

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Mirka D'Amario

KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN TOTEUTUMINEN HOITOTYÖSSÄ KOTKAN
CITY-KODISSA -KYSELY HOITOHENKILÖKUNNALLE

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

D'AMARIO, MIRKA

Kuntouttavan työotteen toteutuminen hoitotyössä Kotkan City-kodissa- kysely hoitohenkilökunnalle
62 sivua + 8 liitettä

Työn ohjaaja

Eeva-Liisa Frilander Paavilainen yliopettaja KT

Toimeksiantaja

Kotkan kaupunki, vanhustenhuolto, Kotkan City- Koti

Marraskuu 2012

Avainsanat

kuntouttava hoitotyö, hoivayksikkö

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kuntouttavan hoitotyön toteutumista Kotkan City-kodissa. Haluttiin myös selvittää hoitajien osaaminen ja asenteet siihen. Tavoitteena oli myös saada tietää mitkä tekijät edistävät ja estävät sen toteuttamista City-kodissa sekä kokevatko hoitajat tarvitsevansa lisäkoulutusta aiheesta.

Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeella Kotkan City-kodin hoitohenkilökunnalle. Kyselylomakkeita jaettiin jokaiseen (3) yksikön 4 kerrokseen yhteensä 88. Lomakkeita palautettiin määräaikaan mennessä yhteensä 65 kappaletta.

Tutkimustuloksista käy ilmi, että kuntouttavan työotteen käyttö toteutuu hyvin City-kodissa. Suurin osa piti asiakkaan motivoimista päivittäisissä toiminnoissa sekä asiakkaitten lääkehoidon, psyykkisen tilan ja toimintakyvyn arviointia säännöllisesti tärkeänä. Myös asiakkaan sosiaalista toimintaa ja viriketoimintaa pidettiin tärkeänä. Asukkaiden käytössä olevat apuvälineet täyttävät vastaajien mielestä asukkaiden tarpeet ja hoitajat tuntevat eri asukasryhmien erilaiset tarpeet.

Hoitajien mielestä kuntouttavaa hoitotyötä edistäviä tekijöitä olivat yhteiset toimintalinjat, esimiehen tuki jossain määrin, apuvälineiden käyttö, ergonomiset työtavat, omaisten tuki, päivitetyn tiedon siirto, asiakkaan toimintakyvyn muutosten raportointi, toimiva ja hyvä työyhteisö, riittävä henkilökunta, asiakkaan positiivinen palaute, omahoitajuus ja esteetön sekä kodinomainen asuinympäristö. Kuntouttavaa hoitotyötä estäviä tekijöitä olivat väkivaltaiset asiakkaat ja kiire. Noin puolet vastaajista piti kuntouttavaa hoitotyötä henkisesti ja fyysisesti sekä aamuvuoroja raskaina.

Vastaajat tuntevat kuntouttavan hoitotyön, ovat kärsivällisiä ja pitkäjännitteisiä, pitävät kuntoutujan kuuntelua ja hänen osallistumisestaan hoidon suunnitteluun tärkeänä, noudattavat yhteisiä toimintalinjoja ja arvioivat omaa työskentelyään säännöllisesti. Hyvin merkittävää on yhteisten toimintalinjojen noudattaminen. Tulevaisuudessa esim. yhteisen toiminta- tai hoitotyömallin kehittäminen voisi antaa suuntaa koko hoitohenkilökunnan toimimiselle yhtenäisesti. Koulutusten järjestäminen säännöllisesti tukee ja motivoi hoitohenkilökuntaa sen toteuttamiseen.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences, Health Care

D'AMARIO, MIRKA

Implementation of Rehabilitation Nursing at City-koti in
Kotka –Inquiry for Care Staff
62 pages + 8 appendices

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, PhD

Commissioned by

The city of Kotka , City-koti elderly care unit

November 2012

Keywords

rehabilitation nursing, care unit

The purpose of this study was to study how rehabilitation nursing was implemented at the City-koti in Kotka. The aim was also to obtain information about the nursing staff's skills and attitude towards rehabilitation nursing. It also aimed at gaining more information about the factors promoting and preventing its implementation at the City-koti. The need for extra training in rehabilitation nursing was also surveyed. The data was collected with a questionnaire which was issued to the nursing staff of the City-koti . 88 questionnaires were delivered to each (3) units and their 4 wards. 65 questionnaires were returned by the deadline.

According to the results rehabilitation nursing was used well at the City-koti in Kotka. Most of the answerers found motivating clients to daily activities and regular evaluation of their medication, psychological condition and ability to function important. The clients' social and recreational activities were also regarded as important. The rehabilitative devices the clients use are adequate for their needs and the nurses know the various needs the different client groups have.

The factors promoting rehabilitation nursing were common lines, the superiors' support in some ways, use of rehabilitative devices, ergonomic working methods, the support of relatives, transferring updated information, reporting of the changes in a client's ability to function, functional and good working environment, adequate staff, the positive feedback from the client, primary nursing, and clear and home-like environment. The facts preventing rehabilitation nursing were violent clients and hurry. Approximately half of the answerers found rehabilitation nursing and morning shifts psychologically and physically heavy.

The answerers know rehabilitation nursing, are patient, find the participation of the person being rehabilitated important in the planning of his rehabilitation. The client must be listened to, most of the staff follows common lines and evaluate their own work regularly. Developing common lines or nursing could direct the nursing staff to work more uniformly. Organizing training on a regular basis motivates the staff in its implementation.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	YLEISTÄ VANHUSTENHUOLLOSTA	7
3	VANHUSTENHUOLTO KOTKASSA	11
4	IKÄIHMISTEN KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ	12
	4.1 Kuntouttava työotteen fyysiset osa-alueet	15
	4.2 Kuntouttavan työotteen psyykkiset ja sosiaaliset osa-alueet	20
	4.3 Kuntouttavan hoitotyön toteutumista edistävät tekijät	22
	4.4 Kuntouttavan hoitotyön toteutumista rajoittavat tekijät	25
	4.5 Hoitohenkilökunnan osaaminen kuntouttavassa hoitotyössä	26
	4.6 Hoitohenkilökunnan asenteet kuntouttavassa hoitotyössä	28
5	TUTKIMUSONGELMAT	30
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	30
	6.1 Kyselyn suunnittelu	30
	6.2 Kyselyn toteutus	32
	6.3 Aineiston analysointi	33
	6.4 Eettisyys ja luotettavuus	33
7	TUTKIMUSTULOKSET	34
	7.1 Taustatekijät	34
	7.2 Kuntouttavan työotteen toteutuminen	35
	7.3 Kuntouttavaa hoitotyötä edistävät tekijät	38
	7.4 Kuntouttavaa hoitotyötä rajoittavat tekijät	44
	7.5 Hoitajien osaaminen kuntouttavassa hoitotyössä	46
	7.6 Hoitajien asenteet kuntouttavaan hoitotyöhön	47
	7.7 Kuntouttavaa hoitotyötä edistävät ja estävät tekijät City-kodissa	49
	7.8 Yhteenveto tutkimustuloksista	54
8	POHDINTA	56
	8.1 Tulosten tarkastelu	56

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	56
8.3 Jatkoehdotukset ja hyödynnettävyys	57
LÄHTEET	58
LIITTEET	
Liite 1. Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyön malli	
Liite 2. Tutkimustaulukko	
Liite 3. Muuttujataulukko	
Liite 4. Sähköpostiviesti	
Liite 5. Saatekirje	
Liite 6. Kysymyslomake	
Liite 7. Arpalipuke	
Liite 8. Tutkimuslupa	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Opinnäytetyöni aihe syntyi yhteistyössä Kotkan City-kodin työntekijöiden kanssa. Aihe on hyvin ajankohtainen ja tärkeä. Kuntouttavasta työotteesta ja sen käytöstä hoitotyössä on tehty tutkimuksia ja opinnäytetöitä. Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää kuntouttavan työotteen toteutumista, sitä edistäviä ja estäviä tekijöitä, hoitajien asennoitumista sekä osaamista kuntouttavaan työotteeseen. Sen tarkoituksena on myös antaa suuntaa kuntouttavan hoitotyön kehittämiseen Kotkan City-kodissa.

Nykyään keskeinen tavoite kuntoutumistoiminnassa on edelleen työkyky, mutta pyritään tukemaan myös yleisemmin arjessa selviytymistä ja hyvinvointia. Fyysisten vammojen ja sairauksien lisäksi on alettu ottamaan huomioon myös sosiaalinen puoli. Väestön ikääntyminen, työelämän muuttuminen, mielenterveysongelmien lisääntyminen, yhteiskunnan teknologisoituminen ja monikulttuurisuuden lisääntyminen ovat kasvavia haasteita kuntoutumista tukevalle toiminnalle. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2006, 214.)

WHO:n raportin mukaan 60-vuotiaitten ja yli 60-vuotiaitten osuus maapallon väestöstä tulee kasvamaan huomasti vuosien 2006 - 2050 aikana. Määrät kasvavat 650 miljoonasta henkilöstä (11 % väestöstä) 2 miljardiin henkilöön (22 % väestöstä). Varsinkin 80-vuotiaitten tai vanhempien osuus tulee kasvamaan merkittävästi. Vuoteen 2050 mennessä tämän ryhmän osuus väestöstä tulee raportin mukaan olemaan 20 % maapallon ikääntyneestä väestöstä. (WHO 2008, 3.)

Viimeisen sadan vuoden aikana Suomessakin on keskimääräinen elinaika kasvanut yli 30 vuotta. Yli 65-vuotiaiden väestöosuuden odotetaan kasvavan nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 547.)

Kotkassa moniportaisesta pitkäaikaishoidosta tullaan luopumaan ja siirtymään hoiva-asumisen toimintamalliin, vaikkakin vanhusten kotona asumista mahdollisimman pitkään pitäisi tukea kaikin mahdollisin tavoin. Myös hoitohenkilökunnan eläköityminen suhteessa kasvavaan palvelujen tarpeen määrään pitää huomioida. (Kotkan kaupunki 2007, 2 - 3.)

Koska vanhusten määrän odotetaan kasvavan tulevaisuudessa, on tärkeää, että kiinnitetään huomiota jo hyvissä ajoin iäkkäiden ihmisten toimintakykyyn ja yritetään kaikilla mahdollisilla tavoilla ylläpitää sitä niin, että iäkkäillä olisi mahdollisuus selvitä kotonaan mahdollisimman pitkään.

Kuntouttavalla hoitotyöllä voidaan vaikuttaa myös siihen, että niiden iäkkäiden ihmisten toimintakyky jotka eivät enää pysty asumaan kotonaan, säilyy mahdollisimman hyvänä myös palveluasumisen ja laitoshoidon aikana. On tärkeää kuitenkin muistaa, että kuntoutuminen lähtee asiakkaan tarpeista ja että tavoitteet asetetaan realistiselta pohjalta. Asiakas pitäisi myös ottaa mukaan kuntoutumisen ja hoidon suunnitteluun aina, kun se on mahdollista.

Hoitotyöntekijöiden käsitysten mukaan kuntoutustyöllä voidaan vaikuttaa ikäihmisen toimintakyvyn säilymiseen, elämäntoivoon ja elämänlaatuun. Sillä voidaan myös edistää yhteisöllisyyttä sekä ehkäistä yksinäisyyttä (Holmi 2012, 44). Useat tutkimukset osoittavat, että mitä enemmän ihminen käyttää sosiaalisia, fyysisiä ja henkisiä voimavarojaan, sitä pidempään ne säilyvät.

Kuntouttavan työotteen toteuttaminen jokapäiväisessä hoitotyössä on tärkeää ja sitä varten pitäisi työyhteisöissä olla käytössä yhteiset toimintalinjat ja säädökset. Hoitajien asenteet ja koulutus antaa vankan pohjan laadukkaalle hoitotyölle. Kuntouttavalla työotteella ei pelkästään vaikuteta asukkaiden toimintakykyyn, vaan sillä on myös vaikutusta hoitotyön toteuttamiseen. Mitä omatoimisemmin asiakkaat toimivat sitä vähemmän he kuormittavat hoitohenkilökuntaa. Tällä taas on suoranaisesti vaikutusta esim. tarvittavan henkilökunnan resurssimäärään sekä työn fyysiseen ja henkiseen kuormittavuuteen.

2 YLEISTÄ VANHUSTENHUOLLOSTA

Nykyisen kaltainen laitoshoido on nuori ilmiö Suomessa. Perinteisiin kuului ennen hoitaa suvun jäsenet, myös vanhukset. 1600-luvulta lähtien köyhäinhoidosta tuli seurakuntien tehtävä, ja 1700-luvulla se säädettiin kirkkopitäjille pakolliseksi. Talonpoikasyhteisössä oli käytössä syytinkijärjestelmä. Tämä tarkoitti sitä, että vanhemmat myivät tai antoivat syytinkiä vastaan jollekin lapsistaan talonsa ja saivat vastineeksi loppuelämäkseen ruokaa ja huolenpitoa. (Laitinen-Junkkari, Isola, Rissanen & Hirvonen 1999, 14.)

Vuoden 1946 huoltoapulaki velvoitti lapset huolehtimaan vanhemmistaan ja isovanhemmistaan. 1900-luvun alussa kunnat alkoivat perustaa vaivaistalojen nimellä tunnettuja laitoksia, joita oli yhteensä n. 100 kappaletta. Tämä aloitti laitosvaltaisen kauden, joka jatkui aina 1980-luvulle asti. Vuosisadan alussa oleva vanhuudenhuollon piirissä olevien määrä saattoi johtua suuressa määrin siitä, että naimattomuus oli lisääntynyt, mikä merkitsi sitä, että naimattomilla oli vanhuuden koittaessa muita huonommat mahdollisuudet turvautua tai saada perheen apua. (Laitinen-Junkkari ym. 1999, 14 - 15.)

Työvoiman riittävyys vanhustenhuollon palveluiden piirissä on seuraavien vuosikymmenien polttava puheenaihe. Jos ikääntyneiden ryhmän määrä nousee odotetusti, tarkoittaa se sitä, että henkilökuntaa tullaan tarvitsemaan aina vain lisääntyvissä määrin. Tähän vaikuttaa myös tämän hetkisen hoitohenkilökunnan eläköityminen, mikä tarkoittaa lisää henkilökuntavajausta. Tähän on pohdittu parannusta muuttamalla esim. lähihoitajakoulutusta sekä ulkomaisen työvoiman käyttöä. (STM 2007, 39 - 46.)

Omaishoidon edellytyksiä tulisi parantaa ja vahvistaa erityisesti työssä käyvien oikeutta hoitovapaaseen. Myös erilaisten esim. alueellisia kuntien yhteispalvelupisteiden perustamista tiedon jakamiseen, ohjaukseen ja neuvontaan on suunniteltu. Palveluasumisen tärkeyttä ihmisen kokonaisvaltaisena, kodinomaisena asumisratkaisuna korostetaan. Tällöin hoivan ja hoidon sisältö ei ole pelkästään fyysistä hoitamista vaan myös asukkaiden henkisten perustarpeiden hoitamista. (STM 2007, 39 - 46.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö sekä Suomen kuntaliitto antoivat vuonna 2008 uusitun version vuoden 2001 ikäihmisten palvelujen laatusuosituksista. Uusitusversiossa otettiin huomioon ikääntymispolitiikan ajankohtaiset valtakunnalliset linjaukset, laatusuositusten arviointien tulokset, uusi tutkimustieto sekä toimintaympäristön muutokset. Laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua. Se on tarkoitettu ikäihmisten palvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden johdolle. (STM 2008, 3.)

Suosituksessa määritellään ikäihmisten palveluja säätelevät eettiset periaatteet ja arvot. Se sisältää strategialinjauksia seuraavilla kolmella alueella: hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen, asumis- ja hoitoympäristöt, hoitohenkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen. Suositus sisältää seurantaindikaat-

toreita joiden avulla voidaan seurata keskeisten sisältöasioiden toteutumista säännöllisesti. (STM 2008, 3 - 4.)

Valvira taas ohjaa aluehallintovirastoja, jotta vanhustenhuollon yksityisiä toimipaikkoja koskeva lupahallinto, valvonta ja siihen liittyvä ohjaus olisivat yhdenmukaisia koko Suomessa. Valvonnalla halutaan varmistaa, että vanhukset saavat lakien, suositusten ja asetusten edellyttämää hoitoa ja palvelua. Valvira on yhdessä aluehallintoviranomaisten kanssa laatinut vanhusten ympärivuorokautista hoivaa ja palveluja koskevan valtakunnallisen valvontasuunnitelman sekä suunnitelman toimeenpano-ohjelman. Ohjelman avulla valvotaan sekä yksityisen että julkisen vanhustenhuollon toimintaa. (Valvira 2012.)

Myös sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut vanhusten palvelujen laatusuosituksen, Sen mukaan hyvän hoidon ja hoivan perusteet ovat: henkilöstön riittävä määrä ja osaaminen, oikea ravitseminen, yksilökohtaiset hoito- ja palvelusuunnitelmat, turvallinen lääkehoito, asuintilat, asiakastiedot ja salassapito. Tämän laatusuosituksen mukaan suositeltava vähimmäishenkilöstömäärä on 0,5 hoitotyöntekijää/asiakas. Henkilökuntaa tarvitaan enemmän mitä huonompikuntoisia asiakkaat ovat. (Valvira 2012.) Kotkan kaupungin hoivapalveluissa henkilöstömitoitus on keskimäärin 0,61 hoitotyöntekijää/asiakas (Kotkan kaupunki 2012a). Uuden vanhuspalvelulain myötä mini-henkilöstömäärää on ehdotettu nostettavan 0,7 hoitotyöntekijää/asiakas. Mediassa käydään parasta aikaa kiivasta keskustelua asiasta.

Sosiaali- ja terveysministeriön laati vuonna 2006 ”Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015”- raportin. Se korostaa vanhuspalvelujen saatavuuden ja laadun parantamista. Se muistuttaa varhaisen ja riittävän monipuolisen ehkäisevän toiminnan ja liikunnan merkitystä ikääntyvien toimintakyvyn säilyttämisessä mahdollisimman pitkään sekä mahdollisimman pitkään omassa kodissa asumisen voimaannuttamista. (STM 2006, 8, 10.)

Vuonna 2007 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi myös ”Hyvinvointi 2015 - ohjelman”. Se on osa valtioneuvoston asettamaa sosiaalialan kehittämishanketta. Tässä ohjelmassa määritellään tavoitteet aktiivisen ikääntymisen ja vanhuuden hoidon turvaamiseksi. Ohjelma korostaa iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn vahvistamista niin, että nämä voisivat asua kodeissaan mahdollisimman pitkään. Siksi riittävä ja turvallinen ennalta ehkäisevä kotihoito on osa keskeistä strategiaa. Siihen kuuluisi osana

myös kansallinen ikääntyneiden teknologinen ohjelma. Ohjelma keskittyy 65 - 79-vuotiaisiin. (STM 2007, 39 - 46.)

Hoiva-asumisessa toimintamallin tarkoitus on tarjota ympärivuorokautista hoitoa paljon apua tarvitseville asukkaille, jotka eivät omin avuin pärjää kotiloissa ja muuten olisivat laitoshoidon tarpeessa. Tavoitteena on kodinomainen ja turvallinen elinympäristö jossa asukkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Hoiva-asumisen piirissä asukkaat maksavat vuokraa ja maksun saamistaan palveluista. Hoivatyön periaatteena on kuntouttava hoitotyö jossa asiakasta omien jäljellä olevien voimavarojen käyttöön ja vahvistumiseen. (Suvikas, Laurell & Nordman 2010, 337 - 338.)

Hoiva asumisen toimintamallin valmistelu Etelä-Kymenlaakson kunnille alkoi toukuussa 2009. Toimintamallin tarkoituksena on hoidon laadun paraneminen, käytäntöjen yhdenmukaistaminen sekä ikäihmisten itsemääräämisoikeuden edistäminen. (Kaakon SOTE-INTO 2 2010, 2,7.)

Toimintamallissa on kuvailtu yksityiskohtaisesti hoiva-asuminen ja siihen liittyvät eri tekijät kuten: palvelun kohderyhmä, Palvelun tarkoitus, toimitilat, luvat ja selvitykset yksityisten palveluntuottajien hyväksymiseksi, palvelun sisältö, palvelun hyödyt asiakkaalle, resurssit, laatukriteerit ja arviointi. (Kaakon SOTE-INTO 2 2010, 3 - 6.)

Terveystieteiden teknologian tulevaisuuden haasteita vanhustalvuuja ajatellen ovat turvallisuusteknologian kehittäminen ja apuvälineiden saatavuus sekä itsehoiton tukijärjestelmät (Kotkan kaupunki 2007, 53). Yksi tällä hetkellä kuuma puheenaihe on myös ns. vanhustalvuu laki. 19.4.2012 ohjausryhmä luovutti ehdotuksena laista perustalvuu ministerille. Lain tavoitteena on tukea ikääntyneiden osallisuutta ja voimavaroja, edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja kaventaa hyvinvointieroja, edistää ikääntyneiden toimintakykyä ja puuttua ajoissa sen heikkenemiseen, turvata ikääntyneiden talvuu tarpeen arviointiin pääsy ja riittävät talvuu sekä määrältään että laadultaan. Tavoite on, että hallituksen esitys voitaisiin antaa eduskunnalle vuoden 2012 aikana ja sen tarkoitus olisi tulla voimaan vuoden 2012 aikana. (STM 2012.) Laki on nostattanut runsaasti keskustelua julkisuudessa.

3 VANHUSTENHUOLTO KOTKASSA

Kotkassa vanhustenhuollon linjaukset on koottu Vanhustenhuollon strategia 2008-2015 -raporttiin. Siinä on mallina käytetty edellistä, vuosien 2004 – 2007 -ohjelmaa. Strategian pääasiallinen tavoite on palvelujen kehittäminen vanhustenhoidossa, sekä auttaa päätöksenteossa ja suunnittelussa. (Kotkan kaupunki 2007, 1.)

Kotkassa yli 65-vuotiaiden määrä tulee kasvamaan 3000:lla henkilöllä vuosien 2008 - 2016 välisenä aikana. Vuosien 2008 - 2015 välisenä aikana odotetaan 65 - 74-vuotiaiden ryhmän kasvavan eniten, 2360 henkilöllä. 75 - 84-vuotiaiden ryhmän odotetaan kasvavan noin 100 henkilöllä. Vuonna 2016 odotetaan yli 85 vuotta täyttäneitä olevan 500 enemmän kuin vuonna 2008. (Kotkan kaupunki 2007, 12.)

Kotkan väestöpoliittisessa ohjelmassa otetaankin vahvasti kantaa väestön ikääntymiseen ja sen aiheuttamiin ongelmiin. Siinä painotetaan, että se on juuri meneillään oleva prosessi eikä ennuste. Varsinkin siinä korostetaan työvoiman ikääntymisestä johtuvaa työvoimapulaa. (Kotkan kaupunki 2008, 2, 4.) Sosiaali- ja terveystalouden palveluksessa toimii n. 1700 henkilöä. Vakinaisen henkilöstön ikä on keskimäärin 48,6 vuotta ja sijaisten 37,2 vuotta. Vanhustenhuollon henkilöstömäärityksissä on käytössä valtakunnalliset laatusuositukset. (Kotkan kaupunki 2007, 45 - 46.) Raportin mukaan merkittävimmät syyt laitoshoidolle, hoiva-asumiselle ja kotihoidolle ovat dementia, aivohalvaus, lonkkamurtumat, psyykkiset häiriöt ja päihteiden käyttö (Kotkan kaupunki 2007, 12 - 15).

Ulkomaalaistaustaisen väestön kasvu koko Suomessa näkyy myös Kotkassa. Kotkassa oli vuonna 2006 raportin mukaan 1582 ulkomaalaista henkilöä, joka vastaa 2,9 % koko väestöstä. Maahanmuuttajien merkitys vanhustalouden palvelujen kasvavilla työmarkkinoilla tulee seuraavien vuosien aikana lisääntymään. (Kotka 2008, 9, 12 - 13.)

Kotkan vanhustenhuollon visio on se, että ikääntyvät kotkalaiset pystyvät asumaan omilla alueillaan mahdollisimman pitkään ja ikääntyvien hyvinvoinnin tukeminen lisääntyy. Pyritään myös palvelujen laadun paranemiseen, teknologian lisääntymään käyttöön, itsenäisen suoriutumisen tukemiseen sekä alan työelämän vetovoiman lisäämiseen. Toiminta-ajatuksena on alueen asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen järjestämällä ja kehittämällä vanhustenhuollon palveluita osana hoidonporrastusta.

31.12.2006 hoiva-palveluiden piiriin kuului Kotkan alueella 151, 75 - vuotta täyttänyttä henkilöä. (Kotkan kaupunki 2007, 17.)

Kotkan vanhustenhuollossa on käytössä myös kuntouttava työote-toimintamalli (Kotkan kaupunki 2007, 44). Kotkan kaupungin kehittämissuunnitelmassa painotetaan kuntouttavan työotteen käyttöönottoa vanhuspalveluissa, toimintakyvyn arviointia ammattiosaamiseksi, toimintamittarien yhdenmukaista valintaa ja käyttöä ja kuntoutussuunnitelman käytön tehostamista asiakasnäkökulmasta. (Kotkan kaupunki 2007, 45.)

Kotkan City-koti avattiin vuonna 2010. Se koostuu kolmesta eri yksiköstä, joita ovat Pihla-koti (72 asukasta), Lehmus-koti (40 asukasta) sekä Saarni-koti (40 asukasta). Kaikissa kolmessa yksikössä on neljä kerrosta. Saarnikodin kerroksista kaksi on eristyskerroksia. Hoito on näissä kaikissa ympärivuorokautista. Asiakkaat ovat enimmäkseen dementikkoja tai iäkkäitä henkilöitä, joilla on ollut aivoverenkiertohäiriö tai molemmat. Lisäksi on muita sairauksia sairastavia henkilöitä. Vakituksia työntekijöitä kaikissa kolmessa kodissa on yhteensä n. 88. Citykodissa toimii myös kaksi osastonhoitajaa, sosiaalihoitaja, sihteeri, liikuntaohjaaja, 2 fysioterapeuttia, lääkäri, kodinhoitaja, keittiöapulaisia sekä saatavilla ovat virikeohjaajan ja sairaalapastorin palvelut. (Kotka kaupunki 2012a; Kotkan kaupunki 2012b.)

4 IKÄIHMISTEN KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ

”Kuntoutuksen lähtökohtana on ihmisen itseisarvon tunnustaminen kaikissa elämän vaiheissa, myös vanhuudessa ja avuttomuudessa” (Tossavainen 1996, 82).

”Vanheneminen on biologista, psyykkistä, sosiaalista ja kulttuuriperusteista. Vanhenemisellä on geneettinen tausta, mutta jokainen yksilö voi vaikuttaa siihen esim. elämäntavoillaan. Vanheneminen on yksilöllistä ja jokainen ihminen vanhenee omalla tavallaan. Vanhenemistä ei voida standardoida. Vanhenemiseen vaikuttavat myös olot, eri aikakaudet ja eri yhteiskunnalliset asemat. Vanhuus on mielletävä luonnolliseksi osaksi elämän kulkua kuten nuoruus ja lapsuus. On rikkaus, että yhteiskunta koostuu eri-ikäisistä ihmisistä jotka osallistuvat eri toimintoihin voimavarojensa mukaan.” (Kotkan kaupunki 2007, 18.)

Kuntoutuksen alkuvaiheessa se oli hyvin pitkälti hyväntekeväisyyden varassa. Vuoteen 1940 asti valtion rooli kuntoutusta ajatellen oli hyvin vaatimaton joitakin sairaaloita ja tuberkuloosiparantoloita lukuun ottamatta. Valtion rooli kuntoutuksen organisoijana tuli merkittäväksi ja korostui vasta talvi- ja jatkosodan myötä, kun sotainvalidien määrä kasvoi. Näin voidaan siis todeta, että kuntoutus alkoi invalidihuoltona. Keskeisenä lakina toimi invalidihuoltolaki vuodesta 1947 lähtien, ja se myös säätelöi toimintaa. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 16 - 17.)

Kuntoutus- käsite tuli suomalaiseen käytäntöön vasta 1940-luvulla englannin kielen sanan käännöksestä rehabilitation. 1960-luvulta lähtien kuntoutuksen tavoitteeksi ja periaatteeksi vakiintui kuntoutuspalvelujen normalisoiminen ja niiden ottaminen osaksi terveystalveta. (Rissanen ym. 2008, 16 - 17.)

Suvikas ym. määrittelee kirjassaan ”Kuntouttava lähihoito” Kuntoutumista edistävän työotteen näin:

”Kuntoutumista edistävä työote on ihmisen ymmärtämistä, muistuttamista, sallimista, valvomista, palautteen antamista ja vastaanottamista, oivaltamista, mahdollisuuksien etsimistä ja viisautta kaikissa päivittäisen elämän tilanteissa” (Suvikas ym. 2010, 335).

Routasalon mukaan (Routasalo 2003) iäkkään henkilön kuntoutus on ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan yhtenäiseen päätöksentekoon perustuvaa toimintaa asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn palauttamiseksi, ylläpitämiseksi ja huononemisen estämiseksi. Routasalo & Lauri (2001) ovat tuoneet kuntoutusta ja hoitotyötä käsittelevän kirjallisuuden pohjalta iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön mallin (liite 1). Mallissa korostetaan vuorovaikutusta kuntoutujan ja hoitajien ja muiden kuntoutumiseen osallistuvien henkilöiden kanssa. Hoitajien kanssa vuorovaikutus on ympärivuorokautista, kun taas muiden erikoistyöntekijöiden kanssa se on lyhyempikestoista. Omaisten rooli on tärkeä, koska ikääntyneet henkilöt saavat eniten apua juuri omaisiltaan. (Routasalo 2003a, 117-118.)

STAKESin ”Kannattaako kuntoutus” raportin (2002) mukaan *kuntoutus*-sana voidaan määritellä monella eri tapaa. Se voi tarkoittaa oppialaa, järjestelmää, menetelmää, tavoitetta tai yksilön tai yhteisön muutosta. Sen tavoitteena on itsenäisen selviytymisen, toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutustoimenpiteillä

tähdätään yhdessä kuntoutujan kanssa hänen toimintakykynsä parantamiseen. (Stakes 2002, 2.)

Kuntoutuminen voidaan nähdä kasvu- ja oppimisprosessina. Tämän prosessin aikana kuntoutuja kehittää itselleen parhaat keinot, joiden avulla hän pystyy selviytymään mahdollisimman hyvin jokapäiväisestä elämästä sekä sosiaalisesta kanssakäymisestä. Hän oppii hyväksymään muuttuneen elämäntilanteensa sekä sairautensa ja sen aiheuttamat rajoitukset. Hän ymmärtää, että hänen tilanteensa on muuttunut ja hän pystyy muuttamaan suunnitelmansa muuttuneen elämäntilanteensa mukaan. Hän oppii myös kuntoutuksen edetessä löytämään uusia voimavaroja ja uusia tapoja toimia arkipäivän tilanteissa. Erittäin tärkeää on kuntoutujan oma motivaatio. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 18.)

World Health Organisation on tuonut käyttöön käsitteen ”Active Ageing”. Käsitteellä tarkoitetaan sitä, että ihmiselle tarjotaan kaikki tarvittavat palvelut niin fyysisesti, sosiaalisesti kuin psyykkisesti ajatellen hyvää vanhenemista ja elämänlaatua. Se sisältää sukupuolen sekä kulttuurin lisäksi yksilön, perheen ja yhteisön ulkopuolisia vaikuttavia tekijöitä jotka ovat: terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuus, fyysinen ympäristö, yksilölliset tekijät, sosiaaliset ja taloudelliset tekijät. (WHO 2007, 10.)

Geriatrisen kuntoutuksen tavoitteet riippuvat asiakasryhmästä ja minkälaisia riskitekijöitä tai toiminnanvajeiden vaikutuksia aiotaan helpottaa. Lähtökohtana pidetään kuntoutujan yksilöllistä tilannetta, tarpeita, toiveita ja odotuksia sekä tietysti hänen voimavarojaan. Iäkkäiden ihmisten jokapäiväisessä selviytymisessä on eroja ja he sairastavat monia eri sairauksia. (Rissanen ym. 2008, 555.)

On tärkeää, että iäkkäiden itsenäistä toimintakykyä ylläpitämistä korostetaan, sillä väestön vanhenemiseen liittyvästä haasteesta ei tulla selviytymään pelkästään passiivisia hoivapalveluita lisäämällä (Hartikainen & Lönnroos 2008, 278). Jos ajattelemme iäkkäitä ihmisiä, pitää meidän myös ajatella kuntoutuksen kannalta tärkeitä erityisryhmiä, joita ovat iäkkäät vammaiset, kehitysvammaiset sekä iäkkäät mielenterveyskuntoutujat. Heillä saattaa myös esiintyä lievempiä masennus- tai ahdistusoireita, jotka saattavat usein jäädä diagnostisoimatta. Myös päihdeongelmia esiintyy aikaisempaa enemmän iäkkäillä ihmisillä. Uusilla lääkkeettömillä hoitomuodoilla on saatu aikaan se, että dementoituvat voivat itsenäisemmin suoriutua jokapäiväisistä askareista, mikä siten vaikuttaa heidän itsetuntoonsa ja elämänlaatuunsa. Erittäin tärkeää on ottaa omaiset

mukaan kuntoutukseen jo suunnitteluvaiheessa sekä sen toteuttamisessa. (Rissanen ym. 2008, 556.)

Kotkan City-kodin asiakkaista suurin osa on dementoituvia, aivoverenkiertohäiriöstä johtuvia sairauksia omaavia henkilöitä, tai heillä on useita eri sairauksia. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä tarkoittaa eräiden periaatteiden noudattamista. Niihin kuuluvat dementoituvan yksilöllisyyden tunnustaminen ja kunnioittaminen, itsenäisyyden tukeminen ja jäljellä olevien heikentyneiden ja menetettyjen voimavarojen sekä toimintakyvyn osa-alueiden tunnistaminen. Tärkeää on myös huomioon ottaminen ja tukeminen, hoitotyön tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja systemaattisuus. (Heimonen & Voutilainen 1998, 13.)

4.1 Kuntouttava työtteen fyysiset osa-alueet

Ruumiillisesti ihminen vanhenee milloin hitaammin ja milloin nopeammin. Jossain vaiheessa se kuitenkin muodostuu merkittäväksi fyysisen ja usein psyykkisen kunnan heikentymiseksi. Erot ovat kuitenkin hyvin yksilöllisiä. Oleellista on se, että me voimme kaikki henkilökohtaisesti vaikuttaa vanhenemisprosessin etenemiseen. (Karjalainen & Vilkkumaa 2004, 154.)

Normaaliin ikääntymiseen kuuluu lihasvoimien heikentyminen. Tästä johtuen on iäkkäälle jopa hyvin vaarallista pelkkä vuoteessa makaaminen tai tuolissa istuminen. Tilanne saattaa jopa johtaa pahimmassa tapauksessa siihen, että iäkäs henkilö menettää kävelykykynsä. Täysin vuoteessa oleminen aiheuttaa myös sen, että verenpaineen mukautuminen asentojen muutoksiin heikentyy. Tällöin esim. pystyasentoon nousun yhteydessä verenpaine alenee voimakkaasti ja tämä altistaa kaatumisille. (Kivelä & Vaapio 2011, 88.)

Kuntouttavalla työtavalla hoitaja tukee ja kannustaa kuntoutujaa selviytymään mahdollisimman itsenäisesti arkitoimistaan ja hallitsemaan elämäänsä jäljellä olevien voimavarojen ja toimintakyvyn mukaan Kuntoutujan on itse saatava päättää toimiensa aikatauluista ja niiden toteuttamisesta. Hoitaja auttaa ja ohjaa häntä selviytymään toimista, joista hän ei yksin selviydy. Tärkeää kuntoutumisen kannalta on, että ei tueta vain fyysistä selviytymistä. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 23.)

Arvokas voimavara on myös läheisten tuki ja kannustus sekä konkreettinen apu. Pyritään myös vaikuttamaan fyysiseen ja psykososiaaliseen ympäristöön niin, että sekin tukisi kuntoutujaa selviämään jokapäiväisestä elämästä. Päämääränä pidetään asiakkaan voimaantumista (empowerment). Kun kuntoutuja löytää omat voimavaransa ja osaa alkaa hyödyntää niitä ja rohkaistuu tekemään päätöksiä, alkaa hän myös aktiivisesti vaikuttaa omaan elämäänsä. (Kettunen ym. 2009, 23.)

Uuden asiakkaan saapuessa hoivakotiin hänen toimintakykynsä arvioidaan. Fysioterapeutti arvioi fyysisen kunnon ja avuntarpeen. Sosiaalihoitaja kartoittaa uuden asiakkaan taloudellisen tilanteen. Vastuuhoitaja kartoittaa asiakkaan tai omaisen kanssa toiveet, voimavarat ja palvelutarpeet. Edellämäinittujen avulla syntyy palvelusuunnitelma. Useimmiten tavoitteena hoivakodissa on tyytyväisyys elämään, itsenäisyyden tukeminen, ja toimintakyvyn ylläpitäminen tai sen laskun hidastaminen. Pienet yrityköt ja hoiva-asumisen kodinomaisuus lisäävät mahdollisuuksia asiakkaan osallistumiseen arkitoimintoihin hänen omien mahdollisuuksiensa mukaan. (Suvikas ym. 2010, 336 - 337.)

Ensisijaisena lähtökohtana on ikääntyvän kuntoutujan oman tilanteen määrittely. Siinä pitäisi ottaa huomioon asiakkaan elämänhistoria, arjen kokonaisuus, yksilölliset elämäntavat ja elämäkokemukset. Tärkeä työkalu on nämä edellä mainitut seikat huomioonottava kuntoutussuunnitelma. (Rissanen ym. 2008, 550 - 552.)

Arvioinnin lähtökohtana käytetään kuntoutujan omia tarpeita, toiveita, ennakkokäsityksiä, motivaatiota, voimavaroja ja kompensatiokeinoja. Geriatriinen arviointi lähtee usein liikkeelle kuntoutujassa havaituista ongelmista. Fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä arvioidaan erilaisilla mittareilla, joita ovat mm. Fyysinen toimintakyky: FIM (Functional Independence Measure), RAVA-mittari, Kognitio: MMSE (Minimal State Examination), CERAD, Mieliala/psyykkinen toimintakyky: GDS (Geriatric Depression Scale, Elämänlaatu/psyykkinen toimintakyky: WHO-QoLbref. (Rissanen ym. 2008, 559 - 561.)

Kotkan City-kodissa uusille asukkaille tehdään myös toimintakykykartoitus, jonka pohjalta tehdään hoitosuunnitelma sekä suunnitellaan toteutus, joka tarkoittaa yleisemmin päivittäistoimintojen yhteydessä suoritettavaa kuntoutusta. Jonkin verran suoritetaan yksilöterapiaa. Talvikaudella on ohjattuja saliryhmiä ja fysioterapeutit kiertävät eri kerroksissa antamassa hoitajille ohjausta esim. apuvälineiden käytössä siirrois-

sa. Oikean asentohoidon suorittamiseen käytetään kuvia, joissa näytetään oikeat siirtotavat tai asennot kyseessä olevalle asukkaalle. Asukkaiden apuvälineet saadaan apuvälinelainaamosta, jotka fysioterapeutti tarpeen mukaan hankkii asukkaalle. (Skog 2012; Grönlund 2012.)

Jokaisella osastolla on myös oma kuntoutusvastaava. Heitä on yhteensä 12. Kerran kuussa pidetään fysioterapeutin ohjaama palaveri kuntoutusvastaavien sekä esimiesten kanssa. Siinä pohditaan eri ongelmia ja tuetaan kuntoutumisvastaavia tehtävissään. Siirtojen ohjausta ja koulutusta annetaan myös silloin. Neljä hoitajaa on myös käynyt ergonomiapassikoulutuksen ja lisää heitä on tiedossa tulevaisuudessa. Asiakkaan toimintakyky kirjataan FYS-lehdelle Efficassa. EMS-mittarin avulla fysioterapeutit seuraavat asiakkaan toimintakykyä puolen vuoden välein. (Skog 2012; Grönlund 2012.)

Kotkan vanhustenhuollossa toimintakykyä mitataan RAVA-mittarilla. (Kotkan kaupunki 2007, 26.) RAVA-mittari on Suomen kuntaliiton omistama ja FCG Finnish Consulting Group Oy:n lisensoima ikäihmisten (65-vuotiaat ja yli) toimintakyvyn ja avuntarpeiden mittari. Toimintakykyä arvioidaan seuraavien toimintojen avulla: kullo, puhe, näkö, rakon ja suolen toiminta, liikkuminen, syöminen, lääkitys, peseytyminen, pukeutuminen, muisti sekä psyyke. Arvioinnin tukena käytetään MMSE-testiä ja GDS-15 seula. Mittarin avulla asiakkaalle lasketaan ns. RAVA-indeksi ja RAVA-luokka, joita voidaan käyttää viitteellisinä arvoina, kun arvioidaan ikäihmisen toimintakykyä ja mahdollista avuntarvetta. (Finnish Consulting Group.)

Kotkan City-kodissa Pihlakodin asukkaiden RAVA-indeksi (taulukko 1) on keskimäärin 3,41 - 3,58, Lehmuskodissa se on puolestaan 3,28 - 3,32 ja Saarnikodissa 2,97 - 3,29. (Kotkan kaupunki 2012c.)

Taulukko 1. arvioitu avun tarve RAVA-luokittain (Finnish Consulting Group)

RAVA-luokka	RAVA-indeksi	Avun tarve
Rava- luokka 1	1,29-1,49	Satunnainen
Rava-luokka 2	1,50-1,99	Tuettu hoito
Rava- luokka 3	2,00-2,49	Valvottu hoito

Rava-luokka 4	2,50-2,99	Valvottu hoito
Rava-luokka 5	3,00-3,49	Tehostettu hoito
Rava-luokka 6	3,50-4,03	Täysin autettava

Kuntoutumiselle määritelty tavoite pitää olla järkevä, konkreettinen ja mitattavissa oleva. Pitkälle aikavälille asetetaan tavoite, joka lähtee sellaisesta toimintakyvystä, joka henkilön on realistista saavuttaa. Kuntoutumista edistävät kuntoutujan kokema tukea antava, ymmärtävä ja myönteinen hoitosuhde, tyytyväisyys hoitoon, hoitajaan ja hoitoympäristöön sekä vuorovaikutus hoitajan kanssa. Kaikki edellä mainitut tekijät siis motivoivat kuntoutujaa. Motivaatiota heikentävät taas hoitajien fyysisen, kipua tuottavan voiman käyttö auttamistilanteissa, henkilön kokema kipu harjoitustilanteissa, henkilön uskomus ettei kuntoutus tuota tulosta ja läheisten sanelemat tavoitteet. (Routasalo, Arve, Aarnio & Saarinen 2003, 125 - 127.)

Palvelu- ja hoivataloissa liikuntaa voidaan toteuttaa ulko- tai sisätiloissa. Uusimmissa yksiköissä on myös omat kuntosalit. Tuolivoimistelu ryhmissä kuuluu hyvään hoitoon näissä yksiköissä. On tärkeää, että liikunta tuntuu hyvältä. Se ei myöskään saisi olla liian kevyttä, sillä jonkinlaista räsitusta täytyisi tuntua jotta suorituskyky parantuisi. Erilaiset vanhankodeissa suoritettut tutkimukset osoittavat, että ulkona istuminen ja luonnon tarkkaileminen vaikuttavat myönteisesti sellaisten iäkkäiden mielialaan jotka ovat liikuntakyvyttömiä tai liikuntakyky on heikentynyt. (Kivelä ym. 2011, 88 - 89.)

Hoitotyössä käytetään erilaisia apuvälineitä esim. potilassiirroissa. Niiden avulla siirrot ovat turvallisia sekä potilaille että hoitajille, ja ne auttavat hoitajaa työskentelemään ergonomisesti oikein. Apuvälineitä on monenlaisia, sekä fyysiseen että psyykkiseen ja sosiaalisiin toimintoihin tarkoitettuja. Apuvälineiden päivittäinen käyttö hoitotyössä tukee kuntouttavaa työtä.

STAKESin vuonna 2008 julkaisema ”Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa”- tutkimus keskittyy dementiahoidossa käytettäviin kognitiivisia toimintoja tukeviin apuvälineisiin. Tutkimuksessa kävi ilmi, että dementiahoidon ammattilaiset sekä sairastuneiden omaiset eivät tunteneet kognitiivista toimintaa tukevia apuvälineitä. Näillä

apuvälineillä voitaisiin kuitenkin auttaa ylläpitämään dementiaoireisten ihmisten päivittäistä toimintaa. (Stakes 2008, 6 - 7.)

On tärkeää myös huomioida iäkkäiden lääkehoidon vaikutus toimintakykyyn. Sairaudet lisääntyvät vanhetessa, jolloin lääkkeiden käyttö lisääntyy, ja tämä johtaa kohonneeseen lääkkeiden yhteisvaikutusvaaraan. Mitä useampaa lääkettä iäkäs henkilö käyttää, sitä suurempi vaara on haitallisten yhteisvaikutusten syntyyn. Lääkkeiden haittavaikutuksista johtuvat toiminnalliset haitat ovatkin ongelmallisempia iäkkäille henkilöille. Haittavaikutuksia ovat väsymys, muistin heikkeneminen, sekavuus, käy-töshäiriöt, huimaus, kaatuilu, kehon jäykkyys, näkökyvyn aleneminen ja kävelykyvyn menetys. (Kivelä ym. 2011, 69 - 77.)

Lääkkeet saattavat aiheuttaa oireita, joita voidaan pitää sairauksista johtuviksi ja hoidoksi näihin voidaan määrätä uusi lääke, jolloin seurauksena tästä on iäkkään henkilön fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn nopea heikkeneminen. Esimerkiksi uni- tai nukahtamislääkkeet tai rauhoittavat lääkkeet saattavat aiheuttaa kaatumistapaturmia. Siksi hoidossa pitäisi myös käyttää sosiaalisia ryhmätoimintoja, tuoli-voimistelua, validaatioterapiaa, ryhmämuistelua ja muita ei-lääkkeellisiä hoitotapoja muistisairaiden ja dementikkojen hoidossa. Erittäin tärkeää on myös lääkityksen säännöllinen arviointi. (Kivelä ym. 2011, 69 - 77.)

Kotkan City-kodin asukkaista monella on ollut jonkinasteinen aivoverenkiertohäiriö- tai aivohalvaus. Myös monet ovat dementikkoja tai heillä on alzheimer. Aivohalvaus on merkittävin vammaisuutta aiheuttava sairaus länsimaissa. Varhainen diagnostiikka ja ensihoito ovat olleet käännteentekevä edistysaskel aivohalvauspotilaiden kuntoutumisen kannalta. Myös moniammatillisen kuntoutuksen hyödyt aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen kuntoutuksessa ovat merkittäviä. (Mäntynen 2007, 21.)

Aivohalvauksen jälkeen noin puolelle jää toimintakykyä haittaavia neurologisia vaurioita, n. 40 % tarvitsee kuntoutusta ja 10 - 20 % tarvitsee jatkuvaa hoitoa (Mäntyniemi 2007, 25). Suomessa aivohalvaustapauksista yli puolet ilmaantuu yli 75-vuotiaille. Koska ikääntyminen on aivohalvauksen tärkein riskitekijä, voidaan ennustaa niiden lisääntyminen tulevaisuudessa. (Käypähoito -suositus 2011, 3.)

Aivohalvauspotilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö edellyttää hoitajilta tiivistä yhteistyötä muiden tiimin jäsenten kanssa, kuntoutumissuunnitelman noudattamista sekä kuntoutujan ohjaamista yleisten periaatteiden mukaisesti (Mäntynen 2007, 23.)

Dementikkojen kuntoutus taas jaetaan karkeasti viiteen eri osa-alueeseen: sosiaalisten, fyysisten ja psyykkisten toimintojen kuntoutukseen sekä fyysisen ympäristön muokkaukseen ja farmakologiseen hoitoon. Fyysinen kuntoutus sisältää esim. fysioterapeuttisen kuntoutuksen ja erilaisten apuvälineiden käytön opettelun. Fyysisen ympäristön muokkauksella tarkoitetaan sitä, että hoitolaitoksen fyysiset puitteet muokataan sellaisiksi, että ne tukevat heikentynyttä toimintakykyä (Heimonen ym. 1998, 16 - 18.)

Dementoituvien kuntoutuksessa on ensiarvoisen tärkeää ylläpitää fyysistä toimintakykyä, mutta yhtä tärkeitä ovat psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn parantamiseen tähtäävät kuntoutusmenetelmät (Heimonen ym. 1998, 15). Kuntouttava työote on kuntouttavan hoidon muoto käytännön hoitotilanteissa, ja se kuvastaa hoitohenkilökunnan asenteita ja asennoitumista dementoituvia kohtaan ja tapaa olla heidän kanssaan vuorovaikutuksessa. Kuntouttavalle hoidolle on myös omat rajoituksensa. Dementoivien sairauksien, kuten Alzheimerin etenevän luonteen takia hoitotyön tavoitteille on asetettava omat rajansa. Tavoitteet tulee asettaa realistisella tasolla ja käyttää kuntoutuksen apuna kaikki mahdolliset keinot joita voidaan hyödyntää. (Heimonen ym. 1998, 16.)

Potilaan kuntoutumisen edistymistä arvioidaan jatkuvasti. Tämä ei tarkoita pelkästään kirjaamista potilaan saavutuksista vaan myös hoitajien jatkuvaa oman toiminnan arviointia. Potilaan kuntoutuksen tavoitteiden saavuttaminen edellyttää sitä, että kaikki osapuolet hyväksyvät ne ja ovat sitoutuneet noudattamaan niitä. Tärkeää on se, että toinen ei tee potilaan puolesta sitä, missä toinen kannustaa potilasta yrittämään itse. (Routasalo 2005, 14.)

4.2 Kuntouttavan työotteen psyykkiset ja sosiaaliset osa-alueet

Kuntouttava työote on arjen tapa tehdä työtä. Tällöin hoitaja ja ikääntynyt henkilö toimivat yhdessä arjessa. Kuntouttava työote on tavoitteellista yhteistä toimintaa. Kuntouttavaa työtoimintaa eivät vain ole fyysiset toimet arjessa vaan myös esim. päivän lehtien lukeminen, keskusteleminen päivän uutisista, yhteiset juhlat, päivittäisten askareiden tekeminen, yhteiset retket jne. Ikäihmisten hoitoon osallistuvan hoitohenki-

lökunnan on määriteltävä, mitä kuntouttava työote tarkoittaa ja miten sitä omassa työyhteisössä toteutetaan. Sen konkretisointia auttaa myös se, että yhdessä työyksikössä pohditaan, miten kuntouttava työote näkyy ja miten se pitäisi näkyä ikääntyneen arjessa. (Holma, Heimonen & Voutilainen 2002, 43 - 46.)

Psyykkisen toimintakyvyn kartoittamiseksi arvioidaan asiakkaan orientaatiota, muistia, asioiden hahmottamista ja mielialaa. Näin pystytään selkiyttämään hoitajille kuinka hyvin ikääntynyt henkilö pystyy ottamaan vastaan tietoa, ohjeita sekä neuvoja ja käsittelemään niitä. Se kertoo myös kuinka hyvin asiakas on orientoitunut aikaan ja paikkaan. (Routasalo 2003, 120 - 124.)

Viriketoiminnalla tarkoitetaan ihmistä aktivoivaa toimintaa. Sen tavoitteina ovat mm. muistin, havainnoinnin ja keskittymisen aktivoiminen. Se antaa sisältöä elämään, tarjoaa kokemuksia ja tunteita, yhdessäolon iloa. Se on erityisen tärkeää huonokuntoisille, joiden henkinen vireys riippuu toisten tuesta. Periaatteena on toimia kuntoutujan ehdoilla. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 150 - 152.)

Viriketoiminta on helppo liittää normaaliin päivärytmiin ja sen tulisi sisältyä päivittäiseen hoitotyöhön. On tärkeää, että asiakas säilyttää uteliaisuutensa ympäröivään maailmaan ja lukee päivän lehtiä, katsoo televisiota jne. Viriketoimintaa voivat olla mm.: muistelu ja aivojumppa, toisten tapaaminen, keskustelu ja kahvittelu, askartelu, leipominen, laulaminen ja erilaisiin kulttuuritapahtumiin osallistuminen. Viriketoiminnalla saadaan esim. dementoituvaa mukaan päivittäisiin askareisiin. Näin tuetaan dementoituvan aisteja, muistia, kielellisiä kykyjä, sosiaalisia taitoja ja keskittymiskykyä. Erittäin hyvää on menneiden muistelu ja niistä keskustelu. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 150 - 152.)

Kotkan City-kodissa eri osastoilla järjestetään monenlaista viriketoimintaa asiakkaille. Hoitajat ja asiakkaat lukevat lehtiä, katsovat tv:tä, askartelevat tai leipovat yhdessä. City-kodissa järjestetään myös monenlaisia tapahtumia, kuten konsertteja tai juhlia. Kesäisin järjestetään myös retkiä kauemmaksi.

Sosiaalinen toimintakyky taas käsittää sosiaalisessa kanssakäymisessä tarvittavat taidot ja mahdollisuudet sekä asioiden hoidon. Se sisältää henkilön fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn sekä henkilön sosiaalisen verkon. (Routasalo 2003, 120-124.)

City-kodissa omaiset ovat tärkeässä roolissa sosiaalisen kanssakäymisen tukemisessa asiakkaan kanssa. On tärkeää tietää esim. dementikon elämän eri vaiheet, heidän mieltymyksensä ja harrastuksensa, jotta niiden avulla voidaan motivoida asiakas toimimaan päivittäisissä toiminnoissa. Sosiaalista kanssakäymistä toteutetaan mm. yhteisillä ruokailuhetkillä sekä erilaisilla tapahtumilla ja yksinkertaisesti vain päivän toimintojen yhteydessä.

4.3 Kuntouttavan hoitotyön toteutumista edistävät tekijät

Kuntouttavan työotteen toteutuminen on kiinni hoitajien tiedoista ja taidoista sekä viitseliäisyydestä. Hoitajien pitää sitoutua yhdessä sovittuihin hoitolinjoihin. Yhteiset toimintatavat lisäävät asiakkaiden omatoimisuutta ja heidän turvallisuuden tunteensa kasvaa. Yhdenmukaisten hoitolinjojen ansiosta kaikki hoitajat nähdään yhdenvertaisina. Kuntouttavan työotteen toteutumiseen ja hoitajien jaksamiseen vaikuttavat: työilmapiiri, hoitohenkilökunnan riittävä määrä ja asianmukaiset tilat. Myös henkilökunnan säännöllinen kouluttaminen säännöllisesti on tärkeää. Jotta päivitetty tieto siirtyisi teoriasta käytäntöön, edellyttää se keskustelua hoitohenkilökunnan jäsenten kesken. Yhteistyö eri ammattiryhmien välillä on myös tärkeää. (Olkoniemi & Korhonen 2009, 28 - 29.)

Tärkeäksi tekijäksi työntekijät kokevat ympäristön mahdollisuuksien hyödynnettävyyden. Työntekijöiden mukaan kuntoutustyö näyttäytyy kuntoutujan voimavaroista ja tarpeista lähtevänä arkipäivän toimintana. (Holmi 2012, 44 - 59.) Kuntouttavan työotteen toteuttaminen kiireestä huolimatta on kannattavampaa sekä ikäihmisten toimintakyvyn edistymiselle että työntekijän työkuormituksen vähentymiselle (Holmi 2012, 64).

Erittäin tärkeää on tietoisuus osastonhoitajan tuesta. Osastonhoitajan tuki muutosten aikaan saamisessa on myös tärkeää. (Mäntynen 2007, 86.) Hoitohenkilökunnan lähiesimies tukee henkilöstön koulutusta toimimalla itse kouluttajana ja tuomalla näyttöön perustuvaa tietoa, joka voidaan laittaa käytäntöön ja perehdyttää uutta henkilöstöä. Kehityskeskustelujen avulla hän arvioi henkilöstön osaamista. Työntekijöiden arvostaminen näkyy esim. yksilöllisellä työvuorosunnittelulla jolla hoitajien innovatiivista toimintaa oman asiakkaiden kanssa. Lähijohtaja pyrkii myös osallistumaan itse hoitotyöhön kriittisissä tilanteissa ja hallitsemaan kiirettä esim. työvuorosunnittelun

avulla kun osastolla oli riski lipsua kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. (Vähäkangas 2010, 85.)

Organisaation yhteisten kuntoutumista edistävien päämäärien ja tavoitteiden avulla hoitajat sitoutuivat työhönsä. Kuunteleminen, avoin kommunikaatio, läsnäolo ja lähestyttävyyden helppous olivat myös keskeisiä yhteisten päämäärien pitämisessä. Osastonhoitajien mielestä kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta vaatii asiantuntijuutta. Kuntoutumista edistävä toiminta näyttäisi vähentävän henkilöstön vaihtuvuutta ja lisäävän sijaisten saatavuutta. Kuntouttava työote mahdollistaa enemmän aikaa asiakkaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen. Tutkimustulosten mukaan näyttäisi siltä, että kuntoutumista edistävän toimintamallin avulla edistetään vanhustyön vetovoimaa, alan kiinnostusta ja arvostusta. (Vähäkangas 2010, 94 - 96.)

Apuvälineiden käyttö mahdollistaa asiakkaan osallistumisen ja luo turvallisuuden tunnetta varsinkin siirtymistilanteissa. Apuvälineet ovat myös hyviä hoitajien ergonomisia työtapoja ajatellen. Omahoitajana toimiminen asettaa haasteita hoitajan kliinisessä osaamisessa ja moniammatillisessa toiminnassa, mutta myös luovuudelle. Tämä johtuu siitä, että usein asiakkaana on ikääntynyt henkilö jolla on kognition vajeita. (Vähäkangas 2010, 92.)

Merkitykselliseksi hoitaja näkevät oman ergonomian tavoitteellista hoitotyötä tehtäessä. He kokevat talon oman fysioterapeutin olevan ergonomiaohjauksessa tärkeässä roolissa. Heiltä työntekijät kokevat saavansa hyvää ohjausta kuntoutujan siirtymisiin ja oikeanlaisiin nostotekniikoihin liittyen. Työ kuntoutujien kanssa on ajoittain sekä fyysisesti että henkisesti raskasta, jolloin oma jaksaminen korostuu. (Holmi 2012, 68 - 95.)

Mäntysen (2007) tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien mukaan omahoitajakäytäntö, kuntoutumista edistävään hoitotyöhön liittyvä koulutus, mahdollisuus toteuttaa persoonallisia toimintatapoja, toimivat johtokäytännöt sekä omien ja työn asettamien tavoitteiden vastaavuus vahvistivat voimavarojen käyttöä työssä (Mäntynen 2007, 68).

Tutkimuksesta käy myös ilmi, että pitkäkestoinen yhdessä työskentely takasi parhaimmat onnistumisen mahdollisuudet ja tiimin jäsenten vaihtuminen aiheutti kiireen tuntua ja epävarmuutta työsuhteiden jatkuvuudesta. (Mäntynen 2007,73.) Tavoitteellinen yhteistyö kuvataan hyväksi tueksi arjen työssä. Keskeisenä tekijänä koetaan

työkavereiden merkitys kuntoutujaa koskevien päätösten tekemisessä. Tuen saaminen ja yhteistyö helpottaa työssä jaksamista. Tällöin työntekijän ei tarvitse yksin kantaa koko taakkaa. (Holmi 2012, 68 - 95.)

Työntekijät korostavat riittävien työntekijäresurssien määrää, mutta myös monipuolisten kuntouttavien toimintojen tärkeyttä, jotka lisäävät kuntoutujien osallisuutta arkeen. He myös kokevat kuntoutustyön tärkeäksi tekijäksi työkuormituksen vähenemisen. Tässä tärkeää roolia näyttölee kuntoutujan oma aktiivisuus osallistumisen ja omatoimisuuden arjen toiminnoissa sekä liikkumisessa olevan tärkeyttä. (Holmi 2012, 68 - 95.)

Kuntoutujien myönteinen palaute koetaan arjen jaksamista edistävänä asiana. Luovien kuntoutusmenetelmien käyttäminen koetaan päivän toimintoja helpottaviksi sekä arkeen mukavia juhlahetkiä tuovaksi. Esimerkiksi musiikilla, tanssilla ja huumorilla on mahdollisuus selvitä monesta arkipäivän haasteesta. Myös arkea helpottava pienikin apuväline koetaan seikaksi joka voi tuoda kuntoutujalle elämänlaatua. (Holmi 2012, 68 - 95.)

Omaisten aktiivisuus iäkkäiden hoitotyössä edistää yhteistyötä. Omaisten asiallinen käyttäytyminen, realististen tavoitteiden asettaminen sekä hoitoon perehtyminen edistävät omaisten ja henkilökunnan yhteistyötä. Omaisten liiallinen aktiivisuus tai hoitoon puutuminen ovat hyvän yhteistyön esteitä. Myös henkilökunnan kiire, vallan käyttö tai vetäytyminen hankaloittaa yhteistyötä. Myös henkilökunnan pieni määrä ja alimitoitus, vaihtelevuus sekä epäselvyydet hoidon vastuukysymyksissä ovat hoidon esteitä. Omaisten mahdollisuus osallistua vanhusten hoitoon ja sen kehittämiseen ovat yksi yhteistyön edistämisen keinoja. (Kivelä ym. 2011, 152.)

Hoitotyöntekijät pitävät sekä suullisen että kirjallisen tiedon merkitystä tärkeänä potilaan kuntoutumista ajatellen. On myös tärkeää, että koulutustieto välittyy koko hoitotiimille eikä sitä pantata. (Mäntynen 2007, 74.)

Kuntoutumista edistävän työotteen hallinta edellyttää sitä, että hoitohenkilökunta arvioi kriittisesti aikaisempia työtapojaan. Keskeistä on ammattihenkilöstön, ikäihmisen ja heidän omaistensa välinen yhteistyö ja sitoutuneisuus yhteisiin tavoitteisiin ja toimintaperiaatteisiin. (Suvikas ym. 2010, 335 - 336.)

Olisi myös hyvä miettiä, miten käytäntöjä hoitotyössä voisi parantaa. Muutokseen tarvitaan kolme tekijää: Ilmapiiiri, joka mahdollistaa muutoksen, toisten hoitajien tai ainakin joidenkin tuki asialle ja innostuminen. Asioissa pitäisi mennä eteenpäin, varsinkin kun uusi työntekijäsukupolvi tuo uusia ajatuksia ja toimintamalleja, on niitä hyvä pohtia ja analysoida yhdessä. Myös yksittäisen työntekijän valinnat ja ajatukset pitäisi ottaa huomioon. (Suvikas ym. 2010, 336 - 337.)

4.4 Kuntouttavan hoitotyön toteutumista rajoittavat tekijät

Hoitotyö on fyysisesti raskasta ja kuormittavaa ja täten se rajoittaa kuntouttavan työotteen käyttöä hoitotyössä. Hoitajien mukaan työn kuormittavuutta voitaisiin tasata sellaisilla muutoksilla kuten: työympäristön rakenteelliset muutostyöt, apuvälineiden hyödyntäminen ja toimintatapojen yhtenäistäminen. Kuormittavimmat tilanteet fyysisesti ajatellen ovat liikkumisessa, siirtymisessä, peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen sekä potilaan turvallisuudesta huolehtiminen. Fyysinen kuormitus ilmenee sekä tuki- ja liikuntaelimestön oireiluna että myös väsymyksenä. (Salminen & Westerholm 2009, 59 - 62.) Kuntoutumista edistävä toiminta näyttäisikin vaativan enemmän resursseja kuin perinteinen hoitajan toiminta (Vähäkangas 2010, 95).

Lisäksi hoitajat kertovat kokevansa stressiä ja jännittyneisyyttä. Hoitajien mielestä apuvälineiden käyttö on tärkeää erilaisissa asukkaan avustamiseen liittyvissä tilanteissa. Täten, jos apuvälineitä ei osata käyttää, se saattaa estää kuntouttavaa hoitotyötä. Yleisempiä käytössä olevia apuvälineitä ovat liukulakana, nostohihna- ja liina, wc- ja suihkutuolit, nosto- ja talutusvyöt. (Salminen & Westerholm 2009, 59 - 62.)

Myös apuvälineiden käytössä pitäisi olla yhtenevät toimintalinjat, koska niitä koskevat asenteet ja mielipiteet saattavat poiketa toisistaan. Näihin tekijöihin saattavat vaikuttaa hoitajan koulutustausta, työkokemus sekä oman ammatillisen osaamisen kehittäminen ja päivittäminen. Pitkään hoitotyötä tehneillä on paljon arvokasta kokemusta, mutta heille saattaa usein olla vaikeaa omaksua uusia työtapoja kuten esimerkiksi uusien apuvälineiden käyttöä. Olisi tärkeää, että apuvälineiden käyttöön saataisiin riittävää ja perusteellista ohjausta ja tiedotusta. (Salminen & Westerholm 2009, 59 - 62.)

Myös päivärytmi vaikuttaa hoitotyön kuormittavuuteen ja täten estää kuntouttavaa hoitotyötä. Raskaimmaksi koetaan aamuvuorot, koska niihin liittyy eniten asiakkaiden siirtoja jokapäiväisissä toiminnoissa. (Salminen & Westerholm 2009, 59 - 62.)

Yhdeksi huolenaiheeksi Suomessa on noussut työvoiman riittävyys väestön ikääntymisessä. Työelämään on myös tullut uusia riskitekijöitä, kuten esim. uudet fyysiset ja kemialliset altistuksen joita ovat erilaiset säteilyt. Myös työn henkinen kuormittavuus on lisääntynyt. Tähän vaikuttavat voimakas suorituskeskeisyys, väkivaltaiset asiakkaat, uusimman tieto- ja viestintätekniiikan käyttö, sekä muut ennalta arvaamattomat muutokset työelämässä. Työssä jaksamista pyritään tukemaan esim. työkykyä ylläpitävällä eli TYKY-toiminnalla. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 214 - 215.)

4.5 Hoitohenkilökunnan osaaminen kuntouttavassa hoitotyössä

Iäkkäiden kuntoutuksessa työskentelee monien ammattiryhmien edustajia joilla on eri ammatillisia koulutuksia takanaan. Jotta kuntouttamisessa onnistutaan, tulisi heillä kaikilla olla laajat tiedot vanhenemisprosesseista sekä tuntemusta vanhuspolitiikasta. Varsinkin eettisellä pohdinnalla on ikääntyvien koulutuksessa merkittävä rooli sillä usein varsinkin huonokuntoisten vanhusten perusarvoja loukataan. Monilla iäkkäimmillä ja huonokuntoisimmilla vanhuksilla saattaa olla kommunikointivaikeuksia, ja se luo lisää haasteita hoitotyölle. (Rissanen ym. 2008, 550 - 552.)

Kuntoutumista tukevassa työssä keskeinen periaate on kuntoutujalähtöisyys. Lähtökohdaksi asetetaan kuntoutujan pyrkimykset ja tavoitteet, jotka hän on asettanut elämälleen. On tärkeää, että kuntoutuja osallistuu aktiivisesti kuntoutustaan koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon. Näin hän sitoutuu siihen ja sen toteuttamiseen. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 22 - 23.)

Ammatillisen toiminnan perustan luovat tiedot ja taidot, jotka saadaan koulutuksen, mutta myös kokemuksen kautta. Hoitotyön tietoperusta koostuu monesta eri tieteenalasta. Hyvän hoitotyön pohjana on ammattitaitoinen hoitohenkilöstö. Useissa eri tutkimuksissa on todettu, että hoitohenkilöstö pitää tietojaan ja taitojaan riittävänä. (Laitinen-Junkkari ym. 1999, 23.)

Hoitajat ovat vastuussa henkilön kuntoutumisprosessista 24 h vuorokaudessa, mahdollistavat kuntoutumisen hoitotoimenpiteillä (kipulääkitys ennen fyysistä harjoittelua), antavat kuntoutujalle ja hänen omaisilleen tietoa kuntoutumisesta, tukevat kuntoutujaa ja rohkaisevat omatoimisuuteen. On tärkeää, että kuntoutumisen edistystä seurataan koko ajan. Se antaa hoitajille myös tietoa heidän oman työnsä tuloksista ja kehittämistarpeista. (Routasalo 2003, 129 - 130.)

Metropolia AMK:n julkaisussa käsiteltiin eri tutkimuksia vanhustenhuoltoon liittyen. Niiden mukaan ammattitaitoinen hoitaja osaa keskustelu- ja ohjaustaidot sekä hänellä on kärsivällisyyttä toimia muistisairaiden vanhusten kanssa. Hoitajan myös pitäisi tietää asiakkaan taustat, jotta realistiset tavoitteet kuntoutumiselle voidaan asettaa. Jos hoitajalla ei ole tietoa asiakkaan perussairauksista, jotka rajoittavat asiakkaan liikkumista voi hän vaatia asiakkaalta liikaa. Siksi omahoitajuus korostuu kuntouttavan työotteen toteutumisessa, sillä hän tuntee asiakkaan taustat. Jos asiakkaita pakotetaan osallistumaan erilaisiin tilaisuuksiin, voi se passivoida häntä sen sijaan, että kannustaisi toimimaan aktiivisesti. (Olkoniemi ym. 2009, 28.)

Mäntynen tutkimuksessa kävi ilmi, että sairaanhoitajien mielestä heidän saamansa peruskoulutus ei ollut riittävää esim. aivohalvauspotilaiden hoitotyöhön. He kokivat, että tämä alue tarvitsee oman erikoistumisensa, ja siksi sisäisellä koulutuksella ja työhön perehdyttämällä on tärkeä merkitys. (Mäntynen 2007, 97.)

Kotkan City-kodin asukkaista suurin osa on dementikkoja. Hoitohenkilöstön tulisi perehtyä dementoituviin asiakkaisiin yksilöinä eikä ryhmänä. Heidän tehtävänsä on kaikin mahdollisin keinoin auttaa dementoituvaa säilyttämään itsenäisyytensä mahdollisimman pitkään. (Heimonen ym. 1998, 14.)

Työntekijä, joka on omaksunut kuntoutumista edistävän työotteen, osaa edistää ja ylläpitää dementiaa sairastavan aktiivisuutta ja toimintakykyä jokapäiväisissä toiminnoissa kuten, pukeutuminen, peseytyminen ja ruokailu. Lisäksi hänellä on valmiudet huolehtia siitä, että kuntoutujan elinympäristö tukee häntä jokapäiväisissä toiminnoissa mahdollisimman paljon. Tätä voidaan helpottaa muuttamalla elinympäristöä muutostöillä ja ottamalla käyttöön apuvälineitä. Työntekijä osaa myös huolehtia siitä, että kuntoutujalla on käytössään palveluita, jotka auttavat häntä esim. osallistumaan viriketoimintaan. Erittäin tärkeää on yhteistyö omaisten kanssa. (Kettunen ym. 2009, 23.)

Hoitajalähtöistä toimintaa kritisoidaan, vaikka hoitajien tarkoitukset olisivat hyviäkin. Jos hoitaja on energinen ja se on ristiriidassa asukkaan mielialan kanssa, saattaa se johtaa tilanteeseen, jossa se haittaa asukkaan toimintakykyä. Myös asukkaiden keskuudessa ilmenevä levottomuus saattaa haitata toimintakykyä. (Kyttälä 2009, 35)

Kuntouttavaan työtapaan kuuluu suhtautua kuntoutujaan rohkaisevasti ja kannustavasti, jo pelkkä hoitajan läsnäolo luo turvallisuuden tunnetta. On tärkeää, että jos kun-

toutuja kertoo hoitajalle arkoja asioita elämästään, on hänen voitava luottaa hoitajan ammattietiikkaan. Vuorovaikutukseen liittyy myös puheen lisäksi tunteita, toimintaa ja erilaisia vaikutelmia. Fyysisessä hoidossa kosketuksen kautta kuntoutujalle välittyy hoitajan suhtautuminen häneen. Oman arvontunnetta koettelee se, että tarvitsee jatkuvasti toisen tukea myös kaikkien intiimeimpinä pidettävissä tilanteissa. Tällöin hoitajalta vaaditaan hienotunteisuutta jotta nämä tilanteet olisivat turvallisen ja luonnollisen tuntuksia. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 19 - 21.)

Ammatillisessa vuorovaikutussuhteessa hoitaja kohtaa kuntoutujan ihmisenä, toisaalta ammatillisessa roolissa. Hoitajan kohdatessa kuntoutujan ihmisenä, se tuo vuorovaikutussuhteeseen välittämistä ja läheisyyttä. Ammatillisuus taas tuo tarvittavaa etäisyyttä ja pidättävää, jotka suojaavat kuntoutujan yksityisyyttä. On tärkeää, että kuntoutujalla on luottamuksellinen suhde hoitajaan. Hoitajan on oltava selvillä kuntoutujan elämäntavoista ja siitä, kuinka hän selviytyy jokapäiväisistä toimistaan. Ymmärtääkseen kuntoutujaa on hoitajan kuunneltava häntä. (Kähäri-Wiik ym. 2006, 19 - 21.)

4.6 Hoitohenkilökunnan asenteet kuntouttavassa hoitotyössä

Tutkimukset henkilökunnan asennoitumisesta ja suhtautumisesta iäkkäisiin Suomessa osoittavat, että vanhusten ja hoitohenkilökunnan käsitykset vanhusten itsemääräämisoikeuden toteutumisesta eroavat toisistaan. Näiden tutkimusten mukaan hoitoa koskevia tietoja kerrotaan iäkkäille itselleen liian vähän ja liian harvoin. Myöskään suostumusta lääkemutoksiin tai tutkimuksiin ei aina kysytä heiltä itseltään. Myös kieliongelmat haittaavat, sillä maahanmuuttajataustaisen hoitohenkilökunnan määrä kasvaa koko ajan Suomessa. Osa työntekijöistä kohtelee iäkkäitä kunnioittavasti ja suhtautuu heihin empaattisesti, mutta liian usein heitä kohdellaan välinpitämättömästi ja epäystävällisesti. (Kivelä ym. 2011, 133.)

Pirkko Routasalon tutkimuksessa (2002) tutkittiin sairaanhoitajien asennoitumista iäkkääseen kuntoutuspotilaaseen ja kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. Tuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajat asennoituvat myönteisesti iäkkääseen kuntoutuspotilaaseen. 75 % vastaajista oli sitä mieltä, että potilaan hoitaminen ja kuntoutumista edistävä hoitotyö ovat sama asia ja että sairaanhoitajan työ on luonteeltaan aina kuntoutumista edistävää. Potilaan kuntoutumista edistävän hoitotyön tehtävänä on vastaajien mukaan potilaan liikuntakyvyn ylläpitäminen. (Routasalo 2002, 254 - 263.)

Vastaajista valtaosa oli sitä mieltä, että iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö vaatii tietoa ja kokemusta sekä antaa erinomaisen mahdollisuuden käyttää ammatillisia taitoja. Vastaajat olivat myös sitä mieltä, että työ vaatii sekä kestävyyttä että luovuutta ja se koettelee kärsivällisyyttä. Heidän mielestään työ on silti myös palkitsevaa. Kymmenesosa vastaajista oli sitä mieltä, että iäkkään potilaan perushoito on niin vaativaa, että kuntoutumista edistävä hoitotyö ei ole mahdollista. Vastaajat eivät pitäneet iäkkään potilaan kuntoutumista liian kalliina yhteiskunnalle. Työ voi heidän mielestään olla myös luovaa kiireestä huolimatta. (Routasalo 2002, 254 - 263.)

Holmin tutkimuksessa (2012) palvelu- ja hoivakodin työntekijät kokivat kuntouttavan työotteen olevan kuntoutujaa kunnioittavaa työtä. Työntekijöille oli tärkeää kuntoutujan hyvä kohtelu. Työote oli myös heidän mielestään pitkäjänteistä ja kiireetöntä toimintaa joka perustuu vastavuoroisuuteen. Keskeistä oli myös heidän mielestään turvallinen ympäristö. Kuntouttava työote oli myös heidän mielestään ihmistä arvostava tapa tehdä työtä. Tällöin kuntoutujaa kohdellaan tasa-arvoisesti ja yksilöllisesti. Tämän arvopohjan odotettiin lähtevän johtajasta alaspäin ja myös uusien työntekijöiden olisi tärkeää omaksua talon yhteiset arvot. (Holmi 2012, 36 - 41.)

Kuntouttavan työotteen ymmärrettiin myös olevan asiakaslähtöistä ja yksilöllistä. Kuntouttava työote koettiin myös kaikkien yhteiseksi asiaksi. Tällöin on tärkeää, että esimiehet huolehtivat siitä, että kuntouttavan työotteen toteuttamiselle on riittävästi aikaa ja resursseja. Se on myös työntekijöiden mielestä kiireetöntä etenemistä, sillä se on aikaa vievää ja rauhallista. Se myös vaatii kärsivällisyyttä. (Holmi 2012, 36 - 41.)

Kuntouttava työote oli tutkimukseen osallistuvien mielestä myös kuntoutujaa kuulevaa ja tasapuolista vuorovaikutusta. Toisaalta se on myös sallittua huumoria ja kiukuttelua salliva. Työntekijöiden mielestä tärkeää on huumori työtä tehtäessä. Vaikka kiukuttelu koetaan joskus ikäväksi, näkevät hoitajat pahan olon purkamisen oikeutetuksi ja positiivinen asia kuntoutujalle. Tärkeää on asioiden sopiminen jälkikäteen ja anteeksi pyytäminen. (Holmi 2012, 36 - 41.)

Routasalon vuoden kestävässä toimintatutkimuksessa (2003) tutkittiin hoitotyön eri osa-alueita. Tutkija ja kohderyhmä määrittivät yhdessä ongelmat ja suunnittelivat yhdessä tarvittavat toimenpiteet niiden poistamiseksi. Tavoite oli käytännön toiminnan kehittäminen. Tutkimuksessa selvisi, että hoitajat olivat jakautuneet ”hyviin ja huonoihin hoitajiin”. Ne, jotka auttoivat potilasta, olivat ns. hyviä hoitajia, ja ne, jotka ke-

hottivat potilaita itseään tekemään asioita, olivat ns. huonoja hoitajia. Siksi hoitajat päättivät yhdenmukaistaa toimintaansa, mikä on oleellista kuntouttavan työotteen toteuttamiseksi. Hoitotyön suunnitelmaa laatiessaan he päättivät, miten toimia kunkin potilaan kanssa. Tällöin oli myös yhtenäinen käytäntö omaisten ohjausta varten. Erittäin tärkeäksi hoitajat kokivat potilaan motivoimisen varsinkin ”huonoina päivinä” tai silloin, kun usko omaan voimiin horjui. Tutkimuksen aikana hoitajat myös oppivat arvioimaan omaa työskentelyään, mikä mahdollisti oman työn kehittämisen. (Routasalo 2003, 24 - 29.)

5 TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kuntouttavaa hoitotyötä toteutetaan Kotkan City-kodissa. Sen tarkoituksena oli myös kartoittaa kuntouttavan hoitotyön toteuttamista edistäviä sekä estäviä tekijöitä ja keinoja, joiden avulla kuntouttavaa hoitotyötä voitaisiin parantaa ja kehittää. Myös hoitajien osaamista ja asenteita haluttiin kartoittaa. Tutkimusongelmiksi muodostuivat seuraavat:

1. Miten kuntouttava työote toteutuu jokapäiväisessä hoitotyössä?
2. Mitkä tekijät edistävät kuntouttavan työotteen toteutumista hoitotyössä?
3. Mitkä tekijät rajoittavat kuntouttavan työotteen toteutumista hoitotyössä?
4. Mikä on hoitajien osaaminen kuntouttavassa hoitotyössä?
5. Mitkä ovat hoitajien asenteet kuntouttavassa hoitotyössä?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Kyselyn suunnittelu

Tutkimusaineisto kerättiin kyselyllä. Kysely suoritettiin koko hoitohenkilökunnalle joten kyseessä oli siis kokonaistutkimus. Näin haluttiin saada mahdollisimman laaja yleiskuva hoitohenkilökunnan näkemyksistä kuntouttavasta hoitotyöstä Kotkan City-kodissa. Tämän tyyppinen aineiston kerääminen sopii suurelle ja hajallaan olevalle

joukolla ihmisiä, niin kuin tässä tutkimuksessa oli kysymyksessä. Riskeinä voidaan mainita se, että vastausprosentti saattaa jäädä alhaiseksi. Tällöin puhutaan tutkimusaineiston kadosta. Katoa yritettiin välttää ja motivoida kohderyhmää vastaamaan kyselyyn, tarjoamalla vastaajille mahdollisuutta osallistua arvontaan, jossa saattoi voittaa palkinnon. Palautuksessa saattaa myös tapahtua viiveitä, mutta tutkimuksen suorittamiseen oli tässä tapauksessa määritetty kahden viikon vastausaika. (ks. Vilkka 2005, 73 - 74.) Huomioon ei otettu kuutta kyselylomaketta, jotka palautettiin kaksi viikkoa palautuspäivämäärän jälkeen, koska palautuspäivämäärä oli selkeästi vastaajille saatekirjeessä ilmoitettu. Palautuspäivämäärän jälkeen odotettiin vielä muutama päivä kadonneita kyselylomakekuoria. (ks. Heikkilä 2012, 19.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla voidaan kartoittaa olemassa oleva tilanne. Kokonaistutkimus kannattaa aina tehdä jos perusjoukko on pieni, kuten tässä tapauksessa. Henkilökunnan määrä oli yhteensä n. 88 henkilöä. Otanta jakautui seuraavanlaisesti: Pihlakoti 40 työntekijää ja Saarni- ja Lehmuskoti 24 työntekijää kumpikin. Otos on laskettu City-kodilta saatujen tilastojen mukaan.

Kyselylomake suunniteltiin huolella. Kysymysten muoto standardoitiin eli kaikilta kyselyyn vastanneilta kysyttiin samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. (Ks. Vilkka 2007, 28.)

Kyselylomakkeessa (liite 6) käytettiin monivalintakysymyksiä taustatekijöitä kysyttäessä. Muissa kysymyksissä käytettiin asteikkoihin eli skaaloihin perustuvaa kysymystyyppiä. (ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 200.) Kysymyksissä käytettiin Likertin asteikkoa. Asteikon keskikohdasta lähtien toiseen suuntaan samanmielisyys kasvaa ja toiseen suuntaan samanmielisyys vähenee. Asteikolle valittiin seuraavat arvot: *täysin eri mieltä, melko eri mieltä, en samaa enkä eri mieltä, melko samaa mieltä, täysin samaa mieltä* sekä arvot *erittäin paljon, melko paljon, jonkin verran, erittäin vähän, ei lainkaan*. Asteikkoon päätettiin myös ottaa mukaan vaihtoehto *en samaa enkä eri mieltä*, koska se kertoo siitä onko vastaajalla mielipiteitä asioista. (Ks. Heikkilä 2012, 53.) Kysymykset myös ryhmiteltiin kokonaisuuksiksi, jotta niihin oli helppo vastata ja myöhemmin helppo analysoida tuloksia. Tuloksia käsiteltäessä Likertasteikossa on yhdistetty *täysin samaa mieltä ja melko samaa mieltä* sekä *täysin eri mieltä ja melko eri mieltä* –vaihtoehdot sekä *erittäin paljon ja melko paljon* ja *jonkin*

verran, erittäin vähän, ei lainkaan –vaihtoehdot. Näin tuloksia voitiin paremmin vertailla.

Kyselylomakkeessa (liite 6) kysymykset 1 - 5 ovat selittäviä tekijöitä eli taustamuuttujia (ikä, koulutus, työkokemus), joiden avulla selvitettiin mm. hoitohenkilökunnan ikäjakauma ja koulutustausta (ks. Vilka 2005, 83). Näitä kutsutaan suljetuiksi eli strukturoiduiksi kysymykseksi. Näissä kysymyksissä vastausvaihtoehdot ovat valmiina ja niistä ympyröidään sopivin. Suljettujen kysymysten avulla voidaan vastaukset käsitellä yksinkertaisemmin sekä torjua tiettyjä virheitä. Lisäksi vastaaminen on myös nopeaa. Pois jätettiin kysymykset, joista vastaajia olisi voitu tunnistaa, kuten esim. sukupuoli. (Ks. Heikkilä 2012, 50 - 52.) Yhdessä lomakkeessa ei oltu vastattu kysymykseen 17 - 25 ja yhdessä lomakkeessa oli jäänyt 2. sivu vastaamatta. Yhdessä lomakkeessa ei oltu vastattu kysymykseen 50 ja 51.

Kyselylomake esitettiin kuntouttavaa hoitotyötä tekevän yksikön hoitohenkilökunnalla ($f=5$). Muutoksia tehtiin heidän huomioidensa pohjalta. Muutoksia tehtiin lähinnä kysymysten sanavalintoihin sekä lauseen rakenteisiin, jotta ne olisivat helpommin ymmärrettäviä.

6.2 Kyselyn toteutus

Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 88 kappaletta City-kodin 3 eri yksikköön henkilökuntamäärään verrannollisesti. Pihlakotiin, jossa on eniten hoitohenkilökuntaa jaettiin 40 kyselylomaketta, 10 joka kerrokseen. Saarni- ja Lehmuskotiin jaettiin kumpaankin 24 kyselylomaketta. Kyselylomakkeet oli määrä palauttaa yksiköistä määräpäivään mennessä osastonhoitajan huoneeseen. Vastauskuoret suljettiin kirjekuoriin. Näitä kirjekuoria olisi pitänyt palautua 12. Kuoria palautettiin kuitenkin 11 viimeiseen palautuspäivämäärään mennessä. Viimeinen puutuvista kuorista palautettiin kaksi viikkoa palautuspäivämäärän jälkeen, joten sitä ei otettu huomioon tuloksissa. Kyselyn vastaamisajankohdaksi päädyttiin syys/lokakuun vaihteeseen, koska silloin suurimman osan henkilökunnasta odotettiin palanneen kesälomilta takaisin töihin. Näin vastausprosentti yritettiin saada mahdollisimman suureksi. Vastausaikaa annettiin kaksi viikkoa, mikä on tarpeeksi pitkä aika kyselyyn vastaamiseksi koko hoitohenkilökunnalle. Katoa yritettiin myös vähentää sillä, että vastaajien kesken arvottiin lahjakortti kasvohoitoon. Ennen kyselyn suorittamista koko hoitohenkilökunnalle lähetettiin sähköpostiviesti (liite 4), missä informoitiin kyselystä ja sen suorittamisesta. Tutkija vei ja jakoi

henkilökohtaisesti kyselylomakkeet yksikköihin sekä antoi vielä suulliset ohjeet kyselyyn vastaamiseen ja lomakkeiden palauttamiseen.

6.3 Aineiston analysointi

Lomakkeet järjestettiin niin, että ennen niiden jakoa niille annettiin jo numeeriset arvot. Numerot olivat välillä 1 - 5. Näin tulokset oli helppo syöttää koneelle. Tutkimuksessa testattiin useamman muuttujan välistä riippuvuutta ja niiden vaikutusta toisiinsa. Mitään merkittävää ei tuloksissa kuitenkaan havaittu, joten sitä ei käytetty. Aineiston käsittelyyn valittiin SPSS-ohjelmisto.

6.4 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa sitä, että tutkimuksen kysymyksenasettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja säilytys eivät loukkaa tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa (Vilka 2007, 90). Tämän tutkimuksen suorittamisessa otettiin huomioon kaikki edellämainitut seikat. Kysely suoritettiin siten, että vastaajat laittoivat kyselylomakkeen suljettuun kirjekuoreen, joka sitten vietiin yksikön osastonhoitajalle, josta tutkija ne haki henkilökohtaisesti. Kun tutkimus oli tehty hävitettiin kysymyslomakkeet sekä arpalipukkeet asianmukaisesti. Kysymykset esitettiin niin, ettei niistä voi saada selville vastaajan henkilöllisyyttä. Arvontaan sai osallistua omalla suostumuksella kirjoittaen oman puhelinnumeronsa erilliseen arvontalipukkeeseen (liite 7). Voittajalle ilmoitettiin tekstiviestillä, ja lahjakortin hän sai hakea osastonhoitajan huoneesta arvannon jälkeen.

Tutkimuksen luotettavuus eli reliabiliteetti ja validiteetti tarkoittavat tulosten tarkkuutta. Tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus muodostavat mittarin kokonaisluotettavuuden. Tutkimuksen luotettavuutta voivat heikentää esim. seuraavat tekijät: vastaaja muistaa jonkin asian väärin vastatessaan, ymmärtää asian eri tavalla kuin tutkija tai tutkija tekee virheitä tallentaessaan. (Vilka 2005, 161 - 162.) Kyselylomake esitettiin, jotta nähtäisiin ymmärtävätkö kaikki vastaajat kysymykset samalla tavalla. Muutoksia tehtiin heidän huomioidensa pohjalta.

Tutkimuksen kulku on raportoitu tarkasti. Kyselylomake suunniteltiin huolellisesti, jotta se mittaisi sitä mitä kysytään. Tuloksia syötettäessä oltiin myös huolellisia, jotta virheitä ei syntyisi. Luotettavien tulosten saamiseksi on varmistettava, että kohderyh-

mä edustaa koko tutkittavaa perusjoukkoa. Myös suureksi nouseva kato on otettava huomioon jo otantaa suunniteltaessa sillä tulokset ovat sattumanvaraisia, jos otoskoko jää kovin pieneksi. (Heikkilä 2012, 29 - 30.) Tässä tutkimuksessa saatiin kattava otos kaikista City-kodin yksiköistä puuttuvista 6 lomakkeesta huolimatta. Myös tutkimusongelmiin saatiin vastaukset (liite 3). Näin tutkimusta voidaan pitää luotettavana. Lähteinä on käytetty mahdollisimman tuoreita lähteitä ja virallisia tahoja joita voidaan pitää luotettavina.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Taustatekijät

Kyselyyn vastanneista suurin osa ($f=20/64$) oli 36–45-vuotiaita. 18–25-vuotiaita oli yhteensä 5. 26–35-vuotiaita oli puolestaan yhteensä 11. 46–55-vuotiaita oli 14 kuten myös 56–65-vuotiaita. Yksi henkilö ei ollut vastannut tähän kysymykseen (taulukko 2).

Vastanneista 10 oli sairaanhoitajia, 52 lähihoitajia tai perushoitajia ja 3 muuta henkilökuntaa (1 vastasi apuhoitaja, 1 kodinhoitaja ja 1 kotiaivustaja) (taulukko 2). Sitten kysyttiin työkokemuksen määrää vuosina. Vastaukset jakoutuivat tasaisesti. Suurin ryhmä ($f=13/64$) vastaajista olivat ne joilla oli 5-10 v. työkokemusta takanaan (taulukko 2). Seuraavaksi kysyttiin montako vuotta vastaajat olivat työskennelleet kyseisessä yksikössä. Vastaajista suurin osa ($f=41/65$) oli työskennellyt omassa yksikössään yli 2 v. (taulukko 2). Sitten kysyttiin vastaajan työyksikköä. Vastaajista 23 työskenteli Pihlakodissa, 18 työskenteli Lehmuskodissa sekä 24 Saarnikodissa. Vastausmäärä jäi siis alhaiseksi Pihlakodissa johon vietiin yhteensä 40 kyselylomaketta. Parhaiten vastasivat Saarnikodissa työskentelevät joista 24/24 vastasi kyselyyn (taulukko 2).

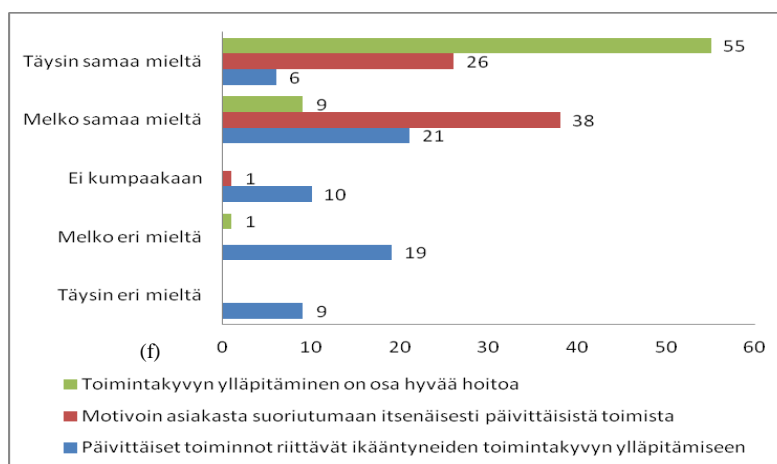
Taulukko 2. Taustatekijät

Ikä	Määrä	%
18-25 v.	5	7,7
26-35 v.	11	16,9
36-45 v.	20	30,8
46-55 v.	14	21,5
56-65 v.	14	21,5
Vastaamatta	1	1,5
Yhteensä	65	100,0

Ammattiryhmä	Määrä	%
Sairaanhoidtaja	10	15,4
Lähihoitaja/perushoit.	52	80,0
Muu	3	4,6
Yhteensä	65	100,0
Työkokemus vuosissa	Määrä	%
Alle 5 v.	10	15,4
5-10 v.	13	20,0
11-15 v.	12	18,5
16-20 v.	11	16,9
21-25 v.	8	12,3
Yli 25 v.	10	15,4
Vastaamatta	1	1,5
Yhteensä	65	100,0
Työ yksikössä	Määrä	%
Alle 6 kk	3	4,6
6 kk- 1 v.	8	12,3
1 v.-2v.	13	20,0
Yli 2 v.	41	63,1
Yhteensä	65	100,0
Oma työyksikkö	Määrä	%
Pihlakoti	23	35,4
Lehmuskoti	18	27,7
Saarnikoti	24	36,9
Yhteensä	65	100,0

7.2 Kuntouttavan työtteen toteutuminen

Seuraavien kysymysten avulla kartoitettiin kuntouttavan työtteen toteutumista ja kysyttiin, miten hoitajat motivoivat asiakkaita itsenäiseen suoriutumiseen päivittäisistä toiminnoista sekä asiakkaan toimintakyvystä ja sen ylläpitämisestä ja pitävätkö he toimintakyvyn ylläpitämistä osana hyvää hoitoa. Yleisesti oltiin sitä mieltä (98 %), että asiakasta pitää motivoida (kuva 1). Seuraavassa kysymyksessä 41 % vastaajista oli sitä mieltä, että päivittäiset toiminnot riittävät ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämiseen. Vastaajista 43 % katsoi päivittäisten toimintojen olevan riittämättömiä. 16 % ei ollut mielipidettä asiasta. Suurin osa piti toimintakyvyn ylläpitämistä hyvänä hoitona. (Kuva 1.)



Kuva 1. Toimintakyky osana hyvää hoitoa, päivittäiset toimet toimintakyvyn ylläpitäjänä, ja asiakkaan motivoiminen.

Seuraavaksi kysyttiin asukkaiden tarpeista apuvälineisiin. Valtaosa oli sitä mieltä (93,8 %), että asukkaiden tarpeet apuvälineisiin on huomioitu (taulukko 3).

Taulukko 3. Asukkaiden yksilökohtaiset tarpeet apuvälineisiin on huomioitu.

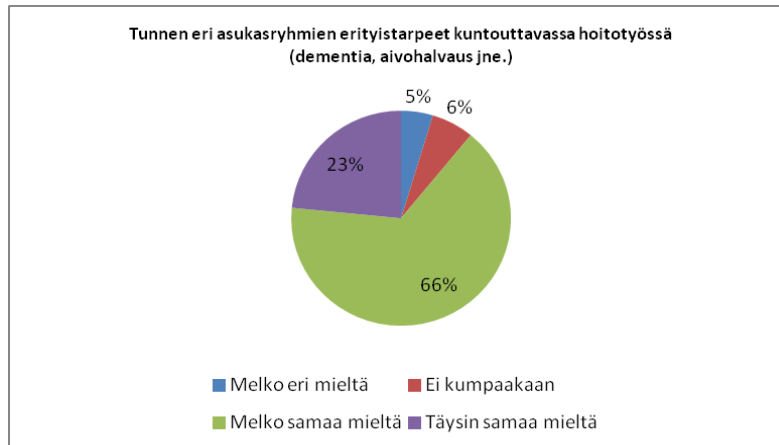
	Määrä	%
Melko eri mieltä	2	3,1
Ei kumpaakaan	1	1,5
Melko samaa mieltä	34	52,3
Täysin samaa mieltä	27	41,5
Vastaamatta	1	1,5
Yhteensä	65	100,0

Seuraavaksi kysyttiin, mitä mieltä hoitajat ovat asukkaan lääkehoidon säännöllisestä arvioinnista. Tässäkin hoitajat olivat suurimmaksi osaksi sitä mieltä, että on tärkeää arvioida säännöllisesti asukkaiden lääkehoitoa (96,9 %) (taulukko 4).

Taulukko 4. Asukkaan lääkehoidon säännöllinen arviointi on toimintakyvyn kannalta erittäin tärkeää.

	Määrä	%
Ei kumpaakaan	1	1,5
Melko samaa mieltä	10	15,4
Täysin samaa mieltä	53	81,5
Vastaamatta	1	1,5
Yhteensä	65	100,0

Seuraavaksi haluttiin selvittää sitä, tunsivatko hoitajat omasta mielestään eri ryhmien erityistarpeet. Suurin osa vastaajista (89 %) tunsi omasta mielestään asiakkaiden erityistarpeet. 5 % oli kuitenkin sitä mieltä, että tunsi melko huonosti asiakkaiden erityistarpeet. Vastaajista 6 % ei vastannut kysymykseen kumpaakaan. (Kuva 2.)



Kuva 2. Asukasryhmien erityistarpeiden tunteminen.

Seuraavaksi keskityttiin asiakkaiden psyykkiseen ja sosiaaliseen tilaan ja kuntouttavan työtöteen käyttämiseen niiden aktivoimisessa. Haluttiin tietää, arvioivatko hoitajat asiakkaan toimintakykyä päivittäin. Suurin osa eli 89,2 % arvioi asiakkaan toimintakykyä päivittäin tulosten mukaan. (Taulukko 5.)

Vastausten perusteella asiakkaan psyykkistä tilaa arvioi päivittäin yhteensä 95,4 % hoitajista. Vastaajista 98 % piti asiakkaan sosiaalista kanssakäymistä tärkeänä (taulukko 5).

Taulukko 5. Asiakkaan toimintakyvyn, psyykkisen tilan ja sosiaalisen kanssakäymisen arviointi.

Toimintakyvyn arviointi		
	Määrä	%
Melko eri mieltä	1	1,5
Ei kumpaakaan	5	7,7
Melko samaa mieltä	26	40,0
Täysin samaa mieltä	32	49,2
Vastaamatta	1	1,5
Yhteensä	65	100,0

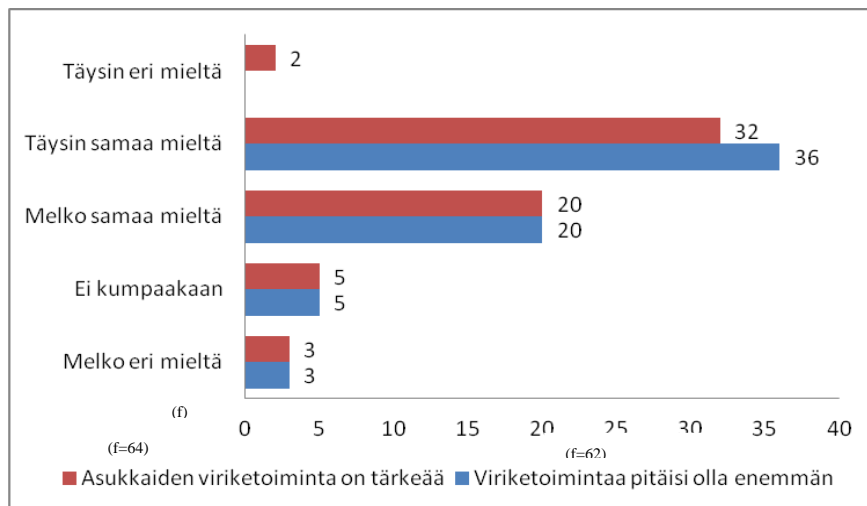
Asiakkaan psykkinen tilan arviointi

	Määrä	%
Ei kumpaakaan	2	3,1
Melko samaa mieltä	25	38,5
Täysin samaa mieltä	37	56,9
Vastaamatta	1	1,5
Yhteensä	65	100,0

Asiakkaan sosiaalinen kanssakäyminen

	Määrä	%
Melko samaa mieltä	14	21,5
Täysin samaa mieltä	50	76,9
Vastaamatta	1	1,5
Yhteensä	65	100,0

Asiakkaiden viriketoimintaa piti tärkeänä 87 % vastaajista. Heistä 5 % oli kuitenkin melko eri mieltä ja 8% ei ollut kumpaakaan mieltä. (Kuva 3.)



Kuva 3. Asukkaiden viriketoiminnan arviointi.

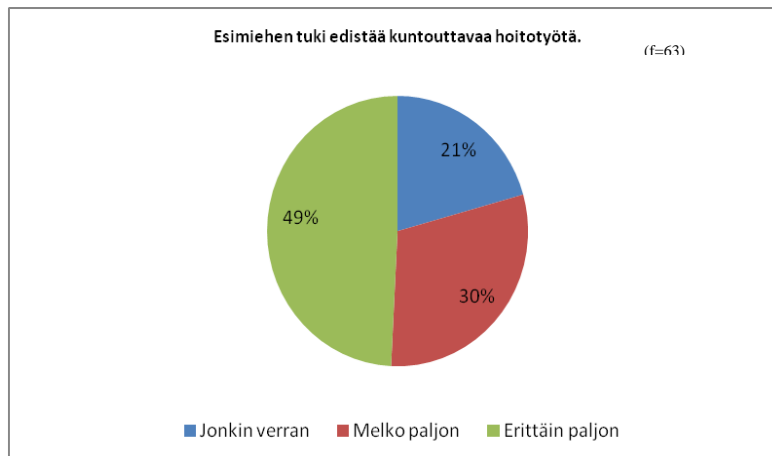
7.3 Kuntouttavaa hoitotyötä edistävät tekijät

Seuraavaksi haluttiin tietää, mitkä olivat hoitajien mielestä kuntouttavaa hoitotyötä edistäviä tekijöitä. Suurin osa hoitajista (93,8 %) piti yhteisiä toimintalinjoja tärkeinä (taulukko 6).

Taulukko 6. Yhteiset toimintalinjat kuntouttavaa hoitotyötä edistävänä tekijänä.

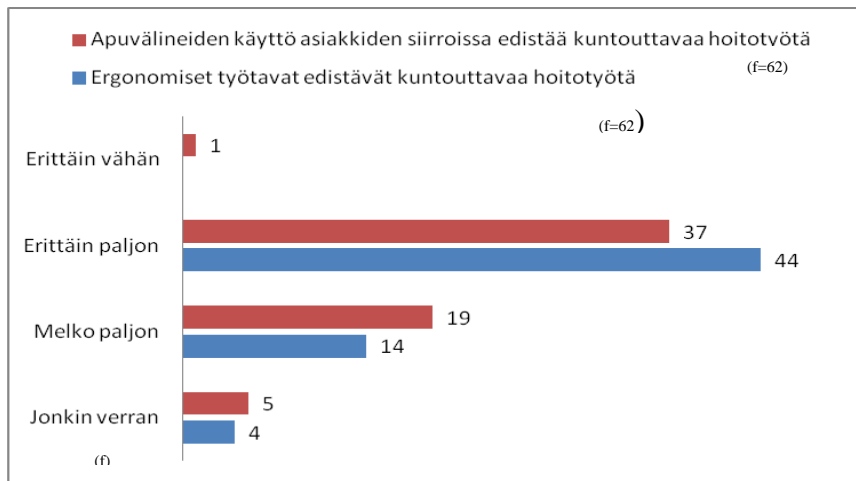
	Määrä	%
Jonkin verran	1	1,5
Melko paljon	19	29,2
Erittäin paljon	42	64,7
Vastaamatta	3	4,6
Yhteensä	65	100,0

Seuraavaksi kysyttiin esimiehen tuen merkityksestä kuntouttavalle hoitotyölle. Tässä esiintyi hieman enemmän hajontaa. Suurimman osan mielestä (79 %) esimiehen tuki edistää kuntouttavaa hoitotyötä. Huomattavaa on kuitenkin se, että 21 % vastaajista oli sitä mieltä, että esimiehen tuki edistää kuitenkin vain jonkin verran kuntouttavaa hoitotyötä. (Kuva 4.)



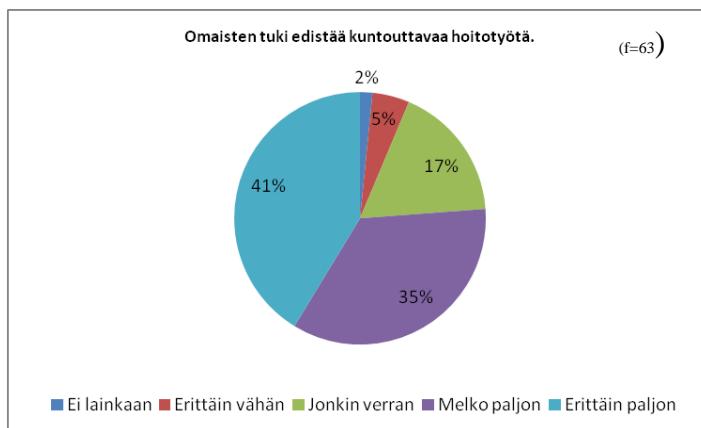
Kuva 4. Esimiehen merkitys kuntouttavaa hoitotyötä edistävänä tekijänä.

Suurin osa hoitajista (86,1 %) pitää myös apuvälineiden käyttöä kuntouttavaa hoitotyötä edistävänä tekijänä. Yhteensä 9,2 % vastaajista piti sitä erittäin vähän tai jonkin verran kuntouttavaa hoitotyötä edistävänä tekijänä. Tutkimuksessa haluttiin myös tietää pitävätkö hoitajat ergonomisia työtapoja tärkeinä ja edistävätkö ne kuntouttavaa hoitotyötä. Vastaajista 89,2 % oli sitä mieltä, että ergonomiset työtavat edistävät kuntouttavaa hoitotyötä. Vain 6,2 % oli sitä mieltä, että se edistää kuntouttavaa hoitotyötä vain jonkin verran. (Kuva 5.) Yhdessä lomakkeessa oli lisätty sanat: ”*Hoitajana pystyn töihin pidempään*”.



Kuva 5. Ergonomisten työtapojen ja apuvälineiden edistävää tekijä kuntouttavassa hoitotyössä.

Omaisten vaikutusta edistävänä tekijänä kuntouttavassa hoitotyössä hoitajat pitivät tärkeänä. Suurin osa (76 %) oli sitä mieltä, että se edisti kuntouttavaa hoitotyötä. Yhteensä 24 % mielestä se edisti jonkin verran kuntouttavaa hoitotyötä. (Kuva 6.) Yhdessä kysymyslomakkeessa oli kommentti tämän kysymyksen kohdalla. Kommentti oli ”Ei näy omaisia”.



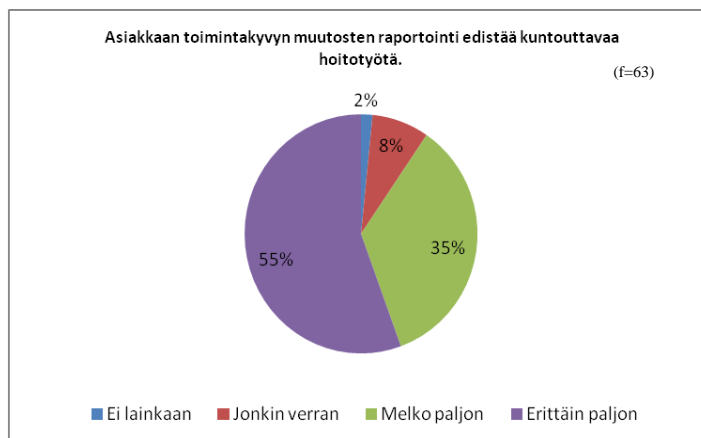
Kuva 6. Omaisten tuen edistävää vaikutus kuntouttavalle hoitotyölle.

Päivitetyn tiedon siirrosta hoitajat olivat suurimmaksi osaksi (87,7 %) sitä mieltä, että se edistää kuntouttavaa hoitotyötä. Vastaajista 9,2 % mielestä se kuitenkin vain jonkin verran edistää sitä. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Päivitetyn tiedon siirron edistävää vaikutus kuntouttavalle hoitotyölle.

	Määrä	%
Jonkin verran	6	9,2
Melko paljon	23	35,4
Erittäin paljon	34	52,3
Vastaamatta	2	3,1
Yhteensä	65	100,0

Vastaajista suurimman osan mielestä (90 %) asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten raportointi on tärkeää ja se edistää kuntouttavaa hoitotyötä. Vain yhteensä 10 % oli sitä mieltä, että se edistää kuntouttavaa hoitotyötä vain jonkin verran tai ei lainkaan. (Kuva 7.)



Kuva 7. Asiakkaan toimintakyvyn muutosten raportoinnin merkitys kuntouttavalle hoitotyölle.

Kuten taulukosta 8 nähdään, piti suurin osa vastaajista (92,2 %) toimivaa työyhteisöä tärkeänä edistävänä tekijänä kuntouttavassa hoitotyössä. Vain 4,6 % piti sitä jonkin verran edistävänä tekijänä.

Henkilökunnan riittävyys miellettiin myös vastaajien keskuudessa kuntouttavaa hoitotyötä edistäväksi tekijäksi. Yhteensä (93,8 %) oli sitä mieltä, että se edistää kuntouttavaa hoitotyötä. Vastaajista yhteensä 3 % oli taas sitä mieltä, että se edistää vain jonkin verran kuntouttavaa hoitotyötä. (Taulukko 8.) Yhdessä lomakkeessa kysymyksen sanat *riittävä henkilökunta* oli alleviivattu ja lisäkommentti ”*Ei näkyvissä*”. Toisessa

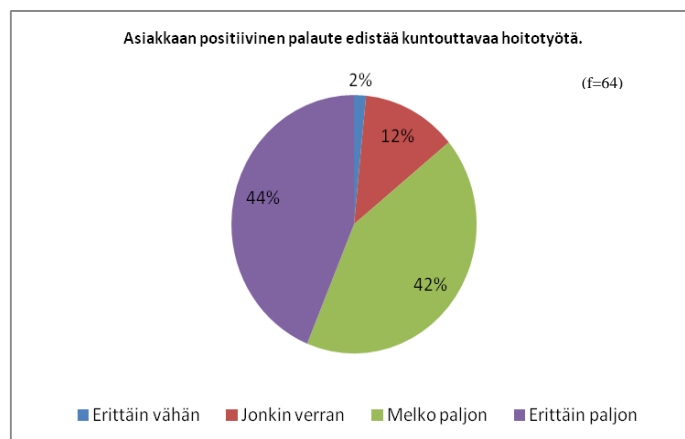
lomakkeessa taas oli kysymyksen perään laitettu kommentti : ”=ammattitaitoinen henkilökunta”.

Taulukko 8. toimivan työyhteisön ja riittävän henkilökunnan edistävä vaikutus kuntouttavalle hoitotyölle.

Toimiva työyhteisö edistää kuntouttavaa hoitotyötä.		
	Määrä	%
Jonkin verran	3	4,6
Melko paljon	8	12,3
Erittäin paljon	52	80,0
Vastaamatta	2	3,1
Yhteensä	65	100,0

Riittävä henkilökunta edistää kuntouttavaa hoitotyötä.		
	Määrä	%
Erittäin vähän	1	1,5
Jonkin verran	1	1,5
Melko paljon	6	9,2
Erittäin paljon	55	84,6
Vastaamatta	2	3,1
Yhteensä	65	100,0

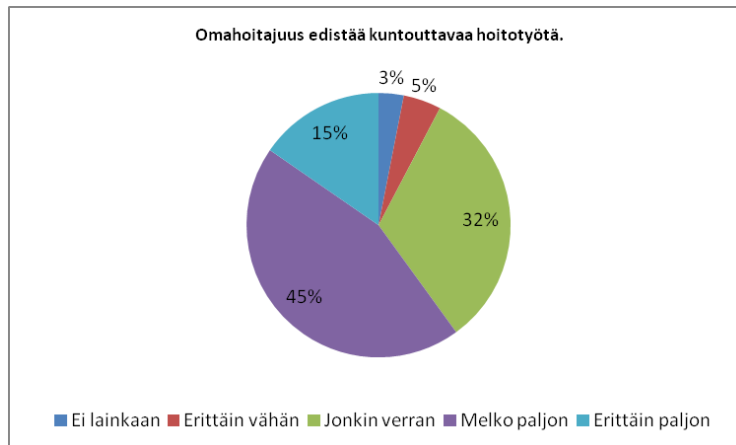
Yhteensä 86 % vastaajista piti asiakkaan positiivista palautetta kuntouttavaa hoitotyötä edistävänä tekijänä. 14 % vastaajista piti sitä kuitenkin vain jonkin verran edistävänä tekijänä. (Kuva 8.)



Kuva 8. Asiakkaan positiivisen palautteen edistävä tekijä kuntouttavassa hoitotyössä.

Omahoitajuuden edistävyystä kuntouttavassa hoitotyössä vastaajien mielipiteet hajosivat enemmän kuin muissa edelläolevissa kysymyksissä. Vastaajista kuitenkin yh-

teensä 60 % oli kuitenkin sitä mieltä, että se edisti kuntouttavaa hoitotyötä. Vastaajista yhteensä 37 % mielestä se edisti vain jonkin verran tai vähän ja 3% mielestä se ei edistänyt kuntouttavaa hoitotyötä lainkaan. (Kuva 11.)



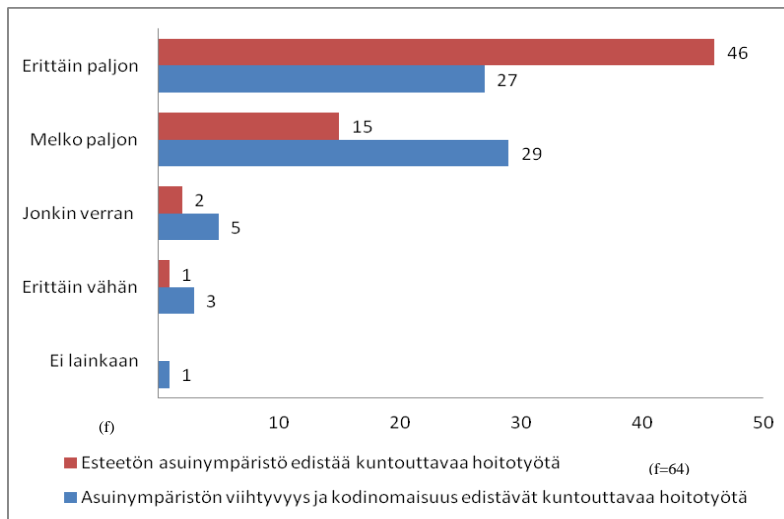
Kuva 9. Omahoitajuuden merkitys kuntouttavaa hoitotyötä edistävänä tekijänä.

Seuraavaksi haluttiin tietää mitä mieltä vastaajat ovat hyvän työilmapiirin edistävästä vaikutuksesta kuntouttavassa hoitotyössä. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä (95,4 %), että hyvä työilmapiiri edistää kuntouttavaa hoitotyötä. Vain yhteensä 3 % vastaajista oli sitä mieltä, että se on kuntouttavaa hoitotyötä edistävä tekijä vain jossain määrin (taulukko 9).

Taulukko 9. Hyvän työilmapiirin edistävä vaikutus kuntouttavassa hoitotyössä.

	Määrä	%
Erittäin vähän	1	1,5
Jonkin verran	2	3,1
Melko paljon	13	20,0
Erittäin paljon	49	75,4
Yhteensä	65	100,0

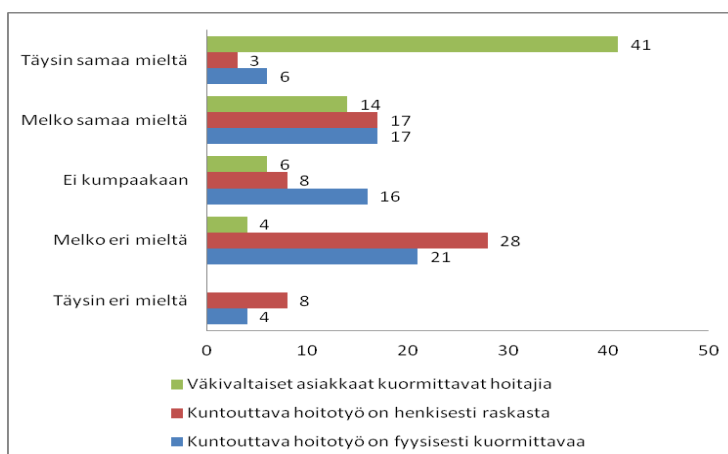
Seuraavaksi vastaajat kertoivat mielipiteensä asuinympäristön edistävästä vaikutuksesta kuntouttavaan hoitotyöhön. Vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että esteetön (93,9 %) sekä viihtyisä ja kodinomainen (86,1 %) asuinympäristö edistävät kuntouttavaa hoitotyötä (kuva 10).



Kuva 10. Asuinympäristön viihtyvyyden ja esteettömyyden edistävä tekijä kuntouttavassa hoitotyössä.

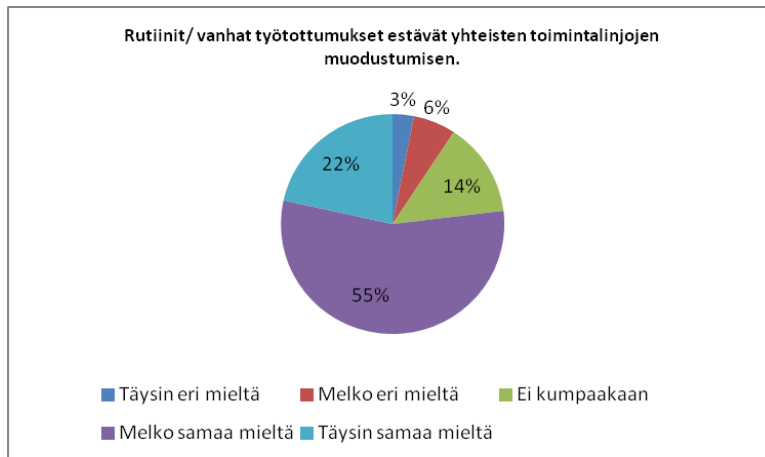
7.4 Kuntouttavaa hoitotyötä rajoittavat tekijät

Tässä kysymyssarjassa vastaajilta kysyttiin kuntouttavaa hoitotyötä estävistä tekijöistä. Vastaajista 36 % oli sitä mieltä, että kuntouttava hoitotyö on fyysisesti kuormittavaa. Yhteensä 39 % taas oli sitä mieltä, että se ei ole fyysisesti kuormittavaa ja 25 % ei ollut kumpaakaan mieltä. Kun kysyttiin kuntouttavan hoitotyön henkisestä raskaudesta, 32 % oli sitä mieltä, että kuntouttava hoitotyö on henkisesti raskasta. 56 % mielestä kuntouttava hoitotyö ei ole henkisesti raskasta ja 12 % ei ollut kumpaakaan mieltä. Vastaajista 84,6 % oli sitä mieltä, että väkivaltaiset asiakkaat kuormittavat hoitajia ja täten rajoittavat kuntouttavan hoitotyön toteutumista. 6,2 % oli eri mieltä ja 9,2 % ei ollut kumpaakaan mieltä asiasta. (Kuva 11.)



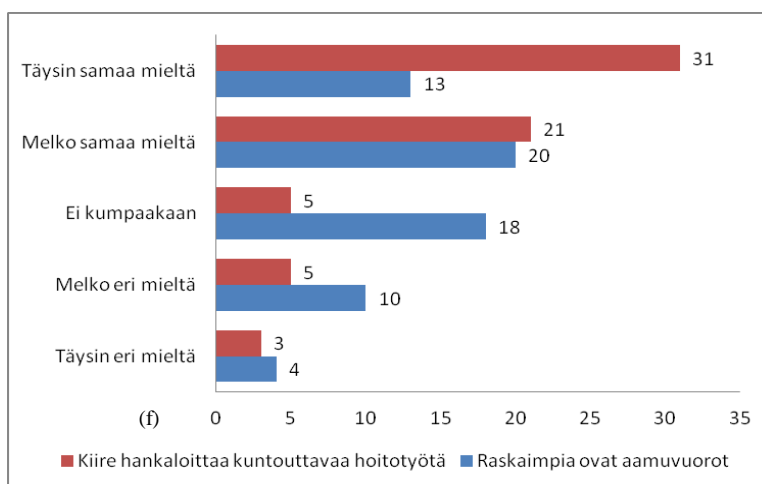
Kuva 11. Väkivaltaisten asiakkaitten ja henkisesti ja fyysisesti raskaan hoitotyön estävä vaikutus kuntouttavalle hoitotyölle.

Kuvasta 12 nähdään, että 77% oli sitä mieltä, että vanhat rutiinit ja työtottumukset rajoittavat kuntouttavaa hoitotyötä. Vastaajista 9 % ei pitänyt sitä rajoittavana tekijänä ja 14 % vastaajista ei ollut kumpaakaan mieltä.



Kuva 12. Vanhojen työtottumusten estävä vaikutus yhteisten toimintalinjojen muodostumiselle.

Seuraavaksi kysyttiin mielipidettä aamuvuorojen raskaudesta. Suurin osa eli 51 % oli sitä mieltä, että aamuvuorot ovat raskaimpia vuoroja. 21 % oli kuitenkin sitä mieltä, että ne eivät ole raskaita ja 28 % ei ollut kumpaakaan mieltä. Vastaajista taas 90 % oli sitä mieltä, että kiire vaikuttaa kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen. 12 % oli kuitenkin eri mieltä ja 8 % ei ollut kumpaakaan mieltä asiasta. (Kuva 13.) Eräessä lomakkeessa oli alleviivattu sana *kiire* ja lisätty sanan ”*jatkua*”.



Kuva 13. Kiireisyys hoitotyössä sekä aamuvuorojen raskauden estävä tekijä kuntouttavassa hoitotyössä.

7.5 Hoitajien osaaminen kuntouttavassa hoitotyössä

Tässä osiossa kartoitettiin hoitajien osaamista kuntouttavassa hoitotyössä. Vastaajista 98,5 % sanoi tietävänsä, mitä kuntouttava hoitotyö tarkoittaa (taulukko 10).

Taulukko 10. Kuntouttavan hoitotyön tunteminen.

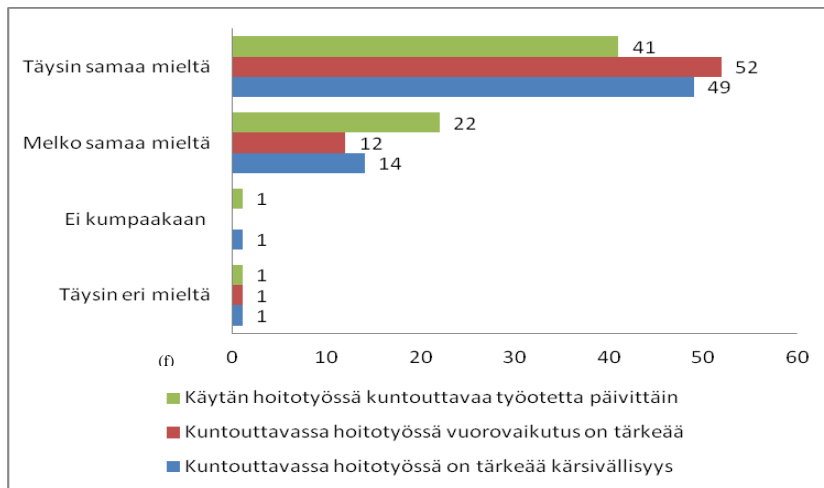
	Määrä	%
Täysin eri mieltä	1	1,5
Melko samaa mieltä	13	20,0
Täysin samaa mieltä.	51	78,5
Yhteensä	65	100,0

Vastaajat olivat myös suurimmaksi osin (84,6 %) sitä mieltä, että omahoitajuuden avulla voidaan asettaa asiakkaan kuntouttamiselle realistiset tavoitteet, kun hoitaja tietää asiakkaan taustat. 6,1 % oli eri mieltä ja 9,2 % ei ollut kumpaakaan mieltä (taulukko 11).

Taulukko 11. Omahoitajuuden merkitys kuntouttavalle hoitotyölle.

	Määrä	%
Täysin eri mieltä	1	1,5
Melko eri mieltä	3	4,6
Ei kumpaakaan	6	9,2
Melko samaa mieltä	35	53,8
Täysin samaa mieltä	20	30,8
Yhteensä	65	100,0

Melkein kaikki (97 %) vastaajista piti kärsivällisyyttä tärkeänä tekijänä kuntouttavassa hoitotyössä. Vain 1,5 % oli eri mieltä ja 1,5 % ei ollut kumpaakaan mieltä. Yhteensä 98,5 % vastaajista oli sitä mieltä, että vuorovaikutus on tärkeää kuntouttavassa hoitotyössä. Vain 1,5 % oli täysin eri mieltä. Yhteensä 97 % vastasi käyttävänsä kuntouttavaa työtettä päivittäin. Vain 1,5 % ei käyttänyt kuntouttavaa työtettä ja 1,5 % ei ollut kumpaakaan mieltä. (Kuva 14.)



Kuva 14. Kuntouttavan työtteen käyttö sekä kärsivällisyyden ja vuorovaikutuksen merkitys kuntouttavassa hoitotyössä.

7.6 Hoitajien asenteet kuntouttavaan hoitotyöhön

Seuraavien kysymysten avulla haluttiin kartoittaa hoitajien asenteita kuntouttavaan hoitotyöhön. Asiakkaan osallistumisesta oman hoitonsa suunnitteluun vastaajat olivat suurimmaksi osaksi (89,3 %) sitä mieltä, että asiakkaan täytyy saada osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Vastaajista 10,7 % ei ollut kumpaakaan mieltä (taulukko 12). Yhteensä 97 % oli sitä mieltä, että kuntoutujan kuunteleminen on tärkeää kuntoutuvaa hoitotyötä ajatellen. 1,5 % oli täysin eri mieltä ja 1,5 % ei ollut kumpaakaan mieltä. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Asiakkaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun sekä kuntoutujan kuunteleminen.

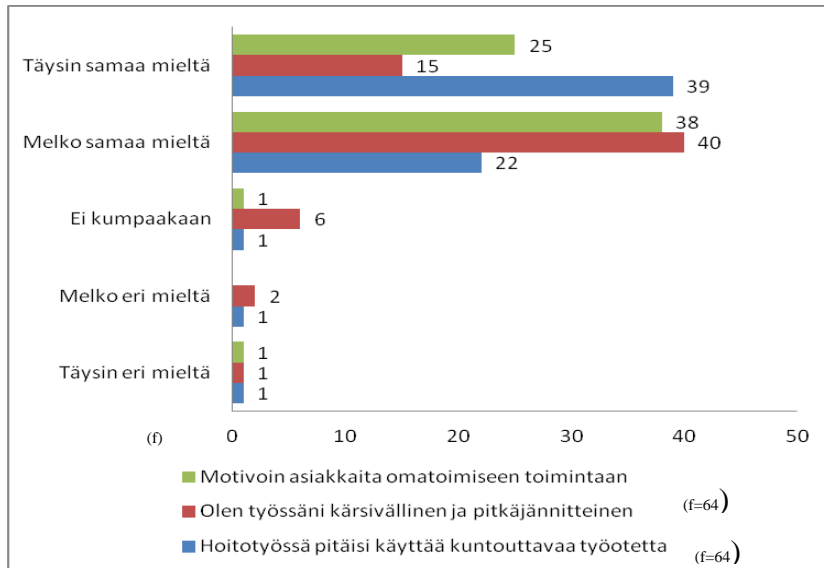
Asiakkaan täytyy saada osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen.

	Määrä	%
Ei kumpaakaan	7	10,7
Melko samaa mieltä	38	58,5
Täysin samaa mieltä	20	30,8
Yhteensä	65	100,00

On tärkeää kuunnella kuntoutujaa.

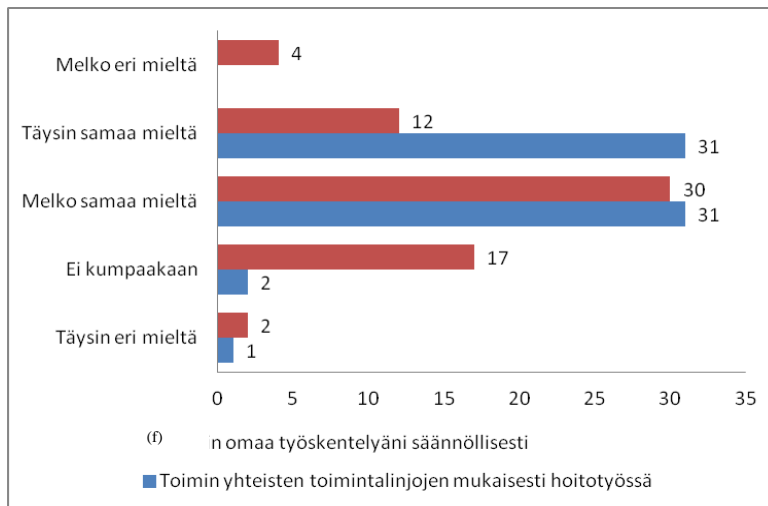
	Määrä	%
Täysin eri mieltä	1	1,5
Ei kumpaakaan	1	1,5
Melko samaa mieltä	28	43,2
Täysin samaa mieltä	35	53,8
Yhteensä	65	100,0

Seuraavaksi kysyttiin, pitäisikö hoitotyössä aina käyttää kuntouttavaa työotetta. Vastajaista yhteensä 93,8 % vastasi myöntävästi, 3 % ei ollut samaa mieltä ja 1,5 % ei ollut kumpaakaan mieltä. Vastajaista 86,4 % oli omasta mielestään työssään pitkäjänteinen ja kärsivällinen ja 5 % ei sitä taas ole. Vastajaista 9 % ei ollut kumpaakaan mieltä asiasta. (Kuva 15.) Suurin osa eli 97 % motivoi asiakkaita toimimaan omatoimisesti. Vastanneista ei ollut kumpaakaan mieltä 1,5 %. (Kuva 15.)



Kuva 15. Asiakkaitten motivoiminen omatoimisuuteen, kärsivällisyys ja pitkäjänteisyys työssä sekä kuntouttavan työotteen käyttö hoitotyössä.

Vastanneista suurin osa (95,4 %) toimi yhteisten toimintalinjojen mukaisesti hoitotyössä. Täysin eri mieltä oli 1,5 % vastaajista ja 3,1 % ei ollut kumpaakaan mieltä. Vastajaista 65 % oli sitä mieltä, että arvioi omaa työskentelyään säännöllisesti. Vastajaista yhteensä 9 % ei taas arvioi omaa työskentelyään. Peräti 26 % ei ollut kumpaakaan mieltä asiasta. (Kuva 16.)



Kuva 16. Oman työskentelyn arviointi ja yhteisten toimintalinjojen mukaan työskentely.

Seuraavaksi kysyttiin vastaajien tarvetta saada lisäkoulutusta kuntouttavassa hoitotyössä. Vastaajista suurin osa 40 (61,5 %) vastasi tarvitsevansa lisäkoulutusta ja 21 (32,3 %) ei. Kysymykseen oli jättänyt vastaamatta 4 henkilöä.

Yksi vastaajista oli lisännyt kommentin: ”Meillä järjestyy”. Toinen vastaajista oli lisännyt kysymyksen perään lisäkommentin: ”Kaikki tarvitsevat, aina tulee uutta tietoa!”.

7.7 Kuntouttavaa hoitotyötä edistävät ja estävät tekijät City-kodissa

Viimeisissä kahdessa kysymyksessä kartoitettiin vastaajien mielipidettä edistävästä ja estävästä tekijöistä kuntouttavassa hoitotyössä Kotkan City-kodissa. Ensin kysyttiin vastaajilta mitkä heidän mielestään edistävät kuntouttavaa hoitotyötä City-kodissa. Suurin osa (89,2 %) oli sitä mieltä, että hyvä työilmapiiri edistää kuntouttavan työtteen käyttöä hoitotyössä City-kodissa. Yhteensä 7,7 % oli sitä mieltä, että se edistää kuntouttavaa työtettä vähän. Yhteensä 87,7 % vastaajista oli sitä mieltä, että City-kodissa esteetön asuinympäristö edistää kuntouttavaa hoitotyötä ja 10,7 % mielestä se edistää vain vähän (taulukko 13).

Suurin osa (92,2 %) oli myös sitä mieltä, että City-kodissa yhteiset toimintalinjat edistävät kuntouttavaa hoitotyötä, kun taas 9,2 % vastaajista oli sitä mieltä, että se edistää vain jonkin verran kuntouttavaa hoitotyötä City-kodissa. Myös hyvää tiedon-

kulkua pidettiin (84,6 % vastaajista) edistävänä tekijänä, 13,8 % piti sitä jonkin verran edistävänä tekijänä Kotkan City-kodissa. (Taulukko 13.)

Seuraavaksi kysyttiin mitä vastaajat ajattelivat esimiehen tuen edistävästä vaikutuksesta kuntouttavaan hoitotyöhön City-kodissa. Vastaajista 70,8 % piti esimiehen tukea tärkeänä tekijänä, 27,6 % piti sitä vähän edistävänä tekijänä City-kodissa. Suurimman osan mielestä (73,9 %) päivitetyn koulutustiedon jakaminen on hyvää City-kodissa. Sen merkitystä vähäisenä pitää 24,6 % vastaajista. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Kuntouttavaa hoitotyötä edistävät tekijät City-kodissa.

Hyvä työilmapiiri.

	Määrä	%
Erittäin vähän	1	1,5
Jonkin verran	4	6,2
Melko paljon	16	24,6
Erittäin paljon	42	64,6
Vastaamatta	2	3,1
Yhteensä	65	100,0

Asiakkaiden esteetön asuinympäristö.

	Määrä	%
Erittäin vähän	1	1,5
Jonkin verran	6	9,2
Melko paljon	20	30,8
Erittäin paljon	37	56,9
Vastaamatta	1	1,5
Yhteensä	65	100,0

Yhteiset toimintalinjat.

	Määrä	%
Ei lainkaan	1	1,5
Erittäin vähän	1	1,5
Jonkin verran	4	6,2
Melko paljon	16	24,6
Erittäin paljon	42	64,6
Vastaamatta	1	1,5
Yhteensä	65	100,0

 Hyvä tiedonkulku henkilökunnan välillä.

	Määrä	%
Ei lainkaan	1	1,5
Erittäin vähän	1	1,5
Jonkin verran	7	10,8
Melko paljon	14	21,5
Erittäin paljon	41	63,1
Vastaamatta	1	1,5
Yhteensä	65	100,0

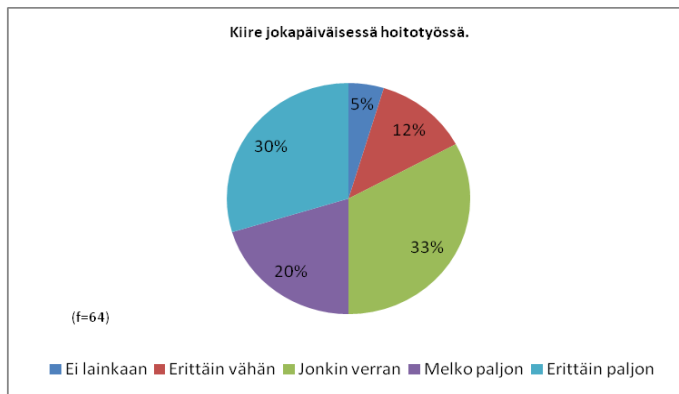
 Esimiehen tuki

	Määrä	%
Erittäin vähän	9	13,8
Jonkin verran	9	13,8
Melko paljon	18	27,7
Erittäin paljon	28	43,1
Vastaamatta	1	1,5
Yhteensä	65	100,0

 Päivitetyn koulutustiedon jakaminen hoitohenkilökunnan keskuudessa.

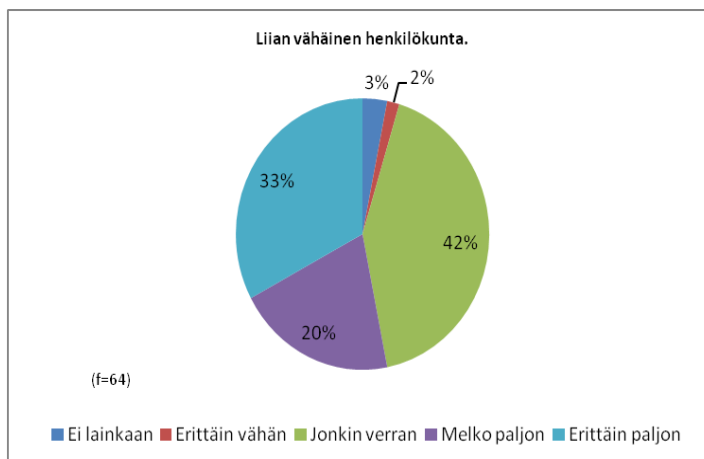
	Määrä	%
Erittäin vähän	3	4,6
Jonkin verran	13	20,0
Melko paljon	15	23,1
Erittäin paljon	33	50,8
Vastaamatta	1	1,5
Yhteensä	65	100,0

Seuraavaksi kysyttiin, mitkä vastaajien mielestä olivat kuntouttavaa hoitotyötä estäviä tekijöitä City-kodissa. Kiire hoitotyössä estää 50 % mielestä kuntouttavaa hoitotyötä City-kodissa, kun taas 50 % vastaajista oli kuitenkin sitä mieltä, että se estää kuntouttavaa hoitotyötä vain jonkin verran (kuva 18).



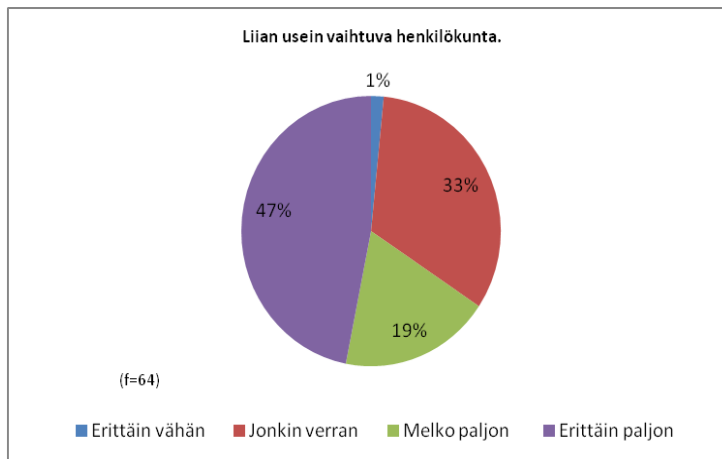
Kuva 18. Kuntouttavaa hoitotyötä estäviä tekijöitä City-kodissa- kiire hoitotyössä.

Vastaajien mielestä (95 %) liian vähäinen henkilökunta estää kuntouttavaa hoitotyötä City-kodissa. Vain 5 % vastaajista oli sitä mieltä, että se on vain vähän estävä tekijä (kuva 19).



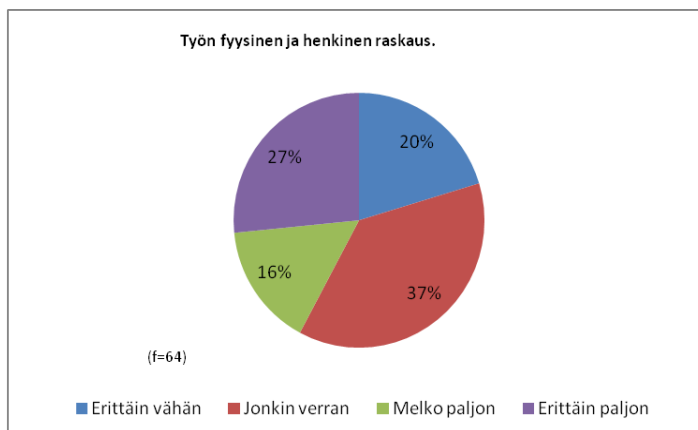
Kuva 19. Kuntouttavaa hoitotyötä estäviä tekijöitä City-kodissa –liian vähäinen henkilökunta.

Suurin osa (63 %) oli sitä mieltä, että liian usein vaihtuva henkilökunta estää kuntouttavaa hoitotyötä City-kodissa. Melko suuren osan (34 %) mielestä sillä ei kuitenkaan ollut merkittävää vaikutusta (kuva 20). Yksi vastaajista oli lisännyt kommentin: ”*Sijaisia paljon*”.



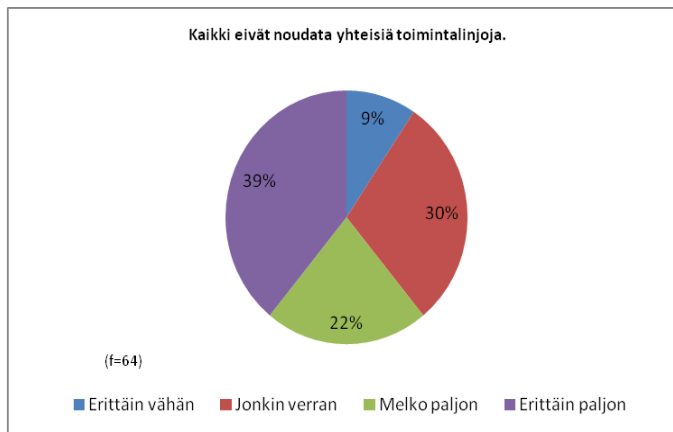
Kuva 20. Kuntouttavaa hoitotyötä estäviä tekijöitä City-kodissa –liian usein vaihtuva henkilökunta.

Vastaajista 43 % koki työn fyysisesti ja henkisesti raskaana City-kodissa. Suurin osa eli 57 % ei pitänyt sitä kuitenkaan raskaana. (Kuva 21.)



Kuva 21. Kuntouttavaa hoitotyötä estäviä tekijöitä City-kodissa –työn fyysinen ja henkinen raskaus.

Suurimman osan (61 %) mielestä yhteisiä toimintalinjoja ei noudatettu City-kodissa. Vastaajista 39 % oli sitä mieltä, että niitä noudatetaan vähäisessä määrin (kuva 22).



Kuva 22. Kuntouttavaa hoitotyötä estäviä tekijöitä City-kodissa –kaikki eivät noudata yhteisiä toimintalinjoja.

7.8 Yhteenveto tutkimustuloksista

Kysely aloitettiin kartoittamalla kuntouttavan työotteen toteutumista. Vastaajat olivat sitä mieltä, että asiakasta pitää motivoida suoriutumaan itsenäisesti päivittäisistä toimista. Puolet vastanneista katsoi päivittäisten toimintojen riittävän toimintakyvyn ylläpitämiseen. Toimintakyvyn ylläpitämistä pidettiin osana hyvää hoitoa. Vastaajat olivat myös sitä mieltä, että asukkailla on tarpeidensa mukaiset apuvälineet käytössä. Lääkehoidon ja asiakkaan psyykkisen tilan säännöllistä arviointia pidettiin toimintakyvyn kannalta tärkeänä tekijänä. Vastaajien mielestä he tuntevat eri asukasryhmien tarpeet hoitotyössä. Suurin osa hoitajista vastasi myös arvioivansa asiakkaan toimintakykyä päivittäin. Asiakkaan sosiaalista kanssakäyntiä sekä viriketoimintaa pidettiin myös tärkeänä.

Seuraavaksi kysyttiin mitä hoitajat pitivät kuntouttavaa hoitotyötä edistävänä tekijöinä. Vastanneista suurin osa piti yhteisiä toimintalinjoja tärkeänä. Myös esimiehen tuen koettiin edistävän jossain määrin kuntouttavaa hoitotyötä. Kuntouttavaa hoitotyötä edistävänä tekijänä pidettiin apuvälineiden käyttöä sekä ergonomisia työtapoja, omaisten tukea, päivitetyn tiedon siirtoa henkilökunnan välillä sekä asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvien muutosten raportointia. Toimivaa ja hyvää työyhteisöä ja riittävää henkilökuntaa pidettiin myös edistävänä tekijänä. Myös asiakkaan positiivinen palaute miellettiin tärkeäksi tekijäksi samoin kuin omahoitajuus. Esteettömällä sekä koordinomisella asuinympäristöllä koetaan myös olevan edistävää vaikutus kuntouttavassa hoitotyössä.

Vastaajista suurimman osan mielestä City-kodissa kuntouttavaa hoitotyötä edistää hyvä työilmapiiri, asiakkaiden esteetön asuinympäristö, hyvä tiedonkulku henkilökunnan välillä, esimiehen tuki sekä päivitetyn koulutustiedon jakaminen.

Seuraavassa kysymyssarjassa keskityttiin kuntouttavaa hoitotyötä rajoittaviin tekijöihin. Kysyttäessä kuntouttavan hoitotyön fyysisestä ja henkisestä raskaudesta, noin puolet oli sitä mieltä, että se on fyysisesti ja henkisesti raskasta. Väkivaltaiset asiakkaat olivat vastaajien mielestä rajoittava tekijä. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että aamuvuorot ovat raskaita ja se estää kuntouttavaa hoitotyötä. Kiire hoitotyössä miellettiin myös yhdeksi estäväksi tekijäksi.

Noin puolet vastaajista koki, että kiire jokapäiväisessä hoitotyössä sekä työn fyysinen ja henkinen raskaus estävät kuntouttavan hoitotyön toteuttamista City-kodissa. Suurimman osan mielestä liian vähäinen ja usein vaihtuva henkilökunta estää myös sen käyttämistä. Yhteisiä toimintalinjoja ei myöskään suurimman osan mielestä noudateta City-kodissa.

Hoitajien osaamista kuntouttavassa hoitotyössä kartoitettiin myös. Suurin osa vastasi tietävänsä mitä kuntouttava hoitotyö tarkoittaa. Vastaajat olivat myös sitä mieltä, että omahoitajuus on tärkeää, jotta asiakkaan tausta tiedetään ja voidaan asettaa realistiset tavoitteet asiakkaan kuntoutumiselle. Myös kärsivällisyyttä ja vuorovaikutusta kuntouttavassa hoitotyössä pidettiin tärkeänä. Suurin osa kyselyyn vastanneista käyttää kuntouttavaa työotetta päivittäin hoitotyössä.

Hoitajien asenteita kuntouttavaan hoitotyöhön haluttiin kartoittaa myös. Vastaajat olivat sitä mieltä, että asiakkaan täytyy saada osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja on tärkeää, että kuntoutujaa kuunnellaan. Heidän mielestään kuntouttavaa työotetta pitäisi aina käyttää hoitotyössä. He olivat mielestään työssään pitkäjänteisiä ja kärsivällisiä ja motivoivat asiakkaita toimimaan omatoimisesti. He myös toimivat tulosten mukaan yhteisiä toimintalinjoja noudattaen ja suurin osa arvioi omaa työskentelyään säännöllisesti.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Kuntouttavan hoitotyön ja kuntoutuksen merkitys iäkkäiden toimintakyvyn ylläpitämisessä tulee kasvamaan tulevaisuudessa. Tarkoituksena on saada vanhukset asumaan omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään ja siksi toimintakyvyn ylläpitämiseen on panostettava. Iäkkäiden ihmisten määrän odotetaan myös kasvavan koko Suomessa seuraavien vuosien aikana.

Tutkimuksen tuloksista selvisi, että suurin osa hoitajista Kotkan City-kodissa noudattaa kuntouttavaa hoitotyötä päivittäin. He myös tuntevat asiakkaitten yksilökohtaiset tarpeet ja toimivat sen mukaisesti hoitotyössä. He myös arvioivat asiakkaitten toimintakyvyn eri osa-alueita säännöllisesti sekä pitävät viriketoimintaa ja sosiaalista toimintaa asiakkaan toimintakyvyn kannalta tärkeänä. Hoitajat myös tuntevat kuntouttavan hoitotyön ja pitävät sitä tärkeänä. Toisaalta tutkimustuloksissa esiintyi myös ristiriitaisuutta. Vastaajista suurin osa oli sitä mieltä, että noudattaa yhteisiä toimintalinjoja, mutta taas suurin osa vastasi, että City-kodissa niitä ei noudateta. Kuntouttavaa hoitotyötä estäväksi tekijäksi City-kodissa koettiin myös kiire sekä useasti vaihtuva henkilökunta. Suunnitteilla oli vielä yhteinen reflektiutilaisuus tutkijan sekä City-kodin hoitohenkilökunnan kanssa tuloksista, jotta niitä voitaisiin vielä tarkemmin analysoida ja pohtia ja vetää lisää johtopäätöksiä tuloksista.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimustuloksia voidaan pitää luotettavina, koska ne vastasivat tutkimuksen alussa laadittuihin kysymyksiin. Tutkimus oli myös eettisesti suoritettu, sillä vastaajien anonyymisyydestä pidettiin tarkkaan huolta. Kysymykset asetettiin niin, ettei niistä voinut saada selville vastaajan henkilöllisyyttä, kysymyslomakkeet olivat suljetuissa kirjekuorissa, kysymyksissä ei kysytty mitään henkilökohtaista tai loukkaavaa ja lomakkeet hävitettiin asianmukaisesti kyselyn suorittamisen jälkeen.

Kysymyslomakkeen suunnitteluun kiinnitettiin myös huomiota. Se esitettiin ja tehtiin muutoksia ehdotusten pohjalta, jotta siitä saatiin mahdollisimman selkeä ja ymmärrettävä. Lähteinä pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoreita ja luotettavia lähteitä. Lähdemateriaalin löytymisessä oli vaikeuksia, koska kuntouttavasta hoitotyöstä

ei löydy paljoa päivitettyä lähdemateriaalia. Kysymyslomakkeista ei otettu huomioon 6 jotka löytyivät 2 viikkoa palautuspäivämäärän jälkeen. Ne olisivat vielä nostaneet palautusprosenttia, mutta otos oli jo ilman niitäkin tarpeeksi kattava.

8.3 Jatkoehdotukset ja hyödynnettävyys

Kotkan City-koti on melko uusi hoivayksikkö. Hoitohenkilökunta on tullut sinne eri hoitolaitoksista ja heillä on erilaiset työtaustat. Siksi City-koti onkin tutkimustyötä ajatellen varsin hedelmällinen ja mielenkiintoinen.

Hyvin merkittävää on yhteisten toimintalinjojen noudattaminen. Tulevaisuudessa esim. yhteisen toiminta- tai hoitotyömallin kehittäminen voisi antaa suuntaa koko hoitohenkilökunnan toimimiselle yhtenäisemmin. Koulutusten järjestäminen säännöllisesti tukee ja motivoi hoitohenkilökuntaa kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen.

Kiinnostavia lisätutkimusaiheita olisivat esim. henkilökunnan ergonomiset työtavat ja niiden noudattaminen sillä se liittyy olennaisesti myös kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen. Toinen asia joka liittyy myös olennaisesti kuntouttavaan hoitotyöhön on apuvälineet ja niiden käyttö, joten se olisi myös kiinnostava tutkimusaihe. Olisi myös mielenkiintoista kartoittaa omaisten ajatuksia City-kodin toiminnasta ja heidän ajatuksistaan siitä miten hoitotyötä siellä voisi kehittää. Kotkan City-kodin kanssa on sovittu yhteistilaisuus, jossa tutkimustuloksia käydään läpi ja pohditaan niitä yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa.

LÄHTEET

Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa. Muistia ja muita kognitiivisia toimintoja tukevat apuvälineet dementoituvan ihmisen arjessa. 2008. STAKES. Haastattelututkimus Suomesta, Islannista, Norjasta, Ruotsista ja Tanskasta. Helsinki.

Finnish Consulting Group. Mikä on RAVA-mittari. Saatavissa: www.ravamittari.fi [viitattu 24.5.2012].

Grönlund, K. Sähköposti. 9.7.2012. Kotkan kaupunki: City-koti.

Hartikainen, S, & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.

Heikkilä, T. Tilastollinen tutkimus. 2012. 7. - 8. painos. Helsinki: Edita.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Studia. Helsinki: Tammi.

Hinkka, K. & Karppi S.-L. (toim.) 2010. Ikäkuntoutus. Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 112. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 15. - 16. painos. Helsinki: Tammi.

Holma T., Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2002. Kuntouttava työote. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama M., Backman K., Paasivaara L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.). Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes.

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

Hänninen, M. 2011. Dementiaa sairastavien ikääntyneiden elämänlaatu pitkäaikais-hoidossa. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Ikäinstituutti. 2011. Ikäihmisten liikunta, toimintakyky ja terveys. Liikkuvan ja osallistuvan vanhuuden puolestapuhuja. Saatavissa:

<http://www.ikainstituutti.fi/ikainstituutti/ikaihminen+liikunta+toimintakyky+ja+terveys/> [viitattu 21.5.2012].

Kaakon SOTE-INTO2. 2010. Hoiva-asumisen toimintamalli Etelä-Kymenlaakson kunnille. Päivitetty 2.3.2011.

Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. (toim.) 2004. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. STAKES. Helsinki.

Kannattaako kuntoutus? 2002. STAKES. Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Raportteja 267. Helsinki.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kivelä, S.-L & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Kohtaavatko tiedot, suositukset ja arkipäivän kokemukset toisensa ikääntyneiden ja vanhusten hoidossa ja palveluissa? Helsinki: Suomen Senioriliike ry.

Kotkan kaupunki. 2007. Vanhustenhuollon strategia 2008 - 2015.

Kotkan kaupunki. 2008. Kotkan väestöpoliittinen ohjelma 2008 - 2030.

Kotkan kaupunki. 2012a. Hoivapalvelut. Tilanne 1.3.2012. Kotkan City-koti.

Kotkan kaupunki. 2012b. Henkilöstö ammattiryhmittäin. Hoivapalvelut. 1.3.2012. City-koti.

Kotkan kaupunki. 2012c. RAVA-luokitus toiminnoittain ja suorituspaikoittain 1.4.2012 - 9.5.2012. Vanhustenhuolto. Kotkan City-koti.

Kyttälä, S. 2009. Ympäristö voi tukea muistisairaana toimintakykyä. Teoksessa Mäkinen, E. & Roivas, M. (toim.) Jotta jokaisella olisi hyvä. Voimavaroja vahvistava van-

hustenkeskus. Metropolia ammattikorkeakoulun julkaisuja 5/10. Sarja C: Artikkelit 1. Helsinki.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Käypä hoito -suositus, aivoinfarkti. Duodecimin Terveysportti-internetsivut. Päivitetty 11.1.2011. Saatavissa: www.terveysportti.fi [viitattu 3.5.2012].

Laitinen-Junkkari, P., Isola, A., Rissanen, S. & Hirvonen, R. 1999. Moninainen vanhusten hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Lehto, M. 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Olkoniemi, M. & Korhonen, E.-S. 2009. Omatoimisuuden tukeminen on tärkeä osa vanhustenhoitolaitoksen arkea. Teoksessa Mäkinen, E. & Roivas, M. (toim.). Jotta jokaisella olisi hyvä. Voimavaroja vahvistava vanhustenkeskus. Metropolia ammattikorkeakoulun julkaisuja 4/10. Sarja C: Artikkelit 1. Helsinki.

Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia 3. S. 207 - 216.

Routasalo, P. 2002. Sairaanhoidajan asennoituminen iäkkääseen kuntoutuspotilaaseen ja kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. Hoitotiede 14 (5), s. 254 - 263.

Routasalo, P. 2003. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön suositusten lähtökohdat ja edellytykset. Teoksessa Lauri, S. Näyttöön perustuva hoitotyö, Helsinki: WSOY, s. 117 - 136.

Routasalo, P., Arve, S., Aarnio, M. & Saarinen, T. 2003. Sairaanhoidajan ja perushoitajan hoitotyö iäkkään potilaan kuntoutumisen edistämiseksi. Tutkiva Hoitotyö 1 (1). s. 24 - 29.

Routasalo, P. 2005. Kuntoutumista edistävä hoitotyö. Mitä se on? Pro terveys 1/2005. s. 14.

Salminen, A. & Westerholm, V. 2009. Kohti hoitohenkilöstön sopivaa fyysistä työkuormitusta. Teoksessa Mäkinen, E. & Roivas, M. (toim.). Jotta jokaisella olisi hyvä. Voimavaroja vahvistava vanhustenkeskus. Metropolia ammattikorkeakoulun julkaisu ja 9/10. Sarja C: Artikkelit 1. Helsinki.

Skog, M. Sähköposti. 28.5.2012. Kotka: Kotkan kaupunki, City-koti.

STM. 2006. Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015 - kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14. Helsinki.

STM. 2007. Hyvinvointi 2015 -ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Helsinki.

STM. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto.

STM. 2012. Iäkkään henkilön sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen saannin turvaaminen (ns. vanhuspalvelulaki.) Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Päivitetty 6.9.2012. Saatavissa:

http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/ikaantyn_eet [viitattu 17.10.2012].

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2010. Kuntouttava lähihoito. 1.- 4., painos. Helsinki: Edita.

Tossavainen, A. 1996. Kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta. 2. painos. Helsinki: WSOY.

Valvira. 2011. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran kysely palvelua tuottaville yksiköille maaliskuussa 2011. Täydennys Valviran raporttiin Selvityksiä 3:2010. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran internetsivut. Päivitetty 31.5.2011. Saatavissa:
http://www.valvira.fi/files/tiedostot/s/e/Selvityksia_2_2011.pdf [viitattu 17.10.2012].

Valvira. 2012. Vanhustenhuolto. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran internetsivut. Saatavissa:
http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/sosiaalihuolto/vanhustenhuolto. [viitattu 2.5.2012].

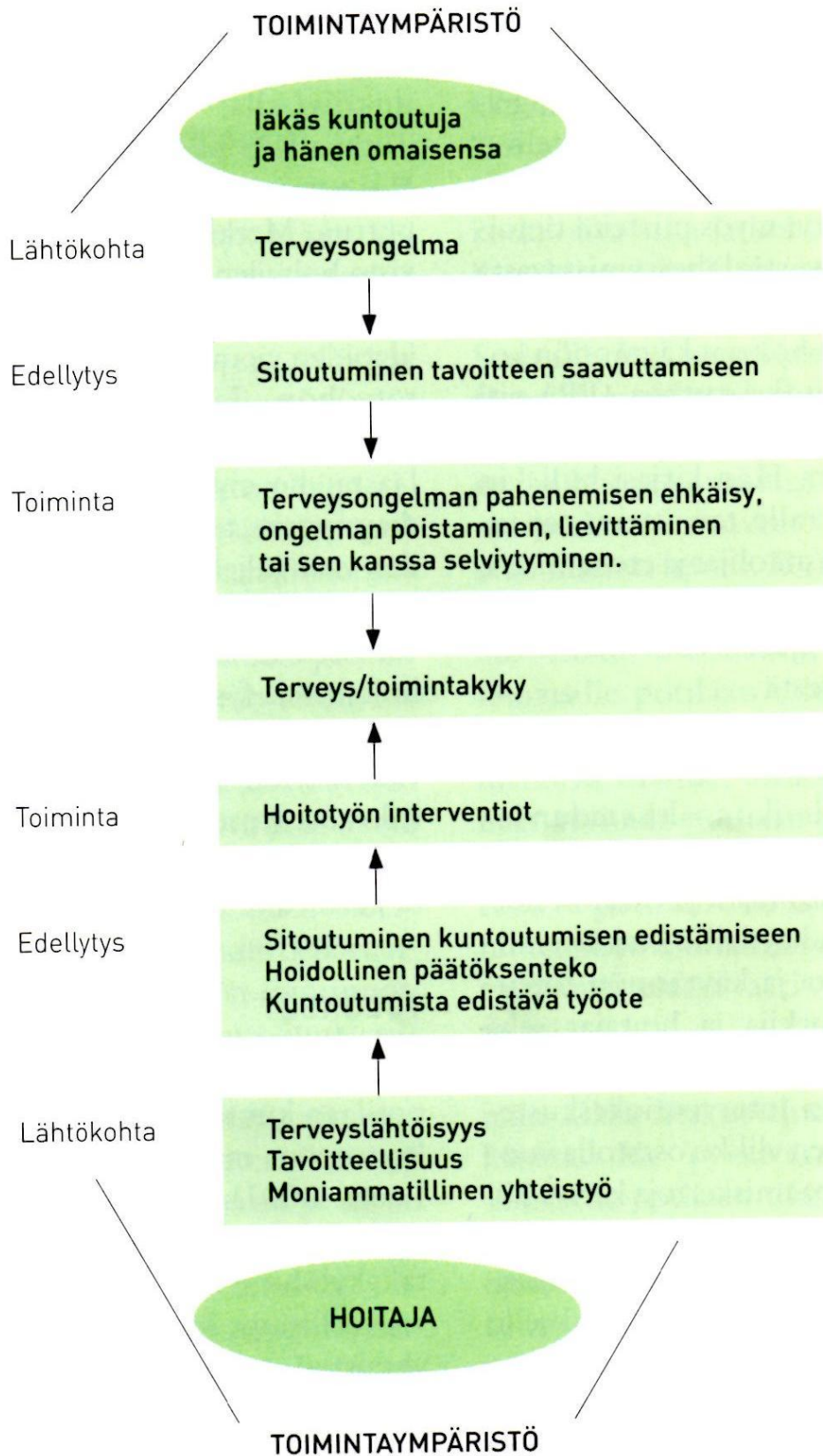
Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. 1. - 3. painos. Helsinki: Tammi

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto.

WHO. 2007. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Organisationin internetsivut. Saatavissa:
http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf [viitattu 17.10.2012].

WHO. 2008. Older Persons in Emergencies: An Active Ageing Perspective. World Health Organisationin internetsivut. Saatavissa:
<http://www.who.int/ageing/publications/EmergenciesEnglish13August.pdf> [viitattu 17.10.2012].



Kuvio. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli (Routasalo ja Lauri, Gerontologia 2001, 3, 212).

Tutkimustaulukko

Tutkijat	Tutkimuksen tarkoitus	Osallistujat, N, Menetelmät, Keskeiset tulokset.
Wallin, M. 2002. Ikäihmisten laitoskuntoutusta toteuttavien ammattilaisten käsityksiä liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta. Fysioterapian Pro Gradu. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.	Liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaisten käsityksiä ikäihmisten laitoskuntoutuskurssien suunnittelusta ja toteutuksesta	Ikäihmisten laitoskuntoutusta toteuttavat liikunnallisen kuntoutuksen ammattilaiset seitsemässä kuntoutuslaitoksessa. 15. Teemahaastattelu. Kuntoutuksen ammattilaisten käsitykset ikäihmisten kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta ovat painottuneet fyysisen toimintakyvyn kartoittamiseen ja parantamiseen
Metsämäki, N. 2006. Vanhusten hoiva Suomessa ja eräissä muissa Euroopan maissa. Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Yhteiskuntatieteellinen laitos. Ammatillinen lisensiaattitutkimus.	Tutkimuksessa kartoitetaan väestörakenteen muutoksesta aiheutuvaa hoivatarpeen kasvua ja siihen liittyviä sosiaaliturvajärjestelmän haasteita.	Palveluettuuksien osuudet ikääntyneiden sosiaalimenoista ovat Suomessa ja Saksassa yhtä suuret. Itävallassa julkisten palvelujen osuus kustannuksista on noussut selvästi. Tanskassa ei ole tapahtunut juurikaan muutosta: palveluiden kustannusosuus on ikääntyneiden sosiaalimenoista noin neljännes. Isossa-Britanniassa suurin osa ikääntyneiden sosiaalimenoista käytetään rahaetuksiin. Eri maiden hoivajärjestelmissä on yhteisiä piirteitä, joista ehkä merkittävin on epävirallisen hoivan tukeminen. Tältä osin maat näyttävät lähentyneen: julkisen sektorin vastuuta on alettu lisätä Itävallassa ja Saksassa, kun taas Suomessa on viime vuosina painotettu omaishoitoa sekä järjestöjen ja yksityisen sektorin merkitystä.
Hänninen, M. 2011. Dementiaa sairastavien ikääntyneiden elämänlaatu pitkäaikaishoidossa. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavien keskisuomalaisten ikääntyneiden elämänlaatua.	Tutkimuksen tulokset osoittavat masennuksen yleisyyden dementiaa sairastavilla, sekä alenevassa olevan tai jo alhaisen elämänlaadun. Kognitiivisilta toiminnoiltaan kyvykkäämmillä ikääntyneillä masennuspisteet olivat korkeammat, mutta elämänlaatu silti parempi kuin vaikeammin dementoituneilla. Aineiston keruussa on käytetty Care Keys -projektissa luotuja mittareita, QUALID -elämänlaatumittaria ja Cornell -depressioseulaa. Tutkimus on suoritettu havainnoimalla tutkittavia, ja lomakkeet on

		täyttänyt ikääntynyttä hoitava henkilö tai omainen.
Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauksipotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa koulutuksessa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.	Tarkoituksena oli tuottaa klinisen hoitotyön alueelta uutta tietoa kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä sairaanhoitajan näkökulmasta aivohalvauksipotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa.	Aineisto kerättiin 1:stä kuntoutuskeskuksesta ja 2:sta terveyskeskuksesta. Haastatteluihin osallistui 107 vastaajaa joista 43 työntekijää, 44 kuntoutujaa ja 20 kuntoutujien läheistä. Aineiston keruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua sekä kuntoutumisen arviointia valmiilla mittareilla. Tuloksien pohjalta voidaan sanoa, että kuntoutuskeskuksen ja terveyskeskusten työntekijät, kuntoutujat ja heidän läheisensä pitävät merkityksellisenä sairaanhoitajan kokonaisvaltaista vastuunottoa aivohalvauksipotilaiden kuntoutumisprosessin tukemisessa.
Tutkijat	Tutkimuksen tarkoitus	Osallistujat, N, Menetelmät, Keskeiset tulokset.
STAKES. 2008. Apuvälineet ja dementia Pohjoismaissa. Muistia ja muita kognitiivisia toimintoja tukevat apuvälineet dementoituvan ihmisen arjessa. Helsinki.	Hankeessa tutkittiin dementoivaa sairautta sairastavien ihmisten apuvälineiden käyttöä kognitiivisten toimintojensa tukena.	Mukaan osallistuivat kaikki 5 Pohjoismaata. Tutkimukseen koottiin 29 tapauskuvausta, jotka perustuvat dementoivaa sairautta sairastavien ihmisten, heidän omaistensa ja apuvälinealan asiantuntijoiden haastatteluihin. Aineisto kerättiin laadullisen tutkimuksen haastattelumenetelmällä. Apuvälineet voivat auttaa ylläpitämään dementiaoireisten ihmisten päivittäistä toimintaa, omaiset eivät tunne apuvälineitä, dementiahoidoissa puuttuu tarvittava tieto apuvälineiden hyödyistä, apuvälineiden käytön seuranta säännöllisesti on tärkeää, apuvälineitä tarvitsevat ihmiset, heidän omaisensa sekä hoitohenkilökunta tarvitsee enemmän tietoa kognitiivisia toimintoja tukevista apuvälineistä.
Vähäkangas, P. 2010.	Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan määrää, kohdentumista ja sen yhteyttä hoidon laadun tuloksiin. Lisäksi tutkimuksessa luvattiin kuntoutumista edistävien osasatojen tunnusmerkkejä ja lähijohtamisen menetelmiä.	Tutkimus koostuu neljästä osajulkaisusta. Tulokset on analysoitu käyttäen SAS-tilasto-ohjelmistoa. Tutkimuksen mukaan hoitajien kuntoutumista edistävä toiminta kohdistui niihin asiakkaisiin, joilla oli keskivaikeasti alentunut fyysinen toimintakyky ja kognitio. Hoitajan toiminta oli yhteydessä hoitajan uskoon asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuksista.

<p>Holmi, M. 2012. Kuntoutustyö. Palvelutalon ja hoivakodin työntekijöiden käsityksiä kuntoutustyöstä. Fysioterapian Pro Gradu. Jyväskylän yliopisto.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin työntekijöiden käsityksiä kuntoutustyöstä yhdessä ikääntyneiden palvelutalossa ja yhdessä hoivakodissa.</p>	<p>Tutkimuksen kohteena olivat työntekijöiden käsitykset kuntoutustyöstä. 21. Aineiston hankintaan käytettiin strukturoimattomia ryhmähaastatteluja. Kuntouttava työote on kuntotutujan oman aktiivisen toimijuuden tukemista, kuntoutumista edistävää ja kuntoutujaa kunnioittavaa.</p>
---	---	--

Muuttujataulukko

Tutkimusongelma	Muuttujat	Teoreettinen tarkastelu	Kyselylomakkeen muuttujat
1. Miten kuntouttava työote toteutuu jokapäiväisessä hoitotyössä?	Päivittäiset toiminnot	15, 16	6
	Toimintakyky	16, 17	7,8
	Apuvälineet	18	9
	Lääkehoito	18, 19	10
	Eriyisryhmät	19, 20	11
	Kuntoutumisen arviointi	20	12
	Psyykkiset osa-alueet	21	13
	Sosiaaliset osa-alueet	21, 22	14
	Viriketoiminta	21, 22	15,16
2. Mitkä tekijät edistävät kuntouttavan työotteen toteutumista hoitotyössä?	Yhteiset toimintalinjat	22, 23	17
	Esimiehen tuki	23	18
	Apuvälineet	23	19
	Ergonomiset työtavat	24	20
	Omaisten aktiivisuus	25	21
	Koulutustieto	24, 25	22
	Tiedon kulku	25	23
	Työyhteisö	23, 24	24
	Työntekijäresurssit	24	25
	Kuntoutuksen palaute	24	26
	Omahoitajuus	24	27
	Työilmapiiri	22	28
	Asianmukaiset tilat	22	29, 30
3. Mitkä tekijät rajoittavat kuntouttavan työotteen toteutumista hoitotyössä?	Työn fyysinen raskaus	26	31
	Stressi	26	32
	Väkivaltaiset asiakkaat	26	33
	Vanhat työtavat/tottumukset	26	34
	Päivärytmi	26	35

Tutkimusongelma	Muuttujat	Teoreettinen tarkastelu	Kyselylomakkeen muuttujat
4. Mikä on hoitajien osaaminen kuntouttavassa hoitotyössä?	Ammatillinen koulutus Omahoitajuus Kärsivällisyys Vuorovaikutus Kuntouttavan työotteen omaksuminen	27 27 27 28, 29 28	37 38 39 40 41
5. Mitkä ovat hoitajien asenteet kuntouttavaan hoitotyöhön?	Tiedon jako Asennoituminen asiakkaaseen Työhön suhtautuminen Työn luonne Asiakkaan motivoiminen Hoidon yhdenmukaistaminen Oman työn arviointi	29 29 29 29, 30 30 30 30	42 43 44 45 46 47 48

Sähköpostiviesti

Hei City-kodin hoitohenkilökunta,

Olen kolmannen vuoden sairaanhoitaja-opiskelija KYAMK:sta ja valmistelen opinnäytetyötäni. Syys/lokakuun aikana suoritan kyselytutkimusta Pihla- , Lehmus- ja Saarnikodissa kuntouttavan työtteen toteutumisesta City-kodin hoitohenkilökunnan keskuudessa. Joka kerrokseen jaetaan kyselylomakkeet joihin toivoisin teidän kaikkien vastaavan.

Kaikkien vastaajien kesken arvotaan lahjakortti kasvohoitoon. Jos haluat auttaa kehittämään City-kodin hoitotyötä, osallistu tähän kyselytutkimukseen. Kysely suoritetaan nimettömänä ja ne kerätään osastonhoitajien huoneisiin suljetuissa kirjekuorissa. Kyselylomakkeen yhteydessä on saatekirje jossa yksityiskohtaiset ohjeet ja lisätietoa koskien kyselyä ja opinnäytetyötä,

Ystävällisin terveisin, *Mirka D'Amario KYAMK HO09SC.*

Saatekirje

Hei City-kodin hoitohenkilökunta!

Olen sairaanhoidon opiskelija Kymenlaakson Ammattikorkeakoulusta, Jylpyn toimipisteestä. Teen opinnäytetyötä aiheesta: ”Kuntouttavan työotteen toteutuminen hoitotyössä Kotkan City-kodissa- Kyselytutkimus”.

Tutkimuksella on tarkoitus kartoittaa kuntouttavan työotteen toteutumista Kotkan City-kodissa. Sen tarkoituksena on kartoittaa myös, miten ja millä keinoin sen toteutumista voidaan parantaa ja kehittää.

Kyselytutkimus suoritetaan Pihla-, Lehmus- ja Saarnikotien hoitohenkilökunnille. Vastausaikaa on 2 viikkoa. Kysely suoritetaan **27.9.12-11.10.12** välisenä aikana. Kyselyyn vastataan nimettömänä, ja vastaukset laitetaan suljettuun kirjekuoriin. Kirjekuoret toimitetaan yksiköittäin osastonhoitajalle, joka toimittaa ne edelleen tutkimuksen suorittajalle.

Vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja vastauslomakkeet hävitetään kyselyn jälkeen. Tutkimustulokset jäävät Kotkan kaupungin ja City-kodin käyttöön.

Vastaajien kesken arvotaan lahjakortti kasvohoitoon. Jos haluat osallistua arvontaan lisää kyselylomakkeen yhteydessä olevalle arpalipukkeelle puhelinnumerosi. Saat tekstiviestillä tiedon, jos olet voittanut lahjakortin.

Ystävällisin terveisin ja yhteistyöstä kiittäen, *Mirka D'Amario HO09SC, Kyamk.* Vastaan mielelläni kaikkiin opinnäytetyötä koskeviin lisäkysymyksiin.

Myöhemmin järjestetään City-kodissa osastotunti missä tulokset julkaistaan. Kaikki

halukkaat ovat tervetulleita.

Hyvää syksyä!



Yhteystiedot: Mirka D'Amario, Kyamk, HO09SC, mirka.damario@student.kyamk.fi

Ohjaava yliopettaja: Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, eeva-liisa.frilander@kyamk.fi

Tutkimuslupa saatu:

Arvonnain palkinnon tarjoaa ystävällisesti:



Kyselylomake

Vastaa kysymyksiin rengastamalla sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varatulle viivalle. Sulje kyselylomake mukana olevaan kirjekuoreen. Kysymyksiin vastataan nimettöminä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastausaikaa on **11.10. 2012** saakka. Jos haluat osallistua arvontaan, kirjoita puhelinnumerosi erilliselle arpalipukkeelle ja saat tiedon tekstiviestillä jos olet voittanut. *Kiitos!*

Taustatekijät**1. Ikä**

- 1 18 - 25 v.
- 2 26 - 35 v.
- 3 36 - 45 v.
- 4 46 - 55 v.
- 5 56 - 65 v.

2. Koulutus

- 1 Sairaanhoidtaja
- 2 Lähihoitaja/perushoitaja
- 3 Muu, mikä? _____

3. Työkokemus

- 1 Alle 5 v.
- 2 5-10 v.
- 3 11-15 v.
- 4 16-20 v.
- 5 21-25 v.
- 6 Yli 25 v.

4. Kuinka kauan olet ollut työssä tässä yksikössä?

- 1 Alle 6 kk
- 2 Yli 6kk-1v.
- 3 1v.-2v.
- 4 Yli 2v.

5. Missä yksikössä työskentelet?

- 1 Pihlakoti
- 2 Lehmuskoti
- 3 Saarnikoti

KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN TOTEUTUMINEN

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
6. Motivoin asiakasta suoriutumaan itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista	1	2	3	4	5
7. Päivittäisten toimien suorittaminen riittää ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämiseen	1	2	3	4	5
8. Toimintakyvyn ylläpitäminen on osa hyvää hoitoa	1	2	3	4	5
9. Aukkaiden yksilökohtaiset tarpeet apuvälineisiin on huomioitu	1	2	3	4	5

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
10. Asukkaan lääkehoidon säännöllinen arviointi on toimintakyvyn kannalta erittäin tärkeää	1	2	3	4	5
11. Tunnen eri asukasryhmien erityistarpeet kuntouttavassa hoitotyössä (dementia, aivohalvaus jne.)	1	2	3	4	5
12. Arvioin asiakkaan toimintakykyä päivittäin	1	2	3	4	5
13. Arvioin asiakkaan psyykkistä tilaa päivittäin	1	2	3	4	5
14. Asiakkaan sosiaalinen kanssakäyminen on tärkeää	1	2	3	4	5
15. Asukkaiden viriketoiminta on tärkeää (esim. konsertit, elokuvat, musiikki)	1	2	3	4	5
16. Viriketoimintaa pitäisi olla enemmän	1	2	3	4	5

KUNTOUTTAVAA HOITOTYÖTÄ EDISTÄVÄT TEKIJÄT

	Erittäin paljon	Melko paljon	Jonkin verran	Erittäin vähän	Ei lainkaan
17. Yhteiset toimintalinjat edistävät kuntouttavaa hoitotyötä	5	4	3	2	1
18. Esimiehen tuki edistää kuntouttavaa hoitotyötä	5	4	3	2	1
19. Apuvälineiden käyttö esim. asiakkaiden siirroissa edistää kuntouttavaa hoitotyötä	5	4	3	2	1
20. Ergonomiset työtavat edistävät kuntouttavaa hoitotyötä	5	4	3	2	1
21. Omaisten tuki edistää kuntouttavaa hoitotyötä	5	4	3	2	1
22. Kaiken uuden ja päivitetyn tiedon siirto kuntouttavasta työotteesta henkilökunnalle edistää kuntouttavaa hoitotyötä	5	4	3	2	1
23. Asiakkaan toimintakyvyn muutosten raportointi edistää kuntouttavaa hoitotyötä	5	4	3	2	1
24. Toimiva työyhteisö edistää kuntouttavaa hoitotyötä	5	4	3	2	1
25. Riittävä henkilökunta edistää kuntouttavaa hoitotyötä	5	4	3	2	1

	Erittäin paljon	Melko paljon	Jonkin verran	Erittäin vähän	Ei lainkaan
26. Asiakkaan positiivinen palaute edistää kuntouttavaa hoitotyötä	5	4	3	2	1
27. Omahoitajuus edistää kuntouttavaa hoitotyötä	5	4	3	2	1
28. Hyvä työilmapiiri edistää kuntouttavaa hoitotyötä	5	4	3	2	1
29. Asuinympäristön viihtyvyys ja kodinomaisuus edistävät kuntouttavaa hoitotyötä	5	4	3	2	1
30. Esteetön asuinympäristö edistää kuntouttavaa hoitotyötä	5	4	3	2	1

KUNTOUTTAVAA HOITOTYÖTÄ RAJOITAVAT TEKIJÄT

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
31. Kuntouttava hoitotyö on fyysisesti kuormittavaa	1	2	3	4	5
32. Kuntouttava hoitotyö on henkisesti raskasta	1	2	3	4	5
33. Väkivaltaiset asiakkaat kuormittavat hoitajia	1	2	3	4	5
34. Rutiinit/vanhat työtottumukset estävät yhteisten toimintalinjojen muodostumisen	1	2	3	4	5
35. Raskaimpia ovat aamuvuorot	1	2	3	4	5
36. Kiire hankaloittaa kuntouttavaa hoitotyötä	1	2	3	4	5

HOITAJIEN OSAAMINEN KUNTOUTTAVASSA HOITOTYÖSSÄ

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
37. Tiedän mitä kuntouttava hoitotyö tarkoittaa	1	2	3	4	5
38. Omahoitajuus auttaa tuntemaan asiakkaan taustat ja näin kuntouttavalle hoitotyölle voidaan asettaa realistiset tavoitteet	1	2	3	4	5
39. Kuntouttavassa hoitotyössä on tärkeää kärsivällisyys	1	2	3	4	5
40. Kuntouttavassa hoitotyössä vuorovaikutus on tärkeää	1	2	3	4	5
41. Käytän hoitotyössä kuntouttavaa työotetta päivittäin	1	2	3	4	5

HOITAJIEN ASEENTEET KUNTOUTTAVAAN HOITOTYÖHÖN

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
42. Asiakkaan täytyy saada osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen	1	2	3	4	5
43. Kuuntelen kuntoutujaa	1	2	3	4	5
44. Hoitotyössä pitäisi käyttää kuntouttavaa työotetta	1	2	3	4	5
45. Olen työssäni kärsivällinen ja pitkäjänteinen	1	2	3	4	5
46. Motivoin asiakkaita omatoimiseen toimintaan	1	2	3	4	5
47. Toimin yhteisten toimintalinjojen mukaisesti hoitotyössä	1	2	3	4	5
48. Arvioin omaa työskentelyäni säännöllisesti	1	2	3	4	5

49. Tarvitsetko lisäkoulutusta-kuntouttavasta hoitotyöstä?

- 1 Kyllä
2 En

50. Mitkä asiat edistävät kuntouttavaa hoitotyötä City-kodissa?

	Erittäin paljon	Melko paljon	Jonkin verran	Erittäin vähän	Ei lainkaan
a) Hyvä työilmapiiri	5	4	3	2	1
b) Asiakkaiden esteetön asuinympäristö	5	4	3	2	1
c) Yhteiset toimintalinjat	5	4	3	2	1
d) Hyvä tiedonkulku henkilökunnan välillä	5	4	3	2	1
e) Esimiehen tuki	5	4	3	2	1
f) Päivitetyn koulutustiedon jakaminen hoitohenkilökunnan keskuudessa	5	4	3	2	1

51. Mitkä estävät kuntouttavaa hoitotyötä City-kodissa?

	Erittäin paljon	Melko paljon	Jonkin verran	Erittäin vähän	Ei lainkaan
a) Kiire jokapäiväisessä hoitotyössä	5	4	3	2	1
b) Liian vähäinen henkilökunta	5	4	3	2	1
c) Liian usein vaihtuva henkilökunta	5	4	3	2	1
d) Työn fyysinen ja henkinen raskaus	5	4	3	2	1
e) Kaikki eivät noudata yhteisiä toimintalinjoja	5	4	3	2	1

Arpalipuke

Kyllä haluan osallistua lahjakortin arvontaan. Jos voitan arvonnassa minulle saa lähettää siitä tiedon tekstiviestillä numeroon: _____

Tutkimuslupa

KOTKAN KAUPUNKI Hyvinvointipalvelut Vanhustenhuollon vastuualue Vanhustenhuollon johtaja	VIRANHALTIJAPÄÄTÖS § 21.9.2012	86	Sivu 1
---	---------------------------------------	----	---------------

Dnro SOTE: 54 /2012

Tutkimuslupahakemus/Mirka D'Amario

Valmistelija: Johdon sihteeri Jouni Simola

Kymenlaakson ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija Mirka D'Amario hakee tutkimuslupaa "Kuntouttavan työotteen toteutuminen hoi-
totyössä Kotkan City-kodissa kyselytutkimukseen". Tutkimus on henkilö-
kunnalle suunnattu kvantitatiivinen kyselytutkimus. Kyselytutkimuksessa
arvioidaan työotteen toteutumista.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Kyamk:sta yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-
Paavilainen. Työelämän ohjaajana City-kodista Eine Laakko.

Tutkimuspaikka: Kotkan City-koti, Museokatu 6, 48100 KOTKA.

Tutkimuslupahakemus liitteenä.

Päätös: Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti.

Toimeenpano:

Ote: Mirka D'Amario
Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen
Eine Laakko /

Oikaisuvaatimusohjeet

Tuula Karhunen

Liisa Rosqvist
Vanhustenhuollon johtaja Liisa Rosqvist

Tämä pöytäkirja on yleisesti nähtävänä 2.10.2012 kaupungintalo, 4. kerros