



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Satu Spets

Muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö

Osaamisen kehittämistä Helsingin kotihoidossa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Geronomi YAMK

Vanhustyön ylempi AMK

Opinnäytetyö

Päivämäärä 28.2.2019

Tekijä Otsikko	Satu Spets Muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö Osaamisen kehittämistä Helsingin kotihoidossa
Sivumäärä Aika	64 sivua + 3 liitettä 28.2.2019
Tutkinto	Geronomi YAMK
Tutkinto-ohjelma	Vanhustyön ylempi AMK
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Yliopettaja Tuula Mikkola Lehtori Eveliina Holmgren
<p>Valtaosalla kotihoidon asiakkaista on jonkinasteinen muistinalenema. Kotihoidon muistisairaiden toimintakykyisyyden tukeminen on ajankohtainen asia. Hoitotyön ja hoitajien osaamisen kehittämiseksi on suositeltavaa kehittää uudenlaisia osaamisen kehittämisen tapoja. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena oli selvittää Helsingin itäisen kotihoidon hoitajien näkemyksiä muistisairaana kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä sekä toteuttaa kehittämistyötä Helsingin kaupungin kotihoidossa hoitajien osaamisen lisäämiseksi.</p> <p>Laadullinen aineisto kerättiin teemahaastattelemalla kotihoidon hoitajia. Aineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä hyödyntäen Rautasalon & Laurin (2001) mallia ikään-tyneen ihmisen kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Kehittämistyötä varten koottiin moniammatillinen kehittämisyöryhmä, joka kokoontui yhteensä neljä kertaa. Aineiston tulokset toimivat kehittämistyön pohjana. Kehittämisyöryhmätyöskentelyn tuotoksena toteutettiin työpajatyöskentelyä Kivikon alueen kotihoidon hoitajille.</p> <p>Teemahaastatteluista saatujen tulosten pohjalta kehittämisyöryhmässä suunniteltiin hoitotyön osaamisen kehittämisen työpajat. Kahdessa iltapäivän mittaisessa työpajassa työstettiin muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämisen kohteita learning cafe menetelmää hyödyntämällä. Työpajatyöskentelyssä hoitotyön kehittäminen ja osaamisen lisääntyminen mahdollistuivat, kun moniammatillisuutta ja asiantuntijuutta hyödynnettiin tavoitteellisen keskustelun kautta. Kehittäminen oli käytännönläheistä ja keskiössä oli esimerkit arjesta yhteisistä asiakkaista. Työpajatyöskentely mahdollisti osallistujille oivalluksia, jossa tieto ja kokemukset vaihtuivat. Työskentelytavassa toteutui kaikkien osallistuminen ja vaikuttamisen sekä kuulluksi tuleminen kokemukset.</p> <p>Johtopäätöksenä voidaan todeta, että muistisairaana asiakkaan hoidossa keskeistä on hoitajan toteuttama vuorovaikutuksellisuus sekä asiakkaan osallisuuden lisääminen kuntoutumisen suunnittelun ja toteutuksen kaikissa vaiheissa. Kotihoidossa kerättyjen osallistuneilta saadun palautteen mukaan tässä toteutettua hoitotyön osaamisen kehittämisen mallia pidettiin hyvänä ja sitä suositeltiin käytettäväksi muissakin kotihoidontiimeissä.</p>	
Avainsanat	kotihoito, muistisairas, kuntoutumista edistävä hoitotyö, osaamisen kehittäminen

Author Title	Satu Spets Developing Rehabilitation Nursing for Clients with Memory Disease in Helsinki Home Care
Number of Pages Date	64 pages + 3 appendices 28 February 2019
Degree	Master of Social Services and Health Care
Degree Programme	Master's Degree Programme in Human Ageing and Services
Instructor(s)	Principal Lecturer Tuula Mikkola Lecturer Eveliina Holmgren
<p>Majority of clients in home care have some form of memory disease. Supporting functional ability of clients with memory disease is a current topic and creating new ways to develop nursing and competence in nursing is necessary. The aim of this study was to find out the visions of nurses in eastern Home Care unit in Helsinki regarding rehabilitation nursing with memory clients and to implement developmental work to increase the competence of nurses.</p> <p>Qualitative research material was gathered by interviewing nurses in Home Care units. Data was analyzed using theory guided content analysis and the model of rehabilitation nursing of elderly by Rautasalo & Lauri (2001) was applied. Multidisciplinary group was then assembled for developmental work and it met four times. Results from gathered data were used as base for developing. As the result of these meetings, a workshop was implemented for home care nurses.</p> <p>Based on the theme interviews, the multidisciplinary group then planned workshops for competence development. Two sets of afternoon workshops were arranged and method of learning café was used to further develop rehabilitation aspects of nursing in the fields of Home Care and memory diseases. Workshops enabled competence development and increasing expertise as multidisciplinary work and expertise were utilized through goal-directed conversations. Development was kept practical and examples of common clients were in the centre of attention. This working method enabled realizations where knowledge and experiences were shared. Important areas of participation, equal influence and being heard were present in the gatherings</p> <p>As a conclusion, nurse driven interactivity and increasing client's participation should always be in the centre when planning and implementing rehabilitation nursing to clients with memory disease. According to the gathered feedback, development method used in this study was considered positive and it was recommended to be used in other Home Care units as well.</p>	
Keywords	home care, Memory disease, rehabilitation nursing, competence development

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kuntoutumista edistävä hoitotyö	3
2.1	Muistisairas kotihoidon asiakas	3
2.2	Kuntoutumista edistävän hoitotyön määrittelyä	5
2.3	Hoitotyön menetelmät	7
3	Hoitotyön osaamisen kehittäminen	8
3.1	Muistisairaahan asiakkaan hoitotyön osaaminen	10
3.2	Lähihoitaja asiakkaan kuntoutumisen edistäjänä	11
4	Toimintaympäristönä kotihoito	11
4.1	Muistisairaahan asiakkaat kotihoidossa	13
4.2	Helsingin kotihoito	14
5	Kehittämistyön tavoite ja tarkoitus	14
6	Menetelmälliset ratkaisut	16
6.1	Toimintatutkimus tutkimuksellisenä lähestymistapana	16
6.2	Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen	17
6.3	Haastateltavien valinta ja kuvaus	17
6.4	Aineiston kerääminen	18
6.5	Aineiston analysointi	19
7	Muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö kotihoidossa	22
7.1	Hoitajan työote muistisairaahan asiakkaan kuntoutumisen edistämisessä	23
7.2	Kuntoutumista edistävän hoidon päätöksenteko	27
7.3	Kotihoidon toiminta	30
8	Kotihoidon osaamisen kehittäminen	37
8.1	Teemahaastatteluista saatujen tulosten koonti	38
8.2	Työpajatyöskentely	39
8.3	Tutkimuksellisen kehittämistyön tuotokset	41
8.4	Kuntoutumista edistävän hoitotyön osaamisen muodostuminen	41
8.5	Osaamisen kehittämisen malli	44

8.6	Yhteenveto	45
9	Johtopäätökset ja pohdinta	46
9.1	Tulosten tarkastelu	47
9.2	Kehittämistyön arviointi	53
9.3	Eettisyys ja luotettavuus	55
9.4	Ajatuksia työn tekemisestä ja jatkotutkimusideoita	57
	Lähteet	58
	Liitteet	
	Liite 1. Teemahaastattelun runko	
	Liite 2. Tutkimustiedote	
	Liite 3. Suostumusasiakirja	

1 Johdanto

Suurin osa vanhuspalvelujen asiakkaista on muistisairaita. Joka toinen muistisairas henkilö asuu kotonaan ja kotihoidon tukemana, todetaan tuoreessa vanhustenhuollon tilaa koskevassa terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämässä selvityksessä. (Kehusmaa & Hammar 2019.) Vuonna 2016 säännöllisen kotihoidon asiakkaista 40 %:lla oli muistisairaus diagnoosi ja 80 %:lla kognition vajaus. Kotihoidon kehittäminen muistisairaiden asiakkaiden kohdalla on yksi vanhuspalveluiden suurimmista haasteista. (Finne-Soveri ym. 2014: 36.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (980/2012) pyrkii parantamaan ikääntyneen väestön toimintakykyä sekä itsenäistä suoriutumista. Laki ohjaa kuntia suunnittamaan ja järjestämään iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluja niin että, ne tukevat ikääntyneen hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Ikääntyneen väestön talvelujen laatusuositusta on uusittu. Suosituksen mukaan toimintakykyisen ja terveen ikääntymisen edistämiseen pitäisi investoida nykyistä enemmän. Tavoitteena on lisätä iäkkäiden kotona asumisen mahdollisuuksia ja vaikuttaa näin tulevaan talvelujen tarpeeseen. Ikääntyneiden talveluita koskeva laatusuositus (2017) ohjeistaa kuntia kehittämään ikääntyneiden kotihoidon talveluita. Suosituksessa mainitaan kuntoutumista edistävän työtavan olevan osana vaikuttavaa hoitoa. Kotihoitotyöntekijöiden kuntoutumista edistävä työtapa tukee ikääntyneen osallisuutta ja elämänhallintaa ja näin parantaa muistisairaahan asiakkaan voimavaroja selviytyä arjessa. (Laatusuositus 2017: 35.)

Kotihoidon muistisairaahan asiakkaat tarvitsevat paljon terveyden- ja sosiaalihuollon räätälöityjä talveluita. Kotihoidon talvelut tulisi tuottaa yksilöllisesti hyödyntämällä lähitalveluita niin, että ne tukevat ikääntyneen muistisairaahan kotona asumista. Kotihoidon talveluiden suunnitteluiden lähtökohtana ovat iäkkään muistisairaahan yksilölliset tarpeet. Kotihoidon henkilöstön osaamista tulee jatkuvasti kehittää. Muistisairaahan asiakkaan hoito ja kuntoutus perustuu hoito- ja talvelusuunnitelmaan. (Muistisairaudet, Käypä hoito -suositus 2017.)

Muistisairaahan asiakkaan hoidetaan tulevaisuudessa pääosin kotona. Tämä asettaa vaatimuksia kotihoidon toimintamallien ja prosessien kehittämiseksi (Sosiaali- ja terveystalvelunministeriö 2016: 36). Kotihoidon talveluiden kehittäminen on muistisairaiden hoidon osalta

yksi kotihoidon suurimmista haasteista. Muistisairaudet ja niiden liitännäisoireet edellyttävät kotihoidon henkilöstöltä osaamista niin sairauden tunnistamisen kuin toimintakykyä tukevan hoidon osalta. (Finne-Soveri ym. 2014: 36; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 1617; Kehusmaa & Hammar 2019.) Muistisairaahan kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä tavoitellaan olemassa olevien voimavarojen ja kykyjen käyttämistä sekä hyvää elämää sairaudesta huolimatta. (Granö & Pikkainen 2010: 263; Heimonen & Voutilainen 2006: 56.) Hoitotyössä hoitajan asiantuntijuus näyttäytyy tavoitteellisena, terveyslähtöisenä ja moniammatillisena toimintana. Asiantuntijuuteen sisältyy myös sitoutuminen kuntoutumista edistävään toimintafilosofiaan. (Vähäkangas 2010: 96.)

Kotihoidon hoitotyöntekijöiden osaaminen vaikuttaa merkittävästi asiakkaiden elämän- ja palvelun laatuun sekä niiden vaikuttavuuteen (Voutilainen, Rautasalo, Isola & Tiikkainen 2008:12). Henkilöstöllä tulee olla riittävä osaaminen muistisairaahan ihmisen identiteettiä ja elämänlaatua tukevaan hoitoon aina muistisairaahan ihmisen elämän loppuun asti. Muistisairaiden ihmisten parissa työskenteleville tulisi määrittää valtakunnallisesti yhtenäiset osaamistavoitteet. (Sosiaali- ja terveysministeriö: 2012: 17.)

Helsingissä muistisairaiden asiakkaiden hoitoketjua on päivitetty vuonna 2018. Hoitoketjussa on määritelty myös kotihoidon asiakkaiden kohdalta muistisairaahan kuntouttavan hoidon ja seurannan toteutus ja tavoitteet. (Muistisairaahan potilaan hoitoketju 2018.) Helsingin kaupunki on nostanut muistisairaiden hoitoon liittyvän kotihoidon henkilöstön koulutuksen osaksi osaamisen kehittämisen suunnitelmaa vuosille 2018–2020 (Tyyskä: 2017).

Tässä opinnäytetyössä kartoitetaan laadullista tutkimusmenetelmää hyödyntämällä Helsingin itäisen kotihoitoalueen hoitotyöntekijöiden näkemyksiä ja osaamista muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Kehittämistyössä hyödynnetään teemahaastattelujen avulla saatuja tuloksia ja toteutetaan moniammatillista hoitotyön osaamista kehittäviä työpajat. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostuu muistisairaahan kuntoutumista edistävästä tutkimustiedosta sekä hoitotyön ammatillisen osaamisen kehittämisestä.

2 Kuntoutumista edistävä hoitotyö

2.1 Muistisairas kotihoidon asiakas

Valtaosalla kotihoidon asiakkaista on eri syistä johtuvaa kognition heikentymistä (Finne-Soveri 2017). Kognitiivista heikentymistä aiheuttavista aivoja rappeuttavista aivosairauksista käytetään käsitettä etenevät muistisairaudet. Muistisairauden edetessä muistisairaudesta kärsivät potilaat dementoituvat, mikä tarkoittaa lisääntyvää tuen ja avun tarvetta asioiden hoitamiseen sekä henkilökohtaisiin toimintoihin liittyvissä asioissa. (Sulkava 2016: 110.) Muistisairaahan toimintakyky heikkenee asteittain ilmentyen alkuun yhteiskunnallisen ja sosiaalisen osallistumisen vähentymisenä. Sairauden edetessä yksilön asioiden hoitaminen vaikeutuu. Tämä näyttäytyy vaikeutena oppia uusia asioita ja käyttää entuudestaan tuttuja kodinkoneita. Viimeisenä toimintakyvyn heikentyminen vaikeuttaa päivittäisissä perustoiminnoissa kuten peseytyminen ja pukeutuminen. Tässä sairauden vaiheessa yksilö tarvitsee toisen henkilön vahvaa ohjausta ja hoitoa, ja usein kotihoidon päivittäinen hoito on ajankohtaista aloittaa. (Pitkälä & Laakkonen 2015: 517.)

Muistisairauksiin ja dementiaoireyhtymään liitettäviä oireita ovat muistin, päättelyn ja toiminnan ohjauksen häiriöt. Muistisairaalla esiintyy lisäksi agnosiaa (hahmottamisen häiriöitä, jolloin muistisairas mm. eksyy helposti tai ei löydä esineitä, jotka ovat silmien edessä) ja afasiaa (kielellisiä häiriöitä, jolloin sanat eivät löydy) ja apaksiaa (kätevyys häiriöitä, joka ilmenee toiminnanhäiriöinä ja lisääntyvänä avun tarpeena henkilökohtaisissa toiminnoissa). Etenevistä muistisairauksista yleisin on Alzheimerin tauti, joka aiheuttaa dementiaa noin 60 % kaikissa tapauksista. Varhainen sairauden diagnostisointi, lääkityksen sekä kuntoutuksen aloitus hidastavat oireiden etenemistä. (Sulkava 2016: 110–119.) Muistisairaahan asiakkaan kuntoutuksessa ja kuntoutumista edistävässä hoidossa keskeistä on selvittää asiakkaan omat selviytymistrategiat ja mikä asiakasta ja hänen perhettään motivoisi parhaalla tavalla. Kuntoutuksen kokonaisuuden tulisi tukea heidän toimintakykyään, hyvinvointiaan ja autonomiaansa parhaalla tavalla. (Pitkänen & Laakkonen 2015: 505.)

Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden kohdalla kiinnitetään huomiota myös muiden sairauksien diagnosoimiseen ja hoitamiseen. Muistisairaathoidon asiakkaat ovat usein monisairaita, ja monet akuutit sairaudet ja vammat voivat perussairausten rinnalla heikentää fyysistä, psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä. Muistisairaathoidon alttiita seka-
vuustiloille, jotka voidaan sekoittaa neuropsykiatriisiin oireisiin. Uusien neuropsykiatristen

oireiden taustalla voi olla akuutti sairaus tai haitallinen lääkitys. Muistisairaat ovat erityisen alttiita kaatumisille. Muiden sairauksien hoidossa yleisperiaatteena on kaikkien sairauksien asianmukainen hoito. Muistisairaahan kivun tunnistaminen vaikeutuu sairauden edessä ja kipuja tulee aina epäillä käytösoireiden tai univaikeuksien ilmaantuessa. (Pitkälä & Laakkonen 2015: 498.)

Vanhenemiseen ja muistisairauteen liittyy monia psyykkisiä uhkia. Vanhenemiseen liitettäviä tekijöitä ovat ruumiilliset ja kognitiiviset ikääntymismuutokset, omat ja läheisten sairaudet sekä vuorovaikutukseen ja läheisiin ihmissuhteisiin liittyvät muutokset. (Saarenheimo 2003: 116.) Muistisairaahan ihmisen elämässä kognitiiviset muutokset heikentävät elämänhallinnan tunnetta samaan aikaan kun autonomian tunne sekä muut elämässä tarvittavat taidot heikkenevät. Elämänhallinnan tunteen heikkeneminen ja siihen liitettävän turvattomuuden tunteen lisääntyminen saattaa näyttäytyä hoitotyössä asiakkaan häiritsevänä käyttäytymisenä. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2010: 235.) Muistisairaahan asiakkaan hoidossa tulee kiinnittää huomiota myös muiden sairauksien hyvään hoitoon tai ne saattavat heikentää merkittävästi yleistä hyvinvointia ja päivittäistä toimintaa (Pitkälä & Laakkonen 2015: 489).

Muistisairaahan asiakkaan hoidossa kotihoidon hoitotiimin suurimpia haasteita ovat käytösoireisen ihmisen psyykkisen ja somaattisen tilan selvittäminen ja tarkoituksenmukainen lääkehoito ja muu hoito (Pitkälä & Laakkonen 2015: 498). Kotihoidon lääkärin tulisi perehtyä yhdessä hoitotiimin kanssa masennuksen, sekavuuden, virtsan- ja ulosteen karkailun ja kaatuilun tunnistamiseen ja hoitoon, jotta toimintakykyä voitaisiin tukea parhaalla tavalla. Hoidon tulee olla kuntouttavaa sairauden kaikissa vaiheissa, jotta vuodelevossa muistisairaahan asiakkaan toimintakyky, lihasvoimat ja tasapainon hallinta eivät heikkenisi. (Pitkälä & Laakkonen 2015: 516.) Eteneviin muistisairauksiin liittyvää haasteellista käyttäytymistä kutsutaan käytösoireiksi ja niitä esiintyy sairaiden keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa. Yleisempiä käytösoireita etenevissä muistisairauksissa ovat harhaluulot, levottomuus, hallusinaatiot, masennus, vaeltelu ja uni-valverytmin häiriöt. Käytösoireet voivat johtua monesta syystä, jona yhtenä pidetään neurologisia muutoksia. (Granö & Pikkarainen 2010: 335.) Käytösoireet voivat olla myös tapa, jolla muistisairas pyrkii säilyttämään autonomiaansa. Hoitajan käyttämä toimintatapa voi jopa pahentaa muistisairaahan käytösoireita tai lievittää niitä. (Pietilä ym. 2010: 262).

Käyttösoireet ovat yksi suurimmista syistä siihen, että kotona asuvan muistisairaana kotona asuminen vaikeutuu. Käyttösoireet saattavat ilmentyä tilanteessa, jossa muistisairaana asiakkaan voimavarat ylittävä hoitotilanne aiheuttaa hänelle kauhua ja kiihtymistä. Kotihoidon työntekijöiden osaamista auttaa käyttösoireista kärsivää muistisairasta ihmistä ja hänen omaistensa tukemista osaavaa vuorovaikutusta ja hoitotyötä tulee lisätä jatkuvasti. (Koponen & Vataja 2015: 475.) Hoito- ja palvelujärjestelmän työntekijöillä tulee olla selkeästi sovittu ja tiedossa oleva toimintamenetelmä, kun he kohtaavat muistisairaana ihmisen kotona asumista vaikeuttavan käyttösoireen (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011: 113). Huono elämänlaatu voi olla käyttösoireita selittävä tekijä. Muistisairaana käyttösoireita voidaan vähentää elämänlaatua tukevalla hoitotyöllä. Yksilöllisen elämänsä ja ihmssuhteiden tunnistamisella sekä yksilöllisestä taustasta nousevien tarpeiden huomioiminen tukee muistisairaana psyykkistä hyvinvointia ja näin vähentää käyttösoireiden ilmaantumista. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011: 26.)

2.2 Kuntoutumista edistävän hoitotyön määrittelyä

Tämän opinnäytetyön kuntoutumista edistävä teoria pohjautuu Rautasalonen & Laurin vuonna 2001 kehittämään iäkkään henkilön kuntoutumista edistävään hoitotyön malliin. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on asiakaslähtöinen toimintatapa, joka tukee muistisairaana asiakkaan itsenäistä selviytymistä. Hoitotyö perustuu terveyslähtöisyyteen ja asiakkaan omaan näkemykseen kuntoutumisen tavoitteista. Kuntoutumisen edellytyksenä on asiakkaan sitoutuminen asetettuihin tavoitteisiin ja hoitajan sitoutuminen kuntoutumista edistävään työotteeseen ja päätöksentekoon. (Routasalo & Lauri 2001: 210.)

Muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävässä toimintafilosofiassa korostuu asiakkaan osallisuus kaikissa päivittäisissä toiminnoissa kykyjensä mukaan. Toimintafilosofia luo konkreettiset puitteet yhteiselle toimintamallille ja vastuuhoidajuudelle näin tukien hoitajan sitoutumista. Toimintafilosofiaa tukevat hoitajien asiantuntijuus ja osaaminen sekä henkilöstön vähäinen vaihtuvuus ja riittävät henkilöstoresurssit. (Vähäkangas 2012: 91.) Muistisairaana asiakkaan hoitotyössä vuorovaikutus on keskiössä. Myönteisessä vuorovaikutuksessa asiakkaalle annetaan aikaa ja hänen kognitiiviset kykynsä huomioidaan. Vuorovaikutus tukee ja kannustaa asiakkaan olemassa olevien voimavarojen käyttöön ottamista. (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007: 111–121.) Kuntoutumisen edistämiseksi yhdistetään erilaisia hoito-, kuntoutus- ja tukimuotoja asiakkaan mielenkiinnon mukaisesti. Hoito on suunnitelmallista, ennakoivaa ja arviointi on jatkuvaa. (Suhonen ym. 2008: 13–14.)

Kuntoutumista edistävä hoitotyö korostaa asiakkaan yksilöllisyyttä, olemassa olevien voimavarojen ja taitojen tunnistamista sekä niiden edistämistä. Hoitotyötä ohjaa asiakkaan elämäntarinan ja mielenkiinnon kohteiden sekä nykyisen ja vaihtelevan toimintakyvyn tunteminen. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on suunnitelmallista ja se perustuu yhdessä asiakkaan ja tämän läheisten sekä moniammatillisen tiimin kanssa laadittavaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Granö & Pikkarainen 2010: 334; Vähäkangas 2010: 91–96.)

Kuntoutumista edistävä hoitotyö ilmenee hoitajan työtapana, jolla hoitajat työtään toteuttavat. Hoitajan samoin kuin muistisairaana asiakkaan sitoutuminen omaan kuntoutumisensa edistämiseen luo pohjan tavoitteiden saavuttamiselle. Vastuuhoitajamalli tukee hoitajan keskittymistä muutaman asiakkaan tilanteeseen sekä selkeyttää hoitotyön päätöksentekoa ja vastuunjakoa. (Rautasalo & Lauri 2001: 213.)

Piia Vähäkankaan (2010) väitöskirjan tuloksista käy ilmi, että kuntoutumista edistävä toimintafilosofia nousi esille tärkeänä kuntoutumista edistävän toiminnan perustana. Toimintafilosofiassa korostetaan asiakkaan aktiivista osallistumista päivittäisiin toimintoihin kykyjensä mukaan. Myös omaisten osallistumisen tärkeyttä asiakkaan hoidossa painotettiin. Toimintafilosofia luo konkreettiset puitteet yhteiselle toimintamallille ja vastuuhoitajuudelle näin tukien hoitajan sitoutumista. Toimintafilosofia pohjautui hoitoyksikön strategiaan ja tavoitteisiin. Lähijohtajien mukaan kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista tukevat riittävä henkilöstön määrä, asiantuntijuus ja osaaminen sekä sitoutuminen ja hoitohenkilöstön vähäinen vaihtuvuus. (Vähäkangas 2012: 91.)

Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä hoitajan työtapa ja asennoituminen tukevat muistisairaana asiakkaan kuntoutumista. Työtavassa hoitaja motivoi ja ohjaa asiakasta toimimaan itse ja tukee toimintakykyä tukevien toimintojen toteutumista sekä toteuttaa perushoitoa, antaa tietoa ja ehkäisee komplikaatioiden syntymistä. Hoitajan työtavassa korostuu hoitajan omien asenteiden tunnistaminen, taitoa toimia yhdessä asiakkaan kanssa sekä vahvistaa ammatillista tietopohjaa. Tieto auttaa taidon kehittämisessä ja mahdollistaa samalla myös omien asenteiden tarkkailun ja kyseenalaistamisen. Suunnitelmallisen kuntoutumista edistävä hoitotyön toteuttaminen edellyttää järjestelmällistä hoitotyön kirjaamista, jotta toteutumista voidaan arvioida ja edelleen kehittää. Kirjaamisessa keskitytään siihen, miten asiakas on edistänyt kuntoutumistaan ja kuinka hoitotyön

tukee sen toteutumista. Asiakkaan itsensä asettamat tavoitteet ja näkemykset ovat keskiössä kuntoutumista edistävässä hoitotyössä ja sen kirjaamisessa. (Rautasalo & Lauri 2001: 213–214.)

2.3 Hoitotyön menetelmät

Muistisairaankuntoutumisessa on keskeistä huomioida fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen ja tukemisen kokonaisuus (Pitkälä & Laakkonen 2015: 496). Kuntoutumisen edistämiseksi saavutetaan paras tulos yhdistämällä erilaisia hoito-, kuntoutus- ja tukimuotoja asiakkaan mielenkiinnon mukaisesti. Hoidon seuranta on suunnitelmallista, ennakoivaa ja arviointi on jatkuvaa. Ennakoivan hoitotyön tärkeä tavoite on tunnistaa kriisitilanteet ja erityisesti laitoshoidon joutumisen vaaratekijät. (Suhonen 2008 ym.) Muistisairaankuntoutumista edistävä hoitotyö on monimuotoista huomioiden elämän kaikki osa-alueet. Hoitajan työtapa huomioi muistisairaankuntoutumisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toiminnan. (Mönkäre, Hallikainen, Nukari & Forder 2014: 8.) Tavoitteena on tukea muistisairaankuntoutumista mielekkään ja aktiivisen arjen toteutumista.

Kuntoutumista tukevat harrastukset ja sosiaaliset verkostot lisäävät turvallisuuden tunnetta sekä tukevat pystyvyyden ja osallisuuden tunnetta (Muistiliitto 2016: 25). Ikääntyneiden yksinäisyyden lievittämiseksi on psykososiaalisella ryhmäkuntoutuksella todettu olevan yksilöä voimaannuttava vaikutus. Psykososiaalinen ryhmäkuntoutus parantaa muistisairaankuntoutumista psyykkistä hyvinvointia, kognitiivista suorituskykyä ja yleistä terveydentilaa. (Pitkälä, Rautasalo, Kautiainen, Savikko & Tilvis 2005: 6.) Alzheimerin tautia sairastavien kohdalla kotona tapahtuvan räätälöidyn liikunnallisen kuntoutuksen on havaittu hidastavan toiminnanvajauksien etenemistä (Pitkälä ym. 2013: 136).

Muistisairauteen liittyy usein haurastumista ja laihtumista jo ennen diagnoosia, mikä tulee huomioida kuntoutuksen suunnittelussa (Pitkälä & Laakkonen 2015: 497). Muistisairaankuntoutumisen hyvä ravitsemus tukee yleistä hyvinvointia ja ylläpitää toimintakykyä. Kotihoidossa ikääntyneiden asiakkaiden ravitsemukseen tulisi kiinnittää huomiota, koska valtaosa kotihoidon asiakkaista ovat aliravitsemusriskissä tai aliravittuja. Suurentunut riski heikentyneeseen ravitsemukseen on asiakkailta, joilla on käytössään suuri lääkemäärä, alentunut kognitio tai masennusoireita. (Kaipainen, Tiihonen, Hartikainen & Nykänen 2015). Ravitsemuksen lisäksi hoitotyössä tulisi kiinnittää huomiota riittävään nesteiden saantiin. Muistisairaankuntoutumista seurataan mittaamalla painoa säännöllisesti. Tarvittaessa

ravitsemusta voidaan täydentää ravintolisillä ja ateriankorvikkeilla. (Suominen 2014: 243.) Alzheimerin tautia sairastavalla laihtuminen on yleistä taudin edetessä. Tämä todennäköisesti johtaa lihaskatoon, liikuntakyvyn heikkenemiseen ja tulehdusalttiuteen. Sen vuoksi ravitsevaan ja proteiineja suosivaan ruokaan ja ravinnon saantiin tulee kiinnittää hoito- ja palvelusuunnitelmassa erityistä huomiota sairauden kaikissa vaiheissa. (Suominen 2007: 19–25.)

Toimintakulttuurilla ja hoitajien työtavoilla on vaikutusta muistisairaana asiakkaan hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Myönteisessä vuorovaikutustilanteessa asiakkaalle annetaan aikaa ja hänen kognitiiviset kykynsä huomioidaan vuorovaikutuksessa. Myönteinen vuorovaikutus tukee muistisairaana asiakkaan minuuden ja arvokkuuden kokemusta. Vuorovaikutus tukee ja kannustaa asiakkaan olemassa olevien voimavarojen käyttöön ottamista ja on kannustavaa. Muistisairaana asuessa omassa kodissa tarpeet nähdään monimuotoisimpana ja yksilöllinen tukeminen mahdollistuu laitospäristöä paremmin. (Topo ym. 2007.)

Hoitotyössä haasteellisia ovat tilanteet, joissa muistisairas asiakas vastustelee hoitoa, käyttäytyy levottomasti ja aggressiivisesti. Tämän kaltaisissa hoitotilanteissa voidaan päästä onnistuneeseen lopputulokseen hoitajan hyödyntäessä persoonallista, luovaa ja ammatillista toimintatapaa. Rauhallisuus ja empaattisuus toimivat yhdessä määrätietoisena ja luottamuksellisen toimintatavan kanssa. Tärkeänä voidaan pitää hoitajan taitoa ennakoita haasteellisen tilanteen syntymistä. Hoitajan eettinen toimintatapa näyttäytyy kohtaamisessa ja hoitotilanteissa vanhuksen ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista antaen vanhukselle mahdollisuuden osallistua hoitoon liittyvään päätöksentekoon. (Saarnio & Isola 2010: 327–331.)

3 Hoitotyön osaamisen kehittäminen

Osaamisella tarkoitetaan työn vaatimien tietojen ja taitojen hallintaa sekä niiden soveltamista käytännön työtehtävissä. Osaaminen ymmärretään monesti ammattitaitoa laajempaan käsitteenä. Osaaminen näyttäytyy yksilöllisenä ja yhteisöllisenä toimintana, ollen formaalin koulutuksen ja informaalin kokemisen ja kehityksen tulosta. Osaaminen on tietämisen lisäksi laajempaa tekemisen hallintaa, jossa sosiaalinen vuorovaikutus painottuu. Osaaminen on epävarmuuden sietoa, joustavuutta ja muutoshalukkuutta sekä jatkuvaa kehittämistä. Osaaminen on sidoksissa kontekstiin ja sen arviointi on arvosidonnaista ollen yhteydessä toimintakulttuuriin. (Helakorpi 2005:134).

Ammatillinen osaaminen muodostuu toisaalta ammatissa tarvittavista tiedoista ja taidoista sekä yksilön persoonallisuudesta, joita perimä ja sosiaalinen toimintaympäristö ovat elämän aikana muokanneet. Näin ollen yksilön ammatillinen osaaminen muokkaantuu koko elämän ajan. Osaamisen ja ammattitaidon perustana pidetään kyvykkyyttä. Kyvykkyyden ajatellaan olevan yhteydessä perintötekijöihin ja toisaalta seurausta koulutuksen ja kokemuksen kautta opitusta. Nykyisin työelämän ammatilainen ja asiantuntija on enemmän sidoksissa toimintakontekstin eri tekijöihin: ihmisiin, asioihin ja organisaation verkostoihin. Tähän liittyy keskeisesti myös arvoperustainen kyky harkintaan sekä tiedon käyttäminen ja pohdinta. Oppiminen ja opetus tapahtuvat pääasiallisesti tietoverkossa, joille ominaista on yhteisöllisyys ja omien sekä toisten ajatusten peilaaminen työyhteisössä. Oppiminen on näin luonteeltaan kontekstuaalista ja sosiaalista. (Helakorpi 2005:55.)

Tulevaisuuden osaamisessa korostuvat yksilön vuorovaikutustaidot ja kyky jatkuvasti kehittää osaamistaan vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Osaamista jaetaan vuorovaikutuksessa ja työntekijä on osaava toimija työyhteisössä eivätkä osaaminen ja koulutus ole niinkään yksilöön kertynyt ominaisuus. Palveluiden järjestämisessä korostuvat yhteisöosaaminen ja sen jakaminen sekä joustava hyödynnettävyys. Organisaation osaaminen on yhteistä pääomaa ja helposti kaikkien saatavilla. Tulevaisuuden osaamisessa korostuu yksilön ajattelu ja oppimistaidot, yhteisön vuorovaikutukseen sekä toimintaympäristössä toimimiseen liittyvät taidot. Elinikäinen oppiminen on työn tulevaisuutta tarkoittaen jatkuvaa kouluttautumista ja tietojen ja taitojen ajantasaistamista. (Dufva ym. 2017: 13–22.)

Oppivassa organisaatiojohtamisessa osaamista johdetaan määrätietoisesti organisaation strategian mukaisesti. Osaamisen johtaminen ei ole itse tarkoitus työssä, vaan henkilöstön osaaminen kehittyy arkityössä organisaation tavoitteiden mukaisesti. Osaamisen johtaminen ei ole erillisiä toimenpiteitä vaan osaamisen jakaminen osa työnteke- mistä, jossa osaamisen kehittymistä tapahtuu luontevasti. Parasta henkilöstön kehittämistä on, kun tulevaisuudessa tarvittava osaaminen ja arkityön tekeminen yhdistetään toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Organisaation johto yhdessä henkilöstön kanssa luo osaamista kehittäviä arkeen liittyviä toimintamalleja ja -tapoja. (Tuomi & Sumkin 2012). Helsingin kaupungin uudessa johtamisen mallissa (2017) keskiössä ovat yhteinen työ, itseohjautuvuus ja sisäinen motivaatio (Uudistuvat palvelut ja uusi johtamismalli 2018).

Henkilöstön osaamisen voidaan nähdä kehittyvän parhaimmillaan osana yhteistä työntekemistä, joka näin tukee työntekijän itseohjautuvuutta, motivaatiota sekä lisää työhyvinvointia.

3.1 Muistisairaana asiakkaan hoitotyön osaaminen

Kotihoidossa hoitotyössä työskentelee lähihoitajia, sairaanhoitajia sekä terveydenhoitajia. Muistisairaiden hoidossa ja kuntoutuksessa sovelletaan Käypä hoito -suosituksia. Työntekijöiden osaaminen vaikuttaa merkittävästi palvelun laatuun ja vaikuttavuuteen sekä asiakkaiden elämänlaatuun. Näistä syistä kotihoidon hoitohenkilökunnan täydennyskoulutus gerontologisen hoitotyön osaamisen lisäämiseksi on perusteltua (Voutilainen ym. 2008:12). Kotihoidon ammattihenkilöstöllä tulisi erityisesti olla valmiuksia huomioida hoidossa eri muistisairauksien mukanaan tuomat muutokset sekä pystyä ennakoida hallitsemaan käytösoireiden ilmaantumista ja niiden mukanaan tuomia tilanteita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012:16).

Gerontologinen hoitotyö on vahvistunut Suomessa omaksi erityisosa-alueekseen 2000-luvulla. Gerontologisessa hoitotyössä on monia yhtymäkohtia Rautasalon & Laurin (2001) kuntoutumista edistävän hoitotyön teorian kanssa. Gerontologinen hoitotyö soveltaa ikääntymiseen liittyvää teoreettista tietoa tavoitteenaan terveyden edistäminen ja sairauksien hoito sekä toimintakyvyn ylläpitäminen ja kohentuminen. Gerontologisen hoitotyön osaaminen edellyttää vahvaa hoitotyön etiikan ja gerontologisen tiedon soveltamista moniammatillisissa tiimeissä. Gerontologinen hoitotyö on luonnollinen osa kaikkien kotihoidossa työskentelevien hoitotyöntekijöiden tietoperustan rakennetta. Gerontologisen hoitotyön osaamisen katsotaan olevan erityisosaamista, jonka perusta muodostuu sairaanhoitajan tutkinnon myötä. (Tiikkainen & Heikkinen 2013: 454.) Kotihoitotyössä sairaanhoitajien rooli tiimin hoidollisena asiantuntijana on kasvanut. Sairaanhoitajilta vaaditaan enenevässä määrin koko hoitotiimiä koskevaa ohjaus- ja neuvontaosaamista ja valmiutta. (Tiikkainen & Heikkinen 2013: 464.)

Muistisairaana asiakkaan hoitotyössä keskeistä on työntekijöiden hoitotyössä soveltamat eettiset ja vuorovaikutukselliset taidot. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöillä on velvollisuus kehittää ammattiosaamistaan. Ammattietiikan perusta tulee ammattitutkinnon kautta ja sitä pidetään yllä jatko- ja täydennyskoulutuksella. Koulutuksella tavoitellaan sitä, että eettiset periaatteet ovat olennainen osa hoidon arkea. (Etene 2008: 9.) Muistisairaana asiakkaan hoitotyössä ammattietiikka toimii pohjana ammatilliselle tiedolle

muistisairaahan asiakkaan sairaudesta ja siinä toteutettavan hoidon erityispiirteistä. Muistisairaahan asiakkaan tilanteen ymmärtäminen toimii ammatillisen hoitotyön edellytyksenä tukien asiakkaan hyvää elämää ja toimintakykyisyyttä. Hoitotyöntekijän on tärkeää tunnistaa omat asenteensa ikääntymiseen ja ikääntyneisiin sekä omat arvonsa voidakseen arvioida niiden vaikutusta omaan toimintaansa. (Tiikkainen & Heikkinen 2013: 457.)

3.2 Lähihoitaja asiakkaan kuntoutumisen edistäjänä

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö kohdentuu pääosin lähihoitajien ammatillisen osaamisen lisäämiseen ja kehittämiseen. Lähihoitaja on suorittanut sosiaali- ja terveydenhuollon perustutkinnon. Opetushallitus määrittää tutkinnon perusteissa lähihoitajan osaamista ja työyhteisövalmiuksia. Lähihoitaja toimii työssään alan säädöksiä ja toimintaohjeita sekä arvoperustaa ja ammattietiikkaa noudattaen. Lähihoitaja toimii ammatillisessa vuorovaikutuksessa sekä moniammatillisissa sekä - että monikulttuurisissa toimintaympäristöissä. Lähihoitaja suunnittelee, toteuttaa ja arvioi asiakkaan terveyttä, hyvinvointia, toimintakykyä ja osallisuutta edistävää hoito- ja huolenpitotyötä erilaisissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä. Hän antaa asiakaslähtöisesti palvelujen ohjausta, hyödyntää monipuolisesti hyvinvointiteknologiaa ja kehittää omaa ammattitaitoaan elinikäisen oppimisen mukaisesti. Tutkinnon eri valinnaiset osat tuottavat osaamista lähihoitajalle suuntautumisvaihtoehdon mukaisesti, joissa yhtenä vaihtoehtona on kotona asumisen ja elämänhallinnan tukeminen. (Opetushallitus 2018.)

Ikääntyneen väestön osalta lähihoitajan ammatillisen erityisosaamisen kehittämisen haasteena on juuri muistisairauksien hoidon osaamisen lisääminen kansansairauksien hoidon sekä mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon ja ehkäisyn ohella. Lähihoitajan osaamista tulee kehittää asiakkaan tarpeista lähtevään hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Lähihoitajan oma kiinnostuneisuus ja kyvykkyys tunnistavat oman ammatillisen kehittymisen haasteita ja toimivat perustana ammatilliselle kasvulle ja kehittymiselle. (Hakala, Tahvanainen, Ikonen & Siro 2011:116.)

4 Toimintaympäristönä kotihoito

Vanhustenpalveluiden ennustetaan kohdentuvan lähes kokonaan muistisairaille noin vuosikymmenen loppuun mennessä. Vuonna 2016 säännöllisen kotihoidon asiakkaista 40 %:lla oli muistisairausdiagnoosi ja 80 %:lla kognition vajaus (Finne-Soveri: 2017:36). Ikääntyneiden palveluissa asiakkaiden ja henkilöstön määrä on noussut. Asiakasmäärät

kotihoidossa ovat nousseet nopeimmin ja erityisesti kasvaa paljon palvelua tarvitsevien asiakkaiden määrä. Kotihoidon asiakkaat ovat siis aikaisempaa heikkokuntoisempia. Useat maakunnat ovatkin lisänneet kotihoidon henkilökuntaa. Kotihoidossa suurin henkilöstöryhmä ovat lähihoitajat. (Kehusmaa, Alastalo, Hammar & Luoma 2018.)

Kotihoidon henkilöstön osaaminen kotihoidossa olevien muistisairaiden asiakkaiden osalta tulee tulevaisuudessa korostumaan ja kotiin annettavien kuntoutuspalveluiden tarve tulee lisääntymään (Noro ym. 2015). Vanhustenpalveluita ohjaavat säännökset ja suositukset ohjaavat kunnissa ikääntyneiden palveluiden keskittämistä. Vanhuspalvelulaki (2012/980) sekä hiljattain päivitetty ikääntyneiden palveluiden järjestämistä koskeva laatusuositus painottaa ensisijaisesti ikääntyneiden kotona asumista, kuntouttavien sekä toimintakykyä ylläpitävien kotona asumista tukevien palveluiden järjestämistä. Tämä tarkoittaa moniammatillisen työskentelyn lisäämistä sekä kotihoidon henkilöstön osaamisen kehittämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017: 23.) Muistisairaita ihmisiä hoidetaan kotona mahdollisimman pitkään ja kotihoidon henkilöstön osaaminen muistisairaiden asiakkaiden osalta tulee jatkossa korostumaan. Tavoitteen toteutumiseksi hoitoa, kuntoutusta ja siihen liitettäviä palveluita tulee kehittää ja lisätä. (Kehusmaa & Hammar 2019; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012: 12–15.)

Oulun ja Kokkolan kaupungit toteuttivat yhteistyönä Oulun yliopistokeskuksen ja Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa toteuttivat yhteistyönä EU-rahoitteisen hankkeen vuosina 2009–2012, jossa kehitettiin kotihoitoa ja ympärivuorokautista hoivaa. Yksi hankkeen interventioista toteutettiin muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävien toimintamallien ja kirjaamisen kehittämiseksi kotihoidossa. (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012.) Hankkeen tuloksissa todettiin juuri asiakaslähtöisen, moniammatillisen ja kokonaisvaltaisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen auttavan muistisairaana asiakkaan hoidon ja ohjauksen tarpeen kohdentamisessa. Asiakkaan ja omaisen mukana oleminen on keskeistä juuri itsemääräämisoikeuden toteutumisen ja kuntoutumiseen motivoitumisen ja sitoutumisen vuoksi. Hoitajien osaamisen kehittämisen osalta juuri kuntoutumista edistävän työtapaan liittyvät tekijät ovat keskiössä. Hoitajan hoito- ja palvelusuunnitelmaprosessin hallintaa ja RAI (kotona asuvan palveluihin suunniteltu RAI-HC mittari) osaamista lisäämällä voidaan muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistää varhaisemmassa vaiheessa. (Vähäkangas ym. 2012: 52–53.)

Vähäkangas ym. (2012) esittävät raportissaan, että suurimmat haasteet ikääntyneiden palveluiden järjestämisessä ovat hyvän hoidon laadun tason määrittäminen ja turvaaminen sekä hoitotyön vetovoimaisuuden lisääminen. Hoidonsuunnitteluprosessi tulee kuvata ja avata organisaatioissa. Tätä kautta kotihoidossa voidaan jäsentää kuntoutumista edistäviä toimintamalleja ja niiden sisältöjä sekä määrittää moniammatillisen tiimin jäsenten rooleja ja vastuita paremmin. Kuvaamalla prosessi mahdollistuu yksikön nykytilan tarkastelun ja kehittämistyön tavoitteiden asettaminen. Yksikön esimies omalla esimerkillään olemalla paikalla viestittää hoitotiimille asian tärkeyttä sekä tunnistaa samalla työntekijöiden asenteita ja motiiveja ja näin pystyy vaikuttamaan niihin johtaessaan hoitotyön kehittämistä. (Vähäkangas ym. 2012: 17.)

4.1 Muistisairaat asiakkaat kotihoidossa

Kotona asumista pidetään yleisesti parhaana vaihtoehtona muistisairaalle ihmiselle. Kodin tuttuus, rutiinit ja niiden tarjoama turva tukevat ihmisen elämänlaatua sekä lisäävät elämänhallinnan tunnetta. (Pikkarainen 2011: 162 -163.) Muistisairaat itse arvioivat elämänlaatunsa paremmaksi kotihoidossa kuin laitoshoidossa ja riittäväksi koettu toimintakyky on yhteydessä myös elämänlaatuun (Stolt ym. 2015: 64). Kotihoidon työntekijät työskentelevät muistisairaahan asiakkaan kotona. Koti toimii asiakkaan yksilöllisenä ympäristönä, jossa on nähtävissä asiakkaan yksilöllinen elämäntapa ja tyyli. Kodin toiminnot ja rutiinit voivat toteutua muistisairaalla asiakkaalla hyvin pitkäänkin. Kodin tuttuuden ja turvallisuuden kokemus alkaa murentua sairauden edetessä. Tämä voi näyttäytyä vaikeuksina tunnistaa ympäristössä erilaisia yksityiskohtia ja niistä muodostuvia kokonaisuuksia. Sairauden edetessä kodin tuttuus alkaa hajota ja tilat alkavat tuntua vierailta. Tämä voi näyttäytyä asiakkaan esittämänä toiveena päästä kotiin sekä lisääntyvänä kodista lähtemisenä. (Pikkarainen 2011: 165–167.)

Ikääntyessä aistit, motoriikka ja kognitiiviset taidot usein heikentyvät vaikuttaen näin heikentävästi kykyyn selvittää turvallisesti päivittäisistä toiminnoista. Tällöin kotihoidon ammattilaisten keskeisenä tehtävänä on yhdessä asiakkaan kanssa arvioida asunnon esteettömyys ja turvallisuus sekä tukea tarvittavien muutostöiden ja apuvälineiden hankinnassa. Kodin ympäristön tulisi mahdollistaa asiakkaan itsenäinen ja turvallinen toimiminen. Esteettömässä ympäristössä palvelujen saatavuus, tiedon ymmärrettävyys, välineiden käytettävyys sekä mahdollisuus osallistua itseä koskevaan päätöksentekoon on mahdollistettu. (Elo 2010: 94–95.)

4.2 Helsingin kotihoito

Kotihoito on kotipalvelujen, sairaanhoitopalveluiden sekä tukipalveluiden palvelukokonaisuus, jolla tuetaan kotona asuvia eri-ikäisiä avun tarvisijoita, joiden toimintakyky on pysyvästi tai tilapäisesti heikentynyt. Kotihoidossa hoitotyössä työskentelee lähihoitajia, kotiavustajia, sairaanhoitajia sekä terveydenhoitajia. Kotihoidon tavoitteena on kuntoutumista edistävän hoitotyön keinoin auttaa, tukea ja kuntouttaa asiakasta selviytymään omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Kotihoidon palveluina tuotetaan asiakkaalle kotipalveluita ja kotisairaanhoidollisia palveluita. Kotihoitotyö perustuu yhdessä asiakkaan ja omaisen kanssa laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Ikonen 2013: 15–20.)

Helsingin kaupungin kotihoidon palvelut kohdentuvat entistä enemmän paljon palveluja tarvitseviin asiakkaisiin. Etähoitoa ja -kuntoutusta lisätään ja kehitetään. (Kotihoito 2020 2015: 2-7.) Itäinen kotihoitoyksikkö järjestää kotihoitoa Itäkeskuksen (Puotila, Vartiogarju), Myllypuron (Puotinharju, Marjaniemi, Roihupelto, Myllypuro, Itäkeskus), Kontulan (Kontula, Vesala, Mellunmäki, Fallbacka, Östersundom, Karhusaari, Talosaari, Salmenkallio) ja Kivikon (Kivikko, Kurkimäki) alueella kuukausittain yli 1000:lle säännöllisen kotihoidon asiakkaalle ja noin 400 tukipalveluasiakkaalle. Itäisellä kotihoitoalueella työskentelee hoitotyöntekijöitä yli 200. (Omavalvontasuunnitelma 2016.)

Helsingin kotihoidon toimintamalli on moniammatillinen ja sen tavoitteena on tukea muistisairaana asiakkaan kotona asumista mahdollisimman pitkään sairaudesta huolimatta. Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma perustuu RAI-toimintakykyarvioinnin pohjalta tehtyyn hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Moniammatillista arviointia ja asiakkaan kuntoutumista ja toimintakykyä tukevaa yhteistyötä tehdään omaisten, sosiaalialan ammattihenkilöiden sekä toiminta- ja fysioterapeuttien kanssa. Kotihoidon yhteistyötä alueen palvelukeskusten ja muiden kolmannen sektorin toimijoiden ja vapaaehtoisten kanssa on viime vuosin kehitetty ja lisätty. Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa tavoitellaan asiakkaan omatoimisuutta ja osallisuutta lisäävään suuntaa. (Kotihoito 2020 2015:6-7.)

5 Kehittämistyön tavoite ja tarkoitus

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena on selvittää kotihoidon hoitajien näkemyksiä muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä sekä toteuttaa

kehittämistyötä Helsingin kaupungin itäisessä kotihoidossa hoitajien osaamisen lisäämiseksi. Kotihoidon hoitajien osaamisen lisäämisellä tavoitellaan kotihoidon asiakkaan toimintakykyisyyden ja hyvän elämän tukemista sekä kotihoidon henkilöstön työhyvinvoinnin lisääntymistä. Tutkimuksellista kehittämistyötä varten koottiin moniammatillinen kehittämistyöryhmä, joka kokoontui kevään ja kesän aikana yhteensä neljä kertaa. Työryhmässä käytiin keskustelua kehitettävästä aiheesta ja tehtiin kehittämistyön suunnitelmaa ja työnjakoa. Kehittämistutkimuksessa haastatellaan kotihoidon lähi- ja sairaanhoitajia. Teemahaastatteluin kerätyn aineiston tulokset toimivat kehittämistyön pohjana. Kehittämistyöryhmätyöskentelyn tuotoksena toteutettiin työpajatyöskentelyä Kivikon alueen kotihoidon hoitajille. Kotihoidon hoitajille toteutettiin kaksi samansuuntaista työpajaa, joiden tavoitteena oli syventää hoitajien ymmärrystä muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävästä hoidosta sekä samalla toteuttaa työpajatyöskentelyä osaamisen lisäämisen menetelmänä kotihoidossa.

Teoriaosuudessa esiteltiin Rautasalonen & Laurin (2001) kehittämä ikääntyneen ihmisen kuntoutumisen edistämisen mallin keskeinen sisältö. Teoriaa on täydennetty muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävään hoitotyön menetelmien osalta hyödyntäen voimassa olevia hoitosuosituksia ja hoitotyön vuorovaikutuksessa huomioitavat seikat. Muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävä teoriapohja on muodostettu huomioiden ihmisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kokonaisuuden. Tutkimuskysymykset on muodostettu niin, että niillä saataisiin vastauksia laaja-alaisesti huomioiden kuntoutumista edistävän hoitotyön monimuotoisuus. (Mönkäre ym. 2014; Granö & Pikkarainen 2010: 334; Vähäkangas 2010: 91–96.)

Tässä opinnäytetyössä haetaan teorian ohjaamana vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten kotihoidon hoitotyössä asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö näyttäytyy?
2. Mitkä seikat tukevat kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista?
3. Mitkä seikat heikentävät kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista?
4. Minkälaista ammatillista osaamista kuntoutumista edistävä hoitotyö vaatii hoitajalta?
5. Miten kuntoutumista edistävän hoitotyön osaamista voitaisiin kotihoidossa lisätä?

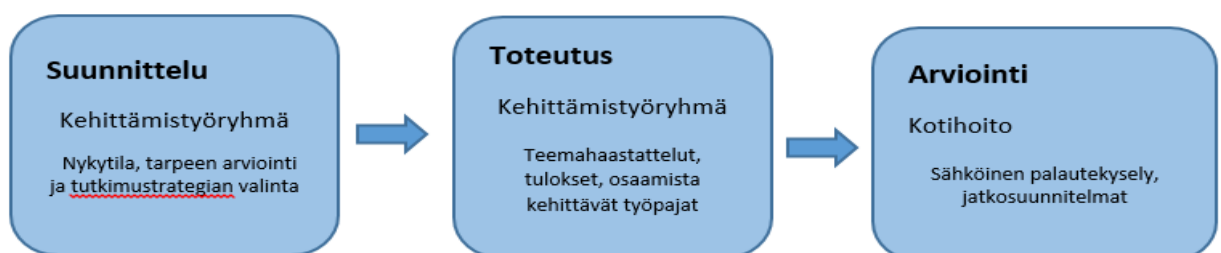
6 Menetelmälliset ratkaisut

6.1 Toimintatutkimus tutkimuksellisena lähestymistapana

Toimintatutkimuksen tavoin opinnäytetyön tarkoituksena on ihmisten toiminnan muuttaminen ja kehittäminen. Tutkimuksellisessa kehittämistyössä tuotetaan tietoa kotihoidon hoitajien osaamisen sekä kotihoidon toiminnan kehittämiseksi ja parantamiseksi. Toimintatutkimuksen tavoin keskeistä on yhteistyö kotihoidon toimijoiden kesken. Kehittäminen on ollut osallistavaa ja käytännön tarpeista nousevaa. (Heikkinen 2006: 16–17; Kananen 2014: 11.) Kehittämistutkimuksen tavoin tavoitteena on kehittää hoitotyötä lisäämällä osanottajien tietoja ja asiantuntemusta muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävän hoitotyön osaamisen lisäämisen osalta. (Heikkinen 2006:16–17; Kananen 2014: 11.)

Tutkimuksellinen kehittämistyö toteutettiin yhteistyössä työelämän kanssa ja toimintatutkimuksen vaiheita mukaillen sisältäen suunnitteluvaiheen, toteutusvaiheen ja arviointi ja -seurantavaiheen (Kananen 2014: 55). Opinnäytetyön työelämäohjaajana toimivat kotihoitopäällikkö ja kotihoidon ohjaaja. Kotihoidossa tehtävää hoitotyötä tarkasteltiin kehittämistyöryhmässä ja arvioidaan käyttäen laadullisia tutkimusmenetelmiä. Kehittämistyö käynnistyi pääosin pareittain toteutetuilla teemahaastatteluilla, joissa kotihoidon hoitotyöntekijöitä pyydettiin pohtimaan hoitotyön käytäntöjä kuntouttavan hoitotyön sekä osaamisen kehittämisen näkökulmista. (Heikkinen 2006:22.) Aineistonkeruu menetelmäksi valikoitui teemahaastattelu, joka mahdollisti hoitotyöntekijöiden avoimen keskustelun sekä kotihoitotyöhön keskeisesti liittyvien tekijöiden esille tuomisen. Teemahaastatteluilla kerätty aineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällön analyysillä. Tutkimustulokset toimivat kehittämistyön pohjana. (Eskola & Suoranta 2008: 126–127.) Kuviossa 1. on kuvattuna tämän kehittämistutkimuksen vaiheet ja niissä toteutettu toiminta.

Kuvio 1. Kehittämistutkimuksen toteuttamisen vaiheet



6.2 Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen

Tutkimuksellinen kehittämistyö käynnistyi helmikuussa 2018. Itäisen kotihoidon tiimeihin toimitettiin kotihoidon ohjaajien kautta tutkimustiedote (liite 2), jonka tavoitteena oli saada hoitajia osallistumaan teemahaastatteluihin. Haastattelut toteutettiin maaliskuun aikana opinnäytetyöntekijän toimesta. Kehittämistyöryhmä kokoontui maalis-elokuun aikana yhteensä neljä kertaa. Toukokuussa kehittämistyöryhmässä opinnäytetyöntekijän toimesta esiteltiin alustavat haastatteluiden tulokset, joiden pohjalta kesäkuussa kehittämistyöryhmässä valittiin kolme keskeistä kehittämisen aihealuetta. Elokuussa kehittämistyöryhmässä suunniteltiin kaksi saman sisältöistä työpajaa toteutettavaksi Kivikon alueen kotihoidon hoitotyöntekijöille. Kehittämistyö käynnistyi työpajatyöskentelyllä, jonka tavoitteena oli syventää kehittämiskohteiden ymmärrystä ja löytää menetelmiä hoitajien ammatillisen osaamisen ja hoitoyön kehittämiseksi. Tutkimuksellisen opinnäytetyön toteutuksen aikataulu on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Opinnäytetyön toteutuksen aikataulu

Helmikuu	Tutkimustiedote kotihoitotiimeille
Maaliskuu	Teemahaastatteluiden toteutus Kehittämistyöryhmässä aiheen esittely
Toukokuu	Kehittämistyöryhmälle alustavien tulosten esittely
Kesäkuu	Kehittämistyöryhmässä kehittämiskohteiden valinta
Elokuu	Kehittämistyöryhmässä työpajojen suunnittelu
Syyskuu - Lokakuu	Työpaja 1 + 2
Lokakuu	Palautteiden läpikäynti ja alustava jatko-suunnitelma

6.3 Haastateltavien valinta ja kuvaus

Opinnäytetyötä ohjaavat kotihoidon ohjaajat toimittivat kehittämistutkimusta esittelevän tutkimustiedotteen lähi- ja sairaanhoitajille. Kotihoidon ohjaajat järjestivät haastatteluiden ajankohdat ja ilmoittivat siitä opinnäytetyöntekijälle erikseen. Haastattelut toteutettiin

Itäisen kotihoidon tiloissa. Haastateltavat valikoituivat neljän kotihoidon ohjaajan tiimeistä tutkimustiedotteen johdattamana ja hoitajan ilmoittaessa halukkuutensa osallistua haastatteluihin. Tutkimustiedotteessa mainittiin kehittämistutkimuksen aihe, mutta ei itse teemahaastattelun kysymyksiä. Alkuperäinen suunnitelma oli haastatella pareittain 12 hoitajaa, joista neljä oli sairaanhoitajaa ja kahdeksan lähihoitajaa, niin että saman ammattiryhmän edustajat muodostavat parin.

Haastateltavista neljä oli 21-27 vuotiaita ja kuusi 40–54 vuotiaita. Haastateltavat olivat työskennelleet vanhustenhoitoalalla hyvin vaihtelevasti muutamasta kuukaudesta yli kahteenkymmeneen vuoteen. Työkokemus jakautui niin, että puolella haastateltavista oli työkokemusta kertynyt 15–20 vuotta ja puolella työkokemusta oli 0-4 vuotta. Haastateltavien sukupuolella ei ollut merkitystä, joten se jätetään ilmoittamatta.

6.4 Aineiston kerääminen

Tutkimusaineiston keruu toteutettiin teemahaastatteluin. Haastattelun teemat muotoutuivat muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävän hoitotyön sisällöistä ja siinä tarvittavasta osaamisesta. Teemahaastattelu oli puolistrukturoitu sisältää neljä eri teemaa. Teemat muodostivat keskustelulle kehikon ja kaikkien haastateltavien kanssa keskusteltiin samoista teemoista. (Eskola & Suoranta 2008: 85–87.) Teemahaastattelun tavoitteena on, että vastaajat pystyvät antamaan oman kuvauksen kaikista käsiteltävistä teemoista (Vilkkä 2005: 101–102). Teemahaastattelulla saadaan esille vastaajien kokemus ja tulkinta asiasta (Hirsjärvi & Hurme 2000: 47–48).

Ennen haastattelun aloittamista jokainen haastateltava sai luettavakseen tutkimustiedotteen. Näin varmistettiin, että jokainen haastatteluun osallistuva hoitaja ymmärsi tutkimuksen tarkoituksen. Jokaisessa haastattelutilanteessa pyydettiin lupa haastattelun nauhoittamiseen. Haastattelututkimukseen osallistujat allekirjoittavat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Jokaisen haastattelutilanteen aluksi selvennettiin, etteivät haastateltavien henkilöllisyydet olisi tunnistettavissa valmiista työstä. Jokainen haastatteluun osallistunut allekirjoitti kaksi suostumuslomaketta, joista toinen kappale jäi haastateltavalle ja toinen tutkimuksellisen kehittämistyön tekijälle.

Haastattelun aikana tehtiin tarkentavia kysymyksiä, joilla autettiin haastateltavia keskusteltavan teeman äärelle. Hoitajien vastaukset olivat paikoitellen hyvin suppeita, joten johdattavia kysymyksiä tehtiin. (Hirsjärvi & Hurme 2008:48.) Haastattelutilanteessa myös

keskustelu saattoi ohjautua aiheen ulkopuolelle ja silloin haastateltavat pyrittiin palauttamaan keskustelun aiheeseen. Haastattelutilanteeseen pyrittiin luomaan rento ja luottamuksellisen ilmapiiri, mikä edistää aiheeseen syventymistä.

Haastattelut toteutettiin pääosin pareittain. Sairaanhoidtajien haastattelut toteutuivat niin, että yksi sairaanhoitaja haastateltiin yksin ja kaksi haastateltiin parina. Lähihoitajista haastateltiin kuusi pareittain ja yksi yksittäin. Pareittain haastattelemalla saavutettiin joustavammin ja taloudellisemmin suurempi haastateltavien määrä. Pareittain haastattelemisen tukee yhteisten normien esille tuloa ja toimii samalla kontrollina. Pareittain haastattelulla tavoiteltiin myös uusia ideoita tavoista, liittyen kotihoidon hoitajien osaamisen kehittämiseen muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. (Eskola & Suoranta 2008: 95.)

6.5 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on tuoda aineistoon selkeyttä ja tuottaa uutta tietoa tutkittavasta aiheesta (Eskola – Suoranta 2008: 137). Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida haastatteluita systemaattisesti ja objektiivisesti. Tarkoituksena on saada tutkittavasta aiheesta sanallinen kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa johtopäätösten tekoa varten. Sisällönanalyysi voidaan tehdä aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 103; 106.) Teoriaohjaavassa analyysissä teoriasta nousevat teemat ohjaavat analyysiä. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä luokittelua ohjaa jokin teoria ja käsitejärjestelmä. Aineistosta poimitaan runkoon kuuluvia käsitteitä. Analyysirunko voi olla hyvin väljä tai strukturoitu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–98, 113.)

Teoriaohjaavan sisällönanalyysi toteutettiin Rautasalonen & Laurin (2001) luoman iäkkään henkilön kuntoutumista edistävään hoitotyön malliin pohjautuen. Aineistoa analysoitaessa teoriaa on täydennetty Vähäsälön (2010) väitöskirjasta saaduilla tuloksilla muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Näin aiemmin tiedetty tutkimustieto kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä ohjaa analyysia. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96, 103–104.) Analyysivaiheessa suhteutan aineistoa valitsemani teorian keskeisiin sisältöihin kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä.

Teemahaastattelussa oli pääosin kaksi haastateltavaa kerrallaan ja heistä muodostui yhtenäinen aineistoyksikkö. Haastattelutilanteissa teemoista keskusteltiin toinen toista

täydentäen. Aineistoa litteroitaessa en yksilöinyt haastateltavia erikseen. Litterointiaineistoista on eroteltavissa haastattelijan kysymykset ja hoitajien vastaukset. Aineiston analyysivaiheessa tavoiteltiin yleistämistä ja painoarvo on asian yleisyydessä sekä toistuvuudessa. (Hirsjärvi & Hurme 2008: 141–142.)

Teoriaohjaava analyysi eteni nelivaiheisesti, jonka vaiheet on kuvattu kuviossa 2. Haastatteluun saatiin nauhoitettua puhetta noin neljä tuntia. Litterointi ei perustunut sanatarkkaan haastateltavien kertomuksen tekstin muotoon saattamisena. Litterointivaihe tuotti 33 liuskaa kirjoitusta rivivälillä 1.5. Haastateltavien puheesta jätettiin kirjoittamatta puhe, joka ei liittynyt suoranaisesti tutkimuskysymystä vastaavaan teemaan. Aineiston litterointi työvaiheena oli aineistoon tutustumista sekä alustavan teoriaohjaavan luokittelun rakentelua ja esitulkintojen tekoa. Litterointivaiheessa toteutettiin teoriaohjaavuutta tavoitteena löytää haastatteluaineistosta keskeisiä merkityksiä tutkimuskysymyksiin vastauksia etsien. (Nikander 2011: 434–435.) Litterointi- ja lukuvaiheen jälkeen seurasi aineiston karkea ryhmittely, jossa aineisto ryhmitellään osiin aihepiirien mukaan. Karkean ryhmittelyn vaiheessa teoriaohjaavan analyysin tavoin tutkimusaineistoa tiivistetään pelkistäen alkuperäisilmauksia ja karsitaan tutkimustehtävän kannalta tarpeeton aineisto. (Tuomi-Sarajärvi 2009: 109.) Analyysin kolmannessa ryhmittelyvaiheessa erotellaan aineistoista tutkimuksen kannalta oleellinen tieto, jonka perusteella muodostetaan teoreettinen käsitteistö. Pelkistämävaihetta kuvataan esimerkillä taulukossa 2. Teoriaohjaavassa sisällön analyysissä alaluokat syntyvät aineistolähtöisesti, jonka jälkeen analyysin yläluokat tuodaan valmiina (Tuomi-Sarajärvi 2009:117).

Kuvio 2. Teoriaohjaavan sisällönanalyysin vaiheet



Teoriaohjaavan analyysin tavoitteena on verrata tutkimusaineistoa teoriaan ja tunnistaa teorian vahvuuksia ja heikkouksia sekä arvioida teorian käyttökelpoisuutta kyseisen aineiston kohdalla. Teoriaohjaavan analyysin tavoitteena on saada esille hoitotyön kehittämisen kohteet sekä hoitotyöntekijöiden ammatillisen osaamisen lisäämisen ensisijaiset tarpeet. Näillä keinoin aineistosta saadaan esille konkreettisia kehittämisen ja osaamisen lisäämisen kohtia kehittämistyöryhmän käyttöön. (Hirsjärvi & Hurme 2008: 149–151.) Taulukossa 2 on kuvattuna esimerkki aineiston pelkistämisvaiheesta.

Taulukko 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä

Alkuperäisteksti	Pelkistys
"Kunnioittava ja tasavertainen kohtaaminen on juttu rauhallisuus ja asiallisuudet, ystävällisyys ja silmiin katsominen ja pysähtyminen".	Tasavertainen kohtaaminen Kiirettä ei saa näyttää Katsotaan silmiin
"Läsnäolo hoitotilanteessa on tärkeää".	Hoitotilanteessa ollaan läsnä
"Jos hoitaja kohtelee asiakasta huonosti ja se voi vaikuttaa asiakkaan käyttäytymiseen".	Hoitajan kohtelu vaikuttaa asiakkaan käyttäytymiseen
"Hoitaja näyttää oman persoonallisuutensa asiakkaalle".	Persoonan käyttö

Analyysin kolmannessa vaiheessa, ryhmittelyvaiheessa, pelkistetty aineisto käydään läpi ja etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Käsitteellistetty aineisto ryhmitellään samaa tarkoittaviin tekijöihin, joista muodostuvat analyysin alaluokat. Alaluokat toimivat tutkimuksen perusrakenteena antaen alustavaa tietoa tutkittavasta asiasta. (Tuomi-Sarajärvi 2009:110.) Taulukossa 3 on kuvattu esimerkki aineiston ryhmittelyvaiheesta.

Taulukko 3. Esimerkki aineiston ryhmittelyvaiheesta

Pelkistys	Alaluokka
Tasavertainen kohtaaminen kiirettä ei saa näyttää katsotaan silmiin Hoitotilanteessa ollaan läsnä Hoitajan kohtelu vaikuttaa asiakkaan käyttäytymiseen Hoitaja ei ymmärrä asiakkaan kokemusmaailmaa	Kohtaaminen
Persoonan käyttö Laulaminen hoitotilanteessa	Luovuuden käyttäminen hoitotyössä
Hoitajan kiinnostuneisuus asiakkaasta	Hoitajan kiinnostuneisuus asiakkaasta
Asiakkaan merkityksellisten ja iloa tuottavien asioiden huomioiminen arjen hoitotyössä Elämänhistorian tunnistaminen	Asiakkaan yksilöllisyyden huomioiminen

7 Muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö kotihoidossa

Tässä opinnäytetyön teemahaastatteluiden tuloksia tarkastelevassa osiossa vastataan esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Miten kotihoidon hoitotyössä asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö näyttäytyy? Mitkä seikat tukevat ja heikentävät kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista? Minkälaista ammatillista osaamista kuntoutumista edistävä hoitotyö vaatii hoitajalta ja miten kuntoutumista edistävän hoitotyön osaamista voitaisiin kotihoidossa lisätä?

Tulokset esitellään jaoteltuina alaluokkiin ja niistä muodostuviin pääluokkin taulukoihin kuvattuna. Jokaisen pääluokan alle kuvataan pelkistetyistä ilmauksista muodostuneet ala- ja yläluokat. Pääluokat muodostavat yhteensä kolme analyysitaulukkoa Rautasalon & Laurin (2001) kuntoutumista edistävän hoitotyön mallia mukaillen. Mallista nousevat teoriaohjaavan sisällön analyysin pääluokiksi **hoitajan työote, hoitotyön päätöksenteo ja kotihoidon toiminta**.

7.1 Hoitajan työote muistisairaana asiakkaan kuntoutumisen edistämässä

Rautasalon ja Laurin (2001) mukaan kuntoutumista edistävä hoitotyö ilmenee hoitajan työtapana, jolla hoitajat työtään toteuttavat. Hoitajan samoin kuin muistisairaana asiakkaan sitoutuminen omaan kuntoutumisensa edistämiseen luo pohjan tavoitteiden saavuttamiselle. Kuntoutumista edistävissä työtavassa tarkastellaan hoitajan käyttämää vuorovaikutusta ja asennoitumista muistisairaaseen asiakkaaseen kuntoutujana. Kuntoutumista edistävissä työtavassa korostuu hoitajan kyky kannustaa ja motivoida asiasta itsenäiseen toimintaan. (Rautasalo & Lauri 2001: 213.) Taulukossa 4 alaluokat muodostavat sitä kuvaavan yläluokan teoriaohjaavasti. Aineistosta nousee muistisairaana asiakkaan kuntoutumista tukevaa ja sitä heikentävää hoitajan toimintaa. Tässä kappaleessa vastataan tutkimuskysymykseen siitä, miten kuntoutumista edistävä hoitotyö näyttäytyy hoitajan käyttämässä työtavassa kotihoidossa. Aineistosta poimitut alkuperäisilmaukset kuvaavat hoitotyöntekijöiden eriävät näkemykset muistisairaasta asiakkaasta kuntoutujana.

Taulukko 4. Pääluokkana on hoitajan työote

Alaluokka	Yläluokka
Kohtaaminen Vuorovaikutuksen haasteet Luovuuden käyttäminen hoitotyössä Yksilöllisyyden huomioiminen	Vuorovaikutuksen rakentuminen
Hoitajan kiinnostus asiakkaasta Hoitajan sitoutuminen työhön Hoitajan näkemys asiakkaan voimavaroista Kuntoutuspotentiaalin tunnistaminen	Hoitajan asenne

Hoitaja motivoi asiakasta toimimaan itsenäisesti Asiakas osallistuu tekemiseen Hoitaja tekee asiakkaan puolesta Hoitaja on paikalla asiakkaan syödessä	Toimintakyvyn tukeminen
Hoitaja antaa asiakkaalle aikaa tehdä itse Voimavarojen hyödyntäminen Elämänhistorian tunnistaminen	Voimavaralähtöinen hoitotyö
Asiakkaan autonomian huomioiminen hoitotyössä Yksilöllisyyden huomioiminen hoitotyössä	Itsemääräämisoikeuden tukeminen

Yläluokka **vuorovaikutuksen rakentuminen** koostuu alaluokista muistisairaahan asiakkaan kohtaaminen, vuorovaikutuksen haasteet, luovuuden käyttäminen hoitotyössä ja yksilöllisyyden huomioiminen. Muistisairaahan asiakkaan kohtaamisessa pidetään tärkeänä rauhallisuutta, kiireetöntä pysähtymistä, kiinnostuneisuutta ja aitoa läsnäoloa:

Kunnioittava ja tasavertainen kohtaaminen on se juttu, rauhallisuus ja asiallisuus, ystävällisyys ja silmiin katsominen. LH1.

Hoitajan persoonan käyttö ja heittäytyminen voi ilmentyä esimerkiksi hoitajan vahvuuksien kuten laulamisen ja muiden luovien menetelmien hyödyntämisenä hoitotyössä. Hoitajan kykyä kohdata ja olla tavoitteellisessa vuorovaikutuksessa käytösoireisen asiakkaan kanssa pidettiin myös kotihoitotyössä tärkeinä taitoina. Aineiston mukaan tämän kaltainen hoitajan osaaminen karttuu tiedon ja etenkin muistisairaahan asiakkaan hoitotyöstä kertyneen kokemuksen kautta. Hoitajan ymmärtämättömyys muistisairaahan asiakkaan kokemusmaailmasta saattoi aiheuttaa asiakkaalle haittaa ja estää näin hoitotilanteen etenemisen toivotulla tavalla. Kiireisen ja kärkevän hoitajan vaikutus asiakkaaseen nähtiin haitallisena hoitotilanteen etenemisen näkökulmasta. Hoitajan osaamattomuus kohtaamis- ja vuorovaikutustilanteissa aiheuttaa asiakkaalle haittaa ja hermostumista. Tämä taas saattoi johtaa siihen, että asiakkaan suhtautuessa hoitoon kielteisesti jäivät suunnitellut hoitotoimet tekemättä:

Yläluokka **hoitajan asenne** koostuu alaluokista hoitajan kiinnostus asiakkaasta, hoitajan sitoutuminen työhön, hoitajan näkemys asiakkaan voimavaroista sekä muistisairaahan asiakkaan kuntoutuspotentiaalin tunnistaminen. Hoitajan asennoituminen muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävään hoitotyöhön näyttäytyi juuri yleisenä kiinnostuksena

ja perehtyneisyytenä muistisairauksiin, asiakkaaseen ja tämän elämänhistoriaan. Perehtyneisyys mahdollistaa asiakkaalle mielekkyyttä ja iloa tuottaviin asioiden hyödyntämisen vuorovaikutuksessa ja asiakkaan kanssa toimittaessa. Näiden asioiden hyödyntäminen vaikutti hoitotilanteen etenemiseen suotuisasti. Hoitajan sitoutuminen tarkoitti esimerkiksi hoitajan näkemystä ottaa vastuuta järjestää aktiviteetteja asiakkaalle pidemmän aikavälin suunnitelmana. Sitoutuminen tarkoitti kokonaisvastuun ottamista omista vastuuasiakkaista sekä yksittäisessä hoitotilanteessa asiakkaan tavoitteellista omatoimisuuteen tukemista. Hoitajan ollessa sitoutunut asiakkaan hoitoon, tarkoitti se myös ymmärrystä siitä, että muistisairas saattoi myös antaa tahattomasti väärää tietoa avun tarpeesta hoitajalle. Tämä tuli esille tilanteissa, joissa asiakas saattoi ikään kuin huijata hoitajaa esimerkiksi ruokailuun tai peseytymiseen liittyvissä toiminnoissaan. Tällöin hoitajan sitoutuminen näyttäytyi hoitajan kykyä ohjata asiakasta toiminnoissa, joiden merkitystä asiakas ei aina itse ymmärtänyt:

Muistisairas saattaa sanoa, että on jo syönyt tai käynyt suihkussa, vaikka todellisuudessa näin ei olisi tapahtunut. LH3.

Hoitajan asenteeseen mukaan kuuluvaksi voidaan lukea haasteltavien kuvaama käsitys asiakkaan olemassa olevista voimavaroista ja niiden hyödyntämisestä hoitotyön toiminnoissa. Hoitajan asenteen ja siitä johtuvan vuorovaikutuksen ollessa erityisen huono muistisairasta asiakasta kohtaan tarkoitti sitä, että hoitaja saattoi kohdella tätä jopa huonosti. Hoitajan asenne muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävänä toimintana näyttäytyi haastateltavien hoitajien kertomuksessa hyvin vaihtelevasti. Hoitajan työtavassa positiivinen ja negatiivinen asenne asiakkaan kuntoutuspotentiaalihin ja konkreettisten tavoitteiden asettamisessa oli kuultavissa joidenkin haastateltavien puheesta. Haastateltavien mukaan juuri hoitajan asenne on vaikuttamassa muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumiseen:

Onko niillä muistisairailla enää edes mahdollisuutta kuntoutua. LH2.

Yläluokka **toimintakyvyn tukeminen** muodostuu alaluokista hoitaja motivoi asiakasta, asiakas osallistuu tekemiseen, hoitaja tekee asiakkaan puolesta sekä hoitaja on paikalla asiakkaan ruokaillessa. Hoitaja ohjaa asiakasta toimimaan itsenäisesti, jolloin hoitajan työskentely näyttäytyy asiakasta kannustavana. Toimintakykyä tukeva työote tarkoitti, että asiakas oli mukana esimerkiksi aamupalan valmistamisessa tai vaatteiden valinnassa. Toimintakykyä tukevassa työotteessa asiakkaan oletettiin toimivan itsenäisesti olemassa olevien voimavarojen mukaisesti. Haastateltavat puhuivat asiakkaan puolesta

tekemisestä, jota tehtiin kiireessä tai ajan puutteesta johtuen. Muistisairaahan ravitsemuksen toteutumisen varmistaminen tarkoitti asiakkaan ravitsemuksen turvaamista niin, että hoitaja oli asiakkaan seurana ruokailun ajan. Asiakkaan toimintakykyä tukevassa työotteessa hoitaja ymmärsi asiakkaan tarvitsevan intensiivisempää tukea ja läsnäoloa, jotta ruokaileminen ylipäätään voisi asiakkaalle mahdollistua. Asiakkaan päivittäisten hoitajien vaihtuvuuden koettiin heikentävän asiakkaan toimintakykyä, koska esimerkiksi päivittäisen kokonaisravitsemuksen toteutumisen seurannan osalta vaikeutuu viestinnällisistä syistä:

Muistisairaalla ei useinkaan ole nälän tunnetta, silloin istutaan se aika, kun asiakas syö koska muuten ei söisi ollenkaan. SH2.

Yläluokka **voimavaralähtöinen hoitotyö** nähtiin asiakkaan elämänsä historiasta lähtevänä toimintana, jossa huomioidaan asiakkaan toimintakykyyn liittyvät voimavarat ja niiden hyödyntäminen. Asiakkaan merkityksellisten asioiden huomioiminen ja niiden hyödyntäminen arjessa nähtiin asiakkaan yksilöllisyyttä korostavana sekä mielihyvää tuottavana tekijänä asiakkaalle sekä hoitajalle itselleen. Asiakkaan elämänsä historian huomioimisen koettiin yleisesti olevan huonoa kotihoitotyössä, mutta todellisuudessa olevan erittäin tavoiteltavaa. Voimavaralähtöinen hoitotyö tarkoitti hoitajan perehtyneisyyttä asiakkaan toimintakykyyn ja olemassa oleviin voimavaroihin sekä niiden hyödyntämistä hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksessa:

Muistisairaalla pitäisi olla se koko elämä ja minkälaista elämää hän elänyt ja mistä hän tykkää. Ja että pystytään sitten auttamaan ihmistä siltä pohjalta, omilla rooleilla elämänsä historian todentamisessa. Asiakkaan elämänilo voi rakentua merkityksellisten asioiden huomioimisesta arjen hoitotyössä. SH3.

Haastateltavat toivat esille, että asiakkaan voimavarojen hyödyntäminen edellytti hoitajalta sitoutumista kuntoutumista edistävään hoitotyöhön ja sen tavoitteelliseen toteuttamiseen. Tähän puolestaan koettiin olevan pääosin liian vähän aikaa, vaikka toiminnan ymmärrettiin olevan erittäin tavoiteltavaa ja merkityksellistä asiakkaan kuntoutumista edistävän hoitotyön kannalta:

Vastuuhoitajan tuntiessa asiakkaan voimavarat, niin voi parhaiten tukea asiakkaan itsenäistä toimimista. LH2.

Yläluokka **itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen** muodostuu asiakkaan autonomian ja yksilöllisyyden huomioimisesta hoitotilanteissa. Tämä tarkoittaa käytännön hoitotilanteissa sitä, että asiakkaalle annettiin mahdollisuus toteuttaa ja toimia oman näkemyksensä mukaisesti. Näissä hoitotilanteissa hoitajan näkemys saattoi olla

eriävä asiakkaan toiveesta. Näin toimiessaan hoitaja kykeni tunnistamaan oman asenteellisuuden ja muuttamaan toimintaansa asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen, kuitenkin asiakkaan turvallisuutta vaarantamatta. Yksilöllisyyden huomioiminen tarkoitti hoitajan kiinnostusta asiakkaan mielenkiinnonkohteista ja mieltymyksistä esimerkiksi elämänhistorian ja ruuan suhteen:

Että kyllä ne pystyvät ihan mihin tahansa, kun vaan jaksaa odottaa ja hyväksyä sen, miten he tekevät sen ja antaa sen ajan. Hyväksyy sen, että se ei tapahdu niin kuin itse sen haluaisi tapahtuvan. SH2.

7.2 Kuntoutumista edistävän hoidon päätöksenteko

Kuntoutumista edistävässä hoitotyötä arvioitaessa hoitotyön toteuttamista edeltävät hoitotyön suunnitelma ja siihen liittyvä päätöksenteko hoidon ja palveluiden tavoitteista ja arvioinnista. Pääluokka kuntoutumista edistävän **hoitotyön päätöksenteko muodostuu yläluokista hoitotyön suunnittelu, hoitotyön tavoitteellisuus sekä hoitotyön seuranta ja arviointi**. Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä päätöksentekoa tarkastellaan huomioiden asiakkaan, omaisten, moniammatillisen tiimin yhteistyötä sekä siitä seuraavaa asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa.

Taulukko 5. Pääluokkana on kuntoutumista edistävän hoidon päätöksenteko

Alaluokka	Yläluokka
Hoito- ja palvelusuunnitelma Toimintakyvyn arviointi	Hoitotyön suunnittelu
Tavoitteiden muodostuminen Hoitajan työtapa tukee/heikentää asiakkaan kuntoutumista Asiakkaan osallisuus tavoitteiden asettamisessa Hoitotyön tavoitteet	Hoitotyön tavoitteellisuus
Toimintakyvyn arviointi Hoitotyön kirjaaminen Tavoitteiden toteutumisen arviointi	Hoitotyön seuranta ja arviointi

Hoitotyön suunnittelu perustuu asiakkaan kanssa laadittavaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Kaikissa kuudessa haastattelussa hoitosuunnitelman merkitys hoitajan työkaluna tulee selkeästi esille. Kotihoitotyössä hoitosuunnitelman merkitys on korostunut, koska asiakkaita on paljon ja hoitajat vaihtuvat. Haastateltavien mukaan hoitosuunnitelmaan kirjataan pääosin lääkehoitoon ja sairauksiin liittyvää tietoa sekä näistä johtavat asiakkaan hoidon ja ohjauksen tarpeet. Hoitosuunnitelmasta käy ilmi asiakasta koskeva keskeinen tieto ja keskeisesti hoidossa huomioitavat asiat. Päävastuu hoitosuunnitelman ja toimintakyvyn arvioinnista on vastuuhoidtajalla yhdessä tiimin sairaanhoitajan kanssa. Muistisairaana asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä asiakkaan ja omaisten mukana oleminen on haastateltavien mukaan hyvin vaihtelevaa. Haastateltavat tunnistivat huonosti muistisairaana asiakkaan omaa roolia ja osuutta kuntoutumista edistävien tavoitteiden asettamisessa. Asiakkaalta kysyttiin tavoitteista mutta asiakkaan motivointia oman toimintakykyä tukevan arjen rakentamiseen ei haastattelussa tullut esille tai sitä ei tunnistettu. Asiakkaan elämänhistoriasta ja voimavaroista lähtevä hoitosuunnitelmaan tavoitteiden kirjaaminen oli harvinaisempaa. Haastateltavien vastaukset olivat eriäviä ja asiakkaan yksilöllisyyden sekä voimavarojen tunnistaminen hoitosuunnitelmaa laadittaessa oli vaihtelevaa. Sairaanhoitajien haastatteluista tulivat enemmän esille asiakkaan elämänhistorian huomioiminen hoitosuunnitelmaa laadittaessa. Yksi lähihoitajista oli tunnistanut puutteen asiakkaan elämänhistorian hyödyntämisestä hoitosuunnitelmaa laadittaessa mutta muut lähihoitajat näkivät hoitosuunnitelman pääosin ongelma- ja sairauskeskeisenä:

Hoitosuunnitelmassa lukee asiakkaan sairaudet ja että missä tarvitsee apua ja ohjausta, hoitosuunnitelmassa on tärkeimmät ja kriittisimmät asiat, hoitosuunnitelmassa ei tule esille asiakkaan historia. LH1.

Toimintakyky arviota tehtäessä kotihoidossa asiakkaan toimintakykyä arvioidaan erilaisin toimintakyky mittarein. Haastatteluissa mainittiin RAVA (mittarilla arvioidaan ikään-tyneen henkilön toimintakykyä ja avuntarvetta) ja MMSE (älyllisen toimintakyvyn arvioinnissa ns. minitesti) sekä RAI. RAI- mittaristo on toimintakyvyn ja terveydentilan arvioinnin mittarina hyvin kattava ja laaja sekä sen täyttämiseen kuluu runsaasti aikaa edellyttäen, että hoitaja tuntee asiakkaan hyvin. Suositeltavaa olisikin, että mittaria täytettäisiin yhteistyössä asiakkaan kanssa. Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan puolivuositain RAI toimintamittari käyttäen. RAI antaa tietoa asiakkaan toimintakykyyn ja terveyteen liittyvistä tekijöistä, joiden tarkoituksena on ohjeistaa hoitotyön- ja kuntoutuksen suunnittelussa. Haastatteluissa kävi ilmi, että RAVA ja MMSE koettiin pääosin käyttökelpoisiksi

RAI:ta lukuun ottamatta, joka tuli kaikissa lähihoitajien haastatteluissa esille negatiivisessa merkityksessä. RAI:n täyttäminen koetaan raskaaksi ja aikaa vieväksi ja koulutukset ovat voineet jäädä ajan ja mielenkiinnon puutteen vuoksi käymättä. RAI:n tuloksia ei myöskään osata lukea ja näin sen käyttäminen asiakkaan kuntoutumisen suunnittelussa on haastavaa, joka tuli ilmi kaikissa lähihoitajien haastatteluissa:

Välillä tuntuu, että olisi jossain tilastokeskuksessa töissä, kun pitää sitä RAI:ta täyttää, kun en mä sitä kuitenkaan hyödynnä mitenkään ja ei se ole käytännössä meidän työkalu. LH1.

Yläluokka hoitotyön tavoitteellisuus muodostuu alaluokista tavoitteiden muodostuminen, hoitajan työtapo, asiakkaan osallisuus ja hoitotyön tavoitteet. Haastateltavissa oli vaikeutta nimetä muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävään hoitotyöhön liitettäviä konkreettisia arjessa sovellettavia tavoitteita. Sairaanhoidajilta tämä luonnistui lähihoitajia paremmin. Nimetyt tavoitteet liittyivät pääosin yleisesti kotona asumisen tukemiseen ja toimintakyvyn säilymiseen. Konkreettisia arjessa toimimista tukevia tavoitteita oli vaikeutta nimetä tai tunnistaa. Haastateltavien vastauksista tuli esille vaikuttavina tekijöinä hoitajan asenne, hoitajan tieto ja hoitotyön kokemus. Hoitosuunnitelmaa laadittaessa asiakkaalta pyritään kysymään tavoitteista ja häntä huomioidaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Kaikissa haastatteluissa tuli esille, että asiakkaan roolia tavoitteiden asettamisessa tulisi lisätä. Kuntoutumista edistävät tavoitteet ovat osa perushoitotyötä ja tavoitteet ovat usein ongelmalähtöisiä ja niihin kiinnitetään huomioita vasta, kun asiakkaan toimintakyky on jo merkittävästi heikentynyt:

Tavoitteet ovat ongelmalähtöisiä, koska asiakkaan asioita keskustellaan ongelmien kautta. SH2. Hoitaja katsoo asiakkaan tarpeen ja asettaa tavoitteet sen pohjalta. H3.

Erityisesti muistisairaana asiakkaan psyykkiset oireet ja käytösoireet koettiin haastavaksi ja näin vaikeuttavan asiakkaan hyvinvointia ja hoitotyön tavoitteiden toteutumista:

Moniammatillinen yhteistyö painottuu pääosin tiimin sairaanhoitajan kanssa käytävään keskusteluun, johon haetaan tukea terapiahenkilöstöltä. Hoitotyön tavoitteet nimettiin pääosin samankaltaiseksi kuin muillakin kotihoidon asiakasryhmille. Kokeneemmat hoitajat toivat esille, että kuntoutumista edistäviä tavoitteita tulisi pohtia aikaisemmassa vaiheessa. Tällöin ne tukisivat asiakkaan motivoitumista ja toimintakykyä paremmin. Moniammatillisuuden hyödyntäminen suunnitelman tekemisessä nähtiin puutteellisena mutta erittäin tavoiteltavana.

Yläluokka **hoitotyön seuranta ja arviointi** muodostuu alaluokista toimintakyvyn arviointi, hoitotyön kirjaaminen ja tavoitteiden toteutumisen arviointi. Haastateltavien mukaan asiakkaan toimintakykyä, terveyttä ja hoidon tarvetta seurataan päivittäiskirjauksista. Kotikäyntien jälkeen tehtävät arvioivat kirjaukset välittävät seuraavalle hoitajalle tietoa asiakkaan voinnista ja senhetkisistä tarpeista. Haastavana koettiin sijaisten kirjaaminen ja tiedon siirtyminen kotona olevaan asiakaskansioon, jossa tulisi olla ajantasaista tietoa asiakkaan hoidon ja tuen tarpeista. Henkilöstön vaihtuvuus asettaa haasteita asiakkaan päivittäiseen seurantaan ja arviointiin.

Vastuuhoitaja laatii hoito- ja palvelusuunnitelman RAI arvioinnin pohjalta. Tavoitteena on tehdä kaikille asiakkaille väliarviointi 3kk välein, joka kuitenkin ei aina toteudu. Hoito- ja palvelusuunnitelman laadinta saattaa viivästyä, koska vastuuhoitaja tapaa asiakkaan harvoin. Kotikuntoutuksessa olevien asiakkaiden kuntoutumisen edistymistä arvioidaan kotikuntoutuskokouksissa.

7.3 Kotihoidon toiminta

Muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävää hoitotyötä voidaan tarkastella hoitajan työtavan rinnalla erilaisina kotihoidon toimintoina ja palveluina. Tässä kappaleessa täydennetään tutkimuskysymystä siitä, että miten kotihoidossa näyttäytyy muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö ja mitkä seikat kotihoidon toiminnoissa tukevat ja vastoin heikentävät sitä. Tässä kappaleessa vastataan tutkimuskysymykseen siitä, miten kuntoutumista edistävää hoitotyötä voitaisiin kotihoidossa kehittää.

Taulukko 6. Pääluokkana on kotihoidon toiminta

Alaluokka	Yläluokka
Lääkehoito Perushoidon toteutus Ravitsemuksesta huolehtiminen Muiden sairauksien hoito	Hoitotyön menetelmät ja toteutus
Sosiaalisuutta tukevat palvelut Omaisyyhteistyö Liikkumisen- ja kuntoutumisen sopimukset Laitoskuntoutus Turvallisuus	Kuntoutumista edistävät toiminnot ja palvelut

Kiire Henkilöstön vajuus haittaa suunnitelmallista hoitotyötä Hoitajien vaihtuvuus haittaa suunnitelmallista hoitotyötä Hoitajien vaihtuvuus heikentää asiakkaan hyvinvointia Työaikajärjestelyt	Kotihoidotyön organisointi ei tue as. kuntoutumista
Työaikajärjestely Vastuuhoitajuus Pientiimit	Organisaation toiminta tukee as. kuntoutumista
Hoitajan motivaatio ja asenne Hoitajan tieto Hoitajan kokemus Työaikajärjestelyt	Hoitotyön osaaminen
Koulutuksien kehittäminen Hyvien käytäntöjen jakaminen Pientiimityöskentelyn kehittäminen Osaamisen lisäämiseen kannustava ilmapiiri	Hoitotyön osaamisen kehittäminen

Yläluokka **hoitotyön menetelmät ja toteutus** muodostuu alaluokista lääkehoito, perushoidon- ja ravitsemuksen toteutus sekä muiden sairauksien hoito. Haastateltavat korostivat lääkehoitoa tärkeimpänä tekijänä muistisairaahan asiakkaan kuntoutumisen edistäjänä. Kahdessa lähihoitajien haastattelussa tuli esille, että muistisairaahan hoitoon määrätty lääkkeet nähtiin osittain myös turhina, koska niiden vaikutusta asiakkaan toimintakykyyn ei tunnustettu tai lääkehoidon vaikutuksia ei useinkaan seurannut kukaan. Muistisairaahan asiakkaan kotihoidon asiakkuuteen sisältyy usein muistisairaahan asiakkaan lääkehoidon toteutus. Muistisairaahan asiakkaan kotihoidon tarve ja päivittäisten käytien määrä määriteltiin pääosin lääkehoidon ja ravitsemuksen toteuttamisen ympärille:

Lääkehoito on se tärkein ja sitten se kaikki muu. LH1.

Ravitsemuksen toteutumisessa avustaminen ja ravitsemuksen turvaaminen koettiin tärkeänä osana kotihoidon hoitotyötä muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävässä hoidossa. Tässä nähtiin tärkeänä selvittää asiakkaan mieltymykset ja toiveet ruuan suhteen, koska näin ruoka myös maistuisi asiakkaalle paremmin. Haastateltavien mukaan muistisairas asiakas tarvitsee usein hoitajan tarjoamaa läsnäoloa, jotta ruoka maistuisi paremmin eikä ruokailu jäisi kesken hoitajan lähdettyä. Ruokailutilanteita pidettiin myös

mahdollisuutena jutella asiakkaan kanssa ja näin tutustua häneen paremmin luoden luot-
tamuksesta suhdetta.

Haastateltavien mukaan perushoidollisissa toiminnoissa kuten peseytymisessä ja pu-
keutumisessa avustamien on keskeinen osa kotihoidon työtä ja näin muistisaira-
an asiakkaan kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Tässä haastateltavat pääosin tunnistivat hoi-
tajan työotteella olevan merkitystä, hoitajan edistäessään toiminnassaan asiakkaan
osallisuutta ja omatoimisuutta. Sairaanhoitajien haastatteluissa korostui asiakkaan oma-
toimisuuden tukeminen perushoidollisissa tilanteissa. Perushoidollisissa tilanteissa asi-
akkaan omatoimisuuden tukemisella tavoitellaan asiakkaan mahdollisuutta asua koto-
naan mahdollisimman pitkään. Muiden sairauksien hoito ei noussut haastatteluissa kes-
keisenä sisältönä. Yhdessä haastattelussa lähihoitaja mainitsi virtsatulehduksen lisää-
vän muistisaira-
an asiakkaan sekavuutta. Tämä tieto oli hyvä ymmärtää muistisaira-
an asiakkaan terveydentilan seurannassa. Muiden sairauksien hoito ja seuranta määriteltiin
sairaanhoitajan toimenkuvaan kuuluvaksia ja lähihoitajat konsultoivat sairaanhoitajaa
terveydentilaan liittyvissä asioissa. Sairaanhoitaja taas toimii yhteyshenkilönä kotihoidon
lääkäriin. Muistisaira-
uden seurantaa toteutettiin MMSE -muistitestiä käyttäen.

Yläluokka **kuntoutumista edistävät toiminnot ja palvelut** muodostuvat alaluokista so-
siaalisuutta tukevat palvelut, joissa päivätoiminnan mahdollistaminen asiakkaalle nähtiin
tärkeimpänä palveluna elämänlaatu-
projektin lisäksi. Elämänlaatu-
projektissa itäisen ko-
tihoidon ja Kontulan monipuolisen palvelukeskuksen yhteistyönä on toteutettu tuettua
sosiaalista toimintaa, jossa myös lievästi muistisaira-
at asiakkaat on pystytty huomioi-
maan. Vanhuksille ja erityisesti muistisairaille suunnattu päivätoiminta on asiakkaan toi-
mintakykyä tukevaa sosiaalipalvelua, jolla mahdollistetaan asiakkaalle kodin ulkopuo-
lista toimintaa ja sosiaalisia kontakteja. Haastateltavat toivat esille, että päivätoimin-
nassa käyminen on usein muistisaira-
an asiakkaan ainut kontakti kodin ulkopuolella, jo-
ten tämän palvelun järjestäminen muistisaira-
alle asiakkaalle nähtiin keskeisenä kuntou-
tumista edistävänä kodin ulkopuolisena toimintana.

Asiakkaan kodin merkitys nähtiin tärkeänä ja haastateltavat pääosin näkivät kodin par-
haana paikkana muistisaira-
alle asiakkaalle. Saira-
uden edetessä asiakkaan kokemana
turvattomuus koettiin hankalana. Erilaiset apuvälineet kuten ovihälytin tai liesivahti mah-
dollistivat asiakkaan kotona asumisen, vaikka ei niiden varsinaisesti nähty edistävän asi-

akkaan itsensä turvallisuuden tunnetta. Asiakkaan turvallisuuden tunnetta pyrittiin edistämään kiireettömällä ja yksilöllisenä ajan antamisena sekä yksilöllisen elämänhistorian tunnistamisena. Eräs hoitajista mainitsi soittavansa asiakkaalle muutaman minuutin puheluita, koska se lisäsi asiakkaan kokemaa turvallisuuden tunnetta. Osa haastateltavista toi esille, että hoitajien vaihtuvuus lisää asiakkaan turvattomuuden tunnetta. Turvattomuuden tunnetta haastateltavien mukaan kerrottiin myös lisäävän hoitajan osaamattomuus muistisairaahan asiakkaan kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa. Erityisenä haasteena kotihoitotyössä koettiin jo pitkälle edenneet muistisairaajat asiakkaat, jotka eivät enää tunnista kotiaan. Näiden asiakkaiden toivottiin saavan nopeammin järjestyseen pysyvän ympärivuorokautisen hoidon palveluasumisesta. Kotikäynniltä haluttiin poistua niin, että asiakas jäisi rauhallisin mielin kotiin. Jotkin hoitajat kokivat asiakkaan kokeman turvattomuuden olevan henkisesti kuormittavaa kotihoitotyössä:

Asiakkaat ovat ahdistuneita, kyllä sen näkee omista asiakkaista, kun siellä on ollut vaihtuvuutta hoitajissa. H1

Omaisyyhteistyö nähtiin asiakkaalle tärkeänä mutta toisaalta haasteet omaisten kanssa tehtävässä yhteistyössä tulivat useassa haastattelussa esille. Omaisten eriävät näkemykset hoidon toteuttamisessa koettiin hoitoyötä rasittavana eikä aina ollenkaan asiakkaan hyvinvointia tukevana asiana. Hyvä omaisten kanssa tehtävä yhteistyö lisäsi ja täydensi muistisairaahan asiakkaan hyvinvointia ja tuki kotona asumista. Omaisten rooli nähtiin usein välttämättömänä, jotta edennyttä muistisairautta sairastava asiakas voisi asua kotonaan. Omaisten kanssa tehtävään yhteydenpitoon kaivattiin lisää aikaa ja työtapoja.

Erityisesti kuntoutumista edistävänä toimintana kotihoidossa nähtiin erilaiset asiakkaan kanssa tehtävät sopimukset liikkumisesta. Näitä olivat fysioterapeutin tai toimintaterapeutin tekemiä ohjelmat sekä liikkumissopimus, joissa hoitajan ohjauksessa asiakas suorittaa sovittuja liikkeitä tai arkisiakin toimintoja kotikäyntien yhteydessä. Arjen toimintakykyä tukevan toimintana mainittiin esimerkiksi roskien vieminen tai aamupala voileipiä tekeminen. Haastateltavat toivat esille, että erityisesti muistisairaahan asiakkaan motiivointi toimintaan on usein haastavaa ja kotikäynti aikaa on tähän liian vähän. Moniammatillinen kotikuntoutus suuntautui pääosin sairaalasta tai arviointi- ja kuntoutusjaksoilta kotiutetuville asiakkaille. Haastateltavien mukaan kotikuntoutus toimintana oli hyvää ja moniammatillisuutta hyödyntävää tavoitteellista asiakasta kuntouttavaa toimintaa, jossa

myös seuranta toteutui. Tämän kaltaista toimintaa kaivattaisiin kuitenkin jo varhaisemmassa vaiheessa muistisairaille asiakkaille. Laitoskuntoutus nähtiin useassa haastattelussa viimeisenä vaihtoehtona tukea asiakkaan kotona asumisen jatkumista ja näin ollen asiakkaan kotona pärjääminen oli jo vaakalaudalla:

Sitten on ne kuntoutus jaksot asiakkaalle, kun kunto alkaa mennä huonoksi ja kotona pärjääminen on huonoa. LH1.

Yläluokka **kotihoitotyön organisointi ei tue asiakkaan kuntoutumista**, muodostuu alaluokista kiire, henkilöstön vajeus haittaa suunnitelmallista hoitotyötä, hoitajien vaihtuvuus haittaa suunnitelmallista hoitotyötä, hoitajien vaihtuvuus heikentää asiakkaan hyvinvointia ja työaikajärjestelyt. Kotihoitotyön organisointiin liittyy kaikkien haastateltavien mukaan tekijöitä, jotka vaikeuttavat muistisairaana asiakkaan kuntoutumista tukevaa hoitotyön toteuttamista. Tähän liitettiin kiireen kokemus, sijaisten paljous ja ylipäätään yleisesti vaihtuvuus henkilöstössä. Haastateltavat liittyvät kiireen ja suunnitelmallisen hoitotyön toteuttamisen vaikeudet välittömän työajan seurantaan. Välittömän työajan seurannassa hoitajan työpäivä ja asiakkaat suunnitellaan niin, että hoitajan asiakkaan kotona viettämää aikaa tilastoidaan. Hoitaja ”kirjaa” itsensä aina asiakkaan kotiin mennessä ja sieltä poistuessa. Haastateltavat hoitajat toivat esille, että välittömän työajan seurannasta johtuen asiakkaalla saattaa olla saman vuorokauden aikana neljäkin eri hoitajaa. Kaikissa kuudessa haastattelutilanteessa hoitajat toivat esille, että asiakkaan seuranta ja yksilöllinen tavoitteellinen hoidon suunnittelu on vaikeutunut välittömän työajan seurannan vuoksi sekä vastuuhoidajalla on haastavaa hoitaa hänelle kuuluvia asiakasta koskevia vastuutehtäviä. Asiakkaan terveydentilanteen ja päiväkohtaisten tarpeiden kuten ruokailun seuranta ja arviointi vaikeutuivat, kun hoidosta vastaa saman päivän aikana monta eri hoitajaa. Näissä tilanteissa asiakkaan hoidon arviointi mahdollistuu asiakastietoihin kirjaamisen ja seurannan kautta.

Asiakaskohtainen työaika koettiin liian vähäiseksi, ja tästä syystä perehtyminen muistisairaana asiakkaan ja hoitosuunnitelmaan sekä elämänhistoriaan jäi liian vähäiseksi. Kiireisen hoitajan kohtaaminen ja epäammatillinen vuorovaikutus saattavat johtaa tilanteeseen, jossa muistisairas asiakas ahdistuu ja voi käyttäytyä aggressiivisesti. Näissä tilanteissa muistisairas asiakas saattaa olla hoitokielteinen eikä halua ottaa hoitajan tarjoamaa apua vastaan esimerkiksi peseytymiseen. Muistisairaana asiakkaan toimintakyvyn tunteminen ja ohjauksen tarpeen tiedostaminen mahdollistuu paremmin,

kun hoitaja tuntee asiakkaan. Mikäli hoitaja ei tunne muistisairasta asiakasta, saattaa tämä uskotella hoitajalle esimerkiksi syöneensä tai käyneensä suihkussa ja näin asiakas jää ilman tarvitsemaansa ohjausta näissä asioissa. Kaikissa haastatteluissa muistisairaana asiakkaan ahdistuneisuus koettiin haastavana ja tähän kaivattiin lisää osaamista ja moniammatillisen tiimin suunnitelmaa ja tukea:

Se, että sen asiakkaan luona saattaa käydä päivän aika 3-4 eri hoitajaa vaikuttaa siihen, että kukaan ei oikein tiedä mitä asiakas on päivän aikana syönyt. H3.

Yläluokka **organisaation toiminta tukee asiakkaan kuntoutumista** sisältää alaluokat työaikajärjestelyt, vastuuhoidajuus ja pienryhmät. Joissakin tiimeissä oli kokeiltu voimatyövuorosuunnittelua, joka mahdollisti haastateltavan mukaan joustavammin samojen asiakkaiden hoidon saman päivän aikana. Asiakkaan joustavan päiväohjelman suunnittelu yhdessä asiakkaan kanssa vapautti aikaa niin, että esimerkiksi ulkoilu saattoi olla mahdollista iltapäivällä. Vastuuhoidajuutta pidettiin pääosin hyvänä järjestelynä, joka tukee asiakkaan ja hoitajan luottamuksellisen ja suunnitelmallisen hoitotyön totuttamista, joskin välittömän työajan seuranta hankaloitti vastuuhoidajan tehtävien hoitamista. Parhaimmillaan hoitosuhde perustuu luottamukselle ja omaisyhteistyön sujuvuus lisää asiakkaan elämänlaatua ja toimintakykyisyyttä. Yhdessä haastattelussa hoitaja toi esille joidenkin tiimien pienryhmä kokeilut, jotka oli kokenut hyvänä tapana keskittää hoitajien kiinnostus ja osaaminen pienryhmiin, joissa muistisairaana asiakkaan kuntouttavan hoitotyön toteutus, seuranta ja arviointi toteutuvat paremmin.

Yläluokka **hoitotyön osaaminen** muodostuu alaluokista hoitajan motivaatio ja asenne, hoitajan tieto, hoitajan työkokemus ja työaikajärjestelyt. Kysyttäessä haastateltavista muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävässä hoitoyössä tarvittavasta osaamisesta nousi keskeisenä hoitajan oma kiinnostus ja asenne muistisairaana asiakkaan kokemusmaailmasta sekä yleinen tieto muistisairauksista ja erityisesti ravitsemuksesta. Pääosin osaamista pidettiin hyvänä mutta ymmärtämättömyys muistisairaana asiakkaasta näyttäytyi jopa haitallisena toimintana asiakkaalle. Erityisesti käytösoireisen asiakkaan hoitotyö vaatii osaamista ja tämän ajateltiin kertyvän pääosin kokemuksen kautta. Osaaminen näissä tilanteissa oli haastateltavien mukaan erityisesti sijaisilla huonoa. Toisaalta hoitajan osaamisen hyödyntäminen ei onnistu, mikäli työaika järjestelyt eivät tue sitä:

Kyllä ne hoitajat, joilla on pitkä työkokemus parhaiten pärjäävät haastavissa tilanteissa muistisairaana kanssa. SH1

Yläluokka **hoitoyön osaamisen kehittäminen** muodostuu alaluokista koulutuksien kehittäminen, hyvien käytäntöjen jakaminen, pientiiimityöskentelyn kehittäminen ja osaamisen lisäämiseen kannustava ilmapiiri. Haastateltavien mukaan kotihoidossa voitaisiin kehittää muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävää hoitoyötä monin tavoin. Tietoa ja koulutusta kaivattiin lisää. Yleisesti kotihoitotyö koettiin kaikissa kuudessa haastattelutilanteessa haastavaksi ja laaja-alaista osaamista vaativaksi. Näistä syistä neljässä haastattelutilanteessa tuli ilmi, että muistisairaana asiakkaat koetaan haastavina asiakaina ja osaamista heidän kuntoutumista edistävään hoitotyöhön ei aina hoitotiimistä riittävästi löydy.

Muistisairaiden kanssa tehtävän hoitotyöhön liitettiin kokemuksen ja koulutuksen kautta lisääntyvä ammatillinen osaaminen. Merkittävänä tiedon ja kokemuksen jakamisen foorumeina mainittiin tiimikokoukset. Tiimin sairaanhoitajan konsultoiminen koettiin tärkeäksi haastavissa tilanteissa. Tiimikokoukset mahdollistavat pienessä mittakaavassa asiakassuunnitelmien ja tavoitteiden luomisen, näissä ei kuitenkaan asiakas tai omainen ei ole paikalla. Haastatteluissa tuotiin esille jo olemassa olevien hyvien käytäntöjen jakamista ja näin mahdollisuutta oppia ja jakaa tietoa tiimin sisällä. Joissakin tiimeissä oli muodostettu pienryhmiä, joiden sisällä asiantuntijuutta pyrittiin lisäämään tietyn asiakasryhmän tarpeita ajatellen. Pienryhmien sisällä asiantuntijuuden kehittäminen hoitajien mielenkiinnon mukaan herätti mielenkiintoa. Tiedon jakaminen toimisi pienryhmän sisällä paremmin mahdollistaen myös asiantuntijatiedon jakamisen kokotiimiin tai alueen muihin tiimeihin. Tiimikokousten ja osastotuntien osalta ehdotettiin niiden kehittämistä tietoa jakavampaan suuntaan. Yhteistä keskustelua ja asiakaskohtaista suunnitelman tekoa ja käytäntöjen jakamista kaivattiin enemmän. Kaikissa haastatteluissa tuli ilmi, että tähän ei ole kokousrakenteissa riittävästi aikaa. Pareittain tehtävää työtä ja mentorointia pidettiin hyvänä mahdollisuutena saada käytännönläheistä oppia ja ohjausta muistisairaana asiakkaan kohtaamiseen ja ohjaamiseen:

Me tarvitaan hoitotyöhön keinoja ja mahdollisuuksia niiden ideoimiseen ja mahdollisuus harjoitteluun. LH2.

8 Kotihoidon osaamisen kehittäminen

Tutkimuksellinen kehittämistyö käynnistyi vuoden 2018 alussa, jolloin idea esiteltiin itäiseen kotihoitoon tutkimuksellisen kehittämistyöntekijän aloitteesta. Tutkimuksellisen kehittämistyötä suunniteltiin yhteisesti itäisen kotihoidon päällikön ja kahden kotihoidon ohjaajan kanssa. Muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävän hoitotyön merkityksiä ja hoitotyön osaamista sekä sen kehittämiskohteita päädyttiin selvittämään laadullisin tutkimusmenetelmin haastatteleamalla kotihoidon hoitajia. Kehittämistyötä suunnittelemaan ja toteuttamaan päädyttiin perustamaan moniammatillinen kehittämistyöryhmä. Kehittämistyöryhmään kuului sairaanhoitaja, lähihoitaja, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, kotihoitopäällikkö, kaksi kotihoidon ohjaaja. Työryhmän tapaamisiin osallistui vaihtelevasti ryhmään kuuluvia jäseniä. Teemahaastatteluista saadut tulokset toimisivat hoitotyön osaamisen kehittämisen pohjana. Tapaamisista kirjattiin pöytäkirjat, joiden avulla tieto siirtyi sähköpostitse koko kehittämistyöryhmän jäsenille.

Kehittämistyöryhmässä käytiin yleisesti moniammatillista keskustelua ja tehtiin arviointia muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä itäisessä kotihoidossa. Kehittämistyöryhmä kokoontui maaliskuu- elokuun aikana yhteensä neljä kertaa. Opinnäytetyöntekijän toteuttamat hoitotyöntekijöiden teemahaastattelut ja niistä saadut tulokset toimivat kootun kehittämistyöryhmän työskentelyn pohjana. Toukokuussa esiteltiin alustavat teemahaastatteluiden tulokset, joiden pohjalta kesäkuussa kehittämistyöryhmässä valittiin kolme keskeistä aihealuetta osaamisen kehittämisen teemoiksi.

Haastatteluiden tuloksista nousi esille hoitajien myönteiset kokemukset tiimin kesken käytävän moniammatillisen keskustelun, osaamisen ja kokemusten vaihdon merkityksestä muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistää hoitotyötä tukevana tekijänä. Näistä syistä kehittämistyöryhmässä valittiin osaamista kehittäväksi työskentelymuodoksi juuri työpajatyöskentely, joka mahdollistaa moniammatillisen ja arjesta nouseva kehittämistyöskentelyn lisäten samalla osallistujien ymmärrystä ja osaamista valituista teemoista. Elokuussa kehittämistyöryhmässä suunniteltiin kaksi saman sisältöistä työpajaa toteutettavaksi Kivikon alueen kotihoidon hoitajille. Työpajoihin nimettiin kaikki tiimin lähihoitajat.

8.1 Teemahaastatteluista saatujen tulosten koonti

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää, kuinka muistisairaasi asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö näyttäytyy itäisessä kotihoidossa. Alla olevaan taulukkoon seitsemän on koottu teemahaastatteluista saadut keskeiset tulokset vastaten asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Keskeiset tulokset on esitetty taulukossa niin, että tutkimuskysymykset toimivat taulukossa otsakkeina ja otsakkeen alla olevan sarakkeen sisältö kuvaa keskeisen teemahaastatteluista analysoidun keskeisen tuloksen.

Taulukko 7. Teemahaastatteluista saatujen tulosten koonti

Muistisaitaan asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö	
<p>Erlaisina hoitotyön toimintoina ja palveluina: Lääkehoito, ravitseminen ja perushoito Päivätoiminta, erilaiset liikunta- ja kuntoutukselliset terapiahenkilöstön suunnittelemat ja hoitajien toteuttamat ohjelmat Hoitajan työtavassa korostuu hoitajan asenne ja kiinnostus muistisairasta asiakasta kohtaan. Kohtaamisen ja vuorovaikutuksen taidot sekä tieto sairaudesta ja sen hyödynnettävyys (etenkin käytösoireista) Hoitaja on kannustava, ohjaava ja hyväksyy asiakkaan tavan toimia Kuntoutumista edistävässä hoitajan työtavassa asiakkaalle annetaan aikaa</p>	Kuntoutumista tukevat tekijät
	<p>Motivoitunut hoitaja ja hoitotyön vahva vuorovaikutusosaaminen etenkin käytösoireisen asiakkaan kanssa Tiimin kanssa ammatillinen ja suunnitelmallinen keskustelu (moniammatillinen konsultointi) Vastuuhoitajuus Pienryhmät Kiireettömyys</p>
	Kuntoutumista heikentävät tekijät
	<p>Elämänhistorian huono hyödyntäminen Asiakkaalla liian pieni rooli suunnitelman ja tavoitteiden asettamisessa Huono perehtyminen asiakkaan taustoihin ja voimavaroihin. Hoitajan tekee kiireessä asiakkaan puolesta. Hoitaja ei tunnista asiakkaan kuntoutumispotentiaalia Vaihtuva henkilöstö, sijaisten huono kohtaamisen taito ja tästä seuraa asiakkaan hoitamista jättäminen tai tehtävän siirtyminen seuraavalle hoitajalle. Hoitotyön aikaa suunnattu liiaksi välilliseen työhön. Välittömän työajan seuranta vaikeuttaa vastuunhoitajuuden toteuttamista sekä suunnitelmallista hoitotyötä ja seurantaa</p>
<p>Minkälaista osaamista hoitajalta vaaditaan kuntoutumista edistävän hoitotyön toteuttamisessa?</p>	

<p>Hoitajalta vaaditaan kykyä asettua muistisairaana asiakkaan kokemusmaailmaan ja tietoa muistisairauksista ja etenkin sairauden vaikutuksesta toimintakykyyn ja suoranaiseen toimintaan arjessa ja kodin ympäristössä.</p> <p>Muistisairaana asiakkaan kuntouttavassa hoidossa keskeistä kohtaamis- ja vuorovaikutustaidot, joita vaaditaan, jotta hoitotyölle asetettuihin tavoitteisiin voidaan päästä myös käytösoireisen asiakkaan kanssa.</p>
<p>Miten kotihoidossa voitaisiin kehittää kuntoutumista edistävää hoitotyötä?</p>
<p>Hoitotyön osaamisen lisäämisen menetelmien kehittäminen, kokemuksen, osaamisen ja hyvien käytäntöjen jakaminen omassa ja lähitiimeissä. Yhteistöllisten oppimismenetelmien kehittäminen ja liittäminen osaksi arjen hoitotyötä. Parityön ja mentoroinnin hyödyntäminen.</p> <p>Varhaisempi moniammatillinen kuntoutumisen suunnitelma, asiakkaan vahvempi mukana olo, sitoutuminen ja motivointi</p>

8.2 Työpajatyöskentely

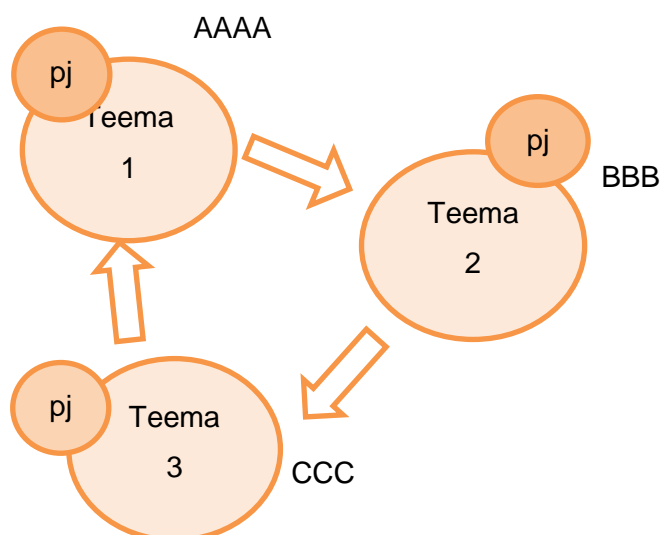
Työpajatyöskentelyn suunnittelu ja työnjako tehtiin viimeisessä kehittämistyöryhmässä elokuussa. Hoitajien osaamisen kehittämisen menetelmäksi kehittämistyöryhmässä valikoitui työpajatyöskentely, jossa toteutuu tiedon vaihto sekä tiedon keruu. Työpajatyöskentely mahdollisti aihealueiden läpikäymisen hoitajia osallistavalla tavalla. Työpajamenetelmä on yhteistoiminnallinen oppimismenetelmä ja soveltui hyvin hoitajien ymmärryksen ja osaamisen lisäämismenetelmäksi toimien samalla tiedonkeruumenetelmänä. (Haukijärvi, Kangas, Knuutila, Leini-Richert & Teirasvuori 2014: 35.) Työpajoja suunniteltaessa työnjako tehtiin työryhmän asiantuntijuutta ja mielenkiinnon kohteita hyödyntäen.

Ensimmäiseen työpajaan 31.9.2018 osallistui kehittämistyöryhmän jäsenistä sairaanhoitaja, kaksi kotihoidon ohjaaja ja kotihoitopäällikkö sekä 9 lähihoitajaa. Toiseen työpajaan 5.10.2018 osallistui 9 lähihoitajaa ja kehittämistyöryhmän jäsenistä kotihoidon ohjaaja. Tutkimuksellisen kehittämistyöntekijä oli valmistanut työpajoihin alustuksen PowerPointioja hyödyntäen, joiden avulla kytkettiin aihe tutkimukselliseen opinnäytetyöhön ja alustettiin osallistujat päivän aiheeseen. Tutkimuksellisen kehittämistyöntekijä vastasi iltapäivän toteutuksesta ja ohjelmassa pysymisestä. Tilaisuuden alussa jokaiselta osallistujalta haluttiin kuulla myös iltapäivän antiin liittyvät odotukset. Tämä lisäsi ymmärrystä siitä, että valtaosa osallistujista oli mieltänyt tilaisuuden juuri koulutukseksi eikä niinkään kehittämistyöskentelyä. Tämä auttoi muokkaamaan työpajatyöskentelyä ja teemojen kautta käytävää yhteistä keskustelua vastaamaan paremmin osallistujien odotuksia.

Työpajatyöskentelyn teemat olivat valikoituneet teemahaastatteluista saatujen tulosten pohjalta. Kehittämisen teemat olivat myönteinen vuorovaikutus muistisairaahan asiakkaan kanssa, kuntoutuspotentiaalinn tunnistaminen ja moniammatillinen yhteistyö. Työpajatyöskentelyn työnjako muodostui sen ammatillisten asiantuntijuuksien mukaisesti. Tutkimuksellisen kehittämistyöntekijä suunnitteli ja ohjasi työpajoissa muistisairaahan asiakkaan vuorovaikutusta koskevaa työpajatyöskentelyä. Kehittämistyöryhmän fysioterapeutti ja toimintaterapeutti suunnittelivat ja ohjasivat työpajatyöskentelyä moniammatillisen yhteistyön kehittämisen osalta. Toimintaterapeutti suunnitteli ja ohjasi asiakkaan kuntoutuspotentiaalinn tunnistamiseen liittyvän työskentelyn, jossa hyödynsi aikaisemmin luomaansa kotihoidon asiakkaan kuntoutuspotentiaalinn tunnistamisen mallia.

Teemoja työstettiin kahtena iltapäivänä learning cafe -menetelmää hyödyntämällä. Tilaisuudet kestivät kahvitaukoineen 2,5 tuntia. Oppimiskahviloiden ohjaus- ja vetovastuu jakaantui moniammatillisen kehittämistyöryhmän jäsenten kesken. Ohjaajat olivat mietinneet teemaan liittyviä tavoitteita ja kysymyksiä etukäteen. Oppimiskahviloiden ohjaajat toimivat puheenjohtajana ja pysyen samassa pöydässä koko ajan. Puheenjohtaja esittelee aiheen seuraavalle ryhmälle. Pienryhmät A, B ja C vaihtavat pöytiä ja pohtivat teemoja puheenjohtajan alussa määritellyn ajan.

Kuvio 3. Oppimiskahvilatyöskentelyn kuvaus



Oppimiskahvilatyöskentely toteutui 3-4 hengen ryhmissä, joissa aiheita syvennettiin laajasti ja oppiminen toisilta ryhmän jäseniltä oli näin mahdollista. Oppimiskahviloissa puheenjohtaja esitteli seuraavalle ryhmälle edellisten ryhmien tuotosta koostetusti ja kannusti ryhmää syventämään aiheita edelleen. Työskentelyn päätyttyä jokaisen ryhmän puheenjohtajat esittelivät teemakohtaiset tuotokset ja virittivät vielä lisää keskustelua

koko ryhmän kanssa. Tässä yhteisessä loppukeskustelussa hyödynnettiin koko ryhmän asiantuntijuutta ja moniammatillista kokoonpanoa niin, että tietoa ja kokemuksia pyrittiin jakamaan tietoisesti ja tavoitteellisesti koko ryhmän käyttöön. Jokaisesta teemasta vielä valittiin keskeisimmät asiat yhteisesti. (Haukijärvi ym. 2014.)

8.3 Tutkimuksellisen kehittämistyön tuotokset

Kehittämistyöpajoissa syvennettiin teemoja muistisairaana asiakkaan myönteisen vuorovaikutuksen merkityksiä kuntoutumisen edistämiseksi, kuntoutuspotentiaalin tunnistamisessa ja moniammatillisen yhteistyön teemoista. Molempien työpajojen tuotoksena syntyivät teemakohtaiset koosteet paperille kirjattuna. Työpajojen tuotoksia lähdettiin jatkotyöstämään teemakohtaisesti aineistolähtöistä sisällönanalyysiä hyödyntäen. Sisällön analyysin vaiheet kuvataan kappaleessa 6.5. Työpajoissa työstetyt teemat muodostavat analyysin pääluokat ja yläluokat jäsentyvät tuotosten keskeisistä sisällöistä muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävissä hoitotyössä.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksina syntyivät tutkimuksellisen kehittämistyön tekijän koostama taulukko. Taulukossa kahdeksan kuvataan tiivistetysti kotihoidon hoitajien tuottama sisältö muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä kehittämistyöryhmässä valittujen teemojen osalta. Kahden iltapäivän työpajatyöskentelyiden tuotos on kuvattuna taulukossa 8. Työpajatyöskentely toimii mallina toteuttaa kotihoidon hoitotyön kehittämistä ja hoitajien osaamisen lisäämistä. Osaamisen kehittämisen mallin keskeinen sisältö on kuvattuna kuviossa neljä.

Alla kuvatut tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksena saadut tuotokset (taulukko 8 ja kuvio 4) vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin valittujen teemojen osalta, minkälaista osaamista muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö pitää sisällään sekä miten hoitotyön osaamista voitaisiin kotihoidossa lisätä. Kuvioiden sisältöä avataan tarkemmin seuraavissa kappaleissa.

8.4 Kuntoutumista edistävän hoitotyön osaamisen muodostuminen

Seuraavassa taulukossa kuvataan kuntoutumista edistävän hoitotyön osaamisen osa-alueet, jotka syntyivät työpajatyöskentelyiden tuloksena.

Taulukko 8. Osaamisen kehittäminen

Myönteinen vuorovaikutus	Kuntoutuspotentiaalinn tunnistaminen	Moniammatillinen yhteistyö
Kohtaaminen <ul style="list-style-type: none"> As. tunteminen läsnäolo Rauhallisuus kiireettömyys Kuuntelu Selkeä puhe 	Hoitajan työtapa <ul style="list-style-type: none"> Kannustaminen Hoitajan maltillisuus Hoitaja ohjaa as. itsenäistä suoriutumista 	Yhteinen työ <ul style="list-style-type: none"> Toisten työn tunteminen ja hyödynnettävyyden muistisairaana as. kanssa Yhteistyön kynnyksen madaltaminen, tehostaminen ja uusien tapojen löytäminen
Tavoitteellinen vuorovaikutus <ul style="list-style-type: none"> Myönteinen palaute Mielihyvää tuottavat keskustelun aiheet As. osallisuus hoidossa 	Yksilöllisyyden huomioiminen <ul style="list-style-type: none"> As. mielenkiinnon kohteet 	Suunnitelmallisuus ja arviointi <ul style="list-style-type: none"> Varhaisemman vaiheen kuntoutumisen suunnitelma, toteutus ja arviointi Liikkumissopimuksen päivittäminen Kotikuntoutuskokousten kehittäminen, riskien arviointi, ennaltaehkäisy näkökulma
Hoitajan asenne <ul style="list-style-type: none"> Hoitajan kiinnostuneisuus asiakkaasta As. kodin kunnioittaminen Hoitajan kyky asettua asiakkaan asemaan 	Toimintakyvyn tukeminen <ul style="list-style-type: none"> Voimavarojen tunnistaminen Itsenäisen suoriutumisen mahdollistaminen ja tuleminen Ei tehdä as. puolesta 	Ammatillinen tuki <ul style="list-style-type: none"> Apuvälineet Ergonomia, kinestetikka Ammatillinen ohjaus ja käytännön arjessa, suunnitelman päiv.
Työvälineet <ul style="list-style-type: none"> Kalenterin ja päiväkirjan käyttö Muistiharjoitteet asiakkaan hoitosuunnitelmaan 		

Myönteinen vuorovaikutus

Hoitotyön osaamista tulisi kehittää asiakkaan yksilöllisyyttä huomioivaan hoitotyön suunnittelun suuntaan. Myönteisessä vuorovaikutuksessa korostuu hoitotyöntekijöiden mukaan asiakkaan **kohtaaminen**, jossa keskeistä on läsnäolo, rauhallisuus hoitotilanteessa ja asiakkaan taustojen ja tarpeiden tunteminen. Myönteinen vuorovaikutus tarkoittaa kiireettömyyttä, häiriötekijöiden poistoa (TV, puhelin), asiakkaan toiveiden kuulemista hoitotilanteen etenemisestä. Muistisairasta asiakasta puhutellaan nimellä ja hänelle puhutaan rauhallisesti, selkeästi sekä hänelle kerrotaan hoitotilanteen etenemisestä. **Vuorovaikutus on tavoitteellista** keskittyen asiakkaan olemassa oleviin voimavaroihin. Tavoitteellisuus näyttäytyy asiakkaalle annettuna myönteisenä palautteena ja vuorovaikutuksessa tietoisesti hyödynnetään keskustelussa asiakkaalle mielekkäitä keskustelun aiheita sekä yksilöllisesti kiinnostavia ja tuttuja keskustelunaiheita. Hoitajan myönteinen **asenne** näyttäytyy kiinnostuksena asiakasta kohtaan ja kykynä asettua tämän asemaan sekä kotiympäristön kunnioittaminen kaikessa toiminnassa. Myönteistä vuorovaikutusta muistisairaana asiakkaan kanssa voitaisiin tukea erilaisilla **työvälineillä** tehostetummin kotihoidossa. Myönteistä ja onnistunutta vuorovaikutusta tukeviksi apuvälineiksi todettiin päiväkirjan käyttö, asiakkaan kuukausikalenterin käyttö ja muisti harjoitteiden toteuttaminen ja niiden lisääminen hoitosuunnitelmaan.

Kuntoutuspotentiaalin tunnistaminen

Asiakkaan toimintakyvyn tukeminen tarkoittaa hoitotyössä kannustavaa ja maltillista **työtappaa** hoitajalta, joka pohjautuu asiakkaan **yksilöllisiin mielenkiinnon kohteisiin**. Nämä asiat tulisi huomioida jo hoito- ja palvelusuunnitelman tekovaiheessa nykyistä paremmin ja asiakkaan osallisuutta suunnitelman tekemissä vahvistamalla myös asiakkaan motivaatio kuntoutumiseen mahdollisesti lisääntyisi. **Toimintakykyä tukevassa työskentelyssä** vältetään tietoisesti asiakkaan puolesta tekemistä. Hoitajan työskentely ohjaa asiakasta suoriutumaan päivittäisissä toiminnoissaan itsenäisesti asiakkaan voimavaroja hyödyntäen.

Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillista yhteistyön kehittämisen osalta muistisairaana asiakkaan kohdalla työparityöskentelyn tuloksista nousee tarve **yhteisen työn** lisäämiselle. Hoitotyössä nähdään tarvetta yhteistyön tekemisen kynnyksen madaltamiseen, tehostamiseen ja lisäämiseen terapiahenkilöstön kanssa. Hoitohenkilöstö toi esille myös epätietoisuutta terapiahenkilöstön työn sisällöistä ja hyödynnettävyydestä muistisairaana asiakkaan kohdalla. Yhteistyön lisääminen tarkoittaisi muistisairaana asiakkaalle varhaisempaa moniammatillista kuntoutumisen **suunnitelmaa, suunnitelman seuranta ja arviointia**. Suunnitelman teossa asiakkaalla olisi myös nykyistä vahvempi rooli, mikä auttaisi motivoitumisessa. Muistisairaana asiakkaan toimintakykyisyyden riskien arviointia varhaisemmassa vaiheessa pidettiin tärkeänä, missä nähtiin kotikuntoutustyöskentelyn ja kotikuntoutuskokousten kehittämisen mahdollisuus muistisairaana asiakkaan kuntoutumisen suunnittelussa. Liikuntasopimus osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa herätti keskustelua. Liikuntasopimus toimii asiakkaan ja kotihoidon välisenä työvälineenä ja sopimuksena kuntoutuksen ja asiakkaan aktiivisuuden osalta. Liikuntasopimus koettiin kankeaksi hyödyntää arjen hoitotyössä ja osittain vanhentuneeksi malliksi ja siihen kaivattiin päivittämistä asiakkaan toimintakykyisyyttä tukevana menetelmänä juuri arkeen. Hoitotyöntekijät toivat esille **ammattillisen tuen** tarvetta hoitotyön tekemiseen liittyvien tekijöiden osalta, kuten ergonomia, kinestetiikka ja apuvälineasiat. Tukea hoitotyön toteuttamiseen kaivattiin ohjauksen ja tuen muodossa asiakkaan kuntouttavien arjessa toimimista tukevien käytännön vinkkien löytämiseksi.

8.5 Osaamisen kehittämisen malli

Alla kuvattu osaamisen kehittämisen malli vastaa tutkimuskysymykseen, miten kotihoitossa voitaisiin hoitajien osaamista kehittää. Malliin on koottu osaamisen kehittämisessä huomioituja ja hyödynnettyjä tekijöitä kuten olemassa olevaa asiantuntijuutta ja moniammatillisuutta. Osaamisen kehittäminen on ollut arjesta lähtevää ja keskiössä ovat yhteiset asiakkaat ja yhteistyön vahvistaminen.

Kuvio 4. Prosessikuvaus: Osaamisen kehittäminen



Yhteistoiminnallinen kehittäminen mahdollisti hoitotyöntekijöille myös eettisen keskustelun. Työpajatyöskentelyssä hyödynnettiin yhteistoiminnallisuuden oppimismetodeita, osallisuutta, sosiaalista riippuvuutta kannustaen jokaista ryhmän jäsentä vastuullisuuteen. Kehittämistoiminta oli tavoitteellista ja kaikkia osallistavaa edistäen avointa vuorovaikutusta hoitotyöntekijöiden ja terapiahenkilöstön kesken. Työpajoihin osallistuneet hoitotyöntekijät olivat taustaltaan pääosin lähahoitajia ja sairaanhoitajia. Osallistujissa oli havaittavissa erilaiset työhistoriat, kokemus ja motivaatio. Tämä toimi kehittämistyön rik kautena. Ammatillinen kasvu alkaa jo opiskeluaikana oletettavasti jatkuen koko työuran.

(Hellström, Johnson, Leppilampi & Sahlberg 2015: 16–17.) Yhteistoiminnallinen työpajatyöskentely mahdollisti osallistujille tiedon ja taidon jakamisen sekä antoi edellytyksiä itsereflektoinnille. Itsereflektointia voidaan pitää yhtenä ammatillisen kasvun edellytyksenä. (Rautava-Nurmi, Wertergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2015: 460–461.)

8.6 Yhteenveto

Teemahaastatteluista nousi vahvasti hoitajien toiveet juuri yhteisen keskustelun ja jakamisen tarpeista. Hoitotyön pitkää kokemusta pidettiin yksilöön kertyneenä vahvuutena, jota haluttiin hyödyntää omassa työssä. Kehittämistyöryhmässä hoitotyön osaamisen kehittämisen tavaksi valikoitui yhteistoiminnallisuutta hyödyntävä työpajatyöskentely vastaten näin hoitajien toiveeseen. Työskentely molemmissa työpajoissa oli erittäin inostunutta, motivoitunutta ja kaikki paikallaolijat osallistuivat työskentelyyn. Yhteinen asiakas näyttäytyi nyt kaikille samaan aikaan mahdollistaen työntekijöille tutustumisen toisiinsa. Yhteinen kehittämistyöskentely lisäsi osallistuen ymmärrystä eri ammattiryhmien asiantuntijuuksista muistisairaahan asiakkaan hoidossa ja kuntoutuksessa lisäten näin tulevaisuuden yhteistyömahdollisuuksia.

Työpajatyöskentelyn mallissa hoitotyön kehittäminen ja osaamisen lisääntyminen mahdollistuu, kun moniammatillisuutta ja asiantuntijuutta hyödynnetään yhteisen ja tavoitteellisen keskustelun kautta. Kehittämistyössä lisääntyi myös ymmärrys toisten ammattiryhmien asiantuntijuudesta sekä siihen luottaminen ja arvostaminen. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008: 33–35). Kehittäminen on käytännönläheistä ja keskiössä on luontevasti esimerkit arjesta ja yhteisistä asiakkaista, jonka kautta oivallukset syntyvät ja osaaminen, tieto ja kokemukset vaihtuvat. Työskentelytavassa korostuu kaikkien osallistuminen ja vaikuttamisen ja kuulluksi tuleminen kokemukset.

Osaamisen kehittämiseen käytettyyn menetelmään kuuluu osana myös toiminnan arviointi (Haukijärvi ym. 2014). Kehittämistyöryhmätyöskentelyn ja työpajatyöskentelyiden jälkeen itäisessä kotihoidossa toteutettiin sähköinen palautekysely, jossa työpajoihin osallistujilta haluttiin selvittää työpajatyöskentelystä syntynyttä yleistä kokemusta sekä osaamisen lisääntymisen kokemusta muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Kyselyyn saatiin yhdeksän vastausta. Kyselyyn vastanneista 56 % oli kokemukseen tyytyväisiä ja 44 % erittäin tyytyväisiä. Kyselyyn vastanneista 67 % koki työpajatyöskentelyn lisänneen osaamista muistisairaahan asiakkaan hoitotyöstä ja 22 % ei osannut vastata ja 11 % vastaajista koki, että työpaja työskentely ei lisännyt osaamista

muistisairaankin asiakkaan hoitotyöstä. Palautekyselyyn vastanneista 80 % prosenttia suosittelee, että työpajatyöskentelyä osaamisen kehittämisessä käytettäisiin jatkossa muistisairain kotihoidon tiimeissä.

9 Johtopäätökset ja pohdinta

Tutkimuksellisen kehittämistyöni tarkoituksena oli selvittää muistisairaankin asiakkaan kuntoutumista edistävän hoitotyön keskeiset sisällöt itäisessä kotihoidossa. Laadullinen tutkimus toteutettiin teemahaastattelemalla itäisen kotihoidon hoitotyöntekijöitä. Tavoitteena oli saada vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Miten kotihoidon hoitotyössä asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö näyttäytyy ja mitkä seikat tukevat ja heikentävät kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista, minkälaista ammatillista osaamista kuntoutumista edistävä hoitotyö vaatii hoitajalta ja miten kuntoutumista edistävän hoitotyön osaamista voitaisiin kotihoidossa lisätä?

Teemahaastatteluin saatu aineisto analysoitiin teoriaohjaavasti hyödyntäen Rautasalonen & Sainion (2001) ikääntyneen kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Teoriasta nousivat teoriaohjaavan sisällön analyysin pääluokiksi hoitajan työote, hoitotyön päätöksenteko ja kotihoidon toiminta. Hoitotyön kehittämiseksi koottiin itäisessä kotihoidossa moniammatillinen kehittämistyöryhmä, joka kokoontui yhteensä neljä kertaa. Kehittämistyöryhmässä käytiin keskustelua itäisen kotihoidon hoitotyön kehittämisestä muistisairaankin kuntoutumista edistävästä hoitotyön tilasta ja ideoitiin, organisoitiin osaamisen kehittämisen käytäntö sekä valikoitiin teemahaastatteluiden tuloksista nousseet aiheen keskeisimmät kehittämistarpeet. Teemoja työstettiin kahtena iltapäivänä kehittämistyöryhmässä suunnitelluissa työpajoissa. Työpajat toteutettiin hyödyntämällä kehittämistyöryhmässä olevaa moniammatillisuutta ja asiantuntijuutta.

Yhteistoiminnallisuutta hyödyntävä työpajatyöskentely toteutettiin kahtena iltapäivänä kotihoidon tiloissa. Tutkimuksellisen kehittämistyöntekijä vastasi yhdessä moniammatillisen työpajatyöskentelyn suunnittelusta, sisällöstä ja toteutuksesta. Työpajoihin osallistuneilta kerättiin palautteet oppimiskokemuksesta ja tulevaisuuden hyödynnettävyydestä hoitotyön osaamisen kehittämisessä.

Tässä johtopäätökset ja pohdintaosiossa nostetaan esille tutkimuksellisen kehittämistyön keskeisimmät tulokset ja tarkastellaan kehittämistyötä ja sen eettisyyttä ja luotettavuutta.

9.1 Tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä haettiin vastausta siihen, kuinka muistisairaasi asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö näyttäytyy kotihoidossa. Kehittämistyössä tavoiteltiin hoitajien osaamisen vahvistamista. Tämän kehittämistyön perusteella muistisairaasi asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö näyttäytyy kotihoidossa lääkeshoidon, ravitsemuksen ja perushoidon toteuttamisena sekä erilaisina palveluina kuten päivätoimintana ja fyysistä toimintakykyä vahvistavina liikunnallisina ohjelmina. Kuntoutumista edistävä hoitotyö hoitajan toimintana merkitsi myönteisenä asenteena muistisairasta asiakasta kohtaan ja tämän voimavarojen tunnistamista. Toimintakykyä tuetaan antamalla asiakkaalle aikaa ja välttämällä asiakkaan puolesta tekemistä. Tulokset ovat samansuuntaiset Turjamaan (2014) väitöskirjan tulosten kanssa. Turjamaa toteaa, että kotihoidossa on tunnistettavissa toimenpidekeskeisyyttä ja asiakkaan painottuen fyysiisiin tarpeisiin vastaamisena. Turjamaan (2014) mukaan muistisairaasi asiakkaan voimavaroja ei tunnistetta tai huomioida tarpeeksi.

Tässä kehittämistutkimuksessa tulee esille hoitotyöntekijöiden haasteet tunnistaa muistisairaasi asiakkaan kuntoutumispotentialiaa tai tukea asiakkaan osallisuutta oman kuntoutumisensa suunnittelussa tai toteuttamisessa. Turjamaan (2014) asiakkaan toimintakykyisyyden tukemiseksi tarvittaisiin yksilöllisempää tuen ja palveluiden räätälöintiä, jossa huomioidaan asiakkaan arjen mielekkyyttä tukevat tekijät entistä paremmin. (Turjamaa 2014: 7.) Kehittämistyössä tulee ilmi, että muistisairaasi asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö vaatii rauhallisuutta ja riittävää ajankäyttöä hoitajalta. Tämä tulee ilmi myös Mattilan (2016) Pro gradu -tutkielmassa, jossa todetaan näiden tekijöiden mahdollistavan muistisairaalle asiakkaalla yksilöllisen, osallistavan, omatoimisuuteen kannustavan ja toimintakykyä tukevan hoitotyön (Mattila 2016: 68).

Vuorovaikutus hoitajan työvälineenä

Hoitajien mukaan ammatillinen ja muistisairaasi asiakkaan kokemusmaailmaa ymmärtävä vuorovaikutus toimii hoitotyössä tavoitteellisen hoitotyön edellytyksenä. Tämä mahdollistaa onnistuneita kohtaamisia ja luo edellytykset asiakkaan hyvinvoinnin tukemiseen. Muistisairaasi asiakkaan elämänhistorian tunteminen ja sen hyödyntäminen hoitotyössä oli usein puutteellista vaikkakin sen merkitys pääosin tunnistettiin. Saarnio & Isola

(2010) toteavatkin elämähistorian tuntemisen olevan tärkeää käytösoireisen muistisairaahan asiakkaan hoitotyössä. Yhdessä tämän ja hoitajan persoonallisen työtavan käyttämisellä päästään parhaaseen lopputulokseen. (Saarnio & Isola 2010: 332.)

Muistisairaahan asiakkaan kanssa käytettävä vuorovaikutus, sen vahvuudet, puutteet sekä vaikutus hoitotyön toteuttamiseen tulivat esille tutkimuksellisen kehittämistyön kaikissa vaiheissa. Saarnio & Isoaho (2010) pohtivatkin, että ammatillisen vuorovaikutuksen kehittämisen lisäksi tulisi hoitajilla olla mahdollisuus vahvistaa myös persoonan käyttämistä hoitotyön vuorovaikutustilanteissa. He painottavat lähijohtajien esimerkin ja toimintatapojen merkitystä toimintakulttuurin luomisessa. Avoin keskusteleva työilmapiiri tukevat hoitajan persoonallisuuden hyödyntämistä hoitotyössä. Lisäksi mahdollisuus vertaisarviointiin mahdollistaa vastavalmistuneille ja uusille työntekijöille mahdollisuuden ammatilliseen kasvuun. Mentorointia ja parityötä esitettiin myös tämän työn teemahaastatte- luissa yhtenä hyvänä tapana kasvattaa omaa osaamistaan hoitotyössä muistisairaahan asiakkaan kanssa. (Saarnio & Isoaho 2010: 332).

Hoitajan toteuttama vuorovaikutuksellisuus muistisairaahan asiakkaan hyvinvointiin ja au- tonomian kokemukseen on kiistaton ja todetaan lukuisissa aikaisemmissa tutkimuksissa. Haastateltavien mukaan juuri hoitajan heikot kohtaamistaidot ja muistisairaahan asiakkaan ohittaminen voivat aiheuttaa asiakkaalle pahoinvointia ja altistaa jopa käytösoireille. Tämä tuli esille myös pitkäaikaishoidossa toteutetussa havainnointitutkimuksessa (2011), jossa tarkkailtiin hoitajien toteuttamaa kohtaamista ja vuorovaikutusta muistisai- raiden asiakkaiden kanssa. Haastatteluiden tuloksista kävi ilmi, että vuorovaikutusta ja hoitotyötä kehitettäessä on ensisijaista käydä jatkuvaa keskustelua, jossa yhteinen yh- teiset arvot ja eettinen perusta kehittyvät ja vahvistuvat. Hoitajien erilaiset asenteet asia- kastyöhön ja muistisairaisiin ihmisiin tulivat haastatteluista esille.

Teemahaastattelun tuloksista, että työpajoista nousi esille, että käytösoireisten asiakkai- den kohtaamisen ja hoidon olevan haasteellisinta kotihoitotyössä. Tuloksista tulee esille, että käytösoireinen asiakas saattoi jäädä vaille hoitoa hoitajien vaihtuvuuden tai amma- tillisten vuorovaikutustaitojen puutteesta johtuen. Tulokset vahvistavat yleistä tietoa muistisairaahan asiakkaan hoitotyön keskeisimmistä haasteista. Muistisairaahan asiakkaan hyvissä hoitokäytännöissä todetaan, että juuri hoitohenkilökunnan vääränlaiset vuoro- vaikutusentavat ja asenteet saattavat heikentää muistisairaahan ihmisen suoriutumista

somaattisten vaivojen lisäksi. Hoitotiimiltä vaaditaan kykyä ennakoida ja ehkäistä käytösoireita. Moniammatillisen tiimin yhteistyön kehittäminen on keskeistä muistisairaasiakkaiden käytösoireiden hoidossa. (Suhonen ym; Muistisairaudet, Käypä hoito 2017.)

Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan liikuntaa, ravitsemusta ja sosiaalisia kontakteja sekä hoitohenkilöstön vuorovaikutusta muistisairaasiakkaiden kanssa. Muistisairaiden asiakkaiden hoidossa ja kuntoutuksessa lääkkeettömät hoidot ovat yhä suositeltavimpia. Koposen & Vatajan (2015) mukaan etenkin käytösoireisen muistisairaasiakkaiden kohdalla tarkoituksenmukainen tarpeiden huolehtiminen palvelee asiakkaiden hyvinvointia parhaiten sekä pyrkimykset vaikuttaa hoitohenkilöstön vuorovaikutustaitoihin. Hoitotyössä pyritään perusteettoman rajoittamisen minimointiin ja erityisesti avuttomuuden korostamista vältetään. Lääkkeettömällä hoidolla pyritään vaikuttamaan muistisairaasiakkaiden ympäristöön toimintakykyä tukevalla tavalla. Hoitohenkilökunnan loukkaavat ja häkellyttävät toimet saattavat lisätä muistisairaasiakkaiden aggressiivista käyttäytymistä. (Koponen & Vataja 2015: 474–475.)

Tässä kehittämistutkimuksessa tulee ilmi samankaltaiset tarpeet. Kotihoidon muistisairantuntijuuden kehittämiseksi on tilausta ja tulosten valossa se on suositeltavaa. Tähän panostamalla voitaisiin käytösoireisten asiakkaiden kohdalla saada onnistuneempia kohtaamisia ja hoitotyön suunnitelman mukaista toteutumista, mikäli asiakkaiden psyykinen hyvinvointi kohenisi ja hoitokielteisyyttä saataisiin vähenemään. Vaikuttamalla hoitotyöntekijöiden toteuttamaan vuorovaikutukseen voidaan vähentää muistisairaasiakkaiden käytösoireiden vähentymiseen. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011: 47). Kotihoidossa voitaisiin toteuttaa luotua toimintamenetelmää, kun hoitajat kohtaavat muistisairaasiakkaiden käytösoireen. Mielen Muutos -hankkeen tuloksissa kotihoitoon esitetään ratkaisuna eri alojen muistiammattilaisista koostuva tiimiä, joka on koulutettu asiakaslähistöiseen, hyvinvoinnin tarpeet huomioivaan ja räätälöityyn hoitoon. Tämänkaltaista muistiasiantuntijoista koostuvaa tiimiä voitaisiin konsultoida asiakaskohtaisesti. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011: 112.)

Muistisairaasiakkaiden kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittäminen

Vuoden alussa ilmestyneen Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitoksen julkaiseman tiedotteen mukaan kotihoidon asiakasmäärät ovat jatkuvassa kasvussa ja henkilöstöä tarvitaan lisää. Valtaosa kotihoidon asiakkaiden on muistisairaita ja palveluista tulee kehittää ja henki-

löstön osaamiseen tulee panostaa. (Kehusmaa & Hammar 2019.) Muistisairaiden toimintakykyisyyden tukeminen on siksi yhteiskunnallisesti erittäin ajankohtainen asia. Kotihoidon hoitohenkilöstön osaaminen muistisairaiden asiakkaiden hoidossa tulee jatkossa korostumaan, kun yhä enemmän muistisairaita hoidetaan kotona mahdollisimman pitkään. Muistisairaiden kotihoidon asiakkaiden toimintakykyisyyttä voidaan tukea lisäämällä hoitohenkilöstön osaamista kuntoutumista edistävässä hoitotyössä. (Noro ym. 2015.)

Haastatteluiden tuloksissa vähäiseksi todettiin kuntoutustavoitteiden toteutuminen ja seuranta. Kotihoidon henkilöstön kuntoutusta edistävä toimintatavan nähtiin kehittyvän koulutusta lisäämällä kuntoutussuunnitelmien tekemisessä ja kuntoutuksen tavoitteiden seurannassa. Muistisairaiden ja ikääntyneiden ihmisten hoito ja hoiva ovat siirtymässä entistä enemmän kotiympäristössä tapahtuvaksi ja siksi myös kuntoutus järjestetään entistä enemmän kotona. Kotikuntoutus on ollut menetelmänä Helsingin kotihoidossa jo joitakin vuosia. Kehittämistyöryhmässä käydyissä keskusteluissa sekä työpajoissa tuli esille tarve kehittää kotikuntoutusta. Kotikuntoutus aloitetaan usein liian myöhäisessä vaiheessa, jolloin muistisairaahan toimintakyky on laskenut ja uhka ympärivuorokautisen hoidon tarpeesta on todellinen.

Kotihoidon merkitys asiakkaiden kuntoutuksessa ja toimintakyvyn ylläpitämisessä korostuu ja kasvaa. THL:n Vanhuspalvelujen tila -tutkimuksessa (2017) todettiin, että kuntoutusta edistävän toimintatavan osaaminen on pääosin hyvää kotihoidon yksiköissä, mutta kuntoutussuunnitelmien asiakaskattavuudessa todettiin paljon parannettavaa. Kotihoidon henkilöstön osaamista tulisi vahvistaa kuntoutussuunnitelmien tekemisessä ja kuntoutuksen tavoitteiden seurannan osalta. Tämä edellyttää työntekijöiltä kykyä tunnistaa muistisairaahan asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuudet. (Kehusmaa ym. 2017).

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tulosten mukaan muistisairaahan omatoimisuuden tukeminen nähdään hoitotyön keskeisenä tavoitteena. Muistisairaahan asiakkaan kuntoutumistavoitteiden asettaminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan koetaan osin haastavana. Kuntoutus ja kuntouttaminen saatetaan nähdä terapiahenkilöstön tehtävänä. Rautsialan (2004) mukaan muistisairaahan kuntoutujan hoito- ja palvelusuunnitelma voidaan nähdä myös elämän ja arjen suunnitteluna. Se on eräänlainen elämäntapasuunnitelma, johon kirjataan asiakkaan tavoitteet toimintakyvyn säilyttämiseksi. Suunnitelmaa tehtäessä hyödynnetään asiakkaan elämänhistoriaa ja sieltä nousevia mielekkäitä asioita. Tavoitteet ovat liikunta- ja ryhmätoimintojen lisäksi erilaisia arjen askareita ja osallistumista

hoitotoimenpiteisiin. Tavoitteet ja menetelmät kirjataan. Tavoitteiden asettamista edeltää asiakkaan toimintakyvyn arviointi. Tämänkaltaista ajattelua voisi hyödyntää kotihoidossa nykyistä enemmän. (Rautsiala 2004: 95–97.)

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä tuli esille, että hoitotyöntekijöillä voi olla haastavaa tunnistaa muistisairaana asiakkaan kuntoutumismahdollisuudet ja näin asettaa tavoitteita yhdessä asiakkaan kanssa toimintakykyisyyden ylläpitämiseksi. Tämä nousee esille myös Vähäkankaan (2014) väitöskirjassa sekä THL:n Vanhuspalvelujen tila -tutkimuksessa (2017), joissa todetaan, että asiakkaalle nimetty vastuuhoidajuus tukisi kuntoutuksen toteutumisen seuranta ja arviointia. Kotihoidon vastuuhoidajuus nähdään mahdollisuutena luottamuksellisen suhteen rakentamiseen hoitajan ja asiakkaan välillä. Vastuuhoidaja toimii asiakkaan kuntoutumisen ja hoidon koordinaattorina moniammatillisessa yhteistyössä. Kotihoitotyössä koettiin, että vastuuhoidaja tapaa omia asiakkaitaan liian harvoin. Tähän esitettiin yhdeksi syyksi kotihoitotyön organisointiin liittyviä järjestelyitä. Näiden tekijöiden nähtiin estävän vastuuhoidajuuden toteuttamista ja luottamuksellisen suhteen kehittymistä muistisairaana asiakkaan kanssa. Vähäkangas (2014) esittää, että kuntoutumista edistävän hoitotyön tehostaminen motivoisi hoitajia työssään vähentäen näin henkilöstön vaihtuvuutta ja sijaistarpeita. Kuntoutumista edistävä hoitotyö vaatii hoitajalta enemmän asiakaskohtaista ajankäyttöä ja oletettavasti lisäisi työtyytyväisyyttä. (Vähäkangas 2014: 92–94; Kehusmaa ym: 2017.)

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä tulee ilmi kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista heikentävä tekijänä henkilöstön vaihtuvuus ja sijaisten paljous. Vaihtuvilla sijaisilla on harvoin aikaa perehtyä asiakkaiden taustoihin. Tästä, kiireestä sekä puutteellisten vuorovaikutustaitojen takia kohtaaminen muistisairaana asiakkaan kanssa saattaa epäonnistua. Kotihoitotyö koettiin pääosin haastavana ja raskaana tästä sekä vuoro-kohtaisten asiakasmäärien vuoksi. Viimevuosina kotihoitotyön muutokset ovat olleet valtakunnallisia ja muutokset on koettu raskaina muuallakin Suomessa, kun verrataan muihin hoitoyksiköihin (Stenman, Vähäkangas, Salo, Kivimäki & Paasivaara 2015: 41.) Hoitajat kokivat monet työn organisointiin liittyvät tekijät turhauttavina. Hoitajien kokemus oli, että työaikaa kuluu liiaksi muuhun kuin hoitotyöhön itseensä, joka taas lisää suunnitelmallisen hoitotyötön toteuttamisen haasteita. Vähäkangas (2014) esittää tähän, että kuntoutumista edistävään hoitotyöhön panostaminen vähentäisi henkilöstön vaihtuvuutta ja sijaisten tarvetta (Vähäkangas 2014: 92–94).

Kehusmaa ym. (2018) toteavat, että vanhusten ja muistisairaiden hoidon painottuessa enenevässä pääsin kotihoitoon saattaa henkilöstön saamisesta kehittyä vakaviakin ongelmia. Tämä saattaa vaikuttaa kotihoidon ja hoitotyön kehittämiseen tulevaisuudessa. Kotihoidossa toimii oma sijaisjärjestelmänsä ja ympärivuorokautisessa hoidossa omansa. Toimintakäytänteitä saataisiin ehkä nopeammin kehitettyä, jos kotihoitoa ja ympärivuorokautista hoitoa alettaisiin kehittää enemmän yhdessä ja näiden välillä tapahtuisi myös henkilöstön vaihtoa nykyistä enemmän. Kehusmaa 2017 ym. suosittelivatkin kotihoitoon ja ympärivuorokautisessa hoitoon yhteistä sijaisjärjestelmää. Toimintakäytänteitä voitaisiin kehittää yhteistyössä kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon kanssa. Henkilöstön vaihtoa näiden välillä tapahtuisi oletettavasti nykyistä vähemmän. Kehusmaa ym. (2018) toteavat hoivapalvelualan asenteiden koventuneen. Hoitotyöntekijöille tarvitaan useita erilaisia mahdollisuuksia työllistyä ja kehittää osaamistaan ja työuraansa. (Kehusmaa ym. 2018.) Yhteistyön kehittäminen kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon kesken antaisi mahdollisuuksia myös hoitotyön asiantuntijuuden jakamiseen ja henkilöstön osaamisen kehittämiseen.

Muistisairaana asiakkaat eivät olleet aina osallisina hoitonsa ja kuntoutumisensa suunnittelussa. Tämä tulee esille myös Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) teettämästä tutkimuksesta, jossa selvitettiin muistisairaiden kokemusta itsemääräämisen toteutumisesta. Muistisairaille oli sitä huonommat mahdollisuudet osallistua hoitonsa suunnitteluun mitä pidemmälle sairaus oli edennyt. Kotihoidon asiakkaat kokivat itsemääräämisoikeutensa toteutuvan ympärivuorokautisessa hoidossa olevia paremmin. (Erhola, Alastalo & Kehusmaa 2017). Pitkälä & Laakkonen (2015) toteavat myös, että kuntoutuksessa on keskeistä tukea muistisairaana oman elämän hallinnan voimavaroja sekä vahvistaa hänen omia ongelmanratkaisutaitojaan sairauden kaikissa vaiheissa. Asiakkaan osallisuus kuntoutumisen suunnittelussa on näin ollen ensisijaista. (Pitkälä & Laakkonen 2015: 495; Rautasalo & Sainio 2001.)

Kehittämistyössä tuli ilmi, että kotihoidossa kotikuntoutusta on kehitetty viime vuosina paljon. Kotikuntoutus suuntautuu nykyisellään pääosin vaiheeseen, jossa asiakkaan toimintakyky on jo verrattain huono ja uhka ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymisestä on ilmeinen. Kotikuntoutuksen tavoitteita, menetelmiä ja arviointia voitaisiin kehittää muistisairaiden asiakkaiden kohdalla kehittämistyössä esiin tulleilla tavoilla. Tähän tarvitaan tietoa, moniammatillista joustavaa yhteistyötä, jossa asiakkaan omat tavoitteet ja motivaatio ovat keskiössä.

9.2 Kehittämistyön arviointi

Vilkan (2015) mukaan työelämän kehittämistutkimuksia arvioivat monet eri tahot. Tässä kehittämistutkimuksessa arviointia on tapahtunut koko kehittämistyön ajan. Kehittämistyöryhmätapaamisissa käyty keskusteltu on mahdollistanut aiheen tarkastelun monesta eri näkökulmasta. Työryhmässä on kehittämistoimintaa moniammatillisesti suunniteltu ja arvioitu koko kehittämistyön ajan. Työssä on pyritty ammatilliseen hyödynnettävyyteen ja hoitotyön laadun kehittämiseen. Yhteistyö on ollut koko matkalta avointa, sujuvaa ja innostunutta. Aihe on nähty tärkeänä ja työelämää hyödyttävänä. (Vilka 2015:188–189.) Luottamus ja avoimuus haastatteluissa, toiveet asioiden parantumisesta tulivat teemahaastatteluissa esille. Työpajoissa näyttäytyi osallistujien kesken innostuneisuus, heittäytyminen ja yhteinen tekeminen. Nämä näkyivät etenkin ensimmäisessä työpajassa, johon osallistui myös kotihoitopäällikkö. Tämä viestitti hoitotyöntekijöille kehitettävän asian tärkeyttä toimien samalla esimerkkinä.

Kehittämistyöpajoihin osallistuneilta hoitajilta kerätty nimetön palaute antaa opinnäyte-työntekijälle ja kehittämistyöryhmän jäsenille tietoa aiheen tärkeydestä ja toteuttamisen onnistumisesta. Voidaan todeta, että tekijät olisivat toivoneet määrällisesti enemmän palautetta. Onnistumisena voidaan kuitenkin todeta, että 80 % vastanneista suosittelisi työpajatyöskentelyä osaamisen kehittämisessä kotihoidossa.

Kehittämistyössä tulee vahvasti ilmi, että hoitotyöntekijät toivovat lisää tietoa ja koulusta muistisairauksista. Perinteistä koulutukseen osallistumista ei pääosin pidetty hyvänä ja hoitajat toivat esille, että siihen ei useinkaan ole mahdollisuutta. Hoitotyöntekijät kokivat kollegiaalisen ja moniammatillisen keskustelun hyödylliseksi monesta syystä. Asiakastapausten ja arjesta nousevien esimerkkien kautta käyty hoitotyön tieto ja kokemusten jakaminen koettiin hoitotyön voimavaroja lisääväksi. Tiimikokoukset koettiin hyviksi, mutta aikaa niihin ei oltu varattu riittävästi ja toisaalta niistä jäi uupumaan suunnitelmallisuus ja kirjaaminen. Kehittämistyössä tuli ilmi, että kotihoitotyö koetaan haastavaksi ja raskaaksi. Duffa 2017 ym. esittävät että sosiaali- ja terveysalalla osaaminen liittyy työntekijän ja työyhteisön hyvinvointiin. Työn henkinen ja fyysinen kuormitus on kasvanut ja tulee kasvamaan edelleen.

Haastatteluiden tuloksista käy ilmi, että hoitotyön ammatillinen osaaminen kehittyy juuri työssä kertyvien kokemuksen kautta. Yksilöön kertynyttä hoitotyön kokemusta ja osaa-

mista haluttiin jaettavan työyhteisössä nykyistä enemmän. Moniammatillisia keskusteluja ja osaamisen jakamista eri tavoin toteutettuna toivottiin nykyistä enemmän. (Pietilä ym. 2010: 265.) Tulevaisuudessa työyhteisön osaaminen ja yksilön osaamisen soveltaminen on osa kokonaisuutta. Osaamisen vaihtuminen on osa työyhteisön vuorovaikutusta, joka on osa organisaation strategiaa. (Duffa ym. 2017: 19.) Tuomi & Sumkin (2012) toteavat, että parasta henkilöstön kehittämistä on, kun osaaminen ja arkityön tekeminen yhdistetään toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Yksikön johto ja esimiehet yhdessä henkilöstön kanssa luovat arkeen liittyvää osaamista kehittävää arkeen liittyvää toimintaa. (Tuomi & Sumkin 2012.)

Kehittämistutkimuksessa pyydettiin hoitotyöntekijöitä mukaan innovoimaan uudenlaisia osaamisen kehittämisen tapoja. Repo, Ravanti & Pääkkönen (2015) esittävätkin, että esimiehen on tärkeä olla tietoinen hoitohenkilöstön toiveista ja tarpeista osaamisen lisäämisen suhteen. Tulevaisuudessa tarvitaan erilaisia oppimistilanteita ja oppimisen menetelmiä, jotta kaikilla on mahdollisuus hallita osaamistaan. Työhyvinvointi perustuu työntekijän kokemukseen hallita työtään. Heidän mukaansa työntekijöiltä tulee kysyä minkälaista koulutusta ja osaamista he kokevat tarpeelliseksi työssään. Oppimistyöpajoihin osallistui kotihoitotiimin esimiehiä ja tämä on mahdollistanut avoimen vuorovaikutuksen ja on näin lisännyt yhteistyö ymmärrystä kehitettävästä aiheesta arjen tasolla. (Repo ym. 2015: 11–12.)

Tässä kehittämistutkimuksessa toteutettua kehittämistyötä voidaan soveltaa jatkossa hoitotyön ja henkilöstön osaamisen kehittämisessä. Erityisen hedelmällistä kehittämistyössä oli organisaatiossa olevan asiantuntijuuden jakaminen, kaikkien osallistuminen ja työn arjesta nousevien tarpeiden käytännönläheinen käsitteleminen. Opinnäytetyön toteuttamiseen liittynyt kehittämistyö kokonaisuudessaan on ollut tavoitteellista, joustavaa henkilöstön osaamisen kehittämistä. Siinä on hyödynnetty organisaation olemassa olevaa asiantuntijuutta ja kokemusta. Se on ollut henkilöstön ketterää henkilöstön koulutusta, joka ei ole vaatinut organisaatiolta suurta resurssointia. (Tuomi & Sumkin 2012.) Mäkisaloon (2003) mukaan työyhteisön kehittämistyö on välttämätöntä hyvän ja laadukkaan hoidon edistämiseen. Henkilöstön osaamisen kehittäminen on osa tätä. Työpajoissa käydyissä keskusteluissa mahdollistui lisäksi hoitotyössä tarvittava ja tärkeä eettinen arvokeskustelu. Asiakasesimerkkien kautta mahdollistui pohdinta yhteisten arvojen toteutumisesta muistisairaana asiakkaan hoitotyössä. (Mäkisalo 2003: 23.)

Toimintatutkimuksessa kehittämistyö käynnistyy usein työyhteisön sisältä käsin. Tässä kehittämistutkimuksessa kehittämisidean alulle panija tulee työyhteisön ulkopuolelta. Opinnäytetyöntekijä toimi kotihoidon kanssa yhteistyössä omassa ammatissaan ja tätä kautta on kiinnostus herännyt kehitettävään aiheeseen. Tekijän käytännön kokemus ja kiinnostus kehitettävään aiheeseen kumpuaa myös aikaisemmasta hoitajan työstä.

Kehittämistyön ja kotihoitoyhteistyön tekoon on liittynyt epävarmuuksia. Ne ovat liittyneet pääosin itse kehittämistyön etenemiseen ja käytännönjärjestelyihin. Tämä on vaatinut tekijältä epävarmuuden sietokykyä ja luottamusta yhteistyökumppaneihin. Kehittämistyö on vaatinut tekijältä innostuneisuutta, vastuunottoa ja paljon aikaa. Kehittämistyö on edennyt omalla painollaan ja sen lopputulos on selvinnyt vasta kehittämistyön päätyttyä.

9.3 Eettisyys ja luotettavuus

Kehittämistyön päätyttyä on aika arvioida valikoituja tutkimus- ja kehittämismenetelmiä ja niistä johdettuja tuloksia. Opinnäytetyön ja kehittämistutkimuksen tekemiseen liittyy eettisesti tarkasteltavia asioita sen kaikissa vaiheissa. Opinnäytetyöntekijä arvioi koko kehittämistutkimuksen aikana tehtyjä valintoja ja pyrkii kuvaamaan vaiheet lukijalle selkeästi ja perustellusti. (Vilkkä 2015:199–201.) Vilkkä (2015) esittää, että laadullisessa tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa aineiston laatu on määrää merkittävämpi. Tutkimustyön luotettavuutta aineistonkeruun osalta tukee se, että tutkimusaineisto on kerätty itse hoitotyön toteuttajilta. Tutkimusaineisto toimii apuvälineenä asian ymmärtämisessä tai teoreettisen tulkinnan mahdollistamisena. Tässä kehittämistutkimuksessa teemahaastattelemalla pareittain tutkimuskysymysten kannalta keskeisiä henkilöitä saatiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Teemahaastatteluin saadut tulokset toimivat kehittämistyön pohjana. (Vilkkä 2015: 150.)

Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä ei ole ollut osa työyhteisöä ja se on mahdollistanut avoimen tiedonannon haastateltaville. Yhteistyö kotihoidon tutkimuksesta tiedottajien kanssa on ollut sujuvaa ja haastateltavat valikoituivat työelämälähtöisesti eikä opinnäytetyöntekijä ole ollut tuttu entuudestaan haastateltaville. Tutkimuksen aihetta voidaan pitää eettisesti perusteltuna, koska se tuottaa tietoa yhteiskunnallisestikin ajankohtaisesta ja kiinnostavasta aiheesta. Kehittämistutkimuksessa tavoiteltiin hoitotyön kehittämistä sekä sitä kautta hoitotyöntekijöiden osaamisen ja työhyvinvoinnin lisääntymistä. (Tuomi & Sarajärvi 2011: 125–129.)

Tutkimuksellisen kehittämistyön kaikissa vaiheissa siihen osallisia tiedotettiin avoimesti kehittämistutkimuksen tarkoituksesta ja menetelmistä. Tutkimustiedotteessa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, aihe ja toteuttamistapa. Haastattelututkimukseen osallistujat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Haastatteluaineisto hävitettiin suunnitelman mukaisesti. Osallistujien henkilöllisyys tai kotihoitotiimit eivät tule ilmi opinnäytetyön raportissa. Haastattelussa noudatettiin samaa teemahaastattelu runkoa tehden lisäkysymyksiä. Hirsjärven & Hurmeen (2000) mukaan tutkija ei saisi johdella haastateltavia haluamaansa suuntaan. Lisäkysymyksen avulla näin kuitenkin tavoitteellisesti tehtiin. (Hirsjärvi & Hurme 2000: 20.) Tässä tarkoituksena oli saada mahdollisimman kattava aineisto, josta asetettuihin tutkimuskysymyksiin voidaan saada vastauksia. Vilkan (2015) mukaan tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan sen kaikissa vaiheissa, suhteessa teoriaan, aineistoon, analyysitapaan, tulkintaan ja johtopäätöksiin jne. Tässä tekijä pohtii aineiston keruuvaiheessa tehtyjä valintoja. Sairaanhoidajien haastattelut nostivat aineiston edustavuutta ja näin heidät olisi voinut jättää pois haastateltavien joukosta. Toisaalta heidän mukaan ottaminen antoi kokonaisvaltaisemman kuvan kehitettävästä aiheesta. (Vilka 2015: 197.)

Rautasalonen & Sainion (2001) teoriaa ikääntyneen ihmisen kuntoutumista edistävistä hoitotyöistä on suhteellisen vanha. Tätä teoriaa on sovellettu ja täydennetty muistisairaisiin asiakkaisiin suunnaten. Tekijä on koostanut teoriasta näkemyksensä mukaisesti keskeiset tekijät ja se on näin ohjannut myös analyysivaihetta. Tavoitteena ollut tutkimuskysymyksiin vastaaminen ja keskeisten kehittämiskohteiden esiin tuominen. Voidaan arvioida, että valittu teoria, kerätty aineisto ovat ohjanneet analyysivaihetta ja näin vaikuttaneet tuloksiin. Tekijä perustelee teoriavalintaansa suhteessa tutkimuskysymyksiin. (Vilka 2015: 197.)

Vilkan (2015) mukaan laadullisen tutkimuksen yhtenä tehtävänä on lisätä osallistujien ymmärrystä tutkittavasta aiheesta. Tässä kehittämistutkimuksessa on tärkeimpänä tarkoituksena ollut aiheen esille nostaminen tarkasteluun sekä osallistujien ymmärryksen lisääntyminen kehitettävästä aiheesta. Tarkoituksena on ollut, että osallistujat ovat kokeneet tulleen kuulluksi ja ovat olleet mukana vaikuttamassa. (Vilka 2015: 125–126.) Toimintatutkimuksen tavoin tässä opinnäytetyössä on tuotettu uutta tietoa työelämän kehittämistyöhön. Kehittämistyö on kokonaisuudessaan tuottanut luotettavaa tietoa kehitettävästä kohteesta ja syventänyt osallisten ymmärrystä aiheesta. (Heikkinen & Syrjälä 2006: 147.)

9.4 Ajatuksia työn tekemisestä ja jatkotutkimusideoita

Tutkimuksellisen kehittämistyön tekijä on kokenut prosessin innostavana, opettavaisena ja työläänä. Työelämän kehittämistyöhön mukaan saaminen ja työskentely ovat vaatineet aikaa ja panostusta niin opinnäytetyöntekijältä kuin työelämän yhteistyökumppaneiltakin. Opinnäytetyön aiheen rajautuminen ja kehittämistyön vaiheet sekä lopputulos ovat selvinneet työn tekijälle vaihe vaiheelta. Tämä on ollut toisaalta haastavaa mutta palkinnut tekijää vaihe vaiheelta. Teemahaastatteluin saatu aineisto oli varsin laaja ja sen analyysivaiheeseen liittyi suuria haasteita tottumattomalle tutkimuksellisen opinnäytetyön tekijälle. Analyysivaiheen haastavuutta lisäsi analyysiin valittu vanhahko teoria ja sen soveltaminen muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävän hoidon osalta. Pääluokkien muodostaminen oli haastava, koska pääluokat antoivat tärkeää tietoa kehittämistyön pohjaksi. Lopulta kuitenkin teoriaohjaavat pääluokat sisältöineen antoivat hyvää tietoa kehittämistyön pohjaksi.

Työpajoissa innostunut työskentely on jäänyt tekijälle mieleen varmasti. Osallistujien heittäytyminen ja yhteinen tekeminen on ollut palkitsevaa sekä innostavaa. Opinnäytetyöntekijä yhdessä koko työryhmän kanssa kokivat vahvoja onnistumisen kokemuksia.

Jatkotutkimusideat liittyvät luontevasti nyt luodun mallin jatkokehittämiseen ja kokeiluun. Mielenkiintoista olisi saada laajemmin henkilöstöä kukaan hoitotyön osaamisen kehittämiseen ja käytännönläheisten ja hoitotyön arkea tukevien toteutusten innovointiin sekä toteutukseen.

Työelämäyhteistyö on ollut koko matkalta joustavaa, innostunutta ja aihe on nähty tärkeänä. Muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittäminen jatkuu kotihoidossa ja tarkoituksena on hyödyntää tiimeissä nyt luotua työpajamallia hoitotyön kehittämisessä.

Lopuksi haluan esittää lämpimät kiitokseni koko itäiselle kotihoidolle innokkaasta mukaan lähtemisestä tutkimukselliseen kehittämistyöhön.

Lähteet

Dufva, Mikko, Halonen, Minna, Kari, Mika, Koivisto, Tapio, Koivisto, Raija & Myllyoja, Jouko 2017. Kohti Jaettua ymmärrystä työntulevaisuudesta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 33/2017. Saatavana osoitteessa: < https://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/33_kohti-jaettua-ymmarrysta-tyon-tulevaisuudesta.pdf/61a65884-3d8e-46ae-adce-dba625067df5/33_kohti-jaettua-ymmarrysta-tyon-tulevaisuudesta.pdf.pdf?version=1.0 >. Luettu 3.12.2017.

Elo, Satu 2010. Gerontologisen hoitotyön toimintaympäristöt. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa Voutilainen, Päivi & Tiikkainen Päivi. (toim.): Gerontologinen hoitotyö. Porvoo: WSOY. 92–108.

Eloniemi-Sulkava, Ulla & Savikko, Niina 2011. Mielen Muutos -tutkimus- ja kehittämissanke, tutkimusraportti 3. Mielen Muutos pitkäaikaishoidossa, käytösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Newsprint Oy.

Eloniemi-Sulkava, Ulla & Savikko, Nina 2010. Käytösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa Voutilainen, Päivi & Tiikkainen Päivi. (toim.): Gerontologinen hoitotyö. Porvoo. WSOY. 12–26.

Erhola Kaaren, Alastalo, Hanna & Kehusmaa, Sari 2017. Muistisairaahan kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Tutkimuksesta tiivistä 29. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Vastapaino Oy.

Etene 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti. Vantaa. Kirjapaino Keili Oy. Saatavana osoitteessa: <https://etene.fi/documents/1429646/1559070/ETENE_julkaisu+20+Vanhuus+ja+hoidon+etiikka.pdf/34d9870b-d612-4952-8265-dcb7961dc3ab>. Luettu 10.10.2018.

Finne-Soveri, Harriet, Heikkilä, Rauha, Hammar, Teija Saarikalle, Kristiina, Andreasen, Paula, Mäkelä, Matti Sohlman, Britta, Asikainen, Janne & Anja Noro 2014. Muistisairaudet vanhuspalveluissa. Raportissa (toim.): Anja Noro & Hanna Alastalo. Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Raportti 13/2014. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy. Saatavana osoitteessa: < http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116151/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y >. Luettu 21.12.2018.

Granö, Sirpa & Pikkarainen, Aila 2010. Työikäisen muistisairaahan hoito- ja kuntoutus. Teoksessa Härmä, Heidi & Granö, Sirpa (toim.): Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOY pro Oy. 260-392.

Hakala, Raili, Tahvanainen, Sirpa, Ikonen, Tiina & Siro, Annemari 2011. Osaava lähihoitaja 2020. Sosiaali- ja terveysalan perustutkintokoulutuksen kehittämissstrategia. Opetushallitus. Tampereen ammattiopisto. Oulun seudun ammattiyhdistys. Saatava

ositteessa: < https://www.oph.fi/download/132619_Osaava_lahiohittaja_2020.pdf >. Luettu 12.12.2018.

Haukijärvi, Noora, Kangas, Anna, Knuutila, Henna, Leini-Richert, Ellinoora & Teirasvuo, Nina 2014. Tavoitteena aktiivinen ja työelämälähtöinen oppiminen. Käytännön työmenetelmiä opiskelija - työelämälähtöiseen opetukseen ja koulutukseen. Turku: Suomen yliopistopaino. Saatavana myös sähköisesti osoitteessa: <<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165107.pdf>>. Luettu 16.10.2018.

Heikkinen, Hannu L.T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T, Rovio, Esa & Syrjälä, Leena (toim.): Toiminnasta tietoon -Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Helakorpi, Seppo 2005. Työn taidot, ajattelua, tekoja ja yhteistyötä. HAMK Ammatillisen korkeakoulun julkaisuja 2/2005. Hämeenlinna: Saarijärven offset Oy.

Hellström, Martti, Johnson, Peter, Leppilampi, Asko & Sahlberg, Pasi 2015. Yhdessä oppiminen. Yhteistoiminnallisuuden käytäntö ja periaatteet. Helsinki. Into Kustannus.

Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen Päivi 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Lisäpainos 2010-2011. Helsinki: Yliopistopaino

Ikonen, Eija-Riitta 2015. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.

Kaipainen, T, M, Tiihonen, S, Hartikainen & I, Nykänen 2015. Prevalence of risk of malnutrition and associated factors in home care clients. Journal articles. Jour Nursing Home Res 2015; 1:47–51. Saatavana osoitteessa: <<http://www.jnursinghomeresearch.com/all-issues.html?article=45>>. Luettu 31.1.2019.

Kananen, Jorma 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona: miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino oy.

Kehusmaa, Sari, Alastalo, Hanna, Hammar, Teija & Luoma, Minna-Liisa 2018. Kolmasosa vanhuspalvelujen henkilöstöstä työskentelee kotihoidossa – asiakkaista kotihoidossa on yli puolet. Tutkimuksesta tiivistä 39. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana osoitteessa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137219/URN_ISBN_978-952-343-232-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 28.12.2018.

Kehusmaa, Sari & Hammar 2019. Kahdeksan faktaa vanhuspalveluiden tilasta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Internet sivusto. Saatavana osoitteessa: < https://thl.fi/fi/-/8-faktaa-vanhuspalvelujen-tilasta?ref=rns_fb>. Luettu 21.2.2019.

Kehusmaa, Sari, Erhola, Kaaren, Luoma, Minna-Liisa 2017. Kotihoidon henkilöstön kuntoutusosaamista vahvistettava. Tutkimuksesta tiivisti 20. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Saatavana osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135121/TUTI2017_20_Kotihoidon%20henkil%C3%B6st%C3%B6n%20kuntoutusosaamista%20on%20vahvistettava.29.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 26.12.2018.

Koponen, Hannu & Vataja, Risto 2015. Käyttösoireiden hoito. Teoksessa (toim.): Erkinjuntti, Timo, Remes, Anne, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 474–487.

Kotihoito 2020 2015. Kotihoidon toiminta- ja kehittämissuunnitelma vuosille 2015–2020. Helsingin kaupunki/ Sosiaali- ja terveystalvet. Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut. Helsinki: Helsingin kaupunki.

Laatusuositus 2017. Hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017- 2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017: 6. Helsinki. Kuntaliitto. Saatavana osoitteessa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 2.1.2019.

Mattila, Helena 2016. Ikääntyneen muistisairaahan toimintakyvyn tunnistamiseen liittyvä osaaminen kotihoidon hoitajien arvioimana. Pro gradu tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto. Saatavana osoitteessa: <<http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201606172531.pdf>>. Luettu 9.1.2019

Muistiliitto 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Työkirja työyhteisöille muistisairaiden ihmisten hyvän hoidon ja elämänlaadun kehittämiseen ja arviointiin. Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. Helsinki: Muistiliitto. Saatavana osoitteessa: <http://www.muistiliitto.fi/files/3214/7549/6258/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf>. Luettu 14.12.2018.

Muistisairaudet, Käypä hoito -suositus 2017. Muistisairaudet. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkärisseura Duodecim: < Saatavana osoitteessa: <http://www.kaypahoito.fi>>. Luettu 10.12.2018

Muistisairaahan potilaan hoitoketju 2018. Helsingin kaupungin sisäiset internet sivut. Helsingin kaupunki. Luettu 20.10.2018.

Mönkäre, Riitta, Hallikainen, Merja, Nukari, Toini & Forder, Marjo 2014. Muistisairauksen hyvä hoito. Teoksessa Mönkäre, Riitta, Hallikainen, Merja, Nukari, Toini & Forder, Marjo (toim.): Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim. 7-27.

Mäkisalo, Merja 2003. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Helsinki: Tammi.

Nikander, Pirjo 2011. Laadullisten aineistojen litterointi, kääntäminen ja validiteetti. Teoksessa Ruusu vuori, Johanna, Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.): Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino Oy.

Noro Aja, Alastalo Hanna, Mäkelä Matti & Finne-Soveri Harriet 2015. Tutkimuksesta tiiviisti 2. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014 – Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta tutkimus. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Oma- ja avustajien palvelu- ja hoivapalvelut, iäkkäiden henkilöiden palvelujen yhteinen oma- ja avustajien palvelu- ja hoivapalvelu- ja hoivapalvelut, iäkkäiden henkilöiden palvelujen yhteinen oma- ja avustajien palvelu- ja hoivapalvelu- ja hoivapalvelut. Helsinki: Helsingin kaupunki.

Opetushallitus 2018. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon perusteet. Saatavana osoitteessa: <<https://eperusteet.opintopolku.fi/#/fi/esitys/3689879/reformi/tiedot>>. Luettu 21.10.2018.

Pikkarainen, Aila 2011. Ympäristön mahdollisuudet ja haasteet. Teoksessa Härmä, Heidi & Granö, Sirpa (toim.): Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: Muistiliitto ja WSOYpro Oy. 158–171.

Pitkälä & Laakkonen 2015. Muistisairaahan kuntoutus. Teoksessa Erkinjuntti, Timo, Remes, Antti, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.): Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. 495–405.

Pitkälä, Kaisu & Laakkonen, Marja-Liisa 2015. Muistisairaahan kuntoutus. Teoksessa muistisairaudet (toim.): Erkinjuntti, Timo, Remes, Anne, Rinne, Juha & Soininen, Hilikka. Helsinki. Duodecim. 495–505.

Pitkälä, Kaisu, Routasalo Pirkko, Kautiainen Hannu, Savikko Niina & Tilvis Reijo 2005. Ikääntyneiden yksinäisyys. Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Saarijärvi: Vanhustyön keskusliitto 2005.

Pietilä, Minna, Heimonen, Sirkkaliisa, Eloniemi-Sulkava, Ulla Savikko, Niina, Köykkä, Terhi, Sillanpää-Nisula, Heli, Frosti, Sonja & Saarenheimo, Marja 2010. Kohtaamisia vai ohituksia – Muistisairaiden ihmisten toiseus pitkäaikaisessa hoidossa. Gerontologia, 3. 261–264.

Pitkälä, Niina, Savikko, Minna Pöysti, Marja-Liisa Laakkonen, Hannu Kautiainen, Timo Strandberg & Tilvis, Reijo 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 125. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Saatavana osoitteessa: <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/39607/Tutkimuksia125.pdf?sequence>>. Luettu 12.12.2018.

Rautsiala, Tarja 2004. Tavoitteellinen kuntoutus osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Teoksessa Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi (toim.): Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. 2. painos. Helsinki. Vammalan Kirjapaino Oy. 94–100.

Repo, Siina, Ravantti, Elina & Pääkkönen, Rauno 2015. Johda tuottavasti. Opas työhyvinvoinnin ja tuottavuuden lisäämiseksi esimiestyön voimin. Helsinki: Työterveyslaitos.

Saatavana osoitteessa: <<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134834/Johda%20tuottavasti%20%20%20Opas%20ty%C3%B6hyvinvoinnin%20ja%20tuottavuuden%20lis%C3%A4%C3%A4miseksi%20esimiesty%C3%B6n%20keinoin.pdf?sequence=1>>. Luettu 7.1. 2019.

Routasalo, Pirkko & Lauri, Sirkka 2001. Iäkkään henkilön kuntoututumista edistävä hoitotyön malli. *Gerontologia*. 3, 207–216.

Rautava-Nurmi, Hanna, Westergård, Airi, Henttonen, Tarja, Ojana, Mirja & Vuorinen, Sinikka 2015. *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saarenheimo, Marja 2003. *Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulma*. Helsinki: WSOY.

Saarnio, Reetta & Isola Arja 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. *Gerontologia lehti* 2010.(1). Jyväskylä: Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry. 323–334.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Kansallinen muistiohjelma vuosille 2012-2020. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana osoitteessa: <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNB%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 11.9.2018.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Kehitetään kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Hallituksen kärkihanke. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. 2016: 41. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. < Saatavana osoitteessa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74908/Rap_2016_32.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 15.2.2019.

Stenman, Päivi, Vähäkangas, Pia, Salo, Päivi, Kivimäki, Mika & Paasivaara, Leena 2015. Henkilöstön työtyytyväisyys vanhustenhuollossa- Kohti kuntoutumista edistävän hoitotyön mallin käyttöönottoa. *Hoitotiede* 2015, 27 (1) 31–42.

Stolt, Minna, Koskeniemi, Jaana, Katajisto, Jouko, Hupli, Maija, Jartti, Laura, Suhonen, Riitta & Leino-Kilpi, Helena 2015. Muistihäiriötä sairastavien ikääntyneiden ihmisten elämänlaatu kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. *Lääketieteellinen aikakauslehti* 52: 62–77.

Sulkava, Raimo 2016. Muistin ja muiden kognitiivisten kykyjen heikentyminen. Teoksessa Tilvis, Reijo, Pitkälä, Kaisu, Strandberg, Timo, Sulkava, Raimo & Viitanen, Matti (toim.): *Geriatría*. Helsinki: Duodecim. 110–133.

Suhonen Jaana, Alhainen Kari, Eloniemi-Sulkava, Juhela Pirjo, Juva Kati, Löppönen Minna, Makkonen Markku, Mäkelä, Matti Pirttilä Tuula, Pitkälä Kaisu, Remes Anne, Sulkava Raimo, Viramo Petteri & Erkinjuntti Timo 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. *Lääkärilehti* 10/2008 vsk 63 s. 9 – 22.

Suominen, Merja 2007. Nutrition and Nutritional Care of Elderly People in Finnish Nursing Homes and Hospital. Department of Applied Chemistry and Microbiology (Nutrition): University of Helsinki, Finland.

Suominen, Merja & Pitkälä, Kaisu 2016. Ikääntyminen ja ravitseminen. Muistisairausten erityistarpeet ravitsemuksessa. Teoksessa Tilvis, Reijo, Pitkälä, Kaisu, Strandberg, Timo, Sulkava, Raimo & Viitanen, Matti (toim.): Geriatria. Helsinki. Duodecim. Saatavana osoitteessa: <http://www.oppiporssi.fi/op/ger03006/do?p_haku=muistisairaus#q=muistisairaus>. Luettu 16.12.2018. Vaatii käyttöoikeuden.

Tiikkainen, Pirjo & Heikkinen, Riitta-Liisa. 2013. Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa Heikkinen, Eino, Jyrkämä, Jyrki & Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Helsinki: Duodecim. 453-456.

Topo Päivi, Sormunen Saira, Saarikalle Kristiina, Räikkönen Outi & Eloniemi-Sulkava 2007. Kohtaamisia dementia hoidon arjesta. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Helsinki: Stakes tutkimuksia 162.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, Laura & Sumkin, Tuula 2012. Osaamisen ja työn johtamisen. Sähköinen kirja: Alma Talent Oy. Vaatii käyttöoikeuden.

Turjamaa, Riitta 2014. Older people's individual resources and reality in home care. Akateeminen väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Saatavana osoitteessa: <http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1616-7/urn_isbn_978-952-61-1616-7.pdf>. Luettu 31.12.2018.

Tyyskä, Ulla 2017. Osaamisen kehittämisen suunnitelma 2018–2020. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen palvelut. Helsinki: Diasarja, saatavana Helsingin kaupungin sisäisessä intrassa. Luettu 30.11.2017.

Uudistuvat palvelut ja uusi johtamismalli 2018. Helsingin kaupunki. Uudistuva stadin sote. Internet sivut. Saatavana osoitteessa: <<https://www.hel.fi/toihinsoteen/fi/laakariksi-helsinkiin/uudistuva-stadin-sote/>>. Luettu 22.10.2018.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Voutilainen, Päivi, Routasalo, Pirkko, Isola, Arja & Tiikkainen Päivi 2008. Gerontologisen hoitotyön tieto- ja eettinen perusta. Teoksessa Voutilainen, Päivi & Tiikkainen Päivi. (toim.): Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy. 12–26.

Vähäkangas, Pia 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa hoidossa. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto: Juvenes Print.

Vähäkangas, Pia, Niemelä, Katriina & Noro, Anja 2012. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Raportti 28/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Turun yliopistopaino. Saatavana osoitteessa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90875/URN_ISBN_978-952-245-688-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 4.1.2019.

Teemahaastattelun runko

Taustatiedot: ammatti, ikä, työkokemus vanhusten hoitotyössä.

1 Millaista on muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävä hoitotyö kotihoidossa?

- Mikä kuntoutumista edistävässä hoitotyössä on keskeistä?
- Mitkä seikat tukevat kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista?
- Mitkä seikat kotihoidon käytännöissä heikentävät kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista?

2 Miten muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävän hoitotyön tavoitteet asetetaan?

- Millaisia tavoitteita asetetaan muistisairaahan asiakkaan kuntoutumisen edistämiseksi?
- Mikä on asiakkaan rooli tavoitteiden asettamisessa ja niiden toteutumisen arvioinnissa?
- Mitkä seikat kotihoidon käytännöissä tukevat tavoitteiden toteutumista?
- Mitkä seikat kotihoidon käytännöissä heikentävät tavoitteiden toteutumista?
- Mikä on vastuuhoitajan rooli tavoitteiden asettamisessa ja tavoitteisiin pääsyn arvioinnissa?

3 Millainen hoitajan työskentely edistää muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista?

4 Millaista ammatillista osaamista hoitajalta vaaditaan muistisairaahan asiakkaan kuntoutumista edistävässä hoitotyössä?

- Millä tavoilla hoitajien osaamista muistisairaahan kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä voitaisiin kehittää kotihoidossa?
- Minkälaisia uuden oppimisen innovaatioita kotihoidossa voitaisiin hyödyntää?

Tutkimustiedote

Hyvä kotihoidon lähi- tai sairaanhoitaja!

Opiskelen Metropolia Ammattikorkeakoulussa Vanhustyön ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teen parhaillani opintoihini kuuluvaa tutkimuksellista kehittämistyötä. Olen valinnut työni aiheeksi kotihoidon hoitotyön kehittämisen muistisairaana asiakkaan osalta. Kehittämistyöni keskittyy muistisairaana kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämiseen kotihoidossa.

Tutkimuksellisen kehittämistyöni tarkoituksena on tuottaa suunnitelma kotihoidon hoitajien ammatillisen osaamisen kehittämiseksi. Kehittämistutkimuksella tavoitellaan kotihoidon asiakkaan toimintakykyisyyden ja hyvän elämän tukemista sekä kotihoidon henkilöstön työhyvinvoinnin lisäämistä.

Kehittämistyön tutkimuksellisessa osiossa haastattelen kotihoidon lähi- ja sairaanhoitajia. Toivon saavani toteutettavaan teemahaastatteluun 8 lähihoitajaa ja neljä sairaanhoitajaa. Haastattelen saman ammattiryhmän hoitajia pareittain. Haastateltavien luvalla käytän nauhuria aineiston tallentamiseen ja käsittelyyn helpottamiseksi.

Haastatteluista syntyvää materiaalia käytetään tutkimuksellisen kehittämistyön aineistona. Tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti ja niin, ettei kenenkään henkilöllisyys paljastu. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksellisen kehittämistyön valmistuttua. Valmis työ on saatavilla Theseus – tietokannasta.

Tervetuloa mukaan kehittämään kotihoitoa ja ammatillista osaamista muistisairaana asiakkaan kuntoutumista edistävän hoitotyön osalta!

Terveisin

Satu Spets, Vanhustyön YAMK opiskelija

satu.spets (at)metropolia.fi

p. XXXXX

Suostumusasiakirja

Suostumus tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistumisesta

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt tutkimushenkilötiedotteen (päivämäärä), joka koskee Satu Spetsin tutkimuksellista kehittämistyötä.

Tiedotteesta olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksesta sekä aineiston keräämisestä ja säilytyksestä. Lisäksi minulla on ollut mahdollisuus saada lisätietoja suullisesti. Ymmärrän, että osallistumiseni haastatteluun ja tutkimukselliseen kehittämistyöhön on vapaaehtoista.

Suostun osallistumaan tutkimukselliseen kehittämistyöhön vapaaehtoisesti

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Satu Spets, Vanhustyö YAMK opiskelija

P. xxxxx, satu. spets (at) metropolia.fi

Suostumus allekirjoitetaan kahtena kappaleena. Yksi suostumuksen antajalle ja yksi suostumuksen vastaanottajalle.