

**MONIPUOLINEN OSAAMINEN JA YHTEISÖLLISYYS
DEMENTOITUVAN ASIAKKAAN HYVÄN HOITOTYÖN PERUSTANA**

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu -tutkielma

Leena Qvick
Kesäkuu 2008

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Hoitotieteen laitos

LEENA QVICK: Monipuolinen osaaminen ja yhteisöllisyys dementoituvan asiakkaan hyvän hoitotyön perustana

Pro gradu-tutkielma, 58 s., 4 liitesivua

Ohjaajat: Professori, TtT Eija Paavilainen ja lehtori, THM Sirpa Salin

Hoitotiede

Kesäkuu 2008

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia dementoituvien hoitotyön osaamisesta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää dementoituvia asiakkaita hoitavien hoitoyhteisöjen perehdytyksen ja koulutuksen suunnittelussa.

Tutkimus oli luonteeltaan laadullinen. Tutkimusaineisto koostui kolmen dementiakodin henkilökunnan ryhmähaastattelusta. Ryhmähaastatteluihin osallistui 20 hoitajaa, jotka olivat iältään 24 – 62-vuotiaita. Ryhmien koko vaihteli viidestä kahdeksaan. Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällön analyysia.

Analyysin pohjalta muodostui kuusi yläkategoriaa, jotka kuvaavat hoitajien kokemuksia dementoituvien hoitotyön osaamisesta: Dementiahoitotyön osaamisen perusta, dementiahoitotyön osaamisen kehittäminen, mielekkäämmän arjen ja juhlan tarjoaminen dementoituville, perheen tukeminen, työyhteisön toimivuudesta huolehtiminen ja tulevaisuuteen suuntautuminen. Tutkimustulosten mukaan dementoituvien hoitotyö nähtiin vaativana hoitotyön alueena, jossa tarvitaan monipuolisia tietoja ja taitoja sekä oikeanlaista asennoitumista. Jotta dementoituvan ihmisen hyvää hoitoa voidaan ylläpitää ja kehittää, hoitajien on kehitettävä omaa osaamistaan jatkuvasti. Osaavalla ja työstään innostuneella henkilökunnalla on halua kehittää hoitotyötä vastaamaan entistä paremmin dementoituvien asiakkaiden ja heidän perheidensä tarpeita.

Tutkimustuloksia voi hyödyntää osaamisen arvioinnissa erilaisissa dementoituvien hoitoyksiköissä. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia hoitoyhteisöjen eettistä toimintaa.

Avainsanat: dementia, hoitotyö, osaaminen, yhteisöllisyys

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Department of Nursing Science

LEENA QVICK: Dementia-specific competencies and "communityness" as the base of good dementia care

Master's thesis, 58 pages, 4 appendices

Supervisors: Eija Paavilainen, PhD and Sirpa Salin, MNSc

Nursing Science

June 2008

The purpose of this study was to describe nurses' experiences of competencies in dementia care. The aim was to gather information that will be useful in planning orientation and education programmes for nurses in dementia care units.

The study was qualitative. The data were collected by focus-group interviews from 20 nurses in three dementia care units. Nurses were 24 – 62 years old. The size of the groups varied from five to eight persons. Interpretation of data was based on the method of content analysis.

According to the results the nurses' experiences of competencies for dementia care were formed by six categories: base of nursing and dementia competencies, development of nurse competencies to improve dementia care, capabilities to meet the occupational and psychosocial needs of demented clients, skills in supporting family members, skills of collaboration and teamwork and plans for the future. Nurses caring for people with dementia require extensive basic knowledge and skills. They also need to adopt an attitude of respect for individuality and dignity of the person with dementia. To improve dementia care nurses must sustain and develop competence all the time. Skilled care providers are able to improve dementia care.

The results of the study can be used in evaluating professional competencies in dementia care units. In future it would be interesting to study ethical practices in dementia care units.

Keywords: dementia, nursing, competence, "communityness"

Sisältö

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS.....	5
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
2.1. Dementoituvien hoitotyön osaamisen haasteet.....	7
2.2. Työyhteisön hyvinvointi dementoituvien hoitotyössä.....	14
2.3. Dementoituvien hoitotyön yhteisöllinen kehittäminen.....	17
2.4. Osaava, riittävä ja hyvinvoiva henkilöstö voimavarana dementoituvien hoitotyössä.....	19
2.5. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista.....	20
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	22
4. TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT.....	22
4.1. Tutkimusmenetelmien valinta.....	22
4.2. Aineiston keruu.....	23
4.3. Aineiston analysointi.....	25
5. TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	28
5.1. Dementiahoitotyön osaamisen perusta.....	28
5.2. Dementiahoitotyön osaamisen kehittäminen.....	30
5.3. Mielekkäämmän arjen ja juhlan tarjoaminen dementoituvalle.....	34
5.4. Perheen tukeminen.....	37
5.5. Työyhteisön toimivuudesta huolehtiminen.....	40
5.6. Tulevaisuuteen suuntautuminen.....	43
6. POHDINTA.....	46
6.1. Tulosten tarkastelu ja hyödyntäminen.....	46
6.2. Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu.....	49
6.3. Tutkimuksen eettiset kysymykset.....	51
6.4. Jatkotutkimusaiheita.....	52
7. LÄHTEET.....	53
LIITTEET	

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Dementoivat sairaudet ovat suuri kansanterveydellinen ja –taloudellinen haaste. Suomessa arvioitiin vuonna 2005 olevan noin 85 000 vähintään keskivaikeasti dementoitunutta ja noin 35 000 lievästi dementoitunutta ihmistä. Vaikka ikä on dementiaan tärkein riskitekijä, sairaus koskettaa myös työikäisiä ihmisiä. Tällä hetkellä Suomessa on noin 7 000 työikäistä sairastunutta. Ennusteiden mukaan vuonna 2030 vähintään keskivaikeasti dementoituneiden määrän on arvioitu olevan jo 128 000. (Viramo & Sulkava 2006.)

Dementoivista sairauksista Alzheimerin tauti on yleisin. Arviolta 70 prosentilla se on yksin tai yhdessä muiden sairauksien kanssa syynä henkisen suorituskyvyn laskuun. (Pirttilä & Erkinjuntti 2006.) Toiseksi yleisimpiä ovat verenkiertoperäiset dementiat, jotka ovat oireiltaan monimuotoisia, eikä niiden oirekuva ole yhteneväinen tai etenemisen tapa yhtä ennustettava kuin Alzheimerin taudissa (Erkinjuntti & Pirttilä 2006). Kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttavista sairauksista ikääntyneillä on Lewyn kappale –tauti (Viramo & Sulkava 2006). Dementoivat sairaudet heikentävät laaja-alaisesti omatoimisuutta ja itsenäistä arkiselviytymistä sekä vaikuttavat merkittävästi myös läheisten elämänlaatuun ja hyvinvointiin.

Dementiaan varhaista tunnistamista on korostettu. Siitä huolimatta väestötutkimukset osoittavat, että yli puolet dementiaa sairastavista vanhuspotilaista jää tunnistamatta ja hoitamatta. Dementiaa sairastavien vanhusten oheissairaudet jäävät myös usein ilman hoitoa. Lisäksi lääkehoidossa on parantamisen varaa. (Löppönen 2006.) Raivion (2007) väitöskirjatutkimuksen mukaan sopimattomaksi arvioituja lääkkeitä käytti 36,2 % hoitokodeissa ja sairaalassa olevista dementoituvista. Lonkkaleikkaus lisäsi riskiä joutua pysyväan laitoshoitoon. Melkein puolet aiemmin kotona asuneista dementoituvista joutui pysyväan laitoshoitoon lonkkamurtuman jälkeen. Omaishoitajista vain kolmasosa oli tyytyväisiä palveluihin ja 69 prosenttia heistä koki, ettei heillä itsellään ollut mahdollisuutta vaikuttaa palvelujen tarjontaan.

Dementoituvan ihmisen hoidon tavoitteena on elämänlaadun turvaaminen, sosiaalisen arvokkuuden ylläpitäminen ja autonomian turvaaminen (Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito. Käypä hoito 2006). Sairastuneella on oikeus hyvään toimintakykyä tukevaan hoitoon (Bell & Troxel 1994) sekä kuntouttaviin palveluihin (Alzheimer's Disease International 2003). Dementoituvan ihmisen kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, johon kuuluvat hänen voimavarojaan,

omatoimisuuttaan ja hallinnan tunnettaan lisäävät sekä lähiympäristön toimintamahdollisuuksia parantavat toimenpiteet (Granö ym. 2006). Kuntoutuksen avulla parannetaan dementoituvan ihmisen mahdollisuuksia elää ja osallistua omilla edellytyksillään tai tuettuna sekä autetaan häntä toteuttamaan itseään sairauden aiheuttamista rajoitteista huolimatta (Pirttilä 2004).

Tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden määrä ja hoidon tarve lisääntyy väestön ikärakenteen muutoksen takia (Parjanne 2004). Koska vanhusten hoitotyössä tarvitaan jo lähitulevaisuudessa enemmän työntekijöitä, tulisi vanhusten hoitotyön koulutusohjelman vetovoimaisuutta lisätä (Sinkkonen & Taskinen 2005). Vanhuspalveluiden ja perusterveydenhuollon ennustetaan olevan häviäjiä tulevaisuuden työvoimasta kilpailtaessa (Lammintakanen & Kinnunen 2006).

Dementoituvien hoitotyö on vaativa hoitotyön alue. Se vaatii hoitajilta laajaa tietoa dementiaasta ja dementoituvien hoidosta sekä kykyä soveltaa sitä käytännössä. Hoitotyö edellyttää luovuutta, rohkeutta ja hyvää yhteistyökykyä. Hyvän hoitoyhteisön syntymistä edistävät henkilökunnan sallivuus, joustavuus ja aitous. Dementoituvien hoitotyössä hoitaja toimii dementoituvan ihmisen puolustajana, kuntouttajana, virikkeiden antajana, kumppanina ja läheisenä ihmisenä. Hoitohenkilökunnan puutteelliset tiedot ja taidot heikentävät dementoituvan ihmisen tilanteen ymmärtämistä, jolloin työmenetelmät voivat arjen paineissa kapeutua ja tekeminen ja suorittaminen korostuvat kohtaamisen kustannuksella. Dementoituvien hoitotyö kuormittaa hoitohenkilökuntaa monin tavoin, mikä näkyy työssä väsymisenä ja sairauspoissaoloina. Dementoituvien hoitotyö koetaan myös aliarvostetuksi. Nämä kaikki altistavat eettisille ongelmille. Jotta dementoituvan ihmisen hyvää hoitoa voitaisiin ylläpitää ja kehittää, on hoitajille turvattava mahdollisuus jatkuvaan koulutukseen. Kouluttautuminen auttaa myös osaltaan jaksamaan työssä paremmin. (Suomen Muistiasiantuntijat ry)

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata erääseen dementiahoidon kehittämishankkeeseen osallistuneiden hoitajien kokemuksia dementoituvien hoitotyön osaamisesta. Osaamisella on tärkeä merkitys dementoituvien hoitotyössä niin organisaation, työyhteisön kuin työntekijänkin kannalta. Kun hoitajat ovat osaavia, motivoituneita ja sitoutuneita, pystyy organisaatio tarjoamaan laadukasta hoitoa. Dementoituvan ihmisen kohdalla se tarkoittaa mielekästä elämää sairaudesta huolimatta. Osaava hoitaja myös nauttii työstään.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1. Dementoituvien hoitotyön osaamisen haasteet

Dementoituvien ihmisten inhimillisiä oikeuksia (Bell & Troxell 1994) voidaan pitää hyvän hoidon lähtökohdana (taulukko 1). Keskeisenä lähtökohdana on oikeus tutkimuksiin ja hyvään hoitoon. Oikeuksissa on nostettu esille toimintakyvyn säilyttäminen suunnitelmallisen ja yksilöllisen avun turvin, aikuisen minäkuvaa tukeva toiminta sekä turvallinen ympäristö. Kosketus ja läheisyys sekä osallisuus ympäröivään yhteisöön ovat inhimillisiin oikeuksiin sisältyviä periaatteita. Oikeuksissa korostetaan sitä, että dementoituvan ihmisen kanssa toimivien tulisi tuntea hänen elämäntarinansa, jotta he kykenisivät tuomaan sairastuneen arkeen siihen liittyviä sisältöjä varsinkin sairauden myöhäisemmissä vaiheissa. Dementoituvien oikeuksissa korostetaan myös ammattitaitoisen ja dementoituvien hoitoon perehtyneen ammattihenkilöstön roolia.

TAULUKKO 1 Dementoituvien ihmisten inhimilliset oikeudet

Dementoituneen oikeudet (Bell, V. & Troxell, D. 1994)
Jokaisella dementoituneella on oikeus:
1. saada tietää, mikä sairaus aiheuttaa hänelle dementiaoireen
2. saada asianmukaista lääketieteellistä hoitoa sairauteensa
3. säilyttää toimintakykynsä suunnitelmallisen ja yksilöllisen avun turvin niin pitkään kuin mahdollista
4. tulla kohdelluksi aikuisena
5. tuntea, että hänet otetaan vakavasti
6. olla ilman rauhoittavaa lääkitystä aina, kun se vain on mahdollista
7. asua tutussa, turvallisessa ympäristössä, jossa hänen erityistarpeensa otetaan huomioon
8. olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänkulkunsa ja tottumuksensa
9. käydä säännöllisesti kodin tai hoitoyhteisön ulkopuolella
10. saada ohjausta mielekkääseen, aikuisen minä-kuvaa tukevaan toimintaan joka päivä
11. kosketukseen: halauksiin, hellyyteen ja toisen ihmisen läheisyyteen
12. hoitoon, jota toteuttaa ammattitaitoinen, dementoituneen ihmisen hoitoon perehtynyt henkilökunta.

Hyvä dementoituvien hoitotyö perustuu eettisiin lähtökohtiin, laaja-alaiseen ammatilliseen osaamiseen ja dementoituvan ihmisen yksilöllisen kohtaamisen taitoon. Dementoituvien hoitotyössä tarvitaan kattavaa tietoa dementoivista sairauksista, niiden vaikutuksista ja niiden hoidosta. Toimintakyvyn tukeminen ja elämänlaadun edistäminen ovat tärkeä osa asiakaslähtöisyyttä. Hoitajilta dementoituvan ihmisen hoitotyö edellyttää vuorovaikutuksellisten taitojen osaamista ja taitoa kohdata dementoituva ihminen tasavertaisena aikuisena ihmisenä. (Eloniemi-Sulkava 2002, Heimonen 2007.) Pelttarin (1999) mukaan ikääntyneiden hoitotyö vaatii monitieteellistä teoreettista tietoa sekä käden taitoja. Hoitajalta tämä edellyttää hyvää itsetuntoa, luovuutta, laaja-alaisuutta sekä erikoisosaamista. Dementoituvien hoitotyössä osaamisen haasteet ovat ammatillisissa perustaidoissa kuten 1) perushoidossa (hygienia, ravinto, lämpö, vaatetus), 2) lääkkeettömässä hoidossa, 3) lääkehoidossa, 4) kuntouttavassa työotteessa ja 5) erikoishoidoissa (viriketoiminta, validaatio, erilaiset terapiat) (Kananen ym. 2002, Sulkava ym. 2006).

Dementoituvien hoitotyössä tarvitaan monipuolisia yhteistyötaitoja. Yhteistyötaitoja tarvitaan asiakas- ja perhetyössä, moniammatillisessa tiimityössä sekä verkostomaisessa toiminnassa. Yhteistyön onnistuminen edellyttää, että hoitaja tunnistaa oman osaamisensa ja arvostaa omaa työtään. Tällöin hoitajalla on mahdollisuus nähdä oma osaamisensa kokonaisuuden osana ja välittää sitä muille työyhteisön jäsenille. Hän kykenee perustelemaan omia näkemyksiään ja kunnioittamaan myös toisten osaamista. (Heimonen 2007.) Tietojen, taitojen ja kokemuksen yhdistäminen työyhteisössä edellyttää luottamuksellista ilmapiiriä (Laaksonen 2008).

Dementoituvat asiakkaat ovat erityisen haavoittuvia toimintakykynsä ja kognitiivisten toimintojensa heikentymisen takia. Hoitajilla on suuri haaste kyetä kohtaamaan dementoituva vertaisenaan aikuisena, arvokkaana ja ainutlaatuisena ihmisenä sekä kunnioittaa hänen itsemääräämisoikeuttaan. Tieto dementoivasta sairaudesta auttaa hoitajaa jäsentämään asiakkaan elämäntilannetta ja arvioimaan sairauden vaikutuksia toimintakykyyn ja arjessa selviytymiseen. Sairauden aiheuttamien muutosten ja niiden merkitysten tunnistaminen niin dementoituvan asiakkaan kuin hänen omaisensa elämässä on tärkeää. Vuorovaikutustilanteissa hoitaja tarvitsee kykyä olla läsnä, osoittaa empatiaa ja arvostusta, luoda luottamusta ja turvallisuutta, kuunnella sekä välittää asiakkaasta. (Eloniemi-Sulkava 2002, Heimonen 2007.)

Dementoituvan asiakkaan tunteminen on olennainen osa hyvää hoitoa. Tarvitaan kattavaa tietoa dementoituvasta asiakkaasta, hänen elämästään kokonaisuutena, arvoistaan, voimavaroistaan, toimintakyvystään, elämänselitystään ja -tyylistään, toimijuudestaan ja sosiaalisesta verkostostaan. Elämänselityksen ja mielenkiinnon kohteiden tunteminen antaa hoitajalle mahdollisuuden dementoituvan asiakkaan identiteetin tukemiseen, mielekkään tekemisen löytämiseen ja elämänlaadun parantamiseen. Mahdollisuus osallistua totuttuihin ja itselle mielekkäisiin toimintoihin on dementoituvan ihmisen elämänlaadun kannalta tärkeää. Toiminnallinen aktiivisuus mahdollistaa mielihyvää tuottavat onnistumisen ja osaamisen kokemukset. (Voutilainen ym. 2002, Heimonen 2007.)

Perheellä ja läheisillä on tärkeä merkitys dementoituvan ihmisen elämänlaadulle. Henkilökunnan ja perheen yhteistyön onnistumisen kannalta on olennaista, nähdäänkö perheen jäsenet yhteistyökumppaneina vai irrallisena osana dementoituvan asiakkaan kokonaistilannetta (Janzen 2001, Salin & Åstedt-Kurki 2005). Tutkimusten (Mäkinen 2002, Hertzberg ym. 2003) mukaan hoitajat pitävät perheen jäseniä hoidossa tärkeinä, mutta kuitenkin heitä ei oteta hoidossa riittävästi huomioon. Perheen jäsenet kuitenkin odottavat, että heidän kanssaan keskustellaan ja että heitä pidetään tärkeinä ja arvokkaina läheisilleen (Hertzberg & Ekman 2000). Hoitohenkilökunnalta tämä edellyttää aktiivista roolia perheen jäsenten kanssa kommunikoidessa (Lehtonen 2005). Hoitajien tulee olla aktiivisesti yhteydessä perheen jäseniin, kysyä kuulumisia, viestittää välittämistä ja luoda vapaamuotoisia yhdessäolon hetkiä hoitoyksikössä. Hoitoneuvottelut edistävät avointa vuorovaikutusta perheen ja hoitohenkilökunnan välillä. (Janzen 2001.) Yhteistyön onnistuminen riippuu siitä, miten hoitohenkilökunta onnistuu rohkaisemaan ja tukemaan perheen jäseniä läheisensä hoitoon osallistumiseen (Kellett 1999).

Dementiaoireisten ihmisten määrä lisääntyy nopeasti väestön ikääntyessä. Lisäksi dementia on yleisin syy joutua laitoshoitoon. Keskimäärin kolme neljästä dementoituvasta ihmisestä tarvitsee sairautensa edetessä pysyvää laitoshoidoa. Pitkäaikaishoidossa olevista vanhuksista noin 90 prosenttia kärsii kognitiivisesta heikentymisestä. (Noro ym. 2005.) Näin ollen dementoituville ja heidän perheilleen suunnattujen palvelujen kehittäminen on ajankohtaista. Kehittämistyötä tulee suunnata kuntouttavan työotteen soveltamiseen dementoituvien ihmisten hoitoon ja palveluihin. (Pirttilä ym. 2007.) Tämä on oivallettu dementoituvien hoidossa vasta viime vuosina. Kuntouttavassa hoitotyössä on olennaista nähdä dementoituvan ihmisen terveet toiminnot. Lähtökohdana hoidossa on dementoituvan jäljellä oleva toimintakyky, jota tuetaan ja vahvistetaan. Kuntouttavan hoidon ja kuntouttavan työotteen avulla jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva voi

osaltaan 1) auttaa dementoituvaa ihmistä nauttimaan elämästään, 2) auttaa osallistumaan toimintaan kykyjensä mukaan, 3) auttaa ylläpitämään hyvän olon kokemusta, 4) auttaa luomaan turvallisuuden tunnetta ja 5) auttaa ylläpitämään arvokkuutta ja sosiaalisia kontakteja.

Muistihäiriöiset ja dementoituvat ihmiset hyötyvät kuntouttavista toimenpiteistä, jos ne on suunniteltu sairauden erityispiirteet ja kunkin yksilölliset tarpeet huomioon ottaen ja ne toteutetaan oikea-aikaisesti. Kuntoutuksen tulee aina perustua dementoituvan asiakkaan ja hänen perheensä tarpeisiin, toiveisiin ja arvoihin. Perhe on hoidossa merkittävä voimavara ja yhteistyökumppani. Perheen jäsenten tulee myös saada tietoa, tukea, ohjausta, neuvontaa ja lepoa koko sairausprosessin ajan. Kuntoutuksen tavoitteet ja keinot vaihtelevat dementoivan sairauden eri vaiheissa. Alzheimerin taudin varhaisvaiheessa pyritään oireiden lievittämiseen, henkisen suorituskyvyn parantamiseen ja omatoimisuuden säilyttämiseen. Ohjaus ja neuvonta eri muodoissaan, sopeutumisvalmennus, sosiaalinen ja liikunnallinen aktiivisuus ja harkinnanvaraisesti kognitiivinen kuntoutus ovat hyviä keinoja tässä vaiheessa. (Pirttilä ym. 2007.)

Lievän dementian vaiheessa tavoitteena on omatoimisuuden ylläpitäminen ja jäljellä olevien taitojen harjaannuttaminen. Merkityksellistä on tukea totutun elämäntyylin jatkamista, tukea mielekkäitä toimintoja ja rooleja, vahvistaa sosiaalisia suhteita, opetella muistitukien käyttöä, kannustaa liikunnalliseen aktiivisuuteen sekä kartoittaa selviytymisen edellytyksiä ja palveluiden tarpeita. Neuvonta, sopeutumisvalmennus ja vertaistuki ovat sopivia kuntoutuksen keinoja. Keskivaikeassa dementian vaiheessa tuetaan asiakkaan omatoimisuutta ja jäljellä olevia taitoja, luodaan onnistumisen kokemuksia ja tuetaan itsetuntoa. Kotona asuvan dementoituvan osalta erilaiset tukimuodot tulee sovittaa dementoituvan kuntoutumista ja hoitavan omaisen hyvinvointia tukeviksi. Kuntouttavaa työtettä tulee käyttää erityisesti lyhytaikaisten laitoshoitajaksojen yhteydessä siten, että dementoituvan asiakkaan omatoimisuus ei heikkene. (Pirttilä ym. 2007.) Vaikeasti dementoituneen asiakkaan kuntoutuksen tavoitteena on ylläpitää hänen vuorovaikutustaitojensa säilymistä, liikuntakykyään sekä ehkäistä lisäongelmia kuten kaatumisia ja niihin liittyviä lonkkamurtumia (Pirttilä 2004). Hoito- ja asumisympäristön tulee myös tukea dementoituvaa (Granö ym. 2006). Pitkäaikaishoidon alku on kriittinen vaihe kuntoutuksen kannalta, koska dementoitava ihminen voi menettää turhaan olemassa olevaa toimintakykyään. Hänen voimavaransa tulee tunnistaa ja vahvistaa hänen motivaatiotaan kuntoutumiseen heti pitkäaikaishoidon alusta lähtien (Granö & Högström 2007). Kotiutuminen uuteen ympäristöön tapahtuu aktiivisen elämisen ja tekemisen kautta ja dementoitava ihminen oppii toimimaan uudessa ympäristössä sairaudestaan huolimatta (Pikkarainen 2006).

Lääketieteellinen tieto on välttämätöntä hyvän dementiahoidon toteutuksessa. Hoitotyössä tarvitaan laaja-alaista tietoa dementoivista sairauksista, niihin liittyvistä käytösoireista ja hoidoista. Dementoituvilla on dementoivan sairauden ohella keskimäärin kolmesta viiteen muuta toimintakykyä rajoittavaa sairautta, joten osaamista kaikkien sairauksien hoidossa tarvitaan (Viramo & Strandberg 2002). Lääkehoito on yksi tärkeä osa dementoituvan ihmisen hyvää hoitoa. Alzheimerin tautiin on olemassa kohdennettua lääkehoitoa, jota Suomessa käytetään melko aktiivisesti. Lääkehoidon vaativuutta lisää se, että dementoivaa sairautta sairastavat ovat herkkiä saamaan lääkkeitä sivuvaikutuksia. (Viramo ym. 2004.) Suomalaisissa pitkäaikaishoidon laitoksissa psykiatrisien lääkkeiden käyttö on runsaampaa kuin muissa Pohjoismaissa. Toisaalta taas vanhusten kipulääkkeiden ja esimerkiksi sydän- ja verisuonitautilääkkeiden käyttö on liian vähäistä. (Kivelä 2007.) Erityisesti dementoituvat vanhukset ovat vaarassa jäädä ilman riittävää hoitoa sairauksiinsa (ETENE 2008). Lääkehoidon hyvä toteuttaminen edellyttää hoitohenkilöstöltä asianmukaisia tietoja ja taitoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Vanhusten lääkehoitoon liittyvän osaamisen ja yhteistyön parantamisen keinoksi on esitetty mm. täydennyskoulutusta, gerontologisen hoitotyön osaajien kouluttamisen lisäämistä, vanhusten lääkehoidon säännöllistä kokonaisarviointia hoitavan lääkärin, hoitohenkilökunnan, farmakologin ja vanhuksen kanssa yhteistyössä. (Kivelä 2006, 2007.)

Dementoivissa sairauksissa esiintyy käytösoireita. Näitä esiintyy jossakin sairauden vaiheessa 90 % sairastavista. Käytösoireiden kehittymiseen vaikuttavat dementoituvan persoonallisuus, suhteet omaisiin ja hoitajiin, muu terveydentila sekä lääkitykset sivuvaikutuksineen. Dementiasairauden luonteella ja hoitoympäristöllä on myös vaikutusta oireisiin. Oireet voivat olla nopeasti ohimeneviä tai jatkua vuosia. Jotkut oireet, esimerkiksi aggressiivinen käyttäytyminen, voivat vaikuttaa hoitopaikan määräytymiseen ja uuvuttaa hoitajan tai hoitoyhteisön. Hoitolinjaa valittaessa tulee käytösoire arvioida ja selvittää sen syy. Käytösoireita tulee hoitaa, kun ne rasittavat itse dementoituvaa tai heikentävät hänen kykyään huolehtia itsestään, sosiaalisesta vuorovaikutuksestaan tai toimintakyvystään. Hoito on aiheellista, jos oireet aiheuttavat vaaratilanteita dementoituvalle itselleen tai muille, vaikuttavat hoitopaikkaratkaisuun tai kun omaiset eivät enää niiden vuoksi jaksaa hoitaa dementoituvaa läheistään. (Koponen & Saarela 2002.)

Dementoituvien käytösoireiden hoidossa lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia. Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan sitä, että dementoituvasta ja hänen tarpeistaan huolehditaan tarkoituksenmukaisesti. Perusteetonta rajoittamista ja avuttomuuden korostamista tulee välttää.

Hoitoyhteisön ja –ympäristön avulla voidaan kompensoida puutteita ja tukea jäljellä olevaa toimintakykyä. (Koponen & Saarela 2002.) Kanssakäymisen selkeys, rauhallisuus ja välittämisen viestittäminen tuovat dementoituvalle ihmiselle turvallisuutta. Turvallisen hoitoympäristön luominen ja virikkeiden määrän yksilöllinen optimointi ovat osa hyvää hoitoa (Sulkava ym. 2006). Isolan ym. (2005) mukaan haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan kohtaamisessa hoitaja voi käyttää apunaan erilaisia keinoja, joita ovat persoonan käyttö, järkiperaistaminen ja intuitiivinen toiminta. Persoonan käyttöön kuuluu ihmisenä olemisen, huumorin ja luovuuden hyödyntäminen. Järkiperaistaminen tarkoittaa perusteluja, vakuuttamista, ohjaamista ja ympäristön muokkaamista. Intuitiivinen toiminta tarkoittaa ennalta ehkäisyä, mukaan menemistä ja huomion ohjaamista muualle, jolloin haasteellinen tilanne saadaan laukaistua.

Hoitavien henkilöiden vuorovaikutustaitojen kehittämällä voidaan vähentää käytösoireisiin johtavien tilanteiden syntyä (Sulkava ym. 2006). Toisaalta on kiinnitettävä huomiota myös hoitajien hyvinvointiin, jotta uupuminen tai henkilöstöristiriidat eivät olisi hyvän hoidon esteinä. Käytösoireita laukaisevien tekijöiden tunnistaminen ja poistaminen vaatii usein hoitotiimiltä pitkäjänteistä ja tavoitteellista yhteistyötä.

Dementoituvien käytösoireiden hoidossa käytetään mm. aktivoivaa viriketoimintaa, realiteettiterapiaa, validaatiota, muistelu- ja musiikkiterapiaa. Musiikin, liikunnan ja lemmikkieläinten on todettu vähentävän käytösoireiden esiintymistä. (Sulkava ym. 2006.) Myös perheen jäsenten tukeminen ja ohjaus käytösoireiden hallinnassa on tärkeä hoitokeino. Perheen tukitoiminnan keskeiset elementit ovat yksilölliset, perheen jäsenten tarpeisiin perustuvat tuki- ja neuvontakeskustelut, omaisryhmät ja tukihenkilöiden saatavuus kriisi- ja ongelmatilanteissa. (Koponen & Saarela 2002.)

Ravitsemuksen arviointi on osa ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn arviointia ja hyvä ravitsemustila kuuluu yhtenä osana hyvään elämänlaatuun. Pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten ravitsemustilassa on parantamisen varaa. Rintalan (2000) mukaan neljännes 75 vuotta täyttäneistä laitosvanhuksista oli aliravittuja ja puolet aliravitsemusriskissä. Virheravitsemuksesta kärsii vanhainkodeissa lähes kolmannes vanhuksista (Muurinen ym. 2003) ja yli puolet terveyskeskuksen pitkäaikaishoitolaista (Soini ym. 2004). Dementoiva sairaus lisää virheravitsemuksen riskiä.

Kivun arviointi on yksi dementoituvien vanhusten hoidon vaativuutta lisäävä tekijä. Arviolta joka viidennellä laitoshoidossa olevista vanhuksista on päivittäin kipua. Riittävän tehokas kivun hoito

kuuluu hyvään hoitoon. (Mäkelä ym. 2005, Salanterä 2006.) Kankkusen ym. (2007) mukaan dementoituvia asiakkaita hoitava henkilökunta tarvitsee täydennyskoulutusta kivun arvioinnissa ja kipumittarien käytössä. Säännöllisellä kivun arvioinnilla on mahdollista myös arvioida kivun hoidon tehokkuutta ja laatua.

Mäkisalo-Ropposen (2007) mukaan dementoituvien hoitotyössä huonosti toteutuneita inhimillisiä perustarpeita ovat 1) itsemääräämisen tarve, 2) omanarvontunteen tarve, 3) mielekkäiden roolien tarve, 4) läheisyyden ja arvostavien ihmissuhteiden tarve, 5) luottamuksen tarve ja 6) fyysisen koskemattomuuden tarve. Näiden perustarpeiden tyydyttymättömyys saattaa johtaa haasteelliseen käyttäytymiseen. Yhtenä keskeisenä syynä tähän pidetään sitä, etteivät hoitotyöntekijät tiedosta näiden asioiden merkitystä dementoituvalla ihmiselle. Hoitotyöntekijät voivat ajatella, ettei dementoituvalla tiedosta itsemääräämisoikeuden tarvettaan. Kuitenkin pyrkimys itsenäisyyteen ja itsemääräämisoikeuden säilymiseen jatkuu läpi elämän myös dementoituvalla. Kyse on enemmänkin siitä, miten hoitotyöntekijä osaa hyödyntää arkipäivän tilanteita siten, että myös vaikeasti dementoitunut ihminen saa päättää monista asioista itse, kokea omanarvontunnetta, ”tehdä” mielekkäitä rooleja sekä kokea läheisyyden ja arvostavien ihmissuhteiden toteutuvan.

Dementoituvan ihmisen hyvinvointi riippuu siitä, minkälaisesta hoitoyksiköstä hän saa palveluja. Esimerkiksi mitä vaikeammin dementoituneesta asiakkaasta on kyse, sitä matalampi on hänen hyvinvointinsa. Päivätoimintayksiköt vastaavat lievästi ja keskivaikeasti dementoituneiden asiakkaiden toiminnan tarpeisiin hyvin, mutta ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa yksiköissä dementoituvan tarpeisiin ei aina pystytä vastaamaan. Erityisesti vaikeasti dementoituneiden asiakkaiden päivä koostuu lähinnä istuskelusta ilman muuta tekemistä paitsi silloin, kun heidän fyysisiin tarpeisiinsa vastataan. Käytännössä kaikki asiakkaat dementian asteesta riippumatta hyötyvät laulutuokioista, ohjatusta liikunnasta ja muusta järjestetystä toiminnasta. Dementoituvien asiakkaiden arkipäivän aktiivisuuteen vaikuttaa erityisesti se, että hoitajat tuntevat asiakkaat, heidän jäljellä olevat kykynsä ja kyvyt, jotka olivat heikentyneet. Lisäksi koko laitoksen työnorganisointi ja työkuulttuuri voi tukea tai heikentää asiakkaiden toiminnan mahdollisuuksia. Kehittämishaasteina ovat vuorovaikutus ja dementoivaa sairautta sairastavan todellisuuden empaattinen kohtaaminen. (Topo ym. 2007.)

2.2. Työyhteisön hyvinvointi dementoituvien hoitotyössä

Henkilöstön ja työyhteisön hyvinvoinnille ei ole olemassa yhtä määritelmää, sillä hyvinvoinnin kokeminen on subjektiivinen kokemus (Vanhala & Kotila 2006). Työhyvinvointi on ennen kaikkea työntekijöiden ja työyhteisön jatkuvaa kehittämistä tavoitteena jokaisen onnistumisen kokemukset ja työnilo (Ojala & Ahonen 2003). Työhyvinvointi syntyy monen tekijän yhteisvaikutuksen tuloksena, johon vaikuttavat työntekijä itse, organisaatio, esimiestoiminta, työ ja työyhteisön ryhmähenki. Työntekijän elämän hallinnan tunteella on yhteys stressin kokemiseen, työn hallintaan, terveyteen, elämäntyytyväisyyteen ja sopeutumiseen. Kehittymishalukkuudella on merkitystä siihen, miten työntekijä näkee oman työympäristönsä ja millaiset hänen asenteensa ovat. Lisäksi koettu terveys ja fyysinen kunto vaikuttavat hyvinvointiin. (Manka 2006.)

Työhyvinvointiin on kiinnitetty viime vuosina huomiota, mistä osoituksena on esimerkiksi työministeriön hallinnoima vuoden 2003 lopussa päättynyt Työssä jaksamisen ohjelma. Ohjelmaan liittyen tehtiin selvitys työhyvinvoinnin taloudellisesta vaikuttavuudesta. Siinä henkilöstötyytyväisyyttä tarkasteltiin asiakastyytyväisyyden, johtamisen ja osaamisen kehittämisen kannalta. Esimiestoiminta oli erittäin merkitsevästi yhteydessä tuottavuuteen pitkällä aikavälillä. Jos henkilöstö on tyytyväinen, niin tuloksia syntyy ja myös asiakkaat ovat tyytyväisiä. (Ahonen ym. 2002.) Mankan (2006) mukaan hyvään johtamiseen kuuluu työntekijöiden kuunteleminen, oikeudenmukainen kohtelu ja luottamuksen rakentaminen. Lisäksi esimieheltä vaaditaan kykyä tavoitteiden asettamiseen, ohjaamiseen ja neuvontaan sekä palautteen antamiseen.

Työntekijälle mielekäs työ on monipuolista ja tarjoaa oppimismahdollisuuksia. Tärkeää on myös, että työntekijällä on mahdollisuus vaikuttaa omaa työtään koskeviin päätöksiin ja tavoitteisiin. Mielekäs työ saa aikaan hallinnan tunteen, joka vähentää stressiä, sairastumisriskiä ja motivaation puutetta. Työyhteisön hyvä henki syntyy avoimuudesta, toisten työn arvostamisesta, auttamishalusta, onnistumisesta ja luottamuksesta. Työryhmän toimivuutta voidaan parantaa työtä kehittämällä, töiden suunnittelulla ja järjestämisellä ja sillä että, että kannetaan yhdessä vastuuta tavoitteiden saavuttamisesta. (Manka 2006.)

Suomalaisten hoitajien sitoutumista työpaikkaansa ja ammattiinsa sekä työhön vaikuttavia tekijöitä tutkittiin osana isoa eurooppalaista tutkimusta (Nurses early exit study) vuosina 2002 – 2004. Muiden Euroopan maiden hoitajiin verrattuna suomalaisten hoitajien työpaikkaan sitoutuminen oli

korkeaa, sillä 70 % koki sitoutuvansa vahvasti työpaikkaansa. Myös ammattiinsa suomalaiset hoitajat tunsivat sitoutuvansa vahvemmin (vahvasti ammattiinsa koki sitoutuvansa 84 %) kuin hoitajat useissa muissa maissa. Sitoutuminen oli vahvinta niillä hoitajilla, jotka arvioivat terveytensä, työkykynsä ja henkisen hyvinvointinsa hyväksi. Vahvaan sitoutumiseen liittyi esimiesasema ja vastaajan hyvä taloudellinen tilanne. Vanhimmat hoitajat sitoutuivat työpaikkaansa muita vahvemmin. Ammattiin taas sitoutuivat vahvimmin nuorimmat ja vanhimmat hoitajat (Laine 2005.)

Työympäristöllä on todettu olevan merkitystä sitoutumiseen. Kanadalaisessa tutkimuksessa työympäristönsä hyväksi kokevat sairaanhoitajat arvioivat sitoutumisensa hoitotyöhön vahvemmaksi, potilasturvallisuuden paremmaksi ja työuupumuksen vähäisemmäksi (Spence Laschinger & Leiter 2006). Hoitajien sitoutumista heikensivät kokemukset oman työn vähäisestä merkityksestä ja tärkeydestä, vähäiset kehitymis- ja vaikutusmahdollisuudet, kykyjen alihyödyntäminen, huono työilmapiiri, huonona koettu esimiestyö, tyytymättömyys mahdollisuuksiin antaa potilaille tarvittavaa hoitoa ja hoivaa sekä vähäiset etenemismahdollisuudet. Heikkoon ammattiin sitoutumiseen liittyivät lisäksi kuormittavat fyysiset työolot ja yövuorojen suuri määrä. (Laine 2005.)

Vanhustyön kuormittavina piirteinä pidetään kiirettä, työn osittuneisuutta, vähäistä itsenäisyyttä sekä riittämätöntä palautetta. Vanhustyössä toimivilta edellytetään entistä enemmän tehokkuutta, työtä tehdään eri tahoilta tulevien vaatimusten ja käytännön mahdollisuuksien keskellä. Hyvää hoitoa pitäisi tuottaa koko ajan pienenevillä resursseilla. (Molander 2003.) Vaikka työ ikääntyneiden hoidossa on kuormittavaa, ovat työntekijät kuitenkin sitoutuneita ja melko tyytyväisiä työhönsä. Kansainvälisesti verrattuna työntekijöiden vaihtuvuus on vähäistä. Mielekäs työ on itsenäistä, antaa mahdollisuuden oman työn suunnitteluun, työmenetelmien valintaan ja ajoitukseen. Tärkeää on myös, että työntekijä voi käyttää opittuja taitojaan monipuolisesti hyväkseen. Mielekäs työn sisältö on yksi merkittävä työssä viihtymiseen vaikuttava tekijä. Lisäksi työyhteisön ilmapiirillä ja johtamisella on suuri vaikutus työssä viihtymiseen. (Sinervo & Elovainio 2002.) Parsons ym. (2003) mukaan hoitajien sitoutumista vanhustenhoitoon selittävät suhteet asukkaisiin, mahdollisuus ammatilliseen kasvuun, mahdollisuus osallistua työtä koskevaan päätöksentekoon, johtamistyyli ja hyvä tiedottaminen. Vanhustenhoitolaitoksissa, joissa on magneettiorganisaation ominaisuuksia, on tyypillistä edistyksellinen päätöksentekokulttuuri ja henkilökunnan jatkuva koulutus. Myös asukkaat ja hoitajat ovat tyytyväisempiä. (Rondeau & Wagar 2006.)

Pekkarinen (2008) selvitti työntekijöiden kokemien stressitekijöiden ja työsuorituksen välisiä yhteyksiä vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tulokset osoittavat, että hoitotyöntekijät kokivat eniten kiirettä ja rooliristiriitoja silloin, kun hoidettavien asukkaiden fyysinen toimintakyky oli heikko. Osastojen erikoistuminen vaikutti stressitekijöihin siten, että dementia- ja psykiatriapotilaisiin erikoistuneilla osastoilla käytösoireisten asukkaiden hoitaminen oli yhteydessä vähäisempään kiireeseen ja rooliristiriitoihin. Erikoistuminen oli yhteydessä myös työryhmien parempaan ilmapiiriin ja organisaatioon sitoutumiseen.

Työn stressitekijöillä näyttää olevan yhteyttä hoidon laatuun. Kohtuuttomat työn vaatimukset näyttävät olevan yhteydessä moniin laatuongelmiin esimerkiksi painehaavojen esiintymiseen. Työn vaatimusten yhteys hoidon laatuun on usein yhteydessä hoitajien mahdollisuuteen vaikuttaa omaan työhönsä. Liikkumista estävien apuvälineiden käyttöä esiintyi osastoilla, joilla hoitajat kokivat työnsä kiireiseksi ja yksipuoliseksi eikä heillä ollut vaikutusmahdollisuuksia työhönsä. Osastoilla, joissa hoitajilla oli mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä ja käyttää monipuolisesti taitojaan ja kykyjään, vanhusten liikkumista rajoitettiin vähemmän. Viimeksi mainituilla osastoilla asukkaat saivat keskimääräistä vähemmän antipsykoottisia lääkkeitä. Tutkimuksessa todetaan, että päätöksenteon oikeudenmukaisuus on yhteydessä osastojen rauhoittavien ja unilääkkeiden käytön määrään. (Pekkarinen 2008.)

Laaksonen (2002) mukaan työyhteisöjen hyvinvointi dementiayksiköissä on kolmessa neljästä hyvä tai kiitettävä. Heikkoa hyvinvointi oli joka neljännessä yksikössä. Melko nuorissa yksiköissä oli hyvinvointi korkeampi kuin vanhemmissa yksiköissä. Samoin yksityisissä dementiayksiköissä hyvinvointi todettiin paremmaksi kuin kunnallisissa yksiköissä. Juoruilun ja selän takana puhumisen todettiin olevan yleistä. Tutkimuksen mukaan hyvin toteutetuilla henkilöstötoiminnoilla voidaan voimistaa. Työsuojelun toimenpiteillä oli keskeinen merkitys. Parhaiten dementiayksiköiden henkilökunnan hyvinvointia voimistivat työtehtävien mielekkyys ja henkilökunnan hyvä ammattipätevyys.

Mäkisalo-Roposen (2006) mukaan yhteisöllisyyden kehittämällä dementoituvien hoitotyössä on vaikutusta työyhteisön hyvinvointiin. Yhteisöllisyyden muotoja ovat mm. tiimityöskentely, moniammatillinen yhteistyö, mentorointi, yhdessä kehittäminen ja vapaa-ajan viettäminen yhdessä. Tiimityössä omahoitaja saa työyhteisöltä uusia ja erilaisia näkökulmia hoitotyön suunnitteluun ja toteutukseen. Yhteisöllisyyden avulla opitaan jakamaan vaikeitakin asioita. Dementiatyössä toimii

monia eri ammattiryhmiä ja parhaimmillaan yhteisöllisyys on oppimista yli ammattirajojen. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että hoitajien välisillä ihmissuhteilla ja erilaisilla yhteisöllisillä tekijöillä on suuri merkitys hoitajien työhyvinvoinnin edistäjänä (Adams & Bond 2000, Newman & Maylor 2002, McLennan 2005).

2.3. Dementoituvien hoitotyön yhteisöllinen kehittäminen

Työn ja työyhteisön kehittäminen on menestyvän organisaation tunnuspiirre. Oppimista pidetään keskeisenä kilpailukykyä ennakoivana tekijänä. Rutiineille rakentuva uusintava oppiminen ei riitä, vaan tarvitaan yhdessä oppimista. Oppimista voidaan tukea ottamalla huomioon yhteisön johtamiskulttuuri ja ilmapiiri sekä sitoutumalla tavoitteisiin. (Manka 2006.) Esimiehen tehtävänä on toimia suunnan näyttäjänä ja oppimiselle otollisen ilmapiiriin rakentajana. Lisäksi esimies voi edistää oppimista omalla esimerkillään ja olemalla kiinnostunut työyhteisönsä jäsenten osaamisesta. (Viitala 2002.)

Onnistunut kehittämistyö perustuu kaikkien työntekijöiden osallistumiseen, avoimeen ja luottamukselliseen vuorovaikutukseen ja palautteen antamiseen (Juuti & Vuorela 2002). Oppimiselle suotuisassa yhteisössä vaihdetaan tietoja, annetaan palautetta, kokeillaan uusia taitoja ja opitaan epäonnistumisista. Erityisen tärkeää on, että jokaisella työntekijällä on mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä. Tämä lisää työn hallinnan tunnetta, joka heijastuu työntekijöiden aktiivisuuteen ja oppimiseen. (Manka 2006.) Osaamisen jakaminen ja yhdessä kehittäminen on merkittävä voimavara niin hoitajalle kuin koko työyhteisölle. Ammatillisuudella ja ammatissa kehittyemisellä on merkitystä myös työtyytyväisyyteen (Bégat ym. 2005).

Työyhteisössä yksittäisten hoitajien osaaminen muodostuu yhteiseksi voimavaraksi silloin, kun osaamista jaetaan tietoisesti ja tavoitteellisesti. Osaamisen jakamisessa tarvitaan yhteistyötaitoja, hyvää johtamista ja yhteisön jäsenten sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin. Työntekijältä se edellyttää oman ja toisten osaamisen arvostamista, kykyä ilmaista ja perustella mielipiteensä sekä kykyä nähdä osaamisen jakamisesta syntyvä hyöty asiakkaan hyvän hoidon edistäjänä. (Heimonen 2007.)

Mankan (2006) mukaan tiimimäinen toimintatapa tukee oppimista. Dementoituvien hoitotyötä tehdään usein moniammatillisissa tiimeissä, joissa yhdistetään eri ammattikuntien tietotaitoa ja erilaisia näkökulmia asiakkaan parhaaksi. Moniammatillisuudessa on kyse siitä, että jokainen

työntekijä hyötyy toisen osaamisesta, taidoista ja näkökulmista ja yhteinen osaaminen tuotetaan vuorovaikutuksessa. Osaamisen jakaminen edellyttää työntekijältä taitoa käyttää asiantuntijuuttaan erilaisissa vuorovaikutustilanteissa ja kykyä tasavertaiseen keskusteluun eri ammattiryhmien kanssa. Yhteinen osaaminen rakentuu yhteisissä keskusteluissa. (Heimonen 2007.)

Koski (2001) määrittelee kestävän luovuuden ihmisen kyvyksi jatkuvaan ajattelun ja toiminnan uudistamiseen. Luovuus on hänen mielestään kestävällä pohjalla silloin, kun se samanaikaisesti tuottaa sekä työelämän tehokkuutta että yksilön onnellisuutta. Pekka Himasen (2004) mukaan työyhteisön kyky luovaan ja innovatiiviseen toimintaan edellyttää luottamuksellista ilmapiiriä ja yhteisöllisyyttä. Luottamuksellista ilmapiiriä kannattaa tavoitella, koska sen tiedetään lisäävän muun muassa työntekijöiden aloitteellisuutta, virikkeellisyyttä, tuottavuutta ja itseohjautuvuutta (Laaksonen 2007). Dementiatyön tulevaisuuden haasteisiin vastaamiseen tarvitaan luovuutta. Dementiatyön tekijöiltä se edellyttää kykyä etsiä uusia ratkaisuja, oivalluksia ja uudenlaista tiedon yhdistämistä. Luovuus ei ole pelkästään yksittäisen työntekijän ominaisuus, vaan se syntyy vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Luovan idean lisäksi tarvitaan luovuutta tukeva ilmapiiri sekä sosiaalinen verkosto, joka on vastaanottavainen uusille ideoille. (Vataja 2008.)

Osaamisen kehittämiseen tarvitaan aikaa. Keskinäinen vuorovaikutus on taas edellytys kaikelle kehittämiselle. Työn ja työyhteisön kehittämiseksi tarvitaan sisäisiä ja ulkoisia foorumeita, niin sanottuja oppimistiloja. Näissä on mahdollista jakaa, tulkita, luoda ja hyödyntää tietoa yhteistyön ja yhdessäolon kautta. (Manka 2006, Vataja 2008.) Työyhteisössä tarvitaan myös arvioivaa työtettä, jotta se voisi kehittyä oppivaksi yhteisöksi. Tämä merkitsee sitä, että opetellaan oppimaan tilanteista, kyseenalaistetaan asioita ja puhutaan aroistakin asioista. Vuoropuhelun taitojen opetteleminen, itsereflektointi ja ryhmäreflektointi helpottavat asioiden tiedostamista. (Argyris 1992.) Reflektiivisessä käytännössä opetellaan kriittiseksi ja arvioivaksi omaa ja työtovereitten työtä kohtaan. Se on osa ammattitaitoa. (Leitch & Day 2000.)

Työyhteisöt tarvitsevat palautetta onnistumisestaan. Dementoituvien hoitotyössä keskeistä on, tehdäänkö oikeita asioita oikealla tavalla. Reflektiivisesti taitava työntekijä asettaa oman toimintansa tarkasteluun käyttäen useita palautelähteitä luontevasti ja monipuolisesti. Palautetta voidaan pitää työntekijän ja työyhteisön voimavarana. Sen avulla työntekijä voi ohjata toimintaansa oppimisen ja kehittymisen kautta. (Jalava & Virtanen 1996.) Ryhmässä toteutettava työnohjaus antaa mahdollisuuksia oppimiseen sekä mahdollistaa vuorovaikutuksen kehittämisen ja kokemusten jakamisen. Näin on mahdollista kehittää työyhteisön toimintaa, yhteishenkeä ja keskinäistä

vuorovaikutusta. (Perkka-Jortikka 1998.) Työnohjauksen avulla hoitaja kykenee yhdistämään teoriaa käytäntöön, pohtimaan työn eettistä perustaa, vuorovaikutuksellista luonnetta sekä kehittymään persoonallisella ja ammatillisella tasolla.

Kehittämiprojektit ovat keino osaamisen lisäämiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on ollut laadunkehittämishankkeita, joissa on ollut mukana koko organisaatio (Sundqvist ym. 2002). Kehittämishankkeiden avulla työssä oppimista voidaan tehostaa ja levittää hyviä käytäntöjä. Ikäihmisten laatusuosituksessa (STM 2008) korostetaan, että organisaation tulee kehittää henkilöstön osaamista ja työskentelyn toimintatapoja pitkäjänteisesti. Lyhyttempoiset, työstä irrallaan olevat projektit eivät palvele oppimista eivätkä uusien käytäntöjen juurtumista käytäntöön.

2.4. Osaava, riittävä ja hyvinvoiva henkilöstö voimavarana dementoituvien hoitotyössä

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (STM 2008) painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemista sekä kattavaa yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia. Suosituksen mukaan palveluvalikoimaa tulee monipuolistaa neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla siten, että terveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista tuetaan kaikissa palveluissa. Lisäksi suosituksessa korostetaan henkilöstön työhyvinvoinnin, gerontologisen osaamisen ja johtajaosaamisen kehittämistä. Ikäihmisten palveluja tulee tarjota esteettömissä, turvallisissa ja viihtyisissä asumis- ja hoitoympäristöissä.

Ikäihmisten hoidon ja palvelun tavoite on tukea asiakkaan elämänlaatua kaikissa toimintaympäristöissä, joissa hoitoa ja palveluja tarvitsevat ihmiset elävät. Hoidon ja palvelun laadun kriteerinä on se, miten tehtävässä on onnistuttu. Hyvä laatu koostuu ammattitaidosta ja kohtaamisesta. Tämä merkitsee asiakkaan, hänen perheensä ja läheistensä kohtaamista, asiakkaan sairauksien hoitoa ja elämänhallinnan tukemista sekä hoitohenkilöstön ammattitaidon ja persoonallisuuden käyttöä näissä tilanteissa. Laadun kehittäminen kuuluu osana käytännön työhön. (Vaarama 2002.)

Suomessa henkilöstömitoitukset ikääntyneiden hoidossa on todettu mataliksi suhteessa hoidettavien tarpeisiin. Voutilaisen ym. (2006) mukaan henkilömitoitusta tärkeämmäksi suhteessa laatuun on osoittautunut henkilöstön koulutustaso, ainakin kielteisillä laadun indikaattoreilla todettuna.

Sairaanhoitajien pieni osuus yhdistettynä matalaan henkilöstömitoitukseen on yhteydessä huonoon laatuun.

Dementoituvien hoitotyöhön on tarpeellista saada henkilöitä, jotka ovat motivoituneita ja soveltuvia työskentelemään tällä hoitotyön alueella. Hoitaja, jolla on positiivinen elämänasenne, näkee dementoituvan ihmisen terveet omaisuudet. Hoitajan hyvä sekavuuden sietokyky taas edistää dementoituvan ihmisen arvostamista. Pohtiva ja arvioiva ajattelutapa auttaa hoitajaa näkemään dementoituvassa ihmisessä erilaisia tasoja. Huumorintaju ja iloisuus ovat myös tärkeitä dementiahoitajan ominaisuuksia. Halu oppia työn erilaisia, vaikeitakin taitoja on välttämätöntä dementia työssä. Dementoituvien hoitotyössä toimivilta edellytetään rohkeutta tarttua ongelmiin sekä tavoitteellista ja pitkäjänteistä työskentelyä. Dementia työn asiantuntemus lisää hoitajan rohkeutta ja itseluottamusta. (Suomen Muistiasiantuntijat ry.)

2.5. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Dementoituvien hoitotyössä tarvitaan monipuolista osaamista ja laaja-alaista tietoa dementoivista sairauksista, niihin liittyvistä käytösoireista ja hoidosta. Hyvä dementoituvien hoito edellyttää, että ammattitaitoisia ja dementoituvan ihmisen erityispiirteisiin perehtyneitä hoidon antajia on riittävästi suhteessa asiakasmäärään. Tällöin on mahdollista tarjota asiakkaille monipuolista, hyvää elämänlaatua ylläpitävää ja toimintakykyä tukevaa toimintaa. Dementoituvien hoitotyöhön on tarpeellista saada henkilöitä, jotka ovat motivoituneita ja soveltuvia työskentelemään dementiahoidossa. Hoitajien persoonallisista ominaispiirteistä tärkeimpiä ovat joustavuus, ystävällisyys, rauhallisuus, myönteinen asenne ja todellinen välittäminen dementoituvista ihmisistä. Asiakaslähtöinen ajattelu syntyy motivaatiosta ja osaamisesta. Tästä syystä henkilökunta on nähtävä hoitoyksikön tärkeimpänä voimavarana. Hyvän dementoituvien hoitotyön toteuttamiseksi tarvitaan riittäviä toimintaresursseja, johdon tukea, ryhmätyöskentelyn taitoja ja tietoja.

Hyvän hoidon ja työyhteisön toimivuuden kannalta on tärkeää, että henkilökunnan koko osaamista hyödynnetään laajasti. Hoitohenkilökunnalla on oltava mahdollisuuksia ammatillisten tietojen ja taitojen kehittämiseen. Hoitajien työhyvinvointia voidaan tukea hyvällä perehdytyksellä, yhteisillä keskustelufoorumeilla, työnohjauksella, ammattikirjallisuudella, konsultaatioavulla ja kouluttautumisella. Työyhteisössä työssä jaksamista tukevat oman työn arvostaminen, mahdollisuus

vaikuttaa omaan työhön sekä hyvä esimiestyö. Motivoitunut, työhönsä sitoutunut henkilökunta tunnistaa omassa työssään kehittämistä vaativat asiat.

Dementoituvien hoitotyössä tavoitteena on sairastuneen optimaalisen toimintakyvyn, hyvän olon sekä hyvän, mielekkään ja ihmisarvoisen elämän saavuttaminen. Hoitotyössä korostuvat dementoituvien inhimilliset oikeudet, kuntouttava työote ja perheen huomioon ottaminen. Dementoituvasta asiakkaasta ja hänen terveydentilastaan tulee olla riittävät tiedot. Hoidon tulisi perustua dementoituvan ihmisen elämänhistorian ja taustan tuntemiselle. Kuntouttavassa työotteessa korostuvat dementoituvan yksilöllisyys, itsenäisyyden tukeminen, voimavarojen tunnistaminen ja huomioon ottaminen sekä hoitotyön tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja systemaattisuus. Kuntouttavan työotteen toteuttaminen vaatii hoitajien sitoutuneisuutta, motivoituneisuutta, uteliaisuutta ja oivallusta. Dementoituvalla asiakkaalla on oikeus osallistua mielekkääseen toimintaan, jonka tavoitteena on ylläpitää ja tukea hänen jäljellä olevaa toimintakykyään sekä antaa onnistumisen elämyksiä. Toiminnan järjestäminen on keskeinen keino tukea dementoituvan itsetuntoa, omatoimisuutta ja toimintakykyä.

Dementoituvan asiakkaan hoito pitää toteuttaa kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon myös muut oheissairaudet dementoivan sairauden lisäksi. Dementoituvien hoitotyön vaativuutta lisääviä tekijöitä ovat kivun ja ravitsemuksen arviointi sekä dementoituvien ihmisten herkkyys lääkkeiden sivuvaikutuksille. Käyttöoireita esiintyy kaikissa dementoivissa sairauksissa, mutta pahimmillaan ne ovat sairauden keskivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa. Ne heikentävät dementoituvan ihmisen ja hänen läheistensä elämänlaatua sekä lisäävät hoitohenkilökunnan stressiä. Käyttöoireiden hoitaminen vaatii henkilökunnalta osaamista ja pitkäjänteistä työskentelyä.

Dementoiva sairaus vaikuttaa sairastuneen perheeseen. Hyvään hoitotyöhön kuuluu perheen mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Perhe on hoitajalle asiantuntija ja yhteistyökumppani. Hoitajilta odotetaan asianmukaista tietoa ja tukea oma-aloitteisesti. Perheen jäsenet toivovat, että heitä pidetään tärkeinä ja arvokkaina läheisilleen. Hoitoneuvottelut ja vapaamuotoiset yhdessäolon hetket luovat yhteenkuuluvuuden tunnetta.

Hoitoympäristön turvallisuus, lämminhenkisyys ja virikkeellisyys ovat tärkeitä tekijöitä dementoituvan asiakkaan itsenäiselle selviytymiselle ja sosiaaliselle vuorovaikutukselle. Terapeuttisessa yhteisössä on mahdollisuus elää ja toimia perheen tavoin kodinomaisesti. Keskeistä

terapeuttisen yhteisön elämässä on tasavertaiseen kanssakäymiseen perustuva asiakkaiden ja henkilökunnan yhdessä eläminen, toimiminen ja työskenteleminen.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia osaamisestaan dementoituvien hoitotyössä. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää dementoituvia asiakkaita hoitavien hoitoyhteisöjen perehdytyksen ja koulutuksen suunnittelussa.

Tutkimustehtävänä on:

Kuvata hoitajien dementiahoitotyön osaamista.

4. TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

4.1. Tutkimusmenetelmien valinta

Ilmiö ja tutkimustehtävät määräävät tutkimuksen suorittamiseen valittavat menetelmät (Eskola & Suoranta 2000). Tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita dementoituvien hoitotyössä toimivien hoitajien kokemuksista omasta osaamisestaan. Tämän selvittämisessä käytetään laadullista tutkimusotetta. Laadullista tutkimusmenetelmää suositellaan käytettäväksi silloin, kun aihepiiri on melko tuntematon ja tutkimuksen tavoitteena on vähän tunnettujen ilmiöiden ymmärtäminen, kuvaileminen tai ilmiön tarkasteleminen sellaisena kuin tutkittavat sen näkevät. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998.)

Ryhmähaastatteluja on käytetty enenevästi 1990-luvulta lähtien hoitotieteellisissä kvalitatiivisissa tutkimuksissa aineistonkeruumenetelmänä. Ryhmähaastattelun avulla on mahdollista saada haastatteluun osallistujilta tietoa tutkittavasta ilmiöstä, käsitteistä ja henkilökohtaisista kokemuksista. (Burns & Grove 2003.) Ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruun muoto, koska sen avulla saadaan kerralla tietoja monelta henkilöltä samanaikaisesti (Sim 1998). Ryhmähaastattelu on helpompi järjestää hoitoyksiköissä, koska ajan järjestäminen haastatteluille ei ole yksinkertaista.

Ryhmähaastattelulla saadaan enemmän tietoa, koska työryhmän jäsenet voivat tukea, rohkaista ja innostaa toisiaan. Työryhmän jäsenten keskinäisellä vuorovaikutuksella on merkitystä tiedon tuottamisessa. Jos työyhteisön ilmapiiri on hyvä keskustelu on avoimempaa kuin yksilöhaastatteluissa. (Kitzinger 1995, Krueger & Casey 2000.) Ryhmähaastattelun arvioidaan sopivan hyvin muistelua vaativiin haastatteluihin. Tässä tutkimuksessa arvioitiin projektin antia kahden vuoden ajalta, joten oli hyvä että ryhmän jäsenet voivat auttaa toisiaan asioiden mieleenpalauttamisessa. Ryhmän tuesta on apua myös väärinymmärrysten korjaamisessa. (Eskola & Suoranta 2000, Hirsjärvi & Hurme 2004.)

4.2. Aineiston keruu

Dementiatyön kehittämishanke toteutettiin yhteistyössä henkilöstön ja johdon kanssa sekä kehittäjäyhteisön tukemana. Se toteutui yhteisinä koulutustilaisuuksina ja työyksikkökohtaisina tapaamisina, joita järjestettiin seitsemän kertaa kussakin työyksikössä. Koulutustilaisuuksien antia syvennettiin työyhteisötapaamisissa. Tapaamisia tutoroi aina sama henkilö (ammattikorkeakoulun opettaja). Oman työn havainnointiin kannustettiin havainnointipäiväkirjan kirjoittamisella. Hankkeessa mukana olevilla oli myös mahdollisuus tutustua toisiin työyksikköihin. Projektin päätteeksi hoitajia pyydettiin pohtimaan, mitä kehittämishankkeessa mukana oleminen oli tuonut heidän työhönsä ja työyhteisöönsä.

Tutkimusaineisto kerättiin ryhmähaastattelulla kolmesta yksiköstä, jotka olivat toivoneet ryhmässä tapahtuvaa arviointikeskustelua ja työyhteisöjen tiedettiin olevan keskustelevia (vrt. Krueger & Casey 2000). Ryhmähaastatteluteemat ovat liitteessä 2. Muille neljälle yksikölle lähetettiin samansisältöinen kysely ja palautteet pyydettiin joko sähköpostilla tai postitse kehittäjätahon osoitteeseen. Kyselyyn vastasi vain kaksi hoitajaa. Heidän palautteensa on otettu mukaan analyysiin.

Ryhmän koon tulee olla riittävän pieni, jotta kaikkien jäsenten ääni tulee kuuluviin. Kruegerin ja Casey'n (2000) mukaan sopiva ryhmän koko on 6 – 8 osallistujaa, kun taas Pötsönen ja Välimaa (1998) suosittelevat 6 – 10 osallistujaa. Sairaanhoidajaopiskelijoiden (Koskinen & Jokinen 2001) ja perheiden (Mäenpää ym. 2002) ryhmähaastattelussa ryhmän ideaalikooksi osoittautui 4 – 6 haastateltavaa.

Ryhmähaastatteluun liittyy erityiskysymyksiä. Haastattelun ajankohdasta sopiminen voi olla hankalaa, koska useiden ihmisten aikatauluja tulee sovittaa yhteen. Tässä tutkimuksessa haastatteluista sopiminen onnistui hyvin, koska kehittäjätahon yhdyshenkilö informoi asiasta työyhteisöjä hyvissä ajoin ja hän huolehti ajankohdista sopimisen työyksiköiden kanssa. Työyksiköissä asia koettiin tärkeäksi ja esimiehet järjestivät työvuorot niin, että ryhmähaastattelut mahdollistuivat. Lisäksi yhdyshenkilö pyysi työyksiköiltä etukäteen alustavan luvan haastattelujen käyttämiseen pro gradu –tutkimuksen aineistona. Ryhmähaastattelun vetäjän haasteena on varmistaa, että kaikki ryhmän jäsenet puhuvat. Ryhmädynamiikalla on myös merkitystä siihen, miten keskustelu sujuu ja miten vapaasti ryhmän jäsenet voivat aiheesta keskustella. Ryhmässä voi olla dominoiva henkilö, joka määrää keskustelun suunnan. Tällöin voi käydä niin, että ryhmässä ei rohjeta kertoa kaikkea verrattuna kahdenkeskiseen haastatteluun. Haastattelijan rooli korostuu eri tavoin kuin yksilöhaastattelussa, sillä ryhmän kontrollointi ja hallitseminen on haasteellisempaa kuin yksilön. Haastattelijalta vaaditaan haastattelutaitojen lisäksi myös ryhmädynamiikan hallintaa. (Krueger & Casey 2000.) Ryhmähaastattelun nauhoittaminen voi tuottaa ongelmia, koska ihmiset puhuvat usein toistensa päälle, jolloin äänestä on hankala saada selvää. Toimiva tekniikka tarvitaan, että varmistetaan keskustelun tallentuminen hyvätasoisena. Haastattelut on hyvä litteroida mahdollisimman pian keskustelutilanteen jälkeen, jotta asiat ja puheenvuorot ovat tutkijan tuoreessa muistissa. (vrt. Eskola & Suoranta 2000, Hirsjärvi & Hurme 2004.)

Ryhmähaastattelut toteutettiin 14.1. – 29.1.2008 kolmessa dementia-kodissa. Tutkija teki haastattelut itse. Haastatteluissa oli mukana työyhteisötapaamisia tutoroinut ammattikorkeakoulun opettaja. Ennen haastattelun alkua tutkija selvitti vielä tutkimuksen tarkoituksen ja korosti osallistumisen vapaaehtoisuutta. Tutkimukseen osallistuneet allekirjoittivat kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisestaan (liite 1). Haastatteluun osallistui yhteensä 20 hoitajaa (ryhmän koko 5 – 8), joista 19 naista ja yksi mies. Yhtä lukuun ottamatta kaikilla oli jokin sosiaali- tai terveydenhuoltoalan koulutus. Iältään hoitajat olivat 24 – 62-vuotiaita (keski-ikä 42 v). Hoitoalalla he olivat olleet keskimäärin 17 vuotta (vaihteluväli 2 – 40 v.). Ryhmähaastattelut pidettiin kussakin työyksikössä. Haastateltavat ja tutkija istuivat pöydän ympärillä, jotta ilmapiiri muodostuisi keskustelevalaksi (vrt. Kitzinger 1995). Haastattelujen kesto vaihteli 1 h 13 min – 1 h 21 min. Kaikissa haastatteluissa oli avoin ja innostunut ilmapiiri. Haastattelu-ryhmistä välittyi tutkijalle kuva hyvin toimivista työyhteisöistä.

4.3. Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin käyttäen sisällön analyysia. Sisällön analyysi tarkoittaa tutkimustekniikkaa, jossa kommunikaation ilmisältöä tarkastellaan ja kuvaillaan objektiivisesti, systemaattisesti ja määrällisesti. Kommunikaation ilmisällöllä tarkoitetaan dokumenttien sisältöä sellaisenaan. Dokumentti on inhimillisen käyttäytymisen tuote, eli se voi olla puhe, kirjoitus, piirros, kuva tai esitys. Sisällön analyysia voidaan käyttää päiväkirjojen, kirjeiden, puheiden, dialogien, raporttien, kirjojen artikkeleiden ja muun kirjallisen materiaalin analyysissa. Sisällön analyysin avulla voidaan järjestää, kuvailla ja määrällistää tutkittavaa ilmiötä. Tavoitteena on tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva kuvaus tutkittavasta ilmiöstä, joka voi tarkoittaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmää, käsitekarttaa tai mallia. Sisällön analyysia voidaan toteuttaa joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivisessa analyysissä lähdetään aineistosta ja deduktiivisessa otteessa lähtökohtana on joku aikaisempi käsitejärjestelmä, jonka mukaan aineisto luokitellaan. Tässä tutkimuksessa käytettiin induktiivista menetelmää, koska näin pystyy paremmin kuvailemaan hoitajien kokemuksia dementoituvien hoitotyöstä. (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Ennen analyysia laadullinen aineisto on muutettava analysoitavaan muotoon. Tässä tutkimuksessa se tapahtui niin, että tutkija litteroi eli puhtaaksikirjoitti ryhmähaastattelut puhutun kielen mukaisesti viikon sisällä kunkin haastattelun jälkeen. Puhtaaksikirjoitettuna ryhmähaastattelutekstiä kertyi 65 sivua (Times New Roman, fonttikoko 12, rivinväli 1,5). Lisäksi hyödynnettiin tutkimushaastatteluista tehtyjä muistiinpanoja. Ryhmähaastattelujen jälkeen niiden tunnelmista kirjoitettiin muistiinpanot. Tutkija käytti näitä merkintöjä palauttaessaan haastattelutilanteiden tunnelmia ja sisältöjä mieleeni. Hoitajien vastaukset käsiteltiin yhtenä ryhmänä tutkittavien anonymiteetin turvaamisen vuoksi.

Tutkija luki ja kuunteli haastatteluaineistoa useaan kertaan saadakseen mahdollisimman hyvän kokonaiskäsityksen aineistosta. Aineiston analysoinnin aloitettiin helmikuun alussa 2008. Ennen analyysin aloittamista tutkijan on päätettävä, analysoiko hän vain sen, mikä on selvästi ilmaistu analysoitavassa dokumentissa vai analysoiko hän myös piilossa olevia viestejä. Piilossa olevien viestien analysointi edellyttää yleensä tulkintaa. Tässä tutkimuksessa analysoitiin vain selvästi ilmaistuja viestejä. Analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Aineiston laatu ja tutkimustehtävä ohjaa analyysiyksikön valintaa. Tavallisimpia analyysiyksiköitä ovat sana, lause, sanayhdistelmä, lausuma tai ajatuskokonaisuus, jopa useammasta virkkeestä koostuva kappale. Kaikkia näitä voidaan nimittää lausumiksi. Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköksi valittiin

kaikki aineistosta nousevat tutkittavan ilmiön kannalta olennaiset selkeät ilmaisut yksittäisestä sanasta ajatuskokonaisuuteen. (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Induktiivisessa sisällön analyysissä aineistoa kuvataan pelkistäen, ryhmitellen ja abstrahoiden. Lukemisen yhteydessä aineistoon tehtiin alleviivauksia merkittävien ilmaisujen kohdalle. Merkittävät ilmaukset kirjoitettiin omaan tiedostoon ja niiden rinnalle kirjattiin pelkistetyt ilmaukset. Pelkistettyjä ilmauksia kertyi 393 kappaletta. Tämän jälkeen analyysia jatkettiin pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittelyllä, jolloin aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia tai erilaisuuksia. Samanlaiset ilmaukset yhdistettiin samaan alakategoriaan ja kategorialle annettiin sen sisältöä kuvaava nimi. Alakategorioita muodostui yhteensä 42. Analyysi jatkui yhdistelemällä samansisältöiset alakategoriat toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Abstrahoinnin avulla lopullisia yläkategorioita muodostui kuusi. Kategorioiden luominen oli jatkuvaa vuoropuhelua aineiston kanssa ja sen varmistamista, että niistä löytyy yhteys alkuperäisiin ilmauksiin. (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999.) Esimerkki tutkimusaineiston analyysiprosessista on kuvattuna liitteessä 3. Tutkimustulokset esitetään tutkimusaineistosta nousseiden yläkategorioiden mukaisesti, jolloin sisältöä kuvataan alakategorioiden avulla (Taulukko 2). Tutkimustuloksissa kategorioiden sisältöä varmennetaan haastateltavien suorilla lainauksilla.

Taulukko 2 Dementoituvien hoitotyön osaamista kuvaavat ylä- ja alakategoriat

Alakategoria	Yläkategoria
Monipuolinen tieto Vuorovaikutustaidot Dementiatyön vaativuuden ymmärtäminen Oman työn arvostus Positiivisuus Huumori	Dementiahoitotyön osaamisen perusta
Kouluttautuminen Oman toiminnan peilaaminen toisten yksiköiden kanssa Hyödyn ja huvin yhdistäminen Työn arviointi Yhteiset kokoontumiset Ongelmatilanteiden ratkominen Vaikutusmahdollisuus Palautteet Kehittämishankkeen merkitys	Dementiahoitotyön osaamisen kehittäminen
Yhteisöllisyys Puolestapuhujan rooli Asiakaskeskeisyys Dementoituvan ihmisen kohtaaminen Kiireettömyys Kuntouttava työote Virikkeellisyys	Mielekkäämmän arjen ja juhlan tarjoaminen dementoituville
Perheen huomioiminen Luottamuksellisen ilmapiirin luominen Perheen rohkaiseminen Perheelle tiedottaminen	Perheen tukeminen
Avoin keskustelu Sallivuus Työtoverin tukeminen Yhteiset toimintalinjat Yhdessä tekeminen Työn organisointi Avoimuus uusille ajatuksille Yhteistyö lääkärin kanssa Realistisuus	Työyhteisön toimivuudesta huolehtiminen
Haasteet Halu kehittää dementoituvien hoitotyötä Avoimuuden lisääminen Hoitoympäristön kehittäminen Vaikuttaminen omaan työhön Työyhteisön säännölliset palaverit Kuntouttavan toiminnan lisääminen	Tulevaisuuteen suuntautuminen

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimusaineiston analyysin pohjalta hoitajien dementoituvien hoitotyön osaaminen muodostuu kuudesta yläkategoriasta: 1) dementiahoitotyön osaamisen perusta, 2) dementiahoitotyön osaamisen kehittäminen, 3) mielekkäämmän arjen ja juhlan tarjoaminen dementoituville, 4) perheen tukeminen, 5) työyhteisön toimivuudesta huolehtiminen ja 6) tulevaisuuteen suuntautuminen.

5.1. Dementiahoitotyön osaamisen perusta

Dementoituvien hoitotyön osaaminen perustuu hoitajien mukaan **monipuoliseen tietoon**. Tieto dementoivista sairauksista, käytösoireista ja niiden hoidosta on välttämätöntä, jotta voisi ymmärtää dementoituvan ihmisen käyttäytymistä. Ymmärrys käyttäytymisen syistä auttaa asennoitumaan dementoituvaan ihmiseen oikealla tavalla ja löytämään erilaisia kohtaamisen keinoja haasteellisissakin tilanteissa. Monipuolisen tiedon avulla hoitaja voi tarkastella asioita laajalaisemmin, monesta eri näkökulmasta. Kuntouttavan työotteen merkityksen ymmärtäminen dementoituvan ihmisen hoitotyössä on tärkeää. Tietoa tarvitaan erilaisista kuntoutumisen menetelmistä ja viriketoiminnan mahdollisuuksista. Dementoituvien lääkehoito on kehittynyt viime vuosina nopeasti, joten ajan tasalla oleva lääketietämys on yksi olennainen osaamisen alue. Asianmukaisella lääkityksellä voidaan lisätä dementoituvan ihmisen hyvinvointia. Tiedon lisääntymisellä on vaikutusta myös työssä jaksamiseen.

”... on tullu tutuksi enemmän tämä dementia sairautena, erilaaset niin ku käytöshäiriöt, ... käytännös kun niitä näkee niin sitten osaa erilaalla asennootua ja kohorata...”

”... oppinu ymmärtämään niitä syitä sen käyttäytymisen taustalla, että mistä ne johtuu ja miten niihin pitää reagoora vai reagoiko ollenkaan...”

”... dementialääkehoito se on oma alansa ...”

”... kun on itellä enemmän tietoa, niin jaksaa paremmin, ei tarvitte sitte niitten asiootten kanssa pohtia, murehtia ja ihmetellä, kun asiasta tietää enemmän, niin on niin ku semmonen murhe pois...”

Hoitajien mukaan dementoituvien hoitotyössä tarvitaan hyviä **vuorovaikutustaitoja**. Hoitajalta edellytetään herkkyyttä havaita ja tunnistaa dementoituvan asiakkaan mielialoja, asenteita ja tunnereaktioita. Yhteistyösuhteeseen tarvitaan kykyä tasa-arvoiseen kommunikointiin dementoituvan kanssa. Uskotaan dementoituvan asiakkaan omiin voimavaroihin ja tuetaan niiden

käyttöä. Työssä tarvitaan niin sanallisen kuin sanattomankin viestinnän taitoja. Olennaista on luoda dementoituvalle asiakkaalle mahdollisuuksia itsensä ilmaisemiselle. Rauhallinen lähestymistapa ja sekavuuden sietokyky ovat hoitajan hyviä ominaisuuksia dementiatyössä. Yhteistyön taidot korostuvat työyhteisössä toimimisessa ja perheiden kanssa tehtävässä työssä.

” ... herkkyyksien huomaaminen, ... missä mennään, että kuinka kannattaa tätä hommaa tehdä tänä päivänä...”

” ... se tunnepuoli pelaa hyvin voimakkaasti, ..., et sun ilimeet, eleet, käyttäytyminen, kaikki vaikuttaa siihen dementikkoon...”

” ...tollanen pitempi pinna...”

Dementiatyön vaativuuden ymmärtäminen luo pohjaa osaamiselle ja sen kehittämiseksi. Hoitajat kokivat dementoituvien hoitotyön vaativana ja tärkeänä työnä. Dementoituvien hyvä hoito on monen asian kokonaisuus, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen. Eettisen osaamisen merkitys korostuu. Dementoituva asiakas ei yleensä kykene kertomaan sanallisesti huonosta hoidosta tai epäasiallisesta kohtelusta, joten hoitajalta edellytetään erityistä vastuullisuutta ja omaatuntoa. Eettisten ongelmatilanteiden tunnistaminen ja käsittely työyhteisössä edellyttää herkkyyttä, rohkeutta tuoda ongelmatilanteita esille ja kykyä ratkoa niitä yhdessä. Hoitajalta vaaditaan myös rohkeutta tunnustaa oma rajallisuutensa. Kuitenkin monilla pienillä asioilla voidaan hoitajien mukaan parantaa dementoituvan elämänlaatua.

” ... vahvistunu, että kuinka paljon osaamista vaaditaan dementiatyössä, kuinka laaja-alaisesti täytyy asioita voida osata ja hallita...”

” ... kuinka paljon hoitaja pystyis tavallaan kaltoinkohdella dementikkoo ...”

” ... rohkeammin puhutaan niistä ongelmatilanteista..., et mä en saa tota mihinkään, jotenkin sen uskaltaa ehkä rohkeammin sanoa...”

Oman työn arvostus koettiin tärkeänä asiana. Hoitaja, joka arvostaa omaa työtään on innostunut ja kiinnostunut työstään ja sen kehittamisestä. Hän osaa myös antaa arvon toisen tekemälle työlle. Oman työn arvostamiseen vaikuttivat työnantajan näkemykset, kouluttautumismahdollisuudet ja yleinen dementiatyön arvostus.

Työn arvostuksen koettiin lisäävän työhyvinvointia.

” ... melekeen vielä tärkeämpää on se, että itse arvostaa omaa työtänsä ...”

” ... ne tykkää teherä tätä työtä ja on kiinnostunu siitä ja innostunut ...”

Positiivista ajattelua ja huumoria tarvitaan dementoituvien hoitotyössä. Positiivinen ajattelu on tietyllä tavalla edellytys sille, että hoitaja pystyy havaitsemaan dementoituvan ihmisen voimavaroja. Huumori auttaa taas hoitajia selviytymään hankalistakin hoitotyön tilanteista. Dementiatyössä toimivilla koettiin olevan aivan omanlainen huumori. Huumori on yhteydessä myös työssä jaksamiseen.

” ... huumorin heitto ... käy siellä kansliassa vähän suurin piirtein niin ku heittämässä huulta ja sitten taas pystyy menemään sinne ihan tyynenä ...”

” ... se auttaa jaksamaan, se huumorikin ...”

” ... tullu se huumori toisenmooseksi ...”

5.2. Dementiahoitotyön osaamisen kehittäminen

Kouluttautumisella on tärkeä merkitys oman ammattitaidon kehittämisessä. Koulutuspäivät tarjoavat uutta tietoa, uusia näkökulmia ja uusia ideoita. Vanhan kertauskin koetaan tarpeellisenä. Luennoitsijoiden asiantuntijuus ja innostuneisuus vaikuttavat hoitajien oman työn arvostukseen. Koulutuspäivät antavat myös mahdollisuuden tarkastella omaa työtään objektiivisemmin.

” ... ollut huippuhetki se, että ollaan saatu koulutusta, mitä on kaivattu pitkän aikaa ja uutta tietoa täs omas työs ja ...onhan se aina, kun saa olla työyhteisöstä johonakin muualla vähän aikaa, ja etäänpää katsoa omaa työtänsä, niin onhan se huippuhetki sekin ...”

Oman työyksikön toiminnan peilaaminen toisten yksiköiden kanssa koettiin myös opettavaiseksi. On tärkeää, että hoitajilla on mahdollisuuksia tavata muita alalla työskenteleviä ja kuulla muitten yksiköiden toimintatavoista ja -käytännöistä. Tutustumiskäynnit toisissa yksiköissä koettiin antoisiksi. Käynnit antavat kuvan yksikön toiminnasta ja toimintatavoista. On hyvä nähdä, miten työtä tehdään muualla. Lisäksi on mahdollista saada uusia ideoita omaan yksikköön vietäväksi. Työnkiertoa pidettiin myös omaa ammattitaitoa rikastuttavana keinona. Toiseen työyksikköön tutustuminen koettiin yhtenä työhyvinvointia lisäävänä tekijänä.

”...tuonu uusia tuttavuuksia minulle ainakin tältä seudulta, ...on hyvä tehdä vertailua, kuinka teillä ja miten meillä...”

”...se on yksi työssä jaksamisen väline...että rohjetaan lähtemään muualle katsomaan, miten siellä tehdään töitä ja että saa sieltä uusia virikkeitä...”

Hyödyn ja huvin voi yhdistää. Oman osaamisen kehittämisen ei aina tarvitse olla niin vakavaa. Koulutuspäivien yhteyteen voi liittää työyhteisön vapaamuotoista yhdessä oloa, joka mahdollistaa työtovereihin tutustumisen työn ulkopuolellakin. Hyviä ideoita työhön voi syntyä muuallakin kuin työpaikalla tai koulutuspäivässä.

”... on ollu virkistävää, kun on käyty ... luennoolla ja käyty vähän shoppailemassa...”

”... se on liittynyt siihen, kyllä huvi ja hyöty...”

Oman **työn** ja työyhteisön toiminnan **arviointi** on olennainen tekijä osaamisen kehittämisessä. Työyhteisön on hyvä säännöllisin välein kokoontua arvioimaan omaa työtään ja suunnittelemaan tulevaa. Pohdiskelleva keskustelu arjen työssä on myös antoisaa. Moni oivallus syntyy juuri siellä. Havainnointipäiväkirjan kirjoittaminen on yksi keino lisätä oman työn arviointia. Kirjoittamalla voi purkaa omia tunteitaan ja kokemuksiaan. Kirjoittamalla on mahdollista tavallaan etäännyttää itsensä omista kokemuksista, jonka jälkeen on helpompi tarkastella asioita useammalta näkökulmalta.

”...me aina välillä päivitetään, että missäs mennään...”

”...niitä (työasioita) on sitten kumminkin enemmän pohtinu sitten, kun sitä on kirjoittanut sinne (päiväkirjaan), ...”

”...siinä (päiväkirjaa kirjoittaessa) niin kun pui niitä asioita, siinä tavallaan ajattelee niitä asioita vähän useammalta kantilta.”

Työyhteisö tarvitsee **yhteisiä kokoontumisia** eli aikaa ja tilaa keskustelulle. Ihanteellista on, jos kaikki työyhteisön jäsenet voivat olla näissä mukana. Yhteiset kokoontumiset voivat myös toimia oppimistilanteina. Koulutuksista saatua tietoa voidaan yhdessä soveltaa oman yksikön tilanteisiin.

”... on annettu aikaa ja tilaa tälle keskustelulle...”

”... nää yhteiset pohorinnat, ... täällä on syvemästi pystynyt niitä pohtimaan...”

Ongelmatilanteiden ratkominen yhdessä on oiva tapa oppia. Dementoituvien hoitotyössä tulee esiin monia eettisiä ongelmatilanteita, joiden ratkaiseminen ei ole kovin helppoa. Ongelmatilanteiden yhdessä pohtiminen ja ratkaisukeinojen löytäminen antaa voimaa hoitajille. Lisäksi hoitajat kokivat tärkeäksi, että omista selviytymiskokemuksista kerrotaan muille työtovereille.

”... se suihkujuttu, kun suihkuun saaminen oli silloin niin kova ongelma, siitä sitten työpaikkapalaverissa puhuttiin, niin siinä tuli niitä ideoita, mitä kokeiltiin, että se sai pestä sillä koolilla ja se oli ainakin semmoinen, mistä sai apua ...”

”... siihen omaan jaksamiseen, se että (tutorin) kanssa käytiin ne etiikkajutut läpi, ettei tarvitse sitä huonoa omaatuntoa, ...”

”... et jaetaan ne omat keinot tai työtavat ...”

Hoitajat kokivat tärkeäksi, että heillä on **mahdollisuuksia vaikuttaa** omaan työhönsä. Tällöin hoitajilla on tunne, että heidän mielipiteitään kuullaan ja arvostetaan. Heillä on mahdollisuus käyttää työssään omaa osaamistaan laajasti ja vaikuttaa työyhteisön toiminnan kehittämiseen. Työ koetaan mielekkäämmäksi, kun oma osaaminen lisääntyy ja työyhteisön toiminta kehittyy. Siitä on taas hyvä jatkaa eteenpäin uuden kehittämiskohteen kanssa.

”... niin ku saa ensinnäkin paitsi keinoja ja myös niin ku mahdollisuuden vaikuttaa omaan työhönsä, niin sehän on hirviän tärkeää...”

”... mekin ollahan lähäretty joskus siitä tilanteesta, ettei kaikki asiat oo välttämättä ollu niin hyvin, ja kun niihin on saatu parannusta, niin totta kai se sitten sitä työhyvinvointia lisää, ... paljon miälekkäämpää on tulla töihin ja paljon paremmalla mielillä, kun tuntuu, jotta tämä ja tämä asia on ny kehittyny ja kelpaa tästä työstää etehen päin...”

Palautteilla on keskeinen merkitys osaamisen kehittämisessä. Onnistumisen kokemukset ja positiiviset palautteet kannustavat ja antavat voimaa jatkaa hyväksi havaittuja käytäntöjä. Kriittistä palautettakin tarvitaan, jotta epäkohdat tulisivat esille ja niihin voitaisiin puuttua. Dementoituvan asiakkaan tyytyväisyyttä pidettiin tärkeimpänä laadun mittarina. Palautteen asiakkaalta saa jokaisessa vuorovaikutustilanteessa. Asiakkaan hymy, halaus tai pilke silmäkulmassa on osoitus onnistumisesta. Omaisilta tuleva palaute on myös tärkeää. Omaisat antavat usein vapaamuotoista palautetta hoitoyksikössä käydessään ja puhelinkeskustelujen aikana. Nimettömänä palautteen voi antaa palautelaatikkoon. Hoitajat kokivat palautteena myös erilaiset muistamiset, postikortit ja

lahjat. Ne koettiin kiitokseksi hyvästä hoidosta. Palautetta saadaan myös työtovereilta ja yhteistyökumppaneilta. Esimiehiltä odotetaan myös positiivista palautetta eikä pelkästään puuttumista epäkohtiin.

”... dementiatyössä paras laatuksiteeri on asiakkaan tyytyväisyys, elikkä se hymy, halaus tai joku pilke silmäkulmassa, minkä sä saat vastineeksi, niin se on merkki siitä, että sä oot onnistunu omassa työssäs, ...”

”... joulun aikana tämä omahoidettavan tervehdys, ... pieni lahja ja sitten oli korttiin kirjootettu omahoitaja XX ja vanhuuden päivieni valolle oli siihen perähän, ... mä ajattelin, että tämä velvoittaa aika paljon, ...”

”... oikeen rajua negatiivinen palaute tuli ..., mutta sehän on kauhian terveellistä, että eihän sitä ihminen mitään oppiisikkaan, jos kaikki sanoos, että näin on hyvin, siinä on kehittämisen paikka...”

Kehittämishankkeessa mukana oleminen koettiin antoisana ja dementiatyön osaamista lisäävänä. Projektissa mukana oleminen merkitsi hoitajille, että heitä arvostetaan ja että dementoituvien hoitotyö on arvokasta työtä. Tämä taas loi positiivisempaa asennetta omaan työhön ja antoi voimia hoitotyön arkeen. Oman erityisosaamisen oivaltaminen herätti ylpeyden tunteen. Yhteishengen luojanakin projekti mainittiin. Osa hoitajista koki projektin työnohjauksellisena hankkeena, jossa oli ollut mahdollisuus puhua työasioista, soveltaa uutta tietoa omaan työyhteisöön ja oppia yhdessä. Kaikkia työyhteisötapaamisia tutoroi yksi ja sama ammattikorkeakoulun opettaja, jonka toiminnalla oli keskeinen merkitys projektin onnistumisen kannalta. Hän pystyi ulkopuolisena henkilönä esittämään ajatuksia ja ehdotuksia, joihin hoitajat saivat peilata omia ajatuksiaan. Projektin koettiin toimivan suunnan näyttäjänä ja vahvistavan tunnetta, että työyhteisö etenee oikeaan suuntaan. Hoitajat luottivat itseensä enemmän. He ottivat asioita rohkeammin esille, pyysivät rohkeammin apua työtoveriltaan ja toisaalta tarjosivat rohkeammin apua muille. Yksi hoitaja koki saaneensa rohkeutta toimia yksin työvuorossa. Hoitajat olivat saaneet erilaisia käytännön ideoita omaan työhönsä. Osa hoitajista koki, että kaikkia ideoita ei voi toteuttaa omassa työyhteisössä asiakkaiden huonokuntoisuuden takia. Kehitystä oli tapahtunut dementoituvan asiakkaan kohtaamisessa, omaisten kanssa tehtävä yhteistyö oli lisääntynyt ja viriketoiminnan järjestämiseen oli hoitajien mukaan enemmän valmiuksia. Lisäksi dementoituvien lääkehoidon tietämys oli lisääntynyt projektin aikana.

”... se varmaan tuli semmonen tunne, että tätä arvostetaan tätä, että sä teet arvokasta työtä, ...”

”...tunne tuota, että me tiedetään jotakin, ..., et hitsi kyllä tää meiltä sujuukin, et ei me heti lyödä hanskoja tiskihin, et jos on joku vaikia tapaus.”

”... meillä aika hyvin tuli tämä vähän työnohjauksenakin tää koko hanke, ...”

”...uusia ideoita sitten omaan työhön, että se helpotti niin ku näitten viriketoiminnan suunnittelussa ja siihen osallistumisessa ja kaikkea mahdollisuuksia, mitä voidaan käyttää hyväkseen...”

”... se on lisääntyny kyllä meirän porukas, että porukka luottaa itteensä enemmän ku mitä joku aika sitten, että aina ajateltihin, että mitä se ja se sanoo, että nyt uskotaan jo siihen, että omaskin pääs on ajatuksia ja niitä voi toteuttaa.”

5.3. Mielekkäämmän arjen ja juhlan tarjoaminen dementoituvalle

Yhteisöllisyys korostuu dementoituvien hoitoyhteisöissä. Hoitoyhteisö koetaan isona perheenä, mihin sisältyy ajatus, että asiakkaat ja hoitohenkilökunta ovat samanarvoisia. Hoitajilla ja asukkailla on läheinen suhde. Kodikkuus syntyy siitä, että hoitajat elävät yhteistä arkea ja juhlaa asukkaiden kanssa. Asiakkaat voivat osallistua kodin askareisiin kykyjensä ja toiveidensa mukaan.

”... kun me ollaan niin pieni porukka täs, päivästä toiseen, ollaan vähä niin ku isoa perhettä ...”

”... toisaalta se voi helpottaakin vuorovaikutusta välillä, kun ne tuntee meidät, niin ku tavallansa ...”

Hoitajat kokivat olevansa dementoituvan asiakkaan **puolestapuhujia**, edunvalvojia. Onhan niin, että dementoituvat eivät juuri itse kykene puolustamaan oikeuksiaan, joten hoitajien tehtävänä on huolehtia siitä, että he saavat hyvää hoitoa ja huolenpitoa. Toimintakyvyn tukemisessa se näkyy siinä, että kaikki hoitajat sitoutuvat kuntouttavaan työotteeseen ja yhteiseen linjaan. Haastatteluissa tuli esille myös, että asiakkaiden sijoittamisessa tarvitaan dementiaosaamista. Hoitajat olivat pontevasti pitäneet saattohoitovaiheessa olevan dementoituvan puolia, kun oli ehdotettu osaston siirtoa.

”... monta vuotta ollaan edunvalvojia, puolestapuhujia...”

”... kun kuntouttava työote on kaikilla, meidän on siinäkin oltava asukaan edunvalvojana, että jos me annettais, niin hän ei varmaan kävelis yhtään, ja se vaan nopeuttais hänen heikkenemistään, tällä lailla kun on yhteinen linja, niin saadaan sillä liikuntakyky säilymään kauemmin ja hän pystyy olemaan täällä ...”

Asiakaskeskeisyyden lisääntyminen näkyy siinä, että hoitajien toiminta lähtee aikaisempaa enemmän asiakkaan tarpeitten pohjalta. Asiakkaan elämäntietojen ja historian tunteminen ovat lähtökohtia hyvälle hoidolle. Hoitaja herkistyy aistimaan, mikä on asiakkaan vointi ja tunnelmat ja miettii, miten olisi parasta toimia. Hoitotilanteissa edetään pitkälle asiakkaan ehdoilla. Hoitajat toivat haastatteluissa esille, että he olivat kehittäneet saattohoitoa. Asiakkaita saatellaan viimeiselle rajalle heidän toivomallaan tavalla. Hoitajat ovat kokeneet nämä rikkaiksi hetkiksi.

”... se on muuttunut, et nykyään me enemmän teherähän, mikä niille vanhuksille on parasta eikä niin, mikä helepottaa eniten meitä, ...”

”... yrittää kuunnella ja aistia, mikä on tämän potilaan kohdalla tänä päivänä, tällä hetkellä se, mitä se jaksaa ja mikä on fiilis...”

”... mun mielestä meillä on aika pitkälle tuota junailemista kumminkin, niin mennähän sitten, jos se ei kerran sovi sille sillä hetkellä, niin mennähän hetken päästä, ...”

Dementoituvan asiakkaan kohtaamisessa on erittäin tärkeää, että hoitaja suhtautuu häneen aikuisena ihmisenä. Hoitajan, joka tuntee asiakkaan tilanteen ja elämänhistorian on helpompi kohdata tämä. Dementoituvaa asiakasta lähestytään rauhallisesti. Rauhallinen tilanne helpottaa dementoituvan asiakkaan kykyä ymmärtää hoitajan puhetta. Hoitajat pyrkivät käyttämään sellaisia sanoja, joita dementoituvaa ymmärtää. Sairauden edetessä dementoituvaa herkistyy aistimaan tunteita. Hoitajat ovat tiedostaneet omien ilmeiden, eleiden ja käyttäytymisen merkityksen vuorovaikutustilanteissa. Heillä on myös kykyä aistia tunteita ja tunnelmia. Jos hoitotilanne ei onnistu, hoitajat miettivät muita lähestymiskeinoja. Joskus auttaa se, että hoitaja lähtee hetkeksi hoitotilanteesta pois ja yrittää uudelleen vähän ajan kuluttua. Huumorilla voi selvitä monista hankalista tilanteista. Työyhteisöissä mietitään yhdessä keinoja, miten toimia haasteellisissa tilanteissa. Dementoituvan ihmisen kohtaamiseen kun ei ole olemassa yhtä ainoaa mallivastausta.

”... sanallista vuorovaikutusta, just täsä pesutilantees, mikä oli vaikee, sitähan mietittihin, mitä sanoja voidaan käyttää, jos mä sanon tuu suihkuun, se ei ehkä tuu vai tuutko pesulle, niin se voi toimia, ...”

”... voi lähteä tilanteesta pois, ei tarvitse väkisin jatkaa sitä tilannetta, jos se ei onnistu se tilanne, niin antaa asukkaalle hetken aikaa olla, niin menee sitten hetken päästä, kun on muutama tovi mennyt ja yrittää uudestaan, niin sitten se monta kertaa onnistuu...”

”... tämä porukka, jotka yrittää löytää niitä muitakin konsteja, vähän pitempi pinna, ... ei suin päin väkisten vaan vähän joskus pikkasen narraamallaakin yritetään ja vierähän niitä asioita etehen päin ...”

Kiireettömän ilmapiirin luomisessa oli onnistuttu. Ajan käyttäminen oikealla tavalla on dementoituvan asiakkaan kannalta tärkeää. Hoitajat ilmaisivat, että he tekevät työtä rauhallisesti ja antavat asukkaille aikaa. Keskitytään yhteen asiakkaaseen kerrallaan ja ollaan aidosti läsnä. Asiakkaiden sallitaan toimia ja tehdä asioita omassa tahdissaan. Työyksikön toimintaa eivät ohjaa mitkään tarkat aikataulut.

”... antaa aikaa ja rauhas teköö...”

”... meillä on koko ajan sellaanen pieni, sellaanen, että teherähän hissuksensa...”

”... ei mun tartte juuri tällä kellon lyömällä tehdä justiin tätä hommaa, vaan sen voi teherä myöhemminkin...on ne paljon levollisempia ne asukkaat sitten...”

Hoitajat olivat sitoutuneet **kuntouttavaan työotteeseen**. Kuntouttavan työotteen perustan muodostaa dementoituvan asiakkaan ja hoitajan yhdessä toimiminen. Dementoituva asiakas saa käyttää omia voimavarojaan ja hoitaja avustaa vain tarvittaessa. Toimintakykyä tuetaan monipuolisesti päivittäisissä toiminnoissa. Esimerkiksi ruokailutilanteissa asiakas voi tehdä itse leivän, annostella ruokaa tai halutessaan osallistua pöydän kattamiseen ja siistimiseen. Liikuntakyvyn säilymistä tuetaan eri keinoin. Dementoituvat asiakkaat hyötyvät tasapainoharjoituksista ja lihaskuntoa parantavista harjoituksista, joihin pitäisi enemmän panostaa. Dementoituville asukkaille pyritään tarjoamaan onnistumisen kokemuksia ja mielekästä tekemistä joka päivä. Toisaalta asiakasta pyritään myös suojelemaan epäonnistumisilta. Yksi työyksikkö oli kehittänyt asukkaille harrastetoimintakaavakkeen, johon kirjataan ylös kaikki toiminnot. Kaavaketta säilytetään asiakkaan omassa huoneessa. Tämä käytäntö oli omalta osaltaan aktivoinut asiakkaita erilaiseen toimintaan.

”... me toimitaan kuntouttavalla työotteella ...”

”... tämmöisis arjen asioissa annetaan sitä aikaa vanhukselle tehdä asioita, ei lähdetä tekemään puolesta, että sekin on laatua kyllä, että onnistumisen elämyksiä ja semmonen tarpeellisuuden tunne meidän asukkailla...”

”... ollaan vähän huomioitu näitä ruokailuhetkiä, että siellä saataas itte teherä voileipiä ja käyttää ateriamia, niin kun ollahan kotonakin totuttu ja siinäkin oli se omatoimisuus, ... että saataas toimia niin kuin kotona konsanaan...”

Virikkeellisyyteen oli kiinnitetty paljon huomiota. Suunnitelmallisuus oli lisääntynyt, esimerkiksi yhdessä yksikössä tehdään virikesuunnitelma vuodeksi eteenpäin ja tietyt ryhmät toimivat säännöllisesti. Toimintatuokioita järjestetään ennalta suunnitellusti tai spontaanisti, kun sopiva tilanne syntyy. Lauluhetket ja laulaminen on tärkeää monille dementoituville asiakkaille. Laulaminen saa aikaan hyvää mieltä ja turvallisuuden tunnetta. Asiakkaiden kanssa muistellaan, leivotaan, ulkoillaan, tanssitaan, käydään retkillä. Parhaimmillaan yhdessä tekeminen tuottaa iloa ja kokemuksen yhteenkuuluvuudesta niin dementoituville asiakkaille kuin hoitajillekin.

”... meillä on (kolme työntekijää) tehny virikesuunnitelmia aina vuodeksi ja on tietyt jutut, mitkä pyörii ...”

”... voholujen paisto, niin siinäkin ne on innokkaasti mukana, se on nautinto niille, että saa olla mukana, ja saa itte paistaa...”

”... laulaminen, se on yleisin, ja sellaanen, jolla saa helepooten ihmiset kasahan... ja rauhoittaa niitä...”

”... vanhojen asioitten muistelu aivan siinä tyän ohessakin, ...”

5.4. Perheen tukeminen

Perhe on kiinteä osa dementoituvan asiakkaan elämää ja siksi **perheen** jäsenten **huomioiminen** hoitotyössä on oleellisen tärkeää. Haastatteluissa tuli esille, että perheen huomioimiseen oli kiinnitetty huomiota. Hoitajat ovat kiinnostuneita dementoituvan perheen jäsenistä ja heidän voinnistaan. Usein hoitaja on yhteydenpidossa aktiivisempi osapuoli. Perheitä on erilaisia ja hoitajilla on vaativa tehtävä tunnistaa kunkin perheen ja perheen jäsenen tuen ja tiedon tarpeet. Osa haluaa osallistua läheisensä hoitoon, osa haluaa vain käydä vierailulla hoitoyksikössä. Kauempana asuvilla perheen jäsenillä on omanlaisensa huolet. Heillä saattaa olla läheisensä kunnosta ja toimintakyvystä epärealistinen käsitys. Osa läheisistä jopa odottaa sairauden parantumista. Lyhytaikaishoidossa olevan dementoituvan läheisellä on omanlaiset tuen tarpeet. Dementoituvan läheiset kokevat helpottavana, että saavat kertoa kuulumisistaan hoitajille. Hoitajat ottavat heidän huolensa ja murheensa vakavasti ja pyrkivät auttamaan mahdollisuuksien mukaan.

”... olen ollut useammin se aktiivisempi osapuoli: mennyt juttelemaan, kertonut kuulumisia...”

”... lähestyn heitä rohkeammin, pidän omaiset ajan tasalla ja keskustelen avoimesti kuulumisista, ...”

”... (hoitoyksiköstä) ei oikeestaan pääse muuten pois muuta kuin hoitajan avustuksella, niin siinä me aina yleensä, siinä on kiva muutama sana vaihtaa ja sitten toivotella hyvät päivät, niin aina tuntuu, että omainen lähtöö niin ku sillai iloisella miälellä, vaikka joitakin ehkä aharistaa jättää äiti tai isä, jos on ollu joku sellaanen tilanne siällä, ...”

”... se on aika vaihtelevaa nämä intervalliasukkadon kans, aina kotona on tapahtunu, saattanu monen moista juttua, ja ne jotenkin huojentuu siitä, kun saa kertua, kuinka on ny sitten viimeksi kotona menny ja kuinka on oltu, ...”

Luottamuksellisen ilmapiirin luominen on tärkeää perheiden tukemisessa. Hoitajien mukaan luottamusta lisää perheen jäsenten mahdollisuus osallistua läheisensä hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja itse hoitoon niin halutessaan. Hoitopalavereissa käydään läpi hoitoon liittyviä asioista ja päätökset tehdään yhdessä. Hoitopalaveriin osallistuvat niin asukas, perheen jäseniä kuin hoitohenkilökuntaakin. Hoitajat kokivat, että yhteisiä päätöksiä on helpompi toteuttaakin. Hoidon jatkuvuus myös turvataan säännöllisten palaverin kautta. Hoitopalavereja tulisi hoitajien mukaan pitää vähintään kerran vuodessa. Mieltä painavista asioista puhuminen onnistuu luottamuksellisessa ilmapiirissä. Hoitajat kokevat luottamuksen osoituksena sen, että perheen jäsenet puhuvat heille myös omista asioistaan.

”... nekin on tullu uutta nyt meille, ... tämän myötä on sitten saatu hoitopalaverikkin...”

”...pidetään hoitopalaveria, siinä suhteessa, että he saavat osallistua siihen omaa isäänsä tai äitiänsä kohtaan niin ku hoitoon tavallansa enemmän, ne saa olla päättämässä siitä, ...että yhteistuumin niin ku kaikki, et se tuo semmosta luottamusta puolin ja toisin vielä enemmän, että mitä se on ollu, mutta näiden palaverien myötä sitten vielä, ... se on yhteispäätös ja silloin kun yhteisesti päätetty asioota, se on helppoa toteuttaa, silloin kenelläkään ei jää pahaa mieltä, ...”

”... semmonen pitkän tähtäimen tavoitehan meillä nyt oli, kun meille tulee uusi asiakas niin pidetään tämmönen hoitopalaveri, mutta että se olis jatkumo, ainakin kerran vuodessa vähintään, että kutsuttaas omaaset ja istuttais kahvikupin ääreen ja päiviteltäis vähän näitä asioita, ... trookaamishetki...”

Hoitohenkilökunnan tehtävänä on **rohkaista** ja kannustaa **perheen jäseniä** hoitoon ja toimintaan osallistumisessa. Perheen jäsenten rooli nähdään merkittävänä ja hoitajat haluavat tukea asiakkaan ja hänen läheisensä yhteydenpitoa. Perheen jäsenet saattavat olla arkoja ja peloissaankin, he voivat kokea, etteivät he osaa toimia läheisensä kanssa. Hoitaja voi auttaa heitä säilyttämään suhteensa dementoituvaan läheiseen antamalla käytännön vinkkejä kohtaamiseen. Usein perheen jäsenen on helpompi kohdata läheisensä tekemisen kautta. Perheen jäsenestä voi tulla dementoituvan läheisensä kautta yksi hoitoyhteisön jäsen. Tällöin hän on kiinnostunut muistakin asiakkaista ja heidän kuulumisistaan ja luo suhteita muihin omaisiin. Dementoituvan elämän loppuvaiheessa hoitajilla on tärkeä tehtävä tukea perhettä kuoleman lähestyessä ja surun kohdatessa. Hoitajat kokivat, että he olivat pystyneet tukemaan dementoituvan asiakkaan perheitä saattohoitovaiheessa. Hoitajille nämä olivat erittäin merkittäviä ja vaikuttavia kokemuksia.

”... yrittänyt kannustaa omaisia hoitoon osallistumisessa ...”

”... oma hoidettava, ... ei enää itte oikein saanu kontaktia nää omaiset, niin ne aina tuli sitten kyselemähän, tuli juteltua, mitä kuuluu ja rohkaistua niitäkin, että et kyl sen saa aina herätellä ja muuta, että kyllä hän tiedostaa, kun siellä käy, vaikka se poikaa luulee veljekseen ja näin, ...”

”... omaasten on ollu vaikea viedä kotia, koska se kotoa lähtö on ollu niin hankalaa, niin oon kannustanu sitten ulkoolemahan ja muuten viettämään aikaa sen omaasen kans täälläpäin, ... niin ne ei aina itse huomaa, mitä vois vanhusten kans teherä tai harrastaa ...”

Perheiden tiedottamiseen oli myös kiinnitetty enemmän huomiota. Perheen jäsenet halutaan pitää ajan tasalla läheisensä hoidossa. Läheistä koskevista asioista ei tiedoteta pelkästään silloin, kun on kyse voinnin huononemisesta. Myös positiivisista asioista kerrotaan aktiivisemmin. Yhtenäinen linja tiedottamisessa koetaan tärkeäksi.

”... omaisille on hyvä soittaa muutenkin, kertoa kuulumisia vaikka ei oookkaa mitään hätää, niin päivitellä tilannetta vähän...”

”... soitellut useammin, kun ollut positiivista asiaa, esim. hyviä lukuja vuositarkastuksessa...”

”... sitä kiinnittää enemmän huomiota siihen, että omaaset tiätääs mihinä mennähän...”

”... tavallaan tulee, että kaikki tiätääs, että mitä sen omaasen kans on juteltu ja näin, ettei jokainen sooloilis eri lailla ja sitten se taas aiheuttaa ahdistusta omaisille, jos meistä jokainen kertoo asian vähän eri lailla, tällaista yhtenäistä linjaa...”

5.5. Työyhteisön toimivuudesta huolehtiminen

Avoin keskustelu on toimivan työyhteisön tunnusmerkki. Hoitajat kokivat, että heidän työyhteisöissään keskustellaan avoimesti työhön liittyvistä asioista. Jokainen työntekijä voi tuoda esille oman näkökulmansa. Tärkeää on myös kuunnella työtoverin näkemyksiä asioista, koska toisten mielipiteiden kuunteleminen avartaa myös omaa näkökulmaa. Tutussa ja turvallisessa työyhteisössä uskalletaan tuoda esille myös ongelmakohtia ja kehittämistä vaativia asioita. Lisäksi omista henkilökohtaisista työhön liittyvistä asioista rohjetaan puhua työtovereille. Työtoverien vahvuuksien tunteminen auttaa töiden suunnittelussa. Avoin keskustelu perustuu luottamukseen.

”... nyt on puhuttu enemmän niin ku monistakin tämmösistä ongelmatilanteista ja muista semmosista kehittämisjutuista, ja kaikesta on ehkä enemmän keskustelua työkavereitten kanssa kuin mitä silloin vuosi aikaisemmin...”

”...meillä voi, tunnetaan toisemme niin hyvin, että uskaltaa sanua...”

”... oppii tässä tuntemaan, kun on pieni porukka työssä, niin oppii tietämään toisten vahvuudet ja semmoset just ne, että voi ajatella, että se tulee, niin se varmaan, mä uskallan jättää sille, niin meidän ei tarvitse jännittää toisiansa, että muut motkottais siellä selän takana, ...”

Hoitajat kokivat **sallivuuden** lisääntyneen työyhteisössä projektin aikana. Hoitoyhteisön sallivuus tarkoittaa sitä, että hoitajan ei tarvitse olla täydellinen ollakseen hyvä dementoituvien hoitaja. Työyhteisössä on sallittua olla välillä väsynyt ja hermostunutkin. On sallittua myös epäonnistua ja pyytää apua työtoverilta. Hoitajaa helpottaa tieto, ettei yksin tarvitse kaikista selvittää. Omista työtunteista kertominen työtoverille helpottaa oloa.

”... on lupa välillä, et kun joku ottaa aivohon, niin sen voi sanoa, että pian multa pinna menee, että voitko sä mennä jatkamahan, et se olis ehkä näin parempi hoitaa tää homma, nyt mä en jaksa enää...”

”... ei tunne itse niin huonoa omaatuntoa niistä omista ajatuksista, mitä voi tulla niissä eri tilanteissa, vaan sen voi sanoa toiselle ääneen...”

Työtovereitten tukemisen nähtiin kuuluvan jokaisen hoitajan tehtäviin. Kokemuksista välittyi hyvä toverihenki ja keskinäinen avuliaisuus. Työtoverille voi kertoa iloista ja murheista. Työtoveri kuuntelee ja auttaa. Usein hoitajaa helpottaa jo se, että on saanut sanottua pahasta olostaan

työkaverilleen. Vaativissa hoitotilanteissa hoitaja saa tukea työtovereiltaan. Työtovereitten keskinäinen tuki koettiin hyvin merkittäväksi työssä jaksamista edistäväksi tekijäksi.

”... tulla sinne kansliahan, ja sanoa niin ku, että ottaa päähän, että mä en jaksa tai mitä mä ny tämän kans teen, niin että sitäkin niin ku pystyy puhumahan täällä niin ku hoitajien kesken...”

”... mä sanoon, että anna tulla tänne, niin sä meet sitte sinne hymyyleväenä, ... me ollahan sitä varten, että me niin ku annetahan sitä voimaa sitten, että meille saa purkaa...”

”... tavallaan meidän pitää olla toinen toistemme, tässä työssä jaksamises, terapeutteja toinen toisellemme, kuunnella sitä toistakin, niin sitten me jaksetaan yhteistyös tehdä sitä työtä...”

Yhteiset toimintalinjat koettiin tärkeiksi toimintaa ohjaaviksi periaatteiksi. Hoitoyhteisön jäsenillä on selkeä käsitys perustehtävästään. Toimintalinjat luodaan yhdessä keskustellen ja niihin sitoudutaan. Yhdessä sovitut periaatteet helpottavat työn tekemistä ja luovat turvallisuuden tunnetta asiakkaille. Toiminta oli tullut myös tavoitteellisemmaksi.

”... yhteiset pelisäännöt helpottaa meitä muita toimimaan ja sit se, kai se luo asukkaalle turvallisuutta kuitenkin, kun toistuu ne samat, samantyylliset ...”

”... kaikki noudattaa niitä, mitä on sovittu...”

”... elikkä semmosta tavoitteellisuuttakin on ihan oikeesti tullu, että me kyllä pohditaan, mitä me voitais tehdä, myöskin että se tulee niin ku siinä arjen työssä, ...sitten suunnitellaan jotakin pitemmällä tähtäimellä...”

Hoitajat kokivat, että **yhdessä toimimalla** saadaan enemmän aikaa. Työyhteisöissä toimittiin hyvässä yhteistyössä, kaikki ”puhalsivat yhteen hiileen”. Hoitajat kokivat asioiden yhdessä pohtimisen tärkeäksi. Yhdessä pohtimalla asiat saavat selvemmän muodon. Yhdessä suunniteltiin ja yhdessä tehtiin.

”... kyllä ne sillä lailla on meitä varmahan innostunu kaikkia siihen asiahan, jotta kyllä kaikki yrittää nii ku siihen yhtehen hiilehen puhaltaa...”

”... yhteistyö sujuu ...”

”... nyt kun on sitten totuttu elämään täs yhteisös niin nyt ei hetkauta minkään valtakunnan jutut...”

”... tiimityön tärkeys korostunut, suuret linjat tarpeen...”

”... meidän raportilla käsitellähän niin paljon niitä asioota kaikkia muuten, että samalla vähän sitä päivän kulkua, niitä omaisia, puhutaan monta muuta asiaa, vähä niin ku mietitään sitä ongelmaa

siinä, ratkotaan ees taas, se ei oo pelkkä raportti vaan se on niin ku hoitoneuvottelu tavallansa, että kun me nähärähän niin harvoon...”

”... suunnitellaan vähän sitä seuraavaa päivää, jos on jotakin menoja niin kuinka teherähän ja samalla on siinä opiskelijaakin vähän, miten sen ilta sujuu ...”

Työn organisoinnilla voidaan merkittävästi vaikuttaa töiden sujuvuuteen ja hoitoyhteisön ilmapiiriin. Yhden hoitoyhteisön osalta töiden uudelleen suunnittelulla oli saatu aikaan kiireettömyyttä. Työpäiviä voi jäsentää ja päivärytmiä selkiyttää niin, että hoitajilla on enemmän aikaa rauhoittua asiakkaiden rinnalle. Selkeä työnjako helpottaa myös työn tekemistä. Työnsä hallitseva hoitaja kykenee suunnittelemaan työvuoronsa niin, että asiakkaiden hoito sujuu jouhevasti ja mielekkäästi. Osaavalla hoitajalla on tunne, että selviää ja on keinot hallussa.

”... työt on järjestetty niin ku erilailta , niin jää niin ku sitä aikaa enemmän rauhoottua ja kuunnella ja jutella...”

”... osaa järjestää asiat oikealla lailla esimerkiksi iltavuoros kun on niin, kun hallitsee kokonaisuuden ja tietää, mitä tuleman pitää niin osaa suunnitella, mitä teet ja sen järjestyksen niin, että homma toimii ...”

Työyhteisöt olivat innostuneita ja **avoimia uusille ajatuksille**. Hoitajat näkevät rikkautena sen, että työyhteisössä on eri-ikäisiä ja eri ammattien edustajia. Erilaisia näkökantoja, työ- ja elämäkokemuksen tuomaa tietoa ja taitoa osataan hyödyntää ja käyttää asiakkaiden parhaaksi. Alan opiskelijat otetaan innostuneesti vastaan ja heidän ideoitaan hyödynnetään omassa työyhteisössä.

”... kun on oltu esimerkiksi (koulutusiltapäivässä) niin siinä matkalla sitten on tullu, siinä on jo heti heitelty, mitä niin ku ruvetahan taas touhuamahan...”

”... ehkä se on rikkaus, että me ollahan sillä lailla sellainen nuori yhteisö, ...että kehitetään tätä työtä, ...”

”... on se rikkaus meillä, että meillä on sosionomeja, on geronomeja, on lähihoitaja, on sairaanhoitaja, on monelta näkökannalta asiaa, ... ikäjakauma on toinen, mikä antaa rikkautta, ...on erilaisia näkökantoja, elämäkokemusta eri tahoolta ja niitä yhdistetään, niin sekin on rikkaus meillä varmaan...”

Toimiva **yhteistyösuhde lääkärin kanssa** koettiin tärkeäksi.

”... samoon tua yhteistyö meidän lääkärin kans, koska me aika paljon esitetään suoraan sinne lääkärille asioota, ...”

Hoitajat olivat todenneet arjen **realiteetit** ja luoneet omat selviytymiskeinonsa. He olivat oppineet, että aamulla tehty suunnitelma ei yleensä koskaan etene aivan suunnitelman mukaisesti. Tietyt työtehtävät saa jättää seuraavaan vuoroon tai tehdä seuraavana päivänä. Toinen työntekijä jatkaa työtä siitä, mihin toinen on jäänyt. Oman hyvän työtason määrittäminen helpottaa.

”...on ollu pakko sopeutua, että ei kerkiä tekemähän kaikkea sitä, mitä ehkä oli aamulla suunniteltu...ettei tullu sitäkään hommaa tehtyä, mutta sitten mä vaan ajattelen, että no, yritän sitten huomenna.”

”...sitten voi toisellekin sanoa, ettei oo keriiinny, ei keriiinny tekemähän sitä, ...jos sä viittisit teherä sen, ...kyllä toinen on aina jatkanu siitä, mihin toinen on jääny,...”

”...sitä pitää vaan oppia, että teen kaiken niin hyvin kuin kerkiän ja loppu jää mitä jää, kaikki ei ole niin akuuttia...”

5.6. Tulevaisuuteen suuntautuminen

Tulevaisuuden **haasteena** koettiin se, että vanhukset etäännyvät muusta perheestä. Nuoret eivät enää välttämättä tiedä, minkälaista ikäännyvän ihmisen elämä on. Lapsiakin käy hoitajien mukaan aika vähän hoitoyksiköissä. Huolta kannettiin myös nykyajan työyhteisöistä, ettei työn ilo katoaisi.

”... tuntuu, että vanhukset muutenkin etäännyy niin ku perheistä ja ikäännyvän ihmisen elämä, se ei välttämättä oo kaikille nuorille niin ku tuttua tai läsnä, ...”

”... mummu, jolla on värityskirjoja ja sillä on aina murua tai jotakin siellä lapsia varten, mutta aika vähän ne lastenlapset käyvät...”

Tulevaisuuteen suuntauduttiin kuitenkin hyvin toiveikkain mielin. Hoitajilla on erilaisia unelmia, pieniä ja suuria. Hoitajilla on **halua kehittää omaa työtään** tulevaisuudessakin, on halua pysyä ajan tasalla dementoituvien hoitotyössä. Erityisesti lisää tietoa toivottiin lääkehoidosta ja uusista hoitokäytännöistä. Itseänsä kehittämällä uskotaan työnkin pysyvän mielekkäänä ja arvostus työtä

kohtaan lisääntyvän. Luovuuden toivotaan saavan tilaa yhteisössä, jolloin henkilökunnalla olisi enemmän valmiutta kokeilla ja ottaa käyttöön uusia ideoita. Lisäksi toivotaan, että työn ilo säilyisi niin, että työpaikalle olisi hyvä mennä. Huumoria tarvitaan myös. Tulevaisuudessa halutaan dementoituvia asiakkaita hoitaa vielä paremmin.

”... kuinka lääkkeet muuttuu ja toimintatavat muuttuu, jos tulee niitä uusia toimintatapoja, että on niiden kanssa ajan tasalla ...”

”... se, että pysyy ajan hermolla täs, ...”

”... arvioitaisiin omaa toimintaa...”

”... et säilyis se sellainen into työtä kohtaan, silti vaikka se olis sitä samaa joka päivä, mutta tuntus että olis mukava mennä sinne työpaikalle, että kokis sen arvokkaaksi...”

”... koettaisiin oma työ arvokkaaksi, me autamme tällä hetkellä ihmistä nyt tässä, miten tulevaisuudessa pystyttäis vielä enemmän auttamahan, pystys kehittämään itseänsä, niin että työ pysyis mielekkähänä, ...”

Tulevaisuuden haasteena nähtiin kolmannen sektorin mukaan saaminen vanhustyöhön. Laitosmaisuuutta halutaan hälventää ja **avoimuutta lisätä** niin, että hoitoyksiköihin olisi helppo tulla. Haaveena on myös, että nuoret kokoontuisivat omiin rientoihinsa vanhusten yhteisöissä. Välttämättä ei aina tarvitsisi olla mitään erityistä ohjelmanumeroa. Lapset tuovat iloa vanhusten elämään.

”... että se semmonen laitosmaisuuus, mikä jotenkin on tuonne yleisöön päin, tuntuu että tää on laitos, vaikka me halutaan olla täällä avoimin ovin ja näin avoin yksikkö niin silti, ... siinä olis työsarkaa...”

”... ei välttämättä tarttis olla mikään ohjelma, se vaikka ne (nuoret) pelaas korttia keskenänsä elikkä siinä niin ku seuraas, että mitä ne ny teköö siinä ...”

”... eilen kävi pieni tyttö juoksentelemas edestakaasin, niin voi kun niillä mummuulla oli hauskaa, kun ne seuras sitä,... se oli niin ku yksi ohjelmanumero ...”

Hoitoympäristöä halutaan myös **kehittää**. Kodikkuutta halutaan lisätä ja asukkaiden ulkoilumahdollisuuksia parantaa. Yhdessä yksikössä nousi esille ruokailutilanteiden kehittäminen. Lisäksi hoitajien työympäristöä halutaan kehittää toimivammaksi.

”...olis varmaan kiva yrittää luoda sitä tietynlaista kodikkuuden tunnelmaa, ..., olis kiva, jos meitä ruoka-aikaan olis sillä tavalla, ... että pystyttäis esimerkiksi istumaan siihen ruokailutilanteisiin mukaan, rauhoittamaan sillä tavalla, ...”

”... ja tuo meidän piha, ulos ei voi päästää ketään yksin kävelemään ...”

”... haluais vielä enempi tota ympäristöä omaa, sitä kehittää, ... teherä sitä erimooseksi, jotenkin semmoseksi, että siinä olis helepompi toimia, ... että sais tämän jollakin tavalla järkeväksi, ei meinaa mahtua syöttämähän eikä auttamaan ...”

Hoitajien **vaikutusmahdollisuuksiin** tulisi tulevaisuudessa kiinnittää huomiota. Osa hoitajista koki, että monet omaan työhön liittyvät asiat tulevat annettuina. Esimerkiksi asiakkaiden sijoittamisessa kannattaisi hyödyntää hoitajien dementiaosaamista. Hoitajilla on halua vaikuttaa ja ottaa vastaan uusiakin tehtäviä.

”, ...hoidettais se jono, ... me kutsuttais itte omat niille (paikoille), jotka kiertäis koko ajan... jos se vaikka käynnistyis...”

Projektin työpaikkatapaamiset osoittivat, että tarve **työyhteisön omiin palaverihin** on ilmeinen. Työyhteisöissä tarvitaan säännöllinen aika ja tila yhteiseen keskusteluun. Työyhteisön tulisi kokoontua säännöllisesti pohtimaan nykytilaa, arvioimaan saavutettuja tuloksia ja suunnittelemaan tulevaa toimintaa.

”... meillä on ollu toiveenakin, että olis aina silloin tällöön, ihan työyhteisönä järjestettäis tällaaasia, että saarahan keskustella niistä asioosta ...”

Kuntouttavan toiminnan lisääminen dementoituvien hoitotyössä nähtiin myös tulevaisuuden haasteena. Hoitajat kokivat, että vielä enemmän voitaisiin tehdä dementoituvan asiakkaan hyväksi, jotta oikeus toiminnalliseen ja arvokkaaseen elämään toteutuisi. Viriketoimintaa halutaan myös kehittää, mutta siihen tarvittaisiin lisää resursseja.

”... vanhuksen omatoimisuuden tukemista ja kannustamista ...”

”... viriketoiminta olisi myös sellainen alue, mutta siihen pitäisi löytää aikaa sitä varten.”

”...”huvitusvastaava” työvuorona olisi kiva ajatus.”

6. POHDINTA

6.1. Tulosten tarkastelu ja hyödyntäminen

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia osaamisestaan dementoituvien hoitotyössä. Tutkimustulosten mukaan dementoituvien hoitotyö nähtiin vaativana hoitotyön alueena, jossa tarvitaan monipuolisia tietoja, taitoja ja myös oikeanlaista asennoitumista. Tulokset tukevat Eloniemi-Sulkavan (2002), Heimosen (2007), Kanasen ym. (2002), Pelttarin (1999) ja Sulkavan ym. (2006) kuvaamia osaamisvaatimuksia dementoituvien hoitotyössä. Hoitaja tarvitsee tietoa dementoivista sairauksista ja niiden hoidosta ymmärtääkseen dementoituvan ihmisen käyttäytymistä. Monipuolisen tiedon avulla hoitaja voi tarkastella asioita laaja-alaisemmin ja löytää erilaisia keinoja dementoituvan kohtaamiseen. Kuntouttavan työotteen sisäistäminen on myös olennaista. Siihen tarvitaan sekä tietoa että oman toimintatavan muokkaamista. Dementoituvien lääkehoidon hallinta kuuluu yhtenä osana dementoituvan hyvään hoitoon. Dementoituvien hoitotyössä tarvitaan hyviä vuorovaikutustaitoja. Tarvitaan herkkyyttä havaita ja tunnistaa dementoituvan asiakkaan tilannetta ja kykyä asettua dementoituvan rinnalle. Hoitaja tarvitsee työssään niin sanallisen kuin sanattoman viestinnän taitoja. Yhteistyötaitoja hoitaja tarvitsee työyhteisössä toimimiseen ja perheen kanssa tehtävään työhön. Eettisen osaamisen merkitys korostuu dementoituvien hoitotyössä. Hoitajilta edellytetään erityistä vastuullisuutta ja omaatuntoa. Oman työn arvostus nähtiin myös tärkeänä asiana. Hoitaja, joka arvostaa omaa työtään on innostunut ja halukas kehittämään työtään. Dementoituvien hoitotyössä tarvitaan positiivista ajattelua ja huumoria. Dementoituvien hoitotyön vaativuuden ymmärtäminen luo pohjaa osaamiselle ja sen kehittämislle.

Tutkimustuloksissa korostui oman ammattitaidon kehittäminen yhdessä työtovereitten kanssa. Tämä mahdollistaa sen, että työyhteisön yksittäisten hoitajien osaaminen muodostuu yhteiseksi voimavaraksi (Heimonen 2007). Hoitajat kokivat oppimistilanteina koulutuspäivät, tutustumiskäynnit vastaavissa hoitoyksiköissä, työyhteisön yhteiset kokoontumiset ja kehittämishankkeessa mukana olemisen. Koulutuspäivät tarjoavat uutta tietoa, uusia näkökulmia ja uusia ideoita. Vanhan kertauskin koetaan tarpeellisena. Oman työyksikön toiminnan peilaaminen toisten yksiköiden kanssa koettiin myös opettavaiseksi. Tutustumiskäynnit toisissa yksiköissä antavat käsityksen niiden toiminnasta ja toimintamalleista. Oman työn arviointia pidetään keskeisenä asiana. Työn kehittäminen edellyttää, että työyhteisöt arvioivat säännöllisesti omaa

toimintaansa (Leich & Day 2000). Työyhteisöt tarvitsevat aikaa ja tilaa yhteisiin keskusteluihin kuten Mankka (2006) on tutkimuksissaan todennut. Hoitajien mielestä yhteiset kokoontumiset toimivat myös oppimistilanteina. Ongelmatilanteiden ratkominen yhdessä nähdään hyvänä tapana oppia ja kehittyä. Yhteinen osaaminen rakentuu yhteisistä keskusteluista (Heimonen 2007). Hoitajat kokivat tärkeänä, että heillä on vaikutusmahdollisuuksia. Vaikutusmahdollisuudet ovat Mankan (2006) mukaan yhteydessä työn hallintaan. Jalavan ja Virtasen (1996) näkemyksiä tukee se, että palautteilla koettiin olevan keskeinen merkitys osaamisen kehittämisessä tässäkin tutkimuksessa. Positiiviset palautteet kannustavat ja antavat voimaa jatkaa hyväksi havaittuja käytäntöjä. Kriittistä palautetta tarvitaan myös, jotta epäkohdat tulisivat esille ja niihin voitaisiin puuttua. Hoitajat hyödyntävät eri lähteistä saatua palautetta omassa työssään. Kehittämishankkeessa mukana oleminen koettiin dementia-työn arvostusta ja osaamista lisäävänä, mikä taas loi positiivisempaa asennetta omaan työhön ja antoi voimia hoitotyön arkeen. Yhteishengen luojanakin projekti toimi. Osa työyksiköistä oli kokenut projektin työnohjauksellisena hankkeena.

Tutkimustulosten mukaan hoitajien tavoitteena on tarjota dementoituville asiakkaille mielekkäämpää arkea ja juhlaa hoitoyhteisöissä kuten Topo ym. (2007) tutkimuksessaan korostavat. Yhteisöllisyys tulee esille siinä, että hoitoyhteisö koetaan isona perheenä, joka elää yhteistä arkea ja juhlaa. Yhteisöllinen ilmapiiri luo turvallisuuden tunnetta dementoituvalle ja hänen perheelleen sekä mahdollistaa asiakkaan yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen hoidon (Mäkisalo-Ropponen 2006). Hoitajat kokevat toimivansa dementoituvien asiakkaiden puolestapuhujina. Hyvä hoito perustuu asiakkaan elämäntietojen ja historian tuntemiselle (myös Voutilainen ym. 2002) ja hoitajien toiminta lähtee asiakkaiden tarpeista. Hoitotilanteissa hoitaja herkistyy aistimaan asiakkaan vointia ja tunnelmia, jotta osaisi toimia parhaalla mahdollisella tavalla. Dementoituva ihminen kohdataan aikuisena ihmisenä, häntä lähestytään rauhallisesti ja vuorovaikutustilanteissa käytetään sellaisia sanoja ja ilmaisuja, joita hän ymmärtää (myös Eloniemi-Sulkava 2002). Dementoituvalle asiakkaalle annetaan aikaa toimia omassa tahdissaan. Kiireettömän ilmapiirin luominen onnistuu siten, että keskitytään yhteen asiakkaaseen kerrallaan ja ollaan aidosti läsnä. Haastaviin hoitotilanteisiin yritetään löytää erilaisia keinoja (myös Isola ym. 2005). Huumorilla voi selvitä monista hankalista tilanteista. Hoitajat ovat sitoutuneet kuntouttavaan työotteeseen ja yhteiseen linjaan (myös Mäkisalo-Ropponen 2006). Dementoituvan toimintakykyä tuetaan monipuolisesti päivittäisissä toiminnoissa. Mielekkästä tekemistä pyritään järjestämään päivittäin, mikä mahdollistaa mielihyvää tuottavat onnistumisen ja osaamisen kokemukset (Heimonen 2007.) Viriketoiminta voi olla ennalta suunniteltua tai spontaanisti syntyvää toimintaa.

Tämän tutkimuksen mukaan perheen huomioimiseen on kiinnitetty huomiota. Hoitajat ovat kiinnostuneita perheen jäsenistä ja ovat yhteydenpidossa aktiivisempi osapuoli. Hoitajat pyrkivät tunnistamaan kunkin perheen tuen ja tiedon tarpeet. Perheen tukeminen on mahdollista luottamuksellisessa ilmapiirissä. Hoitajat kokivat, että perheen jäsenten mahdollisuus osallistua läheisensä hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja hoitoon lisää luottamusta. Hoitopalaveri-käytäntö koettiin hyvänä yhteistyön muotona, joka Janzenin (2006) mukaan edistää avointa vuorovaikutusta perheen ja hoitohenkilökunnan välillä. Hoitajat pitävät perheen roolia merkittävänä ja rohkaisevat perheen jäseniä osallistumaan hoitoon ja hoitoyhteisön toimintaan. Dementoituvan elämän loppuvaiheessa hoitajilla on tärkeä tehtävä tukea perheen jäseniä kuoleman lähestyessä ja surun kohdatessa. Perheen jäsenet halutaan pitää ajan tasalla läheisen hoidossa. Hoitajat tiedottavat myös positiivisista kuulumisista eikä pelkästään asiakkaan voinnin huononemisesta. Tämän tutkimustuloksen mukaan hoitajat ovat ottaneet aktiivisemmän roolin perheiden kanssa toimiessaan kuin mitä esimerkiksi Hertzbergin ja Ekmanin (2000) tutkimus osoittaa. Mielenkiintoista olisi selvittää, miten perheen jäsenet ovat asian kokeneet.

Työyhteisön toimivuudesta huolehtiminen nousi tässä tutkimuksessa vahvasti esille. Tämä osoittaa, että hoitajat ovat oivaltaneet yhteisten pelisääntöjen ja niihin sitoutumisen sekä avoimen keskustelukulttuurin ja palautteen merkityksen. He ovat kehittäneet yhteisöllisyyttä (Mäkisalo-Ropponen 2006), mikä näkyy hoitajien näkemyksissä. Hoitajien mukaan avoin keskustelu on toimivan työyhteisön tunnusmerkki. Tällaisessa työyhteisössä hoitajat tuovat esille omia näkemyksiään ja ottavat huomioon myös muiden näkemykset. Hoitajat rohkenevat tuoda esille ongelmakohtia ja kehittämistä vaativia asioita. Sallivuus näkyy siinä, että hoitajan ei tarvitse olla täydellinen. On lupa väsyä, hermostua ja epäonnistua. Työtoverilta saa tarvittaessa apua. Työtoverin tukeminen kuuluu jokaisen hoitajan tehtäviin. Työtoverien keskinäinen tuki koetaan merkittävänä työssä jaksamista edistävänä asiana. Yhteiset toimintalinjat luodaan keskustellen ja niihin sitoudutaan. Hoitoyhteisön jäsenillä on selkeä käsitys perustehtävästään. Hoitajat toimivat hyvässä yhteistyössä ja kaikki ”puhaltavat yhteen hiileen”. Edellä mainituilla tekijöillä on suuri merkitys hoitajien työhyvinvointiin (Adams & Bond 2000, Newman & Maylor 2002, McLennan 2005). Työn organisoinnilla voidaan vaikuttaa töiden sujuvuuteen ja hoitoyhteisön ilmapiiriin. Hoitajat ovat avoimia uusille ajatuksille. Heillä on taitoa hyödyntää erilaisia näkökantoja, työ- ja elämäkokemuksen tuomaa tietoa ja taitoa asiakkaiden parhaaksi. Toimiva yhteistyösuhde lääkärin kanssa on myös tärkeä tekijä dementoituvien hyvässä hoidossa. Realistinen ote työhön auttaa hoitajia selviytymään dementoituvien hoitotyön haasteista.

Tutkimustulosten mukaan hoitajat ovat huolissaan siitä, että vanhukset etäännyvät muusta perheestä ja työn ilo on vähentynyt työyhteisöistä. Tulevaisuuteen suuntauduttiin kuitenkin toiveikkain mielin. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat ovat halukkaita kehittämään omaa työtään tulevaisuudessakin. Hoitajat kokevat, että dementoituvien hyväksi voidaan tehdä nykyistä enemmän. He uskovat, että itseänsä kehittämällä työ pysyy mielekkäänä, arvostus työtä kohtaan lisääntyy ja työn ilo säilyy. Hoitoyksiköt halutaan tehdä avoimemmiksi, jotta sinne olisi helpompi tulla. Kolmas sektori haluttaisiin mukaan vanhustyöhön. Hoitoyksikön ympäristöä halutaan kehittää tulevaisuudessa. Hoitoyksikön kodikkuutta halutaan lisätä ja ulkoilumahdollisuuksia parantaa. Tulevaisuudessa hoitajat haluavat vaikuttaa omaan työhönsä ja ottaa vastaan uusiakin tehtäviä. Työyhteisön säännölliset palaverit ovat välttämättömiä. Kuntouttavan toiminnan lisääminen dementoituvien hoitotyössä nähtiin tulevaisuuden haasteena.

Tutkimuksen tuloksissa tulivat vahvasti esille yhdessä tekeminen ja yhdessä oppiminen. Tuloksista voi löytää oppivan organisaation ominaispiirteitä (Stoll & Fink 1996). Oppivan organisaation kannustava ja rohkaiseva ilmapiiri vahvistaa ihmisten yhteenkuuluvuuden tunnetta ja antaa mahdollisuuksia uuden oppimiselle ja innovatiiviselle toiminnalle. Oppivassa työyhteisössä hoitajalla on mahdollisuus voimaantua. Positiivisiin tutkimustuloksiin vaikuttanee osaltaan se, että tämän tutkimuksen hoitoyksiköt olivat erityisesti dementoituville asiakkaille suunniteltuja. Kehittämiprojektillakin lienee ollut oma vaikutuksensa. Tutkimustuloksia voi hyödyntää osaamisen arvioinnissa erilaisissa dementoituvien hoitoyksiköissä.

6.2. Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin (Nieminen 1997). Keskeisiä luotettavuustekijöitä ryhmähaastattelussa ovat tutkimuksen suunnittelu, asiantuntevien haastateltavien rekrytointi, keskustelun rajaaminen tutkimuksen keskeisiin ongelmiin, tutkimusaiheen arkaluonteisuus, ryhmän jäsenten suhteet ja sukupuoli, haastattelijan taidot ja kysymysten esitestaus (Krueger & Casey 2000).

Tutkimuksen suunnittelussa tutkija on saanut tukea kehittämishankkeen asiantuntijaryhmän muilta jäseniltä ryhmähaastatteluteemojen työstämisessä. Haastateltavia ryhmiä tässä tutkimuksessa oli kolme. Ryhmien koko vaihteli viidestä kahdeksaan henkilöön elikkä ryhmän koko oli ideaali

(Krueger & Casey 2000). Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin ryhmäkeskustelu, koska kyseisten työyksiköiden henkilökunta oli toivonut ryhmässä tapahtuvaa arviointikeskustelua ja ryhmien tiedettiin olevan keskustelevia. Haastattelutilanteet olivat luontevia ja sujuivat hyvässä hengessä.

Ryhmähaastattelussa tutkijan rooli on merkittävä. Tutkijan tehtävänä on ohjata keskustelua ja aktivoita ryhmänjäseniä keskustelemaan keskenään. Tutkijan persoonallisuus ja vuorovaikutustaidot vaikuttavat merkittävästi ryhmän ilmapiiriin ja jäsenten väliseen keskusteluun. (Krueger & Casey 2000, Sim 1998.) Tutkijalla ei ollut aikaisempaa kokemusta ryhmähaastattelun vetämisestä, joten valmistautuminen haastatteluihin tapahtui perehtymällä ryhmähaastattelua koskevaan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Haastattelujen aikana tutkijan ei tarvinnut kantaa huolta keskustelun ylläpitämisestä, mutta jonkin verran piti huolehtia siitä, että hiljaisimmatkin toivat näkemyksensä esille. Haastatteluissa mukana ollut ammattikorkeakoulun opettaja esitti välillä tarkentavia kysymyksiä.

Haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta (Hirsjärvi & Hurme 2004). Tässä tutkimuksessa haastattelut nauhoitettiin digitaalisella äänitallentimella. Haastattelut ja litteroinnin teki tutkija itse, jolloin tutkimusaineisto tuli tutuksi. Litteroinnit tehtiin viikon sisällä kunkin haastattelun jälkeen. Äänen laatu oli hyvä. Jonkin verran esiintyi haastateltavien samanaikaista puhumista, mutta useamman kuuntelukerran jälkeen haastateltavien kokemukset saatiin kirjalliseen muotoon.

Sisällön analyysin ongelmana on luotettavuuden kannalta pidetty sitä, että tutkija ei kykene objektiiviseen tarkasteluun analyysiprosessissa, vaan tulos saattaa perustua tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta (Horsburgh 2003). Haasteena sisällön analyysissä onkin, miten tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan kategoriat niin, että kuvaus on mahdollisimman luotettava. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Subjektiiivisen näkemyksen vaikutusta on pyritty vähentämään sillä, että aineistosta on analysoitu vain ilmisälty.

Tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää tutkijan ennakkokäsitys tutkittavasta ilmiöstä, koska tutkijan esiymmärrys ja tutkittavan ilmiön kieli saattavat ohjata tutkittavien ajattelua ja ilmaisua (Åstedt-Kurki & Nieminen 1997). Tutkijan pitkäaikainen kokemus dementoituvien hoitotyöstä ja osallistuminen dementiahankkeen asiantuntijatyöryhmään saattavat vaikuttaa ennakkokäsityksiin tutkittavasta ilmiöstä. Toisaalta asiantuntemus on helpottanut asiayhteyksien oivaltamista ja aineiston ymmärtämistä.

6.3. Tutkimuksen eettiset kysymykset

Laadullisen tutkimuksen eettisiin kysymyksiin kuuluvat osallistujiin, menetelmän tarkoituksenmukaisuuteen ja raportointiin liittyvät asiat. Tässä tutkimuksessa osallistuminen ryhmähaastatteluun oli vapaaehtoista. Osallistujille lähetettiin tietoa tutkimuksesta etukäteen ammattikorkeakoulun opettajan välityksellä. Lisäksi haastattelutilanteen alussa tutkija kertoi tutkimuksen aiheesta ja tarkoituksesta. Osallistujilta pyydettiin kirjallinen lupa haastattelun nauhoittamiseen. Haastateltaville painotettiin vielä tässä vaiheessa, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistujille kerrottiin myös, että aineisto tullaan hävittämään analysoinnin jälkeen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997.)

Ryhmähaastattelussa ei haastateltaville voida taata ehdotonta tietosuojaa, koska vaitiolovelvollisuus koskee periaatteessa vain tutkijaa. Haastattelun alussa muistutin osallistujille, että vaikka tutkija olisi vaiti ryhmässä esille tulleista asioista, samaa ehdottomuutta ei voida välttämättä vaatia haastateltavilta. (Pötsönen & Välimaa 1998.)

Ryhmähaastattelussa haastattelijalla on vastuu siitä, etteivät osallistujat haavoita itseään (Krueger & Casey 2000). Tässä tutkimuksessa käsiteltiin yleisesti dementoituvien hoitotyön osaamista eikä aiheeseen liittynyt arkaluonteisia asioita. Keskustelu sujui yleisellä tasolla hyvässä ilmapiirissä. Yhden hoitoyksikön henkilökunta viestitti jälkeen päin, että se oli kokenut keskustelun hyvänä tapana päättää projekti. Hoitajat olivat saaneet purkaa kokemuksiaan kahdelta vuodelta.

Tutkijan on taattava tutkimukseen osallistuvien henkilöiden antamien tietojen luottamuksellisuus (Vehviläinen-Julkunen 1997). Tutkija on tehnyt haastattelut ja kirjoittanut puhtaaksi haastatteluaineiston itse. Tutkimusmateriaalia on käsitelty vain tutkija. Tämän tutkimuksen tuloksissa on esitetty suoria lainauksia haastateltavien puheesta tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Tulokset esitetään niin, että tutkittavien henkilöllisyys ei ole tunnistettavissa.

Tutkijan oma kokemus dementoituvien hoitotyöstä ja dementiahankkeen asiantuntijatyöryhmässä toimiminen ovat saattaneet vaikuttaa haastattelurungon rakenteeseen ja sillä tavalla tutkija on voinut tahtomattaan johdatella haastatteluun osallistuneita haluamaansa suuntaan. Omakohtainen kokemus tutkittavasta aiheesta voi toisaalta auttaa tutkijaa muodostamaan aiheeseen syvällisemmän näkökulman. Tästä syystä tutkija on pyrkinyt koko tutkimuksen ajan tiedostamaan oman subjektiivisuutensa ja pyrkinyt olemaan objektiivinen tutkimuksen kaikissa vaiheissa.

6.4. Jatkotutkimusaiheita

Jatkossa olisi hyvä arvioida dementoituvien hoitotyön osaamista erilaisissa hoitoyksiköissä. Osaamisen arviointiin ohjataan tuoreessa valtakunnallisessa suosituksessa muistipotilaan hyvästä hoidosta. Sen mukaan kaikkien muistipotilaita kohtaavien ammattihenkilöiden tulee tuntea muistisairauksien käytösoireet. Dementiahoidon osaamista tarvitaan kaikissa vanhusten ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa yksiköissä. Tutkimus herätti mielenkiinnon tutkia myös dementoituvien asiakkaiden läheisten käsityksiä hoitajien dementiahoito-osaamisesta. Dementoituvia asiakkaita hoitavien työyhteisöjen eettistä toimintaa olisi myös tulevaisuudessa hyvä arvioida.

7. LÄHTEET

Adams, A. & Bond, S. 2000. Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing* 32, 536 – 543.

Ahonen, G., Anttonen, H., Bergström, M., Hottinen, V., Vorne J., Mikkola, M., Kankaanpää, E., Peurala, M., Räsänen, K., Töyry, S., Suni, M., Blanz, H., Teronen, A. & Borg, K. 2002. Henkilöstöraportointi, johtaminen ja työssä jaksaminen. Henkilöstövoimavarojen seuranta ja sen hyödyntäminen – tutkimuksen keskeiset havainnot. Työssä jaksamisen ohjelma. Työministeriö, Helsinki.

Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito. 2006. Käypä hoito 29.3.2006. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. www.kaypahoito.fi.

Alzheimer's Disease International. 2003. Principles of Good Care. ADI, London.

Argyris, C. 1992. On organizational learning. Blackwell Publishers, Cambridge, Mass.

Bégar, I., Ellefsen, B. & Severinsson, E. 2005. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being – a Norwegian study. *Journal of Nursing Management* 13, 221 – 230.

Bell, V. & Troxel, D. 1994. An Alzheimer's disease bill of rights. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*. September/October, 3 – 6.

Burns, N. & Grove, S. 2003. Understanding nursing research. 3rd ed. W.B Saunders Company.

Eloniemi-Sulkava, U. 2002. Dementoituneen ihmisen kohtaaminen. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. *Opas laatuun*. Stakes, oppaita 49, 26 - 30.

Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2006. Vaskulaariset dementiat. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus Oy Duodecim, Hämeenlinna, 146 – 162.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.

ETENE, 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan raportti 20. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Granö, S., Heimonen, S. & Koskisuu, J. 2006. Kuntoutuksen sanakirja muistihäiriö- ja dementiatyöhön. Alzheimer-keskusliitto ry, Helsinki.

Granö, S. & Högström, S. 2007. Dementoituvan henkilön kuntoutuspolku. Alzheimer-keskusliiton julkaisusarja 1/2007. Alzheimer-keskusliitto ry, Helsinki.

- Heimonen, S. 2007. Kehitä yhteistyö- ja vuorovaikutustaitojasi. Teoksessa: Vuori, U. & Heimonen, S. (toim.) Tue muistisairaana ihmisen kotona asumista – opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys, Helsinki.
- Hertzberg, A. & Ekman, S. 2000. ”We, not them and us?” Views on the relationships and interactions between staff and relatives of older people permanently living in nursing homes. *Journal of Advanced Nursing* 3, 614 – 622.
- Hertzberg, A., Ekman, S-L. & Axelsson, K. 2003. ‘Relatives are a resource, but...’ Registered nurses’ views and experiences of relatives of resident in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 12, 431 – 441.
- Himananen, P. 2004. Välittävä, kannustava ja luova Suomi. Katsaus tietoyhteiskuntamme syviin haasteisiin. Tulevaisuusvaliokunta, Teknologian arviointeja 18. Eduskunnan kanslian julkaisu 4/2004.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2004. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki.
- Horsburgh, D. 2003. Evaluation of qualitative research. *Journal of Clinical Nursing* 12, 307 – 312.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. & Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnat haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* 17 (3), 145 – 154.
- Jalava, U. & Virtanen, P. 1996. Laatu, innovaatio ja projekti: hyvinvointipalvelujen kehittämisen ydinkysymyksiä. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Janzen, W. 2001. Long-term care for older adults: The role of the family. *Journal of Gerontological Nursing* 2, 36 – 43.
- Juuti, P. & Vuorela, A. 2002. Johtamisen ja työyhteisön hyvinvointi. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Kananen, A., Leinonen, P. & Naumanen-Tuomela, P. 2002. Dementoituvan potilaan haasteellinen käyttäytyminen. *Sairaanhoitaja* 8, 13 – 15.
- Kankkunen, P., Taponen, R. & Suominen, T. 2007. Kivun arviointi dementiayksikössä asuvien hoitotyössä. *Gerontologia* 4, 311 – 319.
- Kitzinger, J. 1995. Quality research: Introducing focus groups. *British Medical Journal* 311, 299–302.
- Kellett, U. 1999. Transition in care: Family carers’ experience of nursing home placement. *Journal of Advanced Nursing* 6, 1474 – 1481.
- Koponen, H. & Saarela, T. 2002. Käytösoireiden hoito. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 463 - 474.
- Koski, J. T. 2001. Luova hierre. Näkökulmia yksilöiden, ryhmien ja organisaatioiden luovuuteen. Gummerus, Jyväskylä.

- Koskinen, L. & Jokinen, P. 2001. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä – haastattelijoiden kokemuksia. *Hoitotiede* 13 (6), 301 – 309.
- Krueger, R. & Casey, M. 2000. *Focus groups: A practical guide for applied research*. Third edition. Sage Publications Inc., USA.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, Vol. 11, (1), 3–12.
- Laaksonen, H. 2002. Työyhteisöjen hyvinvointi. Tutkimus henkilöstötoimintojen vaikutuksista työyhteisöjen hyvinvointiin Suomen dementiayksiköissä. Vaasan yliopiston julkaisuja, tutkimuksia 244, sosiaali- ja terveyshallinto 3, Vaasa.
- Laaksonen, H. 2007. Luottamus ja epäluottamus työyhteisössä. *Premissi* 2, 36 – 42.
- Laaksonen, H. 2008. Luottamukseen perustuvan voimistavan johtamisen prosessimalli ja työyhteisön hyvinvointi. Mallin testaus sosiaali- ja terveydenhuollon dementiayksiköissä. *Acta Wasaensia* no 187. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 3, Vaasan yliopisto.
- Laine, M. 2005. Hoitajana huomennakin. Hoitajien työpaikkaan ja ammattiin sitoutuminen. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, Scripta lingua Fennica edita, osa 233, Turun yliopisto.
- Lammintakanen, J. & Kinnunen, J. 2006. Hoitotyön osaamisvaatimukset ja merkitys tulevaisuuden terveyspalveluissa. Teoksessa: Miettinen, M., Hopia, H., Koponen, L. & Wilskman, K. (toim.) *Inhimillisten voimavarojen johtaminen. Hoitotyön vuosikirja 2006*. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry, 9 – 28.
- Lehtonen, Tiia. 2005. Yhteistyö vanhainkodin henkilökunnan ja asukkaan omaisten välillä. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Tampere.
- Löppönen, M. 2006. Elderly patients with dementia in primary health care – A study of diagnostic work-up, co-morbidity and medication use. *Ann. Univ. Turkuensis D* 729, Turku.
- Leitch, R. & Day, C. 2000. Action research and reflective practice: towards a holistic view. *Educational Action Research* 8 (1), 179 – 193.
- Manka, M.-L. 2006. Tiikerinloikka työniloon ja menestykseen. Talentum Media Oy, Helsinki.
- McLennan, M. 2005. Nurses' views on work enabling factors. *Journal of Nursing Administration* 35, 311 – 318.
- Molander, G. 2003. Työtunteet – esimerkkinä vanhustyö. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Muurinen, S., Soini, H., Suur-Uski, I., Peiponen, A. & Pitkälä, K. 2003. Vanhainkotien asukkaiden ravitsemustila. *Tutkimuksia* 6. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, Helsinki.
- Mäenpää, T., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2002. Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä tutkittaessa ala-asteen kouluterveydenhuollon perhekeskeisyyttä ja perheiden tiedollista tukea. *Hoitotiede* 14 (3), 100 – 107.
- Mäkelä, H., Mattila, M. & Piensoho, M. 2005. Iäkkäiden potilaiden monilääkityksen vähentäminen. Teoksessa: Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Stakes, Helsinki, 166 – 174.

- Mäkinen, B. 2002. Iäkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa: omaisen, lääkärin ja sairaanhoitajan näkökulma. Turun yliopisto julkaisuja. Sarja C. Scripta lingua Fennica edita. No 183. Turku.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2006. Yhteisöllisyydessä on voimaa dementiatyössäkin. *Muisti* 19 (4), 16 – 17.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2007. Dementoituneen ihmisen kohtaamisen ja auttamisen perusteita. *Dementiauutiset* 2, 10 – 11.
- Newman, K. & Maylor, U. 2002. Empirical evidence for "the nurse satisfaction, quality of care and patient satisfaction chain". *International Journal of Health Care Quality Assurance* 15, 80 – 88.
- Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Helsinki, 215 – 221.
- Noro, A. 2005. Asiakasrakenne pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Teoksessa: Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. (toim.) *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI – järjestelmä vertailukehittämisessä*. Stakes, Helsinki, 48 – 63.
- Otala, L. & Ahonen, G. 2003. *Työhyvinvointi tuloksentekijänä*. WSOY, Helsinki.
- Parjanne, M.-L. 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja niihin varautuminen eri hallintoaloilla. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:18*.
- Parsons, S. K., Simmons, W. P., Penn, K. & Furlough, M. 2003. Determinants of satisfaction and turnover among nursing assistants: the results of a statewide survey. *Journal of Gerontological Nursing* 29 (3), 51 – 58.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva.
- Pekkarinen, L. 2008. The relationships between work stressors and organizational performance in the long-term care for elderly residents. Research report 171, STAKES.
- Pelttari, P. 1999. Ammattitaitovaatimukset vanhusten hoitotyössä. Teoksessa: Voutilainen, P., Saila, K. & Isola, A. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2000. Vanhusten hoitotyö*. Kirjayhtymä, Helsinki, 78 – 84.
- Perkka-Jortikka, K. 1998. *Reilu peli työelämässä*. Edita, Helsinki.
- Pikkarainen, A. 2006. Kodittomuus dementiakodissa. Ympäristö ja toiminta hyvinvoinnin edistäjinä dementiayksiköissä. *Dementiauutiset* 4, 6 – 9.
- Pirttilä, T. 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutuksen mahdollisuudet. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) *Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus*. Tammi, Helsinki, 11 – 21.
- Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2006. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) *Muistihäiriöt ja dementia*. Kustannus Oy Duodecim, Hämeenlinna, 126 – 145.

- Pirttilä, T., Heimonen, S. & Granö, S. 2007. Kuntoutuksella keskeinen rooli dementoivaa sairautta sairastavan hoidossa. *Gerontologia* 4, 320 – 328.
- Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylän yliopisto, terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998, Jyväskylän yliopistopaino ja ER-Paino Oy, Jyväskylä.
- Raivio, M. 2007. Pitfalls in the treatment of persons with dementia. Academic dissertation. University of Helsinki, Helsinki.
- Rintala, R. 2000. Laitoksissa asuvien vanhusten aliravitsemus. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos, Jyväskylä.
- Rondeau, K. V. & Wagar, T. H. 2006. Nurse and resident satisfaction in magnet long-term care organizations: do high involvement approaches matter? *Journal of Nursing Management* 14 (3), 244 – 250.
- Salanterä, S. 2006. Vaikeaa dementiaa sairastavan vanhuksen kivun arviointi. *Kipuviesti* 2, 39 – 40.
- Salin, S. & Åstedt-Kurki, P. 2005. Omaishoitajien kokemuksia vanhusten lyhytaikaisesta laitoshoidosta. *Gerontologia* 3, 130 – 142.
- Sim, J. 1998. Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *Journal of Advanced Nursing* 28 (2), 345 – 352.
- Sinervo, T. & Elovainio, M. 2002. Työntekijän työyhteisön hyvinvointi. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49, 189 – 195.*
- Sinkkonen, S. & Taskinen, H. 2005. Johtamisosaamisen vaatimukset terveydenhuollossa. Teoksessa: Vuori, J. (toim.) *Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus, WSOY, Helsinki, 78 – 104.*
- Soini, H., Juntunen, S., Routasalo, P., Sandelin, E., Savikko, N., Suominen, M., Suur-Uski, I., Virtaniemi, S. & Pitkälä, K. 2004. Pitkäaikaispotilaiden ravitsemustila 2003. Helsingin kaupungin terveyskeskus. Helsingin kaupungin tutkimuksia 1. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:32. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Julkaisu 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Spence Laschinger, H. & Leiter, M. 2006. The impact of nursing work environments on patient safety outcomes: The mediating role of burnout engagement. *Journal of Nursing Administration* 36 (5):259 – 267. May 2006.
- Stoll, L. & Fink, D. 1996. *Changing our schools. Linking school effectiveness and school improvement.* Buckingham: Open University Press.

Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, U. 2006. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Suomen dementiahoitoyhdistys, Helsinki. 7. painos.

Suomen Muistiasiantuntijat ry. www.muistiasiantuntijat.fi. Luettu 24.04.2008.

Sundqvist, S., Pakarinen, T., Jääskeläinen, A., Jyrä, K., Leivo, P., Rusanen, M., Hätingen, R., Vesikkala, A., Vettenranta, A. & Toivola, T. 2002. Kunnallisen henkilöjohtamisen käsikirja. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakes, Tutkimuksia 162.

Vaarama, M. 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49, 11 - 18.

Vanhala, S. & Kotila, O. 2006. Korkean tuloksellisuuden ja työhyvinvoinnin kytkennät henkilöstövoimavarojen johtamisen tutkimuksessa. Työelämän tutkimus 2, 69 – 82.

Vataja, K. 2008. Mekö innovatiivisia? Matkalla työyhteisöjen kehittämisosaamiseen. Premissi 1, 14 – 16.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva, 26 – 34.

Viitala, R. 2002. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. Acta Wasaensia. 109. Liiketaloustiede 40. Universitas Wasaensis, Vaasa.

Viramo, P. & Strandberg, T. 2002. Dementiapotilaan yleishoito. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus Oy Duodecim, Hämeenlinna, 481 – 487.

Viramo, P., Huusko, T., Joiniemi, M. & Sulkava, R. 2004. Dementiapotilaan lääkehoito – opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle. Suomen dementiahoitoyhdistys, Helsinki.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2006. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H.(toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus Oy Duodecim, Hämeenlinna, 23 – 39.

Voutilainen, P., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Hyvän laitoshoidon tunnusmerkit. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49, 115 – 121.

Voutilainen, P., Peiponen, A., Noro, A. & Kauppinen, S. 2006. Henkilöstömitoitusten määrittely ja kehittäminen hoitotyön johtajien haasteena ikääntyneiden palveluasumisessa ja pitkäaikaista laitoshoidoa tarjoavissa yksiköissä. Premissi 1, 33 – 38.

Åstedt-Kurki, P. & Nieminen, H. 1997. Fenomenologiset tutkimuksen peruskysymykset hoitotieteessä. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva, 157 – 159.

14.1.2008

Hyvät dementiaprojektiin osallistujat,

Uusi vuosi on vaihtunut ja uusin voimin mennään eteenpäin kohti uusia haasteita. Projektimmekin alkaa olla loppuillaan. Viimeisenä tehtävänä on pohtia projektin aikana kerättyjä kokemuksia ja oppimista, joita olette havainnointipäiväkirjoihin kirjanneet. Teidän yksikkönne osalta on sovittu, että tämä tapahtuu työyhteisössä ryhmäkeskusteluna.

Pyydän teiltä suostumusta ryhmähaastatteluun ja siihen, että saan käyttää pohdintojanne pro gradu -tutkielmassani. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata dementiaprojektiin osallistuneiden hoitajien kokemuksia projektin vaikutuksista omaan työhön ja työyhteisöön. Tutkielma on Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen hoitotieteen opintoihin kuuluva opinnäytetyö. Tutkimuksen ohjaajana toimii professori Eija Paavilainen.

Haastattelu nauhoitetaan. Käsittelen haastatteluaineiston itse. Aineisto hävitetään analysoinnin jälkeen. Tiedot ovat luottamuksellisia ja tuloksia raportoidaan siten, ettei yksittäisiä vastaajia voida tunnistaa. Raportissa ei myöskään mainita työyksiköitä eikä paikkakuntaa. Tietoja tullaan käyttämään oman tutkielmani lisäksi dementiaprojektimme loppuraportissa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Toivon lämpimästi, että osallistutte tutkimukseen.

Yhteistyöterveisin

Leena Qvick
GSM 045-676 1866
sp. leena.qvick@netikka.fi

SUOSTUMUS TUTKIMUSHAASTATTELUUN OSALLISTUMISESTA

Paikka ja päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

Taustatietoja Ikä _____ Koulutus _____

Työtehtävä _____

Alalla työskentelyaika _____

RYHMÄHAASTATTELUTEEMAT

1. Miten projekti on kehittänyt osaamistasi dementia työssä?
2. Miten oma vuorovaikutuksesi on kehittynyt työyhteisössäsi projektin aikana?
3. Miten oma toimintasi on edistänyt dementia työn laatua?
4. Miten olet kehittynyt omaisten kohtaamisessa?
5. Miten projekti edisti sinun työssä jaksamistasi?
6. Millaisia oivalluksia olet kokenut projektin aikana?
7. Mitä alueita haluat kehittää omassa työssäsi tulevaisuudessa?

Esimerkki tutkimusaineiston analyysiprosessista

Alkuperäinen lausuma	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<p>”...vahvistu, että kuinka paljon osaamista vaaditaan dementiatyössä, kuinka laaja-alaisesti täytyy asioita voida osata ja hallita”</p> <p>”dementiatyö laadun kannalta, et se korostuu siinä, että kuinka paljon hoitaja pystyis tavallaan kaltoinkohdella dementikkoa”</p>	<p>-vahvistunut käsitys dementiatyön vaativuudesta</p> <p>-dementoituvien hoitaminen vaatii korkeaa eettisyyttä</p>	Dementiatyön vaativuuden ymmärtäminen	Osaamisen perusta
<p>”dementiatyössä paras laatukriteeri on asiakkaan tyytyväisyys eliikkä se hymy, halaus tai joku pilke silmäkulmassa, ...merkki siitä, että sä oot onnistunu omassa työssä”</p>	<p>-asiakas on paras laatumittari</p> <p>-asukkaan hymy, halaus tai pilke silmäkulmassa on merkki onnistumisesta</p>	Palautteet	Osaamisen kehittäminen
<p>”sitä semmosta työntekijänäkin rauhoottumista tään asiakkaan rinnalle...”</p> <p>”antaa aikaa ja rauhas teköö”</p>	<p>-rauhottuminen asiakkaan rinnalle</p> <p>-työtä tehdään rauhallisesti ja asukkaalle annetaan aikaa</p>	Kiireettömyys	Mielekkäämmän arjen ja juhlan tarjoaminen dementoituville
<p>”oma hoidettava ...ei enää itte oikein saanu kontaktia nää omaiset, niin ne aina tuli sitten kyselemähän, tuli juteltua mitä kuuluu ja rohkaistua niitäkin, että kyl sen saa aina herätellä ja muuta, että kyllä hän tiedostaa, kun siellä käy...”</p> <p>”... oon kannustanu sitten ulkoolemahan ja muuten viettämähän</p>	<p>-rohkaissut omaisia ylläpitämään kontaktia läheiseensä</p> <p>-kannustanut omaisia toimimaan läheisensä kanssa</p>	Perheen rohkaiseminen	Perheen tukeminen

aikaa sen omaasen kans täälläpäin, ... ne ei aina huomaa, mitä vois vanhuksen kans teherä ja harrastaa, ...”			
”yhteiset pelisäännöt helpottaa meitä muita toimimaan ja sit se, kai se luo asukkaalle turvallisuutta...” ”me ollaan samoilla linjoilla kaikki ...”	-yhteiset pelisäännöt helpottavat työn tekoa ja luovat turvallisuutta asukkaalle -työyhteisöllä yhteinen linja	Yhteiset toimintalinjat	Työyhteisön toimivuudesta huolehtiminen
”se, että pysyy ajan hermolla täs” ”ettei jämähtäis tähän” ”vastaanottais uusia juttuja”	-ajan tasalla pysyminen - kehittymishalukkuus -avoin uusille haasteille	Halu kehittää dementoituvien hoitotyötä	Tulevaisuuteen suuntautuminen