

**Vaasan ammattikorkeakoulu,
University of Applied Sciences Publications
OTHER PUBLICATIONS C18**

**ASENNE JA OSAAMINEN KOHDALLEEN
VAASAN VANHUSTYÖSSÄ
Raportti muutuskoulutuksesta vuosina 2010-2013**

Paula Hakala, Regina Nurmi (toim.)

Vaasa 2014

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	5
2	KOULUTUKSEN LÄHTÖKOHDAT	7
3	KOULUTUKSEEN OSALLISTUJAT	9
	3.1 Koulutuksen kohderyhmä	9
	3.2 Koulutusryhmien muodostaminen	9
4	KOULUTUKSEN TEEMAT	11
	4.1 Koulutuksen sisällöt vuosina 2010–2013	11
	4.2 Koulutusta esimiehille	12
5	KOULUTUKSEN TOTEUTUS	13
	5.1 Lähiopetuksen toteutus	13
	5.2 Kehittämistehtävät	14
	5.3 Koulutuksen luennoitsijat ja kouluttajat	22
	5.4 Koulutuksen seurantaryhmät	22
6	KOULUTUKSEN ARVIOINTI JA PALAUTTEET	23
	6.1 Osallistujien palautteet	23
	6.1.1 Syksyn 2010 palautteet	23
	6.1.2 Kevään 2011 palautteet	24
	6.1.3 Syksyn 2011 palautteet	25
	6.1.4 Kevään 2012 palautteet	27
	6.1.5 Syksyn 2012 palautteet	28
	6.1.6 Kevään 2013 palautteet	31
	6.2 Esimieskyselyjen tulokset	32
	6.2.1 Vuoden 2010 tulokset	32
	6.2.2 Vuoden 2011 tulokset	34
	6.2.3 Vuoden 2013 tulokset	37
	6.3 Työyksiköiden itsearvioinnit	39
7	ASIKASLÄHTÖISTEN TOIMINTAMALLIEN KEHITTÄMINEN	49
	7.1 Kuntouttava työote ja toimintakykyä edistävä toiminta Ikäkeskuksen virikepalveluissa	49
	7.2 Vastuuhoitajamalli Vaasan kotipalvelussa	52
	7.3 Toimintamalli kaatumisten ja putoamisten ennaltaehkäisemiseksi	53
	7.4 Potilaiden kuntoutus ja virkistys terveyskeskuksen vuodeosastolla 1	55

8	PEDAGOGIIKASTA KÄYTÄNNÖN ONNISTUMISIIN JA HAASTEISIIN KOULUTTAJIEN KOKEMUKSIA	57
	8.1 Koulutuksen pedagogiset lähtökohdat	57
	8.2 Käytännön kokemuksia kouluttajien näkökulmasta	58
	8.3 Svenska skolningsdagar	59
9	KOULUTUSHANKKEESSA TEHDYT OPINNÄYTETYÖT	61
10	TÄYDENNYSKOULUTUKSEN ARVIOINTIA – MILTÄ TULOKSET NÄYTTÄVÄT?	63
11	TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT VAASAN VANHUSTYÖSSÄ	67

LIITTEET

1 JOHDANTO

Yksikön johtaja Raimo Koivisto, Vaasan ammattikorkeakoulu

Ikääntyvän väestön hyvinvointi näkyy nykypäivänä keskeisesti sekä EU:n että kansallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan linjauksissa. Erityisesti sosiaalisten investointien merkitystä on tässä yhteydessä korostettu. Tarkoitus on kohdistaa panostusta sellaisiin toimintoihin, joilla ehkäistään tulevaisuudessa muutoin koituvia suurempia sosiaalisia ja taloudellisia kustannuksia.

Vaasan kaupungin tavoitteleva ikääntymispolitiikan suunnanmuutos voidaan nähdä tällaisena sosiaalisena investointina, jossa sekä hoidollisten käytäntöjen että palvelutarjonnan muutoksilla pyritään koti- ja laitoshoidossa pitkäaikaisiin ja kestäviin ratkaisuihin. Uudessa toimintatavassa keskeiseksi on noussut erityisesti asiakaslähtöinen ja toimintakykyä edistävä työskentelytapa, jossa ikääntyneiden henkilöiden itsenäistä selviytymistä, omatoimisuutta ja elämänhallintaa tuetaan ammatillisesti. Olennaisena osana toimintatavan muutokseen liittyy vanhusten ja pitkäaikaissairaiden mahdollisuus asua pitkään omassa kodissaan, jolloin myös osa hoidosta tapahtuu kotona.

Vaasan kaupunki päätti 26.5.2010 sosiaali- ja terveyslautakunnan päätöksellä hankkia työotteen muuttamiseksi Vaasan ammattikorkeakoululta laajan, koko koti- ja laitoshoidon henkilöstöä koskevan muutokoulutuksen. Koulutus tuli koskemaan yhteensä noin 800 koti- ja laitoshoidon hoitohenkilöä ja esimiestä. Näistä Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidon henkilöstö muodosti pääosan, mutta koulutukseen osallistuivat lisäksi Laihian yhteistoiminta-alueen vuodeosastot, kotisairaanhoido sekä Laihian kunnan kotipalvelu, asumispalvelu ja vanhainkoti. Laihialta koulutukseen osallistui noin 100 työntekijää.

Koko hankkeen ajan ohjausta ja seuranta varten oli toiminnassa ohjausryhmä sekä käytännön toteuttamiseen liittyviä tehtäviä hoitanut projektin suunnitteluryhmä.

Poikkeuksellisen laaja koulutettavien joukko tarjosi koulutusprosessille haasteita, mutta toisaalta koti- ja laitoshoidon esimiehet ja työntekijät muodostivat juuri sen ydinjoukon, jonka toiminta oli muutoksen kannalta aivan keskeinen.

Muutokoulutuksella oli edessään myös muita haasteita, sillä hoidollisten käytäntöjen muuttamisen ohella oli jo tiedossa koti- ja laitoshoidon fyysisten tilojen muutoksia hoito-osastojen lakkauttamisen ja uusien pienkotien perustamisen muodossa. Tämä asetti lisähaasteita orientoitumiselle.

Muutokoulutus toteutettiin monipuolisena ja -muotoisena prosessina, joka koostui asiantuntijaluentojen ohella käytännön suunnittelu- ja kehittämistehtävistä sekä prosessin jatkuvasta arvioinnista. Arvioinnin merkitystä haluttiin korostaa, koska koulutus oli pitkäkestoinen ja toiminnallisiin muutoksiin pyrkivä.

Koulutuksen keskeisinä tavoitteina olivat henkilöstön omien arvojen ja asenteiden kehittäminen sekä eettisten periaatteiden omaksuminen omassa työssä. Myös näyttöön perustuva tieto ikäihmisen toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä ja niitä ylläpitävien työmenetelmien omaksuminen sekä asiakaslähtöisten toimintatapojen vahvistaminen olivat muina keskeisinä osa-alueina. Esimiesten osalta oman kokonaisuuden muodostivat asiakaslähtöisen johtamisjärjestelmän kehittäminen, toimintaprosessien uudistaminen ja toiminnan seuranta.

Keskeisten tavoitteiden osalta voidaan lyhyesti todeta, että projektin myötä kuntouttavasta työotteesta ja asiakaslähtöisestä toimintakyvyn tukemisesta saavutettua yhteistä näkemystä voidaan pitää osoituksena arvojen ja asenteiden sekä eettisten periaatteiden kehittymisestä tavoitteiden mukaisesti. Myös palvelutoiminnoissa savutettu sisältöjen selkiytyminen viittasi työtavoissa ja -menetelmissä tapahtuneeseen uudistumiseen.

Tämä raportti on yhteenveto tästä 2010–2013 toteutetusta koulutusprosessista ja siinä keskitytään kuvaamaan tarkemmin hankkeen toteutusta ja tuloksia.

Vaasassa 11.9.2013
Raimo Koivisto

2 KOULUTUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Koti- ja laitoshoidon johtaja Matti Paloneva, Vaasan kaupunki

Suomen väestö ikääntyy. Tulevan 25 vuoden aikana Vaasan eläkeikäisen väestön määrä kasvaa 50 % ja 85 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu. Suurten ikäluokkien myötä kasvaa vanhojen vanhusten lukumäärä aina vuoteen 2040 asti. Joka kolmas 85 vuotta täyttänyt sairastaa dementiaa. Myös hoitajat ikääntyvät. Seuraavankymmenen vuoden aikana noin 250 koti- ja laitoshoidon työntekijää (yhteensä noin 800) siirtyy iän mukaiselle eläkkeelle. Väestön kokonaismäärä ja käytettävissä olevat verotulot kasvavat paljon maltillisemmin.

Vaasan sosiaali- ja terveystoimintat ja -lautakunnat yhdistettiin vuoden 2005 alusta. Vanhuspalvelut koottiin kaikki samaan tulosalueeseen. Tavoitteena on järjestää vanhuspalvelut kestäväällä tavalla ja niin, että tuleviin haasteisiin pystytään vastaamaan.

Tulosalueella on käynnissä mittava kehittämistyö, jota on tukemassa vuonna 2006 alkanut laatutyö. Palvelurakennetta muutetaan avohoito painotteisemmaksi. Vakanntilisykset kotihoitoon jatkuvat, kotihoidon palvelusetelimäärärahaa lisätään ja omaishoitoa kehitetään. Dementoituneiden hoito tehostetussa palveluasumisessa kilpailutettiin vuonna 2008. Uudet 161 paikkaa otettiin käyttöön vuonna 2010. Kaupunginsairaalan pitkäaikaishoitoa ollaan osin muuttamassa lyhytaikaiseksi ja kuntouttavaksi.

Tulosalueella on tehty strategiatyötä, jonka mukaan lähivuosien keskeiset tavoitteet ovat: 1. Yhteistyön parantaminen muiden vanhustyön toimijoiden kanssa, 2. Ennaltaehkäisevän työn tehostaminen, 3. Asiakkaiden tarpeiden parempi arviointi – palvelujen tuotteistaminen ja kohdentaminen, 4. Asiakaslähtöinen ja toimintakykyä ylläpitävä työote, 5. Painopiste kotihoidossa.

Osaamisen kartoittaminen on käynnistynyt. Tulosalueilla on menossa työajan seuranta, palvelut tuotteistetaan. Asiakaspalautetta kerätään systemaattisesti.

Laihian ja Vähäkyrön kanssa muodostettiin 1.1.2009 alkaen yhteistoiminta-alue, johon kuuluvat vanhustyöstä vuodeosastot ja kotisairaanhoido. Yhteistoiminta-alue ja kunnat ovat ilmaisseet kiinnostuksensa lähteä mukaan vanhustyön koulutukseen erikseen sovittavalla tavalla.

17.2.2008 nimettiin toimikunta ja työryhmä vanhuspoliittisen ohjelman päivittämiseksi. Vaasan ikääntymispoliittinen strategia on osa kaupungin strategiaa. Ikääntymispolitiikka ja ikääntyneistä huolehtiminen kuuluvat kaikille hallintokunnille. Meneillään olevien ja tulevien muutosten tueksi tarvitaan osaavaa esimiestyötä ja johtamista. Strategisen johtamisen koulutus järjestettiin vuosina 2008–2010 sosiaali- ja terveystoimen esimiehille ja johtajille.

Valtakunnallisen suuntauksen mukaisesti myös Vaasan koti- ja laitoshoidossa on tarpeen siirtyä asiakaslähtöiseen ja toimintakykyä edistävään työskentelytapaan. Tarkoituksena on tukea jatkossa aiempaa enemmän ikääntyneiden ja pitkäaikaissairaiden itsenäistä selviytymistä, omatoimisuutta ja elämänhallintaa. Tuloksena asiakkaiden hyvinvointi ja mielekkään elämän edellytykset paranevat. Toimintakykyä edistävä työote tarkoittaa käytännössä sitä, että koti- ja laitoshoidossa jokainen arkipäivän tilanne pyritään toteuttamaan asiakkaan toimintakyky ja voimavarat huomioon otta- valla tavalla. Asiakkaita tuetaan ja motivoidaan, mutta ei tehdä tarpeettomasti asioita heidän puolestaan.

Työotteen muutos vaatii juurtuakseen koulutusta ja pitkäjänteistä kehittämistyötä työyksiköissä. Koulutus tukee laajaa muutosprosessia, jonka lopputuloksena vaasalaisille vanhuksille ja pitkäaikaissairaille pyritään turvaamaan mahdollisuus asua pitkään omassa kodissaan.

Koulutus kesti kolme vuotta ja sen kustannusarvio oli yhteensä 200 000 euroa. Koulutuksen tehtävänä ja haasteena oli saada työntekijät omaksumaan muutoksen tavoite ja sisältö sekä ymmärtämään muutoksen merkitys omassa työssä. Erityinen haaste oli kehittää muistihäiriöisten hoitoa ja siinä käytettäviä työskentelytapoja.

Ammattihenkilön työote heijastaa hänen käsityksiään omaan ammattiinsa sisältyvistä tehtävistä, ihmisen ikääntymisestä, terveydestä ja toimintakyvystä. Asiakaslähtöisen ja toimintakykyä edistävän työotteen omaksuminen edellyttää aikaisempien työtapojen kriittistä uudelleenarviointia, työntekijän omien asenteiden ja arvojen, ajattelun ja kiinnostuksen kehittymistä sekä moniammatillisen työn organisointia. Esimiestyön ja johtamisen uudistuminen on osa työskentelytavan muutosta.

Koulutusjakson myötä työntekijöille syntyy motivaatio ottaa uudet tiedot käyttöön, ja uusia työskentelytapoja harjoitellaan asiakastyössä. Jatkossa asiakkaiden toimintakyvyn parantamiselle asetetaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa tavoitteet, esitetään keinot näihin pääsemiseksi sekä seurataan tavoitteiden saavuttamista.

Täydennyskoulutuksen tuloksia ja vaikuttavuutta seurattiin koko hankkeen ajan hankkimalla koulutuksen osioista palautetta koulutettavilta, seuraamalla työskentelytavan muuttumista työyksiköissä ja ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden avulla.

3 KOULUTUKSEEN OSALLISTUJAT

**Katja Vertanen kehittämissuunnittelija, koti- ja laitoshoidon hallinto,
Vaasan kaupunki**

3.1 Koulutuksen kohderyhmä

Koti- ja laitoshoidon tulosalueen henkilöstö työskentelee neljällä eri palvelualueella: kotihoidossa, palveluasumisessa, laitoshoidossa sekä ikäkeskuksessa. Kolmevuotiseen täydennyskoulutukseen osallistui koko koti- ja laitoshoidon henkilöstö, fysioterapia, Laihia-Vähäkyrö -yhteistoiminta-alueen vuodeosastot ja kotisairaanhoido sekä Laihian kunnan kotipalvelu, asumispalvelu ja vanhainkoti. Laihialta koulutukseen osallistui noin 100 työntekijää. Koulutettavia oli yhteensä 800, joista ruotsinkielisiä oli noin 100. Esimiehiä koulutettavista oli noin 40. Koulutuksen päätavoite oli, että henkilökunta omaksuu kuntouttavan ja asiakaslähtöisen työotteen merkityksen. Koulutuksella pyrittiin lisäämään henkilökunnan tietoa kuntouttavasta työotteesta ja asiakaslähtöisestä kohtaamisesta sekä työmenetelmien uudistamisesta. Työyksiköissä tapahtuva kehittäminen toteutettiin tiimeissä omien esimiesten johdolla

Kaiken kaikkiaan kolmevuotisessa koulutuksessa oli mukana:

- 12 kaupunginsairaalan osastoa sekä varahenkilöstö
- 8 palvelutaloa
- 3 kotipalvelualueita, kotisairaanhoido, kotisairaala sekä kotiutusyksikkö
- ikäkeskuksen työpisteet: päivätoiminta, sosiaalityö ja SAS-toimisto, muisti poliklinikka, viriketoiminta, liikuntapalvelut, vapaaehtoistyö ja palveluneuvonta
- fysioterapia
- Laihia-Vähäkyrö yhteistoiminta-alue (vuodeosastot ja kotisairaanhoido)
- Laihian kunnan kotipalvelu, asumispalvelu sekä vanhainkoti

3.2 Koulutusryhmien muodostaminen

Koulutukseen osallistuneet jaettiin kahden ensimmäisen vuoden aikana 16 eri ryhmään, joista kolme ryhmää oli ruotsinkielisiä. Koska koulutukseen osallistuvien määrä oli suuri, toteutettiin opiskelu 50–60 hengen pienryhmissä. Tämä tarkoitti sitä, että samat asiantuntija- ja lehtoriluennot toteutettiin useaan kertaan kyseisessä koulutusosiossa lukukauden aikana. Ryhmät osallistuiivat koulutuskokonaisuuksiin (luennot, itsenäinen työskentely, tiimityö) vaihteittain kolmen vuoden aikana. Jokainen ryhmä aloitti koulutuksen syksyn 2010 aikana. Koulutusryhmät olivat ns. sekaryhmiä, joissa lähiopetukseen osallistui eri palvelualueiden työntekijöitä. Eri ammattiryhmistä muodostetut sekaryhmät antoivat haasteita koulutuksen toteuttamiselle. Pääosa koulutukseen osallistuneista oli hoitajanimikkeellä olevia (lähi/perushoitajat, sairaanhoitajat), mutta joukossa oli myös muita alan ammattilaisia, joiden työnkuva ei liittynyt varsinaiseen hoitotyöhön.

Koulutus käsitti neljä osakokonaisuutta, joiden toteutus jakaantui kolmelle vuodelle. Käytännössä tämä tarkoitti kuukaudessa noin yhtä koulutusiltapäivää per henkilö kahden ensimmäisen vuoden aikana. Perusryhmien esimiehille järjestettiin koulutustilaisuuksia (esimiehet osallistuivat sekä perusryhmiin että esimiesosioihin) sekä kehittämistöitä. Kahtena ensimmäisenä vuotena koulutuksiin osallistui yhteensä 10 288 henkilöä, kesimäärin 735 henkilöä per koulutusosio. Kolmantena vuonna perusryhmät (16 kpl) jaettiin uudelleen palvelualueittain siten, että ryhmiä oli viimeisenä vuotena 10+10. Kolmas vuosi koostui ns. massaluennoista sekä palvelualueille kohdennetuista luennoista. Viimeisenä vuonna koulutustilaisuuksiin osallistui yhteensä noin 2500 henkilöä.

4 KOULUTUKSEN TEEMAT

Yliopettaja Paula Hakala, Vaasan ammattikorkeakoulu

Kolmivuotisen täydennyskoulutuksen sisältöjen pääkohdat päätettiin projektin suunnitteluryhmässä. Sisältöjen suunnittelua ohjasivat koulutukselle asetetut tavoitteet. Asiakaslähtöisen ja toimintakykyä edistävän työotteen tarkoituksena oli tukea ikään-tyneiden ja pitkäaikaissairaiden itsenäistä selviytymistä, omatoimisuutta ja elämänhallintaa. Tämän tuloksena asiakkaan hyvinvointi ja mielekkään elämän edellytykset paranevat. Toimintakykyä edistävä työote tarkoittaa käytännössä sitä, että koti- ja laitoshoidossa jokainen arkipäivän tilanne pyritään toteuttamaan asiakkaan toimintakyky ja voimavarat huomioon ottavalla tavalla. Asiakasta pyritään passivoimisen sijasta motivoimaan ja tukemaan, eikä tehdä asioita tarpeettomasti hänen puolestaan.

Tavoitteiden pohjalta koulutukselle laadittiin kolme koulutuskokonaisuutta, jotka jakaantuivat: 1) Arvoihin ja asenteisiin, 2) Toimintakykyyn ja elämänlaatuun, sekä 3) Asiakaslähtöisten työ- ja toimintatapojen vahvistamiseen. Koulutuskokonaisuuksille laadittiin alakohtaiset tavoitteet, joiden pohjalta tarkennettiin sisällöt. Koulutusohjelma on kokonaisuudessaan esitetty liitteessä 1.

4.1 Koulutuksen sisällöt vuosina 2010–2013

Koulutus alkoi 6.9.2010 avausseminaarilla, jossa kaupungin ja ammattikorkeakoulun edustajat esittelivät koulutuksen lähtökohdat sekä tulevat sisältöalueet. Avausseminariin oli kutsuttu asiantuntijaksi professori, geriatristi Kaisu Pitkälä Helsingin yliopistosta. Pitkälä käsitteli esityksessään näyttöön perustuvan kuntoutuksen perusteita sekä kehittämismahdollisuuksia.

Syyskuussa 2010 ensimmäisenä varsinaisena koulutuksen sisältönä oli ikääntyneen hyvä elämä ja kohtelu. Lokakuussa perehdyttiin työntekijöiden eettiseen ja arvopohjaiseen työskentelyyn. Tavoitteena oli, että osallistujat kehittivät omia asenteitaan ja arvojaan sekä ymmärsivät ja tarkastelivat hoitotyön eettisiä ja hyvän hoidon periaatteita. Lisäksi syyskauden aikana käsiteltiin lainsäädännön näkökulmasta asiakkaan asemaa ja oikeuksia. Syyskaudella koulutukseen osallistuneet työyhteisöt laativat myös ensimmäisen kehittämistehtävänsä, jossa määriteltiin omalle työyhteisölle ikäihmisen kohteluun liittyvät eettiset periaatteet.

Kevään 2011 koulutusjakson tavoitteena oli tuottaa osallistujille näyttöön perustuvaa tietoa ikäihmisten toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä ja luoda perusteita toimintakyvyn merkityksestä ikäihmisen hyvinvointiin. Lisäksi tavoitteena oli, että osallistujat omaksuvat toimintakykyä ylläpitäviä uusia työmenetelmiä, arvioivat kriittisesti nykyisiä työotteitaan sekä tarvittaessa muuttavat niitä. Keväällä käsiteltiin normaaliin vanhenemiseen liittyviä käsityksiä terveydestä ja hyvinvoinnista, sairausryhmistä muistisairauksista sekä mielenterveyteen liittyviä sairauksia. Toimintakyvyn mittaamisen merkityksestä, sisällöistä ja mittareista oli erillinen koulutusiltapäivä. Tämän

lisäksi työyhteisöt laativat toisen kehittämistehtävänsä työyksiköiden esimerkkiasiakkaiden tai potilaiden toimintakyvyn nykyisistä työ- ja toimintamalleista.

Syksyllä 2011 järjestettiin koulutusta ikäihmisten liikunnasta ja liikuntaa tukevista työmenetelmistä, kinestetikasta ja sen merkityksestä toimintakyvyn ylläpitäjänä sekä ikäihmisten turvallisuudesta kotona ja laitoksessa. Syksyn kehittämistehtävässä työyhteisöt määrittivät tavoitteita asiakkaan tai potilaan toimintakyvyn tukemiselle, laativat mittarit ja määrittelivät aktivointimenetelmät toimintakyvyn edistämiseen ja ylläpitämiseen. Lisäksi tavoitteena oli miettiä, millä tavoin työtapoja voidaan muuttaa ja juurruttaa käytäntöön.

Keväällä 2012 täydennyskoulutuksessa käsiteltiin ikääntyneen ravitsemuksen perusteita ja ravitsemussuosituksia, ravitsemusta käytännössä sekä suun terveyttä ja sen hoitoa. Koulutettavien kanssa käytiin läpi ikääntyneiden hyvän elämänlaadun sisältöjä. Lisäksi käsiteltiin ikäihmisten omia ajatuksia osallisuudesta ja verkostojen hyödyntämisestä toimintakyvyn ylläpitämisessä. Kevään aikana työyhteisöt laativat asiakaslähtöisen toimintamallin, jonka avulla kehitettiin asiakkaan palvelua. Kehittäminen kohdistui palvelun sisältöön, työtapoihin, kulttuuriin tai johtamiseen. Uusia toimintamalleja esiteltiin kolmessa eri seminaari-iltapäivässä toukokuussa 2012.

Syksylle 2012 ja keväälle 2013 laadittiin yhteinen koulutussuunnitelma. Motivoivan haastattelun perusteet sekä TunteVa-menetelmän käyttö muistihäiriöisen asiakkaan kohtaamisessa toteutettiin pienryhmäkoulutuksina. Osallistujat tutustuivat asiakastyössä käytettäviin erilaisiin vuorovaikutusmenetelmiin. Koulutusiltapäivissä käsiteltiin toiminta- ja johtamiskulttuurin muutosta ja sen tarvetta, asiakaslähtöistä työskentelytapaa sekä työajan kohdentamista vanhusten voimavaralähtöiseen hoitoon ja hoivaan. Kyseiset koulutussisällöt toteutettiin neljä kertaa vuoden aikana, ja näihin koulutuksiin henkilöstö ilmoittautui erillisen ohjelman mukaan. Lisäksi marraskuussa 2012 perehdyttiin kuntouttamiseen ja kuntoutuksen rajoitteisiin. Tilaisuus kuvattiin, ja siitä laadittiin DVD-materiaali työyksiköiden käyttöön.

4.2 Koulutusta esimiehille

Esimies- ja johtotehtävissä toimiville työntekijöille suunnattua täydennyskoulutusta toteutettiin kahdessa vaiheessa vuosina 2010 ja 2013. Syksyllä 2010 koulutuksen kokonaiskesto oli 30 tuntia. Esimiehet perehtyivät johtamisen toimintajärjestelmään, strategiseen johtamiseen sekä hoiva- ja hoitotyön johtajuuteen. Lisäksi perehdyttiin lähiesimiehen rooliin, tehtäviin sekä esimiehen rooliin muutosagenttina. Muutosjohtamisen koulutuksessa syvennyttiin muutoksen kriittisiin kysymyksiin strategia-työssä, muutoksen tunnistamiseen ja toteuttamiseen sekä kehitystyön jatkuvuuteen työyhteisössä. Kevätalvella 2013 järjestettiin uusi koulutusiltapäivä muutoksen johtamisesta, muutoksen teoreettisista perusteista sekä käytännön kokemuksista muutosten läpiviemisessä.

opetusteknologi Peter Ahlroos. Materiaalien tuottamisesta ja käyttämisestä laadittiin luennoitsijoiden kanssa sopimukset.

Tässä täydennyskoulutuksessa tuotettiin DVD-tallenteita yhteensä kuudesta eri aiheesta: muistisairaudet, mielenterveys ja ikääntyminen, ikääntyneen hyvä ravitsemus ja ravitsemussuositukset, ikäihmisten ravitsemus käytännössä, ikääntyneiden hyvä elämänlaatu sekä kuntouttaminen ja kuntoutuksen rajoitteet.

5.2 Kehittämistehtävät

Täydennyskoulutuksen tavoitteena oli, että työntekijät tunnistavat työssään kehittämisen tarpeita sekä motivoituvat kehittämään toimintaansa asiakaslähtöisempään työskentelytapaan kuntouttavan työotteen periaatteita noudattaen. Teoreettisen tiedon pohjalta työyksiköiden tuli tarkastella omaa toimintaansa ja parantaa sitä. Kehittämistehtävä sisälsi asioiden toteamisen lisäksi myös kriittistä arviointia sekä parannusehdotuksia. Kriittinen arviointi sisälsi työn tarkastelun asiakkaan, potilaan, henkilöstön, johdon tai jonkun muun tahon näkökulmasta.

Kehittämistehtävien laadinnassa tavoitteena oli, että koko työyksikön henkilöstö osallistuu siihen esimiehen johdolla. Kolmivuotisen täydennyskoulutuksen aikana työyksiköt laativat yhteensä neljä eri kehittämistehtävää (Liite 1). Työskentelyn tueksi annettiin ohjausta, jossa mentoreina toimivat ammattikorkeakoulun opettajat. Mentoreiden tehtävänä oli ohjata, tukea ja arvioida kehittämistehtävien tavoitteita, sisältöjä ja tuotosta. Tavoitteena oli hakea erilaisia näkökulmia valmisteilla oleviin kehittämistehtäviin. Ohjausta järjestettiin työpaikoilla tai joissakin tapauksissa ohjaus annettiin kirjallisesti.

Kehittämistehtävien tuli olla käytännönläheisiä, kohdistua suoraan asiakkaan tai potilaan hoitoon ja palveluun sekä toteutusta tuli kyetä arvioimaan. Kehittämistehtävien sisällöt määriteltiin sen hetkisen koulutuksen sisältöjen mukaan, ja niiden tavoitteena oli parantaa nykyistä toimintaa sekä tehdä uudesta pysyvä käytäntö. Kehittämistehtävät sisälsivät uusien toimintamallien ja -käytäntöjen, sääntöjen ja ohjeiden kehittämistä. Kehittämistehtävissä hyödynnettiin työyksiköiden aikaisempi kehittämistyö ja niiden tulokset. Työntekijöillä oli mahdollisuus yhdessä keskustella ja sopia asioista, purkaa vanhoja malleja sekä arvioida niitä. Kehittämistehtävät vaativat tehtävien jakoa eri henkilöille, aikataulujen laatimista sekä yhteisiä tilaisuuksia. Johdon tuki ja kehittämisedellytyksien luominen oli oleellisen tärkeää. Valmiita tuotoksia käsiteltiin yhteisissä työpaikkakokouksissa sekä tietoa jaettiin intranetin kautta sosiaali- ja terveysvoimen henkilöstölle.

Ensimmäinen kehittämistehtävä syksyllä 2010 käsitteli ikäihmisen kohteluun liittyviä eettisiä periaatteita. Työyhteisön tuli määritellä toiminnalleen yhteiset eettiset periaatteet, jotka olivat mahdollisimman konkreettisia ja joita eri ammattiryhmät saattoivat hyödyntää. Niissä tuli tarkastella lisäksi lainsäädäntöä, ohjeita ja sääntöjä, joita organisaatiossa oli käytössä. Periaatteiden tuli olla mahdollisimman käytännönläheisiä ja niitä tuli tarkastella käytännön toiminnasta käsin. Periaatteiden tuli näkyä perehdytysohjelmissa sekä niiden toteutumista tuli seurata säännöllisesti.

Esimerkki kotihoidon eettisistä periaatteista:

Kotihoidon asiakkaisiin kuuluu ikäihmisiä, maahanmuuttajia, pitkäaikaissairaita, vammaisia, mielenterveys- ja päihdeongelmaisia sekä saattohoidossa olevia asiakkaita. Työntekijöiden asiantuntemuksen eri asiakasryhmistä tulee olla laajaa. Uuden asiakkaan tullessa palvelun piiriin häneltä ja omaiselta kartoitetaan asiakkaan elämäntavat, hoidon tarpeet sekä otetaan huomioon vanhuksen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet. Asiakkaan tulee itse päättää asioistaan, mikäli hän on siihen kykenevä. Lisäksi kuunnellaan omaisia. Kotona asuvien hyvää elämänlaatua ja omatoimisuutta pyritään pitämään yllä. Työtä tehdään pääsääntöisesti asiakkaiden kotona. Tämä korostui eettisissä periaatteissa. Ihmisarvon kunnioittaminen, ihmisen arvostava kohtaaminen ja itsemääräämisoikeus korostuivat kaikkien työyksiköiden periaatteissa. Lisäksi arvoissa mainittiin turvallisuus, tasa-arvo, kokonaisvaltainen hoito, oikeudenmukaisuus, yksilöllisyys, hyvä elämä, hyvä kuolema ja ammatillisuus.

Lainsäädännöstä ja muista ohjaavista asiakirjoista mainittiin mm. Suomen perustuslaki 731/1999, Kuntalaki 365/1995, Erikoissairaanhoidonlaki 1062/1989, Kansanterveyslaki 66/1972, Tietosuojalaki 516/2004, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, Laki salassapitovelvollisuudesta 621/1999, Kansanterveyslaki 66/1972, Mielenterveyslaki 116/1990, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Työsuojelulaki 378/2002, Sairaanhoidajien eettiset periaatteet sekä Käypä-hoitosuositukset.

Eettiset periaatteet oli huomioitu jokaisessa työyksikössä uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Käytännössä asiakkaan palveluun tai hoitoon osallistuvilla eri ammattiryhmillä oli samat eettiset periaatteet. Kotihoidossa työtä tehdään asiakkaan omalla reviirillä ja hoitaja on asiakkaan kodissa vieras. Asiakkaan ja potilaan kotia tulee kunnioittaa ja tiedonsiirtoon tulee kiinnittää huomioita, kun kotona saattaa käydä monenkin eri ammattiryhmän edustajia.

Eettisten periaatteiden toteutumista seurattiin muun muassa asiakkaiden, potilaiden ja omaisten palautteiden avulla, työntekijöiden kehityskeskustelussa, kokouksissa ja teemapäivillä, koulutustarvekartoituksilla, päivittäisten ja kuukausittaisten raporttien yhteyksissä, asiakaskäynneillä ja asiakastyössä yleensä sekä yleisellä tasolla laatuprojektien yhteydessä.

Toinen ja kolmas kehittämistehtävä liittyivät asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja erilaisten aktivointimenetelmien kehittämiseen. Tehtävät toteutettiin kevään, kesän ja syksyn 2011 aikana. Toisessa kehittämistehtävässä oli tarkoituksena selvittää niitä toimintakäytäntöjä, joilla asiakkaiden ja potilaiden fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja kartoitettiin työyhteisössä koulutuksen alkuvaiheessa. Lisäksi työntekijöitä pyydettiin pohtimaan, mitä uusia työtapoja ja -menetelmiä työyhteisössä tulisi kehittää asiakkaiden voimavarojen tukemiseksi ja mitä asialle aiotaan tulevaisuudessa tehdä.

Esimerkki palveluasumisen toimintatavoista koulutuksen alkuvaiheessa:

Palvelukotiin muuttaessaan asukkaalle tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa määritellään henkilökohtaisen avun tarve sekä mahdolliset tukipalvelut (esim. kauppa-, apteekki-, pyykki- ja kylvetyspalvelu). Hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon osallistuvat vastaava ohjaaja, hoitaja, omainen, asukas sekä tarvittaessa fysioterapeutti ja sairaanhoitaja. Hoitosuunnitelmassa eritellään fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet sekä keinot, joilla voidaan puuttua em. kokonaisuuksissa esiintyviin mahdollisiin ongelmiin. Hoitosuunnitelmia päivitetään säännöllisesti ja aina tilanteen muuttuessa.

Fyysisiä voimavaroja kartoitettaessa tärkeimpinä tiedonlähteinä olivat erilaiset epikriisit sekä mahdolliset fysioterapeuttien ja ravitsemusterapeuttien lausunnot. Lisäksi keskustelu asukkaan ja omaisten kanssa oli välttämätöntä sekä henkilökunnan havainnot fyysisistä voimavaroista. Hoitosuhteen edetessä hoitohenkilökunta seurasi päivittäin asukkaan fyysisiä voimavaroja sekä toimintakykyä (liikkuminen, ravitsemus, aistitoiminnot, lihasvoima, kestävyys, kipu, unen määrä ja laatu, päivittäisistä toiminnoista selviäminen, terveydentila). Myös asukkaan ja omaisen näkemykset huomioitiin. Lisäksi asiakkaalle tehtiin mittauksia ja fyysisen toimintakyvyn testauksia. Hoitaja raportoi mahdollisista muutoksista/ongelmista palveluasumisen fysioterapeutille ja/tai sairaanhoitajille, jotka tarvittaessa olivat yhteydessä lääkäriin. Henkilökunta saattoi myös yhdessä asukkaan/omaisten kanssa löytää ratkaisut ongelmiin. Asukkaan fyysisiä voimavaroja ja toimintakykyä pyrittiin tukemaan ja edistämään muun muassa omatoimisuuteen kannustamalla, apuvälineiden hankinnalla ja niiden käyttöön opastamalla, ohjaamalla kuntosalitoimintaan ja/tai tuolijumppaan, motivoimalla ja neuvomalla, varmistamalla tarpeellisen lääkityksen saanti ja lääkemuutokset sekä huomioimalla onnistumisen kokemukset.

Psyykkisiä voimavaroja (esimerkiksi mielialaa ja muistivaikeuksia) kartoitettiin päivittäisten hoitokontaktien aikana. Usein myös omaiset ottivat yhteyttä hoitohenkilökuntaan, jos he huomasivat muutoksia asukkaan psyykkisessä toimintakyvyssä. Tarvittaessa sairaanhoitaja otti yhteyttä lääkäriin. Psyykkisiä voimavaroja ei kartoitettu automaattisesti, mutta tarvittaessa lääkäri käytti GDS-15 -depressioseulaa. Myös Audit-kysely oli käytössä. MMSE + -kellotestin avulla pystyttiin alustavasti arvioimaan, oliko kyse masennuksesta tai muistisairaudesta. Psyykkisiä voimavaroja pyrittiin tukemaan muun muassa oman elämän hallinnalla (liikunta, ravinto, uni, mielihyvää tuottavat asiat arjessa ja asukkaan ohjaaminen pois negatiivisesta asioiden ajattelumallista). Asukkaan arvostava kohtaaminen oli tärkeää. Lisäksi hyödynnettiin viriketoimintaa osallistamalla asukas sen toimintaan (esim. muistelukerho, erilaiset toiminnalliset ryhmät). Ryhmiin kannustamisessa hoitohenkilökunnalla oli merkittävä rooli. Tarvittaessa oli otettava käyttöön psyykkistä hyvinvointia tukeva lääkitys.

Sosiaaliset voimavarat kartoitettiin selvittämällä sosiaalisten kontaktien määrää ja laatua sekä kerrottiin mahdollisuudesta osallistua viriketoiminnan järjestämiin ryhmiin (laulu-, taide- ja muistelukerhot, ystäväpiiritoiminta). Asukasta kannustettiin osallistumaan kyseisiin ryhmiin ja syömään päivittäin ruokasalissa. Sosiaalisen toimintakyvyn mittareita ei ollut käytössä, vaan tarpeita arvioitiin päivittäisten toimintojen yhteydessä.

Uuden asukkaan tulohaastattelun kehittäminen oli eräs merkittävä kehittämisen kohde palveluasumisessa. Elämänkaari-lomakkeen käyttöönotto tuo arvokasta tietoa asukkaan elämänhistoriasta, liikunta- ja ruokailutottumuksista, harrastuksista ja mielenkiinnon kohteista. Lomakkeen avulla pystytään varautumaan mahdollisiin ongelmatilanteisiin, esimerkiksi asukkaan muistiongelmien pahentuessa. Valmiudet yksilöllisen hoidon toteuttamiseen vahvistuvat. Tulohaastattelun tulee olla moniammatillinen, ja siihen osallistuvat asukas, omainen, hoitaja, sairaanhoitaja, vastaava ohjaaja, fysioterapeutti (sekä mahdollisesti ravitsemusterapeutti) ja viriketoiminnan edustaja. Tällöin voidaan tehokkaasti ja tarkemmin kartoittaa asukkaan palvelun tarve.

Kolmannessa kehittämistehtävässä työyksiköitä ja niiden henkilökuntaa pyydettiin selvittämään, millä eri toimintakykymittareilla asiakkaiden toimintakykyä arvioidaan, hoitoa ja kuntoutusta suunnitellaan ja seurataan. Tavoitteena oli kartoittaa myös asiakkaan omatoimisuutta eli mitä asiakas voi tehdä itse ja missä toiminnoissa häntä tulee kannustaa, rohkaista ja ohjata toimimaan itsenäisesti sekä auttaa. Työntekijöitä pyydettiin myös pohtimaan ja selvittämään, miten toimintatavat voidaan juurruttaa pysyviksi toimintatavoiksi työyksiköissä.

Esimerkki vuodeosaston toiminnasta:

Vuodeosastolla potilaiden toimintakykyä mitattiin käytännössä erilaisilla mittareilla, joita olivat mm. RAVA, Mini Mental, MNA, paino, verenpaineen mittaaminen, saturaatio, nestelista, lääkelista sekä havainnointi (esimerkiksi haavojen valokuvaus, lääkkeiden vaikutukset).

Potilaan hoitosuunnitelmaan kirjattiin, mitä toimintoja hän itse pystyi tekemään ja missä toiminnoissa tarvitsi tukea. Potilasta kannustettiin seuraamaan ”maailman menoa” televisiosta, sanomalehdistä ja radiosta sekä osallistumaan osastolla tapahtuvaan erilaiseen toimintaan sekä ulkopuolisiin tapahtumiin. Omaisten ja ystävien vierailuja tuettiin osastolla, samoin kuin potilasta vierailuja kotona ja omaisten luona. Potilailla oli mahdollisuus ilmaiseen kuljetukseen kerran kuukaudessa. Ulkoiluun oli mahdollisuus kesäisin ulkoiluttajan kanssa. Potilasta autettiin tarvittaessa ruokailussa. Hyvästä ruokailuasennosta huolehdittiin siten, että potilas pystyi syömään itse. Potilaalle tarjottiin lisäravintovalmisteita tarvittaessa sekä tilattiin mieliruokia mahdollisuuksien mukaan. Potilas myös punnittiin säännöllisesti.

Potilasta tuettiin ja kannustettiin omatoimisuuteen sekä hankittiin siihen tarvittavat apuvälineet. Vuodepotilaita kannustettiin päivittäisissä toiminnoissa kykyjensä mukaan (esimerkiksi sängyssä kääntyminen). Potilaalla oli mahdollisuus osallistua hengellisiin tilaisuuksiin vakaumuksensa mukaan. Pappi vieraili osastolla kerran kahdessa viikossa. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin sekä häntä kannustettiin tekemään mahdollisuuksien mukaan asioita itse.

Hoitosuunnitelmaan kirjattiin päivittäisiä toimintoja, haavanhoitoja, mahdollisia kipuja sekä erityistarpeita. Lisäksi kirjattiin potilaan resurssit ja voimavarat, mieliala, hoitokeinojen arviointi, ravitsemuksen ongelmat, dieetit sekä hoitoon vaikuttavat

diagnoosit. Kuntouttavan työotteen toteuttamisessa täytyi olla kärsivällinen. Potilas nostettiin kunnon mukaan istumaan päivittäin sekä kävelykyky pyrittiin säilyttämään mahdollisimman pitkään. Potilaalla oli mahdollisuus toimia itsenäisesti pesuissa ja ruokailutilanteissa. Joillakin osastoilla perehdyttiin ja opeteltiin kinestetiikan työmenetelmiä.

Työyksikön hoitokäytäntöjä muutettiin ja parannettiin pysyviksi toimintatavoiksi siten, että koko hoitohenkilökunta toimi sovitulla tavalla. Hoitotyön tavoitteet tuli olla selkeät ja niistä täytyi puhua avoimesti. Uudet työntekijät tarvitsivat hyvän perehdytyksen ja heille tuli siirtää niin sanottua hiljaista tietoa. Uudet työntekijät toivat mukanaan myös uusia hoitotyön menetelmiä, joita työyhteisössä hyödyttiin. Työkierto oli mahdollista sitä haluaville hoitotyöntekijöille. Tällä tavalla varmistettiin uusien toimintatapojen siirtyminen yksiköistä toiseen. Työntekijät tarvitsivat säännöllistä täydennyskoulutusta ja yksikön omia teemapäiviä, joissa asioita käsiteltiin. Esimies varmisti työtapojen juurruttamista kehityskeskusteluissa sekä järjestämällä työntekijöille säännöllistä työneohjausta.

Neljännän kehittämistehtävän tarkoituksena oli asiakaslähtöisten työmenetelmien kehittäminen. Tehtävää varten työyksiköt valitsivat toiminnastaan kehittämiskohteen, jonka avulla parannettiin asiakkaan tarvitsemaa palvelua. Tavoitteena oli myös, että toiminta- ja työskentelytavasta tuli pysyvä käytäntö työyksikköön. Kehittämisen tarkoituksena oli parantaa palvelun sisältöä, työtapoja, työkulttuuria tai johtamista. Esimiehet valitsivat kehittämiskohteen yhdessä henkilöstön kanssa. Tämän jälkeen he laativat hankesuunnitelman, jonka hyväksyi palvelualueen johtaja tai lähiesimies. Kehittämiskohteelle asetettiin tavoitteet, kerättiin tarvittava materiaali ja laadittiin tarkempi suunnitelma toteutuksesta, arvioinnista ja seurannasta. Lisäksi, mikäli mahdollista, työyksiköt kokeilivat ja ottivat työtavan käyttöön kevään 2012 aikana. Kehittämisediat hyväksyttiin myös palvelualueen johtajalla, ja ne esitettiin kevään 2012 lopussa kolmessa eri iltapäivätilaisuudessa. Lisäksi työyksiköt arvioivat kehittämistoimintaansa ja sen tuloksia vielä uudelleen syksyllä 2012.

Yksikköjen asiakaslähtöinen kehittäminen kohdistui fyysisen aktiviteetin, psyykkisen ja sosiaalisen viriketoiminnan lisäämiseen, kuntouttavan toiminnan lisäämiseen, työyksiköiden toimintatapojen tehostamiseen ja muuttamiseen asiakaslähtöisemmäksi, asiakasturvallisuuden parantamiseen ja hoitoprosessien kehittämiseen (mm. saattohoito). Lisäksi kehittämistehtävissä parannettiin varsinaista hoitotyötä (mm. kinestetiikan käyttöönotto) sekä omaisten kanssa tehtävää yhteistyötä.

Esimerkki kotihoidon toiminnasta:

Kehittämistyön perusteena oli sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2005 julkaissama valtakunnallinen Turvallinen lääkehoito -opas lääkehoidon toteuttamisesta julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä. Turvallinen lääkehoito edellyttää selkeitä ja vakioituja toimintatapoja. Tavoitteena oli vähentää mahdollisia haittatapahtumia ja potilasvahinkoja lääkehoidossa. Yleisimpiä virheitä olivat virheellinen diagnoosi, lääkkeen antaminen väärälle potilaalle, väärä annostus ja väärä antotapa.

Kotisairaalassa suurin osa lääkehoidosta oli suonensisäistä lääkehoitoa. Kotisairaala hoiti syöpä-, laskimotukos-, veritankkaus- ja saattohoitopotilaita. Lääkehoidon riskitekijöitä arvioitiin järjestelmällisesti vuosittain, lääkkeisiin liittyvistä kysymyksistä keskusteltiin päivittäin ja potilaita informoitiin saamistaan lääkkeistä. Dokumentointi tehtiin jokaiselta hoitokäynniltä.

Lääkehoidon turvallisuuden parantamisessa kotisairaala määritteli työlleen SWOT-analyysin, jossa vahvuutena oli ammattitaitoinen, työhönsä sitoutunut ja hyvän työmotivaation omaava henkilökunta, hyvä hoitaja-lääkäriyhteistyö sekä lääkärin perehtyneisyys kivunhoitoon. Mahdollisuutena nähtiin LOVE-koulutus, tietojen jatkuva päivittäminen sekä E-reseptin käyttöönotto. Heikkoutena olivat muun muassa kiire, ahtaat työskentely- ja lääkkeiden säilytystilat, rutiinittomuus, lääkitystietojen päivittäminen sekä potilaan informointi. Uhkiksi määriteltiin tiedonkulun ongelmat, sijaisten osaaminen, muuttuvat lääkkeiden kaupananimikkeet sekä se, että potilas ei noudattanut annettuja ohjeita.

Kotisairaala kehitti toimenpidemallin lääketurvallisuuden parantamiseksi. Malli sisälsi potilaan neuvonnan ja ohjauksen sekä potilaan kotilääkityksen tarkistamisen mahdollisimman pian sisäänkirjoittamisen jälkeen. Potilaan mahdolliset yliherkkyydet ja allergiat selvitettiin sekä varmistettiin, että lääke oli siinä muodossa, että potilas voi sen ottaa. Epäselvät ja puutteelliset lääkemääräykset tarkistettiin välittömästi. Puhelimitse saatuun määräkseen tuli luottaa sen lisäksi, että kirjallinen määräys oli tulossa. Hoitohenkilökunnan vuoron vaihtuessa päivitettiin niin sanottu A-tilasto, ja hoitaja laimensi itse antamansa lääkkeet sekä varmisti, että oikea lääke oli menossa oikealle potilaalle. Lääkityksen dokumentointi pidettiin ajan tasalla potilaan tullessa sisään sekä uloskirjoitusvaiheessa. Mallissa määriteltiin myös, että lääkäri jättää kirjallisen muistutuksen tekemistään määräyksistä sekä yöhoitaja tarkistaa lääkärin määräykset. Kotisairaalassa otettiin käyttöön E-resepti, joka paransi lääketurvallisuutta. Toimenpiteet otettiin asteittain käyttöön kotisairaalassa, niitä seurattiin, arvioitiin sekä laadittiin tarkistuslista. LOVE-koulutus jatkui työyksikössä. Jatkossa on tarkoitus tehdä myös asiakastyytyväisyyskysely sekä seurata HaiPro-tapahtumia.

Esimerkki palveluasumisen toiminnasta:

Palveluasumisessa tavoitteena oli lisätä asukkaiden ulkoilua ja liikkumista. Hoitajien mielestä asukkailla oli liian vähän virkkeitä ja sisältöjä päivässään. Samat rutiinit toistuivat päivittäin. Viriketoimintaa järjestettiin ainoastaan kerran viikossa. Varsinkin talvella, kun työyksikössä ei ollut ulkoiluttajia, ulkoilu ja liikunta jäivät asukkailla vähäisiksi. Tavoitteena oli, että omahoitaja ulkoiluttaa asukkaansa viikoittain. Samalla asukas sai henkilökohtaista ja yksilöllistä huomiota sekä omatoimisuus lisääntyi. Asukkailla oli mahdollisuus hengittää raikasta ulkoilmaa, seurata vuodenaikojen vaihtelua sekä saada vaihtelua päivärutiineihin. Lisäksi asukkaan ja omahoitajan henkilökohtaisten asioiden läpikäyminen helpottui ja luottamus lisääntyi. Ulkoilupäivää suunniteltaessa otettiin huomioon asukkaan kunto ja mielipide ulkoiluajankohdasta.

Palveluasumisen työyksikössä ulkoilu onnistui vuonna 2012 kesäkuukausina hienosti ja jokainen asukas oli ulkona lähes päivittäin. Syksyllä asukkaiden ulkoilu oli

iltapäivisin. Hoitajat ja opiskelijat veivät asukkaita lenkille joko kävellen tai pyörätuolilla. Lisäsi asukkaat istuivat kuistilla raikkaassa ulkoilmassa. Ulkoilu toteutui joustavasti työvuorojen ja resurssien mukaan. Ulkoilua seurattiin seinäkalenterin avulla, johon kirjattiin jokaisen asukkaan ulkoiluaikat. Ulkoilua toteutettiin sekä viikolla että viikonloppuna.

Kehittämishankkeesta saatiin runsaasti positiivisia kokemuksia; ulkoilu koettiin päivän kohokohdaksi ja sitä odotettiin. Ulkoilu oli rauhoittanut varsinkin levottomia asukkaita sekä asukkaat olivat saaneet runsaasti mielenvirkeyttä. Omatoimisuus ja motivaatio olivat lisääntyneet. Ulkoilu saattoi kestää jopa pari tuntia, ja samalla oli käyty esimerkiksi jäätelöllä. Uuden toimintatavan käyttöönottoon vaikuttivat vaihtelevat sääolosuhteet. Ulkoiluaktiivisuuteen vaikuttivat myös asukkaan omat voimavarat ja itsemääräämisoikeus. Hoitajat olivat arvioineet myös omia työskentelytapojaan. Hoitajat olivat vähentäneet asukkaiden huoneiden siivousta ja lisänneet ulkoilua yhdessä vanhusten kanssa. Lisäksi tavoitteena oli saada lisää avustavaa henkilökuntaa asukkaiden ulkoiluun.

Esimerkki 1 vuodeosaston toiminnasta:

Aistihuoneen tarkoituksena on palvella osastolla potilaita, omaisia, hoitajia, opiskelijoita sekä viriketoimintaa. Ajatuksena on tarjota ympäristö, johon oli helppo ja miellyttävä tulla. Aistihuone perustuu Snoezelen-menetelmään. Aistihuoneessa pyritään aktivoimaan eri aisteja. Erilaiset visuaaliset ratkaisut tekevät tilasta näköaistia kiinnostavan. Kuuloaistia aktivoidaan musiikilla, ihmisten tai luonnon äänillä. Tuntoaisti saa virikkeitä erilaisista pinnoista ja miellyttävistä kosketeltavista esineistä. Hajuaistia stimuloidaan miellyttävillä tuoksuilla ja makuaistia aktivoidaan ruualla ja juomilla.

Sisustuksella on aistihuoneessa tärkeä merkitys. Huoneessa on maisemaseinät, joiden tarkoituksena on herättää keskustelua ja aktivoida potilaita. Vaaleilla verhoilla pyritään saamaan levollinen tila, joka auttaa rentoutumaan. Videotykillä voidaan heijastaa erilaisia kuvia seinälle (esimerkiksi valokuvat, maisemakuvat eri vuoden ajoista, elokuvat). Musiikkia voidaan kuunnella ja elokuvia katsella DVD-soittimen avulla. Huone kalustetaan pehmeillä ja miellyttävillä tuoleilla ja esineillä. Valaistusta muokataan tilaan sopivilla erilaisilla valosarjoilla.

Aistihuone perustettiin osastolle entiseen potilashuoneeseen. Vaikutteita tilan perustamiseen oli saatu Espoon Taavinkodista, jossa hanke toteutettiin yhteistyössä Metropolia ammattikorkeakoulun kanssa. Toteuttajina Vaasassa toimivat Ikäkeskuksen viriketoiminta, Talotoimi sekä Anvia. Rahoituksesta ja hankinnoista vastasivat viriketoiminta, vuodeosasto, Talotoimi sekä tietohallintopalvelut. Tulevaisuudessa toimintaa kehitetään yhteistyössä eri oppilaitosten, kulttuuriviraston, Ikäkeskuksen ja fysioterapian kanssa.

Esimerkki 2 vuodeosaston toiminnasta:

Toinen esimerkki vuodeosaston toiminnan kehittämisestä liittyy kinestetiiikan käyttöön hoitotyössä. Kinestetiiikka on voimavaralähtöinen toimintamalli, jossa pyritään ymmärtämään potilaan luonnolliset liikemallit ja aistitoiminnot, potilasta avustetaan liikkumisessa, mutta ei kuitenkaan nosteta.

Henkilökunta määritteli toimintamallin pohjalta SWOT-analyysin, jossa tarkasteltiin mallin vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia sekä uhkia. Kinestetiiikan vahvuuksia olivat henkilökunnan kiinnostus ja motivaatio sekä potilasaineksen muuttuminen osastolla. Heikkoutena pidettiin koko henkilökunnan sitoutumista uuteen toimintamalliin sekä lisäkoulutuksen tarvetta. Mahdollisuudet kohdistuvat potilastyöhön: potilaan käännoistä ja siirroista aiheutuva kipu minimoidaan, potilaan yöni paranee, painehaavojen riski pienenee sekä liikkuvuus paranee. Lisäksi toimintamalli lisää potilaiden turvallisuuden tunnetta hoitotoimien aikana ja vähentää jäykkyyttä ja lisää hoitomyöntyvyyttä. Henkilöstön näkökulmasta tuki- ja liikuntaelinten kuormitus vähenisi. Uhkana koettiin asiantuntijoiden ja henkilökunnan erilaiset näkemykset kinestetiiikasta. Kaikki halukkaat eivät päässeet koulutuksiin, ja projektilla oli liian kireä aikataulu.

Kinestetiiikan nelipäiväisiin opintoihin osallistui kaksi hoitajaa. Koulutuksessa mukana olleet hoitajat järjestivät muulle henkilökunnalle osastotunnit. Osastotunneilla käsiteltiin asentohoitoa, vuodepotilaan kehon hahmotusta, turvallisuutta sekä yöni merkitystä. Lisäksi osastotunneilla käsiteltiin ruokailuasentoa, tuolista nousemista sekä koskettamista ja vuorovaikutusta. Tavoitteena oli sisäistää uudet toimintatavat sekä kirjata ne hoitosuunnitelmiin hoitotyön keinoina. Tavoitteena oli toimintatavan juurruttaminen osaksi pysyvää hoitotyötä.

Osastolla tuettiin potilaiden liikkumista kinestetiiikan avulla; esimerkiksi pyörätuolipotilaiden liikeratoja hyödynnettiin istumaan siirryttäessä, vuodepotilaiden käännökset tehtiin rullaamalla ja potilaiden omia voimavaroja käyttäen, lihaksia siveltiin ja heräteltiin ennen liikkuttelua. Lisäksi potilaita ohjattiin kävellessä lonkkien alueelta eikä kainaloista, kuten aikaisemmin oli tehty. Ruokailuasennot järjestettiin kunnollisiksi myös vuoteissa.

Kokemusten mukaan liikkuminen ei tuntunut potilaista kipeältä. Potilaat nukkuivat paremmin, kun eivät enää heränneet asentohoitojen yhteydessä. Uusia painehaavoja ei syntynyt ja vanhat painehaavat olivat parantumassa. Lisäksi henkilökunnan fyysinen jaksaminen parani ja tuki- ja liikuntaelinoireet vähenivät.

Kinestetiiikan toimintamallin käyttöönotto jatkuu osastolla. Uudet hoitajat osallistuvat kinestetiiikkakoulutukseen. Toimintamallia käsitellään myös osastotunneilla. Osastolla toimintatapa juurrutetaan osaksi toimintaa suunnittelemalla teemapäiviä, laatimalla kysely toimintamallin vaikuttavuudesta ja lisäämällä kinestetiiikan menetelmiä hoitosuunnitelmiin.

5.3 Koulutuksen luennoitsijat ja kouluttajat

Koulutuksessa toimi luennoitsijoina, kouluttajina ja arviointityössä suuri joukko vanhustyön asiantuntijoita: hoitotyön johtajia, hoitotyön tutkijoita ja kehittäjiä, geriatrian ja gerontologian asiantuntijoita, Vaasan kaupungin työntekijöitä, järjestöjen edustajia, vapaaehtoisia sekä ammattikorkeakoulun opettajia.

Koulutuksessa mukana olleet vanhustyön asiantuntijat ja kouluttajat: Marja Saarenheimo, Merja Suominen, Kirsi Männistö, Riitta Räsänen, Helena Räsänen, Jaakko Valvanne, Riitta Simoila, Veli-Matti Saarinen, Mervi Ropponen, Aino Siltanen, Michael Eklund, Carola Sundström ja Jeanette Wargh.

Koulutuksessa mukana olleet muut asiantuntijat: Gudrun Särs, Britt Heinola, Sari Kivelä, Hanna Kangasmaa, Seija Knipström ja Seppo Mäenpää sekä Ikäkeskuksen henkilöstöä Vaasan kaupungilta, Kirsi Hagström, Marjo-Riitta Himanen ja Susanne Salmela Vaasan keskussairaalaista.

Vaasan ammattikorkeakoulusta mukana ovat olleet lehtorit ja opettajat: Sinikka Paloosaari, Ann-Sofie Blomqvist, Hans Frantz, Andrew Sirkka, Eila Rasivirta, Elina Kajan, Suvi Kallio, Outi Vekara, Paula Hakala ja Regina Nurmi sekä Noviaasta lehtorit Gunilla Kulla ja Mona Granholm.

Järjestöistä osallistuivat Terveystoimen eläkeläiset ja Vaasan seudun yhdistykset.

5.4 Koulutuksen seurantaryhmät

Koulutuksen suunnittelua, toteutusta ja seurantaa varten perustettiin suunnittelu- ja ohjausryhmät. Ryhmät kokoontuivat säännöllisesti kolmen vuoden aikana: suunnitteluryhmä vähintään 2-3 kuukauden välein ja ohjausryhmä 2-3 kertaa vuodessa.

Suunnitteluryhmän puheenjohtajana oli Raimo Koivisto, sihteerinä Paula Hakala sekä jäsenenä Matti Paloneva, Katja Vertanen, Regina Nurmi sekä Hans Frantz (Riku Niemistö). Ohjausryhmän puheenjohtajana oli Matti Paloneva ja sihteerinä Katja Vertanen. Vaasan ammattikorkeakoulua edustivat jäsenenä Raimo Koivisto, Regina Nurmi, Hans Franz (Riku Niemistö) sekä Paula Hakala. Vaasan kaupungin edustajat olivat: koti- ja laitoshoidon hallinnosta Matti Paloneva ja Katja Vertanen, laitoshoidosta Irma Iivonen, palveluasumisesta Annika Ikkala-Västi, kotihoidosta Leif Holmlund, Ikäkeskuksesta Hannele Laaksonen, terveyspalveluista Arja Tuomaala, henkilöstöpalveluista Seija Välivainio, Laihian kunnan edustajina Riitta Krooks ja Marja-Terttu Tarkkanen sekä Laihia-Vähäkyrö yhteistoiminta-alueelta Irene Enlund.

6 KOULUTUKSEN ARVIOINTI JA PALAUTTEET

Yliopettaja Paula Hakala, Vaasan ammattikorkeakoulu

6.1 Osallistujien palautteet

Osallistujapalautetta varten täydennyskoulutukseen kehitettiin oma kyselylomake (Liite 2). Lomakkeen avulla osallistujilla oli mahdollisuus antaa palautetta täydennyskoulutuksen sisällöistä, kouluttajista ja koulutuksen toteutuksesta. Palaute kerättiin aina kunkin lukukauden lopussa. Palautelomakkeet olivat sekä suomeksi että ruotsiksi. Palaute kerättiin joko sähköisenä kyselynä tai paperikyselynä. Vastausprosentit vaihtelivat riippuen kyselytavasta.

6.1.1 Syksyn 2010 palautteet

Syksyllä 2010 koulutusiltoja järjestettiin jokaiselle ryhmälle yhteensä kolme kertaa. Koulutuksen sisältöjen teemat olivat ikääntyneen hyvä elämä ja kohtelu, eettiset periaatteet ja niiden toteutuminen hoitotyössä sekä lainsäädäntöä käsittelevä koulutus. Sähköinen koulutuspalautelomake lähetettiin palvelualueiden esimiesten kautta kaikille koulutukseen osallistujille. Vastauksia saatiin yhteensä 234.

”Ikääntyneen hyvä elämä ja kohtelu” oli yli 90 %:n mielestä teemana tärkeä sekä herätti havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikalla noin 75 %:n mielestä. Aiheen käsittely toi uusia näkökulmia esille yli puolelle vastaajista. ”Eettiset periaatteet ja niiden toteutuminen nykypäivän hoitotyössä” oli aiheena tärkeä lähes kaikille kyselyyn vastanneille, aiheen käsittely avasi noin 70 %:n mielestä käsityksiä etiikasta sekä herätti havaitsemaan noin 70 %:n kehittämisen tarpeita omalla työpaikalla. ”Laki potilaan asemasta ja oikeuksista” sekä ”Laki sosiaalihuollon asemasta ja oikeuksista” oli merkittävä aihe 75 %:n mielestä, sen käsittely avasi käsityksiä lainsäädännöstä 60 %:n mielestä sekä herätti yli puolet havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikallaan.

Kouluttajista annettu palaute osoitti, että lähes kolme neljästä oli sitä mieltä, että kouluttajat osasivat esittää aiheensa hyvin ja runsaan puolen mielestä kouluttajat osasivat motivoida osallistujia hyvin. Lähes kolme neljästä oli sitä mieltä, että kouluttajat olivat valmistautuneet koulustilaisuuksiin hyvin. Avoimissa vastauksissa korostui se, että antoisinta koulutuksen sisällöissä työtehtävien kannalta olivat asioiden läpikäyminen jokaisessa osiossa, aikaisemmin opittujen asioiden kertaaminen ja tiedon päivittäminen sekä uusien tutkimustulosten esittely. Koulutuksessa vaihdettiin myös kokemuksia eri palvelualueiden kesken. Kuitenkin osa vastaajista oli sitä mieltä, että sisällöt olivat itsestään selvyksiä ja asiat tiedettiin jo muutenkin. Jotkut ilmaisivat negatiivisia ajatuksia muun muassa siten, että koulutukseen käytetty aika oli poissa potilaan hoidosta ja hoitotyöstä sekä koulutusta pidettiin kalliina.

Lisäksi eri ammattiryhmille suunnatussa koulutuksessa koettiin, ettei asiaa käsitelty jokaisen ammattikunnan näkökulmasta tarpeeksi.

6.1.2 Kevään 2011 palautteet

Keväällä 2011 koulutusta järjestettiin ikäihmisten terveystieteistä ja terveestä vanhenemisesta, dementiaa ja muistihäiriöistä, masennuksesta ja sen tunnistamisesta sekä toimintakyvyn mittaamisesta. Koulutuspalautteita paperikyselynä saatiin yhteensä 668.

”Terveystieteet ja terve vanheneminen” oli työn kannalta vastaajista 88 %:lle merkittävä aihe ja aiheen käsittely avasi noin 60 %:n mielestä heidän käsityksiään asiasta. Runsaalle puolelle vastaajista heräsi tarve kehittää toimintaa työpaikoillaan kyseisen asian tiimoilta. ”Dementia ja muistihäiriöt” oli lähes kaikille merkittävä aihealue ja kolmelle vastaajalle neljästä aiheen käsittely toi uutta tietoa ja ajatuksia. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että aihepiiri herätti havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikalla. (Taulukko 2)

Taulukko 2. Dementia ja muistihäiriöt (%)

Väite	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Kouluttajat osasivat esittää teemansa hyvin	27	54	5	11	3
Kouluttajat osasivat motivoida osallistujia	11	40	12	29	8
Kouluttajat olivat valmistautuneet hyvin	30	45	10	13	2

”Masennus ja sen tunnistaminen” oli tärkeä teema niin ikään lähes kaikille (90 %) kyselyyn osallistuneille. Noin 70 %:lle vastaajista aiheen käsittely toi uutta tietoa ja avasi käsityksiä masennuksesta ja sen tunnistamisesta. Noin 60 % havaitsi kehittämisen tarpeita omalla työpaikallaan. Kevään 2011 viimeinen teema ”Toimintakyvyn mittaaminen” oli lähes 85 %:lle tärkeä ja merkittävä työn kannalta, runsaan 60 %:n mielestä aiheen käsittely avasi käsityksiä ja toi uutta tietoa asiasta sekä niin ikään 60 %:n mielestä herätti havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikalla.

Vastaajien mielestä kevään 2011 kouluttajat osasivat esittää asiansa hyvin ja noin runsaan puolen mielestä myös motivoida kuulijoita. Kolme neljästä arvioi, että kouluttajat olivat valmistautuneet hyvin. (Taulukko 3)

Taulukko 3. Dementia ja muistihäiriöt (%)

Väite	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Kouluttajat osasivat esittää teemansa hyvin	27	54	5	11	3
Kouluttajat osasivat motivoida osallistujia	11	40	12	29	8
Kouluttajat olivat valmistuneet hyvin	30	45	10	13	2

Avoimissa vastauksissa antoisimmiksi aiheiksi koettiin muistin heikkenemiseen liittyvät sairaudet ja masennuksen tunnistaminen, vanhenemisen ilmiöt sekä toimintakykyymmittareiden käyttö ja mittaaminen. Osa palautteen antajista oli sitä mieltä, että kokonaisuus oli hyvä, ja kaikki osiot nivoutuivat toisiinsa, sillä vanhuksen hoito ja hoiva on kokonaisvaltaista. Negatiivisina näkökulmina tuotiin esiin, että aihealueet olivat jo entuudestaan tuttuja ja asiat olivat perusasioiden kertausta. Osan mielestä asioita ehdittiin koulutusiltapäivissä käydä vain pintapuolisesti läpi sekä koettiin, ettei koulutuksen sisältö kohdistunut omalle ammattikunnalle. Kouluttajista annettiin sekä myönteistä että kriittistä palautetta. Esitykset olivat asiapitoisia ja ammatillisia, mutta DVD-luentoja kritisoitiin, koska hyvälle asiantuntijoille ei kyennyt esittämään kysymyksiä ja käymään keskustelua halutulla tavalla. Videosesityksistä tuli kuitenkin myös positiivista palautetta.

6.1.3 Syksyn 2011 palautteet

Syksyllä 2011 palautteissa kerättiin osallistujilta kommentteja seuraavista koulutuksen sisällöistä: ikäihmisten liikunta, kinestetiikka ja ikäihmisten turvallisuus kotona ja laitoksessa. Palautetta annettiin yhteensä 154 kappaletta ja palaute kerättiin sähköisesti.

”Ikäihmisten liikunta” -teema oli vastaajista työn kannalta merkittävä aihe noin 88 %:n mielestä ja aiheen käsittely avasi aikaisempia käsityksiä noin 74 %:n mielestä. Lisäksi lähes kolme vastaajaa neljästä (76 %) oli sitä mieltä, että omalla työpaikalla olisi kehitettävää ikäihmisten liikunnassa. ”Kinestetiikka ja sen merkitys toimintakyvyn ylläpitäjänä” oli valtaosan mielestä tärkeä toimintamalli heidän työnsä kannalta ja saman verran oli sitä mieltä, että teeman käsittely avasi käsityksiä asiasta. Toimintamalliin liittyvä koulutus herätti valtaosan havaitsemaan kehittämisen tarpeita omalla työpaikallaan. (Taulukko 4)

Taulukko 4. Kinestetiikka ja sen merkitys toimintakyvyn ylläpitäjänä (%).

Väite	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Työn kannalta merkittävä	49	36	3	10	2
Avarsi käsityksiä asiasta	50	36	6	5	3
Kehittämisen tarpeita työpaikalla	39	43	7	8	3

”Ikäihmiset turvallisesti kotona ja laitoksessa” -koulutuksen koki merkitykselliseksi työnsä kannalta 83 % vastaajista ja aiheen käsittely avarsi 63 % mielestä heidän käsityksiään siitä. Teema herätti 67 % vastaajista havaitsemaan kehittämisen tarpeita omalla työpaikalla.

Syksyn 2011 kouluttajat osasivat koulutettavien mielestä esittää aihepiirinsä hyvin ja motivoida osallistujia sekä olivat valmistautuneet hyvin (Taulukko 5).

Taulukko 5. Arviot ja palautteet kouluttajista (%).

Väite	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Kouluttajat osasivat esittää teemansa hyvin	41	51	2	3	3
Kouluttajat osasivat motivoida osallistujia	30	48	8	8	6
Kouluttajat olivat valmistautuneet hyvin	44	42	5	7	2

Avoimella kysymyksellä tiedusteltiin, mikä koulutuksen sisällöistä oli ollut antoisinta vastaajien työn kannalta. Valtaosan mielestä antoisinta oli kinestetiikka ja siihen liittyvien toimintamallien läpikäynti sekä käyttöönottoon liittyvät asiat. Lisäksi liikunta, turvallisuus ja kaikkien teemojen käsittely oli vastaajien mielestä tärkeää. Kuitenkin osan mielestä koulutukset eivät liittyneet heidän työtehtäviinsä lainkaan tai eivät tuoneet mitään uutta tietoa aikaisempaan. Osa osallistujista piti tärkeänä, että töitä tehtiin välillä ryhmissä ja koulutuksessa oli yhteisiä keskusteluja, jotka avasivat uusia näkökulmia tarkastella omaakin työtä. Lisäksi avoimissa palautteissa kouluttajia kiitettiin ja keuhuttiin, varsinkin liikunnan ja kinestetiikan osalta. Kouluttajat nähtiin alansa asiantuntijoina, jotka olivat asiallisia, innostuneita työstään sekä ryhmän mukaan ottavia. Kuitenkin osa koulutukseen osallistuneista näki koulutustilaisuuksissa liikaa koulumaisuutta sekä teoreettisuutta. Lisäksi koulutuksissa käymistä kritisoitiin, sillä sen nähtiin aiheuttavan hankaluuksia työpaikoilla.

6.1.4 Kevään 2012 palautteet

Keväällä täydennyskoulutusiltapäiviä järjestettiin seuraavista neljästä teemasta: ikään-tyneen hyvä ravitseminen ja ravitsemussuositukset, ravitseminen käytännössä sekä suun terveys, osallisuus ja verkostojen merkitys toimintakyvyn ylläpidossa sekä ikääntyneiden hyvä elämänlaatu. Paperilla kerätyt koulutuspalautteita saatiin yhteensä 554 koulutukseen osallistujalta.

”Ikääntyneen hyvä ravitseminen, ravitsemussuositukset” oli 83 %:n mielestä työn kannalta merkittävä aihe ja yli puolen (56 %) mielestä sen käsittely avasi vastaajien käsityksiä ja tietoja asiasta. Lisäksi saman verran vastaajista oli sitä mieltä, että aihe herätti havaitsemaan kehittämisen tarpeita omalla työpaikalla. ”Ikäihmisten ravitseminen käytännössä, suun terveys” oli noin 80 % mielestä työn kannalta merkittävä aihepiiri, ja 70 % oli sitä mieltä, että aiheen käsittely avasi tietoja ja käsityksiä aiheesta. Ravitsemusasioiden ja suun terveyden käsittely havaitsi 63 % palautteen antajista herättäneen havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikalla. ”Osallisuus ja verkostojen merkitys toimintakyvyn ylläpidossa” iltapäivään osallistuneiden mielestä aihe oli merkittävä runsaan 60 % mielestä. Noin puolelle vastaajista tuli uutta tietoa ja uusia käsityksiä asiasta sekä yli 40 % vastaajista oli sitä mieltä, että aihe herätti kehittämisen tarpeita työpaikalla. ”Ikääntyneiden hyvä elämänlaatu” oli lähes kaikkien mielestä työn kannalta merkittävä aihe ja valtaosa sai uutta tietoa aiheesta. Kolme vastaajaa neljästä koki, että aiheen käsittely herätti havaitsemaan kehittämisen tarpeita omalla työpaikalla. (Taulukko 6)

Taulukko 6. Ikääntyneiden hyvä elämänlaatu (%).

Väite	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä
Kouluttajat osasivat esittää teemansa hyvin	23	52	6	17
Kouluttajat osasivat motivoida osallistujia	10	38	16	29
Kouluttajat olivat valmistautuneet hyvin	23	47	11	15

Kolme vastaajaa neljästä oli sitä mieltä, että kevään 2012 kouluttajat osasivat esittää aiheensa hyvin, ja lähes puolen mielestä kouluttajat osasivat motivoida osallistujia koulutuksessa. Niin ikään noin kolme vastaajaa neljästä oli sitä mieltä, että kouluttajat olivat valmistautuneet hyvin. (Taulukko 7)

Taulukko 7. Arviot ja palautteet kouluttajista (%).

Väite	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä
Kouluttajat osasivat esittää teemansa hyvin	23	52	6	17
Kouluttajat osasivat motivoida osallistujia	10	38	16	29
Kouluttajat olivat valmiina tautuneet hyvin	23	47	11	15

Avoimissa vastauksissa työtehtävien kannalta antoisinta oli ikääntyneiden hyvän elämänlaadun osio sekä ravitsemus ja ravitsemussuositukset. Lisäksi kuulijat pitivät antoisina suun terveyden osiota. Kuitenkin suuri osa vastaajista oli sitä mieltä, että kaikkien aiheiden käsittely oli antoisaa. Lisäksi antoisana pidettiin yleistä keskustelua ja kommentointia sekä tietojen vaihtoa, joka täydensi kokonaisuutta sekä vahvisti ammatti-identiteettiä. Kuitenkin DVD-materiaalin käyttöön ja toteutukseen tuli runsaasti kommentteja, sillä niiden esittämistä pidettiin väsyttävänä, motivoituminen oli vaikeaa, kysyminen ja dialogi puuttuivat lähes kokonaan. Asiantuntevista ja hyvistä luennoitsijoista tuli runsaasti positiivisia mainintoja. Esittäjistä annettiin kuitenkin myös kritiikkiä; tiedon olisi toivottu olevan syvällisempää sekä koulutusta olisi pitänyt kohdistaa erikseen eri ammattiryhmille ja yksiköille.

6.1.5 Syksyn 2012 palautteet

Viimeisenä vuotena eli syksyllä 2012 ja keväällä 2013 täydennyskoulutusta järjestettiin potilaan/asiakkaan kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta (TunteVa-menetelmä ja Motivoiva-haastattelu). Näistä koulutuksista oli kaksi erillistä koulutusiltapäivää. Lisäksi järjestettiin asiantuntijaluentoja, joiden sisällöt käsittivät teemat: ”Asiakaslähtöinen työskentelytapa”, ”Toiminta- ja johtamiskulttuurin muutos ja sen tarve” sekä ”Työajan kohdentaminen vanhusten voimavaroalähtöiseen hoitoon ja hoivaan”. Jokaista asiantuntijaluentoja järjestettiin viimeisenä vuotena yhteensä neljä kertaa. Lisäksi marraskuussa 2012 järjestettiin kerran asiantuntijaluento, jossa teemana oli ”Kuntouttaminen ja kuntoutuksen rajoitteet”. Tämä luento tallennettiin, ja siitä tehtiin myöhemmin DVD-tallenne. Palautetta antoi syksyn 2012 koulutuksista yhteensä 185 työntekijää. Palautelomake lähetettiin vastaajille sähköpostissa.

”TunteVa-menetelmän käyttö muistihäiriöisen asiakkaan kohtaamisessa” oli työn kannalta merkittävä teema puolelle palautetta antaneista, ja sen käsittely avasi käsityksiä asiasta sekä herätti vastaajia havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikalla. Palautetta antaneista runsas kolmannes ei ollut osallistunut tähän koulutukseen syksyn 2012 aikana. (Taulukko 8)

Taulukko 8. TunteVa-menetelmän käyttö muistisairaana asiakkaan kohtaamisessa (%).

Väite	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	En ollut mukana
Työn kannalta merkittävä	32	20	5	1	0	42
Avarsi käsityksiä asiasta	19	27	7	5	0	42
Kehittämisen tarpeita työpaikalla	13	28	10	5	2	42

Noin puolet vastaajista oli sitä mieltä, että ”Motivoiva haastattelu” oli työn kannalta merkittävä teema. Teeman käsittely avarsi käsityksiä asiasta sekä herätti havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikalla (Taulukko 9).

Taulukko 9. Motivoiva haastattelu (%).

Väite	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	En ollut mukana
Työn kannalta merkittävä	16	32	10	5	1	36
Avarsi käsityksiä asiasta	14	36	9	2	3	36
Kehittämisen tarpeita työpaikalla	10	34	12	4	4	36

Taulukko 10. Asiakaslähtöinen työskentelytapa (%).

Väite	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	En ollut mukana
Työn kannalta merkittävä	35	24	3	1	1	36
Avarsi käsityksiä asiasta	25	29	7	2	1	36
Kehittämisen tarpeita työpaikalla	19	33	8	3	1	36

”Toiminta- ja johtamiskulttuurin muutos ja sen tarve” oli merkittävä teema yli puolelle vastaajista sekä saman verran oli sitä mieltä, että aiheesta saatiin uutta tietoa ja käsitykset avartuivat. Teeman käsittely nosti esiin kehittämisen tarpeita työpaikalla niin ikään puolelle vastaajista. (Taulukko 11)

Taulukko 11. Toiminta- ja johtamiskulttuurin muutos ja sen tarve (%).

Väite	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa	En ollut mukana
Työn kannalta merkittävä	27	30	4	1	1	37
Avarsi käsityksiä asiasta	23	33	5	2	0	37
Kehittämisen tarpeita työpaikalla	20	34	7	1	1	37

Koulutus ”Työajan kohdentuminen vanhusten voimavaroalähtöiseen hoitoon ja hoivaan” järjestettiin syksyn aikana kerran. Palautetta antaneista vajaa puolet piti teemaa merkittävänä työnsä kannalta sekä runsas kolmannes oli sitä mieltä, että aiheen käsittely avarsi käsityksiä asiasta ja havaitsi, että kehittämisen tarpeita oli työpaikalla. ”Kuntouttaminen ja kuntoutuksen rajoitteet” -teeman työnsä kannalta koki merkittävänä joka kolmas vastaajista, lisäksi joka neljännelle teeman käsittely toi lisää tietoa ja herätti havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikalla. Huomattavaa on, että palautteen antajista yli puolet ei ollut osallistunut luennolle, joka toteutettiin siis vain kerran. Tyytymättömiä tai eri mieltä asiasta oli kuusi prosenttia palautteen antajista. Palautteen antajista valtaosa oli sitä mieltä, että syksyn 2012 kouluttajat osasivat esittää teemansa hyvin ja osasivat motivoida osallistujia hyvin sekä olivat valmistautuneet hyvin koulutusiltapäiviin (Taulukko 12).

Taulukko 12. Arviot ja palautteet kouluttajista (%).

Väite	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En osaa sanoa	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Kouluttajat osasivat esittää teemansa hyvin	40	47	1	7	5
Kouluttajat osasivat motivoida osallistujia	29	46	1	14	10
Kouluttajat olivat valmistautuneet hyvin	41	40	1	11	7

Avoimissa vastauksissa korostui se, miten viimeisen vuoden luennot oli koettu hyödyllisiksi, ajatuksia herättäviksi ja niistä saatu anti toi uusia näkemyksiä vanhustyöhön. Kaikki syksyn kouluttajat saivat positiivista palautetta, ja heidän esityksensä koettiin antoisina työtehtävien kannalta. Erityisesti kiitettiin TunteVa-koulutusta sekä Motivoivaa haastattelua sekä niiden kouluttajia, Jaakko Valvanteen, Riitta Räsäsen ja Helena Räsäsen luentoja. Lisäksi Pietarsaaren kuntoutustiimin luentojen sisällöt olivat erinomaisia; ainoastaan ruotsin kielen ymmärtäminen oli aiheuttanut joillekin kuulijoille vaikeuksia. Lisäksi kouluttajat saivat kaikki myös jonkin verran kriittistä palautetta, ja osa koulutuksista oli koettu turhina. Ruotsinkielistä koulutusta toivottiin myös osassa koulutuspalautteista.

6.1.6 Kevään 2013 palautteet

Keväällä 2013 täydennyskoulutus jatkui vuorovaikutuskoulutuksilla (TunteVa-menetelmä ja Motivoiva-haastattelu). Vuorovaikutuskoulutuksiin sisältyi kaksi iltapäiväkoulutusta. Asiantuntijaluennoista ”Asiakaslähtöinen työskentelytapa” toteutettiin samansisältöisenä vielä kaksi kertaa, ”Toiminta- ja johtamiskulttuurin muutos ja sen tarve” kaksi kertaa sekä ”Työajan kohdentaminen vanhusten voimavaralähtöiseen hoitoon ja hoivaan” kolme kertaa. Kevään koulutuspalautteeseen, joka lähetettiin jälleen sähköpostilla vastaajille, palautti ainoastaan 72 henkilöä.

”TunteVa-menetelmä muistihäiriöisen asiakkaan kohtaamisessa” oli työn kannalta merkittävä teema yli puolelle palautetta antaneista (65 %), ja sen käsittely avarsi käsityksiä asiasta (57 %) sekä herätti vastaajia havaitsemaan kehittämisen tarpeita (51 %) työpaikalla. Palautetta antaneista joka neljäs ei ollut osallistunut tähän koulutukseen kevään 2013 aikana. Tyytymättömiä tai eri mieltä koulutuksesta oli pari prosenttia palautteen antajista.

Lähes 74 % vastaajista oli sitä mieltä, että ”Motivoiva haastattelu” oli työn kannalta merkittävä teema ja teeman käsittely avarsi osallistujien käsityksiä asiasta (68 %) sekä herätti havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikalla (63 %). Keväällä 2013 tähän koulutukseen ei ollut osallistunut yhdeksän vastaajaa. Tyytymättömiä tai eri mieltä oli 3–4 %.

Asiantuntijaluennoista ”Asiakaslähtöinen työskentelytapa” oli merkittävä teema runsaalle puolelle (69 %) palautetta antaneista, teeman käsittely avarsi käsityksiä asiasta (57 %) sekä herätti havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikalla (54 %). Noin seitsemän prosenttia ei ollut osallistunut keväällä näille luennoille. Eri mieltä asioista oli 4–5 %.

”Toiminta- ja johtamiskulttuurin muutos ja sen tarve” oli merkittävä teema 67 %:lle vastaajista sekä lähes saman verran (60 %) oli sitä mieltä, että aiheesta saatiin uutta tietoa ja käsitykset avartuivat (52 %). Teeman käsittely nosti esiin kehittämisen tarpeita työpaikalla 58 %:lle. Näihin asiantuntijaluentoisiin ei kevään aikana ollut osallistunut 9 %. Tyytymättömiä palautteen antajista oli 4 %.

Asiantuntijaluentoa ”Työajan kohdentuminen vanhusten voimavaralähtöiseen hoitoon ja hoivaan” piti merkittävänä työnsä kannalta yli puolet palautteen antajista (65 %), aiheen käsittely avarsi käsityksiä asiasta 58 %:lle ja 61 % havaitsi, että heillä oli kehittämisen tarpeita työpaikalla aiheen tiimoilta. 9 % ei ollut osallistunut kevään luennoille. Tyytymättömiä palautteen antajista oli 2–3 %.

Palautteen antajista lähes kaikki (89 %) olivat sitä mieltä, että kouluttajat osasivat esittää teemansa hyvin, 71 %:n mielestä he osasivat motivoida osallistujia hyvin ja 81 %:n mielestä olivat valmistautuneet hyvin kevään 2013 koulutusiltapäiviin. Avoimissa vastauksissa kiiteltiin erityisesti Motivoivan haastattelun koulutusta, sillä siitä koettiin saatavan hyötyä suoraan asiakastyöhön. Lisäksi TunteVa-menetelmän koulutusta kiitettiin sekä asiantuntijaluennoista oli saatu runsaasti hyötyä työelämään. Myös muut kevään luennoitsijat saivat runsaasti hyvää palautetta. Luennoitsijat koettiin

pääsääntöisesti innostuneiksi, positiivisiksi sekä asiantuntijoiksi. Koulutusten nähtiin myös parantuneen viimeisen koulutusvuoden aikana. Viimeisen vuoden aikana ei enää järjestetty ruotsinkielisille työntekijöille omia koulutusryhmiä, joiden puuttumista kritisoitiin parissa palautelomakkeessa.

6.2 Esimieskyselyjen tulokset

Lähiesimiehille ja johtajille tehtiin kyselyt syksyllä 2010, syksyllä 2011 sekä keväällä 2013. Vaasan koti- ja laitoshoidossa, yhteistoiminta-alueella sekä Laihian kunnassa lähiesimiesasemassa olleita työntekijöitä oli yhteensä 49. Kyselyä varten laadittiin sähköinen kyselylomake, jonka kysymykset laadittiin koulutuksen tavoitteiden sekä esimiestyön sisältöjen pohjalta. Kysymykset toistettiin lähes samansuuntaisina kolme kertaa tulosten vertailukelpoisuuden vuoksi. Tässä julkaisussa tulokset esitetään ilman prosentti- tai lukumääriä tulosten luettavuuden helpottamiseksi, mutta kuitenkin esiintyvyyssjärjestyksessä siten, että eniten vastauksia/määritelmiä saaneet tulokset esitetään ensin. Tuloksissa ei esitetä palvelualueita tai työyksiköjä vastaajien anonymiteetin takaamiseksi.

6.2.1 Vuoden 2010 tulokset

Ensimmäinen kysely eli lähtökartoitus suoritettiin lokakuussa 2010 ja kyselyyn vastasi yhteensä 43 esimiestä. Kysymyksiin vastattiin sattumanvaraisesti, sillä jokaisen kysymyksen kohdalla ainoastaan puolet oli vastannut kysymyksiin.

Vastaajia pyydettiin nimeämään kolme konkreettista esimerkkiä siitä, miten asiakaslähtöisyys työyhteisössä tällä hetkellä näkyy. Enemmistö vastaajista toteutti asiakaslähtöistä työtä hoidon suunnittelulla ja toteutuksella, kuten laatimalla yksilöllisiä hoitosuunnitelmia sekä huomioimalla asiakkaan yksilölliset tarpeet ja toiveet. Lisäksi asiakkaita kohdeltiin yksilöinä, omatoimisuutta pyrittiin tukemaan voimavaroja kartottaen sekä omaiset pyydettiin mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Lisäksi kullekin asiakkaalle pyrittiin järjestämään omat huoneet sekä virkistystoimintaa.

Vastaajat nimesivät toimintaa ohjaaviksi tärkeimmiksi arvoiksi turvallisuuden, yksilöllisyyden sekä ammatillisuuden. Lisäksi vastauksissa mainittiin asiakaslähtöisyys, ihmisarvo, omatoimisuus, itsemääräämisoikeus, hoidon kokonaisvaltaisuus sekä itsemääräämisoikeus.

Asiakkaiden *toimintakykyä* edistettiin monella eri tavalla. Suurin osa vastaajista korosti omatoimisuuden tukemista yleensä. Asiakasta kannustetaan yrittämään itse, asiakkaita kannustetaan liikkumisessa ja heille hankitaan apuvälineitä. Perustarpeissa korostui ruokailun tukeminen eli asiakkaan annetaan syödä itse, vaikka ruokailu oli hidasta tai ruokailu toteutui yhteisissä tiloissa. Asiakkaille järjestettiin kuntouttavaa toimintaa, muun muassa jumppaa, nostettiin sängystä ylös sekä kannustettiin sosiaaliseen toimintaan sekä huolehdittiin virikkeistä.

Esimiehiltä kysyttiin, kokivatko he tarvetta *työ- tai toimintatapojen uudistamiselle*. Noin joka neljäs esimies vastasi myöntävästi ja noin joka seitsemäs kieltävästi kysymykseen. Kuitenkin yli puolet vastaajista jätti vastaamatta tähän kysymykseen. Esimiehiltä tiedusteltiin myös kouluarvosanalla, miten he arvioivat työyhteisönsä valmiudet uudistaa työ- ja toimintatapoja. Keskiarvoksi saatiin 7,3. Mikäli esimiehen mielestä uudistuksia tarvittiin, niin ensisijaisina kehittämiskohteina olivat toimintatapojen kehittäminen, työnjaon uudistaminen sekä kuntouttavan työotteen toteuttaminen. Lisäksi henkilöstöä tuli lisätä, yhteistyötä parantaa sekä antaa aikaa enemmän potilaalle. Mikäli esimies ei pitänyt tärkeänä uudistaa työ- ja toimintatapoja perusteluina käytettiin asiakkaiden tyytyväisyyttä, toimintayksikön toimintatapaa tai hoitotyön joustavaa toimintatapaa.

Muutostarpeet edellyttivät vastaajien mukaan asennemuutosta, henkilöstössä tapahtuvia muutoksia, tietoihin, vuorovaikutukseen sekä päätöksentekoon liittyviä muutoksia. Vastuualueet tulisi sisäistää paremmin sekä yleisessä asenteessa työn tekemiseen tulisi tapahtua muutosta. Henkilöstömääriä tulisi muuttaa ja työnkiertoa suosia sekä henkilöstölle tulisi järjestää koulutusta.

Esimiehiä pyydettiin myös arvioimaan, mitä *kehittämistarpeita* heillä oli omassa *esimiestyössään*. Kehittämistarpeet liittyivät työn organisointiin, henkilöstöjohtamiseen sekä uuden oppimiseen. Ajanhallinta sekä työntekijöiden motivointi ja palautteen antaminen koettiin haasteelliseksi. Hyvin moni ei kuitenkaan osannut nimetä erityistä kehittämistarvetta tai mainitsi, että joka alueella on kehittämisen tarvetta.

Esimiehiä pyydettiin nimeämään myös kolme *palvelutoiminnan* keskeisintä sisältöä. Valtaosa vastaajista nimesi asiakkaiden hoitotyön ja perushoidon palvelutoimintansa keskeisimmäksi sisällöksi. Muita mainintoja olivat asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitäminen, omatoimisuuden tukeminen sekä lääketieteellinen hoito. Esimiehet johdivat työyksiköitä operatiivisesti henkilöstömääristä ja työvuorolistoista huolehtien, toimintaansa suunnitellen ja ohjeistaen sekä taloudesta huolehtien. Esimiehet tekivät yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Lisäksi esimiehet järjestivät työntekijöille koulutusta sekä tukivat ja kannustivat työntekijöitään muutoinkin. Joku esimies osallistui myös varsinaiseen hoitotyöhön sekä laati hoito- ja palvelusuunnitelmia.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan kuinka usein erilaisia *asiakkaan fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja hengellisiä tarpeita* huomioitiin työyksikössä. Vajaa puolet vastaajista oli sitä mieltä, että työyksikössä huomioidaan päivittäin asiakkaiden mielialoja ja mielialamuutoksia sekä luodaan myönteistä ilmapiiriä. Lisäksi tiedonsaantiin kiinnitettiin huomioita sekä omaiset ja läheiset ihmissuhteet huomioitiin. Vastaajista noin joka kolmas pyrki päivittäin tukemaan asiakkaiden omatoimista liikkumista, omatoimista hygieniasta huolehtimista, sosiaalista elämää ja vuorovaikutusta sekä kannustamaan omien päivittäisten asioiden hoitamisessa. Saman verran pyrki ohjaamaan ja opastamaan omaehtoiseen ravitsemukseen ja ravinnon saantiin sekä tukemaan muistitoimintoja ja muistelua. Kuitenkin hyvin harvoissa työyksiköissä asiakkaille järjestettiin ulkoilua tai ulkoiluun kannustettiin vain satunnaisesti. Samansuuntainen vastaus saatiin myös viriketoiminnan ja hengellisen toiminnan järjestämisen ja kannustamisen osalta.

Esimiehiltä tiedusteltiin myös, millä tavalla *Vaasan kaupungin Ikäpoliittinen ohjelma* ohjasi työyhteisön toimintaa. Ikäpoliittinen ohjelma ohjasi palvelutoimintaa, toimi muutosten suunnittelun välineenä sekä asetti toiminnalle tavoitteet. Osan mielestä ohjelma ei ohjannut työtä mitenkään tai he eivät osanneet sanoa. Yli puolet vastaajista ei kuitenkaan vastannut tähän kysymykseen. Vastaajilta tiedusteltiin myös, mitä asiakkaan toimintakykyä tukevia työotteita työyksikössä kehitettiin kyselyhetkellä. Esimiehet määrittivät palveluun ja hoitoon liittyviä sisältöjä, kuten asiakkaiden omatoimisuuden tukemisen, kuntouttavan työotteen kehittämisen sekä yksilöllisen ja turvallisen hoidon takaamisen. Kuitenkin hyvin moni vastasi, ettei työyksikössä kehitetä tällä hetkellä mitään tai kehittäminen ei ollut järjestelmällistä.

Esimiehiä pyydettiin lopuksi määrittelemään visioita siitä, miten palvelutoiminta tulee muuttumaan *vuoteen 2013 mennessä*. Vastaajat näkivät tulevien muutosten kohdistuvan valtaosin toimintatapoihin, henkilöstöön, palvelutoimintaan sekä asiakkaisiin. Vuonna 2013 usealla vastaajalla on kuntouttava työote käytössä, yhtenäiset toimintatavat sekä asiakkaalle enemmän aikaa. Lisäksi palveluja hankittiin yksityisiltä palveluntuottajilta ja palvelutarjonta oli on laajempaa. Vastaajat olivat myös sitä mieltä, että asiakkaiden määrä lisääntyy, asiakkaiden kunto on heikompi ja heidän hoitamisensa on raskaampaa.

6.2.2 Vuoden 2011 tulokset

Toinen kysely esimiehille tehtiin marraskuussa 2011 ja kyselyyn vastasi tällä kertaa 47 esimestä. Verrattuna vuonna 2010 tehtyyn kyselyyn, kysymyksiin vastattiin nyt kattavammin ja puuttuvia vastauksia oli vain vähän. Kyselylomake oli lähes sama kuin vuonna 2010. Joitakin kysymyksiä muutettiin kuitenkin tarkemmiksi.

Vastaajia pyydettiin nimeämään kolme konkreettista esimerkkiä siitä, miten *asiakaslähtöisyys* näkyy työyhteisössä kyselyhetkellä. Lähes kaikki vastasivat, että asiakkaiden yksilöllisyys huomioitiin palvelun ja työn suunnittelussa sekä toteutuksessa. Asiakkaiden voimavarat, tarpeet ja toiveet otettiin huomioon ja omahoitajamalli oli käytössä. Lisäksi asiakkaille laadittiin henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma.

Kyselyssä vastaajia pyydettiin nimeämään kolme tärkeintä *arvoa*, jotka näkyivät työyhteisön arjessa. Eniten vastaajat määrittivät työyksikön arvoiksi turvallisuuden, ihmisarvon kunnioittamisen, yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisyyden. Lisäksi ammatillisuus, oikeudenmukaisuus, itsemääräämisoikeus sekä tasavertainen kohtelu korostuivat.

Esimiesten toivottiin antavan kolme esimerkkiä siitä, miten asiakkaiden *toimintakykyä* edistetään työyksikössä. Suurin osa ohjasi asiakkaita omatoimisuuteen. Seuraavaksi eniten mainittiin liikuntaan ohjaaminen, auttaminen ja kannustaminen arkipäivän askareissa, asiakkaita ohjattiin ja heille järjestettiin viriketoimintaa. Työyksiköissä mainittiin olevan kuntouttava työote tukipalveluista tiedotettiin ja asiakkaille hankittiin apuvälineitä. Lisäksi parissa vastauspaperissa korostettiin kinestetikan ja uusien työtapojen opettelua sekä asiakkaiden mielialan huomiointia.

Vastaajilta tiedusteltiin, kokivatko he tarvetta *työ- ja toimintatapojen uudistamiselle* työyksikössään. Kysymykseen vastasi myöntävästi yli puolet vastaajista. Esimiesten uudistamisen halukkuus oli kääntynyt myönteisempään suuntaan, sillä edellisenä vuonna vain joka neljäs vastaaja koki uudistamisen tarvetta työyksikössään. Tärkeimmiksi tai ensisijaisiksi muutostarpeiksi määriteltiin kuntouttavan työotteen, henkilökunnan asenteen sekä yhden hoitopaikan mallin kehittämisen. Lisäksi mainittiin kinestetiikan käyttöönoton sekä työmenetelmien kehittämisen, asiakkaiden omatoimisuuteen tukemisen ja kannustamisen, työaikojen ja muiden toimintatapojen muuttamisen olevan tärkeitä kehittämisen kohteita.

Vastaajilta kysyttiin lisäksi, mitä *toimenpiteitä* edellä mainitut muutostarpeet edellyttävät. Suuri osa vastaajista katsoi, että kuntouttavien työtapojen toteuttamiseen tuli sitoutua ja asioista tuli keskustella yhdessä koko henkilöstön kanssa. Osaamisen kehittämistä sekä täydennyskoulutusta tarvittiin mm. kinestetiikan ja yksilövastuun hoitotyön osalta. Lisäksi muutama vastaaja mainitsi, että tuli uskaltaa muuttaa toimintatapoja sekä kokeilla uusia toimintamalleja. Vastaajat kaipasivat myös asennemuutosta ja uutta ajattelutapaa hoito- ja hoivatyötä kohtaan. Lisäksi tarvittiin yhteistyötä eri tahojen (mm. fysioterapeutit, omaiset) kanssa, työntekijöiden erityisosaamisen esille tuomista, yhteisiä päätöksiä toimenpiteiden aloittamisajankohdista sekä muutosten jalkauttamista käytäntöön. Mikäli vastaaja oli sitä mieltä, että muutostarpeita työpaikalla ei ollut, perusteluina oli, että toimintaa on juuri kehitetty ja parannettu tai kuntoutumista edistävä työote on jo sisäistetty.

Esimiehet näkivät, että työyhteisössä oli kohtalaiset (keskiarvo 7,9, vaihteluväli 5-10) valmiudet *uudistaa työ- ja toimintatapoja*. Esimiehiltä tiedusteltiin myös, mitä osaamisen kehittämistarpeita heillä on omassa esimiestyössään. Eniten esimiehet olivat sitä mieltä, että he tarvitsivat valmiuksia johtaa muutoksia sekä kehittyä esimiestyössä ja opiskella esimiehenä uusia asioita. Usea vastaaja halusi kehittää vuorovaikutustaitojaan (keskustelut, palaute), työn sisältöjä (kuten työnkuvia, työnjakoa, taloushallintoa, mittaamista), tietoteknisiä taitojaan, oppia tuntemaan ja tukemaan henkilöstöään paremmin sekä saada tukea omaan esimiestyöhönsä.

Vastaajia pyydettiin antamaan kouluarvosana työyhteisön nykyiselle palvelutoiminnalle. Keskiarvoksi saatiin 8,1 ja vaihteluväliksi 7-10. Heitä pyydettiin myös nimeämään kolme keskeisintä palvelutoiminnan sisältöaluetta. Enemmistön palvelutoiminnassa korostui asiakkaiden perushoidosta huolehtiminen, yhteistyön kehittäminen (henkilöstö, omaiset), ympärivuorokautinen hoito, sairauden hoito ja jatkohoito, palvelujen organisointi ja palvelutarpeen arviointi, kuntoutus sekä yksilöllisten ja laadukkaiden palvelujen kehittäminen. Lisäksi palvelutoiminnaksi määriteltiin muis-titoimintojen tukeminen, viriketoiminnan ja hyvänolon palveluiden järjestäminen sekä muut yksittäiset toiminnot.

Esimiehiltä tiedusteltiin myös, miten he työssään *johtavat* edellä mainittuja toimintoja. Valtaosa vastaajista johti toimintaa keskustelemalla ja yhteisissä kokouksissa henkilöstön kanssa. Lisäksi johtamista tapahtui koulutuksiin ohjaamalla sekä perehdytystä järjestämällä, työvuorosunnittelun ja työnkierron avulla sekä tarjoamalla henkilöstölle kehittymismahdollisuuksia. Jotkut vastaajat kehittivät toimintatapojaan, antoivat

palautetta, hankkivat laitteita ja materiaalia henkilöstön käyttöön. Muita johtamisen keinoja olivat työntekijöiden kiinnostuksen ja motivaation herättely, työilmapiirin ja arvokeskustelun kehittäminen, neuvot ja muut tukitoimet. Pari vastaajaa mainitsi johtamiskeinoikseen työn sisältöjen säännöllinen seurannan ja tuntemuksen.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan, kuinka usein asiakkaan *fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet* huomioidaan työyksikössä. Kaikki tai lähes kaikki vastaajat tukivat päivittäin asiakkaan omatoimista liikkumista, omatoimista hygieniasta huolehtimista, muistitoimintoja ja muistelua, huomioivat mielialat ja mielialamuutokset, loivat myönteistä ilmapiiriä sekä vastasivat asiakkaiden mieltä askarruttaviin kysymyksiin. Omaiset ja läheiset ihmissuhteet huomioitiin päivittäin tai viikoittain. Vähintään viikoittain tai kuukausittain tuettiin asiakkaiden sosiaalista elämää ja vuorovaikutusta, kiinnitettiin tiedonsaantiin huomioita (TV, radio jne.), ohjattiin tai järjestettiin viriketoimintaan sekä kannustettiin omien päivittäisten asioiden hoitoon. Puolet vastaajista opasti ja ohjasi asiakkaita omatoimiseen ravitsemukseen vähintään viikoittain tai järjesti asiakkaille vain satunnaisesti ulkoilua tai kannusti ulkoiluun. Hengellistä toimintaa järjestettiin tai siihen kannustettiin vähintään kuukausittain.

Puolella vastaajien työyhteisössä oli *toimintasuunnitelma*, jota päivitettiin vuosittain. Kahdella vastaajalla ei ollut käytössään toimintasuunnitelmaa ja puolet jätti vastamatta tähän kysymykseen. Lähes puolet vastaajista oli sitä mieltä, että Vaasan kaupungin ikäpoliittinen ohjelma linjaa ja ohjaa työyhteisön toimintaa ja on toiminnan perusta. Osan vastaajan mukaan ohjelman tavoitteena on linjata asiakkaiden mahdollisimman pitkä kotona asuminen. Pari esimiestä piti ohjelmaa toimintasuunnitelman tai laatutyön perustana.

Esimiehiltä tiedusteltiin myös, mitä asiakkaan *toimintakykyä tukevia työotteita* työyhteisössä kehitettiin kyselyhetkellä. Suurin osa kannusti ja ohjasi asiakkaita omatoimisuuteen sekä antoi asiakkaalle aikaa. Liikuntaa, toimintaa sekä muuta aktiivisuutta oli toiminnassa lisätty sekä viriketoimintaan oli tehty muutoksia. Osa vastaajista kehitti kinestetiikan ja kuntouttavan työotteen menetelmiä työyhteisössään. *Asiakaslähtöisissä työmenetelmissä* korostuivat osin samat vastaukset kuin edellä, mutta myös asiakkaan yksilöllisyys pyrittiin huomioimaan. Yksittäisesti mainittiin myös asiakkaan tarpeiden, toiveiden, itsemääräämisoikeuden, liikkumisen ja kuuntelun merkitys sekä omaiset.

Vastaajia pyydettiin lopuksi *visioimaan* tulevaisuuteen kysymällä heiltä, miten palvelutoiminta työyhteisössä tulee muuttumaan *vuoteen 2014 mennessä*. Suuri osa vastaajista näki, että ”potilasaines” tulee muuttumaan ja toiminnan luonne muuttuu, toimintaa tullaan organisoimaan uudelleen ja uusia toimintamuotoja tullaan kehittämään. Lisäksi esimiehet mainitsivat henkilöstövoimavarojen ja henkilöstön toimenkuvien muuttuvan, hoitoaikojen ja potilaspaikkojen vähenevän, kenttätöihin tulevan lisää avustavaa henkilöstöä sekä omaisten roolin korostuvan tulevaisuudessa.

6.2.3 Vuoden 2013 tulokset

Kolmas ja viimeinen esimieskysely tehtiin keväällä 2013. Kyselyssä selvitettiin jälleen esimiehen työn sisältöjä peilaten niitä koulutukselle asetettuihin tavoitteisiin. Kyselylomake oli täysin sama kuin vuonna 2011, ja tällä kertaa se lähetettiin vastaajille sähköpostin liitetiedostona. Kyselyyn vastasi ainoastaan 16 esimestä.

Alussa selvitettiin koulutuksen tavoitteisiin ja lähtökohtiin liittyen seuraavanlaisia kysymyksiä. Vastaajilta tiedusteltiin ensimmäiseksi, miten *asiakslähtöisyys* konkreettisesti näkyi heidän työyhteisössään. Suurin osa korosti vastauksissaan yksilöllisyyttä, jota kuvattiin tapahtuvaksi muun muassa vastaanottotilanteissa, palvelun tarpeen arvioinnissa, hoidossa, kuntoutuksessa sekä siinä, miten vanhuksen koko elämänsä otettiin huomioon. Asiakkaan tahtoa kuultiin ja kunnioitettiin sekä asiakkaan osallisuutta korostettiin. Lisäksi asiakslähtöisyyttä tarkasteltiin ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen, omaisten osallistumisen sekä kuntouttavan työotteen tai fyysisen kuntoutuksen näkökulmista.

Vastaajat nimesivät työyhteisöjen toimintaa ohjaaviksi tärkeimmiksi *arvoiksi* ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden sekä elämän kunnioittamisen, ammatillisen toiminnan sekä yksilöllisyyden. Lisäksi työyhteisöjen arjessa näkyivät asiakslähtöinen toiminta, asiakkaan kunnioittaminen sekä hyvän hoidon kriteerit, joita olivat muun muassa oikeellisuus, oikea-aikaisuus sekä turvallisuus.

Esimiehiä pyydettiin nimeämään kolme tärkeintä esimerkkiä siitä, miten ikäihmisten *toimintakykyä* konkreettisesti edistettiin heidän työyhteisössään. Lähes kaikki vastaajat ohjasivat, neuvoivat, motivoivat sekä tukivat vanhuksia omatoimisuuteen esimerkiksi liikkumisessa sekä oman hygienian hoitamisessa. Lisäksi vanhuksille järjestettiin virikkeitä sekä virikkeisiin liittyvää toimintaa. Asiakkaita ja omaisia pyrittiin lisäksi osallistamaan esimerkiksi hoidon suunnitteluun, kuntoutukseen (mm. kävelyttäminen ja ylösnostaminen) sekä yhteiseen ruokailuun ruokasalissa. Kaiken kaikkiaan vanhuksille annettiin aikaa tehdä itse, tuettiin erilaisia vuorovaikutustilanteita sekä hyödynnettiin myös muiden ammattiryhmien, esimerkiksi fysioterapeuttien, osaamista. Lisäksi yksittäisesti mainittiin olemassa olevien voimavarojen tukeminen, kaatumisten ennaltaehkäisy sekä toimintakyvyn arvioinnissa käytettävät mittarit.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan sitä, onko heidän yksiköissään tarvetta uudistaa työ- ja toimintatapoja. Vastaajasta 14 oli sitä mieltä, että uudistamista tarvitaan edelleen ja ainoastaan kaksi oli eri mieltä. Tärkeimmiksi uudistamistarpeiksi esitettiin nykyisten rutiinien muuttaminen, työn organisoinnin ja uusien hoitolinjausten käyttöönotto. Esimerkkeinä mainittiin potilaisiin kohdennettavan ajan lisääminen sekä aamuvuoropainotteisuuden purkaminen. Lisäksi esimiehet kaipasivat yhteistä suunnittelua, tavoitteiden asettelua, sitoutumista, yhdessä tekemistä sekä kuntoutuksen lisäämistä. Tähän kysymykseen esitettiin lisäksi runsaasti yksittäisiä muutostarpeita, joista mainittakoon asennemuutos, henkilökunnan oman vastuunoton ja itseohjautuvuuden vahvistaminen sekä henkilökunnan koulutus. Lisäksi esitettiin henkilökunnan vakanssien ja palvelujen saatavuuden lisäämistä sekä yhteistyömallien kehittämistä kotija laitoshoidon yksiköiden välillä. Mikäli uudistumista oltiin vastaan, niin yksikkö oli

joko lopettamassa vuoden 2013 aikana tai esimiehen mielestä työ- ja toimintatavat olivat jatkuva keskustelun aihe, ja jatkuva uudistaminen arkipäivää.

Esimiehiltä tiedusteltiin lisäksi, mitä *toimenpiteitä* kyseiset muutostarpeet edellyttävät. Vastaajat toivoivat yhteistä aikaa ja keskustelua (esimerkiksi teemapäiviä), yhteistyön kehittämistä sekä sooloilun lopettamista. Lisäksi henkilöstöltä kaivattiin muutosvalmiutta, asennemuutosta ja sitoutumiskykyä, jotta vanhoja työ- ja toimintatapoja kyetään muuttamaan. Koulutus ja työnohjaus mainittiin keinoiksi, joiden avulla tavoitteisiin voidaan päästä. Lisäksi yksittäisesti mainittiin työn suunnittelu, henkilöstön erityistehtävät, etsivän työn kehittäminen sekä arviointi.

Esimiehet arvioivat työyhteisönsä valmiudet *uudistaa työ- ja toimintatapoja* kohtalaiseksi (keskiarvo 7,9, vaihteluväli 7–10). Esimiehiltä tiedusteltiin, mitä osaamisen kehittämistarpeita heillä oli omassa esimiestyössään. Valtaosa vastaajista halusi kehittää ajanhallintaa, priorisointitaitojaan sekä omien voimavarojen hallintaa. Seuraavaksi eniten haluttiin kehittää omia vuorovaikutustaitoja, joista mainittiin keskustelutaidot, palautteen antaminen ja ristiriitojen käsittely sekä puheeksi ottaminen. Lisäksi omia henkilökohtaisia ominaisuuksia, delegointitaitoja, tietotekniikkataitoja ja työn suunnittelua haluttiin kehittää. Kehittämistarpeet olivat ylipäätään moninaisia, ja yksittäisiä kehittämistarpeita mainittiin erittäin paljon.

Seuraavassa osiossa selvitettiin hoitoon ja palvelutoimintaan liittyviä kysymyksiä. Vastaajia pyydettiin määrittelemään työyhteisönsä nykyiselle *palvelutoiminnalle* kouluarvosana. Keskiarvoksi saatiin 7,5 ja vaihteluväliksi muodostui 7–9,5. Esimiehiä pyydettiin nimeämään kolme *palvelutoiminnan keskeisintä sisältöä* tällä hetkellä. Eniten vastattiin potilaiden perustarpeisiin, hoitoon ja huolenpitoon sekä kokonaisvaltaiseen omatoimisuuden tukemiseen ja voimavaralähtöiseen asiakastyöhön. Usea vastaaja korosti vastauksissaan moniammatillisuutta ja yhteistyötä eri tahojen kanssa. Jotkut vastaajat ohjasivat ja opettivat asiakkaita ja omaisia sekä tukivat vanhusten kotona asumista.

Esimiehiltä tiedusteltiin myös, miten he työssään *johtavat edellä* mainittuja toimintoja. Moni piti itseään työn mahdollistajana (esimerkiksi tilat, laitteet, henkilökunta ja olosuhteet), kehittämällä yhteistyötä asiakkaan, henkilökunnan ja omaisen välille sekä varmistamalla henkilökunnan osaamisen ja ohjaamalla heitä koulutuksiin. Esimiehet mainitsivat lisäksi yksittäisesti asenneilmapiirin kehittämisen, henkilökunnan asiallisen käytöksen ja hyvän työilmapiirin varmistamisen, henkilökunnan kuuntelun ja työssä jaksamisen tukemisen.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan, kuinka usein *asiakkaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet* huomioidaan työyksikössä. Kaikki tai lähes kaikki vastaajat tukivat päivittäin omatoimista liikkumista, omatoimista hygieniasta huolehtimista, huomioivat mielialat ja mielialamuutokset, loivat myönteistä ilmapiiriä sekä vastasivat mieltä askarruttaaviin asioihin ja kysymyksiin. Lisäksi valtaosa tuki asiakkaiden sosiaalista elämää ja vuorovaikutusta, kiinnitti huomioita tiedonsaantiin (mm. televisio, radio, sanomalehdet) sekä huomioi omaiset ja läheiset ihmissuhteet. Puolet vastaajista ohjasi ja opasti asiakkaitaan omaehtoiseen ravitsemukseen ja ravinnon saantiin tai kannusti heitä omien päivittäisten asioiden hoitoon. Suurin osa järjesti tai

ohjasi asiakkaita viriketoiminnan piiriin tai järjesti ja kannusti hengelliseen toimintaan vähintään viikoittain. Vähiten järjestettiin ulkoilua tai kannustettiin ulkoiluun, sillä noin puolet vastaajista ilmoitti, että sitä tapahtui kuukausittain tai harvemmin.

Lähes kaikkien (n=14) vastaajien työyhteisössä oli *toimintasuunnitelma*, jota päivitettiin vuosittain. Suurin osa oli sitä mieltä, että Vaasan kaupungin ikäpoliittinen ohjelma tai muu valtakunnallinen vanhusohjelma ohjaa toimintaa ja antaa suuntaviivat vanhustyöhön (esimerkiksi arvojen, toiminnan suunnittelun sekä henkilöstön osalta). Lisäksi ohjelmien avulla varmistettiin kotona asumista ja omatoimisuuden tukemista sekä sitä, että tavoitteena asiakkaalla on ainoastaan yksi hoitopaikka.

Esimiehiltä tiedusteltiin myös, mitä asiakkaan *toimintakykyä tukevia työotteita* työyhteisössä kehitettiin kyselyhetkellä. Suuri osa vastaajista kehitti kuntoutusta edelleen työyhteisössään (esimerkiksi mittaamisen ja apuvälineiden osalta) sekä kinestetikan työmenetelmiä ja asiakkaiden fyysistä kuntoutusta muun muassa liikunnan ja ulkoilun avulla. Lisäksi parissa yksikössä kehitettiin yksilöllistä hoitoa omahoitajuuden avulla. Yksittäisiä kehittämistoimenpiteitä esiteltiin myös lukuisa määrä (MNA-testit jokaiselle, omatoimisuus, kotona tapahtuva kuntoutus, yhteinen suunnittelu, itseohjautuvuus, kaikki adl-toiminnot, kotihoidon kehittäminen, vapaaehtoistyö). *Asiakaslähtöisten työmenetelmien* kehittämisessä esimiehet korostivat edelleen asiakaslähtöisyyttä muun muassa potilaan historian, omaisten ja hoitosuunnitelman osalta, virikkeelliseen toimintaan osallistumista ja toiminnan sekä omahoitajuuden ja yksilöllisen hoitotyön kehittämistä. Asiakaslähtöisiä työmenetelmiä mainittiin myös yksittäisesti runsaasti, ja vastausten kirjo vaihteli hoitoprosessien ja hoitolinjausten laatimisesta aina palvelusetelin ja elämänkaarilomakkeen käyttöön asti. Lisäksi muutamassa vastauksessa ei mainittu mitään kehittämistoimenpidettä tai ei kehitetty mitään pienen henkilöstömäärän vuoksi.

Lopuksi vastaajia pyydettiin kertomaan *visionsa* siitä, miten palvelutoiminta muuttuu *vuoteen 2015 mennessä*. Tähän kysymykseen vastattiin myös moninaisesti, mutta muutamat visioivat kuntoutuspotilaiden, kuntouttavan toiminnan ja teknologian lisääntyvän toiminnassa tulevana vuosina. Lisäksi asiakkaita nähtiin tulevan lisää sekä hoidon ja kotiutuksen vaativan tehostamista. Yksittäisesti mainittiin, että laitospaikkaisuus on häviämässä ja kodinomaisuus lisääntymässä sekä yksikkökoot ovat pienenevässä. Kotona asuminen lisääntyy ja kotiin tarjotaan lisää palveluja. Asiakkaat ovat iäkkäämpiä ja sairaampia, kun he tulevat hoitoon. Henkilökunnan nähtiin myös vanhenevan, mutta heidän tieto-taitonsa lisääntyvän sekä hoitotiimien muuttuvan moniammatillisemmiksi.

6.3 Työyksiköiden itsearviointit

Työyksiköissä toteutetun kyselyn tarkoituksena oli arvioida, miten täydennyskoulutuksen tavoitteet ja sisällöt olivat toteutuneet käytännön hoito- ja hoivatyössä eri palvelualueilla. Itsearviointiin suunniteltu kyselylomake lähetettiin työyksiköiden esimiehille helmikuussa, ja varsinaiset arviointikäynnit työyksiköissä toteutettiin maaliskuun-toukokuun 2013. Tavoitteena oli, että kaikki työyksikön työntekijät osallistuvat lomakkeen täyttämiseen ja tulokset perustuvat työyksikön vallitseviin käytänteisiin.

Ennakkoon täytetty lomake palautettiin arviointiin osallistuville opettajille. Itsearviointiin osallistui yhteensä 33 työyksikköä, joista arviointikäynnit tehtiin 32 yksikköön ja yhden yksikön tiedot analysoitiin kyselylomakkeen tietojen perusteella. Arviointikäynteihin osallistui työyksikön työvuorossa ollutta hoitohenkilöstöä sekä ammattikorkeakoulusta 1-2 opettajaa.

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa selvitettiin, kuinka usein työyksikön henkilöstö kannusti ja tuki vanhusta omatoimiseen päivittäiseen selviytymiseen elämisen toimintojen eri alueilla. Tuloksista ilmeni, että parhaiten henkilöstö kannusti ja tuki vanhuksia aina syömään, pukeutumaan, peseytymään ja liikkumaan. Lisäksi usea työyksikkö kannusti ja tuki WC-käynteihin, muistitoimintojen aktivoimiseen ja muisteluun sekä sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Vähiten kannustettiin ja tuettiin omien henkilökohtaisten asioiden hoitoon, suun hoitoon sekä oman tahdon ja itsemääräämisoikeuden toteutumiseen. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Arviot ja palautteet kouluttajista (%).

Toiminto	Aina	Usein	Harvoin	Ei koskaan	Ei koske meitä	Yhteensä
Pukeutuminen	21	8	1	0	3	33
Peseytyminen	18	10	2	0	3	33
Syöminen	28	2	0	0	3	33
Suun hoito	12	11	6	0	3	32
WC-käynnit	16	10	2	0	4	32
Liikkuminen	18	10	1	2	2	33
Omien henkilökohtaisten asioiden hoito	6	6	11	2	5	30
Oman tahdon ja itsemääräämisoikeuden toteutumiseen	13	14	4	1	1	33
Muistitoimintojen aktivoimiseen ja muisteluun	16	14	2	0	1	33
Sosiaaliseen vuorovaikutukseen	16	5	2	0	2	25

Ympäristön virikkeellisyttä kartoitettaessa vastaajilta tiedusteltiin, aktivoidaanko ja kannustetaanko vanhuksia erilaisiin viriketoimintoihin joko työyksikössä tai sen ulkopuolella. Lähes kaikki työyksiköt aktivoivat ja kannustivat vanhuksia ajankohtaisten asioiden seuraamiseen, keskusteluhetkiin, juhliin ja muihin tapahtumiin, hengellisiin tilaisuuksiin ja ulkoiluun. Vähiten vanhuksia aktivoitiin ja kannustettiin kulttuuritapahtumiin. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Vanhusten aktivoiminen ja kannustaminen erilaisiin viriketoimintoihin työyksiköissä tai sen ulkopuolella.

Ympäristön virikkeellisyys	Kyllä	Ei	Ei koske meitä	Yhteensä
Ajankohtaisten asioiden seuraaminen (TV, radio, sanomalehdet)	31	0	1	32
Juhlat ja tapahtumat	30	1	1	32
Hengelliset tilaisuudet	30	1	1	32
Keskusteluhetket	31	0	1	32
Yksityisiin hetkiin läheisten kanssa	27	1	3	31
Ulkoiluun	30	0	1	31
Retkiin ja vierailuihin	25	5	1	31
Kulttuuritapahtumiin	21	7	1	29
Ohjattuihin liikuntatuokioihin	26	3	3	32
Askarteluun ja muuhun viriketoimintaan	28	1	0	29

Toimintakykyyn vaikuttavien toimintojen määrittelemiseksi työyksiköiltä selvitettiin muun muassa hoito- ja palvelusuunnitelman käyttöä, kirjaamista sekä hoitoa ja hoidon jatkuvuutta seuraavassa taulukossa (Taulukko 15) esitettyjen osioiden avulla. Parhaiten toteutui vanhuksen säännöllisen kunnan ja toimintakyvyn seuranta ja arviointi hoitokontaktien yhteydessä, hyvän hoidon ja hoivan periaatteiden jatkuminen vanhuksen tullessa hoitoon sekä asuin ympäristön järjestäminen toimintakykyä tukeväksi sekä turvalliseksi. Heikoimmin toteutui erityisesti hoito- ja palvelusuunnitelman vuosittainen arviointi yhdessä omaisten ja läheisten kanssa. Lisäksi tavoitteiden määrittely yhdessä omaisten ja läheisten kanssa sekä tavoitteiden kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan toteutui tästä tulososioista harvemmin.

Taulukko 15. Työyksikön toiminnassa toteutuneet erilaiset hoito- ja hoivatoiminnot.

Toimintakykyyn vaikuttava toiminto	Kyllä	Ei	Ei koske meitä	Yhteensä
Vanhuksen säännöllinen kunnon ja toimintakyvyn seuranta ja arviointi hoitokontaktin yhteydessä	30	1	1	32
Hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellään tavoitteet yhdessä omaisten ja läheisten kanssa	20	8	4	32
Tavoitteiden kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan	20	5	3	28
Tavoitteiden toteutumista seurataan säännöllisesti	22	4	3	29
Asuinympäristön järjestäminen toimintakykyä tukevaksi (esimerkiksi apuvälineet)	28	1	2	31
Asuinympäristön turvallisuuden varmistaminen	27	1	3	31
Hoito- ja palvelusuunnitelman vuosittainen arviointi yhdessä omaisten ja läheisten kanssa	7	17	5	29
Hyvän hoidon ja hoivan jatkuvuuden varmistaminen vanhuksen siirtyessä toiseen yksikköön tai kotiin	26	0	5	31
Hyvän hoidon ja hoivan periaatteiden jatkuminen yksikössämme, kun vanhus tulee meille hoitoon	29	0	3	32

Seuraavaksi vastaajilta selvitettiin, mitä toimintakykymittareita työyksiköissä oli käytössä ja kuinka säännöllisesti työntekijät niitä käyttivät yksittäisen vanhuksen kohdalla. Mittareista säännöllisimmin käytettiin RAVA-mittaria. Seuraavaksi säännöllisemmin käytettiin MSE + Kellotestiä sekä MNA-testiä. Satunnaisesti työyksiköissä käytettiin MSE + Kellotestiä, kipu- sekä GDS-15-mittareita. Huomattavaa oli, että valtaosaa mittareita ei käytetty työyksiköissä lainkaan (Taulukko 16).

Taulukko 16. Toimintakykymittareiden käyttö ja käytön säännöllisyys vanhusten hoidossa.

Toimintakykymittari	Säännöllisesti	Satunnaisesti	Ei käytetä	Yhteensä
RAVA	24	2	5	31
MSE + Kellotesti	13	13	4	30
GDS-15	9	11	10	30
Toimiva testi/SPPB	3	4	20	27
Kipu	2	13	13	28
MNA	12	7	13	32
Asuminen ja kotiaskareista selviytyminen	3	4	20	27
Sosiaalinen verkosto ja osallistuminen	4	4	20	28
Jokin muu, mikä?	3	2	0	5

Kyselylomakkeen seuraavassa osiossa työyksiköiltä selvitettiin toimintafilosofiaa. Vastaajia pyydettiin arvioimaan, mitä toimintatapoja työyksikön ja sen työntekijät toteuttavat toiminnassaan huomioiden myös, mikäli työ tapahtuu asiakkaan kotona. Vastaukset on esitetty taulukoissa 17–18.

Työyksikön toimintatavoissa parhaiten toteutuivat erilaisuuden hyväksyminen, omaisten ja läheisten rooli vanhusten hoidossa, vanhuksen yksilöllisyyden huomiointi hoitotoimissa sekä seurustelu- ja keskustelumahdollisuuksien tarjoaminen. Lisäksi hyvin toteutuivat lepohetkien joustavuus, peseytymis- ja hygieniahoidon joustavuus sekä ruokailutilojen yleinen viihtyvyys. Sen sijaan erilaisten ateriavaihtoehtojen tarjoaminen toteutui heikoiten sekä vanhusten liikkumista rajoitettiin yli puolessa kyselyyn osallistuneista yksiköistä. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Työyksikön toimintatavat ja toiminta-ajatukset vanhusten hoidossa ja hoivassa (osio 1).

Toimintatapa	Kyllä	Ei	Ei koske meitä	Yhteensä
Ruokailuaikojen joustavuus	22	6	4	32
Ateriavaihtoehtojen tarjoaminen	16	5	6	27
Ruokailu- ja muiden tilojen yleinen viihtyvyys	25	1	4	30
Ruokailuhetkien kiireettömyys ja viihtyisyys	23	3	4	30
Peseytymis- ja hygieniahoidon joustavuus	26	3	2	31
Ulkoilumahdollisuuksien joustavuus ja ulkoiluun kannustaminen	20	1	5	26
Liikkumisen rajoittaminen (esim. kiellot, sitominen)	16	10	4	30
Nukkumaanmeno- ja heräämisaikojen joustavuus	24	1	2	27
Lepohetkien joustavuus	27	0	5	32
Seurustelu- ja keskustelumahdollisuuksien tarjoaminen	28	0	2	30
Elämysten ja mukavien hetkien tarjoaminen ns. rutiinien lomaan	27	1	1	29
Vanhuksen yksilöllisyyden huomioiminen hoitotoimissa	29	0	1	30
Vanhuksen aktiivinen osallistuminen päätöksentekoon	26	3	0	29
Omaiset ja läheiset ovat osa vanhuksen kokonaisvaltaista hoitoa ja hoivaa	29	0	2	31
Erilaisuuden arvostaminen	30	0	0	30

Henkilöstön toimintaa tarkasteltaessa kaikki vastaajat pystyivät puuttumaan epäasialliseen käytökseen, mikäli havaitsivat sellaista toimintaa työyksiköissään. Epäasiallisella käytöksellä tarkoitettiin tässä vanhuksen puhuttelua, alistamista, ohittamista sekä muuta kaltoinkohteluun viittaavaa käytöstä. Lisäksi lähes kaikissa työyhteisöissä arvostettiin ja tuettiin työyhteisön jäseniä sekä työyhteisöissä järjestettiin säännöllisiä kokouksia, joissa puheenjohtajana toimi työyksikön lähiesimies. Heikoiten toteutui vapaaehtoisten työntekijöiden säännöllinen osallistuminen. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Työyksikön toimintatavat ja toiminta-ajatukset vanhusten hoidossa ja hoivassa (osio 2).

Toimintatapa	Kyllä	Ei	Ei koske meitä	Yhteensä
Epäasialliseen käytökseen puuttuminen (vanhuksen epäasiallinen puhuttelu, alistaminen, ohittaminen, kovakourainen käsittely)	32	0	0	32
Työyhteisön jäsenten arvostaminen ja tukeminen	31	0	0	31
Moniammatillisen osaamisen hyödyntäminen	29	2	0	31
Vapaaehtoisten työntekijöiden säännöllinen osallistuminen	10	16	4	30
Hoitohenkilöstö on tietoinen työn tavoitteista ja päämääristä	29	1	0	30
Työyhteisön toimintaa ohjaa toimintasuunnitelma, jota päivitetään vuosittain	29	1	1	31
Työyhteisön toimintaa tarkastellaan säännöllisesti yhteisissä kokouksissa, joiden puheenjohtajana toimii lähiesimies	31	1	0	32

Seuraavaksi selvitettiin, mitkä arvot ohjaavat työyksikön toimintaa ja miten arvot näkyvät arjessa. Toiminnassa esiintyvät arvot oli määritelty joko asiakkaasta, henkilöstöstä, toiminnasta tai työyhteisöstä käsin. Lähes kaikkien vastauksissa korostettiin yksilöllisyyttä, itsemääräämisoikeutta sekä ihmisarvon ja potilaan kunnioittamista. Lisäksi turvallisuutta, vastuullisuutta sekä omatoimisuuden, osallisuuden ja toimintakykyä ylläpitävän työtavan arvoja tuotiin esille. Henkilökunnan ammatillisuutta, ammattitaitoa ja yhteistyötä eri tahojen kanssa korostettiin hajanaisissa vastauksissa.

Arvot näkyivät arjessa siten, että asiakkaan omat toiveet, tavat ja tottumukset pyrittiin huomioimaan kokonaisvaltaisesti. Kuntouttava työote, tilanteiden arviointi, asiakkaan omatoimisuus ja omien voimavarojen tukeminen arjessa korostui monen työyksikön

vastauksissa. Asiakasta ja hänen omaisiaan pyrittiin ottamaan mukaan hoidon ja hoidon suunnitteluun, toteuttamiseen ja kehittämiseen sekä kohtelemaan tasa-arvoisesti. Työntekijät määriteltiin lähinnä rinnalla kulkijoina, innostajina, huolenpitäjinä ja tukijoina sekä turvallisuuden tunteen luojina. Oman ja muiden työn arvostus korostui, myönteinen asenne, kouluttautumishalukkuus sekä vastuunotto hyvästä hoidosta ja yhteishengestä koettiin työyhteisön laadukkaana toimintana.

Muissa avoimissa kysymyksissä selvitettiin, mitä *käytänteitä tai toimintoja työyhteisössä on luotu ja otettu käyttöön viimeisen kahden vuoden aikana*. Vastaukset käsittivät lähinnä hoito- ja hoivatyöhön liittyviä erilaisia kehittämistoimenpiteitä sekä ennaltaehkäisevän ja kuntouttavan työotteen menetelmien kehittämistä (apuvälineet, toimintakykytestit, kuntosalit, jumput, kinestetiikka, sosiaalinen, virkistys- ja virike-toiminta), ravitsemukseen ja ruoan monipuolisuuteen sekä ruokailutilanteisiin liittyvien toimintojen kehittämistä (esimerkkinä potilaat voitelevat voileipänsä, tulevat syömään ruokasaliin), ulkoilun lisäämistä sekä työntekijöiden työtapoihin ja työnjakoisiin uusien mallien hakemista.

Lisäksi työyhteisöltä ja sen henkilöstöltä tiedusteltiin, mitä toimintatappia he kehittivät keväällä 2012. Nämä vastaukset on kuvattu tarkemmin jo kappaleessa 5.2. Vastaajilta tiedusteltiin myös, mitä *käytänteitä tai toimintoja työyhteisössä on karsittu viimeisen kahden vuoden aikana*. Karsintaa ja työn uudelleen muotoilua oli tapahtunut varsinkin tietyissä hoitorutiineissa ja toimintavoissa (esimerkiksi lääkkeiden jakoon liittyvä toiminta, potilaiden wc-käyntien ja muun kävelyn lisääminen, potilaiden sitomisen vähentäminen, siivoustehtävät, pyykkihuolto), joita ei koettu enää merkityksellisinä. Aamupainotteisuudesta oli pyritty pääsemään eroon ja työtehtäviä voidaan tehdä myös iltaisin, jolloin joillakin potilailla oli esimerkiksi mahdollisuus käydä illalla suihkussa.

Kysymykseen, mistä *käytänteistä tai toiminnoista työyksikön tulisi kokonaan luopua lähivuosina*, korostui selkeästi ei-asiakastyöhön ja päällekkäiseen työhön liittyvien työtehtävien vähentäminen (esimerkiksi vaatetilaukset ja vaatevarastojen huolto-työ, näyttöjen kuljettaminen, potilaiden kuljettaminen tutkimuksiin, siivoaminen, pyykinpesu, päällekkäiset kirjaamiset). Lisäksi haluttiin luopua asiakkaan turhasta passaamisesta, passivoinnista ja puunaamisesta, hoitajakeskeisestä toiminnasta ja laitospainotteisesta hoitokulttuurista. Hoitajamitoitukseen toivottiin korjauksia, hoitajien työn- ja vastuunjakoja tuli kehittää sekä hoitajien aamutyöpainotteista toimintaa muuttaa. Tulevaisuudessa potilaiden kotiutustoimintaan tarvittiin lisää uusia työmenetelmiä.

Työyhteisöiltä tiedusteltiin myös, mitä *käytänteitä tai toimintoja tulisi edelleen vahvistaa niin, että ne jäävät pysyviksi toiminnoiksi*. Kehitettävät toiminnot tai käytännöt liittyivät suoraan asiakastyöhön (suunnitelmallisuus, ruokailu, ulkoilu, virikkeet ja muu kuntoutus, ajan ja vuorovaikutuksen lisääminen asiakkaan kanssa, hoitajien lisääminen, työmenetelmiin (vastuuhoitajuus, kinestetiikka, raportointi, kirjaaminen, tiedonkulku, kuntoutus- ja hoitosuunnitelmat), työyksikköjen väliseen työnjakoon (tiimit, yhteistyö lääkärin ja muiden ammattiryhmien kanssa).

Lopuksi selvitetiin vielä, mitä *kokonaan uutta käytäntöä tai toimintaa tulisi vielä saada aikaan* lähivuosina. Tämän viimeisen osion vastauksissa korostuivat runsaasti samat asiat kuin edellä on jo esitetty, mutta esille tuli muun muassa yksikköjen lopettamiseen ja organisaatorakenteiden muuttumiseen liittyvät vastaukset, kotona tapahtuvan hoidon ja hoivan kehittäminen, asiakkaiden oikeanlainen sijoittaminen sekä seniorityön kehittäminen. Huoli uudesta hoitohenkilökunnasta, fysioterapeuttien määrän lisääminen sekä lääkäripalvelujen saatavuus ympäri vuorokauden tulivat useissa vastauksissa esille. Yhteenvetona vastauksista heijasteli vanhustyössä edessä olevat muutokset, joissa muun muassa vastaajat näkivät vapaaehtoistyön, erilaisten järjestöjen ja yhteisöjen (eri alojen opiskelijat, kunnan muut toimijat kuten päiväkodit) sekä muun avustavan henkilöstön olevan merkittävässä roolissa. Hoitajien määrän ei nähty oleellisesti lisääntyvän, mutta olemassa olevien hoitajien tulisi voida jatkossa keskittyä välittömään asiakas- ja potilastyöhön. Lisäksi uusien työmenetelmien ja -tapojen innovatiiviselle kehittälylle toivottiin sijaa luovassa ja sallivassa ilmapiirissä.

7 ASIKASLÄHTÖISTEN TOIMINTAMALLIEN

KEHITTÄMINEN

7.1 Kuntouttava työote ja toimintakykyä edistävä toiminta Ikäkeskuksen virikepalveluissa

Ikäkeskuksen johtaja Hannele Laaksonen ja Ikäkeskuksen viriketoiminnan ohjaaja Saara Vaaramo, Vaasan kaupunki

Ikäkeskuksen palveluja yli 65-vuotiaille

Ikäkeskus on perustettu virallisesti vuonna 2007. Toiminnan tavoitteena on tukea yli 65-vuotiaita vaasalaisia, joiden fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt tai vaarassa heikentyä. Arvioinnilla ja ohjauksella sekä oikea-aikaisella kuntoutuksen, palveluiden ja hoidon järjestämisellä edesautetaan kotona selviytymistä. (Toimintakertomus 2011.) Toimintamme arvot: ovat ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, turvallisuus, asiakaslähtöisyys, osallisuus ja vaikuttavuus. (Ikääntymispoliittinen ohjelma 2010–2015.)

Viriketoiminta on yksi Ikäkeskuksen toimintayksikkö, jossa tuotetaan erilaisia aktiivisia palveluja laitoksessa, palvelutaloissa ja kotona asuville vaasalaisille yli 65-vuotiaille ikäihmisille. Viriketoiminnan palvelut on tuoteistettu vuosina 2011–2012, mistä viriketoiminta on saanut valtakunnallisen kunniamaininnan työelämän laadun ja tuottavuuden samanaikaisesta kehittämisestä (26.3.2012 www.tuottavuustyö.fi).

Viriketoiminnan palvelujen asiakassegmentointi ja tuoteistaminen pohjana kehittämiselle

Ikäkeskuksen viriketoiminnassa työskentelee vastaava viriketoiminnan ohjaaja ja kahdeksan viriketoiminnan ohjaajaa. Tuoteistuksen pohjana käytettiin asiakassegmentointia, jolla tarkoitetaan asiakkaiden luokittelua erilaisiin ryhmiin. (Bergström & Leppänen 2009.) Viriketoiminnan asiakkaiden segmentoinnissa toteutettiin ryhmittelyä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn mukaan.

Asiakkaat segmentoitiin lievästi, keskivaikeasti ja vaikeasti muistihäiriöisiin, psyykkisistä ongelmista kärsiviin ja fyysisistä rajoitteista/sairauksista kärsiviin asiakkaisiin. Palvelut tuoteistettiin 19 tuotteeseen, joista kuhunkin määriteltiin, minkälaiselle asiakassegmentille palvelu soveltuu. Jokaisessa tuotteessa kuvataan muun muassa aikataulu, toiminnan tavoitteet ja sisältö, asiakasmäärä, valmistelu-aika ja järjestelyajat, asiakassegmentit sekä materiaalit ja materiaalihankinta. (VIIRA-loppuraportti 2011, Laaksonen, Nyqvist & Vaaramo 2013.)

Asiakkaiden voimavarojen kartoitus

Viriketoiminta on asiakkaalle vapaaehtoista ja matalan kynnyksen toimintaa, jonka avulla tuetaan asiakkaan hyvinvointia ja toimintakyvyn ylläpitoa, ehkäistään syrjäytymistä, yksinäisyyttä ja turvattomuutta sekä autetaan uusien sosiaalisten kontaktien luomisessa ja ylläpidossa. Viriketoiminnan ryhmätoiminnassa toimitaan asiakkaan yksilölliset toiveet ja tarpeet huomioon ottaen siltä osin kuin se on mahdollista. Viriketoiminta on tärkeää suunnitella sellaiseksi, että asiakas saa onnistumisen kokemuksia. Työ ei saa olla liian haasteellista tai liian helppoa, vaan sen tulee olla tasapainossa asiakkaan toimintakyvyn kanssa. (Saarenheimo 2003.) Voimavarojen tukemiseksi ja kuntouttavan työotteen toteuttamiseksi on tärkeää, jos viriketoiminnan ohjaaja ehtii tutustua jokaiseen ryhmäänsä haluavaan asiakkaaseen ennen ryhmään tuloa. Tämä mahdollistaa sen, että viriketoiminnan ohjaaja ehtii arvioida, onko asiakas tulossa oikeaan ryhmään vai voisiko hänet ohjata toisenlaiseen toimintaan. Viriketoiminta on aina asiakaslähtöistä ja ohjaajan läsnäolo ja kuunteleminen ovat luonnollinen osa toimintaa.

Virkistystoimikuntien perustaminen aktivoi ikäihmisiä

Viriketoiminnan yhtenä arvona on asiakaslähtöisyys, jota täydennyskoulutuksen aikana päätettiin lähteä kehittämään virkistystoimikuntien kautta. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan tässä yhteydessä asiakkaiden mahdollisuutta vaikuttaa viriketoiminnan sisältöihin, toteutustapaan ja toteutuksen intensiteettiin (Laaksonen, Ollila & Niskanen 2012). Kuntouttava ja toimintakykyä ylläpitävä toiminta sisältää tässä yhteydessä asiakkaiden aktivoimisen ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämisen virkistystoimikuntatyöskentelyn kautta.

Syksyn 2012 ja kevään 2013 kehittämistoimintaa

Vaasan kaupunginsairaalan osastoille on nimetty henkilökunnasta virikevastavat. Toukokuussa 2012 pidettiin suunnittelupalaveri, jossa perustettiin toimikunta ja suunniteltiin tulevaa toimintaa. Kevään 2013 aikana toimikunta on kokoontunut kaksi kertaa ja läsnä on ollut 10–12 henkilökunnan edustajaa. Virkistystoimikuntatyöskentelyn tuloksena on syntynyt muun muassa luontopolku kesän ajaksi lammen rannalle. Toiveena on tullut edellisen kesän Lilliputti-juna-ajelun toistaminen tulevana kesänä, ja tähän toiveeseen pyritään vastaamaan. Tiedottaminen ryhmistä tapahtuu osastoille jaettavan viikkoilmoituksen kautta. **Kirkkopuistikon palvelutalolla** virkistystoimikuntatyöskentely kokoontui myös keväällä 2012. Viriketoiminnan ohjaajat kutsuivat asukkaat (10–12 asukasta) ja hoitajat koolle kirjallisella kutsulla. Kokouksesta laadittiin pöytäkirja ja sovittiin seuraavasta tapaamisesta. Toinen kokoontumiskerta on ollut lokakuussa 2012. Kevään 2013 aikana kokoontumisia on ollut kaksi kertaa. Virkistystoimikuntatyöskentelyn tuloksena on järjestetty muun muassa Kari Uusikylän vierailu tammikuun lopulla. Uusikylä luennoi ja keskusteli asukkaiden kanssa arvokkaasta ikääntymisestä.

Ruukinkartanon palvelutalossa virkistystoimikunta on ollut aikaisemmin käytössä vuosia, mutta viime aikoina on toiminta hiipunut. Ruukinkartanon palvelutalon asukkaista suurin osa on vaikeasti muistisairaita, jolloin heidän äänensä saaminen kuuluviin tällaisessa foorumissa voi olla vaikeaa. Siksi onkin katsottu paremmaksi, että hoitajat toimivat asukkaiden viestintuojina. Toimikunta saatiin uudelleen toimimaan, ja kevään 2013 aikana kokoonnuttiin kerran. Virkistystoimikuntatyöskentelyn tuloksena järjestetään muun muassa kesäkirkko Vaasan Suomalaisen seurakunnan kanssa, toive suurbingosta on toteutunut ja monitoimitilan vitriiniin on tulossa Kesä ja Kukat -näyttely.

Vuorikeskuksen palvelutalossa on toiminut virkistystoimikunta jo muutaman vuoden ajan kokoontuen noin neljä kertaa vuodessa. Pääsääntöisesti kokouksiin on osallistunut vain asukkaita. Virkistystoimikunta on kokoontunut kevään 2013 aikana yhteensä kolme kertaa. Läsnä on ollut asukkaista 15–20 henkilöä. Keväällä asukkailta tuli toive muun muassa siitä, että talon henkilökunta palveluasumisen puolelta, Ikäkeskuksesta, keittiöstä ja myös talon yksityiset palveluntuottajat esittäytyisivät asukkaille, sillä asukkaat ovat kokeneet ikäväksi sen, että ”omassa kodissa” vastaan tulevista henkilökunnan edustajista ei tunne kuin murto-osan. Ikäkeskuksen virike-toiminnan ohjaajat ovatkin toteuttaneet esittelytilaisuuden, johon oli kutsuttu kaikki talon toimijat.

Lopuksi

Vuosien 2012 ja 2013 aikana on päästy hyvään alkuun virkistystoimikuntatyöskentelyssä, ja sitä jatketaan edelleen. Asiakasvaihto on osassa yksiköitä suurta, mikä asettaa suuria haasteita myös viriketoiminnan asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Uusien asiakkaiden rekrytointi virkistystoimikuntiin on sekä hoitohenkilöstön että viriketoiminnan ohjaajien tehtävä vastaisuudessaakin. Jos tarjonta ei kohtaa kysyntää, ihmiset eivät hakeudu enää toimintoihin. Tästä syystä onkin tärkeää saada virkistystoimikuntiin asiakkaiden ääni, jotta tarpeisiin voidaan vastata. Tulevaisuuden haasteena on uusien, innovatiivisten ja räätälöityjen tuotteiden kehittäminen ikäihmisille.

Lähteet

Bergström, S., Leppänen, A. (2009). Yrityksen asiakasmarkkinointi. Helsinki: Edita Publishing.

Ikääntymispoliittinen ohjelma 2010-2015. Vaasan kaupunki.

Laaksonen, H., Nyqvist S. & Vaaramo S. (2013). Vaasan kaupungin viriketoiminnan tuotteistus ja asiakassegmentointi. Gerontologian päivät 5-7.6.2013, posterit.

Laaksonen, H. Ollila, S & Niskanen, J. (2012). Lähijohtaminen terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Saarenheimo, M. (2003). Vanhuus ja mielenterveys, arkielämän näkökulmia. Vantaa: Dark Oy.

Toimintakertomus 2011. Ikäkeskus.

VIIRA-loppuraportti 2011. Ikäkeskus.

7.2 Vastuuhoitajamalli Vaasan kotipalvelussa

Esimiesohjaaja Erja Kentta, Kotihoito, Vaasan kaupunki

Vaasan koti- ja laitoshoidon koulutusohjelmassa oli keväällä 2012 neljäntenä kehittämistehtävänä asiakaslähtöisten työmenetelmien kehittäminen. Kotipalvelu- alue yksi kehitti vastuuhoitajamallia asiakastyöhön. Kehittämisajatus syntyi uuden vanhuspalvelulain pohjalta.

Vastuuhoitajamallia kehittivät kotipalvelualueen kaksi palveluohjaajaa, esimies ja alueen kotisairaanhoidtaja. Vastuuhoitajamallin kehittämisen työnjako palveluohjaajien ja esimiehen kesken jaettiin kolmeen osaan. Tehtävä yksi: työntekijän käytännön toiminta vastuuhoitajana, vastasi esimies Erja Kentta. Tehtävä kaksi: asiakkaat ja vastuuhoitaja osiosta vastasi palveluohjaaja Kristiina Råback. Tehtävä kolme: yhteistyö ja vastuuhoitaja, vastasi palveluohjaaja Minna Rämä. Päätettiin myös, että valitaan yksi hoitajatiimi pilotoijaksi vastuuhoitajamallin kokeiluun.

Vastuuhoitajamallin kehittämisen menetelmät olivat vanhuspalvelulain esityksen sisältö sekä asiakas- ja vastuuhoitajan työhön tuomat vaatimukset. SWOT-analyysin pohjalta huomioitiin kehittämisessä sisäisen ympäristön vahvuudet ja heikkoudet sekä ulkoisen ympäristön mahdollisuudet ja uhat.

Vastuuhoitajamalli kotipalveluun kehitettiin parityöskentelynä. Tämä helpottaa hoitajien vastuun jakamista ja tiedonkulkua sekä tukee työssä jaksamista. Yksin toimivassa vastuuhoitaja jäisi entistä yksinäisemmäksi asioiden kanssa. Kotipalvelussa hoitosuhde on pitkäkestoinen, ja riskinä on tiivis asiakassuhde sekä asiakkaan ja omaisten vahva riippuvuus hoitajasta.

Parityöskentelyyn laadittiin selkeät tavoitteet, pelisäännöt sekä tehtävälista, jossa määritellään vastuuhoitajan tehtävät. Lähtökohtana on, että vastuuhoitajuuden toteutumiseen vaikuttaa ammattitaitoinen, motivoitunut ja empaattinen henkilökunta.

Vastuuhoitajamallin suunnitteluvaiheessa on koettu, että kun asiakas saa laadukasta hoitoa, ” työn laatu paranee” ja asiakkaan kokemus turvallisuus lisääntyy, kun hoitosuunnitelmat ovat ajan tasalla. Asiakas saa yksilöllistä hoivaa, hän on ” aktiivinen ja ainutlaatuinen”, jolloin pystytään huomioimaan hänen oma toimintakykynsä. Lisäksi painotetaan asiakkaan subjektiivisen kokemuksen arvostamista ja hänen äänensä

kuulemista. Suunnitteluvaiheessa ei nähty konkreettisia uhkia asiakasnäkökulmasta. Mahdolliset uhat liittyvät rakenteellisiin muutoksiin ja resursseihin.

Pilotoitu vastuuhoidajamalli toimii kotipalvelualueella yksi, ja parasta aikaa toiminta on myös muilla kotipalvelun alueilla. Vastuuhoidajamallin alussa suunnitellut selkeät tavoitteet ja parityöskentelyn pelisäännöt sekä tehtävät asiakastyössä ovat toimineet hyvin. Vastuuhoidajat kokevat saavansa tietoa enemmän asiakkaan asioista, hoidosta, ravitsemuksesta ym. Asiakkaan toimintakykyä mittaavia testejä tehdään myös säännöllisemmin.

Yhteistyökumppaneilta, kotisairaanhoidosta ja palveluohjaajilta, saadun palautteen perusteella vastuuhoidajamalli helpottaa heidän työtään, kun potilastietojärjestelmään (Pegasos) on kirjattu perustiedot asiakkaasta. Yhteistyö ja vastuu/ työtehtävien jako asiakkaan, vastuuhoidajan ja muiden yhteistyötahojen välillä on selkiytynyt. Vastuuhoidajamallin on moni kokenut lisäävän työn mielekkyyttä ja tehnyt työstä paljon antoisamman. Vastuuhoidajuuteen sitoutuminen ja vastuun kantaminen asiakkaiden hoidossa edistävät työntekijöiden luottamusta toistensa työskentelyyn, vahvistaa tiimin toimivuutta ja lisää kotihoidon laatua.

7.3 Toimintamalli kaatumisten ja putoamisten ennaltaehkäisemiseksi

Palveluyksikön johtaja Eila Nyby, Ruukinkartano ja palveluasumisen johtaja Annika Ikkala-Västi

Ruukinkartano on tehostetun palveluasumisen yksikkö, jossa on 38 asumispaikkaa muistisairaille ja 10 lyhytaikaispaikkaa. Ruukinkartanossa kiinnitettiin huomiota vuonna 2011 HaiPro-ilmoitusten määrään. Palveluasumisessa juuri Ruukinkartanossa tapahtui eniten vaaratilanteita suhteessa asukkaiden määrään. Näistä asukkaille tapahtuneista vaaratilanteista suurin osa oli putoamisia ja kaatumisia.

Todettiin, että ilmoitusten osoittamille luvuille on tehtävä jotain. Tavoitteeksi asetettiin kaatumisten ja putoamisten minimointi luomalla yhtenäinen toimintatapa tapa-turmien ennaltaehkäisyyn ja seurausten arviointiin.

Uuden toimintatavan kehittäminen aloitettiin HaiPro-ilmoituksista. Ilmoitusten täyttämässä otettiin käyttöön ”HaiPron kultaiset säännöt” niin, että ilmoituksista saataisiin analyysia varten mahdollisimman paljon informaatiota. Ilmoitusten systemaattinen analysointi tapahtui viikoittain moniammatillisessa tiimissä, johon osallistui jokaisesta pienkodista hoitajia. Kehittämistyössä oli mukana Ruukinkartanon koko henkilökunta. Asiakasturvallisuuden kehittämisessä huomioitiin myös läheisten näkökulma. Omaisille pidettiin muun muassa keskustelutilaisuuksia, joiden teemana oli asukkaiden turvallisuus.

Kehitetyn toimintamallin mukaan jokaiselle asukkaalle tehdään alla olevan kuvion (Kuvio 1) kaltainen arviointi:

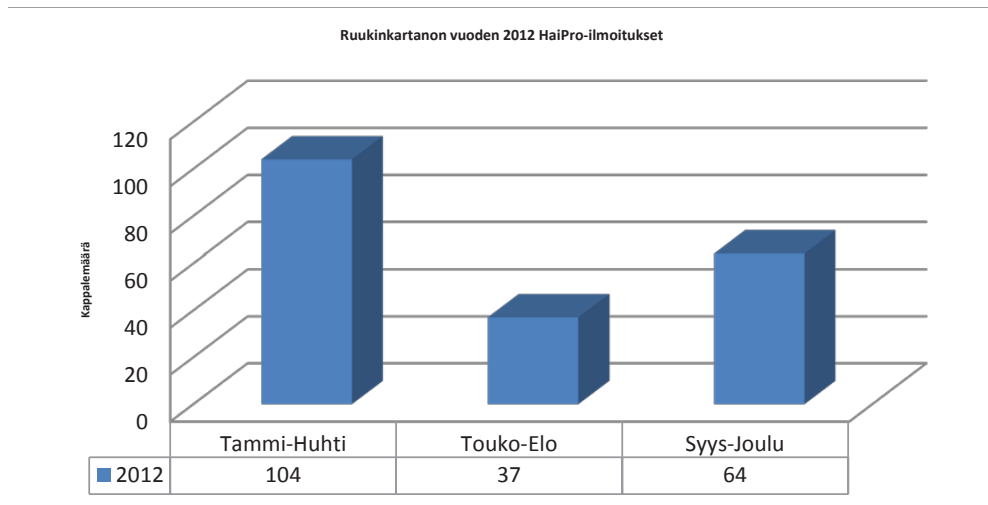


Kuvio 1. Toimintamalli kaatumisten ja putoamisten ennaltaehkäisemiseksi.

Fysioterapeutin arvioinnissa testataan tasapainoa ja lihaskuntoa ja mietitään asukas-kohtaisesti, miten näihin voidaan vaikuttaa ja mitkä ovat parhaat avustusmenetelmät esimerkiksi siirtymisissä. Fysiologiset toiminnot (paino, verenpaine, pulssi ja lämpö) tarkistetaan kahden kuukauden välein. Jokaiselle tehdään lääkärintarkastus ja tarkistetaan muun muassa lääkkeiden sopivuus. Ravitsemustila arvioidaan jokaisen asukkaan kohdalla säännöllisesti, ja ravitsemusterapeutin kanssa on tiivistetty yhteistyötä. Ravitsemusterapeutti on sekä kouluttanut hoitajia että ohjannut ravitsemukseen liittyvissä ongelmatilanteissa.

Ympäristön olosuhteet arvioidaan, paitsi yleisesti, niin myös jokaisen asukkaan kohdalla yksilöllisesti. Toimenpiteet arkisen toimintaympäristön turvallisuuden lisäämiseksi ovat varsin yksinkertaisia ja helposti toteutettavia, kuten WC-tilojen kynnysten ja liukuovien poistaminen, lattioiden pesuohjeiden päivittäminen liukkauden vähentämiseksi, alaikkunoiden kahvojen sekä mattojen poistaminen ja liukuestemattojen ottaminen kokeiluun. Asukkaalle etsitään juuri hänen tilanteeseensa sopivimmat jalkineet ja muut varusteet, mukaan lukien liikkumisen apuvälineet. Hoitajakutsujärjestelmä on päivitetty ja teknisinä apuvälineinä on otettu kokeiluun erilaisia hälytysmattoja. Ruukinkartanossa on käytössä kuntouttava työote, ja sen on todettu tukevan liikuntakyvyn, tasapainon ja lihaskunnan ylläpitoa. Tähän liittyen myös kinestetiikka-koulutuksia päätettiin jatkaa.

Kehittämistyö alkoi helmikuussa 2012. Jo touko-elokuulla 2012 kaatumiset olivat vähentyneet 64 % alkuvuoden luvuista (Kuvio 2). Sama suunta jatkuu, sillä tammi-huhtikuulla 2013 HaiPro-ilmoituksia tehtiin 57 % (45 kpl) vähemmän kuin vuotta aiemmin, jolloin kehittämistyötä aloiteltiin. Syksyllä 2012 Ruukinkartano sai ansaitusti Vaasan keskussairaalan palkinnon hyvästä potilasturvallisuustyöstä.



Kuvio 2. Ruukinkartanon vuoden 2012 HaiPro-ilmoitusten määrä (n).

Kehittämistyön tulokset ovat selkeitä ja kannustavat jatkamaan. Tällä hetkellä toimintamallin käyttöä laajennetaan muihin palveluasumisen yksiköihin ja laitoshoidon osastoille. Jäämme odottamaan yhtä hyviä tuloksia muistakin yksiköistä.

7.4 Potilaiden kuntoutus ja virkistys terveyskeskuksen vuodeosastolla 1

Osastonhoitaja Marjo Suutari, Vaasan kaupunginsairaala osasto 1

Osasto 1:lle on sisäistetty toimintamalli, jossa korostuu toimintakykyä vahvistava työote. Tavoitteena on intervallipotilaiden aktivointi, kuntoutus ja virkistys. Vuoden aikana koko henkilökunta on sisäistänyt sen, että aktivointi kuuluu kaikille. Työtapa ja muutettiin siten, että aikaa jää enemmän aamupäiville, jolloin voitiin tehdä jotakin aktivoivaa toimintaa potilaiden kanssa ennen lounasta. Yksi syy onnistumiseen on se, että henkilökunta on aktiivista ja motivoitunutta. Kehityskeskusteluista tulleita ideoita on kehitetty ja muokattu yhdessä. Tekeminen ei tarkoita pelkästään fyysistä suoriutumista vaan aktivointiin ja virkistykseen kuuluvat pienetkin asiat, kuten hius-ten rullaus, lehtien luku sekä kaupungin yleisten asioiden käsittely potilaiden kanssa.

Vapaaehtoistyöstä ja sen merkityksestä kirjoitetaan ja puhutaan paljon. Yhteistyö saatiin toimimaan eläkeyhdistyksen kanssa. Heistä neljän hengen ryhmä tulee joka toinen viikko viemään potilaita pienryhmissä juhlasaliin joko konserttiin tai hartaushetkeen. Tätä toimintamallia on toteutettu vuoden ajan, ja 30.5.2013 olikin kevätjuhlat tämän kunniaksi. Kaikki osastomme potilaat vietiin ulos, ja eläkeyhdistys auttoi kuljetuksissa ja suunnitteli ohjelman tuohon juhlaan.

Kuntoutusta ja virikkeellistä toimintaa on joka työvuorossa ja myös viikonloppuisin. Virkistystoimintaan saatiin vinkkejä ja keinoja kolmivuotisen koulutuksen sisällöistä. Lisäksi suunniteltiin vuosikello, joka on ilmoitustaululla. Se sisältää suunnitelmarunгон, johon lisätään viikoittaiset potilasohjelmat. Esimerkiksi toukokuun vuosikello-ohjelmassa olivat: päiväkotilasten lauluesiintyminen, pullan leivontaa, ulkoilua, shakin peluuta, halibernit, eläkeläisyhdistyksen vierailu, pianon soittoa, kevätjuhlat.

8 PEDAGOGIIKASTA KÄYTÄNNÖN ONNISTUMISIIN JA HAASTEISIIN – KOULUTTAJIEN KOKEMUKSIA

**Lehtori (hoitotyö), Suvi Kallio ja lehtori (ikäntyvien hyvinvointipalvelut),
Sinikka Palosaari, Vaasan ammattikorkeakoulu, tf. överlärare (hälsovård),
Gunilla Kulla, Yrkeshögskolan Novia**

Olemme osallistuneet kolmivuotiseen Vaasan koti- ja laitoshoidon koulutukseen sen eri vaiheissa toimien kouluttajina ja avustajina eri tehtävissä. Olemme saaneet tutustua kaupungin työyksiköihin käydessämme niissä haastattelujen puitteissa ja keskustelleet aiheesta monien eri työntekijöiden kanssa. Työ on ollut välillä haasteellista, mutta myös varsin antoisaa, ja on ollut ilo huomata keskusteluissa, että ilmapiiri on ollut rakentava erityisesti koulutuksen loppuvaiheessa.

8.1 Koulutuksen pedagogiset lähtökohdat

Pedagogiikalla on historiassa useita merkityksiä mm. kasvatustiede, kasvatus- ja opetusoppi, opetus- ja kasvatustaito. Arkitoiminnassa pedagogiikalla tarkoitetaan opetuksen järjestämistä kulloinkin olevan opetussuunnitelman mukaisesti sekä sen kasvatuksellista käytäntöä. Opetuksessa käytetään sellaisia opetusmenetelmiä, jotka mahdollistavat oppimista lisäävän ja syvällisen oppimisen prosessin. Ammatillisen laadukkaan opetuksen peruspilareita ovat opetuksen myötä saadut kriittisen ajattelun ja elinikäisen oppimisen taidot.

Oppimisprosessi voidaan jaotella opettajan toimintaan, oppijan toimintaan, tavoitteena olevaan osaamiseen ja oppimisympäristöihin. Opettaja käynnistää opetusmenetelmien avulla oppimisprosessin, jonka aikana hän herättää oppijan kiinnostuksen kulloinkin opetettavaan aiheeseen. Oppijan toiminta sisältää hänen oman toimintansa, opiskelun. Prosessi etenee oppimiseen ja sitä kautta osaamiseen. Opettaja toimii roolimallina suhteessa omaan alaansa ja sitä kautta hän ohjaa oppijaa oppimaan. Tarkoituksena on ohjata opiskelijoita toimimaan vuorovaikutuksessa oman oppimisympäristönsä kanssa ja kehittää sen avulla heidän ammatillista osaamistaan. Ohjaus voi tapahtua joko lähiopetuksessa tai verkko-ohjauksena. (Vaasan ammattikorkeakoulun pedagoginen ohjelma 2011–2012, 3–11.)

Oppimisympäristöön kuuluvat fyysinen/virtuaalinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen oppimisympäristö. Fyysinen/virtuaalinen oppimisympäristö käsittää tilat ja laitteet sekä opetusvälineet. Psyykkiseen oppimisympäristöön kuuluvat ryhmän ilmapiiri ja asenteet, jossa luodaan turvallinen ja hyväksyvä ilmapiiri kyselyyn, tiedon jakamiseen ja kokeilemiseen. Sosiaaliseen oppimisympäristöön kuuluvat verkostot ja toimijat, jolloin tiimioppiminen mahdollistuu monien eri alan osaajien tietojen ja taitojen yhdistämisessä. Kognitiiviseen oppimisympäristöön kuuluvat oppimiskäsitykset, tietokäsitykset ja ihmiskäsitykset. Vaasan ammattikorkeakoulun oppimiskäsitys on opiskelijälähtöinen, sosiokonstruktiivinen oppimiskäsitys. (Vaasan

ammattikorkeakoulun pedagoginen ohjelma 2011-2012, 3–11.) Näiden pedagogisten tekijöiden toteutumisista me Vaasan ammattikorkeakoulun ja Novian opettajat jouduimme pohtimaan toimiessamme sekä luennoitsijoina että tilaisuuksien avaajina ja yksikkökäyntien toteuttajina Vaasan kaupungin Koti- ja laitoshoidon kolmivuotisessa koulutuksessa.

8.2 Käytännön kokemuksia kouluttajien näkökulmasta

Tulevaisuuden työelämä vaatii yhä enemmän monialaista ja moniammatillista osaamista myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Toiminnan ja rakenteiden kehittäminen vaatii työntekijöiltä perustehtävän lisäksi myös uteliaisuutta, epävarmuuden sietokykyä, taitoja verkostoitua, avointa mieltä ja muutoshalukkuutta. Näihin kehittämiskohteisiin luodaan edellytyksiä muun muassa täydennyskoulutuksella.

Koulutuksen alkua leimasi varovainen tunnustelu. Kun koulutetaan isoa joukkoa, on huomioitava erilaiset ammatilliset taustat ja yritettävä selvittää työntekijöiden moninaiset osaamiseen liittyvät tarpeet. Moniammatillinen osallistujaryhmä tarjoaa oivan keskustelufoorumin, joskaan auditorio ei ole paras paikka mielipiteiden jakamiselle. Kouluttajien tehtävänä on rakentaa yhteisöllisyyttä ja kannustaa henkilökuntaa toimimaan ikäihmisten parhaaksi omassa työssään.

Aluksi luennoilla käsiteltiin hoidon peruskysymyksiä ja normaaliin vanhenemiseen liittyviä asioita. Hoitotyöntekijät ovat tietoisia siitä, että esimerkiksi liikunta on hyväksi samoin kuin terveellinen ruokakin. Pelkkä tietoisuus ei kuitenkaan riitä, vaan on luotava käytännön toimintatapoja, joiden avulla saavutetaan tuloksia. Luentojen tarkoituksena oli korostaa jokaisen työntekijän omaa roolia kuntouttavan työotteen toteuttajana. Osa koulutuksesta toteutettiin DVD-luentoina ja kouluttajat toimivat avustajina, koneenkäyttäjinä ja keskustelun alustajina. Mahdollisuus vaihtaa mielipiteitä luennoitsijan kanssa olisi tietenkin ollut paras vaihtoehto, mutta se oli mahdollista toteuttaa näin laajassa koulutuksessa.

Alun epävarmuus väistyi koulutuksen edetessä, ja työntekijät tottuivat säännöllisiin koulutuspäiviin eikä koulutukseen lähteminen enää sekoittanut viikkojärjestystä. Myös syksyllä toteutetut kouluttajien käynnit työyksiköissä lisäsivät yhteenkuuluvuutta ja ymmärrystä siitä, että asiat muuttuvat hitaasti yhdessä ponnistellen. Muistiasiat, liikunta, kinestetiikka, hammashoito ja monet muut aihealueet koettiin tärkeiksi. Ravitsemusluennoilla käytiin useita keskusteluja siitä, miten hankalaa terveellisen ravitsemuksen toteuttaminen on käytännössä. Vaikka osa asioista oli monelle ennestään tuttuja, uskomme niiden esille tuominen pysäytti miettimään arjen toimintoja. Kyse ei ole suurista keksinnöistä, vaan arjen oivalluksista, kuten ikäihmisten kunnioittaminen ja asioiden priorisointi työssä. Usein luentojen tavoitteena oli saada työntekijät pohtimaan yhdessä, perustuuko toiminta potilaan/asiakkaan parhaaseen vai määrittääkö työyhteisö ja sen sisällä olevat sovitut säännöt/ kirjoittamat tomat säännöt työskentelyä.

Koko koulutuksen ajan koulutettavat tekivät myös kirjallisia töitä. Niiden tekemiseen oli välillä hankala löytää yhteistä aikaa, koska työskenneltiin eri työvuoroissa.

Mielestämme tehtävien tekemisessä onnistuttiin keskittymään oleellisiin asioihin ja kertaamaan aikaisemmin opittuja asioita.

Koulutuksen järjestäminen isolle, eri ammattiryhmiä edustavalle koulutusryhmälle oli haasteellista. Tämä koulutus järjestettiin kaikille samansisältöisenä. Pyrittiin siihen, että yhteinen tieto ja kokemukset tuottavat oivalluksia, joita käsitellään tehtävien puitteissa. Toiminnan uudistaminen helpottuu, kun keskusteluissa voidaan pohtia, mitä nämä asiat omassa työyhteisössämme merkitsevät ja miten ne näkyvät käytännön toiminnassa. Kerätessämme koulutuskokemuksia työyksiköistä keväällä 2013 kuulimme, että hoidosta ja sen toteuttamisesta oli keskusteltu aikaisempaa enemmän. Tämä luo kuvan työntekijöiden ammatillisesta työotteesta ja sen kehittymisestä myös tulevaisuudessa ikäihmisten parhaaksi.

8.3 Svenska skolningsdagar

Inledningsvis beskrivs arrangementet för arbetstagare med svenska som modersmål. Gruppen bestod av ett förtiotal personer. Det kan konstateras att arbetsgivaren har satsat på denna språkgrupp av arbetstagare genom att anordna föreläsningar på svenska. De finskspråkiga dvd-föreläsningarna hade svenskspråkig text. Arrangementet var nödvändigt på grund av både praktiska och ekonomiska skäl. Majoriteten av deltagarna verkade vara införstådda med detta. Deltagarna verkade överlag nöjda med de pedagogiska arrangemangen.

Det kan poängteras att majoriteten av den personal vi har haft med i utbildningarna ändå har varit av den åsikten att utbildningen har bidragit med något nytt. Några har också kommenterat att det inte kommit fram något nytt. Man kan då ställa sig frågan: har deltagarna verkligen redan läst in sig på exempelvis Suomelas doktorsavhandling i näringsvetenskap? Nej, det är klart att man inte kan tolka ett svar på det viset. Det är osannolikt att bristen ligger här.

Summa summarum, ett utvecklingsarbete gynnas av en gemensam värdegrund, respekt och tillit mellan olika professioner som tillsammans skall höja vårdkvaliteten. Det återstår för personalen att tillämpa kunskapen tillsammans på egna arbetsplatser. Fortsatt utvecklingsarbete och utvärdering är vid skrivandets stund bland arbetstagarna som ingått i fortbildningen under arbete. Resultatet rapporteras i ett annat kapitel.

9 KOULUTUSHANKKEESSA TEHDYT OPINNÄYTETYÖT

Yliopettaja Regina Nurmi, Vaasan ammattikorkeakoulu

Koulutushankkeen yhteydessä tehtiin kaikkiaan viisi opinnäytetyötä. Kaksi näistä opinnäytetöistä on valmistumassa, muut ovat valmistuneet. Vaasan ammattikorkeakoulun terveydenhoitotyön koulutusohjelmassa on tehty kaksi opinnäytetyötä. Toinen näistä käsitteli ikäihmisen suun terveyttä ja hoitoa palveluasumisessa ja toinen ikäihmisten mielenterveyttä.

Ikäihmisten suun terveyttä palveluasumisessa koskevan tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla ikäihmisten suun hoidon tilannetta hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimuksessa selvitettiin, kuinka hyvin hoitohenkilökunta ottaa huomioon ikäihmisten suun terveyden ja hoidon päivittäisessä hoitotyössä. Lisäksi tarkoituksena oli saada selville, kuinka paljon hoitohenkilökunnalla on tietoa suun terveydestä, hoidosta ja sairauksista.

Tutkimustulosten mukaan suun terveyttä ja hoitoa pidettiin tärkeänä ja siihen kiinnitettiin huomiota, mutta vastanneiden mielestä ikäihmisten suut olivat silti välttävissä kunnossa. Hoitohenkilökunta tunsi ikäihmisten suun hoidon periaatteet ja vastaajat huomioivat ikäihmisten omat hampaat ja proteesit samalla tavalla eivätkä jättäneet hoitamatta niitä.

Ikäihmisten mielenterveyttä koskevan tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa vaasalaisten ikäihmisten mielenterveydestä sekä mahdollisista eroista tutkimus- ja kontrolliryhmän tai naisten ja miesten välillä. Tutkimustulosten mukaan suurin osa (68,8 %) ikäihmisistä koki terveydentilansa kohtalaiseksi sekä noin puolet (50,9 %) vastaajista koki itsensä hiukan uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi. Tuloksista oli kuitenkin havaittavissa, että hiukan yli puolet vastaajista ei ollut lainkaan ahdistunut (54,9 %) tai masentunut (56,1 %). Naisista hieman alle puolet tunsi itsensä hieman masentuneeksi (40,2 %) ja ahdistuneeksi (42,1 %). Vastaavasti miehistä masentuneeksi itsensä tunsi 25,4 % ja ahdistuneeksi 29,9 % vastaajista.

Tutkimusryhmäläisistä melkein kaikki (83 %) pitivät terveydentilaansa kohtalaiseksi. Kontrolliryhmäläisistä samoin koki noin puolet (55,4 %) vastaajista. Yllättävä ero ryhmien välillä oli, että kontrolliryhmäläisistä 37,8 % piti omaa terveyttään hyvänä, kun vain 7,4 % tutkimusryhmäläisistä arvioi samoin. Huomattava ero ryhmäläisten välillä oli myös se, että kontrolliryhmäläisistä 8,7 % tunsi itsensä melko tai hyvin ahdistuneeksi, kun tutkimusryhmäläisistä vain 1,1 % tunsi samoin.

Hoitotyön koulutusohjelmassa on valmistumassa yksi opinnäytetyö, joka käsittelee ikääntyneiden ruoan laatua, ruokailua ja ravitsemustilan seuranta. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen jatkotutkinnossa tehtävä opinnäytetyö on paraikaa valmistumassa. Se käsittelee lähiesimiehiä muutosten keskellä. Muutoksena tarkastellaan toimintakykyä ylläpitävää työtä hoitotyössä.

Vaasan yliopistossa on tehty pro gradu, jonka aihe on ”Asiakaslähtöinen ja kuntouttava työote. Havainnointitutkimus ikääntyneiden ajankäytöstä lähijohtamisen tueksi”. Tämän tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa siitä, miten laatusuosituksissa mainitut periaatteet toimintakykyä ylläpitävästä ja kuntouttavasta hoidosta toteutuvat vanhustyön eri yksiköissä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, kuinka asiakkaat viettävät päivänsä Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidon eri yksiköissä. Tutkimuksessa kuvattiin asiakkaiden päivän sisältöä ja selvitettiin, millaisin eri menetelmin toimintakykyä ylläpidetään. Tutkimuksessa tarkasteltiin asiakkaiden päivittäisiä toimintoja, vuorovaikutusta ja aktiviteetteja.

Tutkimustulosten mukaan asiakkaiden päivittäiset toiminnot ja aktiviteetit ovat suhteellisen vähäisiä. Asiakkaiden päivät olivat suurimmaksi osaksi passiivisia. Sosiaalinen vuorovaikutus oli vähäistä, ja asiakkaat viettivät suurimman osan tarkasteltavasta ajasta yksin. Kanssakäymistä oli lähinnä hoitajien sekä toisten asiakkaiden kanssa. Näiden toimintojen kokonaismäärä jäi vähäiseksi. Tulokset osoittavat, että yksiköissä tapahtuvat arjen toiminnot koostuvat pääosin perustehtävien huolehtimisesta.

Lähteet

Noponen, K. & Tähtinen, V. (2013) Ikäihmisen suun terveys ja hoito palveluasumisessa. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013052210087>

Kolehmainen, M. (2011) Ikäihmisten mielenterveys
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/31591/Kolehmainen_Mira.pdf?sequence=1

Vertanen, K. (2012). Havainnointitutkimus ikääntyneiden ajankäytöstä lähijohtamisen tueksi. Sosiaali- ja terveystieteen pro gradu-tutkielma. Vaasan yliopisto.

10 TÄYDENNYSKOULUTUKSEN ARVIOINTIA

- MILTÄ TULOKSET NÄYTTÄVÄT?

Yliopettaja Paula Hakala, Vaasan ammattikorkeakoulu

Valtakunnallisen suuntauksen mukaisesti Vaasan koti- ja laitoshoidossa siirryttiin asiakaslähtöiseen ja toimintakykyä edistävään työskentelytapaan. Kolmivuotisen täydennyskoulutuksen tarkoituksena oli tukea ikääntyneiden ja pitkäaikaissairaiden itsenäistä selviytymistä, omatoimisuutta ja elämänhallintaa. Seuraavissa kappaleissa arvioidaan, miten koulutuksessa on onnistuttu saavuttamaan sille asetetut tavoitteet. Tulokset perustuvat koulutuksen aikana esimiehiltä, työyhteisöiltä ja asiakkailta kerättyihin laadullisiin ja määrällisiin aineistoihin.

Lähiesimiehille suunnattiin kyselyt vuosina 2010, 2011 ja 2013. Kyselyssä selvitettiin mm. kuinka usein erilaiset asiakkaan päivittäiseen elämään liittyvät toiminnot toteutuvat palvelutoiminnassa. Verrattuna vuoteen 2010, tulokset olivat parantuneet monella eri osa-alueella. (Taulukko 19) Lähes kaikkien yksikköjen toiminnassa tuettiin *päivittäin* asiakkaan omatoimista liikkumista, omatoimista hygieniasta huolehtimista, muistitoimintoja ja muistelua sekä sosiaalista elämää ja vuorovaikutusta muiden ihmisten kanssa. Lisäksi ulkoilua järjestettiin tai siihen kannustettiin sekä kannustettiin omien asioiden hoitoon.

Työyhteisöjen itsearviointikyselyjen tulokset osoittavat edellä mainittua suuntausta asiakkaiden saamassa hoidossa ja hoivassa. Työyhteisöjen itsearviointikyselyt osoittivat myös sen, että ruokailuun oli kiinnitetty entistä enemmän huomioita, ruokailusta pyrittiin tekemään myös omatoimisuutta lisäävä tapahtuma mm. siten, että vanhukset saivat voidella omat leipäpalansa ruokailun yhteydessä ja kävelivät ruokasaliin syömään. Lisäksi yleistä viihtyvyyttä oli pyritty parantamaan. Vanhoja toimintatapoja oli arvioitu ja muutettu mm. liikkumisen rajoittamisen suhteen. Viriketoimintaa oli lisätty ja kuntouttavaa henkilöstöä saatu enemmän, mm. fysioterapeutteja palveluasumiseen.

Taulukko 19. Asiakkaiden päivittäisten tarpeiden huomioiminen esimieskyselyjen mukaan vuonna 2010 ja vuonna 2011 (n).

Toiminto	2010				2011			
	Pvä	Vko	Kk	H/Ek	Pvä	Vko	Kk	H/Ek
Liikkuminen	16	1	0	1	26	0	0	0
Hygienia	15	2	1	0	22	1	1	1
Asioiden hoito	13	1	0	4	17	2	6	0
Ulkoilu	0	3	2	13	2	9	14	0
Ravitseminen	12	0	0	5	13	3	4	3
Muisti	11	5	0	2	20	2	3	0
Mieliala	17	0	0	1	24	1	0	0
Ilmapiiri	18	0	0	1	25	2	0	0
Kysymykset	16	1	0	1	23	2	1	1
Hengellisyys	8	7	5	4	5	10	6	5
Vuorovaikutus	14	1	1	2	21	3	2	0
Tiedon saanti	17	0	0	1	19	4	1	2
Omaiset	17	1	0	1	21	5	0	1
Viriketoiminta	5	8	1	4	8	10	4	4

Pvä = päivittäin, Vko = viikoittain, Kk = kuukausittain, H/Ek = harvoin tai ei ollenkaan

Esimieskyselyjen tulokset osoittivat myös sen, että työyhteisön valmiudet uudistaa työ- ja toimintatapoja kasvoivat koulutusvuosien myötä. Vuonna 2010 keskiarvo oli 7,3 ja vuonna 2011 se oli noussut 7,9:ään. Usea yksikkö oli ottanut käyttöön uusia työmenetelmiä ja kehittänyt toimintatapoja (mm. kinestetiikka) sekä koulutti henkilöstöä aktiivisesti käyttämään näitä työmenetelmiä. Tulokset antavat viitteitä myös siitä, että asiakas on nostettu selkeämmin keskiöön, ja hoitoa sekä hoivaa toteutettiin yksilöllisesti ja voimavaroja arvioivalla tavalla. Näyttää myös siltä, että välitön päivittäinen asiakkaalle kohdennettu aika työssä olisi lisääntynyt kolmen vuoden aikana. Esimiehet korostivat erityisesti asennemuutosta, valmiutta lähteä tekemään muutoksia, yhteistyötä sekä yhteistä keskustelua muutosten läpiviemiseen aikaisempaa enemmän. Kuntouttava työote ja asiakaslähtöinen toimintakyvyn tukeminen oli otettu vastaan työyksiköissä, ja yhteinen käsitys siitä, mitä käsitteet pitivät sisällään, näkyi ja kuului työntekijöiden puheissa ja yhteisissä tapaamisissa.

Asiakastyytyväisyyttä ja asiakasnäkökulmaa on selvitetty koti- ja laitoshoidossa (TAK-kyselyt) vuosina 2012 ja 2013. Kyselyihin ovat osallistuneet palveluasumisen ja laitoshoidon asiakkaat, joita on haastateltu kyseisinä vuosina. Tulokset on arvioitu asteikolla 1-5 (1=huonoa tasoa, 5=erinomaista tasoa). Haastateltavilta on selvitetty mm. sitä, onko *henkilökunnalla asiakkaille riittävästi aikaa*. Palveluasumisen asiakkaat arvioivat ajan riittävyyden lähes hyvälle tasolle (ka=3,71), mutta laitoshoidossa tulos oli tyydyttävä (ka=3,1). Asiakkailta tiedusteltiin myös, voivatko he *itse päättää omista asioistaan*. Tulokset ovat hyvällä tasolla (ka=4,08) palveluasumisessa ja lähes hyvällä tasolla (ka=3,52) laitoshoidossa. Haastattelussa selvitettiin myös, *tuetaanko asiakkaita selviytymään itsenäisesti arjen askareissa*. Palveluasumisessa asiakkaiden kokemukset olivat hyvällä tasolla (ka=4,07) ja laitoshoidossa lähes hyvällä tasolla (ka=3,88). *Ulkoilmamahdollisuuksia* selvittäessä palveluasumisen asiakkaiden mielestä tulokset olivat lähes hyvällä tasolla (ka=3,82), mutta laitoshoidossa alle tyydyttävän (ka=2,78) tason. Kuitenkin *virkestymämahdollisuuksien* tyytyväisyyttä selvittäessä asukkaat pitivät niitä vähintäänkin kohtuullisina (palveluasuminen ka=3,6, laitohoito ka=3,07).

Yhteenvedon saaduista tuloksista voidaan todeta, että muutokset koti- ja laitoshoidon palvelualueilla ovat vasta alussa. Tänä päivänä kuntouttavaa ja toimintakykyä vahvistavaa kehittämistyötä tehdään aktiivisesti lähes jokaisessa työyksikössä. Esimiehet ja työyhteisöt korostivat kuitenkin vastauksissaan, että toiminnassa oli vielä runsaasti uusia käytäntöjä tai toimintoja, joita tulisi saada aikaan lähivuosina mm. päivittäisissä rutiineissa, työntekijöiden työnkuviissa ja työnjaoissa, työ- ja toimintatapojen organisoinnissa sekä uusien hoitolinjausten kehittämisessä. Lisäksi kuntouttavaa toimintaa tulee kehittää ja lisätä, mm. viriketoiminnan ja vapaaehtoisten työntekijöiden osalta. Kuntoutussuunnitelmia tulisi laatia entistä enemmän sekä kehittää myös nykyisiä hoito- ja palvelusuunnitelmia. Omaisten ja läheisten rooli tulisi näkyä entistä voimakkaammin kuntoutuksen eri vaiheissa, ja heidät tulisi ottaa mukaan heti palvelusuunnittelusta lähtien. Hoito- ja palvelusuunnitelmia tulisi arvioida säännöllisesti yhdessä omaisten ja läheisten kanssa. Toimintakyvyn mittaamista sekä mittareiden käyttöä tulisi toiminnassa vielä tehostaa, jolloin saataisiin luotettavampaa arviointi- ja seurantatietoa siitä, mihin suuntaan asiakkaan hoito ja kuntoutus kehittyy.

11 TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT VAASAN VANHUSTYÖSSÄ

Koti- ja laitoshoidon johtaja Matti Paloneva, Vaasan kaupunki

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista astui voimaan pääosin 1.7.2013. Lain mukaan iäkkään henkilön palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti hänen ja tarpeen vaatiessa hänen omaisensa kanssa. Tavoitteena on selvittää, miltä osin iäkäs henkilö selviytyy tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään ja missä asioissa hän on avun ja tuen tarpeessa. Kunnan on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palveluiden järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnitelma on laadittava valtuustokausittain ja tarkistettava vuosittain talousarviokäsittelyn yhteydessä.

Seuraavan 25 vuoden aikana Vaasassakin hoidettavien vanhusten määrä kaksinkertaistuu, mutta verotulojen kehitys junnaa paikoillaan. Palvelurakennetta pitää keventää ja tuottavuutta parantaa. Uusi lainsäädäntö edellyttää mm. pitkäaikaishoidon uudelleenjärjestelyä. Samoin valvontaviranomaisten kannanotot pakottavat suuriin muutoksiin erityisesti hoitajamitoitusten ja toimitilojen suhteen.

Toimivan vanhusten palvelujärjestelmän perusta on kotihoito. Henkilöstöä voidaan siirtää kotihoitoon supistuvasta laitoshoidosta. Kun kotikuntoutus aloitetaan, avohoidon tiimeihin tarvitaan toiminta- ja fysioterapeutteja. Tehostetaan edelleen preventiivistä työtä monella portaalla.

Rakennemuutoksessa lähes kaikki pitkäaikaispaikat poistetaan kaupunginsairaalaista, ja sairaala muutetaan kuntoutussairaalaksi. Tuetut palvelutalot siirretään kotihoitoon. Pienistä yksiköistä ja hankalista tiloista luovutaan. Rakennetaan noin 60 asukkaan palvelutaloja palveluasumisen uudistamista varten ja kompensoimaan menetettyjä kaupunginsairaalan paikkoja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon hallintorakenteita ollaan muuttamassa. Samoin kunta-reformia valmistellaan. Muutokset tulevat näkymään myös vanhuspalvelujen tuottamisessa. Pääosin palvelut vanhuksille tuotetaan lähipalveluina. Kotihoito, kuntoutus, aktivointi ja osallisuus korostuvat. Pienten erityisryhmien hoitoa, kuntoutusta ja tukitoimintoja (mm. HR-palvelut) toteutetaan kuntien yhteistyönä.

Henkilöstö on mukana mittavassa muutosprosessissa. Monet työyhteisöt hajoavat. Henkilöstöltä edellytetään suurta joustavuutta ja valmiutta uuden oppimiseen. Läpikäyty 3-vuotinen täydennyskoulutus tukee työyhteisöjä, yksittäisiä esimiehiä ja työntekijöitä näissä muutoksissa. Aktivointi, sosiaaliset verkostot, kuntoutus, yhteistyö yli organisaatiorajojen – ainakin näistä aiheista tarvitaan jatkossa koulutusta.

LIITE 1

Koti- ja laitoshoidon koulutussisällöt

	Syksy 2010	Kevät 2011	Syksy 2011	Kevät 2012	Syksy 2012	Kevät 2013
Koulutuksen esittely, ikääntyneen hyvä elämä ja kohtelu	x					
Eettiset periaatteet ja niiden toteutuminen nykypäivän hoitotyössä	x					
Lainsäädäntö; potilaan asema ja oikeudet, sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet	x					
Geriatrian jättiäiset; muistisairaudet		x				
Ikäihmisten terveyskäsitteet sekä terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen. Normaali vanheneminen.		x				
Mielenterveys ja ikääntyminen		x				
Toimintakyky ja sen mittaaminen. Mittaamisen merkitys. Mittarit koti- ja laitoshoidossa.		x				
Ikäihmisten liikunta			x			
Kinestetiikka ja sen merkitys toimintakyvyn ylläpitäjänä			x			
Ikäihminen turvallisesti kotona ja laitoksessa			x			
Ikääntyneen hyvä ravitsemus, ravitsemussuositukset				x		
Ikäihmisten ravitsemus käytännössä, suun terveys				x		
Osallisuus ja verkostojen merkitys toimintakyvyn ylläpidossa				x		
Ikääntyneiden hyvä elämälaatu				x		
TunteVa-menetelmän käyttö muistihäiriöisen asiakkaan kohtaamisessa					x	x
Motivoiva haastattelu					x	x
Asiakaslähtöinen työskentelytapa					x	x
Toiminta- ja johtamiskulttuurin muutos ja sen tarve					x	x
Työajan kohdentaminen vanhusten voimavaroilähtöiseen hoitoon ja hoivaan					x	x
Kuntouttaminen ja kuntoutuksen rajoitteet					x	x

Kehittämistöiden aiheet:

1. Ikäihmisen kohteluun liittyvät eettiset periaatteet työyhteisössä
2. Asiakkaan/potilaan toimintakyvyn tukeminen (nykytilanne)
2. Asiakkaan/potilaan toimintakyvyn tukeminen (tavoitteet, mittarit, aktiivintimenetelmät, työn juurruttaminen)
4. Asiakaslähtöisten työmenetelmien kehittäminen (yksiköt valitsevat omasta toiminnastaan jonkin aihealueen)

Kotij ja laitoshoidon täydennyskoulutuksen osallistujapalaute tammi-toukokuu 2013

Arvioi koulutuksen sisältöjä (asteikolla samaa mieltä - eri mieltä). Vastaa myös mikäli et vielä ole osallistunut koulutukseen.

<p>1. Teema: "TunteVa-menettelyn käyttö muistihäiriöisen asiakkaan kohtaamisessa" Aino Siltanen</p> <p>a) teema on työni kannalta merkittävä teema b) teeman käsittely avasi käsityksieni asiasta c) teema herätti minut havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikallani</p>	<p>Täysin samaa mieltä</p> <p>Osoittain samaa mieltä</p> <p>Osoittain eri mieltä</p> <p>Täysin eri mieltä</p>	<p>En osaa sanoa</p> <p>En ole ollut mukana</p>
<p>2. Teema: "Motivoiva haastattelu" Veli-Matti Saarinen / Mervi Ropponen</p> <p>a) teema on työni kannalta merkittävä teema b) teeman käsittely avasi käsityksieni asiasta c) teema herätti minut havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikallani</p>	<p>Täysin samaa mieltä</p> <p>Osoittain samaa mieltä</p> <p>Osoittain eri mieltä</p> <p>Täysin eri mieltä</p>	<p>En osaa sanoa</p> <p>En ole ollut mukana</p>
<p>3. Teema: "Asiakaslähäinen työskentelytapa" Helena Räsänen</p> <p>a) teema on työni kannalta merkittävä teema b) teeman käsittely avasi käsityksieni asiasta c) teema herätti minut havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikallani</p>	<p>Täysin samaa mieltä</p> <p>Osoittain samaa mieltä</p> <p>Osoittain eri mieltä</p> <p>Täysin eri mieltä</p>	<p>En osaa sanoa</p> <p>En ole ollut mukana</p>
<p>4. Teema: "Toiminta- ja johtamiskulttuurin muutos ja sen tarve" Jaakko Valvanne</p> <p>a) teema on työni kannalta merkittävä teema b) teeman käsittely avasi käsityksieni asiasta c) teema herätti minut havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikallani</p>	<p>Täysin samaa mieltä</p> <p>Osoittain samaa mieltä</p> <p>Osoittain eri mieltä</p> <p>Täysin eri mieltä</p>	<p>En osaa sanoa</p> <p>En ole ollut mukana</p>
<p>5. Teema: "Työajan kondenttaminen vanhusten voimavaroilähtöiseen hoitoon ja hoivaan" Riitta Räsänen</p> <p>a) teema on työni kannalta merkittävä teema b) teeman käsittely avasi käsityksieni asiasta c) teema herätti minut havaitsemaan kehittämisen tarpeita työpaikallani</p>	<p>Täysin samaa mieltä</p> <p>Osoittain samaa mieltä</p> <p>Osoittain eri mieltä</p> <p>Täysin eri mieltä</p>	<p>En osaa sanoa</p> <p>En ole ollut mukana</p>
<p>6. Mikä koulutuksen sisällössä oli antoisinta työtehtäviesi kannalta?</p>		