



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

**TOIMINTAKYVYN ARVIOINNILLA JA
DIALOGISELLA
PUHELINRAPORTOINNILLA KOHTI
KUNTOUTTAVAMPAA HOITOTYÖTÄ**

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kuntoutuksen koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kevät 2013
Sari Koivunen
Katri Loipponen

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos
Kuntoutuksen koulutusohjelma, YAMK

KOIVUNEN, SARI,
LOIPPONEN, KATRI:

Toimintakyvyn arvioinnilla ja
dialogisella puhelinraportoinnilla kohti
kuntouttavampaa hoitotyötä

Sosiaali- ja terveystieteiden kuntoutuksen koulutusohjelman opinnäytetyö, 71 sivua, 5
liitesivua

Kevät 2013

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksellisenä kehittämishankkeena kahden eri osaston, Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgisen osaston 61- 62 ja Lahden kaupunginsairaalan yleisgeriatrisen jatkokuntoutusosaston L 32 välillä. Osastolta 61- 62 siirtyy paljon potilaita jatkokuntoutukseen osastolle L 32 ja yhteistyön lisääminen kahden eri organisaation, Päijät-Hämeen keskussairaalan ja Lahden kaupunginsairaalan välillä on kirjattu tavoitteeksi molemmissa organisaatioissa. Tämä kehittämishanke on osa tätä yhteistyötavoitetta.

Kehittämishankkeen ensimmäisenä tarkoituksena oli kuntouttavan hoitotyön tehostuminen osastolla L 32. Kuntouttavan hoitotyön tehostumista seurattiin kolmen esimerkkipotilaan kautta ja esimerkkipotilaiden kuntoutumista arvioitiin laitoshoidon RAI- toimintakykyymmittarilla. RAI-arvioinnin tuloksista kävi ilmi, että kaikkien kolmen esimerkkipotilaan toimintakyky oli parantunut hoitojakson aikana.

Toisena tarkoituksena tässä kehittämishankkeessa oli tiedonsiirron ja yhteistyön lisääminen osastojen 61- 62 ja L 32 välillä. Tiedonsiirron lisäämiseksi ja turvallisemman potilassiirron varmistamiseksi kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda uudenlainen toimintamalli potilassiirrosta, jota varten kehitettiin puhelinraportointilomake ISBAR- menetelmää hyödyntäen. Puhelinraportointilomakkeessa tehty toimintakyvyn arviointi vaikutti kuntouttavaan hoitotyöhön tehostavasti. Puhelinraportointi toteutui dialogisena. Puhelinraportointilomake koettiin riittäväksi hoitotyön lähetteeksi.

Kehittämishanke nivoutui hyvin kummankin organisaation strategiaan ja oli myös osana jatkokuntoutusosasto L 32:n tuloskorttia. Osastolla L 32 on myös tekeillä prosessikuvaus potilaan siirtymisestä jatkokuntoutukseen. Tämä kehittämishanke tulee olemaan osa prosessikuvausta.

Asiasanat: Kuntouttava hoitotyö, toimintakyky, dialoginen raportointi.

Lahti University of Applied Sciences
Faculty of Social and Health Care
Master Programme in Rehabilitation

KOIVUNEN SARI,
LOIPPONEN KATRI:

With assessment of functional capacity
and dialogic telephone reporting towards
more rehabilitative nursing

Master Thesis in Rehabilitation, 71 pages, 5 appendices

Spring 2013

ABSTRACT

This thesis was carried out as a pilot project between two departments, the Päijät-Häme Regional Central Hospital's surgical ward 61-62 and the City of Lahti Hospital's general geriatric rehabilitation ward L32. Many patients are being moved for further rehabilitation from ward 61- 62 to ward L 32. Therefore it is important to increase the co-operation between these two organizations. This thesis is aimed to address that objective.

The first purpose of this thesis was to increase rehabilitation care in ward L 32. Rehabilitative health care efficiency was monitored through three patient cases. Their progress of rehabilitation was assessed with RAI-performance scale. According to the RAI-performance scale results, all three patients' functional capacity was improved during the treatment period.

A second purpose of this thesis was to increase data transfer and cooperation between the wards 61- 62 and L 32. To increase and improve the data transfer and to ensure safer patient transfer, a new kind of approach to patient transfer was developed. Telephone reporting form utilizing ISBAR method was created for this purpose. A functional capacity assessment in telephone report form affected the efficiency of rehabilitative care. A telephone reporting was also completed through a dialogue. The Telephone Reporting Form was an adequate referral to nursing care.

This thesis links the strategies of both organizations, the Päijät-Häme Hospital and City of Lahti Hospital's. It was also a part of ward L32 rehabilitation department's scorecard and will be a part of the process description of patient's rehabilitation on ward L32.

Key words: Rehabilitative care, functional status, dialogical reporting.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ	3
2.1	Kehittämishankkeen taustaa	3
2.2	Lahden kaupunginsairaalan osasto L 32	4
2.3	Päijät- Hämeen keskussairaalan kirurgian osasto 61- 62	5
2.4	Osastojen 61- 62 ja L 32 välinen yhteistyö	6
2.5	Tekijöiden roolit organisaatioissa	7
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITE	9
4	TOIMINTAKYKY, DIALOGINEN RAPORTOINTI JA KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ KEHITTÄMISHANKKEESSA	10
4.1	Toimintakyky ja sen ylläpitäminen	10
4.2	Dialoginen raportointi tiedon siirtona	18
4.3	Kuntouttava hoitotyö	20
4.4	Kuntouttavan hoitotyön arviointi	27
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	30
5.1	Puhelinraportointilomakkeen työstäminen	30
5.2	Hoitohenkilökunnan sitoutuminen kehittämishankkeeseen	32
5.3	Toimintatutkimus ja tapaustutkimus kehittämishankkeessa	33
5.4	Kehittämishankkeen eteneminen	35
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSIA	40
6.1	Kuntouttavan hoitotyön tehostuminen osastolla L 32	40
6.2	Yhteistyön ja tiedonsiirron lisääntyminen osastojen välillä	46
6.3	Puhelinraportointilomakkeen hyödynnettävyys hoitotyön läheteenä	47
6.4	Uudenlaisen toimintamallin käyttöönotto potilassiirrossa	47
7	POHDINTA	49
7.1	Johtopäätökset	49
7.2	Kehittämishankkeen arviointi	51
7.3	Kehittämishankkeen luotettavuus ja eettisyys	55
7.4	Jatkokehittämisaiheita	57
	LÄHTEET	59
	LIITTEET	67

1 Johdanto

Jo edellisessä sosiaali- ja terveysministeriön kuntoutusselonteossa (1998) on kuntoutuksen erityistavoitteeksi asetettu vanhusväestön toimintakyvyn ylläpitäminen. Väestö ikääntyy vauhdilla ja Suomi kuuluu Euroopan nopeimmin ikääntyvimpään maihin. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä nousee nykyisestä 17 prosentista 27 prosenttiin vuoteen 2040 ja 29 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä. (Väestöennuste 2009- 2060.) Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten palveluja koskevassa laatusuosituksessa asetetaan tavoitteeksi, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 91- 92 prosenttia asuu kotona itsenäisesti ja vain 3 prosenttia on hoidossa vanhainkodeissa tai terveyskeskusten vuodeosastoilla. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 30.) Jotta edellä mainittuihin prosenttilukuihin voidaan päästä, tarkoittaa se käytännössä sitä, että ennaltaehkäisevät toimet terveydenhoidossa ja kuntoutuksessa korostuvat ja huomiota kiinnitetään erityisesti vanhusväestön toimintakyvyn säilyttämiseen. (Palvelut 2020, 57.)

Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystalouden tulosalueen (SOTE) tavoitteena on toimintakyvyn, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi on käynnistetty SOTE 2015 -hanke. Hankkeen keskeisenä tavoitteena on asiakastyytyväisyyden ja laadun parantaminen sekä tuottavuuden lisääminen terveyshyötyjä unohtamatta. Vanhusten palvelujen ja kuntoutuksen nykyisen palvelurakenteen ja -tason yksi keskeinen haaste on ikääntymisen myötä heikenevä terveys ja toimintakyky sekä lahtelaisten valtakunnalliseen tasoon nähden synkkä sairastavuus ja kuolleisuus. Tässä suhteessa ennaltaehkäisevät toimet lahtelaisten ikääntyneiden hyvinvoinnin ja toimintakyvyn turvaamiseksi tulisi aloittaa aikaisessa vaiheessa. (SOTE 2015, 2- 8.)

Kuntouttavalla hoitotyöllä voidaan vaikuttaa toimintakyvyn säilymiseen. Monilla sairaalan vuodeosastoilla hoitotyön yleisenä periaatteena pidetään kuntouttavaa hoitotyötä. Tätä hoitotyötä on sairaaloissa myös kehitetty paljon viimeisen kymmenen vuoden aikana. Kuntouttavan hoitotyön on määritelty olevan ”suunnitelmallista, monialaista ja moniammatillista osaamista, jolla tuetaan kuntoutujan pyrkimystä toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja osallisuuden säilyttämiseen tai parantamiseen.” (Ryynänen 2010, 25.) Potilaan kuntoutumisen suunnittelu aloitetaan jo hänen tullessaan erikoissairaanhoidon osastolle. Tämän kehittämis-

hankkeen tarkoituksena on kuntouttavan hoitotyön tehostuminen Lahden kaupunginsairaalan jatkokuntoutusosastolla L 32. Tavoitteena on uudenlaisen toimintamallin käyttöönotto potilassiirrossa puhelinraportointilomaketta hyödyntäen. Kuntoutumisen päätavoitteen määrittely sekä toimintakyvyn arviointi korostuvat puhelinraportointilomakkeessa (LIITE 1), joka on laadittu ISBAR-menetelmää muokaten. Kehittämishanke kohdistuu Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgisen osaston 61- 62 ja Lahden kaupunginsairaalan osasto L32 välille. Kuntouttavan hoidon toteutumista seurataan kolmen potilastapauksen avulla. Potilaiden toimintakykyä arvioidaan RAI-mittarin avulla. Arviointeja tehdään kuntoutusjakson aikana kaksi kappaletta, ensimmäinen potilaan tullessa jatkokuntoutusosastolle L 32 ja toinen potilaan kotiutuessa osastolta.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ

2.1 Kehittämishankkeen taustaa

Tämän kehittämishankkeen idea sai alkunsa molempien yhteistyöosastojen esimiesten halusta parantaa yhteistyötä Päijät- Hämeen keskussairaalan (PHKS) kirurgian osasto 61- 62 ja Lahden kaupunginsairaalan (LKS) yleisgeriatrian jatkokuntoutus-osasto L 32 välillä. Yhteistyön ja tiedonsiirron paranemisen toivottiin vaikuttavan kuntouttavan hoitotyön tehostumiseen jatkokuntoutusosastolla L 32. Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan toimenpidesuunnitelman SOTE-2015 rakennemuutoksen tavoitteissa ja keskeisissä toimenpiteissä ehdotetaan, että hoitoketjujen saumatonta toimintaa parannetaan ja suunnitelmallista kuntoutusta lisätään. Myös hoitoprosessien sujuvuutta parannetaan. Tämä tarkoittaa hoitoketjua, jossa akuutista sairaalahoidosta siirrytään tehokkaaseen ja suunnitelmalliseen jatkokuntoutukseen ja sieltä kotiudutaan nopeasti. (SOTE 2015, 19.) Päijät- Hämeen keskussairaalan kirurgian osastolta 61- 62 siirtyy paljon potilaita jatkokuntoutukseen Lahden kaupunginsairaalaan ja erityisesti haava- ja infektiopotilaiden jatkokuntoutus on keskitetty osastolle L 32.

Marraskuussa 2010 järjestettiin yhteistyöpalaveri kirurgian osasto 61- 62 ja jatkokuntoutusosasto L 32 kanssa. Yhteistyöpalaverissa molempien osastojen esimiesten kanssa tärkeäksi kehittämisen kohteeksi nousi potilaan vastaanottamisessa jatkokuntoutusosastolle L 32 ilmenneet ongelmat. Jatkokuntoutusosaston L 32 hoitajat olivat kokeneet, ettei heillä ollut riittävästi aikaa eikä osaamista potilaan vastaanottamiseen. Kuntoutuksen tavoitteet olivat epäselviä ja potilaan kuntoutuminen oli pysähtynyt hänen siirryessään osastolle L 32. Kuntoutusajat olivat pidentyneet, kuntoutajat olivat enimmäkseen vuoteenomana ja potilaan omatoimisuutta ei tuettu riittävästi. Toimintakyvyn arvioinnissa potilaan siirryessä jatkokuntoutukseen oli parantamisen varaa. Jatkokuntoutusosaston L32 henkilökunta oli sitä mieltä, että he eivät saaneet riittävästi tietoa potilaan senhetkisestä toimintakyvystä, eikä sitä myöskään osattu riittävästi kysyä lähettävältä taholta. Myös potilaan toimintakyky ennen sairaalaan joutumista oli jäänyt huomiotta. Tämä oli aiheuttanut sen, että potilaan kuntoutusprosessi ei edennyt riittävän tehokkaasti ja

kuntoutumisessa oli tapahtunut viivästymistä. Joissakin tapauksissa potilaan kuntoutuminen oli pysähtynyt kokonaan. (Silventoinen 2011.)

Kuntoutumisen pysähtymisen syynä pidettiin sitä, että tiedonsiirto potilaan jatkokuntoutuksesta osastolta 61- 62 osastolle L 32 ei ollut riittävää. Tiedonsiirron ongelmat koskivat myös raportointia ja raportoinnin apuna käytettävää puhelinraportointilomaketta. Lisäksi puhelinraportointitilanteesta puuttui dialogisuus. Vastanottavan osaston rooli oli kuunteleva ja aina ei ollut varmaa, saatiinko ja ehdittiinkö kaikki oleellinen tieto potilaasta kirjattua ylös. Syynä tähän raportoinnin yksisuuntaisuuteen pidettiin loogisen puhelinraportointilomakkeen puuttumista, jolloin olennaisia asioita potilaan hoitoon liittyen jäi kertomatta ja kysymättä. Jatkokuntoutukseen tulevien potilaiden hoidossa on monia eri osa-alueita, jotka vaativat katkeamatonta toimintaa. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi lääkitykseen ja sen jatkuvuuteen liittyvät asiat. Lisäksi potilaan mukana tullessa hoitotyön lähetteisessä ja lääkärin kirjoittamassa potilaan siirtotekstissä saattoi olla eroavaisuuksia esimerkiksi lääkityksen suhteen. (Silventoinen 2011.)

Edellä mainitut eroavaisuudet lääkärin siirtotekstin ja hoitotyön lähetteen suhteen sekä lääkehoitoon liittyvät epäselvyydet koettiin olevan suuria potilasturvallisuuteen vaikuttavia asioita. Tässä kehittämishankkeessa tehtävän puhelinraportointilomakkeen tarkoituksena on vaikuttaa sekä kuntouttavan hoitotyön tehostumiseen osastolla L 32 että turvallisempaan potilassiirtoon kirurgian osasto 61-62 ja jatkokuntoutusosaston L32 välillä. Puhelinraportointilomaketta voidaan myös käyttää niin sanottuna tarkistuslistana potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen.

2.2 Lahden kaupunginsairaalan osasto L 32

Osasto L 32 on yleisgeriatriinen tutkimus- ja kuntoutusosasto. Osastolla on 26 potilaspaikkaa. Osastolla hoidetaan hyvin erityyppisiä potilaita, mutta osaston toiminnassa painottuvat erilaiset haavahoidot, joita on noin puolella osaston potilaisista. Haavojen hoidossa toteutetaan uusimpia hoitokäytänteitä. Potilaan osastohoitoon joutumisen syynä on varsin usein perussairauden paheneminen ja siitä johtuva yleistilan lasku. Potilas voi sairastaa jonkinasteista muistisairautta tai potilas on tullut osastolle kutsuttuna toimintakyvyn kartoitukseen tai tutkimuksiin. Osasto

pystyy vastaamaan infektioiden hoidoista ja eristyksestä. Lähes kaikki osastolle jatkohoitoon tulevat potilaat tarvitsevat pidempää kuntoutusta ennen kuin kotiutuminen on mahdollista. Potilaat tulevat osastolle erikoissairaanhoidosta, päivystyksen kautta tai muilta osastoilta sekä terveyskeskuslääkärin läheteellä kotoa. Potilasvalinnan tekevät osastonhoitaja ja lääkäri yhdessä. (Silventoinen 2011.)

Osastolla L32 toteutetaan yksilövastuista ja kuntouttavaa hoitotyötä. Käytännössä työtä tehdään parityönä, yleensä sairaanhoitaja- perushoitaja työparina. Työpari toimii aktiivisesti potilaan hoito- ja kuntoutusprosessin edistäjinä koko hoitajakson ajan. Henkilökunta koostuu osastonhoitajasta, apulaisosastonhoitajasta, yhdeksästä sairaanhoitajasta, kymmenestä perushoitajasta, osastonsihteeristä ja kahdesta fysioterapeutista. Yhteistyötä tehdään sosiaalihoitajan, toimintaterapeutin, psykologin, diabeteshoitajan ja sairaalapastorin kanssa. Lisäksi askarteluohjaaja järjestää kerran viikossa virikkeellistä toimintaa osaston potilaille. (Silventoinen 2011.)

2.3 Päijät-Hämeen keskussairaalan kirurgian osasto 61- 62

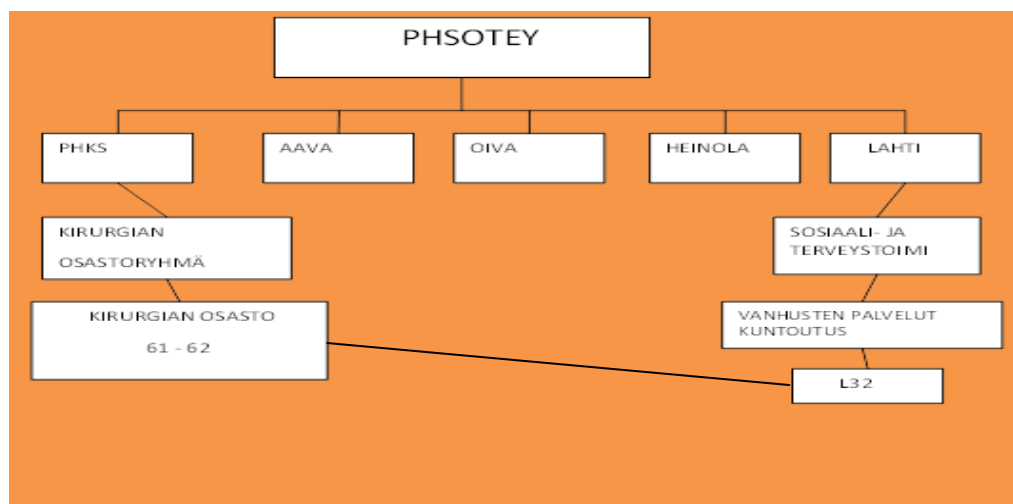
Osaston 40 sairaansijalla hoidetaan sekä elektiivisiä (suunniteltu leikkaus) että päivystyspotilaita. Elektiivisistä potilaista yhä suurempi osa pyritään hoitamaan siten, että potilas tulee leikkaukseen suoraan kotoa (leiko). Osaston erikoissalat ovat urologia (virtsaelin), thorax- (rintaelin) ja verisuonikirurgia, yleiskirurgia, kilpirauhas- ja lisäkilpirauhasleikkaus (endokrinologia), rintarauhasleikkaus sekä plastiikkakirurgia. Urologiset ja endokrinologiset potilaat hoidetaan yksikössä 61 ja käytössä on 20 sairaansijaa. Suurin osa urologisista potilaista on syöpäpotilaita. Muut potilaat hoidetaan yksikössä 62. Plastiikkakirurgisilla potilailla on kroonisia haavaumia (paine- ja säärihaavoja), palovammoja, rintojen plastiikkakirurgiaa ja vaativia kieleke-konstruktiota sekä pahanlaatuisia ihon kasvaimia. Verisuonikirurgiassa pääpaino on kriittisen alaraajaiskemian hoidossa. Lisäksi hoidetaan kroonista alaraaja-iskemiaa ja kaulavaltimokirurgiaa sekä kyseisten elinryhmien vammoja. Rintarauhasleikkauksesta valtaosa on rintasyöpää. (PHSOTEY 2011.)

Osastolla 61- 62 hoitotyö toteutetaan ryhmätyönä, yksilövastuista tai osittain omahoitajatyöskentelynä jokaisen potilaan yksilöllisen tilanteen mukaan. Hoitajil-

la on kuntouttava työote. Hoitajat sijoittuvat yksiköihin erityisosaamisensa mukaisesti. Osastolla työskentelee osastonhoitaja, kaksi apulaisosastonhoitajaa, 29 sairaanhoitajaa, neljä perushoitajaa, yksi kuntahoitaja ja kaksi osastonsihtööriä. Yksiköiden välisellä työnkierrolla ylläpidetään ja kehitetään omaa ammattitaitoa sekä mahdollistetaan hoitajien siirtyminen yksiköstä toiseen tilanteen mukaan. (PHSOTEY 2011; Piirainen 2011.)

2.4 Osastojen L 32 ja 61-62 välinen yhteistyö

Osastojen 61- 62 ja L 32 välinen yhteistyö koskettaa kahta eri organisaatiota. Päijät- Hämeen sosiaali- ja terveystoimi kattaa koko Päijät- Hämeen alueen terveydenhuollon. Sen alla toimii keskussairaala, joka huolehtii alueen erikoissairaanhoidosta. Lisäksi siihen kuuluvat Lahden ja ympäristökuntien perusterveydenhuollon yksiköt. Peruspalvelukeskus Aava käsittää Hartolan, Iitin, Myrskylän, Nastolan, Pukkilan, Orimattilan ja Sysmän alueet. Peruspalvelukeskus Oiva taas sisältää Asikkalan, Hollolan, Hämeenkosken, Kärkölän ja Padasjoen alueet. Lahti ja Heinola kuuluvat omana alueenaan PHSOTEY:n. (PHSOTEY 2011.) Seuraavassa kuviossa (KUVIO 1) on havainnollistettu organisaatio ja tämän kehittämishankkeen yhteistyötahot.



KUVIO 1. PHSOTEY organisaatio ja osastojen 61- 62 ja L 32 välinen yhteistyö.

Yhteistyötä edistävät tekijät voidaan tiivistää sekä yksilö- että organisaatiotasolla ilmeneviksi. Yhteistyötä edistäviä tekijöitä yksilötasolla ovat keskinäinen luottamus, toiminnan avoimuus, toisen työn ja toiminnan tuntemus, halu tehdä yhteistyötä toisen toimijan kanssa ja halu kehittää yhteistyötä asiakkaan edun mukaisesti. (Granholm 2008, 17- 19.) Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän strategiakartan prosessiosiossa korostetaan luotettavaa ja aloitteellista kumppanuutta, jossa PHSOTEY on innostava kumppani ja sitoutunut yhteiseen tekemiseen toiminnan kehittämisessä (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän strategia 2009-2015, 8). Myös Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimen toimenpidesuunnitelmassa (SOTE- 2015, 2) asetetaan tavoitteeksi, että Lahti on aktiivinen toimija Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä. Tämän yhteistyön parantamiseksi ja kehittämiseksi tämän kehittämishankkeen tavoitteena on uudenlaisen toimintamallin käyttöönotto potilassiirrossa. Se toteutetaan dialogisen puhe- linraportoinnin avulla, joka takaa potilaalle turvallisen ja katkeamattoman hoidon.

Osastoja yhdistävinä tekijöinä ovat haavahoidot ja infektiot. Molemmilla osastoilla on erityisosaamista haavahoitoihin sekä valmiudet hoitaa eristyspotilaita. Osastolta 61- 62 siirtyy tämän tyyppisiä potilaita jatkokuntoutukseen osastolle L32. Osastolla 61- 62 potilaalle on jo yleensä aloitettu kuntoutus ja tämän tiedon perusteella L32 jatkaa kuntoutusta. Keskeytymättömän ja viivytyksettömän kuntoutuksen jatkumiseksi tiedonsiirron on oltava katkeamatonta. Tämän kehittämishankkeen käynnistyessä lähtötilanne osastolla L 32 oli se, että osasto oli juuri profiloitunut pitkäaikaisosastosta akuutimmaksi osastoksi eli potilaat eivät olleet enää pitkäaikaispotilaita ja heidät oli tarkoitus kuntouttaa kotiin. Hoitoideologia osastolla L 32 tarvitsi siis sysäyksen kuntouttavampaan suuntaan. Potilaiden keskeytymättömästä kuntoutuksesta tuli huolehtia myös silloin, kun fysioterapeutti ei ollut paikalla. Tähän kuntouttavampaan ajatteluun haluttiin muutosta.

2.5 Tekijöiden roolit organisaatioissa

Tässä kehittämishankkeessa on kaksi tekijää. Molempien työpaikat vaihtuivat kehittämishankkeen tekemisen aikana. Lisäksi toinen tekijöistä aloitti työn yksin ja toinen tuli mukaan myöhemmin. Tällä hetkellä toinen tekijöistä työskentelee Lahden kaupunginsairaalan osastolla L 32 apulaisosastonhoitajana ja toinen Päi-

jät-Hämeen keskussairaalassa kirurgian puolen varahenkilöstössä. Kiertoalueeseen kuuluu myös osasto 61- 62.

Tekijöiden roolit organisaatioissa olivat erilaiset. Rooleihin vaikuttivat tekijöiden erilaiset virka-asetat. Kehittämishanke painottui osastolle L 32, jossa toinen tekijä työskentelee. Kehittämishankkeen toteutumisen seuranta käytännön tasolla oli siis enemmän tämän tekijän vastuulla. Toisen tekijän vastuulle jäi enemmän kirurgian osasto 61- 62 puhelinsraportointilomakkeen käytön seuraaminen ja toimintakyvyn arvioinnin toteutuminen sekä tutkimuksellisen tiedon tuominen organisaatioiden käyttöön.

3 KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITE

Potilaan kuntoutus alkaa jo erikoissairaanhoidossa ja jatkuu potilaan kotiutumiseen saakka. Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on tehostaa kuntouttavaa hoitotyötä Lahden kaupunginsairaalan osastolla L 32. Toisena tarkoituksena tässä kehittämishankkeessa on tiedonsiirron ja yhteistyön lisääminen Päijät- Hämeen keskussairaalan kirurgian osasto 61- 62 ja Lahden kaupunginsairaalan osasto L 32 välillä.

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena on uudenlaisen toimintamallin käyttöönotto potilassiirrossa. Siirto toteutetaan dialogisesti puhelinraportointilomaketta hyödyntäen. Katkeamattoman kuntoutuksen parantamiseksi ja varmistamiseksi osastolle L 32 kehitetään lomake puhelinraportin vastaanottamista varten. Lomakkeen tarkoituksena on olla apuna niiden asioiden siirtymisessä, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon ja kuntoutukseen ja joita on jo aloitettu osastolla 61- 62. Lomake sisältää hoitotyön kannalta oleelliset asiat, mutta lomakkeessa korostuvat sekä potilaan kuntoutuksen päätavoite että toimintakyvyn arviointi. Puhelinraportointilomakkeen tavoitteena on olla niin kattava tiedonsiirron väline, että tulevaisuudessa se voi korvata hoitotyön lähetteen. Puhelinraportointilomakkeen avulla voidaan taata sekä turvallinen potilassiirto että katkeamaton kuntoutusprosessi.

4 TOIMINTAKYKY, DIALOGINEN RAPORTOINTI JA KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ KEHITTÄMISHANKKEESSA

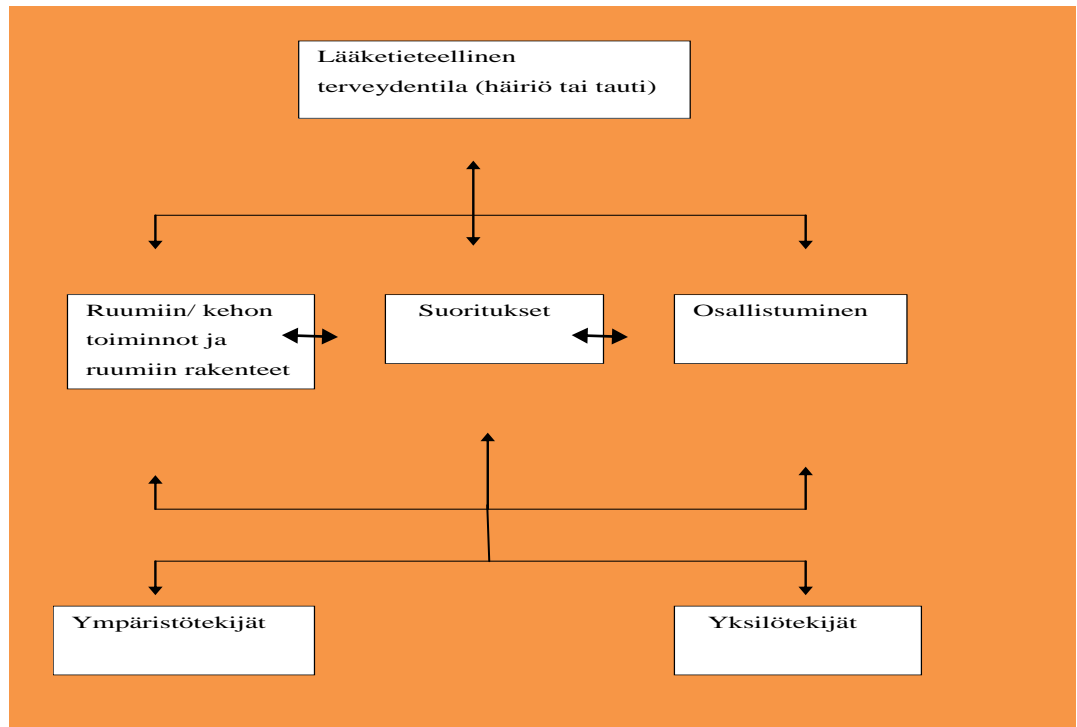
4.1 Toimintakyky ja sen ylläpitäminen

Toimintakyky jaetaan neljään eri osa-alueeseen. Fyysinen toimintakyky on ihmisen kykyä selviytyä päivittäisistä perustoiminnoistaan ja asioiden hoidostaan sekä kodissa että sen ulkopuolella. Kognitiivinen toimintakyky käsittää muistiin, oppimiseen, tiedon käsittelyyn, toiminnan ohjaukseen ja kielelliseen käsittelyyn liittyvät toiminnot. Psykkiseen toimintakykyyn kuuluvat elämänhallinta, mielenterveys ja psyykinen hyvinvointi. Sosiaalinen toimintakyky koostuu kyvystä toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Joidenkin lähteiden mukaan toimintakykyyn voidaan liittää vielä hengellinen osa-alue omanaan. (Voutilainen & Vaarama 2005, 45- 46; Lähdesmäki & Vornanen 2009, 19.) Toisaalta toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa ihmisen kykyä huolehtia fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tarpeista itseä tyydyttävällä tavalla ja tyydyttävissä määrin. Tällöin on kysymyksessä ihmisen oma kokemus suhteessa omiin tarpeisiin. Toimintakyky voidaan rinnastaa laajemmin elämänhallintaan ja ihmisen kykyyn käyttää omia voimavarojaan. (Kettunen, Kähärä-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 22.)

Voimavaralähtöisesti ajateltuna toimintakyvyn perinteinen määritelmä fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen osa-alueen kautta on teoreettinen. Tätä mallia on syystä kritisoitu teoreettiseksi ja ristiriitaiseksi, koska siinä ei oteta huomioon toimintakyvyn dynaamisuutta. (Kettunen, Kähärä-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2002, 22; Voutilainen & Vaarama 2005, 45- 46.) Toimintakyky ei ole pysyvä ilmiö, vaan siihen vaikuttavat niin yksilössä itsessään kuin ympäristössäkin tapahtuvat muutokset. Muutokset voivat olla kannustavia ja eteenpäin vieviä tai rajoittavia. Toimintakyvyn voidaankin ajatella koostuvan toiminnasta ja kyvystä. Toiminta on kulttuurisesti ja historiallisesti määräytyvää tekemistä ja kyky on yksilön sisäinen ominaisuus. Toimintakyky määräytyy sen mukaan, miten ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla itselleen tärkeistä asioista arjen ympäristössään. (Pikkarainen 2005, 45- 46; STM 2006, liite s. 4.)

Ihminen voi kompensoida jollakin toimintakyvyn osa-alueella ilmeneviä puutteita vahvistamalla jotakin toista osa-aluetta. Esimerkiksi heikkous motorisessa toiminnassa voidaan korvata kommunikaatiokyvyn ja kokemuksen avulla. Kaiken kaikkiaan toimintakyky on vahvasti subjektiivinen asia ja yksilö voi olla toimintakyvyltään rajoittunut, mutta kokee olevansa täysin elämässä kiinni. Toimintakyvyn rajoituksista seuraavat haitat ovat riippuvaisia tehtävistä, toimintaympäristöstä ja yksilöstä itsestään. (Matikainen, Aro, Huunaan- Seppälä, Kivekäs, Kujala & Tola 2004, 19- 20.) Myös Sirkka-Liisa Karppi (2009) on artikkelissaan kuvannut toimintakyvyn olevan yksilön kykyä selviytyä jokapäiväisen elämän haasteista, kuten itsestä huolehtimisesta ja työstä kulloisessakin elämäntilanteessa. Se on myös selviytymistä omalle elämälle asetetuista tavoitteista. Lapsena tavoitteet ovat kovin erilaisia kuin esimerkiksi vanhuudessa. Jos toimintakykyä tarkastellaan perinteisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden kautta, kadotetaan toimintakyvyn kokonaisuus ja dynaamisuus. Toimintakyvyn voidaan siis ajatella olevan tasapainotila kykyjen, elin- ja toimintaympäristön sekä omien tavoitteiden välillä.

Samantyyppinen tasapainotilaa kuvaava määritelmä löytyy maailman terveysjärjestön (WHO) kehittämästä toimintakyvyn ja terveyden luokitusjärjestelmästä ICF (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus). Tässä mallissa (KUVIO 2) ihmisen toimintakykyä ja toimintarajoitteita tarkastellaan terveydentilan ja ympäristötekijöiden ja yksilöllisten ominaisuuksien kautta. Ajatuksena on, että terveydentila ja ympäristö- ja yksilölliset tekijät ovat dynaamisessa vuorovaikutuksessa keskenään. Vuorovaikutus on kaksisuuntaista. Lääketieteellisessä terveydentilassa tapahtuvat muutokset voivat vaikuttaa toimintakykyyn, mutta muutos voi olla myös päinvastainen, muutokset toimintakyvyssä voivat vaikuttaa terveydentilaan. Muutos yhdessä osa-alueessa aiheuttaa yleensä muutoksia myös muissa osa-alueissa. (ICF 2004, 18- 19; Järvikoski & Härkäpää 2011, 96- 99.)



KUVIO 2. ICF (2009). Toimintakykyluokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet.

Toimintakyvyn eri osa-alueiden väliset vuorovaikutussuhteet kuvaavat toimintakyvyn dynaamisuutta. Toimintakyky on jatkuvasti elävä tilanne, jossa muutokset yhdessä osa-alueessa voivat vaikuttaa koko toimintakykyyn. Usein toimintakykyä arvioidaan pelkästään fyysisen osa-alueen kautta. Tässä kehittämishankkeessa on pyritty toimintakyvyn monipuoliseen ymmärtämiseen ja arviointiin jo potilaan joutuessa sairaalaan. Toimintakyvyn monipuolisuus on huomioitu puhelinraportointilomakkeessa, joka sisältää kaikki potilaan toimintakyvyn osa-alueet. Seuraavissa kappaleissa on tarkasteltu toimintakyvyn eri osa-alueita tarkemmin.

Fyysinen toimintakyky

Fyysinen toimintakyky käsittää kyvyn suoriutua päivittäisistä perustoimista kuten syömisestä, juomisesta, nukkumisesta, pukeutumisesta, peseytymisestä, wc-käynneistä, siirtymisistä ja liikkumisesta sekä arjen askareiden hoitamisesta. Fyysiseen toimintakykyyn katsotaan kuuluvaksi myös terveydentila ja siinä tapahtuvat muutokset. Työelämä, opiskelu ja mielekäs vapaa-aika ja niistä selviytyminen kuuluvat myös fyysiseen toimintakykyyn. Fyysinen toimintakyky voidaan jakaa

yleiskestävyteen, lihaskuntoon ja liikkeiden hallintakykyyn. Voima, kestävyys ja notkeus ilmentävät lihaskuntoa. Tasapaino, koordinaatio ja reaktiokyky kuuluvat liikkeiden hallintakykyyn. (STM 2006:5, 3; Lähdesmäki & Vornanen 2009, 22.)

Psyykkinen toimintakyky

Psyykkinen toimintakyky käsittää ihmisen elämänhallintaan, elämän mielekkyyden kokemiseen, psyykkiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen liittyviä asioita. Se, miten ihminen arvostaa itseään, minkälainen mieliala hänellä on, miten hän kokee selviytyvänsä erilaisista haasteista ja miten hän kokee omien voimavarojensa riittävyyden kussakin tilanteessa, kertoo psyykkisestä toimintakyvystä (STM 2006:5, 3.) Mielenterveys on keskeinen psyykkisen toimintakyvyn osa-alue. Hyvä mielenterveys koostuu hyvistä ihmissuhteista, onnistumisen kokemuksista ja elämän hallinnasta, autonomiasta, itsearvostuksesta ja sopeutumiskyvystä. Mielenterveyteen liittyvät myös riittävä toimeentulo ja perusturvallisuus. (Eloranta & Punkanen 2008, 106.)

Motivaatioon, minäkäsitykseen ja itsearvostukseen liittyvät asiat kuuluvat psyykkiseen toimintakykyyn. Niillä ymmärretään esimerkiksi yksilön käsitystä omasta itsestä toimijana ja ne heijastavat kykyä arvioida oman toiminnan merkitystä. Päätöksenteko ja ongelmanratkaisukyky ovat myös psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita. Laajasti ajateltuna kaikki psyykkisen toimintakyvyn osa-alueet kuvaavat sitä, missä määrin yksilö pystyy käyttämään psyykkisiä voimavarojaan omien tavoitteidensa saavuttamiseen. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 24.)

Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat kyky toimia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Sosiaalista toimintakykyä määrittävät suhteet omaisiin, läheisiin ja ystäviin, osallistuminen, elämän mielekkyys ja sosiaalisten suhteiden sujuvuus. Vapaa-ajan vietto ja harrastukset kuuluvat sosiaaliseen toimintakykyyn. (STM 2006:5, 3.) Sosiaalisten taitojen avulla yksilö pystyy solmimaan sosiaalisia suhteita ja ylläpitämään niitä. Sosiaalinen toimintakyky on hyvin merkityksellinen

toimintakyvyn osa-alue, koska sen avulla yksilöllä on mahdollisuus hankkia ja ylläpitää tukiverkosta. Tukiverkosto taas puolestaan vaikuttaa myönteisesti muihin toimintakyvyn osa-alueisiin ja suojaa stressiltä ja vastoinkäymisiltä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 24- 25.) Lisäksi sosiaaliset taidot ja laaja tukiverkosto suojaavat yksinäisyydeltä, joka on voimakas, yksittäinen toimintakykyä alentava tekijä (Vaarama 2004, 146).

Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiivinen eli älyllinen toimintakyky käsittää muistiin, oppimiseen, keskittymiseen ja erilaiseen tiedon käsittelyyn liittyvät asiat, kuten havaitsemisen. Sana kognitiivinen tarkoittaa tiedollista, tietoon perustuvaa, tiedon hankintaan, varastointiin ja käyttöön liittyvää toimintaa. Erityisen tärkeitä kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueita ovat tarkkaavaisuustoiminnot, muistitoiminnot, psykomotoriset toiminnot, ajattelutoiminnot ja korkeatasoiset kognitiiviset toiminnot. (Tuulio-Henriksson 2011, tiivistelmä.) Kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvät myös ongelmien ratkaiseminen, toiminnan ohjaus ja kielellinen toiminta. Oman toimintakyvyn realistinen ymmärtäminen on osa kognitiivista toimintakykyä. Kognitiiviset toiminnot, muistia lukuunottamatta, säilyvät usein pitkälle vanhuuteen. (STM 2006:5, 3; Lähdesmäki & Vornanen 2009, 23.)

Ympäristötekijät toimintakyvyn osana

Ympäristötekijät muodostuvat siitä asenne-, sosiaalisesta- ja fyysisestä ympäristöstä, jossa ihmiset elävät ja asuvat. Ympäristötekijät sijaitsevat yksilön ulkopuolella ja voivat vaikuttaa myönteisesti tai kielteisesti yksilön toimintakykyyn. Ympäristötekijät voidaan jakaa yksilötasoon ja yhteiskuntatasoon. Yksittäisen ihmisen taso käsittää yksilön välittömän ympäristön, kuten kodin, työpaikan tai koulun. Siihen kuuluvat myös kosketus muihin henkilöihin, kuten perheenjäseniin tuttaviiin tai vieraisiin henkilöihin. Yhteiskuntataso koostuu virallisista ja epävirallisista sosiaalisista rakenteista tai palveluista. Se käsittää esimerkiksi organisaatiot

ja palvelut, yhdyskunnan toiminnan, lait ja säädökset sekä asenteet ja ideologiat. (ICF 2009, 16- 17.)

Yksilötekijät toimintakyvyn osana

Yksilötekijät muodostuvat niistä yksilön elämään ja elämiseen liittyvistä taustoisista, jotka eivät kuulu yksilön lääketieteelliseen tai toiminnalliseen terveydentilaan. Sellaisia tekijöitä ovat mm. ikä, sukupuoli, rotu, elämäntavat, tottumukset, kasvatust, sosiaalinen tausta, koulutus, ammatti, luonteen piirteet tai yksilölliset vahvuudet. Nämä kaikki tai jokin niistä voivat vaikuttaa toimintakykyyn kaikilla toimintakyvyn tasoilla. (ICF 2009, 17.)

Tässä työssä toimintakyvyn ymmärretään koostuvan fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja kognitiivisesta osa-alueista, mutta toimintakykyyn vaikuttavat myös yksilössä itsessään olevat tekijät sekä ympäristö, missä yksilö elää. Toimintakyvyn ajatellaan olevan eräänlainen suhdetta kuvaava käsite, missä yksilön kyvyt, tunteet, tarpeet ja pyrkimykset kohtaavat toimintatilanteen olosuhteet, odotukset ja vaatimukset. (Seppälä & Sundin 2011, 5.) Potilaan kuntoutumista ja kotiutumista suunniteltaessa on esimerkiksi selvitettävä asuin- ja elinympäristössä olevat riskit ja puutteet, jotta niihin voidaan ajoissa vaikuttaa. Asunnolla ja asuinympäristöllä on merkittäviä vaikutuksia ikääntyneiden arkipäivässä selviytymiselle. Asuinympäristön ja asunnon esteettömyys vähentää toimintakyvyn ongelmien todennäköisyyttä noin puolella. Asunnossa olevat liikuntaesteet lisäävät toimintakykyvaikeuksien todennäköisyyttä peräti 19 % ja jo yksikin liikuntaeste kaksinkertaistaa toimintakyvyn laskemisen riskin. Esteetön ympäristö ei ole vain vanhusväestön etu, vaan sopii myös nuoremmille. (Vaarama 2004, 149.)

Toimintakyvyn ylläpitäminen

Väestön ikääntymisen myötä tarve sekä työssäkäyvien työ- ja toimintakyvylle että vanhusväestön hyvinvoinnille kasvaa. Hyvinvointiyhteiskuntamme täytyy toimia ja toimiakseen se tarvitsee veronmaksajia. Työssäoloajan pidentäminen on välttämättömyys hyvinvointiyhteiskuntamme olemassaololle ja kehitymiselle. Samalla

myös sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten nousu on pidettävä kurissa väestön toimintakykyä ylläpitämällä. Hyvä toimintakyky tukee yksilön osallisuutta ja yhteisöllisyyttä ja on siksi myös inhimillisesti tärkeä ja tavoiteltava tila. (Välimäki 2008, 47.) Ikääntyneellä muutokset toimintakyvyssä eivät näytä johtuvan vain yhdestä mekanismista, vaan taustalla on monimutkaisempi vuorovaikutus ympäristö- ja yksilötekijöiden välillä (McKenzie 2012, 605).

Toimintakyky tai avun tarve eivät ole pysyvä tila, vaan ne muuttuvat eri tekijöiden vaikutuksesta. Toimintakyky voi heikentyä tilapäisesti jonkin akuutin sairauden tai muun kriisin, kuten vaikkapa puolison menettämisen vuoksi. (STM 2006:5, 5.) Jokin traumaattinen elämänmuutos vähentää hyvän toimintakyvyn todennäköisyyttä noin kolmanneksella. Ikä sinänsä lisää toimintakyvyn huonontumisen riskiä. Jokainen ikävuosi 75 jälkeen vähentää hyvän toimintakyvyn todennäköisyyttä 10 %. 85 vuotta täyttäneellä on siis kaksinkertainen riski heikentyneeseen toimintakykyyn verrattuna 75 vuotta täyttäneeseen. (Vaarama 2004, 146.) Toisaalta taas kronologinen ikä ei välttämättä näytä olevan riski toimintakyvyn laskuun, biologinen ikä voi kertoa enemmän ihmisen toimintakyvystä (McKenzie 2012, 605). On todettu, että hyvä koettu terveys ja elämänhalu lisäävät kolminkertaisesti hyvän toimintakyvyn todennäköisyyttä (Vaarama 2004, 146). Toimintakykyä voidaan kuitenkin parantaa tavoitteellisella hoidolla ja kuntoutuksella. Kuntoutumisen tulisi perustua tavoitteellisuuteen, motivoituneeseen toimintaan sekä kuntoutujan subjektiiviseen terveyden ja toimintakyvyn kokemiseen. Tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan kaikkien kuntoutumiseen osallistuvien tahojen sitoutumista ja myös osatavoitteiden asettamista. Toimintakykyä ja siten myös palvelujen tarvetta arvioitaessa on tärkeää ymmärtää toimintakyvyn dynaamisuus. Palvelun tulee vaihdella ja pystyä muuttumaan ihmisen tarpeita vastaavaksi. (Routasalo & Lauri 2001, 209- 211; STM 2006:5, 5.)

Tarpeiden vastaavuutta voidaan huomioida esimerkiksi ottamalla iäkäs ihminen mukaan päätöksentekoon hänen omaa elämäänsä koskevissa asioissa. Toimintakyky ja vanhuksen omat resurssit saattavat näin jopa lisääntyä. Resursseja olisi suunnattava niin, että työntekijöillä olisi mahdollisuus tehdä asioita iäkkään ihmisen kanssa. Esimerkiksi ei käytetä ateriapalvelua vaan autetaan vanhusta käymään kaupassa ja laittamaan itse ruokaa. Kolmannen sektorin käyttöä näihin tehtäviin tulisi lisätä. Muita toimintakykyä ylläpitäviä tekijöitä ovat myös erilaiset vapaa-

ajan aktiviteetit (esimerkiksi lukeminen, musiikin kuunteleminen, liikunta) sekä sosiaaliset suhteet (sukulaiset, ystävät, kotihoidon työntekijät). Toimintakykyä uhkaavia tekijöitä ovat sen sijaan ulkopuolisten määräily liittyen asumiseen, terveydentilassa tapahtuvat muutokset ja yksinäisyys. (Eloranta, Routasalo & Arve 2008, 310- 312.) Sosiaalinen eristyneisyys ja vetäytyminen yksinäisyyteen ennustavat sairastuvuutta ja kuolleisuutta. Hyvät ja arvostavat ihmissuhteet, hyvä avio- liitto, riippumattomuus, aktiivisuus ja positiiviset kokemukset auttavat ylläpitämään toimintakykyä. (McKenzie 2012, 611.) Tutkimuksen mukaan suurin osa kotihoidon asiakkaista on tyytymättömiä psykososiaalisen tuen toteutumiseen. Syynä tähän arvellaan olevan sekä todellisen asiakaslähtöisyyden puuttumisen että kotihoidon pirstaleisuuden. (Eloranta, Arve, Viitanen, Isoaho & Routasalo 2012, 22.)

Suuri yksittäinen toimintakyvyn alenemista ennustava tekijä on koettu yksinäisyys, joka vähentää hyvän toimintakyvyn ennustetta 71 % (Vaarama 2004, 146). Yksinäisyydestä kärsii noin 10 % ikääntyneistä ja itsensä voi kokea yksinäiseksi, vaikka ei asuisikaan yksin. Yksinäisyyden kokemukseen vaikuttavat eletty elämä ja kokemukset sekä jäljellä oleva toimintakyky. (Eloranta & Punkanen 2008, 107.) Huonontunut fyysinen toimintakyky lisää yksinäisyyden kokemista. Liik- kumisen vaikeutuminen, aistien heikentyminen, kivut ja säryt sekä erilaiset sairaudet aiheuttavat sen, että toisten ihmisten tapaaminen vaikeutuu. Fyysistä toi- mintakykyä verrataan aikaisempaan toimintakykyyn ja tästä syystä yksinäisyyttä koetaan enemmän. Toisaalta heikentynyt fyysinen toimintakyky koetaan ikäänty- miseen liittyväksi luonnolliseksi muutokseksi ja sen vuoksi siihen liittyvä yksinäi- syyskin koetaan luonnollisena ilmiönä. Heikentyneen toimintakyvyn aiheuttama yksinäisyys on kuitenkin tullut odottamattomasti. (Uotila 2011, 47- 48.) Oman kulttuurimme käsitys siitä, että toisen yksityisyyttä on kunnioitettava, on omiaan lisäämään yksinäisyyttä (Eloranta & Punkanen 2008, 107). Toisaalta kotona asu- vat iäkkäät ovat yleisesti tyytyväisiä elämäänsä, vaikka yksinäisyyden ja masen- nuksen tunteet ovatkin yleisiä ja fyysinen toimintakyky huonontunut (Eloranta ym. 2012, 21).

Fyysistä toimintakykyä voidaan ylläpitää ja parantaa huolehtimalla riittävästä le- vosta, hyvästä ravitsemuksesta ja ylläpitämällä liikuntakykyä. Fyysisen toiminta- kyvyn ongelmat voivat liittyä ympäristöön, jolloin yksilöä tulisi ohjata etsimään

uudenlaisia selviytymiskeinoja vaikeuksia aiheuttavan toiminnan voittamiseksi. Ympäristön tulisi olla esteetön ja käytössä tulisi olla riittävä määrä apuvälineitä ja tekniikkaa, jotka ovat tarkoituksenmukaisia. (Eloranta & Punkanen 2008, 42.)

Ikääntyvät ihmiset kokevat liikkumisen vähentyneen laitoshoitoon siirtymisen jälkeen. Asuinpaikan liikkumisen lisääminen näyttäisi suojaavan toimintakyvyn huononemiselta. Lisäksi toimintakyvyn ylläpitäminen tulisi olla tavoitteellista ja perustua ihmisen ADL-toimintoihin. (Peri, Kerse, Robinson, Parsons, Parsons & Latham 2008, 62.) Hyvä psyykinen ja fyysinen terveys suojaavat toimintakyvyn huononemiselta, mutta myös sosiaaliseen toimintakykyyn tulisi panostaa esimerkiksi viriketoimintaa lisäämällä ja yksinäisyyttä lieventämällä. Yhteistyötä tulisi lisätä ennenkaikkea asiakkaiden itsensä, mutta myös kolmannen sektorin ja ammatillisten oppilaitosten kanssa. (Eloranta ym. 2012, 22.)

Toimintakykyä voidaan parantaa myös vanhusten geriatrisella ryhmäkuntoutuksella voidaan edistää vanhusten kotona selviytymistä ja parantaa heidän toimintakykyään. Se edellyttää moniammatillisen tiimin tekemää, toimintakykypohjaista ja syvälle kuntoutujan elämäntilanteeseen paneutuvaa selvitystä. Näin voidaan kuntoutusta varten löytää ”punainen lanka”, jossa ovat huomioituna kuntoutujan todelliset ja piilo-ongelmat. Kuntoutustiimin tehtävänä on kuntoutus- ja tiimikirjallisuuden mukaan tutustua asiakkaan elämäntilanteeseen ja sen pohjalta suunnitella kuntoutujan omaa ja hänen kanssaan toteutettavaa kuntoutussuunnitelmaa. Grönlundin tutkimuksessa se tehdään kotikäynnin muodossa ennen kuntoutusjaksoa. (Grönlund 2010, 186.) Yksilöllisesti toistuvat toimintakyvyn ylläpitämiseen tähtäävät harjoitukset näyttävät siirtävän laitoshoitoon joutumisen riskiä ainakin niillä ikääntyvillä, joiden selviäminen kotona on uhattuna. Lisäksi erilaisissa palvelu- ja hoitokodeissa ikääntyneen avun tarve vähenee ADL-toimintoihin perustuvan kuntoutussuunnitelman ansiosta. (Peri ym. 2008, 61.)

4.2 Dialoginen raportointi tiedonsiirtona

Hoitotyössä suullinen tiedonsiirto tapahtuu raportointitilaisuuksissa, joita pidetään työvuorojen vaihtuessa. Raportointitilaisuuksien tarkoituksena on antaa tietoa seuraavaan työvuoroon tuleville hoitajille. Raportointia on totuttu pitämään sinä

keskeisenä keinona, jolla taataan potilaan laadukas hoito, jatkuvuus ja turvallisuus. Raportointia käytetään myös potilaan siirtyessä paikasta toiseen. Suullisissa raportointitilaisuuksissa tapahtuvassa kommunikoinnissa on oleellista kommunikaation loogisuus ja selkeys sekä potilaan hoidon kannalta oleellisten tietojen siirtyminen sekä hoidon vaikuttavuuden arviointi. Raportissa laadulla ja tehokkuudella on vaikutusta työvuoronsa aloittavien hoitajien mahdollisuuksiin toteuttaa potilaslähtöistä hoitotyötä. (Komi & Tapanainen 2009, 10- 11.) Raportointi perustuu potilaskertomuksiin ja hoitosuunnitelmaan, jolloin suullinen raportointi on pääosin päällekkäistä kirjatun tiedon kanssa. Tutkimukset osoittavat, että potilasasiakirjat sisältävät paljon enemmän tietoa, kuin mitä on annettu raportointitilanteessa. (Lamond 2000, 796; Puumalainen, Långstedt & Eriksson 2003, 4.)

Hoitajien puhuessa puhelimesta raportointi ei ole yksisuuntaista, vaan siitä tulee dialoginen vuoropuhelu, jossa kumpikin kuuntelee toistaan ja pohdiskelevalla tavalla keskustelee potilaan asioista. Raportoinnin ensimmäisenä tavoitteena on synnyttää dialogi raportojien välille. Raportoinnin uudella tavalla ymmärtäminen edellyttää aina dialogista pohdintaa monologin sijasta. Dialoginen keskustelu edellyttää erilaisuutta, eri näkökulmia. Potilaan hoito tulee sitä moniäänisemmäksi ja sitä rikkaammaksi, mitä enemmän erilaisia näkökulmia esitetään. Dialogisuus tarkoittaa vuoropuhelua, moniäänisyyttä ja vastavuoroista vaikuttamista läsnäolevien kesken. Raporttia ei enää anneta yksisuuntaisesti, vaan raportti käydään keskustellen. Dialogilla tarkoitetaan kahdenvälistä keskustelua, jonka päämääränä on yhteisymmäry. (Seikkula & Alakare 2004, 294; Kokko 2006, 21.) Sana dialogi on johdeltu kreikkalaisesta verbistä *dialogesthai*, joka tarkoittaa keskustella (Hankamäki 2008, 35). Dialoginen vuoropuhelumenetelmä tähtää siihen, että kaikki saavat puhua, tulla kuulluksi ja kuunnella toisia (Kokko 2006, 121).

Dialogisuus on tärkeä käsite, jolla voidaan kuvata kahden tai useamman henkilön vastavuoroista kanssakäymistä sekä suhteena että prosessina (Haarakangas 2008, 8). *Dialogista suhdetta* luonnehtii avoimuus, tasavertaisuus, turvallisuus, luottamus, keskinäinen välittäminen ja kokonaisvaltainen läsnäolo. *Dialogiselle prosessille* taas tunnusomaista on kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen, ymmärryksen kehittyminen, merkitysten muodostuminen ja muuttuminen. (Aarnio & Enqvist 2001, 26.) Sana dialogi tulee kreikan kielen sanoista *dia* joka tarkoittaa ”läpi”, ”kautta” ja *logos* ”sana”, ”merkitys”. Dialogi tarkoittaa siis merkityksien vir-

tausta, jossa ihmiset ajattelevat vuoropuhelua yhdessä. Yhdessä ajattelu tarkoittaa sitä, ettei yksilö enää pidä omaa kantaansa lopullisena, vaan askeleena lopputulosta kohti. (Isaacs 2001, 40.)

Kommunikaation dialogi merkitsee eri asiaa kuin pelkkä keskustelu. Dialogisuus-termi viittaa asenteeseen, joka tukee kasvua ottamalla huomioon toisen näkökulman eli se viittaa suhteen monipuolisuuteen eli minä-sinä suhteeseen. Dialogi on vuorovaikutussuhde, joka parhaimmillaan on keskinäistä kunnioitusta, tasavertaisuutta sekä avoimuutta. Dialoginen keskustelu on kuuntelevaa keskustelua. Vuorovaikutustilanteen jokaisen osapuolen tulee sitoutua luomaan avointa vuoropuhelua, jotta dialogisuus toteutuisi ja edellytyksenä dialogisuuden syntymiselle on luottamuksellinen olotila. Keskeistä dialogisessa vuorovaikutuksessa on toisen osapuolen kuunteleminen sekä omalla persoonallaan ja puheella viestitetty toisen osallistujan kiinnostavuus ja hyväksyntä. (Aarnio & Enqvist 2001, 26; Haarakangas 2008, 8- 9.)

4.3 Kuntouttava hoitotyö

Kuntouttava hoitotyö on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa pärjäämään tilanteissa, joissa hänen selviytymisensä on heikentynyt. (Kukkonen 2007, 10.) Kuntoutuminen on määritelty prosessina, jossa potilas saavuttaa entisen tai paremman terveydentilan. Kuntoutuminen on aktiivinen, suunniteltu ja myönteinen prosessi. Kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä pyritään ylläpitämään tai palauttamaan toimintakykyä, maksimoimaan elämiseen tyytyväisyyttä, lisäämään psyykkistä hyvinvointia ja ylläpitämään sosiaalista asemaa. (Siipola 2001, 22- 23; Routasalo & Arve 2002, 6.) Myös psykososiaaliseen toimintakykyyn tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Kuntouttavassa hoitotyössä tulisi päästä pois tiukista hoidon rajojen määrittelyistä ja siirtyä joustaviin, asiakaslähtöisiin toimintamalleihin, jotka mahdollistavat yksilöllisiin tarpeisiin vastaamisen ja hoitoon sitoutumisen. (Pitkälä, Savikko & Routasalo 2005, 146- 148; Pikkarainen 2005, 50- 51.)

Konkreettisesti kuntouttavalla hoitotyöllä tarkoitetaan sitä, että potilas tekee hoitotilanteessa kaiken sen mihin pystyy. Hoitaja toimii tilanteessa ohjaajana ja moti-

voijana sekä rohkaisee ja tukee kuntoutujaa. (Siipola 2001, 51; Ikonen & Mäkisalo 2004, 22.) Pienetkin kuntoutumisen edistysaskeleet huomioidaan ja luodaan myönteistä ilmapiiriä. Huumoria käytetään sopivassa määrin ja iloisuus koetaan positiivisena asiana. Toivon ylläpitäminen vaikeassakin sairastumistilanteessa auttaa potilaan kuntoutumisprosessia eteenpäin. Auttajana toimiessaan hoitaja toteuttaa huolellista perus- ja lääkehoitoa. Huolellinen perushoito sisältää päivittäisiin toimintoihin liittyvän hoidon kuten, liikkumisen, ravitsemuksen, nesteytyksen, puhtauden ja erittämisen. Lääkehoidossa huolellisuus tarkoittaa potilaan lääkehoidon tietämystä ja mahdollisten sivuvaikutusten huomiointia. (Routasalo & Lauri 2001, 207; Routasalo 2002, 116- 112; Haapaniemi, Routasalo & Arve 2006, 204.) Kuntouttava hoitotyö on yksilöllistä ja potilaslähtöistä toimintaa, joka edellyttää potilaan itsemääräämisoikeuden tukemista, turvallisuuden tunteen kokemista ja elämän mielekkyyden kokemista. Tästä voimme päätellä, että kuntouttava hoitotyö ei ole pelkästään fyysisen toimintakyvyn ylläpitämistä. (Routasalo & Lauri 2001, 20.) Toisaalta fyysisen toimintakyvyn paraneminen on helposti nähtävä kuntoutumisen osa-alue. Esimerkiksi liikkumissuunnitelman kirjaaminen hoitosuunnitelmaan on tuonut hyviä kokemuksia potilaan kuntoutumisessa. Kuntouttavalla hoitotyöllä tarkoitetaan kuitenkin kaikkea sitä toimintakykyä tukevaa ja edistävää toimintaa, jota hoitotyöntekijät tekevät osana päivittäistä työtä. Käytännössä se tarkoittaa potilaan mahdollisimman suuren omatoimisuuden tukemista esimerkiksi pesujen, pukemisen ja ruokailujen yhteydessä, turvallisen liikkumisen mahdollistamista ja osallistumista sosiaaliseen elämään myös sairaalamaailmassa. (Ikonen & Mäkisalo 2004, 22- 23.)

Sairaalahoidossa on huomioitava se, että kuntouttava hoitotyö on yhtä tärkeää kuin perus- ja erikoishoitokin. Sairaalahoidossa koko henkilökunnan osallistuessa toimintakyvyn ylläpitämiseen tai varsinaiseen kuntouttavaan toimintaan, puhutaan toimintakykyä ylläpitävästä tai edistävästä hoitotyöstä. (Haapaniemi, Routasalo & Arve 2006, 202.) Kuntouttavan hoitotyön lisääntyminen näkyy työskentelytavan muutoksena. Hoitajien mielestä opastaminen vie enemmän aikaa kuin puolesta tekeminen, mutta lopulta aikaa säästyy potilaan omatoimisuuden lisääntyttyä. Tutkimuksessa korostetaan keskustelua kuntoutujan kanssa ja kuntoutumisen edistämistä hoitotyön keinoin. Tällä halutaan korostaa potilaan aktiivista roolia omassa kuntoutumisprosessissaan. (Routasalo, Arve, Aarnio & Saarinen 2003, 26-

30.) Hoitajan voidaan ymmärtää toimivan eräänlaisena kanssakulkijana ja kuntoutuksen tarkoituksena on kuntoutettavan mahdollisimman suuri itsenäinen toimintakyky. Lisäksi kuntouttavaan toimintaan liittyvät läheisesti kuntoutujan oma motivaatio ja sen tukeminen sekä omaisten ja läheisten osuus tässä toiminnassa. (Routasalo & Lauri 2001, 207- 209.)

Hoitajan rooli kuntoutumisen edistämässä on merkittävä. Rooli näkyy kokonaisvaltaisena vastuunottona kuntoutujan kuntoutusprosessista. Tämä merkitsee kuntoutujan lähtötilanteen arviointia ja tavoitteiden asettamista, johon kuuluvat mm. taustatietojen selvitys, toimintakyvyn ja voimavarojen selvittäminen sekä kuntoutumisen tavoitteiden moniammatillinen suunnittelu. Moniammatillisuus edellyttää vuorovaikutusta kuntoutujan ja hänen läheistensä sekä tiimin muiden jäsenten kanssa. Sairaanhoidajan rooliin sisältyvät myös hoitotyön menetelmien nimeäminen, kotiutuksen varmistaminen ja jatkuva arviointi. Kokonaisvaltainen vastuunotto merkitsee tulevaisuuteen suuntautumista ja ammattitaitoisen hoitotyön toteuttamista ja kehittämistä. Omahoitajuus tuo varmuutta kuntoutusprosessin toteutumisesta sekä hoitajalle itselleen että muille tiimin jäsenille. (Haapaniemi, Routasalo & Arve 2006, 202- 204; Mäntynen, Vehviläinen-Julkunen & Sivenius 2008, 25- 30.) Kuntouttavan hoitotyön tulee olla tehokasta ja riittävän aikaisessa vaiheessa aloitettua. Uudessa- Seelannissa tehdyssä tutkimuksessa vanhuksille laadittiin tavoitteellinen ja yksilöllinen toimintaohjelma, joka perustui tavalliseen arjen toimintaan. Toiminta oli mielekästä. Aktiivinen toiminta ei auttanut säilyttämään fyysistä toimintakykyä huonokuntoisilla vanhuksilla. Aktiivinen toiminta ei ollut tarpeeksi kuntouttavaa ollakseen toimintakykyä parantavaa. Tällaiset toimenpiteet saattoivat tarvita intensiivisempää otetta, hoitotyöntekijöiden tehokkaampaa toimintaa ja liikunnan määrän lisäämistä. Myös moniammatillinen toiminta oli liian vähäistä. (Kerse, Peri, Robinson, Wilkinson, von Randow, Kiata, Parsons, Latham, Parsons, Willingale, Brown & Arroll 2008, 6-7.)

Asiakaslähtöisyys kuntouttavan hoitotyön pohjana

Niin kuntoutuksen sektorilla kuin kuntouttavan hoitotyön puolellakin ollaan siirtymässä asiantuntijakeskeisestä toimintamallista kuntoutujalähtöiseen toimintatapaan. Asiantuntijakeskeisessä mallissa kuntoutustyöntekijä toimii asiantuntijana,

joka määrittelee ongelmakohdat ja tutkittavat asiat ja tekee johtopäätöksensä usein kuulematta kuntoutujaa. Apuna asiantuntija käyttää erilaisia tutkimusmenetelmiä. Kuntoutujalähtöiseen toimintatapaan siirtyminen edellyttää dialogisuuden ja tasa-arvoisen vuorovaikutussuhteen toteutumista. Kuntoutuja on aktiivinen, oman elämänsä asiantuntija ja kuntoutustyöntekijä hänen yhteistyökumppaninsa, jonka tehtävänä on tuoda oma tieto-taitonsa kuntoutujan käyttöön. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 187- 189.) Seuraavassa taulukossa (TAULUKKO 1) on vertailu asiantuntijakeskeistä toimintapaa kuntoutujalähtöiseen toimintapaan eri näkökulmista.

TAULUKKO 1. Asiantuntijakeskeinen ja kuntoutujalähtöinen malli kuntoutustyössä (mukaellen Järvikoski & Härkäpää 2011, 188.)

Kohde	Asiantuntijakeskeinen malli	Kuntoutujalähtöinen malli
Asiakas tai kuntoutuja	Passiivinen rooli, toiminnan kohde	Aktiivinen rooli
Kuntoutustyöntekijä	Päätöksentekijä, toiminnan subjekti	Yhteistyökumppani
Suhteen luonne	Valta asiantuntijalla, perustuu eriarvoisuuteen	Tasa-arvoinen vuorovaikutussuhde
Ongelmien tulkinta	Perussyy asiakkaan vajuuksissa	Toimintaympäristön ja kuntoutujan suhteen ongelma
Ratkaisut ja toimenpiteet	Yksilön hoitaminen, toimintatarjoitteiden vähentäminen	Voimavarojen tukeminen
Tulevaisuuden ennuste	Opittu avuttomuus	Selviytymiskeinojen löytyminen

Kuntoutujalähtöinen malli tukee toimintakyvyn säilymistä. Siinä potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa omaan kuntoutumiseensa henkilökunnan toimiessa yhteistyökumppanina ja tarjoten oman asiantuntijuutensa potilaan käyttöön. Potilaan motivaatio omaan kuntoutumiseensa paranee, koska potilaalla on siinä aktiivinen rooli. (Karttunen 2005, 55; Pitkälä, Routasalo & Savikko 2005, 146-147.) Ketään ei voi kuntouttaa vastoin omaa tahtoaan. Kuntoutumisessa on kysymys potilaan selviytymisestä eri toimintatarjoitteista tai sopeutumisesta elämään toimintatarjoitteiden kanssa. Niitä varten tarvitaan toimintakyvyn laaja-alaista ymmärrystä.

Asiakaslähtöinen hoito perustuu itsemääräämisoikeuden toteutumiselle. Itsemääräämisoikeuden edellytyksenä on, että vanhuksen toiveita kuunnellaan aidosti ja potilaalla on myös mahdollisuus vaikuttaa omien asioidensa hoitoon. (Tuominen 2006, 75- 77.) Osastohoidossa olevien potilaiden kokemuksia asiakaslähtöisyyden toteutumisesta kuvaavat parhaiten avun saaminen omien odotusten pohjalta sekä hoidon tavoitteet ja suunnittelu hoidon alkuvaiheessa. Nämä kaksi odotusta kuvaavat itsemääräämisoikeuden toteutumista. Potilaat arvostavat myös häiriötöntä hoitotilannetta ja luottamuksellista asioiden käsittelyä, jotka kuvaavat intimitetin, yksilökohtaisen ja autonomisen hoidon toteutumista. (Kujala 2003, 152.)

Potilaan osallisuus omaan hoitoonsa edellyttää autonomian, itsehoidon ja persoonallisen vaikuttamisen mahdollisuutta. Autonomia ymmärretään siten, että potilas tulee ymmärretyksi ja hyväksytyksi omana itsenään. Hänellä on mahdollisuus päättää asioistaan ja hän on tasavertainen hoitosuhteessa. Vuorovaikutuksellisuus hoitosuhteessa on myös tärkeää autonomian toteutumisen kannalta. Itsehoito ja sen tukeminen on potilaiden kokemuksen mukaan hoitajan kykyä sovittaa hoito-ohjeet potilaan senhetkiseen elämäntilanteeseen. Persoonallinen vaikuttaminen taas on olemassaolokokemus, joka muodostuu tunteesta kyetä hallitsemaan itseään ja omaa elämäänsä. Se muodostuu, kun potilasta arvostetaan yksilönä ja omaa elämäänsä hallitsevana asiantuntijana. (Kujala 2003, 40- 47; McCormack 2004, 33- 34.)

Myös hoitohenkilöstö pitää asiakaslähtöisyyttä innostavana ja potilaan hyvää hoitoa edistävänä toimintana. Hoitajien kokema kiire on vähentynyt, potilaiden käyttäytymisen ja elämäntilanteen ymmärtäminen on lisääntynyt ja aikaa on jäänyt tärkeimmille tehtäville enemmän. Ammatillinen kasvu on mahdollistunut aikaisempaa paremmin, esimerkiksi hoidon arvioinnissa ja tehtävien priorisoinnissa on tapahtunut muutosta parempaan. Lisäksi asiakaslähtöisyyteen pyrkiminen on mahdollistanut vastavuoroisuuden toteutumisen ja sitä kautta myös henkilökohtaisen kasvun. (Karttunen 2005, 55.) Asiakaslähtöisyyteen panostaminen on siis sekä tuloksellista että myönteistä ja se näyttäisi edistävän potilaan toimintakykyisyyden ja persoonallisuuden säilymistä. Potilaiden oma aktiivisuus ja sitoutuminen omaan hoitoonsa lisääntyy ja hoitotyöstä tulee sujuvampaa. Potilaan oma aktiivisuus ja osallisuus oman kuntoutuksensa suunnitteluun vaikuttavat kuntoutuk-

seen sitoutumiseen ja sen tuloksellisuuteen. (Pitkälä, Routasalo & Savikko 2005, 146- 147.)

Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa toteutuu kuitenkin huonosti. Potilas jää helposti passiiviseksi kuntoutustoimenpiteiden kohteeksi. Potilaan mielipiteitä ja näkemyksiä ei kysytä, vaan kuntoutuja kokee olevansa ulkopuolinen omien asioidensa suhteen. Hoito rakentuu työntekijöistä ja omaisista käsin. Kuntoutujalla olisi halua ja kykyä vaikuttaa omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa, mutta vapautta niiden tekemiseen ei ole. (Tuominen 2006, 75- 77.) Vanhusten liikunnallisen laitostuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu osana Kelan rahoittamaa IKÄ-hanketta. Tulosten mukaan kuntoutusjakso ei vastannut kaikkien kuntoutujien tarpeisiin. Kuntoutusjakson suunnittelu ei ollut asiakaslähtöistä. Jotkut vanhukset ovat tuloksetta yrittäneet vaikuttaa kuntoutusjakson sisältöön. (Wallin 2009, 34- 54.) Toisaalta taas sairaalahoidossa olevat vanhukset ovat melko tyytyväisiä potilaita. Tällaisia asioita ovat mm. tyytyväisyys henkilökuntaan, lääkäriin ja esimerkiksi huonejärjestelyihin. Sosiaaliset suhteet koetaan myös tärkeiksi. Kuntoutus ja virikkeellisyys koetaan hyvänä, samoin sairaalan ajallinen rutiini, joka tuo turvallisuutta. Palvelun saaminen hoitohenkilökunnalta on joidenkin vanhusten mielestä hyvä asia. Toisaalta se kertoo siitä, että asioita tehdään vanhuksen puolesta, mikä puolestaan saattaa vaikuttaa toimintakykyä laskevasti. Samat asiat mitkä saavat aikaan tyytyväisyyttä, aiheuttavat osassa vanhuksia tyytymättömyyttä. Osa tyytymättömyydestä liittyy avun saamiseen ja palveluun, osa taas kohteluun. (Järnström 2011, 169- 175.)

Moniammatillisuus kuntouttavan hoitotyön osana

Uudenlainen gerontologinen, moniammatillinen kuntoutus vaatii uudenlaista toimintaa. Sen mahdollistaminen vaatii uusia aika- ja työvoimaresursseja sekä innovatiivista työtettä. Moniammatillisuuden tulisi toteutua kuntoutujan palvelutarpeita suunniteltaessa. (Pitkälä ym. 2005, 146- 148; Pikkarainen 2005, 50- 51.) Kuntouttavassa työssä korostuvat moniammatillisuus ja tavoitteellisuus. Kuntouttava työ on eri ammattiryhmien sekä kuntoutujan itsensä ja hänen läheistensä yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa kaikkien ammattiryhmien erityisosaamisen hyödyntämisen kuntoutusprosessissa. (Isoherranen 2005, 14.)

Hoitotyön osuus koordinoivana tahona kuntoutusprosessissa selittyy sillä, että hoitaja on 24 tuntia vuorokaudessa kuntoutujan kanssa ja pystyy näin ollen helpommin hahmottamaan kokonaisuutta kuntoutujan parhaaksi. Läheisten merkitys tiedonantajina ja iäkkään kuntoutujan elämänhistorian asiantuntijana sekä kuntoutumisprosessin tukijana on suuri. (Kuivamäki & Patteri 2003, 78.) Kuntoutumisen tulisi perustua tavoitteellisuuteen, motivoituneeseen toimintaan sekä kuntoutujan subjektiiviseen terveyden ja toimintakyvyn kokemiseen. Tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan kaikkien kuntoutumiseen osallistuvien tahojen sitoutumista ja osatavoitteiden asettamista. Kaiken tämän tarkoituksena on potilaan hyvinvoinnin edistäminen eri näkökulmia yhdistämällä. (Routasalo & Lauri 2001, 209- 211.)

Kuntouttava toiminta ei useinkaan perustu moniammatilliseen, geriatriseen arviointiin eikä yhdessä asiakkaan kanssa asetettuihin tavoitteisiin. Henkilöstöllä on käytössään tieto-taitoa ja moniammatillisia menetelmiä iäkkään potilaan toimintakyvyn säilyttämiseksi ja edistämiseksi, mutta asenteet ja ajan puute muodostuvat näiden menetelmien esteiksi. (Karttunen 2005, 53; Kuusela, Hupli, Johansson & Eloranta 2010, 99- 104.) Tutkimuksen *Effects on Work Resumption or a Cooperation Project in Vocational Rehabilitation* mukaan ne ihmiset, jotka ovat saaneet moniammatillisuuteen ja yhteistyöhön perustuvaa, yksilöllistä kuntoutusta, ovat hyötäneet kyseisestä kuntoutuksesta. Yhteistyöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä sekä työryhmän sisäistä, moniammatillista yhteistyötä että yhteistyötä asiakkaan kanssa. (Kärrholm, Ekholm, Jakobsson, Ekholm, Bergroth & Schuldt 2006, 466.)

Moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi on löydetty ehdotuksia. Potilaskeskeisyydessä on parantamisen varaa ja sen kehittämiseksi ehdotetaan yhteisen hoitosuunnitelmalomakkeen käyttöä. Työskentelyilmapiirin parantamiseksi ehdotetaan avoimempaa vuorovaikutusta ja palautteen käyttöä. Moniammatillinen työskentely edellyttää myös kuntoutujan ja hänen läheistensä tarpeiden kuulemistä ja kuntoutujan todellista vaikutusmahdollisuuttaan itseään koskeviin asioihin. (Kuivamäki & Patteri 2003, 78.) Moniammatillinen työskentely on asiakkaan tarpeista lähtevää, yhteisesti suunniteltua ja tavoitteellista toimintaa. Moniammatillisessa yhteistyössä tavoitteena on dialogin syntyminen sekä muiden ammattilaisten että asiakkaiden kanssa. Dialogisessa vuorovaikutuksessa kiteytyy se moniammatilli-

suuden tavoite, jota kukaan ammattilainen ei pysty yksin tuottamaan. (Pärnä 2012, 217- 218.)

Laki ei estä moniammatillista yhteistyötä. Päinvastoin, se näyttäisi jättävän riittävästi tilaa yhteistyölle ja tiedottamiselle, mikä on moniammatilliselle yhteistyölle välttämätöntä. Sen sijaan paikalliset, palveluorganisaatioon liittyvät säännöt näyttäisivät estävän niitä muutoksia, jotka tähtäävät kauaskantoisempaan, moniammatilliseen toimintaan. Toisin sanoen, nykyinen palvelujärjestelmämme esimerkiksi kotihoidossa, ei vastaa asiakkaiden tarpeisiin riittävän hyvin. Syynä siihen voidaan pitää nykyisen palvelujärjestelmän jäykkyyttä sen suhteen, mitä mikäkin palveluntarjoaja tekee. Moniammatillinen yhteistyö ei siis pääse toteutumaan, koska asiakkaan luona käy paljon eri ihmisiä eri sektoreilta sen sijaan, että yksi ihminen pystyisi hoitamaan useamman asian kerralla. Tutkimuksessa kehoitetaankin palveluntarjoajia keskittymään monialaiseen toimintaan yksittäisten toimijoiden sijaan. (Elissen, van Raak & Paulus 2011, 40.)

Työyksikön toimintakulttuuria pitäisi kehittää joustavammaksi ja vanhoja toimintatapoja kyseenalaistaa. Näihin kaikkiin asioihin tulisi saada johdon tukea ja lisäkoulutusta. Moniammatillisuuden kehittäminen vaatiikin siihen perehtynyttä johtamista ja prosessiajattelun vahvistamista. Vaikka kehittämistoimenpiteet moniammatillisuuden parantamiseksi vaikuttavat olevan suhteellisen arkisia ja yksinkertaisia, ne vaativat kuitenkin toteutuakseen yhteistyötä, asennemuutoksia ja henkilöstön osallistamista. Henkilöstön osallistaminen vaatii erityistä taitoa, koska sairaalaympäristö poikkeaa monista työyhteisöistä eri hallinnon alla olevien henkilöstöryhmien, hierarkkisuuden ja kulttuuristen perinteiden suhteen. (Kuivamäki & Patteri 2003, 78; Collin, Paloniemi & Herranen 2012, 132.)

4.4 Kuntouttavan hoitotyön arviointi

Laadukas hoito ja palvelu voi pohjautua vain huolellisesti tehtyyn arvioon yksilön toimintakyvystä ja kokonaisuudesta. Toimintakyvyn mittamiseen on kehitetty runsaasti erilaisia mittareita, mutta ne on useimmiten tarkoitettu mittamaan vain tiettyä osa-aluetta toimintakyvyssä. Vaikka mittari mittaisikin useampaa osa-aluetta, antaa se vain karkean kuvan potilaan toimintakyvystä ilmaisemalla ns. indeksiluvun. Kattavaa, kaikkia eri toimintakyvyn ulottuvuuksia mittaavaa mitta-

ristoa ei todennäköisesti pystytä luomaan, jolloin kulloinenkin mittaustarve määrittelee mittariston valinnan. Toimintakykyä arvioivan mittarin pitäisikin pystyä mittaamaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen osa-alueen lisäksi myös ympäristö- ja yksilötekijöitä toimintakyvyssä. Toimintakyvyn arvioinnin lisäksi tarvitaan keskusteluja apua tarvitsevan ihmisen tai hänen läheisensä kanssa sekä päivittäisistä toiminnoista selviytymisen havainnointia. (Voutilainen & Vaarama 2005, 15- 18; STM 2006:5, 5.)

Henkilön toimintakykyä arvioidaan käyttämällä mittareita, mutta myös keskustelun ja havainnoiden. Arvioinnin tulisi käsittää aina kaikki toimintakyvyn osa-alueet eli fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen ja yksilö- ja ympäristötekijät. Mittareiden sisältämät yksittäiset kysymykset antavat arvokasta tietoa asiakkaan tarpeista. Niihin liittyvät raja-arvot ja eri mittareiden yhdistelmät informoivat arvioijaa siitä, miten vaikea-asteinen arjesta suoriutumisen vaje on. Arvioinnin lopputulos on aina yksilöllinen, johon vaikuttavat arvioija ja arvioitava sekä hänen läheisensä ja näiden kaikkien välinen vuorovaikutus. Arviointia käytetään tilanteissa, joissa iäkäs ihminen ei selviä arjestaan ilman toisen ihmisen apua. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi sairaalasta kotiutuminen. (STM 2006:5, 5.)

Palveluiden tarkastelu tulisi laajentaa vaikuttavuus- ja laatumittareihin, joiden avulla voitaisiin selvittää esimerkiksi asiakastyytyvyyden ja toimintakyvyn kehittämistä. Tätä varten tulisi ottaa käyttöön toimintakyvyn ja laadunseurantajärjestelmä, joista kattavin on RAI-järjestelmä. Toimintakykyä arvioidaan tässä kehittämishankkeessa RAI-mittariston avulla. RAI-järjestelmä on kehitetty mittaamaan hoidon laatua ja kustannuksia sekä maksujärjestelmien kehittämistä varten. Ensimmäisenä RAI-mittaristo otettiin käyttöön pitkäaikaishoidon puolella, mutta nykyisin sitä käytetään myös akuuttihoiossa. RAI-järjestelmä sisältää laajalajaisen toimintakyvyn, voimavarojen ja tarpeiden kartoituksen. RAI:n perusajatuksena on prosessi, jonka mukaan ihmisen jäljellä olevia voimavaroja hyödynnetään mahdollisimman paljon hoito- ja palvelutarvetta suunniteltaessa. Prosessi nojautuu viimeiseen ajantasaiseen tietoon ja henkilökunnan ammattitaitoon. (Noro, Finne-Soveri, Björgren & Vähäkangas 2005, 22; SOTE 2015, 9.)

RAI-mittaristoa on runsaasti tutkittu ja testattu eri menetelmin. Kysymysten laadinnassa on käytetty eri alojen asiantuntijoita ja kysymysten muotoa on testattu eri

luotettavuustestein. RAI- mittaristoa käytetään paitsi hoidon laadun mittaamiseen myös hoitotyön monipuoliseen kehittämiseen. RAI-mittaristo on ainoa mittari, joka kattaa toimintakykyarvioinnin mahdollisimman kattavasti tällä hetkellä käytössä olevista mittareista. Rai- järjestelmän sisällä on neljä mittaria, jotka mittaavat eri osioita toimintakyvyssä. CPS (Cognitive Performance Scale) mittaa kognitiivista, ADLH(ADL- hierarkia) mittaa fyysistä, SES (Social Engagement Scale) mittaa sosiaalista ja DRS (Depression Rating Scale) mittaa psyykkistä toimintakykyä. (Noro ym. 2005, 23; Voutilainen & Vaarama 2005, 19- 24.)

RAI-mittaristo on yleisesti tunnettu ja käytössä laajasti koko maassa. Lahden kaupunginsairaalassa RAI- LTC- mittaristo pitkäaikaiseen laitoshoittoon on ollut käytössä kesäkuusta 2011 alkaen. RAI- PAC- mittaristo akuuttihoiton jälkeiseen jatkokuntoutukseen on tulossa käyttöön Lahden kaupunginsairaalassa loppuvuodesta 2012. Tätä kehittämishanketta varten tekijät saivat luvan Lahden kaupunginsairaalan ylihoitajalta ennakkokäyttää sairaalassa olemassaolevaa RAI- järjestelmää kuntoutuspuolella esimerkkipotilaiden toimintakyvyn arvioimista varten. Molemmat tekijät koulutettiin kehittämishankkeen aikana käyttämään RAI- mittaristoa.

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

5.1 Puhelinraportointilomakkeen työstäminen

Osastojen 61- 62 ja 1 32 välinen raportointi potilassiirroissa koettiin hankalana. vastaanottavan osaston L 32 henkilökunta koki, että heillä ei ollut riittävää tietoa potilaan toimintakyvystä osastolle siirtyessä eikä sitä myöskään osattu kysyä. Syynä tähän pidettiin loogisen ja kattavan puhelinraportointilomakkeen puuttumista. Osastolla L 32 oli vanha puhelinraportointilomake olemassa, mutta sen käyttö koettiin hankalana. Lisäksi lähettävällä osastolla 61- 62 ei ollut käytössään minkäänlaista puhelinraportointilomaketta vaan raportti annettiin potilaspaperista lukemalla ja yksisuuntaisesti kertomalla. Tämä tilanne oli johtanut siihen, että raportoinnista muodostui yksipuolinen ja kiireinen. Hoitajan antamassa raportissa ja lääkärin kirjoittamassa siirtotekstissä saattoi myös olla eroavaisuuksia esimerkiksi lääkityksen suhteen.

Riittämätön tiedonsiirto, toimintakyvyn arvioimattomuus ja ristiriidat siirtotiedoissa synnyttivät tarpeen uudelleenlaistulle puhelinraportointilomakkeelle. Espoon sairaalassa pidetyn luennon yhteydessä esille tuli Liittyvä Voima- hanke, joka oli Metropolia ammattikorkeakoulun terveystyö- ja hoitoalan sekä Espoon sairaalan ja rekrytointiyksikön välinen yhteistyöhanke vuosina 2008- 2011. Hankkeeseen kuului kolme osaprojektia, jotka kohdistuivat potilasturvallisuuteen ja lääkehoitoon, kotiutusprosessiin ja palveluohjaukseen sekä toimintakyvyn edistämiseen. Hankkeen tarkoituksena oli tuottaa kuvaus kumppanuusmallista ja sen kehittämisprosessista. (Liittyvä Voima- hanke.)

Espoon sairaalan osasto 3 E:n puhelinraportointilomake valmistui liittyvä voimahankkeen kotiutumisosaprojektin sivutuotoksena. Puhelinraportointilomake antoi osastolle hyvän työkalun potilaan siirtoa ajatellen. Tämän kokemuksen pohjalta vertailukehitimme (benchmarking) Espoon sairaalan osasto 3 E:n puhelinraportointilomaketta tähän hankkeeseen sopivaksi. Benchmarkingin avulla toimintaa voidaan kehittää muilta oppimalla ja hyviä hoitokäytäntöjä voidaan yhtenäistää, kuten tämän puhelinraportointilomakkeen työstämisessä teimme. Puhelinraportointilomakkeen muotoilussa käytimme hyväksi myös ISBAR-menetelmää. ISBAR-menetelmä kehitettiin 1990-luvulla Yhdysvaltojen puolustusvoimissa

suullisen tiedonkulun yhdenmukaistamiseksi. Menetelmä levisi nopeasti ilmailuun ja sitä kautta terveydenhuollon käyttöön. ISBAR on strukturoitu kommunikaatiomenetelmä, joka tulee sanoista Identify (tunnistaa), Situation (tilanne), Background (tausta), Assessment (nykytilanne) ja Recommendation (toimintaehdotus). Menetelmä mahdollistaa johdonmukaisen ja yhteneväisen kommunikaatiokeinoon terveydenhuollon ammattilaisten piirissä raportointitilanteessa. Menetelmää voidaan käyttää erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä ja sitä voidaan muokata eri työyksiköihin tarkoituksen mukaisesti. (Perälä, Junntila & Toljamo 2007, 3; Kupari, Peltomaa, Inkinen, Kinnunen, Kuosmanen & Reunama 2012, 29-31.) ISBAR- menetelmää sovellettiin tämän kehittämishankkeen puhelinraportointilomakkeessa seuraavasti (TAULUKKO 2.)

TAULUKKO 2. ISBAR-menetelmä puhelinraportointilomakkeessa (mukaellen Kupari, Peltomaa, Inkinen, Kinnunen, Kuosmanen & Reunama 2012, 29- 31).

IDENTIFY	Potilaan nimi, raportin antaja ja vastaanottaja. Miltä osastolta potilassiirto tapahtuu
SITUATION	Potilaan perussairaudet ja tulosyy
BACKGROUND	Toimintakyky ennen sairaalaan joutumista
ASSESSMENT	Tämän hetkinen toimintakyky, hoitotyön tavoitteet ja keinot
RECOMMENDATION	Kuntoutuksen tavoite ja kuntoutujan oma sitoutuminen tavoitteisiin

Puhelinraportointilomakkeesta tehtiin alustava versio, joka pohjautui toimintakyvyn määritelmiin. Lomaketta testattiin kevään 2011 aikana. Osastojen palautteiden perusteella lomaketta korjattiin nykyiseen muotoonsa ja kesän ja syksyn 2011 aikana lomake muotoiltiin nykyiseksi versioksi. Lopullisessa versiossa huomioitiin se toimintakyky, joka potilaalla oli sairaalaan tullessaan. Tämä aikaisempi toimintakyky antoi ns. punaisen langan, josta muodostui kuntoutuksen päätavoite potilaalle.

5.2 Hoitohenkilökunnan sitoutuminen kehittämishankkeeseen

Tämä kehittämishanke kosketti kahden eri osaston, Päijät-Hämeen keskussairaalan osasto 61- 62 ja Lahden kaupunginsairaalan osasto L32:n hoitohenkilökuntaa. Se vaati heiltä sitoutumista ja aktiivista osallistumista. Kehittämishanke on sosiaalinen prosessi, jossa edellytetään aktiivista osallistumista ja vuorovaikutusta. Kahden eri osastoa koskevassa kehittämistoiminnassa riskinä on se, että osallistujilla voi olla erilaiset intressit kehittämisen suhteen. Kehittämisestä ei ehkä ollakaan niin innostuneita tai asioista ei olla samaa mieltä. Tiiviillä seurannalla, kannustuksella ja motivoinnilla kehittämishankkeen tärkeydestä pyritään välttämään yllämainitut riskit. (Toikko & Rantanen 2009, 89.)

Kehittämishankkeen aikana tekijät pitivät neljä osastotuntia, kaksi kummallakin yhteistyöosastolla. Osastotuntien tarkoituksena oli henkilökunnan motivointi kehittämishankkeeseen. Ensimmäisillä osastotunneilla käytiin läpi puhelinraportointilomaketta ja sen käyttöä. Puhelinraportoinnin dialogisuutta korostettiin. Raporttia ei enää anneta yksisuuntaisesti, vaan raportti käydään keskustellen. Tekijöiden ajatuksena oli, että raportoinnin aikana puhelinraportointilomake olisi käytössä kummallakin osastolla. Näin varmistettiin tietojen siirtyminen vastaanottavalle osastolle. Toisilla osastotunneilla keskityttiin toimintakykyyn ja sen eri osaluksiin kuntouttavan hoitotyön suunnittelussa. Osastotunneilla keskusteltiin mahdollisuudesta käyttää puhelinraportointilomaketta paperisen hoitotyön lähteen sijasta. Samalla kerrottiin myös tulevasta puhelinraportointia koskevasta kyselystä, jonka toteutettiin kevään 2012 aikana

Osastot olivat erilaisessa asemassa kehittämishankkeen suhteen. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli kuntouttavan hoitotyön tehostuminen jatkokuntoutusosastolla L 32 ja siksi kehittämishanke hyödytti enemmän osastoa L 32. Kehittämishankkeen päätavoitteen kohdistaminen osastolle L 32 toimi jo hyvänä motivaation lähteenä kehittämishankkeeseen sitoutumisessa. Vastaanottavaa osastoa L 32 neuvottiin hyödyntämään puhelinraportointilomaketta alustavan hoitosuunnitelman tekemisessä. Näin osasto saattoi valmistautua potilaan vastaanottamiseen paremmin.

Dialogisuuden merkitystä puhelinraportoinnissa korostettiin motivaation lähteenä. Uuden raportointitavan käyttöönotto ja siitä saatavan hyödyn huomaaminen lisää motivaatiota. Osastotunneilla käytiin läpi, mitä dialogisuus on ja miten sitä voidaan soveltaa puhelinraportoinnissa. Lisäksi korostimme kattavan puhelinraportoinnin käyttöä hoitotyön lähteenä, joka säästi sekä aikaa että vaivaa. Vaikka kehittämishanke hyödytti enemmän osastoa L 32, toimimme esille yhteistyön ja tiedonsiirron lisääntymisen osastojen 61- 62 ja L 32 välillä merkittävänä motivaation lähteenä ja myös kehittämishankkeen tarkoituksena.

Molempien osastojen osastonhoitajat olivat kehittämishankkeessa innokkaasti mukana ja tekijöiden tukena. Osastonhoitajat osallistuiivat omalla panoksellaan kehittämishankkeen onnistumiseen ja henkilökunnan motivointiin esimerkiksi huolehtimalla siitä, että puhelinraportointilomakkeita oli saatavilla ja muistuttamalla henkilökuntaa niiden käyttämisestä. Motivaation ylläpitäjinä toimivat myös tekijät itse. Toinen tekijä työskentelee apulaisosastonhoitajana osastolla L 32 ja toinen tekijä on työssä PHKS:n varahenkilöstössä ja kiertää myös osastolla 61 - 62. Näin tekijät osallistuiivat kehittämishankkeen toteutumiseen paikan päällä ja tarvittaessa toimivat siellä motivoijana. Toikon mukaan kehittämishankkeeseen osallistuminen perustuu dialogiin, jonka avulla osallistujat voivat tarkastella kehittämistoiminnan perusteita, toimintatapoja ja tavoitteita. Osallistuminen on kaksisuuntaista. Kehittäjät ja toimijat osallistuvat usein kehittämiseen. Tutkimuksellisen kehittämisen suuntauksissa saatetaan korostaa kehittäjien ja toimijoiden tiivistä yhteistyötä. (Toikko ja Rantanen 2009, 89- 91.)

5.3 Toimintatutkimus ja tapaustutkimus kehittämishankkeessa

Tämän kehittämishankkeen toteuttamiseen käytettiin toimintatutkimusta. Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa on yleisin, jota käytetään kehittämishankkeissa. Se johtunee lisääntyneestä tietoisuudesta ihmisen aktiivisuudesta ja vastuullisuudesta sekä tiedon muutoksesta. (Heikkinen, Huttunen & Moilanen 1999, 15- 17.) Toimintatutkimus on tutkimuksellinen lähestymistapa, jossa pyritään teoretietoa ja käytäntöä yhdistelemällä ratkaisemaan työyhteisössä ilmeneviä ongelmakohtia ja saamaan niihin muutosta. Toimintatutkimus on osallistujien yhteinen oppimis-

prosessi ja siksi suosittua työelämässä. Toimintatutkimuksen avulla osallistujat voidaan saada sitoutumaan uudistukseen paremmin. (Toikko & Rantanen 2009, 115.)

Toimintatutkimuksessa ei ole olemassa yhtä ainoaa tapaa, vaan tutkimuksen kulku on jatkuvasti muuttuva ja kehittyvä. Toimintatutkimus on prosessi, joka tähtää jonkin asian muutokseen tai kehittämiseen. Toimintatutkimus on käytännönläheinen ja sen tarkoituksena yhdistää teoriaa käytännön työelämään. Tunnusomaista sille on toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus ja pyrkimys saada aikaan välitöntä ja käytännöllistä tietoa tutkimuksesta. (Heikkinen, Huttunen & Moilanen 1999, 18- 25; Aaltola & Valli 2010, 214.) Olennaista toimintatutkimukselle on myös se, että tutkija toimii kiinteässä yhteistyössä tutkittavan kohteen kanssa. Tutkija toimii käytännön ongelman ratkaisemiseksi ja tuo tieteellistä tietoa organisaation käyttöön. Useimmiten toimintatutkimuksen tekijä työskentelee kohteena olevassa organisaatiossa. (Järvinen & Järvinen 2000, 129- 130.)

Toimintatutkimuksen toteuttamisessa voidaan käyttää erilaisia lähestymistapoja. Mikä näistä valitaan, riippuu siitä, mihin tutkimuksella pyritään. Tässä kehittämishankkeessa käytettiin tutkimuksellista lähestymistapaa. Tutkimuksellinen lähestymistapa on sekä induktiivinen että deduktiivinen. Tietoisuutta lisäävä lähestymistapa on lähimpänä toimintatutkimuksen alkuperäistä ideaa ja noudattaa eniten toimintatutkimuksen toiminnallista prosessia. Tavoitteena on käytännössä todetun ongelman ja sitä koskevan teoreettisen tiedon lähentäminen. Toteuttamisvaiheen lähtökohtana ovat tutkijan ja kohdeyhteisön jäsenten muutostavoitteet, jotka perustuvat teoriaan ja käytäntöön. (Lauri 1998, 118- 119.)

Toimintatutkimus voidaan nähdä eräänä tapaustutkimuksen muotona, koska toimintatutkimus perustuu aina johonkin tapaukseen. Tapaustutkimus eroaa toimintatutkimuksesta siinä, että toiminnan arviointi tapahtuu vasta sen jälkeen, kun toiminta kohteessa on jo loppunut. Toimintatutkimuksessa toimintaa arvioidaan koko prosessin ajan. Tapaustutkimuksessa aineistoa kerätään ilman, että tutkija osallistuu välttämättä aktiivisesti tutkimuskohteen toimintaan. Toimintatutkimuksessa taas tutkija osallistuu aktiivisesti tutkimuskohteen toimintaan ja reflektoi sitä. (Lehtonen 2007, 245- 246.) Tapaustutkimus tarkoittaa, että yksittäisestä ta-

pauksesta (tai pienestä joukosta toisiinsa suhteessa olevia tapauksia) tuotetaan intensiivistä ja yksityiskohtaista tietoa. Tapaus voi olla yksilö, perhe, yhteisö tai vaikkapa jokin tapahtumasarja. Tapaus on aina perusteltava ja rajattava hyvin sekä erotettava muusta maailmasta. Jos tapaus on yksilö, on aina perusteltava miksi juuri hän. Tapauksen avulla pyritään ymmärtämään tarkasteltavaa ilmiötä kokonaisuutena. (Järvinen & Järvinen 2000, 78- 81; Häikiö & Niemenmaa 2007, 42; Aaltola & Valli 2010, 189- 199.)

Tässä kehittämishankkeessa yhdistettiin sekä tapaus- että toimintatutkimusta. Yhdistämällä toiminta- ja tapaustutkimusta voidaan puhua toiminnallisesta tapaustutkimuksesta. Tutkimuskysymyksiä muotoiltaessa toimintaa ohjaa usein tapaustutkimuksellinen ote, mutta myöhemmin toiminnan käynnistyessä se saa rinnalleen toiminnallisen lähestymistavan. (Lehtonen 2007, 251.) Kehittämishanke pyrki kuntouttavan hoitotyön tehostamiseen osastolla L 32, yhteistyön ja tiedonsiirron lisäämiseen kahden yhteistyöosaston välillä ja turvallisemman potilassiirron mahdollistamiseen. Tässäkin kehittämishankkeessa oli nähtävissä toiminnan kehittämiseen pyrkivä ote. Reflektointi näkyi erityisesti puhelinraportointilomakkeen työstämisessä. Toimintatutkimus sisälsi tapaustutkimuksen kolmen potilasesimerkin muodossa. Kolmen potilasesimerkin avulla pyrittiin seuraamaan ja tehostamaan kuntouttavan hoitotyön kehittymistä jatkokuntoutusosastolla L 32. Kolmen potilasesimerkin valinnalle asetettiin tietyt kriteerit ja kuntouttavan hoitotyön etenemistä mitattiin RAI-mittarilla. Potilastapausten valinnasta on kerrottu tarkemmin kohdassa 5.4.

5.4 Kehittämishankkeen eteneminen

Toimintatutkimuksellinen näkökulma kuvaa tutkimuksen spiraalimaista etenemistä, jossa on seitsemän eri vaihetta: Kartoitus-, prosessointi-, sitoutumis-, suunnittelu-, toteuttamis-, arviointi- ja hyväksymisvaihe. Havaintojen todentamisen kautta kohdennetaan toimintojen tavoitteita ja toimintamuotoja. Toimintatutkimuksessa korostetaan toimijoiden osallistumista yhteisesti jaettuun tiedontuotannon kulkuun. (Lauri 1998, 11; Toikko & Rantanen 2009, 115.) Seuraavassa kuviossa (KUVIO 3) on kerrottu tämän kehittämishankkeen eteneminen.



KUVIO 3. Kehittämishankkeen kulku mukaellen Lauri (1998)

Kartoitusvaihe

Lokakuussa 2010 käytiin keskustelua Päijät- Hämeen keskussairaalan osasto 61-62 osastonhoitajan kanssa mahdollisesta kehittämishankkeen aiheesta. Ehdotuksena oli yhteistyöhanke Lahden kaupunginsairaalan osasto L 32:n kanssa kuntouttavan hoitotyön kehittämiseen liittyen. Aihe oli kiinnostava, sopi hyvin kehittämishankkeeksi ja sisälsi kuntouttavan näkökulman.

Prosessointivaihe

Marraskuussa 2010 molempien osastojen osastonhoitajat ja toinen tekijä kokoon tuivat miettimään mahdollisen kehittämishankkeen muotoa ja sisältöä. Esille nousi puhelinraportointilomakkeen hyödyntäminen tiedonsiirron välineenä. Aihe oli tullut esiin ”vaativan kuntoutuksen seminaarista”, jossa toinen osastonhoitajista oli ollut mukana. Seminaari oli pidetty maaliskuussa 2010. Aihetta päätettiin lähteä ideoimaan molempien osastojen tarpeista käsin. Samaan aikaan alkoi aineiston kerääminen ja puhelinraportointilomakkeen työstäminen.

Sitoutumisvaihe

Huhtikuussa 2011 puhelinraportointilomaketta testattiin ja siitä keskusteltiin. Hoitohenkilökunnalle perusteltiin lomakkeen tarkoitus ja henkilökunta sitoutui käyttämään lomaketta. Samalla sovittiin, että lomakkeita säilytetään osastolla puoli vuotta, jotta pystytään seuraamaan potilaan kuntoutumista ja tavoitteiden toteutumista. Huhtikuun lopulla 2011 lomaketta korjattiin ja se otettiin käyttöön. Kummallekin osastolle pidettiin osastotunti lomakkeen käytöstä. Puhelinraportointilomake sai innostuneen vastaanoton osasto L 32:n koko henkilökunnalta ja siihen saatiin hyviä kehitysideoita. Kirurgian osasto 61- 62 puolestaan piti ajatuksesta, että puhelinraportti olisi niin kattava, että se korvaisi hoitotyön lähetteen.

Suunnitteluvaihe

Tässä vaiheessa kehittämishankkeeseen tuli toinen tekijä lisää. Puhelinraportointilomakkeeseen lisättiin toimintakyky ja sen arviointi, jonka avulla potilaan kuntouttavaa hoitoa seurattiin. Samalla työhön lisättiin kolmen esimerkkipotilaan kuntoutuksen seuraaminen RAI-mittariston avulla. Syksyllä 2011 kehittämishankesuunnitelma esitettiin, jonka jälkeen saatiin tutkimusluvut molemmista sairaaloista. Tutkimuslupien saamisen jälkeen aloitettiin kolmen esimerkkipotilaan valitseminen.

Toteuttamisvaihe

Puhelinraportointilomakkeen toimivuudesta käytännössä haluttiin konkreettista tietoa. Tämä päätettiin toteuttaa pienimuotoisella kyselylomakkeella molempien yhteistyöosastojen hoitajille keväällä 2012. Päijät-Hämeen keskussairaalan osasto 61- 62 hoitajat eivät kokeneet kyselyä tarpeelliseksi. He olivat sitä mieltä, että heillä ei ollut riittävästi kokemusta puhelinraportointilomakkeen käytöstä ja kyselyä ei heidän mielestään kannattanut tehdä sinne. Puhelinraportointilomake oli käytössä osastolla L32 ja sitä käyttäen kaikki potilaat otettiin vastaan. Molemmat yhteistyöosastot antoivat kuitenkin kehittämisehdotuksia puhelinraportointilomakkeesta, jota korjattiin näiden ehdotusten perusteella nykyiseen muotoonsa. Huhtikuussa 2012 kyselylomakkeet puhelinraportointilomakkeen toimivuudesta palautettiin, jonka jälkeen vastaukset analysoitiin. L32:n henkilökunta vastasi kyselyyn ottaen huomioon kaikilta erikoissairaanhoidon osastoilta tulevat potilaat. Kysely siis tehtiin vain Lahden kaupunginsairaalan osasto L 32 hoitajille. Kyselylomakkeita jätettiin osastolle 19 kappaletta, joista vastattuja saatiin takaisin 17 kappaletta. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa.

Kyselylomake (LIITE 2) sisälsi kolme kysymystä, jotka koskivat puhelinraportointilomakkeen arviointia tiedonsiirron välineenä ja hoitotyön lähetteenä sekä toimintakyvyn arvioinnin vaikutusta kuntouttavaan hoitotyöhön. Kysymysten tulee mielellään olla linjassa tutkimuskysymysten tai kehittämishankkeen tavoittei-

den kanssa (Vilkkä 2005, 88), niin kuin tässä kehittämishankkeessa on tehty. Vastausvaihtoehdoksi sovittiin kyllä tai ei ja ei- vastauksiin pyydettiin lisäksi perustelut. Lisäksi kyselylomakkeessa oli yksi avoin kysymys kehittämisideoita varten. Kyselylomake haluttiin pitää mahdollisimman yksinkertaisena siitä syystä, että lomakkeella haluttiin selvittää nopeasti ja täsmällisesti mielipidettä lomakkeen toimivuudesta. Avoimella kysymyksellä haluttiin tietoa siitä, mihin suuntaan puhelinraportointilomaketta tulisi vielä kehittää. Täsmällistä tietoa voidaan kysyä yksinkertaisilla kyllä / ei- valintakysymyksillä perusteluineen, jolloin myös vastusten analysointi on nopeaa ja helposti tallennettavaa. (Vehkalahti 2008, 25; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 195- 197.)

Keväällä 2012 pidettiin molemmissa yksiköissä osastotunnit liittyen kuntouttavaan hoitotyöhön ja toimintakykyyn. Kuntouttavan hoitotyön tehostumista seurattiin kolmen esimerkkipotilaan avulla, jotka olivat jatkokuntoutuksessa osastolla L32 loppusyksyn 2011 ja talven 2011- 2012 aikana. Kuntouttavan hoitotyön tehostumista haluttiin seurata ja sen konkreettisen toteuttamisen kannalta oli järkevää valita siihen esimerkkipotilaat. Tapaustutkimuksen mukaisesti pyrittiin yhdestä tapauksesta (tässä tapauksessa yksilö) ymmärtämään ilmiötä (kuntouttavan hoitotyön tehostuminen) kokonaisuutena (Häikiö & Niemenmaa 2007, 42). Potilaiden kuntoutumista seurattiin RAI-mittarin avulla.

6 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSIA

6.1 Kuntouttavan hoitotyön tehostuminen osastolla L 32

Kuntouttavan hoitotyön tehostumista seurattiin kolmen esimerkkipotilaan avulla, jotka olivat tulossa jatkokuntoutukseen osastolle L 32 kirurgian osastolta 61- 62. Esimerkkipotilaat pyrittiin valitsemaan niin, että ne edustivat tyypillisimpiä osastolla hoidettavia potilaita. Potilaan tuli itse olla kykenevä osallistumaan oman kuntoutuksensa suunnitteluun ja olla motivoitunut kuntoutumiseen. Potilaalla ei voinut olla pitkälle edennyttä muistisairautta, koska kuntoutumiseen osallistuminen edellyttää molemminpuolisen kommunikoinnin onnistumista. Potilaiden valintaan vaikuttivat myös sillä hetkellä tulossa olevien potilaiden määrä ja sairaus. Arvioidun kuntoutusjakson pituuden tuli olla vähintään kaksi viikkoa, jotta riittävä näyttöä kuntouttavan hoidon etenemisestä voitiin saada. Kaksi viikkoa on keskimääräinen kuntoutusjakson pituus Lahden kaupunginsairaалassa. (Silventoinen 2011.) Riittävästä kuntoutusjakson pituudesta pyydettiin myös jatkokuntoutusosaston lääkärin arviota, jonka perusteella määriteltiin kuntoutusjakson pituus.

Ensimmäinen potilastapaus oli keski-ikäinen mies, joka oli aiemmin sairastanut aivoverenvuodon. Potilas oli löydetty kotoa kaatuneena. Kaatumisen seurauksena potilaalla todettiin lihasrappeuma. Lihasrappeuman vuoksi potilaalle tehtiin lihaskalvon halkaisu oikeaan käteen ja oikeaan pakaralihakseen. Potilasta hoidettiin teho-osastolla sekä kirurgian osastolla 62. Kirurgian vuodeosastolla hän oli aluksi vuodepotilaana, mutta siirtovaiheessa kaupunginsairaalan osastolle L 32 potilas käveli jo itsenäisesti evatelineellä. Kävelyharjoitteita kainalosauvojen avulla oli myös tehty. Oikeassa nilkassa potilaalla oli alaraajatuki. Nilkan koukistus oli jo tulovaiheessa palautumassa. Käden nosto ei onnistunut eikä myöskään sormien suoristaminen. Toimintaterapeutti oli tehnyt käteen lastat.

Potilas saapui LKS:n osastolle L32. Osastolle tullessaan potilaan yleistila oli kohdalainen. Leikatun pakaralihaksen seudulla oli jatkuvaa kipua, jonka vuoksi potilaalla oli kova kipulääkitys. Iskiashermossa todettiin neuropaattinen hermokipu, joka säteili oikeaan jalkaterään asti. Aluksi potilas tarvitsi hoitajan apua wc-käynneille ja tukien laittoon sekä suihkutukseen. Kuntouttavan hoitotyön avulla

hoitajat motivoivat ja kannustivat potilasta omatoimisuuteen ja liikkumiseen. Kipujen ja masennuksen vuoksi potilas oleili aluksi paljon vuoteessa.

Potilas oli erittäin motivoitunut kuntoutukseen. Kuntoutus aloitettiin pikkuhiljaa fysioterapeutin johdolla. Fyysinen toimintakyky lähti hyvin kohenemaan moniammatillisen tiimin toteuttaman kuntoutuksen turvin. Viikon kuluttua potilas käveli jo rollaattorin turvin itsenäisesti ja selviytyi päivittäisistä toimistaan pienin avuin lähes samalla tavalla kuin kotonakin. Rappukävely onnistui avustajaan tukeutuen. Ongelmana koko kuntoutusjakson ajan oli kipu, jota ei täydellisesti saatu hallintaan. Kipulääkityksen löytäminen oli vaikeaa hermokivun vuoksi.

Kolmannen viikon kohdalla potilas kotiutettiin. Toimintaterapeutti arvioi apuvälinetarpeen potilaan kanssa. Kotona selviytymistä kartoitettiin fysioterapeutin kanssa. Potilaalla oli ollut henkilökohtainen avustaja kotona ja tässä tilanteessa päädyttiin avustajan tarpeen lisäämiseen. Potilas kotiutui hyvävointisena siedettävän kivun kanssa. Jatkohoito järjestettiin PHKS:n haavahoitojen sekä fysioterapian tiimoilta. Kuntoutujalle opetettiin erilaisia lihaskunto- ja venytysliikkeitä kotia varten. Potilaan toimintakykyä arvioitiin RAI-järjestelmän avulla hoitajakson alussa sekä lopussa. Ensimmäisellä kerralla potilas haastateltiin kaikilta osin ja toisella arviointikerralla potilasta haastateltiin niiltä osin, missä vastauksiin tarvittiin varmistusta potilaalta itseltään.

Kognitioasteikko (CPS-mittari 0-6) arvo muodostuu viidestä muuttujasta: lähimuistista, ymmärretyksi tulemisesta, päätöksentekokyvystä, tajunnantasosta ja kyvystä syödä itse. Mittaria tulkitaan niin, että mitä alhaisempi luku, sitä parempi kognitiokyky potilaalla on. (Noro, Finne- Soveri, Björgren, Häkkinen, Laine, Vähäkangas, Kerppilä & Storbacka 2000, 21.) Ensimmäisen esimerkkipotilaan kaikki muut muuttujat olivat arvoasetikolla 0, mutta lähimuistissa oli jonkin verran ongelmia. CPS-mittarin arvoksi saatiin 1 eli rajatilainen kognitiivinen häiriö. Toisessa testissä hänen muistinsa parani, joten lähtiessä CPS oli 0.

Fyysistä toimintakyvyn tasoa mitataan ADLH-mittarilla (arvoasteikko 0-6). Siinä arvo lasketaan hierarkisesti asiakkaan suoriutumiskyvyn perusteella neljästä ADL-toiminnosta: liikkuminen yksikössä, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia. Tässä mittarissa arvolukua tulkitaan samoin kuin CPS:ssä eli mitä alhai-

sempi luku sitä itsenäisempi potilas on. (Noro ym. 2000, 20.) Ensimmäinen esimerkkipotilas pystyi tullessaan ruokailemaan itsenäisesti. Liikkuminen telineen avulla sujui itsenäisesti, mutta hän tarvitsi apua nilkkatuen laittamisessa, suihkussa käymisessä ja wc:ssä käymisessä. Tällöin kuntoutujan REHABPOT- pisteet olivat 1 eli kuntoutumismahdollisuudet olivat hyvät. Piste 1 tarkoittaa sitä, että hoitaja näkee potilaassa kuntoutumisen mahdollisuuden. Toisessa arvioinnissa REHABPOT- pisteet olivat 0 eli kotiutuessaan potilas oli täysin itsenäinen. ADLH-mittari arvot olivat osastolle tullessa 1 ja kotiutuessa 0.

Sosiaalisen aktiivisuuden (SES-mittari 0-6) mittarissa arvioidaan kuinka paljon asiakkaalla on aloitekykyä tai osallistumishalukkuutta yhteisiin tapahtumiin laitoksessa. Tässä asteikossa suurempi luku kuvaa suurempaa aloitekykyä. (Noro ym. 2000, 22.) Potilaan arvo SES-mittarin mukaan oli 5 hoitojakson alussa sekä lopussa. Hänellä oli siis paljon aloitekykyä ja sosiaalista osallistumista jo tullessaan kuntoutukseen.

Psyykkistä toimintakykyä mitataan masennusasteikolla (DRS-mittari 0-14), jossa seurataan oireita 30 vuorokauden osalta. Tässä mittarissa asteikkoa tulkitaan niin, että mitä suurempi luku sitä masentuneempi henkilö on. (Noro ym. 2000, 21- 22.) Ensimmäisellä RAI-arviointikerralla potilaan luku masennusasteikolla oli 2. Luku kuului vielä siihen alueeseen, että masennusta ei voitu sanoa olevan. Kotiutuessa luku oli 0. Hoitajien kuntoutumista edistävää hoitotyötä kuvaavat NREHAB pisteet olivat 27. Maksimipisteet ovat 77. Lähtiessä NREHAB pisteet olivat 0, koska hoitajien antamaa kuntoutusta ei enää tarvittu.

Toinen potilastapaus oli iäkäs nainen, joka asui kotona kotihoidon turvin. Sääreen tulleen haavan vuoksi tehtiin ihonsiirre PHKS:n osastolla 61- 62, josta potilas siirtyi jatko-kuntoutukseen L32:lle. Puhelinraportissa mainittiin, että potilas oli aikaisemmin liikkunut rollaattorin turvin ja se olisi nyt myös kuntoutuksen tavoitteena.

Aluksi potilas turvautui kahden hoitajan apuun. Pikku hiljaa potilaan kunto koheni kuntouttavan hoitotyön ja fysioterapian avulla. Aluksi potilas ruokaili vuoteen reunalla istuen. Potilassänkyyn asennettiin kolmiorauta itsenäistä istumaan- ja seisomaannousua helpottamaan. Tavoitteena oli aluksi päästä itsenäisesti ylös

vuoteesta ja seisomaan. Sen jälkeen tavoitteeksi asetettiin siirtyminen itsenäisesti pyörätuoliin ja myöhemmin rollaattorin turvin itsenäiseksi liikkujaksi. Fysioterapeutti kuntoutti potilasta aktiivisesti arkisin virka-aikana ja hoitajat jatkoivat kuntoutusta illalla ja viikonloppuisin. Näin kuntoutuksella oli jatkumo. Kun verenkierto liikkumisen myötä vilkastui, haavatkin alkoivat parantua nopeammin. Potilas kuntoutui kotiin rollaattorin ja kotihoidon turvin.

Potilasta testattiin RAI-järjestelmällä kaksi kertaa hoitojakson aikana jatkokuntoutusosastolla L 32. Ensimmäisellä RAI- arviointikerralla potilasta osittain haasteltiin ja loput arviosta tehtiin hoitajan toimesta. Toisella arviointikerralla potilasta ei haastateltu lainkaan, vaan RAI-arviointi tehtiin hoitokertomuksen perusteella.. Ensimmäinen RAI- arviointi tehtiin noin viikon kuluttua osastolle saapumisesta ja toinen kotiinlähtöpäivänä. Kognitioasteikko CPS oli 1 molemmilla kerroilla. Päivittäiset toiminnot paranivat 5:stä (runsaasti apua tarvitseva) 2:een eli rajoitetusti apua tarvitseva. Potilas tarvitsi kotiutuessaan edelleen jonkin verran apuja päivittäisissä toiminnoissa. Osastolle tullessa masennustila DRS oli 2, mutta lähtiessä se oli 0. SES- asteikon mukaan potilaalla oli aluksi kohtalaista aloitekykyä (3), mutta kotiin lähtiessä aloitekyky oli parantunut 4. REHABPOT- kuntoutus mahdollisuuksia arvioidessa pisteet olivat 1 ja lähtiessä 0. Tämä tarkoitti sitä, että potilas tuli omatoimiseksi ja kuntoutuminen onnistui. Kuntoutumista edistävä hoitotyön mittari NREHAB oli aluksi 27 ja lähtiessä 0 eli kuntoutumista edistävää hoitotyötä ei enää kotiutusvaiheessa tarvittu.

Kolmas potilastapaus oli iäkäs, yksin asuva mies, jota tytär auttoi. Potilaan toimintakykyä oli rajoittanut vaikea ASO-tauti, jonka seurauksena oikea sääri oli jouduttu amputoimaan jo aiemmin. Potilas saapui nyt PHKS:n osastolta 62 vasemmalle nivustaipeeseen tehdyn amputaation vuoksi LKS:n L32:lle jatkokuntoutukseen. Mies oli ollut PHKS:n osastolla aluksi vuodepotilas, mutta kuntoutuksen tavoitteena oli saada hänestä itsenäinen pyörätuolipotilas. Aluksi kuntoutus oli hankalaa, koska toistuvien infektioiden aikana potilas oli liian väsynyt kuntoutumaan. Päivittäin potilasta motivoitiin syömään itse, tekemään itsenäisesti ylävartalo-opesut ja toteuttamaan hengitysharjoituksia PEP-pulloon. Potilasta pidettiin myös mahdollisimman paljon pääpuoli ylöspäin vuoteessa ollessaan, jotta verenpainetta saatiin tasattua pystyasentoa jäljitteleväksi. Potilasta käännettäessä esiintyi hui- mausta.

Tulehdusten helpotettua aloitettiin potilaalle tehostettu kuntoutus ja opeteltiin siirtymistä ”banaani”- laudan turvin sängystä tuoliin ja takaisin. Aluksi tarvittiin kahden hoitajan apua siirtymisissä. Potilasta nostettiin ylös vuoteesta kaksi kertaa päivässä. Huimaukset alkoivat vähetä ja lihasvoimat käsissä lisääntyä, kun potilas saatiin osallistumaan siirtoihin. Potilaalle ohjattiin myös käsipainoharjoitteita vuoteessa. Hoitajakso kesti lähes kaksi kuukautta, mutta periksiantamattoman kuntoutuksen avulla potilas kotiutui itsenäiseksi pyörätuolilla liikkujaksi.

Potilaalle tehtiin RAI- toimintakykymittaukset. Alkukartoitus tehtiin yhdessä potilaan kanssa ja loppuarviointi ilman potilasta. CPS oli 0 molemmissa arvioissa. Potilaalla ei siis ollut kognitiivista häiriötä. ADLH oli 5, koska hän oli vuodepotilas tullessaan osastolle. Hoitajakson päätyttyä ADLH oli 1, joka tarkoittaa sitä, että potilaalta löytyi jo omia voimavaroja. Potilas tarvitsi vain hoitajien ohjausta. DRS oli kaksi potilaan toimintakyvyn romahdettua sairaalajakson aikana toisen jalan amputaation vuoksi. Lähtiessä DRS oli 0 eikä masennusta ollut havaittavissa. SES pisteet olivat 0, koska potilaalla ei aluksi ollut aloitekykyä eikä sosiaalista osallistumista. Tilanne parani jakson loputtua niin, että hän oli aloitekykyinen ja sosiaalisesti aktiivinen (SES 4). REHABPOT oli 1 sekä hoitajakson alussa että lopussa, koska henkilökunta uskoi potilaan kuntoutumiseen. Potilaalla itselläänkin oli hyvä motivaatio kuntoutumiseen ja hän itse myös uskoi siihen. NREHAB oli aluksi 45, koska hän tarvitsi paljon kuntoutusta edistävää hoitotyötä. Loppu jakson aikana kuntoutus NREHAB pisteet olivat 28, koska kuntouttavan hoitotyön osuus oli selvästi vähentynyt.

Kaikkien kolmen esimerkkipotilaan kuntoutumisen edistyminen näkyi RAI-pisteissä siten, että kuntoutuminen oli onnistunut. Kaikki potilaat kotiutuivat kuntoutusjakson jälkeen. Kaikille järjestettiin apua kotona selviytymistä ajatellen. Potilaat olivat hyvin motivoituneita omaan kuntoutumiseensa. Yhden esimerkkipotilaan kohdalla lähtökohdat olivat melko huonot ja hoitoon tuleessaan potilas oli ollut vuodepotilaana. Periksiantamattoman kuntoutuksen avulla potilas kuitenkin kotiutui pyörätuolilla liikkuvaksi. Kuntoutumisen edistyminen ja onnistuminen on suhteutettava potilaan toimintakykyyn ja sen osa-alueisiin. Sen vuoksi laaja-alainen toimintakyvyn ymmärtäminen ja sen dynaamisuuden oivaltaminen ovat olennaisia kuntoutumisen suunnittelussa ja tavoitteiden asettamisessa.

Kattavan puhelinraportoinnin avulla pystyttiin valmistautumaan etukäteen potilaan osastolle tuloon. Fysioterapeutti antoi hoitajille toiminta-ohjeita iltaa tai viikonloppua varten, jos hän ei ehtinyt tapaamaanpotilasta ennen työajan päättymistä. Potilaan lääkitysasiat varmistettiin etukäteen ja potilaalle järjestettiin tarvittavat apuvälineet tai muut hoitoon tarvittavat välineet, esimerkiksi haavahoitotuotteet. Samalla kun puhelinraportointitapa muuttui, täytyi myös lähettävän osaston 61-62 paneutua potilaan toimintakyvyn arviointiin tarkemmin kuin ennen. Lähettävä osasto antoi potilaalle kuntoutuksen päätavoitteen, jota vastaanottava osasto L32 pääsi heti toteuttamaan.

Puhelinraportoinnin toimivuutta kokonaisuutena arvioitiin kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen yksi kysymys koski toimintakyvyn arvioinnin vaikutusta kuntouttavan hoitotyön tehostumiseen osastolla L 32. Kysymyksillä haluttiin tietää, onko puhelinraportointilomakkeessa oleva toimintakyvyn arviointi vaikuttanut kuntouttavaan hoitotyöhön tehostavasti osastolla L 32. Yhdentoista vastaajan mielestä toimintakyvyn arviointi oli vaikuttanut kuntouttavaan hoitotyöhön tehostavasti. Loput vastaajista (6) oli sitä mieltä, että kuntouttava hoitotyö ei ollut tehostunut. Syyksi oli mainittu muun muassa se, että potilaat olivat olleet lähettävällä osastolla vuodepotilaana tai vain vähän liikkeellä tai lähettävä osasto ei ollut tiennyt, onko fysioterapia aloitettu. Yhden vastaajan mielestä motivaatiota kuntouttavalle hoitotyölle kuitenkin on.

Kehittämishankkeen aikana kuntouttava hoitotyö kehittyi huomattavasti osastolla L 32. Vuoteen 2011 verrattuna jatkohoitoon päässeiden potilaiden määrä lähes kaksinkertaistui. Keskimääräiset hoitoajat puolittuivat edelliseen vuoteen verrattuna. (Silventoinen 2012.) Osastolla on käytössä moniammatillisuuteen ja asiakaslähtöisyyteen perustuva työryhmätyöskentely, johon sisältyy olennaisena osana myös hoitajan toteuttama kuntoutus silloinkin kun fysioterapeutti ei ole paikalla. Kuntoutus ei siis pysähtynyt. Osastolla L 32 otettiin kehittämishankkeen myötä käyttöön jo aiemmin kehitetyt kuntokortit, joiden avulla potilas itse, henkilökunta ja omaiset saattoivat seurata kuntoutuksen toteutumista ja kehittymistä.

6.2 Yhteistyön ja tiedonsiirron lisääntyminen osastojen välillä

Puhelinraportin toteutumista dialogisena arvioitiin kyselylomakkeessa. Vastaajista 13 kappaletta oli kokenut puhelinraportoinnin toteutuneen dialogisena. Loput vastaajista (4) olivat sitä mieltä, että dialogisuus ei ole toteutunut riittävästi. Suurimaksi ongelmaksi koettiin kiire raportointitilanteessa. Myös se, että lähettävällä osastolla ei ollut puhelinraportointilomaketta käytössä raportin aikana, koettiin ongelmalliseksi. Seuraavassa erään vastaajan kommentti puhelinraportoinnin dialogisuudesta:

” Jos toisella sama kaavake käytössä, niin toimii. Jos toisella ei samaa kaavaketta, rapsan antaja voi hieman turhautua kun etsii tietoja koneelta. Toimisi, jos kaikilla sama kaavake käytössä.”

Kehittämisehdotuksia koskevaan kohtaan saatiin kolme vastausta. Vastauksissa toivottiin rauhallista tilaa raportin vastaanottamista varten, keskustelua hyvästä puhelinraportointikäytännöstä ja puhelinraportointilomakkeen käytöstä samanaikaisesti sekä lähettävällä että vastaanottavalla osastolla. Eräs vastaaja esitti kehittämisehdotuksena seuraavaa:

”Toivomuksena voisi olla puhelinraporttilomakkeen käyttäminen myös lähettävän osaston hoitajalla puhelinraporttia annettaessa. Asiat tulisi järjestyksessä ja kiireettä kirjattua ja epäselviä asioita voisi tarkentaa eikä tarvitsisi kirjata useaan kertaan (suttupaperi).”

Yhteistyön koettiin parantuneen, koska tietoisuus toisen yksikön työstä oli lisääntynyt osastotuntien myötä. Hoitajat oppivat paremmin tuntemaan toisiaan ja ymmärtämään toistensa työtä. Kummankin osaston hoitajilla oli mahdollisuus vaikuttaa puhelinraportointilomakkeen sisältämiin asioihin niin, että se palvelisi molempia osastoja mahdollisimman hyvin. Puhelinraportointilomakkeen dialogisuuden koettiin lisäävän yhteistyötä ja helpottavan tiedonsiirtoa silloin, kun molemmilla osastoilla käytettiin samaa lomaketta samanaikaisesti eli tiedonsiirto tapahtui silloin loogisesti ja säästi aikaa.

6.3 Puhelinraportointilomakkeen hyödynnettävyys hoitotyön lähetteenä

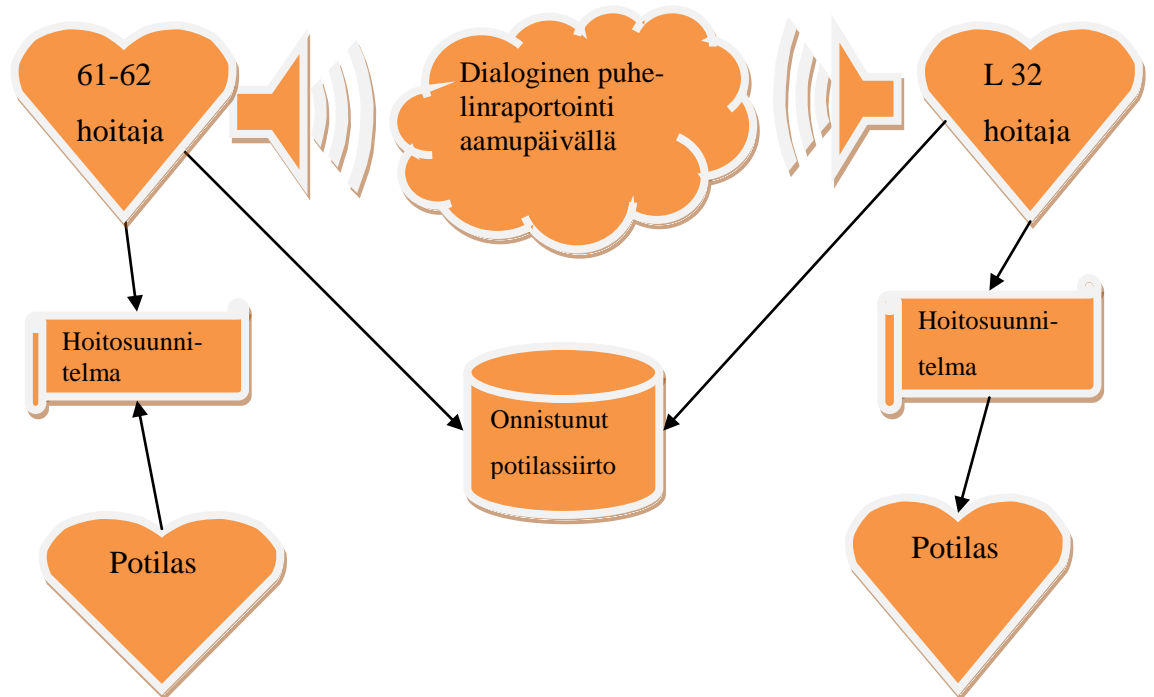
Puhelinraportointilomakkeen riittävyttä tiedonsiirron välineenä arvioitiin yhdellä kysymyksellä. 17 vastaajasta vain kaksi oli sitä mieltä, että pelkkä puhelinraportointilomake ei riitä tiedonsiirron välineeksi potilassiirrossa. Ensimmäisessä vastauksessa asiaa ei perusteltu ja toisessa vastauksessa puhelinraportointilomakkeen lisäksi haluttiin vielä hoitotyön lähete ja potilaan lääkekortti. Toisessa kysymyksessä haluttiin tietää, pystyykö puhelinraportointilomake korvaamaan hoitotyön lähetteen. Yksitoista oli sitä mieltä, että puhelinraportointilomake riittää hoitotyön lähetteeksi. Loput vastaajista (6) pitivät puhelinraportointilomaketta riittämättömänä hoitotyön läheteeseen verrattuna. Perusteluina mainittiin mm. että hoitotyön lähete sisältää syvällisemmän kuvauksen potilaan voinnista kuin puhelinraportointilomake tai että hoitotyön lähetettä voidaan myöhemmin täydentää. Ohessa vastaajan kommentti:

” Ehkä ei ihan vielä, koska raportoija ei ole välillä tiennyt asioita, joita kysytään vaan yrittää katsoa niitä samalla koneelta kun puhuu puhelimesta. Jää ehkä vielä vaillinaiseksi tiedot.”

6.4 Uudenlaisen toimintamallin käyttöönotto potilassiirrossa

Puhelinraportointilomakkeen avulla on voitu toteuttaa uudenlainen toimintamalli potilassiirrossa. Lomakkeen käyttöön ovat sitoutuneet kaikki potilaan siirtoon ja hoitoon osallistuvat työntekijät osastolla L 32 . Kehittämishankkeen toteutumisen aikana huomattiin, että jo potilaspaikkaa kyseltäessä (jonoon asettaminen) osastonsihteeri kyselee alustavia tietoja potilaasta hyödyntäen puhelinraportointilomaketta. Tärkeitä tietoja tässä vaiheessa ovat esimerkiksi eristyshuoneen tarve, liikkumiseen liittyvät asiat ja kuntoutuksen aloittaminen. Puhelinraportointilomakkeen avulla potilaan siirtoon voitiin valmistautua entistä paremmin ja kuntoutus ei pysähtynyt. Puhelinraportointilomake hyväksyttiin pysyväksi toimintamalliksi osastolle L 32 ja sen avulla potilaan siirto voitiin toteuttaa turvallisesti. Puhelinraportointilomakkeen käyttöönotto on kirjattu osaston L 32 tulokorttiin (LIITE 3). Puhelinraportointilomakkeen avulla toteutettu potilassiirto herätti kiinnostusta myös muilla osastoilla ja puhelinraportointilomake otettanee käyttöön myös muissa yksiköissä. Seuraavassa kuviossa (KUVIO 4) on kuvattu uudenlainen toimin-

tamalli potilaspotilassiirrossa osastojen 61- 62 ja L 32 välillä.



KUVIO 4. Uudenlainen toimintamalli potilassiirrossa osastojen 61- 62 ja L 32 välillä.

Uudenlainen toimintamalli potilassiirrossa alkaa siitä, kun kirurgian osaston 61-62 omahoitaja saa tiedon, että potilas on saanut paikan jatkokuntoutusosastolta L32. Kirurgian osaston 61-62:n omahoitaja soittaa L32:n hoitajalle ja antaa puhelinaraportin pohjautuen potilaan hoitosuunnitelmaan. Hänellä on puhelinaraportointilomake edessään, jotta puhelinaraportointi etenee loogisesti. Raportti annetaan dialogisesti yhdessä tasavertaisesti keskustellen ja samalla kirjaten puhelinaraportointilomakkeeseen. Raportti annetaan aamupäivän aikana, jotta vastaanottavan osaston omahoitaja voi jo aloittaa hoitosuunnitelman tekemistä. Se nopeuttaa potilaan tulotilannetta. Puhelinaraportoinnin antaminen aamupäivästä on merkityksellistä siinä mielessä, jos jokin asia jää epäselväksi hoitosuunnitelmaa aloitettaessa, voi vielä soittaa lähettävälle osastolle ja kysyä asiaa lähettäneeltä hoitajalta. Potilasturvallisuus parantuu, kun potilas siirtyy tämän uudenlaisen toimintamallin mukaisesti.

7 POHDINTA

7.1 Johtopäätökset

Tämä kehittämishanke integroitui työelämän tarpeisiin erinomaisesti sekä ajankohtaisuutensa että aiheensa perusteella. Lahden kaupungin sairaalan kuntoutusosasto L 32:n tulokortti (LIITE 3) vuodelle 2012 sisältää palvelukyvyyn ja vaikuttavuuden menestystekijänä sen, että erikoissairaanhoidon viivepäivät eivät lisäänty, vaan osastolle pystytään ottamaan potilaita jatkohoitoon kiireellisyysluokituksen mukaisesti. Tulokortin tavoitteena on myös yhteistyön jatkuminen ja parantuminen Päijät- Hämeen keskussairaalan kirurgian osasto 61- 62 kanssa. Tulokortti sisältää myös kuntoutumisen tehostumisen ja arvioinnin. Ajankohtaisuus tulee esille myös Etelä- Suomen Sanomien artikkelissa 20.2.2013 ”hoitoaika valuu tiimalasiin”. Lahden kaupunginsairaalan L 52:n osastonlääkäri Maija Junes sanoo artikkelissa, että potilas siirtyy Lahdessa laitoksesta toiseen nopeammin kuin hänen tietonsa. Syynä tähän ovat keskussairaalan ja kaupunginsairaalan eri tietojärjestelmät, jotka eivät keskustele toistensa kanssa. (Vikström 2013, 4.) Hoitotyön osalta tätä viivettä on pyritty parantamaan tässä kehittämishankkeessa toteutuneen dialogisella raportoinnin ja puhelinraportointilomakkeen avulla.

Kuntoutumisen arvioinnissa on käytetty RAI-toimintakykymittaria. Mittarin yhtenä osa-alueena on hoitajan toteuttama kuntoutus ja sen arviointi. Hoitajan antaman kuntoutuksen tueksi osastolla L 32 on käytössä jo aikaisemmin kehitetyt kuntokortit, jotka nyt on otettu uudelleen käyttöön niille potilaille, joilla ei ole fysioterapiatarvetta ja joiden kuntoutus on enemmän hoitajan vastuulla. Kehittämishankkeen aikana L 32:lla käyttöön otettu kuntokortti on laadittu potilaan kanssa yhteistyössä ja auttaa myös omaisia saamaan tietoa läheisesnsä kuntoutumisen suunnittelusta ja tilanteesta. On todettu, että omaisten vaikuttamismahdollisuuksissa sekä tiedon saamisessa ja yhteistyössä henkilökunnan kanssa on parantamisen varaa (Kokko 2003, 234). Kuntokortti on yksilöllinen, konkreettinen ja tavoitteellinen kuntoutumissuunnitelma, joka toisaalta sitouttaa potilasta omaan kuntoutumiseensa, mutta toimii myös hoitajaa innostavana ja ohjaavana välineenä. Kuntokortista voi omainen, potilas itse sekä hoitaja seurata

potilaan moniammatillisesti, asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti suunniteltua kuntoutuksen toteutumista.

Moniammatillisuus kuuluu kuntouttavaan hoitotyöhön osastolla L 32. Kuntoutuspalaverit toteutetaan osastolla säännöllisesti. Kuntoutuspalaveri on moniammatillinen ja siihen on mahdollisuus osallistua niin potilaan itsensä kuin omaistenkin. Kuntouttava hoitotyö on eri ammattiryhmien sekä kuntoutujan itsensä ja hänen läheistensä yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa kaikkien ammattiryhmien erityisosaamisen hyödyntämisen kuntoutusprosessissa. Hoitotyön osuus potilaan hoidossa on merkittävä ja selittyy sillä, että hoitaja on 24 tuntia vuorokaudessa kuntoutujan kanssa ja pystyy näin ollen helpommin hahmottamaan kokonaisuutta kuntoutujan parhaaksi. Läheisten merkitys korostuu tiedonantajina ja iäkkään kuntoutujan elämänhistorian asiantuntijana. (Kuivamäki & Patteri 2003, 78.)

Asiakaslähtöisyys pyritään huomioimaan jo alkuvaiheessa ja kuntoutumisen tavoitteet laaditaan yhdessä potilaan kanssa. Potilaan toimintakykyä arvioitaessa otetaan huomioon se toimintakyky, joka potilaalla on ollut ennen sairaalaan joutumistaan. Tämän toimintakyvyn pohjalta voidaan kuntoutumiselle asettaa riittävän tehokas päätavoite yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. Kehittämishankkeen aikana on huomattu, että toimintakyvyn arvioinnilla ja kuntoutumisen selkeällä tavoitteella on merkitystä potilaan kuntoutumiselle. Esimerkkipotilaiden avulla on opeteltu huomioimaan, että kuntoutuksen tavoite on hyvä asettaa riittävän korkeaksi. Potilaan oma aktiivisuus ja osallisuus oman kuntoutuksensa suunnitteluun vaikuttavat kuntoutukseen sitoutumiseen ja sen tuloksellisuuteen (Karttunen 2005, 55; Pitkälä, Routasalo & Savikko 2005, 146- 147). Toisin sanoen toimintakyvyn arvioinnin tulisi perustua vähintään potilaan toimintakykyyn ennen sairaalaan joutumista. Joissain tapauksissa tavoite voidaan asettaa jopa korkeammalle kuin edellä mainittu tilanne. Puhelinraportoinnin yhteydessä annettava tieto potilaan toimintakyvystä on merkityksellinen. Kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta asennoituminen potilaan toimintakykyyn on erilainen sen perusteella, minkälainen lähtötilanne potilaalla on erikoissairaanhoidosta tullessaan. Esimerkkinä olkoon vaikkapa tieto siitä, onko potilas itse liikkuva vai vuodepotilas.

Asiakaslähtöisyys näkyy tässä kehittämishankkeessa myös puhelinraportointilomakkeessa, jossa kysytään potilaan omaa tavoitetta kuntoutumisen suhteen. Puhelinraportointilomake pohjautuu ISBAR- menetelmään ja toimii samalla niin sanottuna tarkistuslistana. Tarkistuslistan avulla informaatio paranee kahden osaston välillä, jossa potilassiirtoa tapahtuu ja näin tarkistuslista auttaa hoitajia parantamaan hoitotyötään. Britanniassa useimmissa korkean luokan sairaaloissa tarkistuslista on käytössä ja siitä on saatu hyviä tuloksia. Säännöllinen tarkistuslistan avulla on nostanut hoidon tasoa. Hoitajat luulivat aluksi, että tarkistuslista tuo lisää tehtävää, mutta sen käytön oppii nopeasti ja se nopeuttaa työntekoa. (Coloff & Dale 2003, 47; Dean 2012, 12- 16.) Puhelinraportointilomakkeen käyttö tarkistuslistana, hoitotyön lähetteenä sekä hoitosuunnitelman pohjana on antanut hyviä kokemuksia tässä kehittämishankkeessa.

Jatkokuntoutusosasto L32 ottaa potilaita vastaan puhelinraportointilomakkeen avulla myös muiltakin erikoissairaanhoidon osastoilta kuin kirurgian osasto 61-62:lta. Muilla lähetävillä osastoilla ei ole käytössään tätä puhelinraportointilomaketta. Raportointi on selkeästi helpompaa toteuttaa osasto 61- 62 kanssa ja raportointi toteutuu dialogisempänä kuin niiden osastojen kanssa, joilla ei ole lomaketta käytössä. Silloin kun puhelinraportti annetaan dialogisesti lomakkeen avulla, potilaan tiedot siirtyvät luotettavasti. Kun potilaasta saadaan kattava puhelinraportti aamupäivästä, voi vastaanottava hoitaja jo aloittaa hoitosuunnitelman tekemisen hoitokertomukseen. Potilaan tuloa voidaan valmistella esimerkiksi tilaamalla lääkkeet, hankkimalla apuvälineet tai hoitotarvikkeet valmiiksi. Lomake toimii siis myös tarkistuslistana, josta voidaan varmistaa, että kaikki potilaan hoidon kannalta oleelliset asiat on otettu huomioon. Uudenlainen toimintamalli potilassiirrossa on kuvattu kuviossa (KUVIO 4), joka on osa osastolle L 32 tulevan jatkokuntoutuspotilaan hoitoprosessia.

7.2 Kehittämishankkeen arviointi

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli tehostaa kuntouttavaa hoitotyötä Lahden kaupunginsairaalan osastolla L 32. Kehittämishanketta aloitettaessa kuntouttava hoitotyö ei ollut itsestäänselvyys osastolla L32. Kehittämishankkeen aikana parannusta on tullut huomattavasti. Kuntouttavan hoitotyön kehittyminen

näkyä sekä kolmen esimerkkipotilaan RAI-arvioinneissa että tilastoissa lyhyempinä hoitajaksoaikoina. (Silventoinen 2012.)

Toisena tarkoituksena tässä kehittämishankkeessa oli tiedonsiirron ja yhteistyön lisääminen Päijät- Hämeen keskussairaalan kirurgian osasto 61- 62 ja Lahden kaupunginsairaalan osasto L 32 välillä. Kehittämishankkeen aikana osastoilla pidettiin yhteensä neljä osastotuntia, joissa pyrittiin myös lisäämään tietoa toisesta yhteistyöosastosta. Yhteistyötä lujitti aluksi se, että puhelinraportointilomake kehitettiin yhteistyössä kummankin osaston kanssa ja johon kumpikin osasto pääsi vaikuttamaan. L 32:lla puhelinraportointilomakkeen käyttöönotto oli helpompaa, koska siellä käytettiin lomaketta aktiivisesti heti sen valmistuttua. Kehittämishankkeen loppupuolella osasto L 32 otti sen lopullisesti käyttöön ja tätä samaa lomaketta käytetään puhelinraportoinnissa myös muualta kuin osasto 61- 62 tuleville potilaille. Kirurgian osasto 61- 62:lla lomake jäi vieraammaksi, koska sen käyttöaste jäi liian pieneksi.

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää uudenlainen toimintamalli potilassiirrossa. Potilaasta annettavien tietojen siirtymisen apuna käytettiin puhelinraportointilomaketta, joka mahdollisti dialogisen raportoinnin. Sekä kyselyn tulos että ja käytännön kokemus osoitti, että puhelinraportointilomake on informatiivisempi kuin hoitajan tekemä hoitotyön lähete. Puhelinraportointilomake oli laadittu niin, että sitä voitiin käyttää dialogisen raportoinnin apuvälineenä ja samalla myös tarkistuslistana, niin että kaikki oleellinen tieto potilaasta saatiin ylös ja huomioitua. Se, kuinka turvallisesti potilaan siirto muodostuu, riippuu tietenkin sekä vastaanottavan että lähettävän osaston hoitajasta. Mitä aktiivisempaa dialoginen raportointi on, sitä turvallisemmaksi ja kattavammaksi potilaan siirto muodostuu. Puhelinraportointilomake laadittiin niin, että siihen ei jäänyt mitään toimintakyvyn osa-aluetta, jota ei huomioitu. Puhelinraportointilomake mahdollistaa oikein käytettynä monipuolisen ja turvallisen potilassiirron. Seuraavassa ote erään dialogisen puhelinraportoinnin keskustelusta: ” *Hyvä kun kysyit tuota, en olisi huomannut sanoa sitä sinulle!*”

Dialogisen puhelinraportointikäytännön opetteleminen koettiin alkuun vaikeana. Vanhan käytännön mukaan raportin antaja puhui asiat ja raportin vastaanottaja oli kuunteleva osapuoli. Kun puhelinraportti annettiin kiireessä, ei vastaanottava hoi-

taja aina ehtinyt kirjata kaikkea tarpeellista tietoa ylös ja näin oleellisista asioista potilaan hoidossa jäi huomioimatta. Uudessa tavassa raportoida ja vastaanottaa tietoa aktiivisesti keskustelemalla tuntui siis alkuun vaikealta ja aikaa vievältä. Loppujen lopuksi dialogisella tavalla annetusta puhelinraportoinnista saatiin laadukas ja turvallinen raportti, vaikka sen opetteluun jouduttiin käyttämään aikaa. Myös puhelinraportoinnin ajankohdalla oli merkitystä. Dialoginen puhelinraportointi on hyvä tehdä aamupäivällä, jolloin vastaanottavan osaston omahoitaja voi ryhtyä laatimaan alustavaa hoitosuunnitelmaa potilaalle. Jos siinä vaiheessa nousi vielä kysymyksiä potilaan toimintakykyyn liittyen, saattoi omahoitaja vielä varmentaa asioita soittamalla lähettävälle osastolle aamuvuoron aikana. Tällöin oli vielä mahdollista saada kiinni se hoitaja, joka puhelinraportoinnin oli antanut ja tunsu potilaan tilanteen parhaiten. Jos raportointi jäi iltapäivään, ei tätä mahdollisuutta enää ollut ja tiedonsiirrossa saattoi ilmetä puutteita.

Puhelinraportointilomake on herättänyt kiinnostusta muillakin osastoilla Lahden kaupunginsairaalassa ja sitä on benchmarkattu toiselle osastolle. Päijät-Hämeen keskussairaalassa potilasturvallisuus ja siihen liittyvät asiat ovat merkittävästi esillä tällä hetkellä ja siellä puhutaan paljon myös tarkistuslistoista. Tämän kehittämishankkeen puhelinraportointilomake on ollut esillä potilasturvallisuuteen liittyvässä keskustelufoorumissa Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Koulutuskeskus Salpauksen opettaja on kysynyt lupaa käyttää puhelinraportointilomaketta esimerkkinä opetustilanteessa, johon olemme suostuneet.

Kehittämishankkeen hyödyllisyys on osoitettu kahdella eri tavalla. L 32 hoitajille suunnatun kyselyn tuloksena puhelinraportointilomakkeen käyttö on vaikuttanut kuntouttavaan hoitotyöhön tehostavasti, yhteistyö on lisääntynyt kahden eri osaston välillä ja puhelinraportointilomaketta voidaan käyttää sekä hoitotyön läheteenä että tarkistuslistana. Potilasesimerkkien avulla kuntouttavan hoitotyön tehostumista on voitu seurata mittarin avulla. Toikko ja Rantanen sanovat kirjassaan seuraava: *”Ei riitä, että kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvä tieto on todenmukaista, vaan sen tulee olla hyödyllistä.”* Kehittämistoiminnan arvioinnin tehtävänä on suunnata kehittämistoiminnan prosessia. Tällöin tavoiteena on tuottaa tietoa jonka avulla kehittämisprosessia voidaan ohjata. Arvioinnin tehtävänä on myös tuottaa tietoa kehitettävästä asiasta. (Toikko & Rantanen 2009, 61 ja 121.)

Kehittämishankkeen onnistumista voidaan arvioida myös tekijöiden ja osallistujien välisen yhteistyön kautta. Osallistuminen perustuu dialogiin, jonka avulla osallistujat voivat tarkastella kehittämistoiminnan perusteita, toimintatapoja ja tavoitteita. Osallistuminen on kaksisuuntaista. (Toikko & Rantanen 2009, 89- 90.) Toinen tekijöistä työskenteli kehittämishankkeen alussa kirurgian osastolla apulaisosastonhoitajana 2.10.2011 saakka, jonka jälkeen hän siirtyi L32:lle apulaisosastonhoitajaksi. Ollessaan osastolla 61- 62 tekijän oli helppo kannustaa osastoa käyttämään puhelinraportointilomaketta raportointitilanteessa. Tekijän lähdettyä osastolta, kiinnostus kehittämishanketta kohtaan laski selvästi. Sama ilmiö oli havaittavissa osastotuntien suhteen. Ensimmäisellä osastotunnilla kiinnostusta kehittämishanketta kohtaan oli ja yhteistyön lisääminen oli kaikkien mielestä hyvä asia. Toisen osastotunnin aikaan kiinnostusta puhelinraportointia kohtaan ei enää juurikaan ollut osastolla 61- 62.

Vaikka toinen tekijöistä kiertää myös kirurgian osastolla 61- 62, jäi kehittämishankkeen seuranta vähäiselle. Tämä johtui siitä, että varsinaisia työpäiviä 61- 62:lla oli kuitenkin suhteellisen harvoin. Kehittämistoiminnassa näyttäisi olevan hyvin tärkeää se, että kehittämishankkeen tekijä(t) työskentelisi kohdeorganisaatiossa. Tällöin kehittäjät ja toimijat osallistuvat kehittämiseen konkreettisesti ja tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa kehittäjien ja toimijoiden tiivis yhteistyö saisi ansaitsemansa merkityksen. (Järvinen & Järvinen 2000, 129- 130; Toikko ja Rantanen 2009, 89- 90.)

Kirurgian osasto 61- 62 on kiireinen ja vaativa osasto. Hoitohenkilökunnasta on pulaa, työtä on paljon ja johdon aika kuluu pitkälti osaavan henkilökunnan rekrytoimiseen puuttuviin vuoroihin. Tällöin tietysti aikaa ei jää muuhun toimintaan, vaikka halua siihen olisikin. Nämä näkökulmat voivat osaltaan selittää mielenkiinnon hiipumisen tätä kehittämishanketta kohtaan. Organisaation johdon hyväksyntä yhteistyön kehittämiselle ja riittävien resurssien varaaminen edesauttavat yhteistyötä. Yhteistyön esteitä voivat olla ennakkoluulot ja tiedon puute toisen työstä, virallisten ohjeiden puutteellisuus, työnjaon ja vastuiden määrittelemättömyys ja yhteistyön suunnittelemattomuus. (Granholm 2008, 17- 19.)

7.3 Kehittämishankkeen luotettavuus ja eettisyys

Tieteellisen tiedon keskeisin tunnusmerkki on luotettavuus. Luotettavuuden kyseenalaistaminen kohdistuu tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. Kehittämistoiminassa luotettavuus tarkoittaa hankkeen käyttökelpoisuutta. Tämän kehittämishankkeen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimusmetodin avulla. Kehittämishankkeessa käytettiin toimintatutkimusta ja tapaustutkimusta. Toimintatutkimuksen avulla arvioitiin olevan mahdollista hankkia parhaiten tarvittava tieto puhelintilomakkeen toimivuudesta. Toimintatutkimus on käytännönläheinen tutkimusmenetelmä, jonka tarkoituksena on tieteellisen tiedon vieminen käytännön työelämään (Aaltola & Valli 2010, 214). Lisäksi toimintatutkimuksen tekijä(t) työskentelevät usein kohteena olevassa organisaatiossa, niin kuin tässäkin kehittämishankkeessa (Järvinen & Järvinen 2000, 129 -130; Toikko & Rantanen 2009, 121). Tässä kehittämishankkeessa tapaustutkimusta käytettiin toimintatutkimuksen sisällä. Tapaustutkimus voidaan nähdä olevan eräs toimintatutkimuksen muoto, koska toimintatutkimus perustuu aina johonkin tapaukseen. Tapaus voi olla yksilö, perhe, yhteisö tai vaikkapa jokin tapahtumasarja. (Lehtonen 2007, 245- 246.) Tapaustutkimus soveltui tähän kehittämishankkeeseen luontevasti kolmen esimerkkipotilaan muodossa. Kolmella potilastapauksella mitattiin kuntouttavan hoitotyön tehostumista. Potilasesimerkit valittiin tiettyjen kriteerien perusteella (ks. kohta potilasesimerkkien valinta), jotka oli sovittu etukäteen. Potilasesimerkit edustivat tyypillisimpiä osastolle tulevia potilaita, joka myös tukee kehittämishankkeen luotettavuutta. Tapausten avulla pyrittiin ymmärtämään tarkasteltavaa ilmiötä kokonaisuutena (Häikiö & Niemenmaa 2007, 42).

Kehittämistoiminnassa aineistoja hyödynnetään kapeammassa näkökulmassa kuin varsinaisessa tutkimuksessa. Myös kehittämistoiminnan tiedon tehtävänä on usein ohjata kehittämissuunnitelmaa, jolloin aineistolta edellytetään nopeita vastauksia ja siksi joudutaan miettimään kulloisenkin kehittämistoiminnan vaiheen kannalta sopivaa tiedonkeruun ja analyysin tapaa. (Toikko & Rantanen 2009, 121.) Tästä syystä kyselylomake haluttiin pitää mahdollisimman yksinkertaisena. Avoimella kysymyksellä haluttiin tietoa siitä, mihin suuntaan puhelintilomaketta tulisi vielä kehittää. Täsmällistä tietoa kysyttiin yksinkertaisilla kyllä / ei- valintakysymyksillä perusteluineen, jolloin myös vastausten analysointi oli nopeaa ja helposti tallennettavaa. (Hirsjärvi ym. 2010, 195- 197.)

Tutkimustulokset pyrittiin kirjaamaan ylös mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti. Molemmat työn tekijät tarkastivat kyselylomakkeen vastaukset ja tulosten aukikirjaamisessa käytettiin autenttisia lainauksia vastaajilta. Näin voitiin vähentää sitä mahdollisuutta, että tuloksien analysoinnissa tapahtuisi virheitä. Hyvän kehittämishankkeen tunnusmerkki on hyvän tutkimuskäytännön toteuttaminen, johon kuuluvat myös tekijöiden huolellisuus ja rehellisyys. (Karjalainen, Launis, Pelkonen & Pietiläinen 2002, 222.)

Kehittämishankkeen luotettavuutta voidaan tarkastella myös tekijöiden roolin kautta. Toinen tekijöistä työskentelee jatkokuntoutusosastolla, joten hänen voidaan katsoa toimineen osallistuvana tutkijana kohdeympäristössä. Häneltä odotetaan tutkijan roolin lisäksi myös apua muutostilanteisiin ja myötäelämistä niissä. Toinen tekijä työskentelee lähettävässä organisaatiossa varahenkilöstössä, jonka kiertoalueeseen kuuluu myös kirurgian osasto 61- 62. Toinen tekijöistä on sitä vastoin toiminut ns. tieteellisenä asiantuntijana, jonka rooliin on kuulunut enemmän muutosprosessien seuraaminen ja arvioiminen. (Vilkkä 2007, 70- 71.)

Potilastapaukset toivat myös haastetta tutkijoille, koska RAI-toimintakykymittari ei ollut kummallekaan ennestään tuttu. Molemmat kehittämishankkeen tekijät osallistuivat RAI-koulutukseen hankkeen aikana ja osallistuivat itsenäisesti RAI-arvioinnin tekemiseen omassa työssään. Mittarin käytön hallitseminen jo aikaisemmin olisi lisännyt luotettavuutta tässä kehittämishankkeessa, toisaalta taas viimeisimmän tiedon saaminen RAI-koulutuksen kautta on saattanut jopa lisätä hankkeen luotettavuutta.

Kehittämishankkeen käyttökelpoisuus voidaan osoittaa hankkeen aikana tehdyillä arvioinneilla sekä havainnoilla. Kehittämishankkeessa käytetty toimintatutkimuksellinen ote tarkoittaa sitä, että toiminta on jatkuvasti muuttuvaa ja kehittyvää ja perustuu jatkuvalla arvioinnilla ja havainnoilla. (Järvinen & Järvinen 2000, 129 - 130.) Lahden kaupunginsairaalan osastolle L 32 puhelinraportointilomake jää pysyvästi käyttöön ja on otettu tulokorttiin mukaan käsittäen potilasturvallisen ja dialogisen tiedonsiirron. RAI – toiminta-kykymittari tulee käyttöön lähikuukausina osastolle L 32, jonka avulla seurataan kuntoutuksen vaikuttavuutta ja potilaan toimintakyvyn paranemista kuten tässä kehittämishankkeessakin on tehty. Kuntouttava hoitotyö on myös arvioinnissa mukana ja toimintatutkimuksen tavoite

tuoda tieteellistä tietoa organisaation käyttöön ja yhdistää teoriaa käytännön työelämään on saavutettu. (Heikkinen, Huttunen & Moilanen 1999, 18 -25; Aaltola & Valli 2010, 214.)

Eettisyys ja hyvä tutkimuskäytäntö korostuvat silloin, kun tutkimus kohdistuu ihmisiin. Eettisyyden ja hyvän tutkimuskäytännön perusta on ihmisarvon ja itsemäärämisoikeuden kunnioittaminen. Hyvä tutkimuskäytäntö tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa pyritään hyvän tekemiseen ja vahingon välttämiseen. Eettisyyteen kuuluu myös tutkimuksen kohteena olevan ihmisen suostumus kyseiseen tutkimukseen. (Karjalainen ym. 2002, 129.) Samat tutkimusta ohjaavat eettiset lainalaisuudet säätelevät myös hyvän kehittämishankkeen eettisyyttä. Tässä kehittämishankkeessa kuntouttavan hoitotyön kehittymistä seurattiin kolmen potilastapausten avulla. Luonnollisesti potilailta kysyttiin lupa heidän tietojensa käyttämiseen tässä kehittämishankkeessa.

Suurin riski eettisyyden suhteen liittyi juuri potilastapausten tunnistettavuuteen. Keskeistä eettisyyden toteutumisessa on se, että potilasta ei taustatietojen perusteella voida tunnistaa ja siksi taustatiedot on pyritty kirjaamaan kehittämishankkeeseen sillä tavoin, että tunnistettavuus on mahdollisimman pieni. Täysin tunnistettavuuden riskiä ei pystytä sulkemaan pois, koska taustatietojen tarkoituksena oli myös kuvata potilaan toimintakykyä ennen ja jälkeen kuntoutumisen. Tämä asia on esimerkkitapauksina toimineille potilaille myös kerrottu. Keskeistähän on, että potilas ymmärtää, mitä tutkimukseen osallistuminen hänelle merkitsee ja mitä hyötyä tai haittaa siitä hänelle voi olla (Karjalainen ym. 2002, 131). Tässä kehittämishankkeessa esimerkkinä toimineiden potilaiden voidaan katsoa enemmän hyötynneen hankkeesta, koska juuri heidän toimintakykyään ja kuntoutumisen edistymistään seurattiin erityisen tarkasti ja siihen myös panostettiin kuntouttavan hoitotyön mukaisesti.

7.4 Jatkokehittämisiä

Jatkossa mielenkiintoista olisi saada tietoa siitä, miten tämän tyyppinen puhelinraportointilomake palvelee muita osastoja ja miten toimintakyvyn arviointi vaikuttaa kuntouttavaan hoitotyöhön muilla osastoilla. Puhelinraportointilomaketta on helppo muokata kunkin osaston profiilin mukaiseksi, niin kuin tässäkin kehittä-

mishankkeessa on tehty. Kokemuksemme mukaan puhelinraportointikäytännöt vaihtelevat paljon eri osastoilla ja käytössä olevat puhelinraportointilomakkeet ovat epäselviä ja vaikeasti täytettäviä. Lisäksi toimintakyvyn arviointiin on kiinnitetty niukasti huomiota.

Puhelinraportointilomakkeen hyödynnettävyydestä hoitosuunnitelman tekemisessä on jo tämän kehittämishankkeen aikana saatu hyviä kokemuksia. Jatkokehittämishaasteena ehdotamme sekä lisätietoa puhelinraportointitietojen hyödyntämisestä hoitosuunnitelman tekemisessä että puhelinraportointilomakkeen käytöstä hoitotyön lähetteenä. Kokemuksemme mukaan puhelinraportointilomake oikein käytettynä sisältää enemmän tietoa kuin usein kovin niukaksi jäänyt paperinen hoitotyön lähete.

Lähteet

Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: Gummerus.

Aarnio, H. & Enqvist, J. 2001. Dialoginen oppiminen verkossa: DIANA-malli ammatillisen osaamisen rakentamiseen. Helsinki: Opetushallitus.

Collin, K., Paloniemi, S. & Herranen, S. 2012. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. Jyväskylän yliopisto, RYMY-hankkeen loppuraportti.

Coloff, K. & Dale, M. 2003. Pre-procedures: Make a list and check it twice. *Nursing Management* 11/2003, 45- 47.

Dean, E. 2012. Regular ward checks raise standards of care. *Nursing Management* 5/2012, 12- 16.

Elissen, A., van Raak, A. & Paulus, A. 2011. Can we make sense of multidisciplinary co-operation in primary care by considering routines and rules? *Health and Social Care in the Community*. 19/2011, 33- 42.

Eloranta, S., Arve, S., Viitanen, M., Isoaho, H. & Routasalo, P. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 1/2012, 14- 26.

Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. *Vireään vanhuuteen*. Helsinki: Tammi.

Eloranta, S., Routasalo, P. & Arve, S. 2008. Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. *International journal of nursing practice* 14/ 2008, 308- 314.

Granholm, T. 2008. Julkisen ja kolmannen sektorin välinen yhteistyö ikääntyneiden kotihoidossa. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Grönlund, R. 2010. Pitkään kotona- kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 111. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

Haapaniemi, H., Routasalo, P. & Arve, S. 2006. Sairaanhoidajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. *Hoitotiede*. 4/2006, 197-208.

Haarakangas, K. 2008. Läsä oleminen, kuulluksi tuleminen ja tasa-arvoisuus perheterapiassa. Artikkelel perheterapiakongressin kirjaan 2009. [viitattu 28.7.2012]. Saatavissa http://www.dialogic.fi/pdf/pt_julkaisut/Haarakangas2009.pdf

Hankamäki, J. 2008. Dialoginen filosofia; teoria, metodi ja politiikka. 2. uudistettu painos. Helsinki: Books on Demand GmbH.

Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010 Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Häikiö, L. & Niemenmaa, V. 2007. Valinnan paikat. Teoksessa Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. (toim.) Tapaustutkimuksen taito. Helsinki: Gaudeamus.

ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2004. Helsinki: Stakes.

Ikonen, J. & Mäkisalo, M. 2004. Dementoituneen potilaan toimintakyvyn edistäminen hoitotyön ja fysioterapian yhteistyönä. *Sairaanhoidaja* 4/2004, 21-24.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3. [Viitattu 3.1.2012]. Saatavissa [http://www.stm.fi/sosiaali ja terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelujen_laatu/](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelujen_laatu/)

Isaacs, W. 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Helsinki: Kauppakaari.

Isoherranen, K. 2005: Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: WSOY.

Järnström, S. 2011. En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Väitöskirja.

- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. Helsinki: WSOY.
- Järvinen, P. & Järvinen, A. 2000. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpajan kirja.
- Karjalainen, S.; Launis, V.; Pelkonen, R. & Pietarinen, J. 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-paino.
- Karppi, S-L. 2009. Toimintakyky on selviytymistä elämän haasteista. Tutkimusblogi. [Viitattu 30.6.2012]. Saatavissa Kelan sivustolta:
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261006153959HJ?OpenDocument>
- Karttunen, T. 2005. Asiakslähtöisten toimintamallien arviointi. Kansainvälisen ja kansallisen hoitotieteellisen tutkimuksen systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Kerse, N., Peri, K., Robinson, E., Wilkinson, T., von Randow, M., Kiata, L., Parsons, J., Latham, L., Parsons, M., Willingale, J., Brown, J. & Arroll, B. 2008. Does a functional activity programme improve function, quality of life, and falls for residents in long term care? *British Medical Journal* 2008; 337, 1-7.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WS-Bookwell Oy.
- Kokko, R-L. 2003. Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä - institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Helsingin yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos. Väitöskirja.
- Kokko, R-L. 2006. Tulevaisuuden muistelu; ennakoitdialogit asiakkaiden kokemina. Stakes. Vaajakoski: Gummerus.
- Komi, M. & Tapanainen, M. 2009. Hoitotyön suulliset raportointikäytännöt keuhkosairauksien sekä yleiskirurgian ja traumatologian vuodeosastoilla Seinäjoen keskussairaalassa. Vaasan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan laitos. YAMK kehittämistyö.

Kuivamäki, M. & Patteri, E. 2003. Moniammatillinen yhteistyö erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajan näkökulmasta. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Kukkonen, L. 2007. Hoitotyöntekijöiden kuvaus kuntouttavasta hoitotyöstä perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Kupari, P., Peltomaa, K., Inkinen, R., Kinnunen, M., Kuosmanen, A. & Reunama, T. 2012. ISBAR-menetelmä auttaa turvallisessa tiedonvälittämisessä. Sairaanhoitaja 3/2012, 29- 31.

Kuusela, M., Hupli, M., Johansson, K. & Eloranta, S. 2010. Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Hoitotiede 2/2010, 96- 107.

Kärholm, J., Ekholm, K., Jakobsson, B., Ekholm, J., Bergroth, A. & Schuldt, K. 2006. Effects on work resumption of a co-operation project in vocational rehabilitation. Systematic, multi-professional, client-centred and solution-oriented co-operation. Disability and Rehabilitation 4/2006, 457-467.

Lahden kaupungin strategia 2025; Luettavissa Lahti-intrasta www.lahti.fi/intra

Lamond, D. 2000. The information content of the nurse change of shift report: a comparative study. Journal of Advanced Nursing 4/2000, 794-804.

Lauri, S. 1998. Toimintatutkimus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Lehtonen, P. 2007. Tapaus- ja toimintatutkimuksen yhdistäminen. Teoksessa Laine, M., Bamberg, J. & Jokinen, P. (toim.) Tapauksitutkimuksen taito. Helsinki: Gaudemus.

Liittyvä voima- hanke. Espoon kaupunki 2008- 2010. [Viitattu 28.4.2011]. Saatavissa Metropolian sivustolta:

<http://tietohallinto.metropolia.fi/display/liittyvavoima/Etusivu;jsessionid>

- Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita Prima.
- Matikainen, E., Aro, T., Huunaan- Seppälä, A., Kivekäs, J. & Tola, S. 2004.(toim.) Toimintakyky. Arviointi ja kliininen käyttö. Jyväskylä: Gummerus.
- McCormack, B. 2004. Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 13/2004, 31-38.
- McKenzie, P. 2012. Normal changes of ageing. *The RCGP Journal for Associates in Training* 5/2012, 605-613.
- Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Sivenius, J. 2008. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi - terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. *Hoitotiede* 1/2009, 23-33.
- Noro, A., Finne- Soveri, H., Björgren, M., Häkkinen, U., Laine, J., Vähäkangas, P., Kerppilä, S. & Storbacka, R. 2000. RAI- tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000. Stakes. Helsinki.
- Palvelut 2020 - osaaminen kansainvälisessä palveluyhteiskunnassa. 2006. Elinkeinoelämän keskusliitto. Loppuraportti. Helsinki.
- Peri, K., Kerse, N., Robinson, E., Parsons, M., Parsons, J. & Latham, N. 2008. Does functionally based activity make a difference to health status and mobility? *Age and Ageing* 37/2008, 57-63.
- Perälä, M-L., Junttila, K. & Toljamo, M. 2007. Benchmarking- järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Stakesin työpapereita 19/2007. [Viitattu 10.4.2011]. Saatavissa www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T19-2007-VERKKO.pdf
- PHSOTEY 2011. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveys yhtymän strategia 2009-2015. [viitattu 1.10.2011]. Luettavissa www.phsotey.fi/intra.
- Piirainen, P. Osastonhoitaja 61- 62. Päijät- Hämeen keskussairaala. Haastattelu 5.5.2011.

- Pikkarainen, A. 2005. Monialainen ja innovatiivinen gerontologinen kuntoutus osana uudistuvia vanhushpalveluja. *Kuntoutus* 1/ 2005, 43-56.
- Pitkälä, K., Savikko, N. & Routasalo, P. (toim.) 2005. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Kuntoutuspolun solmukohtia. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki.
- Puumalainen, A., Långstedt, K. & Eriksson, E. 2003. Suullisesta raportoinnista kirjalliseen tiedon välitykseen. *Tutkiva Hoitotyö* 1/ 2003, 4–9.
- Pärnä, K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turun yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Routasalo, P. 2002. Sairaanhoidajat iäkkään potilaan kuntoutumisen edistäjinä. *Gerontologia* 3/2002, 109-119.
- Routasalo, P. & Arve, S. 2002. Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö. Toimintatutkimus. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja n:o 6:2002.
- Routasalo, P., Arve, S., Aarnio, & M., Saarinen, T. 2003. Sairaanhoidajien ja perushoitajien hoitotyö iäkkään potilaan kuntoutumisen edistämässä. *Tutkiva hoitotyö* 1/2003, 24- 30.
- Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. *Gerontologia* 3/ 2001, 207- 216.
- Ryynänen, O-P. 2010. Moniammatillinen, toimintakykyä edistävä työote akuuttisairaalassa. Raportissa Kinnunen, J., Ryynänen, O-P., Taskinen, H. & Kylänen, M. (toim.) Tuottavuuden lisääminen Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Lähtötilanteen raportti. Helsinki.
- Seikkula, J. & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 3/2004, 289 –296.

- Seppälä, H. & Sundin, M. 2011. Menetelmä psykososiaalisen toimintakyvyn kuvaamiseen. Kehitysvammaliitto ry. Tutkimus- ja kehittämiskeskus: Solver palvelut Oy.
- Siipola, S. 2001. Vanhusten kuntouttava hoitotyö. Käsiteanalyysi. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Silventoinen, S. 2011. Osastonhoitaja L 32. Lahden kaupunginsairaala. Haastattelu 2.5.2011.
- Silventoinen, S. 2012. Osastonhoitaja L 32. Lahden kaupunginsairaala. Haastattelu 25.9.2012.
- SOTE- 2015. Lahden kaupungin sosiaali- ja terveysalan toimenpidesuunnitelma. [Viitattu 4.11.2012]. Saatavissa www.lahti.fi/intra.
- STM 2006. Kuntainfo 2006:5. Ikäihmisten toimintakyvyn selvittäminen osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa.. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. [Viitattu 11.12.2011]. Saatavissa <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1258673#fi>
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Tuominen, S. 2006. Asiakslähtöisyys geriatrisella osastolla vanhuksen kokemana. Tampereen yliopisto, sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu.
- Tuulio - Henriksson, A. 2011. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. Suositus. Toimia tietokanta. [Viitattu 12.9.2011]. Saatavissa http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S006_suositus_vt_kognitio_110126.pdf
- Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

- Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut - nykytila ja vuosi 2015. Julkaisussa Kautto, M., Koskinen, S., Karisto, A., Kiander, J., Riihelä, M., Sullström, R., Valkonen, T., Martelin, T., Sainio, P., Vaarama, M. & Lehto, J.(toim.) 2004. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004; 133- 190.
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.
- Vikström, S. 2013. Hoitoaikaa valuu tiimalasiin. Etelä- Suomen sanomat 20.2.2013.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Tammi.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja havainnoi. Helsinki. Tammi.
- Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes Raportteja 7/2005. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Väestöennuste 2009- 2060. Tilastokeskuksen julkaisuja 2009.
- Välimäki, K. 2008. Väestön kuntoutustarpeet tulevaisuudessa. Kuntoutus 4/2008, 47-49.
- Wallin, M. 2009. Community-dwelling older people in inpatient rehabilitation. Physiotherapists' and clients' accounts of treatments, and observed interaction during group sessions. Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

PUHELINRAPORTTOINTILOMAKE OS. L 32

LIITE 1 (1)

Raportti saatu:

Vastaanotti:

Mistä siirtyy:

TAUSTATIEDOT:

Nimi:

Sotu:

Lähiomainen/ yhteyshenkilö:

Onko omaiselle ilmoitettu:

Tulosyy:

Perustaudit:

Hoitotahto:

DNR:

Allergiat:

LÄÄKITYS:

Marevan: Kyllä:

Ei:

Annos:

Seuraava INR:

HAAVAHOITO:

Hoito-ohjeet:

Sidosten avaus pvm:

Eristys:

Syy:

Geelipatja:

0-painepatja:

FYYSINEN TOIMINTAKYKY:

Virtsaus:

Vatsan toiminta:

Suihku:

Huomioitavaa päivittäisissä toiminnoissa:	Liite 1(2)	
Liikkuminen/apuvälineet:		
Huomioitava liikkumisessa:		
Fysioterapia:	Muu terapia:	
<hr/>		
PSYKKINEN TOIMINTAKYKY:		
Vireystila:	Kommunikointi/ aistit:	Muisti:
<hr/>		
SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY:		
Omaiset:		
Kotihoito:		
Muuta huomioitavaa:		
<hr/>		
TOIMINTAKYKY ENNEN SAIRAALAAN JOUTUMISTA:		
<hr/>		
KUNTOUTUKSEN PÄÄTAVOITE:		
<hr/>		
POTILAAN OMA TAVOITE KUNTOUTUMISELLE:		
<hr/>		

KYSELYLOMAKKEEN SAATEKIRJE

Liite 2(1)

Lahti 2.4.2012

Hei!

Kehittämistehtäväämme varten tarvitsemme arvioitanne puhelinraportointilomakkeen toimivuudesta. Lomakkeessa on muutama kysymys, jotka käsittelevät puhelinraportointilomakkeen toimivuutta tiedonsiirrossa sekä yksi avoin kysymys kehittämisideoita varten. Vastauksesi on meille tärkeä ja vie aikaa muutaman minuutin. Vastausaikaa on kaksi viikkoa eli 16.4.2012 saakka. Vastauslomakkeet voit jättää osastonhoitajallesi tai apulaisosastonhoitajallesi.

Vastauksista kiittäen!

Katri Loipponen

Sari Koivunen

KYSELYLOMAKKEEN ARVIOINTIKYSYMYKSET

1. Onko puhelinraportointilomake mielestäsi riittävä tiedonsiirron välinen potilassiirrossa? Kyllä Ei

Jos vastasit ei, perustele vastauksesi: _____

2. Voiko mielestäsi puhelinraportointilomake korvata hoitotyön lähetteen? Kyllä Ei

Jos vastasit ei, perustele vastauksesi: _____

3. Onko puhelinraportointi mielestäsi toteutunut dialogisena? Kyllä Ei

Jos vastasit ei, perustele vastauksesi: _____

4. Onko mielestäsi toimintakyvyn arviointi puhelinraportointilomakkeessa vaikuttanut kuntouttavan hoitotyön tehostumiseen? Kyllä Ei

Jos vastasit ei, perustele vastauksesi: _____

Kehittämisehdotuksia:

OSASTON L 32 TULOSKORTTI VUODELLE 2012

Liite 3

1. PALVELUKYKY JA VAIKUTTAVUUS

Menestystekijät:	Tavoite 2012	Vastuut	Mittari
D1 ESH:n siirtoviivepäivät eivät lisääny, vaan osasto pystyy tarjoamaan jatkohoidon ensisijaisesti haava- ja infektiopotilaille. läheteellä jonottavien tutkimus- ja kuntoutusjaksot toteutuvat kiireellisyyoluokituksen mukaisesti.	Kehittämissyhteistyö phks:n kir.61-62:n kanssa jatkuu henkilökunta sitoutuu puhelinraporttitiedonsiirtämiseen hoitosuunnitelmaan jatkuva jononpurku	aoh+2 x oh aoh	hoitoajat RAI määrä jonotusaika

2. PROSESSIT JA RAKENTEET

Menestystekijät:	Tavoite 2012	Vastuut	Mittari
E1 Henkilökunnan työaika jää enemmän potilaalle työtä uudelleen organisoimalla Prosessikuvaukset tukevat toimintaa mahdollistavat viiveettömän kuntoutuksen	L32 varastopilotointi hoitoketjun kuvaus yhteistyössä J31+L32	varastotyöryhmä +kesk.v.hoitaja 2xoh+2xsh aoh+os.siht.	työtyytyväisyys+/- asiakastytyväisyys tehty+/-

3. TALOUS JA RESURSSIT

Menestystekijät:	Tavoite 2012	Vastuut	Mittari
E1 Tarpeetonta erikoissairaanhoidoa vähennetään Hyödynnetään kuvien katselu mahdollisuutta	L32:n haavakuvat esh:n plastiikka kir. Käyttöön kuvienkatseluohjelmalla	lh haavavastaavat+ lääkärit	matkakustannukset +/-

4. UUDISTUMINEN JA TYÖKYKYISYYS

Menestystekijät:	Tavoite 2012	Vastuut	Mittari
F3 Henkilökunta pystyy vastaamaan hoidolle ja kuntoutukselle asetettuihin osaamisen vaatimuksiin. Henkilökunta saavuttaa pysyvyyttä. Henkilökunta kokee johtamisen ja työympäristön työhyvinvointia tukevaksi.	erikoistumisopintoja täydennyskoulutukseen osallistumista työturvallisuuden lisääntyminen autonominen työvuorosunnittelu	sh x2, aoh oh oh+aoh henkilöstö	työhyvinvointikysely määräaikaisten määrä sairauspoissaolot väkivaltaraporttien määrä Kehityskeskustelut