

POTILAAN OSALLISUUTTA LISÄÄVIEN TYÖTAPOJEN KEHITTÄMINEN PSYKIAT-
RIESSA AVOHOIDON YKSIKÖSSÄ

Katriina Svärd

Opinnäytetyö

Kevät 2014

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Pieksämäki

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosionomi (AMK)

TIIVISTELMÄ

Katriina Svärd. Potilaan osallisuutta lisäävien työtapojen kehittäminen psykiatrisessa avohoidon yksikössä. Kevät 2014, s.58, 4 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma, Sosionomi (AMK).

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää psykiatrisen avohoidon yksikössä potilaan osallisuutta lisääviä työtapoja. Osallisuuden tarkoituksena on, että potilas voisi olla osallisena omien asioiden päätöksenteossa ja hoidon suunnittelussa. Osallisuus on asiakaslähtöistä ja onnistuneen osallisuuden kautta potilas voi voimaantua. Kehittämistyö tehtiin toimintatutkimuksena, jolloin päämääränä ei ole vain tutkiminen vaan toiminnan samanaikainen kehittäminen. Tarkoituksena oli nostaa henkilökunnan kehittämistyön ryhmäkeskustelujen avulla hiljainen tieto tietoiselle tasolle ja sen avulla kehittää työtä. Kehittämistyön ryhmäkeskusteluissa oli keskiössä kokonaisvaltainen, reflektiivinen tapa tarkastella työtä. Kehittämistyön lähtökohdat sovittiin ennen kehittämistyön alkua ja sen pohjalta kehittämistyö toteutettiin alkuvuodesta 2013 kestäen kaksi kuukautta. Kehittämistyöhön osallistui kahdeksan työntekijää.

Tutkimusaineisto kerättiin henkilökunnan kehittämistyön ryhmäkeskusteluista sekä henkilökunnan kehittämistyön päiväkirjamerkinnoista. Aineistoa analysoitiin jatkuvasti ja lopulliset tulokset saatiin sisällön analyysiä käyttäen. Kehittämistyön prosessissa nousivat esille selkeästi asiat, joita henkilökunta halusi kehittää työssään. Samalla selvisivät, mitkä seikat olivat ns. osallisuuden esteinä potilastyössä. Tämän tiedon perusteella henkilökunta muutti työtapoja ja kokeili vaihtoehtoisia työmenetelmiä. Keskeisenä kehittämisen kohteena olivat hoitoneuvottelut. Hoitoneuvotteluihin tehdyillä muutoksilla haluttiin tukea vuorovaikutukseen esimerkiksi järjestämällä neuvottelutilanteet miellyttävimmiksi tilamuutoksilla, ennakkovalmisteluilla ja neuvottelunselkeyttämisellä. Hoitoneuvottelun rakennetta haluttiin muuttaa siten, että dialogille ja potilaan tulevaisuuden suunnittelulle jää enemmän aikaa.

Kehittämistyön prosessi onnistui hyvin, koska henkilökunta toimi tavoitteellisesti ja pohti aktiivisesti ratkaisuja sekä keinoja potilaan osallisuuden lisäämiseksi. Kehittämistyö myös lisäsi henkilökunnan kokonaisvaltaista työnmenetelmien ja -tapojen tarkastelua. Keskustelujen avulla ongelmakohtiin löytyi ratkaisuja ja uusia osallisuutta tukevia työtapoja otettiin käyttöön. Henkilökunta sitoutui prosessiin ja antoi pitkään työkokemukseen liittyvän ammattitaidon ja tiedon työyhteisön käyttöön. Henkilökunta haluaa myös tulevaisuudessa kehittää työtään ja työmenetelmiä.

Asiasanat: osallisuus, voimaantuminen, asiakaslähtöisyys, hoitoneuvottelut, toimintatutkimus

ABSTRACT

Katriina Svärd. Potilaan osallisuutta lisäävien työtapojen kehittäminen psykiatrisessa avohoidon yksikössä. (Developing work practices that increase patient/client participation in a psychiatric outpatient care unit). Spring 2014. p. 58, 4 attachments. Language: Finnish. Diaconia University of Applied Sciences Degree programme in Social Service. Degree Bachelor of Social Services.

The aim of the research project was to develop work practices that increase patient participation in a psychiatric outpatient care unit. Aim of improved participation is to involve patient in care planning process and decision making. Participation requires customer oriented approach and can lead to patient empowerment. Research project was carried out as a process analysis and therefore the aim wasn't just to study work practices but to develop them. The purpose of the group discussions was to bring staff's tacit knowledge to practical level and therefore develop new practices. The group discussions were carried out in a comprehensive and reflective way. The baseline for research project was agreed prior to commencement of project and it ran for two months in the beginning of 2013. Eight members of staff were involved in the research project.

The research material was collected from group discussions amongst the participating staff and from project diary entries. The analysis was ongoing and final results were analysed using content analysis method. The analysis highlighted work practices that members of staff wanted to change. The hindering factors for improved participation in patient care were also identified. Based on these findings participating professionals changed their work practices and tried alternative practices. Important part for development in work practices was care management meetings. Changes to care management meetings aimed to improve interaction by altering meeting venues, prior preparation and clarifying meeting structure. The meeting structure was changed by allowing more time for dialogue and planning for future.

Research project was successful because participating members of staff had clear goals in their work and were actively discussing means of increasing patient participation. Project also increased comprehensive analysis of work practices amongst staff. Following group discussions problems hindering participation were resolved and new practices improving participation were implemented. The staff in the unit were very committed and shared their years of experience and knowledge with their place of work. The participating unit is now looking forward to further developing their work and practices.

Keywords: participation, empowerment, customer oriented approach, care management meeting, process analysis.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	6
2 OSALLISUUS.....	8
2.1 Osallisuus käsitteenä	8
2.2 Osallisuus ja valtauttaminen aikaisemmissa tutkimuksissa.....	9
2.3 Työntekijän työtapojen vaikutus potilaan osallisuuden kokemiseen	10
2.4 Osallisuudesta voimaantumiseen ja valtaistumisen kokemiseen	11
3 OSALLISUUTTA TUKEVIA TYÖMENETELMIÄ	14
3.1 Vuorovaikutus ja dialogisuus	14
3.2 Moniammattilliset neuvottelut osallisuuden tukena	16
3.3 Asiakaslähtöisyys.....	17
4 TYÖNKEHITTÄMINEN JA REFLEKTIIVISYYS	19
5 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT	20
5.1 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet	20
5.2 Kehittämistyön ja toimintatutkimuksen määrittelyä.....	20
5.3 Kehittämistyö toimintatutkimuksen mukaan	21
5.4 Hiljainen tieto ja työn kehittäminen	22
6 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI.....	23
6.1 Kehittämistyön ideointi	23
6.2 Kehittämistyön käytännön toteutus	23
6.3 Kehittämistyön aikataulu.....	25
6.4 Kehittämistyön arvioinnin menetelmät.....	25
6.5 Aineiston kerääminen ja analysointi	25
7 KEHITTÄMISTYÖN RYHMÄKESKUSTELUT	27
7.1 Ensimmäinen ryhmäkeskustelu.....	27
7.2 Toinen ryhmäkeskustelu.....	29
7.3 Kolmas ryhmäkeskustelu.....	30
7.4 Neljäs ryhmäkeskustelu	32
8 TULOKSIA TYÖMENETELMIEN KEHITTÄMISESTÄ	34
8.1 Osallisuuden esteitä ja ratkaisuja niiden poistamiseksi.....	34
8.2 Fyysinen ympäristö.....	34
8.3 Henkilökunnan tapa tehdä työtä.....	35

8.4 Hoitoneuvottelut	36
9 KEHITTÄMISTYÖN LOPPUTULOKSEN ARVIOINTIA	40
9.1 Ryhmyöskentelyn tavat ja vaikutukset	40
9.2 Kehittämistyön hyötyjä	42
9.3 Ammatillista pohdintaa ja henkilökunnan palautetta kehittämyöstä	43
9.4 Kehittämistyön eettisyys	46
9.5 Kehittämistyön luotettavuus	47
LÄHTEET	49
LIITE 1: Teoreettisen orientaation sisältö	53
LIITE 2:Neuvonpidon valmistelu	54
LIITE 3:Reflektio menetelmänä	55
LIITE 4; Hoitoneuvotteluiden arviointiin tukikysymyksiä	57

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää psykiatrisen avohoidon yksikössä potilaan osallisuutta lisääviä työtapoja. Yksikössä kartoitetaan mm. kuntoutustarvetta, psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä arjessa selviytymistä ja yleistä elämäntilannetta. Yksikön tiedot ovat sovittu yhteistyökumppanin kanssa salaiseksi. Kehittämistyö tehtiin toimintatutkimuksen mukaan ja toteutettiin kahden kuukauden aikana 2013. Kehittämistyöhön osallistui kahdeksan työntekijää ja he määrittelivät kehittämistyön alussa, millä eri työn osa-alueilla työtapoja kehitetään. Kehittämisyksikö toi muutoksia toimintatapoihin, joista osa on jäämässä pysyviksi ja joitakin työtapoja saatetaan kehittää työyhteisössä myöhemmin.

Toimintatutkimuksena toteutettu opinnäytetyö voi saada alkunsa tietyistä käytännön ongelmista. Tämän työn lähtökohtana eivät ole olleet niinkään ongelmat, vaan työntekijöiden halu kehittää omia työtapoja niin, että potilaat voisivat olla enemmän osallisena omien asioiden päätöksenteossa. Kehittämistyön perustana olivat aikaisemmat tutkimukset, jotka koskevat potilaiden ja asiakkaiden osallisuuden ja voimaantumisen kokemuksia palvelujärjestelmissä. Näiden tutkimustietojen ja teoretiedon kautta työntekijät halusivat lähteä vastaamaan potilaiden tarpeisiin kehittämistyön kautta. Esimerkiksi Laitila 2010 mainitsee tutkimuksessaan, että osallistavan toimintatutkimuksen tapaan olisi hyvä kehittää asiakkaan osallisuutta mielenterveys- ja päihdetyössä. Tämän näkemyksen kautta löytyivät suuntaviivat kehittämistyön toteutustavalle. Kehittämistyö alussa henkilökunta perehtyi osallisuutta käsittelevään teoreettiseen orientaatioon, jonka tarkoituksena oli antaa perustietoa aiheesta, innostaa pohtimaan ennen ensimmäistä ryhmäkeskustelua aihealueeseen liittyviä tuntemuksia sekä yhtenäistää käsitteistöä.

Opinnäytetyön merkittävyys ja ajankohtaisuus on perusteltavissa monestakin näkökulmasta. Muun muassa sosiaalialalla on viime vuosina siirrytty ongelmakeskeisestä auttamisesta voimaannuttavaan ja asiakkaan omia voimavaroja korostavaan lähestymistapaan. Tulevaisuudessa asiakastyötä kehitetään asiakkaan oman äänen ja osallisuuden vahvistamisen suuntaan. Hyvinvointi 2015 -ohjelmassa mainitaan, että on oltava ratkaisuja, joilla asiakkaan ääni tulee paremmin kuulluksi. Asiakkaan osallisuus toteutuu, jos asiakas osallistuu palvelujen valintaan ja palvelun sisältöön. Keino palveluiden laadun parantamiseen on asiakkaan aseman ja valinnanvapauden vahvistaminen julkisissa palveluissa. (Mäkinen, Raatikainen, Rahikka & Saarnio 2009, 199.) Kaste-ohjelmassa 2012–2015 osaohjelman tavoitteena mainitaan mm. osallisuuden lisäämi-

nen palveluissa ja osallisuuden merkitys ihmisten hyvinvointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012,199.) Laitila 2010 mainitsee myös tutkimuksessaan, että jatkossa olisi hyvä osallistavan toimintatutkimuksen tapaan kehittää asiakkaan osallisuutta mielen-terveys- ja päihdetyössä (Laitila 2010, 186). Laitilan ehdotus on ollut osaltaan ollut vaikuttamassa kehittämistyön syntymiseen vaikka lähestymistapa on ollut työntekijälähtöinen.

2 OSALLISUUS

2.1 Osallisuus käsitteenä

Osallisuus-käsitteellä voidaan tarkoittaa yhteisöön osallistumista ja siinä osallisena olemista. Sosiaalinen osallisuus tuottaa hyvinvointia ja terveyttä, koska osallisuus luo mielekästä merkitystä elämään. Osallisuuden vastakohtaksi voidaan käsittää sosiaalinen syrjäytyminen. Tähän saattaa liittyä sosiaalista, taloudellista ja terveydellistä eriarvoisuutta. Osallisuuteen liitetään myös esteettömyys ja yhdenvertaisuus. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2012.) Osallisuuden käsitettä käytetään paljon ja monenlaisissa merkityksissä. Esimerkiksi osallisuutta havainnollistavat kysymykset: Osallisuus missä? Osallisuus mistä? Osallisuus mihin? Nämä kysymykset kuvastaa osallisuuden monimerkityksisyyttä. Osallisuus on osallisuutta omassa asiassa eli tulla kuulluksi ja että on mahdollisuus kertoa oma mielipide omia asioita koskevilla päätöksillä. Osallisuuden kokemiseen liittyy tunne kunnioittamisesta, asiakkaan ajatuksien arvostamisesta ja omiin asioihin vaikuttamisesta.

Osallisuuden vastakokemus on osattomuus. Osallisuus edellyttää mahdollisuutta vaikuttaa persoonana, elämänsä subjektina asioihinsa. Vaikuttamisen kokemus puuttuu osattomana ollessa, jolloin ihminen kokee itsensä omassa asiassa toisten toiminnan objektiksi. Vaikuttaminen mahdollistaa sitoutumiseen, itsehoitoon kuin vastuuseen omasta elämästään, jotka ovat osallisuuden lähikäsitteitä. Määriteltynä käsite osallisuus omaan hoitoonsa on tässä tapauksessa yksilön antama sisältö asiakaslähtöisyydelle. (Kujala 2003, 41.) Tämän vuoksi käsitellen asiakaslähtöisyyttä myöhemmin.

Osallisuuden ulottuvuuksia ovat: mahdollisuus valita, mahdollisuus saada tietoa, mahdollisuus vaikuttaa prosessiin, mahdollisuus ilmaista itseään, saada apua ja tukea itsensä ilmaisuun ja itsenäisiin päätöksiin. Osallisuus on asiakastilanteissa tässä ja nyt tapahtuvaa. Miten työntekijänä kuulee ja osallistaa tasa-arvoiseen yhteiseen tietoon. (Nisula 2012.) Osallisuutta voidaan kokea laajemmankin merkityksessä, kuten osallistumista laajempaan vaikuttamiseen. Osallisuus voi olla osallistumista yhteisön tai yhteiskunnan päätöksen tekoon. Osallisuuden käsitettä käytetään myös yhteyksissä joissa kuulutaan johonkin. Silloin osallisuus koetaan kokemuksellisesti kuulumalla johonkin. Osallisuus yhteiskuntaan on yleinen määrittelytapa osallisuudesta. Yhteiskunnallista osallisuutta tuetaan menetelmillä, jotka voivat ehkäistä syrjäytymistä. Yhteis-

kunnallinen osallisuus ja syrjäytyminen ovat toistensa vastakäsitteitä. (Nivala 2010, 19.)

Viime vuosina kansalliset terveydenhuollon kehittämissuunnitelmat ovat korostaneet potilaan osallisuutta ja osallisuuden edistäminen on kirjattu nykyiseen hallitusohjelmaan. Osallistuminen ja osallisuus kannattaa erottaa toisistaan. Osallistuminen tarkoittaa mukanaoloa muiden määrittelemässä tilanteessa. Esimerkiksi potilas voi osallistua ohjaukseen, terveystarkastukseen, hoitotoimenpiteeseen tai yleisöluentoon, jonka sisällön, paikan ja toteutustavan terveydenhuollon ammattilainen on suunnitellut. Osallisuus on kuitenkin enemmän. Osallisuus syntyy osallistumisen, toiminnan ja vaikuttamisen kautta. Osallisuus on ennakoivaa, tulevaisuuteen katsovaa ja kokonaisvaltaista. Osallisuudessa potilas asettuu ammattilaisen rinnalle palvelumuotojen, sisältöjen ja toteuttamistapojen suunnitteluvaiheessa. Osallisuus muodostuu tunneperäisesti, tuen ja arvostuksen kokemuksista, ja pohjautuu tunteeseen yhteenkuuluvuudesta sekä jäsenyydestä yhteisöön ja yhteiskuntaan. (Kettunen & Kivinen 2012, 40.)

2.2 Osallisuus ja valtauttaminen aikaisemmissa tutkimuksissa

Tutkimuksissa esiintyy sitä, että potilaalla ei ole aina mahdollisuutta kertoa omaa hoitoa koskevia mielipiteitä. Tasavertaisuutta voidaan edistää erilaisilla viestinnän keinoilla. Esimerkiksi vuorovaikutustilanteissa voi pohtia kumpi puhuu tai kysyy enemmän tai kumpi keskeyttää toisen useammin. (Kettunen & Kivinen 2012, 41.) Minna Laitilan tutkimuksessa oli kuvattu työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkimukseen osallistuneet työntekijät pitivät asiakkaan osallisuutta tarkoituksenmukaisena tai tärkeänä, mutta sen toteuttamisessa oli puutteita. Osallisuudella tarkoitettiin vastuunjakoa ja asiakkaiden sitouttamista. Työntekijöiden mielestä asiakkaan osallisuus voi toteutua osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, palveluiden kehittämiseen sekä palveluiden suunnitteluun ja järjestämiseen. Työntekijät ovat tärkeässä asemassa asiakkaan osallisuuden kehittämisessä ja juurruttamisessa käytäntöön. Tutkimuksen mukaan työyhteisöissä pitäisi pohtia ja konkretisoida sitä, mitä asiakkaiden osallisuus tarkoittaa hoitotyön käytännöissä ja miten se toteutuu. Näin osallisuus siirtyy periaatteiden ja strategioiden tasolta osaksi mielenterveys- ja päihdetyötä. (Laitila & Pietilä 2012, 22.) Laitilan mukaan asiakas- ja potilaslähtöisyydestä on runsaasti tutkimustietoa, mutta vähemmän on tutkittu sitä, miten se käytännössä toteutuu. (Laitila 2010, 150) Työntekijöiden mielestä asiakaslähtöisessä yhteistyösuhteessa toimintatapa realistia tavoitteita ja auttaa tavoitteiden saavuttamisessa. Asiakaslähtö-

nen tapa auttaa myös sitoutumiseen, motivaatioon ja asiakastyytyvyys paranee. (Laitila 2010, 161.)

Antikainen-Julkunen 2005 mukaan asiakasta valtuttaa se, miten asiakkaan kassa työskennellään, kuinka hänet otetaan mukaan omaan hoitoonsa ja miten asiakasta tuetaan hoidon ulkopuolisessa elämässä. Potilas ei yleensä pysty näkemään tilannettaan ulkopuolisin silmin, mutta työntekijän tehtävänä on saada asiakas tietoiseksi tästä näkemyksestä. Tutkimuksessa tuli esille myös vuorovaikutuksen dialogisuus, joka on välttämätöntä uusien perspektiivien avautumiselle asiakkaan tilanteesta. Avautumista auttaa tilanne, jossa osapuolet tuovat esiin epävarmuutensa ja erilaiset, jopa keskenään ristiriitaiset näkemyksensä. (Antikainen-Juntunen 2005, 138.)

Elorannan Pro gradu tutkielma tutki asiakkuuden rakentumista ja asiakkaan osallistumista sekä osallisuutta yksilökohtaisessa palveluohjauksessa sekä tarkasteli yksilökohtaisen palveluohjauksen toteutumista asiakkaiden näkökulmasta. Joidenkin kohdalla osallistuminen oli ollut vähäistä, mutta niissä koettiin kuitenkin osallisuutta. Osallisuuden kokemus liittyi silloin kumppanuuteen ja vastuun jakamiseen työntekijän kanssa. Lisääntynyt osallisuuden kokemus lisäsi myös osallistumista. Tieto erilaisista vaihtoehdoista, suunnitelmallisuus ja yhteistyö eritahojen kanssa oli koettu hyväksi asiaksi. Asiakkaan ja työntekijän tasa-arvoinen kumppanuus parhaimmillaan vahvistaa asiakkaan osallisuuden kokemusta. Kumppanuus on sitä, että asiakkaan arkitieto koetaan arvokkaana samoin kuin asiantuntija tietokin. Tutkimuksessa oli selvinnyt, että asiakkaiden tulee voida vaikuttaa siihen ketä esim. neuvottelussa on mukana ja mitä asioita siellä käsitellään. Asiakkaita saattaa pelottaa verkostokokoukset ja tutkimustulosten mukaan asiakkaan tulisi saada ottaa mukaan tukihenkilö esim. puoliso, ystävä tai palveluohjaaja palavereihin. Konkreettisia osallistumisen esteitä oli myös kommunikaatio-ongelmat asiakkaan ja viranomaisen välillä. Kirjoitettu kieli ja asiantuntijoiden käyttämä kieli tuotti asiakkaille ongelmia. (Eloranta 2006, 71–73.)

2.3 Työntekijän työtapojen vaikutus potilaan osallisuuden kokemiseen

Osallisuus on päätöstä siitä, osallistuuko johonkin palvelutapahtumaan tai prosessiin vai ei. Organisaation ja jokaisen työntekijän on hyvä pohtia, millaisia toimintatapoja potilastyössä on. Esimerkiksi onko potilaan mahdollista saada etukäteen tietoa tilanteesta, johon hän osallistuu. Millaista tietoa on, ja missä se on nähtävillä sekä miten potilas saa tietoa itseään koskevista asioista: prosesseista, omista oikeuksistaan ja omasta

roolistaan näissä tilanteissa. On hyvä pohtia, miten potilas voi vaikuttaa päätöksentekoprosessiin sillä hetkellä tai jälkikäteen. On hyvä pohtia, mitä keskusteluissa käsitellään ja voiko potilas vaikuttaa niiden esille tuomiseen ja niiden sisältöön. Onko hänellä mahdollisuus määrittää ne henkilöt, jotka kulloinkin tilanteeseen osallistuvat? Millaisia ovat käytännöt, joilla haetaan potilaan ääntä? Esimerkiksi potilastyytyväisyyttä tai potilaan kokemusta palveluista kysytään usein vasta jälkikäteen. Potilaita ja palveluja käyttäviä kansalaisia voisi lähestyä aktiivisemmin organisoimalla esimerkiksi palvelujen ideoinnin työpajoja yhdessä palveluiden käyttäjien kanssa. (Kettunen & Kivinen 2012, 41.)

Viranomaisen myönteinen, hyväksyvä ja asiakasta arvostava suhteutuminen vahvistaa luottamusta työntekijöiden haluun auttaa. Välittäminen on sitä, että työntekijä asettuu asiakkaan rinnalle ja tueksi sekä sitoutuu hoitamaan asioita yhteistyössä hänen kanssaan. Auttamistyö merkitsee vastuullisuutta, avun, tuen välittämistä vaikeuksiin joutuneelle ihmiselle, jolloin sillä on myös kuntouttava merkitys. (Kokko Riitta-Liisa 2004, 169.) Työntekijä luo prosesseja, joiden mukana asiakkaan voimavarat kasvavat ja hän saa voimia ja valtaa ohjata omaa elämäänsä. Muutokseen päästään vain siten, että ihminen voi päättää omista päämääristään ja sitoutua niiden saavuttamiseen. Ihminen jäsentää voimaantumistaan omien ja ympäristöön liittyvien uskomusten avulla. (Mäkinen ym.2009, 134.)

2.4 Osallisuudesta voimaantumiseen ja valtaistumisen kokemiseen

Englanninkielinen sana empowerment käännetään suomeksi voimaantumiseksi, mutta joskus sitä kuvaillaan vahvistumiseksi tai ihmisen sisäisen voimantunteen kasvuksi. Voimaantuminen syntyy ihmisen omien oivallusten ja kokemusten kautta. Vuorovaikutussuhteet vaikuttavat myönteisesti voimaantumiseen. Esimerkiksi potilaan voimaantumista syntyy välittämisen ja turvallisuuden tunteesta, luottamuksesta, avoimuudesta ja läheisyydestä asiakkaan ja työntekijän välillä. Voimaantuminen voi näkyä tunteiden tasolla esimerkiksi ahdistuksen helpottumisena. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008,23.) Potilaan kyky muokata omia ajatuksiaan ja asenteitaan sekä sosiaalinen tuki vaikuttavat voimaantumiseen. Voimaantumisella on myös itsemääräämistä aktivoiva vaikutus ja tämä vahvistaa potilaan päätöksen tekoa sekä henkilökohtainen vastuunottoa sekä päätöksiin sitoutuminen vahvistuu. (Kaseva 2011, 41.) Työntekijän luo yhdessä asiakkaan kanssa prosessia, jonka avulla asiakkaan omat voimavarat kasvavat ja hän saa voimia ja valta ohjata omaa elämäänsä. Asiakkaan päättäessä omista pää-

määrästään sitoutuu hän myös niiden saavuttamiseen. Ihminen jäsentää omaa voimaantumistaan ympäristön ja omien uskomusten kautta. (Mäkinen ym.2009, 134.)

Valtaistumisella tarkoitetaan usein henkilökohtaisen hallinnan vahvistumista. Valtaistumisen keskeisiä tekijöitä on yksilön kokemus mahdollisuuksistaan vaikuttaa olosuhteisiin, saavuttaa päämääriään ja saada enemmän valtaa elämäänsä. Valtaistumisen voisi ajatella olevan lähellä suomalaista sisäisen elämänhallinnan käsitettä. (Järvikoski, Härkäpää & Pättikangas 1999,103.) Empowerment voidaan ajatella prosessina, jossa yksilöllä tai ryhmällä on mahdollisuus vaikuttaa elämäntilanteen kannalta merkittäviin henkilökohtaisiin, sosiaalisiin, taloudellisiin ja poliittisiin voimiin vahvistamalla, tai että prosessilla on vaikutusta lopputulokseen. (Järvikoski ym.1999, 109.) Henkilökohtainen valta on yksilön kykyä tai mahdollisuutta vaikuttaa ympäristöönsä ja saavuttaa toiminnallaan haluttuja tuloksia. Henkilökohtaisen hallinnan kehittymiseen vaikuttavat yksilön psyykkiset ominaisuudet. (Järvikoski ym.1999, 109.)

Valtaistuminen määritellään prosessiksi, jossa yksilöä ja ryhmää tuetaan ottamaan vastuuta elämästään. Valtaistumisen keskiössä toimijoina ovat yksilöt kun taas valtaistamisessa korostuu ulkopuolinen toimija, esimerkiksi työntekijän toiminta. Asiakasta lähellä olevia palveluita koskeva päätöksenteko antaa mahdollisuuden asiakkaan osallisuudelle ja vahvistaa osaltaan hänen toimintakykyä. Asiakkaan toimintakyvyn vahvistumista tapahtuu prosessissa, jossa asiakas ja työntekijä yhdessä määrittelevät tavoitteet ja päättävät käytettävät palvelut. Palveluohjauksessa tavoitteena on vahvistaa asiakkaan omia voimavaroja ja resursseja tilanteen ratkaisemiseksi. Palvelujärjestelmässä olevien asiakkaiden kohdalla asiakas-työntekijä – suhteen alussa korostuu usein valtaistamisen tarve ja asiakkuuden jatkuessa tavoitteena on vahvistaa asiakkaan omaa valtaistumista. (Valokivi 2002, 180.)

Ihminen saattaa kohdistaa itseensä myös sellaisia hallinnan keinoja, jotka johtavat voimattomuuden kokemukseen. Tällaisia ovat esimerkiksi itsensä syytteleminen, itsensä kovettaminen, luopuminen, vähätteleminen, taantuminen ja sopeutuminen. Ajattelun vääristymät heikentävät voimavaroja. (Hentinen, Ilja & Mattila 2009, 110.) Voimaantumista voi tarkastella persoonallisen kasvun näkökulman lisäksi osana työntekijä-potilassuhdetta. Voimaa ei voi suoraan siirtää ihmisten välillä, vaan se on yksilön sisäinen prosessi. Työntekijä voi ainoastaan tukea ja edistää toisessa ihmisessä syntyvää hallinnan kokemusta ja siihen liittyvää toimintaa. Työntekijä voi esimerkiksi kartoittaa ulkoisia voimavaroja ja vahvistaa asiakkaan konkreettista selviytymistä arjessa käytettävissä olevan ulkoisen tuen turvin. Ulkoisia voimavaroja on sosiaalinen verkosto, ympä-

ristön rakenteet, lähiyhteisön tuki, luonto, lähialueen yhdistykset, järjestöt, palvelut ja työ. Ulkopuolelta annettava tuki toimii myönteisen muutossuunnan aktivoijana. Silloin kun asiakas saa ulkoista tukea, niin silloin avautuu mahdollisuus myös sisäisten voimavarojen vahvistumiselle. Tiedostaminen ja oman vastuun ja sekä omien vaikutusmahdollisuuksien oivaltaminen tukee selviytymistä ja oman elämän hallinnan tunnetta. (Hentinen ym. 2009, 116.)

Asiakkaalla saattaa olla täydellisen umpikujan kokemus. Hänellä ei ole kykyä nähdä vaihtoehtoja ja valinnat edellyttäisivät itsearvostusta, päätöksentekotaitoja, luottamusta sekä vastuullisuutta. Mielenterveysasiakkaalla itsearvostus saattaa olla hukassa ja sen etsiminen aloitetaan pienin askelin. Itsearvostus on voimaantumisen ydin. Työntekijä voi osoittaa asiakkaansa vahvuuksia ja pyrkii hoitamaan tilanteita näiden vahvuuksien kautta. On tärkeää kiinnittää huomiota tekijöihin, joilla on merkitystä asiakkaan arjessa selviytymiselle. Palautteen antaminen pienistäkin myönteisistä muutoksista on tärkeää. Sen kautta lisääntyy vastuun ottaminen ja päätöksentekokyky vahvistuu myös suuremmissa asioissa. Työntekijä voi selvittää aikaisempia selviytymisen haasteita ja voimaantumisen kokemuksia. Aikaisemmat selviytymiset elämänmuutoksista ja kriiseistä luovat pohjaa asiakkaan elämäntilanteen ymmärtämiseen ja voimavarojen selvittämiseen. (Hentinen ym. 2009, 118.) Silloin, kun ihminen kokee itsensä tai tekemisensä tarpeelliseksi joillekin hän voi kokea voimaantumista. Kun ihminen näkee toisen ihmisen ilahtuvan tai hyötyvän hänen antamastaan avusta hän näkee itsensä muunakin, kuin riippuvaisena avun vastaanottajana. (Notko & Järvikoski 2004,43.)

3 OSALLISUUTTA TUKEVIA TYÖMENETELMIÄ

3.1 Vuorovaikutus ja dialogisuus

Osallisuudessa potilas saa tukea ja apua itsensä ilmaisemiseen ja itsenäiseen päätöksentekoon. Osallisuus kasvattaa potilaan omaa vastuuta. Ammattihenkilön asenne ja suhtautuminen potilaiden osallisuuteen välittyy potilaille jokaisessa potilaskohtaamisessa. Osallisuus on vuorovaikutuksen tasavertaisuutta, mielipiteiden ilmaisua ja yhteistä päätöksentekoa. Tiedolliset erot saattavat olla haasteena tasavertaisuuden kokemisessa, mutta ne voidaan nähdä myös vuorovaikutusta edistävänä tekijänä. Osallisuus rakentuu portaittain ja lähtökohtana on se, että potilasta kuunnellaan ja että hän voi ilmaista mielipiteitään. Potilaan näkemykset otetaan huomioon, ja hän on kykyjensä ja terveytensä asettamissa rajoissa aktiivinen toimija hoitotilanteissa. Tällä tavoin potilas on mukana päätöksen teossa, jolloin valta ja vastuu jakautuu työntekijän ja potilaan kesken. (Kettunen & Kivinen 2012, 41.)

Vuorovaikutus ja dialogisuus ovat asiakkaalle ja ammattilaiselle yhdessä oppimista ja vähittäistä tutustumista ja prosessi etenee silloin tuntemattomalla tavalla. Prosessi ei ole vain menetelmien toteuttamista vaan sisältää tiedollista ja inhimillistä kasvua. (Kokkola, Kiikkala, Immonen & Sorsa 2002, 22.) Kaikilla vuorovaikutuskokemuksilla on merkitystä, kun ihminen muodostaa käsitystä itsestään. Vuorovaikutuskumppanit ovat ikään kuin peili, josta mielenterveyskuntoutuja näkee itsensä. Jos toisen ihmisen reaktiot ja toiminta osoittaa, että hän on ymmärtämätön toimenpiteiden ja holhouksen kohde, niin hän ei koe voimaantumista, vaan hänen passiivinen potilaan roolinsa vain vahvistuu. Yksilöä väheksyvät asenteet ja käyttäytymismallit palveluissa olisi tuotava näkyviksi, jotta ne tiedostettaisiin ja niihin saataisiin muutoksia. Asiakkaalla on paras käsitys omasta elämäntilanteesta ja yhteistyöllä haetaan ratkaisuja vaikeisiin tilanteisiin. (Notko & Järvikoski 2004, 49.)

Työntekijän tulisi pyrkiä tavoittamaan asiakkaan merkitysmaailma ja elämäntilanne kuuntelemalla ja keskustelemalla eikä pyrkiä valmiiden ratkaisujen antamiseen. Työntekijän liiallinen omaan tietoonsa luottaminen voi estää asiakkaan perusteellisen kuuntelemisen ja hänen tilanteensa ymmärtämisen. Työntekijän roolina onkin tietämisen sijaan tasa-arvoisen keskustelun ja vuoropuhelun virittäminen, jotta asiakkaan tarina ja tarpeet saadaan esiin. Vastausten antamisen sijasta työntekijä voi esittää kysymyksiä ja välttämään olettamuksia ja kyseenalaistamaan selviöitä. Näin asiakas saa mahdoli-

suuden pohtia itseään ja tilannettaan. Kysyttäessä enemmän neuvottelujen aikana asiakas voi tulla tietoiseksi omista tulkinnoistaan ja merkityksistään ja siten löytää uudenlaista oivallusta itsestään ja tilanteestaan. Samalla asiakkaan elämäntilanne ja kokemusmaailma hahmottuvat työntekijälle. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 60.)

Dialogisuus on vuoropuhelua, moniäänisyyttä ja vastavuoroista vaikuttamista erilaisten osanottajien kesken. Dialogissa muiden näkemysten kuuleminen on yhtä tärkeää kuin omien näkemysten esittäminen. Dialogisessa vuorovaikutuksessa kaikki saavat puhua ja kaikki tulevat kuulluksi. Se tarkoittaa puhumista, kuulluksi tulemistä, toisten kuunteleminen ja osapuolten tasavertaista kohtaamista. Dialogin tarkoituksena on tuottaa yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen selkeyttä ja koordinaatioita. Dialogisuus toteutuu vuorovaikutuksessa ja suhteissa ja edellyttää keskinäistä kohtaamista. Dialogisuuden peruselementtejä on reflektiivisyys ja vastavuoroisuus. Dialogisuuden voi ymmärtää sekä ajattelutapana että toimintakäytäntönä. Dialoginen verkostotyö merkitsee rajanylityksiä, joissa asiakkaan tilanteen ratkointaan kutsutaan mukaan heidän läheisiään ja asiaan kytkeytyneitä työntekijöitä. Ratkaisuja näissä tilanteissa etsitään osapuolten voimavarojen yhdistämisestä. (Kokko & Koskimies 2007,12.)

Yhteistyön perustana tulisi olla kuuleminen, luottamus ja yhteinen usko muutoksen mahdollisuuteen. Oleellista on, että asiakas voi kokea olevansa oman elämänsä ohjaimissa ja ymmärtävänsä, mistä on kyse. Tämä edellyttää herkkävaistoista työntekijää, jolla on kyky tehdä huomioita ja ”nähdä sanojen taakse” aidossa dialogissa ei voi suunnitella seuraavaa liikettä, vaan siihen kuuluu eräänlainen keskeneräisyys, aikaan ja tilaan sidonnaisuus sekä jatkuva mahdollisuus tarkistaa näkökulmia. Vuorovaikutuksessa tavoite ei välttämättä ole saavuttaa asiassa yksikielisyttä, vaan pyritään vertailemaan erilaisten näkökulmien hyödyllisyyttä ja pohtimaan erilaisten valintojen vaikutuksia. Parhaimmillaan dialogi voi tuoda sellaisia uusia ja luovia ratkaisuja, joita kukaan osallistujista ei olisi yksin tullut ajatelleeksi. (Kokkola ym. 2002, 23.)

3.2 Moniammattilliset neuvottelut osallisuuden tukena

Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on tärkeä työmuoto, kun pyritään tukemaan asiakkaan osallisuutta ja voimavarakeskeistä palvelutoimintaa sekä lisäämään sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden valmiuksia puuttua asiakkaan ongelmiin varhaisessa vaiheessa. Tutkimusten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollossa yhteistyötä estävät ja edistävät tekijät ovat pysyneet samoina ja yhteistyö on jäänyt jossain määrin ideologisen puheen tasolle. Ihmisille on syntynyt mielikuva, että kun työ nimetään moniammattilliseksi yhteistyöksi, se alkaa sujua moniammattillisen yhteistyön mukaisesti. (Sirviö 2010, 143.)

Neuvottelussa osapuolet etsivät yhteisymmärrystä ja neuvoteltua järjestystä asiakkaan ja viranomaisten väliseen sekä viranomaisten keskinäiseen yhteistyöhön. Taustalla vaikuttavat erilaiset organisaatioiden ja toimipisteiden taustasitoumuksen, ammattilliset ja hierarkiset asetelmat. Tässä tilanteessa asiakas maallikkona on usein ryhmän heikoin lenkki oman neuvotteluasemansa ja kokemuksensa puolesta. Ryhmän toimintatapa ja käsikirjoitusta tuntematta, asiaansa yksin edustaessaan hän on harvoin tasavertainen neuvotteluosapuoli. Lisäksi neuvottelun kohteena on hänen henkilökohtainen, vaikea elämäntilanteensa, joka lisää neuvottelun merkittävyyttä asiakkaalle. (Kokko 2004.164.)

Verkostotyömenetelmien tavoitteena on edistää ihmisten välistä hyvää ja vastavuoroista kohtaamista. Useimmiten niitä tarvitaan tilanteissa, joissa useita ihmisiä eri tahoilta kokoontuu yhteen suunnittelemaan ja etsimään ratkaisuja useamman toimijan yhteistyötä vaativiin tilanteisiin. Verkostotyötä voidaan käyttää missä tahansa kohtaamisissa, joissa verkostosuhteissa saattaisi olla hyötyä. (Honkanen 2010, 213.)

3.3 Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöisyys on asiakkaan todellista kuulemistä, pysähtymistä asiakkaan esille tuomiin huolenaiheisiin ja yksilöllistä ja kokonaisvaltaista huomioimista. Asiakslähtöisessä ajattelussa huomioidaan yksilölliset voimavarat. (Pietilä, Halkoaho & Matveinen 2010, 265.) Asiakslähtöisyyteen kuuluu henkilökunnan toiminta ja ajattelutapa, jossa huomioidaan asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset sellaisena, kuin asiakas ne ilmaisee. Asiakslähtöisyyteen kuuluu selvittää, mitä seikkoja palvelussa asiakas pitää tärkeänä ja varmistaa, että asiakasta huomioidaan hänen lähtökohdistaan. (Suomen Kuntaliitto 1999, 27.)

Asiakas voi olla päättämässä omaa elämänsä koskevista asioista silloin, kun asioiden käsittelyyn ja hoitamiseen on riittävästi aikaa. Tilannetta helpottaa, kun asiakkaat saavat tietoa asioista ja eri vaihtoehdoista sekä heitä kuullaan. (Valokivi 2002, 181.) Yksilöllisten palvelupolkujen ja kokonaisuuksien onnistunut rakentuminen pohjaa asiakkaan ja työntekijän aitoon kohtaamiseen sekä yhteistyön joustavuuteen. Joustavuus rakentuu asiakkaan omaan tahtiin etenemisestä, työntekijän saavutettavuudesta ja tarvittaessa nopeasta puuttumisesta. Apua ja tukea tarjotaan ja järjestetään joustavasti asiakkaan elämäntilanteesta ja yksilöllisistä tarpeista lähtien. Arviointi- ja seurantavaiheessa asiakkaan elämäntilanteen vahvuuksien huomiointi ja niiden varaan suunnitelman rakentaminen vahvistavat asiakkaan omaa toimintakykyä. (Valokivi 2002, 181.)

Kuntoutuksen hyvän laadun kriteereiksi voidaan määrittää muun muassa asiakkaan tarpeisiin vastaaminen, asiakkaan näkökulman huomioiminen ja asiakkaan kuuleminen. Asiakslähtöisesti toimiessa asiakkaan ja ammattilaisen välille syntyy aitoa, tasa-arvoista, kahdensuuntaista vaikuttamista ja vuoropuhelua. Asiakslähtöinen organisaatio edellyttää asiakkaan mukaan ottamista keskusteluun ja päätöksentekoon. Toiminta vastaa ihmisen tarpeisiin, eikä toimintaa suunnitella pelkästään organisaatioista käsin ja organisaation ehdoilla. Asiakslähtöisessä kuntoutusprosessissa ammattilaisten tulee pystyä asettamaan asiantuntijuutensa kuntoutujan käyttöön. (Melamies; Pärnä; Heino & Miller 2004, 113.)

Asiakaskeskeisyydessä huomioidaan voimavarakeskeisyys ja asiakkaan aktiivinen rooli päätöksenteossa. (Uosukainen 2008, 107.) Kuntoutustyön onnistumisen tai epäonnistumisen arvioi aina kuntoutuja itse. Vaikka koko ammattiauttajista koostuva kuntoutustiimi tekisi työnsä omasta mielestään hyvin, niin työn lopullisen laadun mittaa

asiakkaan kokemus saamastaan palveluista ja siitä, miten hän kokee tulleen kohdatuksi vuorovaikutustilanteissa. Asiakastilanteissa kuntoutuja myös määrittää itseään ja omaa arvoaan, joten vuorovaikutuksessa on viimekädessä kyse kuntoutujan identiteetin säilymisestä, luomisesta ja tukemisesta. Kuntoutujalle jokaisessa auttamis- ja kohtaamistilanteessa on mahdollisuus tuntea voimaa ja toivoa tai joko voimattomuutta ja epätoivoa. Jokainen ihminen haluaa tulla kohdatuksi ainutlaatuisena ja arvostettuna – siten, että toinen ihminen pysähtyy ja paneutuu kohtaamishetkellä juuri hänen tilanteeseensa. On loukkaavaa tulla sivuutetuksi yksilönä ja vastaanotetuksi pelkästään diagnoosin kautta. (Kettunen ym. 2009,60.)

4 TYÖNKEHITTÄMINEN JA REFLEKTIIVISYYS

Kehittäessä omaa työtä on reflektiivisyys eli työntekijän tietoinen ja kriittinen suhtautuminen omaan työhön on tärkeää. Oman työn perusteita täytyy tarkastella, pohtia ja kyseenalaistaa. Esimerkiksi pohtimalla miksi minä teen niin kuin teen? Sopiiko tämä työtapa juuri tähän tilanteeseen ja tälle kuntoutujalle ja millä perusteella? Reflektiivisyys on jatkuvaa kokemuksista, tilanteista ja ihmisiltä oppimista. Vastakohtana on jäykkä opitun työtavan ja tiedon samanlainen soveltaminen kaikkiin tilanteisiin. Kuntoutustyö on ihmistyötä ja silloin reflektiivisyys on ensiarvoisen tärkeää, koska se varmistaa työnlaatua. Ennen kuin tiedetään, miten työtä voisi tehdä paremmin, täytyy määritellä, mitä on hyvä työ ja mikä työssä on olennaista, mistä osista työ koostuu, miten työn laatua voidaan mitata luotettavasti. Yksittäisen kuntoutustyöntekijän tapauksessa laatuajattelu voi olla toisaalta hänen omaa työtään, jossa edellä mainittu reflektiivisyys on tärkeää tai työpaikkansa laadunarviointia. Yleiset laadun osat voidaan määritellä seuraavasti, joita ovat ainakin asiakaslähtöisyys, toiminnan perusajatuksen ymmärtämien, prosessien tarkastelu ja jatkuva arviointi. Asiakaslähtöisyys on eettisesti monimutkainen ja tilannekohtainen asia. Jatkuva arviointi tarkoittaa sitä, että kaikkia työhön kuuluvia asioita kuten asiakaslähtöisyyttä, toiminnan perusajatusta ja prosessien toimivuutta tarkastellaan koko ajan. (Kettunen 2009, 45–46.)

Reflektiolla voidaan tarkoittaa esimerkiksi oman toiminnan arviointia suhteessa tavoitteisiin ja muihin tilanne tekijöihin. Reflektoinnin ydintä ovat kysyminen ja ihmettely ja se johtaa prosessiin, jossa asiat alkavat näyttäytyä uudella tavalla. Reflektiota kuvataan myös tieteelliseksi ajatteluksi, sillä sille on juuri ihmettelyn ja kysymisen kautta tyypillistä oman ajattelun ja omien uskomusten kriittinen tarkastelu, ja reflektion yhtenä päämääränä on oman toiminnan ymmärtäminen. Reflektointi voi olla itsereflektointia, jossa omaa toimintaa tarkastellaan kriittisesti eräänlaisena sisäisenä puheena tai ajatustoimintana jotain teoriaa, toiminnan tavoitetta, arvoja ym. vasten. Lisäksi se voi olla keskustelemista toisten kanssa, jolloin asioita peilataan toisten toimintaan ja ajatuksiin.” Reflektio ilmiölle läheisiä ja osin päällekkäisiä ilmiöitä ovat introspektio ja kokemuksellinen oppiminen. Introspektiossa painopiste on työntekijän sisäisten ja omien kokemusten ja tavoitteiden välinen työstäminen kun taas reflektiossa asioita työstetään jotakin vasten ja jonkun kanssa. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 107.)

5 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

5.1 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämistyön tavoitteena oli edistää ja lisätä potilaan osallisuutta psykiatrisen avohoidon potilastyössä. Kehittämistyön konkreettisenä tarkoituksena oli kehittää ja kokeilla työympäristöön sopivia työtapoja tai työmenetelmiä, joiden avulla potilaan osallisuus vuorovaikutustilanteissa toteutuisi paremmin.

Tavoitteiden tukena oli kehittämistehtäviä, joiden avulla prosessi eteni ja joihin haettiin vastauksia toimintatutkimuksen tapaan tehdyssä kehittämistyössä. Kehittämistehtäviä olivat: Missä vuorovaikutus tilanteissa osallisuutta lisääviä työtapoja kehitetään? Mitkä ovat hyviä työmenetelmiä, jotka lisäävät potilaan osallisuutta? Miten osallisuutta lisätään potilastyössä? Miten potilaan osallisuus on havaittavissa?

Tutkimustehtävien määrittelyn lähtökohtana oli aikaisempien osallisuutta koskevien tutkimusten kautta saatu tieto. Tutkimustehtävien valintaan vaikutti myös ajankäyttö ja toteutuksen realiteetit. Ensimmäinen henkilökunnan kanssa käyty ryhmäkeskustelu tarkensi tutkimustehtäviä, tavoitteita ja niiden toteutuksen mahdollistamisen.

5.2 Kehittämistyön ja toimintatutkimuksen määrittelyä

Kehittämistyössä tavoitellaan sitä, että pystytään luomaan uusia ja entistä kattavampia palveluita, tuotantomenetelmiä ja välineitä tutkimustulosten avulla. Kehittämistyötä voidaan toteuttaa ilman tutkimustakin, mutta tutkimus ja kehittäminen yhdessä tukevat toisiaan, koska tutkimus usein tarjoaa perusteita toiminnalle ja näin onnistumisen mahdollisuudet paranevat (Heikkinen, Jokinen & Nurmela 2008, 21–22.) Kehittäminen kuvaa myös aktiivista toimintaa, jolla tavoitellaan muutosta parempaan. Kehittämistyöllä on aina suunta, joka nähdään tavoiteltavaksi ja positiiviseksi tilaksi. (Heikkilä ym. 2008, 23.) Kehittämistyöllä on aina todellinen tarve, johon pyritään vastaamaan parhaalla mahdollisella tavalla (Haarala & Hokkanen 2008, 453).

5.3 Kehittämistyö toimintatutkimuksen mukaan

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksen mukaan. Toimintatutkimus ei ole varsinaisesti tutkimusmenetelmä, mutta toimintatutkimus on tutkimusstrateginen lähestymistapa, jossa voidaan käyttää erilaisia tutkimusmenetelmiä. Tunnusomaista on toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus sekä pyrkimys saavuttaa välitöntä ja käytännöllistä hyötyä. Toimintatutkimuksen päämääränä ei ole vain tutkiminen vaan toiminnan samanaikainen kehittäminen ja toimintatutkimuksella tarkoitetaan sosiaalista toimintaa. Tarkoituksena on nostaa hiljainen tieto tietoiselle tasolle ja sen avulla tieto tulee esille kielellisesti ja teoriasta muodostuu tietoisempaa. Toimintatutkimus ja tutkimusmenetelmät ovat vähittäin muuttuvia ja kehittyviä samoin käytännöt, joihin tutkimus kohdistuu. (Heikkinen, 2007, 214–216.) Tavoitteena on muuttaa paremmaksi kohteena olevia käytäntöjä, osallistujien ymmärrystä käytännöistä ja tilannetta jossa toimitaan (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994, 35.)

Toimintatutkimus perustuu reflektioon ja reflektion avulla pyritään uudenlaiseen toiminnan ymmärtämiseen ja sitä kautta kehitetään toimintaa. Reflektiivisessä prosessissa ihminen katsoo itseään ulkopuolisin silmin ja silloin hän pysyy näkemään oman toimintansa ja ajattelunsa uudesta näkökulmasta sekä voi pyrkiä ymmärtämään, miksi ajattelee, niin kuin ajattelee ja miksi toimii tietyllä tavalla. Toimintatutkimuksessa reflektoidaan omaa toimintaa, johon kuuluu havainnointi, reflektointi ja uudelleen suunnittelu. (Heikkinen, Hannu L.T. 2007, 219–220.)

Päämääränä on myös ammatillinen kehittyminen ja uudenlaisen tiedon kehkeytyminen sekä toimijoiden parantunut itseymmärrys. Tutkijan rooli on rohkaista osallistujia osallistumaan ja refleктоimaan omaa toimintaansa. Tutkijan ja osallistujien suhde on yhteistyösuhde. (Heikkinen, Roivio & Syrjälä 2007, 47) Toimintatutkimuksesta ei voi etukäteen tehdä täsmällistä suunnitelmaa eikä tiedonhankinnan etenemistä voi kuvata tarkasti, vaan tutkija oppii koko ajan tutkimuskohteesta ja menetelmistä. (Heikkinen ym. 2007, 86.)

Kehittämistyön suunnittelun ja toteutuksen tukena käytettiin prosessorientoitunutta kehittämistä, jossa korostuu kehittämisen reflektiivisyys. Prosessorientoituneen näkemysten mukaan uutta kehittämistä koskevaa tietoa syntyy koko ajan toiminnan kuluessa. Jolloin hyväksytään toimintaympäristön ja toiminnan muuntuvuus. Toiminnan ohjaus perustuu toimijoiden jatkuvaan uuden oppimiseen, erilaisiin toisiin tekemisen kokemuksiin ja sitä kautta toimintojen kehittämiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 50.)

5.4 Hiljainen tieto ja työn kehittäminen

Japanilaisten tutkijoiden Nonakan ja Takeuchin mukaan ihmisen tietämys syntyy sosiallisessa vuorovaikutuksessa hiljaisen ja näkyvän tiedon vaikutuksesta toisiinsa. Vuorovaikutuksessa ihmiset oppivat toisten kokemuksista ja omaksuvat erilaisia ajatusmalleja ja käytäntöjä. Hiljaisen tiedon jakamisen keinoja työympäristöissä ovat mm. tiimit, työryhmät, kokoukset, mentorointi, ryhmäcoaching, työpariparityöskentely, reflektointi, dialogi ja kehittämisprojektit. Ulkoistaessa hiljainen tieto tulee näkyväksi sanoina ja käsitteinä, jotta toiset ymmärtävät mistä on kysymys. Hiljaisen tiedon sanoiksi kuvaamisen ja tarkasti selittämien on vaikeaa. Sen vuoksi kuvaamisen apuna on hyvä käyttää kielikuvia, vertauksia, joita voi verrata johonkin tuttuun asiaan. Tämän avulla kuulijalle muodostuu nopeasti ymmärrys uudesta asiasta. (Ilmarinen i.a.)

Kehittäminen on siitä, että valittuja asioita kehitetään systemaattisesti. Hiljaisen tiedon avulla voidaan jalostaa asioita konkreettisiksi toimenpiteiksi, joilla parannetaan myös osaamista. Aineettoman pääoman kehittäminen on haastavaa, mutta onnistuessaan antoisaa. (Kesti 2013, 77.) Hiljainen signaali nousee hiljaisesta tiedosta ja hiljaisen tiedon tunnistamisessa voi harjaantua. Sen avulla pystytään tehokkaasti kehittämään yhteistä asiantuntemusta. Hiljainen signaali on ratkaisukeskeinen lähestymistapa ja signaalin tullessa esille voidaan henkilökunnan kanssa suunnitella työhön liittyviä tarvittavia korjaavia toimenpiteitä. (Kesti 2013, 56.)

6 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI

6.1 Kehittämistyön ideointi

Idea kehittämistyöhön syntyi syksyllä 2012, kun keskustelin erään kehittämistyöhön osallistuneen työntekijän kanssa siitä, kuinka potilaan osallisuutta voisi lisätä potilastyössä. Keskustelimme potilaan roolista ja osallisuuden merkityksestä sekä kokonaisvaltaisesta potilaan huomioimisesta ja tukemisesta. Osallisuus oli ollut aikaisemmin esillä työyksikön aikaisemmissa koulutuksissa ja siellä oli pohdittu sitä miten konkreettisesti aiotaan potilaan osallisuutta huomioida. Tämän vuoksi aihe oli myös ajankohtainen ja opinnäytetyön kautta henkilökunnalla olisi mahdollisuus tehdä jotakin konkreettista asian hyväksi.

Näiden keskustelujen pohjalta minulle syntyi ajatus siitä, että työyksikössä voisi olla tarve lähteä kehittämään joitain keinoja millä potilaan osallisuutta voisi lisätä. Keskustelun innoittamana perehdyin aihetta koskevaan materiaaliin ja mietin erilaisia lähestymistapoja aiheeseen. Päädyin kehittämistyöhön, koska siinä opitaan ja kehitytään yhteistyössä kokeilujen ja reflektoinnin kautta. Silloin ajatukset ja ideat voivat siirtyä käytäntöön.

Esittelin kehittämistyönideaani muutamia kertoja ja tarkensin mahdollisen kehittämistyön sisältöä henkilökunnalle. Henkilökunnan kanssa sovittiin tiettyjä reunaehtoja kehittämistyölle ja päättivät lähteä mukaan kehittämistyön toteutukseen esiteltyäni alustavan kehittämissuunnitelman lokakuussa 2012. Sen perusteella aloin tekemään tutkimussuunnitelmaa ja hain tutkimuslupaa kehittämistyölle. Kehittämistyöprosessiin ja toteutukseen etsin tietoa aihealueen kirjallisuudesta sekä hyödynsin aikaisempia tutkimuksia ja kokemuksia työnkehittämisestä. Varsinainen kehittämistyön suunnitelma valmistui marraskuussa 2012.

6.2 Kehittämistyön käytännön toteutus

Kehittämistyön käytännönprosessi lähti liikkeelle siitä, että olin koonnut työyhteisön käyttöön osallisuutta käsittelevän teoreettisen orientaation, joka perustui aikaisempiin tutkimuksiin sekä tutkimuksissa keskeiseksi nousseiden aihealueiden ja käsitteiden

esittelyyn. Työn lopussa on liite, josta ilmenee orientaation sisältö (Liite 1). Teoreettisen orientaation tarkoituksena oli vahvistaa työntekijöiden ammatillista tietämystä osallisuuden liittyvistä asioista. Tarkoituksena oli myös yhtenäistää käsitteistöä, jotta yhteinen keskustelu ja kehittäminen onnistuisivat mahdollisimman hyvin sekä antaisivat uutta tietoa potilaiden osallisuudesta aikaisempien tutkimusten kautta. Tämän tiedon kautta henkilökunta voi myös arvioida ja peilata omia työtapoja. Kehittämistyö pohjautui vahvasti jatkuvaan reflektioon, ja oli itsestään selvää, että reflektio käsitteenä avattiin teoreettisessa orientaatiossa. Reflektio on läsnä potilastilanteissa sekä sen kautta yhteisissä kehittämistyön arviointikeskusteluissa eli ryhmäkeskusteluissa Teoreettisen tiedon avulla henkilökunta pystyi myös suunnittelemaan ja arvioimaan kehittämistyön käytännön toteutusta ja vaikutuksia. Teoreettiseen materiaaliin perehtyminen oli vapaaehtoista ja jokainen sai tutustua materiaaliin haluamallaan tavalla.

Henkilökunnalla oli aikaa perehtyä materiaaliin omaan tahtiin ja esittää siitä lisäkysymyksiä tekijälle tai pyytää tarvittaessa lisätietoa aiheesta ennen ensimmäistä ryhmäkeskustelua. Varsinainen työnprosessointi ja kehittäminen koostui kahden kuukauden ajanjaksosta, johon kuului neljä ryhmäkeskustelua. Ryhmäkeskusteluihin osallistui kahdeksan työntekijää. Ryhmäkeskusteluissa tarkennettiin tavoitteet ja konkreettiset suunnitelmat kehittämiselle. Suunnitelmat sisälsivät pääkohdat ja kehittämisenaikana tuli lisää osatavoitteita, jotka tukivat päätavoitteen saavuttamista.

Ryhmäkeskustelut analysoitiin heti keskustelun jälkeen ja analyysistä tehtiin kooste, joka lähetettiin sähköpostilla työyhteisölle mahdollisimman nopeasti. Koosteessa nostettiin ryhmäkeskustelun keskeiset asiat esille pääpiirteittäin. Koosteen avulla henkilökunta pystyi tarkistamaan yhdessä sovitut asiat (toimintasuunnitelmat) ja toimia sen mukaisesti. Keskusteluissa nousevia asioita oli seurattava herkästi ja tunnusteltavalla millaisilla työkaluilla henkilökunta mahdollisesti tarvitsee kehittääkseen työmenetelmiä. Kehittämistyöntekijällä oli vastuu etsiä teoreettista lisämateriaalia sekä pohtia sekä etsiä tietoa henkilökunnalle erilaisista työmenetelmistä. Henkilökunnalta odotettiin itseohjautuvuutta kehittämisajan aikana ja toimintaa arvioitiin ryhmäkeskusteluissa.

Peruseriaatteita yhteistyössä oli se, että jokainen työntekijä osallistuu kehittämisprosessiin omakohtaisen tuntemuksen mukaan ja niin, ettei kehittämisprosessi muodostu työyhteisölle rasitteeksi. Osa henkilöstöstä piti tärkeänä että kaikki työntekijät ovat sitoutuneita kehittämisprosessiin koko prosessin ajan ja että osallistuminen on vapaaehtoista.

6.3 Kehittämistyön aikataulu

Kehittämistyön suunnitelmat alkoivat 2012. Teoreettinen orientaatio lähetettiin henkilökunnan luettavaksi tammikuun lopussa 2013, jolloin varsinainen työnkehittämisen prosessi alkoi. Samaan aikaan henkilökunta sai käyttöönsä kehittämistyöpäiväkirjan ja ohjeet päiväkirjan täyttämiseen. Teoreettisessa orientaatioissa oli mukana ohjeistusta myös ensimmäistä tapaamista varten Tapasimme henkilökunnan kanssa ryhmäkeskusteluiden tiimoilta yhteensä neljä kertaa, joista ensimmäisellä kerralla tarkensimme kehittämistyöntavoitteet ja pohdimme toteutusta sekä yhdistimme siihen käytettävien työmenetelmien pohdintaa. Keskustelun perusteella teimme lyhyen ajan tavoitteet seuraavaan tapaamiseen saakka. Henkilökunta koki neljä tapaamista sopivaksi, jottei prosessista tulisi liian raskas ja osa toivoi, ettei kehittämistyö veisi liikaa voimavaroja perustyöstä. Tapaamiset olivat noin kahden viikon välein. Kehittämistyön aineiston lopullinen litterointi tehtiin kesällä 2013, ja aineiston analyysi valmistui syyskuussa. Jatkovaa kehittämistyön analyysiä tehtiin henkilökunnan kanssa yhdessä koko kehittämistyön ajan ja työtapoja muokattiin sen mukaan.

6.4 Kehittämistyön arvioinnin menetelmät

Henkilökunta arvioi kehittämistyönprosessia jatkuvasti ryhmäkeskusteluissa ja kehittämistyönloppussa mm. kirjallisesti ja suullisesti. Arviointiin liittyi työntekijöiden oman työn arviointia sekä kehittämistyöntekijän toiminnan arviointia. Arvioinnissa kiinnitimme huomiota mm. kehittämistyön suunnitteluun, ryhmäkeskusteluiden toimivuuteen ja prosessin etenemiseen. Palautekeskustelulle oli oma aikansa ryhmäkeskusteluiden lopussa. Palautetta pystyi antamaan myös muun keskustelun lomassa.

6.5 Aineiston kerääminen ja analysointi

Kehittämistyöhön aikana kerättiin henkilökunnalta ryhmäkeskusteluista videoaineistoa, jonka avulla työtä kehitettiin ja tehtiin lopullinen aineiston analyysi. Aineiston analyysimenetelmäksi valitsin sisällönanalyysin, koska se mahdollistaa aineiston luokittelun, tiivistämisen sekä kokonaisuuden hahmottumisen ja tiedon käsittely helpottuu jäsentelyn myötä. Ryhmäkeskusteluissa oli mahdollisuus kokemusten vaihdolle ja työnreflektoinnille esimerkkitapausten kautta. Ryhmäkeskustelut tallennettiin kokonaisu-

nessaan videotiedostona, jonka jälkeen analysoin keskustelut saman päivän aikana. Esille nousseiden asioiden perusteella suunnitelin seuraavan ryhmäkeskustelun rakenteen. Lopullista sisällönanalyysia varten keskustelut litteroitiin. Litteroitua aineistoa koostui yhteensä 86 tekstisivua, jonka asetukset olivat riviväli 1,5 ja kirjasinkoko 11. Aineistoa kerättiin myös yhteisen päiväkirjan avulla, johon jokaisella oli mahdollisuus kirjoittaa omia ajatuksiaan kehittämistyöhön liittyen. Henkilökunnan päiväkirjamerkintöjä oli yhteensä n. kaksi sivua. Ohjeistus päiväkirjan käyttöön oli liitetty teoreettisen orientaation yhteyteen. Osa henkilökunnasta antoi myös kehittämistyön loppupalautteen päiväkirjaliitteenä. Palautetta kerättiin kokonaisuudessaan kehittämistyön prosessista, suunnittelusta ja toteutuksesta.

Toimintatutkimuksessa analysoidaan jatkuvasti tutkimusaineistoa, koska tuloksia käytetään toiminnan kehittämiseen. Kerättyä aineistoa käytetään havainnoinnin ja muistin tukena kehittämistyön aikana. Tutkija rakentaa, kuvaa ja dokumentoi prosessia aineiston avulla. (Heikkinen ym. 2007, 103–107.) Lopullista aineistoa tutkitaan sisällönanalyysiä käyttäen ja analyysin avulla aineisto järjestetään tiiviiseen selkeään muotoon. Aineiston käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Sisällönanalyysillä pysytään tekemään luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009,108.) Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto redusoidaan eli pelkistetään sen jälkeen klusteroidaan eli ryhmitellään ja lopuksi abstrahoidaan eli luodaan teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009,108.)

Aluksi kuuntelin keskustelut ja kirjoitin puheen sana sanalta. Sen jälkeen luin tekstin ja perehdyin sisältöön. Etsin tekstistä pelkistettyjä ilmaisuja ja kirjoitin ilmaukset eri värikoodeilla, joka helpotti myöhempää ryhmittelyä. Listasin pelkistetyt ilmaukset ja etsin niistä samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Yhdistin pelkistettyjä ilmaisuja ja muodostin niistä alaluokkia, jonka jälkeen yhdistin alaluokat ja muodostin niistä yläluokkia. Yläluokkien avulla muodostin kokoavan käsitteen.

Lisäksi selvitin aineistoa tutkimuskysymysten perusteella ja etsin kehittämistyön tavoitteen mukaisia teemoja ns. isommista kokonaisuuksista. Selkeytin ja jäsentelin aineistoa muokkaamalla tekstiä eri väreillä määrittelemäni ryhmittelyn mukaisesti. Näitä isompia aihealueita olivat: Tavoitteet, Työn arviointiin liittyvät toteamukset, Kehittämistyön muutokset, Osallisuus, Työmenetelmät, Voimaantumisen, Potilas.

7 KEHITTÄMISTYÖN RYHMÄKESKUSTELUT

Seuraavaksi avaan ryhmäkeskusteluissa esille tulleita asioita joiden pohjalta ovat muodostuneet kehittämistyöntulokset ja johtopäätökset. Ryhmäkeskusteluille oli varattu aikaa tunti, mutta kahtena kertana aika ylittyi ja viimeisellä kerralla keskustelu oli lyhyempi, koska osallistujia oli vähemmän paikalla esimerkiksi lomien ym. vuoksi.

7.1 Ensimmäinen ryhmäkeskustelu

Ensimmäisessä ryhmäkeskustelussa keskityttiin siihen, mitä ajatuksia osallisuus herättää, pohdittiin ja päätettiin tavoitteet sekä sovittiin käytettäviä menetelmiä. Seuraavaksi esitellään keskustelun teemoja ja henkilökunnan ajatuksia niistä. Ryhmäkeskustelun aikana henkilökunta koki, että osallisuutta tukevien menetelmien kehittymiselle täytyy antaa tilaa ja aikaa. Oman aikansa ja prosessin vaatii se, että osallisuus alkaa ”elämään” vuorovaikutustilanteissa. Aluksi koettiin tärkeäksi, että orientoidutaan aihealueeseen ja kokonaisvaltaiseen kulttuurinmuutokseen. Toimintakulttuurin muutoksessa henkilökunnan mielestä toimintaan ja työhön haetaan moniäänisyyttä ja palveluasennetta ja potilas otetaan subjektiksi, joka on aktiivinen toimija. Ymmärretään, että työ on palvelutyötä, jossa annetaan potilaalle valinnan mahdollisuuksia sekä rohkaistaan tuomaan esille hänen ajatuksiaan. Palveluasenteessa on henkilökunnan mielestä keskeisintä se, että huomioidaan potilaan tavoitteet ja toiveet, jotka kulkevat johtotähtenä työssä. Alkukeskustelussa koettiin myös, että potilaat ovat tasa-arvoisia ja täysivaltaisia, jotka tekevät päätökset itse ja ovat tasa-arvoisia yhteistyökumppaneita. Henkilökunta halusi tukea potilaiden aikuisuutta, ettei potilaalta kaapattaisi liikaa vastuuta. Samalla haluttiin tukea myös potilaan vaikuttamisen mahdollisuutta.

Tavoitteena oli hakea tietoisesti eroa sairaalamaailmaan mm. kertomalla potilaalle, että yksikkö on avohoitoa ja toiminta on sen myötä erilaista. Tavoitteena nähtiin myös se, että osallisuuden merkitystä otettaisiin esille yhteistyökumppaneiden kanssa. Henkilökunnan parissa nousi esille myös erilaisia näkemyksiä termien potilas ja asiakas sanojen käytöstä. Keskustelussa kuitenkin todettiin, että käytännössä käytetään asiakkaan nimeä ja potilas termiä harvoin. Mietintään jäi olisiko asiakas-sana parempi, koska sanalla potilas voi olla passivoiva vaikutus osallisuuden näkökulmasta

Hoitoneuvottelut haluttiin rakenteeltaan paremmaksi ja rennoiksi, koska tällä hetkellä hoitoneuvottelut ovat kankeita, jännittäviä ja henkilökunta kokee ne joskus rasittaviksi ja ”virallisiksi”. Henkilökunnan mielestä neuvotteluissa on liian paljon osallistujia ja silti verkostonäkökulma ei välttämättä aina toteudu. Koettiin, ettei neuvottelun tapahtumia voida ennakoida sekä välillä neuvottelut koettiin ”loppukiitona” tai huipentumana. Hoitoneuvotteluun kaivattiin mallia ja työmenetelmävaihtoehtoja, jotta neuvottelut sujuisivat paremmin ja tukisivat sen myötä potilaan osallisuutta.

Edellä mainitut tavoitteet muutettiin konkreettiseksi toiminnaksi siten, että potilaille kerrotaan osallisuudesta. Osallisuutta haluttiin tukea sillä, että potilas voi valmistella hoitoneuvotteluita yhdessä henkilökunnan kanssa ja lisäksi hän voi valita missä tilassa hoitoneuvottelu pidetään (minkä kokee mielekkääksi) sekä siitä kenet hän kokee tärkeäksi kutsua hoitoneuvotteluun paikalle. Hoitoneuvotteluja pyritään saamaan vähemmän jännittävämmäksi tilamuutoksilla ja riittäväällä valmistautumisella ja ennakoimisella. Vahvistetaan potilaan äänen kuulumista hoitoneuvotteluissa niin, että hänelle tärkeät asiat käsitellään ensimmäisenä. Potilaan kanssa käydään yhdessä läpi etukäteen neuvottelussa käytävät asiat, jotta potilas tietää mitä neuvottelussa tapahtuu. Rohkaistaan potilasta tuomaan esille hänen omia ajatuksiaan ja korostetaan, että neuvottelut ovat potilasta varten. Jutellaan potilaan kanssa siitä, että millä tavoin toimittuna hän kokisi hoitoneuvottelut mielekkäämmäksi. Sovittiin, että seurataan miten potilaat kokevat toimintamallin muutokset – hyvänä vai huonona? Lisäksi sovittiin, että kehittämistyöntekijä selvittää mahdollisia menetelmävaihtoehtoja hoitoneuvottelun rungon tueksi. Henkilökunnasta nousi ehdotuksena reflektiokeskustelun käyttö hoitoneuvotteluissa ja yksilökeskusteluissa.

Työhön haluttiin enemmän läpinäkyvyyttä eli sillä halutaan tuoda potilaalle esille selkeästi se mitä työntekijä tekee, miksi tekee, miten siihen pyrkii ja antaa potilaalle valinnan vaihtoehtoja. Henkilökunta halusi, että kiinnitetään huomiota siihen, että potilaan puolesta ei tehdä päätöksiä eikä visioida tulevaisuutta hänen puolestaan. Yhtenä ehdotuksena oli, että työntekijä kirjoittaisi ylös kuinka yksilöllisessä potilaskohtaamisessa voisi lisätä potilaan osallisuutta. Se nähtiin apuvälineenä siihen, että alkaa hahmottaa asioita, joissa potilas voisi olla enemmän päättämässä omista asioista. Yhtenä osallisuutta tukevana kehittämisalueena nähtiin myös se, että potilaalle kerrotaan tarkemmin avohoidon yksikön toimintatavoista ja että se eroaa sairaalaympäristöstä.

7.2 Toinen ryhmäkeskustelu

Kävimme läpi ensimmäisen ryhmäkeskustelun sisällön ja siitä heränneitä ajatuksia, jonka jälkeen keskusteltiin siitä, mitä edellisen tapaamisen jälkeen oli konkreettisesti tehty. Sovimme myös seuraavien viikkojen toimintasuunnitelmat.

Edellisen kerran keskustelut olivat herättäneet joillakin työntekijöillä pohdintaa siitä, että missä kulkee osallisuuden rajat ja kuinka potilas voi tietää mitkä kuntouttavat tavat ja hoitoon liittyvät valinnat ovat hänelle hyväksi. Tähän keskusteluun liittyen puhuimme siitä, että työntekijöiden on hyvä esittää valinnan mahdollisuuksia ja tehdä vaihtoehdot näkyväksi. Työntekijät olivat miettineet osallisuutta enemmän kuin aikaisemmin ja sitä miten se vaikuttaa omaan tapaan tehdä työtä.

Keskusteltiin ja pohdittiin mitä potilas hyötyy tämänhetkisistä hoitoneuvotteluista. Sen myötä ajatuksia herättivät tilanteet, joissa potilas kokee neuvottelut haasteelliseksi ja jännittäväksi. Mikä hyöty silloin on hoitoneuvottelusta jos niihin osallistuminen tuottaa paljon vaikeuksia vai näkyykö hyöty vasta jälkeinpäin, jolloin siitä ei saada myöhemmin tietoa. Annetaanko potilaan olla hiljaa neuvotteluissa, jos hän niin tahtoo? Onko se osallisuutta, jos potilas itse niin tahtoo? Ryhmäkeskustelussa pohdittiin myös tilanteita ja haasteita, miten potilas voi olla osallisena omaa elämää koskevissa päätöksissä. Esimerkiksi, kun työntekijä antaa potilaalle vaihtoehtoja kuntouttavista toiminnoista, niin potilaan päätöstä ja valintaa ei pidä ehdollistaa. Osallisuuden näkökulmasta pohdittiin myös, onko tavoitteet tehty lähettävää tahoaa vai potilasta varten.

Ryhmäkeskustelussa käytiin läpi kaksi erilaista työmenetelmää, joista voisi olla hyötyä hoitoneuvotteluissa. Työmenetelmiä olivat Neuvonpito menetelmästä neuvonpidon valmistelu (Liite 2) sekä reflektointimenetelmän käyttö (Liite 3). Kävimme myös läpi Ennakointidialogien välitön palaute -palautelomakkeen, josta on poimittu hyödynnettäviä kysymyksiä. Kysymyksiä voisi hyödyntää asiakaspalautteen keräämisessä ja oman työskentelyn arvioimisessa (Liite 4). Henkilökunta mietti myös oman palautekaavakkeen laatimista hoitoneuvotteluihin. Kävimme läpi aiheita, joita voisi käsitellä potilaiden ryhmäkeskusteluissa. Aiheita olivat osallisuus, voimaantuminen, voimavarat ja hoitoneuvottelut.

Henkilökunnan toisessa ryhmäkeskustelussa koettiin, että neuvottelujen etukäteisvalmistelu on välttämätöntä ja että potilaan on tärkeää tietää etukäteen mitä neuvotteluissa puhutaan. Tarpeelliseksi nähtiin, että keskustellaan potilaan kanssa etukäteen mm.

tutkimustuloksista, joita on tarkoitus käydä hoitoneuvottelussa läpi. Silloin potilas välttyy turhilta yllätyksiltä ja hän on voinut rauhassa ajatella tuloksia ennen neuvottelua. Potilaalle perustellaan miksi tiettyjä asioita käydään neuvottelussa läpi. Olennaista on, että potilaan kanssa käydään läpi ne asiat mitä hoitoneuvottelussa nostetaan esille, ettei tule ns. potilaan ”ylipuhumista”. Henkilökunta oli havainnut, että jotkut potilaat ovat kokeneet hyväksi sen, jos heillä olisi tukihenkilö hoitoneuvottelussa. Todettiin, että potilaalta kysytään kenet hän haluaa tukihenkilöksi neuvotteluun? Samoin työntekijät voisivat kysyä potilaalta luvan tulla juttelemaan palaveriin ja, että mistä hän haluaa palaverissa keskustella. Muutoksista pitäisi myös informoida muiden työryhmien jäseniä ja verkostoja.

Toisella kerralla pohdittiin reflektointikeskustelumenetelmän käyttöä hoitoneuvotteluisa. Joillekin menetelmä oli ennestään tuttu ja on mahdollisesti ollut käytössä jollakin toisella nimellä. Henkilökunta totesi, että reflektiokeskustelumenetelmän käyttö vaatii harjoittelua. Yhteiseksi päätelmäksi nousi, että menetelmän käyttöön pitäisi saada asiantuntijakoulutusta. Menetelmää pidettiin hyvänä, ja sen käyttö voisi olla mahdollista tulevaisuudessa ja sen käyttöä olisi hyvä harjoitella aluksi pienissä ryhmissä. Ryhmäkeskustelun lopuksi sovittiin kehittämistyön käytännöistä seuraavan kahden viikon ajaksi: Sovittiin, että jatketaan ensimmäisellä kerralla sovittuja työtapoja. Lisäksi harjoitellaan hoitoneuvottelun valmistelussa ja toteutuksessa neuvonpidon menetelmiä. Harjoitellaan potilaan valmistelua neuvotteluun, potilaan osallisuus huomioiden sekä mitä otetaan hoitoneuvotteluissa esille ja missä järjestyksessä. Mikäli menetelmä katsotaan käyttökelpoiseksi työryhmässä niin sitä voi toteuttaa jo tulevissa neuvotteluissa. Olennaista on, että työryhmä tiedottaa toisiaan ja yhteistyötahoja menetelmän käyttämisestä. Työntekijät voivat omalta osaltaan valmistella neuvotteluja mm. tutkimusten valottamisessa ja käyden vuoropuhelua omahoitajien kanssa aihealueista.

7.3 Kolmas ryhmäkeskustelu

Aluksi kävimme läpi kuulumisia ja keskustelimme, mitä kuluneen kahden viikon aikana oli tapahtunut työmenetelmien kehittämisessä. Neuvottelupaikan vaihtoa oli kokeiltu ja potilaat olivat itse voineet vaikuttaa siihen, missä huoneessa hoitoneuvottelu pidetään. Muutos oli vaikuttanut henkilökunnan mielestä ihan hyvältä. Joskus neuvottelutilanne oli tullut nopeasti ja silti henkilökunta oli järjestellyt huonekaluja niin, että niiden uudelleen sijoittelulla saataisiin tila miellyttävämmäksi. Tällä tavoin haettiin turvallisuudentunnetta ja mahdollisuutta rennompaan vuorovaikutukseen. Varsinaisessa neuvottelu-

huoneessa on erillisiä tuoleja tiiviisti ympyrämuodossa. Uudessa neuvottelutilassa puolestaan huonekalujen rytmitys on toisenlainen, vaihteleva ja tilassa on mahdollisuus ottaa enemmän omaa tilaa sekä huonekalujen liikuteltavuus on helpompaa. Sohva-ryhmät saattavat luoda turvallisuuden tunnetta, koska niissä on mahdollisuus ottaa enemmän omaa tilaa tai vastaavasti lähekkäin istuminen tuo taas joskus turvaa.

Neuvottelujen ennakkovalmisteluja oli tehty potilaan kanssa Neuvonpitomenetelmää mukailleen. Hyvänä ratkaisuna koettiin, että työntekijä oli ollut "apuminä" ja rohkaisijan potilaalle neuvottelutilanteessa. Potilas oli saanut näin paremmin omat ajatuksensa kuuluville. Potilasta oli myös rohkaistu kysymyksillä. Etukäteen oli käyty läpi neuvottelun kulkua, joka oli myös helpottanut potilasta. Työntekijä oli kysynyt potilaalta, miten hän haluaa itse olla osallinen neuvottelussa. Neuvottelutilanteessa oli rohkaistu potilasta ja esitetty kysymyksiä, jotka haastoivat potilasta hyvällä tavalla kertomaan mitä hän esimerkiksi haluaa ja mitä ei. Työntekijän mielestä neuvottelun etukäteiskeskustelu oli ollut rohkaiseva ja vapauttava tekijä osallistumaan neuvottelussakin enemmän. Yksi arvio oli myös se, että neuvotteluun osallistujien roolit oli käyty etukäteen läpi. Henkilökunta ei ollut muistanut ilmoittaa yhteistyötahoille neuvotteluiden muutoksista ja etukäteisvalmisteluista ja esimerkiksi siitä, että tutkimustulokset kerrottaisiin potilaalle ennen hoitoneuvottelua.

Henkilökunta pohti myös byrokraattisen tutkimustiedon tarpeellisuutta, jos tietoa ei käytetä eikä hyödynnetä myöhemmin. Huomio oli kiinnittynyt myös siihen, että tarvitseeko potilaan aina välttämättä vastata kaikkiin esitettyihin kysymyksiin mihin hän ei todellisuudessa ehkä haluaisi vastata. "Kaikkea ei tarvitse urkkia". Esimerkkinä oli kyselykaavakkeissa kysymyksenä oleva kohta: "Oletko kokenut väkivaltaa?" Jos potilas kertoo näin tapahtuneen, niin on asiallista tiedustella ensin haluaako hän kertoa siitä enempää. ("Haluatko, että tästä keskustellaan enemmän?") Useinhan tapahtuu niin, että automaattisesti esitämme lisäkysymyksiä huomioimatta potilaan mielipidettä asiaan. Pohdintaa herätti myös se, että onko joidenkin asioiden selvittely potilaalle merkityksellistä ja lisääkö se todellisuudessa osallisuutta.

Keskustelimme myös siitä, että yksikön tarkoituksena on myös voimaannuttaa potilasta. Potilaalla on yksikössä turvallinen mahdollisuus kertoa kokemuksistaan. Potilaan osallisuus huomioidaan siten, että ollaan valmiita kuuntelemaan hänen kokemuksiaan. Haasteena on kuitenkin se, että jos potilas kertoo asioistaan avoimesti ns. "liikaa" ja avaa traumat. Mitä silloin tapahtuu voimaantumiselle ja kuinka niissä tilanteissa sitten toimitaan ja mikä on työntekijän rooli potilaan suojelemisessa?

Kävimme läpi potilaiden ryhmäkeskustelunaiheita, jotka voisivat tukea potilaan osallisuutta ja voimaantumista. Esimerkiksi kuinka tunnistaa ulkoisia voimavaroja, ihmissuhteita ja luonnon merkitystä voimaantumiseen. Erääksi keskustelun aiheeksi sopisi esimerkiksi hoitoneuvottelut. Millaisia ajatuksia ne herättävät potilaissa ja millaisia voimavaroja potilas voisi niissä hyödyntää. Työntekijänä olisi myös hyvä erottaa ja huomata, että ihmiset ovat erilaisia kuin itse. Voimaantumisessa on huomioitava se, että mitkä asiat ovat itselle tärkeitä ja mielekkäitä elämässä sekä tavoittelemisen oloisia niin niillä asioilla ei välttämättä ole potilaalle samanlaista merkitystä. On tärkeä ymmärtää, että ihmiset voimaantuu erilaisista asioista ja työntekijä ei voi määritellä niitä.

7.4 Neljäs ryhmäkeskustelu

Viimeisessä ryhmäkeskustelussa kävimme läpi koko kehittämisprosessin vaiheita, arviointia ja palautetta. Keskustelimme läpi kahden edellisen viikon kehittämistyöhön liittyvät asiat. Pohdimme seuraavia asioita: Onko potilaiden voimaantumista voinut havaita vuorovaikutuksessa ja miten se on näkynyt? Kuinka hoitoneuvottelut ovat sujuneet, onko potilaan ääni tullut enemmän kuuluville, voisiko osallisuutta huomioida vielä enemmän, missä potilaan osallisuus toteutuu, olisiko työskentelyssä parantamisen varaa, teittekö mielestänne riittävästi osallisuuden eteen ja miten se on nähtävissä jatkossa, tehtiinkö potilaille eroa sairaalahoidon ja avohoidon välille, onko osallisuuden käsite auennut kehittämistyön aikana enemmän

Henkilökunta kertoi, että hoitoneuvotteluissa oli tapahtunut muutosta, mutta on vaikea tietää mistä kaikista tekijöistä ne johtuivat. Niihin on voinut myös vaikuttaa henkilökuntamuutokset, jolloin tavat tehdä työtä muuttuvat. Muutokseen on voinut vaikuttaa myös kehittämistyön myötä tulleet muutokset. Kehittämissyö on tuonut pinnalle enemmän osallisuuteen liittyviä asioita. Neljännen keskustelun jälkeen hoitoneuvottelussa oli huomattu joitakin eroja. Siihen oli vaikuttanut toisen neuvottelutilan käyttö, jonka potilas oli valinnut. Neuvottelussa oli yritetty saada potilaan ääntä enemmän kuuluville. Potilasta oli rohkaistu keskustelemaan ja kertomaan ajatuksia hoitoneuvottelussa keskusteltavista asioista.

Muutosten myötä neuvotteluihin oli tullut johdantokäytäntö. Johdannossa yksi työntekijä käynnistää yhteisen keskustelun kokoamalla keskeiset asiat tilanteesta ja kertoo neuvottelun kulun. Silloin keskusteluun ei liittynyt jokaisen työntekijän puheenvuoron

odottelua ja neuvottelu oli ehkä sen vuoksi sujunut luontevammin. Faktojen tuominen esille tiiviissä muodossa auttaa siinä, että neuvottelussa päästään heti keskittymään oikeisiin asioihin eli mm. tulevaisuuden suunnitteluun. Ainakin yhteen neuvotteluun oli sovittu etukäteen toimintatavat potilaan kanssa niihin tilanteisiin jos potilas ei itse uskalla tai pysty kertomaan omista asioistaan neuvottelun aikana.

Kehittämistyön yhtenä tavoitteena oli alussa työn läpinäkyvyyden esille tuominen. Viimeisessä ryhmäkeskustelussa todettiin, että työtä oli jollakin tapaa tehty entiseen tapaan valottamatta sitä potilaalle. Joku pohti, että kehittämistyö on tuonut osallisuuden asiat esille ja pinnalle työyhteisössä, mutta ei osannut kuvata oliko sillä vaikutusta omiin työtapoihin. Osallisuuteen liittyvät asiat ovat nostaneet ajatuksiin itsemääräämisoikeuden ja vallankäyttöön liittyvät asiat. Keskustelu soljui myös kehittämistyöntekijän osalta osallisuussuunnitelman luomiseen yksikössä, jonka avulla tunnistettaisiin itsemääräämisoikeuteen ja vallankäyttöön liittyvät tilanteet. Samoin on hyvä tunnistaa vuorovaikutustilanteet, että ovatko ne opettamista vai ohjaamista. Osallisuuden huomioimisessa on tärkeää se, ettei tee liikaa toisen puolesta. Puolesta tekeminenkin nähtiin joskus hyvänä asiana esim. kaavakkeiden täyttämisen apuna, viranomaispuheluiden hoitamisessa. Potilaan kanssa yhdessä tekeminen nähtiin tärkeänä, jos kysymyksessä on nuori joka ei ole vielä oppinut tekemään ja hoitamaan asioita. Henkilökunnan näyttämästä mallista potilas voi sitten seuraavan kerran hoitaa asioita itse. Työntekijän mielestä siinä voi tapahtua osallistamista joka myöhemmin tukee osallisuutta omiin asioihin. Se on tukemista ja henkilöstön tärkeä havaita mihin potilas tarvitsee apua ja kykyä tarttua siihen.

Potilaista on voimaannuttavaa kohdatuksi tuleminen ja jos se onnistuu. Yhden työntekijän mielestä on hyvä olla ajattelun apulaisena, että tulevaisuuden suunta löytyy ja tulee jotain mielekästä katsantokantaa ja löytää se sen ihmisen omin ajatus asioista ja miten potilas pääsee niihin omiin tavoitteisiin. Voimaantumisen henkilökunnan mielestä näkee ulkoisesti mm. siten, että ryhti ja ilme muuttuvat positiiviseksi kun osaa oikeissa asioissa voimaannuttaa tai kun potilas itse oivaltaa missä asioissa hän on onnistunut.

Työntekijän kulkiessa jonkun aikaa potilaan rinnalla alkaa nähdä tämän taitojen kehittymisen. Prosessin ja sen aikana tapahtuvista asioista voi antaa voimaannuttavaa palautetta. Voimaantuminen näkyy myös helpotuksena, kun työntekijä on auttanut potilasta itseään hoitamaan asioita järjestykseen, jotka ovat painaneet mieltä. Potilaan kannattelu hetken aikaa nähtiin isona asiana osallisuuden tukemisessa, ettei potilas ole yksin omien asioiden kanssa.

8 TULOKSIA TYÖMENETELMIEN KEHITTÄMISESTÄ

8.1 Osallisuuden esteitä ja ratkaisuja niiden poistamiseksi

Aineistoa analysoitaessa tuli selkeästi esille, että henkilökunta nimesi joukon asioita, jotka vaikeuttavat potilaan osallisuutta. Nimesin nämä ongelmakohtat osallisuuden esteiksi. Osallisuuteen vaikuttavia asioita löytyi seuraavista aihealueiryhmistä, joita ovat työyksikön fyysinen ympäristö, työntekijöiden tavat tehdä työtä ja hoitoneuvottelut.

Esitän tulokset niin, että ensin esittelen ongelman ja sen jälkeen ratkaisun. Tämän kehittämistyön pääasiallinen tarkoitus oli juuri tuon ratkaisun eli tässä työssä osallisuutta lisäävien työmenetelmien kehittäminen.

8.2 Fyysinen ympäristö

Kehittämistyöhön osallistuneet työyksikön fyysiset tilat koettiin sairaalamaiseksi ja se koettiin haasteellisena osallisuuden näkökulmasta. Henkilökunta pohti, että silloin potilaalle voi tulla odotuksia yksikön toimintaa kohtaan, jotka liittyvät sairaalamaiseen ympäristöön. Tilanne saatetaan kokea hyvällä tavalla sellaiseksi, että yksikön palvelut ja toimintamalli ovat kuin sairaalassa. Tilanteeseen voi kuitenkin liittyä regressoivia kokemuksia ja vaikuttaa siltä, että ne voivat tuntua potilaasta hyvältäkin, kuin myös negatiiviset muistot voivat nousta pintaan. Henkilökunnan mielestä regressio voi saada aikaan sen, että potilas alkaa käyttäytymään toisella tavalla, kuten passiivisesti ja sen myötä potilaan rooli tulee voimakkaammin esille. Henkilökunnan mielestä potilas voi myös kokea, että on lupa regressoitua, koska ympäristö on turvallinen. Yksikön sairaalamainen fyysinen ympäristö voi myös passivoida joitakin potilaita ja tämä voi vaikuttaa siihen, että kuntoutuja ei välttämättä osaa tai ei tiedä, että voi olla osallisena kuntoutumisen suunnittelun prosessissa. Potilas sanakin saattaa määritellä roolia ja se voi johdattaa siihen, että odotetaan sairaalamaista palvelua. Henkilökunnan mielestä potilaalle voi tulla odotuksia, jotka liitetään sairaalamaiseen toimintaan ja toiveita siitä palvelusta mitä sairaalassa on saanut. Potilas voi jättäytyä hoidettavaksi ja oma päätöksen teko heikkenee. Havaittiin mm. että joissakin tilanteissa tämän hetkiset fyysiset tilat voivat passivoida kun taas yksikön ulkopuolella potilaan toiminta voi olla itsenäisempää.

Yhtenä vaihtoehtona nähtiin, että potilaille kerrotaan yksikön toimintatavoista. Yksikön toimintatavoista kerrottaessa pidettiin tärkeänä, että selkeytetään potilaalle mitä avohoito on ja mitä se tarkoittaa. Potilas sanan käytöstä keskusteltaessa henkilökunta tuli siihen johtopäätökseen, että yksikössä potilas sanaa käytetään vähemmän ja potilaita kutsutaan etunimellä ja raportoinnissa käytetään myös etunimeä.

8.3 Henkilökunnan tapa tehdä työtä

Henkilökunnan mielestä voi olla myös niin, että sairaalamaailmanmallit ja tapa tehdä työtä on enemmän heissä itsessään, kuin potilaissa ja siihen olisi hyvä kiinnittää huomiota jatkossa. Työhön pitäisi saada enemmän työnläpinäkyvyyttä. Potilaille olisi hyvä kertoa tarkemmin mitä tehdään ja miksi ja ottaa siinä tilanteessa potilasta enemmän mukaan. Pohdintaa herätti myös se, että ottaako työntekijät liikaa valtaa kuntoutujilta. Eräs työntekijä pohti ja kuvasi tilanteen näin: ”Ettei vaan omalla toiminnalla kaapata aikuisuutta”.

Pohdintaa herätti mm. se, että tekeekö jokainen osaltaan byrokraattista jokamiestyötä, josta ei välttämättä ole potilaalle hyötyä. Voisiko jatkossa miettiä tarkemmin, esimerkiksi mitä tutkitaan ja onko sillä potilaan omien jatkosuunnitelmien kannalta merkitystä. Joissakin tilanteissa koettiin, ettei neuvotteluja ole ehditty valmistella. Henkilökunta oli tunnistanut myös itsessään sellaisia piirteitä, että luulee tietävänsä mitä potilas haluaa tai tarvitsee omassa elämäntilanteessaan. Silloin on riskinä, että saattaa vaikuttaa potilaan omaan päätäntävaltaan vaikka ei niin tarkoittaisikaan. Potilasta tukiessa voi nähdä potilaan tulevaisuuteen tiettyjä palveluja ja tukia, mitä potilas ei itse kaipaisikaan.

Keskustelua taas vastaavasti herätti se, että osallisuus heikkenee jos tekee liikaa potilaan puolesta. Työntekijät pohtivatkin, että osallisuuden tukeminen on myös haasteellista ja vaikeaa työntekijälle joissain tilanteissa. Osallisuuden tukeminen koettiin teoreettisesti helpoksi, mutta miten sitä toteuttaa työssään käytännössä tuottaakin paljon pohdintaa ja haastetta. Eräs työntekijä kuvasi tilannetta mm. ”Ei se oo niin helppo asia tuo osallisuus.”

Kaikkiin ongelmakohtiin ei ryhmäkeskusteluiden ja kehittämistyön puitteissa löytynyt menetelmäratkaisuja ja niitä ei sillä hetkellä selvästi koettu yhtä tärkeinä kuin esimerkiksi hoitoneuvottelun liittyvää problematiikkaa. Kaikki edellä mainitut asiat olivat kui-

tenkin sellaisia, joita henkilökunta haluaisi ratkaista ja ehdotuksiakin tulevaisuuden kehittämisen suhteen tuli esille. Näistä mainitsen yhden, joka koskee työnohjausta.

Työnohjauksesta odotettiin, että se voisi jatkossa keskittyä enemmän perustyöhön, jotta tavat tehdä työtä kehittyisi ja sitä kautta tulisi parempia tuloksia. Perustyöhön keskittyvät työnohjaukset toisivat enemmän lähelle työn tavoitteellisuuden ja lisäisi sitä kautta osallisuutta.

8.4 Hoitoneuvottelut

Ongelmallisena pidettiin erityisesti hoitoneuvotteluja, joiden kulkua kuvailtiin kankeaksi ja jäykäksi. Hoitoneuvottelujen hankaluudet ja sitä kautta osallisuuden esteet voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen, joita ovat neuvottelutilan fyysiset ongelmat, neuvottelun vuorovaikutukseen liittyvät hankaluudet ja neuvotteluilmapiirin vaikutukset. Fyysisiin kuuluu huonekalujen ryhmittely neuvotteluhuoneessa, huoneen fyysinen muoto tai tilan koko. Vuorovaikutusta vaikeuttaa se jos neuvottelussa on paljon henkilöitä ja asiantuntijoita paikalla. Paikalla olevien henkilömäärien suuruus vaikuttaa siihen, että dialogisuutta on liian vähän ja potilaan ajatuksille jää vähemmän aikaa sen myötä. Silloin, kun hoitoneuvotteluissa on paljon ihmisiä paikalla, niin neuvottelutilanne muuttuu vuoron odotteluksi ja jännittäväksi. Keskusteluissa tuli esille, että tilanne voi jännittää henkilökuntaakin.

Henkilökunnan mielestä henkinen paine voi olla osallisuuden esteenä jos neuvottelut koetaan ahdistavina ja pelottavina. Henkilökunta pohti myös sitä, ettei hoitoneuvottelut saisi sisältää yllätyksiä potilaalle kuten tutkimustulosten käsittelyä niin, ettei potilas ole tuloksista aikaisemmin saanut tietoa. Neuvotteluissa ei saisi myöskään tapahtua ns. ”potilaan ohi tai yli puhumista”, jolloin hänet ohitetaan neuvottelutilanteessa.

Henkilökunta halusi selvittää ja kehittää työtapoja, jotka tuovat myönteistä muutosta neuvottelukäytäntöihin. Heille oli myös tärkeää, että potilaat saisivat oman ääneen kuuluviin kuntoutusprosessin eri vaiheissa ja sitä kautta voimaantuisivat. Henkilökunta halusi kehittää ja miettiä kuinka esimerkiksi vuorovaikutusta ja dialogisuutta saataisiin lisättyä. Vuorovaikutukseen liittyvissä asioissa haluttiin tukea potilasta monin eri tavoin. Psykkistä hyvinvointia ja vuorovaikutuksen tukemista haettiin neuvottelutilanteisiin mm. fyysisillä tilajärjestelymuutoksilla. Hoitoneuvottelujen teknisiä muutoksia oli Neuvonpitomenetelmän käyttäminen mukailusti potilaiden kanssa. Neuvonpitomenetelmän

mukaan hoitoneuvottelua valmisteltiin potilaan kanssa ja valmistelua tehtiin aikaisempaa tapaa tarkemmin. Hoitoneuvotteluja oli aikaisemminkin valmisteltu potilaan kanssa, mutta nyt kehittämistyön kautta tuli käyttöön selkeämpi runko ja työtapa, jota oli käyttänyt ainakin yksi työntekijä aktiivisemmin. Uuden tavan myötä neuvotteluun liittyvät asiat käytiin tarkemmin läpi ja potilas pystyi vaikuttamaan hoitoneuvottelun kulkuun jo ennen neuvottelua. Potilas yritettiin saada ilmaisemaan omat asiat ja valmistelemaan myös mahdolliset epäonnistumiset neuvottelutilanteessa. Alkuvaiheessa keskusteltiin siitä, että potilas voisi pyytää mukaan tukihenkilön. Kehittämistyön aikana ei tapahtunut näin, mutta neuvottelussa toimi tukihenkilönä oma hoitaja. Tästä oli työntekijän arvioiden mukaan ollut hyötyä. Hyvänä menetelmänä nousi esille se, että neuvottelun alussa kerrotaan faktat tiiviissä muodossa johdantona, jonka ansiosta jää aikaa enemmän keskustelulle ja aikaa potilaan omien näkemysten kuuntelulle sekä vuoropuhelulle.

Potilaan tutkimustulosten käyminen ennen hoitokokousta nähtiin hyvänä asiana ja menetelmänä, ettei potilaalle tulisi yllätyksiä hoitoneuvotteluissa. Silloin potilas on tietoinen tilanteestaan ja pystyy osallistumaan neuvottelussa keskusteluun paremmin. Henkilökunta pohti myös sitä, että tarvitseeko tutkimustuloksia käydä hoitoneuvottelussa, jos ne on potilaan kanssa käyty jo aikaisemmin läpi jossain muussa yhteydessä. Keskeisintä asiassa olisi se, että potilas voisi itse päättää käydäänkö tutkimustulokset läpi hoitoneuvottelussa. Jos tutkimustulokset käydään läpi hoitoneuvottelussa, niin niiden käsittelystä täytyy potilaan saada tietää etukäteen.

8.5 Henkilökunnan pohdintaa ja arviointia osallisuuden toteutumisesta ja kehittämistyöstä

Henkilökunta kuvasi kehittämistyön prosessia niin, että osallisuus on lähtenyt vaivihkaa liikkeelle hoitoneuvottelujen kautta. Henkilökunnan mielestä juuri hoitoneuvotteluissa tapahtuneet muutokset pitävät jatkossa muistissa potilaan osallisuuden huomioimisen. Kehittämistyö oli herättänyt muutenkin paljon pohdintaa siitä, kuinka itse työskentelee ja ovatko kaikki tämänhetkiset tavat tehdä työtä tarpeellisia. Vaikka kehittämistyö keskittyi potilaan osallisuutta lisäävien työtapojen kehittämiseen, niin on se tarkoittanut myös työyksikön työtapojen laajempaa tarkastelua. Tärkeäksi osoittautui se että kehittämistyön kautta henkilökunta sai tietää enemmän työryhmän yksittäisten työntekijöiden tavoista tehdä työtä sekä siitä mistä näkökulmasta työtä kukin tarkastelee.

Joillekin kehittämistyön aika oli mennyt huomaamatta ja joku oli todennut, että osallisuutta pitäisi miettiä enemmän omassa työssään. Joku koki, ettei aikaisemmin ollut kauheasti potilaan osallisuutta miettinyt työtä tehdessään, mutta kehittämistyönkautta potilaan osallisuutta oli alkanut enemmän pohtimaan ja ajattelemaan.

Kahdenkeskisessä työskentelyssä potilaan kanssa koettiin tärkeänä, että osallistaa potilasta, jotta hän rohkaistuisi jatkossa olemaan osallisena omissa asioissa. Osallisuus nähtiin kuntoutujan tukemisena ja kykynä havaita milloin kuntoutuja tarvitsee apua. Työssä oli myös havaittu, että esimerkiksi nuorille potilaille on hyvä näyttää ihan konkreettisesti esimerkein, kuinka hän voi olla osallisena omien asioiden hoitoon ja jatkossa selvittää niistä itsenäisesti. Vahva tuki ja rinnalla oleminen esimerkiksi juuri potilaan omien asioiden hoidossa selkeästi voimaannuttaa ja vahvistaa potilasta. Joissakin tilanteissa ns. puolesta tekeminen auttaa potilasta näkemään kuinka joitakin asioita voi viedä eteenpäin ja seuraavalla kerralla riittää vain työntekijän läsnäolo tukemaan kuntoutujaa hoitamaan omia asioitaan siihen suuntaan, kun hän haluaa asioiden menevän. Esimerkkinä mainittiin muun muassa, että kaikilla ei ole kokemusta siitä miten arjen asioita hoidetaan. Esille nousi mm. puhelimella asiointi viranomaisten kanssa. Silloin täytyy työntekijän ottaa vastuuta ja täytyy olla aikaa ohjata potilasta. Hyvä ohjaus ja tuki osallistaa ja saa aikaan osallisuuden tunteen joka voimaannuttaa. Osallisuutta voi tukea sillä, että kannattelee ja tukee potilasta hetken matkaa, ettei hän koe olevansa yksin omien asioiden kanssa.

Henkilökunnan mielestä potilaalle tehdyistä tutkimuksista on arvoa silloin jos potilas kokee tulleen ymmärretyksi ja kuulluksi. Silloin tulee sellainen kohtaaminen, joka tukee osallisuutta ja kohdatuksi tuleminen voimaannuttaa. Sen vuoksi nousi esille ajatus siitä, että pitäisikö kuntoutujan saada ylipäättään enemmän päättää mitä asioita tutkitaan tai selvitetään. Ja kuinka pitkälle on tarpeellista selvittää potilaan tilannetta. Tämä kysymys nousi esille keskustelussa jossa pohdittiin todellista potilaan päätäntävaltaa omaan hoitoon. Potilaan hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun vaikuttavat lähettävän tahon näkemykset ja tavoitteet, potilaan omat näkemykset ja tavoitteet sekä tutkimuksia tekevien tahojen näkemykset ja näiden näkemysten kanssa työskennellään.

Joidenkin mielestä potilaan asiakkuuden alkaessa tavoitteet olisi pidettävä ”johtotähtenä”. Ja näin joidenkin mielestä onkin tapahtunut, mutta joissakin tapauksissa lähettävän tahon tavoitteet ovat erilaiset, kuin kuntoutujan itse asettamat tavoitteet ja näiden välissä työskennellään ja pyritään vastaamaan niihin. Tätä näkemystä pohdittiin työryhmässä nimenomaan osallisuuden näkökulmasta. Valmiita vastauksia problematiik-

kaan ei tässä ajassa ja puitteissa kuitenkaan syntynyt. Vaan suurin merkitys keskustelussa oli todennäköisesti se, että ongelma tiedostetaan ja sille pyritään löytämään jatkossa mahdollisesti ratkaisua.

Henkilökunnan mielestä prosessi oli nostanut osallisuuden liittyviä asioita pinnalle vielä enemmän. Henkilökunnan mielestä työn kehittäminen ei jää siihen vaikka varsinainen kehittämistyö on päättynyt. Prosessi tulee jatkumaan jollakin tavalla. Esimerkiksi hoitoneuvotteluiden osalta kehittämistä tulisi jatkaa. Hoitoneuvottelujen tilanvaihdos pitää yllä osallisuuden liittyviä asioita henkilökunnan mielissä. Kehittämistyön jälkeen hoitoneuvotteluihin kaivataan henkilökunnan mielestä edelleen terävöittämistä ja skarppausta. Kehittämistyötä kuvattiin siten, että se on pysäyttänyt jollakin tavalla ja on alkanut ajattelemaan asioita erilaisesta näkökulmasta. Nyt katsoo asioita vielä enemmän potilaan kannalta ja näkee enemmän mahdollisuuksia. Vaikka osallisuus ei ole uusi asia niin se on uudelleen esille otettu asia. Joku kertoi, ettei ollut tuonut osallisuutta esille potilaille puheessa enempää kehittämistyön aikana, mutta prosessi on ollut vaikuttamassa omaan tapaan tehdä työtä.

Kehittämistyön lopussa henkilökunta pohti mitkä työtavat tai asiat jäävät toimimaan tai toivoo jäävän työyhteisöön ja näitä olivat: Potilaan valmistaminen etukäteen hoitoneuvotteluun, potilas saa vaikuttaa siihen mitä yhteistyötahoja neuvotteluihin pyydetään, osallisuudesta keskustellaan potilaan kanssa, potilaan tasavertainen osallistuminen oman asiakkuusjakson suunnitteluun, hoitoneuvottelukäytännön muutokset.

9 KEHITTÄMISTYÖN LOPPUTULOKSEN ARVIOINTIA

9.1 Ryhmätyöskentelyn tavat ja vaikutukset

Toimintatutkimuksella haetaan välitöntä hyötyä, ja tarkoitus on saada hiljainen tieto tietoiselle tasolle. Tämän perusteella tässä työssä toimintatutkimuksen tavoite saavutettiin. Toimintatutkimuksella pyritään myös saamaan olemassa olevia käytäntöjä paremmaksi, joten kehittämistyö on ollut siltä osin työyksikölle tarpeellinen ja onnistunut. Näkemykseni mukaan paremman työyhteisön yhteisymmärryksen ja toimintatapojen yhtenäistämisen myötä tilanne näyttäytyy myös potilaalle parempana palveluna ja asiakastyönä. Ensimmäisestä ryhmäkeskustelusta alkaen hahmottui se, että potilaan osallisuutta alettiin huomioida enemmän yksikön toiminnassa, ja se on mielestäni jo itsessään erittäin hyvä tulos. Henkilökunta arvioi reflektoiden aktiivisesti omaa toimintaa ja näki välittömästi paljon kehittämisen kohteita. Ryhmällä oli alusta alkaen innokas ote pohtia ratkaisuja ongelmiin ja tahto kehittää omaa työtään. Heillä oli rohkea suhtautuminen ja kokeileva tapa tehdä työtä.

Kehittämistyö perustui jatkuvaan omana työn reflektointiin, ja henkilökunta onnistui siinä erittäin hyvin. Ilman työryhmän reflektointia toimia ei kehittämistyön tuloksia olisi saavutettu. Ruohotien mukaan reflektiossa on kolme pääasiaa. Ensin täytyy kyetä näkemään vanha asia uudella tavalla ja sen jälkeen sitoutua etsimään ongelmia ja ratkaisemaan ne. Toiseksi pitää pystyä arvioimaan tekemisiään, jotta löytäisi uusia tapoja toimia ja sen jälkeen ryhtyä toimenpiteisiin. Kolmanneksi on oivallettava, että reflektio tuottaa uutta toimintaa – muuten reflektio jää epätäydelliseksi. (Ruohotie 2002, 48.)

Ryhmätyöskentelyn kiinnostunut ja ratkaisukeskeinen ilmapiiri kannusti kaikkia pohtimaan enemmän työn kehittämistä. Työryhmän vuorovaikutus oli ideoivaa, ja kuuntelevaa. Kaikille ajatuksille oli tilaa ja se varmasti osaltaan vaikutti siihen, että vuoropuhelu oli vilkasta. Luovan tiimin ominaisuuksia ovat hulvaton ideointi, toimiva keskusteluyhteys, jaettu innostus ja tiiminjäsenten keskinäinen arvostus. (Vesterinen 2011, 110). Innovaatiota lisää kun ehdotukset saavat vastakaikua ryhmänjäseniltä ja sen jälkeen ryhmä kehittää ratkaisua vuoropuhelun avulla (Engeström 2004, 118). Ryhmäkeskusteluissa ideat lähtivät elämään, koska kaikki ehdotukset otettiin avoimesti vastaan. Sen jälkeen alkoi vuoropuhelu ja jalostaminen sekä asian käsittely eri näkökulmista. Näkökulmia oli paljon, koska kysymyksessä on moniammatillinen työryhmä ja silloin näkemyksiä värittää toimenkuvien erilaisuudet. Tämä oli rikkaus kehittämistyölle ja sen kaut-

ta avautui myös toisten tapa tehdä työtä paremmin muille. Henkilökunta antoi oman ammattitaidon toisten käyttöön, jota on kertynyt pitkän ajan kuluessa. Erilaiset näkemykset tukivat ammatillista kasvua, ja niiden kautta pystyi peilaamaan omia näkemyksiä ja kokemuksia. Henkilökunnalla oli muutenkin visioita ja halua kehittää toimintaa kokonaisvaltaisesti, sillä yksikkö hakee suuntaviivoja toiminnalleen. Työryhmän moniammatillinen ja työkokemukseen perustuva asioiden havainnointi lisää mielestäni tulosten luotettavuutta.

Kaiken toiminnan päämääränä oli ammatillinen kehittyminen ja uudenlaisen tiedon kehkeytyminen ja toimijoiden parantunut itseyttäminen. Näkemykseni mukaan kaikilla kehittämistyöhön osallistuneilla tapahtui jollain tasolla näitä kaikkea. Vilenin ym. 2008 mukaan ammatillista uusiutumista tapahtuu ammatillisen kasvun kautta eikä siihen voi päästä, jollei ole valmis omaksumaan uutta ja jopa hylkäämään jotain aiemmin opittua. Yhteiskunnassakin tapahtuu muutoksia ja asiakkaiden odotukset ja vaatimukset muuttuvat. (Vilen, Leppämäki, Ekström 2008, 105.)

Keskustelu kokonaisvaltaisesta työnkehittämisestä oli erittäin innokasta ja jokaisessa ryhmäkeskustelussa nousi aina uusia kehitettäviä asioita esille, joille haettiin yhteistyössä ratkaisuja. Henkilökunnalta saatu tieto kehittämistyön aikana edisti prosessia siihen suuntaan, että potilaiden osallisuutta tukevat työmenetelmät ovat kehittyneet. Jokaisen työntekijän oman kehittymisen ja työtapojen perustana oli aktiivinen osallistuminen. Kaikki eivät välttämättä olleet aktiivisia toimijoita, mutta sitäkin enemmän rooliksi nousi ideoiminen, ajatusten herättäminen ja työn kokonaisvaltainen pohdinta. Nämä kaikki seikat tukivat toisiaan.

Eri vaiheissa tehdyt menetelmien valinnat olivat perusteltuja, koska työntekijöiden yhteiset ratkaisut ovat ohjanneet toimintaa. Toteutusta ja työnreflektointia tehtiin hyvässä hengessä yhdessä keskustellen. Tiiviit neljä tapaamista pitivät ryhmäkeskusteluissa sovitut asiat mielessä ja keskusteluiden koosteet ovat olleet heti henkilökunnan käytettävissä. Tuloksia voitiin analysoida välittömästi työyhteisön kanssa, ja työhön tehdyt muutokset perusteluineen olivat esillä työyhteisössä. Kehittämistyön tukena käytetty tutkimustieto on ollut käyttökelpoista, koska se oli ajallisesti pätevää. Tutkimustulosten kannalta työyhteisön tilanne arvioinnit olivat perusteltuja, koska ne perustuivat työntekijöiden omiin havaintoihin. Kehittämistyön aikana käyty ryhmäkeskustelut ja niiden kautta saatu tieto voitiin hyödyntää suoraan käytännön työssä, jolloin prosessi eteni jouhevasti. Kehittämistyö on vaatinut henkilökunnalta itseohjautuvuutta, vastuuta, ky-

kyä ja halua ryhtyä pohtimaan ja toteuttamaan oman työskentelyn kautta uusia asioita. Tämän vuoksi tilanne saattoi olla joillekin haasteellinen.

Resurssit olivat riittävät tällaisen kehittämistyön toteuttamiseen. Prosessin aikana ehti hankkia tarvittavaa materiaalia eri työmenetelmistä ryhmän tarpeiden mukaan. Kehittämistyön aikana tulee aina lisää uusia asioita, joihin halutaan vastauksia ja ratkaisuja, joten sen vuoksi prosessin lopussa tuntui siltä, että monta asiaa jäi vielä kesken. Keski-tyimme kuitenkin määrätietoisesti työskentelemään alkuperäisten tavoitteiden eteen, kuten hoitoneuvotteluiden sujumiseen ilman aikataulupaineita. Ensimmäisessä keskustelussa henkilökunta suhtautui kehittämistyöhön avoimesti ja rennosti. Tätä kuvastaa mm. seuraava ryhmäkeskustelun kommentti kehittämistyöstä: ” Nii, se et me ei epäonnistuta tai onnistuta. Se menee niin kun menee. Se mikä tulee - voi tuua muutakin.” Tämä antoi kaikille rauhalliset ja paineettomat lähtökohdat kehittämistyölle.

9.2 Kehittämistyön hyötyjä

Hiljaista tietoa ja raportoimatonta tietoa on paljon kuntoutuksen eri aloilla. Tähän seikkaan tulisi kiinnittää huomiota, että tällainen tieto saadaan nostettua esille. Työntekijät osaavat paljon sellaista, mitä on opittu käytännön tilanteista ja tapoja on sen jälkeen sovellettu. Tämän tiedon kerääminen ja kokoaminen on kehittämisen kannalta tärkeää. Asioiden tunnistaminen rikastuttaa ajattelua. (Järvikoski & Karjalainen 2008,93.) Tämä osoittaa sen, että tässä työssä on konkreettisesti pureuduttu tämän hiljaisen tiedon esille tuomiseen ja raportointiin. Kehittämistyön aikana tehdyt suunnitelmat ovat myös osaltaan saavutettuja tuloksia. Mielestäni hiljaisen tiedon esille tuomisessa on onnistuttu ja sitä tietoa pystyy hyödyntämään työyksikön toiminnassa myös jatkossa. Kaikkea tietoa ei ole raportoitu, mutta käsitellyt asiat ovat tulleet tietoisuuteen. Eräs esille nousut aihe oli itsemääräämisoikeus ja siihen liittyvät teemat nimenomaan osallisuuden näkökulmasta. Itsemääräämisoikeus olisi aina ajankohtainen keskustelun aihe sosiaali- ja terveysalalla. Asia on itsessään niin iso ja laaja, että sen käsittelyyn pitäisi varata oma aikansa.

Asiakkaalle työntekijän kanssa toteutettavat kuntoutukseen liittyvät tapahtumat ovat oppimisprosesseja ja oman elämän uudelleen rakentamista. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 91.) Mielestäni juuri sen vuoksi on tärkeää, että potilaalle tulee todellisia mahdollisuuksia olla osallisena ja kokea osallisuutta. Onnistunut kohtaaminen ja osallisuuden kokeminen palvelutapahtumassa luo edellytyksiä sille, että jatkossakin potilas tietää,

että hänellä on mahdollisuus olla vaikuttamassa omiin asioihin. Esimerkiksi tämän kehittämisyksikön aikana tai sen jälkeen kokemat onnistumisen kokemukset osallisuudesta voi kantaa hedelmää mahdollisesti myös muissa palveluissa, joita potilas jatkossa käyttää. Rohkaistuneena aiemmista kokemuksista tulee taito ja halu olla enemmän osallisena omien asioiden päätöksenteossa muissakin työntekijä kohtaamisissa. Oppimisprosessi on myös pitkäjänteistä myös siitä näkökulmasta, että potilailla on vielä vähän kokemuksia osallisuuden kokemisesta. Osallisuuden huomioiminen ei ole vielä mielestäni juurtunut systemaattisesti palveluihin ja toimintoihin. Potilailla voi olla myös pitkä kokemus siitä, ettei ole voinut olla osallisena omiin asioihin ja uuden tavan oppiminen vie aikaa niin myös henkilökunnalta.

Työyhteisöjen ja työntekijöiden tapoja on hyvä tarkastella pintaa syvemältä, jotta työyhteisö voisi kehittyä tukemaan potilaan osallisuutta. Osallisuuden toteutumisen esteet voivat kummuta joistakin hyvin erilaisista seikoista kuten fyysistä tiloista tai siitä, ettei työntekijä ole huomannut työtavoissaan ns. vanhoihin kaavoihin jämähtämistä. Tämän tyyppinen kehittämistyö nostaa enemmän esille työntekijöiden arvoja ja työn lähestymistapoja yhteiseen tietoisuuteen ja näkemään haasteita ja onnistumisia. Kehittämistyössä tuli esille myös rakenteisiin ja yhteistyö verkostoihin liittyviä asioita, joilla voi olla merkitystä osallisuuteen. Aihealue oli kuitenkin niin laaja, ettei tätä käsitelty tässä työssä.

9.3 Ammatillista pohdintaa ja henkilökunnan palautetta kehittämistyöstä

Mielestäni sosiaalialan opinnoissa pitäisi enemmän kiinnittää huomiota osallisuuteen. Opiskelijoiden olisi hyvä tehdä konkreettisia vuorovaikutusharjoituksia, jotta asiat sisäistetään. Kehittämistyön ryhmäkeskustelussa todettiin, että osallisuus on helppoa teoriassa ja haasteeksi muodostui se, että miten sitä toteutetaan onnistuneesti käytännössä. Työtään on tarkasteltava ikään kuin ulkopuolelta, jotta osallisuuden mahdollisuudet voi havaita. On huomioitava, ettei tee päätöksiä asiakkaan puolesta, eikä näe liikaa asioita asiakkaan puolesta. Täytyy antaa tilaa asiakkaan äänelle eikä vaimentaa sitä omalla ammattitaidolla ja omilla näkemyksillä miten maailma näyttäytyy työntekijälle. Asiakkaan perspektiivi voi olla täysin erilainen ja hän voi voimaantua aivan toisenlaisista asioista kuin mitä työntekijä olettaa. Työntekijän pitäisi jotenkin tehdä itsensä pienemmäksi ja asiakkaan asiantuntijaksi.

Sosionomin osaamisalueita ovat asiakkaan voimaannuttaminen, vuorovaikutusosaaminen, asiakkaan etujen ja oikeuksien ajaminen ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen. (Mäkinen ym. 2009,132–145.) Mielestäni tämän työn kautta nämä kaikki osaamisen alueet tulevat esille ja olen nähnyt ne erittäin tärkeänä juuri tässä hetkessä. Se osoittaa ammatillisuuttani sosionomina, että haluan toimia tavoitteellisesti, laadukkaasti sekä pyrin nostamaan esille nimenomaan osallisuuden tärkeyden ja sen merkittävyyden. Onnistuneen osallisuuden toteutuminen pitää sisällään hyvin monenlaisia ammatillisia sisältöjä ja niiden hallinta vaatii konkreettista opettelua ja työskentelytapojen reflektointia. Asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden tukeminen vaatii jatkuvaa intensiivistä oman työskentelyn arviointia, tarkastelua ja asioiden mahdollistamista. Tämän työn kautta uskon, että minulla on hyviä valmiuksia kehittää sosiaalialantyötä jatkossa erilaisissa toimintaympäristöissä.

Kehittämistyön myötä oma ammatillinen kehittyminen on ollut laaja-alaista. Olen kehittynyt mm. kehittämistyönprosessin suunnittelussa ja ryhmänohjaustaidoissa sekä henkilökunnalta saamani palautteen kautta olen voinut kehittää itseäni ja toimintatapojani. Tulevaisuudessa voin siirtää tässä työssä opittuja asioita uusiin ympäristöihin ja hyödyntää henkilökunnalta oppimia asioita ammatillisesti tulevissa työtehtävissä.

Pohdin kehittämistyön aikana nousutta kysymystä: potilas vai asiakas? Onko sillä merkitystä osallisuuden näkökulmasta? Tämä ei ollut kehittämistyön olennaisin asia, mutta mielestäni jatkossa pohtimisen arvoinen asia yleisesti. Vaikka kysymyksessä on terveydenhuollon palveluita käyttävä henkilö niin onko välttämätön puhua potilaasta, koska siihen liittyy enemmän vastaanottajan rooli, kuin aktiivisen osallistujan rooli. Esimerkiksi potilastermi tuo esille huolenpidon ja hoitavan henkilöstön vastuun, kun taas asiakas-termi korostaa toimijoiden tasa-arvoisuutta ja asiakkaan päätösvaltaa. (Etene 2010, 10.) Vaikka terveydenhuollossa ollaan virallisesti potilaita, niin voisiko puhekielessä käyttää rohkeasti sanaa asiakas. Silloin saattaisi olla helpompi sisäistää se, että asiakkaan tarpeisiin vastataan ja asiakas itse päättää loppujen lopuksi asioistaan. Hänelle tarjotaan vaihtoehtoja, joista hän voi valita mielestään siihen hetkeen parhaimmat vaihtoehdot. Ryhmäkeskusteluissakin nousi esille, että työssä pitäisi enemmän olla palveluasennetta ja se viittaa mielestäni enemmän asiakastyöhön.

Jatkotutkimusaiheena näkisin, että potilaiden ja työntekijöiden yhteistyön kautta saataisiin selvitettyä hyviä hoitoneuvottelukäytäntöjä, jotka tukevat osallisuutta. Hyvistä menetelmistä voisi, tehdä oppaan muiden työyhteisöjen käyttöön. Osallisuudella haetaan juuri sitä, että potilaat/asiakkaat saavat olla luomassa hoitotyönkäytäntöjä. Minun mie-

lestäni juuri tällainen yhteistoiminta olisi sellaista. Kuntouttavassa työssä käytetään paljon verkostokokouksia, mutta palvelevatko ne enemmän työntekijöitä, kuin potilasta tai asiakasta. Sen vuoksi yhteistoiminta ja suunnittelu olisi ensiarvoisen tärkeää.

Toivottavasti uudet käytännöt esimerkiksi hoitoneuvotteluiden osalta vielä kehittyä ja vakiintuu ja että tämän työn kautta tuleva tieto on hyödynnettävissä työyksikössä. Pie-nelläkin työnkehittämisen prosessilla voidaan saada aikaiseksi työyhteisössä muutoksia, jotka johtavat parempaan asiakaslähtöisempään palveluun. Toivon, että henkilökunta ottaa huomioon edelleen asiakkaiden osallisuuden merkittävänä työtä edistävänä menetelmänä. Olen saanut tiedon, että kehittämistyö on saanut jatkoa siten, että yksikössä kehitetään reflektioryhmätyöskentelyä.

Kehittämistyön arviointia tapahtui jatkuvasti ryhmäkeskusteluiden yhteydessä sekä palautetta pystyi antamaan kirjallisesti päiväkirjan tai sähköpostin kautta. Kehittämistyön lopussa tehtiin koko prosessin arviointia ja pohdittiin prosessin hyödynnettävyyttä. Kehittämistyön tavoitteet arvioitiin alkuvaiheessa ja prosessia arvioitiin koko työskentelyn ajan. Työhön olisi tuonut lisäarvoa kirjallinen työntekijöiden itsearviointi, jota olisi voinut tehdä eri vaiheissa. Yksilöllinen itsearviointi olisi voinut vielä enemmän aktivoida huomioimaan niitä piirteitä omassa työssään, mitkä tukisivat potilaan osallisuutta. Kehittämistyöstä henkilökunnalta kerätty arviointimateriaali oli mielestäni oikeassa suhteessa kehittämistyön prosessiin nähden, koska sisäistä arviointia kerättiin koko prosessin ajan ryhmäkeskusteluissa. Kehittämistyön prosessista saatu palaute opinnäytseminaarien kautta tuki myös koko opinnäytetyön prosessia.

Työntekijöiden mielestä potilaan osallisuuden tukeminen jatkuu, vaikka varsinainen kehittämistyö päättyi. Suunniteltu aikataulu toimi hyvin, vaikka keskusteluiden jatkumiselle ja työn kehittämiseksi olisi ollut tarvetta enemmänkin. Tapaamiset työyhteisön kanssa kahden viikon välein oli mitoitettu oikein, koska siinä ajassa pystyi havainnoimaan asioita riittävästi. Työntekijöiden lomat vaikuttivat niin, että kaikki eivät voineet aivan yhtenäisesti osallistua kehittämistyöhön. Palautteessa kuitenkin koettiin hyväksi se, että keskustelukerroista tehdyt hyvät koosteet auttoivat pääsemään hyvin kiinni prosessin eri vaiheisiin vaikka ei olisi ollut ryhmäkeskustelussa paikalla.

Toimintatutkimuksessa tutkijan roolina on muodostaa yhteistyösuhde ja olla ryhmän rohkaisija. Nämä elementit onnistuivat henkilökunnan palautteen mukaan erittäin hyvin koko prosessin ajan.

9.4 Kehittämistyön eettisyys

Pieni osallistujia määrä lisää osallistujien tunnistamisriskiä, joten tässä toimintatutkimuksessa ei ilmaista tutkittavien ammattia, sukupuolta tai henkilöllisyyttä. Tietosuojasta on huolehdittu niin, ettei yksittäisiä henkilöitä voida tunnistaa. Litterointi vaiheessa ei eritelty keskustelijoiden nimeä. Palaverikoosteista ja litteroidun aineistosta esille tulleet asiat on ilmaistu niin, ettei työyhteisön ulkopuolinen voi tunnistaa henkilöitä. Opinnäytetyön loppuraportissa ilmaistiin ajanjakso vuositason, jotta tunnistamisriskiltä vältytään. Henkilökunta päätti itse osallistumisestaan kehittämistyöhön ja osallistumisesta tutkimukseen. Jokainen tutkimukseen osallistuva työntekijä on saanut tietoa toimintatutkimuksen kulusta ja toimintatavoista etukäteen ja tarvittaessa lisätietoa kehittämistyön aikana. Eettinen työskentely on näkynyt sopimusten noudattamisena mm. aikataulujen ja kehittämistyön sovitussa sisällöissä.

Kehittämistyötä käsittelevä teoriatieto on antanut pohjan työskentelytavalle kehittämisseskusteluissa. Luotettavuutta lisäsi avoin keskustelu työryhmän jäsenten kanssa kehittämisprosessin aikana. Opiskelijana sitouduin koko prosessin ajan olemaan käytävissä sovittujen aikojen ulkopuolellakin, jos tapaaminen on ollut kehittämistyön kannalta perusteltua. Yhteisissä reflektiokeskusteluissa ei puhuttu potilaista tunnistettavasti. Yhteistyötahon kanssa tehtiin kirjallinen sopimus opinnäytetyön toteutuksesta ja siinä ilmenneen tutkimusmateriaalin käytöstä. Sopimukseen kuului, että yhteistyökumppanin tietoja ei ilmaista. Tämän vuoksi tässä työssä ei ole ilmaistu yhteistyötahoa eikä työyksiköstä ole tehty kuvausta tunnistettavuuden vuoksi.

Vastuunottaminen kehittämistyön suunnitelman laatimisesta, seuraamisesta ja arvioinnista ja aikataulun noudattamisesta on osa kehittämistyön eettistä työskentelyotetta. Opinnäytetyö on prosessi, joka alkaa työn ideoinnista ja päättyy sen julkistamiseen. Työ vaatii tekijältään vastuullisuutta, itsenäistä ajattelua, pohdintaa, analysointi- ja perusteluvalmiuksia sekä sitoutumista työhön. (Diakonia ammattikorkeakoulu 2010,35.) Opiskelijana olen ottanut kokonaisvastuun kehittämistyöstä. Olen käyttänyt kehittämistyön aikana itsenäistä ajattelua mm. etsimällä lisää teoreettista tietoa ja työvälineitä kehittämistyön tueksi työpaikalle. Jatkuva työn analysointi ja analyysin tulosten kertominen työyhteisölle on tukenut henkilökunnan kykyä hahmottaa ”missä mennään” ja ”mitä seuraavaksi tehdään”. Tämä on luonut luotettavan ilmapiirin ja osoittanut opiskelijan vastuuta kokonaisvaltaisesta työnkehittämisestä.

Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23). Näitä kaikkia eettisiä asioita on noudatettu kehittämistyössä mm. aineiston litterointitavassa, analyysissä sekä yhteisesti sovituisissa toimintatavoissa. Eettisestä näkökulmasta kehittämistyö on ollut tukemassa potilaan asemaa, itsemääräämisoikeutta ja hyvinvointia. Kehittämistyön tutkimustulokset eivät ole kehittämistyön päätarkoitus, vaan kehitettyjen menetelmien hyödyntäminen potilastyössä.

9.5 Kehittämistyön luotettavuus

Pieni tutkimukseen osallistuvien määrä saattaa herättää epäilyksen tutkimuksen tieteellisestä pätevyydestä. Tässä yhteydessä kannattaa kuitenkin muistaa, että tutkimus ei pyri tilastolliseen yleistämiseen vaan tutkimuksella tuotetaan kontekstisidonnaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Pietilä & Länsimies-Antikainen 2008, 114–115.) Toimintatutkimuksella yritetään saada aikaiseksi entistä parempia uusia käytäntöjä ja pätevää on se mikä toimii. Onnistunut toimintatutkimus on sitä, että käyttöön on voitu ottaa parempia uusia käytäntöjä. (Heikkinen 2006, 171.) Toimintatutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida käyttämällä validointia, johon liittyy viisi periaatetta. Näitä ovat historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. (Syrjälä 2006, 149.)

Olen perehtynyt ennen kehittämistyötä osallisuutta koskevaan historiaan aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden kautta. Olen tarkastellut osallisuutta koskevaa materiaalia sosiaali- ja terveysalan eri ammattiryhmien näkökulmasta sekä asiakkaiden näkökulmasta. Tämän tiedon avulla pystyin suunnittelemaan kehittämistyön prosessia sellaiseksi josta olisi hyötyä työyhteisölle ja vastaisi työyhteisön tarpeita sekä mahdollisesti valmistuneesta työstä olisi hyötyä laajemminkin esimerkiksi alan opiskelijoille tai vastaaville työyhteisöille. Teoreettisen orientaation sisällössä on huomioitu lähdeaineiston luotettavuus. Henkilökunnan pitkän työkokemuksen kautta nouseva aikaisempi ammatillinen tietämys aihealueesta antaa työlle myös perspektiiviä jatkuvuudelle ja jatkuvalla ammatilliselle kehitymiselle.

Reflektio on toimintatutkimuksen perusta. Kehittämistyönäikana reflektointi on ollut moniulotteista ja jatkuvaa. Henkilökunta on reflektoinut yksikön toimintaa, aikaisempia toimintatapoja, omaa tapaa tehdä työtä ja kokea asioita sekä mahdollisia muutoksia. Reflektointia on tehty yksin, yhdessä ja potilaan kanssa. Kehittämistyön tekijä on reflek-

toinut omaa toimintaa ryhmässä, ryhmän toimintaa, kehittämistyön suunnittelua, ammatillista kehittymistä, prosessia ym.

Dialektisuus on näkynyt kehittämistyössä ryhmäkeskusteluissa siten, että kaikilla on ollut mahdollisuus ilmaista ajatuksiaan tasapuolisesti ja asioihin on löytynyt yhteisymmärryksen kautta ratkaisuja. Keskusteluiden aikana on voinut esittää eriäviä mielipiteitä ja uudenlaisia näkemyksiä asioista, jotka ovat saaneet aikaan myös ristiriitaisia tunteita. Toimivuutta voisin tarkastella siitä näkökulmasta, että kehittämistyön käytännön toteutustavat olivat onnistuneita. Esimerkiksi ryhmäkeskustelut tuottivat paljon tietoa, jota pystyttiin hyödyntämään.

Toimivuus tuli esille myös siinä mielessä, että kaikille osallisuus käsitteenä tuli konkreettisemmaksi yhteisen ymmärryksen kautta. Henkilökunnalla oleva hiljaista tietoa saatiin tietoisuuteen ja hyödynnettyä. Haasteellisiin asioihin löytyi sen hetkiseen tilanteeseen ratkaisu- ja työmenetelmiä.

Havahduttavuutta todentaa se, että kehittämistyön ryhmäkeskustelut on avattu mahdollisimman kuvaavasti ja käyttäen työntekijöiden ilmauksia. Kerronnan kautta on ilmaistu ja tuotu elävästi esille koko prosessin kokonaisuus ja sisältö josta kehittämistyön tulokset ovat rakentuneet.

LÄHTEET

- Antikainen-Juntunen, Eija 2005. Sosiaalityö psykiatrisessa työkyvyn arvioinnissa. Sosiaalityöntekijöiden käsitysten arviointi empowermentin näkökulmasta. Viitattu 12.11.2012. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/lisuri00035.pdf>.
- Diakonia ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Eloranta, Hanna 2006. Asiakkuuden ja osallisuuden rakentuminen palveluohjauksessa. Tampereen yliopisto Terveystieteen laitos. Pro gradu -tutkielma viitattu 11.11.2012. <http://www.uta.fi/haku.php.tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00837.pdf>.
- Engeström, Yrjö 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino.
- Etene 2010. Mielenterveysetiikka. Sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Etene-julkaisuja 25. Viitattu 4.5.2013. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17132&name=D LFE-522.pdf.
- Haarakangas, Kauko 2008. Parantava puhe. Dialogisuus ihmissuhteissa, mielenterveytyydessä ja psykiatrisessa hoidossa. Helsinki: Magnetum Oy.
- Haarala, Päivi & Hokkanen, Hilikka 2008. Terveystieteen kehittäminen yhteiskunnallisena vaikuttajana. Teoksessa Päivi Haarala; Hilikka Honkanen; Oili-Katariina Melin & Tiina Tervaskanto-Mäentausta (toim.) Helsinki: Edita. 439–465.
- Heikkinen, Asta; Jokinen, Pirkko & Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- Heikkinen, Hannu L.T 2006. Normaalikoulutko laboratorioita. Teoksessa Heikkinen L.T; Roivio, Esa & Syrjälä, Leena 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 170–173.
- Heikkinen, Hannu L.T 2007. Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Juhani, Aaltola & Raine, Valli. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-Kustannus. 214–229.
- Heikkinen, Hannu L.T, Rovio, Esa & Syrjälä, Leena 2007. Toiminnasta tietoon. Helsinki: Kansanvalistusseura.

- Hentinen, Kirsi; Ilja, Aulikki & Mattila, Eija 2009. Kuuntele minua. Mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi.
- Hirsjävi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki- ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Honkanen, Hilka 2010. Artikkelissa Verkostotyömenetelmien soveltaminen terveyttä edistävässä toiminnassa. Pietilä, Anna-Maija. Teoksessa Terveyden edistäminen teorioista toimintaan 2010. Helsinki: WSOY pro Oy, 213–229.
- Ilmarinen i.a. Lisää vuorovaikutusta, lisää osaamista. Keinoja hiljaisen tiedon jakamiseen. Viitattu 16..2.2014. <http://www.ilmarinen.fi/production/fi/Yritys/02-työhyvinvointi711liitteet/pdf/lisaavuorovaikutustalisaaosaamista.pdf>.
- Isaacs, William 2001. Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito: Uraa uurtava lähestymisen liike-elämän viestintään. Helsinki: Kauppakaari.
- Järvikoski, Aila & Karjalainen, Vappu 2008. Artikkelissa: Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen, Paavo; Kallanranta, Tapani; Suikkanen, Asko 2008. Kuntoutus Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 80–92.
- Järvikoski, Aila; Härkäpää, Kirsi & Pättikangas, Mervi 1999. Vammaisen henkilön valtaistuminen palvelujärjestelmän avulla vai ilman sitä? Teoksessa Nouko-Juvonen, Susanna 1999. Pyörätuolitango näkökulmia vammaisuuteen. Helsinki: Oy Edita Ab, 103–126.
- Kaseva, Kaisa 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16. Helsinki. Viitattu 14.11.2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=D LFE-16805.pdf.
- Kesti, Marko 2013. Hiljaiset signaalit esimiestyössä. Helsinki: Finva Finanssi- ja vakuutus kustannus.
- Kettunen, Reetta; Kähäri-Wiik, Kaija; Vuori-Kemilä, Anne & Ihalainen, Jarmo 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Kettunen, Tarja & Kivinen, Tuula 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. Tutkiva Hoitotyö. Hoitotieteen aikakauslehti 4, 40–42.
- Kokko, Riitta-Liisa 2004. Kohtaamisia ja ohituksia kuntoutujan elämäntilanteen tienristeyksessä. Teoksessa Karjalainen, Vappu; Vilkkumaa, Ilpo 2004. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 163–173.

- Kokko, Riitta-Liisa; Koskimies, Mimosa 2007. Ennakointialogit moniammatillisena yhteistyömuotona. Dialogisten verkostopalaverien välitön palaute. Stakes raportteja 17/2007. Helsinki: Stakes.
- Kokkola, Anita; Kiikkala, Irma; Immonen, Tuula & Sorsa, Minna 2002. Mitä Sinä elämästäsi haluat? Asiakaslähtöinen mielenterveyttä edistävä toimintamalli. Helsinki: Stakes. Suomen Kuntaliitto.
- Kujala, Eija 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteiden keskukseseen. Tampereen yliopisto, Lääketieteen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja. Viitattu 3.1.2013 <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5605-X.pdf>.
- Laitila, Minna & Pietilä, Anna-Maija 2012. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkiva Hoitotyö (1). 22–29.
- Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itäsuomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Väitöskirja. Viitattu 10.11.2012 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf.
- Melamies, Niina; Pärnä, Katariina; Heino, Liisa & Miller, Helena 2004. Lapsi kuntoutujana – haaste aikuisille. Teoksessa Karjalainen Vappu & Viikkumaa, Ilpo 2004. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 103–121.
- Mäkinen, Päivi; Raatikainen, Eija; Rahikka Anne & Saarnio, Tuula 2009. Ammattina sosionomi. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Nisula, Leila 2012. Lapsuuden suojelun periaatteet. Luento Lapsi- ja perhetyö videotallenne 15.1.2013. Diakonia-ammattikorkeakoulu: Oppimateriaalit Lapsi- ja perhetyö.
- Nivala, Elina 2010. Lapsen oikeudet osallisuuden perustana. Teoksessa Tanskanen & Timonen-Kallio 2010 Lasten ja nuorten osallisuuden tukeminen lastensuojelutyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 51. 2010. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 18–25.
- Notko, Tiina, & Järvikoski, Aila 2004. Voimaa kuulluksi tulemisesta. Mielenterveyskuntoutujien kotikuntoutusprojektin arviointi. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Pietilä, Anna-Maija & Länsimies-Antikainen, Helena 2008. Etiikkaa monitieteisesti. Pohdintaa ja kysymyksiä. Artikkelissa Kylmä, Jari Näkökohtia tutkimusetiikasta laadullisessa terveystutkimuksessa. Kuopion yliopiston julkaisu- ja. Kuopio: Kuopion yliopisto.

- Pietilä, Anna-Maija; Halkoaho, Arja & Matveinen, Mari 2010. Terveyttä edistävää toimintaa mahdollistavat tekijät ja työn kehittäminen. Teoksessa: Pietilä Anna-Maija 2010. Terveiden edistäminen teorioista toimintaan 2010. Helsinki: WSOY pro Oy, 230–272.
- Sirviö, Kaarina 2010. Lapsiperheiden terveyden edistäminen – osallistamista ja ennakointia. Teoksessa Pietilä, Anna-Maija Terveiden edistäminen teorioista toimintaan 2010. Helsinki: WSOY pro Oy. 130–150.
- Suomen kuntaliitto 1999. Asiakaslähtöiset palveluprosessit. Perusta laadulle vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa sekä lastensuojelutyössä. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Syrjälä, Esa 2006. Opettajan elämää-tutkimusryhmä. Teoksessa Heikkinen L.T; Roivio, Esa & Syrjälä, Leena 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 146–158.
- Syrjälä, Leena; Ahonen, Sirkka; Syrjäläinen, Eija & Saari, Seppo 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Karjalainen, Jarno. Hyvinvointi ja terveyserojen kaventaja. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/hyvinvointi/osallisuus Viitattu 5.12.2012.
- Toikko, Timo & Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.
- Uosukainen, Leena 2008. Ympäristöterveyden edistäminen. Teoksessa Terveystieteiden tutkimuskeskuksen osaaminen Haarala, Päivi; Honkanen, Hilikka; Mellin, Oili-Katariina & Tervaskanto-Mäentausta, Tiina. Helsinki: Edita. . 94–131.
- Valokivi, Heli 2002. Artikkelissa Toimiva asiakkuus. Kriminaalihuollon palveluohjauskokeilu naisasiakkaiden kertomana. Teoksessa Juhila, Forsberg & Rouvinen 2002. Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 164–187.
- Vesterinen, Pirkko-Liisa 2011. Luottamusjohtamisella kohti hyvinvointia ja parasta tulosta. Teoksessa: Juuti, Pauli (toim.) Työyhteisön kehittäminen ja johtaminen 2011. Johtamistaidon opisto. 110–122.
- Vilén, Marika; Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- Väisänen, Leena; Niemelä, Mika & Pirkko, Suua 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Tekijät ja Kotimaa-Yhtiöt Oy/Kirjapaja.

LIITE 1: Teoreettisen orientaation sisältö

- Johdanto
- Osallisuus
- Osallisuudesta voimaantumiseen ja valtaistumisen kokemiseen
- Dialogisuus
- Asiakaslähtöisyys
- Verkosto- ja moniammatilliset yhteistyöpalaverit
- Reflektio
- Kehittämissyö
- Aiemmat tutkimustulokset kehittämisyön tueksi
- Tutkimuksen tavoitteet ja tarkoitus
- Ohjeita päiväkirjan täyttämiseen
- Ensimmäisen ryhmätapaamisen aihealueet
- Viestintä kehittämisyön aikana

LIITE 2:Neuvonpidon valmistelu

Neuvonpitomenetelmä lyhyesti

Neuvonpidossa keskeistä on, että asiakas itse nimeää neuvottelun aiheen ja valmistee neuvottelua yhdessä henkilökunnan kanssa. Paikalle kutsutaan niitä henkilöitä, joita potilas koee tärkeäksi. Henkilökunta voi tiedottaa hyvistä vaihtoehdoista, joita paikalle pyydetäisiin. Käydään läpi kuka neuvottelussa puhuu ja miten puhuminen rajataan (huomioiden luonnollinen dialogi), valmistellaan potilasta siihen, jos hänen oma puheosuutensa vaikka ”epäonnistuisi” – kuinka siitä selvittää, millaista tukea potilas tarvitsee puhumiseen. Omatyöntekijä johtaa keskustelua ja alustaa neuvottelun sekä antaa potilaalle ensimmäisen puheen vuoron. Asiakkaan kanssa keskustellaan etukäteen millaista tukea hän haluaa kertomiseen. Neuvottelutilanteessa on aluksi johdanto-osa, jossa esitellään paikalla olijat ja valmisteluissa ollut työntekijä avaa tilaisuuden. Alussa voidaan käydä läpi tapaamisen valmistelu esitellä paikallaolijat. Neuvottelun alussa järjestellään keskustelua edistävää istumajärjestystä. Johdannon jälkeen on vuoropuhelu ja yhteenveto mitä tulevaisuudessa tapahtuu. Neuvotteluun liittyvät tärkeät tai keskeiset asiat kannattaa laittaa vaikka Fläppitaululle. (Väisänen, Niemelä, Suua 2009, 80–87.)

Lähde:

Väisänen, Leena; Niemelä, Mika & Suua, Pirkko 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja

LIITE 3:Reflektio menetelmänä

Reflektointi voidaan toteuttaa erityisenä menetelmänä tai se voi olla luonteva osa keskusteluprosessia. Tromssan yliopistossa sosiaalipsykiatrian professorina toiminut professori Tom Andersen on kehittänyt reflektiivisen tiimin menetelmän, jossa muutaman henkilön työryhmä seuraa asiakkaan ja hoitoryhmän ulkopuolella keskustelua. Sovitusti he alkavat jossain vaiheessa keskustella keskenään siitä, mitä he ovat kuulleet ja mitä heille on tullut siitä mieleen. Lopuksi asiakkaalle on tarjottava mahdollisuus kommentoida sitä mitä ovat kuulleet tiimin puhuvan keskenään. erillisen reflektiivisen tiimin käyttö on tarkoituksenmukaista koulutus- ja työnohjaustilanteissa, mutta normaalisti hoitokokouksessa reflektointia tehdään hoitavan työryhmän kesken asiakkaan kuunnellessa.

Reflektoinnissa on tärkeää se, että keskenään refleктоivat työntekijät työntekijät puhuvat toisilleen. Silloin he eivät katso asiakasta vaan puhekumppaniaan, toista työryhmän jäsentä. Menetelmä on haasteellinen kokemattomalle ja työtapaan perehtymättömälle. Esimerkiksi jos pitäisi puhua työkaverin kanssa, niin katse tai puhe saattaakin suuntautua asiakkaisiin. Tällöin asiakkaiden on otettava kantaa, vastattava työntekijän katseen ja puheeseen. Olisi kuitenkin tärkeätä, että asiakas voisi keskittyä vain kuuntelemiseen. Kuulijan asemassa voi käydä rauhassa omaa sisäistä reflektiotaan, pohtia kuullun merkitystä omalta kannaltaan.

Toinen tärkeä asia reflektoinnissa on, että työntekijät korostavat esittämiensä ajatusten subjektiivista ja hypoteettista luonnetta. ”Mulle on tässä keskustelun aikana tullut sellainen vaikutelma, että..”. ”En ole ollenkaan varma, mutta mitä mieltä sä oot, oisko mahdollista, että...?” jne. Nämä ovat mahdollisia reflektiivisen puheenvuoron aloituksia, jotka saa puhekumppanin vastaamaan omasta näkökulmasta. Työntekijän on vastattava työtoverilleen, joka on kääntynyt hänen puoleensa, katsoo häneen ja puhuu hänelle. Voi olla, ettei dialogista kehity enempää. Reflektion aloittaja voi saada vastauksena vain jotain epämääräistä tai ehkä toteamuksen, ”en tiää, mulle ei nyt oikein tuu mitään mieleen”. Voi olla myös niin, että reflektoinnista kehittyy uutta ymmärrystä luova dialogi, joka tuo myös asiakkaille uuden näkökulman tilanteeseensa.

Keskinäisen yhteistyöhön tottunut työryhmä voi toimia niin, että sopivassa vaiheessa hoitokokousta joku ehdottaa, että ”oliskohan paikallaan, että keskusteltais hetken kes-

kenämme?”. Tämän jälkeen asiakkaalta kysytään ”sopisko teille, että hetken aikaa puhumme tässä työryhmän kesken siitä, mitä meille on tullut mieleen?”. Reflektoinnin jälkeen kysytään, mitä heille tuli mieleen kuulemastaan. Tässä reflektointitavassa on menetelmällisyyttä mukana, mutta joustavasti ja kohteliaasti hoitokokousprosessiin sijoitettuna se toimii dialogisella tavalla. Hoitokokous voi olla reflektiivinen prosessi, jossa keskusteluun luontevasti kuuluu se, että työntekijät puhuvat välillä hetken keskenään. Työntekijät voivat myös pohdiskella keskenään itse keskusteluprosessia. (Haarakangas 2008, 89 -91.)

Lähde: Haarakangas, Kauko 2008. Parantava puhe. Helsinki: Magnetum

LIITE 4; Hoitoneuvotteluiden arviointiin tukikysymyksiä.

ESIMERKKIKYSYMYKSIÄ

Ennakointidialogien välitön palaute -palautelomakkeesta poimittuja kysymyksiä:

Miten hyödylliseksi koit tämän tilaisuuden?

Oliko sinulla mielestäsi riittävä mahdollisuus kertoa omat ajatukseti?

Pystyitkö mielestäsi kertomaan huolenaiheesi?

Koitko, että sinua kuunneltiin?

Oliko sinulla mielestäsi riittävä mahdollisuus kuulla muiden ajatukset?

Selkiinnyttikö palaveri ajatuksiasi?

Koitko, että ajatuksesi/ehdotuksesi otettiin riittävästi huomioon?

Koitko, että palaveri lisäsi luottamustasi asioiden järjestymiseen?

Koitko saaneesi tukea omaan tilanteeseesi/toimintaasi?

Millainen olo sinulla oli palaverin päättyessä?

Lähde:

Kokko, Riitta-Liisa & Koskimies, Mimosa 2007. Ennakointidialogit moniammatillisena yhteistyömuotona. Dialogisen verkostopalaverin välitön palaute. Raportteja 17/2007 Stakes