

ORTOGERIATRISEN OSASTON KUNTOUTUS- TOIMINNAN NYKYTILA JA KEHITTÄMINEN

Moniammatillisen henkilökunnan näkökulma

Kiste Heikkinen
Päivi Sirén

Opinnäytetyö
Lokakuu 2012

Kuntoutusohjauksen ja - suunnittelun koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) HEIKKINEN, Kiste SIRÉN, Päivi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 29.10.2012
	Sivumäärä 66 + 5	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi ORTOGERIATRISEN OSASTON KUNTOUSTUSTOIMINNAN NYKYTILA JA KEHITTÄMINEN MONIAMMATILLISEN HENKILÖKUNNAN NÄKÖKULMA		
Koulutusohjelma Kuntoutusohjauksen ja - suunnittelun koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) SAARNI, Lea		
Toimeksiantaja(t) Hatanpään sairaala osasto A3, Tampereen kaupunki		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Hatanpään sairaalan osasto A3:n moniammatillisen henkilökunnan käsityksiä yksikön tämänhetkisen kuntoutustoiminnan tilasta ja tuoda esille henkilökunnan ajatuksia sen kehittämistä. Saatua tuloksia on jatkossa mahdollisuus käyttää osastotyön toimintaa suunniteltaessa. Taustalla vaikutti vuodenvaihteessa 2010–2011 tapahtunut profiilimuutos ortopedisestä osastosta kuntoutuspainotteiseksi ortogeriatriiseksi osastoksi.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tapaustutkimuksena. Aineisto kerättiin avoimin kysymyksin kyselylomakkeilla. Analysointi suoritettiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Toimeksiantajana oli Tampereen kaupungin Hatanpään sairaalan osasto A3.</p> <p>Opinnäytetyötulosaineisto oli kysymysten laajuuden vuoksi runsas. Kuntoutustoiminnan nykytilaa vahvistavana nähtiin muun muassa motivoitunut ja ammattitaitoinen henkilökunta. Keskeisimmät haasteetkin löytyivät henkilökunnan asenteista ja osaamisesta. Esimerkiksi potilaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyvien suunnitelmien koettiin viivästyvän ja moniammatillisuuden hyödyntämisessä todettiin puutteita. Kehittämisaatukset olivat realistisia ja toteutettavissa olevia. Asiakslähtöisyyden kehittämisen edellytyksenä pidettiin työympäristöön sijoittuvaa koulutusta. Moniammatillisuutta potilaan toimintakyvyn arvioinnissa ehdotettiin kehitettävän muun muassa eri ammattiryhmien välistä arvostusta ja vuorovaikutusta lisäämällä. Kuntoutussuunnitelman käyttöönoton ja siten kuntoutuksen jatkuvuuden takaamiseksi esitettiin helposti seurattavaa ja jatkokuntoutuksessa hyödynnettävää, huolellisesti kirjattua kuntoutussuunnitelmaa, josta olisi dokumentti myös potilaalla. Jatkohoitoon siirryttäessä huomiota toivottiin kiinnitettävän muun muassa suullisen informaation tärkeyteen silloin, kun ollaan yhteydessä niin omaisten kuin kotihoidon henkilöstön kanssa.</p> <p>Jatkotutkimusaiheina olisi mielenkiintoista selvittää asiaa potilasnäkökulmasta sekä tehdä sama kysely henkilökunnalle parin vuoden päästä tuloksia verraten.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Kuntoutus, kuntoutuminen, asiakslähtöisyys, moniammatillisuus, toimintakyky, ikääntyneet		
Muut tiedot		



Author(s) HEIKKINEN, Kiste SIRÉN, Päivi	Type of publication Bachelor's thesis	Date 29.10.2012
	Pages 66 + 5	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title THE STATUS AND DEVELOPMENT AREAS OF REHABILITATIVE OPERATIONS IN AN ORTHOGERIATRIC DEPARTMENT AS SEEN BY MULTI-PROFESSIONAL PERSONNEL		
Degree Programme Rehabilitation Counselling		
Tutor(s) SAARNI, Lea		
Assigned by A3 department, Hatanpää Hospital, City of Tampere		
Abstract The aim of this Bachelor's thesis was to chart the multi-professional personnel's conceptions regarding the current status of rehabilitative operations in specialist medical care department A3 in Hatanpää Hospital. Another goal was to clarify the personnel's ideas for improvements of rehabilitative operations, which can be utilised when developing the operations further. One additional reason for producing this thesis was the profile change of A3 from orthopedics to an orthogeriatric department focused on rehabilitation. In this thesis, a qualitative case study research method was used. The data were gathered with a questionnaire which included open-ended questions to the personnel. A theory-driven content analysis was conducted on the collected data. The assignment for this thesis was given by Hatanpää Hospital. The questionnaires resulted in a large amount of data due to the broad nature of questions included. A motivated and professional personnel was seen as a significant factor in the current status and the future improvements of rehabilitative operations, but the personnel was also considered as the main challenge. Unnecessary delays in patients' rehabilitative plans and treatment and utilising multi-professionalism were perceived as areas for improvement. The development ideas presented were realistic to be implemented. One prerequisite to improve client-oriented work was training and education in the actual working environment. Increasing the collaboration and awareness between different professions involved was expected to improve the efficiency of rehabilitative evaluation, planning, and implementation. To ensure proper rehabilitative planning and continuous implementation, proposals were made for documenting the plan and the related progress, and making them accessible for the patients. This way, the plan could also be utilised in further rehabilitation. When transferring to follow-up treatment, the importance of informative verbal communication was highlighted in communication with home care personnel and relatives. For future research, it would be interesting to do a similar analysis from the perspective of the patients. Also, the questionnaire used could be administered to the personnel after one or two years, and the results could be compared to the ones received and analysed in this thesis.		
Keywords Rehabilitation, client-orientation, multi-professionalism, ability to function, older people		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ HATANPÄÄN SAIRAALAN OSASTO A3	4
3 KUNTOUTUMISEN TUKEMINEN	5
3.1 Kuntoutus ja kuntoutuminen	5
3.2 Asiakaslähtöisyys.....	8
3.3 Moniammatillisuus	11
3.4 Toimintakyky ja sen arviointi	13
3.5 Kuntoutussuunnitelma	15
3.6 Kuntoutuksen jatkuvuus.....	16
4 IKÄÄNTYMINEN JA KUNTOUTUS	18
4.1 Ikääntyminen elämänvaiheena	18
4.2 Ikäihmisen kuntoutuksen erityispiirteitä.....	19
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	22
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	23
6.1 Kohderyhmä ja työn rajaus	23
6.2 Laadullinen tapaustutkimus	24
6.3 Kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä.....	25
6.4 Aineiston analyysi	27
6.5 Tutkimuksen kulku	30
6.6 Luotettavuuden arviointi ja eettiset kysymykset	33
7 TUTKIMUSTULOKSET	35
7.1 Osaston kuntoutustoiminnan nykytila.....	35
7.1.1 Edistävät tekijät	36
7.1.2 Estävät tekijät.....	37
7.2 Osaston kuntoutustoiminnan kehittäminen	39

7.2.1 Asiakaslähtöisyys	40
7.2.2 Moniammatillinen yhteistyö toimintakyvyn arvioimisessa	43
7.2.3 Kuntoutussuunnitelman laatiminen.....	44
7.2.4 Kuntoutussuunnitelman toteuttaminen	47
7.2.5 Yhteistyön ja tiedonsiirron parantaminen siirtymävaiheissa	49
7.3 Yhteenveto tuloksista.....	51
8 POHDINTA.....	53
8.1 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu	53
8.2 Tulosten pohdintaa	54
8.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	59
LÄHTEET	61
LIITTEET	67
Liite 1. Saatekirje & kyselylomake	67
Liite 2. Vertailtavat tutkimukset	69

KUVIOT

KUVIO 1. Asiakkuuden näkökulmat sosiaali- ja terveydenhuollossa	9
KUVIO 2. Asiakaslähtöisyyden rakennuspuut.....	10
KUVIO 3. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuvia tekijöitä.....	12
KUVIO 4. ICF kuntoutuksen viitekehyksenä.....	14
KUVIO 5. Tavallisimmin käytetyt kuntoutustoimenpiteet.....	21
KUVIO 6. Esimerkki opinnäytetyömme analyysistä.....	29
KUVIO 7. Yhteenveto tutkimustuloksista.....	52

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Opinnäytetyön eteneminen.....	32
---	----

1 JOHDANTO

Terveydenhuoltosektorilla on yhteiskunnassamme avainrooli kuntoutuksessa. Se on usein niin kuntoutustarpeen ensihavaintaja, kuntoutusprosessin alullepanija kuin sen kokonaiskoordinoijakin. (Kuntoutusselonteko 2002, 9.) Vuonna 2011 voimaan astuneen uuden terveydenhuoltolain oli määrä entisestään vahvistaa julkisen terveydenhuollon vahvinta asemaa kuntoutuksen ohjaus- ja kehittämisvastuussa (Vilkkumaa 2012). Tässä merkittävässä tehtävässä tulisi terveys ymmärtää laajemminkin kuin vain sairauden puuttumisena. Kuntoutuksen merkitys tulisi nähdä rajallisessakin toimintakyvyssä, jota tuetaan ja parannetaan niin yksilön kuin yhteiskunnan parhaaksi. (Leino 2011, 264.) Etenkin ikääntyminen asettaa useita haasteita niin kuntoutustyölle kuin kuntoutuspalvelujärjestelmällekin. Ikääntyneiden kuntoutukseen osallistuvien työntekijöiden olisikin tärkeä ymmärtää ikääntyvän ihmisen monimuotoisuutta sekä erityisyyttä kuntoutujana. (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 550.)

Tulevaisuudessa kuntoutuksen tarve tulee merkittävästi kasvamaan niin elinajan lisääntymisen kuin suurten ikäluokkien ikääntymisenkin myötä. Eliniän odote naisilla on nykyisin noin 82 vuotta ja miehillä 75 vuotta. Vuonna 2030 vastaavien lukujen ennustetaan olevan 85 ja 80 vuotta ja yli 65- vuotiaiden väestöosuuden kasvaneen nykyisestä noin 16 prosentista 26 prosenttiin. Eri-tyisen voimakasta on yli 90- vuotiaiden osuuden kasvu. (Koskinen ym. 2008, 547.) Yhteiskunnan ikääntyessä meidän kaikkien on tarkistettava ja muutettava käsitystämme vanhuudesta elämänvaiheena. Kyseessä on sekä asenteellinen että osaamiseen liittyvä haaste. (Risikko 2009, 6.)

Opinnäytetyömme tehtävät kohdistuvat Tampereen kaupungin ortogeriatriselle erikoissairaanhoidon osastolle A3. Tavoitteenamme on kyselylomakkeen avulla selvittää ikäihmisten parissa työskentelevän moniammatillisen henkilökunnan näkemystä osaston tämänhetkisestä kuntoutustoiminnasta sekä sitä, miten sitä voitaisiin eri osa-alueilla kehittää. Nämä osa-alueet asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus, toimintakyky ja sen arviointi, kuntoutussuunnitelma sekä kuntoutuksen jatkuvuus ovat kuntoutuksen ydinaluetta ja muodostavat myös

teoriaosuutemme rungon. Osaston luonteen vuoksi käsittelemme teoriaosiossa lisäksi ikääntymistä elämänvaiheena sekä ikäihmisen kuntoutuksen erityispiirteitä.

Työmme kautta saatuja tuloksia voi jatkossa hyödyntää osastotyön toimintaa suunniteltaessa. Opinnäytetyön sisältöön ja kieliasuun ovat vaikuttaneet osaston henkilökunnan koulutustausta ja ymmärrys kuntoutuksesta osana terveydenhuoltoa. Olemme pyrkineet laatimaan työmme siten, että sen luettavuus palvelisi kaikkia kuntoutustoimintaan osallistuvia työntekijöitä ja tarjoaisi uudenlaisia näkökulmia käytännön työhön. Työssämme käytämme synonyymeina käsitteitä kuntoutuja, asiakas ja potilas sekä ikääntyneiden kuntoutukseen liittyen ikäihminen, ikääntynyt ja vanhus asiayhteydestä riippuen.

Koemme opinnäytetyöaiheemme sopivan hyvin kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelmaan, sillä Kuntoutusohjausnimikkeistön (2010, 8–9, 31) mukaan kuntoutusohjaustyö on laaja-alaisuudessaan neuvovaa, ohjaavaa, opastavaa ja informoivaa sekä kouluttavaa ja konsultoivaa. Kuntoutuksen ohjaajan työ voi kohdistua itse kuntoutujaan, hänen läheisiinsä, kuntoutusryhmään, johonkin yhteisöön tai työelämän eri ammattiryhmiin (Kuntoutusohjausnimikkeistö 2010, 8, 31, 33). Opinnäytetyön tekeminen antaa meille mahdollisuuden kasvaa ja kehittyä oman alamme asiantuntijuudessa osallistumalla työyhteisön kuntoutustoiminnan kehittämiseen työmme avulla.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ HATANPÄÄN SAIRAALAN OSASTO A3

Hatanpään sairaala on erikoissairaanhoidon palveluja tamperelaisille tarjoava 368 potilaspaikkainen yksikkö, jonka toiminta-alat ovat kirurgia, sisätaudit, infektioaudit, yleislääketiede, neurologia ja geriatria. Osasto A3 on yleislääketieteen ja geriatrian palvelulinjaan kuuluva ortogeriatrinen osasto, jossa hoidetaan lyhytaikaista jatkohoitoa ja kuntoutusta tarvitsevia ikääntyneitä tuki- ja liikuntaelinsairaita potilaita. Aiemmin osasto A3 toimi ortopedisenä osastona,

mutta muuttui organisaatiomuutosten johdosta vuodenvaihteessa 2010–2011 nykyiseen muotoonsa. (Tampereen kaupunki 2012; Kaistinen 2012; Partanen 2012.)

Osastolla on 22 vuodepaikkaa. Osaston potilaat ovat ortogeriatrisia pääosin lonkkamurtuma- ja tekonivelleikkauksesta kuntoutuvia sekä osin traumapotilaita. Potilaat tulevat osastolle pääosin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ortopediseltä osastolta, tekonivelsairaala Coxasta sekä päivystysasema Acutasta. Hoito- ja kuntoutusajat ovat lyhytkestoisia, tavoitteena enimmillään parin viikon hoitajakso. Toiminnan ensisijainen tavoite on potilaiden kuntoutuminen kotiin osastohoidon jälkeen. Kuntoutumisen pitkittyessä potilaat ohjataan jatkokuntoutukseen muun muassa Tammenlelväkeskukseen sekä Rauhaniemen ja Kaupin sairaaloihin. (Kaistinen 2012; Partanen 2012.)

Osastolla A3 työskentelevät osaston ylilääkäri, osastonlääkäri, erikoistuvan vaiheen lääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, fysioterapeutti, kuntahoitaja, 13 sairaanhoitajaa, neljä lähihoitajaa, kolme sairaalahuoltajaa ja osastonsihteeri. Osaston henkilökuntarakenne mahdollistaa hoidon ja kuntoutuksen moniammatillisen yhteistyön. Tarvittaessa käytettävissä ovat myös sairaalan erityistyöntekijät ja muiden lääketieteen erikoisalojen lääkärit. (Kaistinen 2012; Partanen 2012.)

3 KUNTOUTUMISEN TUKEMINEN

3.1 Kuntoutus ja kuntoutuminen

Kuntoutuksen pyrkimyksenä on parantaa ihmisten toimintakykyä, sosiaalista selviytymistä sekä edesauttaa työkykyisyyttä ja turvata työurien jatkuvuutta. Kuntoutuksella yritetään ennaltaehkäistä ja kompensoida sairauksien, vammojen sekä sosiaalisen syrjäytymisen mukanaan tuomia haasteita ja vaikeuksia. Lisäksi kuntoutuksella pyritään yleisemmin tukemaan niin ihmisten kuin eri väestöryhmienkin voimavaroja, selviytymistä sekä hyvinvointia elämän arki-

sisä tilanteissa ja etenkin erilaisissa elämän siirtymävaiheissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 8.)

Kuntoutusta voidaan tarkastella sekä kapeassa että laajassa merkityksessä. Kapeassa merkityksessä kuntoutus on sarja toimenpiteitä, joiden tavoitteena on parantaa ihmisen toimintakykyä. Laajassa merkityksessä kuntoutus on moninaista pyrittäessä lisäämään ihmisen mahdollisuuksia, itsetuntemusta ja itsemääräämisoikeutta. (Survikas, Laurell & Nordman 2006, 8-9.) Järvikoski & Härkäpään (2011, 8) mielestä käsitykset ja kokemukset kuntoutuksesta vaihtelevat, sen ollessa monialainen toimintojen kokonaisuus. Miettisen (2011, 15) mukaan edelleen käydään keskustelua, mitä kuntoutus on sekä haetaan rajoja jatkuvassa muutoksessa olevalle kokonaisuudelle. Koukkari (2010, 11) kuvaa kuntoutusta laaja-alaiseksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on ymmärtää kuntoutuminen kokonaisvaltaisesti fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina.

Vuonna 2002 laadittu Valtioneuvoston kuntoutusselonteko määrittelee kuntoutusta seuraavasti:

Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutuminen. Kuntoutumisen näkökulmasta kuntoutus voidaan määritellä ihmisen tai ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista, usein pitkäjänteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. (Kuntoutusselonteko 2002, 3.)

Puumalainen (2008, 16) kuvailee kuntoutusta tavallaan olleen niin kauan kuin sairauksiakin. Käsitteenä kuntoutus rantautui Suomeen kuitenkin vasta hiljalleen 1940-luvun lopulla. Aluksi käytössä oli termi kuntouttaminen. Myöhemmin siirryttiin käyttämään termejä kuntoutus ja kuntoutuminen, koska haluttiin korostaa kuntoutujan omaa panosta kuntoutuksessa. Kaiken kaikkiaan kuntoutuksen kehityssuuntaukset ovat Suomessa vaihdelleet eri aikakausina ja laajentuneet niin määrällisesti kuin laadullisesti asteittain omaksi lakisääteiseksi palvelujärjestelmäkseen. (Puumalainen 2008, 16–18.)

Kuntoutukseen liittyviä ominaispiirteitä ovat tavoitteellisuus ja siihen yhdistyvä suunnitelmallisuus, prosessinomaisuus sekä monialaisuus ja – ammatillisuus. Kuntoutuksen tavoitteena on aina muutos kuntoutujan elämäntilanteessa, jotta arkinen toiminta omassa elinympäristössä mahdollistuisi. Tämä edellyttää kuntoutujan ja hänen toimintaympäristönsä välistä muutosta, joka usein rakentuu sekä kuntoutujan voimavarojen vahvistumisesta että erilaisten ympäristössä olevien esteiden poistamisesta. Tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan suunnitelmallisuutta siitä, millaisia muutoksia halutaan ja millä keinoin niihin on mahdollisuus päästä. Tavoitepohjainen ja etenemiseltään seurattu kokonaissuunnitelma erottaa kuntoutuksen esimerkiksi yksittäisestä toimenpiteestä. Kuntoutus on usein eri vaiheista ja palveluista koostuva prosessi, jonka haasteena on sen katkeamattomuus. Prosessi sisältää erilaisia monialaisia toimenpiteitä, joissa hyödynnetään eri ammattia edustavien henkilöiden asiantuntemusta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 33–34.)

Järvikosken & Härkäpään (2011, 26) mielestä perustelut kuntoutukselle löytyvät arvoista sekä ihmiskäsityksestä. He näkevät kuntoutuksen arvoina onnellisuuden, hyvinvoinnin, vapauden ja oikeudenmukaisuuden. Kuntoutuksen tavoite on lieventää sairaudesta ja vajaakuntoisuudesta johtuvia kipuja ja haittoja, parantaen niin terveyttä, toimintakykyisyyttä kuin psyykkistä hyvinvointiaakin. Kuntoutuksen perusarvona vapaus merkitsee kuntoutujan itsemääräämisoikeutta ja hänen autonomiansa kunnioittamista. Yhteiskunnan on puolestaan pyrittävä oikeudenmukaisesti takaamaan kaikille jäsenilleen olosuhteet mahdollisimman täysipainoiseen elämään. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 27.) Järvikoski & Härkäpää (2011, 30) kuvaavat filosofi Sirkku Hellstenin näkemystä siitä, kuinka kuntoutuksessa ihminen nähdään fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena ja kulttuurisena kokonaisuutena. Täten holistinen ihmiskäsitys sopii parhaiten kuvaamaan kuntoutuksen ihmiskäsitystä (Järvikoski & Härkäpää 2011, 30).

Kuntoutusta on perinteisesti jaoteltu lääkinällisen, ammatillisen, kasvatuksellisen sekä sosiaalisen kuntoutuksen erillisiin osa-alueisiin. Nähtäessä nykyisin kuntoutus monialaisten toimintojen kokonaisuutena, osa tutkijoista ei pidä kyseistä luokittelua enää mielekkäänä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 20.) Myös

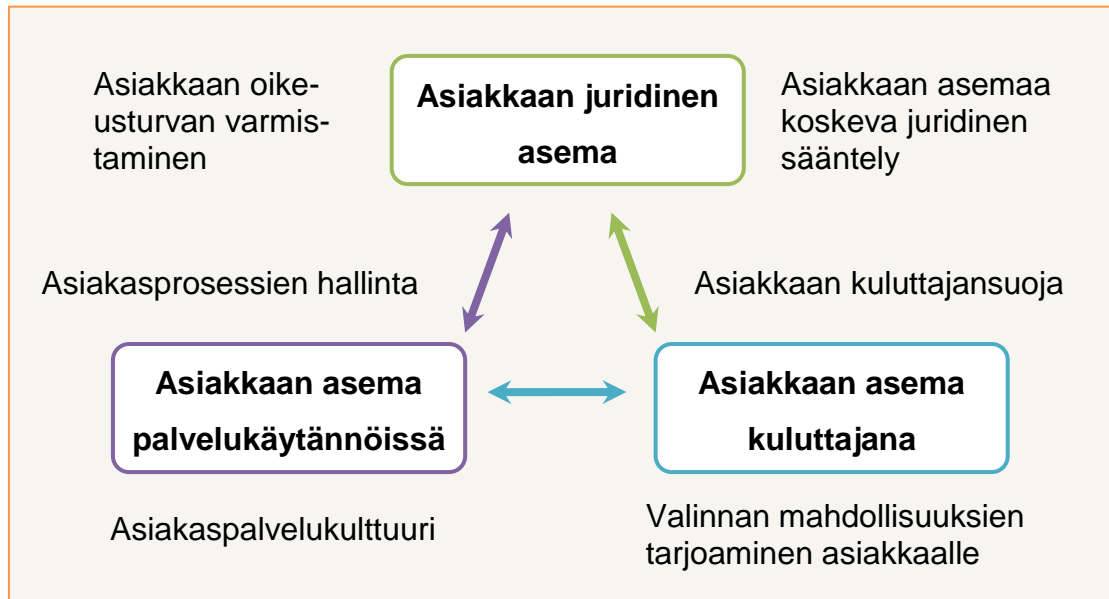
rajanveto hoidon ja kuntoutuksen välillä on sekä Järvikoski & Härkäpään (2011, 21) että Miettisen (2011, 17) mielestä näkemyksistä riippuen erilaista sekä haastavaa. Rajaa hoidon ja kuntoutuksen välillä voidaan verrata kuin veteen piirretyksi. Ihminen nähdään hoidon alkuvaiheessa enemmän toiminnan kohteena, pärjäämisen lisääntyessä ja siirryttäessä kuntoutusvaiheeseen hänestä tulee toiminnan subjekti ja osallinen tuloksen synnyssä. (Koivuniemi & Simonen 2011, 16.)

Kuntouttava tai kuntoutumista tukeva työote on nykyisin kaikkea hyvää hoivaa ja hoitoa ohjaava periaate ja toimintatapa. Termejä käytettäessä viitataan yleensä ammattilaisten tapaan työskennellä asiakkaan selviytymistä ja elämänhallintaa edistävästi, ottaen huomioon hänen osallisuutensa, omatoimisuutensa sekä vaikutus- ja valinnanmahdollisuutensa. Esimerkiksi hoitotyössä on päämääränä tukea sekä kannustaa potilasta toimimaan mahdollisimman itsenäisesti voimavarojensa ja kykyjensä puitteissa. Puolesta tekemisen sijasta asioita tehdään yhdessä. Asiakas saa mahdollisuuden ja aikaa suoriutua toimista itsenäisesti, mutta apua tai ohjausta tarjotaan, mikäli asiakas kokee sen tarpeelliseksi. Kuntouttavassa työotteessa painottuu monesti toiminnan fyysisyys, yhtäläillä huomioon on kuitenkin otettava myös asiakkaan psyykinen ja sosiaalinen tilanne. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23.)

3.2 Asiakslähtöisyys

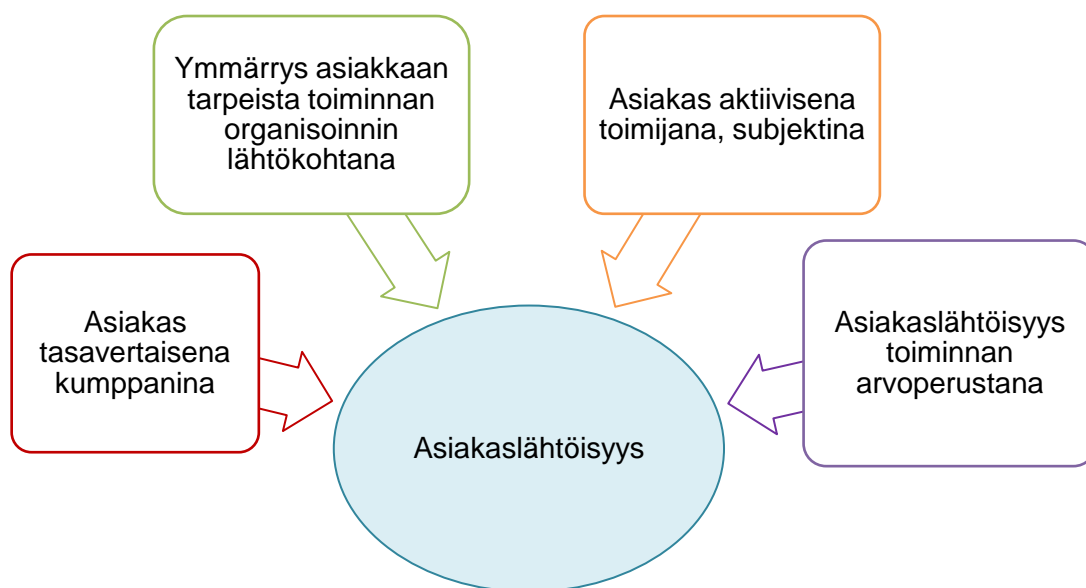
Asiakslähtöisyydelle on yleisesti ominaista, että palveluita pyritään järjestämään asiakkaan tarpeista lähteviksi. Palvelumahdollisuuksia tarjotaan niin asiakkaan kuin palveluntarjoajan näkökulmasta parhaalla mahdollisella tavalla. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakslähtöisyyttä ei ole määritelty täsmällisen yksiselitteisesti, vaan sitä voidaan palveluntuottajasta riippuen tarkastella monesta eri näkökulmasta (ks. kuvio1). Tarkastelua voidaan tehdä asiakkaan oikeusturvasta ja oikeudellisesta asemasta lainopillisesti. (Virtanen, Suoheimmo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 15–16.) Oikeudellisen asiakslähtöisyyden toteutumista vahvistavat muun muassa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785) sekä Terveysturvalaki (L 30.12.2010/1326). Asiakslähtöisyyttä on mahdollista tarkastella myös kuluttajuuden näkökul-

masta, jolla tarkoitetaan asiakkaan kuluttajansuojaa sekä valinnan mahdollisuuksien tarjoamista. Yhtenä näkökulmana on lisäksi palveluiden organisointi, jossa tarkastellaan millainen asiakkaan asema on palveluiden käytännöissä ja kulttuurissa sekä palveluprosessien suunnittelussa. (Virtanen ym. 2011, 16–17.)



KUVIO 1. Asiakkuuden näkökulmat sosiaali- ja terveydenhuollossa (Virtanen ym. 2011, 17, muokattu)

Yksiselitteisen käsitteen puuttumisesta huolimatta, asiakaslähtöisyyden teoriasta on löydettävissä neljä yhteneväistä periaatetta (ks. kuvio 2). Asiakaslähtöisyys on sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan perusarvo, joka pohjautuu ihmisarvolle. Toiseksi asiakaslähtöisyydelle on ominaista, että tarjottavat palvelut suunnitellaan asiakkaan tarpeista lähteviksi ja häntä palveleviksi, ei yksinomaan organisaatiolähtöisesti. Tämän vuoksi palveluntuottajalla tulee olla asiakasymmärrystä. Kolmanneksi asiakas nähdään asiakaslähtöisyydessä aktiivisena palveluihin osallistujana, eikä passiivisena palveluiden vastaanottajana. Neljänneksi asiakkaalla on oma asiantuntijuus elämästään, joka tekee asiakkaasta tasavertaisen toimijan sekä kumppanin työntekijän kanssa. (Virtanen ym. 2011, 19.)



KUVIO 2. Asiakaslähtöisyyden rakennuspuut (Virtanen ym. 2011, 19, muokattu)

Kuntoutuksen asiakas- eli kuntoutujalähtöisyydessä korostuvat Järvikosken & Härkäpään (2011, 188–189) mukaan asiakkaan äänen kuuluminen, kuntoutujan voimavarat sekä omassa toimintaympäristössä selviytyminen. Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen (2009, 7) painottavat ihmisen persoonan, elämäntilanteen ja ympäristön merkitystä kuntoutujalähtöisessä toiminnassa. Tossavainen (1996, 9) toteaa asiakkaan olevan koko kuntoutustoiminnan perusta. Kuntoutujalähtöisyys tähtää kuntoutujan omaan aktiiviseen rooliin sekä itsemääräämisoikeuden ja vaikutusmahdollisuuksien lisääntymiseen, jotta hän sitoutuu ja motivoituu kuntoutusprosessiin (Järvikoski & Härkäpää 2011, 14–15, 189, 198). Saavutettavissa ovat todennäköisesti sekä sujuvampi kuntoutusprosessi että vaikutuksiltaan paremmat lopputulokset, kun kuntoutuja on itse ollut määrittelemässä tilannettaan ja tavoitteitaan (Järvikoski & Härkäpää 2008, 61). Koukkarin (2011, 221–222) tutkimuksen mukaan tämä ei kuitenkaan aina toteudu, eikä kuntoutujalähtöisyyttä voida nähdä itsestäänselvyytenä kuntoutuskäytännöissä. Uuden elämäntilanteen ja selviytymisstrategioiden oppimisvaiheessa kuntoutujat kokivat muun muassa hoitohenkilökunnan taholta heidän autonomiaansa loukkaavaa sekä holhoavaa asennoitumista (Koukkari 2011, 222).

3.3 Moniammatillisuus

Moniammatillisesta yhteistyöstä on löydettävissä erilaisia määritelmiä ja merkityksiä riippuen tarkastelunäkökulmasta. Sitä voidaankin kutsua erilaisten yhteistyömuotojen sateenvarjokäsitteeksi. (Isoherranen 2008,33.) Perusajatukseltaan kysymys on kuitenkin erilaisissa toimintaympäristöissä ja tilanteissa tapahtuvasta asiantuntijoiden välisestä yhteistyöstä jonkin yhteisen työn tai tehtävän suorittamiseen, ongelman ratkaisemiseen tai päätöksen tekemiseen. Se tarjoaa mahdollisuuden tiedon ja osaamisen eri näkökulmien kokoamiselle sekä tilaisuuden laaja-alaisen, kokonaisvaltaisen käsityksen muodostamiselle. (Isoherranen 2005, 13–14.)

Isoherranen (2008,34) kuvaa moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakaslähtöisenä työskentelytapana, jonka avulla pyritään huomiomaan sekä asiakkaan elämäntilanteen kokonaisuus että hänen hoitopolkunsa. Eri asiantuntijat käsittelevät ja kokoavat yhdessä asiakaslähtöisesti tiedot ja taidot. Vastavuoroisesti, kaikkien osallistujien kesken luodaan tapauskohtaisesti yhteinen tavoite tarkoituksena löytää myös yhteinen ymmärrys asiakkaan tilanteesta sekä tarvittavista toimenpiteistä tai vaikeasti ratkaistavista asioista. Tieto kootaan sovitulla toimintaperiaatteilla ja keinoilla. Yhteistyöhön osallistuvat tarpeen mukaan myös asiakas ja/tai hänen läheisensä. Moniammatillisen yhteistyön käytännön näkökulmissa korostuvat viisi huomioitavaa tekijää (ks. kuvio 3). Näitä ovat asiakaslähtöisyys, tiedon kokoamisen mahdollisuus, keskustelutaito sekä ajatusten vaihto ja yhdessä ajattelu, asiantuntijaroolien uudelleen määrittely sekä yhteydet verkostoihin. (Isoherranen 2008, 34–35.)



KUVIO 3. Moniammatillisessa yhteistyössä korostuvia tekijöitä (Isoherranen 2008,35, muokattu)

Rekolan (2008, 16) mukaan moniammatillisessa yhteistyössä on tärkeää työntekijöiden hyvä tietoperustan hallinta sekä luottamus ja varmuus oman alansa asiantuntijuudesta. Ongelmanratkaisutilanteissa tietoa on pystyttävä soveltamaan, jakamaan sekä yhdistämään uudeksi tiedoksi. Lisäksi työyhteisön organisaatorakenteen tulee tukea moniammatillisen yhteistyön onnistumista. Organisaation tulisi arvostaa työntekijöiden osallistumista, autonomiaa, tasa-arvoa sekä vapautta mielipiteille. Myös johtamisella on tärkeä rooli, joka painottuu muun muassa koulutus- ja kehittämistyön organisointiin, tiedonkulun toimivaan järjestämiseen, yhteistyön mahdollistamiseen sekä yhteistyön tavoitteiden asettamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan moniammatillisen yhteistyön kehittymistä ovat hankaloittaneet hierarkkisten organisaatorakenteiden jäykkyys, eriytynyt työnjako ja päätöksentekomenettely, viestinnän ja vuorovaikutuksen puutteellisuus sekä erillisten tehtävien korostaminen. (Rekola 2008, 13, 16–17.)

Tutkimusten avulla on osoitettu kuntoutuksen olevan vaikuttava toimintamalli monissa sairaus- ja ongelmaryhmissä silloin, kun se nimenomaisesti perustuu eri ammattiryhmien väliseen yhteistyöhön (Kuntoutusselonteko 2002, 8). Esimerkiksi Cameron & Kurrle (2002) toteavat artikkelissaan, että tutkimuksilla on osoitettu ikääntyneiden kuntoutuksen tavoitteiden onnistuvan parhaiten mo-

niammatillisen tiimityön avulla. Myös Stenvall, Olofsson, Nyberg, Lundström & Gustafson (2007, 234–236) esittelevät tutkimuksessaan moniammatillisuuden ja eri ammattiryhmien tiiviin yhteistyön tuovan tuloksellisuutta iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden hoitoon.

3.4 Toimintakyky ja sen arviointi

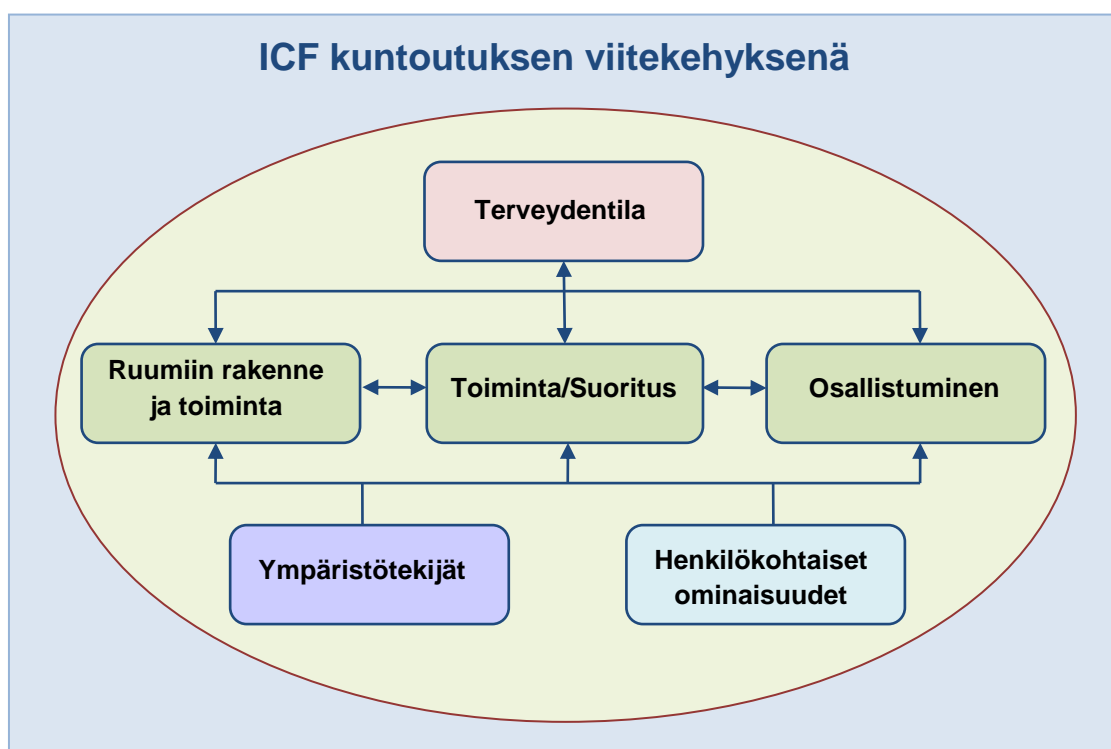
Toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä häntä tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisistä päivittäisistä toiminnoista arjen ympäristössään (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 125). Moniulotteinen toimintakyky jaotellaan tavallisesti fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen. Näiden lisäksi voidaan puhua vielä omana osa-alueenaan kognitiivisesta eli älyllisestä toimintakyvystä. (Kettunen ym. 2009, 9.)

Fyysinen toimintakyky koostuu yleiskunnosta, lihaskunnosta ja motorisesta taidosta. Fyysisen toimintakyvyn vaatimuksia ovat hengittäminen ja verenkierto sekä tuki-, liikunta- ja aistielinten toiminta. Keskeistä yleisen toimintakyvyn arvioimisessa on päivittäisistä perustoiminnoista suoriutuminen (ADL) sekä asioiden hoitamiseen liittyvät toimet (IADL). (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 125.)

Psyykinen toimintakyky yhdistetään ihmisen elämänhallintaan, mielialaan ja henkiseen hyvinvointiin. Tämän toimintakyvyn kokonaisuuteen kuuluvat minäkäsitys, voimavarat ja erilaisista haasteista selviäminen. Kognitiivista toimintakykyä arvioitaessa on aina otettava huomioon ihmisen psyykinen toimintakyky. Mieliala, motivaatio ja muisti vaikuttavat aina sekä psyykkiseen että kognitiiviseen toimintakykyyn. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 126.)

Sosiaalinen toimintakyky on ihmisen taitoa toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Suhteet läheisiin, niiden sujuvuus, harrastukset ja osallisuuden tunne määrittävät sosiaalista toimintakykyä. Elämän mielekyys ja tarkoituksenmukaisuus ovat sosiaalisen toimintakyvyn voimavaroja. Ihmisen sisäinen kokemus yksinäisyydestä ja syrjäytyminen heikentävät sosiaalista toimintakykyä. (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 126.)

Toimintakykyä voidaan tarkastella sekä voimavaralähtöisesti että toiminnanva-
 jeiden ja niiden riskien näkökulmasta (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 125).
 WHO julkaisi vuonna 2004 ICF -mallin, joka tarjoaa laaja-alaisen ja kokonais-
 valtaisen käsitteistön kuvaamaan toimintakykyä. Se antaa viitekehyksen mo-
 niammatilliseen toimintakyvyn arviointiin. ICF on toimintakyvyn, toimintarajoit-
 teiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, joka kuvaa ihmisen toiminnallista
 tilaa kehon toimintojen, suoritusten, osallisuuden, henkilökohtaisten ominai-
 suuksien ja ympäristötekijöiden aihealueilla. ICF -mallin tavoitteena on laajen-
 taa käsitettä ihmisen toiminnasta ja toimintakyvystä perinteisen lääketieteelli-
 sen tarkastelun asemesta kokonaisvaltaisemmaksi. (Stakes 2007; Musikka-
 Siirtola 2011; Koukkari 2010, 37–38.) ICF -luokitus ei sinällään sovi toiminta-
 kyvyn arvioinnin välineeksi, mutta se antaa pohjan toimintakyvyn yksityiskoh-
 taiselle ja laajalle tarkastelulle (Järvikoski & Karjalainen 2008, 83–84). Kuvios-
 sa 4 esitetään Autti-Rämön (2009) mukaisesti ICF kuntoutuksen viitekehyste-
 nä.



KUVIO 4. ICF kuntoutuksen viitekehyste-
nä (Autti-Rämö 2009, muokattu)

Toimintakyvyn arvioinnin avulla määritellään hoidon, huolenpidon tai kuntoutuksen tarvetta. Samalla se kuvaa toimintakyvyn tukemiseen tarvittavia palveluja ja toimintaympäristöä. Toimintakykyä voidaan selvittää havainnoimalla, haastattelemalla, keskustelemalla sekä mittaamalla. Ihmisen toimintakyky määräytyy aina hänen oman kokemuksensa, elinympäristönsä ehtojen ja tilannesidonaisuuden perusteella. (Kettunen ym. 2009, 18–20.) Jyrkämän (2004, 157) mukaan toimintakykyyn viitataan usein ihmisen ominaisuutena, jolloin tilannesidonaisuuden vaikutus jää helposti huomiotta. Hänen mukaansa toimintakyky on myös osaamista, kykenemistä, haluamista ja täytymistä.

3.5 Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutus on Järvikosken & Härkäpään (2011, 33–34) mukaan pitkäjänteinen prosessi, johon sisältyy sekä tavoitteellisuutta että suunnitelmallisuutta. Kuntoutuksen hyvä ja tarkoituksenmukainen suunnittelu ja säännöllinen arviointi luovatkin pohjan tuloksetta kunnoutukselle (Koukkari 2010, 137). Survikas ym. (2006, 116) kuvailevat kuntoutussuunnitelman toimivan hyvin kuntoutumisen ohjaamisen työkaluna. Sen oleellisena tarkoituksena on määrittää ja täsmentää kuntoutuksen tarve, tavoitteet sekä ne keinot, joilla kuntoutumisen onnistuminen mahdollistuu. Suunnitelma kuvailee kuntoutujan toimintakyvyn ja – ympäristön nykytilan sekä määrittää tehtävät, aikataulut ja vastuut kuntoutuksen osapuolten kesken. Suunnitelman sisällössä on tärkeää, että siitä ilmenee kuntoutujan itsensä tai työntekijän kanssa yhdessä laaditut tavoitteet, keinot sekä menetelmät, joihin kuntoutuja sitoutuu. (Survikas ym. 2006, 119.) Kuntoutussuunnitelma on laadittava aina yhdessä potilaan kanssa ja tarvittaessa mukaan otetaan myös kuntoutujan läheisiä (Rissanen 2008, 628).

Jokainen sosiaali- ja terveyshuollon palveluorganisaatio voi käynnistää kuntoutuksen. Kuntoutussuunnitelma laaditaan käynnistävän hoitovastuussa olevan organisaation toimesta. Organisaatiosta riippuen kuntoutussuunnitelmanimikkeen voi korvata esimerkiksi sisällöltään ja käyttötarkoitukseltaan samanlainen palvelu- tai hoitosuunnitelma. Suunnitelma voi ensin olla alustava ja tarkentuu kuntoutujan liikkeessä eri kuntoutusorganisaatioiden välillä. Kuntoutumisen etenemistä arvioidaan säännöllisesti ja sen tekee yhteistyössä kun-

toutuksen käynnistäjän kanssa se organisaatio, jonka palvelujen parissa kuntoutuja on. Yhteyshenkilönä toimii vastuhenkilö, jonka rooli on tärkeä. (Survikas ym. 2006, 120.)

Kuntoutussuunnitelma on asiakirja, joka välittää tarpeenmukaista tietoa eri kuntoutustahojen välillä sekä toimii niiden yhteydenpitovälineenä. Toinen kuntoutussuunnitelman merkittävä päätarkoitus on sitouttaa kuntoutuja yhteisesti sovittuihin tavoitteisiin sekä lujittaa kuntoutustahojen ja kuntoutujan välistä yhteistyötä. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 197.) Vaikeassa elämäntilanteessa kuntoutujan voi olla hankala motivoitua ja sitoutua kuntoutussuunnitelmaan. Motivaatioon ja sitoutumiseen vaikuttavat monet tekijät. Kuntoutujalla tulee olla riittävästi tietämystä siitä, mitä hänen pitää tehdä ja hänellä tulee olla myös suunnitelman edellyttämät taidot sekä voimavarat. Kuntoutujan oma usko mahdollisuuksiinsa on merkityksellinen. Hänen tulee kokea, että suunnitelman toteuttaminen kohentaa hänen hyvinvointiaan ja toimintakykyään. Suunnitelman kuntoutujalle tarkoitettu omaehtoinen osuus ei saa olla liian vaativa, eikä siihen saisi liittyä vastenmielisiä kokemuksia. Kuntoutujan sekä kuntouttajan välisen suhteen tulee myös olla turvallinen ja luotettava. Kuntoutuksen jatkuvuuden tulee olla turvattu ja kuntoutujan tulee kiinnittää riittävästi huomiota suunnitelman toteuttamiseen. (Rissanen 2008, 629.)

3.6 Kuntoutuksen jatkuvuus

Kuntoutuksen koostuessa usein vaihteittaisesti erilaisista palveluista toimenpiteiden ketjuna, on hyvien tuloksien saavuttamiseksi prosessin katkeamattomuus tärkeää. Kuntoutujalle on pystyttävä tarjoamaan riittävä tuki ja ohjaus prosessin jokaisessa vaiheessa, jotta kuntoutus muodostuisi vaikuttavaksi. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 33–34, 202.) Paateron ym. (2008, 49) mukaan kuntoutusjärjestelmien yhteensovittaminen ei nykyisellään toimi riittävän koordinoidusti, jolloin vaarana ovat joko katkokset prosessissa tai sen jääminen kokonaan kesken. Kettunen ym. (2009, 8) nimeävät kuntoutusprosessin solmukohdiksi kangertelut vastuiden jaoissa, tiedonkulussa ja eri tahojen välisessä yhteistyössä. Kokko (2003, 222) näkee suuria ongelmia kuntoutuksen asiakasyhteistyössä vastuiden jakautumisessa sekä päätösten toteutumisten

seurannassa. Koukkari (2010, 134) mainitsee keskeisenä puutteena ohjauksen ja tiedon saamisen riittämättömyyden kuntoutujan kotiutuessa palveluorganisaatiosta. Myös hänen mielestään hoitoon, kuntoutukseen ja palveluihin liittyvät tiedonkulun puutteet muodostuvat ongelmaksi jatkuvuuden onnistumiselle. Ratkaisunavaimina hän näkee palvelujärjestelmän avoimuuden lisäämisen, byrokratian poistamisen ja kuntoutusohjaajan nimeämisen asiakkaalle. (Koukkari 2010, 201–202.) Myös Sata-komitea (2009, 45) esittää kuntoutusprosessin tehostamiseksi alan asiantuntijan palveluohjausta.

Tuusan (2011, 45) mukaan niin kuntoutusprosessin hallintaa kuin kuntoutuksen vaikuttavuuttakin lisäisi sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen asiakastietojärjestelmä. Salmelainen (2008, 13–14) näkee tiedonkulun kysymykset terveydenhuollossa ajankohtaisina. Vireillä on erilaisia hankkeita sekä toimenpiteitä esimerkiksi sähköisen tiedonsiirron kehittämiseksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Esteetön ja sujuva tiedonkulku on erityisen tärkeää ikäihmisten hoidossa sekä heidän kuntoutuksen ja palveluiden järjestämisessä. He tarvitsevat muita enemmän laaja-alaista hoitoa ja etenkin siirtävävaiheet eri hoitopaikkojen välillä ovat tiedonkululle, ja sitä kautta kuntoutuksen jatkuvuudelle, suuri haaste. (Salmelainen 2008, 14–15.)

Silvennoinen-Nuora (2010) on tutkimuksessaan arvioinut hoitoketjun vaikuttavuutta. Esimerkiksi leikkauksen jälkeisen vaiheen onnistumisen kriittisiä tekijöitä ovat jatkohoito, kotiutuminen ja fysioterapian järjestyminen. Haastetta oli sekä kuntoutuksen saatavuudessa että riittävydessä. Onnistunut leikkauksen jälkeinen kotiutuminen edellyttää tarpeenmukaisia apuvälineitä ja joko omaisista tai muusta kotiavusta muodostuvaa tukea arjessa selviytymiseksi. Tutkimuksen pohjalta kotona selviytymiseen tulisi nykyistä enemmän kiinnittää huomiota. Kotiutumiseen liittyy monesti myös pelkoja ja ahdistusta, jotka henkilökunnan tulisi huomioida. (Silvennoinen-Nuora 2010, 261–262.)

4 IKÄÄNTYMINEN JA KUNTOUTUS

4.1 Ikääntyminen elämänvaiheena

Vanhenemista ja vanhuutta koskevassa kirjallisuudessa ikääntymistä kuvataan kolmantena sekä neljäntenä ikävaiheena. Kolmas ikävaihe sijoittuu vuosien 65–80 väliin. Sillä tarkoitetaan eläkeiän alkupäätä ja monin tavoin aktiivista nuorten eläkeläisten aikaa, jolloin lapsiin tai perheeseen liittyvät velvollisuudet ovat vähäisiä ja omalle hyvinvoinnille jää aikaa. (Voutilainen & Tiikkanen 2008, 43–44.) Kolmannessa iässä enemmistö ihmistä on vielä pääosin hyväkuntoisia, monella tapaa aktiivisia ja harrastavia (Koskinen ym. 2008, 549). Neljäs ikävaihe luokitellaan varsinaiseksi vanhuudeksi (Voutilainen & Tiikkanen 2008, 44). Sarvimäki (2010, 88) kuvailee neljännen iän alkavan siinä vaiheessa, jolloin ihminen ei ole enää omatoiminen eikä aktiivinen ja jolloin hänen toimintakykynsä heikentyy siten, että hän tulee riippuvaiseksi toisista ihmisistä. Tutkimusten mukaan ikääntyneet itse tuntevat ja määrittelevät itsensä vanhoiksi toimintakyvyn ja terveyden pettäessä sekä raihnaisuuden ja riippuvuuden lisääntyessä (Sarvimäki 2010, 88). Voutilaisen & Tiikkaisen (2008, 13) mukaan tulevaisuudessa ikäihmiset tulevat olemaan aikaisempaa terveempiä ja toimintakykyisempiä, mutta samalla entistä vaativampia palvelujärjestelmään kohdistuvine odotuksineen.

Gerontologia eli vanhenemista ja vanhuutta tutkiva tieteenala kuvailee ikääntymistä tavanomaisena vanhenemisena sekä käsitteeltään laaja-alaisempana onnistuvana vanhenemisena. Tavanomaisella vanhenemisellä tarkoitetaan keskimääräistä vanhenemisprosessia eli toisin sanoen sitä, miten ihminen ikääntyessään muuttuu sekä millä tavoin sairaudet ikääntyessä vaikuttavat. Onnistuvan vanhenemisen käsitteeseen sen sijaan sisältyy aktiivinen elämäntote, sairauksien ja niihin liittyvien toiminnanvajavuuksien välttäminen sekä hyvä kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky. Lisäksi 1990-luvulla käytössä on ollut aktiivisen vanhenemisen käsite. Nämä ikääntymisen käsitteet ovat kuitenkin saaneet osakseen arvostelua, sillä ne saatetaan ymmärtää niin, että kaikkien arvellaan vanhenevan onnistuneesti tai aktiivisesti. 2000-luvulla onkin

alettu enenevästi puhua terveestä vanhenemisestä. Esimerkiksi Euroopan Unionin ikääntyneiden terveyden edistämistä koskevan ”healthy ageing”-ohjelma (2006) kuvaa vanhenemisen prosessiksi, jossa optimoidaan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen terveys. Näin mahdollistetaan ikääntyvän ihmisen aktiivinen osallistuminen yhteiskuntaan ja annetaan mahdollisuus riippumattomuuteen ja elämän laadukkuuteen. (Lyyra 2007, 25.)

Ikääntymismuutoksien eteneminen on yksilöllistä. Niihin vaikuttavat perintötekijät, elintavat sekä muut hyvinvointitekijät. Tavanomaisia ikääntymismuutoksia tapahtuu niin ruumiinrakenteessa, aivojen ja hermoston fysiologiassa, perusaineenvaihdunnassa kuin aistitoiminnoissa. (Kettunen ym. 2009, 138.) Koskinen ym. (2008, 554) nostavatkin esiin ”Gerontologiset jättiläiset” eli ne riskitekijät, jotka tunnetusti aiheuttavat ikääntyvien toiminnanvajavuuksia, avuntarvetta, laitoshoittoa sekä ennen aikaista kuolemaa. Näihin ”jättiläisiin” kuuluvat liikkumisvaikeudet, heikentynyt lihasvoima, verisuonisairaudet, inkontinenssi sekä huimaus, kaatuilu, luukato ja murtumat. Riskitekijöitä ovat myös alakuloisuus, masennus, yksinäisyys, sosiaalinen eristyneisyys ja kognitiivinen heikkeneminen. (Koskinen ym. 2008, 554.) Asianmukaisella terveyden edistämällä, aktiivisella hoidolla sekä kuntoutuksella pystytään kuitenkin vähentämään monia sairauksia ja toimintakyvyn vajavuuksia (Lyyra 2007, 24).

4.2 Ikäihmisen kuntoutuksen erityispiirteitä

Koskisen ym. (2008, 547) mukaan ikääntymistä koskevan tietämyksen lisääntymisen myötä tunnemme nykyisin paremmin kuin koskaan aikaisemmin ikääntymisen biologisia, psyykkisiä ja sosiaalisia prosesseja sekä sairauksien erityispiirteitä. Tämä tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen on luonut uusia näköaloja ikääntyneiden kuntoutukselle, jolla on mahdollista saada tuloksia vielä korkeassakin iässä. Pienilläkin tuloksilla voi olla suuri merkitys iäkkäälle henkilölle ja hänen elämänlaadulleen. Tutkimustulokset antavat näyttöä siitä, että ikäihmisten kuntoutus tuottaa myös kustannussäästöjä. Kuntoutuksella on tärkeä sija sekä jo syntyneiden toimintakyvyn vajeiden korjaamisessa että ehkäisevässä vanhustyössä riippumatta iäkkään ihmisen kunnosta. Kaiken kaikkiaan tavoite kotona asumisen ensisijaisuudesta ei toteudu ilman kuntoutusta.

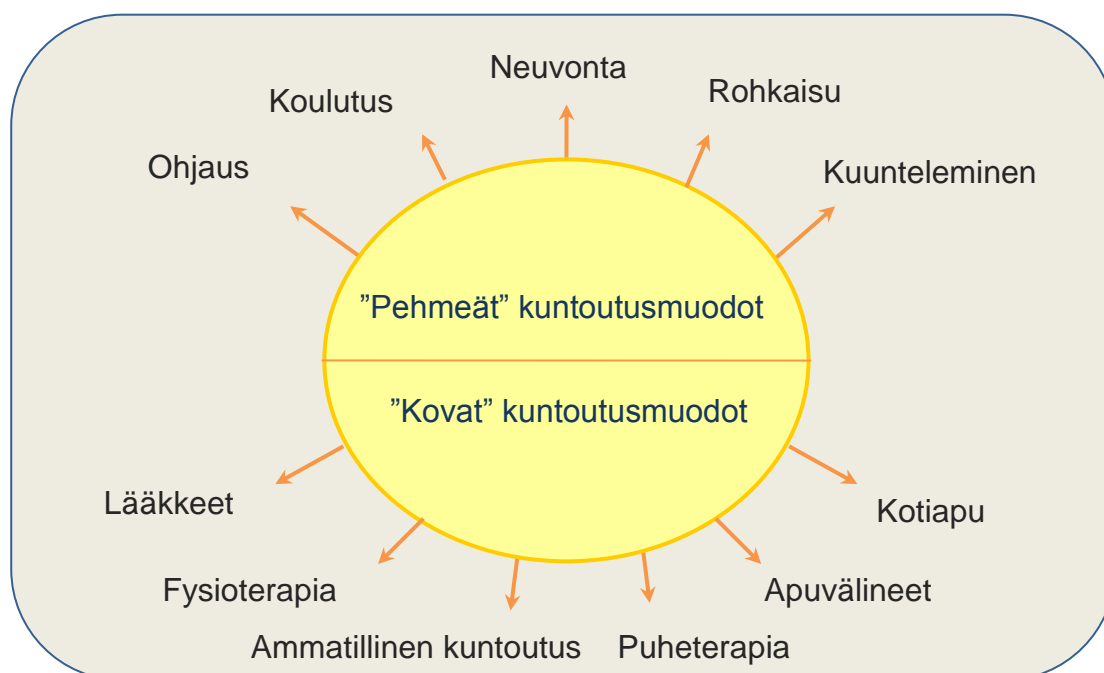
Nykyisessä kuntoutusajattelussa painotetaan kuntoutuksen oikea-aikaisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Keskeisenä haasteena on riskiryhmien tunnistaminen ja sopivien kuntoutusmuotojen tarjoaminen niistä parhaiten hyötyville ikääntyneille. (Koskinen ym. 2008, 547–548.) Mitä varhaisemmassa vaiheessa aktiivinen ja monipuolinen kuntoutuminen käynnistyy, sen paremmat vaikutukset sillä on toimintakyvyn lisääntymiseen, kuntoutujan motivoitumiseen ja elämänmuutokseen sitoutumiseen (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 24). Ihalaisen (2011,3) mukaan vastuu vanhusten hoivasta sekä kuntoutuksesta kuuluu kunnalle siten, että kuntoutus integroituu kuntien tarjoamiin peruspalveluihin.

Pitkälän, Valvanteen & Huuskon (2010, 438) mukaan geriatrisella kuntoutuksella kohennetaan ikääntyneiden toimintakykyä, edistetään terveyttä ja annetaan voimavaroja oman elämän hallintaan. Se eroaa hoitoon liittyvistä tekijöistä monialaisuutensa sekä monipuolisten menetelmiensä takia. Kuntoutus on pitkäjänteistä sekä suunnitelmallista yhteistyötä ja se tukee yhteiskuntaan osallistumista sekä arjessa selviytymistä. Keskeistä ikäihmisen kuntoutuksessa on biopsykososiaalisuus, kokonaisvaltainen arviointi, moniammatillinen tiimityö sekä voimavaralähtöinen toimintamalli. (Pitkälä ym. 2010, 438.) Myös Koskinen ym. (2008, 559) painottavat ikääntyneiden kuntoutustarpeen arvioinnin laaja-alaisuutta ja moniammatillisuutta. Mitä moninaisempia sairauksia ja toiminnanvajeita kuntoutujalla on, sitä kokonaisvaltaisempi arvioinnin tulisi olla. Arvioinnissa huomioidaan kuntoutujan niin fyysiset, psyykkiset kuin sosiaalisetkin ongelmat sekä voimavarat. Kuntoutuksen pohjan muodostavat kuntoutujan omat tarpeet, toiveet, motivaatio, voimavarat sekä kompensatiokeinot. Lisäksi kotikäyntien avulla pystytään arvioimaan ja edistämään kuntoutujan elämänhallintaa erityisesti vaikeisiin toimintavajeisiin liittyen. (Koskinen ym. 2008, 559–560.)

Pitkälän ym. (2010, 442) mukaan geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi on osoittautunut useissa tieteellisissä interventiotutkimuksissa vaikuttavaksi. Arviointiin osallistuu koko geriatrinen tiimi ja arvioinnissa hyödynnetään erilaisia toimintakyvyn mittareita. Geriatrisessa kokonaisvaltaisessa arvioinnissa on useita ulottuvuuksia. Näitä ulottuvuuksia ovat ikääntymiseen liittyvät ilmiöt,

sopeutuminen ja voimavarat sekä oireet, sairaudet, geriatriset oireyhtymät ja lääkitys. Lisäksi ulottuvuuksiin kuuluvat toimintakyky, toiminnanrajoitteet, aisti-vajaukset sekä psykososiaaliset tekijät, asuinolot ja elämänlaatu. Toimintakyvyn arvioinnilla on keskeinen merkitys jatkohoitoa suunniteltaessa. Kuntoutuksella pyritään suunnitelmalliseen tuen vähentämiseen, mutta ikääntyneillä korostuu kuitenkin hoidon jatkuvuus. Käytännössä monisairaana ja toimintavajeisen ikäihmisen onnistunut kuntoutus on aikaa vievää ja se edellyttää muun muassa toistuvia uudelleenarviointeja. (Pitkälä ym. 2010, 442–444.)

Young (1996) kuvaa onnistuneeseen ikäihmisen kuntoutukseen sisältyvän fyysisen toiminnan lisäksi laajempia sosiaalisia ja psykologisia näkökulmia. Kuntoutuksessa tulisi tarvittaessa käyttää useita päällekkäisiä ”pehmeitä” ja ”kovia” menetelmiä (ks. kuvio 5); osalle riittävät pelkästään pehmeät kuntoutusmuodot, kun taas osalle tarvitaan molempien kuntoutusmenetelmien yhdistämistä. Pehmeitä kuntoutusmenetelmiä ovat ohjaus, koulutus, neuvonta, rohkaisu sekä kuunteleminen. Kovia kuntoutusmenetelmiä puolestaan ovat lääkkeet, fysioterapia, ammatillinen kuntoutus, puheterapia, apuvälineet ja kotiapu.



KUVIO 5. Tavallisimmin käytetyt kuntoutustoimenpiteet (Young 1996, 678, muokattu)

Kyngäs & Hentinen (2009, 183) nostavat esiin ikääntyvän ihmisen onnistuneen ohjauksen merkityksen. Onnistuessaan ohjauksella pystytään kohentamaan ikääntyvän elämänlaatua, lisäämään sitoutuneisuutta ja torjumaan fyysisten, psyykkisten sekä sosiaalisten ongelmien kasaantuminen. Vuorovaikutustilanteessa painottuvat ikääntyvän kunnioitus, annetun tiedon rehellisyys, yksilöllisyys, huumori sekä aito kuuntelu. Onnistuneen ohjauksen kannalta huomioitavia tekijöitä ovat muun muassa mahdollisten heikenneisiin muisti- ja aistitoimintoihin liittyvät tekijät, huolellinen haastattelu ja taustatietojen selvittely yhdessä ikääntyneen ja hänen läheistensä kanssa. Myös ohjausympäristön rauhallisuus, hyvä valaistus, matala äänensävy sekä tiedon selkeys ja ammatinaston välttäminen edesauttavat informaation omaksumista. Tärkeää on selvittää, mikä ohjattavan tietämys on jo asiasta sekä järjestää ohjaustilanteeseen riittävästi aikaa. Asioita kerrataan ja konkretisoidaan toiminnan kautta. Läheiset olisi myös hyvä ottaa mukaan ohjaustilanteeseen (Kyngäs & Hentinen 2009, 183–184.)

Helinin (2010, 434) mukaan vanhusasiakkaat tarvitsevat monine ongelmineen asiantuntijatoiminnan koordinoitua. Suomessa on viime vuosina kehitetty palveluohjausjärjestelmää, jotta hoidon ja palveluiden saumattomuus pystyttäisiin takaamaan (Helin 2010, 434). Pitkälä ym. (2010, 454) toteavat olevan näyttöä siitä, että ikääntyneen henkilön kuntoutusta edistävät niin ihmiskasvoisuus kuin yksilöity vastuuhenkilökin. Kokonaisvaltaisesti tilannetta ohjaava koordinaattori muun muassa lykkää ikäihmisten siirtymistarvetta kotoa laitoshoittoon. Kuntoutusta ohjaavan henkilön avulla mahdollistuvat parhaimmillaan sekä tarpeiden ja tavoitteiden täsmällinen määrittäminen että toiminnan oikea-aikaisuus. (Pitkälä ym. 2010, 454.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää osasto A3:n moniammatillisen henkilökunnan näkemyksiä osaston tämänhetkisen kuntoutustoiminnan edistävästä ja estävästä tekijöistä. Lisäksi on tarkoitus tuoda esiin henkilökunnan

ajatuksia ja ideoita osaston kuntoutuksen kehittämismahdollisuuksista. Kuntoutustoiminta on monitieteistä ja -ammattillista yhteistyötä. Siten näkemykset eri käytäntöjen, käsitteiden ja syy-yhteyksien välillä voivat poiketa paljonkin toisistaan.

Työmme tavoitteena on työelämälähtöisesti kehittää ja yhtenäistää osasto A3:n moniammatillista kuntoutustoimintaa. Vilkka (2005, 14) näkee työelämä-tutkimuksen tärkeäksi tavoitteeksi yhteisten käsitteiden, kielen ja keskustelu-kulttuurin kehittämisen, jonka avulla käytäntöjen sekä toiminta- ja ajattelutapo- jen ylläpitäminen, luominen ja muuttaminen mahdollistuvat.

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää:

1. Mitkä ovat osaston tämänhetkistä kuntoutustoimintaa edistäviä ja estäviä tekijöitä?
2. Miten osaston kuntoutustyön asiakaslähtöisyyttä voitaisiin kehittää?
3. Millä tavoin osaston moniammatillista yhteistyötä voitaisiin lisätä potilaan toimintakyvyn arvioimisessa?
4. Millä keinoin kuntoutussuunnitelmien laatiminen ja toteuttaminen saataisiin palvelemaan osaston kuntoutustoimintaa?
5. Miten osaston ja sen yhteistyötahojen toimintaa sekä tiedon siirtymistä voitaisiin parantaa potilaan hoidon ja kuntoutuksen siirtymävaiheissa?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Kohderyhmä ja työn rajaus

Opinnäytetyömme kohderyhmänä on osasto A3:n moniammatillinen työyhteisö. Kutsuimme tutkimukseen osastolla potilaan kuntoutustyöhön osallistuvat, tarkoituksenmukaisesti valitut ammattiryhmät: osastonlääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, fysioterapeutti, kuntohoitaja, sairaanhoitajat (12) sekä lähihoitajat (6). Valintakriteereinä olivat säännönmukainen osallistuminen potilastyöhön sekä yli kolmen kuukauden työskentely osastolla, jotta näkemys

osaston kuntoutustoiminnasta on ehtinyt muodostua. Kyselylomake jaettiin yhteensä 23 henkilölle.

Opinnäytetyömme tutkimustehtävät rajasimme aikaisemman osastotietämyksemme perusteella koskemaan mielestämme osasto A3:n keskeisiä kuntoutustoiminnan aihealueita. Työssämme selvitimme teoriaohjaavasti tutkittavien käsityksiä osaston kuntoutustoiminnan nykytilasta ja näkemyksiä sen kehittämismahdollisuuksista. Tarjoamme työmme ja sitä kautta saadut tulokset osaston kehittämisen työkaluksi.

6.2 Laadullinen tapaustutkimus

Opinnäytetyömme on laadullinen tapaustutkimus. Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaran (2009,161) mukaan laadullisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, miten ihmiset näkevät ja kokevat todellista maailmaa. Se pyrkii tarkastelemaan asioita kokonaisvaltaisesti ilman ennakko-oletuksia tai pyrkimättä yleistyksiin. Tutkimuksen tulokset koskevat tarkoituksenmukaisesti valittua kohderyhmää ja niissä pyritään saamaan esille tutkittavien ääni. Tyypillisesti laadullisessa tutkimuksessa lähdetään liikkeelle käytännöstä ja edetään teoriaan pyrkien tulkitsemaan ja ymmärtämään tosiasioita syvällisesti. Laadullinen tutkimus on syklinen prosessi analyysin teon ohjatessa koko tutkimusprosessin kulkua. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista joustavuus ja erilaiset etenemispolut, puhutaankin mieluummin tutkimustehtävästä kuin -ongelmasta. (Hirsjärvi ym. 2009,161, 164; Kananen 2008, 24–25, 27–28.)

Tapaustutkimus on lähestymistapa, joka pyrkii kuvailemaan yksittäistä ilmiötä tai tapausta monipuolisesti ja intensiivisesti. Tutkittavana voi olla vaikkapa jokin ryhmä tai organisaatio. Tapaustutkimuksessa on tuotava esille tapauksen valintaan vaikuttaneet kriteerit. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Työmme kohderyhmän sekä aiheen valintakriteereinä olivat toisen opinnäytetyön tekijän työskentely tutkittavalla osastolla sekä siellä tapahtuneet organisaatio – ja toimintamuutokset. Saarela-Kinnusen & Eskolan (2010, 190) mukaan tapaustutkimuksessa ei ole olemassa erityistä aineistonkeruu- tai analyysimenetelmää, vaan aineistoa on mahdollista kerätä ja analysoida eri ta-

voin. Tapaustutkimusta ei voi määritellä yksiselitteisesti: olennaista on, että kerätty tutkimusaineisto muodostaa tavalla tai toisella kokonaisuuden (Saarela-Kinnunen & Eskola 2010, 190). Laadulliselle tapaustutkimukselle on ominaista, että se kohdistuu tutkimusprosessiin, tutkittavaan ympäristöön ja uusien asioiden oivaltamiseen. Tapaustutkija on kiinnostunut niistä merkityksistä, joita tutkittavat omassa ympäristössään toimintoilleen antavat. (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1996, 13.)

6.3 Kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä

Opinnäytetyömme tutkimusaineiston keruumenetelmänä käytimme kyselylomaketta. Laadimme kyselylomakkeeseen viisi avointa kysymystä, joissa esitettiin kysymys ja vastaukselle jätettiin tyhjä tila. Ajatuksenamme oli Hirsjärven ym. (2009, 199, 201) mukaisesti antaa vastaajille avoimien kysymysten myötä mahdollisuus tuoda esille myös ennalta arvaamattomia näkökulmia sekä esittää omin sanoin heille keskeiset ja tärkeät asiat. Kyselylomakkeella on mahdollista kerätä tietoa muun muassa ihmisten arvoista, mielipiteistä ja tiedoista (Hirsjärvi ym. 2009, 197). Etuna pidimme myös Vilkan (2005, 89) näkemystä siitä, että samalla lomakkeella on mahdollisuus myöhemmin toteuttaa vertailuja muutoskehityskysely.

Saaranen-Kauppinen & Puusniekan (2006) mukaan aineiston keräystapaan vaikuttavat tutkimustehtävien asetelma ja se, mitä halutaan selvittää. Mielestämme lomakekysely palveli hyvin opinnäytetyömme tutkimustehtävien selvittämistä. Huomioimme Mäkelän (1992, 50) näkemyksen, että lomakekysely on nykyihmiselle luontaisempi tiedonkeruutapa kuin haastattelu tai havainnointi. Lisäksi pyrimme Mäkelän (1992, 50) ohjeistuksen mukaisesti siihen, että kysymyksemme olisivat merkityssisällöltään hyvin mietittyjä ja ymmärrettäviä.

Aineistonkeruumenetelmää valitessamme selvitimme kyselylomaketutkimuksen etuja ja haittoja. Tiedostimme Hirsjärven ym. (2009, 195) näkemyksen, että hyvällä suunnittelulla toteutettu kyselylomake on tehokas, aikaa säästävä ja runsaasti tietoa tuottava aineistonkeruumenetelmä. Valintaamme vaikuttivat niin meidän kuin tutkittavienkin käytössä olleet resurssit. Pidimme tärkeänä

Vilkan (2005, 74) näkemystä siitä, että lomakekysely on mahdollista toteuttaa nimettömästi. Tutkimustehtävämme asetelun kannalta emme nähneet tarpeelliseksi kerätä mitään taustatietoja. Tämä toive nousi esiin myös tutkittavien taholta madaltaen mahdollisesti vastauskynnystä. Päädyimme kyselylomakkeen käyttöön myös siksi, että Hirsjärven ym. (2009, 195) mukaan se mahdollistaa aikataulullisten seikkojen melko tarkan etukäteisarvioinnin. Toisaalta se ei ole niin aikataulusidonnainen, että siihen täytyisi vastata välittömästi esimerkiksi väsyneenä (Valli 2010, 108).

Valinnan tehdessämme tiedostimme Vallin (2010, 126) näkemyksen, että avointen kysymysten haittoina voidaan pitää niihin helposti vastaamatta jättämistä tai vastausten ylimalkaisuutta. Pyrimme ehkäisemään tämän esittämällä ennen kysymyksiä aihepiiriä kuvaavat lauseet, jotka pohjautuivat työmme teoriaosuuteen sekä opiskeluaikana asiasta saamaamme tietoon. Varauduimme Vallin (2010, 126) mukaisesti myös siihen, että avointen kysymysten analysointi luokitteluneen on työlästä ja aikaa vievää.

Huomioimme kyselylomaketutkimusta suunnitellessamme Kanasen (2008, 68) painotuksen, että sen laatimisen perusedellytys on huolellinen, aikaa vievä etukäteistyö sekä tutkijalta vaadittu monipuolinen tietotaito. Tästä johtuen aloitimme aiheeseen perehtymisen hyvissä ajoin. Kanasen (2008, 68) mukaan tutkijoiden tulee tuntea tutkittavaa ilmiötä etukäteen, jotta he pystyvät laatimaan tutkimuskysymykset siten, että vastauksista löytyy lopputulosten kannalta merkittäviä tekijöitä.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymysten teemat liittyvät keskeisesti kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelman sisältöön, joten työmme teoreettiset lähtökohdat ovat tulleet meille tutuiksi koulutuksemme myötä. Vilka (2005, 87) näkee tarpeellisena myös sen, että kohderyhmän tutkijalla on tietämystä siitä, miten vastaajat tuntevat kyseistä aihealuetta. Mielestämme opinnäytetyömme kohderyhmällä on kaikilla tietämystä aihealueesta, sillä heillä on terveydenhuoltoalan tutkinto, johon on sisältynyt myös kuntoutuksen opintoja.

Kyselytutkimusta suunnitellessamme kiinnitimme huomiota Uusitalon (2001, 91) esittämään seikkaan, että kysely voidaan toteuttaa esim. posti- ja verkkokyselynä tai kontrolloituna kyselynä, johon lopulta työssämme päädyimme. Kontrolloidun kyselyn informoidussa muodossa tutkija jakaa kyselylomakkeet henkilökohtaisesti. Samalla tutkija kertoo tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista, selvittää kyselyn merkitystä ja tarvittaessa vastaa kysymyksiin. Vastajat täyttävät lomakkeet itsenäisesti, kun se heille ajallisesti vastausajan puitteissa sopii. (Uusitalo 2001, 91; Hirsjärvi ym. 2009, 196–197; Koivula, Suihko & Tyrväinen 2002, 49.)

Kyselylomakkeen esitestaus koevastaajilla on tärkeää, sillä siitä saadut vastaukset kuvaavat kysymysten ymmärrettävyyttä ja vastausten sisältöä (Hirsjärvi ym. 2009, 204; Koivula ym. 2002, 50). Esitestaus antoi meille mahdollisuuden tarkistaa kyselylomakkeemme toimivuutta. Sen pohjalta korjasimme kysymysten muotoilua ja karsimme kysymyksiä varsinaiseen tutkimukseen. Esitimme esitestaajille lisäkysymyksen: miksi vastasit juuri näin. Lisäkysymys voi tuoda esille muun muassa mahdollisia käsitteellisiä epäselvyyksiä (Mäkinen 1992, 50). Saimme lisäkysymyksen vastauksista selkeyttäviä ajatuksia varsinaisen kyselylomakkeen laatimiseen. Valmis kyselylomake saatekirjeineen on nähtävissä liitteessä 1.

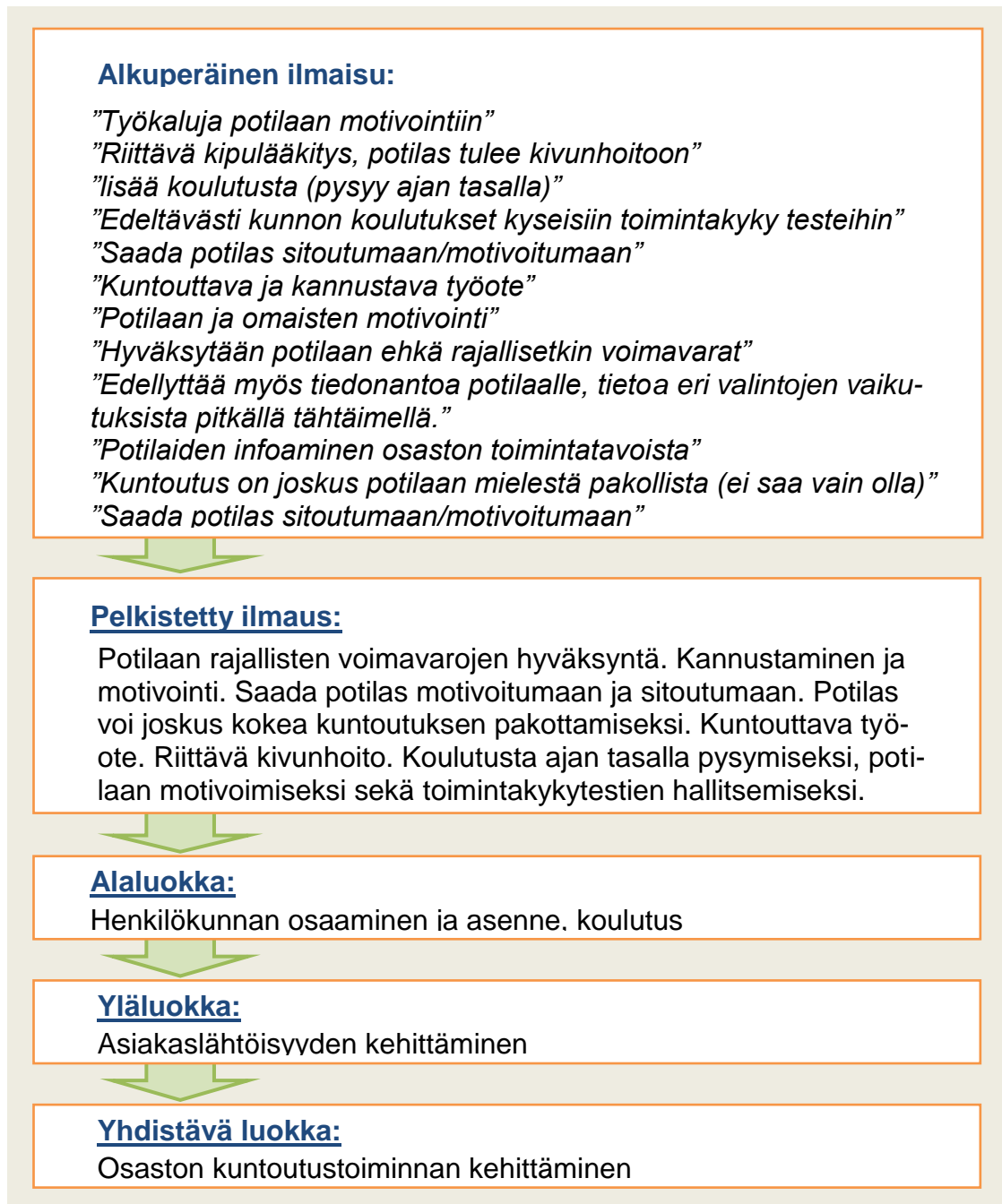
6.4 Aineiston analyysi

Analyysin tavoite on tuoda selkeyttä aineistoon, jotta tutkittavasta asiasta voitaisiin tehdä luotettavia johtopäätöksiä. Laadullinen tutkimus tuottaa yleensä myös kiinnostavaa, ennalta arvaamatonta aineistoa riippuen tutkimuksen tarkoituksesta ja tehtävästä sekä siitä, mistä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–92, 108.) On olemassa useita tapoja analysoida aineistoja (Vilkkä 2005, 136).

Vilkan (2005, 139–140) mukaan sisällönanalyysi on yksi analyysitapa, joka tarkastelee tekstiä ja sen sisältöä sanallisesti, pyrkien muodostamaan siitä tiiviin kuvauksen uuden aineiston sekä mahdollisesti aiempien tutkimusten ja teorioiden valossa. Tuomen & Sarajärven (2009, 108) mukaan laadullinen ai-

neistonanalyysi perustuu päättelyyn ja tulkintaan. Laadullisessa sisällönanalyysissä tutkittava aineisto ensin tiivistetään tai pilkotaan tutkimustehtävien mukaisesti. Tämän jälkeen jatketaan ryhmittelyä alaluokkiin, yläluokkiin, pääluokkiin ja lopuksi yhdistävään luokkaan. Tutkimusaineisto lajitellaan siis uudelleenlaiseksi johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi sen perusteella, mitä siitä ollaan etsimässä. Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöistä, teoriaohjaavaa tai teorialähtöistä. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 104, 106, 108–112.)

Opinnäytetyömme kyselylomakkeilla kerätty aineisto on analysoitu teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Tuomen & Sarajarjen (2009, 118) analyysirungon mukaisesti pelkistimme alkuperäiset ilmaukset ja loimme niistä ala- ja yläluokat sekä yhdistävät luokat. Heidän mukaansa emme nähneet tarpeelliseksi muodostaa pääluokkaa yläluokan ja yhdistävän luokan väliin. Esimerkkinä esitämme kuviossa 6 suuresta tutkimusaineistosta johtuen pienen osion kysymyksen 2 vastausten analysoinnista.



KUVIO 6. Esimerkki opinnäytetyömme analyysistä

Teoriaohjaava sisällönanalyysi tarjosi meille mahdollisuuden sitoa kyselystä saadut vastaukset kuntoutuksen teoreettiseen viitekehykseen, antamatta teorian kuitenkaan liiaksi hallita aineiston analyysia. Tuomen & Sarajärven (2009, 96) mukaan teoriaohjaavassa analyysissä on teoreettisia kytkentöjä, mutta se ei pohjautu suoranaisesti teoriaan. Aineistolähtöisyys ja valmiit määritelmät vaihtelevat analyysiprosessin edetessä. Analyysin etenemisessä voi teoria

toimia apuna ja sen vaikutus on siinä tunnistettavissa. Teoriaa ei sinällään ole kuitenkaan tarkoitus testata, vaan sen ohjauksessa pyritään saamaan esille uusia näkökulmia. Analyysin alussa edetään aineistolähtöisesti pääpainon ollessa kerätyssä aineistossa ja analyysin loppuvaihetta ohjaamaan tuodaan työssä esitetyt teoreettiset määritelmät. Tutkijan päätettävissä on se, milloin teoria otetaan mukaan ohjaamaan analyysia. Mitä myöhemmin tämä tapahtuu, sitä aineistolähtöisempää analyysi on. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96–98, 100, 117.)

6.5 Tutkimuksen kulku

Opinnäytetyömme aihe kehittyi keväällä 2011 osasto A3:n toiminnanmuutosten myötä. Vuosien 2010–2011 vaihteessa ortopedinen osasto A3 muuttui yleislääketieteen ja geriatrian palvelulinjan kuntoutuspainotteiseksi ortogeriatriseksi osastoksi. Tämän johdosta osaston kuntoutustoiminnan mietintä tuli ajankohtaiseksi. Toinen opinnäytetyöntekijöistä on pitkään työskennellyt osastolla ja työskentelee edelleen. Hän havaitsi tilanteen kehittämismahdollisuuden ja kiinnostui jo olemassa olevan osaamisen ja uusien moniammatillisten ideoiden tasapuolisesta esille saattamisesta. Tästä syntyi hänen mielestään monellakin tapaa antoisa ja hyödyllinen kuntoutusohjauksen ja -suunnittelun koulutusohjelman opinnäytetyöaihe, joka sai myötätuulta myös työyhteisöstä. Toiseksi opinnäytetyöntekijäksi lupautui pitkään ikäihmisten parissa työskennellyt, gerontologisesta kuntoutuksesta kiinnostunut, Tampereen kaupungin työntekijä. Aihe-ehdotuksemme hyväksyttiin oppilaitoksemme taholta elokuussa 2011. Opinnäytetyösuunnitelman teimme ohjaajamme tuella. Tutkimuslupa meille myönnettiin 28. lokakuuta 2011 Tampereen kaupungin hyvinvointipalveluiden erikoissairaanhoidon hallintoylihoitajan toimesta.

Opinnäytetyömme teoria-aineiston valintaan vaikuttivat yleiset kuntoutustoiminnan periaatteet sekä ne tekijät, jotka osasto A3:lla olivat ajankohtaisia. Nämä aihe-alueet liittyvät oleellisesti kuntoutuksen ohjaaja opintoihimme, joten meillä oli jo osittain olemassa aiheeseen liittyvää teoretietoa. Täydensimme teoria-aineistoa kirjallisuudesta, artikkeleista, luennoista, tutkimuksista, haastatteluista sekä tietoverkosta muun muassa opinnäytetyömme kotimais-

ten ja vieraskielisten asiasanojen avulla. Tietoverkon hakuportaaleina käytimme Googlea ja E-aineistoportaali Nelliä.

Perehdyttyämme eri aineistonkeruumenetelmiin päädyimme omassa työssämme käyttämään kyselylomaketta. Laadimme saatekirjeen ja muodostimme teoriaosuuden aihealueista kuusi avointa kysymystä. Tiedostimme sekä kysymysten laajuuden että mahdollisen vaikeuden jo suunnitteluvaiheessa. Yhtäältä kuntoutus käsitteenä on laaja ja sitä tarkastellaan eri viitekehyksistä. Toisaalta kaikilla tutkittavilla on ammatillinen koulutus, johon on sisältynyt kuntoutuksen opintoja, ja he ovat myös työssään jatkuvasti tekemisissä aihepiirin kanssa. Lisäksi avoimiin kysymyksiin vastaaminen ja uusien ajatusten sekä ideoiden tuottaminen omasta työstä voi olla haasteellista ja työlästä. Otimme tämän riskin, koska mielestämme juuri avointen kysymysten avulla voidaan löytää osastolle uusia, hyviä kehittämisajatuksia. Vilkan (2005, 23) mukaan työelämä hyötyy ennen kaikkea sellaisesta tutkimuksesta, joka kuvaa jo olemassa olevan tiedon uudenlaista käyttöä sekä yhdistelyä.

Tutkimuskyselyn esitestausta varten lähetimme koekyselylomakkeet tammikuussa 2012 etukäteen sovitus kolmelle, eri ammateissa toimineille, osasto A3:n hoito- ja kuntoutustyöhön lähimenneisyydessä osallistuneelle henkilölle. Vastauksia saimme määräraikaan, tammikuun loppuun mennessä, 2/3. Mielestämme esitestausta oli erittäin hyödyllinen ja palveli meitä monin eri tavoin. Saatujen esitestausta vastausten perusteella mm. karsimme avoimien kysymysten määrän kuudesta viiteen ja tarkensimme kysymysten muotoilua. Esitestaajat pitivät hyvänä ennen varsinaisia kysymyksiä olevia teoreettisia, aihepiiriä kuvaavia lyhyitä lauseita. Niiden koettiin selkeyttävän muuten melko laajoiksi ja vaikeiksikin koettuja kysymyksiä.

Opinnäytetyössämme käytimme kontrolloidun kyselyn informoitua muotoa, jossa jaoimme kyselylomakkeet tutkittaville. Informoidun kyselyn periaatteiden mukaisesti selvitimme kohderyhmälle tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteet osaston koulutuspäivässä, jolloin valtaosa tutkittavista oli paikalla. Samalla selvitimme kyselyn merkitystä ja vastasimme tarvittaessa kysymyksiin. Toisen opinnäytetyöntekijän työskennellessä osastolla myös jatkuva tutkittavien in-

formointi ja mieltä askarruttaviin asioihin vastaaminen on ollut mahdollista. Opinnäytetyömme kyselyn vastausaika oli lähes neljä viikkoa. Tämä mahdollisti tutkimukseen osallistuvien vastaamisen silloin, kun se heille ajallisesti parhaiten sopi. Vastauksille oli osaston kansliassa erillinen suljettu palautuslaatikko.

Vastaajien tunnistamattomuuden turvaamiseksi alkuperäisen vastausaineiston näki ja puhtaaksikirjoitti vain työyhteisöön kuulumaton opinnäytetyöntekijä. Vastausaineisto on sovittu hävitettäväksi opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen. Aineiston analysoimme yhdessä teoriaohjaavan sisällönanalyysin avulla, mikä oli meille molemmille uutta. Analyysivaihe oli aikaa vievä sekä kokemattomuutemme että aineiston laajuuden vuoksi. Mielestämme huolellisesti laadittu analyysirunko helpotti meitä tulosten raportoinnissa. Elokuussa 2012 toimeksiantajataho tutustui vielä hieman keskeneräisen opinnäytetyömme sisältöön ja hyväksyi sen. Tämän jälkeen täydensimme työtämme tutkimustuloksista tekemillämme johtopäätöksillä sekä kehittämisajatuksilla. Opinnäytetyömme luovutettiin arvioitavaksi lokakuussa 2012. Taulukoon 1 on koottu opinnäytetyön etenemisaikataulu.

TAULUKKO 1. Opinnäytetyön eteneminen

OPINNÄYTETYÖN ETENEMISEN VAIHEET	aikataulu kk/ vuosi
Idea opinnäytetyön aiheesta	6/11
Aihe-ehdotus	8/11
Opinnäytetyön käynnistäminen ja suunnittelu	8/11
Teoria-aineiston hankinnan aloitus	8/11
Opinnäytetyösuunnitelma	9/11
Tutkimuslupa	10/11
Saatekirjeen ja kyselylomakkeen laadinta	11–12/11
Kyselylomakkeen esitestaus	1/12
Kyselyn suorittaminen	3/12
Tutkimusaineiston analysointi	4-6/12
Raportointi	1-9/12
Opinnäytetyön luovutus arvioitavaksi	10/12

6.6 Luotettavuuden arviointi ja eettiset kysymykset

Luotettavuuden arviointi sekä eettiset kysymykset sisältyvät osana opinnäytetyöhömmme. Tuomen (2008, 143) mukaan tutkijan työssään noudattama hyvä tieteellinen käytäntö on tutkimuksen uskottavuuden perusta, eettiset ratkaisut ja tutkimuksen uskottavuus kulkevat käsi kädessä koko tutkimuksen ajan. Kuulan (2006, 21) mukaan eettinen ajattelu on tutkijan kykyä pohtia arvojensa kautta, mikä eri tilanteissa on oikein tai väärin. Eettisten kysymysten luonteeseen kuuluu, että niiden vastaukset eivät ole selkeitä tai yksiselitteisiä. Tutkimusetiikassa on aina pohdittu sitä, mikä on tai ei ole sallittua ja soveliaista. (Clarkeburn & Mustajoki 2007,9, 22.) Tutkimusetiikka tarkastelee esimerkiksi tutkimusaineiston keruuta, käsittelyä ja arkistointia. Tutkittavien vapaaehtoisuus tutkimukseen osallistumisessa on ehdoton normi, joka juontuu ihmisarvon sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta. Tutkittavalla on oikeus vetäytyä tutkimuksesta milloin tahansa. (Kuula 2006, 22–24.)

Toimimme Hirsjärven ym. (2009, 25) ohjeistuksen mukaisesti antamalla opinnäytetyömme kyselyyn osallistuville kaiken sen oleellisen tiedon, mitä työssämme tulee tapahtumaan, jotta kyselyn vastaajat pystyisivät perehtymään asiaan ja antamaan suostumuksensa vastaustensa käytöstä. Hirsjärvi ym. (2009, 25) kehottavat tutkijoita selvittämään, mitä tutkimukseen lupautuminen tarkoittaa ja mitä mahdollisia seurauksia sillä voi olla. Opinnäytetyömme kyselylomakkeen saatekirjeessä toimme ilmi, että vastaamalla kyselyyn tutkittava antaa samalla suostumuksensa siihen, että vastauksia käytetään opinnäytetyömme aineistona. Kerroimme saatekirjeessä myös Hirsjärven ym. (2009, 204) mukaisesti kyselyn tarkoituksesta, vastausten luottamuksellisesta käsitte-lystä sekä kannustimme vastaamaan.

Laadullisen tutkimuksen pätevyyttä voi olla toisinaan hankala mitata, jolloin luotettavuutta pyritään lisäämään tutkijan tarkalla selostuksella tutkimuksen toteutuksen jokaisesta vaiheesta (Hirsjärvi ym. 2009, 231–232). Lisäksi on hyvä miettiä, millä tavoin tutkimuksen aihe ja luonne ovat vaikuttaneet vastauksiin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Huomioimme nämä opinnäytetyössämme. Työmme tulosten on tarkoitus Clarkeburnin & Mustajoen

(2007, 82) mukaisesti olla päteviä vain tutkittavalla osastolla, eivätkä tulokset ole yleistettävissä esimerkiksi sairaalan muille osastoille.

Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää mielestämme se, että teimme sen parityönä. Hirsjärven ym. (2009, 233) mukaan tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä käyttämällä tutkijatriangulaatiota. Siinä tutkimusta tekee useampi tutkija ja he neuvottelevat havainnoistaan sekä näkemyksistään. Tutkijatriangulaatio monipuolistaa tutkimusta ja tarjoaa siihen usein laajempia näkökulmia. (Eskola & Suoranta 2000, 68–70.) Opinnäytetyössämme toisen sen tekijän ollessa tutkittavan työyhteisön jäsen, puolueellisuuden riskiä työmme eri vaiheissa vähensi mielestämme Tuomen & Sarajärven (2009, 135–136) mainitsema toisen tutkijan sitoutumattomuus tutkittaviin.

Huomioimme opinnäytetyössämme tutkittavien tunnistamattomuuteen liittyvät tekijät. Tuomen (2008, 146) mukaan sekä tutkimusaineiston käsittelyssä että raportoinnissa keskeistä on tutkittavien anonymiteetti eli nimettömyys, ellei asiasta ole toisin sovittu. Täydelliseen tunnistamattomuuteen harvoin tutkimuksen kuluessa kuitenkaan päästään, mutta periaatteena on tunnistamisen tekeminen mahdollisimman vaikeaksi (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Kuulan (2006, 205) mukaan usein tutkimukseen osallistutaan juuri siksi, että tunnistamattomuus sen kuluessa huomioidaan. Tämä oli myös meidän ajatuksenamme mieltiessämme kyselyn vastauskynnystä.

Tarkastelemme opinnäytetyömme eettisiä lähtökohtia huolellisesti ja kriittisesti Kuulan (2006, 94) sekä Ilmosen (2010, 136) mukaisesti, koska toinen meistä kuuluu tutkittavaan työyhteisöön ja tuntee tutkittavat. Kuulan (2006, 94) näkemyksiin tukeutuen suunnittelimme opinnäytetyömme parityöskentelyn niin, että työyhteisöön kuuluva opinnäytetyöntekijä ei joutuisi tutkimuksen toteutusvaiheessa rooliristiriitoihin. Toisen opinnäytetyöntekijän sitoutuneisuus tutkittaviin vaikutti muun muassa siihen, että päädyimme lomakekyselyyn ja alku-peräisiä vastauslomakkeita käsitteli vain työyhteisöön kuulumaton opinnäytetyöntekijä. Mielestämme tämä vähensi tutkittavien tunnistettavuuden riskiä.

7 TUTKIMUSTULOKSET

Opinnäytetyömme ensimmäisenä tehtävänä oli selvittää osaston moniammatillisen henkilökunnan näkemyksiä kuntoutustoiminnan tämänhetkisen tilan edistävästä ja estävästä tekijöistä. Muina tehtävinämme oli selvittää henkilökunnan kehittämisajatuksia kuntoutustoiminnan asiakaslähtöisyydestä, moniammatillisen yhteistyön lisäämisestä toimintakyvyn arvioimisessa sekä siitä, millä tavoin kuntoutussuunnitelmien laatiminen ja toteuttaminen saataisiin palvelemaan osaston kuntoutustoimintaa. Selvitimme myös, miten osaston ja sen yhteistyötahojen toimintaa sekä tiedon siirtymistä voitaisiin parantaa potilaan hoidon ja kuntoutuksen siirtymävaiheissa. Vastauksia saimme 16/23, vastausprosentti oli 69,6 %. Koska opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus, emme esitä vastausten sisällöllisiä lukumääriä, mutta nostamme esiin jossakin määrin vastauksissa erityisesti painottuneita näkemyksiä.

Tutkimustulosten analysointi suoritettiin teoriaohjaavan sisällönanalyysin menetelmin. Tämä tapahtui vastauksista saadun aineiston pelkistämällä yksittäisiksi ilmaisuiksi sekä niiden ryhmittelyllä yhtäläisten ilmaisujen alaluokiksi. Alaluokista syntyivät yläluokat: kuntoutustoimintaa edistävät ja estävät tekijät, asiakaslähtöisyyden kehittäminen, moniammatillisen yhteistyön lisääminen toimintakyvyn arvioimisessa, kuntoutussuunnitelma kuntoutustoiminnan kehittäjänä sekä yhteistyön ja tiedonsiirron parantaminen siirtymävaiheissa. Yläluokista luotiin yhdistäviksi luokiksi osaston kuntoutustoiminnan nykytila sekä osaston kuntoutustoiminnan kehittäminen. Teoriaohjaavassa analyysissämme aikaisempi tieto ohjasi aineistomme analyysia. Tulosten esittely etenee osaston moniammatilliselle henkilökunnalle esitettyjen kysymysten mukaisesti. Tuloksien esittelyssä käytämme vastauksista saatuja suoria lainauksia rikastuttamaan ja havainnollistamaan tulkintaa.

7.1 Osaston kuntoutustoiminnan nykytila

Vastaukset osaston kuntoutustoiminnan nykytilasta koostuivat edistävästä ja estävästä tekijöistä. Kuntoutustoimintaa sekä edistävät että estävät tekijät

muodostuivat pitkälti samoiksi yhdistäviksi alaluokiksi: henkilökunnan asenteet ja osaaminen, yhteistyö ja yhteinen ymmärrys, työskentelytapa, potilaan tilanteeseen ja omaisiin liittyvät tekijät, resurssit sekä muut tekijät.

7.1.1 Edistävät tekijät

Henkilökunnan asenteet ja osaaminen

Henkilökunnan asenteet ja osaaminen nähtiin nykykuntoutustoiminnan edistäjänä sekä vahvuutena. Useassa vastauksessa nostettiin esille henkilökunnan motivoituneisuus ja innostuneisuus kuntoutustoimintaan sekä ammattitaitoisuus, runsas tietotaito ja kokeneisuus. Henkilökunnan todettiin ymmärtävän kuntoutustoiminnan laaja-alaisuutta kytkemällä sen osaksi potilaiden päivittäisiä toimia. Perusliikkumisen tukeminen hallitaan ja henkilökunta onnistuu mobilisoimaan potilaat viikonloppuisinkin vähemmällä henkilökuntamäärällä. Lisäksi nähtiin, että henkilökunnalla on taitoa huolehtia riittävästä kipulääkityksestä sekä asianmukaisesta ravitsemuksesta. Edistävinä tekijöinä mainittiin myös hyvä yhteishenki ja yleisesti kuntoutusmyönteinen ilmapiiri.

”Motivoitunut, kokenut ja ammattitaitoinen henkilökunta tietää kuntoutuksen tärkeyden”

”Potilas motivoidaan liikkumaan, kuntoutusta on myös wc-käynnit”

”Osaava henkilökunta, joka saa viikonloppunakin potilaan ylös sängystä.”

”Osaston yleisesti kuntoutusmyönteinen ilmapiiri, joka on ortopedisen osaston ajoilta lähtöisin = pitkä perinne”

Yhteistyö

Osaston moniammatillinen yhteistyö koettiin kuntoutustoimintaa edistävänä tekijänä. Eräässä vastauksessa painotettiin erityisesti hoitajien välistä yhteistyötä. Keskiöön nousi myös yhteistyö fysioterapiatyöntekijöiden kanssa. Eri erikoisalojen konsultaatioiden sekä yhteydenpidon jatkohoitopaikkoihin todettiin toimivan kuntoutusta edistävästi. Lisäksi henkilökunnan ja potilaan yhteinen tavoite nähtiin edellytyksenä kuntoutumiselle.

”Konsultoidaan eri erikoisalojen osaajia, potilaat hoidetaan kokonaisvaltaisesti”

”Koko hoitotiimin ja potilaan yhteinen tavoite kuntoutumiselle”

Työskentelytapa

Vahvana kuntoutumista edistävänä tekijänä esille nousi kuntoutumista tukeva työote. Sen lisäksi henkilökunnan yhtenevän työtavan koettiin edesauttavan potilaiden kuntoutumista. Työtapojen ja – otteen perustelemista niin potilaille kuin omaisillekin pidettiin tärkeänä.

”Hoitajat toteuttavat ahkerasti kuntouttavaa hoitotyötä.”

Resurssit

Kuntoutustoimintaa tukevista resursseista nousivat esille riittävä henkilökunta, fysioterapeutin ja kuntohoitajan työpanos, riittävät ja toimivat tilat sekä asianmukaiset ja saatavilla olevat apuvälineet. Useassa vastauksessa fysioterapia-työntekijöiden roolia arvotettiin osana edistävää kuntoutustoimintaa. Hyviä, riittäviä ja toimivia tiloja arvostettiin kuntoutumista edesauttavina. Samoin esille tuotiin asianmukaiset, riittävät ja hyvin saatavilla olevat apuvälineet.

Muita edistäviä tekijöitä

Potilaan rooli nostettiin myös esille. Kuntoutustoimintaa edistävänä tekijänä mainittiin potilaan oma kuntoutusmotivaatio. Vastavuoroinen kokemustenvaihto eli vertaistuki sekä hyväntahtoinen leikinlasku nähtiin myös merkityksellisinä ja edesauttavina tekijöinä.

7.1.2 Estävät tekijät

Henkilökunnan asenteet ja osaaminen

Kuntoutustoimintaa estävänä tekijänä nähtiin suunnitelmien viivästyminen. Tämän koettiin olevan osin asenteellista. Eräässä vastauksessa nousi esille myös potilaiden eriarvoinen kohtelu, jonka merkityssisältöä ei kuitenkaan tarkemmin avattu.

Estävänä tekijänä mainittiin uusien työntekijöiden kokonaisnäkömyksen puute osaston kuntoutustoiminnasta, jolloin potilaiden aktivointi jää helposti vähemmälle. Myös potilaiden puolesta tekemisen nähtiin heikentävän kuntoutumista. Selkeiden ohjeiden ja rajoitusten puutteen koettiin hankaloittavan kuntoutumista tukevaa työskentelyä. Lisäksi kuntoutumisen esteenä nähtiin olevan ajoittain puutteellisesti toteutettu kivunhoito.

Yhteistyö ja yhteinen ymmärrys

Osaston moniammatillisessa yhteistyössä koettiin olevan puutteita. Kuntoutuksen eri osapuolten, potilaat ja omaiset mukaan lukien, eriävien kuntoutustavoitteiden nähtiin heikentävän kuntoutumisen onnistumista. Yhteisen ymmärryksen löytymättä jääminen johtaa tavoitteiden ja suunnitelmallisuuden epäselvyyksiin.

”Potilaalla & omaisilla ja hoitavilla henkilöillä on eri käsitys hoidon tavoitteesta ja kuntoutus koetaan ehkä kiusaamisena → ei edistystä”

”Tavoitteiden puute, ei ole tarkkaa kuntoutumissuunnitelmaa”

Potilaan tilanteeseen ja omaisiin liittyvät tekijät

Potilaan motivaation puute sekä kapea-alainen näkemys kuntoutustoiminnasta koettiin esteenä kuntoutumisen onnistumiselle. Esille nousi myös potilaiden huonevetoisuus; potilaat eivät koe välttämättä tarpeelliseksi poistua huoneistaan. Ympäri vuorokautinen sairaala-asun käyttö nähtiin potilaan ajantajua heikentävänä tekijänä. Lisäksi esille nostettiin omaisten vähäinen rooli kuntoutustoimintaan osallistumisessa.

”Potilaat ei usein miellä esim. wc-käyntejä kuntoutukseen tai omaisuusroon rohkaisua eivät koe kuntoutuksena”

”Liiankin kotoisa huone – ei tarvitse lähteä kauas”

Resurssit

Lukuisissa vastauksissa keskiöön nousi henkilökuntamitoituksen jatkuva tai ajoittainen vähyys. Useassa vastauksessa myös fysioterapiatyöntekijöiden

riittävä paikallaolo nähtiin puutteellisena. Lisäksi mainittiin lääkärien vaihtuvuus kuntoutustoimintaa estävänä tekijänä.

”Joskus liian vähäinen henkilökuntamäärä, pääasiassa aika ok.”

”Pieni henkilökuntamäärä esim. viikonloppuisin”

”Jumpparit eivät aina läsnä esim. iltapäivällä”

Tilojen ahtauden koettiin haittaavan esimerkiksi liikkumista apuvälineiden kanssa etenkin potilashuoneissa. Myös kuntoutustilojen puute nähtiin ongelmallisena. Lisäksi apuvälineiden jatkuva tai ajoittainen puute ja toimimattomuus nousivat esille kuntoutumista tällä hetkellä heikentävinä tekijöinä.

”Ahtaus, tilan puute → hidastaa, hankaloittaa”

”Kuntoutustilan puute esim. kuntopyörälle tila”

”Pieni päiväsal”

”Sopivan apuvälineen puute, saatavuus”

Muita estäviä tekijöitä

Oman haasteensa osaston kuntoutustyöhön tuovat potilaiden puutteelliset taustatiedot. Lisäksi eristyspotilaiden (muun muassa mrsa, esbl, clostridium) kuntoutuksen nähtiin jäävän vähemmälle huomiolle. Syitä kuntoutuksen epätasa-arvoisuuteen näiden potilaiden kohdalla ei tarkemmin eritelty.

7.2 Osaston kuntoutustoiminnan kehittäminen

Osaston kuntoutustoiminnan kehittämistä koskevat vastaukset muodostuivat yläluokista: asiakaslähtöisyyden kehittäminen, moniammatillisen yhteistyön lisääminen toimintakyvyn arvioimisessa, kuntoutussuunnitelma kuntoutustoiminnan kehittäjänä sekä yhteistyön ja tiedonsiirron parantaminen siirtymävaiheissa. Nämä puolestaan jakautuivat hieman toisistaan eroaviin alaluokkiin, joita ovat muun muassa henkilökunnan asenteet, osaaminen ja koulutus, yhteistyö, yksilöllisyys, resurssit, toimintakykyyn liittyvät tekijät, kirjaaminen, si-

toutuneisuus, tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus, sisältö, arviointi ja seuranta sekä aikataulu.

7.2.1 Asiakslähtöisyys

Henkilökunnan asenteet, osaaminen ja koulutus

Potilaan sekä mahdollisten omaisten motivoimistaito nousi oleelliseksi tekijäksi parantaa kuntoutuksen asiakslähtöisyyttä. Tähän eritellysti mainiten toivottiin myös koulutusta. Koulutustarve ja – toive nousivat esille myös ammatillisen ajantasaisuuden ylläpitämiseksi. Asiakslähtöisyyttä edistävänä koulutuksena esitettiin lisäksi erilaisiin potilaiden toimintakykymittareihin ja niiden kuntoutushyödynnettävyyteen perehdyttämistä.

”Saada potilas sitoutumaan/motivoitumaan”

”Työkaluja potilaan motivointiin”

”Edeltävästi kunnan koulutukset kyseisiin toimintakyky testeihin”

Kuntoutumista tukevan työotteen nähtiin lisäävän potilastyön asiakslähtöisyyttä. Esille nousi voimavarasuuntautuneisuuden ohella hyväksyntä potilaan mahdollisesti rajallisesta toimintakyvystä. Myös riittävän kivunlievityksen katsottiin kuuluvan asiakslähtöisyyden kehittämisen osa-alueeksi. Erään vastaajan mielestä henkilökunnan on informoitava potilasta eri kuntoutusvalintojen vaikutuksista pitkällä tähtäimellä sekä tiedotettava osaston toimintatavoista.

”Hyväksytään potilaan ehkä rajallisetkin voimavarat”

”Kuntoutus on joskus potilaan mielestä pakollista (ei saa vain olla)”

”Edellyttää myös tiedonantoa potilaalle, tietoa eri valintojen vaikutuksista pitkällä tähtäimellä.”

Yhteistyö

Moni vastaaja nimesi asiakslähtöisyyttä kehittäväksi tekijäksi yhteisten kuntoutustavoitteiden löytämisen. Lisäksi tarpeelliseksi nähtiin kaikkien osapuolten sitoutuminen niin tavoitteisiin, sopimuksiin kuin ”pelisääntöihin”. Potilas

tulee nähdä kuntoutustyöryhmän jäsenenä. Omaisten mukaan ottamisen lisääminen yhteistyöhön nousi myös esille. Heti hoitojakson alusta asti painotettiin yhteisten suunnitteluhetkien merkitystä yhteisen ymmärryksen löytymiseksi. Monimutkaisemmissa tapauksissa ehdotettiin hyödynnettäväksi laajempaa asiantuntijaverkostoa. Jokunen vastaaja tähdensi neuvottelujen joustavuuden merkitystä; näkemuserot ja riitatilanteet eivät edistä kuntoutumista.

”Sitoutuminen yhteisiin ”pelisääntöihin” toiminnassa.”

”Tavoitteen oltava sellainen, että pot. voi sen allekirjoittaa. Jos näkemykset eroavat, olisi pystyttävä neuvottelemaan/keskustelemaan, kunnes ollaan yhtä mieltä.”

”Em. vaatii joustoa mol. puolin ja ehkä myös lisää asiantuntijoita (sos. tnt, kotihoito/tiimi, omaiset) riitatilanteita vältetään, eivät edistä kuntoutumista.”

Yksilöllisyys

Potilaan kuuntelu, toiveiden sekä tilanteen yksilöllinen huomiointi tulisivat olla kuntoutustyön lähtökohtina. Lisäksi potilaan omat tavoitteet olisi kartoitettava huolellisesti. Asiakaslähtöisyyttä kehittäväksi nähtiin yksilöllisesti ja realistisin tavoittein laaditut kuntoutussuunnitelmat, jotka tukisivat kotiutusvaiheessa omaisia sekä kotipalvelua. Kaikessa työskentelyssä olisi pyrittävä välttämään kaavamaisuutta ja rutiininomaisuutta. Esille nostettiin myös omahoitajuus, eräs vastaaja pohti palvelisiko yksilövastuinen hoitotyö paremmin osaston kuntoutustoimintaa.

”Yksilöllisesti laaditut kuntoutussuunnitelmat – tavoitteet”

”Kuntouttava ajattelu ei saa olla liian kaavamaista, vaan mietittävä potilaan tilannetta yksilöllisesti: jaksako monisairas 90 v kävellä käytävää päästä päähän monta kertaa päivässä. Ja miten paljon liikkumista esim. kotona vaaditaan.”

”Ei toimittaisi rutiinisti vaan otettaisiin yksilö enemmän huomioon, ehkä omahoitajuus parantaisi keskittymistä yksilöllisempään kuntoutukseen”

Potilaan toimintakykyyn liittyvät tekijät

Vastauksista ilmeni potilaan tarpeiden perusteellisen kartoittamisen sekä potilaan itse määrittämisen avuntarpeen selvittämisen tärkeys. Potilaan voimavarojen ja vireystilan vaihtelujen huomiointi nostettiin myös esille. Lisäksi nähtiin, että potilaalle tulee tarjota liikkumistilaisuuksia. Kirjauksessa tulee kiinnittää huomiota omatoimisuuden ylläpitämiseen ja edistämiseen. Eräässä vastauksessa tuotiin esille arviointi potilaan kognitiivisesta tilasta suhteessa hänen itsemääräämisoikeuteensa; onko hän kykenevä tekemään rationaalisia päätöksiä tilanteestaan.

”Voisi olla jokin kaavake jossa esim. janalle potilas voisi määrittellä päivittäisiin eriteltyihin toimiin tarvitsevansa avun määrää”

”Tarjotaan kannustusta, kevyttä ”tuuppimista” ja tilaisuuksia liikkuu.”

”Arvioitava myös, pystyykö potilas päättämään omasta parhaastaan. Vastuu kuitenkin hoitoyksiköllä.”

Resurssit

Potilaiden ohjautuminen oikea-aikaisesti oikeille osastoille nähtiin merkityksellisenä asiakaslähtöisyyden kehittämisessä. Myös jatkokuntoutuspaikkojen riittävyys nostettiin esille. Riittävän henkilökuntamitoituksen merkitys koettiin tärkeäksi, jotta muun muassa potilaan tila tulee kokonaisvaltaisesti arvioiduksi. Fysioterapiatyöntekijöiden työpanosta esitettiin tarpeelliseksi myös viikonloppuihin.

”Riittävästi henkilökuntaa ja jatkohoitopaikkaan ohjaamisen tulisi tapahtua oikea-aikaisesti.”

”Potilaat saataisiin ohjattua ”oikeille osastoille” hoitoon.”

Muita asiakaslähtöisyyteen liittyviä tekijöitä

Osastolle ehdotettiin työntekijää, joka järjestäisi viriketoimintaa vastaamaan asiakaslähtöisyyden tarpeisiin. Eri päivinä osastolla olisi erilaisia toiminnallisia tuokioita. Eräs vastaaja koki asiakaslähtöisyyden nykytilan hyvänä.

7.2.2 Moniammatillinen yhteistyö toimintakyvyn arvioimisessa

Henkilökunnan asenteet ja osaaminen

Moniammatillisessa yhteistyössä painotettiin hyvää vuorovaikutusta avoimien keskusteluiden. Eri ammattiryhmien edustajien tulisi arvostaa ja olla kiinnostuneita toistensa asiantuntijuudesta, jotta yhteinen tieto voitaisiin hyödyntää potilaan parhaaksi. Yhteistyön edistämiseksi osastonlääkäriltä toivottiin kuntoutusmyönteisyyttä sekä laaja-alaista osaamista.

”eri ammattiryhmät ovat kiinnostuneita ja kuuntelevat toistensa informaatiota potilaan toimintakyvystä”

Yhteistyö

Yhtäältä eräs vastaaja toivoi entistä parempaa yhteistyötä eri ammattiryhmien sekä omaisten välillä. Toisaalta eräässä vastauksessa todettiin yhteistyön olevan jo nyt hyvää. Yhteistyön lisäämiseksi esitettiin erilaisia moniammatillisia palaveriteitoja kuntoutuksen suunnitteluun ja arviointiin. Sosiaalityöntekijän toivottiin osallistuvan lääkärin kierroille. Myös fysioterapia- ja sosiaalityöntekijöiden osallistuminen viikoittain raportille nähtiin potilaan tilanteen ja toimintakyvyn arvioinnin kannalta merkitykselliseksi. Joustavammat erikoisalojen- ja työntekijöiden konsultaatiot koettiin tärkeiksi. Lisäksi haasteellisissa tilanteissa mukaan yhteistyöhön voitaisiin ottaa myös omaiset ja kotipalveluhenkilökunta.

”Yhteinen palaveri noin 15 min jossa kartoitetaan osatavoitteiden saavuttaminen”

”joustavammat konsultaatiot esim. moni tarvitsisi psykiatrin konsultaatiota heti eikä hetken päästä”

”toimintaterapeutin konsultaatio mahdollisuus”

”nykyisin osastolla FT/SH, PH/lääkäri + geriatri toteuttavat yhteistyötä päivittäin → vaikeissa pot. tapauksissa he voisivat kokoontua yhdessä omaisten & kotipalvelun henkilökunnan kanssa”

Toimintakykyyn liittyvät tekijät

Toimintakykymittareiden käyttöä esitettiin apuvälineeksi potilaan toimintakyvyn selvittämisessä. Lisäksi toivottiin moniammatillista toimintakyvyn arviointia

yhteistyössä eri ammattiryhmien kesken. Eräs vastaaja ideoi potilashuoneisiin sijoitettavat seinätaulut, joissa kuvattaisiin toimintakykyä parantavia liikeohjeita.

”fysioterapeutti kartoittaa miten pääsee liikkumaan + apuvälineet”

”sairaanhoitaja miten suoriutuu esim. ruokailusta ja pesuista sekä pärjäämiset edellytykset kotona sekä omaisten tuki, potilaan motivaatio”

”lääkäri kartoittaa toimintakyvyn diagnoosien/sairauksien, tutkimusten perusteella”

Kirjaaminen

Kirjaamisessa esille nousi huolellisuus. Kirjata tulisivat myös potilaan toivomukset ja kokemukset. Lisäksi ehdotettiin kirjallisia, moniammatillisesti laadittuja kuntoutustavoitteita ja niiden seurantaan sekä arviointia.

”Laadittaisiin kirjalliset kuntoutustavoitteet moniammatillisesti → kaikki kirjaisivat osaltaan mitä ovat tehneet tavoitteen toteutumiseksi ja miten edistynyt”

Resurssit

Eräessä vastauksessa kysyvästi ehdotettiin eri ammattiryhmien yhteiseksi varattua aikaa oman asiantuntijuuden ja tiedon jakamiseksi.

”eri ammattiryhmät ovat kiinnostuneita ja kuuntelevat toistensa informaatiota potilaan toimintakyvystä → erillinen aika tämän informaation jakamiseksi?”

Esille tuotiin myös konsultaatiomahdollisuudet. Toiveena esitettiin resurssien salliessa esimerkiksi toimintaterapeutin ammattitaidon hyödyntämismahdollisuus sekä sosiaalityöntekijän osallistuminen lääkärinkierrolle.

7.2.3 Kuntoutussuunnitelman laatiminen

Kuntoutussuunnitelman palvelevuutta osastotyössä selvittävässä ensimmäisessä tehtävässämme kysyimme vastaajilta, millä keinoin sen laatiminen voisi edistää osaston kuntoutustoimintaa. Laatimiseen liittyvät vastaukset muodos-

tuivat alaluokiksi yhteinen ymmärrys, sitoutuneisuus, tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus, sisältö, aikataulu, resurssit ja muu.

Yhteinen ymmärrys

Kuntoutussuunnitelmien laatiminen tukee yhteistä päämäärää. Lisäksi sen avulla on mahdollisuus lisätä ymmärrystä siitä, mitä kaikkea kuntoutus on. Kuntoutussuunnitelma tulisi laatia moniammatillisesti yhdessä potilaan ja tarvittaessa omaisten kanssa. Eräs vastaaja kysyvästi ehdotti laatimisen ajankohdaksi lääkärinkiertoa. Suunnitelman kirjaamispaikka tulisi olla yhteisesti sovittu ja kaikkien ammattiryhmien nähtävillä. Suunnitelma tulisi antaa kirjallisena myös potilaalle.

”kaikilla yhteinen päämäärä (myös potilas) ja ymmärrys mitä kaikkea kuntoutus on!”

”laaditaan lääk. kierrolla (?), potilas mukana”

”sovittava mihin kirjataan, esim. HoKe”

Sitoutuneisuus, tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus

Kuntoutussuunnitelman laatimisessa nousi esille yhdessä mietittyjen yksilöllisten tavoitteiden merkitys, johon kaikki osapuolet sitoutuvat. Suunnitelmaa laadittaessa tulisi kiinnittää huomiota sen selkeyteen, jotta etenemistä olisi helppo seurata. Suunnitelmaa olisi hyvä päivittää viikoittain ja sen laatimisessa tulisi huomioida sen hyödynnettävyys myös jatkohoidossa.

”potilas, omaiset ja hoitohenkilökunta sitoutuisivat laadittuun suunnitelmaan = sama, selvillä oleva tavoite”

”pot. siirtyessä joko jatkohoitoon tai kotiin niin suunnitelman toteuttamista olisi helppo jatkaa”

Sisältö

Suunnitelman sisältöön ehdotettiin kirjattavaksi tilanne ennen hoitoon tuloa, kotiutusaikataulu ja onko tavoitteena koti vai jatkohoito. Lisäksi siitä tulisi ilmetä potilaskohtaiset rajoitukset sekä käytössä olevat apuvälineet ja avuntarve. Laadittu suunnitelma tulisi olla konkreettinen ja realistinen sekä lyhyt ja napakka.

"tavoitteiden kirjaamisessa rajoitukset huomioon ja mikä tilanne ennen hoitoon tuloa ollut → mahdollisimman realistinen suunnitelma"

"konkreettisia, realistisia asioita yhdessä potilaan/omaisten kanssa kirjaten"

"kirjattaisiin ylös hoitokertomuksen otsikoiden viereen miten, millä apuvälineellä ja millaista apua tarvitsee"

Aikataulu

Kuntoutussuunnitelma esitettiin laadittavaksi mahdollisimman pian potilaan osastolle saapumisen jälkeen. Se tulisi laatia kaikille potilaille, kun heidän tilanteensa ja omaisten mahdollinen mielipide on selvitetty. Aika-takarajana pidettiin paria päivää.

"mahdollisimman pian osastolle tulon jälkeen tehtäisiin potilaalle kuntoutumisen tavoitteet ja ne kirjattaisiin ylös"

"kaikille potilaille laadittaisiin kuntoutussuunnitelma parin päivän sisällä osastolle saapumisesta"

Resurssit

Kuntoutussuunnitelmien laatimiseksi ehdotettiin viikoittaista päivää. Vaihtoehtona esitettiin sen tekemistä lääkärikierron yhteydessä. Henkilöstöresursoinnin vuoksi sen laatiminen ei saisi olla liikaa aikaa vievää ja laatija tulisi olla aina sovittuna.

"kerran viikossa yksi päivä kuntoutussuunnitelmien tekemiseksi tai kierron yhteydessä selkeä suunnitelma"

"vaatii aikaa, kuka tekee?"

Muu suunnitelman laatimiseen liittyvä tekijä

Kaikille potilaille laadittava kuntoutussuunnitelmakäytäntö nähtiin myös imago-kysymyksenä. Sen avulla osastolle tarjoutuu mahdollisuus parantaa itsensä luomaa kuvaa ulkopuolisille yhteistyötahoille. Sen potentiaalina on nostaa osaston profiilia kuntoutusta tarjoavana työyksikkönä.

7.2.4 Kuntoutussuunnitelman toteuttaminen

Kuntoutussuunnitelman palvelevuutta osastotyössä selvittävässä toisessa tehtävässämme kysyimme vastaajilta, millä keinoin sen toteuttaminen voisi edistää osaston kuntoutustoimintaa. Toteuttamiseen liittyvät vastaukset muodostuivat alaluokiksi henkilökunnan asenteet ja osaaminen, sitoutuneisuus, suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus, kirjaaminen, arviointi ja jatkuvuus sekä resurssit.

Henkilökunnan asenteet ja osaaminen

Kuntoutussuunnitelman käytännöntoteutus tulisi tapahtua potilasta kannustavassa, motivoivassa ja positiivisessa hengessä myös omaiset huomioiden. Lähtökohtina tulisi olla voimavara- ja kuntoutujälähtöisyys. Kirjattujen suunnitelmien tulisi kuitenkin välittyä toteuttamisen tasolle, eikä jäädä vain muodolliseksi dokumentiksi. Lääkärin nähtiin olevan toteutuksen vahvistamisessa merkittävässä roolissa, koska hänen sanojensa painoarvo on potilaalle tärkeä.

”tiedon välittäminen käytäntöön”

”lääkärin kiinnostus tärkeää, koska lääkäri edelleen ”auktoriteetti” ja usein hänen sanoillaan on tehoa”

”Toteuttamisessa huomioitava potilaan voimavarat ja oma kokemus sekä motivaatio kuntoutumiseen.”

Sitoutuneisuus, suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus

Suunnitelmien käytännöntoteutuksessa keskiöön nousee kaikkien tietoisuus ja sitoutuneisuus yhteiseen päämäärään. Tilannesidonnaisuus on kuitenkin huomioitava. Tavoitteisiin pyritään potilaan kulloinenkin vointi arvioiden ja tiedustellen.

”yhtenäinen linja kaikilla”

”Kaikki olisivat sitoutuneita kuntoutussuunnitelman toteuttamiseen.”

”potilaan voinnin mukaan toteutetaan yhteisiä tavoitteita kohti potilaan kuntoutumista kotikuntoiseksi”

Kirjaaminen

Toteutuksessa tulisi huomioida suunnitelman elävyys, jolloin aktiivisen ja tar-
kan päivityksen avulla taataan suunnitelman ajantasaisuus. Päivitetystä suun-
nitelmasta tulisi olla myös potilaalla dokumentti. Eräs vastaaja ehdotti poti-
lashuoneeseen informaatiotaulua edistämään päivittäistä toteuttamista.

”oltava muutettavissa”

”huonetaulu, johon voisi kirjoittaa päiväohjelman, esim. jumpat tiettyyn kellon aikaan jne. Sellainenkin taulu voisi olla hyvähuoneessa, johon potilaan voisivat itse kirjoittaa toiveitaan, tavoitteitaan”

”tietojen aktiivinen päivitys kun edistystä tapahtuu”

Arviointi ja jatkuvuus

Suunnitelmien etenemistä olisi hyvä tarkistaa lääkärinkierroilla ja tehdä tarvittaessa suunnitelmamuutoksia. Ajantasainen suunnitelma mahdollisesti turvaisi sekä helpottaisi potilaan hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuutta myös kotiutustilanteessa. Arvioinnin avulla nähtiin lisäksi olevan mahdollisuus havaita esille tulevia kehitystarpeita osaston kuntoutustoiminnassa.

”lääkärin tulisi kierrolla tarkistaa ”missä mennään” ja arvioitaisiin, miksi esim. kuntoutuminen ei ole edennyt suunnitellulla tavalla”

”helpottaisi ehkä kotiuttamista esim. lomalta/ vapaalta tullut hoitaja voisi helpommin kotiuttaa”

”toteuttamisen arvioinnissa voisi huomata kehittämistä vaativia asioita osaston toiminnassa / tiloissa/ tarvikkeissa”

Resurssit

Toteutuksessa esille nousi henkilökuntamitoitus. Henkilökuntamäärän tulisi olla riittävä, jotta suunnitelmat siirtyisivät käytäntöön edistämään kuntoutumista. Kehittämisajatuksena ehdotettiin osastolla järjestettäväksi kokous, jossa yhdessä laadittaisiin osastolle sopiva oma kuntoutussuunnitelmalomake.

”pitäisi saada aikaiseksi jokin kokous jossa yhdessä laadittaisiin osastolle sopivaa mallia”

Henkilökunta- ja aikaresursoinnin lisäksi huomioitiin myös rahallinen näkökulma. Toimivilla kuntoutussuunnitelmilla toteutuksineen nähtiin mahdollisuus saavuttaa taloudellista hyötyä työnantajalle. Niiden uskottiin lyhentävän osaston hoitoaikoja.

7.2.5 Yhteistyön ja tiedonsiirron parantaminen siirtymävaiheissa

Yhteistyö ja yhteistyötahotuntemus

Vastauksista nousi esille yhteistyön ja yhteisymmärryksen merkitys omaisten kanssa. Ristiriitatilanteissa esitettiin yhteistyöpalaverien järjestämistä. Hyvä vuorovaikutus kotihoidon henkilöstön kanssa sekä vastavuoroisuus kotiutuksesta neuvoteltaessa painoutuivat vastauksissa. Eräs vastaaja koki nimetyn yhteyshenkilön olemassaolon jatkohoitopaikassa helpottavan yhteydenpitoa. Lisäksi jatkohoitovastuutaho tulisi olla selkeästi tiedossa. Eräässä vastauksessa ehdotettiin vastavuoroisia tutustumiskäyntejä palveluverkostossa.

”yhteistyö omaisten kanssa tärkeää, heillä usein eri käsitys kuin meillä”

”eri yhteistyötahot voisivat tulla vierailulle osastollemme jotta he näkisivät toimintamme ja voisimme kertoa toiminnastamme”

”jatkohoitopaikkoihin tutustuminen että tiedetään miten kuntoutus jatkuu”

”ollut kotiutustiimin/kotihoidon kanssa epäselvyyttä kumpi taho parempi potilaan kotiutuessa, kotiutus tuottaa melkoista työtä”

Suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus

Eräs vastaaja ehdotti osastolle kehitettäväksi kuntoutussuunnitelmalomakkeen, joka kulkisi potilaan mukana tukien suunnitelmien jatkuvuutta. Ajantasainen kuntoutussuunnitelma potilaan omine, realistisine tavoitteineen sekä yhteistyössä tehtyine arvioineineen nähtiin palvelevan toiminnan jatkuvuutta. Myös omahoitajuus mainittiin ajatuksena asioiden edistämisessä.

”tehdään tarkka hoitosuunnitelma, jota myös päivitetään → tavoitteet ja arvionnit myös näkyviin”

”realistiset tavoitteet, mitä potilas itse haluaa”

”tarvittaessa voisimme kehittää kuntoutussuunnitelmalomakkeen joka siirtyisi pot. mukaan”

Arviointi ja seuranta

Osastolla ovat nykyisin käytössä jo eri ammattiryhmien kirjalliset loppuarvioinnit. Näissä arvioinneissa tulisi kiinnittää huomiota potilaan voinnin edistymisen kuvailuun hoitajakson aikana, apuvälinetarpeeseen sekä siihen, mikä on ollut kuntoutumisessa haasteellista ja mihin olisi jatkossa kiinnitettävä huomiota. Potilaskohtaiset rajoitteet, ohjeet sekä tavoitteet jatkohoidolle tulisi informoida selkeästi. Siirtymävaiheessa hyödynnettäisiin jonkinlaista tarkistuslistaa oleellisten asioiden huomioimiseksi.

”lähtiessä tiedot potilaan edistymisestä hoidon aikana, mistä lähdetty ja mihin päädytty”

”mikä kuntoutuksessa vaikeinta”

”mihin pitää jatkossakin kiinnittää erityistä huomiota”

”selkeät ohjeet kuntoutuksen jatkumisesta, sovituista aikatauluista (fysiter, lääk.käynnit) ja tavoitteista”

”ohjeet, mistä yhteistyötahon edellytetään huolehtivan”

Kirjaaminen ja tiedonsiirto

Esille tuotiin tarkan, konkreettisen sekä oleellisen tiedon ytimekäs kirjaaminen. Eräs vastaaja ehdotti rakenteellisen kirjaamisen tehostamista ja hyödyntämistä potilastietojärjestelmässä, jonka käyttö tulisi kaikkien hallita. Sähköinen potilastiedonsiirtojärjestelmä tulisi olla yhtenevä kaikilla palvelutahoilla. Sähköisen viestinnän lisäksi tiedonsiirtoa tulisi tapahtua myös suullisesti. Hyvissä ajoin tapahtuva tiedottaminen turvaa kuntoutuksen jatkuvuutta.

”oleellinen tieto lyhyesti, ei liian pitkiä tekstejä”

”kirjaamisen tärkeys, koska pegasos useilla yhteistyötahoilla käytössä”

”erilaisuus potilastietojärjestelmissä ongelmana tiedon (TAYS – HASA) siirrossa”

”jatkohoitopaikkaan ollaan puhelimitse yhteydessä”

”ennakointi → ilmoitus siirtymisestä mahd. ajoissa, erityisesti kotiutuessa”

Etukäteistutustuminen

Potilaan tutustumiskäyntiä jatkohoitopaikkaan ehdotettiin. Lisäksi toivottiin kotihoiton osastolle tuloa tutustumaan uuteen asiakkaaseen. Eräs vastaaja ehdotti kuvallista esittelykansiota jatkohoit- ja kuntoutuspaikoista, johon sekä potilaat että henkilökunta voisi tutustua.

”uuden asiakkaan siirtyessä kotihoitoon, olisi ihanne, jos vastaanottava taho voisi käydä osastolla tapaamassa potilaan”

Resurssit

Jatkohoitoon toivottiin riittäviä henkilökuntaresursseja. Riittävä henkilöstöresursointi avohoitopuolella pystyisi paremmin varmentamaan jatkohoidon toteuttamisen.

7.3 Yhteenveto tuloksista

Osaston kuntoutustoiminnan nykytilaa kuvaavista tutkimustuloksista on nähtävissä, että kuntoutustoimintaan ovat vaikuttamassa monet niin edistävät kuin estävät tekijät. Vastaajista riippuen tuloksissa on havaittavissa näkemuseroja. Kysely tuotti myös paljon kehittämisajatuksia. Kuvioon 7 on koottu tulokset tiivistetysti.

Kuntoutustoiminnan nykytila
<p>Edistävät tekijät:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Henkilökunnan yhteistyö, motivaatio, ammattitaito, ymmärrys kuntoutuksen laaja-alaisuudesta, potilaan mobilisointitaidot, kuntoutumista tukeva yhtenevä työote ▪ Erikoisalujen konsultaatiot, yhteydenpito jatkohoitoon ▪ Riittävä henkilökunta, fysioterapiatyöntekijöiden työpanos, riittävät ja toimivat tilat, asianmukaiset ja saatavilla olevat apuvälineet ▪ Potilaan kuntoutusmotivaatio, vertaistuki, hyväntahtoinen leikinlasku
<p>Estävät tekijät:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suunnitelmien puutteellisuus ja viivästyminen, taustatietojen puutteellisuus ▪ Tavoitteiden, moniammatillisen yhteistyön ja selkeiden ohjeiden puute, eriävät tavoitteet ▪ Potilaiden puolesta tekeminen, uusien työntekijöiden kokonaisnäkömyksen puute, ajoittain puutteellinen kivunhoito, potilaiden eriarvoisuus, eristyspotilaiden vähempi huomiointi ▪ Henkilökunnan jatkuva/ajoittainen riittämättömyys, lääkäreiden vaihtuvuus ▪ Potilaan motivaation puute, kapea-alainen näkemys kuntoutustoiminnasta, huonevetoisuus, ajantajua heikentävä ympärivuorokautinen sairaala-asun käyttö ▪ Omaisten vähäinen rooli kuntoutustoimintaan osallistumisessa ▪ Tilojen ahtaus apuvälinetarpeisiin nähden etenkin potilashuoneissa, kuntoutustilojen puute ▪ Apuvälineiden jatkuva/ajoittainen puute ja toimimattomuus
Kuntoutustoiminnan kehittäminen
<p>Asiakaslähtöisyys:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kuntoutumista tukeva työote: voimavara- ja lähtöisyys, rajallisuuden hyväksyntä ja avuntarve määriteltä ▪ Yhteisesti sovitut yksilölliset tavoitteet lähtökohtana kuntoutujan oma näkemys, kuntoutuja ja lähipiiri osa tiimiä, asiantuntijaverkoston hyödyntäminen ▪ Koulutustarve: potilaan motivoiminen, ammatillinen ajantasaisuus, toimintakykytestit ▪ Riittävät henkilökuntaresurssit vastaamaan potilaiden tarpeisiin, omahoitajuus ▪ Jatkohoitopaikkojen riittävyys, ohjautuminen oikea-aikaisesti oikeaan hoitopaikkaan
<p>Moniammatillinen yhteistyö toimintakyvyn arvioimisessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoimuus, arvostus, kiinnostus, tiedon jakaminen ja ajan löytäminen tähän ▪ Moniammatillisesti tehtyjen toimintakykytestien hyödyntäminen, palaverit suunnitteluun ja arviointiin, joustavat konsultaatiot (esim. toimintaterapeutti), huolellinen moniammatillinen kirjaaminen ▪ Osaston lääkärin kuntoutusmyönteisyys ja laaja-alainen osaaminen ▪ Sosiaalityöntekijän ja fysioterapiatyöntekijän osallistuminen viikoittain raportille, sosiaalityöntekijän osallistuminen lääkärintierolle ▪ Haasteellisissa tilanteissa mukaan omaiset ja kotipalveluhenkilökunta
<p>Kuntoutussuunnitelman laatiminen ja toteuttaminen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laaditaan moniammatillisesti mahdollisimman pian, kuntoutuja mukana, kirjaamispaikka ja kirjaaja sovittu, laatimisaikajako esim. lääkärintieron, annetaan kirjallisena potilaalle ▪ Helposti seurattava, ajantasainen, realistinen, hyödynnettävissä jatkohoidossa ▪ Lisää ymmärrystä, mitä kaikkea kuntoutus on ja sitouttaa yhteiseen päämäärään, lyhentää mahdollisesti hoitoaikoja sekä tuo esille osastotyön kehittämistarpeita ▪ Toteutetaan potilasta kannustavassa ja positiivisessa hengessä voimien huomioiden ▪ Riittävät henkilökuntaresurssit vastaamaan suunnitelmien toteutuksesta
<p>Yhteistyön ja tiedonsiirron parantaminen siirtymävaiheissa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Yhteisymmärrys omaisten kanssa, omahoitajuus, hyvä vuorovaikutus kotihoidon kanssa, nimetty yhteyshenkilö jatkohoitopaikassa, jatkohoitovastuutaho selvillä ▪ Jatkohoitoon siirrettävissä olevan kuntoutussuunnitelma, loppuarviointiin selkeät ohjeet, siirtymävaiheen tarkistuslista, varhainen suullinen ja sähköinen tiedottaminen ▪ Yhtenevä potilastietojärjestelmä, rakenteellisen kirjaamisen hyödyntäminen ▪ Etukäteistutustuminen ja esittelykansiot ▪ Riittävät henkilökuntaresurssit avohoidossa turvaamaan kuntoutuksen jatkuvuutta

KUVIO 7. Yhteenveto tutkimustuloksista

8 POHDINTA

Hatanpään sairaalan organisaatiomuutokset tarjosivat meille kiinnostavan mahdollisuuden tämän opinnäytetyön tekemiseen. Kiinnostukseemme vaikuttivat osasto A3:n toiminnan muuttuminen kuntoutuspainotteisemmaksi ja täten sen uuden profiilin kytkeytyminen kuntoutuksen opintojemme ydinalueisiin. Opinnäytetyömme kautta saimme mahdollisuuden jakaa sitä kuntoutuksen ajankohtaista tietoa, jota opintomme ovat meille kuntoutuksesta tarjonneet. Työelämäyhteys oli lisäksi olemassa toisen opinnäytetyöntekijän työskennellessä tutkittavalla osastolla. Koimme opinnäytetyön tärkeäksi myös siksi, että valtaosa osaston potilaista on ikäihmisiä, joiden kuntoutuminen asettaa niin työntekijöille kuin koko yhteiskunnallekin laaja-alaisuudessaan ja moninaisuudessaan lisääntyviä haasteita. Opinnäytetyöaiheemme syntyi, kun osaston toimintalinjaukset olivat vain osittaisesti tiedossa. Tällä hetkellä vaikuttaa siltä, että työmme aihealueet ovat ortogeriatrisella osastolla erittäin ajankohtaiset ja kehittämissuunnitelmien kohteena, joten tilausta ja tarvetta opinnäytetyömme tuloksille on olemassa.

8.1 Opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyömme sisältö muuttui hieman työskentelyprosessin edetessä, mutta pysyimme suunnittelemassamme aikataulussa. Laadullisen tutkimuksen tapaan huomasimme sen olevan syklinen prosessi, jossa vuorottelivat niin teoriataustan hioutuminen kuin tulososuuden analysointi. Koulutuksemme antaman tietämyksen myötä koimme ajankohtaisen ja luotettavan teoria-aineiston etsimisen ja valikoitumisen melko vaivattomaksi. Se ei kuitenkaan merkinnyt sitä, ettemmekö olisi löytäneet siitä uusia näkökulmia ja syvyyttä ajatuksiimme.

Hedelmällisimmäksi osoittautui mielestämme saamiemme kyselyvastausten teoriaohjaava yhdessä analysoiminen. Tässä työvaiheessa päättelimme meidän molempien pitkästä työhistoriasta terveydenhuoltoalalla olevan sekä etua että haittaa. Yhtäältä koimme vastausten sisällön omastakin ajatusmaailmas-

tamme tutuksi, toisaalta mietimme sen mahdollista väärintulkintaa omiin kokemuksiimme heijastuen. Uskomme parityöskentelyn kuitenkin lisänneen tulkintamme kriittisyyttä ja siten luotettavuutta. Varsinaista vastauksista muodostunutta analyysirunkoa emme kokonaisuudessaan julkaise, mielihalustamme huolimatta, johtuen sen laajuudesta sekä suojellaksemme vastaajien tunnistamattomuutta.

Tie tulosten sekä koko työn lopulliseen julkaisuasuun on ollut pitkä ja vaiheikas. Omat haasteensa siihen toivat opintojemme jakautuminen kahden ammattikorkeakoulun välille ja niiden eroavaisuudet muun muassa raportointiohjeiden osalta. Vaikeaksi koimme luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelun sijoittelun työhömmä, sillä yhtäältä on tärkeitä julkituoda sitä jo työn toteutusta kuvailtaessa, mutta toisaalta sen esille otto myös pohdinnassa on merkityksellistä. Olemme pyrkineet tarkastelemaan työmme luotettavuutta sekä eettisyyttä näissä molemmissa luvuissa, kuitenkin päällekkäisyyttä välttäen.

Oppimiskokemuksena opinnäytetyöprosessi on ollut antoisa. Opinnäytetyöhömmä liittynyt yhteistyö on välillämme sujunut luontevasti ja hyvin. Satunnaisista näkemyseroista olemme pystyneet keskustelemaan rakentavasti, mutta työmme päälinjoista näkemyksemme ovat olleet koko ajan yhtenevät. Työmme toteutus laadullisena lähestymistapana sekä kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä olivat meille uutta. Kokemattomuudestamme johtuen suurimmat haasteet kohtasimme mielestämme opinnäytetyömme toteuttamis- ja tulososuuksissa, jotka olivat työläitä sekä vaativia, mutta toisaalta tarjosivat oivalluksen ja uuden oppimisen iloa.

8.2 Tulosten pohdintaa

Kyselylomakkeilla hankkimamme aineisto vastasi mielestämme tutkimuskysymyksiimme ja saimme paljon informaatiota siitä, millaisena moniammatillinen henkilökunta näkee osaston kuntoutustoiminnan nykytilan edistävät ja estävät tekijät. Vastauksista ilmeni myös monia, pieninkin muutoksin toteutettavissa olevia kuntoutustoiminnan kehittämissuunnitelmia niin asiakaslähtöisyyden, moniammatillisen toimintakyvyn arvioinnin kuin kuntoutussuunnitelman ja

jatkuvuuden kehittämiseksi. Jälkikäteen kyselylomaketta ajatellen sen aihealueet olivat mielestämme onnistuneita. Kysymysten muotoiluun olisimme voineet ehkä kiinnittää enemmän huomiota, koska jotkut vastaajista kokivat saadun suullisen palautteen perusteella niissä haastavuutta.

Kyselylomakkeen kysymysten aihealueiden laajuuteen sekä monivivahteisuu-teen ja täten vaikeuteen nähden olemme tyytyväisiä 16 vastaukseen vastausprosentin ollessa 69,6 %. Hyvä vastausprosentti lisää mielestämme tulosten luotettavuutta. Erityisen tyytyväisiä olemme vastausten kehittämisajatuksiin, sillä usein pelkkä nykytilan toteaminen edistävine ja estävine tekijöineen on huomattavasti helpompaa kuin uusien kehittämisideoiden löytäminen. Uskomme, että vastausprosentin suuruuteen vaikutti merkittävästi toisen opin- näytetyöntekijän jäsenyys työyhteisössä ja käytettävissä oleminen kysymyk- siin vastaamisessa. Painotimme vastaamisen vapaaehtoisuutta. Pohdimme kuitenkin vastaajien mahdollista tunnetta vastaamisvelvollisuudesta kollegiaa- lisuuden nimissä. Vastausprosentin suuruuteen vaikutti ehkä myös se, että kaikilla työntekijöillä oli tämän kautta mahdollisuus saada nimettömästi äänen- sä kuuluviin ammattiryhmästä riippumatta.

Koemme, että tämän laajan aineiston kerääminen nimenomaan kyselylomak- keen avulla koettiin osastolla mielekkääksi. Siten mahdollistui kysymysten rauhassa miettiminen sekä aiheesta keskustelu. Vastaukset olivat tuotettu niin kieliasultaan kuin asiallisuudeltaankin siten, että ne yhden vastaajan erästä vastausta lukuun ottamatta pystyttiin hyödyntämään. Uskomme, että aineiston keruutapa ja nimettömyyden turvaaminen antoivat vastaajille mahdollisuuden nostaa esiin myös niitä kielteisiä ajatuksia, joiden esiin ottaminen osaston avoimissa keskusteluissa olisi ollut vaikeaa.

Opinnäytetyömme tuloksissa ei sinänsä ollut yllätyksellisyyttä, sillä saman- suuntaisia tutkimustuloksia on löydettävissä monista laajuudeltaan eritasoisis- ta tutkimuksista. Työmme pohdinnassa nostamme vertaillen esille eräitä tar- kastelemiamme tutkimuksia suhteessa saamiimme omiin tuloksiin. Vertailevis- ta tutkimuksista on löydettävissä tiivistelmät liitetiedostossa 2.

Kuntoutustoiminnan edistävien ja estävien tulosten välillä oli vastaajista riip-puen havaittavissa ristiriitaisuutta. Toisaalta näemme vastausten ristiriitaisuuden hyvinkin luonnollisena, koska koemme asiat yksilöllisesti. Osaston kuntoutustoimintaa niin edistävinä kuin estävinä tekijöinä esille nousivat henkilökunnan asenteisiin, yhteistyöhön kuin ammatillisuuteenkin liittyvät asiat, potilaasta johtuvat tekijät sekä resursointi. Monia hyvin samankaltaisia tuloksia on saanut Hynynen (2011) lonkkamurtumapotilaan kuntouttavaa hoitotyötä koskevassa opinnäytetyössään. Hynysen (2011, 3, 35–36) työn mukaan hoitajien kuntouttavaa hoitotyötä edistävät muun muassa potilaan ja hoitajan asenne sekä motivaatio kuntoutukseen, ammattitaitoinen ja koulutettu henkilökunta, yhtenevä toimintatapa ja yhteistyö eri kuntoutusosapuolten kesken. Estävissä tekijöissä Hynysen (2011, 3, 37–38) työssä yhteneviä tuloksia omiemme kanssa olivat potilaan biopsykososiaalisen tilanteen merkitys, hoitohenkilökunnan vähyys, vaillinainen suunnitelmallisuus sekä riittämättömät tilat ja välineet. Työmme tulosten kohdalta koimme valitettavana sen, että vasta äskettäin uudelleensuunnitellut ja remontoidut tilat ovat osoittautuneet ahtaiksi ja epäkäytännöllisiksi. Opinnäytetöiden tulosten samankaltaisuuteen vaikuttanee se, että molempien töiden tutkimusympäristö on potilasaineistoltaan ja toimintoiltaan hyvin samantapainen. Pohdimme, olisiko mahdollista saada samansuuntaisia tuloksia laajemminkin toimenkuvaltaan samantyyppisiltä osastoilta.

Asiakaslähtöisyyden kehittämisen tuloksissa esiin nousivat muun muassa potilaan yksilönä huomioiminen ja päätöksenteossa enemmän mukaan ottaminen sekä hänen tarpeidensa tarkka määrittäminen. Mielestämme nämä edellyttävät asenteiden ja tietotaidon ohella riittävää henkilöstöresursointia. Näemme, että työntekijällä voi olla tarvittavat valmiudet, mutta joko kiire tai työssä vallitsevat käytännöt voivat estää niiden toteuttamisen. Toisaalta Hyvärisen (2011, 37–38, 66) tutkimuksen mukaan suurimpana esteenä asiakaslähtöisyyden toteutumiselle sosiaali- ja terveydenhuollossa on työntekijöiden liika ammatillisuus, jolloin hyvä ja tasa-arvoinen vuorovaikutussuhde ei toteudu asiakkaan äänen jäädessä kuulumattomiin. Henkilökunta toivoi koulutusta potilaan motivointiin, omaan ammatilliseen ajantasaisuuteensa ja myös potilaan toimintakyvyn arviointiin. Koemme tämän viestivän henkilökunnan motivoituneisuudesta tehdä asiakaslähtöistä kuntoutustyötä. Myös Hyvärinen (2011,

58) näkee asiakaslähtöisten palveluiden kehittämisen kannalta tärkeäksi, että perusopintojen lisäksi koulutusta asiakaslähtöisyyteen annetaan itse toimintaympäristössä, jotta asiakkaan lähtökohdat, kyvyt ja tarpeet tulevat huomioituksi.

Työmme toimintakyvyn arvioimiseen liittyvän moniammatillisen yhteistyön kehittämisen tuloksissa yhteistyö nähtiin osin hyvänä, mutta parannettavaakin löydettiin. Eräinä tekijöinä, jotka luokittelimme asenteellisiksi, olivat esimerkiksi työntekijöiden keskinäisen arvostuksen, kiinnostuksen, avoimuuden sekä tiedon jakamisen lisääminen. Honkavaaran (2009, 19–20) opinnäytetyössä ikäihmisten kotiinkuntoutumisen moniammatillisessa yhteistoiminnassa esiteeksi näytti muodostuvan avoimuuden ja tiedonjakamisen puute; toisten työnkuvat olivat jossain määrin vieraita ja moniammatillista vuoropuhelua käytiin lähinnä kokoustilanteissa. Kehittämään päästään Honkavaaran (2009, 21) tulosten mukaan vasta silloin, kun jokaisen perustehtävä ja keskeiset käsitteet ovat selvillä koko ryhmälle. Moniammatillisesti tehtyjen toimintakykytestien parempi hyödyntäminen, yhteiset suunnittelu- ja arviointihetket sekä huolellinen kirjaaminen nostettiin myös työssämme esille. Toimintakykytestien tekemistä on osastolla viime aikoina lisätty, mutta vastauksien perusteella nimenomaan moniammatillista näkökulmaa ja tulkintaa asiaan kaivataan. Lisäksi konsultaatioiden lisäämismahdollisuus koettiin tärkeäksi ja mielestämme tämä olisikin mahdollista toteuttaa joustavammin pienehkön sairaalan organisaatiorakenteissa, joissa on saatavilla laajasti erikoisosaamista. Ymmärryksemme mukaan joidenkin erityistyöntekijöiden, kuten esimerkiksi toimintaterapeuttien, konsultaatiomahdollisuuden heikkous perustuu lähinnä vakanssien vähyyteen. Juuri ikääntyneiden kuntoutuksessa uskomme toimintaterapeutin pystyvän tarjoamaan monia pieniä keinoja arjessa selviytymisen edistämiseksi.

Osastolla ei ole tällä hetkellä käytössä kirjallista kuntoutussuunnitelmaa, josta olisivat helposti tarkastettavissa toiminnan yhteinen päämäärä, sen tavoittamiskeinot ja aikataulu etenemiselle. Vastauksissa tulivat esille suunnitelman edut muun muassa toimintaan sitoutumisessa, kuntoutuksen laaja-alaisuuden ymmärtämisessä sekä palvelevuus kotiin tai jatkohoitopaikkaan siirryttäessä. Pohdintaa aiheutti kuitenkin sen mahdollinen aikaa vievyys sekä tekijätaho ja

ajankohta. Usein uusien toimintamuotojen kehittämisessä herää kysymys aikaresurssista. Nytkin se oli vastauksista aistittavissa, mutta toisaalta suunnitelman nähtiin tuovan selkeyttä toimintaan ja mahdollisesti jopa lyhentävän hoitoaikoja. Esille ei noussut osaston ulkopuolisten ammattilaisten paikalle kutsuminen suunnitelmaa laadittaessa. Lamminkangas (2011) kuvaa opinnäytetyössään hoito- ja kuntoutussuunnitelmamallin laatimisprojektia terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon välille. Mallin kehittämisessä nähtiin positiivisena kotihoidon henkilökunnan mukaan ottaminen jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Näin koettiin saatavan suunnittelun avuksi se tietotaito, jota kotihoidolla asiakkaansa arjessa selviytymisestä oli ja päästiin yhdessä toteuttamaan kotiutusta. (Lamminkangas 2011, 73–74.) Realistista lienee silti todeta kotihoidonkin vähäinen henkilöstömitoitus tällaista käytäntöä mietittäessä.

Potilaan hoidon ja kuntoutuksen siirtymävaiheissa eri tahojen yhteistyöhön sekä tiedonsiirtoon liittyvissä kehittämisajatuksissa esille nousivat muun muassa hyvä vuorovaikutus kotihoidon kanssa ja varhainen suullinen sekä sähköinen tiedottaminen. Lisäksi osastolle ehdotettiin laadittavaksi jatkohoitoon siirrettävissä oleva kuntoutussuunnitelma. Tulosten pohjalta jäimme miettimään, voitaisiinko osastolla hyödyntää joitakin asioita Lamminkankaan (2011) esittämästä hoito- ja kuntoutussuunnitelmamallista, jonka ajatuksena on tukea asiakaslähtöisyyden ja saumattomuuden toteutumista sairaalasta kotiuduttaessa. Tässä mallissa yhteistyö käynnistyy hyvissä ajoin tarvittavien tahojen kanssa ja asiakkaan luokse tehdään kotikäynti, johon osallistuvat asiakas, mahdollinen omainen sekä työntekijä osastolta ja kotihoidosta. Tarvittaessa voidaan sopia myös kotiutuskokeilu. (Lamminkangas 2011.) Tämänkaltainen toimintamalli erityisesti ikäihmisten usein haasteellisissa kotiutustilanteissa voisi turvata hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuutta sekä lisätä yhteistyötahojen tuntemusta. Tällä hetkellä osastolta ei ole mahdollisuuksia resursoida henkilökuntaa ehkä aikaa vieviinkin kotikäynteihin. Kotiutuskokeilumahdollisuuksia sen sijaan olisi ehkä hyvä tarjota jatkossa enemmän.

8.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Omat osaston kuntoutustoiminnan kehittämisen ja jatkotutkimuksen aihe-ehdotuksemme liittyvät moniammatillisen ja laaja-alaisen näkökulman varmistamiseen, kuntoutusketjun saumattomuuden vahvistamiseen, opiskelijoiden hyödyntämiseen osastotyön kehittämisessä sekä kehittämisajatusien selvittämiseen myös potilasnäkökulmasta. Mielenkiintoista olisi lisäksi tehdä sama kysely henkilökunnalle parin vuoden päästä tuloksia vertaillen.

Moniammatilliselle henkilökunnalle yhteisesti järjestettävät koulutus- ja kehittämispäivät laajentavat ja vahvistavat saamamme käsityksen mukaan yhteistyötä ja sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin. Näiden yhteisten koulutustilaisuuksien järjestämiseen tulisi mielestämme jatkossa kiinnittää enemmän huomiota, vaikka henkilöstöresursointi asettaakin tälle omat haasteensa.

Kyselyn vastauksissa tuli vahvuutena ilmi henkilökunnan ymmärrys kuntoutuksen laaja-alaisuudesta, mutta vastauksissa korostui fyysispainotteisuus. Se on ymmärrettävää huomioiden osaston ortogeriatrinen luonne. Ikäihmisten hoidossa ja kuntoutuksessa korostuu kokonaisvaltaisuus, sillä ikäihmisillä on usein samanaikaisesti monia ongelmia. Ongelmia voivat aiheuttaa muun muassa fyysiset ja psyykkiset sairaudet, toimintakyvyn heikkeneminen, taloudelliset vaikeudet sekä yksinäisyys. Osaston lyhytkestoisilla hoitajaksoilla kaikkiin ongelmiin vastaaminen on kuitenkin vaikeaa ja ehkä mahdotontakin. Näemme silti tärkeiksi sekä kokonaistilanteen arvioinnin että siitä saadun tiedon siirtämisen esimerkiksi kotihoidon palvelu- ja hoitosuunnitelmista vastaaville asiakasohjaajille. Asiakasohjaajilla on ajantasaista tietämystä erilaisista tukimahdollisuuksista sekä kotiin tarjottavista palveluista ja he pystyvät tarvittaessa järjestämään asiakkailleen erilaisia aktiviteetteja kuten kuntouttavaa päivätoimintaa ja lyhytaikaisia kuntoutusjaksoja eri laitoksissa.

Hoito- ja kuntoutusketjun siirtymävaiheiden saumattomuutta voisi parantaa osastolle nimettävä toiminnan koordinoija, jonka vastuulla olisi varmistaa potilaan kotiutus- tai jatkokuntoutustilanteen valmius sekä toimia linkkinä koti- ja jatkohoitoon. Tiedonsiirron ja yhteistyön toimivuuden ongelmana ilman nimet-

tyä vastuuhenkilöä ovat esimerkiksi osastolla tehtävä kolmivuorotyö ja lyhyet hoitajaksot, joiden seurauksena syntyy helposti epäselvyyttä mitä on tehty ja kenet tavoitettu. Kuntoutuksen koordinoijalla olisi näiden tietojen lisäksi tarkka tietämys jatkovastuutahoista ja niiden toimintaperiaatteista.

Osaston opiskelijatilannetta voisi mielestämme aktiivisemmin hyödyntää toiminnan kehittämiseen yhdessä henkilökunnan kanssa. Työmme tuloksissa tällaisina töinä esille nousivat esimerkiksi jatkohoitopaikkojen esittelykansiot, viriketoiminnan kehittäminen sekä kuntoutussuunnitelmalomakkeen laadinta osaston tarpeisiin. Opinnäytetyöaiheita tulisikin mielestämme entistä enemmän esittää esimerkiksi ammattikorkeakoulujen hyvinvointialan opiskelijoille. Näkemyksemme mukaan opiskelijat ottavat mielellään vastaan työelämälähtöisiä aihe-ehdotuksia.

Selvitimme opinnäytetyömme avulla henkilökunnan ajatuksia osasto A3:n kuntoutustoiminnasta, lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia samaa asiaa potilasnäkökulmasta. Tampereen kaupunki kerää säännöllisesti asiakaspalautteita, mutta nimenomaan potilaiden näkemysten selvittäminen osaston kuntoutustoiminnan nykytilasta ja kehittämisajatuksista täydentäisivät hyvin opinnäytetyötämme saatuja tuloksia.

LÄHTEET

- Autti-Rämö, I. 2009. Vaikuttavuuden arviointi kuntoutuksessa. Viitattu 10.8.2012.
[Http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/011209123728HL/\\$File/Ilona%20Autti%20Ramo2.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/011209123728HL/$File/Ilona%20Autti%20Ramo2.pdf?OpenElement).
- Cameron, I. & Kurrle, S. 2002. Rehabilitation and older people. MJA 2002; 177: 387–391. Viitattu 23.5.2012.
[Https://www.mja.com.au/journal/2002/177/7/1-rehabilitation-and-older-people](https://www.mja.com.au/journal/2002/177/7/1-rehabilitation-and-older-people).
- Clarkeburn, H. & Mustajärvi, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tallinna: Tallina Raamatutrukikoda.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Helin, S. 2010. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. Toim. 2010. Gerontologia. Duodecim. 2.–3. p. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 434.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Honkavaara, A. 2009. Moniammatillisella yhteistyöllä kohti asiakkaan osallisuutta ikääntyneen kotiinkuntoutuksessa. Opinnäytetyö (YAMK). Metropolia Ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.8.2012.
[Http://publications.theseus.fi/handle/10024/7822](http://publications.theseus.fi/handle/10024/7822).
- Hynynen, A. 2011. Lonkkamurtumapotilaan kuntouttava hoitotyö. Opinnäytetyö. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu.
- Hyvärinen, H. 2011. Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä. Sosiologian pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 5.8.2012.
[Http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110374/urn_nbn_fi_uef-20110374.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110374/urn_nbn_fi_uef-20110374.pdf).
- Ihalainen, R. 2011. Sairaanhoidopiirin johtaja. Sairaanhoidopiirin puheenvuoro. Kuntoutuksen kehittämisen kokonaisuus - seminaari kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmille. 18.2.2011. Tieteiden talo. Helsinki. Viitattu 18.7.2012.
[Http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3007919&name=DLFE-14947.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3007919&name=DLFE-14947.pdf).
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Viitattu 14.7.2012.
[Http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihminen_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihminen_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf).

Ilmonen, K. 2010. Muuan diskurssianalyysi. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.). 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. 3. uud. ja täydennetty p. Juva: WS Bookwell Oy, 127–142.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: Dark Oy.

Isoherranen, K. 2008. Yhteistyön uusi haaste - moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 26–48.

Jyrkämä, J. 2004. Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Teoksessa Karjalainen, V. & Vilkkumaa, I. Toim. 2004. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 157–158.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5. uud. p. Helsinki: WSOY pro Oy.

Järvikoski, A. & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. Toim. 2008. Kuntoutus. Duodecim. 2. p. Keuruu: Otava, 83–84.

Kaistinen, S-L. 2012. Ylilääkäri. Hatanpään sairaala, yleislääketiede ja geriatrria. Sähköinen kannanotto 14.9.2012.

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 93. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kettunen, R, Kähäri-Wiik, K, Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4. uud. p. Helsinki: WSOYpro Oy.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2002. Mission: Possible. Opas opinäytteen tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 1. 2. uud. p. Tampere.

Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kokko, R-L. 2003. Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä: institutionaalisen kohtaamisen jännitteitä. Akateeminen väitöskirja. Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia 72/2003. Helsinki: Yliopistopaino.

Koskinen S., Pitkälä K. & Saarenheimo M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. Toim. 2008. Kuntoutus. Duodecim. 2. p. Keuruu: Otava, 547–563.

Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen. Väitöskirja. Acta Electronica Universitatis 56. Rovaniemi: Lapin yliopisto. Viitattu 14.4.2012.
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67116/Koukkari%20DORIA.pdf?sequence=1>.

Koukkari, M. 2011. Kuntoutujien käsityksiä kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Teoksessa Järvikoski, A. Lindh, J. & Suikkanen, A. 2011. Kuntoutus muutoksessa. Tampere: Juvenes Print, 220–226.

Kuntoutusohjausnimikkeistö. 2010. Opas sisältöön ja käyttöön. 2. p. Suomen Kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.

Kuntoutusselonteko. 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6. Viitattu 1.7.2012.
[Http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf](http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf).

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 3.2.2012.
[Http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785).

L 30.12.2010/1326. Terveystietolaki. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 3.2.2012. [Http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326).

Lamminkangas, A. 2011. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli Pudasjärven kaupungin terveyskeskuksen ja kotihoidon yhteiskäyttöön. Opinnäytetyö (YAMK). Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.8.2012.
[Http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33849/Lamminkangas%20Arja.pdf?sequence=1](http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33849/Lamminkangas%20Arja.pdf?sequence=1).

Leino, E. 2011. Kuntoutus terveydenhuoltoon. Teoksessa Järvikoski, A. Lindh, J. & Suikkanen, A. 2011. Kuntoutus muutoksessa. Tampere: Juvenes Print, 264- 275.

Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen P. Toim. 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy, 15–28.

Miettinen, S. 2011. Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Acta Electronica Universitatis Tamperensis; 1087. Viitattu 25.2.2012.
[Http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8478-0.pdf](http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8478-0.pdf).

Musikka-Siirtola, M. 2011. Neuropsykologi. ICF-näkökulma toimintakyvyn löytymiseen. Tutkimuksen ja hoidon putkesta toimintakyvyn näkemiseen - seminaari. Luento 17.2.2011. Tampereen Yliopistollinen Keskussairaala: TAYSin Kuntoutuksen Vastuuyksikkö.

Mäkelä, K. 1992. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Priima-Offset Ky.

- Paatero, H., Lehmijoki, P. Kivekäs, J. & Ståhl, T. 2008. Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. Toim. 2008. Kuntoutus. Duodecim. 2. p. Keuruu: Otava, 31–50.
- Partanen, M. 2012. Osastonhoitaja. Hatanpään sairaala osasto A3. Haastattelu 14.7.2012.
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. Toim. 2010. Geriatria. Duodecim. 2. uud. p. Porvoo: WS Bookwell Oy, 438–456.
- Puumalainen, J. 2008. Kuntoutuksen historiaa. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. Toim. 2008. Kuntoutus. Duodecim. 2. p. Keuruu: Otava, 16–30.
- Rekola, L. 2008. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamiseen vaikuttavia kehityssuuntia. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 9-25.
- Risikko, P. 2009. Esipuhe. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 6.
- Rissanen, P. 2008. Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. Toim. 2008. Kuntoutus. Duodecim. 2. p. Keuruu: Otava, 625–633.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 15.2.2012. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>.
- Saarela-Kinnunen & Eskola. 2010. Tapaus ja tutkimus = Tapaustutkimus? Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.). 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. 3. uud. ja täydennetty p. Juva: WS Bookwell Oy, 189–199.
- Salmelainen, U. 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitospuolisessa kuntoutuksessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 2008/98. Kelan tutkimusosasto. Viitattu 13.5.2012. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/7905/tutkimuksia98.pdf?sequence=1>.
- Sarvimäki, A. 2010. Vanheneminen eri kulttuureissa ja etnisissä ryhmissä. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. Toim. 2010. Gerontologia. Duodecim. 2.–3. p. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 85–94.
- Sata-komitea. 2009. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista. Viitattu 23.3.2012. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39502&name=DLFE-6827.pdf.

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Viitattu 23.4.2012. [Http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8251-9.pdf](http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8251-9.pdf).

Stenvall, M., Olofsson, B., Nyberg, L., Lundström, M. & Gustafson, Y. 2007. Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: a randomized controlled trial with 1-year follow-up. *J Rehabil Med* 39/2007, 234–236. Viitattu 13.5.2012. [Http://www.medicaljournals.se/jrm/content/download.php?doi=10.2340/16501977-0045](http://www.medicaljournals.se/jrm/content/download.php?doi=10.2340/16501977-0045).

Survikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Stakes. 2007. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1996. Laadullisen tutkimuksen työtapa. 1.–3. p. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.

Tampereen kaupunki. 2012. Hatanpään sairaala. Viitattu 22.3.2012. [Http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/sairaalat/hatanpaa.html](http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/sairaalat/hatanpaa.html).

Tossavainen, A. 1996. Kohti asiakaslähtöistä kuntoutusta. 2. p. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. 1.–2. p. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uud. p. Latvia: Livonia Print.

Tuusa, M. 2011. Ammatillisen kuntoutusprosessin tehostaminen sähköisen asiakaskohtaisen tietojärjestelmän avulla. *Kuntoutus-lehti* 1 /2011, 45.

Uusitalo, H. 2001. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. 1.–7. p. Juva: WS Bookwell Oy.

Valli, R. 2010. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.). 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. 3. uud. ja täydennetty p. Juva: WS Bookwell Oy, 103–127.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vilkkumaa, I. 2012. Terveystieteiden tutkimus kuntoutusjärjestelmän kehittäjänä. *Kuntoutusportti*. Viitattu 18.9.2012.

[Http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/tatakin_voisi_tutkia/?bid=791.](http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/ajankohtaista/tatakin_voisi_tutkia/?bid=791)

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Te- kesin katsaus 281/201. Helsinki: Tekes. Viitattu 25.5.2012.

[Http://www.gcfinland.fi/file/original/matkaopas%5B1%5D.pdf?fileId=5688.](http://www.gcfinland.fi/file/original/matkaopas%5B1%5D.pdf?fileId=5688)

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2008. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Young, J. 1996. Rehabilitation and older people. BMJ 1996; 313: 678. Viitattu 16.6.2012.

[Http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2351984/pdf/bmj00559-0045.pdf.](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2351984/pdf/bmj00559-0045.pdf)

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje & kyselylomake

SAATEKIRJE

Tampere 3.2.2012

Hyvä osasto A3:n työntekijä,

Oheisen lomakekyselyn tarkoituksena on kartoittaa osasto A3:n moniammatillisen työyhteisön kehittämideoita osastolla tehtävästä kuntoutustyöstä. Tavoitteena on saatujen vastausten pohjalta sekä vahvistaa että yhtenäistää osaston kuntoutusideologiaa ja -toimintaa. Kutsumme kyselyyn osasto A3:n henkilökunnasta kyselyhetkellä osastolla yli kolme kuukautta yhtäjaksoisesti työskennelleet fysioterapeutit, kuntohoitajat, lähihoitajat, lääkärit, osaston- ja apulaisosastonhoitajat sekä sairaanhoitajat.

Lomakekysely on olennainen osa opinnäytetyötämme, jonka kuntoutuksen ohjaajaopiskelijoina teemme osaston käyttöön sekä Jyväskylän ammattikorkeakoululle (JAMK). Koulutuksemme käytännön toteutuksesta vastaa Tampereen ammattikorkeakoulu (TAMK).

Olemme laatineet lomakekyselyn kysymykset kuntoutukseen läheisesti liittyvistä aihealueista. Aihealueisiin sinut johdattelevat kysymysten alkuosassa olevat lauseet. Pyydämme sinua ystävällisesti pohtimaan kysymyksiä ja vastaamaan niihin. Vastauksesi voit palauttaa nimettömänä oheisessa kuoressa 31.3.2012 mennessä osaston kansliassa olevaan laatikkoon. Vastaamalla tähän kyselyyn ja palauttamalla täytetyn lomakkeen annat suostumuksesi siihen, että vastauksiasi käytetään opinnäytetyömme aineistona. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti ja tunnistamisen estämiseksi vastauslaatikon alkuperäisiä kyselylomakkeita käsittelee vain Päivi.

Vastaamme mielellämme opinnäytetyötämme ja kyselylomaketta koskeviin kysymyksiin. Opinnäytetyömme valmistuu syksyllä 2012.

Kiittäen,
Kiste Heikkinen & Päivi Sirén

KYSELYLOMAKE

Kysymys 1.

"Kuntoutus on laajasti ajateltuna potilaan kokonaistilanteen edistämistä."

Mitkä mielestäsi ovat osaston tämänhetkistä kuntoutustoimintaa

- a. edistäviä tekijöitä?
- b. estäviä tekijöitä?

Kysymys 2.

"Asiakaslähtöisessä kuntoutustyössä huomioidaan potilaan tarpeet, voimavarat ja vaikutusmahdollisuudet."

Miten mielestäsi osaston kuntoutustyön asiakaslähtöisyyttä voitaisiin kehittää?

Kysymys 3.

"Kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus on moniammatillista ryhmätyötä, jota tukee työyhteisön yhteinen näkemys potilaan toimintakyvystä."

Millä tavoin osaston moniammatillista yhteistyötä voitaisiin lisätä potilaan toimintakyvyn arvioimisessa?

Kysymys 4.

"Kuntoutustoiminnassa korostuu suunnitelmallisuus, joka pitää sisällään kirjattut tarpeet, tavoitteet ja toimenpiteet niiden saavuttamiseksi."

Millä keinoin kuntoutussuunnitelmien laatiminen ja toteuttaminen mielestäsi saataisiin palvelemaan osaston kuntoutustoimintaa?

- a. laatiminen
- b. toteuttaminen

Kysymys 5.

"Kuntoutumisen onnistumisen kannalta tärkeitä tekijöitä ovat toimiva yhteistyö eri tahojen välillä ja toiminnan jatkuvuus."

Miten mielestäsi osaston ja sen yhteistyötahojen toimintaa sekä tiedon siirtymistä voitaisiin parantaa potilaan hoidon ja kuntoutuksen siirtymävaiheissa?

Liite 2. Vertailtavat tutkimukset

Tutkimus:	Honkavaara (2009) Moniammatillisella yhteistyöllä kohti asiakkaan osallisuutta ikääntyneen kotiinkuntoutuksessa Opinnäytetyö / Kuntoutuksen ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tarkoitus:	Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kuntokartanon moniammatillista toimintaa siten, että se tukisi entistä paremmin ikäihmisten kotiinkuntoutumista. Tutkimustehtävinä oli selvittää moniammatillisen yhteistyön nykytilaa henkilökunnan kanssa sekä kartoittaa moniammatillisen yhteistoiminnan päämäärä ja miten siihen päästään.
Aineisto ja menetelmät:	Toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Tutkimusaineisto kerättiin ryhmäkeskusteluista, joihin osallistui Kustaankartanon vanhustenkeskuksen kotiinkuntoutusyksikön henkilökuntaa. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Tarkastelunäkökulmina: moniammatillinen yhteistyö ikääntyneen toimintakyvyn tukemisessa, ikääntyneen toimintakyky ja ikääntyneen kotona selviytyminen.
Tulokset:	Moniammatillisen yhteistoiminnan nykytila rakentui perustehtävän epäselkeydestä, moniammatillisen yhteistyön kehittämisen ja osamisen hyödyntämisen tarpeesta, tiedonkulun puutteesta sekä asiakkaan vähäisestä osallisuudesta. Kotiinkuntoutuksen moniammatillisen yhteistoiminnan kehittämispäämääränä nähtiin perustehtävän selkiyttäminen, asiakkaan osallisuus, yksikön kuntoutustoiminnan kehittäminen, työnjaolliset tekijät moniammatillisessa yhteistyössä ja yhteistyö asiakasverkostojen kanssa. Toimintaa haluttiin lähteä kehittämään Kuntokartanon ja asiakkaan toimintaverkoston yhteistyönä asiakkaan osallisuutta tukien.

Tutkimus:	Hynynen (2011) Lonkkamurtumapotilaan kuntouttava hoitotyö Opinnäytetyö / Hoitotyön koulutusohjelma
Tarkoitus:	Kartoittaa hoitotyöntekijöiden käsityksiä kuntouttavasta hoitotyöstä, sekä sen toteutumista edistäviä ja estäviä tekijöitä iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutukseen erikoistuneella osastolla. Lisäksi selvitettiin, miten hoitajat halusivat kuntoutustoimintaa kehitettävän. Tavoitteena oli edistää hoitohenkilökunnan valmiuksia kuntouttavaan hoitotyöhön lonkkamurtumapotilashoidossa.
Aineisto ja menetelmät:	Aineisto kerättiin neljän avoimen kysymyksen kyselylomakkeella. Kysely jaettiin 15 lähi- ja perushoitajalle sekä kuudelle sairaanhoitajalle. Laadullinen tutkimus, joka analysoitiin aineistolähtöisesti.
Tulokset:	Hoitajat näkivät kuntouttavan hoitotyön olevan kokonaisvaltaista hoitoa, jossa huomioidaan potilaan niin fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset kuin henkiset tarpeet sekä voimavarat. Voimavaroja ja toimintakykyä hyödynnetään päivittäistoiminnoissa kannustamalla potilasta tekemään mahdollisimman paljon itse. Motivoimisella ja

Jatkuu

	<p>kannustamisella autetaan kuntoutujaa ponnistelemaan kuntoutumisen hyväksi. Potilaan valinnanvapautta ja yksilöllisyyttä kunnioitetaan. Kuntoutuksesta laaditaan kirjallinen hoitosuunnitelma tavoitteineen, keinoineen ja aikatauluineen. Moniammatillinen hoitotiimi noudattaa yhteisesti sovittuja toimintaperiaatteita.</p> <p>Kuntouttavaa hoitotyötä edistävät riittävät sekä asianmukaiset apuvälineet ja tilat. Edistävinä tekijöinä nähtiin myös potilaan ja hoitajan asenne sekä motivaatio kuntoutukseen, ammattitaitoinen ja koulutettu henkilökunta, yhtenevä toimintatapa ja yhteistyö kuntoutusosapuolten kesken. Lisäksi riittävä kipulääkitys ja yöuni sekä hyvä ravitsemus edistävät potilaan kuntoutumista. Estäviksi tekijöiksi nähtiin potilaan sairaudet, fyysinen ja psyykinen tila, puutteellinen motivaatio, riittämättömät välineet sekä tilat, hoitohenkilökunnan vähyys, ajan puute sekä vaillinainen hoitosuunnitelma ja riittämätön kirjaaminen.</p> <p>Osaston kuntouttavaa hoitotyötä kehitetään hoitajien mielestä moniammatillisella yhteistyöllä. He ovat sitoutuneita kuntouttavaan hoitotyöhön ja noudattavat yhteisiä hoitolinjoja, jotka kirjaataan ylös kuntoutussuunnitelmaan.</p>
--	---

Tutkimus:	<p>Hyvärinen (2011) Asiakslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä Sosiologian pro gradu – tutkielma</p>
Tarkoitus:	<p>Asiakslähtöisyyden tarkastelu sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden näkemysten pohjalta. Asiakslähtöisyyden rooli palveluita järjestettäessä ja laatua takaamassa on merkittävä, mutta käytännönmallit ovat puutteellisia.</p>
Aineisto ja menetelmät:	<p>Asiantuntijoiden teemahaastattelut (11). Laadullinen tutkimus. Aineistoanalyysina mukailtu fenomenografinen analyysimalli.</p>
Tulokset:	<p>Asiakslähtöisyyden eri ulottuvuuksia (organisaatio, palvelu, asiakkuus) tarkastellaan yleisluonteen, kehittämisen ja haasteiden näkökulmasta. Organisaatiolähtöinen palvelu on asiakslähtöisyyden suurin haaste. Lisäksi työntekijän toiminen liiaksi asiantuntijuutensa ohjaamana ohittaen asiakkaan päätösvalta luo haasteita. Asiakkaiden kyvyt ja osallistumistahto vaihtelevat suuresti, mikä asettaa asiakkaat eriarvoiseen asemaan. Asiakslähtöisyys-käsite laajuudessaan on ongelmallinen ja sitä tulee tarkastella aina tilannesidonnaisesti. Palveluiden kehittäminen vaatii myös asiakkaiden tuottamaa tietoa siitä, miten heidät palveluissa kohdataan.</p>

Tutkimus:	Lamminkangas (2011) Hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli Pudasjärven kaupungin terveyskeskuksen ja kotihoidon yhteiskäyttöön Opinnäytetyö/Terveysten edistämisen koulutusohjelma (YAMK)
Tarkoitus:	Kehittää terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon yhteistyökäytäntöä. Tarkoituksena oli yhteistyössä tuottaa hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli Pudasjärven kaupungin terveyskeskuksen ja kotihoidon käyttöön.
Aineisto ja menetelmät:	Kehittämistyö 2009–2010, toimintatutkimus. Vuodeosastolla ei ollut käytössä kuntoutussuunnitelmaa. Lisäksi asiakkaan kuntoutukseen liittyvät yhteistyökäytännöt puuttuivat osaston ja kotihoidon väliltä. Terveyskeskuksen ja kotihoidon henkilöstö kehitti yhdessä uutta kuntoutus- ja hoitosuunnitelmamallia. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla.
Tulokset:	Yhteistyössä syntyi hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli, jossa asiakkaan kuntoutussuunnittelu käynnistyy moniammatillisella palaverilla yhdessä asiakkaan ja hänen omaisten kanssa. Tämän jälkeen toimintakyky arvioidaan moniammatillisesti. Suunnitelma sisältää kuntoutumisen tavoitteet ja keinot sekä alustavan kotiutumisaikataulun. Toimintaan kuuluu lisäksi asiakkaan luotettava kotikäynti, johon osallistuvat asiakas, mahdollinen omaisen sekä osaston että kotihoidon työntekijät. Kotikäynti tehdään hyvissä ajoin ennen kotiutusta. Toimintamalliin kuuluu myös toinen palaveri, jossa arvioidaan yhteistyössä kuntoutumisen eteneminen ja tarkennetaan kotiutumisaikataulu sekä sovitaan tarvittaessa kotiutuskokeilu. Palaveriin osallistuvat niin asiakas ja hänen omaisensa, osaston henkilökuntaa kuin kotihoidon palveluohjaaja tai kotiutushoitaja. Toimintamallilla turvataan asiakaslähtöinen ja mahdollisimman saumaton kotiutus.