

POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

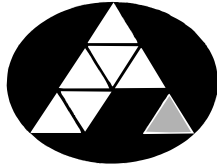
Tuija Jormanainen

DEMENTOITUVAN VANHUKSEN KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen Hoitokoti Aukustissa

Opinnäytetyö

Marraskuu 2011



POHJOIS-KARJALAN
AMMATIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ

Marraskuu 2011

**Terveysalan kehittämisen ja
johtamisen koulutusohjelma**

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Tikkariinne 9

80200 JOENSUU

p. (013) 260 6600

Tekijä

Tuija Jormanainen

Nimeke

Dementoituvan vanhuksen kuntouttava hoitotyö

Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen Hoitokoti Aukustissa

Toimeksiantaja Hoitokoti Aukusti Oy

Tiivistelmä

Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli kuntouttavan hoitotyön kehittäminen dementoituvien vanhusten hoidossa Hoitokoti Aukustissa. Työn tarkoituksena oli toimintatutkimuksen keinoin selvittää, mitä kuntouttava hoitotyö on käytännössä ja miten kuntouttavaa hoitotyötä voidaan kehittää Hoitokoti Aukustissa sekä laatia toiminta- ja menettelyohje kuntouttavasta hoitotyöstä. Työkokouksista ja Hoitokoti Aukustin työntekijöiltä kerätty aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysin avulla.

Kuntouttava hoitotyö on hoitotyöntekijöiden mielestä Hoitokoti Aukustissa asiakkaan toimintakyvyn huomioon ottamista, jäljellä olevien voimavarojen hyödyntämistä ja parantamista sekä tuen antamista tarpeen mukaan. Kuntouttava hoitotyö on käytännössä toimintojen koordinoimista, asiakkaiden motivoimista, toimintojen mahdollistamista ja hoitajien keskinäistä yhteistyötä. Tutkimustulosten pohjalta laadittiin Hoitokoti Aukustiin kuntouttavan hoitotyön toiminta- ja menettelyohje. Ohje laadittiin apuvälineeksi perehdytykseen ja varmistamaan yhdenmukainen kuntouttavan hoitotyön menettelytapa.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat soveltaen siirrettävissä muihinkin dementoituvien vanhusten hoitoyksiköihin. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista ja tarpeellista kehittää moniammatillista yhteistyötä ja sen mahdollisuuksia kuntouttavan hoitotyön kehittämisessä ja toteuttamisessa kaikkien sosiaali- ja terveysalan toimijoiden kesken.

Kieli
suomi

Sivuja 78
Liitteet 4
Liitesivumäärä 7

Asiasanat

Kuntoutus, hoitotyö, dementia, kehittäminen (YSA)



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
November 2011
Degree Programme in De-
velopment Management of
Health Care (Master's De-
gree)

Tikkarinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. 358-13-260 6600

Author

Tuija Jormanainen

Title

Rehabilitative Nursing of Elderly People with Progressing Dementia –
Development of Rehabilitative Nursing at the Nursing Home Hoitokoti Aukusti

Commissioned by Hoitokoti Aukusti Oy

Abstract

The purpose of this thesis was development of rehabilitative nursing in care of dementing elderly people at the nursing home Aukusti. The objective was to investigate what rehabilitative nursing is in practice and how it can be developed at the nursing home by using action research methods. In addition, the author aimed at developing a rehabilitative nursing procedure and policy manual for Aukusti. The author collected the data in workshops and from the nursing home's employees and analysed it by inductive content analysis.

Based on the health care personnel's opinions, rehabilitative nursing at Aukusti means that the clients' functional ability is taken into account, their remaining resources are utilized and improved, and they are supported when necessary. In practice, rehabilitative nursing means coordinating functions, motivating the clients, enabling the functions, and cooperation between the carers. Based on the findings, the author drew up the abovementioned rehabilitative nursing procedure and policy manual for Aukusti. This manual was a tool for orientating new employees and ensuring consistent rehabilitative nursing procedures.

The findings of this study can be applied to other care units of dementing elderly people. An interesting and important topic for further studies is development of multiprofessional cooperation and its possibilities between all social and health care actors in development and implementation of rehabilitative nursing.

Language

Finnish

Pages 78

Appendices 4

Pages of Appendices 7

Keywords

Rehabilitation, nursing, dementia, development (The General Finnish Thesaurus, YSA)

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA.....	8
2.1 Vanhuksen kuntouttavaa hoitotyötä ohjaavat säädökset	8
2.2 Aikaisemmat tutkimukset	9
3 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ VANHUSTYÖSSÄ	13
3.1 Kuntouttava hoitotyö	13
3.2 Kuntouttava hoitotyö hoitotyöntekijän, omaisen ja asiakkaan näkökulmista	19
3.3 Dementoituvan vanhuksen kuntoutus.....	23
3.4 Kuntouttava hoitotyö tehostetussa palveluasumisessa.....	26
4 KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN JA JOHTAMINEN	30
4.1 Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen.....	30
4.2 Kehittämistyön johtaminen.....	31
5 OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄ JA TARKOITUS	34
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	35
6.1 Toimintaympäristö ja lähtötilanne	35
6.2 Menetelmälliset valinnat	36
6.3 Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa	39
6.3 Aineisto ja sen hankinta	40
6.3.1 Ensimmäinen työkokous ja päätökset kehittämistoimenpiteistä	43
6.3.2 Toinen työkokous ja päätökset kehittämistoimenpiteistä	44
6.3.3 Kolmas työkokous	45
6.4 Aineiston analyysi	46
7 TULOKSET	50
7.1 Dementoituvan kuntouttavan hoitotyön kehittäminen	50
7.2 Dementoituvan kuntouttava hoitotyö.....	55
7.3 Toiminta- ja menettelyohje.....	57
7.4 ”Pääsimme irti vanhasta auttavasta työotteesta”	58
8 POHDINTA	60
8.1 Tulosten tarkastelu	60
8.2 Kehittämisprosessin toteuttaminen	64
8.3 Luotettavuus	65
8.4 Eettisyys	67

8.5 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	68
LÄHTEET.....	71

KUVIOT JA TAULUKOT

Kuvio 1.	Kuntouttavan hoitotyön käsitteet
Kuvio 2.	Muistisairaahan kuntoutusmalli
Kuvio 3.	lääkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli
Kuvio 4.	Kuntouttavan hoitotyön kehittämisen spiraalimalli Hoitokoti Aukustissa
Taulukko 1.	Hoitohenkilöstön osaamisen vaatimuksia dementoituvan kuntoutumista edistävässä hoitotyössä
Taulukko 2.	Estekartoituksen analyysi
Taulukko 3.	Työkokousten päätökset kuntouttavan hoitotyön kehittämiseksi Hoitokoti Aukustissa
Taulukko 4.	Esimerkki analyysistä
Taulukko 5.	Kuntouttavan hoitotyön estekartoituksen tulokset
Taulukko 6.	Kuntouttava hoitotyö käytännössä Hoitokoti Aukustissa

LIITTEET

Liite 1	Kuntouttavan hoitotyön estekartoitus
Liite 2	Ensimmäisessä työkokouksessa tehdyt päätökset kuntouttavan hoitotyön kehittämiseksi
Liite 3	Kysely henkilökunnalle
Liite 4	Toiminta- ja menettelyohje

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen on Suomessa Euroopan nopeinta (Valtiovarainministeriö, 2011, 8). Vuonna 2009 Suomessa oli yli 65-vuotiaita 17 prosenttia väestöstä (Väestörakenne 2009). Vuonna 2020 luvun on ennustettu olevan 22.9 % ja vuonna 2030 se olisi Tilastokeskuksen ennusteen (Väestötilastot 2009) mukaan 26.1 prosenttia väestöstä. Lukuina tämä tarkoittaa, että meillä on yli 1,5 miljonnaa yli 65 -vuotiasta vuonna 2030. Keskivaikean tai vaikean dementian yleisyys lisääntyy nopeasti iän myötä (Sulkava 2010, 123). Ennusteen mukaan vuonna 2030 Suomessa olisi noin 128 000 dementiaa sairastavaa henkilöä. Vaikka tulevaisuudessa ikääntyneet ovatkin terveempiä ja elävät pidempään, heidän suuren määränsä vuoksi sosiaali- ja terveystalouden palveluiden tarve lisääntyy. (Laine 2005, 21.)

Pelkästään resursseja lisäämällä emme pysty vastaamaan dementoituvien hoidon kasvavaan tarpeeseen. (Hyvinvointi 2015- ohjelma, 40–45.) Ratkaisuna esitetään palvelukonseptien uudistamista ja hyvinvointipalvelujen tuottavuuden nostamista. Kunta- ja palvelurakennemuutos tulee painottumaan tuottavuuden ja toimintojen tehostamiseen. (Budjettikatsaus 2011, 9.) Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2008) korostaa ennaltaehkäisevän ja toimintakykyä ylläpitävän toiminnan merkitystä. Näillä voidaan siirtää palvelujen ja hoidon tarvetta myöhäisemmäksi. Tämä edellyttää kuntouttavien työmenetelmien ja palvelujen käyttöönottoa. Laatusuositus suosittaakin toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän työtavan käyttöönottoa kaikissa ikääntyneiden palveluissa.

Edellä mainittujen ikääntyneiden määrää koskevien tilastojen ja hoitosuosituksen valossa koimme tarvetta Hoitokoti Aukustissa kehittää kuntouttavaa hoitotyötä käytännössä. Sosiaalistamme itsemme sekä tulevatkin hoitajat hoivaavan hoitokulttuurin mukaiseen hoitamiseen elleimme aktiivisesti tahdo muuttaa käytäntöjä. Outinen, Lempinen, Holma & Haverisen (1999, 86) mukaan hoito- ja palvelukäytäntöjen kehittämisen syitä voi olla monia. Syynä voi olla ammattilaisten halu kehittää omaa työtään tai se että, hoitosuosituksia halutaan istuttaa omiin hoitokäytäntöihin. Tämän kuntouttavan hoitotyön kehittämistyön tavoit-

teena Hoitokoti Aukustissa on, omaksua kuntouttava hoitotyö asenteellisella tasolla luonnolliseksi osaksi hoitotyötä.

Tämän toimintatutkimuksellisen opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kuntouttavaa hoitotyötä Hoitokoti Aukustissa ja laatia sinne kuntouttavan hoitotyön toiminta- ja menettelyohje. Toiminta- ja menettelyohjeen avulla varmistamme yhtenäiset menettelytavat asiakkaiden hoidossa. Kaitsaaren (2004) mukaan lyhytaikaisilla kuntoutusjaksoilla ei ole pitkäaikaisia vaikutuksia jos terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttavia toimintatapoja ei noudateta jatkuvasti. Siksi on tärkeää varmistaa toiminnan tasalaatuisuus ja jatkuvuus toiminta- ja menettelyohjeen avulla.

Opinnäytetyö koostuu kahdeksasta pääluvusta. Aluksi käsittelen opinnäytetyön taustaa vanhuksen kuntouttavaa hoitotyötä ohjaavien säädösten ja aikaisempien tutkimusten kautta. Luku kolme sisältää kuntouttavan hoitotyön käsiteanalyysin sekä dementoituvan vanhuksen kuntoutusta, sen kehittämistä eri näkökulmista ja tehostettua palveluasumista toimintaympäristönä. Kuntouttavan hoitotyön kehittämistä ja johtamista käsittelen luvussa neljä. Luvut viidestä kahdeksaan kuvaavat tämän opinnäytetyön tutkimusprosessin. Kuvaus alkaa tehtävän ja tarkoituksen määrittelystä ja käytettyjen menetelmien kuvauksesta. Aineiston hankinnan ja analyysin sekä tulosten kuvauksen jälkeen on tulosten luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelu sekä pohdintaa opinnäytetyön hyödynnettävyydestä ja jatkotutkimusaiheista.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA

2.1 Vanhuksen kuntouttavaa hoitotyötä ohjaavat säädökset

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa (2008, 26–27) eli Kaste-ohjelmassa on määritelty keskeisimmät sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Vuosille 2008–2011 ohjelmassa tavoitteena on muun muassa vanhusten toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukeminen.

Kuntien sosiaali- ja terveystaluuilla on päävastuu ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämisestä ja kuntoutuksen järjestämisestä. Kuntoutus on osa ikäihmisten hoitoa ja muita palveluja, jossa perustana on kaikkien toimijoiden kuntouttava työote ja tavoitteena on toimintakyvyn säilyminen (Valtioneuvoston kuntoutuslonteko 2002, 18, 22.) Toukokuun alussa vuonna 2011 voimaan tullut Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) määrittelee potilaan sairaanhoitoon liittyvän lääkinnällisen kuntoutuksen sisällön. Tämä Terveydenhuoltolaki on osa sosiaali- ja terveydenhuollon lakiuudistusta, johon liittyy myös lakiluonnos lääkään henkilön sosiaali- ja terveystaluuja saannin turvaamisesta. Lakiluonnoksen mukaan iäkkään henkilön oikeus palveluihin, hoivaan ja kuntoutukseen, sidottaisiin palvelutarpeen määrittelyn jälkeen tehtävään palvelusuunnitelmaan. (Valkonen, 2011, 16–17.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus korostaa, että kaikissa palveluissa otetaan käyttöön toimintakykyä ja kuntoutumista edistävä työtapu. (Sosiaali- ja Terveystministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2008, 24.) Työtavan hyötyjä yhteiskunnalle ovat sen vaikutukset palvelujen tarpeeseen ja kustannuksiin sekä rahoituksen kestävyteen. Alkuvaiheessa työtapu voi viedä enemmän aikaa, mutta pitkällä aikavälillä tarkasteltuna se vaikuttaa myönteisesti ajankäyttöön ja henkilöstön riittävyyteen. (Jämsä, Rintala & Soukainen 2010, 96, 99.)

Muistisairautta sairastavien ja heidän palvelujen tarpeensa suuri määrä ovat haaste kansanterveydelle ja – taloudelle. Erityisesti olisi panostettava ennalta-

ehkäisyyn, varhaiseen diagnosointiin, hoidon oikea-aikaisuuteen sekä kuntoutukseen. (Voutilainen 2011, 8–9.)

2.2 Aikaisemmat tutkimukset

Ikäihmisten kuntouttavaa hoitoa ja kuntoutumista koskeneista tutkimustuloksista ainakin osa viittaa siihen, että ikääntyneiden kuntoutuksella voidaan saada taloudellisia säästöjä ja tuloksia myös korkeassa iässä. Vaatimattomakin kuntoutustulokset tai toimintakyvyn ylläpito voivat merkitä ikääntyneelle itselleen paljon (Koskinen, Pitkälä, & Saarenheimo, 2008, 547.) Heimosen (2008, 82) mukaan tutkimustulokset osoittavat, että dementoituvien kuntoutus on vaikuttavaa. Säännöllinen liikunta, tasapaino- ja kävelykuntoutusryhmiin osallistuminen, kuntosalitoiminta sekä aktivoivat ryhmätoiminnot hyödyttävät dementoituvaa. McCloskey (2004, 186–193) ja Shu-Chuan ja Sing (2004, 58–66) ovat todenneet, että kuntoutumista edistävä hoitotyö kohentaa vanhusten toimintakykyä merkittävästi.

Kuntouttavalla hoitotyöllä on vaikutusta laitoshoidon pituuteen. Esimerkiksi Lempäälässä vuonna 2002 terveyskeskuksen vuodeosastolta alkanut kuntouttavan hoidon kehittäminen on lyhentänyt keskimääräisiä hoitoaikoja 30 vuorokaudesta 12 vuorokauteen (vuosina 2002–2008). Tästä syystä myös erikoissairaanhoidosta pääsee sujuvasti kotikuntaan kuntoutumaan. Säästöt ovat olleet merkittävät. Henkilökuntakin on tyytyväistä muutokseen ja he pitävät työtään nykyään mielekkäämpänä. Lempäälän terveyskeskuksen vuodeosasto sai tästä työstään Lääkäriliiton laatupalkinnon vuonna 2008. (Kallama 2008, 32–36; Lupsakko, 2008.)

lääkkäiden asiakkaiden kuntouttavan hoitotyön toteutumista erilaisissa pitkäaikaishoitopaikoissa on tutkittu hoitajien määrittämänä tai kuvaamana. Kukkonen (2007) on tutkinut kuntouttavan hoitotyön toteutumista perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitotyöntekijöiden kuvaamana. Tutkimuksessa selvitettiin oliko taustamuuttujilla kuten, ikä, ammatillinen koulutus, työssäolovuodet tai työpaikka, vaikutusta kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen sekä sitä mitkä tekijät edistävät tai ehkäisevät kuntouttavan hoitotyön toteutumista perusterveydenhuol-

lossa. Tutkimuksessa osoitettiin, että kuntouttavan hoitotyön edistäviä tekijöitä olivat asiakkaiden kannustus, asiakkaille annettu tieto, ohjaus ja neuvonta, puolesta tekemisen välttäminen, tuki omaisille, asiakkaan voimavarojen ja mielipiteiden huomiointi, elinympäristö ja yhteinen tavoite kuntouttavan hoitotyön toteutumisesta. Kuntouttavan hoitotyön estäviä tekijöitä olivat puolestaan ajan puute työssä, lisäkoulutuksen tarve kuntouttavasta hoitotyöstä, työn fyysinen raskaus ja hoitohenkilökunnan vähyys. Kuntoutus kuvattiin kuuluvan muillekin hoitotyöntekijöille eikä vain fysioterapeuteille. Esimieheltä saatu tuki oli riittävä. Tutkimuksen mukaan kuntouttava hoitotyö toteutuu hyvin perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitotyöntekijöiden kuvaamana ja se on moniammatillista yhteistyötä. Taustamuuttujilla ei ollut merkittävä yhteyttä kuntouttavan hoitotyön toteutumisessa tässä tutkimuksessa.

Kokkonen-Kärki (2005) on tutkinut kuntouttavaa työtettä vanhainkodin asukkaiden hoidossa hoitajien määrittämänä. Hoitajat puhuivat kuntouttavasta työotteesta kolmella tasolla: asukkaan, hoitajan sekä kuntouttavan työotteen tasolla. Kuntouttavan työotteen käyttö paransi asukkaiden elämänlaatua. Hoitajille kuntouttava työote oli ajattelun ja tekemisen tapa, jonka he kokivat mielekkäänä, mutta haasteellisena. Hoitajat motivoivat asukkaita omatoimisuuteen, antoivat heidän tehdä itse ja auttoivat vain siinä mistä asukas ei selviytynyt itse. Kuntouttavana työotteen toteuttaminen vaati hoitajilta kykyä itsenäiseen työskentelyyn sekä yhteistyötaitoja muiden ammattilaisten kanssa. Se vaatii myös asiakkaiden toimintakyvyn jatkuvaa tarkkailua ja arviointia sekä kykyä antaa periksi.

Arolaakso-Ahola ja Rutanen (2007, 19–33) ovat tehneet Fysioterapian ja toimintaterapian Pro Gradu-tutkielman Ikääntyneiden toimintakyvyn tukemisesta kahdessa yksityisessä palvelukodissa. Tutkimuksessa mitattiin päivittäisten toimintojen suorittamisen kyvykkyyttä, liikkumiskykyä ja elämänlaatua. Henkilökuntaa koulutettiin ennen tutkimuksen alkua kuntouttavan lähestymistavan käyttöön. Interventioaika oli 9 viikkoa ja se sisälsi kuntouttavaa hoitoa, ryhmätoimintaa sekä tarpeenmukaista yksilöllistä ohjausta. Tutkimuksen tuloksena todettiin, ettei vaikutusta ollut tutkittavien kävelykykyyn, tasapainoon, päivittäisissä toimissa esille tuleviin prosessitaitoihin sekä elämänlaatuun. Tutkijat kuitenkin totesivat, että suurimmat muutokset havaittiin masentuneisuuden sekä vaivojen ja oireiden

vähennemisessä. Tuloksia tarkastellessa tulee ottaa huomioon että, interventio-aika oli lyhyt ja ryhmien koko pieni sekä intervention sisältö laaja-alainen.

Kuntouttavan hoitotyön sisältöä on tutkittu sotainvalidien laitoshoidossa henkilökunnan näkökulmasta (Kelhä 2006). Tutkimuksessa todetaan, että kuntouttava hoitotyö on ensisijaisesti toimintafilosofia ja kaikkiin päivittäisiin toimintoihin liittyvä toimintaote. Sen lähtökohtina ovat terveyslähtöisyys, moniammatillinen yhteistyö ja tavoitteellisuus. Kuntouttavan hoitotyön toteutuksessa hoitajan rooli on merkittävä. Hoitaja auttaa, aktivoi, ohjaa, kannusta ja motivoi. Keskeisin periaate on asiakkaan autonomian tukeminen. Kuntouttavan hoitotyön tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitäminen ja parantaminen sekä omatoimisuuden, osallistumisen ja oman arvon tunteen tukeminen.

Ikääntyneiden kuntoutusta pitkäaikaishoidossa ovat tutkineet myös Foster, Lambley, Hardy, Young, Smith, Green ja Burns (2011). Tutkimuksen tulosten mukaan kuntouttavilla hoidoilla voidaan tehokkaasti parantaa ikääntyneiden fyysistä kuntoa pitkäaikaishoidossa. Tutkimukseen osallistui 3611 henkilöä. Useimmat tukitoimet kestivät alle 20 viikkoa ja käsittivät noin kolme 30–45 minuutin ryhmäistuntoa viikossa. Tulosten mukaan fyysinen kuntoutus vähensi vaaratilanteita ja turvallisuusriskejä, myös tutkittavien fyysinen kunto ja kestävyys sekä pitkäaikaishoidon kustannustehokkuus parantuivat.

Hassisen (2003) tutkimuksessa kuvattiin iäkkään ihmisen voimavaroja tukevien hoitotyön auttamismenetelmien käyttöä hoitotyössä ja niiden yhteyttä hoitajiin ja heidän organisaatioonsa liittyviin taustatekijöihin hoitajien arvioimana. Tutkimus toteutettiin Kuopion kaupungin perusterveydenhuollon vuodeosastoilla sekä yhden palvelukeskuksen osastoilla vuonna 2002. Tulosten mukaan hoitajat käyttivät fyysisiä voimavaroja vahvistavia auttamismenetelmiä enemmän kuin psyykkisiä ja sosiaalisia soimavaroja vahvistavia menetelmiä. Taustatekijöistä arvioitiin ammatillisen- tai täydennyskoulutuksen, työkokemuksen ja työsuhteen tai työaikamuodon vaikutusta voimavaroja tukevien auttamismenetelmien käyttöön. Merkitseviä eroja ei ollut muissa taustatekijöissä kuin siinä, että sairaanhoitajakoulutuksen saaneet käyttivät selvästi perus- ja lähihoitajia useampia psyykkisiä voimavaroja vahvistavia auttamismenetelmiä.

Akuutin sairauden vuoksi sairaalassa hoidossa olleet ovat hyötäneet aktiivisesta geriatrisesta kuntoutuksesta. Kuntoutukseen osallistuneiden toimintakyky palautuu sairaalajakson aikana nopeammin kuin tavanomaista hoitoa saaneiden. Pitkäaikaiseen hoitoon siirtymisen riski myös vähenee. (Valtioneuvoston Kuntoutusselonteko 2002, 18.) Mäntysen (2007) väitöstutkimus käsitteli kuntoutumista edistävää hoitotyötä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Tähän tutkimukseen ei otettu mukaan kuntoutujia joilla oli kohtalainen tai vaikea dementia. Tutkimuksen tulosten mukaan kaikkien osapuolien, työntekijöiden, kuntoutujien ja heidän läheistensä, osallistumisella kuntoutumisen tavoiteasetteluun, riittäväällä tiedonsaannilla, omatoimisuuteen kannustamisella ja jatkohoidosta saadulla ohjauksella on merkitystä fyysisen kuntoutumisen kannalta.

3 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ VANHUSTYÖSSÄ

3.1 Kuntouttava hoitotyö

Seuraavassa avaan kuntoutuksen, kuntoutumisen ja kuntouttavan hoitotyön käsitteitä kirjallisuuteen pohjautuen. Kuntouttava hoitotyö on käsitteenä hyvin moniulotteinen ja siitä on käytetty monia eri muotoja. Siksi on tärkeää pyrkiä selkiyttämään ja yhdenmukaistamaan näitä käsitteitä.

Kuntoutus jaetaan yleensä neljään osa-alueeseen: Lääkinnälliseen, ammatilliseen, kasvatukselliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Tämä luokitus tukee ja selventää organisaatioiden ja ammattiryhmien työnjakoa, joskin nykyaikainen kuntoutus on monialaista ja osa-alueet ovat päällekkäisiä, joten jaotteluita pidetään joidenkin mielestä turhina. Lääkinnällisellä kuntoutuksella tarkoitetaan lääketieteellisiä tutkimuksia ja niiden pohjalta käynnistettäviä fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä tukevia sekä parantavia toimenpiteitä. Nykyään puhutaan toimintakykykuntoutuksesta, jonka tarkoituksena on toimintakyvyn palautus tai mahdollisten toimintakyvyn menetysten kompensointi. Lääkinnällinen kuntoutus ja hoito ovat hyvin lähellä toisiaan. Sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan toimintakyvyn parantamista siten että tavoitteena on kyky selviytyä erilaisista sosiaalisista tilanteista ja osallisuus yhteiskuntaan. Se sisältää myös konkreettisia taloudellisia ja sosiaalisia toimenpiteitä joilla tuetaan kuntoutustuloksen saavuttamista. Ammatillisella kuntoutuksella tuetaan kuntoutujan mahdollisuuksia saada tai säilyttää sopiva työ. Kasvatuksellinen kuntoutus on vammaisen tai erityistä tukea tarvitsevan lapsen tai aikuisen kehitysprosessin tukemista. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 20–22; Valtioneuvoston kuntoutusselonteko, 2002.) Tässä opinnäytetyössä käsitelty dementoituvan vanhuksen kuntoutus on lähinnä lääkinällistä kuntoutusta sisältäen osin sosiaalisen kuntoutuksen elementtejä.

Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutuminen ja siitä seuraava elämäntilanteen hallinta (Valtioneuvoston kuntoutusselonteko 2002, 3). Kuntoutuksella pyritään lisäämään yksilön voimavaroja, toimintakykyä ja hallinnan tunnetta. Sitä voidaan toteuttaa yksilöille ja ryhmille sekä käyttää hyväksi lähiyhteisöjen sosiaali-

sia verkostoja. (Granö, Heimonen & Koskisuu 2006, 5.) Se on prosessi, jolla parannetaan sairastuneen mahdollisuuksia osallistua ja elää omilla edellytyksillään, tuettuna sekä auttaa toteuttamaan itseään rajoitteista huolimatta (Heimonen, 2008, 81; LyhDeKe-projekti, 2007, 18; Pirttilä, 2004, 11). Ikääntyneen kuntoutus on hyvin laajasisältöistä. Sillä pyritään omatoimisuuden ja hyvinvoinnin maksimoimiseen, mutta sillä pyritään myös palauttamaan akuutin sairauden tai vamman jälkeen suorituskykyä ja selviytymistä. Kolmanneksi sillä on ennaltaehkäisevä aspekti pitkäkestoisen sairauden lamaavaa vaikutusta estämään. (Kaitsaari, 2004.) Kuntoutus sisältää myös ympäristöön ja yhteiskuntaan vaikuttamisen sekä ennalta ehkäisevän toiminnan (Heimonen 2008, 81.)

Kuntoutumisella tarkoitetaan kuntoutujan tahtoa voittaa sairaudesta tai vammautumisesta aiheutuneet vaikeudet, uuden mielekkyyden tai tarkoituksen löytämistä elämään tai tapahtuneen hyväksymistä. Kuntoutuminen ei aina siis tarkoita vajaakykyisyyttä aiheuttavan tilan paranemista tai poistumista. Kuntoutumista voivat tukea muutkin tekijät kuin kuntoutus. Oleellista on kuitenkin mahdollisuuksien näkeminen rajoitusten sijaan ja tulevaisuuden toivon herääminen. Dementoivissa sairauksissa kuntoutuminen voidaan nähdä elämänlaadun ja mielekkyyden kokemuksen säilymisenä mahdollisimman kauan. (Granö ym. 2006, 6–7.)

Vanhusten kuntouttava hoitotyö (Siipola 2001, 51) on käsiteanalyysin mukaan hoitajien käsillään tekemää ammatillista työtä ja ihmisestä välittämistä, jossa tekemisen tapa määrittää sitä. Vanhuksen voimavarat, terveys ja valinnanvapaus ovat merkittäviä asioita. Vanhuksen kuntouttava hoitotyö on tiimityönä toteutettavaa työtä, jossa tavoitteena on toimintakyvyn ja omatoimisuuden lisääminen. Se sisältää motivointia, ohjausta, aktivointia, rohkaisua, tukea ja kommunikointia vanhuksen kanssa. Se on tavoitteellista ja prosessiluonteista, jota myös arvioidaan. Sairauden luonne (Nolan 1999, 958–966) määrittelee kuntouttavan hoitotyön sisältöä, myös perheen toimintamallit on otettava huomioon. Kuntoutus ilmenee eri tavoin eri sairauksissa ja erilaisissa elämäntilanteissa.

Kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtana on, että jokaisella dementoituvalla on jäljellä toimintakykyä, jota voidaan tukea. Se on elämänlaadun edistämistä, mutta se edellyttää ihmisen kokonaistilanteen ja toimintakyvyn arviointia. Peruseriaatteena on dementoituvan oikeuksien kunnioittaminen, yksilöllisyys

ja autonomian tukeminen (Heimonen & Voutilainen 2006, 57). Hoitajan roolina on tukea kuntoutumista tähtäämällä itsenäiseen selviytymiseen ja omatoimisuuteen. Se on myös fyysistä toiminnan harjoittamista, turvallisuudentunteen vahvistamista ja elämän mielekkyyden turvaamista. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 48.) Tavoitteena on tukea asiakasta ehkäisemään toimintakyvyn aleneminen sekä saavuttamaan ja ylläpitämään sellainen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, että hän voi elää mahdollisimman itsenäistä ja täysipainoista elämää (Routasalo 2003, 118).

Kuntouttavalla hoidolla pyritään aktivoimaan dementoitunutta laaja-alaisesti. Siinä korostetaan jäljellä olevaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Tärkeimmät tavoitteet ovat jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpito tai lisääminen, jossa on tietysti myös omat rajoituksensa. Kuntouttava hoito ilmenee kuntouttavana työotteena (Lundgren 1998,15–16.) Ahvon & Käyhtyn (2001, 23) mukaan kuntouttava hoito on kaikkien työntekijöiden toteuttamaa toimintakykyä ylläpitävää ja parantavaa moniammatillista ympärivuorokautista toimintaa. Dementian keskivaikeassa vaiheessa kuntouttavan hoidon tavoitteena on yksilöllisten tarpeiden mukainen, suunnitelmallinen ja pitkäjänteinen hoito, joka sisältää ryhmätoimintoja. Vaikeassa dementian vaiheessa päällimmäiseksi nousevat vuorovaiikutustaitojen ylläpitäminen ja parantaminen, patologisten prosessien kuten kontraktuurien (kutistuskouristus, pitkäkestoinen tahdosta riippumaton lihassuspistus ja – kutistustila) ehkäisy ja liikkumiskyvyn ylläpito. Lääkehoito on osa kuntouttavaa hoitoa (Huusko 2004, 101).

Kuntouttava työote on kuntouttavan hoidon ilmenemismuoto, joka ilmaisee hoitajien asenteet ja asennoitumisen dementoituvia kohtaan. Se on tapa olla vuorovaikutuksessa muistihäiriöisen kanssa (Lundgren 1998 15–16) ja se kuvaa asiaa hoitohenkilöstön näkökulmasta (Granö ym. 2006, 40–41). Se tarkoittaa ammattihenkilöstön toimintatapaa, jossa yksilöllisesti tuetaan dementoituvan toimintakykyä ja voimavaroja, tuetaan selviytymistä, hyvinvointia ja elämänlaatua kompensoiden toimintakyvyn heikentyneitä osa-alueita (Heimonen 2008, 82). Tämä edellyttää jäljellä olevan toimintakyvyn tunnistamista (Winblad & Heimonen 2004, 81). Kuntouttavan tai kuntoutumista tukevan työotteen katsotaan kuuluvan periaatteena ja toimintatapana kaikkeen hyvään hoitoon nykyään. Se on yhdessä, ei puolesta tekemistä ja se antaa valinnan mahdollisuuk-

sia asiakkaalle omaan elämään liittyvissä asioissa. Hänelle annetaan aikaa suoriutua itse, joka vahvistaa hänen toimintamahdollisuuksiaan ja omatoimisuuttaan. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23.) Jämsän ym. (2010, 98) mukaan kuntouttavassa työotteessa on kysymys asiakkaan osallistumisesta hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen ja velvollisuudesta osallistua sen toteuttamiseen. Kuntouttava työote nimikettä on käytetty kuvaamaan toimintakykyä tukevaa hoitoa (Heimonen 2004, 55).

Toimintakykyä edistävän hoitotyön perustana on gerontologiseen tietämykseen perustuvat ikääntymisen muutokset ja hoitotyön tietoperusta sekä moniammatilliseen yhteistyöhön pohjautuva kuntoutusprosessi. Sen tavoitteena ovat toimintakyvyn tason säilyminen tai palautuminen, riskitekijöihin puuttumien, hyvän elämänlaadun saavuttaminen sekä ikääntyneen itsetunnon ja omanarvontunteen säilyttäminen itsenäisen selviytymisen avulla. (Vähäkangas 2010, 145.)

Toimintakykyä ylläpitävä hoitotyö perustuu dementoituvan jäljellä olevien voimavarojen ja toimintakyvyn tuntemiseen ja kartoittamiseen. Se on asiakkaan toimintakyvyn tukemista ja ylläpitoa. Tavoitteena on dementoituvan fyysisten ja psyykkisten toimintojen sekä sosiaalisen aseman ylläpitäminen niin pitkään kuin mahdollista suunnitelmallisen ja yksilöllisen avun turvin. (Routasalo 2004, 86–87.)

Toimintakykyä edistävä työote tarkoittaa työntekijän tapaa suhtautua työhön ja asiakkaisiin siten että yhdessä toimiminen tuottaa hyvää oloa ja onnistumisen kokemuksia molemmille. Se on tapa tehdä työtä, jossa asiakas ja hoitaja toimivat yhdessä niin, että hoitaja avustaa asiakasta vain tarvittaessa hänen itsemääräämisoikeuttaan sekä yksilöllisyyttään tukien. (LyhDeKe-projekti 2007, 15.) Se perustuu tasa-arvoiseen, tavoitteelliseen ja terveyslähtöiseen toimintaan sekä moniammatilliseen yhteistyöhön. Toimintakykyä edistävä työote ilmenee hoitajan sitoutumisena hoitosuunnitelman tavoitteisiin sekä hoitajan toimintana, joka edistää ikääntyneen parasta mahdollista toimintakykyä. (Vähäkangas 2010, 153.)

Kuntoutumista edistävä työtapa (Granö ym. 2006, 40–41) korostaa kuntoutujan aktiivista roolia, jota hoitotyössä pyritään tukemaan aktiivisesti ja kokonaisvaltaisesti. Tämä termi sopii erityisesti dementoivan sairauden alkuvaiheessa ku-

vaamaan hoitotyötä, jossa asiakas itse voi olla aktiivinen osallistuja, asettaa tavoitteita ja tehdä valintoja.

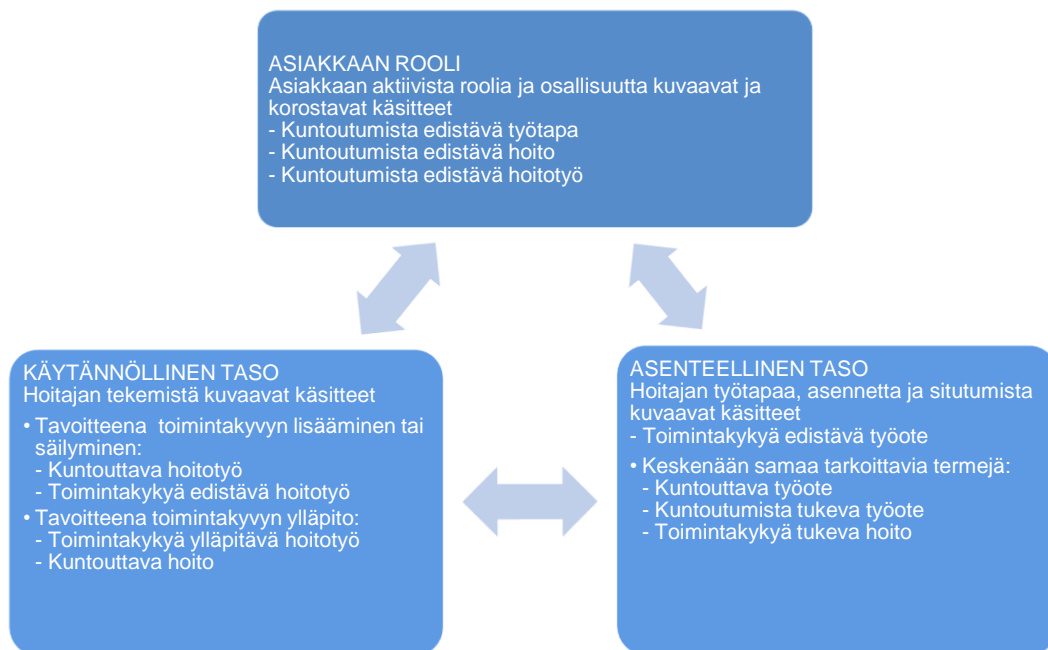
Kuntoutumista edistävän hoidon perustana ovat oikea diagnoosi ja säännöllisesti tehtävä toimintakyvyn arviointi. Arvioinnin tulosten pohjalta asetetaan tavoitteet kuntoutumista edistävälle hoidolle. Se toimii myös vaikuttavuuden arvioinnin pohjana. (Voutilainen 2006, 22–23.) Kuntoutumista edistävä hoito pohjautuu terveyslähtöisyyteen, tavoitteelliseen ja moniammatilliseen toimintaan. Asiakasta tuetaan aktiivisesti osallistumaan kuntoutusprosessiin siten, että hän saavuttaisi mahdollisimman itsenäisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn. Kuntoutuminen vaatii sekä hoitajan että asiakkaan sitoutumista. (Noro, Finne-Soveri, Björkgren & Vähäkangas 2008, 159; Routasalo & Lauri 2001, 207–216.)

Näitä 11 käsitettä käytetään puhekielessä usein samaa tai lähes samaa tarkoittavina termeinä puhuttaessa kuntouttavasta hoitotyöstä. Halusin selvittää niiden merkitystä ja sisältöä sekä kuvata niiden suhdetta toisiinsa. Jaoin edellä esitellyt kirjallisuudesta löytämäni käsitteet kolmeen luokkaan niiden sisällön mukaan: hoitajan tekemistä kuvaavat käsitteet, hoitajan työtapaa, asennetta ja sitoutumista kuvaavat käsitteet sekä käsitteet jotka korostavat asiakkaan aktiivista roolia ja osallisuutta. Nimesin luokat käytännölliseksi tasoksi ja asenteelliseksi tasoksi sekä asiakkaan rooliksi (kuvio 1).

Käytännöllisellä tasolla tavoitteena on ylläpitää tai edistää ja tukea dementoituvan asiakkaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, omatoimisuutta, itsenäistä selviytymistä ja elämänlaatua. Peruseriaatteina ovat dementoituvan oikeuksien kunnioittaminen, yksilöllisyys ja autonomian tukeminen. Käytännön tason kuntouttava hoitotyö on terveys- ja voimavaralähtöistä, tavoitteellista moniammatillista yhteistyötä. Tämä tulos on samanlainen Siipolan (2001,51) tekemän Vanhusten kuntouttava hoitotyö – käsiteanalyysin kanssa, jossa hän toteaa, että kuntouttava hoitotyö on hoitajalähtöistä käsillä tehtävää, ammatillista toimintaa, jossa huomio kiinnitetään voimavaroihin ja terveyteen.

Asenteellinen taso kuvaa hoitajan, hoitotyöntekijän tai ammattikunnan työtapaa, toimintaotetta, asennetta ja sitoutumista. Käsitteitä kuvaavat sanat ”työntekijän tapa suhtautua työhön” sekä ”kuuluu periaatteeksi ja toimintatavaksi kaikkeen

hyvään hoitoon”. Näissä käsitteissä on samoja periaatteita, lähtökohtia ja tavoitteita kun kuntouttavassa hoitotyössä ja sen rinnakkaiskäsitteissä. Asiakkaan roolia, hänen aktiivisuuttaan ja osallisuuttaan kuntouttavan hoitotyön toteutumisessa tulee korostaa ja huomioida niin kuntouttavan hoitotyön toteuttamisen käytännöllisellä kuin asenteellisellakin tasolla.



Kuvio 1. Kuntouttavan hoitotyön käsitteet. (Jormanainen 2011).

Tässä työssä käytän käsitettä *kuntouttava hoitotyö*, koska se kuvaa hoitajan työtä käytännöllisellä tasolla. Käsite sisältää toimintakyvyn ylläpidon lisäksi pyrkimyksen asiakkaan toimintakyvyn parantamiseen. Kuntouttavan hoitotyön kehittämisen tulee lähteä käytännön työn tekemisen tasolta, josta sen on mahdollista muuttua oppimisen, toistojen ja toimintojen sisäistämisen sekä sitoutumisen kautta hoitotyön tekemisen asenteeksi.

3.2 Kuntouttava hoitotyö hoitotyöntekijän, omaisen ja asiakkaan näkökulmista

lääkkään kuntoutusta voidaan tarkastella eri näkökulmista. Koskinen ym. (2008, 556–557) ovat tarkastelleet iäkkään kuntoutusta kuntoutuksessa mukana olevien toimijoiden yhteistyön syventämisen ja kuntoutujan voimaantumisen käsitteen sekä inhimillisen kasvu- ja oppimisprosessin kautta. Pitkälän, Valvanteen ja Huuskon (2010, 455) mukaan kuntoutusta tulee tarkastella ja kehittää iäkkään itsensä näkökulmista. Mitkä ovat hänen toiveensa, sopeutumisstrategiansa, motivoivat tekijät sekä, miten kuntoutus tukee hänen autonomiaansa ja hyvinvointiaan parhaalla mahdollisella tavalla. Huonokuntoisen iäkkään autonomialla tarkoitetaan että, vaikka ihminen ei pystyisikään itse toteuttamaan päätöksistään, hänen päätöksensä ohjaavat muita toteuttamaan niitä (Koskinen ym. 2008, 557).

Seuraavassa tarkastelen, mitä dementoituvan kuntouttava hoito on hoitohenkilöstön, omaisten ja asiakkaan näkökulmista tarkasteltuna. Mitä vaatimuksia, haasteita tai tavoitteita sillä on sekä mitä kuntouttava hoito kullekin taholle merkitsee.

Hoitotyöntekijän riittävät ja ajantasaiset tiedot dementoivista sairauksista sekä kyky itsereflektioon ovat keskeisiä. Oma ja yhteinen pohdinta työyhteisössä siitä, mitä kuntouttava työote merkitsee ja miten se toteutuu, auttaa suuntaamaan toimintaa oikein. Yhdessä sovitut konkreettiset tavoitteet ohjaavat yhdessä toimimista. Hoitotyöntekijän rooli on olla hoitotilanteissa ohjaajana ja motivoijana ja taidot mitataan sillä, miten löytää kullekin asiakkaalle sopivat tavat tukea ja auttaa häntä. Liian vähäinen apu tuottaa epäonnistumisia ja liika apu turhauttaa. (Granö ym. 2006, 40–42.)

Hoitajalta vaaditaan joustavuutta ja luovuutta luoda asiakkaalle tilanteita mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen. Kuntouttava hoitotyö vaatii myös laaja-alaista tietoa, kykyä soveltaa tietoa sekä oman toiminnan ja periaatteiden kriittistä tarkastelua (taulukko 1). Ryhmätilanteiden yhteinen toteuttaminen vahvistaa yhteisöllisyyden ja osallisuuden tunnetta. Se edellyttää myös herkkyyttä tunnistaa asiakkaan sekä omaisten tarpeita esimerkiksi menetyksiä, tunteita ja

sanatonta viestintää. Dementoituvan elämäkokonaisuuden tunteminen auttaa ymmärtämään sairauden vaikutuksia sekä tunnistamaan hyödynnettävissä olevia voimavaroja. Moniammatillisessa työryhmässä tehtyyn toimintakyvyn arviointiin ja sen pohjalta asetettuihin tavoitteisiin pyrkimiseen sitoutuminen on tärkeää koko työyhteisössä. Hoitotyön toteutuksen on oltava tavoitteiden mukaista ja sitä on arvioitava säännöllisesti. (Heimonen & Voutilainen 2006, 58–65.) Alla olevassa taulukossa on kuvattu hoitohenkilöstön osaamisvaatimuksia dementoituvan kuntoutumista edistävässä hoitotyössä.

Taulukko 1. Hoitohenkilöstön osaamisen vaatimuksia dementoituvan kuntoutumista edistävässä hoitotyössä (Heimonen & Voutilainen 2006, 59)

Laaja-alainen tieto	Kyky koota yhteen erilaista tietoa yksilöllisen hoidon toteuttamiseksi ja dementoituvan ihmisen elämänlaadun tukemiseksi
Kyky havaita oleelliset asiat	Kyky tunnistaa dementoituvalle ihmiselle merkitykselliset asiat ja valita tilannekohtaisesti oikeat, yksilöllisiin tarpeisiin vastaavat hoitamisen tavat
Dementoituvan ihmisen tunteminen	Kyky käyttää dementoituvaan ja hänen elämäänsä sekä läheisiin ihmissuhteisiinsa liittyvää tietoa hoidossa
Eettiset periaatteet	Dementoituvan ihmisen arvon kunnioittaminen Valinnan ja itsemääräämisen mahdollisuuksien luominen dementoituvan ja hänen läheisensä voimaannuttamiseksi
Monipuolinen tietotaidon hyödyntäminen	Hoidon toteuttaminen kokonaisvaltaisella, taitavalla ja joustavalla tavalla

Yhteisistä toimintatavoista sopiminen on tärkeää, ettei toimintakykyä ylläpitävästä hoitotyöstä tule yksilöllistä hoitajälhtöisesti. Tämä tarkoittaa sitä, ettei asiakkaan toimintakyky vaihtele hoitajan mukaan, vaikkakin voi vaihdella päivittäin muuten, dementoivan sairauden luonteen mukaisesti. Asiakkaan valmiudet ja toimintakyky on arvioitava päivittäin ja hoitajan on sovitettava apunsa asiakkaan tarpeiden mukaan. (Routasalo 2004, 88.)

Hoitohenkilöstön yhteistä sitoutumista korostetaan toimintakyvyn ylläpitämisessä ja kuntouttavan hoitotyön kehittämisessä ja toteutumisessa. Sitoutuminen (commitment) tarkoittaa voimakasta tahtoa toteuttaa perustehtävää sekä aktiivisuutta ja luovuutta toiminnan kehittämisessä (Miettinen 2000, 49), konkreettista sopimista, mitä kuntouttava työote käytännössä tarkoittaa ja miten se arkipäivän

toiminnoissa näkyy (Winblad & Heimonen 2004, 81). Sitoutuminen näkyy myös tavoitteiden suuntaisena toimintana (Heimonen & Voutilainen 2006, 59) sekä tietoisena, johdonmukaisena ja pitkäjänteisenä työskentelynä tavoitteiden saavuttamiseksi (Routasalo 2004, 88). Tavoitteisiin pyritään ennaltaehkäisevällä, parantavalla, ylläpitävällä, ja sopeutumista edistävällä kokonaisvaltaisella toiminnalla. Asiakkaan sopeutumisen, selviytymisen ja itsenäisyyden tukemisessa voimavaralähtöisyys, tavoitteellisuus ja moniammatillinen yhteistyö ovat tärkeitä. Riskitekijöiden tunnistaminen ja niihin puuttuminen, kuten kaatumisen uhka, aliravitsemuksen riskitekijät, masennus ja iho-ongelmat, kuuluvat myös kuntouttavan hoitotyön lähtökohtiin. (Vähäkangas 2009, 146.)

Kokeneemmille työntekijöille uudenlaisen, kuntouttavan asenteen, oppiminen voi olla haasteellisempaa kuin nuoremmille. Kokeneempien tulee poisoppia entinen palvelukulttuuri, kun taas nuoremmille kuntouttavan työotteen omaksuminen on koulutuksesta saadun opin käytäntöön viemistä. Asiakkaiden motivointi aktiiviseen toimintakyvyn ylläpitoon on haasteellista erityisesti niiden asiakkaiden kohdalla, jotka perustelevat palveluvaatimuksia sillä, että he maksavat palvelusta eikä heiltä voi siten edellyttää sen toteuttamiseen osallistumista. (Jämsä ym. 2010, 98–99.)

Empowerment käsite, josta käytetään suomenkielisiä vastineita valtaistuminen, voimavaraistuminen, voimistuminen, sisäinen voimantunne tai voimavaraistuminen tarkoittaa, että työntekijä, joka on voimaantunut, uskoo itseensä ja tuntee tekevänsä hyvää työtä. Tällainen työntekijä on työyhteisössä itsenäinen ja vastuullinen, sitoutuu työyhteisön perustehtävään ja tavoitteisiin sekä osallistuu työyhteisön hyvinvoinnin edistämiseen. Hän kykenee myös tukemaan asiakkaiden omia voimavaroja. (Miettinen & Pelkonen 2000, 40, 44.)

Omainen tuntee asiakkaan parhaiten ja siksi sen merkitys kuntouttavan hoidon kehittämisessä on huomattava. Omaiset ovatkin tärkeitä yhteistyökumppaneita hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. (LyhDe-Ke-projekti 2007, 19) sekä kehittämisessä. Erityisesti dementoituneen ihmisen hoidossa omaisten merkitys korostuu kun dementoitunut ei enää itse kykene kertomaan tavoistaan ja mieltymyksistään (Sormunen, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri, Mäki- Petäjä- Leinonen & Anderson 2008, 130). Omaisilta saadaan arvokasta tietoa kuntoutuksen sisällön suunnitteluun asiakkaan ja omaisten tar-

peita vastaavaksi sekä arjesta selviytymiseksi. Kuntoutuskeinojen ja – menetelmien kertominen omaisille on tärkeää sillä, siten omaiset voivat jatkaa kuntouttavaa hoitoa kotihoidon aikana. Omaisille tulee antaa mahdollisuus osallistua läheisensä kuntouttavaan hoitoon mahdollisimman paljon myös kodin ulkopuolella tapahtuvan hoidon aikana. Tuttu läheinen ihminen voi vähentää dementoituvan ihmisen ahdistusta jo läsnäolollaan. Ahdistus näkyy usein levottomuutena tai aggressiivisena käyttäytymisenä. (Aejmelaeus ym. 2007, 246–248; Lundgren 1998, 24–25.) Omaiset ovat myös asiakkaan sidos perheeseen ja hoitopaikan ulkopuoliseen elämään (Routasalo 2004, 93).

Helsingin Alzheimer- yhdistys on laatinut suositukset omaisten oikeuksista. Suositusten mukaan omaisella on oikeus tietoon, apuun hoidossa, kuulluksi tulemiseen, hyvään arkipäivään, tunteisiin, omaan elämään ja lepoon. Suosituksissa korostetaan, että omaisten on tärkeää tulla kuulluksi ja hyväksytyksi osallisena asiakkaan hoidossa, saada tietoa lääkehoidosta, lääkkeettömästä hoidosta sekä neuvoja ja opastusta apuvälineistä ja niiden käytöstä ja ympäristön turvallisuudesta. Asiantuntijat voivat antaa monia hyviä neuvoja sujuvaan arkeen elämän helpottamiseksi. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 156–161; Erkinjuntti & Huovinen 2008, 204.)

Myös asiakkaiden tulee ymmärtää, miten tärkeää oman aktiivisuuden ja toimintakyvyn ylläpitäminen on. Kaikkea ei tehdä valmiiksi, vaan asiakas osallistuu arjen askareisiin, kuten nousee sängystä ylös, napittaa puseronsa, nostaa housut ylös, kampa hiukset, voitelee leivän, kattaa pöydän, pesee kehostaan ne osat jotka kykenee ja pyyhkii pölyjä ym. (Jämsä ym. 2010, 97–99.) Yksilölle koituvina kuntoutuksen mukanaan tuomina perusteluina mainitaan onnellisuus, terveys, toimintakyky, hyvinvointi, vapaus, itsemääräämisoikeus, elämänhallinta, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo (Järvikoski & Härkäpää 2011, 24). Jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva voi omalta osaltaan parantaa dementoituvan elämänlaatua. Selviytyminen mahdollisimman itsenäisesti jokapäiväisen elämän haasteista kohottaa dementoituvan itsetuntoa ja ylläpitää jäljellä olevaa toimintakykyä (Lundgren 1998, 16).

Valtaistuminen tarkoittaa asiakkaan kannalta sitä että, yksilö valtaistuu, kasvaa, kun hänen tietonsa ja itsearvostuksensa lisääntyvät ja asenteensa muuttuvat. Myös suhde ympäristöön muuttuu ja käytännön toiminnassa tulee näkyviä muu-

toksia. Yhteiskunnallisella tasolla valtaistuminen merkitsee asiakkaan mahdollisuutta osallistua aktiivisesti suunnitteluun, palveluiden kehittämiseen, päätöksentekoon ja yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen. Tällöin organisaation ja yhteiskunnan tulee sallia myös eriävien mielipiteiden ilmaisu ja luoda rakenteet, jotka antavat osallistumismahdollisuuksia. Kuntoutujan valtaistumisprosessissa kuntoutujalle avataan mahdollisuuksia suunnitella elämäänsä, tehdä sitä koskevia valintoja ja päätöksiä. Valtaistuminen on mahdollista saavuttaa silloin kun asiakkaalla ja hänen omaisillaan on aito mahdollisuus osallistua kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen ja nähdä toiminnan tulokset. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 143–146.) Yhteisö voi vielä vahvistaa yksilön voimavaroja siten, että ihmiselle tulee elämän hallinnan tunne edes jossakin määrin (Miettinen & Pelkonen 2000, 39).

3.3 Dementoituvan vanhuksen kuntoutus

Dementia on oireyhtymä, johon liittyy muistihäiriöitä sekä laajaa henkisen toiminnan ja korkeiden aivotoimintojen heikentymistä. Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä. (Erkinjuntti 2002, 89; Sulkava 2010, 120–121.) Hoidettavissa olevia muistihäiriön syitä voivat olla muun muassa aineenvaihdunnan häiriöt (esim. hypotyreoosi), puutostilat (esimerkiksi B₁₂ – vitamiinin puutos) ja eräät kallonsisäiset syyt, kuten hematooma tai hyvänlaatuiset aivokasvaimet. Sairauden jälkitilana tulleen muistihäiriön tai dementian ei yleensä odoteta etenevän, jolloin hoitona on kuntouttava hoito. (Erkinjuntti & Koivisto 2002, 51; Sulkava 2010, 120, 131.)

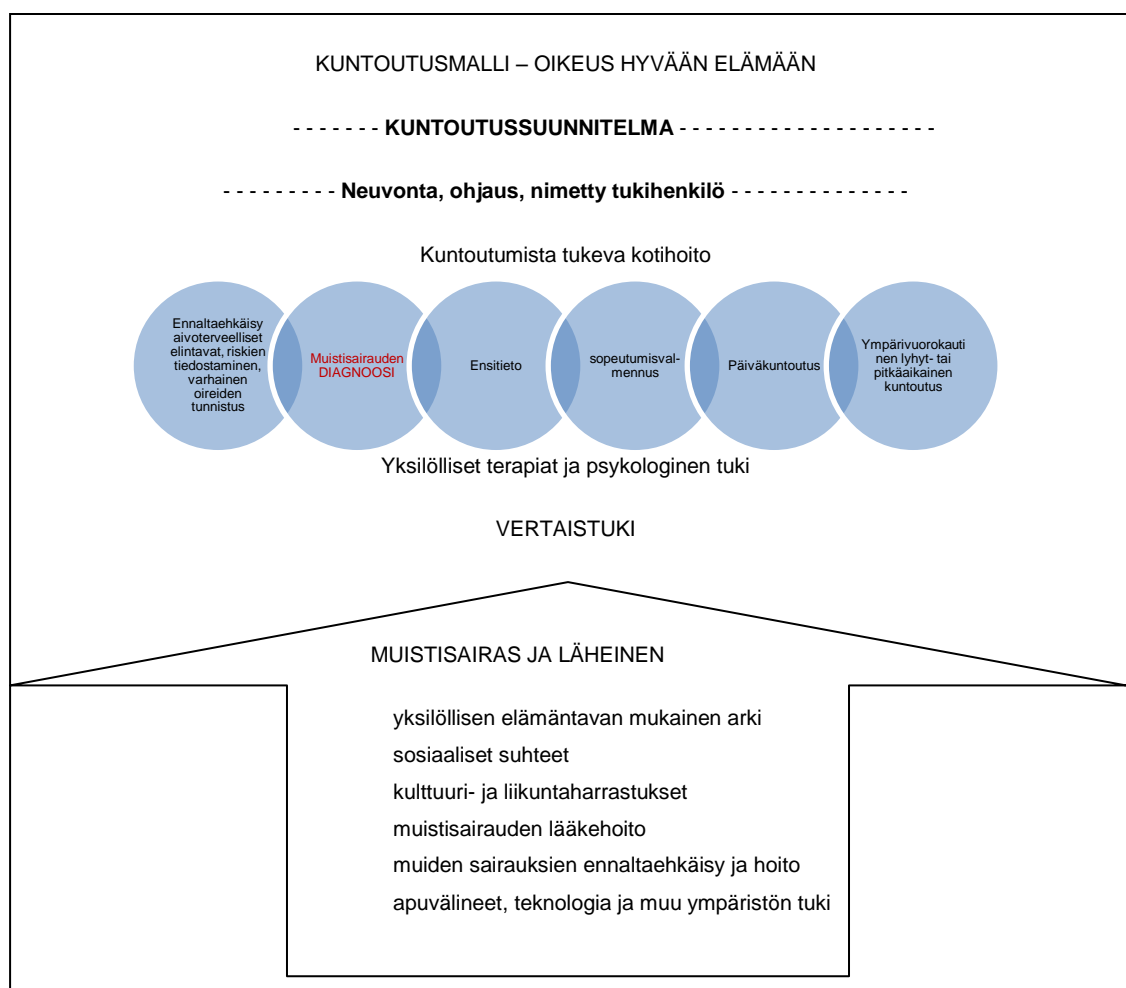
Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus yli 65-vuotiailla. (Feinberg & Yu 2005, 13; Forsythe 1990, 21–23; Viramo & Sulkava 2002, 20–27). Noin 60 prosentilla kaikista dementiaa sairastavista on Alzheimerin tauti (Sulkava 2010, 123). Yhdysvalloissa arvioitiin vuonna 2005 olevan noin 4,5–5 miljoonaa Alzheimerin tautia sairastavaa henkilöä. Ikäryhmästä 65–74 vuotiaat noin 3 prosentilla ja yli 85 vuotiaista lähes puolella on Alzheimerin tauti. (Feinberg & Yu 2005, 14.) Vuonna 2010 Suomessa oli noin 55 000 Alzheimerin tau-

tia sairastavaa henkilöä ja määrän on ennustettu lisääntyvän nopeasti erityisesti vuoden 2015 jälkeen, ellei sairauden estokeinoja löydetä. (Sulkava 2010, 124). Muita Dementoivia sairauksia ovat vaskulaariset dementiat, Lewyn kappale – dementia sekä frontotemporaaliset degeneraatiot. Nämä edellä luetellut ryhmät kattavat 95 prosenttia kaikista dementian syistä. (Viramo & Sulkava 2002, 25–26.) Nämä etenevät muistisairaudet voivat esiintyä myös yhtä aikaa (Sulkava 2010, 123).

Dementoivat sairaudet ovat erilaisia ja erityisesti sairauden alkuvaiheessa sairauksien oireet eroavat selvästi toisistaan. Eri sairaudet vaurioittavat eri hermoston alueita, hermosoluja tuhoutuu ja hermoverkostojen toiminta heikentyy. Siksi henkinen suorituskyky heikkenee ja vähitellen olemassa olevat taidot häviävät. Sairastuneen elämäntilanne, sairaustyyppi, oirekuva ja sairauden vaikeusaste vaikuttavat toimintakyvyn muutoksiin. Myös persoonallisuus, tavat, kiinnostukset ja elämäntilanne vaikuttavat toimintakykyyn ja siten myös kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Kuntoutuksen menetelmät on valittava yksilöllisesti yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa. Dementoituvan kuntoutuksen tavoitteena voidaan pitää toimintakyvyn parantamista ja ylläpitämistä sekä elämänhallinnan ja -laadun parantamista. (Aejmelaeus ym. 2007, 240–241; Pirttilä 2004 11–12.) Dementoituvien kuntoutuksen lähtökohtina ovat yksilöllisyys ja oikea-aikaisuus. (Heimonen 2008, 82; LyhDeKe-projekti 2007, 18). Edellisten lisäksi tavoitteina voidaan pitää myös valtaistumista tai sosiaalista osallistumista (Järvikoski & Härkäpää 2011, 24).

Muistiliitto on laatinut oppaan muistisairaille ja heidän läheisilleen (Högström & Granö 2009). Oppaassa esitetään muistisairaahan kuntoutusmalli (kuviokuva 2), jossa kuntoutus kuvataan jatkumona, joka alkaa ensitiedosta ja päättyy saattohoitoon. Siihen on koottu muistisairaahan ihmisen kuntoutusta tukevia kuntoutus- ja tukipalveluita sekä arjen toimintoja. Tavoitteena on hyvän hoidon ja kuntoutuksen jatkuminen koko sairauden ajan. On hyvä nähdä koko kuntoutuksen kokonaisuus aina sairauden ensitiedosta, sopeutumisvalmennuksesta aina pitkäaikaisen hoidon hyvän hoidon ajatukseen. Tällä kuntoutusmallilla halutaan korostaa yksilöllisen elämäntavan mukaisen arjen merkitystä kuntoutumisen tukena sekä muistaa muiden sairauksien ehkäisy ja hoito. Tärkeää on huomioida, että muistisairasta ei saa asettaa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevilla päätöksillä

muita heikompaan asemaan sairautensa vuoksi. (Granö 2010, 6–7.) Tällainen tavoitteellinen ja tarkoituksen mukainen palvelujen jatkumo turvaavat dementoituvan kuntoutuksen saamisen, mielekkään elämän jatkumisen ja toimintakyvyn ylläpitämisen (Heimonen 2008, 82). Tässä opinnäytetyössä käsitellään kuvassa äärimmäisenä oikealla olevaa ympärivuorokautista pitkäaikaista kuntoutusta.



Kuvio 2. Muistisairaahan kuntoutusmalli. (Högström & Granö 2009, 5.)

Dementoituvan ihmisen kohdalla kuntoutus tarkoittaa myös toimintoja ja tukea, jotka edistävät hänen selviytymistään jokapäiväisestä elämästä ja osallistumista arjen toimintoihin, joko tuettuna tai itsenäisesti. Tavoitteena on jäljellä olevien voimavarojen käyttö ja mielekkäisiin toimintoihin osallistuminen. Dementoituvan henkilön kuntoutuksessa korostuu ennaltaehkäisevyys ja toimintakyvyn ylläpitävyys. Sairauden etenevän luonteen vuoksi ei useinkaan pystytä luomaan pitkä-

kestoisia kuntoutusprosesseja, mutta kuntoutuksen keinoin kuntoutuja voi kokea onnistumisia ja tyytyväisyyttä omiin suorituksiinsa. (Granö ym. 2006, 6.)

3.4 Kuntouttava hoitotyö tehostetussa palveluasumisessa

Sosiaalihuoltolaissa (17.9.1982/710) määritellään kunnan velvollisuudeksi järjestää muun muassa asumispalvelut ja laitoshuolto. Asumispalveluilla tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumista ja sitä järjestetään henkilöille jotka erityisestä syystä tarvitsevat apua tai tukea asunnon tai asumisensa järjestämisessä. Kunta voi perustaa, hankkia tai muuten varata paikallista tarvetta vastaavan määrän palvelu- ja tukiasuntoja sekä laitospaikkoja.

Ympäri vuorokautista pitkäaikaishoitoa tarjotaan laitoksissa sekä palvelutaloissa. Sairaalassa tai sairaalan ja terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä sosiaalihuollon laitoksista vanhainkodeissa tapahtuvaa hoitoa ja huolenpitoa kutsutaan laitoshoidoksi. Palveluasuminen kuuluu sosiaalihuollon avopalveluihin ja asiakas omistaa tai asuu vuokralla asunnossa johon palveluntuottaja tuottaa hoito- ja hoivapalveluita asiakkaalle. (Andersson 2007, 10; Palviainen, 2008, 14–15; Sormunen ym. 2008, 126–127.) Palveluasunnossa asuvalla on oikeus saada Kansaneläkelaitoksen asumistukea sekä harkinnanvaraista hoitotukea. Hoitotuki on porrastettu kolmeen tasoon tuen saajan hoitotarpeen mukaan. (Kela, eläkeläisen tuet.) Tämän takia palveluasumisen ajatellaan olevan laitosasumista edullisempaa kunnalle (Palviainen 2008, 15).

Palveluasuminen jaetaan yleisesti tavalliseen palveluasumiseen ja tehostettuun palveluasumiseen. Tavallisessa palveluasumisessa henkilökunta on paikalla päivisin. Palveluasumiseen sisältyy aina sekä asuminen että palveluntuottajan järjestämät palvelut. Näitä jokapäiväiseen suoriutumiseen liittyviä peruspalveluita ovat muun muassa ateria-, hygieni- ja siivouspalvelut. Palvelut ja niiden sisältö voivat vaihdella. (Andersson 2007, 9; Helsingin kaupungin sosiaalivirasto 2004, 6-7; Vuorio & Väyrynen 2011, 6.)

Tehostettua palveluasumista tarjoavissa yksiköissä henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden, eikä raja laitoshoitoon ole aina selkeä. (Andersson 2007, 10; Palviainen 2008, 14–18; Sormunen ym. 2008, 126–127). Tehostettu palveluasuminen korvaa laitoshoittoa jota vähennetään jatkuvasti kunnissa (Sormunen ym. 2008, 126; Virnes 2003, 9). Asiakas, jonka pitkäaikainen hoito ei ole lääketieteellisesti perusteltua terveyskeskuksen vuodeosastolla voidaan hoitaa tehostetussa palveluasumisessa ja näin vuodeosastot voivat keskittyä akuuttihoitoon (Voutilainen 2010, 118–119).

Vuoden 2008 lopussa Suomessa asui tehostetun palveluasumisen yksiköissä yhteensä 22 867 asiakasta, joiden keski-ikä oli lähes 83 vuotta. (Mäkitalo, Hautala, Narikka & Tuukkanen 2010, 26). Ennusteen mukaan vuonna 2015 tehostetun palveluasumisen tarve olisi 26 114 henkilöllä ja vuonna 2025 jo 35 433 henkilöllä, jotka ovat vähintään keskivaikeasti dementoituneita (Andersson 2007, 25).

Ruotsissa käytetään käsitettä erityisasuminen (särskilt boende) puhuttaessa ikäihmisten muualla, kuin kotona asumisesta. Avo- ja laitoshoittoa ei erotella kuten meillä. Vuonna 2005 Ruotsissa asui 17 prosenttia yli 80- vuotiaista erityisasumisessa. Sinne pääsevät vain henkilöt, joilla on suuri hoidon tarve. Kehitteillä on itsenäistä suoriutumista tukeva asumismuoto. (Andersson 2007, 16.)

Jo nyt dementiaoireisten ihmisten osuus tehostetussa palveluasumisessa on meillä suuri. On myös viitteitä siitä, että tehostetussa palveluasumisessa olevat asiakkaat tarvitsevat aikaisempaa enemmän hoitoa. Hoidon tarve on lähes sama kuin laitoshoidossa, esim. vanhainkodeissa. (Andersson 2007, 14; Palviainen 2008, 14–18; Sormunen ym. 2008, 126–127.)

Tehostetussa palveluasumisessa olevat ovat yleensä dementoivan sairauden keskivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa, jolloin lähimuisti on useimmiten olematon. Hoitajilta vaaditaan yleisen geriatrisen osaamisen lisäksi tietoa dementoivista sairauksista, niiden aiheuttamista oireista sekä heidän tukemisestaan. Arki ei kuitenkaan saa olla sairausorientoitunutta vaan asiakkaiden hyvinvoinnin tukemista. Henkilökunnan tulee kyetä analyyttiseen ajatteluun ja heillä tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot. Hoitajan tulee kyetä olemaan asiakkaalle arjessa tavallinen kanssakulkija, josta välittyy turvallisuus ja arvostus. Muistisaira itse-

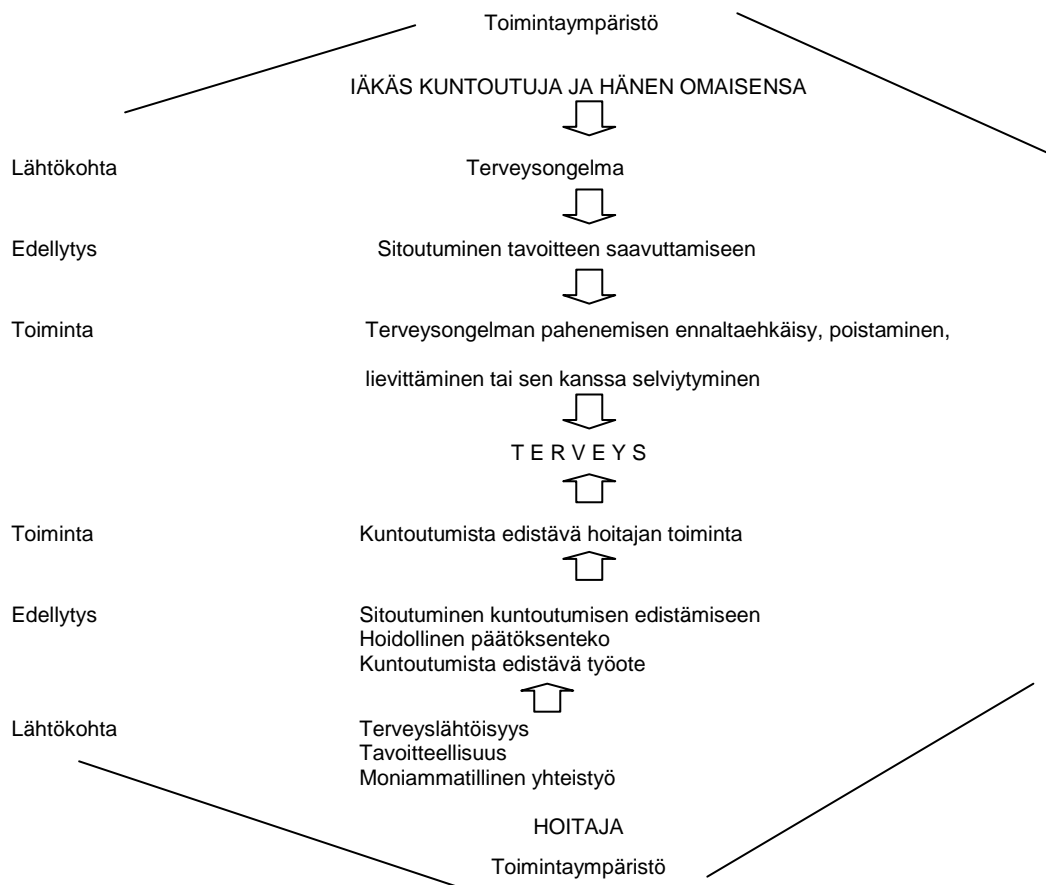
tuntoa ja onnistumisen kokemuksia tukee normaali aikuinen kanssakäymisen tapa. (Sormunen ym. 2008, 127–128.) Ympäri vuorokautisissa hoitopalveluissa ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitäminen, sen heikkenemisen ehkäisy sekä hyvä elämänlaadun turvaaminen korostuvat (Vähäkangas 2010, 145).

Kuntoutumisen ja toimintakyvyn ylläpitämisen keskeinen edellytys on riittävä ravitseminen. Kiireettömät, rauhalliset ja yhteisölliset ruokailuhetket ovat elämänlaadullinen itseisarvo kaikissa dementoivan sairauden vaiheessa. Myös liikunnan merkitys korostuu lievästä keskivaikeaan tai sitä vaikeampaan dementian vaiheeseen siirryttäessä, jolloin kaatumisen riski lisääntyy. Säännöllinen fyysinen kuntoutus vaikuttaa fyysiseen toimintakykyyn, käytösoireiden lievittymiseen sekä kognitiivisen toimintakyvyn säilymiseen. Erityisesti reisirihasten harjoittaminen normaalien päivätoimintojen yhteydessä kuten, aamu- ja iltatoimet, ruokailu ja wc:ssä käynnit, pitäisi kuulua perushoitoon. Ulkoilu ja muut toiminnalliset tapahtumat antavat virkistystä sekä auttavat säilyttämään toimintakykyä. Sen sijaan rajoitteiden käyttöä, kuten fyysistä ja kemiallista sitomista tulee välttää koska se altistaa fyysisen toimintakyvyn laskulle ja rajoittaa liikkumista. Hyvinvointia tukeva monipuolinen ympäristö antaa asiakkaalle mahdollisuudet toimia itsenäisesti tai ohjattuna niin kauan kuin mahdollista ja näin antaa mahdollisuudet optimaaliselle toimintakyvyn käytölle. (Sormunen ym. 2008, 130–131.)

lääkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyönmalli (Routasalo 2003, 118–119) on kehitetty jäsentämään hoitotyötä ja hoitajan toimintaa. Mallin tavoitteena on tehdä hoitajan rooli ja toiminta näkyväksi iäkkään kuntoutujan kuntoutumisprosessissa. Seuraavalla sivulla olevassa mallissa (kuvio 3) iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyö käsitetään kuntoutujan ja hoitajan väliseksi vuorovaikutukseksi, jossa ammattitaitoinen hoitaja tukee hoitotyön keinoin kuntoutujaa terveyslähtöisesti. Tätä vuorovaikutusta tapahtuu ympäri vuorokauden, toisin kuin muiden kuntoutukseen mahdollisesti osallistuvien (esimerkiksi fysioterapeutti) kanssa. Kuntoutumisen pohjana ovat kuntoutujan sitoutuminen yhdessä laadittuihin tavoitteisiin ja aktiivisuuteen kuntoutumisprosessissa.

Ammattihenkilöstön työtavat, suurten yksiköiden keskitetyt toimintatavat sekä ajatus, että arkivelvollisuuksista on oikeus luopua estävät usein asiakkaiden osallistumisen arjen toimintoihin (Suvikas, Laurell & Nordman, 338). Siksi asiakkaiden toimintakyvyn säilymisen takia onkin tärkeää uudistaa työtapoja ja ke-

hittää kuntouttavaa hoitotyötä myös tehostetussa palveluasumisessa. Tämä mahdollistaa asiakkaan mahdollisimman kauan jatkuvan hoidon samassa yksikössä.



Kuvio 3. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli (Routasalo 2003, 119).

Malli jäsentää kuntouttavan hoitotyön toteuttamista dementoituneen vanhuksen kanssa työskennellessä myös tehostetussa palveluasumisessa. Se ottaa huomioon myös iäkkään kuntoutujan prosessissa tärkeät omaiset.

4 KUNTOUTTAVAN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN JA JOHTAMINEN

4.1 Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen

Jatkuva kehittäminen ja henkilökunnan kouluttaminen on tärkeää hoitokäytäntöjen jatkuvan muutoksen vuoksi. Työelämä ja toimintaympäristöt muuttuvat sekä lääketiede, biotieteet, terveystieteet ja tekniikka kehittyvät nopeasti lisäten jatkuvan kehittymisen tarvetta. Myös asiakkaiden vaatimukset lisääntyvät. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 139.) Nykyisen ajattelun mukaan jokainen työntekijä on vastuussa omasta ja työyhteisön osaamisen kehittämisestä. Yritys puolestaan sitoutuu tukemaan häntä siinä. Kysymys on siis välttämättömästä kahden välisestä kaupasta. (Viitala 2007, 183.)

Hoito- ja palvelukäytännön kehittäminen alkaa kun päätös kehittämisestä on tehty. Omassa organisaatiossa on ensin määriteltävä, mitä tarkoittaa ”hyvä” palvelukäytäntö. Tällöin nähdään mihin suuntaan toimintaa tulee kehittää. Aiempien tutkimustulosten sekä näyttöön perustuvan toiminta- ja hoitosuosituksen tunteminen kyseisestä käytännöstä auttavat käytännön muutoksen tarpeen hahmottamisessa. Hoito- ja palvelukäytännön vakiinnuttamisen edellytyksenä on yhteinen sopiminen yhteisestä toimintatavasta sekä sitoutuminen siihen. Sovittu käytäntö on hyvä olla kirjallisessa muodossa. (Outinen ym. 1999, 88–94.)

Hyvien käytäntöjen ja näyttöön perustuvan tiedon saattaminen käytännön toiminnaksi edellyttää kehittämisen näkemistä osaksi päivittäistä hoitotyötä. Se edellyttää oman työn ja yhteisten työskentelytapojen ja laadun jatkuvaa arviointia sekä ongelmien tunnistamista. Käytäntöjä tulee kehittää näyttöön perustuvan tiedon valossa ja tutkimustuloksia tulee soveltaa käytäntöön tavoitteellisesti. Oman alan laatusuositukset tulee tuntea. Monia epäkohtia voidaan korjata järjestelmällisellä kehittämistoiminnalla käytännössä. (Ilvonen 2010, 333.)

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä (evidence based nursing) tarkoitetaan useimmiten parhaan ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja käyttöä potilaiden hoitoa

koskevassa päätöksenteossa ja toiminnan toteutuksessa. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7). Näyttöön perustuvaan toiminnan kehittämiseen kuuluu omien hyväksi havaittujen käytäntöjen sekä muualla tuotettujen hyvien mallien sekä tutkimustulosten hyödyntäminen (Ilvonen 2010, 335).

lääkäiden hoitotyön kehittämisen tulee olla tavoitteellista. Kehittämistyön alussa tulee nimetä keinot, joilla haluttuun päämäärään halutaan päästä. Ne on hyvä olla riittävän konkreettisella tasolla. Yhtä tärkeää on tulosten arviointi, eli se onko kehittämistyö ollut tuloksellista. Kehittämistyöhön osallistuvan henkilökunnan tulee tuntea kehittämisprosessi ja sen vaiheet. (Ilvonen 2010, 337–338.)

Hoitotyön kehittäminen on muutosta ja uuden luomista. Organisaatio, jossa näin tapahtuu, on luova, oppiva ja joustava. Se on tehokas muutoksessa ja sen tuotteet ja palvelut muuttuvat joustavasti. Tällaisen organisaation hoitotyöntekijöiltä vaaditaan yksilöllistä kykyä oppia, havaita kehittämis- ja muutostarpeet sekä kykyä korjata toimintatapojaan. (Miettinen 1999, 84–85.)

4.2 Kehittämistyön johtaminen

Esimiehen tehtävänä organisaatiossa on palvella ja edistää perustehtävän toteuttamista. Myös toiminnan kustannustehokkuuden, kilpailukyvyn ja kannattavuuden seuranta ja arviointi kuuluvat johtajan tehtäviin. Johtajan on kyettävä katsomaan pitkälle tulevaisuuteen sekä ennakoitava ja suunniteltava sitä, miten vastataan ympäristön muutoksiin. Johtajan on näytävä arjessa työntekijöiden keskuudessa, näytettävä suuntaa, luotava uskottavuutta ja turvallisuutta erityisesti muutostilanteissa. Jatkuvat muutokset, kasvavat osaamisvaatimukset ja niukkenevat resurssit lisäävät johtamiseen liittyviä paineita, koska henkilöstö tarvitsee entistä enemmän tukea ja kannustusta tehtävistä ja vaatimuksista selvitäkseen. (Järvinen 2009, 59–61, 86.)

Sydänmaanlakka (2004, 22–25) määrittelee johtamisen vaikuttamisyritykseksi. Siinä johtaja vaikuttaa yksilöön (tai ryhmään yksilöitä) yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Perinteistä jakoa asioiden johtamisen (management) ja ihmisten

johtamisen (leadership) välillä hän pitää kyseenalaisena. Se voi pahimmillaan estää meitä näkemästä johtamisen todellista luonnetta. Hänen mukaansa asioiden ja ihmisten johtaminen voidaan yhdistää yhdeksi kokonaisuudeksi, jota hän kutsuu älykkääksi johtajuudeksi. Sitä kuvataan esimiehen ja työntekijän (asian-tuntijan) väliseksi vuorovaikutukseksi, jossa he yrittävät saavuttaa jaetun vision ja tavoitteet mahdollisimman tehokkaasti. Parhaimmillaan tätä vuorovaikutusta voidaan kutsua dialogiksi toiminnassa.

Osaamisen johtaminen on johtamistyön peruskysymyksiä, jonka merkitys tulee kasvamaan. Se on yksilökohtaista osaamisen hallintaa ja kehittämistä sekä ryhmäkohtaista oppimista ja uudistumista. Se voidaan määritellä vuorovaikutukselliseksi kokonaisuudeksi hallita ja ohjata kaikkea sitä tietoa, taitoa ja kokemusta, mitä organisaatiossa on olemassa, hankittavissa tai muutettavissa. Tarvitaan koko organisaation osaamista ja kehittämishalua hyödyttävää toimintaa. Organisaation tulee olla uudistuva, muuntuva ja joustava. Tämä vaatii työn sisällön, organisoinnin ja johtamisen jatkuvaa kehittämistä. Muutos ja toiminnan sujuminen vaativat sitoutumista, jonka mahdollistaa henkilöstön kehittäminen. (Laaksonen ym. 2005, 88, 103.)

Kuntouttavan hoidon kehittämisessä johtajan rooli on keskeinen. Johtaja voi hyvällä johtamisella luoda avoimen ja keskusteleavan ilmapiirin. Tällä luodaan pohjaa toimivalle yhteistyölle ja yhteisen käsityksen muodostamiselle hyvän ja kuntouttavan hoidon periaatteista ja toimintatavoista. Johtamisella voidaan vaikuttaa henkilöstön sitoutumiseen, työmotivaatioon, osaamiseen, kuormittumiseen ja työyhteisön ilmapiiriin. (Winblad & Heimonen 2004, 83.) Johtoa tarvitaan myös visioiden luomiseen, tärkeiden ideoiden tukemiseen ja eteenpäin viemiseen, osaamisen kannustamiseen ja yhdistämiseen. Hoitotyötä uudistavan johtajan keskeisenä tehtävänä on edistää uusien innovaatioiden tuottamista käyttämällä apuna yksilöiden luovuutta. (Miettinen 1999, 87.)

Empowerment – kulttuuri työyhteisössä lisää työntekijöiden ja työyhteisön sisäistä voiman tunnetta. Työntekijän kannalta tämä tarkoittaa, että hän on itse vastuussa työstään ja kehityksestään työyhteisön ja organisaation tavoitteiden mukaisesti. Tällaisessa ilmapiirissä korostetaan työntekijän vahvuuksia, oikeuksia ja osaamista sekä odotetaan osallistumista kehittämiseen ja aloitteellisuutta. Johtaja ja hänen asennoitumisensa ja johtamisotteensa ovat avaintekijöitä voi-

mavaraistumisajattelun eteenpäin viemisessä työyhteisössä. Johtajan tulee luottaa työntekijöihinsä, tukea ja mahdollistaa heidän persoonallista kasvuaan, kehittymistä ja kehittämistä, arvostaa itseään ja toisia, olla kiinnostunut toisista ja ymmärtää toisten mielipiteitä ja tunteita. Keskusteleavassa ja kunnioittavassa ilmapiirissä voima lisääntyy. Tällainen työyhteisö menestyy ja saavuttaa tavoitteitaan ollen tehokas ja tuottava, mikä näkyy myös hoidon laadussa. (Laaksonen ym. 2005, 161–162; Miettinen & Pelkonen 2000, 40–44.)

5 OPINNÄYTETYÖN TEHTÄVÄ JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tehtävä oli kuntouttavan hoitotyön kehittäminen demen-toituvien vanhusten hoidossa Hoitokoti Aukustissa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli toimintatutkimuksen keinoin selvittää 1) miten kuntouttavaa hoitotyötä voi-daan kehittää Hoitokoti Aukustissa ja 2) mitä kuntouttavan hoitotyön tulisi olla Hoitokoti Aukustissa sekä 3) laatia Hoitokoti Aukustiin toiminta- ja menettelyohje kuntouttavasta hoitotyöstä.

Toiminta- ja menettelyohjeen laatiminen on perusteltua kuntouttavan hoitotyön kehittämisen myötä muodostuneiden kuntouttavien hoitotyön toimintatapojen yhtenäistämiseksi. Hoidon ja palvelun kehittämisessä tulee keskittyä siihen, jonka tiedetään olevan tärkeää asiakkaalle ja tuottavan tulosta. Palvelujen tasa-laatuisuuden ja sujuvuuden varmistamiseksi tarvitaan yhteisesti sovittuja toimin-taperiaatteita ja – tapoja. Tärkeää on, että kaikki organisaatiossa tietävät mitä on sovittu. (Holma, Outinen, Idänpään-Heikkilä & Sainio 2002, 36.)

Työyhteisöä ohjaavien periaatteiden dokumentointi paperille perehdytyskansi-oon, toiminta- ja menettelykansioon tai työohjeeksi on tärkeää. Näin toimintaa voidaan arvioida ja parantaa. Energiaa jää enemmän perustyöhön, kun ei tarvit-se muistella ”miten se nyt tehtiinkään” vaan voi tarkistaa papereista. Kirjattuna asiat velvoittavat toimimaan sovitun mukaisesti ja tieto kulkee samanlaisena kaikille. Asiakkaissa dokumentointi herättää luottamusta. Ennen dokumentointia työyhteisössä on selvitettävä, mitä esimerkiksi kuntouttava työote tarkoittaa omassa työyhteisössä. (Holma 2003, 57–58.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Toimintaympäristö ja lähtötilanne

Hoitokoti Aukusti on kymmenenpaikkainen tehostetun palveluasumisen yksikkö, joka on perustettu vuonna 1995. Se sijaitsee Joensuussa Enon taajamassa lähellä palveluita, mutta kuitenkin rauhallisella alueella. Hoitokoti Aukustin toiminta-ajatus toiminnan alkua ajoilta asti on ollut tarjota vanhukselle turvallista ja kodinomaista hoito- ja asumispalvelua korostamalla ja ylläpitämällä asukkaan omatoimisuutta. Pyrimme ikääntyvän optimaaliseen kuntoon sekä henkisen vireyden säilymiseen ammattitaitoisella henkilökunnalla. Henkilökuntaan kuuluu viisi lähihoitajaa ja yksi sairaanhoitaja. Lääkäripalvelut asiakkaat saavat läheisestä terveyskeskuksesta. Asiakkaiden keski-ikä oli vuoden 2010 lopussa 82,9 vuotta. Suurimmalla osalla asiakkaista on diagnosoitu, pitkälle edennyt demen-toiva sairaus.

Hoitokoti Aukustissa olimme kiinnittäneet huomiota hoitotyön ja auttamisen menetelmiin käytännön tasolla ja olimme keskustelleet asiasta työn lomassa, raporteilla sekä työkokouksissa. Opiskelijoiden ohjauksessa olimme kiinnittäneet huomiota kuntouttavaan hoitotyöhön ja sen toteutukseen. Näiden keskustelujen mukanaan tuomia käytännön muutoksia olivat muun muassa ruokailutilanteen muuttaminen siten, että asiakkaat voitelivat itse voileipänsä ja kaatoivat juomat. Hoitajat annostelivat ruoat ja ruokailivat itsekin samaan aikaan. Ruokailutilanteet ovat rauhoittuneet ja asiakkaiden toimintakyky on lisääntynyt tältä osin. Autamme tietenkin niitä asiakkaita, jotka apua tarvitsevat. Asiakkailta on mahdollisuus auttaa päivittäisissä toimissa kuten pöydän kattamisessa, astioiden esipesussa, vaatteiden viikkaamisessa, lattioiden lakaisussa, perunoiden kuorimisessa ja pöytien siistimisessä. Toiminnot ovat kuitenkin olleet satunnaisia ja työntekijästä sekä tilanteesta riippuvaisia. Toimintoja ei ole järjestelmällisesti pyydetty tekemään.

Vuoden 2011 toimintasuunnitelmaan olimme kirjanneet hoitotyön painopistealueeksi kuntouttavaan hoitotyön kehittämisen. Pystyäksemme vastaamaan siihen,

että valtakunnalliset linjaukset mahdollisimman kauan jatkuvasta vanhusten kodinomaisesta asumisesta toteutuvat, tarvitsimme osaamista ja ammattitaitoa pyrkimyksessä säilyttää asiakkaiden omatoimisuus. Siten voisimme mahdollistaa laitoshoidon ja suuren avuntarpeen ajanjakson jäämisen mahdollisimman lyhyeksi. Tarpeemme oli syventää ja tarkentaa kuntouttava hoitotyön ohjeistusta sekä tehdä siitä toimintatapa, jota kaikki työntekijät noudattavat. Kirjallisten ohjeiden puuttuessa opiskelijoiden ja sijaisten ohjaaminen ja perehdyttäminen kuntouttavaan hoitotyöhön on epävarmalla pohjalla. Olemme usein saaneet perustella asiakkaille ja omaisille kuntouttavan hoitotyön merkitystä. Siksi koimme tarvitsevamme näyttöä ja perusteluita sille, mitä kuntouttava työote merkitsee asiakkaalle, omaiselle, työntekijälle sekä myös yhteiskunnalle. Lähdimme kehittämään kuntouttavaa hoitotyötä Hoitokoti Aukustissa myös siksi, että halusimme kehittämistyön avulla tehdä vahvasti näkyväksi sen, mitä kuntouttava hoitotyö voisi olla käytännössä.

6.2 Menetelmälliset valinnat

Valitsimme toimintatutkimuksen kehittämistyön menetelmäksi koska sen keinoin voidaan tutkia ja kehittää olemassa olevia menettelytapoja. Toimintatutkimukselle on tyypillistä käytäntöön suuntautunut ongelmakeskeisyys, jossa tutkija ja tutkittava yhdessä aktiivisina toimijoina etsivät ratkaisua ongelmaan tai ongelmiin. Sen tavoitteena ei ole ainoastaan kuvata tai selittää, vaan myös muuttaa käytäntöjä. Muutos, joka voi olla toisenlainen kuin alun perin oli toivottu, voi toteutua tai olla toteutumatta. (Kuula 2006.)

Kvalitatiivinen tutkimusote soveltuu erityisen hyvin tutkimukseen silloin, kun halutaan tutkia luonnollisia tilanteita, joita ei voida järjestää kokeeksi tai joissa ei voida kontrolloida kaikkia vaikuttavia tekijöitä. Keskeinen tutkimusmetodi kvalitatiivisessa tutkimuksessa on muun muassa tekstianalyysi. Sitä käytetään siten, että pyritään ymmärtämään kulttuurin jäsenten käyttämiä kategorioita. (Metsämuuronen 2007, 208–209.)

Toimintatutkimuksen perustajana pidetään usein Kurt Lewiniä, joka loi toimintatutkimuksen spiraalimallin. Spiraalissa toiminnan vaiheet seuraavat toisiaan alkaen toiminnan suunnittelusta, jota seuraa muutoksen toteutus ja muutoksen vaikutusten seuranta ja arviointi, jatkuen taas alusta alkaen. Hänen ajatuksensa siitä, että sosiaalista tilannetta voidaan parhaiten ymmärtää, kun tilannetta yritetään ensin muuttaa ja sitten muutoksen vaikutuksia arvioidaan, on yhä keskeinen lähtökohta toimintatutkimuksessa. Olennaista on myös pyrkimys mahdollisimman reaaliaikaiseen asiointiloiden muutokseen edistämällä ja parantamalla niitä. (Kuula 2006.) Spiraalin luonteen mukaisesti kehittämisen sykleillä ei ole päätepistettä. Jokainen käytäntö on aina tilapäinen. Toimintaympäristön muuttuessa luodaan parempi käytäntö. Tosin tutkijan on jossakin vaiheessa pakko lopettaa työnsä. (Heikkinen 2006, 29.)

Toimintatutkimus on tilanteeseen sidottua (Situational), yleensä yhteistyötä vaativaa (Collaborative), osallistuvaa (Participatory) ja itseään tarkkailevaa (Self-evaluative). Toimintatutkimusta voi tehdä yksittäinenkin työntekijä. Yleensä kuitenkin kyseessä on koko työyhteisön tai organisaation muutosprosessi, jolloin tarvitaan kaikkien toimijaosapuolien sitoutumista projektiin. (Metsämuuronen 2007, 222.) Toimintatutkimus voidaankin nähdä keinona, jolla osallistujat saadaan sitoutumaan johonkin tiettyyn uudistukseen (Aaltola & Syrjälä 1999, 15).

Toimintatutkimusta voidaan kutsua myös aktivoivaksi osallistuvaksi havainnoinniksi, joka pyrkii ymmärtämään ja muuttamaan tutkimuskohdettaan. Se toteutetaan aina muutoksen tilassa. Peruseriaatteena on, että tutkija ja tutkittavat yhdessä ohjaavat, korjaavat ja arvioivat päätöksiään ja toimintaansa. Tutkimuksen onnistumisen edellytyksenä ovat molempien osapuolien yhteinen hyväksyminen ja sitoutuminen tutkimuksen ideologiseen, teoreettiseen ja käsitteelliseen perustaan. Siksi kehitystarpeiden yhteinen tiedostaminen ja kehittämisen suunnittelu sekä ydinongelmien tunnistaminen ja ratkaiseminen ovat tärkeitä. Ihannetavoite olisi, että tutkimuskohteen jäsenet itse alkaisivat tutkia omaa toimintaansa ja toiminta ja toiminnan tutkiminen sulautuvat yhteen rajatussa tutkimuskohteessa. (Vilkkä 2006, 46–48.)

Toimintatutkimusta tehdään sosiaalisesta toiminnasta, joka pohjautuu vuorovaikutukseen. Se on ajallisesti rajattu kehittämis- ja tutkimusprojekti, jossa esimerkiksi ryhmä kokoontuu säännöllisesti keskustelemaan ja kehittämään toimintaa.

Tätä kutsutaan ryhmätason toimintatutkimukseksi eli yhteistoiminnalliseksi tutkimukseksi (co-operative inquiry). Toiminnalla tavoitellaan käytännön hyötyä, osallistujien voimaantumista (empowerment) ja käyttökelpoisen tiedon lisääntymistä. (Heikkinen 2006, 16–20.) Meyerin (2007, 274, 287) mukaan toimintatutkimus sopii hyvin terveydenhuollon ja terveystalouden toiminnan kehittämiseen ja sitä soisi käytettävän nykyistä paljon enemmän.

Tässä opinnäytetyössä käytetty toimintatutkimuksellinen lähestymistapa soveltuu hyvin kirjallisuuden mukaan työelämän kehittämiseen. Toimintatutkimuksessa tutkija auttaa toimijoita kehittämään yhdessä tutkijan kanssa ja myöhemmin itsenäisesti omaa toimintaansa. Keskeistä on ongelman ratkaiseminen ja tutkijan aktiivinen vaikuttaminen tapahtumiin, ei vain ulkopuolinen havainnointi. (Eskola & Suoranta 1998, 129.) Kuntouttavan hoitotyön kehittämistarve oli työyhteisön yhteinen ja tutkijana toimi yksi yhteisön jäsenistä. Toimintatutkimuksellisen lähestymistavan valitseminen oli luonnollista, koska tarpeena oli kehittää käytännön työtä ja tutkija tunsi työyhteisön hyvin jo ennestään. Opinnäytetyön eteneminen noudatti toimintatutkimuksen syklin peruskaavaa (katso Heikkinen 2006, 35).

Yhteisten keskustelujen pohjalta noussut kehittämistarve, kuntouttavan hoitotyön estekartoitus ja ensimmäinen työkokous olivat toimintatutkimuksen syklin mukaista suunnittelutyötä. Ensimmäiseen interventioon, ensimmäisen työkokouksen jälkeen, sisältyi konkreettisia toimintaohjeita. Toimintakyvyn arviointien tekeminen, hoitosuunnitelmien tarkistaminen ja lyhyiden yhteenvetojen tekeminen asiakkaista olivat myös osa interventiota. Havainnointia ja reflektointia tapahtui koko syklin ajan, mutta erityisesti sen paikkana oli toinen työkokous, jossa pohdittiin kuntouttavan hoitotyön toteutuksen keinoja ja niiden toimivuutta. Toiseen työkokoukseen sisältyi myös suunnittelua, jossa mietittiin ja sovittiin uusista keinoista kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseksi. Sen jälkeen oli toteutuksen vuoro. Kolmas työkokous oli reflektoinnin ja arvioinnin paikka. Näin toimintatutkimuksen syklin mukaisesti kehitetyn kuntouttavan hoitotyön tuloksena voitiin tehdä kuntouttavan hoitotyön toiminta- ja menettelyohje Hoitokoti Aukustiin. Toimintatutkimus mielletäänkin usein itsereflektiiviseksi kehäksi, jossa toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja suunnittelu seuraavat toisiaan (Heikkinen 2006, 35).

6.3 Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa

Toimintatutkimuksessa tutkija osallistuu aktiivisesti tutkimaansa toimintaan ja tekee toiminnan muutokseen tähtäävän intervention. Tutkijan omat havainnot ja kokemus tutkittavasta ilmiöstä ovat oleellinen osa tutkimusmateriaalia, jolla tutkijan ymmärrys lisääntyy. Tätä vähittäisen ymmärtämisen ja tulkinnan tapahtumaketjua kutsutaan hermeneuttiseksi kehäksi. (Heikkinen 2006, 19–20.) Tutkijan tulee tuntea tutkimuksen kohdeyhteisö ja työyhteisön työssään tarvitsema tietoperusta, jos tavoitteena on uudenlaiseen tietoon perustuvan toiminnan oppimisen kehittäminen. Jos tutkija tulee työyhteisön sisältä, tulee hänellä olla jonkinlainen auktoriteettiasema työyhteisössä. (Lauri 2006, 120.)

Tutkijalla on samanaikaisesti kolmenlainen rooli. Tutkijan roolissa hän kerää tutkimusaineistoa tutkimukseensa. Samalla hän on myös ihmisen roolissa. Kolmanneksi hän on kehittäjän roolissa. Hänen tulee olla aktivoiva ja muutostavoitteinen. Aktivoiva tutkija yrittää saada tutkimuskohteen jäsenet itse pohtimaan ratkaisuja ongelmiin, roolina on ohjata toimintatapoja sekä toiminnan ja muutoksen suuntaa. Samalla tutkija dokumentoi tutkimuksen alaista toimintaa ja tutkimuskohteen työskentelyä. (Vilkka 2006, 70–71.)

Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää kolmea eri lähestymistapaa: teknistä, käytännöllistä tai tiedostavaa lähestymistapaa. Teknisessä lähestymistavassa toimintatutkimuksen toteuttaminen on tutkijakeskeistä, jolloin tutkija tuo työyhteisöön omat ideansa, mallinsa ja suorittaa tutkimuksen eri vaiheiden arvioinnin. Käytännöllinen lähestymistapa on osallistujakeskeistä, jolloin tutkija ja toimii kiinteässä yhteistyössä yhteisön jäsenten kanssa. Tutkija kokoaa, analysoi ja integroi heidän käsityksiään kehittämistyön tavoitteista ja menetelmistä. Tutkija ei vastaa niinkään tutkimuksen sisällöstä vaan kehittämistyön etenemisestä ja seurannasta. Tiedostavassa lähestymistavassa tutkija ja osallistujat ovat tasa-vertaisia. Tutkijan edustaessa teoriaa ja osallistujat edustavat käytäntöä. Tutkija ohjaa osallistujia tiedostamaan kehittämisen tarpeet, omaksumaan teoreettista tietoa sekä yhdistämään käytännön kokemukset teoriaan. Tutkijan rooli painottuu sisällölliseen muutoksen johtamiseen, jolloin hänen on tunnettava kohdeyhteisö hyvin. (Lauri 2006, 120.)

Tässä opinnäytetyössä tutkija oli osa työyhteisöä, jossa kehittämistehtävä toteutettiin. Lähestymistapa oli tiedostava, jolloin tutkija toi esille teoriaa sekä auttoi ja ohjasi osallistujia yhdistämään sen käytäntöön. Tutkijan työyhteisön ja työsäännön tarvitseman tietoperustan tuntemus ja työyhteisön aktiivinen osallistuminen olivat edellytys tutkimuksen nopean toteutusaikataulun toteutumiselle. Tutkijan haasteena olikin tutkimuksen toteuttamisen nopea ja tiivis aikataulu. Siinä erityisesti tutkimusaineiston riittävä saaminen ja ehtiikö toiminnassa tapahtua muutosta ja näkykö se millä tavoin.

Tutkijalla oli tutkimuksessa aktivoiva rooli suhteessa työyhteisön muihin jäseniin. Tämä tarkoittaa yhteisten kokemusten jakamista ja kuuntelemista, palautteen antamista ja innostamista kehittämistyöhön. Erityisesti työkokouksissa tutkijan tehtävänä oli innostaa hoitotyöntekijöitä itse pohtimaan kehitettäviä toimintatapoja sekä hahmottamaan muutoksen suuntaa. Ihmisen rooli näkyi työntekijöiden vierellä kulkemisessa ja tavoitteiden asettamisen realistisuudessa. Tutkija oli mukana arjessa niin, että oli tietoinen miten ja mitä oli mahdollista kehittää. Rooleja on mahdotonta täysin erottaa toisistaan, vaan ne ovat toinen toisensa sisällä ja limittäin. Myös kehittäjän rooliin sisältyy tietoisuus tavoitteista, niiden toteuttamisen edellytyksistä ja työntekijöiden innostaminen ja ohjaaminen.

6.3 Aineisto ja sen hankinta

Tämän toimintatutkimuksellisen opinnäytetyön tutkimusaineisto muodostui kuntouttavan hoitotyön estekartoituksesta, työkokouksissa päätetyistä kehittämistoimenpiteistä sekä kehittämistyön lopuksi kolmannessa työkokouksessa henkilökunnalle tekemäni kyselyn aineistoista. Käytin aineistona eri menetelmin saatua tietoa. Tätä kutsutaan aineistotriangulaatioksi. Yksinkertaisten tällä tarkoitetaan erilaisten metodien ja tiedonlähteiden yhdistämistä tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2011, 143).

Kuntouttavan hoitotyön estekartoituksessa etsimme esteitä kuntouttavan hoitotyön toteutumiselle. Käytännön työssä esiin tulleista esteistä olimme keskustel-

leet aiemmin työn lomassa, raporteilla sekä työkokouksissa. Jätin työpaikalle 21.6.2011 kaikkien työntekijöiden täytettäväksi kaavakkeen, johon työntekijät saivat merkitä käytännön työssä esille tulleita esteitä kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseksi (liite 1). Estekartoitus oli lähtötilanneaineisto, joiden kautta aioimme luoda interventiot ja aloittaa kuntouttavan hoitotyön kehittämisen.

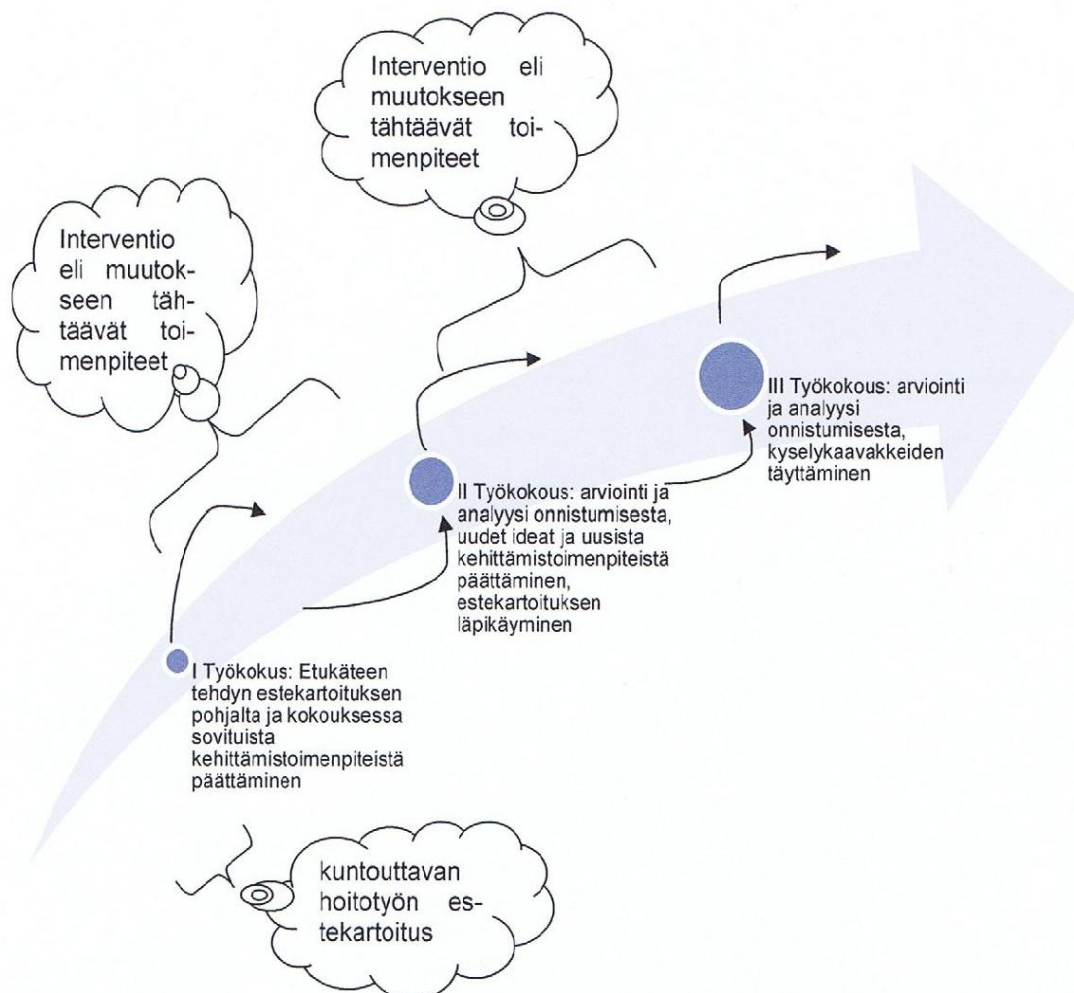
Työkokouksissa laaditut päätökset kehittämistoimenpiteistä teimme syksyn 2011 aikana pidetyissä kahdessa työkokouksessa. Nämä työkokoukset olivat itsessään kehittämistarpeiden määrittelyn ja kehittämistoimenpiteistä päättämisen paikkoja. Kokoukset sisälsivät kuntouttavan hoitotyön teoreettiseen viitekehukseen perehtymistä, nykytilan arviointia ja kehittämistoimenpiteistä päättämistä. Edellisessä kokouksessa käsitellyt ja päätetyt asiat olivat seuraavan kokouksen asialistan pohjana.

Työkokouksista tein muistiinpanoja joista laadin pöytäkirjat yhdessä päätetyistä asioista. Kokousten välillä pidin päiväkirjaa omista havainnoistani sekä prosessin etenemisestä. Linnansaaren (2004, 117) mukaan kirjoittaminen auttaa reflektiota ja siksi on tärkeää tehdä havainnoista ja kokemuksista tarkat muistiinpanot. Kirjoittaminen auttaa näkemään, muistamaan ja tunnistamaan avaintapahtumia ja luo rakenteita tutkimukselle.

Kyselykaavakkeet henkilökunta täytti kolmannessa työkokouksessa. Tämä viimeinen työkokous oli varattu reflektoinnin ja arvioinnin tekemiseen. Työntekijät arvioivat tuolloin kuntouttavan hoitotyön kehittämistä, sen onnistumista ja nykytilaa. Kokouksessa pohdittiin myös kuntouttavan hoitotyön kehittämisen jatkumista tämän opinnäytetyön prosessin päättymisen jälkeen. Henkilökunta oli innokas jatkamaan sitä edelleen.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston keruu ja analysointi tapahtuvat usein yhtä aikaa, jolloin niiden välille on vaikea tehdä eroa. Tutkimuskohteesta saatu aineisto analysoidaan ja tätä käytetään uuden aineiston pohjana. Näin saatu aineisto analysoidaan edelleen. (Metsämuuronen 2006, 122.) Toimintatutkimuksen luonteen mukaisesti tavoitteena oli muuttaa käytäntöä yhdessä tutkijan ja tutkittavan kanssa (Kuula 2006). Tärkeää oli yhteinen kehittämistarpeiden ja ongelmien tiedostaminen (Vilkkä 2006, 46–48). Tämän opinnäytetyön aineiston analyysiä käsitellään tarkemmin luvussa 6.4.

Alla olevassa kuviossa on esitetty tutkimuksen toteutuksen spiraalimalli (kuvio 1). Kolme työkokousta ja niiden väliin jäävät interventiot muodostavat tässä opinnäytetyössä toimintatutkimuksen spiraalimallin.



Kuvio 4. Kuntouttavan hoitotyön kehittämisen spiraalimalli Hoitokoti Aukustissa

Kuntouttavan hoitotyön estekartoitus toteutettiin Hoitokoti Aukustissa kahdeksan viikon aikana. Tämän kartoitus oli ensimmäinen tutkimusaineisto. Ensimmäisen työkokouksen jälkeen oli ensimmäinen interventio eli muutokseen tähtäävät toimenpiteet. Toisessa työkokouksessa arvioitiin onnistumista ja tehtiin päätökset jatkokehittämistoimenpiteistä sekä käytiin läpi kuntouttavan hoitotyön estekartoitus. Ensimmäisen ja toisen työkokousten pöytäkirjat päätetyistä kehittämistoimenpiteistä muodostivat toisen tutkimusaineiston. Toisen intervention jälkeen kolmannessa kokouksessa arvioitiin kehittämistyön onnistumista ja hen-

kilökunta täytti kyselykaavakkeet. Kyselyjen vastaukset muodostivat tämän tutkimuksen kolmannen tutkimusaineiston. Ensimmäisen ja toisen työkokouksen väli oli kolme viikkoa ja siitä neljän viikon kuluttua oli kolmas työkokous. Näin tämä prosessi, kuntouttavan hoitotyön estekartoituksen alusta viimeiseen työkokoukseen, kesti kaikkiaan 15 viikkoa. Seuraavissa kolmessa alaluvussa käsitelen tarkemmin työkokouksia ja niissä päätettyjä kehittämistoimenpiteitä.

6.3.1 Ensimmäinen työkokous ja päätökset kehittämistoimenpiteistä

Kuntouttavan hoitotyön estekartoituskaavake oli työpaikalla täyttämistä varten 8 viikkoa, aina ensimmäiseen työkokoukseen saakka. Välillä muistutin kaavakkeen olemassaolosta ja sen täyttämisestä. Työkokous pidettiin Hoitokoti Aukustin tiloissa. Ensimmäiseen työkokoukseen mennessä kuntouttavan hoitotyön toteuttamiselle oli tullut vain neljä erilaista estettä. Kysymys ei varmaan ollut niinkään esteiden olemassaolon puutteesta, koska olimme jutelleet niistä jo aiemminkin, vaan enemmän motivaation tai ajan puutteesta niiden kirjaamiseen.

Kokoukseen osallistuivat henkilökunnasta ne, jotka olivat tuona päivänä töissä. Osallistujista yksi oli kesälomansijainen. Kaksi Hoitokoti Aukustin vakituisista työntekijöistä ei ollut paikalla. Tarkoitus oli käydä läpi kuntouttavan hoitotyön estekartoitusta ja laatia toimenpide-ehdotukset työskentelyn tehostamiseksi, esteiden voittamiseksi ja kuntouttavan työotteen noudattamiseksi. Tarkoituksena oli sopia konkreettiset toimenpiteet joita kaikki noudatamme. Koska estekartoitukseen tuli niin vähän merkintöjä, päätin muuttaa lähestymistapaa. Ongelma-keskeinen lähestymistapa hylättiin ja lähdettiin hakemaan uusia kehittämisen keinoja. Analysoin estekartoituksen kokouksen jälkeen ja käsitelimme sen yhdessä myöhemmin.

Valitsin Stakesin verkkosivuilta löytämäni LAILA- hankkeen työseminaarin diaesityksestä ”toimintakykyä edistävä työote” (Luoma & Lehtoranta 2007), dioja teoriatietoon perehtymisen tueksi. Dioissa oli kuvattu mitä kuntouttava hoitotyö on ja mitä se edellyttää. En ryhtynyt tekemään omaa esitystä koska valmista tie-

toa oli saatavilla. Kävimme diat läpi keskustellen. Laadimme ehdotukset niistä konkreettisista toimenpiteistä, joilla voisimme edistää kuntouttavan hoitotyön edistämistä ja toteutumista Hoitokoti Aukustissa (liite 2). Päätimme yhteisen pohdinnan tuloksena tehdä asiakkaista toimintakykyarviot ja sen lisäksi laatia asiakaskohtaiset ”lyhyesti asiakkaista”- yhteenvedot. Yhteenvedossa olisi jokaisesta asiakkaasta yhdellä sivulla kuvattu hänen toimintakykynsä ja avuntarpeensa sekä mahdolliset uhat toimintakyvylle. Tämä yhteenveto olisi helposti luettavissa ja se olisi osa uuden työntekijän, sijaisen ja opiskelijan perehdytystä. Reunaehtona oli, että kaikki työntekijät voisivat niihin sitoutua ja tämä toimintakulttuuri voitaisiin hyväksyä koko talossa sekä välittää sitä myös eteenpäin sijaisille.

Kokouksen lopuksi annoin työntekijöille luettavaksi Kuntoutusratkaisuja demen-toituneen ihmisen arkeen – Opas ammattihenkilöstölle - julkaisun (Viramo 2001) Kehotin jokaista lukemaan ja kuittaamaan sen luetuksi. Halusin näin varmistaa henkilökunnan teoreettista tietoperustaa kuntouttavan hoitotyön toteuttamiselle ja kehittämiselle.

6.3.2 Toinen työkokous ja päätökset kehittämistoimenpiteistä

Toisessa työkokouksessa olivat läsnä kaikki työntekijät. Kokouksen aluksi käytiin läpi edellisessä kokouksessa päätetyt asiat. Niistä ja niiden toteutuksesta oli mahdollista keskustella.

Edellisessä kokouksessa tehtäväksi päätetyt asiakkaiden toimintakykyarviot ja lyhyet yhteenvedot olivat vielä hieman kesken. Osalle asiakkaista oli kuitenkin jo tehty lyhyet yhteenvedot. Kehotin vielä tarkistamaan asiakkaiden hoitosuunnitelmat. Palasimme aiemmin tehtyyn estekartoitukseen, jonka tarkoituksena oli kartoittaa esteitä kuntouttavan työotteen toteuttamiselle. Esteitä oli kirjattu neljä kappaletta. Esteistä kaksi liittyi tai oli lähtöisin asiakkaasta. Niissä asiakas ei halua tehdä itse päivittäisiä asioita vaan odottaa palvelua, vaikka kykenisikin itse suoriutumaan tehtävästä. Yksi koski omaisten halua auttaa ja tehdä puolesta

vaikka asiakkaan toimintakyky olisikin hyvä, eikä puolesta tekemistä tarvittaisi. Neljäs oli hoitajista lähtöisin oleva este. Siinä hoitajat auttavat automaattisesti arvioimatta asiakkaan toimintakykyä. Kävimme kaikki esteet yksityiskohtaisesti läpi ja mietimme ratkaisuja niiden voittamiseksi. Estekartoituksen analyysi on kuvattu kappaleessa 6.4 taulukossa 2. Pohdimme vielä erilaisia käytännön tilanteita arkielämässä, miten voisimme paremmin ottaa niissä huomioon kuntouttavan hoitotyön. Lopuksi opiskelimme teoriaa siitä, miten tärkeää yhteinen sitoutuminen kuntouttavan hoitotyön toteuttamisessa on.

Parin päivän päästä asiakkaiden toimintakykyarviot ja ”lyhyesti asiakkaista” yhteenvedot oli tehty ja kokosimme niistä kansion. Työntekijät olivat löytäneet uusia työtapoja ja keinoja heidän kuntouttamisekseen tai toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Annoin työntekijöille palautteeksi kiitokset tehdystä hyvästä työstä.

6.3.3 Kolmas työkokous

Kolmannessa työkokouksessa olivat kaikki työntekijät paikalla. Kokouksen aiheena oli tämän tutkimuksen päättäminen, arviointi ja kehittämistyön jatkosta päättäminen. Henkilökunnalle jaettiin kyselykaavakkeet ja he täyttivät ne. Keskustelussa nousi vahvasti esille asiakkaiden toimintakyvyn näkyvä parantuminen ja innon lisääntyminen kaikenlaiseen tekemiseen. Henkilökunta oli huomoinut myös sosiaalisen kuntoutuksen jääneen nyt hieman taka-alalle tässä kehittämistyössä. Olimme kiinnittäneet huomiota enemmän kaikenlaiseen fyysiseen tekemiseen ja sen lisäämiseen dementoituvien arjessa. Erityisesti tämä näkyi asiakkaiden välisessä kanssakäymisessä, jossa keskenään tekemisissä olivat dementoituneet ja ei-dementoituneet. Yksikössä, jossa on molempiin edellä mainittuihin ryhmiin kuuluvia asiakkaita, kyky selviytyä erilaisista sosiaalisista tilanteista vaatii molemminpuolista ymmärrystä ja taitoja. Tällaisia luonnollisia tilanteita tulee käyttää hyödyksi sosiaalisessa kuntoutuksessa.

Kokouksessa käsiteltiin moniammatillista yhteistyötä esimerkiksi fysioterapian kanssa. Tämän kehittämistyön aikana ilmeni epätietoisuutta milloin ja missä

määrin voi saada fysioterapeuttista kuntoutusta oman kuntouttavan hoitotyön toteuttamisen lisäksi ja rinnalle. Todettiin, että aina voi olla puhelimitse yhteydessä fysioterapeutteihin läheisessä terveyskeskuksessa ja kysyä mieltä askaruttavista asioista. Myös apuvälineiden hankintaan, tarpeen arviointiin ja niiden käytön ohjaukseen liittyvissä asioissa otetaan yhteys fysioterapiaan.

Henkilökunta oli innokas jatkamaan kuntouttavan hoitotyön kehittämistyötä edelleen. Oltiin tyytyväisiä saavutettuihin tuloksiin ja niitä haluttiin vielä syventää. Henkilökunnalta nousseita kehittämisideoita ja jatkotutkimusaiheita käsittelemän luvussa 8.4.

Työkokouksissa oli runsaasti yhteistä keskustelua ja pohdintaa sekä työkäytäntöiden ja kokemusten vaihtoa. Tärkeää oli mahdollisuus yhteiseen sopimiseen kaikkien ollessa paikalla. Näin päätökset voimme panna myös heti täytäntöön. Työkokouksissa oli tunnelma, joka viesti yhteisöllisyydestä ja innosta kehittää omaa työtä. Työkokousten ajatustenvaihdon merkitys tälle kuntouttavan hoitotyön kehittämisprosessille oli ensiarvoisen tärkeä.

6.4 Aineiston analyysi

Toimintatutkimus on prosessi, joka tähtää asioiden muuttamiseen ja kehittämiseen entistä paremmiksi. Se on jatkuva prosessi, joka ei pääty ja sitä on luontevaa tarkastella koulutusprosessina. (Aaltola & Syrjälä 1999, 18.) Prosessiluonteisuus näkyy siten myös aineiston analysoinnissa. Analysointia tehdään jo kenttävaiheen kuluessa. Näin se ohjaa myöhemmin tapahtuvaa aineistonkeruuta. (Kiviniemi 1999, 76.)

Tämän opinnäytetyön aineiston analysointiin käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysilla tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavaa ilmiötä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla. Olennaista on samanlaisuuksien ja erilaisuuksien erottaminen. Analysoitava informaatio voi olla kirjoitettua tai suullista kommunikaatiota. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21, 23.) Se on aineiston huolellista lukemista, tekstimateriaalin järjestelyä,

sisällön erittelyä, jäsentämistä, pohtimista ja luokittelemista (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Sisällönanalyysilla etsitään merkityksiä joita tutkittavat asioille antavat (Jyrhämä 2004, 224).

Aineistolähtöisen laadullisen eli induktiivisen aineiston analyysin vaiheita ovat redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistäminen on informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin tutkimustehtävän mukaisesti. Tämä voidaan tehdä esimerkiksi koodaamalla vaikkapa väreillä analyysiyksiköitä, joita voivat olla yksittäiset sanat tai lauseet. Ryhmittelyssä koodatuista alkuperäisilmauksista etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Eri luokat yhdistetään ja nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Näin aineisto tiivistyy alaluokiksi jotka edelleen ryhmitellään yläluokiksi. Tämä on osa abstrahointia eli käsitteellistämistä, jossa jatketaan luokitusten tekemistä, (yläluokka => pääluokka => yhdistävä luokka) niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi perustuu tulkinnaan ja päättelyyn. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 108–112.)

Estekartoituksen analyysi tehtiin ensimmäisen työkokouksen jälkeen. Siinä pelkistettiin alkuperäiset kuvaukset ja luokiteltiin kehen toimijaan toiminta tai este liittyy. Sitten etsittiin sisällöstä nousevat syyt esteille ja niistä johdettiin menetelmät, miten niihin vastataan omalta osaltamme. Luokkia ei ollut mielekästä laatia enempää. Alla olevassa taulukossa (taulukko 2) on kuvattu estekartoituksen analyysi.

Taulukko 2. Estekartoituksen analyysi.

pelkistetty ilmaus	luokka toimija, johon este liittyy	Toiminnan / esteen syy
omaiset auttavat asiakasta	omainen	Omaiset eivät tiedä asiakkaan todellista toimintakykyä
asiakas ei halua tehdä itse	asiakas	asiakkaan odotukset ovat ristiriidassa kuntouttavan hoitotyön perusajatuksen ja pyrkimyksiin. kuntouttavaa hoitotyötä ei noudateta kaikkialla hoitoketjun kaikissa vaiheissa
asiakas odottaa palvelua	asiakas	asiakkaan odotukset ovat ristiriidassa kuntouttavan hoitotyön perusajatuksen ja pyrkimyksiin. kuntouttavaa hoitotyötä ei noudateta kaikkialla hoitoketjun kaikissa vaiheissa
Autetaan automaattisesti	hoitaja	jatkuva, päivittäinen asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja seuraaminen puuttuu

Työkokousten päätökset kuntouttavan hoitotyön kehittämiseksi pelkistettiin ja ryhmiteltiin luokkiin. Näistä pelkistetyistä ilmauksista muodostui kolme luokkaa,

jotka olivat: motivointi, tavoite ja keino. Pelkistämässä säilytettiin ilmausten määrä, koska se kuvaa asian tärkeyttä silloisessa tilanteessa. Luku ilmauksen perässä kertoo kuinka monta kertaa se on alkuperäisessä aineistossa mainittu. Alla olevassa taulukossa (taulukko 3) on kuvattu työkokousten päätökset kuntouttavan hoitotyön kehittämiseksi.

Taulukko 3. Työkokousten päätökset kuntouttavan hoitotyön kehittämiseksi Hoitokoti Aukustissa.

pelkistetty ilmaus		luokka
<ul style="list-style-type: none"> - tavoitteena asiakkaiden itsenäisyyden lisääminen 2 - tavoitteena asiakkaiden oman yrittämisen lisääminen 2 - asiakkaat kattavat pöydän joko itsenäisesti tai avustettuna 	asiakkaisiin liittyvät tavoitteet	tavoite
<ul style="list-style-type: none"> - sanallisen ohjauksen lisääminen 3 - mahdollisimman vähäinen puolesta tekeminen - hoitaja avustaa mahdollisimman vähän - ihmisen kokonaisuuden huomioiminen 	hoitajan toimintaan liittyvät tavoitteet	
<ul style="list-style-type: none"> - kiitoksen antaminen 		motivointi
<ul style="list-style-type: none"> - apuvälineiden käyttö tarpeen mukaan 2 - Lähdetään tilanteesta pois - tarkistetaan tarvitaanko apua - lyhyt yhteenveto asiakkaan toimintakyvystä ja avuntarpeesta - moniammatillinen yhteistyö 		keino

Kysely henkilökunnalle sisälsi yhteensä seitsemän laadullista kysymystä, joihin henkilökunta vastasi omin sanoin. Koko tutkimusaineisto kirjoitettiin pc:lle karkeasti luokiteltuna. Pelkistämisen jälkeen ilmaukset koodattiin väreillä. Koodausyksikköinä käytettiin sanoja tai lauseita. Eri kysymyksistä nousi eri määrä luokkia. Esimerkkinä seuraavalla sivulla osa taulukosta (taulukko 4), joka vastaa kysymykseen: miten kuntouttava hoitotyö näkyy käytännössä? Taulukossa on kuvattu vastauksista ne, jotka kuvasivat hoitajien toimintoja kuntouttavan hoitotyön toteutuksessa Hoitokoti Aukustissa. Hoitajan toiminnot on yläluokka ja alaluokkina ovat hoitajan rooli kuntouttavan hoitotyön koordinoijana, motivoijana ja mahdollistajana sekä hoitajien keskinäinen yhteistyö.

Taulukko 4. Esimerkki analyysistä.

pelkistetty ilmaus	alaluokka	yläluokka
<ul style="list-style-type: none"> - Auttaa tarvittaessa - ohjaa tarvittaessa - keksii ja järjestää viriketoimintaa tai yhteistä toimintaa mahdollisimman paljon - ulkoilun mahdollistaja - on lähellä 	toiminnan koor- dinoija	Hoitajan toiminnot
<ul style="list-style-type: none"> - muistuttaa - Kehottaa - Kannustaa - kiitoksen jakamista ja palkintojen antamista 	motivoija	
<ul style="list-style-type: none"> - antaa mahdollisuuden suoriutua itse - annetaan asiakkaan yrittää itse, ohjataan sanallisesti, kannustetaan, autetaan vähän ja sitten jos ei onnistu niin autetaan enemmän - asiakas otetaan mukaan toimintaan 	mahdollistaja	
<ul style="list-style-type: none"> - jakavat keskenään tietoa - yhteistyö henkilökunnan kesken 	keskinäinen yh- teistyö	

Kahden viimeisen kysymyksen vastuksista laskettiin keskiarvot. Koko aineistona olivat kuntouttavan hoitotyön estekartoitus, työkokousten päätökset sekä henkilökunnalle osoitetun kyselyn vastaukset. Kuntouttavan hoitotyön estekartoitus kuvanee jollakin tapaa lähtöasetelmaa mistä lähdettiin liikkeelle. Työkokousten päätöksistä ilmenee kehittämisen painopistealueet ja keinoja kehittämiseksi. Kyselyjen vastaukset kuvaavat lopputilannetta, mitä kuntouttava hoitotyö on nyt Hoitokoti Aukustissa. Niissä kuvataan myös oliko kuntouttavan hoitotyön kehittäminen tarpeellista, mitä opimme yksilöinä ja tiiminä, miten kehittäminen on vaikuttanut työhön ja miten kehittämistyö onnistui. Tämän aineiston analyysin tuloksia esittelen seuraavassa luvussa.

7 TULOKSET

Olen jakanut tämän lähestymistavaltaan toimintatutkimuksellisen opinnäytetyön tulokset neljään lukuun. Ensimmäisessä luvussa tuon esiin miten dementoituvan kuntouttavaa hoitotyötä voidaan kehittää Hoitokoti Aukustissa. Kuntouttavan hoitotyön estekartoituksen ja työkokousten kehittämispäätösten avulla kuvaan kehittämistyön etenemistä sekä tuloksia ja vaikutuksia hoitajien työhön. Käsittelen myös mitä opimme yksilö ja tiimitasolla kehittämistyöstä. Toisessa luvussa käsittelen mitä kuntouttavan hoitotyön tulisi olla Hoitokoti Aukustissa. Kuvailen, mitä kuntouttava hoitotyö on nyt ja miten se näkyy käytännössä. Kolmantena lukuna on kuntouttavan hoitotyön toiminta- ja menettelyohjeen laatiminen Hoitokoti Aukustille. Neljännessä luvussa kokoan vielä lyhyesti keskeisimmät tutkimustulokset.

7.1 Dementoituvan kuntouttavan hoitotyön kehittäminen

Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli kuntouttavan hoitotyön kehittäminen dementoituvien vanhusten hoidossa Hoitokoti Aukustissa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli muun muassa toimintatutkimuksen keinoin selvittää, miten kuntouttavaa hoitotyötä voidaan kehittää Hoitokoti Aukustissa.

Opinnäytetyön ensimmäinen aineistonkeruu tapahtui kartoittamalla esteitä kuntouttavan hoitotyön toteutumiselle Hoitokoti Aukustissa. Kartoituksen pitkästä kestosta huolimatta se ei onnistunut toivotulla tavalla. Esteitä kuntouttavan hoitotyön toteutumiselle saatiin neljä. Kartoituksen piti olla perusta kuntouttavan hoitotyön kehittämiselle, mutta päätimme muuttaa toimintastrategiaa ensimmäisessä työkokouksessa. Tuolloin päätimme yhteisen keskustelun ja pohdinnan tuloksena uusista lähestymistavoista. Estekartoitus kuvanee kuitenkin jollakin tapaa sitä lähtötilannetta, jossa olimme ja mihin suuntaan kehittämistyötä tuli viedä eteenpäin.

Estekartoitukseen palasimme toisessa työkokouksessa. (taulukko 5) Siinä esiin tulleisiin ongelmiin päätettiin vastata aina niiden tultua ajankohtaisiksi. Kuntouttavan hoitotyön esteitä olivat omaisten tiedon puute asiakkaan toimintakyvystä sekä kuntouttavasta hoitotyöstä, asiakkaan odotusten ristiriita suhteessa kuntouttavan hoitotyön perusajatukseen ja pyrkimyksiin, kuntouttavan hoitotyön hoitoketjun toimimattomuus sekä asiakkaiden toimintakyvyn jatkuvan arvioinnin puute. Todettiin, että omaiset tarvitsevat tietoa kuntouttavasta hoitotyöstä, sen perusteista ja merkityksestä asiakkaalle. Ihminen on kuitenkin vastaanottavimmillaan silloin, kun hän itse asiaa ihmettelee tai kysyy. Hoitajien tulee kasvattaa tiedollisia valmiuksiaan niin, että kykenee perustelemaan toimintaansa. Siksi työkokouksiin sisällytettiin aina koulutuksellinen osuus. Hoitajan on jatkuvasti tarkistettava toimintatapaansa ja sopeutettava se asiakkaan toimintakykyyn. Toistuva asioiden perusteleminen ja kertominen kuntouttavan hoitotyön merkityksestä asiakkaalle ovat perusasioita. Näitä voi joutua tekemään jopa päivittäin. Asiakkaan tilapäisen sairastumisen jälkeen aktiivinen kuntoutus lähtötasolle tulisi tapahtua mahdollisimman nopeasti, jos mahdollista..

Taulukko 5. Kuntouttavan hoitotyön estekartoituksen tulokset

pelkistetty ilmaus	alaluokka toimija, johon este liittyy	yläluokka Toiminnan / esteen syy	hoitajan toiminta tilanteessa, jossa este esiintyy
omaiset auttavat asiakasta	omainen	Omaiset eivät tiedä asiakkaan todellista toimintakykyä	Tiedon antaminen tämänhetkisestä tilanteesta, perusteleminen miksi teemme kuntouttavaa hoitotyötä ja mikä merkitys sillä on asiakkaalle.
asiakas ei halua tehdä itse	asiakas	asiakkaan odotukset ovat ristiriidassa kuntouttavan hoitotyön perusajatukseen ja pyrkimyksiin. Kuntouttavaa hoitotyötä ei noudateta kaikkialla hoitoketjun kaikissa vaiheissa	Dementoituvalle asioita on perusteltava ja kerrottava useaan kertaan.
asiakas odottaa palvelua	asiakas	asiakkaan odotukset ovat ristiriidassa kuntouttavan hoitotyön perusajatukseen ja pyrkimyksiin. Kuntouttavaa hoitotyötä ei noudateta kaikkialla hoitoketjun kaikissa vaiheissa	Dementoituvalle asioita on perusteltava ja kerrottava useaan kertaan.
Autetaan automaattisesti	hoitaja	jatkuva, päivittäinen asiakkaan toimintakyvyn arviointi ja seuraaminen puuttuu	Hoitajan on tarkistettava omaa toimintatapaansa jatkuvasti ja sopeutettava se asiakkaan toimintakykyyn, jota arvioidaan myös päivittäin. Tilapäisen sairastumisen jälkeen aktiivinen kuntoutus lähtötasolle, jos mahdollista.

Kuntouttavan hoitotyön kehittämiseksi työkokouksissa päätettiin tavoitteet ja keinot niihin pääsemiseksi. Motivointikeinoksi tuli kiitoksen antaminen asiakkaalle omatoimisuuteen pyrkimisestä ja onnistumisista. Kuntouttavan hoitotyön kehittämisessä asiakkaaseen liittyviä tavoitteita olivat asiakkaiden itsenäisyyden ja oman yrittämisen lisääminen. Hoitajien toimintaan liittyvinä tavoitteina tär-

keimpänä pidettiin asiakkaan ohjauksen lisäämistä sekä mahdollisimman vähäistä puolesta tekemistä. Kuntouttavan hoitotyön kehittämisessä keinoiksi valikoituivat apuvälineiden tarpeenmukainen käyttö ja tähän liittyen moniammatillinen yhteistyö sekä tilanteesta pois lähteminen niin, että annetaan asiakkaalle itselleen aikaa toimia, varmistaen kuitenkin avuntarve. Eniten aikaa vieväksi keinoksi kehittämistyössä muodostui asiakkaan toimintakykyarvioiden tekeminen ja niistä tehdyt yhteenvedot asiakkaiden toimintakyvystä.

Toimintakykyarviot teimme meillä käytössä olevan HILKKA®-asiakastietojärjestelmän mukaisesti. Järjestelmässä ovat arvioitavina toimintakyvyn osa-alueina: ruumiin/kehon toiminnot, ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristötekijät. Kun arviot oli tehty, niiden pohjalta tehtiin lyhyet yhden sivun mittaiset yhteenvedot asiakkaiden toimintakyvystä, avuntarpeesta ja määriteltiin konkreettiset keinot asiakkaan toimintakyvyn tukemiseksi. Tämä yhteenvedo tehtiin jokaisesta asiakkaasta ja laitettiin kansioon jonka nimesimme Lyhyesti asiakkaista – kansioksi. Kansio on jokaisen työntekijän helposti saatavilla. Hoitokoti Aukustissa on omahoitajajärjestelmä ja jokainen työntekijä teki toimintakykyarvion ja yhteenvedon omasta hoitosuhdeasiakkaastaan. Yhteistyötä ja keskustelua kuitenkin käytiin niin, että näkemyksestä muodostui mahdollisimman laaja ja kaikki hoitajat voivat sitoutua tehtyihin hoitolinjauksiin.

Päädyimme yhteen sivuun sen luettavuuden takia. Se on tarpeeksi lyhyt ja napakka niin, että se on nopeasti luettavissa. Se on myös helposti muokattavissa tekstinkäsittelyohjelmalla asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa. Asiakkaiden hoitosuunnitelmat tarkistettiin samaan aikaan. Hoitosuunnitelmat tarkistetaan puolen vuoden välein tai tarpeen mukaan useammin.

Viimeisessä työkokouksessa tehdyn kyselyn mukaan kuntouttavan hoitotyön kehittämisen tarpeellisuudesta oltiin yhtä mieltä. Sitä perusteltiin asiakkaiden entistä suuremmalla palvelun- ja aktivoinnin tarpeella. Kehittämistyö koettiin tärkeänä siksikin, koska hoitajat ovat aiemmin tehneet asiakkaan puolesta nopeuttaakseen hoitotapahtumaa. Kuntouttavan hoitotyön kehittämisestä asiakkaille koituneina hyötyinä mainittiin omatoimisuuden ja toimintakyvyn säilyminen tai parantuminen ja se, että asiakkaat tuntevat itsensä tarpeellisiksi. Hoitajille koituneina hyötyinä mainittiin hoitokäytäntöjen yhtenäistyminen ja työn muuttumi-

nen kevyemmäksi ja mielekkäämmäksi sekä työssä jaksamisen lisääntyminen. Hoitajat olivat tehneet huomioita asenteidensa muutoksesta.

”pääsin irti vanhasta auttavasta työotteesta”

Kuntouttavan hoitotyön kehittämisen nähtiin vaikuttaneen työhön kahdella tavalla. Sen koettiin tuoneen helpotusta hoitotyöhön sekä nähtiin vaikutukset asiakaisiin.

”ymmärsin kuinka tärkeää on kuntouttava hoitoyö myös oman jaksamisen kannalta”

”itsekin näkee paremmin miten paljon asukkaat voivat/pystyvät tekemään itse”

Kehittämistyön merkityksenä omalle työlle nähtiin asiakkaista näkyvän tyytyväisyyden palkitsevuus. Koettiin myös, että asiakkaille jää näin enemmän aikaa. Kuntouttavan hoitotyön merkitys oli henkilökunnalle pelkästään positiivinen. Asiakkaiden tyytyväisyys palkitsi monia.

”Tuntuu hyvältä kun asiakas haluaa tehdä itse ja onnistuu ja osaa ilmaista asiansa”

”Näen onnistumisia”

”Mukava huomata asiakkaiden halu ja into tekemiseen – tulee hyvä mieli”

Ajan antaminen asiakkaille ja työskentely heidän kanssaan yhdessä koettiin mielekkääksi. Asiakkaiden suoriutuessa itsenäisemmin esimerkiksi pukeutumisesta voidaan yhteistä aikaa viettää enemmän. Tai aikaa jää enemmän muiden auttamiseen.

”Annan asiakkaalle enemmän aikaa läheisyydellä, kun tehdään yhdessä”

”Annan asukkaan tehdä enemmän itse ja minulle jää aikaa opastaa toisia”

Kannustuksen myötävaikutuksella useimmat pystyivätkin itsenäiseen toimintaan. Tärkeänä pidettiin samojen toimintojen tekemistä kuin asiakkaat ovat kotonakin saaneet tehdä. Pientä muistutusta hoitajatkin kokivat tarvitsevansa:

”Täytyy välillä muistuttaa itseä ohjaamaan, ei tekemään”

Kehittämistyön henkilökohtaisena oppina nähtiin kuntouttavan hoitotyön merkitys asiakkaille ja heille tulevat hyödyt. Nähtiin, että asiakkaat ovat virkeämpiä, tyytyväisempiä voivat paremmin ja että, heillä on paljon käyttämättömiä voimavaroja.

”Palvelemalla ja valmiiksi tekemällä saadaan asiakkaat pedin pohjalle”

Työtiimille kehittämistyö on tuonut positiivisuutta. Työntekijöiden välisen yhteistyön ja yhtenäisen hoitotyön linjan huomattiin olevan tärkeä. Työtiimillä tulee olla aikaa keskustella asioista.

Kuntouttavan hoitotyön kehittämisessä Hoitokoti Aukustissa hoitohenkilökunnan mielestä onnistuimme erityisesti lisäämään asiakkaiden omatoimisuutta ja osallistumista päivittäisiin kodin askareisiin. Kiitoksen antaminen osallistumisesta, itsenäisestä tekemisestä ja yrittämisestä on ”tuonut tulosta”.

”Ihanaa nähdä asiakkaan iloisuus kun saavat tehdä ja saavat kiitosta tekemisestä”

Epäonnistumisena mainittiin ainoastaan se että, asiakkaista enemmistö on niin dementoituneita että, kuntouttavan hoitotyön kehittäminen heidän kohdallaan on vaikeaa (yksi maininta). Kuntouttavan hoitotyön kehittämistyötä piti erittäin tai hyvin onnistuneena neljä vastaajaa seitsemästä ja yksi onnistuneena joidenkin kohdalla. Henkilökunta arvioi omaa osaamistaan kuntouttavan hoitotyön käytössä nykyään asteikolla 1-7. Keskiarvoksi tuli 5,57. Kehittämistyön johtamista he arvioivat samalla asteikolla. Keskiarvoksi tuli 5,14.

7.2 Dementoituvan kuntouttava hoitotyö

Tämän opinnäytetyön toisena tarkoituksena oli selvittää mitä kuntouttavan hoitotyön tulisi olla Hoitokoti Aukustissa. Ennen opinnäytetyön aloittamista Hoitokoti Aukustissa olimme muuttaneet toimintoja kuntouttavammaksi ja olimme jo joi-takin muutoksia toteuttaneet. Emme kuitenkaan vielä olleet tyytyväisiä. Uusien työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdytyksessä tulivat puutteet näkyvimmin esille. Tiedollisissa valmiuksissamme koimme olevan puutteita. Tämä näkyi vai-keutena perustella toimintaa. Hoitajilta puuttui yhteinen toimintatapa jota de-mentoituva ihminen tarvitsee. Tämän toimintatutkimuksellisen opinnäytetyön viimeisessä työkokouksessa kehittämistyön lopuksi hoitajat vastasivat muun muassa kysymyksiin: mitä kuntouttava hoitotyö on nyt ja miten kuntouttava hoi-totyö näkyy käytännössä.

Kuntouttava hoitotyö Hoitokoti Aukustissa hoitotyöntekijöiden mukaan on asiak-kaan toimintakyvyn huomioon ottamista, jäljellä olevien voimavarojen hyödyn-tämistä ja parantamista sekä tuen antamista tarpeen mukaan. Asiakkaalle osoi-tettu henkinen tuki ja motivointi nähtiin parhaimmiksi keinoiksi kuntouttavan hoi-totyön toteutuksessa ja asiakkaiden tukemisessa. Siihen kuuluvat kiitoksen an-taminen, kannustus, rohkaisu ja ohjaus. Kuntouttavan hoitotyön nähtiin vaativan hoitajilta luovuutta ja kädentaitoja. Kuntouttava hoitotyö Hoitokoti Aukustissa näkyy ja tuntuu hyvänä lämminhenkisenä ilmapiirinä ja hoitajien ”puhaltamisena yhteen hiileen”.

Käytännössä kuntouttavan hoitotyön sanottiin näkyvän ”arjen pienissä asioissa”. Asiakkaiden kerrottiin osallistuvan arjen askareisiin kuten: kaatavat juomat itse, voitelevat leivät, sijaavat vuoteensa, tiskaavat, kuorivat perunoita, viikkaavat ja silittävät vaatteita, pyyhkivät pöytiä, pesevät pientä pyykkiä, lakaisevat lattiaita ja leipovat. Innokkuus ja omatoimisuus osallistua ja tehdä on lisääntynyt. Asiak-kaat järjestävät myös itse itselleen tekemistä kuten: tv:n katselu, laulaminen ja lehtien luku. Asiakkaat auttoivat myös toisia asukastovereitaan päivittäisissä toimissa. Asiakkaiden toimintakyvyn arvioitiin parantuneen huomattavasti ja heissä havaittiin virkeyttä ja hyväntuulisuutta. Ulkoilun ja liikunnan kerrottiin ko-hottavan mielialaa ja virkistävän.

Hoitajien käytännön työssä kuntouttava hoitotyö näkyy siten, että hoitaja auttaa ja ohjaa tarvittaessa sekä antaa mahdollisuuden suoriutua itse. Jos sanallisen ohjauksen, kannustuksen ja pienen avun jälkeenkään toiminto ei onnistu, autetaan vähän enemmän. Hoitaja on lähellä asiakkaita pienessä yksikössä ja ottavat heidät mukaan toimintaan. Hoitaja keksii ja järjestää virike- ja yhteistä toimintaa mahdollisimman paljon. Hoitaja nähtiin motivoijana, joka antaa kiitosta, kehottaa, kannustaa ja muistuttaa. Yhteistyö ja tiedon jakaminen henkilökunnan kesken koettiin tärkeäksi. Alla olevaan taulukkoon (taulukko 6) on koottu hoitajien näkemykset, miten kuntouttava hoitotyö näkyy Hoitokoti Aukustissa käytännössä, pelkistettyinä ilmauksina ja niiden luokitukset.

Taulukko 6. Kuntouttava hoitotyö käytännössä Hoitokoti Aukustissa.

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
<ul style="list-style-type: none"> - Näkyy arjen pienissä asioissa - Lyhyesti asiakkaista yhteenvedot hyvä apuväline opiskelijan perehdytyksessä. 		yleiset toteamukset
<ul style="list-style-type: none"> - Arjen askareisiin osallistumista ja tekemistä itse - Omatoimisuutta WC- käynneillä ja pesuissa - Auttavat asukastovereitaan 4 - - Pientä puuhastelua omatoimisesti - järjestävät itse itselleen tekemistä ja virkistystä - innokkuus esim. leipomiseen - ulkoilua jopa itsenäisesti 3 - - Asiakkaiden toimintakyky parantunut - Osallistuminen kykyjen ja voimavarojen mukaan - Virkeyttä ja hyväntuulisuutta havaittavissa asiakkaissa 	<ul style="list-style-type: none"> Arjen askareita toisten auttaminen muuta tekemistä yleinen jaksaminen ja toimintakyky 	Asiakkaan toimintoja
<ul style="list-style-type: none"> - Auttaa tarvittaessa - ohjaa tarvittaessa - keksii ja järjestää viriketoimintaa tai yhteistä toimintaa mahdollisimman paljon - ulkoilun mahdollistaja - on lähellä - muistuttaa - Kehottaa - Kannustaa - kiitoksen jakamista ja palkintojen antamista - antaa mahdollisuuden suoriutua itse - annetaan asiakkaan yrittää itse, ohjataan sanallisesti, kannustetaan, autetaan vähän ja sitten jos ei onnistu niin autetaan enemmän - asiakas otetaan mukaan toimintaan - - jakavat keskenään tietoa - yhteistyö henkilökunnan kesken 	<ul style="list-style-type: none"> toiminnan koordinoija motivoija mahdollistaja keskinäinen yhteistyö 	Hoitajan toimintoja
<ul style="list-style-type: none"> - Nyt saavutetuista asioista kiinni pitämistä - Asiakas pitäisi saada tuntemaan itsensä tärkeäksi - ei kiirettä - puhuttelun äänensävyyn kiinnitettävä huomiota - yhdessä olemista enemmän - voimistelua - retkiä ulkopuolelle - asukkaiden toistensa huomioimisen, suvaitsevaisuuden ja sosiaalisuuden kehittäminen, erityisesti koskee niitä joilla ei ole muistihäiriötä 		Toiveita

Kuntouttavan hoitotyön käytännöt selkiytyivät ja yhtenäistyivät tutkimusprosessin aikana. Asiakkaiden osallistuminen omaan hoitoonsa sekä arjen askareisiin lisääntyi huomattavasti. Tämän huomioivat myös sijaiset, jotka työskentelivät tutkimusprosessin aikana joitakin kertoja Hoitokoti Aukustissa ja kertoivat huomioistaan. Ilmapiirin muutos on ilmeinen. Kykenemättömyyden sijaan nähdäänkin nyt se, mitä vielä pystyy tekemään. Dementoivien sairausten vaikutus toimintakykyyn on hyvin yksilöllinen, mutta osallisuuden ja onnistumisen kokemuksen mukanaan tuomaa mielihyvää sairaus ei näytä vievän pois.

7.3 Toiminta- ja menettelyohje

Kansainvälinen ISO 9001:2008 laatustandardi edellyttää että, laadunhallintajärjestelmän tulee sisältää standardin edellyttämät menettelyohjeet ja tallenteet (Suomen standardisoimisliitto 2008, 16.) Toiminta- ja menettelyohje on kirjallinen dokumentti yhteisesti sovitusta toimintatavasta ja siihen liittyvistä vastuista. Toiminta- ja menettelyohjeet tukevat uusien tai tehtävästä toiseen siirtyvien työntekijöiden perehdytystä sekä auttavat toiminnan arvioinnissa ja kehittämisessä. Toiminta- ja menettelyohjetta tarvitaan varmistamaan yhdenmukainen toimintatapa. Jokaisessa organisaatiossa on harkittava mistä toiminnoista tarvitaan yhteistä työskentelytapaa kuvaava ohje. (Holma ym. 2002, 36–36.)

Hoitokoti Aukustin kuntouttavaa hoitotyötä koskeva toiminta- ja menettelyohje on tarkoitettu yhdenmukaistamaan kuntouttavan hoitotyön toteuttamisen menettelytavat, korostaen asiakkaan autonomiaa ja yksilöllisyyttä. Se on myös apuväline uusien työntekijöiden, sijaisten sekä opiskelijoiden perehdytyksessä. Toiminta- ja menettelyohjeen laatimisen perustana ovat kuntouttavan hoitotyön kehittämisessä saatu tieto, mitä kuntouttava hoitotyö on Hoitokoti Aukustissa sekä näyttöön perustuva tieto, jota on kuvattu tässä opinnäytetyössä.

Yksilöllisen kuntouttavan hoitotyön toteuttamisen suunnittelussa käytetään apuna HILKKA® -asiakastietojärjestelmän toimintakykyarvion sekä hoitosuunnitelman laatimista. Näistä tehdään asiakkaasta yksilöllinen lyhyt yhden sivun mit-

tainen yhteenveto asiakkaan lääkityksestä, sairauksista, tavoista, jäljellä olevista voimavaroista, heikkouksista, unohtuneista tai menetetyistä voimavaroista ja uhkista. Siihen määritellään myös tavoitteet ja konkreettiset keinot kunkin asiakkaan kohdalla kuntouttavan hoitotyön toteuttamiselle. Tämä yhteenveto vietään ”lyhyesti asiakkaasta”- kansioon. Kansio on osa uusien työntekijöiden, sijaisten ja opiskelijoiden perehdytystä.

Työntekijöiden sitoutuminen kuntouttavan hoitotyön jatkuvaan toteuttamiseen dementoituvien asiakkaiden hoidossa on tärkeää. Toiminta- ja menettelyohjeen laatiminen antaa viestin henkilökunnalle siitä, että on kyse tärkeästä asiasta. Hoitokoti Aukustin kuntouttavan hoidon toiminta- ja menettelyohjeen ovat lukeeet koko henkilökunta ja se on yhteisesti hyväksytty. Hoitokoti Aukustin kuntouttavan hoidon toiminta- ja menettelyohje on esitetty tämän opinnäytetyön liitteenä 4.

7.4 ”Pääsimme irti vanhasta auttavasta työotteesta”

Otsikon lausuma kuvaa tämän opinnäytetyön kehittämisprosessin aikana tapahtunutta hoitokulttuurin muutosta Hoitokoti Aukustissa. Toteamus nousi aineistosta joka saatiin kolmannessa työkokouksessa henkilökunnalle tehdyssä kyselyssä. Seuraavassa kokoon lyhyesti keskeisimmät tutkimustulokset.

Kuntouttavan hoitotyön estekartoituksen mukaan lähtötilanteessa koettiin tarvittavan teoreettista tietoa kuntouttavasta hoitotyöstä ja sen käytännön toteuttamisesta. Tarvittiin valmiuksia perustella toimintaa ja tehdä toimintakyvyn arviointia. Kehittämistyön tavoitteiksi nousivat asiakkaan oman yrittämisen ja hoitajien antaman ohjauksen lisääminen. Tavoitteena oli mahdollisimman vähäinen asiakkaan puolesta tekeminen ja avustaminen. Keinoina tähän käytettiin apuvälineiden tarpeenmukaista käyttöä, tilanteesta pois lähtemistä ja yhteenvetojen tekemistä asiakkaiden toimintakyvystä, avuntarpeesta ja avustamisen keinoista. Asiakkaalle annettiin näin aikaa ja rauhaa suoriutua itse toimista, varmistaen kuitenkin aika- ajoin avuntarve. Yhteenvetojen tarkoituksena oli kuntouttavan

hoitotyön keinojen ja toteutuksen yhtenäistäminen kunkin asiakkaan kohdalla yksilöllisesti.

Kehittämistyö koettiin tarpeelliseksi. Kuntouttavan hoitotyön käyttöönotto on helpottanut hoitajien työtä. Se on lisännyt asiakkaiden jaksamista ja parantanut heidän vointiaan. Asiakkaiden tyytyväisyys palkitsee hoitajia ja he kokevat, että asiakkaille jää nyt enemmän aikaa. Kehittämistyön myötä olemme oppineet, että on tärkeää olla yhteinen hoitotyön linja myös kuntouttavan hoitotyön toteutuksessa. Erityisesti olemme onnistuneet lisäämään asiakkaiden omatoimisuutta ja hyödyntämään heidän voimavarojaan.

Kuntouttavan hoitotyön kuvattiin olevan nyt Hoitokoti Aukustissa asiakkaan toimintakyvyn huomioon ottamista, jäljellä olevien voimavarojen hyödyntämistä ja parantamista sekä tuen antamista tarpeen mukaan. Se näkyy käytännössä asiakkaiden osallistumisena arjen askareisiin, toisten asiakastovereiden auttamisena ja yleisenä toimintakyvyn paranemisena, virkeytenä ja hyväntuulisuuksena. Hoitajien toiminnassa kuntouttava hoitotyö on käytännössä toimintojen kordinoimista, asiakkaiden motivoimista, toimintojen mahdollistamista ja hoitajien keskinäistä yhteistyötä.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli toimintatutkimuksen keinoin selvittää 1) miten kuntouttavaa hoitotyötä voidaan kehittää Hoitokoti Aukustissa ja 2) mitä kuntouttavan hoitotyön tulisi olla käytännössä. Lisäksi tehtävänä oli laatia Hoitokoti Aukustiin toiminta- ja menettelyohje kuntouttavasta hoitotyöstä.

Kuntouttava hoitotyö on Kukkosen (2007, 33) mukaan käsitteenä selkiytymätön. Suomalaisessa kirjallisuudessa hoitotyöhön liittyvästä kuntoutuksesta käytetään erilaisia käsitteitä. Löysin 11 käsitettä, joita käytetään usein puhekielessä samaa tai lähes samaa tarkoittavina ilmauksina. Käsitteitä, niiden merkityksiä ja suhdetta toisiinsa selventääkseni luokittelin ne sisällön mukaan. Kuviossa (kuvio 1) käsitteet on kuvattu suhteessa toisiinsa. Sen mukaan kuntouttava hoitotyö on käytännöllisellä tasolla tapahtuvaa hoitajan toimintaa jonka tavoitteena on asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn, omatoimisuuden, itsenäisen selviytymisen ja elämänlaadun lisääminen. Peruseriaatteina ovat dementoituvan oikeuksien kunnioittaminen, yksilöllisyys ja autonomian tukeminen. Se on terveysta ja voimavaroalähtöistä, tavoitteellista moniammatillista yhteistyötä. Tämä tulos on samanlainen Siipolan (2001, 51) tekemän vanhusten kuntouttava hoitotyö – käsiteanalyysin kanssa, jossa hän toteaa että kuntouttava hoitotyö on hoitajalähtöistä käsitteellä tehtävää, ammatillista toimintaa, jossa huomio kiinnitetään voimavaroihin ja terveyteen.

Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen toteutettiin voimavaroalähtöisesti. Aloitettu kuntouttavan hoitotyön estekartoitus epäonnistui ja tuolloin päätettiin muuttaa lähestymistapaa kuntouttavan hoitotyön kehittämisessä. Estekartoituksen analysoinnissa esiin nostetut toiminnan tai esteen syyt voivat olla syvällisempiäkin kuin ne, mitä nyt on esille tuotu. Syitä kuntouttavan hoidon toteutumattomuudelle käytännön työssä voivat olla esimerkiksi asiakkaiden ja omaisten pelot, syyllisyyden tunteet ja asiakkaan elämänhistoriasta nousevat syyt. Näiden syiden syvällisempi tutkiminen ei kuitenkaan kuulunut tämän tutkimuksen piiriin. Kukkosen (2007) tutkimuksessa kuntouttavan hoitotyön estäviksi tekijöiksi nousi

ajan puute työssä, lisäkoulutuksen tarve, työn fyysinen raskaus ja hoitohenkilökunnan vähyys. Tässä tutkimuksessa kuntouttavan hoitotyön estäviä tekijöitä olivat omaisten tiedon puute asiakkaan toimintakyvystä sekä kuntouttavasta hoitotyöstä, asiakkaan odotusten ristiriita suhteessa kuntouttavan hoitotyön perusajatukseen ja pyrkimykseen, kuntouttavan hoitotyön hoitoketjun toimimattomuus sekä asiakkaiden toimintakyvyn jatkuvan arvioinnin puute.

Omaisten tiedon puutetta ja hoitajien lisäkoulutuksen tarvetta voitaneen pitää samansuuntaisina tutkimustuloksina, koska hoitajien tiedon ja osaamisen lisääntyessä hoitajat ovat valmiimpia jakamaan tietoa myös omaisille ja perustelemaan toimintaansa. Jokaisen hoitotyöntekijän on osattava perustella asiakaille ja heidän omaisilleen mitä kuntouttava hoitotyö on ja miksi se on tärkeää.

Muutoin tutkimustulokset poikkeavat selvästi toisistaan. Tulosten erilaisuuteen voi olla monia syitä, kuten tutkimusympäristön ja asiakkaiden toimintakyvyn erilaisuus. Tässä tutkimuksessa tämä kuntouttavan hoitotyön estävien tekijöiden kartoitus jäi tuloksiltaan vähäiseksi (yhteensä neljä estettä) ja siksi tuloksia ei ole mielekästä verrata keskenään.

Asiakkaan toimintakyvyn kartoitus ja siitä johdettu avuntarpeen määrittely osoittautuivat hedelmälliseksi ja hyväksi tavaksi paneutua kuntouttavan hoitotyön kehittämiseen. Jäljellä olevan toimintakyvyn tunnistamista ja kartoittamista pidetään perustana kuntouttavan hoidon toteuttamiselle. (Heimonen & Voutilainen 2006, 57; Routasalo 2004, 86–87; Winblad & Heimonen 2004, 81). Säännöllisesti tehtävän arvioinnin pohjalta asetetaan tavoitteet ja se toimii myös vaikuttavuuden arvioinnin pohjana (Voutilainen 2006, 22–23). Voimavaralähtöisyys on mahdollisuuksien näkemistä rajoitusten sijaan (Granö ym. 2006, 6–7), toimimisesta niin, että hoitaja auttaa vain tarvittaessa asiakasta (LyhDeKe-projekti 2007, 15) ja hänelle annetaan aikaa suoriutua itse, joka vahvistaa hänen toimintamahdollisuuksiaan ja omatoimisuuttaan (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23). Nämä nousivat tärkeiksi seikoiksi myös Hoitokoti Aukustissa kehittämistyön aikana. Siksi hoitajien tietoperustan on oltava vahva ja toiminta on aina mukautettava jatkuvasti asiakkaan toimintakyvyn mukaiseksi. Dementoituvan hoitoketjun alusta alkaen (kuviokuva 2) noudatettava kuntouttava hoitotyö tukisi myöhemmin ympärivuorokautisessa hoidossa tapahtuvaa kuntouttavaa hoitotyötä.

Tässä opinnäytetyössä Hoitokoti Aukustin työntekijöiltä kysyttiin tutkimuksen lopuksi mitä kuntouttava hoitotyö on Hoitokoti Aukustissa nyt. Hoitotyöntekijöiden mielestä kuntouttava hoitotyö Hoitokoti Aukustissa on asiakkaan toimintakyvyn huomioon ottamista, jäljellä olevien voimavarojen hyödyntämistä ja parantamista sekä tuen antamista tarpeen mukaan. Se ei ole puolesta tekemistä, vaan asiakkaan annetaan tehdä itse. Siihen kuuluu motivointia, ohjausta, rohkaisua, luovuutta ja kädentaitoja. Asiakkaiden ulkoilu ja liikunta sekä työntekijöiden yhteistyö ovat tärkeitä elementtejä kuntouttavassa hoitotyössä. Tämä tulos on samassa linjassa aikaisempien tutkimustulosten kanssa. (Kelhä 2006; Kukkonen 2007.)

Kasvava vanhusten määrä edellyttää vanhusten hoitamisen menetelmien tehostamista (Laine 2005, 21; Väestörakenne 2009; Väestötilastot 2009). Tulevaisuuden suurena haasteena onkin dementiahoidon kasvavan tarpeen sekä hoidon yhdistäminen. Pelkästään resurssien lisääminen ei riitä ratkaisemaan odotettavissa olevia ongelmia. Ikäihmisten määrän kasvu lisää todennäköisesti hoivapalvelujen tarvetta vaikka raskaan hoivan tarve myöhentyisikin eliniän kasvaessa. (Hyvinvointi 2015- ohjelma, 40–45.) Ratkaisuna tähän esitetään palvelukonseptien uudistamista ja hyvinvointipalvelujen tuottavuuden nostamista. Kunta- ja palvelurakennemuutos tulee painottumaan tuottavuuden ja toimintojen tehostamiseen. (Budjettikatsaus 2011, 9.) Keinona tähän voidaan pitää myös toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän työtavan käyttöön ottoa kaikissa yksiköissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2008, 24).

Hoitokoti Aukustissa kuntouttavan hoitotyön kehittäminen kevensi hoitajien työtä ja teki työstä mielekkäämpää. Samanlaiseen tutkimustulokseen on päätyneet Kokkonen- Kärki (2005) tutkimuksessaan, jossa hän tutki kuntouttavaa työtettä vanhainkodin hoitajien määrittämänä. Lempäälässä vuodeosastolla toteutetussa kuntouttavan hoitotyön kehittämistyön tulokset olivat myös samanlaiset. Henkilökunnan mielestä työ oli ennen raskasta ja uuvuttavaa, kehittämistyön tuloksena se on mielekkäämpää. (Kallama 2008, 32–36; Lupsakko, 2008.)

Dementoituneiden asiakkaiden motivointi koettiin usein vaikeaksi asiaksi. Hoitokoti Aukustissa motivoinnin keinoina käytettiin kannustusta, rohkaisua, kiitoksen antamista ja kehumista. Näistä kiitoksen antaminen ja kehuminen nousivat ylivoimaisesti tehokkaimmaksi motivaation lisääjäksi. Tällaista tutkimustulosta ei

ole aiemmin raportoitu. Vanha sananlasku ”kissa kiitoksella elää” pitänee siten paikkansa. Kiitoksen antaminen innosti ja lisäsi huomattavasti asiakkaiden intoa päivittäisten askareiden tekemiseen ja yrittämiseen. Se lisäsi jopa kilpailua siitä, kuka saa tehdä kodin yhteisiä askareita, kuten tiskata. Asiakkaiden toinen toisensa auttaminen tuli myös uutena piirteenä arjen toimintoihin tutkimusprosessin aikana. Asiakkaat auttavat toisiaan ja jopa pyytävät apua toisiltaan. Tätä voisi pitää myös sosiaalisen kanssakäymisen lisääntymisenä.

Kehittämistyön mukanaan tuoma ”lyhyesti asiakkaista”-kansion tekeminen selvästi innosti työntekijöitä. Meillä oli aiemmin käytössä vastaavanlainen lyhyempi yhteenveto asiakkaista perehdytyksen apuvälineenä. Nyt sitä kehiteltiin pidemmälle kuntouttavan hoitotyön ideologian suuntaan. Näin lyhyen kokemuksen jälkeen tämä vaikuttaisi olevan hyvä käytäntö. Yhteenvedon sijoittamista mietittiin käytännön kannalta. Yhtenä vaihtoehtona pohdittiin sen sijoittamista kunkin asiakkaan vaatekaapin oveen sisäpuolelle. Siellä se olisi ollut sopivasti piilossa mutta silti, niin omaisten kuin hoitajienkin luettavana. Toisena vaihtoehtona oli sijoitus asiakaskansion alkuun. Päädyimme kuitenkin erilliseen kansioon. Kansio on helposti siirrettävissä, säilyy siistinä, sen käyttö ja luettavuus ovat helppoja pääkäyttäjryhmän eli hoitajien, sijaisten ja opiskelijoiden kannalta. Kaikkien yhteenvedot löytyvät näin yhdestä paikasta.

Kuntouttava hoito on moniammatilliseen yhteistyöhön pohjautuva prosessi (Ahvo & Käyhty 2001, 23; Noro ym. 2008, 159; Routasalo & Lauri 2001, 207–216; Vähäkangas 2010, 145). Yhteistyön tekemisen tarve nousi esille tutkimusprosessin aikana myös Hoitokoti Aukustissa. Esimerkiksi apuvälineiden tarpeen arviointi ja oikeanlainen käyttö olivat asioita, joissa tarvitsimme apua. Kunnallisen Fysioterapian apu oli tässä mielessä hyvä.

Lempäälässä toteutetun kuntouttavan hoitotyön kehittämistyön tuloksia on pidetty niin hyvinä, ettei paluuta vanhaan ole. Se on vaatinut asennemuutosta niin potilailta, henkilöstöltä kuin omaisiltakin. (Kallama 2008, 32–36; Lupsakko, 2008.) Myös Hoitokoti Aukustissa toteutetun kuntouttavan hoitotyön kehittämisen tulokset ovat vaikuttavat. Vaikka interventioaika oli lyhyt, onnistuimme saamaan näkyviä tuloksia aikaiseksi. Asiakkaat osallistuvat nyt aktiivisesti arjen askareisiin ja auttavat jopa toisiaan. Asiakkaiden toimintakyky on parantunut ja he ovat entistä virkeämpiä sekä hyväntuulisempia. Paluuta entiseen ei ole. Asen-

nemuutos vienee aikaa, mutta hyvä perusta ja peruste nämä tulokset ovat asennemuutokselle. Nyt kehittämistyö oli hoitajalähtöistä, mutta nämä muutokset ovat asiakkaille ja heidän omaisilleen näkyvä todiste kuntouttavan hoitotyön menetelmien kiistattomista hyödyistä. Tämä tutkimustulos on samanlainen kuin aiemmissa tutkimuksissa, jotka osoittavat kuntouttavan hoitotyön kohentavan vanhusten toimintakykyä merkittävästi (Heimonen 2008; McCloskey 2004; Shu-Chuan & Sing 2004) ja tämä voi merkitä ikääntyneelle itselleen paljon (Koskinen ym. 2008).

8.2 Kehittämisprosessin toteuttaminen

Tämä opinnäytetyö tehtiin kehittämään kuntouttavaa hoitotyötä Hoitokoti Aukustissa. Keräsin aineiston noudattaen toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Se sopii kirjallisuuden mukaan hyvin työelämän kehittämistehtävän luonteelle ja erityisesti terveyspalveluiden toiminnan kehittämiseen (Meyer 2007, 274). Kuula (2006) on todennut, että toimintatutkimuksessa tutkija ja tutkittava yhdessä aktiivisina toimijoina etsivät ratkaisua ongelmaan. Tämän opinnäytetyö tarkoituksena oli kuntouttavan hoitotyön menetelmien kehittämisen ja parantamisen pyrkimys yhdessä suunniteltujen interventioiden avulla. Tuloksista nousivat esille kehittämistyössä mukana olleiden hoitajien mielestä tarpeelliset kuntouttavan hoitotyön kehittämiskohteet ja – keinot sekä nykytilanne. Työntekijät olivat mukana aktiivisesti suunnittelussa ja toteutuksessa koko kehittämissprosessin ajan, joten sitoutuminen sovittuihin asioihin oli vahvalla pohjalla. Näiden perusteella pidän toimintatutkimusta sopivana menetelmänä tämän kuntouttavan hoitotyön kehittämisen tutkimusmetodiksi.

Lewinin luoman toimintatutkimuksen spiraalimallissa toiminnan vaiheet seuraavat toisiaan. Toiminta alkaa kun tutkija yhdessä tutkittavien kanssa suunnittelee toimintaa ja toteuttaa muutoksen. Sitä seuraavat toiminnan vaikutusten seuranta ja arviointi. Toimintaa kehitellään edelleen ja toteutetaan uusi toimintatapa. Tästä muodostuu toimintatutkimukselle tyypillinen spiraali. (Kuula 2006.) Tämän opinnäytetyön eteneminen noudatti tätä toimintatutkimuksen peruskaavaa. Yh-

teisten keskustelujen pohjalta teimme päätökset kehittämistoimenpiteistä, toteutimme muutoksen, jonka jälkeen seurasivat uudet päätökset jatkokehittämistoimenpiteistä. Mutta kuten Kuula (2006) edelleen toteaa, kehittämisen sykleillä ei ole päätepistettä, mutta tutkijan on jossain vaiheessa pakko lopettaa työnsä, niin myös tässä. Jokaista käytäntöä voidaan pitää tilapäisenä ja kehittäminen jatkuu edelleen.

Toimintatutkimuksessa tutkija osallistuu tutkimaansa toimintaan ja tekee ”tutkimuskohteeseensa tarkoituksellisen muutokseen tähtäävän väliintulon, intervention” (Heikkinen 2006, 29). Tämän opinnäytetyön ja toimintatutkimuksen interventioita olivat ensimmäisessä ja toisessa työkokouksessa päätetyt kuntouttavan hoitotyön kehittämistoimenpiteet.

Aineistona käytin kehittämistyön aluksi kerättyä kuntouttavan hoitotyön estekehoitusta, työkokouksissa päätettyjä kehittämistoimenpiteitä ja kolmannessa työkokouksessa täytettyjä kyselykaavakkeita. Tätä eri menetelmin suoritettua aineistonkeruuta kutsutaan aineistotriangulaatioksi ja sitä voidaan pitää myös eräänä tutkimuksen validiteettikriteerinä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 233; Tuomi & Sarajärvi 2011, 143). Triangulaatiossa, Tuomi & Sarajärvi jatkavat, tutkija ei voi sitoutua vain yhteen näkökulmaan, vaan jokainen metodi ilmaisee omanlaistaan symbolista todellisuutta. Eri menetelmin kootun aineiston avulla kuntouttava hoitotyötä ja sen kehittämistä voitiin tarkastella eri näkökulmista.

Tämän opinnäytetyön suunniteltu aikataulu toteutui pääosin. Ainoastaan asiakkaista tehtävät toimintakykyarviot ja niistä johdetut lyhyet yhteenvedot myöhästyivät muutamalla päivällä. Tällä ei kuitenkaan ollut merkitystä kehittämistyön kokonaisuuden onnistumisen kannalta.

8.3 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita (Nieminen 2006, 215; Tuomi & Sarajärvi 2011, 140). Toimintatutkimuk-

sen luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä (Heikkinen & Syrjälä 2006, 147). Validiteetti tarkoittaa että tutkimuksessa on tutkittu mitä on luvattu ja reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta. Nämä käsitteet ovat kuitenkin syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä ja siksi niiden käyttöä on kritisoitu laadullisen tutkimuksen piirissä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 136.) Laadullisen tutkimuksen aineisto ei pyrikään olemaan edustava otos ja tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys, jossa ovat mukana tunteet ja intuitio (Nieminen 2006, 215). Laadullisessa tutkimuksessa tärkeää on tutkijan tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisesta sen kaikissa vaiheissa (Hirsjärvi ym. 2010, 232).

Luotettavuuden arvioinnissa on hyvä tarkastella tutkimusta kokonaisuutena. Tutkimuksen sisäisen johdonmukaisuuden tarkastelussa voidaan kiinnittää huomiota tutkimuksen kohteeseen ja tarkoitukseen, tutkijan omaan sitoumukseen tutkijana, aineiston keruuseen, tutkimuksen tiedonantajiin, tutkijan ja tiedonantajien suhteeseen, tutkimuksen keston, aineiston analyysiin, luotettavuuteen ja raportointiin. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 140–141.)

Tämän opinnäytetyön prosessi on kuvattu mahdollisimman tarkasti koko tutkimusprosessin ajalta omien muistiinpanojeni, työkokousten pöytäkirjojen sekä kyselyiden kautta. Tutkimuksen kohteen ja tarkoituksen tarkastelussa voidaan käyttää hyväksi niiden ajankohtaisuutta ja tarvetta. Aihe on ajankohtainen ja tarpeellinen valtakunnallisen ohjauksen täytäntöönpanon vuoksi. Tätä olen käsitellyt tarkemmin kappaleessa 2.1 Vanhuksen kuntouttavaa hoitotyötä ohjaavat säädökset. Tutkijan sitoumus tutkijana tämän tutkimuksen tekemiseen on ollut vahva. Tutkimus on tärkeä toiminnan laadun kehittämisen ja ammatillisen kehittymisen kannalta.

Aineiston keruussa on käytetty useita menetelmiä. Tätä kutsutaan triangulaatioksi ja sitä voidaan pitää eräänä tutkimuksen validiteettikriteerinä (Hirsjärvi ym. 2010, 233; Tuomi & Sarajärvi 2011, 143). Aineiston riittävyteen on mahdotonta etukäteen antaa yksiselitteistä vastausta. Yksi keino sen arvioimiseen on saturaatio eli aineiston kylläntyminen, jolloin uudet tapaukset eivät tuota enää tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. (Eskola & Suoranta 1998, 216; Huovinen & Rovio 2006, 105.) Työkokouksissa kerättyä aineistoa olivat niissä päätehty kehittämisideoita. Ensimmäisessä työkokouksessa tuli enemmän mate-

riaalia kuin toisessa. Tämä viittaa aineiston saturaatioon, vaikka kehittämistyön prosessi olikin lyhyt.

Tutkimusaika tässä tutkimuksessa oli lyhyt, 15 viikkoa. Aineistosta saatujen, aiempiin tutkimuksiin verrattuina, yhteneväisten tulosten perusteella aineistoa voi kuitenkin pitää riittävänä. Tutkimuksen toteutuspaikka on pieni, joten tutkimuksen nopea toteuttamisaikataulu sopi sinne hyvin. Tämän takia tutkimuksen siirrettävyys kärsii. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä vastaavanlaisiin tilanteisiin (Topping 2007, 169). Tässä on syytä muistaa myös hoitopaikkojen ja asiakkaiden erilaisuus ja erilaiset taustat. Kuntouttavan hoitotyön sisältöä määrittelevät asiakkaan sairaudet sekä perheen toimintamallit (Nolan 1999, 958–966). Yhden ainoan toimintamallin määrittäminen on mahdotonta ja tekisi vääryyttä kuntouttavan hoitotyön asiakaslähtöisyydelle ja yksilöllisyydelle. Gerrish & McMahon'n (2006, 5-6) mukaan hoitotyö ei sisällä absoluuttisia totuuksia, vaan tieto muuttuu ja on väliaikaista. Maailman muuttuessa hoitotyö kehittyy ja mukautuu, joten tieto on vaillinaista. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, ettei hoitajien tarvitsisi ponnistella kehittääkseen uutta tietoa.

Toimintatutkimus on ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jonka tarkoituksena on kehittää käytäntöjä paremmiksi järkeä käyttämällä. Sillä tavoitellaan käytännön hyötyä, käyttökelpoista tietoa. Tutkija käynnistää muutoksen ja rohkaisee ihmisiä muutokseen. (Heikkinen 2006, 16–20.) Muutos käytännön työssä on ollut yksi tämän opinnäytetyön tavoitteista. Työn ja sen käytänteiden kehittäminen ovat omaan työhön vaikuttamisen keinoja, jotka lisäävät mielekkyyden kokemusta työssä ja ammattitaidon kehittymistä. Saavutimme tavoitteemme tässä tarkasti ajallisesti rajatussa toimintatutkimuksessa.

8.4 Eettisyys

Tutkimusaiheen valintaa tehdessä tulee pohtia kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Samoin tutkimukseen osallistuvien tulee kyetä itsenäisesti päättämään tutkimukseen osallistumisesta. (Hirsjärvi ym.

2010, 24–25.) Tämän opinnäytetyön aiheen valinta nousi työyhteisössä yhteisesti käydystä keskustelusta. Kuntouttavan hoitotyön kehittämisen tarve oli tullut tarpeelliseksi opiskelijoiden ohjauksen ja koulutusten myötä. Taustalla olivat kuntouttavan hoitotyön käyttöönoton yhteiskunnalliset perustelut ja suositukset. Näin ollen tutkimukseen osallistuvat olivat mukana tutkimuksen suunnittelussa ja heillä olisi ollut mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksessa mukana olosta.

Tutkimusta julkaistaessa tulee kiinnittää huomiota osallistujien anonymiteetin säilymiseen (Vehviläinen- Julkunen 2006, 31). Kaikki tutkimusaineisto on kerätty nimettömänä. Tutkimusaineistosta on poistettu kaikki sellainen aineisto, joka voisi johdattaa lukijan tunnistamaan tiedonantajan. Tässä tutkimuksessa ongelmana on työyhteisön pienuus, jota pyrin häivyttämään ottamalla tutkimukseen mukaan vakituisten työntekijöiden lisäksi tilapäisiä työntekijöitä eli sijaisia. Näin tiedonantajien määrää saatiin kasvatettua viidestä seitsemään.

Toimintatutkimuksessa tutkittavien luottamuksen saavuttaminen ja säilyttäminen ovat tärkeitä. Kaikki esiin tulleet löydökset on julkistettava siten, että tutkimukseen osallistuvat kokevat tulleen huomioiduksi (Huovinen & Rovio 2006, 102–103; Meyer 2007, 283.) Opinnäytetyön edetessä työkokousten pohjana olivat aina edellisessä kokouksessa päätetyt asiat, kehittäminen ja analyysi. Tutkittavilla oli näin mahdollisuus kommentoida ja korjata analyysin tuloksia. Tutkimuksen tulokset ja toiminta- ja menettelytapaohje käytiin yhdessä läpi ennen tutkimuksen julkistamista. Luottamuksellisen ilmapiirin saavuttaminen innosti ja edisti tutkimuksen etenemistä tavoitellussa tiukassa aikataulussa.

8.5 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyön ensisijaisena tarkoituksena oli kehittää kuntouttavan hoitotyön käytäntöjä Hoitokoti Aukustissa. Toivon kuitenkin, että tämä kehittämisprosessin kuvaus auttaisi toisia vanhustenhoidon yksiköitä vastaavanlaisessa kehittämistyössä. Toinen toiveeni on, että tämä kehittämis työ innostaisi yhä laajamittaisempaan dementoituneiden kuntouttavan hoitotyön kehittämiseen. Tieto-

jeni mukaan vastaavaa kehittämistyötä ei opinnäytetyönä ole aiemmin toteutettu, vaikka kuntouttavan hoitotyön tulisi valtakunnallisten suositusten mukaan olla toimintatapana kaikissa ikäihmisten palveluyksiköissä.

Suurin haaste tämän opinnäytetyön tekemisessä oli kuntouttavaan hoitotyöhön läheisesti liittyvien käsitteiden suuri määrä, käsitteiden samankaltaisuus ja erottaminen toisistaan, niiden suhteet toisiinsa ja käytön kirjavuus. Käsitteen määrittäminen ja selkiyttäminen onkin ensiarvoisen tärkeää, että voitaisiin puhua samasta asiasta ja kehittää sitä.

Kuntouttavan hoitotyön sisältö näyttäisi olevan tutkimustulosten mukaan samankaltainen kaikkialla, mutta sen käytännön toteutuminen ja toteuttaminen vaihtelee hoitoyksiköstä ja asiakkaasta toiseen. Siksi tämän tutkimuksen tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä ja siirrettävissä kaikkialle. Kuntouttavan hoidon yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys edellyttävät aina asiakkaan oman toimintakyvyn arviointia. Toisaalta yhteisistä menettelytavoista, periaatteista ja toimitalinjoista tulee voida sopia, joiden perusteella kuntouttavan hoitotyön toteutuminen voidaan turvata asiakaskohtaisesta vaihtelusta huolimatta.

Näkisin, että koulutusta kuntouttavasta hoitotyöstä tulee lisätä ja tehostaa, riittävän asiantuntemuksen varmistamiseksi vanhustenhoitoon. Näin voimme vastata valtakunnallisiin linjauksiin kuntouttavan hoitotyön käytöstä vanhusten hoidossa. Myös vanhusten määrän lisääntymisen mukanaan tuoma palvelutarpeen lisääntyminen lisää paineita tähän suuntaan.

Tällä tutkimuksella saatua tietoa voidaan hyödyntää soveltaen muissakin vastaavissa dementoituneiden pitkäaikaishoitopaikoissa. Kehittämistyön pohjana voi käyttää niitä tuloksia, joita saatiin kysymykseen mitä kuntouttava hoitotyö on. Myös kuntouttavan hoitotyön kehittämisen keinoja voi soveltaa omaan työyksikköön sopiviksi. Dementoituneiden toimintakyvyn arviointiin voi käyttää sitä menetelmää, jota yksikössä on aiemminkin käytetty. Tämä tutkimusprosessi voisi olla esimerkki siitä, miten lyhyessäkin ajassa voidaan saada näkyviä tuloksia aikaan.

Jatkotutkimusaiheita nousi henkilökunnan palautteesta kehittämistyön aikana. Sosiaaliseen kuntoutukseen dementoituvan iäkkään henkilön kuntoutuksessa voisi paneutua enemmän aivan omana tutkimuksenaan. Samassa hoitoyksikös-

sä on usein niin dementoituneita kuin ei- dementoituneitakin. Heidän väliset sosiaaliset suhteet ja kanssakäyminen eivät aina ole ongelmattomia. Miten edistää tätä yhteiseloä ja kanssakäymistä elämää rikastuttavalla tavalla. Myös yhteistyö omaisten kanssa kuntouttavan hoitotyön suunnittelussa ja toteutuksessa olisi hyvä näkökulma kehittämistyölle.

Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ja mahdollisuuksien näkeminen kaikkien sosiaali- terveysalan toimijoiden kesken kuntouttavan hoitotyön toteuttamisessa ja kehittämisessä olisi mielestäni tarpeellinen tutkimuskohde. Tämä organisaatorajat ylittävä tutkimus koskisi yksityisiä palveluntuottajia, yhteisöjä, järjestöjä sekä julkista sektoria kaikissa dementoituvan palveluketjun vaiheissa. Dementoituva hyötyisi siirtyessään palvelusta toiseen, kun kaikilla toimijoilla olisi samanlainen asenne kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen. Eri hoitoyksiköissä toivoisin runsaammin tutkittavan ja kehitettävän kuntouttavaa hoitotyötä. Kuntouttavan hoitotyön toteutumisen ja toteuttamisen esteitä ja mahdollistavia tekijöitä on tutkittu hoitajien näkökulmasta. Omaisten ja asiakkaiden näkökulmasta tällainen tutkimus antaisi lisää ulottuvuutta kuntouttavan hoitotyön kehittämiselle.

LÄHTEET

- Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa: Heikkinen, H.L.T., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) 1999. Siinä tutkijamissä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena, 11- 24.
- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön, osaamista hyvään arkeen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit
- Ahvo, L. & Käyhty, M. 2001. Mitä on dementoituneen kuntoutus ja kuntouttava hoito. Teoksessa: Viramo, P. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen arkeen opas ammattihenkilöstölle. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001. Suomen dementiahoitoyhdistys ry, 23.
- Andersson, S. 2007. Palveluasuntoja ikäihmisille palveluasuntojen nykytilanne ja tuleva tarve. Stakesin raportteja 14/2007. Helsinki: Stakes.
- Arolaakso-Ahola, S., Rutanen, M. 2007. Ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen palvelutalossa. Pilottitutkimus. Fysioterapian ja toimintaterapian Pro Gradu tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.
- Budjettikatsaus 2011. Valtiovarainministeriö. Saatavissa: http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/01_budjetit/20110114Budjet/Budjettikatsaus_tammikuu_2011.pdf. Tulostettu 27.9.2011.
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Helsinki: WSOY.
- Erkinjuntti & Koivisto, 2002. Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.). 2002. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim, 49 - 54.
- Erkinjuntti, T. 2002. Dementian käsite. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.). 2002. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim, 88 – 93.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Feinberg, T. E & Yu, W. 2005. What to do when the doctor says it's Early-Stage Alzheimer's. All the medical, Lifestyle, and Alternative Medicine Information You Need to Stay Healthy and Prevent Progression. Gloucester, Massachusetts: Fair Winds.
- Forster, A., Lambley, R., Hardy, J., Young, J., Smith, J., Green, J. & Burns, E. 2011. Rehabilitation for older people in long- term care (Review). The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd.

- Forsythe, E. 1990. Alzheimer's Disease, The Long Bereavement. London: Faber & Faber.
- Gerrish, K. & McMahon, A. 2006. Research and Development in Nursing. Teoksessa: Gerrish, K & Lacey, A (Eds.) The Research Process in nursing. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 3–15.
- Granö, S., Heimonen, S. & Koskisuu, J. 2006. Kuntoutuksen sanakirja muistihäiriö ja dementiatyöhön. Alzheimer-keskusliitto.
- Granö, S. 2010. Muistisairaiden ihmisten kuntoutumisen tukeminen aikamme haaste. Muisti 23 (2), 6–7.
- Hassinen, T. 2003. Iäkkään potilaan voimavaroja tukevat hoitotyön auttamismenetelmät. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Heikkinen, H.L.T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon, toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Kansanvalistusseura, 16–38.
- Heikkinen H.L.T. & Syrjälä, L. 2006. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa: Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon, toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Kansanvalistusseura, 144- 162.
- Heimonen, S., 2004. Eteenpäin elävän mieli – neuvonta kuntoutuksen keskeisenä keinona. Teoksessa: Heimonen, S., Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Alzheimer-keskusliitto ry, 54 – 62.
- Heimonen, S., Voutilainen, P. 2006. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Teoksessa: Heimonen, S., Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita, 57 – 68.
- Heimonen, S. 2008. Toimintakykyä ja arjessa selviytymistä kannattaa tukea. Teoksessa: Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) 2008. Laadukkaat dementia palvelut, opas kunnille. Helsinki: Stakes, 81- 83.
- Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, 2004. Vanhusten palveluasumisen kehittämisohjelma. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2004:10.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holma, T. 2003. Laadua vanhustyön arkeen – suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Holma, T., Outinen, M., Idänpään- Heikkilä, U. & Sainio, S. 2002. Kirkasta ja uudista laadunhallintaa – kehitä laatutalo. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Helsinki. Suomen kuntaliitto.

- Huovinen, T. & Rovio, E. 2006. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa: Heikkonen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon, toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Kansanvalistusseura, 94- 113.
- Huusko, T. 2004. Muistihäiriö- ja dementiapotilaan kuntoutus kannattaa. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. 2004. Helsinki: Hygieia, 101 – 107.
- Hyvinvointi 2015 – ohjelma, Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Helsinki: Sosiaali- ja Terveysministeriö. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/ak1171526287050/passthru.pdf>. Luettu 22.10.2011.
- Högström, S. & Granö, S. (toim.) 2009. Elämää muistisairauden kanssa – kuntoutusopas muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen. Helsinki: Muistiliitto.
- Ilvonen, K. 2010. Kehittäminen. Teoksessa: Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2010. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 333 -345.
- Jyrhämä, R. 2004. Sisällön erittelyn mahdollisuuksia, taulukkolaskentaohjelma analysoinnin apuna. Teoksessa: Kansanen, P. & Uusikylä, K. (toim.) 2004. Opetuksen tutkimuksen monet menetelmät. Jyväskylä: PS-kustannus. 223–237.
- Jämsä, A., Rintala, T. & Soukainen, J. 2010. Vanhuspalvelut, Säännöllinen kotihoito. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010. Helsinki: Edita Prima Oy. Saatavissa: http://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_nettti.pdf. Luettu 12.9.2011.
- Järvikoski, A., Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Järvinen, P. 2009. Menestyvän työyhteisön pelisäännöt. Helsinki: WSOYpro
- Kaitsaari, T. 2004. Ikääntyminen, vanhuspolitiikka ja vanhusten palvelut: Kuntoutus. <http://vanha.soc.utu.fi/sospol/sosger/sosiaaligerontologia/alue3/kuntoutus.html> . Luettu 5.8.2011.
- Kallama, S. 2008. Terve Potilas 3/2008. 32–36. Saatavissa: <http://www2.lehtiluukku.fi/esp/espview?p=eyJmaWQiOiI1NjVfMjgyM2Y0Nzk3MTAyY2UxYTFhZWwNTM1OWNjMTZkZDkiLCJ0aSI6IiRlcnZlIHBvdGl-sYXMqM1wvMjAwOCIsImUiOiEzMjA3NTQwNzEsInAiOiI1NjUiLCJhIjoicilsInBwl-joxLCJ0byl6ImI3OGEyNmUwNjVjZDM0OTIhM2JiMjhhYmE5OTA2NWZjIiwiaXMiOiEwMDB9>. Luettu 8.11.2011

Kela, eläkeläisen tuet.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/200801125818EH?OpenDocument>. 22.9.2011.

- Kelhä, P. 2006. Kuntouttavan hoitotyön sisältö sotainvalidien laitoshoidossa Hoitohenkilökunnan näkökulma. Pro gradu- tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.
- Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa: Heikkinen, H.L.T., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena, 63–83.
- Kokkonen- Kärki, S. 2005. ”Sitä normaalia mitä on pystynyt hyvinäkin vuosina tekemään” Kuntouttava työote vanhainkodin asukkaiden hoidossa. Pro-gradu-tutkielma. Jyväskylä yliopisto. Liikunta ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos.
- Koskinen, S., Pitkälä, K. & Saarenheimo, M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 547 – 563.
- Kukkonen, L. 2007. Hoitotyöntekijöiden kuvaus kuntouttavasta hoitotyöstä perusterveydenhuollossa. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Preventiivinen hoitotiede.
- Kuula, A. 2006. KvaliMOTV – menetelmäopetuksen tietovaranto (verkojulkaisu). Tampere: yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. http://www.fsd.uta.fi/metodologia/metodologia/kvali/L5_4.html Luettu 20.7.2011.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Laine, J. 2005. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Stakes tutkimuksia 151. Helsinki: Stakes.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21–43.
- Lauri, S. 2006. Toimintatutkimus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 114–135.
- Leino- Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa: Lauri, S. (toim.) 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY, 7-20.
- Linnansaari, H. 2004. Toimintatutkimus – tutkimus muutoksen palveluksessa. Teoksessa: Kansanen, P. & Uusikylä, K. (toim.) Opetuksen tutkimuksen monet menetelmät. Jyväskylä: PS-Kustannus, 113–131.

- Lundgren, J. 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Teoksessa: Heimonen, S., Voutilainen, P. 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tampere: Studia.
- Luoma, M- L & Lehtoranta, H. 2007. Laila – hanke Toimintakykyä edistävä työote (= Kuntouttava työote).
<http://info.stakes.fi/NR/ronlyres/D8F64046-E6FF-41B3-A01E-EF70AF45874D/8478/Kuntouttavateht%C3%A4v%C3%A4MLLmaalisk07.pdf>. Tulostettu 16.8.2011.
- Lupsakko, T. 2008. Kuntouttava hoito vanhusten hoidossa.
http://www.dementiahoitoyhdistys.fi/modules/doku/files/127/Kuntouttava+ja+aktivoiva+hoito+Lemp_lss_kuvatpoispdf.pdf. Tulostettu 8.9.2011.
- LyhDeKe- projekti 2007. http://www.sosiaaliportti.fi/File/14d54b8f-f7d1-4c76-8f35-de90895f37be/Ms_kasikirja.pdf. Tulostettu 30.7.2011.
- McCloskey, R. 2004. Functional and self-efficacy changes of patients admitted to a Geriatric Rehabilitation Unit. Journal of Advanced Nursing 46 (2), 186 – 193.
- Meyer, J. 2007. Action Research. Teoksessa Gerrish, K & Lacey, A (toim.) The Research Process in nursing. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 274-288.
- Metsämuuronen, J. 2007. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 2. Helsinki: International Methelp Ky.
- Miettinen, M. 1999. Hoitotyön kehittäminen ja sen johtaminen. Teoksessa: Simoila, R., Kangas, R. & Ranta, J. 1999. Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä, 84–91.
- Miettinen, S. & Pelkonen, M. 2000. Kohti itsensä johtamista – ammatillisen kehittymisen haasteet. Teoksessa: Miettinen, S., Miettinen, M., Nousiainen, I. & Kuokkanen, L. 2000. Itsensä johtaminen Sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Mäkitalo, R., Hautala, U., Narikka, J. & Tuukkanen, J. 2010. Hyvinvointia kestävästi. Valtiovarainministeriö. Saatavissa:
http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/08_muut_julkaisut/20110112Hyvinv/Hyvinvointia_kestaevaesti.pdf. Tulostettu 27.9.2011.
- Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 144. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 215- 221.

- Nolan, M. 1999. Rehabilitation, chronic illness and disability: the missing elements in nurse education. *Journal of advanced Nursing* 4, 958–966.
- Noro, A., Finne- Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P., 2008. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI- järjestelmä vertailukehittämissä. Vaajakoski: Stakes.
- Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. & Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatu-polkua, vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen kuntaliitto, Stakes ja Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus.
- Palviainen, S. 2008. Vanhusten ja vammaisten palvelutalon kehittäminen – kuvaus nykytilanteesta, 13 taloa. Suomen ympäristö 02/2008. Helsinki: Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus.
- Pirttilä, T. 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutus. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. 2004. Helsinki: Hygieia, 11 – 21.
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R & Viitanen, M. (toim) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim, 438 – 456.
- Routasalo, P., Lauri, S., 2001. Iäkkään henkilön kuntouttamista edistävä hoitotyön malli. *Gerontologia* 15 (3).
- Routasalo, P. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. 2004. Helsinki: Hygieia, 86 – 93.
- Routasalo, P. 2003. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön suositusten lähtökohdat ja edellytykset. Teoksessa: Lauri, S. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY, 117 – 136.
- Saaranen-Kauppinen, S. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_1.html. Luettu 19.10.2011.
- Shu-Chuan, J. & Sing, K.L. 2004. Is Rehabilitation Associated With Change in Functional Status Among Nursing Home Residents? *Journal of Nursing Care Quality* 19 (1), 58 – 66.
- Siipola, S. 2001. Vanhusten kuntouttava hoitotyö – Käsiteanalyysi. Tutkielma. Turun yliopisto. Terveystieteiden koulutusohjelma. Hoitotieteen laitos.
- Sormunen, S., Eloniemi-Sulkava, U., Finne- Soveri, H., Mäki- Petäjä- Leinonen, A. & Anderson, S. 2008. Dementiaoireisen asuminen tehostetussa palveluasumisessa ja ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Teoksessa: Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) 2008. Laadukkaat dementiaapalvelut, opas kunnille. Helsinki: Stakes, 125- 136.

- Sosiaalihuoltolaki. 17.9.1982/710.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>. Luettu 21.9.2011.
- Sosiaali- ja Terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki. Sosiaali- ja Terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma, Kaste 2008 – 2011, Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisuja 2008:6.
[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ ja_ terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008 2011 fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_+ja_+terveydenhuollon_kansallinen_kehitamisohjelma_KASTE_2008_2011_fi.pdf). Luettu 3.10.2011.
- Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R & Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Helsinki: Duodecim. 120 – 138.
- Suomen standardisoimisliitto. 2008. Standardi SFS-EN ISO 9001 (2008). Helsinki: Suomen Standardisoimisliitto.
- Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2010. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita.
- Sydänmaanlakka, P. 2004. Älykäs johtajuus. Helsinki: Talentum.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltolaki). Luettu 19.8.2011.
- Topping, A. 2007. The Quantitative-Qualitative Continuum. Teoksessa: Gerrish, K. & Lacey, A. (toim.) The Research Process in Nursing. Oxford: BlackwellPublishing Ltd, 155- 172.
- Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki Tammi.
- Valkonen, L. 2011. Lakiluonnos julkaistiin: ikäihmisille oikeus saada hoivaa tarpeen mukaan. Vanhustyö 30 (2), 16–17.
- Valtioneuvoston kuntoutusselonteko, 2002.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>. Tulostettu 1.9.2011.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26- 34.
- Viitala, R. 2007. Henkilöstöjohtaminen Strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita.
- Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

- Viramo, P. 2001. Kuntoutusratkaisuja dementoituneen arkeen opas ammatti henkilöstölle. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 4/2001. Suomen dementiahoitoyhdistys ry.
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2002. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.). Muistihäiriöt ja dementia. 2010. Helsinki: Duodecim, 20 – 36.
- Virnes, E. 2003. Vanhustyön kehittämishankkeet kunnissa. Teoksessa: Holma, T. 2003. Laatusuunnitelman arkeen – suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 7 – 12.
- Voutilainen, P. 2006. Toimintakyvyn ja elämänlaadun arviointi. Teoksessa: Heimonen, S., Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: EDITA, 21- 42.
- Voutilainen, P. 2010. Ikääntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa: Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 109 – 122.
- Voutilainen, P., 2011. Muistisairaudet Kansanterveyden ja – talouden iso kysymys. Hoivapalvelut 3 (1), 8-9.
- Vuorio, S. & Väyrynen, R. 2011. Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveyspalveluissa 2009. Tilastoraportti. Helsinki: Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos.
- Väestörakenne. 2009. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkojulkaisu]. ISSN=1797–5379. 2009, Väestö iän mukaan vuosina 1875–2009. Helsinki: Tilastokeskus
http://www.stat.fi/til/vaerak/2009/vaerak_2009_2010-03-19_tau_003_fi.html. Luettu: 21.10.2011.
- Väestötilastot. 2009. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkojulkaisu]. ISSN=1798–5137. 2009, Väestö ikäryhmittäin koko maa 1900 - 2060 (vuodet 2010–2060: ennuste). Helsinki: Tilastokeskus
Saantitapa: http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tau_001_fi.html. luettu: 21.10.2011.
- Vähäkangas, P. 2010. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa: Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 145 - 157.
- Winblad, I. & Heimonen, S., 2004. Laatusuunnitelma – Kuntouttavan lyhytaikashoidon haasteet. Teoksessa: Heimonen, S., Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Alzheimerkeskusliitto ry, 73 – 85.

Liite 1

Kuntouttavan hoitotyön estekartoitus

Tämä on osa Sairaanhoidaja Yamk opintojeni opinnäytetyötä, jossa kehitämme kuntouttavaa hoitotyötä Aukustissa. Teemme tässä toimintatutkimuksessa yhteisen kartoituksen jälkeen toiminta- ja menettelyohjeen omaan käyttöön. Merkitse taulukkoon kaikki asiat, joihin olet törmännyt ja kokenut itsellesi/asiakkaallesi tai omaiselle esteeksi kuntouttavan hoitotyön toteuttamiselle. Jos sinulla on jo valmiina idea esteen voittamiseksi niin kirjaa se toiseen sarakkeeseen. Nyt innolla etsimään PALJON esteitä. Tuija

Millaisiin esteisiin olet törmännyt toteuttaessasi KUNTOUTTAVAA HOITOTYÖTÄ	ideoita ESTEEN voittamiseksi

Liite 2

Ensimmäisessä työkokouksessa tehdyt päätökset kuntouttavan hoitotyön kehittämiseksi.

Sovimme kokouksessa 16.8.2011, että eteenpäin kehittämistyössä lähdemme seuraavasti:

1. Kiitosta jaetaan enemmän kaikkien kesken kaikille, onnistumisista idealla ”moitteet kahden kesken ja kiitokset kaikkien kuullen”. Tavoitteena tällä on että asiakkaissa herätellään positiivista kauteutta ja sitä myöten entistä enemmän yrittämistä toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja sen parantamiseksi. Pieni kilpailu ei olisi tässä pahitteeksi koska todettu, että motivointi on usein aika vaikeaa. Samoin todettiin, että toisten asiakkaiden kohdalla motivointi on vaikeaa pitkälle edenneen muistihäiriön vuoksi.
2. Pesutilanteisiin paneudumme siten että sanallista ohjausta tehostetaan. Pesulappu annetaan asiakkaalle käteen joten hän voi ohjattuna pestä mahdollisimman paljon itse, samoin suihkua voi itse pitää kädessä.
3. WC:ssä käyneillä samoin pukemiset ja riisumiset mahdollisimman itsenäisesti, pyritään pärjäämään sanallisilla ohjeilla ja mahdollisimman pienellä puolesta tekemisellä. Lähdetään tilanteesta pois ja annetaan asiakkaalle mahdollisuus toimia itse. Monesti läsnä oleva hoitaja antaa virikkeen pyytää apua, vaikka pärjäisi itse. Hoitaja voi sillä aikaa käydä tekemässä jotain muuta pientä ja käydä hetken päästä kurkkaamassa onko kaikki hyvin. Jos asiakas tarvitsee apua, sitä voi antaa pienesti tai sanallisesti. Pääasia että asiakas yrittää ja pärjää vaikka hitaastikin. Tavoitteena ovat pienin mahdollinen avun antaminen ja asiakkaan suurin mahdollinen itsenäisyys siten että asiakkaan tarpeet tulevat tyydytytyiksi.
4. Teemme ”lyhyesti asiakkaista” – kansion. Käytössä on jo ollut perehdytyskansiossa osio jossa on kerrottu lyhyesti asiakkaista tärkeimmät asiat siten että uusi työntekijä saa tarpeellisen informaation nopeasti, niin että hän voi turvallisesti hoitaa asiakkaita. Nyt tätä laajennetaan, niin että siihen liitetään tavoitteellisesti asiakkaan toimintakyky, auttamisen taso, ruokavalio, ruokailu, lääkkeiden otto, Wc-asiat ja pesut. Tehdään jokaisesta asiakkaasta yksi A4 liuskan verran tekstiä ja sijoitetaan se erilliseen kansioon josta tiedot on helppo löytää pikaisesti. Näin päätettiin koska uusilla työntekijöillä ei usein, ainakaan alkuun, ole riittävää kokemusta käydä etsimässä tietoja Hilikka-ohjelmalta joka on meillä käytössä.

Kansion tekemisessä käytetään apuna Hilikka-ohjelman toimintakyky kartoitusta, joka tehdään ensiksi jokaisesta asiakkaasta. Siinä kartoitetaan asiakkaan ruumiin/kehon toiminnot, ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristötekijät. Sitten teemme jokaisesta asiakkaasta ”lyhyesti”: lääkitys, sairaudet, vahvuudet ja jäljellä olevat voimavarat, heikkoudet, unohtuneet tai menetetetyt voimavarat, kartoitetaan uhkat sitten määrittelemme kuntouttavan hoitotyön tavoitteet ja hoitotyön keinot. Kaikki nämä tehdään muistaen ihmisen kokonaisuus: fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus.

Tämä lyhyt kuvaus jokaisesta asiakkaasta on nopeasti luettavissa ja omaksuttavissa, se ohjaa työntekijöitä kuntouttavan työotteen käyttöön otossa ja sisäistämässä. Se päivitetään tilanteen muuttuessa.

Liite 3

Kysely henkilökunnalle

Kuntouttavan hoitotyön kehittäminen Hoitokoti Aukustissa

Mitä kuntouttava hoitotyö on Hoitokoti Aukustissa?

Miten se näkyy käytännössä?

Onko kuntouttavan hoitotyön kehittäminen ollut tarpeellista? Miksi?

Miten kuntouttavan hoitotyön kehittäminen vaikutti sinun työhösi?

Mitä se merkitsee sinulle työssäsi?

Mitä opit? Mitä me opimme työtiiminä?

Miten kuntouttavan hoitotyön kehittämistyö on kokonaisuudessaan onnistunut? Luettele onnistuneita ja epäonnistuneita asioita. Mitä olisi pitänyt tehdä toisin?

Arvioi omaa osaamistasi ja taitoasi kuntouttavan hoitotyön käytössä nykyään?

tosi surkeaa			keskinkertaista		olenhan minä tosi taitava	
--------------	--	--	-----------------	--	---------------------------	--

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Arvioi kehittämistyön johtamista?

tosi surkeaa			keskinkertaista		onhan hän tosi taitava	
--------------	--	--	-----------------	--	------------------------	--

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

KIITOS!

TOIMINTA- JA MENETTELYOHJE

KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ HOITOKOTI AUKUSTISSA

Hoitokoti Aukustin kuntouttavaa hoitotyötä koskeva toiminta- ja menettelyohje on tarkoitettu yhdenmukaistamaan kuntouttavan hoitotyön toteuttamisen menettelytavat, korostaen asiakkaan autonomiaa ja yksilöllisyyttä. Se on myös apuväline uusien työntekijöiden, sijaisten sekä opiskelijoiden perehdytyksessä. Toiminta- ja menettelyohjeen laatimisen perustana ovat kuntouttavan hoitotyön kehittämisesä saatu tieto mitä kuntouttava hoitotyö on Hoitokoti Aukustissa sekä näyttöön perustuva tieto.

Kuntouttava hoitotyö lähdekirjallisuudessa

Vanhusten kuntouttava hoitotyössä asiakkaan voimavarat terveys ja valinnanvapaus otetaan huomioon. Se on hoitajien käsillään tekemää ammatillista työtä ja ihmisestä välittämistä. Vanhuksen kuntouttava hoitotyö on tiimityönä toteutettavaa työtä, jossa tavoitteena on toimintakyvyn ja omatoimisuuden lisääminen. Se sisältää motivointia, ohjausta, aktivointia, rohkaisua, tukea ja kommunikointia vanhuksen kanssa. Se on tavoitteellista ja prosessiluonteista jota myös arvioidaan. Myös perheen toimintamallit on otettava huomioon.

Kuntouttava hoitotyö hoitajien kuvaamana Aukustissa

Hoitotyöntekijöiden mielestä kuntouttava hoitotyö Hoitokoti Aukustissa on asiakkaan jäljellä olevien voimavarojen hyödyntämistä ja parantamista sekä tuen antamista tarpeen mukaan. Siihen kuuluu kiitoksen antamista ja kannustusta motivointia, ohjausta, rohkaisua, luovuutta ja kädentaitoja.

Ulkoilu ja liikunta ovat tärkeitä elementtejä kuntouttavassa hoitotyössä. Kuntouttavassa hoitotyössä hoitajat ”puhaltavat yhteen hiileen”, tekevät yhteistyötä ja jakavat tietoa.

Asiakkaan arjessa kuntouttava hoitotyö näkyy ”arjen pienissä asioissa”. Asiakkaat osallistuvat arjen askareisiin kuten: kaatavat juomat itse, voitelevat leivät, sijaavat vuoteensa, tiskaavat, kuorivat perunoita, viikkaavat ja silittävät vaatteita, pyyhkivät pöytiä, pesevät pientä pyykkiä, lakaisevat lattioita ja leipovat. Asiakkaat voivat järjestävää myös itse itselleen tekemistä kuten: tv:n katselu, laulaminen ja lehtien luku. Se on myös toisten asukastovereitten auttamista.

Hoitajan työssä kuntouttava hoitotyö näkyy siten että hoitaja auttaa ja ohjaa tarvittaessa, kehottaa, kannustaa, muistuttaa ja antaa mahdollisuuden suoriutua itse. Jos sanallisen ohjauksen, kannustuksen ja pienen avun jälkeenkään toiminto ei onnistu, autetaan vähän enemmän. Hoitaja on lähellä asiakkaita pienessä yksikössä ja ottavat heidät mukaan toimintaan. Hoitaja keksii ja järjestää virike- ja yhteistä toimintaa mahdollisimman paljon.

Kuntouttavan hoitotyön osaamisvaatimukset

Hoitotyöntekijältä vaaditaan joustavuutta ja luovuutta luoda asiakkaalle tilanteita mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen. Alla olevaan taulukkoon on koottu hoitohenkilöstön osaamisvaatimuksia kuntoutumista edistävässä hoitotyössä.

Laaja-alainen tieto	Kyky koota yhteen erilaista tietoa yksilöllisen hoidon toteuttamiseksi ja dementoituvan ihmisen elämänlaadun tukemiseksi
Kyky havaita oleelliset asiat	Kyky tunnistaa dementoituvalle ihmiselle merkitykselliset asiat ja valita tilannekohtaisesti oikeat, yksilöllisiin tarpeisiin vastaavat hoitamisen tavat
Dementoituvan ihmisen tunteminen	Kyky käyttää dementoituvaan ja hänen elämäänsä sekä läheisiin ihmissuhteisiinsa liittyvää tietoa hoidossa
Eettiset periaatteet	Dementoituvan ihmisen arvon kunnioittaminen Valinnan ja itsemääräämisen mahdollisuuksien luominen dementoituvan ja hänen läheisensä voimaannuttamiseksi
Monipuolinen tietotaidon hyödyntäminen	Hoidon toteuttaminen kokonaisvaltaisella, taitavalla ja joustavalla tavalla

Kuntouttavaan hoitotyöhön sitoutuminen ja tavoitteellisuus

Hoitohenkilöstön yhteistä sitoutumista korostetaan toimintakyvyn ylläpitämisessä ja kuntouttavan hoitotyön toteutumisessa. Sitoutuminen tarkoittaa voimakasta tahtoa toteuttaa perustehtävää sekä aktiivisuutta ja luovuutta toiminnan kehittämisessä, konkreettista sopimista, mitä kuntouttava työote käytännössä tarkoittaa ja miten se arkipäivän toiminnoissa näkyy, tavoitteiden suuntaista toimintaa sekä tietoista, johdonmukaista ja pitkäjänteistä työskentelyä tavoitteiden saavuttamiseksi.

Tavoitteisiin pyritään ennaltaehkäisevällä, parantavalla, ylläpitävällä, ja sopeutumista edistävällä kokonaisvaltaisella toiminnalla. Asiakkaan sopeutumisen, selviytymisen ja itsenäisyyden tukemisessa voimavaralähtöisyys, tavoitteellisuus ja moniammatillinen yhteistyö ovat tärkeitä.

Kuntouttavan hoitotyön yksilöllisyys

Asiakkaan valmiudet ja toimintakyky on arvioitava päivittäin ja hoitajan on sovittava apunsa asiakkaan tarpeiden mukaan. Riskitekijöiden tunnistaminen ja niihin puuttuminen, kuten kaatumisen uhka, aliravitsemuksen riskitekijät, masennus ja iho-ongelmat, kuuluvat kuntouttavan hoitotyön lähtökohtiin.

Kuntouttava hoitotyö ja omaiset

Omainen on asiantuntija, joka on tärkeä yhteistyökumppani hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Eryityisesti dementoituneen ihmisen hoidossa omaisten merkitys korostuu kun dementoitunut ei enää itse kykene kertomaan tavoistaan ja mieltymyksistään. Omaiset tuntevatkin läheisensä parhaiten ja siksi heidät on otettava aktiivisesti mukaan kuntouttavan hoidon toteutukseen. Heiltä saadaan arvokasta tietoa kuntoutuksen sisällön suunnitteluun asiakkaan ja omaisten tarpeita vastaavaksi sekä arjesta selviytymiseksi. Kuntoutuskeinojen ja –menetelmien kertominen omaisille on tärkeää, sillä siten omaiset voivat jatkaa kuntouttavaa hoitoa kotihoidon aikana. Omaisille tulee antaa mahdollisuus osallistua läheisensä kuntouttavaan hoitoon mah-

dollisimman paljoin myös kodin ulkopuolella tapahtuvan hoidon aikana. Tuttu läheinen ihminen voi vähentää dementoituvan ihmisen ahdistusta jo läsnäolollaan. Ahdistus näkyy usein levottomuutena tai aggressiivisena käyttäytymisenä. Omaiset ovat myös asiakkaan sidos perheeseen ja hoitopaikan ulkopuoliseen elämään

Kuntouttavan hoitotyön toteuttaminen

Jokaisella asiakkaalla on omahoitaja, joka vastaa hoidon suunnittelusta, yhteydenpidosta omaisiin ja asiakasta koskevien asioiden tiedottamisesta. Yksilöllisen kuntouttavan hoitotyön toteuttamisen suunnittelussa käytetään apuna Hilka-asiakastietojärjestelmän toimintakykyarvion sekä hoitosuunnitelman laatimista. Näistä tehdään asiakkaasta yksilöllinen lyhyt yhden A4 sivun mittainen yhteenveto asiakkaan lääkityksestä, sairauksista, tavoista, jäljellä olevista voimavaroista, heikkouksista, unohtuneista tai menetetyistä voimavaroista ja uhkista. Sitten määrittelemme tavoitteet ja konkreettiset keinot kunkin asiakkaan kohdalla kuntouttavan hoitotyön toteuttamiselle. Tämä yhteenveto viedään ”lyhyesti asiakkaasta”- kansioon. Kansio on samalla osa uusien työntekijöiden, sijaisten ja opiskelijoiden perehdytystä.

Hoitosuunnitelmat tarkistetaan vähintään puolen vuoden välein, tarvittaessa useamminkin. Voinnin ja avuntarpeen muutokset viedään, omahoitajan toimesta aina myös tähän ”lyhyesti asiakkaista”- kansioon. Jokaisen työntekijän velvollisuus on huolehtia siitä, että on lukenut ohjeistukset ja noudattaa niitä, yhteisen kuntouttavan hoitotyön linjan ylläpitämiseksi.