

Kirsi Bragge

KUNTOUTUSVASTAAVIEN TOIMENKUVAN KEHITTÄMINEN
KRISTIINANKAUPUNGIN PERUSTURVAKESKUKSEN
KUNTOUTUSOSASTOLLA

Kuntoutuksen koulutusohjelma
2016



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

KUNTOUTUSVASTAAVIEN TOIMENKUVAN KEHITTÄMINEN
KRISTIINANKAUPUNGIN PERUSTURVAKESKUKSEN KUNTOUTUS-
OSASTOLLA

Bragge, Kirsi
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Kuntoutuksen koulutusohjelma
Huhtikuu 2016
Ohjaaja: Sallinen, Merja
Sivumäärä: 66
Liitteitä: 1

Asiasanat: kuntoutus, kuntoutusvastaava, kuntouttava hoitotyö, vuorovaikutus, kehittävä työntutkimus

Kehittämistehtävän tarkoitus oli selkeyttää kuntoutusvastaavien toimenkuvaa ja toimia ponnahduslautana Kristiinankaupungin perusturvakeskuksen kuntoutusosaston kehittämiseen.

Kehittämistehtävän aihealue määräytyi kuntoutusosaston tarpeesta ja mielenkiinnostani aiheita kohtaan sekä pohjautui tämän hetkisiin yleisiin linjauksiin ja säädöksiin. Kehittämistehtävän menetelmänä oli Engeströmin kehittävä työntutkimus ja vaiheistuksen pohjana käytettiin ekspansiivista oppimissykliä, jossa päästiin kehittämisen aikana vaiheeseen kolme. Kehittävässä työntutkimuksessa osallistetaan työntekijä analysoimaan ja muuttamaan omaa tekemistään. Kuntoutusvastaavat ovat hoitajia ja valikoituneet muusta henkilöstöstä osastonhoitajan kautta kuntoutusosaston muuton yhteydessä. Heidän toimintaansa ja toimenkuvaansa ei panostettu valinnan yhteydessä ja sille koettiin olevan tarvetta.

Alkukartoituksessa kyselyjen ja haastattelujen kautta tuli selvästi ilmi, että henkilökunnasta kaikki eivät olleet tietoisia kuntoutusvastaavien olemassaolosta tai heidän toimenkuvastaan. Kuntoutusvastaavien haastattelujen myötä kävi selväksi, että kuntoutusvastaavatkaan eivät osanneet hahmottaa toimenkuvaansa ja rooliaan työyhteisössä. Henkilökunnan ja lähijohdon tuen kautta kuntoutusvastaavat ymmärsivät, että heidän tulee nousta esiin muusta henkilökunnasta tietoisemmin. Kuntoutusvastaavat loivat yhteistyössä osastonhoitajan kanssa toimenkuvan raamit ja heidät tuotiin henkilöstön tietoisuuteen. Toimenkuvan selkiytymisen kautta heidän on helpompi toimia työyhteisössä kuntouttavan hoitotyön periaatteita eteenpäin vievinä ja muita ohjaavina työkavereina. Tämän kautta oli tarkoitus vaikuttaa samalla koko kuntoutusosaston kuntouttavaan hoitotyöhön ja luoda sille toimintamalli sekä omalta osaltaan siten edistää henkilöstön työhyvinvointia.

DEVELOPING THE JOB DESCRIPTION FOR THE NURSES WHO ARE IN CHARGE OF REHABILITATION IN THE REHABILITATION DEPARTMENT OF THE HEALTHCARE CENTER OF THE TOWN OF KRISTINESTAD

Bragge, Kirsi

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation

April 2016

Supervisor: Sallinen, Merja

Number of pages: 66

Appendices: 1

Keywords: rehabilitation, person in charge of rehabilitation, rehabilitation nursing, interaction, developmental work research

The aim of this thesis was, firstly, to clarify the job description of those nurses who were in charge of rehabilitation and, secondly, to trigger the development of the rehabilitation department of the healthcare center of the town of Kristinestad.

The topic of this task was determined by the needs of the rehabilitation department as well as by my own interest, and it was based on the public policies and statutes of its time. The main method used was the developmental work research by Engeström, and the phasing was based on the cycles of expansive learning, the step 3 of which was achieved during the task. One of the key ideas of the method is that an employee conducts a self-analysis concerning his or her work and, then, modifies his or her own working methods. In Kristinestad, the rehabilitation department changed its location, and during the process the head nurse chose among the nurses the ones who were to be in charge of rehabilitation. However, neither their job description nor their everyday duties were specifically defined, even though it would have been necessary.

The initial survey inquiries and interviews clearly showed that not all the staff members of the department knew who the nurses in charge of rehabilitation were or what their job description included. After interviewing these nurses, it became obvious that even they themselves had difficulties in understanding their own job description or their role among the staff members. Supported by their supervisors and the staff they realized that they need to stand out from other staff members more consciously. In cooperation with the head nurse, they specified their job description and introduced themselves to the staff. After it was clarified what their duties were, it became easier for them to take the principles of rehabilitation nursing into action in their everyday work as well as to supervise other nurses. The process was supposed to effect the rehabilitation nursing and the procedures of the whole department and, at the same time, to improve on the employee wellbeing at work.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN LÄHTÖTILANNE.....	6
2.1	Yleinen näkökulma kehittämistehtävälle.....	6
2.2	Kuntoutusosaston tilanne kehittämistehtävälle.....	7
3	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	12
3.1	Gerontologinen kuntoutus.....	12
3.2	Gerontologinen kuntoutuja.....	14
3.3	Kuntouttava hoitotyö.....	16
3.4	Vuorovaikutus- ja yhteistyöprosessi.....	18
3.5	Motivaatio.....	18
3.6	Muutos ja oppiva organisaatio.....	21
4	KEHITTÄMISTEHTÄVÄ JA SEN TAVOITTEET.....	22
5	KEHITTÄMISMENETELMÄN VALINTA JA KUVAUS.....	24
5.1	Engeströmin kehittävä työntutkimus.....	24
5.2	Eri osatekijät kehittämistehtävässäni Engeströmin toiminnanjärjestelmän mukaisesti.....	26
5.3	Ekspansiivinen oppimissykli kehittämistehtävässäni.....	27
6	KEHITTÄMISPROSESSIN AIKATAULUTUS.....	30
7	KEHITTÄMISTOIMINTA, TULOKSET JA ANALYSOINTI.....	31
7.1	Henkilökunnan kyselyn toteutus, tulokset ja analysointi.....	31
7.2	Kuntoutusvastaavien haastattelujen toteutus, tulokset ja analysointi.....	38
7.3	Kehittämisisiltapäivä ja sharing cafe-menetelmällä ryhmätehtävä.....	40
7.4	Kuntoutusvastaavien palaverit.....	43
7.4.1	Ensimmäinen yhteispalaveri.....	43
7.4.2	Toinen yhteispalaveri.....	45
7.5	Osastotunti.....	47
7.6	Loppukyselyjen tulokset ja analysointi.....	47
7.6.1	Kuntoutusvastaavien loppukysely.....	48
7.6.2	Muun henkilökunnan loppukysely.....	49
7.6.3	Yhteenvedo kyselyiden tuloksista ja analysointi.....	51
8	KEHITTÄMISPROSESSIN ARVIOINTI.....	52
8.1	Kehittämistehtävän luotettavuus.....	52
8.2	Kehittämistehtävän eettisyys.....	53
9	POHDINTA JA KEHITTÄMISEN JATKOSUUNNITELMA.....	55
	LÄHTEET.....	62
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Finne-Soverin (2015, 24) otsikko ”Tarpeisiin vastaamalla laatua vanhuspalveluihin” kuvastaa hyvin tämän hetkistä tilannetta sosiaali- ja terveysalalla. On tultu siihen pisteeseen, että toimintatapojen on muututtava ja jokaisen sektorin, organisaation, yksikön ja ammattilaisen on katsottava itseään peiliin ja mietittävä mitä me voisimme tehdä paremmin, jotta tarjoaisimme laadukkaampaa palvelua asiakkaillemme. Samaan aikaan olisi korostettava työhyvinvointia, jotta organisaatio olisi mahdollisimman mielenkiintoinen ajatellen uusia rekrytointitilanteita ja niiden kautta tulevaa osaamista.

Jatkuva uudistumistarve herätti käytännön kokemuksen kautta mielenkiintoni työpaikkani Kristiinankaupungin perusturvakeskuksen kuntoutusosaston kehittämiseen. Keskusteltuani kuntoutusosaston osastonhoitajan Eeva-Liisa Vainiorannan ja hoitotyön johtajan Elisabeth Sjöbergin kanssa aiheesta tulimme siihen päätökseen, että kehittämistehtäväni keskittyisi vasta valittujen kuntoutusvastaavien toimintaan ja pyrkisi vaikuttamaan sen avulla koko kuntoutusosaston kuntouttavaan toimintaan.

Virallisesti kuntoutusosasto on toiminut perusturvakeskuksessa 10/2014 lähtien. Tuolloin olemassa ollut vuodeosasto muutti ensimmäiseen kerrokseen remontoituihin tiloihin. Muuton yhteydessä paikkamäärä ja henkilökunta vähenivät sekä toimintamalliin haluttiin muutosta. Henkilökunnasta valikoitui viisi hoitajaa kuntoutusvastaaviksi, joiden toimintaan liittyen kehittämistehtäväni keskittyy.

Tärkein painopiste kehittämiselle tulee uusimmasta vanhuspalvelulaista ”Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980”. Lain tavoitteena on mm. tukea ikääntyneiden osallisuutta ja voimavaroja sekä edistää ikääntyneiden itsenäistä suoriutumista puuttamalla ajoissa toimintakyvyn heikkenemiseen ja sen riskitekijöihin (Sosiaali- ja terveysministeriö [www-sivut](#); Finlex [www-sivut](#)). Kuntoutusosaston toimintaa on vuoden 2014 lopussa lähdetty muuttamaan yhdessä kuntoutusvastaavien ja osastonhoitajan sekä lääkärin kanssa mm. Maalahdessa toimivan osaston

tutustumisen 11/2014 jälkeen ja kinestetiikka-kurssin 2/2015 myötä. Fysioterapeuttina olen toiminut Kristiinankaupungin perusturvakeskuksessa neljä vuotta 50 prosenttisesti kuntoutusosastolla ja 50 prosenttisesti fysioterapiaoastolla. Helmikuussa 2015 siirryin 100 prosenttisesti fysioterapiaoastolle. Koen siirron hyväksi kehittämistehtäväni kannalta, sillä se mahdollistaa tarkkailemaan kuntoutusosaston toimintaa enemmän ulkopuolisen silmin. Kehittämistehtävän on tarkoitus toimia ponnahduslautana kuntoutusosaston sisäiseen muutokseen.

2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN LÄHTÖTILANNE

2.1 Yleinen näkökulma kehittämistehtävälle

Kristiinankaupungin väestöpohjassa on havaittavissa sama ilmiö kuin kaikissa muissakin kunnissa, väestö vanhenee ja sen myötä tuleviin muutoksiin tulisi varautua. Kristiinankaupungin väestöpohja jakautuu kielellisesti suomen- ja ruotsinkielisiin, joten tämä on luonnollisesti huomioitava kaikessa toiminnassa. Se hankaloittaa osaltaan kunnan taloudellista selviytymistä. Tilastokeskuksen mukaan 31.12.2013 ruotsinkielisiä oli noin 55 prosenttia 7000 asukkaasta (Tilastokeskus www-sivut).

Vanhustyön osalta suurin kunnan huolenaihe perustuu väestön ikärakenteen muutokseen, koska 2030 vuoteen mennessä 85+ ikäisten vanhusten määrän ennakoitaan kaksinkertaistuvan ja 65 -vuotta täyttäneiden osuuden nousevan 26 prosenttiin nykyisestä 19,9 prosentista. Kristiinankaupungissa 31.12.2013 65 -vuotta täyttäneitä oli 29,9 prosenttia väestöstä. Tämä tarkoittaa väestöllisen huoltosuhteen heikkenemistä. Tärkeää olisi turvata ennalta ehkäisevä ja kuntouttava toiminta sekä palvelut. Ikääntyneiden henkilöiden parempi tuntemus ja huomioiminen sosiaali- ja terveyspalveluja suunniteltaessa, toteuttaessa ja seurattaessa takaavat sen, että palvelut riittäisivät myös muille kuin iäkkäille henkilöille. (Virnes 2003, 7; Finne-Soveri 2015, 24–25; SVT 30.10.2015.)

Kotona asuminen mahdollisimman pitkään, tarvittaessa erilaisten palvelujen avulla on ollut jo pitkään strategiana koko Suomessa (Virnes 2003, 9). Edelleen kuntoutusosasto toimii potilaille ”välipysäkinä” ennen kotiin menoa tai palveluasumiseen pääsyä. Valitettavasti tilanne on ajautunut siihen, että suuri osa potilaskannasta odottaa palveluasumiseen pääsyä. Kuntoutusosaston toiminnan tulisi vastata yleiseen strategiaan eli kuntouttaa vanhukset parhaaseen mahdolliseen toimintakykyynsä, jotta he pärjäisivät vielä kotona tuen turvin tai siirtyisivät parhaassa mahdollisessa kunnossa palveluasumiseen. Asiakaslähtöisyyden tulee olla kuntoutuksen lähtökohtana. Tällöin huomioidaan kaikessa toiminnassa potilaan elämäntilanne, tarpeet, roolit ja voimavarat. Toimintamahdollisuuksien säilyminen, luominen ja lisääminen ovat tärkeimmät kuntoutumisen tavoitteet. Lisäksi pyritään saavuttamaan tasapaino potilaan fyysisten ja psykososiaalisten ominaisuuksien sekä toimintaympäristön välillä. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 16.) On tärkeää muistaa, että potilas on aktiivinen toimija ja hoitaja on hänen yhteistyökumppaninsa, joka motivoi, tukee itsenäisyyttä ja auttaa potilasta tämän tavoitteita kohti. Tällöin vuorovaikutussuhde perustuu tasa-arvoon ja tulosten saavuttamiseksi molempien työpanos on merkittävä. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 21.)

2.2 Kuntoutusosaston tilanne kehittämistehtävälle

Kristiinankaupungin perusturvakeskuksen kuntoutusosaston toiminta on kunnan järjestämää julkista palvelua. Perusturvakeskuksessa toimii kuntoutusosaston lisäksi mm. lääkärinvastaanotto (päivystys), neuvola (seniorineuvola), kotihoito ja fysioterapia (apuvälinelainaamo) palvelemissa niin iäkkäitä kuin muitakin kunnan asukkaita. Sivutoimipisteitä erilaisin palveluin löytyy Lapväärtistä ja Siipyystä. Kristiinakoti ja Åldersron palvelukeskus tarjoavat kunnallista laitoshoidoa ja tehostettua palveluasumista. (Kristiinankaupungin www-sivut 2016.) Julkisten palveluiden lisäksi kaupungista löytyy yksityisiä palveluiden tuottajia.

Vuodeosasto-nimellä kuntoutusosasto sijaitsi fyysisesti toisessa kerroksessa, jonne pääsi hissillä tai portaita pitkin. Paikkamäärä oli 32 ja paikoista 10 oli eristyspaikkoja. Keväällä 2014 osaston paikkamäärää laskettiin 30 ja hiljalleen

pudotettiin pari paikkaa ennen muuttoa uusiin tiloihin. Vuodeosastolla toimi 25.8.2014 osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 0,65 osastosihteeri, 8,5 sairaanhoitajaa, 9,5 lähihoitajaa (perushoitaja), 5 laitosapulaista, 0,5 fysioterapeutti ja 0,5 lääkäri. Toimintakertomuksessa oli maininta kuntouttavasta hoitotyöstä, mutta käytännössä toteutuminen jäi melko suppeaksi. Fysioterapeutin työ painottui pääsääntöisesti aamupäiviin ja tarpeen tullen iltapäiviin. Työosuus osastolla oli monesti enemmän kuin 50 prosenttia. Osastolta löytyi pieni kuntosali, joka oli tehty yhdestä potilashuoneesta. Potilashuoneista kaksi oli yhden hengen, kaksi neljän hengen, kaksi viiden hengen huonetta, ja loput kahden hengen huoneita.

Osaston muuton yhteydessä päätettiin nimenvaihdoksesta sekä sitä myötä panostaa enemmän kuntouttavaan hoitotyöhön kaikissa ammattikunnissa, jotta kuntoutusosasto toimisi nimensä mukaisesti. Nykyisen kuntoutusosaston paikkamäärä on 18 ja siellä on kahden hengen tarkkailuhuone, muuten huoneet on tarkoitettu yksipaikkaisiksi, mutta käytäntö on osoittanut, että ylipaikkojen vuoksi on jouduttu sijoittamaan myös toinen henkilö muutama huoneeseen väliaikaisesti. Kuntoutusosaston henkilökuntaan 1.11.2014 kuului osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 0,5 osastosihteeri, 7,5 sairaanhoitajaa, 6 lähihoitajaa (perushoitaja), 4 laitosapulaista, 0,5 fysioterapeutti ja 0,5 lääkäri. Fysioterapeutin työpanos pysyi samana. Yhtenä mahdollisuutena nähtiin kuntoutusvastaavien toimintaan panostaminen ja sitä kautta koko kuntouttavaan hoitotyöhön vaikuttaminen.

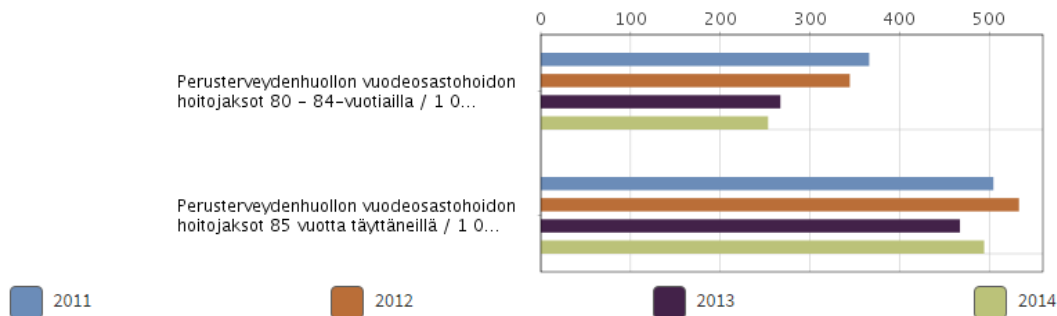
Potilasryhmä koostuu hyvin pitkälti iäkkäistä henkilöistä. Vuonna 2015 potilasryhmästä suurimmat potilasmäärät koostuivat 85–91-vuotiaista (kuvio 1). Suurimmalla osalla potilaista on jonkinasteista muistiongelmia. Kuntoutusosastoa perustettaessa oli tarkoitus, että potilaat olisivat siellä maksimissaan kuukauden ns. akuuttihoitoajan, mutta käytäntö on osoittanut toista. Tämä johtuu osaltaan siitä, että jatkohoitoaikoja on huonosti tarjolla. Osastolla on lyhyt- ja pitkäaikaishoidossa potilaita.



Kuvio 1. Kristiinankaupungin kuntoutusosaston vuoden 2015 potilasmäärän mukaan koostettu taulukko ikäluokittain (Ålgars A. tilastot 2016).

Potilasta kohden hoitajia on 0,65. Henkilöstömitoituksen suositus lääketieteellistä hoitoa vaativien potilaiden ollessa pitkäaikaishoidossa terveystieteellisen vuodeosastoilla on 0,6-0,7, mutta hyvä mitoitus olisi 0,8. Tärkeintä on muistaa, että mitoituksen määrittävät potilaiden fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky sekä muut tarpeet. Mitoituksessa tulee huomioida laatu- ja vaikuttavuusvaatimusten mukaisesti palvelujen ja hoidon tavoitteet. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2013, 42.)

Osastohoitojaksoja 85 vuotta täyttäneillä on Kristiinankaupungissa ollut huomattavasti enemmän kuin 80–84-vuotiailla (kuvio 2). Positiivisena voidaan nähdä, että vuonna 2014 on 80–84 vuotiailla ollut hoitojaksoja määrällisesti vähemmän kuin 2011, samoin 85 vuotta täyttäneillä. Ikään liittyen on huomioitava tuloksissa luontainen poistuma.



Kuvio 2. Kristiinankaupungin perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitajaksot 80-84-vuotiailla ja 85 vuotta täyttäneillä vuosina 2011-2014 (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi).

Kuntoutusosastolla on suuri kuntosali, jonne laitteet ja välineet siirtyivät aiemmasta kuntosalista. Perusapuvälineistöä löytyy jonkin verran, mutta niistä osa vaatisi uudistamista. Muuton yhteydessä aukeni mahdollisuus melko suureen sisäpihaan, johon on tehty opinnäytetyönä pihasuunnitelma. Suunnitelmassa on ns. terapiapuiston ajatusta eli potilaiden kanssa olisi mahdollista hoitaa kasveja ja ulkoilla. Sisäpihan rakentamiseen ei ole budjetoitu rahaa, joten valmistuminen tapahtuu talkoilla ja lahjoituksilla. Piha on todella hyvä lisä ajatellen osaston toimintaa jatkossa.

Henkilökunta väheni muuton yhteydessä ja heidän joukostaan valikoitui osastonhoitajan avulla viisi henkilöä kuntoutusvastaaviksi (kaksi perushoitajaa, yksi lähihoitaja ja kaksi sairaanhoitajaa), joiden toimintaan kehittämistehtävänä paneutuu. Kuntoutusvastaavien valinnan yhteydessä ei koottu tiettyjä toimintatapoja tai – odotuksia siitä, mitä heidän työnsä voisi olla. Ympäri vuorokautisessa hoidossa potilaiden hoidon tarpeisiin vastaamiseksi tulisi toimintokäytänteistä olla selkeät dokumentit, jotka olisivat kaikkien nähtävillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008, 37.) Esimerkiksi sijaisia ajatellen olisi tärkeää, että kaikki tuntisivat kuntoutusvastaavat ja heidän toimenkuvansa, jotta osaisivat kääntyä tarpeen tullen heidän puoleensa.

Kuntoutusvastaavat ja fysioterapeutti olivat 11/2014 Maalahdessa tutustumassa vastaavanlaisella osastolla kaksi päivää. Tutustumisen jälkeen oli muutama tapaaminen, joissa käytiin läpi mitä hyvää Maalahdessa oli ja miten niitä voisi

kehittää oman osastomme toimintaan. Yhdessä tapaamisessa olivat mukana osastonhoitaja ja lääkäri. Lisäksi perusturvakeskus järjesti kinestetiiikan peruskurssin 12/2014-2/2015 kunnan työntekijöille. Kurssille osallistui kahdeksan henkilöä osastolta (kuntoutusvastaavien lisäksi kolme henkilöä). Fysioterapeutti oli käynyt jo 2011–2013 kinestetiiikan perus- ja syventävän kurssin. Helmikuussa 2015 vaihtui kuntoutusosaston fysioterapeutti, kun itse siirryin täysin fysioterapiaosastolle. Uusi fysioterapeutti kävi kinestetiiikkakurssin 4-5/2015.

Kuntoutusosastolla on RAI-arviointijärjestelmä käytössä pitkäaikaispotilailla. Perusturvakeskuksessa sitä käytetään lisäksi kotihoidossa arviointiin ja seurantaan. Osastolla on yritetty pariin otteeseen saada hoitosuunnitelman tekoa käynnistettyä, mutta sen linkittymistä hoitoon ja siihen, kuka sitä täyttää ei ole saatu johdonmukaiseksi, joten sen käyttöönotto on jäänyt. RAI-arviointijärjestelmää ei sinällään käytetä hyödyksi, vaan täytetään osastohoidon aikana tapahtuneet muutokset toimintakyvyssä. Sen avulla pystyisi esimerkiksi vertailemaan kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn muutoksia verrattuna osastolla olevaan toimintakykyyn.

RAI-arviointijärjestelmässä tulee esille potilaan voimavarat ja hoidon tarve, joten yksilötasolla sitä voi hyödyntää palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimiseen. Arviointi perustuu vuorovaikutukseen arvioitavan potilaan, mahdollisesti omaisen sekä työntekijän kesken. Tavoitteena palvelu- ja hoitosuunnitelmalla on asiakaslähtöisen ja kuntouttavan työn tukeminen sekä edistäminen. Siten pyritään turvaamaan potilaalle palvelut, jotka vastaavat hänen toimintakykyään ja tarpeitaan sekä kehittämään palveluja ja niiden arviointia. Suunnitelman tekeminen edellyttää työntekijältä hyvän hoitotyön tietoperustan, kyvyn tehdä eettisesti hyväksyttäviä päätöksiä ja riittävää osaamista RAI-arvioinnin tekemiseen. (Heikkilä & Mäkelä 2015, 7; Heikkilä, Hammar & Sohlman 2015, 44.)

3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.1 Gerontologinen kuntoutus

Kuntoutuksella pyritään ihmisen toimintakyvyn paranemiseen tai säilymiseen sekä koko elämänkaaren aikana mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen. Sillä voidaan tehostaa ja täydentää lääketieteellisen hoidon ja muiden toimintakykyä tukevien palvelujen vaikutusta. Kuntoutus on monialaista ja -tahoista työskentelyä, jossa keskitytään ihmisen osallistumiseen ja suoriutumiseen/toimintakykyyn. (Paatero, Lehmijoki, Kivekäs & Ståhl 2008, 31–32, 81; Järvikoski & Härkäpää 2011, 8, 18.) Laitoshoidossa potilaan asemaa sääteleviä lakeja ovat mm. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 783/1992, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 sekä näiden lisäksi sosiaali- ja terveyshuoltoon liittyvät ohjeet ja suositukset (Finlex www-sivut).

Melko varhaisessa vaiheessa kuntoutuksen kehityksessä ymmärrettiin, että kuntoutujan omaa panosta ja motivoituneisuutta sekä kuntoutujan omaa prosessia tulisi korostaa, koska se on lopputuloksen kannalta tärkeä. Tällöin parhaassa tapauksessa kuntoutujalla on oma pyrkimys itsenäiseen elämään, jolloin ammattilaiselle jää tukijan ja vaihtoehtoja esittävän henkilön rooli. (Puumalainen 2008, 19.) Kuntoutuksen takana on asiakaslähtöisyys, jonka kautta se voi tarjota motivaation heräämiselle avaimia. Kuntoutumisen edetessä kuntoutujan omat onnistumisen elämykset voivat jälleen vahvistaa motivoitumista. (Grönlund 2010, 138.)

Väestön ikääntyminen haastaa kuntoutusta, koska pitkäaikaissairaudet ja toiminnalliset rajoitukset lisääntyvät ikääntyessä, vaikka ikääntyneiden toimintakyky on yleisellä tasolla parantunut. Haasteena sekä keskeisenä tehtävinä ovat erilaisten riskiryhmien tunnistaminen ja parhaiten kuntoutuksesta hyötyville iäkkäille sopivien sekä oikea-aikaisten kuntoutusmuotojen määrittäminen huomioiden monisairastavuus, hauraus ja toiminnanvajaudet sekä näiden mahdollinen yhtäaikaisuus. Tulevaisuudessa ikärakennetta tarkastellessa tarvitaan lisää kuntouttavia palveluja ja ennaltaehkäisevää ohjausta. Toimintakykyä ja arjessa selviytymistä tukevilla ja ylläpitävillä keinoilla on mahdollista vähentää vanhusten

huollon ja hoivan tarvetta. (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 552–554; Järvikoski & Härkäpää 2011, 12–13.)

Toiminnanvajaus vai hauraus? Hauraus on alttiutta erilaisille epäsuotuisille terveysvaikutuksille, kuten kaatumisille ja toiminnanvajauksille. Haurauteen kuuluvat mm. paino, sarkopenia, osteoporoosi, heikkous ja pelko kaatumisesta. 65 vuotta täyttäneistä arvioidaan hauraita henkilöitä olevan seitsemän prosenttia ja 80 vuotta täyttäneistä 30 prosenttia. Gerontologian ”jättiläisiä” eli riskitekijöitä ovat liikkumisvaikeudet/heikentynyt lihasvoima, alakulo/masennus, verisuonisairaudet, huimaus/kaatuilu, luukato/murtumat, kognitiivinen heikkeneminen, yksinäisyys/sosiaalinen eristyneisyys, inkontinenssi, jotka aiheuttavat toiminnanvajauksia, avuntarvetta, laitoshoidoa ja ennen aikaista kuolemaa. Kun toiminnanvajeita alkaa esiintyä, on taustalla jo useita riskitekijöitä. (Koskinen ym. 2008, 554–555.)

Miten saisimme nämä ikäihmiset motivoitumaan pitämään itsestään huolta, jotta he eivät syöksyisi tuohon noidankehään? Vanhentuminen on muutosprosessi, jossa keho muuttuu ja rapistuu. Vanhuksen tulisi kehittää uusi identiteetti. Toisaalta muutos voi aiheuttaa negatiivisia ajatuksia ja muutoksen kieltämisen, joka johtaa erilaisiin pelkoihin, epävarmuuteen, tarkoituksettomuuden kokemuksiin ja jopa masennukseen. Useat pelkäävät laitokseen joutumista ja sen myötä arvokkuuden ja itsemääräämisen riistämistä. Laitoshoidossa kuntouttaminen on avainasia, joka vaatii vaivannäköä sekä hoidettavalta/kuntoutujalta että hoitajilta/ammattilaisilta. Iäkkäille, kuten muillekin ihmisille tarkoitettuja palveluja ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet, esimerkiksi ihmisarvon kunnioittaminen. (Kivelä 2012, 131; Ijäs 2014, 29–34.)

Kuntoutujan/potilaan tavoitteissa korostuu hänen yksilöllinen tilanteensa, tarpeensa, toiveensa ja odotuksensa (asiakaslähtöisyys) sekä voimavaransa (voimavaralähtöisyys). Hyvän yhteistyön pohjana ovat kuntoutujan omat käsitykset tilanteestaan ja hänen kuntoutukselle antamansa merkitykset sekä tietysti yhteiset tavoitteet, jotta kuntoutuja voi kokea kuntoutuksen mielekkääksi ja ryhtyy elämänmuutokseen. Tarkastelun alla tulisi olla kokonaistilanne ja elinympäristö, joiden arviointia tapahtuisi koko ajan uudelleen. (Koskinen ym. 2008, 555–557.)

Kuntoutujan omaisilla on usein merkittävä rooli kuntoutumisen edistämässä tai sen esteiden poistumisessa. Omaisilla on merkittävä osuus motivaatioon tai sen puuttumiseen. Toiminta- ja ajattelumalleihin pyritään vaikuttamaan kuntouttavilla väliintuloilla. Omaisten merkitys korostuu kuntoutumisen tukemisessa iäkkään kognition heikentyessä (Vähäkangas 2009, 147). Omaishoidon tuella vuodesta 2000 lähtien hoidettavien ikääntyneiden henkilöiden määrä on jatkuvasti kasvanut. Monet omaiset osallistuvat kotiympäristön lisäksi hoitoon ja ohjaukseen myös sairaalassa. Omaisten tiedon välittyminen iäkkäästä potilaasta on hoitohenkilöstölle tärkeää. Hoitajien ja omaisten yhtenäisen toiminnan korostaminen on tärkeää, jotta kaikki ikääntyneen ympärillä olevat henkilöt toimisivat kohti samaa tavoitetta. Tässä korostuu ammattihenkilöstön vuorovaikutus- ja tilannetaidot, luovuus sekä oma persoonallisuus ja ristiriitojen käsittelytaidot. (Kyngäs & Hentinen 2009, 185- 186.) Ristiriitaisissa tilanteissa olisi tärkeää, että hoitaja voisi turvautua esimerkiksi osaston toimintamalliin ja hakea sieltä perustelua kuntouttavaan toimintaan.

Kuntoutuksen tärkeitä asiakasryhmiä ovat ikääntyvät, joilla on fyysisen toimintakyvyn tai psyykkisen ja sosiaalisen toiminnan monia ongelmia. Aktiivinen ja kuntouttava työote sairauksien, leikkausten tai tapaturmien jälkeen nopeuttaa toipumista ja ehkäisee raihnaistumisen noidankehän alkamista. Kokonaistoimintakyvyn säilymisen turvaamiseksi on tärkeää huomioida jäljellä olevat voimavarat ja keinot niiden tukemiseksi. (Koskinen ym. 2008, 555–557.) Iäkkäät ihmiset tarvitsevat käytännönläheistä tiedon välittämistä itsensä, omaisten ja ammattilaisten kautta. Heidän uskoaan omiin kykyihinsä ja voimavaroihinsa tulisi vahvistaa. (Wallin 2008, 11.) Lahtisen (2005, 50) mukaan vanhustyön peruselementti on vuorovaikutus.

3.2 Gerontologinen kuntoutuja

Kuntoutusprosessi on sekä muutos- että oppimisprosessi, jossa kuntoutuja muodostaa uusia merkityksiä elämäntilanteeseensa, järjestää uudelleen elämänsä sekä tunnustelee voimavarojaan ja paikkaansa yhteiskunnassa (Järvikoski & Karjalainen 2008, 91). Järvikosken ja Härkäpään (2011, 189) mukaan kuntoutujalähtöisessä toimintamallissa kuntoutuja on tavoitteellinen, omia pyrkimyksiään ja

elämänprojektejaan toteuttava toimija, joka pyrkii ymmärtämään, tulkitsemaan, suunnittelemaan ja hallitsemaan omaa elämäänsä. Tällöin ammattilainen on yhteistyökumppani, joka tarjoaa mahdollisuuksia ja tietoja. Vuorovaikutussuhde on tasa-arvoinen ja tulosten saavuttaminen edellyttää aktiivista toimintaa molemmilta osapuolilta.

Vähäkangas (2010, 25–26) mainitsee väitöskirjassaan, että keski-ikä terveystieteiden osastoilla on lähes 83 vuotta ja yleensä osastoille sijoittuvat akuuttitilanteissa vaativampaa hoitoa tarvitsevat. Laitoshoitoon joutumisen syyt koostuvat erilaisista sairausdiagnooseista, kaatumisista, korkeasta iästä, yksinasumisesta, dementoitumisesta, fyysisen suoriutumisen ja kognition laskusta sekä sosiaalisesta epäaktiivisuudesta. Periaatteessa osastolla on laitoshoidon, jolla turvataan henkilön ylläpito, hoito ja huolenpito. Tärkeää on pyrkiä pois sairaalanomaisista olosuhteista ja hoitokulttuurista, joka passivoi potilaat. Siten voidaan edistää ikääntyvien elämänlaatua ja itsemääräämistä elämän loppuvaiheessakin. Erityisesti iäkkäillä fyysisen toimintakyvyn lasku aiheuttaa vajausta lisäksi psyykkisessä että sosiaalisessa toimintakyvyssä.

Fyysistä suoriutumista on ensiarvoisen tärkeää kehittää ja tukea, jotta päivittäisistä toiminnoista selviytyminen paranisi ja samalla omanarvontunne ja elämänlaatu kohenisivat. Terveystieteiden osastoilla sosiaalisen osallistumisen puutteesta ja aloitteenkyvyttömyydestä kärsii noin 50 prosenttia potilaista, esimerkiksi heikentyneen kognition, näön, kuulon tai kipujen vuoksi, tai sitten eivät yksinkertaisesti pääse itse edes vuoteesta pois. (Vähäkangas 2010, 25–28.) Autonomian tukeminen tarjoaa hyvän pohjan kuntoutusmotivaatiolle (Järvikoski & Härkäpää 2011, 167).

Kuntoutustarve on kuntoutujan omaa kokemusta tilanteestaan, jonka lähtökohtana on itse määritelty ongelma ja halu muuttaa tilannetta paremmaksi. Esimerkiksi vanhus voi kokea tarvitsevansa lonkkaleikkauksen jälkeen kuntoutusta selviytyäkseen jälleen kotiaskareistaan ja toimintakyky paranisi ennen kotiutusta. Ammattilainen tekee tilanteesta oman arvionsa, joka perustuu lainsäädäntöön, normeihin ja arvoihin sekä huomioi kuntoutuspotentiaalini eli millaisen kuntoutuksen keinoin voidaan vaikuttaa tilanteeseen. Ulkopuolinen havaitsee usein herkemmin ongelmakohtia tavoitteiden saavuttamiselle. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 158–160.)

3.3 Kuntouttava hoitotyö

Vähäkangas (2009, 145) kirjoittaa, että gerontologiset tiedot ikääntymisen muutoksista, hoitotyön tietoperusta ja moniammatillinen yhteistyö tavoitteellisena monivaiheisena prosessina on toimintakykyä edistävää hoitotyötä. Tavoitteena on hyvän elämänlaadun saavuttaminen riskitekijöihin puuttumisella ja toimintakyvyn palauttamisella/säilyttämisellä sekä itsenäisen selviytymisen avulla pyritään säilyttämään iäkkäiden omanarvontunne ja itsetunto. Toimintaympäristö määrittää tavoitteita, ja sairaalahoidossa korostuu samankaltaisen toimintakyvyn saavuttaminen kuin ennen sairautta. Tärkeää on tietää toimintakyky ennen sairautta, nykytilanne ja arvioida sairauden vaikutuksia toimintakykyyn sekä tunnistaa kuntoutumismahdollisuudet. Laitoshoidossa ja tehostetussa palveluasumisessa puolestaan korostuu toimintakyvyn säilyminen ja elämänlaadun turvaaminen.

Hoitajan sekä fysioterapeutin työ pohjautuu pitkälti vuorovaikutukseen, motivointiin ja kohtaamiseen gerontologisessa kuntoutuksessa, joka on yksi suurimmista osa-alueista kuntoutusosastolla. Nämä ovat kuntouttavan hoitotyön peruspilareita, jotka muokkaavat ajatuksia ja näkemyksiä asiakaslähtöisempään kuntouttavaan hoitotyöhön, joka ei ole rutiininomaista työn suorittamista. Kuntouttavan hoitotyön hallinta edellyttää kriittistä työtapojen uudelleen arviointia, hoitajien asenteiden, arvojen, ajattelun ja kiinnostuksen muutosta ja kehitystä sekä moniammatillista yhteistyötä. Keskeisintä on yhteistyö ammattilaisten, potilaiden ja heidän omaistensa välillä sekä yhteisiin toimintatapoihin ja tavoitteisiin sitoutuminen. (Suvikas, Laurell & Nordman 2013, 356.)

Kuntouttava hoitotyö voidaan käsittää hyvin monella tapaa, koska jokainen hoitaja näkee sen omalla tavallaan ja toteuttaa sitä oman työskentelytapansa ja persoonansa kautta. Tällöin korostuvat osaston yhteiset linjaukset ja kirjatut toimintamallit, koska niiden tulisi antaa linjausta sille miten osastolla toimitaan, vaikka jokaisella on toiminnan suhteen oma ”käsialansa”. Kristiinankaupungin kuntoutusosastolla ei ole selvää toimintamallia kirjattuna ja viimeisin toimintastrategia on tehty vuodelle 2014. ”Vuodeosaston akuuttihoitoa ja saattohoitoa kehitetään. Vuodeosasto muuttaa remontoidulle akuuttiosastolle. Tavoitteena on, että oman terveystieteiden keskuksen päivystyspotilaat voidaan sijoittaa osastolle ja erikoissairaanhoidosta jatkohoitoa

tarvitsevat kristiinankaupunkilaiset voidaan ottaa vastaan. Vuodeosastolla aktivoivan, kuntouttavan työotteen avulla palautetaan ja ylläpidetään potilaiden toimintakykyä. Tavoitteena on, että potilaat palaavat kotiin tai palvelutaloon. Potilasturvallisuuteen kiinnitetään huomiota (hoito-, lääke- ja laiteturvallisuus). Tiedottaminen, avoimuus. Opiskelijoiden ohjaus.” (Vainioranta E-L 2016.)

Toimintakyvyn tukeminen ja elämänlaadun edistäminen yhteydessä toisiinsa, ovat dementoituvien ja muiden iäkkäiden kuntoutumista edistävän hoitotyön avaimet. Lähtökohtana on, että jokaisella on jäljellä tuettavaa toimintakykyä. Toimintakyvyn selvittämiseen on tehty kattavaa arviointia kokonaistilanteesta ja säilyneistä kyvyistä sekä voimavaroista, joita lähdetään tavoitteellisesti tukemaan huomioiden jokaisen henkilön perusoikeudet, yksilöllisyys ja merkityksellisyyden tunteen korostaminen. Toiminnan perustana on hoitotyön suunnitelma, joka on koostettu asiakaslähtöisesti ja prosessinomaisesti: tarve, tavoitteet, toteutus ja tulosten arviointi. Suunnitelmassa tulisi ilmetä tasavertaisuus, tavoitteellisuus ja terveyslähtöisyys. (Heimonen & Voutilainen 2006, 57, 60; Vähäkangas 2009, 146–148.)

Kuntoutumista edistävää toimintaa vanhustyössä voi olla mikä hyvänsä toiminta, kun se ei ole kuntoutujalle haitallista tai kiellettyä. Toiminnassa huomioidaan voimavaralähtöisyys ja tavoitteellisuus. Laitosmaisissa olosuhteissa voidaan tukea yhteisöllisyyttä esimerkiksi erilaisten virkistävien ja elämyksiä tarjoavien ryhmien muodossa, kuten musiikki- tai taide-esitysten, liikuntahetkien kautta. Kuntoutujien mukaanotto toiminnan suunnitteluun on todettu tuloksellisemmaksi mielekkyyden kautta. Kuntoutumista edistävän, mutta mielekkään tekemisen soveltaminen, pakottaa hoitajat miettimään luovia ratkaisuja perushoitotyöhönsä. Tärkeää on ylläpitää mahdollisuutta potilaiden kävelyille ja voimistelulle. Suvikas, Laurell & Nordman (2013, 337) ovat muodostaneet hyviä kysymyksiä, joita jokaisen hoitajan tulisi kysyä itseltään miettiessään toimintaansa: ”Miten yhdistän vanhuksen päivittäiseen tekemiseen niitä elementtejä, jotka auttavat kuntoutumista? Miten vanhuksen omat näkemykset tulevat kuulluiksi? Onko minulla itselläni joitakin vahvuuksia, osaamista, jota voin soveltaa? Kenen kanssa voisin tehdä yhteistyötä mielekkään tekemisen järjestämiseksi?”

3.4 Vuorovaikutus- ja yhteistyöprosessi

Kuntoutujan ja ammattilaisen välinen yhteistyö ja vuorovaikutus ovat kuntoutusprosessin ytimessä. Usein kuntoutusprosessiin kuuluu yhteistyö monen ammattilaisen kanssa. Potilasyhteistyössä kootaan kuntoutustarveselvityksien jälkeen yksilölliset tavoitteet, suunnitelma miten tavoitteisiin päästään, toiminnan aloitus ja jatkuva arviointi. Arvioinnin avulla nähdään eteneekö kuntoutus oikeaan suuntaan, vai pitääkö muuttaa toimintatapoja. Ammattilaisten ja kuntoutujan väliset suhteet, vuorovaikutuksen laatu ja erityisesti kuntoutujan halukkuus ja valmiudet toimia näissä erilaisissa suhteissa ovat keskipisteenä. Aidosti kuuntelevat dialogiset tavat helpottavat asiakaslähtöistä koordinoitua. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 87–90.)

Vuorovaikutuksellinen haaste tulee vastaan jokaisessa kuntoutusprosessissa. Keskipisteenä on potilas, jolla tulisi olla tahtovan ja toimivan subjektin asema prosessissa ja suhteessa asiantuntijoihin. Haastetta lisää se miten ammattilaiset tukevat asiakasta realistisesti, mutta samalla aidosti, kun heillä on asiakkaan toimintakykyyn liittyvää objektiivista tietoa. Kuntoutusprosessin sujuvuuden ja kuntoutujan motivaation kannalta keskeistä on vuorovaikutuksen laatu, onko se tarpeeksi rohkaisevaa ja onko orientaatio kuuntelevaa ja kunnioittavaa kaikkien osapuolten kohdalla. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 90–91.) Sosiaalisen vuorovaikutuksen hierarkkisista perusmuodoista sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden ja asiakkaiden suhteiden muodostumiselle merkityksellisin on yhteistoiminta, jossa osapuolilla on yhteinen päämäärä ja asia tiedostetaan, mutta lisäksi heidän välillään vallitsee luottamus eli tieto siitä, että molemmat ovat yhtä sitoutuneita päämäärään. (Mönkkönen 2007, 15, 109, 120.)

3.5 Motivaatio

”Motivoituminen koostuu motiiveista, jotka ovat jatkuvasti läsnä” (Nummenmaa & Seppänen 2014, 76). Motiiveja löytyy henkilökohtaisella (esim. psyyke), kontekstuaalisella (esim. perhe, vapaa-aika) ja tilannekohtaisella tasolla. Motivaatio kuvaa toiminnan viriämistä, suuntautumista, voimakkuutta ja pysyvyyttä psykologian käsitteenä tarkasteltuna. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 165–166.)

Perusolettamuksena on motivaation hiipuminen tiettyä toimintaa kohtaan jossain vaiheessa. Motivaation säilymistä säätelevät toiminnan tavoite ja siihen sitoutuminen, oma arvio kyvyistä ja ympäristön tuesta eli onnistumisen ennakointi sekä emootiot ja niiden tunnistaminen. Eri tilanteet ja ympäristöt vaikuttavat motivaatioon. (Nummenmaa & Seppänen 2014, 76.) Järvikoski ja Härkäpää (2011, 164) ovat todenneet, että kuntoutusmotivaatiolla voidaan ennustaa kuntoutuksessa saavutettuja tuloksia.

Sisäinen motivaatio palkitsee välittömästi emotionaalisesti ja antaa hyvän olon tunteen onnistumisesta, eikä tilannetta tarvitse arvioida enää uudelleen. Toimintaan osallistutaan sen itsensä vuoksi. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 167.) Sisäiseen motivaatioon kuuluu kiinteästi autonomia, luottamus omiin kykyihin, tekemisen ilo, arvoperusta ja merkityksellisyys. Autonomiassa henkilöllä on mahdollisuus ja vapaus vaikuttaa omaan toimintaansa. Tärkeää on oma pystyvyyden tunne. Mikäli toiminta koostuu itselle merkityksellisistä asioista, on arvojen toteuttaminen itsestäänselvää ja tunteet vahvistavat toimintaa automaattisesti. Tärkeitä muutokselle ovat tunne- ja järkipäiset merkitykset, joita luomme itsellemme jatkuvasti sekä näiden lisäksi kehollisuus, sosiaalisuus ja minäkuva. (Nummenmaa & Seppänen 2014, 78–79; Oksanen 2014, 47.) Kyseiset asiat vaikuttavat molempiin osapuoliin, niin potilaisiin kuin hoitajiin sekä kuntouttavaan hoitotyöhön.

Ulkoinen motivaatio perustuu yllykkeille ja pakotteille, jotka tulevat ulkopuolelta tai kun toiminta toteutetaan vain siksi, että sitä ei pysty välttämäänäkään. Siihen liittyvät psyykkeemme puolustautumis- ja selviytymiskeinot, esimerkiksi kognitiiviset säätelystrategiat. Ongelmana ulkoisten tekijöiden suhteen on niiden lamaannuttava vaikutus kuntoutujan innostukseen. Ulkoiset motivaatiot eivät ole pitkän aikavälin ratkaisuja, mutta ne saattavat mahdollistaa sisäisen motivaation löytymisen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 167–168; Nummenmaa & Seppänen 2014, 81.) Esimerkiksi ammattilaisen kannustus pystymiseen voi vahvistaa kuntoutujan sisäistä motivaatiota. Samoin odotukset eli mielikuvat tulevasta ja tavoitetilasta tuovat positiivista näkökulmaa muutokselle (Nummenmaa & Seppänen 2014, 81). Sisäisen motivaation herättämiseksi ammattilaisen tulee tavoittaa itsemääräämisen, pätevyyden ja pystyvyyden tunteet sekä sosiaalinen yhteys, jossa kuntoutuja kokee

saavansa tukea (Oksanen 2014, 44) eli on opittava tuntemaan kuntoutuja henkilönä (Järvikoski & Härkäpää 2011, 168).

Motivaatiovaikeudet iäkkäiden kohdalla perustuvat perussairauden lisäksi ahdistuneisuuteen ja sosiaaliseen syrjäytymiseen. Osa haluaa tulla osastolle nimenomaan saamaan turvaa ja siksi takaisin kotiinmenon motivointi on ollut haastavaa. Useat iäkkäät kokevat kuntouttamisen ajanhukaksi omalla kohdallaan. Iäkkäiden ihmisten keskuudestakin löytyy ”urheilija-luonteita”, jotka ovat valmiina kaikkeen heti ensi hetkestä lähtien. Heidänkin kohdallaan ongelmana on usein, että he motivoituvat työskentelemään fysioterapeutin kanssa, mutta eivät muuna aikana 24 tunnin sisällä ole itsenäisesti aktiivisesti liikkeellä, vaikka siihen kykenisivät. Potilaan 24 tuntiin vuodeosastolla saattaa kuulua noin 20–30 minuuttia fysioterapiaa, lääkäri 0-5 minuuttia ja hoitajat 1-2 tuntia, joten pääosin potilaalla on omaa aikaa reilu 20 tuntia. Omatoimisuuteen motivointi olisi hyvin tärkeää kaikkien työntekijöiden kesken ja usein se onkin suurin tavoite osastolla, koska se mahdollistaa kotiuttamisen. Omatoimisuuteen motivointi on olennainen osa kuntouttavaa hoitotyötä.

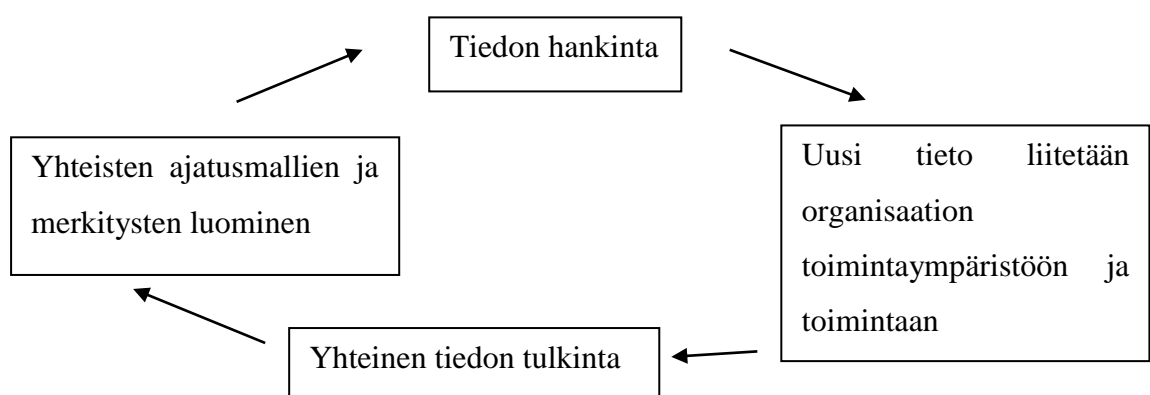
”Voimaannuttaminen (empowerment) on prosessi, jossa tunnistetaan ihmisen kyky määritellä omat tarpeensa, ratkaista ongelmiaan ja saada käyttöönsä tähän tarvittavia voimavaroja. Motivoitumiseen tähdätään mahdollisuuden, ei pakon kautta.” (Turku 2007, 21.) Antonovskyn koherenssin käsite, on yksi psykologiassa elämän hallintaa kuvaava käsite. Oman elämän ymmärrettävyys, hallittavuus ja mielekkyys kuuluvat koherenssiin perustuvaan hallinnan tunteeseen. Vahva koherenssi edistää yksilön terveyttä. (Turku 2007, 21–25.)

Suurin kehittämisen kohde vuorovaikutustilanteissa on työntekijän oma asenne. Hoidon tulokseen vaikuttavat suuresti hoitajien ja terapeuttien henkilökohtaiset taidot ja tapa toimia. Jokaisella kohtaamisella voi olla terapeuttisia vaikutuksia. Hyvinkin yksinkertainen keskustelu arkisesta toiminnasta ja sen muutoksista on motivointia. Motivoivassa keskustelussa yritetään hahmottaa kuntoutujan elämää, motiiveja ja tarpeita kokonaisvaltaisesti sekä kuntoutujan näkemyksiä ja mahdollisuuksia muutokseen. (Oksanen 2014, 14.)

3.6 Muutos ja oppiva organisaatio

Muutokseen liittyy olennaisesti vastarinta ja sitä kautta esiinnousevat epäilykset tulevastä. Tärkeintä olisi saada kaikki puhaltamaan yhteen hiileen, koska siten pystytään toimimaan vahvempana yhdessä ja saamaan muutosta aikaan niin henkilökunnan, potilaiden kuin heidän omaistensa näkemyksistä hoitoa määrittelevistä toimintatavoista kuntoutusosastolla.

Oppivan organisaation määritelmässä yhteistä on, että kaikissa korostuu oppimisen yhteys muutokseen, muuttumiseen ja innovaatioon sekä toiminta- ja työskentelytapojen muuttaminen ja päätöksentekoon osallistuminen. Keskeisiä tekijöitä ovat tiimityö ja tiimissä oppiminen, järjestelmällinen ajattelu, vapaa tiedonkulku pysty- ja vaakatasossa molempiin suuntiin, koko henkilöstön jatkuva kehittäminen, kehittymisen ja oppimisen palkitseminen, jatkuva työtapojen ja prosessien kehittäminen, hajautettu päätöksenteko ja osallistava johtaminen (= valtuuttaminen), oppimista tukeva organisaatiokulttuuri, organisaation toimintastrategian jatkuva kyseenalaistaminen ja henkilöstön kyky sopeutua muuttuvaan strategiaan. Organisaation oppiminen ei ole sama kuin yksilöiden oppiminen. Mikäli yksilöt eivät opi toimimaan yhdessä ja yhdistä osaamistaan, ei organisaatiokaan uudistu. Välittävänä mekanismina organisaation oppimisessa toimii usein tiimien oppiminen, koska tiimeissä liitetään usein yksilöiden oppiminen yhteen yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Organisaation oppiminen noudattaa Kolbin oppimiskehää (kuvio 3). (Kauhanen 2010, 158–160.)



Kuvio 3. Kolbin oppimiskehä

Nykyisin muutos on pysyvä olotila, jossa kaikkien tasojen on sopeuduttava ja uusiuduttava, opittava ja omaksuttava uutta mahdollisimman nopeasti. Tällöin oppiminen toimii kilpailukeinona, tapahtuu jatkuvaa uusiutumista ja jälleen noidankehä jatkuu lisäopiskelun tarpeeseen. (Boudreau & Ramstad 2008, 27; Kauhanen 2010, 144–145.) Eli palaamme jälleen tähän, että oppimisen avulla kehitetään osaamista. Edellä mainitun Kolbin kokemuksellisen oppimisen mallin mukaan siis neljän vaiheen kautta: kokeminen – reflektointi – ajatteleva – tekeminen. Vaiheet ovat oppimistapoja, jotka toistuvat aina uudelleen. (Hätönen 2011, 50–51.)

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ JA SEN TAVOITTEET

Hyvien hoitokäytäntöjen toteuttamiselle on suuri merkitys henkilöstön osaamisella, asenteilla ja toimintamalleilla sekä riittävyydellä. Hyvä lähijohtaminen tukee henkilökunnan toimintaa sekä varmistaa, että henkilökunnalla on mahdollisuus käyttää hyviä hoitokäytäntöjä kuntoutumisen edistämiseen ja varmistaa niiden käyttämisen. Erityisen tärkeää on henkilöstön yhteistyö ja osaamisen arvostus puolin ja toisin. (Vähäkangas 2010, 28–30.)

Vähäkangas (2010, 21) kuvaa väitöskirjassaan Resnickin Res-Care-mallia, joka on kuntoutumista edistävän hoitajan toimintaa kuvaava malli. Mallin keskiössä on vuorovaikutus ja tärkeässä osassa ympäristö ja yleiset toimintalinjaukset. Toiminnan tuloksellisuuteen vaikuttavat potilaan motivaatio, omiin kykyihin uskomisen ja kuntoutumisen mahdollisuuteen luottaminen. Peruslähtökohtana kuntoutumisen edistämiseksi on potilaan toimintakyky, sen mahdollisuudet ja rajoitukset, kuntoutumisen mahdollisuudet ja motivaatio sekä tärkeimpänä hoitajan tuki. Edellä mainituilla seikoilla on todettu olleen vaikutusta henkilökunnan työtyytyväisyyteen, kun kuntoutumisen edistyminen on vähentänyt osaltaan työtaakkaa ja kaikkien toiminta kohti yhteistä tavoitetta on vahvistanut yhteistyötä. (Vähäkangas 2010, 21–23, 30.)

Kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtana toimivat yleiset periaatteet ja käsitteet eli terveyslähtöinen (voimavaralähtöinen), tavoitteellinen ja moniammatillinen toiminta. Edellytyksenä sille ovat hoitajien tiedot ja taidot sekä toimintafilosofia. Olennaisinta on, että kaikki sitoutuvat samaan toimintafilosofiaan ja uskovat toiminnan tuloksellisuuteen. Ammattillinen toiminta hoitajissa näkyy motivointi-, palautteenanto- ja kannustuksenanto kykynä sekä tukena ja ennen kaikkea uskona siihen, että osaa itse hoitajana toimia kuntouttavasti. Hoitajien toimintaa pystyy vahvistamaan ohjauksen ja opastuksen kautta. Olennaista moniammatillisessa toiminnassa on yhteinen kieli, jaettu päätöksenteko, ongelmanratkaisukyky, avoin kommunikaatio ja selkeät roolit. (Vähäkangas 2010, 34–36.)

Kuntoutusvastaavat ovat valikoituneet osastonhoitajan valinnan kautta, mutta heidän työnkuvaansa ei ole sen kummemmin selvennetty tai mietitty millä tapaa heidän toimintansa tulisi näkyä päivittäisessä työssä ja millä tapaa se vaikuttaa työyhteisöön ja sen hyvinvointiin sekä koko osaston kuntouttavaan hoitotyöhön.

Kehittämistehtävän tavoitteena on kehittää kuntoutusvastaavien toimintaa kuntoutusosastolla ja osaltaan vaikuttaa koko osaston kuntouttavaan toimintaan ja yhteishenkeen. Aihe on osastolla hyvin ajankohtainen, jotta pystyttäisiin vastaamaan kaiken kaikkiaan nykyisiin vanhustyön linjauksiin sekä vaikuttamaan työntekijöiden hyvinvointiin työyhteisössä yhteishengen kautta. Tuleva sosiaali- ja terveystyön uudistus aiheuttaa omalta osaltaan pakotetta kuntoutusosaston toiminnalle.

Kehityskysymykset:

- Mitä hyötyä kuntoutusosaston toimintaan on ollut kuntoutusvastaavien valinnasta?
- Millä tavoin kuntoutusvastaavien toiminta tulisi näkyä kuntoutusosastolla?
- Miten kuntoutusvastaavien toiminnan kautta pystytään vaikuttamaan koko osaston kuntouttavaan hoitotyöhön?
- Millä tavoin kuntoutusvastaavien toiminnan selkiyttäminen vaikuttaa työyhteisön dynamiikkaan ja yhteishenkeen sekä sitä kautta hyvinvointiin?

5 KEHITTÄMISMENETELMÄN VALINTA JA KUVAUS

5.1 Engeströmin kehittävä työntutkimus

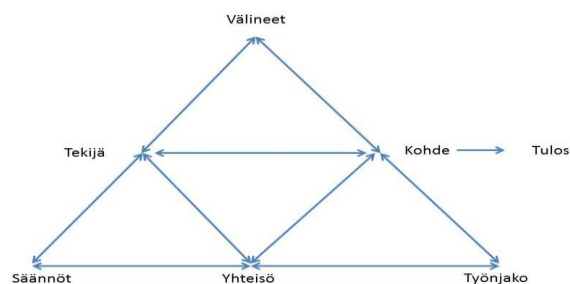
Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on kehittävä työntutkimus. Tässä yhdistetään tutkimus, käytännön kehittämistyö ja koulutus eli se on käytännössä muutosstrategia. Kyseessä on osallistava lähestymistapa, jossa työntekijä joutuu itse analysoimaan ja muuttamaan omaa työtään. Tarkoituksena on muokata työyhteisön sisäisiä välineitä toiminnan erittelyyn, mutta lisäksi uusien mallien suunnitteluun. Ei haeta siis ulkoapäin valmiita ratkaisuja, vaan pyritään ratkaisuihin omien tuotosten kautta. Koin, että haluan kehittää toimintaa juuri tämän menetelmän kautta, jotta saisin henkilökunnan sitoutumaan toimintaan alusta lähtien. Opinnäytetyön vaiheistuksen pohjana käytän ekspansiivisen oppimissyklin mallia, joka on monivaiheinen prosessi. Tarkoituksena on toiminnan laadullinen uudistuminen sen oman dynamiikan kautta. Tärkeintä ennen uuden toimintatavan syntyä on toimintaan osallistuvien muutostarpeen tiedostaminen ja sen näkeminen mahdollisuutena. (Engeström 1995, 12, 36; Virkkunen ym. 1999, 13.) Se on olennaista motivaationkin kannalta.

Orientaatioperustat (suunnitelmat ja tavoitteet) muotoutuvat jatkuvasti ja niissä on väljyyttä eli ne eivät ole valmiita ohjelmia, jotka määräävät tekoja. Tehtävien hallinnassa tulisi lähtökohtana olla olemassa olevat tehtävät ja teot sekä kytkeä ne laajempaan toimintayhteyteen ja kehitystaustaan. Muuten yksittäinen tehtävä jää jäykäksi tottumukseksi, eikä nähdä sen vaikutusta laajemmin. Tällöin työstä tulee vain rutiininomaista tekemistä. Eli kysytäänkin miksi ja missä yhteydessä, esimerkiksi suihkutus tehdään ennen kuin mietitään miten se tehdään. Kun vastaajia on monia, voivat vastaukset vaihdella paljon omien historiallisten ajattelu- ja toimintatapojen mukaan, esimerkiksi miten kukin on sen oppinut ja tottunut tekemään. (Engeström 1995, 38–41.)

Vähäkangas (2010, 24) kirjoittaa väitöskirjassaan miten hoitajan toiminta on vuosikymmenten saatossa muuttunut holhoustehtävistä ihmisistä kunnioittavampaan ja tasavertaisempaan toimintaan. Tärkeintä muutoksessa on ollut nähdä potilas aktiivisena ja hoitoon osallistujana. Edelleen on todettava, että aktiivisuus ja potilaan

hoitoon osallistuminen ei kuitenkaan aina toteudu, josta hyvänä esimerkkinä ovat suihkutusetilat. Kristiinankaupungin kuntoutusosasto on suurempi työllistäjä, jolloin sieltä löytyy useamman ammattialan osaajia eri ikäkausilta. Tämä tuo muutokseen lisää haastetta sekä rikkautta, kun se saadaan hyödynnettyä oikealla tavalla.

Kolmiomallia (tekijä – väline – kohde → tulos), joka on omaksuttu Vygotskilta ja Leontjevilta, käytettiin kehittävässä työntutkimuksessa työtoiminnan kuvaamiseen. Ongelmana mallissa on 'tekijä', koska työntutkimus kuvaa yksilön tekojen ja kollektiivisen toiminnan välistä suhdetta, jota on mahdotonta kuvata näin yksinkertaisella kolmiolla. Siksi kehitettiin täydennetty malli, jossa kuvataan yksilön ja yhteisön välistä suhdetta työtoiminnassa. Yksittäinen työntekijä tai koko työryhmä voi toimia tekijänä. Yhteisö tarkoittaa saman kohteen jakavia toiminnanjärjestelmiä – esimerkiksi organisaation työntekijät, jotka osallistuvat saman palvelun tuottamiseen. Eri osanottajien kesken jakautuvat tehtävät, päätösvalta ja etuudet kuuluvat työnjakoon. Välineenä toimivat esimerkiksi mallit, teoriat, konkreettiset työkalut, joiden avulla työstetään kohdetta ja tuotetaan työn tulos. Sääntöinä toimivat kirjoitetut ja kirjoittamattomat työtä ohjaavat sopimukset, normit, velvoitteet ym. Kaikki toiminnan järjestelmän osatekijät ovat keskenään vuorovaikutuksessa ja sen sisällä tapahtuu koko ajan prosesseja, joiden kautta toiminnanjärjestelmä kehittää itseään. (Engeström 1995, 44–46; Hautala luentomateriaali 2015.) Toiminnanjärjestelmässä tulevat ilmi tekijä-väline-kohde-säännöt-yhteisö-työnjako ja näiden kautta tuotettu tulos (kuvio 4).

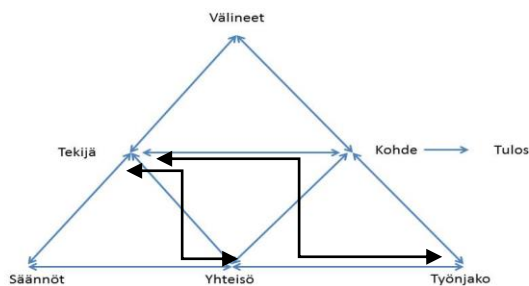


Kuvio 4. Engeströmin toiminnanjärjestelmän yleinen malli (Wikiwand).

Toiminnanjärjestelmän kausaliteetti, syy-seuraussuhteet eivät ole suoraviivaisia, vaan usein on vaikea erottaa tekijän/tapahtuman välittömiä seurauksia tai määrittää ongelmien/ilmiöiden syitä, koska toiminnanjärjestelmän kautta ne kytkeytyvät toisiinsa. Toiminnanjärjestelmän sisäisten jännitteiden ja vuorovaikutusten tuloksia ovat työssä tapahtuvat uudistukset/innovaatiot, muutokset ja häiriöt. Ulkoinen paine (budjetit, säädökset tms.) ei vaikuta suoraviivaisesti toiminnanjärjestelmään, mutta se muuntuu toiminnanjärjestelmän sisäiseksi jännitteeksi. Siksi ongelmakohtia ja uusia ratkaisuja tulisi etsiä sisäisistä suhteista ja kytkennöistä toisiin toiminnanjärjestelmiin. Kun toisen toiminnanjärjestelmän tekijä tunkeutuu toiminnanjärjestelmään, muuttuu se samalla toiminnanjärjestelmän sisäiseksi osatekijäksi. (Engeström 1995, 51–52.)

5.2 Eri osatekijät kehittämistehtävässäni Engeströmin toiminnanjärjestelmän mukaisesti

Koostin Engeströmin toiminnanjärjestelmän mukaisesti oman kolmion kehittämistehtävästäni (kuvio 5). Siitä ilmenee hyvin ristiriita toimenkuvan puuttumisesta sekä sen vaikutus.



Kuvio 5. Eri osatekijät toimintajärjestelmässä

Ristiriitana on tekijän ja työnjaon sekä työyhteisön suhde, eli toimenkuvan puuttuminen.

Tekijä: Kuntoutusvastaavat (5hlö)

Väline: Kuntouttava hoitotyö, kinestetiikka, henkilökohtaiset jumppaohjelmat, ryhmäjumppatuokiot

Kohde: Kuntoutusosaston potilaiden toimintakyky/terveys

Säännöt: Suihkutus 1x/vko/potilas, lääkkeiden jako 2x/pvä, aamu- ja iltapäiväraportoinnit, osastotunti 2x/kk, säännöllinen kuntouttava hoitotyö pohjana, muut työtä ohjaavat lait ja säädökset

Yhteisö: Kuntoutusosaston muut hoitajat, osastonhoitaja, laitosapulaiset, fysioterapeutti, lääkäri

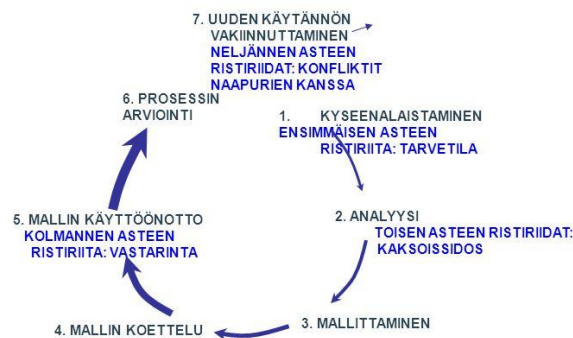
Työnjako: Kaikkien tulisi osallistua kuntouttavaan hoitotyöhön, keksiä aktiviteetteja/toimintaa potilaille, ruokailu, ADL-toiminnoissa avustaminen (peseytyminen, pukeutuminen, syöminen, hygienia..)

- ➔ Tulos: Kuntoutusvastaavien toimenkuvan selkeytyessä samalla koko osaston kuntouttavan hoitotyön pohja nousee ja innostaa muita toteuttamaan näitä välineitä enemmän. Työhyvinvoinnin lisääntyminen työtapojen yhtenäistymisen myötä ja suurin hyöty potilaille, jotka kuntoutuisivat paremmin osastolla.

5.3 Ekspansiivinen oppimissykli kehittämistehtävässäni

Ekspansiivisessa oppimisessa opitaan sellaista, mitä ei vielä ole, koska pelkästään valmiin tiedon ja kokemusten perusteella ei voi ymmärtää työn laadullista muutosta, esimerkkinä uuden työtavan käyttöönotto. Oppimistapahtuma on kollektiivinen ja pitkäkestoinen avoin sykli, jonka kohteena on kokonainen toimintajärjestelmä laadullisine muutoksineen. Kestoa voidaan kiihdyttää ja tiivistää mm. rajanylityslaboratoriolla. Alkuvaiheessa on vakiintunut toimintatapa, jossa kokemusoppimisen avulla sisäistetään toimintakulttuuri. Yksilölliset poikkeamat vähitellen lisääntyvät ja samalla ulkoistaminen vahvistuu ja saa lopulta hallitsevan aseman. Uuden toimintamallin käyttöönottovaiheessa sisäistäminen jälleen vahvistuu. Tuntomerkkinä oppimisessa on, että organisaation toiminnan kohde laajenee ajan, paikan ja tilan, vastuun ja moraalin sekä kehityksen ulottuvuudella. Voimanlähteenä syklissä toimivat ristiriidat (kuvio 6). (Engeström 1995, 87–89; Engeström 2004, 59–63.)

EKSPANSIIVINEN OPPIMISSYKLI: OPPIMISTEOT JA RISTIRIIDAT



Kuvio 6. Ekspansiivinen oppimissykli ristiriitoineen (SlidePlayer 2015).

Kyselyn ja haastattelujen kautta on tarkoitus tuottaa henkilökunnalle havaintoaineistoa heidän työstään sekä asettaa heille tehtäviä vastausten kanssa työskentelemiseksi sharing cafe-menetelmää apuna käyttäen ja tarjota käsitteellisiä välineitä kuntoutusvastaaville tehtävien suorittamiseksi brain storm-tyyppisten tapaamisten kautta. (Engeström 1995, 12, 126.) Ekspansiivisen oppimissyklin mukainen vaiheistus kehittämistehtävälleni, joka pääsee tällä lyhyellä vuoden aikavälillä juuri ja juuri kolmanteen vaiheeseen:

Vaihe 1: Ristiriitana tarvetila selkiyttää kuntoutusvastaavien toimenkuva/rooli ja samalla vaikuttaa koko osaston kuntouttavaan hoitotyöhön ja sitä kautta työhyvinvointiin.

Vaihe 2: Analyysi. Teoriatiedon pohjalta (Suomessa vallitsevat yleiset linjaukset ja lait) sekä henkilökunnan kyselyn ja kuntoutusvastaavien haastattelujen avulla selvitetään ja alkukartoitetaan kehittämistyön ponnahduslautaa eli ideaa/innovaatiota, samalla koko henkilökunnan näkemystä tilanteesta ja pyritään linkittämään heidät ajattelemaan yhdessä osaston tulevaisuutta. Ristiriitana mahdotonta palata entiseen toimenkuvaan, mutta myös uuden kehittäminen tuntuu vaikealta, aiheuttaa muutosvastarintaa ja siksi se on jäänyt. Kehittämistyö suoritetaan ryhmätyönä sharing cafe-menetelmää apuna käyttäen sekä kuntoutusvastaavien kesken brain

storm-tyyppisinä ideariihinä, joiden avulla suunnitellaan yhdessä kuntoutusvastaavien kanssa toimenkuvan selkiyttämistä. Toiminnanjärjestelmän perustana on osallistaa työntekijät analysoimaan ja sitä kautta kehittämään toimintaansa.

Vaihe 3: Mallittaminen. Kuntoutusvastaavien toimenkuvamallin luominen, sen käyttöönotto ja siitä tiedottaminen.

6 KEHITTÄMISPROSESSIN AIKATAULUTUS

Kehittämisen aikataulutusta on helpointa kuvata taulukolla (taulukko 1). Siitä tulevat esiin olennaisimmat asiat koko opinnäytetyön tekemisen ajalta.

Taulukko 1. Kehittämistehtävän aikataulutus

Kuukausi	Työvaihe
Tammi-helmikuu 2015	Kehittämistehtävän aiheen muodostamista
Maaliskuu 2015	Kirjallisuuteen tutustumista, tutkimussuunnitelman ja kyselyn tekemistä
Huhtikuu 2015	Tutkimussuunnitelma ja kysely valmis, tutkimuslupahakemus
Toukokuu 2015	Kysely kuntoutusosaston henkilökunnalla (kuntoutusvastaavat eivät vastaa kyselyyn)
Kesä-elokuu 2015	Kyselyn vastausten analysointia ja haastattelukysymysten luonti; opinnäytetyön kirjallisen osuuden työstäminen
Syyskuu 2015	Kuntoutusvastaavien haastattelut ja niiden sekä kyselyn pohjalta kehittämistehtävän pohjan luonti; opinnäytetyön kirjallisen osuuden työstäminen
Loka-marraskuu 2015	Kehittämistehtävä brainstrom-tyyppisillä kokoontumisilla kuntoutusvastaavien kanssa; opinnäytetyön kirjallisen osuuden työstäminen
Joulukuu 2015 – Tammikuu 2016	Osastotunnin yhteydessä kehittämistehtävän tuloksien läpikäyminen ja palaute; loppukyselyt; opinnäytetyön kirjallisen osuuden työstäminen
Helmi-maaliskuu 2016	Opinnäytetyön kirjallisen osuuden työstäminen
Huhtikuu 2016	Opinnäytetyö valmis, työpaikalla esittäminen

7 KEHITTÄMISTOIMINTA, TULOKSET JA ANALYSOINTI

7.1 Henkilökunnan kyselyn toteutus, tulokset ja analysointi

Kysely on keskeinen menetelmä survey-tutkimusta, jossa aineisto on standardoidusti kerätty ja kohdehenkilöt muodostavat otoksen perusjoukosta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2012, 193). Tekemässäni kyselyssä kuntoutusosaston henkilökunta oli kohdejoukkona koko organisaation perusjoukosta. Kyselyn osa-alueet koostuivat taustatiedoista, asiakas/potilaslähtöisyydestä, kuntouttavasta hoitotyöstä, moniammatillisuudesta ja työrooleista, työhyvinvoinnista sekä kehittämisestä. Taustatiedot olivat monivalintakysymyksiä ja muut osiot skaaloihin perustuvia väitteitä Likertin asteikolla: täysin samaa mieltä - osittain samaa mieltä - ei samaa eikä eri mieltä - osittain eri mieltä - täysin erimieltä – en osaa sanoa. Lopussa oli avoin kysymys, johon piti mainita kolme kehittämistä vaativaa asiaa kuntoutusosastolla ja vapaan sanan kohta. Webpropol-ohjelmassa pystyy pakottamaan vastaamaan jokaiseen kohtaan, ja se oli käytössä muissa vapaan sanan – kohtaa lukuunottamatta. Ennen vastausta ei pystynyt lomaketta lähettämään. Tällä halusin välttää kyselyn mahdollisia haittoja, kuten vastauskatoa ja nimenomaan tässä tilanteessa sitä, että kaikkiin kysymyksiin olisi vastaus annettu, jotta kyselystä saisi parhaan mahdollisen hyödyn (Hirsjärvi ym. 2012, 195). Kyselylomakkeen alussa oli kerrottu vastausten pakotteesta ja vastaamisen vievän noin kymmenen minuuttia.

Kysely oli ainut vaihtoehto selvittämään suuremman joukon ajatuksia aiheesta. Vastausprosentti oli suuri, joten kyselyn perusteella sai hyvin näkökulmaa siihen mitä muu henkilökunta on mieltä aiheesta. Tuloksia analysoidessa peilaan niitä muihin tutkimuksiin.

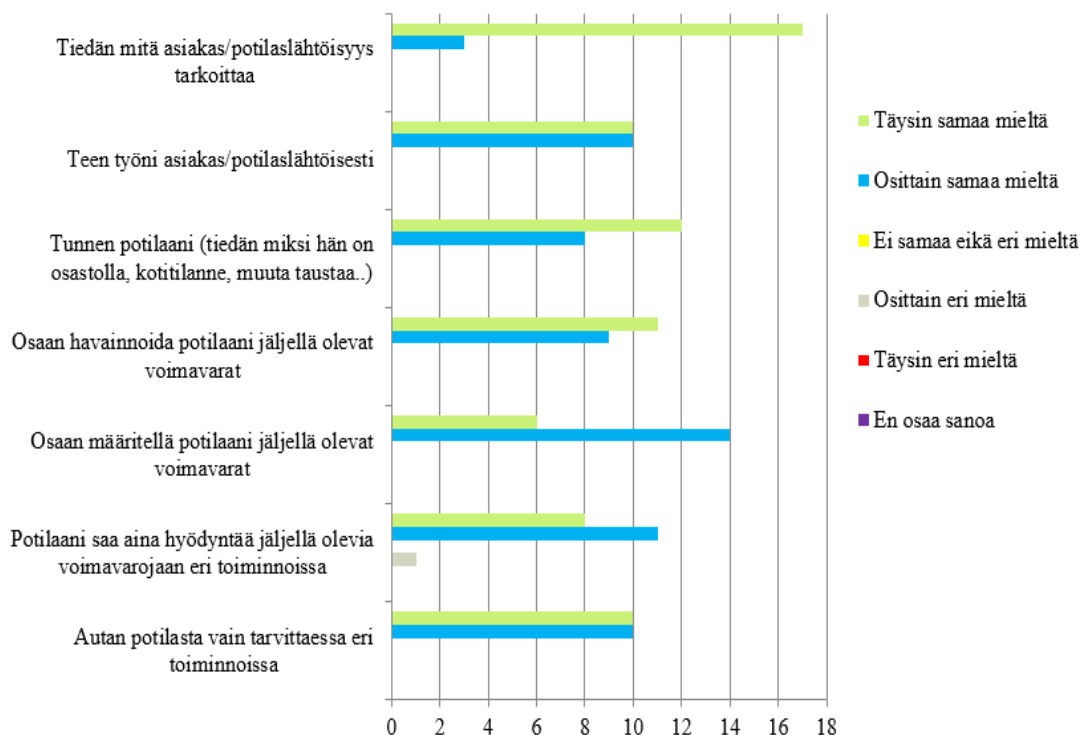
Vastaajia 20 henkilöä (9 suomenkielistä ja 11 ruotsinkielistä) 30.4–1.6.2015 välisenä aikana. Vastausprosentti 71,4 %. Kyseisellä aikavälillä työskenteli yhteensä 28 henkilöä (8 sairaanhoitajaa, 9 lähi/perushoitajaa, 6 laitospulaista, 1 fysioterapeutti, 1 lääkäri ja 3 opiskelijaa). Työntekijöillä oli mahdollisuus vastata anonymisti kyselyyn Webpropol-ohjelman kautta omalla äidinkielellään. He saivat linkin

työsähköpostitse sekä kirjallisena (kaikilla ei työsähköpostia käytössä). Muistutus kyselyyn vastaamisesta lähetettiin kaksi viikkoa ennen kyselyn päättymispäivää.

Kyselyn taustatietojen mukaan kuntoutusosaston työntekijät koostuvat pääosin yli 40-vuotiaista, eniten oli yli 50-vuotiaita (8 hlö, 40 % kyselyyn vastanneista). Koulutustausta suurimmalla osalla opistoaste/ammattikoulu (15 hlö, 75 %) ja työsuhde suurimmalla osalla oli vakituinen (16 hlö, 80 %) ja suurin osa on ollut yli kymmenen vuotta töissä (11 hlö, 55 %). Tarkkaillessa kuntoutusosaston henkilökuntaa vastausten kautta tulee selvästi ilmi, että työntekijät koostuvat keski-ikäisistä, vakinaisessa työssä yli kymmenen vuotta työskennelleistä. Tämä haastaa osaltaan pitkälti muutoksien toteuttamista, sillä mitä pitempään on työskennellyt ja vielä samassa työpaikassa on rutiineista vaikeampi päästä irti ja nähdä jonkin uuden toimintatavan mahdollisuuksia. Työkokemus on merkittävä tekijä sekä hiljainen tieto, kun niitä osaa hyödyntää jokainen omalla kohdallaan ja suostuu muuttamaan asenteitaan käyttäen niitä hyödyksi. Ojala ja Ahonen (2003, 32) ovat kirjassaan kertoneet Karl-Erik Sveidyn tutkimuksesta, jossa oli todettu iän myötä yhteistyöasenteiden muuttuvan myönteisemmiksi ja kuormituksen siedon paranevan. Iäkkäämpien työntekijöiden kokemus ja hiljainen tieto ovat arvokkaita. (Ojala & Ahonen 2003, 32.)

Asiakaslähtöisyys (kuvio 7) koettiin tunnetuksi ja puolet työntekijöistä koki tekevänsä työnsä täysin tai osittain asiakaslähtöisesti. Voimavarojen määrittelyn ja hyödyntämisen myötä koettiin olevan enemmistönä osittain samaa mieltä. Työntekijät olivat jakautuneet puoliksi siinä, että auttavat vain tarvittassa potilasta eri toiminnoissa. Työntekijät saattavat kokea epävarmuutta siitä, miten toimivat ja miten kannattaisi toimia – voisiko se johtua yhteisten linjausten, hoitosuunnitelman ja arviointimenetelmien puutteesta? Tässä tulevat jälleen kysymykseen erilaiset toimintatavat ja jokaisen oma asenne suhteutettuna työntekoon. Kaikkien olisi selkeämpää työskennellä ja määritellä työnsä tekemistä, kun sitä voisi verrata yhteiseen toimintamalliin. Toimintamallin koostamisessa tulisi tehdä yhteistyössä koko osaston henkilökunnan kanssa, koska sillä tavoin pystyttäisiin sitouttamaan henkilökunta toimimaan mallin osoittamalla tavalla, eikä se tulisi ulkoisen pakotteen kautta ylemmältä taholta. Kuten potilaan niin samoin työntekijän motivaatioon vaikuttaa pitkälti se, miten voi vaikuttaa työnsä tekemiseen ja sen linjauksiin.

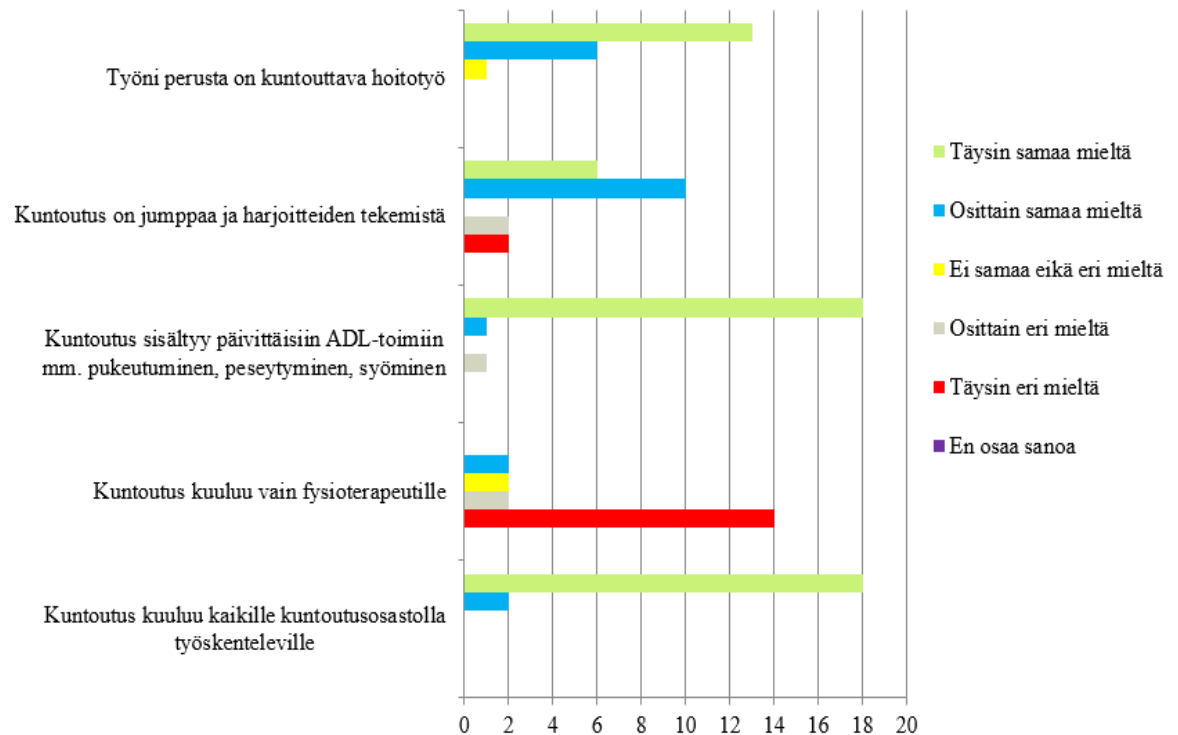
Tutkielmansa tuloksissa Id (2015, 38–39) mainitsee, että työyhteisölle laaditut pelisäännöt ovat osa asiakaslähtöisen hoitoympäristön lähijohtamista. Henkilöstön aikaresurssista johtajat kokivat, että kun jokainen tietää ja osaa tehtävänsä sekä toiminta on organisoitua, jää paremmin aikaa asiakastyöhön ja tällöin korostuu nimenomaan lähiesimiehen toiminnan ohjeistus ja mitä he priorisoivat tärkeimmäksi. Lähiesimiehet olivat tutkimuksessa kokeneet panostaneensa työajan kohdentamiseen asiakastyöhön ja potilaiden kanssa ajan viettämiseen. Lisäksi lähiesimiehet korostivat henkilöstön vastuuta ja velvollisuutta suunnitella työpäivänsä ja sovittaa siihen moniammatillisen tiimin aikaa.



Kuvio 7. Asiakas/potilaslähtöisyys

Kuntouttavan hoitotyön väittämässä (kuvio 8) ilmeni, että suurin osa oli täysin eri mieltä siitä, että kuntoutus kuuluu vain fysioterapeutille (14hlö, 70 %) ja suurin osa täysin samaa mieltä siitä, että kuntoutus kuuluu kaikille osastolla työskenteleville (18hlö, 90 %). Hieman hajontaa oli väittämässä kuntoutus on jumppaa ja harjoitteiden tekemistä ohjatusti. Suurin osa henkilökunnasta ajattelee kuntoutuksen sisältyvän päivittäisiin ADL-toimiin. ADL-toimilla (Activities of Daily Living)

tarkoitetaan päivittäisiä toimintoja, kuten peseytyminen, pukeutuminen, liikkuminen, syöminen, nukkuminen ym., jotka määrittävät osaltaan potilaan toimintakykyä ympäristön kanssa ja esimerkiksi RAI-arviointijärjestelmästä löytyy oma osa-alueensa näiden arvioinnille (Suvikas ym. 2013, 88).

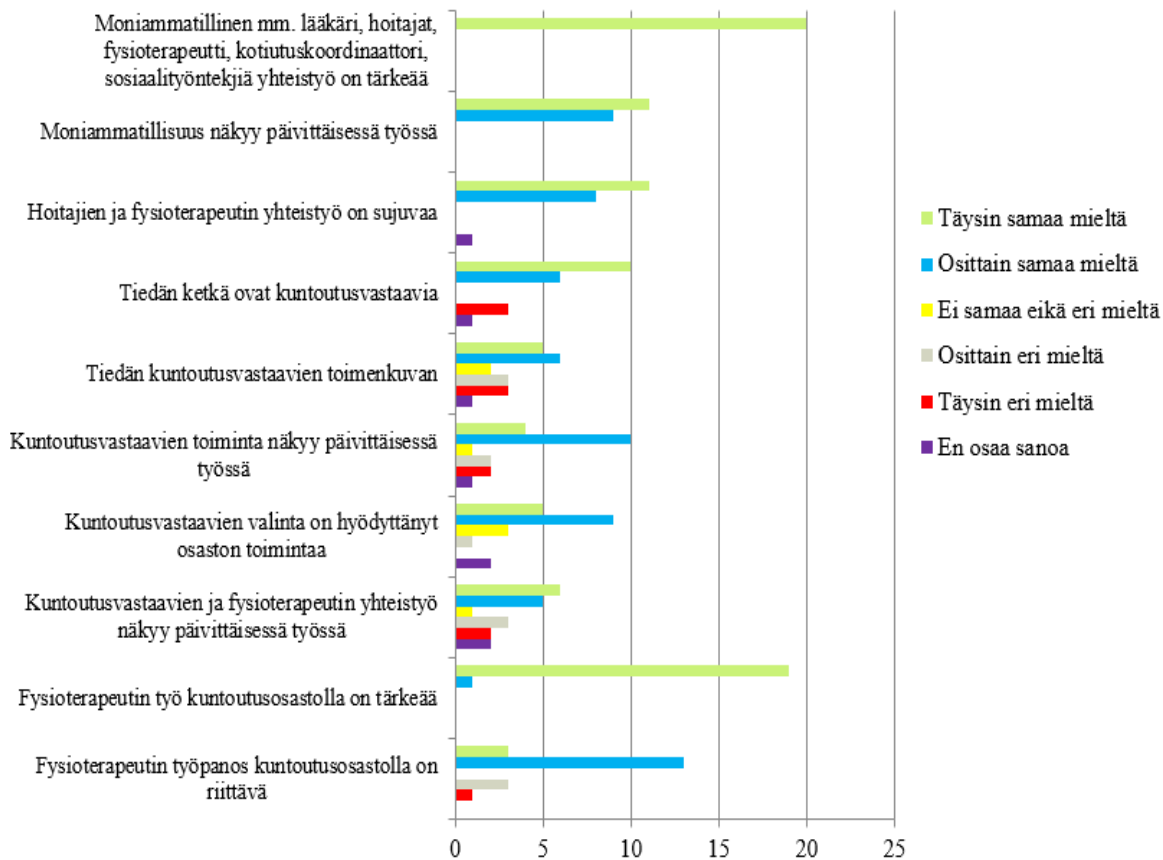


Kuvio 8. Kuntouttava hoitotyö

Kyselyn perusteella asenteet ovat suurimmalta osalta hyvällä pohjalla ajatellen osaston kehittämistä, koska asenteilla on suurin vaikutus muutoksen käynnistymiselle ja sen eteenpäin viemiselle. Työmuutos koetaan positiivisemmaksi, kun työntekijöiden ja organisaation arvot kohtaavat (Pusenius 2015, 10). Id (2015, 34–35) mainitsee tutkielmansa tuloksissa, että työntekijän huono ja negatiivinen asenne, esim. sitoutumattomuus, välinpitämättömyys ja joustamattomuus työtä ja asiakkaita kohtaan estää asiakaslähtöisyyden toteutumista. Vakavimmiksi puutteiksi lähiesimiehet olivat tuoneet esille kykenemättömyyden vuorovaikutukseen ja potilaan inhimilliseen kohtaamiseen. Lisäksi koettiin, että asiakaslähtöisyyden vastaisia asenteita oli havaittavissa päivittäin ja negatiivisten tunteiden koettiin tarttuvan ja siirtyvän työntekijästä toiseen, esimerkiksi raportointitilanteissa, ja henkilöstön ennakoasenteet potilaista saattoivat vaikuttaa negatiivisesti hoitoon ja kohtaamiseen.

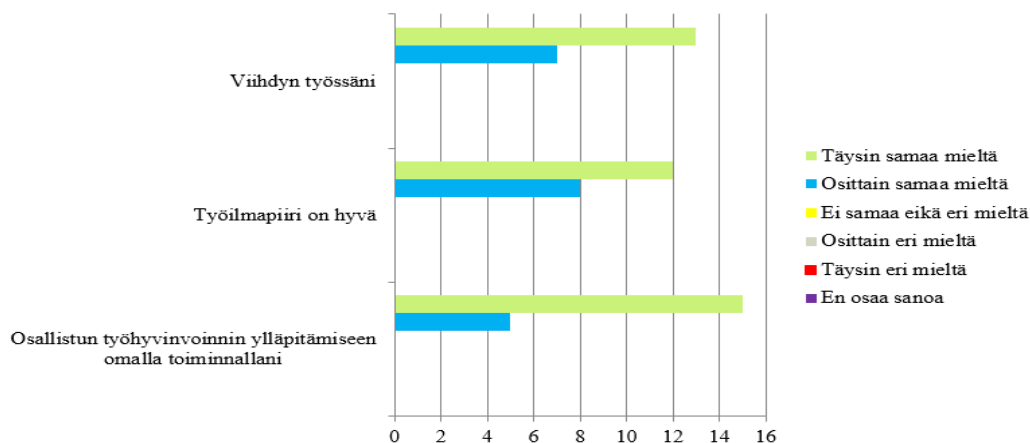
Moniammatillisuus ja työroolit väittämässä (kuvio 9) kävi selvästi ilmi hajontaa kuntoutusvastaaviin liittyvissä väittämässä. Kaikki eivät tieneet keitä he ovat ja toimenkuva oli hyvin epäselvä. Tämä tuli ilmi myös vapaan sanan kohdassa. Kehittämistehtävän tarpeellisuus nousee tämän aihealueen kautta esiin. Kuntoutusvastaavat ovat toimineet jo lähes puolen vuoden ajan osastolla ennen kyselyä ja siltikään ei koko henkilökunta edes tiedä keitä he ovat. Osaltaan tämä muuttaa kehittämistehtävän painopistealueen täysin kuntoutusvastaavien esiin nostamiseen ja heidän toimenkuvansa muodostamiseen ja toiminnan käynnistämiseen.

Erityisen tärkeää on saada tälle kehittämiselle koko henkilökunnan ja johdon tuki sekä lähijohtamisen avulla vahvistaa heidän asemaansa ja samalla pyrkiä vaikuttamaan koko henkilökunnan toimintatapoihin asiakaslähtöisemmän ja kuntouttavamman hoitotyön saavuttamiseksi. Kyselyn perusteella asenteet ovat sille jo kohdallaan, mutta sen saavuttamista käytännössä tulisi vahvistaa. Idin (2015, 35–37) tutkielmassa lähijohtajat kokivat, että arjen rutiinit estävät asiakaslähtöisyyttä, kun ne alkavat ohjaamaan liikaa työntekoa ja kun niistä poikkeaminen koetaan liian hankalaksi. Lisäksi asiakaslähtöisyyttä estävänä asenteena havaittiin potilaan tasa-arvoisuuden väheksymistä, jolloin hoitaja käyttää valtaansa ja määrittelee itse, mikä on potilaalle parhaaksi. Lähiesimiehet olivat kokeneet, että heidän vastuullaan on olla läsnä, havainnoida ja tarkkailla henkilöstön käyttämistä, kohtaamista ja vuorovaikutusta sekä edistää työympäristöä kuuntelemalla, pysähtymällä eri tilanteisiin ja tilanteita havainnoimalla. Heidän tärkeimmiksi tehtäviksi koettiin toimia henkilöstön herättelijänä mm. kysymyksien ja ratkaisuvaihtoehtojen avulla sekä tarvittaessa pysäyttäjänä epäkohtia huomatessaan.

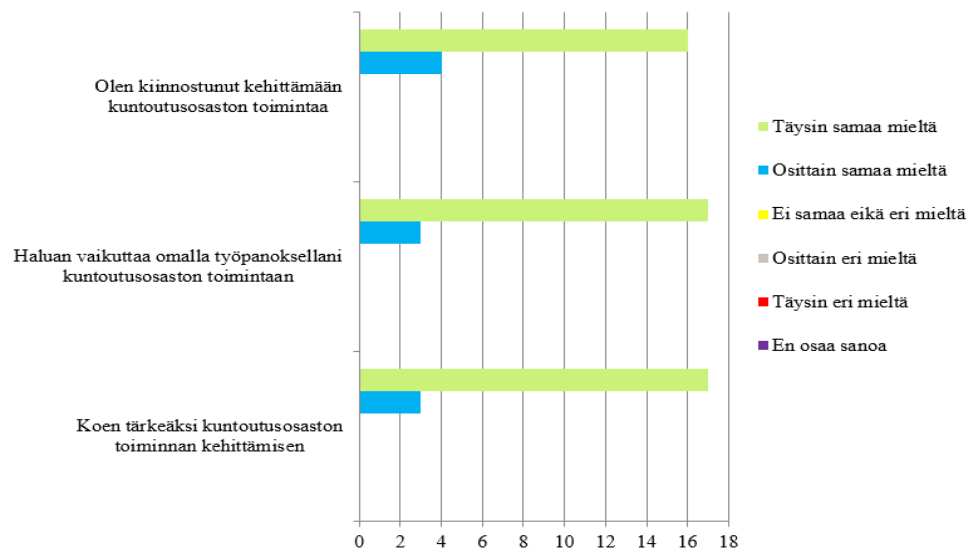


Kuvio 9. Moniammatillisuus ja työroolit

Työhyvinvointi (kuvio 10) osastolla on koettu hyväksi ja työntekijät kokevat omalta osaltaan osallistuvansa sen ylläpitoon. Kehittämiseen kyselyn mukaan henkilöstö on avoin ja valmis sekä kehittäminen koetaan tärkeäksi (kuvio 11).



Kuvio 10. Työhyvinvointi



Kuvio 11. Kehittäminen

Kehittämiskohteet tulivat selvästi esille avoimen kysymyksen kautta. 17 vastauksessa mainittiin yhtenäisten linjojen/periaatteiden/sääntöjen kehittäminen kuntouttavaan hoitotyöhön ja nimenomaan osaston omien sääntöjen luominen. 12 vastauksessa toivottiin enemmän yhteistä toimintaa/virikkeitä ja eloa osastolle. Kolmanneksi tärkeimmistä kehittämiskohteista kuudella vastauksella nousi esille fysioterapeutin työajan pidentäminen mieluusti kokopäiväiseksi. Kehittämissosioon oli tullut hyviä käytännönkin vinkkejä mitä kannattaisi kokeilla osastolla.

Viimeiseen kyselyn osioon, vapaaseen sanaan, oli tullut muutaman vastaus (7 hlö). Tässä kohtaa esille nostettiin kuntoutuvastaavien toimenkuva (keitä he ovat?), kinestetikan ottaminen käytäntöön sekä potilaan lähtötilanne huomioiden kuntoutuksen suhteen.

Väittämien ja kehittämisosion vastauksissa löytyi muutama ristiriitainen vastaus. Väittämissä asiakaslähtöisyys tiedettiin ja henkilökunta koki toimivansa sen mukaisesti. Samaa mieltä oltiin siitä, että kuntouttava hoitotyö on työn perusta. Kuitenkin kehittämisosiossa tuli ilmi vastauksia, joissa kehoitettiin miettimään kuntoutusresurssien laittamista potilaisiin, jotka eivät halua liikkua tai ole yhteistyöhaluisia tai joista selvästi tietää jo alussa, että kuntoutus ei onnistu. Tässä palaisin tärkeyteen siitä, että tulisi huomioida jokaisen omat voimavarat niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin ja lähteä tukemaan niitä sekä

asiakaslähtöisyyden korostamiseen. Erityisen tärkeää on, että hoitaja uskoo toimintaansa ja että tavoitteet on mietitty yksilöllisesti yhteistyössä potilaan ja hänen omaistensa kanssa.

Launonen (2014, 40, 47) mainitsee tutkielmansa tuloksissa, että sairaanhoitajien ohjaus ja kannustus sekä kuntoutuksen suunnitelmallisuus ovat tarpeellisia ja kuntoutus koettiin keskeiseksi iäkkäiden hoitotyössä. Edistäviksi tekijöiksi iäkkäiden hyvälle hoidolle sairaanhoitajat olivat listanneet moniammatillisen työyhteisön, asiakaslähtöisyyden, kehittyvän työyhteisön, palautteen saamisen, erikoisosaamisen, yhteiskunnallisten muutosten huomioimisen ja hoitotyötä tukevan johtamistavan.

7.2 Kuntoutusvastaavien haastattelujen toteutus, tulokset ja analysointi

Kuntoutusvastaavien (4hlö) haastattelut tehtiin 15.9.2015 yksilöittäin 12.30–16.00. Haastattelut nauhoitettiin ja niiden litterointi tapahtui 9-10/2015 välisenä aikana. Haastattelut tehtiin haastateltavien omalla äidinkielellä (3 ruotsiksi ja 1 suomeksi). Haastattelut toteutettiin temahaastatteluna (puolistrukturoitu haastattelu), jossa aihepiirit oli valmiiksi mietitty, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys ei (Hirsjärvi ym. 2012, 208). Yksilöhaastattelut olivat pituudeltaan 40–55 minuuttia. Haastateltavista yksi on sairaanhoitaja, kaksi perushoitajaa ja yksi lähihoitaja, joka on erikoistumassa parhaillaan kuntoutukseen. Kuntoutusvastaaviksi on valittu viisi henkilöä, mutta heistä yksi sairaanhoitaja on pitkällä sairauslomalla, joten hän ei haastatteluun osallistunut, mutta tulee mukaan sairausloman loputtua.

Haastattelujen litteroinnin yhteydessä tein vastauksien aineistolähtöistä analyysia, jossa merkitsin tekstiin eri väreihin vastauksissa esiintyviä samankaltaisuuksia ja tein niistä kokonaisuuksia. Samankaltaisuuden avulla löydetään merkityskokonaisuudet ja erityislaatuiset merkitykset erottuvat vielä kokonaisuuksista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101–102.) Seuraavaksi käyn läpi näitä vastauksissa esille tulleita asioita.

Haastatteluissa kävi ilmi, että kuntoutusvastaavan roolin hyväksyminen on tapahtunut hiljalleen. Kuntoutusosaston osastonhoitaja on valinnut kuntoutusvastaavat. Osalle haastateltavista se oli mieluinen rooli ja toiset kokivat sen

tarpeettomana omalle kohdalleen ja sen vuoksi kokivat motivaatio-ongelmia asialle. Kaikki korostivat, että hoitajan perustyö oli tärkeintä ja vasta sitten tuli ns. kuntoutusvastaavan rooli.

Kuntoutuksesta ja asiakaslähtöisyydestä puhuttaessa kaikki toivat esille kinestetiikan oppeja ja lähtivät purkamaan ajatuksiaan sen kautta. He kokivat, että osastolla on tapahtunut eteenpäin menemistä kuntouttavan hoitotyön suhteen, mutta paljon olisi vielä tehtävää. Ongelmaksi nähtiin kiire ja lisäksi työparieroavaisuudet työskentelytavoissa. On vaikeaa toimia itse asiakaslähtöisemmin ja kuntouttavammin, jos työpari näkee asiat aivan eri tavoin. Tärkeää olisi omatoimisuuteen tukeminen ja auttaminen tarvittaessa. Lisäksi omaisten informointi esim. palaverien yhteydessä koettiin tärkeäksi ja esille tuli, että jokaisen potilaan kohdalla sellainen olisi hyvä pitää, jotta omaiset osaisivat aktivoida paremmin osastolla käydessään.

Moniammatillisuutta osastolla koettiin olevan riittävästi nykytarpeisiin. Fysioterapeutin työpanokseen osastolla toivottiin lisää aikaa sekä lisäksi fysioterapeutin yhteistyö kuntoutusvastaavan kanssa tarpeelliseksi ja sitä toivottiin lisää. Hyväksi on koettu keskiviikkoisin pidetty jumpparyhmä kaiken kaikkiaan, koska se pidetään yhteistyössä fysioterapeutin kanssa ja ajallisesti se on toimiva, kun se on ennen ruokailua. Osa koki virikkeellisuuden ongelmaksi osastolla, mutta toisaalta heidän mielestään oli vaikea sijoittaa viikko-ohjelmaan mitään lisää, kun tilanteet osastolla vaihtelevat niin paljon. Esiin nousi kysymys millainen virikkeellisyys aktivoisi juuri meidän osastolla parhaiten potilaita?

Kysyttäessä kuntoutusvastaavan roolista ja toimenkuvasta, ei tullut esille mitään selvää linjaa/roolia. Kaikki olivat tyytyneet valituiksi tulemiseen, mutta kenelläkään ei ollut selkeää mielipidettä siitä, mitä he haluaisivat kuntoutusvastaavan toimenkuvaan tai mitä se voisi tulevaisuudessa olla. Osalla nousi ajatuksia osaston virikkeellisyyteen liittyen niin toimintaan kuin ympäristöön ja osalla kinestetiikan oppeihin ja niiden eteenpäin viemiseen. Lisäkoulutustarpeessa haluttiin pureutua yllä mainittuihin, jotta saisivat uusia ideoita esim. virikkeellisyyteen. Kuntoutusvastaavien erilaiset pohjakoulutukset tulevat tässä kohtaa esiin, kun kaikissa koulutuksissa ei ole käyty lainkaan mitään virikkeisiin/virikkeellisyyteen

viittaavaa läpi. Ajallisesti ei kukaan osannut ajatella, mitä kuntoutusvastaavan työpanos voisi sisältää. Tarpeelliseksi koettiin 1-2 kertaa kuukaudessa yhteinen palaveri 15–30 minuuttia. He kokivat työyhteisön niin pieneksi, että pystyvät helposti muuten keskustelemaan asioista kahvitauoilla ym. Rooliaan muiden hoitajien keskuudessa he eivät erityisemmin halunneet korostaa.

Osaston tulevaisuutta oli vaikea miettiä, koska totuus on, että väestöpohja on ikäihmisiä ja palveluasumista tarjoavia yksiköitä paikkakunnalla on vähän. Mielellään halutaan panostaa kuntouttavaan hoitotyöhön, kun sen on huomattu jo nyt keventäneen työtä. Ilmaan nousi kysymys esim. intervallien korostamisesta.

7.3 Kehittämisisiltapäivä ja sharing cafe-menetelmällä ryhmätehtävä

Kyselyn ja haastattelujen tuloksien julkaisu ja analysointi henkilökunnalle tapahtui 30.10.2015 iltapäivän muodossa (klo 12.30–15.30), jossa olivat lisäksi puhumassa perusturvakeskuksen johtaja ja kuntoutusosaston osastonhoitaja. Kuntoutusosaston henkilökunnasta paikalla oli 25 henkilöä (perus-, lähi- ja sairaanhoitajia, laitosapulaisia, fysioterapeutti ja osastosihteeri).

Silloin kun osaamista hankitaan, kehitetään ja hyödynnetään, tulisi organisaation luoda oppimismahdollisuuksia uudistaa päivittäisiä toimintoja. Tämä tarkoittaa myönteistä organisaatiokulttuuria, työn sisältöjä, tiimityötä sekä keskustelu- ja reflektiomahdollisuuksia, jotka tukevat kehittämistyötä. (Oikarainen & Pihkala 2010, 50.) Henkilökohtaisten oppimistavoitteiden lisäksi tiimityöskentelyssä tapahtuva tietojen vaihto (ns. hiljainen tieto) ja toisilta oppiminen (niin hyvässä kuin pahassa) ovat tärkeitä osaamisen kehittymisen menetelmiä. (Hiltunen ym. 2007, 104). Koen, että kehittämisisiltapäivä toimii juuri kyseisenä vaikuttamismahdollisuutena ja yhtenä kehittymismenetelmänä työyhteisön kesken.

Tuloksien läpikäynti ja analysointi herätti keskustelua työntekijöiden suhteen. Erityisesti esiin nousi keskustelussa se, että edelleenkin edes vakituisesta henkilökunnasta eivät kaikki tienneet keitä kuntoutusvastaavat ovat. Oli

mielenkiintoista kuulla työntekijöiden ajatuksia ja samalla saada vahvistusta siitä, että kehittämistehtäväni todella toimisi ponnahduslautana muutokselle.

Kahvin jälkeen tehtiin ryhmätehtävä sharing cafe-menetelmän avulla, jossa oli pöytäkuntiin nostettu tuloksien perusteella esille tulleet asiat, joita lähdettiin henkilökunnan kanssa yhdessä pohtimaan. Osastonhoitajan kanssa sovittiin, että hän jää taka-alalle ryhmistä, mutta on yhteenvedossa mukana. Sharing cafe-menetelmässä (yhteistoiminnallinen oppiminen) innovoidaan pöytäkunnittain aiheena olevaa asiaa ja kirjataan ylös esille tulleet asiat. Sovitun seitsemän minuutin ajan jälkeen ryhmä hajaantuu, mutta yksi jää pöytään istumaan ja esittelee uudelle ryhmälle aiemman ryhmän pohdinnat. Jälleen uusi ryhmä muodostaa uusia näkemyksiä tai kehittää aiemmin esille tullutta ideaa. Näin jatketaan kunnes ryhmät ovat käyneet kaikki pöytien aiheet läpi ja lopuksi käydään koko henkilökunnan kesken läpi esille tulleet ideat ja valitaan niistä esimerkiksi kehityskohteet/toimintatavat. (e-Osmo www-sivut 2011.)

Työskentelytapa oli henkilökunnan kesken todella toimiva ja kaikki lähtivät siihen hyvin mukaan. Oli todella innostavaa kuunnella, kun alla mainittuja asioita pohdittiin. Koska miettimisaika oli mitoitettu, pysyttiin hyvin asiassa.

Seuraavaksi esittelen yhteispohdinnan tuloksia, joita henkilökunta päätti lähteä purkamaan ja miettimään miten kyseiset asiat meillä saataisiin käytäntöön.

1. Mitä kuntouttava työote tarkoittaa meillä? (konkreettisia asioita)

- Kannustetaan potilaita omien voimavarojen käyttöön – nostaa itse jalat ylös sängylle, peseytyminen, pukeminen, motivointi päivittäisiin toimiin, jumppaliikkeet, liikkeelle potilaan voimavarojen mukaan
- Haastatella potilas ja heidän omaisia – kiinnostuksen kohteet ym...radio, tv, liikkuminen, sosiaalisuus.

2. Virikkeellisyys, niin ympäristössä kuin toiminnassa. (konkreettisia asioita ja ajankohtia)

- Paperia ja kyniä esille
- Ulkoilut – itsenäisesti tai avun kanssa esim. ennen ruokailuja tai kahvittelut ulkona kesäisin. ”Ulkoiluihin” luettaisiin sisällä liikkuminen esimerkiksi kanttiiniin.
- Kapsäkki, joka sisältää erilaisia tavaroita (vanhan ajatuksen uudelleen herättäminen)

3. Kinestetiikka – miten meillä eteenpäin kinestetiikan suhteen?

- Kurssin käyneet näyttävät muulle henkilökunnalle ja käyvät yhdessä läpi metodin ajatusta ja otteita → PIENRYHMÄT?
- Asennemuutos! Kaikki osallistuu.

4. Kuntoutusvastaavien rooli/toimenkuva työyhteisössä. Mitä kuntoutusvastaavan rooli tarkoittaa?

- Muiden informointi – henkilökunta, potilaat, omaiset...esimerkiksi hoitotyön tavoitteista, aktiivisuuden tärkeydestä.
- Taulu, jossa esitellään kuntoutusvastaavat ja heidän toimenkuvansa. Olisi kaikkien näkyvillä ja muistuttaisi osaltaan työtavoista.

5. Omaisten aktivointi – miten/millä tavoilla, ajankohta?

- Omaisten ja hoitajien ”palaveri” (lyhyt sellainen): kuntoutuksen tavoite, perustelu!
→ myös omaisten asenteisiin tulisi saada muutosta
- Taulu osaston periaatteista/toimintatavoista kaikkien nähtäville, ks. edellinen!

Purkamisen yhteydessä huomasin selvästi, että kaikki ovat kaivanneet muutosta, mutta suurempaan työyhteisöön mahtuu aina negatiivisiakin ajatuksia. Iltapäivä kokosi henkilökunnan yhteen ja sai kaikki ajattelemaan toisen työnkuvan kautta aiheita. Laitosapulaiset kokivat, että heidän näkemyksiään kuunneltiin ensi kertaa ja muut huomasivat, että hekin osallistuvat työnsä ohella paljon potilaiden auttamiseen osastolla. Esimerkiksi auttavat istumaan siivotessaan huoneessa ja näin ollen tarvitsivat osaltaan koulutusta kuntouttavaan työotteeseen ja heidän tulisi tietää potilaiden tavoitteet, jotta osaisivat työskennellä sen mukaisesti.

Ajallisesti iltapäivä venähti pidemmäksi, mutta silti henkilökunta halusi yhdessä pohtia, sitä miten tästä eteenpäin jatketaan. Sain suullisesti positiivista palautetta heti lopetuksen yhteydessä ja se vahvisti omaakin näkemystäni siitä, että iltapäivä oli onnistunut ja menetelmänä toimiva. Kirjasin yhdessä sovitut asiat paperille ja toimitin sähköpostitse osastonhoitajalle, jotta hän voi ne laittaa kaikkien nähtäville muistutukseksi.

7.4 Kuntoutusvastaavien palaverit

Kuntoutusvastaaville järjestettiin kaksi palaveria kehittämistehtävän puitteissa. Näiden tarkoituksena oli osoittaa, miten tärkeää on yhdessä miettiä kuntoutusosaston asioita eteenpäin heidän toimenkuvansa kannalta. Palaverien oli tarkoitus samalla nivouttaa kuntoutusvastaavia toimimaan yhdessä.

7.4.1 Ensimmäinen yhteispalaveri

Järjestin kehittämisiltapäivän jatkeeksi kuntoutusvastaaville ja osastonhoitajalle palaverin 11.11.2015 klo 12.30–14, jossa pohdittiin yhtä ryhmätehtävän kysymyksistä eli kuntoutusvastaavan roolia ja toimenkuvaa. Paikalla olivat kaikki viisi kuntoutusvastaavaa ja osastonhoitaja. Alussa kävin läpi kehittämisiltapäivän tuloksien läpikäynnin. Positiivisena oli mieleen jäänyt henkilökunnan taustatuki ja mielipide siitä, mitä he toivoisivat/odottaisivat kuntoutusvastaavilta. Selvästi kuntoutusvastaavilla itsellään oli ehtinyt tällä välin haastattelujen jälkeen jäädä ajatusta siitä, mitä toimenkuva voisi sisältää.

Kuntoutusvastaavista yksi erikoistuu tällä hetkellä kuntoutuksen lähihoitajaksi, ja hän oli käynyt Tampereella apuvälinemessuilla 6.11.2015, joten käytiin lyhyesti läpi messupäivän anti. Siitä jatkettiin brain storm-tyyppisellä ideariihellä, jossa jokainen sai kirjoittaa kymmenen minuutin aikana kolme asiaa, joita he itse toivoisivat toimenkuvultaan ja mainita lisäkoulutustarpeestaan, jonka kokevat olennaisena kuntoutusvastaavan työhön. Tämän jälkeen kaikki saivat kertoa ääneen toisilleen toivomuksensa ja lopuksi osastonhoitaja kertoi oman näkemyksensä siitä, mitä hän oli ajatellut kuntoutusvastaavia valitessaan heidän toimenkuvastaan ja mitä hän nyt ajatteli. Näistä valittiin yhdessä kolme toimenkuvaan kuuluvaa tehtävää, joista lähdettiin muokkaamaan toimenkuvaa ja tuomaan sitä esille. Selvänä lisäkoulutustarpeena esille nousi muistikuntoutus ja muistisairaiden avustaminen. Palaverissa osastonhoitaja toivoi uutta vastaavanlaista Maalahden opintokäyntiä toiseen paikkaan, mutta se koettiin tarpeettomaksi tähän hetkeen. Kuntoutusvastaavat kokivat, että ensin täytyy saada oma toiminta käynnistymään, ja vasta sitten myöhemmin tehdä uusi käynti, jolloin voisi nähdä mitä meillä tehdään jo paremmin ja missä voisi kehittyä sekä saada uusia ideoita toiminnalle.

Koostin suomen- ja ruotsinkielellä infolehtisen, joka laitettiin kuntoutusosastolla esille (liite 1).

Kuntoutusvastaavien tehtäviksi muodostuivat palaverin perusteella seuraavat asiat.

- Innostaja, eteenpäin potkija (työkaverit, potilaat, omaiset)
- Ideointi ja niihin liittyvät hankinnat virikkeellisyyden ja kuntoutuksen osalta (mm. kinestetiikka, aktivointi)
- Toimivat linkkinä omaisiin (lomake: taustatiedot, tavoitteet)

Ja heidän mottonaan toimii: Tärkeintä on, että jokainen uskaltaa tulla nykäisemään hihasta tai pyytämään apua/ideaa, mutta samalla jokainen on valmis myös kuuntelemaan ja ottamaan neuvoja/ideoita vastaan.

Kaikille oli jonkinlainen helpotus siitä, että nyt oli selvät linjat sille, mitä heidän tulisi pyrkiä toteuttamaan. Kun ne on vielä kirjattu ylös ja tehty kaikkien nähtävillä olevaan muotoon, on heihin helpompi ottaa kontaktia ja tällöin sijaiset tietävät kenen

puoleen kääntyä. Lisäksi muu henkilökunta tietää, että heidän ei tarvitse loukkaantua siitä, että joku tulee ohjaamaan työtä tai antamaan vinkkejä. Tämä osaltaan helpottaa työyhteisön hyvinvointia, kun avoimuus ja yhdessä tekeminen lisääntyy.

Palaverissa käsiteltiin toimenkuvan osalta kehittämisiltapäivässä esille tulleita asioita ja miten niiden suhteen edetään. Sovittiin, että kinestetiiikkaa lähdetään käymään läpi tietoisemmin käsiteviikoilla eli otetaan aina viikkoon yksi käsite, jota kurssin käyneet käyvät läpi parityöskentelynä ja avaavat pienryhmissä esim. kahvitauoilla. Virikkeellisyyteen tehdään hankintoja erilaisten jumppa- ja muistia tukevien välineiden osalta.

Omaisiin pyritään löytämään yhteys ja luodaan lyhyt lomake, johon voidaan kirjata potilaan taustasta (päivän toiminnat ja kiinnostukset) ja tavoitteista tärkeimmät kohdat, jotka koottaisiin omaisten ja potilaiden kanssa yhteistyössä. Tällöin saataisiin kerrattua osaston toimintafilosofiaa ja sisäistettyä sitä omaisiin ja potilaisiin sekä saamaan heidät paneutumaan kuntoutukseen.

Kuntoutusvastaavien ajankäytöstä sovittiin, että he pitävät keskenään lyhyitä viikkopalavereita 2-3 henkilön kesken ja suuremmat palaverit, jossa kaikki viisi olisivat paikalla olisi 2-3 kuukauden välein. Seuraavan palaverin ajankohta sovittiin tammikuulle 2016.

7.4.2 Toinen yhteispalaveri

Palaverissa 13.1.2016 klo 12.45–13.45 olivat mukana kaikki kuntoutusvastaavat. Kävimme viime kerran asioita lävitse ja sitä miten niiden kanssa on päästy eteenpäin tai mitä tehtäisiin toisin. Seuraavaksi kooste palaverissa esille tulleista asioista.

Kinestetiiikan suhteen viikoittaisten käsitteiden läpikäynti ei ole onnistunut. Se oli aloitettu, mutta ei ollut ottanut tulta alleen. Tällä hetkellä on käyty enemmän työpareittain läpi yleisesti kinestetiiikkaa työskentelyn yhteydessä. Tavoitteena on, että pyritään jalkauttamaan kinestetiiikkaa tietoisemmin: aina osastotunneilla tulee kinestetiiikan käsitteisiin liittyen ns. tietoisu n. 5-10min ja sitten seuraavalla

osastotunnilla edelliskerran käsitettä harjoiteltaisiin käytännössä, ensimmäinen kerta 4.2.2016 osastotunnilla ja nimettiin valmiiksi tietoisun pitäjät. Lisäksi parityöskentely jatkuu ja toivomuksena oli, että fysioterapeutti olisi esim. aamurutiineissa mukana ja voisi samalla yhdessä katsoa siirtämisiä ym., tämä vaatii muun hoitohenkilökunnan aktiivisuutta.

Virikkeellisyyden suhteen viimeksi tavoitteena oli tilata uusia tavaroita ja tällä välin on saatu hankittua Motomed, joka otettu käyttöön hiljalleen enemmän hoitajien keskuudessa ja vuokrattu Memory-muistipeli, joka kokeilussa. Tevellan kautta tarkoituksena tilata lisää välineitä. Muutakin viriketoimintaa aloitettu ja pyritty iltaktivointiin. Esimerkiksi tiistairyhmät aloitettu ja niistä vastaa aina työvuorolistaan merkitty aktiivisuusvastaava.

Toimenkuvaan kuului toimia linkkinä omaisiin. Piti tehdä taustakartoituslomake, jossa lyhyesti olisi, että mistä potilas pitää/ei pidä tai mitä tekee päivän aikana aina kotona, jonka voisi täyttää omaisten kanssa ja samalla informoida omaisia osaston toimintatavoista. Lomaketta ei ole saatu tehtyä. Tarkoitus on uudelleen saada taustakartoituslomake aikaan ja käyttöön.

Muistikuntoutuskoulutuksien haku. Yksi kuntoutusvastaavista oli löytänyt koulutuksen, jonne olisi halukas menemään. Muuten eivät olleet ehtineet koulutuksia katsoa. Tarkoitus on etsiä koulutuksia aktiivisemmin tukemaan kuntoutusvastaavana työskentelyä ja näistä viedä ehdotukset osastonhoitajalle.

Kuntoutusvastaavien keskinäiset lyhyet omat palaverit ovat onnistuneet, useimmiten pareittain. Nyt ensimmäinen isompi palaveri, jossa tarkoitus tehdä tilannekartoitusta. Kaikki kuntoutusvastaavat kokevat nämä hyväksi, joten työlistaan tulisi pyrkiä saamaan noin kahden kuukauden välein yhteispalaveri kuntoutusvastaavien kesken esim. 30 minuuttia.

Lisäksi mietittiin yhdessä osaston toimintatapojen/filosofian esittelyä, että miten sen toisi näkyvästi ja ytimekkäästi esille, yhtenä ehdotuksena oli ns. puumalli, jossa

- juuret: toimintakyvyn & voimavarojen ylläpito ja parantuminen
- runko: aktivoi & autaa tarvittaessa

- oksa: omaiset ja heidän lehdille tulisi esim. kannusta liikkeelle, tee yhdessä, osallistu kuntoutukseen osastolla
- puun lehdistö koostuisi osaston toimintatavoista, esim. kuntoutus alkaa heti osastolle tullessa, kuntoutus on arkisten asioiden tekemistä, potilaan omatoimisuus ja itse tekeminen tärkeintä, ruokailut ruokasalissa → muita!

Keräsin lopuksi kuntoutusvastaavilta loppukyselyn muodossa palautetta.

7.5 Osastotunti

Osastotunnilla 14.1.2016 klo 13–13.30 kerroin kuntoutusvastaavien yhteispalaverissa esille tulleista asioista, joista on yllä mainittu. Paikalla olivat sillä hetkellä vuorossa olleet hoitajat ja laitosapulaiset sekä fysioterapeutti ja osastonhoitaja, kaiken kaikkiaan heitä oli kymmenen henkilöä. Kinestetiikkaan tarttuminen koettiin hyväksi ja päätettiin kokeilla yllä mainitulla tavalla sen jalkauttamista eteenpäin.

Kuntoutusvastaavat olivat ehdineet miettiä hieman taustatietolomaketta omaisten ja potilaiden täytettäväksi. Lupasin tehdä heille siitä valmiin pohjan ja he saivat sitten itse lisätä sinne tarpeen tullen kysymyksiä tai vaihtaa niitä. ”Puumalli” toimintatapoja kuvaamaan hyväksyttiin. Eräs hoitajista lupasi piirtää taustapuun ja yhdessä mietittäisiin lehdistöille toimintatapojamme. Selvästi henkilökunnan keskuudessa oli positiivista muutosta havaittavissa osaston kehittämiseen liittyen. Loppukyselylomakkeista informointi ja jätin ne kuntoutusosaston kahvihuoneeseen.

7.6 Loppukyselyjen tulokset ja analysointi

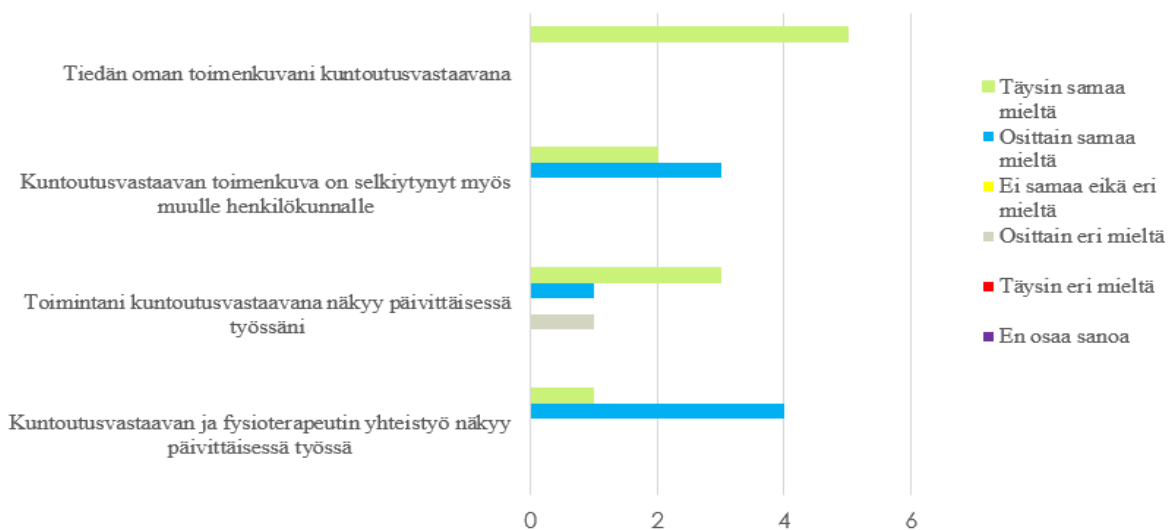
Loppukyselyissä näin tärkeäksi päästä vertaamaan alkutilanteeseen nähden nykyistä tilannetta, joten kyselyssä huomioin alkukyselyn kohdat liittyen kuntoutusvastaaviin. Tämä kertoisi itselleni kehittämistehtävän etenemisestä ja tuloksista eniten. Näiden lisäksi halusin tietää toiminnan kehittämisen kohtia, joissa henkilökunta kokee menneensä eteenpäin. Kyselyn koen tärkeäksi myös sen kannalta, että henkilökunta miettisi jälleen missä on päästy eteenpäin ja mahdollisesti samalla se herättäisi

ajatusta siitä mitä pitäisi tehdä vielä lisää seuraavan askeleen eteen ja pakottaisi katsomaan peiliin, että miten se tapahtuisi juuri minun kohdallani.

7.6.1 Kuntoutusvastaavien loppukysely

Kaikki kuntoutusvastaavat vastasivat kyselyyn 13.1.2016. Vastausprosentti 100 %. Kysely oli paperilomake, johon alkuosa oli tehty väittämien muodossa Likertin asteikolla vastaten ja lopuksi oli avoin kysymys, johon piti mainita kolme asiaa, joissa osaston toiminnan kehittäminen on lähtenyt parhaiten käyntiin.

Kuntoutusvastaavista kaikki kokevat tietävänsä toimenkuvansa ja suurimmalta osalta kokevat sen selkiytyneet muulle osaston henkilökunnalle. Osa kuntoutusvastaavista kokee työskentelevänsä toimenkuvan mukaisesti päivittäin, mutta osa ei. Tähän eroavaisuuteen johtaa mahdolliset näkemuserot siitä, mikä on hoitotyössä tärkeintä. Toiset voivat nostaa muun asian tärkeämmäksi. Lisäksi kuntoutusvastaavista suurin osa oli sitä mieltä, että yhteistyö fysioterapeutin kanssa näkyy osittain (kuvio 12).



Kuvio 12. Kuntoutusvastaavien vastaukset.

Mainitse kolme asiaa, joissa osaston toiminnan kehittäminen on lähtenyt parhaiten käyntiin:

1. Potilaan aktivointi hoitotoimenpiteissä sekä heitä tulisi saada liikkumaan enemmän. Ajatuksena, että potilas tekee enemmän. Saatu lisää välineitä aktivointiin.
2. Kinestetiikka: siirrot ja enemmän aikaa potilaalle
3. Yhteistyö ja suunnittelu hoitajien sekä fysioterapeutin ja omaisten kanssa

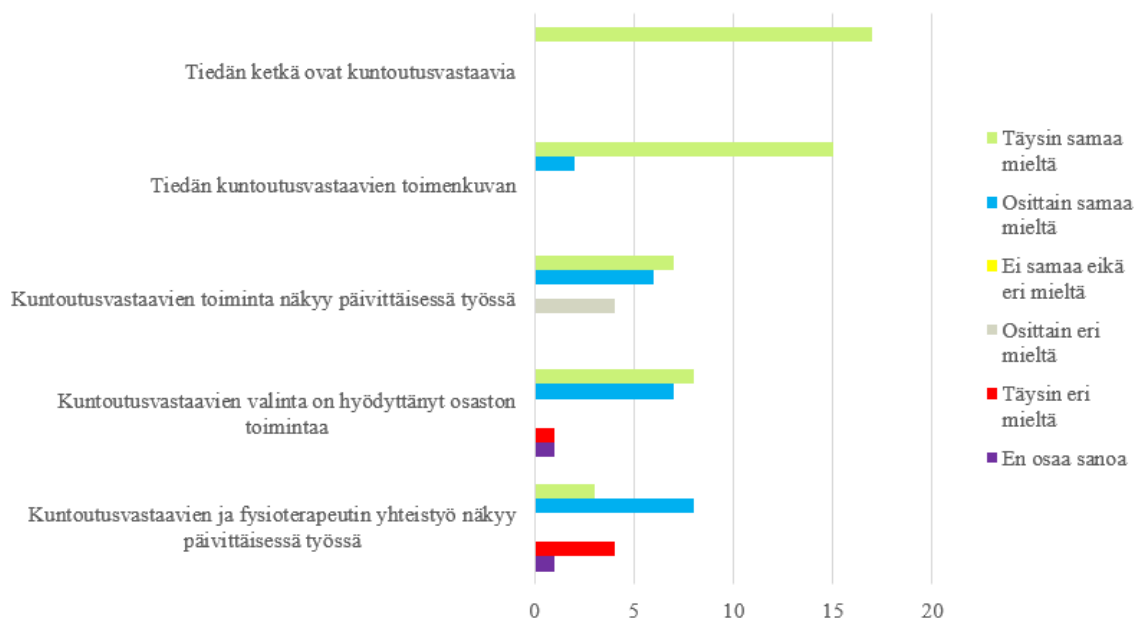
Vapaa sana:

Kiitetty tuesta ja vinkeistä, ollut inspiroivaa olla mukana, antoisaa ja välillä raskasta. Koko muutoksen kannalta tärkeintä, on että ”työn” uusi painopiste on menossa oikeaan suuntaan, ei nopeus.

7.6.2 Muun henkilökunnan loppukysely

Kyselyyn vastasi 17 henkilöä kuntoutusosaston henkilökunnasta, joita vastaamisaikana oli töissä 20 henkilöä (+kuntoutusvastaavat). Vastausprosentti 85 %. Vastaamisaikaa oli 14.–22.1.2016. Kysely oli paperilomake, johon alkuosa oli tehty väittämien muodossa Likertin asteikolla vastaten ja lopuksi oli avoin kysymys, johon piti mainita kolme asiaa, joissa osaston toiminnan kehittäminen on lähtenyt parhaiten käyntiin. Yksi tyhjä vastaus oli kuntoutusvastaavien ja fysioterapeutin yhteistyöstä kysyttäessä.

Kuntoutusvastaavat tunnetaan ja samoin heidän toimenkuvansa. Eri mielisyyttä henkilökunnassa on tullut kuntoutusvastaavien toiminnan näkymisestä päivittäisessä työssä, heidän valintansa hyödyllisyydestä ja yhteistyöstä fysioterapeutin kanssa (kuvio 13).



Kuvio 13. Henkilökunnan näkemys kuntoutusvastaavien tämän hetkisestä toiminnasta.

Mainitse kolme asiaa, joissa osaston toiminnan kehittäminen on lähtenyt parhaiten käyntiin:

1. Potilaiden aktivointi enemmän liikkumaan ja olemaan ylhäällä → moni tulee ruokailulle päiväsaliin, osallistuu ti/ke jumppaan, motomed
2. Kinestetiikan ja kuntouttavan työotteen käytäntöjä → ei tehdä puolesta, vaan jokainen tekee omien voimavarojensa mukaan ja kannustetaan omatoimisuuteen. Pyritään samaan tavoitteeseen kaikki, henkilökunnan välinen yhteistyö. Positiivinen asenne on lisääntynyt henkilökunnalla.
3. Uudet käytännöt: aktivointivastaava 1x/vko henkilökunnasta, ti jumppa, iltapäivätoimintaa, motomed.
4. Kuntoutusvastaavat ottaneet enemmän roolia ja neuvovat muita sekä aktivoivat potilaita.

Vapaa sana:

”Kuntoutuksesta tullut rutiinia ja siihen satsataan paljon, pelkona että potilaan kokonaisuus unohtuu. Aktivointivastaaville voisi kehitellä vihon, johon kirjataan aktivointikerran aihe ja esim. montako osallistui. Kaikkien hoitajien panostus siihen, että kuntoutusosasto olisi nimensä veroinen. Tulisi muistaa kuntoutuksessa luovuus ja sen osalta on työtä vielä. Kuntoutusvastaavat neuvovat muita enemmän ja

aktivoivat potilaita liikkeelle. Kuntoutusvastaavien valinta olisi pitänyt tapahtua heidän oman kiinnostuksensa mukaan.”

7.6.3 Yhteenveto kyselyiden tuloksista ja analysointi

Kyselyiden tuloksista käy ilmi, että kuntoutusvastaavat ja heidän toimenkuvansa on tullut koko osaston tietoon kehittämistehtävän myötä. Osa kuntoutusvastaavista, samoin muusta henkilökunnasta kokee, että kuntoutusvastaavien toiminta ei näy päivittäisessä työssä ja yhteistyössä fysioterapeutin kanssa on kehitettävää.

Kuntoutusvastaavien toimintaan liittyen mietityttämään jää onko heidän valintansa täysin onnistunut, koska osa heistä kokee itsekkin, että kuntoutusvastaavana toiminta ei näy päivittäisessä työssä ja osa henkilökunnastakin kokee niin. Lisäksi henkilökunnan kyselyssä on tullut ilmi, että kuntoutusvastaavat neuvovat ja aktivoivat potilaita ja ovat ottaneet enemmän roolia, mutta on kuitenkin mainittu, että heidän oma kiinnostuksensa olisi pitänyt vaikuttaa valintaan. Voiko tämä jarruttaa toimenkuvan kehittämistä? Tulisiko miettiä vielä tässä vaiheessa kuntoutusvastaavien uudelleen valintaa? Asenne ratkaisee todella paljon uuden toimenkuvan kehittämisessä, kuten muussakin toiminnassa. Lähijohtamista ajatellen henkilöstöhallinnassa palkkaamistilanteessa tulisi työntekijän asenteella olla painavampi merkitys, kuin sisällön osaajalla, koska asenteita on muutostilanteessa aina vaikeampi muuttaa (Kauhanen 2010, 148). Tämä pätee kuntoutusvastaavien tilanteeseen.

Kehittämisessä alkuun päässeet kohdat kohtaavat molemmissa kyselyissä ja muutosta on havaittu niin asenteissa kuin toiminnoissa. Loppukyselyiden vastausten perusteella voi ajatella, että kehittämistehtävä on toiminut ponnahduslautana sisäiselle muutokselle, joka oli suurin tavoite.

8 KEHITTÄMISPROSESSIN ARVIOINTI

8.1 Kehittämistehtävän luotettavuus

Kehittämistehtävä perustui lähijohdon kanssa käytyihin keskusteluihin sekä omaan mielenkiintoon siitä mitä organisaatiossani lähdetäisiin kehittämään. Aihe muotoutui johdon keskustelujen avulla sekä sen tarpeellisuus nousi esiin uusimpien suositusten, teoriaviitekehyksen sekä kuntoutusosaston henkilökunnan alkukyselyn tulosten kautta. Kehittämistehtävän keskiössä olivat kuntoutusosaston kuntoutusvastaavat.

Alkukyselyjen, haastattelujen ja loppukyselyjen tulokset on esitetty ja niitä analysoitu yhdessä ja erikseen. Kyselyihin vastattiin aina anonymisti ja vastaajat koostuivat kyselyn ajankohdan mukaan työskennelleestä henkilökunnasta. Kyselyjen vastausaikana oli sijaisia töissä ja heillä oli mahdollisuus vastata.

Kyselymenetelmään liittyy heikkoutena aineiston pinnallisuus, vastaajien suhtautuminen tutkimukseen, ovatko annetut vastausvaihtoehdot onnistuneet, ovatko vastaajat perillä tai perehtyneet aihealueeseen. (Hirsjärvi ym. 2012, 195.) Haastatteluaineistojen luotettavuus riippuu niiden laadusta (Hirsjärvi & Hurme 2001, 185). Kuntoutusvastaavista yksi oli pitkällä sairauslomalla, joten haastattelujen tulokset koskivat neljää kuntoutusvastaavaa. Haastattelut suoritti tutkija yksin yksilöhaastatteluina, jotka tallennettiin kahden eri tallennusohjelman ja -laitteen avulla. Puheen kuuluvuus oli hyvä. Litterointi ja aineistolähtöinen analyysi samankaltaisten merkityskokonaisuuksien esille tuomiseksi tehtiin pian haastattelujen jälkeen. Haastattelujen luotettavuus on hyvä, koska ne on nauhoitettu, jolloin toinen tutkija pystyy ne analysoimaan. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140.)

Opinnäytetyön tekemisen kesto aiheen haku mukaan lukien on ollut vuoden ja kahden kuukauden prosessi, mutta sinällään kehittämistehtävä lähti käyntiin 30.4.2015 alkukyselyiden lähettämällä ja loppui loppukyselyiden vastaanottamiseen 22.1.2016 eli kestona kehittämistehtävälle tulee yhdeksän kuukautta, joka on realistinen aikataulu ajatellen Engeströmin oppimissyklin mukaisesti vaiheeseen kolme pääsyä.

Tutkimuksen luotettavuutta käsitellään yleensä kahden termin kautta: reliabiliteetti eli tutkimustulosten toistettavuus ja validiteetti eli on tutkittu sitä, mitä on luvattu. Tärkeintä on arvioida tutkimusta kokonaisuutena, jolloin esiinnousee tutkimuksen johdonmukaisuus (koherenssi). Aineisto on koottu ja analysoitu aina kyselyiden, haastatteluiden ja erinäisten tapaamisten jälkeen kokonaisuutena. Raportoinnin koostin peilaten tuloksia teoriaviitekehukseen. Raportoinnin muodossa käytin yleistä kehittämistehtävissä käytettyä muotoa, joka oli varsin toimiva. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 136–141.) Raportoinnissa on käytetty kuviota ja taulukoita kuvaamaan mm. tuloksia ja havainnollistamaan siten paremmin kokonaisuutta (Vilkkä 2015, 204–205). Luotettavuutta ja läpinäkyvyyttä vahvistaa tuloksien käsittely useampaan otteeseen tutkimuksen aikana.

8.2 Kehittämistehtävän eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön noudattamisen päävastuu kuuluu tutkijalle. Tämän lisäksi tutkijan tulee muistaa hoitotieteellistä tutkimusta ohjaava lainsäädäntö ja ohjeet, esim. Henkilötietolaki (523/1999) ja Asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta (494/1998). Ihmistieteissä tutkimusperiaatteet on jaettu kolmeen osa-alueeseen: itsemääräämisoikeus, vahingoittamisen välttäminen sekä yksityisyys ja tietosuoja. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta [www-sivut](#); Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214–215.) Tutkijan asemassa toimin neutraalissa roolissa eli tällöin en anna omien kokemuksieni tai mielipiteideni vaikuttaa kyselyn/haastattelujen vastausten analysointiin. Tarkastelen toimintaa ulkopuolisen silmin. Haastatteluissa en halunnut lähteä purkamaan erikseen kenenkään suoraa sanomaa, koska pääkohdat tulivat aineistolähtöistä analyysia tehdessä hyvin ilmi. Haastatteluja analysoidessa voidaan miettiä miten haastateltavien sanomaa on tulkittu sekä miten kriittisesti ja syvällisesti niitä voidaan analysoida. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 20.)

Itsemääräämisoikeus käsittää tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuuden ja tutkimuksesta riittävän tiedon saannin. Suostumus tulee olla suullinen, kirjallinen tai käydä muuten ilmi tutkittavan käyttäytymisestä. Tutkimuksessa on huomioitava

yksilön turvatut perusoikeudet. Suostumus on joko yksilöllinen tai yleinen. Tutkittava voi keskeyttää tutkimukseen osallistumisen missä vaiheessa tahansa, mutta häneltä saatuja tietoja voidaan käyttää edelleen tutkimuksen loppuun viemisessä. Tutkimukseen osallistuvia tulee informoida tutkimuksesta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta [www-sivut](#).) Opinnäytetyöstä informoin koko osastoa saatekirjeellä, josta käy ilmi osallistumisen vapaaehtoisuus. Lisäksi informoin tästä vielä osastotunnin yhteydessä ennen aineiston keräämistä. Haastatteluista oli mahdollisuus kieltäytyä, mutta kaikki tuona aikana töissä olevat kuntoutusvastaavat halusivat olla mukana.

Vahingoittamisen välttämiseksi tarkoitetaan hyvää tutkittavien kohtelua ja kohtaamisesta sekä tutkimusjulkaisussa kirjoitusasussa heidän kunnioittamistaan. Vuorovaikutustilanteisiin (haastattelu) tulee sisällyttää vapaaehtoisuuden periaate. Huolellisuus luottamuksellisten tietojen käsittelyssä ja säilyttämisessä, ja vaitiolovelvollisuus yksityisten tietojen suhteen ovat tärkeitä eettisiä periaatteita yksilöön ja tietosuojaan liittyen. Tutkimusjulkaisusta tutkittavalle aiheutuvaa haittaa tulee välttää, mutta se ei saa kuitenkaan estää tutkimustulosten julkaisua silloin kun tulokset eivät ole kaikkein mieluisimpia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta [www-sivut](#); Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214.) Tutkittavien henkilöllisyyttä ei pysty jäljittämään. Vastaukset jätetään anonyymisti ja haastateltavien henkilöiden vastauksia ei eritellä henkilökohtaisesti.

Yksityisyys on suojattu Suomen perustuslaissa ja se on tärkeä tutkimuseettinen periaate. Tämän periaatteisiin kuuluvat tutkimusaineiston suojaaminen ja luottamuksellisuus, säilyttäminen/hävittäminen ja tutkimusjulkaisut. Tutkimuksesta saatua aineistoa tulee käyttää vain tutkimukseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta [www-sivut](#).) Kyselyjen ja haastattelujen vastaukset säilytän kotonani lukitussa kaapissa opinnäytetyön valmistumiseen asti ja sen jälkeen hävitän ne. Opinnäytetyön raportti julkaistaan Theseuksessa.

9 POHDINTA JA KEHITTÄMISEN JATKOSUUNNITELMA

Kehittämistehtävän tekeminen on ollut hyvin mielenkiintoinen ja pitkä prosessi, joka on käytännön kautta osoittanut itselleni, että minäkin pystyn tällaiseen! Suurin tavoite kehittämistehtävälle oli toimia ponnahduslautana osaston sisäiselle muutokselle. Sitä lähdettiin purkamaan kehityskysymysten kautta, joissa tarkoituksena oli selvittää kuntoutusvastaavien valinnan hyötyä osastolle, heidän toimintansa näkymistä, ja sen vaikutusta kuntouttavaan hoitotyöhön koko kuntoutusosastolla sekä vaikutusta työnteon dynamiikkaan ja yhteishenkeen ja kaiken kaikkiaan työhyvinvointiin.

Kuntoutusvastaavien toiminta on alun perin ollut melko heikolla pohjalla, ja se tulee ilmi henkilökunnan alkukyselyn tuloksista, joista selvimmin käy ilmi, että kaikki eivät edes tieneet keitä kuntoutusvastaavat ovat. Tämä toimi loistavana kehittämistarpeen osoittajana ja antoi suuntaa seuraavalle kehityskysymykselle. Kuntoutusvastaavien toiminnan näkymistä osastolla selvitettiin muun muassa kehittämisiltapäivässä, jossa muu henkilökunta osoitti tukensa kuntoutusvastaaville ja heidän toimenkuvansa selkiytymiselle. Toiminnan näkymistä ja toimenkuvan kehittämistä jatkettiin kuntoutusvastaavien ja osastohoitajan kanssa ja siten saatiin kerättyä yhteistyössä toimenkuvan raamit. Toimenkuvan muodostuminen selkeyttää kuntoutusvastaavien toimintaa ja helpottaa työntekijöiden keskinäistä sisäistä ohjausta/kouluttautumista, palautteen antoa puolin ja toisin sekä motivointia. Kun raamit tekemiselle on luotu, on kaikkien helpompi toimia niiden mukaan, uskaltaa esittää kysymyksiä ja neuvoja sekä kestää neuvotuksi ja ohjatuksi tulemista.

Tämä kehittää yhteistyötä henkilökunnassa, ja tällä tavoin pystytään välttämään työntekijöiden kesken eriarvoinen asettelu. Kuntoutusvastaavien toimenkuvan selkiytymisen myötä on heille tullut lisää vastuuta kehittää kuntouttavaa hoitotyötä kukin osaltaan ja innostaa muuta henkilökuntaa sen toteuttamiseen. Osaamisen kehittämisessä eri toimijoiden roolit ovat tärkeässä asemassa. Esimerkiksi

työtovereilla toisiltaan oppiminen, tiedon ja kokemusten jakaminen, yhdessä tekeminen, erilaisten näkemysten salliminen, sekä henkilöstöllä oppiminen, itseohjautuvuus, pitkäjänteisyys, rohkeus kyseenalaistamiselle ja entisten käytäntöjen muuttaminen. (Kauhanen 2010, 157.)

Näin ollen palatakseni Engeströmin ekspansiiviseen oppimissykliin pääsimme kehittämistehtävässani vaiheeseen kolme eli selkiytimme kuntoutusvastaavien toimenkuvan ja sen käyttö ehti olla pari kuukautta käynnissä ennen kehittämistehtäväni loppumista, mutta koen, että se ei vielä riitä ns. vaiheeseen neljä eli koetteluun. Oppimissyklin mukaisesti tarkoituksena olisi jatkaa käyttöönottoa vaiheessa viisi. Uuden toimintamallin käyttöönotto aiheuttaa aina jossain kohtaa muutosvastarintaa ja silloin ei välttämättä enää jakseta panostaa kunnolla aiheeseen ja toiminta hiipuu. Tärkeintä olisi päästä sen vaiheen yli ja siinä tarvitaan lähijohdolta priorisointitaitoja asioiden suhteen sekä työntekijöiden motivointia ja herättelyä uudelleen aiheeseen. Muutosvastarintaa saattaa näkyä osassa kuntoutusvastaavista sekä muussa henkilökunnassa. Vaiheessa kuusi tapahtuu prosessin käyttöönotto eli kuntoutusvastaavien toimenkuva hyväksyttäisiin ja koettaisiin tärkeäksi sekä vaiheessa seitsemän se olisi jo vakiintunut käytäntö, mutta uutena konfliktitilanteena siinä voitaisiin nähdä jotain kehittämistarvetta, kuten intervallien pyörittäminen kuntoutusvastaavien avulla?

Lisäksi koko henkilökunnan ja kuntoutusvastaavien kesken päätettiin tehdä kuntoutusosaston toimintamallit kaikille näkyviksi. Toimintamallin lähtökohdat perustuvat gerontologiseen kuntoutuksen ja kuntouttavan hoitotyön menetelmiin/toimintoihin, ottaen huomioon vuorovaikutuksen ja motivoinnin tärkeyden, joita on teoriaviitekehyksessä avattu. Tämä helpottaa kanssakäymistä potilaiden ja omaisten kanssa sekä muistuttaa joka päivä olemassaolollaan kaikkia työntekijöitä siitä miten meillä toimitaan ja mikä meidän työmme päämäärä on. Toimintamalli päätettiin tehdä puunmuotoon, johon on helppo lisätä yksinkertaisia kuntouttavan hoitotyön metodeja aina kun uuden metodin käyttöönotosta on yhdessä päätetty. Toimintamallin luomisen pohjana on käytetty nimenomaan ajatusta siitä, että kuntoutumista ja toimintakykyä edistävä työote on ajattelutapa, jossa olennaisinta on, miten työtä tehdään. Tarkoituksena on ikääntyneen omatoimisuuden

ja elämänlaadun edistäminen kokonaisvaltaisesti, asiakaslähtöisesti, aktiivisuuteen kannustaen, tukien, motivoiden, innostaen ja rohkaisten. (Kelo ym. 2015, 242.)

Kivinen (2008, 162) kuvaa väitöskirjassaan terveydenhuollon osaamisen johtamista. Siinä työntekijät nostivat tärkeille sijoille tasavertaisen sitoutumisen niin sovittuihin käytäntöihin, yhteisesti sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi kuin työryhmätyöskentelyyn osallistumiseksi. Työryhmätyöskentelyyn toivottiin eri henkilöiden aktiivista osallistumista niin työntekijöiltä kuin johtajilta. Esille nousi työyksikön jäsenten tasavertainen hyväksyminen. Työntekijät toivoivat avointa päätöksentekoa, mahdollisuutta osallistua siihen ja tuoda turvallisesti esiin eriävät mielipiteet.

Tässä kohtaa nostan erityisen tärkeäksi lähijohtamisessa osaamisen johtamisen. Kuntoutusvastaavien keskuudessa, samoin kuin muun henkilökunnan keskuudessa olisi tiedettävä tarkkaan kunkin osaamisalueet ja pyrittävä panostamaan niihin. Osaamisen kohdentamisen myötä vuorovaikutus ja avoimuus työntekijöiden keskuudessa helpottuisivat. Kuntouttava hoitotyö on kaiken kaikkiaan hyvin laaja näkemys, joten ehkä sen pilkkominen osiin helpottaisi sen käsittelyä ja toisi sen sitä kautta paremmin koko osaston peruslähtökohdaksi. Kuntoutusvastaavat halusivat toimintansa tueksi keskittyä muistisairaiden kuntoutumisen tukemiseen.

Kivisen (2008, 158–162) väitöskirjassa nousi esiin hyviä näkökulmia sekä johtajien että työntekijöiden osaamisen hankkimisen edellytyksistä. Johtajien näkökulmasta tärkeäksi asiaksi uuden tiedon oppimiselle nousi ilmapiirin avoimuus. Tälle tekijälle analysoitiin alakohtia, jotka lähes poikkeuksetta liittyivät työntekijän ja esimiehen sekä koko organisaation vuorovaikutukseen. Vuorovaikutuksessa tärkeää oli avoin päätöksenteko, työntekijöistä huolehtiminen, organisaation hyvä ilmapiiri, palautteen antaminen esimiehen ja työntekijän välillä, turvallinen vuorovaikutusympäristö erimielisyyksissä, johdon luottamus työntekijöihin ja työntekijöiden luottamus organisaation johtoon, avoin arviointi organisaation toiminnoista sekä mahdollisuudet osallistua päätöksentekoon. Työntekijät kokivat tärkeänä heistä huolehtimisen ja palautteenannon. Työilmapiirin vaikutus oli olennainen, ja samoin luottamus organisaation johtajiin. Lisäksi työntekijät nostivat esille työntekijöiden

välisen luottamuksen, luottamuksen toinen toistensa ammattitaitoon. Työntekijät toivoivat yhteistyön mahdollisuutta muiden organisaatiossa toimivien kanssa.

Kehittämistehtävän kehittävän työmenetelmän kautta työntekijät pääsivät osallistumaan päätöksentekoon ja miettimään osaston toimintamalleja. Tässäkin tehtävässä kävi ilmi, että toivottiin lisää yhteistyötä fysioterapeutin kanssa ja fysioterapeutille lisää työaika. Näkisin asian niin, että fysioterapeutin ammattiosaamista halutaan korostaa, mutta kokevatko hoitajat samalla, että he eivät välttämättä itse selviydy kuntouttavasta hoitotyöstä ilman ohjausta? Moniammatillisen työn organisointi, on tärkeää kuntouttavan hoitotyön onnistumisen kannalta. Tällöin kaikilla hoitoon osallistuvilla tulee olla samankaltainen käsitys tavoitteista ja keinoista, joilla potilaan toimintakykyä tuetaan. Tärkeää on tietää eri ammattiryhmien vastualueet ja toimintatavat. (Kelo ym. 2015, 242.) Samalla tehtävän kautta tuli hyvää palautetta lähijohdolle mm. työhyvinvoinnista ja kehittämishalukkuudesta sekä siitä, että päätöksentekoon ja valintoihin olisi otettava koko henkilökunta mukaan, jotta sitoutuminen tekemiseen muodostuisi heti alussa.

Väitöskirjan johtajien kyselyssä toinen tärkeä asia osaamisen kehittämiseksi oli tavoitteellinen sitoutuminen. Tavoitteellinen sitoutuminen tarkoittaa kyselyn tulosten mukaan johtajien ja työntekijöiden sitoutumista organisaation strategian toteuttamiseen, ylimmän johdon strategian mukainen toiminta sekä organisaation yksiköiden toiminta tavoitteiden saavuttamiseksi. Lisäksi johtajat kokivat osaamisen kehittämisen tärkeänä osa-alueena osallistumisen. Tässä kohdassa johtajat toivoivat työyksiköiden välistä yhteistyötä sekä eri yksiköiden mahdollisuutta kokoontua keskustelemaan. Työryhmätyöskentelyyn toivottiin aktiivista osallistumista sekä henkilöiden vaihtuvuutta eri työryhmissä, etteivät samat henkilöt olisi kaikissa työryhmissä. (Kivinen 2008, 158.)

Kehittämistehtävässäni tuli selvästi ilmi alkukyselyn perusteella, että yhteiset käytännöt puuttuvat, mutta ne helpottaisivat huomattavasti yhteistyötä ja toimintaan sitoutumista. Kuntoutusosaston toimintastrategia on tehty viimeksi vuodelle 2014, joten se tulisi ehdottomasti päivittää yhteistyössä työntekijöiden ja lähijohdon kanssa. Se olisi hyvä seuraava kehittämiskohta osastolle. Selvä toimintastrategia helpottaa työntekijöiden tavoitteiden asettelua osaston toimintamalleja koostaessa.

Vision ja strategian tulisi olla selvät niin johtoportaalle kuin kuntoutusosaston työntekijöille.

On tärkeää muistaa, että itsensä kehittäminen ja oppiminen ovat jokaisen omalla vastuulla. Organisaatio voi luoda oppimisedellytyksiä, tukea oppimista ja tarjota mahdollisuuksia. Henkilöstön kehittämismenetelmiä:

- työpaikalla toteutettavista mm. sijaisuudet, työkierto, projektityöskentely, työn rikastaminen ja laajentaminen, vastuulliset erityistehtävät, toimiminen kouluttajana, perehdyttäminen, mentorointi, jokapäiväinen johtaminen (ml. kehityskeskustelu)
- työpaikan ulkopuolella toteutettavat mm. opintokäynnit, ammattilehtien ja –kirjallisuuden lukeminen, itseopiskeluohjelmat, opiskelu oppilaitoksissa ja koulutusorganisaation järjestämällä lyhyillä kursseilla. (Kauhanen 2010, 153.)

Kuntoutusvastaavien joukkoon osastonhoitaja on valinnut henkilöitä, jotka olisivat innokkaita kehittämään toimintaa ja kantamaan osaltaan vastuuta kuntoutukseen liittyvistä asioista, mutta samalla heidän tulisi toimia muiden työntekijöiden neuvojina, innoittajina, ideoijina ja tätä kautta kouluttajina. Sisäisellä koulutuksella on todettu olevan suurempi hyöty kuin ulkoapäin tulevalta, joten siksi mm. kinestetiikan jalkauttaminen kuntoutusosaston sisäisillä koulutuksilla pitäisi saada toimimaan. Jotta organisaatiot kykenisivät hyödyntämään osaamista tehokkaammin, tulisi johdon valita kehitetäänkö toiminnan tehokkuutta vai uusia toimintatapoja (Oikarainen & Pihkala 2010, 52). Viitaten yllä olevaan kappaleeseen ulkopuolisen kouluttautumisen osaamisen hyödyntäminen organisaatiossa jää vähälle huomiolle, jolloin osaamisen levittäminen organisaation muille toimijoille jää minimaaliseksi. (Hiltunen ym. 2007, 104). Osaamista hankittaessa tulisi etukäteen määritellä halutaanko parantaa toiminnan tehokkuutta, jolloin osa henkilöstöstä kouluttautuu ja tuo tiedon muulle organisaatiolle esim. sisäisillä koulutuksilla. Tämä kehittämisprosessi perustuu palautteeseen ja sitä kautta toiminnan hiomiseen. Tätä metodologia pystytään hyödyntämään työnteon ohessa eli työssä oppimisena. Mikäli halutaankin kehittää uusia toimintatapoja, on metodi enemmän vastavuoroinen ja ratkaisukeskeinen. (Oikarainen & Pihkala 2010, 52–53.) Kinestetiikan oppeja pyritään sisäisellä jalkauttamisella saamaan eteenpäin ja siten kehittää toiminnan tehokkuutta kuntouttavamman hoitotyön kautta. Uutena toimintatapana on muodostettu kuntoutusvastaavien toimenkuva.

Osaamisen johtamiseen liittyy vahvasti oppivan organisaation käsite ja minusta se toimii kehittämistehtävässäni. Kuntoutusosaston kehittäminen on jatkuva prosessi ja tämä opinnäytetyö toimi kehittämislle ponnahduslautana. Seuraavaksi tulisi panostaa kuntoutusvastaavien toimintaan käytännössä ja tukea sitä parhaalla mahdollisella tavalla sekä pyrkiä lisäämään yhteistyötä fysioterapeutin ja omaisten kanssa yhteisesti sovittujen tapojen kautta. Kuten jo aiemmin mainitsin niin, toimintastrategia tulisi koostaa kaikille näkyviin yhteistyössä työntekijöiden ja johdon kanssa. Teoreettisessa viitekehysessä tulee mainittua useaan otteeseen päämäärää kohti työskentely, joten toimintastrategian kirjaamisen lisäksi tulisi ottaa potilaskohtaiset hoitosuunnitelmat ja niiden laadinta käyttöön. Voisiko ajatella sitä esimerkiksi RAI-arviointijärjestelmän kautta?

Laitoshoitoon tullaan nykypäivänä aina huonommassa kunnossa ja vanhempina kuin aiemmin, jolloin kuntoutuksen, huolenpidon ja avun tarve on suurempi (Forss & Vatula-Pimiä 2014, 43). Hoitosuunnitelman ja arvioinnin kautta saataisiin tietoa enemmän niin kuntoutusosaston kuin kotihoidon ja muiden laitospalvelua ja tehostettua asumispalvelua tarjoavien kesken. Tällöin saisi vertailupohjaa kotihoidon potilaisiin, arviointi tapahtuisi järjestelmällisemmin ja toimintakyvyn muutokset tulisi kirjattua ylös. Tämä edistäisi organisaation sisäisten yksiköiden yhteistyötoimintaa ja toimisi hyvänä seuraavana kehittämiskohtana. Lisäksi organisaation sisäistä toimintaa ajatellen tulisi tarkkailla ja kehittää kotihoidon ajatusta kuntouttavasta hoitotyöstä, sen suunnitelmallisuudesta ja arvioinnista. Kelan tekemässä tutkimuksessa IKÄ-kuntoutus tultiin johtopäätökseen, että tulevaisuudessa iäkkäiden kuntoutuksen suuria haasteita ovat edelleen tavoitteellisuus, kuntoutujan sitoutuminen ja toimijuus, geropedagogiikan soveltaminen sekä yhteistyö eri sektoreiden, organisaatioiden ja yksiköiden välillä ja tiedonkulku (Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 112 2010, 61). Itse lisäisin tähän myös omaisten välillä.

Kuntoutusosaston ja eri osastojen välisen yhteistyön kehittäminen parantaa koko osaston vetovoimaisuutta ajatellen uusia rekrytointitilanteita. Mitä suunnitelmallisempaa toimintaa, toimivampia käytäntöjä ja tyytyväisempiä työntekijöitä sekä potilaita osastolla on, tavoittaa osaston maine aina paremmin uudet tulevaisuuden osaajat ja uudet potilaat. Tulevaisuudessa osaston henkilökunta tulee

muuttumaan, koska eläköitymistä tapahtuu koko ajan. Rekrytointitilanteissa tulisi muistaa millaista osaamista kuntoutusosasto tarvitsisi sekä uuden työntekijän kunnollinen perehdytys osaston toimintamalliin. Palkkaamistilanteessa tulisi työntekijän asenteella olla painavampi merkitys, kuin sisällön osaajalla, koska asenteita on muutostilanteessa aina vaikeampi muuttaa (Kauhanen 2010, 148). Positiivinen asenne asiakaslähtöiseen kuntouttavaan hoitotyöhön ja sen kehittämiseen osaston toimintamallin mukaisesti uuden työntekijän kohdalla olisi tärkeää.

LÄHTEET

- Boudreau J. & Ramstad P. 2008. Osaamisen hallinnan uusi ulottuvuus. Helsinki: Talentum.
- Engeström Y. 1995. Kehittävä työntutkimus – perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Engeström Y. 2004. Ekspanstiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino.
- e-Osmo www-sivut 2011. Innovaatiomenetelmiä arjen työhön. Saatavilla: <http://www.eosmo.fi/tyokirja/innokukka/ideointi.html>
- Finlex www-sivut. Lait. Viitattu 21.2.2016. Saatavilla: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Finne-Soveri H. Tarpeisiin vastaamalla laatua vanhuspalveluihin. Teoksessa Heikkilä R. & Mäkelä M. (toim.) 2015. Onnistuminen – RAI vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 9/2015. 24-41.
- Forss P. & Vatula-Pimiä M-L. 2013. Sosiaalinen turva ja hyvinvointi. 5. uud.painos. Helsinki: Edita.
- Grönlund R. 2010. Pitkään kotona – kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 111. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Hautala T. 2015. Luentomateriaali kehittävä työntutkimus. Viitattu 9.5.2015. https://moodle2.samk.fi/pluginfile.php/161579/mod_resource/content/1/Kehitt%C3%A4v%C3%A4%20ty%C3%B6ntutkimus2015.pdf
- Heikkilä R. & Mäkelä M. Tiivistelmä. Teoksessa Heikkilä R. & Mäkelä M. (toim.) 2015. Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 9/2015. 7.
- Heikkilä R. & Mäkelä M. Onnistumisen prosesseja - RAI apuna kehittämisessä. Teoksessa Heikkilä R. & Mäkelä M. (toim.) 2015. Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa, Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 9/2015. 44-45.
- Heimonen S. & Voutilainen P. Lähtökohtia kuntoutumista edistävään hoitotyöhön sekä Merkityksellisuuden tunteen tukeminen arjessa. Teoksessa Heimonen S. & Voutilainen P. (toim.) 2006. Avaimia arviointiin – dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö, Helsinki: Edita. 57-61.
- Hiltunen M., Karjalainen T., Mannio L., Pättiniemi P., Pötry J., Savolainen A., Tainio J., Tirkkonen T. & Välke R. 2007. Hyvinvointiyrittäjän liiketoimintaopas. Tietosanoma.

Hirsjärvi S. & Hurme H. 2001. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2012. Tutki ja kirjoita. 15.-17. painos.

Hätönen H. 2011. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II. Helsinki: Edita Prima Oy.

Id A. 2015. Asiakslähtöistä vuorovaikutusta ja asiakasosallisuutta tukeva johtaminen vanhusten hoitotyössä. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 29.2.2016. Saatavilla: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150972/urn_nbn_fi_uef-20150972.pdf

Ijäs K. 2014. Valoa vanhuuteen. Helsinki: Kirjapaja.

Järvikoski A. & Härkäpää K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5. uud. p. Helsinki: WSOYpro Oy.

Järvikoski A. & Karjalainen J. Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) 2008. Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 80-83.

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä, 3. uud. painos. Helsinki: SanomaPro Oy.

Kauhanen J. 2010. Henkilöstövoimavarojen johtaminen, 10.painos. Helsinki: Wsoypro Oy.

Kelo S., Launiemi H., Takaluoma M. & Tiittanen H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

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

Kivelä S-L. 2012. Hyviä vuosia – arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaja.

Kivinen, T. 2008. Taidon ja osaamisen johtaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Kuopio: Kuopion Yliopisto.

Koskinen S., Pitkälä K. & Saarenheimo M. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) 2008. Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 547-563.

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

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

Lahtinen M. Välittämisen etiikka vanhustyön lähtökohtana. Teoksessa H. Kankare & H. Lintula (toim.) 2005. Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

- Launonen M. 2014. Sairaanhoidajien kuvauksia vanhusten hyvästä hoidosta terveyskeskuksen vuodeosastoilla. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 29.2.2016. Saatavilla: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uf-20140503/urn_nbn_fi_uf-20140503.pdf
- Mönkkönen K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita. Viitattu 8.10.2014. <http://www.ellibs.com/fi/book/978-951-37-5444-0>
- Nummenmaa M. & Seppänen L. 2014. Kestävä muutos – kohti kevyempää ja parempaa elämää. Fitra Oy.
- Oikarainen, T. & Pihkala, T. 2010. Monenlaista osaamisen johtamista. Teoksessa Uotila (toim.) 2010. Uusia ikkunoita osaamisen hallintaan. Vaasan yliopiston julkaisuja, tutkimuksia 293.
- Oksanen J. 2014. Motivointi työvälineenä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Otala L. & Ahonen G. 2003. Työhyvinvointi tuloksen tekijänä. Helsinki: Wsoy
- Paatero H., Lehmijoki P., Kivekäs J. & Ståhl T. Kuntoutusjärjestelmä. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) 2008. Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 31-50.
- Pusenius N. 2015. Sairaanhoidajien muutoksen kokeminen, muutososaaminen sekä muutosmyönteisyyttä edistävät tekijät. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 29.2.2016. Saatavilla: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uf-20150807/urn_nbn_fi_uf-20150807.pdf
- Puumalainen J. Kuntoutuksen historiaa. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) 2008. Kuntoutus. 2.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 16-30.
- Slideplayer www-sivut 2015. Ekspansiivinen oppiminen ja ristiriidat – kuvio. Viitattu 9.5.2015. <http://slideplayer.fi/slide/2982747/>
- Sosiaali- ja terveysministeriö www-sivut. Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukeminen ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelut (vanhuspalvelulaki). Viitattu 25.3.2015.
http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadantohankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/ikaantyneet
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki. Viitattu 20.2.2016. Saatavilla:
http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/laatusuositus/Documents/02_ikaihmissen_laatusuositus_2008.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11, Helsinki. Viitattu 20.2.2016. Saatavilla: http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/laatusuositus/Documents/01_Laatusuositus_hyv%C3%A4n_ik%C3%A4ntymisen_turvaamiseksi_ja_palvelujen_parantamiseksi_2013.pdf

Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 112, 2010. IKÄ-kuntoutus – heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus (toim.) Hinkka K. & Karppi S-L. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Suvikas A., Laurell L. & Nordman P. 2013. Kuntouttava lähihoito, 7. uud.painos. Helsinki: Edita.

Suomen virallinen tilasto (SVT) 30.10.2015. Tilastokeskuksen www-sivut. Väestöennuste. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 20.2.2016. Saatavilla: http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet.fi. Kristiinankaupungin perusterveydenhuollon vuodeosastohoidon hoitajaksot 80-84-vuotiailla ja 85 vuotta täyttäneillä vuosina 2011-2014. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2005-2016. Viitattu 20.2.2016. Saatavilla: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi>

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.11. uud.laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turku R. 2007. Muutosta tukemassa – valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta www-sivut. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. Viitattu 22.3.2015. Saatavilla: <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/periaatteet>

Vainioranta E-L 2016, kuntoutusosaston osastonhoitajan välittämät tiedot.

Vilkkä H. 2015. Tutki ja kehitä, 4.uud.painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Virkkunen J., Engeström Y., Pihlaja J. & Helle M. 1999. Muutoslaboratorio – uusi tapa oppia ja kehittää työtä. Kansallinen työelämän kehittämisohjelma, raportteja 6. Helsinki: Oy Edita Ab.

Virnes E. 2003. Vanhustyön kehittämishaasteet kunnissa. Teoksessa Holma T. (toim.) Laatu vanhustyön arkeen – suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen kuntaliitto. 7-12.

Vähäkangas P. 2009. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Voutilainen P. & Tiikkainen P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit. 145-157.

Vähäkangas P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Wallin S. Iäkkäiden liikunnan järjestämisen vastuut. Teoksessa R. Leinonen & E. Havas (toim.) 2008. Liikunnan yhteiskunnallinen perustelu III – Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 212.

Wikiwand www-sivut. Engeströmin toiminnanjärjestelmän yleinen malli - kuvio.

Viitattu 9.5.2015. Saatavilla:

[http://www.wikiwand.com/fi/Toimintaj%C3%A4rjestelm%C3%A4_\(toiminnan_teoria\)](http://www.wikiwand.com/fi/Toimintaj%C3%A4rjestelm%C3%A4_(toiminnan_teoria))

Ålgars A. 2016. Effica-tilastojen mukaan koottu kuvio ikäryhmittäin kuntoutusosaston potilaista vuonna 2015.

LIITE 1

KUNTOUTUSVASTAAVAT:

Tina, Gun, Minna, Karita ja Yvonne

KUNTOUTUSVASTAAVIEN TOIMENKUVA/ROOLI:

1. Innostaja, eteenpäin potkija (työkaverit, potilaat, omaiset)
2. Ideointi ja niihin liittyvät hankinnat virikkeellisyyden ja kuntoutuksen osalta (mm. kinestetiikka, aktivointi)
3. Toimivat linkkinä omaisiin (lomake: taustatiedot, tavoitteet)

***** Tärkeintä on, että jokainen uskaltaa tulla nykäisemään hihasta tai pyytämään apua/ideaa, mutta samalla jokainen on valmis myös kuuntelemaan ja ottamaan neuvoja/ideoita vastaan.*****