

# GERONTOLOGINEN OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

Tuula Tarhonen  
Pro gradu -tutkielma  
Hoitotiede  
Preventiivinen hoitotiede  
Itä-Suomen yliopisto  
Terveystieteiden tiedekunta  
Hoitotieteen laitos  
Toukokuu 2013

SISÄLTÖ  
TIIVISTELMÄ  
ABSTRACT

1 JOHDANTO .....	1
2 GERONTOLOGISEN HOITOTYÖN OSAAMISEN KESKEISET KÄSITTEET .....	3
2.1 Tiedonhaun kuvaus .....	3
2.2 Gerontologia ja geriatria .....	3
2.3 Gerontologisen hoitotyön lähtökohdat .....	4
2.4 Osaaminen käsitteenä .....	8
2.5 Gerontologisen hoitotyön osaaminen ja kompetenssit .....	11
2.6 Gerontologisen hoitotyön osaamisalueet .....	14
2.7 Yhteenvedo tutkimuksen lähtökohdista ja osaamiskuvauksista .....	18
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ .....	20
4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT .....	21
4.1 Tutkimusaineiston hankinta ja tutkimukseen osallistujat .....	21
4.2 Haastatteluiden toteutus .....	23
4.3 Aineiston analyysimenetelmä .....	23
5 GERONTOLOGISEN HOITOTYÖN OSAAMINEN HAASTATELTUJEN KUVAAMANA .....	25
5.1 Eettinen osaaminen – arvoja ja käytännön toimintaa .....	25
5.2 Vuorovaikutus – gerontologisen hoitotyön perusta .....	29
5.3 Päätöksenteon vastuullisuus ja vaikeus .....	32
5.4. Yhteistyö haasteena ja mahdollisuutena .....	34
5.5 Terveyden edistäminen – puhetta ja tekoja .....	36
5.6 Ohjaus- ja valmennusosaaminen – tiedostettua ja tiedostamatonta .....	39
5.7 Kliininen ja geriatrinen osaaminen – erityistä ja kokonaisvaltaista .....	42
5.8 Kehittämisen- ja vaikuttamisosaaminen – tarpeellista, mutta vaativaa .....	47
5.9 Yhteenvedo tutkimustuloksista .....	48
6 POHDINTA .....	51
6.1 Tulosten tarkastelu .....	51
6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	56
6.3 Johtopäätökset .....	58
6.4 Jatkotutkimusaiheet .....	61
LÄHTEET .....	62

LIITTEET

LIITE 1. Tutkimuksia gerontologisen hoitotyön osaamisesta

LIITE 2. Gerontologisen hoitotyön kompetenssit

LIITE 3. Suostumuslomake haastatteluun

LIITE 4. Saatekirje

LIITE 5. Teemahaastattelurunko

LIITE 6. Osallistujien taustatietolomake

Terveystieteiden tiedekunta  
Hoitotieteen laitos  
Hoitotiede  
Preventiivinen hoitotiede

**Tarhonen, Tuula**

Gerontologinen osaaminen hoitotyössä  
Pro gradu -tutkielma, 90 sivua ja 6 liitettä (16 sivua)  
TtT, yliopistonlehtori, dosentti Päivi Kankkunen  
TtT, yliopistotutkija Tarja Kvist

Tutkielman ohjaajat:

Toukokuu 2013

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, miten gerontologinen erityisosaaminen -koulutuksen (korkea-asteen oppisopimustyyppinen täydennyskoulutus) suorittaneet sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja fysioterapeutit (N=8) kuvaavat gerontologisen hoitotyön osaamistaan. Ikääntyneiden henkilöiden hoitaminen vaatii laajaa erityisosaamista, ja kyseisen koulutuksen tavoitteena on vastata tähän erityisosaamistarpeeseen. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluin. Haastatteluteemoja olivat eettinen osaaminen, viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen, päätöksenteko-osaaminen, yhteistyöosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, ohjaus- ja valmennusosaaminen, kliininen osaaminen, geriatrinen osaaminen sekä kehittämis- ja vaikuttamisosaaminen. Haastatteluaineiston analyysissä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä.

Tuloksissa nousi esiin gerontologisen hoitotyön haasteellisuus ja monipuolisuus. Osaaminen edellyttää vankkaa tietoperustaa vanhenemisesta ja sen mukanaan tuomista normaaleista vanhenemismuutoksista. Sen lisäksi vaaditaan tietoa ikääntyneiden sairauksista ja niiden hoidosta. Näin ollen korostuvat myös erilaiset hoidolliset taidot, jotka voivat vaihdella ammattiryhmittäin. Gerontologista hoitotyötä ei kuitenkaan voi pitää pelkästään sairaanhoitona, vaan tavoitteena on ottaa ikääntynyt ihminen huomioon kokonaisuutena. Tällöin huomioidaan ikääntyneen jäljellä olevat voimavarat ja toimintakyvyn eri ulottuvuudet. Toimintakyvyn tukeminen nousikin keskeiseksi asiaksi haastateltavien puheissa. Samassa yhteydessä korostettiin elämänlaadun tukemista. Vuorovaikutustaitoja pidettiin keskeisenä gerontologisen hoitotyön osaamisalueena. Vuorovaikutus nähtiin sekä asiakkaan ja hänen omaistensa että työyhteisön ja yhteistyötahojen kanssa toimimisena. Moniammatillisen yhteistyön koettiin olevan vaikeaa, vaikkakin sitä pidettiin tärkeänä ikääntyneen henkilön hoidon ja elämänlaadun tukemisen kannalta. Gerontologisessa hoitotyössä esiintyy ristiriitaisuuksia, jotka liittyvät esimerkiksi asenteisiin, terveyden edistämiseen ja sairauksien hoitoon sekä eettisiin kysymyksiin. Gerontologisen hoitotyön osaaminen koettiin voimavarana, joka lisää hoitajan kykyä toimia ikääntyneen henkilön parhaaksi.

Tästä tutkimuksesta saatavaa tietoa on mahdollista hyödyntää gerontologisen erityisosaamisen koulutusta suunniteltaessa. Jatkossa olisi kuitenkin hyvä tutkia esimerkiksi sitä, minkälaiset pedagogiset ratkaisut edistävät gerontologisen hoitotyön oppimista.

Asiasanat: gerontologinen hoitotyö, osaaminen, kompetenssit, haastattelututkimus

Faculty on Health Sciences  
Departement of Nursing Science  
Nursing Science  
Health Promotion in Nursing Science

**Tarhonen, Tuula**

Gerontological expertise in nursing  
90 pages, 6 appendices (16 pages)

Supervisors:

PhD, University lecturer, docent Päivi Kankkunen  
PhD, University Researcher Tarja Kvist

May 2013

---

The purpose of this study is to provide information of how nurses, public health nurses and physiotherapists (N=8) who have performed the education of gerontological competence describes their skills in gerontological nursing. Nursing aging people requires wide competence and the goal of the education is to respond to this need. The research material was collected with the help of theme interviews. Ethical expertise, communication and interaction expertise, decision expertise, co-operation skills, health promotion skills, guidance and training skills, clinical expertise, geriatric expertise and development and advocacy skills were chosen as interview themes. Inductive content analysis was used in interview materials analysis.

The challenge and versatility of gerontological nursing emerged from the interview material. Expertise requires solid knowledge base of aging and the normal aging changes. In addition it requires knowledge of aging people diseases and the treatment methods. Under the circumstances also different therapeutic skills that can vary occupational are emphasized. Gerontological nursing cannot regard only as nursing. The goal is to take account aging people as whole. Then the resources and the different dimensions of aging people performance are taken into account. Among interviews supporting performance emerged as a key issue. In the same context supporting quality of life was highlighted. The analysis indicated that interaction skills were considered as a key area of gerontological nursing. Interaction was seen as working with customers and his relatives and workplace and co-operation partners. A multi-professional co-operation was considered to be hard even though it was also considered to be important in nursing aging person and supporting their life quality. When analyzing the interview material some contradiction in gerontological nursing emerged. Those contradictions were related for example in attitudes, health promotion and diseases treatment and also ethical questions. The expertise of gerontological nursing considered as a resource that increases nurse's ability to work with aging people. The knowledge this study provides is possible to utilize when planning competence. In the future it would be useful to study for example how pedagogical solutions promote learning.

Keywords: gerontological nursing, expertise, competencies, interview study

## 1 JOHDANTO

Terveysalan ammattilaisen asiakas on yhä useammin ikääntynyt. Tämä selittyy sillä, että väestö vanhenee niin Suomessa kuin muissakin EU maissa nopeasti. Suomessa yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan lähes kaksinkertaistuvan vuodesta 2000 vuoteen 2060 mennessä. Väestön keskimääräinen elinajanodote kasvaa jatkuvasti. Yli 80-vuotiaat ovat nopeimmin kasvava ikäryhmä. (Tilastokeskus 2009.) Tämä kehitys aiheuttaa haasteita myös hoitotyölle ja sen koulutukselle. Viime vuosina on havahduttu siihen, että ikääntyneiden hoitotyö vaatii erityisosaamista. Sen vuoksi gerontologinen osaaminen hoitotyössä ja sen tutkimus on tärkeä ja ajankohtainen aihe niin yhteiskunnallisesti kuin ja hoitotieteellisestikin.

Suomalaisen yhteiskunnan haasteena on turvata terve ja aktiivinen ikääntyminen, sillä terveys ja toimintakyky vaikuttavat olennaisesti ikääntyneiden hyvinvointiin ja sosiaali- ja terveystalouden tarpeeseen. Ikääntyneellä väestöllä on oikeus hyvään hoitoon. Keskeinen tekijä hyvän hoidon toteutumisessa on ammattitaitoinen henkilöstö. Terveysalan ammatillisen koulutuksen tavoitteena on ammattikorkeakoululain (351/2003) mukaan tuottaa päteviä ammattilaisia asiantuntijatehtäviin ja sitä kautta edistää väestön terveyttä. Ikääntyneiden hoitotyötä ajatellen terveydenhuollon koulutukseen tulisi kuulua riittävästi normaalia vanhenemista, geriatria preventiivistä, vanhusten hoitoa ja kuntoutusta sekä vanhusten lääkehoitoa käsitteleviä opintoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Työelämän muutosten hallinta edellyttää koulutukselta tulevaisuuden osaamistarpeiden ennakoimista (Opetusministeriö 2006).

Kasvavaan gerontologiseen erityisosaamistarpeeseen pyritään vastaamaan gerontologisen erityisosaamisen koulutuksen avulla. Hoitotyön yhteydessä gerontologisesta erityisosaamisesta voidaan käyttää nimitystä gerontologinen hoitotyö, jolla tarkoitetaan sitä, että hoitotyöhön yhdistetään kiinteästi gerontologista tutkimustietoa. Gerontologisessa hoitotyössä korostuu ikääntyneiden hyvinvoinnin ja elämänlaadun tukeminen. Näin ollen gerontologisen hoitotyön tavoitteet eivät liity vain ikääntyneiden sairauksien hoitamiseen. (esim. Hyttinen 1999.) Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteena on turvata ikääntyneille mahdollisuus jatkaa mahdollisimman pitkään itsenäistä ja laadukasta elämää. Ikääntyneiden sairauksia voidaan ehkäistä, edistää toimintakykyä ja kuntouttaa, ja siten tukea

autonomisen elämän edellytyksiä. Väestön vanhetessa nopeasti on tärkeää järjestää toimintakykyisyyttään menettäneiden ikääntyneiden tarvitsema arjessa selviytymistä tukeva kuntoutus, huolenpito ja hoiva sekä laadukkaat ja kattavat sairaanhoitopalvelut. Tavoitteena on myös sosioekonomisten ryhmien välisten suurten terveyserojen pienentäminen. Sosiaalinen syrjäytyminen ja huono sosiaalinen asema liittyvät suurempaan sairastavuuteen ja aiemmin heikentyvään toimintakykyisyyteen. Ikääntyneiden terveyden edistämiseksi ja terveyserojen pienentämiseksi luodaan edellytyksiä myös vähentämällä ennakkoluuloja ja ikäsyrjintään johtavia asenteita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2008 antaman Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen tavoitteena on ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen. Siinä korostetaan ihmisarvoisen vanhuuden eettisiä periaatteita. Valmisteilla oleva ikääntyneiden palvelulaki korostaa ikääntyneen väestön asemaa. Samansuuntainen palvelurakenteen uudistus näkyy myös kansainvälisissä tutkimuksissa ja suosituksissa (European Commission 2009).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten Gerontologinen erityisosaaminen -koulutuksen suorittaneet sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja fysioterapeutit kuvaavat gerontologista osaamista hoitotyössä. Tutkimuksesta saatua tietoa on mahdollista hyödyntää gerontologisen hoitotyön koulusta suunniteltaessa ja kehitettäessä.

Tutkimusaineisto on kerätty teemahaastatteluin ja aineiston analyysissä on käytetty induktiivista sisällönanalyysiä. Tämä on huomioitu kaikissa tutkielmaa koskevissa valinnoissa. Tutkimuksessa käytetyt käsitteet on avattu tutkimusaiheen ymmärtämisen kannalta riittävällä tarkkuudella. Näin luodaan yleiskuva tutkittavasta aiheesta. Aineisto- ja menetelmäluvussa kuvataan haastattelututkimuksen eteneminen ja induktiivinen sisällönanalyysi. Luku 5 ”Gerontologisen hoitotyön osaaminen haastateltujen puheessa” muodostaa analyysin ja tulosten synteessin. Käsittely etenee haastatteluteemoittain. Alaluvut on otsikoitu siten, että keskeinen sisältö tulee esiin. Haastatteluaineistosta poimitut näytteet havainnollistavat esitettyjä näkemyksiä. Analyysi- ja tulosluvussa käytetään pääosin ilmausta haastateltava viittaamaan tutkimukseen osallistuneisiin henkilöihin. Niissä kohdissa, joissa eri ammattiryhmien erottelu toisistaan on tarpeen, on ammattinimike kuitenkin mainittu. Pohdinta-luvussa tutkimustuloksia tarkastellaan suhteessa laajempaan kontekstiin.

## 2 GERONTOLOGISEN HOITOTYÖN OSAAMISEN KESKEISET KÄSITTEET

### 2.1 Tiedonhaun kuvaus

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku gerontologisen hoitotyön osaamisesta toteutettiin Linda ja Arto -tietokannoista. Hakusanoina käytettiin ”gerontologic”, ”nursing”, ”geriatric”, ”comptence”. Suomenkielisinä hakusanoina olivat gerontologia, hoitotyö, geriatria ja osaaminen. Nämä tuottivat 25 viitettä, joista valittiin yksi. Lisäksi tehtiin manuaalisia hakuja tutkimusten lähdeluetteloista.

Kansainvälisiä tutkimuksia haettiin Cinahl-, Medline- ja Science Direct -tietokannoista. Hakusanoina käytettiin ”Professional Competence” and ”gerontologic care” or ” Professional Competence” and “ Gerontologic Nursing” and competence\* or “geriatric\*competence\*”or “ Gerontologic Nursing”. Tiedonhaku rajattiin kaikissa tietokannoissa vuosiin 1999 - 2013. Tutkimusten tai artikkeleiden sisäänottokriteereitä olivat:

- tutkimus tai artikkeli tutkii gerontologista hoitotyön osaamista
- tutkimus tai artikkeli on julkaistu vuonna 1999 tai myöhemmin
- tutkimuksen tai artikkelin julkaisukieli on suomi tai englanti
- tutkimus tai artikkeli on saatavana kokotekstinä

Gerontologisesta hoitotyön osaamisesta löytyi erittäin vähän kansallisia ja kansainvälisiä tutkimuksia. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 21 suomenkielisestä ja viisi kansainvälistä tutkimusta (Liite 2).

### 2.2 Gerontologia ja geriatria

Gerontologia, (geron=vanhus, logos=oppi) on tiede, joka tutkii vanhenemista biologisena, psykologisena ja sosiaalisena ilmiönä. Gerontologia on tyypillinen monitieteinen tiede, mikä ilmenee siten, että vanhenemista tutkitaan useista näkökulmista. (Hervonen & Pohjolainen 1990.) Tutkimusta voidaan tehdä biologian (biogerontologia), fysiologian (liikuntagerontologia), anatomian, lääketieteen (geriatria), psykologian (psykogerontologia), sosiologian (sosiaaligerontologia), taloustieteiden (talousgerontologia), humanististen tieteiden (kulttuurigerontologia) ja teknisten tieteiden (geronteknologia) alueella. Vanhenemista tarkastellaan gerontologiassa niin yksilöiden, yhteisöjen kuin yhteiskunnankin kannalta. (esim. Hervonen & Pohjolainen 1990, Sulkava 2007, Heikkinen & Rantanen 2008,

Voutilainen & Tiikkainen 2009.) Voutilaisen ja Tiikkaisen (2009) mukaan gerontologia ei laajasti ajateltuna ole ikäspesifiä tutkimusta. Kuitenkin yksilöihin kohdistuessaan se tarkastelee tavallisesti ryhmää, jolle todennäköisesti tulee vanhenemisen mukanaan tuomia arjessa selviytymistä heikentäviä muutoksia, kuten toimintakyvyn heikkenemistä. Tänä päivänä yksilöihin keskittyvä gerontologinen tutkimus tarkastelee 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien ikäryhmien toimintakykyisyyttä ja selviytymistä. (Voutilainen & Tiikkainen 2009.)

Geriatrია puolestaan on kliinisen lääketieteen alue, joka tutkii iäkkäiden ihmisten sairauksia. Geriatriassa on keskeistä iäkkäiden ihmisten sairauksien ennaltaehkäisy, tutkiminen, hoitaminen ja kuntouttaminen (Hervonen & Pohjolainen 1990; Tilvis ym. 2010). Käytännössä geriatria on monella tavoin saumakohtiin sijoittuvaa sairaanhoitoa. Siinä huomioidaan lääketieteellisten kysymysten lisäksi sosiaaliset näkökohdat. Kokonaisvaltainen lähestymistapa edellyttää laaja-alaista osaamista sekä tietoa ja taitoa arvioida sairaiden ikääntyneiden kliinistä tilaa. (Hervonen & Pohjolainen 1990.) Iäkstä ihmistä arvostava ja kunnioittava asenne on yhtä lailla tärkeä osa geriatriasta osaamista (Hartikainen & Lönnroos 2008).

Vanhustyöllä tarkoitetaan sitä toimintojen kokonaisuutta, jolla pyritään edistämään ja ylläpitämään ikääntyneiden ja iäkkäiden ihmisten hyvinvointia, elämänlaatua, elämänhallintakykyä ja turvallisuutta. Vanhustyön keskeisiä osa-alueita ovat gerontologinen sosiaalityö, geriatria, vanhuspsykiatria sekä gerontologinen fysio- ja toimintaterapia. Kaikkien osa-alueiden toiminnan periaatteet pohjautuvat asianmukaiseen tutkimustietoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

### 2.3 Gerontologisen hoitotyön lähtökohdat

Gerontologista hoitotyötä voidaan pitää kompleksisena kokonaisuutena, jota ei voi määrittellä yksiselitteisesti (esim. Voutilainen & Tiikkainen 2009). Gunter ja Estes (1979) gerontologisen hoitotyön määritelmää voi pitää edelleen käyttökelpoisena. Gerontologista hoitotyötä voidaan pitää terveydenhoitopalveluissa käytettävänä toimintatapana, jossa yhdistetään hoitotyön ja gerontologian tieto ja menetelmät. Tavoitteena on luoda edellytyksiä ikäihmisten terveyttä edistävälle käyttäytymiselle sekä minimoida ja toisaalta kompensoida terveysongelmista aiheutuvia haittoja. Gerontologisen hoitotyön tavoitteena on edistää ikäihmisten sairauksien



diagnosointia ja hoitoa ja toisaalta lievittää kärsimystä. Lisäksi tavoitteena on tukea ikäihmisten sosiaalista hyvinvointia vaikeissa elämäntilanteissa. Järjestelmällinen ja yksilöllinen tarpeiden arviointi on olennaista tavoitteiden saavuttamisen kannalta. Gerontologiselle hoitotyölle on asetettu tavoitteita ja laatuvaatimuksia, joiden toteutumista on systemaattisesti arvioitava. Hoitotyöntekijän pätevyys ja ympäristö, jossa hoitotyötä tehdään, luonnollisesti vaikuttavat siihen, miten hyvin asetetut tavoitteet toteutuvat. (Voutilainen & Tiikkainen 2009.)

Gerontologinen hoitotyö on kehittynyt omaksi erityisalueekseen hoitotyön ja hoitotieteen kehityksen rinnalla. Ennen gerontologisen hoitotyön käsitettä syntyi geriatriksen hoitotyön käsite, joka kehittyi geriatriksen lääketieteen yhteydessä. Hoitotyön kirjallisuudessa geriatriksen ja gerontologisen hoitotyön käsitteitä käytetään usein synonyymeina. (Hyttinen 1999.) Wallacen (2008) mukaan edellä mainituilla käsitteillä on kuitenkin eroa. Hänen mukaansa geriatriksen hoitotyön käsitteellä tarkoitetaan akuutisti tai pitkäaikaisesti sairaiden sekä saattohoidossa olevien ikäihmisten parissa tehtävää hoitotyötä. Gerontologinen hoitotyö puolestaan sisältää terveyden edistämisen ja sairauksia ennalta ehkäisevän toiminnan. Se ei siis ole yksinomaan ikäihmisten hoitamista (care for older people), vaan heidän kanssaan yhdessä toimimista (care with older people).

Gerontologisen hoitotyön määritelmässä heijastuu kullekin ajalle ominainen tai määrittelijän omaksuma käsitys hoitotyöstä, vanhenemisesta ja hyvästä vanhuudesta. Myös ympäristö, jossa gerontologinen hoitotyö toteutuu, vaikuttaa gerontologisen hoitotyön määrittelyyn. Gerontologisen hoitotyön on esitetty merkitsevän hoivaa, kuntoutusta, riippumattomuuden tukemista, toimintakyvyn ylläpitämistä ja arvokkaan kuoleman mahdollistamista. (Hyttinen 1999.) Räsänen (2011) mukaan gerontologisen hoitotyön filosofiaan kuuluu ajatus ikääntyneen ja hänen elämänlaatunsa tukemisesta. Onnistunut tukeminen edellyttää tietoa ikääntyneen nykyisen elämäntilanteen lisäksi myös aiemmasta elämänculusta ja voimavaroista. Räsänen (2011) korostaa hoitajan kykyä ottaa huomioon ikääntymisen monimuotoisuus. Se edellyttää ikääntymisprosessin yksilöllisten vaikutusten havaitsemista. Käytännössä elämänlaatua voidaan ylläpitää ja parantaa esimerkiksi toimintakyvyn eri ulottuvuuksia tukemalla. Myös Hyttisen (1999), Maukin (2005), Blackburnin ja Dulmusin (2007) mukaan gerontologisessa hoitotyössä korostuu vanhusten sairaanhoidon lisäksi huolehtiminen ihmisen jäljellä olevasta hyvinvoinnista ja voimavaroista. Hogstel (2011) käyttää käsitettä gerontinen (gerontic) hoitotyö, joka sisältää sekä geriatriksen että

gerontologisen hoitotyön. Hän korostaa terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisemisen tärkeyttä iäkkäiden ihmisten hoitotyössä. Elämänlaadun parantamisen tai ylläpitämisen voi siis katsoa olevan eräs keskeisimmistä gerontologisen hoitotyön tavoitteista.

Gerontologinen hoitotyö korostaa asiakaslähtöisyyttä, dialogista vuorovaikutusta ja luottamusta, joiden voi katsoa olevan tärkeitä tekijöitä asiakkaan elämänlaadun kannalta. Ikääntyneen asiakkaan oikea-aikainen tarpeiden ja voimavarojen arviointi ja huomioon ottaminen ovat huolenpidon, konkreettisen hoidon sekä läsnäolon pohjana. Tavoitteena on turvata asiakkaalle mahdollisimman hyvä vanhuus. Gerontologisessa hoitotyössä eettiset kysymykset nousevat keskeisiksi. Iäkäs asiakas on haavoittuva kahdella tavalla: vanhenemisen myötä sairastumisen todennäköisyys lisääntyy ja ihmisen voimavarat heikkenevät. Haurasta ja heikkoa ihmistä on helppo vahingoittaa ja loukata fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Tätä haavoittuvuutta pidetäänkin riskinä, jota tulisi välttää. Voimien heikkenemistä vanhuudessa ei voida estää, mutta ikääntyneen voimavaroja voi tukea. (Johansson 2001, Adeniran & Carrik 2008, Hyttinen 2008, Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009.) Ikääntyneen ihmisen haavoittuvuuden vaikutus hoitotyöhön korostuu erityisesti muistisairaiden hoidossa. Gerontologisen hoitotyön menetelmillä voidaan tukea ikääntyneen omaa elämänhallintaa. Avuntarpeen ja avun vastaanottamisen hyväksyminen eivät kuitenkaan ole itsestäänselvyksiä. (Rauhala 2005.) Hyväksymistä vaikeuttavat ikääntyneen kokema ahdistus, pelko ja turvattomuus. Hoitaja voi tukea emotionaalisesti ja suojella sekä vahvistaa tunne-, arvo- ja ajatusmaailmaa vanhuksen aiemman elämäntyylin mukaisesti. Myös mielekäs ajanviete vahvistaa elämänhallintaa. (Settersten 2005, Teeri ym. 2006, Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009.)

Myös kuolevan vanhuksen hoitotyö on osa gerontologista hoitotyötä. Hoitohenkilökunta joutuu jatkuvasti kosketuksiin kuoleman kanssa paitsi asiakkaan/potilaan kuoleman lähestyessä ja kuoleman hetkellä, myös asiakkaan kuoleman jälkeen hänen omaistensa kanssa. Hyvään elämään ja elämänlaatuun ikääntyneiden hoidossa kuuluu myös arvokas kuolema, joka ei useinkaan ole ennenaikainen tai vieras asia. (O`Shea ym. 2008, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2011.) Hoitohenkilökunnalle kuolema on kaksijakoinen: siihen liittyy sekä vaatimus hyvästä kuolemasta että menetyksen kokemus. Hoitajien valmiudet keskustella kuolemaan liittyvistä asioista ja vanhusten halu puhua lähestyvistä kuolemasta riippuvat omista asenteista, osaamisesta ja kulttuuritekijöistä. Hoitajien puutteellisten tietojen ja taitojen vuoksi ikääntynyt ei aina saa tietoa omasta ennusteestaan, eikä hän aina edes tiedosta

lähestyvää kuolemaa. (Wadensten ym. 2007, O`Shea ym. 2008.) Molander ja Peräkylä (2000) toteavatkin, että iäkkäät eivät ole kuoleman edessä samanarvoisia silloin, kun kuoleminen on pitkäkestoista. Ympäristö tottuu iäkkään ihmisen hauraaseen olemukseen elämän ja kuoleman välimaastossa, ja ikääntynyt jää ilman varsinaista loppuelämän hoitoa. Lisäksi Molander ja Peräkylä (2000) näkevät toisena ääripäänä ”lähden saappaat jalassa” eli ”kuolematta kuoleminen”, jolloin elämän loppuvaihetta ei tule. He kuvaavatkin saattohoitoa filosofiaksi. Filosofiana se selkiyttää ja mahdollistaa elämänlaadun aina viimeiseen hengenvetoon asti, kun hoidettavalle mahdollistetaan kuolevan identiteetti. Kuolevalle tarjoutuu tilaisuus elää omaa kuolemaansa, saattajalle taas tilaisuus elää toisen kuolemaa. Filosofia implikoi samalla myös tulevaisuutta (Räsänen 2011).

Gerontologista hoitotyötä on pidetty perinteisesti terveydenhuollon työnä, mutta jatkossa se tulee koskemaan kaikkea ikääntyneiden hoivatyötä. Lähtökohtana on, että se soveltaa ikääntyneiden hoitotyöhön teoretietoa ikääntymisestä. (Räsänen 2011.) Hoitotyön toiminnot ja interventiot perustuvat tutkittuun tietoon (näyttöön perustuva hoitotyö), ammattilaisten kokemuksiin sekä hyviin gerontologisiin käytänteisiin. Monipuolinen tiedon hyödyntäminen mahdollistaa sen, että hoitaja pystyy tekemään ikääntyneen edun mukaisia päätöksiä ja näin vaikuttamaan positiivisesti hoidettavan elämänlaatuun. (Haho 2006, Eriksson ym. 2007, Perälä 2008, Cullum 2009, Häggman-Laitila 2009.)

Gerontologiseen hoitotyöhön liittyy olennaisesti moniammatillinen yhteistyö (Kuusela ym. 2010). Esimerkiksi yhteistyö kuntoutuksen henkilökunnan kanssa on tärkeää toimintakyvyn edistämässä. Toimintakyvyn ja terveyden edistäminen sekä sairauksien hoito edellyttävät gerontologiselta hoitotyöntekijältä itsenäistä päätöksentekokykyä, myös akuuteissa hoitoa vaativissa tilanteissa. Hän vastaa osaltaan pitkäaikaissairauksien hoidosta, seurannasta ja kuntoutuksesta sekä koordinoi yhteistyötä. Gerontologien hoitotyö on silta, joka auttaa rakentamaan ikäihmisten palvelukokonaisuuden asiakaslähtöiseksi ja saumattomaksi. Näin se vähentää esimerkiksi vanhusten siirtoa hoitopaikasta toiseen. Joissakin vaikeissa sairaustilanteissa sairaalahoito voi olla tarpeen. (Koskinen ym. 1998, Resnick 2004, Routasalo ym. 2004, Adeniran & Carrik 2008, Hyttinen 2008, Garwood 2010).

Tässä tutkimuksessa gerontologisella hoitotyöllä tarkoitetaan iäkkään ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen ja säilyttämiseen ja sairauksien hoitamiseen pyrkivää hoitotyön erityisalaa. Gerontologisessa

hoitotyössä sovelletaan monitieteistä tietoa, joka sisältää sekä gerontologisen tiedon että hoitotieteellisen tiedon. Siihen sisältyvät hoitotyön eettiset mallit, menetelmät, arvot ja osaaminen. Eettinen osaaminen ja moniammatillinen yhteistyö korostuvat gerontologisessa hoitotyössä. Gerontologien hoitotyö voi kohdentua yksilöön, perheeseen tai yhteisöön ja sitä toteutetaan erilaisissa ympäristöissä. Gerontologisen hoitotyön tulee näkyä myös yhteiskunnallisena toimintana, jonka tavoitteena on ikääntyvän ja iäkkäiden ihmisten tasapainoinen ja turvalliseksi koettu elämä. (Voutilainen & Tiikkainen 2009.)

## 2.4 Osaaminen käsitteenä

Osaamista voidaan määritellä monin tavoin, esimerkiksi Niiniluoto (1984) tarkoittaa osaamisella ihmisten ja eläinten käyttäytymiseen liittyviä kykyjä ja valmiuksia. Osaamiseen liittyy toiminnallinen näkökulma, mitä kuvaa se, että henkilö voi tietää, mitä tulisi tehdä, mutta ei osaa sitä kuitenkaan toteuttaa. Osaamiseen liittyy toisaalta myös tiedollinen näkökulma, mistä toimii esimerkkinä se, että henkilö ei voi osata toimia, jos ei tiedä, kuinka toimitaan. (Niiniluoto 1984.) Tietämisen ja tekemisen yhdistyessä voidaan puhua osaamisesta, myös ammatillisesta osaamisesta. Osaamisella voidaan siis tarkoittaa työn vaatimien tietojen ja taitojen hallintaa sekä niiden soveltamista käytännössä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2000, Nieminen 2007). Osaamisella voidaan tarkoittaa myös ennen kaikkea käytännön tietoa eli kykyä toimia. Osaamiseen liittyy tavoitteellisuuden ja onnistumisen näkökulma: jos jokin tehtävä onnistuu, se on osattu, mutta jos se ei onnistu, sitä ei ole osattu. (Sveiby 1997.) Osaaminen voidaan sisällyttää kyvykkyyteen, millä tarkoitetaan kykyä soveltaa tietoa ja osaamista halutun tuloksen aikaansaamiseksi. Myös ongelmanratkaisukyky voi korostua osaamista määriteltäessä (Stähle & Grönroos 1999). Käsiteltäessä osaamista työkontekstissa käytetään usein käsitettä työelämäosaaminen, jolla tarkoitetaan työssä menestymiseen tarvittavia tietoja, taitoja ja asenteita (Hanhinen 2010).

Osaamista voidaan tarkastella niin yksilö- kuin organisaatiotasollakin. Organisaation osaamisen voidaan katsoa rakentuvan inhimillisestä, fyysisestä ja sosiaalisesta pääomasta. Inhimillisellä pääomalla viitataan yksilöiden osaamiseen, työmotivaatioon, sitoutumiseen ja työkykyyn. Fyysinen pääoma sen sijaan viittaa esimerkiksi toimintaympäristöön ja käytettävissä oleviin taloudellisiin resursseihin. Sosiaalinen pääoma muodostuu yksilöiden välisistä suhteista, johtamisjärjestelmästä ja organisaatiokulttuurista. Näistä tekijöistä koostuu organisaation osaaminen ja voimavarat. (Hätönen 2007.) Myös työntekijä- ja työlähtöinen

osaamisen tarkastelu on mahdollista. Tällöin osaamisen ajatellaan koostuvan sekä työntekijältä vaadittavista että työssä vaadittavista ominaisuuksista. Yksilön osaamisen Sandberg (1994) on jakanut viiteen osa-alueeseen: teoreettisen tiedon hallinta, käytännöllisen tiedon hallinta, kyky suoriutua työstä tai tehtävästä, käytettävissä oleva kontaktiverkosto sekä yksilön käsitys työstä. Mainitut osaamisen osa-alueet on siis jaettu osaamisen sisällöllisen tarkastelun perusteella. Myös Sveiby (1997) on jaotellut yksilöllistä osaamista eri elementteihin, joita ovat tosiasioiden tietäminen, taidot, kokemus, arvot sekä sosiaaliset verkostot. Sosiaaliset verkostot ovat osaamisen kannalta merkittäviä muun muassa sen vuoksi, että niiden avulla osaamisen ja yksilöllisen tiedon voi ymmärtää olevan sosiaalisesti rakentunutta. Yksilöltä vaadittavia osaamiseen liitettyjä taitoja ovat esimerkiksi tietojen ja taitojen monipuolinen ja luova käyttäminen, ajattelutaidot, organisointikyky ja ryhmätyöskentelytaidot, oppimiskyky, joustamis- ja mukautumiskyky sekä oman osaamisen arviointikyky (Hätönen 2007). Osaamisen jakaminen näkyvään ja näkymättömään, hiljaiseen, osaamiseen on myös mahdollista. Näkyvää osaamista ovat tiedot, taidot ja toiminta. Näkymätön osaaminen sen sijaan koostuu motiiveista, yksilöllisistä ominaisuuksista sekä käsityksestä itsestä. Näkymätön osaaminen luo usein pohjan toiminnalle, jossa osaaminen konkretisoituu. (Spencer & Spencer 1993.) Osaamisen kehittyminen vaatii motivaatiota, itsenäistä opiskelua, kriittistä ajattelua, tiedon soveltamista ja kokemuksen kartuttamista (Watkins 2000, Vanaki & Memarian 2009).

Osaamisen synonyymina käytetään usein käsitettä kompetenssi. Kompetenssilla tarkoitetaan työntekijän pätevyyttä ja lahjakkuutta soveltaa taitoja sekä hänen haluaan oppia uutta (Huggings 2004, Boyatzis 2008, Tilley 2008). Pätevyyden kehittyminen etenee vaiheittain, mutta kehittymisen perustana toimii teorian tiedon osaaminen (Boyatzis 2008). Osaamisen tavoin kompetenssia voidaan luokitella eri tavoin. Usein se konteksti, missä osaamista käsitellään, toimii lähtökohtana kompetenssien määrittämiselle. Esimerkiksi ammatillinen kompetenssi voidaan jaotella eri osa-alueisiin: ammatillisen kompetenssi tarkoittaa spesifisen toiminta-alueen tehtävistä suoriutumista. Menetelmällinen kompetenssi viittaa työsuorituksen aikana ilmeneviin ongelmiin reagoimiseen ja ratkaisujen etsimiseen. Menetelmälliseen kompetenssiin kuuluu myös se, että saatuja kokemuksia osataan hyödyntää tulevilla ongelmatilanteilla. Sosiaalisella kompetenssilla tarkoitetaan kommunikointia ja yhteistyötä sekä ryhmätyöskentelyssä tarvittavan sosiaalisen kyvykkyyden ja empatian osoittamista. Osallistumista edistävä kompetenssi sen sijaan viittaa oman työn ja työympäristön muokkaamiseen, organisointi- ja päätöksentekokykyyn. Vastuunotto omasta toiminnasta ja

kehityksestä on osa osallistumista edistävää kompetenssia. (Bunk 1994, viitattu lähteessä Ruohotie 2005.)

Perinteinen tapa jaotella kompetenssi, on pitää kompetenssia joko kykynä suoriutua työtehtävistä tai yksilön ominaisuuksina (tiedot, taidot, asenteet). Ruohotie (2005) kuvaa kompetenssia yksilön ominaisuudeksi, joihin lukeutuvat tiedot ja älylliset taidot sekä ei-kognitiiviset valmiudet, kuten motivaatio ja itseluottamus. Ruohotien mukaan kompetenssi on yksilön subjektiivinen kokemus mahdollisuuksistaan ja kyvyistään toimia tavoitteiden suuntaisesti ja kyvyistä vaikuttaa ympäristöönsä. Kompetenssia voidaan pitää myös edellä mainittujen yhdistelmänä, jolloin henkilön ominaisuudet yhdistyvät suoritusnäkökulmaan. Tuolloin kompetenssilla voidaan tarkoittaa työntekijän valmiuksia, kykyjä ja ominaisuuksia suoriutua tietystä tehtävästä (Helakorpi 1999).

Osaamisen määrittelyn yhteydessä käytetään käsitettä kvalifikaatio, joka tarkoittaa edellytyksiä, kelpoisuusehtoja sekä laadun määrittelyä (MOT 2010). Kvalifikaatiot esitetään tavallisimmin ammatista tai työorganisaation taholta johdettuina suoritus-, pätevyys- tai ammattitaitovaatimuksina tai -tarpeina, joita työntekijöiltä edellytetään (Hanhinen 2010). Kvalifikaatiot ovat näin ollen työelämän näkökulma ammattitaitoon. Haltia ja Kivinen (1995) määrittelevät kvalifikaatiot sellaisiksi ominaisuuksiksi, tiedoiksi, valmiuksiksi ja taipumuksiksi, joita ihmiset käyttävät työelämässä. Työn edellyttämästä osaamisesta voidaan johtaa kvalifikaatiovaatimukset, jotka muuttuvat työelämän muutosten myötä. Työelämässä toimiessaan yksilö vaikuttaa siihen, mitkä työn vaatimukset toteutuvat hänen työssään, ja miten hän käyttää potentiaalisia kykyjään hyväkseen. (Mäkinen 2004.)

Peltari (1997) kiteyttää käsitteiden kvalifikaatio, kompetenssi (pätevyys) ja ammattitaito olevan suhde-käsitteitä eli tilanne-, tehtävä- ja kontekstisidonnaisia. Kvalifikaatio, kompetenssi ja ammattitaito ovat myös yksilön ominaisuuksia, joko aktuaalina tai potentiaalina ilmeneviä. Hänen mukaansa käsitteet kuitenkin painottuvat eri tavoin; kompetenssi-käsite painottuu yksilöön ja kvalifikaatio-käsite työhön. Ammattitaito, kompetenssi ja kvalifikaatio omaksutaan koulutuksen ja elämän aikana. Niiden omaksumisessa yksilöllä on aktiivinen rooli. Yksilö voi myös toiminnallaan vaikuttaa muun muassa kvalifikaatiovaatimusten muotoutumiseen. (Peltari 1997.)

## 2.5 Gerontologisen hoitotyön osaaminen ja kompetenssit

Kirjallisuuden ja keskeisten tutkimusten mukaan (liite 1) gerontologinen hoitotyö vaatii sairaanhoitajan perustietojen ja -taitojen lisäksi erityisosaamista ja tietoa ikääntymisen vaikutuksista yksilöön, perheeseen ja yhteisöön. Gerontologisen hoitotyön erityisosaaminen edellyttää tietoja, taitoja ja asenteellisia valmiuksia. (mm. Hyttinen 1999, Hogstel 2001, Mauk 2005, Ebersole & Touhy 2006, Blacburn & Dulmus 2007, Wallace 2008, Wallace & Grossman 2008, Voutilainen & Tiikkainen 2009.)

Gerontologisessa hoitotyössä tarvitaan tietoa normaaleista vanhenemismuutoksista ja niihin liittyvistä riskeistä. Keskeistä on myös tieto iäkkäiden tavallisimmista pitkäaikaissairauksista, niiden hoidosta ja ennaltaehkäisystä. Tärkeää on myös tuntee yhteiskunnan ikääntyville tarjoamia palveluita sekä epävirallisia ja virallisia verkostoja. Gerontologisessa hoitotyössä osaamista tulee olla iäkkäiden lääkkeistä ja lääkityksestä, erityisesti ongelmista lääkkeiden yhteiskäytössä ja lääkkeiden käyttöön liittyvistä erityishaasteista. Lisäksi tarvitaan tietoa iäkkäiden terveyden edistämisestä, kuten ravitsemuksesta ja liikunnasta. Tärkeänä nähdään myös tieto iäkkäiden mielenterveyden edistämisestä ja päihteiden käytöstä. (Hyttinen 1999, Hogstel 2001, Mauk 2005, Ebersole & Touhy 2006, Blacburn & Dulmus 2007, Wallace 2008, Wallace & Grossman 2008, Voutilainen & Tiikkainen 2009.)

Tietojen lisäksi gerontologisessa hoitotyössä vaaditaan taitoja, kuten ikääntymiseen liittyvien vanhenemismuutosten tunnistaminen ja kyky erottaa ne patologisista muutoksista. Tämä edellyttää taitoa käyttää hoitotyössä luotettavia ja ikäihmisille soveltuvia arviointimenetelmiä fyysisen, kognitiivisen ja psykososiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa. Gerontologisessa hoitotyössä vaaditaan hoitotyön auttamismenetelmien hallintaa kuten päivittäisissä toimissa ja liikkumisessa tukeminen, lääkehoito, ravitsemus- ja nestehoito, palliatiivinenhoito, kivunhoito, ihonhoito ja saattohoito. (Hyttinen 1999, Hogstel 2001, Mauk 2005, Ebersole & Touhy 2006, Balcburn & Dulmus 2007, Wallace 2008, Wallace & Grossman 2008, Voutilainen & Tiikkainen 2009.)

Gerontologinen hoitotyö vaatii taitoa työskennellä moniammatillisissa ryhmissä erilaisissa hoito- ja toimintaympäristöissä ja vaihtelevissa tilanteissa. Gerontologisessa hoitotyössä korostuvat näin ollen vuorovaikutustaidot. Vuorovaikutustaitoja tarvitaan myös iäkkään itsensä ja hänen läheistensä kanssa työskenneltäessä. Gerontologisessa hoitotyössä korostuvat

iäkkään ja hänen läheistensä opetus- ja ohjaustaidot. On tärkeää osata kannustaa ja tukea ikääntynyttä ja hänen omaisiaan, jotta turvallisuuden, riippumattomuuden ja osallisuuden tunne säilyisi ikääntyneellä. (Hyttinen 1999, Hogstel 2001, Mauk 2005, Ebersole & Touhy 2006, Blacburn & Dulmus 2007, Wallace 2008, Wallace & Grossman 2008, Voutilainen & Tiikkainen 2009.)

Gerontologisessa hoitotyössä kohdataan eettisiä kysymyksiä, joiden käsittely vaatii ammatillista ja eettistä päätöksentekotaitoa. Tämä edellyttää tietoa eettisistä arvoista ja periaatteista ja ammattialaa ohjaavan juridiikan tuntemista. Eettisesti korkeatasoista toimintaa ohjaa ammatillinen toiminta, joka perustuu tieteelliseen tietoon hoitamisesta. Taito toimia eettisesti korkeatasoisesti edellyttää myös taitoa kehittää gerontologista hoitotyötä. (Hyttinen 1999, Hogstel 2001, Mauk 2005, Ebersole & Touhy 2006, Blacburn & Dulmus 2007, Wallace 2008, Wallace & Grossman 2008, Voutilainen & Tiikkainen 2009.) Gerontologinen hoitotyö edellyttää siis laajaa ja monitieteistä tietoperustaa ja siinä vaaditaan hoitotyön yleisosaamisen lisäksi erityisosaamista.

Gerontologisen hoitotyön kehittämiseksi on laadittu gerontologisen hoitotyön kompetensseja niin kansainvälisesti kuin kansallisestikin. American Association of Colleges of Nursing, AACN (2000) on laatinut kompetenssikuvaukset geriatriseen hoitotyöhön, sen opettamiseen ja kehittämiseen. Niissä geriatriksen hoitotyön osaamiseen kuuluvat: kriittisen ajattelun osaaminen, vuorovaikutusosaaminen, hoitotyön päätöksenteko-osaaminen, kliininen osaaminen, terveyden edistämisen osaaminen ja sairauksien ehkäisemisen osaaminen (riskien kartoittaminen), geriatristen sairauksien ja oireiden tunnistaminen, viestintäteknologia- ja geronteknologiaosaaminen, eettinen osaaminen, yksilöllisyyden kuten kulttuurisuuden tunnistaminen, geriatriksen hoitotyön kehittämisosaaminen, terveyspalvelu- ja terveyspolitiikkaosaaminen, tiimityöosaaminen, hoidon koordinoinnin osaaminen ja geriatriksen hoitotyön kehittämisosaaminen.

Myös Suomen sairaanhoitajaliiton gerontologisen hoitotyön asiantuntijaverkosto on laatinut gerontologisen hoitotyön kompetenssit (liite 2). Ne on laadittu kansainvälisen kirjallisuuden pohjalta ja niissä tiivistyy kirjallisuudessa esiin tulleet gerontologisen hoitotyön osaamisvaatimukset (AACN 2000, ANA 2001, Mezey ym. 2006). Niiden mukaan gerontologisen hoitotyön kompetenssit ovat eettinen osaaminen, viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen, päätöksenteko-osaaminen, yhteistyöosaaminen, terveyden



edistämisen osaaminen, ohjaus- ja valmennusosaaminen, kliininen osaaminen, geriatrinen osaaminen ja kehittämis- ja vaikuttamisosaaminen. Yksityiskohtaisilla osaamiskuvauksilla konkretisoidaan vaadittavaa osaamista eli sitä, millaisia tietoja, taitoja ja asenteita sairaanhoitajalta edellytetään. Gerontologinen hoitotyön osaaminen muodostuu työelämän yleisestä osaamisesta, ammattispesifistä ydinosamisesta ja gerontologisen hoitotyön erityisosaamisesta. Osaamiskuvauksia voidaan hyödyntää täydennys- ja lisäkoulutuksen suunnittelussa ja koulutuksen vaikuttavuuden arvioinnissa. Kuvauksia voi käyttää myös käytännön hoitotyössä gerontologisen hoitotyön osaamisen arvioinnissa ja henkilökohtaisen tai työyhteisön kehittämissuunnitelmien laatimisessa ja kehittymisen arvioinnissa. Osaamisvaatimukset ja -tasot vaihtelevat sairaanhoitajan roolin, työtehtävien ja toimintaympäristön mukaan. Tässä tutkielmassa esitettävät osaamiskuvaukset koskevat sairaanhoitajan työtä, mutta ne ovat laajennettavissa muihinkin ammattiryhmiin, jotka tekevät gerontologista hoitotyötä. Esimerkiksi tässä tutkimuksessa haastateltavina on myös terveydenhoitaja ja fysioterapeutteja. Periaatteellisella tasolla tässä tutkimuksessa ei ole tarpeen tehdä eroa sairaanhoitajan ja muiden ammattinimikkeiden välille.

Eettinen osaaminen perustuu ikääntyneen kunnioittamiseen, eettisten periaatteiden ja lakien noudattamiseen. Tärkeää on myös tunnistaa asenteet iäkkäitä kohtaan. Kyky puuttua tarvittaessa ikääntyneiden hoidossa esiintyviin epäkohtiin sisältyy eettiseen osaamiseen. Gerontologisessa hoitotyössä tarvitaan viestintä- ja vuorovaikutusosaamista, ohjausosaamista, jota hyödynnetään yhteistyötilanteissa niin vanhuksen itsensä kuin yhteistyöverkostojenkin kanssa. Kyky eettiseen ja ammatilliseen päätöksentekoon korostuu gerontologisessa hoitotyön osaamisessa. Terveyden edistämisen osaaminen, kliininen osaaminen ja geriatrinen osaaminen mahdollistavat iäkkään terveyden ja toimintakyvyn arvioinnin ja edistämisen oikea-aikaisesti. Kehittämis- ja vaikuttamisosaaminen on tärkeää, kun kehitetään gerontologista hoitotyötä ja edistetään vanhuksen hyvinvointia.

Suomessa on tutkittu vähän gerontologisen hoitotyön osaamista. Kansainvälisessä kirjallisuudessa tutkimukset AACN (2000), ANA (2001), Mezey ym. (2006), tukevat Kivelän (2006) kehittämissuunnitelmia, joiden avulla geriatrista hoitoa ja vanhustyötä tulisi kehittää vastaamaan uusinta tutkimustietoa. Selvityksessä tulisi laatia ehdotukset perus- ja täydennyskoulutuksen toimenpiteistä, joiden avulla sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaaminen voidaan arvioida. Kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijäryhmien peruskoulutusohjelmia tulisi kehittää siten, että niihin kuuluisi riittävästi normaalia

vanhenemista, geriatriasta preventiivista, vanhustenhoitoa ja kuntoutusta sekä vanhusten lääkehoitoa käsitteleviä opintoja. Lisäksi selvityksessä todetaan, että vanhusten hoidon teoreettiseen täydennyskoulutukseen ja moniammatillisiin vanhusten hoidon kehittämissuunnitelmiin tulee panostaa.

Kansainvälisten tutkimusten tuloksista ilmeni, että erityisosaajia kouluttamalla potilaiden hoidon laatu parani ja potilaiden kuolleisuus aleni (AACN 2000, ANA 2001, Mezey ym. 2006). Gerontologisen asiantuntijaverkoston laatimia osaamiskuvauksia on voitu käyttää apuna hahmoteltaessa, minkälaista osaamista hoitotyöntekijöiltä edellytetään. Lisäksi niiden pohjalta voidaan laatia osaamisprofiileja sekä kehittämissuunnitelmia. Gerontologinen hoitotyö on integroitu opetukseen koko koulutuksen ajan. Tällöin opiskelijoilla on mahdollisuus perehtyä kokonaisvaltaisesti ikääntyneeseen ihmiseen eri toimintaympäristöissä. Tutkimuksista ilmeni, että moniammatillisella yhteistyöllä on todettu olevan merkitystä hyvän vanhusten hoidon ja vanhustyön toteutumiselle.

## 2.6 Gerontologisen hoitotyön osaamisalueet

**Eettinen osaaminen** gerontologisessa hoitotyössä ilmenee ikääntyneen ihmisen ja hänen perheensä arvojen, asenteiden, roolien, kulttuurin, uskonnon ja elämäntyylin huomioon ottamisena ja kunnioittamisena. Ikääntyneiden hoidossa tulee osata soveltaa lakeja ja eettisiä periaatteita (itseääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, turvallisuus, voimavaralähtöisyys, yksilöllisyys). Sairaanhoidajan tulee tunnustaa omat ja toisten asenteet, arvot ja odotukset ikääntymisessä ja niiden vaikutuksesta hoitoon sekä puuttua tarvittaessa epäkohtiin. Sairaanhoidaja edistää ikääntyneen ihmisen autonomiaa ja hänen osallistumistaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon sekä noudattaa yksilöllisen hoidon periaatteita. (AACN 2000, ANA 2001, Tiikkainen 2009.)

**Viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen** kuvataan sairaanhoidajan taitona viestiä kunnioittavasti ikääntyneen asiakkaan ja hänen perheensä kanssa. Lisäksi sairaanhoidajan tulee tunnustaa ja ottaa huomioon ikääntyneiden ihmisten viestimiseen, tuntemuksiin, havaitsemiseen ja aistimiseen liittyvät toiminnalliset, fyysiset, kognitiiviset ja psykososiaaliset vanhenemismuutokset (AACN 2000, ANA 2001, Tiikkainen 2009.)

**Hoitotyön päätöksenteko** perustuu sekä hoitotieteelliseen että monitieteiseen gerontologiseen tietoon. Päätöksenteko on tehtävä näkyväksi kirjaamalla ja arvioimalla hoidon- ja palvelun vaikuttavuutta. Sairaanhoidajan kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä potilaan/asiakkaan monimutkaisten ongelmien ratkaisemiseksi korostuu erityisesti ikääntyneiden ihmisten kohdalla (Tiikkainen 2009.) Sairaanhoidajan osaamisalueisiin kuuluu myös toimia **yhteistyössä** ikääntyneen ihmisen ja hänen sosiaalisen verkostonsa sekä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa sekä vastata tiedonkulusta, kun ikääntynyt siirtyy kotiin, sairaalaan tai muuhun laitokseen. Sairaanhoidaja koordinoi hoito- ja palveluprosessin eri toimijoiden kesken moniasiantuntijuutta hyödyntäen, tukee ikääntynyttä palveluviidakossa ja hyödyntää palvelujärjestelmän mahdollisuuksia ikääntyneen parhaaksi (AACN 2000, ANA 2001, Tiikkainen 2009.)

**Terveyden edistämisen osaaminen** on kuvattu siten, että sairaanhoidtaja aktivoi ja tukee ikääntyneen ihmisen omaehtoista terveyden edistämistä sekä ehkäisee ja vähentää riskitekijöitä, jotka heikentävät toimintakykyä ja elämänlaatua ja johtavat toiminnan vajavuuksiin. Myös varhainen puuttuminen ongelmakohtiin on osa terveyden edistämisen osaamista. Sairaanhoidtajan tulee hallita ikääntyneiden terveyden edistämisen painopistealueet ja käyttää ikääntyneille soveltuvia terveyden edistämisen arviointi- ja auttamismenetelmiä. Lisäksi sairaanhoidtajan tulee osata arvioida ikääntyneen ihmisen elinympäristön esteettömyyttä ja riskejä sekä toteuttaa terveyttä ja toimintakykyä edistävää hoitotyötä. (AACN 2000, ANA 2001, Tiikkainen 2009.)

Sairaanhoidtajan tulee hallita **ohjattavan ja valmennettavan** asian ikäspesifi sisältö sekä osata soveltaa kasvatuserontologian tietoa ikääntyneen ihmisen ja hänen perheensä ohjaamisessa. Lisäksi sairaanhoidtaja laatii ja käyttää ikääntyneille soveltuvia välineitä ja materiaalia ohjauksessa ja valmennuksessa (AACN 2000, ANA 2001, Tiikkainen 2009.)

**Kliininen osaaminen** ilmenee siten, että sairaanhoidtaja käyttää hoitotyössä luotettavia ja ikäihmisille soveltuvia arviointimenetelmiä fyysisen, kognitiivisen ja psykososiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa. Sairaanhoidtajan tulee tunnistaa normaalit vanhenemismuutokset ja erottaa ne patologisista muutoksista. Sairaanhoidtaja osaa käyttää näyttöön perustuvia menetelmiä hoitotyössä sekä hallitsee keskeiset gerontologisen hoitotyön auttamismenetelmät, joita ovat: lääkehoito, ravitsemus ja nestehoito, palliatiivinen hoito, kivunhoito, ihonhoito, liikkuminen ja saattohoito. Ikääntyneiden hoitotyössä sairaanhoidtajan

osaamiseen kuuluu ehkäistä hoitoon liittyviä ja hoidosta johtuvia iatrogeenisia ongelmia sekä ehkäistä fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käyttöä. Kliiniseen osaamiseen kuuluu arvioida ikääntyneen ihmisen hoito- ja elinympäristöä ottaen huomioon vanhenemismuutokset. Sairaanhoidaja analysoi ja selvittää sosiaalisen verkoston voimavarat, taidot ja mahdollisuudet auttaa ikääntynyttä ihmistä ylläpitämään henkilökohtaisia tavoitteitaan ja itsenäisyyttään. Gerontologisessa hoitotyössä hyödynnetään geronteknologiaa ikääntyneiden toimintakyvyn, riippumattomuuden, turvallisuuden ja osallisuuden edistämiseksi. Sairaanhoidajan tulee osata toteuttaa gerontologista hoitotyötä erilaisissa hoito- ja toimintaympäristöissä (AACN 2000, ANA 2001, Tiikkainen 2009.)

**Geriatrasta osaamista** kuvastaa sairaanhoidajan kyky tunnistaa ja hoitaa yleisiä geriatrisia oireyhtymiä, akuutteihin ja kroonisiin sairauksiin liittyviä monimutkaisia tiloja sekä monisairastuvuuteen liittyviä ongelmia. Tällaisia ovat esimerkiksi inkontinenssi, muistisairaudet ja dementia, pneumonia, delirium, kaatumiset, HRO (hauraus-raihnaisuusoireyhtymä), masennus, käytösoireet, yksinäisyys ja eristäytyneisyys. (AACN 2000, ANA 2001, Tiikkainen 2009.)

Gerontologisessa hoitotyössä sairaanhoidajan **kehittämisen- ja vaikuttamisosaaminen** ilmenee siten, että sairaanhoidaja laatii ja noudattaa hyvän hoidon kriteereitä. Niiden tunteminen auttaa sairaanhoidajaa tunnistamaan huonoa hoitoa ja kohtelua sekä raportoimaan siitä. Sairaanhoidaja hyödyntää tutkittua tietoa hoitotyössä, tunnistaa gerontologisen hoitotyön kehittämiskohteita ja osallistuu aktiivisesti kehittämiseen ja hyvien käytänteiden luomiseen sekä julkaisee ja välittää kehittämisen tuloksia eri tasoilla. (AACN 2000, ANA 2001, Tiikkainen 2009.)

Hyttisen (1999), Hildenin (1999) ja McConnelin (1999) tutkimukset (taulukko 1) tukevat Tiikkaisen (2009), hyödyntämiä kansainvälisessä kirjallisuudessa esitettyjä osaamiskuvauksia (AACN 2000, ANA 2001). Ilmeistä on, että vanhustyössä on osaamistarpeita, jotka eivät muutu, vaan pysyvät niin kauan kuin ihminen säilyy fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti nykyisenlaisena. Toisaalta tulevaisuudessa tarvittavaa osaamista voidaan tarkastella siitä näkökulmasta, millaisia taitoja asiakkaat odottavat vanhustyön ammattilaiselta. Yhtäältä myös tietomäärän lisääntyminen, oman ammatin profession kehittäminen, verkostoituminen ja työn uudelleen organisointi tuovat paineita uusille kvalifikaatiovaatimuksille.

Tulevaisuuden osaamisessa Hyttinen (1999) korostaa gerontologisen hoitotyön tietoperustaa, Hilden (1999) puolestaan sairaanhoitajan osaamista ja McConnel (1997) gerontologisen hoitotyöntaitoja. Tiikkaisen ym. (2009) mukaan keskeiset megatrendit nostavat esille erilaisia osaamisvaatimuksia, joita ovat proaktiivinen (ennakoiva) toiminta, gerontologinen hoitotyö, kulttuurinen osaaminen ja kielitaito, potilasturvallisuuden edistäminen ja riskien hallinta sekä teknologia osaaminen.

Taulukko 1. Osaaminen gerontologisessa hoitotyössä ja sairaanhoitajan työssä (Hyttisen 1999, Hildenin 1999 ja Mc Connelin 1997) mukaan.

Hyttinen (1999)	Hilden (1999)	Mc Connel (1997)
Gerontologinen hoitotyön tietoperusta	Sairaanhoitajan osaaminen	Gerontologisen hoitotyön taidot
<ul style="list-style-type: none"> <li>*Empiirinen tieto: vanhenemisprosessit, vanhusten sairaudet, sosiaaliturva, kustannustietoisuus, yhteisöhoitotyö</li> <li>* Eettinen tieto: tasa-arvoinen kohtelu, erilaisuuden hyväksyminen ja kaltoinkohtelun tunnistaminen</li> <li>* Esteettinen tieto: vanhuksen jokapäiväinen selviytyminen, tapaturmariskit, teknologia, yhteistyö ikääntyneiden ja omaisten kanssa, keskinäinen välittäminen ja puolesta puhuminen, ohjaustaidot (sairaudet, lääkkeet, sosiaaliturva, palvelut, geronteknologia)</li> <li>*Persoonallinen tieto: myönteinen asenne ikääntyneitä kohtaan, oman työn arvostus, auttavan vuorovaikutuksen hallinta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Ammatin ja työn arvostus</li> <li>*Auttamistaidot</li> <li>*Muutoksenhallintataidot</li> <li>*Päätöksentekotaidot</li> <li>*Suunnittelutaidot</li> <li>*Itsenäisen työskentelyn taidot</li> <li>* Eriyisalan tiedonhallinta</li> <li>*Asiakaspalvelutaidot</li> <li>*Sopiva persoonallisuus</li> <li>*Arviointi- ja kehittämistaidot</li> <li>*Kokemus</li> <li>*Kontaktit</li> <li>*Yleinen tietopohja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Kykyä hyödyntää työssään monitieteistä gerontologista uutta tutkimustietoa</li> <li>*Taitoa muuttaa iäkkään ihmisen ympäristöä hänen tarpeitaan vastaavaksi</li> <li>*Kykyä ja taitoa toimia moniammatillisessa työryhmässä</li> <li>*Taitoa osallistua gerontologisen hoitotyön kehittämiseen</li> <li>*Taitoa osata opettaa muille, mitä itse tietää</li> <li>*Kehittää gerontologisen hoitotyön kriteerejä</li> <li>*Seurata gerontologista tutkimusta</li> <li>*Hallita vuorovaikutustaitot</li> <li>*Hallita kuntoutustekniikat</li> <li>*Taitoa auttaa iästä integroitumaan elämään</li> <li>*Taitoa hoitaa kuolevaa</li> <li>*Taitoa auttaa surevaa</li> <li>*Taitoa auttaa kohti tulevaisuutta, vaikka se olisi vain seuraava päivä.</li> </ul>

## 2.7 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista ja osaamiskuvauksista

Tarve kehittää gerontologista hoitotyötä ja osaamista omana erityisalueenaan nousee sekä väestön ikääntymisestä että hoitotieteen ja gerontologian kehittymisestä. Lisäksi haaste kehittää gerontologisen hoitotyön asiantuntijuutta on erityisen ajankohtainen Suomessa, jossa väestö ikääntyy monia muita maita nopeammin. Väestön ikääntyminen on maailmanlaajuinen ilmiö, ja eri puolilla maailmaa hoitotyöntekijät kohtaavat enenevässä määrin ikääntyneitä asiakkaita (Voutilainen ym. 2009).

Kansainvälisessä kirjallisuudessa esitetyt osaamiskuvaukset (AACN 2000, ANA 2001, Mezey ym. 2001) tukevat Kivelän (2006) kehittämisehdotuksia, joiden avulla gerontologista hoitotyötä ja geriatriasta hoitoa tulisi kehittää vastaamaan uusinta tutkimustietoa. Gerontologista hoitotyötä on pidetty perinteisesti terveydenhuollon työnä, mutta jatkossa se tulee koskemaan kaikkea ikääntyneiden hoitotyötä. Lähtökohtana on, että se soveltaa ikääntyneiden hoitotyöhön teoriatietoa ikääntymisestä (Räsänen 2011). Tiivis yhteistyö tutkimuksen, koulutuksen ja käytännön työelämän välillä on välttämätöntä sekä koulutuksen että työelämän kehittämiseksi. Koulutuksen tulee tuottaa sekä yleistä, laajaa osaamista että erityisosaamista (Tiikkainen 2009). Tämä mahdollistaa hoidettavan parhaan joka tilanteessa, millä on iso merkitys hoidettavan elämän laadulle. (Haho 2006, Eriksson ym. 2007, Perälä ym. 2008, Cullum ym. 2009, Häggman-Laitila 2009.)

Sekä kansainväliset että kansalliset tutkimukset osoittavat, että tietojen lisäksi gerontologisessa hoitotyössä vaaditaan taitoja ikääntymiseen liittyviin vanhenemismuutosten tunnistamiseen ja kykyyn erottaa ne patologista muutoksista. Tämä edellyttää taitoa käyttää hoitotyössä luotettavia ja ikäihmisille soveltuvia arviointimenetelmiä fyysisen, kognitiivisen ja psykososiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa. Gerontologisessa hoitotyössä vaaditaan myös auttamismenetelmien hallintaa, kuten päivittäisissä toimissa ja liikkumisessa tukeminen, lääkehoito, ravitsemus- ja nestehoito, palliatiivinenhoito, kivunhoito, ihonhoito, ja saattohoito. (Hyttinen 1999, Hogstel 2001, Mauk 2005, Ebersole & Touhy 2006, Balcburn & Dulmus 2007, Wallace 2008, Wallace & Grossman 2008, Voutilainen & Tiikkainen 2009.)

Tutkimukset (Hyttinen 1999, Hogstel 2001, Mauk 2005, Ebersole & Touhy 2006, Balcburn & Dulmus 2007, Wallace 2008, Wallace & Grossman 2008, Voutilainen & Tiikkainen 2009) osoittavat, että gerontologinen hoitotyö vaatii taitoa työskennellä moniammatillisissa

ryhmissä erilaisissa hoito- ja toimintaympäristöissä ja vaihtelevissa tilanteissa. Näin ollen gerontologisessa hoitotyössä korostuvat vuorovaikutustaidot, joita tarvitaan ikääntyneen itsensä ja hänen läheistensä kanssa. Lisäksi gerontologisessa hoitotyössä kohdataan myös eettisiä kysymyksiä, joiden käsittely vaatii ammatillista ja eettistä päätöksentekotaitoa.

Tutkimukset osoittavat, että yhteiskunnan muutosten myötä ikääntyneiden ihmisten tarpeet ja ongelmat ovat muuttuneet; muutoksia tapahtuu myös toimintaympäristöissä ja työmenetelmissä. Tämän vuoksi on tärkeää tutkia, mitä on gerontologinen osaaminen hoitotyössä haastateltavien kuvaamana.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja fysioterapeutit kuvaavat gerontologisen hoitotyön osaamista julkisen terveydenhuollon organisaatioissa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää gerontologisen hoitotyön opetuksessa ja kehittämisessä.

Tutkimustehtävä on:

Millaiseksi sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja fysioterapeutit kuvaavat gerontologista hoitotyön osaamista?



## 4 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

### 4.1 Tutkimusaineiston hankinta ja tutkimukseen osallistujat

Aineiston hankintamenetelmänä oli yksilöhaastatteluina tehdyt teemahaastattelut. Tutkimusaineisto kerättiin joulukuussa 2012 ja tammikuussa 2013 erään sosiaali- ja terveystoimen alueelta. Tutkimustehtävänä oli, millaiseksi sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja fysioterapeutit kuvaavat gerontologisen hoitotyön osaamista. Tutkimukseen osallistumisen valintakriteereinä olivat 1) Gerontologinen erityisosaaminen -koulutuksen suorittaminen ja 2) halukkuus kertoa gerontologisen hoitotyön osaamisesta. Koulutuksesta vastannut opettaja kertoi opiskelijoille suullisesti mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen. Sen jälkeen minä tutkijana otin yhteyttä puhelimitse tai sähköpostitse tutkimuksesta kiinnostuneisiin sairaan-/terveydenhoitajiin ja fysioterapeutteihin, jolloin he antoivat suostumuksen osallistumisestaan tutkimukseen (liite 3). Esimiehille lähetin tutkimuslupahakemuksen ja saatekirjeen (liite 4), jossa kerrottiin tutkimuksesta ja tutkimusmenetelmästä. Tutkija sopi tutkimukseen osallistuvien kanssa haastatteluajankohjan ja -paikkojen järjestämisestä. Haastateltavia oli yhteensä kahdeksan, joista neljä oli sairaanhoitajia, kolme fysioterapeuttia ja yksi terveydenhoitaja (taulukko 2). Tutkimukseen osallistujat olivat iältään 38–53 vuotta, keski-ikä oli 46 vuotta. Haastateltavista kolmella sairaanhoitajalla ja yhdellä terveydenhoitajalla oli ammattikorkeakoulututkinto, yhdellä terveydenhoitajalla ja kolmella fysioterapeutilla oli opistoasteen tutkinto. Keskimääräisesti työkokemusta oli 12 vuotta ja kaikki haastatellut olivat vakinaisessa työsuhteessa.

Taulukko 2. Tutkimukseen osallistujien taustatiedot (n)

Taustatiedot		n
<b>Haastateltujen ikä</b>	(N=8) 30–39	2
	40–47	2
	48–53	4
<b>Ammatillinen koulutus</b>	(N=8) fysioterapeutti	3
	sairaanhoitaja	4
	terveydenhoitaja	1
<b>Työkokemus</b>	(N=8) 0–9 vuotta	2
	10–20 vuotta	6
<b>Työsuhde</b>	(N=8) vakituinen	8

Tutkimusaineiston hankinta toteutettiin teemahaastatteluin ja tutkija toimi haastattelijana. Tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen, koska se on systemaattinen lähestymistapa kuvattaessa ihmisten kokemuksia sekä niiden merkityksiä. Se on luonteeltaan vuorovaikutteista ja subjektiivista. (Burns & Grove 2005.) Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan kuvata uusia tutkimusalueita, joista on hyvin vähän aikaisempaa tietoa tai jos aiheeseen halutaan uusia näkökulmia. Ymmärryksen lisääminen tutkimusilmiöstä on kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa kuvaus osallistujien kokemuksista gerontologisen hoitotyön osaamisesta julkisen terveydenhuollon organisaatioissa.

Haastattelu on yleinen tiedonkeruumenetelmä kvalitatiivisessa tutkimuksessa, koska se on joustava tapa kerätä tietoa tutkittavasta aiheesta (Hirsjärvi & Hurme 2001). Tässä tutkimuksessa tieto kerättiin yksilöhaastatteluin. Haastattelu on Eskolan ym. (1998) mukaan vuorovaikutusta, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa ja haastattelu on osa normaalia elämää, joten normaalit fyysiset, sosiaaliset ja kommunikatioon liittyvät seikat vaikuttavat haastattelutilanteeseen. Haastattelua käytetään erityisesti terveysalalla myös käytännön työssä, esimerkiksi terveystarkastusten yhteydessä (Kylmä & Juvakka 2012). Hirsjärvi ja Hurme (2001) toteavat, että haastattelemine tutkimuksen osana, on vuorovaikutustilanne, jolle on luonteenomaista, että haastattelu on ennalta suunniteltu ja haastattelijalla on tutustunut tutkimuksen kohteeseen sekä käytännössä että teoriassa. Tavoitteena on, että haastattelijalla saa luotettavaa tietoa tutkimusongelman kannalta tärkeiltä alueilta ja haastattelu on haastattelijan alulle panema ja ohjaama. Haastattelijalla joutuu tavallisesti motivoimaan haastateltavaa sekä ylläpitämään hänen motivaatiotaan. Lisäksi haastattelijalla on tunnettava roolinsa, mutta haastateltava oppii sen haastattelun kuluessa. Keskeistä on myös se, että haastateltava voi luottaa siihen, että annettuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Koska haastattelu on sosiaalinen vuorovaikutustilanne, kumpikin osapuoli joutuu ottamaan toisen huomioon. Lisäksi heidän tulee toimia niin, että kumpikin säilyttää oman toimintalinjansa, mutta samalla pitää vastapuolen vuorovaikutuksessa. Myös haastattelupaikalla on merkitystä. Toivottavaa on, että haastattelu voidaan järjestää rauhallisessa ja haastateltavalle turvallisessa ympäristössä (Hirsjärvi & Hurme 2009).

## 4.2 Haastatteluiden toteutus

Haastattelu-aika ja -paikka oli sovittu ennakkoon haastateltavien kanssa puhelimitse tai sähköpostitse. Haastattelu-ympäristöinä olivat laitosten ja sairaaloiden kokous-/neuvotteluhuoneet, jolloin pystyttiin varmistamaan rauhallinen ympäristö ilman keskeytyksiä. Ennen haastattelun alkua tutkija kertoi haastattelun tarkoituksen ja pyysi haastateltavan suostumuksen osallistumisesta tutkimukseen sekä informoi haastattelujen nauhoittamisesta. Haastattelut tehtiin aamu- tai iltapäivisin haastateltavien työajalla. Haastattelut olivat teemahaastatteluita, jolloin tutkijan tehtävänä oli keskustelun aikaan saaminen ja huolehtiminen siitä, että keskustelu pysyy halutuissa teemoissa. (Hirsjärvi & Hurme 2009.) Kuten teemahaastatteluun kuuluu, tutkija oli laatinut haastatteluteemat valmiiksi. Vaikka aihealueet ja teemat oli etukäteen määrättyjä, ei niillä ollut tarpeen olla tarkkaa muotoa tai järjestystä. (Eskola & Suoranta 1998, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) Tässä tutkimuksessa haastatteluteemoina hyödynnettiin Suomen sairaanhoitajaliiton gerontologisen hoitotyön asiantuntijaverkoston laatimia gerontologisen hoitotyön kompetensseja. Teemahaastattelurungon (liite 5) muodostivat siis 1) eettinen osaaminen 2) viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen 3) päätöksenteko-osaaminen 4) yhteistyöosaaminen 5) terveydenedistämisen osaaminen 6) ohjaus- ja valmennusosaaminen 7) kliininen osaaminen 8) geriatrinen osaaminen ja 9) kehittämis- ja vaikuttamisosaaminen.

Kukin haastattelu kesti noin tunnin. Jokaisen haastattelun jälkeen tutkija kirjasi havainnot keskustelun ilmapiiiristä, kulusta ja vuorovaikutuksesta. Vuorovaikutus sujui kaikkien haastateltavien kanssa hyvin. Haastatteluiden alkaessa oli havaittavissa jännittyneisyyttä, mutta keskustelun edetessä ja monipuolistuessa jännitys väheni. Ennen yksilöhaastattelun alkua tutkija keräsi haastateltavalta taustatietolomakkeen (liite 6).

## 4.3 Aineiston analyysimenetelmä

Haastatteluaineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Sillä tarkoitetaan aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavaa ilmiötä voidaan lyhyesti ja yleistettävästi kuvailla tai että ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Induktiivinen sisällönanalyysi etenee kolmivaiheisen prosessin kautta, joita ovat aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Kyngäs & Vanhanen 1999, Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Tutkija aloitti aineiston analyysin kirjoittamalla yksilohaastattelut sanatarkasti puhtaaksi. Litteroitua aineistoa kertyi 82 sivua (Times New Roman, Fontti 12, riviväli 1,5). Litteroinnin jälkeen aineisto tarkastettiin lukemalla kirjoitettu aineisto ja vertaamalla sitä äänitettyyn aineistoon. Yksittäinen sana tai lause valittiin analyysiyksiköksi ja alkuperäisestä aineistosta lähdettiin etsimään ilmaisuja, jotka vastasivat tutkimustehtäviin. Analyysi eteni alkuperäisilmausujen pelkistämällä. Pelkistykset pyrittiin tekemään niin, että alkuperäisilmauksen oleellinen sisältö säilyisi. Aineiston pelkistämisen jälkeen aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmiteltiin omaksi luokakseen ja nimettiin luokka sitä kuvaavalla käsitteellä. Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokkia ja alaluokkia ryhmitellen muodostuivat yläluokat. Näin ryhmittelyn ja abstrahoinnin avulla muodostettiin teoreettisia ilmauksia. Tuotetut käsitteet antoivat vastauksen tutkimustehtäviin. Taulukossa 3 on kuvattu analyysin eteneminen.

Taulukko 3. Esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä ja ala- ja yläkäsitteiden muodostumisesta.

<b>ALKUPERÄINEN ILMAUS</b>	<b>PELKISTETTY ILMAUS</b>	<b>ALAKÄSITE</b>	<b>YLÄKÄSITE</b>
”Et en mene puhumaan kuin lapselle...”	Ei puhuta kuin lapselle		
”Toki muistisairaus pitää ottaa huomioon...”	Otetaan muistisairaus huomioon	Muistisairaan kunnioittaminen	
”...kuitenkin se ikäihmisen arvostaminen, kunnioittaminen, eletty elämä ja se kaikki viisaus...”	Eletyn elämän kunnioittaminen		Ikääntyneen kunnioittaminen
”...asiakaan elämäntilanteen huomioiminen, mistä se ihminen tulee tähän hetkeen...taustojen tunteminen...”	Ikääntyneen taustan tunteminen	Ikääntyneen elämän kunnioittaminen	
”...elämäntyön arvostaminen...”	Ikääntyvän työelämän kunnioittaminen		

## 5 GERONTOLOGISEN HOITOTYÖN OSAAMINEN HAASTATELTUJEN KUVAAMANA

### 5.1 Eettinen osaaminen – arvoja ja käytännön toimintaa

Haastateltavien mukaan eettinen osaaminen ilmenee gerontologisessa hoitotyössä ikääntyneen ja hänen omaistensa arvojen, asenteiden, roolien, kulttuurin, elämäntyylin ja yksilöllisyyden huomioimisena ja kunnioittamisena. Eettisestä osaamisesta puhuttaessa haastateltavat nostivat esiin sen, että ikääntyneen arvostava ja tasavertainen kohtaaminen on keskeistä. Se toteutuu haastateltavien mukaan esimerkiksi siten, että ikääntyneelle puhutaan kuin aikuiselle ja että hänen ympäristöönsä ja tapojaan kunnioitetaan hoitotilanteissa. Samoin eettisenä osaamisena pidetään sitä, että hoitaja kunnioittaa esimerkiksi ikääntyneen hengellistä vakaumusta, vaikka hengellisten asioiden kohtaaminen hoitajasta tuntuisikin vaikealta.

*”Se on sitä arvostamista, kun ollaan vanhustyössä, ne ihmiset ovat minua vanhempia, en mene puhumaan kuin lapselle, puhun kuin aikuiselle. Tässä työssä työskennellään ihmisten kotona, toimitaan hänen sääntöjensä mukaan.”*

*”...nämä ovat vaikeita asioita...näitä tekee automaattisesti, ei niitä ajattele... jos on tämmöinen hengellinen ihminen, häntä pitää kunnioittaa. Jos joku sanoo, että minä olen tämmöinen pakana, en käy kirkossa, niin sitäkin pitää kunnioittaa...”*

Haastateltavien mukaan eettistä osaamista on se, että hoitaja toimii eri tavoin ikääntyvän parhaaksi. Tämä voi toteutua esimerkiksi siten, että hoitaja ottaa eräänlaisen puolestapuhujan roolin, varsinkin, jos omaiset asuvat kaukana tai heitä ei ole. Ikääntyneen parhaaksi toimiminen voi liittyä myös yhteydenpitoon omaisten kanssa, jotta heillä olisi mahdollisuus osallistua läheisensä elämään ja hoitoon.

*” Toki jossain vaiheessa olen puolesta puhuja, etenkin, jos asiakkaalla ei ole omaisia tai he asuvat kaukana.”*

*”...tulee aina mieleen, kun laitoksesta kotiutetaan...sanotaan, että tämä pärjää kotona... syö itse ja käy vessassa, mutta kun siellä ei ole 24 tuntia vieressä auttamassa, se tilanne ei ole sama, ja ettei hylätä sinne...on pidettävä huoli, että asiakas pärjää kotona...”*

Omaisten osallistumisen ikääntyneen hoitoon koettiin tärkeäksi esimerkiksi niin, että hoitajilla olisi tiedossa, kuka ensisijaisesti on ikääntyneen lähin omainen.

*”... sitten tämmöinen omaisten osallistuminen, että tietäsi, kenelle kerrotaan ja mitä... kun on paljon lapsia ja vielä riitaisia keskenään... välillä pitää ihan sanoa, että yksi lähiomainen, jonka kanssa puhutaan...”*

*”... paljon on ihmisiä, jotka eivät pysty kertomaan toiveistaan, niin otan omaiset tähän mukaan...yritän haastella ja keskustella omaistenkin kanssa...”*

Ikääntyneen myönteinen huomioiminen ilmeni elämänsä arvoamisena ja huomioimisena. Ikääntyneelle puhutaan hoitotilanteessa päivän tapahtumista ja ollaan läsnä. Haastateltavat kokivat tärkeänä muistisairaiden huomioimisen ja ajan antamisen heille.

*”... se ikäihmisen arvostaminen, kunnioittaminen ja eletty elämä ja kaikki se viisaus mikä sieltä tulee, pitää saada käyttöön...”*

*”... minä ajattelen, että olen täysillä työssä, jos istahdan jonkun ihmisen kanssa... yritän kuunnella muistisairaita, mitä ne sanoo, kerron mitä maailmassa tapahtuu... tosiaan se ihmisen kunnioittaminen ja ihmisen kuunteleminen...”*

*”... ajatellaan muistisairaita... et niitä käsitellään kuin pieniä lapsia... ei aina muisteta, että he on ihan aikuisia ihmisiä...”*

Yksi keskeisimmistä ikääntyneen parhaaksi toimimiseen liitetystä teemoista on itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, joskin se nähdään jännitteisesti: Ikääntyneen itsemääräämisoikeutta pidetään tärkeänä arvona, mutta sen kunnioittamisen ja toteuttamisen ei aina katsota olevan ihmisen parhaaksi. Toisaalta hoitajat ovat kohdanneet tilanteita, jolloin itsemääräämisoikeus ei toteudu. Itsemääräämisoikeus siis näyttäytyy jossakin määrin ambivalenttina käsitteenä. Eräs tilanne, jolloin ikääntyneen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ei toteudu, voi liittyä ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen. Haastateltavat kertovat, että hoitajat joutuvat välillä pakotetusti tekemään vastoin ikääntyneen tahtoa

*”...just tulee tämä itsemääräämisoikeus, kuntoutujat haluaisi olla vaan tuolla sängyssä, eikä haluis tehdä yhtään mitään... siinä on pakko ehkä välillä jyrätä ja mennä itsemääräämisoikeuden yli...”*

Haastateltavien mukaan ikääntyneiden itsemääräämisoikeus ei toteudu myöskään hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä, vaan se tehdään ilman asiakasta ja hänen omaistaan. Haastateltavien mielestä yhteiskunta toimii liiaksi työtätekevien kautta, jossa ikääntyviä ei ole otettu riittävästi huomioon.

*”... just sen itsemääräämisoikeuden kohdalla, sitä ei kunnioiteta, saatetaan tehdä hoito- ja palvelusuunnitelma ilman asiakasta...ja ilman omaista... sit semmonen yhteiskunnallinen osuus... yhteiskunta toimii työtätekevien kautta... ni tavallaan yhteiskuntaa voisi suunnitella paremmin ikääntyviä ihmistä palvelevaksi...”*

Lakien- ja asetusten noudattaminen hoitajien toiminnassa näkyy vaitiolovelvollisuuden kunnioittamisena, hoitotyön periaatteiden ja potilaslakien noudattamisena. Käypähoito- ja kansalliset suositukset nousevat esille esimerkiksi koulutuksessa käynnin jälkeen.

*”...tämä on pieni kunta, kaikki tietää kaikkien asiat...on tietosuoja... minun pitää ihan sanoa, että minulla on vaitiolovelvollisuus...”*

*”Onhan ne kaikki potilaslait, mitä joutuu miettimään... vaitiolovelvollisuudet ja kaikki nämä...”*

*”.. kansalliset suositukset ja käypähoitosuositukset... ne antaa viitekehyksen omalle työlle... opiskelun myötä tullut... en voi sanoa, että ne on joka päivä mielessä...”*

Haastateltavat kuvaavat eettiseksi osaamiseksi ikääntyneiden hoidossa ilmeneviin epäkohtiin puuttumisen. Haastateltavien kokemuksen mukaan hoitajien työtä ohjaavat heidän omat arvonsa ja suhtautuminen ikääntyneisiin, yhteistyökumppaneihin ja kollegoihin.

*”Osalla liittyy alkoholin liika käyttöön, johon pitää puuttua...lääkkeiden väärin käyttöä... mielenterveysongelmat... ne on solmussa toisiinsa...omaisten taholta tulee useasti hyökkäyksiä... epäasiallista käytöstä...huutamista...haukkumista...”*

*”Sanotaan, että siihen on pakko puuttua, kun tietää, että se on oikein...jos vaikka tasa-arvo jää toteutumatta, nostetaan se esille ja käsitellään...”*

*”Kyllä sen kaltoinkohtelun tunnistaa... jos minä huomaan, minä kyllä sanon... sen huomaa hoitajan ilmeistä, eleistä ja otteista jos on äksyllä tuulella... vanhukset ovat pelokkaita...puutun varmasti...”*

*”... millä tavalla me suhtaudumme ikäihmisiin, toisiimme ja yhteistyökumppaneihin... mitkä arvot meille on tärkeitä...”*

Haastateltavien mukaan hyvä hoito toteutuu, kun ikääntyneelle annetaan aikaa ja hänen tarpeisiinsa pystytään vastaamaan. Haastateltavat kokevat hyvään hoitoon sisältyvän elämäntilanteen huomioimisen, taustojen tuntemisen, tasavertaisen kohtaamisena, turvallisuuden luomisen ja sen hetkisen toimintakyvyn tukemisen.

*”Itse näen sen sillä lailla, että huomioidaan asiakkaan elämäntilanne, mistä ihminen tulee tähän hetkeen ja jollakin lailla niitten taustojen tietäminen ja tunteminen... sillä lailla ihmiseen tutustuminen...elämäntyön ja elämänuran arvostaminen, et näkyy siinä tilanteessa... fysioterapiassakin...”*

*”Minusta hyvä hoito on sitä, että vastataan ikääntyneen tarpeisiin, kohdataan ihminen tasavertaisesti ja luodaan turvallisuus, että saa aina apua... tuetaan niitä voimavaroja, jotka ovat jäljellä...”*

Haastateltavien mukaan hyvä hoito ei kuitenkaan välttämättä toteudu riittämättömien henkilöstöresurssien vuoksi. Hoitajat kokevat, että henkilökuntaa on liian vähän ja he ovat kiireisiä. Vähäisten resurssien koetaan vaikuttavan asiakkaalle annetun hoidon laatuun, mutta se aiheuttaa myös hoitajille riittämättömyyden tunteita.

*”... ei ole aikaa asukkaille...hoitajia on liian vähän...hoitajat kokee, et hyvän hoidon antaminen ei ole mahdollista ja se aiheuttaa riittämättömyyden tunteen...ei kaikkeen kerkee.. hoitajat sanoo, et asukkaat on vaan säilössä...”*

Haastateltavat toimivat ikääntyneen parhaaksi kunnioittamalla ihmisen omavaltaisuutta asiakaslähtöisyys huomioiden. Hoitajat huomioivat muistisairaat kuuntelemalla heidän

toiveitaan, vaikka muistisairaat eivät pystyisi enää asioistaan itse päättämään. Fysioterapiassa asiakaslähtöisyys kuvataan ikääntyneen mahdollisuutena valita vaihtoehtoja. Kotihoidossa hoitajat kunnioittavat ikääntyneen kotia ja näin toimivat ikääntyneen parhaaksi.

*”...sen omavaltaisuuden kunnioittaminen ihmisenä ja asiakkaana...vaikka olisi se muistisairas ...kuullaan niitä ihmisiä...vaikka he eivät pysty ehkä suurista asioista päättämään...”*

*”...kyllä se asiakaslähtöisyys fysioterapiassa on sitä, että ikääntynyt saa itse valita enemmän ja me tarjotaan vaihtoehtoja...”*

*”Se pitää muistaa, että me kunnioitetaan sitä ihmisen kotia ja toimitaan niillä ehdoilla, mitä siellä tulee vastaan...”*

Haastateltavien mukaan ikääntyneet hoidetaan passiivisiksi. He kokivat, että ikääntyneitä hoidetaan liikaa; tällöin ei huomioida ikääntyneen omatoimisuutta ja toimintakykyä. Ikääntyneille ei anneta riittävästi tietoa aktiviteettien mahdollisuudesta ja tueta mahdollisuutta ulkoilla päivittäin. Tämän katsottiin liittyvän paitsi henkilöstön resurssien puutteeseen, myös siihen, että ikääntyneet eivät ole tottuneet sellaiseen kulttuuriin, jossa olisi harrastettu aktiviteetteja. Kuitenkin haastateltavat kokivat että, ikääntyneet jäävät neljän seinän sisälle ja ovat sosiaalisesti eristäytyneitä. Lisäksi haastateltavat toivat esiin, että ikääntyneet voivat kokea turvattomuutta asuessaan yksin ja jäädessään vaille sosiaalisia kontakteja. Tästä johtuen myös kotona pärjäämättömyys voi lisääntyä ja aiheuttaa enenaikaista laitoshoitoon hakeutumista. Haastateltavien mukaan ikääntyneitä kohtaan on asenteellisuutta ja työ ikääntyneiden parissa koetaan vähempi arvoiseksi.

*”... onko eettistä se, et ihmistä tavallaan hoidetaan passiivisesti välittämättä hänen toimintakyvystään ja toisaalta ylenmääräinen passaus- ja palvelukulttuuri on myöskin epäeettistä... et ihmiselle ei anneta ehkä tietoa, mahdollisuutta päivittäiseen ulkoiluun ja viriketoimintaan...”*

*”...eihän me voida säilöä ihmisiä koteihinsa...et niitäkin olisi, ketkä haluaisivat ja olisi tahtoa... mutta kenelläkään ei ole aikaa tarjota...mutta meillä ei ole myöskään sellaista kulttuuria vallalla, että haluttaisiin aktiviteetteja... meillä on sellainen sukupolvi tällä hetkellä asiakkaana, että ne menee navettaan, lypsää lehmät ja lepää, että ne jaksaa seuraavana päivänä...”*

*”Turvattomuus on varmaan yksi niitä yleisempiä, miksi koetaan, et ei haluttais olla enää siellä kotona ja pärjätä siellä kotona.”*

*”...asenteellisuutta on vielä paljon...kyl mäkin koen arvostelua...et ikäihmisten asiat on yksinkertaisia...miten ne sua kiinnostaa...mun mielestä se vaatii laajaa osaamista ikääntyneitten asiat...”*



Haastateltavien osaamiskuvauksista nousee esiin, että eettiseen osaamiseen liitettyjä asioita huomioidaan hoitotyössä ja että eettinen osaaminen on sisäistetty tärkeäksi osaksi gerontologista hoitotyötä. Eettiseen osaamiseen tai toimintaan liittyen tuodaan kuitenkin esiin myös epäkohtia. Eettisen toiminnan puutteita tunnustetaan, mutta käytännössä toimintatapojen muuttaminen on haasteellista. Toisaalta haastateltavien puheessa nousi esiin erityistilanteita, joissa hoitajan on toimittava suunnitellusti esimerkiksi vastoin asiakkaan tahtoa, jotta voidaan toimia asiakkaan parhaaksi. Eettiseen osaamiseen liittyy ristiriitaisuutta ja asiakkaan parhaaksi toimiminen vaatii tilannekohtaista arviointia.

## 5.2 Vuorovaikutus – gerontologisen hoitotyön perusta

Haastateltavat kuvasivat vuorovaikutusta suhteena ikääntyneeseen ja hänen omaisiinsa, eri yhteistyötoimijoihin ja kollegoihin. Vuorovaikutus merkityksellistyy ikääntyneen kuulemisena ja yhteistyönä eri tahojen kanssa, ikääntyneen toimintakyvyn huomioivana toimintana ja tilanteeseen sopivana viestintänä/viestimisen tapana. Viestinnässä ja vuorovaikutuksessa voi olla myös puutteita, jolloin viesti ei välttämättä välity. Erilaiset toimintakulttuurit voivat olla syynä tähän viestinnän epäonnistumiseen. Haastateltavien mukaan viestintä- ja vuorovaikutustaidot nousevat keskeiseksi hoitotyössä niin ikääntyneiden kuin omaistenkin kanssa. He kuvasivat, että ilman vuorovaikutusta ei ole hoitotyötä. Haastateltavat pitivät tärkeänä vuorovaikutuksen alkamista, jolloin voidaan sopia käytännön asioista ikääntyneen ja omaisten kanssa.

*”...kun tulee uusi asiakas...niin se vuorovaikutus niin asiakkaan kuin sen omaisen kanssa, et sais semmosen hyvän alun sille...esimerkiksi sovittais omaisten kanssa, milloin tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, sovittais, kuka on lähiomainen, miten osallistuu hoitoon... kun on ollut hyvä alkukeskustelu, niin vuorovaikutus toimii hyvin...”*

Haastateltavien mielestä ikääntyvän ihmisen kanssa keskeistä vuorovaikutuksessa on, että ikääntyneelle annetaan aikaa. Heidän näkemyksensä mukaan ikääntyneen kuuleminen avaa vuorovaikutuksen ja hänen taustojensa tietämisen. Lisäksi hoitajat huomioivat ikääntyneet yksilöllisesti.

*”... ikääntyneissä tapahtuvat muutokset pitäisi ottaa huomioon...niitä ei ole otettu riittävästi huomioon...ikäntyneitä hoidetaan samalla sabluunalla kuin työikäisiä... muutokset pitää ottaa huomioon...”*

*”... otan aktiivisesti ihmiset mukaan... en kulje ohi... jään juttelemaan...”*

Toisaalta haastateltavat kokivat, että omaisten kanssa ei ole riittävästi yhteistyötä. Omaisten saama tieto on vähäistä ja omaisille ei perustella asioita. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että omaiset eivät ymmärrä kuntouttavan toimintamallin merkitystä ja kokevat, että heidän läheistään ei auteta.

*”...omaiset ovat meidän yhteistyökumppaneita, mutta yhteistyö heidän kanssaan on liian vähäistä...”*

*”...on tämä kuntouttava toimintamalli, kun ikääntyneitä pyritään tukemaan, että hän selviytyisi arjen toiminnoista...omaiset ei aina ymmärrä... se johtuu tiedon puutteesta...”*

Haastateltavat huomioivat ikääntyneen toimintakykyä ollessaan vuorovaikutuksessa ikääntyneen kanssa. Lisäksi he pyrkivät muodostamaan kuvan itselleen kuinka heidän tulee eri tilanteissa viestiä. Haastateltavat kertovat käyttävänsä eri menetelmiä vuorovaikutustilanteissa. Myös asiakkaan eri aistien vuorovaikutuksessa ikääntyneiden kanssa koettiin tärkeäksi erityisesti erityisryhmien kohdalla.

*”... huomioin fyysistä puolta ja yleensä toimintakykyä... sitä pyrkii nopeasti muodostamaan kuvan itselleen kuinka minun tulee tässä tilanteessa viestiä...”*

*”...mennäänkö huumorilla...heitetäänkö vitsiä...sit toisille pitää olla tiukan asiallinen...usein otetaan musiikki mukaan...tanssitaankin...sehän on tutkittu musiikin vaikutus aivohalvauspotilaille...vanhoja iskelmiä...sota-ajan musiikkia...välillä lauletaan ja kommunikoidaan, että saadaanko puhetta tulemaan sitä kautta...”*

*”... se näkyy koko ajan... et joutuu käyttämään kaikkia aisteja... et ihan ku puhetta tulee kuuloaistin kautta...näköaistin kautta...kun teet niinkun näyttämällä...tuntoaistin kautta...kun minulla on paljon afatikkoja...ihän manuaalisella ohjauksella tulee se tunnonkautta ohjaus...paljon on ollut noita nielemisharjoituksia, niin tulee maun kautta ohjauksia...periaatteessa kaikki aistikanavat on olleet käytössä...on joutunut miettimään...mikä aistikanava on vahvin...millä tämä kuntoutuja ottaa vastaan...et toimiiko näyttämällä vai muutamalla sanalla vai käytetäänkö kuvia apuna...mikä on se kanava millä saa viestin läpi...”*

Haastateltavat kuvasivat, että huomioivat ikääntyneen taustan yksilöllisesti vuorovaikutustilanteissa sekä pitävät tärkeänä tilannetajua sekä sanattoman viestinnän tunnistamista.

*”... tausta vaikuttaa millä tavalla puhe vaikuttaa...onko joku itse puhetyöläinen...verbaalisesti lahjakas...vai onko joku maatalosta...eikä ole niin korkeesti koulutettu...niin huomaa sen, mitä sanoja voi käyttää vai pitääkö yksinkertaistaa kieltä vai käyttää rikkaampaa kieltä... et osaa tehdä asian selkeesti...”*

*”...pitää tunnistaa sanaton viestintä ja ennakoida tilanteita, et osaa nähdä ja olla rauhallinen...”*

*”...millä äänensävyllä sen sanoo...huomaa jos hoitaja on vähän äksympi...”*

Haastateltavat huomioivat myös ikääntyneen turvallisuuden vuorovaikutuksessa. Hoitoala on naisvaltainen ja varsinkin yöaikaan he kokevat mieshoitajan lisäävän turvallisuutta niin ikääntyneille kuin hoitajille.

*”...jos miehiä olisi enemmän tässä vanhustyössä...niin ehkä olisi turvallisempaa meillä kaikilla...”*

Haastateltavat mukaan viestintä- ja vuorovaikutustaitoja tarvitaan moniammatillisessa yhteistyössä sekä kollegojen kanssa. Onnistunut vuorovaikutus mahdollistaa löytämään yhteiset näkemykset ja hoitolinjat ikääntyneen parhaaksi. Haastateltavat kokivat työkokemuksen olevan hyödyksi vuorovaikutuksessa ikääntyneiden kanssa, koska oman työ- ja elämäkokemuksen avulla on helpompi kommunikoida ikääntyneiden kanssa.

*”... paljonhan meidän tarvii harrastaa viestintää ja vuorovaikutusta myös hoitotyöntekijöiden keskenään ja moniammatillisen työryhmän ja löytää sieltä ne yhteiset linjat...”*

*”... siinä helpottaa se, että itselle on kertynyt ikää ja elämäkokemusta on paljon helpompi kommunikoida...”*

Haastateltavien näkökulman mukaan viestintä- ja vuorovaikutus ei toimi kirjaamisessa eikä tieto kulje organisaatiossa. Haastateltavien mukaan ei kirjata ikääntyneen toimintakykyyn vaikuttavista asioista, vaan kirjaaminen näyttäytyy töiden luettelemisena. Haastateltavat kuvaavat kirjaamista asiantuntijalähtöiseksi raportoinniksi, joka ei välttämättä ole ymmärrettävää.

*”...oon lukenut kirjaamisesta paljon ja huomannut... valitettavasti...että se ei kerro oikein mitään... se kirjaaminen...on lueteltu töitä vaan, mitä ollaan tehty...”*

*”...asiat, jotka kirjataan ovat yhdessä mietittyjä...se ei ole asiantuntijalähtöistä raportointia...vaan semmosta enemmän asiakaslähtöistä raportointia...”*

*”...meidän pitää kirjata läpinäkyvästi...selkokielisesti...asiantuntijuus ei tule tekstin hienoudesta... vaan, että asiakas ymmärtää...henkilökunta ymmärtää ne ja oleelliset asiat löytyy...”*

Haastateltavat tuovat puheessaan esiin vuorovaikutustilanteita ja -tapoja, joita on mahdollista pitää ikääntyntä kunnioittavina. Lisäksi he tuovat esiin yksilöllisen kohtaamisen, missä huomioidaan ihmisen vanhenemismuutokset, jotka voivat merkittävästi vaikuttaa vuorovaikutustapoihin. Haastateltavat toteavat vuorovaikutuksen olevan hoitotyön perusta, mutta he tuovat puheessaan esille myös sen, että viestintä ja vuorovaikutus ei aina toteudu toivotulla tavalla. Esille tuodut ongelmat liittyvät ennen kaikkea viestintään hoitohenkilökunnan kesken, mikä käytännössä näkyy esimerkiksi puutteellisena tai eitaroituksenmukaisena kirjaamisena potilasasiakirjoihin. Tämä voi johtaa siihen, että

hoitohenkilökunnalla ei ole asiakkaan tilanteesta totuudenmukaista kuvaa. Haastatteluaineiston perusteella voi todeta, että asiakastilanteissa tapahtuvaan vuorovaikutukseen kiinnitetään huomiota, mutta toisentyypisissä tilanteissa on kehitettävää.

### 5.3 Päätöksenteon vastuullisuus ja vaikeus

Haastateltavat kokevat gerontologisen hoitotyön vastuulliseksi työksi, johon olennaisena osana kuuluu myös päätöksenteko, nimen omaan ikääntyneen puolesta. Tämän itsenäisen päätöksenteon tueksi tarvitaan laaja-alaista tietoa ja osaamista. Haastateltavat kokivat, että tutkittu tieto gerontologian ja hoitotyön alalta mahdollistaa päätöksenteon ikääntyneen puolesta. Haastateltavat nostavat esiin päätöksenteko-osaamista käsiteltäessä sen, että he kokevat, että yleisesti ottaen vanhustyötä ei arvosteta. Päätöksenteko kuvataan kuitenkin sellaisena gerontologisen hoitotyön osa-alueena, mikä saa aikaan oman työn arvostamista, vaikkakin se koettiin haastavaksi. Päätöksentekoa merkityksellistetään itsenäisenä vastuun ottamisena, yhteistyönä lääkärin kanssa sekä vuorovaikutustilanteina niin hoidettavan, hänen omaistensa kuin lääkärin ja kollegoiden kanssa.

Haastateltavien mukaan gerontologinen osaaminen hoitotyössä vaatii laajaa osaamista muun muassa tutkittuun tietoon perustuvaa ikääntymisprosessien tunnistamista, itsenäistä päätöksentekokykyä ja priorisointikykyä. Haastateltavat arvostavat osaamistaan siitä huolimatta, vaikka kokevat, että vanhustyötä ei yleisesti arvosteta. Haastateltavat näkevät mielestään koko vanhustyön kirjon, kun taas erikoissairaanhoidossa nähdään pieni pala ikääntyneen elämä. Haastateltavat arvostavat työtä tehdessään itsenäisiä päätöksiä. Niitä tehdessään haastateltavat huomioivat ikääntyneen yksilöllisesti, mutta toisaalta he pohtivat myös päätöksenteon eettisyyttä tilanteissa, jossa ikääntynyt itse ei pysty ilmaisemaan itseään.

*”...kyllä se on ikääntymisprosessin tunnistaminen...ja ne vaikutukset...tietoperusta...mitä se ikääntyminen on...”*

*”...vanhustyötä ei arvosteta...mut kun miettii, niin pitää osata hirveesti...osaamista pitää olla monenlaista...ei osata ajatella, mitä se hoitaminen siellä kotona on...on hienoa olla erikoissairaanhoidossa...jollakin hienolla osastolla...se on pieni pala ihmisen elämä...toki tärkeä pala...tässä joutuu paljon osaamaan... ei voi siirtää seuraavaan päivään ... pitää priorisoida...”*

*”...meidän ei tarvitse automaattisesti tehdä näitä asioita...vaan me osataan pysähtyä sen ihmisen kohdalle...ja ajatellaan ihmistä yksilönä...se on minusta se suuri päätöksenteko...”*

*”...varsinkin sellaisten kohdalla, jotka ei osaa ilmaista itse, mitä he haluavat, niin siinä meillä hoitajilla on iso valta ja vastuu...mehän käytetään suurta valtaa...niin minä sen ajattelen... siinä on taas sit myös omaiset isossa osassa...yhteistyö heidän kanssaan...”*

Haastateltavien mukaan keskeiseksi nousee ikääntyneiden hoidon tarpeen määrittely sekä toimintakyvyn huomioiminen toiminnan suunnittelussa. Erityiseksi haasteeksi nousee muistisairaat ja heidän huomioimisensa yksilöinä.

*”... on pitkällään siinä oven edessä, pitää miettiä mitä pitää tehdä...onko pyörtynyt, onko kaatunut, soitanko ambulanssin...”*

*”...mieltii sitä...et tulee virtsatieinfektio...ihminen on huonossa kunnossa, et se ei pärjää ja sit mieltii, mihin se ihminen laitetaan...”*

*”...sillä toimintakyvyn osa-alueilla...siihen ikääntyneen perspektiiviin pitää niinku päästä...ikäntymisen ymmärtäminen...”*

*” Muistisairaus tuo suurimman haasteen... että se on ihan oma maailma...jokaisen kohdalla pitää erikseen miettiä, miten hänen kanssaan pystyy asioita hoitamaan ja pystyykö hoitamaan...”*

Haastateltavien mukaan heillä on suuri vastuu ikääntyneen hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa. Lisäksi he kokivat vastuullisena sen, miten he kertovat ja kuvaavat ikääntyneen voinnista lääkärille, joka tekee päätökset hoitajan kuvauksen perusteella. Lääkärin merkitys koettiin suurena lääketieteellisissä päätöksissä. Toisaalta haastateltavat toivat esille, että yhteistyö kaikkien lääkäreiden kanssa ei toiminut: lääkärit eivät huomioi ja kuuntele hoitajien mielipiteitä.

*”No...meillä hoitajillahan on valtava vastuu...kun me ollaan täällä syrjässä... näistä meidän asukkaista, kun tapahtuu muutoksia, meidän pitää pystyä sietämään ihmisten huononemista...meidän pitää osata katsoa milloin se vaatii konsultaatioita lääkäriin ja sairaalaan...yhteistyö lääkärin kanssa on minusta tärkeä...se on erittäin tärkeä...”*

*”...siinä mun vastuu on iso...miten mä esitän asian sille lääkärille ja miten hän tekee päätöksiä niitten pohjalta, mitä minä hänelle kerron...”*

*”...et täällä osastolla lääkärin merkitys on suuri...se riippuu ihan lääkäristä...osan lääkäreistä yhteistyö toimii erittäin hyvin... hän huomioi ja kuuntelee mielipiteitä molemminsuuntaisesti...osa lääkäreistä ei välttämättä kuuntele eikä toimi yhteisesti...”*

Haastateltavat pyrkivät kysymään ikääntyneen omia mielipiteitä hänen hoitoonsa liittyvistä asioista. Osa omaisista on kiinnostunut oman omaisensa hoitoon liittyvistä asioista, mutta ei kuitenkaan riittävästi. Haastateltavien mukaan omaisia pitäisi kuunnella enemmän ja heihin pitäisi olla enemmän yhteydessä.

*”... sit mä pyrin... jos tuli jotain asioita... mä menin sen asukkaan luo ja kysyin, mitä kuuluu ja miten hän kokee sen asian ja pystyin viemään sen ihmisen tuntemukset eteenpäin...”*

*”...mut onhan meillä semmosia aktiivisia omaisia... joka on hyvä asia... he niinku ottaa yhteyttä ja on mukana oman omaisensa hoitamisessa...tai jos ei hoitamisessa, niin miten häntä hoidetaan...”*

*”...kyllä meillä on omaiset siinä suhteessa vähän liian huonossa asemassa, että... omaisia pitäisi kuunnella enemmän... ja ottaa yhteyttä siltä osin...”*

Hoitotyön jatkuvuus toteutuu selkeässä raportoinnissa ja kirjaamisessa. Haastateltavien näkemyksen mukaan kirjaamisessa on kuitenkin puutteita. Effican käyttö koettiin hankalana- ja aikaa vievänä. Hoitajat käyttivät viestivihkoja käytännön asioiden kirjaamiseen hoitajalta toiselle. Epäkohtana nähtiin tietosuoja ja se, että kaikki hoitajat eivät lukeneet viestivihkoa.

*”...ja sitte meillä on oma viestivihko...johon kirjataan...joku sanoo, et sellasta ei saa olla...ei nimellä mainita... kirjataan pieniä asioita...käytännön asioita...viestii hoitajalta toiselle...kankeeta...jos aina pitää mennä Efficaan...”*

Haastateltavat tuovat selkeästi esiin päätöstenteon vaikeuden. Vaikka ikääntyneen puolesta tehtyjä päätöksiä oikeutetaan hoitotieteellisellä ja gerontologisella tiedolla, on käytännössä päätöksen tekeminen silti vaikeaa. Siihen vaikuttaa esimerkiksi eettisten kysymysten pohdinta, mikä kylläkin tietyssä mielessä osoittaa eettisen osaamisen hallintaa. Päätöstenteon läpinäkyväksi tekemisen voi katsoa olevan puutteellista, mihin viittaa haastateltavien useat toteamukset kirjaamisen heikosta tasosta. Myöskään arviointiin haastateltavat eivät ottaneet kantaa. Ratkaistavat ongelmat ovat usein moniulotteisia ja vaativat monenlaista selvitystyötä. Haastateltavat toivat esiin sen, että omaisten kanssa ei tehdä riittävästi yhteistyötä. Näin ollen poissuljetaan eräs vaihtoehto, mikä voisi auttaa hoitohenkilökuntaa päätöksenteossa, etenkin muistisairaiden kohdalla.

#### 5.4. Yhteistyö haasteena ja mahdollisuutena

Haastateltavat kuvasivat yhteistyöosaamista tärkeäksi osaksi hoitotyötä. Haastatteluaineistossa nousi esiin useita yhteistyön merkityksiä. Yhteistyöosaamista kuvattiin viestintänä ja yhteydenpitona asiakkaan hoitoon ja elämään liittyvien toimijoiden kanssa. Tällaisina mainitaan muun muassa apteekki, lääkärit, kotihoito, sairaalat, seurakunta, sosiaalityö, mielenterveystoimisto, työyhteisön jäsenet ja asiakkaan omaiset. Myös poliittiset toimijat eli käytännössä kuntapäättäjät mainittiin yhteistyötahona. Tiedottaminen ja yhteistyö kuntapäättäjien kanssa oli haastateltavien näkemyksen mukaan tärkeää. Haastateltavien mukaan oikea tieto mahdollistaisi sen, että ikääntyvä kuntalainen nähtäisiin mahdollisuutena ja ikääntymistä kokonaisuudessaan pidettäisiin positiivisena. Haastateltavien mukaan

kolmannen sektorin toimijoiden kanssa ei tehty kovinkaan paljon yhteistyötä, vaikkakin sen todettiin olevan ajankohtaista.

*”...minä teen jatkuvasti yhteistyötä... työkavereiden...lääkäri on... apteekki...kotihoito... omaiset on osa yhteistyötä asiakasasioissa...”*

*”...kolmannen sektorin...vähemmän... ei oikeestaan...seurakunnan, no täytyy sanoa, että meillä on nämä vapaaehtoiset...pyritään kehittämään saattohoitoa täällä ja vapaaehtoisten osallistumista siihen saattohoitoon...”*

*”...kolmas sektori on tätä päivää...jos sitten tulevaisuudessa onnistuttaisiin paremmin...”*

*”...asiakas on tavallaan kuultuna koko matkan ajan ja mikä hänen toimintakykynsä on ollut...”*

*”...ei riitä, että osataan toimia omien seinien sisällä...vaan pitää osata toimia seinien ulkopuolelle...”*

Yhteistyöosaamista merkityksellistettiin myös vuorovaikutustaitoina. Tällöin yhteistyöosaamisella tarkoitetaan konkreettista kanssakäymistä, joka todentuu esimerkiksi asiakasta kunnioittavana käyttäytymisenä. Haastatteluaineistossa asiakasta ei varsinaisesti kuvattu yhteistyötoimijana, mutta implisiittisesti tulee esiin se, että käytännössä asiakas mielletään sellaiseksi.

*”...yhteistyössä rauhallisuus...et ei provosoidu...vaikka tulis sanomista... mutta ei ota silleen, että yhteistyö heikkenee...”*

*”...minun mielestä yhteistyöosaaminen on rohkeutta...kykyä ottaa yhteyttä ihmisiin...rohkeutta kykyä... sitä se osaaminen vaatii...”*

Eräs haastateltava kuvasi moniammatillisen yhteistyön problematiikkaa seuraavasti:

*”kun tulin julkiseen organisaatioon...se on enempi termi kuin toimintamalli...mut mä koen, että meillä on valtavan hyvät mahdollisuudet hyvään moniammatilliseen yhteistyöhön...”*

Tämä ilmentää moniammatillisen yhteistyön käsitteen hämäryyttä. Aiemmin kuvattu yhteistyö eri toimijoiden kanssa voidaan ymmärtää moniammatilliseksi yhteistyöksi, mutta sitä ei välttämättä nimetä sellaiseksi. Moniammatillinen yhteistyö koettiin ongelmalliseksi muun muassa siltä osin, että tiedonkulku eri toimijoiden välillä ei aina toimi, eikä olla tietoisia toisen ammattiryhmän toimintatavoista ja tavoitteista. Tästä johtuen toisen ammattiryhmän taitoja ja tietoa ei osata välttämättä hyödyntää. Toisaalta moniammatillista yhteistyötä pidettiin kuitenkin mahdollisuutena esimerkiksi oppimiseen. Haastateltavat totesivat moniammatillisen yhteistyön jonkin verran kehittyneen vuosien aikana.

*”...fysioterapeutit... en tiedä tekeekö ne kotikäyntejä... ne näkee enemmän siitä toimintakyvystä...”*

*”...monesti kun on monen alan ihmisiä...näkee eri asioita...aina oppii toiselta...saa vinkkejä ihan käytännön asioihin...”*

Tiedon kulun varmistaminen ikääntyvän liikkueessa hoito- ja palveluketjussa oli hoitajien näkemyksen mukaan tärkeää. Haastateltavat pitivät tärkeänä että, sairaanhoidon- ja sosiaalitoimen palveluketjut ovat toimivat siten, että ikääntyneen asiat hoituisivat yhdestä paikasta mahdollisimman pitkälle. Palveluketjujen toimimattomuus nähtiin palveluohjauksen puutteena. Myöskään palveluohjauskoulutusta ei ole järjestetty riittävästi. Haastateltavien mukaan tietoa ikääntyneiden palvelujen saatavuudesta ei ollut riittävästi. Tarvetta olisi myös suunnitella palvelut eri toimijoiden kanssa kohdennetusti ikääntyneille, koska esimerkiksi liikuntapalvelut on suunnattu työikäisille, mutta ikääntyneille kohdennettua toimintaa ei ole.

*”...ikäntyneet on unohdettu...ikäntyneille ei ole kohdennettu liikuntapalveluja...”*

*”...ei ikääntyneet jaksa jonottaa ja kulkea luukulta luukulle..”*

### 5.5 Terveyden edistäminen – puhetta ja tekoja

Haastateltavat nostivat esiin terveyden edistämisestä puhuttaessa ikääntyneen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden. Terveyden edistämisen tavoitteita pidettiin siten kokonaisvaltaisina. Haastateltavien puheessa oli nähtävissä tietty ristiriitaisuus, mikä liittyi nimenomaan ikääntyneiden terveyden edistämiseen. Haastateltavat toivat esiin sen, että usein terveyden edistämisen ei katsota koskevan ikääntyneitä tai sitä ei pidetä tarpeellisena.

*”...se on ennalta ehkäisevää toimintaa...taikka jo olemassa oleviin asioihin puuttumista...”*

*”...tietysti se on muutakin kuin tämmöistä fyysistä, sairauksiin liittyvää...se on myös henkistä...sosiaalista terveyden edistämistä...tässä tulee taas tämä eettinen tietämys...kuinka ollaan ja kohdataan, kuinka mahdollistetaan sosiaalisia suhteita...”*

*”...ikäntyneet on unohdettu terveyden edistämisestä kokonaan...ajatellaan, että ikääntyneet on sairaita...heidän sairauksiaan hoidetaan, että monisairas ikääntynyt ei voi edistää omaa terveyttään...”*

*”...tässä mietin, että mitenäs näiden ikäihmisten kanssa muka terveyttä edistetään...”*

Haastateltavat toivat esiin sen, että ikääntyneiden kohdalla terveyden edistäminen, sen tavoitteet ja keinot saivat uudenlaisen merkityksen. Esimerkiksi se, miten ikääntynyt kohdataan, voi olla terveyden edistämisen keino. Tässä yhteydessä mainittiin muun muassa huumorin hyödyntäminen hoitotyössä. Myös mahdollisuutta keskusteluun tai toisaalta yksin olemisen mahdollistamista pidettiin tärkeänä terveyttä edistävänä toimintana. Viriketoiminta



on osa ikääntyneiden terveyden edistämistä. Haastateltavat pitävät viriketoimintaa tarpeellisena, mutta sitä ei heidän mielestään ole riittävästi. Toiminnassa on huomioitava ikääntyneen yksilölliset toiveet. Viriketoiminnalla katsottiin olevan positiivisia vaikutuksia sekä henkiseen sekä fyysiseen hyvinvointiin.

*”...ei ole riittävästi aktiviteetteja... varsinkin syrjäkylillä ihan liian vähän...”*

*”...sit on nämä moniongelmaiset...joilla ei ole viriketoimintaa...käyttävät terveyspalveluja enemmän...”*

*”...virikkeitä pitää olla...liikuntaa...fysioterapeutti liikuttaa...me viikonloppuna itsekin käytetään...”*

*”...no kesällä kaikki haluaisi ulos...mut ne tykkää just laulusta...virsienvaisuusta...ehtoollinen...päivätanssit...laskiaisena hevosajelu...reellä...”*

*”... sanovat, että olis ihanaa...jos joku kävisi juttelemassa ja olisi jotain tekemistä...suurin osa kaipaa keskusteluseuraa...intervalli-asiakkaat sanovatkin...kun vuoden päästä tullaan...niin laittakaa meidät samaan huoneeseen...näitäkin tulee...tai sit löytyy vanhoja koulukavereita tai vanhoja rakkauksiakin on täältä löytynyt...tää meidän terapia on myös sitä keskustelua...välttämättä muuta tehdä...kun keskustellaan tai kuunnellaan...se kuuntelu on tärkeitä...”*

*”...mut sit osa sanoo...ettei nyt...kun on koko ikänsä...olleet...haluavat rauhoittua...löytyy molempia...”*

*”...minusta se huumori hoitajalla...päästään pitkälle vanhuksen kanssa...varsinkin miespuolisten kanssa...”*

Haastateltavat pitivät ikääntyneiden terveyden edistämistä tärkeänä osana gerontologista osaamista. Terveyden edistämisen osaamista tarkasteltaessa haastateltavien kuvaama toiminta oli jaettavissa kahteen osa-alueeseen: käytännön toimiin ja puheen tasolla tapahtuvaan terveyden edistämiseen. Keskeiset teemat terveyden edistämässä olivat ravitsemukseen, liikuntaan ja alkoholinkäyttöön liittyvä ohjaus ja neuvonta. Haastateltavat toivat esiin terveyden edistämiseen tähtäävän ohjauksen ristiriitaisuuden etenkin ravitsemuksen suhteen. Toisaalta ravitsemusneuvontaa pidettiin tärkeänä esimerkiksi leikkauksesta toipuvan sekä yli- tai alipainoisen ikääntyneen kohdalla, mutta toisaalta tuotiin esiin se, että huonotkin ravitsemustottumukset voivat ylläpitää ikääntyneen elämänlaatua, jolloin ruokavalioon puuttuminen koetaan ristiriitaisena.

*”...et oletko ajatellut, että ruokailu vaikuttaa sun haavas paranemiseen...valkuaisaineita vois lisätä...”*

*”...että kun puhutaan vaikka terveellisestä ruokavaliosta, paljonko me voidaan 85-vuotiaalle tämmösiä asioita viedä...onko järkee vaihtaa rasvattomalle maidolle...no siinä ei ole järkeä ihan tutkimustenkaan mukaan...”*

*”...mut tietysti ravitsemuksen huomioimista...osan kohdalla yleisesti terveellisestä ruokavaliosta puhuminen...mitä se pitää sisällään...osan kohdalla on huomattavaa ylipainoa...minkä olen huomannut, et se on lisääntynyt...mutta sit on näitä...ketkä on alipainoisia...”*

Liikuntaan liittyvä neuvonta painottui lihaskuntoa ylläpitävien harjoitteiden ohjaamiseen sekä kuntouttavaan työotteeseen, jonka kohdalla tosin nousi esiin ristiriitoja. Fyysisen toimintakyvyn tukemista pidettiin tärkeänä, mutta haastateltavat toivat ilmi ikääntyneen henkilön omaisten kielteisen suhtautumisen kuntouttavaan työotteeseen. Todennäköisesti taustalla on se, että sairaan ja ikääntyneen niin sanottu palveleminen on aiemmin ollut normi, jota kuntouttava työote haastaa.

*”...ehkä omassa työssä se on varmaakin liikunnasta kertomista...fyysisen kunnon huomioimista...et on hyvät lihakset siellä alaraajoissa...”*

*”...se minusta on haasteellista löytää semmoselta ihmiseltä, joka on täysin vuodepotilas...täysin muistisairas...ni löytää mikä se on se voimavara siellä...”*

*”...kyllä se on fyysisessä toimintakyvyssä se alaraajojen lihasvoima...meillä on yli puolet asiakkaista palvelujen piirissä alentuneen fyysisen toimintakyvyn- ja lihasvoiman vuoksi...jos jalkojen lihasvoimasta pidettäisiin huolta...niin moni kyllä sinnittelisi paljon pitempään...siellä on lihasvoimaharjoittelu...sitä kautta välttyttäisiin niiltä kaatumisilta...siellä on ravitsemus...ihan keskeisenä, kyllä ikääntyneiden päihde- ja mielenterveysongelmat...vahva painopiste alue näihin ennalta ehkäiseviin...joihin kannattais satsata...”*

*”...ajattelen sen ihmisen lähtökohdista, mitä hänen kanssaan pystyy tekemään...”*

*”...tuetaan toimintakykyä antamalla tehdä itse... ennen piti auttaa ja olla hyvä hoitaja...”*

*”...ennen sitä lähti ongelmalähtöisesti tekemään niitä suunnitelmia ja miettimään, mitkä on ihmisen puutokset...tää koulutus oli herättelevä... et noinkin vois tehdä...”*

*”...meillä on suuri haaste saada omaiset ymmärtämään miks tehdään näin...ei olla laiskoja vaan me halutaan et sen ihmisen toimintakyky säilyy...”*

Haastateltavat toivat esiin huolensa ikääntyneiden lisääntyneistä alkoholiongelmista, mikä aiheuttaa haasteita myös hoitotyölle. Alkoholien ja muiden päihteiden käyttöön liittyvä neuvonta muodostaakin kolmannen keskeisen teeman ikääntyneiden terveyden edistämisessä. Alkoholien liikakäyttö nostettiin esiin myös siitä näkökulmasta, että ikääntyneen omainen käyttää alkoholia ja voi toiminnallaan aiheuttaa turvattomuutta niin ikääntyneelle kuin hoitajallekin. Alkoholiongelmien lisääntymiseen tulevaisuudessa otettiin myös kantaa.

*”...kun miettii meidän asiakkaita...puolella löytyy taustalta, et on otettu kuppia...alkon käyttäjiä, joilla on kunnan ongelma...yksi mikä tuottaa ongelmia, että omainen käyttää myös...hyvässä lykyssä myös huuumeita...ne tuottaa hankaluutta...vielähän ne asiakkaat hoitaisi mut alkoholisoituneet omaiset...ne voi tuottaa yllätyksiä ja ovat pelottavia...”*

*”...pitäisi tehdä automaatio et kysyy...ei moralisoimalla...mut pitää osata kysyä oikein...jos kysyy...ootko juonu alkoholia...ni ne sanoo, et en ole juonut...pitää kysyä...montako pulloa olet juonut olutta...olut ei ole alkoholia täällä...”*

*”...veikkaanpa, että seuraava sukupolvi meidän ikääntyneissä on hyvin märkää väkeä...siinä tulee olemaan se terveyden edistämisen työ hyvin näkyvissä...”*

Terveyden edistämisen teemaan liittyen huomioitiin myös ergonomia niin hoitajan kuin ikääntyneenkin näkökulmasta. Haastateltavat toivat esiin sen, että gerontologisen hoitotyön osaamiseen kuuluu ikääntyneen ympäristön arviointi. Se liitettiin terveyden edistämisen osaamiseen, koska ympäristön voi katsoa vaikuttavan ikääntyneen elämänlaatuun monellakin tavalla. Ikääntyneen ympäristöllä voidaan tarkoittaa niin kotia kuin kodin ulkopuolista ympäristöä. Keskeinen ympäristöä koskeva kysymys on liikkumisen esteettömyys.

*”...kotioloit ei ole ergonomisesti suunniteltu tähän työhön...saa olla jos jonkinlaisella mutkalla...”*

*”...välillä mietitään laitetaanko mattoja...sängyn paikkaa mietitään...olisiko se parempi näin...”*

*”...meillä on pieni vihkonen...kaatumistapaturmien ehkäisy...jota käydään kuntoutujan kanssa läpi...onko matot lattialla...onko valaistus kunnossa...ja palovaroittimet... ne asunnonmuutos arvioinnit...tarvitseeko apuvälineitä...kahvoja...kaiteita...suurentaa oviaukkoja...poistaa kynnyksiä...”*

*”...vaikka ihminen olisi kuinka motivoitunut tulemaan...mutta julkinen kulkuneuvo ei toimi...on paljon ihmisiä, kun ne asuu tuolla matkojen päässä...ei pääse tulemaan...”*

*”...siihen olen törmännyt esteellisyydessä...on paljon ihmisiä, jotka elää niukoilla varoilla...ketkä meillä käy...se on liian kallista...tää julkinen palvelu...se on minusta surullista...”*

*”...oon ottanut vaikka yhden ryhmän ja vienyt sen tuonne liikuntatoimeen...yritän rikoo esteellisyyttä...vaikka allasjumpaan...ja neuvonut kädestä pitäen miten toimitaan...siitä on voinut jäädä ihmiselle harrastetoiminta...”*

## 5.6 Ohjaus- ja valmennusosaaminen – tiedostettua ja tiedostamatonta

Haastateltavat kertoivat neuvovansa ja tukevansa ikääntyneitä hoitotoimenpiteissä sekä kannustavansa heitä itsehoitoon. Kuitenkaan ikääntyneet eivät välttämättä luota osaamiseensa, vaikka he hoitajien näkemyksen mukaan suoriutuisivat hyvin esimerkiksi lääkkeidenjaosta. Haastateltavat toivat esiin, että ohjaaminen hoitotilanteissa on usein tiedostamatonta eli he

eivät kiinnitä ohjaamiseen erityistä huomiota. Ohjaaminen on sisäistetty osaksi hoitotyötä työkokemuksen kautta.

*”...pistämisohjausta...työntekijät neuvoo milläläilla toimitaan...kädestä pitäen saatetaan neuvoa...”*

*”...ajattelin jälkeen päin...että tulipa annettua asiakkaalle aikaa ja omainenkin oli siinä...sitten ajattelin, että minähän ohjasin...siinä en edes ajatellut sitä, sitä vaan tekee työtä eikä ajattele, että ohjaa...”*

Haastateltavien puheessa ilmeni, että he tiedostavat ikääntyneen omatoimisuuden tukemisen sekä kuntouttavan työotteen merkityksen ja myös keinoja tukea omatoimisuutta. Käytännön tilanteissa saatetaan silti toimia toisin. Haastateltavien kokemuksen mukaan ongelmana on se, että kaikki hoitajat eivät ole kiinnostuneita tai sitoutuneita toteuttamaan kuntouttavaa ja omatoimisuutta tukevaa hoitotyötä. Esimiehen rooli nostettiin esiin siinä mielessä, että esimiehen katsottiin pystyvän vaikuttamaan asenteisiin ja toimintatapoihin. Haastateltavat toisaalta viittasivat siihen, että omaisten asenteen kuntouttavaa työtä kohtaan voivat olla kielteisiä. Haastattelussa tuli esiin, että omaisille ei välttämättä kerrota kuntouttavan työn periaatteista. Näin ollen omaisten negatiiviset asenteet voivat johtua tietämättömyydestä. Muistisairaiden kohdalla omatoimisuuden tukemisen koettiin toteutuvan paremmin, mikä näkyy esimerkiksi siinä, että muistisairas saa toimia mahdollisimman paljon itse.

*”...ohjaan asiakasta omatoimisuuteen, miten tehdään...”*

*”...et menis ja antais sen pesulapun ja sanois et pyyhkiä kasvot...mut ei sitä tule tehtyä...”*

*”...aika vähän me kerrotaan ja puhutaan omaisille...et miksi ei tehdä puolesta...”*

*”...kyllä siinä yhteydenotossa on vielä parantamisen varaa...”*

*”...myös henkilökunnan kuntouttavassa työssä olisi parantamisen varaa...”*

*”...missä hoidetaan vuoteeseen olisi ohjaamisen paikka...”*

*”...kuntouttava hoitotyö on gerontologisessa hoitotyössä keskeistä...”*

*”...kaikille hoitajille ei ollut hyvä asia...kun tulee kuntouttavaa työotetta...ei kaikki ole kiinnostuneita...”*

*”...et nimenomaan paljon muistisairaiden kanssa käytetään ohjauksellista tapaa tehdä, mutta ohjaus- ja valmennus myös siinä, että kollegana ja puhumattakaan vielä esimiehenä viedään niitä ajatuksia sinne kentälle, keskustellaan siellä voisiko asioita tehdä näin ja mikä on työntekijöiden näkemys...”*

*”...muistisairaiden kohdalla esimerkiksi se, että ohjataan ihan arjen askareissa...jos joku on unohtanut laitosjakson aikana vaikka miten kahvia keitetään...kun tulee takas tehdään harjoitukset ja hän keittää kahvia...”*

*”...muistisairaiden puolella olen oppinut paljon, kun asukkaat saa tehdä itse mahdollisimman paljon...”*

*”...ikäntyneet ja omaiset eivät ymmärrä, että se kävelyttäminenkin on sitä kuntouttamista...vaikka kävelis viisi metriä ruokapöytään...se on sitä mitä fysioterapeutti tekee...”*

*”...hoivaosastolla tulee negatiivista palautetta omaisilta kuntouttavasta työotteesta...”*

*”...tässähän ohjaaminen ja kannustaminen on tosi tärkeää...just kaikissa päivittäisissä toiminnoissa omaishoitajan tukeminen...et enempi tulevaisuudessa tuettais omaisten jaksamista...osa omaishoitajista palvelee miehensä pilalle...minä kannustan, että yritä itsekin, että vaimosikin jaksaa paremmin...saat olla kotona pitempään...”*

Ohjaus- ja valmennusosaamiseen liittyen fyysisen harjoitteiden ohjaaminen nousi haastateltavien puheessa keskeiseksi teemaksi. Haastateltavat toivat esiin, että ohjaustilanteessa on osattava huomioida ikääntyneen terveydentila ja mahdolliset ongelmat. Lisäksi ohjauksessa tarvitaan tietoa oikeaoppisesta harjoittelusta esimerkiksi kuormittavuuden suhteen. Haastateltavat kokevat, että hoitajilla ei ole riittävästi tietoa ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitämisestä. Näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämistä pidettiin kuitenkin tärkeänä.

*”...kyl sitä raihnaisuutta ja kipuja on ikäihmisillä...motivointi on tärkeää ja uskallus...rohkaisu...et kivuista huolimatta on tärkeää harjoitella...se harjoittelu vie kipuja...mutta on tärkeää, että on voimaa...parempi et on voimaa ja kipuja ku et on kipuja ja voimaton...”*

*”...ikäntyvät tarvitsevat kuormittavia harjoitteluita...hoitajilta kuitenkin puuttuu rohkeus ja tietämys kuormittavista harjoitteista...”*

*”...kun käytetään yhteiskunnan rahoja et ihmiset käy täällä ohjattavana, niin kyllä pitää olla näyttöön perustuvaa toimintaa...”*

Haastateltavat näkivät ohjaus- ja valmennusosaamisessa ja viestintä- ja vuorovaikutusosaamisessa yhteneväisyyksiä. Hoitajan ja asiakkaana olevan ikääntyneen välinen vuorovaikutus toimii pohjana myös ohjaustilanteelle. Näin ollen onnistunut vuorovaikutus edesauttaa onnistunutta ohjaustilannetta. Haastateltavat toivat esiin, että erilaisissa ohjaustilanteissa hyödynnetään eri aistinkanavia oppimisen edistämiseksi. Lisäksi on osattava huomioida ikääntyneen oppimisen taso ja oppimistyyli sekä mahdolliset ongelmat oppimisessa. Haastateltavat toivat esiin sen, että ikääntyneen aiemmat elämäntavat on huomioitava ohjaustilanteessa. Esimerkiksi aiempi liikuntaharrastus tai sen puuttuminen voi määrittää sen hetkisen liikuntaohjauksen toteuttamista. Haastateltavat kokivat, että ikä ei ole oppimisen este. Haastateltavien mielestä ohjaamiseen kannattaakin kiinnittää huomiota, koska

ohjattavan asian oppimisella voi olla vaikutusta myös ikääntyneen elämänlaatuun. Jokaisen ikääntyneen kohdalla on kuitenkin mietittävä, mikä olisi hänelle paras tapa oppia uusi asia. Palautteen antaminen ja sen oikea-aikaisuus koettiin tärkeäksi ikääntyneiden ohjaustilanteissa.

*”...siinä joutuu käyttämään samoja kaikkia aistikanavia ja miettimään, miten saan sen ohjauksen läpi...mikä on sen toisen taso...millä tyylillä...onko normaalia oppimista vai onko oppimisprosessissa häiriöitä...”*

*”...koordinaatioharjoitukset on ikäihmisille vaikeita, jos ei ole harrastanut liikuntaa...”*

*”...oppiminen ei ole varsinaisesti ikäkysymys...et jos on varsinkin ikäihmisille sopivia ohjeita...koordinaatioharjoitukset on vaikeita ikäihmisille, jos ei ole harrastanut liikunta...”*

### 5.7 Kliininen ja geriatrinen osaaminen – erityistä ja kokonaisvaltaista

Kliininen ja geriatrinen erityisosaaminen oli se osaamisalue, joka nosti esiin ammattiryhmien välisiä eroja. Tämä liittyy erilaisiin pohjakoulutuksiin. Haastateltavien puheessa korostui kliinisessä ja geriatrisessa osaamisessa vaadittava ikääntyneen kokonaisvaltainen huomiointi. Hoitajalta vaaditaan monipuolista tietoa niin ikääntymisen fysiologiasta, ikääntyneiden sairauksista ja niiden hoidosta sekä ikääntymisen vaikutuksista toimintakykyyn. Osaaminen nähtiin myös konkreettisesti hoitotoimenpiteiden hallitsemisena. Vaikka ikääntyneiden sairauksien tuntemista pidetään tärkeänä, haastateltavat kokivat, että heillä ei ole riittävästi tietoa esimerkiksi muistisairauksista ja ikääntyneiden mielenterveysongelmista. Tämä korostui etenkin etenkin fysioterapeuttien puheessa.

*”...kliininen osaaminen on sitä, että tartutaan keskeisiin toimintakyvyn ongelmiin...ja sitten se toimintakyvyn kokonaisuuden ymmärtäminen...se ikääntyneen fysiologian tuntemus...se on äärettömän tarkkaa...”*

*”...sitä kokonaisuuden hallitsemista...hoitamisen kokonaisuutta...”*

*”...pitää olla tietoa ja taitoa sydänsairauksista...perus kansansairauksista...entistä enemmän muistisairauksista...mut sit ihan temppuja...”*

*”...toivoo itselle työvälineitä just muistisairaiden kohdalla...”*

*”...fysioterapeutilla ei ole keinoja vaikka tehtäis muistitesti...”*

Haastateltavat osoittivat käyttävänsä työssään keskeisiä gerontologisia auttamismenetelmiä, joskaan se ei nimeämisen tasolla tullut esiin. Gerontologiset auttamismenetelmät -käsite oli siis vieras. Ensisijaisena gerontologisen hoitotyön auttamismenetelmänä esiin nousi

lääkehoito. Kivun hoitoon liittyen auttamismenetelmäksi mainittiin myös kuntoutus. Toisaalta fysioterapeutit toivat esiin sen, että ikääntyneiden fysioterapia on marginaalisessa osassa sekä työssä että koulutuksessa. Fysioterapeutit kokivat tarvitsevansa lisätietoa ikääntyneiden asiakkaidensa lääkityksestä, koska lääkitys voi vaikuttaa esimerkiksi ikääntyneen orientaatioon fysioterapiatilanteessa.

*”...mitähän ne [auttamismenetelmät] voisivat olla gerontologisessa hoitotyössä...”*

*”...toisaalta kuntoutus rinnastetaan auttamismenetelmiin...”*

*”...meidän ammattiryhmässä ei ole lääkehoitoa...me seurataan sitä normaalia vanhenemista...”*

*”...kyllä meidän pitää olla tietoisia...mitä lääkkeitä tää ihminen syö...meidän pitää ymmärtää niitten vaikutus hänen orientaatioon...päivittäiseen toimintakykyyn...miten se sitten arjessa vaikuttaa...kaatumiseen...mut ei ne tule peruskoulutuksessa...”*

Kliininen osaaminen nähtiin tiedollisen osaamisen lisäksi taitojen hallintana. Tiedot ja taidot ovat toki läheisessä yhteydessä toisiinsa. Gerontologisessa hoitotyössä vaadittavista kädentaidoista esiin nousi verinäytteen ottaminen, joka koettiin haasteelliseksi. Onnistunut näytteenotto vaatii niin kädentaitoja kuin tietoa ikääntymisen tuomista muutoksista. Ikääntyneiden parissa tehtävää hoitotyötä verrattiin työikäisten hoitotyöhön ja ensin mainitun koettiin olevan haastavampaa. Haastateltavat toivat kuitenkin esiin, että kliiniseen osaamiseen kuuluu olennaisena osana myös ikääntyneen perushoito, jolla voidaan tarkoittaa muun muassa hygieniasta huolehtimista. Myös aseptinen työskentely nostettiin esiin.

*”...ajatellaan nyt vaikka verinäytteen ottoa ikääntyneeltä...verinäytteen otto on jo paljon vaativampaa ikääntyneeltä kuin nuorelta terveeltä ihmiseltä...suonet ovat hauraat ja ohkaset...hän on vaikka muistisairas, eikä muista mitä tehdään...kyllä vanhustyö on haasteellista verrattuna työikäisten kanssa työskentelemiseen...”*

*”...kyllä tämä on paljon muutakin, kuin temppujen tekemistä...perushoito...ihon kunnon tarkkailu...meillä ei kyllä painehaavoja ole...haavahoidot...mitäs vielä...hengitys...verenpaineen ja verensokerin mittaus...meillä on diabeetikoita paljon...painot...nestehoito...kyllä meillä tarvitaan aseptiikkaa... olen hygieniavastaava...”*

Kliinisessä osaamisessa haastateltavien mukaan korostuu kivun hoitaminen, mutta siinä todettiin olevan puutteita. Haastateltavat tuovat esiin, että hoitajilla on korkea kynnyks antaa kipulääkkeitä siitä huolimatta, että kipulääkkeet on määrätty tarvittaessa annettaviksi. Varsinkin viikonlopun jälkeen kivunhoito on jäänyt toteutumatta, jolloin hoitajien mukaan ei myöskään hyvä hoitotyö ole toteutunut. Haastateltavat kokivat varsinkin muistisairaiden kohdalla kivun arvioimisen olevan vaikeaa, koska muistisairaat eivät välttämättä pysty ilmaisemaan kipua ymmärrettävästi. Tämä vaatiikin erityistä osaamista hoitohenkilöstöltä.

Lisäksi haastateltavat toivat esiin muistisairaiden ja yleensä ikääntyneiden jaksamattomuuden, jolla viitattiin siihen, että ikääntynyt ei jaksakaan mennä esimerkiksi laboratorioon. Tämä jaksamattomuus ei liity välttämättä sairauteen, vaan ikääntymisen mukanaan tuomaan raihnaisuuteen.

*”...kivunhoitohan se täällä... vaikka meillä on listalla tarvittaessa annettavia kipulääkkeitä...niin on korkea kynnys hoitajan antaa niitä lääkkeitä...joskus viikonlopun jälkeen...kun tulee...niin ne sanoo...et on ollu kipeä ja kun kysyy...ooteko antaneet kipulääkettä...no ei olla...oon sanonut, että lääkärihän on sen pohtinut...ei teidän tarvitse sitä miettiä...siinä ei ole silloin toteutunut hyvä hoitotyö...jos on pidetty kivulla...”*

*”...minusta varsinkin muistisairaiden kohdalla kivun arviointi on haasteellista...kun ne ei pysty ilmaisemaan sitä kipua...vaatii suurta tarkkaavaisuutta...kun on loppuvaiheen hoidossa...vois antaa morfiinia...on korkea kynnys...pelätäänkö et tulee riippuvuus...valituskin on tullut, ettei anneta kipulääkettä...puhutaan paljon, et Suomessa on hyvää kivunhoitoa...on se vaan niin korkea kynnys...”*

*”...ja sitten kotihoidossa joudutaan menemään kotiin sen takia, että ne eivät jaksakaan tulla tänne...ei vaan jaksakaan...ei liity edes sairauteen...liittyy ikääntymiseen...raihanaisuuteen...niissä asioissa on pakko tulla sitten vastaan...tai tullaan vastaan...”*

Haastateltavat toivat esiin riittämättömät resurssit kliinisestä hoitotyöstä puhuttaessa. Heidän mukaansa ikääntyneen hyvä hoito ei toteudu, koska he kokevat hoitajia olevan liian vähän. Tämä voi johtaa siihen, että ikääntyneille ei pystytä takaamaan turvallisuuden tunnetta. Esimerkiksi kotihoidon päivittäisten käyntien määrä voi olla liian vähäinen ikääntyneen tarpeeseen nähden. Tämä korostuu varsinkin sellaisten ikääntyneiden kohdalla, jotka eivät kykene käyttämään hälytyslaitteita. Ikääntyneen saattohoito nähtiin myös tärkeäksi osaksi gerontologista hoitotyötä. Haastateltavien mukaan saattohoito vaatii kliinistä osaamista, eettistä osaamista ja tilanteen arviointikykyä. Yhä useammin ihmiset saattohoidetaan kotona ja eettistä pohdintaa aiheuttaakin se, pysytäänkö ihmistä hoitamaan arvokkaasti kuolemaan asti. Käytännön haasteina esiin tulevat esimerkiksi hoitajan tottumattomuus kohdata kuoleva, mutta myös mahdollisesti vaadittavat hoitotoimenpiteet, kuten suonensisäisesti toteutettava nesteytys.

*”...nämä saattohoidot...ja tämä liittyy myös siihen eettisyyteen...meidän pitää aina miettiä pystytäänkö me se ihminen saattohoitamaan siellä kotona...tämä vaatii sitä kliinistä osaamista, eettistä osaamista, arviointia...kaikkea yhdessä ja erikseen...Yhä enemmän pyritään siihen, että ihmiset hoidetaan loppuun asti kotona. Siinäkin tilanteessa, kun tehdään saattohoitoa, joudutaan taiteilemaan niitten kliinisten asioiden kanssa...että miten saadaan tipat ja muut...pysytäänkö tekemään mitään...pitääkö tehdä uusia suunnitelmia...”*

*”...sellaisilla hoitajilla, jotka on olleet täällä vanhainkoti aikana...heillä on valtava ahdistus, kun ihminen huononee...tänne ei olla kuoltu...nyt meillä on ideologiana, et*



*jokainen voi kuolla tänne...eikä rillata edestakaisin sairaalan ja tämän välillä vai annetaanko ihmiselle hyvä turvallinen, loppuvaiheen hoito..."*

Geronteknologiaa on haastateltavien näkemyksen mukaan otettu jonkin verran käyttöön. Tulevaisuudessa teknologian hyödyntämisen uskottiin lisääntyvän ja käytäntöjen vakiintuvan. Erään geronteknologia -työryhmässä toimivan hoitajan mukaan ihmisen koti on se ympäristö, missä hoitotyötä tullaan tekemään tulevaisuudessa ja tällöin geronteknologia lisää ikääntyneiden osallisuutta ja mahdollisuutta selvitä arjesta. Geronteknologia on ollut pitkälti hankkeisiin perustuvaa, mutta tällä hetkellä se jo vakiintunut useissa kaupungeissa palveluihin kuuluvaksi.

*"...meillä on mobiiliteknologiaa ...niin kuin jo monessa kaupungissa ja kunnassakin...on sähkölukkoja ihmisten kotona...sitä kautta päästään kännyköillä ihmisten koteihin...ja sisälle...ja mobiilikirjaukseen ollaan menossa ja erilaisiin toiminnajohtajajärjestelmiin...erilaisia hankkeita on ollut muistisairaille...teknologiaa muistisairaille sinne kotiin...ja kaatumisiin liittyviä seurantajärjestelmiä...mut ehkä nämä toiminnajohtajajärjestelmät ja mobiiliteknologia meillä kotihoidossa on keskeisiä tästä eteenpäin..."*

Haastateltavien mukaan teknologia tuo turvallisuutta niin ikääntyneille itselleen kuin hoitohenkilöstöllekin ja esimerkiksi kuntouttavassa työssä teknologiaa käytetään melko paljon.

*"...meillä on talossa hyvinvointi-TV...äänikirjoja on käytössä...semmosta geronteknologiaa...palvelukevennetyvaljaat..."*

*"...kävelymatto...sähköhanskat...turvpuhelimet...lääkekellot...nämä on niitä, mitä meillä on..."*

*"...turvpuhelimia on...automaatiikkaa on...et pystyy avaamaan ovet...paikantava ranneke...kun hävis mettään..."*

Kliinisen hoitotyön toteuttamista, etenkin kotioloissa, haastateltavat pohtivat myös eettisyyden näkökulmasta. He toivat esiin, että ikääntyneen kotia arvostetaan ja kunnioitetaan ja siellä toimitaan asiakkaan ehdoilla. Hoitajat kohtaavat erilaisia koteja ja erilaisissa oloissa asuvia ihmisiä. Hoitaja joutuu usein itse joustamaan esimerkiksi ergonomiasta, koska ergonomisen työskentelyn toteuttaminen ei aina ole mahdollista. Hoitaja voi myös kokea turvattomuutta asiakkaan kotona esimerkiksi asiakkaan omaisista johtuen.

*"...erityisesti kotihoidossa...me mennään ihmisten omiin koteihin taas tietoisesti, niin sekin pitää muistaa, että me kunnioitetaan sitä ihmisen kotia eli kun me mennään siellä ovesta sisään ihmisen luvalla, me ei mennä luvatta koskaan...niin myös kunnioittaa ja arvostaa sitä, että hän laskee meidät sinne kotiin ja toimitaan niillä ehdoilla, mitä siellä tulee vastaan..."*

*"...et torakoita ei enää ole...paljon tupakansavua...viidakkoveitsellä pitää halkoo ilmaa...ei ne estä hoitamista...mut jos yrittää puhtaasti haavaa hoitaa...yhdessä paikassa"*

*monta kissaa...mitten menet sanomaan et näitä kissoja on 19 liikaa... se turvallisuus tekijä on...ku mennään yhdestä ovesta...omainen on sellainen...sitä vilkuilee olkansa yli...asiakkaalle tulee olo... et toi ei ole ihan läsnä...käynti tulee kaukemmaksi...jää jotain sanomatta...aiheuttaa vähän ongelmia..."*

Kliininen ja geriatrinen osaaminen esiintyi haastateltavien puheessa usein limittäin. Myös muut gerontologisen osaamisen osa-alueet tulivat esiin kliinistä ja geriatria osaamista käsiteltäessä. Tämä viitanee siihen, että gerontologinen hoitotyö nähtiin kokonaisuutena ja osaamisen eri osa-alueet eivät ole toisistaan irrallaan. Tärkeimmäksi geriatrisen osaamisen alueeksi haastateltavat nimesivät vanhenemisprosessien kokonaisvaltaisen tunnistamisen ja ymmärtämisen. Lisäksi he pitivät tärkeänä ymmärtää lääkehoidon merkityksen ikääntymisessä ja lääkityksen aiheuttamat fysiologiset muutokset. Kuitenkin haastateltavat kokivat, että heillä ei ollut riittävästi tietoa esimerkiksi geriatrisista sairauksista, lääkehoidosta, lääkkeiden yhteisvaikutuksista ja mielenterveyteen liittyvistä sairauksista kuten masennuksesta. Geriatrisen ja gerontologisen osaamisen keskeisimpänä taitona nousi esiin vuorovaikutustaidot. Haastateltavat pitivät tärkeänä sitä, että hoitaja osaa käyttää erilaisia keinoja vuorovaikutuksessa, kuten valita oikeat sanat, ilmeet ja eleet. Lisäksi korostui oman ammattitaidon ylläpitäminen sekä persoonallisen työotteen säilyttäminen ikääntyneiden hoitotyössä.

*"...kokonaisvaltaisuus on siinäkin sitä osaamista...olennaisten asioiden löytämistä..."*

*"...ikäntyvän sairaudet ja ikääntyneen lääkehoito...lääkehoitoahan on se oleellinen...et ymmärtää miten paljon lääkityksellä on merkitystä, kun se elimistön toiminta muuttuu..."*

*"...et enemmänkin voisi olla osaamista...ikäihmisten sairauksista, lääkehoidosta, lääkkeiden yhteisvaikutuksista, masennuksesta haluttais saada lisätietoa..."*

*"...no ne vuorovaikutustaidot...pitää osata käyttää erilaisia keinoja vuorovaikutuksessa...se että, omilla sanavalinnoilla, eleillä, sävyillä kaikilla sinä voit vaikuttaa siihen, saatko sinä tietoa vai et..."*

*"...kyllä geriatria ja gerontologista osaamista pitää olla kotihoidossa...vuodeosastolla...mutta sitä tarvitaan terveysasemien vastaanotolla...sitä tarvitaan poliklinikoilla...siellä on laidasta laitaan ikääntyneitä...muistisairaita...vaikka ne ei miellä itseään geriatriseksi yksiköksi...mut geriatrinen hoitotyö...pääsääntöisesti se työ...tullaan tekemään kotona ja sitä osaamista pitää laajentaa...koska ikääntyneet ovat meidän palveluissa kaikkialla..."*

## 5.8 Kehittämisen- ja vaikuttamisosaaaminen – tarpeellista, mutta vaativaa

Haastateltavat tiedostivat kehittäminen- ja vaikuttamisosaaamisen tärkeäksi gerontologisen osaamisen osa-alueeksi, mutta eivät juurikaan toteuttaneet sitä omaehtoisesti. Haastateltavien näkemyksen mukaan kehittäminen vaatii esimiehen tukea ja kehittämishenkisen työyhteisön. Haastateltavat toivat esiin, että sosiaali- ja terveystoimia yhdistettäessä hoitajat voivat vaikuttaa seudulliseen kehittämiseen. Myös yhteinen kehittäminen vaatii hoitajan omaa motivaatiota ja sitoutumista. Työyhteisössä kehittäminen näkyy esimerkiksi työvuorosunnittelussa ja uusien toimintatapojen käyttöönotossa. Töiden priorisointia pidettiin keinona hälventää kiirettä.

*”...meillä on kehittämishenkinen työyhteisö...käsitellään henkilöstön kanssa, miten jokin asia tehdään... seudullisesti kehitetään monia asioita...vanhuspalvelustrategia...päästään vaikuttamaan siihen...työn vaativuuden arviointi, omavalvontasuunnitelma, työhyvinvointisuunnitelma...kaikkiin voidaan vaikuttaa...voidaan kehittää terveyden edistämisen osaamista...tarvitaan hyviä viestintätaitoja, että voidaan vaikuttaa...”*

*”...asiat pitää oppia laittamaan tärkeysjärjestykseen...meille hoitajille on tärkeää, että on puhdasta...pitää priorisoida asioita eri tavalla, että saadaan kiirettä hälvenemään...”*

Koulutuksella koettiin olevan suuri merkitys ammattitaidon ylläpitämisessä. Kuitenkin haastateltavat kertoivat käyttävänsä tutkittua tietoa erittäin vähän työnsä tukena vedoten muun muassa ajan puutteeseen. Haastateltavat käyttivät tutkittua tietoa sekä - kansallista että kansainvälistä - silloin, jos se liittyi työnantajalta tulleeseen velvoitteeseen kehittää työtä. Haastateltavat kertoivat lukevansa oman alansa ammattilehtiä jonkin verran, mutta eivät välttämättä lue esimerkiksi esimiehen sähköpostitse lähettämiä alaan liittyviä uusia tutkimuksia. Kuitenkin he pitivät sitä hyvänä käytäntönä esimiehen taholta.

*”...en kovin paljon...jos ihan rehellisesti sanotaan...se tulee siinä mun mielestä...kun käyt koulutuksissa...opintopäivillä...jos siellä esitellään joku tutkimus...ja siitä keskustellaan...niin sit sitä innostuu...tosi hankalaa lähtee tässä arjessa etsimään tutkittua tietoa...meidän ammattilehdet tulee lukastuu...”*

*”...mut koulutuksen myötä...mun työssä näkyy...että otan eri ikäiset huomioon...tarinat tulee merkityksellisemmiksi ...jos he puhuu ohi teeman...sivu raiteille menevät jutut tuo merkitystä siihen...kuuntelen...”*

*”...jos ei lue mitään...ei ole ajan tasalla...mitä asioista kirjoitetaan...mitä uutta tietoa...meidän organisaatio on iso...toimintamalleja kehitetään...maailmalta tulevaa mallia...kansainvälistä tutkimusta haetaan...”*

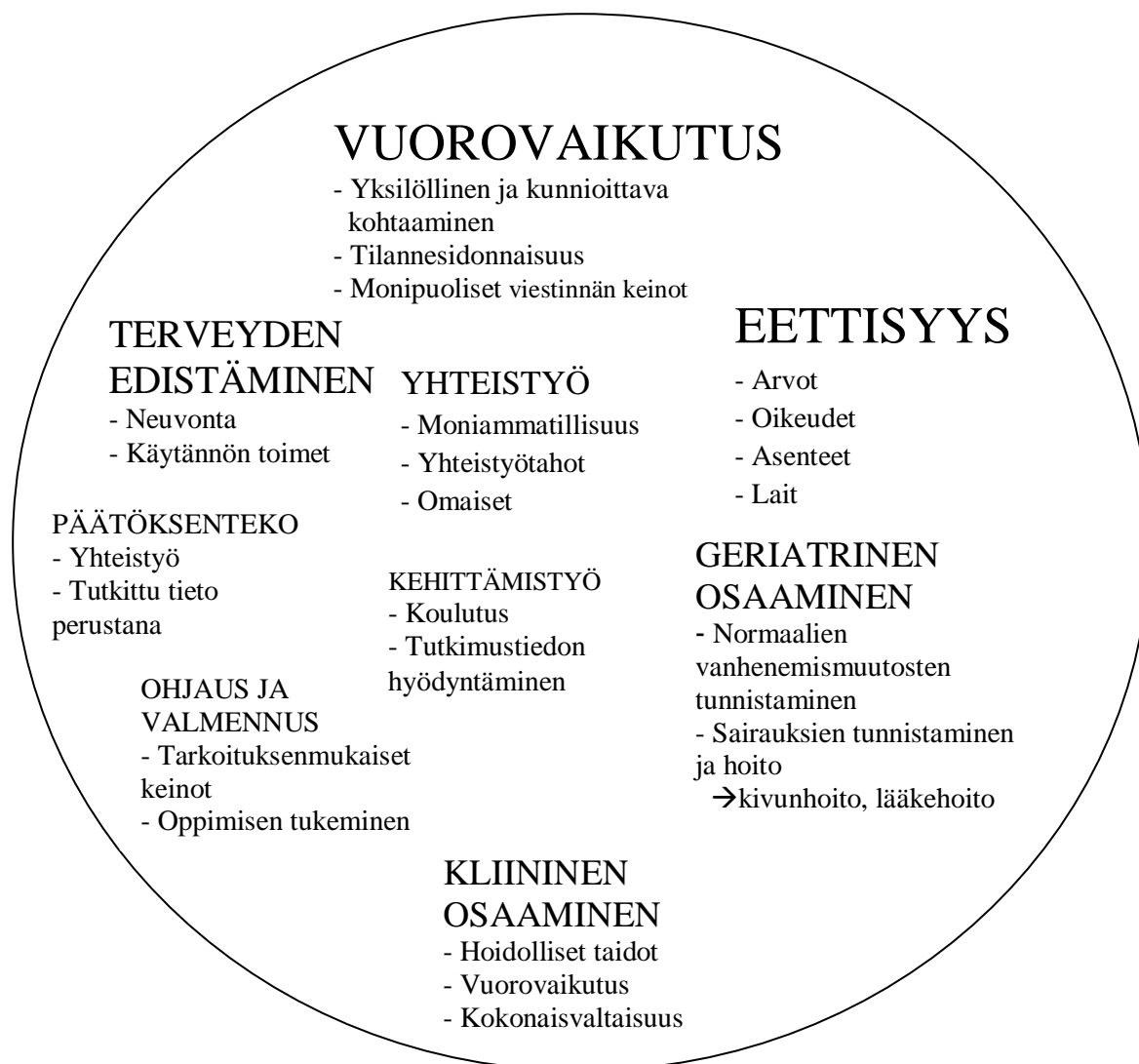
Haastateltavat eivät kirjoittaneet artikkeleita ammattilehtiin eivätkä hyödyntäneet esimerkiksi omia opiskeluun liittyviä kehittämistöitä laajemmin. Puheen tasolla hoitajat ilmaisivat huolensa ikääntyneiden määrän kasvusta tulevaisuudessa. Haastatteluissa tulee esiin toive,

että ikääntymistä ei käsiteltäisi vain numeerisesti, esimerkiksi erilaisina kustannusarvioina. Haastattelupuheesta välittyi huoli siitä, saadaanko vanhukset hoidettua hyvin tulevaisuudessakin.

*”Se minua huolestuttaa... että ikäihmiset näkyy numeroina, heitä on paljon...vaatii resursseja, palvelurakenteita muutetaan, että heidät saa hoidetuksi...kaikki lasketaan euroissa...ettei itse viljeli sitä puhetta...vaan kaikki vanhukset tulisi hoidettua hyvin...oli sitten kotona tai asumispalvelussa...tehdään valtavan nopeasti...kiire ei saa välittyä...sitä pidän tärkeänä...meistä tulee itsestämme ikäihmisiä...et itekin saisi hyvää hoitoa...pitäisi olla jaksavia osaajia...he tekevät tämän työn...vanhustyön henkilökunta...tarvitaan ihmisarvoista hoitoa...hyvää hoitoa...tarpeen mukaisia palveluita...että olisi turvallista olla ikäihmisenä.”*

## 5.9 Yhteenveto tutkimustuloksista

Edellä on kuvattu teemahaastatteluissa esiin tullutta gerontologisen hoitotyön osaamista haastateltavien näkökulmasta. Teemahaastattelurunkona toimineet sairaanhoitajan gerontologisen hoitotyön osaamiskuvaukset jäsentelivät käsiteltyjä aihealueita. Kuitenkin haastateltavilla oli mahdollisuus vapaasti tuoda esiin tärkeinä pitämiään asioita gerontologiseen hoitotyöhön liittyen. Haastatteluaineistoa analysoitaessa nousi keskeisesti esiin se, että gerontologista hoitotyötä pidetään kokonaisuutena, johon eri osaamisalueet kuuluvat. Tämän kokonaisuuden hallitseminen vaatii yksittäisten tietojen tai taitojen sijaan monipuolista ja laajaa tiedollista ja taidollista osaamista. Koulutuksen tavoitteena on antaa valmiuksia toimia ikääntyneen parhaaksi. Haastateltavien puheesta on mahdollista havaita, että vuorovaikutustaidot ja eettisesti kestävä toiminta ovat hoitotyön kannalta keskeisiä. Tämä pätee tietenkin kaikkeen hoitotyöhön, mutta gerontologisessa hoitotyössä nekin voivat saada uusia muotoja tai aiheuttaa sellaisia kysymyksiä, joihin tarvitaan nimenomaan gerontologista erityisosaamista. Geriatriinen osaaminen viittaa jo nimeltään ikääntyneisiin ja sen sisältö koskeekin ikääntymistä, ikääntyneiden sairauksia, niiden tunnistamista ja hoitoa. Haastateltavat pitivät geriatriasta osaamista tärkeänä, mutta tiedoissa koettiin olevan puutteita. Koska geriatriinen osaaminen on asiasisällöltään erittäin merkittävä osaamisen perusta, puutteellisen geriatriksen osaamisen voi siten katsoa vaikuttavan myös gerontologisen hoitotyön kokonaisuuden hallintaan.



Kuvio 1. Gerontologisen hoitotyön osaamisen kokonaisuutta kuvaava ympyrä.

Gerontologisen hoitotyön osaamista voi pitää kokonaisuutena (kuvio 1). Ympyrän ääriviivat sulkevat sisälleen gerontologisessa hoitotyössä vaadittavat osaamisen osa-alueet ja niiden keskeiset sisällöt. Haastatteluaineistossa korostuneesti esillä olleet osaamisalueet on merkitty kuvioon isommalla pistekoolla. Kyseinen merkitsemistapa ei kuitenkaan merkitse osaamisalueiden tärkeysjärjestystä. Ympyrän sisään hajalleen sijoitetut osaamisalueet kuvastavat gerontologisen hoitotyön osaamisen moniulotteisuutta ja osa-alueiden vuorovaikutuksellisuutta. Gerontologisen hoitotyön osaamista voi pitää siinä määrin dynaamisena käsitteenä, että sitä ei voi yksiselitteisesti määrittellä. Dynaamisuus ilmenee siten, että eri tilanteissa eri osaamisalueet voivat korostua. Tämän tutkimuksen haastatteluaineistossa esiin nousivat näkyvimmin vuorovaikutustaidot sekä eettisyys, mutta kuten todettu, on kaikilla osa-alueilla tärkeä paikkansa gerontologisen osaamisen kentällä.

Kaikkiin käsiteltyihin osaamisalueisiin kuuluu ikääntymiseen liittyviä erityiskysymyksiä, jotka korostavat gerontologisen hoitotyön osaamisen merkitystä. Jotta ikääntyneet saavat asianmukaista hoitoa, tarvitaan erityisosaamista. Haastateltavat toivat esiin, että ikääntyneiden hoitotyötä ei yleisesti ottaen arvosteta. Tämän katsottiin johtuvan kielteisistä asenteista ikääntyneitä kohtaan, mikä näkyy esimerkiksi siinä, että ikääntyneitä pidetään taloudellisena taakkana. Eräänä keinona asenteiden muutokseen voi pitää sitä, että ikääntyneitä hoitavilta vaadittaisiin gerontologista erityisosaamista. Gerontologisen hoitotyön vaativuutta ja monipuolisuutta korostamalla on mahdollista lisätä gerontologisen hoitotyön vetovoimaisuutta.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja fysioterapeuttien osaamista gerontologisessa hoitotyössä. Gerontologista osaamista hoitotyössä on tutkittu kansainvälisesti jonkin verran, mutta Suomessa erittäin vähän. Gerontologinen osaaminen tulisi nostaa keskeisesti esille jo sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksessa, koska työelämän muutosten hallinta edellyttää koulutukselta myös tulevaisuuden osaamistarpeiden ennakkointia.

Tässä tutkimuksessa gerontologista osaamista hoitotyössä kuvattiin tärkeäksi ja monipuoliseksi, mutta samalla myös haasteelliseksi. Haastateltavien mukaan gerontologinen osaaminen hoitotyössä vaatii laajan osaamisen lisäksi erityisosaamista sekä teorian tiedon soveltamista ikääntyneiden hoitotyöhön. Tämä tukee muiden tutkimusten yhteydessä saatuja tuloksia. Räsänen (2011) mukaan hoitotyön toiminnot ja interventiot perustuvat tutkittuun tietoon, ammattilaisten kokemuksiin sekä hyviin gerontologisiin käytänteisiin. Tämä mahdollistaa ikääntyneen parhaaksi toimimisen.

Eettisen osaamisen ja viestintä- ja vuorovaikutusosaamisen voi katsoa nousevan keskeisimmiksi haastateltavien kuvaamiksi gerontologisen osaamisen osa-alueiksi. Tämä tulkinta pohjautuu siihen, että haastateltavat toivat kyseisiä osaamisalueita esiin käsiteltäessä muitakin osaamisalueita. Näin ollen voidaan todeta, että eettisten kysymysten pohdinta ja vuorovaikutustaidot kuuluvat olennaisena osana kaikkeen gerontologiseen hoitotyöhön asiayhteydestä riippumatta. Näihin osa-alueisiin liittyvät kysymykset eivät kuitenkaan ole ristiriidattomia. Eettiseen toimintaan liittyvä ristiriita tuli esiin ennen kaikkea itsemääräämisoikeuden osalta. Sen ei koettu kaikissa tilanteissa toteutuvan, esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkaiden hoidon kirjaaminen ja hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen perustuvat lakiin. Oikein toteutettuna suunnitelma toimii hoitotyön pohjana, joka ohjaa asiakaslähtöisyyttä, hoidon ja palvelun tehokasta kohdentamista sekä tavoitteellista toteuttamista ja laadun arviointia (Voutilainen 2004). Itsemääräämisoikeuteen liittyvä ongelma korostuu myös tilanteissa, joissa ikääntynyt ei pysty tekemään itseään koskevia päätöksiä. Gerontologiseen ja hoitotieteelliseen tietoon perustuen hoitajan on mahdollista tehdä ikääntyneen puolesta päätöksiä, jotka ovat

ikäntyneen edun mukaisia. Käytännön hoitotyössä tässäkin kohdataan haasteita. Uusin hoivatutkimus nostaa esille hoivan tarvevastaavuuden (Vaarama ym. 2008), jolloin hoiva perustuu sitä tarvitsevan omiin lähtökohtiin ja tarpeisiin. Ongelmaksi nousee kuitenkin se, kuka tai mikä määrittää ikääntyvän hoivan tarpeet: lääketieteellinen diagnoosi, sosiaalisen hoivan mittaaminen, ikääntynyt itse vai hänen perheensä. Vaarama ym. (2008) toteavat, että käytännössä on kyse siitä, kuinka paljon ikääntynyt tarvitsee tukea tai mihin hänellä on oikeus, jotta hän voi pitää itsensä puhtaana, syödä, saada riittävästi hoivaa tai mahdollisuuksia osallistumiseen. Kiire, kasvava työmäärä, ageismi sekä siihen sisältyvä väheksyminen syrjäyttävät helposti ikääntyneen oman mielipiteen ja osallistumisen, jolloin hän ei voi toteuttaa oikeuksiaan yksilöllisesti, säilyttää omaa toimijuuttaan eikä ylläpitää elämänlaatuaan. Ikääntyneen oman tahdon sivuuttaminen on kuitenkin etiikan ja lain vastaista, sillä henkilökohtainen koskemattomuus on loukkaamaton. (Ala-Nikkola 2003, Koskinen 2004, Vaarama ym. 2008.)

Eettisen osaamisen rinnalla haastateltavat korostivat viestintä- ja vuorovaikutustaitojen merkitystä gerontologisessa hoitotyössä. Vuorovaikutuksen koettiin luovan ikään kuin pohjan hoitotyölle. Haastateltavat toivat esiin, että vuorovaikutustilanteissa on hyvä tuntea ikääntyneen taustoja ja elämäntilannetta. Gerontologisessa hoitotyössä vuorovaikutusosaamiseen kuuluu erilaisten vuorovaikutustapojen tai -keinojen hyödyntäminen. Kuuntelemisen taito nostettiin keskeiseksi yksittäiseksi taidoksi. Zimmermanin ym. (2005) vanhainkotitutkimuksessa vuorovaikutus nousi keskeiseksi elämänlaadun ja hyvän hoidon osatekijäksi. Asiakkaiden ja henkilökunnan keskinäistä vuorovaikutusta voikin pitää hoidon laatutekijänä (Jyrämä 1997, Perälä & Räikkönen 2000, Muurinen ym. 2006, Saks & Tiit 2008). Haastateltavat nostivat esimerkinomaisesti esiin hoitajan epäasiallisen käyttäytymisen hoitotilanteessa. Vuorovaikutuksessa on löydetty myös muita kielteisiä piirteitä. Tutkimusten mukaan niistä pahin on vielä vähän tutkittu eettinen haaste, ikääntyneen kaltoinkohtelu. Hoitajan epäasiallista toimintaa ja henkistä kaltoinkohtelua on esimerkiksi huutaminen, ilkeä ja kovaääninen kielenkäyttö, uhkailu, työntekijöiden keskustelu keskenään vanhuksen läsnä ollessa eikä vanhuksen kanssa, vanhuksen alentava puhuttelu tai nimittely, lapsenomaiseen toimintaan ohjaaminen, omatoimisuuden estäminen tai vanhuksen omien toiveiden kuulematta tai toteuttamatta jättäminen. (Teeri ym. 2006, Topo ym. 2007.)



Haastateltavat sisällyttivät vuorovaikutusosaamiseen yhteistyötahojen kanssa toimimisen. Sen ei kuitenkaan koettu toteutuvan riittävän hyvin. Moniammatillisen yhteistyön hyödyntämisessä koettiin olevan puutteita, minkä katsottiin johtuvan muun muassa siitä, että ei tiedetä, mitä toinen ammattiryhmä tekee. Räsänen (2011) kiteyttää hoitotyön moniammatillisuuden käsitteeseen yhteistoiminnallinen hoitotyö. Toimintamallina se edellyttää eri osapuolilta kiinnostusta ja luottamusta yhteiseen päämäärän saavuttamiseen yhdessä ikääntyneen itsensä ja hänen läheistensä kanssa. Omaiset mainittiin yhteistyöstä puhuttaessa useissa haastatteluissa. Haastateltavat kuitenkin totesivat, että yhteistyö omaisten kanssa on usein puutteellista.

Geriatrinen osaaminen on merkittävä osa gerontologista hoitotyötä, mutta haastateltavat kokivat, että heillä ei ole riittävästi tietoa geriatrisista sairauksista, kuten dementiasta. Dementoituvien ja dementoituneiden hoitotyön osaaminen nousee tulevaisuudessa yhdeksi tärkeimmistä vaatimuksista sekä työelämässä että koulutuksessa (Hassi 2009.) Silloin kun ikääntynyt henkilö ei kykene kommunikoimaan ymmärrettävästi, nousee esiin hoitoon liittyviä erityiskysymyksiä. Tässä haastatteluaineistossa kivunhoitoa pidettiin tällaisena erityiskysymyksenä ja kivunhoidossa todettiin olevan haasteita. Kankkunen ym. (2007) toteavat tutkimuksessaan, että dementoituneiden ikääntyneiden eräs hoidon vaativuutta lisäävä tekijä on kivun arviointi. Riittävän tehokas kivunhoito on tärkeä osa hoitoa, vaikka kivun tulkitseminen onkin usein vaikeaa ja kivun erottaminen esimerkiksi muista syistä johtuvasta aggressiivisuudesta voi olla hankalaa. (Mäkelä ym. 2005, Salanterä 2006.) Kankkunen (2009) toteaa, että kivun hoito ei välttämättä kuulu gerontologisen hoitotyön koulutuksen sisältöihin. Tämä voi johtaa siihen, että kivun arviointi ja hoito eivät ole osa päivittäistä hoitotyötä. Geriatrisen osaamisen vajetta voi pohtia koulutuksen näkökulmasta, mutta Kivelä (2006) näkee selvityksessään myös sen, että geriatristen osastojen ja yksiköiden vähäisen määrän johdosta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon muiden erikoisalojen lääkäreillä ja muilla työntekijöillä on vain harvassa sairaanhoitopiirissä konsultaatioiden kautta mahdollisuus tukeutua geriatrisen erityisosaamisen hallitseviin asiantuntijoihin. Tämä puute ei näy Kivelän (2006) mukaan vain ikääntyneiden hoidossa, vaan se on vaikuttanut kielteisesti myös geriatrisen osaamisen kehittymiseen muiden erikoisalojen ja perusterveydenhuollon piirissä.

Haastateltavat kuvaavat hyvän hoidon toteutumisen muun muassa ikääntyneen elämäntilanteen huomioimisena, taustojen tietämisenä, tasavertaisena kohtaamisena,

turvallisuuden luomisena ja sen hetkisen toimintakyvyn tukemisena. Eettinen osaaminen, mitä kuvattiin muun muassa ikääntyneen ja hänen arvojensa kunnioittamisena ja yksilöllisyyden huomioimisena on myös olennainen osa hyvää hoitoa. Haastateltavat kokivat olevansa myös ikääntyneiden puolestapuhujia. Haho (2006) toteaaakin, että asiakaslähtöisessä hoidossa hoidettava yksilö on ilman ehtoja hoitamisen keskipisteenä. Hoitotyön ammatillinen etos painottaa asiakkaan ensisijaistamista, mitä vahvistaa empatian ohella tietynlainen kutsumus hoitotyöhön. Toisaalta haastateltavat kokivat, että hyvä hoito ei aina toteudu. Haastateltavat kuvasivat, että ikääntyneet hoidetaan passiivisiksi: ikääntyneiden omatoimisuutta ja toimintakykyä ei oteta riittävästi huomioon. Myös Karvinen (2009), toteaa, että perinteinen hoitokäsitys ja laitospäinen hoitokulttuuri ovat passivoivia, eivätkä tue ikääntyneen omatoimisuutta. Haastatteluaineistossa vanhustenhuollon vähäiset resurssit tulivat esiin hyvästä hoidosta puhuttaessa. Suomessa vanhusten laitoshoidon laadun parantamisessa tärkeämmäksi tekijäksi nähdään lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan hyvä geriatrinen osaaminen, ei henkilöstön määrän lisääminen (Kivelä 2006). Tähän haasteeseen pyritään vastaamaan myös gerontologisen erityisosaamisen koulutuksella.

Haastateltavat toivat esiin, että yleiset asenteet ikääntyneitä kohtaan voivat olla negatiivisia ja tästä johtuen myöskään ikääntyneiden parissa tehtävää hoitotyötä ei arvosteta. Myös opiskelijoiden asenteet ikääntyneitä kohtaan ovat usein kielteisiä. Audin ym. (2006) tutkimus osoitti, että opiskelijoiden asenteet ikääntyneitä kohtaan eivät muuttuneet koulutuksen myötä aiempaa positiivisemmiksi, vaikka gerontologinen tieto lisääntyikin. Gerontologista hoitotyötä käsiteltäessä negatiiviset asenteet nousevat esiin esimerkiksi ikääntyneiden terveyden edistämisessä, jota ei pidetä tarpeellisena. Haastateltavat kuvasivat, että ikääntyneet koetaan usein monisairaiksi, jotka eivät voi edistää terveyttään. Terveyden edistämisen osaaminen on yksi gerontologisen hoitotyön osaamisalueista. Haastateltavat kuvasivat ikääntyneiden terveyden edistämisen tavoitteiden olevan erilaisia kuin esimerkiksi työikäisten, mutta haastateltavien kuvauksissa painottuivat kuitenkin ravitsemusta, liikuntaa ja päihteitä koskeva neuvonta. Elämänlaadun ylläpitäminen tai parantaminen ikääntyneen yksilöllisistä lähtökohdista käsin on olennaista terveyden edistämisessä. Ikääntyneiden lisääntynyt alkoholinkäyttö nousi huolenaiheeksi haastateltavien puheessa. Alkoholinkäyttö on nykyisin Suomessa, kuten muissakin Euroopan maissa, sosiaalisesti hyväksytympää kuin vielä muutama vuosikymmen sitten. Ikääntyneet ovat alkoholin käyttäjinä olleet vähämerkityksinen väestönosa. Ne ikäpolvet, jotka siirtyvät nyt eläkkeelle, ovat eläneet vaurauden, alkoholin parantuneen saatavuuden ja halvemman hinnan aikaa. Heidän

alkoholinkäyttötottumuksensa poikkeavat selvästi edellisten sukupolvien tottumuksista. Nämä tosiseikat ovat haasteita tulevien vanhuspolvien toimintakykyisyydelle ja terveydelle. (Sulander 2007.)

Yhteiskunnan ja ikäpolvien muuttuminen näkyy siinä, että tämän päivän ja ennen kaikkea tulevaisuuden ikääntyneet ovat tavoiltaan ja tottumuksiltaan hyvin erilaisia aiempaan verrattuna. Tähän viittaa myös edellä esiin nostettu ikääntyneiden alkoholinkäytön lisääntyminen. Muutosta on kuitenkin tapahtunut myös parempaan suuntaan, missä koulutustason nousu on eräs keskeinen tekijä. Osalla ikääntyneistä on terveyttä vaaliva elämäntyyli. He ovat tietoisia terveydestään, terveitä ja osaavat huolehtia itsestään. He odottavat palveluilta asiantuntijakonsultaatiota, haluavat osallistua päätöksentekoon ja ovat vaativia ja edellyttävät yksilöllistä palvelua. Ikääntyneet ja heidän omaisensa tarvitsevat neuvontaa ja ohjausta erityisesti ikääntymiseen liittyvistä sosiaalisista ja terveydellisistä tekijöistä, riskien hallinnasta sekä siitä, mistä ja miten tukea, apua, palveluja ja hoitoa voi tarvittaessa saada. Vielä nykyisin ikääntyneiden ajatellaan kuitenkin olevan varsin passiivisia, mikä voi johtaa siihen, että ikääntyneitä ei ohjata esimerkiksi erilaisten aktiviteettien pariin tai sosiaaliseen kanssakäymiseen. Tulevaisuuden ikääntyneet tulevat olemaan omien tarpeidensa esittämisessään vaativampia (Middleton ym. 2007). Tämän hetken tutkimusten mukaan ikääntyneistä puhutaan usein vain heidän tarpeidensa kautta ja unohdetaan heidän toiveensa sekä oikeutensa aktiivisempaan rooliin omassa elämässään. Järjestelmässämme ei välttämättä ole kuitenkaan aidosti tilaa ikääntyneiden aktiivisemmalle toiminnalle: omatoimisuuden tukemiseen ei löydy aikaa eikä aina haluakaan. (Koskinen ym. 2007.) Maassamme ei ole ollut erityistä vanhustenhuoltolainsäädäntöä, joka olisi turvannut ikääntyneille heidän tarvitsemansa palvelut, vaan ikääntyneisiin on sovellettu perustuslain perusoikeussäännösten lisäksi samoja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja etuuksia säänteleviä lakeja kuin muuhunkin väestöön. Tilanteeseen on tulossa muutos, sillä 1.7.2013 astuu voimaan laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista.

Myös teknologia on kehittynyt viime vuosina. Tämä kehitys muuttaa ja mahdollistaa paljon myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. Geronteknologia on nimitys, joka kattaa kaikki ikääntyneiden itsenäistä elämää mahdollistavat teknologiat. Geronteknologiassa yhdistetään tutkimustietoa ikääntymisen prosesseista sekä teknisten tieteiden saavutuksia. Ikääntyneet asuvat ja heitä hoidetaan yhä useammin kotona. Geronteknologia voi osaltaan helpottaa kotona asumista. Yksilöiden hyvinvoinnin kannalta tarkasteltuna teknologia mahdollistaa

uusien tapojen huolehtia omasta terveydestä ja hyvinvoinnista sekä tukee itsenäistä suoriutumista. Tulevaisuudessa tietotekniikan keinoin voidaan entistä enemmän lisätä ikääntyneiden tietoutta terveellisistä elämäntavoista, sairauksien hoidosta ja sosiaalisten ongelmien ennaltaehkäisystä ja näin kaventaa väestöryhmien välisiä alueellisia ja muita eroja. Myös tiedon lisääminen palveluista ja niiden laadusta ja kustannuksista parantaa ikääntyneiden valinnan mahdollisuuksia. (Marjomaa-Mäkinen 2004.)

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettiset näkökulmat ovat esillä koko tutkimusprosessin ajan tutkimuksen aiheen valinnasta tutkimuksen raportointiin (Eriksson ym. 2007, Leino-Kilpi & Vehviläinen-Julkunen 2008). Tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tutkimusaihe on tärkeä, ajankohtainen ja siten myös eettisesti perusteltu. Gerontologista hoitotyön osaamista tarvitaan ja lisäksi tarvitaan myös ennakoivaa tietoa tulevaisuuden osaamistarpeista. Gerontologista hoitotyön osaamisen toteutumista käytännössä on tutkittu vähän.

Teoreettinen viitekehys aiheelle haettiin kansainvälisistä ja kansallisista tutkimuksista. Kirjallisuuskatsauksen haut rajattiin alkamaan vuodesta 1999 alkaen, ilmiön luonteen vuoksi käytettiin tarkoituksellisesti vanhempaa aineistoa. Lähestymistapa oli induktiivinen, koska gerontologisen hoitotyön osaamisesta oli erittäin vähän aiempaa tutkittua tietoa.

Tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa kunkin organisaation esimieheltä. Tutkimukseen osallistuvien itsemääräämisoikeus on tutkimukseen osallistumisen lähtökohta, osallistumisen on oltava aidosti vapaaehtoista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen tutkija sopi tutkimukseen osallistuvien kanssa haastatteluajankohdan ja paikkojen järjestämisestä sekä varmisti, että haastateltavilla on riittävästi tietoa tutkimuksen tavoitteista, toteutuksesta. Tutkija pyysi haastateltavilta kirjallisen luvan haastattelun nauhoitukseen ja kertoi tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista. Tutkija litteroi itse haastattelut. Haastatteluaineiston puhtaaksikirjoittamisen jälkeen tekstin ja nauhoitetun aineiston yhtenevyys tarkastettiin, jonka jälkeen alkuperäiset nauhoitukset tuhottiin.

Tutkimustulosten raportoinnissa tutkija raportoi tuloksensa avoimesti ja rehellisesti. Pyrkimyksenä on mahdollisimman suuri objektiivisuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen

2009.) Tutkimusprosessin aikana pyrin ottamaan huomioon kaikki asiat, jotka ovat tutkimuseettisesti tärkeitä, kuten tutkittavien anonymiteetin suojaaminen, tutkimusaineiston huolellinen analysointi ja tutkimustulosten rehellinen raportointi. Tutkijana tavoitteenani oli pyrkiä mahdollisimman huolelliseen työhön.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa pohditaan, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan (Kylmä ym. 2003, Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan jokaisessa tutkimuksen vaiheessa laadulliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaisesti, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Burns & Grove 2009). Tässä tutkimuksessa luotettavuutta on pyritty lisäämään siten, että tutkimusraportista käy selväksi tulosten olevan peräisin käytetystä aineistosta. Koko tutkimusprosessi on kirjattu niin, että muut voivat seurata prosessin kulkua. Uskottavuuden lisäämiseksi tulokset on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti käyttäen taulukoita, joissa analyysin eteneminen on kuvattu alkuperäistekstistä alkaen edeten yläkäsitteisiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

**Uskottavuudella** tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sen osoittamista tutkimuksessa (Nieminen 1997, Malterud 2001, Kylmä ym. 2003, Kylmä & Juvakka 2007). Uskottavuutta tässä tutkimuksessa lisää se, että tutkija on pitänyt koko tutkimusprosessin ajan tutkimuspäiväkirjaa, jossa olen pohtinut eri valintoja tutkimusprosessin aikana. Kylmän ja Juvakan (2007) mukaan uskottavuutta voidaan vahvistaa keskustelemalla tutkimukseen osallistuvien kanssa tutkimuksen tuloksista eri vaiheissa. Aikaresurssit ja taloudelliset resurssit huomioiden minulla ei ollut mahdollisuutta käydä tutkimukseen osallistuvien kanssa vuoropuhelua tutkimustuloksista tutkimuksen aikana. Aineiston luotettavuutta olisi parantanut, jos olisin pystynyt haastattelemaan tutkimukseen osallistujia tutkimusprosessin aikana ja tehnyt selventäviä kysymyksiä, jolloin olisin pystynyt varmistamaan olinko ymmärtänyt tutkimukseen osallistujien kuvauksia oikein ja aineisto olisi mahdollisesti täydentynyt.

**Vahvistettavuus** tarkoittaa tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessin kulkua pääpiirteissään (Nieminen 1997, Malterud 2001, Kylmä ym. 2003, Kylmä & Juvakka 2007). Olen pyrkinyt kirjoittamaan raportin niin, että lukijan on mahdollista arvioida, miten olen päätenyt tuloksiin. Suorat lainaukset tutkimukseen osallistuneiden kuvauksista ovat näyttönä tutkijan tekemistä päätelmistä, koska analyysin

luotettavuus kehittyi empiiristen havaintojen ja käsitteellisten luokitusten yhteensopivuudesta (Nieminen 1997). Tutkimusraportissa olevat suorat lainaukset alkuperäisilmauksista havainnollistavat tutkimustulosten vastaavuutta empiiriseen todellisuuteen. Suorissa lainauksissa olen huomionut, etteivät tutkimukseen osallistuneet haastateltavat ole niistä tunnistettavissa. Tutkimuksessa käytettyjen suorien lainauksien tarkoituksena on lisätä analyysin luotettavuutta osoittamalla luokkien yhteys alkuperäisaineistoon.

**Reflektiivisyydellä** tarkoitetaan, että tutkijan on oltava tietoinen lähtökohdistaan tutkijana. Hänen tulee arvioida, kuinka itse vaikuttaa tutkimusprosessiin ja aineistoon. (vrt. Kylmä ym. 2003, Kylmä & Juvakka 2007.) Tutkijana minua kiinnosti haastateltavien gerontologinen osaaminen hoitotyössä, koska aikaisempia kansallisia tutkimuksia ei ole ja gerontologinen osaaminen on keskeistä ikääntyneiden hoitotyössä. Oma aikaisempi työkokemukseni vanhustyönjohtajana vaikutti aiheen valintaan. Tiesin vanhustyönjohtajan näkökulmasta, mitä gerontologinen osaaminen käytännön mukaan pitäisi olla ja tiesin keinoja sen toteuttamiseen. Tutkimuksen aihealueen tunteminen auttoi minua ymmärtämään haastateltavien kuvauksia. Terveystieteiden koulutukseni ja työkokemukseni sosiaali- ja terveydenhuollon eri organisaatioissa olivat vahvistamassa ymmärrystä tutkimuksessa käytetyistä käsitteistä. Tutkijan ja tutkimukseen osallistuvien yhteinen kieli ja kulttuuri varmentavat tutkimuksen luotettavuutta (Janhonen & Nikkonen 2001).

Laadullisessa tutkimuksessa tulosten luotettavuutta tarkasteltaessa arvioidaan lisäksi tulosten **siirrettävyyttä** muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin (Kylmä ym. 2003, Kylmä & Juvakka 2007). Olen antanut raportissani kuvailevaa tietoa tutkimuskontekstista ja kuvannut tutkimukseen osallistujat niin, että lukijan on helppo tehdä arviointia tulosten siirrettävyydestä ja käytettävyydestä vastaavanlaisiin tilanteisiin ja konteksteihin. Olen pyrkinyt kirjoittamaan tulokset mahdollisimman tarkasti, että niiden siirtäminen käytännön hoitotyöhön ja koulutuksessa gerontologisen osaamisen kehittämiseksi olisi mahdollista.

### 6.3 Johtopäätökset

Tutkimuksen keskeisenä johtopäätöksenä voi pitää sitä, että gerontologinen hoitotyö vaatii erityisosaamista ja näin ollen myös koulutusta, joka keskittyy gerontologisen hoitotyön kannalta keskeisiin osaamisalueisiin. Myös Kivelä (2006) korostaa koulutuksen merkitystä gerontologisen osaamisen perustana. Tämän tutkimuksen pääasiallisena tarkoituksena oli

luoda katsaus siihen, miten gerontologista osaamista hoitotyössä kuvataan. Saatuja kuvauksia on kuitenkin mahdollista hyödyntää myös gerontologisen hoitotyön koulutusta suunniteltaessa. Haastateltavien kuvauksista on mahdollista nostaa esiin asioita, jotka koettiin ristiriitaisina tai haastavina. Kyseisten osaamiskuvausten perusteella ristiriitaisten ja haastavien osaamisen osa-alueiden huomiointi gerontologisen hoitotyön koulutuksessa olisi tärkeää.

Eettisen ja vuorovaikutusosaamisen osa-alueisiin liittyvät kysymykset saivat aikaan paljon pohdintaa. Tämä reflektointitarve osoittaa sen, että kyseiset asiat ovat käytännötyössä keskeisiä. Eettisyyteen ja vuorovaikutukseen liittyvät tilanteet tai kysymykset ovat luonteeltaan sellaisia, että koulutuksenkaan avulla ei ole mahdollista kehittää joka tilanteessa päteviä toimintamalleja. Koulutuksen keskeisenä tavoitteena näiden osa-alueiden osalta olisikin antaa välineitä toimia haastavissa tilanteissa. Se, että jo koulutuksessa osoitetaan eettisyyteen ja vuorovaikutukseen liittyviä ristiriitaisuuksia, antaa hoitotyöntekijälle valmiuksia pohtia ristiriitatilanteita myös käytännön työssä.

Geriatrisen ja kliinisen osaamisen vahvistaminen ovat tärkeitä haasteita gerontologisen hoitotyön koulutukselle. Geriatriksen osaaminen luo merkittävän tietoperustan gerontologiselle hoitotyölle. Haastateltavat nostivat esiin, että heillä ei ole riittävästi tietämystä geriatrisista sairauksista. Myös ikääntyneiden kivunhoito nousi esiin keskeisenä haasteena. Ikääntyneiden terveyden edistämiseen liittyvät ongelmat tulivat niin ikään esiin haastatteluissa. Gerontologisen hoitotyön koulutuksen haasteena terveyden edistämiseen liittyen on lisätä siihen liittyvää sisällöllistä ja menetelmällistä osaamista sekä kehittää varhaisen puuttumisen mahdollistavia työvälineitä. Ikääntyneiden hyvän hoidon toteuttamiseen liittyviin käytännön kysymyksiin olisi näin ollen kiinnitettävä erityistä huomiota koulutuksessa. Vankka geriatrisen ja gerontologisen tietämys on tärkeä osa onnistunutta gerontologista hoitotyötä. On kuitenkin huomioitava, että tämä tieto yksinään ei takaa gerontologisen hoitotyön osaamista, koska siihen kokonaisuudessaan kuuluvat kaikki tässä työssä käsitellyt gerontologisen hoitotyön osaamisalueet.

Vaikka haastatteluaineistossa viitattiin vain esimerkinomaisesti hoitajan huonona käyttäytymisenä ilmenneeseen ikääntyneen kaltoinkohteluun, nostaa se esille tärkeän ja haasteellisen teeman kokonaisuudessaan. Ikääntyneiden kaltoinkohtelua esiintyy niin kotona kuin laitoksissakin, mutta kaltoinkohtelun eri muotojen tunnistaminen on usein vaikeaa.

Ikääntyneiden kaltoinkohtelua on tutkittu varsin vähän, eikä siitä juuri puhuta. Tämän vuoksi ikääntyneen kaltoinkohtelu olisi syytä nostaa yhtenä teemana gerontologisen erityisosaamisen koulutukseen. Ikääntyneitä hoitavien tietämys kaltoinkohtelusta mahdollistaa myös siihen puuttumisen. Tärkeää olisikin kehittää toimintamalleja niitä tilanteita varten, jolloin kaltoinkohtelua havaitaan. Kaltoinkohteluun liittyvät kysymykset ovat aina myös eettistä tarkastelua vaativia.

Koulutuksen eräänä haasteena on se, kuinka gerontologisesta hoitotyöstä saataisiin niin houkuttelevaa, että opiskelijat valmistuttuaan hakeutuisivat vanhustyöhön tai myöhemmin gerontologian jatko-opintoihin. Kuten haastatteluissakin kävi ilmi, yleiset asenteet ikääntyneitä kohtaan ovat usein negatiivisia. Tästä syystä kaikissa sosiaali- ja terveysalan koulutuksissa tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota ikääntymistä ja ikääntyneitä koskeviin asenteisiin. Asenteiden muuttaminen myönteisemmiksi on kuitenkin haasteellista. Koulutuksessa saatu realistinen käsitys ikääntymisestä ja ikääntyneistä voi auttaa hälventämään ennakkoluuloja ja stereotypioita ikääntyneistä. Monipuoliseen tietoon ja kokemukseen pohjautuva kuva ikääntymisestä voi auttaa arvioimaan omaa mahdollista uraa vanhustenhoitotyössä. Tällä hetkellä gerontologisen hoitotyön koulutuksen tarjonta on vielä varsin jäsentymätöntä ja hajanaista. Toisaalta työelämän tulisi myös tunnistaa gerontologista osaamista hallitsevan työvoiman tarve ja tunnustaa osaaminen. Motivoivat työmahdollisuudet voivat saada gerontologiseen hoitotyöhön vetovoimaisuutta ja osaavia hoitotyöntekijöitä.

Tämä tutkimus osoittaa, että gerontologisen hoitotyön osaaminen on monipuolista, mutta myös osaamisen haasteet ovat moninaisia. Tärkeää on muistaa, että gerontologinen hoitotyö on ihmisläheistä työtä, jossa korostuvat hoitajan vuorovaikutustaidot. Hoitajan on pystyttävä tunnistamaan omat kykynsä toimia ikääntyneen parhaaksi ja samalla hänen on tunnistettava omien taitojensa rajat. Gerontologisen hoitotyön koulutuksen tulisi antaa hoitotyöntekijälle mahdollisuus kehittyä gerontologisen hoitotyön osajana siten, että hän voi työssään hyödyntää omia kokemuksiaan ja vahvuuksiaan. Gerontologisen hoitotyön koulutus ei ainoastaan anna valmiuksia toimia ikääntyneen parhaaksi, vaan se vahvistaa myös hoitotyöntekijän ammatti-identiteettiä ja lisää oman työn arvostusta. Edellä mainitut tekijät ovat merkityksellisiä ikääntyneen onnistuneessa kohtaamisessa, mikä on yksi keskeisimmistä gerontologisen hoitotyön tavoitteista.



#### 6.4 Jatkotutkimusaiheet

Gerontologisen hoitotyön osaamisessa koulutuksen merkitys korostuu. Opettajan näkemykset ohjaavat helposti opiskelijan näkemysten ja ajattelun kehittymistä, minkä vuoksi opettajan tiedoilla, taidoilla ja asenteella on suuri merkitys alkuvaiheen urasuunnittelussa ja opinnoissa. Oppiminen on sidoksissa siihen toimintana, kontekstiin ja kulttuuriin, jossa tietoa opitaan käyttämään. Opettajien gerontologinen osaaminen ja kiinnostuneisuus vaikuttavat siihen, miten opetussuunnitelmissa näkyy gerontologinen tieto. Gerontologinen hoitotyö voidaan sisällyttää opetussuunnitelmaan osaamisalueena, opintojaksoina tai integroituna opintojaksoihin. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää opintojaksojen suunnittelutyössä, kun pohditaan kuinka gerontologisen hoitotyön osaamista voitaisiin kehittää sairaanhoitajakoulutuksessa.

Jatkotutkimusaiheita olisivat:

1. Miten opettajat integroivat gerontologista hoitotyötä eri opintojaksoihin?
2. Minkälaiset pedagogiset ratkaisut edistävät opiskelijoiden oppimista?

## LÄHTEET

- AACN, American association of colleges of nursing. 2000. Older adults: Recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines for geriatric nursing care. The John A. Hartford foundation institute for geriatric nursing. <http://www.aacn.nche.edu/Education/gercomp.htm>. Luettu 27.3.2013
- Adeniran R & Carrick L. 2008. Directing and Delegation in Long-Term Care. In Sullivan-Marx, Elleen M & Gray-Micell D (eds.) Leadership and Management Skills for Long-Term Care. Springer Publishing Company. New York, 50.
- Ala-Nikkola M. 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekomahdollisuudesta. Acta universitat Tamperensis 972. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Ammattikorkeakoululaki 351/2003.
- ANA, American Nurses Association. 2001. Scope and standards of gerontological nursing practice. American Nurses Publishing, Washington Dc.
- Aud M.A, Bostick J.E, Marek K.D & Mcdaniel R.W. 2006. Introducing baccalaureate student nurses to gerontological nursing. Journal of Professional Nursing, 22, 73–78.
- Backman K. 2005. Ikääntyneiden itsestä huolenpitoa vahvistavat, horjuttavat ja murtavat tekijät. Hoitotiede 17(3), 120–130.
- Bandman EL & Bandman B. 1995. Nursing Ethics Trough the Life Span. Third edition. Appleton & Lange. Norwalk, Connecticut.
- Björvell C, Thorell-Eksrand I & Wredling R. 2000. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. Quality in Health Care, 6–13.
- Björvell C. 2002. Nursing Documentation in Clinical Practice. Instrument development and evaluation of a comprehensive intervention programme. <http://diss.kib.ki.se/2002/91-7349-297-3/thesis.pdf>. Luettu 15.4.2013.
- Blackburn J.A. & Dulmus N.C. (toim.) 2007. Handbook of gerontology. Evidence-Based Approaches To Theory, Practice and Policy. John Wiley & Sons, Inc. New Jersey.
- Boyatzis R. 2008. Competencies in the 21 st centry. Journal of Management Development. 27 (1), 5–12.
- Burns N & Grove S.K. 2005. The practice of nursing research. Conduct, critique, and utilization. Fifth edition. Saunders Company. Philadelphia.
- Cullum N, Ciliska D, Haynes R, Brian & Marks S. 2009. An Introduction to Evidence-Based Nursing. In Cullum N, Ciliska D, Haynes R, Brian & Maks S (eds.). Evidence-Based Nursing. An introduction. Blacwell Publishing Company. Oxford, 1-4.

Eberso P & Touhy T. 2006. Geriatric Nursing: Growth of a Specialty. Springer Publishing Company, inc. <http://site.ebrary.com/lib/uef/docDetail.action?docID=10171369>. Luettu 26.3.2013.

Eriksson K, Isola A, Kyngäs H, Leino-Kilpi H, Lindström U, Paavilainen E, Pietilä A-M, Salanterä S, Vehviläinen-Julkunen K & Åstedt-Kurki P. 2007. Hoitotiede. WSOY, Helsinki.

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

European Commission. 2009. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care. <http://coface-eu.org/en/upload/WG%20HANDICAP/Desinstitutionalisation-English.pdf>, 1-23. Luettu 4.4.2013.

Garwood S. 2010. A better life for older people with high support needs in housing with care. The Joseph Rowntree Foundation. <http://www.jrt.org.uk>. Luettu 28.3.2013.

Gilje F, Lacey L & Moore C. 2007. Gerontology and geriatric issues and trends in U.S. nursing programs: A national survey. Journal of Professional Nursing 3, 46–51.

Haapaniemi H, Routasalo P & Lauri S. 2003. Hoitotieteellinen vanhustutkimus: Analyysi vuosina 1979–2000 Suomessa tehdyistä yliopistollisista opinnäytetöistä. Hoitotiede 15, 89–99.

Haarni I & Hautamäki L. 2009. Elämäkokemus ja alkoholi: 60–75 -vuotiaiden suhde alkoholiin teemahaastattelujen valossa. Gerontologia 1, 3–13.

Haho A. 2006. Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Acta Universitatis Ouluensis 898. Oulun yliopisto.

Haltia P & Kivinen K. 1995. Ammattien tutkiminen ja ammattitutkinnot. Opetushallitus. Koulutussosiologian tutkimuskeskus. Turun yliopisto.

Hanhinen T. 2010. Työelämäosaaminen. Kvalifikaatioiden luokitusjärjestelmän konstruointi. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta.

Hartikainen S & Lönnroos E. 2008. Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. Edita Prima, Helsinki.

Hassi TM. 2009. Yhteiskunnalliset muutossuunnat ja kotihoidon työntekijöiden osaaminen tulevaisuudessa - vanhustyön asiantuntijoiden käsityksiä megatrendeistä ja kotihoidossa vaadittavasta osaamisesta. Tampereen yliopisto. Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus. Lisensiaatintutkimus.

Heikkinen E & Rantanen T. (toim.) 2008. Gerontologia. Otava, Keuruu.

Helakorpi, S. 1999. Kouluttajan asiantuntijuus ja sen kehittäminen. Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu. Opettajakorkeakoulun julkaisusarja D:119.

- Hervonen A & Pohjolainen P. 1990. Gerontologian ja geriatrian perusteet. Kirjapaino R.K.Virtanen, Tampere.
- Hilden R. 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen liittyvät valmiudet. Tampereen yliopisto. Ammattikasvatushallituksen tutkimuslaitos. Acta Universitas Tamperensis. 706.
- Hirsjärvi S & Hurme H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Gaudeamus, Helsinki.
- Hirsjärvi S & Hurme H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.
- Hogstel M.O. 2001. Gerontology: Nursing care of the older adult. Delmar Thomson Learning, New York.
- Huggings K. 2004. Lifelong learning – the key to competence in the intensive care unit Intensive and Critical Care Nursing 20, 38–40.
- Hyttinen H. 1999. Gerontologisen hoitotyöntietoperusta. Acta universitatis Ouluensis D Medica 531. Oulu University Press.
- Hyttinen H. 2008. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen P & Tiikkainen P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. WSOY, Porvoo, 42–56.
- Häggman-Laitila A. 2009. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävät tekijät – systemoitu katsaus hoitotyöntekijöiden käsityksiin. Tutkiva hoitotyö 7 (2), 4–12.
- Hätönen H. 2007. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen. Educa-instituutti Oy. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Isola A, Backman K, Voutilainen P & Rautsiala T. 2003. Family members` experiences of the quality of geriatric care. Scandinavian Journal of Caring Sciences 17(4), 399–408.
- Isola A, Backman K, Saarnio R & Paasivaara L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Hoitotiede 17(3), 145–154.
- Isopahkala- Bouret U & Kela R-L. 2011. Tilaa omaehtoisille valinnoille! Tutkimus ikääntyneiden työntekijöiden asenotumisesta työhön liittyvää oppimista kohtaan. Gerontologia 4, 214–227.
- Janhonen S & Nikkonen M. Laadulliset tutkimukset hoitotieteessä. WSOY, Juva.
- Johansson S. 2001. Den sociala omsorgens akademisering. Liber. Stocholm.
- Jyrkämä J. 1997. Vanhainkotiarki – näkymiä tutkimukseen ja tutkimiseen. Gerontologia, 11(3), 226–236.

- Järnström S. 2011. ” En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni.” Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Acta Universitatis Tamperensis 1635. Tampere University Press. Tampere.
- Kankkunen P, Taponen R & Suominen T. 2007. Kivun arviointi dementiayksikössä asuvien hoitotyössä. Gerontologia 4, 311–319.
- Kankkunen P & Vehviläinen –Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOY, Porvoo.
- Kanste O. 2011. Johtajuuden yhteys hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin. Tutkiva hoitotyö 2, 30–36.
- Karvinen E. 2009. Liikkumiskyvyltään heikentyneet vanhukset. Teoksessa Sarvimäki A, Heimonen S-L & Mäki-Petäjä-Leinonen A (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Edita. Helsinki. 125–155.
- Kivelä S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 30\_ <http://pre20090115.stm.fi/hl1150272501953/> Luettu 1.3.2013.
- Koskinen S, Aalto L, Hakonen S & Päivärinta E. 1998. Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus, Jyväskylä.
- Koskinen S. 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisu 33/2004. Edita Prima Oy. Helsinki, 24–90.
- Kuusela M, Hupli M, Johansson K, Routasalo P & Eloranta S. 2010. Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Hoitotiede 22(2), 96–107.
- Kylmä J, Vehviläinen-Julkunen K & Lähdevirta J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Duodecim 119(7), 609 –615.
- Kylmä J & Juvakka T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede 11(1), 3–12.
- Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. Hoitotiede 14(4), 208–216.
- Lohiniva V. 1999. Terveystieteiden ja hoitotieteiden tutkimus- ja koulutusympäristössä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 509.
- Malterud K. 2001. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. Lancet 358(11), 483–488.
- Marjomaa-Mäkinen M. 2004. Pohjois-Pohjanmaan terveys- ja hyvinvointiklusterin ennakointi. Vuorovaikutuksesta yhteisen tulevaisuuden rakentamiseen. Tampereen yliopisto.

Ammattikasvatuksen tutkimus- ja koulutuskeskus. Pohjois-Pohjanmaan TE-keskuksen julkaisuja 15.

Mauk K.L. 2005. Gerontological nursing. Gompentencies for care. Sudbury, MA. Jones & Barlett Publishers.

McConnel E.S. 1997. Conseptual Bases for Gerontological Nursing Practice: Models, Trends, and Issues. Teoksessa: Matteson M.A, McConnell E.S & Linton A.D. Gerontological Nursing, Consept and Practice. Edition 2. Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokyo. W.B. Saunders Company, 6–44.

Meretoja R. 2003. Nurse competence scale. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisusarja D 578. Yliopistopaino, Helsinki.

Mezey M, Quinlan E, Fairchild S, Vezina M. 2006. Geriatric Competencies for RNs in Hospitals. Journal for Nurses in Staff development 22, 2–9.

Middleton S, Hancock R, Kellard K, Beckhelling J, Phung V-H & Perren K. 2007. The needs and resources of older people. Joseph Rowntree Foundation, Loughborough University.

Molander G & Peräkylä A. 2000. Milloin hoidettavalle kuolevan identiteetti? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 116(9):955-961.

MOT Gummerus Uusi suomen kielen sanakirja. <http://mot.kielikone.fi>. Luettu 26.3.2013.

Muurinen S, Vaarama M, Haapaniemi H, Mukkila S, Hertto P & Luoma M-L. 2006. Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja hoidon kustannustehokkuus. Care Keys -projekti. Helsinki-tiimi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2.

Mäkelä H, Mattila M & Piensoho M. 2005. Iäkkäiden potilaiden monilääkityksen vähentäminen. Teoksessa Noro A, Finne-Soveri H, Björgren M & Vähäkangas P. (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Saarijärvi, 166–174.

Mäkinen H. 2004. Organisaation strategia sairaanhoitajan osaamisen suuntaajana, Kuopion yliopisto, Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveystieteiden ja talouden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Nieminen I. 2007. Valvontayksikön sairaanhoitajan erityisosaaminen keuhkosairautta sairastavan potilaan hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Niiniluoto, I. 1984. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen ja teorian muodostus. Otava, Helsinki.

Nuutinen H-L & Raatikainen R. 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoitotiede 17(3), 131–144.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot.

Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24pdf>. Luettu 24.3.2013.

O`Shea E, Murphy K, Larkin P, Payne S, Froggatt K, Casey D, Ni Leime A & Keys M. 2008. End-of-Life Care for Older People in Acute and Long-Stay Care Settings in Ireland. Irish Centre for Social Gerontology, National Unieversity of Ireland. Galway.

Paasivaara L. 2005. Mykistävästä moniäänisyyteen – vanhusten hoitotyön organisaatiokulttuurin muotoutuminen 1960-luvulta 2000-luvulle. *Hoitotiede* 17(3), 108–119.

Peltari P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. *Stakes. Tutkimuksia* 80. Gummerus, Jyväskylä.

Perälä M-L & Räikkönen O. 2000. Hoidon laatu omaisten silmin – avun saamisen ja yhteistyön yhteydessä olevat tekijät pitkäaikaislaitoshoidossa. *Gerontologia* 14(2), 89–101.

Perälä M-L, Toljamo M, Vallimies-Patomäki M & Pelkonen M. 2008. Tavoitteena näyttöön perustuva hoitotyö. Kansallisen hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelman (2004-2007) arviointi. *Stakes, Helsinki*. <http://www.stakes.fi/verkkokulkaisut/raportit/R28-2008-VERKKO.pdf>. Luettu 24.3.2013.

Resnick B. 2004. Restorative Care Nursing for Older Adults. A Guide for All Care Settings. Springer Series on Geriatric Nursing. Springer Publishing Company. New York, 2.

Rosenfeld P, Bottrell M, Fulmer T & Mezey M. 1999. Gerontological nursing content in baccalaureate nursing programs: Findings from a national survey. *Journal of Professional Nursing*, 15, 84–94.

Routasalo P, Arve S & Lauri S. 2004. Geriatric rehabilitation on nursing: Developing a model. *International Journal of Nursing Practice* 10(5), 207–215.

Routasalo P, Savikko N, Tilvis R & Pitkälä K. 2005. Ikääntyneet suomalaiset maaseudulla ja kaupungissa. *Hoitotiede* 17(3), 155–165.

Ruohotie, P. 2005. Kvalifikaatioiden ja kompetenssien kehittäminen koulutuksen tavoitteena. Teoksessa T. Varis (toim.) *Uusrenessanssiajattelu, digitaalinen osaaminen ja monikulttuurisuuteen kasvaminen*. OKKA-säätiö, Helsinki, 31–49.

Räsänen R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. *Acta Universitatis Lapponiensis* 210. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.

Saks K & Tiit E-M. 2008. Subjective Quality of Life of Care-Dependent Older People in Five European Countries. Teoksessa Vaarama M, Pieper R & Andrew S. (toim.) *Care-Related Quality of Life in Old Age. Concepts, Models and Empirical findings*. Springer. New York, 153–167.

Sandberg, J. 1994. Human competence at work. An interpretative approach. BAS, Göteborg.

- Sarvimäki A & Stenbock Hult B. 2009. Vanhuus, haavoittuvuus ja hoidon eettisyys. Teoksessa Sarvimäki A, Heimonen S-L & Mäki-Petäjä-Leinonen A. (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Edita Prima, Helsinki, 33–58.
- Settersten R A Jr. 2005. Toward a Stronger Partnership between Life-Course Sociology and Life-Span Psychology. *Research in Human Development*, 2, 25–41.
- Silvennoinen P. 2003. Osastonhoitaja näyttöön perustuvan hoitotyön mahdollistajana erikoishoidossa. Kuopion yliopisto. Pro gradu -tutkielma.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatin harjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita. 2000:15. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/paosiallys46.htm>. Luettu 3.2.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveys 2015-kansaterveysohjelma. <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>. Luettu 21.2.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 30. Selvityshenkilö Sirkka-Liisa Kivelän raportti. <http://pre20090115.stm.fi/hl1150272501953/> Luettu 1.3.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Kaste-ohjelma. Helsinki. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=287076name=DLFE-3683.pdf&title/](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=287076name=DLFE-3683.pdf&title/) Luettu 1.3.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Helsinki. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folder=28707name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmisten](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folder=28707name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmisten) Luettu 1.3.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva-työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 28.
- Spencer L.M. & Spencer S.M. *Competence at Work. Models for superior Performance.* Wiley, New York.
- Ståhle P & Grönroos M. 1999. *Knowledge Management: tietopääoma yrityksen kilpailutekijänä.* WSOY, Porvoo.
- Suikki S & Perttula J. 2000. Iäkkäiden naisten koettu hyvinvointi – fenomenologis-hermeneuttinen näkökulma. *Gerontologia* 14(4), 241–251.
- Sulander T. 2007. Ikääntyneiden alkoholinkäyttö tilastojen valossa. Teoksessa Alanko A & Haarni I. (toim.) *Ikääntyminen ja alkoholi.* Sininauhaliitto, Helsinki.
- Sveiby, K. E. 1997. *The New Organizational Wealth: Managing & Measuring Knowledge-Based Assets.* U.S.A.



Teeri S, Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2006. Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing ethics* 13(2), 116–129.

Tiikkainen P. 2009. Koulutuksen rooli gerontologisen hoitotyön osaamisen kehittämisessä. Teoksessa Voutilainen P. & Tiikkainen P. (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. WSOY, Helsinki.

Tilastokeskus. 2009. Väestöennuste. [http://www.stat.fitil/vaenn/2009/vaenn\\_2009\\_2009\\_30\\_tau\\_001\\_fi.html\\_m=98743&s=2467](http://www.stat.fitil/vaenn/2009/vaenn_2009_2009_30_tau_001_fi.html_m=98743&s=2467)/Luettu 1.3.2013.

Tilley D.D.S. 2008. Competency in Nursing: A Concept Analysis. *The Journal of Continuing Education in Nursing* 39, 58–64.

Tilvis R, Pitkälä, K, Strandberg T, Sulkava R & Viitanen M. (2010). *Geriatría*. WS Bookwell, Porvoo.

Topo P, Sormunen S, Saarikalle K, Räikkönen O & Eloniemi-Sulkava U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. *Stakes. Tutkimuksia* 162. Gummerus kirjapaino Oy. Vaajakoski, 95–114.

Tuomi J & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.

Vaarama M, Pieper R & Sixsmith A. 2008. The General Framework and Methods of the Care Keys Research. Teoksessa Vaarama M, Pieper R & Sixsmith A (toim.) *Care-related Quality of Life in Old Age. Concepts, models and empirical findings*. Springer. New York.

Vanaki Z & Memarian R. 2009. Professional Ethics: Beyond the Clinical Competency. *Journal of Professional Nursing* 25 (5), 285–291.

Voutilainen P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Stakes. Tutkimuksia* 142. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Voutilainen P & Tiikkainen P. (toim.) 2009. *Gerontologinen hoitotyö*. WSOY, Helsinki.

Voutilainen P, Isola A & Backman K. 2009. Laadulla on tekijänsä – Katsaus ikääntyneiden parissa toimivan henkilöstön määrään ja rakenteeseen. *Hoitotiede* 17(3), 166–175.

Wadensten B, Conden E, Wahlund L & Murray K. 2007. How nursing home staff deal with residents who talk about death. *International Journal of Older People Nursing*, 2(4), 241–249.

Wallace M. 2008. *Essentials of gerontological nursing*. Springer Publishing Company, New York.

Wallace M, Lange J & Grossman S. 2008. Isolation followed by integration: A model for development of separate geriatric course. *Journal of Nurse Education*, 44, 253–256.

Watkins M. 2000. Competency for nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*. 9, 338–346.

Zimmerman S, Sloane S, Philip D, Williams C, Reed P, Preisser J, Eckert J & Dobbs D. 2005. Dementia Care and Quality of Life Assisted Living and Nursing Homes. *Gerontologist*, 45 Special Issue I, 133–146.

Liite 1. Tutkimuksia gerontologisen hoitotyön osaamisesta (1/8)

Liitetaulukko 1. Keskeisimmät gerontologisen hoitotyön osaamista kuvaavat tutkimukset.

Tekijä (t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/Otos	Menetelmä	Päätulokset
Aud, Bostick, Marek, McDaniel, 2006, Yhdysvallat	Arvioida lisääntykö geriatrisen hoitotyön tietoperusta ja muuttuuko asenne ikääntyneitä kohtaan positiivisemmaksi lisäämällä gerontologian kursseja koulutukseen.	Hoitotyön kandidaattivaiheen opiskelijat (n= 311–316).	Mittarit HESI, GERI ja FAQ (Palmore 1998). Tilastollinen analyysi.	Opiskelijoiden gerontologinen tieto lisääntyi, mutta asenteet ikääntyneitä kohtaan eivät muuttuneet aiempaa positiivisemmiksi.
Gilje, Lacey, Moore, 2007, Yhdysvallat	Selvittää, mitä geriatrian ja gerontologian sisältöjä on hoitotyön kandidaatin koulutuksessa.	Hoitotyön kandidaatin koulutusta tarjoavien oppilaitosten johtajat tai gerontologiseen hoitotyöhön perehtyneet opettajat (n=202).	Kyselylomake, jossa oli myös avoimia kysymyksiä. Sisällön analyysi, kuvaileva tilastollinen analyysi.	Noin puolet vastaajista (51,5 %) raportoi, että gerontologian ja geriatrian sisältöjä oli integroitu koulutukseen. Puolet vastaajista (51%) raportoi, että gerontologiasta oli itsenäisiä kursseja. Näistä 24% oli valinnaisia.
Haapaniemi, Routasalo, Lauri, 2003, Suomi	Kuvata suomalaista hoitotieteellistä vanhustutkimusta vuosina 1979-2000 tehtyjen opinnäytetöiden pohjalta.	Opinnäytetyön raportit tai tiivistelmät (N=184).	Sisällön analyysi.	Kiinnostuksen kohteena olivat olleet asiakas tai potilas, hoitotyön toiminta sen tulokset. Vähiten oli tutkittu hoitotyön toimintaympäristöä.
Haarni & Hautamäki, 2009, Suomi	Kuvata eläkeikäisten suomalaisten juomatapoja ja suhdetta alkoholiin.	60-75vuotiaat kaupunkilaiset (n=31).	Kvalitatiivinen tutkimus, teemahaastattelut.	Elämäntilanteiden ja elämäntilanteiden ja elämäntilanteiden käänteissä ikääntyvien juomatavat ovat muotoutuneet monenlaisiksi ja alkoholille annetut merkitykset vaihtelevat. Eläkeikäiset esittävät alkoholinkäyttönsä tavoitteeksi humalan välttämisen ja kohtuulliset juomatavat.
Haho, 2006, Suomi	Tarkastella hoitamisen ilmiötä länsimaisen hoitotyön näkökulmasta.	Nainen (n=1).	Hermeneuttinen historiantulkinta.	Hoitaminen on moraalista. Hoitaminen on autonomista. Hoitaminen on

Liite 1. Tutkimuksia gerontologisen hoitotyön osaamisesta (2/8)

				universaalia.
Hassi, 2009, Suomi	Kuvata yhteiskunnallisia muutossuuntia ja niiden vaikutusta kotihoidossa tehtävään työhön tulevaisuudessa sekä tutkia millaisia ovat gerontologisessa hoitotyössä toimivan työntekijän kvalifikaatiovaatimukset kotihoidossa.	Vanhustyönasiantuntijat (n=22)	Teemahaastattelut ja esseet.	Kotihoidossa tarvittava osaaminen koostui sosiaalisesta ja tunneosaamisesta, kliinisestä osaamisesta, yhteistyöosaamisesta ja kehittämis- ja kehittymisosaamisesta.
Hilden, 1999, Suomi	Tarkastella sairaanhoitajan ammatillista pätevyyttä ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavia tekijöitä.	Sairaanhoitajat (N=429) osastonhoitajat (n=14).	Kysely ja teemahaastattelu.	Työyhteisöt edellyttivät sairaanhoitajilta kykyä käyttää monipuolisesti hoitotyön auttamismenetelmiä. Lisäksi työyhteisöt edellyttivät muutoksenhallinta-, päätöksenteko-, suunnittelu-, kehittämis- ja arviointitaitoja sekä kykyä itsenäiseen työskentelyyn. Lisäksi työyhteisöt edellyttivät vahvaa omaa erikoisalan tiedonhallinta ja tiedon soveltamistaitoja.
Hyttinen, 1999, Suomi	Selvittää tulevaisuuden gerontologisessa hoitotyössä tarpeellista tietoperustaa.	1. kierros (N=281) 2. kierros (N=302) 3. kierros (N=127).	Delfi-kysely, yksimielisyysluokitus, kuvailevat, tilastolliset menetelmät. Kvalitatiivien aineisto sanastoanalyysi.	Jo olemassa olevan tiedon lisäksi tarvitaan tietoa erityisesti vanhenemisprosessista, vanhusten sairauksista ja sosiaaliturvasta, vanhustenhuollon kustannuksista ja yhteistyöstä.
Häggman-Laitila, 2009, Suomi	Kuvata työntekijöiden käsityksiä näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävästä tekijöistä.	Systemoitu katsaus	Pääkategoriat (n=5) alakategoriat (n=30)	Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä menetelmiä, joilla tehostetaan hoitotyöntekijöiden näyttöön perustuvaa toimintaa. Tulosten avulla voidaan myös arvioida organisaatioiden muutostarpeita ja suunnitella hoitotyöntekijöiden kokemuksia arvioivia mittareita.

Liite 1. Tutkimuksia gerontologisen hoitotyön osaamisesta (3/8)

<p>Isola, Backman, Saarnio, Paasivaara, 2005 Suomi</p>	<p>Kuvata hoitajien käyttämiä hoitotyön edistysellisiä toimintoja.</p>	<p>Dementoituvien hoitotyöhön osallistuvat henkilöt (n=62).</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus, haastattelut.</p>	<p>Muodostettiin kolme hoitotyön edistysellisen toiminnan pääluokkaa: persoonan käyttö, järkipäätöksistä ja intuitiivinen toiminta. Persoonan käyttö oli ihmisenä olemisen, huumorin ja luovuuden hyödyntämistä haasteellisesti käyttäytyvää kohdatessa. Järkipäätöksistä perustuvaa toimintaa olivat perustelu, vakuuttaminen, ohjaaminen ja ympäristön muokkaaminen. Intuitiivinen toiminta ilmeni ennalta ehkäisyä, mukaan menemisenä ja huomion ohjaamisena muuhun.</p>
<p>Isopahkala-Bouret, Kela, 2011, Suomi</p>	<p>Tehdä näkyväksi niitä asenteita, joita ikääntyneillä työntekijöillä itsellään on ikääntyneiden työntekijöiden työhön liittyvää oppimista kohtaan. Kuvata, millaisia sosiaalisia positioita oppimiseen liittyvien asenteiden kautta voidaan ilmaista.</p>	<p>Kunnallisen sektorin työntekijät 56–65 vuoden välillä (n=26).</p>	<p>Laadullinen asennetutkimus.</p>	<p>Tuloksena syntyi ikääntyneiden työntekijöiden oppimiseen liittyvien asenteiden ja sosiaalisten positioiden kuvaus, joka osoittaa millaista liikkumavaraa ikääntyneille työntekijöille on tarjolla suhteessa työhön liittyvään oppimiseen.</p>
<p>Järnström, 2011, Suomi</p>	<p>Käsitellä asiakkuutta ja asiakaslähtöisyyttä geriatrisessa sairaalassa. Asiakaslähtöisyyden ideaalia lähestytään itsemääräämisoikeuden, osallistumisen ja tasavertaisen vuorovaikutuksen sekä tiedonsaannin näkökulmista sellaisena, millaiseksi se rakennetaan vanhustenhuollon strategioissa ja tavoitteissa.</p>	<p>Vanhukset (n=45) moniammatilliset työntekijät (n=5) osastojen (n=32) havainnot toimintakäytännöistä.</p>	<p>Etnografia, haastattelut.</p>	<p>Vanhusten asiakkuudelle ja asiakaslähtöisyydelle geriatrisella osastolla luovat haasteita palvelujärjestelmän tehokkuusajattelu, järjestelmän joustamattomuus, kaikkalainen resurssien puute, omaisten vahva rooli sekä joidenkin vanhusten oma passiivisuus.</p>
<p>Kankkunen,</p>	<p>Kuvata miten dementiayksikössä</p>	<p>Lähihoitajat, vastaavan</p>	<p>Teemahaastattelu.</p>	<p>Hoitajat arvioivat</p>

Liite 1. Tutkimuksia gerontologisen hoitotyön osaamisesta (4/8)

<p>Taponen, Suominen, 2007, Suomi</p>	<p>toimivat hoitajat arvioivat potilaan kipua ja mitkä tekijät edistävät ja ehkäisevät kivun arviointia.</p>	<p>tutkinnon suorittaneet (n=18).</p>		<p>dementiapotilaan kipua lähinnä havainnoimalla erilaisia muutoksia potilaan tilassa, kuten emotionaalisia ja fyysisiä muutoksia, muutoksia aktiivisuudessa, ilmeissä, eleissä, sanallisessa ilmaisussa ja kehon liikkeissä.</p>
<p>Kanste, 2011, Suomi</p>	<p>Kuvata johtajuuden yhteyttä hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin.</p>	<p>Vuonna 2000–2010 julkaistut kansainväliset ja kansalliset tieteelliset artikkelit, tutkimusraportit, väitöskirjat.</p>		<p>Tulevaisuus- ja muutosorientoitunut, osallistava, valtuuttava sekä työntekijälähtöinen johtajuus on yhteydessä esimerkiksi työhön sitoutumiseen, työtyytyväisyyteen ja valtaistumiseen. Myös palkitseminen, johtajuuden oikeudenmukaisuus, onnistunut vuorovaikutus, sosiaalinen tuki ja palaute ovat tärkeitä tekijöitä työasenteiden ja työhyvinvoinnin kannalta. Sen sijaan välttelevä, epäoikeudenmukainen ja epäjohdonmukainen johtajuus on yhteydessä hoitohenkilöstön vaihtuvuuteen, työuupumukseen ja sairauspoissaoloihin.</p>
<p>Kuusela, Hupli, Johansson, Routasalo, Eloranta, 2010, Suomi</p>	<p>Kuvata moniammatillista osaamista ja sen toteutumista iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa.</p>	<p>Kotihoidon henkilöstö (=25).</p>	<p>Fokusryhmähaastattelu.</p>	<p>Moniammatillinen osaaminen koostui yhteistyöosaamisesta ja tieto-taidosta fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Kotihoidon yhteistyöosaamisessa ilmeni puutteita. Toiminta ei perustunut moniammatilliseen</p>

Liite 1. Tutkimuksia gerontologisen hoitotyön osaamisesta (5/8)

				geriatriseen arviointiin ja yhdessä asiakkaan kanssa asetettuihin tavoitteisiin ja tulosten systemaattiseen seurantaan. Toimintaperiaatteena kotihoidossa oli kuntouttamista edistävä toiminta. Henkilöstöllä oli monipuolisia menetelmiä ikäihmisten omatoimisuuden edistämiseksi, mutta asenteet ja ajan puute muodostuivat esteiksi.
Kääriäinen, Kyngäs. 2005, Suomi	Kuvata potilaiden ohjausta hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002.	Aineistona 96 artikkelia	Induktiivinen sisällön analyysi.	Potilaiden käsityksiä ohjauksesta kuvataan seuraavien kategorioiden avulla: tyytyväisyys ohjaukseen, ohjaustarpeet, ja niiden arviointi, ohjauksen riittävyys ja omaisten rooli ohjauksessa. Ohjauksesta huolimatta potilailla ei aina ollut riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Ohjaus vaikutti positiivisesti muun muassa potilaan terveydentilaan, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon ja tiedon määrään.
Lohiniva, 1999, Suomi	Kuvata työelämän näkökulmasta terveydenhoitajan työn ydintoimintoja ja analysoida terveydenhoitajan työn kvalifikaatiovaatimuksia kontekstina yhteiskunnan ja työelämän muutostendenssit ja pohjoinen toimintaympäristö.	Terveydenhoitajat (n=15) terveydenhoitajien asiakkaat (n=10) sidosryhmien edustajat (n=8) muut tiedonantajat (n=14).	Etnografia	Terveydenhoitajilla ilmeni vajetta asiakastyössä vaadittavissa kvalifikaatioissa ryhmiin ja yhteisöön kohdistuvassa terveyden edistämistyössä sekä psykososiaalisten auttamismenetelmien hallinnassa. Myös kyky eritellä ja

Liite 1. Tutkimuksia gerontologisen hoitotyön osaamisesta (6/8)

				argumentoida teoreettisia perusteita ja arvoja oli puutteellinen. Muuttuvan toimintaympäristön edellyttämässä kvalifikaatioissa vajetta ilmeni erityisesti ammattitaidon ylläpitämisen- ja muutoksen hallintavalmiuksissa. Pohjoisen toimintaympäristön asettamissa kvalifikaatiovaatimuksissa vajetta esiintyi transkulttuurisen hoitotyön sekä ensiavun- ja ensihoidon alueella.
Meretoja, 2003, Suomi	Kehittää mittari sairaanhoitajien ammattipätevyden arviointiin.	Sairaanhoitajat, osastonhoitajat, ylihoitajat (n=122).	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Sairanhoitajat ja osastonhoitajat arvioivat sairaanhoitajien ammattipätevyystason hyväksi. Molemmat ryhmät antoivat korkeat pätevyysarviot tilanteiden hallinnassa sekä auttamis- ja tarkkailutehtävissä. Matalinta ammattipätevyyttä tunnistettiin laadun varmistamisen alueella.
Mezey, Quinland, Fairhild, Vezina, 2006, Yhdysvallat	Kehittää ja testata työkalua iäkkäiden hoitotyön kompetensseista.	(n=14).	Kuvailevat tilastolliset menetelmät (SPSS).	"Geriatric competencies for RNs in hospital"-ohjeistusta voidaan hyödyntää, kun arvioidaan ja kehitetään hoitajien geriatriasia kompetensseja.
Nuutinen, Raatikainen, 2005, Suomi	Kuvata omaisten osallistumista vanhusten hoitoon vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidon osastoilla sekä omaisten saamaa tukea hoitoon osallistumisessa. Tutkia hoitoon osallistumisen ja tuen saamisen sekä taustatekijöiden yhteyksiä.	Omaisat (n= 611).	Kvantitatiivinen, kysely.	Omaisilla oli enemmän halua kuin tietoa, taitoja ja aikaa osallistua potilaan hoitoon. Omaisat auttoivat vanhusta syömisessä ja juomisessa usein, mutta muuten he osallistuivat potilaan



Liite 1. Tutkimuksia gerontologisen hoitotyön osaamisesta (7/8)

				<p>fyysiseen auttamiseen harvoin. Henkistä ja sosiaalista tukea he antoivat usein. Tietoa potilaan hoitoon liittyvistä asioista oli kolmasosa omaisista saanut hoitohenkilökunnalta hyvin. Tukea hoitoon osallistumiseen oli yli puolet omaisista saanut hoitohenkilökunnalta mielestään vähän. Mitä enemmän omaisella oli voimavaroja ja mitä enemmän omaisella hän oli saanut hoitohenkilökunnalta tukea, sitä useammin hän osallistui potilaan hoitoon.</p>
Paasivaara, 2005, Suomi	Kuvata ja ymmärtää vanhusten hoitotyön organisaatiokulttuurin muotoutumista Suomessa 1960-luvulta 2000-luvulle.	Hoitajat (n=8) osastonhoitaja (n=1).	Historiantutkimus: haastattelut.	<p>Muistitiedon avulla kerättiin kokemuksia vanhusten hoitotyön organisaatiokulttuurista. Organisaatiokulttuurin tarkasteleminen heidän alakulttuurinsa kautta avaa mahdollisuuden ymmärtää käytäntöjen muotoutumista työntekijän näkökulmasta.</p>
Routasalo, Savikko, Tilvis, Pitkälä, 2005, Suomi	Kuvata väestötasolla ikääntyneitä maaseudulla ja kaupungissa asuvia henkilöitä eri puolilla Suomea.	Satunnaisotanta (n=5722).	Strukturoitu postikysely.	<p>Maaseudulla asuvat olivat vähemmän koulutettuja ja heillä oli heikompi taloudellinen toimeentulo kuin kaupungissa asuvilla ikääntyneillä vastaajilla. Yksin asuminen oli yleisempää kaupungissa kuin maaseudulla, mutta silti maaseudulla koettiin yksinäisyyttä useammin kuin kaupungissa. Toimintakyky oli</p>

Liite 1. Tutkimuksia gerontologisen hoitotyön osaamisesta (8/8)

				maaseudulla asuvilla hieman heikompi kuin kaupungissa asuvilla. Kumpikin vastaajaryhmä piti samalla tavalla yhteyttä lapsiinsa ja lastenlapsiinsa. Vastaajat osallistuivat aktiivisesti erilaisiin tilaisuuksiin.
Rosenfeld, Bottrell, Fulmer, Mezey, 1999, Yhdysvallat	Tuottaa perusdataa gerontologisesta hoitotyöstä hoitotyön kandidaatin koulutuksessa/opetus suunnitelmissa. Selvittää gerontologian sisältöjä opetus suunnitelmissa.	Hoitotyön kandidaatin koulutusohjelmaa (n=580).	Surevey- tutkimus (postikysely), tilastollinen kuvailu.	63% ilmoitti, että gerontologiaa oli integroitu muihin kursseihin. 37% ilmoitti, että heillä oli itsenäisiä gerontologian oppikursseja. Näistä 23% ilmoitti niiden olevan pakollisia.
Silvennoinen, 2003, Suomi	Selvittää osastonhoitajien mahdollisuuksia toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Kuvata näyttöön perustuvan hoitotyön toteutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä.	Osastonhoitajat (n=90).	Strukturoitu kyselylomake.	Näyttöön perustuvan hoitotyön estäviksi tekijöiksi ilmeni sitä tukeva koulutus, positiivinen asenne ja aikaresurssit. Estäviä tekijöitä olivat osastonhoitajien negatiivinen asenne tutkimukseen, koulutuksen puute, vähäinen tietotaito näyttöön perustuvasta hoitotyöstä ja johdon tuen puute.
Suikki, Perttula, 2000, Suomi.	Kuvata iäkkäiden naisten elämänkerroissa esiin tulevaa hyvinvoinnin kokemusta.	naiset (n=4).	Haastattelut.	Tutkimuksessa haastatetuille naisille hyvinvointi ilmeni seuraavina koettuina ydinmerkityksinä: sosiaalisuutena, fyysisyytenä,, selviytymisenä.
Wallace, Lange, Grossman, 2005, Yhdysvallat	Rakentaa malli siitä, miten integroida geriatria hoitotyötä kaikkiin hoitotyön kandidaatinvaiheen kursseihin.	Yhden yliopiston hoitotyön kandidaattivaiheen opetus suunnitelma.	Eriksonin 1963 luoman mallin soveltaminen käytännössä.	Kehitettiin gerontologian opettamisen malli, jossa gerontologista hoitotyötä on integroitu opetukseen koko koulutuksen ajan.

Liite 2. Gerontologisen hoitotyön kompetenssit (1/3)

<p>Eettinen osaaminen</p>	<p>Ikääntyneen kunnioittaminen.</p> <p>Otaa huomioon ja kunnioittaa ihmisen ja hänen perheensä arvoja, asenteita, rooleja, kulttuuria, uskontoa, elämäntyyliä ja yksilöllisyyttä.</p> <p>Edistää ikääntyneen autonomiaa ja osallisuutta.</p> <p>Lakien ja eettisten periaatteiden noudattaminen. Periaatteena mm. itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, turvallisuus, voimavaralähtöisyys ja yksilöllisyys.</p> <p>Asenteiden tunnistaminen. Tunnistaa omat ja toisten asenteet, arvot ja odotukset ikääntymisestä ja niiden vaikutuksesta hoitoon. Puuttuu tarvittaessa epäkohtiin.</p>
<p>Viestintä – ja vuorovaikutusosaaminen</p>	<p>Kunnioittava viestintä ikääntyneen ja omaisten kanssa. Tunnistaa ja ottaa huomioon ikääntyneiden viestimiseen, tuntemuksiin, havaitsemiseen ja aistimiseen liittyvät toiminnalliset, fyysiset, kognitiiviset ja psykososiaaliset vanhenemismuutokset.</p>
<p>Päätöksenteko-osaaminen</p>	<p>Gerontologisen tietoperustan käyttäminen hoitotyön päätöksenteossa.</p> <p>Hallitsee laaja-alaisesti ikääntyneen ihmisen tarpeiden ja voimavarojen määrittelyyn.</p> <p>Suunnittelee, toteuttaa ja arvioi hoitotyötä ja palveluita yhdessä ikääntyneen ja hänen läheistensä kanssa ottaen huomioon fyysiset, kognitiiviset ja psykososiaaliset ikääntymiseen liittyvät erityispiirteet.</p> <p>Kirjaa hoitotyön ajantasaisesti ja hoidon jatkuvuuden turvaten.</p>
<p>Yhteistyöosaaminen</p>	<p>Yhteistyö.</p> <p>Toimii yhteistyössä ikääntyneen ihmisen, hänen sosiaalisen verkostonsa, julkisen-, yksityisen- ja kolmannen sektorin kanssa.</p> <p>Varmistaa tiedonkulun, kun ikääntynyt liikkuu hoito- ja palveluketjussa. Koordinoi hoito- ja palveluprosessia moniasiantuntijuutta hyödyntäen.</p> <p>Osaa ohjata ikääntyntä palvelujärjestelmän hyödyntämisessä yksilön parhaaksi.</p>
<p>Terveyden edistämisen osaaminen</p>	<p>Aktivoi ja tukee omaehtoista terveyden edistämistä.</p> <p>Toteuttaa terveyttä ja toimintakykyä edistävää hoitotyötä.</p> <p>Ehkäisee ja vähentää riskitekijöitä, jotka heikentävät toimintakykyä ja elämänlaatua ja johtavat toiminnan vajavuuksiin. Puuttuu niihin varhain.</p> <p>Käyttää ikääntyneille, ryhmille ja yhteisöille soveltuvia terveyden edistämisen arviointi- ja auttamismenetelmiä.</p> <p>Osaa arvioida ikääntyneen ihmisen elinympäristön esteettömyyttä ja riskejä.</p> <p>Hallitsee ikääntyneiden terveyden edistämisen painopistealueet.</p>

Liite 2. Gerontologisen hoitotyön kompetenssit (2/3)

<p>Ohjaus- ja valmennusosaaminen</p>	<p>Hallitsee ohjattavan ja valmennettavan asian ikäspesifin sisällön. Soveltaa kasvatusgerontologian tietoa ikääntyneen ihmisen ja hänen perheensä ohjaamisessa. Laatii ja käyttää ikääntyneille soveltuvia välineitä ohjauksessa ja valmennuksessa.</p>
<p>Kliininen osaaminen</p>	<p>Käyttää hoitotyössä luotettavia ja ikäihmisille soveltuvia arviointimenetelmiä fyysisen, kognitiivisen ja psykososiaalisen toimintakyvyn arviointiin.</p> <p>Tunnistaa normaalit vanhenemismuutokset ja erottaa ne patologisista muutoksista.</p> <p>Käyttää näyttöön perustuvia menetelmiä hoitotyössä.</p> <p>Hallitsee keskeiset gerontologisen hoitotyön auttamismenetelmät.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. lääkehoito</li> <li>2. ravitsemus- ja nestehoito</li> <li>3. palliatiivinen hoito</li> <li>4. kivunhoito</li> <li>5. ihonhoito</li> <li>6. liikkuminen</li> <li>7. saattohoito</li> </ol> <p>Ehkäisee hoitoon liittyviä ja hoidosta johtuvia, iatrogeenisia ongelmia.</p> <p>Ehkäisee fyysisten ja kemiallisten rajoitteiden käyttöä.</p> <p>Arvioi ikääntyneen ihmisen hoito- ja elinympäristöä ottaen huomioon vanhenemismuutokset.</p> <p>Arvioi ja selvittää sosiaalisen verkoston voimavarat, taidot ja mahdollisuudet auttaa ikääntynyttä ihmistä ylläpitämään henkilökohtaisia tavoitteitaan ja itsenäisyyttään.</p> <p>Hyödyntää geronteknologiaa ikääntyneiden toimintakyvyn, riippumattomuuden, turvallisuuden ja osallisuuden edistämässä.</p> <p>Osoo toteuttaa gerontologista hoitotyötä erilaisissa hoito- ja toimintaympäristöissä.</p>
<p>Kehittämisen- ja vaikuttamisosaaminen</p>	<p>Tunnistaa ja osoo hoitaa erilaisia geriatria oireyhtymiä ja akuutteihin ja kroonisiin sairauksiin liittyviä monimutkaisia tiloja ja monisairastavuuteen liittyviä ongelmia.</p> <p>Esimerkiksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. inkontinenssi</li> <li>2. muistisairaudet ja dementia</li> <li>3. pneumonia</li> <li>4. delirium</li> <li>5. kaatumiset</li> <li>6. HRO (hauraus-raihnaisuusoireyhtymä)</li> <li>7. masennus</li> <li>8. käytösoireet</li> <li>9. yksinäisyys ja eristäytyneisyys</li> </ol>
<p>Kehittämisen- ja vaikuttamisosaaminen</p>	<p>Laatii ja noudattaa hyvän hoidon kriteerejä hyödyntäen tutkittua tietoa.</p> <p>Raportoi mahdollisesta ikääntyneiden ihmisten huonosta hoidosta ja</p>

## Liite 2. Gerontologisen hoitotyön kompetenssit (3/3)

	<p>kohtelusta.</p> <p>Tunnistaa ja kehittää aktiivisesti hyviä käytänteitä. Julkaisee kehittämisen tuloksia eri tasoilla.</p>
--	---

### Liite 3. Suostumuslomake haastatteluun

#### SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

Pro gradu-tutkielma: Gerontologinen osaaminen hoitotyössä

Hoitotiede

Itä-Suomen yliopisto

Terveystieteiden tiedekunta, Hoitotieteen laitos

Suostun osallistumaan nauhoitettavaan haastatteluun, jossa kerron omakohtaisia kokemuksia ja mielipiteitä ennalta annettujen haastatteluteemojen pohjalta.

Minulle on selvitetty yllä mainitun tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät menetelmät.

Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen vapaaehtoista.

Olen tietoinen myös siitä, että henkilöllisyyteni jää vain tutkijan tietoon ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelussa antamiani tietoja käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin.

Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni.

Päiväys

Suostun osallistumaan tutkimukseen

---

Osallistujan allekirjoitus ja  
nimenselvennys

Päiväys

Suostumuksen vastaanottaja

---

Tutkijan allekirjoitus ja  
nimenselvennys

## Liite 4. Saatekirje

Saatekirje

Tutkimuslupahakemus; aineistonkeruu pro gradu -tutkielmaan: gerontologinen osaaminen hoitotyössä.

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Opiskelen Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksella suorittaakseni terveystieteiden maisterin tutkinnon. Pro gradu- tutkielmani tarkoituksena on kuvata gerontologista osaamista hoitotyössä. Tavoitteena on tuottaa tietoa osaamiskuvauksista, jotka kuvaavat gerontologiselta sairaanhoitajalta, terveydenhoitajalta ja fysioterapeutilta edellytettävää osaamista. Tutkimukseni on jatkoa vuonna 2011 Itä-Suomen yliopistossa tekemääni kandidaatintutkielmaan.

Pyydän ystävällisesti lupaa suorittaa haastatteluun työyhteisössänne. Pyydän myös lupaa siihen, että osallistujat saavat osallistua haastatteluun työaikana. Haastatteluun kuuluu aikaa noin yhdestä tunnista puoleentoista tuntiin.

Aineisto käsitellään luottamuksellisesti eikä osallistujien henkilöllisyys tule missään vaiheessa esille. Aineistosta saatuja tietoja käytetään ainoastaan tutkimustarkoitukseen.

Toivon myönteistä suhtautumistanne pro gradu-tutkielmaani.

Yhteistyö terveisin

Tuula Tarhonen  
Esh, TtM-opiskelija  
Itä-Suomen yliopisto  
Hoitotieteenlaitos

Liitteet:

Tutkimussuunnitelma  
Teemahaastattelulomake  
Saatekirje

GERONTOLOGISEN HOITOTYÖN KOMPETENSSIT (Tiikkainen 2009)

**1. Eettinen osaaminen**

- mitä on mielestäsi eettinen osaaminen gerontologisessa hoitotyössä?
- miten eettinen osaaminen näkyy työssäsi/toiminnassasi?
- mitkä asiat ovat sinulle tärkeitä eettisessä osaamisessa?

**2. Viestintä - ja vuorovaikutusosaaminen**

- kuvaile, millaista on mielestäsi viestintä ja vuorovaikutusosaaminen gerontologisessa hoitotyössä?
- missä tilanteissa käytät viestintä- ja vuorovaikutusosaamistasi ja miten se näkyy työssäsi?

**3. Päätöksenteko-osaaminen**

- mitä on päätöksenteko-osaaminen gerontologisessa hoitotyössä?
- miten päätöksenteko-osaaminen näkyy päivittäisessä työssäsi?

**4. Yhteistyöosaaminen**

- mitä on yhteistyöosaaminen gerontologisessa hoitotyössä?
- millaista yhteistyöosaamista työssäsi vaaditaan?
- miten se näkyy työssäsi?

**5. Terveyden edistämisen osaaminen**

- mitä on terveyden edistäminen gerontologisessa hoitotyössä?
- miten terveyden edistämisen näkyy päivittäisessä työssäsi?

**6. Ohjaus- ja valmennusosaaminen**

- mitä on ohjaus- ja valmennusosaaminen gerontologisessa hoitotyössä?
- miten käytät ohjaus- ja valmennusosaamistasi päivittäisessä työssäsi?
- miten se näkyy?

**7. Kliininen osaaminen**

- mitä on kliininen osaaminen gerontologisessa hoitotyössä?
- mitä osaamista se vaatii sinulta?
- miten toteutat kliinistä osaamistasi gerontologisessa hoitotyössä?



**8. Geriatriinen osaaminen**

- mitä on geriatriinen osaaminen?
- mitä osaamista sinulta vaaditaan?
- miten se näkyy päivittäisessä työssäsi?

**9. Kehittämisen- ja vaikuttamisosaaminen**

- mitä on mielestäsi kehittäminen- ja vaikuttamisosaaminen gerontologisessa hoitotyössä?
- miten hyödynnät kehittäminen- ja vaikuttamisosaamistasi työssäsi?
- miten pidät yllä kehittäminen- ja vaikuttamisosaamistasi?

## Liite 6. Osallistujien taustatietolomake

### OSALLISTUJIEN TAUSTATIEDOT

Vastaa alla oleviin kysymyksiin ympyröimällä se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa sinua.

1. Ikä \_\_\_\_\_ vuotta

2. Ammatillinen koulutus

sairaanhoitaja (opistoaste)

sairaanhoitaja (AMK)

fysioterapeutti (opistoaste)

fysioterapeutti (AMK)

muu, mikä \_\_\_\_\_

3. Työkokemuksen pituus gerontologisessa hoitotyössä \_\_\_\_\_ vuotta

4. Työsuhteen muoto

vakinainen

sijaisuus

varahenkilö