

Opinnäytetyö (AMK)
Toimintaterapian koulutusohjelma
Toimintaterapia
2011

Nina Jansson

”EN AUTA AVUTTOMAKSI”

– Kuntouttavan työotteen kehittämistyö



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Toimintaterapian koulutusohjelma | Toimintaterapia

Syky 2011 | Sivumäärä 45+15 (60)

Ohjaajat: Tiina Hautala ja Anu Kuikkaniemi

Nina Jansson

"EN AUTA AVUTTOMAKSI" – KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN KEHITTÄMISTYÖ

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen kehittämistyö. Toimeksiantajana toimi Turussa sijaitseva yksityinen kehitysvammaisten ryhmäkotipalveluja tuottava yksikkö. Yksikössä kaiken toiminnan tavoitteena on kuntouttava ja kehittävä työote. Yksikössä ei ole kuitenkaan ollut tähän mennessä organisoitua ja suunnitelmallista käytäntöä kuntouttavasta työotteesta.

Päätavoitteena oli kehittää kehitysvammayksikön hoitohenkilökunnan kuntouttavaa työotetta yhdessä heidän kanssaan. Tavoitteena oli luoda yhtenäinen näkemys kuntouttavasta työotteesta hoitohenkilökunnalle ja laatia asumisyksikön tarpeisiin soveltuva kirjaamismalli yksilöllisten tavoitteiden kirjaamista varten. Tavoitteena oli myös yhtenäisemmän työtavan luominen arjen hoitokäytäntöihin.

Kuntouttavan työotteen kehittämiseksi ja muutoksen toteen näyttämiseksi käytettiin erilaisia tiedonkeruumenetelmiä. Niitä olivat kaksi kyselylomaketta ja keskustelupalaverit hoitohenkilökunnan kanssa. Lisäksi tein tutustumiskäynnin toiseen kehitysvammaisten ryhmäkotiyksikköön heidän kirjaamistapansa selvittämiseksi.

Loppupalautteesta kävi ilmi, että kehitysyhteistyö oli muistuttanut kuntouttavan työotteen tärkeydestä hoitohenkilökuntaa. Tämän johdosta he kiinnittivät huomiota enemmän muun muassa ajan käyttöön ja asukkaiden sosiaalisten tarpeiden huomiointiin. Tavoitteiden asettelun katsottiin myös selkeytyneen. Keskustelut erilaisista työtavoista koettiin hedelmällisinä koko hoitohenkilökunnan työtapojen kehittämistä ajatellen.

Hoitohenkilökunnan mielestä on tarpeellista ajoittain muistuttaa kuntouttavan työotteen tärkeydestä. Useimmat tietävät mitä kuntouttava työote tarkoittaa, mutta käytännön toteutus unohtuu herkästi kiireestä johtuen. Toiminnan kehittäminen ja säännöllinen avoin keskustelu erilaisista käytännöistä ja toteuttamisesta on tärkeää työmotivaation ylläpitämiseksi, urautumisen ehkäisemiseksi sekä laadukkaan hoitotyön kehittämiseksi.

ASIASANAT:

Hoitotyö, Työtavat, Kehittäminen, Kehitysvammaiset, Toimintaterapia

Occupational therapy

Autumn 2011 | Total number of pages 45+15 (60)

Instructors: Tiina Hautala and Anu Kuikkaniemi

Nina Jansson

“I DON'T HELP PEOPLE TO BE HELPLESS” – REHABILITATIVE NURSING

The need for this study came from a private nursing home which provides housing services for the persons with a mental handicap. In rehabilitation it is important to cater for person's holistic entity. The person's needs, desires and abilities should be taken into consideration.

The purpose of this study was to develop work methods towards a more rehabilitative direction together with the nursing staff. The aim was to develop objective-oriented and coherent approach to work. The co-operation was made customer-oriented considering the nurses' needs.

The methods used in this development work were a questionnaire, conversations with the nursing staff and a study trip to an other institution for the people with a mental retardation. As a result of this development work a goal form was created which the nursing staff could use when they make goals for their residents.

The nurses found it very important to go through what “rehabilitative nursing” was and how they could develop it in their work. They found it very fruitful to have conversations with the other nurses to find out how all the different nurses worked and how they expressed their view points on it.

It is very important to remind nursing staff every now and then how important it is to work customer-oriented and in a rehabilitative way. Many nurses know how to do this, but when they are busy at work they easily do it themselves rather than allowing the residents to do things by themselves.

KEYWORDS:

Nursing, Rehabilitation, Mental Retardation, Occupational therapy

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 YHTEISTYÖKUMPPANI JA KEHITYSTYÖN LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Pihlajakodin kehitysvammayksikkö	9
3 YHTEISKUNTA JA KEHITYSVAMMAISET	11
3.1 Yhteiskunnan näkökulmia eri vuosikymmeniltä	11
3.2 Kehitysvammaisuus	12
4 KUNTOUTTAVA TYÖOTE	14
4.1 Kuntouttavan työotteen perusteet	14
4.2 Erilaisia tutkimuksia kuntouttavan työotteen kehittämisestä	15
4.3 Ympäristötekijöiden merkitys kuntouttavassa työotteessa	17
4.4 Asiakaslähtöisyys	18
4.5 Toiminnan merkitys hyvinvoinnille	20
4.6 Yksilöllisten tavoitteiden laatiminen	21
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	25
5.1 Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa	25
5.2 Henkilö- ja aikaresurssit	26
5.3 Opinnäytetyön aikataulu	26
6 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA TOTEUTUS	27
6.1 Kehittämistyön tavoitteet	27
6.2 Tiedonkeruumenetelmät	29
6.3 Kehittämistyön toteutus	30
6.4 Pitkän aikavälin tavoitteet	36
6.5 Kyselyiden tulokset	37
7 POHDINTA	39
7.1 Kehittämistyön onnistumisen pohdinta	39
7.2 Oman oppimisen pohdinta	42
7.3 Kehitysideoita	43
LÄHTEET	44

LIITTEET

- Liite 1. Alkukysely
- Liite 2. Loppukysely
- Liite 3. Alkukyselyn yhteenveto
- Liite 4. Tavoitelomake
- Liite 5. Esimerkkitaavoitteet
- Liite 6. Loppuyhteenveto

KUVIOT

- Kuvio 1. Toimintakykyyn vaikuttavat asiat ICF-luokituksen mukaan 33

TAULUKOT

- Taulukko 1. Tavoitekaavio 28
- Taulukko 2. Kuntoutuksen ja kuntouttavan työtteen erot ja yhteneväisyydet henkilökunnan määrittelemänä 32

1 JOHDANTO

Kuntoutumisen tukeminen on kokenut viime vuosikymmenien aikana monenlaisia muutoksia, jotka heijastuvat asiakkaan rooleihin sekä työntekijöiden asenteisiin ja työtapoihin. Kuntoutumisen tukemisessa kehitys näkyy kuntoutujan roolin korostumisena ja tehtävien monimuotoistumisena. Yhteiskunnallisesti on kannattavaa puuttua mahdollisimman varhain fyysisen ja psykososiaalisen toimintakyvyn laskuun. Tällöin kyse on varhaiskuntoutuksesta. Varhaiskuntoutuksen ja toimintakyvyn ylläpitämisen merkitys onkin lisääntynyt jatkuvasti. Toimintakykyä aktivoivan eli kuntouttavan työotteen kehittäminen sosiaali- ja terveysalalla onkin ollut viime vuosina kehittämistyön kohteena. (Kettunen ym. 2009, 6.) Keskeisimpiä haasteita lähitulevaisuudessa onkin varhaiskuntoutuksen vaikuttavuuden osoittaminen entistä selkeämmin sekä asiakkaiden, lähi- ja työyhteisöjen voimavarojen hyödyntäminen asiakkaan hyväksi. (Rissanen ym. 2008, 22.)

Opinnäytetyössäni oli tarkoitus kehittää yhdessä Turussa sijaitsevan Pihlajakodin kehitysvammayksikön hoitajien kanssa asiakaslähtöisesti kuntouttavaa työotetta. Yhtenäisempi näkemys kuntouttavasta työotteesta ja yhdessä sovittu menettelytapa sen toteuttamiseksi auttavat henkilökuntaa toimimaan entistä tehokkaammin asiakkaan toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Yksilöllisten tavoitteiden kautta henkilökunta voi havainnoida jokaisen asiakkaan toimintakyvyn kehitystä ja saada näin myös konkreettista näyttöä oman työnsä kehittämisen kannattavuudelle ja onnistumiselle.

Kuntouttavassa työotteessa asiakkaan toimintakykyä kartoitetaan ja tuetaan sekä hänen voimavarojaan pidetään yllä ja kehitetään mahdollisuuksien mukaan (Heimonen & Voutilainen 1998, 8). Näillä seikoilla pyritään parantamaan asiakkaan arkielämän hallintaa, elämänlaatua ja itsetuntoa. Mahdollisuuden antaminen valintoihin ja päätöksentekoon on elämänhallinnan kannalta olennaista. Myös toimintakyvyltään heikentyneellä asiakkaalla tulisi

olla mahdollisuus toteuttaa arkipäivän toimiaan ilman, että työntekijät kiireen vuoksi päättävät asiakkaan puolesta niiden toteutuksesta. Kuntouttavalle työotteelle on ominaista yhdessä tekeminen puolesta tekemisen sijaan sekä avun ja ohjauksen kohdistaminen vain niihin toimiin, joista asianomainen ei suoriudu yksin. Kuntouttavassa työotteessa on tärkeää korostaa fyysisen puolen lisäksi myös psyykkistä ja sosiaalista puolta asiakkaan elämässä ja ottaa huomioon ihminen kokonaisuutena. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 22–23.) Myös ympäristön vaikutus ihmisen toimintakykyyn tulee huomioida ja pyrkiä poistamaan toimintakykyä haittaavat tai rajoittavat tekijät (Kaski ym. 2009, 252).

Toimintaterapialla on paljon samanlaisia lähtökohtia kuntouttavaan työotteeseen nähden. Siinä ylläpidetään ja parannetaan ihmisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista selviytymistä päivittäisissä toimissa. Toimintaterapiassa otetaan huomioon ihminen kokonaisuutena hänen omassa ympäristössään sekä hänen menneisyyden kokemuksensa, jotka vaikuttavat itsetuntemukseen ja ympäristön hahmottamiseen. Toimintaterapiassa pyritään myös mahdollisimman asiakaslähtöiseen tapaan löytää merkityksellistä toimintaa ottamalla huomioon asiakkaan toiveet ja tarpeet. (Hasselkus 2002,19,73.) Toimintaterapian tavoitteena on asiakkaan itsenäisyys toiminnassa ja elämänhallinnassa sekä yhdessä asiakkaan kanssa löytää ratkaisuja arkielämän haasteisiin (Suomen Toimintaterapeuttiliitto 2008).

Koska kuntouttavan työotteen ja toimintaterapian välillä on vahvoja yhteneväisiä lähtökohtia, toimintaterapeutti voi toimia asiantuntijana mietittäessä kuntouttavaa työotetta ja voi ohjata asiakkaan lähiympäristöä (perhettä, avustajia, hoitajia) asiakkaan arjen omatoimisuuden tukemiseen sekä kuntouttavan työotteen käytännön kehittämiseen (Suomen Toimintaterapeuttiliitto 2008).

2 YHTEISTYÖKUMPPANI JA KEHITYSTYÖN

LÄHTÖKOHDAT

Tässä opinnäytetyössä yhteistyökumppanina toimi Yrjö ja Hanna Oy:n Pihlajakodin kehitysvammayksikkö. Yrjö ja Hanna Oy toimii valtakunnallisesti ja sen suurin yksikkö on Pihlajakoti Turussa. Pihlajakodissa on 19 asukkaan kehitysvammayksikkö, 18 asukkaan dementia-ryhmäkoti ja 45 asukkaalle palveluasuntoja, joissa asuu vanhusten lisäksi myös mielenterveyskuntoutujia. Kehitysvammayksikössä on autetun asumisen ryhmäkoti, jossa on 14 asukasta. (Yrjö ja Hanna Oy 2009.) Autetun asumisen ryhmäkodissa asuvat tarvitsevat koko ajan läsnä olevaa henkilökuntaa (Kaski ym. 2009, 174). Yksikössä on myös viisi kappaletta tuetun asumisen asuntoja (Yrjö ja Hanna Oy 2009). Näissä tuetun asumisen asunnoissa asukas selviää yleensä yksin ja tarvitsee vain esimerkiksi pulmatilanteissa apua (Kaski ym. 2009, 174). Vammaistukiasetuksessa on määritelty, että ”palveluasumista järjestettäessä vaikeavammaisena pidetään henkilöä, joka vammansa tai sairautensa vuoksi tarvitsee toisen henkilön apua päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa jatkuvaluonteisesti, vuorokauden eri aikoina tai muutoin erityisen runsaasti.” (759/87;11§.)

Pihlajakodin internetsivuilla kerrottiin kaiken toiminnan perustana olevan kuntouttava ja kehittävä työote, joka tarkoittaa asiakkaan tukemista, ohjausta ja avustamista päivittäistoiminnoista suoriutumisessa (Yrjö ja Hanna Oy 2009). Keskustellessamme yksikön lähiesimiehen kanssa selvisi kuitenkin, että Pihlajakodin kehitysvammayksikön hoitohenkilökunnan ongelmana oli organisoidun ja suunnitelmallisen käytännön puuttuminen kuntouttavasta työotteesta. Yhteinen näkemys ja käytäntö asiasta hoitajien kesken ja toiminnan johdonmukaisuus puuttuivat. Asiakkaille ei ollut määritelty yksilöllisiä tavoitteita eikä toimintakyvyn muutosta myöskään pystytty näin ollen seuraamaan. Kuntouttavan työotteen käsitteen selkeyttäminen, yhtenäistäminen, konkretisoiminen ja edellytysten läpikäynti olivatkin ensisijaisia keinoja lähdeittäessä kehittämään kuntouttavaa työotetta henkilökunnan kanssa.

Yhdessä näiden asioiden pohtiminen ja yksilöllisten tavoitteiden luominen auttoivat myös työntekijöitä yhtenäistämään toimintaansa.

2.1 Pihlajakodin kehitysvammayksikkö

Pääosa Pihlajakodin kehitysvammayksikön henkilökunnasta on koulutukseltaan lähi- / perushoitajia tai sairaanhoitajia. Hoitajia on yksitoista ja he työskentelevät kolmessa vuorossa. Lähihoitajan työ on hoito-, kuntoutus- ja kasvatustehtäviä sisältävää perushuolenpityötä. Lähihoitajan työ edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskuvan hallinta ja moniammatillisen ja verkostoituvan työtavan omaksumista. (Kaarinan sosiaali- ja terveysalan oppilaitos 2010.) Sairaanhoitajan työ on terveyttä edistävää toimintaa, jolla lisätään asiakkaan kykyä hoitaa itseään. Sairaanhoitajat toimivat yhdessä asiakkaiden omaisten ja läheisten kanssa ja vahvistavat näiden osallistumista asiakkaan hoitoon. Asiantuntijoina toimivien sairaanhoitajien työssä korostuvat asiakaslähtöinen, kokonaisvaltainen ja terveyskeskeinen ajattelutapa. (Sairaanhoitajaliitto 2010b.) Sairaanhoitajan tehtävä on toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. (Sairaanhoitajaliitto 2010a.)

Pihlajakodin kehitysvammayksikössä on neljätoista hyvin eritasoisesti kehitysvammaista asukasta. Yksikössä asuu sekä syvästi, vaikeasti, keskivaikeasti että lievästi kehitysvammaisia ihmisiä. Iältään he ovat kahdestakymmenestä aina eläkeiän saavuttaneisiin. Lisäksi yksikössä on eri kulttuuritaustasta tulevia henkilöitä. Osa pystyy liikkumaan ja kommunikoimaan hyvin, toisilla on eriasteisia toimintakyvyn ja joillakin puheen tuoton ongelmia. Osalla on käytössään tukiviittomia ja joillakin kuvia kommunikointia helpottamassa. Hyvin erilaisten ja eritasoisesti kehitysvammaisten ihmisten yksikkö luo hyvät lähtökohdat kuntouttavan työotteen käytännön yksilölliselle ja monipuoliselle soveltamiselle.

Perushoidon tehtävänä on kehitysvammaisen henkilön mahdollisuuksien tunnistaminen ja edellytyksien luominen itsenäiselle suoriutumiselle opettamalla, ohjaamalla ja auttamalla niissä toiminnoissa joihin hän itse pystyy

(Kaski ym. 2002, 260). Yksikön omahoitajat vastaavat asiakkaan hoitotyön suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Omahoitajana voi toimia sairaanhoitaja tai lähihoitaja. Kuntouttavassa työotteessa omahoitajan tehtävät painottuvat kuntoutujan suunnitelmalliseen kuntoutumisen tukemiseen, jolloin keinoina ovat psyykkinen tukeminen, motivointi, neuvominen, ohjaaminen ja yhteistyössä toimiminen. (Malm ym. 2004, 70.) Toimenpiteissään hoitohenkilöstön tulee edetä asiakkaan ehdoilla ja häntä pakottamatta. Asiakasta on tuettava löytämään oma elämäntahtonsa ja päämääränsä sekä luottamaan itseensä. (Tossavainen 1995, 63.)

3 YHTEISKUNTA JA KEHITYSVAMMAISET

Vammaispoliittisessa keskustelussa on puhuttu paljon vammaisten ihmisten elämän normalisoinnista. Se on myös kehitysvammaisten hoidon keskeisiä periaatteita. Koska kehitysvammaisen ihmisen tarpeet ovat pääosin samanlaiset kuin muidenkin, hänellä tulee olla myös samanlaiset mahdollisuudet niiden tyydyttämiseen. Valtakunnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa painotetaan nykyään, että tärkeä hyvinvointia tukevan elinympäristön ominaisuus on ehkäisevä, omatoimisuutta edistävä ja kuntouttava ote kaikissa palveluissa ja hoidoissa. Moniammatillinen työryhmätyöskentely on myös välttämätöntä kehitysvammaisten ihmisten hyvän elämän edellytysten luomisessa (Kaski ym. 2002, 185, 187, 386.)

3.1 Yhteiskunnan näkökulmia eri vuosikymmeniltä

Perinteinen lähestymistapa ajatella kuntouttavaa työtettä ja vammaisuutta on keskittynyt aiemmin yksilöllisiin rajoituksiin pääasiallisena syynä niihin vaikeuksiin, joita vammaiset kohtaavat. 1970-luvulla rajoituskeskeisyys kohtasi jo arvostelua ja sen rinnalle alkoi nousta uusi ajattelumalli. Sen mukaan niillä ihmisillä, joilla on sairaus tai vaurio, ovat vajaakuntoisia, koska yhteiskunta ei onnistu vastaamaan heidän tarpeisiinsa. Yhteiskunnallinen malli ei kiellä toiminnan vajavuuden merkitystä asiakkaan elämässä, mutta se keskittyy yhteiskunnallisissa rakenteissa ja käytännöissä muotoutuviin sosiaalisiin rajoituksiin. Yhteiskunnallinen malli etsii taloudellisen ja poliittisen järjestelmän muutoksia ratkaisuna ongelmiin. (Rissanen ym. 2008, 65.)

1980-luvun jälkeen on tullut lisää uusia näkökulmia, joissa on korostunut niin sanottu emansipatorinen tutkimusote. Siinä keskeistä on asiakkaan oma tiedostaminen ja pyrkimys pois rajoittavasta ja hallitsevasta kontrollista. Ajattelutavan mukaan vammaisuudesta aiheutuvat rajoitteet olisi poistettava, jotta asiakkaasta voisi tulla täysivaltainen yhteiskunnan jäsen. Emansipatorisessa tutkimuksessa tuodaan systemaattisesti esille yhteiskunnallisia ja kulttuurisia rakenteita ja prosesseja sekä tehdään niitä

näkyväksi. Emansipatorisessa vammaistutkimuksessa korostetaan myös kokemuksen merkitystä sekä tutkitaan mitkä ovat ne rajoitteet, joita yhteiskunta asettaa vammaisten laajalle kansalaisuudelle tai yhteiskunnan jäsenyydelle. (Rissanen ym. 2008, 65–66.)

2000-luvulla on siirrytty aiempaa enemmän yhteiskunnalliseen, yksilön aktiivisuutta ja osallisuutta huomioivaan suuntaan. Asiakas kohdataan yksilönä ja eri toimintoja pyritään mahdollistamaan hänen elinympäristössään ja asuinyhteisössään. Asiakasta on yhä enemmän arvioitu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta näkökulmasta käsin ja kokonaisuus on pyritty suhteuttamaan tuleviin toimintamahdollisuuksiin. (Rissanen ym. 2008, 67–70.)

3.2 Kehitysvammaisuus

Suomen lakiin on kirjattu perusta kuntouttavan työotteen toteuttamiselle käytännön hoitotyössä. Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista eli vammaispalvelulain tarkoituksena on muun muassa edistää yhdenvertaisuutta ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä (380/1987; § 1). Vammaistukiasetuksessa määritellään vammaisten henkilöiden yleisissä säädöksissä toimintaperiaatteeksi, että ”vammaisten henkilöiden tarvitsemat palvelut ja tukitoimet järjestetään siten, että ne tukevat heidän omatoimista suoriutumistaan” (759/87; 1 § 1). Lisäksi asiakkaan yksilöllistä avun tarvetta tulee tukea (380/87; 3 § 2).

Kehitysvammalain mukaan erityishuollon palveluihin on oikeutettu henkilö, ”jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemiaan palveluja” (519/1977; 1 § 1). Vamma tarkoittaa sellaista fyysistä tai psyykkistä vajavuutta, joka rajoittaa pysyvästi yksilön suorituskykyä. Älyllisesti kehitysvammaiset jaetaan eriasteisiin: lievästi, keskivaikeasti, vaikeasti, syvästi ja määrittelemättömästi kehitysvammaisiin. Luokituksen perustana on psykologisin testein saatu älykkyysosamäärä, älykkyysikä ja ajankohtainen toimintakyky. Älyllinen kehitysvammaisuus ei ole kuitenkaan sairaus vaan vamma ymmärtämisen alueella. Se aiheuttaa

vaikeuksia uusien asioiden oppimisessa tai jo opittujen asioiden hyödyntämisessä muuttuneissa tilanteissa. (Kaski ym. 2002, 20 - 23, 188.) Kehitysvamma saattaa rajoittaa ihmisen mahdollisuutta toteuttaa roolejaan ja kykyä tehdä omia tehtäviään, hoitaa itseään ja kotiaan. Rajoittuneiden toimintojen tilalle tulee etsiä toimintaa, jossa hän pystyy käyttämään voimavarojaan parhaalla mahdollisella tavalla. (Karjalainen & Viikkumaa 2004, 98.)

Useimmat *syvästi ja vaikeasti kehitysvammaiset* henkilöt toimivat kehosta välittyvien aistikokemusten ja ehdollistumisen kautta. He ilmaisevat itseään elein tai kehon kielellä, mutta eivät osaa kommunikoida puheen välityksellä. Uusien asioiden ja taitojen oppiminen voi tapahtua esimerkiksi erilaisten aistikokemusten sekä oman kehon hahmotuksen kautta. Heille on kuitenkin tärkeää tarjota tilaisuuksia valintoihin ja luoda tilanteita, joissa he voivat vaikuttaa ympäristöönsä ja kokea oman toimintansa seuraukset. *Keskitasoisesti kehitysvammaiset* ymmärtävät puhetta ja oppivat tuottamaan myös sitä aikuisikänsä mennessä. He ovat kuitenkin riippuvaisia aistein havaittavasta todellisuudesta. He oppivat jäljittelemällä asioita luonnollisissa tilanteissa esimerkiksi osallistumalla kotiaskareisiin. *Lievästi kehitysvammaiset* ihmiset oppivat myös ajattelun varassa jäsentämään todellisuutta. He voivat oppia lukemaan ja kirjoittamaan. Heidän on kuitenkin vaikea selvittää tilanteista, joissa on monia tekijöitä vaikuttamassa yhtäaikaisesti. Abstrakti ajattelu on myös vaikeaa. Oppimisen tukena voidaan käyttää kirjoitettua kieltä. Oppiminen voi perustua myös aikaisempien kokemusten yhdistämiseen ja informaation järjestämiseen. (Kaski ym. 2009, 169–170.)

4 KUNTOUTTAVA TYÖOTE

Kuntouttavan työotteen katsotaan kuuluvan periaatteena ja toimintatapana kaikkeen hyvään hoitoon (Järvikoski & Härkää 2004, 22). Kuntouttavan työotteen kehittäminen edellyttää työntekijöiltä usein uudenlaista hoitotapaa ja -asennetta asiakasta kohtaan. Tärkeinä periaatteina on asiakkaan yksilöllisyyden tunnustaminen ja kunnioittaminen. Henkilökunnan tulee pyrkiä asiakkaan mielihyvän ja onnistumisen kokemusten lisäämiseen kaikissa vuorovaikutustilanteissa. Aito kiinnostus, auttamishalu ja sitoutuminen ovat tärkeitä kuntouttavan työotteen onnistumiselle. (Heimonen & Voutilainen 1998, 8, 41.)

4.1 Kuntouttavan työotteen perusteet

Käsite ”kuntouttava työote” kuvaa prosessia, jonka avulla asiakkaille pyritään saavuttamaan ja ylläpitämään mahdollisimman hyvä fyysisen, aistimuksellisen, älyllisen, mielenterveydellisen ja sosiaalisen toiminnan taso, jolloin he voivat muuttaa elämäänsä itsenäisempään suuntaan (Karjalainen & Vilkkumaa 2004, 85). Itsenäisyyden tukeminen on tärkeää siksi, että se säilyttää asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja auttaa näin hallinnantunteen kehitymisessä ja säilyttämisessä (Heimonen & Voutilainen 1998, 14). Turun yliopiston julkaisemassa kuntouttavan hoitotyön mallissa korostetaan näiden asioiden lisäksi myös turvallisuudentunteen savuttamisen tärkeyttä ja mahdollisimman mielekkään elämän luomista kaikille ihmisille (Routsalo ym. 2004, 207–215).

Kuntouttavan työotteen tulee olla tavoitteellista, suunnitelmallista ja systemaattista. Sen tulee pyrkiä asiakkaan parhaan mahdollisen terveyden ja tyytyväisyyden saavuttamiseen ja mahdollisimman hyvään vuorovaikutukseen. Siinä asiakasta tuetaan löytämään, käyttämään ja kehittämään omia voimavarojaan ja sopeutumaan olosuhteisiinsa ja ympäristöönsä. Parhaisiin tuloksiin yleensä päästään, kun kuntouttava työote on säännöllistä, pitkäkestoista ja monipuolista. Saattaa kestää kuitenkin kuukausia, jopa vuosia,

ennen kuin tulokset saadaan näkyväksi yksilön kohdalla. (Heimonen & Voutilainen 1998, 8, 23.)

4.2 Erilaisia tutkimuksia kuntouttavan työotteen kehittämistä

Vuonna 2004 julkaistiin "International Journal of Nursing Practise"-lehdessä Turun yliopiston toimesta kuntouttavan hoitotyön malli. Hoitajien positiivinen ja kuntoutusmyönteinen asenne hoidettavia kohtaan oli avainasemassa, jotta kuntouttava työote toteutui käytännössä. Hoitajan tuli keskittyä asiakkaan mahdollisuuksiin enemmän kuin rajoituksiin ja toimia toiminnan mahdollistajana ympäristön esteitä vähentämällä. Mallissa painotettiin hoitajien ja hoidettavien sitoutumista tavoitteisiin ja prosessimuotoiseen toimintakyvyn edistämiseen. Hoitajien tuli sitoutua terveyseskeeseen ja tavoitteelliseen työhön toimimalla asiakkaan motivoijana, henkisenä tukijana, auttamalla asiakasta uskomaan omiin kykyihinsä. Hoitajan tuli toimia myös taustatiedon kerääjänä eri osapuolilta ja asiakkaan edistymisen ammattimaisena seuraajana, tiedottajana ja raportojana muille asianosaisille. (Routsalo ym. 2004, 207–215.)

Pryorin ja Smithin tutkimuksessa puolestaan selvitettiin, mitkä olivat tyypillisiä hoitajan roolin tunnuspiirteitä kuntouttavassa työotteessa. Nopea reagoiminen muuttuviin tekijöihin asiakkaassa, omaisissa, läheisissä ja hoitajissa, oli tyypillistä kuntouttavan työotteen omaksuneille hoitajille. Muutoksia saattoi ilmetä eri osapuolien fyysisissä, psyykkisissä, sosiaalisissa tai henkisissä ominaisuuksissa ja niihin tuli reagoida tarpeen mukaan. Hoitajat olivat myös hyviä asioiden koordinoijia muille hoitajille hoitovuorojen vaihtuessa. Kiinnostus terveyden kehittämiseen oli yleistä niin asiakkaan kun yhteiskunnankin tasolla. Hoitajat näkivät myös kuntouttavan lähestymistavan kautta ihmisen ja kuntoutusprosessin kokonaisuutena. Hoitajille tärkeää oli asiakkaan itsemääräämisoikeuden säilyttäminen, tavoitteisiin pääseminen ja turvallisuus. Opettavan ja ohjaavan roolin tavoitteena oli asiakkaan omatoimisuuden ja itsenäisyyden tukeminen, kuten myös omaisten ja läheisten tukeminen. Yhteistä oli myös keskittyminen enemmän asiakkaan kykyihin mahdollisten rajoitusten sijaan. Tärkeiksi asioiksi nousivat myös kuntouttava lähestymistapa, jolle oli

ominaista hyvinvointimallin omaksuminen, jossa erotettiin kuntouttava työote ja puolesta tekeminen toisistaan. (Pryor & Smith 2002, 249–257.)

Fosterin ym. (2011) tekemässä kirjallisuuskatsauksessa tutkittiin fyysisen kuntoutuksen vaikutuksia pitkäaikaishoidossa. Siinä todettiin, että fyysinen kuntoutus voi olla sekä turvallista että kannattavaa ja parantaa niin fyysistä kuin henkistäkin toimintakykyä. Fyysisenä kuntoutuksena käytettiin muun muassa päivittäisiä toimia, kuten itsestä huolehtimisen toimintoja ja syömistä. Toiminnallisten harjoitteiden todettiin olevan joissain tapauksissa jopa tehokkaampia toimintakyvyn ylläpitäjiä kuin perinteisten liikuntaharjoitteiden. Toiminnallisten harjoitteiden todettiin lisäävän subjektiivista hyvinvoinnin tunnetta. Toiminnan lisääntymisen todettiin myös lisäävän sosiaalisuutta ja vähentävän levottomuutta sekä lisäävän kognitiivista suorituskkyä. (Foster ym. 2011, 1-13.)

Bauer Alfredsonin ja Annestedtin vuonna 1994 tekemässä tutkimuksessa verrattiin tiedon, asenteiden ja työtyytyväisyyden merkitystä työskenneltäessä perinteisessä laitoshoidossa tai pienyksikön ryhmämuotoisessa hoitokodissa. Tutkimus perustui Maslowin teoriaan ihmisen motivaatiosta, jossa pyrkimys, motivaatio, tasa-arvoinen päätöksenteko, merkitys ja mahdollisuus omanarvontunnon kehittämiseen kasvavat luontaisesti oppimistilanteessa. Pienryhmässä toimiville hoitajille annettiin aluksi lisäkoulutusta, joka painottui systemaattisuuteen, tavoitekeskeisyyteen sekä innostavaan ja inspiroivaan oppimiskokemukseen. (Bauer Alfredson & Annerstedt 1994, 964–974.)

Samassa tutkimuksessa kävi ilmi, että koulutuksen myötä saatu tieto hoidettavasta ihmisryhmästä auttoi positiivisen asenteen kehittämisessä asiakasryhmää kohtaan. Pienessä hoitoyksikössä työskenneltäessä yhteisöllisyyden tunne ja päivittäisten toimien tekeminen yhdessä asiakkaan kanssa oli yleisempää ja se vaikutti positiivisesti työtyytyväisyyteen. Hoitajilla oli myös merkittävästi positiivisempi asenne tapaansa hoitaa asiakasta ja he uskoivat myös asiakkaiden olevan tyytyväisempiä hoitoonsa. Tavoitteellisuus puolestaan auttoi asiakkaan hyvinvoinnin lisääntymisen havaitsemisessa, jolloin hoitajat näkivät myös työnsä seuraukset helpommin. Tämä taas kannusti heitä

jatkamaan ja kehittämään toimintamalliaan edelleen. Lisäksi perinteisessä laitostyössä olevat kärsivät verrokkiryhmää useammin fyysisestä ja psykologisesta työtaakasta. (Bauer Alfredson & Annerstedt 1994, 964–974.)

4.3 Ympäristötekijöiden merkitys kuntouttavassa työotteessa

Kuntouttavaan työotteeseen sisältyy ympäristön tarjoamien mahdollisuuksien parantaminen (Rissanen ym. 2008, 647). Näin voidaan ehkäistä sopimattoman ympäristön aiheuttamaa palveluntarpeen lisääntymistä, henkilökunnan liiallista kuormittumista ja niistä johtuvia kustannuksia. Ympäristön esteettömyys ei yksin riitä parantamaan asiakkaan toimintakykyä vaan tarvitaan tilaratkaisuja, jotka tukevat asiakkaan toimintakykyä ja innostavat häntä käyttämään jäljellä olevia voimavarojaan hyödykseen. Suoriutumista ja osallistumista tukevia asioita ovat esimerkiksi apuvälineet ja sosiaalinen vuorovaikutus, sekä turvallisuudentunteen luominen esimerkiksi näköyhteyden saamisella henkilökuntaan. Ympäristön suunnitteluun tarvitaan näin ollen myös asiakaslähtöistä näkökulmaa ja yksilön huomioivaa suunnittelua. (Mäkinen ym. 2009, 10, 26.)

Ympäristön suunnittelussa tulee ottaa huomioon erilaisia ympäristötekijöitä kuten fyysinen, sosiaalinen, kulttuurillinen ja institutionaalinen ympäristö. Fyysiseen ympäristöön kuuluvat esimerkiksi koti, työpaikka ja ulkotilat. Sosiaaliseen ympäristöön kuuluvat perhe, työntekijät ja erilaiset yhteisöt. Kulttuurilliseen ympäristöön yhdistyy osittain sosiaalinen ympäristö. Kulttuurilliseen ympäristöön kuuluvat muun muassa uskonto sekä etniset ja poliittiset asiat, jotka voivat vaikuttaa mahdollisuuksiin tai rajoituksiin ihmisen osallistumisessa erilaisiin toimintoihin. Institutionaaliseen ympäristöön luetaan poliittiset ja sosiaaliset järjestelmät, jotka tuottavat mahdollisuuksia, sääntöjä ja rajoituksia ihmisen toiminnoille. (Cole & Tufano 2008, 28.)

Kuntouttavassa työotteessa ympäristön sosiaalinen tuki on tärkeää asiakkaan toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Sosiaalinen tuki voi pitää sisällään käytännön fyysistä, tiedollista tai tunnepitoista tukea. Fyysinen tuki voi olla esimerkiksi avustamista siirtymisissä, ohjaamista ruoanlaitossa tai kuljettamista

lääkärille. Tiedollinen tuki voi pitää sisällään neuvontaa tai ohjausta. Se voi olla luonteeltaan vertaistukea, läheisten tai omaisten antamaa tukea tai hoitohenkilökunnan antamaa ohjausta. Tunnepitoinen tuki voi olla tunne kuulumisesta johonkin ryhmään tai moraalisen tuen antamista vaikeissa elämäntilanteissa. Asiakkaan oikeanlainen ohjaus, ympäristön uudelleen järjestely sekä tarpeellisten apuvälineiden käyttö voi vähentää käytännön fyysisen tuen määrää ja helpottaa näin myös hoitohenkilökunnan raskauttekoijöitä. (Cristiansen ym. 2005, 315.)

Kuntouttavassa työotteessa tulisi ottaa huomioon jokaisen asiakkaan yksilölliset taustatekoijät. Eri kulttuureista tulevilla ihmisillä on erilaisia toimintatapoja, jotka pohjaavat asiakkaan kognitioon, tunteisiin ja fyysisiin kykyihin, joita he käyttävät asuinympäristössään, työssään ja vapaa-aikanaan. Kyvyt, mieltymykset, arvot, elämäntapa, velvollisuudet, odotukset ja mahdollisuudet vaikuttavat toimintoihin, joihin asiakas sitoutuu fyysisessä, kulttuurisessa, sosiaalisessa ja institutionaalisessa ympäristössään. Yksilö, toiminta ja ympäristö vaikuttavat toinen toisiinsa muuttaen ja kehittäen toisiaan. Toimintakykyyn vaikuttavat asiakkaan fyysiset kyvyt, tunteet ja taidot sekä kyky käsitellä tietoa. Kehitykselliseen suoriutumiseen vaikuttavat erilaiset suoriutumisen vaatimukset eri ikäkausina. Yksilön hyvän suoriutumisen voi saavuttaa vain, jos asiakkaalla on riittävät kyvyt, vaadittu toiminnan taso ja ympäristön tuki. (Christiansen & Townsend 2011, 137–138.)

4.4 Asiakaslähtöisyys

Humanistisen psykologian ja psykoterapian edustajan Carl Rogersin mukaan asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että asiakas ottaa itse vastuuta hoidostaan ja hoitajista tulee asiakkaan tukijoita, puolestapuhujia ja toiminnan mahdollistajia. Asiakaslähtöisessä lähestymistavassa keskitytään asiakkaan kehittymiseen, ei niinkään ratkaisemaan hänen ongelmiaan. Taitojen saavuttamisen ja omien realiteettien kohtaamisen uskotaan olevan suuri motivoiva tekijä ihmisen halulle muuttua. Tärkeää on myös hoitajan aitous, hyväksyntä ja empaattisuus asiakasta kohtaan. (Cole & Tufano 2008, 25–26.)

Humanistisen filosofin Abraham Maslowin teorian mukaan ihmisellä on olemassa erilaisten tarpeiden hierarkkinen järjestys, jota erilaiset ulkoiset ja sisäiset voimat ohjaavat. Hänen mukaansa ihmisellä on luontainen pyrkimys tarpeidensa tyydyttämiseen ja elämänsä parantamiseen. Ihmisellä on myös taipumus sairastua, mikäli esimerkiksi hänen fyysisiä ja turvallisuuden tarpeitaan ei tyydytetä. Jos taas tarpeet täyttyvät se vaikuttaa elämänlaatuun ja hyvinvointiin positiivisesti. (Cole & Tufano 2008, 26.)

Ensimmäinen askel asiakaslähtöisessä työskentelyssä on kuunnella asiakasta sekä ottaa selvää ja oppia ymmärtämään hänen kulttuuriaan, arvojaan ja uskomuksiaan. Asiakkaalla on erilaisia taustakokemuksia, rooleja ja ihmissuhteita, jotka vaikuttavat asiakkaan käsitykseen itsestään ja ympäristöstään. Lisäämällä tietoa ja käsitystä asiakkaan menneisyydestä, hoitajalla on mahdollisuus oppia kunnioittamaan asiakkaan valintoja ja oppia ymmärtämään hänen arvojärjestystään. Asiakkaan monimuotoisuuden, itsenäisyyden ja valinnanvapauden kunnioittaminen ovatkin keskeisiä asiakaslähtöisessä ajattelutavassa. (Cole & Tufano 2008, 29.)

Asiakaslähtöisessä mallissa asiakas tulisi nähdä tasavertaisena kumppanina hoitosuhteessa. Hoitaja tuo oman ammattiosaamisensa hoitosuhteeseen ja asiakas oman näkemyksensä ja kokemuksensa omasta elämästään. Asiakaslähtöisessä tavassa asiakas ja hoitaja yhdessä päättävät asiakkaaseen liittyvistä toimenpiteistä. Kuntoutuslähtöisessä ajattelutavassa taas hoitaja päättää esimerkiksi asiakkaan tavoitteista. (Cole & Tufano 2008, 29–30.) Tasavertaisen hoitosuhteen etuna on, että yhdessä toimivat ovat tiedostavampia ja erottavat paremmin uusia luovia mahdollisuuksia. Tavoitteena on löytää oivalluksia, jotka edistävät asiakkaan toimintakykyä. Tasavertaisessa keskustelukumppanuudessa kenenkään näkökulma ei ole ainut oikea, vaan siinä sekoittuvat työntelijän ja asiakkaan näkökulmat. (Rissanen ym. 2008, 92.) Kun tavoitteet saadaan sovittua asiakkaan kanssa, käydään läpi, mitä pitää tapahtua, jotta sovitut asiat saavutetaan. Mitä ovat välivaiheet, jotka on ohitettava? Mitä asiakkaalta edellytetään ja millaista tukea hoitohenkilöstö tarjoaa? (Autti-Rämö ym. 2011, 12.)

4.5 Toiminnan merkitys hyvinvoinnille

Toiminnalla ihminen luo tarkoitusta elämäänsä ja toisaalta keksimällä toiminnalle tarkoituksen, voimme saada merkitystä elämään. Keskittyminen mielekkääseen toimintaan ennemmin kuin huononevaan terveyteen auttaa asiakasta elämään sitoutumisessa. Mielekäs toiminta vaikuttaa myös asiakkaan positiiviseen suhtautumiseen muihin ihmisiin. (Hasselkus 2002, 14–15, 60.) On tärkeä kuitenkin muistaa, että eri asiakkaat kokevat saman toiminnan eri tavoin riippuen heidän aiemmista kokemuksistaan, taustastaan ja ympäristöstään. Toiminta voi olla vain ajan kuluttamista tai vaihtelun saamista päivään. Toiminta voi toimia asiakkaan ilmaisukeinona tai identiteetin ylläpitäjänä. Toiminta voi myös antaa hyödylliseksi itsensä kokemisen tunteen. (Christiansen & Baum 2005, 123.)

Toiminta voi tuoda asiakkaalle fyysistä hyvinvointia. Toiminnallisuus lisää kehon liikkuvuutta ja parantaa lihasvoimaa, sydämen ja verisuonien kuntoa sekä hengityskapasiteettia. Kokemus fyysisestä hyvinvoinnista saavutetaan, kun rentoudutaan normaalia kovemman ponnistelemisen jälkeen, tai kun tavoite on saavutettu. Tutkimusten mukaan saavuttaakseen fyysisen hyvinvoinnin, asiakkaan tulee sitoutua mielekkääseen ja motivoivaan toimintaan riittävän pitkäksi aikaa. (Wilcock 1998, 100–101.)

Toiminta vaikuttaa myös psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Monet päivittäiset toiminnot mahdollistavat toiminnan muiden kanssa ja siten sosiaalisten kontaktien säilyminen ja yhteisöllisyyden tunne luovat mielekkyyttä toiminnan suorittamiseen. Psyykkinen hyvinvointi voi koostua esimerkiksi musiikin kuuntelusta, joka rikastuttaa elämää fyysisen selviytymisen ohella. Toteuttaessaan mielekästä toimintaa asiakas saavuttaa tyytyväisyyden tunteen elämäänsä kohtaan ja löytää itseään tyydyttävän identiteetin. (Christiansen & Townsend 2011, 12–13.)

Hyvinvointi ja terveys voivat vaarantua, mikäli asiakas on kognitiivisilta kyvyiltään yli- tai alirasittunut psykologisten, ympäristötekijöiden, sosiaalisten tekijöiden tai toiminnan puutteen vuoksi. Henkinen hyvinvointi voidaan kuitenkin

saavuttaa, jos asiakas voi kehittää kognitiivisia kykyjään toimintaa suorittaessaan. Lisäksi ajattomuuden ja ”korkeamman tarkoituksen” kokeminen ja sopeutuminen toimintaan auttavat saavuttamaan tasapainon fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten toimintojen kesken. (Wilcock 1998,102–104.) Kun asiakkaan haaste toiminnassa on sopiva hänen kykyihinsä nähden, hän voi kokea niin sanotun flow-ilmion. Siinä asiakas kokee ilon, innostuksen ja onnen tunteita sekä ajan ja paikan merkitys häviää hetkellisesti. Tämä ei luo ainoastaan merkitystä toiminnalle, vaan myös merkitystä koko elämään. (Christiansen & Baum 2005, 120.)

Asiakkaan on mahdollista löytää myös uusia keinoja suoriutua päivittäisistä toimista. Toiminta avaa uusia näkökulmia, antaa uutta toivoa ja uskoa selvitä elämässä tulevaisuudessakin. Toiminta voi antaa itsenäisyyden kokemisen tunteen ja lisätä itsekunnioituksen ja itseluottamuksen tunnetta, jossa kaikki on mahdollista. (Christiansen & Baum 2005, 18.) Kuntouttavassa työotteessa toiminnan mielekkyys asiakkaalle on tärkeää, sillä jos asiakkaan toimintaa arjessa halutaan muuttaa, täytyy muutoksen suunnan ja tavoitteen olla kuntoutujalle merkityksellisiä (Autti-Rämö 2011, 6).

4.6 Yksilöllisten tavoitteiden laatiminen

Kuntouttava työote voidaan määritellä myös prosessiksi, joka etenee kohti ennalta asetettuja tavoitteita (Järvikoski & Härkäpää 2004, 17). Asiakkaan osallistuminen tavoitteidensa laadintaan on tärkeää, koska mielekkään ja tarkoituksenmukaisen tavoitteen valitseminen johtaa hänen motivoitumiseensa ja sitoutumiseensa käytetyssä toiminnassa (Rissanen ym. 2008, 85–86). On myös tärkeä ymmärtää, että motivaatio ei ole muuntumaton persoonallisuuden piirre, vaan se on sidoksissa muun muassa aikaan, paikkaan ja elämäntilanteeseen. Muutoksen suuntaan ja etenemiseen vaikuttavat myös tavoitteen saavuttamisen aikataulu ja todennäköisyys sekä estävien tekijöiden tunnistaminen ja mahdollisuus niiden poistamiseen. (Autti-Rämö 2011, 6.)

Asiakas ei aina ole kuitenkaan kykenevä täysin ymmärtämään taustatekijöitä ja tavoitteiden laadintaan vaadittavia asioita. Silloin voidaan hyödyntää

yhteistyössä tehtäviä tavoitteita, joissa asiakas on osittain mukana kykyjensä mukaan. Myös läheisten ihmisten tiedon hyödyntäminen on hyvä muistaa. Näin voidaan saada eri reittejä tietoa asiakkaan hyväksi. (Sumsion ym. 1999, 19.) Parempiin tavoitteisiin päästään, kun asiakkaan, läheisten ja hoitohenkilökunnan asiantuntemukset yhdistetään. Se on mahdollista, kun osapuolet puhuvat ymmärrettävästi ja luottavat toisiinsa. Luottamuksen turvin voidaan tehdä päätöksiä erilaisista kokeiluista. (Launonen 2007, 165.) Mikäli osapuolien mielipiteet eroavat toisistaan tavoitteiden osalta, kaikkia tulee kuunnella tasapuolisesti, ottaen huomioon heidän mielipiteensä ja näkökantansa. Lopuksi tulee yhdessä pohtia kaikkia tyydyttävä lopputulos. Mikäli tähän ei päästä, tulee ensisijaisesti kuunnella asiakkaan toiveita. (Sumsion, T. ym. 1999, 100.)

Kuntouttavaan työotteeseen oleellisena osana kuuluu yksilöllisten tavoitteiden asettaminen asiakkaalle. Asiakkaan näkökulmasta tavoitteisiin liittyy myös oman elämänhallinnan ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen toiminnallisen suoriutumisen lisäämisen ohella. Tavoitteet tulisikin asettaa niin, että asiakas voisi löytää itsestään uusia voimavaroja ja häntä helpottavia uusia tapoja tehdä arkipäivän toimia. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 17–19.) Tavoitteiden tulisi olla selkeitä, ymmärrettäviä ja asiakkaan kannalta realistisia (Rissanen ym. 2008, 629). Tavoitteet on aina suunniteltava asiakkaan taitoja ja tarpeita vastaavaksi ja kuntouttavan työtteen tulisi näkyä tavoitteissa toimintakykyä ja itsenäistä toimintaa tukevana ja huomioivana asenteena. (Heimonen & Voutilainen 1998, 23.)

Tavoitteita laadittaessa tulee miettiä, mitkä asiat ovat vaikuttamassa asiakkaan taustalla. Tällaisia asioita ovat muun muassa asiakkaan vahvuudet ja haasteet, taloudelliset ja palveluresurssit, ympäristön vaikutukset tai muut osallisena olevat ihmiset. (Sumsion ym. 1999, 19.) Ennen tavoitteiden laadintaa on määriteltävä asiakkaan senhetkinen tilanne sekä tarpeet ja haasteet. Olennaista on huomioida, miten ja keiden kanssa suunnitelma laaditaan, sekä ketkä ovat toteuttamassa suunnitelmaa. Sen jälkeen keskeisiin vaiheisiin kuuluu yksilöllisten tavoitteiden asettaminen, sekä keinojen laatiminen tavoitteiden

saavuttamiseksi. (Rissanen ym. 2008, 87.) Tavoitteen tunnistaminen perustuu haastatteluun ja asiakkaan tilanteen selvittämiseen. Vaikka asiakkailla olisi lähtötilanteessa sama sairaus, heidän asettamansa tavoitteet voivat muodostua erilaisiksi, kullekin yksilölle soveltuviksi. (Autti-Rämö ym. 2011, 6.)

Hyvän tavoitteen asettamisen apuvälineenä voidaan käyttää SMART-menetelmää. SMART on lyhenne englannin sanojen ensimmäisistä kirjaimista,

- Specific = spesifinen, yksilöllinen, määritetty
- Measurable = mitattavissa
- Achievable = saavutettavissa
- Realistic/Relevant = realistinen ja merkityksellinen
- Timed = mahdollinen aikatauluttaa (Autti-Rämö ym. 2011, 8.)

Tämän menetelmän avulla on mahdollista määritellä yhdenmukaisia tavoitteita. Tavoitteen tulee olla saavutettavissa kuntouttavan työotteen avulla ja tavoitteen saavuttaminen pitää voida arvioida. Tavoitteelle annetaan lyhyt kuvaava nimi, kuten "vuorokausirytmä". Jokaista tavoitetta kuvaamaan valitaan selkeä indikaattori, joka on sovittuna hetkenä arvioitavissa. Indikaattori on käyttäytyminen, taito, tunnetila tai prosessi, joka selkeimmin edustaa valittua tavoitetta ja edistymistä tavoitteen suuntaan. Se voi olla laadullinen tai määrällinen ilmaisu, kuten unen laatu tai paino kiloina. Laadullinen indikaattori perustuu usein kuntoutujan omaan kokemukseen tai tuntemukseen, ja sen vuoksi sen tulee olla selkeästi ilmaistu, jotta sen saavuttamisen tunnistaminen on yksiselitteistä. (Autti-Rämö ym. 2011, 8-10.)

Tavoitteiden saavuttamiseen tulee asettaa myös realistinen aikataulu. Käytännössä voi kuitenkin käydä niin, että olosuhteet muuttuvat. Suunniteltu aikataulu ei riitä, terveydentila muuttuu tai suunnitellut kuntoutustoimenpiteet eivät sovellu kuntoutujalle. Silloin on mietittävä, voidaanko kuntoutustoimenpiteitä muuttamalla saavuttaa tavoitetaso aikataulun mukaisesti. Toisaalta on mahdollista todeta, että tavoite oli liian vaativa ja laatia kokonaan uusi tavoite. Kuntoutujan motivaation ylläpitämiseksi ei pidä jatkaa

mahdottomaksi osoittautuneen tavoitteen saavuttamista. (Autti-Rämö ym. 2011, 6, 12.)

Kuntouttavan työotteen tulee perustua laadittuun suunnitelmaan ja prosessin jatkuvaan arviointiin. Toiminnan käynnistyttyä prosessia arvioidaan jatkuvasti, jotta voidaan havaita joko toiminnan jatkamisen tarve tai tarve arvioida lähtötilanne uudelleen uusien tavoitteiden asettamista varten. Arvioinnissa tulee pohtia, onko eteneminen ollut samansuuntaista tavoitteiden kanssa ja ovatko valitut keinot olleet tarkoituksenmukaisia. Tavoitteiden realistisuutta ja motivoivuutta tulee myös tarkkailla. (Rissanen ym. 2008, 87, 647.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa

Toimintatavaksi valitsin toimintatutkimuksellisen lähestymistavan. Toimintatutkimus on ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja (Heikkinen ym. 2007,17). Käytäntöihin suuntaaminen, muutokseen pyrkiminen ja tutkittavien osallistuminen tutkimusprosessiin ovat ne piirteet, jotka yhdistävät eri toimintatutkimuksia (Kuula 1999, 10).

Toimintatutkimus tavoittelee ennen kaikkea käytännön hyötyä. Toimintatutkija on työssään aktiivinen vaikuttaja ja toimija. Tutkija käynnistää halutun muutoksen ja rohkaisee ihmisiä tarttumaan asioihin, jotta niitä voidaan kehittää heidän omalta kannaltaan paremmiksi. Toimintatutkimukselle on ominaista, että kehittämisen sykleillä ei ole varsinaista päätepistettä, vaan parempi käytäntö on aina tilapäinen. (Heikkinen ym. 2007, 19 - 20, 29.) Toimintatutkimuksen sykli alkaa toiminnasta, jota havainnoidaan ja reflektoidaan. Sen jälkeen huomioiden pohjalta suunnitellaan uusi toimivampi tapa toimia (Heikkinen ym. 1999, 36.)

Opinnäytetyössäni oli tarkoituksena käydä yksilöllisen tavoitekaavakkeen laadinnan osalta kaikki toimintatutkimukselliset syklin osat läpi kertaalleen. Muilta osin keskityimme lähinnä toiminnan suunnitteluun teorialatasolla. Hanna Vilka sanoo kirjassaan Tutki ja Havainnoi: ”Mielestäni ammattikorkeakoulun opinnäytetyön laajuus ei liioin anna ajallisia mahdollisuuksia tehdä toimintatutkimusta. Toimintatutkimus on ajallisesti vaativaa tutkimusta, koska se edellyttää pitkäaikaista aktiivista havainnointia, aktivointia tutkimuskohteessa, haastatteluiden ja muun materiaalin keräämistä tutkimusaineistoksi sekä muutokseen ja vaikuttavuuteen pyrkivää tieteellistä kirjoittamista.” (Vilka 2006, 77.) Siksi hyödynsinkin toimintatutkimuksellista lähestymistapaa tekemättä kuitenkaan varsinaista toimintatutkimusta.

5.2 Henkilö- ja aikaresurssit

Pihlajakodin kehitysvammayksikön henkilökunnasta oli mahdollista irrottaa kerrallaan 4-7 henkilöä tapaamisiimme, joissa kuntouttavan työtteen edistämistä mietittiin. Kokoonnuimme kerran viikossa noin tunnin kerrallaan kaikkiaan yksitoista kertaa. Tapaamiset ajoitettiin vuorojen vaihtumiseen, jolloin henkilökuntaa oli paikalla useampia. Eri tapaamiskerroille saapui eri ihmisiä työvuoroista riippuen. Tarkoituksena oli näin saada tasapuolisemmin kaikki työntekijät mukaan yhteistyöhön. Aikaa opinnäytetyön käytännön toteutukselle oli varattu tammikuusta toukokuun loppuun.

5.3 Opinnäytetyön aikataulu

Opinnäytetyöni valmistelu alkoi syyskuussa 2010. Syksyn 2010 keräsin tietoa opinnäytetyön aiheeseen liittyvistä asioista ja etsin teoretietoa tehtävään kehitysyhteistyöhön. Valmistelin tulevaa kehitystyötä muun muassa miettimällä ja suunnittelemalla käytännön perusteita, toteutustapaa ja motivointikeinoja. Pidin yhteyttä toimeksiantajaan ja pohdimme muun muassa käytännön järjestelyjä sekä aiheen rajausta. Syksyn ja talven aikana kirjoitin opinnäytetyösuunnitelmaa, joka hyväksyttiin maaliskuussa. Kevään aikana jatkoin opinnäytetyön teoriaosion kirjoittamista. Tammikuussa 2011 aloitimme varsinaisen kehittämistyön käytännössä. Tapaamisia oli kaikkiaan yksitoista kertaa. Yhteisestä päätöksestä lopetimme tapaamiskerrat huhtikuun 2011 lopussa. Toukokuussa laadin loppukyselyn, jonka vastaukset keräsin kesäkuun alussa. Kesä- ja heinäkuussa analysoin kyselyjen tuloksia ja elokuussa kirjoitin opinnäytetyön käytännön osuutta. Syyskuusta lokakuuhun 2011 viimeistelin vielä kirjallista tuotosta ja opinnäytetyö valmistui lokakuun puoliväliin mennessä.

6 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA TOTEUTUS

6.1 Kehittämistyön tavoitteet

Kehittämistyön päätavoitteena oli kehittää yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa kuntouttavaa työtä heidän tarpeisiinsa soveltuvaksi käytännöksi (Taulukko 1). Kehitystyö oli ajankohtainen, koska Pihlajakodin kehitysvammayksikköön tuli laatia yksilölliset tavoitteet asukkaille vuoden loppuun mennessä, sillä Turun kaupunki oli tarjouskilvassaan ottanut tavoitteiden laadinnan yhdeksi kilpailutuskriteerikseen.

Hoitohenkilökunnalla oli kuitenkin eriäviä näkemyksiä kuntouttavasta työstä ja ensimmäisenä alatavoitteena olikin yhtenäistää hoitohenkilökunnan näkemystä asiasta ja siirtää teoretietoa käytännön työhön. Tavoitteiden puuttumisesta johtuen hoitohenkilökunnalla oli erilaisia toimintatapoja asukkaiden kanssa. Jokainen toteutti omaa erillistä näkemystään tärkeäksi katsomassaan asiassa. Sen tähden toinen alatavoitteemme oli yhtenäistää toimintatapoja eri hoitotilanteissa. Kolmantena alatavoitteena oli asukkaiden yksilöllisiin tavoitteisiin liittyen laatia yhtenäinen kirjaamismalli, jota jokainen voisi hyödyntää tavoitteita laatiessaan. Neljäntenä alatavoitteena oli arviointi- ja päivitysaikataulun laatiminen.

Taulukko 1. Tavoitekaavio.

YLÄTAVOITE: Kehittää kuntouttavaa työtä hoitohenkilökunnan kanssa Pihlajakodin kehitysvammayksikön tarpeita vastaavaksi.			
ALATAVOITTEET:	KEINOT:	TIEDONKERUU:	AIKATAULU
1. Yhtenäisen näkemyksen luominen kuntouttavasta työstä ja teoritiedon siirtäminen käytännön työhön.	Keskustelua siitä, mitä kuntouttava työote tarkoittaa ja millaista se on kyseisessä työyksikössä. Kuntouttavaan työtoteeseen liittyvien termien läpikäyntiä ja miettimistä, mitä ne tarkoittavat yksikön käytännön toiminnassa.	Alkutilanteen kartoitus kyselyn avulla; millainen oli hoitajien käsitys kuntouttavasta työtoteesta. Loppukyselyssä kartoitettiin, olivatko käsitykset yhtenäistyneet. Etsin tietoa kirjallisuudesta ja keskustelimme yhdessä käytännön toteutuksesta. Tein yhteenvedon käsitellyistä asioista.	Alkutilanteen kartoitus 1 kerta. Keskustelu kartoituksen pohjalta 1 kerta. Loppukyselyn jakaminen toukokuussa. Yhteenveto tammi – huhtiku 11 kertaa.
2. Yhtenäisen toimintatavan luominen arjen hoitotilanteissa.	Keskustelua hoitajien erilaisista toimintatavoista ja pohdintaa, millaista tapaa kaikkien olisi hyvä käyttää jatkossa.	Sovimme tavoitteiden kirjaamisesta ja esille laitosta. Sovimme palaverin järjestämisestä tiedonkulun parantamiseksi, kun kaikki tavoitteet ovat valmiina.	Suunnittelu ja toteutus 2 kertaa. Tammikuu 2012.
3. Yksilöllisten tavoitteiden kirjaamismallin laatiminen tavoitteiden kirjaamista varten.	Keskustelua yhdessä eri mahdollisuuksista kirjata tavoitteita ja päättämisen siitä, mikä soveltuu parhaiten kyseisen yksikköön tarpeisiin.	Etsin erilaisia vaihtoehtoja tavoitteiden kirjaamiseen (mm. Kelan standardi). Kävin opintokäynnillä tutustumassa toisen yksikön kirjaamistyyliin.	Tavoitekaavakkeen suunnittelu 2 kertaa. Opintokäynti joulukuussa 2010.
4. Tavoitteiden arviointi- ja päivitysaikataulun laatiminen.	Miettiminen yhdessä, millaisissa tilanteissa ja millaisin väliajoin viimeistään tavoitteet tulee tarkistaa.	Etsin tietoa kirjallisuudesta ja keskustelimme yksikön tarpeista hoitohenkilökunnan kanssa.	Tavoitteiden tarkistaminen. 1 kerta.

6.2 Tiedonkeruumenetelmät

Pihlajakodissa tein aluksi puolistrukturoidun kyselyn ”kuntouttava työote” - käsitteen ymmärtämisen arvioimiseksi ja lähtötilanteen kartoittamiseksi (Liite 1). Kyselyllä haluttiin nähtäväksi, miten hoitohenkilökunta oli ymmärtänyt käsitteen ja miten he toteuttivat toimintaa ennen ja jälkeen yhteistyön. Kyselyssä tiedusteltiin myös hoitohenkilökunnan mielipiteitä kuntouttavasta työotteesta. Näillä kysymyksillä haluttiin kartoittaa hoitohenkilökunnan mielipiteitä, jotta kiinnittäisimme kehitystyössä huomiota heidän kannaltaan olennaisiin asioihin.

Hankkeen lopuksi kysely toistettiin osittain samoin kysymyksin (Liite 2), jotta voitiin havaita mahdollinen käsitteen ymmärtämisen ja toiminnan yhtenäistyminen. Lisäksi hoitohenkilökunta sai arvioida hankkeen onnistumista ja antaa kehitysehdotuksia. Heiltä tiedusteltiin, miten kehittämistyö oli vaikuttanut heidän tapansa ajatella kuntouttavan työotteen toteutusta, jotta havaittaisiin muutokset suhtautumisessa kuntouttavaa työotetta kohtaan. Lisäksi kysyttiin kehitysideoita kuntouttavaan työotteeseen liittyen tulevaisuuden kehitystyötä varten. Kysymyksellä haluttiin tuoda esiin ideoita ja erilaisia tarpeita jatkokehittelyä ja uutta toimintatutkimuksellista kehityssykliä varten.

Puolistrukturoitujen kyselyjen laadinnassa käytin avoimia kysymyksiä. Niissä vastaaja sai kertoa omin sanoin asiasta ja osoittaa tietämyksensä omalla tavallaan. Siitä oli mahdollista havainnoida, mitkä asiat olivat tärkeitä vastaajan mielestä. Avoimet kysymykset sallivat myös motivaatioon liittyvien seikkojen tunnistamisen. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.) Nämä seikat auttoivat saamaan selville sekä kehitysyhteistyön kohdentamista oleellisiin asioihin että hahmottamaan kokonaiskuvaa kehitysyhteistyön onnistumisesta ja jatkotoimenpiteiden tarpeesta.

Analysoidessani kyselyjä, tein aluksi sisällönerittelyn. Siinä kirjasin yksittäiset ilmaukset, kuten esimerkiksi ”omatoimisuus” ja ”ohjaaminen”, omiksi riveiksi. Sen jälkeen numeroin kaavakkeet ja tein taulukon, johon saattoi merkitä, millaisia ja kuinka monta asiaa kukin vastaajista oli maininnut. Lisäksi teemoittelin alku- ja loppukyselyjen aineistot erikseen, jotta saisin esiin

eroavuudet ensimmäisen ja toisen kyselyn välillä. Laskin myös prosenttiosuuksia alku- ja loppukyselyn vastauksista havainnollistaakseni, miten suuria erot todellisuudessa olivat alku- ja loppukyselyn välillä. Eri teemoiksi kirjasin ”kuntouttava työote yleisesti”, ”huomiot” ja ”tavat toimia”. Teemat tulivat kyselyjen tavasta erotella kuntouttavaa työtettä teoria ja käytännön tasolla. Lisäksi tein huomioita muuttuneista asioista käydessäni vastauksia läpi. Lopuksi tulkitsin vielä saamiani tuloksia ja pyrin laatimaan niistä synteesin. Synteesi kokoaa yhteen pääseikat ja antaa vastauksen asetettuihin ongelmiin (Hirsjärvi ym. 2009, 230).

Tarkasteltaessa tutkimuksen validiutta eli pätevyyttä, tarkastelin muun muassa vastausprosenttia. Alkukyselyssä hoitajista 90 % (n = 10) palautti lomakkeen. Loppukyselyssä palautusprosentti putosi kuitenkin 64 % (n = 7), joka laski kyselyn tulosten luotettavuutta jonkin verran. Palautusprosentin pienuuteen vaikuttavia tekijöitä olivat, että yksi hoitajista vaihtoi työpaikkaa kesken opinnäytetyön ja kysely annettiin juuri kesälomien alussa, jolloin se jäi osalta täyttämättä. Loppukyselyssä oli myös havaittavissa selkeästi, että vastanneet hoitajat eivät enää olleet kirjanneet niin monipuolisesti asioita kyselyyn kuin ensimmäisellä kerralla, vaikka tietoa olikin asiasta. Tämä saattoi johtua näkemyksen yhtenäistymisestä, mutta myös esimerkiksi siitä, että vastaajat eivät toisella kerralla paneutuneet kyselyyn enää yhtä perusteellisesti tai heidän arvojärjestyksensä oli saattanut muuttua.

Kyselyjen luotettavuus on aina riippuvainen tulkitsijasta ja hänen tavastaan tulkita vastauksia. Menetelmänä kysely ei aina anna täysin luotettavaa vastausta kysymyksiin, koska muuttuvia tekijöitä voi olla paljon. Avoimilla kysymyksillä voi kuitenkin saada suuntaa antavia tuloksia, jotka antavat tietoa halutuista asioista.

6.3 Kehittämistyön toteutus

Joulukuussa 2010 tein opintokäynnin erääseen Turussa sijaitsevaan autististen ryhmäkotiin. Siellä tutustuin hoitohenkilökunnan tapaan kirjata yksilöllisiä tavoitteita asukkailleen. Puhuimme myös hoitohenkilökunnan kanssa heidän

näkemyksistään kuntouttavasta työotteesta ja tavoitteiden kirjaamisesta sekä tavoitteiden päivittämisen tärkeydestä. Opintokäynti antoi tärkeää käytännön pohjatietoa asioista, joita tuli erityisesti huomioida tavoitteiden laadinnassa ja päivittämisessä. Keskeisimmäksi huomioksi jäi tavoitteiden päivittämisen merkitys määrätyin väliajoin. Jos tavoitteita ei päivitetä, ne menettävät merkityksensä, koska esimerkiksi oppiminen on jo saattanut tapahtua kauan sitten ja tavoite on vanhentunut sekä menettänyt ajankohtaisuutensa.

Ensimmäinen Pihlajakodin hoitajien tapaamiskerta oli suunniteltu yksikön palaverin yhteyteen tammikuussa 2011, jolloin suurin osa henkilökunnasta oli paikalla yhtäaikaisesti. Tällä kerralla kerroin opinnäytetyön aiheesta ja menetelmistä työyhteisölle. Samalla kerroin hoitohenkilökunnalle, millaisesta näkökulmasta toimintaterapeutti tekee yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa. Kerroin myös toimintatutkimuksellisesta tavasta tehdä tätä opinnäytetyötä. Lopuksi jaoin kyselyn kuntouttavan työotteen käsitteen ymmärtämisen ja toiveiden kartoittamiseksi.

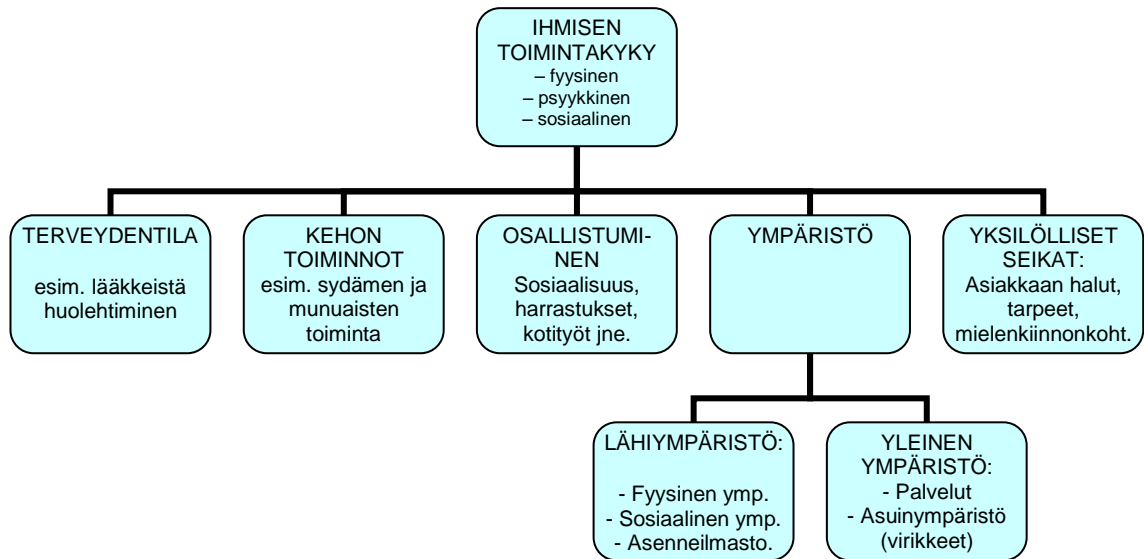
Hoitohenkilökunnan toiveesta laadimme heille aluksi ”pelisäännöt”, joita he sitoutuivat noudattamaan. Seuraavaksi kävimme läpi alkukyselyn vastauksia (Liite 3) ja mietimme sieltä nousseita asioita. Hoitajien keskuudessa heräsi kysymys, mitä eroa tai yhtäläisyyksiä on kuntouttavalla työotteella ja kuntoutuksella? Mietimme yhdessä asiaa ja keräsimme pääkohdat taulukoksi (Taulukko 2). Pohdimme myös keinoja, joilla hoitohenkilökunnan kokemia kuntouttavan työotteen toteutusta haittaavia tekijöitä voitaisiin vähentää tai poistaa.

Taulukko 2. Kuntoutuksen ja kuntouttavan työotteen erot ja yhteneväisyydet henkilökunnan määrittelemänä.

EROAVUUDET:	
KUNTOUTTAVA TYÖOTE	KUNTOUTUS
<ul style="list-style-type: none"> • Pitkäkestoista (vuosia päivittäin) • ”Tietopohja” laajaa ja pinnallisempaa. (kokonaisvaltaisempaa) • Keskitytään arkeen ja sen pyörittämiseen. • Vapaamuotoisemmat tavoitteet • Moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluvat arkeen osallistuvat ihmiset (läheiset, hoitajat, asukas, mahd. fysioterapeutti, puheterapeutti jne.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lyhytkestoisempaa (kk-vuosia viikoittain) • Tieto keskittynyt kapea-alaisemmin (erikoistuminen) • Keskitytään arjen yksittäisiin asioihin • Tavoitteet laaditaan strukturoidummin (huomioidaan esim. Kelan tai lääkärin vaatimukset) • Moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluvat eri ammattikuntien edustajat (lääkärit, puhe-, fysio-, toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijä jne.)
YHTÄLÄISYYDET:	
KUNTOUTTAVA TYÖOTE	KUNTOUTUS
<ul style="list-style-type: none"> • Molemmilla samoja päämääriä = asiakkaan hyvinvointi, omatoimisuus, elämänhallinta, vaikutusmahdollisuuksien lisääminen, onnistumisen elämykset, toimintakyvyn tukeminen jne. • Toiminnan tavoitteellisuus (mm. realistiset, ajankohtaiset, tarkat tavoitteet) • Asiakaslähtöinen toimintamalli (asiakkaan tarpeet huomioidaan) • Huomioidaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky • Ihmiskuva perustuu tasa-arvoon ja ihmisarvoon 	

Seuraavilla kahdella kerralla kävimme läpi erilaisia käsitteitä ja niiden merkityksiä, jotta hoitohenkilökunnan oli helpompi jatkossa hahmottaa, mitä kyseiset käsitteet sisälsivät. Lisäksi mietimme, miten käsitteet näkyvät tai miten niiden tulisi näkyä käytännössä kyseisen yksikön toiminnassa. Mietittäviä käsitteitä olivat voimavaralähtöisyys, valtaistuminen, elämänhallinta, hyvinvointi ja toimintakyky. Mietimme myös, mistä eri asioista ihmisen toimintakyky koostuu

ja mitkä asiat vaikuttavat toimintakykyyn. Apuna meillä oli maailman terveysjärjestö WHO:n vuonna 2001 laatima ICF-luokituksen (toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus = International classification of Functioning Disability and Health) mukaan tehty kaavio asioista, jotka vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn (Kuvio 1).



Kuvio 1. Toimintakykyyn vaikuttavat asiat ICF-luokituksen mukaan (World Health Organization 2001, 10).

Käsitteiden käsittelyn jälkeen siirryimme kuntouttavan työotteen prosessin läpikäyntiin. Mietimme, mitä kaikkea kuntouttava työote käytännössä merkitsee. Kävimme läpi asiakkaan lähtötilanteen määrittelyn, yksilöllisten tavoitteiden ja keinojen laadinnan sekä toiminnan arvioinnin. Mietimme, mitä kyseiset vaiheet pitivät sisällään käytännössä ja mitä toimenpiteitä ne edellyttivät hoitohenkilökunnalta.

Yksilöllisten tavoitteiden kirjaamismallia mietittäessä käytimme toimintatutkimuksellista sykliä apuna. Ensin tarkastelimme senhetkistä tilannetta ja totesimme, että vaatimukset yksilöllisten tavoitteiden laadinnasta johtaisivat uudenlaisen käytännön opettelemiseen. Aluksi mietimme hoitajien kanssa, millaisia asioita tuli ottaa huomioon tavoitteita laadittaessa. Mietimme myös, keitä tuli ottaa mukaan laatimaan tavoitteita asukkaille ja keneltä saamme

riittävästi tietoa asukkaan toimintakyvystä, jotta voimme niiden pohjalta laatia ajankohtaiset, asiakaslähtöiset ja tarkoituksenmukaiset tavoitteet.

Jatkossa kävimme läpi erilaisia tapoja kirjata tavoitteita. Esimerkkeinä toimivat muun muassa Kelan GAS-menetelmä ja opintokäynnilläni saamani ”vapaammin” laadittu tavoitekaavake. Päädyimme vapaammin muotoiltavaan kaavakkeeseen sen muokattavuuden, selkeyden ja helppokäyttöisyyden vuoksi. Kaavakkeen tuli tukea mahdollisimman hyvin tavoitteiden laadintavaiheessa, jotta se ohjaisi tavoitteiden muodostumista mitattavaan muotoon. Muistia tukeva lomake toimi hoitohenkilökunnan työvälineenä tavoitteita laadittaessa, joten sen ei tarvinnut olla kovin virallinen ulkoasultaan. Valmiit tavoitteet siirretään jatkossa tietokantaan virallisen kuntoutussuunnitelman osaksi, mistä löytyvät jo muut tarvittavat perustiedot.

Koska yksikköön oli hankittu TOIMI (menetelmä psykososiaalisen toimintakyvyn kuvaamiseen vammaisilla henkilöillä) toimintakyvyn mittariksi, päätimme hyödyntää sen sisältämää jaottelua tavoitelomakkeessamme. Hoitohenkilökunta oli yhtä mieltä siitä, että eri osa-alueet tuli kirjata muistin tueksi kaavakkeelle. He halusivat tavoitteiden mitattavuuden vuoksi kirjata erikseen tavoitteet ja keinot niihin pääsemiseksi. He päättivät myös, että tavoitteita tuli kirjata kullekin asukkaalle kahdesta neljään kappaletta. Mietimme lisäksi, mitä muita tietoja lomakkeessa tulisi olla ja miltä sen tulisi näyttää, jotta se palvelisi hyvin ja olisi kuitenkin mahdollisimman yksinkertainen ja helppo käyttää.

Seuraavalla kerralla jatkoimme lomakkeen kehittelyä. Hoitohenkilökunta koki tärkeänä tavoitteiden laatijoiden ja päivämäärän näkymistä, jotta ajankohta tavoitteiden uudelleenarviointiin voitaisiin määrittää helposti. He toivoivat, että muistutus sovitusta vuoden välein tai tarvittaessa tehtävästä tavoitteiden uudelleenarvioinnista löytyisi lomakkeen lopusta. Näin muodostui lomake (liite 4), jota testasimme käytännössä tekemällä yhdelle asukkaalle konkreettiset tavoitteet (liite 5). Mietimme yhdessä millaisia tavoitteiden tuli olla, jotta jokainen hoitaja ymmärtäisi asian samalla tavalla. Paneuduimme myös tavoitteiden mitattavuuden toteutumiseen. Sen jälkeen jokainen omahoitaja sai

tehtäväkseen laatia tavoitteet suunnitellusti omahoidettavalleen vuoden loppuun mennessä.

Havainnointivaiheessa havainnoimme, miten tavoitteiden laatiminen oli onnistunut ja oliko lomake käyttökelpoinen vai pitäisikö sitä muuttaa jollakin tapaa toimivammaksi. Lomake tuntui käytännölliseltä ja sovittiin, että seuraavan vuoden alussa hoitajat pitävät palaverin, jossa jokaisen omahoitajan laatimat tavoitteet sekä keinot käytäisiin läpi ja kerrottaisiin kaikkien tietoon. Silloin olisi myös helpompi arvioida tavoitelomakkeen toimivuutta uudelleen, koska siitä olisi enemmän kokemuseräistä tietoa. Reflektointivaiheessa mietimme, miten uusi käytäntö oli palvellut yksikön käytännön tarvetta. Mietimme myös, miten tavoitteet saataisiin kaikkien hoitajien tietoisuuteen kaikkein parhaimmalla tavalla. Päätimme, että lomakkeet tuli asettaa näkyvälle paikalle, jotta ne tarvittaessa olisivat kerrattavissa ja sijaistenkin nähtävissä.

Eri tapaamiskerroista laadin yhteenvedon, jonka lähetin kyseisen yksikön sähköpostiin kaikille hoitajille. Näin varmistettiin päätösten ja käsiteltyjen asioiden pääkohtien saavutettavuus myös niille hoitajille, jotka eivät päässeet osallistumaan kyseiselle kerralle. Mikäli laadimme tapaamisen yhteydessä jonkinlaisen listan käsitellyistä asioista, jätimme sen muiden työntekijöiden saataville, jotta halukkaat voivat täydentää omia näkemyksiään ja ideoitaan siihen. Tällä tavoin varmistimme, että kaikilla oli mahdollisuus myös ottaa osaa käsiteltyihin asioihin.

Viimeisen tapaamiskerran jälkeen laadin hoitajille yhteenvedon kuntouttavasta työotteesta ja läpikäymistämme asioista yhtenäisen kuvan luomiseksi (Liite 6). Yhteenvedossa käsiteltiin lyhyesti opinnäytetyön tarkoitusta sekä yksikön ongelmaa ja tavoitteita kuntouttavaan työotteeseen liittyen. Sen jälkeen kuvattiin, mihin kuntouttavassa työotteessa pyritään teoriasolla. Pääasioina olivat kuntouttavan työotteen prosessimaisuus, johon kuuluvat toimintakyvyn kartoitus, toiminnan tavoitteellisuus ja jatkuva arviointi. Keskeistä oli myös asiakkaiden huomioiminen kokonaisuutena ja ympäristön merkityksen ymmärtäminen toimintoja sekä tavoitteita suunniteltaessa. Kuntouttavan

työotteen perusajatuksena oli yhdessä tekeminen ja asiakkaan ohjaaminen sekä avustaminen vain tarvittaessa.

Teoriaosuuden jälkeen yhteenvedossa käsiteltiin, mitä kuntouttavassa työotteessa tehdään käytännössä ja miksi näin tulee toimia. Tässä osiossa käsiteltiin yhteistyön aikana käsiteltyjä asioita, liittyen muun muassa hoitohenkilökunnan asenteisiin ja vuorovaikutukseen läheisten kanssa, sekä ympäristön huomiointiin. Pyrin löytämään perusteluja kyseisille toimintamalleille ja ajatuksille, jotta toteuttaminen tuntuisi järkevältä ja mielekkäältä.

Seuraavassa osiossa oli, miten tavoitteet ja keinot tuli laatia. Huomioitavia asioita olivat riittävän taustatiedon hankinta asiakkaasta ja miettiminen, keitä on mahdollista sekä järkevää ottaa mukaan tavoitteiden laadintaan. Lisäksi käsiteltiin, millaisia tavoitteiden tuli olla sekä annettiin muistilista, josta voi tarkastaa tavoitteiden ja keinojen ”oikein” laaditun muodon. Loppuun oli koottu vielä yhdessä päätettyjä asioita, liittyen kuntouttavan työotteen käytännön toteutukseen. Tarkoitukseni oli esittää yhteenvedo osaston palaverissa, mutta valitettavasti muiden kiireiden vuoksi jouduin jättämään tehtävän osaston lähiesimiehen tehtäväksi. Hän jakoi hoitohenkilökunnalle myös lähettämäni loppukyselyn.

6.4 Pitkän aikavälin tavoitteet

Pitkällä aikavälillä tavoitteena oli, että uudet käytännöt jäävät osaksi kehitysvammayksikön arkea ja kehittyvät edelleen paremmiksi käytännöiksi. Opinnäytetyö toimisi silloin liikkeellepanevana voimana uudelle kehitykselle kuntouttavassa työotteessa. Yhtenäinen näkemys ja tavoitein laadittu suunnitelma keinoineen toimii henkilökunnan motivoijana, koska näin kuntouttavan työotteen vaikuttavuutta voidaan seurata. Pidemmällä aikavälillä henkilökunnan kuntouttava työote voi lisätä tai pitää yllä Pihlajakodin kehitysvammayksikön asukkaiden suorituskykyä sekä suoritusastoa. Näin ollen kuntouttavan työotteen lisääminen arkitoimissa ja toimintakyvyn muutoksen seuraaminen on myös asukkaiden edun mukaista ja he osaltaan hyötyvät käytäntöjen muuttamisesta toiminnallisempaan suuntaan.

6.5 Kyselyiden tulokset

Alkukyselyssä (n=10) tiedusteltaessa kuntouttavan työotteen ymmärtämisestä, yleisesti mainittuja asioita olivat:

- Ajan antaminen asukkaan itsenäiseen suoriutumiseen (70 %, n = 7)
- Omatoimisuuden lisääminen (60 %, n = 6)
- Asukkaan voimavarojen huomioiminen (60 %, n = 6)

Fyysinen ja psyykinen toimintakyky miellettiin myös osaksi kuntouttavaa työotetta (40 %, n = 4). Lisäksi oli paljon yksittäisiä asioita (15 kappaletta), joita mainittiin vain yhdessä palautelomakkeessa kerrallaan. Alkukyselyssä yksi henkilö mainitsi keskimäärin 6,8 eri asiaa kuuluvaksi kuntouttavaan työotteeseen.

Loppukyselyssä (n=7), kysyttäessä kuntouttavan työotteen ymmärtämisestä, yleisesti mainittuja asioita olivat:

- Asukkaiden ohjaaminen toiminnassa (71 %, n = 5)
- Asukkaan omatoimisuuden tukeminen (71 %, n = 5)
- Ettei auta liikaa tai tee asukkaan puolesta (57 %, n = 4)
- Asukkaan voimavarojen huomiointi (57 %, n = 4)
- Ajan antaminen asukkaan itsenäiseen suoriutumiseen (57 %, n = 4)
- Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn huomiointi (57 %, n = 4)

Yksittäisiä asioita, joita mainittiin vain yhdessä lomakkeessa kerrallaan, oli loppukyselyssä yksitoista kappaletta. Loppupalautteessa yksi henkilö mainitsi keskimäärin 7,3 eri asiaa kuuluvaksi kuntouttavaan työotteeseen.

Vastauksista kävi ilmi, että yksittäiset asiat vähenivät viidestätoista yksittäisestä asiasta yhteentoista yksittäiseen asiaan kysyttäessä kuntouttavan työotteen ymmärtämisestä. Vastaavasti yleisesti mainittujen (yli 50 % vastanneista vastasi saman asian) asioiden mainitseminen lisääntyi kolmesta asiasta kuuteen

asiaan. Tästä voi mahdollisesti päätellä, että käsitteen ”kuntouttava työote” ymmärtäminen oli yhtenäistynyt jonkin verran hoitajien keskuudessa.

Teoriatiedon siirtämisestä käytäntöön huomasin, että hoitajien kuvailu siitä, mitä he tekivät, vaihtui kuvailuun, *miten* he tekivät tietyt askareet. Lisäksi sana ”auttaa” oli vaihtunut sanaksi ”ohjata” useissa vastauksissa. Ohjaaminen kuvasti kuntouttavan työotteen idean ymmärtämistä avustavana, ei niinkään tekevänä osapuolena. Asukkaiden sosiaalisuuden huomiointi oli tullut mukaan yli puolelle (57 %, n = 4) vastanneista jälkimmäisessä kyselyssä, kun alkukyselyssä sosiaalisesta toimintakyvystä ei maininnut kukaan vastanneista. Asukkaan kohtaaminen enemmän kokonaisuutena ja yksilönä oli siis lisääntynyt ja sisäistetty osaksi kuntouttavaa työtettä.

Loppupalautteesta kävi ilmi, että kehitysyhteistyö oli muistuttanut kuntouttavan työotteen tärkeydestä hoitohenkilökuntaa. Kolme hoitajaa mainitsi kiinnittävänsä huomiota käsiteltyihin asioihin enemmän. Tällaisia asioita olivat muun muassa ajan antaminen asukkaan itsenäiseen suoriutumiseen päivittäisissä toimissa ja asukkaan sosiaalisten tarpeiden huomiointiin sekä asukkaan voimavarojen tehokkaampaan hyödyntämiseen. Tavoitteiden laadinnassa oli selkeytynyt tavoitteiden asettelu. ”Suurten” tavoitteiden sijaan oli ymmärretty, että ”pienet” tavoitteet motivoivat ja ovat saavutettavissa paremmin. Hoitohenkilökunta oli tyytyväinen tapaamisissa syntyneeseen keskusteluun käytännön tilanteista, koska he huomasivat, miten erilainen käsitys eri hoitajilla oli asukkaiden todellisesta toimintakyvystä. Keskusteluissa erilaiset näkökulmat hoitotyöhön tulivat esiin ja niitä voitiin pohtia yhdessä. Nämä keskustelut johtivat osaksi toiminnan yhtenäistymiseen, koska tietoa jaettiin eri hoitajien kesken ja näin voitiin sopia tietyistä toimintatavoista.

7 POHDINTA

7.1 Kehittämistyön onnistumisen pohdinta

Opinnäytetyön alkuvaiheessa olimme tyytyväisiä toimeksiantajan kanssa, koska löysimme ajankohtaisen ja mielenkiintoisen aiheen. Alussa opinnäytetyön rajaamisessa oli kuitenkin vaikeuksia. Suunnitteluvaiheessa ei osannut kuvitella työn laajuutta ja resurssien pienuutta. Työn riittävä rajaaminen ja kuitenkin toimivan sekä tarpeita vastaavan kokonaisuuden aikaansaaminen oli haastavaa. Tarkat rajaukset ja niistä kiinni pitäminen osoittautuivat ajoittain haastaviksi, koska tarvetta laajemmallekin kuntouttavan työotteen käsittelylle olisi ollut.

Tila, jossa kokoontumiset pidettiin, oli välillä rauhaton. Välillä aikaa kuluikin asiaan kuulumattomien asioiden hoitoon ja keskeytyksiin melko paljon. Kyselystä kävi ilmi, että rauhattomuus tuntui myös häiritsevän osallistujia ja tulevaisuutta ajatellen rauhallisen tilan saaminen käyttöön olisikin tärkeää. Myös vuorotyöläisten tasapuolinen saaminen tapaamisiin toi oman haasteensa. Kevään aikana tapahtuvissa tapaamisissa yksi hoitajista pääsi mukaan seitsemän kertaa toinen vain kaksi kertaa. Tästä johtuen tiedon saanti jäi osalla sähköpostiyhteenvetojen varaan ja asiakokonaisuudesta jäi herkästi sekava mielikuva. Yhteenvetoihin olisinkin voinut selkeämmin kirjata käsiteltyjen asioiden lisäksi yhteyden kuntouttavaan työotteeseen.

Ajankäytön ja sisällön miettiminen tapaamisiin ei myöskään ollut yksinkertaista. Tietomäärä oli erilainen eri hoitajilla ja se aiheutti käsiteltävien asioiden valinnan vaikeutta. Toimintatutkimukselle ominaista on, että parhaimmillaankin se on osallistujien yhteinen oppimisprosessi (Heikkinen ym. 1999, 15). Ryhmän oppimisen tarvetta sekä nopeutta kussakin asiassa on vaikea ennustaa ja tarkan etukäteissuunnitelman laatiminen olikin haastavaa juuri tästä syystä. Aikataulun miettiminen oli myös vaikeaa, koska ei voinut tietää etukäteen, mitkä asiat herättivät keskustelua ja mitkä olisi voinut käsitellä nopeammin.

Jälkikäteen ajateltuna käsitteiden avaamiseen ja läpikäymiseen olisin voinut käyttää vähemmän aikaa ja keskittyä kokonaisuuden ja käytännön esimerkkien esille tuomiseen enemmän. Yhteisten keskustelujen aloittaminen ja jokaisen osallistujan huomioiminen ei aina sujunut myöskään ongelmitta. Toimintatutkimuksellista näkökulmaa olisikin voinut avata sekä painottaa hieman enemmän osallistujien aktivoimiseksi. Toisaalta hoitajien motivointiin olisi voinut kiinnittää enemmän huomiota, joka taas puolestaan olisi saattanut lisätä aktiivisuutta.

Alku- ja loppukyselyn kysymysten laadinta vei myös yllättävän paljon aikaa. Erityisesti pohdin kysymysten asettelua, jotta jokainen ymmärtäisi kysymyksen samalla tavalla. Aikataulun laadinnassa olisin voinut jättää enemmän aikaa kyselyjen laadintaan kiireen välttämiseksi ja parempien kysymysten aikaansaamiseksi. Loppukyselyn kysymysten sisältö aiheutti myös ongelmia, koska tavoitteiden laatiminen jäi opinnäytetyöni jälkeiselle ajalle. Emme siis saaneet kokemuksia laatimastamme käytännöstä, vaan ehdimme käydä vasta esimerkkitapauksen lävitse yhdessä. Aikaresursseista johtuen kaikki hoitajat eivät päässeet esimerkkitavoitteiden laadintaan mukaan lainkaan ja siksi joidenkin hoitajien oli vaikea kommentoida kehittämistyön onnistumista kaikilta osin.

Mielestäni edistyimme ja pääsimme tavoitteisiimme kuitenkin melko hyvin. Tavoite yhtenäisemmän näkemyksen luomisesta ja teorian tiedon siirtämisestä käytäntöön toteutui. Kyselyjen vastausten perusteella hoitohenkilökunta nimesi keskimäärin yhden asian enemmän ja yhtenäisemmin kuin alkukyselyssä. Kehitysyhteistyö muistutti hoitajia myös kuntouttavan työtteen tärkeydestä ja omien työtapojen tarkastelun ja yhteisen pohdinnan avulla saimme jopa muutoksia aikaiseksi työtavoissa ja suhtautumisessa asukkaisiin. Loppupalautteessa hoitajat kokivat itsenäiseen suoriutumiseen annetun ajan lisääntyneen ja sosiaaliset tarpeet huomioitiin myös paremmin. Asukkaat ymmärrettiin kokonaisvaltaisemmin ja asiakaslähtöisyys oli ymmärretty laajemmin kuin ennen yhteistyötä.

Tavoite yhtenäisen toimintatavan luomisesta toteutui osittain. Hoitohenkilökunnan keskustelut toimintatavoista auttoivat heitä näkemään, miten eri tavoin he avustivat asukkaita. Yhtenäisemmän työtavan muotoutuminen on mahdollista saavuttaa tavoitteiden laadinnan jälkeen, kun tavoitteet ja keinot niihin pääsemiseksi on kirjattu kaikille asukkaille. Tämän jälkeen on helpompi keskittyä asukkaan kannalta olennaisiin kehityskohteisiin yhtenäisemmällä tavalla. Teimme myös päätöksen yhteisestä palaverista, kun kaikkien tavoitteet on laadittu. Tässä palaverissa on vielä mahdollisuus keskustella asukkaille tärkeiden toimintojen yhtenäisestä ohjauksesta. Kolmas tavoite tavoitteiden kirjaamismallin laatimisesta täyttyi. Tavoitelomake saatiin laadittua toimintatutkimuksellisen syklin mukaan, sekä tavoitteiden päivitysaikataulun laatiminen saatiin sovittua yhdessä tarpeita vastaavaksi.

Näkyvämpiin tuloksiin olisimme päässet varmasti, jos kaikki hoitajat olisivat osallistuneet jokaiseen tapaamiseen. Hoitajat olisivat saaneet paremman kokonaiskuvan ja yhtenäinen näkemys olisi toteutunut paremmin. Rauhallinen tila ja osallistujien aktiivisempi osallistuminen olisivat myös edesauttaneet useampien hedelmällisten keskustelujen syntymistä ja käytännön esimerkkien läpikäyntiä. Hoitohenkilökunnan läsnäoloon ja tilaratkaisuihin en kuitenkaan voinut vaikuttaa ja kokonaisuudessaan minulle jäikin positiivinen mielikuva yhteistyön onnistumisesta.

Yhteistyön aikana toimintaterapeuttinen näkemys kuntouttavassa työotteessa tuli esiin painottaessani asiakkaan yksilöllisyyttä ja sitä, että asiakas on huomioitava kokonaisuutena. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen ei aina ole myöskään itsestänselvyys kehitysvammaisten parissa työskenneltäessä. Käytännön muuttaminen asiakaslähtöisemmäksi ja yhteistyön merkityksen painottaminen olivatkin tavoitteinani. Ympäristön huomiointiin paneuduimme miettien, miten eri ympäristötekijät vaikuttavat asiakkaan toimintakykyyn ja miten hoitohenkilökunta voi edistää osaltaan muun muassa sosiaalista tai asenneympäristöä. Toiminnan merkitys asiakkaalle oli toimintaterapeuttisen näkemykseni ja kuntouttavan työotteen kulmakiviä. Mielekkään toiminnan myötä asiakas voi saada mielekkyyttä ja onnistumisen elämyksiä elämäänsä.

Näin yhdistyi ihminen, toiminta ja ympäristö käytännön työelämässä. Nämä kolme ovat toimintaterapian peruskäsitteitä, josta käsin asiakkaan elämää lähdetään tarkastelemaan.

7.2 Oman oppimisen pohdinta

Opinnäytetyöprosessi on kokonaisuudessaan ollut hyvin opettavainen kokemus. Se on kasvattanut pitkäjännitteisyyttä ja itseluottamusta. Olen yhä uudelleen hakenut sekä syventänyt tietoutta kuntouttavasta työotteesta ja sen tärkeydestä. Olen oppinut hakemaan tietoa erilaisista lähteistä sekä kriittisyyttä erilaisia tietolähteitä kohtaan. Tiedon jakamisen tärkeys ja haastavuus työyhteisössä tuli esiin kehitysyhteistyön keskusteluissa. Opin miten tärkeää on puhua avoimesti työtavoista, kokemuksista ja mieltä askarruttavista asioista, jotta työyhteisö toimii ja tukee toisiaan parhaalla mahdollisella tavalla. Eri näkökulmien ja toimintatapojen pohtiminen oli hyvin mielenkiintoista kehitysyhteistyön edetessä.

Uutena asiana olen saanut tutustua toimintatutkimukselliseen lähestymistapaan tehdä työtä. Toimintatutkimus on käsitteenä kuitenkin niin laaja, että siinä riittäisi opittavaa vielä jatkossakin. Opin kuitenkin sen käyttökelpoisuuden juuri kehittämissuunnitelmissa. Toimintatutkimusta apuna käyttäen saadaan päätettyä yhteisistä asioista ja käytyä läpi monipuolisesti sekä monesta näkökulmasta juuri kyseisen työyksikön tarpeita. Vanhojen käytäntöjen uudistaminen on myös helpompaa, kun jokainen on saanut sanoa mielipiteensä ja olla mukana suunnittelemassa asiaa. Toisaalta sain kuitenkin myös oppia miten vaikea vanhoista tavoista on luopua ja omaksua jotain uutta tilalle. Uuden oppimiseen käytettävä energia tarvitsee aina hyvän motiivoinnin pohjaksi, vaikka alkutilanteessa halua työn kehittämiseen olisi ollutkin.

Loppuyhteenvedosta pois jääminen jätti minulle hieman keskeneräisen tunteen kehitysyhteistyön lopettamisesta. Osaston palaverieja pidettiin kuitenkin vain kerran kuussa ja loppupuheenvuoro olisi jäänyt kovin irralliseksi jäädessään yli kuukauden päähän. Siksi päätimme, että osaston lähiesimies suorittaa loppupuheenvuoron puolestani laatimallani yhteenvedolla. Huomasin kuitenkin,

että läsnäolo kyseisessä tapaamisessa olisi ollut tarpeellinen kokonaiskuvan saamiseksi. Kyseisessä tilaisuudessa olisi hoitohenkilökunta voinut vielä kysyä asiaan liittyviä kysymyksiä ja mahdollisia epäselvyyksiä. Kokemus loppuun saatetusta työstä jäi tällä toimintamallilla osittain saavuttamatta.

7.3 Kehitysideoita

Kuntouttavan työotteen kehittämiseksi Pihlajakodin kehitysvammayksikössä voisi suositella jatkossa säännöllisiä palavereja työtapoihin ja tavoitteiden tarkistamiseen liittyen. Tavoitteiden uusimiseen ja päivittämiseen kannattaa paneutua, jotta tavoitteita ei automaattisesti uusita vuoden välein, vaan soveltuvuutta ja tarkoituksenmukaisuutta mietitään uudelleen. Uudet työntekijät tulee perehdyttää yksikön tapoihin ja kuntouttavan työotteen tärkeyteen huolellisesti. Millä tavoin perehdytys tehdään, voisi olla kehittämisen kohteena jatkossa. Tavoitteiden laadinnassa käytettyä lomaketta tulee tarkastella kriittisesti ja pohtia yhdessä mahdollisia parannusehdotuksia sen sisältöön. Silloin olisi päästy pitkäaikaiseen tavoitteeseemme jatkuvasta kehitysprosessista, joka jatkaa kehittymistään kehitysyhteistyön jälkeenkin.

LÄHTEET

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 18.9.1987/759.

Autti-Rämö, I.; Vainiemi, K. & Sukula, S. 2011. Kela GAS-käsikirja. Viitattu 16.5.2011 <http://www.kela.fi> > yhteistyökumppanit > kuntoutuspalvelut > GAS-menetelmä > materiaalia > GAS-käsikirja.

Bauer Alfredson, B. & Annerstedt, L. 1994. Staff attitudes and job satisfaction in the care of demented elderly people: group living compared with long-term care institutions. *Journal of Advanced Nursing* 20/1994, 964-974.

Christiansen, C. H. 2005. *Occupational Therapy; Performance, Participation, and Well-Being*. 3rd edition. The United States of America; SLACK Incorporated.

Christiansen, C.; Baum, C. & Bass-Haugen, J. 2005. *Occupational therapy: performance, participation, and well-being*. 3.edition. Thorofare NJ: Slack incorporated.

Christiansen, C. & Townsend, E. 2011. *Introduction to Occupation the Art and Science of Living*. Second Edition. New Jersey: Person Education International.

Foster, A.; Lambley, R.; Hardy, J.; Young, J.; Smith, J.; Green, J. & Burns, E. 2011. *Rehabilitation for older people in long-term care (Review)*. The Cochrane Library Issue 4.

Hasselkus, B. 2002. *The Meaning of Everyday Occupation*. Wisconsin: University of Wisconsin.

Heikkinen, H.; Huttunen, R. & Moilanen, P. 1999. Siinä tutkija missä tekijä: Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena kustannus.

Heikkinen, H.; Rovio, E. & Syrjälä, L. 2007. *Toiminnasta tietoon*. 2., tarkastettu painos. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. 1998. *Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15., tarkastettu painos. Helsinki: Tammi.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. *Kuntoutuksen perusteet*. Helsinki: WSOY.

Kaarinan terveyst- ja sosiaalialan oppilaitos 2010. *Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto*. Viitattu 9.11.2010 www.kaarina.fi > opetus ja koulutus > sosiaali- ja terveysalan oppilaitos > lähihoitajakoulutus > sosiaali- ja terveysalan perustutkinto.

Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. 2004. *Kuntoutus kanssamme: Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Kaski, M.; Manninen, A.; Mölsä, P. & Pihko, H. 2002. *Kehitysvammaisuus*. 1-2. painos. Helsinki: WSOY.

Kaski, M.; Manninen, A. & Pihko, H. 2009. *Kehitysvammaisuus*. 4., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Kettunen, R.; Kähäri-Wiik, K.; Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. *Kuntoutumisen mahdollisuudet*. 4., uudistettu painos. Helsinki; WSOY.

Kuula, A. 1999. *Toimintatutkimus: Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä*. Tampere: Vastapaino.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1077/519.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380.

Launonen, K. 2007. Vuorovaikutus – kehitys, riskit ja tukeminen kuntoutuksen keinoin. Helsinki: Kehitysvammaliitto.

Luoma, M-L. & Lehtoranta, H. 2007. Laila-hanke: Toimintakykyä edistävä työote (=kuntouttava työote). Työseminaari. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Viitattu 9.11.2010 <http://info.stakes.fi/NR/ronlyres/D8F64046-E6FF-41B3-A01E-EF70AF45874D/8478/Kuntouttavateht%C3%A4v%C3%A4MMLmaalik07.pdf>.

Malm, M.; Matero, M.; Repo, M. & Talvela, E-L. 2004. Esteistä mahdollisuuksiin: vammaistyön perusteet. Porvoo: WSOY.

Mäkinen, E.; Kruus-Niemelä, M & Roivas, M. 2009. Ikäihmisen hyvä elämä: Ympäristön merkitys vanhustenkeskuksessa. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu.

Pryor, J. & Smith, C. 2002. A framework for the role of Registered Nurses in the specialty practice of rehabilitation nursing in Australia. *Journal of Advanced Nursing* 39/2002, 249-257.

Rissanen, P.; Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. 2., Painos. Helsinki: Duodecim.

Routsalo, P.; Arve, S. & Lauri, S. 2004. Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. *International Journal of Nursing Practice* 10/2004, 207-215.

Sairaanhoitajaliitto 2010a. Opiskelu sairaanhoitajaksi. Viitattu 26.11.2010. www.sairaanhoitajaliitto.fi > sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen > opiskelu sairaanhoitajaksi.

Sairaanhoitajaliitto 2010b. Sairaanhoitajan työ. Viitattu 26.11.2010 www.sairaanhoitajaliitto.fi > sairaanhoitajan työ ja hoitotyön kehittäminen > opiskelu sairaanhoitajaksi > sairaanhoitajan työ.

Sumsion, T.; Parker, D.M.; Hobson, S. J. G.; Kusznir, A.; Scott, E.; Gage, M.; Pollock, N.; McColl, M. A. & Carswell, A. 1999. *Client-Centred Practice in Occupational Therapy: A Guide to Implementation*. Churchill Livingstone.

Suomen Toimintaterapeuttiliitto Oy 2008. Toimintaterapia. Viitattu 9.11.2010 <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi> > toimintaterapia.

Tossavainen, A. 1995. Kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Wilcock, A. 1998. *An Occupational Perspective of Health*. The United States of America: Slack Incorporated.

World Health Organization 2001. *ICF International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva. Viitattu 7.10.2011 http://www.handicapincifre.it/documenti/ICF_18.pdf.

Yrjö ja Hanna kodit 2009. Turku. Viitattu 9.11.2010 <http://www.yrjohanna.fi> > paikkakunnat > pihlajakoti Turku.

Alkukysely

KYSELY KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN ARVIOIMISEKSI

1. Mitä ymmärrät käsitteellä kuntouttava työote?

2. a) Mitkä ovat yleiset periaatteesi, kun toteutat kuntouttavaa työotetta?

b) Anna käytännön esimerkki / esimerkkejä tilanteesta, jossa toteutat periaatteitasi.

3. Millainen kuntouttavan työotteen tulisi olla hoitoyksikössä ja millaisiin asioihin tulisi kiinnittää enemmän huomiota?

4. Millaisia esteitä kuntouttavalle työotteelle koet olevan?

5. Millaisella mielellä lähdet kehitysyhteistyöhön mukaan?

LÄMMIN KIITOS VASTAUKSESTASI!

Loppukysely

KYSELY KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN ARVIOIMISEKSI

1. Mitä ymmärrät käsitteellä kuntouttava työote?

2. a) Mitkä ovat yleiset periaatteesi, kun toteutat kuntouttavaa työtettä?

b) Anna käytännön esimerkki / esimerkkejä tilanteesta, jossa toteutat periaatteitasi.

3. Koetko saaneesi kehittämistyössä tietoa, jota voit soveltaa käytäntöön kuntouttavassa työotteessa? Jos vastasit kyllä, millaista tietoa sait?

4. Mikä kehittämistyössä oli onnistunutta / olisi voitu tehdä paremmin? Mainitse mielestäsi 5 tärkeintä asiaa.

5. Miten kehittäisit edelleen kuntouttavaa työtettä työyksikössäsi?

KIITOS VASTAUKSESTASI!

Alkukyselyn yhteenveto

YHTEENVETO

1. Millä mielellä lähdet kehitysyhteistyöhön mukaan?

- Innokkaana ja hyvillä mielin oli suurin osa liikkeellä. Osa oli avoimin mielin ja odottavalla kannalla.
- Kuntouttava työote koettiin tärkeänä ja kiinnostavana aiheena ja kehittämishalua löytyi kaikilta.
- Odotuksina oli, että löytyisi uusia näkökantoja / näkökulmia ja toiminta-/työtapoja.

2. Millaisia esteitä kuntouttavalle työotteelle koet olevan?

- Kiire tai ajan puute löytyi melkein kaikilta.
- Motivaatio, kiinnostuksen puute, asenne ja puolesta tekemisen helppous.
- Ettei ole tietoa mitä on kuntouttava työote tai miten sitä voisi toteuttaa eri asukkaiden kanssa.
- Että ei ole rohkeutta tehdä (pelkää esim. loukkaantumisia siirtymistilanteissa).
- Tiedonkulun puute työntekijöiden välillä.
- Asukkaan motivaation puute.

3. Millainen kuntouttavan työotteen tulisi olla hoitoyksikössänne ja millaisiin asioihin tulisi kiinnittää enemmän huomiota?

Kuntouttavan työotteen tulisi olla:

- Yksilöllistä
- Asiakaslähtöistä
- Asiakkaan voimavarat huomioivaa
- Suunnitelmallista

Mihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota?

- Työntekijöiden ja asukkaiden motivointiin. (Kuntouttava työote kuuluu kaikille.)
- Yhteisiin pelisääntöihin
- Yhteisen ja yhtenäisen työtavan kehittämiseen
- Sovituista asioista kiinnipitämiseen

- Kokemusten vaihtoon (pidetään palaveria miten käytännöt ovat toimineet)
- Vältetään kaavoihin kangistumista (tavoitteiden ja keinojen päivitys määräajoin voisi toimia ehkäisevänä tekijänä).
- Annetaan aikaa ja mahdollisuuksia asukkaan tehdä itse.
- Otetaan asukkaat mukaan yhteisiin asioihin ja toimiin.

4. Mitä ymmärrät käsitteellä kuntouttava työote?

- Tuetaan, kannustetaan ja motivoidaan omatoimisuuteen.
- Toimintakyvyn tukeminen / edistäminen (ohjaaminen ja yhteistyö).
- Terveysten edistämistä
- Autetaan arjessa selviytymisestä ja otetaan asukas mukaan arjen pyörittämiseen.
- Mahdollistetaan toimintaa asukkaan omat voimavarat huomioiden.
- Annetaan asukkaalle aikaa tehdä itse
- Puhutaan asukkaalle = ollaan vuorovaikutuksessa (vaikka asukas ei pystyisi vastaamaan).
- Kosketetaan asukasta
- Annetaan läheisyyttä
- Hyvinvoinnin lisääminen
- Tulisi olla tavoite / tavoitteita mihin pyrkiä.
- Asia tulisi huomioida jokapäiväisessä työskentelyssä.
- On olemassa fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä jota edistetään.

(Sosiaalinen toimintakyky puuttui kokonaan, joka myös on tärkeä huomioida!)

5. a) Mitkä ovat yleiset periaatteesi, kun toteutat kuntouttavaa työtettä?

- Tavoitteet toiminnalle.
- Asiakkaan lähtötaso tulee huomioida, jotta tietää mitä asukkaalta voi vaatia.
- Voimavarat ja tarpeet eritellään.
- Asiakaslähtöisyys = kunnioittaa asukkaan periaatteita.
- Voimavarojen hyödyntäminen.
- Huomioida ne asiat jotka ovat hyvinvoinnin kannalta oleellisia.
- Elämänlaadun parantaminen.
- Toiminnan järjestäminen.
- Ajan viettäminen asukkaiden kanssa.
- Annan aikaa suoriutua itse.
- Autan tarvittaessa.
- Auttaa asukasta saamaan onnistumisen kokemuksia.
- Ilo yhdessä tekemisestä.

- Kuunteleminen
- Koskettaminen
- Rohkaisu, motivointi ja kannustaminen = positiivinen aktivointi.
- Puhuminen

5. b) Anna käytännön esimerkkejä tilanteesta, jossa toteutat periaatteitasi.

- Kannustetaan tekemään itse
- Asukas saa pukea kykyjensä mukaan mahdollisimman pitkälle itse. Tarvittaessa ohjataan puheella tai autetaan.
- Puhuu asukkaalle, vaikka hän ei pystyisi vastaamaan.
- Jos ei halua kävellä niin ei kävelytetä – asiakaslähtöisyys.
- Asukkaan kävelytys sängystä WC:n ja sieltä aamupalalle. (Onnistumisen ilo onnistuttaessa)
- Pyykin pesu.
- Pöydän kattaus
- Suihkut
- Asukkaalla joka ei pysty tekemään mitään, aistiärsykkeiden ja kokemusten luonti esim. esineitä tunnustelemalla.

Tavoitelomake

TAVOITTEET

Nimi: _____

syntymäaika: _____

OSA-ALUEET:

- | | |
|---|---|
| -ilmaisukyky | - tarkkaavaisuus ja toiminnanohjaus |
| -välineelliset taidot | - sosiaalinen tilannetaju |
| -ihmissuhdetaidot | -empatia |
| -itseluottamus | - fyysinen toimintakyky |
| -hygienia ja siisteys | - työkyky |
| -ympäristössä liikkuminen ja toimiminen | -omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen |
| -ihmissuhteet ja sosiaalinen tuki | -mieliala |
| -stressin ja ahdistuneisuuden käsittely | |

1. Tavoite: _____

Keinot: _____

2. Tavoite: _____

Keinot: _____

3. Tavoite: _____

Keinot: _____

4. Tavoite: _____

Keinot: _____

Tavoitteiden laatijat:

Päiväys:

Tavoitteet tulee tarkastaa vuoden välein tai tarvittaessa.

Esimerkkitavoitteet

TAVOITTEET

Nimi: ___"Minna"_____

syntymäaika:_____

OSA-ALUEET:

- | | |
|---|---|
| -ilmaisukyky | - tarkkaavaisuus ja toiminnanohjaus |
| -välineelliset taidot | - sosiaalinen tilannetaju |
| -ihmissuhdetaidot | -empatia |
| -itseluottamus | - fyysinen toimintakyky |
| -hygieniä ja siisteys | - työkyky |
| -ympäristössä liikkuminen ja toimiminen | -omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen |
| -ihmissuhteet ja sosiaalinen tuki | -mieliala |
| -stressin ja ahdistuneisuuden käsittely | |

1. Tavoite: Minnan kävelykyvyn säilyttäminen seuraavan vuoden ajan.

Keinot: Minna siirtyy wc-istuimelta huoneen puolelle rollaattorilla (kävelymatka n. 2m). Siirtyminen tapahtuu tuettuna.

2. Tavoite: Minnan omatoimisuuden ja liikuntakyvyn säilyttäminen

Keinot: Omien astioiden vienti päivittäin aamupalalta tiskikoneeseen itse pyörätuolilla kelaten.

3. Tavoite: Minnan mielialan kohentaminen toiminnallisilla harjoitteilla.

Keinot: Minna askartelee / tekee käsitöitä joka viikonloppu (lauantai ja sunnuntai) omien mieltymystensä mukaan. Esim. matonkuteiden leikkaaminen ja matojen solmiminen, piirtäminen, värittäminen, helmityöt jne.

Tavoitteiden laatijat: (Viisi nimeltä mainittua hoitajaa)

Päiväys: Turussa 21.4.2011

Tavoitteet tulee tarkastaa vuoden välein tai tarvittaessa.

Loppuyhteenveto

KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN YHTEENVETO

1. Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kuntouttavaa työtettä Pihlajakodin kehitysvammayksikössä.

Ongelma:

Pihlajakodin kehitysvammayksikön hoitohenkilökunnan ongelmana on, että heillä ei ole organisoitua ja suunnitelmallista käytäntöä kuntouttavasta työotteesta. Yhteinen näkemys ja käytäntö asiasta hoitajien kesken ja toiminnan johdonmukaisuus puuttuvat. Asukkaille ei ole määritelty yksilöllisiä tavoitteita eikä toimintakyvyn edistymistä ole myöskään pystytty näin ollen seuraamaan.

Tavoitteet:

1. Yhtenäisen näkemyksen luominen kuntouttavasta työotteesta ja teorian tiedon siirtäminen käytännön työhön.
2. Yhtenäisemmän toimintatavan luominen arjen hoitotilanteissa.
3. Kehittää kirjaamismalli yksilöllisten tavoitteiden kirjaamista varten.
4. Tavoitteiden arviointi- ja päivitysaikataulun laatiminen.

2 Mihin pyritään kuntouttavassa työotteessa

Kuntouttavassa työotteessa asiakkaan toimintakykyä kartoitetaan ja tuetaan sekä hänen voimavarojaan pidetään yllä ja kehitetään mahdollisuuksien mukaan (Heimonen & Voutilainen 1998, 8). Kuntouttavalle työotteelle on ominaista yhdessä tekeminen puolesta tekemisen sijaan ja avun ja ohjauksen kohdistaminen vain niihin toimiin, joista asianomainen ei suoriudu yksin. Kuntouttavan työotteen tulee perustua laadittuun suunnitelmaan ja prosessin jatkuvaan arviointiin (Rissanen ym. 2008, 647).

Kuntouttavassa työotteessa on tärkeää korostaa fyysisen puolen lisäksi myös psyykkistä ja sosiaalista puolta asiakkaan elämässä ja ottaa huomioon ihminen kokonaisuutena. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 22–23.) Myös ympäristön

vaikutus ihmisen toimintakykyyn tulee huomioida ja pyrkiä poistamaan toimintakykyä haittaavat tai rajoittavat tekijät (Kaski ym. 2009, 252).

Kuntouttava työote voidaan määritellä myös prosessiksi, joka etenee kohti ennalta asetettuja tavoitteita. Kuntouttavassa työotteessa tärkeää on, että asiakas itse sitoutuu toimintaan ja hyväksyy tavoitteet ja keinot niihin pääsemiseksi. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 17.) Asiakkaan näkökulmasta tavoitteisiin liittyy oman elämänhallinnan ja vaikutusmahdollisuuksien lisääminen toiminnallisen suoriutumisen lisäämisen ohella. Tavoitteet tulisivat asettaa niin, että asiakas voisi löytää itsestään uusia voimavaroja ja löytää häntä helpottavia uusia tapoja tehdä arkipäivän toimia. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 17–19.) Kuntouttava työote näkyy tavoitteissa toimintakykyä ja itsenäistä toimintaa tukevana ja huomioivana asenteena. (Heimonen & Voutilainen 1998, 23.) Tavoitteellisuus auttaa hoitajia tiedostamaan toimintakyvyn kehittämisen prosessimaisuuden ja tärkeyden. Tavoitteet ja keinot niihin pääsemiseksi auttavat myös yhtenäistämään hoitajien toimintamalleja työssään.

3 Mitä tehdään kuntouttavassa työotteessa ja miksi?

3.1 Tunnistetaan hoitajien asenteet kehitysvammaisia kohtaan.

Hoitajien asenne kehitysvammaisia kohtaan tulisi olla myönteinen, hyväksyvä ja toimintakykyä tukeva ja mahdollistava. Kehitysvammaisen tulisi ottaa huomioon yksilönä, jonka toimintakykyä, itsemääräämisoikeutta ja elämänhallintaa tulisi tukea. Asukkaan vahvuudet tulee huomioida ja keskittyä niiden hyödyntämiseen ei niinkään rajoitteiden miettimiseen. Ongelmat, rahalliset ja palveluresurssit, ympäristön vaikutukset tai muut osallisena olevat ihmiset tulee huomioida voimavarana, ei esteinä. Kuntouttavassa työotteessa tarkoitus on asukkaan, omaisten ja läheisten ongelmiksi kokemien asioiden mahdollistaminen ei ongelmien etsiminen ja parantamiseen pyrkiminen. Myönteinen, yksilöllisyyttä korostava ja toiminnan mahdollistamiseen pyrkivä asenne antaa mahdollisuuden asukkaan toimintakyvyn mahdollisimman hyvään tukemiseen. (Routsalo, Arve & Lauri 2004, 207–215.)

3.2 Vuorovaikutus omaisten ja läheisten ja asukkaan kanssa.

Hyvä vuorovaikutus omaisten ja läheisten kanssa auttaa omaisia hahmottamaan kuntouttavan työotteen mahdollisuudet hyvän elämän mahdollistajana. Hyvä vuorovaikutussuhde ja luottamus luovat hyvän pohjan myös mahdollisille toimintakyvyn kokeiluille. Asukkaan läheiset voivat tuoda hyödyllistä tietoa ja uutta näkökulmaa hoitajille mietittäessä asukkaan menneisyyden merkitystä tämän hetken toimintakykyyn vaikuttaviin seikkoihin. Läheisten ottaminen mukaan tavoitteiden laadintaan ja hoitajien tietämys tämän hetken toimintakyvystä auttaa saamaan tavoitteista tarkoituksenmukaisia, realistisia ja mielekkäitä asukkaalle. Myös asukkaan ottaminen mukaan tavoitteiden laadintaan tai valitsemiseen on tärkeää, koska se vaikuttaa hänen

sitoutumiseensa käytetyssä toiminnassa. Kun asukas on motivoitunut toimintaan, voidaan saavuttaa paras mahdollinen edistyminen toimintakyvyssä. (Routsalo, Arve & Lauri 2004, 207–215.)

3.3 Ympäristön huomiointi

Ympäristön esteet ja mahdollisuudet tulee kartoittaa ja huomioida. mahdollisuuksien mukaan ympäristön esteet tulee poistaa tai minimoida. Hoitohenkilökunnan tulee miettiä miten asukkaalle mielekäs toiminta voidaan järjestää mahdollisimman esteettömässä ja turvallisessa ympäristössä. Ympäristöä muokkaamalla ja esim. apuvälineitä hankkimalla voidaan monia asukkaalle mielekkäitä toimintoja mahdollistaa ja saada näin lisättyä hänen elämänhallintaansa, elämänlaatuaan ja tyytyväisyyttä elämäänsä. (Routsalo, Arve & Lauri 2004, 207–215.)

3.4 Yhdessä tehty arviointi asukkaasta

Yhdessä toimintakykyä kartoittamalla (haastatteleamalla, keskustelemalla ja mittaria apuna käyttäen) pystymme tekemään asukkaan todelliseen toimintakykyyn perustuvia ymmärrettäviä, selkeitä ja asiakkaan kannalta realistisia tavoitteita. Kartoittamalla asukkaan menneisyyttä omaisten avulla opimme ymmärtämään asukkaan arvomaailmaa ja mielenkiinnon kohteita. (Routsalo, Arve & Lauri 2004, 207–215.) Toimintakyvyn kartoituksen kautta on mahdollisuus myös seurata asukkaan toimintakyvyn edistymistä seuraavan arvioinnin yhteydessä (Rissanen ym. 2008, 629).

3.5 Arvio asukkaan ja hoitajien toiminnasta

Laadittuja tavoitteita ja niiden toteutusta tulee seurata jatkuvasti. Ajoittain on hyvä yhdessä miettiä ovatko laaditut tavoitteet toteutuneet ja miten hoitajat ovat tukeneet asukasta tavoitteisiin pääsemiseksi. Tärkeää on, että jokainen asukkaan hoitoon osallistuva sitoutuu tavoitteiden suunnitelmalliseen ja jatkuvaan toteuttamiseen. Tällöin asukas tietää mitä häneltä vaaditaan ja hänen motivaationsa ja toiminnallinen suoriutumisensa voi parantua. Asukkaan motivoitumista toteutettaviin tavoitteisiin tulee myös seurata ja tarvittaessa motivoida, kannustaa ja toimia henkisenä tukena hänelle. Näin tuetaan asukkaan itsetunnon kehittymistä, onnistumisen elämyksiä ja motivaatiota toimintaan. Mikäli tavoitteen havaitaan epäonnistuneen jollakin tapaa, voidaan myös miettiä uusi motivoivampi haaste asukkaalle. (Routsalo, Arve & Lauri 2004, 207–215.)

3.6 Lopputuloksen arviointi

Vähintään vuoden välein (tarvittaessa aiemmin) on tavoitteet tarkastettava ja päivitettävä, koska asukkaan terveydentila, toimintakyky tai tavoitteen ajankohtaisuus saattavat muuttua. Myös asukkaiden ikääntyminen saattaa tuoda uusia ajankohtaisempia haasteita. Tavoitteiden tarkistuksen yhteydessä pohditaan ja keskustellaan myös siitä, miten tavoitteet on saavutettu ja onko tavoite ollut riittävän haastava mutta ei liian vaativa. (Routsalo, Arve & Lauri 2004, 207–215.)

4 Miten luoda tavoitteet ja keinot?

4.1 Hanki taustatiedot asukkaasta

Mieti ketä omaisia, läheisiä, ammattilaisia (esim. fysioterapeutti, puheterapeutti tms.) voisit hyödyntää taustatietoa saadaksesi. Kysele, haastattele ja pohdi heidän ja kollegojesi kanssa asukkaan tämän hetken tilanteesta ja toimintakyvystä ja siihen vaikuttavista taustatekijöistä. Täyttäkää toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu kaavake, jotta tämänhetkinen toimintakyky selkeytyisi kaikille osapuolille. Kysy myös asukkaalta (jos mahdollista) minkä hän kokee ongelmaksi tällä hetkellä tai mitä hän haluaisi lisätä tai parantaa elämässään. Miettikää yhdessä mikä olisi mielekästä toimintaa asukkaalle. Tavoitteet on aina suunniteltava asiakkaan taitoja ja tarpeita vastaavaksi (Heimonen & Voutilainen 1998, 23).

4.2 Mieti ketä saat mukaan tavoitteiden laadintaan?

Jos asukkaalla on omaisia tai läheisiä, jotka ovat kiinnostuneita tulemaan mukaan tavoitteiden laadintaan käytä heitä apuna ja tiedonlähteenä mielekkäiden tavoitteiden aikaansaamiseksi. Jos läheisiä ei ole, miettikää yhdessä työparin kanssa vastaavia asioita. Muista hyväksyttää tavoitteet asukkaalla, jos hän ei ole ollut mukana tavoitteiden laadinnassa.

4.3 Miettikää tavoitteet ja keinot yhdessä (2-4kpl)

Asiakaslähtöisesti tavoitteita laadittaessa tulee miettiä mitkä asiat ovat vaikuttamassa asiakkaan taustalla. Tällaisia asioita ovat muun muassa asiakkaan vahvuudet ja ongelmat, rahalliset ja palveluresurssit, ympäristön vaikutukset tai muut osallisena olevat ihmiset. (Sumsion ym. 1999, 19.) Miettikää taustatietojen avulla mitkä olisivat asukkaalle mielekkäitä ja tarkoituksenmukaisia ja ajankohtaisia tavoitteita. Tavoitteiden tulisi olla ymmärrettäviä, selkeitä ja asiakkaan kannalta realistisia. (Rissanen ym. 2008, 629). Tavoitteiden tulisi kohdistua asukkaan tekemään toimintaan, tunnetiloihin tai sosiaaliseen kanssakäymiseen. Keinojen tulisi olla mitattavassa muodossa, jotta jälkikäteen voidaan arvioida saavutettiinko tavoite vai ei.

4.4 Täytä tavoite kaavake ja tarkista lopuksi tavoitteen muoto

- Kysy itseltäsi ovatko keinot mitattavassa muodossa ja riittävän konkreettiset / ymmärrettävät?
- Oletko huomionnut asiakaslähtöisyyden?
- Ovatko tavoitteet elämänhallintaa ja vaikutusmahdollisuuksia lisääviä?
- Ovatko tavoitteet toiminnoista suoriutumista lisääviä ja uusia tapoja löytäviä?
- Ovatko tavoitteet: Tarkoituksenmukaisia, realistisia, saavutettavia, ymmärrettäviä, merkityksellisiä, täsmällisiä, ajankohtaisia ja ympäristön huomioivia?

Jos vastasit myöntävästi kaikkiin kohtiin, tavoitteet on ”oikein” laadittu!

4.5. Muut tiedot tavoitekaavakkeessa

Merkitse lopuksi keitä on osallistunut tavoitteiden laadintaan ja milloin tavoitteet on laadittu. Näin tiedetään koska on aika päivittää tavoitteita.

5 Yhdessä päätetyt asiat

1. Jokaisen sitoutuminen kuntouttavaan työotteeseen on tärkeää.
2. Omahoitaja perehtyy omahoidettavan menneisyyteen ja sen mahdollisiin vaikutuksiin toimintakykyyn ja mielenkiinnonkohteisiin.
3. Omahoitaja laatii 2-4 tavoitetta ja keinot niiden saavuttamiseksi.
4. Vuodenvaihteeseen mennessä tavoitteet on *viimeistään* oltava kaikilla.
5. Tammikuussa 2012 palaveri, jossa tavoitteet käydään läpi kaikkien tietoisuuteen.
6. Tavoitteet tarkastettava / päivitettävä viimeistään vuoden välein tai tarvittaessa.

Lähteet:

Heimonen, S. & Voutilainen, P. 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Rissanen, P.; Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. 2., Painos. Helsinki: Duodecim.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki; WSOY.

Kaski, M.; Manninen, A. & Pihko, H. 2009. Kehitysvammaisuus. 4., Uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Routsalo, P.; Arve, S. & Lauri, S. 2004. Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. International Journal of Nursing Practice 10, 207-215.

Sumsion, T.; Parker, D.M.; Hobson, S. J. G.; Kuszniir, A.; Scott, E.; Gage, M.; Pollock, N.; McColl, M. A. & Carswell, A. 1999. Client-Centred Practice in Occupational Therapy: A Guide to Implementation. Churchill Livingstone.