



KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄN  
TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN  
PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA JA  
HOITOHENKILÖSTÖN TUKEMINEN  
UUTEEN TOIMINTAMALLIIN  
SIIRRYTTÄESSÄ

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Kuntoutuksen koulutusohjelma  
Opinnäytetyö YAMK  
Kevät 2014  
Anne Nuutila

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto

NUUTTILA, ANNE: Kuntoutumista edistävän toimintamallin kehittäminen perusterveydenhuollossa ja hoitohenkilöstön tukeminen uuteen toimintamalliin siirryttäessä.

Sosiaali- ja terveystieteiden kuntoutuksen koulutusohjelman opinnäytetyö, 107 sivua, 26 liitesivua

Kevät 2014

## TIIVISTELMÄ

---

Tämä opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä kehittämishankkeena liikelaitos Aavan alueen Orimattilan terveysaseman akuuttivuodeosastoilla. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli edistää kuntouttavan hoitotyön toteutumista käytännössä. Tavoitteena oli kuvata henkilöstön kokemuksia kuntoutustoiminnan sisällöstä ja toteutuksesta. Toisena tavoitteena oli tuottaa kehittämissuosituksia saatujen tutkimustulosten perusteella ja kehittää kuntoutumista edistävä toimintamalli. Tavoitteena oli myös kuvata, miten henkilöstöä voidaan tukea uuteen kuntoutumista edistävään toimintamalliin siirryttäessä.

Aineisto kerättiin terveysaseman akuuttivuodeosastojen lähi- ja sairaanhoitajilta teemahaastattelulla ja sitä täydennettiin osallistavan arvioinnin kyselyllä, johon molempien osastojen hoitohenkilöstöllä oli mahdollisuus vastata. Molemmat aineistot analysoitiin sisällön analyysillä. Kategorioita muodostettiin induktiivisen eli aineistolähtöisen päättelyn avulla.

Kehittämiskohteiksi hoitajat esittivät muun muassa kivunhoidon ja kokonaisvaltaisen hoitotyön kehittämisen.

Teemahaastatteluiden, osallistavan arvioinnin ja teoretiedon avulla kehitettiin kuntoutumista edistävä toimintamalli. Kehitystyö toteutettiin soveltaen Engeströmin (1995) kehittävän työntutkimuksen teorian periaatteita soveltuvien osien.

Avainsanat: Kuntoutumista edistävä hoitotyö, perusterveydenhuolto, työkyvyn edistäminen, työhyvinvointi

Lahti University of Applied Sciences  
Master`s Degree in Social and Health Care  
Degree Programme in Rehabilitation

NUUTTILA ANNE: Development of rehabilitative approach  
model for primary health care and sup-  
porting nursing staff when adopting the a new operating model.

Master`s Thesis in Rehabilitation of Social and Health Care, 107 pages, 26  
appendices

Spring 2014

## ABSTRACT

---

This study was carried as a development project for the commercial enter-  
prise in the Aava area of the acute ward of Orimattila`s health center. The  
development project was designed to promote the implementation of reha-  
bitative nursing in practice. The aim was to describe the experiences of the  
staff of rehabilitation activities on the content and implementation. The sec-  
ond purpose of the study was to identify areas for development that promote  
the rehabilitation work and develop rehabilitative approach model for pri-  
mary health care. The purpose of the study was also to describe how the  
staff could be supported in the process of moving on to a new rehabilitative  
approach model.

The study was carried out among the nursing staff of the health center Ori-  
mattila acute wards. The data was collected using thematic interviews. Af-  
ter that the data was complemented by a survey of participatory evaluation.  
Both data were analysed with a content analysis. Categories were formed  
inductively based on the data.

The development areas of the nursing staff presented including the treatment  
of pain and the development of holistic nursing.

Theme interviews, participatory evaluation and theoretical knowledge were  
used to develop the rehabilitative approach. The development work was  
carried out by applying Engeström (1995) work research theory principles,  
where applicable.

Key words: rehabilitative nursing, primary health care, work ability im-  
provement, wellbeing at work

## SISÄLTÖ

1	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	1
1.1	Johdanto	1
1.2	Kohdeorganisaatio	3
1.3	Strategiset lähtökohdat kehittämistyölle	4
1.4	Henkilöstö	6
1.5	Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoitteet	7
2.	KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA	9
2.1	Kuntoutumista edistävä hoitotyö	9
2.2	Kuntoutujalähtöisyys	14
2.3	Työhyvinvointi työssä jaksamisen tukena	17
2.4	Työkyky	20
3	HANKKEEN TOTEUTTAMINEN	30
3.1	Kehittämishankkeen lähestymistapa	30
3.2	Haastattelumenetelmä	36
3.3	Osallistava arviointi	39
3.4	Aineiston keruu	40
3.5	Aineiston analyysi	42
4	HAASTATTELUIDEN TULOKSET	45
4.1	Henkilöstön kokemuksia kuntoutustoiminnan sisällöstä ja toteutuksesta	45
4.2	Kehittämissuositukset kuntoutumisen edistämiseksi	49
4.3	Henkilöstön tukeminen uuteen toimintamalliin siirryttäessä	54
4.4	Osallistavan arvioinnin tulokset	58
4.5	Tulokset suhteessa aikaisempaan tutkimustietoon	63
5	KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄN HOITOTYÖN TOIMINTAMALLI	79
5.1	Suunnitteluvaihe	79
5.2	Kuntoutumista edistävän hoitotyön malli	84
5.3	Arviointi ja johtopäätökset kehittämishankkeesta	90
6	POHDINTA	95

6.1	Kehittämishankkeen luotettavuus	95
6.2	Kehittämishankkeen eettisyys	98
6.3	Kehittämishanke prosessina ja tulevaisuuden haasteet	100
	LÄHTEET	108
	LIITTEET	121

## KUVIOLUETTELO

KUVIO 1. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön malli	13
KUVIO 2. Näyttöön perustuva tiedon- ja laadunhallinnan työkalujen toisi- aan täydentävät roolit	17
KUVIO 3. Työkyvyn talomalli	24

## TAULUKKOLUETTELO

TAULUKKO 1. Esimerkki 1. sisällön analyysistä	44
---	----

## LIITELUETTELO

LIITE 1. Haastattelurunko	121
LIITE 2. Tiedote 1.7.2013	124
LIITE 3. Tiedote 23.7.2013	125
LIITE 4. (1/3) Teemahaastattelukysymykset henkilöstölle ja osallistava ar- viointi	126
LIITE 4. (2/3) Ovetveitin laadunarvioinnin moniulotteinen malli	128
LIITE 4. (3/3) Teemahaastattelun alustavat tulokset	129
LIITE 5. (1/4) Sisällön analyysi: Kuntoutujalähtöisyys	135
LIITE 5. (2/4) Sisällön analyysi: Kuntoutumista edistävä hoitotyö	136
LIITE 5. (3/4) Sisällön analyysi: Kehittäminen	137
LIITE 5. (4/4) Sisällön analyysi: Tukeminen	138
LIITE 6. Kehittämishankkeen eteneminen	139
LIITE 7. Kehittämissuunnitelma 2013	140
LIITE 8. Kuntoutumista edistävän hoitotyön toiminta-ajatus	141

LIITE 9. Kuntoutumiskortti	144
LIITE 10. Uusi toimintamalli	145
LIITE 11. Vanha toimintatapa	146

# 1 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

## 1.1 Johdanto

Tulevaisuudessa ikääntyminen aiheuttaa suuria haasteita niin huoltosuhteen muuttumisen kuin työikäisen väestön rekrytoinnin suhteen. Väestöennusteiden mukaan vuonna 2020 joka viides suomalainen on täyttänyt 65 vuotta ja yli 75 vuotiaiden määrä on kaksinkertaistunut nykyisestä. Hoivapaineet ovat suurimmillaan 2020 - 2030 -luvulla, jolloin sodan jälkeen syntyneet suuret ikäluokat ovat hoivan tarpeessa. Huoltosuhteen muuttumiseen vaikuttaa vähäinen syntyvyys ja elinajan pidentyminen. Tällä hetkellä 65 vuotta täytäneitä on kolmannes työllisestä työvoimasta, mutta 30 vuoden kuluttua se on jo 60 prosenttia. Haasteita aiheuttaa myös työelämän muutosvauhdin koventuminen. Siihen on vaikuttanut muun muassa teknologinen kehitys, mutta myös eläkkeelle siirtyvien kasvava määrä. Edessä voi olla tilanne, jossa ikääntyvät tarjoavat palveluita vanhemmille senioreille. Nuorten kiinnostus hakeutua ja työskennellä palvelutehtävissä tulisi herättää panostamalla työhyvinvointiin. Vanhustyön vetovoimaa voidaan lisätä siten, että henkilökunnalle annetaan mahdollisuus vaikuttaa oman työnsä kehittämiseen. (Ilmarinen 2006, 236 – 239; Holma 2003, 11,12; Noppari & Koistinen 2005,11.)

Sosiaali- ja terveysministeriön kuntoutusselonteon (2002, 3) mukaan sosiaalisen hyvinvoinnin perustana ovat väestön työ- ja toimintakyvyn ylläpito sekä mahdollisimman itsenäinen selviytyminen elämän eri tilanteissa. Kuntoutuksen vaikuttavuusarviossa todetaan, että tuloksellisen kuntoutuksen yleisenä piirteenä ovat moniammatillinen työote ja asiakkaan kuntoutukseen osallistuvien tahojen yhteistyö sekä kuntoutuksen sitominen ympäristöön, lähiyhteisöön ja työpaikkaan. Lisäksi on tärkeää, että kuntoutus kohdennetaan oikein ja aloitetaan varhaisessa vaiheessa ennen kuin toimintakyky on jo menetetty. Tällä voidaan saavuttaa merkittäviä säästöjä. Asiakkaan asemaa on vahvistettu uudistamalla kuntoutuksen asiakaspalvelun yhteistyöstä annettua lakia (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003). Siinä ko-



rostetaan asiakkaan osallistumista ja kuntoutuksen suunnitelmallisuutta. (STM 2002, 19.)

Ikäihmiset haluavat asua kotona mahdollisimman pitkään. Tämän vuoksi toimintakykyä tulee tukea ja kuntoutusta tulee kohdentaa oikein ja oikea-aikaisesti. Aavan Peruspalvelukeskuksen palvelurakennemuutostyö pohjautuu laajempiin valtakunnallisiin strategioihin. Palvelurakennemuutostyön tavoitteena on laitospaikkojen asteittainen vähentäminen. Terveysaseman toimintaa kehitetään kuntoutumista edistävään suuntaan. Tavoitteena on, että asiakkaiden kotiutumisprosessi käynnistyy osastoilla nopeammin ja tavoitteellisemmin. Hoitohenkilökunnalla on merkittävä vastuu laitospotilaiden toimintakyvyn ja elämänlaadun tukemisessa (Holma, Heimonen & Voutilainen 2006, 43). Flygaren (2007, 108) mukaan kuntoutumista edistävän hoitotyön tavoitteena on asiakkaan autonomian säilyttäminen mahdollisimman pitkään. 1.7.2013 on astunut voimaan ns. vanhuspalvelulaki. Sen mukaan palveluiden tulee tukea iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä osallisuutta. Lisäksi kuntien tulee kiinnittää erityistä huomiota kuntouttaviin ja kotona asumista edistäviin palveluihin (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980, 13§).

Vähäkankaan (2010) väitöskirjansa mukaan kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta lisää asiakaskohtaista välitöntä hoitoaikaa ja mahdollistaa hoitajan ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen. Lähijohtaja voi tukea kuntoutumista edistävän toiminnan toteutumista osastolla työvuorosuunnittelun avulla, pitämällä linjassa ja kuntoutumista edistävän toimintatavan mieleen palauttamisella. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa kuntoutumista edistävää toimintaa voidaan tukea moniammatillisen yhteistyö- ja toimintamallin avulla. Tulosten mukaan kuntoutumista edistävän toimintamallin avulla voidaan parantaa vanhustyön vetovoimaa, alan kiinnostusta ja arvostusta. Lisäksi kuntoutumista edistävän hoitotyön avulla voidaan vähentää työntekijöiden vaihtuvuutta ja edistää työssä jaksamista. Asiantuntijuus edellyttää kuntoutumista edistävään toimintafilosofiaan sitoutumista.

Aiheen valintaan vaikutti oma kiinnostus kuntoutumista edistävää hoitotyötä kohtaan ja vuodeosastopalvelupäällikön toimeksianto kehittää toimintaa kuntoutumishenkisemmäksi samalla huomioiden työntekijöiden jaksaminen siirryttäessä tähän toimintatapaan. Opinnäytetyön kohdeorganisaatio oli Peruspalvelukeskus Aava -liikelaitos Orimattilan terveysasema akuuttivuodeosastot 1 ja 3.

## 1.2 Kohdeorganisaatio

Peruspalvelukeskus Aava -liikelaitos tuottaa sosiaali- ja perusterveydenhuollon palvelut seitsemälle kunnalle, joita ovat Hartola, Iitti, Myrskylä, Nastola, Orimattila, Pukkila ja Sysmä. Palvelut toteutetaan yhteistyössä sopimuskumppaneiden kanssa väestön omavastuuta korostaen ja tilaajien kanssa tehtyjen linjausten ja sopimusten mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön pohjautuen. Palveluprosesseja kehitetään asiakaslähtöisesti painottaen avopalveluita ja ennaltaehkäiseviä palveluita. Kuntouttavan työtteen tulisi näkyä kaikissa toimipisteissä. (Pylväs 2013, Olkkonen-Nikula 2013.)

Kehittämistyö kohdistui Orimattilan terveysaseman akuuttivuodeosastoihin 1 ja 3. Orimattilan terveysaseman vuodeosastot kuuluvat Päijät- Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän Peruspalvelukeskus Aavaan, joka on liikelaitos. Kehittämishankkeen alussa Orimattilan terveysasemalla oli kaksi akuuttivuodeosastoa, joilla oli yhteensä 48 vuodepaikkaa. Loppuvuodesta 2013 akuuttivuodeosastolle 1 perustettiin saattohoituhuone. Hankkeen raportointivaiheessa helmikuussa 2014 akuuttivuodeosastojen määrä on pudonnut yhteen. Pääasiallisesti osastoilla on hoidettu aikuis- ja vanhusväestöä, joilla on akuutin hoidon tarve. Erikoissairaanhoidosta siirtyy laitossiirtoina jatkohoitoon kuntoutuspotilaita ja jatkohoitopaikkaa odottavia potilaita. Erikoissairaanhoitoa vaativat potilaat hoidetaan Lahdessa Päijät- Hämeen keskussairaalassa.

Akuuttivuodeosastot on tarkoitettu potilaille, joilla on lääketieteellinen syy hoidolle, tai jotka tarvitsevat intensiivistä kuntoutusta tai arviointia voidakseen selviytyä kotona (Nordic Healthcare Group 2013, 44). Potilaat tulevat osastoille terveysaseman päivystyksen ja vastaanoton kautta tai sairaalasiirtoina sekä ajanvarauksen kautta kotoa tai hoitopaikasta. Osastohoidon aloittaminen perustuu lääkärin tekemään arvioon sairaalahoidon tarpeesta.

Hoitojakson pituus vaihtelee kahdesta päivästä useisiin kuukausiin tai loppuelämän kestäväksi vaiheeksi. Dementiapotilaiden ja tuki- ja liikuntaelin-sairauksia sairastavien määrä on lisääntynyt ja yhä useammin syynä on kotona pärjäämättömyys, jolloin hoito-aika sairaalassa venyy sen vuoksi, ettei hoivapaikkaa ole välittömästi tarjolla.

### 1.3 Strategiset lähtökohdat kehittämistyölle

Suomen ikääntymispolitiikan tavoitteena on ollut, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä lähes 90 prosenttia tulisi asua kotona. Laitoshoidon tulisi ohjata vain henkilöt, jotka eivät selviydy kotihoidon tai muiden palveluiden turvin. Tavoitteena oli myös, että vuonna 2012 ympärivuorokautisessa hoivahoidossa saisi olla vain 3 prosenttia yli 75 – vuotiaista. (STM 2007; STM & Suomen Kuntaliitto 2008.)

Valtakunnallisten strategioiden mukaan kotihoitoa painotetaan ensisijaisena hoitopaikkana. Tällöin henkilöt, joita hoidetaan ja kuntoutetaan laitoksissa ovat monisairaita ja heillä on vaikeita toimintakyvyn vajeita (SVT 2007). Kansalliset laatusuosituksot korostavat asiakkaan itsemääräämistä, omatoimisuutta ja toimintakyvyn ylläpitämistä myös laitoshoidossa. Tämä asettaa haasteita laitoshoidon toimintakäytäntöjen kehittämiseksi ja kuntoutumista edistävälle toiminnalle. (STM & Suomen Kuntaliitto 2008.)

Sosiaali- ja terveydenhuollolle kehittämisvaatimuksia asettaa kansansairauksien ja ikäihmisten määrän lisääntyminen. Lisäksi muita tärkeitä painopistealueita ovat kasvavien hoitokustannusten hillitsemisen lisäksi potilasturvallisuuden ja asiakaslähtöisyyden varmistaminen. Toimintaa joudutaan

kehittämään terveydenhuoltolain määrittämällä tavalla. (1326/2010). (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 14.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2010,10) Toimiva terveyskeskus - toimenpideohjelman (2008) tavoitteena on parantaa terveyskeskustoiminnan vaikuttavuutta. Siinä otetaan käyttöön pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (Chronic Care Model). Ohjelmassa keskitytään terveyskeskusten suurimpiin potilasryhmiin ja parannetaan pitkäaikaissairauksien hoidon sekä ehkäisevän toiminnan saatavuutta ja laatua. Ohjelman keskeisimmät toimenpiteet muodostavat kolme kokonaisuutta. 1. Terveyskeskukset panostetaan terveyshyödyn tuottajiksi. 2. Siinä asiakas / potilas on keskiössä. 3. Lisäksi varmistetaan henkilöstön saatavuus, pysyvyys ja työhyvinvointi johtamista kehittämällä. Voimavaroja suunnataan terveyshyödyn tuottamiseen ja sen käyttöönotto tapahtuu Kaste – hankkeiden kautta.

Terveyshyötymalli tukee potilaseskeisyyttä. Eri toimenpiteiden avulla tuetaan potilaan aseman vahvistumista ja pyritään siihen, että potilas saa tarvitsemansa hoidon nopeammin ja että potilas otetaan mukaan hoidosta sopimiseen ja sen järjestämisen suunnitteluun. Potilaalla on mahdollisuus valita hoitopaikkansa ja mahdollisuuksien mukaan häntä hoitava henkilö. (STM 2010, 4.)

Aavan Peruspalvelukeskuksen strategian mukaisesti toiminnan kehittämisessä hyödynnetään tutkittua ja testattua tietoa sekä käytäntöjä. Asiakkaan omaa vastuuta lisätään ja toimintaa organisoidaan suunnitelmallisesti ja taloudellisesti. Palveluprosesseja kehitetään asiakaslähtöisesti painottaen avopalveluita ja ennaltaehkäiseviä palveluita laitoskeskeisyyttä vähentäen. Kuntouttavaa työtä kehitetään kaikissa toimipisteissä. Strategian mukaan myös henkilöstön hyvinvointiin ja saatavuuteen kiinnitetään erityistä huomiota.

Väestötietojen mukaan Orimattilan peruspalvelukeskuksen alueella yli 75 – vuotiaiden prosentuaalinen osuus on 1,1 % korkeampi kuin maassa keskimäärin ja 0,6 % korkeampi verrattuna Päijät- Hämeen alueeseen. Peruspalvelukeskuksen on kyettävä muuttamaan palvelurakennettaan merkittävästi

voidakseen vastata lisääntyneeseen palvelutarpeeseen. Muutos edellyttää rakenteellisia muutoksia kuten laitospaikkojen vähentämistä ja kotona asu-  
mista tukevien toimintojen lisäämistä. Tämä vaatii henkilöstöltä sopeutu-  
vuutta hallita samanaikaisesti sekä voimakas toiminnan kehittäminen että  
toimintaympäristön muutospainet. (Peruspalvelukeskuksen palvelustrategia  
2009.)

Tulevaisuudessa terveydenhuolto tarvitsee kuntoutusta suoriutuakseen teh-  
tävistään ja velvotteistaan, sillä erikoissairaanhoido kuormittaa yhä enem-  
män perusterveydenhuoltoa. Vaikka kuntoutusosaamista on olemassa eri  
toimiyksiköissä, niin sen laatu ja saatavuus vaihtelee merkittävästi. Myös  
kuntoutujan asema on eriarvoinen eri hoitoyksiköissä ja eri kunnissa. (Leino  
2011, 265.)

#### 1.4 Henkilöstö

Tähän kehittämishankkeeseen osallistuva henkilöstö työskentelee peruspal-  
velukeskus Aavassa Orimattilan terveystaseman akuuttivuosastolla 1 ja  
3. Peruspalvelukeskukset ovat osa Päijät- Hämeen sosiaali- ja terveysyhty-  
mää (PHSOTEY). Vuoden 2013 alusta lähtien Aava on toiminut  
PHSOTEY:n alaisena liikelaitoksena ja sillä on oma johtokunta, joka tekee  
Aavaa koskevat päätökset.

Kummallakin osastolla on oma virkalääkäri. Lääkärit työskentelevät Atten-  
dolle ja hoitohenkilöstö työskentelee PHSOTEY:n alaisuudessa. Osastoilla  
on yhteinen osaston- ja apulaisosastonhoitaja. Kummallakin osastolla hoito-  
henkilöstö koostuu yhdeksästä sairaanhoitajasta ja viidestä lähihoitajasta.  
Aamuvuorossa työskentelee neljä työntekijää ja iltavuorossa kolme. Yövu-  
orossa työskentelee jokaisella osastolla yksi lähi- tai sairaanhoitaja ja lisäksi  
yliyökönnä työskentelee sairaanhoitaja, joka kiertää myös sosiaalipuolen  
kahdella pitkäaikaisosastolla.

## 1.5 Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämishankkeen tarkoituksena on edistää kuntouttavan hoitotyön toteutumista käytännössä. Teemahaastatteluilla selvitetään henkilöstön kokemuksia kuntoutustoiminnan sisällöstä ja toteutuksesta. Tavoitteena on tunnistaa kehittämiskohteita kuntoutumista edistävässä työssä ja kehittää kuntoutumista edistävä toimintamalli. Kuntoutumista edistävän mallin rakentaminen perustuu strategian uudistamiseen kuntoutushenkisemmäksi Aavan peruspalvelukeskuksessa. Aihe on ajankohtainen paitsi paikallisesti työpaikan kehittämistarpeita ajatellen niin myös laajemmassa valtakunnallisessa strategiassa pyritään laitospaikkojen vähentämiseen ja lisäämään ikäihmisten kotona asumista toimintakykyisinä. Kehittämishanke toteutetaan laadullisen tutkimusotteen avulla. Kehittämishankkeen tuloksia voidaan hyödyntää henkilöstön kehittämistyössä ja kuntoutumista edistävän työskentelytavan toteuttamisessa. Kehittämishankkeessa käytetään kuntoutumista edistävä hoitotyö termiä.

Kehittämishankkeen tavoitteet:

1. Kuvata henkilöstön kokemuksia kuntoutustoiminnan sisällöstä ja toteutuksesta.
2. Tuottaa kehittämissuosituksia saatujen tutkimustulosten perusteella ja kehittää kuntoutumista edistävä toimintamalli.
3. Kuvata, miten henkilöstöä voidaan tukea tähän toimintatapaan siirtymisessä.

Kehittämishankkeessa käytettiin henkilökunnalta haastatteleamalla saadun aineiston analyysimenetelmänä laadullista sisällön analyysiä. Se on menetelytapa, jonka avulla järjestetään, kuvaillaan ja kvantifioidaan tutkittavaa ilmiötä. Sisällön analyysiä käytetään, kun pyritään saamaan kuva tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sen lopputuloksena tuote-

taan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä, käsitekartta tai malli. Tässä sillä tarkoitetaan tutkittavaa ilmiötä kuvailevaa kokonaisuutta, jossa esitetään käsitteet, niiden hierurgia ja mahdolliset suhteet toisiinsa. ( Kyngäs & Vanhanen 1999, 4 - 5.)

Kehittämishankkeessa kerättiin aineistoa myös osallistavan arvioinnin menetelmällä. Siinä henkilöstöä osallistettiin arvioimaan toimintatapoja ja kirjattiin yhteiset toimintaohjeet, joita voidaan hyödyntää työskentelyssä ja joiden avulla työskentelyä voidaan suunnata niin, että kuntoutumista edistävä työote toteutuu. Myös siitä saatu aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Kehittämistyö toteutettiin soveltaen kehittävän työntutkimuksen teoriaa.

## 2. KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA

### 2.1 Kuntoutumista edistävä hoitotyö

Terveydenhuollon kuntoutusnäkemys ja kuntoutuksen toteutus perustuu vuoden 1991 asetukseen lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Sen mukaan kuntoutus määritellään terveydenhuollon toimintamuodoksi, joilla vajaakuntoisen henkilön työ- ja toimintakykyä ylläpidetään tai parannetaan silloin, kun vajaakuntoisuus on aiheutunut lääketieteellisesti määriteltävästä viasta, vammasta tai sairaudesta, joka on pitkäaikainen tai pysyvä ja josta aiheutuu olennainen haitta. Lääkinnällinen kuntoutus sisältää tarvittavat toimenpiteet ja terapiat, ohjauksen ja neuvonnan, kuntoutusohjauksen, soputumisvalmennuksen, kuntoutustutkimukset sekä kuntoutustoimenpiteistä koostuvat jaksot. Lääkinnällisen kuntoutuksen sisältö rakentuu toimintakyvyn fysiologiasta, psykofyysisistä ja psyykkisistä edellytyksistä ja olosuhteita parantavista toimenpiteistä sekä harjoituksista ja apuvälineistä. (Leino 2011, 266.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2007) suosituksen mukaan ikäihmisten toimintakyvyn ja elämänlaadun tukemiseksi tulee kehittää monipuolisia keinoja ja laaja-alaisia, yli hallintokuntien ulottuvia tapoja, eri toimijoita ja toimintamuotoja. Ikäihmisten toimintakyvyn paranemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa lihaskunnan ja tasapainon ylläpitäminen, terveellisten elintapojen vahvistaminen ja sairauksien varhainen tunnistaminen sekä hyvä hoito. Toimintakykyä ja omatoimisuutta tukemalla voidaan lisätä toimintakykyisiä työ- ja elinvuosia sekä vähentää sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta.

Kuntoutuksen tavoitteena on edistää ihmisen elämänhallintaa tilanteessa, jossa mahdollisuus päivittäiseen selviytymiseen ja sosiaaliseen integraatioon on huonontunut. Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutuminen. Se voidaan määritellä ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus perustuu kuntoutujan ja henkilöstön yh-



teisesti laatimaan suunnitelmaan ja prosessin jatkuvaan arviointiin. (STM 2002,3; Alaranta 2008, 647.)

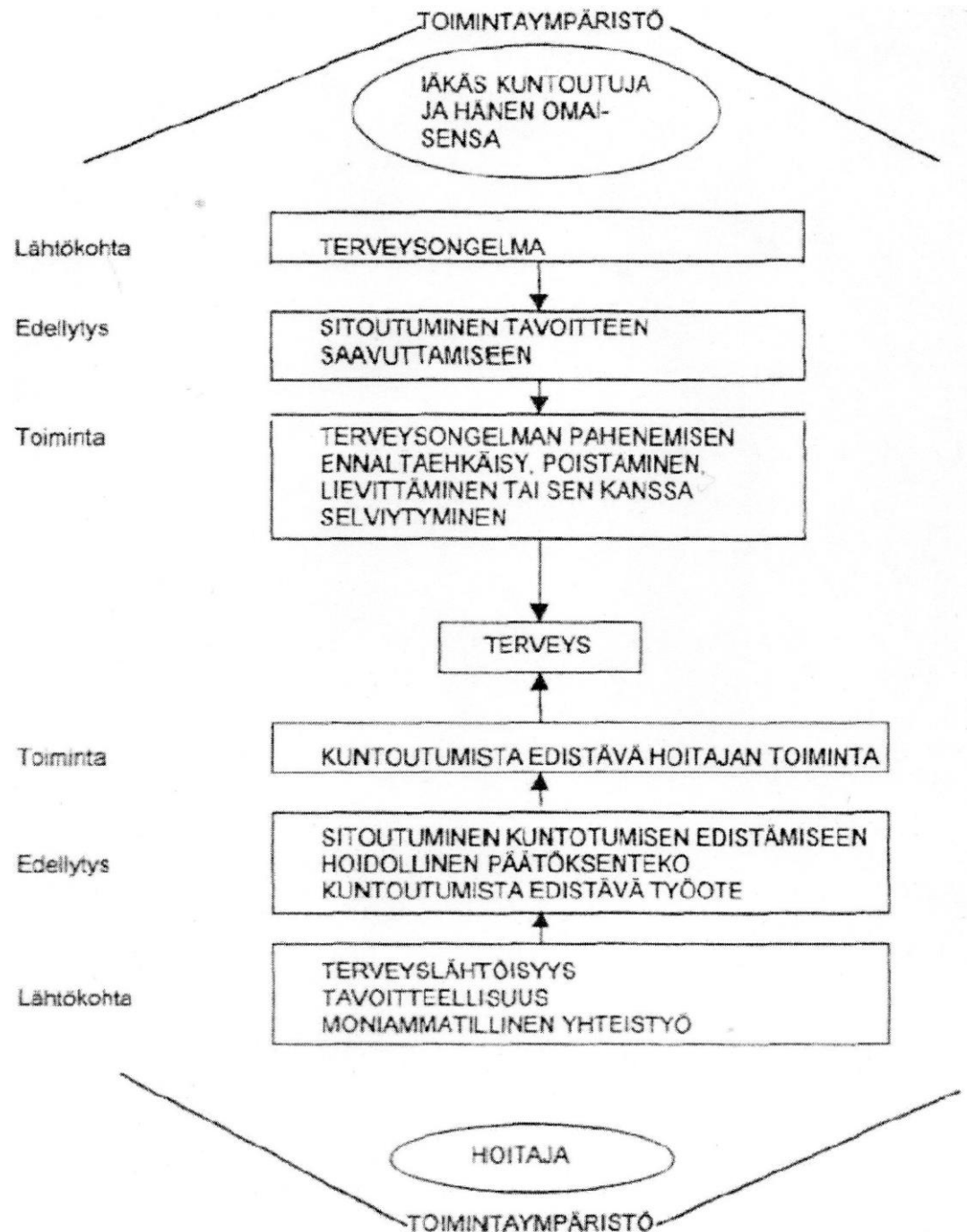
Ikääntyneen potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö on prosessi. Se sisältää ennaltaehkäisevän kuntoutuksen ja jatkuu yksilön tukemisena muuttuneessa tilanteessa. Tavoitteena on tilanteen mahdollistama ja yksilön itsensä määrittelemä maksimaalinen toimintakyky. (Routasalo & Arve 2002,6.) Kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtana ovat kuntoutujaan ja kuntoutumiseen liittyvät yleiset periaatteet ja käsitteet. Kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä voidaan tukea asiakkaan itsenäistä selviytymistä toimintakyvyn arviointiin perustuvalla tavoitteellisella, voimavaralähtöisellä ja moniammatillisella toiminnalla. (Routasalo & Lauri 2001, Routasalo ym. 2004.) Andell (2009) määrittelee kuntouttavan lähestymistavan ajattelu- ja työskentelytavaksi riippumatta diagnoosista tai kontekstista.

Kuntoutumista edistävää hoitotyötä on tutkittu varsin vähän. Myöskään iäkkäiden henkilöiden kuntoutuksen sisältöä ja eri ammattiryhmien osuutta kuntoutustuloksiin ei ole kuvattu. Kuntoutusprosessissa hoitotyön ei koeta olevan erityisosaamista vaativaa työtä eikä hoitotyön sisältöjä osata kuvata. (Aaltonen, Markkula & Painilainen 2010.)

Aaltonen ym. (2010) ovat kehittäneet esimerkkimallin iäkkään henkilön kuntoutumisen edistämisestä. Malli on kehitetty kirjallisuuden ja hoitotieteen ja hoitotyön lähtökohtien perusteella ja se pohjautuu paljolti Routasalon & Laurin (2001) laatimaan iäkkään henkilön kuntoutumista edistävään malliin (kuvio 1). Aaltonen ym. (2010) määrittelevät hoitotyön terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnaksi potilaan kuntoutumista vaativassa tilanteessa, jota toteutetaan iäkkäiden potilaiden ja heidän omaistensa kanssa. He määrittelevät terveyslähtöisyyden iäkkään henkilön yksilölliseksi kokemukseksi ja toimintakyvyn tukemista voimavaralähtöisesti. Heidän määritelmänsä mukaan iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyö on kuntoutujan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. Siinä ammattitaitoinen hoitaja tukee hoitotyön keinoin kuntoutujaa saavuttamaan kuntoutumistavoitteensa.

Aaltosen ym. (2010) mallissa sekä potilaan että hänen omaistensa ja hoitajan tavoitteena on terveyden saavuttaminen. Potilaan lähtökohtana on terveysongelma, johon haetaan tukea. Hoitajan toiminnan lähtökohtana on terveyslähtöinen ajattelutapa ja tavoitteellinen toiminta sekä moniammatillinen yhteistyö. Se edellyttää potilaalta sitoutumista tavoitteen saavuttamiseen ja hoitajalta se edellyttää sitoutumista kuntoutumisen edistämiseen, hoidollista päätöksenkäykyä ja kuntoutumista edistävää työtettä. Toiminnan tasolla terveyden saavuttaminen vaatii potilaalta terveysongelman pahenemisen ennaltaehkäisytaitoja, terveysongelmien poistamisen tai lievittämisen taitoja tai oppimista elämään terveysongelmansa kanssa. Hoitajan toiminnan tasolla potilaan terveysongelmaan pyritään vastaamaan kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan avulla.

Routasalo ja Lauri (2001) kuvaavat mallinsa (kuvio 1.) mukaan iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön olevan iäkkään kuntoutujan ja tämän omaisen sekä hoitajan vuorovaikutussuhde. Siinä ammattitaitoinen hoitaja tukee hoitotyön keinoin kuntoutujaa saavuttamaan kuntoutumistavoitteensa. Kuntoutustarve syntyy silloin, kun iäkäs henkilö kohtaa terveysongelman, johon hän tarvitsee toisten apua. Kuntoutuksessa toimitaan terveyslähtöisesti eli selvitetään ensin kuntoutujan jäljellä olevat voimavarat. Sen jälkeen asetetaan kuntoutumistavoite moniammatillisena yhteistyönä yhdessä kuntoutujan ja mahdollisesti hänen omaisensa kanssa. Tavoitteen saavuttaminen edellyttää sekä kuntoutujalta että hoitajilta sitoutumista. Kuntoutujan tulee sitoutua omaan kuntoutumisprosessiin ja hoitajien tulee sitoutua kuntoutumisen edistämiseen. Hoitaja auttaa kuntoutujaa kuntoutumista edistävän hoitotyön keinoin terveysongelman poistamisessa, lievittämisessä tai sen kanssa selviytymisessä. (Routasalo & Arve 2001, 8.)



Kuvio 1. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön malli (Routasalo & Lauri 2001, 212.)

Vähäkankaan (2010) tutkimuksen mukaan hoitajan kuntoutumista edistävä toiminta kohdistui asiakkaisiin, joiden fyysinen toimintakyky ja kognitio olivat alentuneet keskivaikeasti. Hoitajan toiminta oli yhteydessä uskoon

asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuudesta. Kuntoutumista edistävällä toiminnalla voidaan parantaa hoidon laatua ja vähentää vuodepotilaiden määrää sekä lisätä asiakkaiden sosiaalista osallisuutta. Kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä voitiin lisätä asiakaskohtaista välitöntä hoitoaikaa ja vuorovaikutusta. Lähijohtamisen menetelminä kuntouttavan hoitotyön edistämisessä käytettiin mahdollisuuksien näkemistä, linjassa pitämistä, mieleen palauttamista, avointa vuorovaikutusta sekä hoitajien osaamisen tukemista ja arvostamista. Kuntoutumista edistävien osastojen tunnuspiirteinä tunnistettiin magneettisairaaloiden vetovoimatekijöitä. Tutkimuksessa kehitettiin hoitajan toiminnan määrän mittaamiseen tarkoitettu mittari.

Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta vaatii henkilöstöresursseja enemmän kuin perinteinen hoitajan toiminta. Tutkimustulosten mukaan kuntoutumista edistävän toimintamallin avulla voidaan lisätä vanhustyön vetovoimaa, alan kiinnostusta ja arvostusta. Asiakkaan turvallisuuden tunnetta voidaan edistää lisäämällä asiakaskohtaista välitöntä hoitoaikaa. Tällöin asiakas voi tuoda esille fyysisten tarpeidensa lisäksi myös psyykkiset ja sosiaaliset tarpeensa. (Vähäkangas 2010, 93.)

Mäntysen (2007) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajalla on keskeinen rooli potilaiden kuntoutumisprosessin tukijana. Sairaanhoitajan toiminta ilmeni kuntoutujan tukemisena kriisissä, tiedonvälittäjänä toimimisena muille kuntoutukseen osallistuville sekä kuntoutujan tukemisena tavoitteiden asettamisessa ja toteuttamisessa. Sairaanhoitajan asiantuntijuus ilmeni eri ammattiryhmien välisessä yhteistyössä silloin, kun yhteistyömuodot olivat vakiintuneet. Tutkimuksen mukaan fyysistä kuntoutumista edisti kaikkien kuntoutumisprosessin toimijoiden osallistuminen kuntoutumisen tavoitteiden asettamiseen. Toipumista edisti myös kuntoutujien riittävä tiedon saanti kuntoutumisestaan ja se, että heitä kannustettiin omatoimisuuteen ja että he saivat riittävästi ohjausta jatkohoidosta. Puolet kuntoutujien läheisistä oli huolissaan omasta jaksamisestaan. Sairaanhoitajien tulisi entistä enemmän tukea läheisiä ja heidän osallistumistaan kuntoutumisprosessin eri vaiheisiin.

## 2.2 Kuntoutujalähtöisyys

Kuntoutusparadigman muutos korostaa asiakaslähtöistä, asiakkaan aktiivisuutta ja osallistumista tukevaa toimintatapaa. Vajaakuntoisuus ja vajavuuskeskeisestä ajattelutavasta on siirrytty kuntoutujien itsemääräämisoikeuden ja elämänhallinnan korostamiseen. Kuntoutustoimenpiteet ovat varhentuneet ja laajentuneet korjaavasta toiminnasta työ- ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Tavoitteena on tuoda kuntoutustoiminnan auttamis- ja tukitoimet lähelle kuntoutujan arkielämää, työprosessia ja elinympäristöä. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 54; Korpilahti ym. 2009, 13 – 14.)

Asiakkaan kokemus palveluiden ja toimintatapojen laadusta on yhteydessä palvelun tuloksiin. Asiakasta voidaan sitouttaa yhteisiin tavoitteisiin osallistamalla häntä oman palvelunsa suunnitteluun. Kuntoutuksessa on huomioitava kuntoutujan aktiivinen rooli palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa, jotta voidaan mahdollistaa asiakkaan vastuun ottaminen omasta kuntoutuksesta. (Holma 2003, 41.)

Asiakaslähtöisyys on yhteistyötä asiakkaan kanssa. Mikkelissä Kyyhkylän kuntoutussairaalan kuntoutus toteutuu yhteistyönä asiakkaan ja moniammatillisen tiimin kanssa. Kyyhkylässä toimintaa kehitettiin Suomen Terveystutkimuksen auditointi - prosessissa. Toiminnan arvioinnin ja kehittämisen lähtökohtana olivat asiakaslähtöisyyttä kuvaavat arvot ja periaatteet. Kehittämistyön tuloksena otettiin käyttöön moniammatillisen tiimityöskentelyn malli, joka tukee asiakaslähtöistä toimintatapaa. Toimintamallissa työskentelyä ei ohjaa ennalta suunniteltu ja rutiinin mukainen päiväjärjestys, vaan työnjaosta, vastuista ja yhteistyöstä sovitaan tiimeissä asiakkaan tarpeista lähtien. Tavoitteiden laadinnassa otetaan huomioon asiakkaan tarpeet, voimavarat, toiveet sekä kodin ja elinympäristön suomat mahdollisuudet. Asiakas on kuntoutustiiminsä keskeisin jäsen. (Toivanen, Savolainen, Virtanen & Nurhonen 1999, 41.)

Useiden tutkimustulosten mukaan potilaiden mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ei toteudu, vaikka he ovat ilmaisseet halukkuutensa siihen. Asiakaslähtöisyyden vieminen käytäntöön on haas-

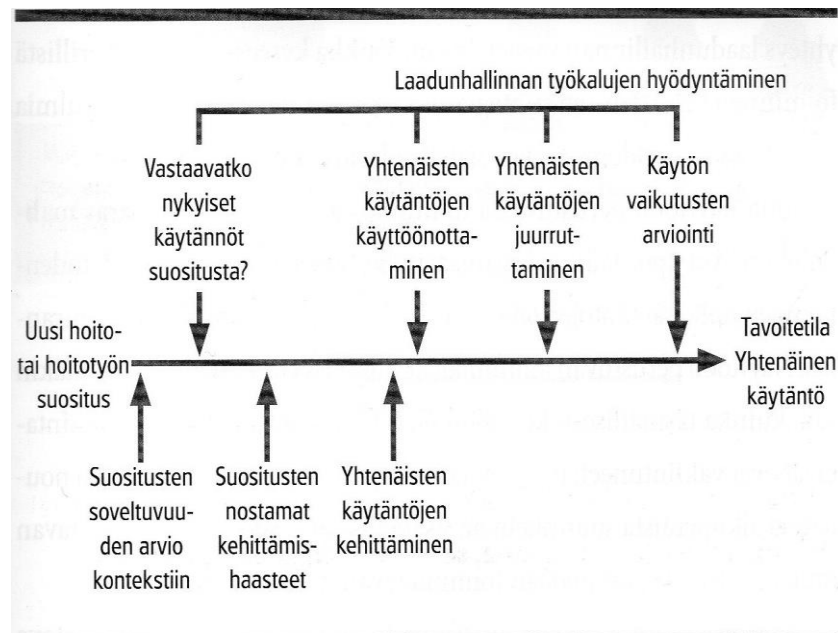
teellista. Rajavaaran (2008) tutkimuksen mukaan kuntoutujan yksilöllisten vajavuuksien painottamisen sijaan tulisi kuunnella kuntoutujan ääntä ja antaa hänelle aktiivisen toimijan asema. Kuntoutujan osallistumisen mahdollisuuksia ja rajoituksia tulisi selvittää hänen omassa toimintaympäristössään. Tätä lähestymistapaa tulisi hyödyntää erityisesti silloin, kun halutaan edistää vanhusten itsenäistä kotona selviytymistä kuntoutuksen avulla. Kuntoutushenkilöstön tulisi edistää aktiivisen toiminnan mahdollistavia kuntoutuskäytänteitä. Dialogisen vuorovaikutuksen avulla voidaan lisätä yhteisymmärrystä asiakkaan ongelmista ja niiden ratkaisumalleista. (Wallin, Talvitie, Cattan & Karppi 2009, 45 - 54.)

Tiirinki (2014) toteaa väitöskirjassaan asiakaslähtöisyyden olevan valinnan vapautta ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden laajentumista terveydenhoitoprosessissa, jossa asiakasaktiivisuus on kahdensuuntaista. Terveyskeskuksessa asiakaslähtöisyyden kehittäminen edellyttää vuorovaikutteista kohtaamista. (Tiirinki 2014, 116, 119.)

Organisaatioissa hoitotyön johtajat asettavat toiminnalle strategisia tavoitteita ja luovat edellytyksiä näyttöön perustuvalla toiminnalla. Yksiköiden hoitotyön johtajat vievät strategiset tavoitteet käytäntöön. Siinä tavoitteena on, että tutkimusnäyttö yhdistyy potilaan yksilöllisiin toiveisiin ja mahdollisuuksiin sekä vallitseviin olosuhteisiin päätöksenteossa. He johtavat näyttöön perustuvaa toimintaa niin, että potilaan saamaa hoitoa ohjaavat yhteinäiset käytännöt riippumatta siitä, että henkilökunta vaihtuu työvuoroissa. Näyttöön perustuvan toiminnan tueksi on olemassa erilaisia malleja, jotka toimivat viitekehyksenä ja auttavat hoitotyön johtajia kiinnittämään huomiota toiminnan kehittämistä tukeviin tekijöihin. Johtajien on osattava johtaa osaamista ja ylläpitää työntekijöiden kiinnostusta omaan työhönsä, niin että he haluavat kehittää sitä. Johtajien tehtävänä on myös toimintamenetelmien ja prosessien kehittäminen. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Sepänen 2013, 141 - 142.)

Näyttöön perustuvan toiminnan onnistuminen edellyttää toimivaa moniammatillista yhteistyötä. Kaikkien toimijoiden tulee tiedostaa, mitä se tarkoittaa

taa potilaiden hoidossa. Hoitotyön johtajat luovat yksiköissään edellytykset näyttöön perustuvalla toiminnalla ja johtamisessa he voivat hyödyntää eri lähteistä saatua näyttöä. Näyttöön perustuvan toiminnan tukena voidaan soveltaa laadunhallinnan menetelmiä. Ne tukevat toinen toisiaan (kuvio 2). (Holopainen ym. 2013, 145.)



Kuvio 2. Näyttöön perustuva tiedon- ja laadunhallinnan työkalujen toisiaan täydentävät roolit. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 145.)

Vähäkankaan (2010, 92) tutkimustulosten mukaan omahoitajan koordinoimistehtävä asiakkaan kuntoutumista edistävässä hoidossa asettaa haasteita hoitajan osaamiselle ja moniammatilliselle toiminnalle ja kannustaa luovuuden käyttöön. On löydettävä toimintatapoja, joilla iäkkäitä henkilöitä, joilla on usein myös kognition vajeita, voidaan motivoida ja kannustaa ponnistelemaan ja harjoittelemaan toimintakykynsä parantamiseksi.

Vähäkankaan (2010, 92) tutkimuksen mukaan asiakkaan ja omaisen aktiivista osallistumista hoitoon voidaan tukea terveyslähteisyyden, tavoitteelli-

suuden ja moniammatillisuuden avulla. Routasalo (2003, 124) toteaa moniammatillisen yhteistyön toteutuvan kuntoutustiimeissä, johon kuuluu iäkkään henkilön kuntoutumiseen osallistuvia henkilöitä kuten hoitaja, lääkäri, fysioterapeutti, toimintaterapeutti sekä sosiaalihoitaja. Moniammatilliseen yhteistyöhön kuuluu usein myös muita ammattiryhmiä kuten kotisairaanhoidon tai kotihoidon henkilöstöä, joiden kanssa kotiutumisen suunnittelu tulisi aloittaa jo henkilön tullessa sairaalaan. Yhdessä laadittu kuntoutussuunnitelma varmistaa, että kaikki henkilön kuntoutusprosessiin osallistuvat ovat tietoisia tavoitteista ja toimintalinjoista.

Asiakkaan osallistumista omaan hoitoonsa voidaan lisätä apuvälineiden avulla. Apuvälineitä käyttämällä voidaan lisätä asiakkaan turvallisuuden tunnetta erityisesti siirtymistilanteissa. Apuvälineiden käyttö on tärkeää myös hoitajien työergonomian huomioimiseksi. (Vähäkangas 2010, 92.)

Vähäkankaan (2010) tutkimilla kuntoutumista edistävillä osastoilla oli vähemmän sekä vuodepotilaita että asiakkaita, joiden sosiaalinen aktiviteetti oli vähäistä verrattuna muihin osastoihin. Osastonhoitajat pitivät tärkeänä, että vuodepotilaat autettiin sängystä pois ja että heille järjestettiin mielekästä tekemistä päivän aikana. Työvuorosuunnittelussa henkilöstöresurssit järjestettiin asiakkaiden sosiaalista osallistumista tukien. (Vähäkangas 2010, 93.)

### 2.3 Työhyvinvointi työssä jaksamisen tukena

Työhyvinvointi voidaan määritellä yksilön kokemuksena työnteon mielekkyydestä, työyhteisön ilmapiiristä, esimiestyöstä ja johtamisesta. Laajemmasta näkökulmasta katsottuna työhyvinvointi voidaan määritellä työyhteisön kokemuksena työn sujuvuudesta ja yhteisestä aikaan saamisen tunteesta. (Suomen Kuntaliitto 2003, Leivo 2007.) Myös työterveyslaitoksen mukaan työhyvinvointi rakentuu mielekkäästä ja sujuvasta työstä, jota tehdään terveyttä edistävässä sekä työuraa tukevassa työympäristössä ja työyhteisössä. (Manka 2011, 63.)

Työhyvinvointi rakentuu paitsi johtamisesta niin myös työyhteisön kehittämisestä. Siihen kuuluu myös työympäristön ja osaamisen kehittäminen sekä



työkyvyn ja terveyden edistäminen. Työhyvinvointityötä tehdään yhteistyönä eri toimijoiden kesken. Työhyvinvointiverkostoissa keskeisiä toimijoita ovat johto, esimiehet, työyhteisö, henkilöstöhallinto, työterveyshuolto ja työsuojeluorganisaatio. Jokaisella on subjektiivinen kokemus siitä, mitä työhyvinvointi on. Yksittäisen henkilön tasolla työhyvinvointiin ja työn mielekkyyteen vaikuttavat yksilön terveys ja voimavarat sekä oman osaamisen ja työn vaatimusten tasapaino. Myös yksilön arvoilla, asenteilla ja motivaatiolla on merkitystä hyvinvoinnin kannalta. Yksittäiset kokemukset heijastuvat työyhteisötasolle. Jokainen pystyy vaikuttamaan hyvinvoivan työyhteisön toteutumiseen. (Suomen Kuntaliitto 2003; Leivo 2007.)

Työhyvinvointiin vaikuttaa myös kunnan tai kuntayhtymän palvelu- ja henkilöstöstrategia ja muut strategiset linjaukset. Niiden avulla voidaan ohjata organisaation toimintatapaa, johtamiskulttuuria sekä työyhteisön toimintaa ja perustehtävää tiettyyn suuntaan. Yksilö- ja työyhteisötasolla työhyvinvointi konkretisoituu yhteistyön sujuvuutena, työhön paneutumisena sekä palvelun laatuna ja tuloksellisuutena. (Suomen Kuntaliitto 2003; Leivo 2007.)

Tulevaisuudessa henkilöstön osaamiseen tulee panostaa, ja sen lisäksi tarvitaan myös entistä tiiviimpää yhteistyötä organisaatioiden eri tasojen kanssa. On pohdittava, miten organisaatio voi tuottaa kilpailukykyä panostamalla työhyvinvointiin. Tilastot sairauspoissaoloista ja tunnusluvui- sta kertovat, mihin työhyvinvoinnin panostuksia tarvitaan. Ne on vain saatava toimimaan paremmin ja siten ohjaamaan päätöksentekoa. Kun henkilöstö on motivoitunut, kokee työnsä mielekkääksi ja sitoutuu siihen, niin tuloksena on tuottavuutta, tehokkuutta ja laatua. Työhyvinvointityö mahdollistaa tuottavuuden kehittämisen. Strategisen hyvinvoinnin investoinnit ovat investointeja yritysten osaamispääomaan ja lisäävät sitä kautta taloudellista tuottavuutta. Hyvinvointi – investointeja ovat muun muassa työnantajan järjestämä työterveyshuolto, koulutus ja liikunta- ja kulttuuripalvelut. ( Liukkonen 2006, 261; Aura ym. 2009, 43.)

Simola ja Kinnunen (2005) tutkivat hyvinvoinnin, suoriutumisen ja tuloksellisuuden yhteyttä ja määrittivät hyvin toimivan terveydenhuoltoorganisaation kriteereiksi tavoitteiden selkeyden, myönteisen suhtautumisen organisaatioon ja hyvät vaikutusmahdollisuudet työhön. Lisäksi keskeisiä tekijöitä ovat hyvä johtaminen, tiedonkulun tehokkuus ja työryhmän kiinteys sekä hyvä ilmapiiri. Hyvin toimiva työyhteisö rakentuu yhteisistä arvoista ja visiosta ja näiden pohjalta muodostetusta strategiasta. Esimiehen tulee itse sitoutua niihin sekä välittää niistä tietoa henkilöstölle. Simolan ja Kinnusen (2005) tutkimuksen mukaan työntekijöiden tulisi saada vaikuttaa työhön, työoloihin, kehittämiseen ja päätöksentekoon. Parhaiten se toteutuu kevyissä tiimiorganisaatioissa. Hyvinvointia ja menestystä edistäviä tekijöitä ovat myös työntekijöiden autonomia ja työroolien sekä työtehtävien selkeys. (Simola ja Kinnunen 2005, 129 -133.)

Työyhteisön toimivuudella on merkitystä työntekijöiden jaksamiseen ja hyvinvointiin (Mäkitalo 2005, Hakanen 2004, Rautio 2004). Toimivan työyhteisön johtamiskäytännöt ovat suuntautuneet sekä ihmisten että asioiden johtamiseen. Toimintakäytännöt helpottavat työtä ja niiden avulla tiimit voivat arvioida omaa toimintaansa, prosessejaan ja yhteistyötään. Tiedonkulun toimivuus ja kokouskäytäntöjen tehokkuus, ryhmän sisäinen palaute ja omasta työstä saatu palaute ovat ryhmän sisäisen toiminnan kannalta tärkeitä koko ryhmälle. Työyhteisön hyvinvointi rakentuu jatkuvan toiminnan kehittämisen, innovatiivisuuden, palkitsemisen ja tunnustuksen antamisen kautta. Toimivan työyhteisön tunnusmerkkinä voidaan pitää hyvää ilmapiiriä. Hyvä ilmapiiri ja hyvät ihmissuhteet ovat edellytyksenä sille, että henkilöstö voi keskittyä perustehtäväänsä eikä energia kulu ristiriitojen hallintaan. (Simola & Kinnunen 2005, 132 – 136.)

Palkitsemisen on todettu vaikuttavan positiivisesti hoitajien työhyvinvointiin ja sitoutumiseen työhönsä. Lisäksi sen on todettu lisäävän työn houkuttelevuutta terveydenhuoltoalalla. (Seitovirta, Partanen, Vehviläinen – Julkunen & Kvist, 2014.)

## 2.4 Työkyky

Työelämässä hyvinvoinnin kuvaajana käytetään työkykyä. Se voidaan määrittellä kapea-alaisen lääketieteellisen käsitettyypin mukaan sairauksien puuttumisena. Laaja-alaisemman käsityksen mukaan työkyky määritellään ns. tasapainomallin mukaan, jossa työkyky on yksilöllisten edellytysten ja työn vaatimusten välinen tasapainosuhte. Tämä näkökulma on kuitenkin kuormitustekijäkeskeinen. Laaja-alaisen työkyvyn määritelmän mukaan kyse ei ole ainoastaan sairauden puuttumisesta tai työn vaatimusten ja yksilöllisten edellytysten tasapainosta, vaan myös yksilön, yhteisön ja ympäristön muodostamasta kokonaisuudesta, joka mahdollistaa yksilön selviytymisen työelämässä. Nykyisin työkyky käsitettä korvataan usein työhyvinvointikäsitteellä. Se kohdistaa erityistä huomiota myös työyhteisöön ja työelämän laatuun. Työhyvinvointia voidaan lähestyä työuupumuksen ja kuormitustekijöiden kautta, mutta myös pohtimalla voimaantumista ja voimavaratekijöitä. Voimavaratekijöiden avulla voidaan vähentää kuormittaviksi koettujen tilanteiden määrää ja kuormittavuuden kokemista tuottamalla tehokkaampia hallinnan keinoja. Yksilö saa voimavaroja itsestä, yhteisöstä ja yhteiskunnasta. (Saaranen ym. 2004, 328; Ilmarinen 2005, 81; Martimo ym. 2010, 168.)

Professori Ilmarinen määrittelee työkyvyn kyvyksi tehdä työtä tai suoriutua työn asettamista muutoksista. Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky muodostavat työkyvyn perustan kaikissa vaiheissa. Työsuoritukseen ja työtulokseen vaikuttavat olennaisesti motivaatio ja työhalukkuus. Ihmisen työkyvyssä on kyse yksilön toimintaedellytysten ja työn vaatimusten välisestä tasapainosta. (Ilmarinen 1995, 31.)

Myös Louhevaara (2001) määrittelee työkyvyn yksilön fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena toimintakyknä, johon vaikuttaa ikä, elämäntyyli, terveydentila, ympäristö ja työ. Nykyisin tiedetään liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden terveyttä, toimintakykyä ja työkykyä ylläpitävistä ja edistävästä vaikutuksista. Lisäksi liikunnalla on positiivisia vaikutuksia työn tuottavu-

teen ja laatuun sekä sairauspoissaoloihin että työvoiman vaihtuvuuteen. (Louevaara 2001, 300.)

Työkykyyn vaikuttaa koko yksilön elämä. Työ ei ole irrallinen osa ihmisen hyvinvointia, eikä työkykyyn voida vaikuttaa ainoastaan työpaikan toiminnalla. Ihmisen työkykyyn vaikuttavat hänen lähiympäristönsä, ystävät, perhe ja suku. Lisäksi yksilön arvot ja asenteet muodostavat perustan työkyvyn vaalimiseksi. Näiden lisäksi motivaatio ohjaa työkyvyn ylläpitoa. (Jouttimäki 2002, 2.)

Työkyvyllä tarkoitetaan yksilön kykyä selviytyä työelämässä mahdollisesta sairaudesta, viasta tai vammasta huolimatta. Työkykyä voidaan määrittää yksilön edellytysten valossa; yksilön fyysinen ja psyykkinen työkyky, ikä, ammattitaito (osaaminen) sekä muita tekijöitä kuten oma jaksaminen, koettu työkyky ja tilannekohtaiset tekijät. Työkykyä voidaan määrittää myös työn vaatimusten valossa; työn fyysinen ja psyykkinen kuormittavuus, työn tiedolliset ja taidolliset vaatimukset sekä tehdyn työn määrä, laatu ja suhde muuhun työyhteisöön. Muita näkökulmia voisivat olla tuottavuuden näkökulma, organisaationäkökulma ja yhteiskunnan näkökulma. Tuottavuudessa painotetaan panostusta suhteessa tuotokseen. Työntekijän panostus työn tekemiseen ei yleensä kasva suuremmaksi kuin siitä saatu tuotos ja hyöty. Tämän lisäksi organisaationäkökulmasta katsottuna työkykyä arvioidaan työntekijän suoriutumisen suhdetta organisaation toimintaan ja perustehtävään. Yhteiskunnallisesti katsoen on tärkeää, että ihmisillä on riittävän pitkät ja terveet työurat. (Mäkitalo ym. 2008, 522 – 531; Kaski 2012, 134 – 135.)

Työikäisten kuntoutuksessa on lääketieteellisen kuntoutusidean rinnalle noussut idea, joka yhdistää sekä ympäristötekijöiden ottamisen huomioon että toimintakyvyn edistämisen yksilön kuntouttamisessa. Nämä näkökulmat yhdistyvät teoreettisesti ympäristö – yksilö – tasapainomallissa. Sen mukaan suoriutumisen ja hyvinvoinnin kannalta on oleellista se, riittävätkö yksilön ominaisuudet (terveys, toimintakyky, työkyky) vastaamaan ulko-

puolisen ympäristön asettamiin vaatimuksiin. Näiden välille voi syntyä epätasapaino esimerkiksi tilanteessa, jossa ympäristön vaatimusten määrä tai laatu ylittää yksilön toimintakyvyn. Epätasapainosta on seurauksena vajaa-kuntoisuutta, jota mallin mukaan voidaan ennaltaehkäistä tai lieventää vaikuttamalla ympäristön vaatimuksiin ja edistämällä yksilöllistä toimintakykyä. (Mäkitalo 2008, 522 - 531.)

Jo työterveyslakia (1383/2001) uudistettaessa on korostettu työkykyä ylläpitävää toimintaa keskeisenä työterveyshuollon toiminnan sisältönä. Sen tulee soveltua asiakaskunnan työtehtäviin ja kuormittavuuteen sekä työympäristöön ja työyhteisöön kohdistuvina toimina. Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen 1348/93, 1§ mukaan työterveyshuollon toimintasuunnitelma voi olla osa työpaikan työsuojelun toiminta-ohjelmaa, jonka laatiminen kuuluu työnantajalle. Raamit työkyvyn edistämiseksi siis on olemassa, mutta taloudelliset resurssit hidastavat työterveyshuollon täysimääräistä toimintasuunnitelman täytäntöönpanoa. Sairaanhoidollisesta työkyvyn edistämisestä tulisi kuitenkin pyrkiä mahdollisuuksien mukaan ennaltaehkäisevän hoidon ja kuntoutuksen suuntaan ja työkykyä edistävään suuntaan, niin että yksilön yksittäisten vaivojen hoidon lisäksi voitaisiin kehittää työympäristöjä ja työyhteisöjen tarpeita. ( Antti-Poika, Martimo & Husman 2006, 31.)

Työterveyshuollolla on merkittävä rooli edistäessään työntekijöiden työkykyä, eikä sen tarvetta tulisi vähätellä, sillä siihen käytettävät resurssit ovat investointeja. Pitkäaikaisvaikutukset näkyvät sairausajan lyhentymisenä, sairauskulujen vähenemisenä, työkyvyttömyyseläkkeiden vähenemisenä, tuottavuuden paranemisenä ja yleisen innovatiivisuuden paranemisenä. Sillä on myös selkeä yhteys asiakastyytyväisyyden paranemiseen. Panostukset työhyvinvointiin voivat tulla monikertaisina takaisin. ( Antti-Poika, Martimo & Husman 2006, 52; Ojala 2003, 95.)

Henkilöstön työkyvyn kehittäminen ymmärretään useissa yrityksissä mahdollisuutena parantaa tuottavuutta. Tällöin se edellyttää yritysjohton panostamista työsuojelullisiin tekijöihin. Henkilöstön hyvä työkyky ja työssä jaksaminen pienentävät yritykselle koituvia kustannuksia kuten varhaiseläke-

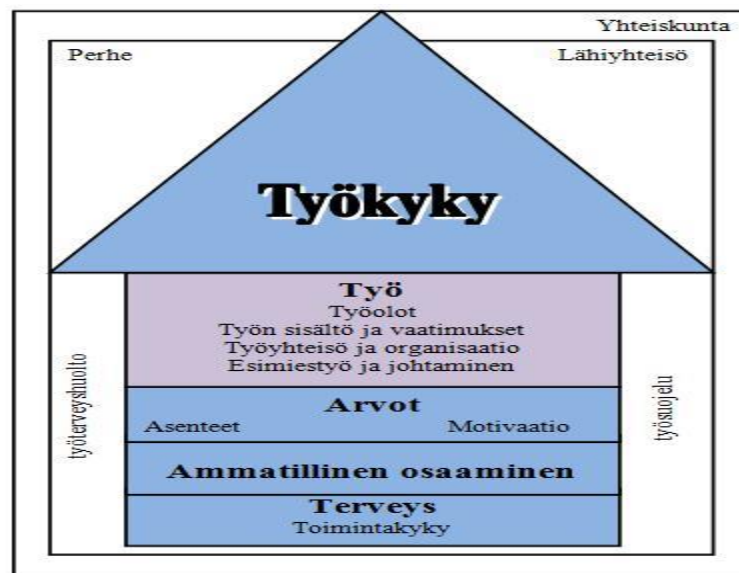
maksuja. Erityisesti ikääntyvien työkykyyn panostaminen on osa yritysten riskienhallintaa. Työn ja työympäristön suunnittelussa ikääntymisvaikutusten huomiointi on myös yksilöiden huomioimista. Siitä voivat kuitenkin hyötyä kaikki työntekijät ikään katsomatta. Ihmiset vanhenevat eri tahtiin, joten työjärjestelyihin tarvitaan enemmän yksilöllisiä ratkaisuja töiden organisoinnissa ja työtehtävien muuntelussa (Ilmarinen, Lähteenmäki, Huuhtanen 2003, 42.). Kiireisissä ja fyysisesti raskaissa tehtävissä tulisi mahdollistaa joustavat ja yksilölliset ratkaisut kuten työajan lyhentäminen, jotta ihmisten työurat jatkuisivat pidempään. (Moilanen 1999, 68,70.)

Työssä jaksaminen vaikeutuu, kun kuormitus kasvaa. Henkilöstön pitkäaikainen kuormittuneisuus voi vaarantaa työ- ja potilasturvallisuutta. Pitkällä aikavälillä säästöt eivät toteudukaan suunnitelmien mukaisesti, vaan palvelujen heikentäminen voi johtaa kustannusten nousuun. Työterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan myös käsin tehtävät nostot ovat merkittävä riskitekijä ja ne aiheuttavat myös työpaikkatapaturmia. (TTL, 2013.)

Hyvinvoiva, osaava ja työstään innostunut henkilöstö on työpaikan keskeinen voimavaratekijä. Siihen voidaan vaikuttaa työhyvinvoinnin avulla panostamalla varhaiseen puuttumiseen työkyvyn laskiessa sekä onnistuneella työjaolla. Organisaatioissa tulee mahdollistaa työn henkilöstölähtöinen kehittäminen. Kaikki arvioivat ja kehittävät työtä ei vain ylin johto. Näin voidaan mahdollistaa innovatiivisten ideoiden esille tulo. Työyhteisötaitoja tulee kehittää puolin ja toisin. Niin esimiestyötä kuin alaistaitoja tulisi hioa vuorovaikutusta kehittämällä. Osaamisen kehittämisen tulisi painottua ennakointiin ts. ennakoida osaamistarpeita, joita työelämä tulee tarvitsemaan. Työnantajan tulisi panostaa tekijöihin, jotka lisäävät vetovoimaisuutta ja sitouttavat työntekijöitä työpaikkaan. Tyytyväinen työntekijä on myös tuottava. Työhyvinvointi näkyy yksilöissä työnä ja -imuna ja organisaatioissa voimavarana, sillä hyvinvoivat työntekijät tekevät hyvän tuloksen ja hyvä ilmapiiri mahdollistaa luovuuden ja houkuttelee osaavia työntekijöitä (Manka 2011, 73).

Erosen (2011) tutkimuksen mukaan voimaannuttavaa johtamistapaa käytetään johtamisessa ja sen avulla voidaan parantaa työkykyä ja työtyytyväisyyttä. Seitovirran ym. (2014) tutkimuksen mukaan on tärkeää varmistaa hoitohenkilöstön riittävä palkitseminen sen vuoksi, että Suomi säilyttää osaavan ja sitoutuneen henkilöstönsä. Lisäksi on tärkeää, että sairaanhoitajia kuunnellaan ja tarjotaan asianmukaista tunnustusta ja arvostusta työstään, jotta voidaan kehittää tehokas palkitsemisjärjestelmä.

Professori Ilmarinen (2006, 80) on kehittänyt työkyvystä hierarkkisen talomallin (kuvio 3). Se perustuu Työterveyslaitoksen tutkimuksiin, joissa on selvitetty työkykyyn vaikuttavia tekijöitä.



Kuvio 3. Työkyvyn talomalli (Ilmarinen 2006, 80)

Kolme ensimmäistä kerrosta kuvaavat yksilön henkilökohtaisia voimavaroja. Terveys ja toimintakyky ovat työkyvyn perusta. Työkyky muodostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä sekä terveydestä.

Toiseen kerroksen kuuluu työkokemuksen ja koulutuksen tuoma varmuus kohdata ammatilliset haasteet ja työtehtävät. Tietoyhteiskunnassa painotetaan elinikäisen oppimisen taitoja, sillä niillä on lisäarvoa työmarkkinoilla. Kolmannen kerroksen täyttävät elämän arvot ja asenteet, joiden mukaan

henkilö toimii ja motivaatio, joka ohjaa työssä ja elämässä menestymiseen. Tähän kerrokseen liittyy esimerkiksi työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen, mutta myös yhteiskunnassa ja lainsäädännössä tapahtuvat muutokset kuuluvat tähän. Eläkeuudistuksilla ja muilla sosiaalisten etujen muutoksilla voidaan ohjata työssä pysymistä tai eläkkeelle siirtymistä. Työn kokeminen merkityksellisenä vahvistaa työkykyä. (Ilmarinen 2005, 80.)

Talon ylin neljäs kerros on työ itsessään, jossa keskeistä on työn sisällöllinen mielekkyys, työskentelyolosuhteet ja työtehtävien organisointi johtamisen näkökulmasta. Työkyky heijastaa ihmisen voimavarojen ja työn välistä tasapainotilaa. Muutokset tasapainossa ilmenevät muuttuneena työkykynä. Kerrokset tukevat toisiaan ja niiden yhteensopivuus on tärkeää työkyvyn kannalta. Työelämän muutokset voivat muuttaa työkyvyn vaatimaa tasapainoa. Haasteena on löytää tasapaino uudelleen. Johtamisella voidaan merkittävästi vaikuttaa työkyvyn edistämiseen. Tämä on tärkeää sen vuoksi, että työ itsessään muuttuu nykyään nopeasti ja työntekijöiden tulee pysyä kehityksessä mukana. Se edellyttää, että työkykyä tuetaan myös työpaikoilla tehtävin tukimuodoin. Esimiehillä ja johtajilla on valta ja velvollisuus organisoida ja kehittää työpaikan työkykyä ylläpitävää toimintaa. (Ilmarinen 2005, 80.)

Jatkuva työkyky edellyttää jatkuvaa kehittymistä kaikilla työkykytalon osalualueilla kuten työtehtävien hallitseminen, terveyden ja motivaation ylläpito. Jokaisella on mahdollisuus vaikuttaa työhyvinvointiin ja omaan jaksamiseen. Ikääntyminen aiheuttaa voimavarojen heikkenemistä ja se vaatii johtamiselta lisäpanostuksia. Tarvitaan sekä ikäjohtamista että työkykyjohtamista. Johtamisella voidaan vaikuttaa työn organisointiin ja työoloihin työterveyshuollon ja työsuojelun yhteistyöllä sekä henkilöstöjohtamisella. Työterveyshuollon lakisääteinen tehtävä on henkilöstön työkyvystä huolehtiminen. Myös läheisten tuella on merkitystä työkyvyn edistäjänä. (Ilmarinen 2005, 81.)



Työkyky-, työhyvinvointi- ja osaamisongelmat ovat sairauspoissaolojen lisääntymisen ja varhaisen eläkkeelle siirtymisen taustalla. Varhaisella reagoinnilla ja toimivalla kuntoutuksella sekä työurien yksilöllisellä suunnittelulla ja paremmalla tiedostamisella yritysten osaamistarpeista voitaisiin suuri osa sairauden ja työkyvyttömyyden pitkittymisestä ja liian varhaisesta eläkkeelle jäämisestä välttää. (Mäkelä-Pusa & Harju 2012, STM 2008 - 2011, 32 - 36, 60.)

Työssä jaksamisen tutkimus- ja toimintaohjelmassa 2000 - 2003 työntekijöiden uupumisen ehkäisyssä tärkeänä tekijänä korostui työaikajohtaminen. Tämän tutkimuksen mukaan henkilöstön työmotivaatiota lisäävät hyvä tiedonkulku, työntekijöiden vaikuttamismahdollisuudet ja kannustava työilmapiiri. Vahvasti motivoituneet työntekijät haluavat käyttää koko osaamistaan ja ovat valmiita ottamaan vastuuta. Tämä auttaa kestävämpään paremmin lyhytaikaista kuormitusta. Motivoituneet työntekijät haluavat kehittää työtään ja työolojaan. Tämä taas lisää tuottavuutta ja tuo tulosta.

Hinnon väitöstutkimuksen (2012) mukaan sairaanhoitajat, jotka kokivat saavansa tukea esimiehiltä ja arvioivat henkilöstömäärän riittäväksi, suhtautuivat työhönsä positiivisemmin ja arvioivat myös hoidon laadun paremmaksi. Hinnon tutkimuksen mukaan sairaanhoitajien työskentelyolosuhteita tulisi jatkuvasti arvioida ja kehittää järjestelmällisellä henkilöstövoimavarojen suunnittelulla. Työskentelyolosuhteiden kehittäminen on välttämätöntä potilasturvallisuuden ja hoitotulosten takaamiseksi. Lisäksi on pyrittävä estämään sairaanhoitajien siirtymistä muihin tehtäviin ja taattava ammatin vetovoimaisuus.

Koivuniemi (2004) on tutkinut väitöskirjassaan osaamisen johtamista ja työkykyä ylläpitävän toiminnan kehittämistä kunta-alalla. Tulosten mukaan henkilöstövoimavarojen hallinta on kunta-alalla ongelmallista. Työkykyä ylläpitäviä toimia tulisi lisätä, sillä henkilöstön ikärakenne on vinoutunut. Henkilöstötilinpäätöksien ja -raporttien käsitteistö vaatii vielä tarkennusta, jonka vuoksi tutkimuksessa ei voitu tuottaa työkyvyn teoreettista viitekehys-

tä. Työkyky tulisi linkittää osaksi laadun ja henkilöstön osaamista, koska se antaa organisaation kehittämislle uusia ulottuvuuksia. Näin voidaan mahdollistaa organisaation kehittyminen oppivaksi organisaatioksi.

Työkykytoiminta onnistuu, kun se on osa organisaation normaalia, eri osapuolten välistä yhteistoimintaa. Tällaisissa organisaatioissa työkyvystä huolehtiminen käsitetään olennaiseksi osaksi esimiesten vastuuta organisaation toimintakyvystä ja sen kehittämisestä. (Parviainen & Tuominen 2003, 6.) Työkykyä ylläpitävällä eli TYKY – toiminnalla voidaan edistää paitsi työntekijöiden terveyttä ja ammatillista osaamista, niin myös parantaa työtä ja työympäristöä, kehittää työyhteisöä ja – organisaatiota. (Kähäri – Wiik ym. 2007, 215 - 216.)

Työelämän laadun parantamiseen, työkyvyn ylläpitämiseen ja myönteisten voimavarojen kehittämiseen tähtäviä toimenpiteitä pitää vahvistaa, jotta suomalaisten työurat pitenevät. Työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyön kehittäminen on avainasemassa tässä työssä. (THL:n tiedote ja raportti 17.11.2010; STM 2008 - 2011, 38 - 39, 61 - 62.) Muutostilanteissa ja työssä jaksamisen tukemisessa henkilöstöä voidaan auttaa työterveyden yhteistyöllä. Hyvän työterveyshuollon eettisenä periaatteena on se, että työterveyshuollon ensisijaisena tavoitteena on parantaa työoloja. Sitä ei voi korvata pelkästään työntekijöiden suorituskykyä parantamalla. (Mäkitalo 2010,166.)

Raution (2004) tutkimuksen mukaan työterveysyksiköt tunnistivat työntekijöiden jaksamisen olevan yhteydessä organisaatiokulttuuriin, työprosessien sujumuuteen ja johtamiskäytäntöihin sekä muutosten hallintaan ja henkilöstön osaamiseen. Työkyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi toteutetussa työssä huomattiin vallitsevan merkittävä sisäinen ristiriita sen suhteen, mihin panostetaan ja mitä tarpeita työyhteisöillä ja työntekijöillä tosiasiallisesti tiedetään olevan. Työterveysyksiköt havaitsivat ristiriidan ja halusivat kehittää työtään vastaamaan paremmin asiakkaidensa tarpeisiin. Työterveysyksiköiden ohjaus- ja vaikuttamismenetelmät koettiin asiakasta objektiivoina eikä aktivoivina ja voimavaroja vahvistavina kuten nykyisten oppimismen-

mysten mukaan tulisi olla. Tutkimuksen mukaan työterveyshuollon tulee laajentaa osaamistaan, mikäli työyhteisöjen tarpeisiin aiotaan vastata.

Johtamisella voidaan luoda oikeat puitteet siihen, että työntekijät sitoutuvat työhönsä ja haluavat kehittää sitä, sillä työntekijät ovat organisaation keskeinen voimavaratekijä. Nykyisin työkyvyn edistämällä pyritään vähentämään työkyvyttömyyseläkkeelle lähtevien määrää. Työkykyä parantamalla voidaan ehkäistä työkyvyttömyyttä. Työkyvyn edistämässä yksilö nähdään aktiivisena toimijana. Asiantuntijan rooli on olla tukijana ja vaihtoehtojen tarjoajana. Yhteisön ja ympäristön tuella on myös merkitystä työkyvyn edistämässä. (Eronen 2011, 64, 99.)

Osaamisen johtaminen vaatii lähijohtajalta itseltään osaamisen kehittämistä kuntoutumisen edistämisestä ja olemalla esimerkkinä hoitajille. Voimaantumista edistävä johtaminen ilmeni hoitajien arvostamisena ja palautteena tilanteissa, joissa hoitaja toimi kuntoutumista edistävästi. Pekkarinen ym. (2007) toteavat oikeudenmukaisen johtamistyylin parantavan hoitajien hyvinvointia pitkäaikaisessa laitoshoidossa. (Vähäkangas 2010. ) Pekkarisen ym. (2008) mukaan hyvällä johtamisella voidaan tukea henkilöstön toimintaa ja varmistaa, että kuntoutumista edistävät ja hyvät hoitokäytännöt siirtyvät osaksi arjen toimintaa. (Pekkarinen, Sinervo, Elovainio, Noro & Finne – Soveri 2008, 3067 – 3073.)

Johtajat ohjaavat työntekijöiden toimintaa niin, että organisaatio pystyy saavuttamaan perustehtävänsä. Johtamisella voidaan vaikuttaa työympäristöön ja resursseihin. Lisäksi johtamistavoilla voidaan vaikuttaa työntekijöiden sitouttamiseen, työmotivaatioon, henkilöstön kuormittumiseen ja osaamiseen sekä työyhteisön toimintaan ja ilmapiiriin. Töiden järjestelyn, työaikaan liittyvien yksilöllisten tekijöiden ja työympäristöön liittyvien asioiden tulee vastata eri ikäisten tarpeita ja edellytyksiä ( Ilmarinen ym. 2003, 202.). Nämä tekijät vaikuttavat työn laatuun ja henkilöstön työssä jaksamiseen. (Sinervo & Elovainio 2002, 201.)

Yhteenvedona voidaan todeta työhyvinvoinnin rakentuvan siitä, että työntekijät voivat tehdä ammattitaitonsa mukaista työtä, ja että työ on jaettu oikein ja sitä on sopiva määrä. Työntekijöiden työssä viihtymistä voidaan lisätä sillä, että luodaan yhdessä hyvä työilmapiiri. Työssä jaksamista edistää se, että oikea määrä työntekijöitä on töissä koulutustaan vastaavissa tehtävissä. Työn tulisi olla riittävän haastavaa, mutta samalla palkitsevaa.

Millään yksittäisellä toimintamallilla ei voida ratkaista yksilön tai työyhteisön työkyvyn ongelmia. Toiminnan tulee vastata työntekijöiden itsensä asettamiin tarpeisiin, joita he itse pitävät tärkeinä. Työ- ja toimintakyvyn edistäminen rakentuu ammatillisen osaamisen, työn ja työympäristön sekä työyhteisön ja johtamistoiminnan kehittämisestä. Työkyvyn edistäminen on yhteistyötä työterveyshuollon, työsuojelun sekä esimiesten ja työntekijöiden välillä.

Työyhteisön sosiaalinen toimivuus on yhteydessä koettuun terveyteen. Ihmisen terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat Penderin mallin mukaan kognitiivis – kokemukselliset tekijät kuten terveyden merkitys, koettu terveyden hallinta, koettu suorituskkyky, terveyden määritelmä, koettu terveydentila sekä terveyttä edistävän käyttäytymisen koetut edut ja esteet. (Lauri & Kyn-gäs 2005, 120.) WHO:n terveyden määritelmä sisältää fyysisen hyvinvoinnin lisäksi ”täydellisen henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin”. Työterveyslaitoksessa ja eri puolilla maailmaa tehtyjen tutkimusten mukaan liikunnan lisääminen parantaa henkisen hyvinvoinnin tunnetta. (Korhonen 2001, 315-316.)

Esimiesten ja työntekijöiden välistä luottamuksellisen suhteen luontia voidaan edistää antamalla ammatillista tukea ja palautetta työstä sekä kuuntelemalla työntekijöitä. Pelkästään yksilön hyvä fyysinen ja psyykinen kunto ei ole riittävä edellytys työhyvinvointiin. Myös itse työtä tulee kehittää. Jatkuva yhdessä kehittäminen on avain jaksamiseen. Työhyvinvointi toteutuu yksilön ja työpaikan sekä esimiehen ja työkavereiden onnistuneen vuorovaikutuksen tuloksena.

### 3 HANKKEEN TOTEUTTAMINEN

#### 3.1 Kehittämishankkeen lähestymistapa

Tämä opinnäytetyö toteutetaan työelämälähtöisenä kehittämishankkeena. Tutkimuksellinen kehittämishanke sisältää tutkimusosion, jossa perinteisin tutkimusmenetelmin kerätään kehittämishankkeen kannalta tarpeellista tutkimustietoa. Kehittämishankkeen menetelmälliseksi ratkaisuksi ei ole valittu mitään valmista mallia, vaan se rakennetaan vähitellen yhteistyössä organisaation hankkeeseen osallistuvien kanssa. Lähestymistavan tavoitteena on samanaikainen kuntoutumista edistävän toimintamallin kehittäminen kuntoutujalähtöisempään suuntaan ja työntekijöiden tuen tarpeen selvittäminen siirryttäessä kuntoutumista edistävään toimintatapaan.

Kehittämistyön tarkoituksena on edistää kuntouttavan hoitotyön toteutumista käytännössä (Liite 5). Kehittämistyö toteutetaan soveltaen Engeströmin (1995) kehittävän työntutkimuksen teoriaa. Kehittävä työntutkimus pohjautuu Vygotskin, Leontjevin sekä Lurian alkuun saattamaan kulttuurihistorialliseen toiminnan teoriaan. Käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteissä on yleistä, että yksilöä tarkastellaan sisäisten mekanismiensä ohjaamana ja yhteiskuntaa omalakisena rakenteena, johon ihmisten tekemiset eivät vaikuta. Toiminnan teorian mukaan tämä yksilö – yhteiskunta – jako ei huomioi yksilön ja yhteiskunnan toisiinsa vaikuttamista. Toiminnan käsite luo linkin, ikään kuin välittävän sillan yhteiskunnan ja yksilön välille. Kehittävän työntutkimuksen teoria on työn, organisaatioiden ja muutosten hallitsemiseen kehitetty toiminnan kehittämisen lähestymistapa. (Engeström 1995, 11.)

Kehittävä työntutkimus on myös muutosstrategia ja sen avulla voidaan yhdistää tutkimus, käytännön kehittämistyö sekä koulutus. Kehittävän työntutkimuksen lähestymistavan avulla työntekijöitä voidaan osallistaa analysoimaan ja muuttamaan omaa työtään. Se ei tuota valmiita ratkaisuja, vaan muokkaa työyhteisön sisällä välineitä toiminnan erittelyyn ja uusien mallien

suunnitteluun. Kehittävän työntutkimuksen kehittämistyö kohdistuu työn ja organisaatioiden laadullisiin muutoksiin. (Engeström 1995, 11-12, 87.)

Toiminnan teoria on tehnyt ns. kehittäviä kokeita löytääkseen käytännössä kehityksen ja muutoksen mahdollisuuksia. Kehittävässä työntutkimuksessa on luotu välineitä tällaisten muutosinterventoiden toteuttamiseksi. Eksansiivinen oppiminen toimii toiminnan teorian välineenä. Tällaisessa oppimisessa on kyse annetun toimintalogiikan kyseenalaistamisesta ja radikaalista laajentamisesta. Ekspansiivisen oppimisen avulla toiminnan piiriä ja mahdollisuuksia voidaan avartaa uudelle tasolle. Tällöin toiminnan kohteen laajentuessa laajenee myös vastuu. Ekspansiivisen oppimissyklin mallia voidaan käyttää kehittävän työntutkimuksen vaiheistuksen pohjana. Tutkimuksen avulla sykliä sysätään eteenpäin interventioilla eli väliintuloilla. Tutkimus tuottaa työntekijöille ”peiliksi” havaintoaineistoa omasta työstä ja siinä esiintyvistä häiriöistä ja uutta ennakoivista ratkaisuista. Henkilöstöä osallistetaan antamalla heille tehtäviä työnsä analysoimiseksi ja uuden toimintamallin muodostamiseksi ja soveltamiseksi. Tutkimuksen tehtävänä on myös muovata ja tarjota työntekijöille käsitteellisiä välineitä näiden tehtävien suorittamiseksi. Kehittävän työntutkimuksen prosessia voidaan kutsua myös koulutusprosessiksi. (Engeström 1995, 126, 2004,13.)

Kohderyhmä oli Orimattilan terveysaseman akuuttivuodeosastojen 1 ja 3 hoitohenkilöstö. Engeströmin kehittävän työntutkimuksen ensimmäisen syklin mukaan kartoitetaan ensin nykytila. Vaihetta kutsutaan työtoiminnan etnografiseksi kuvaamiseksi eli ”ongelmien etnografia”. Siinä ongelmat kuvataan ja tutkittava toimintajärjestelmä rajataan. Selvitys lähtötilanteesta tehdään haastattelemalla henkilöstöä. Kehittävässä työntutkimuksessa lähtökohtana on moniäänisyys. Engeströmin (1995, 134) mukaan se edellyttää tutkijoiden ja tutkittavien näkökulmien saattamista esille ja dialogiin keskenään. Erilaiset näkökulmat tulisi saada esille ja työntekijöiden näkökulmien rinnalle on tärkeää nostaa esille asiakkaiden ja johdon näkökulmat. Tässä kehittämishankkeessa haastateltiin vain hoitohenkilöstöä ja aineisto analy-

soitiin sisällön analyysilla. Tiedonantajilta saatua tietoa käytettiin myöhemmin osallistavan arvioinnin tukena.

Kehittävän työntutkimuksen toisessa vaiheessa työstettiin uutta toimintamallia peilaten nykyistä toimintaa siinä ilmenneisiin ongelmiin. Engeströmin (1995, 124) mukaan kehittävä työntutkimus on reflektiivinen tutkimusote. Työntekijöille peilataan heidän työnsä ongelmia ja jännitteitä. Työntekijät voivat arvioida ja analysoida ”peilin” avulla toimintatapaansa. Tässä kehittämishankkeessa peilinä toimivat henkilöstön haastattelut. Osallistavan arvioinnin kehittämistilaisuudessa keskusteltiin yhdessä tavoitteista ja muutettiin ne käytännön toimenpiteiksi. Pohdittiin, miten tulee toimia, että kuntoutujalähtöisyys ja kuntoutumista edistävä hoitotyö toteutuu. Henkilöstö arvioi kuntoutumista edistävää toimintaa ja kuntoutujalähtöisyyden toteutumista osallistavan arvioinnin menetelmällä käyttäen arvioinnin tukena Ovreteitin (1998) laadun arvioinnin mallia sekä haastatteluista saatua tietoa. Siinä toimintaa arvioidaan asiakkaan, ammattilaisten ja johtamisen näkökulmasta.

Muutaman osaratkaisun avulla pohdittiin toiminnan perusteiden kehittämistä. Uuden toimintamallin perustaksi laadittiin yhdessä henkilöstön kanssa kuntouttavan työotteen periaatteet, jotka ovat osa kuntoutumista edistävän hoitotyön toiminta-ajatusta. Toinen osaratkaisu oli kuntoutumiskortin laatiminen. Idea siihen tuli teemahaastattelussa. Myös toiminta - ajatuksen laatiminen pohjautuu haastattelussa esiin tulleeseen ideaan siitä, että potilaita ja omaisia tulisi informoida hoitotyön toimintatavoista. Näin voidaan saada potilaat ja heidän omaisensa motivoitua kuntoutumisen edistämiseen ja toisaalta välttymään väärinkäsityksiltä. Monilla on edelleen sellainen käsitys kuntouttavasta hoitotyöstä, että hoitajien kuuluu tehdä kaikki potilaan puolesta.

Engeströmin (1995, 146) mukaan uuden toimintamallin suunnittelu voi pyrkiä koko toimintatavan perusteelliseen muuttamiseen tai muutoksen käynnistämiseen yhden tai useamman strategisen osaratkaisun tai -kokeilun avulla.

la. Koko toimintatavan perusteellinen muuttaminen ei toteudu yhdellä kertaa, vaan kehittämistyötä on tehtävä osa-askelten kautta. Tässä kehittämishankkeessa uuden toimintamallin suunnittelun pohjana oli kuntouttavan työotteen periaatteet, joita henkilöstö on yhdessä työstänyt. Uuden toimintamallin kehittämissyklin kolmas vaihe on mallin ottaminen käyttöön potilastyössä. Tämän kehittämishankkeen puitteissa siihen ei pyritä.

Kehittämistoiminta on monien eri toimijoiden luoma kokonaisuus. Usein siinä voi olla osallisena myös organisaation ulkopuolisia kehittämisen asiantuntijoita, jotka tuovat mukanaan tietynlaiset käsitteet, viitekehyksen ja toimintatavat. (Seppänen – Järvelä & Karjalainen 2006, 25.)

Tutkimuksessa pyritään vastaamaan tiettyihin tutkimuskysymyksiin tieteellisiä tutkimusmenetelmiä käyttäen. Kehittämistoiminnassa pyritään kehittämään jotakin tuotetta, palvelua tai vaikkapa organisaatiota. Myös tietokäsitykset poikkeavat toisistaan. Tutkimuksen piirissä tiedon kriteerinä pidetään tutkimusmenetelmien ja tutkimusprosessin luotettavuutta. Kehittämistoiminnassa tiedon käyttökelpoisuus on keskeistä. Siten esimerkiksi kokemus-tieto voi olla tieteellisen tiedon kanssa tasavertaista. (Toikko & Rantanen 2009, 156.)

Kehittämistoiminta voi olla tutkimuksellista siinä mielessä, että siinä pyritään huolelliseen toiminnan monitorointiin ja dokumentointiin eli tuotetaan tutkimuksellista aineistoa. Tutkimuksellisuus tarkoittaa pyrkimystä arvioida ja jäsentää kehittämistoimintaa, sen eri intressejä ja vaiheita, tavoitteita ja tuloksia. Käsitteiden avulla voidaan tarkastella kehittämisprosessia ja sen jäsenyyksiä kriittisesti. Tutkimuksellisessa kehittämisessä pyritään myös analysointiin ja arviointiin. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta voidaan toteuttaa käytännöllisten kehittämisprojektien varassa, mutta sillä ei tavoitella ainoastaan käytännön kehittämisen välittömiä tuloksia. Tutkimuksellisessa kehittämisessä korostuu argumentaatio ja siinä tutkimuksen tehtävä on palvella kehittämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 157.)



Kehittämistoiminta lähtee aina jostakin tieto- ja todellisuuskäsityksestä. Eri-  
laiset arviointiasetelmat kuuluvat olennaisena osana kaikkeen kehittämis-  
toimintaan. Arviointitutkimus on keskeinen tutkimuksen ja kehittämistoiminnan  
välimaastoon sijoittuva suuntaus. Kehittämistoiminnalla tavoitellaan  
ensisijaisesti konkreettista muutosta. Monimutkaisten kehittämissuhteiden  
yhteydessä systemaattinen lähestymistapa voi tuottaa parempia tuloksia kuin  
kokemustietoon ja valmiisiin ”opinkappaleisiin” nojaava lähestymistapa.  
Systemaattinen tiedontuotanto helpottaa tulosten siirrettävyyttä. (Toikko &  
Rantanen 2009.)

Kehittämistoimintaa voidaan luonnehtia sosiaalisesti prosessiksi, sillä se  
edellyttää ihmisten aktiivista osallistumista ja vuorovaikutusta. Osallistuminen  
on dialogista. Siinä eri osapuolet tarkastelevat kehittämistoiminnan perusteita,  
toimintatapoja ja tavoitteita avoimesti. Osallistamisella tarjotaan mahdollisuuksia  
ja osallistumisella voidaan hyödyntää mahdollisuuksia. Tuloksellisuuden vuoksi on  
tärkeää, että tärkeimmät sidosryhmät vedetään mukaan suunnitteluun ja päätöksentekoon  
jo hankevalmistelun alkuvaiheesta lähtien. Tämä lisää kehittämistyöhön sitoutumista.  
Tärkeää on myös se, että käyttäjät ja toimijat voivat osallistua kehittämistoimintaan  
henkilökohtaisen ajatuksen, kokemuksen tai näkemyksen perusteella. Tämän vuoksi  
osallistumista edistäviltä välineiltä edellytetään emotionaalista ulottuvuutta ja  
toisaalta dialogisuutta, jotta se mahdollistaa avoimen ja tasavertaisen osallistumisen.  
Osallistumista edistäviä välineitä käytetään erilaisten intressien avaamiseen.  
Jotta avoin dialogi toteutuu, niin osallistujien tulee voida esittää poikkeaviakin  
näkemystietoja. (Toikko & Rantanen 2009, 89 - 99.) Kehittämistoiminnan perusta on  
osallistuminen. Sen pohjalta kehittämistoimintaa voidaan myös arvioida. Tällöin  
kehittämistoiminnan vaikuttavuutta lähestytään käyttäjien ja toimijoiden näkökulmasta.  
(Kivipelto 2008, 35 - 37 Toikko & Rantasen 2009, 154 mukaan.)

Kehittämishankkeeseen kuului tutkimuksellinen osio, jonka toteutin laadullisen  
tutkimuksen keinoin. Laadullisessa tutkimuksessa teoriatieteellä on keskeinen  
merkitys. Tutkimuksen teoriatieteellä tarkoitetaan tutkimuksen viitekehystä,

ns. tutkimuksen teoreettista osuutta. Teoria ja viitekehys muodostuvat käsitteistä ja niiden välisistä merkityssuhteista. Laadullinen (kvalitatiivinen) tutkimus on empiiristä tutkimusta. Se on ymmärtävää tutkimusta, jossa ilmiötä pyritään ymmärtämään tai selittämään. Metodina ymmärtäminen on ihmistieteissä eläytymistä tutkimuskohteisiin liittyvään henkiseen ilmapiiriin, ajatuksiin, tunteisiin ja motiiveihin. Ymmärtäminen on tulkintaa esiyymmärryksen pohjalta. (Laine (2007) ; Pitkäranta (2010), Tuomi & Sarajärven 2009, 18, 22, 28, 35 mukaan.)

Laadullisen tutkimuksen määritelmässä korostuu ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen ja ihmisten näkemysten kuvaus. Sen avulla voidaan selvittää uskomuksia, asenteita ja käyttäytymisen muutoksia. Laadullisen tutkimuksen tunnuspiirteitä ovat naturalistisuus, jossa asioita tarkastellaan luonnollisissa olosuhteissa ja tilanteiden autenttisuutta. Laadullisen analyysin muoto on joko induktiivinen tai deduktiivinen, jossa jaottelu perustuu tulkintaan tutkimuksessa käytetystä päättelyn logiikasta. Induktiivinen pyrkii määrittelemään asiat yksittäisestä yleiseen ja deduktiivinen taas yleisestä yksittäiseen. Induktiivisuus on vapautta teoriaohjautuvuudesta. Esimerkiksi persoonakohtaisuudella ja yksilöllisyydellä kuvataan laadullisen tutkimuksen induktiivista luonnetta ja toisaalta yksilön tuntemusten ja toiveiden kuuntelua. Dynaamisuus tarkoittaa tutkimuksen muotoutumista prosessin aikana kuten esimerkiksi tutkimustehtävien täsmentyminen. Deduktiivinen prosessi etsii syysuhteita ja pyrkii yleistysten avulla ennustamiseen, selityksiin ja ymmärtämiseen. Tavoitteena on reliabiliteetin ja validiteetin kautta saavuttaa tarkkuus ja luotettavuus. Laadullinen tutkimus on kontekstispesifinen eli tutkimus liittyy tiettyihin tilanteisiin, jolloin aineistojen keruun paikat, tilanteet tai hoitoyhteisöt tulee kuvata tarkasti. Tutkimustulokset ovat myös kontekstiin liittyviä ja yksityiskohtaisia. Laadullisen tutkimuksen tunnuspiirteisiin kuuluu lisäksi tutkimusasetelmien joustavuus, joka tarkoittaa sitä, että tietoa voidaan hakea useista paikoista ja aineistojen hakeminen sekä keruu voivat täsmentyä vielä tutkimusprosessin aikana. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95; Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 50-51; Hirsjärvi & Hurme 2001, 25.)

Laadullinen aineisto voidaan jaotella myös aineistolähtöisen, teoriasidonnaisen tai teorialähtöisen analyysin avulla. Siinä voidaan ottaa analyysin tekoa ohjaavat tekijät huomioon paremmin kuin jaottelussa induktiiviseen tai deduktiiviseen analyysiin. (Eskola (2001), (2007), Tuomi & Sarajärven 2009, 95 mukaan.) Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta luodaan teoreettinen kokonaisuus. Siinä aikaisemmillä havainnoilla, tiedoilla ja teorioilla ei saa olla yhteyttä analyysin toteuttamisen ja lopputuloksen kanssa, koska analyysin tulee olla aineistolähtöinen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96.) Tämän kehittämistyön tulokset analysoitiin aineistolähtöisesti.

Teoriasidonnaisessa eli teoriaohjaavassa analyysissä tutkija yhdistelee aineistolähtöistä ja valmiita teorialähtöistä. Analyysistä on tunnistettavissa aikaisemman tiedon vaikutus, joka ei kuitenkaan ole teoriaa testaava, vaan voi luoda aivan jotain uutta. Teorialähtöinen analyysi pohjautuu tiettyyn teoriaan, malliin tai auktoriteetin esittämään ajatteluun. Tässä aineiston analyysia ohjaa valmis aikaisemman tiedon perusteella luotu kehys. Usein kyseessä on aikaisemman tiedon testaaminen uudessa kontekstissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97- 98.)

### 3.2 Haastattelumenetelmä

Kvalitatiiviseen tutkimusprosessiin kuuluu käsitteellinen (conceptual) ja empiirinen (empirical) vaihe. Käsitteellisessä vaiheessa tutkimusaihe valitaan ja rajataan, tehdään kirjallisuuskatsaus, tutustutaan kontekstiin ja laaditaan teoreettinen tausta. Empiiriseen vaiheeseen kuuluvat aineiston keruu ja tallennus sekä analysointi. Myös tulosten tulkinta ja raportointi ovat osa empiiristä vaihetta. Kvalitatiivinen tutkimusprosessi on joustava, sillä analyysiprosessin aikana voidaan vielä lisätä tai täsmentää tutkimustehtäviä, mikäli osallistujien haastatteluissa ilmenee kiinnostavaa tietoa. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 64- 65.)

Tässä kehittämishankkeessa hoitohenkilöstöä haastateltiin teemahaastattelun keinoin. Sitä voidaan kutsua myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi. Se sopii tilanteisiin, joissa kohteena ovat intiimit tai arat aiheet ja heikosti tiedostetut asiat kuten arvostukset, ihanteet tai perustelut. Haastattelun teemat oli valittu etukäteen. Haastattelussa ollaan suorassa vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, jolloin tilanne mahdollistaa tiedonhankinnan suuntaamisen itse tilanteessa ja kysymysten muotoa ja esittämisjärjestystä voidaan muuttaa. Vastausten taustalla olevat motiivit ja ei-kielelliset vihjeet helpottavat vastauksien ja merkitysten ymmärtämistä. Teemahaastattelu mahdollistaa sen, että tiedonantajat voivat tuoda ajatuksiaan esille mahdollisimman vapaasti. Metodologisesti se ottaa huomioon sen, että miten ihmiset tulkitsevat asioita ja millaisia merkityksiä he antavat asioille, ja että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Metsämuuronen 2006, 115; Hirsjärvi & Hurme 2001, 34, 48.)

Teemahaastattelussa halutaan kuvata teemaa. Siinä pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän mukaisesti. Aineiston saturaation vuoksi on pysyttävä teeman sisällä samuuden kuvauksessa. Samuus tulee esille esimerkiksi tiettyjen teemojen toistona. Teemahaastattelussa edetään etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 89.)

Tässä kehittämistyössä teemahaastattelujen avulla oli tarkoitus saada kuntouttavaa hoitotyötä tekevältä henkilöstöltä tietoa kuntoutujälähtöisyyden toteutumisesta ja siitä, miten asiakkaan kuntoutumista voidaan edistää nykyistä paremmin. Laadullisessa tutkimuksessa etuna on se, että aineistoa voidaan kerätä vähitellen. Lisäksi voidaan esittää tarkentavia kysymyksiä haastateltavalle, mikäli hän esittää jonkin mielenkiintoisen näkemyksen, vaikka sitä ei olisi alun perin osattu ennakoida. Haastattelussa vastaaja voi vapaasti esittää näkemyksiään, sillä vastausvaihtoehtoja ei ole valmiiksi tarjolla. Tämä mahdollistaa asiakkaan äänen kuulemisen paremmin kuin pelkkä kyselylomake ja sen avulla voidaan tuottaa uutta tietoa. (Aalto-Kallio, Saikkonen & Koskinen – Ollonqvist 2009, 68.)

Henkilöstöltä saatua tietoa voidaan käyttää lähtökohtana kun suunnitellaan, miten kuntouttavaa hoitotyötä tulee jatkossa kehittää, että kuntoutujalähtöisyys toteutuu nykyistä paremmin. Tässä kehittämishankkeessa ei haastella asiakkaita sen vuoksi, että on jo tiedossa se, että toimintaa tulee kehittää asiakaslähtöisempään ja kuntoutumista edistävämpään suuntaan niin asiakkaiden palautteiden kuin organisaation strategisten linjaustenkin perusteella. Myös valtakunnalliset linjaukset tukevat tätä kehittämisenäkökulmaa.

Laadullisissa tutkimuksissa kuvataan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, pyritään ymmärtämään tiettyä toimintaa tai esimerkiksi antamaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Siinä ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Tärkeää on, että tiedonantajilla on mahdollisimman paljon kokemusta asiasta ja että he tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon. Tämän vuoksi tiedonantajien valinta tulee olla harkittua ja tarkoituksellista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.)

Aineiston riittävyys voidaan määrittää esimerkiksi saturaation eli kylläntymisen avulla. Siinä aineisto alkaa toistaa itseään eli tiedonantajilta ei saada enää uutta tietoa tutkimustehtävän ratkaisemiseksi. Siinä peruseriaatteena on, että tietty määrä aineistoa riittää tuomaan esiin sen teoreettisen peruskuvion, joka tutkimuskohteesta on mahdollisuus saada. (Bertaux (1982) ; Eskola & Suoranta (1996) Tuomi & Sarajärven 2009, 87 mukaan. )

Laadullisen aineiston kysymykset tulee operationalisoida. Siinä käsitteet käännetään käytännön kielelle. Sen tavoitteena on, että laaditut kysymykset ovat niin yksiselitteisiä, että vastaajat tulkitsevat ne samalla tavalla. Operationalisointi on käsitteen sisällöllistä määrittelyä. (Aalto – Kallio, Saikkonen & Koskinen – Ollonqvist 2009, 65.)

Teemahaastattelukysymykset henkilöstölle:

1. Miten määrittelet käsitteet kuntoutujalähtöisyys ja kuntoutumista edistävä hoitotyö? Toteutuuko tämä työpaikallasi? Perustele.
2. Miten toimintoja perusterveydenhuollon akuuttivuodeosastolla tulisi muuttaa tai kehittää, että kuntoutujalähtöisyys toteutuu ja asiakkaan kuntoutumista voidaan edistää nykyistä paremmin? Perustele.
3. Miten henkilöstöä tulee tukea muutoksessa kuntoutumista edistävään toimintamalliin siirryttäessä?

### 3.3 Osallistava arviointi

Kuntoutumista edistävän hoitotyön prosessissa arvioinnin tulee olla jatkuvaa ja siinä tulee keskittyä tavoitteiden tarkoituksenmukaisuuteen ja toteutuksen keinoihin. Arviointi mahdollistaa kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämisen asiakkaan tarpeita vastaavaksi (LIITE 4). (Kettunen ym. 2009, 24.)

Tässä kehittämishankkeessa henkilöstö arvioi kuntoutumista edistävää toimintaa ja kuntoutujalähtöisyyden toteutumista osallistavan arvioinnin menetelmällä. Teoreettisena mallina käytettiin Ovretveitin (1998) laadun arvioinnin mallia (LIITE 4 (2/3)). Siinä toimintaa arvioidaan rakennetekijöiden, toimintaprosessien ja hoitotulosten kautta. Malli toimii arvioinnin teoreettisena viitekehysenä. Mallissa toimintaa arvioitiin asiakkaan, ammattilaisten ja johtamisen näkökulmasta. Asiakkaan näkökulmasta palvelujen tulee vastata asiakkaan tarpeisiin. Hoitohenkilöstön näkökulmasta on keskeistä, että henkilöstöllä on riittävä kuntoutumista edistävän hoitotyön osaaminen, ja että he kykenevät valitsemaan vaikuttavia hoitointerventioita. Myös henkilöstön näkökulmasta katsottuna asiakkaan hoidon tarpeeseen tulisi vastata. Johtamisen näkökulmasta katsottuna resursseja tulee käyttää tuottavasti ja tehokkaasti asiakkaan tarpeisiin vastaamiseksi. Osallistavan arvioinnin tukena käytettiin myös alustavaa teemahaastatteluista saatua ”peiliaineistoa”, joka on ilmaistu pelkistetyssä muodossa (LIITE 4 (3/3)).

Osallistavan arvioinnin käytännöissä ihmisten tulee itse olla tutkimassa ja kehittämässä heitä koskevia asioita. Tietoa voidaan koota muuan muassa kyselyin ja haastatteluin. Saatua tietoa voidaan prosessoida fokusryhmissä tai dialogisissa tilanteissa. Arviointisuunnittelua varten järjestetään eri toimijoita koskeva ideointitilaisuus. Arviointisuunnitelmaan kirjataan tarpeet, tarvittava tieto, osallistavat menetelmät, arviointikysymykset, aikataulu ja vastuut. Kunkin teeman kohdalla pohditaan, kuinka se ohjaa muiden arviointiosioiden valintaa. (Kivipelto 2008, 24 - 28.) Osallistava arviointi toteutettiin pienryhmissä kehittämistilaisuudessa. Osallistavan arvioinnin aineistoa kerättiin myös palautelaatikkoon viikon ajan kattavamman tuloksen saamiseksi (LIITE 3). Myös osallistavan arvioinnin tulokset analysoitiin sisällön analyysillä.

### 3.4 Aineiston keruu

Aineisto koostuu teemahaastatteluista ja osallistavasta arvioinnista. Teemahaastatteluihin pyysin viisi haastateltavaa. He olivat koulutukseltaan lähi- ja sairaanhoitajia, joilla oli työkokemusta yli viisi vuotta ja iältään he olivat yli 35 ja alle 50 vuotiaita. Teemahaastatteluihin osallistuminen oli heille vapaaehtoista. Heillä oli mahdollisuus kieltäytyä tai jättää vastaamatta halutessaan. Tutkimuslupa aineiston keruuseen tuli koti- ja asumispalveluiden johtajalta ja tutkittavat itse antoivat suullisen luvan haastatteluihin. Kehittämistyössä on huolehdittu, että kenenkään henkilöllisyys ei tule esille missään vaiheessa. Haastatteluteemoista ja – ajankohdasta informoin etukäteen. Haastattelut toteutettiin yhtä lukuun ottamatta yövuorossa, joka oli ainut mahdollinen työvuoro saada hetkeksi aikaa keskusteluihin. Teemahaastattelut toteutettiin kesäkuussa 2013. Kaikille, myös osallistavaan arviointiin osallistuneille mahdollistettiin kysymyksiin vastaaminen työajalla.

Haastattelut äänitettiin ja äänitykset purettiin sanatarkasti tietokoneelle tekstiedostoiksi. Haastattelutilanne pyrittiin järjestämään rauhalliseksi. Keskeytyksiä kuitenkin tuli ja haastatteluja jatkettiin taas tilanteen salliessa.

Keskeytykset eivät kuitenkaan haitanneet tutkittavia. Haastattelut kestivät 45 min – 2h välillä. Haastatteluiden tueksi laadin teemahaastattelurungon, jonka rakensin aiempiin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin pohjautuen. Käytin sitä tarkentavien kysymysten esittämisessä. Rohkaisin kuitenkin haastateltavia tuomaan omia ajatuksia esille ja kertomaan omasta työstään keskustelunomaisesti. Kuntoutujalähtöisyys termi oli vieras ja käänsin sen haastateltaville asiakaslähtöisyydeksi. Samoin kuntoutumista edistävä hoitotyö käsite oli osalle vieras, joten sitä helpotettiin puhumalla myös kuntouttavasta hoitotyöstä. Osa haastateltavista halusi, että raportoinnissa on huomioitava se, että haastatteluihin on vastattu yövuorossa.

Purin äänitykset heti haastatteluiden päätyttyä ja alustavia tuloksia teemahaastatteluista käytettiin osallistavan arvioinnin tukena. Teemahaastatteluista aukikirjoitettua materiaalia kertyi 45 sivua ja osallistavasta arvioinnista 6 sivua. Osallistavan arvioinnin aukikirjoitin suoraan pelkinä lausumina.

Teemahaastatteluiden jälkeen järjestettiin osallistavan arvioinnin tilaisuus Salusjärvellä 15.7.2013 työajalla. Kaikilla ei ollut mahdollisuus osallistua sinne ja aikaa ryhmätöille oli vain tunti, koska osa ajasta käytettiin työhyvinvoinnin edistämiseen. 23.7. - 30.7.2013 välisenä aikana kaikille hoitotyöntekijöille järjestettiin mahdollisuus osallistua arviointiin palauttamalla vastauksensa palautelaatikkoon osastoilla 1 ja 3. Molemmista aineiston keruu tilaisuuksista on tiedotteet liitteenä. (Liite 1-3)

Mielestäni osallistava arviointi oli onnistunut tapa saada henkilökunta mukaan oman työnsä kehittämiseen. Arvioinnin toteutukselle olisi pitänyt olla enemmän aikaa toteuttaa se ryhmätyönä. Olin suunnitellut, että yksi 3-4 henkilön ryhmä työstää kuntoutumiskorttia edelleen ja toimintaperiaatteita taas yksi ryhmä sekä osallistavaa arviointia yksi ryhmä ja sen jälkeen ryhmät vaihtavat tehtäviä, niin että jokainen ryhmä on työstänyt jokaista tehtävää. Todellisuudessa aika ei riittänyt siihen, vaan jokainen 3-4 henkilön ryhmä työsti vain yhtä tehtävää. Myös esimies oli mukana ryhmätyöskente-



lyssä. Molempien aineistojen tuloksia ja lisäksi teoriapohjaa on käytetty uuden toimintamallin kehittämisessä.

### 3.3 Aineiston analyysi

Jokainen teemahaastattelu ja osallistava arviointi on kirjoitettu erikseen omaksi tiedostokseen, joten siihen on mahdollista palata useita kertoja. Kehittäjänä etsin aineistosta kehittämishankkeen tavoitteiden mukaisesti vastauksia kehittämistyön toteuttamiseksi.

Sisällönanalyysi on paitsi metodi, niin se toimii myös teoreettisena viitekehystenä. Se voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sen avulla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Jos sisällönanalyysillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysia väljänä teoreettisena kehyksenä, niin sitä ei voida pitää ainoastaan laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä, vaan se soveltuu myös määrällisen aineiston sisällönanalyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002,93.)

Aineistolähtöisessä analyysissä analyysin tekninen vaihe alkaa aineiston alkuperäisilmaisujen pelkistämällä. Aineistosta etsitään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Ensiksi tulee tunnistaa asiat, joista tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Ne pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi. Sitten pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään yhtäläisten ilmaisujen joukoksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan eli kategoriaan. Kategorioille annetaan sisältöä kuvaava nimi. Tämän jälkeen samansisältöisiä alakategorioita yhdistetään toisiinsa ja muodostetaan yläkategorioita, joille annetaan niiden sisältöä kuvaava nimi. Lopuksi kaikki yläkategoriat yhdistetään yhdeksi kaikkia kuvaavaksi kategoriaksi. Näiden avulla voidaan vastata tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101.)

Sisällön analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkitavasta ilmiöstä ja lisätä informaatioarvoa. Analyysissä pyritään tulkintaan, jossa aineisto hajotetaan aluksi osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudelleen

uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Sisällönanalyysi on päättelyä, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä asiat tutkittaville merkitsevät ja esittää ne johtopäätöksissään. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 108,113.)

Teemahaastatteluiden ja osallistavan arvioinnin aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Vastaaajien ilmaisemia ajatuskokonaisuuksia ryhmiteltiin teema-alueittain. Ilmaisut pelkistettiin ja jaettiin ryhmiksi sisältöjen mukaan. Eri teema-alueet yhdistettiin ilmiötä kuvaavaksi kokonaisuudeksi. Aineistosta nousi esiin kuntoutumista edistävät ja ehkäisevät tekijät, joiden tunnistaminen edesauttaa toiminnan kehittämistyössä ja kuntoutumista edistävän toimintamallin kehittämisessä. Ensimmäinen teema koostui hoitohenkilöstön kokemusten kuvaamisesta. Sisällön analyysi tuotti neljä yläkategoriaa, joita olivat hoitaja, potilas ja omainen, toiminta sekä ympäristö. Kategorioita muodostettiin induktiivisen eli aineistolähtöisen päättelyn avulla.

Toinen teema koostui kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämissuosituksen laatimisesta. Kolmas teema koostui hoitohenkilöstön tuen tarpeesta uuteen toimintamalliin siirryttäessä. Osittain tuen tarve ja kehittäminen ovat päällekkäisiä asioita. Tuen tarvetta selvittämällä voidaan tarkentaa kehittämiskohteita. Se toimii ikään kuin tarkistuslistana kehittämiselle.

Osallistavan arvioinnin tulokset jaettiin Ovretveitin (1998) laadun arvioinnin moniulotteisen mallin mukaan asiakkaan, hoitohenkilöstön ja johtamisen näkökulmaan. Niitä käsiteltiin rakenne-, prosessi- ja tuloskriteerien mukaisesti.

Taulukko 2. Esimerkki 1. sisällön analyysistä

	<b>Edistävät tekijät</b>	<b>Ehkäisevät tekijät</b>
<b>Hoitaja</b>	motivointi, rohkaisu, tukeminen	kielteiset asenteet, kuntoutuskoulutuksen puute, hoitaja vaihtuu usein
<b>Potilas ja omainen</b>	motivaatio, omaisen tuki	kielteiset asenteet, kipu, motivaation puute, terveyden tila, omaisen tuen puute
<b>Toiminta</b>	moniammatillinen yhteistyö, hyvät ateriateriat	tehtäväkeskeinen toiminta, tavoitteellisuuden puute, kiire, resurssipula, esimiehen tuen puute, toimintakyvyn arviointi ei ole systemaattista, asiakaslähtöisyys ei toteudu täysin, fysioterapeutin tuen puute
<b>Ympäristö</b>	luonto lähellä, fysioterapiatilat	hoitoympäristön ahtaus, puutteelliset tai rikkiäiset apuvälineet ja varusteet

## 4. HAASTATTELUIDEN TULOKSET

### 4.1 Henkilöstön kokemuksia kuntoutustoiminnan sisällöstä ja toteutuksesta

Hoitajien kokemusten kuvaaminen kuntoutustoiminnan sisällöstä ja toteutuksesta luokiteltiin hoitajan toimintaan, potilaan ja omaisen toimintaan ja työyhteisön toimintaan yleisesti sekä ympäristön toimintaan liittyviin osioihin. Sen jälkeen kehittämistä tai muutosta hakevat vastaukset jaettiin vielä kuntoutumista estäviin ja edistäviin tekijöihin uuden toimintamallin suunnittelua varten. (Taulukko 2, esimerkki 1.)

Teemahaastattelut aloitettiin keskustelemalla siitä, miten lähihoitajat ja sairaanhoitajat ymmärtävät käsitteet kuntoutujalähtöisyys ja kuntoutumista edistävä hoitotyö. Lähi- ja sairaanhoitajat arvioivat kuntoutujalähtöisyyden olevan päivittäisiin toimintoihin liittyvää perushoitoa, jossa ei tehdä potilaan puolesta, vaan annetaan hänen tehdä mahdollisimman paljon itse. Potilasta tuetaan omatoimisuuteen. Hoitajien näkemyksen mukaan kuntoutujan tulee olla motivoitunut kuntoutumaan, sillä kuntoutuminen lähtee hänestä itsestään. Sillä on keskeinen merkitys kuntoutumisessa, miten hän on itse sisäistänyt kuntoutumisen. Potilaan oma lähtötilanne huomioidaan kuntoutumisessa. Myös hänen mielipiteitään ja toiveitaan otetaan huomioon yksilöllisesti kuntoutumisen edistämiseksi. Kuntoutujalähtöisyyden toteutumiseksi on hoitajien mielestä tärkeää, että hoitoympäristö tukee kuntoutumista. (LIITE 5 (1/4))

Teemahaastatteluissa lähi- ja sairaanhoitajat kertoivat, että kuntoutujalähtöisyyttä toteutetaan yksilöllisesti, mutta kiire määrittelee jonkin verran sitä, ettei aina voida hoitaa niin perusteellisesti, niin asiakaslähtöisesti kuin tavoitteena olisi. Myös tietämättömyys siitä, miten jotain tiettyä potilasta saati voi liikuttaa vaikeuttaa kuntoutujalähtöisyyden toteutumista. Kuntoutumista estäviä tekijöitä, jotka liittyivät hoitajan toimintaan olivat hoitajan kielteiset asenteet kuntouttamista kohtaan, kuntoutuskoulutuksen puute ja se, että hoitaja vaihtuu usein. Hoitajien mielestä omahoitajatyöskentelymalli

voisi edistää kuntouttavan hoitotyön toteutumista osastolla. Toiminta olisi silloin vastuullisempaa.

Kuntoutumista edistävä hoitotyö on hoitajien käsityksen mukaan kaikki potilaaseen liittyvä hoitotyö, jossa koko tiimi on mukana ja kaikilla on kuntoutumisessa yhteiset tavoitteet. Lähtökohtana siinä on, että kaikessa toiminnassa kannustetaan potilasta itsenäiseen, omatoimiseen toimintaan huomioiden hänen omat voimavaransa. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on toimintakyvyn ylläpitämistä ja palauttamista. Siinä potilaan taitoja harjoitellaan ja ylläpidetään yhdessä. Hoitajat kertovat motivoivansa, rohkaisevansa ja tukevansa potilaita monin eri tavoin. Hoitajat kertovat asettavansa tavoitteet potilaan kuntoutumiselle. Tavoitteet asetetaan sellaisiksi, että potilaan on ne mahdollista saavuttaa. Hoitotyössä kuntoutumista edistävän hoitotyön periaatteet toteutuvat hoitajien mielestä vaihdellen. Kuntoutuminen pyritään tekemään potilaalle mielekkääksi ja siinä pyritään kiireettömyyteen ja hyvään kivun hoitoon. Nämä kaikki edistävät kuntoutumista. (LIITE 5 / (2/4))

Lähi- ja sairaanhoitajien näkemyksen mukaan kuntoutumista edistävä hoitotyö on asiakaslähtöisyyttä, mutta se ei aina toteudu täysin. Kiireen ja henkilökunnan vähyden vuoksi joudutaan priorisoimaan asioita ja joitain tehtäviä on jätettävä vähemmälle huomiolle. Potilaita ja heidän omaisiaan ei aina ehditä haastatella riittävästi ja aiemmasta toimintakyvystä ei aina ole saatavilla tietoa tietojärjestelmissä, koska kaikki eivät kirjaa kuntoutumisesta mitään. Kiire aiheuttaa hoitajissa riittämättömyyden tunteita.

Kuntoutumista estäviä tekijöitä haastateltavat ilmoittivat olevan ajanpuutteen lisäksi suoritteet ja rutiinit, joita sairaanhoitajien on ehdittävä tekemään ajallaan. Hoitajan negatiivinen asenne kuntoutumista tai kuntoutettavaa kohtaan voi myös estää kuntoutumisen. Myös hoitajan väsymys ja osallistavan arvioinnin mukaan hoitajan oma sairaus esimerkiksi selkäsairaus voi aiheuttaa sen, ettei potilasta kuntouteta riittävästi. Kaikista potilaista ei tiedetä kaikkea esimerkiksi potilaan vakaumusta, tällöin yksilöllinen hoito toteutuu ainoastaan jokseenkin.

Toimintaan liittyviä kuntoutumista estäviä tekijöitä kuvattiin olevan lisäksi resurssipula eli riittämätön henkilökuntamäärä, joka vaikeuttaa kuntouttavaa toimintaa. Kiireessä hoitaja ei malta odottaa, että potilas suoriutuu toiminnoistaan itsenäisesti, vaan ajan säästämiseksi hoitaja suorittaa samat toiminnot nopeammin potilaan puolesta.

Kaikkien haastateltavien mielestä kiire ehkäisee kuntoutuksen. Kiireeseen ei voida myöskään vaikuttaa. Viikonloppuisin on enemmän aikaa, jolloin voi antaa aikaansa potilaalle esimerkiksi niin, että hän laittaa itse sukkia jalkaan ja yrittää pukea itse housuja tai napittaa pyjamansa itse.

”Henkilökuntaa jos ois enemmän, niin heti tuntuis, että enemmän vois käyttää potilasta kohden aikaa.”

”Aikaa enemmän vielä; annetaan aikaa potilaalle, että hän pystyy toteuttamaan sen kuntoutumisen – monesti on aika hidastuneet toiminnot, että ei olla liian kiireisiä – monipuolisesti antaa aikaa tehdä erilaisia asioita.”

Enemmistön mielestä potilasta ei oteta hoidossa kuntoutumisen suunnitteluun tai se toteutuu jokseenkin riippuen potilaan omasta kunnosta. Enemmistön mielestä kaikilla ei myöskään ole yhteistä päämäärää. Kaikkien tulisi sitoutua kuntouttavalla työotteella tekemiseen. Kaikkien tulisi sitoutua tavoitteisiin. Kuntoutuksessa hoitajilla ja potilaalla tulisi olla yhteiset tavoitteet. Toimintakyvyn arvioinnin tueksi tulisi ottaa käyttöön toimintakyvyn arvioinnin lomake. Tällöin toiminta olisi tavoitteellisempaa. Vaikka moniammatillinen yhteistyö sujuukin hyvin, niin potilas tulisi ottaa mukaan oman kuntoutumisensa suunnitteluun.

Potilaaseen liittyvä kuntoutumista ehkäisevä tekijä on kipu. Hoitajien on oltava tarkka, mikäli potilas ei osaa itse ilmaista kipua. On havainnoitava merkeistä, milloin kipua on. Omaiset ovat hyvässä asemassa, sillä he voivat tunnistaa omaisensa kipua ja auttaa henkilöstöä tässä. Hoitajien mielestä kipulääkkeen antaminen on joskus tiukassa, vaikka siitä on annettu viestiä.

Joskus kipulääkitykseen ei ole kiinnitetty huomiota ollenkaan kuntoutukseen lähetettäessä, vaikka potilaalla olisi sellainen perussairaus, joka vaatii kivunhoitoa. Myös potilaan terveyden tila esimerkiksi masennus ja motivaation puute voivat ehkäistä kuntoutumista. Silloin omaisen tuella on paljon merkitystä siihen, miten läheinen kuntoutuu.

Kaikkien haastateltavien mielestä huoneiden ahtaus ehkäisee kuntoutumista. Huoneet muodostuvat ahtaiksi, jos useampi tarvitsee apuvälineitä. WC-tiloista ahtaimpia ovat neljän ja yhden hengen huoneiden WC-tilat. Tilojen ahtaus vaikeuttaa hoitotyötä ja kuntouttamista. Joillekin se tuottaa kipua, potilaalle tai hoitajalle, jos hoitaja ei mahdu nostamaan. Mikäli WC:n vienti on hankalaa, niin potilasta ei tämän vuoksi aina viedä WC:n. Tämä on ympäristöön liittyvä kuntoutumista estävä tekijä.

Toinen ympäristöön liittyvä kuntoutumista estävä tekijä oli kaikkien haastateltavien näkemyksen mukaan konkreettisten työvälineiden puute. Tarvetta olisi toimivista geriatrisista tuoleista, jossa pitäisi jarrut. Joskus niitä tarvitaan monelle potilaalle yhtä aikaa. Kuntoutustyön tueksi hoitajat tarvitsevat muun muassa käsipainoja, rollaattoreita, Fordeja, tuki- ja nostovöitä, liukulevyjä, tyynyjä ja kiilatyynyjä, parempia ja leveämpiä sänkyjä. Myös varusteista on pulaa. Ulkoilua varten ei ole varusteita liioin potilailla eikä henkilöstölläkään. Varsinkin talvikaudella varustepula ehkäisee ulkoiluhalukkuuden. Myöskään henkilöstö- ja turvallisuustekijät eivät siinä toteudu.

”Ulkoilu syksyllä ja talvella hankalampaa ihan vaatetuksenkin kannalta, turvallisuuden kannalta – se on ihan liukastumiset ja kaikki. Henkilökunta ei riitä siihen.”

”Että olis jotain mielekästä tekemistä.”

Edistävänä tekijänä hoitajat mainitsivat ympäristön, jossa luonto on lähellä ja ikkunasta ulos katselemisen uskotaan piristävän potilaita. Toisena ympäristötekijänä hoitajat mainitsivat fysioterapiatilat, jotka tulisi saada käyttöön.

Nykyisin niitä voivat hyödyntää vain fysioterapeutin ohjauksessa olevat potilaat.

”Fysioterapiaosastolla on hyvä kuntoutumisympäristö, mutta me ei voida sitä hyödyntää, että voitais viedä sinne täältä käsin potilaita.”

#### 4.2 Kehittämissuositukset kuntoutumisen edistämiseksi

Toisen teemahaastatteluteeman tarkoituksena oli kuvata, miten toimintoja tulisi muuttaa tai kehittää perusterveydenhuollon akuuttivuodeosastolla, että kuntoutujalähtöisyys toteutuu ja asiakkaan kuntoutumista voidaan edistää nykyistä paremmin. Siinä yläkategoriaksi muodostuivat hoitajan toiminta, potilaan ja omaisen toiminta ja työyhteisön toiminta yleisesti sekä ympäristön toimintaan liittyviin osiot. Alakategoriaksi muodostuivat lääkehoidon ja kuntoutusta edistävän koulutuksen järjestäminen, kipupoliklinikkakonsultaatiot, kivunhoito, toimintakykymittarien hyödyntäminen, toimintakyvyn arviointilomake, tilojen hyödyntäminen, johtaminen, asiakaslähtöisyyden edistäminen, ohjeet, mallit, kiire, resurssipula, asenteet, ajanpuute, kirjaaminen, käytäntöjen yhtenäistäminen, fysioterapeutti osastovahvuuteen, ympäristö, aktiviteetit, ergonomia, vapaaehtoistoiminta, eristyspotilaat, tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus, kokonaisvaltaisuus ja omaisille tiedottaminen kuntouttavan hoitotyön toimintatavasta. (LIITE 5 (3/4))

Lääketieteen nopean kehityksen vuoksi hoitajien on kyettävä pysymään mukana uusien lääkkeiden ja lääketieteellisten hoitojen kehityksessä. Myös hoitotieteen ja kuntoutuksen alalla uutta tietoa olisi hyödynnettävä näyttöön perustuvien käytäntöjen mukaisesti.

Markkinoille tulee jatkuvasti uusia lääkkeitä, joista myös hoitajien tulisi saada tietoa, vaikka uusia lääkkeitä voidaanakin internetin kautta selvittää. Kipupoliklinikkaa tulisi voida konsultoida nykyistä herkemmin. Mikäli potilaan kipulääkitys ei ole kohdallaan, niin potilaan pelko ja ahdistus lisääntyvät ja se ehkäisee kuntoutumista. Kivun hoidosta tulisi järjestää koulutusta,



sillä osastoilla hoidetaan yhä vaikeampia kipupotilaita kuten syöpäpotilaita ja saattohoitopotilaita. Hoitajien kivunhoito perustuu paljolti lääkärin määräyksiin. Hoitajat kokevat ongelmallisena sen, että lääkärit eivät aina huomioi kipulääkityksen tarvetta, vaikka potilaalla on sellainen perussairaus, joka vaatii kivunhoitoa.

Kaikkien haastateltavien mielestä kivun hoitoon tulisi kiinnittää enemmän huomiota, sillä se estää kuntoutumisen. Ilta-, yö- ja viikonloppupäivystys on siirretty vuonna 2007 Lahteen Päijät- Hämeen keskussairaalaan, jolloin ongelmatilanteissa hoitajat joutuvat konsultoimaan keskussairaalan lääkäriä puhelimitse tai odottamaan seuraavaan päivään, jolloin terveysaseman osastonlääkäri on tavoitettavissa. Tällöin toiminta on organisaatiolähtöistä eikä kuntoutuja- tai asiakaslähtöisyys toteudu. Kuntoutujalähtöisyyttä voidaan kehittää ottamalla kuntoutuja mukaan suunnittelemaan omia kuntoutumistavoitteita ja keinoja. Myös omaisille tulisi tiedottaa osaston kuntouttavan hoitotyön toimintatavoista, jolloin heidät voidaan helpommin saada mukaan kuntoutustoimintaan.

Kuntoutuskoulutus olisi paikallaan, sillä suurin osa hoitajista ei ole saanut kuntoutuskoulutusta eikä syvällistä kivunhoitokoulutusta. Toimintakykymitarien tunnettavuutta voitaisiin lisätä henkilöstön keskuudessa. Lisäksi toiminnan tavoitteellisuuden edistämiseksi tulisi ottaa käyttöön yhteinen toimintakyvyn arviointi lomake.

”En käytä toimintakyvyn arviointiin mitään mittareita.”

Aiemmin oli tapana, että lääkäri määräsi mobilisoinnin ja fysioterapeutti usein aloitti kuntouttamisen. Toimintatavan muutoksen vuoksi hoitajien on nykyisin otettava itse vastuuta ja aloitettava kuntouttaminen. Toimintatavan muutos johtuu osin leikkausmenetelmien kehittyneisyydestä. Esimerkiksi lonkkaleikatut saavat lähes aina täydet varausluvut heti leikkauksen jälkeen. Aiemmin osastoilla oli elektiivisiä leikkauspotilaita enemmän. Silloin kuntoutus käynnistyi fysioterapeutin toimesta. Nyt osastoilla hoidetaan paljon

eri syistä johtuvia yleistilan heikkenemistä, joissa mobilisointi jää paljon hoitajien arvioinnin varaan. Edelleen odotetaan, että kuntahoitaja katsoo ensin liikkumisen, liikeradat, jos ei ole tietoa, että pyörtyykö, jaksako, tarvitseeko useamman hoitajan tukea liikkumisessa. Tämän vuoksi kuntoutus voi siirtyä viikonlopun ylitse, jos potilas tulee osastolle esimerkiksi perjantaina, sillä viikonloppuna ei ole erityistyöntekijöitä käytettävissä. Asenteisiin tulisi vaikuttaa, sillä jo muutaman päivän vuodelevolla voi olla kuntoutumisen kannalta haitallisia vaikutuksia. Kuntoutus tulisi aloittaa varhaisemmassa vaiheessa jo lähettävässä yksikössä. Osalla hoitajista on hallinnassa kuntouttavan työtteen toimintatapa, mutta hekin tarvitsevat palautetta toiminnastaan. Kehittämistä toivotaan käytäntöjen yhtenäistämisen suhteen. Työssä jaksamisen tukeen tulisi panostaa nykyistä enemmän ja henkilöstöä tulisi johtaa tiiminä.

”Kannustamista ja palautetta siitä, että toimitaanko yhtään oikeaan suuntaan. Että tietäis, onko oikea tyyli tehdä työtä. Että sais tehdä myöskin niin kuin itsestä tuntuu, että voi luottaa itseensä, että osaa tehdä tätä työtä.”

Kuntoutuskoulutus olisi aiheellinen, sillä se ei ole pääsääntöisesti kuulunut hoitajien peruskoulutukseen. Nykyisin sen voi valita suuntautumislinjaksi, mutta suurin osa hoitajista ei ole saanut kuntoutuskoulutusta. Hoitajilla voisi olla omat vastualueet, joihin kouluttautuisivat ja nämä kouluttaisivat sitten toisia hoitajia.

”Ja aina ei ehkä osaa, ei tiedä, miten jotain tiettyä potilasta esimerkiksi saa tai voi liikuttaa.”

”Kuntoutuksesta ei ole saanut sellaista koulutusta.”

Huomiota tulee kiinnittää kokonaistilanteeseen, lähtötilanteeseen. On otettava huomioon, mihin ihminen pystyy sillä hetkellä. Tilanne voi muuttua vireystilasta riippuen. Potilas ei aina pysty samaan suoritustasoon ja joskus pystyy enemmänkin. Tulisi antaa aikaa, että potilas pystyy suoriutumaan.

Potilas tulisi mobilisoida vuoteesta ylös niin pian kuin mahdollista. Jos tiedetään minkä kuntoinen henkilö on ollut, niin sitä kohti tulisi mennä. Hoitajat kertovat kokeilevansa kolmen tai neljän henkilön avulla kantaako potilaan jalat. Ergonomisten tekijöiden vuoksi nostolaitteisiin tulisi kiinnittää huomiota nykyistä enemmän.

Kokonaisvaltaisuuden huomioimiseksi on tehtävä selkeämpi suunnitelma kuntoutumisen edistämiseksi niin, että potilas ja omaiset sekä mahdollisesti kolmas sektori otetaan suunnitteluun mukaan. Joidenkin kohdalla voisi tehdä kuntoutussuunnitelmia niin, että potilas olisi siinä mukana, että hän ja hänen läheisensä tietäisivät, mihin pyritään. Toiminnallista kuntoutusta tukemaan tulisi tehdä yhteistyössä kuntoutussuunnitelma. Hoitajien mielestä se voisi olla vaikkapa kuntoutumiskortti potilaspöydällä muistuttamassa, että tavoitteena on vaikkapa napittaa itse ja mitä kuntoutuksella tavoitellaan, niin että potilas ja omaisetkin tietävät. Hoitojakson alusta alkaen tulisi pohdita ratkaisuja, miten asiakas tulee pärjäämään kotona. Kaikki eivät kirjaa kuntoutumisesta mitään, joten kirjaamista tulisi parantaa hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

”Kokonaisvaltaisesti ajateltava, että miten pärjäisi kotona.”

”Kaikki on kuitenkin yksilöitä, ei voi muistaa, miten joku juttu on; se olisi kuntoutumiskortti, joku sen tapainen; se helpottaisi meidän muistamista ja motivoisi potilasta itseä, omaisia.”

Kaikkien haastateltavien mielestä hoitoympäristöä tulisi kehittää käyttäjätasvällisemmäksi. Esteettömyyttä ja viihtyisyyttä tulisi lisätä. Huoneet ovat kuntoutumista ajatellen paitsi ahtaita myös ankeita. Lisäväriä voisi olla verhoissa ja seinissä että petivaatteissa. Huoneet voisivat olla eri värisiä. Potilaiden olisi helpompi löytää oma huoneensa ja mieltää se omaksi. Viihtyisyyttä voidaan lisätä myös viherkasveilla ja tauluilla sekä yleisellä siisteydellä. Joskus juhlapyhinä sairaalassa käy kuoroja esiintymässä tai lapsia laulamassa. Toiminta perustuu täysin vapaaehtoisuuteen. Musiikin käyttöä ja muita vapaaehtoistoiminnan virikemuotoja voitaisiin lisätä nykyistä

enemmän. Musiikki voi inspiroida liikkumiseen. Vapaaehtoistyöntekijät voisivat lukea lehtiä, runoja, pelata ja jutella potilaiden kanssa, lakata kynsiä, viedä heitä ulkoilemaan ja kävelyttää tai osallistua ohjatusti viriketoiminnan järjestämiseen. Vapaaehtoistoiminnan organisointi on epäselvää hoitajille.

”Miljö, jos tää miljø muuttuis, että olis motivoivampi, turvallinen, ettei oo kynnyksiä, kaikki ois oviaukot helppokulkuisia, tilat ois sellaisia, että niitä pystyis hyödyntämään, että liikkuminen ois turvallista.”

Fysioterapiassa on hyvät kuntoutustilat, mutta hoitohenkilöstö ei pysty hyödyntämään niitä millään lailla. Iltaisin ja viikonloppuisin voisi olla enemmän aikaa kuntoutustoiminnalle. Apuvälineitä voidaan pyytää fysioterapeuteilta, sillä ne ovat heidän toimitiloissaan ja avoinna vain virka-aikana. Osastolla käytettäville apuvälineille tarvitaan oma tila, jossa niitä voidaan säilyttää. Apuvälineet vievät tilaa.

Fysioterapeutti voisi olla osastojen henkilöstövahvuudessa ja opettaa sekä asiakkaita että tukea henkilöstöä kuntoutustoiminnassa. Tällä hetkellä kuntohoitaja käy kahdella osastolla yksittäisten potilaiden luona, joille lääkäri on tehnyt fysioterapialähetteen. Henkilöstölle tulisi opettaa nostotekniikkaa ja pohtia yhdessä, miten käyttää asianmukaisia, oikeita apuvälineitä, lastoja ja tukia. Erilaisista patjoista tulisi saada koulutusta, niin että oikeat patjat osattaisiin valita niitä tarvitseville. Erityispotilaiden kuten eristyspotilaiden kuntoutukseen ei ole kiinnitetty erityisemmin huomiota. He tarvitsevat eristyksen vuoksi omat apuvälineet. Moniammatillisessa työryhmässä tähänkin on mahdollisuus vaikuttaa. Toimintaterapeutin ja puheterapeutin ammatillisista apua on saatavissa. Konsultoinnin tarpeellisuus on usein lääkärin arvioinnin varassa. Myös yksilöllisen fysioterapian saaminen perustuu lääkärin toteamaan tarpeeseen. Hoitajien tulee viestittää lääkärille erilaisten konsultaatioiden tarpeesta, sillä kuntoutujat itse eivät aina tiedä oikeuksiaan tai yleistila voi olla niin heikko, että eivät pysty esittämään toiveitaan ja tarpeitaan.

Tutkimustulosten perusteella hoitohenkilöstö tarvitsee lisää koulutusta kuntouttavasta hoitotyöstä ja kuntoutumisen edistämisestä. Näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa muistisairaiden hoidosta ja geriatriasta tulisi lisätä hoitotyöntekijöiden keskuudessa. Henkilöstöä tulisi kannustaa ja tukea sekä mahdollistaa käyttämään tutkimustietoa käytännössä. Käytännön työn tueksi olisi oltava ohjeita ja malleja. Teemahaastattelussa esitettiin sitä mahdollisuutta, että hoitajat voisivat kouluttautua vastuualueittain ja kouluttaisivat sitten toisia hoitajia. Kehittämishaasteena voidaan pitää ajanpuutteen, kiireen ja resurssipulan uudelleen tarkastelua. Jotta hoitajat voivat kokea onnistumista kuntoutumista edistävässä hoitotyössä, niin heillä tulee olla riittävästi aikaa ja resursseja suoriutua tehtävistään. Kehittämistilaisuudessa esitettiin toive siitä, että yhteispalavereja tulisi olla enemmän.

#### 4.3 Henkilöstön tukeminen uuteen toimintamalliin siirryttäessä

Teemahaastatteluiden kolmas teema koostuu henkilöstön tukemisesta uuteen toimintamalliin siirryttäessä. Siinä yläkategoriaksi muodostuu kaikilta osin toiminta ja sen alakategoriaksi muodostuivat: käytäntöjen yhtenäistäminen, johtaminen, jaksamisen tukeminen, esimiehen palaute, realististen puiteiden luonti, kuntoutuskoulutus, kiireeseen vaikuttaminen, asiakaslähetyisyyden edistäminen, aktiviteettien järjestäminen, ergonomian huomiointi, fysioterapeutin tuki, resurssipula ja henkilöstön vaikuttamismahdollisuuksien parantaminen sekä perehdytys. Kolmas teema toimii lähinnä toisen teeman tarkistuslistana, sillä siinä tuli esille samoja asioita kuin kehittämistä koskevassa teemassa. (LIITE 5 (4/4))

Ensimmäinen alakategoria muodostuu käytäntöjen yhtenäistämisestä. Hoitajien kuvausten mukaan henkilöstöllä ei aina ole yhteistä päämäärää. Jotta tavoitteellinen kuntoutustoiminta toteutuu, se vaatii henkilökunnalta yhteisenäisen toimintalinjan. Kaikkien tulisi sitoutua tavoitteisiin. Johtamiselta vaaditaan yhtenäisessä toimintalinjassa pitämistä. Se voisi tapahtua mie-

leenpalauttamisen kautta tai puheeksiottamisella. Myös perehdytyskäytäntöjä tulisi kehittää.

Hoitajat tarvitsevat esimiehen tukea ja palautetta toiminnastaan, että tietäisivät, ovatko toimineet oikein ja onko oikea tyyli tehdä työtä. Jaksamisen kannalta palautteen ja tuen antaminen on tärkeää, että saisi itsevarmuutta siitä, että osaa tehdä työtään oikealla tavalla. Esimieheltä toivotaan kiitosta ja positiivista palautetta siitä, että on tehnyt hyvää työtä. Hoitajat tukevat toisiaan ja he saavat palautetta myös omaisilta ja potilaalta itseltään. Osastolle olisi luotava realistiset puitteet, että kuntoutus toteutuisi asiakaslähtöisesti. Hoitohenkilöstöä tulisi kouluttaa ja ohjata. Lisäksi hoitohenkilöstön jaksamista tulisi tukea kiireestä huolimatta. Hoitotyön vetovoimaisuus voidaan säilyttää huomioimalla henkilöstön riittävyys, työssä jaksaminen sekä työn mielekkyys. Myös hoitajat tarvitsevat kannustusta vaativan hoitotyönsä tueksi. Henkilöstöä voidaan motivoida vaikkapa sillä, että hoitajat koulutautuisivat vastuualuettain ja toimisivat sitten toisten hoitajien kouluttajina.

”Että sais tehdä myöskin niin kuin itsestä tuntuu, että voi luottaa itteensä, että osaa tehdä tätä työtä.”

”Saada joltakin jossakin kiitos, omalta pomolta.”

”Kyllä työkaverit aina välillä ja itsekin jaksaa sanoa jotain toiselle, potilaalta, omaisilta; tässä näkee työnsä hedelmät.”

Kiire ehkäisee kuntoutuksen, sillä kuntoutukseen ei pystytä panostamaan tarpeeksi. Hoitajat kertovat myös, että kiireeseen ei voida vaikuttaa. Johtamisella voidaan tukea sitä, että hoitotyöntekijöillä on riittävästi aikaa tehdä työtään.

”Haluaisin, että meillä olisi enemmän aikaa jokaiselle potilaalle; tunnen itseni riittämättömäksi hirveen usein – jotkut vaan tarvii enemmän aikaa kuin jotkut muut; että olisi hetki aikaa pysähtyä jokaisen kohdalla.”

Moniammatillinen yhteistyö sujuu hoitajien mielestä hyvin. Kuntoutustoitinnan tulee kuitenkin onnistua myös iltaisin ja viikonloppuisin, jolloin

moniammatillisen yhteistyön antamaa tukea ei ole saatavissa, sillä erityistyöntekijät ja lääkärit työskentelevät vain virka-aikana. Lisäksi on tapahtunut toimintatavan muutos, sillä aiemmin elektiivisiä leikkauspotilaita oli enemmän ja silloin kuntoutus käynnistyi fysioterapeutin toimesta.

Nyt hoidetaan paljon eri syistä johtuvia yleistilan heikkenemistä ja hoitajien tulisi aloittaa kuntoutus oma-aloitteisesti, sillä asiakas voi tulla illalla, yöllä tai viikonloppuna. Aiemman toimintatavan mukaisesti hoitajat odottavat edelleen, että lääkäri määrää kuntoutuksen ja että fysioterapeutti aloittaa sen. Jos ei ole ollut tietoa siitä, että miten asiakas jaksaa, pyörtyykö tai liikkuko kahden hoitajan avustamana, niin fysioterapeutti on ensin tutkinut liikkumisen ja liikeradat. Kuntoutuskoulutus voisi rohkaista hoitohenkilöstöä aktiivisempaan toimintatapaan kuntouttavassa työssä. Suunnitelmallisella lisä- ja täydennyskoulutuksella voidaan tukea henkilöstöä kuntoutumisen edistämistyössä.

Hoitajien näkemyksen mukaan heillä voisi olla omat vastualueet ja he voisivat kouluttautua niihin, ja sitten kouluttaisivat muita hoitajia. Hoitajat kokevat vanhuspotilaista muistiongelmaiset kaikkein haasteellisimmiksi. Tämän vuoksi geriatriasta tietämystä tulisi lisätä, sillä se helpottaisi työssä jaksamista. Myös se, että pystyy vaikuttamaan omaan työhönsä parantaa työssä jaksamista. Kehittämispalaverissa hoitajat toivat esille sen, että yhteispalaveri tulisi olla enemmän. Sillä olisi työnohjauksellista merkitystä ja se lisäisi työssä jaksamista.

”Voisi kaverilta kysyä, mitä mieltä sä olet esim. kuntoutuksen vastuualue ja käy sen tyyppisissä koulutuksissa tai haavanhoito.”

Toimintakyvyn säilyttämiseksi ihminen tarvitsee aktiviteetteja. Hoitajat ehdottivat asiakkaiden aktiviteettien järjestämisen tarpeen niin, että ulkopuolinen taho tulisi vetämään toimintaa. Potilailta tulisi olla jotain mielekästä tekemistä. Terveysaseman fysioterapiaoastolla on hyvä kuntoutumisympäristö, mutta hoitohenkilökunta ei voi sitä käyttää edes viikonloppuisin, jolloin tilat on suljettu. Vapaaehtoistyöntekijöitä koulutetaan, mutta hoitajilla

ei ole tietoa, mikä instanssi sitä organisoi. Vapaaehtoistoimintaa ja ystäväpalvelua voitaisiin aktivoida uudelleen kuntoutustoiminnan tueksi.

”Voisivat käsi kynkkää mennä, jutella potilaan kanssa, tehdä pienen rundin, mikäli potilas haluaa – hoitohenkilökunta voisi miettiä valmiiksi, että tämä ja tämä potilas hyötyisi, esimerkiksi viedä häntä ulos ja he voisivat lukea lehtiä, runoja, pelata jotain.”

Ergonomisiin tekijöihin tulisi kiinnittää huomiota nykyistä enemmän, sillä ergonomiaratkaisut keventävät ja sujuvoittavat henkilöstön tekemää työtä sekä lisäävät potilaiden ja työntekijöiden turvallisuutta. (<http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankkeet/ergonomia/kokote/Sivut/default.aspx>) Nostotekniikkaa tulisi käydä uudelleen läpi hoitajien kanssa. Fysioterapeutin asiantuntemusta kaivattiin konkreettisen kuntoutustoiminnan onnistumiseksi. Vuodepotilaiden nostotilanteet koetaan edelleen haastavina.

”Joillekin se tuottaa kipua; potilaalle, hoitajalle, jos ei mahdu nostamaan.”

”Hoitajien tehtävä arvioida apuvälineiden tarve, mutta kun ei ole valta päättää tilataanko vai ei.”

Resurssien kohdentamiseen tulisi kiinnittää huomiota. Nykyinen henkilökuntamäärä ei riitä siihen, että voisi lähteä potilaiden kanssa ulkoilemaan. Myös muun muassa ihonhoito ja ulkonäöstä huolehtiminen jäävät vähemmälle, kun aika ei riitä kaikkeen, mitä pitäisi tehdä.

Teemahaastatteluiden mukaan tiedonhallintajärjestelmä on mutkikas ja aikaa vievä. Tietoja joudutaan siirtämään käsin eri sivustoilta toiselle. Joskus on vaikea löytää oikeita komponentteja ja kaikki eivät kirjaa kuntoutumisesta mitään. Kirjaamiseen tulisi keskittyä nykyistä enemmän. Tiedonhallintajärjestelmän käyttöön tulisi saada jatkuvaa perehdytystä, sillä ohjelmaa päivitetään usein.

”Sekava koko Effica tiedonhallintajärjestelmä; en ole hokannut sitä.”



”Efficasta löytyy hyviä, just ku aattelee aktiviteettia ja selviytyminen; kyllä sieltä aika hyvin löytyy siihen oikeita komponentteja, kun vaan niitä osataan käyttää.”

#### 4.4 Osallistavan arvioinnin tulokset

Osallistavan arvioinnin **asiakasnäkökulmasta** katsottuna kuntoutumisprosessia tulee vahvistaa huomioimalla kuntoutujan voimavarat nykyistä paremmin. Osallistavan arvioinnin tulosten mukaan kognitiivisten toimintojen heikentyessä asiakkaan käsityskyky vaikeutuu ja hän ei ymmärrä asioita samalla tavalla tai yhtä nopeasti kuin ennen sairastumistaan. Tällöin hän ei kykene asettamaan kuntoutumiselleen tavoitteita eikä tiedosta, että on itse keskeinen toimija omassa kuntoutumisessaan. Hän ei myöskään miellä olevansa kuntoutuja. Asiakkaalla voi olla väärä mentaliteetti kuntoutumiseen, koska hän on masentunut ja pelkää kotiuttamista eikä hänellä ole haluja kuntoutumiseen esimerkiksi sen vuoksi, että tietää, ettei kuntoudu enää entiselleen. Nämä tekijät vaikuttavat siihen, ettei asiakas motivoitu kuntoutumiseen.

Rakennetekijöiden näkökulmasta katsottuna arvioitsijoiden mielestä on tärkeää, että toimintaa ohjaa yhtenäinen toiminta-ajatus eli toimintafilosofia. Osastolla tulisi olla kirjallista materiaalia, ohjeita ja malleja kuntoutustoiminnan tueksi. Vaaraman (2002) mukaan asiakaslähtöisyys on hoitoa tai palvelua saavan asiakkaan ja tämän hoidontarpeen näkemistä toiminnan keskipisteenä sekä asiakkaan oikeuksien tunnustamista ja toteutumisen mahdollistamista. Asiakaslähtöisyyttä voidaan mitata selvittämällä asiakkaiden tyytyväisyyttä tuotettuihin palveluihin. (Vaarama 2002, 15 – 17.)

Hoitajat arvioivat osallistavassa arvioinnissa **hoitohenkilöstön näkökulmaa** ja totesivat, että ajan puute haittaa yksilöllisyyden huomioimista. Apuvälineistä on pulaa ja fysioterapeuttia tarvittaisiin enemmän sekä avuksi että ohjaamaan kuntoutustoiminnassa, jotta voidaan toteuttaa vaikuttavia hoito-toimenpiteitä. Osallistavan arvioinnin että teemahaastatteluiden mukaan

kaikki haastateltavat pitivät kiirettä ja henkilökunnan vähyyttä merkittävänä tekijänä siihen, että kuntoutusta ei voitu toteuttaa halutulla tavalla. Arvioitsijoiden mukaan kiireeseen ei myöskään voi vaikuttaa.

”Ei ole asiakkaan vika, jos henkilökunnalla on kiire.”

Osallistavan arvioinnin mukaan **hoitohenkilöstö** tarvitsee tukea toimintakyvyn arviointiin, jotta he pystyisivät arvioimaan realistisesti kuntoutumismahdollisuudet. Hoitajien tehtävä on arvioida se, että pärjääkö kuntoutuja enää kotona, vaikka on osastolla pärjännyt. Joskus kotiutus peruuntuu sen vuoksi, kun ei ole osattu arvioida kuntoutujan selviytymistä kotiympäristössä. Joskus taas kuntoutuja pärjää kotona paremmin kuin sairaalassa. Hoitajilta vaaditaan kykyä ja jaksamista silloinkin, kun on itse väsynyt tai henkilökemiat eivät pelaa asiakkaan kanssa. Hoitajien tehtävänä on saada asiakas ymmärtämään, mitä hän tarvitsee ja mikä hänet saa motivoitumaan kuntoutumiseen.

Hoitohenkilöstön näkökulmasta katsottuna hoitokäytäntöjen tulee pohjautua tutkittuun ja näyttöön perustuvaan tietoon, sillä ne vaikuttavat toiminnan kustannuksiin ja tehokkuuteen (Mäki -Siikander 2002, 25 - 26.) Prosessien sujuvuuden kannalta katsottuna potilaan hoitoa varten on oltava käytettävissä riittävästi ammattitaitoista henkilökuntaa ja asianmukaisen tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen edellyttämät muut resurssit kuten laboratorio, kuvantaminen, tilat ja välineistö. (Koivuranta - Vaara 2011, 13.)

Osallistavassa arvioinnissa hoitajat arvioivat **johtamisen näkökulmaa** ja kokivat, että kuntoutumisedellytysten mahdollistamiseksi ei ole luotu realistisia tavoitteita eikä pitkän ajan suunnitelmia. Esimerkiksi osaston jatkuva kuormittuneisuus ei vaikuta henkilökunnan lisäämiseen, vaikka tiedetään, että osa työtehtävistä tulee kärsimään. Tutkimusten mukaan kuormittuneisuus vaikuttaa siihen, että osa työtehtävistä jää tekemättä, kun joudutaan priorisoimaan työtehtäviä. Tyypillisiä työtehtäviä, joita joudutaan jättämään vähemmälle huomiolle kiireen vuoksi ovat kuntoutus, kirjaaminen ja kivun hoito. Kunta-alan henkilöstön vaikutusmahdollisuudet työtehtäviin ja työ-

tahtiin ovat tutkimuksen mukaan hieman heikentyneet (Heikkilä, Suurnäkki, Koivikko, Anderson, Vuoriluoto, Lyly- Yrjänäinen, Marttila, Pekka 2012).

”Yksi osatekijä on aika. Jos ei ole aikaa, pakko priorisoida. Jää asioita pois. Ei ehdi paneutua kaikkeen, mitä haluaisi.”

Tutkimukset vahvistavat tässä kehittämishankkeessa saatuja tuloksia. Hoitotyön henkilöstön riittävyttä ennakoivan kansainvälisen RN4 Cast-hankkeen tulosten mukaan Suomessa kiireen vaikutus työtehtävissä heikentää potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta, hoidon suunnittelua ja suuhygieniasta huolehtimista. Sillä on vaikutusta myös kivunhoitoon ja hoitotoimenpiteisiin. (Ausserhofer ym. 2013, 1-9.)

Johtamisen näkökulmasta katsottuna myös johdon tulee sitoutua potilaskeskiseen toimintaan. Yksikön strategiset tavoitteet tulee suunnata potilaiden tarpeiden mukaisesti. Toiminnan suunnittelussa tulee varmistaa henkilöstön riittävyys ja pätevyys asiakaspalvelujen antamisessa ja asianmukaisen hoidon toteuttamisessa. Lisäksi on varmistettava, että voimavarojen kohdentamista koskevat päätökset perustuvat tutkittuun tietoon. (Koivuranta - Vaara 2011, 10, 15.)

Erikoissairaanhoidon muodostunut organisaatorakenteeltaan raskaammaksi kuin perusterveydenhuolto. Se aiheuttaa noidankehän, jossa perustasolla joudutaan toimimaan yhä ahtaammalla ja kiireisemmin. Se vaikeuttaa lääkinnällisen kuntoutuksen työnjakoa. Lisäksi pitkäaikaissairauksien hoitamiseen ja ennaltaehkäisyyn ei pystytä panostamaan riittävästi. (Leino 2011, 265.)

Osallistavassa arvioinnissa hoitajat arvioivat **johtamisen** etäänntyneen arjesta. Hoitajilla ei ole valtaa tilata muun muassa sänkyjä tai suihkutuoleja. Hoitajien tulisi mahdollistaa se, että kuntoutumisedellytykset ja puitteet ovat kunnossa, ja että välineet ovat toimivia. Hoitajien mielestä kuntoutumisprosessia voidaan vahvistaa sillä, että asiakkaan kuntouttamisen ja kotiuttami-

sen tueksi on ohjeita ja malleja. Surakan (2006) väitöskirjan mukaan johtaminen perustuu sitä enemmän toimivaltaan, mitä etäämmällä johtaja on organisaatiossa.

Osallistavassa arvioinnissa hoitajien näkemyksen mukaan raha määrittää toimintaa yhä enemmän ja lähiesimies ei aina voi vaikuttaa päätöksiin, vaan raamitukset tehdään ylemmältä taholta. Jatkohoidosta päättäviin SAS-kokouksiin ei ole enää edustusta osastolta, vaan päätöksenteko on etäännytnyt käytännöstä. Hoitajat kokevat ongelmallisena sen, että asiakkaan jatkohoitopaikkasuunnitelmista ei ole kirjattu selkeästi ja oikeiden jatkohoitopaikkojen puuttuessa asiakkaita joudutaan kotiuttamaan vasten tahtoaan.

Osallistavassa arvioinnissa hoitajat tuovat esiin, että epäkohtiin ei uskalleta puuttua. Esimerkiksi väärin asenteisiin ei puututa. Toisaalta rajalliset resurssit vaikeuttavat hoitotyön muokkaamista toivottavaan suuntaan, jolloin keinot ja taito puuttua epäkohtiin nostavat kynnystä puuttua asioihin. Hoitohenkilöstön mielestä työntekijöiden määrä suhteessa osaston potilasainekseen ei elä. Hoitajien näkemyksen mukaan on liikaa kiirettä ja stressiä eikä kuntouttava työote toteudu toivottavalla tavalla ja tulee hoitovirheitä. Hoitohenkilöstö kokee, että heitä ei kuulla eikä kannusteta riittävästi. Osastolle olisi luotava realistiset puitteet, että kuntoutus toteutuisi asiakaslähtöisesti. Hoitohenkilöstöä tulisi kouluttaa ja ohjata. Lisäksi hoitohenkilöstön jaksamista tulisi tukea kiireestä huolimatta. Osallistavan arvioinnin tulosten mukaan johtamisessa tulisi käyttää tiimijohtamista ja toimia puolueettomasti.

Johtamisessa on keskeistä, että henkilöstöä tuetaan laatutyössä. Parhaimmillaan laatutyö on luontevasti mukana työyhteisön jokapäiväisessä työskenteilyssä. Työntekijöiden ja työyhteisön hyvinvoinnissa merkittävä tekijä on jaksamisella. Sen vahvistamisessa on oleellista huomioida työn kehittämismahdollisuudet. Työntekijän fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen on tärkeää erityisesti fyysistä kuormitusta aiheuttavilla toimialoilla. Työpaikalla koettu kiire voi olla este työyhteisön hyvinvoinnille. Kiireen myötä henkilökunta kokee riittämättömyyttä kuten tässäkin kehit-

tämishankkeessa on tullut esille. Työtahtiin ja työhyvinvointiin voidaan vaikuttaa työjärjestelyillä ja henkilöstöresursseja lisäämällä. (Sinervo – Elo-vainio 2002, 189 - 192.)

Organisaatioiden tulisi luoda sellaiset puitteet työlle, että työssä onnistuminen mahdollistuu. Sillä on yhteys myös työmotivaatioon. Tutkimusten mukaan esimiehen asennoitumisella on kiistaton yhteys alaisten motivaatiolle ja jaksamiselle. Huonosti suunnitellut tai puutteellisesti toimivat välineet ja hankalat työmenetelmät sekä kitkaiset toimintaprosessit ja tietojärjestelmien toimimattomuus tai monimutkaisuus vaikeuttavat työssä suoriutumista. Työyhteisön toimintakulttuuri ja johtaminen antavat suunnan sille, miten työn hankaluuksiin suhtaudutaan. Se edellyttää organisaatiolta hyvää lähiesimiestyötä ja tervettä johtamiskulttuuria. ( Korppoo, 2010, 170 - 171.)

Osallistavan arvioinnin tulokset tuottivat samansuuntaisia tuloksia kuin haastatteluista saadut tulokset. Niiden mukaan yhtenäinen toimintatapa ja käytäntö eivät toteudu. Syynä voi olla se, että kuntoutustavoite ei ole kaikkien tiedossa ja toiminta voi olla ristiriitaista. Syynä voi olla myös puutteellinen raportointi. Kuntoutumisesta tulisi pitää tarkkaa kirjausta. Hoitajien mielestä asenteet voivat olla puolin ja toisin kuntoutuksen vastaisia. Tiedon ja harjoituksen puute oikeista menetelmistä heikentävät kuntouttavaa työskentelyä. Hoitajan omat terveysongelmat voivat heikentää kuntoutumisen edistämistä. Rikkinäiset tai puutteelliset apuvälineet heikentävät kuntoutumisen toteutumista. Osallistavan arvioinnin mukaan tilojen ahtaus ja kiire ovat myös kuntoutumista heikentäviä tekijöitä, joihin tulisi kiinnittää huomiota nykyistä enemmän.

#### 4.5 Tulokset suhteessa aikaisempaan tutkimustietoon

Teemahaastatteluiden ja osallistavan arvioinnin tulosten mukaan kuntoutujalähtöisyys ei aina toteudu toivotulla tavalla, sillä kiire vaikeuttaa yksilöllisyyden huomioimista. Kuitenkin laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä (497/2003) korostaa kuntoutusyhteistyötä, jonka mukaan kuntoutujan asioiden hoitamisen lähtökohtana tulee olla kuntoutujalähtöisyys. Koukkarin väitöstutkimuksen (2010) mukaan kuntoutajat kokevat jäävänsä heitteille ja täysin ulkopuolisiksi omaa kuntoutustaan koskevissa asioissa ja kuntoutuksen toteutukseen liittyvissä järjestelyissä. (Koukkari 2011, 220; Koukkari 2010, 201.) Cardol ym. (2002) mukaan kuntoutujan itsemääräämisoikeutta ja osallistumista omaan arkeensa pitäisi parantaa. Autonomia on keskeinen asia kuntoutuksessa. Se on edellytys tehokkaalle kuntoutukselle. Kuntoutuksessa maksimoidaan mahdollisuudet tehdä tietoisia valintoja ottaen huomioon kunkin henkilön mieltymykset, tarpeet ja sosiaalinen konteksti. (Cardol ym. 2002, 970 - 974.) Myös Koukkarin mukaan on tärkeää pohtia kuntoutuksen tavoitetta kuntoutujan itsenäisen elämänhallinnan ja toimintakyvyn edistymisen näkökulmasta, jossa tulisi korostua kuntoutujan aktiivisuus ja autonomia. (Koukkari 2010, 201.)

Hoitajat kertoivat kuntoutumista edistävän hoitotyön olevan päivittäisissä toiminnoissa tukemista, toimintakyvyn ylläpitämistä ja palauttamista sekä asiakaslähtöisyyttä. Siinä lähtökohtana on motivoitunut potilas. Mikäli potilaalla ei ole motivaatiota, niin silloin kuntoutuminen on vaikeaa. Hoitajat kertoivat edistävänsä potilaan kuntoutumista selittämällä, perustelemalla potilaalle mitä tehdään ja miksi tehdään. Hoitotyössä ei tehdä potilaan puolesta, vaan harjoitellaan potilaan omia taitoja yhdessä ja ylläpidetään niitä. Lähi- ja sairaanhoitajien näkemyksen mukaan kuntoutumisessa tulisi olla yhteiset tavoitteet ja koko tiimin tulisi olla siinä mukana. Potilastyössä se toteutuu hoitajien mielestä vaihdellen. Haastattelemieni hoitajien mielestä kuntoutuminen tulee tehdä potilaalle mielekkääksi ja hoidossa tulee pyrkiä kiireettömyyteen ja kivuttomuuteen. Perusajatuksena on toimia hoitotyössä

asiakkaan omia voimavaroja käyttäen kannustaen häntä itsenäiseen, oma-toimiseen toimintaan.

Youngin (1996) mukaan hoitajien toteuttama iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö on ”pehmeää” kuntoutusta eli kuuntelemista, rohkaistamista, neuvomista, ohjaamista ja opettamista unohtamatta ”kovaa” kuntoutusta kuten fysio- ja toimintaterapiaa sekä lääkehoitoa. (Routasalo & Arve 2002, 8.) Kähkösen (2010, 56) tutkimuksen mukaan vuorovaikutus on keskeinen tekijä potilaiden kuntoutumista edistävässä hoidossa. Myös aikaisemmat tutkimukset vahvistavat tätä tulosta. Pryor & Smith (2002) mukaan ihmissuhdetaidot ja Routasalon ym. (2004) mukaan vuorovaikutustaidot ovat edellytyksenä sille, että kuntoutumista edistävää hoitotyötä voidaan toteuttaa (Kähkönen 2010, 56).

Tässä kehittämishankkeessa hoitajat kertoivat motivoivansa ja kannustavansa potilaita omatoimisuuteen kaikissa päivittäisissä toiminnoissa ja antavan palautetta potilaalle tämän onnistuessa perustoiminnoissaan. Hoitajat kertoivat ohjaavansa ja opastavansa potilaita liikkumisessa muistuttamalla mahdollisista varauskielloista ja kiertoliikkeistä, joita tulee välttää. Joidenkin kohdalla joudutaan perustelemaan liikkumisen tärkeyttä, vaikka se olisi hänelle kivuliasta tai vaikka hänellä ei olisi voimia siihen. Hoitajat kävelyttävät potilaita käytävällä ottaen huomioon potilaan voimavarat. Myös tämän kehittämishankkeen mukaan ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot ovat keskeisiä tekijöitä kuntoutumista edistävässä hoitotyössä.

Stinemanin (1997) mukaan kuntoutumista edistävän hoitotyön tavoitteena on ylläpitää tai palauttaa toimintakykyä, maksimoida elämään tyytyväisyyttä, lisätä psyykkistä hyvinvointia ja ylläpitää henkilön sosiaalista asemaa. Haasteena on ehkäistä yksilön passivoitumista laitoshoidojakson aikana ja tukea akuutin tilanteen jälkeisessä kuntoutumisessa. Tärkeintä on iäkkään kuntoutujan ihmisarvon ylläpitäminen muuttuvassa ja muuttuneessa tilanteessa sekä hänen sitoutumisensa kuntoutusprosessiin. (Routasalo & Arve 2002, 6.) Lähi- ja sairaanhoitajat ilmaisivat, että osa potilaista on passiivisia

ja haluaa laitostua, koska heidän oma mentaliteetti määrää niin. Hoitajat kertoivat, että monet jopa liikuntakykyisistä potilaista ilmaisevat halunsa kuolla. Potilas voi hoitajien näkemyksen mukaan olla niin masentunut, ettei koe liikkumista ja kuntoutusta enää tärkeäksi. Hän ei ehkä ymmärrä liikkumisen tärkeyttä eikä sitä, että kuntoutus on hänen omaksi parhaakseen. Elämänhalu voi olla hukassa esimerkiksi siitä syystä, että on yksinäinen. Kotiutusvaiheessa monilla potilailla ilmenee kaikenlaisia vaivoja, sillä he pelkäävät kotiin menoa kaatumisen ja yksinäisyyden sekä turvattomuuden vuoksi.

Routasalon ja Arven (2002) määritelmän mukaan iäkkään potilaan kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtana on se, että potilas on motivoitunut osallistumaan realistisen päämäärän asettamiseen, ja että on itse valmis käyttämään omaa kapasiteettiaan päämäärän saavuttamiseksi. Resnick (1998) on määritellyt kuntoutujan motivaatioon vaikuttaviksi tekijöiksi henkilökohtaiset toiveet, ja sen millaiseksi kuntoutuja kokee itsemääräämisoikeuden sekä epämiellyttävät tuntemukset kuten kivun, pelon ja turvattomuuden. Motivaatioon vaikuttavat myös se, millaisena hoidon yksilöllisyys koetaan ja ovatko kuntoutustavoitteet realistisia sekä se, että kuntoutuja uskoo omiin tavoitteiden saavuttamisen mahdollisuuksiin ja samaansa sosiaaliseen tukeen. (Routasalo & Arve 2002, 6.)

Myös teemahaastatteluissa hoitajat kertoivat, että motivaatio on keskeinen tekijä potilaan kuntoutumisen onnistumiseksi. Potilaalla saattaa olla sellainen käsitys, että sairaalassa hoidetaan kaikki vaivat ja lääkkeet ilman että itse tarvitsee tehdä mitään. Haasteellisimpina hoitajat kokevat muistisairaiden motivoimisen, sillä jos potilas ei ymmärrä ja kokee vain sen hetkisen tunteen, niin kuntoutus voi muodostua vaikeaksi.

Silloin kun kuntoutujan asioista päätetään, niin hoitajien tehtävänä on ottaa kuntoutuja ja tarvittaessa myös omainen mukaan keskusteluun. Ei riitä, että hoitaja on iäkkään kuntoutujan ääni. On kysyttävä henkilön mielipiteitä ja kuunneltava, mitä hän sanoo. Näin voidaan laitoshoidon passivoivaa vaikutusta lieventää ja tukea kuntoutumisen ideaa. (Routasalo & Lauri 2001,



214.) Hoitajien näkemyksen mukaan kuntoutus voi muodostua haasteelliseksi siitä syystä, että omaisilla saattaa olla vankka mielipide, miten tietyt asiat tulee tehdä ja se ei aina ole sama ajatus kuin hoitohenkilöstöllä. Omaiset ja potilas saattavat vaatia, että hoitajat tekevät potilaan puolesta hoitotoiminnot, koska eivät ymmärrä toiminta-ajatusta. Se vaatii hoitohenkilökunnalta taitoja ohjata heitä ymmärtämään toiminnan tarkoitusta. Joskus omaisten ja potilaiden ajatukset eivät ole realistisia.

Kuntoutumista edistävän hoitotyön estäviksi tekijöiksi hoitajat mainitsivat sen, ettei henkilöstöllä ole aina yhteistä päämäärää. Kaikkien tulisi sitoutua yhteisiin tavoitteisiin, sillä tavoite on lyhentää sairaalassa oloa ja kuntouttaa ensisijaisesti kotiin. Hoitajien näkemyksen mukaan kuntoutujaa ei oteta mukaan hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun riittävästi, vaan hoitohenkilöstö asettaa tavoitteet. Turner (1993) ja Rusi (1998) ovat todenneet, että kuntoutustulokset ovat lyhytaikaisia tai voivat jäädä saavuttamatta kokonaan, mikäli iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö kohdistuu pelkästään muiden asettamaan fyysisen toimintakyvyn saavuttamisen ja ylläpitämisen tavoitteeseen huomioimatta potilaan omaa kokemusta terveydestään ja hänen sitoutumisestaan omaan hoitoonsa. (Routasalo & Arve 2002, 7.) Mäntyksen (2007) väitöksen mukaan myöskään läheisten osallistuminen kuntoutuksen tavoitteiden laadintaan ei toteutunut täysin missään tutkitussa kuntoutuspaikassa.

Elo ym. (2011) tutkimuksen mukaan kaikki potilaan hoitoon osallistuvat eivät tiedä tämän tavoitteita, ja että potilaiden ottaminen tavoitteiden suunnitteluun mukaan pitäisi olla itsestään selvyys. Mikäli he eivät itse voi osallistua suunnitteluun, niin heidän sukulaistensa pitäisi osallistua siihen. Tämä mahdollistaisi kuntoutuksen aktiviteettien jatkumisen kotiuttamisen jälkeenkin. Akuutissa hoidossa sukulaiset nähdään edelleen vierailijoina. He eivät osallistu hoitoon, joka edistää kuntoutusta, vaikka he olisivat siinä merkittävä resurssi.

Routasalon ja Arven (2001, 63, 8) tutkimuksen mukaan kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtana on terveyslähtöisyys. Se tarkoittaa myös kuntoutujan voimavaralähtöisyyttä. Tällöin tulee tietää, mihin kuntoutuja kykenee ja missä asioissa hän tarvitsee apua. Hyvällä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kartoituksella saadaan tarvittavaa tietoa kuntoutujasta. Tutkimuksessa hoitajat kehittivät toimintakyvyn arvioimiseen lomakkeen. Toinen erityispiirre kuntoutumista edistävässä hoitotyössä on omaisten huomioiminen kuntoutujan ollessa osastolla. Heitä voidaan hyödyntää tiedonantajina läheiselleen ja myös voimavarana silloin, kun läheinen on sairas tai sekava. Omainen pystyy kertomaan kuntoutujan toimintakyvystä ennen sairaalaan tuloa. Se on tarpeellinen tieto, silloin kun suunnitellaan hoitoa. Hoitajat voivat neuvoa omaista, niin ettei tämä tee asioita kuntoutujan puolesta. Puolesta tekemällä omainen uupuu itse, kun kuntoutuja siirtyy kotiin eikä hänen kuntonsa parane.

Elo ym. (2011) tutkimuksen mukaan tulisi kehittää uusia työskentelymetodeja, jotta voitaisiin välttää työskentelyä rutiininomaisesti vanhusten kanssa. Rekisteröityneet hoitajat uskovat enemmän potilaiden motiivoinnin hyötyihin kuin suoraan apuun. Motiivoinnissa tulee ottaa huomioon potilaiden yksilölliset tarinat ja tavat pitää huolta itsestään. Myös läsnäoloa kuntoutujan luona tulisi lisätä nykyistä enemmän.

Haastatteluissa hoitajat kertoivat, että motivoitumattomuuteen voi vaikuttaa asiakkaan psyyken lisäksi palveluhakuisuus ja se, että asiakas on tottunut ”passaamiseen”. Kotona omaiset on saattaneet hoitaa läheisensä petiin ja aina ei ole tiedossa, minkä verran asiakas on ylipäätään enää liikkunut. Häntä on voitu hoitaa petiin jo vuosia, ja asiakkaalle voi tulla täytenä yllätyksenä se, että jotain täytyisi tehdä itse ja jopa kävellä rollaattorin avulla, kun kotona on saanut istuskella vain pyörätuolissa. Tällöin sekä omaisten että asiakkaan oma asennevastaisuus kuntoutumiseen voi vaikeuttaa kuntouttamista. Hoitajien näkemyksen mukaan hoitohenkilöstön asenteet vaikuttavat siihen, miten kuntoutumista edistävää hoitotyötä toteutetaan käytännössä. Ghenoun ym. (2007) tutkimuksen mukaan hoitajien mielestä muutaman

päivän odottelulla ei ollut merkitystä vanhuksen toimintakyvylle. Sillä on kuitenkin merkitystä vanhuksen kotona pärjäämiselle ja toimintakyvyn säilymiselle jatkossa. Pitkä vuodelepo heikentää toimintakykyä merkittävästi hyvin nopeasti. (Ghenoun, Salminen, Tanhua & Holmlund 2007, 16 - 19.)

Teemahaastattelussa hoitajat kertoivat hoitajan oman negatiivisen asenteen vaikeuttavan kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Yhdysvaltalainen Archer (1993) toteaa, että kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohta on siinä, että hoitaja tunnistaa omat ikääntymiseen ja iäkkään henkilön kuntoutumiseen liittyvät asenteensa. Edistääksemme iäkkään henkilön kuntoutumista meidän tulee toimia voimavaraletoisesti käyttäen apuna mittareita, joilla arvioimme niitä toimintoja, joita henkilö tarvitsee päivittäisissä toiminnoissaan. (Routasalo, 2005, 14.) Routasalo ja Arve (2002, 38) ovat tutkineet hoitohenkilökunnan asennoitumista kuntoutumista edistävään hoitotyöhön, jonka mukaan alkumittauksessa yli 70 % hoitajista oli sitä mieltä, että iäkäs-tä kuntoutuspotilasta oli yksinkertaisempaa auttaa kuin tukea häntä yrittämään itse. Loppumittauksessa tätä mieltä oli enää 30 %.

Perrin (1997) ja Resnickin (1996, 1998) mielestä motivaatiota voidaan edistää hoitotyössä siten, että kuntoutujan yksilöllisyys ja erityistarpeet otetaan huomioon ja mahdollistetaan kuntoutujan aktiivinen rooli omassa hoidossaan, niin että rohkaistaan kuntoutujaa aktiiviseen toimintaan ja annetaan hänelle tunnustusta aktiivisuudestaan. (Routasalo & Arve 2002, 6.) Teemahaastatteluissa hoitajat kertoivat antavansa kuntoutujalle palautetta toiminnastaan vaikkapa kehumalla häntä, kun tämä toimii kuntoutumista edistävästi.

Teemahaastatteluiden mukaan kaikki eivät kirjaa kuntoutumisesta mitään, vaikka kuntoutumista edistävä työskentelytapa edellyttää suunnitelmallista toteutusta ja arviointia sekä jatkuvaa ja järjestelmällistä kirjaamista. (Holma ym. 2006.) Routasalon ja Arven (2001, 64) tutkimuksen mukaan hoitajat näkivät roolinsa tärkeänä, mutta kokivat sen vaikeasti sanoin kuvattavaksi. Selkeä ja täsmällinen hoitotyön kirjaaminen mahdollistaa hoitajien roolin

kuvaamisen. Toimintatutkimuksessa hoitajat opettelivat tavoitteiden kirjaamista potilaskohtaisten hoitotyön tavoitteiden määrittelyn kautta. Tavoitteet perustuivat potilaan toimintakyvyn arviointiin. Hoitotyön päätöksenteko korostui siinä, mitä ratkaisuja hoitajat käyttivät tavoitteisiin pääsemiseksi.

Elo ym. (2011) tutkimuksen mukaan rekisteröityneet hoitajat, toisin kuin muut ammattilaiset, näkevät kuntoutuspotilaita 24 tuntia päivässä ja pystyvät siksi arvioimaan heidän mahdollisuuksiaan selviytyä itsenäisesti päivittäisissä toiminnoissa. Näin ollen hoitajilla voisi olla aktiivisempi rooli kuntoutuksen moniammatillisessa työryhmässä. Hoitajat on koulutettu ottamaan vastaan määräyksiä ja toteuttamaan niitä. Rekisteröityneiden hoitajien on vaikea ottaa itsenäistä roolia kuntoutustyöryhmässä. Hoitajien koulutuksessa pitäisi keskittyä itsetunnon vahvistamiseen ja opettaa itsenäistä päätöksentekoa iäkkäiden potilaiden kuntoutuksen edistämiseksi ja heidän edistymisensä arvioinnissa.

Vähäkankaan (2010) väitöstutkimuksen mukaan asiakkaan on todettu saavan enemmän kuntoutusta silloin, kun hoitaja uskoo asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuksiin. Mikäli hoitaja uskoo asiakkaan toimintakyvyn paranemiseen, niin se lisää todennäköisyyttä saada kuntouttavaa hoitoa. Vähäkankaan väitöksen mukaan hoitajan oma asenne kuntouttavaan työhön on yksi asiakkaan toimintakyvyn edistämiseen voimakkaasti vaikuttava tekijä. Se vaatii hoitajalta positiivista asennetta, tulevaisuusorientoituneisuutta ja uskoa asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuksiin. (Vähäkangas 2010, 78 - 79.) Teemahaastatteluiden että osallistavan arvioinnin tulosten mukaan asenteet voivat olla puolin ja toisin kuntoutuksen vastaisia. Tämä taas on kuntoutumista ehkäisevä tekijä. Vähäkankaan mukaan keskeisiä lähijohtamisen menetelmiä kuntoutumista edistävässä toiminnassa olivat linjassa pitäminen ja kuntoutumista edistävän toimintatavan mieleen palauttaminen tai muistuttaminen. Niiden avulla toimintaa voidaan ohjata tavoitteellisesti ja systemaattisesti kuntoutumista edistävään suuntaan. Tutkimustulos vahvistaa aiempaa tietoa siitä, että lähijohtajan toimintatavoilla on suuri merki-

tys kuntoutumista edistävän toimintamallin käytäntöön juurruttamisessa. (Vähäkangas 2010.)

Kuntoutumista edistävän lähijohtamisen menetelminä käytettiin muutosjohtamista, osaamisen johtamista ja hoitajien voimaantumista edistävää johtamista. Muutosjohtaminen ilmeni lähijohtajan toiminnassa mahdollisuuksien näkemisenä ja kehittämisen kohteiden tunnistamisena. Hoitajien sitoutumista kuntoutumista edistävään toimintatapaan edesauttoivat organisaation yhteiset kuntoutumista edistävät päämäärät ja tavoitteet. (Vähäkangas 2010. )

Surakka kuvaa väitöstutkimuksessaan (2006), että osastonhoitajan tulisi motivoida sekä itsensä että työntekijät vaatimaan työhön. Työmotivaatio muodostuu työntekijän persoonallisuuden, itse työn ja työympäristön yhteisvaikutuksesta. Työ koetaan mielekkäänä silloin, kun siinä on työskenteilyn vapautta ja itsenäisyyttä, ja että toimintavastuu ja valtuudet ovat tasapainossa keskenään. Lisäksi työntekijän tulee toimia vastuullisesti. (Surakka 2006, 13.)

Kuntoutumista estävinä tekijöinä voivat hoitajien kuvausten perusteella olla lisäksi potilaan hallitsematon kipu ja henkilökunnan kiire. Samansuuntaisia tutkimustuloksia ovat saaneet Turja (2004, 51, 36) ja Ilvonen (2004, 50, 44). Kukkonen (2007, 36)) on tutkinut kuntouttavaa hoitotyötä hoitotyöntekijöiden kuvaamana perusterveydenhuollossa ja tutkimustulokset ovat yhtenevät tämän kehittämishankkeen tulosten kanssa, joiden mukaan kiire ja ajanpuute heikentävät kuntouttavan hoitotyön toteutumista (myös Mäntynen 2007). Hoitajien kokemusten mukaan voi käydä niin, että mikäli asiakas kokee, että hänellä ei ole riittävästi aikaa suoriutua jostakin tehtävästä, niin hän saattaa kieltäytyä siitä kokonaan. Sekä teemahaastatteluiden että osallistavan arvioinnin mukaan kiireeseen ei voida vaikuttaa, sillä osastolla olevat hoitotyön rutiinit ja sairaanhoitajien työn suoritteet ohjaavat toimintaa. Tätä tukee työ- ja elinkeinoministeriön työolobarometri 2012, jonka mukaan kunta-alan työntekijöillä työtahtiin vaikuttamismahdollisuudet ovat heikot (28 %).

( [http://www.tem.fi/files/35605/TEMrap\\_6\\_2013.pdf](http://www.tem.fi/files/35605/TEMrap_6_2013.pdf))

Myös Routasalon (2002) tutkimuksen mukaan osastolla olevat hoitotyön rutiinit saattavat ylläpitää kiirettä, joka estää asiakkaan kuntoutumisen edistämisen käytännössä. Lisäksi asiakkaan ja hoitajan henkilökemiat voivat joko estää tai edistää kuntoutumista. Routasalon näkemyksen mukaan hoitajien palveluasenteella on merkitystä kuntoutumisessa. Hoitajien yhteistyökykyisyys, ystävällisyys ja helppo lähestyttävyyys edistävät kuntoutumista. Myös se, että asiakkaalle ja hänen läheisilleen annetaan tietoa asiakkaan tilasta edistää kuntoutumista. Tutkimustulokset ovat samansuuntaiset tässä kehittämishankkeessa saatujen tulosten kanssa. Hoitajat kertovat antavansa tietoa potilaan tilanteesta. Hoitajat kertovat omaisille siitä, missä vaiheessa kuntoutuminen on ja miten he voisivat kannustaa läheistään omatoimiseen kuntoutumiseen. On myös omaisia, jotka näkevät kuntouttamisen hoitohenkilökunnan tehtäväksi ja jopa kieltävät potilasta itse tekemästä mitään.

Mäntysen (2007) väitöstutkimuksen mukaan kuntoutuja ja heidän läheisensä pitivät merkityksellisenä työntekijöiden asiantuntemusta, kuntoutujan ja läheisen arvostamista, kuntoutusympäristön välitöntä ilmapiiriä ja rauhallisuutta. Omahoitajan toiminnassa oltiin tyytyväisiä yksilöllisyyden, turvallisuuden ja läsnäolon toteutumiseen. Nordic healthcare groupin (2013) selvityksen mukaan akuuttivuodeosastoilla tulee olla riittävästi resursseja, sekä sairaanhoitajia että kuntoutuksen erityisosaajia, jotta tavoitteellinen, kuntouttava hoitotyö on mahdollista ja jotta potilaille voidaan antaa tarvittava kuntoutusohjaus. Ilman riittävää ja monipuolista resurssointia ei ole mahdollista saavuttaa tuottavuuden kasvupotentiaalia akuuttiosastojen jaksojen lyhenemisessä. Lisäksi pitkäaikaisosastojen lakkauttaminen vaikeutuu, kun akuuttiosastoilta riittävän moni ei kuntoudukaan takaisin kotiin tai tehostettuun palveluasumiseen. (Nordic healthcare group 2013, 44.)

Norjalainen Kirkevold (1997) kuvaa kuntoutumista edistävän hoitotyön ydintoiminnoiksi kuntoutuksen koordinoinnin, kuntouttavan toiminnan ylläpidon ja harjoittelun. Näiden keskeisten ydinprosessien toteuttamiseksi hän nimeää neljä pääasiallista hoitajan toimintaa; tulkitseminen, lujittaminen,

säilyttäminen ja integrointi. Tulkitsemiseen liittyvät tiedon anto potilaalle ja tämän omaisille, realististen tavoitteiden asettaminen hoidossa sekä toivon ylläpito. Lujittamiseen sisältyvät hoitajan antama emotionaalinen tuki potilaalle ja omaisille, toivon vahvistaminen sekä masentuneisuuden ehkäiseminen. Säilyttäminen tarkoittaa potilaan normaalien toimintojen ylläpitämistä, komplikaatioiden ehkäisemistä sekä potilaan perustarpeista huolehtimista. Integrointi tarkoittaa sitä, että hoitaja sovittaa yhteen potilaan eri kuntoutusterapioissa oppimansa taidot ja elämisen kuntoutusjakson jälkeisessä ympäristössä. (Routasalo & Arve 2002, 7.)

Sairastuessaan ihminen arvioi voimavarojaan, joita hänellä on käytettävissään. Voimavarioihin kuuluvat henkilökohtaiset kyvyt ja taidot, psyykinen kestävyys sekä perheeltä, ystäviltä ja valtiolta saatava tuki. Ihminen jaksaa motivoitua ja sitoutua etsimään keinoja ja hakemaan tukea, mikäli hän luottaa omaan selviytymiseensä. (Kähäri- Wiik, Niemi, Rantanen 2006, 15.) Tässä kehittämishankkeessa hoitajat toivat esiin potilailla usein esiintyvän masennuksen, motivaation puutteen ja kielteisen asennoitumisen kuntoutumiseen. Ketään ei voida kuntouttaa vasten hänen omaa tahtoaan, vaikka hoitajat kertovat yrittävänsä motivoida yhä uudestaan. Noron (2005) tutkimuksen mukaan terveyskeskusten vuodeosastoilla olevien potilaiden fyysinen toimintakyky on heikentynyt merkittävästi. Bonnanin ym. (2009) tutkimuksen mukaan iäkkäät pitkäaikaispotilaat hyötyvät kuitenkin kuntoutumista edistävästä hoidosta. (Kähkönen 2010, 59.)

Kuntoutujan yksilöllisyyttä voidaan huomioida kuuntelemalla ja tukemalla häntä paremmin. Asiakkaan on voitava luottaa siihen, että hän saa apuja niitä tarvitessaan. Kähäri- Wiik ym. (2006, 15) mukaan ympäristön tuella on ratkaiseva merkitys sille, millaisena ihminen kokee suuret elämänmuutokset. Suhtautuminen tulevaisuuteen on myönteisempää, mikäli hän tietää saavansa tukea ympäristöltään. Ympäristön tuki voi olla emotionaalista, eläytyvää kuuntelemista tai toiminnallista, käytännön arkiaskareissa ja asioiden hoidossa auttamista, aineellista hoitovälineiden antamista tai tiedollista, jolloin kerrotaan avunsaantimahdollisuuksista. Tukea voivat ammattilaisten ohella antaa perheenjäsenet, sukulaiset ja tuttavat.

Sekä teemahaastatteluiden että osallistavan arvioinnin tulosten mukaan omatoimisuutta voidaan tukea informoimalla apuvälineistä ja opastamalla niiden käyttö niin asiakkaalle itselleen kuin häntä mahdollisesti hoitavalle läheiselle. Hoitajien mielestä kuntoutumista edistää hoitoympäristön miellyttävyys ja turvallisuus ja kiireettömyys luo turvallisuutta. Mikäli asiakkaan kuntoutumisessa keskitytään vain fyysisen puolen kuntouttamiseen huomioidatta psyykettä, niin se voi estää kuntoutumista. Turvallisuutta lisää myös se, että hoitajat ovat perehtyneet asiakkaan tilanteeseen, ja että heillä on aikaa toteuttaa kuntoutumista edistävää työtä.

Hoitajien on vaikea motivoida asiakasta, jos ei ole tietoa asiakkaan taustoista esimerkiksi siitä, miten on ennen liikkunut ja millainen toimintakyky on aiemmin ollut. Motivaatio on kuitenkin keskeinen kuntoutumisen edellytys. Yksilöllisten tekijöiden huomioimiseen ei aina ole aikaa. Hoitajien näkemysten mukaan hyvä ammattitaito edistää asiakkaan ”lukemisen”, niin että ajanpuutteesta huolimatta voidaan toteuttaa vaikuttavia hoitotoimenpiteitä.

Hoitajien kuvausten perusteella kuntoutumisprosessia voidaan vahvistaa hyödyntämällä asiakkaan toimintakykyä ja perustelemalla asiakkaalle yhteinen tavoite. Kuntoutumisedellytyksiä voidaan edistää sillä, että asiakkaan kuntoutumisesta kirjataan selkeästi, ja samalla voidaan huomoida yksilöllisyys. Yksilöllisyyden huomioimista on myös se, että asiakasta informoidaan ymmärrettävästi eikä käytetä sairaalaslängiä.

Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttö on johtanut siihen, että tulohaastattelulomakkeita ei enää käytetä ja tämän vuoksi taustatietojen saanti jää vähemmälle. Myöskään toimintakyvyn arviointilomaketta ei käytetä systemaattisesti, vaan hoitajat kertovat käyttävänsä havainnointia toimintakyvyn arviointiin. Kaikki hoitajat eivät kuitenkaan kirjaa potilaan toimintakyvystä mitään. Tutkimusten mukaan (Landi ym. 1997; Saarela & Valanne 1999; Huusko ym. 2000; Schoenfelder 2000) kuntoutumista edistävän hoitotyön



tulee perustua laaja-alaiselle toimintakyvyn arvioinnille (Turja 2004, 49; Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö & Suomen Kuntaliitto 2013, 69.)

Vanhuksen fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen terveyden ja toimintakyvyn ja hänen lähiyhteisönsä ja ympäristönsä arviointi kuuluu moniammatilliselle työryhmälle, johon vanhus kuuluu ryhmänsä tärkeimpänä jäsenenä. Ammatillisen koulutuksen saaneet työryhmän jäsenet ovat oman ammattinsa asiantuntijoita ja vanhus on oman kokemuksensa ja tietämyksensä kautta omien tarpeittensa asiantuntija. Vanhuksen lähiyhteisön jäsenet sekä vapaaehtoisjärjestöjen ja seurakuntien edustajat voivat tuoda omat tietonsa ja taitonsa työryhmään. (Kivelä, 2001, 70.)

Toimintakyvyn arviointiin hoitajat kertoivat käyttävänsä harvoin mitään mittareita, vaikka esimerkiksi MMSE- ja RAVA- indeksi ovat kaikkien hoitajien käytössä, silloin kun lääkäri pyytää niitä tekemään kognitiivisen toimintakyvyn arviointia varten. Niistä saatavaa tietoa tarvitaan myös silloin, kun asiakkalle suunnitellaan laitoshoidoa tai tukipalveluita kotiin. Toimintakyvyn arviointi systemaattisena hoitajien toimintana koetaan vieraana, vaikka kuvaustensa perusteella hoitajat tekevät sitä osana päivittäistä työtään.

Mielialan arvioinnissa hoitajat eivät käyttäneet mitään mittaria, sillä hoitajien mielestä potilaan mieliala tulee esille potilaan kanssa työskennellessä. Hoitajat kertovat, että potilaspapereista nähdään mahdollinen lääkitys ja potilaalta itseltään ja hänen omaisiltaan voidaan kysyä mielialaan liittyvistä asioista. Lisäksi muistihoitaja kartoittaa mielialaa, mikäli asiakkaalla on aika muistihoitajalle. Hoitajat kertovat seuraavansa potilaan mielialaa ja keskustelevansa siitä raporteilla, että miten potilas on edistynyt ja onko jotain saavutettu. Raporteilla keskustellaan yhtenäisistä hoitolinjoista, että kaikilla olisi sama tavoite, ja etteivät toiset tekisi potilaan puolesta enempää kuin on sovittu. Kaikkien tulisi ottaa huomioon, että yritetään kannustaa potilasta omatoimisuuteen ja itsenäiseen toimintaan.

Lähi- ja sairaanhoitajien näkemyksen mukaan fyysisestä toimintakyvystä saa tietoa keskustelemalla ja kysymällä potilaan oman arvion siitä. Hoitajien näkemyksen mukaan havainnoimalla näkee, miten potilas pystyy toimimaan. Lisäksi MMSE- ja RAVA- testit antavat tärkeää tietoa fyysisestä toimintakyvystä. Tutkimustietojen mukaan toimintakykymittarit eivät selitä yksiselitteisen varmasti potilaan toimintakykyä. Ongelmana on se, että MMSE ja RAVA testejä ei voida tehdä kaikille asiakasryhmille. Toimintakyvyn arviointiin tarvitaan kaikille asiakasryhmille sopiva yhtenäinen toimintakyvyn arviointilomake.

Heikkisen (2002) mukaan toimintakykymittarit eivät anna tietoa psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä. Tämän vuoksi näihin ei myöskään puututa ennaltaehkäisevästi ja kuntoutumista edistävästä näkökulmasta. Kivelä (2001, 70) muistuttaa, että depressiosta kärsivät asiakkaat voivat kokea itsensä fyysisesti avuttomiksi ja toimintakyvyttömyyden tunteet saattavat olla voimakkaita. Mikäli tällöin ei tehdä tarkkaa fyysisen toimintakyvyn arviointia, niin avuttomuutta voidaan pitää fyysisistä syistä johtuvina ja näin samalla jopa heikentää depression paranemisen mahdollisuuksia. Kivelän mukaan depression hoidon keskeisiä periaatteita ovat surun salliminen sekä rohkaiseminen, kannustaminen ja tukeminen suoriutumaan. Näin ollen hoitaja, joka tekee kaiken asiakkaan puolesta, saattaa tahtomattaan lisätä asiakkaan avuttomuuden ja alavireisyyden tunnetta.

Lundgrenin (1998) mukaan kuntoutumista edistävässä työotteessa korostuvat kuntoutujan yksilöllisyyden kunnioittaminen sekä jäljellä olevan toimintakyvyn tukeminen ja ylläpitäminen. Yksilöllisyyden huomioimiseksi hoitajan tulee pysähtyä keskustelemaan kuntoutujan ja tämän omaisen kanssa kuntoutujan toiveista ja tarpeista ja nämä tulee ottaa huomioon toiminnassa. Toimintakyvyn tukeminen edellyttää hoitajalta kärsivällisyyttä neuvoa, kannustaa ja odottaa, että henkilö suoriutuu itse tehtävästä, jonka hoitaja suorittaisi hänen puolestaan nopeasti ja tehokkaasti. Kuntoutumista edistävä työote mahdollistaa sen, että hoitaja tunnistaa ja pyrkii ehkäisemään iäkkään henkilön kuntoutumiseen liittyvät riskit, kuten masentuneisuuden, paine-

haavaumat, ravitsemusongelmat ja pidätyskyvyttömyyden. (Routasalo & Lauri 2001, 211.) Tässä kehittämishankkeessa hoitajat edistivät kuntoutumista keskittymällä ennaltaehkäiseviin tekijöihin kuten oikean laatuisiin patjoihin ja painehaavaumien ehkäisyyn sekä monipuoliseen ruokaan. Myös ihon hoito, eritystoiminnan tarkkailu ja hoito ovat keskeisiä hoitotyön kuntoutumista edistäviä tehtäviä, joihin hoitajat kertoivat panostavansa.

Haastattelemani hoitajat kertoivat positiivisen palautteen saannin olevan tärkeää. Palautetta toivotaan saatavan esimieheltä. Haastattelemani hoitajat kertoivat saavansa tukea työkavereiltaan, joka on tuloksena yhdenmukainen kunta-alan työolobarometrin tulosten kanssa. Työkaverit tukevat toinen toisiaan. Palautetta tulee myös potilailta ja omaisilta. Haastatteluissa hoitajat mainitsivat kannustuksen ja palautteen saannin olevan tärkeää siksi, että saisi tietoa siitä, että toimitaanko yhtään oikeaan suuntaan, ja onko oikea tyyli tehdä työtä. Kunta - alan työolobarometrin mukaan 67 % vastaajista on sitä mieltä, että eniten tukea ja apua saa työtovereilta ja 47 % on täysin samaa mieltä, että sitä saa esimieheltä. Vastaajista 28 % on täysin samaa mieltä siitä, että esimies antaa palautetta. (Heikkilä, Suurnäkki, Koivikko, Anderson, Vuoriluoto, Lyly- Yrjänäinen, Marttila & Pekka 2012.)

Päijät – Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymässä toteutettiin toista kertaa (2010 ja 2013) Kevan eli Kuntien Eläkevakuutusyhtiön yhteistyöllä työhyvinvointikysely, jonka tulosten mukaan työhyvinvointia tukee työyhteisön vahva tuki. Tulosten mukaan 88 % vastaajista saa hyvin apua ja tukea työkavereilta ja 84 % vastaajista kokee yhteistyön toimivan hyvin työkavereiden välillä. Kevan tulosten mukaan 66 % vastaajista kertoi saavansa hyvin apua ja tukea esimieheltä. Haastattelemani hoitajat vastasivat samansuuntaisesti ja kertoivat saavansa tukea työkavereiltaan, ja että yhteistyö työkavereiden kesken sujuu erinomaisesti. Tulokset olivat samansuuntaiset molemmissa tutkimuksissa. Työyhteisöltä saatavaa tukea pidettiin kiitettävänä. Kevan tutkimustulokset olivat samansuuntaiset myös palkitsemisen suhteen. Vain 12 % Kevan kyselyyn vastanneista kokee työnantajan palkitsemistavat kannustaviksi.

Haastattelemani hoitajat toivovat esimieheltä positiivista palautetta ja esimiehen antamaa ammatillista tukea työlleen. Myös laadun näkökulmasta katsottuna henkilöstön ja johdon tulee saada palautetta osaamisestaan ja johdon tulee kannustaa työntekijöitä osaamisensa ja asiantuntemuksensa kehittämiseen (Koivuranta - Vaara 2011, 12). Kokemukset epätyytyvästä palkitsemisesta johtuvat yleensä negatiivisista emotionaalisista kokemuksista, palkitsemisen puutteesta ja eriarvoisuudesta. On tärkeää kuunnella sairaanhoitajien kokemuksia palkitsemisesta, sillä sen avulla hoitotyön johtajat voivat ylläpitää ja lisätä hoitotyön ja terveydenhuollon työn houkuttelevuutta. Hoitajien palkitseminen antaa työnantajasta myönteisen julkisuuskuvan, ja on myös tärkeää sekä tunnistaa että käyttää aineetonta palkitsemista toimintatapana. (Seitovirta ym. 2014.)

Surakan (2006) väitöksen mukaan työntekijät toivovat esimieheltään ammatillista tukea, avointa keskustelevaa ilmapiiriä ja ymmärrystä kotioloihin. Vuorovaikutustaidot edistävät työyhteisön hyvinvointia ja jaksamista. Mikäli johtaja on etäällä organisaatiossa, niin sitä enemmän johtaminen painottuu toimivaltaan. Osastonhoitajan, ylihoitajan ja johtavan hoitajan tulee edistää potilaan äänen kuulumista ylemmälle taholle. Myös osastonhoitajan tulee huolehtia omasta jaksamisestaan, niin että saa levättyä tarpeeksi, huolehtii liikkumisestaan ja saa työnohjausta.

Surakan (2006) mukaan työssä on tärkeää se, että vaatimukset ja mahdollisuudet ovat tasapainossa keskenään, niin että jokainen voi tehdä työtään oman näköisesti. Jokainen kehittää työtään päästessään ratkaisemaan ongelmia. Kun työntekijä on innostunut, niin hän levittää ympärilleen innostusta ja saa muutkin innostumaan asioista. Vastuullisuutta lisäämällä voidaan lisätä työntekijän mahdollisuutta toimia itsenäisesti, kuitenkin niin että häntä tuetaan tarvittaessa, varmistetaan hänen osaamisensa ja annetaan mahdollisuus kehittymiseen. Myös haastattelemini hoitajien näkemyksen mukaan olisi tärkeää, että esimies antaa palautetta toiminnasta, sillä se antaa

hoitajille itsevarmuutta työn hallitsemisen taidoista. ”Että voi tehdä oman näköistä työtä”, kuten yksi haastateltavista asian ilmaisi.

Hoitajat pohtivat, että omahoitajajärjestelmä voisi edistää kuntoutumista, sillä nykyisessä toimintamallissa jokainen sysää vastuuta toinen toisilleen. Surakan (2006) väitöksen mukaan yksilövastuinen hoitotyö on parempi toimintamalli kuin ryhmätoimintamalli, sillä siinä jokaisella potilaalla on oma hoitaja, joka on vastuussa potilaasta. Ryhmätoimintamalli ei takaa hyvää hoitotyötä, koska tällöin hoitaja jää kasvottomaksi eikä tiedetä kuka on vastuussa potilaasta. Omahoitajat voivat olla persoonallisia ja erilaisia kunhan vain tarpeet ja osaaminen työssä kohtaavat. Tulosjohtaminen ei sovellu suoraan hoitotyöhön, sillä ihmiset johtavat ihmisiä. Osastonhoitajien tulee kehittää työtään hoitotyöhön osallistujan roolista johtamisen suuntaan, sillä hän vastaa siitä, että omahoitajat jaksavat tehdä työtään ja osasto toimii silloinkin kun osastonhoitaja ei ole paikalla. (Surakka 2006.)

Surakka (2006, 16) vertaa eri johtamismalleja, ja niiden mukaan vastuuta tulisi siirtää sinne, missä varsinainen hoitotyö tehdään. Johtamisen, jota myös osastonhoitajan työ on, tulisi tapahtua itseohjautuvissa, tulosvastuullisissa tiimeissä. Myös tämän kehittämistyön tulosten mukaan hoitajien mielestä henkilöstöä tulisi johtaa tiiminä.

Balanced Score Cardin (BSC) eli tasapainotettu mittaristo on Kaplanin ja Nortonin luoma käsite. Se integroi taloudellisuuden, laadun ja henkilöstön kehittämisen tasapainoisesti toisiinsa. Hyvä mittari huomioi yksikön palveluvision ja strategian useasta näkökulmasta, kuten taloudellisesta, asiakas- ja prosessinäkökulmista sekä henkilöstön näkökulmista. Henkilöstön näkökulmasta voidaan arvioida innovatiivisuutta, tyytyväisyyttä, oppimista ja ammatillista kehittymistä. Oppivasta organisaatiosta puhutaan silloin, kun osaamista ja uudistumista tarkastellaan organisaatiotasolla. (Surakka 2006, 16.)

## 5 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄN HOITOTYÖN TOIMINTAMALLI

### 5.1 Suunnitteluvaihe

Kehittämistyö toteutettiin soveltaen Engeströmin kehittävän työntutkimuksen teoriaa. Kehittävä työntutkimus on Suomessa kehitetty kulttuurihistorialliseen toiminnanteoriaan pohjautuva työn tutkimisen ja kehittämisen metodologia. Kehittävä työntutkimus toteuttaa organisaation toimintatapoihin vaikuttavia interventioita. Niitä kutsutaan myös laboratorioiksi tai muutoslaboratorioiksi. Organisaation toiminnan kehittämisessä keskeinen periaate on tämän metodologian mukaan organisaation toimintatapojen historiallinen analyysi. Se ei tarkoita menneisyyden itsetarkoituksellista kuvaamista, vaan kehityksen vaihtoehtojen paljastamista jäljittelemällä nykytilanteen ristiriitojen syntyä. Toiminnan teorian kehittämisvälineenä käytettiin ekspansiivisen oppimisen syklimallia. Ekspansiivinen oppiminen on monivaiheinen, yhteisöllinen prosessi, jossa luodaan ja otetaan käyttöön uusi toiminnan malli ja logiikka. (Engeström 2004.)

Kuntoutumista edistävä työskentelytapa on kokonaisvaltaista fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä edistävää toimintaa. Routasalon ja Laurin (2001) mukaan se on myös potilaslähtöinen toimintatapa, jossa kaikki toiminta on potilaan itsenäistä selviytymistä tukevaa.

Teemahaastatteluiden yhteydessä hoitajat kertoivat, miten he toteuttavat kuntoutumista edistävää hoitotyötä ja visioivat sitä, mitä tulisi muuttaa tai kehittää, että asiakkaan kuntoutumista voitaisiin edistää nykyistä paremmin. Haastatteluissa nousi selkeästi esille se, että henkilöstöllä ei ole kuntoutuksen edistämiseksi yhtenäistä toimintatapaa tai se toteutuu jokseenkin hyvin.

Ekspansiivisen syklin ensimmäinen vaihe on tarvetilan tunnistaminen. Syklin ensimmäinen vaihe käsittää kehitettävän työtoiminnan nykytilan kartoituksen ja kuvauksen. Ekspansiivisen oppimissyklin alussa on kyseenalaistamisvaihe, jossa ristiriidat ilmenevät osanottajille toiminnan häiriöinä, epäonnistumisina ja tyytymättömyyden aiheina. Terveystuollossa ristiriita ilmenee esimerkiksi jännitteinä kustannustehokkuuden ja kaikille tarjottavan

hoidon laadun välillä. Ristiriidat aiheuttavat häiriöitä ja vaativat ratkaisuja. Ekspansiivinen oppiminen on toimintajärjestelmien sisäisten ja välisten ristiriitojen kehkeytymistä ja ratkomista. (Engeström 2004, 62, 89.)

Lähtökohtana kehittävässä työntutkimuksessa on moniäänisyys. Tarkoituksena on saada sekä tutkijoiden että tutkittavien näkökulmat esille ja dialogiin keskenään. Työntekijöiden näkökulmien lisäksi on tärkeää nostaa esille myös asiakkaiden ja johdon näkökulmat. On myös hyödyllistä tarkastella työtä sen kohteen näkökulmasta. Se tarkoittaa esimerkiksi sitä, että seurataan työn kohteen ”elämänkaarta” sen kulkiessa kyseisen toimintajärjestelmän läpi. Strauss ym. (1985) on tehnyt analyysin sairaalan toiminnasta sen läpi kulkevien potilaiden ”sairauskaarten” (illness trajectory) näkökulmasta. (Engeström 2004, 98, 135.)

Toiminnan nykytilanteen kuvaus riippuu siitä, missä kehityssyklin vaiheessa toiminnan tutkiminen ja kehittäminen aloitetaan. Toiminnan nykytilan kuvauksen voi tehdä esimerkiksi havaintojen, osallistumisen, haastattelujen, videoinnin tai dokumentteihin ja valokuvaan tutustumisen perusteella. Ekspansiivisen oppimisen edellytyksenä on, että erilaisia näkökulmia asetetaan vuoropuheluun ja yhteisten välineiden kehittelyyn. Kehittävän työntutkimuksen hankkeissa sitä on toteutettu kahdella tasolla. Myös tässä kehittämishankkeessa toteutettiin ensin työyhteisön sisällä teemahaastattelemalla koottu näkökulma oleellisiin kysymyksiin ja sen jälkeen järjestettiin osallistavan arvioinnin kehittämistilaisuus, jossa kannustettiin työntekijöitä käsittelemään saatuja tuloksia yhdessä Ovretveitin (1998) laadun arvioinnin moniulotteisen mallin avulla. (Engeström 2004.)

Ekspansiivisen oppimisen syklin mukaan sitä seuraa kaksoissidos. Se on vaihe, jossa toimintajärjestelmän joidenkin osatekijöiden välille on muodostunut kärjistyvä ristiriita. Terveystieteissä se voi olla esimerkiksi uusi teknologinen järjestelmä, joka koetaan vaikeaksi hallita, mutta samaan aikaan paluu entiseen vanhentuneeseen tekniikkaan on yhtä vaikeaa. Kaksoissidoksen ekspansiivinen ratkaiseminen edellyttää analyysiä. Siinä ristiriita pyritään saamaan käsitteellisesti hallintaan. (Engeström 2004, 90.)

Ekspansiivinen oppimissykli tarkoittaa toiminnan kohteen ja motiivin laajenemista. Syklissä kyseenalaistetaan ja hahmotetaan uudelleen se, mihin toiminnalla pyritään, mitä tuotetaan ja miksi. Siinä työyhteisön jäsenten totuttujen toimenkuvien rajat ylittyvät. Siihen voi liittyä uudenlaisten ammattikunta- ja sektorirajat rikkovia tehtävähdistelmiä sekä yhteistyösuhteiden ja vuorovaikutteisen asiantuntijuuden kokonaisuuksien muodostuminen. (Engeström 2004, 99.) Tässä kehittämishankkeessa kuntoutumista edistävän työotteen sisältö laajeni hoitajien tietoisuuden tasolla.

Kehittävä työntutkimus on osallistavaa tutkimusta ja reflektiivinen tutkimusote. Syklin toisessa vaiheessa työntekijöiden eteen muodostettiin ikään kuin ”peili” heidän työnsä ongelmista ja jännitteistä, joita he olivat syklin ensimmäisessä teemahaastatteluvaiheessa tuoneet esille. Osallistavan arvioinnin kehittämistilaisuudessa työntekijät refleктоivat teemahaastatteluista saatua kokemuspohjaista ”peiliaineistoa” ja jännitteitään. Ovetveitin laadun arvioinnin moniulotteisen mallin avulla ja erittelivät ja arvioivat toimintatapaansa asiakkaan, hoitohenkilöstön ja johtamisen perspektiivistä. Arviointia kerättiin lisää vielä kehittämistilaisuuden jälkeen palautelaatikkoon (LIITE 3), sillä kehittämistilaisuuteen varattu aika oli lyhyt ja kaikilla hoitotyöntekijöillä ei ollut mahdollisuutta osallistua siihen. Tämän jälkeen jäsenin vanhan työskentelytavan historiallisen analyysin avulla (LIITE 11). (Engeström 1995, 124.)

Tässä kehittämishankkeessa käytettiin kehittämisen apuna ekspansiivisen oppimissyklin mallia. Se palvelee historiallisen analyysin tärkeänä välineenä. Ekspansiivinen oppiminen on organisaation oppimista kuvaava malli ja se perustuu toiminnan teoriaan. Organisaatiot ymmärretään toimintajärjestelmiksi ja oppiminen on niissä ilmenevien ristiriitojen käsittelyä. Ekspansiivisessa oppimisessä ristiriitojen historiallinen ymmärtäminen ja ratkaiseminen on keskeinen oppimisen mekanismi. Ristiriidat ovat ekspansiivisen oppimissyklin eri vaiheiden liikkeellepanevia voimia. Ekspansiivinen oppiminen on monivaiheinen kokonaisen toimintajärjestelmän ja työyhteisön muuttumiseen johtava prosessi. Kehittävän työntutkimuksen ideaalittyyppis-



tä etenemistä voidaan kuvata ekspansiivisen oppimisyklin rakennetta noudatellen. (Engeström 2004.)

Ekspansiivisessa oppimisessa organisaatio erittelee ja arvioi uudelleen toimintansa taustalla olevia arvoja ja normeja, mutta myös rakentaa itselleen uuden toimintamallin ja ottaa sen käyttöön. Toimintamme perustuu arvoihin, jotka ovat kaikkien valintojemme ja päätöstemme perusta. Arvoja voidaan käyttää perusteluina suunniteltaessa uutta toimintamuotoa. Kuntoutuksen arvot tulevat ilmi perusteluissa ja tavoitteissa, joita esitetään kuntoutuksen järjestämistä ja toteutusta suunniteltaessa. (Engeström 2004, 59; Järviskoski & Härkäpää 2006, 29.)

Teemahaastatteluissa hoitajat erittelivät toimintansa pohjana olevia arvoja. Heidän mielestään itsemääräämisoikeus on otettava huomioon kuntoutuksessa. Kuntoutujalla tulee olla vapaus valita se, miten hän haluaa häntä hoitettavan tai avustettavan. Kuntoutujan voimavaralähtöisyys ja inhimillisyys ohjaavat kuntoutumista edistävää toimintaa sekä tasa-arvoisuus. Kaikkia pyritään kohtelemaan tasa-arvoisesti. Lähi- ja sairaanhoitajat pyrkivät kii-reestä huolimatta hoitamaan yksilöllisesti niin, että selvittävät kuntoutujalle miksi hän on sairaalassa, hänen perussairautensa ja liikkumiskykynsä sekä apuvälineiden tarpeen ja mahdolliset varausluvut. Työskentelyä ohjaa myös ihmisen hyvinvointi, niin että taustalla on Katie Erikssonin ajatusmaailma ihmisen holistisuudesta ja henkisyydestä. Hoitajien mielestä toivon välittäminen on tärkeää erityisesti silloin, kun elämänhalu on hukkunut.

Koti- ja asumispalveluiden viralliset toimintaa ohjaavat arvot ovat: asiakaslähtöisyys, luotettavuus, taloudellisuus, ammatillisuus sekä tasavertaisuus. Teoriatiedon ja teemahaastatteluiden pohjalta laadin rungon kuntoutumista edistävän hoitotyön toiminta-ajatuksista. Kehittämistilaisuudessa pohdimme yhdessä ryhmän kanssa kuntoutumista edistävän hoitotyön periaatteita. Periaatteiksi muodostuivat kokonaisvaltaisuus, asiakaslähtöisyys, omatoimisuus, voimavaralähtöisyys, moniammatillinen yhteistyö, perhekeskeisyys ja jatkuvuus sekä suunnitelmallisuus. Yhtenä tuotoksena kehittämisiltapäivän

aikana työstettiin toiminta-ajatus kuntoutumista edistävän työn tueksi. Se on yksi osaratkaisuna uuden toimintamallin vision suunnassa.

Toisena osaratkaisuna tuotettiin kuntoutumiskortti. Teemahaastattelussa tuli esiin se, että potilaalla voisi itsellään olla kuntoutumiskortti, johon merkitään kuntoutustarve ja kuntoutustavoitteet sekä keinot, joilla niihin päästään. Siinä voidaan huomioida esimerkiksi mahdolliset rajoitukset ja toimenpiteet. Korttiin voidaan merkitä myös arviointia kuntoutumisesta. Se voi olla asiakkaan tai potilaan itsearviointia. Kuntoutumiskortti on muutakin kuin pelkkä liikkumiskortti. Se voi sisältää yksinkertaisia tavoitteita esimerkiksi sen, että tavoite on oppia napittamaan paidan napit itse tai oppia kävelemään rollaatorin avulla itsenäisesti WC:n. Se mahdollistaa asiakkaan itsehoidon tukemisen ja lisää motivaatiota. Lisäksi se helpottaa sekä hoitajien että asiakkaan muistamista siitä, mitä tavoitellaan ja mitkä olivat kenenkin yksilölliset keinot. Vuodeosastolla hoidetaan yhtä aikaa useita potilaita, joten hoitajien on joskus vaikea muistaa kunkin potilaan yksilöllisiä tavoitteita ja mahdollisia rajoituksia. Kuntoutumiskortti toimii myös tiedottamisen välineenä potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä. Sen avulla myös omaisia voidaan rohkaista tukemaan kuntoutujaa kuntoutumisessa. Kuntoutumiskorttia on testattu kuntoutujalla ja on todettu sen toimivuus. (LIITE 9)

Pohdimme kehittämistilaisuudessa myös 1.7.2013 voimaan tullutta lakia ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Se herätti osallistujissa keskustelua siitä, miten se tulee vaikuttamaan työhömmme. Lisäksi yhtenä ryhmätyönä toteutettiin kehittämissuunnitelma (LIITE 7). Siinä kehittämiskohteeksi valittiin kuntoutumista edistävän hoitotyön kirjaaminen. Tavoitteena siinä on, että koko hoitotiimi on mukana ja toimintaa ohjaa yhdessä laaditut pelisäännöt ja sovitut toimitavat. Tiimityö tarkoittaa työryhmätyötä, jolla on yhteinen tavoite ja näkemys potilaan hoidosta. Tiimityö on työväline, jonka avulla perustehtävää toteutetaan. Kirjaamisen tärkeä tehtävä on toimia hoidon jatkuvuuden turvaajana.

## 5.2 Kuntoutumista edistävän hoitotyön malli

Uuden toimintamallin suunnittelu voi pyrkiä koko toimintatavan perusteelliseen muuttamiseen tai muutoksen käynnistämiseen yhden tai useamman strategisen osaratkaisun tai -kokeilun avulla. Koko toimintatavan perusteellinen muuttaminen ei toteudu yhdellä kertaa, vaan kehittämistyötä on tehtävä osa-askelten kautta. Tässä kehittämishankkeessa uuden toimintamallin suunnittelun pohjana oli kuntouttavan työotteiden periaatteet, joita henkilöstö oli yhdessä työstänyt.

Uudessa toimintamallissa toiminta-ajatuksena on kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintafilosofia (LIITE 10). Potilaiden hoidon ja palveluiden järjestämisessä hyödynnetään näyttöä, joka tarkoittaa parasta mahdollista saatavilla olevaa tietoa. Se voi olla tutkimuksista saatua tutkimusnäyttöä, asiantuntijanäyttöä tai seurantatietoa organisaation toiminnasta. (Holopainen ym. 2013, 15.) Näyttöön perustuvan päätöksenteon edellytys on, että potilaalla ja asiakkaalla on lain mukaan oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon (laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). (Holopainen ym. 2013, 27.)

Potilaan on annettava osallistua kykyjensä ja voimavarojensa mukaan itseään koskevaan päätöksentekoon niin, että häntä informoidaan hoitovaihtoehtoista, niiden hyödyistä ja haitoista. Potilasta on myös kuultava häntä koskevissa asioissa. Henkilöstöltä vaaditaan ammattitaitoa erityisesti silloin, kun potilas ei kykene osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon. Keskusteleva ja potilasta kuunteleva suhtautuminen antaa hänelle tunteen siitä, hänen näkemyksillään on merkitystä ja että hän voi vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin. (Holopainen ym. 2013, 27.)

Toimintamallia toteutetaan käytännössä seuraavasti. Toimintaa ohjaa työntekijöiden yhtenäinen kuntoutumista edistävä toimintatapa siten, että kuntoutujille järjestetään toiminnallista kuntoutusta arkipäivän toimintojen yhteydessä kuten siirtymisissä WC:n tai ruokailutiloihin. Se tarkoittaa käytännön työssä sitä, että potilas kävelytetään WC:n mieluummin kuin annetaan

alusastia ja hänet nostetaan istumaan ja syömään tuoliin tai kävelytetään ruokasaliin ruokailemaan sängyssä ruokailemisen sijaan. Lisäksi potilaalle tarjotaan oikeita apuvälineitä, jos liikkumisen kanssa on ongelmia. Omaisten apua läheisensä toimintakyvyn edistämässä hyödynnetään mahdollisuuksien mukaan. Kaikessa työskentelyssä ns. punaisena lankana on kuntoutuksen toimintakyvyn edistäminen. Hoitajat arvioivat potilaan toimintakykyä hänen aloittaessaan asiakkuuden. Kotiutushoitajan tulisi suunnitella kotiutusta asiakkaan kanssa varhaisessa vaiheessa, jotta kaikki tukipalvelut voidaan järjestää riittävän ajoissa ennen kotiutumista. Lääketieteellisen hoidon toteuttamiseksi konsultoidaan lääkäriä.

Toiminnan tukena hyödynnetään moniammatillisen tiimin asiantuntemusta. Iäkkäät vanhukset ovat usein monisairaita ja moniongelmaisia. Se edellyttää monialaista osaamista ja asiakkaan liittymistä tiimin jäseneksi. Kuntoutus kuuluu asiakkaalle. Siksi asiakkaan ilmaisemat tavoitteet ovat keskeisiä eikä ilman niitä arviointikaan ole mahdollista. Asiakkaan tulee olla mukana päättämässä omista asioistaan. Se mahdollistaa myös hänen sitoutumisensa omaan hoitoonsa.

Toiminnan tulee olla suunnitelmallista ja tavoitellista. Toiminnallisen kuntoutuksen tueksi on tehtävä kirjallinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jota päivitetään toimintakyvyn ja tavoitteiden muuttuessa. Tavoitteet tulee laatia lyhyelle ja pitkälle aikavälille. Kuntoutumisen edistämiseksi potilasta aktivoidaan omaan kuntoutumiseen ja vastuuta kuntoutumisesta ohjataan vähitellen asiakkaalle itselleen. Vuorovaikutussuhde perustuu tasa-arvoon. Yhteistyösuhteessa hoitaja on yhteistyökumppani. Toiminnan toteutuksessa on tärkeää, että hoitohenkilöstöllä ja potilailla on käytettävissä oikeat kuntoutumisvälineet. Sillä on myös kuntoutumiseen motivoiva vaikutus.

Kuntoutumista edistävän toimintatavan tulisi ohjata toimintaa, niin että kello 09 tuleva hoitaja systemaattisesti perehtyisi kuntouttamiseen. Tällä hetkellä hänen aikansa menee päivittäisissä rutiineissa avustamiseen. Myös fysioterapeutin saaminen osastohenkilökunnan vahvuuteen helpottaisi kuntouttavan työskentelyn toteutusta.

Potilaan toimintakykyä ja tavoitteiden saavuttamista tulisi arvioida asiakkuuden aloitusvaiheessa, väliarviointina ja loppuarviointina niin että asiakas on siinä itse mukana. Lisäksi on tärkeää keskustella mahdollisesta tuen tarpeesta, että hän pärjäisi paremmin kotona. Hoitoneuvotteluissa voidaan suunnitella ratkaisuja kotona pärjäämisen tueksi.

Kuntoutumista edistävän hoidon tukena käytetään näyttöä, joka voi koostua muun muassa asiantuntijanäytöstä, jolla tarkoitetaan kulloisenkin aiheen tunnustettujen asiantuntijoiden konsensusta kyseisestä asiasta. Holopainen ym. (2013, 15) mukaan asiantuntijanäyttöä ja seurantatietoa voidaan käyttää silloin, jos tutkimusnäyttöä ei ole saatavilla.

Näytön lisäksi tarvitaan tietoa toimintaympäristöstä, johon kuuluu potilaan hoitopaikka ja tietoa käytettävissä olevista voimavaroista kuten vaikkapa työntekijän osaaminen. Keskeisen tiedonlähteen muodostavat potilaan odotukset ja toiveet sekä hänen elämäntilanteensa. Kliinisessä työssä näyttöön perustuvaa tietoa hyödynnetään niin, että potilaalle annetaan tietoa eri vaihtoehtoista ja niiden taustalla olevasta näytöstä. Lopullinen hoitovaihtoehto muodostuu yhteistyön tuloksena, niin että hoitotyöntekijä soveltaa kokemustietoaan peilaten sitä tietolähteisiin ja räätälöi potilaan ja muiden hoitoon osallistuvien ammattilaisten ja mahdollisesti omaisten yhteistyön tuloksena potilaalle sopivimman vaihtoehdon. (Holopainen ym. 2013, 16.)

Lähi- ja sairaanhoitajien näkemyksen mukaan koko tiimillä tulisi olla yhteiset tavoitteet ja tiimin jäsenten tulisi sitoutua siihen. Tällä hetkellä tavoitteellisuus ja sitoutuminen toimivat vaihtelevasti. Myös Vähäkankaan (2010) väitöstutkimuksen mukaan hoitajien sitoutumista kuntoutumista edistävään toimintatapaan edesauttoivat organisaation yhteiset kuntoutumista edistävät päämäärät ja tavoitteet.

Engeströmin mukaan tiimityön tunnuspiirteinä ovat yhteistyö ja avunanto yli organisatoristen rajojen sekä sen avulla saavutettava korkea innovatiivisuus ja aloitteinen oppiminen. Tiimityössä yhteisöllisyys nousee kehitettäväksi periaatteeksi, jolloin hierarkisia valvontarakenteita korvataan itseoh-

jautuvilla työryhmillä ja avointa tiedonkulkua lisätään. Jokaisen työntekijän vastuuta toiminnan kokonaisuudesta lisätään huomioiden samalla, että työntekijöillä on riittävä toimintaa koskeva yleiskuva ja monipuolinen ammattitaito. Keskeistä on, että työntekijöillä on kyky hallita kokonaisuutta. (Engeström 2004, 29.)

Henkilöstön sitoutumista uusien toimintatapojen noudattamiseen voidaan edistää sillä, että henkilöstö on itse suunnittelemassa toiminnan yhdenmuokaistamisen menetelmiä. Suunnittelussa on hyödynnettävä tietoa siitä, millaiset käyttöönottomenetelmät ovat tehokkaita ja miten ne tulisi ajoittaa ja vastuuttaa. (Holopainen ym. 2013, 26.)

Teemahaastatteluita tehdessäni kesäkuussa 2013 lähi- ja sairaanhoitajat odottivat henkilöstömäärän kasvavan syksyn aikana, mutta joulukuussa 2013 alkoivat koko yhtymää koskevat yhteistoimintaneuvottelut. Näiden seurauksena lisähenkilöstöä ei tullutkaan, vaan alkoi osastojen profiloituminen akuutti- ja kuntoutusosastoihin. Toimintamallin kannalta olisi ollut ihanteellisinta, että yksilövastuista hoitotyötä ja omahoitajajärjestelmää tai vastuuhoidajamallia olisi voitu toteuttaa kuntoutumisen edistämiseksi. Osastojen uudelleen profiloituessa henkilöstömitoitus on niin kireä, että siinä voidaan toteuttaa vain tiimityön mallia. Toki jokainen hoitaja työvuorossaan toimii vastuuhoidajana hoitaessaan potilasta. Hoitajien vaihtuessa usein hoidon jatkuvuus saattaa kärsiä, mikäli kirjaamiseen ei ole panostettu. Tiimityöskentely vaatii onnistuakseen sitä, että kaikki jäsenet ottavat vastuuta kokonaisuudesta. Vastuun ottaminen kokonaisuudesta vaatii ammatillista, laajaa osaamista ja aikaa perehtyä asiakkaiden ja potilaiden taustatietoihin. Muutoin potilasturvallisuus saattaa olla uhattuna.

Teemahaastatteluissa lähi- ja sairaanhoitajat pitivät yhteisraporttia hyvänä, sillä siinä tulee yhtä aikaa kaikille tiedoksi yhtenäinen hoitolinja, niin että kaikilla on sama tieto potilaan tavoitteista ja keinoista, miten häntä autetaan. Pitkään oli kuitenkin jo suunniteltu siirtymistä hiljaiseen raportointiin ja vähitellen tähän siirrytäänkin ihan ajankäytöllisistä syistä. Näin voidaan

mahdollistaa hoitajien siirtyminen potilastyöhön nopeammin työvuoroon tultuaan.

Kuntoutumisen edistämiseksi lähi- ja sairaanhoitajia tulisi kouluttaa toimintakyvyn arviointiin. Bouwen ym. (2008, 310) tutkimusten mukaan hoitajien kouluttaminen toimintakyvyn arviointiin on kannattavaa, sillä iäkkäiden ihmisten kaatumistapaturmat vähenivät hoitajien saatua koulutusta asiakkaan liikkumisen ja ympäristön havainnointiin. Uudessa toimintamallissa on keskeistä, että kuntoutujan toimintakykyä arvoidaan hänen tullessaan osastohoitoon, väliarviointi sekä loppuarviointi eli toimintakyvyn arvio silloin, kun kuntoutuja lähtee osastohoidosta. Lindbergin ym. (1998) ja Reuben ym. (1993) mukaan toimintakyvyn yhtenäinen arviointitapa auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä tiedonvälityksessä toimintakykyyn liittyvissä asioissa (Arvo 2005,18.)

Tällä hetkellä työn organisoinnissa pyritään asiakastarpeen mukaiseen laadun kehittämiseen, mutta tulevaisuudessa työn organisoinnissa siirrytään ”yhteiskehittelyyn”, joka perustuu ns. asiakasälykkäille tuotteille ja palveluille. Siinä asiakkaan ja tuottajan välinen yhteistyö korostuu ja laadun avaimeksi muodostuu vuorovaikutus ja dialogi tuottajan ja asiakkaan välillä. Pysyvistä tiimeistä siirrytään vähitellen nopeasti muuntuviin yhteistoimintamalleihin, joissa on mukana toimijoita organisaation eri yksiköistä ja eri organisaatioista sekä asiakkaita. Työskentelytapa niissä on neuvotteleva solmutyöskentely. Tämä edellyttää organisaatioilta toimintatapamuutosten ennakoivaa hallintaa. Osittain tämänsuuntaista toimintatapaa edustaa tällä hetkellä osastoilla käytetty hoitoneuvottelu, jossa suunnitellaan potilaan palveluiden järjestäminen. (Engeström 2004, 65 - 66.)

Osastojen profiloituessa hoitoneuvotteluiden järjestäminen on siirtynyt osaksi kotiutushoitajan toimintaa. Kotiutushoitaja keskittyy potilaiden suunnitelmalliseen ja turvalliseen kotiuttamiseen. Aiemmin kotiutushoitajan työ oli osa osaston sairaanhoitajien työtä, mutta nykyisin terveyskeskuksissa tulee olla kotiutushoitaja, jonka tehtävänä on ohjata potilassijoituksia ja koordinoita kotiutuksia peruspalvelukeskus Aavan alueella. Lisäksi hänen

tehtävänä on palveluohjaus ja tiedottaminen asumista ja arjessa suoriutumista tukevista palveluista ja etuuksista. Kotiutushoitaja voi tehdä kotiin kartoituskäyntejä ja sairaanhoidollisia toimenpiteitä. Lisäksi kotiutushoitaja edistää kuntouttavan ja kotihoitomyönteisen hoitokulttuurin omaksumista kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla. Tehtävä on koettu tarpeellisenä, sillä moniongelmaisten asiakkaiden kotiutus on usein aikaa vievää. (Kotihoitajan tehtäväkuvaus 26.11.2007.)

Kehittämistarpeiden tunnistamisen jälkeen pureduin käytännön yhtenäistämisen suunnitteluun. Vertasin uutta suunnittelemaani toimintatapaa aikaisempaan toimintaan (LIITE 11). Vertailun tarkoituksena oli tunnistaa keskeiset muutosta vaativat kohteet. Sen jälkeen kehitin suunnitelman eli yhtenäisen käytännön, joka on mahdollista ottaa käyttöön työyksikössä (LIITE 10). (Holopainen ym. 2013, 98.) Malli voi toimia myös kehittämiskäytännönä jatkotyöstämistä ajatellen.

Mallin avulla voidaan jäsentää kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista potilas- ja asiakastyössä. Siinä esitetään tavoitteellinen hoitajan toiminta ja asiakkaan rooli kuntoutumista edistävässä hoitotyössä sekä tekijät, jotka ohjaavat kuntoutumisprossin toteutumista. Holopaisen ym. (2013, 24) mukaan näyttöön perustuvan toiminnan avulla voidaan yhtenäistää terveydenhuollon asiakkaiden ja potilaiden hoitoa ja palveluja niin, että kaikilla palvelujen käyttäjillä on mahdollisuus saada yhtä hyvää ja vaikuttavaa hoitoa palvelun tarjoajasta tai paikkakunnasta riippumatta. Uuden toimintatavan muokkaaminen yksikköön sopivaksi lisää sen hyväksymistä ja vakiintumista (Holopainen ym. 2013, 146).

Työssä jaksamisongelmiin on havaintojen mukaan vaikea vaikuttaa työkyvyn tasapainomalleilla ja työkyvyn lähestymistavoilla. Myöskään työprosesseihin niillä ei ole merkittävää vaikutusta. Tässäkin kehittämishankkeessa mainittu kiire on usein työssä esiintyvien jaksamisongelmien syynä. Työn muuttuessa jatkuvasti, tulee kiireeseen vaikuttaa myös muulla tavoin kuin vain vaikuttamalla yksinomaan fyysiseen jaksamiseen. Myös itse työtä tulee muuttaa ja kehittää. (Manka 2011, 63 -64.)



Toiminnan teorian mukaan työssä jaksamista voidaan tarkastella toimintajärjestelmän pohjalta. Tällöin tarkastelun kohteeksi muodostuvat toiminnan kohde, välineet ja yhteisö. Toiminnan kohde tarkoittaa asiaa tai ilmiötä, jota tekijä yrittää muuttaa teoillaan ja yhdessä muiden tekijöiden kanssa. Välineillä tarkoitetaan konkreettisia työvälineitä, tekniikkaa, teorioita ja malleja sekä käsitteitä. Toiminnan teorian mukaan yksilön teot ovat osa yhteisöllistä toimintaa. (Manka 2011, 64.)

Toiminnan teorian mukaan työntekijöiden työssä jaksamisongelmat ovat yksi ristiriitojen ilmenemismuoto ja kehittämisen lähtökohta. Ne toimivat ekspansiivisen muutossyklin alkuunpanijoina ja ovat merkinä siitä, että muutostarvetta on. Toiminnan teorian pohjalta keskiössä on muutos itse toimintajärjestelmässä. Tältä pohjalta tehdyn työhyvinvoinnin kehittämisen myötä keskeinen tulos on toiminnan sujuvuus ja tuloksellisuuden edistäminen. Jaksamisen kannalta on tärkeää, että työntekijät saavat työstään onnistumisen kokemuksia. (Manka 2011, 63 - 65.) Myös potilaiden ja asiakkaiden tulee tuntea onnistumista asiakkuudestaan.

### 5.3 Arviointi ja johtopäätökset kehittämishankkeesta

Kehittämishankkeen tiedonsaantimenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, koska valmiiksi laadittu lomake edustaa asiantuntijuutta ja vaikeuttaa tasa-vertaisen työskentelysuhteen syntymistä (Schein 1998). Teemahaastattelut, osallistava arviointi ja kehittämistilaisuus antoivat mahdollisuuden kokeilla toiminnallista menetelmää, jossa ne toimivat yhteistyön käynnistäjinä ja aktivoijina. Interventio antoi hoitajille mahdollisuuden tarkastella omaa työtään kriittisesti, sillä se on välttämätöntä oman työn kehittämiseksi. Kohdeorganisaatiossani oman työn kehittämistä ei ole aiemmin pohdittu kuntoutumista edistävästä näkökulmasta niin että siihen on yhdistetty hoitohenkilöstön työssä jaksamisen tukeminen. Tässä kehittämishankkeessa haastattelut toivat esille kiireen ja sen mukanaan tuoman riittämättömyyden tunteen.

Tulosten mukaan kuntoutujalähtöisyys ei aina toteudu täysin, sillä kiire,

tehtäväkeskeinen toiminta ja resurssipula ehkäisevät kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Myös kuntoutujan kipu ja hoitoympäristön ahtaus ja apuvälineiden puutteellisuus vaikeuttavat kuntouttavaa hoitotyötä. Esimiehen ja fysioterapeutin tukea tulisi lisätä mahdollisuuksien mukaan. Kuntoutumista ehkäisevänä tekijänä ilmenee myös toimintakyvyn arvioinnin systemaattisuuden puute. Kuntoutustyön tueksi tulee kehittää toimintakyvyn arviointia. Haastattelemani lähi- ja sairaanhoitajat kokivat tarvitsevansa fysioterapeutin tukea toimintakyvyn arvioinnissa. Toimintakyvyn arviointi on tärkeää kuntoutustavoitteiden määrittämisen, tavoitteiden saavuttamisen arvioinnin ja kotiutuskuntoisuuden arvioinnin tukena.

Lähi- ja sairaanhoitajien mukaan hoitajan oma kielteinen asenne kuntoutumiseen voi estää kuntoutumista. Lisäksi hoitajat kokivat, ettei heillä ole riittävää kuntoutuskoulutusta. Hoitajat kertoivat, että kuntoutujan motivaation puute, masennus ja kielteinen asenne kuntoutumiseen vaikeuttaa kuntouttavaa hoitotyötä. Hoitajien myönteinen asenne, motivointi, rohkaisu ja tukeminen sekä tavoitteiden asettaminen edistävät kuntoutumista. Kuntoutujan oma motivaatio, toimintakyky sekä omaisen tuki ovat edellytyksenä kuntoutuksen onnistumiselle. Hoitajien mukaan moniammatillinen yhteistyö onnistuu hyvin, mutta asiakas tulisi ottaa mukaan päätöksentekoon.

Kehittämistyö toteutettiin soveltaen Engeströmin (1995) kehittävän työntutkimuksen teorian periaatteita soveltuvien osien. Kehittävä työntutkimus on työn, organisaatioiden ja muutosten hallitsemiseen kehitetty toiminnan kehittämisen lähestymistapa. Se on muutosstrategia, joka yhdistää tutkimuksen, koulutuksen ja käytännön kehittämistyön. Kehittävä työntutkimus ei tuota ulkopuolelta valmiita vastauksia työyhteisön kehittämiseksi. Se mahdollistaa työyhteisön sisäisen toiminnan erittelyn ja uusien mallien suunnitteleminen.

Teemahaastatteluiden, osallistavan arvioinnin ja teorian avulla kehitettiin kuntoutumista edistävä toimintamalli. Siinä toimintafilosofiana on kuntoutumista edistävä hoitotyön toiminta – ajatus. Toiminnassa hyödynnetään

näyttöön perustuvan (evidence based nursing) parhaan ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja harkittua käyttöä yksittäisen kuntoutujan terveyttä koskevassa päätöksenteossa ja hoitotoiminnassa. Päätösten tulee perustua tieteellisten tutkimusten tuottamaan näyttöön, hoitotyön asiantuntijuuteen ja asiakkaan / potilaan tietoon ja taitoon sekä käytettävissä oleviin resursseihin.

Toimintamallissa on keskeistä toimijoiden sitoutuminen kuntoutumista edistävään hoitotyöhön ja yhteiset tavoitteet. Kuntoutumisen edistämisen lähtökohta on asiakaslähtöisyys. Se edellyttää kuntoutujan arvojen, toiveiden, voimavarojen ja tavoitteiden tuntemista. Kuntoutuksen ja hoidon tavoitteiden asettamisen ja saavuttamisen perusta on toimintakyvyn suunnitelmallisessa arvioinnissa. Jatkossa tähän tulee panostaa enemmän sen vuoksi, koska asiakkaita kotiutetaan sairaaloista jo toipilasvaiheessa. Yhtenäinen toimintakyvyn arviointitapa auttaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä tiedonvälityksessä toimintakykyyn liittyvissä asioissa.

Kehittämishankkeen kuluessa osastoja on alettu profiloida niin, että akuutti-osastoja on enää vain yksi. Molemmilla osastoilla on lisätty taulujen määrää viihtyisyyden lisäämiseksi ja sairaalaan on saatu yksi saattohoituhuone. Myös muihin kuntoutumiseen ja hoitoon liittyviin tekijöihin on kiinnitetty enemmän huomiota. Braden pisteytykset ovat tulleet käyttöön ja niiden tulisi ohjata toimintaa kuntoutumista edistävästi. Osastolle on saatu Fordeja ja rollaattoreita enemmän. Osasto on saanut yhden aivan uudenkin Fordin (Eva - kävelytelineen). Tiedossa on myös, että osastolla oleville potilaille on tulossa kuntoiluvälineitä. Motomedille on löytynyt keskeinen paikka osaston aulassa ja sitä käytetään mielellään. Muistisairaille on mahdollistettu askartelua ja haravointia toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Taukovoimistelua on järjestetty ja siihen on osallistunut henkilöstöäkin. Ahtautensa vuoksi tilat eivät sovellu liikunnalliseen toimintaan, sillä voi tulla vaaratilanteita. Vanhuksille on järjestetty bingoa ja he ihastuivat siihen erityisen paljon. Nykyisin aika ei vain riitä tähän kaikkeen. Kesäksi on työllistetty kaksi nuorta, jotka voivat lähteä ulkoilemaan vanhusten kanssa tai järjestää heille muuta

aktiviteettia. Lisähenkilökunnan suhteen hoitohenkilökunta pitää toivoa yllä. Kotiutushoitajan toimenkuva on uusi ja sillä on merkittävä vaikutus kokonaisuuden kannalta. Syksyllä käynnistetään kotisairaaloiminta, jolloin kotiin vietäviä palveluita tehostetaan. Kehitettyä toimintamallia voidaan käyttää perehdytyksen tukena uusille työntekijöille ja opiskelijoille.

Oppimista korostavassa kehittämisessä yhdistyvät tutkimus, kehittäminen ja koulutus kuten esimerkiksi kehittävässä työntutkimuksessa. Organisaatiossa tähtäävään käytännön työn kehittämistä, sen toimivuuden parantamista voidaan kehittää edelleen oppimisverkostoissa ja yhteisöissä. Kehittävässä työntutkimuksessa reflektiivisyys merkitsee sitä, että tutkijat saavat palautetta omista ratkaisuistaan ja erittelevät omaa työskentelyään. (Engeström 2004.) Tämän vuoksi aineisto oli osallistujien arvioitavana ja kommentoitavana. Tämän jälkeen raportti on kirjoitettu lopulliseen muotoonsa.

Työyhteisön kehittämisellä tavoitellaan asioiden parempaa toimivuutta, työntekijöiden hyvinvointia ja asiakastyytyväisyyden lisääntymistä. Henkilöstön hyvinvoinnilla, terveydellä ja työyhteisön jatkuvalla kehittämisellä on selkeä yhteys toisiinsa. Kehittämisellä voidaan parantaa työyhteisöjen menestymistä ja taloudellista tuottavuutta. Toimivassa työyhteisössä henkilöstön osaamista arvostetaan ja tällöin työssä halutaan toimia eläkeikään saakka. (Multanen, Bredenberg, Koskensalmi, Lauttio & Pahkin 2004, 15.)

Toimivan työyhteisön tunnusmerkkejä ovat henkilöstön korkea sitoutuminen organisaatioon ja työtyytyväisyys sekä poissaolojen ja vaihtuvuuden vähäisyys. Toimivan työyhteisön henkilöstöllä on hyvät muutoksen hallintavalmiudet ja ongelmanratkaisutaidot. Henkilöstön toimintatavat ovat ratkaisukeskeisiä, kehittämismyönteisiä ja tulevaisuuteen suuntautuvia. Suurissa muutoksissa kuten organisaation rakenteen muutoksissa tai uutta toimintakulttuuria luotaessa muutoksen onnistumista voidaan tukea kehittämällä työyhteisöä ja henkilöstön hyvinvointia. Muutosten läpivientiin tarvitaan johdon tukea (LIITE 6). (Multanen ym. 2004, 9, 12.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ja Kuntaliiton (2008) mukaan henkilöstön määrällä, osaamisella ja työhyvinvoinnilla on keskeinen yhteys palveluiden laatuun. Vanhustyössä tarvitaan monipuolista ammattitaitoa, joka koostuu geriatrisesta tiedosta, toimintakyvyn arvioinnin perusteista, kuntoutumista edistävästä hoidosta, mutta myös ikääntymiseen liittyvän haavoittuvuuden monista ulottuvuuksista. (Sarvimäki 2010, 25.)

Työkyky on toimintakyvyn ja työn vaatimusten tasapainosuhte. Työpaikoilla siihen voidaan vaikuttaa esimerkiksi huomioimalla yksilöllisiä ja ikääntymisen mukanaan tuomia muutoksia johtamisen avulla, kouluttamalla sekä parantamalla työn ja työympäristön suunnittelua. (Moilanen 1999, 72.) Työpaikkojen työkykyä ylläpitävää toimintaa tulee kehittää yhteistyötä tehostamalla, niin että työnantaja, työntekijät ja yhteistoimintaorganisaatiot yhteistyössä pyrkivät edistämään ja tukemaan jokaisen työelämässä olevan työ- ja toimintakykyä työuran kaikissa vaiheissa. Työterveyshuoltolaki velvoittaa myös työterveyshuoltoa osallistumaan työtoimintaan. Työsuojeluviranomaiset voivat edistää työterveyshuollon toimivuutta yhteistyötä tehostamalla. (STM, 1998, 12.) Organisaation strategioihin työhyvinvointiasiat ovat tulleet vasta muutamia vuosia sitten, joten siihen kuuluvat asiat ovat vielä muotoutumassa.

Jotta tiedetään, miten toiminnan kehittäminen on onnistunut, siitä pitää saada asiakaspalautetta. Se toimii mittarina miten toiminnan kehittämisessä on onnistuttu ja mitä mahdollisesti tulee edelleen kehittää tai muuttaa. Se mahdollistaa organisaation oppimisen niin onnistumisista kuin mahdollisista virheistä. Se toimii toiminnan seurannan ja arvioinnin tukena ja mahdollistaa laadun kehittämisen. (Ilmarinen ym. 2013, 152.) Tämän kehittämishankkeen puitteissa toimintamallin juurruttaminen käytäntöön ei kuulunut hankesuunnitelmaan ja asiakkaita ei osallistettu tämän hankkeen puitteissa. Olen kuitenkin havainnut, että kuntoutumisen edistämiseen on kiinnitetty enemmän huomiota hankkeen päätyttyäkin.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Kehittämishankkeen luotettavuus

Kehittämishanke perustui perusterveydenhuollon vuodeosaston henkilöstön kuvauksiin ja kokemuksiin omasta työstään. Keskiössä oli perusterveydenhuollon vuodeosaston henkilöstön tapa toimia sen itsensä kuvaamana. Yhteistyönä toteutetussa kehittämistyössä ei voida erottaa eri osapuolten osuutta saavutettuihin tuloksiin. Induktiivisella analyysillä pyrittiin kiteyttämään aineistosta oleellinen. Koko henkilöstö sai luettavakseen alustavat haastattelutulokset, joita he saivat käyttää osallistavan arvioinnin tukena. Tämä mahdollisti palautteen antamisen haastatteluista ja vaikuttamisen lopullisiin tuloksiin, joka lisää luotettavuutta.

Sekä teemahaastattelutulokset että osallistavan arvioinnin tulokset on esitetty itsenäisinä että yhteenvedettyinä tuloksina. Teemahaastatteluihin osallistuneet valikoituivat satunnaisesti työvuorojen perusteella. Yhtä lukuun ottamatta haastattelut tehtiin yövuoron aikana. Osallistavaan arviointiin oli kaikilla hoitajilla mahdollisuus osallistua halutessaan, vaikka alkuperäinen arviointi tehtiin Salusjärvellä sille varatussa kehittämistilaisuudessa heinäkuussa 2013, joka toteutettiin satunnaisissa pienryhmissä. Kaikki aineistojen laadintaan osallistuneet ovat oman työnsä asiantuntijoita, joten ketä tahansa heistä olisi esimerkiksi voitu haastatella ja näin ollen he ovat tiedonantajina yhtä hyviä.

Aineisto jaettiin tutkimustavoitteiden mukaan. Ensimmäinen teema oli hoitajien kokemusten kuvaaminen kuntoutustoiminnan sisällöstä ja toteutuksesta. Se luokiteltiin hoitajan toimintaan, potilaan ja omaisen toimintaan ja työyhteisön toimintaan yleisesti sekä ympäristön toimintaan liittyviin osioihin. Sen jälkeen kehittämistä tai muutosta hakevat vastaukset jaettiin vielä kuntoutumista estäviin ja edistäviin tekijöihin. Maininnat irroitettiin yksittäisistä ilmauksista tiedostoiksi ja ryhmiteltiin samankaltaisuuden ja eroavaisuuden perusteella. Kuntoutumista estävien ja edistävien tekijöiden luokittelua tarvittiin uuden toimintamallin suunnittelussa. Toisena teemana oli

kehittäminen. Siinä kehittäminen oli yläkategoria. Kolmantena teemana oli henkilöstön tukeminen uuteen toimintamalliin. Siinä yläkategoriana oli tukeminen. Kolmas teema toimi lähinnä tarkistuslistana kehittämisen teemalle. Osallistavan arvioinnin sisältö luokiteltiin Ovretveitin (1998) laadun arvioinnin moniulotteisen mallin mukaan asiakas-, hoitohenkilöstön ja johtamisen näkökulmaan, joita käsiteltiin rakenne-, prosessi- ja tuloskriteerien mukaisesti.

Empiirisissä analyyseissa keskeistä on aineistojen keräämis- ja analyysimetodit ja niiden selostaminen mahdollisimman tarkasti. Tämä antaa lukijalle mahdollisuuden arvioida tutkimusta ja on siten oleellinen osa tulosten uskottavuutta. Lisäksi tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut ovat sidoksissa toisiinsa. Tutkijan on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä uskottavuussyistä. (Tuomi, Sarajärvi 2009, 21, 132.)

Kvalitatiivisen tutkimusraportin arviointikriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Uskottavuudella (credibility) tarkoitetaan sitä, että tulokset on kuvattu niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Kyse on toisaalta analyysiprosessin ja toisaalta tulosten validiteetista. Kategorioiden tai käsitteiden sisältöjä voidaan kuvata alakategorioilla. Se vaatii paneutumista sekä empiiriiseen aineistoon että käsitteelliseen ajatteluun. Uskottavuuden tulee vastata kysymykseen, miten hyvin tutkijan asettamat luokitukset tai kategoriat kattavat aineiston. (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2009, 160.)

Jotta toinen tutkija voi seurata tai tarkastaa tutkimusprosessin toteutumisen, niin tutkijan tulee kuvata tutkimuskonteksti, osallistujien valinta ja selvittää taustatietoja sekä aineistojen keruu ja analyysin toteutus seikkaperäisesti. Tätä kutsutaan siirrettävyydeksi (transferability). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Myös Mishler (1990) kertoo laadullisen tutkimuksen luotettavuuden ilmenevän tutkimusprosessin toteuttamisessa niin, että prosessin eri vaiheet kuvataan, analysoidaan ja arvioidaan tarkasti. Laadullisessa tutkimuksessa validiteettia voidaan arvioida sillä, miten ansiokasta tai

tarkoituksenmukaista tietoa tutkimuskohteesta on tuotettu. Reliabiliteetin tarkastelussa arvioidaan sitä, miten hyvin tutkimustulos vastaa tutkimuskohdetta ja vastaavatko johtopäätökset sitä, mitä on ollut tarkoitus tutkia. (Krause & Kiikkala 1996, 72.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä esittämällä tutkimusraportissa autenttisia, suoria lainauksia haastattelutekstistä. Niirasen (1990) mukaan luotettavuutta voidaan lisätä myös sillä, että ulkopuolinen henkilö tarkastaa tutkimusprosessin toteutumisen. Luotettavuuden arvioinnin kriteerit voivat vaihdella eri aineiston perusteella, mutta tutkijan on itse päätettävä, millaisia kriteerejä soveltaa omassa aineistossaan. Kaikkia kriteerejä ei voi käyttää kaikissa aineistoissa. Kvalitatiivisen tutkimuksen arvioinnissa keskeisiä arvioitavia kohteita ovat tutkimuksen tarkoitus, asetelma, otoksen valinta, analyysi, tulkinta, reflektiivisyys, eettiset näkökulmat ja tutkimuksen relevanssi ja siirrettävyys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 164.)

Laadullinen tutkimus on pätevää silloin kun sillä saadaan sitä tietoa, jota oli tarkoituskin saada. Laadullisessa tutkimuksessa validiteetti on sisäistä. Laadullisen tutkimuksen metodologian piirteisiin kuuluu lisääntynyt validiteetti. Tällöin tutkija eläytyy ilmiön taustaan ja tutkittavien subjektiivisiin tiloihin. Näin hän pystyy varmistamaan, että tiedot ovat ilmiötä edustavia. (Krause & Kiikkala 1996, 72.)

Fenomenologisen tutkimuksen validiteettiin vaikuttaa tutkijan näkökulman selkeys ja se, onko tutkimuksen tulos yhtä todellisuuden kanssa. Tapahtumien tulkinnan tulee olla yhteneväisiä ja niiden tulee nousta osallistujien kokemuksesta. Validiteettia voidaan tarkastaa yhdessä tutkittavien kanssa. Tämä siksi, että tutkija voi nähdä ja tulkita tietoja omasta asemastaan käsin tai suorittaa havainnointia tai tulkintaa valikoivasti. Tutkimuksen havainnot voidaan varmistaa useiden havainnoijien tai tiedonantajien käytöllä sekä keskusteluilla. Mikäli tutkija samaistuu tutkittaviin liikaa, saattavat havainnointi ja tulkinta vinoutua. (Krause & Kiikkala 1996, 73.)



## 6.2 Kehittämishankkeen eettisyys

Teemahaastatteluihin osallistuneet valikoituivat työvuorojen mukaan satunnaisotoksella ja heillä oli mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta tai jättää vastaamatta haluamiinsa kysymyksiin. Kukaan osallistuneista ei kieltänyt mitään ja kaikkien haastattelut oli lupa äänittää. Äänitteet on hävitetty luonnollisesti raportin kirjoittamisen jälkeen.

Tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus on yksi merkittävä hyvän tutkimuksen kriteeri. Tutkijan on tiedettävä mitä tekee ja lisävaatimuksena on eettinen kestävyys. Se on tutkimuksen luotettavuuden toinen puoli. Eettisyys on osa tutkimuksen laatua. Tutkimussuunnitelman on oltava laadukas. Tutkimusasetelman tulee olla sopiva ja raportointi tulee tehdä hyvin. Eettisyys kiertyy muodollisesti tutkimuksen luotettavuus- ja arviointikriteereihin, mutta ne eivät saa olla vain tarkistuslistoja. Hyvää tutkimusta ohjaakin eettinen sitoutuneisuus. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.)

Kehittämishankkeen käynnistämiseksi informoin henkilökuntaa tiedotteella (LIITE 2). Haastatteluihin ja arviointiin osallistuminen perustui täysin vapaaehtoisuuteen. Osallistuneet kokivat hankkeeseen osallistumisen mielekkäänä. Ajankäytöllisesti hankkeeseen oli varattu hirveän vähän aikaa. Se toteutettiin työajalla ja haastatteluiden yhteydessä tuli katkoksia. Myös yövuoro asettaa tiettyjä rajoituksia, sillä ihmisten ajatus ei kaikilla kulje parhaalla mahdollisella tavalla yöaikana. Myös osallistava arviointi tehtiin työajalla. Siinä pienryhmissä toteutettavaan arviointiin olisi tarvittu enemmän aikaa ja sen vuoksi arviointimahdollisuutta laajennettiin osastolla tehtyihin kyselyihin (LIITE 3).

Jo tutkimuksen aiheen rajaaminen on eettinen kannanotto. Kehittämistoiminta on luonteeltaan käytännöllistä asioiden korjaamista, parantamista ja edistämistä. On löydettävä vastauksia siihen, miten hoitotyön toiminnalla voidaan edistää kuntoutumista ja kuntoutujälähtöisyyttä sekä siihen, miten henkilöstön työkykyä voidaan tukea näiden tavoitteiden saavuttamisessa.

Tuomi ja Sarajärvi (2009, 129) kertovat, että aiheen eettiseen pohdintaan kuuluu selkiyttää, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään ja mitä pidetään tärkeänä. Onnistuessaan kehittäminen saattaa levitä muihin organisaatioihin toisten toimijoiden käyttöön. Kehittämistoiminnan tavoitteena on myös uuden taidon ja tiedon siirto. (Toikko & Rantanen 2009, 16.)

Tutkimuseettisesti on tärkeää, että tutkimukseen osallistuvilla selvitetään tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit siten, että he pystyvät ymmärtämään ne. Eettisesti on tärkeää, että tutkimukseen osallistuvat ovat vapaaehtoisesti suostuneet siihen. Heillä on oikeus kieltäytyä siitä tai keskeyttää mukanaolonsa milloin hyvänsä. Heillä on myös oikeus kieltää jälkikäteen itseään koskevan aineiston käyttö tutkimusaineistona ja oikeus tietää oikeutensa. Tutkijan tulee huolehtia, että osallistujat tietävät, mistä on kyse, kun hän antaa suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131.)

Tutkimuseettisiin vaatimuksiin kuuluu myös se, että tutkimustiedot ovat luottamuksellisia. Tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja ei saa luovuttaa ulkopuolisille. Tietoja ei saa myöskään käyttää muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Osallistujien tulee voida osallistua tutkimukseen anonyyminä. Tutkijan tulee pitää lupaamistaan sopimuksista kiinni ja oltava vastuuntuntoinen. Tutkimuksen rehellisyyttä ei saa vaarantaa. Lisäksi aineiston keräämisessä ja analysoinnissa käytettävien menetelmien on oltava luotettavia. Tutkimustulosten esittämistapa on myös oltava eettisesti perusteltu, sillä kaikki tutkimuksessa tehdyt valinnat ovat moraalisia valintoja. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128.)

Tutkimustulokset pyrittiin esittämään mahdollisimman aitoina. Tämän vuoksi tulosten esittelyssä on lainauksia saaduista vastauksista. Kehittäjäsaيراanhoitajana työskentelin hankkeeseen osallistuneilla osastoilla ja se mahdollisti ilmiön ymmärtämisen ja saatujen vastausten painoarvon. Olen myös toiminut henkilöstön edustajana 10 vuoden ajan muun muassa yhteistyötoi-

mikunnassa ja luottamusmiestoiminnassa, joten työhyvinvointiasiat ovat tulleet sitä kautta läheisiksi. Myös palveluraken- nemuutokseen liittyviä asioita olen päässyt seuraamaan muutoksen alkumetreiltä lähtien. Henkilös- tön edustajana on ollut pyrkimys vaikuttaa asioiden kulkuun niin, että kaikki osapuolet tulevat huomioiduksi.

### 6.3 Kehittämishanke prosessina ja tulevaisuuden haasteet

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli edistää kuntouttavan hoitotyön toteu- tumista käytännössä. Kehittämisen apuna käytettiin Engeströmin kehittävän työn tutkimuksen teoriaa niin, että henkilöstön teemahaastattelut toimivat ”peiliaineistona” osallistavassa arvioinnissa ja niiden tuloksena tuotettiin kehittämissuosituksia sekä laadittiin työskentelyä ohjaava toimintamalli. Lisäksi kuvattiin, miten henkilöstöä tulisi tukea uuteen toimintamalliin siir- ryttäessä.

Kuntoutumista edistävän hoitotyön mallia lähdettiin kehittämään yhteistyös- sä hoitohenkilökunnan kanssa kartoittamalla hoitotyöntekijöiden käsityksiä kuntoutujalähtöisyydestä ja kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä sekä nii- den toteutumisesta omalla työpaikalla. Lähi- ja sairaanhoitajat kertoivat ko- kemuksiaan toteuttamastaan kuntoutumista edistävästä työstään. Kartoitus toteutettiin teemahaastatteluiden avulla, joiden jälkeen saatuja tuloksia voi- tiin hyödyntää osallistavassa arvioinnissa, joka toteutui pienryhmässä. Osal- listavaan arviointiin annettiin mahdollisuus vastata vielä myöhemmin ano- nnyminä palautelaatikkoon. Haastatteluiden ja arviointien tarkoituksena oli saada esiin vuodeosastojen hoitohenkilökunnan omia ideoita kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämiseen.

Osalla haastatelluista oli vaikeuksia eritellä omaa työskentelyään ja kehittä- jänä teinkin tarkentavia kysymyksiä, joita olin koonnut varalle aiheen tieto- perustaan perehtymällä. Hoitajien oli helpompi kertoa toisten tekemästä työstä kuin eritellä omaa työskentelyään. Käsitteet olivat myös osalle vierai- ta ja jouduinkin tukemaan haastateltavia, että riittää kun kerrot omasta työs- täsi. Kuntouttavaa toimintaa ei ehkä mielletä terveyskeskussairaalan pääasi-

alliseksi toiminnaksi, joten hoitajien on vaikea kertoa oma-aloitteisesti, mitä kaikkea siihen kuuluu ja mitä tulisi kehittää tai muuttaa. Kuntouttava työote on tutumpi käsite, mutta sisällöllisesti se ei ole niin laaja kuin kuntoutumista edistävä hoitotyö. Sinänsä kuntouttava työote sivuaa aiheitani ja tästä osa haastateltavista sai kiinni vastatessaan kysymyksiin.

Haastatteluissa nousi esille keskeisesti hoitohenkilökunnan aikapaine. Se, että töitä on priorisoitava ja osa töistä on jätettävä vähemmälle huomiolle. Hoitajat refleктоivat omaa työtään ja toivat esille sen, miten haasteellista on saada motivoitua iäkästä, monisairasta vanhusta kuntoutumaan. Toinen keskeisesti kehittämistä vaativa osa-alue on kivunhoito. Toiminnan tueksi on kehitettävä yhtenäistä toimintatapaa. Tämä nousi kehitettäväksi asiaksi myös kehittämistilaisuudessa, jossa koettiin tärkeänä kehitettävänä asiana kirjaamisen kehittämistä sekä sitä, että yhteispalavereja olisi useammin (LIITE 7). Kaikilla olisi oltava yhteiset tavoitteet, jotta kuntoutustoiminta toteutuu suunnitelmallisesti. Myös apuvälineiden riittävyys ja oikean käytön varmistaminen tulisi huomioida. Seuraavaksi tulisi kehittää yhteistyössä toimintakyvyn arvioinnin yhtenäinen lomake. Tällä hetkellä on mahdollista käyttää ”Elämisen toiminnot lomaketta”, jota ei systemaattisesti käytetä. Toinen vaihtoehto on kirjata toimintakyvystä vapaamuotoisesti.

Osallistavassa arvioinnissa hoitajat arvioivat hyvin asiakkaan ja johtamisen näkökulmasta laadun eri osatekijöitä, mutta oman työn hoitohenkilöstön näkökulman arviointi näyttäytyi vaikeaksi. Teemahaastatteluissa omaa ja toisten työtä osattiin arvioida paremmin.

Käymissämme keskusteluissa nousi esiin, että tiimityöskentelyn ja moniammatillisen toimintatavan suomia mahdollisuuksia hyödynnetään. Tosin niitä tulisi kehittää entisestään, niin että asiakas/ potilas otettaisiin nykyistä enemmän mukaan päättämään omista asioistaan. Hoitohenkilökuntaa tulisi rohkaista ottamaan asioista selvää ja mahdollistaa moniammatillisen työskentelytavan toteutuminen käytännössä, niin että asiakas tulee paremmin huomioiduksi.

Haastatteluista saatujen tietojen ja teoriaan pohjautuvien tietojen pohjalta laadin aluksi kuntoutumista edistävän hoitotyön filosofian eli toiminta-ajatuksen rungon, jota työstiin yhdessä pienryhmässä pohtien kuntoutumisen perusteita ja periaatteita (LIITE 8). Lisäksi työstimme suunnittelemani asiakkaan kuntoutumiskorttia, joka olisi asiakkaan käytössä vuod-osastolla kuntoutumisen aikana tukemassa sekä asiakasta että hoitohenkilökuntaa kuntoutumistavoitteiden saavuttamisessa. Kuntoutumiskorttia on testattu myös kuntoutujalla itsellään ja todettu sen toimivuus (LIITE 9).

Teemahaastatteluissa hoitajat kertoivat nykyisestä työskentelytavastaan ja ongelmistaan siinä sekä visioivat sitä, mitä työskentelyssä tulisi muuttaa, että kuntoutumista edistävä hoitotyö toteutusi nykyistä paremmin. Haastatteluiden, osallistavan arvioinnin ja tietoperustan avulla rakensin uuden toimintamallin (LIITE 10). Myös omalla kokemuksella hankeorganisaatiossa työskennellessä on tietysti vaikutusta toimintamallin rakentamiseen.

Hanketta voidaan pitää kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämisen interventiona. Onnistuneissa interventioissa olennaista on osallistavuus, jolloin yksilö tai organisaatio on aktiivisena osallisena kehittämistoiminnassa. Interventioilla voidaan edesauttaa hyvien kehittämiskäytäntöjen vakiintumista työyhteisöön. Vaikka varsinaisena tavoitteena ei ollut toimintamallin käytäntöön istuttaminen, niin uskon, että ajatus kuntouttavan toimintatavan juurruttamisesta jatkuu, vaikka tämä hanke päättyy toimintamallin kehittämisen asteelle.

Asiakkaan toimintakyvyn säilyminen ja parantaminen on tärkeää, olipa asiakas sitten kotihoidossa, akuutti- tai pitkäaikaishoidossa tai saattohoidossa, sillä asiakkaan hyvä toimintakyky helpottaa hoitohenkilökunnan työtä kaikissa eri vaiheissa ja säästää siten resursseja. Pitkällä aikavälillä se parantaa hoitohenkilöstön työssä jaksamista ja säästää myös yhteiskunnan taloudellisia resursseja. Jatkossa toimintakyvyn arviointia varten tulisi kehittää yhtenäinen lomake.

Kehittämishankkeen taustalla on valtakunnalliset ja paikalliset strategiset velvoitteet siitä, että kotiin vietäviä palveluja lisätään ja laitoshoidosta luo-

vutaan pitkällä aikavälillä. Valtakunnallisesti ajatellen olisi tärkeää, että asiakkaan kotiutumisen tueksi laadittaisiin yhtenäiset valtakunnalliset miksei myös organisaatio- ja yksikkökohtaiset kotiutuskriteerit asiakkaan turvaksi ja kotiutushenkilöstön toiminnan tueksi. Asiakkaita ei voida enää hoitaa täysin terveeksi sairaaloissa, vaan heitä joudutaan kotiuttamaan toipilasvaiheessa. Läheisten, kotihoidon ja hoitokotien valmiutta ottaa vastuuta jatkohoidosta tulisi lisätä, niin että asiakkaat pärjäävät vajaakuntoisina myös kotona tai hoitokodissa. Asiakkaiden itsehoitovalmiuksia tulee lisätä ohjausta ja neuvontaa parantamalla.

Tulevaisuudessa älytekniikka mahdollistaa myös asiakkaiden itsehoitovalmiuksien kehittämisen. Tällöin asiakkaan oma vastuu terveydestään lisääntyy. He omistavat omat terveystietonsa ja voivat osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa. Asiakkaat voivat tarkkailla omaa hoitoaan esimerkiksi älypuhelimien avulla. Hoitohenkilökuntaa tarvitaan kuitenkin tiedon tulkitsijaksi ja neuvontatehtäviin. Tulevaisuudessa älytekniikka mahdollistaa yhä enemmän asiakkaan osallistumismahdollisuuksien lisääntymisen, mikäli asiakkaan toimintakyky riittää niiden hyödyntämiseen. Mahdollisesti osa hoitohenkilökunnan ajasta menee tulevaisuudessa älytekniikan potilasopetukseen. Potilasopetukseen ja omaisten ohjaukseen tulee panostaa nykyistä enemmän silloin, kun asiakas siirtyy toipilasvaiheessa pelkästään itsehoidon varaan. Muutoin kotiuttaminen voi epäonnistua.

Henkilöstöresursseja tulee ohjata sinne, missä asiakkaat ovat, ja jossa kuntouttavaa hoitotyötä tehdään. Samaan aikaan kun asiakkaat ovat yhä monisairaampia ja iäkkäämpiä ja sairastavat muistisairauksia vastuuta itsehoidosta ollaan siirtämässä yhä enemmän asiakkaalle itselleen. Asiakkaan ja yhteiskunnan edun mukaista olisi paitsi inhimillisestä niin taloudellisesta näkökulmasta, että tukipalveluja kehitetään samanaikaisesti. Hoidon jatkuvuus ja turvallisuus on turvattava silloinkin, kun asiakas siirtyy kotiin kotihoidon tai hoitokodin vastuulle. On huolehdittava, että kuntouttavan työskentelytavan toimintamalli jatkuu vielä sairaalajaksojen jälkeenkin.

Hoitohenkilökunnan tietämystä kuntouttavan hoitotyön vaikuttamismahdollisuuksista tulee lisätä, sillä suurimman osan aikaa laitoksissa olevat asiakkaat viettävät hoitohenkilökunnan keskuudessa. Erityistyöntekijöitä ei ole käytettävissä iltaisin ja viikonloppuisin ja asiakkaan kuntoutuminen voi viivästyä, jos henkilökunnalla ei ole riittävää ammattitaitoa aloittaa kuntoutusta varhaisessa vaiheessa. Kunta- ja palvelurakennemuutosten keskellä ei aina ajatella muutosten vaikutuksia asiakkaaseen. Asiakas voidaan siirtää keskussairaalaan mihin tahansa Aavan alueen peruspalvelukeskuksen vuodeosastolle kuntoutumaan. Asiakkaalle ei kuitenkaan tehdä kuntoutumissuunnitelmaa, koska se kuuluu ohjeiden mukaan tehdä oman kunnan peruspalvelukeskuksessa. Näin asiakas voi jäädä ilman riittävää kuntoutusta pitkäksi aikaa, jos hän ei saa hoitopaikaa oman kotikuntansa peruspalvelukeskuksesta. Kuitenkin myös ikäihmisten palveluissa tulee huomioida palveluiden ennakkoinnin lisäksi varhaisen puuttumisen toimintatavat toimintakyvyn ylläpitämiseksi.

Kaupungistumisen myötä yksinäisyys on lisääntynyt niin nuorten kuin vanhusväestön elämässä. Vapaaehtoistoimintaa tulisi kehittää eri sektoreiden kautta. Sairaaloissa vapaaehtoistyöntekijöitä tarvitaan monenlaisiin tehtäviin kuten saattajiksi erilaisiin tutkimuksiin sairaaloiden välillä muistisairaiden ja tuki- ja liikuntaelinsairaiden tueksi. Vapaaehtoistoimintaa organisoimalla voitaisiin mahdollistaa nuorten työntekijöiden kiinnostus alaa kohtaan. Heille vapaaehtoistoiminta voisi avata uusia työmahdollisuuksia.

Kuntoutuksen haasteita tulevat olemaan vanhusväestön toimintakyvyn ylläpito ja ikääntyneiden työntekijöiden työkyvyn ylläpitäminen. Kuntoutus tulee aloittaa jo varhaisessa vaiheessa ja kohdentaa oikein. Resursseja tulee kohdentaa ennaltaehkäisevään toimintakyvyn ylläpitoon. Sillä voidaan mahdollistaa pidemmät ja yhtenäisemmät työurat sekä myöhentää laitoshoidon tarvetta. Toiminnan kehittäminen tulisi olla asiakaslähtöistä. Esimerkiksi demensiotilaiden määrä lisääntyy ja samaan aikaan puretaan laitoshoidon tarvetta. Kehittämisessä tulisi huomioida avopalveluiden toimivuus ennen kuin laitoshoidon tarvetta puretaan, sillä kokemusten mukaan toimimaton avohoito ajaa potilaita/asiakkaita takaisin laitostieteeseen.

Kunta-alan rahoituspaineet eivät osoita vihreää valoa kuntoutumista edistävän toiminnan kehittämiseksi. Pelkästään luovuuden lisäämisellä ei päästä hyviin tuloksiin, vaan myös rahoitusta ja resurssien ohjaamista tarvitaan kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintaan. Apuvälineitä tarvitaan kuntoutuksen toteuttamiseen ja ne vähentävät myös henkilöstön kuormittumista, parantavat työergonomiaa ja työhyvinvointia. Työhyvinvointiasioihin joudutaan jatkossa panostamaan enemmän jo yksinomaan sen vuoksi, että työuria voidaan jatkaa pidemmiksi.

Laitospotilaiden sosiaalista toiminnan tarvetta voitaisiin parantaa henkilöstöresurssien ohjauksella ja kehittämällä vapaaehtoistoimintaa. Hoivayksiköihin tarvitaan myös taloudellisia panostuksia, että henkilöstö pystyy järjestämään mielekästä toimintaa asiakkailleen. Etenkin kun sairaalamaisista olosuhteista ollaan siirtymässä kodinomaisiin hoitoympäristöihin, niin hoitoympäristöjä tulee kehittää asiakasystävällisemmiksi.

Henkilöstömäärää ei voida lisätä, vaikka monien tutkimusten perusteella on näyttöä siitä, että riittävä henkilöstömäärä on yhteydessä hoidon laatuun. On totta, että ammattitaitoinen henkilökunta pystyy hyviin suorituksiin vähemmälläkin henkilöstömäärällä. Vähäkankaan (2010) väitös vahvistaa käsitystä siitä, että kuntoutumista edistävä toiminta lisää henkilöstötarvetta onnistuakseen. Tulevaisuudessa työhyvinvointi- ja työergonomiakortin suorittaminen yleistyvät työpaikoilla ja potilasturvallisuuteen kiinnitetään yhä enemmän huomiota muutoinkin kuin lääkehoidon osalta.

On muistettava, että laitoshoidon asiakasrakenne on jo nyt vaativa. Asiakkaat ovat monisairaita ja heillä on yhä vaikeampia toimintakyvyn rajoitteita. Henkilöstöä rekrytoitaessa tulisi antaa arvoa henkilöstön kuntoutumista edistävän työskentelyn osaamiselle ja asenteille. Kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttamiseksi henkilöstö tarvitsee siihen johdon tukea. Tukea tarvitaan paitsi eri-ikäisten työntekijöiden vahvuuksien yhdistämisessä niin myös ikääntyvien työntekijöiden yksilöllisten tarpeiden huomioinnissa ikäjohtamisen keinoin.



Hoitajien jaksamisen tueksi tulisi järjestää moniammatillisia yhteistyöpala-vereja. Siinä esimiehet voisivat kouluttaa henkilöstöään näyttöön perustuvissa asioissa ja henkilöstö voisi tuoda esille työtään koskevia ongelmia ja kehittämistarpeita. Kokoukset voisivat toimia myös työnohjauksellisina tapamisina. Kokouksissa voisi olla asiantuntija- ja lääkärivetoista työnohjausta. Hoitohenkilökunnan jaksamisen tueksi tulee kehittää mahdollisuutta toimipaikan vaihtoon työ- ja toimintakyvyn muuttuessa. Organisaatiotasolla tulisi pohtia ikääntyvien ja osatyökykyisten mahdollisuutta sijoittua toimintakykyä vastaaviin tehtäviin ilman, että henkilö joutuu pitkälle sairauslomalle tai eläköitymään enneaikaisesti. Tämä tarkoittaa myös sitä, että itse työtä tulee kehittää. Pelkästään työntekijöiden suorituskyvyn parantaminen ei riitä mikäli halutaan pidentää työntekijöiden työuria.

Engeströmin (2004, 67) mukaan uudet työn kehitysmuodot rakentuvat tuottajien ja asiakkaiden jatkuvalla vuoropuhelulle ja vuorovaikutteisesti tuotetulle laadulle. Asiakkaita tulee ottaa mukaan laatua koskevaan kehittelyyn ja mahdollistaa heidän näkemyksensä esille saaminen. Asiakkaita voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä esimerkiksi ottamalla heitä asiakasraa-teihin tai johtokuntiin kokemusasiantuntijoiksi.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää, miten kuntouttavan toimintavan siirtymisestä huolehditaan asiakkaan siirtyessä kotihoitoon tai hoivakotiin ja millaisena se toteutuu näissä yksiköissä. Mielenkiintoista olisi tietää, millainen yhteys kotiin siirtyneen ikääntyneen toimintakyvyllä ja taustatekijöillä on siihen, että henkilö palaa sairaalahoitoon viikon sisällä. Tutkimuksella voitaisiin myös selvittää sitä, millainen yhteys kotiutushoitajan toiminnalla on jatkohoitoon ja kotiin siirtymiseen. Lisäksi voitaisiin selvittää, millaiset asenteet ja valmiudet esimiehillä on johtaa kuntouttavan toimintatavan toteutumista asiakastyössä.

Tulevaisuudessa olisi tärkeää, että asiakkaan näkökulmasta tehtäisiin tutkimuksia ja toimintaa kehitettäisiin tästä näkökulmasta, sillä heillä on todellinen asiantuntijuus siitä, miten asiakaslähtöisyys ja kuntoutumista edistävä hoitotyö toteutuu ja miten sitä tulisi kehittää. Tulevaisuudessa kotiin vietä-

viä palveluja lisätään ja laitoshoidon puretaan asteittain. Pisimmillään laitoshoidon purkaminen on jo toteutunut psykiatrisissa sairaaloissa. Olisikin tärkeää selvittää sitä, miten avopalvelut vastaavat näiden potilaiden hoidon tarpeeseen.

## LÄHTEET

Aalto – Kallio, M., Saikkonen, P. & Koskinen – Ollonqvist, P. 2009. Arviointin kartalla. Matka teoriasta käytäntöön. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 7/2009. Pori: Kehitys Oy.

Alaranta, H., Lindberg, H. & Holma, T. 2008. Hyvä kuntoutuskäytäntö, Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Keuruu: Otava. s. 647 – 657.

Andell, T. 2009. Ett rehabiliterande förhållningssätt i vård- och omsorgsarbete. Originalartikel Vård i Fokus 2/2009, s. 4-8.

Antti-Poika, M., Martimo, K.-P. & Husman, K. (toim.) 2006. Työterveyshuolto. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Arvo, T. 2005. Ikääntynyt potilas päivystyspoliklinikalla – toimintakyvyn muutoksen seuranta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta: Pro gradu - tutkielma.

Aura, O., Ahonen, G. & Ilmarinen, J. 2009. Strategisen hyvinvoinnin tila Suomessa 2009. Tutkimusraportti. Helsinki: Excenta Oy.

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A.- M., Ball, J., Scott, A., Kinnunen, J., Heinen, M., Stromseng Sjetne, I., Moreno - Casbas, T., Kozka, M., Lindqvist, R., Diomidous, M., Bruyneel, L., Sermeus, W., Aiken, L.,H, Schwendimann, R. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross – sectional RN4CAST study. *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013).

Cardol, M., deJong, B., A., Ward, C., D. 2002. On autonomy and participation in rehabilitation. *Disability & Rehabilitation* 2002, vol. 24, no 18, 970 - 974.

Elo, S., Saarnio, R., Routasalo, P. & Isola, A. 2011. Gerontological rehabilitation nursing of older patients in acute health centre hospitals: nursing

views. Original article *International Journal of Older People Nursing*, 2011, 46 - 56.

Engeström, Y. 1995. *Kehittävä työntutkimus:perusteita, tuloksia ja haasteita*. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Painatuskeskus.

Eronen, H. 2011. *Voimaannuttava johtaminen työtyytyväisyyden ja työkyvyn edistäjänä poliisilaitoksissa*. Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu. Väitöskirja.

Flygare, A. 2007. *Kuntouttava työote iäkkäiden potilaiden hoitotyössä Oulu-osastolla*. Ylempi AMK-opinnäytetyö: Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala.

Ghenoun, T., Salminen, J., Tanhua, M. & Holmlund, L. 2007. *Vanhusten kuntouttava hoitotyö päivystyspoliklinikalla – hoitajien näkemyksiä*. *Sairaanhoitaja – lehti* 1/2007, vol 80: 16-19.

Hakanen, J. 2004. *Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla*. *Työ ja ihminen - tutkimusraportti 27*. Helsinki: Työterveyslaitos.

Hinno, S. 2012. *The professional practice environment hospital nurses perspectives in three European countries*. Itä-Suomen yliopisto, Kuopion kampus. Väitöskirja.

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2001. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.

Holma, T. 2003. *Laatua vanhustyön arkeen. Suunta ja välineet kehittämistyöhön*. Suomen kuntaliitto. 1. painos. Helsinki: Kuntatalon paino.

Holma, T., Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. *Kuntouttava työote. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Elo-niemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.). Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu - Opas laatuun*. Helsinki: Stakes, 43 - 48.

Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Porvoo: Bookwell Oy.

Ilmarinen, J. 1995. Työkykyä edistävät ja heikentävät tekijät. Teoksessa: Hyvä työkyky. Työkyvyn ylläpidon malleja ja keinoja. Toimituskunta: Matikainen, E., Aro, T., Kalimo, R., Ilmarinen, J. & Torstila, I. Työterveyslaitos. Eläkevakuutus- osakeyhtiö Ilmarinen. Helsinki: Painotalo Miktor.

Ilmarinen, J. & Louhevaara, V. (toim.) 2001. Ikääntyvä arvoonsa. Ikääntyvien työntekijöiden terveyden, työkyvyn ja hyvinvoinnin edistämishjelma 1990 – 1996. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 17. Työterveyslaitos. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy 2001.

Ilmarinen, J., Lähteenmäki, S. & HUUHTANEN, P. 2003. Kyvyistä kiinni. Ikäjohtaminen yritysstrategiana. Helsinki: Talentum.

Ilmarinen, J. 2006. Pitkää työuraa. Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Työterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Ilvonen, K. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö vanhusten lyhytaikais-hoidon yksikön hoitohenkilökunnan kuvaamana. Turun yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu – tutkielma.

Jouttimäki, L. & Purola, M. 2002. Tykytoiminta työpaikoilla – ydinkohdat. 1.-2. painos. Työterveyslaitos. Helsinki.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2006. Kuntoutuksen perusteet. 1.-3. painos. Helsinki: WSOY.

Kaartinen, R. & Nurmi, E. - L. 2013. PHSOTEY työhyvinvointisyke 2013. Keva. Kaari.

Kankkunen, P. & Vehviläinen – Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy

Kaski, S. 2012. Työterveyshuollon psykologiset käytänteet. Helsinki: Edita Prima.

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

Kivelä, S.-L. 2001. Iäkkäiden palveluiden tarpeeseen ja käyttöön vaikuttavat tekijät. Teoksessa: Routasalo, P. & Suhonen, H. (toim.) 2001. ”Kyllä minä tiedän, mitä minä haluan!” Ikäihminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen viidakossa. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:34/2001, 65 - 72. Turun yliopisto: Digipaino.

Kivipelto, M. 2008. Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin. Työpapereita 17/2008. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakes. Helsinki: Valopaino Oy.

Koivuniemi, T. 2004. Henkilöstövoimavarojen moninaisuus, muutos ja johtaminen kuntasektorilla. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen laitos.

Koivuranta – Vaara, P. 2011. Terveydenhuollon laatuopas. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Korhonen, O. 2001. Liikunnasta työkykyä ja hyvinvointia. Periaatteita ja käytännön esimerkkejä. Teoksessa: Ilmarinen, J. & Louhevaara, V. (toim.) 2001. Ikääntyvä arvoonsa. Ikääntyvien työntekijöiden terveyden, työkyvyn ja hyvinvoinnin edistämishjelma 1990 – 1996. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 17. Työterveyslaitos. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy 2001. s. 315 – 316.

Korppoo, L. 2010, 170 – 171. Esimiestyön mahdollisuudet ja henkilöstöyksikön rooli. Teoksessa: Martimo, K.-P., Antti- Poika, M. & Uitti, J. (toim.) Työstä terveyttä 2010. 1. painos. Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy

Kotiutushoitajan tehtäväkuvaus. 26.11.2007. Yhteistyötoimikunta. Työn vaativuuden arviointi. Päijät- Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.

Koukkari, M. 2011, 220. Kuntoutujien käsityksiä kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Teoksessa: Järvikoski, A., Lindh, J. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen - Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kukkonen, L. 2007. Hoitotyöntekijöiden kuvaus kuntouttavasta hoitotyöstä perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu - tutkielma.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede vol 11, no 1/ -99, 3-11.

Kähkönen, A. 2010. Pitkäaikaishoidossa olevien potilaiden kuntoutumista edistävä hoitotyö jatkokuntoutusosastolla. Preventiivinen hoitotiede. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Kähäri – Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2007. Kuntoutuksella toimintakykyä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Laine, T. 2007. Miten kokemusta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa: Aaltola, J., Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Juva: PS-kustannus.

Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Vantaa: WSOY.

Leino, E. 2011, 264 - 275. Kuntoutus terveydenhuoltoon. Teoksessa: Järvikoski, A., Lindh, J. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Liukkonen, P. 2006. Työhyvinvoinnin mittarit. Menetelmät, eurot, päätelmät. Helsinki: Talentum.

Louhevaara, V. 2001, 300. Teoksessa: Ilmarinen, J. & Louhevaara, V. (toim.) 2001. Ikääntyvä arvoonsa. Ikääntyvien työntekijöiden terveyden, työkyvyn ja hyvinvoinnin edistämishjelma 1990 – 1996. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 17. Työterveyslaitos. Helsinki. Vammalan kirjapaino.

Manka, M.-L. 2011. Työn ilo. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Moilanen, J. 1999. Työolojen vaikutukset ikääntyvän henkilöstön työkykyyn ja niiden taloudellinen merkitys. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Multanen, L., Bredenberg, K., Koskensalmi, S., Lauttio, L-M. & Pahkin, K. 2004. Parempi työyhteisö – avaimia kehittämiseen. Työterveyslaitos. Helsinki: Otamedia.

Mäkelä-Pusa, P. & Harju, H. (toim.) 2012. Pientyöpaikkojen työkyvyn tuki. Kuntoutussäätiön työselosteita 44/2012. Helsinki. Kuntoutussäätiö. Tampere: Tammerprint.

Mäki, T. - Siikander, S. 2002. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta vuonna 2002. Valtakunnallisia ja paikallisia kokemuksia. PD julkaisusarja 1/2002. Vantaa: Vantaan kaupungin paino.

Mäkitalo, J. 2005. Work - related well - being in the transformation of nursing home work. Acta Universitas Ouluensis D Medica 837. Oulu: Oulun yliopisto.

Mäkitalo, J., Suikkanen, A., Ylisassi, H. & Linnakangas, R. 2008. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Keuruu: Otava. s. 522 - 531.



Mäkitalo, J. 2010, 166. Työkyvyn ulottuvuudet. Teoksessa: Martimo, K.-P., Antti- Poika, M. & Uitti, J. (toim.) Työstä terveyttä 2010. 1. painos. Duodecim. Porvoo: WS Bookwell.

Noppiari E. & Koistinen P. (toim.) 2005. Laatu vanhustyöhön. Helsinki:Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nordic Healthcare Group 18.6.2013. Selvitys Päijät – Hämeen sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämisestä.

Olkkonen – Nikula, A. 2013. Koti- ja asumistalveluiden missio, visio ja strategia. PHSOTEY.

Otala, L. 2003. Hyvinvointia työpaikalle – tulosta toimintaan. Työhyvinvoinnin työkirja. Helsinki:WSOY.

Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M. Noro, A. & Finne – Soveri, H. 2008. Drug use and pressure ulcers in long – term care units. Do nurse time pressure and unfair management increase the prevalence? Journal of Clinical Nursing 17: 3067-3073.

Perustalvelukeskuksen talvelustrategia 2009.

Pylväs, S-L. 2013. Perustalvelukeskus Aavan vuoden 2014 strategiset linjat. PHSOTEY.

Rautio, M. 2004. Muuttuva työelämä haastaa työterveyshuollon kehittämään menetelmiään ja osaamistaan. Työterveyshuollon menetelmien kehittäminen moniammatillisena oppimisprosessina. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A Tutkimuksia 9. Helsinki: 2004.

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

Routasalo, P. 2002. Sairaanhoidajat iäkkään potilaan kuntoutumisen edistäjinä. Gerontologia 3, 109 -119.

Routasalo P. & Arve S. 2002. Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö – toimintatutkimus. Turku. Terveystoimi. Julkaisuja n:ro 6:2002.

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

Routasalo, P., Arve, S. & Lauri, S. 2004. Geriatric rehabilitation nursing. Developing a model. *International Journal of Nursing Practice* 10 (5): 207-215.

Routasalo, P. 2005. Kuntoutumista edistävä hoitotyö – Mitä se on? *Pro terveys* 2005, no. 1, 14.

Saaranen, T., Tossavainen, K., Turunen, H. & Vertio, H. 2004. Työhyvinvoinnin rakentuminen kouluyhteisössä – henkilöstön ja työterveyshoitajien arviointia. *Työ ja ihminen* 4/2004. 18.vuosisikerta. Sivut 328 – 341. Vammalan Kirjapaino.

Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

Schein, E., H. 1998. *Process Consultation*. Addison – Wesley series on organization development. Reading, Mass. Addison – Wesley.

Seitovirta, J., Partanen, P., Vehviläinen – Julkunen, K. & Kvist, T. 2014. Registered nurses' experiences of rewarding in a Finnish University Hospital - an interview study. *Journal of Nursing Management*.

Seppänen – Järvelä, R. & Karjalainen, V. 2006. *Kehittämistyön risteyskiä*. Helsinki:Stakes.

Simola, A. & Kinnunen, U. 2005. Toimiva organisaatio henkilöstön hyvinvoinnin ja organisaation tuloksellisuuden kannalta. Teoksessa: *Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet*. Toim. Ulla Kinnunen, Taru Feldt & Seija Mauno. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Sinervo, T. & Elovainio, M. 2002. Johtajat laatutyön tukijoina. Teoksessa: Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi – Sulkava, U. & Finne – Soveri U. Harriet (toim.). Sosiaali- ja terveysministeriö. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino.

STM. 1998-2002. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1998:13. Kansallinen ikäohjelma 1998-2002 Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM. 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Kuntoutusselonteko. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6. Helsinki: Edita Prima.

STM 2006. Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015. Kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Helsinki: Yliopistopaino.

STM 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 8.

STM 2007. Työterveys ja kuntoutus. Työterveyshuollon, työpaikkojen ja kuntoutuksessa toimivien yhteistyö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 60.

STM 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6. Helsinki: Yliopistopaino.

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

STM 2010. Kaste. Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010: 4.

STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012 – 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 1. Tampere: Yliopistopaino.

SVT 2007. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005. Suomen virallinen tilasto (SVT). Sosiaaliturva 2007. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuskeskus.

THL:n tiedote ja raportti 17.11.2010.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämissuunnitelma. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Toivanen, M., Savolainen, U., Virtanen, P. & Nurhonen, K. 1999. Asiakaslähtöisyys kuntouttavan hoidon haasteena. Sairaanhoidtaja – lehti 5/99, vol. 72. s. 41-42.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Turja, T. 2004. Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö - seuranta tutkimus. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Työympäristön ja työhyvinvoinnin linjaukset vuoteen 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2011:13. Helsinki 2011.

Vaarama, M. 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi – Sulkava, U. & Finne – Soveri, U.H. (toim.) 2002. Opas laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Oppaita 49. Helsinki: Stakes.

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Oulun yliopisto. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere 2010: Juvenes Print.

Wallin, M., Cattan, M., Karppi, S - L. & Talvitie, U. 2009. Asiakaslähtöisyys vanhuskuntoutuksessa. Kuntoutus 3/ 2009 s. 45 – 54. Kuntoutussäätiö 32. vuosikerta. Helsinki: Yliopistopaino.

### **Elektroniset lähteet**

Aaltonen, M., Markkula, L., & Painilainen, T. 2010. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli – esimerkki deduktiivisesti kehitetystä mallista. 21.1.2010. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. [Viitattu 19.4.2013] Saatavissa

[http://www.med.utu.fi/hoitotiede/perusopiskelu/materiaalipankki/Teema2\\_esitys2.pdf](http://www.med.utu.fi/hoitotiede/perusopiskelu/materiaalipankki/Teema2_esitys2.pdf)

Bouwen, A., De Lepeleire, J. & Buntinx, F. 2008. Rate of accidental falls in institutionalised older people with and without cognitive impairment halved as a result of a staff-oriented intervention. British Geriatrics Society. Age and Ageing 2008 (37), 306 – 310. [Viitattu 22.01.2014.] Saatavissa:

[http://ot.creighton.edu/community/EBLP/Question3/2010\\_Update\\_Falls/Bouwen%202008.pdf](http://ot.creighton.edu/community/EBLP/Question3/2010_Update_Falls/Bouwen%202008.pdf)

Ergonomia. [Viitattu 22.01.2014] Saatavissa:

(<http://www.ttl.fi/fi/tutkimus/hankkeet/ergonomia/kokote/Sivut/default.aspx>)

Heikkilä, A., Suurnäkki, T., Koivikko, A., Anderson, B., Vuoriluoto, I., Lyyly- Yrjänäinen, M., Marttila, O. & Pekka, T. 2012. Kunta – alan työolobarometri 2012. Työ- ja elinkeinoministeriön työolobarometrin 2012 kuntatyöpaikkojen osatarkastelu. TTL. [Viitattu 9.11.2013] Saatavissa:

[http://www.ttk.fi/files/3055/Kunta-ala\\_tyolobarometri\\_2012.pdf](http://www.ttk.fi/files/3055/Kunta-ala_tyolobarometri_2012.pdf)

Leivo 2007. [Viitattu 2.4.2013] Saatavissa:

<http://www.kuntatyonantajat.fi/fi/ajankohtaista/yleiskirjeet/2007/Sivut/1107>

[-Työhyvinvoinnin-toimintalinjat-ja-hyvät-käytännöt-suositus-kuntaalalle.aspx](#)

Lyly – Yrjänäinen, M. 2012. TEM – raportteja 6/2013. Työolobarometri syksy 2012 ennako – tietoja. [Viitattu 9.11.2013] Saatavissa: ([http://www.tem.fi/files/35605/TEMrap\\_6\\_2013.pdf](http://www.tem.fi/files/35605/TEMrap_6_2013.pdf))

Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 144.

<http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2007/isbn978-951-27-0803-1.pdf>

Parviainen, A. & Tuominen, K. 2003. Työkyvyn johtaminen. 34 hyvää kysymystä ja esimerkkiparia. Itsearviointin työkirja. Mikä erottaa menestyjät keskinkertaisista? Oy Benchmarking Ltd. 2003 Turku. [Viitattu 30.9.2012.] Saatavissa: [www.changemanager.org](http://www.changemanager.org)

Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle: työkirja. [Viitattu 30.9.2012] Saatavissa:

[http://www.samk.fi/download/13153\\_Laadullisen\\_tutkimuksen\\_tyokirja\\_A\\_Pitkaranta.pdf](http://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_A_Pitkaranta.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki. [Viitattu 22.01.2014.] Saatavissa:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511564&name=D\\_LFE-26915.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=D_LFE-26915.pdf)

Suomen kuntaliitto 2003. Hyvä henkilöstöjohtaminen kuntasi menestystekijä. Työssä jaksamisen ohjelma 2003. Studio Poema Oy. Piccolo Oy.

Frenckellin Kirjapaino Oy. Espoo 2003. [Viitattu 4.4.2013] Saatavissa:

<https://www.google.fi/#q=Suomen+kuntaliitto+2003.+Hyv%C3%A4+henkil%C3%B6st%C3%B6johtaminen+kuntasi+menestystekij%C3%A4.+Ty%C3%B6ss%C3%A4+jaksamisen+ohjelma+2003.+Studio+Poema+Oy.+Piccolo+Oy.+Frenckellin+Kirjapaino+Oy.+Espoo+2003>

Surakka, T. 2006. Osastonhoitajan työ erikoissairaanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla. Toimivalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähijohtamisessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Sähköinen väitöskirja Acta Electronica Universitas Tampere.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67642/951-44-6716-7.pdf?sequence=1>

Tiirinki, H. 2014. Näkyvien ja piilotettujen merkitysten rajapinnoilla – terveyskeskukseen liittyvät kulttuurimallit asiakkaan näkökulmasta. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Terveystieteiden tiede. Kansanterveystiede. Medical research center Oulu. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu 2014. [ Viitattu 15.5.2014] Saatavissa:

<http://herkules oulu.fi/isbn9789526204215/isbn9789526204215.pdf>

TTL 5.11.2013. [Viitattu 9.11.2013.] Saatavissa:

[http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/tyon\\_fyysisia\\_kuormitustekijoita/nostotyosi/vut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/tyon_fyysisia_kuormitustekijoita/nostotyosi/vut/default.aspx)

Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Voimassa 1.7.2013 alkaen. [Viitattu 24.5.2013.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

## HAASTATTELURUNKO

Terveyskeskuksia kehitetään kuntoutussairaalatyyppisiksi.

### 1. KYSYMYS

Miten määrittelisit kuntoutujalähtöisyyden / kuntoutumista edistävän hoitotyön? Toteutuuko tämä työpaikallasi? Perustele.

### 2. KYSYMYS

Millaisena koet iäkkään potilaan kuntouttamisen?

Millaisia keinoja käytät kuntoutumista edistävässä hoitotyössä?

Tukevatko kuntoutumista:

- ateriat
- potilasvaatteet ja -jalkineet
- ulkoilumahdollisuus
- ihonhoito
- ulkonäöstä huolehtiminen
- kivun lievitys
- rakon ja suolen toiminnan tukeminen
- riittävän yöunen saannin turvaaminen
- potilashuoneen viihtyisyys ja os:n fyysinen ympäristö
- pystyykö os:lla harjoittelemaan kuntoutumiseen liittyviä harjoitteita?
- riittävän nesteytyksen turvaaminen
- onko tarpeellisia välineitä riittävästi? (materiaalia, ohjeita, välineitä)
- eristyspotilaiden huomiointi

Miten kuntoutuja otetaan mukaan hoidon/ kuntoutuksen tavoitteiden suunnitteluun?

Miten muita osapuolia otetaan mukaan mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi?



## LIITE 1(2/3)

Miten tuet omaisia? Mitä keinoja käytät?

Mitkä arvot / periaatteet ohjaavat työskentelyäsi?

Mitä arvoja / periaatteita pidät tärkeänä potilaan kuntoutumisen edistämises-  
sä?

- kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys, omatoimisuus, ehkäisevän hoidon peri-  
aate eli kuntoutus pyritään aloittamaan mahdollisimman varhaisessa vai-  
heessa, normaalisuuden ja jatkuvuuden periaate taataan palveluissa tai eri-  
tyispalvelut tarvittaessa.

Laitostuminen?

Miten arvioit kuntoutujan toimintakykyä? Miten usein arvioit sitä hoitajak-  
son aikana? Miten saatu tieto vaikuttaa toimintaan? Onko hoitajien toiminta  
yhtenäistä? Ovatko kuntoutustavoitteet konkreettisia?

Tukeeko Efficia tiedonhallintajärjestelmä kuntoutumista edistävää hoitotyö-  
tä?

Miten arvioit kognitiivista / fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintaky-  
kyä?

Miten motivoit potilasta / omaista kuntoutumisessa?

Miten arvioit/ kartoitat potilaan mielialaa?

Miten omaisia voidaan tukea/hyödyntää ja saada mukaan enemmän läheis-  
tensä kuntoutumisessa?

Millaisiin tekijöihin tulisi kiinnittää kuntoutuksen toteutuksessa enemmän  
huomiota?

Miten arvioit iäkkään kuntoutuspotilaan kipua / painehaavaumariskiä?

Miten kivunhoitoa voitaisiin parantaa kuntoutumisen edistämiseksi?

Miten ehkäiset painehaavaumariskiä kuntoutuspotilaan hoidossa?

Miten toteutat kuntoutumista edistävää hoitotyötä? Mikä on haastavaa?

Miten tavoitteet iäkkään potilaan kuntoutumiselle muodostuvat?

Miten yhteistyö eri ammattiryhmien välillä sujuu?

## LIITE 1 (3/3)

Miten kuntoutus voitaisiin aloittaa varhaisemmassa vaiheessa?

Mitkä tekijät edistävät / ehkäisevät kuntoutumista laitoshoidossa? Mitä tulisi muuttaa?

Miten kuntoutusympäristö palvelee kuntoutumista edistävää hoitotyötä?

**Mitä tulisi kehittää / muuttaa kuntoutustyön parantamiseksi laitoshoidossa?**

### 3. KYSYMYS

Mitä tukea henkilöstö tarvitsee tähän työhön?

**KIITOS HAASTATTELUSTA!**

TIEDOTE  
01.07.2013

## HYVÄT HOITAJAT!

Teen opinnäytetyötä aiheesta: kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintamallin kehittäminen ja henkilöstön tukeminen tähän toimintamalliin siirryttäessä. Olen haastatellut muutamia hoitajia ja vielä muutamia toivon saavani haastateltavaksi. Tuon haastatteluiden tulokset 15.7.-13 kehittämisen / yhteiseen virkistysiltapäivään Salusjärvelle.

Tarkoitus on tehdä ryhmänä vielä yhteinen koitos eli suunnittelemme porukalla kuntouttavan työotteen periaatteet ja pohdimme kuntoutustoiminnan perusteiden kehittämistä (kuntoutuksen sisältöä ja toteutusta).

Kehittämistyön taustalla on valtakunnalliset toimintasuunnitelmat kuten:

### **Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta (2012/980)**

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista astuu voimaan 1.7.2013.

Lain tavoitteena on:

- edistää ikääntyneiden hyvinvointia ja kaventaa hyvinvointieroja
- tukea ikääntyneiden osallisuutta ja voimavaroja
- edistää ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista puuttamalla ajoissa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin
- turvata ikääntyneiden palvelutarpeen arviointiin pääsy ja määrältään ja laadultaan riittävät palvelut.

Kehittämishankkeessani sidotaan yhteen kuntoutumista edistävä toiminta ja työssä jaksaminen. Tarkoitus on luoda toimintatapa, jolla työskentelyä voidaan muuttaa kuntoutushenkisemmäksi ja samalla tukea henkilöstöä tähän toimintatapaan siirtymisessä.

Yhteistyöterveisin Anne Nuutila ylempi amk-opiskelija

TIEDOTE  
23.7.2013

## HYVÄT HOITAJAT!

Teen opinnäytetyötä aiheesta: kuntoutumista edistävän hoitotyön toimintamallin kehittäminen ja henkilöstön tukeminen tähän toimintamalliin siirryttäessä. Olen haastatellut muutamia hoitajia ja 15.7. pohdimme ryhmänä kehittämiäni tuotoksia.

Tuotokset: Kuntoutumista edistävän hoitotyön toiminta-ajatus.  
Aavassa on viralliset arvot: asiakaslähtöisyys, luotettavuus, taloudellisuus, ammatillisuus ja tasavertaisuus.

*Toimintafilosofian eli toiminta-ajatuksen kirjoittamiseen tarvitaan myös hoitotyön toimintaperiaatteet, joilla toimitaan. Kirjaa ehdotuksesi paperille, jos haluat vaikuttaa asiaan!!!*

Toisena tuotoksena on asiakkaalle annettava oma kuntoutumiskortti. Kirjaa, mitä haluat siinä muutettavan. Se olisi potilaan / asiakkaan kuntoutumisen tukena. Se kertoo omaisellekin, missä mennään. Haluatko siihen jonkin kuvan?

Kolmantena tuotoksena ryhmä arvioi kuntoutumista edistävää hoitotyötä eli arvioi nyt omaa työtämme ja kuntoutujalähtöisyyden (asiakaslähtöisyyden) toteutumista asiakkaan, hoitohenkilöstön ja johtamisen näkökulmista. Tee kehittämis ehdotuksia!

*Voit käyttää liitteenä olevia lomakkeita apuna halutessasi. Riittää, että arvioit omaa työstäsi / työtämme eri näkökulmista.*

*Vastaa ruutupaperille 23.7.- 30.7. 13 välisenä aikana ja palauta arviosi sille varattuun laatikkoon. Kiitos jo etukäteen!*

Yhteistyöterveisin Anne Nuutila, yamk-opiskelija

## LIITE 4 (1/3)

Teemahaastattelukysymykset henkilöstölle:

1. Miten määrittelet käsitteet kuntoutujalähtöisyys ja kuntoutumista edistävä hoitotyö? Toteutuuko tämä työpaikallasi? Perustele.
2. Miten toimintoja perusterveydenhuollon akuuttivuodeosastolla tulisi muuttaa tai kehittää, että kuntoutujalähtöisyys toteutuu ja asiakkaan kuntoutumista voidaan edistää nykyistä paremmin? Perustele.
3. Miten henkilöstöä tulee tukea muutoksessa kuntoutumista edistävään toimintamalliin siirryttäessä?

#### Osallistava arviointi

Kuntoutumista edistävän hoitotyön prosessissa arvioinnin tulee olla jatkuvaa ja siinä tulee keskittyä tavoitteiden tarkoituksenmukaisuuteen ja toteutuksen keinoihin. Arviointi mahdollistaa kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämisen asiakkaan tarpeita vastaavaksi (Liite 2). (Kettunen ym. 2009, 24.)

Tässä kehittämishankkeessa henkilöstö arvioi kuntoutumista edistävää toimintaa ja kuntoutujalähtöisyyden toteutumista osallistavan arvioinnin menetelmällä. Teoreettisena mallina käytetään Ovretveitin (1998) laadun arvioinnin mallia. Siinä toimintaa arvioidaan rakennetekijöiden, toimintaprosessien ja hoitotulosten kautta. Malli toimii arvioinnin teoreettisena viitekehyksenä. Mallissa toimintaa arvioidaan asiakkaan, ammattilaisten ja johtamisen näkökulmasta. Asiakkaan näkökulmasta palvelujen tulee vastata asiakkaan tarpeisiin. Hoitohenkilöstön näkökulmasta on keskeistä, että henkilöstöllä on riittävä kuntoutumista edistävän hoitotyön osaaminen, ja että he kykenevät valitsemaan vaikuttavia hoitointerventioita. Myös henkilöstön näkökulmasta katsottuna asiakkaan hoidon tarpeeseen tulisi vastata. Johtamisen näkökulmasta katsottuna resursseja tulee käyttää tuottavasti ja tehokkaasti asiakkaan tarpeisiin vastaamiseksi. Osallistavan arvioinnin tukena käytetään myös haastatteluista saatua aineistoa, joka on analysoitu sisällön analyysillä.

**Tehtävä:** Arvioi kuntoutumista edistävää toimintaa omalla työpaikallasi ja kuntoutujalähtöisyyden toteutumista asiakkaan, hoitohenkilöstön ja johtamisen näkökulmasta. Tee kehittämissuhteet.

## LIITE 4 (2/3)

Taulukko 1. Ovretveitin (1998) laadun arvioinnin moniulotteinen malli (Vähäkangas 2010, 20)

LAADUN ULOTTUVUUDET	RAKENNE	PROSESSI	TULOS
	Tarkoituksenmu- kainen määrä ja laatu	Hoitotoiminta	Muutos resurssi- en käytössä tai asiakkaan toimin- takyvyyssä
ASIAKAS Asiakkaan tarpeet; mitä tarvitaan tarpeisiin vas- taamiseksi	Hoitoympäristö ja hoitajat	Hoitoon osallistumi- nen, tiedon saanti, kokemus hoidon tarkoituksen- suudesta, kivutto- muus	Koettu tyytyväi- syys, kivutto- muus, toiminta- kykyisyys, päivit- täisten toiminto- jen suorittaminen
HOITOHENKILÖSTÖ Ammatillinen arvio siitä, kohtaavatko tarve ja tarjonta. Arvio siitä, käytetäänkö vaikuttavia hoitotoimenpiteitä.	Osaava, vuoro- vaikutustaitoinen henkilöstö, asiak- kaiden tarpeiden tunnistaminen, tiedon kulku, oikeat välineet, moniammatilli- suus.	Tarkoituksenmukais- ten hoitointerventioi- den valinta ja toteut- taminen, moni- am- matillinen yhteistyö ja kommunikointi.	Asiakkaan toi- mintakyvyn toi- votunlainen muu- tos.
JOHTAMINEN Tehokas ja tuottava resurssien käyttö asiak- kaiden tarpeisiin vas- taamiseksi ohjeiden ja normien rajoissa.	Tarkoituksenmu- kaiset resurssit, toiminnan ohjaus- ja seuranta- väli- neet.	Ohjeiden ja suositus- ten noudattaminen, resurs sien väärinkäy- tön, hoidon viivästy- misen ja hoitovirhei- den minimointi.	Paras mahdolini- nen hoitotulos kohtuullisin kus- tannuksin.

## LIITE 4(1/6)

## TEEMAHAASTATTELUN ALUSTAVAT TULOKSET (pelkistetty ilmaus)

## Kuntoutujalähtöisyys:

- hoitoympäristö tukee kuntoutumista
- hoitotyössä otetaan kuntoutuminen huomioon
- päivittäisissä toiminnoissa tukemista
- potilas on motivoitunut kuntoutumiseen
- jokapäiväistä, päivittäisiin toimintoihin liittyvää perushoitoa
- jokapäiväisiä toimintoja
- tukemista omatoimisuuteen
- ei tee potilaan puolesta, antaa sen tehdä itse mahdollisimman paljon
- se on asiakkaan, potilaan mielipiteitä, toiveita ja tämmöistä
- on sitä, mikä lähtee hänestä itsestään potilaasta, kuntoutujasta
- mikä hänen oma lähtötilanne on ja miten hän on itse sisäistänyt kuntoutumisen, miten hän ite sen ymmärtää
- hänen lähtötilanne, mistä lähettäis rakentamaan sitä eteenpäin
- varmaan kiire määrittelee jonkun verran sitä, ettei pysty aina niin paljon tekemään niin hyvin, niin perusteellisesti niin asiakaslähtöisesti kuin haluaisi tai olisi hyvä
- ja aina ei ehkä osaa, ei tiedä, miten jotain tiettyä potilasta esimerkiksi saa tai voi liikuttaa
- mutta se on kuitenkin semmoinen perusajatus, että asiakkaan omia voimavaroja käyttäen toimitaan tässä hoitotyössä
- ja omia taitoja harjoitellaan niitä yhdessä ja ylläpidetään niitä
- kuitenkin yksilöllisesti meidän on pakko hoitaa ja hoidetaankin
- potilas määrää silloin, miten häntä voidaan hoitaa ja hoidetaan

## Kuntoutumista edistävä hoitotyö:

- päivittäisissä toiminnoissa tukemista
- perustellaan potilaalle, mitä tehdään ja miksi tehdään
- pyritään kiireettömyyteen
- meillä olisi yhteiset tavoitteet kuntoutumisessa
- selitetään potilaalle
- tehdään kuntoutuminen mielekkääksi
- lähdetään potilaan motivaatiosta
- jos potilaalla ei ole motivaatiota, silloin kuntoutuminen on vaikeaa
- pyritään kiireettömyyteen ja kivuttomuuteen
- koko tiimi on mukana
- ei tehdä puolesta
- toimintakyvyn ylläpitämistä ja palauttamista
- asiakaslähtöisyyttä
- joskus toimii ja joskus ei, vaihdelle toteutuu
- ihan kaikki potilaaseen liittyvä hoitotyö eli kaikin keinoin koitetaan edistää sitä



## LIITE 4(2/6)

- että olisi koko ajan lähtökohta, että kaikessa toiminnassa kannustettais potilasta itsenäiseen, omatoimiseen toimintaan hänen omien voimavarojen myötä
- me oltais siinä tukena niissä toiminnoissa, ei niinkään tehtäis hänen puolesta

## Estävät tekijät:

- potilas itse, kieltäytymällä
- potilas ei tee itse
- potilas tullut tänne ja maksaa tästä; tämä on kuin hotelli – sen vuoksi pitää tehdä puolesta
- tehdään puolesta, että tapahtuisi nopeammin, ei aikaa
- pääsee sen homman nopeammin
- aina ei ole kyse kiireestä
- jos potilas ei halua tehdä itse, niin hoitaja tekee
- hoitaja ei jaksa keskustelurumbaa
- potilas maksaa ja haluaa, että tehdään valmiiksi
- vaikeaa saada potilas mukaan ja tekemään itse
- jos toimenpide taustalla, on niin kipeä ja lääkitys ei kivun takia ole kohillaan; ei halua sen takia ruveta tekemään mitään
- asiat, joita herkästi tehdään hänen puolestaan
- joutuu perustelemaan, selittämään kun usein kuulee, että he eivät saa hyvää palvelua ja he haluaa hyvää palvelua
- potilailla hakusessa, mikä lähtökohta on
- omaisille välillä joutuu kertomaan, miksi yritetään, että potilas itse tekee
- omaiset ja potilaat odottavat, että hoitaja tekee jonkun asian
- kiire asettaa tietyt puitteet meille; joutuu priorisoimaan silloin - ei ehdi kyselemään potilaalta, omaisilta
- potilaan kivun hoitoon vastaaminen on haasteellista; potilas pelkää liikkumista, jos kipuja
- hoitajan tulee ”lukea” potilasta; aristaako, ilmeet, eleet, hengitys, painovaraus; pystyykö astumaan, jos on varausluvat, pystyykö suoriutumaan liikeradoista, onko vaillinaiset
- kivunhoito on keskeinen asia; joskus kipulääkitys ei ole kohdallaan
- potilas alkaa pelkäämään, jos kipu taustalla
- jos kipu taustalla, kipulääkitys ei ole kohdallaan
- pelko kasvaa, jos kokee, ettei saa apua ja ettei kipua saa ”sammumaan”
- potilas ei motivoitu
- jos muisti alentunut, niin kuntoutus on haasteellista; dementoitunut potilas ei ymmärrä, hän kokee vain sen hetkisen tunteen
- ei varsinaisesti tarvitse olla masentunut, voi olla jotain sellaista luovuttamista, että on löydettävä yhteinen sävel
- ei ole motivoitunut siihen
- monet sanoo: ”Mie olen tehnyt tarpeeksi, oman elämäntyöni.”

## LIITE 4(3/6)

- oma asenne; toiset odottavat sairaalaan tullessa, että siellä tehdään kaikki hänen puolestaan, itse ei tarvitse tehdä mitään
- passiivisuus; sairaalassa hoidetaan kaikki vaivat, lääkkeet ja itse ei tarvitse tehdä mitään
- on hyvin haasteellista selittää, jos ei halua itse tehdä mitään, vaikka olisi toimintakykyä jäljellä; passuuttajia
- siinä menee aikaa; kun kiire, niin tehdään ”tehdään alta riman”
- kipu on potilaan oma kokemus, meillä on erilainen kipukynnys, reagoimme kipuun eri lailla
- Effica tietojärjestelmä on sekava
- Efficassa joutuu klikkaamaan liikaa
- pakottamalla ei saada aikaan
- huoneet muodostuvat ahtaiksi, jos useampi tarvitsee apuvälineitä
- 4 ja 1 hlön huoneiden WC:t ahtaita
- kipu taustalla
- käytetäänkö oikeita apuvälineitä esim. käytetään rollaa Fordin sijasta, tukivyöt
- kiire ehkäisee kuntoutuksen; ei pysty panostamaan tarpeeksi siihen
- kiireeseen ei voida vaikuttaa
- liian vähän aikaa
- liian vähän henkilökuntaa
- aika estää
- joskus tuntuu, että vaikka olisi aikaakin, ettei viitsi; joskus väsyneempi tai ollut kiireempi niin ei viitsi
- eivät aina suostu lähtemään liikkeelle
- potilaan oma asenne voi ehkäistä kuntoutumista, monella onkin
- jotkut tykkäävät heittäytyä avuttomiksi, autettaviksi, syötettäväiksi, juotettaviksi
- esimies voisi tukea esim. kiittää, että on tehnyt hyvää työtä
- positiivinen palaute
- pomo, pomot voisivat kiittää
- jalkineet surkeita
- ulkoilumahdollisuudet voisivat olla paremmat, ei voi paljon kävellä
- ei ole riittävästi aikaa ulkoilun järjestämiseen ja ei ole ulkoiluvaatteita-kaan
- potilasvaatteet tulisi olla käypäsemmät; potilas ei lähde kävelemään, kun ”ei voi näissä lähteä”
- epäsovivat vaatteet
- jos WC:n vienti on hankalaa, niin ei viedä WC:n; potilas menisi, jos vietäisiin
- jos ei saa itse juotua, niin nesteytys voi jäädä huonolle hoidolle
- potilasta ei oteta tavoitteiden suunnitteluun mukaan
- dementikko ei voi suunnitella omaa kuntoutustaan
- oma kunto voi estää kuntoutumisen suunnittelun
- vanhanaikainen käsitys, että aamupv:llä saatava kaikki tehdyksi. Monia vuosia puhuttu, että voisi siirtää iltapv:lle jotain; ei tiedä, onko sen helpompaa

## LIITE 4(4/6)

- joskus hoidetaan vain yksittäistä asiaa
- kiire estää, ettei kokonaisvaltaisesti, yksilöllisesti voida hoitaa
- kipu voi estää, ettei aleta heti kuntouttaa
- tulevat joskus PHKS:sta ja oman talon ea:sta riittämättömillä kipulääkityksillä

## Edistävät tekijät:

- aika hyvin sisäistetty os:n toiminnassa, mitä se oli aikaisemmin
- meillä puhutaan kuntouttavasta työotteesta, ja opiskelijoille
- kannustan potilasta siihen, että hän pystyy laittamaan aamutossut jalkaan ja pois ottamaan aamutossut ja voi yrittää itse napittaa vaatteita
- annettais aikaa siihen, että hän ite suoriutuu tehtävästä: hiusten kampaaminen, vuoteesta ylönousu
- moni ihan pienikin asia, että hän ite käyttää lihaksiaan siihen, ettei me nosteta heti ensimmäisenä
- sitä voi monessa; kun tullaan ovelle, niin hän voi ite yrittää avata oven, ettei me avata sitä hänen puolestaan
- ihan joka asiassa
- opastamalla oikeita tapoja, että muistaa varaamiset
- pitää antaa hyvä ohjeistus siihen, pystyykö varaamaan
- hoitajan on hyvin osattava ohjata, että potilaalta onnistuisi oma toiminto siinä
- tärkeää on palautteen antaminen onnistumisesta, kannustaminen ja jos leikkauspotilasta ajattelee, niin oikeanlainen arvio, jos jotain tapahtuu väärin
- että osaa ohjata hyvin ja antaa palautetta myös; varaaminen, kiertoliikkeet: ettei saa tulla kiertoliikkeitä
- että koko ajan olisi punainen lanka, että autetaan ei tehdä puolesta; aiemmin tehtiin sujuvasti puolesta esim. hampaiden pesu; potilas tekee itse, mennään lavuaarin luokse
- ettei me automaattisesti tehdä
- tulee monessa asiassa esille; potilas voisi tehdä itse
- WC:ssa potilas voisi edes yrittää itse vetää housut ylös /alas
- ihan jokaisessa asiassa voi
- hoidan yksilöllisesti: selvitän miksi hän on meillä, perussairaudet, liikkumiset, apuvälineet, joita hän on jo käyttänyt, mihin pyritään, varaukset, miten saa varata, kysymällä potilaalta, yhteistyössä
- kirjauksista pystyy näkemään, miten potilas liikkuu
- kipulääkkein ja tiiminä tulisi hoitaa potilaan kuntoutumista; fyysä, lääkäri, hoitaja; kaikki tiiminä hoidettaisiin potilasta
- ne, joilla on käsityskykyä ja jos ei ole muistinalenemista, niin asiat voi hyvin selittää, mihin tähdätään
- yritetään perustella liikkumista, vaikka vaikeaa
- kaikkien tulisi sitoutua tavoitteisiin
- keskiviikkoisin 9 – vuorolainen jumppauttaa; nyt kesäaikana ei toimi
- motomed hankittu

## LIITE 4(5/6)

- syksyllä saadaan lisähenkilökuntaa
- meillä on kuntohoitaja käytettävissä arkisin
- viestitetään lääkärille kivusta ja lääkäri määrää pitkävaikutteisia, parempia lääkkeitä
- ja että lääkäri määrää sellaisia lääkkeitä, että kivut ovat hallinnassa, kun ei tule läpilyöntikipuja
- saadaan kivut pysymään stabiilina, että tuntee vähäistä kipua
- tulee konsultoida herkemmin kipupkl
- voidaan käyttää kipumittari VAS
- hyvä kipulääkitys on kuntoutumisen edellytys
- hoidamme proteesipotilaita; henkilöstö tietää kivunhoidosta
- vakihenkilöstö on joutunut kipua miettimään!
- kylmäpakkauksia voidaan käyttää
- asentohoidolla voidaan kipua ennaltaehkäistä
- järjestetään ennaltaehkäisevää hoitoa patjojen avulla ja ettei tule painehaavoja
- Braden pisteetykset käytössä
- Braden pisteiden perusteella kartoitetaan parempia patjoja tarpeen mukaan
- toimintakykyä arvioidaan MMSE, RAVA- testin ja kokemuseräisyyden avulla
- vuosien työn tuloksena kehittyi näkemys, että osaa ”lukea” potilasta eli tarviiko apuvälineitä
- Ravattaessa voidaan potilaan kokonaistoimintakykyä mitata
- tarkkailen, miten potilas liikkuu päivittäin; tuleeko edistymistä, tarviiko apuvälineitä, onko vointi huonontunut / parantunut
- Efficassa fyssalla on oma kaavake, johon kirjaavat
- meidän hoitotyö on kokonaisvaltaista
- toimintakyvyn kannalta tärkeää antaa potilaan itse tehdä
- jumppariin saadaan tarv. yhteys
- meillä on tavoitekierrot, jossa voidaan yhteisesti sopia kuntoutukseen liittyvistä asioista
- tulisi käyttää asianmukaisia, oikeita apuvälineitä, lastoja, tukia
- hyvä kivun hoito-motivaatio
- tehdään kuntoutuminen / kuntoutumishetki miellyttäväksi ja kiireettömyys siinä: potilas kokee, että hänellä on aikaa tehdä asioita
- omalla asenteella; millä äänensävyllä; pitää sanoa lempeästi, pehmeästi, ei kometelelevasti; se motivoi potilasta
- tiimityö sujuu hyvin
- pitäisi heti ottaa ylös, eikä antaa niiden maata sängyssä
- pitäisi motivoida liikkumiseen
- ainoa keino motivoida
- ulkopuolinen tulisi vetämään toimintaa
- tarvittaessa tilataan kampaaja
- jos omainen on kiinnostunut ja halukas tulemaan hoitoon mukaan ja suunnitteluun; otetaan mukaan, voi osallistua
- tuetaan omaisia motivoimalla, kertomalla minkä takia kuntoutetaan
- toimin potilaslähtöisesti eli millaista kuntoutusta se tarvii

## LIITE 4(6/6)

## Kehittäminen:

- kipukoulutusta; aina tulee uusia lääkkeitä esim. Abstral
- huomio kokonaistilanteeseen, lähtötilanteeseen
- yhteiset tavoitteet, kivunhoito, apuvälineet, motivointi
- rollia, Fordia jonkin verran
- tukivöitä, nostovöitä, banaaneja lisää siirtotilanteisiin, että saadaan ote potilaasta
- kainaloista roikottaminen on potilaasta epämiellyttävää
- voisi enemmänkin satsata kuntoutumista edistävään työhön
- kiire tekee sen, että ei malta odottaa, että antaisi potilaan itse tehdä enemmän
- tietyssä ajassa tietyt työt tehtävä
- sairaanhoitajille on suunniteltu tiettyjä suoritteita
- huoneet muodostuvat ahtaiksi, jos useampi tarvitsee apuvälineitä
- kuntahoitajan osuus voisi olla suurempi (nyt käy vain muutamilla potilailla ja niilläkin tosi vähän)
- kivun hoitoon tulisi kiinnittää enemmän huomiota; se estää kuntoutumisen
- kivunhoitokoulutusta
- enempi pitäisi saada koulutusta kuntoutuksesta; ei ole saanut sellaista koulutusta
- asentohoidot; miten vuodepotilasta voisi kuntouttaa turvallisesti
- turvalliset siirrot
- ulkopuolinen tulisi vetämään toimintaa
- enemmän fysioterapiaa, kuntahoitajan käyntejä; voisivat ohjata henkilökuntaakin, henkilöstön tukena
- potilasvaatteet tulisi olla käypäsemmät
- omahoitajatoiminta voisi auttaa, että huomioitaisiin asioita enemmän; jokainen sysää toiselle vastuuta
- potilas tavoitteiden suunnitteluun mukaan
- vanhanaikainen käsitys, että aamupv:llä saatava kaikki tehdyksi. Monia vuosia puhuttu, että voisi siirtää iltapv:lle jotain; ei tiedä, onko sen helpompaa
- joskus hoidetaan vain yksittäistä asiaa
- kiire estää, ettei kokonaisvaltaisesti, yksilöllisesti voida hoitaa

## Tuen tarve:

- esimies voisi tukea esim. kiittää, että on tehnyt hyvää työtä
- positiivinen palaute
- pomo, pomot voisivat kiittää

## SISÄLLÖN ANALYYSI : Kuntoutujälähtöisyys (esimerkit) LIITE 5 (1/4)

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakäsite	Yläkäsite
"...hoitoympäristö tukee kuntoutumista...."	Hoitoympäristö tukee kuntoutumista.	Hoitoympäristön tuki	YMPÄRISTÖ
"...hoitotyössä otetaan kuntoutuminen huomioon....."	Kuntoutus huomioidaan hoitotyössä.	Kuntoutumista edistävä hoitotyö	TOIMINTA
"...päivittäisissä toiminnoissa tukemista...."	Tuetaan päivittäisissä toiminnoissa.	Toimintakyvyn tukeminen	HOITAJA
"...potilas on motivoitunut kuntoutumiseen...."	Potilas on motivoitunut kuntoutumiseen.	Motivoitunut potilas	POTILAS

## SISÄLLÖN ANALYYSI: Kuntoutumista edistävä hoitotyö LIITE 5 (2/4)

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakäsite	Yläkäsite
”...jokapäiväistä, päivittäisiin toimintoihin liittyvää perushoitoa. ...tukemista omatoimisuuteen. ....ei tee potilaan puolesta, antaa sen tehdä itse mahdollisimman paljon....”	Perushoitoa. Tukemista omatoimisuuteen. Ei tehdä puolesta. Potilas tekee itse.	Omatoimisuuden tukeminen.	HOITAJA.
”...ei tehdä puolesta.... ...toimintakyvyn ylläpitämistä ja palauttamista....”	Ei tehdä puolesta. Toimintakyvyn ylläpitämistä ja palauttamista.	Toimintakyvyn tukeminen	HOITAJA
”...asiakslähtöisyyttä ....  joskus toimii, joskus ei. ....vaihdellen...”	Asiakslähtöisyyttä.  Joskus toimii, joskus ei.	Asiakslähtöisyys	TOIMINTA

## SISÄLLÖN ANALYYSI: Kehittäminen esimerkit

## LIITE 5 (3/4)

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakäsite	Yläkäsite
"...kiire asettaa tietyt puitteet meille. ..joutuu priorisoimaan silloin..."	Kiireen vuoksi töitä on priorisoitava.	Kiire.	TOIMINTA
"...tehdään kuntoutuminen mielekkääksi... lähdetään potilaan motivaatiosta... jos potilaalla ei ole motivaatiota... silloin kuntoutuminen on vaikeaa...."	Tehdään kuntoutuminen mielekkääksi.  Lähdetään potilaan motivaatiosta.  Jos potilaalla ei ole motivaatiota, niin kuntoutuminen on vaikeaa.	Potilaan lähtötilanteen arviointi - > suunnitelmallisuus	HOITAJA
"...potilaan ja omaisten ajatukset eivät ole aina realistisia...."	Potilaan ja omaisten ajatukset eivät ole realistisia.	Yhteistyössä tavoitteiden asettaminen-> tavoitteellisuus	POTILAS
"...ois hyvä, jos osastolta vois hyödyntää fysioterapian osaston tiloja..."	Voisi hyödyntää fysioterapiatiloja.	Tilojen hyödyntäminen	YMPÄRISTÖ



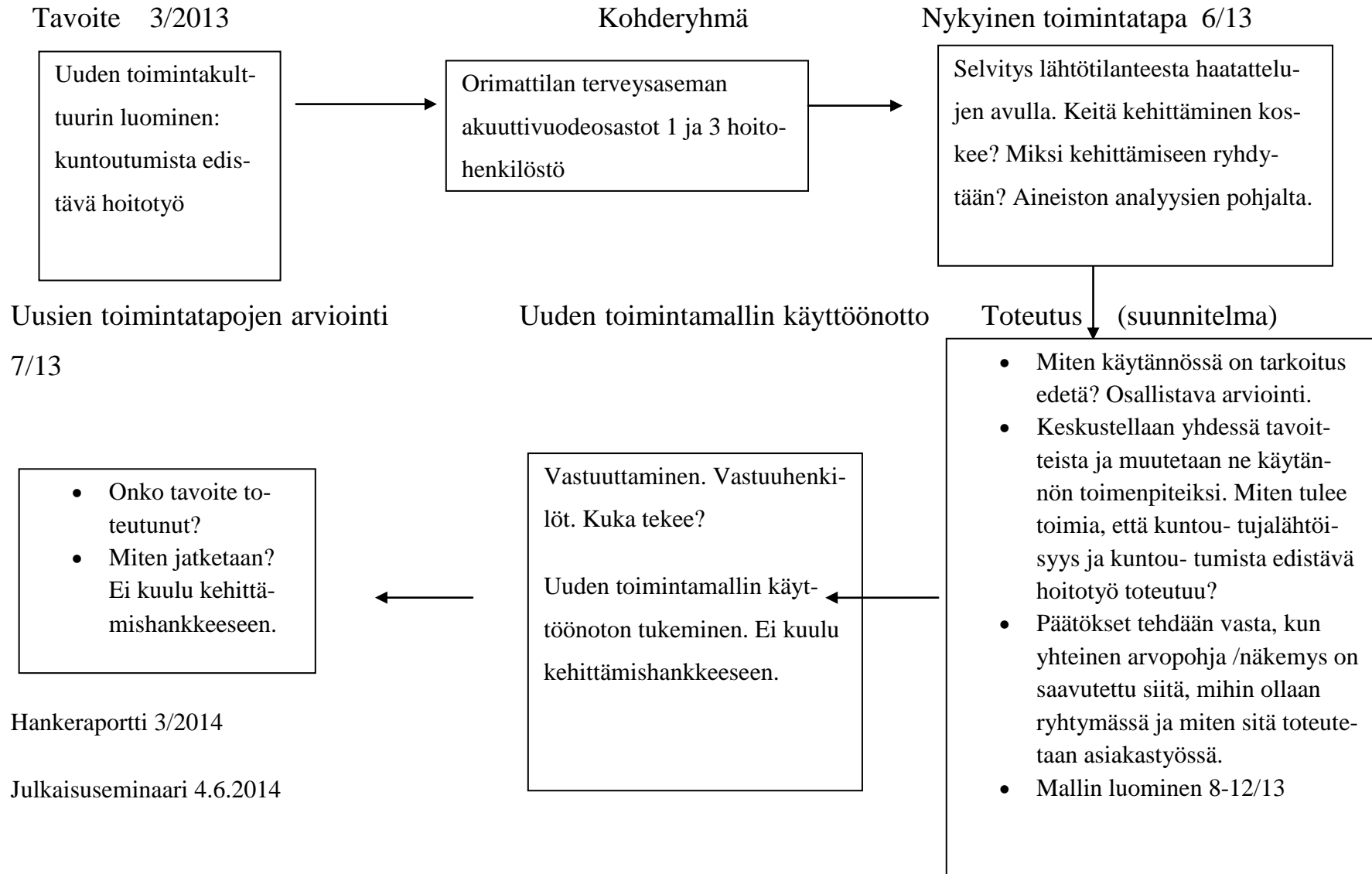
## SISÄLLÖN ANALYYSI: Tukeminen esimerkit

## LIITE 5 (4/4)

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakäsite	Yläkäsite
<p>”...esimieheltä tarvitaan kannustamista ja palautetta siitä, että toimitaanko yhtään oikeaan suuntaan. ..että tietäis, onko oikea tyyli tehdä työtä... palaute on tärkeää. ..että sais tehdä niin kuin itsestä tuntuu.. että voi luottaa itteensä... että osaa tehdä tätä työtä... kaikki me tehdään eri tavalla, mutta päämäärä on sama. ..jokainen tekee omalla persoonallaan ja se on hyvä asia...”</p>	<p>Esimiehen antama kannustus ja palaute siitä, onko toimittu yhtään oikeaan suuntaan. Että tietäis, onko oikea tyyli tehdä työtä. Itse luottamuksen vahvistaminen palautteen avulla.</p> <p>Kaikilla on sama päämäärä, vaikka kaikki tekevät eri tavalla. Hyvä, että jokainen tekee omalla persoonallaan.</p>	Johtaminen	TOIMINTA
<p>”...saada joltakin...kiitos... omalta pomolta.”</p>	<p>Saada joltakin kiitos, omalta pomolta.</p>	Johtaminen	TOIMINTA

## KEHITTÄMISHANKKEEN ETENEMINEN

LIITE 6



Kehittämiskohde	Tavoitteet	Toimenpiteet	Vastuuhenkilöt	Aikataulu	Seuranta
Kuntoutumista edistävä hoitotyö	koko ”tiimi” mukana, yhteiset pelisäännöt	hyvä kirjaus, yhteispa-laverit useammin	kaikki	yksilöllinen aika-taulu	kirjaaminen

## KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄN HOITOTYÖN TOIMINTA-AJATUS / TOIMINTAFILOSOFIA

Kuntoutumista edistävä hoitotyö on terveyslähtöistä, tavoitteellista ja moniammatillista yhteistyötä. Kuntoutumista edistävän hoitotyön tavoitteena on potilaan elämänhallinnan ja turvallisuuden tunteen lisääminen. Hoitaja tukee hoitotyön keinoin potilaan itsenäistä kuntoutumista, jotta hän voisi tulevaisuudessa selviytyä omassa asuin- ja elinympäristössään.

Lähtökohtana on, että kaikessa toiminnassa kannustetaan potilasta itsenäiseen, omatoimiseen toimintaan huomioimalla mahdollisimman paljon hänen omia voimavarojaan ja tukemalla häntä niissä.

Kuntoutusprosessi sisältää hoidon tarpeen määrittämisen, hoidon ja kuntoutuksen interventiot ja arvioinnin sekä jatkohoidon järjestämisen ja seurannan.

Tarpeen määrittelyssä otetaan huomioon potilaan oma näkemys, toimintakyky, voimavarat sekä toiveet, potilaan fyysiset, psyykkiset ja emotionaaliset tekijät sekä sosiaaliset ja taloudelliset tekijät.

Hoitotyötä ohjaa humanistinen ihmiskäsitys, jonka mukaan ihminen on itsenäinen, yksilöllinen ja tietoisesti toimiva. Hänellä on menneisyytensä, vallinnan vapaus ja vastuu itsestään ja tulevaisuudestaan.

### KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄN HOITOTYÖN TOIMINTAA OHJAAVAT ARVOT

- ASIAKASLÄHTÖISYYS
- LUOTETTAVUUS
- TALOUDELLISUUS
- AMMATILLISUUS
- TASAVERTAISUUS

### KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄN HOITOTYÖN PERIAATTEET

#### KOKONAISVALTAISUUS

Kuntoutumista edistävä työskentelytapa on kokonaisvaltaista, fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä edistävää toimintaa.

## ASIAKASLÄHTÖISYYS

Asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaan voimavaroilla toimimista, luotamuksellisuutta ja asiakkaan kunnioittamista sekä asiakkaan palvelusta antaman palautteen kuulemista. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja vaikuttamismahdollisuus otetaan huomioon.

## OMATOIMISUUS

Asiakkaalle annetaan mahdollisuus osallistua voimavarojensa mukaan omaan hoitoonsa. Häntä tuetaan niissä toiminnoissa, joista hän ei selviydy ja häntä kannustetaan omatoimisuuteen.

## VOIMAVARALÄHTÖISYYS

Voimavaralähtöisyys viittaa mahdollisuuksiin ja ja itsensä toteuttamiseen. Se on ratkaisukeskeistä toimintaa. Voima- varalähtöisessä toimintatavassa tunnustetaan ja edistetään ihmisen kykyä tunnistaa tarpeitaan, ratkaista ongelmiaan ja saada käyttöönsä resursseja, joiden avulla hän voi hallita elämäänsä. Se ei estä hoitajia tunnistamasta asiakkaaseen liittyviä kuntoumista estäviä tekijöitä.

## MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

Asiakkaan ja omaisen aktiivista osallistumista hoitoon voidaan tukea terveyslähtöisyyden, tavoitteellisuuden ja moniammatillisen yhteistyön avulla. Moniammatillinen yhteistyö toteutuu kuntoutustiimeissä, johon kuuluu asiakkaan kuntoutumiseen / hoitoon osallistuvia henkilöitä kuten hoitajat, lääkäri, fysioterapeutti, toiminta- ja puheterapeutti sekä sosiaaliohittaja. Moniammatilliseen tiimiin voi kuulua myös muita ammattiryhmiä kuten kotihoidon henkilöstö, joiden kanssa kotiutumisen suunnittelu aloitetaan mahdollisimman varhaisessavaiheessa. Yhdessä laadittu kotiutussuunnitelma varmistaa, että kaikki asiakkaan kuntoutumiseen osallistuvat ovat tietoisia tavoitteista ja toimintalinjoista.

## PERHEKESKEISYYS

Yhdessä potilaan ja tämän läheisten kanssa laaditaan tavoitteet kuntoutumiselle ja mahdollistetaan heidän osallistumisensa hoitoon ja kuntoutukseen. Läheiset voivat auttaa vaikkapa ulkoilemalla omaisensa kanssa.

## JATKUVUUS

Hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatiminen takaa palvelujen tavoitteellisuuden ja jatkuvuuden toteutumisen myös työntekijöiden vaihtuessa.

## SUUNNITELMALLISUUS

Kuntoutuksen tulee perustua kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän yhteistyössä laatimaan suunnitelmaan ja jatkuvaan kuntoutusprosessin arviointiin.

## KUNTOUTUMISKORTTI (15.7.-13 kehittämistilaisuudessa työstetty)

Maija Meikäläinen

Kuntoutustarve	Tavoite	Keinot / Toimenpide	Huomioitavaa mm. rajoitukset	Arviointi
pvm -lonkka operoitu (fr)	-käy itsenäisesti rolla tukeaan esim. WC:ssa	-fys. kuntoutus, motomed, opastus, motivointi, oikeat apuvälineet, omien voimavarojen hyödyntäminen, kivun lievitys	-liikerajoitteet	pvm -arvioidaan kuinka keinot ovat toteutuneet -onko tavoite saavutettu näillä keinoin

## Uusi toimintamalli

LIITE 10

Kuntoutumista edistävän hoitotyön toiminta-ajatus – yhtenäinen toimintalinja

Näyttöön perustuva hoitotyö tukee asiakaslähtöistä toimintaa



Uuden asiakkuuden aloittaminen	Tavoitteen asettaminen kuntoutumiselle	Tavoitteellinen kuntoututus	Asiakkaan sitouttaminen tavoitteeseen	Tavoitteen saavuttamisen arviointi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oma hoitaja/ vastuu hoitaja</li> <li>• Kotiutushoitaja alkaa suunnitella mahdollisimman pian kotiutusta yhdessä omahoitajan/vastuuhoitajan ja asiakkaan kanssa</li> <li>• Tarvittaessa konsultoidaan lääkäriä/ fysioterapeuttia</li> <li>• Hoitaja arvioi asiakkaan toimintakykyä hoidon alussa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yhdessä asiakkaan kanssa suunnitellaan tavoitteet kuntoutumiselle</li> <li>• Moniammatillinen tiimi tukena kuntoutumissuunnitelmaa tehtäessä</li> <li>• Toiminnallisen kuntoutuksen järjestäminen asiakkaan autonomiaa tuken</li> <li>• Hoitaja on yhteistyökumppani</li> <li>• Tavoitteet lyhyelle ja pitkälle aikavälille</li> <li>• Hoitoneuvottelu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivoidaan asiakasta omaan kuntoutumiseen</li> <li>• Vastuuta kuntoutumisesta ohjataan vähitellen asiakkaalle itselleen</li> <li>• Vuorovaikutussuhde perustuu tasa-arvoon</li> <li>• Oikeat kuntoutumisvälineet tukena</li> <li>• Toimintaa ohjaa kuntoutumista edistävän hoitotyön toiminta-ajatus</li> <li>• Näyttöön perustuva hoitotyö tukee asiakaslähtöistä toimintaa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktiivinen asiakas/kuntoutuja opettelee uusia asioita ja motivoituu harjoittelemaan ohjattuja harjoituksia</li> <li>• Moniammatillinen tiimi tukena</li> <li>• Fysioterapeutti osastolla asiakkaiden ja henkilöstön tukena</li> <li>• Klo 09 tuleva hoitaja kuntouttaa asiakkaita osastolla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakaspalaute</li> <li>• Yhdessä asiakkaan kanssa arvioidaan tavoitteen saavuttamista ja keskustellaan mahdollisesta tuen tarpeesta</li> <li>• Suunnitellaan ratkaisuja kotona pärjäämisen tueksi</li> <li>• Hoitaja arvioi myös kuntoutumisen etenemistä tietojärjestelmiin</li> <li>• Hoitaja arvioi asiakkaan toimintakykyä kotiutuksessa</li> </ul>



## Vanha toimintamalli

## LIITE 11

