

Heidi Kolehmainen & Susanna Porkkala

Kuntouttavan työotteen toimintamallin vahvistaminen hoitotyössä

Koulutustilaisuus hoitohenkilökunnalle

Opinnäytetyö

Syksy 2016

SeAMK Sosiaali- ja terveys

Fysioterapian Tutkinto-ohjelma

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Tutkinto-ohjelma: Fysioterapian tutkinto-ohjelma

Tekijä: Susanna Porkkala ja Heidi Kolehmainen

Työn nimi: Kuntouttavan työotteen toimintamallin vahvistaminen hoitotyössä: Koulutustilaisuus hoitohenkilökunnalle

Ohjaaja: Lehtori Marjut Koivisto ja lehtori Riitta Kiili

Vuosi: 2016

Sivumäärä: 29

Liitteiden lukumäärä: 3

Kuntouttava työote on hoitotyössä käytettävä toimintamalli, jonka avulla pyritään tukemaan ja ylläpitämään kuntoutujien parasta mahdollista toimintakykyä. Kuntoutujien omien voimavarojen mahdollisimman suuri hyödyntäminen, sekä avun tarpeen jatkuva arviointi, ovat kuntouttavan työotteen toimintamallin tärkeitä lähtökoh-
tia. Kuntouttava työote ei ole siirtomenetelmä tai minkään yksittäisen potilasryh-
män hoitomuoto, vaan laajempi kuntoutumista edistävä ajattelutapa. Käytännössä
toimintamalli tarkoittaa mahdollisimman itsenäisen toiminnan tukemista esimerkik-
si päivittäisissä toiminnoissa.

Opinnäytetyössä käsitellään kuntouttavaa työotetta, kinestetiikkaa sekä hoitotyön
ergonomiaa. Työssä selvitetään uusimpien tutkimusten avulla kuntouttavan työot-
teen ja kinestetiikan hyötyjä. Käsittelyssä ovat myös kinestetiikan sovellettavuus
kuntouttavaan työotteeseen sekä hoitotyön ergonomian haasteet.

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä hoitohenkilökunnan tietämys-
tä kuntouttavasta työotteesta. Työn tarkoituksena on myös vaikuttaa hoitajien
asenteisiin ja ajatustapoihin, sekä antaa heille uusia näkökulmia kuntoutujien
avustamiseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli järjestää hoitohenkilökunnalle kun-
touttavaa työotetta käsittelevä koulutustilaisuus.

Koulutustilaisuudet olivat onnistuneita ja niistä saatu palaute positiivista. Koulutus-
tilaisuuksien osallistujat kokivat hyötyneensä koulutuksista ja uskoivat soveltavan-
sa koulutuksissa läpikäytyjä asioita työssään. Käytännönharjoitteet koettiin käyttö-
kelpoisiksi jokapäiväiseen työelämään, ja koulutustilaisuus ajatuksia herättäväksi.

Avainsanat: kuntouttava työote, kinestetiikka, ergonomia

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Physiotherapy

Author/s: Susanna Porkkala and Heidi Kolehmainen

Title of thesis: Supporting the Procedure of Restorative Care in Nursing: An Educational Event for Nursing Staff

Supervisor(s): Lecturer Marjut Koivisto and lecturer Riitta Kiili

Year: 2016

Number of pages: 29

Number of appendices: 3

Restorative care is a procedure used in nursing which increases and maintains patients' best level of physical ability. Constant assessment of patients' need of assistance and utilizing patients' own abilities are the essential basis of restorative care. Restorative care is not a specific patient assessment technique or a way of nursing a specific group of patients, but a more extensive way of thinking. In practice, the procedure means supporting the best level of independence, for example in activities of daily living.

In our thesis we discuss restorative care, kinesthesia, and nurses' work ergonomics. We also report about the newest researches on the effects of restorative care and kinesthesia. The adaptation of kinesthesia to the procedure of restorative care and the challenges of nurses' work ergonomics are also discussed.

Our thesis is meant to increase the knowledge of restorative care of the nursing staff. The purpose of this thesis is also to influence nurses' attitudes and ways of thinking and provide them with new points of view regarding patient assessment. The goal of our thesis was to organize an educational event about restorative care for the nursing staff.

The educational events were successful and the feedback received was positive. The participants felt that they had benefitted from the events and believed that they will adapt the introduced methods in their working life. The participants experienced that the practical exercises were useful and the educational events were thought-provoking.

Keywords: restorative care, kinaesthetic, ergonomics

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	1
Thesis abstract.....	2
Johdanto	4
1 Kuntouttava työote	5
1.1 Kuntouttavan työotteen toimintamalli.....	5
1.2 Hoitajan rooli kuntouttavan työotteen toteutumisessa	6
1.3 Kuntouttavan työotteen hyödyt.....	7
2 Kinestetiikka apuvälineenä kuntouttavan työotteen toteutumisessa.....	10
3 Kuntouttava työote edistämässä hoitotyön ergonomiaa	12
4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	14
5 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus	15
5.1 Opinnäytetyön aiheen valinta	15
5.2 Koulutustilaisuuden valmistelu	16
5.3 Koulutustilaisuuden toteutus	16
5.4 Koulutustilaisuuden arviointi.....	18
Pohdinta	20
LÄHTEET	24
LIITTEET.....	29

Johdanto

Suomen väestö ikääntyy ennusteiden mukaan tasaisesti vuoteen 2060 asti. Lasten ja työikäisten osuus Suomen väestöstä laskee, kun taas yli 65-vuotiaiden osuus kasvaa. (Tilastokeskus 2016.) Kansalaisten ikääntyminen ja sen myötä esiintyvät sairaudet sekä toimintakyvyn heikkeneminen näkyvät myös Suomen terveydenhuollon potilasmäärissä. Joka kuudes yli 65- vuotiaista hakeutuu päivystykseen vuosittain, ja joka viides suomen terveydenhuollon päivystyspotilaista on yli 75- vuotias. (Jämsen ym. 2015, 977.)

Tutkimukset ovat osoittaneet kävelykykyistenkin sairaalapotilaiden viettävän keskimäärin jopa 17- 20 tuntia vuorokaudesta vuoteessa maaten (Brown ym. 2009, 1663.; Pedersen ym. 2013, 334-335). Pitkäaikaisen sairaalahoidon aiheuttamaa toimintakyvyn heikkenemistä onkin havaittu joka kolmannella yli 70- vuotiaalla (Covinsky ym. 2003, 453-455 ; Brown, Friedkin & Inouye 2004, 1266-1268). Kuntouttavaa työtettä toteuttamalla on muun muassa Heinolan terveystieteiden tutkimuskeskuksessa saatu vuosien 2008- 2013 aikana positiivisia vaikutuksia kuntoutujien hoitoaikoihin. Heinolan esimerkissä panostettiin alusta asti kuntoutujien aktivoimiseen sekä heidän omien voimavarojensa hyödyntämiseen. Näiden toimenpiteiden seurauksena hoitoajat lyhenivät ja pitkäaikaisten vuodepotilaiden määrä väheni merkittävästi. (Timonen, West & Riusala 2014, 1163-1164.)

Tutkimustuloksien ja kokemusten perusteella kuntouttava työote toimisi mielestämme hyvänä perustason hoitotyötä tukevana menetelmänä. Kuntouttavan työotteen toimintamallin avulla voitaisiin saada positiivisia vaikutuksia kustannustehokkuuteen, hoitotyöntekijöiden paremman työssäjaksamisen sekä kuntoutujien lyhempien hoitajaksojen avulla. Opinnäytetyömme tarkoituksena on lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta kuntouttavasta työotteesta. Opinnäytetyön tarkoituksen toteutumiseksi tavoitteenamme on järjestää kuntouttavaa työtettä käsittelevä koulutus-tilaisuus.

1 Kuntouttava työote

Kuntouttava työote on laaja käsite, joka ymmärretään yleisesti toimintakyvyn tukemisena hoitotyössä (Lehtoranta, Luoma & Muurinen 2007, 41-42). Se on tavoitteellista toimintaa kuntoutumisen edistämiseksi ja haasteena kaikille kuntoutujien kanssa työskenteleville. Kuntouttavan työotteen ajatuksena on käyttää kuntoutujan omia voimavaroja mahdollisimman paljon ja avustaa vain tarvittaessa. (Lotvonen 2002, 24.) Toimintatapa auttaa ylläpitämään korkeinta mahdollista fyysistä toimintakykyä sekä lisää itsenäistä selviytymistä päivittäisistä toiminnoista (Galik, Resnick & Pretzer-Aboff 2009, 48).

Kuntouttavan työotteen tavoitteet saavutetaan ottamalla huomioon kuntoutujan omat fyysiset voimavarat, elämäntapa, ajatukset ja tunteet. Tavoitteena on myös pyrkiä parantamaan kuntoutujan omakuvaa, itsetuntoa ja käsitystä omasta minäpystyvyydestä. (Resnick, Fleishell 2002, 93.) Kuntouttavan työotteen toteuttaminen ei keskity minkään yksittäisen sairauden tai vamman hoitamiseen vaan kuntoutujan kokeman terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen (Routasalo, Arve & Lauri 2004, 212). Käytännössä kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan mahdollisimman itsenäisen suoriutumisen tukemista esimerkiksi päivittäisissä toiminnoista, kuten pukeutumisessa, siistiytymisessä ja siirtymisissä (Lehtoranta, Luoma & Muurinen 2007, 42).

1.1 Kuntouttavan työotteen toimintamalli

Resnickin ja Fleishellin (2002, 93-95) mallin mukaan ensimmäinen askel kohti kuntouttavaa työotetta on ajatusmallin asenteen ja ajattelutavan omaksuminen. Työntekijöiden kesken tulisi löytyä yhteinen tavoite ja ymmärrys siitä, mikä on tärkeää arkipäivän hoitotyössä kuntoutumisen kannalta. Töitä ei tulisi suorittaa ilman ajatusta siitä, mitä tekee ja miksi. Toinen askel kohti kuntouttavaa työotetta on kuntoutujan voimavarojen arviointi ja kuntoutujalle sopivan aktivointitason määrittäminen. Kolmantena askeleena on kuntoutujan motivointi fyysiseen aktiivisuuteen sekä saavuttamaan asetettuja tavoitteita. Tavoitteet voivat olla lyhyen tai pitkän aikavälin tavoitteita. Niiden tulee olla konkreettisia ja selkeitä sekä kuntoutujan itse

määrittelemiä. Neljännessä askeleessa kannustetaan kuntoutujaa aktivoitumaan, vahvistetaan uskallusta ja palkitaan teoin tai sanoin kuntoutujan suoriutumista tavoitteita kohti. Viidennessä ja viimeisessä askeleessa tärkeänä nähdään dokumentointi asetetuista tavoitteista, kuntoutumisen edistymisen arviointi sekä kuntouttavan työotteen tuloksien havainnollistaminen. (Resnick, Fleishell 2002, 93-95.)

1.2 Hoitajan rooli kuntouttavan työotteen toteutumisessa

Hoitajan rooli toimintakykyä edistävän, myönteisen ilmapiiriin toteutumisessa on suuri. Tavoitteiden asettaminen yhdessä kaikkien osapuolien kanssa on tärkeää, sillä se vaikuttaa kaikkien motivaatioon kuntouttavan työotteen toteuttamiseen. Kuntouttavan työotteen toteutumista mitataan arvioimalla jatkuvasti kuntoutujan voimavarojen muutoksia ja kasvua. (Lehtoranta, Luoma & Muurinen 2007, 42.)

Routasalon ym. (2003, 29) toimintatutkimuksessa todettiin iäkkään kuntoutujan kuntoutusprosessin vaativan hoitajalta monipuolista osaamista, moniammatillista yhteistyötä, johdonmukaista toimintaa sekä oman työn arviointia ja kehittämistä. Kuntoutumista edistävää hoitotyötä toteuttaakseen hoitajilta vaaditaan työssään lisäksi luovuutta ja kokemusta (Routasalo 2002, 255). Hoitajien asenteet potilaan kuntoutumispotentiaalia kohtaan, sekä potilaan psyykkiset ja fyysiset ominaisuudet, vaikuttavat siihen kenen kanssa hoitajat toteuttavat kuntouttavaa työotetta (Vähäkangas, Noro & Björkgren 2006, 33-34).

Toimintatapojen ja asenteiden muuttaminen ei ole helppo prosessi. Pitkäaikainen muutos kuntoutumista edistäviin asenteisiin ja toimintatapoihin on kuitenkin mahdollista tehdä. Hoitajille tehdyssä, kuntoutumista edistävässä toimintatutkimuksessa selvitettiin oliko toimintamalli vakiintunut 12 kuukauden aikana. Toimintatutkimuksessa käytettiin hoitohenkilökunnan asenteiden muuttamiseksi interventiokeskusteluja. Keskusteluissa käytiin läpi kuntouttavan työotteen kolme lähtökohtaa, joita olivat tavoitteellisuus, moniammatillisuus sekä potilaan kokema terveyslähtöisyys. Tutkimus osoitti, että hoitohenkilökunnalle oli jäänyt käytäntöön pysyvä muutos kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. Koulutus, uusien työntekijöiden pereh-

dytys ja työpaikan johdon tuki ovat edellytyksiä kuntouttavan työotteen ilmapirin säilymiselle. (Turja, Routasalo & Arve 2006, 5-8.)

1.3 Kuntouttavan työotteen hyödyt

Kuntouttavan työotteen vaikutuksia on tutkittu niin maailmanlaajuisesti kuin Suomessaakin. Tutkimuksia on tehty sovellettuna sekä sairaalaympäristöön, kotihoitoon että pitkäaikaishoitolaitoksiin. Tutkimuksissa on selvitetty kuntouttavan työotteen vaikutuksia kuntoutujiin, hoitohenkilökuntaan sekä hoidon tehokkuuteen.

Lewin ym. (2013, 69-76) tutkimuksen mukaan kuntouttava työotteen mukaisesti toteutettu kotihoito on tavallista kotihoitoa tehokkaampaa. Tutkimuksessa verrattiin kuntouttavaa työotetta noudattavan kotihoidon ja tavallisen kotihoidon vaikutuksia yli 65- vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden toimintakykyyn. Kuntouttavaa työotetta noudattavaa kotihoitoa saaneiden asiakkaiden avun tarve väheni merkittävästi vertailuryhmään verrattuna 12 kuukauden aikana. King ym. (2012, 365-369) osoitti myös vertailututkimuksessaan yli 6 kuukautta kestävän, kotihoidossa toteutetun kuntouttavan työotteen vähentävän iäkkäiden asiakkaiden avuntarvetta merkittävästi.

Bonannin ym. (2009, 41) tutkimuksessa selvitettiin kuntouttavan työotteen vaikutuksia pitkäaikaishoitolaitoksen asukkaiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Tutkimuksessa havaittiin 6 kuukautta kestäneen, kuntouttavan työotteen toteuttamisen, parantaneen merkittävästi asukkaiden päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, kävely- ja liikkumiskykyä sekä ulosteen pidätyskykyä. Morgan Parsons ym. (2013, 1017) vertailututkimuksessa havaittiin myös pitkäaikaishoitolaitoksissa toteutettavan kuntouttavan työotteen parantavan asukkaiden fyysistä toimintakykyä viiden kuukauden intervention aikana. Resnickin ym. (2009b, 1161) tutkimuksessa puolestaan osoitettiin neljän kuukauden mittaisen kuntouttavan työotteen toteuttamisen parantavan pitkäaikaishoitolaitoksen asukkaiden tasapainoa ja liikkuvuutta.

Turjan, Routasalon ja Arveen (2006, 7) tekemässä toimintatutkimuksessa kehitettiin kuntouttavan työotteen toteutumista iäkkäiden, erikoissairaanhoidon osaston

potilaiden hoidossa. Toimintatutkimuksen tavoitteena oli selvittää osaston hoitajien arvioita kuntouttavan työotteen toteutumisesta omassa työssään sekä toimintamallin vakiintumisesta. Tutkimuksessa havaittiin kuntouttavan työotteen mukaisen hoitotyön parantavan potilaiden toimintakykyä, ja vähentävän yksittäisen potilaan avustamiseen käytettyä aikaa. Hoitajat kokivatkin kuntouttavan työotteen toimintamallin suurimpana hyötynä kuntoutujien toimintakyvyn parantumisen ja oman ajankäyttönsä tehostumisen.

Resnickin ym. (2009a, 181) tutkimuksessa selvitettiin kuntouttavan työotteen toimintamallin käyttöönoton vaikutuksia hoitokodin hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyteen. 12 kuukauden mittainen kuntouttavan työotteen koulutusjakso paransi hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyttä merkittävästi. Walker ja Harrington (2013, 76) havaitsivat myös hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyttä selvittäneessä tutkimuksessaan kuntouttavan työotteen toteuttamisen parantaneen hoitokodin hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyttä kahden kuukauden opetusintervention aikana. Kotihoidossa työskentelevien hoitajien kokeman työssä jaksamisen on myös havaittu lisääntyneen kuntouttavan työotteen koulutusten, ja toimintamallin käyttöönoton myötä (Lotvonen 2002, 25-26).

Suomessa tehdyssä terveydenhuoltotutkimuksessa saatiin tehostettua vuodeosastojen potilasvaihtuvuutta muuttamalla toimintaa kuntouttavan työotteen toimintamallin mukaiseksi. Toimintamallin käyttöönoton myötä vuodeosastojen keskimääräinen hoitoajan lyheni 31 vuorokaudesta 13 vuorokauteen ja potilasjonot loppuivat lähes kokonaan. (Lupsakko ym. 2008, 765-766.) Tinetti ym. (2012, 1521-1524) mukaan kuntouttavan työotteen mukaisesti toteutettavalla kotihoidolla pystytään puolestaan vähentämään asiakkaiden sairaalahoidon tarvetta. Tutkimuksessa verrattiin sairaalahoidon jälkeisen, kuntouttavan työotteen mukaisen kotihoidon, ja perinteisen kotihoidon vaikutuksia uusiin akuutteihin sairaalakäynteihin. Kuntouttavaa työtettä noudattavaa kotihoitoa saavien asiakkaiden oli 32 prosenttia epätoiminnaisempaa joutua takaisin sairaalahoitoon kuin tavallista kotihoitoa saavien asiakkaiden. Lewin ym. (2014, 331-335) tutkimuksessa havaittiin myös kuntouttavaa työtettä noudattavan kotihoidon vähentävän asiakkaiden sairaalahoidon tarvetta 31 prosentilla kahden vuoden seurantajakson aikana. Tutkimuksessa todettiin kuntouttavaa työtettä toteuttavan kotihoidon olevan kuntoutujien paremman

toimintakyvyn ja vähentyneiden sairaalakäyntien vuoksi myös perinteistä kotihoitoa kustannustehokkaampaa. Kahden vuoden intervention aikana kotihoidon keskimääräiset maksut kuntouttavaa työtettä saavien kotihoidon asiakkaiden keskuudessa olivat 30 prosenttia pienemmät kuin tavallista kotihoitoa saavien.

Kuntien järjestämän erikoissairaanhoidon, vanhus ja vammaispalveluiden sekä perusterveydenhuollon yhteiskustannukset vuonna 2013 olivat n. 15,8 miljardia euroa, mikä vastasi noin 8 prosenttia Suomen bruttokansantuotteesta (Suomen Sosiaali- ja terveysministeriö, [viitattu 31.8.2016]). Suomen suurimpien kaupunkien vuoden 2015 terveydenhuollon kustannusten vertailusta käy ilmi, että 65 ikävuodesta lähtien yksittäisen henkilön keskimääräiset terveydenhuollon vuosikustannukset alkavat nousta merkittävästi. 50–65 vuotiaan keskimääräinen 1733 euron vuosikustannus on 85 ikävuoteen mennessä noussut jo 11 458 euroon. (Mikkola, Nemlander & Tyni 2016,12.) Väestön vanhenemisen aiheuttamat muutokset tulevat jatkossa varmasti tuomaan lisähaasteita terveydenhuollolle, iäkkäiden potilaiden määrän lisääntyessä ja kustannusten noustessa. Suurten, valtakunnallisten muutosten lisäksi olisi varmasti myös ajankohtaista pohtia uusia toimintamalleja perustason hoitotyöhön. Tutkimustiedon perusteella kuntouttava työote voisikin tehostaa hoitotyötä ja osaltaan ratkaista terveydenhuollon tulevia haasteita.

2 Kinestetiikka apuvälineenä kuntouttavan työotteen toteutumisessa

Kinestetiikka on Amerikkalaisten käyttäytymistieteilijöiden Dr. Lenny Maiettan ja Dr. Frank Hatchin sekä sveitsiläisten ja saksalaisten hoitotieteilijöiden kehittämä ihmisen voimavarat huomioon ottava toimintamalli. Kinestetiikka perustuu ihmisen luonnollisten liikemallien ja aistitoimintojen ymmärtämiseen, koskettamiseen sekä ihmisen kunnioittavaan kohtaamiseen (Suomen kinestetiikkayhdistys ry [Viitattu 3.1.2016].) Kinestetiikka- termi muodostuu liikettä ja aistimusta tarkoittavista sanoista kinesis ja aesthetic. Kinestetiikan perusajatusten mukaan ihminen on elävä, liikkuva, tunteva ja oppiva olento, jota tulisi avustaa nämä lähtökohdat huomioon ottaen. Ihminen ei terveydenhuollon asiakkaaksi tullessaan muutu elottomaksi, paikasta toiseen passiivisesti siirreltäväksi materiaaliksi, vaan hänen liikkumistaan ja toimintojaan tuetaan ja avustetaan. (Hantikainen & Lappalainen 2015, 6-8.)

Kinestetiikkaan sisältyy kuusi käsitettä, joiden mielletään olevan yhtäaikaisesti mukana kaikissa ihmisen toiminnoissa ja liikkumisessa. Käsitteitä ovat vuorovaikutus, ympäristö, ihmisen toiminnot, voima, ihmisen liikkuminen sekä toiminnallinen anatomia. (Hantikainen & Lappalainen 2015, 9.) Kinestetiikan päätavoitteita ovat ihmisen perustoimintojen tukeminen, luonnolliseen liikkumiseen liittyvien tietojen ja taitojen lisääminen terveydenhuollon ammattilaisten sekä kuntoutujien keskuudessa. Hoitotyön aiheuttaman fyysisen ja psyykkisen kuormituksen vähentäminen, sekä työn mielekkyyden lisääminen, ovat myös osana kinestetiikan päätavoitteita (Suomen kinestetiikkayhdistys ry [Viitattu 3.1.2016].)

Kinestetiikan ajatusmalli ihmisen toimintojen ja liikkumisen yhteyksien ymmärtämisestä tukee hyvin kuntouttavan työotteen tavoitetta kuntoutujan mahdollisimman korkean aktiivisuuden ja omatoimisuudentason saavuttamisesta (Hantikainen 2007, 27). Kinestetiikan toimintamallista hyötyvät sekä hoitaja että kuntoutuja. Hoitajilla toimintamallin on todettu vähentävän fyysistä kuormitusta potilaita avustettaessa sekä parantavan kehontuntemusta. Kuntoutujien kohdalla kinesteettinen toimintamalli auttaa ylläpitämään tai parantamaan toimintakykyä ja koettua kipua, sekä lyhentämään hoitoaikaa. (Fringer, Huth & Hantikainen 2014, 757-758.) Hoitokodin hoitohenkilökunnalle tehdyssä tutkimuksessa (Finger, Hunt & Hantikainen,

2015, 893-899) tutkittiin kuinka kinestetiikkakoulutus vaikuttaa asukkaisiin sekä hoitajiin. Positiivisia vaikutuksia saatiin erityisesti hoitohenkilökunnan itsereflektointiin sekä sosiaaliseen herkkyyteen. Aikaansaadut positiiviset vaikutukset muuttivat hoitajien liikemalleja fyysisesti vähemmän kuormittaviksi, sekä potilaiden kohtaamisen empaattisemmaksi. Oman työyhteisön työntekijöiden välinen kanssakäyminen ja vuorovaikutus paranivat myös merkittävästi.

Tammisen (2005, 68) tekemän vertailututkimuksen mukaan kinesteettistä mallia hyödyntämällä hoitajien mitattu, sekä koettu, selän ja hartiaseudun kuormitus laskevat huomattavasti siirtotilanteissa perinteisiin siirtomenetelmiin verrattuna. Kuntoutujat kokivat kinesteettisin menetelmin toteutetut siirtotilanteet turvallisempina, miellyttävämpinä ja hallittavampina kuin perinteisin menetelmin toteutetut siirtotilanteet. Kinesteettisten menetelmien toteuttaminen siirtotilanteissa lisäsi myös potilaiden mitattua reisilihasten aktiiviteettia siirryttäessä sängystä pyörätuoliin ja takaisin. (Tamminen 2005, 81-82.) Tutkimustulosten perusteella voidaankin ajatella kinestetiikan menetelmien käytön tukevan hyvin kuntouttavan työotteen ajatusmallia kuntoutujien aktivoimisesta ja osallistuttamisesta.

3 Kuntouttava työote edistämässä hoitotyön ergonomiaa

Ergonominen avustaminen siirtymisessä ja liikkumisessa on laaja käsite, joka tarkoittaa vuorovaikutusta avustajan ja avustettavan, apuvälineiden ja ympäristön mahdollisuuksien kesken. Jokainen potilaan avustustilanne, ja riskit arvioidaan erikseen, ja määritellään avustettavan toimintakyvyn mukaan. Ergonominen työskentelytapa työpaikalla on monitasoista toimintaa eri työntekijöiden välillä, ja tarvitsee toteutuakseen myös valveutuneet esimiehet. (Fagerström 2013, 67, 132.)

Suomessa hoitoalan työntekijöiden suurimpia sairauspoissaolojen aiheuttajia ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet (Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström 2011, 7). Hoitajien tuki- ja liikuntaelinsairauksien riskitekijöitä selvittäneessä tutkimuksessa mainittiin yhtenä tekijänä huonosti suunniteltu työympäristö, sekä ahtaat tilat, joiden vuoksi hoitajat joutuivat työskentelemään epäergonomisissa työasunnoissa. Toisena riskitekijänä olivat organisaation työolosuhteet, kuten riittävä henkilökunta, työn tauottaminen, työn kuormitus ja koulutuksen taso. Kolmantena riskitekijänä olivat hoitotilanteet, joihin vaikuttavat potilaan ja hoitajan fyysiset ominaisuudet. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että suurin yksittäinen tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttaja hoitajilla on potilaiden nostaminen ja siirtymisissä avustaminen. (Rogers, Buckheit & Ostendorf 2013, 436-438.) Hoitoalan työntekijöiden alaselkäongelmia selvittäneen kirjallisuuskatsauksen mukaan hoitajien riski työperäisiin alaselkäongelmiin on suuri. Siirtotilanteissa sängystä tuoliin siirtäminen oli isoin riskitekijä hoitajan alaselkävammalle. Alaselkäongelmat olivat usein pysyviä ja toimintakykyä rajoittavia. (Schlossmacher & Concalves Amaral, 2012, 5737-5738)

Tuki- ja liikuntaelin ongelmia voidaan ennaltaehkäistä viiden vaiheen arviointimenetelmällä. Ensimmäisessä vaiheessa arvioidaan millaisia riskejä, ja uhkia esimerkiksi avustamistilanteissa voi muodostua. Toisessa vaiheessa mietitään kenelle mietitty uhka tai riski on mahdollinen tapahtua. Kolmannessa vaiheessa varmistetaan ennaltaehkäisy toteuttamalla hoitotyötä aina yhteisten toimintamallien, ja suunnitelmien mukaan. Kaikkien tapahtuneiden ja läheltä piti tilanteiden kirjaaminen, ja henkilökunnan tiedottaminen, kuuluu neljänteen vaiheeseen. Viimeisessä, eli viidennessä vaiheessa, tarvitaan jatkuvasti muuttuvan ympäristön ja potilaiden

vuoksi päivitystä ja muuntautumista uusien, vaihtuvien vaatimusten mukaan. (Warren. 2016, 52.)

Yhdysvalloissa (Choi & Brings, 2016, 441,447) tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa havaittiin erityisesti potilaiden jatkuvasti suurentuvan painoindeksin kuormittavan hoitohenkilökuntaa siirtotilanteissa. Oikeanlaisilla siirtotekniikoilla, ja apuvälineillä, voitiin vähentää riskiä sairastua työperäisiin tuki- ja liikuntaelin sairauksiin. Hoitohenkilökunnan ergonomia- ja siirtotekniikkakoulutuksilla todettiin olevan parempi vaikutus hoitohenkilökunnan tuki- ja liikuntaelin ongelmiin, kuin nostolaitteiden hyödyntämisellä.

Kuntouttavassa työotteessa hyödynnetään potilaan omaa toimintakykyä ja voimavaroja mahdollisimman paljon. Ajatusmalli tukee myös ergonomisesti oikein toteutettua siirtämistä ja avustamista. Hoitajan hyvä siirtotaito, joka ottaa huomioon potilaan luonnollisen tavan toimia ja liikkua, parantaa hoidon laatua, ja hoitajan työturvallisuutta. (Tamminen-Peter, Moilanen & Fagerström 2011, 16-17.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyömme tarkoituksena on hoitohenkilökunnan tietämyksen lisääminen kuntouttavasta työotteesta. Tiedon lisäämisen tavoitteena on työhyvinvoinnin edistäminen, työn koetun kuormittavuuden vähentyminen sekä potilaiden voimavara-lähtöisen hoidon, kuntoutujien aktivoimisen ja kuntoutumisen tukeminen.

Opinnäytetyömme tavoitteena on järjestää kuntouttavaa työtettä tukeva koulutus-tilaisuus hoitohenkilökunnalle.

5 Toiminnallisen opinnäytetyön toteutus

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotoksena on konkreettinen tuote kuten opas tai tapahtuma. Tuotteen tulisi olla toimeksiantajan tilaama. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on luoda kokonaisuus, jonka päämäärä on tunnistettavissa. Opinnäytetyön toimintatavan ja tuotoksen valinnassa täytyy pohtia tarkasti kohderyhmän tarpeita. Tutkimuksellinen selvitys on tarpeen vain silloin jos opinnäytetyö toteutetaan kohderyhmälähtöisesti eikä sen tarpeita vielä tunneta. (Vilka & Airaksinen. 2003. 16, 56-57.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportointi tarkoittaa tekstiä, josta käy ilmi mitä opinnäytetyössä on tehty ja miksi, sekä miten työ on edennyt ja toteutunut. Raportissa tulee olla teoreettinen tietoperusta, jonka avulla perustellaan tuotokseen valitut väitteet, valinnat ja ratkaisut. Teoreettisen osuuden tulee perustua tutkittuun tietoon, josta on asianmukaiset lähdemerkinnät. (Vilka & Airaksinen. 2003. 65-66.)

5.1 Opinnäytetyön aiheen valinta

Opinnäytetyömme aihe valikoitui tilaajalta tulleesta aihe-ehdotuksesta, jonka opettajamme välitti vuosikurssillemme. Kiinnostuimme aiheesta ja aloitimme yhteistyön tilaajatahon kanssa. Opinnäytetyömme kohdeosasto valikoitui heidän toimestaan.

Kuntouttava työote aiheena kiinnosti meitä, koska pystyimme soveltamaan aiheeseen kinestetikkaa, jota olimme aiemmin harkinneet opinnäytetyön aiheeksi. Opinnäytetyöprosessin alusta asti oli meillä molemmilla ollut toiveissa tehdä toiminnallinen opinnäytetyö. Kuntouttavan työote sopikin hyvin toiminnallisen opinnäytetyön aiheeksi. Työelämäyhteys ja tarpeeseen tuleva opinnäytetyö olivat myös meille molemmille tärkeitä lähtökohtia opinnäytetyön aihetta valitessamme, ja koimmekin tämän aiheen sopivan hyvin niihinkin kriteereihin.

5.2 Koulutustilaisuuden valmistelu

Opinnäytetyöprosessimme yhtenä osana kävimme perehtymässä osastolla hoitohenkilökunnan toimintaan ja kuntouttavan työotteen toteutumiseen havainnoiden osaston toimintaa. Toteutimme perehtymisen kahtena erillisenä kertana, jotta saimme mahdollisimman monipuolisen kuvan osaston nykyisestä tilasta. Perehtymiset toteutuivat aamulla ja aamupäivällä, jolloin erilaisia potilaiden avustus- ja siirtotilanteita oli mahdollisimman paljon. Perehtymiskerrat olivat n. 3 tunnin mittaisia. Perehdyskertojemme havainnointi oli suoraa havainnointia, sillä emme itse varsinaisesti osallistuneet hoitotilanteisiin, vaikka olimmekin tilanteissa läsnä (Kananen 2015, 137). Kohdeosaston hoitajille ei ollut etukäteen kerrottu, mitä tarkalleen olimme tulossa havainnoimaan. Menettelemällä näin halusimme estää hoitajien tietoisien toiminnan muuttamisen tilanteissa.

Havaintojemme kirjaamiseksi olimme suunnitelleet havainnointikaavakkeen (LIITE 1), johon saimme tehtyä helposti merkintöjä havaitsemistamme asioista ja niiden toistuvuuksista. Havainnointikaavakkeeseen olimme etukäteen määritelleet havainnoitavat asiat, joita olivat potilaan kohtaaminen, siirtymisissä avustaminen sekä ruokailutilanteet. Havainnointikaavakkeiden merkintöjen ja huomioiden pohjalta lähdimme miettimään koulutustilaisuuden sekä teoreettisen viitekehyksen sisältöä.

Osana opinnäytetyömme aihepiiriin syventymistä osallistuimme syksyllä 2015 kinestetiikan peruskurssille. Kouluttajana kurssilla toimi yksi Suomen Kinestetiikkayhdistyksen kouluttajista. Kurssilta saimme syvällisempää ymmärrystä kinestetiikan periaatteista, sekä sen sovellettavuudesta koulutustilaisuutemme käytännönsioon.

5.3 Koulutustilaisuuden toteutus

Koulutustilaisuutemme pidettiin kahtena erillisenä päivänä 7.9.2016 ja 14.9.2016. Kahden erillisen koulutustilaisuuden tarkoituksena oli mahdollistaa mahdollisimman monen hoitohenkilökunnan jäsenen osallistuminen tilaisuuteen. Sisältö molemmissa koulutustilaisuuksissa oli sama. Koulutustilaisuuksien kesto oli kaksi tuntia, josta noin 20 minuuttia oli aiheeseen liittyvän teorian tiedon läpikäyntiä, noin 1,5

käytännön harjoittelua ja 10 minuuttia loppupalautteen läpikäyntiä. Osallistujia koulutustilaisuuksissa oli yhteensä 11 henkilöä.

Koulutustilaisuus aloitettiin teoriaosuudella, jonka aluksi pyysimme osallistujia pohtimaan kuntouttavan työotteen määritelmää ja sen toteutumista tällä hetkellä heidän työssään. Pohdinnan jälkeen keskustelimme esille nousseista ajatuksista yhdessä. Tämän jälkeen kävimme läpi kuntouttavan työotteen virallisen määritelmän ja siitä tehtyjen tutkimusten tuloksia. Tutkimustuloksilla pyrimme vaikuttamaan positiivisesti koulutukseen osallistujien asenteisiin kuntouttavaa työotetta kohtaan.

Koulutustilaisuuksien sisällön (LIITE 2) rakensimme tutkitun teorian tiedon, havainnointikerroilla nousseiden asioiden sekä kinestetiikan peruskurssilta saamiemme tietojen pohjalta. Kinestetiikan soveltaminen opinnäytetyöhömme oli luonnollinen valinta, sillä hoitohenkilökunnalla on jatkuva mahdollisuus osallistua kinestetiikkakoulutuksiin ja kinestetiikan ajatusmallia pyritään vahvistamaan sairaalassa. Tutkittu tieto aiheesta tuki myös ajatuksiamme kinestetiikan käyttökelpoisuudesta kuntouttavan työotteen tukemisessa.

Tarkoituksena oli pitää koulutustilaisuus käytännönläheisenä ja harjoitella konkreettisia, osastolla päivittäin vastaan tulevia, tilanteita. Käytännön harjoitteissa kävimme läpi muun muassa aamutoimien aikana ilmeneviä pesu- ja siirtotilanteita, ruokailutilanteita sekä yleisen kuntoutujien aktivoimisen erilaisissa tilanteissa. Kokeilimme aina ensin osallistujien kanssa perinteisesti käytetyn menetelmän, kuten esimerkiksi kainaloista ja housunreunasta nostamisen. Tämän jälkeen aloimme pohtimaan vaihtoehtoisia tapoja potilaan avustamiseen. Kuntouttavan työotteen ajatusmallia mukailen sekä kinestetiikkaa osin soveltaen esitimme ja kokeilimme avustustapoja, joilla potilasta aktivoidaan mahdollisimman paljon ja samalla kevennetään hoitajan fyysistä kuormitusta.

Yksi koulutustilaisuuksiemme suurimpia haasteita oli hoitohenkilökunnan motivointi kuntouttavan työotteen hyötyihin. Olimme löytäneet paljon tutkittua tietoa siitä, kuinka kuntouttavan työotteen toimintamalli on hyödyksi sekä hoitajille että kuntoutujille. Näiden tietojen avulla perustelimme koulutustilaisuudessa läpikäytäviä asioita, sekä pyrimme motivoimaan koulutustilaisuuteen osallistuneita. Motivoinnilla yritimme vaikuttaa osallistujien sisäiseen motivaatioon herättämällä uteliaisuutta

asiaamme kohtaa, löytämällä mielekkäitä ja tuttuja asiayhteyksiä sekä sopivan haastavia tehtäviä, jotka tukisivat hoitajien pystyvyyden tunnetta (Lonka 2014, 169). Kannustimme koulutustilaisuudessamme mukana olleita osallistumaan jatkossa sairaalassa järjestettäviin kinestetiikkakoulutuksiin, ja näin vahvistamaan kuntouttavan työotteen ajatusmallin vakiintumista osastolla. Teimme koulutuksen tueksi myös ajatuksia herättävän, ja koulutustilaisuuksissa läpikäytyjä asioita muistuttelevan julisteen, joka kiinnitettiin osaston kahvihuoneen seinälle.

Koulutustilaisuuksissa pyrimme tuomaan esille erityisesti kuntouttavan työotteen ajatusmallin kahta ensimmäistä askelta eli kuntouttavan työotteen asenteen ja ajattelun omaksumista sekä kuntoutujan voimavarojen arviointia. Koimme näiden askelten olevan tärkeimpiä kuntouttavan työotteen käytännön toteutumisen kannalta. Koulutustilaisuuden rajallisen ajan vuoksi oli mielestämme myös aiheellista painottaa toimintamallin tärkeimpiä lähtökohtia.

5.4 Koulutustilaisuuden arviointi

Ensimmäinen koulutustilaisuus järjestettiin 7.9. ja toinen 14.9.2016 sairaalan tiloissa. Ensimmäiseen tilaisuuteen osallistuvasta hoitohenkilökunnasta paikalle saapui, muun muassa poikkeuksellisen täyden osaston ja sairastapausten vuoksi, vain kaksi. Osallistuneilla hoitajalla oli lisäksi omia kiireellisiä menoja, joten emme voineet pitää kahden tunnin mittaista koulutusta, vaan tiivistimme koulutuksen reiluun tuntiin. Toisessa koulutustilaisuudessa osallistujia oli paikalla yhdeksän, ja pystyimme käyttämään koulutukseen suunnitellut kaksi tuntia.

Koulutustilaisuuksien osallistajat täyttivät nimettöminä palautelomakkeen (LIITE 3), josta saimme kirjallista palautetta koulutuksen sisällöstä ja sen sovellettavuudesta osallistujien jokapäiväiseen työhön. Palautekyselystä saadut vastaukset olivat hyvin positiivisia ja kannustavia. Lähes kaikki osallistajat kokivat hyötyneensä koulutuksesta, ja uskoivat hyödyntävänsä läpikäytyjä asioita jatkossa. Osallistajat kokivat koulutustilaisuuden sopivan pituiseksi ja riittävän käytännönläheiseksi. Kaikkien osallistujien mielestä perustelimme esitettävät asiamme uskottavasti. Koulutustilaisuudesta saadun palautteen perusteella olimme onnistuneet tilaisuuden valmistelussa hyvin.

Koulutustilaisuuksiin osallistujat olivat kommentoineet palautelomakkeiden kommenttiiosioihin seuraavasti:

”Ajatuksia herättävä koulutus! 😊”

”Hyviä käytännön vinkkejä.”

”Sai uusia näkökulmia.”

”Hyvä ja monipuolinen.”

”Positiivista, lisää näitä ohjauksia meille.”

Molemmat koulutustilaisuudet onnistuivat mielestämme hyvin, vaikka lähtökohdat tilaisuuksille olivat olosuhteista johtuen hyvin erilaiset. Koimme osallistujien saaneen uusia näkökulmia kuntouttavaan työotteeseen, ja onnistuimme mielestämme herättämään ajatuksia potilaan avustamisesta ja kohtaamisesta. Toivomme koulutustilaisuuksiemme muokanneen osaston hoitohenkilökunnan ajattelutapaa enemmän kuntouttavan työotteen suuntaan.

Pohdinta

Opinnäytetyömme tiedonkeruu oli monivaiheinen prosessi. Teoriatiedon ja uusimman tutkitun tiedon lisäksi meidän oli tarpeellista saada myös käytännön harjoitusta kinestetikasta, sekä kerätä tietoa osastosta, jolle koulutustilaisuutemme oli suunnattu. Havainnoinnin avulla saimme kerättyä totuudenmukaista tietoa kuntouttavan työotteen sen hetkisestä toteutumisesta, sekä toteutumisen haasteista, kohdeosastolla. Havainnointi kerroilta saatu tieto määritteli suurilta osin koulutustilaisuuden sisällön, sekä teoreettisen viitekehyksen rungon.

Osaston toimintaan perehtymisen ja havainnoinnin onnistumisen kannalta oli tärkeää, että hoitohenkilökunta ei tiennyt mitä olimme tarkalleen havainnoimassa. Saimme näin kerättyä mahdollisimman totuudenmukaista tietoa hoitajien toiminnasta. Koimme havainnoinnin tärkeäksi osaksi työtämme. Havainnoinnista esille nousseet haasteet ilmenivät perushoitotyössä jatkuvasti vastaantulevissa tilanteissa, eivätkä olleet niin haastavia kuin olimme olettaneet. Ilman perehtymiskerroilta saamaamme tietoa olisimmekin todennäköisesti valinneet koulutustilaisuuden käytännönsioon kohderyhmälle sopimattomia harjoitteita.

Kuntouttavan työotteen toimintamalli pyrkii vaikuttamaan lähinnä hoitohenkilökunnan ajattelutapaan. Mielestämme toimintamalli tarvitseekin tuekseen käytännön työhön sovellettavia liikemalleja, joita kinestetikasta on mahdollista soveltaa. Kuntouttavan työotteen, sekä kinestetikan toimintamallit pyrkivät kumpikin aktivoimaan kuntoutujaa, ja hyödyntämään tämän omia voimavaroja. Toimintamallit eivät ole toisiaan pois sulkevia, vaan tukevat hyvin saman tavoitteen toteutumista. Sairaalalla isona tavoitteena on myös kouluttaa koko henkilökuntaansa kinestetikkaan. Halusimmekin näistä syistä johtuen hyödyntää kinestetikkaa soveltavin osin opinnäytetyömme koulutustilaisuuden käytännönsiossa. Osallistumisemme kinestetikka koulutukseen syksyllä 2015 oli välttämätöntä, jotta pystyimme soveltamaan kinestetikkaa työssämme.

Kuntouttava työote ei ole tarkasti tai tieteellisesti määritelty, vaan hyvinkin subjektiivinen, ja laaja käsite. Käsitteen monialaisuus, ja määritelmän epämääräisyys, tuottivatkin aluksi vaikeuksia tiedonhakuun. Kuntouttava työote ei ole myöskään uusi käsite. Monet tutkimuksista olivatkin 1990-luvulta peräisin, ja pitkälti samojen

henkilöiden tekemiä. Halusimme kuitenkin, hoitoalan kehityksestä johtuen, käyttää työssämme vain uusinta tutkittua tietoa aiheesta. Tavoitteenamme oli löytää myös mahdollisimman paljon kansainvälisiä tutkimuksia, mahdollisimman monilta eri tutkijoilta. Opinnäytetyössämme hyödynnetyissä tutkimuksissa kuntouttavan työotteen periaatteet olivat samoja, mutta käsitteen subjektiivisuudesta johtuen toteutukset saattoivat vaihdella.

Kuntouttava työote on helposti ymmärrettävissä oleva, käytännönläheinen käsite, mutta aiheesta löytyy vain hyvin vähän kirjallisuutta. Tiedonhakuprosessin aikana havaitsimme kuntouttavan työotteen ja englanninkielisen vastineen restorative care-termin tarkoittavan toisinaan myös hieman erilaisia asioita. Tiedonhakua aloittaessa vaikutti siltä, että aiheesta löytyy paljonkin tutkimustietoa. Monet englannin kielisillä hakusanoilla löydetyt tutkimukset eivät kuitenkaan vastanneet kuntouttavan työotteen suomalaista määritelmää, tai viittasivat esimerkiksi hammaslääketieteeseen. Opinnäytetyömme aihe ei tiedonhaun kannalta ollut kaikista helpoin. Tietoa joutui todella etsimään, eikä työn teoria osuutta täytynyt oikeastaan tiivistää tiedon suppeudesta johtuen. Uskomme, että esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinaiheisen työn tiedonhaku olisi poikennut nykyisen opinnäytetyömme tiedonhausta. Tutkittua tietoa ja tarkkoja määritelmiä olisi todennäköisesti löytynyt enemmän, ja työhön käytettävää tietoa olisi joutunut tiivistämään.

Kuntouttava työote perustuu hoitohenkilökunnan asenteiden ja ajatusmallien muuttamiseen. Vanhojen toimintatapojen muuttaminen on aina haasteellista ja saa monesti aikaan vastareaktioita. Opinnäytetyömme koulutustilaisuuksien yksi suurimmista haasteista olikin saada tilaisuuksien osallistujat motivoitua, ja kiinnostumaan aiheesta. Valmistauduimme koulutustilaisuuksia suunnitellessamme hyvinkin voimakkaisiin vastareaktioihin, mutta yllätykseksemme vastaväitteitä esitettiin kuitenkin hyvin vähän. Pyrimme argumentoimaan asiamme perusteellisesti, ja tutkittuun tietoon viitaten. Uskommekin vastaväitteiden vähäisyyden johtuneen vakuuttavista perusteluista, sekä omasta innostuneesta asenteestamme.

Hoitotyötä tekevien asenteisiin ja ajattelutapoihin vaikuttaminen olisi varmasti helpompaa jo opiskeluvaiheessa, kuin työelämässä, jolloin toisenlaiset ajatustavat ovat ehtineet jo vakiintua. Kuntouttavan työotteen toimintamalli toteutuisi tulevaisuudessa varmasti huomattavasti helpommin ja tehokkaammin, jos toimintamalli

olisi sisäistetty jo ennen työelämään siirtymistä. Toivottavaa olisikin, että kuntouttavan työotteen toimintamallin sisäistäminen alkaisi jo opinnoista lähtien.

Kuntouttavan työotteen toteutumisen yksi ehdottomista edellytyksistä on esimiesten salliva, ja mahdollistava asenne toimintamallin harjoittamiseen. Esimiesten tulisi pyrkiä mahdollistamaan henkilökunnan kouluttautuminen, ja kannustaa heitä hyödyntämään opittuja asioita jokapäiväisessä hoitotyössään. Opinnäytetyömme toteutuksessa saimme huomata käytännössä, kuinka tärkeää kaikkien osapuolien sitoutuminen on kuntouttavan työotteen toimintamallin toteutumiseksi. Ensimmäisen koulutustilaisuuden osallistujien vähäisyydestä johtuen aloimme pohtimaan omaa toimintaamme koulutustilaisuuksien valmisteluissa. Olisimmeko voineet varmistaa kaikkien osapuolien sitoutuneisuuden vieläkin paremmin? Olisimmeko voineet jotenkin osallistuttaa esimiehiä tilaisuuksien suunnitteluvaiheeseen?

Työelämässä on ensiarvoisen tärkeää, että kaikki osapuolet ovat sitoutuneita ja valmiita tekemään töitä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Sairaalaympäristössä myös moniammatillisen yhteistyön tärkeys korostuu. Potilaiden mahdollisimman laadukkaan ja kattavan hoidon kannalta olisi tärkeää, että eri ammattiryhmät pystyisivät tekemään yhteistyötä ja kommunikoimaan keskenään. Opinnäytetyömme koulutustilaisuuksia valmistellessamme meidän täytyi miettiä tarkasti, kuinka esitämme asiamme. Osallistujien nykyisten toimintatapojen arvosteleminen olisi saanut aikaan vain vahvan vastareaktion. Pyrimmekin esittämään asiamme puolueettomasti, ja ketään syyllistämättä. Samanlainen, rakentava asioiden esille tuominen, on tärkeää myös työelämässä.

Teoreettisen tiedon selvittäminen antoi meille kattavan tietouden kuntouttavasta työotteesta. Saimme tulevaisuutta varten tärkeitä työvälineitä kuntoutujien kohtaamiseen ja kuntouttavan työotteen toimintamallin toteuttamiseen. Koemme pysyvämme tulevaisuudessa välittämään kuntouttavan työotteen toimintamallia eteenpäin omille työkentillemme. Opinnäytetyömme tiedonkeruun osana olleesta kinestetiikkakoulutuksesta saimme käytännön vinkkejä erilaisiin potilassiirtotilanteisiin, sekä uuden ajattelutavan oman työergonomian huomioimiseen.

Opinnäytetyöprosessin myötä ymmärrämme työskentelyn jaksottamisen suunnittelun tärkeyden paremmin. Opinnäytetyön eri vaiheiden suunnittelu etukäteen on

tärkeää sujuvan toteutuksen onnistumiseksi. Työtämme jaksottaessa olisimme voineet suunnitella enemmän työvaiheita keväälle, jolloin työn loppuvaiheessa ei olisi ollut enää niin paljon tehtävää. Huomasimme opinnäytetyöprosessin aikana myös, että työskentelytyyliimme olisi sopinut paremmin tiiviimpi toteutusaikataulu.

Opinnäytetyömme tarkoitus kuntouttavan työotteen tietouden lisäämisestä, ja tavoite koulutustilaisuuksien järjestämisestä, toteutuivat omien näkemystemme mukaan hyvin. Opinnäytetyömme vastasi mielestämme tilauksen antajan odotuksia ja oli kohdeosastolle hyödyllinen. Puolentoista vuoden opinnäytetyöprosessin aikana pohdimme moneen kertaan aiheemme haastavuutta. Kokonaisuudessaan onnistuimme opinnäytetyömme toteutuksessa, sen haasteellisuudesta huolimatta, mielestämme hyvin.

LÄHTEET

- Bonanni, D. R., Devers, G., Dezzi, K., Duerr, C., Durkin, M., Hernan, J. & Jouce, C. 2009. A dedicated approach to restorative nursing. *Journal of Gerontological nursing* 35 (1), 37-44. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 29.2.2016]. Saatavana Ebsco host- palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Brown, C., Friedkin, R. & Inouye, S. 2004. Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 30.8.2016]. Saatavana Ebsco host- palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Brown, C., Redden, D., Flood, K. & Allman, R. 2009. The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 30.8.2016]. Saatavana: https://www.researchgate.net/publication/26743345_The_Underrecognized_Epidemic_of_Low_Mobility_During_Hospitalization_of_Older_Adults
- Choi, S. & Brings K. 2016. Work-related musculoskeletal risks associated with nurses and nursing assistants handling overweight and obese patients: a literature review. *Work* 53, 439-448.
- Covinsky, K., Plamer, R., Fortinsky, R., Counsell, S., Stewart, A., Kresevic, D., Burant, C. & Landefeld, S. 2003. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 30.8.2016]. Saatavana: <https://www.researchgate.net/publication/7838440>
- Fagerström, V. 2013. Asukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä: monitaisoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 18.5.2016]. Saatavana: <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/88075/AnnalesC360Fagerstr%C3%B6m.pdf?sequence=1>
- Finger, A., Hunt, M. & Hantikainen, V. 2015. Nurses learning experiences with the kinaesthetics care concept training in a nursing home: a qualitative descriptive study. *Educational Gerontology* 41, 888-902.
- Fringer, A., Huth, M., Hantikainen, V. 2014. Nurses' experiences with the implementation of the kinaesthetics movement competence training into elderly nursing care: a qualitative focus group study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28, 757-766. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 18.5.2016]. Saatavana Ebsco host- palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Galik, E., Resnick, B. & Pretzer-Aboff, I. 2009. Knowing what makes them tick: motivating cognitively impaired older adults to participate in restorative care. In-

- ternational Journal of Nursing Practice 15, 48-55. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 1.3.2016]. Saatavana Ebsco host- palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Hantikainen, V. & Lappalainen, R. 2015. Kinestetikan oppimateriaali. Suomen kinestetikkayhdistys ry.
- Hantikainen, V. 2007. Kinestetikka tukee kuntouttavaa työtettä. Sairaanhoidaja 80 (11), 27-30.
- Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei: sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Suomen Lääkärilehti 14-15, 977-983.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas: Näin kirjoitat opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu
- King, A., Parsons, M., Robinson, E. & Jörgensen, D. 2012. Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 29.2.2016]. Saatavana Ebsco host-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Lehtoranta, H., Luoma, M-L. & Muurinen, S. 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke.[Verkkojulkaisu]. [Viitattu 3.1.2016]. Saatavana: www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R19-2007-VERKKO.pdf
- Lehtoranta, H., Luoma, M-L., Muurinen, S. (toim.) 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke: loppuraportti 2007. Helsinki: Stakes. [Verkkojulkaisu]. Saatavana: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R19-2007-VERKKO.pdf>
- Lewin, G., Allan, J., Patterson, C., Knuiman, Duncan, B. & Hendrie Delia. 2014. A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians randomised to receive a restorative or a conventional home-care service. Health and Social Care in the Community 22 (3), 328-336. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 1.3.2016]. Saatavana Ebsco host- palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Lewin, G., De San Miguel, K., Knuiman, M., Alan, J., Boldy, D., Hendrie, D. & Vandermeulen, S. 2013. A randomised controlled trial of the home independence program: an Australian restorative home-care programme for older adults. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 29.2.2016]. Saatavana: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2524.2012.01088.x/epdf>
- Lonka, K. 2014. Oivaltava oppiminen. 1. painos. Keuruu: Otava.
- Lotvonen, S. 2002. Kuntouttava työote ikääntyneiden toimintakyvyn tueksi. Fysioterapia- lehti 5, 23-25.

- Lupsakko, T., Viskari, A., Lemmetti, M. & Kivekäs, J. 2008. Terveyskeskuksen vuodeosaston kuormaa voi keventää: aktiivinen hoito-ote lyhentää hoitojaksoa. *Suomen lääkärilehti* 8, 765-769.
- Mikkola, T., Nemlander, A. & Tyni, T. 2016. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2015: Espoo, Helsinki, Jyväskylä, Kouvola, Kuopio, Lahti, Oulu, Pori, Tampere, Turku, Vantaa. [Verkkójulkaisu]. [Viitattu 31.8.2016]. Saatavana: http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3232
- Morgan Parsons, J., Sheridan, N., Rouse, P., Robinson, E. & Connolly, M. 2013. A randomized controlled trial to determine the effect of a model of restorative home care on physical function and social support among older people. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 94, 1115-1122.
- Pedersen, M., Bodilsen, A., Petersen, J., Beyer, N., Andersen, O., Lawson-Smith, L., Kehlet, H. & Bandholm, T. 2013. Twenty-four-hour mobility during acute hospitalization in older medical patients. *Journals of Gerontology* 68, 331-337.
- Resnick, B. & Fleishell, A. 2002. Developing restorative care program. *American Journal of Nursing* 102(7), 91–95. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 1.3.2016]. Saatavana Ovid- palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Resnick, B., Gruber-Baldini, A., Zimmerman, S., Galik, E., Pretzer-Aboff, I., Russ, K. & Hebel, J. 2009b. Nursing home resident outcomes from the res-care intervention. *Journal of the American Geriatrics Society* 7 (57), 1157- 1165.
- Resnick, B., Gruber-Baldini, A.L., Galik, E., Pretzer-Aboff, I., Russ, K., Hebel, R. & Zimmerman, S. 2009a. Changing the philosophy of care in longterm care: testing of the restorative care intervention. [Verkkójulkaisu]. [Viitattu 29.2.2016]. Saatavana: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/49/2/175.full.pdf+html>
- Robinson, E. & Connolly, M. 2013. A randomized controlled trial to determine the effect of a model of restorative home care on physical function and social support among older people. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 94, 1015-1022.
- Rogers, B., Buckheit, K. & Ostendorf, J. 2013. Ergonomics and nursing in hospital environments. *Workplace health & safety* 61 (10), 429-439.
- Routasalo, P. 2002. Sairaanhoidajan asennoituminen iäkkääseen kuntoutuspotilaaseen ja kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. *Hoitotiede* 5 (14), 254- 263.
- Routasalo, P., Arve, S. & Lauri, S. 2004. Geriatric rehabilitation nursing: developing a model. *International Journal of Nursing Practice* 10, 207 – 215. [Verkkolehtiartikkeli]. Saatavana Ebsco host- palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

- Routasalo, P., Arve, S., Aarnio M. & Saarinen T. 2003. Sairaanhoidajien ja perushoitajien hoitotyö iäkkään potilaan kuntoutumisen edistämässä. Tutkiva Hoitotyö 1 (1), 24-27.
- Schlossmacher. R. & Gonçalves Amaral. F. 2012. Low back injuries related to nursing professionals working conditions: a systematic review. Work 41, 5737-5738. [Verkkolehtiartikkeli]. [Viitattu 18.5.2016]. Saatavana Ebsco host- palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.
- Suomen Sosiaali- ja Terveysministeriö. Palvelujen menot ja rahoitus. [Verkkosivusto]. [Viitattu 31.8.2016]. Saatavana: <http://stm.fi/talous-ja-toiminta/palvelujen-menot-ja-rahoitus>
- Suomen kinestetiikayhdistys ry. Kinestetiikan kehittyminen ja periaatteet. [Verkkosivu]. [Viitattu 3.1.2016]. Saatavana: <http://www.kinestetiikka.fi/index.php/kinestetiikka3/81-kinestetiikka3/17-kinestetiikan-kehittyminen-ja-periaatteet>
- Tamminen- Peter, L., Moilanen, A. & Fagerström, V. 2011. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. 2. korj. p. Tampere: Työterveyslaitos.
- Tamminen, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa: kolmen siirtomenetelmän vertailu. [Verkkojulkaisu]. Turku: Turun Yliopisto. [Viitattu 3.3.2016]. Saatavana: https://www.researchgate.net/profile/Leena_Tamminen/publication/270884897_Hoitajan_fyysinen_kuormittuminen_potilaan_siirtymisen_avustamisessa_kolmen_siirtomenetelmn_vertailu/links/54b836490cf28faced62066b.pdf
- Tilastokeskus. 2015. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 19.5.2016]. Saatavana: http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html
- Tilastokeskus. 2016. Väestö. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 19.5.2016]. Saatavana: http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestonmuutokset
- Timonen, K., West, R. & Riusala, A. 2014. Kuntouttava hoitotyö vähensi vuodepaikat kolmannekseen. Suomen Lääkärilehti 15, 1163-1164.
- Tinetti, M.E., Charpentier, P., Gottschalk, PT. & Baker, D. 2012. Effect of a restorative model of posthospital home care on hospital readmissions. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 17.5.2016]. Saatavana: Ebsco host- palvelusta.
- Turja, T., Routasalo, P. & Arve, S. 2006. Arviointi, kuinka iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyön toimintamalli vakiintui. Tutkiva Hoitotyö 4 (1), 4-9.

Vähäkangas, P., Noro, A. & Björkgren, M. 2006. Provision of rehabilitation nursing in long-term care facilities. *Journal of Advanced Nursing* 55 (1), 29-35. [Verkolehtiartikkeli]. [Viitattu 2.3.2016]. Saatavana Ebsco host-palvelusta. Vaatii käyttöoikeuden.

Vilka, H. & Airaksinen, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Walker, B. & Harrington, S. 2013. The effects of restorative care training on caregiver job satisfaction. *Journal for Nurses in Professional Development* 2 (29), 73-78.

Warren, G. 2016. Moving and handling: reducing risk through assessment. *Continuing professional development* 40, 49-57.

LIITTEET

Liite 1. Havainnointikaavake

Liite 2. Koulutustilaisuuden sisältö

Liite 3. Koulutuspäivän palautelomake

Liite 1. Havainnointikaavake

Havainnointikaavake			
Havainnointiva asia	Toteutuiko havainnointiva asia		Lisäkommentit
Potilaan kohtaaminen	Kyllä	Ei	
Potilaan informointi hoitotoimenpiteen aikana			_____
Hoitajien keskinäinen asiaan kuuluminen keskustelu			_____
Siirtymisissä avustaminen	Kyllä	Ei	
Potilaan aktivoiminen			_____
Hoitajien hyvän ergonomian toteutuminen			_____
Potilaan luonnollisten liikkeiden hyödyntäminen			_____
Ruokailutilanteet	Kyllä	Ei	
Potilaan aktivoiminen			_____
Potilaan hyvä ruokailuasento			_____

Liite 2. Koulutustilaisuuden sisältö

Koulutustilaisuus:

Teoriaosuus

- Itsemme ja opinnäytetyön esittely
- Osallistujat miettivät pareittain kuntouttavan työtteen määritelmää sekä pohtivat sen toteutumista omassa työssään tällä hetkellä
- Osallistujat kertovat pohdintojensa tulokset
- Kerrotaan kuntouttavan työtteen virallinen määritelmä, tutkittu tieto ja miksi kinestetiiikka on mukana työssämme

Käytännön harjoitteet

- Osallistujat kokeilevat aina ensin harjoitteet omalla tavallaan, sen jälkeen kokeillaan perinteisesti käytetty ”huono versio” ja lopuksi ”uusi versio”
- Aamutoimet, pesut yms. avustamiset siirroissa
- Ruokailut
- Yleinen aktivointi!
- Jatkon pohdintaa
- Palautekyselyyn vastaaminen

Liite 3. Koulutustilaisuuden palautelomake



Kuntouttavan työtteen koulutustilaisuus Palautelomake

Ympyröi mielipidettäsi vastaava vaihtoehto.
Kirjoita halutessasi tarkentavia lisäkommentteja

1) Koulutustilaisuus vastasi odotuksiani

Kyllä

Ei

Kommentti: _____

2) Koin hyötyneni koulutustilaisuudesta

Kyllä

Ei

Kommentti: _____

3) Uskon soveltavani koulutuksessa läpikäytyjä asioita työssäni

Kyllä

Ei

Kommentti: _____

2

4) Koulutus oli sopivan mittainen

Kyllä

Ei

Kommentti:_____

5) Koulutus sisälsi riittävästi käytännön harjoitteita

Kyllä

Ei

Kommentti:_____

6) Koulutuksen pitäjät argumentoivat asiansa uskottavasti

Kyllä

Ei

Kommentti:_____

Vapaa sana: