

Susanna Haara

IKEVA- HOITOMALLI
IKÄÄNTYVÄN KEHITYSVAMMAISEN HYVÄN HOIDON
HOITOMALLIN KEHITTÄMINEN

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

2016

Ikääntyvän kehitysvammaisen hyvän hoidon hoitomallin kehittäminen
Haara, Susanna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Maaliskuu 2016
Ohjaaja: Hirvonen, Eila
Sivumäärä: 59
Liitteitä: 2

Asiasanat: ikääntyvä, kehitysvammainen, hoitomalli, hoito

Opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä kehittämistyönä. Kehittämistyön lähtökohtana oli ikääntyvän kehitysvammaisen hyvän hoitomallin kehittäminen Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy:ssä.

Uuden hoitomallin kehittämisen lähtökohtana on konstruktiiivinen tutkimus. Menetelmän valinta perustui siihen, että aiempaa hyvää tai laadukasta tutkimustietoa ja tutkimuksia ikääntyvän kehitysvammaisen hoitomallista oli niukasti saatavilla. Uusi malli tuli luoda hyväksi koettujen suositusten ja mallien mukaan. Malliin haettiin sovellettavia hyviä käytäntöjä ikäihmisten palvelukodeista Satakunnasta ja opintomatkalta edistyksellisestä vanhustenhuollosta Hollannista.

Kehittämistehtävä toteutettiin Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy:ssä yhteistyössä asiakkaiden ja henkilökunnan kanssa. Opinnäytetyö toteutettiin vuosina 2012–2016. Malli perustuu suosituksiin, hyviin käytäntöihin, asiakkaiden haastatteluaineiston tuloksiin ja henkilökunnan laatimaan SWOT-analyysiin. Näiden pohjalta luotiin toimintamalli hyvän hoidon kehittämiseen ikääntyville kehitysvammaisille (IKEVA). Henkilökunnan ammatillista osaamista kehitettiin osana IKEVA-hoitomallin kehittämistä. IKEVA – hoitomallissa keskeistä on asiakaslähtöisyys mikä pitää sisällään osallisuuden, yksilöllisyyden, itsemääräämisoikeuden, potilasturvallisuuden ja selko kielen.

Kehittämistehtävän aihe nousi yksiköiden omasta tarpeesta, samalla se oli valtakunnallisesti ajankohtainen, koska aiempia tutkimuksia aiheesta löytyi niukasti. Kehitysvammaisen ikääntyessä häntä koskevat myös vanhustenhuollon ohjeet, suositukset ja säädökset. Jotta pystytään turvaamaan ikääntyneen kehitysvammaisen hyvä hoito tulee sen ylläpitää toimintakykyä, osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta. Henkilökunnan tulee huomioida asiakkaiden yksilöllisyys ja potilasturvallisuus sekä mahdollistaa ymmärrettävä vuorovaikutus osana hoitotyötä.

A NURSING MODEL FOR GOOD CARE OF AGEING PEOPLE WITH INTELLECTUAL DISABILITY

Haara, Susanna
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Health Promotion
March 2016
Supervisor: Hirvonen, Eila
Number of pages:
Appendices:

Key words: an ageing person, a person with intellectual disability, nursing model, nursing

The thesis was carried out as a development task in a nursing setting. The aim was to develop a nursing model for good care of ageing people with intellectual disability in the Residential Homes Pomarkku Tilkkutäkki Ltd.

The starting point for the new model was constructive research. The method was chosen because there were hardly any valid research results or studies of quality on models for nursing ageing people with intellectual disability. Therefore, the new model should be based on established recommendations and models. Applicable practices were searched for in the residential homes in Satakunta and from advanced care of the elderly in the Netherlands, where the author made a field trip to study the issue.

The thesis was carried out in 2012-2016. The model was developed in cooperation with the clients and staff in the Residential Homes Pomarkku Tilkkutäkki Ltd. The model is based on recommendations, good practice, the results of the client interviews and SWOT analysis made by the staff. The result was an operational model for good nursing of people with intellectual disability (IKEVA). In addition, the staff's professional competence was developed as part of the development process. The model focuses on client-centredness, which includes participation, individualism, autonomy, patient safety and plain language.

The topic for the thesis was selected because there was a need in the residential homes to create a new nursing model. In addition, the topic is nationally important, since there was hardly any information of the topic. When people with intellectual disability age, it becomes imperative to apply the instructions, recommendations and legislation on the care of the elderly to them as well. In order to guarantee good care for ageing people with intellectual disability, function, participation and autonomy should be maintained. As a result, the staff needs to consider the clients' individuality and patient safety. It is also important to make fluent interaction possible as part of nursing care.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 PALVELUKODIT POMARKUN TILKKUTÄKKI OY	6
3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	7
4 AIEMMAT TUTKIMUKSET IKÄÄNTYVÄN KEHITYSVAMMAISEN HOIDOSTA.....	9
4.1 Kirjallisuuskatsaus ikääntyvän kehitysvammaisen hoidosta.....	11
5 IKÄÄNTYVÄN KEHITYSVAMMAISEN HOITOMALLIN	13
LUOMINEN.....	13
5.1 Ikääntyvä kehitysvammaisen ja asiakaslähtöisyys kehitysvammatyössä	15
5.1.1 Kehitysvammaisen osallisuus.....	17
5.1.2 Yksilöllisyys hoitotyössä.....	18
5.1.3 Kehitysvammaisen itsemääräämisoikeus	18
5.1.4 Potilasturvallisuus.....	19
5.1.5 Selkokieli asiakaslähtöisessä kehitysvammatyössä.....	20
6 KONSTRUKTIIVINEN TUTKIMUS	22
6.1 Kehittämistoiminnan vaiheet ja aineistonkeruumenetelmät.....	23
6.2 Kehittämistyön toteutus.....	29
6.3 Arviointi- ja kommentointikierron.....	33
7 IKEVA-HOITOMALLI	35
7.1 Ikääntyvä kehitysvammaisen hoidon ohjausmateriaali henkilökunnalle	38
7.2 Ikääntyminen selkokielellä ohjausmateriaali asiakkaille	46
7.3 Tulevat visiot hoidon kehittämiseen.....	47
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET KONSTRUKTIOSTA	48
8.1 Kehittämistyön luotettavuus ja siirrettävyys	51
8.2 Hoitomallin juurruttaminen	54
LÄHTEET	57
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön laatima vammaispoliittinen ohjelma (VAMPO 2010 - 2015) ja Valvira (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) edellyttävät, että kehitysvammaisten osallisuutta, yhdenvertaisuutta ja itsemääräämisoikeutta tulee lisätä tuotettavissa palveluissa. Valviran tekemässä selvityksessä syksyllä 2012 ohjeistettiin, että itsemääräämisoikeutta tulisi asumisyksiköissä vahvistaa. (Valviran www-sivut, 2015)

Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy:n asiakkaista suurin osa on tällä hetkellä ikääntyviä kehitysvammaisia. Henkilökunnan kanssa keskustellessa nousi esiin tarve tietää ikääntyvän kehitys-vammaisen hoidon erityispiirteistä ja hoidossa huomioitavaista asioista, koska he kokivat tarvitsevänsä enemmän tietoa kehitysvammaisen ikääntymisestä. Tähän ei ole ollut aiemmin selvää tarvetta. Asiakkaiden ikääntyessä ikääntyvän kehitysvammaisen hyvän hoidon kehittäminen on kuitenkin noussut tarpeelliseksi kehittämiskohteeksi.

Palvelukodille on myönnetty ISO 9001:2008 laadunhallintasertifikaatti, joka edellyttää palveluiden jatkuvaa kehittämistä. Palvelukodin tulee myös profiloitua, jotta se pärjää kiristyvässä kilpailussa kansallisten yritysten lisätessä palveluitaan yrityksen toiminta-alueella.

Kehittämistarve lähtee niin henkilökunnasta kuin asiakkaista ja yrityksen tarpeesta. Hoitomallilla pyritään turvaamaan ikääntyvän kehitysvammaisen avuntarve huomioiden hänen oma toiminta-kykynsä ja voimavaransa. On tarjottava tarkoituksenmukaista, oireidenmukaista ja oikea-aikaista hoitoa jokaiselle ikääntyvälle kehitysvammaiselle yksilöllisesti. Pyrkimyksenä on ylläpitää ikääntyvän kehitysvammaisen omaa toimintakykyä mahdollisimman pitkään, turvaten mielekäs ja yksilöllinen hoito. Asiakkaille tulee tarjota ikääntymisestä tietoa selkokielellä siitä miten ikääntymisen tuomia esimerkiksi muisti- ja liikkumisen ongelmia voi itse ennaltaehkäistä.

(Suomen terveystieteiden tutkimuskeskusten verkkosivut 2015, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2015)

Opinnäytetyön, joka toteutettiin kehittämistyönä tarkoituksena oli kehittää ikääntyvän kehitysvammaisen hoitokäytäntöjä, luoda aiheesta koulutusmateriaali henkilökunnalle ja asiakkaille selkokielinen ohjausmateriaalia. Tämän lisäksi yhtenäistettiin hoidonohjausta ja mahdollistettiin näin asiakkaiden itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden toteutuminen entistä paremmin palvelu- ja hoitosuunnitelmia tehtäessä. Tästä kokonaisuudesta syntyi ikääntyvän kehitysvammaisen hoitomalli (IKEVA) palvelukoteihin.

Hoitomallia lähdettiin kehittämään kartoittamalla aiempia tutkimuksia ikääntyvien kehitysvammaisten hoitomallista tekemällä henkilökunnalle SWOT-kyselyt, joiden tarkoituksena oli kartoittaa henkilökunnan tarpeet ikääntyvien kehitysvammaisten hoidossa. Asiakkaille tehtiin haastattelut ikääntymisestä ja siitä miten he haluaisivat, että se hoidossa huomioidaan ja millaista tietoa he kaipasivat ikääntymisestä. Tältä pohjalta laadittiin selkokielinen esite ikääntymisestä yhdessä selkokeskuksen kanssa. Lisäksi toteutettiin vertaiskäyntejä yhteen kotimaiseen vanhustenpalvelu yksikköön. Lisäksi opinnäytetyön tekijä osallistui edistyksellinen vanhustenhuolto opintomatkalta Hollantiin. Vertaiskäyntien tarkoituksena oli kartoittaa hyviä käytäntöjä, jotka olisivat siirrettävissä palvelukotien käytäntöihin. Hollannin matkaa edelsi kattava tietopaketti vierailukohteista, jolloin kysymyksiä vierailukohteisiin oli helpompi miettiä etukäteen ja tutustumisesta sai enemmän irti.

2 PALVELUKODIT POMARKUN TILKKUTÄKKI OY

Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy tarjoaa vammaisille ja kehitysvammaisille palveluasumista. Yritys on perustettu vuonna 2007 jatkamaan yrittäjinä toimivien Susanna Haaran ja Jussi Hietasen äidin elämäntyötä. Etelärintein 10-paikkainen asumisyksikkö on aloittanut toimintansa vuonna 1994 ja Tiilituvan 22-paikkainen asumisyksikkö vuonna 2004. Etelärinne tarjoaa asumispalveluja kehitysvammaisille ja

Tiilitupa kehitysvammaisille ja muuten vammautuneille. Lisäksi tarjolla on kotona asuville kehitysvammaisille työtoimintaa, neuropsykiatrista valmennusta ja avohuollon ohjausta.

Yrityksen asumisyksiköt sijaitsevat Pomarkun keskustan tuntumassa. Molemmissa yksiköissä on suurehko piha-alue, jossa on helppo liikkua esteettömästi. Asiakkaat asuvat joko yhden tai kahden hengen huoneissa. Jokainen voi sisustaa huoneensa haluamallaan tavalla ja tarvittaessa asumisyksikkö avustaa sisustuksen kanssa.

Toiminnan tarkoituksena on taata kehitysvammaisille turvalliset ja kodikkaat elinolosuhteet. Lisäksi tukea ja auttaa asiakkaita päivittäisissä toimissa selviämisessä sekä olla luomassa heille mielekäs arki. Hyvä ja laadukas hoito tutkittuun ja näyttöön perustuvaan tietoon perustuen on hoitomme laadun kulmakiviä. Olemme sitoutuneet jatkuvaan kehittämiseen ja hoidon laadun parantamiseen. Toteutamme tätä yhteistyössä asiakkaidemme ja henkilökuntamme kanssa. (Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy:n [www-sivut](http://www.sivut) 2015)

Henkilökuntaa yksiköissä on kaikkiaan 32. Molemmissa yksiköissä on vastaava sairaanhoitaja ja hänen lisäkseen kaksi sairaanhoitajaa. Lähihoitajia tai vastaavan koulutuksen saaneita on yhteensä 14. Sosiaali alan opisto- tai AMK-koulutuksen saaneita on kaksi. Hoitoa avustavissa tehtävissä työskentelee 8, joista osa on alan opiskelijoita sekä keittäjä ja huoltomies. Perusperiaatteena on, että kaikki tekevät kaikkia työtehtäviä ammatillisen osaamisensa puitteissa. (Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy:n [www-sivut](http://www.sivut) 2015)

3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy:n (jatkossa Palvelukodit) henkilökunnan tarpeista nousi esiin ikääntyvän kehitysvammaisen hyvän hoidon kehittäminen. Asiakkaiden keski-ikä on noussut muutaman viimevuoden aikana tuntuvasti ja ikääntymi-

sen tuomat muutokset ovat tuoneet omat haasteensa hoitotyöhön. (Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy:n asiakastiedot 2015)

Toimintamallien ja ohjeiden on todettu edesauttavan uuden työntekijän perehdytystä ja helpottavan yhdenmukaisten hoitolinjojen säilymistä mikä tuo turvallisuuden tunteen asiakkaalle. (Työ-turvallisuuskeskus TTK www-sivut 2015, Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy:n laatukäsikirja 2015) Tämä jatkuva kehittäminen on laadunhallinta järjestelmämme ISO 9001:2008 säilymisen edellytys. Myös jatkuva muutos alalla vaatii pieniä asumisyksiköitä kehittämään ja profiloitumaan, jotta ne pärjäsivät hintakilpailuissa.

Asiakkaille tulee antaa tietoa siten, että he ymmärtävät sen. Asiakkaan saadessa omaa hoitoaan koskevaa tietoa ymmärrettävällä tavalla mahdollistuu hänen osallisuutensa hoitoa koskevassa päätöksenteossa, koska hän kykenee tuomaan oman näkökulmansa keskustelussa esille. (THL www-sivut 2015)

Opinnäytetyön tarkoitus on laatia ikääntyvän kehitysvammaisen hoitomalli toteutettavan hoidon tueksi ja ohjenuoraksi. Hoitomallin tarkoituksena on yhtenäistää toimintakäytännöt ja juurruttaa vertaiskäyntien hyvät käytännöt osaksi hoitotyötä. Hoitomalli juurrutetaan asumisyksiköihin esimiesten johdolla ja kuukausipalavereissa tarkastellaan hoitomallin käytettävyyttä ja eteenpäin kehittämistä. Näin pyritään varmistamaan hoidon hyvä laatu asiakastyössä ja mahdollistaa asiakkaiden osallisuus omaan hoitoonsa.

Tavoitteena on:

- Yhtenäistää hoidonohjausta, kuvata hoitokäytäntöjä ja mahdollistaa asiakkaiden itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden toteutuminen palvelu- ja hoitosuunnitelmia tehtäessä Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy:ssä.
- Koostaa koulutusmateriaali palvelukodin henkilökunnalle ja lisätä tietotaitoa ikääntyvän kehitysvammaisen hoidossa
- Tuottaa selkokielen ohjausmateriaali ikääntymisestä kehitysvammaisille ja neuropsykiatrisia erityisvaikeuksia omaavalle hoitomallin toteuttamisen tueksi ja yhteisen ymmärryksen saavuttamiseksi.

- Luoda hoitomalli IKEVA ikääntyvien kehitysvammaisten hoitoon palvelukotien asumisyksiköissä

4 AIEMMAT TUTKIMUKSET IKÄÄNTYVÄN KEHITYSVAMMAISEN HOIDOSTA

Aiempiä tutkimuksia ikääntyvän kehitysvammaisen hoidosta ei löydy ylempänä korkeakoulututkintona. Downin syndrooma diagnoosin saaneiden ikääntymistä sitä vastoin on tutkittu. Ikääntyvän kehitysvammaisen tutkimus on vasta hyvin alkuvaiheessa, koska heidän keski-ikänsä on sittemmin viime vuosikymmeninä noussut hyvän hoidon ansiosta. Downin oireyhtymään itsessään liittyy riski erilaisista elinikää lyhentävistä sairauksista, joista yksi on Alzheimerin tauti. Tämä siksi, että ”amyloidiplakkien kertymistä ohjaava geeni on samassa kromosomissa kuin Downin oireyhtymä kantajilla on ylimääräinen kappale. Tästä syystä kaikilla kuolleilla 40 -vuotta täyttäneillä Down-ihmisillä on voitu todeta taudin oireita (Näslindh-Yispangar 2012,98).”

Dementiaa esiintyy kehitysvammaisilla enemmän ja aiemmin kuin muulla väestöllä. Varhaisimmat kognitiiviset muutokset, jotka kehitysvammaisilla esiintyvät ovat muisti- ja orientaatiohäiriöt. Tämän jälkeen ilmenevät käytösoireet, kommunikaation ja toimintakyvyn heikentyminen. (Koskentausta, T. 2006) Kehitysvamma diagnoosin saaneet elävät toimintakykyisempinä yhä pidempään. Heitä on arvioitu olevan kaikkiaan väestössä 0,8-0,9 %. Britanniassa ja Yhdysvalloissa elinajanodote kehitysvammaisilla oli samalla tasolla muun väestön kanssa jo 2001. Australiassa kehitysvammaisten elinikään on todettu vaikuttavan negatiivisesti geneettinen sairaus. Eliniän odote vaihtelee myös lievän, keskivaikean ja vaikean kehitysvamman välillä, siten, että lievässä kehitysvammassa elinajan odote on korkein yli 70 vuotta, keskivaikeassa noin 7 vuotta vähemmän ja vaikeassa elinikä jää alle 60 ikävuoteen. (Bittles, Pettersson, Sullivan, Hussain, Glasson & Montgomery 2002) Tilastollisesti ei pystytä osoittamaan kehitysvammaisten määrää, koska 65-vuotiaat saavat vanhuuseläkettä eivätkä enää työkyvyttömyyseläkettä. Mikäli vammaisuuden perusteella ei

ole myönnetty hoitotukea ovat ikääntyneet kehitysvammaiset tilastoissa näkymättömiä. (Näslindh-Yispangar 2012, 98-99).

Kehitysvammaisen ikääntymistä suojaa useat eri tekijät, kun tarkastellaan yksilön toimintakykyä ja elämää. Näitä tekijöitä on asumispalvelut, joissa tarvittu apu ja tuki ovat lähellä ennen ikääntymistä. Yhteisöllinen asuminen, jossa sosiaaliset suhteet ja verkostot tukevat kehitysvammaista. Tällöin kehitysvammaisen ei koe yksinäisyyttä, mikä muuten toisi omat haasteensa yksilön hyvinvointiin. Terveyttä edistävät tekijät ovat säännöllinen päivärytmi, monipuolinen ravinto, hygieniasta huolehtiminen ja valvotusti toteutettu lääkehoito. Terveystilan muutoksia yksiköissä seurataan jatkuvasti ja niiden muutokset huomioidaan osana kokonaishoitoa ja hoidontarvetta. Kehitysvammaisten tupakointi ja alkoholikäyttö on vähäistä. Työtehtävät eivät ole aiheuttaneet stressiperäisiä sairauksia ja koettu stressi on vähäistä. (Näslindh-Yispangar 2012,100-101).

On todettu, että kehitysvammaisten kanssa ennaltaehkäisevästi tehty työ psykososiaalinen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin turvaamiseksi on tärkeää. Tämä pitää sisälleen monipuolista ravintoa, perusterveydenhoitoa, vuorovaikutuksen ja osallisuuden tukemista, aistitoimintojen heikkenemisen seurantaa ja lääkkeiden asianmukainen ja suunniteltu käyttö. Mielekkään arjen luominen, kehitysvammaisen omien toiveiden, taitojen ja osaamisen huomioiminen toiminnan suunnittelussa. Mahdollisuus vaikuttaa itseä koskeviin asioihin lisää hyvinvointia ja osallisuuden tunnetta. (Näslindh-Yispangar 2012,103-104).

Kehitysvammaisten ryhmäkodeissa on koettu hyväksi asiakkaiden ikähajonta, jolloin omia ikääntyvän kehitysvammaisen yksiköitä ei tarvita. Kehitysvammaisten sijoittaminen muuhun asumispalveluun ei palvele kokemusten perusteella osallisuutta yksikön yhteisiin toimintoihin tai yksikön ulkopuolella tapahtuvaan toimintaan. Suhteet muihin asiakkaisiin saattavat olla ongelmallisia. Vanhuspalveluihin sijoitetut kehitysvammaiset saattavat kokea yksinäisyyttä ja välttämättä ei ole ketään joka ajaisi heidän etuaan. (Näslindh-Yispangar 2012,103-104).

4.1 Kirjallisuuskatsaus ikääntyvän kehitysvammaisen hoidosta

Kirjallisuushaku tätä työtä varten tehtiin määrittelemällä ensin tutkimusaiheeksi ikääntyvä kehitysvammaisen. Tämän jälkeen hakusanoiksi valikoitui kehitysvammaisen, ikääntyvä, vanhus, hoitomalli, disabled, elderly/ , retard, mentally disabled, handicapped, care sekä näiden lyhenteet. Rajauksena käytettiin vuosia 2000 - 2015. Hakukielenä käytettiin suomea ja englantia. Tietokannat, joista hakuja tehtiin, olivat Medic, Linda ja Arto. Kirjallisuushaku tehtiin ensin joulukuusta 2014- helmikuuhun 2015. Tarkistushaku tehtiin vielä tammikuussa 2016 samoin hakusanoin.

1. Kirjallisuushaku

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulokset	Hyväksytyt
Medic	kehitysvam* AND ikään*	39	0
	kehitysvam* AND vanhu*	1	0
	disabled* AND aged*	56	0
	retard* AND aged*	10	0
	care* disabled*	19	0
Arto	ikäant? kehitysvam? AND vanhu*	23	3
	retard* AND aged*	0	0
	disabled AND aged	0	0
	disabled* AND elder*	0	0
	care* disabled*	0	0
Melinda	Kehitysvam?	28	1
	vanhus? JA Kehitysvam?ikäntyny?	0	0

Aiempiä tutkimuksia haettiin Medic tietokannasta, josta löytyi julkaisuja, jotka eivät aihealueeltaan tai sisällöltään koskeneet opinnäytetyön aihepiiriä. Hakuja tehtiin 1. rivillä: kehitysvam* 2 rivillä: ikään*, josta tuli 39 hakutulosta. Toinen haku tehtiin 1.rivillä: kehitysvam* AND 2 rivillä: vanhu*, josta tuli yksi osuma. Kolmas haku 1 rivillä: disabled* AND 2.rivillä: aged* tuotti 56 hakutulosta. Neljäs haku tuotti 10 osumaa ja se tehtiin sanahaualla 1. rivillä: aged* AND 2.rivillä. retard* Viimeinen hakuyhdistelmä oli 1 rivillä: retard* AND 2 rivillä: aged* AND 3 rivillä: care* tuotti 19 hakutulosta. Haku rajattiin vuosille 2000 - 2015.

Arto tietokannasta löytyi hakusana 1: rivillä ikäänt? 2: rivillä kehitysvam? hakuyhdistelmällä 3 osumaa. Nämä hakuyhdistelmät eivät tuottaneet hakutuloksia: 1.rivillä: vanhu* AND 2.rivillä: retard* , 1.rivillä: aged* AND 2.rivillä: disabled, 1.rivillä: aged AND 2 rivillä: disabled* ja 1.rivillä: elder* AND 2 rivillä: care AND 3. rivillä: disabled*. Haku rajattiin vuosille 2000 - 2015.

Melinda tietokannasta haku tehtiin hakusanoilla 1. Rivillä: Kehitysvam? JA 2.rivillä: vanhus?, mikä tuotti 28 hakutulosta. Toinen haku tehtiin sanoilla 1.rivillä: Kehitysvam? JA 2.rivillä ikääntyny, mikä ei tuottanut yhtään tulosta. Haku rajattiin vuosille 2000 - 2015.

Haku ei tuottanut varsinaisia tutkimustuloksia. Hakutuloksia kertyi kaikkiaan 176. Määritellyt valinta- ja poissulkukriteerit ohjasivat aineiston valintaa. Aineiston tuli koskea kehitysvammaisen ikääntymistä tai vanhenemista sekä hoitoa. Aineiston tuli olla ilmaiseksi saatavilla kokonaan ja julkaisu 2000 - 2015 vuosien aikana. Artikkelien tuli myös olla joko suomen tai englannin kielellä. Liian vaikea kielellinen ilmaisu englanninkielisissä julkaisuissa jätettiin pois käännösvirheiden välttämiseksi. Katsaukseen valittiin aineisto, joka käsittelee kehitysvammaisen ikääntymistä. Otsikon perusteella valittiin kuusi aineistoa, joista karsiutui sisällön perusteella kaksi pois. Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttiin neljä aineistoa. Yksikään niistä ei ole varsinainen tutkimus tai korkeakoulutyö. Yksi terveydenhuoltotutkimus löytyi vahingossa, mikä käsitteli ikääntyvää Down-henkilöä. Sen liitin osaksi tätä työtä.

Kehitysvammaisenkin ikääntyä kirjallisuuskatsaus

Vastausta millainen on ikääntyvän kehitysvammaisen hyvä hoito, ei löytynyt aineistosta. Aineistossa todetaan, että kehitysvammaisten elinikä on vasta viimevuosina noussut ja kehitysvammaisenkin ikääntyy. Eliniän odote on sama kuin valtaväestöllä. (Ketju 4 2014, 40-41) Vuonna 2004 on käynnistynyt ikääntyvien kehitysvammaisten ikäprojekti kehitysvammaliitossa, jossa suuntana on parempi vanhuus. (Numminen, Vesala, Ainila & Järveläinen 2005, 4)

Dementian on todettu jäävän liian usein kehitysvammaisilta huomaamatta, sen oireet on ajateltu liittyvän muuten kehitysvammaisen toimintakyvyn laskuun.(Puhakka, 2002) Tämän lisäksi dementian oireet näkyvät kommunikoinnissa, käyttäytymisessä ja ymmärtämisen alueella, joissa kehitysvammaisen jo normaalisti tarvitsee päivittäistä apua, näin oireet voi jäädä huomaamatta. Kehitysvammaisen dementiasta on myös vielä vähän tietoa. (Puhakka, 2002)

Kehitysvammaisten Down-henkilöiden dementiaa on tutkittu ja aiheesta on tehty terveydenhuoltotutkimus, jonka mukaan Downin oireyhtymä on 10-15% kaikista kehitysvammoista ja siihen liittyy ennenaikainen riski sairastua muistisairauteen. Tutkimuksessa huomattiin, että kognitiivis-fyysisinä oireina ilmenee energiatason lasku, omatoimisuuden ja ymmärtämisen heikkeneminen. Psykososiaalisina oireina tulivat esiin ärtyneisyys, keskittymishäiriöt, eristäytyminen muista ja persoonallisuuden muutokset. Oireet ovat tyypillisiä dementian oireita. Asumispalvelut, päivä- ja työtoimintapalvelut katsottiin toimiviksi kokonaisuuksiksi. Perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta katsottiin Down-henkilöiden saavan tarvittavat palvelut. (Arvio, Ajasto, Koskinen, & Louhiala 2013)

5 IKÄÄNTYVÄN KEHITYSVAMMAISEN HOITOMALLIN LUOMINEN

Hoitomalleja on kehitetty hoitotyössä eri asiakasryhmille onnistuneesti. Tunnetuimpia hoitomalleja ovat Keroputaan hoitomalli mielenterveyskuntoutujille ja uusimpana PISARA-hoitomalli pitkäaikaissairauksien hoitoon. Yhteistä näille kaikille hoitomalleille on, että niitä on kehitetty moniammatillisesti yhdessä asiakkaiden ja henkilökunnan kanssa. Hoitomalli käsittää yleensä hoitoon keskeisesti kuuluvat elementit, jotka vaikuttavat asiakkaan hoitoon ja kuntoutumiseen. Ne ovat tarkoin valikoitu ja niiden positiivisesta vaikutuksista on olemassa olevaa aiempaa näyttöä. (Yle Areenan www-sivut 2016, Salmi 2013, Osviitta 1/2014, HOTUS www-sivut 2016)

Hoitomallia rakennettaessa arvioidaan aiempaa tietoa käytettävissä olevista hoitomenetelmistä mitkä ovat niiden haitat ja hyödyt asiakkaalle. Asiakkaan yksilölliset tarpeet otetaan huomioon hoidon toteutuksessa ja hoitajat arvioivat aiempien tutkimusten perusteella millaiset hoitomenetelmät toimivat kunkin asiakasryhmän kanssa ja suunnittelevat asiakkaan kanssa yhdessä hoidon toteutuksen. Näyttöön perustuva toiminta yhtenäistää asiakasryhmän hoidon siten, että hoito on kaikille tasalaatuista. Näyttöä tulee olla laajasti, jotta voidaan käyttää näyttöön perustuvaa hoitomallia. (HOTUS www-sivut 2016)

Keroputaan hoitomallin yksi keskeinen tekijä on dialogi asiakkaan ja hoitavan henkilökunnan välillä. Keskeistä on, että henkilökunta ei kykene muuttamaan asiakasta tai hänen läheisiään vaan muutos lähtee toimijoiden eli tässä tapauksessa asiakkaasta ja hänen perheestään käsin. Dialogia ajatellaan kokonaisvaltaisena kohtaamisena, aivan samalla tavalla tässä kehitettävässä mallissa pyritään luomaan parempi yhteinen ymmärrys ratkaisukeskeisen vuorovaikutuksen keinoin kehitysvammaisten kanssa. (Osviitta 1/2014)

PISARA-hoitomallissa yhtenä lähtökohtana oli asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys. Asiakaslähtöisyys siten, että asiakas itse on aktiivisena toimijana suunnittelemassa hoitoaan ja suunnitellaan yksilöllinen hoidon toteutus. Asiakkaiden omia voimavaroja pyrittiin löytämään ja tukemaan siten, että hän voimaantuu. Hoitomallin kehittämisen aikana henkilökuntaa koulutettiin, jotta he kykenisivät toteuttamaan uutta hoitomallia paremmin omassa työssään. Tavoitteena oli myös lisätä kokonaishyvinvoinnin edistämisen menetelmien tietämystä henkilökunnalle kolmannen sektorin palveluiden tarjonnan tietämystä lisäämällä ja miten niitä voi hyödyntää osana kokonaishoitoa. PISARA-hoitomalli on kaiken kaikkiaan laaja hoitomalli, joka on Oulussa kehitetty ja yllä oleva teksti on vain pieni osa isoa kokonaisuutta. (Salmi 2013)

5.1 Ikääntyvä kehitysvammainen ja asiakaslähtöisyys kehitysvammatyössä

Kehitysvammainen

Henkilö, jonka kehitys tai henkinen toimintakyky on myöhästynyt tai estynyt synnynäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vamman tai vian seurauksena kutsutaan kehitysvammaiseksi. Voidaan myös määritellä yksilön toimintakyky laaja-alaisesti rajoittuneeksi. Kehitysvamma ilmenee yksilön ymmärryksen alueella ja hänen on haaste oppia uutta ja soveltaa tätä oppimaansa tietoa muuttuvissa tilanteissa sekä hallita omaa itsenäistä elämäänsä. ICD-10 määritelmän mukaan älykkyydosamäärä psykologin tutkimuksessa jää alle 70:n, adaptiiviset taidot eivät vastaa yksilön ikää vaan jää niiden alle ja vamma ilmenee ennen 18-vuoden ikää. Kehitysvammaisen taidot jäävät heikommiksi kuin vastaavan ikätoverin ja tämä ilmenee usein laaja-alaisena sosiaalisten, kielellisten, älyllisten, omatoimisuuden ja motoristen taitojen alueella sekä tarkkaavuudessa ja hahmotuskyvyssä. (Arvio & Aaltonen 2011, 12.) Kehitysvammaisen älylliset rajoitukset estävät ja heikentävät sopeutumista ympäristöön. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kyseessä ei ole sairaus vaan ympäristön vaatimukset ja yksilön toimintaedellytykset eivät kohtaa. (Kaski, Manninen, Mölsä & Pihko 2002, 31, Näslindh-Yispangar 2012, 93.)

Kehitysvammaiset ovat erilaisia yksilöitä, suurin yhtenäinen kehitysvammaisten ryhmä on Down-henkilö, joita on 10 -15 % kehitysvammaisista. Kehitysvammaiset ovat keskenään heterogeeninen ryhmä kehitysvamman vaikeusasteen, somaattisten sairauksien ja neuropsykologisten liitännäisoireiden osalta. Kun älykkyydikä (ÄÖ) on alle 35, kehitysvammaan liittyy usein myös muita vammoja ja liitännäissairauksia. Kehitysvammaisen ÄÖ on välillä 0-69, kun muulla väestöllä ÄÖ on pääosin 80 - 120 välillä. (Arvio & Aaltonen 2011,12.)

Ikääntyvä kehitysvammainen

Ikäihmisistä käytetään nykyisin erilaisia käsitteitä harvemmin kuitenkaan enää vanhus käsitettä. Ikääntyvät ovat nykyisin melko hyväkuntoisia ja terveitä yli 65-vuotiaita. Heistä palveluiden piirissä on vain yksi neljäsosa ja suurimman palvelu-

tarpeen saa aikaan dementia sairaudet ja mielenterveyden ongelmat. Ikääntyvien sosioekonominen asema vaihtelee, osa on hyväosaisia ja toiset taas syrjäytyneitä. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 42).

Suuri osa ikääntymisen tuomista muutoksista on luonnollisia. Ikääntyvän toimintakyky heikkenee, psyykkisesti ikääntynyt haavoittuu helpommin, uusien ulkoisten asioiden oppiminen ja asioiden mieleen painaminen heikkenee, luonteenpiirteet tulevat voimakkaammin esiin ja lähimuisti toimii heikommin. Aistitoiminnot muuttuvat myös esimerkiksi kuulo heikkenee ja omalta osaltaan vaikuttavat ikääntyneen selviytymiseen. Jotta voidaan toteuttaa hyvää ja laadukasta ikääntyvän hoitoa on tunnettava niin normaalit ikääntymisen tuomat muutokset kuin myös sairauksien tuomat muutokset ikääntyneillä sekä yksilölliset ominaisuudet ja merkitykset. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 42).

Ikääntyneeksi kehitysvammaiseksi katsotaan 50 vuotta täyttänyt henkilö. On kuitenkin huomattu, että ennaltaehkäisevä työ psykososiaalisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin turvaamiseksi on tärkeää. Käytännössä nämä asiat tarkoittavat monipuolista ravintoa, hyvää perusterveydenhoitoa, vuorovaikutuksen ja osallisuuden tukemista. Tärkeää on kiinnittää huomio näön ja kuulon heikkenemiseen sekä lääkityksen tarkoituksenmukaisuuteen. On nähty tarpeellisena, että kehitys-vammaisen voi itse vaikuttaa omaan iänmukaiseen ja mielekkääseen toimintaan sekä omaa elämäänsä koskeviin valintoihin ja päätöksiin. Ne edistävät henkilön psyykkistä hyvinvointia. Suuri merkitys on liikkumisen ja fyysisen kunnon sekä toimintakyvyn ylläpidossa. (Näslindh-Yispangar, 2012,103.)

Asiakkuus alkaa, kun asiakas, omainen tai muu taho esimerkiksi sosiaalitoimi ottaa yhteyttä palveluiden tuottajaan ja kertoo palveluiden tarpeesta. Palveluiden tuottaja kartoittaa asiakkaan palveluiden tarpeen ja kertoo tarjoamiensa palveluiden sisällöistä. Palveluiden tuottaja ohjaa prosessin etenemistä ja tuo esiin toimintansa tavoitteita asiakkaalle. Yhdessä laaditaan asiakkaan tarpeita vastaava palvelusuunnitelma. Asiakas vastaa annettujen tietojen oikeellisuudesta. (Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi, 2012, 21 – 22.)

Asiakkaalle tulee tarjota palveluita, jotka vastaavat hänen tarpeitaan. Asiakaslähtöisessä tavassa tarjota palvelut lähtökohta on aina asiakkaassa, ei palveluiden tuottajassa. Hoivayrityksen tulee mahdollistaa resurssit, jotka asiakas tarvitsee selviytyäkseen omassa arjessaan. Kaikki palvelut eivät kuitenkaan ole ns. peruspalveluita vaan ne asiakas ostaa lisäpalveluna joko palvelun tuottajalta tai jostakin muualta niin halutesaan. (Hiltunen, Karjalainen, Mannio, Pättiniemi, Pötry, Savolainen, Tainio, Tirkkonen & Välke 2007, 53.)

Asiakkaan tulee kokea, että saa hyvää hoitoa jokaiselta häntä hoitavalta taholta, ei riittä, että vain osa työntekijöistä hoitaa häntä hyvin ja osa vähän sinne päin. Yhteisen hoitolinjan sopiminen ja pitäminen kaikkien asiakkaan hoitoon osallistuvien kanssa on oltava saumatonta, tasalaatuista ja sujuvaa. Asiakkaan tulee olla mukana häntä koskevassa hoito- ja kuntoutuslinjausten päätöksen-teossa. (Hiltunen ym.2007, 74)

5.1.1 Kehitysvammaisen osallisuus

Osallisuutta tarkastellaan riittävän toimeentulon ja hyvinvoinnin, toiminnallisen sekä yhteisöllisen osallisuuden lähtökohdista. Kun näiltä osa-alueilta jokin puuttuu, vähennee yksilön osallisuus yhteisössä. Osallisuutta lisäämällä pyritään ennaltaehkäisemään köyhyyttä, syrjäytymistä ja eriarvoisuutta. Osallisuus mielletään myös yksilöiden henkilökohtaiseksi tunteeksi siitä mihin he kokevat kuuluvansa esimerkiksi harrastuksen mukana tuoma yhteisö. (THL www-sivut 2015)

Yhteiskunnallisesti osallisuus mahdollistaa terveyden hoidon, koulutuksen, työn teon, toimeentulon, harrastukset ja järjestötoimintaan osallistumisen, mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon demokratian keinoin sekä turvallisen asumismuodon ja sosiaaliset suhteet. Osallisuuteen vaikuttaa myös yksilön oma aktiivisuus ja verkostot elämänkaaren eri vaiheissa ja niiden vaikutusten mukaan. (THL www-sivut 2015)

Hoitotyössä osallisuutta voidaan lisätä esimerkiksi vahvistamalla asiakkaan omia voimavaroja, takaamalla turvallinen ja esteetön elinympäristö, vapaa-ajan harrastustoiminnan mahdollistaminen. (THL www-sivut 2015)

5.1.2 Yksilöllisyys hoitotyössä

Yksilöllisyys pyrkii edistämään yksilön hyvää, oikeuksia ja hyveitä eli näkemään esimerkiksi voimavaroja ja toimintakykyä ylläpitäviä tekijöitä, joita vahvistamalla yksilön kanssaan yhdessä tasavertaisesti sovittuja menetelmiä hyödyntäen hän selviää omassa arjessaan paremmin. Yhteiskunnallisesti tarkasteltuna tämä tarkoittaa sitä, kun yhteiskunnassa yksilö voi hyvin, se edistää myös yhteiskunnallista hyvinvointia. Yksilöllisyyttä tarkastellessa tulee huomioida myös yhteisöllisen kokonaisuuden hyvä. (Baggini & Fosel 2012, 221)

Kantaessamme vastuuta toisesta ihmisestä -asiakkaasta hoitotyössä merkitsee se sitä, että hänet on kohdattava ainutlaatuisena ja arvokkaana ihmisenä, joka kykenee tekemään omia arvovalintoja. On huomioitava, että hän omaa henkilökohtaisen näkemysensä omasta terveydentilastaan ja on siten itsensä paras asiantuntija. Hoitotyössä tulee potilaan kokea, että häntä arvostetaan sellaisena kuin hän on ja hänen oloaan helpotetaan kaikin mahdollisin keinoin. Hoitotyössä toimitaan ihmisvastuista, jolloin kohdellaan asiakasta oikeudenmukaisesti ja ihmisarvoa kunnioittaen. Tehdään hyvää ja vältetään pahan tekemistä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 28)

5.1.3 Kehitysvammaisen itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus oikeuttaa autonomiseen päätöksentekoon henkilöä koskevassa päätöksenteossa. Lääketieteellisessä etiikassa katsotaan yksilön autonomiaa niin vahvaksi, ettei hänelle tulisi antaa mitään hoitoa ilman hänen vapaata tahtoaan. Lääketieteessä kuitenkin katsotaan, että potilaan tulee ymmärtää mitä hänelle tehdään, millaisia riskejä siihen sisältyy ja millaiset seuraukset tästä tulevat sekä suostua hoitoon kaiken tuon ymmärryksen valossa, jotta autonomia voidaan päätöksenteossa hänelle suoda. Mikäli lääkäri ei ole käytössään tietoon perustuvaa suostumusta, on hänen toimittava holhoavasti. Haasteena on määrittää minkä verran on potilaan ymmärtämä riittävä tieto. (Baggini & Fosel 2012, 27-28)

Jokaisella on oikeus elää ainutkertaista omaa elämää ja tehdä itseään koskevia valintoja. Jokaisella ihmisellä on ihmisarvo, joka oikeuttaa itsemääräämisoikeuteen. Omat

arvot, vakaumus ja arvostuksen kohteet määrittävät jokaisen päätöksiä kaikilla elämänaikavälillä. Itsemääräämisoikeus on ihmisoikeus, oikeus vapaudesta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 137-138.)

Kehitysvammatyössä on hyödynnetty tuettua päätöksentekoa. Tuetulla päätöksenteolla pyritään vahvistamaan vaikeiden asioiden ymmärtämistä, antamaan tietoa ja auttamaan arjen asioista päätettäessä antaen vaihtoehtoja ja ratkaisumahdollisuuksia. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2015.)

5.1.4 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuus tarkoittaa hyvää ja oikeanlaista hoitoa, ammattitaitoista henkilökuntaa, riskien kartoittamista, ennaltaehkäiseviä käytäntöjä ja toimintaa virheiden osalta sekä korjaavien toimintatapojen hyödyntämistä yhdessä oppien. Potilasturvallisuus kuuluu kaikille työyksikössä ja se pitää sisällään potilaan hoidon, toteutettavan lääkehoidon ja lääkinnällisten laitteiden turvallisuuden. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2015.)

Potilasturvallisuudessa esiin nousee läheltä piti- tilanteita tai häiritsevyyksiä. Oikeanlaisella toiminnalla näitä tilanteita pystytään ennaltaehkäisemään ja suunnittelemaan toimintamallit riskitilanteiden varalle. Läheltä piti- tilanteessa potilaalle ei koitu haittaa vaan virhe huomataan ajoissa. Häiritsevyyksessä potilas kokee jonkinlaisen vaaratapahtuman, mikä ei kuulu hänen hoitoonsa. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2015.)

Tärkeää on tunnistaa työn prosessien eri vaiheet ja kartoittaa riskitekijät ja –tilanteet sekä suunnitella niihin ennakointimenetelmät. Tämä on yksi iso osa potilasturvallisen hoitotyön toteutusta, mihin laadukas hoitotyö pyrkii. (ISO 9001:2015 laatustandardi)

5.1.5 Selkokieli asiakaslähtöisessä kehitysvammatyössä

Taitavampi keskustelija selkokieltä hyödynnettäessä muokkaa viestiään sanastoltaan, sisällöltään ja rakenteeltaan helposti ymmärrettävään muotoon. Tämä tarkoittaa sitä, että keskustelija huomioi yksilölliset muokkaustarpeet ja viestintäkeinot. Selkokieli on englanniksi plain english eli pelkistetty kieli. Suomessa tämä tarkoittaa pelkistetyksi muokattua yleiskieltä. Selkokielen tukena viestinnässä hyödynnetään myös keskustelukumppanin tukena mm. ilmeitä, eleitä, kuvia, viittomia tai piirtämistä. Pelkistetyn yleiskielen avulla pyritään helpottamaan molemmin puolista ymmärtämistä ja tukemaan osallisuutta vuorovaikutukseen. (Kartio 2010, 8.)

Selkokieli soveltuu kaikille niille, jotka tarvitsevat apua puheen tukemisessa, tekstin ymmärryksessä tai lukemisessa, ei ainoastaan kehitysvammaisille. Muita ryhmiä on mm. ikäihmiset, muisti-sairaat, maahanmuuttajat ja ne, joilla on kielellisiä erityisvaikeuksia. (Kartio 2010, 8) Pelkistettyä yleiskieltä tuotettaessa on huomioitava ympäristö, jossa selkokielen elää ja on. On tarkkailtava millainen tämä ympäristö on sanallisesti ja kielellisesti. (Kartio 2010, 18.)

Keskusteltaessa selkokielellä tulee aina varmistaa, että keskustelukumppani on ymmärtänyt asian oikein ja siksi keskustelussa tulee edetä asia kerrallaan. Keskusteltaessa tulee huomioida keskustelukumppanin ikä, mitä hän tietää keskusteltavasta asiasta ennestään ja millainen tausta hänellä on. Hänelle tuttuja sanoja kannattaa käyttää ja muistaa, että aikuisen kanssa keskustellaan aina aikuisten kieltä. (Kartio 2010, 14.) Kielikuvien ja vertausten käyttöä kannatta varoa, mikäli niitä käyttää tulee ne ennalta selvittää. Arjessa kielikuvia voi olla mm. pöydän jalka tai kansi, nämä vertauskuvat tulee aina selittää keskustelukumppanille niin, että hän ymmärtää ne oikein. Kaikkia kielikuvia ei saa pois karsittua, joten kannattaa käyttää niistä vain välttämättömät. (Kartio 2010, 18.)

Selkokieltä kirjoitettaessa tulee noudattaa yleisiä kirjoitusohjeita ja kielenhuollon suosituksia sekä kirjoittaa oikeaa ja hyvää suomea. Selkokielisessä tekstissä tulee oikean tekniikan ja ohjeiden lisäksi näkyä myös kirjoittajan oma luovuus. On huomioitava se, että annettu otsikko vastaa tuotettua sanomaa. Aiheen valinta ja tarkentaminen on tärkeä osa kirjoitustyötä. Keskeistä on myös selvittää hyötykö selkokielen

käyttäjä aihevalinnasta ja tarvitseeko hän tietoa, jota on tarkoitus muokata selkokielelle. Kohderyhmä on hyvä selkiyttää ennen kuin aiheesta alkaa kirjoittamaan. Aineisto on hyvä luettaa lukijaryhmällä ja koota pohdinnat ylös miten teksti ymmärretään ja koetaan. Lukijan aiemmin tieto aiheesta on myös hyvä selvittää, jotta aineisto vastaa niihin kysymyksiin, joista ei vielä ole tietoa. (Virtanen 2012, 68 - 73)

Selkokielessä tulee huomioida kenelle kirjoitetaan, kenelle viestillä on jokin merkitys. Ylimääräinen teksti ja tieto, joka on ainoastaan taustayhteisölle tärkeä, kannattaa jättää pois. Yhteen virkkeeseen vain vähän asiaa, koska se helpottaa asian hahmottamista. Teksti tulee kirjoittaa siten yksinkertaisesti, että kaikki ymmärtävät asian samalla tavalla. Asioiden esittely ja läpikäynti järjestys tulee pohtia myös ennalta. Rakente ei saa olla liian raskas vaan selkeä ja johdonmukainen siten se on helppo ymmärtää. (Virtanen 2012, 76) Sanojen ja lauseiden verbi ja sijamuotoja eikä passiivia kannata käyttää. (Virtanen 2012, 94) Valittu asia tulee rajata niin, että lukijan on helppo omaksua asiat, jotka halutaan tuoda esille. (Virtanen 2012, 76)

Sanat, joita käytetään, on ennalta hyvä pohtia tarkkaan, sillä niiden on oltava jokapäiväisiä, käyttäjälleen tuttuja sanoja. Murteita ja slangia ym. erikoiskielten sanoja kannattaa välttää. Vaikeat ja monimutkaiset sanat ja sanonnat on avattava tekstissä niin, että lukijalle selviää mitä niillä tarkoitetaan. (Virtanen 2012, 82) Ydinsanat tulee toistaa, jotta ne jäävät lukijalle mieleen. Sama koskee myös outoja ja vieraampia sanoja. Vieraat sanat avataan ensin ja sen jälkeen yhdistetään ne asiayhteyteen. Jos vieras sana on selittämisen jälkeen vielä keskustelukumppanille outo, kannattaa miettiä sille kiertoilmaisu (Kartio 2010, 19) Pitkiä sanoja kannattaa välttää, koska ne hidastavat lukemista ja näin myös vaikeuttavat sitä, tällaisia sanoja on esim. moniosaiset yhdyssanat. (Virtanen 2012, 86)

Selkokeskus auttaa selkokieltä koskevissa asioissa. Se on aloittanut toimintansa vuonna 2000. Sen tarkoituksena on edistää selkokielen käyttöä, tiedotusta, tiedonvälitystä ja kulttuuria. Selko-keskukselta saa ohjeita selkokielen kirjoittamiseen ja tekstin muokkauspalvelua. (Selkokeskuksen www-sivut 2015)

6 KONSTRUKTIIVINEN TUTKIMUS

Konstruktiiivinen lähestymistapa edistää kestäväää kehitystä, vastuullisia ja oikeudenmukaisia toimintakäytänteitä. Konstruktiiivinen lähestymistapa lähtee liikkeelle aina havaitusta ongelmasta ja halusta ratkaista se. Oletus on, että uusi konstruktio toimii paremmin. Oletus perustuu tutkittuun tietoon ja omiin oletuksiin. Tutkimukselle tulee varata myös aikaa, jotta aiempaa tutkimustietoa ehditään tutkia ja uusi konstruktio ehditään luomaan. Uusi konstruktio tarvitsee tuekseen tutkittua tietoa . Se tulee myös testata ja arvioida miten se soveltuu hyödynnettäväksi muissa toimintaympäristöissä. (Metodix www-sivut 2016).

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana voi olla yksittäistapaus. Tutkijan tulee ymmärtää tutkittavaa kohdetta, jolla hän toimii. (Hirsjärvi ym. 2010, 181) Konstruktiiivisessa tutkimuksessa uusi luotu toimintatapa ja –malli voidaan nähdä toimivana kohdeorganisaatiossa, johon se luotu vaikka siihen ei löydy riittäväää teoreettista taustaa. Tällöin voidaan turvautua empiiriseen tietoon ja hyödyntää sitä tutkimustyön tukena. (Metodix www-sivut 2016). Empiiristä tietoa sisältää näyttöön perustuvat toimintatavat ja valtakunnalliset suositukset, joita tässä työssä on käytetty teoreettisena tukena. Hyväksi koetut käytännöt on tässä työssä myös sidottu osaksi kokonaisuutta.

Konstruktiiivinen tutkimusote soveltuu hyvin uuden mallin kehittämisen tueksi, koska se etsii ratkaisua todelliseen ongelmaan hoitotyön arjessa tuottaen uuden ratkaisun tai toimintamallin havaittuun ongelmaan. Tutkimusmenetelmän luonne on kokeellinen ja se mahdollistaa teorian tiedon ja käytännön kokemuksen sekä havaintojen yhteensovittamisen uudeksi konstruktioiksi. (Metodix www-sivut 2016)

Kehittämismenetelmän kuvaus

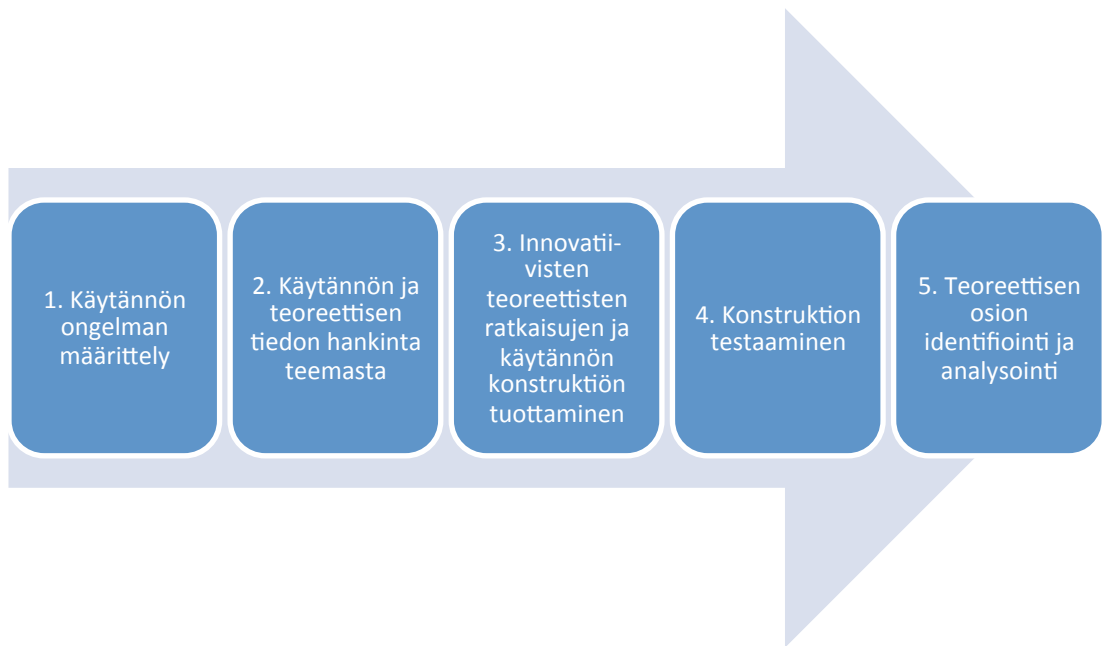
Toiminnallisessa menetelmässä yhdistyy ammatillinen tieto ja taito, jossa toiminta ja teoria kohtaavat. Siinä yhdistyy myös käyttäjätutkimus ja ammatilliset viestintätaidot. Konstruktiiivinen tutkimus on käytännönläheinen tapa lähestyä havaittua ongelmaa, jolla pyritään luomaan uusi toimintatapa tai rakenne. Uusi toimintatapa luodaan

kerättyä uutta käytännön tietoa hyödyntäen. Ongelma pyritään ratkaisemaan tutkitun tiedon ja uuden näkökulman pohjalta siten, että se sidotaan teoria tietoon. Ratkaisu on myös puolueeton sen kohdeorganisaatiolle. (Moilanen, Ojasalo, Ritalahti, 65 - 66) Tässä työssä on turvauduttu tutkimustiedon sijasta hoitosuositukseen ja hyviin käytäntöihin, koska aiempaa tutkittua tietoa on vähän saatavilla. Lisäksi uuden toimintatavan rakentaminen edellyttää koko henkilökunnan sitouttamista siihen ja asiakkaiden mukaan ottamista, jotta tuotettu palvelu vastaa asiakkaiden tarpeisiin. Konstruktii- ninen ote mahdollistaa henkilökunnan mukaan tulon konstruktion luomiseen, mikä osaltaan helpottaa hoitomallin jalkauttamisen. (Metodix www-sivut 2016)

Konstruktiiivisessa tutkimuksessa mukana ovat käytännön toimijat, esimerkiksi tässä työssä yrityksen johto, henkilökunta ja yrityksen asiakkaita. Kehittäminen ei tällä lähestymistavalla onnistu, jos mukana on vain esimerkiksi esimies ja luottotyönteki- jät, sillä menetelmä vaatii koko työyhteisön sitoutumisen kehittämiseen. Vuorovai- kutus ja kommunikaatio eri ryhmien välillä on tärkeää tutkimuksen onnistumiseksi. Konstruktiivinen lähestymistapa soveltuu hyvin uuden toiminta-tavan- ja mallin, uuden tuotteen tai toimintaprosessin rakentamiseen. (Moilanen, Ojasalo, Ritalahti, 65-66) Tutkimusmenetelmä käyttää puoltaa myös se, että kehittämisprosessiin on kutsuttu mukaan koko yrityksen johto, henkilökunta ja asiakkaita. Kaikkien näkö- kulmat ovat tärkeitä, jotta saadaan toimiva kokonaisuus rakennettua ja onnistumaan.

6.1 Kehittämistoiminnan vaiheet ja aineistonkeruumenetelmät

Kehittämistoiminnan lopputuloksen esittely edellyttää teoretietoon nojautumista ratkaisun perusteluissa. Aineistoa kerättiin asiakkailta teemahaastattelulla ja henkilö- kunnalta SWOT-analyysillä. Tämän lisäksi tehtiin vertaiskäyntejä ikäihmisten hoi- vakoteihin Porissa ja Ulvilassa sekä tutustumalla Hollannin edistykselliseen vanhus- tenhuoltoon opintomatalla.



Kuva 1. Kehittämismenetelmän etenemisen vaiheet

Teemahaastattelu

Teemahaastattelu soveltuu hyvin tilanteisiin, joita on aiemmin tutkittu vähän tai ei ollenkaan. Haastattelussa on lisäksi mahdollisuus selventää ja syventää annettuja vastauksia kysymällä jatkokysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 35.)

Haastattelun on todettu olevan hyvä silloin, kun haastateltavalla on vähäinen koulutustausta eikä hän kykene täyttämään kyselylomaketta. Haastattelijalla on mahdollisuus haastattelussa motivoida ja kannustaa vastaajaa paremmin kuin kyselylomaketutkimuksessa. Haastateltavalla on mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä ja tulkita niitä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 36.)

Teemahaastattelussa kysymykset on laadittu ennakolta valmiiksi haastattelurungoksi. Teemahaastattelu mahdollistaa yksilön ajatusten, tuntemusten, uskomusten ja kokemusten tutkimisen. Näin haastateltavat pääsevät määrittelemään tilanteita ja elämysmaailmaansa. Teemahaastattelu ei lukeudu kvalitatiiviseen tai kvantitatiiviseen tutkimukseen ja se on lähempänä strukturoimatonta haastattelua. Teemahaastattelua kutsutaan puolistrukturoiduksi menetelmäksi, koska sen teemat ja aihealueet ovat kaikille samat. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 47)

Teemahaastattelun kysymykset muodostuivat keskeisesti kahdesta teemasta ikään-
tymisestä ja hyvästä hoidosta. Ikääntymisestä selvitettiin miten asiakas kokee ikään-
tymisen, minkä ikäinen on hänen mielestään ikääntynyt. Millaisen vanhuuden hän
haluaisi ja onko siinä jotain mitä hän pelkää. Mitä hän ajattelee siitä, jos muisti ei
yhtäkkiä toimi ja millaisia toiveita hänellä on hoitoonsa liittyen. Millaista tietoa hän
kaipaa ikääntymisestä ja toimintakyvyn ylläpidosta. Millaisena asiakas tietoa haluai-
si: keskustelutilaisuutena vai oppaana. Hyvästä hoidosta kysyttiin millaista on hyvä
hoito ja mitä asiakas ajattelisi sen pitävän sisällään. Millaista virkistystoimintaa
asiakas kaipaisi arkeensa ja haluaisiko hän, että hänen mieltymyksensä ja toiveensa
kirjattaisiin osaksi asiakastietoja. Aiheesta ei löytynyt valmista kyselypohjaa ylem-
mistä korkeakoulutöistä, joten teemakysymykset nousivat tämän opinnäytetyön kes-
keisestä sisällöstä ja konstruktiosta, johon etsittiin vastausta.

Haastattelin palvelukotien kehitysvammaisia asiakkaita miehiä ja naisia iältään
56 - 65- vuotta (Liite 1) . Haastattelut tein rauhallisessa tilassa nauhoittaen ne. Esites-
tausta en haastatelluille tehnyt, koska olen aiemmin myös haastatellut kyseisiä asiak-
kaita ja työskennellyt kehitysvammaisten parissa yli kaksikymmentä vuotta. Amma-
tillisesti voi siis ajatella, että vuorovaikutustaitoni heidän kanssaan ovat asiantuntija-
tasolla. Selkokielineen vuorovaikutus ja kuvien sekä piirrosten hyödyntäminen osana
haastattelua puheen tukena tulee luonnostaan toimiessani asiakkaiden kanssa. Tun-
nen heidän tapansa käsitellä ja ymmärtää asioita. Kehitysvammaisia asiakkaita haas-
tatellessa on huomioitava haastateltavan älykkyytikä ja tapa hahmottaa ympäröivää
maailmaa sekä kyky ilmaista itseään sanallisesti. Haastateltaessa on välillä myös
varmistettava, että keskustellaan samasta asiasta, koska aihe voi helposti rönsyillä.
On myös huomioitava, että asiakas saattaa juuttua keskusteltavaan aiheeseen ja on
tunnistettava nämä tilanteet sekä asiakkaan kanssa osattava menetellä näissä tilan-
teissa haastattelun eteenpäin viemisessä. Tilan on oltava myös rauhallinen, jotta tark-
kaavaisuus säilyy keskusteltavassa asiassa. Hyödynsin myös tarkentavia kysymyksiä,
jotta aineistosta tulisi kattava. Tarkistin haastatteluiden sisällön, jotta mitään olen-
naista tietoa ei puutu tai siinä ei ole virheitä kirjoitin aineiston puhtaaksi litteroiden.
Etsin myös teoriasta tietoa, joka tuki haastattelu aineistoa. Yhteenvedon haastatte-
luista tein yhdistämällä teemoittain asiakkaiden samalla tavalla kokemat asiat ja löy-
tämään niille yhteisiä selityksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2009, 221-225) Eri-

laisia näkökulmia nousi esiin vähän. Näkemyseroja ja toiveita ikääntymisen tuomasta hoivasta tai ohjauksesta.

SWOT- analyysi

SWOT-analyysi tulee englannin kielisistä sanoista Strengths, Weakness, Opportunities ja Threats. Swot- analyysillä voidaan arvioida työpaikan strategioiden suunnittelussa ja kehittämisidean hyödynnettävyyden arvioinnissa. Se soveltuu hyvin yritystoiminnan analysointiin. SWOT- analyysillä voidaan tarkastella joko koko toimintaa tai vain osaa siitä. Analyysi on hyvä toteuttaa ennen työpaikalla tapahtuvaa kehittämisen suunnitteluvaihetta. Analyysin tulokset ohjaavat kehittämissuunnitelman toteutusta, mutta tuloksien hyödyntäminen ei ole selviö. (OK-opintokeskuksen www-sivut, 2013)

SWOT- analyysi on jaettu sisäisiin- ja ulkoisiin tekijöihin. Sisäiset tekijät ovat vahvuudet ja heikkoudet, jotka tarkoittavat esim. hyviä tiimityöskentely taitoja ja huonoa sisäistä vuorovaikutusta, viestikatkoksia. Vahvuuksia kartoitettaessa voi kysyä: Mikä meillä on hyvää, mitä osaamme ja missä onnistumme? Heikkouksissa voimme kysyä: Missä emme ole onnistuneet, mitä meidän tarvitsee tulevaisuudessa muuttaa ja mikä ei toimi? (OK-opintokeskuksen www-sivut 2013)

Ulkoiset tekijät ovat mahdollisuudet ja uhat, jotka tarkoittavat esim. palvelutarjonnan lisäämistä koulutuksen jälkeen ja kilpailijan matkivan palvelutarjonnan monipuolisuudella. Mahdollisuuksissa voimme pohtia, jos tuotamme tämän palvelun, voiko joku ostaa sitä, onko se kannattava? Uhkia pohtiessa pitää miettiä miten uhkia saisi torjuttua tai niiden uhkaa vähennettyä. (OK-opintokeskuksen www-sivut 2013)

Analyysissä vastaajat harvemmin päätyvät täysin samanlaisiin vastauksiin vaikka heillä olisikin samat tiedot yrityksestä. (OPH) SWOT- analyysin johtopäätökset voidaan tehdä hyödyntäen kysymyksiä: Miten vahvuuksia voidaan kehittää, heikkouksia poistaa, mahdollisuuksia hyödyntää ja uhkia torjua. (OK-opintokeskuksen www-sivut 2013)

SWOT- analyysi on menetelmänä helppo eikä se sido henkilökuntaa kuin hetkellisesti, koolla ei tarvitse olla ryhmänä. Ohjeistuksen tulee kuitenkin olla yksiselitteinen, jotta kaikki vastaavat oikeisiin kysymyksiin. Lisäksi tulee huomioida, että yksittäisen työntekijän työsuoritusta ei arvioida vaan arvioidaan kokonaisuuksia. (OK-opintokeskuksen www-sivut 2013)

SWOT-analyysin lomakeessa (Liite 2) oli neljä osa-aluetta: vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Keskiössä analyysiä täytettäessä henkilökunnan tuli pitää ikääntyvän kehitysvammaisen hoito. Ohjeessa kehotin pohtimaan realistisesti vahvuuksien osalta mikä meillä on hyvää ja toimivaa ajatellen ikääntyvän kehitysvammaisen hoitoa. Heikkouksien osalta pohdittiin mitä tulee kehittää ja mikä ei toimi ajateltaessa ikääntyvän kehitysvammaisen hoitoa. Mahdollisuuksissa pyysin pohtimaan mitä mahdollisuuksia ikääntyvän kehitysvammaisen hoito tuo. Tässä piti miettiä myös yhteiskunnallinen, ammatillinen ja taloudellinen näkökulma. Uhkien osalta tuli miettiä mitä ulkoisia uhkatekijöitä ikääntyvän kehitysvammaisten hoitoon liittyen on näköpiirissä ja miten niitä voi liennyttää.

SWOT- analyysin täytti annetun kahdenviikon aikana kahdeksan työntekijää ja kaksi annetun lisä-viikon aikana. Kaikkiaan SWOT- analyseja palautui 10 eli kaikkiaan yksi kolmasosa hoitotyöntekijöistä vastasi kyselyyn. Moni koki, ettei työnteolta ollut aikaa täyttää lomaketta. SWOT-analyysin tuloksista tarkistin, että kyselyyn oli vastattu asetetusta viitekehuksesta, ettei vastauksissa ole virheitä tai puutteita. Kaikki lomakkeet oli täytetty annetusta kysymysasettelusta eikä ne vaatineet täydennystä.

SWOT-analyyseissä tarkistin tietojen sisällön, että ne vastasivat esitettyä tutkimuskysymystä. Vastaukset olivat oikein eikä tietoja puuttunut. Alustavasti olin testannut lomaketta hoidon laatuvaastaavan kanssa, joka koki ohjeistuksen selkeäksi. SWOT-analyysin vastauksia peilasin asiakkaiden teemahaastatteluihin alustavasti ja tulosten analysointivaiheessa. Tiedot järjestin teemoittain, koska kaikissa lomakkeissa nousi useita eri asioita esiin. Keskeiset teemat nousivat hyvin selvästi esiin lomakkeista ja ne oli helppo nimetä. Näistä muodostui keskeiset teemat: Hoitoympäristö, hyvä hoito, luovuus, arvostaminen ja johtaminen. Tältä pohjalta järjestin aineiston litterointia ja analyysia varten. SWOT-analyysin tuloksia ja asiakkaiden haastatteluja peilasin

suosituksiin ja hyviin käytäntöihin tehden niistä johtopäätöksiä ja tulkintoja. (Hirsjärvi ym. 2009, 221-223, 229)

Vertaiskäynnit -Hyvät käytännöt

Kehittävän vertaiskäynnin toimintamalli kuvaa tasavertaisten toimijoiden välillä tapahtuvien vertaiskäyntien mallia kehittämisen ja oppimisen välineenä. Vertaiskäynti tapahtuu prosessimuotoisesti ja se on jaettu kahdeksaan eri vaiheeseen. (Suomen kuntaliitto, www.kunnat.net 2015.)



Kuva 2. Vertaiskäynnin prosessien vaiheet. (Suomen kuntaliitto, www.kunnat.net 2015.)

Vertaiskäynti lähtee liikkeelle päätöksenteosta toteuttaa vertaiskäynti. Vertaiskäynnille määritellään ajankäyttö ja suunnitelma sen toteuttamisesta. Sen tarkoitus on tukea kehittämis- ja laatutyötä. Seuraavaksi pohditaan mitä asioita halutaan peilata ja tarkastella suhteessa omaan työyksikköön. Tämän jälkeen valitaan vertaiskumppani ja sovitaan miten vierailu tapahtuu sekä mahdolliset ennakoivat menettelyt kuten esim. sovitaanko vierailun sisällöstä ja aikataulusta. Ennen vierailua rajataan aihe, josta haetaan tietoa ja voidaan laatia esim. kysymyslista vierailun tueksi ja toimitte-

taan se mahdollisuuksien mukaan etukäteen vierailupaikkaan. (Suomen kuntaliitto, www.kunnat.net 2015)

Vierailukäynnillä varmistetaan, että ollaan saman asian äärellä ja vierailun eteneminen. Keskusteluista ja havainnoista tehdään lopuksi yhteenveto vertaiskumppanille ensin suusanallisesti ja myöhemmin kirjallisesti. Käyntiä arvioidaan ja pohditaan omassa työyhteisössä reflektoiden sitä mitä opittiin ja mitä voisi omalla työpaikalla hyödyntää. Parantamisehdotukset kirjataan ylös ja sovitaan miten ne jalkautetaan osaksi toimintaa. Lopuksi kirjataan raportti käynnistä, jossa on keskeiset asiat, vastuunjaot ja jalkauttamisen keinot sekä seuranta ja arviointikeinot. Oppiminen ja kehittyminen vaatii myös toisinaan lisäkoulutusta ja tätä tulee tarkastella missä ja miten se tarvittaessa järjestyy. (Suomen kuntaliitto, www.kunnat.net 2015)

Vertaiskäynnin kohteeksi tässä työssä valikoituivat Pappilalammen palvelukoti Ulvilasta, Mainio Vireen uusi Akseli koti Porista ja Hollannin edistyksellinen vanhustenhuolto-opintomatkan asumispalveluyksiköt: Cordaan, De Hogeweykn dementia kylä ja Humanitas Deventer. Vertaiskäynnin kohteet valikoituivat siltä pohjalta, että halusin nähdä miten suomessa toteutetaan vanhusten hoitoa. Pappilalammen palvelukoti on 20 vuotta toiminut paikallinen palvelukoti ikääntyneille ja Mainio Vireen Akselikoti taas valtakunnallisen ison ketjun palvelukoti. Hollannin opintomatka taas kiehtoi sillä, että maata pidetään edelläkävijänä ikääntyvien hoidossa. Nämä vertaiskäynnin kohteet suhteessa henkilökuntani SWOT-analyysihin ja asiakkaiden teemahaastatteluihin antoivat suuntaa siihen millaista voisi kokonaisuudessaan olla ikääntyvän kehitysvammaisen hyvä hoito.

6.2 Kehittämistyön toteutus

Hoitotyön haasteiden tunnistaminen

Opinnäytetyön toteutus alkoi loka-marraskuussa 2012 alkukartoituksella ja vapaa-
muotoisella keskustelulla asumisyksiköissä. Tämän perusteella tarkensin ja rajasin
kehittämistehtävää sekä muodostin tarkempaa aikataulua työn etenemiseen. Tämän

jälkeen kartoitin yhteistyötahoja, jotka kyllä tarkentuivat ja vaihtuivat myös vielä tästä työn edetessä kohti päämäärää. Sairaanhoitajaopiskelijamme aloittaa tekemään opinnäytetyönään palvelukodeille laadukas saattohoito suunnitelman huomioiden valtakunnalliset hoitosuosituksiset.

Käytännön ja teorian tiedon kerääminen

Pohdin työn lähtökohtia ja valitsin menetelmän työn toteuttamiseksi keväällä 2013. Henkilökunta pääsi täyttämään SWOT- analyysiä (Liite1) ikääntyvän kehitysvammaisen hoidosta loppuvuodesta 2013. Vahvuuksissa pohdittiin mikä meillä on hyvää, missä onnistumme ja mitkä asiat toimivat. Heikkouksissa pohdittiin mikä meillä ei ole hyvää, mitä tarvitsee kehittää ja mikä ei toimi ajateltaessa. Mahdollisuuksissa pohdittiin mitä mahdollisuuksia ikääntyvän kehitysvammaisen hoito tuo yhteiskunnalliselta, ammatilliselta ja taloudelliselta näkökulmalta. Uhissa pohdittiin mitä ulkoisia uhkia lähitulevaisuus voi tuoda ja millaiset tekijät voivat aiheuttaa ongelmia sekä miten niitä voi seurata ja lieventää. Keskiössä jokaisen osa-alueen kohdalla oli pitää mielessä ikääntyvän kehitysvammaisen hoito.

SWOT-analyysin yhteenveto kehitettävistä aihealueista tehtiin syyskuussa 2015. Uusi kirjallisuus ja tutkimushaku toteutettiin tammikuussa 2016 ja asukkaiden teemahaastattelut. Palautetta asiakkailta ja henkilökunnalta kerättiin maaliskuussa 2016.

Ammatillisen osaamisen kehittäminen osana konstruktion luomista

Keväällä 2013 aloitin Kankaanpään opiston muistihoitajan 15ov täydennyskoulutuksen Tampereella ja sain sen päätökseen loppuvuodesta 2013. Samalla valmistui asumisyksiköihin muistisairauksien ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus ohjausmateriaali.

Vuonna 2014 Etelärinteen asumisyksikön vastaava hoitaja opiskelee Tampereella saman muisti-hoitajan kokonaisuuden sekä tekee kehittämistyön aisteista ja niiden merkityksestä päivittäiseen elämään asumisyksikön ikääntyvien hoidon tueksi. Samana vuonna Tiilituvan vastaava hoitaja osallistuu palliatiivisen hoitotyön 30 op

opintoihin Satakunnan ammattikorkeakoulussa ja valmistui palliatiiviseksi hoitajaksi. Hän piti työyhteisössä kipumittarinsuunnittelu iltapäivän, jolloin pohdittiin millainen kipumittari soveltuu millekin asiakasryhmälle sekä millaisia asioita tulee ottaa huomioon asiakkaan kipua arvioitaessa ja miten kivun tunnistaa, kun asiakas ei kykene sitä itse ilmaisemaan. Samalla päätettiin ottaa hoitotahto osaksi asiakkaiden asiakastietojärjestelmää. Asumisyksiköiden hoitajista kahdeksan osallistui SATAEDUn järjestämään mielenterveys- ja päihdetyön täydennyskoulutukseen työpaikkakoulutuksena, joista kaksi suoritti osaamisalan opinnot oppisopimuksella. Tällä pyrittiin vahvistamaan mielenterveys- ja päihdeosaamista kehitysvammaisten hoidossa. Mielenterveysongelmia esiintyy 5-7 kertaa enemmän kehitysvammaisilla kuin ei kehitysvammaisilla. Tämä on tärkeä huomioida myös ikääntyvien kehitysvammaisten hoidossa. (Koskentausta, T., 2006). Aloitin syöpähoitotyön kehittäjän erikoistumisopinnot HAMK:ssa, joka tukee Tiilituvan esimiehen palliatiivisen hoitotyön osaamista.

Etelärinteen asumisyksiköiden hoitajista osallistui kaksi työntekijää 5op muistihoidajakoulutukseen SATAEDUssa vuoden 2015 alussa. Yksi valmistuva lähihoitaja, joka on käynyt saman koulutuksen, työllistyi vuoden 2015 aikana Tilituvalle. Saatoin loppuun syöpähoitotyön kehittäjän opinnot HAMK:ssa. Opiskelin NLP Practitionerin, jossa perehdytään omiin oppimistaitoihin, ajattelutapaan, kommunikointiin, päätöksentekoon ja motivointiin sekä siihen miten saadaan aikaan halutut muutokset.

Ammatillisen osaamisen täydentäminen tuki hoitomallin rakentamista siten, että on tärkeää tunnistaa ikääntymisen tuomat muutokset ikääntyvissä kehitysvammaisissa. Koulutukset ja kehitetyt hoito- ja ohjausmateriaalit tukevat asiakkaan niin fyysistä kuin psykososiaalista hyvinvointia. Henkilökunta kykenee myös tunnistamaan paremmin muistisairauksien oireet, kun heillä on tarvittavat tiedot niiden oireista. Tärkeä osa-alue on myös kivun hoito ja siten palliatiivinen osaaminen. Tiilituvan vastaava hoitaja piti henkilökunnalle aiheesta asiantuntijaluennon ja vastaava on tulossa vielä toiseen yksikköön. Molemmissa yksiköissä työtetään tämän jälkeen eri asiakkailla soveltuvat kipumittarit kivunhoidon arviointiin. Mielenterveys- ja päihdetyön osaamisalan täydennyskoulutus tukee asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia. Syöpähoitotyön kehittämisen opinnot tukevat ikääntyvän oireiden tunnistamista ja varhaisen avun hakemista. NLP practitioner antaa taitoja vuorovaikutukseen, ajattelutapoihin ja uudenlaiseen johtamistapaan, koska pystyy tunnistamaan paremmin omia toi-

mintatapojaan. Ammatillisen osaamisen kehittäminen kaiken kaikkiaan helpottaa mallin jalkauttamista ja hankitun osaamisen jakamista yksiköissä.

Käytäntöjen ja mallien jalkauttaminen konstruktion tukena

Pidin kaksi työpaja toisen Etelärinteellä 24.9.2014 aiheina vuorovaikutus, ratkaisukeskeisyys ja palautteen antaminen. Vastaavan sisältöisen työpaja Tiilituvalla 9.1.2015. Tässä pohdimme dialogisuuden merkitystä, mikä kuuntelemisen ja uteliaisuuden eri tavalla ajattelevien ihmisten välillä – mitä taitoja se itseltä vaatii. Dialogisuus mahdollistaa tasa-arvoisen keskustelun luomalla tilan kaikkien keskustelijoiden mielipiteille. Se antaa onnistumisen kautta lisää turvallista tilaa keskustelijoiden välille.(Järvinen & Luhtaniemi 2013, 18) Millaiset ovat haluamamme vuorovaikutuksen pelisäännöt – vuoro-vaikutus asiakastyössä? Mitä meidän tulee huomioida jotta löytyy yhteinen ymmärrys? Miten lähestyä asioita ratkaisukeskeisesti ja miten ongelmat muutetaan tavoitteiksi? Mikä merkitys on sillä, että hoitaja uskoo asiakkaan ongelmien ratkeavan? Ratkaisukeskeisyydessä etsitään ratkaisuja ongelmiin ja tarkastellaan asioita tulevaisuussuuntaisesti. Tarkastellaan tavoitteita ja etsitään niiden toteuttamiseen tavoitteet asiakaslähtöisesti. Tärkeintä työntekijälle on ymmärtää mikä merkitys työntekijän antamalla toivolla on muutokseen.(Järvinen & Luhtaniemi 2013, 20.)

Johdon palaverissa 5.5.2015 ja 10.7.2015 käytiin läpi Valviran uutiskirjeitä ja vaatimuksia hoitoon liittyen muun muassa terveydenhuollon laitteista listan koostaminen, jossa on valmistajan, laitteen mallin, sarjanumero ja huollon tiedot. Keskustelimme itsemääräämisoikeuden kysymyksistä ja muista sen hetkisistä asioista. Keväällä 2015 lupauduin osallistumaan Satakunnan ammattikorkeakoulun Foorumix-hankeeseen, jossa olen mukana esimiesverkostossa hoidon laatu-vastaavamme kanssa. Yhteistyössä olemme Pappilalammen palvelukodin kanssa.

Hyvät ja sovellettavat käytännöt osaksi IKEVAa

Ensimmäinen vertaiskäynti oli Mainio Vireen Vire koti Akseliin Porissa sen avoimien ovien päivänä 2.6.2015. Taloa ja sen toimintaa esiteltiin niin visuaalisesti, sanallisesti kuin esitteillä monipuolisesti. Pappilalammen palvelukodissa vierailin 14.9.2015 ja 24.11.2015. Tutustuin niin tiloihin kuin hyviin käytäntöihin. Osallistuminen edistyksellinen vanhustenhuolto opintomatalle Hollantiin 22.9-24.9.2015, jossa tutustuimme kolmeen ikäihmisten palvelukotiin Cordaan De Hoge-veykn dementiakylään ja Humanitas Deventeriin. Johdon palaverissa 28.9.2015 käsiteltiin Valviran omavalvontaseminaarin antia ja päätettiin samalla osallistua Kehitysvammaliiton – kuka määrää 4.11.2015 opintopäivään, jotta saadaan lisätietoa kehitysvammaisten itsemääräämisoikeuksien lakiuudistuksesta ja niiden vaikutuksista käytännön hoitotyöhön. Hollannin matkasta osastotunnit 4.10.2015 Etelärinteellä ja 2.11.2015 Tiilituvalla. Opintopäivään osallistuminen ja esimiesten reflektio kehitysvammaliiton koulutuspäivästä 4.11.2015.

Marraskuussa 2015 työstin selkokielen ohjausmateriaalin asiakkaille ja kirjoitin opinnäytetyötä. Selkokielen materiaalin muokkaus selkokeskuksesta lopulliseen muotoon joulukuussa 2015. Opinnäytteen asiasisällön ja johdonmukaisuuden tarkistaminen joulukuussa 2015.

6.3 Arviointi- ja kommentointikierron

Kehitetty hoitomalli nimettiin IKEVA-hoitomalliksi. Hoitomallin nimi muodostuu sanoista ikääntyvä kehitysvammainen. Henkilökunnan kanssa kävimme IKEVA-hoitomallin läpi palaverissa Etelärinteellä 15.3.2016. Kävimme läpi työn lähtökohdat, mitä kaikkea prosessi on pitänyt sisällään, sekä keskeiset käsitteet, jotka opinnäytetyössä on. Samalla henkilökunta sai tietoa siitä mikä ikäinen on ikääntyvä kehitysvammainen, mitä asioita tulee olla selvillä, jotta tunnistaa ikääntyvän kehitysvammaisen muutokset, millaisia toiveita asiakkailla oli. Lisäksi kävimme läpi tuetun päätöksenteon mallin ja pohdimme keinoja siihen miten sitä tuo vielä enemmän arjen työhön mukaan. Selkokielen merkityksestä ja asioiden yksinkertaistamisesta kes-

kustelimme. Aiempaa tutkimustietoa kävimme läpi ja sen nostattamia ajatuksia. Lisäksi käsitelimme henkilökunnan SWOT-analyysissa esille nousseet asiat. Lopuksi sen mitä IKEVA-hoitomalli meillä pitää sisällään ja millaisia kehitysehdotuksia opinnäytetyö on nostattanut.

Henkilökunta koki mallin laajaksi kokonaisuudeksi, koska se on muodostunut niin monesta eri osa-alueesta. He kokivat myös, että malli vaatii vielä tarkempaa tutustumista ja tietoista läpivientiä, jotta käytännöt tulevat osaksi arkea. Ratkaisukeskeisiä ja luovia menetelmiä halutaan vielä juurruttaa palavereiden yhteydessä, joten niitä jatketaan. Kaikkiaan kokonaisuus koettiin hyväksi.

Asiakkaille järjestin ikääntymisestä tietoisku aamupäivän 16.3.2016 ja samalla sain palautetta toteutuksesta. Asiakkaita tietoiskuun osallistui kuusi henkilöä. Osa heistä oli osallistunut haastatteluun ja osa ei. Kaiken kaikkiaan he arvioivat tieto sisällön hyväksi ja kun tarpeelliseksi sekä kaipasivat myös muista aiheista tietoiskuja.

Tietoisku piti sisällään oppaan kun ikäänny – vanhenen, joka rakennettiin tuomaan tietoa selkokielellä ikääntymisen muutoksista. Opas käsittelee ikääntymistä ja sen tuomia muutoksia toimintakyvyssä. Tämän lisäksi oppaassa on neuvoja miten omaa toimintakykyä voi ylläpitää mahdollisimman pitkään. Lisäksi oppaassa on muistin, ruokavalion ja liikunnan merkityksestä osana ikääntymistä. Opas on tätä kirjoitettaessa selkomukautuksessa kehitysvammaliitossa.

”Hyvä keskustelu käytiin läpi siitä mitä voi käydä. Viitsit edes opettaa meitä näissä asioissa.”

”Hyvä keskustelu. Pääsi kärryille. Ymmärtää asioita mistä on kyse.”

”Toivoisin, että tällaisia keskusteluja olisi useammin. Kaikesta en tiedä niin paljon. Haluaisin tietoa enemmän.”

” Hyvin osasit opettaa.”

7 IKEVA-HOITOMALLI

IKEVA-hoitomalli muodostuu asiakaan yksilöllisyydestä, itsemääräämisoikeudesta, osallisuudesta, potilasturvallisuudesta ja selkokielestä. Hoitotyötä ohjaa yksilöllisyyden, itsemääräämisoikeuden ja potilasturvallisuuden näkökulmasta valtakunnalliset terveydenhuollon arvot. Potilaat ovat oikeutettuja hyvään hoitoon yhteisymmärryksessä heitä hoitavan henkilökunnan kanssa. Selkokieli tukee asiakkaan kanssa yhteisen ymmärryksen löytämistä. Ikääntyneiden omat ajatukset ovat palveluita suunniteltaessa jääneet taka-alalle, vaikka heillä on näkemystä ja tietämystä millaisia palveluita he tarvitsevat. Vaarana on, että tarkastellaan liian pinnallisesti asiakkaan elämää jättäen ikääntyneen todelliset toiveet ja arvostuksen kohteet huomiotta. (ETENE www-sivut 2016, Näslindh-Ylispangar 2012, 12-13) Terveystieteiden ammattihenkilöt työskentelevät myös sosiaalipalvelualan yksiköissä, joten samat toiminnalliset kriteerit ovat voimassa niissä. (Talentian www-sivut 2016, Valviran www-sivut 2016)

Hyvä hoito koostuu oikein toteutetusta lääkehoidosta, oikea aikaisesta perushoidosta, asiakkaan läsnä olevasta kohtaamisesta, asiakkaan mielekkästä yksilöllisestä arjesta, johon hän voi itse vaikuttaa ja jossa hänen omat voimavaransa huomioidaan. Ikääntyvällä on tarve kokea oman elämän merkityksellisyys ja tarkoitus. (Näslindh-Ylispangar 2012,14) Lääkehoitoa ohjaa sääntely ja valvonta. Päävastuu on sosiaali- ja terveysministeriöllä, joka vastaa lakien, asetusten ja säädösten kautta turvallisesta ja tasavertaisesta lääkehoidosta. Lääkehoidon turvallisuus on osa potilasturvallisuutta. Lääkehoitoa toteuttavat perusterveydenhuollon yksiköt mukaan luettuna yksityiset sosiaali- ja terveysalan yksiköt on ohjeistettu ministeriön turvallinen lääkehoito ohjeistuksella, joka ohjaa yksiköiden omien lääkehoidon suunnitelmien rakentamista. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 13-18) Iäkkäiden lääkehoidossa on otettava huomioon myös iän tuomat vaikutukset kuten lääkeaineiden imeytymisen heikkeneminen maha-suolikanavassa, lääkeaineiden jakautumisen muutokset elimistössä ja aineenvaihdunnan muutokset joidenkin lääkeaineiden kohdalla. Sairauksien ja iän tuomien muutosten erottaminen voi olla toisinaan haastavaa. Lääkeainetta voi olla elimistössä suuriakin määriä, koska sen määrä ei puolitu ja poistu elimistöstä kuten nuorempina. Tämä voi näkyä poikkeuksellisina laboratorioarvoina. Sairauksien oireet voivat nä-

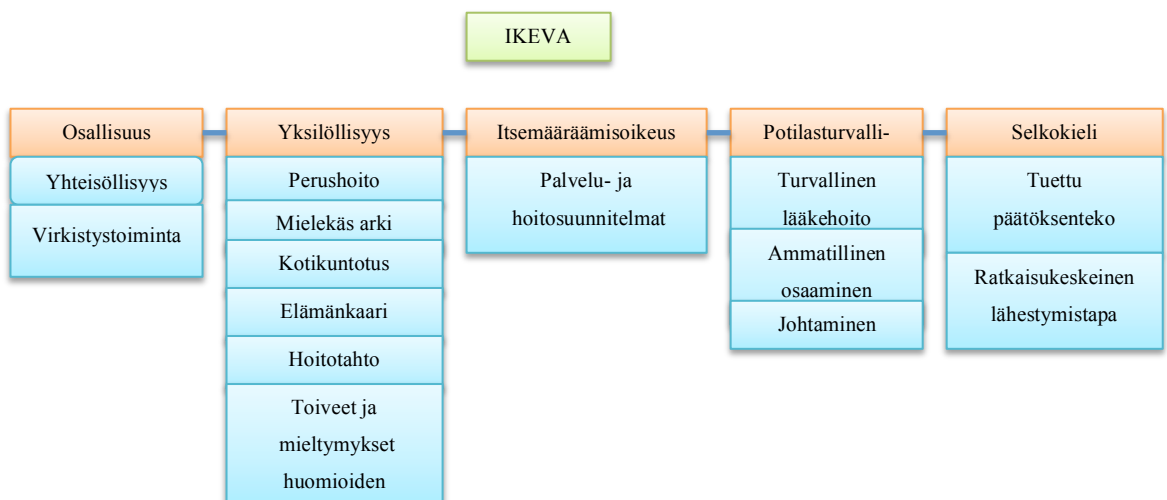
kyä eri tavalla kuin työikäisenä esimerkiksi käytösoireina, itkuna, sekavuutena tai normaalista poikkeavana liikkumisena. (Taam-Ukkonen & Saano 2010, 130) Perushoidon lisäksi asiakkaiden hyvää hoitoa on monipuolinen ravitsemus ja liikunta. Jotta ikääntyvän terveyttä voidaan edistää tulisi käytöstä kyetä muuttamaan jo ennen keski-ikää. Moni tietää terveellisten elintapojen suositukset monipuolisesta ruokavaliosta ja liikunnasta sekä alkoholin ja tupakan haitoista. Useat noudattavat valtakunnallisia terveystieteiden suosituksia ja osa taas ei, vaan syövät rasvaisia tuotteita eivätkä liiku suositusten mukaan. Tupakasta ja alkoholista on myös vaikea luopua. (Näslindh-Ylispangar 2012, 143) Tiilituvan henkilökunta on kehittänyt yksilöllinen kotikuntoutusmallin, joka otetaan myös toisessa yksikössä käyttöön jokaiselle asiakkaalle yksilöllisesti suunnitellen. Asiakkaat ovat itse olleet mukana sitä suunnittelemassa. Tärkeänä osana on myös virkistys osana kokonaisvaltaista hoitoa. Yksilön omat voimavarat huomioidaan ja otetaan osaksi arjen hoitotyötä. Tätä edesauttaa yksilön oma aktiivisuus ja havainnot omista taidoistaan ja kyvyistään sekä omista haaveistaan. Yksilö on oman elämänsä asiantuntija ja voi vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 47)

Hoitomallissa hyödynnetään asiakkaan elämänkaaren tuntemista; elämänhistoriaa, elämäkokemuksia, yksilöllisiä piirteitä ja tarpeita. Hoitotyössä on toisinaan vaikea tarkastella toisen ihmisen näkökulmaa vaikka empaattisen kohtaamisen perusolettamuksena on, että hoitotyöntekijä pyrkii siihen asiakkaan kohdatessaan. Osoitamme kunnioittavamme asiakasta tarkastelemalla asioita hänen näkökulmastaan. (Näslindh-Ylispangar 2012, 13.) Lisäksi asiakkaan oman toimintakyvyn tukeminen ja ratkaisukeskeinen lähestymistapa asiakkaan voimavaroja hyödyntäen on osa IKEVA-hoitomallia. Voimavaralähtöisyys on ikääntyvien hoidossa keskeistä, kyetä tunnistamaan voimavaroja ja edistetään näin ikääntyneen kykyä tunnistaa omaa avuntarvettaan. Voimavarat huomioitaessa kunnioitetaan ikääntyneen yksilöllistä aktiivisuutta, pystyvyyden tunnetta ja taitoja. Voimavaroja huomioiva työote antaa ikääntyneelle hallinnan tunteen ja mahdollistaa omien selviytymisstrategioiden hyödyntämisen. Eettisesti oikein toteutettu hoito toteutetaan hyvillä mielin ikääntyvän asiakkaan hyvän elämän mahdollistamiseksi. Tämä edellyttää johtamistaitoja ja osaamisen johtamista. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 46, Näslindh-Ylispangar 2012, 166.) Arvostava ja empaattinen kohtaaminen asiakastyössä vahvistaa hyvää hoitosuhdetta. Asiakkaiden osallisuuden vahvistaminen ja toiveiden huomioiminen on osa hyvää

hoitoa. Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen tuettua päätöksentekoa hyödyntäen ja asiakkaiden tiedon lisääminen ikääntymisen muutoksista antaa tunteen oman elämän hallinnasta ja mahdollisuuden vaikuttaa siihen. Vammaispoliittinen ohjelma (VAM-PO) 2010-2015 ehdottaa, että vammaisen osallisuutta ja osallistumista niin yhteiskunnallisesti kuin muuten tulee vahvistaa kuten myös itsemääräämisoikeutta. Palveluiden tulee myös valtakunnallisesti saatavilla kaikkialta Suomesta samalla tavalla. (Vernerin www-sivut 2016) Selkokielellä pyritään kuvia ja piirtämistä hyödyntäen tukemaan yhteistä ymmärrystä asiakasviestinnässä. Luovia menetelmiä pyritään hyödyntämään osana hoitotyötä.

Henkilökunta pyrkii tuomaan läpinäkyvämmin osaamistaan, jota täydennyskoulutuksessa saavat osaksi työtään jakaen osaamistaan muulle työyhteisölle. Palveluissa henkilökunnan tulee jakaa ammatillinen osaamisensa asiakkaan kanssa. Hoidon on oltava ammattitaitoista ja mahdollistettava asiakkaan valinnanvapautta omaan hoitoon liittyen. Asiakas tarvitsee asianmukaista tietoa hoidostaan, jotta voi tehdä päätöksen, joka pohjautuu oikeaan tietoon hoitonsa suhteen. (Näslindh-Ylispangar 2012, 18.)

Johtamisosaamisen vahvistaminen, tarkemmat tehtäväkuvaukset ja rajaukset edesauttavat lähijohtamisen onnistumista. Osaamisen johtaminen ja tietämyksen hallinta ovat taitoja, joita lähiesimiehen tulee osata hyödyntää ja nähdä työntekijöissä. Tärkeää on osata saada henkilökunnan taidot ja osaaminen organisaation käyttöön. Lähiesimies muun johdon kanssa mahdollistaa osaamisen näkyväksi tekemisen ja antaa avaimet kehittämiselle. (Näslindh-Ylispangar 2012, 209-210.)



Kuva 3. IKEVA-hoitomallin osa-alueet

7.1 Ikääntyvä kehitysvammaisen hoidon ohjausmateriaali henkilökunnalle

Toiveissa yhteisöllisyys, omatoiminen vanhuus ja hyvä hoito

Asiakkaat mielsivät ikääntymisen ja vanhenemisen melko samalla tavalla. Ikääntyväksi katsottiin 67 - 100-vuotias, painopiste 80 vuodessa. Yksi ei halunnut määrittää ikää numeroina vaan halusi, että jokainen saa määritellä ikääntymisen kokemuksensa itse. Aikuisikään ehtineistä kehitysvammaisista elää yhtä pitkän elämän kuin valtaväestö. Vielä n.50 vuotta sitten eliniän odote oli huomattavasti alhaisempi valtaväestöön nähden. Down-henkilöiden elinikä oli keskimäärin 56-vuotta 2000-luvun taitteessa. (Näslindh-Ylispangar 2012, 97.) Ikääntyminen tai vanheneminen terminä nosti esiin seuraavat ajatukset:

”No vanhenee ihminen sillai joka päivältä.”

”Jaa-a vuosi aina kerrallaan”

”Mulla on sellainen kokemus, että pystyisi mahdollisimman pitkään itse liikkumaan eikä tarvitsisi kenenkään syöttää ja nostella sängystä”

”Hyvää vanhenemista”

”Tulee mieleen sairaudet – ei pääse kävelemään hyvin, aivotoiminta voi vanhana pysäh-tyä.

Vanhuus koettiin aiheeksi, jota ei ole ajateltu olevan vielä niin lähellä itseä. Keskeisenä ajatuksena oli se, ettei ole enää töitä, kun ikääntyy. Toiveena oli myös, että muut ymmärtäisivät sen, että ei kykene suoriutumaan samalla tavalla kuin aiemmin nuorempana päivittäisistä askareista. Huolenpito on hoitotyön perusarvo ja tärkeä osa ikääntyvien hoitoa. Se on osoitus siitä, että ihmisestä välitetään ja hänelle annetaan ihmisarvo, oikeus hyvään elämään. (Voutilainen & Tiikkanen 2009, 29-31) Tärkeäksi koettiin, että ei tarvitsisi muiden apua vaan saisi toimia itsenäisesti ikääntyessä apuvälineitä hyödyntäen.

” No mä haluisin sellaisen ettei tarvis olla pyörätuolis. Sitte ettei ole kenenkään hoidettavia ja sillai kato kyllä sä nyt itse tiedät, että pystyisi itse loppuun asti syömään ettei hoitajien tarvisi syöttää.”

” Mahdollisimman terveenä ja ymmärrettäisi etten mä pysty enää tekemään samalla tavalla kuin nuorempana. ”

” Semmosen ettei tarvitsisi kauaa kitua sängynpohjalla. Että pystyisi olemaan terveenä ei sängynpohjalla Pääsisi pian pois. Ei tarvisi paljon muiden auttaa. Pärjäisi itse.”

” No tota, jos 100 pääsis. No olis niinko pitkäikäinen.”

Hyvästä hoidosta kaikilla oli näkemys, sen avaaminen sai myös pohtimaan mitä kaikkia eri osa-alueita siihen kuuluu. Hyvä hoito voidaan nähdä hyvänä elämänlaatu-
na. Elämänlaatu katsotaan muodostuvaksi psyykkisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta ulottuvuudesta. Psyykkisesti kyky sopeutua omaan ikääntymiseen, elämän tarkoituksenmukaisuuden kokeminen, positiivinen suhtautuminen, aktiivisuus, tyytyväisyys hoitoon ja mielen voimavarat vaikuttavat osaltaan ikääntyneen kokemukseen hyvästä hoidosta. Fyysinen hyvä terveys ja liikuntakyky, kivuttomuus, päättäväisyys sekä tarvittavan avun saanti vaikuttaa yksilön kykyyn nauttia elämästä. Sosiaalista elämänlaatua ylläpitää sosiaaliset verkostot, osallistuminen ja mielekäs tekeminen sekä kyky nauttia aterioista. (Voutilainen & Tiikkanen 2009, 79-81) Ajan antaminen asiakkaalle koettiin tärkeäksi ja yhdessä tehtävät toiminta.

” Semmosta ku täällä on.”

”Tällainen näin. Se, että siinä niiko että henkilökunta antaisi palvelut, lääkkeiden saaminen säännöllisesti ja henkilökunnan kanssa kaupassa käynti.”

” Saa keskustella, katsoa ohjelmia, auttaa hoitohommista ja rasvailut, katsoo että kaikki on kunnossa. Muutamia seikkoja tarvii hoitajan mua auttaa”

” Täällä on hyvä hoito. On työtä, ystäväsuhdet, palvelee ja auttaa asioissa.”

”Ei sua jätettäisi yksin, huomioitaisi ja jos joudut vuodepotilaaksi niin vaipotettaisi mahdollisimman usein ettei tulisi makuuhaavoja. Mä oon itse nähnyt itse yhden tytön, joka ei saanut tarvitsemaansa hoitoa ja hän oli päivän likasis vaipois ja se tuntui musta tosi pahalta. Mä en itse toivoisi sitä kohtaloa, että olisin pissasissa ja kakkasissa vaipoissa pitkään ja sitten vasta joku tulisi katsomaan.”

”No se, kun joku kerkeisi joskus vähän juttelemaan kuin vaan ruuan tuomaan tai jotain tämmestä. Jollakin olisi aikaa jutella sen vanhuksen kanssa.”

”Jos sellaisessa kunnossa on, että pystyy itse liikkumaan niin joku käsityöpiiri – tai kerho, jossa voisi keskustella kaikista asioista. ”

”Ainakin täällä on. Aina kaikkii saa ja joka paikkaan mennään.”

Tiedusteltaessa millaista tietoa asiakkaat kaipaavat ikääntymisestä, toimintakykyyn, ravitsemukseen ja liikkumiseen liittyvistä asioista sitä joko ei osata sanoa tai sano-
taan, että kaivataan tietoa asiasta. Tietopakettia ikääntymisestä osa kaipaa käytävänä
keskusteluna, pari oppaana ja pari molempina. Ikääntymisessä yhtä mietitytti myös
kuolema. Jotta ikääntynyt kehitysvammaisen kykenee tekemään itsemääräämisoi-
keutensa puitteissa päätöksiä tulee hänelle tarjota tietoa ymmärrettävästi omasta ti-
lanteestaan. Hänelle on kerrottava eri vaihtoehtoista ja ratkaisumahdollisuuksista
siten, että jaetaan yhteinen ymmärrys asiassa. Mikäli asiakas ei itse halua vointinsa
takia päättää vaan antaa päätöksenteko oikeuden jollekin toiselle. Luopuu hän itse
itsemääräämisoikeudestaan. (Voutilainen & Tiikkanen 2009, 36.)

” Ei tiedä kuinka kauan eletään”

” No sellaisesta mitä se on. Kaikista eniten pelkään kuolemaa. Siitä, kun ei mulle
ole kukaan kertonut. Sitä mietin joka ilta, kun menen nukkumaan, jos en aamul-
la herääkään. Miten se on tapahtuminen?”

” Mun mielestä oppaana”

” Molempina, kun osaan lukea niin... Kai siitä olisi hyvä tietää.”

” On hyvä ruoka”

”Keskustelutilaisuutena”

” No liikkuu mahdollisimman paljon.”

” Semmosta ettei tule sokeritautia, kun äidillä oli sokeritauti. Mä aina kahvillakin
kun kato otan niin en ota siihen mitään sokeria kahvin kanssa ja rasvaakin olen
vähentänyt ja kaikkea tämmestä.”

Tiedusteltaessa mitä asiakas vielä kokisi mukavaksi osana ikääntyvän hoitoa tai mis-
tä hän ei tykkäisi nousi aika yhdessäololle tärkeäksi. Yksi toivoi enemmän aikaa
henkilökunnan kanssa.

”Mulla on kaikki hoito mennyt hyvin.”

”Saisi olla kavereiden kanssa eikä tarvitsisi olla yksin.”

”Aikaa jää niin vähän asukkaalle, että sitä saisi olla vielä enemmän.”

”Odotan eläkeikää”

”Yhdessä oleminen”

Muistin toimintaa mietittäessä ja millaisia toiveita asiakkailta oli omaan hoitoonsa liittyen, kun aina ei silloin ikääntyessä muista mistä on pitänyt koettiin, että asiakkaan mieltymykset ja toiveet olisi hyvä kirjata ylös asiakastietoihin (Liite 2). Tämän koettiin myös lisäävän asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Dementiasairauden puhjetessa asiakkaalla on hyvän hoidon ja elämänlaadun arviointi vaikeaa. Ennakolta voidaan koota tietoa ihmisen omista mieltymyksistä ja toiveista. Kuitenkaan ei voida olla varmoja vastaavatko nämä toiveet enää sairauden puhjettua todellisuutta. Tällöin turvaututaan havaintoihin ja ennalta kerättyihin tietoihin. (Voutilainen & Tiikkanen 2009, 83)

” Jos muisti on sillai niin kyllä hoitajat voisi puhua mun kanssani ja sä voisit siitä vaikka omalle hoita-jalle puhua.”

”Kyllä se välillä pätkii. Ei aina muista mitä pitäisi mennä hakemaan.”

” Pyytää apua hoitajilta”

” Neuvoisivat, jos menee värin tai menee väärään suuntaan ulos. Piippaavat kellot ovella on hyvä.”

” Kyllä – Lisää ”

” Juu- Juu”

” Kyllä se olisi hyvä, otatko sen sitten joskus. Oli sun lista. Ei o lisättävää.”

” Sopivasti ja ainakin henkilökunta tietäisi mistä tykkään.”

”On tarvetta – Kyllä lisäisi”

Toimiva hoitoympäristö ja asiakaslähtöinen kohtaaminen

SWOT- analyysistä nousi esiin viisi keskeistä teemaa vastausten perusteella. Vastauksia saatiin 1/3 henkilökunnasta eli 11 vastausta ja miltei kaikissa vastauksissa koostui nämä viisi teemaa: Hoito-ympäristö, hyvä hoito, luovuus, arvostus ja johtaminen. Hoitoympäristössä esiin nousivat tilavat huone ratkaisut, nykyinen kodinomaisuus, esteettömyyden lisääminen ja ajantasainen kiinteistö. Ohjausmateriaaliin ei saa kuin esteettisyydestä ja järjestyksestä huolehtimisen, sillä muut rakenteelliset ratkaisut vaativat tilojen saneerausta tai uusien tilojen suunnittelua. Siten myös asiakas-määrä ja henkilökuntamäärä laskisi nykyisestä. Tämä vaatii yritykseltä strategis-

ta linjausta miten toteutetaan ja toteutetaanko? Apuvälineiden ja laitteiden kunnosta huolehtiminen sekä uusiminen on osa toimivaa hoitoympäristöä.

Henkilökunnan mukaan ikääntyvän kehitysvammaisen hoito vaatisi lisää tietämystä kehitysvammaisen ikääntymisestä, elämänkaaren eri vaiheiden hoidosta ja siten henkilökunnan täydennys-koulutusta ikääntymisestä. Myös muistisairauksien mukana tuomat karkailut ja turvallisuus mietityttivät. Vuorovaikutuksen kehittäminen asiakastyössä nousi myös keskeisesti esille; yksilöllisyys, arvostava ja kiireetön kohtaaminen. Myös muiden asiakkaiden äänet saattavat aiheuttaa stressiä ja turvattomuuden tunnetta ikääntyvälle kehitysvammaiselle. Tehtävät hoitajilla koettiin liian laaja-alaisina, kun kaikki tekevät kaikkea. Tämä tuo kuitenkin tasa-arvoisuutta asiakkaiden ohjaamiseen eikä työntekijää tarvitse vaihtaa kesken ohjaustilanteiden. Yhdessä kaiken tekeminen luo myös yhteisöllisyyttä ja tukee sitä mitä parhaiten mitä Hollannissa sain havaita.

Luovien menetelmien käyttö osana työskentelyä ja tuokioiden järjestämistä tukee asiakkaan toimintakykyä ja mielenvireyttä. Tietoa luovista menetelmistä, ulkoilun eri mahdollisuuksista, joka-päiväisistä askareista ja työtoiminnasta, jota asiakkaat ovat saaneet olla mukana omalta osaltaan suunnittelemassa nousevat keskeisesti esiin. Mahdollisuuksia on paljon, jos on halua oppia uutta todetaan myös.

Arvostus nousi vahvasti myös esiin analyysissä. Miten kohtaamme asiakkaan - arvostammeko? Näkyykö arvostus puheessamme, ilmeissämme ja eleissämme? Osaammeko olla läsnä ja kohdata yksilön. Tähän kaivattiin myös keinoja ja menetelmiä. Arvostus nousi esiin myös tiedonkulussa yhteistyökumppaneiden kanssa. Eettisestä näkökulmasta, osataanko ikääntyvä kehitysvammaisen kohdata arvokkaasti, mietitytti myös.

Johtamisen osalta laadunhallintajärjestelmä ja ammattitaitoinen sekä kokenut johto nähtiin hyväksi. Johdon osalta huomio tulisi kiinnittää erityisesti henkilökuntavalintoihin. Uhkatekijöinä nähtiin tulevat lakimuutokset, paperitöiden määrä, kilpailun kasvu ja yrityksen myynti. Johtajaa kaivattiin myös kenttätyöhön, mikä mietitytti lähinnä lähiesimiesten johtamistaitojen osalta. SWOT- analyysin jälkeen on Etelärin-teen lähiesimies vaihtunut ja Tiilituvan pysynyt ennallaan.

Vertaiskäyntien anti –siirrettävät hyvät ja toimivat käytännöt

Vertaiskäynnit toteutettiin 2.6.2015 Mainio Vireen uuteen virekoti Akseliin Porissa, joka oli juuri avautumassa ikääntyneille. Pappilalammen palvelukotiin ja sen käytäntöihin tutustuin 14.9.2015 Ulvilassa. Hollannissa tutustuin Cordaan, De Boegissa 22.9.2015. Samassa paikassa esittelin myös oman yritykseni toimintaa ja palveluita niin isännille kuin kanssamatkustajille. Tutustuin myös Hollannin vapaaehtoistyöhön ja naapurustomalliin 23.9.2015 Vita Welzjn sosiaalityöntekijöiden ja vapaaehtoisten esittelemänä. Samana päivänä vierailimme myös De Hogeweykn dementiakylään Weespssä. Deventerissä tutustuimme 24.9.2015 Humanitas Deventeriin, missä esiteltiin hoitomallia, jossa ei tarvita lisää hoitajia vaan hyviä naapureita. Hollannin matkalla kuulumme myös infoa Hollannin sosiaali- ja terveystoimista, jotka ovat hallinnollisesti eri ministeriöiden alaisia. Näistä meille luennoi FCG:n toimialajohtaja sosiaali- ja terveystoimesta Jari Koivisto. Matkalla kuulumme myös STM:n johtajan Taru Koiviston luennon Suomen SOTE-uudistuksesta, siltä osin kuin se oli julkinen ja pääsimme esittämään aiheesta kysymyksiä.

Mainio Vireen uuteen virekoti Akseliin tutustuimme, koska halusimme nähdä millaisia uusia tiloja Suomessa suunnitellaan tällä hetkellä ikääntyneille. Miten ne palelevat asiakkaan hoidon kokonaisuutta. Tilat olivat uutuuttaan hohtavat, kauniisti sisustetut ja eri asiakasryhmille suunnitellut, ehkä hieman pelkistetyt. Palveluasumisen puolella asiakkailla oli oma keittiönurkkaus ja hoivapuolella sitä ei ollut. Wc:t olivat henkilökohtaiset ja huoneen kokonaisala oli 25m², saman kuin vammaispuolella on minimimitoitus yhteisöllisessä asumisessa. Yhteisiä tiloja oli ruokatila, sauna ja kuntoilutila sekä jokaisessa osastossa yhteinen oleskelutila. Pyykit huollettiin yksikössä ja ruoka tuotiin Turusta keskitettynä ja se tarjoiitiin asumisyksikön tarjoilukeittiöstä lämmitettynä.

Pappilalammen palvelukodissa keskustelimme tiloihin tutustumisen sijaan hyvistä käytännöistä. Heiltä oli ammatillista osaamista kehitetty täydennyskoulutusta hyödyntäen mm. vanhustyönerikoisammattitutkintoja oli neljä suorittanut ja yksi opiskeli geronomiksi. Lisäksi oli ollut täydennyskoulutusta saattohoitoon ja parkinsonin tautiin. Hoidon laadusta Porin kaupunki tekee kyselyn, josta tulee palaute yksikköön. Henkilökunta muodostuu kahdesta sairaanhoitajasta, lähihoitajista, mielenterveyshoi-

tajasta, geronomista ja suurtalousesimiehestä ja kokeista. Palaverit ovat kerran kolmessa viikossa ja niissä käsitellään ilmoitus asiat, päivittäiset työtehtävät, asiakkaan voimien muutokset ja työjärjestelyjen muutokset – ei lisähenkilökuntaa.

Hyviä käytäntöjä Pappilalammella olivat muun muassa muistioiden kuittaus, jolloin osallistujalista oli näkyvissä ja varmistettiin kaikille yhteinen tiedon saanti. ”Reissuviikko” varmisti henkilö-kunnan väliset pikaviestit, ei asukas asiat. Kirjaukseen aina kuittaus kuka viestin on jättänyt. Sunnuntain vuoron tehnyt on aina vielä maanantain töissä, jolloin varmistuu tiedon siirtyminen seuraavaan viikkoon. Asiakkaan hoidossa huomioidaan elämänkaaren tiedon hyödyntäminen; perinnekulttuuri ja työhistoria. Näistä saa oivalluksia arjen hoitotyöhön.

Hollannissa Cordaan palvelukodissa, De Hogeweykn dementiakylässä ja Humanitas Deventerissä keskiössä oli yhdessä tekeminen. Asiakkaille oli omia ajanvietetiloja myös yhdessä suunniteltu-ja ja yhteisöllisen toiminnan mahdollistavia tiloja. Parturit, fysioterapeutit ja pesulapalvelut oli tuotu lähelle osaksi palvelukokonaisuutta. Oli omat kuntosalit, virkistystilat ja kahvilat/baarit osana hoitoympäristöä. Asiakkaiden kanssa keskusteltiin myös vierailu kielillä, jotka he hallitsivat ja ylläpidettiin näin myös toimintakykyä.

Cordaan palvelukodissa oli kaksi puolta vieressä oli kolmekerroksinen kerrostalo asiakkaille, jotka pärjäisivät vielä yksin, mutta halutessa voivat ostaa esimerkiksi ateriat- tai pyykkihuollonpalvelut hoitopuolelta. Asiakkaat muuttivat kerrostaloon lähelle palveluita jo 56-vuotiaana. Hoivapuolelle muutettiin 75-vuotiaana. Talossa oli sähköiset ovet ja kaikilla oli avaimet, ne jotka eivät osanneet käyttää eivät päässeet talosta ulos – loi turvallisuutta.

De Hogeweykn dementiakylässä painottui vahvasti yhteisöllisyys ja yksilöllisyys. Dementiakylän seitsemänhenkiset asumissolut oli jaettu seitsemään asiakasryhmään: Korkeakoulutetut, opettajat, kulttuurinen ja taiteellinen, uskonnollinen, kotoinen – käsillä tekeminen ja käsityöt korostuu, indonesialainen ja perinteinen. Solut toimivat kuten kodit yleensä; yhdessä tehdään kodinhoito, ruuanlaitto, ostokset, harrastukset ja pyritään kaikin tavoin normaaleihin kotioloihin. Kaikki tehdään yhdessä hoitajien

kanssa. Kodinhoitotyöt ovat koko elämä, mikä muodostaa päivärytmin. Yöllä vanhukset saavat herätä – ongelmana etteivät herätä muita.

De Hogeweykn dementiakylässä pyritään valitsemaan asiakkaiden kanssa toisemme: asiakkailta samassa solussa samat arvot, ajatukset ja elämäntyyli. Tarjotaan myös kontaktia yhteiskuntaan ja dementiakylä on kiinteästi osa muuta Weepsin kylää – sijainti keskeisellä paikalla. Elementit kylässä tärkeitä esimerkiksi sisustuksessa verhot, taulut ja viihtyvyys. Hissit kulkevat ylös ja alas tunnistaen onko hissiin noussut väkeä – vain kaksi kerrosta. Tärkeää, että esimerkiksi teatteri näyttää teatterilta, kauppa kaupalta tai ravintola ravintolalta. Hoitajat ovat hoitajia ja ravintolassa tarjoilija on tarjoilija myös pukeutumiseltaan. Asiakkaat voivat kulkea dementiakylän pihalla vapaasti ja pihat on suunniteltu eri asumistyylien mukaan – kullakin solulla on oman näköisensä piha. Yhteisölliselle toiminnalle on erilaisia tiloja muun muassa teatteri, Mozart-sali, keittiö- ja tai-teilutila, matkatoimisto, jota ylläpitää vapaaehtoiset. Kehittämistyö on kesken ja uusia toiminta-tapoja kehitellään. Konseptia on siirretty jo esimerkiksi Norjaan, Englantiin ja Yhdysvaltoihin.

Humanitas Deventerissä opiskelijat asuivat yhdessä ikääntyneiden kanssa ja olivat osana hoitoa. Opiskelijat työskentelevät 30 tuntia kuukaudessa ja elävät ikääntyneiden mukana. Mallilla pyritään vahvistamaan ikääntyneiden hyviä naapurisuhteita ja löytämään tapoja toimia yhdessä. Ikääntyneet ja nuoret voivat maalata esimerkiksi graffiteja yhdessä sovittuun paikkaan. Ikääntyneitä on 150-160 henkeä ja opiskelijoita 60. Jokaisessa asumiskerroksessa on ikääntyneet ja opiskelijat ovat yhdessä suunnitelleet yhteiset tilansa, jossa voidaan keskustella ja juoda kahvia tai kuluttaa aikaa muuten yhdessä sovitulla tavalla. Tärkeintä on yhdessä vietetty aika. Asiakkaissa suurin muutos on onnellisuuden lisääntyminen.

Vapaaehtoiset koulutti Hollannissa kunta, yhdistys tai seurakunta. Vapaaehtoiset mahdollistivat todella paljon, Suomessa eteen tulee usein vaihtoehtoisuus ja kysymys ”kenen on vastuu, jos jotain tapahtuu?” Vapaaehtoistyö oli hyvin koordinoitua ja vapaaehtoiset kokivat myös itse saavansa paljon vapaaehtoistyöstä. Vapaaehtoistyöstä tehdään sopimus ja jokaisella vapaaehtoisella on ammattihenkilö tukena, jota voi konsultoida ja jonka puoleen voi kääntyä, kun siltä tuntuu. Asiakkaat pyritään

valitsemaan asiakkaalle niin, että heillä löytyy vapaaehtoisen kanssa yhteinen sävel. Vapaaehtoiset olivat pääosin eläkeläisiä ja opiskelijoita.

Toimintaa valvotaan kuten Suomessa valtio ja kunta sekä sosiaalihuollon valvontaviranomainen. Tämän lisäksi toimintaa valvoo myös vakuutusyhtiö, joka valvoo, että tietyt laatukriteerit täyttyvät, jotta palveluita voi ostaa. Pyrkimyksenä on, että asiakkaat asuvat kodeissaan mahdollisimman pitkään ja palvelut pyritään räätälöimään asiakkaiden tarpeiden mukaan. Yhteisöllisen toiminnan erilaisiin tiloihin oli panostettu. Hyvä hoito muodostuu yhdessä tekemisestä; monipuolinen yhteisöllinen toiminta ja kodinhoito ovat keskeinen osa asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitoa.

Asiakkaiden näköiset osallistavat hoivapalvelut

Ikääntyneen kehitysvammaisen hoidonohjausmateriaali käsittelee ikääntymisen muutoksia ja millaista on ikääntyvän kehitysvammaisen hyvä hoito. Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy:ssä sen asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmasta. Luovista menetelmistä tehtiin tiivis tietopaketti. Arvostavaan kohtaamiseen liittyen pidettiin henkilökunnalle työpajat ratkaisukeskeisyydestä ja vuorovaikutuksesta sekä luotiin vuorovaikutukseen pelisäännöt molemmissa yksiköissä. Yhdessä käydään myös läpi hoidon eri prosessit, jolloin tapahtuu laadunvarmistus siitä mitä hyvä hoito eri hoito-toimenpiteissä pitää yksiköissämme sisällään. Samalla kartoitetaan myös eri hoito-toimenpiteiden riskitilanteet ja pohditaan ennaltaehkäisevät menetelmät riskien välttämiseksi, jolloin potilasturvallisuus tulee huomioiduksi paremmin. Johtamisen osalta jäi mietityttämään mikä on seuraava järkevä strateginen suuntaus, koska se sanelee paljon yrityksen tulevaisuudelta.

7.2 Ikääntyminen selkokielellä ohjausmateriaali asiakkaille

Asiakkaat eivät kokeneet selkokielistä materiaalia välttämättömänä, keskustelu tuokioiden järjestäminen oli heille mielekkäämpi tapa toimia. Kokeilemme kuitenkin myös kirjallista informaatiota lyhyenä selkokielisenä oppaana ikääntymisestä. Tämä opas piti sisällään tiedon ikääntymisestä, ikääntymisen tuomat muutokset toiminta-

kykyyn ja muistiin sekä keinot toimintakyvyn ja muistin tukemiseen. Lisäksi se sisältää tiedon liikunnan ja ruokavalion merkityksestä.

Asiakkaat, jotka osaavat lukea kaipaavat tietoa myös luettavassa muodossa. Kaikki kehitysvammaiset eivät osaa lukea, jolloin heille on selkeämpää järjestää keskustelutilaisuus asioiden käsittelyä varten, jolloin he voivat vielä kysyä askarruttavista asioista ja esittää näkökulmiaan. Näin voidaan varmistaa asian yhteinen ymmärrys.

7.3 Tulevat visiot hoidon kehittämiseen

Tulevaisuuden suuntauksena voisi olla monipuolinen osallisuuden turvallinen toteuttaminen – yhteisöllisten tilojen ja toimintojen kehittäminen joko yhteiskunnallisesti tai palveluiden tuottaja lähtöisesti. Tässä voitaisiin hyödyntää samanlaista rakentamista kuin Hollantilaisessa dementia kylässä niiden asiakkaiden osalta, jotka eivät kykene itsenäiseen asumiseen. Ikääntyvät kehitysvammaiset asiakasryhmät voisivat asua seitsemän hengen soluissa – kaksi solua vierekkäin erilleen osastoituna. Toki tässä tulee arvioida asiakkaiden omatoimisuus, taidot ja tuen tarve. Malli tulisi myös testata suomalaisissa oloissa. Asiakkaiden sijoittelussa voisi vielä paremmin hyödyntää asiakkaan omia mieltymyksiä ja siten saman henkiset asiakkaat voisivat viihtyä yhteisessä kodissa paremmin.

Itsemääräämisoikeuden osalta Kehitysvammaliiton koulutuspäivillä kuka määrää teemassa pohdittiin, että ei se haittaa, jos kehitysvammaisen lähtee asumisyksiköstä ja on pari päivää poissa. Tässä tulee kuitenkin aina vastaan vastuukysymykset palveluiden tuottajan osalta, jos asiakkaalle sattuu jotain noiden kahden päivän aikana. Mikäli asiakkaille annetaan enemmän valtaa päättää eli itsemääräämisoikeutta tulee myös vähentää palveluiden tuottajan vastuuta tilanteissa, kun asiakas lähtee ”mä itte päiville”.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET KONSTRUKTIOSTA

Tieto kehitysvammaisen ikääntymisestä on vielä hajanaista, vaikka se on lisääntynyt viime vuosikymmeninä. Kehitysvammaisuus tuo omat riskitekijänsä ikääntymiseen, sitä voidaan tarkastella myös yleisen väestöpohjan ikääntymisen kautta. Dementoivat sairaudet ovat olleet keskiössä kehitysvammautkimuksessa. Terveyden edistämiseen ja hyvinvointiin liittyvää aineistoa on hyvin vähän. Tätä vähemmän löytyy tietoa ikääntyvän kehitysvammaisen virkistätymistoiminnasta tai kuntoutuksesta sekä mielenterveystyön tai ennaltaehkäisevän terveydenhoidon mahdollisuuksista. (Raitanen, Hänninen, Pajunen & Suutama 2004, 244-245.)

Ikääntyviä kehitysvammaisia on tutkittu vähän, paitsi Down-henkilöitä. Downien tutkimuksessa oli selvää, että oireyhtymään liittyy enneaikainen vanheneminen ja riski sairastua keski-iässä Alzheimerin tautiin. Kehitysvammaisten laitoshoidon sairaanhoito- ja lääkäripalveluineen vähenee nopeasti. Tutkimuksessa selvisi myös, että Downin oireyhtymän omaavien aikuisten dementiaoireet lähes kolminkertaistuivat seurantajakson aikana. Tutkimusalueella he saivat tarvitsemansa hoidon perusterveydenhuollossa ja asumispalvelut olivat tarpeita vastaavat. (Arvio, Ajasto, Koskinen & Louhiala, 2013)

Ikääntyvät kehitysvammaiset katsotaan uudeksi kasvavaksi väestöryhmäksi. Kehitysvamma diagnoosi vaikuttaa elinajan odotteeseen vaikka ennuste on noussut valtaväestön kanssa samalle tasolle. Selektiivinen kuolleisuus koskettaa etenkin vaikeasti kehitysvammaisia, hyväkuntoiset ja perusterveet kehitysvammaiset elävät pitkän elämän. Kyky selvitä päivittäisessä arjessa omassa toimintaympäristössä ja sosiaaliset taidot ovat vahvemmat henkilöillä, joilla eliniän odote on korkeampi. Sukupuolten välillä ei ole eroa eliniän odotteen suhteen kuten valtaväestöllä. (Raitanen ym. 2004, 242-243.)

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää ikääntyvän kehitysvammaisen hyvän hoidon hoitomalli Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy:lle. Kehittämistyötä tehtiin vuosina 2012-2016. Kehitetty hoitomalli kuvaa kehittämistyön tuotoksena syntyneitä hoidon toteuttamistapaa asumisyksiköissä. Hoitomalli on innovaatio, joka on syntynyt oikeiden ihmisten tarpeista heidän elämässään. Ne syntyvät erilaisissa keskusteluissa, joissa ajatukset ja ideat kohtaavat. (Ojasalo ym. 2009, 71.) Malli yhdenäistää hoidonohjausta ja osallisuuden toteutumista palvelu- ja hoitosuunnitelmia tehtäessä ja päivitetäessä. Tämän lisäksi koostettiin koulutusmateriaali henkilökunnalle ikääntyvästä kehitysvammaisesta ja lisättiin koulutuksen keinoin tietotaitoa ikääntyvän kehitysvammaisen hoidossa. Tuotettiin myös selkokielinen ohjausmateriaali ikääntyville kehitysvammaisille hoitomallin tueksi, jotta asiakas tietää miten voi itse tukea omaa toimintakykyään mahdollisimman pitkään. Samalla mahdollistettiin yhteisen ymmärryksen löytäminen ohjaustilanteissa.

Alussa kartoitettiin SWOT-analyysiä hyödyntäen henkilökunnan näkemyksiä siitä mikä nykyisessä ikääntyvien hoidossamme on hyvää, mitä on kehitettävää, millaisia mahdollisuuksia meillä on ikääntyvän kehitysvammaisen hoidossa ja millaisia ulkoisia uhkatekijöitä. Tämän lisäksi haastateltiin kuusi kehitysvammaista ikääntyvää asiakasta aiheista ikääntyminen ja hyvä hoito. Näin pyrittiin kartoittamaan asiakkaiden tietoa ja näkemyksiä ikääntymisestä sekä toiveet ja näkemykset hyvästä hoidosta.

IKEVA-hoitomallin luominen lähti liikkeelle yrityksen arvoista, jotka haluttiin saada näkyväksi osaksi hoitomallia kehitettäessä. Näitä arvoja olivat asiakaslähtöisyys, osallisuus, itsemääräämisoikeus, potilasturvallisuus, läsnä oleva kohtaaminen ja asiakkaan kunnioittaminen, mikä pitää sisällään asiakkaan yksilöllisen kohtaamisen. Arvot ovat myös sellaisia, jotka soveltuvat minkä tahansa hoivapalveluita tuottavan yrityksen arvoiksi. Tällä pyrittiin osaltaan varmistamaan tuotoksen siirrettävyys .

Luotu kokonaisuus huomioi ikääntyvän kehitysvammaisen kokonaisuutena ja pyrkii kohtaamaan hänet hoitotyössä tasavertaisena kansalaisena. Kehitetty hoitomalli tulee vielä varmasti muovautumaan työssä tehtyjen havaintojen kautta. Lähtökohdat ikääntyvän kehitysvammaisten hoitoon yksiköissä ovat kehittyneet hoitomallin rakentami-

sen avulla. Asiakslähtöisyys korostuu toiminnassa entisestään. Asiakkaiden palaute kertoo, että suunta on oikea.

Hoitomallin luominen oli haastavaa, kun aiempaa tutkimustietoa ei löytynyt. Yrityksen arvojen kautta pääsi hoitotyön arvoihin, joiden kautta mallin rakentaminen sai ”siivet”. Arvoihin nousi kerätystä tutkimusaineistosta sisällöt ja ne muodostuivat luontevasti osaksi kokonaisuutta. Teemat valikoituivat myös selkeästi. Hyviä käytäntöjä oli mielenkiintoista seurata, tutustua eri yksiköihin ja keskustella mitä muualla hyvä hoito oli. Se antoi mahdollisuuden nähdä meillä toteutettua hoitotyötä ja sen johtamista eri näkökulmasta ja myös kyseenalaistaa sitä.

Osallisuus on kenelle tahansa meistä tärkeää, saada kokea kuuluvansa johonkin yhteisöön ja yhteiskuntaan. Saada vaikuttaa ja olla mukana. Virkistystoiminta omalta osaltaan antaa mahdollisuuden olla mukana. Virkistystoiminnan monipuolisuus antaa mahdollisuuden myös valita missä asiakas haluaa olla mukana. Yhdessä oleminen luo voimaa.

Yksilöllinen hoito asiakkaan elämänkaaren tunteminen, kotikuntoutuksen mahdollisuudet, hoitotahto, toiveiden ja mieltymysten huomioiminen sekä mielekkään arjen luominen oikein ajoitetun perushoidon kanssa on kaikille asiakkaille tärkeää. Oikea aikainen perushoito varmistaa hoidon laadun. Asiakas saa heti tarvitsemansa hoidon eikä hänen tarvitse odottaa, että joku reagoi hänen vointiinsa tai perustarpeeseensa.

Kehitysvammaisen tahto on ollut vuosia ”toisen taskussa”. Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen vahvistaa yksilön pystyvyydentunnetta ja siten hyvinvointia. On oikeus sanoa mitä itse haluaa ja saada vaikuttaa itseä koskeviin asioihin. Lakia ja sen soveltamiskäytäntöjä odotan, jotta tulee selvät raamit miten toimia. Nyt pyrimme tekemään sen mikä nykyisten lakisäädösten mukaan on mahdollista ja se on kirjattu osaksi ikääntyvän kehitysvammaisen hoitomallia.

Potilasturvallisuus on tärkein osa hoitotyötä. Sen toteutuminen on yksityisen toimijan elinehto. Johtamiskäytäntöjen kehittäminen ja henkilökunnan ammatillisen osaamisen kehittämisen huolehtiminen on tärkeä osa työn mielekkyyttä ja siihen sitoutumista.

Selkokieliisyys on osa kehitysvammatyöntekijän perusvuorovaikutustaitoja. Myös kuvia ja piirtämistä tulee hyödyntämistä osana vuorovaikutusta. Se vaatii harjoittelua tullakseen osaksi työntekijän ammattitaitoa. Ratkaisukeskeinen lähestymistapa ei kuitenkaan ole kaikille luontaista, joten tämän osalta asennemuutos jatkuu palaverien yhteydessä toteutettavina harjoituksina ja eri toimintamallien juurruttamisina.

Juuruttaminen on se suurin haaste tälle työlle, miten saada muut innostumaan ja motivoitumaan. Näkemään tämän työn tarkoitus ei minulle yrittäjänä vaan asiakkaille hoitotyön laadun kehittäjänä ja henkilökunnalle ammatillisen osaamisen kasvuna. On tärkeää yksityisellä sektorilla toimiessaan oivaltaa, että asiakas on se miksi kaikki tehdään. Jos asiakas ei ole työskentelyn lähtökohta ei asiakkaita kohta ole.

8.1 Kehittämistyön luotettavuus ja siirrettävyys

Eettisesti hyvin toteutettu tutkimus edellyttää, että noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Suomessa tähän on panostettu siten, että on perustettu julkisia toimijoita, joiden tehtävä on valvoa ja ohjata tutkimusten relevanttiutta ja eettisyyttä. (Hirsjärvi ym. 2009, 23.) Tässä työssä olen perehtynyt tutkimuksen eettisiin kysymyksiin ennen työn aloittamista, sen aikana ja tutkimustuloksia yhteen vetäessäni.

Induktiivinen päättely on keskeinen osa laadullista tutkimusta. Laadullinen tutkimus tuottaa uutta tietoa tai teoriaa silloin, kun sitä ei ole aiemmin saatavilla tai tietoa on niukasti. Yksi mahdollisuus on tuottaa uusi näkökulma aiemmin jo runsaasti tietoa sisältävään tutkimusaiheeseen. Tämä on haaste luotettavuudelle, miten rajaa aiemmat tutkimustulokset uusista tutkimustuloksista ja miten ne näyttäytyvät uuden tutkimustiedon valossa. Uutta tietoa tai teoriaa luotaessa tehdään systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkittavasta aiheesta. (Pietilä & Länsimies-Antikainen 2008, 109-110.) Tässä työssä on tehty systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja vielä työn edetessä kohti päästöstä on haku tehty uudelleen, jotta kaikki mahdollinen aineisto on hyödynnettävissä työssä.

Laadullisen tutkimus pyrkii ymmärtämään tutkimuksen kohdetta siihen osallistuvien ihmisten näkökulmasta. Ilmiöstä, jota tutkitaan kysytään myös tutkittavien näkökulma. Miten ilmiö tai tutkittava asia heille näyttäytyy. Tutkimustehtävä saattaa muuttua alun asettelun jälkeen eikä siitä tule pitää liiaksi kiinni, jotta näkökulmat tutkittavasta asiasta pääsevät oikeudenmukaisesti esiin. Tutkimustehtävät tarkentuvat työn edetessä ja niistä on hyvä informoida tutkimusluvan antajaa sekä tutkimukseen osallistuneita. (Pietilä & Länsimies-Antikainen 2008, 110-112.) Tutkimustehtävä tässä työssä oli selkeä ikääntyvä kehitysvammainen ja hyvä hoito kaikille osallistujille. Näkökulma tuli niin palveluiden käyttäjiltä kuin niitä toteuttavalta henkilökunnalta. Henkilökunnalta olisi toivonut hieman enemmän aktiivisuutta ja vastauksia SWOT-analyysiin, jotta otos heidän osaltaan olisi ollut suurempi. Nyt se jäi 30% koko henkilökunnasta.

Laadullisen tutkimuksen aineisto kerätään yleensä niin sanottuja avoimia tiedonkeruumenetelmiä hyödyntäen ja niitä voidaan käyttää useita erilaisia rinnakkain. Tällaisia menetelmiä ovat muun muassa haastattelut, havainnointi, valokuvat, kirjallinen materiaali tai piirroksot. Tutkimuskysymykset ohjaavat käytettäviä menetelmiä ja tutkimuskysymysten muuttuessa voidaan hyödyntää myös uusia aineiston keräysmenetelmiä. Menetelmiä valitessa kannattaa huomioida miten toimivia ne ovat tutkittavien näkökulmasta. Koetaanko ne työläiksi tai liian vaikeiksi. Käytettävistä menetelmistä on annettava tarvittava tieto tutkittaville, jotta niihin vastataan asianmukaisesti. (Pietilä & Länsimies-Antikainen 2008, 112.) Aineisto tässä kehittämistyössä kerättiin teemahaastattelulla ja SWOT-analyysillä, jotka molemmat mahdollistivat avoimet vastaukset. Materiaalit ja haastattelu oli laadittu siten, että keskeiset tutkimuskysymykset nousivat niistä esiin selkeästi ja avoimesti.

Laadullisen tutkimuksen aineiston analyysissä hyödynnetään induktiivista päättelyä. (Pietilä 2008, 113) Aineiston lähtökohtana tässä työssä oli SWOT-analyysit, asiakkaiden haastattelut sekä asiakkaiden ja henkilökunnan palaute, kehitettiin olemassa olevien tutkimustulosten sekä kirjallinen materiaali. Haasteena voi olla aineiston hajanaisuus, tässä kehittämistyössä hajanaisuutta oli jonkin verran, koska työssä turvaututtiin suosituksiin ja ohjeisiin aiemman tutkimustiedon vähäisyyden vuoksi.

Haastateltavat osallistujat valikoituivat siten, että yli 50-vuotias kehitysvammaainen katsotaan ikääntyneeksi. Osallistujat olivat siis yli 50-vuotiaita. Tämän lisäksi osallistujan tuli kyetä ymmärtämään esitettyjä kysymyksiä ja vastaamaan niihin, hänen kanssaan tuli löytää yhteinen ymmärrys vuorovaikutussuhteessa. Osallistujan oli lisäksi tullut asua asumisyksikössä yli vuoden, jotta hänellä oli käsitys tarjottavista palveluista ja nykyisistä toimintakäytänteistä. Pieni otos on riski osallistujan tunnistamisesta. (Pietilä ym. 2008,114.) On kuitenkin huomioitava, että mahdollisia haastateltavia osallistujia oli enemmän, kuin mitä tutkimuksessa hyödynnettiin.

Tutkijan ja osallistujan roolit olivat tässä työssä lähellä toisiaan. Tutkija on aiemmin työskennellyt kenttätöissä osallistujien parissa. Tämä mahdollistaa paitsi luotettavan suhteen osallistujaan, mutta pahimmassa tapauksessa se voi toimia estävästi, jolloin osallistuja ei kerro kaikkia kokemuksiaan tutkijalle. Tällaista kertomatta jättämistä en kuitenkaan havainnoinut haastattelutilanteissa. Haastattelutilanteet alustin kertomalla miksi haastattelen ja miten sekä miten kerätty aineisto hyödynnetään. Kerroin osallistujalle miten hän itse on mukana toiminnan kehittämisessä osallistumalla haastatteluun. Tutkijan roolissa pysyminen ei ollut vaikeaa ja tarkentavat kysymykset löytyivät helposti osallistujien haastatteluissa. Haastattelut toteutettiin yksiköiden omissa tiloissa luonnollisissa toimintaympäristöissä siten, että tila oli rauhallinen ja haastatteluun oli varattu aikaa. (Pietilä ym. 2008,116.)

Konstruktion luomisessa voi olla useita eri näkökulmia, kuin on sen tarkastelijoita. Jokainen voi nähdä sen eri tavalla. Keskeistä on nostaa esiin se miten ilmiö näyttää laadulliseen tutkimukseen osallistujille ja tutkijalle. On yhtä monta totuutta kuin on näkökulmaa. Laadullinen tutkimus edellyttää teoreettista yleistämistä eettisyys huomioiden. Esimerkiksi saman sairausryhmän eri sairauksiin sairastuneet kokevat sairauden eri tavalla, joten suoraviivainen yleistäminen ei tähän sovellu. Tutkijan eettinen omatunto ohjaa tutkijan työtä. On osattava nähdä eettisesti oikeat ja väärät näkökulmat tutkimuksen eri vaiheissa ja tulkinnoissa. Selkeitä sääntöjä konstruktiivisessa tutkimuksessa ei ole ja parhaatkaan säännöt eivät riitä eettisesti oikeaan tutkimukseen.(Pietilä ym. 2008,117.)

Kehitysvammaiset ikääntyvät useiden eri palveluiden tuottajien toimipisteissä. Tässä esitettyä hoitomallia voi testata sellaisenaan toiseen yksikköön. On kuitenkin muis-

tettava, että tämä kehittämistyö on toteutettu näissä asumisyksiköissä ja niissä puitteissa sekä resursseissa kuin asumisyksiköillä on. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitomalli ei välttämättä ole suoraan siirrettävissä vaan sille tulee olla riittävät resurssit yksikössä, johon se halutaan siirtää.

8.2 Hoitomallin juurruttaminen

Hoitomallin juurruttaminen edellyttää paitsi työnantajalta myös työntekijöiltä edellytysten luomista juurruttamisen tapahtumiselle. Työnantajalta tämä tarkoittaa käytäntöjen ja toimintatapojen ohjaamista osaksi arjen työtä siten, että se ei merkittävästi kuormita työntekijöitä ja hyödynnettävät menetelmät soveltuvat nykyisiin työkäytäntöihin. Työnantajan tulee kyetä esittelemään malli siten, että työntekijät ymmärtävät kehittämistyön merkityksen perustyölle ja sen lähtökohdat. Tässä tulee myös huomioida realiteetit ja käytettävissä olevat resurssit. Lisäksi tulee tukea henkilökunnan ammatillisen osaamisen kehittymistä, mutta myös vaatia uuden opitun tiedon hyödyntämistä päivittäisessä työssä.

Kun toiminta on rakennettu osaksi päivittäistä hoitotyön arkea se juurtuu. Hoitomalli on luotu fyysiseksi toimintatavaksi ja sitä ohjaavat myös arjen toiminnot sekä yrityksen palaverikäytännöt. Lisäksi hoitomallin oheismateriaali on dokumentoitu ja hyödynnettävissä arjen työssä. Tämä edellyttää lähiesimiesten vankkaa sitouttamista ja tukea, mutta myös johtamisosaamisen kehittämistä. Johtajan tulee osata johtaa paitsi henkilöstötasolla myös organisaatiotasolla huomioiden osaamisenjohtamisen. Lähiesimiehen tulee perehtyä hoitomalliin hyvin, jotta hän voi vasta sen juurruttamisesta työyhteisöön. Tähän on varauduttu kehitysvammainen seniorikansalaisena koulutuspäivällä, jonka kehitysvammaliitto järjestää. Ulkoinen kipinä antaa mahdollisuuden nähdä sisäisen kehittämistyön merkityksellisenä ja tärkeänä.

Työntekijöiltä tämä edellyttää vastaanottavuutta ja innokkuutta kehittää omaa työtään sekä vastata asiakkaiden tarpeisiin. Työntekijöiden tulee myös ottaa käytännöt ja toimintatavat omakseen, mutta myös huomioida seikat joita muuttamalla voidaan entisestään parantaa asiakkaiden hoitoa tai helpottaa työntekijöiden käytänteitä hoito-

työn laadun kärsimättä. Työntekijöillä tulee olla riittävät toimintamahdollisuudet. Heidät tulee myös sitouttaa työyhteisöön, jotta toimintamallia ei tarvitse perehdyttää uudelle henkilöstölle jatkuvasti. Uuden henkilökunnan rekrytoinnissa tulee huomioida kiinnostus oman työn kehittämiseksi ja toimiviksi koettujen ja kehitettyjen käytäntöjen hyväksyntä osana työtä.

Mahdollisia esteitä juurruttamisen toteuttamiselle ovat tutkijan oma innottomuus, liian vähän varattu aikaa juurruttamiseen, lähijohtajan haluttomuus ohjata ja tukea mallin hyödynnettävyyttä työyhteisössä, lähijohtajan johtamisosaamisen heikkous, kuppikunnat työyhteisössä, lyhytnäköinen katsantokanta kehitettyyn hoitomalliin, haluttomuus oppia uusia toimintatapoja tai kyvyttömyys nähdä niitä merkityksellisenä sekä uuteen asiaan liittyvä muutosvastarinta.

Haasteena tässä työssä oli saada henkilökunta täyttämään SWOT-analyysijä ja näkemään merkitys osallistumisessa ikääntyvän kehitysvammaisen hoitomallin kehittämiseen. Toinen keskeinen haaste oli materiaalin analysoiminen ja johtopäätösten tekeminen, kun varsinaista tutkimustietoa oli niin vähän saatavilla. Kolmantena näin ongelmaa siinä olenko tutkijana liian lähellä, koska yritys on omani ja asiakkaat miltei ”toinen perheeni”? Näenkö kaiken olennaisen ja mitä ovat ne asiat joita en huomaa? Olisiko opinnäytteen toteuttaminen toiseen organisaatioon antanut minulle erilaisia näkökulmia työn tekemisessä? Työtä tehdessäni pohdin annoinko sen paisua liikaa ja haalein siihen kaiken mahdollisen aineiston. Toisaalta aineistoa katsomalla siitä nousee erilaisia näkökulmia, joita voi tulevaisuudessa hyödyntää palveluiden kehittämisessä. Halusin myös toteuttaa opinnäytetyön, joka kehittää ikääntyvien kehitysvammaisten asumispalveluita.

Työtä tehdessä nousi haave uuden ikääntyvien kehitysvammaisten palvelukodin rakentamisesta, jossa jo tiloja suunniteltaessa huomioitaisi esteettömyys, turvaratkaisut, monipuolinen toiminnallisuus, toiminnallinen piha ja pienet asumissolut. Ideaalia olisi jos tähän yhteyteen saisi viereen päiväkodin ja siten ylisukupolvien voisi suunnitella myös yhteistä toimintaa. Uusia ideoita tuli Hollannista mukana mitä voisi toteuttaa yksiköiden viriketoimintana ja millaisia ratkaisuja sekä elementtejä asumisyksiköiden pihaan voisi ottaa ”green care” konseptista esimerkiksi pienet viljelymaat ja teemapihat tietyn tyyppisille asiakkaille. Viriketoimintaan oli runsaasti

erilaisia toimintaympäristöjä, mikä taas Suomessa ajatellaan tuottamattomana tilana ja jätetään usein sen takia rakentamatta. Nämä suunnitelmat tarvitsevat toteutuakseen rahoitusta.

LÄHTEET

- Arvio M. & Aaltonen S. 2011, Kehitysvammaisen potilaana. Keuruu: Duodecim
- Arvio, M., Ajasto, M., Koskinen, J. & Louhiala, L., 2013. Ikääntyvä Down-henkilö saa hyvää hoitoa kotikunnassaan. Suomen lääkäri-lehti 15/2013.
- Baggini J. & Fosl, P.S. 2012, Etiikan pikkujättiläinen. Tallinna: Tallinnan kirjapaino
- Bittles, A.H., Pettersson, B.A., Sullivan, S.G., Hussain, R., Glasson E.J. & Montgomery, P.D., 2002. The Influence of Intellectual Disability on Life Expectancy. Journal of Gerontology: Medical science. The gerontological Society of America.
- Edistyksellinen vanhustenhuolto -opintomatka Amsterdamiin Hollantiin, Jari Koivisto FCG
- ETENE. Terveystuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 3/2016. Saatavilla : <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu-ja+1+Terveystuollon+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>
- Hirsjärvi S. & Hurme H. 2011, Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Tallinna: Gaudea-mus
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sarjavaara P., 2009, Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Hiltunen, M., Karjalainen, T., Mannio, L., Pättiniemi, P., Pötry, J., Savolainen, A.,
- Hoitotyön tutkimussäätiön HOTUS, 2016. Näyttöön perustuva toiminta. Viitattu 3/2106. <http://www.hotus.fi/hotus-fi/nayttoon-perustuva-toiminta>
- Hyväri, H. 2004. Ikääntyvien kehitysvammaisten tukiprojekti käynnistyi, kohti parempaa vanhuutta. Ketju 4/2004
- Järvinen, I. & Luhtaniemi, T., 2013. Ratkaisukeskeinen työyhteisösovittelu. Tallinna. Työterveyslaitos
- Kansanaho, A., 2014. Kohtaamisia keroputaan malliin. Suomen työnohjaajat ry Osviitta-lehti 1/2014.
- Kaski M., Maninen A., Mölsä P. & Pihko H. 2002, Kehitysvammaisuus. Porvoo: WSOY

Koksentausta T., 2006, Kehitysvammaisten mielenterveyshäiriöt – mitä etsitään ja miten hoidetaan?, Duode-cim. Viitattu 11/2015. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95909.pdf>

Laatu ja potilasturvallisuus. Mitä on potilasturvallisuus? Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 1.5.2015 <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>

Lehmuskoski, A. & Kuusisto-Niemi, S., 2012, Asiakaslähtöiset ja vaikuttavat sosiaalipalvelut, Opas sosiaali-huollon käsitteelliseen tarkasteluun. THL, Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, Itä-Suomen yliopisto Viitattu 14.3.2015 http://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/asiakaslaittoiset_ja_vaikuttavat_sosiaalipalvelut_opas_sosiaalihuollon_kasitteelliseen_tarkasteluun.pdf

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M., 2008, Etiikka hoitotyössä. Porvoo. WSOY. 5-6 painos. 2010

Lukka, K., Konstruktiivinen tutkimusote. Metodix www-sivut. Viitattu 3/2016.

Moilanen, T., Ojasalo, K. & Ritalahti, J., 2009. Kehittämistyön menetelmät, uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Porvoo. WSOY.

Numminen, H., Vesala, H., Ainila, I. & Järveläinen, I., 2005. Ikääntyminen haasteena kehitysvammaisille. Kehitysvammaliiton tutkimusyksikkö KOTU. Helsinki.

Näslindh-Yispangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Edita.

Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy:n asiakastiedot, viitattu 5/2015

Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy www.pktilkkutakki.net , päivitetty 6.8.2015, viitattu 11/2015

Palvelukodit Pomarkun Tilkkutäkki Oy:n laatukäsikirja. Päivitetty 9.2015, viitattu 11/2015

Pietilä, A.-M. & Länsimies-Antikainen, H., 2008. Etiikka monitieteisesti, pohdintaa ja kysymyksiä. Kuopio. Kuopion yliopisto

Puhakka, A. 2002. Dementia jää liian usein huomaamatta, Ketju 6/2002

Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama, T. 2004. Geropsykologia, vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki. WSOY.

Salmi, M., 2013. PISARA - Pitkäaikaissairauksien uusi hoitomalli hankekoordinaation ja pisara-oulu hankkeiden loppuraportit. Viitattu 3/2016

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B., 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita

Sosiaalihuollon asiakkaiden itsemääräämisoikeuden vahvistaminen, Valviran ohje
Dnro 1732/05.00.00.01/2013 Helsinki 15.3.2013 Viitattu 5.2013
http://www.valvira.fi/files/ohjeet/Sosiaalihuollon_asiakk_itsemaaramisoik_vahvistaminen.pdf

Suomen terveystieteiden tutkimuskeskus verkkosivut, ikääntymisen vaikutukset elimistöön.
Päivitetty 21.11.2013 Viitattu 11.2015
<http://www.terveysverkko.fi/tietopankki/senioreille/ikaantymisen-vaikutukset-elimistoon>

Taam-Ukkonen, M. & Saano, S., 2010. Turvallisen lääkehoidon perusteet. Helsinki. WSOYpro

Tainio, J., Tirkkonen, T., Välke, R. 2007, Hyvinvointiyrittäjän liiketoimintaopas, ammatinharjoittajasta yrittäjäksi, Tallinna: AS Paketti

Talentia ammattiliiton www-sivut, sosiaalialan koulutukset ja kelpoisuudet. Viitattu 3/2016. www.talentia.fi/files/64/Kelpoisuusesite.pdf

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi ja terveyserot Osallisuus, päivitetty 1.9.2015 Viitattu 9.2015

<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos THL, Selkokieli. Päivitetty 24.7.2015. Viitattu 11/2015

<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/selkokieli>

Työturvallisuuskeskus TTK, Työhön perehdyttäminen ja opastus – ennakoivaa työsuojelua. 2009. Viitattu 11.2015
http://www.ttk.fi/files/800/Tyohon_perehdyttaminen2009.pdf

Vahva pohja osallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle. Suomen vammaispoliittinen ohjelma VAMPO 2010-2015 HELSINKI: STM JULKAISUJA 2010:4 Viitattu 5.2013
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12157.pdf

Valvira www-sivut. Katsottu 8/2015 Viitattu 3/2016 <http://www.valvira.fi/-/valtakunnallinen-sosiaali-ja-terveydenhuollon-omavalvontaseminaari-25-8-2015>

Vernerin www-sivut. VAMPO. Vammaispoliittinen ohjelma 2010-2015. Päivitetty 17.9.2014. Viitattu 3/2016. <http://verneri.net/yleis/vampo-vammaispoliittinen-ohjelma-vuosille-2010-2015>

Virtanen H. 2009 Selkokielen käsikirja. Tampere: Tammerprint

Voutilainen P. & Tiikkainen P. 2009 Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY

Yle Areena, Akuutti, Keroputaan malli 15.10.2014 (Katsottu 2/2016)

Saatavilla <http://areena.yle.fi/1-2418097>

Asiakashaastattelun kysymykset

H: Miten käsität vanhenemisen? Mitä ajattelet vanhenemisestä? Mitä se vanheneminen on?

H: Minkä ikäinen on mielestäsi vanha ?

H: Millaisen vanhuuden haluaisit?

H: Mitä toivot hoitajilta, kun sinä vanhenet?

H: Millainen hoito on hyvää hoitoa?

H: Mitä muuta ajattelet, että hyvä hoito pitää sisällään?

H: Mitä muuta sisältyisi hyvään hoitoon. Hyvä perushoito – mitä muuta arjessa tarvitsisi olla? Ajattele toimintaa tai jotain muuta, jotta hoito olisi hyvää?

H: Palautan sinua vielä tuohon hyvään hoitoon. Ajattelet arkeasi mitä haluaisit, että siinä olisi, jotta kokisit, että hoito on hyvää?

H: Avaan vielä enemmän miten hyvä hoito olisi viihtyisää?

H: Olisiko virkistystoimintaa hyvä olla ikääntyessäkin?

H: Olisiko vielä jotain mitä tulee mieleen?

H: Miten koet - millaista tietoa tarvitset ikääntymisestä tai vanhenemisestä?

H: Tiedätkö miten itse voit vaikuttaa omaan liikkumis- ja toimintakykyysi?

H: Tiedätkö keinot mitä voit helposti käyttää ja mihin pystyt, jotta toimintakyky säilyisi mahdollisimman pitkään?

H: Haluaisitko siitä lisää tietoa?

H: Miten haluat saada tiedon ikääntymisen vaikutuksista oppaana, keskustelutilaisuutena tai molempina?

H: Koetko tarvitsevasi tietoa ravitsemuksesta? Ikääntyvän ravitsemuksesta.

H: Pelottaako sinua jokin vanhenemisessä?

H: Oletko miettinyt, jos muistisi ei yhtäkkiä toimi? Mitä ajatuksia se tuo mieleesi?

H: Miten toivot hoitajien tässä tilanteessa toimivan?

H: Onko jotain mikä olisi mukavaa, kun ikääntyy – mistä nautit?

H: Haluatko tuoda jotain muuta ikääntymiseen liittyen mistä tykkäät tai mistä et pidä?

H: Tässä on tällainen pitkä lista asioita. Koetko, että näillä lisätään itsemääräämisoikeutta, kun muisti menee? - Olisiko tällaiselle tarvetta? Lisäisitkö siihen jonkin kohdan?

ASIAKKAAN MIELTYMYKSET JA TOIVEET:

(Liite asiakastietoihin)

Näistä pidän:

Ruoka::

Leipä:

Juoma:

Päiväkahvilla:

Lempivärit:

Tv-ohjelmat:

Radio-ohjelmat:

Mieli musiikkini:

Lehdet ja kirjat, joista pidän:

Millaisista vaatteista pidän:

Hengellinen vakaumus ja miten toivon sen huomioitan:

Muuta minulle tärkeää, jotka toivon huomioitavan hoidossani:

Näistä en pidä:

Ruoka:

Leipä:

Juoma:

Jotain muuta mistä en pidä ja toivon sen huomioitavan hoidossani:

SWOT-ANALYYSI

Swot- analyysi on nelikenttämalli, jonka avulla pohditaan yrityksen strategioita tai yhtä osa-aluetta. Tämän avulla määritellään missä mennään nyt ikääntyvän kehitysvammaisen hoidossa ja mitä tarvitsisi tehdä, jotta saisimme hyvän hoitomallin ikääntyvän kehitysvammaisen hoitoon.

Pidä ajatuksen keskipisteenä: Ikääntyvän kehitysvammaisen hoito

VAHVUUDET:

Huomioi mikä meillä on hyvää, missä onnistumme ja mitkä asiat toimivat ajateltaessa ikääntyvän kehitysvammaisen hoitoa. Ole realistinen, älä liioittele tai ole liian vaatimaton.

HEIKKOUEDET:

Mikä meillä ei ole hyvää, mitä tarvitsee kehittää ja mikä ei toimi ajateltaessa ikääntyvän kehitysvammaisen hoitoa. Tärkeää on huomata ettei mennä henkilökohtaisuksiin, yhden ihmisen yksittäistä toimintaa ei voi nimetä heikkoudeksi.

MAHDOLLISUUDET:

Mitä mahdollisuuksia ikääntyvän kehitysvammaisen hoito tuo? Pohdi myös yhteiskunnallinen, ammatillinen ja taloudellinen näkökulma.

UHAT:

Mitkä ovat ulkoiset uhat toteuttaa ikääntyvän kehitysvammaisen hoitoa? Huomioi myös lähitulevaisuudessa näkyvät asiat ja tekijät jotka voivat aiheuttaa ongelmia. Näiden asioiden seuranta ja pohdi myös miten niitä voi liennyttää.

SWOT-ANALYYSI

VAHVUUDET:	HEIKKOUEDET:
MAHDOLLISUUDET:	UHAT: