kanssa on arvioinut kuntayhtymän vanhuspalvelujen toimintaa nykyisellään ja luonnut pohjaa tulevaisuuden suuntauksille. Tehtävät toimenpide-ehdotukset pohjaavat Kainuun maakunta - kuntayhtymän vanhuspalvelujen strategiaan, palvelukokonaisuuksiin ja vanhustenhuollon valtakunnallisiin mitoitus- ja kehittämissuuntauksiin. Valtakunnallisen Stakesin SOTKANet -indikaattoripankin tilastojen mukaan Kainuun maakunnan vanhustenhuollon palvelurakente ylittää valtakunnallisen suosituksen tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon osalta. Säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden osuus ei ole suosituksen tasolla, mutta sekin ylittää koko maan tason. (Heikkilä, Räikkönen, Itkonen, Teräväinen, Finne-Soveri 2008, 4-8.)

Henkilöstömitoituksen ja – rakenteen kohdentamisen kehittäminen Palvelukeskus Himmelissä RAI -arviointijärjestelmän avulla kehittämistyö tukee koko Kainuun maakuntaa koskevaa kehittämishanketta. Molempia kehittämishankkeita tukee myös yhtäaikaisesti Sotkamon kotihoitoon valmistuva RAI:n käyttöönottoa koskeva kehittämistyö. Kehittämistöiden avulla haetaan seudullisia vastauksia ja mahdollisuuksia mahdollisimman hyvään vanhusten hoitotyöhön. Vanhusten hoitotyötä tulee tavoitteellisesti kehittää, jotta tulevaisuuden haasteista, vanhusten määrän lisääntymisestä ja hoitopaikkojen vähentymisestä selvitään.

3.1.2 Kainuun Maakunta kuntayhtymän vanhuspalvelut

Kuviossa 5 (www.maakunta.kainuu.fi/organisaatiokaavio) on kuvattu Kainuun maakunta – kuntayhtymän vanhuspalveluiden organisaatio Kuhmo-Sotkamo seudun näkökulmasta tarkemmin esitettynä. Maakunnan vanhuspalveluissa toimii yksi vanhustyönjohtaja ja kolme seudullista vanhustyönpäällikköä. Vanhuspalveluiden vastuualue on jaettu kolmeen eri seutuun: Kajaanin seutu, Kuhmo-Sotkamo seutu ja Ylä-Kainuun seutu. Kajaanin seudulla ja Ylä-Kainuun seudulla on kaksi eri tulosityksikköä, joita ovat ympärivuorokautisen hoidon- ja kotona asumista tukevien palveluiden yksiköt. Kuhmo-Sotkamo seudulla on kolme eri tulosityksikköä ja niitä ovat kotona asumista tukevat palvelut, tehostettu palveluasuminen ja laitoshoido. Myös Sotkamo-Kuhmo seudulla on tavoitteena siirtyä kahden tulosityksikön malliin vuoden 2010 aikana.



Kuvio 5. Kainuun maakunta – kuntayhtymän vanhuspalveluiden organisaatio

Sotkamo-Kuhmo seudulla on molemmilla paikkakunnilla kotihoito sekä tehostetun palveluasumisen yksiköt. Tehostetulla palveluasumisella tarkoitetaan tässä kehittämistyössä vanhus-ten ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa. Tehostetun palveluasumisen yksiköitä ovat Kuhmo- Sotkamo seudulla 43 paikkainen Kuhmon Hoivakoti ja 74 paikkainen Palvelukeskus Himmeli Sotkamossa. Näistä paikoista Kuhmossa on 6 ja Sotkamossa 10 tarkoitettu lyhytaikaisasiakkaiden käyttöön. Kuhmon Hoivakodilla on viisi ja Palvelukeskus Himmeli-ssä kahdeksan eri hoitokotia muun muassa haasteellisesti käyttäytyvien muistisairaiden vanhus-ten hoitokodit. Tehostetun palveluasumisen asiakkaat ovat huoneistoissaan vuokrasuhteessa ja he saavat kansaneläkelaitoksen maksamaa hoitotukea. Sosiaali- ja terveysministeriön mu-kaan tehostetun palveluasumisen yksiköitä ovat ne ikääntyneille tarkoitettut palveluasumisyk-siköt, joissa henkilökunta on paikalla ympärivuorokauden. Kela on hyväksynyt avohoidon yksiköt ja asiakas maksaa erikseen asumisesta ja käyttämistään palveluista. (Sosiaali- ja terve-ysministeriö 2008a, 52.) Kuhmo-Sotkamo seudun kotihoidon esimies on kotihoidon päällik-kö ja asumispalveluissa vastaavasti asumispalvelupäällikkö. Heidän vastuualueellaan on 70–80 työntekijää. Asumispalvelupäälliköt valvovat maakunnallisten yksiköiden lisäksi seutujensa yksityisissä hoitokodeissa sekä perhehoidossa olevien vanhusten hoidon tasoa ja laatua.

Kuhmo-Sotkamo seudulla tuotetaan laitoshoidoa vain Kuhmon hoivaosastolla. Se on 37 –paikkainen pitkäaikaishoidon yksikkö. Laitoshoido on sen pienuutensa vuoksi ainakin tässä vaiheessa suoraan vanhuspalvelupäällikön alaisuudessa. Tässä kehittämistyössä laitoshoidolla tarkoitetaan perinteistä ympärivuorokautista hoitoa, missä potilaat maksavat hoidosta ja kaikkes-ta siihen kuuluvista asioista kokonaissumman tulojensa perusteella. Käytännössä osa Palve-lukeskus Himmeli-ssä asuvista vanhuksista ovat RAVA:n ja MMSE arviointien mukaan lai-toshoitokuntoisia vanhuksia, mutta Sotkamossa ei ole vanhuksille tarkoitettua laitoshoidon yksikköä.

Kainuun maakunta -kuntayhtymän Kuhmo-Sotkamo seudun asumispalveluissa tuotetaan sekä lyhytaikaishoidoa että tehostettua palveluasumista. Lyhytaikaishoidon asiakkaita ovat koti- hoidon ja omaishoidontukea saavat asiakkaat. Vanhukset voivat myös odottaa hoitokoti- paikkaan pääsyä lyhytaikaishoidon yksiköissä. Intervallijaksojen avulla pyritään ylläpitämään vanhusten toimintakykyisyyttä ja pidentämään heidän laitoshoidon siirtymisaikaansa. RAI - arvioinnin perusteella vanhusten toimintakykyisyyttä ja hoitosuutta pystytään vertailemaan.

Kotihoidon asiakkaaksi tultuaan asiakkaan toimintakyky arvioidaan RAI - arviointijärjestelmän avulla. Asiakas voi selviytyä kotihoidon avun turvin useita vuosia jopa elämänsä loppuun saakka. Avun tarpeen lisääntyessä ja toimintakyvyn heikentyessä asiakas tai omainen mahdollisesti hakee tehostetun palveluasumisen tai laitoshoidon paikkaa. Kaikki paikan hakijat eivät ole vielä oikeutettuja ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan, vaan SAS - työryhmä arvioi paikan tarpeellisuuden tulevaisuudessa RAI -arviointijärjestelmän avulla saatujen tulosten perusteella. Kainuun maakunta- kuntayhtymässä tuleekin kehittää uudet RAI -arviointijärjestelmän avulla saadut kriteerit tehostettuun palveluasumiseen ja laitoshoitoon pääsemiseksi. Nämä RAI-kriteerit tulevat poistamaan RAVA -mittariston. RAI -arviointijärjestelmä ei kuitenkaan anna kattavaa tietoa vanhusten muistisairaudesta, joten MMSE -testiä tullaan myös jatkossa käyttämään vanhusten toimintakykyisyyttä arvioitaessa. Yhteneväinen arviointijärjestelmä auttaa työntekijöitä ja viranhaltijoita arvioimaan, minkä palvelun avulla asiakas saa asianmukaisen ja tarpeellisen avun, hoidon ja huolenpidon asuin- kunnasta riippumatta.

3.1.3 Vanhuksen toimintakyvyn arviointi

Asiakkaiden toimintakykyisyyttä on Kainuun maakunta – kuntayhtymässä seurattu lähinnä Mini Mentaalin (MMSE) ja RAVA:n avulla. MMSE (Mini-Mental State Examination) on älyllisen toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu minitesti. MMSE -testin avulla arvioidaan vanhuksen mustia, orientaatiota sekä älykkyyden eri ulottuvuuksia. MMSE-testin korkein mahdollinen pistemäärä on 30. MMSE -testin avulla voidaan vanhuksen muistisairaus jakaa eriasteisiin. Mikäli vanhus saa muistitestistä 18–26 pistettä voi hänellä olla alkava muistisairaus, 13–18 pistettä tarkoittaa keskivaikeaa dementiaa ja alle 12 pistettä vaikeaa dementiaa. (Aejmelaeus 2007, 44; www.kainuu.fi/sas_toiminta.)

RAVA- indeksi on saanut nimensä sen kehittelijöidensä (Rajala ja Vaissi) mukaan. RAVA -testin avulla arvioidaan vanhuksen toimintakykyä ja hoitoisuusastetta. (Aejmelaeus 2007, 39–40.) Sen avulla saadaan tietoja myös ikä-ihmisen toimintakyvystä eri hoito- ja palvelumuodoissa. RAVA-testin toimintakykymittariin on yhdistetty mittareita, jotka mittaavat toimintakykyä, muistitoimintaoja ja mielialaa. Tulokseksi saatava indeksi kertoo henkilön avuntar-

peesta. Parhaiten avun tarve saadaan selville arvioimalla liikkumista, syömistä, peseytymistä ja pukeutumista. Mitä suurempi arvo testistä saadaan, sitä enemmän vanhus tarvitsee apua ja hoitoa (Vallejo-Medina em. 2005, 60–61.)

Taulukko 2. Hoidon tarve RAVA -tulosten mukaan (Vallejo-Medina 2005, 61)

RAVA-indeksin arvo	RAVA-luokka	Avun tarve
1,29-1,49	1	satunnainen
1,50-1,99	2	tuettu hoito
2,00-2,49	3	valvottu hoito
2,50-2,99	4	valvottu hoito
3,00-3,49	5	tehostettu hoito
3,50-4,03	6	täysin autettava

Käytännössä sekä MMSE ja RAVA -mittarit ovat osoittautuneet suppeaksi ja yksipuolisiksi. RAI-mittariston avulla haetaan kokonaisratkaisua vanhusten hoitoisuuden arvioimiseen, henkilöstömitoituksen ja - rakenteen seuraamiseen, voimavarojen kohdentamiseen sekä hoidon suunnittelun ja järjestämisen kehittämiseen. RAI -järjestelmä on kehitetty hoidon laadun arvioimiseen ja kohentamiseen, voimavaratarpeen arvioimiseen sekä maksujärjestelmien kehittämiseen (Noro ym. 2005, 7).

3.1.4 RAI-arviointijärjestelmän hyödynnettävyys

Eri toimijoiden keskeinen yhteistyö on vanhuspalveluissa merkittävää. Vanhusten kotihoitossa selviäminen on yhteistyötä erilaisten palvelujen tuottajien ja työntekijöiden kesken. Vanhusten hoito on kokonaisuus, jossa jokaisella sektorilla on oma tehtävänsä, mutta jotka kommunikoivat keskenään ja tukevat toistensa työn onnistumista. Vain tällä tavalla voidaan päästä vanhusten turvalliseen ja onnistuneeseen kotihoitoon, laitoshoidon ja tehostetun palveluasumisen tarpeen vähenemiseen. Valtakunnallisesti vanhustyön tavoitteena on, että 10 % yli 75 vuotta täyttäneistä vanhuksista asuu tehostetussa palveluasumisessa tai laitoshoidossa. Kainuun maakunnassa tavoite on 9,5 % ja vuoteen 2012 mennessä 9,0 % (Kainuun maakun-

ta – kuntayhtymän vanhustyön BSC vuodelle 2008–2012, 2007). Seutu II:lla yli 75 vuotta täyttäneistä vanhuksista asuu 8,3 % tehostetussa palveluasumisessa tai laitoshoidossa (Vanhuspalveluiden toimintakertomus vuodelta 2008).

Rai-järjestelmän laaja-alaisella käyttöönnotolla haetaan vertailtavuutta eri yksiköissä asuvien vanhusten toimintakyvystä ja hoitoisuudesta. Vertailun avulla voidaan myös löytää selityksiä sille, miksi saman toimintakyvyn omaavista vanhuksista toinen vanhus tarvitsee tehostettua palveluasumista ja toinen selviytyy kotihoidon turvin. Asumispalveluissa RAI -järjestelmän avulla haetaan myös tietoa asiakkaiden toimintakykyisyydestä ja hoitoisuudesta. Hoitotyön arjessa keskustellaan päivittäin siitä, missä hoitokodissa on eniten hoitoa vaativat asiakkaat ja missä on vähiten hoitohenkilökuntaa. Sekä Sotkamossa että Kuhmossa hoitokotien henkilöstörakenne on vakiintunut. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitokodeissa on tietty henkilöstömäärä riippumatta siitä, minkä kuntoisia vanhuksia siellä hoidetaan.

Vapautuvan hoitopaikan sijainti sekä asiakkaiden kunto hoitokotipaikan saadessaan määrittelee, mihin yksikköön vanhus sijoittuu. Joissakin tilanteissa, esimerkiksi saattohoidossa, olisi tarvetta vahvistaa jonkun yksikön henkilöstömiehitystä toisen hoitokodin henkilöstömitoitusta tilapäisesti laskemalla. Tähän ei Palvelukeskus Himmellisä ole tällä hetkellä sovittua toimintatapaa. RAI – arviointijärjestelmästä saatujen tietojen avulla hoitokotien henkilöstö voi perustella omille johtajilleen resurssien ja käyttövarojen saantia oman asiakasrakenteen pohjalta. Myös hoitokotien esimiehet tarvitsevat selkeitä tunnuslukuja, jotka kuvaavat oikein heidän asiakasrakennettaan, jotta palvelujen tarjontaa voidaan suunnitella ja voimavaroja kohdentaa niille yksiköille, joissa tarve on suurin. RAI -järjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking -hanke ovat tarjonneet mahdollisuuden arvioida pitkäaikaishoitoyksikköjen henkilöstöresursointia ja työvoiman käyttöä. (Noro 2005, 33; Laine 2005, 125.) RAI -mittaristo tuottaa työyhteisöille erilaista ja uutta tietoa. Tieto on moniulotteinen käsite, jolla on monitasoinen merkitys. Ollakseen tietoa, asian tulee perinteisen tiedonkäsityksen mukaan täyttää ehdot jotka ovat seuraavat: asiaan on uskottava, uskomuksen on oltava tosi ja uskomus on osattava perustella. (Anttila 2006, 52.) Uskomuksia ja tietoa on ollut maailmassa ainakin niin kauan kuin aistivia ja ajattelevia eläimiä ja varhaisten kulttuurien ihmisiä. Vasta antiikin Kreikassa ihmiset oppivat tietämään, että he tietävät. Filosofit sekä löysivät että keksivät tiedon. Platonin dialogissa "Theaitetos" muotoillaan väittelyn päätteeksi kuuluisa määritelmä, jonka mukaan "tieto on samaa kuin oikea käsitys yhdessä selityksen kanssa". Tämä

klassinen tiedon määritelmä tarkoittaa, että tieto on hyvin perusteltu tosi uskomus, eli tieto on oikeutettu totuudenmukainen käsitys. (Niiniluoto 1998.) Kreikan filosofien käsityksessä tiedon käsityksessä tieto ja taito ovat hyvin lähellä toisiaan. Taito saada aikaan tai valmistaa tietty tulos sekä tieto tuo tuloksen olennaisesta luonteesta yhtyvät. Know how -tieto merkitsee osaamista tai taitamista. (Niiniluoto 1997, 137.)

RAI -mittaristo antaa hoitajille tiedon vanhuksen toimintakykyisyydestä ja kohdista, joihin vanhuksen hoidossa tulee kiinnittää huomiota. RAI -mittariston tulosten ja hoitotyöntekijöiden ammattitaidon ja kokemusten pohjalta saatuja tietoja voidaan hyödyntää muun muassa asiakkaan hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelmia laadittaessa. Tiedonkeruun jälkeen kukin Stakesin toimesta mukana oleva yksikkö saa osastokohtaisen RAI -muuttujista ja -mittareista koostuvan palauteraportin, jonka avulla osasto voi vertailla omaa toimintaansa muihin samankaltaisiin osastoihin ja kohentaa toimintaansa niiltä osin, joilla suoriutuminen ei ole ollut toivotun tasoista (Heikkilä ym. 2008, 4). Esimiehille ja työntekijöille järjestetään puolivuositain vertailutiedon sisältökoulutusta. Koulutuksen tavoitteena on oppia ymmärtämään, miten RAI – vertailutietoja voi käyttää oman työn suunnittelussa ja kehittämisessä. Tässä ylemmän AMK- tutkinnon kehittämistyössä aihe rajataan koskemaan Palvelukeskus Himmeliässä tehostetussa palveluasumisessa olevien vanhusten RAI-arviointijärjestelmän avulla saatujen tietojen kohdentamista Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoituksen ja -rakenteen näkökulmasta.

3.1.5 Kehittämishankkeeseen sitoutuminen

Kaikki Sotkamon ja Kuhmon asumispalveluissa työskentelevät sairaanhoitajat sekä lähi- ja perushoitajat kävivät tammikuussa 2008 RAI -arviointijärjestelmä koulutuksessa, jossa heille kerrottiin itse järjestelmästä ja sen periaatteista. Seuraavaan koulutukseen, joka pidettiin helmikuussa, osallistui yhteensä kaksikymmentä sairaanhoitajaa ja lähi-/perushoitajaa molemmista yksiköistä. Tässä koulutuksessa opeteltiin tekemään sisällöllisesti RAI -arviointi MDS -lomakkeelle, joko oikealle tai malliasiakkaalle. Maaliskuussa 2008 järjestettävän koulutuksen tavoitteena oli opetella MDS -arvioinnin täyttämisen tietokoneella. Tähän ATK -pohjaiseen koulutukseen osallistui Kuhmon Hoivakodilta neljä ja Palvelukeskus Himmelistä kaksitoista hoitotyöntekijää. Tämän koulutuksen jälkeen hoitokotien työntekijät tekivät kaikille asiakkail-

leen RAI -arvioinnin. Maaliskuussa 2008 jokaiseen Palvelukeskus Himmelin hoitokotiin valittiin RAI -yhdyshenkilö, jonka tehtävänä oli opastaa ja ohjata muita työntekijöitä RAI-arviointien tekemisessä. Yhdyshenkilöt ovat pääsääntöisesti osallistuneet kaikkiin RAI -koulutuksiin, joita on järjestetty.

Työyhteisössä on sovittu, että jokainen vanhuksen omahoitaja tekee arvioinnit omasta asiakkaastaan, mutta tarvittaessa hän saa siihen ohjausta. Varsinkin alussa on tärkeää myös se, että asioita voi pohtia muiden hoitotyöntekijöiden kanssa. Kesäkuun alussa 2008 oli pilottityösköistä eli Himmelin lyhytaikaishoidosta, missä arviointeja on tehty jo viime keväästä alkaen, mahdollistettu yhden työntekijän työaika viikon ajaksi arviointien tekemisen ohjaamiseen ja tukemiseen. Ohjaaja kiersi eri hoitokodeissa ja seurasi, miten arviointien tekeminen edistyi. Joissakin hoitokodeista oli tehty aikataulutusta sille, miten arvioinnit tehdään määräpäivään mennessä.

Tavoitteena oli, että jokaisesta asiakkaasta arviointi on tehty syyskuun 2008 loppuun mennessä. Jatkossa arviointeja tehdään neljäntoista vuorokauden kuluttua siitä, kun vanhus on saanut hoitokotipaikan tai tullut lyhytaikaishoitoon. Arviointi tehdään myös aina vanhuksen voinnin muuttuessa ja säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa. Elokuussa 2008 oli viimeinen koulutuskerta ja sen tavoitteena oli antaa valmiuksia, jotta RAI-järjestelmän tuottamaa tietoa opitaan hyödyntämään asiakkaan hoidon suunnittelussa. Aihe edellyttää työyhteisöltä uuden arviointijärjestelmän oppimista ja omaksumista siten, että sitä pystytään toteuttamaan ja hyödyntämään työelämässä. Arviointijärjestelmän käyttöönotto edellyttää työyhteisöltä lähtötilanteen arviointia ja kiinnostusta kehittää omaa toimintaansa.

Uuden järjestelmän käyttöönotto ja sen juurruttaminen arjen työvälineeksi vaatii työntekijöiltä sitoutumista ja uuden tiedon hallintakykyä. Työntekijöiden ja esimiesten kannalta on tärkeää, että uusi arviointijärjestelmä opitaan mahdollisimman hyvin ja että se palvelee käytäntöä ja työn suunnittelua tehokkaasti. Arviointijärjestelmän avulla saatuja tietoja tulee oppia hyödyntämään, jotta se koetaan mielekkääksi ja hyödylliseksi. Maakunnallisen RAI -hankkeen jatkaminen omana kehittämistyönä on tärkeää, jotta työyhteisöissä työskentelevät hoitajat ja esimiehet todella ymmärtävät, mistä RAI -mittariston käyttöönotossa on kyse. Mittaristo on laaja ja se vaatii perehtymistä ja asioiden hallintaa useasta eri näkökulmasta.

Aikuisten monista kokemuksista muodostuu laajat tieto- ja kokemusvarastot, joiden avulla orientoidutaan erillisiin toimintatilanteisiin ja selviydytään uusista tehtävistä. Omien kokemustensa välityksellä luodaan näkemyksiä toimintatapojen ominaisuuksista. Näkemyksien perusteella pohditaan toimintatapojen mielletävyyttä, vaikuttavuutta, sopivuutta ja haluttavuutta sekä kykyä toteuttaa toimintatapoja. (Kyngäs & Hentinen 2008, 226.)

Henkilön muodostaessa sisäisiä malleja itselleen, tiedot, taidot ja asenteet sulautuvat kiinteästi yhteen. Omaksumiensa mallien avulla ihminen säätelee ja ohjaa toimintaansa sekä suorituksiaan, joko tietoisesti tai tiedostamattaan. Oppiessaan yksilö joutuu suhteuttamaan, sulattamaan ja muokkaamaan uuden tiedon aikaisempaan tietorakenteeseensa. Sisäiset mallit auttavat tekemään päätelmiä entisten ja uusien havainnointien eroista. (Kyngäs & Hentinen 2008, 226–227.)

Tämä kehittämistyö edellyttää RAI -arviointijärjestelmän kokonaisuuden hallintaa. Työyhteisön tulee tietää, miten arviointeja tehdään ja mitä niistä saatavat tulokset kertovat. Kehittämistyössä tulee tuntee myös työyhteisö, hoitokotien henkilöstömitoitus ja -rakenne. Kehittämistyön aikana on myös tärkeää motivoida henkilöstöä arviointien toteuttamiseen.

Motivaatio on keskeinen sitoutumiseen vaikuttava tekijä. Se on liikkeelle paneva voima, joka ohjaa toimintaa. Motivaatioon vaikuttaa esimerkiksi se, miten merkittäväksi henkilö kokee asian ja miten tärkeänä hän asetettujen tavoitteiden saavuttamisen elämässään ja arvioiko hän pystyvänsä saavuttamaan ne. Tärkeänä sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä pidetään luottamusta omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin. Sisäinen, omakohtainen motivaatio ja positiivinen suhtautuminen asiaan johtavat yleensä hyvään sitoutumiseen. Ulkokohtainen, toisten varassa oleva motivaatio ei yleensä johda pitkäaikaiseen sitoutumiseen. (Kyngäs & Hentinen 2008, 28-29.)

Osastonhoitaja ja hoitokodin esimies voi hyödyntää RAI -tuloksia osastoraporttien ja vertailukehittämisen avulla. Henkilöstön RAI -oppimisprosessia tulee seurata ja tukea tarvittaessa. Hoidon vaikutusten laaja arviointi vaikuttaa siihen, miten organisaatiossa käytetään RAI -tietoja eri johtamisen tasoilla (RAI -käyttöönotto – johdatusta esimiehille koulutus 2007).

Oma roolini kehittämistyön etenemisessä on merkittävä. Hoitotyöntekijät tarvitsevat kannustusta ja perustelua sille, miksi RAI -järjestelmä kannattaa ottaa käyttöön. Sen avulla hoitotyöntekijät voivat tehdä oman työnsä läpinäkyväksi. Järjestelmästä saatavien raporttien avulla he näkevät sekä oman että toisen hoitokodin asiakas pohjaisen tiedon. Näiden raporttien avulla hoitotyöntekijät voivat kehittää omaa työtään sekä seurata oman toimintansa vaikuttavuutta. Esimiehen rooli kehittämistyössä on myös mahdollistaa olosuhteet mahdollisimman suopeiksi ja otolliseksi uudelle arviointijärjestelmälle. Muun kehittämistoiminnan tulee tukea uutta järjestelmää. Toisaalta hoitajilla tulee olla aikaa sopeutua muutokseen ja kehittyä prosessin mukana.

Sitoutuminen lähtee ylimmästä johdosta ja esimiehistä. Sitoutumiseen liittyy johdon määrittelemiä työntekijöiden toiminnan kehittämiseen ja organisaation toimintakyvyn parantamiseen liittyviä strategioita. Esimiehet kuvailevat yksittäisiä toimia, joita he ovat tehneet tukeakseen työntekijöiden kehittymistä. Työntekijät uskovat ja kokevat, että organisaatio on aidosti sitoutunut tukemaan heidän toimintaansa. Ilman sitoutumista organisaation toimintaa luonnehtii sattumanvaraisuus ja epätasaisuus. (Borgman & Packalén 2002, 44.)

Johtamisessa ja esimiestoiminnassa sitoutumisen kysymys on yksi tärkeimmistä. Esimiesten tehtävänä on luoda edellytyksiä ihmistyön tehokkuudelle. Sitoutumista kysytään etenkin muutostilanteissa. Monet asiat vaikuttavat siihen, miten ihmiset sitoutuvat ja kuinka sitoutuminen koetaan. Taustalla vaikuttavat aina ihmisten pyrkimykset, aikomukset ja edut. Esimiesten ja työyhteisön jäsenten ihmiskuva ja maailmankuva maalaavat sitä maisemaa, jossa eri tavalla työhön motivoituneet ihmiset saadaan toimimaan yhdessä mielekkäällä ja tehokkaalla tavalla. (af Ursin 2001, 7-8.)

Työhön sitoutumista edesauttavat lähiesimiesten henkilökohtaiset ominaisuudet, johtamistapa, toiminta henkilöstön voimavarojen tukijana, työn organisointi kyky ja hyvä henkilöstöjohtaminen. Myös ylempien esimiesten henkilökohtaiset ominaisuudet, johtamistapa, toiminta henkilöstön voimavarojen tukijana sekä toiminta työsuhte ja palkka-asioissa edistävät työntekijöiden työhön sitoutumista. (Marjamäki 2006, 48–58.)

Opinnäytetyön jäsentymättömässä ongelmassa kuvataan ne lähtökohdat jonka pohjalta pehmeän systeeminanalyysin mallinnus etenee. Kainuun maakunta -kuntayhtymässä jokaises-

sa vanhuspalvelu yksikössä otettiin käyttöön asiakkaan RAI- arviointijärjestelmä. Aikaisemmin asiakkaan toimintakykyisyyttä oli kartoitettu lähinnä RAVA:n ja MMSE:n avulla. Uuden järjestelmän käyttöönoton haasteena oli hoitotyöntekijöiden sitoutuminen uuden järjestelmän käyttöön ottoon.

3.2 Nykyhetki

Nykyhetkessä käsitellään vanhusten hyvää hoitoa ja vanhusten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Vanhusten hoitotyö tehostetussa palveluasumisessa kappaleessa kerrotaan Palvelukeskus Himmelistä ja siellä olevista kahdeksasta hoitokodista. RAI - arviointijärjestelmä -kappaleessa kuvataan ne mittarit, jotka sisältyvät laitoshoidon RAI - mittaristoon. Hoitotyöntekijöiden havainnoinneissa kuvataan 60 havainnointiin osallistuneiden hoitotyöntekijöiden havainnointitulokset aineiston analysoinnin jälkeen. Omien havainnointieni aineiston analysoinnissa nousi teemoja jotka sekä yhdistivät kaikkia hoitokoteja että erosivat toisistaan hoitokotien kesken. Sekä hoitotyöntekijöiden että oman havainnointini analysoinnin yhteydessä tuloksista nousi esille vanhusten fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi.

3.2.1 Vanhusten hyvä hoito

Ikäihmisten hoidon ja palvelun tavoite on tukea asiakkaan elämänlaatua niissä toimintaympäristöissä, joissa hoitoa ja palveluja tarvitsevat ihmiset elävät. Hyvän hoidon ja palvelun kriteeri on siinä miten tässä tehtävässä on onnistuttu. Hyvän elämänlaadun tukeminen on keskeinen asia myös toisten avusta riippuvaisten, paljon apua tarvitsevien ikäihmisten hoitotyössä. Käytännön johtamisella luodaan edellytykset hoidon ja laadun toteutumiseen käytännön arjen hoitotyössä. (Vaarama 2002, 11.)

Vanhustyön keskeinen perusarvo on ihmisarvon kunnioittaminen. Jokaiselle on turvattava oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun hoitopaikasta ja hoidon ja palvelun

tarpeesta riippumatta. Ihmisarvoisen elämän turvaavia eettisiä periaatteita vanhustyössä ovat itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. Hoitajien ammattiasemaan liittyvää valtaa ja mahdollisuutta vaikuttaa asiakkaiden elämään määrittää eri ammattiryhmien eettiset periaatteet sekä työhön liittyvät toimintaohjeet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 12–13.)

3.2.2 Vanhusten toimintakyky

Ikääntymisen tuomat muutokset ja sairauksien aiheuttama toimintakyvyn aleneminen on mahdollista ottaa huomioon vanhusta hoidettaessa ja suunnitella hoitointerventiot siten, että ne vastaavat vanhusten tarpeita. Tämä edellyttää sekä objektiivisia että subjektiivisia arvioin- teja terveydestä ja toimintakyvystä sekä tekijöistä, jotka vaikuttavat niiden kokemiseen. (Rusi 1998, 25.)

Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään erilaisia mittauksia, mittareita, havainnointia ja kysely- jä. Toimintakykymittareiden tuloksia voidaan käyttää usealla eri tavalla. Saatua tulosta voi- daan verrata testin katkaisurajaan eli yleensä pistemäärään, jonka alle jäävä tulos merkitsee heikentyntä suoriutumista, kuten esimerkiksi SAS, selvitä, arvioi, sijoita, -toiminnassa. Voi- daan myös tarkastella yksityiskohtia ja löytää ongelma-alueita, joihin on erityisesti paneudut- tava esimerkiksi hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelmaa laadittaessa. Mittaustulokset auttavat hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa sekä kohdentamisessa esimerkiksi henkilöstömitoi- tusta suunniteltaessa. Uusinta – arvioissa käytetään yleensä samoja mittausmenetelmiä, jotta huomataan, miten tilanne on kehittynyt ja saavutettiin asetetut tavoitteet. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 27.)

Toimintakyky on vanhenemisen ja vanhusten hoidon tärkeä mittari, koska vanhenemismuu- tokset ja sairaudet näkyvät juuri toimintakyvyn huononemisenä. Toimintakyky voidaan mää- ritellä joko yleiseksi toimintakyvyksi tai johonkin tehtävään liittyväksi toimintakyvyksi. Ylei- nen toimintakyky tarkoittaa terveydentilan, elinajan ja itsenäisyyden muutoksia ja niiden en- nustearvoa. Usein toimintakyky merkitsee arkirutiineista selviytymistä. Mikäli vanhuksella on vaikeuksia selviytyä päivittäisistä askareista, vaikeuksien taustalla voi olla heikentyntä toimin-

takyky, ympäristön ongelmat tai molemmat. Tietynlainen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky on itsestä huolehtimisen edellytys. (Vallejo Medina ym. 2005, 57.)

Vanhenemismuutoksiin vaikuttavat sisäiset ja ulkoiset tekijät kuten perinnöllisyys, ympäristö, sairaudet, elämäntyyli ja persoonallisuus. Fyysinen toimintakyky koostuu lähinnä hengitys- ja verenkiertoelimistön, tuki- ja liikuntaelimistön sekä keskus- ja ääreishermoston toimintakyvystä. Fyysinen toimintakyky heikkenemiseen vaikuttavat sairauksien lisäksi lihasvoiman väheneminen, nivelten liikkuvuuden heikkeneminen ja tasapainoon liittyvät ongelmat. Myös mahdollinen kipu, huimaus, unettomuus ja liikkumisvaikeudet heikentävät elämänlaatua. Ikäihmisillä toimintakyky voi myös vaihdella päivittäin. (Aejmelaeus ym. 2007, 35; Vallejo Medina ym. 2005, 58.) Pitkäaikaisen laitoshoidon RAI -mittariston ADL -mittari kertoo fyysisestä toimintakyvystä. Se kuvaa asiakkaan päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. (Finne-Soveri, Björgren, Noro & Vähäkangas 2005, 24.)

Psyykkistä toimintakykyä arvioidaan sen mukaan, miten hyvin vanhuksen henkiset voimavarat riittävät arkielämän vaatimuksiin. Psyykinen toimintakyky tarkoittaa kykyä suoriutua älyllisistä ja muuta henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Ikääntyneen oma minäkuva, mieliala, elämän muutosten käsittelytapa sekä elämänhallinta vaikuttavat hänen kokemaansa elämänlaatuun. Psyykkiseen toimintakyvyn käsitteeseen sisällytetään kognitiivisten toimintojen lisäksi psykomotoriset toiminnot, psyykinen hyvinvointi, depressio, ahdistuneisuus, stressi ja yksinäisyyden kokemukset. Selvimmät ikääntymisen tuomat muutokset ovat havaintotoimintojen hidastuminen ja tarkkuuden huononeminen. Psyykinen oireilu vaikuttaa toimintakykyyn ja elämänlaatuun, mikä voi puolestaan johtaa eristäytymiseen ja sosiaalisen kanssakäymisen vaikeutumiseen. (Aejmelaeus ym. 2007, 35; Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 21; Vallejo Medina ym. 2005, 58.) Pitkäaikaisen laitoshoidon RAI -mittariston CPS -mittari kertoo kognitiosta, aivojen vajaatoiminnasta. CPS kuvaa asukkaan älyllistä toimintakykyä, sen haurautta ja viime kädessä dementiaa. (Finne-Soveri ym. 2005, 24.)

Sosiaalista toimintakykyä voidaan arvioida sekä yhteiskuntaan sopeutumisenä että sosiaalisina voimavaroina kuten ystävyys- ja perhesuhteista, tuloista, koulutuksesta ja terveydestä. Kolmanneksi sosiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella kyvystä säilyttää vuorovaikutussuhteita ja rooleja yhteiskuntaelämässä. (Vallejo Medina ym. 2005, 59.) Sosiaaliset suhteet, kuten oma rooli perheessä, yhteisöön kuuluminen, erilaiset kontaktit lähiympäristön kanssa, oma

uskonnollinen vakaumus tai muu vakaumus, auttavat oman elämän hallinnassa ja vaikuttavat elämänlaatuun (Aejmelaeus ym. 2007, 35). Sosiaalinen toimintakyky edellyttää yhteisöä, kykyä olla vuorovaikutuksessa sekä kykyä toimia. Toimintakyvyn osa-alueet ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa ja osin myös päällekkäisiä. (Lyyra ym. 2007, 21.) Pitkäaikaisen laitoshoidon RAI -mittariston DRS kuvaa masennusta ja SES kertoo sosiaalisesta aktiivisuudesta (Finne-Soveri ym. 2005, 24).

Palvelutaloissa asuvien heikkoa fyysistä toimintakykyä ennustavat korkea ikä, aiempi heikko fyysinen toimintakyky, depressiiviset oireet, lääkkeiden käyttö ja harrastusten vähyys. Heikkoa kognitiivista toimintakykyä ennustavat puolestaan korkea ikä, aiempi heikko kognitiivinen toimintakyky, vähäinen koulutus, elämään tyytymättömyys ja hyväksi koettu terveys. Hyvä koulutus, harvat omat vierailut, yksinäisyyden tunne, huonoksi koettu terveys, heikko kognitiivinen toimintakyky sekä aiemmat runsaat depressiiviset oireet ennustavat palvelutaloissa asuvien depressiivisiä oireita. (Karjalainen 1999, 75.)

3.2.3 Hoitotyö vanhusten tehostetussa palveluasumisessa

Tehostetussa palveluasumisessa tavoitteena on, että asukashuoneet, yhteistilat ja käytävät ovat esteettömiä, turvallisia ja viihtyisiä. Ympäri vuorokautisen hoivan yksiköissä on fyysisen esteettömyyden ohella kiinnitettävä huomiota siihen, että ympäristö on myös sosiaalisesti ja instituionaalisesti esteetön niin, että ikääntynyt ihminen toimintakyvyn rajoituksista huolimatta on ympäristössään täysivaltainen ihminen, jolla on oikeus itsemääräämiseen, yksityisyyteen ja osallisuuteen. Ympäri vuorokautisen hoivan yksiköissä tavoitteena on, että jokaisella asukkaalla on oma huone ja siihen liittyvä hygieniatila, ellei asiakas nimenomaan halua asua puolisoin tai muun yhteistä asumista toivovan asukkaan kanssa. Pitkäaikaista hoivaa tarvitsevalle oma huone on koti ja se tulisi näkyä kodikkuutena, viihtyisyytenä sekä omilla kalusteilla sisustamisena. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 41.)

Vanhusten toive yksityisyydestä vanhainkodissa tai palvelutalossa on voimakas, koska yksityisyyteen liittyy myös hiljaisuuden ja hiljentymisen tarve. Vanhusten yksityisyyteen kuuluu myös se, että he pystyvät ottamaan vieraat vastaan omassa huoneessa. Oman huoneen kodinomaisuutta lisäävät vanhusten mielestä heidän henkilökohtaiset tavaransa. Vanhainkodin

ja palveluasunnon muulta ympäristöltä vanhuksat toivoivat viihtyisyyttä esimerkiksi sisustusvärien avulla. (Klemola 2003, 60–62.)

Ryhmäkodit koetaan eheinä palvelukokonaisuuksina, jotka tarjoavat asukkailleen heidän tarpeittensa ohjaaman ja heidän itsenäisyyttään tukevan palvelukokonaisuuden. Ryhmäkotien asukkahan ovat varsin heterogeeninen joukko päivittäisen avun tarpeessa olevia dementoitu-neita tai jatkuvasti perustoiminnoissaan apua tarvitsevia henkisesti vireitä ihmisiä. Ryhmäko-deissa asukkaiden oma huone on yksityinen reviiiri, missä voi olla yksinään ja hiljentyä. Tupa-keittiö ja ryhmäkodin oleskelutilat ovat kiinteä osa asukkaiden päivittäistä toimintaympäris-töä. Tärkeä turvallisuustekijä ja tyytyväisyyttä lisäävä tekijä asukkaiden kokemana on riittävä, osaava ja vähän vaihtuva henkilöstö. (Päivärinta 1996, 6, 48–49.)

Kodinomaisuuteen kuuluu hoitajien ammattitaidon lisäksi fyysinen, sosiaalinen ja emotionaa-linen kodinomaisuus. Hoitajien asenne ja osaamisen taso ovat keskeisiä tekijöitä vanhusten hoitotyön kodinomaisuuden toteuttamisessa. Vanhusten mielestä kodinomaisuutta lisäävät myös ihmissuhteet, yhteisyys ja avun saaminen. Näiden asioiden tulisi ohjata vanhusten hoi-totyön kehittämistä. Vanhuksille, joilla ei laitoksissa ole juuri muita ystävyys-suhteita, on eri-tyisen tärkeää, että hoitajilla on heille aikaa. Hoitohenkilökunnan määrän tulisi kohtuudella vastata tähän tarpeeseen. Vanhusten laitoshoidon kodinomaisuuden toteutumisen voi mah-dollistaa ainoastaan ammattitaitoinen, riittävä ja osaava hoitohenkilökunta. (Meripaasi, Rou-tasalo & Arve 2001, 78.)

Rosqvist (2003, 113–114) on tutkinut suomalaisen potilaan henkilökohtaista tilaa ja sen säi-lymistä sairaalassa. Tutkimus tuloksista ilmenee yhden hengen potilashuoneen olevan yhte-yksissä kokemukseen henkilökohtaisen tilan säilymisestä. Henkilökohtaisen tilan säilymisen kannalta yli puolelle potilaista on merkityksellistä erityisesti se, että hoitotyöntekijä on sama ja tutuksi tullut hoidon aikana. Hoitotyöntekijän tulee koputtaa potilashuoneen oveen ja esi-tellä itsensä. Potilaat kokivat tärkeänä myös sen, että hoitotyöntekijä kertoo ennen toimenpi-dettä mitä aiotaan tehdä. Potilaiden mielestä itse hoitotoimenpiteen aikana ei hoitotyönteki-jän välttämättä tarvitse keskustella.

Tässä vaiheessa kehittämishanketta tavoitteena oli selvittää Palvelukeskus Himmelissä eri hoitokodeissa olevien vanhusten toimintakykyisyys RAVA – mittaristolla ja MMSE – testillä

arvioituna. Lisäksi tavoitteena oli selvittää Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoitus ja – rakenne. Henkilöstömitoitus ja – rakenne selvitettiin tutkimalla asiakirjoja ja laskemalla henkilöiden määrät ja heidän nimikkeensä hoitokodeittain. Asiakkaiden kuntoisuus selvitettiin RAVA – mittariston ja MMSE- testien avulla saaduista tuloksista. Tulokset analysoitiin laskemalla tuloksista keskiarvot hoitokodeittain. (Liite 6).

Palvelukeskus Himmelin hoitokodeissa on yhteensä 54 yhden hengen ja viisi kahden hengen huonetta. Jokaisen huoneen yhteydessä on oma WC. Lisäksi asukkaiden käytössä on isot yhteiset tilat. Sen sijaan, lyhytaikaishoidossa, missä asukkaat eivät ole vuokrasuhteessa vaan käyvät intervallijaksoilla omista kodeistaan pitäen, on yhden hengen huoneesta kolmen hengen huoneisiin.

Palvelukeskus Himmeli on kahdeksan erillistä hoitokotia, joista kaksi Ahola ja Koivula on tarkoitettu erityisesti dementiaa sairastavien vanhusten kodeiksi. Lyhytaikaishoidossa, Kaskelessa, hoidetaan intervallijaksoilla olevia vanhuksia. Muut hoitokodit, Riihelä, Nurmela, Peltola, Lampela ja Puistola, ovat profiloituneet lähinnä asiakkaiden hoitoisuuden mukaan. Palvelukeskus Himmeli oli aikaisemmin vanhainkoti. Silloin hoitoyksiköt muodostuivat 17 vanhuksen hoito-osastoista. Nykyisin ainoastaan Peltolan hoitokoti on yksi näistä pitkistä siivistä, muiden pitkien siipien jakautuessa kahdeksi pienemmäksi hoitokodiksi. Lyhytaikaishoidon yksikkö Kaskela on rakennettu aikaisemmin toimineen päiväkeskustoiminnan tiloihin. Tässä kehittämishankkeessa pitkistä siivistä puhutaan tutkimustulosten yhteydessä, koska sen avulla voidaan tarkastella lähes saman asukasmäärän kokoisia yksiköitä.

Himmeli asuu vakituisesti tällä hetkellä 66 vanhusta. Lyhytaikaishoidon yksikkö on virallisesti kymmenpaikkainen, mutta se on ollut jatkuvasti ylikuormitettu sen käyttöasteen ollessa vuonna 2007 119,28 %. Himmeli työskenlee asumispalvelupäällikön lisäksi kaksi sairaanhoitajaa, 34 perus-/lähihoitajaa, viisi lähityöntekijää (hoitoapulaista), neljä työllistämisvaroin palkattua lähityöntekijää, joiden työaika on 85 %, yksi ohjaaja, kolme kodinhoitajaa, yksi toimistos sihteeri ja osa-aikainen kuntahoitaja. Tässä kehittämistyössä hoitaja nimitystä käytetään kaikista hoitotyöntekijöistä. Hoitajia ovat sekä sairaanhoitajat, lähi- ja perushoitajat, lähityöntekijät, kuntahoitajat, ohjaajat ja kodinhoitajat. Palvelukeskus Himmelin henkilöstöresurssi ja – rakenne jakaantuvat eri yksiköiden kesken taulukon 3 mukaisesti.

Taulukko 3. Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoitus ja – rakenne hoitokodeittain syksyllä 2008

HOITOKOTI/ HENKILÖSTÖ	PEL- TOLA	NUR- MELA	RII- HELÄ	KOI- VULA	AHO- LA	PUIS- TOLA	LAM- PELA	KAS- KELA
ASUMISPALVELU- PÄÄLLIKKÖ 0,5								
TOIMISTOSIHTTEERI 0,5								
ASUKKAITA	17	7	9(+1)	7	9	7	8(+1)	10-16
SAIRAAHOITAJA 1+1	0,3	0,2	0,2	0,10	0,10	0,15	0,15	0,80
PERUSHOITAJA/ LÄHIHOITAJA	5	3	4	2	4	3	3	5
OHJAAJA					1			
KODINHOITAJA	1			1				
HOITOAPULAINEN	1		1	1			1	1
TYÖLLISTÄMISVA- ROIN PALKATTU	0,85	0,85	0,85			0,4	0,45	
KUNTOHOITAJA								0,5
YÖHOITAJA (2 vuo- rossa, yhteensä 4 hoita- jaa)	0,8	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,8
HENKILÖSTÖ- RESURSSI	0,52	0,63	0,72 (0,65)	0,64	0,61	0,56	0,63 (0,56)	0,83 (0,51)

Hoitokoti Peltolassa asuu 17 vanhusta, joista suurin osa on kahden autettavia. Aamuvuorossa on neljä hoitajaa ja iltavuorossa kaksi hoitajaa. Hoitokodin hoitajista yksi on hoitoapulainen ja yksi on palkattu työllistämisvaroin. Peltolassa asuvien vanhusten toimintakyky Rava:lla mitattuna on 3,1622 – 4,1831 välillä. Kuudelletoista vanhukselle MMSE -testiä ei voida tehdä. Yksi vanhuksista saa MMSE -testistä pisteitä 8/30. Tässä yksikössä on kolmella vanhuk-
sella tehostettu avun tarve ja 14 vanhusta on täysin autettavia (Liite 6).

Hoitokoti Nurmelassa asuu seitsemän vanhusta. Aamuvuorossa on arkena kaksi hoitajaa ja viikonloppuisin 1,5 hoitajaa. Iltavuorossa on aina 1,5 hoitajaa. Hoitokodin hoitajista on yksi palkattu työllistämisvaroin. Vanhusten toimintakyky Rava:lla mitattuna on 2,0206–4,1831 välillä. Kolmelle vanhuksista MMSE -testiä ei voida tehdä. Neljän vanhuksen muistitestin tulokset ovat välillä 5/30 - 25/30. Tässä yksikössä on yhdellä vanhuksella valvottu avun tarve ja yhdellä vanhuksella tehostettu avuntarve. Vanhuksista viisi on täysin autettavia (Liite 6).

Hoitokoti Riihelässä asuu kymmenen vanhusta. Aamuvuorossa on arkena kaksi ja viikonloppuisin 1,5 hoitajaa. Yksikön iltavuoron vahvuus on 1,5 hoitajaa. Hoitokodin hoitajista on yksi palkattu työllistämisvaroin ja yhdellä on hoitoapulaisen nimike. Vanhusten toimintakyky Rava:lla mitattuna on 2,6542–4,1831 välillä. Kuudelle vanhukselle MMSE -testiä ei voida tehdä ja neljän vanhuksen muistitestin tulokset ovat välillä 5/30 - 18/30. Vanhuksista kahdella on valvottu avun tarve ja kahdella on tehostettu avuntarve. Vanhuksista kuusi on täysin autettavia (Liite 6).

Hoitokoti Koivulassa asuu seitsemän muistisairasta vanhusta. Aamuvuorossa on arkena kaksi ja viikonloppuisin 1,5 hoitajaa. Yksikössä on aina yksi hoitaja iltavuorossa. Hoitajista yksi on hoitoapulainen. Vanhusten toimintakyky Rava:lla mitattuna on 3,1622–4,0291 välillä. Kolmelle vanhuksista muistitestiä ei voida tehdä. Neljä vanhuksista saa siitä pisteitä väliltä 3/30- 15/30. Vanhuksista neljällä on tehostettu avuntarve ja kolme vanhusta on täysin autettavia (Liite 6).

Hoitokoti Aholassa asuu yhdeksän muistisairasta vanhusta. Aamuvuorossa on arkena kaksi ja viikonloppuisin 1,5 hoitajaa. Iltavuorossa on aina yksi hoitaja. Dementia hoitokodin työntekijöillä on kaikilla vähintään hoitotyön peruskoulutus. Vanhusten toimintakyky Rava:lla mitattuna on 2,7175–4,0291 välillä. Kuudelle vanhukselle muistitestiä ei voida tehdä, kolme vanhuksista saa MMSE:stä pisteet väliltä 7/30–18/30. Vanhuksista yhdellä on valvottu avun tarve ja kahdella on tehostettu avuntarve. Vanhuksista kuusi on täysin autettavia (Liite 6).

Hoitokoti Puistolassa asuu seitsemän vanhusta. Yksikössä on aina 1,5 hoitajaa aamuvuorossa ja yksi hoitaja iltavuorossa. Kaikilla hoitajilla on vähintään hoitotyön peruskoulutus. Vanhusten toimintakyky Rava:lla mitattuna on 3,0702–4,1831 välillä. Muistitestiä ei voida tehdä yhdelle vanhuksista. Kuuden vanhuksen MMSE testin pisteet ovat välillä 7/30 - 17/30. Tässä

yksikössä neljällä vanhuksella on tehostettu avun tarve ja kaksi vanhuksista on täysin autettavia (Liite 6).

Hoitokoti Lampelassa asuu yhdeksän vanhusta. Yksikössä on aina 1,5 hoitajaa aamuvuorossa ja yksi hoitaja iltavuorossa. Hoitajista yksi on palkattu työllistämisvaroin ja yhdellä hoitajista on lähityöntekijän nimike. Vanhusten toimintakyky Rava:lla mitattuna on välillä 2,5242 – 4,092. Muistitestiä ei voida tehdä kolmelle vanhukselle. Vanhuksista kuusi saa testistä pisteet 5/30 – 20/30 väliltä. Vanhuksista kolmella on valvottu avun tarve ja yhdellä on tehostettu avun tarve. Viisi vanhuksista on täysin autettavia (Liite 6).

Hoitokoti Kaskelassa on lyhytaikaisessa hoidossa tai hoitokotipaikan odottajana 10–17 vanhusta. Arkena aamuvuorossa on 4-3 hoitajaa, viikonloppuisin aamuvuorossa on 2 hoitajaa ja iltavuorossa aina kaksi hoitajaa. Kaskelan asiakkaat vaihtuvat tiheästi, joten myös hoitokodin asiakkaiden hoitoisuus vaihtelee jopa päivittäin.

Palvelukeskus Himmelin yöhoito ostetaan Hoitopalvelu Jasminilta. Koko talossa on kaksi hoitajaa yövuorossa. Yhteensä Himmelin yöhoitajia on neljästä viiteen. Taulukossa 2 yöhoitajien yöhoidon resurssit on laskettu neljän hoitajan mukaan. Palvelukeskus Himmelin pelkästään hoitotyöhön osallistuvien työntekijöiden kokonaishenkilöstömitoitus, mukaan luetuna ostopalveluiden yöhoito on 0,63. Mikäli asukkaita on ylipaikoilla sekä pitkäaikaishoidon- että lyhytaikaishoidon puolella laskee mitoitus 0,57:een. Toisaalta, mikäli vanhuksia on ylipaikoilla, lisätään määräaikaista henkilöstöä lyhytaikaishoidon viikonloppujen aamuvuoroihin. (Kähkönen 2008.)

Henkilöstömitoituksessa – ja rakenteessa on hoitokodeittain selviä eroja, sillä henkilöstömitoitus on 0,52–0,69, kun otetaan huomioon yksiköiden ylipaikoilla olevat vanhukset. Myös henkilöstörakenteessa on eroja, sillä yhdessä hoitokodissa kaikilla työntekijöillä oli hoitotyön koulutus, mutta toisessa hoitokodissa hoitotyössä työskenteli sekä kouluttamaton että työllistämisvaroin palkattu työntekijä.

Vanhusten toimintakykyisyydessä RAVA -mittarilla ja MMSE -testillä arvioituna oli myös eroavaisuuksia, sillä RAVA -arvot vaihtelivat hoitokodeittain 3,78- 3,09 välillä. Peltolan

asukkaille ei muistitestiä voitu tehdä 16 vanhuksen kohdalla, kun vastaava määrä pienimmillään oli Puistolassa yhden vanhuksen kohdalla.

3.2.4 RAI-arviointijärjestelmä vanhusten pitkäaikaishoidossa

RAI-tietojärjestelmä on joukko yhteismitallisia arviointivälineitä. RAI -järjestelmän kehittämisen perustana on ollut huoli hoidon tasosta, ikääntyneiden elämänlaadusta, erilaisten esteiden ja rajoittamien käytöstä hoitotyössä sekä kustannusten kasvusta. (Aejmelaeus ym. 2007, 40.) RAI -järjestelmä on tehty hoidon laadun seurantaan, kustannusten arvioimista ja maksujärjestelmän kehittämistä varten eri palvelurakenteen tasoille. Se perustuu laaja-alaiseen yksilön voimavarojen ja tarpeiden standardoituun kartoitukseen yksilöllistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa varten. RAI sisältää kysymyssarjan nimeltä Minimum Data Set, MDS, eli pienin tarvittava tietomäärä. Hoidon asianmukainen laatu syntyy prosessina, jossa asianomaisen asukkaan tarpeisiin vastataan hyödyntäen hänen jäljellä olevia voimavarojaan, nojaten hoitohenkilökunnan ammattitaitoon ja alan parhaaseen mahdolliseen tietoon. RAI -järjestelmässä hoidon laadun ajatellaan kohenevan siksi, että asiakkaat saavat tarpeitaan vastaavan hoidon ja olevan edullista siksi, ettei voimavaroja tuhlaata tuloksettomaan tai virheelliseen toimintaan. Organisaatiossa tehtävät päätökset perustetaan suoraan asiakkaan tarpeisiin. Tämä parantaa laitosten ja organisaatioiden toimintaa. Maksujärjestelmä johtaa järkevään varojen jakoon silloin, kun perusteeksi omaksutaan asiakkaan tarpeet ja voimavarat. (Noro ym. 2005, 22–23.)

Vanhusten toimintakykyä pitkäaikaisen laitoshoidon RAI -arviointijärjestelmässä arvioidaan erilaisten mittareiden avulla. RAI -mittaristo sisältää seuraavat mittarit: CPS kertoo kognitiosta, aivojen vajaatoiminnasta, ADL kertoo fyysisestä toimintakyvystä, DRS kuvaa masennusta, BMI kuvastaa ravitsemusta, RUG-III kuvaa asiakasrakennetta, SES kertoo sosiaalisesta aktiivisuudesta, kipumittari sekä RAPs kertovat asiakkaan voimavaroista ja ongelmien tunnistamisesta. (Finne-Soveri ym. 2005, 24.)

RUG -mittari on laaja asukasrakennetta kuvaava luokitus, mikä luokittaa jokaisen asukkaan yhteen seitsemästä pääryhmästä. Pääryhmät kuvaavat tyypillisiä pitkäaikaisen laitoshoidon

asiakasryhmiä. Pääluokat jakavat asukkaan alaluokkiin lähinnä fyysisen toimintakykynsä perusteella. Pääluokkia ovat monialainen kuntoutus, erittäin vaativa hoito, erityishoito, kliinisesti monimuotoinen, kognitiivisten toimintojen heikentyminen, käytöshäiriöt sekä heikentynyt fyysinen toimintakyky. Alaluokkia on yhteensä 22 ja jokainen niistä kuvaa hoidon vaativuuden suhdeluvun ja kustannuspainon. (Heikkilä & Finne-Soveri 2008, 14.)

ADL -mittari kuvaa asiakkaan päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Mittari muodostuu neljästä muuttujasta: ruokailusta, wc:n käytöstä, henkilökohtaisesta hygieniasta ja osastolla liikkumisesta. Näistä toiminnoista ihmisellä häviää ensimmäiseksi kyky huolehtia omasta hygieniastaan, seuraavaksi kyky liikkua sekä wc:n käyttö ja viimeisenä syöminen. ADL -mittarin asteikko on 0-6; mitä suurempi arvo on, sitä huonompi on asukkaan päivittäinen toimintakyky. (Heikkilä & Finne-Soveri 2008, 17.)

CPS kuvaa asukkaan älyllistä toimintakykyä, sen haurautta ja viime kädessä dementiaa. Mittari muodostuu viidestä muuttujasta, joita ovat lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, päätöksentekokyky, tajunnan taso ja kyky syödä itse. Mittarin asteikko on 0-6 siten, että mitä suurempi arvo on, sitä suurempi on älyllisten toimintojen, kognition vaje. (Heikkilä & Finne-Soveri 2008, 19.)

Masennus ja erilaiset käytösoireet liittyvät usein muistisairauksiin. DRS -mittari kuvaa asiakkaan masennusoireita. Sen asteikko on 0-14 ja yli kolmen arvo merkitsee masennusepäilyä. Mittariin sisältyy seitsemän masennukseen liittyvää oiretta, joita ovat kielteiset ilmaiset, jatkuva omaan itseensä tai muihin kohdistuva kiukku, epärealistiselta vaikuttavat pelon ilmaiset, terveyteen liittyvät toistuvat valitukset, muuhun kuin terveyteen liittyvät toistuvat valitukset, itku ja kyynelehtiminen sekä surullinen, kivulias tai huolestunut kasvojen ilme. (Heikkilä & Finne-Soveri 2008, 20.)

Vanhusten RAI - arviointien valmistuttua lokakuun lopussa 2008, kehittämishankkeen tavoitteena oli selvittää Palvelukeskus Himmellisä eri hoitokodeissa asuvien vanhusten toimintakykyisyys RAI- -arviointijärjestelmän avulla. RAI-arviointijärjestelmän raportti antaa valmiiksi CPS:n, ADL:n ja kustannuspainojen keskiarvot pitkäaikaishoidon- ja lyhytaikaishoidon puolelta. Laskin itse käsin asukkaiden ADL, CPS ja kustannuspainon hoitokodeittain.

Liitteessä 7 on eriteltyä jokaisessa hoitokodissa asuvan vanhuksen saamat RAI - arviointitulokset.

Taulukko 20. Palvelukeskus Himmelin asukkaiden CPS: n, ADL:n ja kustannuspainojen keskiarvot hoitokodeittain koottuna

RAI - mittariston keskiarvot	Hoitokodit									
	Pel- tola	Nur- mela	Rii- helä	N+R yhteensä	Koi- vula	Aho- la	K+A yhteensä	Puis- tola	Lam- pela	P+L yhteensä
CPS	4,6	3,9	3,7	3,8	4,9	4,3	4,6	4	2,3	3,1
ADL	5,1	3,9	4,4	4,1	5,0	4,6	4,8	4,1	3,3	3,7
kustannus- paino	1,29	1,19	1,17	1,18	1,22	1,09	1,15	1,14	1,06	1,10

Tuloksista ilmenee, että asukkaiden aivojen vajaatoiminnan aste on koko Palvelukeskus Himmellisä korkea. Peltolassa asuvien vanhusten CPS:n keskiarvo on korkein, sen ollessa 4,64, kun taas pienimmillään se on Lampelassa 2,25. Päivittäisten toimintojen keskiarvo on myös Peltolassa korkein, 5,11. Käytännössä tämä tarkoittaa vanhusten olevan kaikissa toiminnoissa paljon apua tarvitsevia vanhuksia. Pienimmillään arvo on Lampelassa, missä se on 3,3. Kustannuspainot vaihtelevat yksiköittäin 1,06 – 1,29 välillä (Liite 7).

RAI-arviointien perusteella voidaan todeta Palvelukeskus Himmellisä asuvien vanhuksien tarvitsevan runsaasti apua sekä älyllisissä että päivittäisissä toiminnoissaan. Kustannuspainon ollessa valtakunnallisesti tehostetussa palveluasumisessa 1,0 on se Palvelukeskus Himmellisä kaikki hoitokodit yhteen laskettuna 1,21. Tämä tarkoittaa sitä, että siellä asuvat vanhuksset ovat keskimääräisesti raskashoitoisempia kuin muissa vastaavissa yksiköissä asuvat vanhuksset.

3.2.5 Hoitotyöntekijöiden havainnointit vanhusten hoitotyön sisällöstä

Hoitotyöntekijöiden kirjaamien hoitotyönlomakkeiden avulla lähdettiin hakemaan vastausta, minkälaista vanhusten hoitotyö Palvelukeskus Himmellisä on ja minkälaiset ovat hoitotyön erot eri hoitokotien kesken. Hoitotyöntekijöiden hoitotyönseurantalomakkeen avulla kerätty aineisto käsiteltiin kvantitatiivisesti SPSS-tilasto-ohjelmalla. Tässä tutkimuksessa hoitotyönseurantalomakkeen avulla kerätty aineisto oli laaja. Havainnoiteja tehtiin yhteensä 159 vanhuksesta kahden päivän aikana. Hoitotyönlomakkeiden ja oman havainnointini analysoinnin yhteydessä tuloksista nousi esille vanhusten fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi, joiden mukaisesti havainnointien tulokset tässä kehittämishankkeessa esitellään.

Hoitotyöntekijöiden taustatiedot

Hoitotyöntekijöiden havainnointiin osallistui havainnointipäivien aikana yhteensä 45 hoitotyöntekijää, joista viisitoista oli kahtena havainnointipäivänä työvuorossa. Todellisten vastausten määrä olisi ollut 64, mikäli myös neljä hoitotyöntekijää, jotka olivat havainnointien aikana työvuorossa, olisivat osallistuneet havainnoiteihin. Hoitotyöntekijöiden taustatietojen kokonaismääräksi muodostui kuudenkymmenen hoitotyöntekijän taustatiedot. Havainnointiin osallistuneiden hoitotyöntekijöiden taustatiedot on esitelty taulukossa 21.

Taulukko 21. Havainnointiin osallistuneiden työntekijöiden taustatiedot

Taustatiedot	lukumäärä (f)	%
Ikä:		
alle 25 vuotta	8	14
26–35 vuotta	5	8
36–45 vuotta	14	23
46–55 vuotta	21	35
yli 56 vuotta	12	20
Yhteensä	60	100
Työkokemus hoitotyöstä:		
alle 5 vuotta	20	33
6-10 vuotta	13	22
11–15 vuotta	5	8
16–20 vuotta	7	12
21–25 vuotta	7	12
26–30 vuotta	3	5
yli 31 vuotta	5	8
Yhteensä	60	100
Ammattinimikkeet:		
Hoitoapulainen	11	18
Kodinhoitaja	3	5
Ohjaaja	3	5
Lähihoitaja	28	47
Perushoitaja	9	15
Sairaanhoitaja	3	5
Opiskelija	2	3
Harjoittelija	1	2
Yhteensä	60	100

Havainnointiin osallistuneiden hoitotyöntekijöiden ikä ja työkokemus luokiteltiin. Tarkan iän ja työkokemuksen ilmoittaminen ei olisi ollut eettisesti oikein, koska ne olisivat voineet

paljastaa työntekijän henkilöllisyyden. Havainnoiteihin osallistui yhteensä 45 hoitotyöntekijää, joista 15:sta oli työvuorossa kahtena päivänä. Havainnointiin osallistuneista hoitotyöntekijöistä (n=60) 35 % oli iältään 46–55 -vuotiaita. Huomattavaa on, että yli 46 -vuotiaita oli suhteellisen paljon, 55 % tutkimusjoukosta. Havainnointipäivien aikana Palvelukeskus Himmelin hoitotyöntekijöiden keski-ikä oli 44,1 vuotta keskihajonnan ollessa 11,1. 46 -vuotta ja sitä nuorempia oli 50 % ja yleisin ikä oli 46 vuotta. 46 vuoden ikä esiintyi havainnointipäivien aikana useimmiten. Hoitotyöntekijöiden iät vaihtelivat 17 vuoden iästä 62 vuoteen.

Mikäli hoitotyöntekijät lasketaan vain kerran havainnoiteihin mukaan (n=45) vastaajien keski-ikä oli 43,6 vuotta ja työkokemuksen keskiarvo oli 12,5 vuotta. Näissä tuloksissa hoitotyöntekijöiden kokonaismääränä käytetään kuitenkin kuuttakymmentä, sillä viisitoista hoitotyöntekijää oli työvuorossa kahtena eri päivänä.

Työkokemus vaihteli alle vuodesta 39 vuoteen keskiarvon ollessa 13,1 vuotta ja keskihajonnan 10,7. Havainnointipäivinä työkokemusta oli 50 % vastaajista kymmenen vuotta. Tyypillisin työssäolo vuosi oli 4. Neljällä hoitotyöntekijällä oli neljän vuoden työkokemus vanhusten hoitotyöstä. Kolmanneksella (33 %) havainnointiin osallistuneista oli työkokemusta alle 5 vuotta. Reilulla viidenneksellä (22 %) työkokemusta oli kertynyt 6-10 vuotta. Yli 21 vuoden työkokemuksen omaavia oli neljännes osallistujista (25 %).

Havainnointipäivien aikana työvuorossa oli eniten lähihoitajia, joita oli kaikkiaan 47 % havainnointiin osallistuneista. Hoitoapulaisia havainnointipäivien aikana oli 18 %. Sairaanhoidajia oli kolmessa työvuorossa eli 5 % osallistuneista.

Taulukossa 22 esitellään hoitotyöntekijöiden työkokemusten keskiarvot ja hoitotyöntekijöiden lukumäärät hoitokodeittain.

Taulukko 22. Työkokemuksen keskiarvot ja hoitotyöntekijöiden lukumäärät hoitokodeittain

Hoitokoti	Frekvenssi	Työkokemuksen keskiarvo	Hoitotyöntekijöiden määrä % /hoitokoti
Peltola	12	10	20 %
Nurmela	6	11	10 %
Riihelä	8	17	13 %
Koivula	6	12	10 %
Ahola	8	14	13 %
Puistola	4	29	7%
Lampela	6	11	10 %
Kaskela	10	11	17 %
Yhteensä	60	13	100 %

Havainnointipäivien aikana Palvelukeskus Himmelin hoitotyöntekijöiden työkokemukset hoitokodeittain olivat keskimääräisesti yli kymmenen vuotta. Korkein työkokemuksen keskiarvo oli Puistolassa 29 vuotta ja pienin Peltolassa 10 vuotta.

20 % havainnointiin osallistuneista hoitotyöntekijöistä työskenteli Peltolassa. Kun Nurmela-Riihelä, Ahola-Koivula, Puistola-Lampela yhdistetään, saadaan asukas määrältään lähes samankokoisia yksiköitä. Nurmela-Riihelässä oli havainnointipäivien aikana 23 % prosenttia, Ahola-Koivulassa 23 % ja Puistola - Lampelassa 17 % hoitotyöntekijöistä. Kaskelan yksikkö poikkeaa sekä tiloiltaan että asukasluvultaan muista yksiköistä. Siellä havainnointiin osallistuneita hoitotyöntekijöitä oli 17 %. Tässä yhteydessä on syytä muistaa, että Kaskelassa neljä havainnointipäivää on jäänyt tutkimuksen ulkopuolelle hoitajien taustatietojen osalta. Tämä vaikuttaa siihen, ettei Kaskelan henkilöstömitoitus todellisuudessa havainnointipäivien aikana ollut näin pieni. Havainnointiin osallistuneiden hoitotyöntekijöiden luku havainnointipäivien aikana oli 60, kun hoitotyöntekijöitä työvuoroissa näiden päivien aikana oli yhteensä 64.

Taulukossa 23 on eriteltyä hoitotyöntekijät havainnointipäivittäin. Taulukon mukaan 18.11.2008 oli hoitotyöntekijöitä enemmän kuin 19.11. Tämä johtuu siitä, että kahden hoitokodin havainnointia jouduttiin siirtämään vesikatkoksen vuoksi 21 päivälle marraskuuta.

Taulukko 23. Hoitotyöntekijät eriteltyä ammattinimikkeittäin havainnointipäivittäin

Työntekijöitä	Aamuvuoro	Iltavuoro	Yhteensä
18.11	20	11	31
hoitoapulainen	4	2	6
kodinhoitaja	2	1	3
ohjaaja	1		1
lähihoitaja	7	6	13
perushoitaja	3	2	5
sairaanhoitaja	1		1
opiskelija	1		1
harjoittelija	1		1
19.11	15	9	24
hoitoapulainen	5		5
ohjaaja	1		1
lähihoitaja	7	6	13
perushoitaja		2	2
sairaanhoitaja	2		2
opiskelija		1	1
21.11	3	2	5
lähihoitaja	1	1	2
perushoitaja	1	1	2
opiskelija	1		1
Yhteensä	38	22	60

Ammattinimikkeittäin eri hoitokotien kesken tarkasteltuna oli jokaisena työpäivänä jokaisessa työvuorossa lähihoitajan koulutuksen omaava työntekijä. Työntekijöitä, joilla oli vähintään sosiaali- ja terveydenhuollon perustutkinto oli kaikissa työvuoroissa jokaisena havainnointipäivänä useita työntekijöitä. Hoitoapulaisia, joilla ei ole hoitotyön koulutusta, oli yhteensä 11 työvuorossa.

Palvelukeskus Himmelin hoitotyöntekijöiden suorittamia havainnoiteja tehtiin 18.11.2008 82 vanhuksesta, 19.11.2008 62 vanhuksesta ja 21.11.2008 15:sta vanhuksesta. Yhtensä ha-

vainnoiteja kirjattiin 159 vanhuksesta. Havainnoinnit jakaantuivat havainnointipäivittäin ja hoitokodeittain taulukon 24 mukaisesti.

Taulukko 24. Asukkaan hoitokoti ja havainnointipäivät

Asukkaan hoitokoti / Havainnoitavien vanhusten määrä	Havainnointipäivä 18.11.2008	Havainnointipäivä 19.11.2008	Havainnointipäivä 21.11.2008	Yhteensä
Peltola	17	17	0	34
Nurmela	7	7	0	14
Riihelä	10	10	0	20
Koivula	7	7	0	14
Ahola	9	9	0	18
Puistola	7	0	6	13
Lampela	9	0	9	18
Kaskela	16	12	0	28
Yhteensä	82	62	15	159

Havainnoitavia vanhuksia oli eniten Peltolassa ja vähiten Puistolassa. Kaikissa muissa pitkäaikaishoidon hoitokodeissa oli asukkaat kotona, paitsi Puistolassa, missä yksi asukas oli havainnointipäivän aikana muualla. Kaskelassa oli molempina havainnointipäivinä vanhuksia ylipaikoilla, sillä yksikön normaali asiakasmäärä on kymmenen.

Taulukossa 25 on esitetty Palvelukeskus Himmelin eri hoitokodeissa asuvien vanhusten RAI- arviointijärjestelmän avulla saadut CMI:t eli asukkaiden kustannuspainot. Asukkaiden kustannuspainot vaihtelevat 0,42 ja 2,52 välillä. Koko talon pitkäaikaishoidon asukkaiden kustannuspainojen keksiarvo on 1,18. Yleisin kustannuspaino oli 1,29. Taulukosta 8 ilmenee, että Palvelukeskus Himmelin korkeimman kustannuspainon omaava vanhus asui Peltolassa kun taas pienimmän kustannuspainon saavat vanhukset asuivat Nurmelassa ja Lampelassa. Lyhytaikaishoito Kaskela ei ole tässä mukana, sillä asukkaiden vaihtuvuuden vuoksi RAI arviointeja ei ole tehty kaikille asiakkaille.

Taulukko 25. Asukkaiden RAI:n kustannuspainot (CMI) hoitokodeittain

RAI:n kustannuspaino	Peltola	Nurmela	Riihelä	Koivula	Ahola	Puistola	Lampela	Yhteensä
0,42		1					2	3
0,45	1		1			1	1	4
0,76			1	2	3	3	1	10
0,77		1					1	2
1,15	3	1	2		1	1	1	9
1,26		1	2	1				4
1,29	7	1	3	3	5		1	20
1,31	3					1		4
1,62		1						1
1,87		1	1	1		1	2	6
2,52	1							1

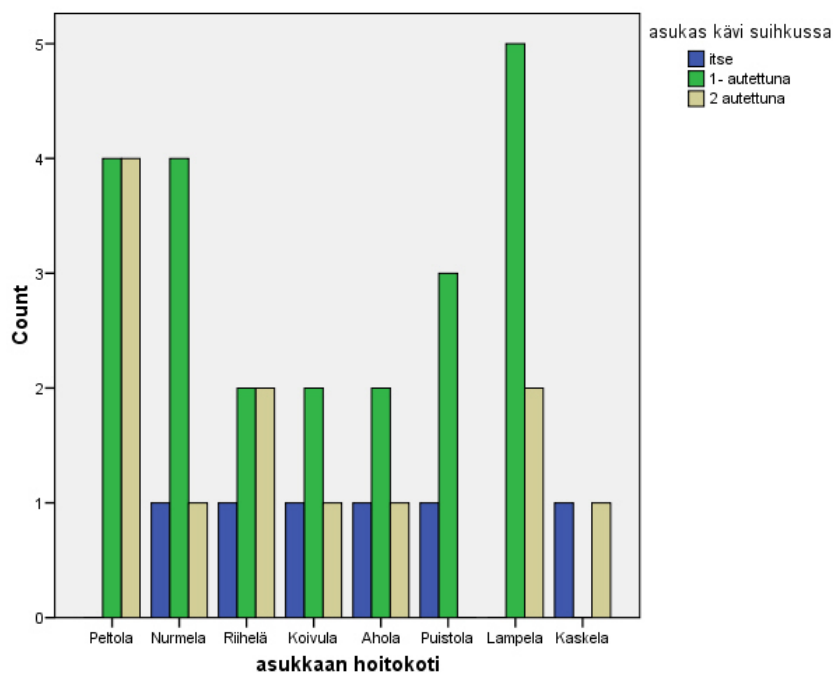
Havainnointilomakkeissa hoitotyöntekijöitä pyydettiin merkitsemään heidän käsityksensä asiakkaan hoitoisuudesta. Hoitoisuudessa huomioitiin jokaisen asukkaan kohdalla hoitotyöntekijöiden raskain kokemus, mikäli hoitoisuus koettiin saman asiakkaan kohdalla eri tavalla. Ainoastaan Nurmelassa ja Kaskelassa koettiin yhden vanhuksen olevan helppohoitoisen. Kohtalaisen helppohoitoisia vanhuksia koettiin olevan Riihelässä, Koivulassa, Aholassa, Puistolassa, Lampelassa ja Kaskelassa. Keskiraskaita ja raskaita vanhuksia koettiin olevan jokaisessa hoitokodissa. Erittäin raskashoitoiseksi hoitotyöntekijät kokivat jonkun vanhuksen kaikissa muissa hoitokodeissa paitsi Aholassa. Todellisuudessa sekä RAVA- ja MMSE -testillä sekä RAI -mittaristolla arvioituna jokaisessa hoitokodissa oli raskashoitoisia vanhuksia. Hoitotyöntekijöiden kokemus ja testien kautta saatu tieto asiakkaiden hoitoisuudesta, eivät välttämättä kohdanneet.

Hoitotyöntekijät kuvasivat havainnointilomakkeelle, kuinka monella vanhuksella oli apuvälineitä käytössä. Apuvälineitä olivat hoitosänky, pyörätuoli, fordin tai esla-kelkka, suihkupyörätuoli, lavetti, siirtymälevy tai nousutuki, turvaranneke tai dementiahälytint. Ainoastaan Aholassa, Lampelassa ja Kaskelassa oli vanhuksia joilla ei ollut apuvälineitä käytössä.

Vanhusten fyysinen hyvinvointi

Hoitotyöntekijöiden havainnointien avulla selvitettiin Palvelukeskus Himmelin asukkaiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Fyysiseen hyvinvointiin kuuluivat asukkaiden avun tarve suihkussa käynnin yhteydessä, pesulla käynti kertojen määrä viikossa, pikkupesut, hampaiden harjaus, hiusten harjaus, ruokaileminen, avun tarve ruokailussa, liikkuminen, asentohoito, ihon rasvaus, wc:ssä käynti, vaipan vaihdot, pukeutuminen ja riisuuntuminen, ulkoilu ja muu asukkaan saama hoito.

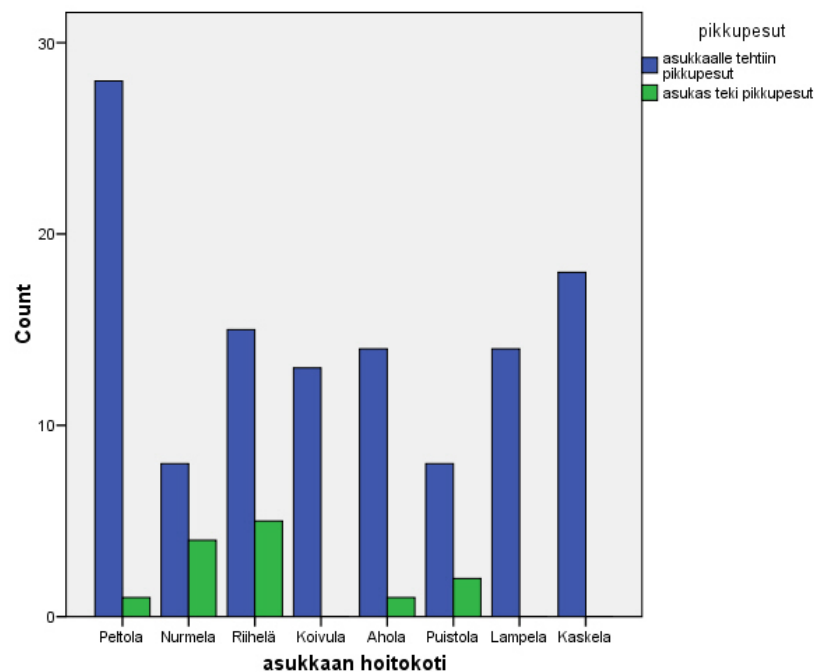
Kuviossa 6 on kuvattu asukkaiden avun tarvetta suihkussa käynnin yhteydessä. Nurmelan, Riihelän, Koivulan, Aholan, Puistolan ja Kaskelan asukkaista yksi kävi havainnointipäivien aikana pesulla yksinään, ilman hoitotyöntekijän apua. Peltolassa ja Nurmelassa neljä vanhusta ja Lampelassa viisi vanhusta tarvitsi yhden hoitotyöntekijän apua. Kahden hoitotyöntekijän avun tarvitsivat eniten Peltolan vanhukset, joista neljä vanhusta kävi pesulla kahden hoitotyöntekijän avustamana. Havainnointipäivien aikana kahdeksan Peltolan, kuusi Nurmelan, viisi Riihelän, neljä Koivulan, neljä Aholan, neljä Puistolan seitsemän Lampelan ja kaksi Kaskelan vanhusta kävi suihkussa joko yksin, yhden tai kahden hoitotyöntekijän avustamana.



Kuvio 6. Asukkaan suihkussa käynti hoitokodeittain

Suurin osa Palvelukeskus Himmellisä asuvista vanhuksista kävivät suihkussa yhden kerran viikossa. Osa Peltolassa, Riihelässä, Aholassa, Puistolassa ja Lampelassa asuvista vanhuksista kävivät suihkussa kaksi kertaa viikossa. Lampelassa asuvista vanhuksista suurin osa kävi suihkussa kaksi kertaa viikossa. Aholan vanhuksista 50 % peseytyi kerran viikossa ja 50 % kaksi kertaa viikossa. Havainnoinnissa oli kahdella eri hoitajalla ollut erilainen näkemys jonkun vanhuksen viikoittaisesta peseytymiskertojen määrästä, koska vanhuksia Aholassa on yhteensä 9 ja havainnointipäivien aikana tutkimukseen osallistuneiden vanhusten lukumäärä on 18.

Kuviossa 7 on kuvattu kuinka moni vanhus teki tai hänelle tehtiin pikkupesut havainnointipäivien aikana. Pikkupesuilla tarkoitetaan kasvojen, selän, kainaloiden ja intiimialueiden pesemistä. Koivulan, Lampelan ja Kaskelan asukkaista ei kukaan tehnyt itse pikkupesuja. Peltolassa yksi asukas, Nurmelassa neljä asukasta, Riihelässä viisi asukasta, Aholassa yksi asukas ja Puistolassa kaksi asukasta teki itse pikkupesut.



Kuvio 7. Pikkupesut hoitokodeittain havainnointipäivien aikana

Hoitajien tekemät pikkupesut vaihtelivat Nurmela-Puistolan kahdeksasta pesusta Peltolan 28 pesuun. Yhteensä kolmen havainnointipäivän aikana asukkaiden itse suorittamia pikkupesuja oli 13 ja hoitajien suorittamia pesuja oli 118.

Taulukossa 26 on kuvattu hoitokodeittain sekä asukkaiden hampaanpesua että asukkaiden tarvitsemaa avun määrää WC:ssä käynnin yhteydessä. Kolmen havainnointipäivän aikana hoitajat harjasivat 76 vanhuksen hampaat ja asukkaista 13 pesi itse hampaansa. Yhteensä 89 kertaa hoidettiin vanhuksen hampaat. Riihelässä asuvien vanhusten hampaita pestiin eniten, sillä 18 (n=20) vanhuksen hampaiden hoidosta huolehdittiin havainnointipäivien aikana. Vähiten asukkaiden hampaiden hoidosta huolehdittiin Aholassa, missä neljän vanhukset hampaat harjattiin joko asukkaan tai hoitajan toimesta. Ainoastaan Peltolan asukkaista kukaan ei pessyt hampaitaan itsenäisesti. Havainnointilomakkeissa ei selvitetty sitä, kuinka monelta vanhukselta puuttuivat hampaat täysin.

Taulukko 26. Asiakkaiden hampaiden pesu ja WC:ssä käynti avun tarpeen mukaan hoitokodeittain

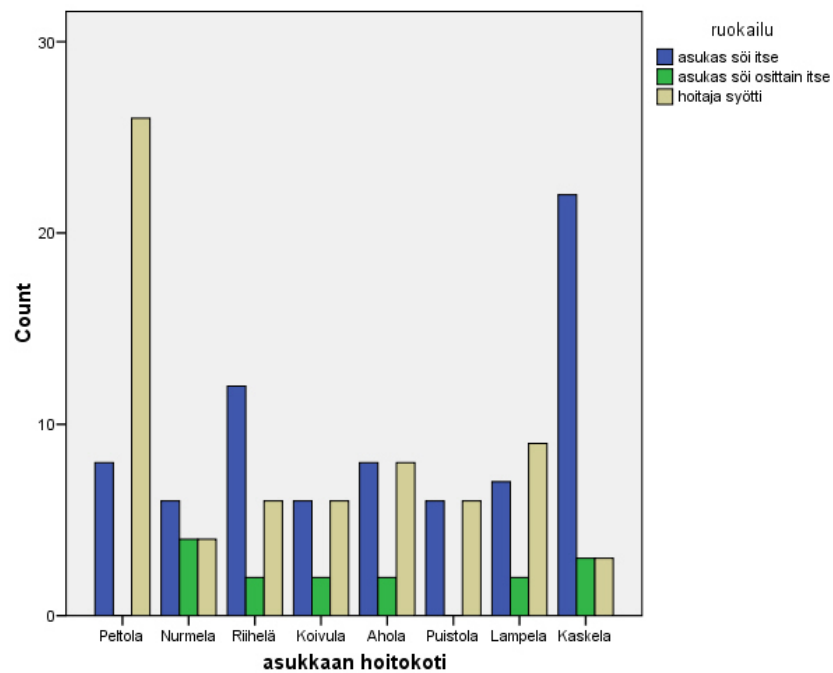
	Asukkaan hampaiden pesu			Asukas kävi WC:ssä					Asukkaita yhteensä
	Pesi itse	Harjattiin	Yhteensä	itse	1-autetuna	2-autetuna	Yhteensä	%	
Peltola	0	15	15	0	2	6	8	24 %	34
Nurmela	2	5	17	2	6	2	10	71 %	14
Riihelä	1	17	18	0	8	7	15	75 %	20
Koivula	4	3	7	0	10	0	10	71 %	14
Ahola	1	3	4	2	7	1	10	55 %	18
Puistola	1	11	12	2	6	1	8	61 %	13
Lampela	2	10	12	2	8	2	12	67 %	18
Kaskela	2	12	14	3	12	1	16	57 %	28
Yhteensä	13	76	89	11	59	19	89	56 %	159

Itsenäisesti WC:ssä käyviä vanhuksia oli havainnointipäivien aikana Nurmelassa, Aholassa, Puistolassa, Lampelassa ja Kaskelassa. Asukas määrään suhteutettuna Peltolan asukkaat kävivät vähiten WC:ssä joko itse, 1- tai 2 – hoitajan avustamana.

Palvelukeskus Himmellisä asukkaiden hiusten harjauksesta huolehdittiin pääsääntöisesti erinomaisesti, sillä kaiken kaikkiaan kolmen havainnointipäivän aikana 15 vanhusta harjasi itse hiuksensa ja hoitajat harjasivat 124 vanhuksen hiukset. Ainoastaan 13 % vanhuksista hiusten harjaamisesta ei toteutunut ollenkaan. Riihelän ja Koivulan asukkaista ei kukaan harjannut itsenäisesti hiuksiaan. Parhaiten omatoiminen hiustenhoito toteutui Kaskelassa ja Nurmelassa.

Hoitotyöntekijöiden havainnointilomakkeessa seurattiin asukkaan ruokailua oman sängyn laidalla ja ruokailua muualla kuin omassa sängyssä. Oman sängyn laidalla ruokaileminen on joiden havainnointiin osallistuneiden työntekijöiden toimesta ymmärretty omassa sängyssä ruokailemiseksi, vaikka sitä ei tässä havainnointi kohdassa arvioitu. Sängyn laidalla ruokailemisella tarkoitettiin asukkaan ruokailemista omassa sängyssä siten, että hänen jalkansa ovat sängyn laidan yli ja hän kääntyy normaaliin istuma asentoon sängyn laidalle. Kaskelassa on joku havainnoija kirjannut kohdaksi kolme, omassa sängyssä ruokailun. Asukkaan ruokailu muualla kuin omassa sängyssä kertoo, Lampelan vanhuksista 88 % ja Aholan vanhuksista 83 % ruokaili muualla kuin omassa sängyssä. Seuraaviksi eniten Nurmelan vanhuksista 71 % ja Puistololan vanhuksista 69 % ruokaili muualla kuin omassa sängyssä. Myös Kaskelan vanhuksista 67 %, Riihelän vanhuksista 65 % ja Koivulan vanhuksista 57 % ruokaili muualla kuin omassa sängyssä. Peltolan vanhuksista vain 20 % pääsivät ruokailemaan ruokasaliin tai ruokapöydän äärelle.

Kuviossa 8 on esitetty vanhuksen tarvitsema apu ruokailussa hoitokodeittain. Selkeästi eniten syötettäviä vanhuksia oli Peltolassa, jossa havainnointipäivien aikana hoitaja syöti 26 vanhusta. Seuraavaksi eniten ruokailussa apua tarvitsivat Lampelan asukkaat.



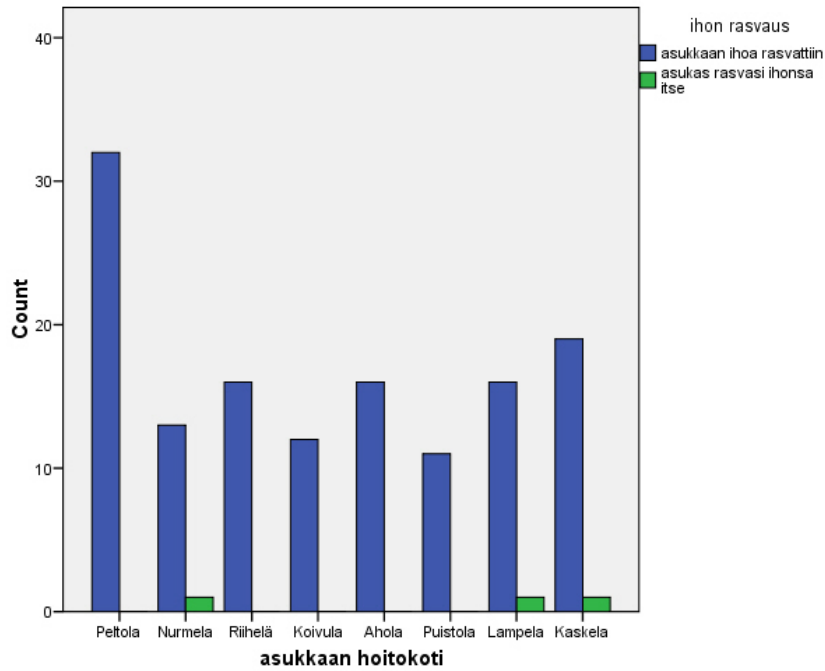
Kuvio 8. Asukkaan tarvitsema apu ruokailussa

Itse syöviä vanhuksia oli kaikissa hoitokodeissa. Ruokailusta itsenäisesti selviytyviä vanhuksia oli eniten Kaskelassa (22) ja Riihelässä (12).

Havainnointilomakkeella selvitettiin asukkaiden liikkumista ja avun tarvetta liikkumisessa. Nurmelassa, Riihelässä, Aholassa, Puistolassa, Lampelassa ja Kaskelassa asui havainnointipäivien aikana vanhuksia, jotka liikkuivat itsenäisesti. Kaskelassa olevat vanhukset liikkuivat eniten itsenäisesti. Peltolassa ei havainnointilomakkeelle kirjattu mikäli vanhus ei liikkunut ollenkaan, mutta ainoastaan seitsemän ($n=34$) vanhusta liikkui havainnointipäivien aikana joko 1- tai 2- hoitajan avustamana, mikä prosentteissa tarkoittaa vain 20 % Peltolan vanhuksista. Itsenäisesti, 1-autettuna tai 2- autettuna liikkui yli 70 % Koivulan, Puistolan, Aholan, Kaskelan, Nurmelan, Lampelan ja Riihelän asukkaista.

Asentohoidolla oli selvä yhteys asukkaiden liikkumiseen, sillä Peltolassa, missä asukkaat liikkuivat kaikista vähiten, asukkaiden asentohoidosta huolehdittiin 28 vanhuksen kohdalla. Seuraavaksi eniten asentohoitoa toteutettiin Riihelässä ($f=13$), Koivulassa ($f=8$), Nurmelassa ($f=7$), Lampelassa ($f=7$) ja Kaskelassa ($f=13$). Vähiten asentohoitoa asukkaiden lukumäärään suhteutettuna tehtiin Puistolassa ($f=4$) ja Aholassa ($f=6$).

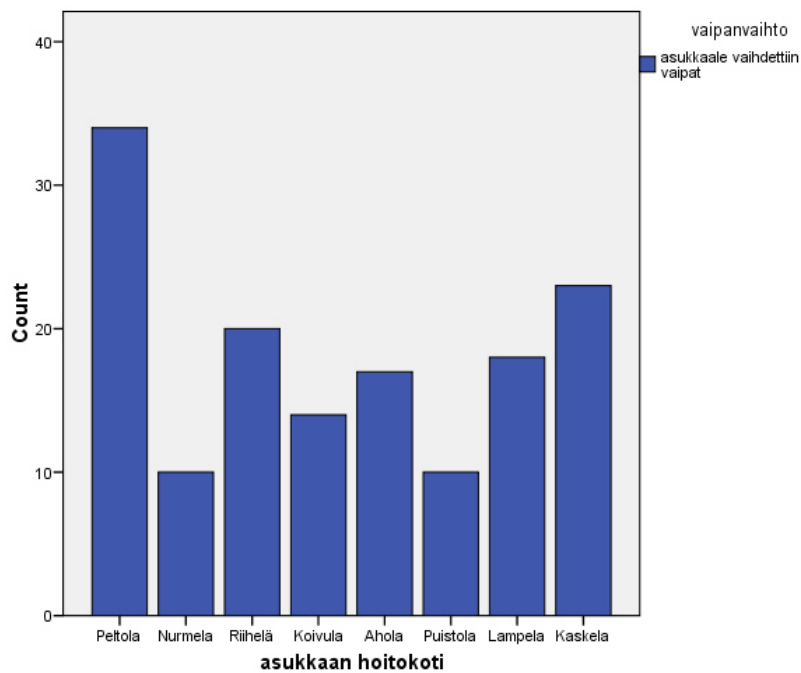
Kuviossa 9 on esitetty asukkaiden ihon rasvaus hoitokodeittain.



Kuvio 9. Asukkaan ihon rasvaus hoitokodeittain

Yksi Nurmelan, Lampelan ja Kaskelan vanhuksista rasvasi ihonsa itse. Nurmelassa havainnointipäivien aikana toteutui kaikkien vanhusten ihonrasvaus joko itsenäisesti tai hoitajan avustamana. Peltolassa vanhusten ihoa rasvattiin 32 vanhukselta. Kaikissa hoitokodeissa ihon rasvaukseen kiinnitettiin huomiota.

Kuviossa 10 on kuvattu asukkaiden vaipanvaihto hoitokodeittain. Kaikilta Peltolassa, Riihelässä, Koivulassa ja Lampelassa asuvilta vanhuksilta vaihdettiin vaipat havainnointipäivien aikana.



Kuvio 10. Vaipanvaihto hoitokodeittain

Nurmelan neljälle vanhukselle, Aholan yhdelle vanhukselle, Puistolan kahdelle vanhukselle ja Kaskelan neljälle vanhukselle ei vaippoja vaihdettu havainnointipäivien aikana.

Taulukkoon 27 on koottu sekä asukkaiden pukeutumista ja riisuuntumista että asukkaiden saamaa muuta hoitoa hoitokodeittain. Yhdeksän vanhuksen kohdalla havainnointilomakkeeseen ei ollut tehty merkintää. Osa Nurmelassa, Aholassa, Puistolassa, Lampelassa ja Kaskelassa asuvista vanhuksista kykeni vaihtamaan vaatteensa itsenäisesti. 1-autettuna vaatteita vaihdettiin eniten Koivulassa ja Lampelassa. 2-autettavia vanhuksia vaatteiden vaihdossa oli eniten Peltolassa. Yleisesti pukeutuminen /riisuuntuminen toteutui hyvin koko Palvelukeskus Himmeliissä.

Taulukko 27. Pukeutuminen ja riisuuntuminen ja asukkaan saama muu hoito hoitokodeittain

	Asukkaan pukeutuminen ja riisuuntuminen					asukas sai muuta hoitoa
	itse	1- autettu- na	2- autettu- na	vaattei- ta ei vaih- dettu	Yhteensä	
Peltola	0	6	28	0	34	11
Nurmela	2	6	6	0	14	4
Riihelä	0	8	11	1	20	15
Koivula	0	10	2	2	14	4
Ahola	3	7	5	2	17	7
Puistola	3	5	2	2	12	10
Lampela	2	10	6	0	18	17
Koivula	6	8	10	0	24	16
Yhteensä	16	60	70	7	153	84

Taulukon 27 mukaisesti 162 vanhuksesta 84 vanhusta sai jotain muuta hoitoa kuin mitä oli havainnointilomakkeessa pyydetty havainnoimaan. Muuta hoitoa saavia vanhuksia asui jokaisessa hoitokodissa. Muuta hoitoa olivat esimerkiksi haavahoidot.

Vain yhdet asukkaat Peltolasta, Nurmelasta, Aholasta, Lampelasta ja Kaskelasta ulkoilivat havainnointipäivien aikana. Ulkoilemaan pääsi yhteensä viisi vanhusta 159:sta eli ulkoileminen Palvelukeskus Himmeliässä on vähäistä.

Vanhusten psyykinen hyvinvointi

Psyykkiseen hyvinvointiin hoitotyön lomakkeistossa luokiteltiin yhteydenpito omaisiin ja kodinaskareisiin osallistuminen. Molemmat voisivat sisältyä myös muihin teemoihin, mutta tässä omaisten kanssa tehtävän yhteistyön ajatellaan lisäävän vanhuksen psyykkistä hyvinvointia. Tässä kehittämistyössä myös kodinaskareisiin osallistumista pidettiin psyykkistä hyvin-

vointia lisäävänä tekijänä, koska kodinaskareita tehdessään vanhus kokee itsensä tarpeelliseksi.

Hoitokoti Riihelän ja Koivulan hoitotyöntekijät eivät ottaneet havainnointipäivien aikana yhteyttä omaisiin. Kaikista eniten yhteyttä pidettiin Puistolassa vanhusten omaisiin ($f=6$). Peltolassa ja Aholassa yhteydenpitoja omaisiin oli vain kaksi kertaa, kun Nurmelassa niitä oli neljä kertaa ja Lampelassa viisi kertaa. Puistolassa ja Kaskelassa niitä oli määrällisesti eniten, kuusi kertaa. Kehittämishankkeessa ei selvitetty sitä, minkä vuoksi hoitotyöntekijät ottivat yhteyttä omaisiin. Yhteydenpidon erot voivat johtua asukkaiden voinnin muuttumisesta. Se saattaa myös kertoa omaisten vierailuista vanhusten luona, sillä yhteydenottoa omaisiin ei ole tarkemmin määritelty, miten se tapahtui.

Kodinaskareisiin havainnointipäivien aikana osallistuivat vain Puistolassa kolme asukasta ja Lampelassa kaksi asukasta. Muiden hoitokotien vanhuksia ei osallistuneet kodin askareisiin. Psykkinen hoitotyö näiden ominaisuuksien valossa ei toteutunut hyvin Palvelukeskus Himmellissä, sillä yhteydenpito omaisiin koko Palvelukeskus Himmellissä oli vähäistä. Toisaalta myös kodinaskareisiin osallistuminen oli vähäistä, sillä yhteensä viisi asukasta 159:stä osallistui siihen.

Vanhusten sosiaalinen hyvinvointi

Sosiaaliseen hyvinvointiin hoitotyön lomakkeistossa luokiteltiin asukkaiden seurusteleminen muiden vanhusten kanssa sekä viriketoimintaan osallistuminen. Viriketoiminta voitaisiin luokitella myös esimerkiksi fyysiseen hyvinvointiin, mutta tässä sen ajatellaan antavan vanhuk-
selle mahdollisuuden olla muiden vanhusten ja ohjaajien kanssa.

Asukkaiden seurusteleminen toisten asukkaiden kanssa vaihteli suuresti eri hoitokotien välillä. Havainnoinnissa ei huomioitu sitä, kuinka moni vanhuksista kykeni seurustelemaan toisten vanhusten kanssa. Lampelassa asukkaista 89 % ja Kaskelassa asukkaista 71 % seurustelivat toistensa kanssa. Nurmelassa asukkaista 64 %, Puistolassa asukkaista 61 %, Koivulassa asukkaista

57 % ja Riihelän asukkaista 45 % seurusteli toisten vanhusten kanssa. Aholan asukkaista joka kolmas (33 %) ja Peltolan asukkaista vain 12 % seurusteli toisten asukkaiden kanssa.

Asukkaat osallistuivat viriketoimintaan hoitokodeittain vaihtelevasti. Tuloksiin voi vaikuttaa kuntohoitajan 50 % työaika, sillä 18 ja 19.11 olivat kuntohoitajan työpäiviä ja näin ollen viriketoimintaa oli tarjolla, kun puolestaan 21.11 viriketoimintaa ei ollut kuntohoitajan toimesta. Viriketoimintaa osallistuivat eniten Kaskelan (50 %), Nurmelan (43 %) ja Riihelän (40 %) asukkaat. Koivulan asukkaista 21 %, Lampelan asukkaista 17 % ja Puistolan asukkaista 15 % osallistuivat viriketoimintaan. Vähiten viriketoimintaan osallistuttiin Aholasta (6 %) ja Peltolasta (3 %).

Kaskelan ja Nurmelan asukkaat olivat aktiivisia sekä muiden asukkaiden kanssa seurustelemisessa että viriketoimintaan osallistumisessa. Sen sijaan Aholan ja Peltolan asukkaat sekä seurustelivat muiden vanhusten kanssa että osallistuivat viriketoimintaan vähiten.

Vanhusten hoitotyön kokonaisuus

Hoitotyön kirjaamista toteutettiin havainnointipäivien aikana jokaisessa hoitokodissa, mutta kaiken kaikkiaan koko Palvelukeskus Himmeliässä erittäin vähän. Eniten asukkaan hoitotyön kirjaamista toteutettiin Nurmelassa kymmenen ja Aholassa yhdeksän vanhuksen kohdalla. Lyhytaikashoidon yksikössä Kaskelassa kirjattiin hoitotyötä kymmenen vanhuksen osalta. Muiden hoitokotien osalta kirjaaminen oli erittäin vähäistä. Kirjaamista toteutettiin Lampelessa viiden, Puistolassa kolmen, Riihelässä kolmen, Peltolassa kolmen ja Koivulassa vanhuksen kohdalla.

Taulukkoon 28 on koottuna eri hoitokotien hoitotyön sisältöä havainnointipäivien aikana. Plussan ja miinusmerkin merkitykset on selitetty taulukon alapuolella. Yhteenvedosta selviää, että sekä Nurmelan että Kaskelan vanhukset saivat hyvin tasalaatua hoitoa riippumatta siitä, kummassa hoitokodissa he asuivat tai olivat hoidossa. Selkeästi heikointa hoitotyön sisältöä oli Peltolassa, missä vanhukset muun muassa pääsivät harvoin liikkumaan oman huoneensa ulkopuolelle.

Taulukko 28. Yhteenvedo hoitotyön sisällöstä havainnointien aikana hoitokodeittain

Hoitotyön sisältö/Hoitokoti	Peltola	Nurmela	Riihelä	Koivula	Ahola	Puistola	Lampela	Kaskela
Pesulla käynti /viikko	+	+	+	+	++	++	+	+
Hampaiden pesu		+	++	+		++	+	+
WC:ssä käynti		++	++	++	+	+	+	+
Hiusten harjaus	++	++	++	++	++	++	++	++
Ruokailu		+	+	+	++	+	++	+
Liikkuminen		+	++	+	+	+	++	+
Asentohoito	++	+	+	+			+	+
Vaatteiden vaihtaminen			-	-	-	-		
Seurustelu		+		+		+	++	++
Viriketoimintaan osallistuminen		+	+					+
Kirjaaminen		+			+			+
Yhteydenpito omaisiin		+				+	+	+
Yhteensä	5 +	13 +	11 +	9 +	8 +	10 +	12 +	13 +

Peseytymiskerta:

+ asukkaat kävivät pääsääntöisesti pesulla kerran viikossa

++ 50 % tai enemmän kävi pesulla kaksi kertaa viikossa

Hampaiden pesu:

+ enemmän kuin 50 % vanhuksen hampaiden pesusta huolehdittiin

++ enemmän kuin 90 % vanhuksen hampaiden pesusta huolehdittiin

WC:ssä käynti

+ enemmän kuin 55 % asukkaista kävi WC:ssä

++ enemmän kuin 71 % asukkaista kävi WC:ssä

Hiusten harjaus:

++ lähes kaikkien asukkaiden hiusten harjauksesta huolehdittiin

Ruokailu:

+ yli 57 % asukkaista ruokaili muualla kuin omassa sängyssä

++ yli 83 % asukkaista ruokaili muualla kuin omassa sängyssä

Liikkuminen

+ enemmän kuin 71 % asukkaista liikkui

++ enemmän kuin 94 % asukkaista liikkui

Asentohoito

+ asentohoitoa toteutettiin yli 46 % vanhuksista

++ asentohoitoa toteutettiin yli 82 % vanhuksista

Vaatteiden vaihtaminen

- 1-2 hoitokodin asukkaan vaatteita ei ole vaihdettu

Seurustelu

+ asukkaista enemmän kuin 57 % seurusteli muiden asukkaiden kanssa

++ asukkaista enemmän kuin 71 % seurusteli muiden asukkaiden kanssa

Viriketoimintaan osallistuminen

+ enemmän kuin 40 % asukkaista osallistui viriketoimintaan

Kirjaaminen

+ hoitotyön kirjaaminen toteutui yli 36 %:sti

Plussaan tai miinuksen saaneet hoitokodit on laskettu siten, että jokaiselle hoitokodille on laskettu jokaisesta toiminnosta prosentit. Yhden ja kahden plussan erot on määritelty siten, että jos jossakin tai joissakin hoitokodeissa toimintaa oli selkeästi enemmän tai vähemmän kuin muissa hoitokodeissa jako tehtiin siitä välistä. Esimerkiksi vanhus ruokaili muualla kuin omassa sängyssä alin mahdollinen prosentti oli 20 %. Tästä prosenttimäärästä ei plussa pistettä tullut. Seuraavissa hoitokodeissa prosentit olivat 57 %, 65 %, 67 %, 69 % ja 71 %. Näistä prosenteista sai yhden plussan. Kaksi plussaa sai prosenteilla 83 % ja 88 %.

Hoitotyöntekijöiden havainnointilomakkeissa korostuu vanhusten fyysinen hoitotyö. Lomakkeisto rakennettiin RAVA -arviointitietojen ja hoitokotien päivärytmin pohjalta. Hoitotyöntekijöiden havainnointien analysointi SPSS -ohjelman avulla antoi kuvan sekä Palvelukeskus Himmelin että eri hoitokotien vanhusten hoitotyön sisällöstä. Analysoinnin avulla eri

hoitokotien väliset erot vanhusten hoitotyöstä tehtiin näkyviksi. Nämä erot on koottu yhteen taulukossa 28. Taulukko kertoo, että sekä Nurmelan että Kaskelan hoitokoti saivat havainnointitulosten analyyseistä eniten plussa pisteitä. Yksi hoitokoti, Peltola, poikkeaa selvästi plussa pisteiden vähydessä muista hoitokodeista.

Palvelukeskus Himmellisä havainnoiteihin osallistuneiden työntekijöiden keski-ikä oli 44,1 vuotta mikä on hieman alle kuntatyöntekijöiden valtakunnallisen keskiarvon. Kuntien eläkevakuutuksen mukaan kuntatyöntekijöiden keski-ikä on 45,1 vuotta. Nuorimmat kuntatyöntekijät ovat Uudellamaalla, vanhimmat Kainuussa ja Lapissa. Kainuussa kuntatyöntekijöiden keski-ikä on keskimäärin 46,6 -vuotta. (www.kuntienelakevakuutus.fi) Havainnointipäivien aikana Palvelukeskus Himmelin työntekijöiden työkokemuksen keskiarvo oli 13,1 vuotta. Hoitotyöntekijöiden työkokemukset vaihtelivat alle vuodesta 39 vuoteen. Henkilökunnan osaamisessa on monikirjoisuutta ja erilaisuutta. Se vaatii esimieheltä ja koko työyhteisöltä laaja-alaisuutta ja erilaisia sitouttamisen keinoja.

3.2.6 Vanhusten fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hoitotyö omissa havainnoinneissani

Toteutin havainnointini Palvelukeskus Himmellisä joulukuussa 2008 ja tammikuussa 2009. Aineiston analysoinnissa nousi teemoja jotka sekä yhdistivät kaikkia hoitokoteja että erosivat toisistaan hoitokotien kesken. Seuraavissa kappaleissa kuvataan havainnoitujen vanhusten taustatietoja, vanhusten hoitotyötä kaikissa hoitokodeissa yhdistäviä tekijöitä sekä vanhusten hoitotyön eroja fyysisessä, psyykkisessä ja sosiaalisessa hoitotyössä eri hoitokotien kesken.

Havainnointien taustatiedot

Oman havainnointini avulla vahvistin sekä kehittämistyön tutkimusaineistoon että tutkimusmenetelmään liittyvää triangulaatiota. Tutkimusstrategioiden komplementaarisen käytön vuoksi tämän vaiheen tutkimustehtävänä oli sama kuin hoitotyöntekijöiden suorittamissa havainnoinneissa. (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2001, 32). Omassa havainnoinnissani selvitin,

miten saman RAI kustannusarvon saaneiden vanhusten hoitotyö toteutuu eri hoitokodeissa. Havainnoinnin avulla kerätty tutkimusaineisto käsiteltiin aineiston sisällön analyysin avulla.

Havainnointi toteutettiin Peltolassa, Riihelässä, Koivulassa, Lampelassa ja Kaskelassa yhden aamuvuoron aikana, aamu kello seitsemästä iltapäivään vaille yhteen. Taulukkoon 12 on koottu hoitokodeittain havainnoitavien taustatietoja. Jokainen havainnoitava vanhus sai RAI:n kustannuspainoksi (CMI) 1,29. Kenellekään näistä vanhuksista ei voitu tehdä Minimal – muistitestiä. Vanhusten RAVA -arvot vaihtelivat 3,4133:n ja 4,1831:n välillä. Kolme vanhusta sai RAI:n älyllistä toimintakykyä kuvaavaksi CPS arvoksi kuusi (kognition erittäin vaikea heikkeneminen) ja kaksi vanhusta arvon viisi (kognition vaikea heikkeneminen). Päivittäisistä toiminnoista suoriutumista kuvaaviksi ADL arvoiksi sai kolme vanhusta arvon kuusi (täysin autettava) ja kaksi vanhusta arvon viisi (autettava).

Taulukko 29. Havainnoitavien vanhuksen taustatiedot

Hoito- koti	Havainnoitavan vanhuksen RAVA	Havainnoitavan vanhuksen MMSE	Havainnoitavan vanhuksen RAI:n CPS	Havainnoitavan vanhuksen RAI:n ADL	Havainnoitavan vanhuksen RAI:n CMI
Peltola	3,8212	ei voida tehdä	6	6	1,29
Riihelä	4,1831	ei voida tehdä	6	6	1,29
Koivula	4,092	ei voida tehdä	6	6	1,29
Lampe- la	4,092	ei voida tehdä	5	5	1,29
Kaskela	3,4133	ei voida tehdä	5	5	1,29

Havainnointipäivien aikana työskenteli Peltolassa neljä hoitajaa, joista kolme oli perus-/lähihoitajaa ja yksi oli hoitoapulainen. Asukkaita hoitokodissa oli seitsemäntoista. Riihelässä oli työvuorossa kaksi hoitajaa, joista toinen oli perus-/lähihoitaja ja toinen oli hoitoapulainen. Asukkaita hoitokodissa oli kymmenen. Koivulassa työvuorossa oli kaksi hoitajaa, joista molemmilla oli perus-/lähihoitajan tutkinto. Lampelassa työvuorossa oli yksi oma hoitaja ja yhteinen työntekijä Hoitokoti Puistolän kanssa. Käytännössä nämä kaksi työntekijää työskentelivät koko työvuoron Lampelassa, koska myös Puistolassa oli tilapäisesti kaksi työntekijää. Lampelan hoitajista molemmat olivat hoitoapulaisia. Hoitokodissa oli havainnointipäivänä

kahdeksan vanhusta. Hoitokoti Kaskelassa oli työvuorossa kolme hoitotyöntekijää ja yksi opiskelija. Hoitotyöntekijöistä yhdellä oli sairaanhoitajan tutkinto ja kahdella oli perus-/lähihoitajan tutkinto. Hoitokodissa oli havainnointipäivänä kaksitoista vanhusta.

Peltolassa lounasaika päättyi kello 13.00. Seitsemästätoista vanhuksesta viisi oli ruokailemassa yhteisessä tuvassa. Riihelässä lounasaika päättyi kello 12.26. Kymmenestä vanhuksesta kahdeksan oli ruokailemassa yhteisessä tuvassa. Koivulassa lounasaika päättyi kello 12.40. Seitsemästä vanhuksesta neljä oli ruokailemassa tuvassa. Lampelassa lounas loppui kello 12.22. Havainnointipäivänä Lampelassa asui kahdeksan vanhusta, joista kuusi oli ruokailemassa tuvassa. Kaskelassa lounasaika päättyi kello 12.36. Kahdestatoista vanhuksesta kymmenen oli ruokailemassa tuvassa.

Peltolassa havainnoitavan vanhuksen henkilökohtaiseen hoitotyöhön käytettiin aikaa yhteensä 58 minuuttia, jossa 32 minuutin ajan hoitotyöntekijä työskenteli yksinään ja 26 minuutin ajan hoitotyöntekijät tekivät parityötä. Riihelässä havainnoitavan vanhuksen henkilökohtaiseen hoitotyöhön käytettiin aikaa yhteensä tunti ja 43 minuuttia, josta 38 minuuttia hoitotyöntekijä työskenteli yksinään ja tunnin ja 5 minuutin ajan hoitotyöntekijät tekivät parityötä. Koivulassa havainnoitavan vanhuksen henkilökohtaiseen hoitotyöhön käytettiin aikaa yhteensä 49 minuuttia, josta 42 minuuttia hoitotyöntekijä työskenteli yksinään ja seitsemän minuutin ajan hoitotyöntekijät tekivät parityötä. Lampelassa havainnoitavan vanhuksen henkilökohtaiseen hoitotyöhön käytettiin aikaa yhteensä yksi tunti ja 40 minuuttia, josta yhden tunnin ja kahden minuutin ajan hoitotyöntekijä työskenteli yksinään ja 38 minuutin ajan hoitotyöntekijät tekivät parityötä. Kaskelassa havainnoitavan vanhuksen henkilökohtaiseen hoitotyöhön käytettiin aikaa yhteensä yksi tunti ja kolme minuuttia, josta 39 minuutin ajan hoitotyöntekijä työskenteli yksinään ja 24 minuutin ajan hoitotyöntekijät tekivät parityötä. Taulukkoon 13 on koottuna havainnoitavan vanhuksen hoitotyöhön käytetty aika hoitokodeittain. Erot käytetyssä ajassa olivat merkittäviä, mikä Riihelän kohdalla selittyikin vanhuksen suihkussa käymisellä. Lampelassa vanhuksen ruokailussa avustamiseen aikaa käytettiin runsaasti.

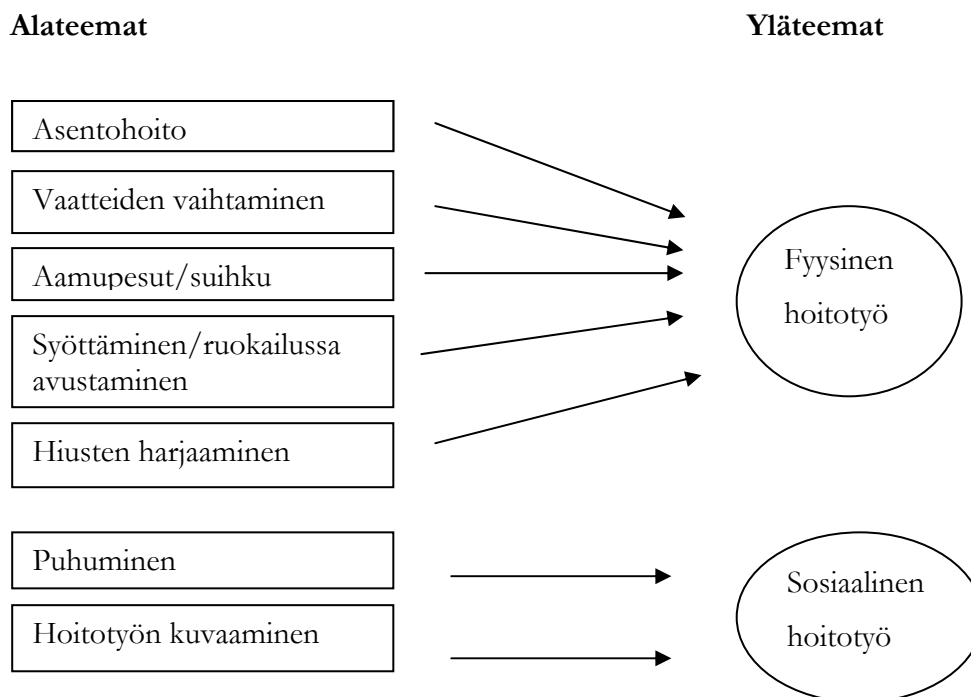
Taulukko 30. Hoitotyöhön käytetty aika havainnoitavan vanhuksen kohdalla hoitokodeittain

Hoitokoti	Käytetty aika yhteensä	Yksi hoitaja	Kaksi hoitajaa
Peltola	58 min	32 min	26 min
Riihelä	1 h 43 min	38 min	1 h 5 min
Koivula	49 min	42 min	7 min
Lampela	1 h 40 min	1 h 2 min	38 min
Kaskela	1h 3 min	39 min	24 min

Havainnoinnin tarkoituksena oli selvittää, miten saman RAI kustannusarvon saaneiden vanhusten hoitotyö toteutuu eri hoitokodeissa. Havainnoinnit analysoitiin jokaisesta hoitokodista erikseen eroavaisuuksien havaitsemiseksi. Havainnoinnin tuloksissa oli paljon yhtäläisyyksiä, mutta myös eroavaisuuksia. Seuraavissa luvuissa havainnointien tulokset esitellään yhtäläisyyksien osalta yhteisesti, mutta hoitokotien eroavaisuudet esitellään hoitokodeittain.

Vanhusten hoitotyötä kaikissa hoitokodeissa yhdistävät tekivät

Palvelukeskus Himmellisä vanhusten hoitaminen muodostui fyysisestä, psyykkisestä sekä sosiaalisesta hoitotyöstä. Fyysisessä hoitotyössä jokaisessa hoitokodissa toteutui vaatteiden vaihtaminen, asentohoito, aamupesut tai suihkussa käyminen, syöttäminen tai ruokailussa avustaminen sekä hiusten harjaaminen. Psyykkisessä hoitotyössä ei jokaisen hoitokodin osalta löytynyt yhtenäistä teemaa. Sosiaalisessa hoitotyössä jokaisessa hoitokodissa toteutui vanhukselle puhuminen ja hoitotyön kuvaaminen eli hoitotyöntekijät kertoivat vanhukselle hoitotyön sisällöstä. Vanhusten hoitotyössä kaikkia hoitokotia yhdistävät teemat on esitelty kuviossa 11.



Kuvio 11. Vanhusten hoitotyötä yhdistävät tekijät

Vanhuksen perushoito on hänen fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin vastaamista. Palvelukeskus Himmellisä vanhusten hoitotyötä rytmittävät erilaiset fyysiset toiminnot kuten ruokailuajat, pesuilla käynnit ja pukeutumiset. Vanhukselle pyritään turvaamaan mahdollisuus normaalin päivärytmiin, mutta mahdollisuuksien mukaan myös yksilöllisiä tarpeita pyritään huomioimaan.

Klemola(2005, 73, 77) tutki väitöskirjassaan 29 keskipohjalaisen vanhusten siirtymisvaihetta omasta kodista hoitokoteihin. Tutkimuksessa ilmeni, että vanhukset toivoivat hoitokodissa saavansa osallistua arjen toimintoihin, kuten omien kasvojen pesemiseen ja kodinhoitotehtäviin. Tutkimuksessa haastateltavat vanhukset olivat siirtymävaiheessa toimintakyvyltään parempi kuntoisia kuin Palvelukeskus Himmelin vanhukset, sillä jokainen siirtymävaiheessa ollut keskipohjalainen vanhus ruokaili itsenäisesti ja osa valmisti itse jopa kaikki päivittäiset ruoat.

Palvelukeskus Himmellisä asuvat vanhukset tarvitsevat pääsääntöisesti hoitotyöntekijän apua osassa tai jopa kaikissa päivittäisissä askareissaan. Hoitotyöntekijät huomioivat vanhuksen jäljellä olevan toimintakyvyn, ja pyrkivät tukemaan omatoimisuutta. Vanhusten hoivan ja hoidon tarve on kuitenkin suuri, sillä vain 8,3 % yli 75-vuotiaista sotkamolaisista vanhuksis-

ta asuu tehostetussa palveluasumisessa. (Vanhuspalveluiden toimintakertomus vuodelta 2008).

Hoitajat riisuvat vanhukseksi yöpaidan, pyyhkivät kostealla, kuivasivat, vaihtoivat päivävaatteet päälle.

Hoitotyöntekijät pyrkivät ottamaan huomioon vanhuksen sosiaalisia tarpeita aina vanhuksen luona ollessaan. Harva Palvelukeskus Himmeliässä asuva vanhus kykenee kommunikoidaan puhumalla hoitotyöntekijöiden kanssa, mutta vanhuksen muutamien sanan tuottaminen tai ääntely kertoo hänen tarpeestaan sosiaaliseen kanssa käymiseen.

Klemolan (2005, 75–76) väitöskirjan mukaan sosiaaliset suhteet sisälsivät läheiset ihmissuhteet, toiset asukkaat sekä hoitohenkilökunnan. Vanhukset seurasivat tapahtumia ympärillään esimerkiksi television ja radion välityksellä ja toivoivat, että he saisivat keskustella näkemästään ja kuulemastaan muiden asukkaiden kanssa. Vanhukset toivat esiin ruokailutilanteen merkityksen yhteisenä sosiaalisena tapahtumana.

Lähiboitaja kertoo vanhukseksi mitä hän tekee. Vanhus naureskelee, mutta hän ei saa tuotetuksi pöytä.

Hoitotyöntekijät koputtavat oveen ja sanovat vanhukseksi huomenta. He kertovat mikä päivä tänään on ja paljon ulkona on pakkasta. He juttlevat vanhukseksi koko ajan.

Vanhusten hoitotyön eroavaisuudet fyysisessä hoitotyössä

Kuvioon 12 on kuvattu erot fyysisessä hoitotyössä eri hoitokotien välillä.

Alateemat

Yläteemat

Peltola

Ihon hoito
Huoneen tuulettaminen
Suolentoimitus
Suun tyhjäksi huolehtiminen

Riihelä

Ihon hoito
Kynsien leikkaaminen
Siirtymiset sängystä, tuolista
Suolentoimitus
Parran ajo
Korvien puhdistaminen

Koivula

WC:n taluttaminen
Silmätippojen laittaminen
Tossujen laittaminen

Lampela

Ihon hoito
Siirtymiset
Vatsantoimitus
Hammas suuhun
Juoman antaminen

Kaskela

Ihon hoito
Siirtymisissä avustaminen
Seisomisen tukeminen
Omatoimisuuden tukeminen

Fyysinen hoitotyö

Kuvio 12. Erot eri hoitokotien välillä fyysisessä hoitotyössä

Fyysinen hoitotyö Peltolassa ilmenee vanhuksen hyvänä perushoitona. Asukasta hoidetaan hänen omassa sängyssään. Vanhus ei liikkunut kertaakaan itsenäisesti koko havainnoitavan ajan kuluessa.

Hoitotyöntekijät tulevat asukkaan huoneeseen. Toinen heistä laskee sängyn alas. Hoitajat puhdistavat intiimialueet ja rasvaavat ihon. Hoitotyöntekijät vaihtavat puhtaan vaipan ja kääntävät vanhusta. He siistivät sängyn. He nostavat vanhusta sängyssä ylöspäin ja rasvaavat otsalla olevaa kuivaa ihottumaa. Hoitotyöntekijä raikastaa ilmaa ilmaraikastajalla. Hoitotyöntekijät laittavat tyynyn asiakkaan jalkojen väliin ja he peittelevät vanhukseen.

Riihelän havainnoitavalla vanhuksella oli havainnointipäivänä pesupäivä. Vanhuksen hoitamiseen käytettiin paljon aikaa, mikä osaltaan johtui siitä että työvuorossa oli perushoitaja ja vasta hoitotyönuransa aloittanut hoitotyöntekijä.

Kaksi hoitotyöntekijää tulee paikalle. Vanhus nukkuu. Hoitotyöntekijät siirtelevät tavaroita huoneessa, ottavat suihkutuolin esille. Perushoitaja juttelee vanhukseksi, kehottaa lähtemään pesulle. Vanhus herää. Asukkaan vaipat riisutaan pois. Hoitotyöntekijät laittavat vanhukseksi nostotyön. Vanhus nostetaan nosturilla suihkupyörätuoliin. Vanhus menee pesulle perushoitajan avustamana oman huoneen yhteydessä olevaan pesutilaan.

Vanhuksen parta ajetaan, laitetaan vielä tossut jalkaan ja päällystakki hartioille. Laitetaan partavettä. Asukas viedään G-tuolilla tupaan.

Koivulassa asuva vanhus vietti koko päivän omassa huoneessaan. Kaksi kertaa havainnointipäivän aikana vanhus käveli hoitotyöntekijän avustamana sängystään omassa huoneessa olevaan WC:n.

Hoitotyöntekijä saapuu huoneeseen ruokatarjottimen kanssa. Hän alkaa syöttää vanhusta. Vanhus ruokailee hyvin. Ruokailun loputtua hoitotyöntekijä laittaa vanhukseksi tossut jalkaan, kääntää sängyssä pystyyn, ottaa toisesta kädestä kiinni ja ohjaa wc:n. Asukas talutetaan takaisin sänkyyn nukkumaan. Sängyssä korjataan vanhuksen asentoa.

Lampelassa havainnoitavan vanhuksen fyysiseen hoitamiseen käytettiin paljon aikaa, vaikka hänellä ei ollut havainnointipäivänä suihkussa käyntiä. Ajan käyttö johtui osittain siitä että työvuorossa oli kaksi hoitoapulaista, joista toinen oli sijainen ja toinen, toisesta hoitokodista tilapäisesti tässä hoitokodissa työskennellyt hoitotyöntekijä.

Hoitotyöntekijät tulevat potilasnosturin kanssa paikalle. He ottavat peiton pois ja sanovat, että noustaan ylös. He nostavat sängyn päädyn alas ja nostavat sängyn korkeammalle. Nostoliina asetetaan vanhuksen selän alle ja vanhus nousee sängyssä istumaan. Hoitotyöntekijät asettavat liivit paikoilleen ja nostavat vanhuksen nosturilla ylös. Vanhus siirretään pyörätuoliin.

Kaskelan havainnoitavan vanhuksen perushoitotyössä korostui kuntotuttavan hoitotyön osuus. Hoitotyöntekijät antoivat vanhukselle aikaa, jotta hän suoriutuisi toiminnoista itse tai ohjattuna.

Hoitotyöntekijät tulevat vanhuksen huoneeseen, tervehtivät vanhusta ja juttelevat hänen kanssaan. He kertovat vanhukselle auttavansa hänet pyörätuoliin ja vievänsä vanhuksen ruokailemaan päiväsaliiin. Hoitotyöntekijät antavat vanhukselle päällyshousut ja vanhus laittaa housut itse hitaasti jalkaan. Perushoitajat laittavat vanhukselle kengät. Vanhus nostelee itse jalkojaan. Perushoitajat kehoittavat vanhusta nousemaan sängynlaidalle auttaen häntä samalla. Vanhus laittaa puseron päällensä. Perushoitajat kehoittavat vanhusta nousemaan pyörätuoliin. Vanhus nousee seisomaan, hän kääntyy ympäri ja istahtaa pyörätuoliin. Vanhus kamppaa itse oman tukkansa.

Jokaisessa hoitokodissa korostui vanhusten fyysinen hoitotyö. Ainoastaan Peltolan havainnoitava vanhus ei liikkunut havainnointipäivän aikana pois omasta sängystään. Koivulassa hoitotyöntekijät kävelyttivät havainnoitavaa vanhusta kaksi kertaa oman huoneen yhteydessä olevassa WC:ssä, mutta vanhus ei käynyt päivän aikana pois omasta huoneestaan. Riihelässä, Lampelassa ja Kaskelassa vanhus kävi ruokailemassa yhteisessä tuvassa hoitotyöntekijöiden avustamana. Kaskelassa korostui muihin hoitokotiin verrattuna asukkaan fyysisessä hoitotyössä kuntouttava hoitotyö. Hoitotyöntekijät antoivat vanhukselle aikaa, jotta hän suoriutuisi toiminnoista itse tai ohjattuna. Omatoimisuuden tukemisella tässä havainnoinnissa tarkoitetaan ennen kaikkea vanhukselle ajan antamista ja kannustamista itsenäiseen suoriutumiseen.

Vanhusten hoitotyön erot psyykkisessä hoitotyössä

Kuvioon 13 on koottu eri hoitokotien kesken ilmenneet eroavaisuudet psyykkisessä hoitotyössä.

Alateemat

Peltola

Mielipiteen huomioiminen

Oveen koputtaminen

Silittäminen/koskettaminen

Riihelä

Vanhuksen huomioiminen

Koivula

Koskettaminen/silittäminen

Lampela

Oveen koputtaminen

Vanhuksen huomioiminen

Kaskela

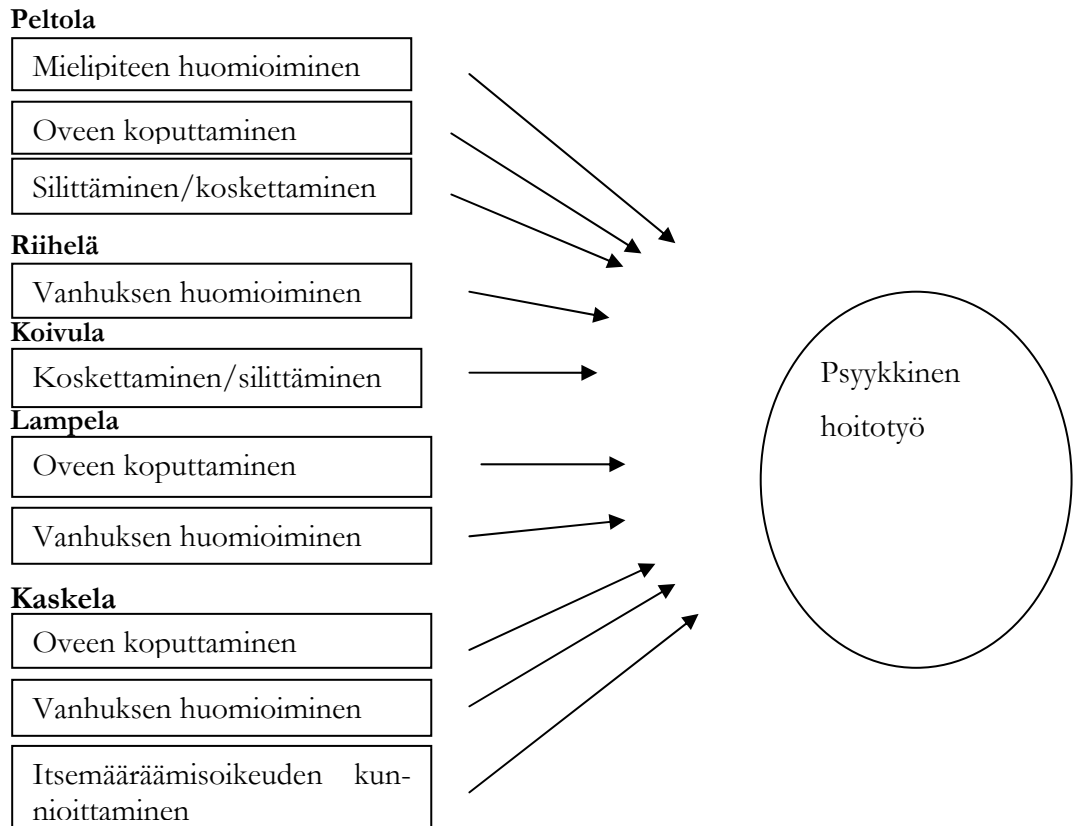
Oveen koputtaminen

Vanhuksen huomioiminen

Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen

Yläteemat

Psyykinen
hoitotyö



Kuvio 13. Erot eri hoitokotien välillä psyykkisessä hoitotyössä

Psyykinen hoitotyö Peltolassa näkyi vanhuksen mielipiteen huomioimisena, oveen koputtamisena sekä vanhuksen silittämisenä ja koskettamisena.

*Hoitotyöntekijät tulivat huoneeseen, juttelivat vanhukselle ja kertoivat aloittavansa aamupe-
sut...Hoitotyöntekijä kysyy onko hyvä, kuunteletko radiota?*

*Hoitotyöntekijät koputtavat oveen...hoitotyöntekijä silittää vanhuksen hiuksia ja kasvoja... Lähiboitaja
koskettaa vanhusta, vanhus hymyilee vastaukseksi.*

Psyykkisen hoitotyön osuus Riihelässä oli havainnointipäivänä pientä. Tämä saattoi myös johtua siitä, että vakituisella perushoitajalla meni paljon työaika ohjatesaan uutta työntekijää.

Hoitotyöntekijä ei puhunut paljoa. Hän sanoi, juodaan aamukahvit. Hän kertoi suihkuun lähtemisestä. Kysyi onko maha täysi. Vanhus ei vastannut.

Koivulassa hoitotyöntekijät koskettavat vanhusta lempeästi perushoitotilanteiden yhteydessä

Hoitotyöntekijä koskettaa välillä vanhusta olkapäälle... hän silittää vanhuksen hiuksia.

Lampelassa hoitotyöntekijä huomioi vanhuksen psyykkisen hyvinvoinnin perushoitotilanteiden yhteydessä.

Hoitotyöntekijä kysyy, joko nielaisit? Hän huomioi vanhuksen hyvin. Vanhus naureskelee ja kysyee mitä tämä on? Miksi häntä syötetään? Hoitaja vastaa rebellisesti, ettei vanhuksen käsi nouse suuhun saakka. Vanhus naureskelee ja sulkee suunsa. Hän ei halua enää syödä. Vanhusta häiritsee kun häntä syötetään. Hoitoapulainen ei syötä vanhusta väkisin vaan lopettaa syöttämisen.

Kaskelassa hoitotyöntekijät pyysivät vanhukselta lupaa hoitotoimenpiteisiin. Vanhuksen jäljellä olevat voimavarat huomioidaan hoitotyön toteutuksessa.

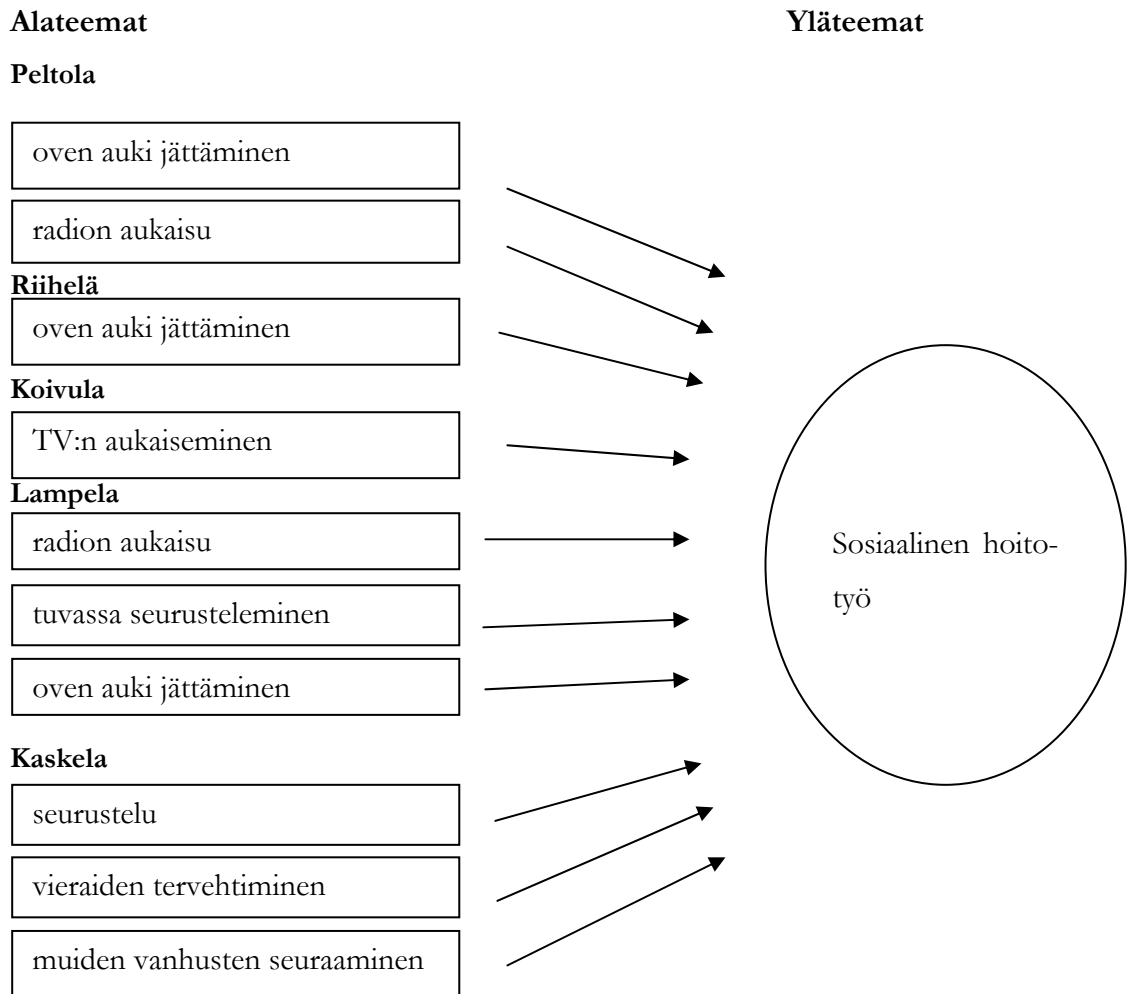
Hoitotyöntekijä kysyy vanhukselta saadaanko pyyhkiä kasvat.

Vanhukselle annetaan juomamuki käteen. Vanhus saa itse juoda juomansa opiskelijan ohjatesa omalla kädellä juomista.

Psyykkinen hoitotyö Palvelukeskus Himmelissä on lähinnä vanhuksen huomioimista ja vanhuksen koskettamista. Toiset hoitotyöntekijät koskettivat ja silittivät vanhusta luontevasti hoitotoimenpiteiden aikana. Jotkut hoitotyöntekijät koputtivat vanhuksen huoneen oveen ja viestittivät sillä kunnioittavansa vanhuksen omaa yksityisyyttä.

Vanhusten hoitotyön erot sosiaalisessa hoitotyössä

Kuvioon 14 on kuvattuna eri hoitokotien kesken ilmenneet erot sosiaalisessa hoitotyössä.



Kuvio 14. Erot eri hoitokotien välillä sosiaalisessa hoitotyössä

Sosiaalinen hoitotyö Peltolassa on hyvin pienimuotoista. Havainnoitavan vanhuksen yhteydet ulkomaailmaan tapahtuivat hoitotyöntekijöiden ja radion välityksellä.

Hoitotyöntekijä tulee huoneeseen. Hän jättää oven auki käytävään. Käytävältä kuuluu musiikkia ja muita ääniä.

Riihelän asukkaat kokoontuvat aterioiden aikana tupaan ruokailemaan. Havainnoitava vanhus autettiin suihkussa käynnin jälkeen G-tuolilla tupaan lounaalle. Vanhus ei välitä toisten vanhusten puheista tai tekemisistä. Vanhus on hyvin väsynyt.

Hoitotyöntekijät tulevat huoneeseen. He laittavat radion päälle. He keskustelevat vanhukseksi, mutta vanhus ei vastaa mitään.

Hoitotyöntekijä jutustelee mukavia ja vie vanhuksen tupaan. Vanhus jää odottelemaan tupaan syöden sormiaan. Vanhus laittaa silmät kiinni ja torkahtaa.

Koivulassa havainnoitavan vanhuksen yhteys ympäröivään maailmaan tapahtui television ja hoitotyöntekijöiden välityksellä.

Toinen hoitotyöntekijöistä ankaisee verbot ja television... Hoitotyöntekijä juttelee vanhukseksi... Hän kertoo välillä mitä tänään on ruokana.

Lampelassa asuva havainnoitava vanhus on puhelias ja hoitotyöntekijän läsnä ollessa hänellä on voimakas tarve puhua.

Vanhus kertoo lastensa nimet ja montako lasta hänellä on. Hän yrittää muistella, montako lastenlasta hänellä on, mutta hän ei muista sitä. Hoitotyöntekijät keskustelevat ystävällisesti vanhuksen kanssa. Vanhus on iloinen.

Kaskelassa havainnoitava vanhus seurusteli tuvassa muiden vanhusten kanssa. Hän yritti kommunikoida toisen vanhuksen kanssa, ja onnistuikin tuottamaan muutaman sanan.

Toinen vanhus tulee juttelemaan vanhukseksi. He vaihtavat muutaman sanan keskenään.

Süstitijä tervehtii vanhusta käytävältä. Vanhus nostaa kätensä ja tervehtii nimensä kuultuaan.

Palvelukeskus Himmelin havainnoitavien vanhusten yhteydet ulkomaailmaan tapahtuivat lähinnä hoitotyöntekijöiden ja radion välityksellä. Peltolassa ja Koivulassa asuvat havainnoitavat vanhuksot eivät seurustelleet muiden vanhusten kanssa. Riihelän, Lampelan ja Kaskelan havainnoitavilla vanhuksilla oli mahdollista seurustella muiden asukkaiden kanssa yhteisellä lounaalla tuvassa.

Hoitotyöntekijöiden havainnoinnissa ja omassa havainnoinnissani esiin nousseet asiat täydentävät toisiaan. Jo hoitotyöntekijöiden suorittamista havainnointituloksista ilmeni, että hoitokoti Peltolassa asuvat vanhukset liikkuvat päivittäin hyvin vähän. Omassa havainnoinnissani havainnointi toteutettiin tarkoituksella saman kustannuspainon RAI-arviointijärjestelmästä saaneille vanhuksille. Sen vuoksi liikkumisen vähyys ei voi johtua pelkästään vanhusten toimintakykyisyydestä. Oma tai hoitotyöntekijöiden avustamana toteutettava liikkumisen vähyys johtaa myös vähäiseen seurusteluun muiden asukkaiden kanssa. Myös muiden vanhusten kanssa seurustelemisen vähyys tuli hoitokoti Peltolan kohdalla esille jo hoitotyöntekijöiden havainnointilomakkeiden analysoinnissa. Sen sijaan Koivulassa asuvat vanhukset sekä liikkuvat että seurustelevat muiden vanhusten kanssa hoitotyöntekijöiden suorittamien havainnointien mukaan enemmän kuin Peltolassa asuvat vanhukset. Toisaalta Koivulassa asuvista vanhuksista osa on sellaisia, jotka eivät liiku ollenkaan ja näin ollen eivät myöskään seurustele muiden asukkaiden kanssa. Hoitotyöntekijöiden suorittamissa havainnoinneissa ilmeni, että sekä Riihelän, Lampelan että Kaskelan asukkaat liikkuvat eniten verrattuna muiden hoitokotien vanhuksiin. Myös erityisesti Lampelan ja Kaskelan asukkaat seurustelevat muiden asukkaiden kanssa enemmän kuin muiden hoitokotien vanhukset.

Iäkkään asukkaan hyvää oloa voidaan edistää hoitotyön keinoin. Fyysisestä hyvinvoinnista huolehtiminen sekä miellyttävien hetkien ja virikkeiden tarjoaminen voivat edistää vanhukseen hyvän olon tunnetta. Hoitotyön ensisijaisena tavoitteena on tukea vanhuksen terveyttä ja toimintakykyä. Vanhuksen persoonallisuus on otettava huomioon, koska se vaikuttaa siihen, miten hän kokee tilanteensa. Hoitoympäristö tulee järjestää sellaiseksi, että se toisaalta edistää terveyttä ja toimintakykyä, toisaalta korvaa niiden puutteet. Hoitoympäristön avulla voidaan vaikuttaa myös suoraan elämänlaatuun tarjoamalla turvallisia, esteettisiä elämyksiä ja mielekkäitä ihmissuhteita. (Sarvimäki 1998, 21.)

3.3 Visio

Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten palvelujen laatusuositusten (2008a, 34–36) mukaan henkilöstömitoitusta suunniteltaessa ja arvioitaessa otetaan huomioon asiakkaiden toimintakyky ja avun tarve, josta saadaan tieto kattavan palvelutarpeen arvioinnin avulla. Mitoituksessa tulee ottaa huomioon erityisosaamista edellyttävien asiakkaiden määrä, kuten käytösoirei-

set dementia-asiakkaat ja vanhuspsykiatriset asiakkaat. Henkilöstöä tulee tarvittaessa voida tilapäisesti siirtää eri toimipisteisiin silloin, kun asiakkaiden hoitoisuuden muutokset sitä edellyttävät, kuten saattohoitotilanteissa. Valtakunnallinen suositus ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön vähimmäismääräksi on 0,5–0,6 hoitotyöntekijää asiakasta kohden vuorokaudessa. Korkeampi vaihtoehto vähimmäismitoitukseksi (0,6) on suositeltava silloin, kun asiakkaalla on vaikeita käytös- tai somaattisia oireita tai kun hoitoympäristön koko tai rakenteelliset puitteet aiheuttavat henkilökunnan lisätarpeita. Henkilöstön hyvä mitoitus ympärivuorokautisessa hoidossa on 0,7–0,8. Terveyskeskusten vuodeosastoilla, missä hoidetaan lääketieteellistä hoitoa vaativia pitkäaikaisasiakkaita, vähimmäismitoitus on 0,6 - 0,7 ja hyvä mitoitus 0,8 hoitotyöntekijää asiakasta kohden. Mitoituksen lähtökohtana ovat kuitenkin aina asiakkaat riippumatta siitä, minkä nimisessä yksikössä he ovat.

Hoidon laatu asiakkaan näkökulmasta – havainnointitutkimuksesta ilmeni, että työntekijöiden määrä asiakasta kohden vaihteli ympärivuorokautisessa yksiköissä 1,00:n ja 0,49:n välillä. Suurin henkilöstömitoitus oli erikoissairaanhoidon psykogeriatrisella osastolla. Pienin henkilöstömitoitus oli vanhainkodin sekaosastolla, jossa se oli 0,54. Terveyskeskuksen vuodeosastolla, missä hoidettiin kognitiivisesti ja fyysisesti kaikkein huonokuntoisimpia asiakkaita oli henkilöstömitoitus vain 0,59. Ympärivuorokautisissa yksiköissä henkilöstömitoitus vaihtelee myös eri kellonaikoina. Iltaa kohti henkilöstömitoitus pienenee. (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 48.)

Tulevaisuudessa vanhusten määrä lisääntyy ja laitoshoidon ohjataan tämänhetkisen vanhus-
hoidon toimintamallin mukaan vain hyvin huonokuntoisia vanhuksia. Lyhytaikaisessa
laitoshoidossa henkilöstön on kyettävä hoitamaan entistä monipuolisemmin pitkäaikaisesti
sairaita vanhuksia kuntouttavaa työtä käyttäen, jotta vanhuksat selviytyisivät mahdollisim-
man pitkään omissa kodeissaan kotihoidon turvin. Kouluttamattomien tai heikosti koulutet-
tujen työntekijöiden käyttö tällaista laaja-alaista ammattitaitoa vaativassa hoitotyössä ei ole
vanhusten ihmisarvoa kunnioittavaa. Hoitohenkilöstön koulutustasosta tinkiminen ei ole
myöskään kunnan kannalta tarkoituksenmukaista tuloksellisen palvelun tarjoamiseksi. Hoi-
tohenkilöstörakenne on tulevaisuudessa todennäköisesti entistä keskeisempi kysymys hyvän
hoitotyön laadun ja kohtuullisten kustannusten kannalta. (Muurinen 2003, 133.)

RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking – hankkeessa vuonna 2004 oli mukana 26 eri kunnasta 282 osastolta yhteensä 7032 hoitopaikkaa. Hankkeen tulosten mukaan keskimäärin laskennallinen mitoitus oli osastoissa 0,63 hoitajaa yhtä potilasta kohden, mutta käytännössä toteutunut mitoitus oli arkena vain 0,43 ja viikonloppuna 0,35. Sekä toteutunut että laskennallinen mitoitus ovat selvästi alle vanhustenhuollon valtakunnallisissa laatusuosituksissa ehdotetun hyvän (0,8) henkilöstömitoituksen raja-arvosta. (Noro ym. 2005, 7-8.)

Voutilaisen (2004, 75) mukaan henkilöstömitoituksia tulisi jatkuvasti seurata ja verrata eri yhteisöjen mitoituksia valtakunnalliseen tilanteeseen. Valtakunnallisesti tulisi tuottaa säännöllisesti tietoa siitä, millainen mitoitus tällä hetkellä on ja miten se kehittyy. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa asiakkaiden hoitoisuus on lähtökohta henkilöstön mitoittamiselle. Mikäli yksiköissä hoidetaan asiakasryhmiä, joilla on erityistarpeita, esimerkiksi käytösoireista kärsiviä dementoituneita asiakkaita tai vanhuspsykiatrista erityisosaamista vaativia asiakkaita, ovat näiden asiakkaiden erityistarpeet otettava huomioon henkilöstömitoituksia suunniteltaessa. Toiminnan suunnittelulle ja seurannalle on edellytyksenä tuottaa tietoa henkilöstöstä, palvelurakenteesta sekä toiminta- ja johtamiskäytännöistä. Toiminnasta tarvitaan tietoa muun muassa henkilöstön määrän ja rakenteen suhteesta asiakasrakenteeseen. Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen tavoite ja toimintaohjelman vuosille 2004–2007 mukaan tutkimusta tekevien tahojen tulee kohdistaa tutkimukset asioihin, jotka tuottavat tietoa hoitotyön henkilöstön määrästä, rakenteesta ja valmiuksista erilaisissa toimintayksiköissä.

Koukkuniemen vanhainkodissa Tampereella asiakasrakennetta seurataan RAI:sta saatavien kliinisten pääluokkien ja kustannuspainon avulla. Tätä tietoa henkilöstömitoitustiloihin vertaamalla pyritään kohdentamaan henkilöstöresursseja tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti. (Ripsaluoma 2008, 44.)

Hoitotyön henkilöstön määrä ja rakenne ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa ovat merkittäviä asiakkaiden hoitotulosten kannalta. Alimitoitus on kallista, mikäli asiaa tarkastellaan pitkällä aikavälillä. Riittävä ja asianmukainen henkilöstömitoitus tulisi turvata kaikkiin pitkäaikaista hoitoa tuottaviin yksiköihin sekä asiakkaiden hoitotulosten ja kustannusten vuoksi että ikääntyneiden parissa toimivan henkilöstön hyvän työelämän laadun vuoksi. Henkilöstömitoituksia tulisi jatkuvasti seurata ja verrata eri yhteisöjen mitoituksia valtakun-

nallisesti. Myös valtakunnallisesti tulisi tuottaa säännöllisesti tietoa siitä, millainen mitoitus tällä hetkellä on ja miten se kehittyy. Asiakkaiden hoitoisuuden tulee olla lähtökohtana henkilöstömitoitukselle pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Mikäli yksiköissä hoidetaan erityistarpeita omaavia asiakasryhmiä, kuten käytösoireista kärsiviä dementoituneita asiakkaita tai vanhuspsykiatrasta erityisosaamista vaativia asiakkaita, ovat näiden asiakkaiden erityistarpeet otettava huomioon henkilöstömitoituksia suunniteltaessa. Myös henkilöstöä kuvaavat tunnusluvut, kuten henkilöstön ikä, sairauspoissaolot ja vaihtuvuus, tulee ottaa huomioon henkilöstöä mitoitettaessa. (Voutilainen 2004, 75.)

Hoitotyön laadun ja henkilöstömitoituksen välillä on osoitettu olevan yhteyksiä. Henkilöstön koulutustasolla on henkilöstön määrää suurempi vaikutus. Laatu kärsii erityisesti, jos henkilöstöä on vähän. Myös henkilöstön väsymisen on todettu huonontavan palvelun laatua. (Valleja-Medina ym. 2005, 357.)

Johtamisen tavoitteena on saavuttaa toiminnalle asetetut määrälliset ja laadulliset tavoitteet. Johtamisella vaikutetaan sekä henkilöstön määrään ja osaamiseen että henkilöstön työhyvinvointiin ja työturvallisuuteen. Kaikilla näillä on yhteyksiä palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen. Johtamistehtävä edellyttää valmiuksia osaamisen johtamiseen. Henkilöstön määrän ja koulutusrakenteen sekä osaamisen kehittämisen lähtökohtana on laaja gerontologinen näkemys ikääntyvästä ihmisestä. Osaamisen kehittämiseksi johtamisen tavoitteena on varmistaa henkilöstön osaamisen järjestelmällinen kehittäminen sekä hyödyntää henkilöstön osaamista monipuolisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 37–38.)

Tässä kehittämistehtävässä visiota lähdettiin rakentamaan kehittämishankkeen useiden tulosten ja teorian tiedon avulla. Kehittämishankkeen visiona oli ihannetila, missä henkilöstömitoitus ja -rakenne kohdennetaan tasaisesti eri hoitokotien kesken. Tutkimustulokset osoittivat, ettei Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoitus ole jakautunut tasaisesti. Kaikissa yksiköissä se oli korkeampi kuin valtakunnallisen suosituksen alaraja, mutta Riihelässä ja Kaskelassa se olisi ollut ilman ylipaikoilla olevia vanhuksia jopa henkilöstön hyvän mitoituksen mukainen 0,72–0,83.

3.4 Tulevaisuusmallit

Hoitotyön esimies tarvitsee kehittyneitä sähköisiä seuranta- ja raportointi järjestelmiä pystyäkseen osoittamaan ja arvioimaan hoitotyön laatua, vaikuttavuutta ja kustannuksia. Näyttöön perustuva toiminta kehittää hoidon laatua, ja hoidon vaikuttavuutta pystytään arvioimaan aikaisempaa paremmin. Hoitotyön johtaja vertaa hoidon laatua ja vaikuttavuutta toisiin vastaaviin palveluntuottajiin (benchmarking) sekä käyttää päätöksenteossa systemaattisesti laatuun, vaikuttavuuteen ja kustannuksiin liittyvien mittausten tuloksia, esimerkiksi RAI:ta ja korjaa ja parantaa hoitotyötä niiden perustella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 83- 84.)

Kokkolan vanhainkodit ovat olleet vuodesta 2000 mukana RAI- tietojärjestelmän pitkäaikashoidon käyttöönotto ja benchmarking – hankkeessa. Benchmarking eli vertailukehittäminen tarkoittaa samankaltaisten hoitoyksiköiden vertailua keskenään ja parhaiden käytäntöjen hakemista ja niistä oppimista. Neljätoistapaikkainen Vaiho eli vanhusten arviointi-, intervalli- ja hoivaosasto perustettiin vuonna 2001, ja se on toiminut käytännön kehittämistyön peliareenana Kokkolan perusturvan, Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan yksikön sekä Kokkolan sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksen kolmivuotisessa yhteistyöhankkeessa. Vaiho-osastolla otettiin RAI käyttöön heti perustamisesta alkaen. Vaihossa hoitajat kokivat RAI-tietojärjestelmän käytön alkuvaiheessa laajaksi, vaativaksi ja aikaa vieväksi. Ajan myötä RAI:n käyttö avasi tarvetta syventää ammatillista osaamista täydennyskoulutuksen avulla. RAI:n tuottamaa tietoa hyödynnettiin asukkaan hoidon suunnittelussa ja hoidon tulosten arvioinnissa, jolloin hoitajan toiminta saatiin näkyväksi. Tietojärjestelmien palauteraporttien avulla hoitajien työstä saatiin palautteet ja kiinnostus oman työ kehittämiseen lisääntyi. (Noro ym. 2005, 17, 157–164.)

Palvelukeskus Himmelin kahden hoitotyöntekijän kirjoittamissa kenttäpäiväkirjoissa korostuivat samankaltaiset asiat kuin Kokkolan Vaiho osaston hoitotyöntekijöiden kokemukset olivat. Kenttäpäiväkirjoja palautettiin minulle kolmen sijasta kaksi, koska yhden lähihoitajan Word – muotoon kirjoitettu kenttäpäiväkirja oli tuhoutunut. Himmelin hoitotyöntekijät kokivat RAI-arviointijärjestelmän käyttöönoton olevan mielenkiintoista ja hoitotyötä rikastuttavaa. RAI- järjestelmän käyttöönotto koettiin perustelluksi, koska se avasi näkökulmia asiakkaiden hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelmien tekemiseen ja sitä kautta lisäävän asiakas-

lähtöisyyttä. RAI:n käyttöönotossa koettiin huolestuttavana, ettei hoitotyöhön käytettyä aikaa tai inhimillistä asiakkaan kohtaamista mitata järjestelmässä.

Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden lähtökohtia ovat henkilöstön määrä, osaaminen ja työhyvinvointi. Henkilöstömitoitusta arvioitaessa tulee ottaa huomioon asiakastyöhön osallistuvan henkilöstön koulutusrakenne sekä osaaminen ja osaamisen täysi hyödyntäminen. Tavoitteena on, että kaikilla vanhuspalveluissa toimivilla työntekijöillä on sosiaali- tai terveydenhuollon ammatillinen lisäkoulutus sekä perus- jatko tai täydennyskoulutuksessa hankittu gerontologinen asiantuntemus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 34–35.)

Osaamisen johtamisen lähtökohta ja perusta on kiinteästi yrityksen strategioissa ja toimintaprosesseissa. Osaamisen johtaminen on osa normaalia toiminnan johtamista eri prosesseissa ja toiminnoissa. Osaamisen johtaminen näkyy käytännössä palvelutehtävien näkökulman painopisteen muutoksena työstä ja lukumääristä osaamiseen. Tarkastelun painopiste on osaamisessa. Perinteisessä näkökulmassa on korostunut työvoiman määrällinen tarkastelu, niin sanotut ”nuppiluvut”. Nyt rinnalla on selvitettävä erityisesti sitä, mitä osaamista tarvitaan sillä aikajänteellä, jolle toiminnan suunnittelu ulottuu. (Viitala 2005, 232–233.)

Lähdin rakentamaan kahta erilaista tulevaisuusmallia henkilöstömitoituksen ja – rakenteen, RAVA – mittarin, MMSE -testien, RAI – arviointitulosten, hoitotyöntekijöiden havainnointien, omien havainnointieni tulosten sekä hoitotyöntekijöiden kenttäpäiväkirjojen pohjalta. Ensimmäinen tulevaisuusmalli pohjautuu henkilöstömitoituksen tasaamiseen ilman, että siinä otetaan huomioon asiakkaiden kuntoisuutta (taulukko 31). Toisessa mallissa otetaan huomioon myös asukkaiden kuntoisuus taulukon 33 mukaisesti.

Taulukko 31. Malli 1: Hoitokotien henkilöstöresurssi on samankaltainen huomioimatta sitä mikä on vanhusten toimintakyky

Hoitokoti	Asukasmäärä	Monta hoitotyöntekijää pitäisi olla	Henkilöstöresurssi	Henkilöstöresurssi siivittäin	Henkilöstöresurssi nyt (hoitajaa)	Vähennys/lisäys
Peltola	17	10	0,58	0,58	8,95	+ 1,05
Nurmela	7	4	0,57		4,45	- 0,45
Riihelä	9	5,5	0,61	0,59	6,45	- 0,95
Koivula	7	4	0,57		4,5	- 0,50
Ahola	9	5,5	0,61	0,59	5,5	ok
Puistola	7	4	0,57		3,95	+ 0,05
Lampela	9	5,5	0,61	0,59	5,0	+ 0,50
Kaskela	14	8,5	0,60	0,60	8,1	+0,40
Lisäys/ Vähennys						2,0 1,9

Mallin yksi mukaisesti hoitotyöntekijät jakautuvat eri hoitokotien kesken henkilöstömitoituksen avulla. Uudessa henkilöstömitoituksessa hoitotyöntekijöiden määrä jakautuu tasaisesti eri hoitokotien kesken riippumatta siitä, minkä kuntoisia vanhuksia siellä hoidetaan. Uudessa järjestelyssä otetaan huomioon hoitotyöntekijöiden rakenne siten, että jokaisessa yksikössä työskentelee hoitoapulainen tai työllistämisvaroin palkattu työntekijä. Hoitokoti Peltolassa työskentelee sekä hoitoapulainen että työllistämisvaroin palkattu työntekijä, koska sen asukasienäriä on kaksi kertaa isompi kuin muiden hoitokotien. Kodinhoitajien, ohjaajan, lähihoitajien ja perushoitajien resurssit jaetaan eri hoitokotiin tasavertaisesti. Sairaanhoitajien resursseja jaetaan myös kaikkien yksiköiden kesken taulukon 15 mukaisesti.

Taulukko 32. Henkilöstörakenteen jakautuminen eri hoitokotien kesken

HOITOKOTI/ HENKILÖSTÖ	PEL- TOLA	NUR- MELA	RII- HELÄ	KOI- VULA	AHO- LA	PUIS- TOLA	LAM- PELA	KAS- KELA
ASUMISPAVELU PÄÄLIKKÖ 0,5								
TOIMISTOSIHEERI 0,5								
ASUKKAITA	17	7	9	7	9	7	8 +1	14
SAIRAAHOITAJA 1+1	0,30	0,25	0,10	0,10	0,05	0,25	0,10	0,85
PERUSHOITAJA/ LÄHIOITAJA	6	2,5	4	2	2,75	2,5	4	5,25
OHJAAJA					1			
KODIN- HOITAJA	1			0,5	0,5			
HOITO- APULAINEN	1		1	1			1	1
TYÖL- LISTETTY	0,85	0,85			0,85	0,85		
KUNTOHOITAJA								0,5
YÖHOI- TO (2 VUOROSSA, YHTEENSÄ 4 HOI- TAJAA)	0,8	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,8
HENKILÖSTÖ- RESURSSI	0,58	0,59	0,61	0,59	0,61	0,57	0,61	0,60
HENKILÖSTÖN LUKUMÄÄRÄ	9,95	4,0	5,5	4	5,55	4	5,5	8,4

Käytännössä sairaanhoitajan resurssin jakautuminen tarkoittaa sitä, että sairaanhoitaja käyttää työaikaansa työvuorolistassa, joka koostuu kolmesta viikosta, Peltolassa neljän työpäivän ajan, Nurmelassa kolmen ja puolen työpäivän ajan, Riihelässä puolentoista työpäivän ajan, Koivulassa vajaan puolen päivän ajan, Aholassa vajaan kahden tunnin ajan, Puistolassa kolmen ja puolen työpäivän ajan, Lampelassa lyhennetty työpäivän ajan ja Kaskelassa kahden- toista työpäivän ajan.

Taulukko 33. Mallissa 2 hoitokotien miehityksessä otetaan huomioon myös asukkaiden kuntoisuus.

Hoitokoti	Asukas määrä	Monta hoitotyöntekijää pitäisi olla	Henkilöstöresurssi	Henkilöstöresurssi siivittäin	Henkilöstöresurssi nyt (hoitajaa)	Asukkaiden huomioitu kustannuspainon lisäys	Vähennys /lisäys
Peltola	17	10	0,58	0,58	8,95	0,22	+ 1,27
Nurmela	7	4	0,57		4,45	0,08	- 0,37
Riihelä	10	5,5	0,60	0,58	6,45	0,12	- 0,33
Koivula	7	4	0,57		4,5	0,08	- 0,42
Ahola	9	5,5	0,61	0,59	5,5	0,10	+ 0,10
Puistola	7	4	0,57		3,95	0,07	+ 0,12
Lampela	9	5,5	0,61	0,59	5,0	0,10	+ 0,60
Kaskela	14	8,5	0,60	0,60	8,1	vaihtelee	+0,40 vähintään
Lisäys/ Vähennys							2,49 1,12

Taulukosta 33 nähdään, mikä on asukkaiden määrä hoitokodeittain. Jotta jokaisessa hoitokodissa hoitohenkilökunnan resursointi olisi tasavertaista eli 0,58–0,60, se edellyttää tiettyä hoitajamäärää hoitokodeittain. Toisiin hoitokoteihin se tarkoittaa lisäystä ja toisiin vähennystä. Kustannuspainonlisäys on laskettu siten, että hoitokodeittain kustannuspainon keskiarvo kerrotaan asukkaiden määrällä ja jaetaan sadalla. Lisäys tai vähennys saadaan lisäämällä hoitajien tarpeeseen kustannuspaino ja vähentämällä se nyt olevasta resurssista. Lyhtyaikaishoidon yksikössä Kaskelassa sekä vanhusten määrä että heidän toimintakykyisyytensä vaihtelevat lähes päivittäin, joten henkilöstömitoituksen suunnitteluun se asettaa haasteita. Kaikissa Palvelukeskus Himmelin hoitokodeissa kustannuspaino on yli valtakunnallisen kustannuspainon. Malli 2 tarkoittaa käytännössä sitä, että hoitohenkilökuntaa lisättäisiin Palvelukeskus Himmeliissä vähintään puolentoista hoitajan verran. Taulukkoon 17 on kuvattu henkilöstörakenteen jakautuminen mallin 2 mukaisesti eri hoitokotien kesken.

Taulukko 34. Henkilöstörakenteen jakautuminen eri hoitokotien kesken

HOITOKOTI/ HENKILÖSTÖ	PEL- TOLA	NUR- MELA	RII- HELÄ	KOI- VULA	AHO- LA	PUIS- TOLA	LAM- PELA	KAS- KELA
AS.PAL PÄÄLL. 0,5								
TOIM. SIHT. 0,5								
ASUK KAITA	17	7	9	7	9	7	8 +1	14
SH 1+1	0,20	0,10	0,20	0,20	0,10	0,30	0,20	0,70
PH/LH	6,50	2,75	4	2	2,75	2,5	4	5,5
OH- JAAJA					1			
KODIN- HOIT.	1			0,5	0,5			
HOITO- APUL.	1		1	1			1	1
TYÖL- LIST.	0,85	0,85			0,85	0,85		
KUNTO- HOIT.								1
YÖHOI- TO (2 vuorossa, yh- teensä 4 hoitajaa)	0,8	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,8
HENKILÖSTÖ- RESURSSI	0,61	0,59	0,61	0,59	0,61	0,57	0,61	0,60
HENKILÖSTÖN LUKUMÄÄRÄ	10,35	4,10	5,60	4,10	5,60	4,05	5,6	9,0

Molemmissa malleissa on hoitokoteja, joissa henkilöstöresurssit lisääntyisivät, mutta myös hoitokoteja joiden henkilöstöresurssit pienentyisivät. Molemmissa malleissa tasapainotettaisiin kuitenkin henkilöstörakennetta. Taulukkoon 35 on koottuna molempien mallien muutokset henkilöstöresursseissa hoitokodeittain.

Taulukko 35. Mallin 1 ja 2 muutokset henkilöstöresursseissa hoitokodeittain

HOITOKOTI/ HENKILÖSTÖ	PEL- TOLA	NUR- MELA	RII- HELÄ	KOI- VULA	AHO- LA	PUIS- TOLA	LAM- PELA	KAS- KELA
HENKILÖSTÖN LUKUMÄÄRÄ nyt	8,95	4,45	6,45	4,50	5,50	3,95	5,00	8,10
HENKILÖSTÖN LUKUMÄÄRÄ malli 1	9,95	4,00	5,50	4,00	5,55	4,00	5,50	8,40
HENKILÖSTÖN LUKUMÄÄRÄ malli 2	10,35	4,10	5,60	4,10	5,60	4,05	5,60	9,00

Jokaisesta pitkästä siivestä eli Peltolasta, Nurmela-Riihelästä, Koivula-Aholasta, Puistola-Lampelasta ja Kaskelasta arvottiin maaliskuussa 2009 hoitotyöntekijä, joka osallistui yhteiseen suunnittelu- ja kehittämistyöhön Palvelukeskus Himmelin tulevaisuuden rakentamiseksi. Työryhmän lähtökohtana oli pohtia juuri tämän kehittämistyön haastetta tulevaisuudelle, mutta työryhmää tullaan käyttämään jatkossa myös muun muassa mallinnuksen toteutumisen seuraamisessa.

Toimintatavasta keskusteltiin yhteisessä talokokouksessa jo helmikuun 2009 aikana. Jokaisen hoitokodin työntekijöiden nimet kirjoitettiin hoitokodeittain lapuille ja otanta tapahtui satunnaisesti. Kuudes hoitotyöntekijä valittiin yhdistämällä kaikkien nimet yhteen ja lisäämällä valikoitaviin nimiin myös niiden työntekijöiden nimet, jotka eivät varsinaisesti työskennelleet missään yksittäisissä hoitokodeissa, kuten sairaanhoitaja ja kuntahoitaja. Jokaiselle ryhmän jäsenelle valittiin samoja periaatteita noudattaen myös varajäsen, jotta esimerkiksi vuosilomat ja sairauslomat eivät estäisi työryhmän kokoontumista. Edustajat työryhmään valittiin satunnaisesti, koska se oli kaikkia työyhteisön jäseniä kohtaan oikeudenmukaista ja tasapuolista. Suunnittelu- ja kehittämistyön työryhmä kokoontui Palvelukeskus Himmellisä maaliskuussa 2009. Kuusi työryhmän edustajaa valitsi lopulta tulevaisuusmallin joka otettiin käyttöön Palvelukeskus Himmellisä.

3.5 Tulevaisuusmallin vertailu nykyhetkeen

Johtajan ja esimiehen tehtävä on aikaansaada tuloksia. Tuloskielenkäytöllä on sekä asenteellinen että toiminnallinen merkitys. Tulosten aikaansaaminen edellyttää suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja kehittämisen eli johtamisprosessin peruselementtien jatkuvaa kiertokulkua. Jotta johtaminen saadaan tehokkaaksi, on opittava elämään ja ajattelemaan tuloskeskeisesti eli ajattelun tulee perustua aikaansaannoksiin. (Härkönen & Nissinen 1990, 85.)

Hoitotyön kriittisiä menestystekijöitä ovat hyvät johtamiskäytännöt. Hoitotyön toimintayksiköiden johtamiseen kuuluvat hyvien toimintaedellytysten luominen, toiminnan linjaaminen ja seuraaminen, arviointi ja kehittäminen sekä hoitotyössä toimivien hoitajien osaamista ja hyvinvointia tukevien tekijöiden edistäminen. Hoitotyön johtamisen painoalueena on parantaa hoitotyön vaikuttavuutta näyttöön perustuvaa toimintaa kehittämällä. (Miettinen 2000, 31–37, Perälä 1999, 53–67.) Julkisen palvelutuotannon vaikuttavuudella tarkoitetaan palvelutuotannon kykyä aikaansaada asiakkaiden elämäntilanteisiin sellaisia vaikutuksia, jotka joko tyydyttävät asiakkaiden tarpeet tai vähintään täyttävät tarpeiden tyydyttämiseksi kunnan toimesta asetetut tavoitteet. (Vaarama 1996, 102.)

Tuloskulttuurin omaava ja tulosjohdettu työyhteisö on oppiva, muuttava, kehittyvä ja kehitettävä. Muutos- ja kehitysprosesseihin liittyy runsaasti myös ihmisen johtamiseen liittyviä asioita kuten ihmissuhteet ja aika. Muutoksen tulee olla tavoitteista, jotta tuloksena olisi kehitys. Muutoksen tosiasiallista sisältöä tärkeämpää on se, miten ihmiset kokevat muutoksen. Muutosvastarintaa voidaan lieventää vaiheistamalla muutosprosessi kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisestä vaihdetta kutsutaan muutosvaiheen luomisvaiheeksi. Sen päätavoitteena on saada ihmiset ymmärtämään muutoksen tarpeellisuus, jopa haluamaan sitä. Toisena on muutoksen toteutusvaihe, jossa muutos suunnitelmallisesti toteutetaan. Kolmannessa vaiheessa muutos vakiinnutetaan. Sen aikana varmistetaan, että saavutetut tulokset jäävät pysyviksi ja ne hyödynnetään. (Peltonen 1990, 182.)

Muutosvalmiuden syntyminen on yksilöissä ja ryhmissä tapahtuva tunne ja järkiperusteinen prosessi, johon tarvitaan riittävästi aikaa. Muutosvalmiusvaiheessa selvitetään muutostarpeet ja mahdollisuudet sekä yksilöidään muutoshasteet. Hasteet liittyvät alkuvaiheessa asentei-

den tarkistamiseen, arvojen uudelleenarviointiin sekä osaamisen varmistamiseen. (Santalainen, Voutilainen & Porenne 1991, 230.)

Organisaatiomuutosten johtamisessa kaikkein olennaisin seikka on organisaatiossa työskentelevien ihmisten muuttumisessa. Pelkkä rakenteiden uudelleenmäärittely ei riitä, vaan työntekijät tarvitsevat ohjausta, jotta heidän toimintansa muuttuisi haluttuun suuntaan. Muutoksen johtamisessa on keskeisesti kysymys muutoksen markkinoimisesta ja ihmisten muuttumisen mahdollistamisesta. On tärkeää, että muutosjohtaja on saatavilla ja tarvittaessa tavoitettavissa. (Aro 2002, 69–70.)

Hyvä johtaminen muutostilanteessa on erittäin vaativaa, koska se vaatii kahden erilaisen johtamistyylin yhdistämistä. Toisaalta muutosjohtajan on jämäkästi edustettava muutosta ja sen välttämättömyyttä. Toisaalta tarvitaan hienotunteisuutta ja hienovaraisuutta – kuuntelua, ymmärrystä ja hyväksynnän osoittamista. (Aro 2002, 74.)

Esimiehen tulee ymmärtää, että muutosvastarinta ei sinänsä ole kielteinen ilmiö, vaan sitä voidaan pitää jopa terveen ihmisen merkinä. Usein organisaatioissa suhtaudutaan muutosvastarintaan kuitenkin kielteisesti ja sen olemassaoloa pyritään kieltämään. Oikea tapa käsitellä muutosvastarintaa on tunnustaa se ja käydä käsiksi sen syihin ja sen herättämiin pelkoihin. (Salminen 2006, 150.)

Muutosvastarinta on osattava tunnistaa, ja sen olemassaolo on otettava huomioon johtamisessa. Muutokset nakertavat henkilöstön perusturvallisuuden tunnetta. Onnistuakseen muutoksen läpiviemisessä esimiehen on kyettävä ylläpitämään ja voimistamaan työntekijöidensä turvallisuuden tunnetta. Mikäli perusturvallisuus järkkyy, ihminen lamaantuu pelkotilojen alle eikä kykene muuttumaan. (Salminen 2006, 150.)

Kehittämistyön tässä vaiheessa kun tutkimustehtävänä oli selvittää, minkä toimintamallin mukaisesti Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoitus ja – rakenne kohdennetaan joustavasti ja ajantasaisesti kehittämistyön avulla saatujen tulosten avulla, käytettiin aineistonkeruumenetelmänä 6.3.5 menetelmää. Tätä menetelmää käytettiin, koska sen avulla voidaan saada ryhmän jäseniltä tasavertaisia mielipiteitä ja näkemyksiä kyseessä olevasta asiasta. Ryhmässä asioita pohtimalla saatetaan myös saada tietoa tavallista enemmän, sillä osallistujat voi-

vat yhdessä muistella, herättää mielikuvia, tukea ja rohkaista muita ryhmän jäseniä (Eskola & Suoranta 1998,95.)

Esittelin Palvelukeskus Himmelin suunnittelu ja kehittämistyöryhmässä kaksi erilaista tulevaisuuden mallia, joista molempien lähtökohtana oli henkilöstömitoituksen ja -rakenteen tasapainottaminen eri hoitokotien välillä. Molempien havainnointien tulokset antoivat näyttöä siitä, että henkilöstömitoitus ei ole oikein kohdentunut ja vanhukset saavat Palvelukeskus Himmellisä eritasoista hoitoa riippuen siitä, missä hoitokodissa heitä hoidetaan.

6.3.5 mallin mukaisesti Palvelukeskus Himmelin työryhmän kuusi jäsentä kirjoittivat molemmista malleista 1 ja 2 kolme uhkaa erillisille papereille. Työryhmän jäsenistö oli muuttunut suunnitellusta, koska yksi ryhmän jäsenistä oli sairastunut ja hänen varajäsenensä oli lomalla. Kyseisen yksikön edustaja arvottiin työvuorossa olevista työntekijöistä uudelleen ennen työryhmän kokoontumista. Uhkien kirjoittamisen jälkeen ryhmän jäsenet antoivat paperinsa vasemmalle puolella istuvalle henkilölle ja jokainen kirjoitti jokaiselle kolmelle uhalle ratkaisuvaihtoehdon. Paperit kierivät ryhmänjäsenillä kunnes jokaisella uhalla oli viisi ratkaisuehdotusta. Lopuksi jokainen sai omat uhkapaperinsa tarkasteltavakseen. Yksi ryhmän jäsenistä ei nähnyt kummankaan mallin käyttöönotossa mitään uhkia, joten hänen paperinsa olivat tyhjiä. Molempien mallien uhat ja ratkaisuvaihtoehdot käytiin siinä tilaisuudessa yhteisesti läpi. Molempien mallin uhat koettiin samankaltaisina, koska molemmissa malleissa lähtökohtana oli toisten yksiköiden henkilöstömäärän lisäys ja toisten yksiköiden vähennys. Uhkina nähtiin katkeruus henkilöstöä menettävissä hoitokodeissa, uusien työtapojen opettelu, työn uudelleen organisointi, asiakkaiden saaman hoidon laadun/tason vaihtelut, hoitajien kuormittuneisuus sekä asiakkaiden hoitoisuuden vaihtelut. Ratkaisuina työryhmä tuotti erilaisia vaihtoehtoja (Liite 8). Työryhmä valitsi esitetyistä ratkaisuista työyhteisöömme työkierron, työttömien välisen yhteistyön, oman työn kehittämisen, työtehtävien priorisoinnin sekä työn ohjauksen/työneuvottelut. Työryhmä koki mallin kaksi paremmaksi, koska siinä otetaan huomioon myös asukkaiden hoitoisuus. Työryhmä päätti, että mallia 2 lähdetään toteuttamaan Palvelukeskus Himmellisä alkukesästä 2009. Työryhmän kokemat uhat ja niiden ratkaisuvaihtoehdot tullaan käsittelemään myös Palvelukeskus Himmelin talokokouksissa ja tiimipalaverissa, jotta niiden avulla voitaisiin kehittää vanhusten hoitotyötä ja vaikuttaa työntekijöiden työssä jaksamiseen ja työn mielekkääksi kokemiseen. Työryhmässä nähtiin ratkaisuna esimerkiksi hoitotyöntekijöiden luovuuden mahdollistaminen. Mahdollistamalla

hoitotyöntekijöiden luovuutta voitaisiin mahdollisesti parantaa asukkaiden elämänlaatua ja tarjota kokemuksia elämänmielekkyydestä.

3.6 Kehitysohjelma ja toiminta tulevaisuuden muuttamiseksi

Organisaatioon sitoutunut henkilöstö muodostaa sen varman ja luotettavan työvoiman. Yleensä sitoutuminen lisää työn tuottavuutta. Sitoutuneet työyhteisön jäsenet ovat luotettavia edustamaan organisaatiota sen ulkopuolella. Johtajat kaipaavat lisää sitoutuneisuutta henkilöstöltä, jotta se kestäisi myös vaikeuksia ja huonoja päiviä. Sitoutuneet hyötyvät itsekin sitoutumisestaan siten, että heitä palkitaan uskollisuudestaan ylennyksin, eri tehtävin tai henkilökohtaisten lisien avulla. (Nurmi 2000, 13.)

Johdon ja koko organisaation joustavuuden avulla työyhteisöissä voidaan kehittää sellaista ilmapiiriä, jossa lojaaliuden puitteissa ihmisten itsenäinen osaaminen ja energia tulevat työyhteisön käyttöön. Se vaatii johdolta kokemuksen leveyttä, mielikuvitusta, suvaitsevaisuutta menettelytavoissa, kykyä analysoida erilaisia vaihtoehtoja niiden seuraamuksia vasten. Koko organisaatiolta se vaatii kokonaisnäkemystä, ylimääräistä osaamista, sekä kykyä kohdata, kestää ja keskustella ongelmat avoimesti. (Nurmi 2000, 14.)

Vaikutusmahdollisuudet omaan työhön lisäävät selvästi organisaatiositoutumista. Erilainen työtyytymättömyyden kokeminen on selvästi yhteydessä organisaatiositoutumiseen. Erityisesti se, missä määrin vastaaja kokee tyytymättömyyttä työnsisältöön ja työn organisointiin, on kielteisessä yhteydessä organisaatioon sitoutumiseen. Samoin työssä viihtyminen, erityisesti työtyytyväisyys työskentelyolosuhteisiin lisää sitoutumista organisaatioon. Työsuhteessa tapahtuneet myönteiset muutokset (kokemukset) lisäävät organisaatiositoutuneisuutta. (Jokivuori 2002, 63–64.)

Jokivuori (2002, 73–74) tutki väitöskirjassaan työntekijöiden sitoutuneisuutta työorganisaatioon ja ammattijärjestöön. Hän toteaa organisaatiositoutumisen olevan voimakkaasti yhteydessä siihen, miten luotettavana johtoa ja lähintä esimiestä pidetään. Kun luottamus johdon tai lähimmän esimiehen sanaan ja pätevyyteen niin talous- kuin henkilöstöasioissa lisääntyy,

voimistuu sitoutuneisuus organisaatioon. Organisaatiositoutuminen on lisäksi myönteisessä yhteydessä luottamukseen, joka kohdistuu oman henkilöstöryhmän edustajan sanaan ja pätevyteen. Kaiken kaikkiaan luottamus ennakoii voimakkaasti sitoutuneisuutta.

Vähäiseen sitoutumiseen liittyviin työolotekijöihin on mahdollista vaikuttaa kehittämällä työn organisointia, huolehtimalla hoitajien osaamisen hyödyntämisestä ja kehittymisestä, varmistamalla ammattitaitoa edistävän työelämän koulutuksen saaminen ja lisäämällä vaikutusmahdollisuuksia (Laine 2005, 5).

Kehitysohjelman onnistumiseksi työyhteisömme tarvitsee kolmea asiaa. Niitä ovat mahdollisuus, osaaminen ja sitoutuminen. Jokaisen työyhteisössä toimivan jäsenen toiminta-ajatuksen tulee heijastaa näitä kaikkia, tai se ei toteuta perimmäistä tavoitettaan ja tarkoitustaan eikä täytä tehtäväänsä. Se ei mobilisoi organisaation henkisiä resursseja, joita tarvitaan tehtävän toteuttamiseen. (Drucker 2008, 25.)

Sitoutuminen perustehtävään ja sen yhteisvastuullinen hoitaminen sisältävät useita haasteita johtajalle ja työyhteisön jäsenille. Muuttuvassa toimintaympäristössä perustehtävä ja sen toteuttaminen tulee nostaa yhä uudelleen keskustelun aiheeksi, sitä on jäseneltävä ja tarkasteltava kriittisesti. Uudessa tilanteessa työntekijät joutuvat kriittisesti miettimään sekä yhdessä että erikseen toimintatapaansa, mistä on luovuttava, mikä kannattaa säilyttää ja mitä on opittava lisää. Sitoutumista ja yhteisvastuullisuutta osittaa se, että perustehtävän jäsentämisen ohella jokainen työntekijä tarkastelee omaa toimintaansa potilaan hoitoketjun osana. (Miettinen 2000, 51.) Palvelukeskus Himmelin perustehtävänä on tarjota turvallisia asumispalveluja ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa tarvitseville vanhuksille (Kainuun maakunta kuntayhtymän vanhuspalveluiden BSC vuosille 2008–2012, 2007).

Palvelukeskus Himmeliissä kehittämishankkeen avulla syntyneitä tulevaisuusmallia päätettiin lähteä toteuttamaan 8.6.2009 alkavasta työvuorolistasta lähtien. Mallin kaksi mukaisesti hoitohenkilöstön mitoitus ja rakenne pohjautuvat asukkaiden RAI – arvioinnissa saatujen ADL ja CPS- tuloksien sekä asukkaiden kustannuspainojen avulla. Asukkaiden saamat RAI-arvioinnit tarkistetaan kaksi kertaa vuodessa ja tarvittaessa tilanteen muuttuessa oleellisesti. Henkilöstömitoituksessa otetaan huomioon myös, mikäli asukkaita on tilapäisesti jossakin hoitokodeissa ylipaikoilla, esimerkiksi avioparin ollessa samassa huoneessa. Henkilöstöra-

kennetta tasoitetaan ja seurataan jatkossa siten, että yhdessä hoitokodissa on ainoastaan joko hoitoapulaisen tai työllistämistuella palkatun henkilökunnan vakanssi. Työkiertoa toteutetaan jatkossakin kerran vuodessa siten, että jokaisesta hoitokodista lähtee hoitotyöntekijä joka syksy työkiertoon eri hoitokoteihin. Tiimien välistä yhteistyötä kehitetään edelleen työkierron ja yhteisen sopimuksen pohjalta. Tämä tarkoittaa sitä, että työntekijät sopivat yhdessä hoitokodeittain ja siivittäin, mihin aikaan muissa hoitokodeissa apua tarvitaan ja milloin sitä on mahdollista antaa. Omaa työtä kehitetään osaamiskartoitusten ja esimiehen kanssa käytyjen kehityskeskustelujen pohjalta laadittujen koulutussuunnitelmien avulla. Hoitotyöntekijät opettelevat priorisoimaan omaa työtään miettimällä sekä itsenään että yhdessä toisten kanssa vanhusten hoitotyön keskeisimmät tehtävät. Myös asukkaille tehtävien hoito-, palvelu- ja liikuntasuunnitelmien avulla hoitotyön priorisointi on mahdollista toteuttaa. Työneuvotteluissa tai työohjauksissa työntekijät voivat keskustella joko ulkopuolisen ohjaajan tai esimiehen kanssa haasteellisista tai mieltä askarruttavista hoitotyöhön tai työyhteisöön liittyvistä asioista.

Ennen kesäkuun 2009 alkua jokaisessa hoitokodissa käydään neuvottelut, mitä henkilöstörakenteen muutos juuri kyseisessä hoitokodissa tarkoittaa ja miten henkilöresursseja eri työvuoroissa on eri yksikössä järkevää käyttää. Hoitokotien kesken sallitaan myös eroavaisuuksia esimerkiksi työvuorojärjestelyissä. Vapautuvat vakanssit muutetaan Kainuun maakunta – kuntayhtymän mallin mukaisesti koulutetun henkilökunnan vakansseiksi, mikä osaltaan helpottaa töiden organisointia. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia mallin 2 käyttöönotosta seurataan talokokouksissa ja tiimipalaverissa.

4 POHDINTA

Pohdinnassa tarkastellaan tuloksia mixed methodsin, tutkimuksen tarkoituksen toteutumisen ja johtamisen avulla. Tutkimuksen luotettavuutta pohditaan sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen tutkimuksen näkökulmista. Tutkimuksen eettisyys –kappaleessa kuvataan tutkijan eettisiä perusvaatimuksia sekä käsitellään eettistä johtamista.

4.1 Tulosten tarkastelua monistrategisuuden näkökulmasta

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää RAI -arviointimittariston avulla johtamisen apuväline henkilöstöressurssien turvaamiseksi ja oikein kohdentamiseksi. Lisäksi tarkoituksena oli johtamisen näkökulmasta pohtia, miten RAI-arviointijärjestelmän avulla saatu tieto auttaa kohdentamaan henkilöstöressursseja ja – rakennetta käytännön vanhusten hoitotyössä. Tämän kehittämishankkeen avulla Palvelukeskus Himmeliissä otetaan kesäkuun 2009 alussa käyttöön tulevaisuusmalli henkilöstömitoituksen- ja rakenteen kohdentamiseksi. Tulevaisuusmallin lähtökohtana on RAI- arviointijärjestelmän avulla saatu tieto asukkaiden hoitoisuudesta. Yhteen kootussa taulukossa (taulukko 11), josta näkee eri hoitokotien saamat plus- ja miinus pisteet, huomaa miten suuria eroavaisuuksia hoitotyön sisällössä eri hoitokotien kesken on. Tulevatko nämä erot tulevaisuusmallin käyttöön oton jälkeen kaventumaan vai lisääntymään, saadaan selville vain ajan ja uusien havainnointitulosten avulla?

Palvelukeskus Himmelin nykytilaa selvitetessä kartoitettiin asukkaiden toimintakykyä RAVA- ja MMSE -testin sekä RAI-arviointijärjestelmän avulla. Näiden testien avulla saadut tulokset tukivat toisiaan, sillä hoitokodin RAVA:n keskiarvon ollessa suuri myös RAI -arviointijärjestelmän kustannuspainon keskiarvo oli myös suuri. Esimerkiksi Peltolan hoitokodin asukkaiden RAVA:n keskiarvo oli 3,77 ja RAI:n kustannuspainon keskiarvo oli 1,29 kun taas vastaavasti hoitokoti Lampelan asukkaiden RAVA:n keskiarvo oli 3,37 ja RAI:n keskiarvo oli 1,06. Myös MMSE- testin avulla saadulla tuloksella ja RAI -mittariston CPS-arvolla oli samankaltainen yhtäläisyys. Esimerkiksi hoitokoti Peltolassa, missä 16 vanhuksesta ei MMSE-testiä voitu tehdä, oli vanhusten CPS:n keskiarvo 4,64, mikä tarkoittaa suurta kognition vajetta.

RAVA- ja MMSE -testin sekä RAI -arviointijärjestelmän avulla vahvistui myös tieto siitä, että Palvelukeskus Himmellisä asuu enemmän hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevia vanhuksia kuin keskimääräisesti tehostetussa palveluasumisessa Suomessa. RAI -arviointijärjestelmän avulla saatavien vertailutietojen avulla saamme todennäköisesti tulevaisuudessa selvitettyä myös Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoitusta ja -rakennetta verrattuna muihin vastaavanlaisiin hoitoyksikköihin.

Joissakin hoitotyöntekijöiden havainnoinneissa oli yllättäviä havaintoja, joiden kohdalla mie-
tin oliko havainnoitava asia ymmärretty oikein. Esimerkiksi asukkaan suihkussa käynnin
kohdalla oli kaikissa muissa yksiköissä, paitsi Peltolassa ja Lampelassa vanhus, joka pystyi
peseytymään itsenäisesti. Hoitokotien ADL arvoja eli fyysistä toimintakykyä seuraamalla
huomasin, että Nurmelassa, Riihelässä, Puistolassa mutta myös Lampelassa oli vanhuksia
joiden ADL arvo oli 1 eli hyvin vähän fyysistä apua tarvitsevia vanhuksia. Koivulassa ja Aho-
lassa asuvien vanhusten pienin ADL arvo oli 3. Vanhuksen tarvitsemasta avun määrästä pe-
seytymistilanteissa keskusteltiin talokokouksissa ja suunnittelu- ja kehittämistyön työryhmäs-
sä. Hoitohenkilökunta koki, ettei kenelläkään Palvelukeskus Himmelin asukkaista ole voima-
varoja suoriutua itsenäisesti peseytymisestä.

Useiden ja erilaisten aineistonkeruumenetelmien käyttäminen tässä kehittämishankkeessa
antoivat tutkittavasta aiheesta laajan ja monipuolisen kuvan. Myös aiheen arkuuden vuoksi
aineistoa tuli hankkia monen eri aineistonkeruumenetelmän avulla, oikean totuuden
löytämiseksi. Mixed methods:n käyttäminen kehittämishankkeessani mahdollisti samaa
tutkittavaa ilmiötä lähestyttävän monelta eri suunnalta.

Omassa havainnoinnissani havainnoitavat vanhukset olivat saaneet RAI-arviointijärjestelmän
kustannuspainoksi 1,29 pistettä. Kaksi viidestä vanhuksesta poikkesi kuitenkin selvästi kol-
men muun vanhuksen toimintakykyisyydestä. Normaalisti vanhus jolla on 1,29 kustannus-
paino ei kykene tuottamaan selvää puhetta eikä reagoimaan havainnoitavan läsnäoloon. Toi-
nen vanhuksista haki selkeästi kontaktia minusta havainnointia suorittaessani. Hän myös
keskusteli hoitajien kanssa järkevästi ja muisti asioita omasta elämästään esimerkiksi lastensa
lukumäärän ja heidän nimensä. Havainnoinnin jälkeen asiasta keskusteltiin hoitajien kanssa ja
he sanoivat asukkaan voinnin vaihtelevan lähes päivittäin. Toisaalta on mahdollista, että jo-
honkin RAI:ssa olevaan kysymykseen on vastattu kokemuksen puutteen vuoksi virheellisesti,

jolloin kustannuspaino on noussut korkeaksi. RAI -koulutuksissa hoitotyöntekijöille oli annettu ohjeet asiakkaan voinnin muuttuessa päivittäin, vastata sen mukaan mikäli hoitotyöntekijöiden kannalta raskain vaihtoehto.

Toinen vanhuksista oli fyysisesti parempi toimintakyvyltään kuin muut havainnoitavat vanhukset. Hän kykeni vaihtamaan itse asentoaan sängyssä ja nousemaan sängyssä myös istuma-asentoon. Hoitajien ohjaamana hän kykeni itsenäisesti nousemaan seisomaan ja istuutumaan pyörätuoliin. Kuitenkaan hän ei reagoinut minun läsnäoloon havainnoijana tai ei ainakaan halunnut välittää siitä.

Vaikka lähdin toteuttamaan havainnointeja ilman minkäänlaista ennakkokäsitystä, minulla oli jo aikaisempien havainnointieni pohjalta sellainen tieto, että Peltolan hoitokodissa asuvat vanhukset ovat kaikkein eniten hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevia vanhuksia. Tämän kehittämistehtävän tulosten myötä, minulle kuitenkin selvisi, miten pienellä henkilöstöresursoinnilla muihin hoitokoteihin verrattuna, he ovat vanhusten hoitotyötä tehneet.

6.3.5 -menetelmän käyttäminen Palvelukeskus Himmelin tulevaisuusmallin valitsemiseksi, oli onnistunut ratkaisu, sillä hoitotyöntekijät tuottivat runsaasti erilaisia näkökulmia hyvässä rakentavassa yhteishengessä. Hoitotyöntekijät pohtivat yhdessä, mitä muutokset aiheuttavat ja miten ne tulevat vaikuttamaan hoitokotien käytäntöihin.

Aiheeni oli myös eettisesti arka, jota täytyi lähestyä faktatiedon avulla. Esimiehenä toimiessani olen jo pitkään pohtinut, miten eri hoitokotien henkilöstöressurit ovat jakautuneet ja miten resurssien kohdentamista voitaisiin kehittää. Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoituksen ja –rakenteen muuttaminen ilman tätä kehittämishanketta olisi voinut saada aikaiseksi suuren tunnekuohun. Sen vuoksi kehittämisen täytyi perustua tutkittuun tietoon ja hanke täytyi harkitusti toteuttaa työyksikössäni. Kehittämishankkeen avulla asukkaiden saama hoito ja hoiva sekä eri hoitokotien erot tehtiin näkyviksi. Esimiestyön tasarvoisuutta ja oikeudenmukaisuutta on selvittää asioita ja toimia koko työyhteisön parhaaksi.

Pohdittaessa kysymystä, minkälainen toiminta on ammattiharjoittaessa eettisesti hyväksyttävää ja suositeltavaa, keskustellaan ammattietiikan keskeisestä ongelmasta. Ammattieettiset pohdinnat koskevat ammatillisten tekojen eettisyyttä. Ammatin eettiseen herkkyyteen

vaikuttaa se, kuinka paljon itsenäisiä valintoja tai valtaa ammattiin kuuluu. (Räikkä 2002, 82-84.)

4.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta tarkastellaan monistrategisuuden näkökulmasta. Sekä kvantitatiivisten että kvalitatiivisten menetelmien yhdistämisellä saatetaan saavuttaa tutkittavasta ilmiöstä monipuolisempi kuva. Monimenetelmällisyys vahvisti opinnäytetyön luotettavuutta, koska määrälliset ja laadulliset elementit kietoutuivat koko prosessin ajan vahvasti toistensa ympärille. Opinnäytetyön luotettavuutta tarkastellaan sekä yhdessä että erikseen laadullisen ja määrällisen tutkimuksen luotettavuuden lähtökohdista.

4.2.1 Opinnäytetyön monistrategisuus ja luotettavuus

Luotettavuuden lähtökohtana on tutkittavan ilmiön tematisointi, joka ilmenee tutkimuksessa ontologisten ja epistemologisten valintojen kohdentumisena (Varto 1992, 110). Rauhala (1993, 85) kutsuu tutkittavan ilmiön perusrakenteen ja tutkimusmenetelmän vastaavuutta adekvaattisuudeksi tai ontologiseksi relevanttiudeksi. Triangulaatio tarkoittaa muun muassa useiden rinnakkaisten tutkimusstrategioiden käyttöä samassa tutkimuksessa. Monistrategiset tutkimusotteet tarkoittavat samaa tutkittavaa ilmiötä lähestyttävän monelta eri suunnalta, monimenetelmällisesti. (Anttila 2006, 469.) Tässä kehittämistyössä monimenetelmällisyyden tarkoituksena ei ollut ensisijaisesti lisätä tutkimuksen luotettavuutta, vaan tarkoituksena oli saada MMSE- ja RAVA – tulosten, RAI – arviointien, hoitotyöntekijöiden havainnointien, omien havainnointien, kenttäpäiväkirjojen ja 6.3.5 – menetelmän avulla eri näkökulmien välittämää tietoa tutkittavasta ilmiöstä.

Triangulaatiota, joka on syntynyt yhdysvaltalaisen laadullisen tutkimuksen traditiossa, pidetään eräänä vaihtoehtoisena välineenä tutkimuksen validiteetin tarkastelemisessa. Triangulaatiossa mielletään tulosten todellisuuteen sitomisen metodiksi, koska traditiossa korostuu metodien käyttö. Toisaalta myös ajatus tutkittavan ilmiön kokonaisuuden hahmottamisesta liit-

tyy ilman ongelmia tähän perinteeseen. Oletuksena pidetään tällöin ajatusta, että määrällinen ja laadullinen metodi kertovat samasta metodisesti yhteismitallisesta sosiaalisesta todellisuudesta eri asioita. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 145–146.)

4.2.2 Laadulliset elementit

Yleisesti tutkimustyön luotettavuuteen vaikuttavilla kriteereillä on voimakas vaikutus myös triangulaation toteutumiseen. Tutkimuksen tieteellinen luotettavuus eli validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksen kokonaisuus on luotettava. Tutkimuksen validiteetti on käsitteenä laaja-alainen ja se koskee kaikkea tutkimustyötä, sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista tutkimusta. Tutkimuksen tieteellinen pätevyys eli reliabeli tarkoittaa sitä, että menetelmä, jota käytetään, antaa pysyviä ja päteviä tuloksia. Reliabiliteetti käsitettä on yleisemmin käytössä kvantitatiivisen tutkimuksen kohdalla, koska esimerkiksi niissä käytettävien mittareiden tulee kerta toisensa jälkeen antaa yhtä luotettavia tuloksia. (Anttila 2006, 470, 511–510.)

Tuomi ja Sarajärvi (2002, 131) toteavat laadullisen tutkimuksen piiristä löytyvän erilaisia käsityksiä tutkimuksen luotettavuuteen liittyvistä kysymyksistä. Laadullisen tutkimuksen oppaiden luotettavuustarkastelut ovat monesti hyvin erilaisia ja eri asioita painottavia. Voidaan myös kysyä, onko laadullisen tutkimuksen piirissä ylipäätään yhtenäisiä käsityksiä tutkimuksen luotettavuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 215.) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole luotu yhtä selkeitä kriteereitä kuin kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseen. Joidenkin tutkijoiden mukaan, laadullisen ja määrällisen tutkimuksen arviointikriteerit eivät olennaisesti eroa toisistaan. Tämän suuntauksen edustajat esittävät arviointikriteereiksi tutkimuksen validiteetin eli pätevyyden ja reliabiliteetin eli täsmällisyyden, mutta antavat käsitteille määrällisen tutkimuksen validiteeteista ja reliabiliteeteista poikkeavan sisällön. (Nieminen 2006, 215.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tämän tutkimustyyppin yleisillä luotettavuuskriteereillä. Laadullisen tutkimuksen yleisissä luotettavuuskriteereissä korostetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä sekä siirrettävyyttä. (Malterud 2001, 483–488.) Tutkimuksen luotettavuuden arvioin-

nissa pohditaan, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan (Kylmä, Vehviläinen-Julkunen & Lähdevirta 2003.) Lincoln ja Cuba (1985) sekä Nikkonen (1997, 146) esittävät kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereiksi uskottavuuden, todeksi vahvistettavuuden, merkityksellisyyden, toistuvuuden, kyllästeisyyden ja siirrettävyyden.

Uskottavuus viittaa siihen, miten ”totuus” on jäsentynyt tutkijan ja tiedonantajien kesken. Tutkijan läheinen suhde tutkimuksen osallistujiin on tutkimuksen voima ja se on välttämätöntä riittävän ja totuudenmukaisen tiedon saamiseksi. (Nikkonen 1997, 146.) Omassa kehittämistyössäni tunsin tiedonantajat hyvin, sillä olen toiminut heidän esimiehenään vähintään neljän vuoden ajan, joidenkin työntekijöiden esimiehenä jopa kuuden vuoden ajan.

Tässä opinnäytetyössä havainnoitavat kohteet olivat minulle tutkijana tuttuja, sillä olen työyhteisön esimies ja lisäksi olen työskennellyt yhdessä hoitokodissa vastaavana sairaanhoitajana tehden myös hoitotyötä. Toisaalta seitsemässä, en ole koskaan itse työskennellyt, muuten kuin esimiehenä. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa, kuten tässäkin kehittämistyössä, havainnoinnin kohteena ovat yleisemmin työyhteisöt, joihin tutkija on perehtynyt jo ammatillisen kokemuksensa perusteella (Nieminen 2006, 218).

Havainnointiin käytetyn ajan tulee olla riittävä. Liian lyhyt havainnointi saattaa vääristää tuloksia. (Nieminen 2006, 218.) Jokaisessa hoitosiivessä tutkija havainnoi vanhusten hoitotyötä noin kuuden tunnin ajan. Kokonaisuudessaan tämän kehittämistyön aineiston hankintaan käytettiin paljon aikaa, sillä hoitotyöntekijöiden havainnoinnit kestivät kolmen päivän ajan aamuvuorosta iltavuoroon.

Yhteisön luottamus on tutkijalle tärkeää. Tutkittavien tulee olla varmoja siitä, ettei tutkimustuloksia käytetä heitä vastaan, eikä niistä saa tulla harmia tutkittaville. (Nieminen 2006, 218.) Suurimmaksi osaksi koin hoitotyöntekijöiden suhtautuvan normaalisti havainnointiin. Pääsääntöisesti he eivät näyttäneet jännittävän tilanteita vaan hoitivat havainnoitavia vanhuksia luontevasti. Yhdessä hoitokodissa koin hoitotyöntekijän jännittävän läsnäoloani.

Todeksi vahvistettavuus tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulokset perustuvat aineistoon ja empiriaan eikä ainoastaan tutkijan käsityksiin (Nikkonen 1997, 146; Cuba & Lincoln 1985).

Varmistin tulosten todeksi vahvistettavuuden lähestymällä tutkimuksen kohdetta eri näkökulmista erilaisten aineistojen valossa kuten asiakirjojen ja havainnontien kautta.

Tulosten merkityksellisuuden arviointi tutkittavan ilmiön yhteydessä vaatii tutkijalta kuvattujen tapahtumien ja toimintojen yhteyden ymmärtämistä, niiden liittämistä johonkin erityiseen tilanteeseen tai laajempaan ympäristöön (Nikkonen 1997, 147). Ilmiön yhteyden ymmärtämisen kannalta oli tärkeää, että olen itse toiminut vanhusten hoitotyössä sekä lähihoitajana että sairaanhoitajana.

Tutkijan tulee saada tietoa pitkältä aikaväliltä, jotta hän voi osoittaa tietyn ilmiön toistuvan tai muuttuvan tietyn kaavan tai mallin mukaan (Nikkonen 1997, 147). Olen osallistunut vanhusten hoitotyöhön 1990 -luvun puolesta välistä lähtien, joten olen saanut seurata sekä vanhusten elämää että hoitotyöntekijöiden työtä jo useiden vuosien ajan.

Kun tutkija on saanut ilmiöstä kaiken olennaisen tiedon, puhutaan kyllästeisyydestä (Nikkonen 1997, 147). Hoitotyöntekijöiden havainnointiin osallistui yhteensä 60 hoitotyöntekijää, joista 15 oli kahtena päivänä työvuorossa. Ainostaan neljä työntekijää ei osallistunut havainnointeihin. Vastausprosentti oli 93,8 %. Aineiston kyllästeisyys varmistettiin käyttämällä erilaisia aineistonkeruumenetelmiä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä.

Laadullisen tutkimuksen arviointi perustuu raportin arvioitavuuteen ja toistettavuuteen. Arvioitavuus tarkoittaa, että raportti on kirjoitettu siten, että lukija kykenee seuraamaan tutkijan päättelyä ja arvioimaan sitä. Toistettavuus tarkoittaa, että tutkijan tulee kirjoittaa raportti siten, että hän saa lukijansa vakuuttuneeksi tekemiensä ratkaisujen oikeutuksesta, muodostettujen luokkien perusteluista ja tutkimuksen kulun luotettavuudesta. Hyvää kvalitatiivista tutkimusta luonnehtivat tuoreus, uudet näkökulmat ja selkeä hyvä kirjoitustyyli. (Mäkelä 1990, 42–59.)

Kvantitatiivisen aineiston analysointi vaatii tutkijalta kykyä abstraktiseen, käsitteelliseen ajatteluun. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tulkitaan luokkien avulla. Aineistoa ei pakoteta tiettyyn kehikkoon, vaan tutkijan tulee löytää luokitus aineistosta. (Nieminen 2006, 219). Tässä kehittämistyössä aineisto analysoitiin ilman etukäteisoletuksia. Sisällön induktiivinen analyysi oli minulle vierasta ja perehdyin analysoinnin yhteydessä myös analysointia koskevaan

kirjallisuuteen. Omien havainnointien analysointi ja hoitotyöntekijöiden havainnointitulosten analysointi tapahtui myös rinnakkain, joten kumpikaan aineisto ei päässyt vaikuttamaan toisiinsa. Esitin aineiston analyysin tueksi alkuperäishavaintoja, jotka ovat suoria lainauksia omista havainnointi muistiinpanoistani. Lisäksi esittelin (liite 4) yhden esimerkin aineiston analysoinnista. Selkeä ja riittävä dokumentointi tarjoaa lukijalle mahdollisuuden arvioida luokittelun onnistuneisuutta (Nieminen 2006, 219).

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, missä määrin tulokset ovat sovellettavissa toiseen samanlaiseen kontekstiin niin että tulkinnat pitävät yhä paikkansa (Nikkonen 1997, 147). Alasuutari (1999, 248 -251) käyttää siirrettävyydestä suhteuttamisen käsitettä. Se tarkoittaa tutkijan osoittavan analyysinsä kertovan muusta kuin vain omasta aineistosta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin, sillä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa on kysymys nimenomaan tutkimusprosessin luotettavuudesta. (Nieminen 2006, 216). Laadullinen tutkimus on ainutkertaista, dynaamista ja prosessiluonteista, jossa lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti. Luotettavuuden tärkein kriteeri on tutkija itse ja hänen tekemänsä päätökset tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkimusta on arvioitava kokonaisuutena sen luotettavuuden arvioimiseksi. (Eskola & Suoranta 1998, 211.)

Aineiston valitsemisessa tulee noudattaa tarkoituksenmukaisuusperiaatetta eikä edustavuuden periaatetta. On tärkeää, että tutkimusraportissa ilmenee minkä periaatteen mukaan tutkittavat on valittu. Omassa havainnoinnissa valitsin havainnoitavat vanhukset jokaisesta hoitokodista saman periaatteen mukaisesti. Jokaisessa hoitokodissa oli vanhus, joka oli saanut RAI:n kustannuspainoksi 1,29. Mikäli yksiköissä oli useita saman kustannuspainon saaneita vanhuksia, valitsin aakkosjärjestyksessä ensimmäisen vanhuksen. Olin etukäteen tehnyt suunnitelman missä hoitokodissa havainnoin minäkin päivänä. Tein suunnitelman kotonani, jolloin minulla ei ollut mitään tietoa ketkä työntekijät olivat missäkin yksikössä työvuoroissa havainnointipäivänä.

4.2.1 Määrälliset elementit

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella toisaalta mittaamisen ja aineistojen keruun suhteen, toisaalta tulosten luotettavuutena. Kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimpiä asioita on mittarin luotettavuus. Tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin mitä siinä käytetyt mittarit. Mittarilta vaaditaan tarkkuutta, jotta se rajaa tutkittavan käsitteen, mutta sen tulee olla myös herkkä, jotta se erottelee käsitteistä eri tasoja. Mittarin tulee olla myös täsmällinen, jotta se kuvaa tutkittavaa käsitettä oikein. (Vehviläinen – Julkunen & Paunonen 2006, 206.)

Sisäinen validiteetti tarkoittaa sitä, miten luotettavia ja ilmiön kannalta olennaisia tietoja tutkimukseen osallistuvilta mittarilla saadaan tutkimuksen mittaustilanteessa ja miten luotettavia johtopäätöksiä tuloksista tehdään (Nummenmaa, Konttinen, Kuusinen & Leskinen 1997, 303). Sisäinen validiteetti voidaan jakaa mittarin validiteettiin ja mittarin reliabiliteettiin (Vehviläinen – Julkunen & Paunonen 2006, 207–209). Mittarin validiteettia arvioitaessa keskeistä on se, mittaako mittari todella sitä, mitä sen tulisi mitata. Yleisimmin arvioitavina ovat mittarin sisältövaliditeetti, käsitevaliditeetti ja kriteerivaliditeetti. (Vehviläinen – Julkunen & Paunonen 2006, 207).

Sisältövaliditeetti (content validity) kuvastaa sitä, että tutkimuksessa käytetty käsite on kyetty operationalisoimaan mitattavaksi (Vehviläinen – Julkunen & Paunonen 2006, 207.) Tässä kehittämishankkeessa hoitotyöntekijöiden havainnointilomakkeisto rakennettiin RAVA –mittariston pohjalta, joka on monelle hoitotyöntekijöille hoitotyöstä tunnettu mittaristo. Toisaalta havainnointilomakkeisto rakentui myös hoitokotien vuorokausirytmien pohjalta, joten se helpotti lomakkeiston hahmottamista ja tiedon tallentamista.

Kehitin mittariston tätä kehittämistyötä varten, joten sitä ei ole aikaisemmin käytetty muissa tutkimuksissa. Hoitotyön lomakkeisto esitettiin Kuhmon Hoivakodilla syksyllä 2008 viikolla 46 yhden työvuoron aikana. Hoitotyöntekijöiden antamien kommenttien jälkeen sitä korjattiin saadun palautteen mukaisesti. Lomakkeistossa ollut kohta ”ei toteutunut päivän aikana” muutettiin ”ei toteutunut työvuoron aikana”.

Käsitevaliditeetti eli rakenne- tai teoreettinen validiteetti ilmaisee, miten kattavasti mittari peittää tutkittavan ilmiön ja miten onnistunut teoreettinen lähestymistapa on (Anttila 2006, 471). Teoreettisessa osassa kuvataan vanhusten toimintakykyä, toimintakyvyn arviointia ja hoitotyötä tehostetussa palveluasumisessa laajasti ja monipuolisesti. Hoitotyöntekijöiden havainnointilomakkeisto rakennettiin sekä teoretiedon että Palvelukeskus Himmelin päivärytmin avulla, joten mittari peittää onnistuneesti tutkittavan ilmiön.

Kriteerivaliditeetti kuvastaa mittarilla saadun ja nykyisyyttä kuvaavan tai tulevaisuutta ennustavan kriteerin yhteyttä. Kriteerivaliditeetti toteutui tässä kehittämishankkeessa hyvin eri mittareiden kuten RAVA-, MMSE- ja RAI -arviointien ja havainnointien avulla. Mittareiden avulla saadut tulokset tukivat toisiaan, sillä mikäli asukas sai RAVA- ja MMSE -testeissä korkeat arvot, olivat myös RAI:n ADL: n, CPS:n -arvot sekä kustannuspaino korkeat. Samanlaisvaliditeetin mukaan jokin muu piirre osoittaa kriteerin toteutumisen mittaushetkellä. Ennustevaliditeetti puolestaan kuvaa sitä miten hyvin mittauksen avulla voidaan ennustaa tulevaa. (Vehviläinen – Julkunen & Paunonen 2006, 208.) Tässä kehittämistyössä mittauksen avulla voidaan ennustaa hoitotyön sisällön ennustavan vanhuksen toimintakyvyn säilymistä tai muuttumista.

Mittarin reliabiliteetti tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä antaa pysyviä ja päteviä tuloksia. Tulokset eivät ole sattumanvaraisia, vaan mittari saavuttaa kiinnostuksen kohteen. (Anttila 2006, 470.) Virhelähteitä pidetään saatujen tulosten vaihtoehtoisina tulkintoina, ei heikkouksina. Mittauksen ja mittarin reliabiliteettia arvioidaan eri näkökulmista. Näitä näkökulmia ovat mittarin mittausten pysyvyys, mittarin sisäinen johdonmukaisuus ja mittaustulosten vastaavuus. (Nummenmaa ym. 1997, 203.)

Mittarin pysyvyys tarkoittaa mittarin herkkyyttä ulkopuolisten tekijöiden vaikutuksille. Sitä voidaan arvioida mittamalla samalla mittarilla ilmiötä kaksi kertaa tai arvioimalla arvioijien välisenä arviointien pysyvyytenä. Tässä kehittämistyössä ei samalla tutkimusta uusittu samalla mittarilla, vaan hoitotyöntekijöiden lomakkeisto ja oma havainnointini poikkesivat toisistaan. Toisaalta molempien havainnointien tulokset olivat samansuuntaisia, joten niiden voidaan olettaa lisäävän tutkimuksen luotettavuutta. Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta eli mittarin eri osioiden kykyä mitata samaa asiaa ei tässä kehittämistyössä arvioitu.

Mittarin vastaavuudessa arvioidaan tarkastelemalla arvioijien yksimielisyyttä eli sitä, mihin saakka he tekevät samoja arviointeja (Vehviläinen – Julkunen & Paunonen 2006, 209). Tässä kehittämistyössä jokainen työvuorossaan ollut työntekijä havainnoi omaa hoitotyötään ja kirjasi havainnointinsa hoitotyönlomakkeelle. Havainnoinnit olivat muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta samanlaisia hoitotyöntekijöistä riippumatta. Muutaman kerran hoitotyöntekijät olivat kokeneet esimerkiksi vanhuksen hoitoisuuden eritavalla. Toinen hoitotyöntekijä oli kokenut jonkun vanhuksen olevan keskiraskaan hoidettavan, kun taas toinen hoitotyöntekijä oli kokenut vanhuksen raskashoitoiseksi. Kehittämishankkeessa ei arvioitu sitä, mikä hoitotyöntekijän mielestä vaikuttaa vanhuksen hoitoisuuden kokemiseen. Se voi olla toiselle hoitajalle vanhuksen tarvitsema runsas fyysisen avun tarve, kun taas toinen hoitotyöntekijä voi kokea vanhuksen masentuneisuuden tai vaikean käytöshäiriön vaikuttavan hoitoisuuteen. Havainnointien yhdistäminen saattoi vaikuttaa tutkimustuloksiin siten, että jotkut vanhukset tarvitsivat tutkimuksen mukaan enemmän hoitoa kuin mitä he olisivat omien voimavarojensa mukaan tarvinneet. Esimerkiksi, mikäli toisen hoitotyöntekijän kohdalla vanhus ruokaili osittain itse ja osittain syötettynä ja toisen hoitotyöntekijän kohdalla vanhuksen ruokailu tapahtui kokonaan avustettuna, havainnointien yhdistämisen myötä vanhus ruokaili syötettynä. Pohjimmiltaan tutkimustulokset voivat myös kuvastaa hoitotyöntekijöiden näkemystä tai osaamista vanhuksen voimavarojen ja kuntouttavan työotteen käytöstä.

Tutkimuksen ulkoiseen validiteettiin kuuluu tutkimustulosten yleistettävyys (Vehviläinen – Julkunen & Paunonen 2006, 206). Tässä kehittämistyössä hoitotyöntekijöiden havainnointilomakkeisto jaettiin kaikille niinä päivinä työvuoroissa oleville työntekijöille. Kaksi hoitajaa sekä 18 ja 19. 11 oli jättänyt lomakkeiston täyttämättä. Tästä huolimatta jokaisen vanhuksen hoitotyötä on havainnoitu, koska hoitotyöntekijöiden havainnoinnit koottiin yhteen. Tässä kehittämistehtävässä tutkimustulokset voidaan yleistää koko Palvelukeskus Himmeliä koskeviksi. Tutkimustuloksia voidaan yleistää myös muihin vastaaviin vanhusten hoitokoteihin, missä asukkaiden kuntoisuus, henkilöstönmitoitus ja – rakenne ovat samankaltaisia.

Kehittämishankkeeni triangulaatio asetti haasteita tutkimuksen luotettavuuden tarkastelulle. Triangulaatio vahvisti tutkimuksen validiutta, koska luotettavuutta joutui pohtimaan monesta eri näkökulmasta. Käsittelin luotettavuutta sekä triangulaation näkökulmasta, mutta myös yksistään sekä kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen näkökulmasta. Tutkimusprosessia kokonaisuutena arvioitaessa kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen menetelmän luotettavuuden

arvioinnissa on yhtäläisyyksiä, vaikka ontologinen relevanttius edellyttää kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden omaa pohdintaa. (Kylmä ym. 2003.)

4.3 Tutkimuksen eettisyys

Suurin osa tutkijalle asetettavista eettisistä perusvaatimuksista koskevat yleisten periaatteiden soveltamista tutkimustoiminnan erivaiheissa. Tutkimukselle voidaan esittää kahdeksan kaikkien keskeisintä vaatimusta: älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden vaatimus, vaaran eliminoimisen vaatimus, rehellisyyden vaatimus, julkaisutoiminnan eettinen vaatimus, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus. (Pietarinen 2002, 58–69.)

Ensiksi tutkijan on oltava aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta ja toiseksi sekä hänen on paneuduttava tunnollisesti alaansa, jotta hänen hankkimansa ja välittämänsä informaatio olisi niin luotettavaa kuin mahdollista. Kolmanneksi tutkijan tulee pidättäytyä sellaisesta tutkimuksesta, joka voi tuottaa kohtuutonta vahinkoa. Neljänneksi tutkija ei saa syyllistyä vilpin harjoittamiseen. Tutkimuksen tuottaman tiedon luotettavuus perustuu ensisijaisesti tutkimusmenetelmien hallintaan, mutta luotettavuus edellyttää myös tutkijalta rehellisyyttä. Viidenneksi informaation välittämisessä on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä ja rehellisyyden vaatimusta. Kuudenneksi tutkijan tulee osaltaan vaikuttaa siihen, että tieteellistä informaatiota käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Viimeisimmäksi tutkijan tulee toimia tavalla, joka edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia ja tutkijoiden tulee suhtautua toisiinsa arvostavasti, ei vähättelevästi. (Pietarinen 2002, 58–69.)

Käytännön tutkimustilanteet tuovat esille moninaisia eettisiä ongelmatilanteita. Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisten kysymysten pohtiminen on tärkeää. Tutkimusetiikasta puhuttaessa voidaan todeta, että eettisyyttä tutkimuksessa on tutkijan itsensä kehittäminen sekä tutkimustehtävien ja –menetelmien oikea valinta. (Vehviläinen-Julkunen 2006, 32.)

Laadullisessa tutkimuksessa eettiset kysymykset kohdentuvat ensimmäiseksi tutkimusaiheen eettiseen oikeutukseen (Kylmä ym. 2003). Palvelukeskus Himmelin esimiehenä toimiessani olen pohtinut henkilöstömitoitusta ja –rakennetta esimiehen näkökulmasta. Olin kiinnostu-

nut tutkimaan aihetta kehittämistyönä, jotta saisin uudenlaisia näkökulmia asiaan. Toisaalta esimiehen -tutkijan roolini oli minulle eduksi, koska tiesin jo etukäteen, minkä kuntoisia vanhuksia Himmeliissä hoidetaan ja mitkä olivat henkilöstörakenteet ja suunnitelmat niiden muuttamiseksi tulevaisuudessa. Toisaalta jouduin tutkijana ulkoistamaan esimiesroolini ja katsomaan tutkimuksessa esille nousevia asioita uusin silmin. Koin erilaisten tutkimusmenetelmien käyttämisen tutkimuksessani lisäävän tutkimuksen eettisyyttä.

Tutkimusongelmaa muotoillessaan tutkija joutuu tarkentamaan tutkimuksensa informatiivisia tavoitteita. Tutkimuksen tiedollisena tavoitteena on totuudenmukainen kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tieteellisessä tutkimuksessa tavoitellaan sekä informatiivisina että merkittävänä pidettyjä totuuksia. Merkittävyyttä koskevat ratkaisut ovat metodologisia, sillä niiden avulla tutkija harkitsee, millainen aineisto tutkimukseen tarvitaan ja millaisilla menetelmillä aineistoa tulisi kerätä. (Rolin 2002, 93–94.)

Toiseksi tutkijan on pohdittava tutkimusaiheen arkaluonteisuutta ja tutkimukseen osallistuvien erityistä haavoittuvuutta (Kylmä ym. 2003.) Tämä kehittämistyö tehtiin Kainuun maakunta – kuntayhtymän Kuhmo-Sotkamo seudun tehostetussa palveluasumisessa Palvelukeskus Himmeliissä. Tutkimuslupa haettiin Kajaanin ammattikorkeakoulun ja Kainuun maakunta kuntayhtymän lupakäytäntöjen mukaisesti. Kuhmo-Sotkamo seudun vanhuspalvelupäällikkö hyväksyi tutkimussuunnitelman kirjallisesti (Liite 9). Tutkimuksesta tiedotettiin sekä suullisesti että kirjallisesti Palvelukeskus Himmeliissä, Kuhmon Hoivakodilla, esimiesten vastuualuepalavereissa ja kehittämishankkeen projekti- ja ohjausryhmissä. Jaoin hoitotyöntekijöiden lomakkeiden yhteydessä jokaiseen Palvelukeskus Himmelin hoitokotiin tiedotteen (Liite 3), jossa tutkimuksen tarkoitus ja merkitys sekä tutkimuksen luottamuksellisuus sekä anonymiteetti selvitettiin. Myös tutkijan henkilötiedot olivat tiedotteessa, sillä mikäli tutkimukseen osallistuja olisivat halunneet lisätietoja, he olisivat voineet ottaa yhteyttä tutkijaan. Puhelimitse tapahtuvia yhteydenottoja ei tullut. Tutkija kävi ensimmäisenä hoitotyöntekijöiden havainnointipäivän aamuna jokaisessa hoitokodissa vastaamassa epäselviin kysymyksiin. Tarkentavia kysymyksiä tulikin hoitokotikierrosten aikana.

Kolmanneksi, tutkimuksen menetelmälliset valinnat edellyttävät eettistä pohdintaa (Kylmä ym. 2003.) Tutkimusaineisto koostui kaikista Palvelukeskus Himmeliissä asuvista vanhuksista ja heidän hoitotyöntekijöistään. Hoitotyönlomakkeistolla eli hoitotyönhavainnoinnilla saatiin

kerätyksi laaja aineisto, mikä perustuu hoitotyöntekijöiden kirjauksiin hoitotyönsisällöstä. Omassa havainnoinnissani tarkastelin vanhusten hoitotyötä ilman ennakkokäsityksiä tai – odotuksia. Hoitotyöntekijöiden havainnointi ja oma havainnointini olivat erillisiä aineistoja jotka eivät vaikuttaneet toisiinsa ennen johtopäätösten tekemistä.

Neljänneksi tutkijan tulee arvioida tutkijan ja tutkimukseen osallistuvien suhdetta aineiston keruussa, analyysissä ja raportoinnissa (Kylmä ym. 2003.) Itsemäärääminen, hyvän tekeminen, vahingon tuottamisen välttäminen ja oikeudenmukaisuus ovat keskeisiä eettisiä periaatteita (Kylmä, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen 2000, 16–20.) Tutkimuksen tekijällä on vastuu tutkimuksesta. Tutkijan omat ennakkokäsitykset tai mielipiteet eivät saa vaikuttaa tutkimustuloksiin. Tutkija pyrki koko tutkimusprosessin ajan rehellisyyteen ja oikeudenmukaisuuteen. Tutkimus on toteutettu noudattaen hyviä tutkimuskäytänteitä.

Hoitotyöntekijöiden suorittamasta havainnoinnista keskusteltiin etukäteen useamman kerran talokokouksissa ja projektiryhmässä, johon kaksi Palvelukeskus Himmelin työntekijää kuului. Hoitotyöntekijöiden tekemä havainnointi kuului heidän työtehtäviinsä ja työaikaansa, joten kaikki työvuoroissa olevat hoitotyöntekijät olivat halukkaita osallistumaan siihen. Tutkimukseen osallistumisen ehdoton vapaaehtoisuus tarkoittaa käytännössä sitä, että jokainen tutkittava on tavalla tai toisella motivoitava tutkimukseen (Kuula 2006, 155). Palvelukeskus Himmelin työntekijät olivat motivoituneita osallistumaan havainnointiin, koska henkilöstömitoitus ja asukkaiden kuntoisuus on herättänyt siellä paljon keskustelua ja ajatuksia.

Tutkijan suorittamasta havainnoinnista tiedettiin etukäteen vain se, minä päivinä havainnointitapahtuvat koko työyhteisössä. Hoitotyöntekijöillä ja vanhuksilla ei ollut etukäteen tiedossa, missä hoitokodissa minäkin päivänä ja kenen vanhuksen kohdalla havainnointi suoritetaan. Havainnoijan mennessä hoitokotiin aamulla kello seitsemän hoitotyöntekijöille kerrottiin kenen vanhuksen hoitotyötä havainnoidaan. Sekä hoitotyöntekijöiltä että havainnoitavalta vanhuskelta pyydettiin samana aamuna lupa havainnointiin.

Tässä kehittämistyössä ongelman ratkaiseminen voi ilmentää sellaisia eettisiä ongelmia, jotka liittyvät tulosten yleistettävyyteen. Tuloksia ei voi yleistää mikäli siihen ei ole perusteluita (Hirsjärvi ym.2007, 26). Kehittämistyön tuloksiin vaikuttaa myös se miten hoitajat arvioivat vanhusten hoitosuutta RAI-arviointeja tehdessään. Vastaavatko he vilpittömästi niihin kysy-

myksiin mitä kysytään? Toisaalta hoitajat voivat ymmärtää kysymykset eri tavalla ja vastata siten tietämättään virheellisesti. RAI- arviointijärjestelmä on otettu vastikään Palvelukeskus Himmellissä käyttöön ja näin ollen hoitotyöntekijöillä ei ole aiemaa kokemusta järjestelmän käytöstä. Tulosten julkaisemisessa tulee olla myös tarkkana, koska ennakoasetelma kehittämistyölle on vanhustyön kuormittavuus. Ainahan on mahdollista, että kehittämistyön myötä ilmenee, että resursseja tehostetun palveluasumisen yksiköissä on tarpeeksi tai jopa liikaa vanhusten kuntoisuuteen nähden. Toisaalta tämä ilmentää myös ongelmaa, tulkitaanko tuloksia valtakunnallisten suositusten perusteella. Kainuun maakunta – kuntayhtymän vanhuspalveluissa tulee yhteisesti pohtia mitä tulokset meille kertovat. Yhteisen vertailtavuuden vuoksi on tärkeää, että jokaisessa yksikössä otetaan käyttöön RAI – arviointi järjestelmä.

Johtamisen etiikka tarkoittaa sellaisia persoonallisuuden ja käyttäytymisen piirteitä, joiden hallitsemisen varaan koko tuloksekas esimiestoiminta rakentuu. Nämä käyttäytymispiirteet ovat yleisestikin tärkeitä ihmisten elämässä, mutta esimiestyössä niiden merkitys korostuu. Tällaisia piirteitä ovat luotettavuus, esimerkillisyys, energisyys, oikeudenmukaisuus, vastuuntunto, päättäväisyys, objektiivisuus ja tuloksellisuus. (Räsänen 1990,15.)

Tutkimuksissa eettinen johtaminen määritellään oikeudenmukaiseksi johtamiseksi. Eettisessä johtamisessa viitataan luottamuksen kasvattamiseen, puolueettomuuteen sekä integriteettiin eli lahjomattomuuteen. Eettisessä johtamisessa esille nousevat myös suoraselkäisyys ja vastuun kantaminen. Eettinen johtaminen on siten hyvää johtamista: reilua, oikeudenmukaista ja tuloksellista. Eettisen johtajan on tehtävä inhimillisesti toimivaa tulosta. Eettinen johtaja haluaa olla omalta osaltaan tekemässä hyvää, rakentamassa parempaa maailmaa. Vastuullisuuden ja eettisten toimintatapojen rakentaminen on sekä jämäköitä pelisääntöjä että esimerkiksi näyttämistä, henkilöstön kunnioittamista ja arvostamista. (Heiskanen & Salo 2007, 14–15, 32.)

Eettisen johtamisen lähtökohtina toimivat omat henkilökohtaiset arvot, uskomukset ja periaatteet. Arvot ja periaatteet edustavat meille tärkeitä asioita. Arvot ohjaavat havainnointiamme, ajatteluumme ja toimintaamme. Selkeä omista arvoista ja periaatteista kumpuava eettinen johtaminen kannustaa keskustelemaan ja kunnioittavaan toimintaan. (Heiskanen & Salo 2007, 119- 120.)

Tässä opinnäytetyössä hoitotyöntekijät sitoutettiin eettisesti kehittämishankkeeseen luottamalla heidän osaamiseensa ja antamalla heille onnistumisen mahdollisuuksia. Hoitotyöntekijät innostuivat RAI -arviointijärjestelmän käyttöönotosta, koska heille annettiin vastuuta ja tehtäviä, jotka vaativat uuden järjestelmän sisällön opettelemista. Joidenkin hoitotyöntekijöiden innostus myös tarttui toisiin työntekijöihin, ja sitä kautta kehittyi motivaatio uuden oppimiselle.

4.4 Tutkimuksen merkitys käytännön hoitotyölle ja johtamiselle

Esimiehelle tämä kehittämistehtävä prosessina on ollut haasteellinen ja ajatuksia herättävä. Kehittämistehtävän kautta olen pohtinut, mitkä asiat vaikuttavat hoitotyön sisältöön ja miten henkilökunta käyttää työaikansa vanhusten hyväksi. Johtuivatko havainnoinneissa esille nousseet asiat mahdollisesti hoitotyöntekijöiden persoonista tai ammatti-identiteetistä? Onko toisissa hoitokodeissa vahvemmin esillä kuntouttava työote kuin toisissa? Toisaalta henkilöstön tasapuolisessa jakautumisessa eri hoitokotien kesken on ollut selviä puutteita.

Ruohotien (1996, 165) mukaan organisaation kehittäjiä ovat yhteisön rakentajat, uuden kulttuurin kylväjät. He pyrkivät edistämään erilaisia kokeiluja ja uuden oppimista ja levittävät uutta osaamista organisaatioon. Tulevaisuusmalli 2, joka tämän kehittämistyön myötä otettiin käyttöön, tulee jatkossakin suuntamaan Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoitusta ja –rakennetta.

Viime kädessä kehittämistyön hyöty tai tulos tulisi näkyä ensisijaisesti palvelunkäyttäjällä eli vanhuksella. RAI-arviointijärjestelmän avulla vanhusten palveluntarvetta pystytään vertailemaan eri yksiköiden välillä ja näin ollen tasaamaan myös hoitohenkilökunnan määrää sekä yksiköiden että koko maakunnan sisällä. Vanhusten hoitotyön tulisi olla yhtä laadukasta riippumatta siitä missä yksikössä palveluja vanhukselle tarjotaan.

Hoitotyön tuloksia ja vaikuttavuutta tulee jatkuvasti seurata ja arvioida, jotta muutoksiin ja tarpeisiin voidaan reagoida. Johtamisessa on myös huomioitava, kuten tässäkin kehittämistyössä, hoitotyön tekijöiden sitoutuminen ja paneutuminen omiin työtehtäviinsä. Ainahan on

mahdollista, ettei henkilöstömitoitustakaan parantamalla voida vaikuttaa korjaavasti vanhusten hoitotyön sisältöön. Mikäli hoitokotien väliset erot johtuvat muusta kuin henkilöstömitoituksesta, siitä ei myöskään saa tulla rangaistusta niin sanotusti laadukkaille hoitokodeille. Päin vastoin, tällaisessa tilanteessa tulisi laadukkaassa hoitokodissa käytettyjä hoitotyön keinoja pyrkiä laajentamaan koko henkilöstön keskuuteen motivoimalla ja kannustamalla henkilöstöä. Vanhusten hoitotyön sisältö koostuu monista asioista, joista esimiehenä olen huomannut merkityksellisimmäksi hoitotyön mitoituksen, hoitotyöntekijöiden osaamisen, henkilöstön motivaation ja työhön sitoutumisen.

Palvelukeskus Himmellisä kehittämishankkeeseen sitouduttiin hyvin, mikä osittain ainakin johtuu jaetuista vastuista ja tehtävistä. Kehittämishankkeen hallinnoinnissa oli Himmelistä mukana kaksi työntekijää ja ohjausryhmässä yksi työntekijä. Ohjaus- ja projektiryhmissä mukana olleet työntekijät pääsivät aktiivisesti seuraamaan ja vaikuttamaan prosessin etenemiseen (Liite 10).

Kevään 2009 aikana raportoin kehittämistehtävän sisältöä ja tutkimustuloksia sekä kirjallisesti että suullisesti. Kehittämishanke ja sen tulokset esiteltiin kaikille vanhuspalveluissa työskenteleville päälliköille ja johtajille 10.3.2009 pidetyssä tulosityksikköpäälliköiden kokouksessa. Sekä Kuhmon Hoivakodilla että Palvelukeskus Himmellisä hanke esiteltiin maaliskuuhuhtikuun 2009 aikana talokokouksissa.

Oman johtajuuteni kehittyminen ylemmän ammattikorkeakoulutuksen ja tämän opinnäytetyön aikana oli merkittävää. Taitoni käyttää erilaisia tutkimuksellisia metodeja ja aineistonkeruumenetelmiä on vahvistunut. Koen tärkeäksi myös taitojen sovellettavuuden käytännön esimiestyöhön, johon opinnäytetyö on antanut oivallisen kasvun mahdollisuuden. Osaan tulevaisuuden esimiestyössäni hakea haasteisiin ja kehittämiskohteisiin laajempia ulottuvuuksia ja näkökulmia oikean todellisuuden löytämiseksi. Ajatusmaailmani on opinnäytetyöni myötä laajentunut ja tuntuu, etten ole enää sama esimies kuin kouluun lähtiessäni, opinnäytetyön tekemistä aloittaessani. Ammatillisesti olen oppinut pohtimaan ja hahmottamaan asioita eri ulottuvuuksien kautta. Opinnäytetyö kehitti johtajan taitojani myös projektihankkeessa toimimisen osalta.

Yhteistyö sekä omien työyhteisöjeni mutta myös Kainuun maakunta –kuntayhtymän muiden esimiesten kanssa on ollut antoisaa, mutta myös kehittävää. Pehmeän systeemianalyysin mallinnuksen avulla työyhteisö eli vahvasti mukana kehittämishankkeessa. Opinnäytetyö edellytti vuorovaikutusta työyhteisön jäsenien kanssa. Vuorovaikutus oli hyvin pitkäkestoista ja systemaattista. Esimies kollegani olivat kiinnostuneita opinnäytetyöstäni, jota sain ilokseni esitellä useamman kerran prosessin edetessä. Opinnäytetyön avulla koin kasvavani esimiestyön näkökulmasta asinatuntijaksi myös RAI –arviointijärjestelmän tulosten tulkinnassa.

Narinen tutki väitöskirjassaan terveydenhuollon osastonhoitajan työn sisältöä tällä hetkellä ja tulevaisuudessa. Narisen (2000, 144) väitöskirjan mukaan koulutuksella ja työkokemuksella oli yhteys osastonhoitajan toimimisen valmiuksiin. Hypoteesi koulutuksen yhteydestä sai vahvan tuen ja työkokemuksen yhteydestä osittaisen tuen. Koulutus, varsinkin lisäkoulutus, oli suoraan yhteydessä osastonhoitajan kokemuksiin kaikkiin valmiuksiin. Korkeakoulututkinnon suorittaneiden mielestä koulutus oli antanut heille huomattavasti paremmat valmiudet kaikkiin muihin tehtäviin paitsi kliiniseen tehtävään, kun verrattiin muiden ryhmien mielipiteeseen. Samoin työkokemus oli yhteydessä kliinisiin valmiuksiin, työnjohtovalmiuksiin ja henkilöstöhallinnon valmiuksiin. Nämä tulokset tukevat kirjallisuudesta tulevaa näkemystä jatkuvasta tehtävien muuttumisen mukaisesta kehittämisestä ja jatkokoulutuksesta.

Organisaation johtajan oman kehityksen kannalta on tärkeää pyrkiä erinomaisuuteen. Se tuottaa omanarvontuntoa ja tyydytystä. Ammattitaito parantaa työn laatua, mutta se myös vaikuttaa vahvasti työtä tekevään ihmiseen. Ilman ammattitaitoa ei synny hyvää työtä, itsekunnioitusta eikä henkilökohtaista kasvua. (Druker 2008, 181–182.)

4.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Pehmeän systeemianalyysin käyttäminen kehittämistehtävässä toisaalta toi raamit työn etenemiselle, mutta toisaalta se vaati poisoppimisen perinteisestä tutkimusprosessista. Aluksi oli vaikea hahmottaa, että pehmeä systeemianalyysi elää koko ajan prosessin rinnalla. Se ei ole irrallinen osio joka jossain tutkimuksen vaiheessa liitetään mukaan. Uuden metodologian opetteleminen on laajentanut käsitystäni ympäristöstäni hyvin laaja-alaisesti. Se on auttanut näkemään asioita eri näkökulmista ja erilaisten merkitysten valossa.

Mixed methodsin, eri aineiston hankintamenetelmien ja erilaisten tutkimusaineistojen käyttö kehittämistyössäni on vaatinut perehtymistä monimenetelmällisyyteen ja monikerroksisuuteen. Mixed methods on kulkenut koko ajan tutkimuksen mukana. Se näkyy tutkimuksen lähtökohdissa, aineiston keruu menetelmissä, aineistossa ja sen analysoinnissa, tutkimuksen tuloksissa, luotettavuudessa ja eettisyydessä. Olin kehittämishankkeen alkaessa hyvin tietämätön sen haasteellisuudesta, mutta olen oppinut paljon tämän kahden vuoden matkan aikana. Erityisesti triangulaation käyttö tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta asetti tutkimukselle haasteita. Näin kehittämishankkeen loppuvaiheessa olen myös sitä mieltä, että se oli paras vaihtoehto juuri tähän kehittämishankkeeseen, koska sen avulla sain kerättyä tietoa jota voin jatkossa hyödyntää omassa esimiestyössäni.

Henkilökohtaisesti olen ollut erittäin kiinnostunut kehittämistyöstä sekä työyhteisön kehittämisen että SAS-toiminnan, selvitä, arvioi, sijoita, vaikuttavuuden vuoksi. Tarjoaako mittaristo meille oikeasti työvälineet vertailtavuuteen ja oikeudenmukaisuuteen? Miten vanhusten palvelutarpeen arviointi vaikuttaa työyhteisöjen tuottavuuteen ja henkilöstön määrään? Henkilökohtaisesti on kehittämistyöni laajentanut tietämystäni RAI:n käytöstä. Lisäksi olen sen avulla oppinut soveltamaan RAI:n avulla saatuja tietoja johtamis- ja esimiestyössäni. Esimiehille RAI antaa faktatietoja joita voidaan käyttää perusteluiden tukena muun muassa henkilöstömitoituksissa. Olen esitellyt SAS -työryhmässä opinnäytetyöni analyysien tuloksia. Kevään 2009 aikana työryhmä vertailee eri seutujen SAS -asiakkaiden RAVA-, MMSE- ja RAI-arviointien tuloksia, jotta RAI -arviointitulokset voitaisiin ottaa hoitokotipaikan saamisen kriteereiksi. Kainuun maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystalokunta käsittelee RAI -arviointikriteerit hoitokotipaikan myöntämisen perusteiksi syksyllä 2009.

Kehittämishankkeessani korostuu asukkaiden fyysinen hoitotyö. Vanhusten hoito ja hoiva sisältää myös psyykkisiä ja sosiaalisia ulottuvuuksia, jotka RAI – arvioinnissa jäävät vähemmälle huomiolle. Myös Kainuun maakunta -kuntayhtymän tehostettuun palveluasumiseen ottamiskriteereissä korostuu vanhusten fyysinen toimintakykyisyys ja muistisairauden aste (www.kainuu.fi). Tämän vuoksi hoitokotipaikan saaneet tarvitsevat paljon fyysistä apua. Palvelukeskus Himmelissä asukkaat saavat myös sosiaalista ja psyykkistä hoivaa ja huolenpitoa, mutta se on tämänkin kehittämishankkeen tulosten mukaan yhteydessä fyysiseen toimintakykyisyyteen.

Kehittämistehtävä tarjoaa jatkohaasteen henkilöstömitoituksen, asiakasrakenteen ja asiakkaiden kuntoisuuden seuraamiseksi. Se mikä on tilanne tänä päivänä, voi muutaman viikon tai kuukauden kuluttua olla erilainen. Tämän vuoksi hoitotyön kokonaisuutta tulee jatkossa seurata vähintään puoli vuosittain, jotta korjaavia toimenpiteitä tehdään säännöllisin väliajoin. Näin laaja-alaista ja paljon aikaa vievää järjestelmää ei voitane yksiköissä ottaa säännölliseen käyttöön, mutta henkilöstömitoitusta ja asiakasrakennetta on helppo seurata päivittämällä henkilöstölistaa ja ottamalla RAI- arviointijärjestelmän avulla saatuja raportteja säännöllisesti. Palvelukeskus Himmelin osalta RAI – arviointijärjestelmäraportit helpottuvat jatkossa, kun jokainen hoitokoti on jaettu omaksi yksikökseen, jolloin raportit saadaan hoitokodeittain. Toinen mielenkiintoinen jatkotutkimushaaste olisi tarkastella myös muiden Kainuun maakunta -kuntayhtymän vanhuspalveluyksiköiden hoitohenkilöstön rakennetta ja mitoitusta, vanhusten RAI – arviointitietoja sekä hoitotyön sisältöä ja käytäntöjä. Kaikilla vanhuspalveluissa toimivilla esimiehillä olisi hyvä olla käytössä yhteneväiset työkalut, jotta hoitotyötä voitaisiin verrata yksiköittäin ja parhaita käytäntöjä jalkauttaa eri yksiköiden kesken. Ajatus parhaiden käytäntöjen jakamisesta ja niistä oppimisesta oli jo Kainuun maakunta – kuntayhtymän perustamisvaiheessa vahvasti esillä.

RAI -arviointijärjestelmä on kansainvälisesti tunnettu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin kehitetty menetelmä. Opinnäytetyössä sivuttiin Palvelukeskus Himmelissä asuvien vanhusten RAI -arviointijärjestelmän avulla saatuja tuloksia vertailtavuutta valtakunnallisesti, mutta yhtä hyvin asiakas tietoja voitaisiin arvioida myös kansainvälisesti. Valtakunnallisesti arvioituna palvelukeskus Himmelissä asuvat vanhuksat ovat keskimääräistä enemmän hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevia vanhuksia. Tämä asettaa haasteita sekä hoitohenkilökunnan mitoitukselle että esimiestyölle.

LÄHTEET

- Ahola, A. 2006. Lomaketestaus EU -tilastojen tärkeäksi harmonisoinnin keinoksi. Hyvinvointikatsaus IV. Tilastokeskus, 41-44.
- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R., Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Porvoo: WSOY. Oppimateriaalit Oy.
- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Tampere: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi Oy.
- Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi oy.
- Aro, A. 2002. Yritän vain hoitaa omia tehtäviäni. Työelämän muutokset ja työhyvinvointi. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Boholm, J. 2005. Raisoft- sovelluskehitys. Teoksessa A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren, P. Vähäkangas (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus –RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 39-45.
- Borgman, M. Packalen, E. 2002. Parhaat käytännöt työyhteisön kehittämiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Brannen, J. 1992. Mixing methods. Qualitative and quantitative research. Aldershot: Avebury.
- Chekland, P. 1999. Systems Thinking, Systems Practice. Includes a 30-year retrospective. Chichester: John Wiley & Sons.
- Creswell, J. W., Clark, V. L. & Tashakkori, A. 2007. Designing and Conducting Mixed Methods research. SAGE.USA.

Drucker, P. F. 2008. Voittoa tavoittelemattoman organisaation johtaminen: käytäntö ja periaatteet. Helsinki: Talentum. Karisto Oy:n kirjapaino.

Erätuuli, M., Leino, J., Yli-Luoma, P. 1996. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Helsinki: Kirjapaino Oy West Point.

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

Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Noro, A., Vähäkangas, P. 2005. RAI-järjestelmän esittely. Teoksessa A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren, P. Vähäkangas (toim.). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus –RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 22-25.

Grönfors, M. 2001. Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa J. Aaltola, R. Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 124-141.

Hartikainen, S. & Lönnroos, E.(toim). 2008. Geriatria: arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima.

Heikkilä, R., Räikkönen, O., Itkonen, T., Teräväinen, R., Finne-Soveri, H. 2008. Kainuun maakunta – kuntayhtymän vanhuspalvelut maakunnan tietojen, tilastotietojen ja RAI-tietojen valossa. Stakes. Alue- ja kuntapalvelut. Kehittämisselvityksiä 49.

Heikkilä, R. & Finne-Soveri, H. Luku I. 2008. Teoksessa R. Heikkilä, H. Finne-Soveri, J. Ripsaluoma, A. Parikka, E. Suojalehto, A. Noro (toim.) Koukkuniemenvanhainkodin asiakasrakenteen ja hoidon laatu RAI-järjestelmällä arvioituna 2006–2007. Stakes. Raportteja 13. Helsinki: Valopaino Oy, 9-42.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heiskanen, E. & Salo, J. 2007. Eettinen johtaminen. Tie kestävään menestykseen. Helsinki: Karisto Oy.

- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1980. Teemahaastattelu. Helsinki: Gaudeamus.
- Holopainen, M., Pulkkinen, P. 1994. Tilastolliset menetelmät, perusteet. Espoo: Wein+Göös.
- Härkönen, E. & Nissinen, J. 1990. Ihmisen johtaminen. Kajaani: Kainuun Sanomain Kirjapaino Oy.
- Jokivuori, P. 2002. Sitoutuminen työorganisaatioon ja ammattijärjestöön – Kilpailevia vai täydentäviä. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 206. Väitöskirja.
- Kamppinen, M., Malaska, P., Kuusi O. 2002. Tulevaisuudentutkimuksen peruskäsitteet. Teoksessa (toim.) M. Kamppinen, O. Kuusi, S. Söderlund. Tulevaisuudentutkimus: perusteet ja sovellukset. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 19–54.
- Karjalainen, E. 1999. Palvelutaloissa asuvien vanhusten toimintakyky. Tutkimus palveluasunnoissa asuvien fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutoksissa. Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteenlaitos. Acta Universitatis Ouluensis 565.
- Klemola, A. 2005. Omasta kodista hoitokotiin. Etnografia keskipohjalaisten vanhusten siirtymävaiheesta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet. Väitöskirja.
- Klemola, A. 2003. Etnografinen tutkimus vanhainkoti- tai palveluasuntopaikkaa odottavien vanhusten arjesta. Oulun Yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

- Kokkonen, V., Kuuva, M., Leppimäki, S., Lähteinen V., Meristö, T., Piira, S., Säaskilahti, M. 2005. Visioiva tuotekonseptointi: työkalu tutkimus- ja kehitystoiminnan ohjaamiseen. Helsinki: Salpausselän kirjapaino OY.
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuusela, V. 2000. Tilastografiikan perusteet. Tilastokeskus. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Kv-tes, 2007. KVTES 2007-2009. Kunnallinen yleinen virka –ja työehtosopimus. Kunnallinen työmarkkinalaitos. Helsinki: Edita Prima oy.
- Kylmä, J., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2000. Hoitotieteellisten tutkimusten tutkimus- näkökulmia tutkimusten analyysiin ja synteisiin. Ylihoitajalehti 28 (6), 16–20.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H., Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11(1), 3-12.
- Laine, J. 2005. Henkilöstön ja työvoiman käyttö pitkäaikaishoidossa. Teoksessa A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren, P. Vähäkangas (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus –RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 118-126.
- Laine, M. 2005. Hoitajana huomennakin. Hoitajien työpaikkaan ja ammattiin sitoutuminen. Lääketieteellinen tiedekunta. Annales Universitatis Turkuensis.
- Layder, D. 1993. New strategies in social research. An introduction and guide. London: polity Press.

Leino-Kilpi, H. 2006. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus – yhdessä vai erikseen. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY, 222–231.

Lincoln, Y. & Guba, E. 1985. *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, Beverly Hills, California.

Lyyra, T-M., Pikkarainen, A., Tiikkainen, P. (toim). 2007. *Vanheneminen ja terveys*. Helsinki: Edita.

Malterud, K. 2001. Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet* 358 (11), 483–488.

Mannermaa, M. 1992. *Evalutionaarinen tulevaisuudentutkimus: tulevaisuustutkimuksen paradigmojen ja niiden metodologisten ominaisuuksien tarkastelua*. Tulevaisuuden tutkimuksen seura. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Marjamäki, M. 2006. *Perioperatiivisessa hoitotyössä toimivan sairaanhoitajan työhön sitoutuminen*. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Meripaasi, S., Routasalo, P., Arve S. 2001. *Koti ja kodinomaisuus laitoksessa asuvien vanhus-ten ja heidän hoitajiensa näkökulmasta*. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja 2.

Metsämuuronen, J. 2001. *Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuutta etsimässä*. Helsinki: International Methelp.

Miettinen, M. 2000. *Näyttöön perustuva hoitotyö*. Teoksessa: S. Miettinen, M. Miettinen, I. Nousiainen, L. Kuokkanen (toim.) *Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: WSOY, 31–37.

Miettinen, S. 2000. *Perustehtävä mielessä*. Teoksessa: S. Miettinen, M. Miettinen, I. Nousiainen, L. Kuokkanen (toim.) *Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla*. Helsinki: WSOY, 48–51.

- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa: K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 42–59.
- Mäntyranta, T. & Ylä-Kotola, P. 1998. ”Se on ikäänkuin henkilökohtaisempi tää lääkemuutos” kuluttajien käsityksiä lääkemainonnasta muuhun mainontaan verrattuna. Teoksessa R. Pötsönen & R. Välimaa (toim.) Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. N0 9. Jyväskylän yliopisto.
- Narinen, A. 2000. Terveystutkimuksen osastonhoitajan työ tällä hetkellä ja tulevaisuudessa - tutkimus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon osastonhoitajien sekä ylihoitajien mielipiteistä. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto.
- Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY.
- Niiniluoto, I. 1997. Johdatus tieteenfilosofiaan, käsitteen- ja teorian muodostus. Helsinki: Otava.
- Nikkonen, Merja. 2008. Etnografinen malli. Teoksessa: M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY, 136–151.
- Noro, A. 2005. Vertailukehittämishanke. Teoksessa A. Noro, H. Finne-Soveri, M. Björkgren, P. Vähäkangas (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino OY: 27–34.
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino OY.
- Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen J., Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Helsinki: WSOY.

Nurmi, R. 2000. Johtavatko johtajat? Mermerus: Tammer-paino.

Peltonen, M. 1990. Johtamistaito. Helsinki: Suomen reserviupseeriliitto R.Y.

Perälä, M-L., 1999. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa: Simoila R., Kangas R. & Ranta J. (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä. 53–67.

Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen, J. Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 58-69.

Päivärinta, E. 1996. Palvelutalojen elämänlaatua etsimässä – palveluasuminen asukkaiden kuvaamana. Stakes raportteja 198. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ripsaluoma, J. 2008. RAI-tiedon käyttö arjessa johtamisessa ylläikäärin näkökulmasta. Teoksessa R. Heikkilä, H. Finne-Soveri, J. Ripsaluoma, A. Parikka, E. Suojalehto, A. Noro (toim.) Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakenne ja hoidon laatu RAI-järjestelmällä arvioituna 2006-2007. Stakes. Raportteja 13. Helsinki: Valopaino Oy. 44–45.

Rolin, K. 2002. Tieteen etiikka metodologian näkökulmasta. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen, J. Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 92–104

Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä si- säntautien vuodeosastoilla. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis 714.

Rubin, A. 2002. Pehmeä systeemimetodologia tulevaisuudentutkimuksessa. Teoksessa (toim.) M. Kamppinen, O. Kuusi, S. Söderlund. Tulevaisuudentutkimus. Perusteet ja sovel- lukset. Tallprint: Kirjakas. 171–203.

Ruohotie, P. 1996. Oppimalla osaamiseen ja menestykseen. Helsinki: Edita Oy.

- Rusi, R. 1998. Vanhusten toimintakyvyn merkitys tutkimusten valossa. Teoksessa: Parviainen T. (toim.). Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Helsinki: Gaudeamus, 25-46.
- Räikkä, J. 2002. Ammattietiikan merkitys. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen, J. Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus, 82–104.
- Räsänen, P. 1990. Henkilöstöjohtaminen kunnassa. Suomen kaupunkiliitto.
- Salminen, J. 2006. Uuden esimiehen kirja. Helsinki: Talentum.
- Santalainen, T., Voutilainen, E., Porenne, P. 1991. Tulosjohtaminen uudistuu ja uudistaa. Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.
- Sarvimäki, A. 1998. Vanhusten elämänlaatu hoitotyön haasteena. Teoksessa T. Parviainen (toim.) Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Helsinki: Tammer-Paino, 11–24.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 18. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Kaste –ohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 6.
- Tashakkori, A. & Teddlie, C. 1998. Mixed Methodology. Combining Qualitative and Quantitative Approaches. Applied Social Research Methods series. Volume 46. London: Sage.
- Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O., Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtauksia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakes. Tutkimuksia 162. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 2002. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- af Ursin, K. 2001. Avaudu ja kapinoi. Seitsemän avainta sitoutuvaan työyhteisöön. Tampere: Hämeen kirjapaino.
- Vaarama, M. 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava, U. H. Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Oppaita 49. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 11-18.
- Vaarama, M. 1996. Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotanto – näkökulmasta. Stakes. Tutkimuksia 55. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Varto, J. 1997. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Tammer-Paino Oy.
- Vallejo-Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö V., Kivelä, S-L. 2005. Vanhusten hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Vammalankirjapaino Oy.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY, 26–34.
- Vehviläinen-Julkunen, K., Paunonen, M. 2006. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo: WSOY, 206- 214.
- Viitala, R. 2005. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Helsinki: Otavan Kirjapaino Oy.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 142. Helsinki.

Internet lähteet

Ikääntyneiden palvelutarpeen arviointi Kainuussa – hanke. 2007. Kainuun maakunta – kuntayhtymä. Kaiman intranet-sivut.

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Duodecim 199 (7), 609–615. www.duodecimlehti.fi

Lammenoja, A. 2005. Using Soft Systems Methodology for Researching and Developing at work of Production Planner at Tamfelt Oyj. Textile Desingn 2396/2005. [www. desingnkuopio.fi/abstract/2004.html](http://www.desingnkuopio.fi/abstract/2004.html).

Muurinen, S. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5683-1.pdf>.

Niiniluoto, I. 1998. Luento Tampereen yliopistossa 30.11.1998. www.internetix.fi/opinnot/opintojaksot/viestinta/johdatustiedotusoppiinjajournalistiikkaan/lue5.htm

www.kainuu.fi

www.kainuu.fi/sas_toiminta

www.kajak.fi/opari

www.kuntienelakevakuutus.fi

www.maakunta.kainuu.fi/organisaatiokaavio

Julkaisemattomat lähteet

Kainuun maakunta – kuntayhtymän vanhustyön BSC vuosille 2008–2012. 2007.

Kähkönen, K. 2008. Taulukko Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoituksesta.

Pääkkönen, T. 2008. Luento 18.1.2008. Kajaanin keskussairaala, iso luentosali.

Rai –käyttöönotto –Johdatusta esimiehille.2007. Koulutuksen luentomateriaali 29.3.2007.

Vanhuspalveluiden toimintakertomus vuodelta 2008. Kainuun maakunta – kuntayhtymä.

LIITELUETTELO

1. Pehmeän systeemimetodologian soveltaminen Lammenojaa mukailen
2. Arviointisuunnitelma
3. Hoitotyöntekijöiden havainnointilomakkeisto
4. Esimerkki induktiivisesta sisällön analyysistä
5. RAI-arviointijärjestelmän käyttöönoton ja kehittämishankkeen aikataulu
6. Palvelukeskus Himmelin vanhusten RAVA- ja MMSE -arvot
7. Palvelukeskus Himmeli asiakkaiden RAI-arvioinnit hoitokodeittain 4.10.2008
8. Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoitusta ja -rakennetta pohtivan työryhmän kokemat uhkat ja ratkaisut tulevaisuusmalleista 6.3.5 – mallin mukaisesti.
9. Tutkimuslupa
10. Kehittämishankkeen hallinnointi

PEHMEÄN SYSTEEMIMETODOLOGIAN SOVELTAMINEN LAMMENOJAA 2005 MUKAILLEN



Kuvio 1. Pehmeän systeemianalyysiin soveltaminen opinnäytetyössä

ARVIOINTISUUNNITELMA

Arviointisuunnitelmasta ilmenee missä prosessin vaiheessa mitäkin arviointimenetelmää käytetään. Taulukosta ilmenee myös arvioinnin tavoitteet, kohde ja aikataulu.

Taulukko 19. Arviointisuunnitelma

Prosessin vaihe	Arvioinnin tavoitteet	Arvioinnin kohde	Aikataulu	Arviointimenetelmät
Todellisuus/ Nykyhetki	Selvittää mikä on Palvelukeskus Himmelin vanhusten toimintakyky lähtötilanteessa	Vanhusten tämän hetkinen toimintakyky	Kevät 2008	Nykytilananalyysi (RAVA; MMSE; mitoitus
	Selvittää miten Palvelukeskus Himmelin henkilömitoitus ja -rakenne on kohdistettu	Tämän hetkinen henkilöstön mitoitus ja -rakenne		
	Selvittää miten henkilömitoitus ja -rakenne on kohdistettu suhteessa vanhusten toimintakykyisyyteen	Tämän hetkinen vanhusten toimintakyky suhteessa henkilöstömitoitukseen		Hoitajien kenttäpäiväkirjat
		RAI-arviointien teossa aikataulussa pysyminen (syyskuun loppu 2008)		Havainnointi/tiedustelut

Visio	Selvittää, miten eri hoitokodeissa hoidetaan saman RAI-arvion saanutta vanhusta? (aika) (Ihannetila mihin pyritään)	Minkälaisia eroja eri hoitokotien välillä on verrattaessa vanhusten toimintakykyisyyttä henkilöstömitoitukseen ja -rakenteeseen	Lokakuu 2008 Marraskuu 2008	RAI-arvioinnit Osallistuva havainnointi Hoitajien lomakkeet Hoitajien kenttäpäiväkirjat
Tulevaisuusmalli	(Miten visio saavutetaan)			
Tulevaisuusmallin vertailu nykyhetkeen	Selvittää, mitä muutoksia joudutaan tekemään, jotta henkilöstömitoitus ja -rakenne vastaavat vanhusten toimintakykyisyyttä	Soveltavat ja tavoiteltavat muutokset	Tammihelmikuu 2009	Hoitajien kenttäpäiväkirjat Muistiot
Kehitysohjelma	Ratkaista miten muutokset toteutetaan? Arvioida mitä muutokset vaativat henkilöstömäärältä ja -rakenteelta Sitouttaa hoitohenkilöstö muutokseen	Miten henkilöstöresurssit ohjautuvat vanhusten toimintakyvyn mukaan?	Kevät 2009	6.3.5 - menetelmä
Toiminta todellisuuden muuttamiseksi/ Uusi kierros alkaa	Palvelukeskus Himmelin asiakkaiden toimintakyvyn arviointi puolivuositain	Henkilöstöresurssien ja asiakkaiden toimintakyvyn suhde hoitokodeittain	Puolen vuoden välein	RAI -arvioinnit Henkilöstömitoitus

Hyvä hoitotyöntekijä

Sotkamossa 15.11.2008

Opiskelen Kajaanin ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Koulutusohjelman aikana toteutamme työelämälähtöisen kehittämishankkeen. Kehittämishankkeeni aiheena on henkilöstömitoituksen – ja rakenteen kohdentamisen kehittäminen Palvelukeskus Himmeliässä RAI-arviointijärjestelmän avulla.

Jokaisen hoitotyöntekijän osallistuminen on tärkeää, jotta jokaisesta hoitokodista saadaan arvokasta tietoa hoitotyön sisällöstä ja sen kehittamisestä. Tutkimuksen avulla kerätyt tiedot käsitellään nimetöminä ja ehdottoman luottamuksellisenä. Aineisto käsitellään SPSS – tilasto-ohjelmalla. Tulokset julkaistaan ainoastaan kokonaistuloksina hoitokodeittain joten kenenkään yksittäisen vastaajan tiedot eivät paljastu tuloksista. Seurantalomakkeiden avulla haetaan vastausta, minkälaisia eroja asukkaiden hoitotyössä on eri hoitokotien välillä. Tuloksia hyödynnetään Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoituksen ja – rakenteen kohdentamisessa ja kehittämisessä. Kehittämishankkeen tulokset esitellään kevään 2009 talokokouksessa.

Jokaiseen hoitokotiin, jokaiselle työntekijälle jaetaan lomakkeisto, joka sisältää kolme osiota. Näitä ovat hoitotyöntekijän taustatiedot -, asukkaan taustatiedot - sekä hoitotyönseurantalomake. Osan 1, **Hoitotyöntekijän taustatietoja** ei tarvitse täyttää kuin **kerran** koko seurantajakson aikana. Samoin jokainen hoitotyöntekijä täyttää osan 2, **asukkaan taustatiedot jokaisesta hoitamastaan asukkaasta vain kerran** koko seurantajakson aikana. Jokainen työntekijä täyttää osan 3, **hoitotyönseurantalomakkeen jokaisesta hoitamastaan asukkaasta kaikissa seurantajakson työvuoroissaan**. Seurantalomakkeeseen pyydetään hoitotyöntekijää kirjaamaan hoitotyön sisältöä (hoitokodin päivän kulkua), merkitsemällä kysymyksen koodinumerolla miten ko. asukkaan hoitotyö toteutui. Esimerkiksi kysymys numero 21: Asukas pukeutui/riisuuntui 1. autettuna, 2. 1-auttamana, 3. 2-auttamana, 4. vaatteita ei vaihdettu, hoitotyöntekijän laittaa koodinumeron sille varattuun ruutuun toteutuneen ajankohdan kohdalle. Koodi 2 tarkoittaisi tässä esimerkissä: asukas pukeutui/riisuuntui yhden auttamana. Jokainen vuorossaan oleva hoitotyöntekijä täyttää lomaketta jokaisessa työvuorossaan jokaisesta asukkaasta kahden päivän ajan, mikäli hän on jollain tavoin osallistunut asukkaan hoitoon. Seuranta toteutetaan Himmeliässä viikolla 47 eli 18–19.11.2008 välisenä aikana. Jokainen hoitotyöntekijä näyttää jokaisen asukkaan taustatiedot sekä ko. vanhuksen seurantalomakkeet yhteen. Hoitotyöntekijä palauttaa ne yhdessä omien taustatietojensa kanssa suljetussa kirjekuoressa Himmelin toimistoon heti seuranta- ajan loputtua, 20.11.2008. Kerron mielelläni lisää seurantalomakkeista ja kehittämishankkeestani. Kehittämisterveisin

Kirsi Moisanen

Ylemmän AMK-tutkinnon opiskelija

Puh. 044-7970351

HOITOTYÖNTEKIJÄN TAUSTATIEDOT (osa 1)

(Täytä tämä osa lomakkeistosta vain kerran. Kokoa kaikkien asukkaiden taustatiedot ja seurantalomakkeet yhteen ja palauta ne yhdessä tämän lomakkeen kanssa toimistoon 20.11 mennessä.)

1. Hoitokoti (rengasta oikea vaihtoehto, voit tarvittaessa rengastaa useammankin vaihtoehdon)

1. Peltola
2. Nurmela
3. Riihelä
4. Koivula
5. Ahola
6. Puistola
7. Lampela
8. Kaskela

2. Lomakkeen täyttäjänä on (rengasta oikea vaihtoehto)

1. Hoitoapulainen/Lähityöntekijä
2. Kodinhoitaja
3. Ohjaaja
4. Lähihoitaja
5. Perushoitaja
6. Sairaanhoidaja
7. Joku muu, kuka _____

3. Vastaajan Ikä _____ Vuotta

4. Työkokemus vanhusten hoitotyöstä yleensä _____ Vuotta

ASUKKAAN TAUSTATIEDOT (osa 2)

(Tämä osa lomakkeistosta täytetään jokaisesta asukkaasta vain kerran. Kaikki saman hoitotyöntekijän samasta asukkaasta kerätyt seurantalomakkeet liitetään yhteen tämän lomakkeen kanssa)

5. Asukkaan hoitokoti

1. Peltola
2. Nurmela
3. Riihelä
4. Koivula
5. Ahola
6. Puistola
7. Lampela
8. Kaskela

6. Asukkaan etunimi _____

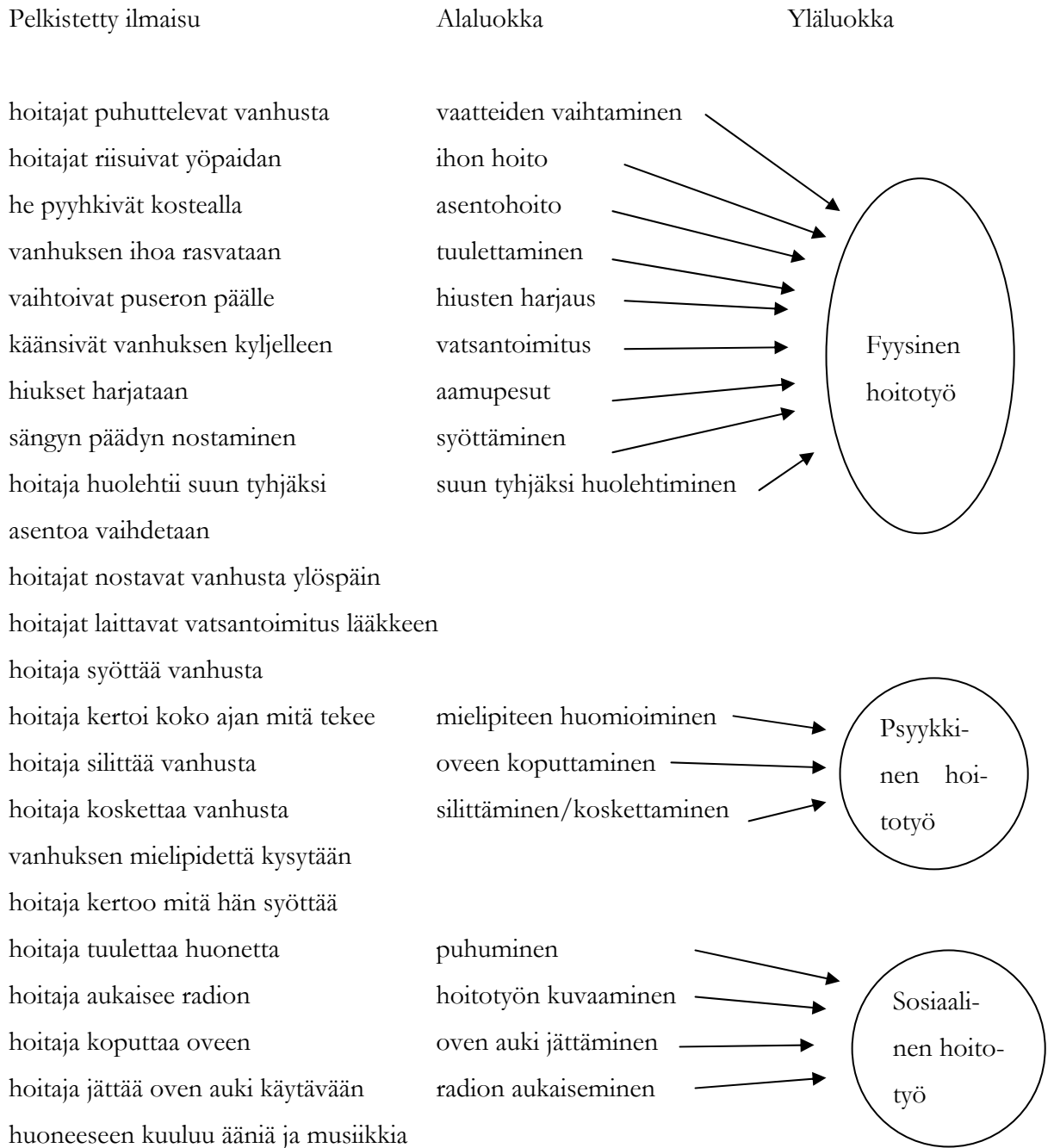
7. Asukkaan hoitoisuusaste (rengasta oma käsityksesi asukkaan hoitoisuudesta)

1. Helppo
2. Kohtalaisen helppo
3. Keskiraskas
4. Raskas
5. Erittäin raskas

8. Mitä apuvälineitä asukkaalla on käytössä (rengasta kaikki käytössä olevat apuvälineet)

1. Hydraulinen sänky/hoitosänky
2. Pyörätuoli
3. Fordi tai Esla-kelkka
4. Suihkupyörätuoli
5. Lavetti
6. Siirtymälevy ja/tai nousutuki
7. Turvaranneke
8. Dementia-hälytin

ESIMERKKI INDUKTIIVISESTA SISÄLLÖN ANALYYSISISTÄ



Kuvio 4. Sisällön induktiivinen analyysi

RAI-arviointijärjestelmän käyttöönoton ja kehittämishankkeen aikataulu

TAMMIKUU 2008:

- RAI-arviointijärjestelmän koulutukset alkoivat
- Esimiehille järjestettiin yhden päivän RAI – arviointikoulutus
- Työntekijöille, jotka arviointeja tekevät järjestettiin neljän päivän koulutus.

HELMIKUU 2008

- Hoitotyöntekijät aloittivat arviointien teon kaikille tehostetun palveluasumisen asiakkaille.

HUHTIKUU 2008

- Jokaiseen hoitokotiin valittiin RAI-yhdyshenkilö jonka tehtävänä oli perehdyttää muita arviointijärjestelmän käyttöön.
- Omahoitaja ja hoitokotien yhdyshenkilöt huolehtivat, että vanhusten toimintakyvyn arvioinnit tehtiin sovittuun aikatauluun mennessä.
- Yhdelle Himmelin lähihoitajalle, joka on ollut mukana jo pilottivaiheessa, järjestettiin työaikaa arviointien tekemisen ohjaamiseen ja neuvomiseen.
- Himmelin henkilöstömitoitus ja – rakenne päivitettiin

TOUKOKUUSSA 2008

- Nykytilan analyysin vanhusten toimintakyvystä ja hoitoisuudesta RAVA ja MMSE testien avulla.

LOKAKUU 2008

- RAI – arvioinnit valmistuivat

MARRASKUU 2008

- Hoitotyöntekijöiden havainnointilomakkeet

JOULUKUU 2008.

- Oma havainnointi

Palvelukeskus Himmelin vanhusten RAVA- ja MMSE -arvot

Taulukko 4. Hoitokoti Peltola n=17 (aamussa neljä hoitotyöntekijää, illassa kaksi hoitotyöntekijää)

määrä	RAVA	MMSE
1	3,1622	ei voida tehdä
1	3,3071	ei voida tehdä
1	3,4299	ei voida tehdä
1	3,5198	ei voida tehdä
1	3,5461	ei voida tehdä
1	3,6672	8/30
1	3,6711	ei voida tehdä
1	3,7829	ei voida tehdä
1	3,8212	ei voida tehdä
1	3,8671	ei voida tehdä
1	3,9466	ei voida tehdä
1	3,9855	ei voida tehdä
2	4,0291	ei voida tehdä
1	4,0531	ei voida tehdä
2	4,1831	ei voida tehdä

Hoitokoti Peltolan asukkaiden RAVA:n keskiarvo on 3,775. MMSE:tä ei voida tehdä 16:sta vanhukselle, yhden vanhuksen MMSE on 8/30.

Taulukko 5. Hoitokoti Nurmela n= 7 (arkena aamussa 2, illassa 1,5, viikonloppuisin aamussa 1,5, illassa 1,5)

määrä	RAVA	MMSE
1	2,0206	25/30
1	3,12	13/30
1	3,6533	5/30
1	3,76	ei voida tehdä
1	3,86	ei voida tehdä
1	3,8073	7/30
1	4,1831	ei voida tehdä

Hoitokoti Nurmelan asukkaiden RAVA:n keskiarvo on 3,486. MMSE:tä ei voida tehdä kolmelle vanhukselle, muiden vanhusten MMSE:n keskiarvo on 12,5/30.

Taulukko 6. Hoitokoti Riihelä n =10 (arkena aamussa 2, illassa 1,5, viikonloppuisin aamussa 1,5, illassa 1,5)

määrä	RAVA	MMSE
1	2,6542	11/30
1	2,9441	5/30
1	3,1104	ei voida tehdä
1	3,3774	18/30
1	3,7995	11/30
1	3,8073	ei voida tehdä
1	3,8671	ei voida tehdä
1	3,8906	ei voida tehdä
1	4,0766	ei voida tehdä
1	4,1831	ei voida tehdä

Riihelän asukkaiden RAVA:n keskiarvo on 3,57. MMSE:tä ei voida tehdä kuudelle vanhuk-
selle, muiden vanhusten MMSE:n keskiarvo on 11,25/30.

Taulukko 7. Hoitokoti Koivula n= 7 (arkena aamussa 7 illassa 1, viikonloppuisin aamussa
1,5 illassa 1)

määrä	RAVA	MMSE
1	3,1622	10/30
1	3,2833	6/30
1	3,2922	15/30
1	3,3462	ei voida tehdä
1	3,908	3/30
1	3,9226	ei voida tehdä
1	4,0291	ei voida tehdä

Hoitokoti Koivulan asukkaiden RAVA:n keskiarvo on 3,56. MMSE:tä ei voida tehdä kolmel-
le vanhukselle, muiden vanhusten MMSE:n keskiarvo on 8,5/30.

Taulukko 8. Hoitokoti Ahola n=9 (arkena aamussa 2 illassa 1, viikonloppuisin aamussa 1,5
illassa 1)

määrä	RAVA	MMSE
1	2,7175	13/30
1	3,0603	18/30
1	3,176	ei voida tehdä
1	3,5198	ei voida tehdä
1	3,6533	7/30
1	3,7598	ei voida tehdä
1	3,908	ei voida tehdä
2	4,0291	ei voida tehdä

Hoitokoti Aholan asukkaiden RAVA:n keskiarvo on 3,09. MMSE:tä ei voida tehdä viidelle asukkaalle, muiden asukkaiden MMSE:n keskiarvo on 12,6.

Taulukko 9. Hoitokoti Puistola n= 7 (aamussa 1,5 illassa 1,5)

määrä	RAVA	MMSE
1	3,0702	16/30
1	3,1602	12/30
1	3,1606	7/30
1	3,3511	16/30
1	3,4762	14/40
1	3,6695	17/30
1	4,1831	ei voida tehdä

Hoitokoti Puistolan asukkaiden RAVA:n keskiarvo on 3,438. MMSE testiä ei voida tehdä yhdelle vanhukselle, muiden vanhusten MMSE:n keskiarvo on 11,7.

Taulukko 10. Hoitokoti Lampela n=9 (aamussa 1,5 illassa 1)

määrä	RAVA	MMSE
1	2,5242	15/30
1	2,57	20/30
1	2,998	18/30
1	3,4762	17/30
1	3,5862	5/30
1	3,6533	ei voida tehdä
1	3,6927	9/30
1	3,8073	ei voida tehdä
1	4,092	ei voida tehdä

Hoitokoti Lampelan asukkaiden RAVA:n keskiarvo on 3,377. MMSE testiä ei voida tehdä kolmelle vanhukselle. Muiden vanhusten MMSE:n keskiarvo on 14.

Taulukko 11. Palvelukeskus Himmelin asukkaiden RAVA:n ja MMSE:n keskiarvot hoitokohteittain koottuina

Hoitoko- ti/avun tar- ve RAVA:n mukaan	Peltola (n=17)	Nurmela (n=7)	Riihelä (n=10)	Koivula (n=7)	Ahola (n=9)	Puistola (n=7)	Lampela (n=9)
valvottu	-	1	2	-	1	-	3
tehostettu	3	1	2	4	2	5	1
täysin autet- tava	14	5	6	3	6	2	5
RAVA:n keskiarvo	3,78	3,49	3,57	3,56	3,09	3,44	3,38
MMSE:tä ei voi tehdä	16	3	6	3	5	1	3
muiden asukkaiden MMSE:n keskiarvo (n=määrä)	8/30 (n= 1)	12,5/30 (n=4)	11,25/30 (n=4)	6/30 (n=4)	12,6/30 (n=4)	11,7/30 (n=6)	14/30 (n=6)

Palvelukeskus Himmelin asiakkaiden RAI -arvioinnit hoitokodeittain 4.10.2008

CPS=aivojen vajaatoiminnan mittari (0-6)

RUG-kliininen= Kliiniset pääryhmät

RUG= Kliinisen RUG:n alaluokka (n=22)

RUG-ADL=Kliinisen RUG:n alaluokan pisteet

CMI= kustannuspaino

ADL= fyysinen toimintakyky (0-6)

BMI= painoindeksi

KIPU= kipuskaala (1-3)

MASENNUS= masennuskaala (0-14)

Taulukko 12. Hoitokoti Peltolan asukkaiden RAI -arvot

Asukas	CPS	RUG-kliininen	RUG	RUG-ADL	CMI	ADL	BMI	KIPU	masennus
1. AH	6	heikentynyt fyys. t. kyky	PE	18	1,29	6	26,2	0	0
2. HS	4	monialainen kuntoutus	RC	18	2,52	6	22,1	1	0
3. HV	5	kliin. monimuotoin.	CD	18	1,31	4	28,0	1	1
4. HS	6	heikentynyt fyys. t. kyky	PE	18	1,29	6	30,1	2	3
5. HH	3	heikentynyt fyys. t. kyky	PD	14	1,15	4	25,8	1	0
6. JV	6	heikentynyt fyys.t.kyky	PE	18	1,29	6	-	0	2
7. KL	5	erityishoito	SSB	16	1,31	5	26,7	2	3
8. KP	3	heikentynyt fyys. t.kyky	PD	14	1,15	4	23,9	0	0
9. KE	5	heikentynyt fyys. t. kyky	PE	16	1,29	5	32,7	0	0
10. LA	3	kogn.toim. heikent.	IA	4	0,45	2	-	2	1
11. LP	6	heik. fyys. t.kyky	PE	18	1,29	6	22,8	1	0
12. NK	1	kliin. monimuotoin.	CD	18	1,31	5	31,2	0	0
13. PE	6	heik. fyys. t. kyky	PE	18	1,29	6	28,9	1	0
14. PI	6	heik. fyys. t. kyky	PE	18	1,29	6	18,7	1	2
15. RA	5	heik. fyys. t. kyky	PE	16	1,29	5	14,1	0	3
16. SA	3	heik. fyys. t. kyky	PE	18	1,29	5	19,1	2	5
17. TA	6	kliin. monimuot.	PD	15	1,15	6	-	1	2

Hoitokoti Peltolan asiakkaiden

CPS:n (aivojen vajaatoiminnan) keskiarvo on 4,64

ADL:n (päivittäiset toiminnot) keskiarvo on 5,11

CMI:n (kustannuspaino) keskiarvo on 1,29

Taulukko 13. Hoitokoti Nurmelan asukkaiden RAI -arvot

Asukas	CPS	RUG- kliininen	RUG	RUG- ADL	CMI	ADL	BMI	KIPU	MASENNUS
1. HM	2	heik.fyys. t. kyky	PB	6	0,77	2	-	0	2
2. HL	6	eritt. vaativa hoito	SE2	18	1,62	6	-	1	5
3. KI	5	heik.fyys. t. kyky	PE	18	1,29	5	-	0	0
4. KT	5	heik.fyys. t. kyky	PD	15	1,15	5	-	0	0
5. LH	0	heik.fyys. t. kyky	PA	4	0,42	1	-	1	0
6. MP	4	Kllin. moni- muot.	CC	13	1,26	3	34,0	1	2
7. PA	5	erityishoito	SSC	17	1,87	5	-	2	3

Hoitokoti Nurmelan asiakkaiden

CPS:n (aivojen vajaatoiminta) keskiarvo on 3,8

ADL:n (päivittäiset toiminnot) keskiarvo on 3,85

CMI:n (kustannuspaino) keskiarvo on 1,197

Taulukko 14. Hoitokoti Riihelän asukkaiden RAI -arvot

asukas	CPS	RUG- kliininen	RUG	RUG- ADL	CMI	ADL	BMI	KIPU	MASENNUS
1. AV	5	erityishoito	SSC	17	1,87	5	26,5	1	0
2. HM	6	heik.fyys. t. kyky	PE	18	1,29	6	24,8	1	1
3. HR	6	heik.fyys. t. kyky	PE	18	1,29	6	-	1	3
4. KE	1	heik.fyys. t.kyky	PE	16	1,29	5	-	0	0
5. KH	3	kogn. toim. heik	IB	9	0,76	3	33,7	0	0
6. KM	0	Kliinisesti monimuot.	CC	16	1,26	4	26,8	2	0
7. KK	3	heik. fyys. t. kyky	PD	13	1,15	4	21,0	1	0
8. KK *	3	Kogn. toim. heik.	IA	4	0,45	1	-	1	0
9. ML	5	kliinisesti monimuot.	CC	16	1,26	5	32,9	2	5
10. SV	5	heik, fyys. t. kyky	PD	15	1,15	5	26,4	2	1

* asukas asuu hoitokodissa, koska hänen puolisollansa on oikeus hoitokotipaikkaan

Hoitokoti Riihelän asiakkaiden

CPS:n (aivojen vajaatoiminta) keksiarvo on 3,7

ADL (päivittäiset toiminnot) keksiarvo on 4,4

CMI (kustannuspaino) on 1,17

Taulukko 15. Hoitokoti Koivulan asukkaiden RAI -arvot

asukas	CPS	RUG- kliininen	RUG	RUG- ADL	CMI	ADL	BMI	KIPU	MASENNUS
1. HS	5	kogn. toim.heik.	IB	8	0,76	3	25,3	0	1
2. HM	6	heik. fyys. t. kyky	PE	16	1,29	6	16,9	2	1
3. KI	3	heik. fyys. t. kyky	PE	18	1,29	5	16,0	1	3
4. KT	3	heik. fyys. t. kyky	PE	18	1,29	6	28,4	3	9
5. KM	6	erityishoito	SSC	18	1,87	6	20,2	1	2
6. KA	6	heik. fyys. t. kyky	PE	18	1,29	6	18,7	0	4
7. ME	5	kogn.toim. heik	IB	7	0,76	3	27,3	0	3

Hoitokoti Koivulan asukkaiden

CPS:n (aivojen vajaatoiminta) keskiarvo on 4,85

ADL:n (päivittäiset toiminnot) keskiarvo on 5

CMI:n (kustannuspaino) keskiarvo on 1,22

Taulukko 16. Hoitokoti Aholan asukkaiden RAI -arvot

asukas	CPS	RUG- kliininen	RUG	RUG- ADL	CMI	ADL	BMI	KIPU	MASENNUS
1. HA	5	heik.fyys. t. kyky	PD	15	1,15	4	22,5	1	2
2. KU	5	heik.fyys. t. kyky	PE	16	1,29	5	23,1	2	5
3. KS	6	heik.fyys. t. kyky	PE	18	1,29	6	13,9	2	1
4. KM	5	kogn.toim. heikent.	IB	8	0,76	3	35,5	2	7
5. MI	6	heik. fyys. t. kyky	PE	18	1,29	6	21,0	2	0
6.MM	5	kogn.toim. heikent.	IB	9	0,76	3	18,5	2	4
7. NU	5	kogn.toim. heikent.	IB	9	0,76	3	27,4	1	3
8. PE	6	heik. fyys. t. kyky	PE	18	1,29	6	18,8	2	1
9. PU	6	heik. fyys. t. kyky	PE	18	1,29	6	23,1	1	0

Hoitokoti Aholan asukkaiden

CPS:n (aivojen vajaa toiminta) keskiarvo on 4,3

ADL:n (päivittäiset toiminnot) keskiarvo on 4,6

CMI:n (kustannuspaino) keskiarvo on 1,09

Taulukko 17. Hoitokoti Puistolan asukkaiden RAI -arvot

asukas	CPS	RUG- kliininen	RUG	RUG- ADL	CMI	ADL	BMI	KIPU	MASENNUS
1. HT	3	heik.fyys.t. kyky	PD	12	1,15	4	-	0	0
2. KM	6	heik.fyys. t. kyky	PE	18	1,29	6	20,7	2	0
3. KA	3	erityishoito	SSC	18	1,87	6	20,7	1	4
4. KT	5	kogn.toim. heikent.	IA	4	0,45	1	29,0	0	0
5. RV	5	heik.fyys. t. kyky	PD	14	1,15	4	23,3	3	10
6. TR	3	kogn.toim. heikent.	IB	7	0,76	3	21,5	1	0
7. UE	3	erityishoito	SSB	14	1,31	5	26,3	1	2

Hoitokoti Puistolan asukkaiden

CPS:n (aivojen vajaa toiminta) keskiarvo on 4

ADL:n (päivittäiset toiminnot) keskiarvo on 4,14

CMI:n (kustannuspaino) keskiarvo on 1,14

Taulukko 18. Hoitokoti Lampelan asukkaiden RAI-arvot

asukas	CPS	RUG- kliininen	RUG	RUG- ADL	CMI	ADL	BMI	KIPU	MASENNUS
1. HS	1	heik.fyys. t. kyky	PA	4	0,42	1	-	0	1
2. HA	5	erityishoito	SSC	18	1,87	5	29,0	1	2
3. KL	5	heik. fyys. t. kyky	PE	18	1,29	5	27,7	1	0
4. KA	0	heik.fyys.t. kyky	PB	8	0,77	2	27,3	1	0
5. PS	5	heik.fyys.t. kyky	PD	15	1,15	4	30,4	0	3
6. PT	5	erityishoito	SSC	18	1,87	5	21,6	0	0
7. TA *	2	heik.fyys. t. kyky	PA	4	0,42	2	32,0	1	0
8. TA	5	kogn.toim. heikent.	IB	7	0,76	3	21,3	0	3
9. LK									

* asukas asuu hoitokodissa koska hänen puolisolllaan on oikeus hoitokotipaikkaan

** yksi asiakas puuttuu

Hoitokoti Lampelan asukkaiden

CPS:n (aivojen vajaatoiminta) keskiarvo on 2,25

ADL:n (päivittäiset toiminnot) keskiarvo on 3,3

CMI:n (kustannuspaino) keskiarvo on 1,06

Taulukko 19. Palvelukeskus Himmelin asukkaiden CPS: n, ADL:n ja kustannuspainojen keskiarvot hoitokodeittain koottuna

keskiarvo	Pel- tola	Nur- mela	Rii- helä	N+R yhteensä	Koi- vula	Aho- la	K+A yhteensä	Puis- tola	Lam- pela	P+L yhteensä
CPS	4,6	3,8	3,7	3,9	4,9	4,3	4,6	4	2,3	3,1
ADL	5,1	3,9	4,4	4,1	5	4,6	4,8	4,1	3,3	3,7
kustannus- paino	1,29	1,19	1,17	1,18	1,22	1,09	1,15	1,14	1,06	1,10

Palvelukeskus Himmelin henkilöstömitoitusta ja – rakennetta pohtivan työryhmän kokemat uhkat ja ratkaisut tulevaisuusmalleista 6.3.5 – mallin mukaisesti.

TULEVAISUUSMALLIT

MALLI 1

Uhat

- katkeruutta hoitokotien välillä jos jostakin otetaan pois, ei varmaankaan katsota hyvällä
- toisille se on hyvä kun saa helpotusta henkilö määrässä ja voi paremmin hoitaa asukkaita
- työtapojen uudelleen miettiminen, siivittäin kehittäminen
- asukkaiden saaman hoidon tason/laadun muuttuminen
- henkilöstö kokee joutuvansa entistä tiukemmalle
- katkeruutta toisilla osastoilla
- uusien työtapojen opettelu
- työn organisointia
- pystytäänkö parantamaan hoidettavien olotilaa, virikkeitä
- väsyneitä hoitajia
- asukkaiden hoitoisuusaste vaihtelee miten se huomioidaan, muutamassa kuukaudessa voi asukkaiden kunto laskea
- ei uhkaa

Luokittelemattomat ratkaisut

- työnohjaus
- tiimiytyminen
- hyvä esimies
- huumoria kehiin
- työkierto katkeralle
- hoitajat voivat kehittää työtään
- kirjaamiseen jää aikaa
- asukkaista tulee virkeimpiä ja iloisempia

- asukkaiden kuntoisuus pysyy samana pidempään ja ehkä kasvaakin
- hoitajat jaksavat panostaa töihinsä enemmän, ja ehkä s- lomatkin vähenevät
- luovuus pääsee valoilleen, on ehkä väljyyttä järjestää joskus esim. puutarhajuhlat
- viriketoimintaa henkilöstölle talon sisällä
- sopeutua uusiin haasteisiin
- keskustelua toisten kanssa missä voi kehittyä ja sekä onko jotain mistä täytyisi päästä pois
- kun on henkilökuntaa riittävästi hoidonlaatu paranee, on kuitenkin muistettava asukkaan tila voi muuttua
- työnkierto on hyvä juttu, silloin näkee että kaikkialla työ on vaativaa
- uusien työtapojen opettelu → helpottaa entisiä rutiineja
- organisointi → luo ja lisää joustavuutta ja ajan käyttö
- työtehtävien muuttaminen
- mietitään miten asukkaiden (yksilötasolla) hoitoa voidaan muuttaa, lisätä tai vähentää
- mietitään työtehtävien priorisointia, tärkeysjärjestystä
- mietitään ja toteutetaan perustyötehtäviä
- voidaanko lisätä omaisten osallistumista
- yhteistyötä lisää työtiimeissä
- ajattelua miten hoitotyöstä saadaan joustavaa/toimivaa

MALLI 2

Uhat

- ajoittain työnkuormittuneisuus lisääntyy
- asukkaiden saaman hoidon taso/laatu? aika?
- oman työkuivan muuttaminen
- kateutta siellä mistä otetaan, hyvä juttu sinne minne saa lisää voimaa
- jossain katkeruutta
- katkeruutta toisilla osastoilla
- uusien työtapojen opettelu
- työn organisointia
- pystytäänkö parantamaan hoidettavien olotilaa, virikkeitä
- väsyneitä hoitajia

Luokittelemattomat ratkaisut

- kun työ ajoittain kuormittuu, niin silloin voisi väliaikaisesti olla enemmän työntekijöitä töissä
- kun on tarpeeksi hoitajia niin silloin asukkaat saavat hyvän hoidon
- kehityskeskustelut/tiimipalaverit työnkuivan muuttumiseen
- uusien työtapojen opettelu → helpottaa entisiä rutiineja
- organisointi → luo ja lisää joustavuutta ja ajan käyttö
- työnohjaus
- tiimiytyminen
- hyvä esimies
- huumoria kehiin
- työkierto katkeralle
- hoitajat voivat kehittää työtään
- kirjaamiseen jää aikaa
- asukkaista tulee virkeimpiä ja iloisempia
- asukkaiden kuntoisuus pysyy samana pidempään ja ehkä kasvaakin
- hoitajat jaksavat panostaa töihinsä enemmän, ja ehkä s- lomatkin vähenevät
- luovuus pääsee valoilleen, on ehkä väljyyttä järjestää joskus esim. puutarhajuhlat

KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULU

ANOMUS

Sosiaali- ja terveystieteiden

Ylempi AMK,

sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

12.5.2008

Vanhuspalvelupäällikkö Anna Riitta Airaksinen

ANOMUS AINEISTON KERÄÄMISEKSI OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN

Opiskelen Kajaanin ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Kehittämistyöni aiheena on henkilöstömitoituksen ja rakenteen kohdentamisen kehittäminen Palvelukeskus Himmelissä RAI-arviointijärjestelmän avulla. Kehittämistyön tarkoituksena on kehittää RAI-arviointimittariston avulla johtamisen apuväline henkilöstömitoituksen turvaamiseksi ja oikein kohdentamiseksi. Lisäksi tarkoituksena on johtamisen näkökulmasta pohtia miten RAI-arviointijärjestelmän auttaa kohdentamaan henkilöstömitoitusta ja – rakennetta käytännön vanhusten hoitotyössä. Kehittämistyö toteutetaan arviointitutkimuksena pehmeän systeemianalyysin mukaisesti.

Anon lupaa kerätä tutkimusaineistoa Palvelukeskus Himmelissä asuvien vanhusten toimintakykyisyydestä sekä siellä työskentelevien hoitotyöntekijöiden mitoituksista ja – rakenteesta. Aineistonkeruumenetelmänä käytän vanhusten RAVA, MMSE ja RAI-arviointeja, hoitajien kirjoittamia kenttäpäiväkirjoja, hoitotyön kaavakkeita, havainnointia sekä 6.3.5 tekniikkaa. Lisäksi anon lupaa käyttää tutkimusaineistona kehittämishankkeeseen liittyvien palaverien muistioita. Hanke toteutetaan 1.4.2008–30.5.2009 välisenä aikana.

Kerätty aineisto on yksin tutkijan käytössä ja sitä käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimustulokset esitetään siten, ettei kenenkään vanhuksen tai hoitotyöntekijän henkilöllisyys tule missään vaiheessa esille. Tutkimustulokset ovat hankkeen päätyttyä Kainuun maakunta – kuntayhtymän vanhuspalveluiden käytettävissä.

Opinnäytetyön ohjaava opettaja _____

Rauni Leinonen

Kirsi Kähkönen

Kärkitie 4

88600 Sotkamo

p.040–5612090, 044–7970351

Hyväksytty/hylätty

Hyväksytty

seuraavin

muutoksin_

/_

2008

 Luvan antajan allekirjoitus ja nimenselvennys

KEHITTÄMISHANKKEEN HALLINNOINTI

Kehittämishankkeen projektipäällikkö:

Moisanen Kirsi, Vanhuspalvelut Kuhmo- Sotkamo seutu, asumispalvelupäällikkö, ylemmän AMK-tutkinnon opiskelija

Kehittämistehtävän projektiryhmä:

Kinnunen Raija, Hoitokoti Kallio ja Tervakartano, vastaava hoitaja

Lipponen Rauni, Kuhmon Hoivakoti, vastaava sairaanhoitaja

Väätäinen Airi, Palvelukeskus Himmeli, lähihoitaja

Lukkari Tuula, Palvelukeskus Himmeli, ohjaaja

Projektiryhmän varajäsenet:

Huotari Heidi, Kuhmon Hoivakoti, sairaanhoitaja/lähihoitaja

Keränen Pirjo, vanhuspalvelut Kajaanin seutu, ympärivuorokautisen hoidon päällikkö

Meriläinen Tarja, Palvelukeskus Himmeli, perushoitaja,

Tervo Pirjo, Palvelukeskus Himmeli, perushoitaja,

Kehittämistehtävän ohjausryhmä:

Airaksinen Annariitta, vanhuspalvelut, Sotkamo-Kuhmo seutu, vanhuspalvelupäällikkö

Hyvönen Pirkko, vanhuspalvelut, Kuhmo-Sotkamo seutu, kotihoidon päällikkö

Ilkko Raisa, Sotkamon kotihoito, kotisairaanhoitaja, ylemmän AMK-tutkinnon opiskelija

Korhonen Marjut, Palvelukeskus Himmeli, sairaanhoitaja

Leinonen Rauni, Kajaanin ammattikorkeakoulu, yliopettaja

Schroderus Marja-Leena, Sotkamon kotihoito, kotisairaanhoitaja

Ohjausryhmän varajäsenet:

Hyvönen Raija, Palvelukeskus Himmeli, sairaanhoitaja

Tervonen Seija, Sotkamon kotihoito, kotihoidon