

KUN LAITOS ON KOTI

Opiskelijanäkökulma ympärivuorokautisessa hoidossa elävän vanhuksen hoidon laatuun

Helena Ahonen
Gerontologian ja kansanterveyden
Pro gradu –tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2001

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
Terveystieteiden laitos

AHONEN, HELENA: Kun laitos on koti. Opiskelijänäkökulma ympärivuorokautisessa hoidossa elävän vanhuksen hoidon laatuun.

Pro gradu – tutkielma, 58 s., 1 liite
Gerontologia ja kansanterveystiede
Kevät 2001

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella, millaisena sairaanhoidon opiskelijat näkivät pitkäaikaissairaiden vanhusten hoitotyön/palvelun laadun opiskeluunsa liittyvän käytännön harjoittelun aikana vuodeosastoilla, vanhainkodeissa sekä pienryhmäkodeissa eri puolilla Suomea.

Tutkimusaineisto käsitti yhteensä 37 opiskelijoiden kirjallista työtä. Opiskelijoiden tehtävänä oli pohtia harjoittelupaikkansa hoitotyön laatua ja kuvata mielestään tärkeimmät kehitettävät asiat potilaan/asiakkaan hoidon ja elämisen laadun parantamiseksi. Kaksi eri ryhmää tuotti nämä kirjoitukset perättäisillä lukukausilla saman tehtäväksiannon pohjalta.

Tutkimus on kvalitatiivinen. Sen voi lukea kuuluvan fenomenologis-hermeneuttisen tutkimuksen piiriin. Opiskelijoiden kirjallisesti tuottamasta aineistosta analysoitiin esiin opiskelijoiden oleelliset merkityksellisiksi kokemat asiat, laatueroavaisuudet hoidossa ja tärkeimmät kehitettävät asiat. Seuraavaksi tarkasteltiin, mitä nämä asiat merkitsevät vanhuuttaan laitoksessa elävän ihmisen jokapäiväisessä elämässä ja näin muodostettiin merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä.

Vanhusten fyysinen hoitoympäristö nähtiin usein kodikkaana ja viihtyisänä, mutta osaston ilmapiiriin toivottiin parannuksia. Hoitohenkilökunnan ammattitaitoa, osaamista ja jaksamista pääasiassa kiiteltiin. Sairaanhoidajien virkojen vähyyttä hoitoyksiköissä ihmeteltiin ja täysin kouluttamattoman henkilökunnan käyttö vanhuksien hoidossa kyseenalaistettiin. Vanhusten hyvän olon tärkeä perusta on riittävä perushoito ja riittävä/sopiva lääkitys. Nämä näyttäisivät vastausten perusteella toteutuneen, mutta näihin oleellisesti liittyvä terveyden ja toimintakyvyn tukeminen sitä vastoin oli kovin puutteellista. Puolesta tekeminen ja rutiininomainen työskentely oli yleistä. Aseptisen toiminnan puutteisiin oli otettu kantaa useissa kirjoituksissa. Hoito nähtiin tehtäväkeskeisenä, jolloin yksilöllisyyden huomiointi ja omanarvontunnon tukeminen oli vähäistä. Vanhusten arjen toimettomuuden ja tyhjyyden sekä elämän mielekkyyden puuttuen opiskelijat näkivät hyvin monissa vastauksissa suurimmaksi hoidon laatua laskevaksi asiaksi. Aivan liian usein ainoat päivittäiset ihmiskontaktit ja tapahtumat olivat hoitajien kiireellä suorittamat hoitotoimenpiteet.

Tutkimus antaa koruttoman kuvan pitkäaikaissairaiden ihmisten hoitotyöstä. Lähes jokaisessa analysoidussa kirjoituksessa tärkeimmäksi asiaksi vanhusten hoidon laadun korjaamiseksi nähtiin koulutetun lisähenkilökunnan saaminen osastoille/hoitoyksiköihin. Päättäjille ja palvelujen suunnittelijoille tutkimus antanee ajateltavaa ja kehitettävää. Terveyttä ja toimintakykyä ylläpitävä asiakaslähtöinen hoitotyö on minimitavoite iäkkään ihmisen hoitotyössä.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	4
2. TUTKIMUSTEHTÄVÄ	6
3. TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	7
4. MITÄ LAATU ON ?	9
4.1. Laatu käsitteenä	9
4.2. Laatu sosiaali- ja terveydenhuollossa	11
4.3. Laatu vanhuksen hoidossa	13
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	17
5.1. Tutkimusympäristö	17
5.2. Opiskelija laadun tarkkailijana tutkimusympäristössä	19
5.3. Aineiston hankinta	21
5.4. Aineiston analysointi	23
6. VANHUSTEN HOITOTYÖN/PALVELUN LAATU OPISKELIJOIDEN KOKEMANA ..	25
6.1. Hoitoympäristö	26
6.2. Hoitohenkilökunnan määrä ja koulutustaso	30
6.3. Vanhuksen hyvän olon toteutuminen	31
6.4. Terveiden ja toimintakyvyn tukeminen	33
6.5. Yksilöllisen hoidon toteutuminen ja omanarvon tunteen tukeminen	35
6.6. Arjen mielekkyys	36
7. TULOSTEN POHDINTAA	39
8. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	49
LÄHTEET	53
LIITTEET	59

1. JOHDANTO

Väestön ikääntyessä kasvaa erilaisia palveluja ja laitoshoidon tarvitsevien vanhusten määrä. Vanhuspolitiikassa tarvitaan laajoja suunnitelmia hallinnon eri osa-alueilla, jotta väestön toimintakykyyn liittyvät seikat otetaan jo suunnittelussa entistä paremmin huomioon ja pyritään takaamaan vanhenevalle väestölle inhimillinen, yksilöllinen hoiva ja hoito elämän loppuun saakka. Suomen vanhuspoliittisen tavoite - ja strategiatoimikunnan mietinnössä painotetaan erityisesti asiakaslähtöisen palvelukulttuurin vahvistamista sekä terveyden ja toimintakyvyn edistämistä. (Vuosiin elämää 1998)

Hyvin iäkkäillä vanhuksilla laitoshoidon on usein ainoa vaihtoehto, vaikka kunnan vanhustenhuolto olisi kokonaisuudessaan toimiva ja käytettävissä olisi monipuolinen palveluverkosto. Vanhusten tulee saada asua halutessaan kotona ja pysyvään laitoshoidon tulee turvautua vasta mahdollisimman myöhään. Jos muutto omasta kodista laitokseen tulee välttämättömäksi, tulee hoidon taata yksilöllisyys ja laadukas elämä vanhukselle. Myös laitoksessa ihmisen tulee voida kokea elämänsä tarkoitukselliseksi sekä tuntea tyytyväisyyttä ja harmoniaa suhteessa omaan itseen, elettyyn elämään, ympäristöön ja yhteiskuntaan.

Suomessa on viime aikoina keskusteltu vanhusten laitoshoidon laadusta. Toisaalta on kirjoitettu laadukkaasta vanhusten hoidosta ja toisaalta on löydetty melko räikeitäkin esimerkkejä hoitotyön laadun heikkoudesta. Paljon keskustelua herätti kansanliike ihmisarvoisen vanhuuden puolesta viime vuosikymmenen lopulla (Saarenheimo 1998). Laadun määrittely riippuu arvoista, uskomuksista, tietoperustasta ja omaksutusta käsitteen sisällöstä. Jonkun asian, esineen tai tapahtuman laadusta voidaan olla monta mieltä. Mieliä riippuu paljon siitä, kuka on vastaamassa, mikä on vastaajalle tärkeää, kuka on vastuussa laadusta ja kuinka, milloin ja kuka sitä mittaa (Carey ym. 1995).

Hoitajista riippuvainen vanhus ei aina tuo esille rehellistä kokemustaan hoidosta (Liukkonen ym. 1993). Voiko siis osaston henkilökunta mitata oman antamansa hoidon laatua luotettavasti? Ellei, niin kuka sitten voisi?

Työssäni sairaanhoidon opettajana hoitotyön laatu on ollut yhtenä kantavana teemana opetuksessa ja oppimisessa. Täydennyskoulutuksessa hoitotyön ammattilaisten parissa on hyvin paljon tarkasteltu, opiskeltu ja pohdittu sekä teoriajaksoilla, että työpaikoilla tapahtuvilla tutor-käynneillä työpaikan hoitotyön laatua. Myös muiden opiskelijoiden välityksellä olen seurannut harjoittelupaikoissa toteutettua vanhusten hoitoa. Toteutuneesta hoidosta ja sen laadusta on keskusteltu aina harjoittelujaksojen jälkeen ja jo niiden kuluessa. Mielestäni opiskelija on melko riippumaton ja puolueeton toteutuneen hoidon tarkkailija. Keväällä 1998 annoin opiskelijaryhmälle tehtäväksi pohtia ja kirjoittaa harjoittelupaikan hoitotyön/palvelun laadusta (liite I). Noita vastauksia lukiessani heräsi halu tarkastella hoidon laatua tarkemminkin. Annoin saman tehtävän myös toiselle opiskelijaryhmälle puolta vuotta myöhemmin. Tässä työssäni tarkastelen vanhusten hoidon laatua aikuisten, aiemman koulutason tutkinnon suorittaneiden sairaanhoidon opiskelijoiden kokemustaan ja näkemästään kirjoittamien esseiden pohjalta.

2. TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella, millaista pitkäaikaissairaiden vanhusten hoitotyön laatu on terveyskeskuksen vuodeosastoilla, vanhainkodeissa sekä pienryhmäkodeissa. Hoidon laadun tarkastelijoina ovat aiemman koulutason tutkinnon suorittaneet sairaanhoidon opiskelijat, jotka opiskeluunsa liittyen ovat kirjoittaneet opiskelupaikkansa hoidon laadusta arvioitavan esseen. Kahden eri ryhmän opiskelijat kirjoittivat esseet saman instruktio pohjalta keväällä 1998 ja syksyllä 1998. (Liite 1)

Tutkimus on kvalitatiivinen. Valmiina olevasta kirjallisesta aineistosta etsitään analysoiden vastausta kysymykseen: Millaista vanhusten hoito on opiskelijoiden näkemänä/kokemana ja mitkä olisivat tärkeimmät kehitettävät asiat potilaan/ asiakkaan hoidon ja elämisen laadun parantamiseksi?

3. TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä tuottaa tutkittavasta ilmiöstä laadullista tietoa, joka voi olla kuvailevaa, selittävää, tulkitsevaa ja ymmärtävää (Hirsjärvi ym. 1980). Laadullinen analyysi koostuu kahdesta vaiheesta; havaintojen pelkistämisestä ja arvoituksen ratkaisemisesta. Vaiheet nivoutuvat käytännössä toisiinsa. Aineistoa tarkastellaan vain tietystä teoreettis-metodologisesta näkökulmasta, ja pyritään kiinnittämään huomio vain oleelliseen. Näin analyysin kohteena oleva tekstimassa pelkistyy erillisiksi "raakahavainnoiksi". Pelkistämisen toisen vaiheen ideana on karsia havaintomäärä havaintojen yhdistämisellä. Tärkeää on pelkistää raakahavainnot mahdollisimman suppeaksi havaintojen joukoksi. Arvoituksen ratkaiseminen merkitsee sitä, että tuotettujen johtolankojen ja käytettävissä olevien vihjeiden pohjalta tehdään merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä (Alasuutari 1994).

Ihmisten maailma on merkitysten maailma (Varto 1992). Kukin ihminen tulkitsee ympäristöään ja hahmottaa maailmaa omasta todellisuudestaan käsin. Laadullisessa tutkimuksessa on kyse toisen ihmisen merkityssuhteiden tulkitsemisesta, toisen ihmisen elämysmaailman tutkimisesta. Kirjoitettua tekstiä tulkittaessa on tärkeää tietää missä tilanteessa, missä olosuhteissa asiat ovat tapahtuneet ja mitä kirjoittaja halusi ilmaista, jotta tulkinta tekstistä on mahdollista tehdä. (Patton 1990)

Hermeneutiikassa on tyypillistä kielen, kommunikaation ja tekstin tulkinta (Niiniluoto 1983). Se on tulkitsemisoppia ja – taitoa, joka syntyi aikoinaan käytännön tarpeesta oppia ymmärtämään Raamatun tekstejä. Hermeneutiikka sopii ilmaistavissa olevien viestien ymmärtämiseen, historiallisten tapausten selittämiseen sekä yksilön tai yhteisöjen käyttäytymisen, tekojen, toiminnan ja keskinäisten suhteiden ymmärtämiseen (Niiniluoto 1983, Helin 2000). Peruslähtökohtana on, että kulttuuri, yhteiskunta ja

sosiaalinen elämä yleensä on merkitysten kautta olemassa. Ihminen ymmärretään historiallisena olentona, joten mikään ymmärtäminen ei ala absoluuttisesti alusta. Kaikki ymmärtäminen perustuu esiyymmärrykseen. Tutkimuksellisesti keskeistä on esiyymmärryksen muodostamien ennakko-oletusten ja rajojen ylittäminen, mikä mahdollistaa tutkittavan ilmiön varsinaisen ymmärtämisen (Lauri, Elomaa 1995).

Tutkimusmetodi pitää aina muotoilla tutkittavan ilmiön ehdoilla (Perttula 1995). Metodien on kyettävä tavoittamaan tutkimuksen kohteena oleva ilmiö. Ensimmäisessä vaiheessa tutkimusaineistoon tutustutaan avoimesti ja huolelliseen kokonaisnäkemykseen pyrkien. Tutkija pyrkii näkemään asiat ilman omia ennakkokäsityksiään juuri sellaisina, kuin ne kuvataan. Tutkija pyrkii eriyttämään oman kokemuksensa toisen ihmisen kokemuksesta. Toisessa vaiheessa erotetaan merkityksen sisältäviä yksiköitä tutkijan intuition ohjaamana. Seuraavaksi pyritään tavoittamaan kunkin merkityksen sisältävän yksikön ilmentävän kokemuksen keskeinen sisältö, edetään kohti merkitysverkoston kuvaamista. Tutkija pyrkii hahmottamaan toisen ihmisen kokemuksen toistuvia ja keskeisimpiä merkitysisältöjä (Perttula 1995). Yleinen merkitysverkosto on aina eräänlainen tutkijan muotoilema käsitteellinen likiarvo tutkittavien yhteisistä kokemuksista.

Tässä tutkimuksessa on pyritty opiskelijoiden vapaasti tuottamien vastausten pohjalta luomaan kuva vanhusten hoitotyön laadusta. Opiskelijat ovat kuvanneet kirjallisesti itse merkityksellisiksi kokeneensa tapahtumat tai olosuhteet. Kukin on tulkinnut asioita omien tärkeiksi kokemiensa näkökulmien, merkitysten kautta. Esseet kuvaavat opiskelijoiden näkemiä ja kokemia todellisia asioita käytännön harjoittelujakson ajalta, mutta monet muut opitut, koetut ja nähdyt asiat ovat olleet vaikuttamassa siihen, mitkä asiat on tulkittu hoidon laatuun eniten vaikuttaviksi tekijöiksi. Hermeneuttinen tutkimusote sopi tähän tutkimukseen. Kielen, tekstin tulkinta on ollut keskeistä. Viestit, esseet on pyritty ymmärtämään ja tulkitsemaan ennakko-oletukset ylittäen. Tärkeää on ollut löytää niissä kuvatuista tapahtumista, asioista, merkityksistä ja mielikuvista keskeinen "sanoma", merkitysverkosto, kuvaamaan toteutuneen vanhusten hoidon laatua.

4. MITÄ LAATU ON ?

4.1. Laatu käsitteenä

Laatu - termin merkityksiä on Suomen kielen perussanakirjassa neljä. Ensimmäinen kuvaa laadun jonkun ominaisuudeksi, luonteeksi tai olemukseksi. Toiseksi laatu kuvaa lajia tai luokkaa; esimerkiksi "paras laatuaan". Lisäksi laatu on mittayksikkö ja sillä on merkitys sopia, käydä laatuun. Laatu merkitsee erityisesti hyvää laatua, laadukkuutta. (Nykysuomen sanakirja 1992)

Työhön, jossakin organisaatiossa toimimiseen liitettynä laatu on elämänasenne, halu tehdä asiat parhaalla mahdollisella tavalla niin, että myös toiset ovat tyytyväisiä lopputulokseen. Laatua parannetaan sitoutumalla henkilökohtaisesti ja työyhteisössä yhteisöllisesti toimintatapojen kehittämiseen (Mäkisalo 1999). Laatua voidaan tarkastella eri tieteiden näkökulmasta. Tilastotieteen avulla voidaan käsitellä laatuun liittyvää tietoa ja ymmärtää toistuvien prosessien käyttäytymistä. Tällöin lähellä on myös valmistus- ja luotettavuustekniikka. Kauppätieteisiin kuuluva markkinointi tutkii asiakkaiden ja markkinoiden käyttäytymistä. Laatu liittyy usein myös strategiseen suunnitteluun ja päätösprosesseihin. Niitä tarkastellaan strategiatieteissä ja mikrotaloustieteessä. Laatua kehitettäessä tapahtuu muutosta myös yksilöiden ja yhteisöjen toiminnassa. Täten mukaan tulevat myös käyttäytymistä ja sen muutoksia tutkivat psykologia ja sosiologia. Tuotantotaloudellisen näkökulman kysymys on, miten asiakkaiden tarpeisiin, tehokkuuteen, tuottavuuteen, taloudellisuuteen ja ajan käyttöön liittyvää tietoa käytetään tehtävien, prosessien ja organisaatioiden ohjaamiseen (Lillrank 1998).

Laadun käsite on vuosien mittaan muuttunut tuotteen virheettömyydestä kokonaisvaltaiseksi liikkeenjohdon käsitteeksi. Nykyisin laatu käsitetään yhä useammin yrityksen laaja-alaiseksi kehittämiseksi, jonka tavoitteena on asiakkaiden tyytyväisyys,

kannattava toiminta ja pitkällä aikavälillä myös kilpailukyvyyn säilyttäminen ja kasvattaminen. Samalla laatu on käsitteellisesti muuttunut tarkoittamaan kaikkea yrityksen toimintaa (Silen 1998).

Laadun näkökulmia on valmistuskeskeinen laatu eli virheiden määrä, tuotekeskeinen laatu eli tuotteen ominaisuudet määrittelevät sen laadun, arvokeskeinen laatu on kohteen käyttöarvo, hyötyarvo, eli miten tuote täyttää käyttäjän tarpeet, kilpailukeskeinen laatu eli laatu on vähintään yhtä hyvää kuin kilpailijalla, asiakaskeskeinen laatu on kyky tyydyttää asiakkaan tarpeet ja toiveet sekä yhteiskuntakeskeinen laatu, joka määritellään sen mukaan, mikä on yrityksen toiminnan laadun kokonaisvaikutus ympäröivään yhteiskuntaan ja luontoon (Silen 1998).

Laadun, laadukkaan toiminnan takaaminen koko organisaatiossa taataan toimivalla laadunhallintajärjestelmällä. Laatujärjestelmä on toiminnan pelisäännöt sisältävä osa johtamisjärjestelmää. Siitä ei ole standardiohjetta. Yleinen malli on, että laatukäsikirjassa on yrityksen lyhyt esittely, keskeiset arvot, laatuun liittyvät strategiat ja laatupolitiikka. Seuraavana osana on prosessikuvaukset, jossa tärkeimmät prosessit kuvataan prosessikaavioiden avulla. Työtapaohjeissa kuvataan yksityiskohtaisesti työmenetelmät ja suoritusohjeet. Viimeisenä tasona ovat viiteaineistot; käsikirjat, viranomaisohjeet ja määräykset, normit, suositukset ja lainsäädäntö. Laatujärjestelmän tarpeellisuus ei ole riippuvainen yrityksen koosta. Oikein rakennettuna laatujärjestelmä on apuväline, joka viestii strategiat ja suunnitelmat läpi koko yrityksen järjestelmällisellä tavalla. (Lecklin 1999)

Laatu koskee toimitteita (tavaraa, palvelua, tietoa tai näiden yhdistelmää, joka on suunniteltu ja toteutettu asiakasta varten korvausta vastaan), joita voi mitata tai arvioida. Jos ei ole mitään tapaa erottaa hyvää huonosta, millään ei ole mitään väliä, eikä siis ole laatuakaan (Lillrank 1998).

Laatuoppien ja – menetelmien soveltaminen teollisen tavaratuotannon ja sitä muistuttavan toistuvaisältöisen palvelusektorin ulkopuolelle on osoittautunut hankalaksi. Tällöin tärkeäksi työvälineeksi nousee laatufilosofia; systemaattinen ajatustyö, jossa käsitteellisiä työkaluja käyttäen ja havaintoihin nojautuen määritellään laatu ja sen elementit. Oleellista on laadun mittaamisen tai arvioimisen menettelytavasta sopiminen, laadun ohjausperiaatteiden täsmennys eli käsitys siitä, mistä tulee se tieto, jonka mukaan jokin on hyvä tai huono sekä laatutavoitteet. Laatufilosofian tarve tulee kipeimmin esiin julkisen sektorin palvelutuotannossa, mutta sen ongelmat ovat hyvin samanlaisia kuin syvällä suurten yksityisten yritysten sisällä olevissa prosesseissa. Sielläkin käsitellään aineetonta informaatiota kaukaisista asiakkaista monimutkaisten ja sumeiden ohjausperiaatteiden armoilla (Lillrank 1998)

Laatu on käsitteenä moniulotteinen, suhteellinen ja siksi vaikea hahmottaa. Yhdestä näkökulmasta katsomalla ei saa laadusta koko kuvaa. Suhteellisuus tarkoittaa sitä, että laatu ilmaisee erilaisten vertailujen tuloksia: toteutumaa verrataan tavoitteisiin, rakennetta suorituskyykyyn ja tarvetta tyydytykseen. Mitä lähempänä ne ovat toisiaan, sitä parempi on laatu (Lillrank 1998).

4.2. Laatu sosiaali- ja terveydenhuollossa

Palvelujen laadusta puhuttaessa tärkeimmän pohjan luo laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92). Tärkeimmät periaatteet siinä ovat, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla on oikeus saada terveyden- ja sairaanhoidon palveluja ja lisäksi jokaisella on oikeus saada laadultaan hyviä palveluja. Hyvä laatu liittyy lain mukaan nimenomaan potilaan kohteluun, mutta osin arvailujen varaan jää, mistä laatu koostuu ja kenen oikeus tai velvollisuus on määritellä laadun kriteerit (Karjalainen 1996).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatua on viime aikoina käsitelty kirjavasti ja runsaasti (Leino-Kilpi ym. 1992, Nores 1993, Liukkonen ym. 1993, Munnukka 1993, Pelkonen 1993, Perälä 1995, Voutilainen ym. 1998, Sarvimäki 1998). Laatua on selvitetty kyselemällä, haastattelemalla, havainnoimalla ja dokumentteja tutkien. Donabedianin (1988) mukaan laatua voidaan tarkastella potilaiden, heidän perheidensä, hoidon antajan ja koko yhteiskunnan näkökulmasta. Laadun määrittely voi kohdistua koko hoitoprosessiin, yleensä henkilökunnan toimintaan, yksittäisiin tuotteisiin ja palveluihin tai terveyspalveluihin kokonaisuutena. On myös kuvailtu ja mitattu erilaisia laadunvarmistus-ohjelmia, - malleja ja - mittareita. (Carey ym. 1995, Hallila 1996, Perälä ym. 1994, Rissanen 1998, Lukander 1995, Perälä 1995, Voutilainen ym. 1998). Yksiselitteistä, kaikkiin tilanteisiin soveltuvaa määritelmää esimerkiksi laadukkaasta hoitotyöstä ei voida löytää. Laadun kokeminen on hyvin henkilökohtainen asia. Hoidon laatu riippuu myös siitä, kuka laadun määrittelee (Mäkisalo 1999).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat ovat päävastuussa laadusta, ja laadun kehittymisen keskeinen edellytys on se, että kaikki palveluyksiköiden työntekijät osallistuvat kehittämistyöhön. Laadunhallinta on osa työtä. Uusi laatuajattelu edellyttää uudenlaista suhdetta asiakkaaseen. Asiakas ei ole vain palveluita passiivisesti vastaanottava olento, vaan hän haluaa ja hänellä on oikeus vaikuttaa saamansa palvelun sisältöön. Työntekijöiden velvollisuus on auttaa passiivisempia ja huonommin oikeutensa ja asemansa tuntevia asiakkaita saamaan samat vaikutusmahdollisuudet kuin mitä osaavimmilla ja vaativimmilla asiakkailla on (Peltari 1997).

Hoitotyön käytännössä menetelmät tulee valita siten, että saavutetaan potilaan kannalta paras lopputulos: paras mahdollinen terveys, hyvä olo ja toimintakyky. Näiden tavoitteiden saavuttamiseksi käytettyjen menetelmien tulee olla eettisesti ja taloudellisesti perusteltuja. Hoitomenetelmiä valittaessa pitäisi ottaa aina huomioon potilaan sen hetkinen terveydellinen tilanne ja toivomukset, palvelujärjestelmän mahdollisuudet, viimeinen tutkimustieto ja käytännön kokemuksesta saatu

asiantuntemus. Arviointi edellyttää yksityiskohtaisia tavoitteita, joiden tulee olla mitattavissa ja havainnoitavissa. Saatuja potilaskohtaisia tuloksia tarkastellaan suhteessa hoitokäytäntöihin (Perälä 1997).

4.3. Laatu vanhuksen hoidossa

Ikääntyessään yksilö joutuu käymään läpi hyvin paljon muutoksia, jotka edellyttävät häneltä kykyä kohdata uudenlaisia psykososiaalisia ja psyykkisiä kehityshaasteita. Muutoksia tapahtuu ihmisen sosiaalisessa asemassa, perhe- ja ihmissuhteissa, fyysisessä olemuksessa, terveydentilassa ja ajan kokemisessa (Niemelä ym. 1992). Näiden muutosten kestämisessä ja niistä selviämisessä ovat keskeisiä tekijöitä elämänkaaren keskeisten tapahtumien egoa vahvistava tai heikentävä vaikutus, merkitykselliset ihmissuhteet, tämänhetkinen elämän kokonaistilanne, psyykkiset voimavarat ja persoonallisuuden integraatio.

Laitoshoitoon joutuminen merkitsee vanhukselle usein hyvinkin pitkäaikaista laitoksessa oloa ja tässä tutkimuksessa mukana olevat hoitopaikat ovat lähes kaikkien potilaiden/asukkaiden viimeinen asuin-/hoitopaikka. Ikääntyvä ihminen on käynyt läpi kenties hyvinkin voimakkaan kriisin laitoshoitoon jouduttuaan/päästyään. Asian vapaaehtoisuus ja hyväksyminen mahdollistavat elämän jatkumisen elämisen arvoisena myös laitoksessa. Hyvän olon tunne, elämän mielekkyyden tai merkityksen kokeminen ja oman arvon tunne ovat Sarvimäen (1998) mukaan elämänlaadun keskeiset tekijät.

Ihmisen elämänlaatuun vaikuttavat sekä sisäiset, että ulkoiset tekijät. Terveys, toimintakyky, selviytymisstrategiat ja persoonallisuus ovat keskeisiä tekijöitä. Ulkoiset tekijät koostuvat biofyysisestä ja sosiokulttuurisesta ympäristöstä. Hoitotyön ensisijaisena tavoitteena on tukea ikääntyvän ihmisen terveyttä ja toimintakykyä, ts. tukea elämänlaadun sisäisiä edellytyksiä, jotta hän itse pystyy järjestämään elämänsä

mahdollisimman hyväksi. Uusien oppimisstrategioiden oppiminen saattaa korvata terveyden ja toimintakyvyn heikentymisen. Persoonallisuus vaikuttaa siihen, miten ikääntyvä kokee tilanteensa. Hoitoympäristö voidaan järjestää sellaiseksi, että se toisaalta edistää terveyttä ja toimintakykyä, toisaalta korvaa niiden puutteet. Hoitoympäristö voi myös vaikuttaa suoraan elämänlaatuun tarjoamalla esimerkiksi turvallisuutta, esteettisiä elämyksiä ja mielekkäitä ihmissuhteita (Sarvimäki 1998).

Vanhenemisen myötä korostuu monilla itse elämän ja sen merkitysten ymmärtäminen. Elämän rajallisuuden oivaltaminen tuo mukanaan uudenlaista asennoitumista (Heikkinen 1998). Elämä on tässä ja nyt sekä kaikessa jo koetussa - tulevaisuudesta ei ole tietoa. Tehdyissä tutkimuksissa on painotettu yhä useammin subjektiivista elämänlaatua kuvaavia osoittimia kuten mielialan tasapainoisuus, elämänilo, tarpeellisuudentunne, yhteenkuuluvuudentunne, mahdollisuus mielekkääseen ajankäyttöön, itsemäärääminen ja yleinen tyytyväisyys elämään. (Aro 1993, Christiansson 1994)

Noreksen (1993) mukaan olemassaolokokemus on kokemus elämisestä: elämisestä ihmisenä, kokevana ja tuntevana, ainutkertaisena; elämisestä erilaisissa tapahtumissa, asioissa, välttämättömyyksissä ja mahdollisuuksissa, ihmissuhteissa ja ympäristöissä, elämisestä ihmisenä siinä fyysisessä, emotionaalisessa ja sosiaalisessa olemassaolossaan, mikä kuuluu omaan persoonaan ja minuuteen. Ihmisen syvimpään olemukseen sisältyy pyrkimys tulla mahdollisuuksien rajoissa omaksi itsekseen, persoonaksi persoonien muodostamassa yhteisössä. Yksilö on kohdattava yksilönä: jokainen ratkoo nimenomaan omaa olemassaoloaan, omaa "essentiaansa". Vaikka kaikki ovatkin sielullisilta perusulottuvuuksiltaan samanlaisia ja vaikka elämänkaareissa on myös samoja juonteita, silti yksilön oma laatu ratkaisee lopulta (Turunen 1996).

Hoitaminen on toisen ihmisen auttamista hänen pyrkimyksessään tulla mahdollisuuksien rajoissa omaksi itsekseen, lähestymään omaa "essentiaansa" (Nores 1993). Potilaan selviytymistä tulee edistää hoitotyössä fyysisellä, emotionaalisella ja sosiaalisella alueella. Hänelle pyritään välittämään kokemus ymmärretyksi ja kuulluksi tulemisesta

sekä siitä, että hän voi olla vapaasti oma itsensä. Laadukkaan, autenttisen hoitamisen tavoitteet ovat Noreksen tutkimuksen pohjalta seuraavat: Potilasta ymmärretään, hän tulee kuulluksi, hän saa olla oma itsensä, hänestä pidetään, hänet hyväksytään ja hänellä on mahdollisuus purkaa huolia. Sairauteen liittyvä kärsimys ja kipu otetaan todella huomioon, potilas saa tukea, hänellä on riittävästi päiväohjelmaa, osastolla on hyvä henki eikä hänen tarvitse pelätä hoitajia. Hoitotoimenpiteet tehdään varoen, potilaan mieliteot, halut ja kannanotot otetaan huomioon. (Nores 1993)

Hoitotyön yhtenä tavoitteena on elämänlaatuun vaikuttaminen potilaan merkittävänä pitämien päämäärien suhteen. Hoitaja ei voi koskaan päästä perille toisen ihmisen maailmasta ja todellisuudesta, mutta hän voi olla yhteistyökumppani ja rinnallakulkija, joka auttaa potilasta löytämään, näkemään ja toteuttamaan olemassaolevia vaihtoehtoja. Potilas ja hoitaja ovat tasavertaisia ihmisiä, jotka kumpikin toteuttavat elämäänsä omalla ainutlaatuisella tavallaan. Molemmilla on omat arvostuksensa ja elämäntapansa, ajatuksensa, tunteensa ja päämääränsä (Harju, Salonen 1995). Elämäänsä laitoksessa viettävä vanhus on heikon toimintakykynsä ja huonon terveytensä vuoksi usein hyvin riippuvainen toisista ihmisistä ja heidän avustaan. Laitos ympäristönä rajoittaa helposti ihmisen autonomiaa. Tila ei ole hänen, vaan hänen on otettava huomioon toiset ihmiset ja heidän toiveensa. Laitos tilana avautuu potilaalle vieraana, outona ja rajattuna. Tilan supistuessa potilaan kokema aika pitenee (Heikkinen, Laine 1997). Myös hoidossa käytettävät lääkkeet saattavat huonontaa vanhuksen päätöksentekokykyä ja itsenäisyyttä.

Hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat konkreettinen keino edistää hyvän, laadukkaan hoidon toteutumista ja vanhuksen aseman vahvistumista. Vanhuksen ja omaisten yksilölliset ja ainutkertaiset tarpeet sekä toiveet ohjaavat suunnitelman laadintaa. Erityisen tärkeäksi muodostuu vanhuksen toimintakyvyn arviointi ja tukeminen. Usein vanhuksella on voimavaroja, mutta hän ei saa niitä sairautensa vuoksi käyttöön. Tällöin tarvitaan hoitotyöntekijöiden apua; yhdessä etsitään keinoja, joilla vahvistetaan

vanhuksen voimavaroja ja jos voimavarat ovat vähäiset, etsitään tehokkain auttamismenetelmä, jonka käyttö vanhuksen on myös helppo hyväksyä .

Arviointi on hoitotyön toiminnassa ja kirjaamisessa jatkuvaa ja moniulotteista. Arvioitavina asioina ovat tuloksellisuus suhteessa tavoitteisiin ja vanhuksen ja hänen läheistensä kokemus hoitotyöstä ja siinä käytetyistä auttamismenetelmistä sekä myös lopuksi koko hoitajakson vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden arviointi (Hallila 1998).

5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1. Tutkimusympäristö

Ranskalainen sosiologi Bourdieu kuvaa ihmisten, "agenttien" toimivan sosiaalisessa maailmassa ja sen eri kentillä vahvistaen niitä ominaisuuksiaan, ja sitä pääomaa, mikä tällä kentällä on kaikkein arvokkainta. Olennaista on, että jokaisella kentällä, autonomisella sosiaalisen toiminnan alueella on omat pelisääntönsä, jonka nojalla pääoman arvo määräytyy. Pääomaa on monta lajia; taloudellista, kulttuurista, sosiaalista pääomaa. Pääomalla Bourdieu tarkoittanee ihmisen eri ominaisuuksia; omaisuutta, tuloja, virka-asemia, oppiarvoja, tietoja ja saavutettuja asemia, ihmissuhteita, kuhunkin tilanteeseen sopivien käytöstapojen tuntemista... Tämän pääoman ihminen saa osittain perintönä, kasvatuksessa, koulutuksessa - osittain se hankitaan kentillä toimiessa, "taistellessa". Kentälle pääsee omaksumalla kulloinkin vallitsevat säännöt ja osoittamalla hallitsevansa ne. Kentän "objektiiviset" lainalaisuudet syntyvät jatkuvasti agenttien välisestä taistelusta; kukaan ei ole ennalta määrätty häviämään. Koko ajan syntyy uutta ja ennalta aavistamatonta. Uusien tulokkaiden intressissä on pitää huoli siitä, että sääntöjä hieman muutetaan, mutta ei niin paljon, että koko kenttä romahtaa. Tällainen sääntöjä ja niiden noudattamista ja uudistamista koskeva symbolinen taistelu on Bourdieun teoreettisen tarkastelun ydin. (Bourdieu 1985)

Vanhusten hoitoyksikön voi käsittää erääksi Bourdieun tarkoittamaksi "sosiaalisesti kentäksi". Se ei suinkaan ole mikään ennalta määritelty, muuttumaton organisaatio, joka on samanlainen eilen, tänään ja ensi vuonna. Sosiaalinen kenttä muotoutuu ja elää koko ajan siellä toimivien ihmisten vuorovaikutuksen, tietojen, taitojen ja kiinnostuksen mukaan. (Bourdieu ym. 1995)

Pitkäaikaissairaiden vanhusten hoitoyksiköissä virkarakenteet vaihtelevat. Terveyskeskusten vuodeosastoilla lääkäri käy yleensä päivittäin, tai joka toinen päivä. sairaanhoitajilla on ympärivuorokautinen vastuu hoitamisesta, samoin perus- tai lähihoitajilla sekä sairaala-apulaisilla, jotka toimivat osittain välittömässä hoitotyössä ja osittain siivoavat, tarjoilevat ruuan ja tekevät muuta välillistä hoitotyötä. Myös sosiaalityöntekijöiden ja kuntoutushenkilöstön työpanosta tarvitaan. Vuodeosastoille tulevat vanhukset ovat hyvin huonokuntoisia ja raskashoitoisia. (Elovainio ym. 1994)

Terveyskeskuksen ja vanhainkodin välinen työnjako ikääntyvän pitkäaikaissairaanhoidossa muuttuu jatkuvasti. Paljon lääketieteellistä hoitoa ja aktiivista kuntoutusta tarvitsevat, usein vuodepotilaat, sijoitetaan yleensä terveyskeskuksiin ja ne, joiden sairaus on vakaassa vaiheessa, mieluummin vanhainkotiin (Koskinen ym. 1998). Vanhainkotien toimintaan lääkärin vierailut liittyvät vain keskimäärin kerran viikossa ja tarvittaessa useammin. Sairaanhoitajilla, kodinhoitajilla, perushoitajilla ja lähihoitajilla on ympärivuorokautinen hoitovastuu. Pienryhmäkodeista vanhus toimitetaan tarvittaessa lääkäriin ja hoito toteutuu pääosin kodinhoitajien, perushoitajien ja lähihoitajien voimin.

Sosiaalisen kentän tärkeinä osallistujina ovat myös siellä asuvat pitkäaikaiset asukkaat/asiakkaat/potilaat. Laitoshoitoon tulevat asiakkaat ovat avohuollon kehittymisen myötä entistä huonokuntoisempia ja raskashoitoisempia (Elovainio ym. 1994). Sairaanhoitajajohtoisten vanhustenhoidon yksiköiden toiminta perustuu yksilövastuiseen hoitotyöhön, jolloin hoito suunnitellaan ja toteutetaan yksilöllisesti potilaan tarpeista lähtien (Laakso ym. 1994). Iäkkäälle henkilölle pyritään luomaan mahdollisimman kodinomainen ja salliva ympäristö, jossa vältetään aikatauluja ja erilaisia rutiineja. Huonokuntoisten vanhusten hoidossa työntekijällä pitäisi olla laajat gerontologiset ja geriatriset tiedot (Carnevali ym. 1993).

Uuden tulokkaan on aina löydettävä, jopa taisteltava paikkansa organisaatiossa (Bourdieu ym. 1995). Sama koskee uutta työntekijää, uutta potilasta /asukasta ja uutta opiskelijaa. Jotta ihminen voisi hyvin ja hänen olisi mahdollista päästä tavoitteisiinsa,

hänen on pidettävä yllä psyykkistä tasapainoa ja harmoniaa. Suuri osa ihmisen toiminnasta on ulkoisten ja sisäisten vaatimusten haasteisiin ja uhkiin vastaamista ja tilanteiden säätelyä. Vanhuksia hoitavassa työyhteisössä on erilaisia sisäisiä malleja, tapoja, selviytymis- ja hallintakeinoja vastata ympäristöstä ja omasta itsestä tuleviin vaatimuksiin. Ihminen pyrkii välttämään toiminnassaan tietoisia ristiriitoja ja takaamaan itselleen hyvänolon tunteen. Hän yleensä tulkitsee ympäristöä itselleen myönteisellä tavalla (Himberg ym. 1994). Kun hallintakeinot eivät riitä, ihminen turvautuu puolustusmekanismeihin; esimerkiksi arvon kieltämiseen, selittelyyn, regressioon ja projektioon. Liian runsas defenssikeinojen käyttö saattaa vääristää todellisuuden kokemista. Defenssejä ilmenee myös ahdistuneen ja pelokkaan ryhmän käyttäytymisessä (Kyyrönen ym. 1992).

5.2. Opiskelija laadun tarkkailijana tutkimusympäristössä

Sairaanhoidon opiskelija tarkastelee harjoittelupaikkansa työyhteisöä hyvin erilaisesta asemasta kuin muut yksikössä liikkuvat ja toimivat. Hän menee sinne ilmoitettuna, ulkopuolisena, määräajaksi tulevana apuna, rikkautena, lisätyötä ja vaivannäköäkin aiheuttavana tulokkaana. Työyksikkö saa pienen rahallisen korvauksen opiskeluajalta opettamisesta ja ohjauksesta. Toisaalta opiskelija liittyy tiiviisti myös oppilaitokseen ja sen sosiaaliseen kenttään. Opiskelijalla on omat tavoitteet oppimiselleen hänen tullessaan käytännön harjoitteluun ja hänellä on aikuisopiskelijana jo hyvin paljon työ- ja toimintakokemusta erilaisista toimintaympäristöistä. Hänen oppimisensa on toiminnallinen, aktivoiva ja monipuolisesti kehittävä prosessi, jossa tunteet, elämykset, aistit, mielikuvat ja mielikuviutus ovat keskeisesti mukana. Oppiminen on jatkuvaa tiedon syventämistä ja ymmärtämistä, oman tietämisen rakentamista (Leppilampi ym.1999).

Yhteisö muokkaa aina jäseniensä toimintaa ja yhteisön vuorovaikutusta onkin tarkasteltava moninaisena koko ajan etenevänä kehitys- ja oppimisprosessina. Mitä yhteisössä tai sen yksilöiden välillä on aiemmin tapahtunut vaikuttaa vuorovaikutussuhteisiin monin tavoin myöhemminkin (Hypen ym 1990). Lisäksi opiskelijan rooli ja opiskelussa esiintyvät jännitteet aiheuttavat erilaisia tunteita, tunteellisia toimintoja, ajatuksia ja konkreettista toimintaa (Sandelin 1994).

Koululta annettu tehtävä oli suunniteltu siten, että opiskelija tiedostaisi omakohtaisesti hoitamisen laadun ja joutuisi havainnoimaan ja pohtimaan sitä yhdessä työyhteisön kanssa ja yksin itsekseen kirjoittaessaan. Opettajan vaikutusta kirjalliseen tuotokseen on hyvin vaikea mitata. Opettaessaan opettaja siirtää tietämystään opiskelijoille, mutta samalla hän puhuessaan ja toimiessaan ilmaisee paljon muutakin; tunteita, asenteita, käsityksiä, toivomuksia, torjuntaa, mieltymystä (Hypen ym. 1990). Käytännön harjoittelupaikassa opettaja kävi vain korkeintaan kerran viikossa ja opiskelun tapahtuessa kaukana, ohjaus toteutettiin puhelimitse. Opinnoissa tuli tämän jakson jälkeen lisää laatuajatteluun liittyvää teoretietoa, malleja ja käsitteitä. Kirjallisia esseitä laadittaessa monilla oli hyvinkin voimakkaasti tunteet mukana. Oppimisen kannalta on oleellista, että käsitteellistämisvaiheessa looginen ajattelu on tunteitten edellä (Leppilampi ym.1999).

Sosiaalisen kentän ja siellä toteutuvan työn laadun arvioijana uskon opiskelijan olevan oikein sopiva ja jokseenkin neutraali. Hän näkee tapahtumat hyvin suurelta osin ulkopuolisena hoitavaan henkilökuntaan verrattuna. Hän on kuitenkin sisällä "systeemissä" eri tavalla kuin vierailevat omaiset. Potilaisiin/asiakkaisiin verrattuna hän on ulkopuolinen tarkkailija, ei laadun varsinainen kokija. Opiskelijat olivat elämässään hyvin eri vaiheissa. Useilla omat vanhemmat - nuoremmilla omat isovanhemmat - elivät samaa elämän vaihetta kuin heidän nyt kohtaamansa iäkkäät, toimintakyvyltään heikkokuntoiset ja sairaat vanhukset. Annettu tehtävä ohjasi opiskelijaa kaiken aikaiseen tarkkailuun ja kun häneltä pyydettiin tärkeimmän korjausta vaativan asian esiin nostamista, uskon, että tehtävän avulla tavoitettiin suurimmat laatu poikkeamat.

5.3. Aineiston hankinta

Molemmat opiskelijaryhmät olivat tehtävää tehdessään opiskeluissaan samassa vaiheessa. Heillä kaikilla oli takanaan joku koulutason tutkinto (lähihoitajan, sairaankuljettajan, lastenhoitajan, perushoitajan tutkinto). Osa oli työskennellyt jo useita vuosia aiemman koulutuksensa jälkeen, jotkut olivat valmistuneet vasta äskettäin ja lähteneet opiskelemaan eri syistä lisää. Kaikki opiskelivat nyt sairaanhoitajiksi ja olivat näissä opinnoissa toiseksi viimeisellä lukukaudella. Kaikkien alojen yhteisten opintojen ja täydentävien pakollisten opintojen lisäksi oli jo toteutunut asiakaskeskeinen toiminta sosiaali- ja terveysalalla (5 ov), terveyttä ylläpitävä ja edistävä hoitotyö (19 ov), hoitotyö ja kuntoutuminen (10 ov), hoitotyö lasten ja nuorten terveystieteissä (7 ov), hoitotyö aikuisten terveystieteissä (15 ov) sekä osa hoitotyön tutkiminen ja kehittäminen (15 ov) opintokokonaisuudesta. (Opetussuunnitelma 1998)

Opintojakso, johon tehtävä liittyi oli Hoitotyö vanhusten terveystieteissä. Opintojaksoon liittyi 2 ov teoriaa ja 3 ov käytännön harjoittelua. Tavoitteena oli oppia tuntemaan vanhuusiän tyypilliset sairaudet ja hallitsemaan niiden hoito- ja tutkimusmenetelmät. Opiskelijan tulisi myös oppia tunnistamaan vanhuksen hoidontarve, suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan hoitoa yhteistyössä vanhuksen ja hänen omaistensa kanssa. Laadun ja sen arvioinnin merkityksen ymmärtäminen hoitotyön kehittämisessä oli yksi tarkastelukulma. Tavoitteena oli, että opiskelija kiinnostuu aktivoivan ja terveyttä edistävän vanhustyön kehittämisestä ja oppii tunnistamaan ympäristön merkityksen vanhusten hoitotyössä sekä oppii tukemaan vanhusta arvokkaan ja rauhallisen kuoleman kohtaamisessa ja lievittämään hänen kärsimyksiään ja läheisten surua (Opetussuunnitelma 1998).

Teoriaopetus sisälsi 10 tuntia geriatriin luentoja vanhusten tyypillisimmistä sairauksista, tutkimuksista ja hoidosta. Lisäksi teoriatunneilla käytiin läpi vanhenemista ja sen

mukanaan tuomia muutoksia. Nämä perusasiat vaikuttavat vanhuksen päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen sekä hoidon ja tuen tarpeeseen. Seminaariluonteisesti tutustuttiin uusimpiin vanhustutkimuksiin siten, että jokainen esitteli toisille yhden valitsemansa tutkimustyön; tärkeää oli pohtia, mitä mahdollisesti uutta tietoa tai näkökulmaa se toi vanhusten hoitoon sekä hoitoympäristöjen kehittämiseen. Viimeisillä tunneilla ratkottiin yhdessä opiskelijoiden esiin nostamia tärkeimpiä iäkkäiden potilaiden hoito-ongelmia. Yhtenä käsiteltävänä asiana oli "vanhus ja kuolema". Saattohoito-kurssi oli toteutunut samalla lukukaudella. Kuolemasta, surusta ja siihen liittyvästä kriisistä keskustelu, surevien omaisten kohtaaminen sekä ennen kaikkea kuolevan ihmisen hoitoon keskittyminen oli sisällytetty kyseiseen kurssiin. (Opetussuunnitelma 1998)

Käytännön opiskelu toteutui opiskelijoiden omien toiveiden pohjalta; suurin osa suoritti käytännön opiskelun vanhainkodeissa, terveyskeskusten vuodeosastoilla tai pienryhmäkodeissa lähes ympäri Suomea. Juuri näitten opiskelijoiden kirjalliset työt analysoin työssäni. Osa pitkään vanhustyössä toimineista suoritti jakson projektiluonteisesti painottaen toteutuksessa aktivointia, viriketoimintaa ja arkirutiineista poikkeavaa toimintaa. Kolme opiskelijaa oli työssä kotisairaanhoidossa ja muutama palvelukeskuksessa. Näiden opiskelijoiden tekemiä kirjallisia töitä en ottanut mukaan tähän työhön, koska nämä opiskelijat eivät eläneet arkipäivää vanhusten kanssa. Halusin tarkastella juuri ympärivuorokautisessa hoidossa olevien vanhusten hoidon laatua.

Tein päätöksen tutkimuksestani vasta annettuani tehtävät ensimmäiselle opiskelijaryhmälle, joten he eivät tieneet kirjallisia töitä tehdessään, että niitä käytettäisiin myöhemmin tutkimustarkoitukseen. Ne olivat heille osa yhdessä sovittua opintojakson suoritusta. Saatuaani ensimmäisen ryhmän työt, luin ne heti viikon kuluessa kahteen kertaan ja arvioin ne. Kirjoitin suuren osan suoraan tietokoneelle ja lopuista otin kopiot. Työt palautin arviointien ja kommenttejen kera opiskelijoille. Toinen ryhmä sai tehtävät syksyllä 1998 ja vasta niitten palautusten jälkeen pyysin molemmilta ryhmiltä luvan käyttää töitä.

5. 4. Aineiston analysointi

Kirjoitin kaikki tutkimukseen mukaan otettavat työt (13 + 24) ja tulostin ne numeroituina, ilman opiskelijoiden nimiä. Luin kaikki huolella läpi. Tutkimuksen kannalta merkityksellisimmäksi osoittautuivat vastausten alkuosat, joissa opiskelijat nostivat esiin tärkeimmän/tärkeimmät kehitettävät asiat. Kehittämisehdotusten, tarvittavien resurssien ja mahdollisten lopputulosten pohdinta esseiden loppupuolella lähinnä vahvisti alkuosan merkityksen ymmärtämistä. Joissakin vastauksissa loppuosan pohdinnasta nousi vielä merkityksellisiä asioita tutkimusaiheeseenkin liittyen; kun asiaa oli käsitelty monelta eri kannalta, oli mieleen palautunut joku tärkeä hoitotyön laatuun vaikuttava asia esimerkiksi resursseihin liittyvänä huomiona.

Luettuani ja kirjoitettuani tietokoneelle noin 20 esseetä havaitsin, että aineiston saturaatio eli kylläntyminen oli saavutettu (Alasuutari 1994, Eskola ym. 1998, Grönfors 1985). Päätin kuitenkin kuljettaa kaikkia tekstejä mukana, sillä opiskelijat olivat työskennelleet hyvin eri tyyppisissä yksiköissä ja heidän tapansa kuvata asioita olivat erilaisia. Tutkimusaineisto oli vielä riittävän pieni käsiteltäväksi kokonaisuutena ja omat ennakko-odotukseni tuntuivat vaikuttavan yhä vähemmän merkitystulkintoihin, mitä enemmän tekstejä luin ja analysoin.

Seuraavaksi valitsin kirjoituksista kaikki hoidon laatuun viittaavat lauseet ja tekstinkäsittelyllä kokosin ne kirjoituksen perään erillisenä kokonaisuutena. Tätä tekstiä kertyi vielä n. 25 arkkia. Jokaisen erillisen laatukoosteen kiteytin vielä yksittäisiksi käsitteiksi. Vaikka tehtäväksiantona oli: "Pohdi harjoittelupaikkasi hoitotyön/palvelun laatua. Mikä tai mitkä olisivat tärkeimmät kehitettävät asiat potilaan/asiakkaan hoidon ja elämisen laadun parantamiseksi?...", mainittiin lähes kaikissa töissä kolme hoidon laatuun vaikuttavaa ja/tai parannettavaa asiaa. Vaikka opiskelijat olivat hyvin erilaisilla paikkakunnilla, eri kokoisissa laitoksissa, eri kokoisissa yksiköissä ja kaksi ryhmää eri vuonna, oli vastausten, kirjoitusten, kuvausten jonkin asteinen yhteneväisyys lähes hämmäntävä.

Analysoinnissa nousi tekstejä lukiessani tärkeimmiksi, lähes joka paperissa mainituiksi asioiksi: kiire, henkilökunnan vähyys ja ainakin ajoittainen asiakkaan yli puhuminen, tai se, ettei häntä oltu huomioitu hoitotilanteissa läsnäolevaksi subjektiksi. Monissa papereissa oli mainittu myös esimerkiksi fyysisen perushoidon hyvä toteuttaminen tai puutteet siinä, liiallinen puolesta tekeminen, ympäristön sopivuus ja kodinomaisuus tai puutteet siinä.

Olen itse työskennellyt aiemmin vanhustenhuollossa. Yritin tietoisesti sulkea omat kokemukseni syrjään ja ottaa kirjoitukset kirjoituksina, opiskelijoiden kokemuksina ja heidän merkityksensä löytäen. Joitakin papereita lukiessa tuli mieleen ajatus oppitunnilla puhutuista asioista. Kuvasiko opiskelija omia merkityksellisiksi kokemiaan asioita, vai vaikuttiko esimerkiksi opettajan oppitunneilla esittämät kommentit asiaan? Vastaukset oli tarkoitettu arvioitaviksi tehtäviksi; olettivatko vastaajat opettajan odottavan tietynlaisia vastauksia? Opiskelijoille annettu tehtävä käynnisti yksiköissä keskustelua hoidon laadusta. Jo tämä keskustelu käynnistyttyään saattoi vaikuttaa yksikössä hoitotyön laatuun. Hyvä niin, sillä tutkimuksen ei tule ollakaan neutraali, mitään sanomaton. Jos tutkimusta tehdään, sitä tekevät ihmiset siinä todellisuudessa, missä eletään. (Perttula 1995)

Seuraavaksi pyrin lukemaan kaikki kannanotot hoidettavana olevan vanhuksen kannalta. Mitä nämä asiat merkitsevät vanhuuttaan, hyvin usein loppuelämäänsä laitoksessa elävän ihmisen kannalta? Mitä merkitsee hoidon laatu tai "laaduttomuus" tällaiselle yksilölle? Mitä esimerkiksi "kiire" tarkoittaa opiskelijan esiin nostamana laatupoikkeamana? Minkä merkityksen hän sille antaa? Mitä se edelleen merkitsee vanhuksen hoidossa, hänen arjessaan, hänen juhlassaan, hänen elämässään? Merkityssisältöjen kautta jäsensin esiin nousseet, hoidon laadun kannalta keskeisimmät sisällöt seuraavassa kappaleessa ilmenevällä tavalla kielelliseen, luettavaan muotoon. Eri kokemukset ja merkitykset eivät ole identtisiä, mutta tietynlainen mielekkäältä tuntuva yhteenveto merkityksistä on löydettävissä.

6. VANHUSTEN HOITOTYÖN/PALVELUN LAATU OPISKELIJOIDEN KOKEMANA

Opiskelijat tuottivat tekstiä runsaasti. Esseevastaukset olivat erityyppisiä. Suurin osa vastaajista ilmoitti osaston/yksikön asiakasmäärän ja kuvaili asiakkaiden terveydentilaa ja toimintakykyä muutamalla lauseella. Hoitotyöhön osallistuvien määrä ja koulutus oli myös tuotu esiin sekä ainakin lyhyt kuvaus hoitoympäristöstä. Monissa opiskelijoiden kirjoituksissa käytiin läpi osaston/yksikön toiminta-ajatus ja henkilökunnan yhdessä sopimat hoitotyötä ohjaavat periaatteet. Joillakin osastoilla oli laadittu myös hyvän hoitotyöntekijän kriteerit. Vastauksessa peilattiin osaston/yksikön toimintaa suhteessa näihin yhdessä sovittuihin asioihin; mikä toteutui, mikä ei ja mitkä olivat hoidon kannalta opiskelijan mielestä tärkeimmät puutteet, jopa virheet.

Toisissa vastauksissa oli nostettu opiskelujakson aikana ilmenneet ongelmat tai kummastusta aiheuttaneet asiat esiin ja kuvattu ne opiskelijan kokemina. Pieni osa kirjoituksista oli laadittu tarinanomaisesti : "Kun menin osastolle, näin heti, että..."- tyyliin. Seuraava kannanotto oli taas toiselta päivältä, toisesta huoneesta tai toisen asiakkaan kohdalta ja tarina jatkuu. Useissa vastauksissa oli pohdittu asiaa myös henkilökohtaisesti joko oman mummon tai papan näkökulmasta tai ajateltu jatkossa itseä hoitajana; miten tekisin toisin, mitä jättäisin tekemättä, sanomatta. Vastausten loppuosissa opiskelijat olivat pohtineet, miten asiaan saataisiin parannus ja mitä resursseja tarvittaisiin ja mihin parannuksilla ehkä päästäisiin. Nämä asiat jäivät sinällään tämän tutkimusalueen ulkopuolelle, mutta nekin ovat olleet antamassa osaltaan merkitystä vanhuksen hoidon laadun ymmärtämisessä. Tässä työssä analysoitiin opiskelijoiden kokemia ja näkemiä kehittämistä vaativia asioita vanhusten hoitotyössä.

Opiskelijoiden tuottamissa vastauksissa kiire eri muodoissaan nousi näkyvästi esiin. Seuraavan tyyppisiä kommentteja oli runsaasti:

“Osastolla, jossa työskentelin oli hoitotyö todella äärimmilleen pingotettua. Potilasvaihto oli nopeaa, työntekijöitä työn määrään nähden oli aivan liian vähän. Paine, jonka alla hoitajat työskentelivät, tuntui välillä puristavan mehut ihmisestä... koska työ on henkisesti sekä fyysisesti erittäin kuormittavaa, tulisi enemmän kiinnittää huomiota hoitajien jaksamiseen... kun minimi miehityksellä yritetään pyörittää ylipaikoilla olevaa osastoa, ei hoidon laatu voi olla kovinkaan hyvää...”

“Kiireettöminä aamuina hoitajat tekivät myös samalla vauhdilla hoitotyöt, vaikka he olisivat voineet näinä aamuina antaa enemmän aikaa vanhuksille sekä esim. nostaa enemmän vanhuksia istumaan tai kävelyttää heitä...”

Näissä kahdessa eri opiskelijoiden tuottamassa kommentissa kiireestä erottui vähintäänkin kaksi eri näkökulmaa; henkilökuntaa oli vähän ja työtä paljon ja tästä seurasi kiireinen työtahti mutta toisaalta joskus kiire oli vain hoitotyötä tekevän mielessä. Vaikka aikaa oli, kaikki tehtiin kiireesti. En käsitellyt opiskelijoiden tuotoksia yksittäisinä käsitteinä (esim. kiire) vaan olen pyrkinyt ymmärtämään näitten kuvattujen asioiden merkityksen ja yhdistellyt nämä suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Tuloksia esitellessä yksittäiset ilmaisut näkyvät kirjoittajien tekstinä selkiyttämässä merkityskokonaisuutta.

Lähes kaikissa vastauksissa tarkasteltiin hoidon laatuun ulkoapäin vaikuttavia asioita. Tällaisena mainittiin selkeästi esimerkiksi raha, yksikön käyttövarat. Raha liittyikin usein ympäristön kauneuden, viihtyisyyden, käyttökelpoisuuden ja kunnon tarkasteluun, hoitohenkilökunnan määrän ja koulutustason kritiikkiin sekä osaston/yksikön muiden palvelujen tarjonnan arviointeihin. Näiden lisäksi kirjoituksista nousi varsinaisen hoitotyön toteutumisen arviointi; vanhuksen hyvän olon toteutuminen, terveyden ja toimintakyvyn tukeminen, persoonallisen ja yksilöllisen hoidon toteutuminen, arjen mielekkyys ja oman arvon tunteen tukeminen.

6.1. Hoitoympäristö

Laitokseen muuttamisen vanhus saattaa kokea hylätyksi tulemisena, toisten armoille joutumisena tai toisaalta hän on voinut joutua jo pitkään jonottamaan tarvitsemaansa ja kaipaamaansa ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa (Paavola 1995). Uusi

ympäristö vaikuttaa olemassaolokokemukseen. Ihminen kokee ympäristönsä ulkoisena fyysisenä paikkana, toiminnan kenttänä, sosiaalisena systeeminä, tunteiden lähteenä ja osana itseään (Aura ym. 1997). Tutkimuksessa mukana olleet opiskelijat eivät olleet nähneet fyysistä hoitoympäristöä kovinkaan monissa paikoissa ongelmana tai hoidon laatua huonontavana. Ulkoisesti yksiköitä mainittiin kodikkaaksi, siisteiksi, rauhallisiksi ja valoisiksi.

“ Työharjoitteluni välillä minua ahdisti vuodepotilaiden huono kunto ja se, että heidän kotinsa oli vain potilashuone, jossa työskentelimme. Huoneita oli yritetty tehdä viihtyisemmäksi ja se oli hieno asia..”

“ Vanhainkodin tilat ovat tilavat, kodinomaiset ja viihtyisät. Vanhuksen oma huone pyrittiin luomaan mahdollisimman kodikkaaksi. Omaiset olivat tuonneet vanhuksen omaisuutta ja sisustaneet huoneen hänen omilla huonekaluillaan...”

Joissakin yksiköissä asukkaita oli ollut liian monta samassa huoneessa. Tämä oli aiheuttanut rauhattomuutta, meluisuutta ja vaikeutta liikkua.

“Isoissa neljän hengen huoneissa intimiteettisuoja on olematon, vaikka suojaverhoja ja sermejä käytetäänkin... Isoissa huoneissa myös rauhattomuus on usein ongelma. Vaikka samankuntoisia pyritäänkin sovittamaan samoihin huoneisiin niin siltikään siinä ei onnistuta Toinen haluaa katsoa televisiota, toinen kuunnella radiota, kolmas ravaa WC:ssä...lisäksi henkilökunnan ja omaisten käynnit sekä levottomat, huutelevat potilaat...tämä saattaa aiheuttaa vanhuksissa levottomuutta, häiriökäyttäytymistä ja unettomuutta”.

Useimmat terveyskeskusten vuodeosastot ovat suuria yksiköitä pitkine sairaalamaisine käytävineen. Opiskelijat näkivätkin tällaiset tilat laitospöytä lisäävinä.

“Vanhukset ovat huoneissaan kovin yksinäisiä. Joillakin on oma TV ja joillakin radio. Muutamilla on kauniisti kalustettu huone omine tauluineen, huonekaluineen ja tekstiileineen. Muutamalle tulee säännöllisesti joku sanomalehti...sairaalan pelkistetyt rautasängyt muovipäälysteisine patjoineen... Ikkunat avautuvat ympäröivään raikkaaseen ulkoilmaan. Puita näkyy joka puolella...”

“ Jotain pientä ja kodikasta olisi hyvä hankkia tällaisille osastoille, joilla potilaat voivat olla jopa 5 – 10 vuotta...”

Vuodeosastojenkin tilat oli saatu usein toimiviksi ja kodinomaisiksi sisustuksen, valaistuksen, värien ja työnjaon keinoin. Työnjaossa tämä oli huomioitu siten, että työpari hoiti vain muutamassa huoneessa olevia asukkaita, ja pitkän käytävän edestakainen kulkeminen oli saatu minimiin.

Hoitoympäristön turvallisuuden tärkeä tekijä on puhtaus ja aseptinen toiminta. Hyvin vähän kirjoituksissa puututtiin tällaisiin ongelmiin tärkeimpinä hoidon laatuun vaikuttavina kehitettävänä asioina. Muutamia kommentteja oli:

“Puhdistusaineiden puuttuminen osaston potilasvessoista oli yllätys. Useita potilaita käytetään osaston vessoissa, mutta istuimia ei putsata millään käyntien välissä. Eri potilaiden alusastioita säilytetään jopa kaksitoista tuntia käytävän vessoissa viemättä välillä dekontoon. Virtsatieinfektioita oli osastolla todella monella.”

“...minä en ainakaan ymmärrä, miten ihminen voi tehdä vuodeosastolla töitä vuodepotilaiden kanssa, jos hänellä on noin puolen metrin mittaiset(mustaksi lakatut) kynnet käsissään??? Sellaiset kynnet näin ainakin kolmella hoitotyötä tekevällä.”

Opiskelijat näkivät fyysisen ympäristön merkityksen vanhuksen hoitotyön ja palvelun tärkeänä osana. Kodinomaisuutta lisäisi heidän mielestään yhden hengen huoneet, kasvit, joita vanhus voisi voimiansa mukaan itse hoidella, pienet, intiimit nurkkaukset, joissa voisi istuskella geriatrisessa tuolissa sinne vietyinä tai parempikuntoinen itse sinne hakeutuneena. Myös lukollisia, omia säilytystiloja kaivattiin vanhuksen omille rakkaille esineille ja muistoille.

Osaston hyvä henki on tärkeä edellytys vanhuksen elämälle. Opiskelijat olivat katselleet tilannetta ulkopuolisen tarkkailijan silmin varsinkin jakson alkaessa. Kovin monissa vastauksissa ei ilmapiiriä ollut nostettu tärkeimpien parannusta vaativien asioiden joukkoon, mutta jo muutamankin yksikön yhteistyön toimimattomuus on kokonaisuutta ajatellen laaja ongelma hoitotyössä.

“Koen tärkeäksi pysyvän henkilökunnan merkitystä, yhteenkuuluvaisuuden tunnetta, sopua ja yhteishenkeä. Osastolla tarvittaisiin toistensa työn arvostamista, opastusta, neuvontaa ja yhteen hiileen puhaltamista.”

“Yhteistyö ei toimi kuntahoitajien, johdon, lääkärin ja keittiön välillä... yhteistyön heikkous on myös pitkään talossa olleiden potilaiden tiedossa... se vaikuttaa myös potilaiden saamaan kuntoutukseen, oikeanlaiseen ruokavalioon sekä potilassiirtoihin ym.”

“työtä tulisi suunnitella työryhmissä ja yhteistyötä tulisi lisätä eri ammattiryhmien välillä...koulutuksen avulla tulisi kehittää keskustelutaitoja ja avoimuutta, näin yhteishenkikin paranisi...”

“...monia hoitajia omaisten kanssa toimiminen jännittää... varsinkin psykiatrisille ja saattohoitopotilaille sekä heidän omaisilleen jäi todella vähän keskusteluaikaa. Lähinnä vain tarvittavat rutiinit hoidettiin. Mielestäni ei riitä, että vain pastori käy juttelemassa vaan myös hoitajilla pitäisi olla aikaa ja yhteistyöhalua...”

Kaksi opiskelijaa oli nähnyt eniten vanhusten hoidon laatuun vaikuttavaksi asiaksi sen, että hoitohenkilökuntaan kuuluva henkilö (tai siihen kuuluvat henkilöt) oli käyttänyt halventavia ilmaisuja tai suoranaisia loukkauksia puhuessaan vanhuksesta tai hänen omaisistaan jopa vanhuksen kuullen.

Osaston työnjakomalli on tärkeä potilaan sosiokulttuurisen ympäristön tekijä, joka hyvin monissa vastauksissa vähintäänkin mainittiin. Monet olivat nostaneet sen tärkeäksi hoidon laadun kannalta kehitettäväksi asiaksi. Vanha tehtäväkeskeinen työnjakomalli oli virallisesti siirretty sivuun. Tilalle oli kehitelty omahoitajuuteen, tiimityöskentelyyn ja/tai modulaariseen työhön perustuvia osastokohtaisia ratkaisuja.

“Edistyksellistä on siirtyminen modularityöskentelyyn, jossa jokaiseen moduliin on valittu pysyvästi oma henkilökunta. Näin tiedon siirtyminen, tiedottaminen ja tilanteen tunnistaminen on helpompaa... asukkaat opitaan tuntemaan, omaisten kanssa on helpompi asioida ja vanhukset kokevat turvallisuutta...”

Tehtäväkeskeinen työnjakomalli oli toiminut vielä. Monet opiskelijat kritisoivat, että uusi malli oli ollut lähinnä paperilla. Eri syistä johtuen ihmistä ei oltu hoidettu kokonaisvaltaisesti vaan henkilökunta oli suorittanut eri tehtäviä:

“ Modularityöskentely ei tällä hetkellä sujunut mutkattomasti. Työskentelytapa oli uusi asia ja sen kyllä huomasi. Työntekijöillä ei ollut aina tiedossa, missä modulissa he työskentelivät... osa hoitajista hoiti potilaita rutiinilla, jolloin mm. syöttämistilanteet tehtiin mahdollisimman joutuisasti. Edettiin potilaan luota toisen luo, eikä otettu huomioon potilaan muita toiveita tai tilanteita...”

6.2. Hoitohenkilökunnan määrä ja koulutustaso

Hoitohenkilökunnan pätevyyttä, osaamista ja jaksamista kiiteltiin monissa vastauksissa. Kaksi opiskelijaa oli kokenut, että heidän harjoittelupaikoissaan henkilökuntaa oli tuntunut olevan juuri sopiva määrä. Useimmat olivat sitä mieltä, että kahden, kolmen hoitajan lisääminen olisi ollut tarpeen. Opiskelijat olivat olleet jo nyt ylimääräisinä kussakin vuorossa ja he kokivat, että miten ihmeessä töistä olisi selvitty ilman heitä? Hyvin perehdyttynä aiemman koulutason tutkinnon suorittanut aikuisopiskelija antanee työyksikköön mahtavan työpanoksen. Opiskelijoiden loma-aikoina ja viikonloppuina tämä lisätyövoima on pois, sillä vain harvat opiskelijat tekevät käytännön harjoittelun aikana viikonloppuvuoroja.

“ Henkilökunta haluaa itse kehittää hoitotyötä ja palvelun laatua... moniammatillisuus näkyy osastolla siinä, että hoitajat ovat erkoistuneet tiettyihin alueisiin... tiettyyn alueeseen perehtynyt hoitaja ryhtyy mahdollisuuksien mukaan omahoitajaksi potilaalle, jonka ongelmat koskettavat omaa aluetta (MS-hoitaja, saattohoitaja, dementiahoitaja...).”

Sairaanhoitajien määrää osastolla ihmeteltiin. Miksi heitä oli niin vähän ja kuitenkin heidän työpanostaan kaivattiin. Varsinkin vanhainkodeissa saattoi olla vain yksi sairaanhoitaja koko talossa. Hänen vastuullaan opiskelijat olivat kokeneet olleen vanhuksen kokonaishoidon. Lääkäreillä ei ollut ollut aikaa syventyä jokaisen vanhuksen hoitoon ja ongelmiin kovinkaan syvällisesti.

“ Lääkäri ei tunne tarpeeksi vastuuta vanhuksistaan... ohjeet ja määräykset ovat asiallisia, mutta niiden antaminen vanhusta ajatellen on liian sattumanvaraista, tuoden turvattomuutta, hätää, pitkittyneisyyttä, kipua ja kärsimystäkin. Hoitajat joutuvat kantamaan lääkärille kuuluvaa vastuuta ja seuraamaan liiankin pitkittyneitä tilanteiden seurantaan...”

Usein lääkärikierto oli ollut vain niin sanottu ”paperikierto”, jolloin sairaanhoitajan vastuulle oli jäänyt, kenen asiat otettiin esiin. Joissakin yksiköissä vanhus oli nähnyt lääkärin, ja päinvastoin, vain kerran kuukaudessa. Silloinkin vanhus oli saattanut olla unessa, eikä häntä oltu herätetty edes tervehtimään lääkäriä. Lääkärin kiertoa opiskelijat pitivät kuitenkin vanhuksille hyvin tärkeänä ja odotettuna asiana.

Opiskelijat kritisoivat joitakin "vanhoja työntekijöitä", jotka olivat selvästi luovuttaneet. Työ oli tehty vain rutiinilla, sen enempää ajattelematta. Hoitoapulaisten työpanosta ihmeteltiin:

"työvuorossa saattaa olla "pelkkiä" hoitoapulaisia (heidän työpanostaan en moiti, mutta kyllä heillä tulisi olla koulutusta jostain perusasioista)..."

Samoin kummasteltiin työllistettyjen suurta määrää, koulutuksen puutetta ja vaihtuvuutta. Kuitenkin tilastoissa näkyi hoitoalan ammattilaisiakin olevan työttöminä, miksi heitä ei käytetty sijaisina?

6.3. Vanhuksen hyvän olon toteutuminen

Vaikka lähes kaikki opiskelijat olivat kokeneet henkilökunnan vähyyden ja kiireen hoidon laatuun vaikuttavina tekijöinä, oli hyvin moniin vastauksiin kirjoitettu, että perushoito oli toteutunut todella hyvin.

"Ensisilmäyksellä kaikki tuntui toimivan oikein hyvin ja hienosti, mutta harjoittelun edetessä tuli esiin erilaisia puutteita ja jopa virheitä hoidossa."

Muutamit opiskelijat arvostelivat hoitajien otteita hoitotoimenpiteiden ja hoitojen yhteydessä ja melko "räväkkää", nopeatempoista toimintaa, johon heikko, sairas vanhus ei ollut ehtinyt mukaan. Tehtäväkeskeinen toiminta tuntui joissakin paikoissa johtaneen välinpitämättömyyteen ja rutiininomaiseen työskentelyyn:

"Ajoittain kiireen keskellä hoitotyö on aika karua katsottavaa, sillä aika ei todellakaan riitä juuri muuhun kuin vaipan vaihto, kyljen käänntö, syöttäminen, lääkitseminen... Mielestäni tärkeimpiin lukeutuva, eli ihmisarvon kunnioitus jää väkisinkin joskus kiireen keskellä huomiotta. Vanhus jää pitkiksi ajoiksi täysin oman onnensa nojaan..."

"Vanhukset herätettiin aamulla aina samoihin aikoihin ja alettiin syöttää aamupuuroa, vaikka vanhus oli vielä väsynyt ja olisi halunnut vielä levätä... aamulla geriatriseen tuoliin istumaan nostetut vanhukset joutuivat istumaan hyvinkin pitkiä aikoja tuolissa ilman minkäänlaista liikuntaa tai lepoa. Eihän vanhuskaan ole mikään super-ihminen, joka jaksaa istua paikoillaan liikkumatta. Kyllähän siinä tavallisella esim. opiskelijallakin paikat puuttuu..."

“Hoitotoimet suoritetaan valtavalla kiireellä ja loppuaika käytetään lepäämiseen. Mielestäni hoitotoimet voidaan suorittaa potilasystävällisesti ja inhimillisesti antamalla jokaiselle potilaalle

hiukan aikaa, jopa jutella potilaan kanssa muustakin kuin siitä, että tänään on vatsantoimituspäivä ja kärrätä potilas pytylle istumaan.”

Muutamit opiskelijat olivat ottaneet lääkehoidon toteutuksen esiin esseissään. Vanhuksen vointiin nähden lääkityksiä ei ollut juuri kyseenalaistettu; kipulääkettä vanhukset olivat saaneet ilmeisesti riittävästi. Jotkut opiskelijat olivat sitä mieltä, että masennus oli jäänyt liian usein huomiotta ja vanhus ei ollut saanut näinollen siihen helpottavaa lääkitystäkään. Yksiköissä oli ollut aika paljon kouluttamattomia työntekijöitä, jotka olivat käsitelleet lääkkeitä ja antaneet niitä vanhuksille.

Opiskelija oli sivusta seurannut, kun vanhus oli kysellyt lääkkeistään ja työntekijä oli vaan sanonut, että “en minä tiedä mitä ne on, mutta kyllä ne Sinun nimelläsi ovat siellä tarjottimella”. Varsinaisen lääkkeenjaon tarjottimelle tai dosetteihin oli tehnyt siihen koulutusta saanut henkilö, joten ilmeisesti vanhus oli saanut kaikki juuri hänelle määrätyt lääkkeet. Turvallisuuden tunnetta lisäisi, jos lääkkeitä tuova henkilö myös tuntisi lääkkeet ja tietäisi niiden tarkoituksen ja käyttöalueen. Lääkkeet oli säilytetty jossakin yksikössä lukottomissa kaapeissa. Osastoilla oli ollut harhailevia, huonomuistisia vanhuksia ja opiskelijat ihmettelivätkin, ettei virheitä ja lääkkeiden hukkumisia ollut sattunut.

Muutamissa vastauksissa kritisoitiin tapaa olla antamatta kaikille soittokelloa ja toisaalta jos se oli ollut käytössä, ei kaikkiin huoneisiin oltu silti menty, vaikka hälytys oli tullut. Opiskelijan kysyessä selitystä menettelylle oli vastauksena ollut, että vanhus oli sekava ja/tai huomionkipeä. Jos hänen toiveensa olisi aina toteutettu, olisi hän passuuttanut sitten jatkuvasti. Opiskelijat näkivät asian toistepäin; eikö ihminen tulekin sekavaksi virikkeiden ja ihmisten puutteessa. Kun ei saa apua heti kun sitä tarvitsee, soittaa jo varalta hädissään ihmistä lähelleen?

6.4. Terveiden ja toimintakyvyn tukeminen

Vanhusten kannalta aika on merkityksellinen tekijä: henkilökunnalla ei ole aikaa, vaan kiire. Vanhuksella taas ei ole muuta kuin aikaa. Opiskelijat olivat vastauksissaan sitä mieltä, että jos hoitajia olisi ollut enemmän, olisi perushoito voitu tehdä hitaasti vanhuksen tahdissa. Hän olisi pysynyt täten omatoimisempänä ja vireämpänä ja aika olisi kulunut perusaskareita tehdessä. Lisäksi olisi ennätetty ja jaksettu tehdä vanhuksen kanssa muutakin. Nyt opiskelijat näkivät hyvin monissa paikoissa vanhuksen todellisuuden tosi pitkäväteisenä ja turhauttavana ajan tappamisena istuen, maaten ja eteensä tuijottaen henkilökunnan juostessa kiireisinä tehtävissään yrittäen tehdä jokaiselle vanhukselle edes välttämättömmän.

”Mielestäni hoito kärsii työvoiman puutteesta. Vanhukselle ei jää aikaa, koska täytyy jo rientää toisen luo. Aamutyöt ovat kiireellisiä ja tässä ei ehditä huomioida vanhuksen omatoimisuuden periaatetta eli annettaisiin vanhuksen vielä tehdä se, mihin hän vielä kykenee. Esim. kammata hiukset, laittaa paita päälle tai saatikka itse valita, minkälainen mekko tänään laitetaan ylle. Jos vanhukselle annettaisiin aikaa ja edistettäisiin omatoimisuutta estettäisiin nopea laitostuminen. Laitostumisen vuoksi hoitajilla on yhä enemmän kiire ja yhä enemmän huonokuntoisia potilaita autettavia.”

”Varmastikin vuodeosastojen ainainen vitsaus on ns . passiivinen hoito, tehdään potilaiden puolesta. Mielestäni omatoimista ja aktivoivaa hoitoa ei toteutettu.”

”Useinkaan hoitajat eivät ajatelleet, mikä olisi paras tapa työskennellä, vaan miten saisi työt nopeimmin tehtyä. Vanhukset laitettiin jo huoneessa geriatriseen tuoliin istumaan ja työnnettiin sillä päiväsaliiin istumaan, vaikka potilas olisi hyvin voinut kävelläkin päiväsaliiin. Aikaa olisi kulunut enemmän, mutta näin säilyisi potilaiden vähäinen kävelykyky”

Virtsanpidätyskyvyttömyys voi olla ikääntyvän huonokuntoisen vanhuksen ongelma ja vaippon käyttö helpottaa silloin vanhuksen elämää ja vähentää henkilökunnan työtä. Monet opiskelijat kokivat, että vaippoja oli käytetty rutiinisti ja turhaan.

"osastolla oli useampikin vanhus, jotka olisivat selvinnet varsinkin päivän ajan ilman vaippaa, kun olisi käytetty riittävän usein WC:ssä".

Tämä oli selvä viesti siitä, että terveyden ja toimintakyvyn tukeminen ei ollut toteutunut hoitotyön arjessa. Jossakin hoitoyksikössä oli toteutettu rutiininomaisesti ns. "vatsantoimituspäiviä". Vanhuksille oli annettu joka kolmannen päivän iltana suolen toimintaa lisääviä lääkkeitä ja seuraavana aamuna annettu kaikille tarvittaessa pienoisperäruiskeet.

" vanhus pyysi minua viemään hänet WC:hen. Olin lähdössä taluttamaan häntä, kun hoitaja tuli vihaisen tuntuksena selittämään, ettei tällä vanhuksella voinut olla nyt mitään tarvetta sinne, kun tänään ei ollut hänen vatsantoimituspäivänsä ja hänellähän on vaipat. Viesti tuli niin määrääväänä ja yllättäen, että en osannut muuta kuin totella."

"Tehdyttä kiireeltä tällä osastolla tuntuu myös se, että peräruiskeita annetaan jo klo 7 aikaan aamulla ennen aamupalan tuloa. Voin vain kuvitella, kuinka mukavaa potilaasta on yrittää syödä aamupalaa kun vatsaa polttaa ja on kova hätä WC:hen. Sitten hoitajat valittavat kun se "Siiri" ei syönyt aamupalaa juuri ollenkaan..."

Ruokailuun liittyviä asioita ei käsitelty kuin muutamassa vastauksessa. Näissä ilmeni, että kiireen vuoksi oli tehty potilaan puolesta liikaa; aikaa antamalla ja ohjaamalla vanhus olisi pystynyt pienen tuen turvin vielä syömään lähes omatoimisesti. Kiire syöttötilanteessa oli aiheuttanut vanhukselle epämiellyttävän olon ja opiskelijoiden mukaan myös syömättömyyttä, nälkäiseksi jäämistä. Joku kritisoi sitä, että hoitoyksikössä ei ollut toteutunut yksilöllisyys ruoka-aikojen ja ruuan valinnan suhteen.

Vanhenevan ihmisen terveyden ja toimintakyvyn ylläpito ei vastausten mukaan ollut likikään aina hoitavan henkilökunnan toiminnan tavoitteena vaan itse toiminta ja erilaiset tehtävät ja tekeminen sekä "kiire" oli ollut tärkeintä.

"...mielestäni tässä olisi asia, josta vuodeosastolla pitäisi päästä eroon, nimittäin tehtäväkeskeisyys. Vanhukset ovat jokainen omia persoonallisuuksiaan omina sairauksineen, elämäntarinoineen...ja he tarvitsevat yksilöllistä ja asiantuntevaa, kuntouttavaa hoitoa."

6.5. Yksilöllisen hoidon toteutuminen ja omanarvon tunteen tukeminen

Monessa vastauksessa tuli ilmi, että yksilövastuinen hoitotyö vaikutti olleen alkutekijöissään; paperilla se oli jo toiminut, mutta useimmissa paikoissa sitä ei oltu vielä sisäistetty toiminnan pohjaksi. Näin ollen tehtäväkeskeisyys ja rutiinit olivat näkyneet päivittäisessä toiminnassa. Hoitoa ei ollut toteutettu yksilöllisesti juuri tämän vanhuksen toimintakyvyn ja tarpeiden pohjalta hänen terveyttään edistäen ja hänen kanssaan yhdessä asetettujen hoitotavotteiden pohjalta, vaan kaikki oli hoidettu hyvinkin samanlaisen kaavan mukaan. Tällöin vanhus tunteineen, toiveineen ja haaveineen oli jäänyt yksin ja sivuun

“Mielestäni kiireen ansiosta jäi huomioimatta vanhuksen terveyden ylläpito sekä yksilöllisyys hoidossa...”

“...kun minimi miehityksellä yritetään pyörittää ylipaikoilla olevaa osastoa, ei hoidon laatu voi olla kovinkaan hyvää...hoitajien aika hädintuskin riittää välttämättömimpään eli perushoidollisiin tehtäviin. Jos olisi varaa palkata lisää henkilökuntaa, voisivat hoitajat panostaa omahoitajuuteen enemmän, jolloin saataisiin hoidolle laatua. Vanhuspotilaat saisivat osakseen ns. erityishuolenpitoa; keskustelun, yhdessäolon sekä mahdollisesti yhdessä tekemisen kautta. Mielestäni juuri turvallisuuden ja läheisyyden luominen esim. edellä mainituin keinoin toisi laatua hoitotyöhön...”

Kun henkilökunnalla on aina kiire, kenelle vanhus saa purkaa huoliaan, keneltä hän saa tukea elämänsä kriiseissä, luopumisessa, surussa ja ikävöinnissä? Kenelle hän kertoo ilonsa, toiveensa ja huolensa? Kenen kanssa hän muistelee elämäänsä ja kokemaansa? Kun voimat ja taidot ovat ikääntymisen ja sairauksien vuoksi vähäiset ja aistien toimintakyky heikentynyt, keneltä vanhus saa apua ja ohjausta tehdäkseen, toimiakseen, seuratakseen aikaansa ja ottaakseen yhteyttä ulkomaailmaan? Vastausten mukaan laitoksessa elävän vanhuksen yksilöllinen hoito ja oman arvon tunteen tukeminen toteutuivat kovin harvoissa hoitoyksiköissä. Vain perushoidot oli ennätetty tehdä. Niitä tehdessään henkilökunta oli puhutellut vanhuksia kunnioittavasti ja kohteliaasti vastausten mukaan. Tylyä tai kovakouraista vanhusten käsittelyä ei vastauksissa mainittu, mutta jonkin verran oli esiintynyt vanhuksen yli puhumista ja hänen mielipiteittensä huomioon ottamattomuutta. Eräs karuimmista kommentteista oli:

“Kyllähän hoitotoimenpiteet, vatsantoimitukset, kylvetykset, ruokailut yms. toteutuvat kokolailla hoitajien ehdoilla. Jos vanhus kiljuu, ettei hän halua peräruiskeita, niin eikö edelleenkin hoitaja tiedä paremmin ja antaa hyvässä tarkoituksessaan ruiskeen vanhuksen huudosta huolimatta...”

Hoidon laatuun opiskelijat olivat kokeneet vaikuttavan vanhusten peseytymiseen liittyvän intimitetin puutteen. Joissakin laitoksissa ei huoneessa ollut ollut mitään verhoja tai irtosermejä vanhusten vuoteiden vieressä heille tehtävien pesujen ja toimenpiteiden aikana tai ainakaan niitä ei muutaman kirjoittajan tekstin mukaan ollut käytetty. Pesulle oli viety käytävää pitkin hyvinkin vähän suojattuna ja pesutiloissa ei ollut suojattu alastonta vanhusta riittävästi toisten katseilta. Erikseen ei mainittu potilaiden vilun ja kylmän tuntemusta, joka myös seuraa tällaisesta niukasta vaatetuksesta ja suojasta.

6.6. Arjen mielekkyys

Vanhukset saivat vain vähän tai ei ollenkaan lämmintä läsnäoloa. Omaiset olivat vierailleet vain harvojen vanhusten luona. Hoitajat olivat kertoneet, että hyvin monilla joulua ja äitienpäivä tarkoittivat jonkun sukulaisen vierailua. Muulloin sosiaalinen kanssakäyminen rajoittui hoitotoimenpiteiden yhteydessä tapahtuvaan hoitajien, ammattiauttajien kohtaamiseen. Seurakunnan tai muiden järjestöjen järjestämiin tilaisuuksiin olivat päässeet parempikuntoiset vanhuset, samoin erilaisiin mahdollisesti järjestettäviin askartelu - ja viriketoimintoihin.

“Mielestäni enemmän voisi yrittää järjestää yhteistyötä vanhusten ja omaisten kesken...Omaisista tulisi opastaa ja rohkaista osallistumaan omaisensa hoitoon esim. ulkoilun merkeissä.... Monesti omaiset ovat arkoja esim. koskettamaan, pukemaan yms.. He pelkäävät tekevänsä jotakin väärin. Vallalla on myös oletus, että vanhainkotiin ei saa tulla “touhuamaan”, sillä se häiritsee hoitajien työtä. Omaiset tarvitsevat tietoa ja rohkaisua.”

“Monesti heidän ns. päivän kohokohdat ovat hoitajien suorittamat toimet ja puhelu niiden aikana. Muuten he makaavat päivät pitkät sängyissään. Omaisista tai muista vieraita ei juuri käy. Yksinäisyys aiheuttaa varmaankin hylätyksi tuloa. Vanhuksellekin olisi tärkeää läheisyys, kosketus ja

huolenpito. Vanhuksellakin on tarve kokea jotakin uutta. Elämä ei ole elämisen arvoista, jos ei mitään tapahdu. Tapahtumattomuus aiheuttaa masennusta tai muistoihin pakenemista... Tärkeää olisi, että vanhukselle joku pitäisi seurata, lukisi, antaisi silmälasit ja lehden, auttaisi kuuntelemaan radiota, keskustelisi päivän tapahtumista ja järjestäisi päivään tapahtumista...”

“Osastolla järjestetään kerran viikossa bingo ja lauluhetki ja kerran kuussa ehtoollinen. Muuta järjestettyä ohjelmaa ei ole.”

Potilashuoneiden koko oli nähty myös vierailuja vähentävänä tekijänä. Jos potilas olisi ollut yksin huoneessaan, olisi omainen saanut rauhassa tavata häntä. Nyt huoneessa oli usein monta ihmistä kuuntelemassa. Se oli häirinnyt normaalia keskustelua ja läheisyyttä. Vierailutilanne oli jäänyt keinotekoiseksi ja etäiseksi.

Monissa vastauspapereissa kritisoitiin sitä, että lääkärikin oli tehnyt hyvin usein ns. paperikierron. Hän oli tutustunut kansliassa hoitajan välityksellä asukkaan papereihin ja tehnyt hoitoratkaisut välillisen tiedon pohjalta. Jälleen yksi vastavuoroinen kohtaaminen oli jäänyt toteutumatta.

Vastauksissa esitettiin erilaista vapaaehtoistoimintaa ja ystäväpalvelua korvaamaan puuttuvia ihmiskontakteja.

“Varsinkin iltapäiville kaivattaisiin lisää toimintaa. Esim. jumppaa, keskustelupiiriä, askartelutoimintaa tai “ystävänäpäivää”. Henkilökunnalla ei ole resursseja järjestää toimintaa.”

“Osastolla kannattaisi pohtia myös ystäväpalvelujen hakemista vanhuksille. Omahoitaja voisi ystäväpalvelusta “tilata” ystävän omalle vanhukselleen virkistykseksi.”

Jossakin hoitopaikassa ohjelmaa oli ollut päivittäin niin paljon, ettei vanhus ollut ehtinyt juuri lepäämään. Tämä oli yksittäinen poikkeus. Pääasiassa kritisoitiin toiminnan puutetta. Joissakin taloissa oli aiemmin ollut jotakin kuntoutus- tai viriketoimintaa, mutta säästösyistä ne oli päätetty lopettaa.

“Työyhteisöstä puuttuu virike- tai toimintaterapeutti. Päivistä puuttuu sisältö. Heillä oli ollut aiemmin kuntahoitaja, mutta säästösyistä virka oli lakkautettu. Osasta vanhuksista huomasi, että he kaipasivat mielekästä tekemistä...Pieni kävelylenkki tai juttutuokio rauhoitti usein tilanteen. Olin “ylimääräinen” ja enntin tehdä tällaista ja sain siitä kiitosta. Henkilökunta ei enntä arjen kiireessä tällaista tekemään ja usein joudutaan turvautumaan lääkkeisiin tilanteen rauhoittamisessa...”

Elämän tärkeä sisällön antaja olisi yhteys omaisiin. Jos omaiset eivät jouda, pysty tai halua käydä hoitopaikassa kovin usein, voisi ajatella puhelimen tai kirjeiden korvaavan tapaamisia. Kirjoituksissa ei ollut juuri mainintoja asiasta; eli opiskelijat eivät olleet nähneet tällä alueella juurikaan ongelmia? Muutamassa kirjoituksessa oli nostettu esiin yksikössä olevien puhelimen niukkuus. Jotkut opiskelijat olivat erityisesti kirjoittaneet, että aina kun vanhukset olivat toivoneet, oli heidän annettu soittaa esimerkiksi tyttärelleen ja soittamisessa oli avustettu.

7. TULOSTEN POHDINTAA

Vanhusten hoidon laatua on tutkittu mielestäni yllättävän vähän ja vähän aikaa. Vanhukset ovat ja ovat olleet jo kymmeniä vuosia hyvin suuri hoitoa saava ryhmä terveydenhuollossa. Tutkimuksia on tehty paljon ns. akuuteilla osastoilla ja toki sielläkin iäkkäitä on suuri osa tutkituista. Otin tietokonehaun National Library of Medicine:ssä hakusanoilla terveydenhuollon laatu ja geriatrinen hoitotyö. Terveydenhuollon laatuun tuli satoja tietoja, mutta tarkennettuna sain vastaukseksi 11 tutkimusta. Näistä osa oli mittareitten RAI (Resident Accesment Instrument), MDS (Minimum Data Set), JA ohjelmien esim. OBRA`87 (Omnibus Budget Reconciliation Act) kokeiluja ja pohtimista. Suomessa löytyy muutamia vanhusten hoidon laatua kartoittavia tutkimuksia. Ne on suoritettu joko kyselemällä tai haastatteleamalla vanhuksia, omaisia tai henkilökuntaa.

Barbara Marini (1999) on tutkinut Yhdysvalloissa iäkkäiden laitoshoidossa olevien potilaiden omia mielipiteitä hoidosta. Hän käytti tutkimuksessa Watsonin teorian pohjalta kehiteltyä Caring Behavior Assesment (CBA) mittaria. Tärkeimmäksi iäkkään potilaan kannalta nousi hoitajan tekninen pätevyys; "tietävät mitä tekevät" ja "tietävät, milloin on kutsuttava lääkäri paikalle" eli pääosin potilaan fyysisiin tarpeisiin vastaaminen. Seuraavaksi tärkeimmäksi nousi hoidon yksilöllisyys ja osoitettu kunnioitus. (Marini 1999)

Tekemässäni tutkimuksessa opiskelijat tuottivat myös eniten sekä määrällisesti, että laadullisesti tietoa juuri näistä asioista. Lähes kaikissa vastauksissa oli otettu kantaa henkilökunnan osaamiseen; ja lähes kaikissa osaaminen oli nähty korkeatasoisena. Kritiikkiä oli eniten kouluttamattomien esim. työttömien käyttämisestä "hoitajina". Näitten ihmisten kohdallakaan ei ilmennyt vastausten mukaan suuria puutteita, sillä heidät oli kuitenkin perehdytetty työhön ja työvuorot oli laadittu siten, että koulutettu hoitaja oli pääsääntöisesti saatavilla. Puolesta tekeminen, rutiinit ja ongelmat lääkkeen

antamisessa olivat opiskelijoiden mukaan heidän kohdallaan suurimmat puutteet. Puolesta tekemistä, kiirettä ja rutiinia ilmeni koulutetun henkilökunnankin toiminnassa. Hoidon yksilöllisyyttä oli pohdittu useimmissa vastauksissa. Samoin iäkkään ihmisen kohtaamista ja kunnioittamista.

Fyysisten pakotteiden käyttö ei noussut tässä tutkimuksessa ja tällä menetelmällä juuri lainkaan esiin. Jotkut opiskelijat mainitsivat kuin ohimennen huonokuntoisten vanhusten vuoteessa käytettävät laidat, mutta he eivät nostaneet niitä hoidon laadun suhteen pohdittavaksi. Arja Liukkonen (1993) on kerännyt hoitajilta kyselylomakkeen avulla tietoa fyysisten pakotteiden käytöstä terveyskeskusten vuodeosastoilta, vanhainkodista, yliopistollisen sairaalan sisätautiklinikalta ja psykiatrian klinikalta. Tutkimuksessa oli mukana 23 vuodeosastoa. Kyselylomakeen palautti 87 hoitajaa. Heistä 85 % ilmoitti, että osastolla oli kyselylomakkeen täyttämistä edeltäneellä viikolla käytetty fyysisiä pakotteita: laitoja sängyssä, geriatrinen tuoli pöydän tai turvavyön kanssa, tavallinen tuoli pöydän tai turvavyön kanssa ja vyö tai sidos sängyssä. Pakotteiden käyttöön syiksi mainittiin se, että vanhus on vaaraksi itselleen (esim. eksyy, kaatuu), vanhus ei pysty kävelemään, mutta ei muista sitä tai vanhus on aggressiivinen tai levoton. Toisten vanhusten häiritseminen, esineiden rikkominen, vaeltelu, eritteillä sotkeminen ja osaston tapa tuoda vanhukset istumaan aamupäivisin päiväsalin sidottuna olivat myös mainittuja pakotteiden syitä.

En usko, että näissä nyt tutkituissa yksiköissä ei käytettäisi lainkaan fyysisiä pakotteita. Vanhusten aktivointiin on viime aikoina kiinnitetty kovasti huomiota ja myös sitomisesta ja paikoillaan pitämisestä on nostettu esiin negatiivisia puolia. Saattaa olla, että menetelmien käyttöä hoitopaikoissa on todella vähennetty. Tämän tutkimuksen kysymyksenasettelu on myös syynä, ettei ko. asia noussut esiin; kantaa oli otettu ikäänkuin suurempiin asioihin; ei kaikkiin mahdollisiin korjausta vaativiin asioihin. Tunneilla oli kyllä kyseenalaistettu pakkohoito ja esimerkiksi ns. lepositeitten käyttö ja tilalle oli yritetty löytää vaihtoehtoisia hoitomenetelmiä. Jos yksiköissä olisi käytetty esim. vuoteeseen sitomista, olisi se oletettavasti tullut mainituksi. Se, että opiskelija menee

työyhteisöön ja "ansaitsee" siellä paikkansa ja asemansa, voi vaikuttaa tuloksiin. Hän ottaa jotkut hoitomenetelmät itsestään selvinä ja oppii käyttämään niitä kyseenalaistamatta käytäntöjä. Jos tehtäväksiänto olisi ollut tarkkailla fyysisten pakotteiden käyttöä hoidossa, olisi vastaus voinut olla toisenlainen?

Kati Turtiainen (1998) on tutkinut laitoshoidossa olevien dementoituvien potilaiden ruokailusta kieltäytymistä ja pakkosyöttämistä. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella kahden kaupunginsairaalan pitkäaikaisosastolla työskenteleviltä hoitajilta (n=142). Tulosten mukaan ruokailusta kieltäytyminen, pakkosyöttäminen ja syöttämättä jättäminen olivat melko harvinaisia, mutta niitä kuitenkin esiintyi.

Nyt suoritetussa tutkimuksessa jotkut opiskelijat nostivat ruokailun ja syöttämisen yhdeksi tärkeäksi hoidon laatuun vaikuttavaksi asiaksi. Kukaan ei kirjoittanut potilaan väkisin syöttämisestä, mutta mainintoja oli siitä, että hoitohenkilökunnan kiireen vuoksi joidenkin potilaiden ruoka ehtii jäähtyä ennen syöttötilannetta ja syöttäminen tapahtuu joskus liian pikaisesti ja rutiininomaisesti. Jos potilas ei heti syö, ei häntä juuri ennätetä houkutella syömään, vaan potilas saattaa jäädä todella nälkään. Syömättömyyttä ei läheskään aina kirjata potilaan hoitosuunnitelmaan eikä siihen näin ollen kiinnitetä huomiota. Eräskin opiskelijoista esitti ajatuksen, että joku potilas voi olla tosi huonolla syömisellä useita päiviä, ennenkuin se huomioidaan ja suunnitellaan ongelmaan ratkaisua.

Pirkko Routasalo on tutkinut fyysistä kosketusta iäkkäiden potilaiden kokemana (1997) ja iäkkään potilaan hoitamisessa hoitajan kokemana (1998). Molemmat tutkimukset oli tehty haastattelemalla ensin mainitussa 25 iäkästä potilasta ja jälkimmäisessä 30 terveyskeskuksen vuodeosastolla työskentelevää hoitajaa. Potilaat kokivat hoitajan kosketuksen miellyttävänä ja hyvänä ja he tunnistivat hoitajan kosketuksesta. Kaikki potilaat eivät pitäneet siitä, että heitä halattiin tai taputettiin. Potilaat koskettivat harvoin toisiaan. Hoitajat kokivat kosketuksen potilaaseen luonnollisena ja helppona.

Myönteiseksi koettu kosketustilanne palkitsi sekä koskijan, että kosketettavan. Hoitajat olivat oppineet havaitsemaan, koska potilas halusi häntä kosketettavan ja koska hän ei sitä halunnut. Potilaan kosketuksesta hoitajaan välittyi kiitos, mutta myös epämiellyttävä seksuaalinen tai väkivaltainen viesti (Routasalo 1998).

Opiskelijoiden kirjoituksissa oli muutama maininta ja epäily liian kovakouraisesta potilaan käsittelystä. Henkilökunnan niukkuuden ja/tai työjärjestelyjen vuoksi töitä ei pystytty aina tekemään pareittain. Tämän opiskelijat kokivat selvänä hoidon laatuun vaikuttavana asiana. Kun yksi hoitaja "repii" potilasta istumaan tai kääntää kyljeltä toiselle, aiheuttaa tuo koskeminen kipua helpommin kuin jos työ tehtäisiin suunniteltuna huolellisena parityöskentelynä. Vastauksista sai lukea myös hyvänyön hellistä toivotuksista, jotka toteutuivat taputellen ja halaillen sekä pesujen ja kuivaustilanteiden yhteydessä toteutuvasta hellästä koskettamisesta.

Arja Isola, Pirjo Laitinen-Junkkari, Marja Rissanen ja Anita Vitikainen (1997) ovat tutkineet vanhuspotilaiden kaltoinkohtelun yleisyyttä hoitolaitoksissa omaisten ja hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimukseen osallistui kahden terveyskeskuksen kahdeksalla osastolla hoidettavien vanhusten omaisia (n=106) ja hoitohenkilökuntaa (n=202). Tutkimuksen mukaan kaltoinkohtelua esiintyi harvoin. Yleisin kaltoinkohtelun muoto oli vanhuksen hoidon laiminlyönti, jolla tutkimuksessa tarkoitettiin esim. pukemisen tai hygienian laiminlyöntiä, ruuatta jättämistä, lääkehoidon laiminlyöntiä sekä yksin jättämistä. Psyykkistä kaltoinkohtelua, esim. vihaista huutamista, lapsenomaista kielenkäyttöä, moittimista, nöyryyttävää puhumista, uhkailua, kiroilua ja perusoikeuksien eväämistä esiintyi harvemmin. Fyysistä kaltoinkohtelua esiintyi erittäin harvoin. Sillä tarkoitettiin esim. esineellä heittämistä, potkimista, lyömistä, kovakouraista käsittelyä, tönimistä, nipistämistä, kohtuutonta rajoittamista ja estämistä. Sekä hoitohenkilöstö, että omaiset olivat havainneet fyysistä kaltoinkohtelua useammin kuin mitä hoitohenkilöstö oli arvioinnut itse sitä aiheuttaneensa.

Helene Middleton yhdessä muiden tutkijoiden kanssa on tutkinut lyhytkestoisen koulutuksen merkitystä asenteisiin pakkohoitojen käytössä iäkkäiden potilaiden hoidossa Utahissa. Kysely mielipiteistä tehtiin viikkoa ennen toteutettua seminaaria 83:lle vanhustyön eriasteiselle asiantuntijalle ja työntekijälle. Samat ammattilaiset vastasivat uusintakyselyyn kolmenviikon kuluttua seminaarin jälkeen. Muutosta oli tullut sekä yksilö- että työpaikka tasolla. Hoitosuunnitelmiin oli tehty muutoksia ja oli yhdessä luotu tapoja hoitaa tilanteita laadukkaammin ja yksilöllisemmin. (Middleton ym. 1999)

Opiskelijoiden kirjoituksista löytyi kaikkia tuossa tutkimuksessa etsittyjä kaltoinkohtelun muotoja:

"Ajoittain kiireen keskellä hoitotyö on aika karua katsottavaa, sillä aikaa ei todellakaan riitä muuhun kuin; vaipan vaihto, kyljen kääntö, syöttäminen, lääkitseminen... Mielestäni tärkeimpiin lukeutuva eli ihmisarvon kunnioittaminen jää väkisinkin huomiotta."

"Asukkaat huoneissa ovat yksinäisiä, kuin unohdettuja, hoitajien armoilla vailla seuraa ja piristystä."

"Aamulla nostetut potilaat joutuivat istumaan hyvinkin pitkiä aikoja tuolissa ilman minkäänlaista liikuntaa tai lepoa".

"Ihmistä ei saisi koskaan ohittaa puhumalla yli..liian moni hoitaja meni kiireen taa piiloon. Ihmetytti, miten vähän hoitajat käyvät juttelemassa huoneissa. Tuntui hirveältä katsoa, miten ihmisen oma tahto latistetaan ja tehdään vuodepotilas....jos vanhus nostettaisiin edes vuoteen reunalle istumaan puettaessa ja annettaisiin hänen pyyhkiä kasvonsa ja pestä hampaansa istuen, voitaisiin puhua osittaisesta kuntoutuksesta.."

"Oli sitten osaston filosofiat ja ajatukset mitä tahansa, eivät ne ainakaan toteudu. En ole oikea ihminen ruotimaan niitä, enkä arvioimaan. Nyt ainakin tiedän, millainen en valmistuttuani halua olla".

"Ainakin ohjaajani oli sellainen, että hän ei viipynyt vanhusten luona yhtään pitempään kuin oli pakko. Oliko hän sitten työhönsä kyllästynyt vai mitä, mutta ihailtavaa se ei ainakaan ollut. Sain kuvan, että hän oli kyllästynyt työhönsä."

Tämän tyyppisiä vastauksia oli yllättävän paljon. Omaiset, joilta oli kysely asiaa edellä mainitussa tutkimuksessa eivät ole hoitoyksikössä kokonaisia työvuoroja, kuten opiskelijat. Opiskelijat eivät samaistu täysin hoitohenkilökuntaan, joten he näkevät puutteet hoidossa ehkä herkemmin kuin em. tutkimukseen osallistuneet hoitajat?

Opiskelijoiden kirjoittamissa esseissä oli toisen tyyppisiäkin kommentteja, ettei lukijalle jäisi liian synkkä kuva iäkkään ihmisen elämästä laitoksessa:

"Työskentelyssä näkyi moniammatillisuus, runsas erityisosaaminen, ystävällinen ja yhtenäinen asiantunteva työyhteisö, hyväntuulisuutta, halauksia, kosketuksia ja yksilöllisyyttä..."

"Mielestäni osasto on erittäin monipuolinen ja kehittää itseään koko ajan".

"Vanhukset saivat muutakin kuin perushoitoa osastolla...yleinen tunnelma oli suhteellisen kiireinen, mutta kuitenkin ammattitaitoinen."

Vuorovaikutusta pitkäaikaispotilaan hoidossa ovat tutkineet Anneli Eskola ja Inger Östergård. Tutkimus toteutettiin v 1988 Laakson sairaalassa. Sairaalassa haastateltiin 50 pitkäaikaispotilasta. 50 omaista tai ystävää sekä 50 henkilökuntaan kuuluvaa täyttivät kyselylomakkeen. Tutkimus osoitti, että hoitohenkilökunnan asennoituminen potilaisiin oli myönteistä. Potilaat kokivat, että kiire ja työn pakkotahtisuus sekä henkilökunnan puute ja vaihtuvuus huononsivat vuorovaikutusta. Esille nousi potilaiden kokema yksinäisyys ja ajoittainen turvattomuus. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että osastolla oli liian vähän virkistystoimintaa. Potilaista 8% koki usein tai aika usein, että henkilökunta tuntee tyytymättömyyttä työhönsä ja että osaston ilmapiiri on epäviihtyisä. Omaisista 2 % oli samaa mieltä ja henkilökunnasta 29 %. (Eskola, Östergård 1989)

Opiskelijoiden pohdinnoissa vuorovaikutusta tarkasteltiin pääosin samoista näkökulmista kuin edellä käsitellyssä tutkimuksessa. Kiire ja siihen liittyvä kohtaamattomuus, yksinäisyys, tekemisen puute ja hoitajien jaksaminen/ väsyminen olivat opiskelijoidenkin näkemiä ongelmia hoitoyksiköissä.

Vanhuksen hyvinvoinnin ja elämisen laadun keskeisiä tekijöitä ovat suhteet ja yhteydet omaisiin ja ystäviin. Omaiset pystyvät halutessaan ja ehtiessään olemaan keskeisiä linkkejä "entisen elämän" ja laitoshoidossa vietetyn elämän välillä. Omaisten käsityksiä mahdollisuuksistaan osallistua ja vaikuttaa pitkäaikaissairaahan vanhuksen hoitoon on tutkinut Raija Lummikko (1994). Tutkimusaineisto koottiin kyselylomakkeella postikyselynä Turun kaupunginsairaalan sisätauti-geriatrisen vuodeosaston potilaiden 37:ltä omaiselta. Tutkimuksen mukaan omaiset ovat halukkaita osallistumaan hoitoon, mutta he eivät kokeneet saaneensa tietoa, ohjeita eikä kannustusta osallistumiseen. Omaiset keskustelevat hoitajien kanssa enimmäkseen harvoin ja henkilökunnalla on harvoin aikaa kohdata omaisen. Enemmistö vanhuksista ei kykene itse päättämään asioistaan, vaan päätöksen teko jää muiden tehtäväksi. Omaiset eivät kuitenkaan olleet juuri tehneet päätöksiä vanhuksen puolesta. Lääkärin kanssa omaiset tuon tutkimuksen mukaan keskustelevat harvoin.

Omassa tutkimuksessani opiskelijat eivät kovin monessa paperissa käsitelleet omaisten roolia ja osallistumista hoidon laadun kannalta. Lähinnä omaisten poissaolo osastolta oli huomattu niissä pohdinnoissa, joissa kaivattiin potilaille tekemistä, virikkeitä ja keskusteluseuraa.

Anna-Leena Palohuhta (1995) on tutkimuksessaan kartoittanut omaisten näkemystä pitkäaikaissairaahan fyysisestä hoitoympäristöstä; Miten fyysinen ympäristö vaikuttaa laitoksessa olevan pitkäaikaissairaahan hyvinvointiin ja millaisessa hoitoympäristössä pitkäaikaissairaajat omaisten mielestä parhaiten viihtyvät. Aineiston hän keräsi teemahaastattelun avulla. Haastateltavina oli 15 terveyskeskuksen vuodeosastolla olevan pitkäaikaissairaahan omaista. Terveyskeskuksen yhteiset tilat koettiin viihtyisiksi ja

kauniiksi, mutta potilashuoneet olivat omaisten mielestä ahtaita ja virikkeettömiä. Hygieniatilojen rakenteita kritisoitiin, koska ne eivät antaneet potilaille mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa. Fyysinen ympäristö jäi pieneksi, koska potilaat eivät kyenneet itsenäisesti liikkumaan ympäristössään. Omaiset olivat sitä mieltä, että potilaiden puhtaudesta ja fysiologisista tarpeista huolehdittiin hyvin, mutta omaiset kritisoivat henkilökunnan niukkuutta ja kiireistä työskentelytapaa, mikä esti henkisten ja sosiaalisten tarpeiden huomioimisen (Palohuhta 1995).

Tekemäni yhteenveto opiskelijoiden mielipiteistä on samoilla linjoilla. Potilashuoneitten ahtautta ja tilanpuutetta ei nähty maininnan arvoisena. Opiskelijat ovat harjoitelleet ja osa työskennellytkin erilaisissa sairaaloissa ja laitoksissa. He ovat todennäköisesti tottuneet tähän ahtauteen? Hyvin monet mainitsivat fyysisen ympäristön kauneuden ja kodinomaisuuden varsinkin vanhainkodeissa. Henkilökunnan niukkuus, kiireinen työskentelytapa ja näistä johtuva henkisten ja sosiaalisten tarpeiden ohittaminen oli opiskelijoidenkin mielipiteistä melko laajasti nähtävissä.

Diana Isaia, Veronica Parker ja Elizabeth Murrow (1999) ovat tutkineet iäkkäiden ihmisten hengellistä/ henkistä hyvin vointia Yhdysvalloissa. Kaikki kyselytutkimukseen osallistuneet olivat iäkkäitä, kroonista tautia sairastavia ihmisiä. Hoitotyön kannalta tuon tutkimuksen ehkä tärkein tulos oli, että sairaanhoitajien tulisi olla tietoisia hengellisyyden merkityksestä iäkkäiden ihmisten, varsinkin naisten hoidossa ja hyvinvoinnissa (Isaia ym. 1999). Päivi Åstedt -Kurki (1995) pitää tutkimuksensa perusteella uskonnollisuutta hyvinvoinnin yhtenä tärkeänä tekijänä.

Opiskelijat käsittelivät uskonnollisuutta muutamassa kommentissa. Tärkeänä nähtiin se, että seurakunta oli kiinnostunut ihmisistä. Kaikki, jotka ottivat asian esiin, mainitsivat jonkun säännöllisen tilaisuuden, mikä osastolla järjestettiin. Jotkut kritisoivat sitä, että parempikuntoiset viettiin näihin juhlahetkiin lähes automaattisesti. Mielipidettä lähtemisestä ei aina kysytty. Ja toisaalta joku huonokuntoinen olisi saattanut tarvita keskustelua hengellisistä asioista, mutta ei kuntonsa vuoksi saanut siihen

mahdollisuutta. Ovet huoneisiin pidettiin auki, että vuodepotilaatkin voisivat nauttia ainakin musiikin kautta sanomasta ja tunnelmasta. Joku opiskelija kirjoitti, että vanhusten huonon kuulon vuoksi näin ei ilmeisesti kuitenkaan todella tapahtunut. Jos potilas/ asiakas pyysi pappia tai seurakunnan työntekijää luokseen tahto toteutettiin.

Päivi Elovainio (1995) on haastatellut 48:aa kunnallisessa vanhainkodissa asuvaa vanhusta. Tarkastelun kohde oli vanhusten psyykkinen ja praktinen toiminta. Keskeinen tulos oli, että praktista toimintaa ei haluttu lisää eikä se selittänyt vanhusten tyytyväisyyttä. Tutkimuksen mukaan laitos ei näytä motivoivan nykyisyyden havainnointiin eikä myöskään tulevaisuuden suunnitteluun ja haaveisiin. Menneen elämän muistelu nousi tärkeäksi psyykkiseksi toiminnaksi. Muistot ovat lääkettä mielelle, ne antavat merkitystä elämälle ja sisältöä laitoksen arkeen (Elovainio 1995). Tyytyväisyyttä miettiessään useat haastateltavat lisäsivät varauksen "tässä tilassa", "näissä olosuhteissa". Sopeutuminen ja tyytyväisyys saattaa johtua siitä, että tavoitetasoa on laskettu, tavoitteille on asetettu uusi priorisointijärjestys tai se saattaa olla vain sosiaalinen kommunikaatiotapa, jonka sisältö on "mitäänsanomaton" (Elovainio 1995).

Parkkila ym. ovat tehneet kuvailevan tutkimuksen pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan potilaan yksinäisyydestä. Aineisto oli kerätty haastattelemalla 16 pitkäaikaispotilasta, jotka olivat kokeneet yksinäisyyttä. Potilaat olivat iäkkäitä; keski-ikä oli 78 vuotta. Fyysinen yksinäisyys oli luopumista vanhasta ja tutusta sekä hoitoympäristön vieraana kokemista. Sosiaalinen yksinäisyys oli läheisten ihmisten puutetta, yksin olemista ja toimettomuutta. Emotionaalinen yksinäisyys ilmeni pahana olona, ikävän tunteena ja elämän merkityksettömyyden kokemisena. Yksinäisyyden tunne liittyi puuttuviin ympäröiviin ihmissuhteisiin, arvostuksen puuttumiseen ja tapaan, jolla tuli kohdelluksi hoitolaitoksessa (Parkkila ym. 2000). Tutkijat toteavat, että hoitajat voivat loukkaavalla käytöksellään lisätä potilaan yksinäisyyden tunnetta. Hoitotyössä tarvitaan lisää tietoa yksinäisyyden kokemisesta, taitoa kohdata haavoittavaa yksinäisyyttä tunteva potilas ja tietoa hoitotyön keinoista, joilla voidaan vähentää kielteistä yksinäisyyden kokemista.

Riitta-Liisa Heikkinen käsittelee kirjassaan läkkäiden depressiomaisema iäkkäiden mielialaongelmia, masennusoireita ja niiden taustalla olevia tekijöitä eri tutkimusten valossa ja pohjalta. Yksinäisyys ja yhteisyyden puute on vanhainkodeissa suuri . Läheisyys ja kiintymys kiinnittävät ihmisen elämään. Toimivat vuorovaikutussuhteet kiinnittävät hänet toisiin. Yhteisyys ja toisten kanssa toimiminen antavat palautetta omasta arvosta ja merkityksestä (Heikkinen 1998).

Opiskelijoiden kirjoituksia tutkiessani vanhusten yksin pitkät ajat toimeentulona oleilu (mahdollisesti ja todennäköisesti myös vanhuksen kokema yksinäisyys) nousi hoitotyön laatua laskevaksi ja korjausta vaativaksi asiaksi. Opiskelijoiden mielestä vanhukset saavat aivan liian vähän osakseen aitoa läsnäoloa, kuuntelua, yhdessä muistelemista, asioiden ja tunteiden jakamista ja arvokasta, arvostavaa kohtaamista.

8. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Hoidon laadun ylläpitäminen ja tarvittaessa parantaminen on oleellista vanhusten hoidossa. Hoidon laadun toteutumisen tutkiminen on aina ongelmallista. Esimerkiksi tyytyväisyystutkimuksissa saadaan aina saman tyyppisiä vastauksia: 80% on tyytyväisiä (Elovainio 1997). Vanhus ei välttämättä jaksa, uskalla tai pysty kiinnittämään huomiota hoidossa esiintyviin puutteisiin tai valittamaan hoidon tasosta. Hoitajasta riippuvainen vanhus ei tuo esille rehellistä kokemustaan hoidosta vaan ilmaisee olevansa pelkästään tyytyväinen. Tyytyväisyys voi olla viestintätapa, jolla haetaan hyväksyntää ja sitä kautta mahdollisimman hyvää hoitoa. Vanhuksen omaiset saattavat olla helpottuneita kun viimeinkin saivat läheiselleen hoitopaikan. Arvostelulle ja arvioinnille ei välttämättä ole sijaa; itse ei enää jakseta tai pystytä vastaamaan hoidosta, on ihanaa, että joku kantaa ympärivuorokautisen vastuun. Voiko osaston henkilökunta mitata itse hoitotyönsä laatua luotettavasti?

Opiskelija hoidon laadun tarkastelijana ja tutkijana oli hyvä valinta tutkimuksen pätevyyden kannalta. Eskola (1998) on kirjoittanut, että tietyn tutkimushavainnon sanotaan olevan ulkoisesti validi silloin, kun se kuvaa tutkimuskohteen täsmälleen sellaisena kuin se on. Laadullinen tutkimus ei ole pätevää, jos se vastaa kokonaan eri kysymykseen kuin tematisoinnissa on asetettu ja tämän lisäksi vastaa huonosti tutkimuskohdetta. Tutkimus, jota ei voi pitää pätevänä, tulkitsee elämäntähtäjä tavalla, joka saattaa vaikuttaa elämismailmaan kielteisesti (Varto 1992). Opiskelijoille annettiin tehtäväksi pohtia harjoittelupaikan hoitotyön/palvelun laatua ja kuvata sieltä tärkeimmät kehitettävät asiat potilaan/asiakkaan hoidon ja elämisen laadun parantamiseksi. Kirjoitukset tuntuivat hyvin aidoilta ja itse koetuilta, itse nähdyiltä. Opiskelijat viipyivät harjoittelupaikassa viikkoja, joten he todella näkivät ja huomasivat mukana eläen erilaisia asioita, mutta he eivät kuuluneet vakituisesti henkilökuntaan. He

eivät siis kritisoineet omaa työtään, vaan sivusta toisten tekemistä tai tekemättä jättämistä. Pohtivat vastaukset palautettiin opettajalle. Annettua tehtävää ja siihen liittyvää pohdintaa opiskelijat kävivät keskustellen läpi yhdessä henkilökunnankin kanssa, mutta lopullista tuotosta ei kuulunut luovuttaa harjoittelupaikkaan. Asetelmasta johtuen ei näy selvää syytä, miksi kirjoitukset eivät vastaisi todellisuutta.

Laadun tarkkailuun liittyvä tehtävä, aiheen tiimoilta syntynyt keskustelu ja aineiston pohjalta tuotettu tutkimus ovat olleet luomassa merkityksiä ja merkityssuhteita, joilla tuskin on elämismaailmassa negatiivisia vaikutuksia. Tarkoituksena on ollut herättää sekä pitää yllä ajattelua ja keskustelua, joka mahdollisesti edistää vanhusten laadukkaamman hoidon toteutumista jatkossa.

Jos nyt aloittaisin tutkimuksen, rajaisin tehtävän tarkemmin lisätäkseen tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuudella tarkoitetaan sen vapautta satunnaisista ja epäolennaisista tekijöistä (Varto 1992). Tarkkailun ja havainnoinnin kohteena voisi olla esimerkiksi hoitajan ja vanhuksen välinen vuorovaikutus, ohjaustilanteet, ruokailu, tai joku muu rajatumpi hoitotilanne. Tällä tavalla saisi hoidon laadusta selkeämmän kuvan. Nyt tieto jää puutteelliseksi ja ehkä satunnaiseksi, kun kysyttiin tärkein kehitettävä asia hoidon laadun kohottamiseksi. Puutteita esimerkiksi vuorovaikutuksessa saattoi esiintyä jokaisessa yksikössä, mutta jokin räikeämpi korjausta vaativa asia syrjäytti kannanoton tuolta alueelta. Vaikka lähes kaikki tuottivat useampia korjausta vaativia asioita, jäi silti tärkeitä asioita tehtäväksiannon vuoksi tuottamatta.

Olen kuvannut analyysin teon, mutta ymmärtävä, merkityksiä hakeva, tulkitseva työote aiheuttaa sen, että toinen tutkija voi ymmärtää ja tulkita kirjoituksia hieman toisin. Kirjoitusten analysoinnissa tuli kylläntyminen, saturaatio jo suunnilleen ensimmäisen ryhmän tuotosten pohjalta. Toisen ryhmän kirjoitukset pääasiassa vain vahvistivat ensimmäisen ryhmän analysoituja tuloksia. Uskon, että perusasiat toteutuneen hoidon laadusta avautuisivat toiselle lukijallekin hyvin samansuuntaisina, mutta merkitys-

verkosto painotuksineen ja sävyineen saattaisi muotoutua toiseksi. Kvalitatiivista tutkimusta voidaan verrata väripalettiin. Jokainen tutkija tekee oman tutkimuksensa ja sekoittaa värit omalla, ainutlaatuisella tavallaan (Hirsjärvi ym. 1997).

Kvalitatiivisen analyysin luotettavuuden arvioinnissa ei voida käyttää perinteisiä reliabiliteetin ja validiteetin käsitteitä, joiden perustana on tilastomatemattinen ajattelu (Wahlström 1992). Tässä tutkimuksessa on esitetty ja perusteltu omat valinnat. Tutkimuksen tulos on ajateltavissa oleva käytettävissä olevaan aiempaan tietoon verrattuna, käytetty analyysitapa soveltuu kirjoitetun tekstin tulkintaan. Uskon myös, että toisin menetelmin suoritettuna (haastattelut tai kyselytutkimus analysoituna käytännön harjoittelujakson jälkeen) tutkimus olisi samana ajankohtana tuotettuna antanut hyvin saman suuntaista tietoa vanhusten hoitotyön laadusta.

Tutkimustyön päämääränä on rikastaa inhimillistä olemassaoloa ja syventää ymmärrystämme maailmasta. Tutkimuksella on syvä eettinen merkitys inhimillisen toiminnan arvottajana (Varto 1992). Tutkimusaihe syntyi kirjallisia töitä lukiessa. Opiskelijat eivät tienneet vastauksia/pohdintoja kirjoittaessaan, että töitä käytettäisiin tutkimusaineistona. Kaikilta saatiin kuitenkin myöhemmin kirjallinen lupa. Opiskelutehtävän antaminen juuri tästä aiheesta oli jo eettinen valinta. Samoin päätös työstää analysoiden nuo kirjoitukset.

Analyysin kattavuus tarkoittaa sitä, että tulkintoja ei perusteta satunnaisiin poimintoihin aineistosta (Eskola ym. 1998). Tässä tutkimuksessa olen käynyt aineiston todella huolella läpi yrittäen ymmärtää esitetyt asiat juuri vanhuksen ja hänen hoitonsa laadun kannalta. Huolella tehty analysointi ei poissulje sitä tosiasiaa, että aivan tyhjentävästi en ole aineistoa käsitellyt. Joku yksittäinen, irrallinen maininta, jonka olen ymmärtänyt vanhuksen hoidon laadun kannalta epäolennaiseksi tai hyvin vähän siihen vaikuttavaksi, on jäänyt käsittelemättä. Vastaavasti yksikin maininta, jonka olen kokenut hyvin merkitykselliseksi, on tullut esiin. Yksikin hoidossa esiintyvä laatu-poikkeama yhden

yksittäisen hoitajan toimintana voi aiheuttaa heikkoa hoidon laatua kahdellekymmenelle vanhukselle tämän hoitajan työvuoron aikana, eli lähes päivittäin ja ympäri vuoden!

Opiskelijat sijoituivat käytännön harjoitteluun lähes ympäri Suomea, eivät vain jonkun tietyn paikkakunnan, paikkakuntatyyppin alueelle. Tutkimuksessa esiin tuotu käsitys toteutuneen hoidon laadusta perustuu täten hyvin laajalta alueelta kootulle tiedolle. Vaikka tutkimustulos ei ole yleistettävissä kaikkiin vanhusten ympärivuorokautista hoitoa toteuttaviin laitoksiin, on se kuitenkin selvä viesti siitä, että hoitotyön laadussa on parantamisen varaa.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä. Gummerus OY.
- Aro, S. 1993. Terveysthuolto ja elämänlaatu. Duodecim 17, 1503 - 1506.
- Aura, S., Horelli, L, Korpela, K. 1997. Ympäristöpsykologian perusteet. Porvoo. WSOY.
- Bourdieu, P.1985. Sosiologian kysymyksiä. Jyväskylä. Gummerus OY.
- Bourdieu, P., Wacquant L.J.D. 1995. Refleksiiviseen sosiologiaan. Jyväskylä. Gummerus.
- Carey , R. G. , Lloyd, R.C. 1995. Measuring Quality Improvement in the Healthcare. New York: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Carnevali, D. L., Maxine, P. 1993. Nursing Management for the Elderly. Philadelphia. J.B.Lippincott Company.
- Christiansson, T. 1994. Elintasosta elämänlaatuun - hyvinvoinnin ulottuvuudet vanhus-tutkimuksen näkökulmasta. Teoksessa: Uutela A., Ruth J-E.(toim): Muuttuva vanhuus. 102 - 115. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Donabedian, A. 1988. The quality of care: how can it be assessed. Journal of American Medical Association, 260 (12), 1743-1748.
- Elovainio, M., Sinervo, T. 1994. Vanhainkotien kehittämisen seuranta tutkimus. Stakes Tutkimuksia 44. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy..
- Elovainio, P. 1995. Mieli liikuu ja ruumis astuu vanhuuteen. Vanhusten sopeutumisesta ja toiminnasta vanhainkodissa. Gerontologia 3, 203 - 211.
- Elovainio, P. 1997. 80 prosenttia tyytyväisiä vanhainkodeissa? - Kuinka tätä voi tulkita. Gerontologia 3, 237 - 241.
- Eskola, A., Östergård, I. 1989. Vuorovaikutus pitkäaikaispotilaan hoidossa potilas - omaiset - henkilökunta. Sairaanhoidon tutkimuslaitos.
- Eskola, J., Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino OY.
- Grönfors, M. 1985. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

- Hallila, L. 1996. Hoitotyön käytännön laatuvaatimusten luokittelu ja arviointi. Pro-gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Hallila, L. 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere. Tammer-Paino OY.
- Harju, R., Salonen, P-L. 1995. Elää ainutlaatuisena – kokea ainutlaatuisuutensa. Teoksessa Munnukka, T., Kiikkala, I. (toim.). Ihmisen auttamisen lähtökohtia. . 71 – 85. Tampere. Tammer-Paino Oy.
- Heikkinen, S-L. 1998. Iäkkäiden depressiomaisema. Tampere. Tammer-Paino Oy .
- Heikkinen, S-L., Laine, T. (toim.) 1997. Hoitava kohtaaminen. Tampere. Tammer-paino Oy.
- Helin, S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensointi prosessi. Jyväskylä. Jyväskylä University Printing House.
- Himberg, L., Laakso, J., Peltola, R. 1994. Psykologia I. Toimiva ihminen. Porvoo. WSOY.
- Hirsjärvi, S., Hurme, H. 1980. Teemahaastattelu. Tampere: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Hypen, K., Keskinen, E., Kinnunen, R., Niemi, P., Vauras, M. 1990. Helsinki. Yleisradion offsetpaino.
- Isaia, D., Parker, V., Murrow, E. 1999. Spiritual Well-Being among Older Adults. Journal of Gerontological Nursing. 8. Volume 25. 15 - 21
- Isola, A., Laitinen-Junkkari, P., Rissanen, M., Vitikainen, A. Vanhuspotilaiden kaltoinkohtelun yleisyys hoitolaitoksissa omaisten ja hoitohenkilökunnan arvioimana. Gerontologia 2, 145 - 155.
- Karjalainen, S. 1996. Kuka määrittelee hoidon laadun? Teoksessa: Salo, S., Tähtinen, H. (toim.): Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa. 127 - 133. Helsinki. Suomen kuntaliitto.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S., Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Kyyrönen K., Mäenpää O., Pohjanvirta-Hietanen A. 1992. Kliininen psykologia. Juva; WSOY.

- Laakso H., Paunonen M. 1994. Sairaanhoidajajohtoiset vanhusten hoidon yksiköt. *Gerontologia* 3, 150 - 157.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Suomen säädöskokoelma 752/ 92. Helsinki. VAPK.
- Lauri, S., Elomaa, L. 1995. Hoitotieteen perusteet. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Lecklin, O. 1999. Laatu yrityksen menestystekijänä. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Leino-Kilpi, H., Vuorenheimo, J. 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 68. Helsinki. VAPK.
- Leppilampi, A., Piekkari, U. 1999. Opitaan yhdessä. Kehitys. Pori .
- Lillrank, P. 1998. Laatuajattelu. Otavan kirjapaino. Keuruu.
- Liukkonen, A., Voutilainen, P. 1993. Vanhusten hoidon laadun arvioinnin lähtökohdista. *Gerontologia* 4, 299 - 305.
- Liukkonen, A. 1993. Fyysisten pakotteiden käyttö vanhusten hoidossa hoitajien kokemana. *Gerontologia* 3, 188 - 195
- Lukander, E. 1995. Hoitotyön laadun arviointimenetelmän, nursing auditin, kehittäminen ja testaus. Lisensiaattitutkimus. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja - talouden laitos.
- Lummikko, R. 1994. Omaisten käsityksiä mahdollisuuksistaan osallistua ja vaikuttaa pitkäaikaissairaanhoidon vanhuksen hoitoon terveyskeskussairaalan vuodeosastolla. Turun terveydenhuolto-oppilaitos.
- Marini, B. 1999. Institutionalized Older Adults' Perceptions of Nurse Caring Behaviors. A Pilot Study. *Journal of Gerontological Nursing*. Volume 25, Number 5. 11 - 16.
- Middleton, H., Keene, R. G., Johnson, C., Elkins, A.D., Lee, A.E. 1999. Physical and Pharmacologic Restraints in Long-Term Care Facilities. *Journal of Gerontological Nursing* 7. Volume 25. 26 - 33
- Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis se A vo 375. Hoitotieteen laitos.
- Mäkisalo, M. 1999. "Me teemme sen" Hoitotyöntekijä oman työnsä tutkijana ja kehittäjänä. Tampere. Tammer-Paino Oy.

- Niemelä, P., Ruth, J-E. 1992. Ihmisen elämänkaari. Keuruu: Otava.
- Niiniluoto, I. 1983. Tieteellinen päättely ja selittäminen. Keuruu: Otava.
- Nores, T. 1992. Vanhan ihmisen elämä laitoksessa. Kirjassa Willman, H., Niemelä, T., Parviainen, T., Sorvettula, M. (toim.) Hoitotyön vuosikirja 1993. Tampere. Kirjayhtymä.
- Nores, T. 1993. Olemassaolokokemus. Naisvanhuspotilaan olemassaoloa koskeva käsitteellinen ja empiirinen analyysi. Turku. SHKS, Kirjapaino Pika Oy.
- Nykysuomen sanakirja. 1992. Juva. WSOY:n graafiset laitokset.
- Opetussuunnitelma. Hoitotyön opistotutkinto, Sairaanhoidaja. 1998. Jämsä. Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Paavola, L. 1995. Vanhusten kokemuksia hoitoympäristöstään vanhainkodissa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Palohuhta, A-L. 1995. Omaisten näkemys pitkäaikaissairaana fyysisestä hoitoympäristöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Parkkila, M., Välimäki, M., Routasalo, P. 2000. Kuvaileva tutkimus pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan potilaan yksinäisyydestä. Hoitotiede 1. 26 - 35.
- Patton, M. Q., 1990. Qualitative evaluation and research methods. Newbury Park, California, Sage Publications.
- Pelkonen, M. 1993. Laadunvarmistuksen lähtökohtia. Teoksessa Pelkonen, M., Perälä, M-L. (toim.). Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. 84- 89. Toinen painos. Tampere. Kirjayhtymä,
- Peltari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvaalifikaatiovaatimukset. Jyväskylä. Stakes. Tutkimuksia 80.
- Perttula, J. 1995. Kokemus psykologisena tutkimuskohteena. Johdatus fenomenologiseen psykologiaan. Tampere. Suomen fenomenologinen instituutti.
- Perälä, M-L. (toim.). 1997. Hoitotyön suunta - strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Helsinki. Stakes.
- Perälä, M-L. 1995. Potilaan hoidon laadun arviointi: Laatumittarin (Qualpacs) validaatio. Jyväskylä: Gummerus.

Perälä, M-L., Räikkönen, O. 1994. Parempaan laatuun hoitotyössä. Kartoitus sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Jyväskylä: Gummerus OY

Rissanen, S. 1998. Vanhusten kotihoidon tarve ja laatu - arviointitutkimus Kuopion kaupungin kotihoidosta. Lisensiaattitutkimus. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja - talouden laitos.

Routasalo, P. 1997. Fyysinen kosketus iäkkäiden potilaiden kokemana. Gerontologia 4, 292 - 299.

Routasalo, P. 1998. Fyysinen kosketus iäkkään potilaan hoitamisessa hoitajan kokemana. Gerontologia 1, 22 - 29.

Saarenheimo, M. 1998. Kansanliike ihmisarvoisen vanhuuden puolesta. Gerontologia 2, 87 - 91.

Sandelin, P. 1994. Opiskelija oman opiskelunsa subjektina. Teoksessa: Åstedt-Kurki P., Kiikkala I., Munnukka T., Paunonen M.(toim.). Hoitotieteellinen tutkimus tänään ja tulevaisuudessa. Tampere. Tehokopiointi.

Sarvimäki, A. 1998. Vanhusten elämänlaatu hoitoyön haasteena. 11 - 24. Teoksessa Parviainen T. (toim.). Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Silen, T. 1998. Laatujohtaminen – menetelmiä kilpailukyvyyn vahvistamiseksi. Porvoo. WSOY

Turtiainen, K. 1998. Laitoshoidossa olevien dementoituvien potilaiden ruokailusta kieltäytymistilanteet - hoitajien näkökulma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Turunen, K.E. 1996. Elämänkaari ja kriisit. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Uusitalo, H. 1995. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Porvoo. WSOY

Wahlström, J. 1992. Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa. Jyväskylä. Jyväskylän yliopiston monistuskeskus.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Voutilainen, P., Viitakoski, K., Quick, L., Isola A: 1998. Hyvän hoidon edellytykset suomalaisissa dementia-aikeissa. 77 - 94. Teoksessa Parviainen, t. (toim.) Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Vuosiin elämää. YK:n ikäihmisten vuosi 1999. Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1998: 1.

Åstedt - Kurki, P. 1995. Religiosity as a dimension of well-being. *Clinical Nursing Research*. 4, 387 – 396

JÄMSÄN TERVEYDENHUOLTO-OPPILAITOS

SAIRAANHOITAJAN KOULUTUSAMMATTI
SH-HO 2B + ak
SL 1998

HOITOTYÖ VANHUSTEN TERVEYSMUUTOKSISSA SAIRAANHOITAJA HOITOTYÖN LAADUN EDISTÄJÄNÄ

KÄYTÄNNÖN OPISKELUUN LIITTYVÄ TEHTÄVÄ

Pohdi harjoittelupaikkasi hoitotyön/palvelun laatua. Mikä tai mitkä olisivat tärkeimmät kehitettävät asiat potilaan/asiakkaan hoidon ja elämisen laadun parantamiseksi? Mitä resursseja (tieto-, taito-, aika-, raha- ym. resursseja) kehittäminen vaatisi? Miten parannus tulisi toteuttaa ja miten prosessia voisi arvioida; miten laadun paraneminen näkyisi (potilaan/asiakkaan, hoitajan, omaisten ja koko työyksikön kannalta)? Mihin parannus johtaisi?

Opintojakson arvioinnissa huomioidaan:

* käytännön palaute (toisilla projektin kirjallinen ja todellinen toteutus)

* edellä kuvailtu tehtävä (tämän osion voivat projektia tekevät liittää projektinsa arviointiin: esim. projektin ja/tai vastaavan toiminnan vaikutus potilaan/asiakkaan elämän-/hoidon laatuun...?) *

gerontologia ja geriatria- oppikurssin koe

* itse arviointi

11.8. 1998/HA