

Gerontologinen hoitotyö ja sen kehittämishaasteet Venäjällä pitkäaikais- hoidossa

Heini Hämäläinen
Galina Shablykova

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2016
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitaja (AMK), Hoitotyön tutkinto-ohjelma

Tekijä(t) Hämäläinen Heini Shablykova Galina	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 2.6.2016
	Sivumäärä 55	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Gerontologinen hoitotyö ja sen kehittämishaasteet Venäjällä pitkäaikaishoidossa		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Matilainen Irmeli, Tiikkainen Pirjo		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Väestö ikääntyy ympäri maailman. On arvioitu, että vuoteen 2030 mennessä Suomessa ikääntyneitä on 26,3 prosenttia koko väestöstä. Venäjällä ikääntyneiden osuus koko väestöstä oli jo vuonna 2015 yli 23 %.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata gerontologista hoitotyötä ja sen kehittämishaasteita Venäjällä sekä kuvata myös hoitajien näkemyksiä ongelmakohtista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää osaamisen kehittämisessä ja venäläisille suunnattavan koulutuksen suunnittelussa. Opinnäytetyö toteutettiin sairaanhoitajien näkökulmasta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena teemahaastatteluina. Tutkimuskysymykset olivat: 1. Millaiseksi sairaanhoitajat kuvaavat roolinsa ja toimenkuvansa gerontologisessa hoitotyössä Venäjällä pitkäaikaishoidon yksiköissä? 2. Mitkä ovat gerontologisen hoitotyön kehittämishaasteet Venäjällä pitkäaikaishoidon yksiköissä sairaanhoitajina toimivien henkilöiden näkökulmasta? Haastatteluja oli yhteensä kolme ja niiden analysoinnissa tehtiin sisällönanalyysi teemoittelun avulla.</p> <p>Osaamiseen ja kehittämishaasteisiin liittyviä tekijöitä tuli ilmi sairaanhoitajan rooliin ja toimenkuvaan liittyen, asiakkaiden näkökulmaan liittyen, työympäristöön ja -välineisiin liittyen sekä organisaatioon ja työhyvinvointiin liittyen. Kokonaisuutena gerontologisen hoitotyön osaaminen koettiin hyväksi ja riittäväksi. Yhtenä suurimmista ongelmista nähtiin nuorten sairaanhoitajien saaminen pitkäaikaishoidon pariin. Sairaanhoitajien keski-ikä gerontologisen hoitotyön saralla ja nimenomaan pitkäaikaishoidossa on jo yli 50 vuotta, mikä vuoksi Venäjälle uhkaa tulevaisuudessa kehittyä hoitajapula.</p>		
Avainsanat (asiasanat) hoitotyö, gerontologinen hoitotyö, osaaminen, pitkäaikaishoito		
Muut tiedot		

Author(s) Hämäläinen Heini Shablykova Galina	Type of publication Master's thesis	Date 2.6.2016
	Number of pages 55	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: x
Title of publication Gerontological nursing and its development challenges in long term care in Russia.		
Degree programme Degree programme in Nursing		
Supervisor(s) Matilainen Irmeli, Tiikkainen Pirjo		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>Population around the world is ageing. It is estimated that by 2030 26,3% out of the whole population will be elderly in Finland. In Russia 23 % of the whole population were elderly in 2015.</p> <p>The purpose of the thesis was to describe gerontological nursing and its development challenges in long term care in Russia and to present nurses' views about the problematic issues. The aim was to produce information that could be used in competence development and planning of education that would be directed to the Russians. The thesis was implemented from the nurses' point of view.</p> <p>The thesis had a qualitative research approach, and theme interviews were used for data collection. The research questions were: 1. How the nurses describe their role and job description in gerontological nursing in long term care in Russia? 2. What are the development challenges in gerontological nursing in long term care in Russia according to nurses? A total of three interviews were conducted, and they were analyzed by using content analysis based on thematising.</p> <p>According to the results, factors related to competence and its development challenges concerned the nurses' role and job description, the inhabitants, the work environment and tools as well as the organization and wellbeing at work. Taken as a whole, gerontological nursing competence was found good and adequate. Recruiting young nurses to work in long term care was seen as one of the biggest development challenges. The mean age of nurses in gerontological care and especially in long term care is over 50 years. This may result in a shortage of nurses in Russia in the future.</p>		
Keywords/tags (subjects) nursing, gerontological nursing, competence, long term care		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto.....	3
2	Gerontologinen hoitotyö.....	4
	2.1 Gerontologinen hoito- ja sosiaalityö.....	5
	2.2 Ikääntyneen palvelutarve ja -verkosto.....	7
	2.3 Pitkäaikais- ja laitoshoido.....	9
3	Gerontologinen hoitotyö Venäjällä.....	11
	3.1 Gerontologisen hoitotyön erityispiirteet	12
	3.2 Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä	14
4	Gerontologisen hoitotyön osaaminen Suomessa ja Venäjällä	16
	4.1 Gerontologisen hoitotyön erityisosaaminen	16
	4.2 Osaaminen Suomessa	18
	4.3 Osaaminen Venäjällä.....	20
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	22
6	Opinnäytetyön toteuttaminen	22
	6.1 Kohderyhmän kuvaus.....	23
	6.2 Haastattelut.....	24
	6.3 Analysointi.....	25
7	Opinnäytetyön tulokset	26
	7.1 Sairaanhoidajan rooli ja toimenkuva	27
	7.2 Ikääntyneet hoitotyön asiakkaat.....	30
	7.3 Työympäristö ja -välineet.....	36
	7.4 Organisaatio ja työhyvinvointi	37
8	Pohdinta	39
	8.1 Eettisyys ja luotettavuus	43
	8.2 Jatkotutkimukset.....	45
	LÄHTEET.....	47
	LIITTEET	56

Liite 1: Haastattelutulosten luokittelu	56
---	----

Kuviot

Kuvio 1. Gerontologisen hoitotyön ja sosiaalityön erot (Pikkarainen, Era & Grönlund, 2011).....	5
Kuvio 2. Valtiollisen vakituisen avun elimet.....	13
Kuvio 3. Sairaanhoidajan rooli ja toimenkuva palvelutalossa.	30
Kuvio 4. Ikääntyneen elinympäristö palvelutalossa.....	34
Kuvio 5. Ikääntyneen ja sairaanhoidajan yhteisvaikutuksen alueet.....	35

1 Johdanto

Gerontologia on ikääntymisen, vanhuuden ja vanhenemisen tutkimista. Gerontologinen hoitotyö on toimintatapa, jossa yhdistyvät hoitotyön ja gerontologian tiedot ja menetelmät. Gerontologisen hoitotyön osaaminen on merkittävä osa terveydenhuoltoalan osaamista nyt ja tulevaisuudessa ympäri maailmaa. Gerontologisen hoitotyön osaaminen pohjautuu saatuun koulutukseen eli hoitotyön ammattilaisten tutkintoihin. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio, 2015, 13-14; Turunen & Suonmaa, 2011, 13.)

Ikääntyneiden määrä kasvaa ympäri maailmaa. OECD on arvioinut, että yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa noin 77 prosenttia ja yli 80-vuotiaiden määrä 174 prosenttia vuoteen 2050 mennessä (Pitkäaikaishoito Euroopan Unionissa, 2008, 3). Venäjällä ikääntyneiden määrä vuonna 2015 oli yli 35 miljoonaa. Viimeisen 20 vuoden aikana yli 85-vuotiaiden määrä on Venäjällä kaksinkertaistunut vaikka asukasluku maassa ei ole merkittävästi kasvanut. (Holostova, 2009.) Venäjällä on 1944 ikääntyneiden hoitolaitosta, joista pitkäaikaishoidossa on yli 70 000 henkilöä (EMISS, 2016).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata gerontologista hoitotyötä ja sen kehittämishaasteita Venäjällä sekä kuvata hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä ongelmakohtista pitkäaikaishoidossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää osaamisen kehittämisessä ja venäläisille suunnattavan koulutuksen suunnittelussa. Opinnäytetyö on toteutettu venäläisten sairaanhoitajien, jotka työskentelevät pitkäaikaishoidon yksiköissä, näkökulmasta. Tämä näkökulma on keskeinen, kun pyritään tekemään näkyväksi gerontologisen hoitotyön osaaminen ja sen kehittämiskohteet.

2 Gerontologinen hoitotyö

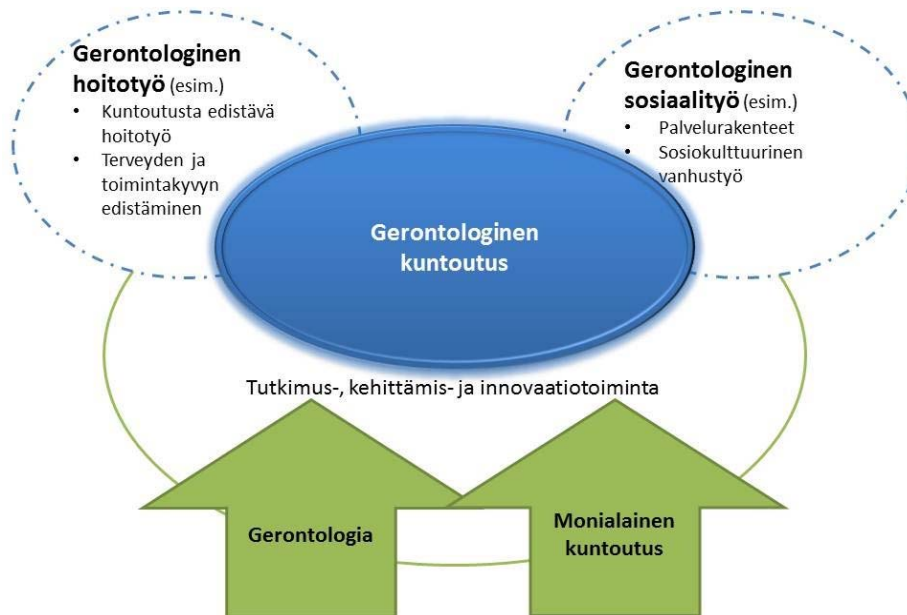
Gerontologiassa (kreikk. geron: vanhus) tutkitaan ikääntymistä, vanhenemista ja vanhuutta. Gerontologista tutkimusta tehdään monilla eri tieteen aloilla, joita ovat tilastotiede, kasvatustiede, ravitsemustiede, hoitotiede, lääketiede, psykologia, sosiologia ja biologia (Kivelä, 2006). Gerontologinen hoitotyö ja geriatriinen hoitotyö - käsitteitä käytetään paljon synonyymeinä toisilleen. Ero on kuitenkin siinä, että ikääntyneiden hoidon lisäksi gerontologinen hoitotyö pitää sisällään myös sairauksien ennaltaehkäisemiseen sekä terveyden edistämiseen tähtäävän toiminnan. (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen, 2009, 16.)

Ikääntyneen määrittelyssä perustana voidaan käyttää esimerkiksi tilastoja tai lakeja. Suomessa tilastollisesti ikääntyneiksi luokitellaan yli 65-vuotiaat. (Leino-Kilpi, 2012) Venäjällä ikääntyneeksi virallisesti luokitellaan yli 60-vuotiaat. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvueluista eli vanhuspalvelulaki (28.12.2012/980) määrittelee ikääntyneen henkilöksi, joka on vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä. Saman lain mukaan ikääntynyt on henkilö, ” jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta”. Vanhuuseläkelain mukainen ikäraja vanhuuseläkkeen saamiseen on 65 vuotta (KELA, 2014).

Gerontologinen sosiaalityö on ikääntyneiden asiakkaiden auttamiseen ja tukemiseen tähtäävää sosiaalityötä (Ylinen, 2008). Suomessa ja Venäjällä ikääntyneiden määrä kasvaa vuosittain. Gerontologisen hoitotyön tärkeys myös kasvaa. Esimerkiksi tietojen kansainvälinen vaihto sekä maahanmuutto mahdollistavat monikulttuurisen näkökulman syntymisen hoitotyössä.

2.1 Gerontologinen hoito- ja sosiaalityö

Opinnäytetyössä tarkastellaan gerontologista hoitotyötä. Gerontologiaan liittyy kiinteästi myös gerontologinen sosiaalityö. Seuraavassa kuviossa (Kuvio 1) erotellaan gerontologinen hoitotyö ja sosiaalityö.



Kuvio 1. Gerontologisen hoitotyön ja sosiaalityön erot (Pikkarainen, Era & Grönlund, 2011).

Venäjällä gerontologinen hoitotyö luokitellaan usein osaksi sosiaalityötä. Nämä palvelut ovat integroituja toisiinsa (Shabalin, 2009). Tässä opinnäytetyössä luokitellaan gerontologinen hoitotyö suomalaisen mallin mukaan.

Gerontologista hoitotyötä voidaan pitää sosiaali- ja terveydenhoitopalveluissa käytettävänä toimintatapana, jossa yhdistetään hoitotyön ja gerontologian tieto ja menetelmät. Gerontologisessa hoitotyössä luodaan edellytyksiä ikääntyneiden terveyttä edistävälle käyttäytymiselle sekä pyritään minimoimaan terveysongelmista aiheutuvia haittoja sekä toisaalta myös kompensoimaan niitä. Gerontologisen hoitotyön tavoitteena on edistää sairauksien diagnosointia ja hoitoa ikääntyneillä sekä lievittää

mahdollista kärsimystä. Lisäksi tavoitteena on tukea ikääntyneiden sosiaalista hyvinvointia kaikissa ja erityisesti vaikeissa elämäntilanteissa (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen, 2009, 8, 15-16).

Suomen väestö ikääntyy nopeaa vauhtia. On arvioitu, että vuoteen 2030 mennessä ikääntyneitä on 26,3 prosenttia Suomen väestöstä. (Nieminen, 2003.) Ikääntyneiden määrä kasvaa myös muualla Euroopassa. OECD on arvioinut, että yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa noin 77 prosenttia ja yli 80-vuotiaiden määrä 174 prosenttia vuoteen 2050 mennessä. (Pitkäaikaishoito Euroopan Unionissa, 2008, 3.) Tämän vuoksi ikääntyneiden määrä tulee vain kasvamaan niin sosiaali- kuin terveyspalveluidenkin piirissä. Näistä kahdesta kuitenkin terveyspalvelut on vahvemmin liitetty osaksi perinteistä vanhustyötä. Sosiaalityötä ei mielletä niin vahvasti osaksi sitä. (Ylinen, 2008, 18.) Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kuitenkin osa jokaista ikäryhmää jossain elämänvaiheessa. Tämän vuoksi gerontologinen sosiaalityö on tärkeä näkökulma, jota ei voi sivuuttaa ikääntyneiden ihmisten yhteydessä.

Gerontologisella sosiaalityöllä tarkoitetaan siis sosiaalialan ammattihenkilön toimintaa, joka perustuu tieteellisesti tutkittuun tietoon, ammatillis-tieteelliseen osaamiseen ja sosiaalityön eettisiin periaatteisiin. Gerontologisen sosiaalityön tavoitteena on vahvistaa ikääntyneiden hyvinvointia edistäviä olosuhteita, yhteisöjen toimivuutta ja ikääntyneiden toimintakykyisyyttä. Gerontologinen sosiaalityö on luonteeltaan muutostyötä, joka perustuu yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen sosiaalisten ongelmien tilanearviointiin ja ratkaisuprosesseihin. (Seppänen, 2014.)

Terminä gerontologinen sosiaalityö on vakiintunut vasta 2000-luvulla, mitä ennen on käytetty lähinnä termiä vanhussosiaalityö (Koskinen & Seppänen, 2013, 446). Gerontologisella sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalityön ammattihenkilön toimintaa, jonka pohjana toimivat sosiaalityön perusarvot ja eettiset periaatteet. (Rostila, 2001, 25-26) Gerontologisen sosiaalityön tavoitteena on muun muassa toimia vuorovaikuttajana ikääntyneen ja hänen elinympäristönsä välillä, varmistaa sosiaalietuuksien saatavuus, varmistaa, että ikääntyneen peruspalvelut on turvattu, varmistaa hänen tie-

tous palvelu-, kuntoutus- sekä hoitomahdollisuuksista ja vahvistaa suoriutumista, toimintakykyä sekä itsenäistä toimijuutta. (Koskinen & Seppänen, 2013, 450.)

2.2 Ikääntyneen palvelutarve ja -verkosto

Ikääntyneen palveluntarvetta voidaan selkeästi ja ymmärrettävästi mitata toimintakyvyn avulla. Ratkaiseva asia ihmisen hyvinvoinnin sekä terveyden kannalta on selviytyminen jokapäiväisestä elämästä ja sen mukanaan tuomista jokapäiväisistä toiminnoista. Tätä kykyä nimitetään yleisesti toimintakyvyksi. Toimintakykyä voi tarkemmin kuvata vielä jäljellä olevana toimintakykynä, yksilön voimavaroina tai toiminnanvajakseksi. (Lyyra ja Tiikkainen, 2009, 60.)

Toimintakykyyn vaikuttavat useat erilaiset tekijät pitkällä aikavälillä. Verbruggen ja Jetten toiminnanvajausten kehittymismalli havainnollistaa toimintakyvyn heikkenemistä. Yksilöt saavat eri syistä erilaisia vammoja tai sairastuvat erilaisiin pitkäaikais-sairauksiin. Nämä sairaudet ja vammat aiheuttavat toiminnanhäiriöitä tai rakenteellisia poikkeavuuksia esimerkiksi hermostossa tai tuki- ja liikuntaelimestössä. Myös mahdolliset riskitekijät edesauttavat toiminnanhäiriöiden sekä rakenteellisten poikkeavuuksien syntymistä. (Heikkinen, Laukkanen & Rantanen, 2013, 281.)

Erilaiset vauriot johtavat rajoituksiin suoritus- ja toimintakyvyssä. Tällaisia rajoituksia ilmenee fyysisissä ja psyykkisissä toiminnoissa, kuten liikkumisessa ja aistitoiminnoissa. Näitä muutoksia voidaan kuitenkin hidastaa ja ennalta ehkäistä esimerkiksi sairaanhoidolla, kuntoutuksella, lääkityksellä, ulkopuolisella tuella ja elämäntapamuutoksilla. Nämä suoritus- ja toimintakyvyn rajoitukset voivat kuitenkin lopulta johtaa toiminnanvajakseen. Tällöin voi ilmetä vaikeuksia esimerkiksi päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä. (Heikkinen, Laukkanen & Rantanen, 2013, 281.)

Sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa (2015) on painotettu ikääntyneiden toimintakyvyn parantamista. Tulevaisuudessa on tarkoitus painottaa enenevässä määrin ehkäisevää ja kuntouttavaa toimintaa, jonka tulee olla mahdollisimman monipuolista ja ennen kaikkea riittävän varhaista. Ikääntyneille ihmisille suunnattuja neuvontapalveluja onkin perustettu ja ehkäisevät kotikäynnit ovat myös yleistyneet. Palvelut kuitenkin vaihtelevat eri puolilla maata, joten kansallisesti yhdenmukaisten toimintatapojen kehittäminen on tärkeää, jotta ikääntyneiden itsenäinen selviytyminen ja elämänlaatu paranevat, sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve vähenee, samoin krooniset sairaudet. Myös hoivan tarve siirtyisi. (Hansson ja muut, 2008, 39-40.)

Ikääntyneille ihmisille on tarjolla monia erilaisia palveluita. On olemassa esimerkiksi virkistystoimintaa, tukea kotona asumiseen, toimeentuloon sekä turvallisuuteen, edunvalvontaa, mielenterveyspalveluita, terveydenhuoltoa sekä kotihoitoa (Hautala, 2012, 4-5). Palveluverkosto on laaja ja asiakkaalla onkin oikeus saada neuvoa sekä ohjausta viranomaisilta, jotta oikea palvelua tarjoava taho löytyisi. Suomessa kunnat järjestävät palvelunohjausta ja tämän ohjauksen tarkoituksena on tukea ikääntyvien henkilöiden hyvinvointia. (Hautala, 2012, 143.) Tällaista neuvontaa toteuttaa kunnassa usein seniorineuvoja (Anttilainen, 2015, 6).

Suomalaisessa palvelujärjestelmässä sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen sekä tuottaminen kuuluvat vielä toistaiseksi kunnille. Tämä siis koskee myös ikääntyneiden palveluja. Väestön ikääntyminen asettaa suuria tarpeita sosiaalipalvelujen lisäksi etenkin kotihoidolle sekä laitoshoidolle kuten terveyskeskuksien ja sairaaloiden vuodeosastoille ja erilaisille hoivakodeille sekä palvelutaloille. Erilaisia ikääntyneiden palveluja järjestävät niin kunnalliset kuin yksityisetkin tahot. Tällöin palveluja uhkaa hallinnollinen sekä toiminallinen pirstaleisuus, jolloin kärsijänä on ikääntynyt, jota varten kyseiset palvelut on aluksi luotu, koska mikään taho ei ota ikääntyneen kokonaisvaltaisesta hoidosta ja hoivasta kokonaisvastuuta. Suomessa painotus onkin vielä juuri laitoshoidossa. Esimerkiksi muissa länsimaissa tilanne on erilainen. (Räsänen, 2011, 20-23.)

Esimerkiksi Venäjällä tilanne on erilainen. Venäjällä terveyspalvelujärjestelmä on edelleen jonkinasteisessa muutostilassa Neuvostoliiton hajoamisen jäljiltä. Maan terveydenhuoltojärjestelmän rakenne on sama kuin maan hallinnollinen rakenne. Maassa on olemassa federatiivinen, alueellinen ja paikallinen terveydenhuolto. Federatiivinen on koko liittovaltiota koskeva, alueellinen on tasavaltaa, aluetta, autonoma aluetta, aluepiiriä tai liittokaupunkia koskevaa ja paikallinen on piiriä, kaupunkia ja/tai kylää koskevaa. Tällaisen aluejaon seurauksena on esimerkiksi se, että läheskään aina ei ole selvää, mitä julkinen terveydenhuolto todella on. (Zarubalova, 2013, 3,6.)

2.3 Pitkäaikais- ja laitoshoido

OECD (Pitkäaikaishoido Euroopan Unionissa, 2008, 3) määrittelee pitkäaikaishoidon monialaiseksi ja poliittiseksi aihealueeksi. Tämä aihe käsittää monia erilaisia palveluja suunnattuna henkilöille, jotka tarvitsevat apua pitkään. Tässä tapauksessa pitkään apua tarvitsevalla henkilöllä tarkoitetaan ikääntyneitä. OECD:n määritelmän mukaan pitkäaikaishoitoon voi sisältyä esimerkiksi perusterveydenhoitoa, asumista, kuntoutusta sekä työssä ja/tai päivittäisissä toiminnoissa avustamista.

Pitkäaikaishoidon palveluja voidaan tarjota henkilöille, jotka ovat vajaakuntoisia, ikääntyneitä, tarvitsevat erityistä avustusta päivittäisen elämän hallintaan tai joilla on jokin henkinen tai fyysinen vamma. Suurinta palveluntarve on ikääntyneiden keskuudessa. Heillä on usein pitkäaikaisia sairauksia, jotka aiheuttavat fyysistä, henkistä tai psyykkistä kyvyttömyyttä suoriutua päivittäisestä elämästä. (Pitkäaikaishoido Euroopan Unionissa, 2008, 3.)

Laitoshoido on osa pitkäaikaishoittoa. Laitoshoido voi tapahtua lyhytaikaisena tai pitkäaikaisena hoitojaksona, riippuen ikääntyneen tarpeista. Konkreettisesti tämä tapahtuu vanhain- ja/tai hoitokodeissa. Lyhytaikainen laitoshoidotajako voi tarkoittaa esimerkiksi muutamaa viikkoa. Tällöin tarkoituksena on ikääntyneen kuntoutuminen ja kuntouttaminen sekä kotona asumisen tukeminen. Pitkäaikainen laitoshoido puo-

lestaan on tarkoitettu ikääntyneille, joilla on erilaisia sairauksia, joiden vuoksi he eivät selviydy kotona vaan tarvitsevat ympärivuorokautista hoivaa ja hoitoa. Pitkäaikainen laitoshoido kestää yleensä yli kolme kuukautta. (Asuminen vanhainkodissa tai sairaalassa, 2015.)

Pitkäaikaisen laitoshoidon yksiköjä on monenlaisia. Niitä ovat esimerkiksi vanhainkodit, palvelukeskukset, hoivakodit sekä terveyskeskusten vuodeosastot. Varsinaisen asuinympäristö voi vaihdella paljon riippuen pitkäaikaishoidon yksiköstä. Tarjolla on erilaisia paikkoja kodinomaisista hoivakodeista sairaalan vuodeosastoihin. Laitoshoidon ongelmia ovat esimerkiksi omien huoneiden puute ja rutinoituminen. Useissa hoitolaitoksissa ikääntyneillä on omia huoneita, mutta usein käytössä on myös kahden hengen huoneita, eikä välttämättä ole mahdollista valita oman huoneen ja kahden hengen huoneen väliltä. Myös tietty sairaalamainen rutiini on ongelma, koska tällöin muun muassa kodinomaisuus kärsii. (Asuminen vanhainkodissa tai sairaalassa, 2015.)

Suuri osa ikääntyneistä, kuten muustakin väestöstä, haluaa asua kotonaan. Kunnat ovatkin muuttaneet palvelujensa painotusta kotona asumista tukevaksi ja laitoshoidoa vähentäväksi. Tämä muutos on kuitenkin hidasta ja palvelut ovat Suomessa edelleen laitospainotteisia. Ikääntyneitä voi edelleen ohjautua ympärivuorokautisen hoidon piiriin esimerkiksi vain asumisen ongelmien vuoksi. Ikääntynyt saattaa olla erittäin toimintakykyinen ja virkeä sekä omatoiminen. Tällaisen henkilön ei pitäisi joutua laitoshoidon, vaan asumisympäristön muutoksilla saadaan ikääntynyt henkilö asumaan ja selviytymään kotioloissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013, 21-22.)

Pitkäaikaishoidon määritelmät ja toteutustavat vaihtelevat eri maiden välillä. Eroavaisuuksia on hoidon kestossa, siinä, kuka saa hoitoa sekä siinä, mitkä palvelut kuuluvat pitkäaikaishoidon piiriin ja mitkä eivät. Joissain maissa avokuntoutus aloitetaan jo varhaisessa vaiheessa, kun toisissa maissa keskitytään hoidon tarjoamiseen erilaisissa laitoksissa, kuten sairaaloissa. Euroopassa tilanne on hyvä, koska jäsenmaat ovat sitoutuneet siihen, että yleisesti kaikille asukkaille taataan kohtuuhintainen ja korkea-

tasoinen pitkäaikaishoidon saatavuus. (Euroopan Yhteisöt, 2008.) Euroopan ulkopuo-
lisisissa maissa tilanne voi olla erilainen ja palvelujen saatavuus voi riippua paljon esi-
merkiksi ikääntyneen varallisuudesta.

3 Gerontologinen hoitotyö Venäjällä

Ikääntyneiden määrittely on Suomessa ja Venäjällä erilainen. Suomessa ikääntynyt on yli 65-vuotias, kun Venäjällä ikääntynyt on yli 60-vuotias. Suomessa keskimääräinen kuolinikä miehillä on 75,5 vuotta ja naisilla 85,0 vuotta (SVT, 2014). Vastaavasti Venäjällä keskimääräinen kuolinikä miehillä on 65,6 vuotta ja naisilla 77,2. Elintaso ja ikääntyneille suunnatut palvelut ovat myös erilaisia Suomessa ja Venäjällä.

Maailmanterveysjärjestön (WHO) mukaan ikääntynyt ihminen on yli 60-vuotias, mutta nuorempi kuin 75 vuotta. Venäjä kuuluu tähän järjestöön ja Venäjällä on käytössä sama luokitus: 60 – 74-vuotias luokitellaan ikääntyneeksi, 75 – 90-vuotias luokitellaan vanhukseksi ja yli 90-vuotias pitkäikäiseksi. Rosstat:in (2015) mukaan ikääntyneiden määrä Venäjällä vuonna 2015 oli yli 35 miljoonaa. Heidän mukaansa Venäjän asukasmäärä vuonna 2015 oli 146 miljoonaa, eli ikääntyneiden osuus koko väestöstä oli tuolloin yli 23 %.

Vuonna 2000 ikääntyneiden ihmisten määrä Venäjällä oli 30,2 miljoonaa, joista 387 000 ihmistä oli yli 85-vuotiaita ja 15 558 yli 100-vuotiaita. On huomattavaa, että viimeisten 20 vuoden aikana yli 85-vuotiaiden ikääntyneiden määrä on kaksinkertaistunut, samalla Venäjän väestö ei ole kasvanut merkittävästi. (Holostova, 2009.)

Venäjän perustuslain mukaan ”18 vuotta täyttäneiden työkykyisten lasten on huolehdittava työkyvyttömistä vanhemmistaan”. Laki velvoittaa lapset huolehtimaan ikääntyvistä vanhemmistaan. Työkyvyttömillä tarkoitetaan vammaisia ja eläkeikäisiä. Venäjällä miesten eläkeikä on 60 vuotta ja naisten 55 vuotta. Julkinen sosiaalihoitojärjestelmä tarjoaa hoitopalveluja vain niille ikääntyneille, joilla ei ole lapsia tai joiden

lapset eivät pysty järjestämään vanhemmilleen tarvittavaa hoitoa taloudellisista tai terveydellisistä syistä. (Zarubalova, 2014.)

3.1 Gerontologisen hoitotyön erityispiirteet

Ikääntyviä hoitavan sairaalan tyypillinen asiakas on 60-74-vuotias (32,9%) tai 76-89-vuotias (46,2%). Ikääntyneellä asiakkaalla on yleensä 7-8 kroonista sairautta ja invalidistatus (54 %). Myös keskitason koulutus (51,4 %) on tyypillistä tässä ikäluokassa. Enemmistö pitää itseään yksinäisenä, koska asuu ilman perhettä, erillään lapsista (70,1 %) ja tarvitsee jatkuvaa lääketieteellistä apua (53,0%). Sosiaalipalveluiden, kuten ruuan ja lääkkeiden toimitus, tarve on paljon pienempi, eli vain 5,8 %. (Chunakova, 2014.)

Valtiollisissa palvelutaloissa asukkailta veloitetaan palvelumaksu, joka on suuruudeltaan 75 % eläkkeestä. Nämä laitoksen saamat rahat käytetään elintarvikkeiden ja lakanoiden hankintaan, asuntolojen ylläpitoon sekä muihin taloustarkoituksiin. Perussairaanhoidon suorittamiseen käytetään valtion rahoitusta. Tästä johtuen ikääntyneiden elintason parantavien, itsepalveluosaamista tukevien sekä sairaanhoidon laatua kehittävien toimipiteiden suunnitelmassa pitää huomioida tämän ikäluokan asiakkaiden erityistarpeet. (Novokreschenova & Chunakova, 2013.)



Kuvio 2. Valtiollisen vakituisen avun elimet.

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat lääketieteellisten, sosiaalisten sekä psykologisten opetus-, kuntoutus- ja juridisen laadun toimipisteiden kokonaisuus valtiollisella ja kunnallisella tasolla (Kuvio 2). Tämä kokonaisuus on suunnattu ikääntyneiden ja invalidien perustarpeiden tyydyttämiseen. Tätä apua tarjoavat palvelulaitokset sekä sosiaali- että terveysalalta. (Novokreschenova & Chunakova, 2013.) Sosiaalipalveluiden alaisten sairaalahoidon palvelulaitosten tyyppisiä ovat täyshoitolaitos ikääntyneille, veteraaneille ja invalideille, gerontologinen keskus, psykoneurologinen keskus, kuntoutuskeskus nuorille invalideille, intensiivihoidon täyshoitolaitos, sosiaali- ja kuntoutuskeskus sekä väliaikaisen asumisen keskus ikääntyneille ja invalideille (Standardinform, 2008).

Perustäyshoitolaitos on tarkoitettu ikääntyneiden ja invalidien (miehet yli 60 vuotta ja naiset yli 55 vuotta) vakituisen, väliaikaiseen (alle 6kk) tai arkipäivän asumiseen. Suomessa tämä valtiollinen laitos vastaa palvelutalon toimintaa. Samoilta henkilöille on myös suunnattu psykoneurologinen keskus, jonka asiakkaat kärsivät kroonisista psykologisista sairauksista ja tarvitsevat kokoaikaista hoitoa. Väliaikaisen asumisen keskus ikääntyneille ja invalideille on laitos, jonka perustehtävät ovat ikääntyneille ja

invalideille väliaikaisen asunnon tarjoaminen (alle 6kk) sekä sosiaalipalveluiden tarjoaminen asukkaille lainmukaisesti (Standardinform, 2008).

Täyshoitolaitos ikääntyneille, gerontologinen keskus, intensiivihoidon täyshoitolaitos ja sosiaali- ja kuntoutuskeskus eroavat toisistaan ainoastaan invalidien hoidossa. Ikääntyneiden hoidossa nämä laitokset tarjoavat samanlaista palvelua. Kotisosiaalipalveluihin puolestaan kuuluu elintarvikkeiden toimitus kaupasta kotiin, lämpimän ruuan toimitus ruokalasta, tarvittavien tavaroiden, avun ja lääkkeiden toimitus kotiin, apu asiakirjojen täyttämässä, tavaroiden vienti remonttipalveluihin ja hoitolaitoksissa avustettu käyminen. Kaikki nämä palvelut ovat ilmaisia potilaalle. (Standardinform, 2008.)

3.2 Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä

Venäjän järjestelmässä sosiaalitet eivät ole universaaleja. Ne kohdistuvat tiettyihin ryhmiin, jotka tarvitsevat tukea. Käytännössä tämä tarkoittaa pienituloisia ja vähävaraisia (Zarubalova, 2014). Suomen ja Venäjän vakuutusjärjestelmiä verrattaessa nähdään, että tilanne on maiden välillä erilainen. Suomessa asuvien perusturvaa eri elämäntilanteissa hoitaa Kela, joka vastaa Suomen vakuutusjärjestelmästä. Venäjällä puolestaan on kaksi vakuutusrahastoa, jotka erikseen rahoittavat sosiaaliturvaa ja terveyspalveluita. Nämä ovat sosiaaliturvarahasto ja sairausvakuutusrahasto. (Zarubalova, 2013.)

Pakolliseen sairausvakuutusrahastoon kuuluvat Venäjän federaation Sairausvakuutusrahasto, 84 alueellista sairausvakuutusrahastoa, 100 sairausvakuutuksen toimipistettä ja niiden 261 sivuosastoa. Pakollisen sairausvakuutuksen antajat ovat työntajat (työntekijöillä), subjektien- ja paikallishallinnon elimet (muut). (Zarubalova, 2013.)

Terveydenhuoltojärjestelmä on samantyyppinen kuin maan hallintojärjestelmän rakenne: federatiivinen, alueellinen sekä paikallinen terveydenhuolto (Zarubalova,

2013). Julkinen sektori (valtio, federaatiosubjektit, paikallishallinto) omistaa valtaosan sairaaloista ja muista terveydenhuollon yksiköistä. Valtion terveysalan toimijat ovat Venäjän federaation Terveysministeriö ja federaatiosubjektin terveysministeriöt tai vastaavat alueelliset organisaatiot ja komiteat, valtiolliset laitokset ja organisaatiot. Esimerkkinä Venäjän tiedeakatemia Medical Sciences (RAMN), joka suunnittelee ja toteuttaa terveydenhuoltopolitiikan ohjelmien täytäntöönpanotoimia, ministeriöiden perustamat laitokset ja organisaatiot, valtion omistamat hoitolat, lääkeyhtiöt, apteekit, terveys- ja hoitolaitokset, oikeuslääketieteelliset laitokset, lääkeaineiden ja lääketieteen laitteiden tuotantolaitokset. (Zarubalova, 2013.)

Zarubalovan (2013) mukaan alueellinen terveydenhuoltojärjestelmä yhdistää alueellisten terveystoimijain ja paikallisten omistamia terveydenhuollon laitoksia, apteekkeja ja muita laitoksia ja yrityksiä. Yksityisten terveyspalvelujen järjestelmään kuuluvat yksityiset terveydenhuollon laitokset ja apteekit.

Venäjän järjestelmässä sosiaaliturva kohdistuu tiettyihin ryhmiin, jotka tarvitsevat tukea, eli käytännössä pienituloisille ja vähävaraisille. Tällaisia tukia ovat asumistuki ja lapsilisä, joiden maksaminen riippuu perheen tuloista. Näiden tukien osalta federaation tasolla määritetään minimi, ja alueet päättävät tarkemmat summat. Tuet ovat yleisesti erittäin pieniä. Esimerkiksi lapsilisä on noin 5 euroa Karjalassa ja 20 euroa Moskovassa. Sosiaaliturvarahastoon liittyviä korvauksia ovat perhe-etuudet lapsen syntyessä ja kasvaessa, korvaukset lapsen terveysleiristä, kylpyläpalvelujen korvaukset työntekijöille ja heidän lapsilleen, korvaukset tapaturmasta ja ammattisairaudesta, matkakorvaukset parantolaan ja hoitolaan, kuoleman ja hautajaispalvelujen korvaukset, muu toiminta, joka osittain ei koske terveysalaa. Sosiaaliturvarahaston budjetti muodostuu seuraavista lähteistä: valtion budjetti, työnantajien ja yksityisyrityksien maksut ja muut lähteet. (Zarubalova, 2013.)

Sairausvakuutusrahasto on valtion ulkopuolinen budjettirahasto, joka rahoittaa terveyspalveluita ja turvaa kansalaisten oikeudet saada maksutonta terveydenhoitoa.

Pakollisen sairausvakuutuksen antajana valtion puolesta on Sairausvakuutusrahasto ja sen alueelliset rahastot, jotka vakuuttavat koko väestöön. (Zarubalova, 2013.)

4 Gerontologisen hoitotyön osaaminen Suomessa ja Venäjällä

Gerontologisen hoitotyön osaaminen perustuu sairaanhoitajan tutkintoon. Gerontologinen hoitotyö on erityisosaamista, johon kuuluu tiedollinen osaaminen, taidollinen osaaminen sekä asenteellinen osaaminen. Tällaisen osaamisen hallinta näkyy kykyä suoriutua työstä tietynlaisessa toimintaympäristössä. Gerontologinen hoitotyö koostuu useista erilaisista osaamisalueista. Näistä osaamisalueista voidaan nostaa esiin viisi laajaa osaamiskokonaisuutta. Tällaisia osaamiskokonaisuuksia ovat terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, akuuttien tilanteiden tunnistaminen ja hallinta, pitkäaikaisten sairauksien hoidon arviointi ja seuranta, kuntoutus sekä palliatiivinen hoitotyö. (Tiikkainen & Heikkinen, 2013, 455-456.) Nämä kokonaisuudet jakautuvat pienempiin osa-alueisiin, jotka muodostavat gerontologisen hoitotyön erityisosaamisen.

4.1 Gerontologisen hoitotyön erityisosaaminen

Tarhosen (2013, 25-28) mukaan gerontologinen osaaminen on eettistä osaamista. Tämä ilmenee ikääntyneen ja hänen omaistensa huomioimisena ja kunnioittamisena. Huomioimisella ja kunnioittamisella tarkoitetaan kokonaisuutta; arvoja, asenteita, kulttuuria, uskomuksia, yksilöllisyyttä sekä elämäntyyliä. Eettistä osaamista on Tarhosen mukaan toimiminen ikääntyneen parhaaksi kaikissa tilanteissa. Hoitotyön ammattilaisten tiedossa on oltava ikääntyneen henkilön lähin omainen. Ikääntyneen itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan sekä häntä kohdellaan ikään sopivasti. Myös hoidossa mahdollisesti ilmeneviin epäkohtiin puuttuminen ja tarpeisiin vastaaminen sekä ajan antaminen nähdään hyvänä eettisenä osaamisena.

Gerontologinen hoitotyö on myös vuorovaikutusta. Vuorovaikutus näyttäytyy erilaisissa muodoissa. Se on ikääntyneen kuulemista, yhteistyötä eri tahojen kanssa, ikääntyneen henkilön toimintakyvyn huomioimista, viestintää sekä ennen kaikkea se on suhde hoitotyön ammattilaisten, ikääntyneen sekä hänen omaistensa välillä. Päivittäisissä vuorovaikutustilanteissa tärkeitä tilanteita ja samalla mahdollisia sudenkuoppia ovat tilannetaju sekä sanattoman viestinnän tunnistaminen. Asiakaskontakteissa vuorovaikutus on toimivaa. Ongelmallisempaa on vuorovaikutus hoitotyön ammattilaisten kesken. Tämä voi vaikeuttaa esimerkiksi todenmukaisen ja kokonaisvaltaisen kuvan saamista ikääntyneen asiakkaan tilanteesta. (Tarhonen, 2013, 29-31.)

Gerontologinen hoitotyö nähdään vastuullisena työnä, johon olennaisena osana kuuluu päätöksenteko-osaaminen. Gerontologisen hoitotyön ammattilaiset pystyvät tekemään tietoon ja osaamiseen pohjaavia itsenäisiä päätöksiä ikääntyneiden asiakkaidensa kanssa ja puolesta. Gerontologisen hoitotyön ammattilaisilla on suuri vastuu suunnitella ikääntyneen asiakkaan hoitoa ja tarvittaessa tehdä päätöksiä hänen puolestaan. Päätöksiä tehtäessä on kuitenkin kuunneltava mahdollisuuksien mukaan ikääntyneen itsensä toiveita sekä lähiomaisten toiveita. Kun hoitotyön toimintojen perustana ovat tutkittu tieto ja hyvät gerontologisen hoitotyön käytänteet, eli näyttöön perustuva hoitotyö, hoidosta muodostuu ehjä kokonaisuus, joka antaa hoitajalle paremmat mahdollisuudet tehdä päätöksiä ikääntyneen puolesta (Räsänen, 2011, 40). Myös yhteistyö eri hoitoon osallistuvien tahojen sekä ikääntyneen henkilön elämään vaikuttavien tahojen kanssa nähdään osana gerontologisen hoitotyön erityisosaamista. Ikääntyneen hoitoon osallistuvia tahoja sekä elämään vaikuttavia tahoja voivat olla esimerkiksi lääkärit, hoitajat, sairaalat, apteekit, sosiaalityö, omaiset sekä muut läheiset. Tiedottaminen sekä yhteistyö ovat erittäin tärkeitä käsitteitä, jotta moniammatillinen yhteistyö olisi mahdollista parhaalla mahdollisella tavalla. (Tarhonen, 2013, 32-34.)

Terveyden edistäminen ja ohjausosaaminen ovat myös gerontologisen hoitotyön erityisosaamista. Terveyden edistäminen kattaa sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen terveyden ja toimintakyvyn. Terveyden edistäminen ikääntyneen henkilön kohdalla voi helposti jäädä vähemmälle huomiolle, mutta se on yhtä tärkeä osa ikäänty-

neen hoitoa kuin kenen tahansa muun potilaan hoitoa. Terveiden edistäminen ikääntyneen kohdalla voi olla pieniäkin tekoja. Se voi olla sitä, että kohdataan ikääntynyt henkilö rauhassa ja omana itsenään. Se voi olla sitä, että annetaan mahdollisuus yksinoloon tai muiden seurassa oloon riippuen ikääntyneen omista toiveista. Se voi olla myös viriketoimintaa tai lihaskuntoharjoittelua. Ohjausosaaminen puolestaan on usein nivoutunut osaksi päivittäistä hoitotyötä niin hyvin, että esimerkiksi hoitotilanteessa siihen ei kiinnitetä erityistä huomiota vaan ohjaus on tiedostamatonta ja kuuluu automaattisesti hoitotilanteeseen. (Tarhonen, 2013, 36-40.) Erilaiset ohjaamis- ja opettamistaidot sekä valmiudet ovat osa kaikkea ikääntyneen hoitoa. Usein kuitenkin esimerkiksi kiire, tiedonpuute sekä lääketieteellisten termien tulkitseminen aiheuttavat ongelmia. Niin ikääntyneellä, kuin kellä tahansa muulla potilaalla, on lakisääteinen oikeus saada tietoa koskien omaa hoitoa, joten ohjaus ja opetustaidot ovat ensiarvoisen tärkeitä. (Hildén, 2002, 57-58; Finlex, 2015.)

Kliininen ja geriatrinen osaaminen ovat myös ensiarvoisen tärkeässä roolissa, kun puhutaan gerontologisen hoitotyön erityisosaamisesta. Hoitotyön ammattilaisten tiedot ja taidot ikääntymisen vaikutuksesta toimintakykyyn, ikääntyneen kokonaisvaltaisessa huomioimisessa, ikääntymiseen liittyvässä fysiologiassa sekä ikääntyneiden sairauksissa ja niiden hoidossa ovat hoitotyön erityisosaamista juuri gerontologian osa-alueella. Näistä osaamisalueista nousevat konkreettisen hoitotyön tarpeet ja toiminnot, kuten lääkehoito, kivun lievitys, fysioterapia, kuntoutus sekä mielenterveys. Tulevaisuudessa myös niin sanottu geronteknologia tulee entistä vahvemmin hoitotyöhön mukaan, eli teknologiaa tullaan hyödyntämään enenevässä määrin. Myös teknologisen osaamisen osuus gerontologisessa hoitotyössä tulee vain kasvamaan. (Tarhonen, 2013, 42-45.)

4.2 Osaaminen Suomessa

Hoitotyön ammattilaisen tehtäviin kuuluvat terveyden edistäminen ja terveyden ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen koko väestön tasolla. Hoitotyön ammattilainen palvelee yksilöitä, perheitä sekä yhteisöjä riippu-

matta heidän elämäntilanteistaan. Hän myös pyrkii parantamaan ihmisten elämänlaatua tukemalla ja lisäämällä ihmisten omia voimavaroja. Hoitotyön ammattilainen kunnioittaa sekä ennen kaikkea noudattaa lakeja, jotka koskevat sekä määrittelevät potilaiden oikeuksia sekä yksityisyyden suojaa. Tällainen laki on esimerkiksi Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Hoitotyön ammattilaisen tehtäviä ovat myös harjoittamaansa toimintaa koskevien suositusten ja säännösten hallitseminen, eettiset- ja vuorovaikutustaidot, työyhteisövalmiudet, henkilökohtainen vastuu tekemästään työstä sekä oman ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen. (Puttonen, 2013, 854; Sairaanhoidajaliitto, 2014.) Tässä osiossa hoitotyön ammattilaisella tarkoitetaan ensisijaisesti sairaanhoitajaa.

Euroopan unionin alueella, ja samalla Suomessa, on käytössä ammattipätevyysdirektiivi. Tämä direktiivi koskee ammatteja, joiden harjoittamiseen oikeuttaa vain tietty pätevyys. Tämän direktiivin avulla on yhtenäistetty tiettyjen ammattien koulutusta eri maiden välillä, jotta esimerkiksi palveluja voitaisiin vapauttaa ja työmarkkinoiden joustavuutta lisätä. Tämä direktiivi siis määrittää myös suomalaista hoitoalan koulutusta. (EUR-Lex, 2015.)

Ammattipätevyysdirektiivin mukaan esimerkiksi sairaanhoitajan työnkuva muodostuu osa-alueista, joita ovat sosiaali- ja terveystalouden laatu ja turvallisuus, toimintakyvyn ja ennen kaikkea terveyden edistäminen, ohjaus- sekä opetusosaaminen, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, kliininen hoitotyö, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, yrittäjyys sekä johtaminen ja hoitotyön ammatillisuus ja eettisyys sekä asiakaslähtöisyys. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio, 2015, 7-8.)

Suomessa sairaanhoitajakoulutuksen laajuus on 210 opintopistettä, kun EU:n ammattipätevyysdirektiivi vaatii sairaanhoitajan koulutuksen vähimmäispituudeksi 180 opintopistettä. Myös niin sanotut ammattikorkeakoulututkinnon yhteiset osaamisvaatimukset eli kompetenssit valmistavat työelämään. Nämä eivät kuitenkaan ole ammattispesifejä vaan yleisiä, kaikkia koulutusohjelmia koskevia osaamisalueita.

Lainsäädännössä on myös asetettu tiettyjä ammattipätevyyttä koskevia vaatimuksia esimerkiksi sairaanhoitajan ammattia harjoittavan henkilön osalta. Myös itse koulutukselle on suomalaisessa lainsäädännössä asetettu tiettyjä vaatimuksia, jotka löytyvät esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetusta laista. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio, 2015, 13-14.)

Suomalaisessa yhteiskunnassa hoitotyön ammattilaisen, kuten sairaanhoitajan, työnkuvaan voi kuulua monenlaisia tehtäviä, riippuen työpaikasta. Sairaanhoitaja suunnittelee päivittäistä hoitotyötä ja arvioi sen vaikuttavuutta. Hän suunnittelee ja toteuttaa turvallista lääkehoitoa, hän tarkkailee elintoimintoja sekä suorittaa erilaisia tutkimuksia ja/tai hoitotoimenpiteitä. Hoitotyö voi painottua myös asiakkaiden ja heidän omaistensa neuvontaan, tukemiseen ja ohjaukseen. Esimerkiksi pitkäaikaishoidossa hoitotyön ammattilaisen työnkuvassa korostuu pitkäjänteisyys. Hoidossa painotetaan ensisijaisesti esimerkiksi jokapäiväisistä toiminnoista ja askareista selviytymistä. (Työ- ja elinkeinoministeriö, 2013.) Yleisesti hoitotyön ammattilaisen, kuten sairaanhoitajan, voidaan olettaa arvostavan omaa ammattiaan. Hänen voidaan olettaa omaavan hyvät auttamistaidot, muutoksenhallintataidot, päätöksentekotaidot sekä suunnittelutaidot. Hänen voidaan olettaa olevan kykenevä itsenäiseen työskentelyyn ja omaavan oman alansa viimeisimmät taidot ja tiedot. Hänen voidaan olettaa toimivan asiakaslähtöisesti ja hyödyntävän omaa persoonaansa jokapäiväisessä työssään. Hän omaa myös arviointi- ja kehittämistaidot, niin itsensä kuin työyhteisönsä osalta. (Hildén, 2002, 54.)

4.3 Osaaminen Venäjällä

Myös Venäjällä hoitotyön ammattilaisen, kuten sairaanhoitajan, osaaminen pohjautuu sairaanhoitajan tutkintoon. Opiskelu kestää noin kolme vuotta riippuen opetusmuodosta, onko käytössä monimuoto-opiskelu vai ei. Opintojen laajuus on 231 opintopistettä. Kuten Suomessa, myös Venäjällä hoitotyön ammattilaisten toiminta on luvanvaraista. Hoitotyön ammattilaisten osaamista vahvistetaan viiden vuoden vä-

lein. Tällöin hoitotyön ammattilaiset käyvät erilaisia koulutuksia ja kursseja. (Turunen & Suonmaa, 2011, 13.)

Venäjän terveydenhuollossa on käytössä yhtenäiset vaatimukset työntekijöiden ammattipätevyydelle. Laissa on säädetty esimerkiksi sairaanhoitajien viroista, ammatin vaatimuksista, koulutusvaatimuksista sekä työhistoriasta. Koulutetun hoitotyön ammattilaisen kuten sairaanhoitajan tulee olla selvillä ammattiinsa kuuluvista yleisistä tehtävistä sekä virkakohtaisista erityistehtävistä. Esimerkiksi sairaalassa työskentelevän sairaanhoitajan toimenkuvaan kuuluu tutkimuksien järjestämistä ja paperitöitä kun esimerkiksi kotisairaanhoidossa työskentelevän sairaanhoitajan toimenkuvaan kuuluu enemmän perushoitoa ja lääkkeiden jakoa. (Turunen & Suonmaa. 2011, 15-16.) Kotisairaanhoidon asiakkaat ovat usein ikääntyneitä, joten gerontologisen sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu paljon samantyyppisiä tehtäviä kuin kotisairaanhoidossa työskentelevälle sairaanhoitajalle. Tilanne on siis tältä osin samantyyppinen kuin Suomessa.

Sairaalalaitoksissa sairaanhoitajat suorittavat tehtäviä, jotka eivät välttämättä sovi heille koulutuksen puolesta. Tällaisia ovat esimerkiksi sosiaalityöntekijän ja psykologin tehtävät, sillä ikääntyneiden hoidossa potilailla ilmenee kohonnutta psykoemotionaalista kuormitusta (Novokreschenova, Chunakova & Senchenko, 2013). Korkeatasoisen sairaanhoidon saavuttamiseksi tulee järjestää vaadittavat olosuhteet sairaanhoitotyötä varten. Sairaanhoitolaitoksissa esiintyy usein yksikköjen aineellisia puutteita ja varustautumispuutteita. Yleisesti osastonhoidon tilat eivät vastaa ikääntyvien ja invalidien hoidolle tarkoitetuille tiloille asetettuja vaatimuksia. (Chunakova, 2014.)

Ikääntyneen puolison hoitoa pidetään toisen puolison aviovelvollisuutena ja usein puoliset suhtautuvat positiivisesti toistensa hoitoon (WHO, 2012). Venäjällä kotihoito on hyvin yleistynyt tapa hoitaa ikääntyneitä. Palvelutaloon siirtoa pidetään osittain negatiivisena asiana hoidettavan perheen maineen kannalta. Tästä johtuen perinteisesti palvelutaloissa palvellaan yksinäisiä ikääntyneitä sekä invalideja.

Valtiollisten hoitolaitosten ja väestön sosiaalipalveluyksiköiden rinnalla lääketieteellisiä palveluja tarjoavat myös ”ei-valtiolliset” tahot, kuten Venäjän Punaisen Ristin armollisuuden palvelu, alueellinen rahoitusyksikkö ”Hyvä teko” ja keskus ”Rauhan käsi”. Valitettavasti tarjonta on vähäistä, koska suuri osa näistä tahoista ei saa merkittävää paikallisten valtaelinten tukea. (Shabalin, 2009.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata gerontologista hoitotyötä pitkäaikashoidon yksiköissä ja sen kehittämishaasteita Venäjällä sekä kuvata hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä ongelmakohdista. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää osaamisen kehittämisessä ja venäläisille suunnattavan koulutuksen suunnittelussa. Opinnäytetyö toteutetaan sairaanhoitajien näkökulmasta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- Millaiseksi sairaanhoitajat kuvaavat roolinsa ja toimenkuvansa gerontologisessa hoitotyössä Venäjällä pitkäaikaishoidon yksiköissä?
- Mitkä ovat gerontologisen hoitotyön kehittämishaasteet Venäjällä pitkäaikaishoidon yksiköissä sairaanhoitajina toimivien henkilöiden näkemänä?

6 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen menetelmä. Opinnäytetyön aluksi tehtiin kirjallinen, ajantasaiseen tietoon perustuva, katsaus aiheesta. Varsinainen aineisto koostuu kolmesta haastattelusta. Haastateltavat toimivat sairaanhoitajina pitkäaikaishoidon yksiköissä Venäjällä. Haastatteluissa pyritään löytämään ongelmakohdat ja niiden perusteella kehittämishaasteet ja -mahdollisuudet.

6.1 Kohderyhmän kuvaus

Opinnäytetyöllä haluttiin selvittää, pitkäaikaishoidon yksiköissä toimivien sairaanhoitajien näkemyksiä gerontologisen hoitotyön osaamisesta ja kehittämishaasteista Venäjällä. Jotta näihin kysymyksiin saadaan vastauksia, oli haastateltava Venäjällä pitkäaikaishoidossa työskenteleviä sairaanhoitajia. Venäjää äidinkielenään puhuvalla opinnäytetyöntekijällä oli kontakteja Venäjällä pitkäaikaishoidon yksiköissä työskenteleviin sairaanhoitajiin, joten haastateltavat sairaanhoitajat valikoituivat näiden kontaktien kautta.

Kvalitatiivinen menetelmä on laadullinen, mikä sisältää erilaisia merkityksiä ja toteutustapoja. Lähestymistavat kvalitatiiviseen tutkimukseen vaihtelevat. Sille on kuitenkin löydettävissä tiettyjä tyypillisiä piirteitä. Kvalitatiivinen aineisto on esimerkiksi koottu todellisissa ja mahdollisimman luonnollisissa tilanteissa. Tätä voidaan kutsua kokonaisvaltaiseksi tiedonhankinnaksi. Kvalitatiivisen menetelmän tiedonhankinnan perustana on ihminen. Havainnointi sekä keskustelut ovat tärkeimpiä tiedonhankinnan menetelmiä. Kvalitatiivisessa menetelmässä aineistoja tarkastellaan yksityiskohdaisesti sekä mahdollisimman monesta eri näkökulmasta, jotta odottamattomimmatkin seikat tulisivat ilmi. Kvalitatiivisen menetelmän kannalta käyttökelpoisimpia metodeja ovat ne, joissa tuodaan esille tutkittavan näkökulmat. Aineistot nähdään aintukertaisina ja hankittua aineistoa tulkitaan sen mukaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2013, 162-164.)

Kvalitatiivisessa metodissa on tärkeää nähdä asiat tutkittavien näkökulmasta. Opinnäytetyössä tutkittavana oli sairaanhoitajien näkökulma pitkäaikaishoidossa. Pyrkimyksenä on tuottaa käsitteitä kuvaamaan mahdollisimman tarkasti tutkittavaa ilmiötä. Tavoitteena on siis esimerkiksi ymmärtää haastateltujen henkilöiden ilmaisuja ja näkökantoja. (Tilastokeskus, 2007; Kylmä, Vehviläinen-Julkunen, Lähdevirta, 2003, 610.)

Opinnäytetyön kohderyhmänä olivat gerontologisessa sairaanhoidossa työskentelevät sairaanhoitajat. Tutkimukseen osallistui neljä sairaanhoitajaa. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston kokoon ei ole yleisohjetta, vaan se keskittyy pieneen määrään tarkoituksellisesti valittuja tapauksia, harkinnanvaraiseen näytteeseen (Hirsijärvi & Hurme, 2008). Tutkimuksen osallistujista kaikki olivat naisia, joista kolme oli yli 50-vuotiaita ja yksi 30-vuotias. Kaikki osallistujat olivat Venäjän Karjalassa asuvia venäläisiä. Haastatteluun osallistuneet kertoivat omat näkemykset gerontologisen hoitotyön haasteista oman kokemuksen perusteella. Haastateltaville tämä aihe oli tärkeä ja kiinnostava, samalla heillä oli paljon kerrottavaa aiheesta käytännön kokemuksen perusteella. Kolme sairaanhoitajaa on ollut työssä vanhusten hoitoalalla jo yli 15 vuotta ja yksi 10 vuotta.

6.2 Haastattelut

Haastattelut ovat keskeinen tiedon lähde. Haastatteluissa pyrittiin löytämään ongelmakohteet ja niiden perusteella kehittämishaasteet ja -mahdollisuudet. Tuloksia hyödynnetään loppuanalysoinnissa. Laadullisessa metodissa tutkittavien joukko on pieni. Osallistujien on oltava sellaisia henkilöitä, joilla on tietoa tutkittavasta asiasta (Tuomi ja Sarajärvi, 2009). Opinnäytetyön toteutuksen aikana haastateltiin 4 henkilöä kolmessa eri haastattelussa. Kaikki haastattelut olivat avoimia haastatteluja. Yksi haastatteluista oli ryhmähaastattelu, johon osallistui kaksi henkilöä.

Kaikki haastattelut tehtiin Venäjällä 17. -18. joulukuuta 2015 välisenä aikana. Haastattelut toteutettiin avoimen strukturoimattoman haastattelun muodossa. Avoimessa haastattelussa haastattelija ja haastateltava ovat kielellisessä vuorovaikutuksessa keskenään ja tarkoituksena on luoda tilanteesta mahdollisimman avoin ja luonteva. Avoin haastattelu muistuttaa tavallista keskustelua, jossa keskustelun etenemistä ei ole lyöty lukkoon vaan se etenee tietyn aihepiirin sisällä vapaasti ja haastateltavan ehdoilla. Haastattelussa on tarkoitus puhua tietyistä, tutkijan etukäteen pohtimista teemoista. Tarkkojen kysymysten sijaan avoimessa haastattelussa edetään mahdollisimman keskustelunomaisesti ja luonnollisesti antaen tilaa esimerkiksi haastatelta-

van kokemuksille, tuntemuksille ja perusteluille. Haastattelun kulkua ei ole suunniteltu ennalta. Se on avoin kaikille mahdollisuuksille. Haastattelija on orientoitunut tutkimuksensa aihepiiriin. Kysymyksiin, joita haastattelija esittää tilannetta ja haastateltavaa mukaillen, ei yritetä tarjota valmiita vastauksia. Haastateltavan annetaan puhua vapaasti. (Hirsjärvi & Hurme, 2008; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006; Ruohonen ja muut, 2009.)

Haastatteluaineiston kerääminen tapahtui haastateltavan työyksikön tiloissa, erillisessä huoneessa, jossa ei ollut ulkopuolisia henkilöitä haastattelun aikana. Haastattelujen ajankohdat oli sovittu etukäteen yksikön kanssa. Haastattelu oli avoin ja ennen varsinaista haastattelua opinnäytetyöntekijä kertoi itsestään, omasta työstä ja tutkimuksen tavoitteista. Lisäksi alussa oli luotu rauhallinen luotettavuuden ilmapiiri esitelykierroksella. Haastattelunkulussa opinnäytetyöntekijä oli tukenut molemminpuolista luotettavuutta. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Haastattelut litteroitiin venäjän kielelle. Venäjänkielinen litterointi käännettiin suomeksi, jonka jälkeen se analysoitiin ja siitä luotiin tiivistelmä.

Opinnäytetyötä varten haastateltiin neljää venäläistä sairaanhoitajaa, jotka työskentelevät pitkäaikaishoidonyksiköissä Venäjällä. Ensimmäiseen haastatteluun osallistui sairaanhoitaja Veteraanisairaалasta. Haastattelun kesto oli 23 minuuttia. Toiseen haastatteluun osallistuivat kaksi sairaanhoitajaa Veteraanisairaалasta. Haastattelun kesto oli 40 minuuttia. Kolmanteen haastatteluun osallistui sairaanhoitaja syöpähoidosta. Haastattelun kesto oli 20 minuuttia. Haastattelut litteroitiin helmikuussa 2016. Tämän jälkeen myös suomea äidinkielenään puhuva opinnäytetyöntekijä pystyi jatkossa käsittelemään aineistoa.

6.3 Analysointi

Opinnäytetyössä suoritettujen haastattelujen tuloksia analysoitiin käyttämällä menetelmänä sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin tavoitteena on tutkittavan ilmiön esittäminen tiiviisti ja laajasti samaan aikaan. Sisällönanalyysin avulla on mahdollista kuva-

ta aineistoa sekä etsiä aineistosta merkityksiä ja seurauksia. Sisällönanalyysi on opinnäytetyössä induktiivista, eli aineistolähtöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, 166-167.)

Induktiivinen sisällönanalyysi on tekstianalyysiä, jossa lähtökohtana on tekstimuotoinen tai tekstimuotoon muutettu aineisto. Aineiston analysointia ohjaavat tutkimuskysymykset. Tutkimuskysymysten perusteella tehdään valinta siitä, mitä analysoidaan. Analyysin kohteena voi olla yksittäinen sana, asia tai teema. Valituista analyysiyksiköistä johdetaan erilaisia kategorioita esimerkiksi pelkistämisen tai ryhmittelyn avulla. Näin pystytään muodostamaan yläkäsitteitä aineistosta nousseille analyysiyksiköille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.)

Tässä opinnäytetyössä aineistoa analysoitiin teemoittelun avulla. Teemoittelu on usein ensimmäinen lähestymistapa aineistoon, jolloin aineistosta pyritään löytämään tutkimustehtävän kannalta olennaiset teemat. Tarkoituksena on selkiyttää ja tiivistää aineistoa. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 93.) Opinnäytetyössä analysoitiin litteroituja haastatteluja. Aineistoa luettiin läpi useita kertoja. Seuraavassa vaiheessa aineistoon tehtiin merkintöjä. Sen jälkeen poimittiin tekstistä merkintöjen perusteella lauseita ja sanoja sekä ryhmiteltiin niitä eri teemoihin. Aineisto jaettiin jokaisen tutkittavan kohdalla pienempiin osiin ja osat jaoteltiin eri teemojen alle. Haastatteluissa itsensä tuli ilmi erilaisia alateemoja, kuten toimintavaikeudet liikuntavammaisten kanssa, asukkaiden ja sairaanhoitajien välinen suhde, asukkaiden keskustelun tarve, apuvälineiden vähyytys, haasteet ergonomiassa, psykologinen vuorovaikutus ikääntyneen kanssa, taloudellinen tilanne sekä palkkojen suuruus. Löytyneitä alateemoja yhdisteltiin suuremmiksi luokiksi, joista lopulta syntyi käyttöön valitut pääluokat.

7 Opinnäytetyön tulokset

Haastatteluissa nousi esille konkreettisia gerontologisen hoitotyön osaamiseen ja kehittämiseen liittyviä tekijöitä. Kehittämishaasteet olivat hoitotyön toimintoihin

liittyviä vaikeuksia toteuttaa ja tukea asiakasta päivittäisissä toiminnoissa. Näistä tekijöistä sekä niiden teemoittelusta koottiin taulukko (Liite 1), josta löydetyt tekijät löytyvät kootusti ja selkeästi.

7.1 Sairaanhoidajan rooli ja toimenkuva

Aineistosta nousi esille näkökohtia liittyen kiinteästi sairaanhoidajan rooliin ja toimenkuvaan. Suuret osaamisvaatimukset ja työn haasteet ovat keskeisiä näkökulmia haastatteluaineistossa. Seuraavassa osiossa käydään kyseisiä tekijöitä läpi tarkemmin.

”Kaikki sairaanhoitajat ovat iäkkäitä itsekkin, he ovat jo yli 50-vuotiaita itsekkin.”

”Yksi sairaanhoitaja per 35 asukasta on aika normaali tilanne... ylimääräistä aikaa vaikka keskustelulle ei sairaanhoitajilla ole.”

Pitkäaikaishoidon alueella sairaanhoitajat ovat ikääntymässä. Haastatteluissa kävi ilmi, että pitkäaikaishoidon asukkaat ovat yli 65-vuotiaita. Heitä hoitavat sairaanhoitajat ovat itsekkin yli 50-vuotiaita, joten noin kymmenen vuoden kuluttua Venäjällä pitkäaikaishoidossa tulee olemaan työvoimapula, josta merkkejä on varmasti jo havaittavissa. Tuloksista näkyi myös pitkäaikaishoidon kuormittavuus työntekijöiden näkökulmasta. Jos yhdellä hoitajalla on hoidettavanaan noin 35 asukasta, ei silloin aikaa ole millekään muulle, kuin vain pakollisimmille hoitotoimenpiteille.

”Sairaanhoitajien lisäksi töissä on myös lähihoitajia.”

”Osaamista päivitetään kerran viiden vuoden aikana täydennyskoulutuksilla.”

Pitkäaikaishoidossa hoitotyötä tekevät myös lähihoitajat. Lähihoitajakoulutus Venäjällä vastaa kuitenkin enemmän suomalaista siistijän koulutusta. Joten lähihoitajien työtehtävät eivät ole hoidollisia. Osaamisen pohja sairaanhoidajan ammattiin saa-

daan koulussa. Sairaanhoitajat saavat ammatillisen koulutuksen ja pystyvät päivittämään osaamistaan kerran viidessä vuodessa. Haastatellut sairaanhoitajat kertoivat saaneensa lisäkoulutuksena esimerkiksi ergonomia- ja apuvälinekoulutusta. Näin heidän osaamisestaan pyritään pitämään huolta organisaation puolesta. Lisäkoulutuksen tarjonta on erittäin positiivista. Haastatteluista kävi kuitenkin ilmi, että esimerkiksi ergonomiakoulutuksessa olleet sairaanhoitajat kyseenalaistivat saamiensa oppien käyttökelpoisuuden käytännössä.

”Sairaanhoitajan palkka on pieni, eikä työkokemus kerry. Töissä voi olla pitkään, mutta palkkaus ei nouse.”

”Henkisesti raskasta ja haastavaa työtä. Tarvitaan paljon vastuuta ja oma-aloitteisuutta.”

Venäjällä sairaanhoitajan palkka on pieni. Myös itse sairaanhoitajan työ, ainakin haastateltujen henkilöiden työ, on luonteeltaan sellaista, josta ei kerry työkokemusta. Tästä johtuen sairaanhoitaja voi olla töissä pitkän aikaa, eikä palkkaus silti nouse. Sairaanhoitajan työ pitkäaikaishoidon yksiköissä on raskasta ja haastavaa. Työntekijöitä on vähän ja asukkaita paljon yhtä hoitajaa kohden, joten vastuu on suuri ja oma-aloitteisuutta tarvitaan, jotta päivittäin eteen tulevat, yllättävätkin, tilanteet pystytään hoitamaan. Työ nähdään arvostettuna ja sitä tehdään auttamisen vuoksi.

”Koulussa on saatu ergonomiakoulutusta, mikä auttaa välttämään vammoja.”

”Siirtymiseen tarkoitettujen apuvälineiden esimerkiksi liukulakanoiden käyttöön on saatu koulutus.”

Haastatteluissa kävi ilmi, että asukkaiden huoneiden tilanpuutteen sekä vähäisten apuvälineiden vuoksi esimerkiksi sairaanhoitajien selät rasittuvat, mikä lisää työperäisten vammojen riskiä. Kuitenkaan sairaanhoitajat eivät tuo esille mahdollisia saamia vammoja tai muita terveydellisiä ongelmia. Tämä tapahtuu työn vuoksi, sillä mahdolliset vammat tai sairaudet voivat vaikuttaa työsuhteeseen. Jo kouluaikana

saatu ergonomiakoulutus koettiin hyväksi ja toimivaksi työperäisten terveydellisten ongelmien, kuten rasitusvammojen, ehkäisyssä. Sairaanhoidajien osaaminen potilaiden siirtämisen osalta on myös varmistettu koulutuksella. Erilaisten apuvälineiden kuten liukulakanoiden käyttöön heitä on koulutettu erikseen, mutta tuolla koulutuksella hankittu osaaminen jää hyödyntämättä, koska esimerkiksi juuri näitä apuvälineitä ei ole käytössä.

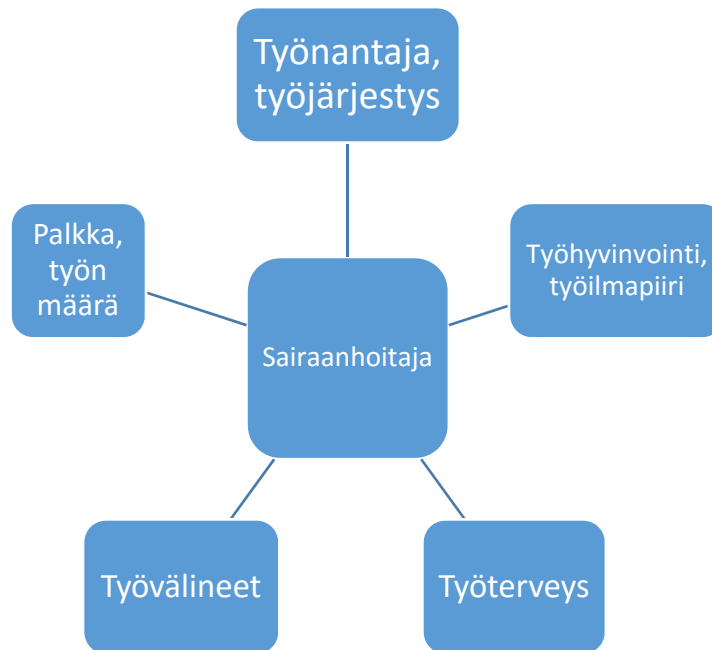
”Veteraanitalossa hoidetaan painehaavat... nyt niitä ei esiinny.”

”Sairaanhoidaja voi soittaa lääkärille ja lääkäri tulee sitten katsomaan tilanteen. Arvio ei toimi puhelimitse.”

Pitkäaikaishoidossa työskentelevillä sairaanhoidajilla on hyvät tiedot ja taidot esimerkiksi painehaavojen hoitoon. Esimerkiksi sairaalasta tai kotoa tulevalla ikäänntyneellä asukkaalla voi olla painehaavoja, mutta itse näissä pitkäaikaishoidon yksiköissä painehaavoja ei nähdä ongelmana. Jos sairaanhoidajat katsovat, että joku asukkaista on niin huonossa kunnossa, että hän tarvitsee lääkäriä, sairaanhoidajat voivat ottaa puhelimitse lääkäriin yhteyttä. Hoidon tarpeen arviointi ei kuitenkaan toimi puhelimen välityksellä vaan lääkäri tulee itse paikalle toteamaan tilanteen.

”Jos tulee elvytystilanne, silloin elvytetään... kaikki haluavat elää.”

Venäjällä varsinaista ”Ei elvytetä” -päätöstä ei ole käytössä. Pitkäaikaishoidossakin ajatus on, että kaikki haluavat vielä elää. Tämän vuoksi aina elvytystilanteen tullessa ensimmäinen asia on elvyttää.



Kuvio 3. Sairaanhoitajan rooli ja toimenkuva palvelutalossa.

Kuviossa (Kuvio 3) on esitetty sairaanhoitajan rooliin ja toimenkuvaan vaikuttavat tekijät palvelutalossa. Kuvioista nähdään, että sairaanhoitajan työhön ja työympäristöön vaikuttavat monet laaja-alaiset tekijät. Näitä tekijöitä on tarkasteltu tarkemmin opinnäytetyön tuloksien eri osioissa.

7.2 Ikääntyneet hoitotyön asiakkaat

Ikääntyneet asiakkaat ovat suuri ja tärkeä osa jokapäiväistä sairaanhoitajan työtä. Ikääntyneet asiakkaat ovat kasvava asiakasryhmä terveydenhuollossa kaikkialla. Seuraavaksi käydään läpi niitä tekijöitä, jotka opinnäytetyön tulosten mukaan liittyvät pitkäaikaishoidon asiakkaisiin.

”Joskus on pitkät jonot paikan saamiseen.. jopa monta vuotta.”

”... sukulaisten kanssa vaikea olla, joten haluavat muualle asumaan... jos tulee uusi vaimo pojalle ja suhteet ei toimi... jotkut haluavat vapaaehtoisesti antaa oman talon lapsille tai lapsenlapsille... sukulaisia on paljon, eikä kotona ole tilaa”

”...tavallisesti ongelma on sosiaalinen, enemmän tarvetta puheelle kuin sairaanhoidolle”

Pitkäaikaishoidon paikkaa voi Venäjällä joutua odottamaan jopa monia vuosia. Syyt, joiden vuoksi pitkäaikaishoidon piirin hakeudutaan, vaihtelevat. Joillakin ikääntyneillä voi olla vaikeaa olla sukulaisten kanssa, joten he haluavat muualle asumaan. Toisilla on ongelmia esimerkiksi lapsen puolison kanssa. Toiset ikääntyneet haluavat antaa talon lasten tai lastenlasten käyttöön ja toisilla on paljon sukulaisia, eikä kotona ole yksinkertaisesti enää tilaa. Ongelmat alkavat siis usein sosiaalisina. Toki iän myötä tulee myös sairaanhoidollisia tarpeita, mutta sosiaaliset ongelmat ovat suurempi syy.

”...uskonnollisuutta on, ikoneja, pappi käy, ikoni kierrätetään papin kanssa kakkien huoneiden läpi... ortodoksisuuteen kuuluvat juhlat juhlitaan... kuntopyöriä, lihaskuntaa voi hoitaa vapaaehtoisesti... kun kaupunki järjestää jotain aktiviteettia tai tapahtumia, kaikki osallistuvat aika hyvin...”

Pitkäaikaishoidon potilaille, ainakin veteraanitaloissa, on järjestetty paljon erilaisia virikkeitä. Ortodoksisuus on Venäjällä valtauskonto, joten esimerkiksi ikoneja on nähtävillä ja ortodoksinen pappi vieraillee usein. Myös kaikki ortodoksiset juhlapyhät juhlitaan. Tarjolla on mahdollisuus oman lihaskunnan ylläpitämiseen esimerkiksi kuntopyörää polkemalla. Myös kaupunki järjestää joskus aktiviteetteja, joihin kaikki asukkaat osallistuvat mielellään. Tarjolla on myös esimerkiksi uimahallissa käyntejä, TV:n katsomista, kuoro, ampumakilpailut ja käsityöpaja. Kukin voi osallistua näihin aktiviteetteihin oman toimintakykynsä ja jaksamisensa mukaan.

”...sukulaisten käynnit potilaiden luona ovat tärkeitä... asukkaat tarvitsisivat keskustelua enemmän... joku mummo oli ihmetellyt missä hänen lapsensa ovat ...joku sairaanhoitaja voi antaa esimerkiksi suklaata mummon lasten nimissä jolloin mummo tulee hyvin iloiseksi ja aktiivisemmaksi...”

” hyvä, jos omaiset jaksavat pitää yhteyttä ... joskus sukulaiset ovat sitä mieltä ettei mikään ole hyvin, ei tule kiitosta, eivätkä omaiset aina pidä sairaanhoitajasta...”

Sukulaisten käyntejä ikääntyneiden luona pidetään tärkeinä. Ikääntyneet tarvitsevat keskustelua enemmän, kuin mitä sairaanhoitajat pystyvät tarjoamaan, jolloin muut asiakkaat ja varsinkin omaiset ovat tärkeässä roolissa. Jos omaiset eivät käy juurikaan ikääntyneitä katsomassa, sairaanhoitajat saattavat antaa joitain pieniä lahjoja omaisten nimissä, kuten suklaata. Tämä piristää ikävöivää potilasta. Aina ei myöskään kaikki mene niin kuin on suunniteltu. Omaisilta tulee harvemmin kiitosta. Kaikki ihmiset eivät myöskään tule toimeen henkilökunnan kanssa ja joskus joku omainen ei välttämättä pidä sairaanhoitajasta. Ammatilainen osaa kuitenkin suhtautua tällaiseen tilanteeseen ammattimaisesti.

Ongelmana voidaan kuitenkin nähdä se, että sairaanhoitajat keskustelevat potilaiden kanssa asiakkaille selkeällä kielellä. He eivät huolehdi kommunikaatiotason ylläpitämisestä yhtään enempää. Yksiköissä ei ole myöskään kalentereita näkyvissä, joten ikääntyneille on vaikea selvittää päivämääriä ja aikaan ja paikkaan orientoituminen vaikeutuu.

”eläke on usein liian pieni kaikkiin maksuihin... rahaa karjalan budjetista ja tarvittaessa rahaa koko valtion budjetista lisää... sodan veteraaneilla on riittävästi rahaa... tavallisen eläkeläisellä neljä kertaa vähemmän eläkettä..”

Eläkkeet ovat Venäjällä pieniä. Sodan veteraaneilla on usein riittävästi rahaa. Tavallisilla eläkeläisillä on sodan veteraaneihin verrattuna neljä kertaa pienempi eläke. Usein eläke ei riitäkään kaikkiin maksuihin, kuten hoitomaksuihin. Tällöin asukkaalle on mahdollista saada lisää rahaa ensin oman alueen, kuten Karjalan, budjetista. Tämän jälkeen rahallista apua voi saada myös valtion budjetista.

”sairaanhoitajat ovat ammattilaisia ja rauhallisia... joskus jos joku asukas ärsyttää, hoitajat miettivät, että oma äiti voisi olla siinä tilanteessa ja miten toivoisi omaa äitiä kohdeltavan...”

”kaikki potilaat ovat tuttuja ja hoitajat tietävät ja tuntevat heidän tavat ja asiat...”

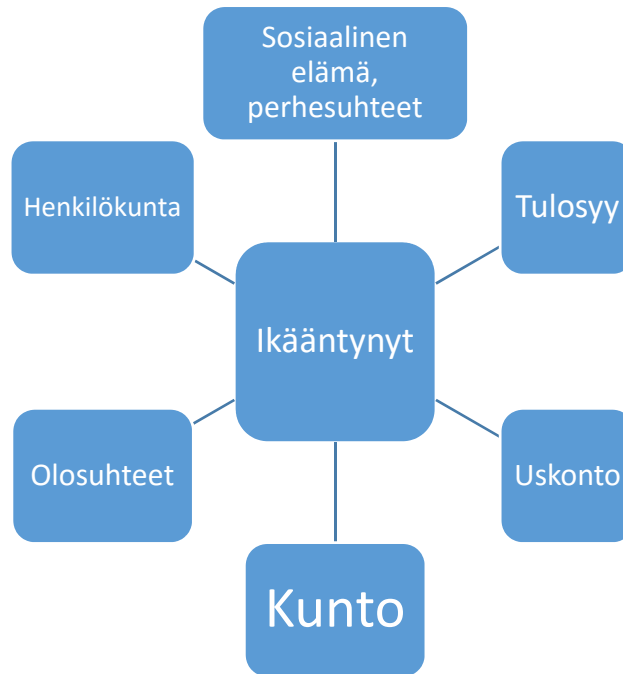
Sairaanhoitajat näkevät itsensä osaavina ammattilaisina. Ikääntyneitä on erilaisia, ja joskus joku potilas saattaa yrittää ärsyttää teoillansa tai puheillansa. Tällaisessa tilanteessa pyrkimyksenä on asettaa itsensä ikääntyneen tilannetta vastaavaan asemaan. Tämä auttaa sairaanhoitajia suhtautumaan ammatillisesti erilaisiin tilanteisiin. Psykologisen koulutuksen puute koetaan kuitenkin haasteena. Sairaanhoitajat kaipaavat tietoa vuorovaikutuksesta, mielenterveystyöstä sekä muistisairaiden asiakkaiden hoitoon liittyvästä osaamisesta. Asiakkaille on vaikeaa selvittää päivämäärää, koska yksiköissä ei ole kalentereja näkyvillä. Tämä vaikeuttaa asiakkaiden orientoitumista aikaan ja paikkaan. Pitkäaikaishoidon yksikössä sairaanhoitajat kuitenkin tuntevat ikääntyneet hyvin. He tuntevat ikääntyneiden tavat ja asiat, mikä tietysti auttaa kestävän ja positiivisen hoitosuhteen luomisessa ja ylläpitämisessä.

”kaksi henkilöä asuvat eri huoneissa, mutta muuten päivisin tekevät kaiken yhdessä joten ovat vähän kuin pariskunta... joskus pidetään jopa häitä... joskus asukkaasta tulee hyvin passiivinen, laiska, apaattinen, joten ”suhteet” ovat positiivinen asia”

”jos tulee uusi potilas, on vaikeaa kontaktin löytäminen ja oman paikan löytäminen...”

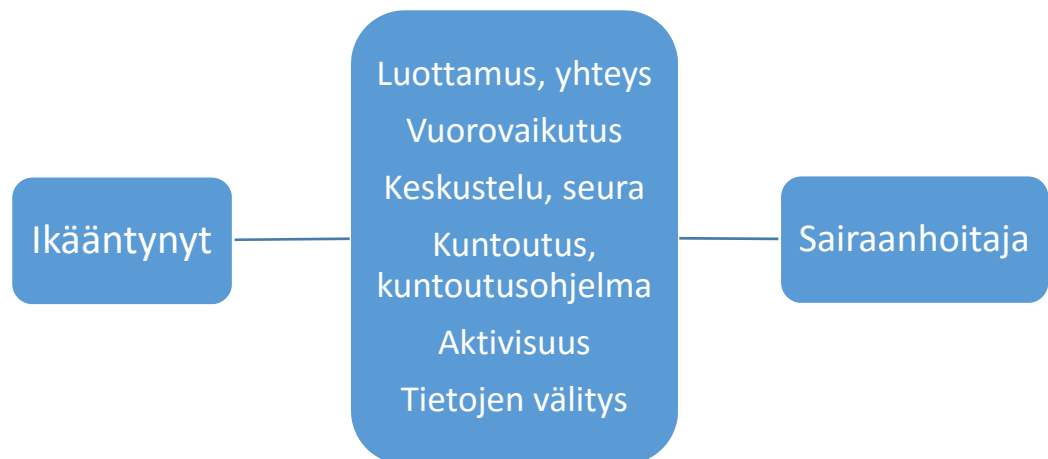
Ikääntyneellä voi olla taipumusta passiivisuuteen ja apatiaan. Tämä johtuu usein aktiviteettien vähäisyydestä. Pitkäaikaishoidon yksiköissä muodostuu pariskuntia. Kaksi henkilöä löytää toisistaan vähintään ystävän. Joskus saatetaan pitää jopa häitä. Tällaiset suhteet nähdään positiivisena asiana, joka auttaa pitämään ikääntyneitä virkeänä. Kun pitkäaikaishoidon yksikössä, kuten veteraanitalossa, muodostuu näin vahvojakin suhteita ikääntyneiden välille, voi uuden potilaan olla haastavaa löytää

oma paikkansa. Kontaktin löytäminen toisiin ikääntyneisiin voi alussa olla vaikeaa, mutta tutustumisen kautta tämäkin helpottuu.



Kuvio 4. Ikääntyneen elinympäristö palvelutalossa.

Kuviosta 4 nähdään ikääntyneen elinympäristöön vaikuttavat tekijät palvelutalossa. Ikääntyneen elinympäristöä muokkaavat monet tekijät. Henkilökunta ja olosuhteet palvelutalossa vaikuttavat välittömästi jokapäiväiseen elämiseen ja olemiseen. Sosiaalinen elämä, perhesuhteet ja tulosyy vaikuttavat ikääntyneen asiakkaan jaksamiseen, sillä usein tulosyy on sosiaalinen, eivätkä läheiset välttämättä käy kovinkaan usein vierailulla. Palvelutaloissa järjestetään kuitenkin paljon erilaisia virikkeitä. Esimerkiksi omaa toimintakykyä voi ylläpitää erilaisilla liikunnallisilla harjoitteilla. Tämä on tärkeää myös ikääntyneiden toimintakyvyn ja kuntoutumisen kannalta. Myös uskonnollisuus otetaan huomioon palvelutaloissa. Monille ikääntyneille uskon asiat saattavat olla hyvin tärkeitä, jolloin on hienoa, että esimerkiksi uskonnolliset juhlat juhlitaan.



Kuvio 5. Ikääntyneen ja sairaanhoitajan yhteisvaikutuksen alueet

Kuviossa 5 on kuvattu sairaanhoitajien ja asiakkaiden hoitosuhteen keskeisiä periaatteita. Nämä ovat tärkeitä, jotta ikääntyneen ja sairaanhoitajan välille voi syntyä toimiva ja luottamuksellinen hoitosuhde.

Ikääntyneen asiakkaan, kuten kenen tahansa asiakkaan, ja sairaanhoitajan suhde perustuu luottamukselle. Luottamus voidaan saavuttaa esimerkiksi toimivan vuorovaikutuksen ja kommunikaation kautta. Asiakas voi luottaa esimerkiksi siihen, että hän saa tietoa omasta hoidostaan ja hän saa tämän tiedon ymmärrettävässä muodossa. Jokaiselle ikääntyneelle luodaan henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelma on luottamusta siitä, että kumpikin osapuoli sitoutuu sen toteuttamiseen. Hoitoon liittyvien tietojen välitys ja keskustelu ovat vuorovaikutusta ikääntyneen ja sairaanhoitajan välillä, jonka toivottuna tuloksena asiakas on aktiivisempi ja virkeämpi.

7.3 Työympäristö ja -välineet

Jotta hoitotyön ammattilaiset, kuten sairaanhoitajat voivat toteuttaa parasta mahdollista hoitotyötä, he tarvitsevat mahdollisimman hyvän ja toimivan toimintaympäristön, johon kuuluvat vähintään riittävät työvälineet. Samoin asukkaiden kannalta hyvä ja toimiva toimintaympäristö sekä riittävät työvälineet ovat tärkeitä, koska näin voidaan varmistaa asukkaiden turvallisuus ja mahdollisia tapaturmia voidaan ennaltaehkäistä.

”ei ole moottoroituja sänkyjä... potilasta ei saa sängyllä istuvaan asentoon”

”ei ole olemassa liukulakanoita eikä muita siirtymiseen tarkoitettuja liukuvälineitä... koulutuksen hoitajat ovat niiden käyttöön kuitenkin saaneet..”

Sairaanhoitajien työ pitkäaikaishoidossa vaikeutuu huomattavasti sen vuoksi, että käytössä ei ole tarvittavia apuvälineitä. Veteraanitalojen sängyt eivät ole moottoroituja, joten täysin sänkyyn hoidettavaa potilasta ei käytännössä saa istuvaan asentoon. Toiminta liikuntavammaisten kanssa on vaikeaa, kun vuoteen selkänoja ei nouse 90 asteeseen, vaan korkeintaan 15 asteeseen. Tämä vaikeuttaa liikuntarajoitteisen henkilön kanssa toimimista, sillä yksinkertaisista toiminnoista, kuten syömisestä tulee haastavaa. Myöskään siirtymiseen tarkoitettuja liukuvälineitä ei ole käytössä, vaikka sairaanhoitajat ovat siihen koulutuksen saaneet. Liukulakanoita ei ole käytössä eikä saatavilla. Myöskään liukulautoja tai tukivöitä ei ole sairaanhoitajan tueksi. Tästä johtuen esimerkiksi sairaanhoitajan selkälihakset ylikuormittuvat, mikä osaltaan on aiheuttamassa ammattisairauksia. Nämä asiat vaikeuttavat edelleen päivittäisiä hoitotoimenpiteitä ja siirtymisiä.

”naapuri voi auttaa tai kutsua apua tarvittaessa... kutsunappia ei ole käytössä... aiemmin ollut käytössä, nyt puuttuu koska muistamattomat painelivat niitä jatkuvasti ilman syytä”

Yksiköissä ei ole käytössä kutsunappia potilaille. Kutsunapit ovat olleet aiemmin käytössä, mutta muistisairaat asiakkaat painelivat niitä jatkuvasti, joten ne otettiin pois käytöstä. Kutsuihin vastaaminen vei sairaanhoitajien jo valmiiksi vähäistä aikaa. Nyt esimerkiksi veteraanitaloissa saatetaan luottaa siihen, että huonetoverit kutsuvat hädän tullen apua.

”huoneissa on esimerkiksi kolme tuolia, kolme sänkyä ja pöytä... nosturin liikuttamiselle ei jää tilaa”

”huoneita yhdistellään jättämällä ovet pois välistä... esimerkiksi 3 potilaspaikkaa yhdessä huoneessa ja kaksi toisessa ja ne yhdistetty 5 hengen huoneeksi”

Asukkaiden huoneet ovat myös pieniä. Kun kolmen hengen huoneessa on jokaiselle sängyt ja tuolit sekä pöytä, ei tilaa jää juuri millekään muulle. Esimerkiksi nosturin käyttämiselle ei jää tilaa, joten täysin sänkyyn hoidettavia asukkaita siirretään tarvittaessa suoraan sängyllä. Huoneita myös yhdistellään entistä suuremmiksi esimerkiksi jättämällä ovet huoneiden väliltä pois. Tällä haetaan mahdollisesti asukkaille lisää keskusteluseuraa ja ihmiskontaktia sekä sosiaalisten suhteiden lisäämistä.

7.4 Organisaatio ja työhyvinvointi

Organisaatio ja työhyvinvointi ovat tekijöitä, jotka lopulta määrittävät sitä, kuinka työntekijät kuten sairaanhoitajat viihtyvät omassa työssään. Gerontologisessa hoitotyössä johtaminen on laadukkaan ja tavoitteellisen hoivapalvelujen tuottamisen keskiössä. Esimerkiksi psykologisen osaamisen ja koulutuksen puute nähtiin haastavana. Sairaanhoitajat kaipasivat tietoa toiminnasta esimerkiksi muistisairaiden ikääntyneiden hoidossa. Tällä hetkellä asukkaiden kanssa keskustellaan ikääntyneille selkeällä kielellä, eikä huolehdi tarkemmin kommunikointitason ylläpitämisestä. Seuraavassa osiossa tarkastellaan tekijöitä, jotka nousivat esille organisaation ja työhyvinvoinnin alueella.

”osastonhoitaja ei tee mitään erityistä työilmapiirin hyväksi... asia jää työntekijöiden omalle kontolle..”

”toisaalta hoitajat voisivat vaihtaa työpaikkaa juuri palkkauksen tai työolojen vuoksi... veteraanitalolla on hyvä paikka olla ja tehdä työtä...”

”eräs sairaanhoitaja aikoi olla töissä vain kaksi vuotta tässä paikassa, nyt on ollut töissä 15 vuotta... hyvä ilmapiiri, saa apua kollegoilta... tarvittaessa saa vaikka nostoapua toisista kerroksista”

Työilmapiiristä huolehtiminen tai sen parantaminen ovat hyvin pitkälti työntekijöiden itsensä varassa. Esimerkiksi osastonhoitajat tekevät hyvin vähän, jos lainkaan, työtä työssä viihtymisen ja työhyvinvoinnin parantamiseksi tai sen ylläpitämiseksi. Palkkauksen lisäksi juuri työolot, joihin esimerkiksi osastonhoitaja voisi omalla toiminnallaan vaikuttaa, ovat syitä, joiden vuoksi sairaanhoitajat voisivat vaihtaa työpaikkaa. Epäkohdista huolimatta pitkäaikaishoidon yksiköiden, kuten veteraanitalojen, pitkäaikaiset työntekijät kokevat, että heillä on hyvä paikka, jossa tehdä työtä. Kokeneet ammattilaiset eivät koe tarpeelliseksi vaihtaa työpaikkaa samalla tavalla kuin nuoremmat kollegat kokevat. Kokonaisuutena työilmapiiri koetaan hyväksi ja kollegiaalisuus näkyy esimerkiksi siinä, kuinka kollegoilta saa tarvittaessa hyvin apua.

”kaikki nuoret puuttuvat alalta, kun palkka on pieni... kaikki eivät kestä nähdä kun ihmisiä kuolee”

”kaikki nuoret, jotka on harjoittelussa veteraanitalolla haluavat perussairaalaan tai yksityiselle... siellä on paremmat olot, parempi palkka... eivät halua jatkaa harjoittelua veteraanitalolla”

Nuoria ammattilaisia on haasteellista saada houkuteltua töihin pitkäaikaishoidon yksiköihin, kuten veteraanitaloihin. Monia nuoria sairaanhoitajia ei kiinnosta työskennellä ikääntyneiden kanssa, ja he näkevät harjoittelun aikana, millaista työ voi olla kyseisissä yksiköissä. Heille riittää tämä harjoittelun aikana saatu kosketus pitkäaikaishoidon maailmaan, eivätkä he halua palata sinne. Palkkaus on matala ja kuole-

man kohtaaminen on useammin läsnä kuin suuremmissa sairaaloissa. Monet eivät tätä kestä. Myös työolot ovat suuremmissa sairaaloissa paremmat.

Henkilöstön vajeisuus on tällä hetkellä yleinen ongelma monissa sairaanhoitolaitoksissa. Kirjallisuuden mukaan alan työvoiman poissiirtymisen perussyyt ovat matala palkkaus sekä korkea fyysinen ja psyykinen kuormitus. Tutkituissa laitoksissa henkilöstötäydennys on 77,7-92,9 %. Tästä johtuen todellinen täytettyjen virkojen määrä ei vastaa suunniteltua. Eli työntekijöitä ei tutkituissa laitoksissa ole niin paljoa kuin on suunniteltu. Tämä mahdollisesti vaikuttaa myös laitosten työtuloksiin palvelutarjonnassa. (Chunakova, 2014.) Myös ergonomista työtapaa on vaikea toteuttaa käytännössä, koska yhden sairaanhoitajan vastuulla on liikaa potilaita vuorossa.

8 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata gerontologista hoitotyötä pitkäaikaishoidossa ja kehittämishaasteita Venäjällä. Haastatteluaineiston pohjalta nousi esiin esimerkiksi puutteita koulutuksessa ja työolosuhteissa.

Opinnäytetyön perusteella saadut tiedot ovat linjassa aikaisempien tutkimusten kanssa. Esimerkiksi Shabalinin (2009) mukaan ikääntyneen potilaan lääketieteelliset ongelmat ovat vain viidesosa kaikista ongelmista, loput ovat sosiaalisia. Kaikki ongelmat vaikuttavat toisiinsa. Tästä syystä tarvitaan integroitua ja monialaista yhteistä toimintaa hoitoyksiköiden, sosiaalipalveluiden ja yksityisen sektorin välillä.

Venäjällä gerontologisten palvelujen järjestelmässä eri yksiköiden välinen yhteistyön puute on ongelma. Lakiuudistukset eivät vaikuta tämän ongelman ratkaisemiseen. Vaikka varsinaista lakia yhteistoiminnasta ei ole säädetty, gerontologiset ja sosiaalisen työn yksiköt pyrkivät kuitenkin tekemään yhteistyötä Venäjällä. (Shabalin, 2009.)

Haastateltavien mielestä palkkaus tässä ammatissa ei ole riittävä. Pitkäaikaishoidonkeskusten rahoituksen paraneminen voisi vaikuttaa positiivisesti työtilanteeseen ja työhyvinvointiin. Shabalinin mukaan (2009) rahoituksen käytön tehokkuus lääketieteelliseen apuun ja ikääntyneiden sosiaalipalveluihin ei ole tällä hetkellä riittävä.

Yksi tärkeimmistä kehittämishaasteista on lähihoitajakoulutuksen puute Venäjällä. Lähihoitajan tehtäviä suorittavan henkilön epävirallinen nimike on ”sidelka”, mutta varsinaista koulutusta tähän tehtävään ei ole tarjolla. On olemassa vain lyhyitä, epävirallisia, maksullisia muutaman kuukauden kursseja, mutta varsinaista virallista koulutusta ei ole. Lyhyen kurssin suorittanut henkilö ei ole vastuussa työstään ja yleensä ”sidelkoja” haetaan yksityisiin palvelutaloihin.

Tavallisesti lähihoitajan tehtävät suorittavat sairaanhoitajat. Tämä näkyy siinä, että sairaanhoitajilla on paljon työtä yksiköissä. Heidän vastuullaan on esimerkiksi perushoito, lääkehoito, kivunhoito, terveyden edistäminen, aktiviteettien järjestäminen ja keskustelu asukkaiden kanssa. Lähihoitajat voisivat vapauttaa sairaanhoitajien aikaa esimerkiksi perushoidosta tai keskustelun ja virikkeiden järjestämisestä muille asioille, kuten lääkehoidon suunnittelulle.

Palvelutaloissa sairaanhoitajien työmäärä ja palkkaus eivät kohtaa. Kaikki haastateltavat olivat samaa mieltä riittämättömästä palkkauksesta. Suomalaisen lähihoitajakoulutusmallin benchmarkkaaminen selkiyttää ja helpottaa sairaanhoitajien työnkuvaa varsinkin pitkäaikaishoidon yksiköissä kuten veteraanitaloissa. Sairaanhoitajien palkkaukseen lähihoitajakoulutuksella ei todennäköisesti olisi suoraa vaikutusta, mutta työmäärää ja työn jakoa se helpottaisi. Toki työnjaon ja työn kuvan selkiyttämällä voitaisiin tuoda esille sairaanhoitajien todellinen osaaminen esimerkiksi lääkehoidossa, jolloin olisi selkeämpiä perusteluja myös palkan tarkistukseen.

Henkilökunta ei tuo mahdollisia työperäisiä sairauksia esille. Jo koulutuksessa on saatu ergonomia-koulutus, sekä mahdollinen täydennyskoulutus nähtiin erittäin toimi-

vana ja tärkeänä työperäisten sairauksien tai vammojen kuten tuki- ja liikuntaelin vammojen ennaltaehkäisyssä. Tämä täydennyskoulutus auttaa omalta osaltaan sairaanhoitajien työssä jaksamista. Pitkäaikaishoidossa sairaanhoitajat ovat useimmiten yli 50-vuotiaita, eikä nuoria tämä hoitoalan osa-alue kiinnosta. Tärkeää on, että nyt työssä olevat sairaanhoitajat jaksavat työssään mahdollisimman pitkään. Pitkäaikais-hoidon parissa tapahtuvan työn houkuttelevuutta tulisi saada paremmaksi niin Venäjällä kuin muuallakin. Nuoret eivät syystä tai toisesta halua työskennellä ikääntyneiden parissa.

Henkilökunnan keski-ikä on yli 50 vuotta. Tämä tulee varmasti aiheuttamaan tulevaisuudessa kasvavaa pulaa työntekijöistä, jos Venäjällä pitkäaikaishoidossa ei tehdä muutoksia lähitulevaisuudessa. Nuoret eivät halua pitkäaikaishoidon yksiköihin, kuten veteraanitaloihin, töihin, koska kyseistä työtä ei huomioida työkokemuksena palkanmäärittelyssä. Myös palkkaus on matala, vain noin 200 e /kk. Nuorilla sairaanhoitajilla on riskinä, että he eivät kestä henkistä eivätkä fyysistä kuormitusta, ja sitä, että he eivät esimerkiksi halua olla kuoleman kanssa tekemisissä. Haasteena on myös, mitä kyseiselle asialle voidaan tehdä.

Osallistumattomuus ja apatia asukkaiden keskuudessa nähdään ongelmana. Asukkaat laitostuvat, eivätkä enää tee mitään itse tai auta henkilökuntaa hoitotoimenpiteissä oma-aloitteisesti. Tällaiseen osallistumattomuuteen ja oma-aloitteisuuden puutteeseen on vaikea puuttua hoitohenkilökunnan puolesta, kun henkilökuntaa on niin vähän, että aikaa on vain pakollisille hoitotoimenpiteille. Asukkaiden kannalta on hienoa, että he tutustuvat toisiinsa ja näin kehittyy toimivia ihmissuhteita. Toki aina ihmissuhteet eivät toimi ja kaikki eivät tule kaikkien kanssa toimeen. Tämän vuoksi on myös hyvä, että on mahdollista vaihtaa ympäristöä, jos syntyy ristiriitoja muiden asukkaiden kanssa tai huonetoverin kanssa ei tule toimeen. Positiivista on asukkaiden toimintakyky, mikä mahdollistaa vuorovaikutuksen muiden asukkaiden kanssa. Tästä herää kysymys, onko asukkaiden toimintakyky parempi pitkäaikaishoidon yksiköissä Venäjällä kuin vastaavissa yksiköissä Suomessa.

Mielenkiintoista oli, että erilaisia hoitotyön apuvälineitä on käytössä vähän tai ei ollenkaan. Huoneet ovat kooltaan niin pieniä ja täysiä, ettei nosturia voi käyttää ja pyörätuolin tuominenkin huoneeseen on vaikeaa. Esimerkiksi ergonomia- ja apuvälinekoulutuksia on sairaanhoitajilla ollut, mutta näiden koulutusten hyöty jää olemattomaksi vain sen vuoksi, ettei tarvittavia työvälineitä ole käytössä. Hankittua osamista ei siis oteta käyttöön. Asukkaiden hälytysjärjestelmät on jätetty pois käytöstä turhan painelun takia. Tästä johtuen asukkaan on pyydettävä henkilökunta paikalle välittämällä viestiä eteenpäin muiden asukkaiden kautta. Sairaanhoitajat eivät Venäjällä kuitenkaan tee työtä täysin ilman apuvälineitä. Käytössä on tänä päivänä esimerkiksi vaippoja, kävelykeppejä ja erikoispatjoja makuuhaavoja vastaan, mikä on positiivista kehitystä suhteessa aiempaan.

Yllättävä tulos oli se, että Venäjällä ei ole käytössä hoidon rajaamista, kuten Ei elvyttämistä -päätöstä. Elvyttämättä jättämispäätös ikääntyneen pitkäaikaissairaana henkilön kohdalla on suomalaisen terveydenhuoltoalan ammattilaisen näkökulmasta perusteltua. Toki Venäjällä vaikuttaa oma hoitokulttuuri, johon kuuluu ajatus siitä, että kaikki haluavat vielä elää. Tällöin on ymmärrettävää, että aina tarpeen tullen pyritään elvyttämään. Tällöin herää kuitenkin kysymys siitä, mikä on elvyttämisen jälkeinen tila sairauden hoidon, elämänlaadun ja ennen kaikkea kyseessä olevan henkilön koko elämän kannalta. Palliatiivinen hoito ja sen kehittäminen ovat keskeisiä kehittämiskohteita niin Venäjällä kuin Suomessa.

Venäjän pitkäaikaishoidosta löytyy positiivisia asioita, joista on mahdollista ottaa opiksi suomalaisessa pitkäaikaishoidossakin. Yksi asia on viriketoiminnan järjestäminen. Veteraanitaloissa on tarjolla paljon erilaisia virkistymismahdollisuuksia. Yksiköissä on käytössä itsepalvelupiste, teattereissa käynnit ovat mahdollisia, on työterapiaa sekä käsityöpajaa. Tarjolla on myös erilaisia harrastuksia kuten kuoro, kuntouttava liikunta, tikkapeli, ampumakilpailut sekä käynnit uimahallissa. Yksikön asukkailla on mahdollista käydä lomalla viikonloppuisiin. Toki Suomessa pitkäaikaishoidossa on myös paljon erilaisia aktiviteetteja sekä virkistystoimintoja ja virkistystoimintaan on panostettu eri yksiköissä erilailla. Kuitenkin määrä yllätti monipuolisuudellaan, mikä ei asukkaiden näkökulmasta ole lainkaan huono asia.

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa selostamalla tarkkaan tutkimuksen toteutus ja sen kaikki vaiheet. Haastattelututkimuksessa tulee esimerkiksi kertoa aineiston keräämiseen liittyvistä olosuhteista, käytetyistä paikoista, haastatteluihin käytetystä ajasta, mahdollisista häiriötekijöistä sekä mahdollisista virhetulkinnoista. Lisäksi olisi hyvä arvioida myös itseään haastattelutilanteessa. Aineistoa analysoitaessa luotettavuutta voidaan parantaa perustelemalla tehdyt luokitukset ja kertomalla luokittelun syntyperusteista. Sama pätee tulosten tulkintaan eli millä perusteella tulkinnat tehdään. (Hirsjärvi ym. 2013.) Kaikissa tutkimuksissa, niin myös opinnäytetöissä on tärkeää välttää virheitä. Samalla on kuitenkin tärkeää varmistaa, että tulokset ovat luotettavia ja päteviä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.)

Jouni Tuomi ja Anneli Sarajärvi esittävät teoksessaan *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (2009, 138 -139.) erilaisia luotettavuuden kriteerejä laadulliselle tutkimukselle. Näitä ovat esimerkiksi uskottavuus ja vastaavuus, siirrettävyys, luotettavuus ja riippuvuus sekä vakiintuneisuus ja vahvistettavuus. Opinnäytetyössä on lähdetty liikkeelle siitä, että on pyritty selvittämään sairaanhoitajien näkökulmia ja mielipiteitä ja vasta sen jälkeen opinnäytetyöntekijät ovat pyrkineet ymmärtämään näitä näkemyksiä. Tämän vuoksi opinnäytetyötä voidaan pitää todellisuutta vastaavana. Uskottavan opinnäytetyöstä tekee se, että opinnäytetyön haastateltua otantaa on pyritty kuvaamaan tarkasti. Haastattelut ovat todellisia, joista on opinnäytetyöhön valikoitu mukaan sitaatteja.

Tulokset ovat siirrettävissä muihin gerontologisen hoitotyön osaamista Venäjällä kuvaaviin opinnäytetöihin. Jos verrataan eri hoitotyön osa-alueita kuten gerontologista hoitotyötä ja esimerkiksi lasten hoitotyötä, tulokset eivät välttämättä ole kaikilta osin siirrettävissä. Eri maiden välillä siirtyvyyttä voidaan myös kyseenalaistaa, koska jokaisella maalla on oma kulttuurinsa, joka vaikuttaa myös hoitotyöhön. Opinnäytetyön luotettavuutta on arvioitu opinnäytetyönprosessin aikana tekijöiden ja ohjaajien toimesta. Myöhemmin arviointia ovat suorittaneet myös opponoijat ja lopuksi opinnäytetyöryhmä, joka arvioi työn lopullisesti. Vakiintuneisuutta ja vahvistettavuutta on

opinnäytetyössä juuri se, että ulkopuolinen henkilö tai henkilöt arvioivat tuotokset. Tämä tapahtuu siis opponettien ja opinnäytetyöryhmän toimesta. Myös työn ratkaisut ja päättely on esitetty riittävän selkeästi ja seikkaperäisesti, jotta lukijan on mahdollista seurata päättelyprosessia ja tarvittaessa arvioida sitä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella myös yleisyyden näkökulmasta. Yleistäminen perustuu laadullisessa tutkimuksessa aina tutkijan tekemiin tulkintoihin tutkimusaineistosta. Tulkinta on siis tulosta tutkijan, tutkimusaineiston ja teorian välisestä vuoropuhelusta. (Vilkkä 2005, 157.)

Opinnäytetyön aineiston keruu tapahtui Venäjällä. Eri maissa on eri säädöksiä tutkimuksen suhteen. Esimerkiksi Venäjä ei kuulu Tutkimuseettiseen neuvottelukuntaan (TENK, 2012), mutta kuitenkin on osa ICSU -sopimusta (ICSU, 2010), jonka tarkoituksena on vahvistaa kansainvälistä tiedettä yhteiskunnan hyväksi. Opinnäytetyö suoritetaan osana JAMK Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelmaa, sen takia ensisijaisesti noudatetaan Suomessa hyväksytyjä sopimuksia, mutta otetaan huomioon Venäjällä sovitut säännöt.

Opinnäytetyössä kerättiin tietoja kehittämishaasteista avoimissa haastatteluissa sairaanhoitajien kanssa palvelutaloissa Venäjällä. Haastattelun eettiset periaatteet ovat seuraavia: potilashenkilötietoja ei kerätä, asukkaista tai heidän asemastaan ja ongelmistaan puhutaan yleisesti ja kunnioitetaan henkilökunnan vaitiolovelvollisuutta. Sairaanhoitajat osallistuvat haastatteluihin vapaaehtoisesti ja antavat luvan käyttää heidän antamia tietoja tutkimustarkoitukseen, sairaanhoitajien henkilötietoja ei julkisteta vaan käytetään ammattinimityksiä ja palvelutalon julkisia tietoja. Myös haastatteluajasta ja toimintaperiaatteista sovitaan etukäteen haastateltavien kanssa. Opinnäytetyöntekijä on varmistanut tutkittavilta tiivistettyjen vastauksien vastaavuuden haastattelussa kerrottuun tietoon.

Vastuullisuus, rehellisyys ja luotettavuus ovat tärkeitä periaatteita opinnäytetyössä. Opinnäytetyötä ei voi käyttää poliittisissa tarkoituksissa, eikä sen tavoite ole vaikuttaa kansainvälisiin suhteisiin. Opinnäytetyön tavoite on tuottaa tietoa kehittämissaasteista ja tietoa voidaan jatkossa hyödyntää esimerkiksi koulutus suunnittelussa.

Opinnäytetyön tekijäryhmän jäsenten asema on tasavertainen, jäsenillä on samat vastuut ja velvollisuudet työn suorittamiseksi. Tutkimustulokset ovat jäsenten omistuksessa tasavertaisesti. Opinnäytetyön tulokset ja varsinainen työ ovat julkisia, eivätkä sisällä henkilökohtaisia tietoja. Tuloksia voi käyttää tieteellisiin ja opetustarkoituksiin.

8.2 Jatkotutkimukset

Opinnäytetyön seurauksena on mahdollista tutkia tarkemmin tiettyjä esille nousseita asioita. Opinnäytetyössä selvitettiin gerontologien hoitotyön osaamista ja kehittämissaasteita Venäjällä pitkäaikaishoidossa sairaanhoitajien näkökulmasta. Tämä rajaa kuitenkin ison osan gerontologisen hoitotyön alueesta pois. Mielenkiintoista on selvittää gerontologisen hoitotyön osaamista Venäjällä muilla osa-alueilla, kuten ikääntyneiden akuuttihoitossa, mielenterveyspalveluissa sekä muistisairaiden polikliinisessä hoidossa. Ikääntyneitä on potilaina ja asiakkaina useimmilla hoitotyön osa-alueilla, joten gerontologisen hoitotyön osaamisen kartoittaminen läpi hoitotyön kentän on mielenkiintoista.

Jatkossa on mahdollista ja mielenkiintoista selvittää, onko Suomessa ollut opinnäytetyössä esille nousseita ongelmakohtia vastaavia ongelmia ja miten ne on ratkaistu. Löytyykö Suomesta kokemusta, toimintamalleja tai muita ratkaisuja kehittämissaasteisiin Venäjällä? Tätä aihetta on mahdollista tutkia jopa kansainvälisellä tasolla.

Opinnäytetyössä nousi esille se, että matalasta palkasta ja työssä ilmenevistä erilaisista ongelmista huolimatta sairaanhoitajat pitävät työtä pitkäaikaishoidon yksikössä

sellaisena, josta ei kannata luopua. He katsovat, että heidän on hyvä olla eivätkä koe tarvetta lähteä etsimään mahdollisesti paremmin palkattua työtä. On mielenkiintoista selvittää, miksi näin on, ja mistä vahva ammatti-identiteetti muodostuu.

Myös lähihoitajakoulutuksen muokkaamisesta Venäjän yhteiskuntaan sopivaksi on mielenkiintoista selvittää. Lähihoitajien työ helpottaa sairaanhoitajien työtaakkaa ja omalta osaltaan lisää nuorten sairaanhoitajien kiinnostusta gerontologiseen hoitotyöhön pitkäaikaishoidossa. Tällä on mahdollista pitkällä aikavälillä puuttua tulevaisuudessa kasvavaan työntekijäpulaan pitkäaikaishoidossa Venäjällä.

LÄHTEET

Ahonala, J. 2012. Kirjallisuuskatsaus sairaanhoitajan voimaantumista edistävästä tekijöistä gerontologisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Viitattu 09.12.2015

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/45463/Ahonala_Johanna.pdf?sequence=1

Anttilainen, M. 2015. Ikäihmisen Palveluopas. Seniorineuvonta. Vantaan kaupunki. Viitattu 28.04.2016.

http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaa_wwwstructure/119772_Ikaihminen-palveluopas-netti.pdf

Chunakova, V. 2014. Sairaanhoidon laatujohtamisen parantaminen sisälaitoksissa, joissa hoidetaan ikääntyneitä. (Совершенствование управления качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях, оказывающих медико-социальную помощь пожилым). GBOU VPO Saratovin Razumovskin Valtiollinen Terveysministeriön Lääketieteellinen Yliopisto. Venäjä. Moskova. Viitattu 15.03.2016

<http://medical-diss.com/medicina/sovershenstvovanie-upravleniya-kachestvom-sestrinskoy-pomoschi-v-statsionarnyh-uchrezhdeniyah-okazyvayuschih-mediko-sotsi>

EMISS 2016. Ikääntyvien ja invalidien sosiaalipalvelukeskuksien määrä. Valtion Tilastokeskus, ROSSTAT. Viitattu 27.04.2016. <https://fedstat.ru/indicator/41594>

Eriksson, E. Korhonen, T. Merasto, M. Moision, E-L. 2015. Sairaanhoitajien ammatillinen osaaminen – Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Viitattu 25.3.2016.

<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

EUR-Lex 2015. Ammattipätevyyden tunnustamisjärjestelmä. 17.8.2015. EUR-Lex nettipalvelu. Viitattu 25.3.2016. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=URISERV%3Ac11065>

Euroopan Yhteisöt 2008. Pitkäaikaishoito Euroopan Unionissa. 2008. PDF-tiedosto. Luxemburg: Euroopan yhteisöjen virallisten julkaisujen toimisto. Viitattu 22.3.2016. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MIfp5Q3-9QoJ:ec.europa.eu/social/BlobServlet%3FdocId%3D2781%26langId%3Dfi+&cd=4&hl=fi&ct=clnk&gl=fi>

Finlex 2015. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Oikeudellisen aineiston Internet-palvelu. Viitattu 25.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Haapaniemi, L. & Jokinen, E. 2014. Ikääntyneiden kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttaminen. Vaasan Ammattikorkeakoulu. Viitattu 15.09.2015 [http://theseus32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/72397/Haapaniemi Laura ja Jokinen Essi.pdf?sequence=1](http://theseus32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/72397/Haapaniemi_Laura_ ja_Jokinen_Essi.pdf?sequence=1)

Hansson, A., Heinola, R., Raassina A. ja Seppänen M. 2008. Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. 2009. Ikäneuvotyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 30.3.2016. <https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/112026/URN%3aNBN%3afi-fe201504224814.pdf?sequence=1>

Hautala, E. 2012. Senioriopas Hyvinvointi, terveys ja palvelut ikääntyville. Helsinki: Oy Nord Print Ab.

Heikkinen, E. Laukkanen, P. Rantanen, T. 2013. Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Julkaisussa: Gerontologia. Toim. E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 278-283.

Hildén, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Tammi.

Hirsjärvi, S. Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.

Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.-17. p. Porvoo: Tammi.

Holmi, M. 2012. Kuntoutustyö – Palvelutalon ja hoivakodin työntekijöiden käsityksiä kuntoutustyöstä. Fysioterapian Pro gradu-tutkimus. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 15.09.2015

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37736/URN:NBN:fi:jyu-201204301589.pdf?sequence=1>

Holostova, E. 2009. Sosiaalityö ikääntyneiden kanssa: opas (Социальная работа с пожилыми людьми: учебно-методическое пособие). Moskovon väestön sosiaalityön departementti. 2009. Viitattu 28.03.2016.

<http://www.umc38.ru/dok/%D0%A1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F%20%D1%80%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%82%D0%B0%20%D1%81%20%D0%BF%D0%BE%D0%B6%D0%B8%D0%BB%D1%8B%D0%BC%D0%B8%20%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D1%8C%D0%BC%D0%B8.pdf>

ICSU, 2016. Sopimuksen jäsenmaat. Viitattu 01.04.2016. <http://www.icsu.org/about-icsu/our-members/?icsudocid=national-members>

Kankkunen, P. Vehviläinen – Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro.

KELA 2014. Vanhuuseläke. 30.6.2014. Kansaneläkelaitos. Viitattu 18.3.2016.

http://www.kela.fi/elakeika-lahestyy_vanhuuselake

Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 09.11.2015

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114152/Selv200630.pdf?sequence=1>

Koskinen, S. Seppänen, M. 2013. Gerontologinen sosiaalityö. Julkaisussa: Gerontologia. Toim. E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen. 3. uud. p. Tampere: Duodecim, 444-453.

Kylmä, J. Vehviläinen-Julkunen, K. Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Duodecim. Viitattu 28.3.2016.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo93495.pdf>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980. Finlex. Viitattu 18.3.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Lyyra, T. Tiikkainen, P. 2009. Terveys ja toimintakyky. Julkaisussa: Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutilainen, P. Tiikkainen. 1. p. Helsinki: WSOY, 58-73.

Nidoev, E. 13.12.2013. Undercover at a Russian hospital. The Moscow Times. Viitattu 11.4.2016. <http://www.themoscowtimes.com/news/article/undercover-at-a-russian-hospital/491549.html>

Nieminen 2003. Väestön ikääntyminen on suhteellista. 21.5.2003. Tilastokeskus. Viitattu 18.3.2016. http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_05_03_nieminen.html

Novokreschenova I., Chunakova V. & Senchenko I. 2013. Sairaanhoidotyön laatuun tyytyväisyys sosiaalipalveluiden laitoksissa (Удовлетворенность качеством сестринской помощи в стационарных учреждениях социального обслуживания). Lääketieteen sosiologia. Viitattu 08.12.2015

<http://cyberleninka.ru/article/n/udovletvorennost-kachestvom-sestrinskoy-pomoschi-v-statsionarnyh-uchrezhdeniyah-sotsialnogo-obsluzhivaniya>

Novokreschenova I. & Chunakova V. 2013. Ikäihmisten sosiaali- ja terveysalan palveluiden järjestelmä (Организация медико-социального обслуживания граждан пожилого возраста). GBOU VPO Saratov, Razumovskii GMU Terveysministeriö. Viitattu 08.12.2015

<http://medconfer.com/node/3035>

Pikkarainen, A., Era P. & Grönlund R. 2011. Gerontologinen kuntoutus. Kuntoutusportti. Viitattu 21.03.2016.

http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/elamankaari_ja_ikavaiheet/gerontologinen_kuntoutus/

Puttonen, J. 2013. Sairaanhoidajan eettiset velvollisuudet. Julkaisussa Sairaanhoidajan käsikirja. Toim. M. Mustajoki, A. Alila, E. Matilainen, M. Pellikka & M. Rasimus. 8. uud. p. Helsinki: Duodecim, 854-855.

Rosstat, 2015. Väestön jako ikäryhmittäin (Распределение населения по возрастным группам). Valtion tilaston federatiivinen palvelu. Viitattu 28.03.2016.

http://www.gks.ru/free_doc/new_site/population/demo/demo14.xls

Rostila, I. 2001. Sosiaalityön perusarvot ja eettiset periaatteet. Jyväskylän Yliopisto.

Viitattu 18.3.2016.

<https://www15.uta.fi/kirjasto/nelli/verkkoaineistot/yht/rostila.pdf>

Ruohonen, S., Rissanen, R. ja Manninen, P. 2009. Haastattelu. Virtuaali Ammattikorkeakoulu. Viitattu 7.4.2016.

<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/030906/1144934265902/1144934468296/1144934658929/1146047870666.html>

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja. Lapin Yliopisto.

Viitattu 25.3.2016.

https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61722/R%C3%A4s%C3%A4nen_Riitta_DORIA.pdf?sequence=4

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Avoin haastattelu KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Viitattu 7.4.2016.

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_3_1.html

Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. 3.10.2014. Sairaanhoitajaliiton verkkopalvelu. Viitattu 25.3.2016.

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Seppänen, M. 2014. Gerontologinen Sosiaalityö. Lapin Yliopisto. Viitattu 21.03.2016.

http://www.sosiaalikollega.fi/hankkeet/ikaihminen_toimijana/tiedotuksia/16-1-2014-marjaana-seppanen

Shabalin, V. 2009. The organization of geriatric service in conditions of progressing demographic aging the population of the Russian federation. *Advances in Gerontology* 2009 № 1 Vol. 22, 185-195. Russian Academy of Sciences, Division of Biological Sciences Scientific Council on Physiological Sciences Gerontological Society North-Western Branch of RAMS. Accessed 22.04.2016

file:///C:/Users/123/Documents/JAMK_Galina/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6/Shabalin_Organizazia.pdf

Shabunova, A. 2014. Social development and demographic challenges. *Tieteellinen lehti "Maa-alueiden kehittämis-ongelmat"*. № 2 (70) / 2014. Viitattu 15.09.2015 <http://cyberleninka.ru/article/n/obschestvennoe-razvitie-i-demograficheskie-vyzovy-sovremennosti>

Solovyev, A. 2014. Venäläisten eläkeläisten elintason paranemisen keinot globaalisen demografia-kriisin ja maahanmuuton aikana. *Taloustieteellinen Instituutti UrO RAN*. Viitattu 15.09.2015 <http://elar.ufu.ru/handle/10995/30043>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Viitattu 22.3.2016. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1

Standardinform, 2008. Kansan sosiaalipalvelu. Ikääntyneiden ja invalidien sosiaalipalvelun laitosten tyypit (Социальное обслуживание населения. Типы учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов). GOST R 52880-2007. Viitattu 23.03.2016. <http://szn.amurobl.ru/old/gost/1264162629.80586-18047.pdf>

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolleet [verkkajulkaisu].

ISSN=1798-2529. 01 2014. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu: 9.12.2015

http://tilastokeskus.fi/til/kuol/2014/01/kuol_2014_01_2015-10-23_tie_001_fi.html

Suomi.fi 2015. Asuminen vanhainkodissa tai sairaalassa. 6.6.2015. Palveluopas. Viitattu 22.3.2016.

https://www.suomi.fi/suomifi/suomi/palveluoppaat/ikaantuvan_palveluopas/asumiseni/kodin_ulkopuolisessa_hoidossa/asuminen_vanhainkodissa_tai_sairaalassa/index.html

Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma.

Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 09.12.2015. Viitattu

11.3.2016 [http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130427/urn_nbn_fi_uef-20130427.pdf)

[20130427/urn_nbn_fi_uef-20130427.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130427/urn_nbn_fi_uef-20130427.pdf)

TENK, 2014. Finnish Advisory Board on Research Integrity. Viitattu 01.04.2016.

<http://www.tenk.fi/en>

Tiikkainen, P. 2007. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa Vanheneminen ja terveys.

Toim. Lyyra, T-M., Pikkarainen, A., Tiikkainen, P. Tampere. Edita.

Tiikkainen, P. Heikkinen, R. 2013. Gerontologisen hoitotyön osaaminen. Julkaisussa:

Gerontologia. Toim. E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim, 455-461.

Tilastokeskus 2007. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Viitattu 28.3.2016.

<https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uud. p. Helsinki: Tammi.

Turunen, E. Suonmaa, M. 2011. Sairaanhoidtaja Venäjällä ja Suomessa. Opinnäytetyö. Pohjois-Karjalan Ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.4.2016.

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36070/Sairaanhoidtaja_Turunen_Suonmaa_2011.pdf?sequence=1

Työ- ja elinkeinoministeriö 2013. Sairaanhoidtaja. Ammattikuvaus. Mol.fi verkkopalvelu. Viitattu 28.3.2016. <http://www.mol.fi/avo/ammait/10315.htm>

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, P. Routasalo, P. Isola, A. & Tiikkainen P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Julkaisussa: Gerontologinen hoitotyö. Toim. P. Voutilainen & P. Tiikkainen. 1. p. Helsinki: WSOY, 12-26.

WHO 2012. Dementia: a public health priority. Maailman Terveysjärjestön (World Health Organization) julkaisut, ISBN 978 92 4 156445 8. Viitattu 26.04.2016.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1

Ylinen, S. 2008. Gerontologinen sosiaalityö. Tiedonmuodostus ja asiantuntijuus. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 155. Viitattu 04.10.2015

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1065-2/urn_isbn_978-951-27-1065-2.pdf

Zarubalova, M. 2013. Venäjän terveydenhuoltojärjestelmä – tietoja terveystalouden käytöstä. TEM raportteja 10/2013. Viitattu 25.3.2016.

https://www.tem.fi/files/35773/tem_raportti_10_2013.pdf

LIITTEET

Liite 1: Haastattelutulosten luokittelu

Ikääntyneitä hoidettavia on noin 35 / sairaanhoitaja	Sairaanhoitajan työ ja osaaminen	Sairaanhoitajan rooli ja toimenkuva
Sairaanhoitajat itsekin ovat jo iäkkäitä, yli 50-vuotiaita.		
Sairaanhoitajilla on apuna lähihoitajia. Mutta lähihoitajat ovat koulutukseltaan lähempänä siivoojaa, Suomeen verrattuna.		
Sairaanhoitajien osaamista päivitetään koulutuksilla kerran viidessä vuodessa.		
Työ on henkisesti raskasta ja vaativaa. On paljon vastuuta ja vaaditaan oma-aloitteisuutta.		
Palkka on matala, ei ole sosiaalietuuksia ja työkokemus ei kerry, joten palkka ei nouse.		
Sairaanhoitajat saavat koulussa ergonomiakoulutusta, mikä auttaa välttämään työperäisiä vammoja.		
Sairaanhoitajat ovat saaneet koulutuksen siirtymiseen tarkoitettujen apuvälineiden käyttöön.		
Mahdolliset painehaavat hoidetaan hyvin, niitä ei nähdä ongelmana.		
Lääkärit eivät tee arviota potilaan tilasta puhelimen välityksellä hoitajan kertoman mukaan. Tulevat itse paikan päälle.		
Elvytyskieltoja ei ole, joten eteen tulevasa elvytystilanteessa elvytetään aina.		
Paikan saaminen esimerkiksi veteraanitalosta voi kestää vuosia.	Asukkaisiin liittyvät tekijät	Asukas
Hoidon piiriin hakeudutaan usein sosiaalisten ongelmien vuoksi.		
Asukkaat haluavat keskustella paljon.		
Erilaisia virkistysmahdollisuuksia on tarjolla. Riippuen asukkaan toimintakyvystä.		
Sukulaisten vierailut ovat tärkeitä asukkaiden kannalta.		
Sukulaisilta ei aina tule kiitosta hoidosta ja joskus sukulaiset eivät pidä sairaanhoitajasta.		
Asukkailla usein pienet eläkkeet, jolloin voi tulla maksuvaikeuksia.		
Henkilökunnan ja asukkaiden välinen suhde on hyvä.		

Hoitajat tuntevat asukkaat ja heidän tapansa hyvin.	Ihmissuhteet ja vuorovaikutus	
Asukkaiden kesken syntyvät suhteet vähentävät passiivisuutta, apatiaa ja laiskuutta asukkaiden keskuudessa.		
Uuden asukkaan voi olla vaikeaa löytää paikkansa.		
Lääkäri on tavoitettavissa päivisin.	Moniammatillisuus	
Jokaiselle asukkaalle tehdään henkilökohtainen kuntoutusohjelma fysioterapeutin kanssa.		
Asukkailla on terveystarkastus kerran vuodessa.		
Käytössä ei ole moottoroituja sänkyjä.	Käytännön hoitotyön tilanteita	Työympäristö ja -välineet
Siirtymiseen tarkoitettuja apuvälineitä, kuten liukulakanoita ei ole käytettävissä.		
Kutsunappia ei ole käytössä.		
Asukkaan huonetoveri kutsuu apua tarvittaessa.		
Asukkaiden huoneet ovat kooltaan niin pieniä, ettei pyörätuoleja tai nosturia mahdu käyttämään.		
Huoneita yhdistellään entistä suuremmiksi huoneiksi.		
Osastonhoitaja ei tee työtä työilmapiirin hyväksi.	Organisaatio ja työilmapiiri	Organisaatio ja työhyvinvointi
Sairaanhoitajat kokevat kuitenkin työilmapiirin hyväksi.		
Kollegoilta saa apua.		
Nuoret hoitajat hakeutuvat sairaalaan tai yksityiselle.		
Yksityisellä paremmat työolot ja parempi palkka.		
Sairaanhoitajat kokevat kuitenkin työpaikkansa hyväksi, eivätkä ole vaihtamassa työpaikkaa.		