

SOSIAALINEN KUNTOUTUS VANHUSTEN HOIDOSSA

Kansainvälinen artikkelikatsaus

Marju Tuominen- Tolonen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2011

Kuntoutusohjaus ja – suunnittelu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) Tuominen-Tolonen, Marju	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 21.11.2011
	Sivumäärä 55	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi SOSIAALINEN KUNTOUTUS VANHUSTEN HOIDOSSA		
Koulutusohjelma Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) ROIVAS, Terttu		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan sitä, miten sosiaalinen kuntoutus vanhustyössä näytetään kansainvälisten artikkelien pohjalta. Tavoitteena on uusimpien tutkimusten perusteella selvittää, mitä tarkoitetaan sosiaalisella kuntoutuksella kuntoutusohjauksessa ja miten kuntoutuksenohjaaja voi tukea työssään vanhuksen sosiaalista kuntoutumista. Keskeisimpänä käsitteenä on sosiaalinen toimintakyky ja miten tuemme vanhuksen sosiaalista kuntoutumista.</p> <p>Sosiaalinen kuntoutus on aiheena ajankohtainen yhteiskunnallisesti, yhteisöllisesti ja yksilöllisesti keinona parantaa vanhusten elämänlaatua ja hyvinvointia. Opinnäytetyöni on kansainvälinen artikkelikatsaus, joka muodostui valitsemistani artikkeleista Gerontological of Social Work lehdestä vuosilta 2008–2011.</p> <p>Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin temaattista analyysia, joka antoi mahdollisuuden tutkia laaja-alaista sosiaalisen kuntoutuksen käsitettä teoreettisesta näkökulmasta käsin teemoittelua apuna käyttäen. Teemoittelun avulla löytyi yläteemat yksilötason selviytyminen, yhteisötason tuki sekä yhteiskuntatason vanhuspolitiikka. Näiden pääteemojen alateemoiksi valikoitui erilaisia vanhusta voimauttavat ja toimintakyvyn lisäämisen keinoja ja menetelmiä, tehdyn vanhustyön laadun parantaminen sekä asenteisimme vaikuttaminen positiivisen vanhuskäsityksen luomisen myötä.</p> <p>Keskeisimpinä tuloksina löytyi vanhuksen taustoiden huomioiminen, yksilöllisten tarpeiden selvittäminen pohjana biopsykososiaaliseen hoitotyön toteuttamiseen vanhuksen eri toimintaympäristöissä. Tutkimuksista oli myös löydettävissä kuntoutuksen ohjaajan roolin monitoriteisuus hänen toimiessaan ohjaus, opastus, neuvonta, riitojensovittelija, tuki, työmenetelmien kehittäjä, koulutus ja yhteiskunnallisessa vaikuttamistehtävässään sosiaalisen kuntoutuksen toimintakentillä vanhustyössä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Sosiaalinen kuntoutus, elämänlaatu, kuntoutuksenohjaus, tuettu asuminen, toimintakyky,		
Muut tiedot		



Author(s) TUOMINEN-TOLONEN, Marju	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 21.11.2011
	Pages 55	Language
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title SOCIAL REHABILITATION AS AN ELEMENT OF ELDERLY CARE		
Degree Programme Rehabilitation counselling		
Tutor(s) ROIVAS, Terttu		
Assigned by		
Abstract <p>The purpose of this study is to examine how social rehabilitation within the elderly care sector is presented in international articles. The objective is to clarify, based on the recent research, what kind of social rehabilitation is included in a rehabilitation counsellor's work, and the ways in which a rehabilitation counsellor can support an elderly social rehabilitee. The key concepts are social ability to function and the measures in which an elderly social rehabilitee can be supported.</p> <p>The theme of social rehabilitation is a topical issue on the levels of society and community and also on the individual level, and it is seen as a means of promoting aged and elderly people's well-being and quality of life. The present study is a literature review based on the material collected from international articles published in magazine Gerontological and Social Work over the years 2008 – 2011.</p> <p>The obtained data were analysed by using a thematic analysis, which offered the opportunity to survey the overall concept of social rehabilitation from the theoretical point of view. By means of the theme-based analysis were identified the broad themes, which are individual-level functional ability, support provided by community and elderly care policy conducted by society. As sub-themes were elected various measures and methods of empowering the elderly and increasing their functional ability, improving the quality of care and services for the elderly and affecting attitudes by enhancing a positive concept of the elderly.</p> <p>The principal findings from the survey were the importance of considering the elderly person's background and the significance of assessing her/his individual needs for the basis of implementing the biopsychosocial care process in the various operational environments. The survey also brought into focus the multifaceted and socially significant role of a rehabilitation counsellor's work, since she/he works as a counsellor, guidance provider, advisor, planner, disputes mediator, supporter, developer of working methods and educator in the <u>fields of social rehabilitation included in elderly care</u>.</p>		
Keywords social rehabilitation, quality of life, rehabilitation counselling, supported housing, functional ability, ageing		
Miscellaneous		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	2
2 SOSIAALISESTA KUNTOOUTUKSESTA VANHUSTYÖSSÄ	5
2.1 Kuntoutus käsitteen määrittelyä	5
2.2 Sosiaalisen kuntoutuksen käsitteestä	7
2.3 Vanhustyö	8
2.4 Toimintakyvyn käsite	8
2.5 Sosiaalinen toimintakyky	9
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	11
3.1 Aineisto ja aineiston valinta	11
3.2 Tutkimustehtävät ja – kysymykset	13
3.3 Aineiston analyysi	13
4 TULOKSET	16
4.1. Kuvaus tarkastelun kohteena olevista artikkeleista	16
4.2. Artikkelien tarkastelu teemojen näkökulmasta	20
4.3 Yksilötason selviytyminen	20
4.3.1 Arjessa selviytyminen	20
4.3.2 Itseohjautuvuus ja itsenäisyys	22
4.3.3. Selviytymisstrategiat	23
4.3.4 Kuntoutujan oma arvio selviytymisestään	24
4.3.5 Elämänlaatu ja hyvinvointi	24
4.3.6 Toivo, suru, kuolema	25
4.4 Yhteisötason tuki	26
4.4.1 Perheiden osuus hoidossa	26
4.4.2 Ystävät, naapurit ja vertaistuki	27
4.4.3 Jaetut kokemukset	28
4.5 Yhteiskuntatason vanhuspolitiikka	29
4.5.1 Vanhusten määrä, eliniän kasvaminen ja vanhuspolitiikka	29
4.5.2. Palvelusuunnitelma	31
4.5.3 Kuntouttavat työmenetelmät	31
4.5.4 Vanhustyön työmuodot	33
4.5.5 Sosiaalityöntekijän ja kuntoutuksenohjaajan rooli	34
4.5.6 Kotona asumisen tukeminen	36
4.5.7 Päivätoimintakeskus, pitkäaikaishoito	37
4.5.8 Henkilökunnan jaksaminen	38
4.5.9 Arvot ja eettisyys	39
4.6 Yhteenveto	41
4.7 Sosiaalisuuden tukeminen kuntoutusohjaajan työssä	44
5 POHDINTA	47
LÄHTEET	50
LIITTEET	53

1 JOHDANTO

Käsittelen opinnäytetyössäni sosiaalista kuntoutusta osana vanhustyön kontekstia. Tarkastelen millaisena hahmottuu sosiaalinen kuntoutus kansainvälisen tutkimuksen kautta sekä mitkä alueet ja valinta lähti omasta kiinnostuksestani vanhuksiin ja heidän parissaan tehtävään työhön, kuntoutukseen ja erityisesti sosiaaliseen kuntoutukseen. Sosiaalisen kuntoutus vanhustyössä voidaan ymmärtää kokonaisuudeksi, jossa pyritään parantamaan vanhuksen kykyä selviytyä arjessaan, vuorovaikutuksellisesti.

Omaan työhistoriaani kuuluu pitkäaikainen työskentely vanhusten parissa terveyden- ja sosiaalialan eri toimintakentillä. Mielestäni sosiaalinen ja terveydenhuollollinen toiminta ovat vanhustyössä lähestulkoon aina yhtä aikaa läsnä. Toisaalta palvelujärjestelmämme pyrkii erottamaan toimintakenttiä toisistaan. Yksi taho huolehtii terveydellisistä seikoista, toinen sosiaalisista tarpeista ja kolmas taho kuntoutuksen järjestämisestä. Mielestäni toimintakenttien tulisi pelata paremmin yhteen. Tämän vuoksi sosiaalinen kuntoutus on erityisesti mielenkiintoni kohteena.

Sosiaalisen kuntoutuksen valitseminen opinnäytetyöni tarkastelun kohteeksi sai lisäpontta harjoittelujaksoltani Kotosalla -säätiossa. Kotosalla -säätiosn esteettömät asunnot ovat tarkoitettu + 55-vuotiaille, jotka haluavat turvallisen asumismuodon omassa asunnossaan täydennettynä helposti saatavilla lisäpalveluilla. Asumismuoto on yhteisöllinen, jossa asukkaat voivat nauttia seurasta ja järjestetystä toiminnasta. Kotosalla -säätiosn palveluohjaajat suunnittelevat asukkailleen liikunnallisia toimia (fysioterapeutin vetämät liikuntaryhmät), taide- ja kulttuuritapahtumia, yhteisiä kokoontumisia eri aiheiden ympärillä (esimerkiksi ravitseminen) sekä perinteiset juhlatapahtumat yhteisissä tiloissa. Mielestäni toimintamalli keskittyy sosiaalisen kuntoutuksen ajatusmallin toteuttamiseen innovatiivisesti.

Kansainvälisiä artikkeleja sosiaalisen kuntoutuksen erilaisista toteuttamismalleista halusin tarkastella uusien ideoiden löytämiseksi sosiaaliseen kuntoutuk-

seen meillä tehtävässä vanhustyössä. Sosiaalinen kuntoutus kuntoutusohjauksena on yksilöstä yhteisöön päin rakentuvaa ohjausta, opastusta, neuvontaa ja arviointityötä kohti yhdessä tekemisen meininkiä, jonka tavoitteena on elämänlaadun parantaminen hänen omassa elinympäristössään. Elämänlaatu ja mitä se tarkoittaa jokaisen ihmisen elämässä, pyritään huomioimaan palvelutarpeiden arvioinnissa.

Sosiaalinen kuntoutus voidaan nähdä kattokäsitteenä kaikelle kuntoutukselle. Tämän käsitteen voimistuminen keskusteluissamme lisäisi sosiaalisen kuntoutuksen arvostusta, avaisi käsitettä yleisempään tietoon ja olisi täten siirrettävissä paremmin käytännön tasolle. Tarkastelen artikkelikatsauksessani näitä aiheita sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmasta. Toisaalta olen myös kiinnostunut siitä poikkeavatko ja jos niin miten, suomalaisten käsitykset poikkeavat kansainvälisistä käsityksistä. Mitä tarkoitamme sosiaalisella kuntoutuksella ja toteutuuko sosiaalinen kuntoutus vanhustyössä? Kiinnostavaa on myös se, jääkö sosiaalinen vähemmälle huomiolle hoidollisten seikkojen korostuessa toteuttamassamme vanhustyössä.

YK:n päätöslauselmassa n:o 46/91 todetaan ikääntyneitä koskevien periaatteiden olevan itsenäisyys, riippumattomuus, osallistuminen, hoito ja huolenpito, itsensä toteuttamisen mahdollisuudet sekä arvokkuus. Päätöslauselman periaatteissa näyttäytyy sosiaalisen kuntoutuksen pääperiaatteet, eli asiat joita meidän tulisi tavoitella tämän päivän vanhustyössä. Siksi pidän tämän tutkimuksen tekemistä tärkeänä. Periaatteet itsenäisyys, osallistuminen, hoito ja huolenpito, itsensä toteuttaminen ja arvokkuus tulisi nähdä yhteiskunnallisesti sosiaalisena kuntoutuksena ja yhtä tärkeinä kuin terveydenhuollolliset kuntouttavat toimenpiteet. Niihin tulisi satsata yhtä paljon resursseja ja voimavaroja kuin muihinkin kuntoutuksen osa-alueisiin. Jos haluamme toteuttaa vanhustyön kontekstissa tapahtuvaa kuntoutusta kokonaisvaltaisesti, tulee sosiaalinen kuntoutus nähdä tasavertaisena osana kuntoutusprosessia muiden kuntoutuksen toimintalojien kanssa.

Halusin opinnäytetyössäni tarkastella sosiaalista kuntoutusta ulkomaisten artikkelien kautta. Artikkelien hakuprosessissa sosiaalinen kuntoutukseen vanhuksuudessa liittyviä aiheita löytyi ainoastaan sosiaalityön julkaisuista. Julkaisuksi valikoitui Journal of Gerontological Social Work - lehti aikaväliltä 2008 -2011. Artikkelien tarkemman tarkastelun tuloksena löytyi kuusi artikkelia, joista oli löydettävissä sosiaalisen kuntoutuksen määritelmään liittyviä elementtejä sekä kuntoutusohjaajan työhön kuuluvaa toimintaa. Kuntoutuksenohjaajan nimike ei ole käytössä kansainvälisesti, minkä vuoksi kansainvälisistä artikkeleista ei löytynyt kuntoutuksenohjaajan nimikkeen käyttöä, vaan artikkeleissa puhutaan sosiaalityöntekijästä. Sosiaalityöntekijän tehtävät ja toimenkuva ovat näissä artikkeleissa lähes vastaavat meillä määritellyn kuntoutuksenohjaajan työn ja toimenkuvan kanssa, minkä vuoksi pidän perusteltuna kyseisten artikkelien valintaa.

Opinnäytetyössäni esittelen artikkelien tutkimusten avulla millaisia ulkomaisia tutkimuksia on tehty liittyen vanhusten sosiaaliseen kuntoutukseen ja millaisia tuloksia ja keinoja on löydetty sosiaalisen kuntoutuksen toteuttamiseen vanhusten parissa. Tavoitteenani on löytää uutta tietoa sosiaalisesta kuntoutuksesta sovellettavaksi kuntoutusohjaustyöhön vanhusten parissa.

2 SOSIAALISESTA KUNTOUTUKSESTA VANHUSTYÖSSÄ

2.1 Kuntoutus käsitteen määrittelyä

Kuntoutuksen määrittelyä on vuosien varrella tehnyt useampi taho. Kulloiseenkin käsitteen määrittelyyn on vaikuttanut se kuka määritelmää tekee ja missä kontekstissa. Kirjallisuudessa kuntoutuksen toimintaloikoiksi on määritetty lääkinällinen kuntoutus, ammatillinen kuntoutus, kasvatuksellinen kuntoutus ja sosiaalinen kuntoutus (Järvikoski & Härkäpää 2004, 23.) Kuntoutuksen määrittelyissä on pyritty huomioimaan toimintalohkot ja minkä painotuksen kukin toimintalohko saa, riippuu määrittelijän kuntoutuksellisesta näkemystä.

Kuntoutus toimenpiteenä on alkanut aistivammaisten erityiskoulujen muodossa 1800-luvun alussa Pohjoismaissa. Suuri merkitys oli myös 1. maailmansodan aikana sodassa vammautuneiden hoidon jälkeisen kuntoutuksen toimenpiteillä. Suomessa uranuurtajana kuntoutuksen saralla voidaan pitää nykyistä Invalidisäätiötä. Invalidisäätiö perustettiin 1940-luvulla. Säätiön tehtäviin kuului vammautuneiden kuntoutuksen, koulutuksen ja leikkaushoidon järjestäminen lähinnä lääkinällisen kuntoutuksen näkökulmasta. Tänä aikakautena huomiota alettiin kiinnittää vammautuneen kokonaistilanteeseen kuntoutumisprosessissa ja mukaan tuli sosiaalisen kuntoutuksen huomioiminen kuntoutujan omassa ympäristössä. Huomiota kiinnitettiin vammautuneen sopeutumisessa kotioloihin, traumojen käsittelyyn (pelot), perhesuhteisiin, talouteen sekä ammattiin liittyvissä asioissa (Matinvesi 2010, 188–189.)

Kansainvälisen terveysjärjestö WHO (World Health Organization) ja kansainvälinen työjärjestö ILO (International Labour Organization) ovat määritelleet kuntoutuskäsitettä seuraavasti Järvikosken ja Härkäpään (1995) tekemän tekstin mukaisesti:

Kuntoutus on lääkinnällisten, sosiaalisten, kasvatuksellisten ja ammatillisten toimenpiteiden koordinoitu kokonaisuus, jolla pyritään kohentamaan yksilön toimintakyky parhaalle mahdolliselle tasolle (WHO 1969, Järvikoski & Härkäpää 1995, 17.)

Kuntoutus sisältää kaikki ne toimenpiteet, joilla pyritään vähentämään vammauttavien ja vajaakuntoisuutta aiheuttavien olosuhteiden vaikutuksia sekä saattamaan vammaisen ja vajaakuntoisen kykeneväksi saavuttamaan sosiaalinen integraatio. Kuntoutus ei tähtää vain vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden valmentamiseen sopeutumaan ympäristöönsä, vaan se kohdistuu heidän välittömään ympäristöönsä ja koko yhteiskuntaan heidän sosiaalisen integraationsa edistämiseksi. (WHO 1981, ILO 1983, Järvikoski & Härkäpää 1995, s.17.)

Kansainvälisen terveysjärjestön WHO:n määritelmässä otettiin ensikertaa esiin vuonna 1981 vajaakuntoisen henkilön käsite. Vajaakuntoisella tarkoitetaan henkilöä jonka osallistumismahdollisuudet yhteiskunnassa ovat rajoitetut. Käsitys poikkeaa vanhasta sairaus ja vammakeskeisestä toimintakyvyn rajoitteesta kuntoutuksen määrittelyä tehtäessä. WHO:n määrittelyissä siirryttiin vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan ja elämänlaatukäsitteisiin ja holistiseen ihmiskäsitykseen. Holistisessa ihmiskäsityksessä ihminen nähdään biopsykososiaalisena olentona. Holistinen ihmiskäsitys ottaa huomioon ihmisen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja henkiset ulottuvuudet.

Kansainvälisen terveysjärjestön WHO:n kuntoutuskeskustelussa kerrotaan esimerkiksi Yhteisötason kuntoutus mallista (Community-based rehabilitation, CBR 1980), joka on suunnattu vammautuneille, vajaakuntoisille ja heidän perheilleen perustarpeiden, osallisuuden sekä osallistumisen mahdollisuuksien varmistamiseksi. CBR keskittyy vammaisten koulutus, työllisyys, terveys- ja sosiaalipalvelujen hyödyntämiseen elämänlaadun parantamiseksi. CRB täytäntöönpano edellyttää vammaisten, perheiden, järjestöjen, yhteisöjen, asianomaisten, valtion, hallituksen, terveyden-, sosiaali-, koulutusalojen ammattilaisten yhdistettyjä ponnisteluja. (WHO & CBR 1980.)

Käytetyin kotimainen kuntoutuksen määritelmä on Kuntoutusselonteon määritelmä vuodelta 2002, joka on seuraavanlainen:

Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutuminen. Kuntoutumisen näkökulmasta kuntoutus voidaan määritellä ihmisen tai ihmisen ympäristön

muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. (Kuntoutusselonteko 2002.)

Kuntoutusselonteon määritelmästä löytyy kuntoutuksen peruseriaatteet eli tavoite joka tarkoittaa kuntoutumista, kuntoutujan elinympäristön huomioon ottamista ja erilaisia toimintakyvyn tukemisen keinoja. Työmenetelmänä kuntoutus tarkoittaa suunnitelmallista, kokonaisvaltaista ja prosessimaista toimintaa jolla edistetään kuntoutujan itsenäisyyttä, elämänlaatua ja hyvinvointia.

Tässä opinnäytetyössäni käytän Kansainvälisen terveystieteiden WHO:n (1981) ja Kansainvälisen työjärjestön ILO:n (1983) kuntoutuksen määrittelyä yhdistellen Kuntoutusselonteon määritelmään. Kuntoutuksen näen käsittävän kaikkia niitä toimenpiteitä ja keinoja, joiden avulla kuntoutujaa voidaan auttaa selviytymään arjessa omassa ympäristössään, yhteisössään ja yhteiskunnassa. Kuntoutuksen avulla pystytään edistämään hyvinvointia, elämänlaatua ja laaja alaista toimintakykyä. Näen kuntoutuksen laaja-alaisena toimintana ja toiminnanrajoitteet voivat olla myös sosiaalisia. (WHO 1981 & ILO 1983.)

2.2 Sosiaalisen kuntoutuksen käsitteestä

Sosiaalinen kuntoutus on suhteellisen uusi käsite ja sen määrittely yksiselitteisesti on haasteellista. Kansallisissa ja kansainvälisissä yhteyksissä on yritetty sosiaalista kuntoutusta määrittellä ja 1970- ja 1980-luvulla, siinä täysin kuitenkin onnistumatta. Sosiaalisen kuntoutuksen määrittely riippuu siitä, kuka toimii määrittelijänä ja missä ympäristössä määrittely tapahtuu. Tämän vuoksi sosiaalinen kuntoutus voidaan nähdä yläkäsitteenä kaikille kuntoutuksen toimintaloikoille. Kuntoutuksen toimintaloikoja ovat lääkinällinen-, kasvatuksellinen-, psyykinen- ja sosiaalinen kuntoutus. Järvisen ja Härkäpään (2004, 24) määritelmän mukaan sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitetaan prosessia, jolla pyritään parantamaan asiakkaan sosiaalista toimintakykyä eli kykyä selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista, vuorovaikutuksesta omassa elinympäristössään, esteettömästi. Esteettömyydellä tarkoitetaan esteettömyyttä

asuinympäristössä, osallisuudessa, sosiaalisissa suhteissa, taloudellisissa asioissa sekä kaikenlaisessa turvallisuudessa.

2.3 Vanhustyö

Vanhustyöllä voimme käsittää kaiken palveluun, hoivaan ja huolenpitoon, auttamiseen ja tukemiseen liittyvät tehtävät ammattilaisten tekemänä vanhusten parissa eri toimintaympäristöissä, kuten kotona, tuetussa asumisessa, laitoksessa, kerhoissa ja monessa muussa vanhuksen elämään liittyvässä toimintapaikassa. Nykypäivän keskusteluissa käytetään vanhustyötä kuvaamaan käsitettä gerontologinentyö. Useimmiten vanhuksia yhdistävänä tekijänä näissä toimintaympäristöissä on heikentynyt toimintakyky. Vanhustyöntekijöinä meidän tulee omata tietoa vanhenemisen fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista mekanismeista ja oppia huomioimaan vanhuksen voimavarat, elämänlaadun parantamisen ja keinoja osallisuuden parantamiseen. Tavoitteena laadukkaan vanhustyön toteuttamisessa on kaikenlaisen vanhuksen elämää ja elämänlaatua ja hyvinvointia lisäävien menetelmien toteuttamista vanhustyön kontekstissa (Tietäväinen, 2003, 34–35.)

2.4 Toimintakyvyn käsite

Toimintakykyä voidaan määritelmänä avata fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, kognitiivisen ja oikeudellisen toimintakyvyn tukemisen ja parantamisen näkökulman kautta.. Fyysiseen toimintakykyyn kuuluu liikkuminen ja kaikenlainen kehon käyttö, erilaiset taidot kuten kädenkäyttö piirtämiseen ja kirjoittamiseen, arjen askareet kuten pukeminen, riisuminen, hygieniahoito, kotityöt, aistitoiminnot, vapaa-ajan toiminnot, ravitsemustila sekä sosiaalisten roolien toteuttaminen. Psyykkiseen toimintakykyyn liittyy elämästä nauttiminen, oppiminen, muisti, älykyys, minäkuva, itsearvostus, elämän tavoitteet, usko, toivo, persoonallisuus, selviytymisstrategiat, mieliala, turvallisuus, tilanteen hallinnan tunne, luovuus. Kognitiiviseen toimintakykyyn kuuluu muisti, tiedonkäsittely, toiminnanohjaus sekä kielelliset toiminnot. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyy vuorovaikutus, ihminen aktiivisena osallistujana ja toimijana, sosiaaliset verkostot, perhe-elämä, kyky eri tavoin ilmaista itseään, yhdessäolon tyydyttämi-

nen, sekä omien mahdollisuuksiensa tunnistaminen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 92 -108.)

2.5 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky on laaja-alainen käsitys toimintakykyisyydestä. Sosiaalinen toimintakyky yhdistää sosiaalisen ja toimintakyvyn kokonaisuudeksi. Tietäväinen (2003, 33) kirjoittaa teoksessaan sosiaalisen määrittelyn olevan kiinni siitä, tarkastellaanko aihetta sosiologisen, sosiaalipsykologisen vai sosiaalipoliittisen näkökulman välityksellä. Katsontakannasta riippuen yksilön suhdetta verrataan muihin ihmisiin yksilö-, yhteisö ja yhteiskuntatasolla. Käytännön tasolle vietyinä sosiaalinen toimintakyky sisältää yksilötason, kyvyn selviytyä arjessa, kyvyssä luoda suhteista muihin ja toimia ympärillään olevissa yhteisöissä ja yhteiskunnassa itsenäisyytensä säilyttäen. Yhteisötason selviytymiseen liittyy perhe, ystävät, naapurit ja kokemusten jakaminen yhteisön jäsenten kanssa. Yhteiskuntatason sosiaaliseen toimintakykyyn voidaan katsoa kuuluvaksi yhteiskuntapoliittisen päätösten ja yhteiskunnan tuomat muutokset kuten vanhusten määrän, eliniän ja toteutetun vanhuspolitiikan näkyminen vanhustyön aineellisina tekijöinä ja konkreettisena vanhusten elämään vaikuttavina tekijöinä.

Arvot, asenteet ja eettinen toiminta ovat yksi osa yhteiskuntatason selviytymistä ja osallisuutta mahdollistavia toimintakyvyn osa-alueita. Ikääntymiseen ja vanhuskäsitys yhteiskunnassa vaikuttaa paljon yksilötason selviytymiseen suhteessa yhteisöön ja yhteiskuntaan. Myönteinen asenne vanhuuteen näkyy esimerkiksi hoitohenkilökunnan hoidon laadussa vanhustyössä, myönnytyissä taloudellisissa resursseissa kuten esimerkiksi eläkkeet sekä panostuksessa vanhustyöntekijöiden koulutukseen, osaamisen kehittämiseen, asumiseen ja hyvän palvelu- ja hoitosuunnitelman tekemiseen ja teknologian kehittämiseen. (Tietäväinen, 2003,33.)

Toimintakyvyn mittaamiseen käytetään erilaisia mittareita. Yleisimmät käytetyt mittarit mittaavat fyysistä toimintakykyä. Muita mitattavia toimintakyvyn osa-alueita ovat psyykinen, kognitiivinen, sosiaalinen ja ympäristö. Yleisimmät

käytetyt mittarit ovat ADCS-ADL päivittäistoiminnot (Alzheimer Disease Cooperative Study- Activities of Daily Living), IADL fyysisen, psyykkisen ja kognitiivinen toimintakyky, asioiden hoitaminen (The International Association for Distance Learning, Lawton & Brody 1969), CERAD (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) kognitiivinen tehtäväsarja sekä MMSE (MiniMental State Examination) älyllisen toimintakyvyn arvio. Suomessa on käytössä kuntakohtaisesti RAVA™- järjestelmä ja RAI (Resident Assessment Instrument) – järjestelmät asukkaan toimintakykyisyyden arviointivälineenä. Voutilainen & Vaarama (2005) ovat taulukoineet Stakesin raportissaan Suomessa käytössä olevia mittareita 24 kappaletta. (Voutilainen & Vaarama, 2005.)

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin käytettäviä mittareita edellisten lisäksi on CDR (Clinical Dementia Rating) muistin ja toimintakyvyn arviointilomake. Toimintakykymittareita ei aina käytetä palvelutarpeen pohjana laadittaessa palvelusuunnitelmaa. Kansainvälisissä artikkeleissa mainintoja toimintakykymittariston käytöstä arvioinnissa esiintyi vain yhdessä artikkelissa. Palvelutarpeen arvioinnissa käytettiin havainnointia, eri ammattilaisten näkemystä, asiakkaan ja omaisten näkemystä palvelusuunnitelman laadinnan pohjana. Yleisesti sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin käytettäviä mittareita on olemassa vain muutamia kuten ADCS (Alzheimer Disease Cooperative Study), ADL (Activities of Daily Living), CDR (Clinical Dementia Rating), EASYcare, NOSGER (Nurses' observation scale for geriatric patients) ja RAI (Resident Assessment Instrument). (Voutilainen & Vaarama, 2005, 11.)

Toimintakyvyn biopsykososiaalisessa mallissa (BPSDC- Biopsychosocial Dimensional Classification) annetaan sosiaaliselle yhtä suuri painoarvo kuin fyysiselle ja psyykkiselle toimintakyvylle. Sairausten seurausten luokittelu ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) (WHO, 1980.), jossa toimintakyvyn ulottuvuuksiksi luokitellaan vaurio-eheys, toiminnanrajoite-toimintavalmius ja haitta-selviytyminen. ICDH:ssa sosiaalinen sijoittuu haitta ulottuvuuteen. Talo ja Hämäläinen (1997) kirjoittavat artikkelissaan Kuntoutus lehdessä biopsykososiaalisesta mallista, jossa toimintakyvyn ulottuvuuksiksi luokitellut osiot voidaan nähdä puhtaasti sosiaalisina. Tämä malli tukee opinnäytetyöni ajatusta sosiaalisen kuntoutuksen kokonais-

valtaisuudesta, joka sisältää itsessään kaikki kuntoutuksen toimintalohkot. (Talo & Hämäläinen1997,6-14.)

Mallin bio-, psyko- ja sosio-sektorit toimivat vastavuoroisesti. Sosio-sektori luokitellaan haitta osioon ja käyttäytymisen taso ympäröi käsitystä toimintakyvystä. Käyttäytymisen taso eli työ- ja vapaa – ajan suoritusten suhteessa sosiaalisiin edellytyksiin ympäröi sosio- sektoria. Bio-, psyko-, ja sosiaaliset ulottuvuudet kuvataan mallissa sisällöllisesti niin, että keskellä on nykytilanne, joka sisältää toiminnan rajoitteen. Nykytilannetta ympäröi kehitys ja muutos arjessa, johon liittyy vaurio statuksessa. Status sisältää sosiominän, elämän historia perspektiivin ja sosiaalisen kentän koko sosiaalisen minän juuret sekä sosiaalinen aktiivisuuden perheen-, yhteiskunnan sekä formaalisen ryhmän tasolla. (Talo & Hämäläinen2007, 6.)

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Aineisto ja aineiston valinta

Tarkastelen katsauksessani Journal of Gerontological Social Work -lehden artikkeleita vuosilta 2008–2011. En nähnyt tarpeelliseksi tarkastella tätä ajanjaksoa vanhempia lehtiä, koska sosiaalisen kuntoutuksen käsite on uudehko ja valitulta ajanjaksolta löytyi tarpeeksi materiaalia tutkimuksen etenemiseksi. Valitsin Journal of Gerontological Social Work -lehden, koska se on yksi alan keskeisimmistä lehdistä ja lehti oli ainoa, josta löytyi sosiaaliseen kuntoutukseen liittyvää käsitteistöä. Muiden tarkastelun alla olleiden lehtien artikkeleissa käsiteltiin lääkinnällisen kuntoutuksen piiriin liittyviä aiheita.

Hain aineistoni Tampereen yliopiston kirjaston kautta e-lehtiä selaamalla. Etenin aineistonhaussa systemaattisesti tuoreimmasta lehdestä taaksepäin. Koska englanninkielinen käsitteistö oli minulle vieras, etenin lehti lehdeltä. Hakuni eteni otsakkeiden selauksen avulla. Valitsin tarkastelun alle artikkelit, joiden otsakkeissa esiintyi sanoja Dementia, Day Care Setting, Dementia Care Plan-

ning, Coping Strategies, Caregiving Outcomes, Promotion of Instrumental Independence and The Role of the Gerontological Social Worker in Assisted Living, koska näen näiden käsitteiden liittyvän sosiaaliseen kuntoutukseen ja sen tukemiseen.

Otin aluksi tarkasteluun yksitoista artikkelia kyseiseltä ajanjaksolta. Jätin pois artikkelit, joissa käsiteltiin esimerkiksi puutarhanhoitoa ja anteeksiantoa, koska ne eivät näyttäneet antavan tietoa tutkielmani teemasta eli sosiaalisesta kuntoutuksesta vanhustyössä ja kuntoutuksellisten menetelmien käyttöä osana vanhusten parissa tehtävää työtä. Lopulliseen tarkasteluun valitsin kuusi artikkelia. Alla olevaan taulukkoon on koottu artikkelien kirjoittajat, kirjoituksen vuosiluku sekä artikkelin.

JOURNAL OF GERONTOLOGICAL SOCIALWORK KIRJOITTAJAT	VUOSILUKU	OTSIKKO
Abramowitz.L	2008	Working with Advanced Dementia Patients in a Day Care Setting.
Bennet, K &Stenhoff, A. &Pattinson, J &Woods,F.	2010	“Well If He Could See Me Now”: The Facilitators and barriers to the Promotion of Instrumental Independence Following Spousal Bereavement.
Dakin, E &Quijano, L.M. & Mc Alister, C.	2010	Assisted Living Facility Administrator and Direct Care Staff Views of Resident Mental Health Concerns and Staff Training Needs.
Koenig, T.L & Lee, H.L. & Fields N.L. & Macmillan, K.R.	2011	The Role of the Gerontological Social Worker in Assisted living.
Pashby, P. & Kosberg, J.I. & Kaufman, A.V & Leeper, J.D.	2009	Dementia Care Planning: Shared Experience and Collaboration.
Sun, F. & Kosberg, J.I. & Kaufman, A. V. & Leeper, J.D.2010	2010	Strategies and Caregiving Outcomes Among Rural Dementia Caregivers.

TAULUKKO 1. Artikkelien kirjoittajat, julkaisuvuosi ja aihe

3.2 Tutkimustehtävät ja – kysymykset

Tämän tutkimuksen tehtävänä on tarkastella sosiaalista kuntoutusta vanhustyön kontekstissa kuntoutusohjauksellisesta näkökulmasta. Tutkimuskysymyksiksi muodostuivat seuraavat

- 1) Millaisena kansainvälisesti artikkelien perusteella kuvataan vanhuksen sosiaalinen kuntoutuminen?
- 2) Millaisena tarkastelluissa artikkeleissa näyttäytyy sosiaalinen toimintakyky ja kuntoutus kuntoutusohjaajan työssä?

3.3 Aineiston analyysi

Valitsin aineistoni analyysitavaksi temaattisen analyysin, koska se mahdollistaa joustavan tavan analysoida aineistoa ilman ennakko-odotuksia. Temaattisen analyysin tavoitteena on kuvata, analysoida ja raportoida aineistosta esille nousevia teemoja yksityiskohtaisesti. Temaattinen aineisto voi olla aineisto- tai teorialähtöistä. Aineistolähtöinen analyysi perustuu teemojen löytymiseen ilman ennalta määrättyjä koodauskehikoita ja tutkijan esioletuksia. Teorialähtöisessä temaattisessa analyysissä tutkija tarkastelee aineistoa teoreettisesta näkökulmasta ja teeman tulee silloin sisältää jotain tutkimuskysymyksen kannalta olennaista. (Braun & Clarke 2006, 79–81.)

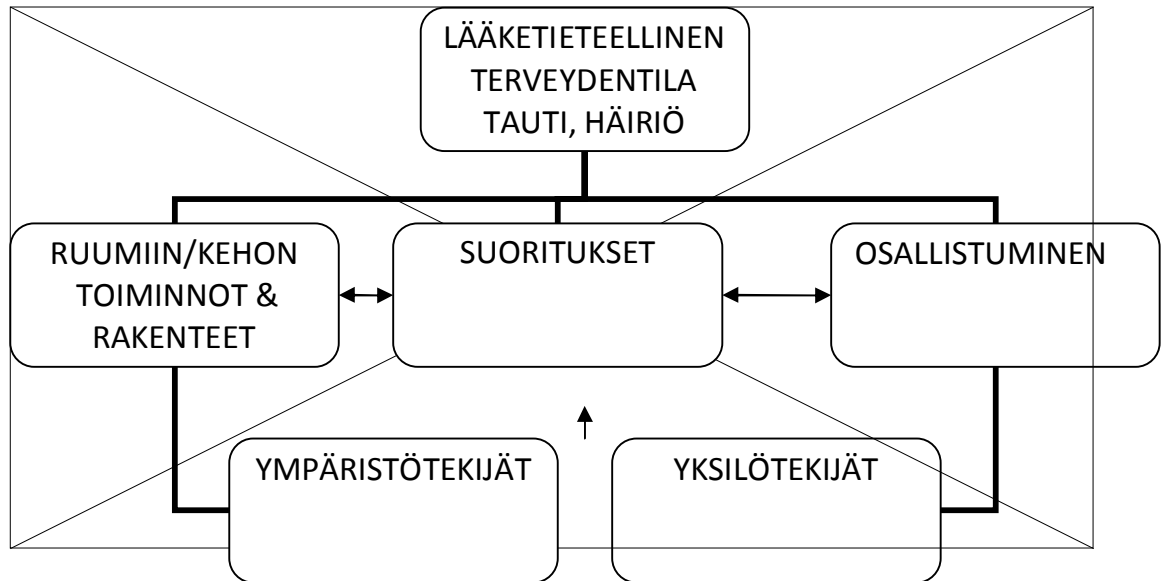
Tarkastelluissa kansainvälisissä artikkeleissa tuli esille runsaasti erilaisia teemoja. Näitä olivat arjessa selviytyminen, aktivointitoimenpiteet, itseohjautuvuus, itsenäisyys, selviytymisstrategiat, kuntoutujan oma arvio selviytymisestään, toimintakykyisyys, elämänlaatu, hyvinvointi, suru, toivo, kuolema, perheen osuus hoidossa, ystävät, naapurit, jaetut kokemukset, palvelusuunnitelman laadinta, sosiaalityöntekijöiden rooli, koulutustarpeet, kotona asumisen tukeminen, päiväkeskustoiminta, laitoshoido, hoitohenkilökunnan ja omaisen jaksaminen, vanhustyön työmuodot, kuntouttavat työmenetelmät, laatu, arvot ja eettisyys. (Abramowitz 2008; Bennett, Stenhoff, Pattison & Woods 2010;

Dakin, Quijano & McAlister 2010; Koenig, Lee, Fields, Kelley & Macmillan 2011; Pashby, Hann & Sunico 2011; Sun, Kosberg, Kaufman & Leeper 2010.)

Teemojen lähemmän tarkastelun kautta edellä mainituista alateemoista alkoi muodostua isompia kokonaisuuksia eli yläteemoja. Esimerkiksi alateemoista arjessa selviytyminen, itsenäisyys, itseohjautuvuus, selviytymisstrategiat, kuntoutujan oma arvio selviytymisestään, elämänlaatu, hyvinvointi, toimintakykyisyys, kuolema, suru ja toivo muodostui yläteema, jonka nimesin yksilötason selviytymiseksi, pärjäämiseksi. Seuraavan yläteeman nimesin yhteisötason tueksi ja siihen sisällytin alateemat perheen osuus hoidossa, ystävät, naapurit ja jaetut kokemukset. Kolmannen teeman nimesin yhteiskuntatason politiikaksi ja siihen sisällytin alateemat vanhusten määrä, eliniän kasvaminen, palvelusuunnitelma, vanhuspolitiikka, kuntouttavat menetelmät, vanhustyön työmuodot, sosiaalityöntekijän rooli, kotona asumisen tukeminen, päivätoimintakeskus, laitoshoido, hoitohenkilökunnan jaksaminen, arvot ja eettisyys.

Tässä opinnäytetyössäni ICF – luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) (kuva 1.) toimii viitekehyksenä teemoittelussa ja vanhuksen terveydellisen ja sosiaalisen toiminnallisen tilan tarkastelussa. Artikkelien pohjalta löytämäni teemat soveltuvat hyvin osaluokitusten alle. Ymmärrettäessä toimintakyky ja sosiaalinen kuntoutus laaja-alaisesti mielestäni parhaimman viitekehyksen tähän tarjoavat Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämä ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) luokitus.

ICF – luokitus tarjoaa tieteellisen perustan tarkastella yksilön ympärillä olevien tekijöiden vaikutusta toimintakykyyn. ICF- luokitus on kansainvälinen, joten se myös tarjoaa toimintakyvyn tarkastelulle yhtenäisen pohjan maailmanlaajuisesti tietojen vertaamiseksi ja koodaamiseksi. ICF- luokitukseen kuuluu kaksi osaa. Osa yksi sisältää toimintakyvyn ja toiminnan rajoitteet ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet ja osa kaksi kontekstuaaliset tekijät joita ovat ympäristö ja yksilötekijät.



KUVA1. International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF-luokitus (WHO & Stakes 2004.)

Seuraavaksi sijoitan teemat ICF- luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) (WHO & Stakes, 2004) toimintakyvyn osa-alueiden alaisuuteen. Yksilötekijät osa-alueen sisältö löytyy yksilötason selviytyminen teeman alta. Yksilötekijöitä ovat arjessa selviytyminen, itseohjautuvuus itsenäisyys, selviytymisstrategiat, kuntoutujan oma arvio selviytymisestään, elämänlaatu ja hyvinvointi sekä tunteet kuten toivo, suru ja kuolema.

Ympäristötekijöihin teemoitteluni pohjalta kuuluvat yhteiskuntatason vanhuuspolitiikka teeman alle sijoittamani asiat kuten eri asumismuodot, (koti, palvelu- ja laitosasuminen), hoitohenkilökunta, palvelusuunnitelma, kotona asumisen tukeminen perhe, naapurit, ystävät sekä asenteet arvot ja eettisyys. Toteutettu vanhuspolitiikka, työmuodot ja menetelmät sekä kuntoutuksenohjaajan rooli kokonaisuudessa voidaan katsoa ympäristötekijöihin kuuluviksi tekijöiksi.

Osallistuminen ja suoriutuminen luokituksen alle teemoista sijoittuvat yhteisötason tuki, josta osa esiintyi jo ympäristötekijöihin. Perheen tuki, ystävät, naapurit, jaetut kokemukset, selviytymisstrategiat, itseohjautuvuus, itsenäisyys, kuntoutujan oma arvio selviytymisestä sekä elämänlaatu ja hyvinvointi teemat.

Ruumiin/kehon toiminnot sekä ruumiinrakenteet osiot kattavat kaiken ihmisen terveydentilaan liittyvät seikat. Artikkeleissa tutkimuksen kohteena olevat vanhukset olivat pääsääntöisesti muistisairaita tai muuten toimintakyvyltään heikentyneitä. Terveydentilan vaikutus ihmisen elämään korreloi koetun hyvinvoinnin kanssa. Sosiaalinen toimintakyky ja kuntoutus ovat tässä työssäni kaiken alleen kokoava kokonaisuus. (Voutilainen & Vaarama 2005, 8-11.)

4 TULOKSET

4.1. Kuvaus tarkastelun kohteena olevista artikkeleista

Abramowitzin (2008) artikkeli Working with Advanced Dementia Patients in a Day Care Setting Journal of Gerontological Social Work -lehdessä kertoo kirjoittajan näkemyksestä päiväkeskustoiminnan työskentelystä. Hän työskentelee MELABEV päiväkeskuksen koordinaattori ja hän toteaa Alzheimerin tautia (muut dementoivat sairaudet) sairastavien aktivoiminnan päivittäistoimintoihin olevan tärkeää. Abramowitz sanoo, että meidän tulisi löytää avain asiakkaan persoonallisiin tarpeisiin, haluihin ja toiveisiin ja antaa merkitystä ihmis-kontakteihin. (Abramowitz 2008, 25–35.)

Hoitohenkilökunnan tulisi Abramowitzin (2008) mukaan selvittää päiväkeskuksen kävijöiden taustat mahdollisimman tarkasti. Päivätoimintakeskuksessa asiakkaiden hoitoa helpottaa tietämys asiakkaan perhetaustoista, mieltymyksistä ja sairaushistoriasta. Taustojen selvittäminen auttaa esimerkiksi käytöshäiriötilanteissa. Hoitajat pystyvät tällöin paremmin ymmärtämään sen, mitä hoidettava yrittää heille sanoa. Hän korostaa erityisesti sitä, että päiväkeskustoiminnan työntekijöiden tulee hyväksyä päiväkeskustoimintaan osallistuja juuri sellaisena kuin hän on. Omaisten raportoinnin mukaan heidän päiväkeskustoiminnassaan oleva omainen on kotioloissa ollut rentoutuneempi päiväkeskuskäyntien jälkeen. (Abramowitz 2008, 25 -35.)

Bennettin, Stenhoffin, Pattinsonin ja Woodsin (2010) artikkelissa "Well If He Could See Me Now" käsiteltiin niitä seikkoja, jotka edistävät tai estävät lesken

(naispuolinen) itsenäisyyttä puolison menetyksen jälkeen. Itsenäisyydellä tarkoitettiin sitä, että saa tehdä asioita itsekseen ja vapautta valita mitä tekee. (Bennett, Stenhoff, Pattinson & Woods 2010, 215–234.)

Tutkimuksessa oli mukana 21 leskeä pohjoislännessä Englannista (Liverpool, Manchester ja muutama syrjäseutualue). Haastateltavien haku tehtiin lumipaloteltekniikan avulla, etsien leskiä sosiaalisista ryhmistä, kirkon ryhmistä ja vapaaehtoistyöntekijöiden joukosta. Kaikki haastateltavat asuivat omassa kodissaan. Ikähaarukka oli 69–83 vuoden välillä. Keskiarvo leskenä oloajalle oli 14 vuotta. Haastattelut tehtiin leskien kotona ja toteutettiin neljässä osassa. Ensimmäisessä osassa kysyttiin ikää, avioliiton kestoa, ammattia ja perhetieoja. (Bennett, Stenhoff, Pattinson & Woods, 2010, 220–222.)

Toisessa osassa kysyttiin avuista ja sitä, kuka perheessä huolehti ”miestentöistä” (remontti, korjaustyöt, talousasiat). Kolmannessa osassa kysyttiin kuka huolehtii kyseisistä asioista puolison kuoleman jälkeen ja neljännessä osiossa kysyttiin miten hallitus voisi auttaa leskiä. Tutkimusmenetelminä käytettiin kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Tuloksena ne naiset, jotka olivat jakaneet perinteiset ”miestentyöt” puolisonsa kanssa naimisissa oloaikanaan, säilyttivät saman itsenäisyyden tason mikä heillä oli ennen leskeksi tulemistaan. Samoin ne naislesket, jotka olivat hoitaneet puolisoaan ennen heidän kuolemaansa, säilyttivät saavutetun itsenäisyyden tason. (Bennett, Stenhoff, Pattinson & Woods 2010, 223–234.)

Dakinin, Quijanon ja McAlisterin (2010) ”Assisted Living Facility Administrator and Direct Care Staff Views of Resident Mental Health Concerns and Staff Training Needs” artikkelissa tutkittiin yhdeksän ison ja kahdentoista pienen tuetun asumisen yksikköä (ALF). Haastateltavana oli 21 yksikön johtajaa ja 75 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Tutkimuksen kohteina olivat mielenterveyden ongelmista kärsivät asukkaat ALF:ssä ja millainen on työvoiman määrä sekä työntekijöiden koulutuksen tarve yksikössä.

Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS versio 17 avulla. Tavoitteena oli kerätä tietoa ALF:n palveluista, henkilökunnasta, asiakkuudesta, henkilökunnan koulutuksen tasosta, koulutustarpeesta ja henkilökunnan näkemyksestä asukkai-

den kunnosta. Tutkimuksen tuloksena tärkeänä pidettiin niin johtajien kuin henkilökunnan ymmärtämystä mielenterveysongelmaista kohtaan ja heidän kyvyistään tunnistaa mielenterveyspotilaiden erityistarpeita. Kyky erottaa dementia ja iäkkään mielenterveysongelmat toisistaan nähtiin puutteellisena. Tiedon lisääminen iäkkäiden mielenterveyden sairauksista nähtiin tärkeänä kehittämiskohteena. (Dakin, Quijano, Courtney & McAlister 2010, 23, 60–66.)

Koenign, Leen, Fieldsin ja Macmillanin (2011) artikkeli ”The Role of the Gerontological Social Worker in Assisted Living” on kvalitatiivinen tutkimus jossa haastateltiin New Yorkin syrjäseutualueelta kolmeatoista tuetun asumisen paikan johtajaa. Viikkoa ennen puhelinhaastattelua asumisyksiköiden johtajat saivat saatekirjeen, joka sisälsi haastattelukysymykset. Haastattelukysymyksiä oli viisi: Kuinka monta vuotta olet toiminut AL:n (tuettu asumisyksikkö) johtajana? Mitä keinoja olet käyttänyt tukeaksesi vanhuksen päätöksentekoa muuttaa tuettuun asumisyksikköön? Kuinka tiedät asiakkaan tehneen onnistuneen ratkaisun palvelua valitessaan, omat taitosi? Kuinka sosiaalityöntekijä voi auttaa taitojesi kehittymistä? Mitkä asiat voisivat tehdä vaikeaksi käyttää sosiaalityöntekijän palveluja? (Koenig ym. 2011, 494- 500.)

Tutkimuskysymyksiin vastatessaan johtajat huomasivat sosiaalityöntekijöiden tärkeyden. Johtajista yksi kertoi esimerkiksi ”leikkineensä” sosiaalityöntekijää, kun sosiaalityöntekijää ei asumisyksikköön ollut palkattu. Johtajat näkivät oman roolinsa enemmänkin kustannusten tarkkailijoina ja kannattavan toiminnan ylläpitäjinä. Sosiaalityöntekijöitä arvostettiin ja heidän roolinsa nähtiin tärkeänä. (Koenig ym. 2011, 501–506.)

Pashbyn, Hannin ja Suniconin (2009) artikkeli ”Dementia Care Planning: Shared Experience and Collaboration” on kvalitatiivinen, kuvaileva tutkimus, joka suoritettiin kasvotusten haastatteleamalla kahtia jaettua ryhmää. Ensimmäiseen ryhmään kuului 15 terveyden hoidon edustajaa (60 % rekisteröityä sairaanhoitajia, 20 % perushoitajia ja 20 % muut) ja toiseen ryhmään kuului 15 omaista, joiden hoidettavalla on diagnosoitu dementia, ja hoidettava omainen asuu 20-paikkaisessa LCT (long - term care) kodissa. Seurantahaastattelu puhelimen välityksellä tehtiin 6 kuukauden myöhemmin. Data-analyysin luontiin käytettiin SPSS versio 15.0. Tutkimuksen tuloksena on se, että terveydenhuoltopalve-

luiden tarjoajat ja perheet voivat olla kumppaneita suunniteltaessa dementiahoidon hoito- ja palvelusuunnitelmaa pitkäaikaishoidon palvelujen piiriin siirtäessä. (Pashby ym. 2009, 837 – 843.)

Sunin, Kosbergin, Kaufmanin ja Leeperin (2010) artikkeli ”Strategies and Caregiving Outcomes Among Rural Dementia Caregivers” tutki eri tapoja hoitaa dementiaa sairastavaa omaistaan syrjäseudulla Alabamassa. Tutkimus toteutettiin puhelinhaastatteluna ja haastateltavia oli 141 dementiaa sairastavaa omaistaan hoitavaa henkilöä (vähintään 10 tuntia viikossa, huolehtien omiansa psyykkisistä, fyysisistä ja sosiaalisista tarpeista). (Sun ym. 2010, 551–564.)

Tutkimuksen avulla löydettiin kaksi selviytymisstrategiamallia: harkittu ja välttäminen. Harkittu selviytymisstrategia kertoo korkeammasta elämään tyytyväisyydestä ja välttämisen strategia vastaavasti alhaisesta elämään tyytyväisyydestä ja hoitajan taakan kasvamisesta. Sosiaalityöntekijän tulisi kiinnittää erityistä huomiota niihin hoitajiin, joilla on käytössä välttämisen selviytymisstrategia. Syrjäseuduilla sosiaalityöntekijöiden puute nähtiin ongelmana. Tutkimustuloksena löytyi myös taakan kokemisen ja terveydentilan välinen yhteys. Tutkimuksesta myös näkyi se, että kulttuurisella taustalla voi olla vaikutuksia valittuun selviytymisstrategiaan. (Sun ym. 2010, 548–550.)

4.2. Artikkelien tarkastelu teemojen näkökulmasta

Seuraavaan taulukkoon olen tiivistänyt yläteemat alateemoineen lukemisen helpottamiseksi:

YLÄTEEMAT:	ALATEEMAT:
YKSILÖTASON SELVIYTYMINEN / PÄRJÄÄMINEN	→ arjessa selviytyminen, toimintakykyisyys, itseohjautuvuus, itsenäisyys, selviytymisstrategiat, kuntoutujan oma arvio selviytymisestään, elämänlaatu ja hyvinvointi, toivo, suru, kuolema.
YHTEISÖTASON TUKI	→perheen osuus hoidossa ystävät, naapurit, jaetut kokemukset.
YHTEISKUNTATASON VANHUSPOLITIikka	→vanhusten määrä, eliniän kasvaminen, palvelusuunnitelma, vanhuspolitiikka, kuntouttavat menetelmät, vanhustyön työmuodot, sosiaalityöntekijän rooli, kotona asumisen tukeminen, päivätoimintakeskus, laitoshoido, hoitohenkilökunnan jaksaminen, arvot, eettisyys.

TAULUKKO 2. Ylä- ja alateemat. (Teemat ja kirjoittajat ovat koottuna taulukossa ja löytyvät myös opinnäytetyöni liiteosiosta liitteet 1/3).

4.3 Yksilötason selviytyminen

4.3.1 Arjessa selviytyminen

Yksilötason selviytyminen yläteema ja sen alateema arjessa selviytyminen, Abramowitzin (2008) artikkeli käsitteli kuntoutujan vahvistamisen näkökulmasta. Vahvistamisen tulisi tapahtua tutkimuksen mukaan validaatiomenetelmää käyttäen. Validaatio menetelmällä (Lumijärvi, 2006, 36–38.) tarkoitetaan työntekijöiden empaattista hoito-otetta, asiakkaan yksilöllisyyden huomioimista ja olemassa olevan persoonallisuuden tukemista. Validaatiomenetelmässä asiakkaan tunteet nähdään oikeina ja hyväksyttävänä. Tunteita asiakas voi ilmais-

ta esimerkiksi aggressiivisella käyttäytymisellä. Validaatiossa käytöshäiriöt nähdään mahdollisuutena muutokseen (Abramowitz 2008, 29–30.)

Artikkelissa kuvataan ajatuksena olevan se, että jos et pysty asiakasta rationaalisesti ymmärtämään, useimmiten pystyt ymmärtämään häntä kuitenkin emotionaalisesti. Päivätoimintakeskustoimintaan osallistuvia jäseniä autettiin selviämään päivän askareista erilaisia työmenetelmiä käyttäen. Pelkästään dementiaa sairastavan muistuttaminen syömisestä ja kuinka se tapahtuu (toiminta oli unohtunut hänen mielestään), pystyttiin häntä auttamaan selviytymään yhdestä päivän toiminnosta lähes itsenäisesti. (Abramowitz 2008, 32.)

Bennett ym. (2010) käsittelevät artikkelissaan arjessa selviytymistä saavutetun itsenäisyyden välityksellä. Arjessa selviytymistä leskeksi jääneillä iäkkäillä naishenkilöillä tutkittiin opittujen kodinhoitoon liittyvien tehtävien välityksellä. Merkitystä arjessa selviytymisellä oli sillä, kuinka paljon leski oli osallistunut kodin kaikkiin töihin, myös perinteisiksi katsottuihin miestentöihin kuten rahataloudenhoitoon ja puutarhanpitoon sekä pieniin kodinkorjaustöihin. Myös muiden lesken elinpiiriin kuuluvien henkilöiden apu, kuten omien lasten, naapurin tai palkatun työntekijän panos tuki leskien arjessa selviytymistä. (Bennett, Stenhoff, Pattinson & Woods 2010, 225–226.)

Dakin ym. (2010) lähestyvät artikkelissaan arjessa selviytymisen teemaa tuetun asumisen piirissä näkökulmasta. Tuetulla asumisella ALF (Assisted living facilities) tarkoitetaan kotihoidon ja laitoksen välimuotoa. Asumismuoto on tarkoitettu niille, jotka eivät enää kotonaan yksin pärjää. Asukkaista suurin osa sairastaa dementoivaa sairautta tai kärsii mielenterveysongelmista. ALF (Assisted living facilities) tarjoaa asukkailleen aterian, taloudenpidon, pyykkihuollon, turvan ja sosiaalisen vapaa-ajan palvelut. Kodinomainen asumismuoto ja kodin toimintoihin osallistuminen ohjatusti tukee asukkaan arjessa selviytymistä. (Dakin, Quijano & McAlister 2010, 54–56.)

Sun ym. (2010) lähestyvät artikkelissaan arjessa selviytymistä selviytymisstrategioiden muodostumisen kautta. Valitulla selviytymisstrategialla on vaikutusta aktiiviseen selviytymiseen kotona omaisen hoitaessa dementiaa sairastavaa omaistaan syrjäseudulla. Valitulla selviytymisstrategialla on merki-

tystä hoitajan jaksamiselle dementoituneen omaisensa hoitotyössä. Selviytymis-strategioista kerrotaan lisää selviytymis-strategiat teeman alla. (Sun, Kosberg, Kaufman & Leeper 2010, 548–550.)

4.3.2 Itseohjautuvuus ja itsenäisyys

Itseohjautuvuuden ja itsenäisyyden teemaa Abramowitz (2008) lähestyi itsenäisyyden menettämisen kautta. Hän mainitsee hoitofilosofian, jonka tavoitteena on tukea myös vaikeasti dementoituneita, myöhäisdementiaa sairastavia aktivointia. (Abramowitz 2008, 31–32.)

Bennett ym. (2010) lähestyivät teemaa niiden seikkojen kautta, jotka edistävät tai estävät naispuolisen lesken itsenäisyyttä puolison menetyksen jälkeen. Itsenäisyydellä tarkoitettiin sitä, että saa tehdä asioita itsekseen ja vapautta valita mitä tekee. Itsenäisyys jaettiin tutkimuksessa neljään osaan: taloudellinen osaaminen, fyysinen terveys, suhteet ja kodinhoito. Naiselle perinteisesti kuuluvina töinä nähtiin kotityöt ja lastenhoito. Miehet vastaavasti huolehtivat talousasioista, puutarhanhoidosta ja korjaustöistä.

Tutkimuksesta ilmeni, että tutkimukseen osallistuvilla leskillä oli vallalla perinteiset käsitykset naisten ja miesten rooleista. Lesket, joilla ei ollut lähellä asuvia lapsia, säilyttivät itsenäisyyden tason tai itsenäisyys lisääntyi heidän elämässään yksin jäännin myötä. Vastaavasti edellä kuvattujen seikkojen puute lisäsi epäitsenäisyyttä ja ulkopuolisen tuen tarvetta. Vaikutusta leskeksi jääneen puolison itsenäisyyteen oli negatiivisilla kokemuksilla, kuten omien lasten en jättäessä vanhempansa huomiotta mikä lisäsi arvottomuuden tunnetta ja riistetyksi tulemisen kokemusta, lasten vaatiessa heiltä esimerkiksi rahaa. (Bennett, Stenhoff, Pattinson & Woods 2010, 215–234.)

Itsenäisyyden teemaa Dakin ym.(2010) lähestyivät yhteisömuotoisen asumismallin kautta. Tämä tuettu asumismuoto ALF (Assisted living facilities) on tarkoitettu niille, jotka haluaisivat elää itsenäisesti, mutta eivät enää pärjää yksin kotonaan. Sosiaalinen hoitotyönmalli ALF:ssä painottaa holistista ja yksilöllistä palvelua joka tukee itseohjautuvuutta, omatoimisuutta ja hyvää itsetuntoa. (Dakin, Quijano & Mc Alister 2010, 53–56.)

Koenig ym. (2011) käsittelevät itsenäisyyttä empowerment (voimaannuttaminen) käsitteen kautta sekä tuetun asumisen AL (Assisted living) hoitofilosofiaa kunnioittaen, mikä tässä yhteydessä tarkoittaa sosiaalityöntekijän antamaa tukea asukkaan itsenäisyyden ja yksityisyyden säilyttämistä tuetun asumisen piirissä. Empowerment painotettu strategia tarkoittaa sitä, että tuetun asumisen yksikön sosiaalityöntekijä auttaa asukasta ja hänen omaisiaan laatimaan yksilöllistä palvelu- ja hoitosuunnitelmaa asukkaalle yhdessä tuetun asumisen hoitohenkilökunnan kanssa. Palvelusuunnitelmaa varten kartoitetaan asukkaan jo olemassa olevat voimavarat ja pyritään miettimään keinoja voimavarojen tukemiseksi ja mahdollisesti lisäämiseksi. (Koenig, Lee, Fields & Macmillan 2011, 507–508.)

4.3.3. Selviytymisstrategiat

Selviytymisstrategiat teemasta Bennett ym. (2010) selviytymisstrategian valinnalla oli merkitystä siinä, miten leskeksi jäänyt sopeutuu uuteen elämänmuutokseen. Strategioiksi mainittiin palautus-sopeutuminen strategia leskien keskuudessa. (Bennett, Stenhoff, Pattinson & Woods 2010, 219.)

Koenig ym. (2011) käsittelevät selviytymisstrategioita ohjauksellisesta näkökulmasta. Tuettussa asumismuodossa sosiaalityöntekijä toimii asukkaan ongelmien ratkojana ja sovittelijana toimien empowerment strategia painotteisesti - eli asiakasta voimaannuttaen oman elämänsä herraksi. (Koenig, Lee, Fields & Macmillan 2011, 507–508.)

Sun ym. (2010) käsittelevät selviytymisstrategia teemaa jakaen selviytymisstrategiat viiteentoista osaan seuraavasti: hyväksyminen, kieltäminen, uskonto, kasvu, tunnesosiaalinen tuki, avullinen sosiaalinen tuki, elämän suunnitelmat, huumori, mielen hallinta, tilannesidonnainen käytös, hillintä, aktiivisuus tilanteissa, päihteiden käyttö, vaatimusten kukistaminen ja tunteiden tuuletus. Selviytyminen jaettiin karkeasti kahteen osaan harkittuun selviytymiseen ja selviytymisen välttämiseen Selviytymisstrategialla nähtiin olevan yhteydessä korkeaan elämäntyytyväisyyteen harkittu selviytyminen ja välttämisen strate-

gian valinnalla oli yhteys huonoon elämänlaatuun ja suureen taakan kokemi- seen. Strategioista löytyi sekä positiivisia että negatiivisia malleja. Selviyty- misstrategiat ovat tärkeitä fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin alueella, kun ihmiset kokevat vaikeuksia kuten stressiä, löytyi ihmisiä, jotka käyttävät käytös- ja psykososiaalisia selviytymiskeinoja. (Sun Kosberg, Kaufman & Leeper 2010, 547–550.)

Tutkimuksen tuloksena eniten käytetyksi selviytymiskeinoksi, strategiaksi nou- si uskonto (asuinalue voimakkaasti uskonnollinen). Suunnitelmat, kasvu, hy- väksyminen ja aktiivinen selviytyminen olivat seuraavaksi suosituimmat keinot. Alimmaksi listassa jäivät mielenhallinta, käytöksen muuttaminen ja päihteet. Toiminnallisten häiriöiden parantamisstrategian käyttö jäi listassa viimeiseksi. (Sun, Kosberg, Kaufman & Leeper 2010, 562–563.)

4.3.4 Kuntoutujan oma arvio selviytymisestään

Kaikki artikkelien kirjoittajat käsittelivät kuntoutujan oma arvio selviytymises- tään teemaa siten, että se on sisällytetty artikkeleissa palvelu- ja hoitosuunni- telmaan kuuluvaksi osaksi. Kuntoutuja nähdään asiakkuuden keskiössä toimi- vana subjektina, jonka omaan näkemystä hoidostaan tulee kunnioittaa. Palve- lusuunnitelmaa laadittaessa pyritään kartoittamaan asiakkaan taustat ja ne selviytymis-strategiat, joihin hän on aiemmassa elämässään turvautunut. Haastattelun avulla pyritään saamaan esiin ne seikat, jotka vaikuttavat kuntou- tujan suoriutumiseen arkipäivän toiminnoista ja mitä hän ajattelee tämänhetki- sestä tilanteestaan. (Abramowitz 2008; Bennet, Stenhoff, Pattison & Woods 2010; Dakin, Quijano & McAlister 2010; Koenig, Lee, Fields & Macmillan 2011; Pashby, Hann & Sunico 2009; Sun, Kosberg, Kaufman & Leeper 2010.)

4.3.5 Elämänlaatu ja hyvinvointi

Elämänlaatua ja hyvinvointi teemaa Abramowitz (2008) käsitteli jaetun ryhmä- kokemusnäkökulman välityksellä. Jaetussa ryhmäkokemuksessa päivätoimin- takeskuksessa, parannetaan dementoivaa sairautta kärsivän itsetuntoa ja itse-

tietoisuutta stimulointikeinojen välityksellä minkä koettiin parantavan päiväkeskustoimintaan osallistujien elämänlaatua ja hyvinvointia. Lisäksi koulutetun terapeutin kanssa käydyt yksilökeskustelut koettiin elämänlaatua parantavana seikkana. (Abramowitz 2008, 31–32.)

Bennett ym. (2010) näkevät leskien parissa tehdyn työn tarvitsevan ymmärrystä itsenäisyyden dynamiikasta sosiaalisen tuen kontekstissa ja psykologisessa hyvinvoinnin tuottamisessa. Leskien elämänlaatua ja hyvinvointia lisäsivät ystävät, naapurien ja ammattiauttajien tuki, turvallisuus, terveys ja yhteiskunnan tuki. Myös sukupuolella ja sosiaalisella osallisuudella oli merkittävä osuus koetussa hyvinvoinnissa. (Bennett, Stenhoff, Pattinson & Woods 2010, 228–232.)

Dakinin ym. (2010) artikkeli käsitteli elämänlaadun teemaa tuetun asumisen ALF (Assisted Living Facilities) palveluiden kautta. ALF:n tavoitteena on maksimoida asukkaidensa elämänlaatu. Tämän tavoitteen toteutumiseen tarvittavat keinot nähtiin olevan henkilökunnan koulutuksessa, ymmärryksessä dementian ja mielenterveyden eroista. (Dakin, Quijano & McAlister 2010, 53–72.)

Pashby ym. (2009) lähestyvät artikkelissaan elämänlaatua hoidon laadun kautta. Hoito- ja palvelusuunnitelman hyvällä laadinnalla turvataan hoidon laatua ja tätä kautta parannetaan asukkaan elämänlaatua ja hyvinvointia. Samoilla linjoilla ovat Koenig ym. (2011) artikkelissaan, mutta lisäävät elämänlaatua lisäävänä tekijänä asukkaiden elämässä sosiaalityöntekijöiden antamat palvelut. (Pashby, Hann & Sunico 2009, 845–847.; Koenig, Lee, Fields & Macmillan 2011, 506.)

Sun ym. (2010) kirjoittavat omaishoitajien auttamisen keinoista heidän elämänlaatunsa parantamiseksi. Selviytymis-strategian valitsemisella nähtiin olevan tärkeä rooli dementiapotilaan omaisen kokeman elämänlaadun kannalta. Eniten stressiä omaishoitajille aiheuttavat hoidettavan käytöshäiriöt. Omaishoitajan oma terveydentila vaikuttaa suuresti työssä jaksamiseen. Näihin seikkoihin vaikuttamalla parannetaan hyvinvointia omaishoitajien elämässä. (Sun, Kosberg, Kaufman & Leeper 2010, 561–564.)

4.3.6 Toivo, suru, kuolema

Bennett ym. (2010) käsittelivät teemaa toivo, suru ja kuolema. Heidän tutkimuksessaan käsiteltiin puolison kuoleman jälkeen leskeen itsenäisyyden tasoa eli miten leski pärjäsi elämässään puolison menetyksen jälkeen.. Palautus ja sopeutuminen selviytymis-strategia toimi prosessimallina surun käsittelyssä. Toivoa kuvaa mielestäni hyvin artikkelin otsake ” kunpa hän näkisi minut nyt”. Tällä leski tarkoittaa sitä, että kunpa edesmennyt puoliso näkisi, kuinka hyvin hän pärjää elämässään. (Bennett, Stenhoff, Pattinson & Woods 2010, 226–227.)

Sunin ym. (2010) tutkimuksessa mainitaan suhde selviytymis-strategian, toivontäyteisyyden ja dementiaa sairastavan omahoitajan korkeammasta kuolleisuusriskin välillä, mikä selittyy todennäköisyydellä omaishoitajan muuttuneilla tunteilla tilanteeseen, eron vuoksi tai omaisen laitokseen sijoittamisen takia. Afrikan amerikkalaisten ja valkoisten omaishoitajien välillä oli eroja. Afrikan amerikkalaiset omaishoitajat ovat tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoissaan enemmän kuin valkoiset omaishoitajat. Myös uskonto, toivo ja rukoileminen oli yleisempää Afrikan amerikkalaisten keskuudessa ja liittyivät rotuun ja selviytymismekanismeihin. (Sun, Kosberg, Kaufman & Leeper 2010, 564.)

4.4 Yhteisötason tuki

4.4.1 Perheiden osuus hoidossa

Yhteisötason tukea artikkeleissa käsiteltiin perheiden osuus hoidossa, ystävät, naapurit, vertaistuki ja jaetut kokemukset teemojen välityksellä. Abramowitz (2008) käsittelee teemoja perheen osuus hoidosta, vertaistuki ja jaetut kokemukset. Tutkimuksessa käsitellään esimerkiksi kotiin annettavan kuntoutusohjelman ja vertaistuen merkitystä omaishoitajan työssään jaksamisen tukena. Omaishoitajille on päivätoimintakeskuksen kautta perustettu esimerkiksi omat vertaistukiryhmät omaisten jaksamisen tueksi. Vertaistuki koettiin omaishoitajien keskuudessa tärkeäksi kanavaksi purkaa tunteitaan ja vaihtaa ajatuksia demenciasairaahan hoitamisesta muiden vastaavassa tilanteessa olijoiden kanssa. (Abramowitz 2008, 26–27.)

Koenign ym. (2011) artikkelissa teemaa perheen osuus hoidossa lähestyttiin asukkaan biopsykososiaalisten ja henkisten tarpeiden näkökulman kautta. Asukkaan ja perheen tarpeet otetaan huomioon kokonaisuutena palvelu- ja hoitosuunnitelmaa laadittaessa. Asukas ei aina välttämättä tule toimeen perheenjäsentensä kanssa. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on tällöin toimia riitojen selvittäjänä ja antaa asukkaalle kokemus siitä, että sosiaalityöntekijä on hänen puolellaan. (Koenig, Lee, Fields, Macmillan 2011, 505–509.)

Pashby ym. (2009) kirjoittivat artikkelissaan perheen, omaishoitajan osuudesta hoitotyössä sekä siitä miten jaetun hoitokokemuksen muodostamien laitoksen hoitohenkilökunnan ja omaishoitajien välille ei sujunut ongelmitta. Tutkimuksen mukaan pitkäaikaishoidon (LTC, Long-Term care) henkilökunta näki omaishoitajan tarvitsevan tietoa omaisensa sairaudesta, diagnoosista, hoitoasioista, käytöksestä, tietoa terapeuttien suosituksista ja hoitoyksikön tunnetuksi tekemisestä. (Pashby, Hann & Sunico 2009, 844–848.)

4.4.2 Ystävät, naapurit ja vertaistuki

Bennett ym. (2010) lähestyvät teemaa ystävät, naapurit sekä vertaistuki leskeksi jääneen naisen itsenäisyyden näkökulmasta. Tutkimuksessa selvisi, että ne lesket joilla oli apunaan ystäviä ja naapureita sekä perheenjäsenet toimivat tukena, saavuttivat suuremman itsenäisyyden tason yksin jäätyään puolison menetyksen jälkeen. Osa leskistä ei halunnut jatkuvasti häiritä lapsiaan erilaisilla kodinhoidollisilla tehtävillä ja perinteisillä miestentöillä, vaan he palkkasivat ulkopuolista apua. Luottamus siihen, että läheisiä avuksi löytyy tarvittaessa, auttoi leskiä itsenäisyyden saavuttamisessa ja säilyttämisessä. Saamansa tuen avulla (perhe, naapurit ja toiset lesket) lesket asuivat omassa yhteisössään tutkitusti pidempään kuin ne, jotka eivät ympäristöstään kokeneet saavansa tukea. (Bennett, Stenhoff, Pattinson & Woods 2010, 215–219.)

4.4.3 Jaetut kokemukset

Jaetut kokemukset teemasta Abramowitz (2008) kirjoittaa jaetusta ryhmäkokemuksesta (syömien, laulaminen, musiikki, tanssi) ja stimuloitikeinojen (silitys, hieronta, keinuminen, tuoksut, halaaminen, puhaltaminen) tehosta Alzheimerin tautia sairastavaa itsetietoisuuden ja itsetuntemuksen parantamisessa elämänlaatua lisäten. Omaiset vastaavasti raportoivat siitä, että päiväkeskuskäynnin jälkeen heidän omaisensa on ollut kotona tapahtuvissa päivittäistoiminnoissaan rennompi ja hymyileväisempi. Kokopäiväinen nukkuminen, mikä on Alzheimer potilaille tyypillistä, on myös vähentynyt omaisten raportoinnin mukaan. Omaishoitajalle vapautuva aika omaisen päiväkeskuksessa ollessa, koettiin tärkeäksi henkireiäksi jaksamisessa. (Abramowitz 2008, 33-35.)

Pashby ym. (2009) kirjoittivat tutkimuksessaan jaetuista kokemuksista omaisensa hoitoon liittyvän kokemuksen kautta. Omaisten kokemukset pyritään yhdistämään hoitotyössä hoitajien toteuttamaan työhön. Kokemuksia kerättiin sekä omaisen että hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Omaishoitajat kiinnittävät huomiota hoidon laatuun, henkilökunnan asenteeseen, siihen millaiseksi heidän suhteensa muodostuu henkilökuntaan ja erilaisiin psykososiaalisiin tekijöihin omaisensa hoidossa. Omaishoitajat eivät nähneet suhdetta LTC:n (Long-Term Care) henkilökuntaan kaikilta osin hyvänä. Puutteita nähtiin hoitollisissa seikoissa kuten hygieniä, lääkehoito, demencian hoidon tietämyksessä ja käytöshäiriöiden hoidossa sekä siinä, että henkilökunta ei ole valmis vastaanottamaan neuvoja omaishoitajalta omaisensa hoitoon liittyvissä asioissa. Kielelliset haasteet ja kulttuuriset erot (hoitajien eri kansallisuudet) koettiin myös ongelmaksi. Omaishoitajan tunteita ei myös huomioitu. Turvattomuuden, syrjäytymisen, hylkäämisen, yksinäisyyden tuntemukset luovat välimatkaa omaishoitajan ja LTC:n välille. (Pashby, Hann & Sunico 2009, 841–842.)

Henkilökunnan pyrkimyksiksi muodostui halu rakentaa luottamusta, antaa henkistä tukea, sosiaalista kontaktia, keskustella asioista ja sopia tarkasti kritiikkiä aiheuttavasta hoidosta. Toivomuksena hoitohenkilökunnalla oli saada hyvät taustatiedot hoidettavasta. Tämä helpottaa myöhempää työskentelyä ja asukkaan tarpeiden selvittelyä. Jaetun hoitokokemuksen onnistumiseksi tulee

edellä kuvatut seikat ottaa tarkasteluun ja muuttaa toiminta tiimityöksi - yhdessä asukkaan parhaaksi työskennellen. Hyvä kumppanuus vaatii jaettuja kokemuksia ja hyvää kommunikointia eri osapuolten välillä. (Pashby, Hann & Sunico 2009, 841.)

4.5 Yhteiskuntatason vanhuspolitiikka

4.5.1 Vanhusten määrä, eliniän kasvaminen ja vanhuspolitiikka

Yhteiskuntatason vanhuspolitiikkaa artikkeleissa käsiteltiin vanhusten määrä, eliniän kasvamista ja vanhuspolitiikkaa. Abramowitz (2008) toteaa tutkimuksessaan, että 90 prosenttia heidän kotona asuvista asiakkaistaan kärsii jonkun tyyppisestä dementiasta, mikä kuvastaa eliniän kasvamista. He ovatkin kehittäneet uniikin kotiohjelman kotona asumisen jatkamisen tukemiseksi koskien arkitoimintoja. Ajatus kotihoito-ohjelmasta tukee vanhuspoliittista päätöksentekoa jatkaa vanhusten kotonaan asumista mahdollisimman pitkään. (Abramowitz 2008, 25–27.)

Samoin Bennett ym. (2010) toteavat tutkimuksessaan, että annettaessa naisleskien tueksi juuri heille suunnattuja palveluita kuten lainopillista neuvontaa, sururyhmien perustamista ja kodinhoidollinen apu, tuet auttavat leskien itsenäisyyden kehittymisessä. Itsenäisyys arjen toimissa ennustaa pitempää elin-aikaa omassa yhteisössään eli kotona asumista. Sosiaalityöntekijöiltä, muilta ammattilaisilta ja poliittisten päättäjien taholta toivottiin apua taloudellisiin ja teknisiin ratkaisuihin leskien tueksi. Nämä seikat nähtiin avustavina tekijöinä itseohjautuvuudelle huonosta terveydentilasta huolimatta, koska huonon lesken terveydentilan nähtiin korreloivan itsenäisyyden kehittymisen tason kanssa. (Bennett, Stenhoff, Pattinson & Woods 2010, 227–232.)

Dakin ym. (2010) lähestyivät teemaa yhteiskuntatason vanhuspolitiikka ALF:ssä (Assisted Living Facilities) toteutettavien eri työmuotojen kautta. Hoidossa olevan omaisille annettavan ohjauksen ja neuvonnan lisäksi, psykoterapeuttisessa interventiossa yritetään saada koko perhe mukaan käsiteltäessä asukkaaseen liittyviä vaikeita aiheita kuten elämän loppupäätä kuolemanlä-

heisyyden vallitessa. Teemaa lähestytään moniulotteisen ajattelun kautta gerontologisesta sosiaalityöstä. Ajatusmalliin on yhdistetty vanhustyön moniammatilliset toimintakentät, vanhuspolitiikka ja sosiaalityön koulutukseen sisällytetty gerontologinen tieto. Tärkeä alue makrotasolla sosiaalityössä on järjestää yhteisöllinen mielenterveydenhoito-ohjelma, oikeusasiamiespalvelut, sopiva ohjelma hoidollisen- ja yhteisötason palveluihin asumisyksiköissä, klinikkatyyppinen sosiaalityöntekijöiden vastaanotto ja sopiva koulutus työntekijöille, jotta he pystyisivät vastaamaan tuetun asumisen ja laitoshoidon asukkaiden tarpeisiin. Johtajien ja hoitohenkilöstön toivottiin koulutuksen avulla saavan lisätietoa mielenterveysongelmien ja dementoivien sairauksien erosta. Näin löydetään jokaiselle ALF:n (Assisted Living Facilities) oikeanlainen tuki hoidollisesti ja taataan parempi elämänlaatu kaikille ALF:n asukkaille. (Dakin, Quijano & McAlister 2010, 66–71.)

Koenign ym. (2011) tutkimus käsitteli vanhuspolitiikka teemaa kustannusnäkökulmasta. Tuetun asumisen palveluiden tarjontaa on julkisella ja yksityisellä puolella. Ympäri vuorokautisen hoidon, tuetun asumisen ohjelmia on erilaisia, kuten NCAL (National Center of Assisted Living), NF (nursing facilities) ja yksityisten tuottamat ALF (Assisted living facilities) ja AL (Assisted living) ja, LTC (Long-Term care). Ne sisältävät erilaisia hoidollisia painotuksia. Esimerkiksi ALF on keskittynyt lääkinälliseen - ja asukaan valinnanmahdollisuuksia hoitonsa suhteen lisäävään hoitomalliin verrattuna julkiseen NF:sään.

Ohjelmien valinnalla Amerikassa on ollut suuria eroja kaupunkien välillä. Valtiolta toivotaan pääomaa, jotta ALF ja AL ohjelmat saataisiin myös julkisen ohjelman piiriin. Kaikilla vanhuksilla ei ole varoja muuttaa yksityisten tarjoaman tuetun asumisen piiriin. Saadessaan valtion tukea vanhus pääsisi yksityisten palveluiden piiriin samoilla ehdoilla kuin julkisen ohjelman tuetun asumisen paikkoihin. (Koenig, Lee, Fields & Macmillan 2011, 496–497.)

Sunin ym. (2010) tutkimuksessa nähtiin alueellisten sosiaali- ja terveystalouden puute heikentävänä tekijänä syrjäseudun palveluissa omaishoitajien kokemana. Palveluita ei ole tarpeeksi tarjolla ja omaishoitajat turvautuvat selviytymis-strategioissaan jumalaan ja ystäviin ja naapureihin hoitotaakkansa vähentämiseksi. (Sun, Kosberg, Kaufman & Leeper 2010, 549–550.)

4.5.2. Palvelusuunnitelma

Palvelusuunnitelman hyvällä laadinnalla voidaan tukea asukkaan jäljellä olevien voimavarojen ylläpitoa. Hoidollisilla tehtävillä ja ympäristötekijöiden huomiomisella voidaan edesauttaa laadukasta hoidon suorittamista. Psykososiaalinen tuki sekä asukkaalle ja omaiselle kuuluu ALF:n filosofiaan ja tavoitteeseen asukkaiden korkeasta elämänlaadusta. Kaikkien kirjoittajien tutkimuksissa löytyy sosiaalisen kuntoutusmenetelmän läsnäolo. Sosiaalisen kuntoutuksen prosessi sisältää ne keinot, joilla pyritään parantamaan asiakkaan sosiaalista toimintakykyä ja kykyä selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista myös tuetun asumisen yksikössä.

Pashbyn ym. (2009) tutkimuksessa yhteiskunnallisen tason asioita käsiteltiin tarpeella laatia *hoidon standardit* hoidon tarpeen arviointia varten ja hankittaessa dementiapalveluita ikääntyvälle väestölle. Tarpeiden arviointi fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella tasolla on ykkösasia tulevaisuuden keskusteluissa. Tarpeiden arviointi takaa onnistuneen hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnan tuetun asumisen asukkaille. Palvelusuunnitelman sekä tarpeiden arviointiin tarvitaan organisaation tuki. Riittävä aika palvelutarpeen selvittämiseen ja tarpeiden arviointiin tulee mahdollistaa resursseja jaettaessa. Dementianhoidossa palvelusuunnitelma sisältää jaetut kokemukset ja yhteistyön omaisten kanssa. (Pashby, Hann & Sunico 2009, 847.)

4.5.3 Kuntouttavat työmenetelmät

Abramowitz (2008) kirjoitti artikkelissaan kuntoutusmenetelmistä, mitä päivätoimintakeskuksessa käytetään pitkälle dementoituneiden ryhmän jäsenten kanssa työskennellessä. Kuntouttavissa menetelmissä tutkimuksessa nähtiin neljä päämenetelmää silitys, keinuminen, tuudittaminen ja hieronta. Helposti toteutettavia menetelmistä silitystä ja hierontaa voidaan toteuttaa esimerkiksi käsien rasvauksen avulla. Toiseen käteen voidaan laittaa hieronnan jälkeen villasukka, josta saadaan tuntumaa erilaisista tekstuureista. Hieronnan on todettu lisäävän vireyttä ja tuottavan mielihyvää. Puhaltaminen ympäri kehoa, toisen ryhmäläisen kasvojen sively angorasukalla, erilaisten materiaalien tun-

nusteleminen ja hiustenlaitto ovat esimerkkejä lyhyistä menestyksekkäistä kuntouttavista menetelmistä joita on käytetty päivätoimintakeskuksen asiakkaiden aktivoinnissa. (Abramowitz 2008, 33–35.)

Rentoutumishuoneen käytöstä kuntouttavana menetelmänä on saatu myös hyviä tuloksia. Alun perin kehitysvammaisille käyttöön otettu terapeutti huoneessa katto on laskettu alas, huone on hämärä ja taustalla soi rauhoittava musiikki. Näköaistille tarjotaan aistimuksia värivalojen avulla, jotka syttyvät ja sammuvat. Puhallettujen saippuakuplien avulla, jotka leijailevat huoneessa saadaan lisää näköaistin stimulointia. Tuoksuaistia aktivoidaan tuoksulyhdyn avulla, joissa tuoksuina voidaan käyttää laventelia ja rosmariinia. (Abramowitz 2008, 33–35.)

Erityiskoulutuksen saanut terapeutti käy yksilökohtaisesta kunkin ryhmän jäsenen luona juttelemassa ja hieroo käsiä, laittaa eri materiaaleja kosketeltavaksi tai keinuttaa jäsentä keinutuolissa. Terapiahuoneen käytön etuina on havaittu ryhmän jäsenten rentous ja taipuisuus vastaan ottaa asioita kokoon-tumisen jälkeen. Terapian on tiedetty auttavan myös työntekijöiden stressiin. (Abramowitz 2008, 33.)

Ryhmässä ruokailu, iltapäivien teekutsut, spontaani tanssiminen musiikin tahdissa, saippuakuplien puhaltaminen, pallopelit, eläinterapia, puutarhanhoito ja lamppujen peittäminen värillisellä sellofaanilla olivat tutkimuksessa suosittuja aktiviteetteja päivätoimintakeskuksen kävijöiden joukossa. Abramowitz (2008) kirjoitti myös siitä, miten päivätoimintakeskuksessa laaditaan jokaiselle osallistujalle yksilöllinen kuntoutusohjelma, jota asiakas voi jatkaa kotona ollessaan omaisensa avustamana. Kuntoutusohjelman avulla omaisia pyritään auttamaan jaksamaan kotona tapahtuvassa hoitotyössään. (Abramowitz 2008, 33–35.)

Dakinin ym.(2010) artikkelissa nähdään kuntouttavina menetelmänä sosiaali- seen hoitomalliin panostamisen. Sosiaalinen menetelmä painottaa holistista ja yksilöllistä palvelua asumisyksiköissään, mikä tukee asukkaan itseohjautu- vuutta, omatoimisuutta ja hyvää itsetuntoa. Koeningin ym.(2011) tutkimukses- sa kuntouttavat menetelmät teemaa lähestyttiin AL:n (Assisted Living) arvojen

pohjalta eli palvelu asumisyksikössä on asukasta voimaannuttava ja sisältää yksilöllisten valintojen mahdollisuuden. (Dakin, Quijano & McAlister 2010, 837; Koenig, Lee, Fields & Macmillan 2011, 507–508.)

Pashbyn ym. (2009) tutkimuksessa kuntouttavia menetelmiä lähestyttiin jaettujen kokemusten kautta. Jaetulla kokemuksella tarkoitetaan henkilökunnan ja asukkaan ja hänen omaisensa osallisuuden mahdollistamista tuetun asumisen hoitoympäristössä. Hoitokokonaisuudessa huomioitavia tekijöitä tutkimuksen mukaan olivat informaatiotekijät, hoitotekijät, ympäristötekijät ja psykososiaaliset tekijät. Informaatiotekijöillä tarkoitettiin asukkaan taustojen selvittämistä (asukkaan kognition heikentyessä taustatiedoista on apua selvittäessä mitä asukas haluaa kertoa), informointia molemmin puolin hoitoon liittyvissä asioissa. (Pashby, Hann & Sunico 2009, 845–847.)

4.5.4 Vanhustyön työmuodot

Abramowitzin (2008) artikkelissa päivätoimintakeskuksessa toimitaan ryhmätyön työmuotoa käyttäen, mutta tarjolla on myös terapeuttien antamaa yksilöohjausta sekä yksilöllisesti laadittu kotikuntoutusohjelma. Omaisten tukeminen yhtenä työmuotona tulee näkyväksi kotiin annettavan kuntoutusohjelman avulla, jonka tarkoituksena on auttaa omaisten jaksamista ja vähentää heidän kokemaansa hoitajan taakkaa. (Abramowitz 2008, 26–27.)

Bennettin ym. (2010) artikkelissa vanhustyön työmuotona esiintyi casework tyyppinen sosiaalityö. Teemat suru, kuolema ja vanhan naisen yksinjäädäminen puolison kuoltua sekä itsenäisyyden, selviytymisen tukeminen liittyivät casework tyyppiseen työskentelyyn. Työmalliin tulisi liittää myös juuri leskille tarkoitettu lainopillinen neuvonta. (Bennett, Stenhoff, Pattinson & Woods 2010, 229–232.)

Dakinin ym. (2010) vanhustyön työmenetelminä esiintyi casemanagement (yksilöllinen palveluohjaus), gerontologiset palvelut, psykoterapeuttiset palvelut sekä resurssien kehittäminen. Sosiaalinen hoitomalli tuetun asumisen yksiköissä painottaa holistista ja yksilöllistä palvelua, tukien asukkaidensa itseohjautuvuutta, omatoimisuutta ja hyvää itsetuntoa. Sosiaalityön tehtävinä ovat asuk-

kaiden ohjaus, neuvonta, voimaannuttaminen, puolesta puhuminen ja heidän oikeuksiensa ajotehtävät, sopivien palveluiden kartoittaminen ALF:lle kuten gerontologinen klinikka sosiaalityön palveluineen, psykoterapeuttien tarve asumisyksiköissä ja hoidon tarpeen arviointi. (Dakin, Quijano & McAlister 2010, 69–70.)

Koeningin ym. (2011) artikkelissa käytettiin vanhustyön työmuotoina samoja työmenetelmiä kuin Dakinin ym.(2010) artikkelissa. Lisäksi mainittiin hoidon arviointi, perheen kanssa tehtävä työ sekä moniammatillisen tiimityön menetelmät. (Koenig, Lee, Fields & Macmillan 2011, 507–508.)

Pashbyn ym.(2009) artikkelissa käytettyinä työmenetelminä vanhustenhoidossa esiintyi casemanagement tyyppinen toiminta, hoidon järjestämisen, omaisten tukeminen, moniammatillinen yhteistyö, omaisten mukaan ottaminen hoitoon sekä hoitajien tukemisen työmenetelmiä. Poikkeuksena muista artikkeleista Pashbyn (ym.) tutkimuksessa todettiin alueellistamisen työmuodon tärkeys. Tutkimuksessa syrjäseudulla Albamassa olleiden omaishoitajat eivät saaneet tarpeeksi sosiaalityön tukea omaishoitajan tehtävässään alueellisen sosiaalityön puuttumisen vuoksi. Sunin ym.(2010) artikkelissa oli myös käytössä case management tyyppinen työmuoto. (Pashby, Hann & Sunico 2009, 845–847; Sun, Kosberg, Kaufman & Leeper 2010, 547–567.)

4.5.5 Sosiaalityöntekijän ja kuntoutuksenohjaajan rooli

Abramowitzin (2008) artikkelissa sosiaalityöntekijä roolina nähdään toiminnan suunnitteluun osallistuminen, ryhmätyön ohjaukseen osallistuminen ja erilainen informaation antaminen, neuvonta ja asiakasta tukeva työskentely. (Abramowitz 2008, 25–35.)

Bennettin ym. (2010) artikkelissa sosiaalityöntekijän (kuntoutuksenohjaajan) rooliksi nähtiin leskien auttamistyössä ohjaus, neuvonta sekä yhteiskunnallinen vaikuttaminen. Yhteiskunnallisella vaikuttamisella tarkoitetaan niitä toimia, mitkä edesauttaisivat leskille suunnattujen palveluiden kehittämistä ja lainopillisen neuvonnan saamista osaksi tehtävää leskille suunnattua sosiaalityötä.

Bennettin ym. (2010) artikkelissa sosiaalityöntekijöiltä lesket kokivat saavansa liian vähän tukea. Hallitukselta toivottiin panostusta leskien tukien kehittämiseen. Apua koettiin tarvittavan lainopillisissa asioissa, neuvonnassa, sururyhmien perustamisessa siis juuri leskille suunnitelluissa ja suunnatuissa palveluissa. (Bennett, Stenhoff, Pattinson & Woods 2010, 229–232.)

Dakin ym. (2010) sosiaalityöntekijän roolina nähtiin ALF (Assisted Living Facilities) yksikköön asukkaan muuttotilanteessa avustamisen. Lisäksi sosiaalityöntekijän roolina on edesauttaa biopsykososiaalista hoitomallin toteutumisessa. Asiakaskeskeisyys, voimaannuttaminen, arvokkuus, itsemääräämisoikeuden toteutuminen ovat juuri niitä seikkoja joiden toteutumisesta sosiaalityöntekijä huolehtii. Asukkaan oikeuksien ajaminen, perheen tukeminen ja yhteisöllisyys eri muodoissaan ovat sosiaalityöntekijän roolin ydintä. (Dakin, Quijano & McAlister 2010, 68.)

Sosiaalityöntekijän rooli teemasta Koenign ym. (2011) tutkimus nosti esiin sosiaalityöntekijän tarpeellisuuden tuetun asumisen työyhteisössä. Moniammatillisen tiimityön pohjalta tarkasteltuna sosiaalityöntekijä tuo laatua asukkaiden elämään. Heidän ammattitaitonsa ongelmienratkojana, perheen avustajana esimerkiksi tukiasioissa, terveyden arviointi ja muutossa tukeminen, palvelusuunnitelman laadinta olivat niitä asioita, joita muut ammattiryhmien edustajat eivät tee samoin.

Sosiaalityöntekijän palkkaamista asumisyksiköihin pidettiin tarpeellisena. Sosiaalityöntekijöiden ammattitaito, eettinen toiminta ja heidän antamansa tuki asiakkaiden itsenäisyyden tukemiseksi tukee AL (Assisted Living) filosofiaa. Tutkimuksen pohjalta AL johtajat löysivät gerontologisen sosiaalityöntekijän viisi roolia. Roolit olivat keskustelun avaaja, asukkaiden puolestapuhuja, terveydentilan arviointi, perheen tukija ja palvelu- ja hoitosuunnitelman laatija. Tutkimuksessa selvisi sosiaalityöntekijän tärkeä rooli koordinoitavassa asukkaan muuttaessa tuetun asumisen yksikköön tehtäessä työtä moniammatillisen työryhmän kanssa. (Koenig, Lee, Fields & Macmillan 2011, 501–506.)

Toinen teemaan liittyvä esiin noussut aihe oli sosiaalityöntekijöiden palkkaus asumisyksiköihin. Sosiaalityöntekijöitä ei palkata kaikkiin tuetun asumisen yksiköihin kalleutensa vuoksi. tutkimuksen perusteella sosiaalityöntekijän rooli

nähtiin kuitenkin tärkeäksi. Johtajat kuvailivat sosiaalityöntekijän roolia keskustelunavaajaksi, koordinoijaksi, perhetyöntekijäksi, palvelusuunnitelman laatijaksi ja ohjauksen ja neuvonnan antajaksi. Sosiaalityöntekijän tehtävät nähtiin oman alansa asiantuntijatehtävinä, mitä eivät muut ammattiryhmien edustajat pysty täysin korvaamaan. Sosiaalityöntekijän palkkauksella asumisyksiköihin nähtiin olevan myös laadullisia tekijöitä. Sosiaalityöntekijän talossa oleminen toi laatua asukkaiden elämään ja laadusta oltiin valmiita maksamaan. (Koenig, Lee, Fields & Macmillan 2011, 501–506.)

Pashbyn (ym.) artikkelissa jaetuista hoitokokemuksista ja palvelusuunnitelman laadinnasta sosiaalityöntekijän roolina oli toimia organisaation sekä asukkaan puolustajana, perheen tukena muutostilanteissa ja edistää asukkaan vahvuuksien käyttöönottoa ja varmistaa katkeamattoman hoitoketjun toteutuminen sekä yhdyskuntatyö. Yhdyskuntatyöllä tarkoitetaan vaikuttamista vanhuksiin, heidän perheeseensä, terveyden huollon henkilöstöön ja muuhun yhteistyöhön.

Sunin (ym.) artikkelissa sosiaalityöntekijän roolina oli neuvonta, luoda yhteyksiä tuotettavien vanhuspalveluiden välille ja tukea asiakasta ja perhettä. Alueellinen kehittäminen yhdyskuntatyön muodossa nähtiin yhdeksi sosiaalityöntekijän rooliksi. (Sun, Kosberg, Kaufman & Leeper 2010, 547–567.)

4.5.6 Kotona asumisen tukeminen

Abramowitz (2008) lähestyi tutkimuksessaan teemaa kotiin annettavan kuntoutusohjelman näkökulmasta. Kuntoutusohjelman avulla tuetaan omaishoitajaa dementoivaa sairastavan omaisensa hoitotyössä. Kuntoutusohjelman avulla uskotaan hoidettavan pystyvän asumaan kotonaan pidempään ennen pitkäaikaishoitoon siirtymistään. (Abramowitz 2008, 26.)

Bennettin ym. (2010) tutkimuksessa kotona asumisen tukemisen keinoina on sosiaalityöntekijän antama apu leskeksi jäämistilanteessa, perheen sekä ystävien ja naapureiden antama apu. Lesken pidempään omassa yhteisössään

asumisen mahdollistaminen toteutuu edellä kuvatuin keinoin. (Bennett, Sten-hoff, Pattinson & Woods 2010, 231.)

Sunin ym.(2010) tutkimuksessa syrjäseutujen omaishoitajille tulisi järjestää sosiaalityön erilaisia palveluita paremmin saatavaksi kotona asumisen tukemiseksi. Omaishoitajat käyttivät hoitotyössään aiemmin kuvattuja selvitymisstrategiota hyväkseen hoitotyössään, jotta omaisen selviäisi kotihoidossa. Ystävät ja naapurit toimivat tässäkin tapauksessa omaishoitajien tekemässä hoitotyössään jaksamisen tukena ja koetun taakan vähentäjinä.(Sun, Kosberg, Kaufman & Leeper 2010, 564.)

4.5.7 Päivätoimintakeskus, pitkäaikaishoito

Teemaa päivätoimintakeskus käsitteli Abramowitz (2008) artikkelissaan, jossa hän toivoo kiinnitettävän enemmän huomiota oikeanlaisiin orientointikeinoihin, persoonallisiin tarpeisiin, toivomuksiin, unohtuneisiin taitoihin dementiapotilaan hoidossa. Dementiaa sairastavan kognitiivisten kykyjen huonontuessa Abramowitz (2008) uskoo sosiaalisen ja ryhmätyötyyppisen työn päivätoimintakeskuksessa tuovan tuloksia ja tarjoavan merkityksellisyyttä, ihmiskontakteja ja elämänlaatua dementiapotilaan elämään. Tutkimuksessa nostettiin esiin päivätoimintakeskuksessa käyntien antavan aikaa omaishoitajalle levähtää omaisen ollessa päiväkeskuskäynnillä. Päivätoimintakeskuksen käynneillä ja kotiin annettavalla hoitoa tukevalla kuntoutusohjelmalla on suuri merkitys siinä, miten kauan dementiaa sairastava voi osallistua päivätoimintakeskuksen toimintaa ennen kuin hän joutuu siirtymään tuetun asumisen tai laitoshoidon piiriin kotona pärjäämättömyyden vuoksi. (Abramowitz 2008, 26–27.)

Laitoshoidon teeman alle mahtuivat loput artikkelit, jos miellämme pitkäaikaishoidoksi kaikki erilaiset mallit tuottaa vanhusten hoiva- ja asumispalveluita. Journal of Gerontological Social Work lehdistä löytämäni artikkelit koskien sosiaalista kuntoutusta kirjoittivat lähinnä tuetun asumisen yksiköiden asioista ja vain Koenig ym. (2011) kirjoittivat artikkelissaan julkisin varoin tuotetun laitosasumisen saatavuudesta köyhempienkin vanhusten mahdollisuutena saada ympärivuorokautisen hoidon ja asumisen palvelut. Artikkelissa mainittiinkin

toiveesta saada yksityisten palveluntuottajien luomat hoitomallit (AL, ALF) julkisin varoin katettavaksi yleiseksi malliksi Amerikassa. (Koenig, Lee, Fields & Macmillan 2011, 496–497.)

Pashbyn ym.(2009) kirjoittavat artikkelissaan pitkäaikaishoidossa (vastaa ehkä parhaiten suomalaista vanhainkodin laitoshoitomallia) olevien asukkaidensa ja heidän omaistensa kanssa tehtävästä yhteistyöstä. Perinteiseen laitoshoidon malliin ei saettujen kokemusten (omaishoitajat mukana omaisensa hoidossa omalla asiantuntijuudellaan) ajatusta saatu kaikilla tavoin istumaan. Omaiset eivät kokeneet tulleen tarpeeksi huomioiduksi hoitotapahtumassa ja he näkivät puutteita omaisensa perushoidossa. Luottamusta puolin ja toisin pyrittiin hyvän palvelusuunnitelman avulla kuitenkin rakentamaan. (Pashby, Hann & Sunico 2009, 884–885.)

4.5.8 Henkilökunnan jaksaminen

Henkilökunnan jaksaminen teemasta Abramowitz (2008) kirjoitti terapiahuoneen käytön vaikutuksista päivätoimintakeskuksen jäsenen lisäksi henkilökuntaan. Terapiahuoneen relaksoiva vaikutus vähentää työntekijöidenkin stressiä. Työntekijät pitävät työstään sekä asiakkaistaan päivätoimintakeskuksessa, mikä lisää työssä jaksamista. (Abramowitz 2008, 29.)

Dakin ym.(2010) tutkimuksessa asukkaiden tarpeiden kartoitusta pidettiin vahvaa elämänlaatua tuottavana tekijänä ALF:n (Assisted Living Facilities) asukkaille. Tarpeiden selvitys tehtiin myös henkilökunnalle. Esiin nousivat heidän koulutustarpeensa työssä jaksamisen tukena. Saimoin asumisyksikön johtajien tiedon puute mielenterveysongelmaisen ja dementian eroavaisuuksista nähtiin ongelmalliseksi.

Hoitoyksikön henkilökuntaresurssit ja hoitohenkilöstön pehmeämpi lähestymistapa asukkaitaan kohtaan toi tutkimuksessa ristiriitoja henkilökunnan ja johtajien välille. Ristiriidat heikentävät työssä jaksamista. (Dakin, Quijano & McAlister 2010, 53.)

Pashbyn ym.(2009) artikkelissa henkilökunnan jaksaminen teemaa tarkasteltiin henkilökuntaa tukevien toimenpiteiden kautta. Tutkimuksessa henkilökuntaa oli haastateltu keinoista minkä, avulla he pystyvät vastaanottamaan ja hoitamaan uuden asukkaan hoitoyksikössään. Keinoja olivat edeltävät hoitoneuvottelut, dementianhoitokoulutus, käytöshäiriöiden hoito, asioiden suunnittelu ja erilaisten taitojen lisääminen kuten ongelmanratkaisutaidot, kommunikointi ja sovittelutaitojen kehittäminen. (Pashby, Hann & Sunico 2009, 845–847.)

4.5.9 Arvot ja eettisyys

Teemat arvot ja eettisyys olivat läsnä kaikkien kirjoittajien artikkeleissa. Kaikkien kirjoittajien tutkimuksissa päätavoitteena oli ihmisten elämänlaadun parantaminen siinä ympäristössä missä hän sillä hetkellä on.

Abramowitz (2008) ja Bennett ym.(2010) kirjoittivat yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden sekä itsenäisyyden varmistamisesta hoitotyössä. Molempien tutkimuksissa inklusion eli jokainen hyväksytään ryhmään ”vammastaan” huolimatta lisääminen vanhuksen elämässä koettiin tärkeäksi. (Abramowitz 2008, 23–35; Koenig, Lee, Fields & Macmillan 2011, 507–508.)

Dakinin ym.(2010) tutkimuksessa korostetaan yksilöllisen hoitofilosofian merkitystä, mikä parantaa tuetun asumisen asukkaiden ihmisarvoa, itsenäisyyttä ja elämänlaatua. Tutkimuksessa asukas on hoidon keskipisteessä ja hoidon tavoitteena on asiakkaan voimaannuttaminen.

Sosiaalityöntekijän ja /tai kuntoutuksenohjaajan roolin kautta käsiteltiin sosiaalityön arvoja ja arvostusta suhteessa asiakkaisiin ja kollegoihin. Sosiaalityö ja sosiaalityöntekijät nähtiin arvokasta työtä tekevinä ammattilaisina. Oikeudenmukaisuuden ja asiakkaan oikeuksien puolustaminen oli yksi sosiaalityöntekijän tärkeimmistä eettistä toimintaa vastaavista tehtävistä. Riitojen sovittelu ja väärinkäsitysten selvittäminen nähtiin sosiaalityöntekijän osaamisalueeksi. (Dakin, Quijano & McAlister 2010, 68–69.)

Koenign ym.(2011) tutkimuksessa arvoja ja eettisiä kysymyksiä lähestyttiin ammattilaisten ja sosiaalityöntekijöiden arvostuksen kautta. Sosiaalityöntekijöiden työ ja monitasoinen osaaminen saivat arvostusta osakseen ja sen koettiin antavan laatua tuetun asumisen asukkaiden elämään. Tavoitteena työssä oli luottamuksellisuuden rakentaminen, asukkaiden puolien pitäminen ja omaisten tukeminen. Ristiriitoja löytyi asukkaan halusta itsenäiseen asumiseen kotonaan ja hoidontarpeen ja turvallisuuden välillä. Sosiaalityön roolina on auttaa asukasta ymmärtämään syyt muutolleen tuettuun asumisen piiriin. Organisaatioon kohdistuvia ristiriitoja löytyy myös erilaisten näkemysten yhteensovittamisen vaikeuksista sosiaalityöntekijän ja johtajien ja henkilökunnan välillä. Sosiaalityöntekijä näkee asiakkaan tarpeet laaja-alaisesti ja organisaatiolla ei välttämättä nähdä olevan resursseja kaiken kattavasti. Yhteiskunnantasolla eettistä keskustelua tarvitaan palveluiden järjestämisen suhteen. Tutkimuksessa mainittiin vähävaraisten pääsyn esteistä yhtä hyvän hoidon ja palveluiden piiriin kuin vakavaraisemmalla väestöllä. Sosiaaliset ongelmat voidaan nähdä yhtenä eettisten periaatteiden sovellusalueena. (Koenig, Lee, Fields & Macmillan 2011, 494–510.)

Pashbyn ym.(2009) artikkelissa eettisenä kysymyksenä oli henkilökunnan asenteisiin vaikuttaminen. Tutkimuksessa todettiin positiivisen hoitoasenteen puuttumista sekä puolustuskannalla oleminen jaettujen kokemusten hyödyntämisessä dementianhoidossa. Tutkimuksessa pohdittiin suhdetta asiakkaisiin, omaisiin, henkilökuntaan ja profession. (Pashby, Hann, & Sunico 2009, 841.)

Sunin ym.(2010) tutkimuksessa elämäntyytyväisyys, merkityksellisyyden rakentaminen, ongelmienratkaisu, oikeuksien puolustaminen olivat keskeiset arvot asukaan elämänhallinnan säilyttämiseksi. Eettisenä kysymyksenä nähdään vanhuksiin liittyvä arvostus. Poliittisilla päätöksillä tutkimuksessa olleen syrjäseutujen palveluiden parantamiseksi voidaan arvoihin vaikuttamalla saada muutosta aikaan. (Sun, Kosberg, Kaufman & Leeper 2010, 547.)

4.6 Yhteenveto

Seuraavaksi käsittelen tarkastelun kohteena olevien artikkeleiden tärkeimpiä tuloksia. Tarkastelemieni artikkelien tutkimusten mukaan asiakkaan elämänlaadun ja hyvinvoinnin parantaminen oli perusajatus kaikelle hoitotyölle vanhusien elinpiirissä. Toimenpiteet vanhuksen ja omaisen vahvistamiseksi pyrittiin ottamaan käyttöön tietoisesti. Vahvistamisen keinoja olivat esimerkiksi Validatiomenetelmän käyttö, unohtuneiden perustaitojen uudelleen opettelu, yksilöllinen tarpeiden kuuntelu, keskustelut ja vahvistavien työmenetelmien käyttöön ottaminen kuten terapeutitiset menetelmät ja omaisten ottaminen mukaan hoitoon.

Kaikenlainen ohjaus, neuvonta, riitojen selvittely nähtiin osana kuntouttavaa työtötta. Itsenäisyyden tukeminen kuului myös elämänlaadun ja hyvinvoinnin parantamisen keinoihin. Dementoivaa sairautta sairastavien itsenäisyyttä tuettiin ohjausmenetelmien esimerkiksi musiikin, laulun ja syömisän, tuoksujen keinoin. Omaishoitajien tukeminen esimerkiksi vertaistukiryhmien, lainopillisen neuvonnan, kokemusten jakamisen ja ajan antamisella hoidettavan päivätoimintakeskuksessa mukanaolon avulla sekä naapurien, perheen ja ystävien avulla.

Parempaa elämänlaatua vanhuksen elämään pyrittiin luomaan yksilöllisen, hyvin suunnitellun palvelusuunnitelman avulla. Palvelusuunnitelman laadinnassa tärkeä merkitys oli vanhuksen elämänhistorian ja taustatietojen selvittämisellä. Elämänhistorian tuntemuksesta koettiin olevan hyötyä esimerkiksi asiakkaan muistin edelleen huonontuessa mietittäessä ja kohdattaessa vaikeita tilanteita, missä ei ymmärretä mitä vanhus haluaa kertoa.

Toiseksi palvelusuunnitelman laadintaan pyrittiin ottamaan myös perheenjäsenet mukaan jo suunnittelun alkuvaiheessa. Saattamalla yhteen vanhuksen ajatus kuntoutumisestaan, perheen ajatus, sekä moniammatillinen asiantuntijajoukko, saavutetaan paras tulos tulevan hoidon suhteen hyvän palvelusuun-

nitelman turvin. Palvelusuunnitelman laadinnassa ja hyvällä hoidolla koettiin merkitystä olevan myös jaetuissa kokemuksissa.

Jaetuilla kokemuksilla tarkoitetaan omaishoitajan kuuntelemista hoitotyön pohjaksi tuetun asumisen yksiköissä. Omaishoitaja on hoitanut omaistaan usein vuosikymmeniä ja kehittänyt juuri niitä keinoja miten parhaiten selvittää arjen toimista yhdessä dementiaa sairastavan omaisensa kanssa. Omaishoitajat eivät kaikilta osin kokeneet tulleet kuulluksi ja osaksi hoitotyön toimintaa uudessa omaisensa asuinympäristössä. Hoitohenkilökunta ei omaishoitajien mukaan pystynyt kaikilta osin vastaanottamaan neuvoja omaiselta, mutta hoitohenkilökunta yrittää tähän kuitenkin pyrkiä. Uusien toimintakäytäntöjen oppiminen vie aikaa.

Elämänlaatuun koettiin vaikuttavan myös valitut selviytymisstrategiat. Selvittelemällä sitä, miten vanhus tai hänen omaishoitajansa on käsitellyt vaikeita asioita, voidaan etsiä keinoja selviytymiseen hoidossa ilmenneissä ongelmatilanteissa. Sillä, miten ihminen kokee stressitilanteet, tekeekö hän tulevaisuuden suunnitelmia ja hakeeko aktiivisesti ratkaisuja ongelmiin, on merkityksellistä. Selviytymisstrategioilla löytyi tutkimuksissa yhteys korkeaan elämänlaatuun sekä koettuun terveyteen. Selviytymisstrategioilla oli merkitystä myös leskien surusta toipumiseen puolison menehtymisen jälkeen. Perheen osuutta hoidossa käsiteltiin kaikkien kirjoittajien artikkeleissa edellä kuvattuun tapaan. Päivätoimintakeskuksen toiminnan laajentaminen kotiin annettavan kuntoutusohjelman muodossa kuvaa hyvin tukitoimia, mitä hoitajan taakkaa kevennettäväksi on tehty.

Sosiaalialan koulutuksella ja etenkin gerontologisen tiedon lisäämistä koulutuksen keinoin pidettiin erittäin tärkeänä. Koulutuksen avulla pystytään vaikuttamaan vanhustyön arvoihin ja asenteisiin. Sosiaalityöntekijä on suurien haasteiden edessä. Hänellä on vastuu asukkaan kotiutumisen- tai muuttoprosessin onnistumisesta, itsemääräämisoikeuden toteutumisesta, asukkaan oikeuksien puolustamisesta, omaisen tukena olemisesta, riitojen sovittelusta ja sosiaalipoliittisiin päätöksiin vaikuttamisesta vanhuksen ja hänen perheensä eduksi eli resurssien riittävydestä.

Kustannusvastuu hoitoyksikössä, hoitotarpeen arviointi ja hallinto ja kehittämistehtävät ovat sosiaalityöntekijän vastuualueita. Sosiaalityöntekijä toimii myös yhteyshenkilönä alan muiden toimijoiden kanssa sekä osana hoitotiimiä asumisyksiköissä. Asiakas ja omaiskohtaisen työskentelytavan lisäksi työmenetelminä voi olla kuntouttavan ryhmätoiminnan ohjaaminen.

Artikkeleissa mainitaan sosiaalityöntekijöiden vastuu henkilökunnan kouluttamisesta sosiaalisen viitekehyksen sisällä. Sosiaalityön ja työntekijän roolia ei aina nähty tärkeäksi. Heidän palkkaamista hoitoyksiköihin pidettiin liian kalliina. Tutkimustulosten perusteella kuitenkin heidän ainutlaatuisen työnkuvansa vuoksi palkkaaminen alettiin nähdä kannattavana ja tuovan laatua asumisyksiköihin sekä asukkaiden elämään.

Kouluttautumisella koettiin olevan vaikutusta henkilökunnan jaksamiseen. Eri-laiset ristiriidat henkilökunnan ja johtajien välillä lisäsivät stressiä ja vähensivät osaltaan henkilökunnan jaksamista. Keinoja siihen, miten hoitohenkilökunnan jaksamista nähtiin voivan parantaa, olivat hoitoneuvottelut, dementianhoitokoulutus, potilaiden käytöshäiriöiden hoitoja asioiden suunnittelu. Lisäksi kehittämällä ongelmanratkaisutaitoja, kommunikointia sekä sovittelutaitoja koettiin hoitajien työssään jaksamista lisätä.

Asumisyksiköiden hoitofilosofia tutkimuksissa oli biopsykososiaalinen. Hoitofilosofian toteutuminen rakentui edellä kuvatuista seikoista kaikki käsittelemäni teemat yhdistäen. Yhteiskunnan tasolla nähtiin tarpeelliseksi keskustelujen herättäminen esimerkiksi siitä, että tuettujen asumisyksiköiden hoitofilosofia ja toimintamalli tulisi saada julkisten palveluiden yksiköihin. Julkisen sektorin

asumismuodot ovat halvempia ja kaikilla ei ole varaa muuttaa asumaan yksityisen sektorin tuetun asumisen paikkoihin. Asumispoliittisilla päätöksillä päättäjät pystyvät asiaan vaikuttamaan.

Syrjäseuduilla ei ole tarjolla samanlaisia palveluita kuin kasvukeskuksissa. Syrjäseutujen omaishoitajat esimerkiksi hakivat apua ja tukea ystäviltä ja naapureilta sekä sukulaisilta. Myös kirkon ja uskonnon merkitys oli suuri näissä yhteisöissä. Yhteiskunnalta odotetaan palveluiden saannin tasapuolistamista, syrjäytymisen ehkäisemistä taloudellisin päätöksin sekä vanhojen ihmisten arvostuksen lisäämistä julkisin keskusteluin ja päätöksin. Koulutuspoliittisilla päätöksillä voidaan vaikuttaa vanhustyön kehittymiseen vanhusten hyvään hoitoon liittyvien koulutusten muodossa. Mahdollistamalla vanhustyössä toimivien koulutusmahdollisuudet erikoistumalla vanhustyöhön saadaan vanhustyön laatua kehitettyä yhteiskunnassa.

4.7 Sosiaalisuuden tukeminen kuntoutusohjaajan työssä

Sosiaalisen toimintakyvyn ohjaamisesta ja tukemisesta sosiaali- ja kuntoutustyössä artikkelien pohjalta löytyi monia Suomeen sopivia työmenetelmiä sovellettavaksi meidän päiväkeskustoimintaan ja erilaisiin tuetun asumisen muotoihin.

Kansainvälisissä artikkeleissa ei löytynyt kuntoutuksenohjaajan nimikettä vaan artikkeleissa puhutaan vain sosiaalityöntekijöistä. Tarkasteltaessa kuntoutuksenohjaajan työalueita ja työnsisältöä Valtakunnallinen nimikkeistöryhmän jaon mukaan, on kuntoutusohjaajien työnkuva ja sisältö jaettu seuraaviin osa-alueisiin:

Arviointi ja suunnittelu kuntoutusohjauksessa, kuntoutumista tukeva ohjaus ja neuvonta, elinympäristössä selviytymisen tukeminen, koordinointi ja yhteistyötehtävät, kuntoutusohjaajien muu asiakastyö, asian tuntija ja koulutustehtävät sekä hallinto ja kehittäminen” (Kuntoutusohjausnimikkeistö Suomen kuntaliitto 2003.)

Miellän suomalaisen kuntoutusohjaajan työn vastaavan pitkälti artikkeleissa kuvattua sosiaalityöntekijän toimenkuvaa. Jyväskylän ammattikorkeakoulun opetussuunnitelman mukaan (2008) kuntoutuksenohjaajan osaamisalueisiin kuuluu lisäksi eettinen toiminta, kyky arvioida ihmisen toiminta- ja työkykyisyyttä ja erilaisia työympäristöjä.

Työssään kuntoutuksenohjaaja osaa käyttää ohjaus, opetus sekä neuvottelutaitoja. Tiimityöskentely, verkostotyö, vuorovaikutustaidot, kustannus, budjetointi ja vaikuttavuus mittareiden tuntemus on osa työtä. Nämä kaikki elementit löytyivät sosiaalityön ja työntekijän roolin kuvauksesta artikkelien tutkimuksissa. Artikkelien pohjalta nousseita työtapoja ja menetelmiä voisikin Suomessa ottaa käyttöön juuri kuntoutuksenohjaaja ohjaustyössään.

Artikkelien teemat ja niissä esiin tulleet asiat ovat luettavissa laaja-alaiseen näkemykseen sosiaalisesta kuntoutuksesta. Hienointa antia ja itselleni uutta asiaa olivat erilaiset palveluyksiköissä käytetyt terapeuttiset ja aisteja aktivoivat työmuodot sekä järjestelmään liittyvät asiat suhteessa vanhukseen. Toimin tällä hetkellä kotihoidon esimiehenä ja opinnäytetyöni anti on siinä, että voin viedä tietoa henkilökunnalle sosiaalisuuden tukemisen keinoista sekä yrittää luoda uusia toimintamalleja esimerkiksi piakkoin avattavaan alueeni päivätoimintakeskukseen.

Sosiaalisen vuorovaikutuksen parantamiseen keskittynyt päiväkeskustoiminta käytti esimerkiksi helposti toteutettavia yksinkertaisia menetelmiä vuorovaikutuksen parantamiseen. Ryhmässä syömiseen keskittyminen, teekutsujen järjestäminen ja aistitoimintojen virittäminen vaikuttivat osallistujiin eli kuntoutujiin rentouttavasti, toimintakykyä lisäävästi ja vaikutus jatkui kotiin asti omaishoitajan eduksi hoidollisuuden helpottuessa.

Aistien virittämiseen käytetyt keinot kuten tuoksut, värilliset liinat ja eri materiaalien tunnusteleminen, käsien hieronta, puhaltaminen, keinuttaminen ja saippuakuplien puhaltaminen ovat helposti toteutettavissa missä tahansa missä vanhustyötä toteutetaan. Koulutetun ammattilaisen antama yksilöllinen keskusteluapu muistisairaalle oli hieno ajatus. Keskusteluissa he saavat purkaa mielessään liikkuvia ajatuksia ohjatusti. Uskoisin tämän vähentävän käy-

töshäiriöitä. Sosiaalista tukea vanhukset saivat niin yksilö kuin ryhmäkeskeisesti.

Sosiaaliseen kuntoutukseen liittyi artikkelien mukaan biopsykososiaalisia tekijöitä hoitomuodon, työmuotojen sekä asiakkaan yksilöllisen huomioon ottamisen kautta. Palvelusuunnitelman laadinnan tärkeys oli ykkösasia kaikissa hoitoyksiköissä. Mielenkiintoista oli elämänhistorian ja taustojen selvittäminen palvelusuunnitelman laadinnan pohjaksi. Liitettäessä mukaan vielä ajatus käytetyistä selviytymisstrategioista saadaan hyvä malli sosiaalisen kuntoutustyön pohjaksi.

Itse en ole tietoinen, että Suomessa olisi hyödynnetty selviytymisstrategioita hoitosuunnitelman ja hoitotyön pohjana. Koen niistä olevan hyötyä kuntoutusohjaajan työssä esimerkiksi, kun mietimme vaikeasti dementoituneen käytöshäiriöihin muuta kuin lääkinnällistä ratkaisua. Tietäessämme hänen aiemmin turvautuneen elämässään uskontoon selviytymisstrategianaan, voimme kokeilla tuttujen virsien ja rukoilemisen voimaa rauhoittavana tekijänä.

Vanhuksen sosiaalisuuden tukeminen kuntoutusohjaajantyössä rakentuu juuri yksilö, yhteisö ja yhteiskuntatason toimintakykyä rakentavista seikoista. Yksilötasolla kuntoutuksen näkökulmasta laadittu palvelusuunnitelma on perusta toiminnalle. Hyvään suunnitelmaan ja sen toteuttamiseen tarvitaan vanhuksen ja hänen omaisensa arvostava kohtaaminen, yksilö ja yhteisökeskeistä osallistumista ja osallisuutta, hoitofilosofian noudattamista ja uusien hoitomallien kehittämistä, terapeuttien työmenetelmien käyttöä ja niiden parantamista, positiivista asennetta vanhuuteen ja halua parantaa heidän elämänlaatuaan.

Toimintakyvystä meidän tulee muistaa sen olevan kokemuksellinen, subjektiivinen asia. Kyselemällä, kuuntelemalla ja havainnoimalla voimme pyrkiä selvittämään mikä on vanhuksen oma ajatus kuntoutumisesta, kuntoutumistarpeesta ja selviytymisestä. Sitä meidän tulee kunnioittaa.

5 POHDINTA

Päätyminen kansainvälisten artikkelien pohjalta tarkastelemaan sitä, miten sosiaalinen kuntoutus vanhustyössä näyttäytyy maailmalla, osoittautui haasteelliseksi. Vaikeaksi työn tekemisen teki se, ettei sosiaalisen kuntoutuksen sisältöä ole tarkoin määritelty ja kuntoutus yksinäänkin on laaja-alainen käsite. Vanhustyö ja vanhusten hoito ei ole myöskään tutkimuksen kohteena kaikkein suosituin aihe. Yhdistäessämme tähän vielä nimikesuojaamattoman kuntoutuksenohjaajan ammatin on haaste moninkertainen, mutta mielenkiintoinen.

Aiheeseen sosiaalinen kuntoutus vanhustyössä sopivien artikkelien löytymisen jälkeen, oli hankalaa löytää teemat ja runko, miten saada näkyviin se, mikä mielestäni on sosiaalista kuntoutusta tarkan rajauksen ja määrittelyn puuttuessa. Mielestäni lopuksi sain määriteltyä sen, mitä kansainvälisesti voimme ymmärtää laaja-alaisella sosiaalisella kuntoutuksella tarkoitettavan. Kaikki kuntoutus on sidoksissa yksilöön, yhteisöön sekä yhteiskuntaan joista muodostuikin opinnäytetyöni pääteemat.

Tarkastelemieni tutkimusten anti työelämäni on tutkimuksista esiin tulleiden työmenetelmien ja tapojen siirrettävyys Suomalaiseen vanhustyön hoitotyönkulttuuriin. Pienellä vaivannäöllä voimme päiväkeskustoiminnassa peseytymisen ja syömisen lisäksi parantaa vanhuksen hyvinvointia käsihieronnan, tanssin, musiikinkuuntelun, eri pintojen koskettelun, silittelyn sekä tuoksujen ja värien avulla. Tehostetussa palveluasumismuodossa voisi olla hiljentymishuone vakiovarusteena. Tutkimuksissa todettiin huoneen, jossa on madallettu katto, pehmeä valaistus ja taustamusiikki ja hoitajan antama kevyt hieronta (tai hoitopedin) on todettu rentouttavan ja rauhoittavan dementiaa sairastavaa vanhusta. Hiljentymishuoneen käytöllä on ollut vaikutusta myös hoitohenkilökunnan jaksamiseen ja stressin vähentymiseen.

Terapeutin antaman yksilöllisen keskustelutuen antaminen dementiapotilaalle on mielestäni osa kunnioittavaa hyvää hoitoa. Kuinka usein ajattelemme dementiapotilaan olevan se, joka ei enää tarvitse keskustelemaa ja kuuntelevaa ihmistä jolle voi kertoa mieltään painavista asioista?

Artikkeleissa puhuttiin sosiaalityöntekijän roolista osana vanhustyötä ja etenkin tuetun asumisen hoitoyksiköissä. Kuten tekstissäni mainitsin, suomalaisen hoitokulttuuriin soveltuu kansainvälisten artikkelien pohjalta muovautuvan toimenkuvan pohjalta paremmin kuntoutuksenohjaajan rooli. Koska meillä kuntoutuksenohjaajia suomessa koulutetaan, tulisi heidän ammattinsa ja ammattitaitonsa tunnettavuutta parantaa. Ohjauksellisen, neuvonnan, koordinoivan, toimintakykyä tuntevan, oikeudellisen, yksilö ja ryhmäkeskeisen, verkostoituvan ja tiimityöhön pystyvän ammattiryhmän tulisikin olemaan osa laadukasta vanhustyön palvelujärjestelmää. Paikkansa on sosiaalityöntekijälläkin hoitoyksiköissä, mutta kuntoutuksenohjaajalla on suomalaisen koulutusjärjestelmän mukaan parempi tietämys juuri toimintakyvystä ja sen kuntouttavista toimenpiteistä.

Kuntoutustoimenpiteillä pyritään vaikuttamaan sosiaaliseen aktiivisuuteen ja elämän mielekkyyden lisäämiseen. Tutkimissani artikkeleissa vanhusten tuetun asumisen hoitopaikoissa toimintafilosofiana useimmilla oli bio-, psyko-, fyysis-, sosiaalinen hoitomalli. Pyrkimyksenä on mahdollisimman kokonaisvaltaisesti uuden asukkaan huomioiminen hänen muuttaessaan tuetun asumisen yksikköön. Toimintakyvyn osa-alueista mikään ei mennyt muiden edelle, vaan sosiaalinen toimintakyky nähtiin yhtä tärkeänä kuin fyysinen -, psyykinen ja kognitiivinen toimintakyky.

Se, millaista hoitoa ja kuntoutusta vanhukset saavat on aina sidoksissa yhteiskunnassa vaikuttavaan taloudelliseen tilanteeseen. Yhteiskunnassa vallitsevat arvot, asenteet, poliittiset päätökset vanhuksien asioita koskien on erittäin mielenkiintoinen tutkimuksen kohde. Olisikin mielenkiintoista tarkastella myöhemmin miten esimerkiksi tällä hetkellä vaikuttavat talouden hiipumisen ennusteet vaikuttavat tarjottuihin kuntoutus- ja vanhusten palveluihin. Tarjotaanko maailmalla heikentyneessä maailmantalouden tilanteessa edelleen yhtä yksilöön paneutuvaa, mahdollisimman kaikenkattavaan palvelusuunnitelmaan ja sen toteuttamiseen vaadittavaa resurssimäärää koskien hoitoon tarvittavia resursseja että henkilöstöresursseja? Siis myönnetäänkö varoja sosiaaliseen kuntoutukseen heikentyneessä taloustilanteessa vai kaventuuko kuntoutus käsittämään vain pakollisen esimerkiksi lääkinnällisen kuntoutuksen.

Kiinnostavaa olisi myös tutkia syrjäseutujen ja köyhien alueiden vanhustyön toteutumisen tilaa. Osassa artikkeleista mainittiinkin syrjäseutujen palveluiden puute sekä köyhyyden mukanaan tuoman valintamahdollisuuksien kaventumisen. (Bennett, Stenhoff, Pattinson & Woods 2010 ; Sun, Kosberg, Kaufman & Leeper ,2010.)

Kansainvälisen artikkelikatsaukseni luotettavuutta heikentää tekijän englanninkielen hallinnan puutteet. Olen voinut tulkita englanninkielisiä termejä ja sisältöjä väärin. Olen pyrkinyt valitsemaan kansainvälisten artikkelien tutkimuksista keskeiset tekijät työhöni. Tällä ymmärryksellä mikä minulla on, olen pyrkinyt olemaan rehellinen teemojen luokittelussa. Teemojen valinta työhöni sekä se, miten näen sosiaalisen kuntoutuksen, on minun käsitykseni asiasta. Joku toinen voi nähdä asian aivan toisin. Tämän opinnäytetyöni jatkona olisi mielenkiintoista paneutua ICF - luokituksen alaluokkien käsitteiden avaamiseen tekemäni teemoittelun avulla.

LÄHTEET

Abramowitz, L. MSW. 2008. Working with Advanced Dementia Patients in a Day Care Setting. *Journal of Gerontological Social Work*, 50:3-4, 25–35.

Braun, V & Clarke, V. 2006. Using thematic analysis on psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3, 79-81.

Bennett, K. & Stenhoff, A. & Pattinson, J. & Woods, F. 2010. "Well If He Could See Me Now": The Facilitators and barriers to the Promotion of instrumental Independence Following Spousal Bereavement. *Journal of Gerontological Social Work*, 53:3, 215-234.

Dakin, E. & Quijano, L.M. McAlister, C. 2010. Assisted Living Facility Administrator and Direct Care Staff Views of Resident Mental Health Concerns and Staff Training Needs. *Journal of Gerontological Social Work*, 54:1, 53-57.

ILO International Labour Organization, Kansainvälinen työjärjestö. 1983. Viitattu 30.10.2011. [Http://www.ilo.org/skills/areas/inclusion-of-persons-with-disabilities/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/skills/areas/inclusion-of-persons-with-disabilities/lang--en/index.htm).

Koenig, T.L. & Lee, H.L. & Fields, N.L. & Macmillan, K.R. 2011. The Role of the Gerontological Social Worker in Assisted living. *Journal of Gerontological Social Work*, 54:5, 494–510.

Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma v. 2009–2012. Opetussuunnitelma. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.11.2011. [Http://www.jamk.fi/download/30186_SRE_OPS2011_hyvaksytyy.pdf](http://www.jamk.fi/download/30186_SRE_OPS2011_hyvaksytyy.pdf)

Lumijärvi, H. 2006. Tunteva yksilö yhteisössä. Terapeuttisen yhteisöhoidon periaatteet ja validaatiomenetelmä Sopimusvuoren dementiahoitokodeissa. Tampere. Öhrling Oy.

Järvikoski A. & Härkäpää K. 1995. Kuntoutuksen seitsemän kehitysaluetta. Teoksessa Suikkanen A., Härkäpää K., Järvikoski A., Kallanranta T., Piirainen K., Repo M. & Wikström J. Kuntoutuksen ulottuvuudet. Juva. WSOY.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki. WSOY, 23–24.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki. WSOYproOy, 92-108.

Jyväskylän yliopisto. Koppa. Kurssi ja oppimateriaalipilone. Humanistinen tiedekunta. Viitattu 28.10.2011. [Https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/Teemoittelu](https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/Teemoittelu).

Koskinen S, 1993. Sosiaalityö vanhusten parissa. Review – tutkimus sosiaalityön muotoutumisesta. Rovaniemi. Lapin yliopisto.

Koskinen, S. 2009. Sosiaalinen kuntoutus gerontologisen kuntoutuksen osana. Luento ProEdu Oy:n järjestämässä Hyvä vanhuus – seminaarissa (PowerPoint esitys). Paasitorni. Helsinki. Viitattu 18.11.2009.

Kotosalla säätiö & YH Länsi Oy.2011. Kotosalla – paljon enemmän kuin pelkkä asunto. Viitattu 16.10.2011. [Http://www.kotosalla.fi/](http://www.kotosalla.fi/).

Kuntoutusportti. Gerontologinen kuntoutus. Viitattu 29.10.2011.
[Http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/gerontologinen_kuntoutus/](http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tutkimus/tutkimuskohteita/gerontologinen_kuntoutus/).

Matinvesi, S.2010. Prosessin ja ajoittamisen ongelmat kuntoutuksessa - ICF:n tulkintaa. Rovaniemi. Lapin yliopistokustannus, 188–189.

Pashby, P. & Hann, J. & Sunico, M. E. S.2009. Dementia Care Planning: Shared Experience and Collaboration. Journal of Gerontological Social Work, 52:8, 837-848.

Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus. Helsinki, Duodecim, 547–563.

Salonen, K. 2008. Sosiaalinen seniori- ja vanhustyössä. Lyhyt esitys sosiaalisen ymmärtämiseen osana kotona asuvien vanhusten elämää. Viitattu 25.9.2011.
[Http://www.equip-project.com/files/sosiaalinen_vanhustyossa_-_kokkola_13.11.2008.pdf](http://www.equip-project.com/files/sosiaalinen_vanhustyossa_-_kokkola_13.11.2008.pdf).

Sun, F. & Kosberg, J. I. & Kaufman, A. V. & Leeper, J.D. 2010. Strategies and Caregiving Outcomes Among Rural Dementia Caregivers. Journal of Gerontological Social Work, 53:6, 547–567.

Tietäväinen, S. 2003. Yksilöllisyys ja sosiaalinen vanhustyössä- vaihtoehtoja medikalisaatiolle. Tampere. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja A. Tutkimukset ja selvitykset. Nro 6.

Voutilainen P, Vaarama M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7/2005. Helsinki. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus, 8-11, 20–21.

Talo, S, Hämäläinen, A. 1997. Strukturoidusta mallista arviointitapahtumaan: Toimintakyvyn sosiaaliset edellytykset. Kuntoutus 4/1997, monisteet, 6-14.

Yhdistyneiden Kansakuntien yleiskokous 16.12.1991. Päätöslauselma n:o 46/91. Viitattu

30.09.2011. [Http://vanha.soc.utu.fi/sospol/sosger/sosiaaligerontologia/alue2/yk_madrid_suomi.pdf](http://vanha.soc.utu.fi/sospol/sosger/sosiaaligerontologia/alue2/yk_madrid_suomi.pdf).

WHO (1969). WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation. Technical Report Series 419. World Health Organization. Geneva.

WHO (1981). International classification of impairments, disabilities and handicaps. World Health Organization, Geneva. Viitattu 30.11.2011. [Http://www.who.int/disabilities/cbr/en/](http://www.who.int/disabilities/cbr/en/).

WHO (2002). Toward a common language for functioning, disability and health, ICF, Geneva. Viitattu 30.10.2011. [Http://www.who.int/classifications/icf/en/](http://www.who.int/classifications/icf/en/).

WHO (1980). Community-based rehabilitation (CBR). Viitattu 5.11.2011. [Http://www.who.int/disabilities/cbr/en/](http://www.who.int/disabilities/cbr/en/).

Journal of Gerontological of Social Work lehden kirjoittajat ja julkaisuvuosi teema-alueittain

Yksilötason selviytyminen ja pärjääminen

Kirjoittajat, julkaisuvuosi	Arjessa selviytyminen	Itseohjautuvuus, itsenäisyys	Selviytymis-Strategiat
Abramowitz, L. 2008	X	X	
Bennett, K. & Stenhoff, A. & Pattinson, J. & Woods, F. 2010	X	X	X
Dakin, E. & Quijano. L.M. & McAlister, C. 2010	X	X	X
Koenig, T.L. & Lee, H.L. & Fields, N.L. & Macmillan, K.R. 2011		X	X
Pashby, P. & Hann, J. & Sunico, M. E. 2009		X	
Sun, F. & Kosberg, J. I. & Kaufman, A. V. Leeper, J.D. 2010	X		X

Yksilötason selviytyminen ja pärjääminen

Artikkelin kirjoittajat, julkaisuvuosi	Kuntoutujan oma arvio selviytymisestään	Elämänlaatu ja hyvinvointi	Toivo, suru, kuolema
Abramowitz, L. 2008	X	X	
Bennett, K. & Stenhoff, A. & Pattinson, J. & Woods, F. 2010	X	X	X
Dakin, E. & Quijano. L.M. & McAlister, C. 2010	X	X	
Koenig, T.L. & Lee, H.L. & Fields, N.L. & Macmillan, K.R. 2011	X		
Pashby, P. & Hann, J. & Sunico, M. E. 2009	X	X	
Sun, F. & Kosberg, J. I. & Kaufman, A. V. & Leeper, J.D. 2010	X	X	X

Yhteisötason tuki

Kirjoittajat, artikkelin julkaisuvuosi	Perheen osuus hoidossa	Ystävät, naapurit, vertaistuki	Jaetut kokemukset
Abramowitz, L. 2008	X	X	X
Bennett, K. & Stenhoff, A. & Pattinson, J. & Woods, F. 2010	X	X	X
Dakin, E. & Quijano. L.M. & McAlister, C. 2010	X		
Koenig, T.L. & Lee, H.L. & Fields, N.L. & Macmillan, K.R. 2011	X		
Pashby, P. & Hann, J. & Sunico, M. E. 2009	X		X
Sun, F. & Kosberg, J. I. & Kaufman, A. V. & Leeper, J.D. 2010	X	X	

Yhteiskuntatason vanhuspolitiikka

Kirjoittajat, artikkelin julkaisuvuosi	Vanhusten määrä, eliniän kasvaminen, vanhuspolitiikka	Palvelusuunnitelma	Kuntouttavat menetelmät
Abramowitz, L. 2008		X	X
Bennett, K. & Stenhoff, A. & Pattinson, J. & Woods, F. 2010	X		
Dakin, E. & Quijano. L.M. & McAlister, C. 2010	X	X	X
Koenig, T.L. & Lee, H.L. & Fields, N.L. & Macmillan, K.R. 2011	X	X	X
Pashby, P. & Hann, J. & Sunico, M. E. 2009	X	X	X
Sun, F. & Kosberg, J. I. & Kaufman, A. V. & Leeper, J.D. 2010	X		

Yhteiskuntatason vanhuspolitiikka

Kirjoittajat, artikkelin julkaisuvuosi	Vanhustyön työmuodot	Sosiaalityöntekijän rooli	Kotona asumisen tukeminen
Abramowitz, L. 2008	X	X	X
Bennett, K. & Stenhoff, A. & Pattinson, J. & Woods, F. 2010	X	X	X
Dakin, E. & Quijano. L.M. & McAlister, C. 2010	X	X	
Koenig, T.L. & Lee, H.L. & Fields, N.L. & Macmillan, K.R. 2011	X	X	
Pashby, P. & Hann, J. & Sunico, M. E. 2009	X	X	
Sun, F. & Kosberg, J. I. & Kaufman, A. V. & Leeper, J.D. 2010	X	X	X

Yhteiskuntatason vanhuspolitiikka

Kirjoittajat, artikkelin julkaisuvuosi	Päivätoimintakeskus, pitkäaikaishoito	Henkilökunnan jakaminen	Arvot ja eettisyys
Abramowitz, L. 2008	X	X	X
Bennett, K. & Stenhoff, A. & Pattinson, J. & Woods, F. 2010			X
Dakin, E. & Quijano. L.M. & McAlister, C. 2010	X	X	X
Koenig, T.L. & Lee, H.L. & Fields, N.L. & Macmillan, K.R. 2011	X		X
Pashby, P. & Hann, J. & Sunico, M. E. 2009	X	X	X
Sun, F. & Kosberg, J. I. & Kaufman, A. V. & Leeper, J.D. 2010			X