

Opinnäytetyö (AMK)

Fysioterapian koulutusohjelma

2018

Niklas Pedersen & Tuomas Vuokkovaara

KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN KEHITTÄMINEN TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN KESKUKSESSA

Niklas Pedersen & Tuomas Vuokkovaara

KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN KEHITTÄMINEN TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN KESKUKSESSA

Tässä raportissa kuvataan fysioterapian opinnäytetyönä toteuttamamme kehittämistutkimus. Työn tarkoituksena oli kuntouttavan työotteen kehittäminen eräässä Varsinais-suomalaisessa tehostetun palveluasumisen keskuksessa. Kehittämistutkimus toteutettiin yksikön johtajan toimeksiannosta, yhteistyössä keskuksen hoitajien kanssa.

Tutkimuksemme voidaan jakaa karkeasti neljään eri vaiheeseen; suunnittelu, kartoitus, koulutus ja tulosten arviointi. Suunnitteluvaiheessa tutustuimme aiheeseen liittyvään teorian tietoon, ja muodostimme sen ja toimeksiannon perusteella kehittämistehtävät. Pyrimme ottamaan kehittämistehtäviä muodostaessa huomioon myös fysioterapeuttisen erikoisosaamisemme. Seuraavaksi suunnittelimme ja toteutimme alkukartoituksen. Kartoitus koostui hoitajille suunnatusta kyselylomakkeesta, sekä heidän työskentelynsä havainnoinnista. Näiden pohjalta suunnittelimme hoitajille luentomuotoisen koulutusintervention. Luennoilla käytiin läpi kartoituksen tulokset ja kerrattiin kuntouttavan työotteen periaatteita, painotuksena ohjaus ja motivointi. Keskustelimme myös hoitajien kanssa, kuinka kuntouttavan työotteen toteutumista voitaisiin käytännön tasolla parantaa. Noin viikko koulutuksen jälkeen pyysimme hoitajia täyttämään kyselylomakkeen uudestaan.

Alkukartoituksessamme saimme selville, että hoitajien käsitys kuntouttavasta työotteesta oli hyvä, mutta he kokivat sen toteutumisen työpaikallaan vain keskinkertaiseksi. Haastavimmaksi koettiin asiakkaiden ohjaaminen, sekä motivointi. Myös kiireen koettiin vaikeuttavan kuntouttavan työotteen toteutumista. Koulutusintervention aikaansaamaa muutosta, ei voinut kovin luotettavasti mitata, etenkin kun hoitajien tietämys kuntouttavasta työotteesta oli jo alun perin hyvällä tasolla. Saimme koulutuksesta hyvää palautetta, sekä hoitajilta, että heidän esimiehiltään. Merkittävimpänä saavutuksena voitaisiin pitää koulutusten yhteydessä ja palautteessa esille tullutta hoitajien kuntouttavan työotteen käsittämisen laajenemista.

ASIASANAT:

Kuntouttava työote, kuntoutumista edistävä hoitotyö, fysioterapia, geriatrinen fysioterapia tehostettu palveluasuminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Physiotherapy

09.03.2018 | 39 pages, 18 pages in appendices

Niklas Pedersen & Tuomas Vuokkovaara

IMPROVING REHABILITATIVE CARE IN AN ASSISTED LIVING CENTER

In this report, you will find the details of the design-based research project, that was our physiotherapists bachelor thesis. The purpose of the thesis was to develop the use of rehabilitative approach in an assisted living center in Finland Proper. The project was realized due to commission of the unit director, in cooperation with the nurses of the center.

The research can be roughly divided into four phases; planning, survey, education and assessment of results. In the planning phase, we researched the theory and formed the research questions based on the commission and theory. We also took into consideration our physiotherapeutic skillset, while forming the questions. Next we designed and realized the survey. It consisted of a questionnaire for the nurses, and observation of their work. Based on that we produced an educational intervention for the nurses. The lectures consisted of the results of the survey and a recap on rehabilitative care, with emphasis on motivation and guidance. We also had an open discussion with the nurses on how to achieve better realization of the rehabilitative approach in their workplace. A week after the educational interventions, we asked the nurses to re-fill the questionnaires.

In the first survey, we found out that the nurses understanding of the rehabilitative approach was excellent, but it's realization in their workplace was only mediocre. The most challenging aspect was perceived to be the guidance and motivation of the patients. Also, the feeling of being in a hurry, was felt as a limiting factor. The change achieved with the interventions, was difficult to measure, especially as the nurses understanding of the rehabilitative care was originally so good. We got positive feedback on the intervention lectures, both from the nurses and their superiors. The best achievement could be considered to be the broadening of the nurses understanding of rehabilitative approach, that was evident in the discussions and in the written feedback.

KEYWORDS:

Rehabilitative approach, rehabilitative care, physiotherapy, geriatric physiotherapy, enhanced service housing

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 KUNTOUTTAVA TYÖOTE JA MUUT KESKEISET KÄSITTEET	8
2.1 Kuntouttava työote	8
2.1.1 Kuntouttavan työotteen tulevaisuus väestörakenteen muutoksessa	8
2.1.2 Hoitajan rooli kuntouttavassa työotteessa	9
2.2 Toimintakyky ja voimavarat kuntouttavassa työotteessa	9
2.3 Itsemääräämisoikeus ja sen rooli kuntouttavassa työotteessa	10
2.4 Yksityisyys ja sen rooli kuntouttavassa työotteessa	10
2.5 Motivaation merkitys kuntouttavassa työotteessa.	11
2.6 Hoitajan rooli fyysisten toimien ohjaamisessa.	12
3 KEHITTÄMISTYÖN TEHTÄVÄT	13
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	14
4.1 Kohderyhmä	14
4.2 Kehittämistutkimus opinnäytetyönä	14
4.3 Kehittämistyön menetelmät	14
4.4 Kehittämistyön kulku	15
4.5 Tiedonkeruumenetelmät ja interventiot	15
4.5.1 Kyselylomake kuntouttavan työotteen toteutumisen kartoittamiseksi	15
4.5.2 Havainnointi	16
4.5.3 Havainnointiaineiston analysointimenetelmät	16
4.6 Koulutukset	17
5 ALKUKARTOITUKSEN TULOKSET	18
5.1 Kuntouttava työote, edistävät ja estävät tekijät	18
5.2 Hoitajien näkemykset omasta toiminnasta kuntouttavan työotteen ja asukkaan itsemääräämisoikeuden suhteen	18
5.3 Likert-asteikollisten kysymysten tulokset ennen interventiota	19
5.4 Havainnoinnin tulokset	21
5.4.1 Ohjaus	21
5.4.2 Kannustaminen ja motivointi	21
5.4.3 Toimintakyvyn huomiointi	21
5.4.4 Itsemääräämisoikeus ja yksityisyys	22

6 KOULUTUSINTERVENTIOIDEN SUUNNITTELU, SISÄLTÖ JA KESKUSTELUN TULOKSET	23
6.1 Suunnittelu	23
6.2 Sisältö	23
6.3 Yhteisen keskustelun tulokset	24
7 LOPPUKARTOITUKSEN TULOKSET	25
7.1 Kuntouttava työote, edistävät ja estävät tekijät	25
7.2 Hoitajien näkemykset omasta toiminnasta kuntouttavan työotteen ja asukkaan itsemääräämisoikeuden suhteen	25
7.3 Likert-asteikollisten kysymysten tulokset	26
7.4 Toimeksiantajan ja hoitajien palaute	27
8 TULOSTEN YHTEENVETO	28
9 POHDINTAA	29
9.1 Opinnäytetyön menetelmien luotettavuus ja opinnäytetyöhön liittyvät eettiset ratkaisut	29
9.2 Kuinka opinnäytetyön laatua olisi voinut vielä parantaa	29
9.3 Miten tulokset vertautuvat aiempaan tietoon aiheesta?	29
9.4 Lisätutkimisen tai kehittämisen kohteita	30
9.5 Mitä fysioterapeutti hyötyy tästä työstä?	31
9.5.1 Mitä opimme fysioterapeutteina?	31
9.6 Muita esille nousseita asioita	31
LÄHTEET	32

LIITTEET

- Liite 1. Kuntouttava työote – kyselylomake
- Liite 2. Kuntouttavan työotteen kehittäminen – Havainnointia työpaikallanne
- Liite 3. Havainnointilomake
- Liite 4. Koulutuksen dia-esitys
- Liite 5. Esimerkki kyselylomakkeen sisällönanalyysistä

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämistyön lineaarinen malli.	14
Kuvio 2. Likert-asteikollisten kysymysten vastausten keskiarvot ennen koulutusinterventioita.	20
Kuvio 3. Likert-asteikollisten kysymysten vastausten jakautuminen kysymyksittäin ja aihealueittain ennen koulutusinterventiota.	20
Kuvio 4. Intervention suunnitteluprosessin visualisointi.	23
Kuvio 5. Likert-asteikollisten kysymysten vastausten keskiarvot koulutusinterventioiden jälkeen.	26
Kuvio 6. Likert-asteikollisten kysymysten vastausten jakautuminen kysymyksittäin ja aihealueittain koulutusinterventioiden jälkeen.	27

1 JOHDANTO

Varsinaissuomalainen tehostetun palveluasumisen yksikkö on ilmaissut kehittämistarpeensa, joka koskee kuntouttavaa työotetta. Yksikön johtaja kertoi, että kuntouttava työote ei toteudu yksikössä parhaalla mahdollisella tavalla.

Palveluasumisen yksikössä asuu kehitysvammaisia, muistisairaita, iäkkäitä vanhuksia ja intervalliasukkaita. Itse osastoja hyvinvointikeskuksessa on neljä. Keskimäärin osastoilla on 2-3 hoitajaa noin 10:tä asukasta kohden, hieman vuorosta riippuen. Osastoilla vierailee fysioterapeutti tarvittaessa, hänen työtehtäviinsä kuuluu joidenkin asiakkaiden säännölliset fysioterapiakäynnit ja hoitajat saavat tältä tarvittaessa myös konsultaatiota. Tästä huolimatta hoitajat kokevat tarvitsevänsä lisää tukea kuntouttavan työotteen kehittämiseen. Opinnäytetyömme yrittää vastata tähän tarpeeseen tutkimalla fysioterapeuttien mahdollisuutta vaikuttaa kuntouttavan työotteen kehittämiseen koulutusinterventioiden avulla.

Opinnäytetyö alkaa kartoituksella, jossa selvitetään kuntouttavan työotteen toteutuminen toimipisteessä, sekä hoitajien käsityksiä ja tietämystä aiheesta. Tämän pohjalta suunniteltiin osaston tarpeisiin vastaava koulutusluento. Lopuksi koulutusintervention aikaansaamia muutoksia arvioitiin uudella kartoituskierroksella. Tarkoituksena oli tutkia, voidaanko fysioterapeutin koulutusinterventioilla vaikuttaa kuntouttavaan työotteeseen. Lisäksi tarkoitus oli tuottaa ja kuvailla ainakin yksi mahdollinen toimintamalli, jonka pohjalta fysioterapeutit voivat toteuttaa vastaavia interventioita, toimipisteissä joissa ei ole mahdollisuutta vakituisen moniammatilliseen työskentelyyn.

2 KUNTOUTTAVA TYÖOTE JA MUUT KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Kuntouttava työote

Kuntouttava työote tunnetaan monella eri nimellä. Tietoa kerätessämme käyimme mm. termejä; kuntouttava hoitotyö, kuntoutumista edistävä työote ja toimintakykyä edistävä työote, sekä englanninkielisiä vastineita näistä sanoista. Käyttäessämme työssämme termiä kuntouttava työote, viittaamme näihin kaikkiin pääpiirteiltään samankaltaisiin termeihin.

Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa vuodelta 2008 kuntouttava työote määritellään kaikessa yksinkertaisuudessaan näin (STM 2008, 24): ”...asiakkaita kannustetaan ja tuetaan käyttämään jäljellä olevia omia voimavarojaan arjen askareissa”. Uudemmassa suosituksessa määritystä on tarkennettu entisestään (STM 2017, 35): Rohkaistaan ja autetaan kuntoutujaa tekemään itselleen arjessa tärkeitä asioita, joista hänellä on vaikeuksia suoriutua. Käyttäen erilaisia menetelmiä ja työtapoja, jotka mahdollistavat kuntoutujan onnistumisen. Esimerkiksi tehdään ostokset ja valmistetaan ateria, kuntoutujan kanssa, jolla on voimattomuutta tai vaikeuksia tasapainossa. Kuntouttavaa työtettä noudattamalla voidaan mahdollistaa asiakkaan mahdollisimman suuri itsenäisyys ja omatoimisuus, asiakkaan sairauksista huolimatta. Fyysisen harjoittamisen lisäksi kuntouttavassa työotteessa tulisi ottaa huomioon asiakkaan itsemääräämisoikeus, sekä turvata hänen elämänsä mielekkyys ja luoda turvallisuuden tunnetta. (Kaakon SOTE-INTO, 3.)

2.1.1 Kuntouttavan työotteen tulevaisuus väestörakenteen muutoksessa

Ihmisten eliniän odote on pidentynyt viime vuosikymmeninä. 1940 eliniän odote naisilla oli 62 ja miehillä 55 vuotta. Vuonna 2000 eliniän odote oli kasvanut naisilla 81- ja miehillä 74-vuoteen. Suomessa on tällä hetkellä noin 800 000 yli 65-vuotiasta ja vuonna 2030 heidän määränsä on jo 1,2 miljoonaa. Eli siis väestön rakenteessa tapahtuu isoja muutoksia tulevina vuosina. (Alaranta ym. 2003, 493.)

Ikääntyneiden kuntoutusta monimutkaistavat pidentyvän eliniän takia lisääntyvä sairastelu ja toiminnanvajauden ongelmat. Nykytiedon mukaan ikä tai krooniset sairaudet eivät ole este kuntoutukselle, vaan haasteita kuntoutuksen sisällön kehittämiseksi. Ikääntyneiden kuntoutuksen tavoitteena on omatoimisuuden ja hyvinvoinnin lisääminen. Kun vanhusten määrä kasvaa, myös kuntouttavan työotteen merkitys hoitajan työssä kasvaa. Mikäli asukkaiden toimintakyky kehittyy tai saadaan säilymään pidempään, se vähentää myös hoitajien työn kuormittavuutta. Kuntouttavalla työotteella on myös suuri merkitys asukkaan omanarvontunnon kohenemiseen ja elämänlaadun paranemiseen. (Alaranta ym. 2003, 493; Käsmä 2011, 14–15.)

2.1.2 Hoitajan rooli kuntouttavassa työotteessa

Australialaisessa tutkimuksessa kartoitettiin haastatteleamalla ja ryhmäkeskusteluin kuntoutushoitajien (rehabilitation nurses) näkökulmia kuntouttavan hoitotyön toteutuksesta. Tutkimuksessa nousi esille seitsemän osa-alueita: kuntouttava lähestymistapa; opetus- ja valmennusrooli; havainnointi, arviointi ja tulkinta; terapeuttisten interventioiden toteuttaminen ja valvonta; muuttuvien tilanteiden hallinta; sekä terveydenhoitokäytäntöjen laadun varmistaminen ja valvonta. Kaikissa osa-alueissa korostuu vuorovaikutus kuntoutujan kanssa ja menetelmien räätälöinti kullekin sopivaksi. Hoitajat korostivat myös kaikkien osa-alueiden yhteensovittaneisuutta ja vuorovaikutussuhteita. Tutkimus siis antaa kuvan hyvinkin kattavasta kuntoutushoitajan työnkuvasta. (Pryor & Smith 2004, 249–257.)

Kuntouttavan työotteen näkökulmasta asiakkaan kuntoutumista merkittävästi edistäväksi tekijäksi nousee hoitajan kyky ohjata ja motivoida asiakasta. Laitoshoidossa kuntouttava hoitotyö sisältää opettamista, ohjaamista, yhdessä tekemistä, kannustamista, auttamista oikea-aikaista motivoimista ja tiedottamista. (Vähäkangas 2010, 37.) Asiakkaan kuntoutumismotivaatioita lisävinä keinoja ovat; hoidon tavoitteiden asettaminen, huolehtiminen, uskomukset, kannustaminen, voimaantuminen ja huumori. Lisäksi kaikenlaiset positiiviset tuntemukset lisäävät motivaation tasoa (Resnick 2007, 41–45).

2.2 Toimintakyky ja voimavarat kuntouttavassa työotteessa

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle merkityksellisistä arjen toiminnoista. Esimerkiksi työstä, opiskelusta, vapaa-ajasta ja itsestä huolehtimisesta. Lisäksi toimintakykyyn vaikuttaa ihmisen ympäristö, sekä sen kielteiset, että myönteiset vaikutukset. Ympäristötekijöihin vaikuttamalla voidaan tukea ihmisen toimintakykyä ja sitä kautta arjessa selviytymistä. (THL 2016.)

Sana voimavarat tulee usein esille kuntouttavasta työotteesta puhuttaessa (esim. STM 2017, THL 2016 ja Mäkinen 2015). Termiä ei useimmiten kuitenkaan sen kummemmin selitetä. Muistiliitto (2017) kuitenkin selittää onlinesanastossaan käsitteen ”voimavarat” hyvin samakaltaiseksi kuin toimintakyky; *”Jokaisella ihmisellä on voimavaroja, riippumatta esimerkiksi mahdollisista sairauksista tai ulkoisista tekijöistä. Voimavarojen avulla ihminen voi selvitä ja elää hyvää elämää näennäisistä haasteista ja puutteista huolimatta. Voimavarat voivat olla sisäisiä ja ulkoisia, kuten esimerkiksi hyvä fyysinen kunto, uskonto, tukeva ympäristö ja sosiaaliset suhteet.”* Tämä täsmää hyvin myös siihen, millä tavalla kyselyyn vastanneet ja koulutusinterventioon osallistuneet hoitajat termiä käyttivät.

Eteläkymenlaakson kotihoidon toimintakykyä edistävän työotteen mallissa listataan työtettä käyttävien ydinosaamiseksi mm. toimintakyvyn arviointi ja voimavara- lähtöisyys. Mallissa myös neuvotaan määrittämään toimintakyky voimavara- lähtöisesti, sekä arvioimaan tilanne uudestaan toimintakyvyn muuttuessa. (Kaakon SOTE-INTO 2012, 3, 7.)

2.3 Itsemääräämisoikeus ja sen rooli kuntouttavassa työotteessa

Yksinkertaisimmillaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa oikeutta määrätä itseään koskevilla asioilla. Terveystieteissä se tarkoittaa potilaan osallistumisoikeutta itseään koskevaan päätöksentekoon. Tästä oikeudesta on määrätty useassa eri laeissa (Suomen perustuslaki (1999/731), Yhdenvertaisuuslaki (1325/2014), Sosiaalihuoltolaki (2014/1301), Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812) & Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (1977/519).), ja terveydenhuollon ammattilaiset ovat velvollisia sitä kunnioittamaan. Vaikka potilaan toiveet hoidosta saattaisivat olla hänelle vahingollisia tai hän sairastaisi muistisairautta. Tästä voidaan poiketa vain, jos selvitystä potilaan omasta tahdosta ei voida saada. Valvira määrittelee itsemääräämisoikeuden sosiaali- ja terveydenhuollon johtavaksi periaatteeksi. (Valvira 2015.) Myllymäen (2014) tutkimuksen mukaan vanhuksella on tärkeänä kokemusta siitä, että elämällä on edelleen jokin tarkoitus ja tämä näkyy päivittäisissä toiminnoissa, mm. siten että vanhuksella on valinta- ja päätösmahdollisuus. Pohjimmiltaan kyse on siitä, että myös laitoksessa asuvalla vanhuksella tulee olla mahdollisuus olla mukana päättämässä itseään koskeviin asioihin. Vaikka ikääntynyt ei kykenisi täysin toteuttamaan itsemääräämisoikeutta, hänelle tulee tarjota siihen mahdollisuus, niin pitkälle kuin hän siihen kykenee. (Myllymäki 2014, 12–14.). Resnick yms. (2007) teettämän tutkimuksen mukaan ”*asiakkaan motivaatio suhteessa kuntoutumiseen vähenee, mikäli tällä on käsitys hoitajan ns. ylivallasta*”.

On hyvä myös muistaa, että eri toimintayksikköjen toimintamalleihin ja menettelytapoihin saattaa sisältyä itsemääräämisoikeuden rajoittamista, jota ei siksi edes mielletä. Ne saattavat olla niin pinttyneitä toimintatapoja, ettei niitä osata mieltää rajoittamiseksi. (Valvira 2015.)

Itsemääräämisoikeus on siis olennainen osa kuntouttavaa työtä. Se mainittiin lähes kaikissa löytämässämme lähteissä, joko suoraan, tai välillisesti, esimerkiksi potilaan omatoimisuuden lisäämisen tai hänelle itselleen tärkeiden asioiden tekemisen mahdollistamisen muodossa. Esimerkiksi Pryor & Smith (2004, 250) lainaavat tutkimuksessaan Australian kuntoutushoitajaliiton määritystä kuntouttavan hoitotyön tavoitteista, jossa heti ensimmäisenä mainitaan itsemääräämisoikeuden maksimointi.

2.4 Yksityisyys ja sen rooli kuntouttavassa työotteessa

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785 §3) määrätään, että jokaisen potilaan hoito on järjestettävä siten, että hänen yksityisyytään kunnioitetaan. YK:n ihmisoikeuksien yleismaailmallisen julistuksen 12:sta artiklassa yksityisyydestä Todetaan näin: ”Älköön mielivaltaisesti puututtako kenenkään yksityiselämään, perheeseen, kotiin tai kirjeenvaihtoon älköönkään loukattako kenenkään

kunniata ja mainetta. Jokaisella on oikeus lain suojaan sellaista puuttumista tai loukkausta vastaan.”

Muuttaminen hoitolaitokseen, vaikuttaa oman yksityisyyden kontrolloimiseen. Asukkaalla tulee silti olla mahdollisuus kieltäytyä sosiaalisesta kanssakäymisestä tai estää sivullisen tunkeutuminen elämäänsä. Tulee aina muistaa, että ollaan tekemisissä ihmisen kanssa, jolla on edelleen ihmisoikeus ja ihmisarvo. (Poikkimäki 2004, 9.)

Mikäli ihmisen yksityisyyttä kunnioitetaan se mahdollistaa yksilön valinnan vapauden myös toisten ihmisten läsnäoloon. Jokaisella ihmisellä on oma henkilökohtainen ”tila”, jonka muodostaa fyysinen tila ja sosiaalinen ympäristö. Se on fyysistä ja psyykkistä koskemattomuutta, riippumattomuutta, arvokkuuden tunteen säilymistä ja itseään koskevan tiedon kontrolloimista. (Poikkimäki 2004, 9.) Kuntouttavassa työotteessa tulee huomioida myös asiakkaan yksityisyys. Se yhdessä mm. muiden ihmisoikeuksien kunnioittamisen kanssa mahdollistaa potilaan sosiaalisen aseman ylläpitämisen, joka puolestaan lisää motivoituneisuutta. (Routasalo 2004, 86) Laura Mäkinen kuitenkin toteaa pro gradu tutkielmassaan, että hänen tekemisään hoitohenkilökunnan haastatteluihin yksityisyys ei juurikaan noussut esille (Mäkinen 2015, 22, 44, 46.).

2.5 Motivaation merkitys kuntouttavassa työotteessa.

Kuntouttavan työotteen näkökulmasta on tärkeää, että niin hoitaja kuin asukas on motivoitunut siihen. Usko omaan tekemiseen, on tärkeää. Hoitajan usko siihen, että se mitä hän tekee asukkaalle kuntoutumisen eteen edistää asukkaalle kuntoutumista se motivoi hoitajaa toteuttamaan kuntouttavaa työotetta. Kun hoitaja uskoo siihen mitä hän tekee asukkaalle eteen, silloin hoitaja toimii mahdollisimman kuntoutumista edistävällä tavalla. (Vähäkangas 2010, 36–37.)

Motivaatio on monimutkaisen prosessin tulos, missä yhdistyy, vaikuttimen voimakkuus, usko omaan vaikuttamismahdollisuuksiin, aikaperspektiivi ja tunneäly. Vaikuttimen voimakkuus, on ihmisen sisäinen vaikutin. Se voi esimerkiksi ponnistuksesta tai rentoutuneisuudesta johtuen olla voimakkaampi tai heikompi. Usko omaan vaikutusmahdollisuuksiin voi olla vaihteleva ja muuttua sen mukaan, kuinka vahvasti olemme vakuuttuneita siitä, että oma elämä voidaan muotoilla ja elää omien käsitysten mukaan. Psykologinen aikaperspektiivi määrää ihmisen elämänvaiheen, kasvatuksen tms. perusteella sen millaisilla tavoitteilla voisi olla merkitystä. Menneisyyteen suuntautuneet ihmiset katsovat yleensä taaksepäin ja nykyisyyttä mitataan menneisyyden mittapuulla, josta johtuen nykyisyys näyttää usein epäonnistuneelta, koska nykyiset asiat asetetaan ”siihen hyvään aikaan”. Tunneäly toimii prosessissa sisäisenä neuvonantajana. (Niermeyer, R. & Seyffert, M. 2004, 8–10.)

Motivaatio voidaan jakaa yleiseen ja erityiseen motivaatioon. Jokaiselta ihmiseltä löytyy jonkin verran motivaatiota, tiettyjä asioita, toiveita tai tavoitteita, jotka vaikuttavat motivoivasti, tällöin voidaan puhua yleisestä motivaatioista. Eriytyminen ns. sisäinen motivaatio taas liittyy konkreettisiin tavoitteisiin ja tilanteisiin. Se on syy siihen, että ihminen sitoutuu johonkin tiettyyn tavoitteeseen. Se saa alkunsa jostain subjektiivisesta merkityksestä, joka ihmisellä on, joka taas vaikuttaa siihen, kuinka tarmokkaasti tavoitteeseen pyritään. (Niermeyer, R. &

Seyffert, M. 2004, 14–17) Asukkaan toiminnan edistämiseksi on tärkeä löytää asukkaan sisäisen motivaation lähde. Geriatrian dosentti ja THL:n tutkimusprofessori Harriet Soverin mukaan juuri ”sisäisen motivaation lähteen löytäminen on kuntouttavan työtteen ydinasia”. Eli pyritään löytämään juuri se asia mihin asukas on itse valmis osallistumaan ja mitä hän luonnostaan ja omasta vapaasta halusta on valmis tekemään. Motivaation kannalta on tärkeää pystyä aktiivisesti perustelemaan asukkaille, sitä mitä he pyytävät heitä tekemään. (Kukkohovi 2004, 79.)

2.6 Hoitajan rooli fyysisten toimien ohjaamisessa.

Ohjaaminen voi olla sanallista, visuaalista ja manuaalista sekä yhdistelmä näitä kaikkia. Visuaalisessa ohjaamisessa hoitaja voi ensin näyttää liikkeen. Tärkeää on näyttää liike sen luonnollisella liikerytmillä ja nopeudella. Liikkeessä tulee näkyä kaikki liikkeen kannalta olennaiset osat ja vaiheet, sujuvasti. Verbaalisessa ohjauksessa on tärkeää selkeät lauseet ja ymmärrettävät käsitteet. Voidaan antaa haluttu kuva suorituksesta ja ohjata alkuasentoon. Suorituksen aikana palautteen anto on lyhyttä ja ohjaavaa. Suorituksen jälkeen palaute voi olla kattavampaa. Manuaalisessa ohjaamisessa hoitaja avustaa asukasta liikkeen tekemiseen ja voi antaa pienellä liikkeenohjauksella liikkeelle suunnan. Manuaalisessa ohjauksessa on tärkeää, ettei asukasta avusteta liikaa ja vältetään riippuvuus suhteen syntyminen. (Talvitie yms. 1999.) Ohjauksessa ja avustamisessa tulee ottaa huomioon asukkaan, voimavarat, motivaatio, tavoitteet, oppimiskyky, muisti, tavat ja asenteet (Kettunen yms. 2009, 119). Jos asukkaan motivaation taso on jo valmiiksi matala, tulee ohjauksen olla hyvin selkeää ja riisuttua, sen tulee sisältää vain toiminnan kannalta olennaisimmat asiat (Kukkohovi 2004, 77).

Ohjaamisesta on hyvä tehdä mahdollisimman rento tilanne. Silmiin katsominen herättää luottamuksen tunteen hoitajan ja asukkaan välille. Kiireettömyyden tunne saadaan avoimella ja rennolla suhtautumisella. Ohjaus on hyvä aloittaa verbaalisesti ja käydä siten läpi suorituksen vaiheet selkeästi ja johdonmukaisesti. Tämän jälkeen ohjeistusta voidaan tehostaa visuaalisella ohjaamisella, jolloin asukas saa mielikuvan suorituksesta. Lopuksi ohjaukseen yhdistetään tarpeen vaatiessa manuaalinen ohjaustapa. Manuaalisessa ohjaamisessa tulee välttää tarttumasta vaatteisiin, kaulaan tai vyötäröön. (STM 2008, 38–40.)

3 KEHITTÄMISTYÖN TEHTÄVÄT

Väestörakenteen muuttuessa on kehitettävä uusia aktiivisuutta lisääviä sekä toimintakykyä ja elämänlaatua tukevia keinoja ja ajattelutapoja. Kuntouttava työote edistää ikääntyneen kuntoutumista ottaen huomioon kuntoutujan voimavarat ja yksilölliset tavoitteet.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia, kuinka kertaluontoisilla fysioterapeuttien toteuttamilla koulutusinterventioilla voidaan vaikuttaa kuntouttavan työotteen toteutumiseen palveluasumisen keskuksessa. Sekä voidaanko näin lisätä hoitajien tietämystä kuntouttavasta työotteesta, yksikössä jossa ei ole vakituista fysioterapeuttia.

Kehittämistehtävät:

1. Kuvata ja arvioida kuntouttavan työotteen toteutumista ennen ja jälkeen kuntouttavan työotteen ymmärrystä lisäävää koulutusta.
2. Kuvata fysioterapeutin koulutusinterventiot; niiden suunnittelu, toteutus ja arviointi.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Kohderyhmä

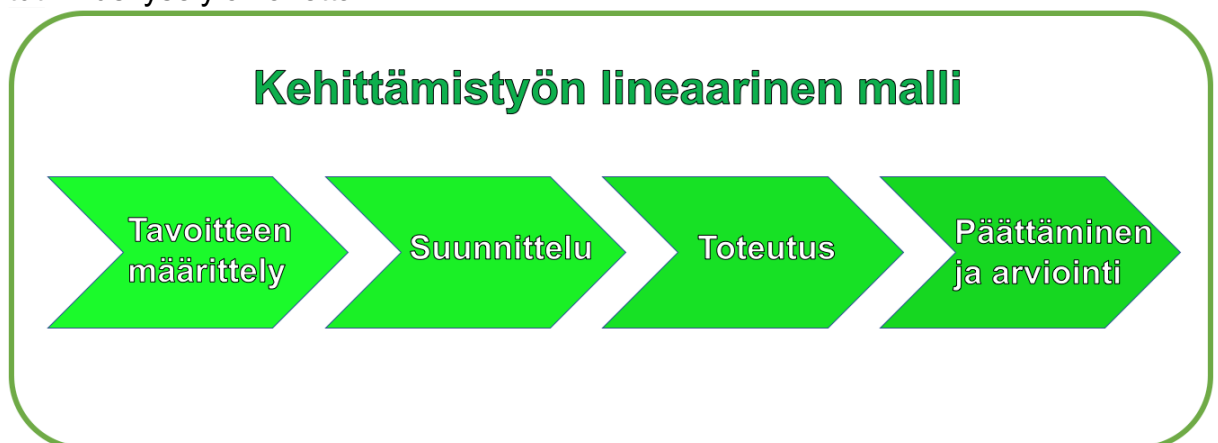
Opinnäytetyön kohderyhmänä on ollut varsinaissuomalaisen tehostetun palveluasumisen yksikön hoitajat. Keskuksessa on osastoja neljä kappaletta, joiden asukkaista suurimmalla osalla on kognitio- ja muistiongelmiä. Palveluasumisen keskus tarjoaa asukkailleen vuokra-asunnon, hoitoa ja ruokapalvelut. Osastolla jolla havainnointia toteutetaan, on 13 palveluasuntoa. Osastolla työskentelee päivisin kaksi lähihoitajaa ja sairaanhoitaja, öisin osastolla työskentelee yöhoitaja.

4.2 Kehittämistutkimus opinnäytetyönä

Opinnäytetyömme on kehittämistutkimus. Kehittämistutkimus määritelmänä on se, että se tähtää muutokseen, se ei ole oma tutkimusotteensa vaan se on joukko eri tutkimusmenetelmiä, joita koostetaan tutkimusongelman, tilanteen ja kehittämiskohteen mukaan. Siinä yhdistellään tarpeen mukaan kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Kvalitatiivisen tutkimuksen keinoin pyrimme ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä havainnoinnin ja kyselyjen avulla, mutta pyrimme myös muutokseen, johon taas perinteinen kvalitatiivinen tutkimus ei pyri. (Kananen 2012, 41–42.)

4.3 Kehittämistyön menetelmät

Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet kehittämistutkimuksen menetelmiä. Ensin ilmiö selvitetään, siihen vaikutetaan ja katsotaan lopputilanne. (Kananen 2012, 22). Työmme noudattelee siis pääosin kehittämistyön lineaarista mallia (kts. Kuvio 1), joskin interventioiden suunnittelussa oli hieman syklisiä piirteitä (Salonen 2013, 15–16). Tiedonkeruumenetelminä käytämme havainnointia ja tutkimuskyselylomaketta.



Kuvio 1. Kehittämistyön lineaarinen malli (mukaillen Salonen 2013, 15; alkujaan Toikko & Rantanen 2009).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään ymmärtämään ilmiötä, ilmiöön vaikuttavia tekijöitä ja tekijöiden välisiä suhteita. Kvalitatiivinen tutkimus tuottaa vastauksen käytännöstä. Ymmärryksen tuloksena saadaan teoria, siis yleistys ilmiöstä. (Kananen 2013, 22). Koska muutosta hoitajien kuntouttavassa työotteesta käytännön tasolla ei ole järkevää mitata näin lyhyellä mittausvälillä, tässä opinnäytetyössä mitattavana ilmiönä on ymmärrys kuntouttavasta työotteesta ennen ja jälkeen fysioterapeutin intervention. Ilmiötä tarkastellaan pääosin kvalitatiivisin menetelmin. Tulosten analysoimiseksi käytämme kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmiä, käytämme teemoittelua, sekä hyvin yksinkertaista kvantitatiivista vertailua lomakkeen numeraalisten kysymysten pohjalta.

4.4 Kehittämistyön kulku

Aloitimme selvittämällä ensin nykytilanteen. Nykytilannetta kartoitettiin kyselyllä ja havainnoinnilla (Liitteet 2 ja 3). Näin selvitimme, miten kuntouttavaa työtettä toteutetaan osastolla tällä hetkellä. Lisäksi selvisi miten hoitajat käsittävät kuntouttavan työotteen ajatuksena. Kyselyjen ja havaintojen perusteella suunnitelimme koulutusinterventiot. Näiden jälkeen teetimme alkukyselyn uudestaan ja vertasimme alku- ja loppukyselyn tuloksia keskenään, eli mittasimme tulosta.

4.5 Tiedonkeruumenetelmät ja interventiot

4.5.1 Kyselylomake kuntouttavan työotteen toteutumisen kartoittamiseksi

Tutkimuksen alussa osaston hoitajille jaettiin kyselylomakkeet, joilla kerättiin tietoa, joka osaltaan vaikutti koulutusten suunnitteluun. Kyselyyn vastasivat osastolla työskentelevät hoitajat. Kyselylomakkeella voidaan kattavasti kartoittaa hoitajien omia asenteita, mielipiteitä, kokemuksia ja havaintoja (Anttila 2005, 195). Kyselylomakkeella pyrittiin löytämään vastauksia siihen, minkälainen käsitys hoitajilla on kuntouttavasta työotteesta.

Kuntouttavalle työotteelle ei ole yhtä selkeää virallista tai tieteellistä määritelmää olemassa, joten oli tarpeen selvittää, miten hoitohenkilökunta ymmärsi kyseisen käsitteen. Kyselylomakkeiden kyselyt on rakennettu vastaamaan toimeksiantajan tavoitteita, siten että pystyimme määrittelemään sen avulla hoitajien tietoutta ja ymmärrystä kuntouttavasta työotteesta. Kyselylomake sisältää avoimia ja likert-asteikollisia kysymyksiä, joiden avulla ilmiöstä saatiin ensikäden tietoutta. Kyselylomake toimi sekä alku- että loppumittauksena.

Koska kysymyslomakkeet on rakennettu avoimin kysymyksin aineistoa ei tarvinnut erikseen litteroida, eli ensin tekstille tehtiin sisällön erittely, sitten se teemoiteltiin. Eli etsittiin tekstimassasta tutkimuskysymystä valaisevat teemat. Irrrotetut sitaattit järjesteltiin teemoittain. Näin pystyimme selvittämään, minkälaisia teemoja vastauksista nousi esille. (Esimerkin analyysistä löydät liitteestä 5).

Sitaattien avulla on voitu kuvata tutkittavaa ilmiötä ja selvittämään, mitä aiempi teoria sanoo aiheesta. Näitä kahta vertailemalla pystyimme saamaan vastauksia siihen, että mistä tässä ilmiössä on kysymys.

4.5.2 Havainnointi

Kohderyhmänä oli yhdellä osastolla työskentelevät hoitajat. Kohderyhmästä havainnoitiin yhdessä vuorossa työskentelevien hoitajien toimintaa osastolla. Kolmena eri kertana, 3-5 tuntia kerrallaan. Hoitajia on yhdessä vuorossa kaksi tai kolme. Näin pyrimme kattamaan päivän kaikkien toimien havainnoinnin, aina sängystä nousemisesta takaisin yöpuulle paluuseen saakka.

Koska tutkitaan vuorovaikutustilanteita, on havainnointi paras mahdollinen tiedonkeruu menetelmä. Sen avulla vältetään keinotekoisuus ja päästään luonnolliseen ympäristöön. (Kananen 2013, 212.)

Hoitajan toimintaa seurattiin suoralla havainnoinnilla, koska piilohavainnointia on mahdoton toteuttaa, johtuen siitä, että asiakaskohtaamiset tapahtuvat usein heidän omissa huoneissaan tai muissa sellaisissa paikoissa, joissa havainnointi on näkyvää. Suoran havainnoinnin ongelmana on toki se, että kohde saattaa muuttaa työskentelytapaansa, kun hän huomaa olevansa havainnoinnin kohteena. Teimme ennen havainnointia kuitenkin selväksi sen, että kyseessä on meille mahdollisuus saada ymmärrystä hoitajien työskentelytavasta, suhteessa meidän käsitykseen koskien kuntouttavaa työtettä. Lisäksi havainnointia toteutettiin kolmena eri kertana, jolloin havainnoitavilla oli mahdollisuus tottua havainnoijiin. (Kananen 2013, 213.)

Havainnoinnissamme tarkastelimme kuntouttavan työotteen toteutumista fyysisen suorituskyvyn edistämisen näkökulmasta, siihen liittyä oleellisesti myös asukkaan motivoiminen mutta, emme paneutuneet hoitajien työotteeseen suhteessa asukkaan psyykkisten valmiuksien tai kognitiivisten toimintojen edistämiseen. Tämä rajaus tuki fysioterapeuttista näkökulmaamme, piti työmäärän kohtuullisena ja pohjautui selkeästi tulevan ammattikuntamme vahvuusalueisiin. Huolimatta siitä, että kuntouttavaa työtettä ei ole määritelty missään kovinkaan tieteellisesti, pystyimme useista hakutuloksista silti poimimaan kuntouttavan työotteen kannalta kaksi oleellisinta näkökulmaa, jotka ovat motivointi ja ohjaus. Nämä kaksi käsitettä tulevat lähes kaikissa aihetta käsittelevissä tutkimuksissa ja opinnäytetöissä esille yksinä tärkeimmistä osa-alueista. Havainnoinnissamme tarkastelun kohteiksi valikoitui kuntouttavan työotteen edistämisen kannalta kaksi oleellisinta näkökulmaa, jotka ovat motivointi ja ohjaus.

Havainnot kirjattiin havainnointi lomakkeeseen (Liite 3.) Molemmilla havainnoijalla oli omat lomakkeet, joihin kirjattiin miltä tilanteet näyttivät.

4.5.3 Havainnointiaineiston analysointimenetelmät

Ensin aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin havainnointi päiväkirjan tapahtumat tekstimuotoon. Koska asukkaat olivat kaikki hyvin erilaisia, niin hoitajien kuntouttavan työotteen toteutumista ei voitu taulukoida tai mitata kvantitatiivisin menetelmin, esimerkiksi laskemalla montako kertaa tiettyä ohjauskeinoa käytettiin kussakin tilanteessa. Aineiston analysoimiseksi käytettiin vapaamuotoista teemoittelua. Kerättiin kirjatusta havainnoista samoja teemoja (ohjaus, motivointi, toimintakyky yms.) käsittelevät havainnot, ja kirjoitettiin näistä yhteenveto (kts. kappale 5.4). Samalla pyrittiin säilyttämään eri tilanteita koskevat erityispiirteet, esimerkiksi toimintakyvyn huomiointi eri tilanteissa.

4.6 Koulutukset

Olimme yhteydessä tehostetun palveluasumiskeskuksen esimieheen ja annoimme kaksi vaihtoehtoa, millä tavalla voisimme koulutukset toteuttaa. Ensimmäinen oli jaettu verkkomateriaali ja toinen oli luentomaiset koulutukset. Johtajan mukaan heille parhaiten toimisivat luentotyyliset koulutukset.

Koulutusten teemat rakentuivat teorian, ensimmäisen kyselyn ja havainnoinnin perusteella. Koulutusten tarkoitus oli kartuttaa hoitajien käsitystä kuntouttavasta hoitotyöstä ja saada se mahdollisimman yhtäläiseksi. Koulutusten sisältö ja esille nousseet asiat käsitellään tarkemmin tuloksia käsittelevässä osiossa (kts. kappale 6)

5 ALKUKARTOITUKSEN TULOKSET

Tutkimustulokset selittävät tutkimustehtävien vastauksia. Tässä luvussa on selvitetty hoitajien näkemyksiä kuntouttavasta työotteesta ja sen toteutumisesta, ennen koulutusinterventioita.

Hoitajat vastasivat alkukartoituksen kyselyssä viiteen avoimeen kysymykseen ja viiteen Likert asteikolliseen kysymykseen (kts. liite 1). Vastaajia oli yhteensä 13. Ensiksi käymme läpi avointen kysymysten tulokset, jotka on käsitelty kappaaleessa 4 ja liitteessä 5 kuvatulla tavalla. Lisäksi käsittelemme Likert asteikollisten kysymysten vastaukset ja lopuksi havainnoinnin tulokset.

5.1 Kuntouttava työote, edistävät ja estävät tekijät

Hoitajien käsitys kuntouttavasta työotteesta oli hyvin yhdenmukaista. Tärkeintä kuntouttavassa työotteesta oli hoitajien näkemyksen mukaan voimavaralähtöisyys. Se, että osataan huomioida asukkaan jäljellä olevat voimavarat ja kannustetaan tekemään niiden rajoissa. Sen hoitajat kokivat myös näkyvän eniten omassa työssään.

”Asukkaan toimintakyvyn tukeminen kannustamalla tekemään itse toimintakyvyn mukaan”.

Tärkeäksi koettiin myös asukkaan motivoiminen ja kiireettömyys, se, että annetaan asukkaalle aikaa toimia voimavarojensa mukaisesti, eikä tehdä kiireessä asioita tämän puolesta. Myös yhdenmukaisuus koettiin kuntouttavassa hoitotyössä tärkeäksi, eli se, että kaikilla olla samat tiedot ja samat vaikuttimet asukasta kohti.

”Asiakas saa itse tehdä mitä pystyy, vaikka se veisi aikaa”.

”Yhteiset pelisäännöt, kaikki sitoutuvat noudattamaan”.

Kuntouttavaa työtettä edistäviksi tekijöiksi kyselyyn vastanneet hoitajat kokivat ensisijaisesti kiireettömyyden, valtaosa hoitajista koki, ettei aika riitä toteuttamaan kuntouttavaa työtettä optimaalisesti vaan ajanpuutteessa koetaan, että asukkaan puolesta asioiden tekeminen on nopeampaa. Muita kuntouttavaa työtettä edistäviä tekijöitä oli yhdenmukaisuus ja osaaminen. Osa hoitajista koki, etteivät taidot riitä toteuttamaan kuntouttavaa työtettä.

Suoranaisesti kuntouttavaa työtettä hankaloittaviksi tekijöiksi koettiin edelleen kiire, sekä myös asukkaiden riittämätön motivaatio tai vaikeudet motivoida asukkaita, tekemään voimavarojensa mukaisesti.

”Enemmän hoitoaikaa asukasta kohden”.

”Asukkaiden oma motivoituminen”

5.2 Hoitajien näkemykset omasta toiminnasta kuntouttavan työotteen ja asukkaan itsemääräämisoikeuden suhteen

Suurin osa vastanneista kokee voimavaralähtöisen työskentelyn näkyvän työssänsä, siten, että annetaan asukkaalle tehdä niin paljon kuin itse pystyy. Tarpeen

tullen pyritään myös käyttämään apuvälineitä, helpottaakseen kuntouttavan työotteeseen toteutumista.

”Käsken asukkaiden tehdä mahdollisimman paljon itse, jos tiedän että he siihen pystyy”.

” Käytän apuvälineitä hyväkseni esim. sängystä ylösnoussussa”

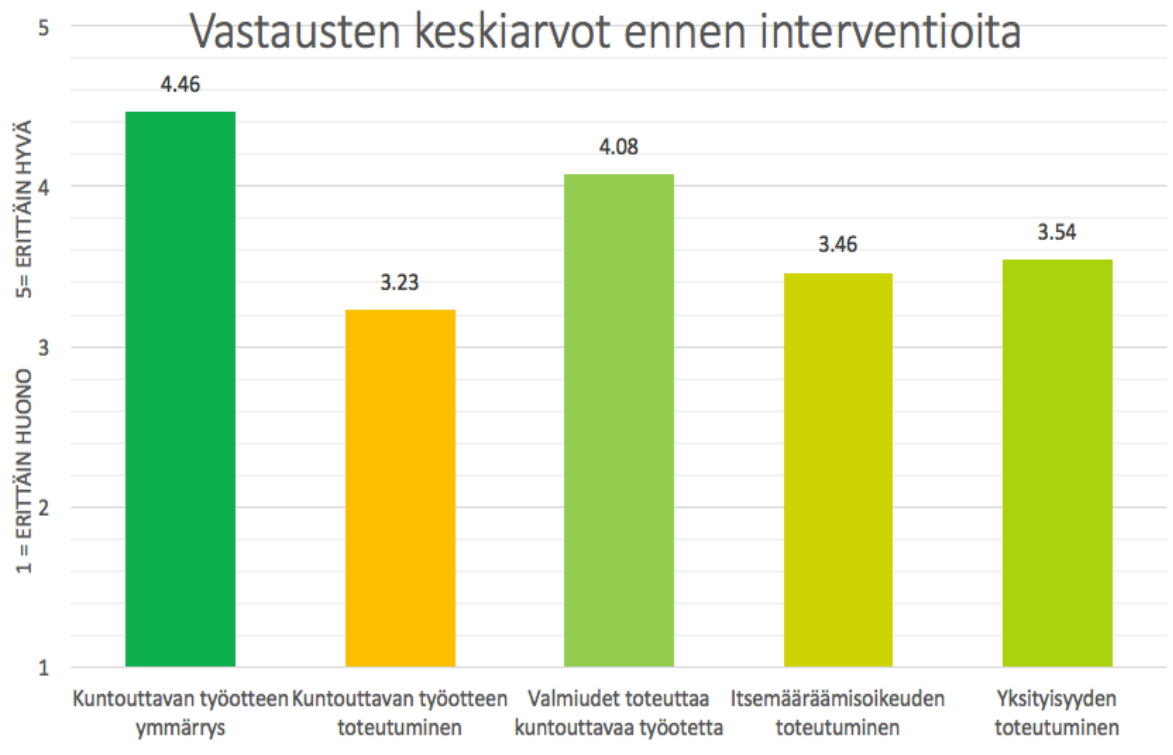
Asukkaan itsemääräämisoikeuta edistääkseen hoitajat pyrkivät tasa-arvoiseen kommunikointiin sekä antavat asukkaalle valinnan vapautta, osallistua tätä koskeviin päätöksiin.

”Kunnioitan heidän mielipiteitään ja jos ei kevyellä suostuttelulla jokin asia onnistu, niin yritän hetken kuluttua uudestaan”.

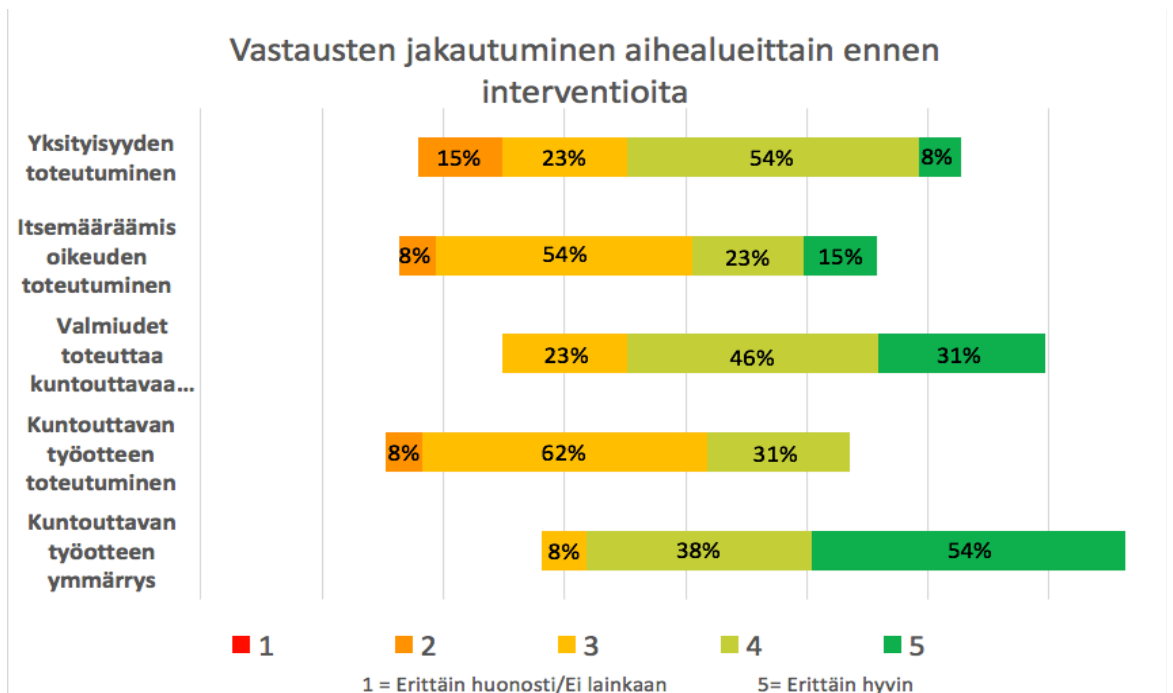
”Kuuntelen asukkaiden mielipiteitä esim. vaatetuksen tai nukkumaan menon suhteen, Isoimmat asiat kuitenkin menee omaisten kautta”.

5.3 Likert-asteikollisten kysymysten tulokset ennen interventiota

Hoitajat vastasivat viiteen Likert-asteikoilliseen kysymykseen (kts. Liite 1). Kusakin kysymyksessä numero 1 oli huonoin ja 5 paras. Tulosten keskiarvot ja vastausten jakautuminen on esitetty seuraavilla sivuilla kuvioissa 1 ja 2. Keskimäärin hoitajat arvioivat tietämyksensä kuntouttavasta työotteesta lähes erinomaiseksi ja valmiudet hyväksi, silti kuntouttavan työotteeseen toteutuminen arvioitiin keskiverroksi. Itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden toteutuminen arvioitiin hieman keskitasoa paremmaksi, mutta näiden kysymysten vastauksissa oli eniten hajontaa. Tulokset herättävät kysymyksen; **Miksi erinomainen ymmärrys ja hyvät valmiudet eivät siirry kuntouttavan työotteeseen?**



Kuvio 2. Likert-asteikollisten kysymysten vastausten keskiarvot ennen koulutusinterventioita, n=13.



Kuvio 3. Likert-asteikollisten kysymysten vastausten jakautuminen kysymyksittäin ja aihealueittain ennen koulutusinterventioita, n=13.

5.4 Havainnoinnin tulokset

Havainnointia suoritettiin yhdellä hyvinvointikeskuksen kolmesta osastosta. Havainnoinnista tiedotettiin hoitajia kirjallisesti (kts. Liite 2), jossa kerrottiin havainnoinnin toteutuksesta, periaatteista, sekä annettiin hoitajille mahdollisuus kieltäytyä havainnointiin osallistumisesta. Havainnoitsijat olivat paikalla kolmena päivänä, jotta havainnointi kattaisi kaikki asukkaiden päivän toiminnot. Havainnoitavia hoitajia oli yhteensä vain 4, sillä sattumalta havainnointipäivien vuoroissa oli samoja hoitajia. Molemmat havainnoitsijat siirtyivät spontaanisti heti alussa havainnointilomakkeen käytöstä vapaamuotoiseen kirjaamiseen, pitäen silti lomakkeen kategoriat mielessä. Pienen otoksen vuoksi havainnoinnin tulokset ovat vain suuntaa antavia, mutta koimme ne silti hyvin hyödyllisiksi koulutusinterventio suunnittelussa.

5.4.1 Ohjaus

Hoitajat käyttivät havainnoinnin aikana suoritusten ohjaamiseen verbaalista ja manuaalista ohjausta. Usein verbaalisen ohjauksen jälkeen asukas ei kuitenkaan saanut tarpeeksi aikaa toiminnon toteuttamiseen, jolloin siirryttiin nopeasti manuaaliseen ohjaukseen, tai jopa tehtiin asia täysin puolesta. Esimerkiksi sukkaa jalkaan avustettaessa, pyydettiin nostamaan jalkaa ylös, mutta saman tien se kuitenkin nostettiin itse ylös, jolloin asukkaalle ei jäänyt aikaa reagoida pyyntöön. Visuaalista ohjausta ei käytetty havainnoinnin aikana suoritusten ohjaamisessa lainkaan. Hoitajat ohjasivat osallistumiseen liittyviä asioita verbaalisesti hyvinkin usein. Esimerkiksi neuvoen mitä asukkaan pitää tehdä ja minne mennä, esimerkiksi ruokailun ja vapaa-ajantoimia koskien.

5.4.2 Kannustaminen ja motivointi

Asukkaita kannustettiin toimimaan ja osallistumaan toimintakyvyn mukaan itsenäisesti, etenkin siirtymisissä. Kannustaminen oli ajoittain hieman komentelevaa. Esimerkiksi pyydetessä asukasta nousemaan tuolilta saatettiin todeta, että ”noniin, nouses ylös” tai ”ylös nyt”. Kohtaamisessa oli kuitenkin tietynlaista tuttavallisuutta aistittavissa, joka osaltaan selittää äänensävyn ja hoitajan tavan ilmaista itseään lisäksi asukkaiden kognition ja muistin ongelmat tekivät motivoivasta kohtaamisesta haastavaa. Joka saattaa osaltaan myös saattavat selittää ajoittaisen komentelevan sävyn.

5.4.3 Toimintakyvyn huomiointi

Asukkaiden toimintakyky otettiin hyvin huomioon ohjauksessa ja avustuksen tassa, varsinkin isommissa toiminnoissa, kuten liikkumisessa. Monia pieniä asioita tehtiin kuitenkin asiakkaan puolesta, vaikka tämän toimintakyky olisi siihen

riittänyt esimerkiksi hoitaja sammutti valot huoneesta, kuin huomaamatta tai rolaattorin lukot menivät hoitajan toimesta kiinni asukkaan noustessa seisomaan, vaikka asukkaan toimintakyky olisi ollut riittävän hyvä laittamaan lukot kiinni itsekin. Selkeimmin tämä näkyi esimerkiksi ruokailu- ja pukeutumistilanteissa, joissa asukkaalle, jonka toimintakyky olisi sallinut enemmänkin omatoimisuutta, kannettiin ruoka valmiina pöytään ja kaadettiin ruokajuomat valmiiksi lasiin, myös leivät tuotiin voideltuna pöytään.

5.4.4 Itsemääräämisoikeus ja yksityisyys

Asukkaiden itsemääräämisoikeutta ja yksityisyyttä kunnioitettiin. Heidän kanssaan keskusteltiin, neuvoteltiin ja kysyttiin mielipidettä mm. siirtymistavoista, ruokailumieltymyksistä ja nukkumaanmenoajoista. Asukkaat saivat toimia ja mennä oman mielensä mukaan, jos siitä ei ollut heille suoranaista haittaa.

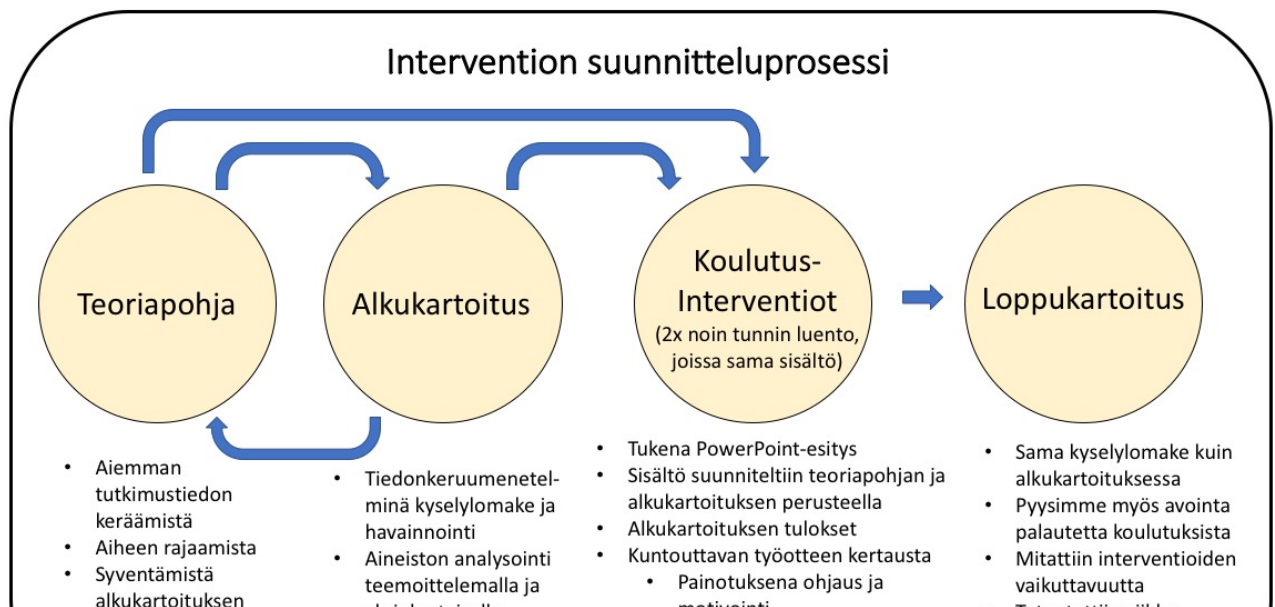
6 KOULUTUSINTERVENTIOIDEN SUUNNITTELU, SISÄLTÖ JA KESKUSTELUN TULOKSET

Koulutusinterventio toteutettiin toimeksiantajan toiveesta kahtena noin tunnin mittaisena keskustelevana luentona, joissa oli sama sisältö. Näin lähes kaikki hoitajat pystyivät osallistumaan luennoille. Intervention tarkoitus oli lisätä hoitajien tietämystä kuntouttavasta työotteesta, sekä parantaa sen toteutumista. Luentojen runkona toimi laatimamme PowerPoint-esitys (kts. Liite 4).

6.1 Suunnittelu

Luentojen suunnittelu alkoi heti kun saimme sovittua toteuttamamme intervention muodon. Pidimme sisällön kuitenkin kohtalaisen avoimena, kunnes saimme analysoitua alkukartoituksen aineiston. Tulosten perusteella valitsimme teoriasta ne asiat, joita halusimme koulutuksissa painottaa ja joihin tulisi vielä syventyä lisää. Suunnitteluprosessi, sen sijoittuminen työhömmä ja arviointi on havainnollistettu alla olevassa kuviossa.

6.2 Sisältö



Kuvio 4. Intervention suunnitteluprosessin visualisointi.

Tarkemman koulutuksen sisällön löydät liitteenä olevasta koulutuksen PowerPoint-esityksestä (kts. Liite 4).

Aloitimme luennot käymällä läpi alkukartoituksen tulokset. Kävimme läpi avoimet kysymykset, Likert-asteikolliset kysymykset ja havainnoinnin, sekä niiden analyysit. Hoitajat ja paikalla olleet esimiehet kokivat tulosten pitävän suunnitteen paikkansa. Kuntouttavan työotteen ymmärryksen ja toteutumisen ero Likert-asteikollisten kysymysten tuloksissa aiheutti hieman keskustelua.

Tämän jälkeen kertasimme hieman kuntouttavan työotteen perusteita ja perehdyimme tarkemmin kyselyssä hankalaksi koettuihin ohjaamiseen ja motivointiin. Painotimme erityisesti asukkaiden toimintakyvyn ja voimavarojen jatkuvaa arviointia, sekä omien käytäntöjen pohtimista niin, että se tukee kuntouttavan työotteen toteutumista. Jotta hoitajat voisivat paremmin sovittaa oman toimintansa asukkaiden alati muuttumaan toimintakykyyn.

Useampi hoitaja kommentoi, joko koulutuspäivänä tai myöhemmin palautteessa, kokeneensa hyödyllisimmäksi, kun painotimme kuntouttavan työotteen ulottuvan myös hyvin pieniin päivittäisiin toimiin. Moni toi esille, että kuntouttavaa työtettä toteuttaessa on helppo ajatella vain isompia päivittäisiä toimia, kuten liikkumista ja siirtymisiä.

6.3 Yhteisen keskustelun tulokset

Luennon lopuksi keskustelimme käytännön sovelluksista, jotka parantaisivat kuntouttavan työotteen toteutumista. Konkreettisimmat esimerkit koskivat ruokailutilannetta; kuten ruuan ja muiden ruokailuun liittyvien asioiden ottaminen itse, jos asukkaan kunto sen sallii. Keskustelimme myös mahdollisimman itsenäisestä pukeutumisesta, jossa asukas myös valitsee vaatteensa. Esille tuli myös erilaiset pienapuvälineet, kuten sukanvetolaite tai ”poimintakoura”, jotka edistäisivät asukkaiden omatoimisuutta. Keskusteluissa nousi esille myös se, kuinka helposti välineiden käyttöön liittyvät perusasiat ovat unohtuneet, esimerkiksi rollaattorin käytön opastaminen tai tuoliilta ylös nouseminen. Moni hoitaja myös tunnisti tilanteet, missä ikään kuin huomaamatta tulee laitettua rollaattorin tai pyörätuolin lukot itse kiinni sen sijaan, että antaisi asukkaan tehdä sen. Tämän asian tiimoilta yksikön johtaja ilmaisi, että rollaattorin opastukseen voisi olla hyödyllistä järjestää erillinen koulutus talon sisäisesti. Yleisesti keskusteltiin siitä, että tulisi malttaa antaa potilaiden rauhassa tehdä asiat omaan tahtiin, kiireen tunteesta huolimatta.

7 LOPPUKARTOITUKSEN TULOKSET

Uusintakysely oli muuten identtinen ensimmäisen kyselyn kanssa, mutta kyselyn loppuun oli lisätty tilaa vapaamuotoiselle palautteelle. Kyselyn vastaukset kerättiin noin viikon kuluttua interventioista. Olisimme halunneet teettää kyselyn vielä kertaalleen myöhempänä ajankohtana, mutta aikataulumme ei valitettavasti tätä sallinut.

7.1 Kuntouttava työote, edistävät ja estävät tekijät

Hoitajien käsitys kuntouttavasta työotteesta pysyi koulutus interventioiden jälkeen lähes muuttumattomana alkutilanteeseen nähden. Voimavaralähtöisyyden lisäksi nousi isommassa roolissa esille myös se, kuinka pienistä asioista kuntouttava työote voi koostua.

”Ymmärtää että täällä arjessa kuntoutus on/lähtee hyvinkin pienistä asioista.”

”Annetaan asukkaalle mahdollisuus ja aikaa tehdä itse.”

Tärkeimmäksi kuntouttavaa työtettä edistäväksi tekijäksi nousi yhteiset toimintatavat ja kiireettömyys. Kiire koettiin nyt koulutuksen jälkeen johtuvan enemmän ajankäytön suunnittelusta ja organisoinnista kuin henkilökunnan puutteesta.

”Ajankäytön suunnittelu antaa asukkaalle enemmän aikaa tehdä itse.”

”Kaikki toimii sovitusti!!(samalla tavalla) ei sooloilua.”

” Organisointi työssä.”

Kuntouttavaa työtettä estäväksi tekijäksi ei noussut enää kiire niin voimakkaasti esille. Vahvimmin esille nousi yhteisten toimintatapojen puute, joko niin, että kaikki eivät ole tietoisia yhteisistä toimintatavoista tai kaikki eivät sitoudu siihen.

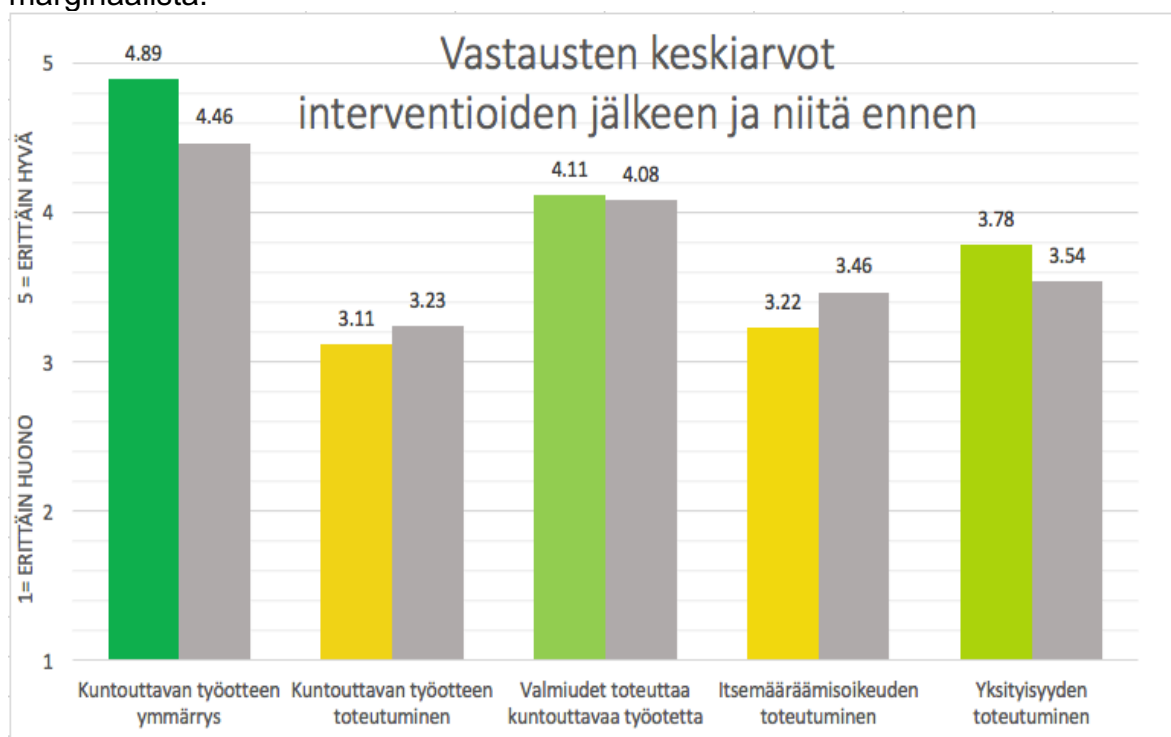
7.2 Hoitajien näkemykset omasta toiminnasta kuntouttavan työotteen ja asukkaan itsemääräämisoikeuden suhteen

Suurin osa vastanneista kokee voimavaralähtöisen työskentelyn näkyvän työssänsä, siten, että annetaan asukkaalle tehdä niin paljon kuin itse pystyy. Tarpeen tullen pyritään myös käyttämään apuvälineitä, helpottaakseen kuntouttavan työotteen toteutumista.

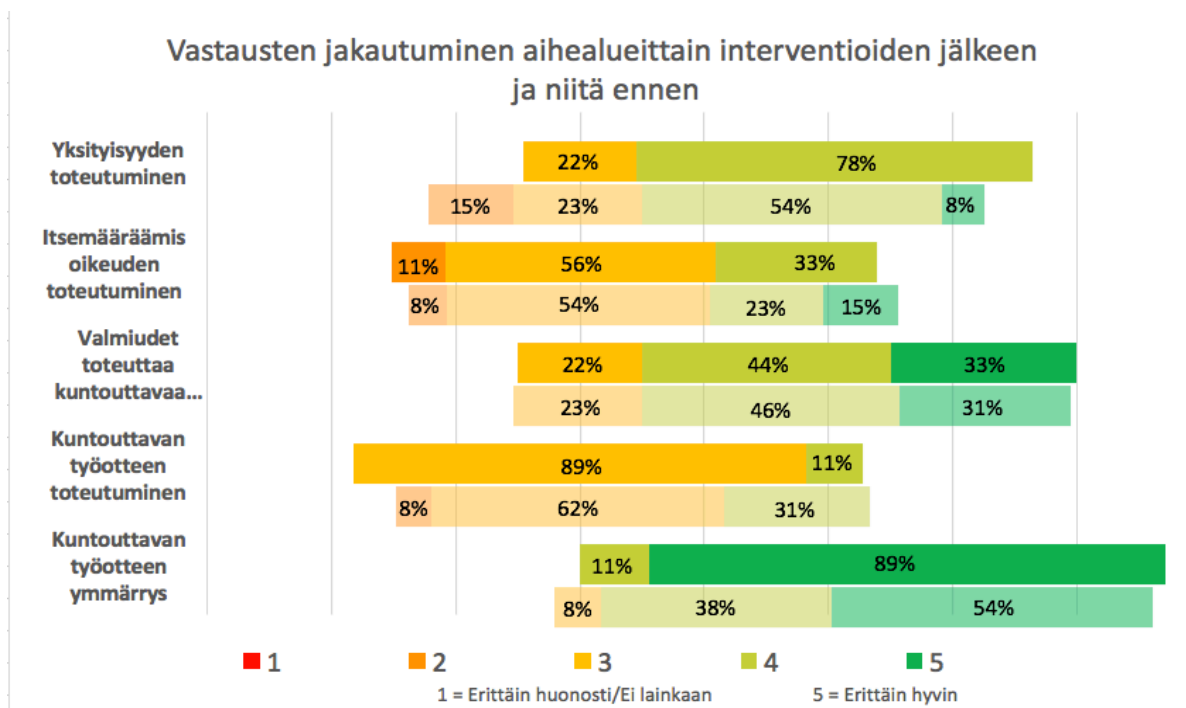
Asukkaan itsemääräämisoikeuta edistääkseen hoitajat pyrkivät tasa-arvoiseen kommunikointiin sekä antavat asukkaalle valinnan vapautta, osallistua tätä koskeviin päätöksiin.

7.3 Likert-asteikollisten kysymysten tulokset

Vastaajia oli vain 9 kappaletta, joista kaksi ei ollut osallistunut koulutukseen. Tämä laskee tulosten luotettavuutta. Pieni otos ja kysymysten vähyys sulkevat pois myös suurimman osan tilastollisista testeistä, joten tuloksia on pidettävä suuntaa antavina (Yurdugül 2008). Taulukot on esitetty seuraavalla sivulla. Suurin muutos alkukartoitukseen verrattuna, oli kuntouttavan työotteen ymmärryksessä (0.43). Työotteen toteutuminen oli hieman laskenut (-0.12) ja valmiudet toteuttamiseen nousut hyvin vähän (0.0.3). Itsemääräämisoikeuden toteutuminen oli hieman laskenut (-0.24) ja yksityisyyden taas hieman nousut (0.24). Vastaukset olivat aiempaa yhdenmukaisempia, keskihajonta ja virhemarginaalit olivat pienempiä kaikissa, valmiuksia lukuun ottamatta, jossa nousu oli marginaalista.



Kuvio 5. Likert-asteikollisten kysymysten vastausten keskiarvot koulutusinterventioiden jälkeen, n=9, ja niitä ennen, n=13.



Kuvio 6. Likert-asteikollisten kysymysten vastausten jakautuminen kysymyksittäin ja aihealueittain koulutusinterventioiden jälkeen, n=9, ja ennen, n=13.

7.4 Toimeksiantajan ja hoitajien palaute

Hoitajilta pyydettiin kirjallista palautetta toteutuksesta koulutusinterventioiden jälkeen suoritetun uusintakyselyn yhteydessä. Yhteensä 5 hoitajaa antoi palautetta, joka oli pääsääntöisesti hyvin positiivista.

”Koin luennon hyödylliseksi.”

”Oli hyvä huomata mitä kaikkea voisi tehdä toisin.”

”Pienellä ajankäytön muutoksella saa jo paljon muutettua toiseen suuntaan.”

Yksi hoitaja jakoi palautteessa oman mielipiteensä muistisairaiden asukkaiden ohjaamisesta. Hänen mielestään eri ohjausmenetelmien yhdistely ei ole muistisairaiden kanssa toimivaa, vaan enemmänkin yksi selkeä ohjausmenetelmä. Emme ole lähteissämme tällaiseen törmänneet, mutta ohjauksen tarkastelu erityisesti muistisairaiden kannalta voisi olla yksi kehittämisen kohde.

Lisäksi saimme suullista palautetta toimeksiantajalta, sekä hoitajien lähiesimiehenä toimivalta sairaanhoitajalta. Palaute oli positiivista ja keskustelumme koski lähinnä kuntouttavaan työotteen toteuttamiseen liittyviä asenteita, sekä niiden suhdetta toteutuspaikassa olemassa oleviin rutiineihin. Kaikki olivat toiveikkaita sen suhteen, että lisääntynyt tietoisuus auttaisi hoitajia murtamaan rutiineitaan, jotka hankaloittavat työotteen toteutumista.

8 TULOSTEN YHTEENVETO

Kartoitus onnistui hyvin kuvaamaan hoitajien käsityksiä kuntouttavasta työotteesta ja siihen liittyvistä asioista. Koulutusinterventioita pitivät onnistuneina sekä hoitajat, että heidän esimiehensä. Mutta niiden vaikuttavuutta oli kuitenkin haastava mitata perusteellisesti opinnäytetyömme puitteissa. Kappaleessa 9:än käsittelemme tarkemmin mitä meistä olisi voinut tehdä paremmin, ja kuinka tämä projekti hyödyttää fysioterapeutteja tai fysioterapeuttiopiskelijoita.

Interventioiden jälkeen hoitajien käsitys kuntouttavasta työotteesta selkeytyi ja hoitajat ymmärsivät paremmin mitä kuntouttava työote on ihmisten kanssa, joiden elämä on jo ehtopuolella. Hoitajat käsittivät paremmin kuinka pienistä asioista kuntouttava työote koostuu, esimerkiksi se, että antaa asukkaan wc toimintojen jälkeen sammuttaa itse valot on jo kuntouttavaa toimintaa.

Hoitajat kokivat ajanpuutteen ja hoitajien vähäisen määrän estävän kuntouttavan työotteen toteuttamista. Interventioiden jälkeen hoitajat kokivat ajanpuutteen johtuvan osittain myös ajankäytön suunnittelusta, eikä pelkästään hoitajien vähäisyydestä. Hoitajat ymmärsivät interventioiden jälkeen paremmin, kuinka tärkeää omasta toiminnastaan tiedottaminen kollegoille on, jotta toimintatavat saadaan yhtenäistettyä.

Suurin kartoituksissa havaittu ristiriita, oli kuntouttavan työotteen erinomaisen ymmärryksen ja vain keskinkertaisen toteutumisen välillä. Omien havaintojemme, ja esimiesten kanssa käytyjen keskustelujen perusteella, pidämme merkittävänä estävänä tekijänä vanhoja pinttyneitä toimintamalleja ja asenteita. Näitä taas selittää hiljattain muuttunut organisaatorakenne. Olemme kuitenkin optimistisia, että tilanne tulee hiljalleen muuttumaan, ja koemme interventiomme osaltaan edistäneen asiaa.

9 POHDINTAA

9.1 Opinnäytetyön menetelmien luotettavuus ja opinnäytetyöhön liittyvät eettiset ratkaisut

Ennen alkumittausta informoitiin koko tehostetun palveluasumisen yksikön henkilökuntaa opinnäytetyön toteuttamisesta heidän työpaikallaan. Informointi tapahtui sähköpostitse. Tieto lähetettiin yksikön johtajalle, joka lähetti tiedon ryhmäviestinä koko hoitohenkilökunnalle. Lisäksi hoitajia informoitiin havainnoinnista vielä myöhemmin erillisellä tiedotteella (kts. Liite 2). Tiedotteessa korostettiin mm. osallistujien anonymiteetin säilymistä ja osallistumisen vapaaehtoisuutta. Samankaltainen tiedote toimitettiin myös asukkaille ja omaisille. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012.)

Alku- ja loppumittauksessa käytettiin samoja mittaristoja, ja samaa kohderyhmää. Tällöin sama tulos oli teoriassa mahdollista saada, vaikka mittaukset olisi tehnyt kuka hyvänsä. Tieto pyrittiin muodostamaan harkiten vailla omia ennako-oletuksia. Tietoa kerättiin monilla eri tavoilla, jotta voitiin varmistua siitä, että tutkittiin oikeita asioita. Lisäksi apuna käytettiin jo olemassa olevaa tietoa ja tutkimuksia. (Kananen 2012, 49.)

Kaikki opinnäytetyön aikana tehdyt ratkaisut pyrittiin perustelemaan tutkittuun tietoon perustuen ja kaikesta tehtiin tarkka dokumentaatio, mitä tehtiin ja miksi. Tutkimus suoritettiin hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tulosten tallentamisessa ja arvioimisessa noudatettiin rehellisyyttä. Opinnäytetyön raportointi on tehty tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti, samoin tehtiin tutkimuksessa syntyville aineistoille. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012.)

9.2 Kuinka opinnäytetyön laatua olisi voinut vielä parantaa

Interventiomme vaikuttavuutta oli vaikea mitata. Jos meillä olisi ollut enemmän aikaa, olisimme toteuttaneet vielä kolmannen mittauksen, pidemmän ajan kuluttua interventtiosta. Samalla olisi voinut toteuttaa toisen havainnointikerran. Näin tuloksia olisi voinut arvioida pidemmällä aikavälillä. Myös kattavamman Likert-asteikollisen kyselyn laatiminen olisi tehnyt tulosten arvioinnista luotettavampaa, sillä se olisi mahdollistanut useita muita analysointimenetelmiä.

9.3 Miten tulokset vertautuvat aiempaan tietoon aiheesta?

Emme löytäneet samankaltaisia kehittämistutkimuksia kuin toteuttamamme. Joissakin tutkimuksissa oli kuitenkin samoja elementtejä, joiden pohjalta voimme vertailla työmme tuloksia aiempaan tietoon.

Laura Mäkisen (2015, 43–53) pro graduaan varten tekemissä haastatteluissa muotoutuu hyvin samanlainen kuva siitä, kuinka Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijät ymmärtävät kuntouttavan työotteen. Meidän kohderyhmänämme olleiden hoitajien käsitys toimintakyvystä ja voimavaroista oli samankaltainen, myös yksityisyyden ja itsemääräämisoikeuden vähäinen esille nouseminen oli samankaltaista. Suurin ero meidän kohderyhmäämme oli siinä, että avustamisen ja puolesta tekemisen raja hahmotettiin paremmin, ja työn suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus nostettiin selvemmin esille. Työhön liittyviä asenteita käsiteltiin tarkemmin, kun taas meidän kartoituksessamme asenteet tulivat ilmi vain pintapuoleisesti.

Markku Holma (2012, 25–41) kartoitti pro gradunsa osana palvelutalon ja hoivakodin työntekijöiden käsityksiä kuntouttavasta työotteesta. Vaikka tutkimusmenetodit ja muodostuneet kategoriat olivat erilaisia, oli käsitysten sisältö samankaltainen oman kartoituksemme kanssa. Myös kiireettömyys nousi esille, joka meilläkin oli yksi keskeinen teema, mutta jota ei Mäkisen haastatteluissa tullut esille. Holman tutkimuksessa nousi esille myös asiakkaiden valtaistumisen tukeminen, ja kuntoutujaa arvostava ja kuuleva työtapo. Omassa työssämme tällaisia teemoja ei noussut käsittelyyn.

Valitettavasti vastaavaa koulutustyyppistä interventiota aiheeseen liittyen ei vaikuta kukaan toteuttaneen. Joten vertailua interventioiden toteutuksesta ja vaikuttavuudesta on vaikea tehdä. Pääkkönen ja Rautio (2015) toteuttivat ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään kirurgisille vuodeosastoille suunnatun huomattavasti omaamme laajemman intervention. Interventiossa muodostettiin kuntouttavan työotteen toimintamalli, joka ensin pilotoitiin ja tämän jälkeen sen vaikuttavuutta mitattiin. Ympäristön erilaisuuden takia tulokset eivät ole vertailukelpoisia, mutta työssä käytetty toimintamalli on mielenkiintoinen. Tällaiseen toimintamalliin mekin olisimme pyrkineet, jos meillä olisi ollut enemmän aikaa ja resursseja.

9.4 Lisätutkimisen tai kehittämisen kohteita

Erilaisten ohjaamistapojen yhdistäminen ja kiireettömän kohtaamisen opettelu, vaatisivat enemmän koulutusta. Koulutusten ohjaamista käsittelevä osuus jäi monille hieman abstraktiksi. Joten koulutuksen tulisi olla käytännönläheisempää. Myös omakohtainen kokemuksemme ohjaamisesta, ja sen opiskelusta, tukee ajatusta siitä, ettei yksi luento riitä.

Motivaation käsittely hoitajille hyödyllisellä tavalla osoittautui hankalaksi. Osittain hyvän *motivoimista* koskevan tutkimustiedon löytämisen puutteen takia, sekä osittain asukkaiden kognitiivisten haittojen takia. Varsinkin kognitiivisista ongelmista, kuten dementiasta, muistiongelmista tai kehitysvammasta kärsivien motivointia koskevaa tutkimustietoa oli lähes mahdoton meidän taidoillamme löytää. Aihe vaatisi lisää perehtymistä, tai jopa aiheen erillistä tutkimista. Lisäksi olisimme voineet tuoda selkeämmin esille sen, että toimintakyvyn madaltumisen hidastaminen on onnistunutta kuntouttavaa työotetta, vaikka sitä on lähes mahdotonta mitata. Tämän asian sisäistäminen puolestaan motivoisi hoitajia työssään.

Myös kuntouttavaa työtettä tukevien kirjallisten käytäntöjen kehittäminen varmasti lisää sen toteutumista. Monessa lähteessämme mainittiin kuntoutussuunnitelman laatiminen kuntouttavan työotteen toteutumista edistävänä tekijänä. Kuntoutussuunnitelmat eivät tulleet lainkaan esille kartoituksessamme, vaikka ne olisivat voineet olla esimerkiksi kuntouttavan työotteen toteutumista edistäviä asioita. Kuntoutussuunnitelman laatimisesta ja sen merkityksestä olisi voinut pitää jopa oman luentonsa. Lisäksi toimivien ohjaus- ja avustuskeinojen jakaminen asukaskohtaisesti, varmasti edistäisi työotteen toteutumista. Tällaisia voisivat esimerkiksi olla kunkin asukkaan huoneessa olevat kuvin varustellut ohjaamis- ja avustusohjeet.

9.5 Mitä fysioterapeutti hyötyy tästä työstä?

Kehittämistehtävä 2:en mukaisesti opinnäytetyömme liitteinen toimii esimerkkinä, kuinka fysioterapeutti voi vaikuttaa kuntouttavan työotteen toteuttamiseen toteutuspaikkamme kaltaisissa organisaatioissa. Ja jos tämän luvun edellisten kappaleiden sisältö otetaan huomioon, voidaan vastaavien interventioiden laatua parantaa. Sisällöstä on hyötyä myös fysioterapeuteille, jotka tulevat työskentelemään geriatrisen fysioterapian parissa. Tai muissa toimipisteissä, joissa fysioterapeutin erityistietämystä pitää jakaa muulle hoitohenkilökunnalle, esimerkiksi ohjaamisen suhteen.

9.5.1 Mitä opimme fysioterapeutteina?

Saimme tutustua syvemmin kuntouttavaan työotteeseen, ja käsityksemme siitä laajeni huomattavasti. Työmme antoi meille kokemusta moniammatillisen työskentelyn tavoista, jotka eivät olleet meille aiemmin tuttuja. Tärkeää oli ymmärtää millä tavalla fysioterapeutti voi toimia projektiluontoisesti erityisasiantuntijan roolissa, sekä kuinka moniammatillinen toiminta voi olla fysioterapeuttivetoista. Lisäksi saimme käytännön kokemusta ja pohdintaa fysioterapeuttisen erityisosaimisen soveltamisesta organisaatiossa. Työn toteutuksen ohessa pystyimme myös syventämään erilaisten geriatristen asiakkaiden tuntemustamme, sekä havainnoinnin, että teoretiedon kautta.

9.6 Muita esille nousseita asioita

Useat hoitajat toivat esille työergonomiaan ja etenkin avustusten rasittavuuteen liittyviä huolia, vaikka niistä ei erikseen kysytty. Erillinen fysioterapeutin pitämä ergonomia- ja avustuskoulutus saattaisi siis olla paikallaan.

LÄHTEET

- Alaranta, H., Pohjolainen, T., Salminen, J. & Viikari-Juntura, E., 2003. Fysiatría. Jyväskylä: Duo-decim.
- Anttila, P., 2005. Ilmaisu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Tallinna: AS Pakett.
- Holmi, M. 2012. Kuntoutustyö; Palvelutalon ja hoivakodin työntekijöiden käsityksiä kuntoutustyöstä. Jyväskylän yliopisto: Pro gradu -tutkielma.
- Kaakon SOTE-INTO, Etelä-Kymenlaakson osahanke Kotihoidon työryhmä, 2012. Toimintakykyä edistävä työote kotihoidossa - Etelä-Kymenlaakson toimintamalli. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: http://www.kotka.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/kotka/embeds/kotkaw-wwstructure/17365_toimintakyky_edaistaava_tyootte.pdf
- Kananen, J., 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy.
- Kananen, J., 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Tampere: Juvenes Print.
- Kukkohovi, K., 2004. Fysioterapian ohjaustilanteen vuorovaikutus. Jyväskylän yliopisto: Pro gradu tutkielma.
- Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J., 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.
- Käsmä, T., 2011. Kuntouttava hoitotyö Kiimingin Jaarankartanon palvelukeskuksessa ja kotihoidossa. Oulun seudun ylempi ammattikorkeakoulu: Opinnäytetyö.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17 päivänä elokuuta 1992. Viitattu 3.10.2017
- Myllymäki, S., 2014. Vanhusten näkemyksiä itsemääräämisoikeuden toteutumisesta kotihoidossa. Jyväskylän yliopisto: Pro gradu -tutkielma.
- Mäkinen, L., 2015. Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelemänä. Tampereen yliopisto: Pro gradu-tutkielma.
- Niermeyer, R & Seyffert, M. 2004. Motivaatio. Helsinki: Oy Rastor AB.
- Poikkimäki, I., 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaanhoidossa. Tampereen yliopisto: Pro gradu-tutkielma.
- Pääkkönen, P. & Rautio, S. 2015. Kuntouttavan työotteen kehittäminen kirurgisilla vuodeosastoilla. Saimaan Ammattikorkeakoulu: opinnäytetyö.
- Resnick B (2007) Motivation in Geriatric Rehabilitation. Journal of Nursing Scholarship.
- Routasalo, P., 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Salonen, K., 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Tampere: Juvenes Print.
- Sosiaali- ja Terveysministeriö (STM), 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225987>
- Sosiaali- ja Terveysministeriö (STM), 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>
- Sosiaali- ja Terveysministeriö (STM), 2007. Potilaan siirtymisen ergonominen avustaminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73958/Julk_07_06_ergonomia_web.pdf?sequence=1
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2016. Mitä toimintakyky on? Viitattu 3.1.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2013. ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 6., uudistettu painos. Helsinki. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Valvira, 2015. Potilaan itsemääräämisoikeus. Viitattu 29.9.2017 <http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus>

Vähäkangas, P., 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. D Medica Oulun yliopisto 2010.

Universal Declaration of Human Rights. 2017. Yhdistyneiden kansakuntien (YK) ihmisoikeuksien julistus 10.12.1948. Viitattu 30.9.2017. <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=fin>

Yurdugül, Halil. (2008). Minimum Sample Size for Cronbach's Coefficient Alpha: A Monte Carlo Study. Hacettepe Eğitim Dergisi. 35.

Kuntouttava työote – kyselylomake

Tämän kyselyn tarkoituksena on kartoittaa osastonne hoitajien käsityksiä kuntouttavan työotteen toteuttamisesta. Kuinka hyvin se toteutuu, mitä ovat käytännön keinot, mikä koetaan haastavaksi ja mikä taas onnistuu? Tämän kyselyn ja osastollanne toteutettavan työskentelyn havainnoinnin pohjalta suunnittelemme ja toteutamme fysioterapeuttiset koulutusinterventiot, joilla pyritään tuomaan lisää moniammatillista näkökulmaa kuntouttavan työotteen toteuttamisen tueksi.

Kysely on osa Turun ammattikorkeakoulun fysioterapian koulutusohjelman opinnäyte-työtä. Työlle on haettu lupa työpaikanne ja Turun Ammattikorkeakoulun organisaatioilta. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Anonymiteettinne säilytetään koko prosessin ajan. Vastaamalla suostutte osallistumaan tutkimukseen. Kiitoksia vastauksistanne!

Seuraavista viidestä kysymyksestä ympäröi numero joka kuvaa mielestäsi oikeaa vaihtoehtoa. Ympäröi vain yksi numero.

1. Kuinka hyvin ymmärrät mitä kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan?

En lainkaan 1 2 3 4 5 Erinomaisesti

2. Kuinka hyvin mielestäsi kuntouttava työote toteutuu työpaikallasi?

Ei lainkaan 1 2 3 4 5 Erittäin hyvin

3. Koetko että sinulla on valmiudet toteuttaa kuntouttavaa työotetta?

Ei lainkaan 1 2 3 4 5 Erittäin hyvät

4. Kuinka hyvin asukkaiden itsemääräämisoikeus mielestäsi toteutuu?

Erittäin huonosti 1 2 3 4 5 Erittäin hyvin

5. Kuinka hyvin asukkaiden yksityisyys mielestäsi toteutuu?

Erittäin huonosti 1 2 3 4 5 Erittäin hyvin

Vastaa seuraaviin viiteen kysymykseen lyhyesti omin sanoin ja kokonaisin lausein.

6. Mikä sinusta on tärkeintä kuntouttavassa työotteessa?

7. Mikä sinusta hankaloittaa kuntouttavan työotteen toteuttamista?

8. Mikä mielestäsi edistäisi kuntouttavaa työtettä työssäsi?

9. Miten kuntouttava työote näkyy omassa työssäsi?

10. Millä keinoilla pyrit edistämään asiakkaidesi itsemääräämisoikeutta?

Kuntouttavan työotteen kehittäminen – havainnointia työpaikallanne

Toteutamme yksikössänne kuntouttavan työotteen toteutumisen havainnointia –kuun –:nä ja –:nä päivänä. Molemmat havainnointikerrat kestävät yhden työvuoron ajan. Havainnoitsijoita on paikalla kumpanakin päivänä kaksi. Tarkoitus on havainnoida teidän aivan tavallista työpäiväännne. Havainnoinnin tarkoituksena ei ole arvostella teidän työskentelyänne, eikä tuloksia yksilöidä lainkaan. Toivomme että tämä tieto auttaa teitä työskentelemään mahdollisimman normaalisti. Yrittäkää olla kiinnittämättä havainnoitsijaan mitään huomiota. Havainnointi on osa Turun ammattikorkeakoulun fysioterapian koulutusohjelman opinäytetyötämme. Havainnoinnille on haettu lupa palvelukeskuksenne. Havainnointiin osallistuminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista. Anonymiteettinne säilytetään koko prosessin ajan. Teillä on oikeus kieltäytyä havainnoinnista.

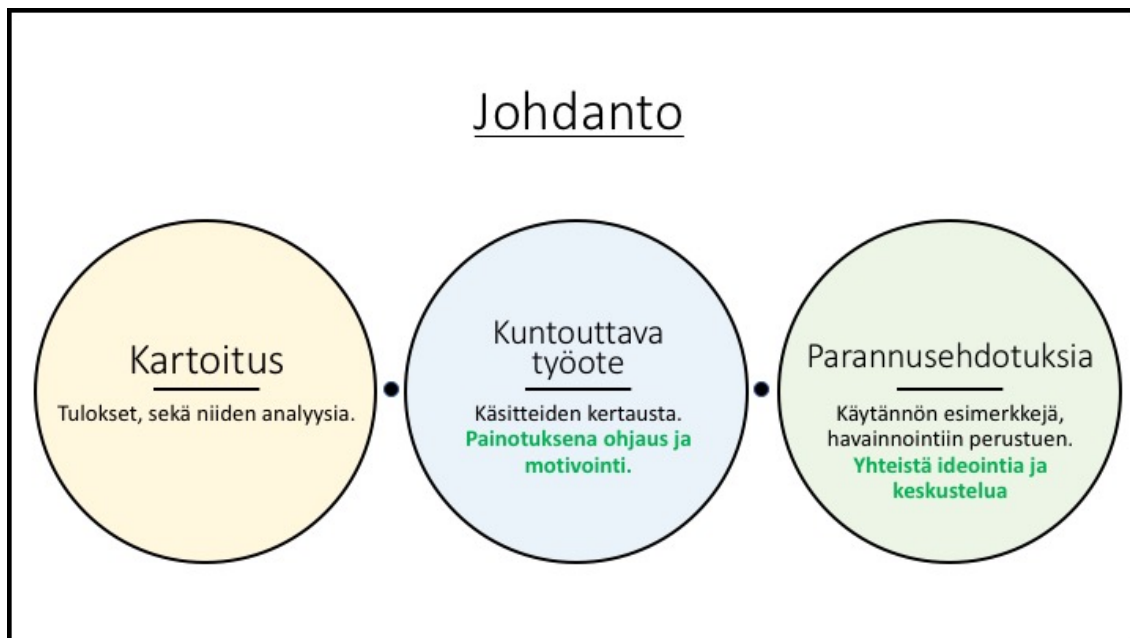
Havainnointilomake

Pvm.

Havainnoija:

Toimet	Ohjaus Verbaalinen, visuaalinen, manuaalinen... Tehdäänkö puolesta?	Motivointi Perustelut, mitä tehdään ja miksi. Perustellaanko?	Muuta havainnoitavaa
Vuoteesta nouseminen			
Pukeutuminen			
WC-toimet			
Syöminen			

Koulutusten dia-esitys



Kartoitus

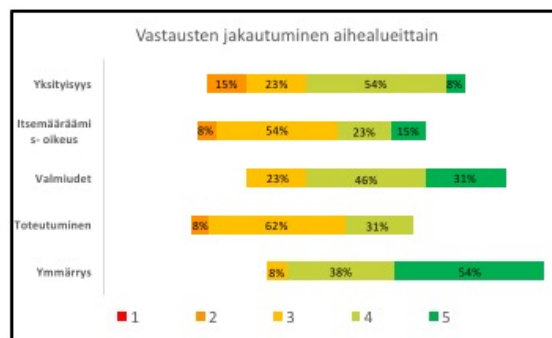
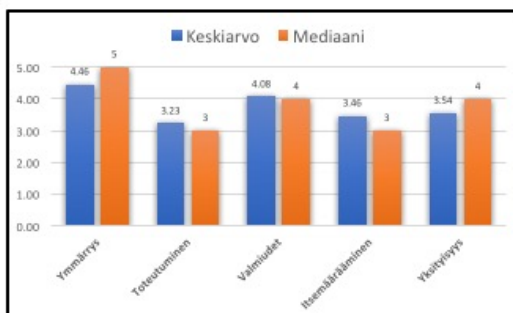
Kartoituksessa kerättiin tietoa kyselylomakkeella, sekä hoitajien työskentelyn havainnoinnilla

Kartoitus
Tulokset, sekä niiden analyysia.

Ennakkokyselyn tulokset

Likert asteikollisten kysymysten analyysi:

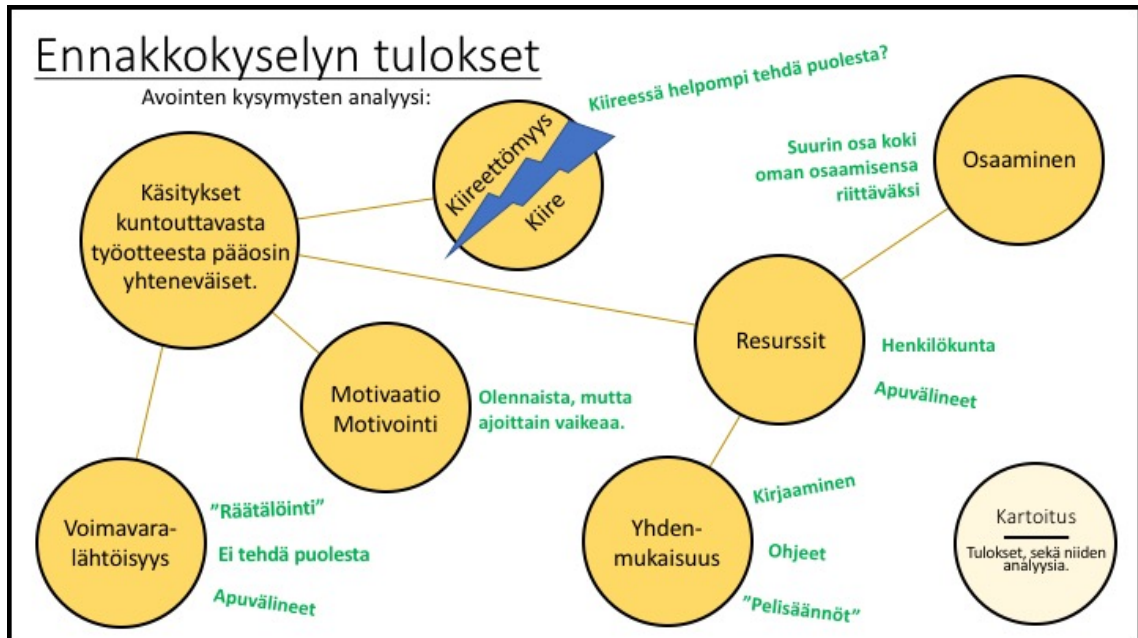
Heikoimmaksi arvioitiin kuntouttavan työotteen toteutuminen ja parhaaksi henkilökohtainen ymmärrys kuntouttavasta työotteesta. Näiden kysymysten vastauksissa oltiin myös yksimielisempiä, kun taas muissa oli enemmän hajontaa.



Miksi hyvä ymmärrys ja valmiudet eivät näy kuntouttavan työotteen toteutumisessa?

Mitä itsemääräämisoikeuden (ja mahdollisesti yksityisyyden) toteutumisen parantamiseksi voitaisiin tehdä?

Kartoitus
Tulokset, sekä niiden analyysia.



Havainnoinnin tulokset

- **Ohjaus**
 - Hoitajat käyttivät monipuolisesti verbaalista ja manuaalista ohjausta. Avustukseen päädyttiin usein. *Enemmän aikaa ohjauksen toteuttamiseen? Visuaalinen ohjaus?*
- **Kannustaminen & motivointi**
 - Potilaita kannustettiin toimintakyvyn mukaan toimimaan itsenäisesti, mm. siirtymisissä, wc-toiminnoissa ja ruokailutilanteissa. *Komentamisen ja kannustuksen ero? Onko motivoinnin keinoja vaikea keksiä?*
- **Yksityisyys & Itsemääräämisoikeus**
 - Potilaiden kanssa keskusteltiin, neuvoteltiin ja kysyttiin mielipiteitä. Mielitymukset mm. nukkumaanmeno- ja heräämisajoissa, sekä ruokailussa, otettiin huomioon. *Onko toiminta johdonmukaista? Onko hankalien potilaiden oikeuksia vaikeampi kunnioittaa?*
- **Toimintakyvyn huomioonottaminen**
 - Potilaiden toimintakyky otettiin yleisesti hyvin huomioon. *Mitä jos toimintakyky riittäisi, mutta potilas haluaa että tehdään puolesta?*

Kartoitus
Tulokset, sekä niiden analyysia.

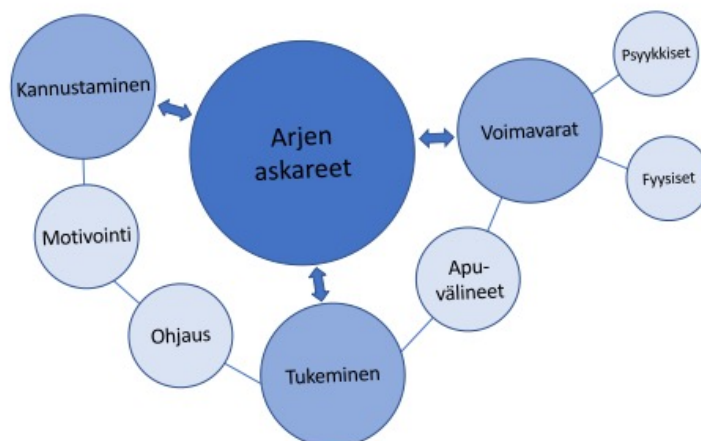
Kuntouttava työote

Pientä kertausta,
sekä tarkempi sukellus
ohjauksen ja
motivaation eri
muotoihin.



Kuntouttavan työotteen perusteet

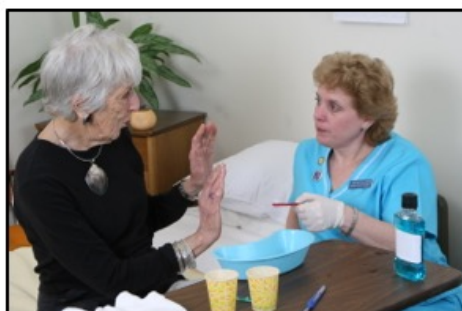
"Kuntouttavan työotteen käyttö tarkoittaa, että asiakkaita kannustetaan ja tuetaan käyttämään jäljellä olevia omia voimavarojaan arjen askareissa." Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.



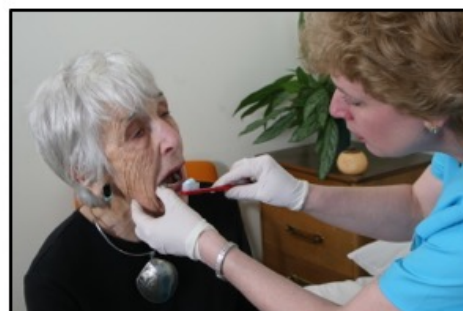
**Yksinkertainen malli
kuntouttavan
työotteen osa-alueista
ja niiden
vuorovaikutussuhteista**



Puolesta, itsenäisesti vai yhdessä?



?



- Parhaat tulokset toimintakyvyn ylläpitämisessä saadaan pohtimalla asia jokaisen asiakkaan jokaisen arjen toiminnon kohdalla.
- Saattaa olla hyvinkin intuitiivista, mutta on myös helppo unohtaa.
- Tiedon jakaminen muille työntekijöille keskeisessä roolissa. **Mikä tekniikka tai tekemisen tapa kullakin potilaalla toimii?**



Motivaatio

- Motivaatio on monimutkaisen prosessin tulos, missä yhdistyy, vaikuttimen voimakkuus, usko omiin vaikuttamismahdollisuuksiin, aikaperspektiivi ja tunneäly.
- Usko omiin vaikutusmahdollisuuksiin voi olla vaihteleva ja muuttua sen mukaan, kuinka vahvasti olemme vakuuttuneita siitä, että oma elämä voidaan muotoilla ja elää omien käsitysten mukaan
- Psykologinen aikaperspektiivi määrää ihmisen elämänvaiheen, kasvatuksen tms. perusteella sen millaisilla tavoitteilla voisi olla merkitystä. Menneisyyteen suuntautuneet ihmiset katsovat yleensä taaksepäin ja nykyisyyttä mitataan menneisyyden mittapuulla, josta johtuen nykyisyys näyttää usein epäonnistuneelta, koska nykyiset asiat asetetaan "siihen hyvään aikaan".



Motivaatio

- Motivaatio voidaan jakaa **yleiseen** ja **sisäiseen** motivaatioon. Jokaiselta ihmiseltä löytyy jonkin verran motivaatiota, tiettyjä asioita, toiveita tai tavoitteita, jotka vaikuttavat motivoivasti, tällöin voidaan puhua yleisestä motivaatioista.
- Sisäiseen motivaatioon kuuluu tekemisestä saatava mielihyvä ja toimimisen merkitys. Yksilön motivaatio voi vaihdella ja sisäinen motivaatio esittäytyy vahvemmin jos, ympäristö täyttää kolme psykologista perustarvetta. Niitä ovat tarve toimia yksilönä, tarve olla tuntee olevansa pätevä ja näyttää se. Kolmas tekijä on hyväksymisen ja arvostuksen tarve sekä huolenpidon tarve.



Motivaatio ja voimavarat

- Usko vaikutusmahdollisuuksiin, hoitajan sekä asukkaan.
- Mitä enemmän voimavaroja saadaan käyttöön sitä paremmin asukas motivoituu.
- Edellyttää työtapojen kriittistä tarkastelua.
- **Mitä ovat asukkaidemme yksilölliset tarpeet?
Millä tavoin tarpeisiin vastataan?
Miten poistaa mahdolliset turhat rutiinit, jotta asukas pääsee toimimaan voimavarojensa mukaan?**



Ohjaaminen

Ohjaaminen voi olla sanallista, visuaalista tai manuaalista, sekä yhdistelmä näitä kaikkia.



Verbaalien ohjaus

- Verbaalisessa ohjauksessa on tärkeää **selkeät lauseet** ja **ymmärrettävät käsitteet**. Voidaan antaa haluttu kuva suorituksesta ja ohjata alkuasentoon.
- Suorituksen aikana palautteen anto on **lyhyttä ja ohjaavaa**.
- Suorituksen jälkeen palaute voi olla kattavampaa.



Visuaalien ohjaus

- Visuaalisessa ohjaamisessa hoitaja voi ensin **näyttää liikkeen**.
- Tärkeää on näyttää liike sen luonnollisella liikerytmillä ja nopeudella.
- Liikkeessä tulee näkyä kaikki liikkeen kannalta olennaiset osat ja vaiheet, sujuvasti.



Manuaalien ohjaus

- Manuaalisessa ohjaamisessa hoitaja avustaa asukasta liikkeen tekemiseen ja voi antaa pienellä liikkeenohjauksella liikkeelle suunnan.
- Manuaalisessa ohjauksessa on tärkeää, **ettei asukasta avusteta liikaa ja vältetään riippuvuussuhteen syntyminen**.



Ohjaustilanne

- Ohjaamisesta on hyvä tehdä **mahdollisimman kiireetön** tilanne.
 - Kiireettömyyden tunne saadaan avoimella ja rennolla suhtautumisella.
- Ohjaus on hyvä aloittaa verbaalisesti ja käydä siten läpi suorituksen vaiheet selkeästi ja johdonmukaisesti.
- Tämän jälkeen ohjeistusta voidaan tehostaa visuaalisella ohjaamisella, jolloin asukas saa mielikuvan suorituksesta.
- Lopuksi ohjaukseen yhdistetään tarpeen vaatiessa manuaalinen ohjaustapa.



Ohjauksesta

- Manuaalisessa ohjaamisessa tulee välttää tarttumasta vaatteisiin, kaulaan tai vyötäröön.
- On arvioitu, että asiakkaat muistavat 75 prosenttia siitä, mitä he näkevät ja noin 10 prosenttia siitä mitä kuulevat.
- Sekä näkö, että kuuloaistia käyttämällä asiakkaat muistavat noin 90 prosenttia.
- Ohjauksessa huomioitava asukkaan sen hetkiset voimavarat.



Parannusehdotuksia

Mietitään yhdessä
mitä erilaisissa
tilanteissa voisi tehdä
kuntouttavan
työotteen
parantamiseksi

Parannus-
ehdotuksia

Käytännön esimerkkejä,
havainnointiin perustuen.
Yhteistä ideointia ja
keskustelua

Käytännön tilanteita ja ratkaisuja

Ruokailu

- Ruoan ottaminen itse.
- Astioiden vieminen pois.
- Ruokajuoma pöydässä?

Pukeutuminen

- Vaatteiden valitseminen itse.
- Pukeminen mahdollisimman itsenäisesti.
- Sukanvetolaite?

Siirtymiset

- Toimintakyvyn mukaan mahdollisimman itsenäisesti.
- Kävellen, kelaten.
- Tuen ja ohjauksen määrä ja tyyppi. Mikä on kullekin sopiva?

Hygienia

- Toimintakyvyn mukaan mahdollisimman itsenäisesti.

Miten ohjaisit?
Miten motivoisit?

Parannus-
ehdotuksia

Käytännön esimerkkejä,
havainnointiin perustuen.
Yhteistä ideointia ja
keskustelua

Esimerkki kyselylomakkeen sisällönanalyysistä

7. Mikä sinusta hankaloittaa kuntouttavan työtteen toteutumista?

Hoitaja1. "Ajanpuute, epäergonomiset työasennot sekä tilanpuute". Kaikkien pitäisi toteuttaa kuntouttavaa työtettä samanlailla". Myös esim. asukkaan kuolossa tai ymmärryksessä voi olla vikaa".

Hoitaja2. "Kiireinen arki".

Hoitaja3. "Toiset haluaa tehdä kaiken puolesta. (Koska kyseessä iäkkäät ihmiset)".

Hoitaja4. "Kiire".

Hoitaja5. "Kiire, ei ole aikaa antaa asukkaan tehdä itse vaan tekee puolesta".

Hoitaja6. "Koko henkilökunta ei ole motivoitunut toteuttamaan joidenkin asukkaiden kohdalla".

Hoitaja7. "Ei mikään. Joskus harvoin tuntuu, että aikataulut ja kiire olevinaan hankaloittavat kuntouttavan työtteen toteuttamista, mutta eihän se oikeasti sen enempää aikaa vie".

Hoitaja8. "Hoitaja tekevät puolesta, koska on kiire".

Hoitaja9. "Asukkaan huono kunto".

Hoitaja10. "Kiire". "Toisinaan hoitajan asenne/tietämättömyys, sitoutumattomuus". "Jos on paljon lyhyitä sijaisuuksia tekeviä hoitajia, kuntouttavan työtteen jatkuvuus katkeilee esim. tiedonpuutteen vuoksi ei tunne asukasta jne".

Hoitaja11. "Koulutuksen puute", "ei sitouduta noudattamaan". "Ajanpuute", "apuvälineiden puute".

Hoitaja 12. "Toisinaan kiire" "asukkaan motivaation puutos".

Hoitaja13. "Asukkaan passiivisuus", "liian vähän hoitajia, kiire saada esim. aamuisin asukkaat aamiaiselle yms".

Hoitaja1. "Huonokuntoiset asukkaat ja edelleen hoitajien vähäisyys."

Hoitaja2. "En osaa sanoa."

Hoitaja3. "Työnkierto(jatkuva), ei sitouduta, kaikilla ei tarvittavaa koulutusta."

Hoitaja4. "Oma asennekin toisinaan, ja toisinaan kiire."

Hoitaja5. "Kaikki eivät sitoudu siihen."

Hoitaja6. ei vastausta

Hoitaja7. "Huonot työtilat, kiire."

Hoitaja8. "Kiire, se että ei ole perillä aina mahdollisesta asukkaan vaihtelevasta toimintakyvystä, kun hyppii töissä monella eri osastolla."

Hoitaja9. "Jos asukas ei ole yhteistyöhaluinen."

Sisällön pelkistämien		
Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
"Ajanpuute"	Töissä on kiire, josta johtuen hoitaja kokee, ettei kuntouttavaa työtettä ole aikaa noudattaa	Kiire
"epäergonomiset työasennot"		Ergonomia

<p>"tilanpuute"</p> <p>" Kaikkien pitäisi toteuttaa kuntouttavaa työtettä samanlailla"</p> <p>" Myös esim. asukkaan kuulossa tai ymmärryksessä voi olla vikaa".</p> <p>" Kiireinen arki".</p> <p>" Toiset haluaa tehdä kaiken puolesta. (Koska kyseessä iäkkäät ihmiset)".</p> <p>"Kiire"</p> <p>"Kiire, ei ole aikaa antaa asukkaan tehdä itse vaan tekee puolesta".</p> <p>"Koko henkilökunta ei ole motivoitunut toteuttamaan joidenkin asukkaiden kohdalla".</p> <p>"Ei mikään. Joskus harvoin tuntuu, että aikataulut ja kiire olevinaan hankaloittavat kuntouttavan työtteen toteuttamista, mutta eihän se oikeasti sen enempää aikaa vie".</p>	<p>Huono työergonomia, vaikeuttaa kuntouttavan työtteen toteutumista</p> <p>Tilojen ahtaus, vaikeuttaa kuntouttavan työtteen toteuttamista</p> <p>Kuntouttava työote ei ole yhdenmukaista</p> <p>Asukkaan huono kunto</p> <p>Töissä on kiire</p> <p>Ei tueta omatoimisuuteen</p> <p>Töissä on kiire, josta johtuen hoitaja kokee, ettei kuntouttavaa työtettä ole aikaa noudattaa</p> <p>Tehdään puolesta koska se ei vie aikaa niin paljoa.</p> <p>Ei toteuteta kuntouttavaa työtettä yhdenmukaisesti.</p> <p>Ei ymmärretä kuntouttavaa työtettä, josta syystä osa ei tiedä kuinka suhtautua kuntouttavaan työtteeseen</p>	<p>Työtilat</p> <p>Yhdenmukaisuus</p> <p>Asukkaan kunto</p> <p>Kiire</p> <p>Omatoimisuus</p> <p>Kiire</p> <p>Kiire</p> <p>Yhdenmukaisuus</p> <p>Ymmärrys</p> <p>Kiire</p>
---	---	---

”Hoitaja tekevät puolesta, koska on kiire”.		Asukkaan kunto
”Asukkaan huono kunto”	Töissä on kiire, josta johtuen hoitaja kokee, ettei kuntouttavaa työtettä ole aikaa noudattaa	Kiire
”Kiire”	Hoitaja kokee asukkaan kunnan olevan kuntouttavaa hoito otetta rajoittava tekijä	Yhdenmukaisuus
” Toisinaan hoitajan asenne/tietämättömyys, sitoutumattomuus”.	Töissä on kiire, josta johtuen hoitaja kokee, ettei kuntouttavaa työtettä ole aikaa noudattaa	Yhdenmukaisuus
”Jos on paljon lyhyitä sijaisuuksia tekeviä hoitajia, kuntouttavan työteen jatkuvuus katkeilee esim. tiedonpuutteen vuoksi ei tunne asukasta jne.”.	Kaikki eivät ole yhtä sitoutuneita noudattamaan kuntouttavaa työtettä	Osaaminen Yhdenmukaisuus
”Koulutuksen puute”.	Kaikki eivät ole tietoisia, kuinka toteuttaa yhdenmukaisesti kuntouttavaa työtettä	Kiire Apuvälineet
”ei sitouduta noudattamaan”.	Ei osata	Kiire
”apuvälineiden puute”.	Kaikki eivät ole yhtä sitoutuneita noudattamaan kuntouttavaa työtettä	Motivointi
”Toisinaan kiire”	Töissä on kiire, josta johtuen hoitaja kokee,	Motivointi

<p>"asukkaan motivaation puutos".</p> <p>"Asukkaan passiivisuus",</p> <p>"liian vähän hoitajia, kiire saada esim. aamuisin asukkaat aamiaiselle yms".</p>	<p>ettei kuntouttavaa työtettä ole aikaa noudattaa</p> <p>Ei ole oikeita apuvälineitä tai niitä ei ole riittävästi, jotta voitaisiin toteuttaa kuntouttavaa työtettä</p> <p>Töissä on kiire, josta johtuen hoitaja kokee, ettei kuntouttavaa työtettä ole aikaa noudattaa</p> <p>Koetaan, että asukkaat eivät ole riittävän motivoituneita tai hoitajat eivät osaa motivoida heitä riittävästi</p> <p>Koetaan, että asukkaat eivät ole riittävän motivoituneita tai hoitajat eivät osaa motivoida heitä riittävästi</p> <p>Töissä on kiire, josta johtuen hoitaja kokee, ettei kuntouttavaa työtettä ole aikaa noudattaa</p>	<p>Kiire</p>
---	--	--------------