

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysala

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Ikäosaaminen

Suvi Ovaskainen

Heidi Puruskainen

IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKYÄ TUKEVAN TOIMINTAMALLIN
KEHITTÄMINEN KANERVAKODIN HOITOTYÖNTEKIJÖILLE

Opinnäytetyö
Joulukuu 2018



OPINNÄYTETYÖ
Joulukuu 2018
Sosiaali- ja terveysala
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Ikäosaaminen
Tikkarinne 9
80220 JOENSUU
+358 13 260 600 (vaihde)

Tekijät
Suvi Ovaskainen, Heidi Puruskainen

Nimeke
Ikääntyneen toimintakykyä tukevan toimintamallin kehittäminen Kanervakodin hoitotyöntekijöille

Toimeksiantaja
Siun sote – Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä

Tiivistelmä
Ikääntyneiden määrä kasvaa Suomessa. On arvioitu, että yli 80 vuotta täyttäneitä on vuonna 2050 kaksinkertainen määrä nykyiseen verrattuna. Onkin tärkeää edistää ikääntyneiden toimintakykyä niin, että heillä olisi mahdollisuus elää mielekästä ja omanlaistaan elämää. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoitotyöntekijöiden työskentelytapoja, näkökulmana kuntouttava työote sekä ergonominen työskentely. Tavoitteena oli työn kuormittavuuden vähentäminen sekä ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää hoitotyöntekijöiden kokemat kehittämistarpeet liittyen kuntouttavaan työotteeseen sekä ergonomiseen työskentelyyn, antaa ohjausta kehittämistä vaativiin asioihin sekä laatia toimintamalli ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi.

Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Siun sote, ja toteutus tehtiin Kanervakodissa. Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistoimintana, jossa hoitotyöntekijät osallistettiin mukaan kehittämiseen. Kehittämisprosessin aikana toteutettiin alkukartoituskysely sekä työpajoja. Menetelminä käytettiin muun muassa aivoriihtä sekä kumuloituvaa ryhmää.

Työn tuloksena hoitotyöntekijät kehittivät työskentelytapojaan, muun muassa ergonomista työskentelyä. Tuotoksena syntyi toimintamalli ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi Kanervakodin hoitotyöntekijöille. Toimintamallissa toimintakyvyn tukemisen lisäksi on huomioitu hoitotyöntekijöiden kuntouttava työote sekä ergonominen työskentely. Toimintamallin jalkauttaminen ja juurruttaminen jäivät työyhteisön tehtäväksi. Jatkossa voisi tutkia omaisyhteistyön kehittämistä.

Kieli
suomi

Sivuja 69
Liitteet 8
Liitesivumäärä 8

Asiasanat
Ikääntynyt, toimintakyky, kuntouttava työote, ergonominen työskentely, tutkimuksellinen kehittämistoiminta



THESIS
December 2018
Master's Programme in Active Ageing
Tikkarinne 9
FI 80220 JOENSUU
FINLAND
Tel. +350 13 260 600 (switchboard)

Authors
Suvi Ovaskainen, Heidi Puruskainen

Title
Developing a Practice for Nurses of Kanervakoti to Support Older People's Functional Ability

Commissioned by
Siun sote – Joint municipal authority for North Karelia social and health services

Abstract
The number of older people is growing in Finland. It has been estimated that by the year 2050 the number of people over 80 years old will double compared to today. Therefore, it's important to promote older people's functional ability in a way which enables them to live meaningful and distinctive life. The purpose of this thesis was to develop nurses' working methods from the point of view of rehabilitative approach and ergonomics. The goals of this thesis were reducing workload and supporting older people's functional ability. The tasks were to define nurses' experienced development needs concerning work ergonomics and rehabilitative approach, to give guidance in matters which demand improvement and to establish a strategy for supporting older people's ability to function.

The thesis was commissioned by Siun sote and implemented in the sheltered accommodation Kanervakoti. The thesis was implemented as a research development work in which the nurses of Kanervakoti were involved in the development. A preliminary questionnaire and workshops were utilised during the development process. Modified brainstorming and the snowball group activity were used as participatory methods in the workshops.

In the outcome of the thesis, the nurses developed their ways of working, for example the ergonomics. As a result of the thesis a practice was created for supporting older people's functional ability in Kanervakoti. In addition to supporting the functional ability, the practice takes into account the nurses' rehabilitative approach and ergonomics. It remains a task for the work community to implement the practice. Further studies could focus on developing cooperation with the relatives.

Language
Finnish

Pages 69
Appendices 8
Pages of Appendices 8

Keywords
older person, functional ability, rehabilitative approach, ergonomic working, participatory research and development activity

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät	6
3	Ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen	7
3.1	Ikääntyneen toimintakyky	7
3.2	ICF-luokitus toimintakyvyn arvioinnissa	10
3.3	Ikääntyneen toimintakyvyn heikkeneminen	13
4	Hoitotyö ympärivuorokautisessa hoidossa	14
4.1	Ikääntyneen ympärivuorokautinen hoito	14
4.2	Kuntouttava työote ikääntyneen hoidossa	16
4.3	Ergonominen työskentelytapa hoitotyössä	19
4.4	Hoitotyön fyysinen kuormittavuus	21
4.5	Työturvallisuus hoitotyössä	22
5	Opinnäytetyön toteutus	24
5.1	Toimintaympäristö ja osallistujat	24
5.2	Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta	25
5.3	Kehittäjän rooli ja vastuu	27
5.4	Kehittämisosiossissa käytettävät menetelmät	28
5.5	Aineistonkeruu ja analysointi	30
5.6	Kehittämisosiossin vaiheet ja aikataulu	32
5.7	Kehittämisosiossin toteutus	35
5.7.1	Alkukartoituskyselyn toteutus	35
5.7.2	Työpaja 1	37
5.7.3	Työpaja 2	41
5.7.4	Työpaja 3	42
6	Tulokset ja tuotokset	43
6.1	Alkukartoituskyselyn tulokset	43
6.2	Työpajatyöskentelyjen tulokset	45
6.3	Ikääntyneen toimintakykyä tukeva toimintamalli	47
6.4	Kehittämisosiossin arviointi	49
7	Pohdinta	53
7.1	Tulosten tarkastelu	53
7.2	Toteutuksen tarkastelu	56
7.3	Luotettavuus ja eettisyys	60
7.4	Juurruttaminen ja jatkokehittämisideat	61
	Lähteet	64

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Kyselylomake
Liite 3	Saatekirje
Liite 4	Esimerkki alkukartoituskyselyn sisällönanalyysistä
Liite 5	Palautelomake
Liite 6	Työpajan 1 tulokset, esimerkki teemoittelusta
Liite 7	Työpajan 2 tulokset
Liite 8	Toimintamalli ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi Kanervakodin työntekijöille

1 Johdanto

Suomi ja suomalaiset ikääntyvät ja koko väestörakenne muuttuu. Tilastokeskuksen (2017) mukaan vuonna 2050 jo joka neljäs on täyttänyt 65 vuotta. Lisäksi on arvioitu, että yli 80 vuotta täyttäneitä on kaksinkertainen määrä tähän päivään verrattuna (Raivio & Pitkälä 2015, 516). Onkin tärkeää edistää ikääntyneiden terveyttä ja toimintakykyä niin, että heillä on mahdollisuus elää mielekässtä ja omanlaistaan elämää. On myös mahdollistettava ikääntyneen hyvän elämänlaadun edistäminen itsemääräämisoikeus huomioiden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 13.)

Toimintakyky on jokaiselle tärkeä, koska se auttaa selviytymään arkisesta elämästä ja haasteista sekä pitämään huolta itsestämme. Ikääntyneellä ihmisellä toimintakyky voi heikentyä monenlaisten tekijöiden takia esimerkiksi muistin heikkenemisen tai fyysisten ongelmien vuoksi. Väestön ikääntymisen takia apua tarvitsevia henkilöitä on yhä enemmän. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.) Ikääntyneen ihmisen elämä tulisi olla mielekästä, tasapainoista ja itsenäistä (Laitalainen, Helakorpi, Martelin & Uutela, 2010, 3295). Tähän päästään toimintakyvyn ylläpitämisellä sekä hyvällä terveydellä.

Vuonna 2013 voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (980/2012) eli vanhuspalvelulaki velvoittaa, että ikääntyneille on taattava riittävät ja heidän tarpeisiinsa soveltuvat palvelut. Lain mukaan pitkäaikaisessa hoidossa kunnan on huolehdittava, että ikääntynyt kokee elämänsä turvalliseksi ja merkitykselliseksi. Ikääntyneelle on annettava mahdollisuus osallistua toimintakykyään ylläpitävään ja edistävään toimintaan. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012, 1 §.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2017) laatima laatusuositus hyvän ikääntymisen ja palvelujen parantamiseksi kannustaa toimintakykyiseen ikääntymiseen, joka saavutetaan muun muassa turvaamalla esteetön ja turvallinen asuin- ja elinympäristö esimerkiksi palveluasumisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 13).

Ympäri vuorokautisessa hoidossa, tässä opinnäytetyössä tehostetussa palveluasumisessa, on oltava riittävä määrä henkilöstöä. Henkilöstöllä on oltava tarvittava osaaminen ja on huolehdittava muun muassa työturvallisuudesta, johon sisältyy oikeanlaiset työskentelytavat. Asiakkaan toimintakyky sekä muut tarpeet tulee olla keskipisteenä hoitajien osaamisen ja hoitajien määrän suunnittelussa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 19.) Hoitotyö tehostetussa palveluasumisessa on jatkuvasti kuormittavampaa. Tarkoitushan on, että asukkaat pystyvät asumaan palveluasumisyksikössä elämänsä loppuun saakka. Tämän takia asukkaiden toimintakyky voi olla hyvinkin huono ja avun tarve suuri. Sopiva määrä kuormitusta työssä on eduksi, mutta liian raskas ja pitkäaikainen kuormittuminen vaikuttavat kielteisesti.

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä eli Siun sote, jonka kanssa tehtiin toimeksiantosopimus (liite 1). Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää tehostetun palveluasumisen yksikön, Kanervakodin, hoitotyöntekijöiden työskentelytapoja osallistamalla heidät itse kehittämään työtään. Tavoitteena oli työn kuormittavuuden vähentäminen ja ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen. Näkökulmana oli kuntouttava työote ja ergonominen työskentely. Opinnäytetyön tuotoksena laadittiin toimintamalli ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi Kanervakodin hoitotyöntekijöille.

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kanervakodin hoitotyöntekijöiden työskentelytapoja; tavoitteena työn kuormittavuuden vähentäminen ja ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen. Näkökulmana oli kuntouttava työote ja ergonominen työskentely. Opinnäytetyön tuotoksena on toimintamalli ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi. Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Selvittää hoitotyöntekijöiden kokemat kehittämistarpeet, jotka liittyvät kuntouttavaan työotteeseen sekä ergonomiseen työskentelyyn.

2. Antaa ohjausta kehittämistä vaativiin asioihin.
3. Laatia toimintamalli ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi hoitotyöntekijöille, samalla huomioiden kuntouttavan työtteen ja ergonomisen työskentelyn toteutuminen.

3 Ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen

3.1 Ikääntyneen toimintakyky

Ihmisen elämänvaiheet voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen: lapsuus- ja nuoruus, aikuisuus sekä vanhuus. Nykyisin vanhuuden elämänvaihe voi kestää useita vuosikymmeniä sisältäen aktiivisia vuosia sekä sairaus-, toipumis- ja luopumisvaiheita. Vanhuusvaihe voidaankin vielä jakaa kolmanteen, neljänteen sekä viidenteen ikään. (Sarvimäki & Heimonen 2010, 17; Pikkarainen, Pyöriä, Savikko 2016, 177.) Ikävaiheet voidaan jakaa niin, että kolmannen iän muodostavat yli 65-vuotiaat, neljännen iän yli 75-vuotiaat ja viidennen iän yli 85-vuotiaat. (Pikkarainen ym. 2016, 177).

Kolmas ikä on vaihe, jolloin jäädyään eläkkeelle työelämästä. Tässä iässä olevat ikääntyneet ovat yleensä toimintakykyisiä, hyväkuntoisia sekä yhteiskunnassa aktiivisesti mukana. (Pikkarainen ym. 2016, 177.) Neljännessä iässä olevat ovat usein vielä kotona asuvia ja itsenäisiä. Kuitenkin heidän terveytensä ja toimintakykynsä heikkenee ja tarve ulkopuolisille palveluille kasvaa. Erinäiset sairaudet, kuten muistisairaudet sekä liikkumisen ongelmat aiheuttavat palvelutarpeen kasvua. Viidennen iän ikääntyneet puolestaan ovat nopeimmin kasvava ryhmä. Toimintakyky voi tässä ikävaiheessa heikentyä niin paljon, ettei ikääntynyt enää pärjää apujen turvin kotona vaan hänen on muutettava esimerkiksi tehostettuun palveluasumiseen. (Sarvimäki & Heimonen, 18; Pikkarainen ym. 2016, 177.) Tässä opinnäytetyössä ikääntyneellä tarkoitetaan yli 65-vuotiasta Kanervakodin asukasta.

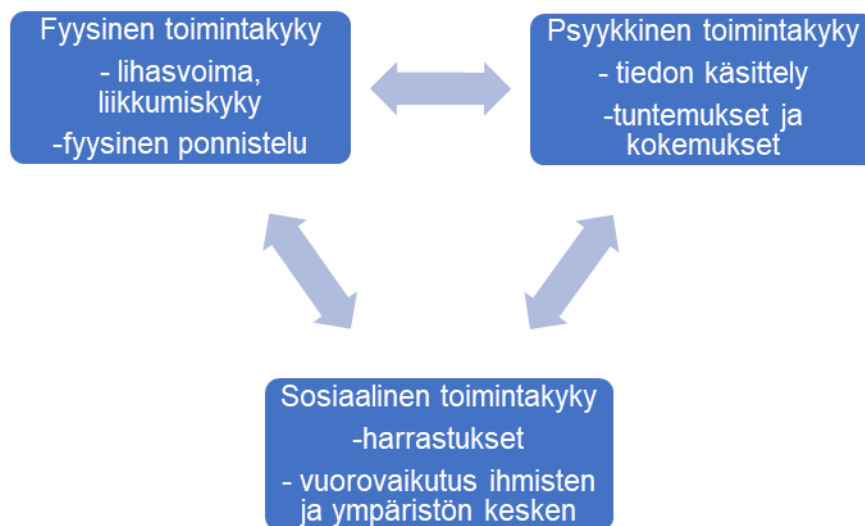
Toimintakyky on ihmisen kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoistaan omassa elinympäristössä tavalla, joka sopii itselle. Toimintakyky muodostuu ihmisen terveydentilasta sekä yksilöllisten ominaisuuksien ja ympäristötekijöiden vuorovaikutuksen seurauksena. (Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa, 2013, 56.) Ympäristön vaatimukset toimintakyvylle riippuvat millaisessa paikassa ihminen asuu. Tämä tarkoittaa sitä, että omakotitalossa asuvan ja palveluasumisessa asuvan ihmisen toimintakyvyn vaatimukset ovat erilaiset. (Kelo, Launiemi, Taka-luoma & Tiittanen 2015, 28.) Toimintakyky voidaan jaotella fyysiseen, psyykkiseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016a, 448).

Fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat tuki- ja liikuntaelimestön sekä hengitys- ja verenkiertoelimestön toiminnat. Fyysistä toimintakykyä kuvaa esimerkiksi ihmisen kävelynopeus tai lihasvoima sekä elimistön suoriutuminen tarvittavista fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä. (Lyyra 2007, 21; Kelo ym. 2015, 28.) Fyysisen toimintakyvyn tärkein osa-alue on liikkumiskyky, koska se edistää hyvää elämänlaatua sekä selviytymistä itsenäisesti ja omatoimisesti (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017a).

Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat kognitiiviset ja psykomotoriset toiminnot, psyykinen hyvinvointi sekä muut psyykkiset tuntemukset. Psyykkiseen toimintakykyyn liittyvät olennaisena osana ihmisen onnellisuuden ja yksinäisyyden tunteet sekä kokemukset. Se on myös taitoa vastaanottaa, säilyttää ja käsitellä tietoa, suoriutua henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä sekä kykyä tuntea ja kokea. (Lyyra 2007, 21; Kelo ym. 2015, 28.)

Sosiaalista toimintakykyä on ihmisen ja ympäristön välinen vuorovaikutus. Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat harrastusten lisäksi muun muassa yhteydenpito ystäviin sekä uusien tuttavuuksien solmiminen. (Lyyra 2007, 21; Kelo ym. 2015, 30.) Iäkkään sosiaalisen toimintakyvyn edistämisen kannalta tärkeää on osallistuminen sosiaalisiin tilanteisiin, tuen saanti, sosiaalisten verkostojen olemassaolo ja vuorovaikutus ihmisten kanssa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b).

Kaikki edellä mainitut toimintakyvyn osa-alueet vaikuttavat toisiinsa (kuvio 1). Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen vaatii pääosin fyysistä toimintakykyä, kun taas esimerkiksi kodin ulkopuolella tapahtuvat asioiden hoitamiset edellyttävät myös psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä (Kelo ym. 2015, 28). Toimintakyvyn osa-alueiden yhteys näkyy myös siinä, että fyysisen toimintakyvyn heikkenemisen seurauksena osallistuminen sosiaalisiin tilanteisiin vaikeutuu (Lyyra 2007, 21).



Kuvio 1. Toimintakyvyn osa-alueiden vaikutus toisiinsa (mukailien Sarvimäki & Heimonen 2010, 21).

lääkkäiden arvioidessa omaa terveyttä sekä elämänlaatua on toimintakyky yksi tärkeimmistä edellytyksistä (Heikkinen 2002, 24). Iäkkäiden toimintakykyä pystytään edistämään sairauksien ja tapaturmien ehkäisyllä sekä niiden varhaisella toteamisella ja hyvällä hoidolla. Toimintakykyä voidaan edistää myös kuntouttamisella, tukemalla terveitä elämäntapoja sekä tukemalla fyysisiä, sosiaalisia ja henkisiä tarpeita. Lisäksi tärkeää toimintakyvyn edistämisen kannalta on ikään-tyneen elinympäristön muokkaaminen sekä toimintakykyä tukevat apuvälineet. (Sainio ym. 2013, 64.)

Toimintakyky muovautuu elämäntilanteen ja arkielämän vaatimusten mukaan ja se voi muuttua sairauden tai vamman vuoksi (Pohjolainen & Saltychev 2015, 20). Sairauden tai vamman seurauksena on toiminnan vajeus, jolloin itsenäinen

elämä vaikeutuu ja henkilö voi tarvita apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista. Toiminnan vajaus voi vaikuttaa heikentävästi henkilön arjessa selviytymiseen sekä toimintaan omassa ympäristössään. Tuolloin henkinen tai fyysinen suoriutumiskyky eivät täytä ympäristön asettamia vaatimuksia. Toiminnan vajuksen syntyä voidaan kuvata prosessimaisesti, jossa muun muassa fysiologiset vauriot vaikuttavat toiminnan rajoitteisiin ja edelleen toiminnan vajakuksiin. Ihmisen sisäisillä tekijöillä sekä ympäristötekijöillä voi olla toiminnan vajakuksiin joko ehkäisevä tai edistävä vaikutus. (Pitkälä ym. 2016a, 448–449.)

3.2 ICF-luokitus toimintakyvyn arvioinnissa

Ihmisen toimintakykyä voidaan kartoittaa kattavasti WHO:n kansainvälisen ICF-luokituksen (International Classification on Functioning, Disability and Health) avulla. ICF käsittää laaja-alaisesti yksilön toimintakyvyn, toimintarajoitteet sekä terveyden. Se kuvaa toimintakykyä vuorovaikutuksellisenä ja moniulotteisena tilana, joka koostuu yhdessä terveydentilasta sekä yksilö- ja ympäristötekijöistä (kuvio 2). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) ICF-luokituksen avulla voidaan seurata myös toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia (WHO 2004, 3; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a). Luokituksen avulla ei tehdä johtopäätöksiä sairauksien näkökulmasta vaan keskitytään toimintakykyyn ja toimintaan sekä toimintakyvyn rajoitusten aiheuttajiin (WHO 2013, 3). Se kertoo miten sairaus tai vamma vaikuttaa ihmisen jokapäiväiseen elämään arjessa ja luokitusta voidaan käyttää kaikissa eri elämäntilanteissa (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 37–38, 44). Esimerkiksi liikkumisvaikeudet voivat johtaa siihen, että ihminen ei pysty osallistumaan kodin ulkopuoliseen toimintaan niin kuin ennen. Tämä taas johtaa omatoimisuuden vähentymiseen ja aiheuttaa avun tarvetta. (Lyyra & Tiikkainen 2009, 61.)

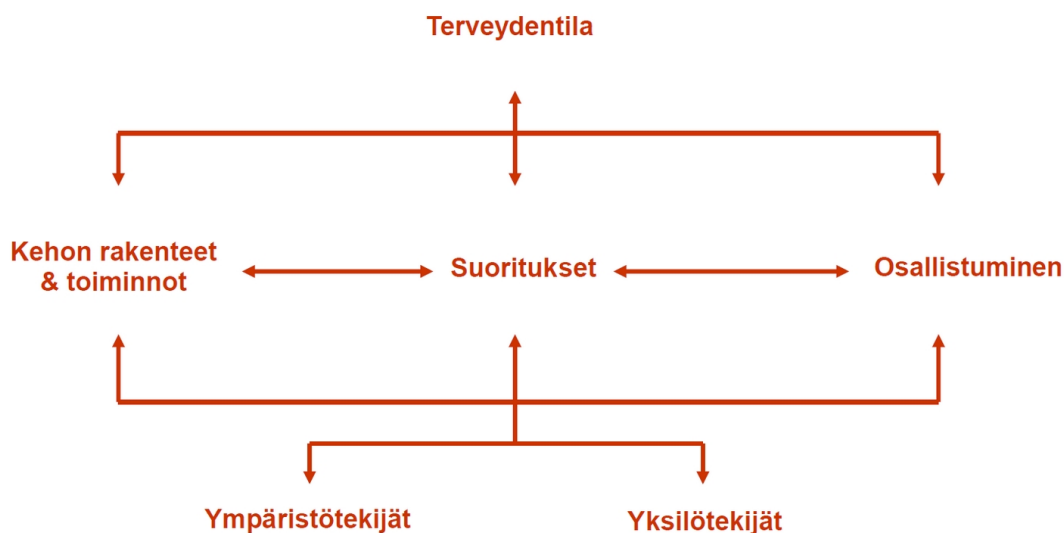
ICF jaotellaan kahteen osaan, joista ensimmäinen on toimintakyky ja toimintarajoitteet. Ensimmäiseen osaan kuuluvat ruumiin ja kehon toiminnot, ruumiin rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen. (WHO 2004, 7–8.) Ruumiin ja kehon toimintoihin kuuluvat ihmisen elintoiminnot kokonaisuudessaan ja ruumiin rakenteisiin ihmisen anatomiset osat. Suoritus on yksilön toteuttama tehtävä tai

toimi, jota ihminen toteuttaa, ja osallistuminen on osallisuutta elämän eri tilanteisiin. Suorituksiin ja osallistumiseen kuuluvat esimerkiksi liikkuminen, kotielämä, sosiaalinen elämä, oppiminen ja tiedon soveltaminen sekä kommunikointi. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 39–40.)

ICF:n toinen osa on kontekstuaalit tekijät ja tähän kuuluvat ympäristö- ja yksilötekijät (WHO 2004, 8). Ympäristötekijöihin kuuluu ympäristö, jossa ihminen elää ja asuu. Ympäristötekijöitä ovat fyysinen, sosiaalinen sekä asenneympäristö ja nämä ovat ihmisen ulkopuolella olevia tekijöitä. Nämä tekijät joko edistävät tai vaikeuttavat ihmisen toimimista yhteiskunnassa. Yksilötekijät eivät kuulu ihmisen lääketieteelliseen tai toiminnalliseen terveydentilaan vaan ovat muun muassa ihmisen ikä, sukupuoli, rotu, yleiskunto, elämäntavat, tottumukset, sosiaalinen tausta, koulutus, ammatti sekä luonteenomaiset käytöspiirteet. (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 40–41: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014b.)

Ihmisen eri toiminnat näillä osa-alueilla, kuten kehon rakenteen ja toimintojen tai suoristusten osalta ovat usein monimutkaisia ja ennalta arvaamattomia. ICF-luokituksen vuorovaikutussuhteet toimivat kahdessa eri suunnassa. Kun ihmisen kehon rakenteessa tai toiminnassa tapahtuu muutoksia vaikuttaa se myös ihmisen suoritukseen sekä osallistumiseen. (WHO 2013, 4.)

ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



Kuvio 2. ICF-luokitus, eri osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016).

Tässä opinnäytetyössä ICF-luokitusta voidaan ajatella sekä hoitotyöntekijän että ikääntyneen näkökulmasta. Esimerkkinä terveydentilaan vaikuttava hoitotyöntekijän kipeä selkä, joka hankaloittaa asukkaan avustamistilanteita ja samalla työtehtäviä eli suorituksia. Työn kuormitustekijät, esimerkiksi ahtaista tiloista johtuvat hankalat työasennot, voivat vaikuttaa heikentävästi hoitotyöntekijän suorituksiin ja vaikeuttaa työyhteisössä osallistumiseen. Muun muassa oikeanlaisilla työskentelyasunnoilla sekä apuvälineiden käytöllä voidaan mahdollistaa hoitotyöntekijän osallistuminen työyhteisön toimintaan. Ikääntyneellä puolestaan voi olla toimintarajotteena esimerkiksi nivelrikko, joka vaikeuttaa liikkumista eli suoritusta ja vaikuttaa heikentävästi osallistumiseen ikääntyneen toimintaympäristössä. Ympäristötekijät, esimerkiksi esteettömyys tai esteettömyyden puute, vaikuttavat joko edistävästi tai heikentävästi suorituksiin ja osallistumiseen. Erilaisilla avustamisen keinoilla ja apuvälineiden käytöllä mahdollistetaan liikkuminen ja tämän myötä osallistuminen, vaikka toimintarajoitetta ei pystytätkään poistamaan.

3.3 Ikääntyneen toimintakyvyn heikkeneminen

Toimintakyvyn vajeus eli toimintakyvyn heikkeneminen tarkoittaa vaikeutta selviytyä päivittäisistä toiminnoista ja yleensä ihminen tarvitsee apua niistä suoriutuakseen. Toimintakyvyn heikentyessä ihmisen suoriutumiskyky ei vastaa ympäristön asettamiin vaatimuksiin. Henkilökohtaisilla kyvyillä ja ympäristöllä on siis yhteinen vaikutus toimintakykyyn. Kotona tutussa ympäristössä ikääntynyt voi kuitenkin löytää erilaisia tapoja selviytyäkseen ja edistääkseen kotona pärjäämistä. (Pitkälä ym. 2016a, 448–449.)

Ikääntyneen toimintakyvyn heikkeneminen voi tulla äkillisesti tai vähitellen. Yleisesti äkillisen toimintakyvyn heikkenemisen syynä on sairaus tai sairauden paheneminen. Lonkkamurtuma tai aivoinfarkti ovat esimerkkeinä äkillisestä tapahtumasta. Hitaasti etenevään toimintakyvyn heikkenemiseen puolestaan liittyy usein lihasten käyttämättömyys, liikkumattomuus, voimattomuus tai etenevä sairaus. Sairauksista merkittävimpiä ovat muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, aivohalvauksen jälkitilat sekä sydänsairaudet. Ympäri vuorokautiseen hoitoon johtavat syyt ovat yleisimmin muistisairaudet, lonkkamurtuma, aivoinfarkti sekä psykiatriset syyt. (Pitkälä ym. 2016a, 450–451.) Vuonna 2016 tehostetun palveluasuminen asukkaista 71 %:lla oli keskivaikea muistisairaus (Voutilainen & Löppönen 2016).

Pikkarainen (2007) kirjoittaa yli 85-vuotiaiden syistä siirtyä ympärivuorokautiseen asumiseen. Näitä ovat avun tarve päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen, aistitoimintojen heikentyminen, fyysisen ympäristön haasteet, yksin asuminen, sosiaalisten suhteiden sekä tuen puute sekä tarve asunnon muutostöille. Etenkin liikuntakyvyn ongelmat sekä erilaiset krooniset sairaudet ovat riski kotona pärjäämiselle. (Pikkarainen 2007, 61.)

Nykyisin ympärivuorokautiseen hoitoon siirtyä entistä heikkokuntoisempia ikääntyneitä. Siitä huolimatta muutto pois omasta kodista on ikääntyneelle menetys, vaikka pärjääminen kodissa olisikin ollut hankalaa. Omasta kodista luopuminen ja muutto ympärivuorokautiseen asumiseen vähentää itsenäisyyttä ja omatoimisuutta, ja ikääntyneen riippuvaisuus muista lisääntyy. Muuttovaihe voi

vaikuttaa jo heikentyneeseen toimintakykyyn edelleen heikentävästi, etenkin, jos muutto tapahtuu yllättäen esimerkiksi äkillisen sairastumisen vuoksi. Jotta kotiutuminen olisi helpompaa, hoitohenkilökunnan olisikin tärkeää perehdyttää ikääntynyt uuteen paikkaan, sen toimintaan ja lähiympäristöön. (Pikkarainen 2016, 54–55.)

4 Hoitotyö ympärivuorokautisessa hoidossa

4.1 Ikääntyneen ympärivuorokautinen hoito

Ympäri vuorokautista hoitoa voidaan järjestää tehostetussa palveluasumisessa, vanhainkodeissa sekä terveyskeskuksen vuodeosastolla. Ympäri vuorokautisen hoidon järjestämisestä ovat vastuussa kunnat, ja ne voivat hankkia palveluita yksityisiltä tai kunnallisilta palveluntuottajilta. Vaihtoehtona on myös palvelusetelin antaminen käyttäjälle itselleen, jolla tämä hankkii palvelun yksityiseltä palveluntuottajalta. (Voutilainen & Löppönen 2016.) Koko Suomessa vuonna 2016 yli 65-vuotiaita ympärivuorokautisessa hoidossa oli noin 53 000 henkilöä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017c, 8).

Pitkäaikainen laitoshoido käsittää terveyskeskusten vuodeosastot sekä vanhainkodit. Pitkäaikaista laitoshoidoa annetaan sellaiselle henkilölle, joka tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa eikä sitä pystytä järjestämään kotona tai palveluasunnossa. Laitoshoidon sisältyy ravinto, lääkkeet, puhtaus, vaatteet sekä sosiaalista hyvinvointia edistävät palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018a.) Pitkäaikaisen laitoshoidon maksu määräytyy hoidettavan maksukyvyyn mukaan ja se voi olla enintään 85 % nettotuloista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b).

Asumispalvelut, johon tehostettu palveluasuminen kuuluu, ovat sosiaalipalveluja ja ne perustuvat sosiaalihuoltolakiin. Kunnat ovat vastuussa asumispalveluiden järjestämisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018c.) Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan asumispalvelut on tarkoitettu henkilöille, jotka tarvitsevat

tukea ja palvelua asumisensa järjestämiseen (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 21 §). Tehostetussa palveluasumisessa järjestetään ympärivuorokautista hoitoa asiakkaan tarpeen mukaan. Tällainen henkilö tarvitsee paljon apua, hoitoa ja valvontaa. Tehostetussa palveluasumisessa asukkaalla on oma huone sekä myös yhteiskäytössä olevia tiloja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018c.) Asukas maksaa vuokran, elinkustannukset, lääkkeet sekä saamansa palvelut. Näiden kustannusten kattamiseksi asukas on oikeutettu saamaan Kelan asumis- ja hoitotukea sekä lääkekorvauksia. (Räsänen 2018, 17–18.) Vuonna 2016 tehostetussa palveluasumisessa asukkaita koko suomessa oli 42 000 asukasta (Sotkanet 2018).

Vuonna 2014 Sosiaali- ja terveysministeriö laati suunnitelman, jossa iäkkäiden laitoshoidon vähennetään erilaisilla toimenpiteillä. Näillä toimenpiteillä halutaan vähentää kustannuksia iäkkäiden määrän kasvaessa sekä parantaa iäkkäiden elämänlaatua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.) Laitoshoidon on viime vuosina vähennetty ja asumispalvelut ovat taas kasvussa (Räsänen 2018, 17). Pehkonen-Elmi, Kettunen & Pulliainen (2013) ovat tutkineet, että asumispalveluiden kustannukset eivät ole sen edullisemmat kuin perinteinen laitoshoidon. Sen sijaan merkittävää on, kuka kustantaa laitoshoidon tai asumispalvelut. Laitoshoidon kustannuksista suurimman osan maksaa kunta, kun taas asumispalveluissa kustannukset kohdistuvat valtiolle sekä asiakkaalle. (Pehkonen-Elmi ym. 2013, 35.)

Suomen itsenäisyyden juhlarahaston eli Sitran (2011) ohjeistuksen mukaan tehostetun palveluasumisen tilojen ja toimintaympäristön tulee olla asianmukaiset. Tämä tarkoittaa, että asukkaiden tulee päästä liikkumaan esteettömästi ja turvallisesti palveluasumisen sisätiloissa. Myös ulkotiloihin on päästävä esteettömästi ja ulkoilu on mahdollistettava. Yhteiset tilat ovat asukkaille sopivat ajattelun palvelutarvetta. Huoneet ovat pääosin yhden hengen huoneita ja niissä on riittävät wc-tilat. Asukkaiden on mahdollista tuoda huoneisiin omia huonekalujaan kodinomaisuuden lisäämiseksi. Asumisen tulee olla laadukasta ja laadusta huolehditaan huomioimalla asukkaan itsemääräämisoikeus, yksityisyys, turvallisuus sekä hyvä kohtelu. (Sitra 2011, 12.)

Ympäri vuorokautisessa hoidossa asuvalla ikääntyneellä asiakkaalla on oikeus elää elämää arvokkaasti, asua turvallisesti ja olla sosiaalisesti yhteydessä muiden ihmisten kanssa. Ympäri vuorokautisen hoidon tavoitteena on hyvä elämän- ja kuolemanlaatu. Asiakkaan terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi sekä toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen ovat ympäri vuorokautisen hoidon elämänlaadun tavoitteen perusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 25.) Ympäri vuorokautisen hoidon ikääntyneen asiakkaan, esimerkiksi muistisairaana, hyvään elämänlaatuun vaikuttaa hoitohenkilöstön osaaminen ja arvot (Voutilainen & Löppönen 2016).

Komu (2016) analysoi ja vertasi tutkimuksessaan itäsuomalaisia julkisia ja yksityisiä ikääntyneiden hoivakoteja toimintaympäristön ja henkilöstön näkökulmasta. Tutkimuksen havainnointina oli, että julkisissa hoivakodeissa fyysinen toimintaympäristö oli turvallisuuden näkökulmasta hyvin huomioitu: tilat olivat esteettömät ja siistit. Toisaalta kodinomaisuutta vähensivät neutraalit ja toiminnalliset materiaalit. Kuitenkin yhden hengen huoneet mahdollistivat asukkaiden omien kalusteiden tuomisen ja tällä tavoin kodinomaisemman ympäristön luomisen. Henkilökunnan näkökulmasta hoivakodeissa huomioitiin asukkaan entinen elämä ja elintavat sekä asukkaan voimavarat. Asukkaan yksilöllisyys huomioitiin ja apuvälineitä oli hyvin käytössä (Komu 2016, 45–46, 58–59.)

4.2 Kuntouttava työote ikääntyneen hoidossa

Toimintakyvyn parantamisessa ja ylläpitämisessä kuntoutuksella on olennainen osa. Kuntoutuksella voidaan vaikuttaa myönteisesti ikääntyneen voimavaroihin sekä elämänhallintaan. Ikääntyneen oman osallisuuden huomioimisen lisäksi on tärkeää pyrkiä vaikuttamaan toimintakykyä edistävästi ympäristöön, jossa ikääntynyt asuu. (Pitkälä, Valvanne, Huusko 2016b, 448.) Kuntoutuksen lähtökohtana on ikääntyneen aktiivinen osallistuminen sekä hänen hyvinvointinsa ja omatoimisuuden huomioiminen. Lisäksi omaisten aktiivinen mukana olo ikääntyneen tukijana on tärkeää. Kuntoutus on moniammatillista tiimityötä, jossa kaikkien osaamista hyödynnetään ikääntyneen parhaaksi. (Pitkälä, Valvanne, Huusko 2016c, 455.) Ympäri vuorokautisessa hoidossa olevalle ikääntyneelle

suositellaan toimintakykyä edistävää ja ylläpitävää toimintaa (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 57).

Pikkaraisen (2015a) mukaan kuntoutuksella ei aina saavuteta toimintakyvyn parantumista vaan se on toimintakyvyn ylläpitämistä sekä toimintarajoitteiden parantumisen hidastamista. Myös hänen mielestään lähtökohtana on ikääntyneen osallisuuden, itsenäisyyden, elämänlaadun sekä elämänhallinnan ylläpitäminen. Kuntoutus tulee nähdä moniulotteisena, jossa ikääntyneen ympäristöä muokataan sopivaksi esimerkiksi apuvälineiden avulla. Pikkarainen korostaa hoitotyöntekijöiden näkemystä siitä, että ikääntyneet nähdään aktiivisina osallistujina eikä pelkästään passiivisina hoidon ja hoivan vastaanottajina. (Pikkarainen 2015a, 6.)

Järvikoski & Härkäpää (2011) kuvaavat kuntouttavaa työtettä, joka on yksi hyvän hoidon toimintatapa. Kuntouttavan työtteen tarkoitus on kannustaa ja tukea ikääntyneitä toimimaan mahdollisimman itsenäisesti huomioiden hänen toimintakykynsä ja voimavaransa. Asioita ei tehdä ikääntyneen puolesta vaan mahdollistetaan myös toimintakyvyltään heikentyneen osallistuminen arkiaskareisiin. Ikääntyneelle annetaan aikaa toiminnoista suoriutumiseen ja tällä tavalla tuetaan omatoimisuutta. On huomioitava, että avustusta ja ohjausta annetaan tarvittaessa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23.)

Vähäkangas (2010) puolestaan kuvaa laitoshoidossa tapahtuvaa kuntoutumista edistävää hoitotyötä niin, että hoitajan tulee toimia terveyslähtöisesti, moniammatillisesti sekä tavoitteellisesti. Hoitajan on tärkeää tukea ikääntyneen asukkaan toimintakyvyn saavuttamista erilaisten keinojen avulla, kuten opettaminen, ohjaaminen, yhdessä tekeminen, kannustaminen, auttaminen, motivoiminen ja tiedottaminen. Hoitajan tulee olla sitoutunut kuntoutumista edistävään toimintaan, jonka tavoitteena on ikääntyneen toimintakyvyn säilyminen, voimavarojen tukeminen, itsemääräämisoikeuden toteutuminen sekä hyvä elämänlaatu. (Vähäkangas 2010, 37–38.)

Kelo ym. (2015) kirjoittavat toimintakykyä edistävästä työtteestä, jota toteutetaan moniammatillisesti. Toimintakykyä edistävässä työtteessä tuetaan ikään-

tyneen toimintakyvyn lisäksi fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia voimavaroja huomioiden myös hänen läheisensä. Tavoitteena on ikääntyneen mahdollisimman itsenäinen toimiminen arjen asioissa ja hoitaja avustaa vain tarvittaessa. Hoitajan rooli on tunnistaa toimintakyky, voimavarat sekä avun tarve ja sen pohjalta ohjata, tukea ja motivoida toiminnoissa. Tämän työotteen avulla vaikutetaan ikääntyneen omatoimisuuteen sekä elämänlaatuun. Toimintakykyä edistävä työote vaatii hoitajalta sitoutumista sekä tietoa toimintakyvyn tukemisen keinoista ja tavoitteista. Moniammatillisuus puolestaan edellyttää tiedon jakamista sekä yhteisistä tavoitteista sopimista. Se on myös yhdessä oppimista. (Kelo ym. 2015, 242–243.)

Kettula (2012) kehitti kuntouttavaa työotetta vanhusten palvelukeskuksessa Elimäen Puustellissa. Hän toteutti kyselyn työntekijöille, joiden vastausten perusteella kuntouttavaa työotetta kehitettiin yhdessä. Asukkaille oli tarkoitus tehdä huoneentaulut, joista selviää, mikä on asukkaan itsenäinen toimintakyky. Lisäksi päätettiin, että asukkaat, jotka pystyvät, toimivat ruokailutilanteissa mahdollisimman itsenäisesti sekä auttavat muissa pienissä askareissa. Kehittämistyön tuloksena myös omaiset innostuivat kuntouttavasta työotteesta ja olivat mukana kehittämässä sitä työntekijöiden kanssa. (Kettula 2012, 56–57.)

Ollikainen (2012) puolestaan kehitti Savonlinnan terveyskeskuksen geriatrisen kuntoutusosasto 1:n kuntouttavaa hoitotyötä. Kehittämistyön tuloksena osaston potilaita aktivoidaan lähtemään vuoteesta liikkeelle, muun muassa ruokailemaan sekä tapahtumiin yhteisiin tiloihin. Lisäksi tarkoituksena on järjestää virike- sekä liikuntatuokioita ja ottaa läheiset mukaan yhteistyöhön. Kehittämistyössä pohdittiin myös sitä, että siirtyminen hoivatyöstä toteuttamaan kuntouttavaa hoitotyötä vaatii työntekijöiden myönteistä asennetta sekä sitoutumista. Kuntouttavaa hoitotyötä toteuttaessa on muistettava potilaiden kunnioittaminen sekä yksilöllisyyden huomioiminen. (Ollikainen 2012, 62, 65.)

Remsburg, Armacost, Radu ja Bennet (2001) selvittivät Yhdysvalloissa geriatrisella osastolla, miten kuntoutumista edistävän hoitajan toiminta vaikuttaa päivittäistoimintoihin esimerkiksi liikkumiseen, siirtymiseen, kävelyyn, pukeutumiseen ja syömiseen. Tutkimusaika oli kuusi kuukautta ja sinä aikana hoitaja ohjasi vii-

desti viikossa 15 minuutin ajan päivittäistoiminnon harjoittelua. Jokaisella tutkimukseen osallistuneella asukkaalla oli henkilökohtainen liikkumistavoite, joka ohjasi hoitajan harjoittelua asukkaan kanssa. Tuloksissa kävi ilmi, että puolen vuoden jälkeen päivittäistoiminnot paranivat 33 %:lla asukkaista ja 17 %:lla asukkaista toimintakyky säilyi ennallaan. (Remsburg ym. 2001, 262, 264, 273.)

Hoitotyöntekijät toimivat välimaastossa hoitamisen ja kuntoutuksen välillä. Kuntoutumista edistävän työotteen määritelmä sijoittuu mainiosti tähän väliin. Hoitajien rooli kuntoutuksessa on tärkeä. Hoitotyöntekijät ovat ympärivuorokautisessa hoidossa läsnä 24 tuntia vuorokaudessa ja he näkevät asukkaan toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset heti päivittäisissä tilanteissa. (Holma, Heimonen & Voutilainen 2002, 43.) Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä kuntouttava työote, vaikka käsitteitä ja lähestymistapoja on useita. Eri käsitteitä yhdistää ikääntyneen omatoimisuuden, itsenäisyyden ja voimavarojen huomioiminen. Hoitaja kannustaa, ohjaa ja tukee ikääntynyttä. Lisäksi vaaditaan hoitotyöntekijöiden sitoutumista toteuttaa toimintakykyä tukevaa toimintaa sekä tietoa toimintakyvystä.

4.3 Ergonominen työskentelytapa hoitotyössä

Ergonomian avulla helpotetaan työtä niin, että työskentely olisi terveellisempää ja turvallisempaa. Yleensä huono ergonomia mielletään huonoiksi ja fyysisesti kuormittaviksi työasennoiksi. Hyvä ergonominen ratkaisu puolestaan on terveellinen, tuottava ja taloudellinen (Takala & Lehtelä, 2015.)

Ergonomiasta on olemassa useita määritelmiä, joissa painotus on erilainen (Launis & Lehtelä 2011, 19). Työterveyslaitos (2018) määrittelee ergonomian niin, että se tutkii ihmisen, työn ja tekniikan vuorovaikutusta. Se tuottaa tietoa ja menetelmiä, joiden avulla pystytään järjestelmät, tehtävät ja ympäristö sovittamaan ihmisen kykyjen ja tarpeiden mukaisesti. Ergonomian tavoitteena on ihmisen turvallisuus, terveys ja hyvinvointi sekä oman toiminnan tehokkuus, laatu ja sujuvuus. (Työterveyslaitos 2018.) Kansainvälinen ergonomiayhdistys IEA (International Ergonomics Association) on määritellyt ergonomian tieteenalana,

joka käsittelee ihmisen ja toimintajärjestelmän muiden osien vuorovaikutusta. Se on myös osaamisalue, joka soveltaa teoriaa, periaatteita, tietoja ja menetelmiä suunnitellakseen ihmisten hyvinvoinnin ja toimintajärjestelmän suorituskyvyn optimoimiseksi. IEA:n määritelmässä on kuvattu myös ergonomian osa-alueet, jotka ovat fyysinen, kognitiivinen ja organisatorinen ergonomia. (IEA 2018.)

Fagerström (2013) tutki väitöskirjassaan vanhustenhuollon osastojen ergonomista avustamista ja selvitti, kuinka koulutus ergonomisesta avustamisesta vaikutti hoitajien avustustaitoihin, fyysiseen kuormittavuuteen sekä liikuntaelinvaikeuksiin. Ergonomisen avustamisen hoitotyön näkökulmana oli ergonomia, työterveys, kuntouttava hoitotyö sekä toimintaympäristö. Tutkimuksessa avustaminen perustui avustajan ja avustettavan yhteistyöhön, tarkoituksena avustamisen tapahtuminen molemmille osapuolille terveellisesti ja turvallisesti. Tutkimuksen aikana hoitajat saivat koulutusta ergonomisesta avustamisesta ja sen seurauksena avustustaito parani. Johtopäätöksenä oli, että fyysistä kuormittumista sekä liikuntaelinvaivoja voidaan vähentää ergonomisella avustamisella. Avustamistaitoja sekä ergonomista ympäristöä tulisi kehittää ja hankkia sekä käyttää tarkoituksenmukaisia apuvälineitä, että avustamistilanteet olisivat turvallisia. (Fagerström 2013, 21–22, 135, 153.)

Ergonominen työskentelytapa hoitotyössä voidaan määritellä hyväksi siirtotaidoksi, jossa hoitaja tunnistaa potilaan omat voimavarat ja pystyy hyödyntämään niitä siirtymistilanteessa. Siirtyminen tulisi tapahtua pienellä avulla niin, että siirtyminen on turvallista. Hoitajan tulee itse siirtotilanteessa työskennellä hyvässä asennossa ja hyödyntää apuvälineitä ja ympäristöä tarkoituksenmukaisesti. (Tamminen-Peter 2005, 57.) Tässä opinnäytetyössä ergonominen työskentelytapa nähdään Tamminen-Peterin (2005) sekä Fagerströmin (2013) kuvaamana hyvänä siirtotaitona ja ergonomisena avustamisena.

4.4 Hoitotyön fyysinen kuormittavuus

Hoitoalan työntekijät ovat yksi kuormittuneista ammattiryhmistä. Tilannetta vaikeuttaa se, että potilaat ovat huonokuntoisempia ja monisairaampia, potilasvaihtuvuus on nopeutunut, sijaisia on vaikea saada sekä työntekijöiden keski-ikä on korkea. (Kivimäki, Karttunen, Yrjänheikki & Hintikka 2006, 11.) Fyysisesti kuormittavinta työ on terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä vanhainkodeissa, joiden henkilöstöstä kaksi kolmasosaa piti työtään usein tai jatkuvasti kuormittavana (Laine, Kokkinen, Kaarlela-Tuomaala, Valtanen, Elovainio, Keinänen & Suomi 2011, 30). Suurin osa terveys- ja sosiaalipalveluissa työskentelevistä työntekijöistä on tyytyväisiä työhönsä. Usein työn tyytyväisyys saadaan asiakastyön palkitsevuudesta. Kuitenkin terveys- ja sosiaalipalveluissa työskentelevät kokevat työn olevan vastuullista, sillä asiakkaat ovat moniongelmaisia, työ on fyysisesti raskasta ja lisäksi työssä on väkivallan uhka. Nämä kaikki kuormittavat hoitotyöntekijöitä entistä enemmän. Varsinkin terveyskeskusten osastojen sekä tehostetun palveluasumisen henkilöstö pitää omia työskentelyolojaan fyysisesti ja henkisesti raskaana. Usein vanhustenhuollon puolella esiintyy vaikeita ja epämukavia työasentoja sekä raskasta nostamista. (Laine ym. 2011, 26, 230.)

Hoitotyön fyysisiä kuormitustekijöitä ovat hankalat työasennot, potilaiden nostot ja siirrot sekä runsas seisominen ja kävely (Tamminen-Peter 2005, 14). Sosiaali- ja terveysalan tutkimuksessa 2010 selvisi, että vanhainkodeissa ja vuodeosastoilla työskentelevistä 70 %:lla työhön sisältyy nostamista, kantamista tai kannattelua useita kertoja päivässä ilman apuvälineitä (Laine ym. 2011, 30). Kuormittavuutta lisää myös se, että vuoteeseen hoidettavien potilaiden määrä on lisääntynyt. Organisaatiossa hoitotyöntekijöitä voi olla liian vähän, joten nostamisia sekä kääntöjä joudutaan tekemään kaksin tai jopa yksin. Tämä johtaa liialliseen kuormittumiseen, huonoihin työasentoihin ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin. (Hänninen, Koskelo, Kankaanpää & Airaksinen 2005, 115.) Hoitohenkilökunnalle asukkaiden avustaminen on oleellinen osa hoitotyötä. Asukkaan toimintakyvystä riippuu, kuinka kuormittavaa työ on. Työ on kuormittavaa sekä fyysisesti että psyykkisesti, konkreettisia fyysisiä oireita ovat tuki- ja liikuntaelintöiden vaivat. Toistuva kumartuminen, runsas kävely sekä avustettavien siirty-

misen avustaminen vaikuttavat oireiden syntyyn. Lisäksi hoitajan työskentely-
asennot sekä avustuksen tiheys vaikuttavat kuormittumiseen. Liian raskaita
nostoja tulisikin välttää ja tehdä nostot nostimien avulla. On huomioitava, että
myös hoitajien potilassiirtotekniikat vaikuttavat kuormittavuuteen. Ergonomisella
työskentelytavalla, turvallisesti tehdyillä potilassiirroilla, apuvälineiden käytöllä
sekä henkilökunnan sitoutumisella sovittuihin työtapoihin voidaan kuormittavuut-
ta vähentää ja välttää tapaturmia. (Tamminen-Peter & Wickström 2014, 11, 13,
24.)

Tuominen (2010) kartoitti tutkimuksessaan hoitohenkilökunnan työergonomiaa
ja selvitti kuormittaviksi koettuja työtilanteita. Työn kuormittavimpia tekijöitä oli-
vat toistuvat nostot ja siirrot työssä, ja yli 90 % hoitotyöntekijöistä koki oman ke-
hon kuormittuvan työssä. Erityisesti kuormitus kohdistui selkään, niskaan ja har-
tioihin sekä ylä- ja alaraajoihin. Apuvälineiden käytön siirroissa koki kuormitta-
vaksi noin puolet hoitotyöntekijöistä. Kuormittumista lisäsi se, ettei apuvälineitä
haluttu tai osattu käyttää avustamisessa. Lisäksi työskentelytilat, esimerkiksi
wc-tilat, olivat ahtaita, mikä puolestaan lisäsi kuormittumista. Tutkimukseen
osallistuvista vain alle puolet kokivat saaneensa koulutusta työergonomiaan liit-
tyen. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että työergonomiaa ohjaamalla kannus-
tetaan hoitotyöntekijöitä käyttämään apuvälineitä ja korjaamaan työasentojaan
kuormittumisen vähentämiseksi. Lisäksi ohjauksella voidaan lisätä parityösken-
telyä, joka vähentää kuormittumista ja parantaa hoitajien työasentoja. (Tuomi-
nen 2010, 50, 57, 59, 62, 91, 104.)

4.5 Työturvallisuus hoitotyössä

Ergonomiaan ja työn fyysiseen kuormittavuuteen on kiinnitetty huomiota Suo-
men lainsäädännössä. Työturvallisuuslaki (738/2002) uudistui vuonna 2003 ja
ergonomia sanana lisättiin lakitekstiin. Uudistuksessa painotettiin enemmän
psykykkistä kuormitusta ja ergonomiaa perinteisten vaaratekijöiden sijaan. Uu-
distuksen syyt olivat elinkeinorakenteen ja työn muuttuminen sekä ikääntynyt
työvoima. (Lehtelä 2011, 386.) Työturvallisuuslaissa (738/2002) työnantajan
vastuulla on estää työn vaara- ja haittatekijät sekä selvittää työn kuormitusteki-

jät. Mikäli estäminen ei ole mahdollista, vaara- ja haittatekijät poistetaan tai korvataan vähemmän haitallisilla. Työnantajan täytyy tunnistaa nämä työympäristöstä ja työolosuhteista aiheutuvat tekijät ja antaa työntekijälle ohjeistusta, kuinka estää työn haittoja ja vaaroja. Ohjeistusta on täydennettävä tarpeen vaatiessa. Lisäksi työnantajan tulee perehdyttää työntekijä työhönsä, työolosuhteisiin, turvallisiin työtapoihin sekä työssä käytettäviin työvälineisiin. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 8 §, 10 §, 14 §.)

On muistettava, että myös työntekijällä on velvollisuuksia. Työntekijän tulee noudattaa työnantajansa ohjeita ja määräyksiä ja hänen on huolehdittava niin omasta kuin muidenkin työntekijöiden turvallisuudesta ja terveydestä. Työntekijällä on vastuu ilmoittaa terveydelle tai turvallisuudelle vaaraa aiheuttavista töhön ja työolosuhteisiin liittyvistä epäkohdista, kuten vioista ja puutteista. Työntekijän tulee pyrkiä poistamaan nämä viat ja puutteet tiedoilla ja taidoilla, ammattitaitonsa, kokemuksensa ja työnantajan ohjauksen mukaisesti. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 18 §–19 §.) Tämä tarkoittaa, että työntekijän itsekkin tulee arvioida ja parantaa omaa työskentelyään sekä työympäristöään ja pitää huolta kaikkien työturvallisuudesta.

Valtioneuvosto on tehnyt päätöksen käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä. Päätöstä sovelletaan työhön, joka aiheuttaa vaaran työntekijän selän vahingoittumiselle. Selän vahingoittumiseen on vaara, mikäli nostettava on liian raskas tai suuri, epävakaa tai nosto on tehtävä vartaloa kiertäen ja huonossa asennossa. Työn luonne ja huonot ergonomiset olosuhteet yleensä aiheuttavat tapaturmariskin. Lisäksi työnantajan on huolehdittava riittävästä opastuksesta sekä ohjeista, kuinka nostoja ja siirtoja tehdään oikeaoppisesti, sekä väärällä tavalla tehtävien nostojen vaaroista. Työnantajan tulee antaa työntekijöiden käyttöön laitteita, jotta nostoja ja siirtoja ei tarvitse tehdä käsin. Myös laitteiden käytöstä on annettava riittävä opastus. (Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä, 1993, 1 §–3 §.) Myös työturvallisuuslaki (738/2002) velvoittaa työnantajan hankkimaan käyttöön apuvälineitä, mikäli työolosuhteet sekä työn tarkoituksenmukainen suorittaminen sitä edellyttävät. Terveydelle tai turvallisuudelle ei saa aiheutua haittaa tai vaaraa nostolaitteella nostaessa tai

siirtäessä. Tämä koskee sekä noston suorittajaa että nostettavaa. (Työturvallisuuslaki 738/2002, 15 §, 42 §.)

Hoitotyössä ergonomista työskentelytapaa tukevia työvälineitä ovat muun muassa erilaiset apuvälineet, kuten potilassiirroissa käytettävät liukulevy sekä lattianostin. Usein työntekijät pitävät apuvälineen käyttöä hankalana, ja siksi onkin tärkeää, että työntekijä tietää mitä apuvälineet ovat ja miten niitä käytetään. Apuvälineitä käyttäessä voidaan välttää tai ainakin vähentää tapaturmia ja vaaratilanteita. Lisäksi apuvälineiden oikea ja tarkoituksenmukainen käyttö aktivoi ikääntynyttä ja tukee hänen toimintakykyään. (Tamminen-Peter & Wickström 2014, 38, 50-51, 58.)

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Toimintaympäristö ja osallistujat

Opinnäytetyön toimintaympäristö oli Joensuussa sijaitseva tehostetun palveluasumisen yksikkö Kanervakoti, joka kuuluu Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymään eli Siun soteen. Siun sote aloitti toimintansa 1.1.2017 ja järjestää lainsäädännön vaatimat sosiaali- ja terveyspalvelut, pelastustoimen palvelut, ympäristöterveydenhuollon palvelut sekä leirintäalueviranomaistehtävät. Siun soten jäsenkuntia ovat kaikki Pohjois-Karjalan kunnat sekä Heinäveden kunta. (Siun sote 2018.) Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan tehostetussa palveluasumisessa henkilön hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista ja palveluja annetaan henkilön tarpeen mukaan (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 21 §). Tehostettu palveluasuminen on avohoitoa ja asukas maksaa vuokraa asumisestaan. Lisäksi asukas maksaa asiakasmaksua saamistaan palveluista. (Kuntaliitto 2017.)

Kehittämistoimintaan osallistuivat työyhteisön toimijat eli Kanervakodin hoitotyöntekijät. Kanervakoti on jaettu kahteen osastoon ja molemmilla osastoilla on 15 asukasta. Asukkaita on siis yhteensä 30. Asukkaat ovat pääosin muistisairai-

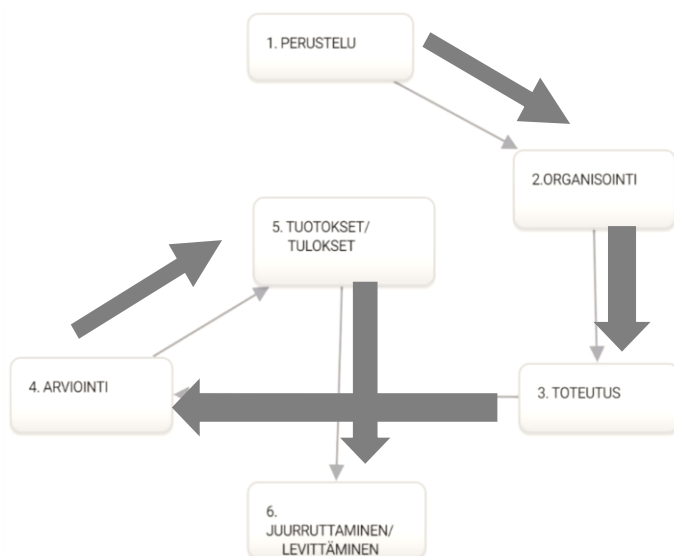
ta ja tarvitsevat avustusta päivittäisissä toiminnoissa. Kolmasosa asukkaista liikkuu itsenäisesti mutta loput asukkaat tarvitsevat liikkumiseen apuvälineen sekä yhden tai kahden hoitajan avustusta. Muutama asukkaista on täysin avustettavia eli he eivät pysty liikkumaan lainkaan itsenäisesti. Hoitotyöntekijöitä Kanervakodissa on 17, aamuvuorossa yhdellä osastolla on kolme hoitajaa ja ilta- vuorossa kaksi. Yövuorossa on yksi hoitaja, joka työskentelee molemmilla osastoilla. Henkilökunnasta suurin osa on koulutukseltaan lähihoitajia, lisäksi työntekijöinä on sairaanhoitajia. Fysioterapeutti käy osastoilla kerran viikossa kuntouttamassa asukkaita. Lisäksi fysioterapeutti antaa tarvittaessa ohjausta hoitotyöntekijöille. (Oinonen 2018.) Kanervakodin toimintaa ohjaavat Siun soten arvot, joita ovat vastuullisuus, välittäminen, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus (Siun sote 2017, 3; Oinonen 2018).

5.2 Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Tutkimus ja kehittämistoiminta muodostavat kokonaisuuden, jotka ovat yhteyksissä toistensa kanssa. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta tähtää risteyspaikkaan, jossa tutkimus ja kehittämistoiminta kohtaavat. (Toikko & Rantanen 2009, 21.) Tätä risteyspaikkaa tässä opinnäytetyössä lähestyttiin tutkimuksellisen kehittämistoiminnan kautta, jolloin käytännön ongelmat ohjaavat tiedontuotantoa. Tietoa tuotetaan käytännön toimintaympäristössä ja tutkimukselliset menetelmät ja asetelmat toimivat apuna. Pääpaino on kehittämistoiminnassa, mutta työssä käytetään myös tutkimuksellista toimintaa. (Katila & Meriläinen 2006, 138; Toikko & Rantanen 2009, 21–23.)

Arola & Suhonen (2014) ovat sovittaneet yhteen Toikon & Rantasen (2009) spiraalimallin, jossa kehittämistoiminnan tehtävät, tutkimuksellisen tiedontuotannon ja toiminnan prosessi etenee spiraalimaisesti. He kuvaavat tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessissa tutkimuksen ja kehittämisen kulkevan rinnakkain tai limittäin (kuvio 2). Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan jokaiseen vaiheeseen liittyy kehittämis- ja tutkimusnäkökulma. Kehittämistoiminnan prosessin jokaisessa vaiheessa osallistuvat toimijat ovat mukana. (Arola & Suhonen 2014, 17-18.) Kehittämisprosessi kohdistuu samaan aikaan muutokseen ja ymmärtä-

miseen. Prosessi on syklinen, jossa vuorottelevat kriittinen reflektio ja toiminta. (Katila & Meriläinen 2006, 138.)



Kuvio 2. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan prosessi (mukaillen Arola & Suhonen 2014, 17).

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksellista tietoa saatiin alkukartoituskyselyn sekä työpajatyöskentelyn kautta. Lisäksi tietoperustan luomiseen käytettiin lähteinä muita tutkimuksia sekä erilaista kirjallisuutta. Tietoa hankittiin koko kehittämisprosessin ajan. Kehittämis toimintaan kuului hoitotyöntekijöiden työpajojen ryhmätyöskentely, jossa käytettiin erilaisia osallistavia menetelmiä. Kehittämis toimintaan kuului myös toimintamallin laatiminen. Näin tutkimuksellisuus sekä kehittäminen kulkivat rinnakkain kehittämisprosessin aikana.

Arolan & Suhosen (2014) näkemyksen mukaan tutkimuksellinen kehittämisprosessi antaa mahdollisuuden tuoda esille työyhteisön hiljaista tietoa, jolloin koko työyhteisön mahdollisuuksia voidaan hyödyntää. Samoin kehitettyjen toimintamallien, välineiden tai rakenteiden jalkauttaminen on helpompaa, kun työntekijät itse ovat kehittämisprosessissa osallisina. (Arola & Suhonen 2014, 17, 21.) Tärkeää on, että kehittämis toiminta tapahtuu siinä ympäristössä, jossa kehitettävä toimintakin tapahtuu (Toikko & Rantanen 2009, 95). Opinnäytetyössä osallistettiin Kanervakodin hoitotyöntekijät kehittämistoimintaan. Kehittäminen tapahtui

hoitotyöntekijöiden omassa työyhteisössä ja tarkoituksena oli kehittää heidän työskentelytapojaan.

Osallistava kehittämistoiminta on aina sosiaalinen tapahtuma ja siihen on käytössä useita eri lähestymistapoja. Opinnäytetyössä käytettiin lähestymistapaa, jossa kehittämistoiminnassa mukana olevat osallistuivat kehittämiseen. Tämä on käyttäjä- ja toimijälähtöistä toimintaa, jossa korostetaan käyttäjien tarpeita. Tämä sopii esimerkiksi palvelujen käytettävyyden kehittämiseen. Käyttäjälähtöisessä toiminnassa käyttäjät ja toimijat osallistuvat aktiivisesti ja konkreettisesti suunnitteluun ja kehittämistoimintaan. (Toikko & Rantanen 2009, 94–95.) Osallistavassa kehittämistoiminnassa tavoitellaan sitä, että toimijat ovat tasavertaisia kehittäjiä tai kehittämisen keskeisiä innovaattoreita (Arola & Suhonen, 2014, 21).

Opinnäytetyö toteutettiin osallistavana tutkimuksellisena kehittämistoimintana. Lähestymistapa valittiin siksi, että toimintakykyä tukevan toimintamallin kehittämisen asiantuntijoita ovat hoitotyöntekijät itse. Osallistamalla haluttiin mahdollistaa hoitotyöntekijöiden oman työn kehittäminen ja siihen vaikuttaminen, näin saatiin heidän kokemuksensa ja asiantuntijuutensa esille. Hoitotyöntekijät saivat itse suunnitella muutoksia työskentelytapoihinsa. Opinnäytetyön tekijät olivat kehittämistoiminnassa aktiivisesti mukana kannustamassa hoitotyöntekijöitä muutostyöhön prosessin aikana. Opinnäytetyön tekijöillä oli myös asiantuntijuus aiheesta, jota hoitotyöntekijät pystyivät käyttämään hyväkseen.

5.3 Kehittäjän rooli ja vastuu

Kehittäjän eli fasilitaattorin toiminta voidaan nähdä asiantuntijaroolissa, jolloin toiminta perustuu asiantuntemukseen. Kehittäjä voi olla myös sellainen, joka kehittää omaa työyhteisöään. Lisäksi kehittäjä voidaan nähdä työyhteisön kannustajana, jolloin tehtävänä on johdattaa työyhteisöä muutokseen. Kehittäjä tai kehittäjät itse ovat kuitenkin aktiivisesti mukana kehittämisprosessin aikana ja he osallistuvat toimijoiden kanssa yhdessä prosessiin. (Toikko & Rantanen

2009, 91.) Opinnäytetyön tekijät kannustivat Kanervakodin hoitotyöntekijöitä kehittämään sekä muuttamaan työyhteisön omaa toimintaa.

Yleensä kehittäjä on kehittämiskohteena olevan yhteisön ulkopuolinen asiantuntija. Kehittäjä antaa oman panoksensa kehittämiseen ja se edellyttää havainnointia, analysointia sekä muutoksen ymmärtämistä. Kehittäjän työhön kuuluu tutkimuskohteen tutkiminen ja kehittäminen. Lisäksi kehittäjä tuottaa kehittämistoiminnasta tutkimusaineistoa. (Huovinen & Rovio 2007, 94–95.) Opinnäytetyön tekijät toimivat ulkopuolisina asiantuntijoina, sillä kumpikaan ei ollut kehitettävän kohteen työyhteisön jäsen.

Kehittäjän roolina on saada kaikki osallistujat osallistumaan keskusteluun sekä ryhmälle annettuihin tehtäviin. Kehittäjä opastaa mutta ei anna valmiita ratkaisuja. Hän koordinoi, antaa tukea ryhmälle ja arvostaa eri mielipiteitä. Kehittäjän on oltava vuorovaikutustaitoinen ja ammattitaitoinen. Ryhmältä taas vaaditaan vuorovaikutus- sekä ryhmätyötaitoja. Toista ryhmän jäsentä tulee kunnioittaa ja kuunnella, mutta ryhmän osallistujan on arvostettava myös omaa näkemystään. Parhaimmillaan kaikki ryhmän jäsenet ovat tasavertaisia ja osallistuvat tasavertaisesti myös työskentelyyn. (Taipale 2005, 2–4.) Kehittämistoiminnan aikana käytettiin erilaisia osallistavia menetelmiä, jotta kaikki hoitotyöntekijät pääsivät osallistumaan kehittämistyöhön ja ilmaista mielipiteitään.

5.4 Kehittämisprosessissa käytettävät menetelmät

Osallistavat menetelmät ovat hyvä apu ryhmän kanssa toimiessa ja pyrkiessä yhteiseen päämäärään. Osallistavilla menetelmillä luodaan hyvää ilmapiiriä ja ne tuovat luottamusta osallistujien välille. Menetelmiä on monia ja niillä pyritään siihen, että osallistujat voivat ilmaista itseään muutoinkin kuin puhumalla. (Taipale 2005, 2.) Kehittämisprosessin aikana osallistavina menetelminä käytettiin aktivoivaa luentoa, aivorihtä, kumuloituvaa ryhmää sekä porinatuokiota. Menetelmiä käytettiin hoitotyöntekijöiden työpajojen yhteydessä.

Aktivoiva luento on tietoisiskumainen lyhyt luento, jonka tarkoituksena on edistää oppimista. Luennon aikana osallistujia aktivoidaan, koska oppiminen on aktiivinen prosessi. Aktivoivan luennon avulla halutaan laajentaa osallistujien tietämystä käsiteltävästä aiheesta. Aktivoiva luento on noin 15 minuuttia pitkä ja oppimisen edistämiseksi apuna voidaan käyttää esimerkiksi Powerpoint-esitystä. (Tevere 2017a.)

Yksi osallistavista menetelmistä oli aivoriihi. Aivoriihen ideana on saada tuotettua ihmisten kokemuksia, tietoa ja ideoita kehitettävästä asiasta ja sen tavoitteena on tuottaa paljon uusia ideoita ja näkemyksiä, joita jatkojalostetaan. Tässä menetelmässä ohjaajat ohjaavat työskentelyä ja heidän tehtävänä on aikatauluttaa aivoriihen ohjelmaa. Jokaiselle osallistujalle on annettava mahdollisuus tuoda esiin ideoita ilman, että häntä arvioitaisiin niiden perusteella. Aivoriihi käynnistyy aiheen määrittelyllä, johon kokemuksia, kehittämisideoita ja ratkaisuja toivotaan. (Tevere 2017b.)

Kumuloituva ryhmä sopii tilanteisiin, jossa muodostetaan yhteinen näkemys, jäsenitys tai tiivistelmä kyseessä olevasta aiheesta. Työskentely voidaan aloittaa esittelemällä aihe kaikille esimerkiksi luennoimalla tai kirjallisena materiaalina. Ensin työskennellään yksin pohtien annettua aihetta ja valmiiksi esitettyjä kysymyksiä. Yksin pohtimisen jälkeen muodostetaan pareja, jotka yhdessä käyvät läpi omat pohdintansa ja yrittävät löytää yhteisen näkemyksen aiheesta. Tämän jälkeen parit yhdistyvät toisen parin kanssa ja samalla tavalla yrittävät löytää yhteisen näkökulman. Ryhmien muodostumista jatketaan niin kauan, kunnes saadaan yksi kokonainen ryhmä. Koko ryhmän ollessa koossa muodostetaan esimerkiksi isolle paperille yhteinen näkemys käsiteltävästä aiheesta. (Tevere 2017c.)

Porinatuokion perusideana on lyhyet ja vapaamuotoiset keskustelut pareittain tai pienessä ryhmässä. Se sopii lisäksi myös suureen ryhmään keskustelun luomiseksi. Porinatuokio sopii monenlaisiin tavoitteisiin, muun muassa tiedon jakamiseen sekä aikaisemman osaamisen esiin tuomiseen. Porinatuokion avulla voidaan pyrkiä saamaan aikaan ideoita tai ratkaisuja käsiteltävään aiheeseen. Käsiteltävä aihe voi olla etukäteen suunniteltu tai se voi tulla spontaanisti

ryhmän kokoontumisen aikana. Pareille tai pienelle ryhmälle esitetään kysymys, jota he saavat pohtia muutamien minuuttien ajan. Tarpeen mukaan tuokio voi kestää pitempäänkin, riippuen käsiteltävästä asiasta. Ryhmissä käsitellyt asiat voidaan tarvittaessa käsitellä vielä koko ryhmän kanssa tiedon ja osaamisen jakamiseksi kaikille. (Tevere 2017d.)

5.5 Aineistonkeruu ja analysointi

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää hoitotyöntekijöiden kehittämistarpeet liittyen kuntouttavaan työotteeseen sekä ergonomiseen työskentelyyn. Tehtävänä oli myös laatia toimintamalli ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi huomioiden kuntouttava työote ja ergonominen työskentelytapa. Nämä tehtävät olivat aineistonkeruun lähtökohtana. Seppänen-Järvelän (2004) mukaan aineisto tulee kerätä mahdollisimman monipuolisista lähteistä sekä erilaisia käytänteitä ja menettelytapoja soveltaen (Seppänen-Järvelä 2004, 43). Erilaista aineistoa tarvitaan eri vaiheissa prosessia (Toikko & Rantanen 2009, 120).

Opinnäytetyön toteutusvaiheessa aineistoa kerättiin opinnäytetyön tekijöiden toimesta havainnoimalla, muistelemalla, sekä keskustelemalla. Havainnointia toteutettiin työpajojen aikana tarkkailemalla hoitotyöntekijöiden keskustelua ja tekemällä muistiinpanoja. Havainnoinnin avulla pystyttiin osallistumaan keskusteluun ja esittämään täsmäntäviä kysymyksiä aiheista, joita nousi esiin. Keskustelu ja muistelu ovat olleet koko kehittämisprosessin aikana mukana aineistonkeruun menetelmänä. Erityisesti työpajojen jälkeen keskustelu opinnäytetyön tekijöiden kesken toimi hyvänä menetelmänä käydä läpi työpajatyöskentelyn kulkua ja toimivuutta.

Alkukartoituskysely oli myös yksi aineistonkeruun menetelmä. Työpajoissa aineistonkeruu tapahtui aktivoivan luennon, aivoriihen, kumuloituvan ryhmän sekä porinaryhmän avulla. Työpajojen aikana opinnäytetyön tekijät tekivät muistiinpanoja työpajoissa havaituista asioista. Työpajan jälkeen molemmat kirjoittivat päiväkirjaa, jossa käytiin läpi työpajan kulku ja sen onnistuminen.

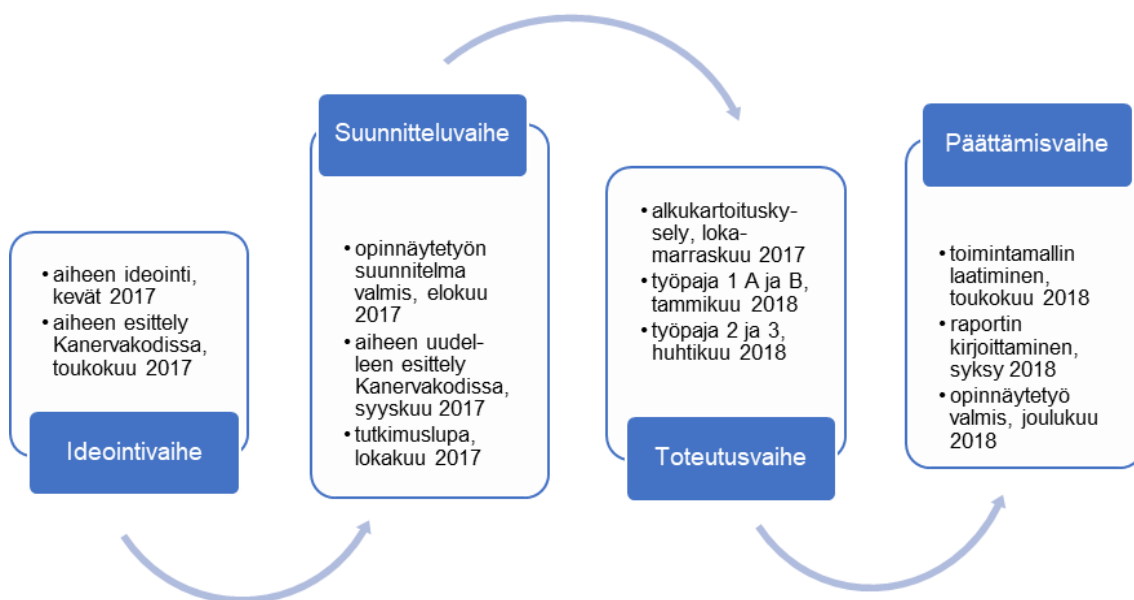
Kerättyä aineistoa voidaan analysoida eri tavoilla. Aineiston ollessa kerätty ja laitettu järjestykseen voidaan aloittaa analyysin tekeminen. Opinnäytetyötä tehdessä aineistoa kerätään koko prosessin ajan, ja näin ollen myös analyysiä tehdään prosessin eri vaiheissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 221–222.) Tässä opinnäytetyössä analyysiä on toteutettu sisällönanalyysillä ja teemoittelun avulla.

Opinnäytetyön alkukartoituskysely analysoitiin sisällönanalyysillä, joka on laadullisen tutkimuksen menetelmä. Sisällönanalyysillä kuvataan tutkittavaa asiaa tiivistetyssä ja selkeässä muodossa kadottamatta aineiston tietoa. Sisällönanalyysi voidaan jakaa aineistolähtöiseen, teorialähtöiseen ja teoriaohjaavaan kuvaukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 103, 117, 121.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä kuvausta, jossa analysoitiin vastausten sisältöä. Aineistolähtöinen kuvaus sisältää kolme eri vaihetta: aineiston pelkistämisen, ryhmittelyn sekä abstrahoinnin eli teoreettisten käsitteiden luomisen. Aineiston pelkistämisessä karsitaan epäolennaiset asiat pois ja saatu informaatio voidaan tiivistää tai pilkkoa osiin. Ryhmittelyssä aineistosta voidaan etsiä samankaltaisuuksia ja ryhmitellä sekä luokitella ne. Lopuksi abstrahoinnissa erotellaan olennainen tieto tutkimuksen kannalta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–125.) Aineisto analysoitiin käymällä jokainen vastaus läpi yksityiskohtaisesti. Alkukartoituskyselyn vastauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja vastauksista tehtiin yhteenveto.

Opinnäytetyössä työpaja 1:n tulosten analysoinnin ja kokoamisen menetelmänä käytettiin teemoittelua. Teemoittelulla etsitään tutkimusaineistosta keskeisiä aihepiirejä eli teemoja (Jyväskylän yliopisto 2016). Teemoittelu on laadullisen aineiston ryhmittelyä, jonka ajatuksena on etsiä tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. Näkemykset puolestaan viedään sitä kuvaavan teeman alle. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2018.)

5.6 Kehittämisprosessin vaiheet ja aikataulu

Kehittämisprosessissa on useita vaiheita. Heikkilä, Jokinen & Nurmela (2008, 58) jakavat vaiheet ideointi- ja esisuunnitteluvaiheeseen, suunnitteluvaiheeseen, käynnistysvaiheeseen, toteutusvaiheeseen, päättämismvaiheeseen, arviointivaiheeseen sekä käyttöönotto- ja seurantavaiheeseen. Arola & Suhonen (2014, 17–18) jakavat vaiheet kuuteen tehtävään, jotka ovat perustelu, organisointi, toteutus, arviointi, tuotokset/tulokset ja juurruttaminen/levittäminen. Heikkilän ym. (2008) mukaan nämä erilaiset vaihteet muodostavat ketjun, jonka tavoitteena on tietty tavoiteltu tulos. Vaiheet eivät välttämättä kulje järjestyksessä vaan niihin voidaan palata prosessin edistyessä. (Heikkilä ym. 2008, 58.) Tässä opinnäytetyössä vaiheet ovat olleet ideointi-, suunnittelu-, toteutus- sekä päättämismvaihe. Opinnäytetyön kehittämisprosessi on kuvattu kuviossa 3.



Kuvio 3. Opinnäytetyön kehittämisprosessin aikataulu ja vaiheet.

Kehittämisprosessi käynnistyy, kun havaitaan jokin tietty kehittämistarve. Se voi olla jokin työn ongelmatilanne, johon halutaan löytää ratkaisu tai syntyä yksittäisen työntekijän aloitteesta. Kehittämisprosessin syynä tulee olla oikea tarve kehittämiseksi, muutoin prosessi voi olla merkityksetön. Toteutuksen kannalta on tärkeää, että tavoite voidaan perustella mahdollisimman konkreettisesti. Onkin tärkeää paneutua hyvin ideointivaiheeseen, ettei kehittämistyö jäisi pinnalliseksi.

si. Jotta kehittäminen olisi hyödyllistä, tulee kehittämisen olla toimivaa ja mielekästä. (Heikkilä ym. 2008, 58–59; Toikko & Rantanen 2009, 57.)

Opinnäytetyön ideointi aloitettiin keväällä 2017, jolloin opinnäytetyön tekijät kehittivät aiheen. Molempia kiinnosti kehittää hoitotyöntekijöiden työskentelytapoja, ja työn kuormittavuuden vähenemistä pidettiin tärkeänä. Kehittämistyön kohteeksi valikoitui Siun sotien Joensuun alueen tehostetun palveluasumisen yksikkö, jossa oli tarve kehittämiselle. Opinnäytetyön idea sai hyvän vastaanoton. Idea esiteltiin ensin tehostetun palveluasumisen palvelujohtajalle ja tämän jälkeen yhteyttä otettiin Kanervakodin palveluesimieheen, jolle opinnäytetyön idea esiteltiin seuraavaksi. Keväällä 2017 idea esiteltiin myös Kanervakodin hoitotyöntekijöille osastokokouksen yhteydessä.

Suunnitteluvaiheessa täytyy käytännön toteutusta suunnitella ja valmistella. Suunnittelulle on hyvä varata riittävästi aikaa ja tehdä se huolellisesti. Suunnitteluvaiheen ei kuitenkaan kannata olla liian pitkä, sillä se voi viivästyttää itse kehittämisvaihetta. Suunnittelulla mahdollistetaan tiettyjen asioiden tekeminen oikein ja aikataulussa. Hyvä suunnitelma osoittaa kehittämisprosessin tavoitteet, mitä prosessin aikana tehdään ja miten. Lisäksi suunnitelmassa tulee ilmetä ketkä prosessiin osallistuvat ja mikä on prosessin tavoite. (Heikkilä ym. 2008, 68–69; Toikko & Rantanen 2009, 58.) Suunnitteluvaiheessa sovitaan kehittämisprosessiin osallistuvien kesken erilaisista työkäytännöistä sekä toimintatavoista (Pikkarainen 2015b, 11).

Opinnäytetyön suunnitelma hyväksyttiin elokuussa 2017. Tutkimuslupa saatiin Siun sotelta lokakuussa 2017, jonka jälkeen tehtiin toimeksiantosopimus (liite 1). Tutkimusluvan hankkiminen kuuluu hyvään tieteelliseen käytäntöön, ja se edistää tutkimuksen eettisyyttä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Opinnäytetyön idea muovautui vielä syksyn 2017 aikana ja aihetta käytiin esittelemässä hoitotyöntekijöille uudelleen. Tuolloin painotettiin heidän osallisuuttaan sekä vaikuttamismahdollisuuksia kehittämisprosessin aikana. Palveluesimiehen kanssa sovittiin työpajojen aikataulutuksesta, ja työpajoja pidettiin sekä tammi-kuussa että huhtikuussa 2018.

Suunnitteluvaiheen jälkeen alkaa käynnistys- ja toteutusvaihe. Toteutusvaihe on prosessin varsinainen työskentelyvaihe, jolloin suunnitelma tulee käytäntöön. On tärkeää, että prosessiin osallistuvat saadaan sitoutettua kehittämistyöhön ja osallistujien innostus ja motivaatio säilyvät koko prosessin ajan. Tämän vaiheen aikana tuotetaan uutta tietoa tai muokataan jo olemassa olevaa. Tarkoituksena on saada aikaan prosessin tulos, jonka tulee olla käytännönläheinen ja tarpeellinen. Tässä vaiheessa käytetään erilaisia osallistavia menetelmiä. (Heikkilä ym. 2008, 102, 109; Arola & Suhonen 2014, 18.) Toteutusvaihe toteutettiin syksyn 2017 ja kevään 2018 välisenä aikana. Toteutusvaiheeseen kuului hoitotyöntekijöille suunnattu alkukartoituskysely, kolme erilaista työpajaa sekä toimintamallin laatiminen ja esittely Kanervakodissa.

Päätämismuutoksen kehittämisprosessin tuotos luovutetaan yhteisöön, johon kehittäminen on tehty. Lisäksi kehittämistehtävä dokumentoidaan eli tehdään loppuraportointi. On tärkeää kerätä kehittämismuutoksen aikana saatu tieto ja kokemukset talteen. Loppuraportoinnissa myös arvioidaan prosessin etenemistä, toimintaa ja tuloksia. Arvioinnin yhtenä tehtävänä on suunnata kehittämis-toiminnan prosessia. (Heikkilä ym. 2008, 121, 131; Toikko & Rantanen 2009, 61, 82–83.) Päätämismuutokseen kuului toimintamallin esittely Kanervakodissa sekä opinnäytetyön raportin kirjoittaminen syksyllä 2018. Opinnäytetyöseminääri pidettiin joulukuussa 2018, jolloin lopullinen työ esitettiin.

Päätämismuutokseen kuuluu myös tulosten levittäminen ja juurruttaminen (Stenvall & Virtanen 2012, 17). Usein tulosten levittämiseksi on erillinen prosessi ja näin ollen se ei välttämättä kuulu varsinaisen kehittämismuutoksen sisälle. Tulosten levittämistä voidaan edistää tuotteistamisen avulla. Malli, joka kuvaa kehitettyä työmenetelmää, auttaa esimerkiksi työntekijöitä asian ymmärtämisessä ja sitä kautta levittämisessä. Uusien käytäntöjen levittäminen ja sen ylläpitäminen on oma sosiaalinen prosessi, joka vie aikaa. (Toikko & Rantanen 2009, 62–63.) Kehittämisprosessin tuotoksena laaditun toimintamallin levittäminen ja juurruttaminen eivät kuuluneet opinnäytetyön kehittämismuutokseen, vaan ne jäivät Kanervakodin työyhteisön tehtäväksi.

5.7 Kehittämisprosessin toteutus

Ennen työpaja 1:n järjestämistä laadittiin hoitotyöntekijöille alkukartoituskysely (liite 2). Kyselyn tavoitteena oli kartoittaa hoitotyöntekijöiden tieto ja osaaminen kuntouttavasta työotteesta sekä ergonomisesta työskentelystä. Alkukartoituksen yhteydessä lähetettiin vielä opinnäytetyön tekijöiden sekä opinnäytetyön aiheen esittely saatekirjeen (liite 3) muodossa. Alkukartoituskysely toteutettiin lokamarraskuun vaihteessa 2017.

Opinnäytetyön tekijät suunnittelivat työpajojen sisällön sekä käytettävät osallistavat menetelmät. Ensimmäiset työpajat sovittiin alustavasti pidettäväksi loppuvuodesta 2017, mutta sekä opinnäytetyön tekijöiden että Kanervakodin aikataulullisten syiden vuoksi työpajojen ajankohta siirtyi tammikuulle 2018. Tammi-kuussa järjestettiin kaksi samansisältöistä työpajaa ja toiset kaksi työpajaa järjestettiin huhtikuussa 2018. Huhtikuun työpajat 2 ja 3 olivat sisällöltään erilaiset.

Toimintamallin laatimisen jälkeen malli esiteltiin Kanervakodissa kesäkuussa 2018. Tuolloin kysyttiin vielä kommentteja toimintamallista sekä arviointia koko kehittämisprosessista. Opinnäytetyön aineiston keruuta sekä raportointia tehtiin koko kehittämisprosessin ajan. Raportointi tapahtui pääosin syksyn 2018 aikana ja tehtiin loppuun joulukuuhun 2018 mennessä.

5.7.1 Alkukartoituskyselyn toteutus

Ennen ensimmäisiä yhteisiä työpajoja haluttiin alkukartoituskyselyllä selvittää hoitotyöntekijöiden tieto sekä osaaminen kuntouttavasta työotteesta sekä ergonomisesta työskentelystä. Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin sähköinen kyselylomake. Lomake voidaan täyttää valvotusti ryhmätilanteessa tai vastaaja täyttää lomakkeen itsenäisesti esimerkiksi kotona (Valli 2018, 92–93). Kyselyllä kartoitetaan osallistujien käsityksiä ja tietoja kehitettävästä asiasta (Vehkalahti 2014,11). Vastausten perusteella voidaan kehittämistyötä tai koulutusta suunnata paremmin (Ronkainen & Karjalainen 2008, 7–8). Kyselylomakkeen vas-

taukset auttoivat opinnäytetyön tekijöitä työpajan 1 suunnittelussa sekä aktivoivan luennon sisällön kokoamisessa.

Kysely toteutettiin Google Forms -verkkokyselynä 24.10.2017 – 31.11.2017 välisenä aikana. Verkkokyselyn avulla tavoitetaan vastaajat nopeasti ja kustannuksia ei juuri tule. Verkkokyselyn aineistoa on myös helppo hallita, kun aineistoa ei tarvitse enää uudestaan tallentaa sähköiseen muotoon. (Ronkainen, Karjalainen & Mertala 2008, 17.) Kyselylomake on hyvä testata ennen varsinaisen kyselyn lähettämistä. Testaamisella tarkoitetaan, että muutama perusjoukkoa vastaava ihminen täyttää kyselylomakkeen ja antaa siitä palautetta kriittisesti. Arvioinnin kohteena tulisi olla kysymysten ja ohjeistuksen selkeys, vastausvaihtoehtojen toimivuus ja vastaamiseen käytetty aika. (Heikkilä 2014, 58.) Ennen kyselyn lähettämistä Kanervakodin hoitotyöntekijöille kyselylomakkeen toimivuutta testattiin testiryhmällä, joka koostui kolmesta hoitoalan ammattilaisesta. Testiryhmän avulla varmistettiin, ettei kyselyssä esitettyjä kysymyksiä ymmärrettä väärin. Testiryhmän palautteen perusteella kyselylomaketta ei muutettu.

Linkki kyselylomakkeeseen lähetettiin ensin sähköpostilla Kanervakodin palvelusmiehelle lokakuussa 2017, joka laittoi sähköpostin eteenpäin hoitotyöntekijöille. Näin kaikki kehittämisprosessiin osallistuvat hoitotyöntekijät saavutettiin. Sähköpostiviestiin laadittiin mukaan tiedote, jossa esiteltiin opinnäytetyön tekijät sekä opinnäytetyön aihe. Kyselylomakkeen alussa oli saatekirje (liite 2), jossa vielä kerrattiin opinnäytetyön aihe ja tarkoitus. Vehkalahten (2014) mukaan saatetekstin merkitys on tärkeä kyselylomakkeelle, koska sen perusteella vastaaja motivoituu vastaamaan kyselyyn. Hyvä saatekirje herättää vastaajan kiinnostuksen kyselyyn. (Vehkalahti 2014, 48.)

Kyselylomakkeen riskinä on alhainen vastausprosentti, ja lisäksi vastauslomakkeiden palautus voi viivästyä. Uusintakyselyt ja viivästykset haittaavat tutkimuksen aikataulua. (Hirsjärvi ym. 2009, 196.) Vastausaikaa olisi hyvä olla 1-2 viikkoa ja kysymykset tulisi lähettää osallistujille hyvissä ajoin ennen yhteistä tapaamista (Kupias & Koski 2012). Kyselylomakkeeseen oli aikaa vastata noin kolme viikkoa. Vastausaikaa pidennettiin kolmella viikolla lisää, jotta saataisiin mahdollisimman monta vastausta. Vastausajan pidentymisestä ilmoitettiin pal-

veluesimiehelle sähköpostilla, jossa oli uudestaan linkki kyselylomakkeeseen. Kysely tehtiin loka-marraskuun aikana noin kaksi kuukautta ennen ensimmäistä yhteistä työpajaa.

Kyselylomakkeen kysymysten ideana on saada vastauksia kehittämiskohteen liittyvään kysymykseen. Kysymyksiin työntekijät vastaavat yksilöllisesti oman näkemyksensä ja tietonsa mukaan. Kyselyn ei tulisi olla liian pitkä ja aikaa vievä, vaan kysymyksiin tulisi olla helppo vastata. Liian pitkät ja hankalat kysymykset voivat luoda kielteisiä tuntemuksia tulevasta tapaamisesta. Avoimet kysymykset ovat suljettuja kysymyksiä parempia siinä mielessä, että ne antavat enemmän tietoa. Osallistujat voivat vastata kysymyksiin omin sanoin. (Kupias & Koski 2012.) Kyselylomakkeen alussa selvitettiin vastaajien taustatiedot eli sukupuoli, ikä ja koulutustausta. Taustatietojen jälkeen siirryttiin avoimiin kysymyksiin, jotka käsitelivät kuntouttavaa työtettä sekä ergonomisia työtapoja. Avoimilla kysymyksillä saatiin kartoitettua hoitotyöntekijöiden osaamista ja tietämystä kuntouttavasta työotteesta sekä ergonomisesta työskentelystä (liite 2.). Alkukartoituskyselyyn valittiin avoimet kysymykset, koska haluttiin hoitotyöntekijöiden itse pohtivan vastauksia. Avoimet kysymykset mahdollistivat sen, että he saivat vastata vapaasti omin sanoin annettuihin kysymyksiin.

Vastauksista on hyvä tehdä lyhyt yhteenveto ja esitellä se osallistujille koulutuksen alussa tai käydä niitä läpi jollakin tavalla (Kupias & Koski 2012). Vastaukset käytiin läpi sisällönanalyysin avulla ja niistä etsittiin samankaltaisuuksia (liite 4). Vastauksista laadittiin lyhyt yhteenveto työpaja 1:n aktivoivan luennon yhteyteen. Vastaukset käytiin läpi yhdessä hoitotyöntekijöiden kanssa keskustellen.

5.7.2 Työpaja 1

Kaikki työpajat pidettiin Kanervakodin kanssa samassa rakennuksessa sijaitsevan yksityisen palvelukodin työntekijöiden taukotilassa. Kanervakodin hoitotyöntekijät pääsivät näin irrottautumaan työstään eikä keskeytyksiä tullut. Kaikki työpajat olivat kahden tunnin pituisia, ja työpajassa työskentely kuului hoitotyöntekijöiden työaikaan.

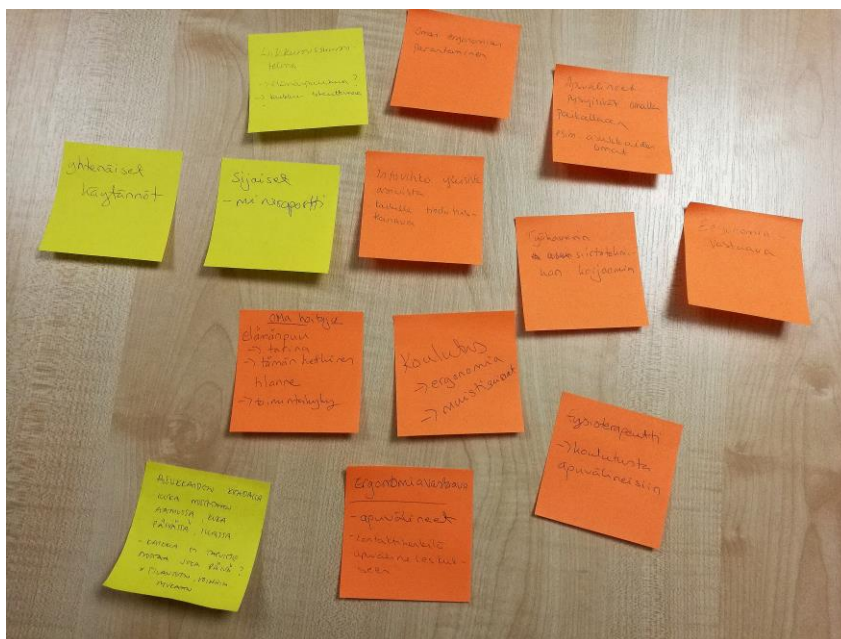
Opinnäytetyön ensimmäisenä tehtävänä oli selvittää hoitotyöntekijöiden kokeemat kehittämistarpeet liittyen kuntouttavaan työotteeseen sekä ergonomiseen työskentelyyn. Työpajan 1 tarkoituksena oli kerrata ja lisätä tietoutta kuntouttavasta työotteesta sekä ergonomisesta työskentelystä aktivoivan luennon avulla. Aktivoivan luennon perusteena olivat alkukartoituskyselyn tulokset. Tavoitteena oli löytää työyhteisössä tällä hetkellä olevia kehitettäviä työskentelytapoja ergonomisesta työskentelystä ja kuntouttavasta työotteesta. Työpaja 1:n tulokset vaikuttivat seuraavan työpajan sisältöön ja toimintaan.

Samansisältöinen työpaja pidettiin kaksi kertaa ja näihin työpajoihin osallistui eri hoitotyöntekijät. Ajatuksena oli saada mahdollisimman moni osallistumaan kehittämistehtävään, ja antamaan oma panoksensa työyhteisön kehittämiseen. Työpajat pidettiin tammikuun 2018 aikana.

Työpaja 1 pidettiin 11.1.2018. Työpajaan osallistui seitsemän hoitotyöntekijää ja tässä opinnäytetyössä se on nimetty A -ryhmäksi. Toinen samansisältöinen työpaja pidettiin 30.1.2018 ja silloin osallistujina oli kaksi hoitotyöntekijää. Tästä ryhmästä käytetään nimitystä B -ryhmä. Työntekijöissä oli mukana sekä lähi- että sairaanhoitajia. Molemmilla kerroilla opinnäytetyön tekijät esittäytyivät sekä esittelivät kehittämistyön. Tämän jälkeen pidettiin lyhyt aktivoiva luento kuntouttavasta työotteesta ja ergonomisesta työskentelystä PowerPointin avulla. Alkukartoituskyselyn vastaukset käytiin lyhyesti läpi aktivoivan luennon aikana ja niistä saatiin keskustelua aikaiseksi. Jokaisen avoimen kysymyksen vastauksista oli tehty yhteenveto luennon yhteyteen. Molemmissa ryhmissä päästiin jo aktivoivan luennon aikana keskustelemaan hoitotyöntekijöiden kanssa työyhteisön kehitettävistä työskentelytavoista liittyen ergonomiaan sekä kuntouttavaan työotteeseen.

Aktivoivan luennon jälkeen A -ryhmän hoitotyöntekijöiltä kysyttiin työyksikön toiminnasta, asukkaista sekä heidän toimintakyvystään. Tämän jälkeen ryhmä jaettiin kahteen pariin ja yhteen kolmen hengen ryhmään. Pienryhmissä hoitotyöntekijät saivat miettiä, mitä hyviä sekä kehitettäviä toimintatapoja työyhteisössä on tällä hetkellä liittyen kuntouttavaan työotteeseen ja ergonomiseen työskentelyyn. Pienryhmissä nousseet ajatukset käytiin yhdessä läpi, kun jokai-

nen pienryhmä kertoi pohdintansa muille. Tämän jälkeen koko ryhmä yhdessä mielti kehittämisideoita asioihin, jotka oli aikaisemmin tuotu esiin. Aluksi ideoita tuotettiin melko hyvin ja ne kirjattiin Post-it lapuille. Tarvittiin kuitenkin opinnäytetyön tekijöiden ohjausta ja avustusta, jotta ideointi jatkui. Opinnäytetyön tekijät kehittäjinä ohjasivat ja avustivat hoitotyöntekijöitä eteenpäin ja tällä tavalla ideointi saatiin jatkumaan. Ideat pyydettiin kirjaamaan edelleen ylös Post-it lapuille, mutta kirjoittaminen tehtiin hoitotyöntekijöiden puolesta. Ideoinnin aikana ohjattiin keskustelua takaisin kehitettävään aiheeseen, sillä se meinasi lähteä käsiteltävästä asiasta pois. Osallistavana menetelmänä käytettiin aivoriihtä. Kuvassa 1 on esitetty A -ryhmän tuloksia yhteisen ideoinnin jälkeen.

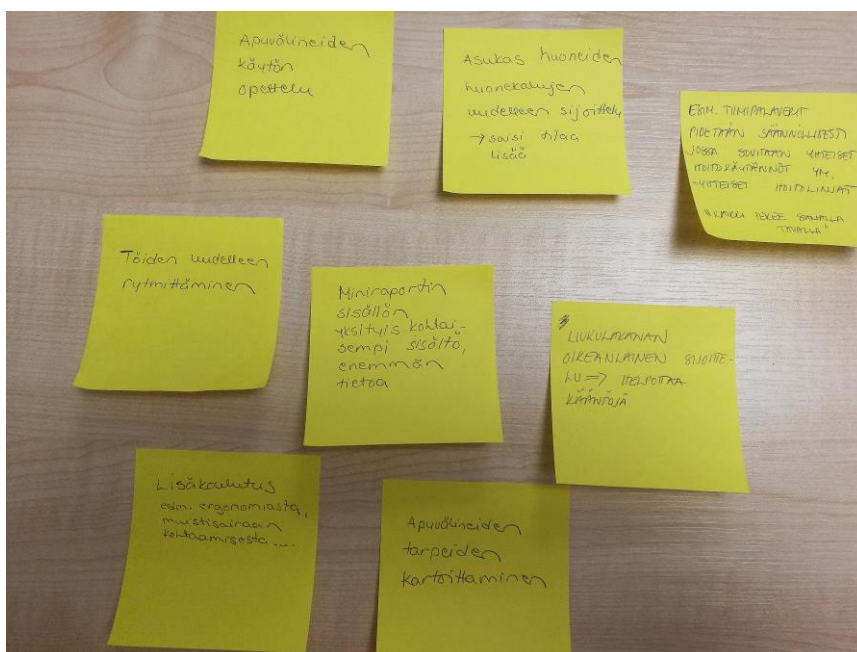


Kuva 1. A -ryhmän ideoinnit (Kuva: Heidi Puruskainen).

Opinnäytetyön tekijät aikatauluttivat työpajan eri osiot ennen työpajaa, jotta kaikki työpajassa käsiteltävät asiat tulisivat tehtyä. Aikataulu toteutui hyvin, ja työpajaan varattu aika oli sopivan mittainen. Hoitotyöntekijöiden pohtiessa kehittämisideoita tarvittiin opinnäytetyön tekijöiden ohjausta enemmän kuin oli etukäteen ajateltu, mutta tämä ei muuttanut aikataulutusta.

B -ryhmän työpaja pidettiin 30.1.2018. B -ryhmään osallistui vain kaksi hoitotyöntekijää. Aluksi pidettiin aktivoiva luento, kuten A -ryhmän kanssa. B -ryhmän kanssa käytettiin soveltaen aivoriihi menetelmää, koska osallistujia oli kaksi. Molemmat hoitotyöntekijät miettivät itsekseen samaa aihetta kuin A -ryhmä eli

mitä hyviä sekä kehitettäviä toimintatapoja työyhteisössä on tällä hetkellä liittyen kuntouttavaan työotteeseen ja ergonomiseen työskentelyyn. Seuraavaksi ajatukset käytiin läpi yhdessä. Keskustelun jälkeen hoitotyöntekijöille näytettiin kahta erilaista toimintamallia, jotka eivät millään tavalla liittyneet omaan opinnäytetyöhön. Ajatuksena oli, että hoitotyöntekijät hahmottaisivat paremmin mikä on toimintamalli ja sen idea. Parityöskentelyn avulla he ideoivat Post-it lapuille toimintamalliin tulevia asioita samalla tavalla kuin A -ryhmäkin. A -ryhmälle toimintamallia ei näytetty sillä idea sen esittämisestä tuli A -ryhmän työpajan jälkeen. B -ryhmän ideointi Post-it lapuille oli sujuvaa ja vapautunutta. Kuvassa 2 on esitetty B -ryhmän tuloksia ideoinnin jälkeen.



Kuva 2. B -ryhmän ideoinnit (Kuva: Heidi Puruskainen).

Opinnäytetyön toisena tehtävänä oli antaa ohjausta kehittämistä vaativiin asioihin liittyen kuntouttavaan työotteeseen sekä ergonomiseen työskentelyyn. Molemmilta ryhmiltä pyydettiin seuraavia työpajoja varten vaikea siirtotilanne asukkaankanssa, johon he tarvitsivat ohjausta. Tämä oli tarkoitus käydä yhdessä läpi työpajassa 2 ja antaa ohjeistusta siirron toteuttamisesta mahdollisimman ergonomisesti asukkaankanssa toimintakyky huomioiden. Hoitotyöntekijät miettivät yhdessä asukkaankanssa hankalan siirtotilanteen, jonka kirjasivat paperille ylös.

Lopuksi pyydettiin kirjallista palautetta (liite 5) työpajasta, sen toteutuksesta ja menetelmistä sekä terveisiä vetäjille. Palautteen tavoitteena oli saada tietoa millaisena hoitotyöntekijät kokivat työpajatyöskentelyn sekä ohjauksen työpajan aikana. Palautteen perusteella opinnäytetyön tekijät pystyivät muokkaamaan työskentelytapaa seuraavaan työpajaan.

5.7.3 Työpaja 2

Työpaja 2 pidettiin 4.4.2018. Työpaja aloitettiin kertomalla mitä edellisissä työpajoissa oli saatu aikaan. Työpajan 1 ideoinnin tulosten perusteella tähän työpajaan oli koottu teemoittain eri aihealueita (liite 6). Teemat oli koottu isoille paperiarkeille. Teemat saatiin yhdistelemällä Post-it laput samantyyppisiin aihealueisiin. Teemat jaettiin seitsemään eri pääotsikkoon ja osaan julisteista oli pääotsikoiden alle täydennetty asioita työpajan 1 ideoiden perusteella. Tehtävänä oli, että hoitotyöntekijät täydentävät esitetyjen julisteiden pääotsikoiden alle sisältöä, jotta jo olemassa olevat toimintatavat sekä uudet ideat tulisivat esiin tarkemmin. Työpaja 2:n tavoitteena oli miettiä keinoja ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi, samalla ottaen huomioon hoitotyöntekijän omat työskentelytavat ja ergonomia. Tarkoituksena oli saada alustava toimintamalli koottua.

Työpajaan 2 osallistui viisi hoitotyöntekijää, jotka jaettiin kahteen ryhmään. Osallistavana menetelmänä käytettiin soveltaen kumuloituvaa ryhmää. Ryhmien välillä julisteet kiersivät vuorotellen ja molemmat ryhmät saivat lisätä sisältöä julisteiden pääotsikoiden alle. Lisäksi hoitotyöntekijöille annettiin tehtäväksi keksiä suoria keinoja ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi, joka oli yhden julisteen teemana. Lopuksi kaikkien julisteiden sisältö käytiin yhdessä läpi ja tarvittaessa sisältöä vielä muokattiin hoitotyöntekijöiden toimesta. Hoitotyöntekijät lähtivät hyvin mukaan kehittämistehtävään, vaikuttaminen omaan työhön tuntui tärkeältä. Tämän työpajan jälkeen toimintamalli alkoi saada muotoansa.

Työpajassa 2 oli tarkoitus käydä läpi opinnäytetyön toiseen tehtävään liittyvä hoitotyöntekijöiden pohtima hankala siirtotilanne asukkaan kanssa. Hoitotyöntekijät olivat itse selvittäneet siirtotilanteen, eivätkä tarvinneet sen suhteen ohjau-

ta. Työpajassa keskusteltiin millä tavalla tilanne oli ratkaistu ja samalla annettiin suullisesti vinkkejä sekä neuvoja, kuinka toimia toisenlaisissa avustustilanteissa. Alun perin työpajatyöskentelyn aikana oli tarkoitus pohtia erilaisia asukkaan avustamistapoja sekä ergonomista työskentelyä ja kokeilla avustamistilanteita käytännössä. Käytännön ohjaus jäi pois, koska fysioterapeutti oli alkanut käydä Kanervakodissa kerran viikossa ja hoitotyöntekijät olivat saaneet häneltä ohjausta ergonomisesta työskentelystä. Lopuksi pyydettiin kirjallista palautetta työpajasta, sen ohjaajista sekä osallistavista menetelmistä (liite 5).

5.7.4 Työpaja 3

Kolmas ja viimeinen työpaja pidettiin 11.4.2018. Koska työpaja 2 tuotti sen verran kattavasti sisältöä, täytyi työpaja 3 toteuttaa eri tavalla. Alun perin tarkoituksena oli pitää työpajat 2 ja 3 samansisältöisinä. Päätettiin, että viimeisessä työpajassa keskitytään syventämään ja aikataulutamaan työpajassa 2 mietittyjä tehtäviä ja toimintoja. Esimerkkinä omahoitajan tehtävänä olevan elämänpuun sisällön päivittämisen aikataulu. Tavoitteena työpajalle oli kehittää lopullinen sisältö ikääntyneen toimintakykyä tukevaan toimintamalliin.

Työpajaan 3 osallistui viisi hoitotyöntekijää. Aluksi näytettiin ja käytiin läpi työpajan 2 tulokset, koska osallistujat olivat eri henkilöitä, eivätkä he tienneet työpajan tuloksista. Osallistavana menetelmänä käytettiin porinatuokiota. Työpajan aikana hoitotyöntekijät saivat miettiä yhdessä aikataulutusta ja lisätä tarvittaessa asioita edellisen työpajan tuloksiin. Jokainen asia käytiin yksitellen läpi osallistujien kanssa. Opinnäytetyön tekijät joutuivat kannustamaan päätöksien teossa, koska muuten aikataulutusta ei olisi saatu tehtyä. Tämän jälkeen työpajassa saatiin tehtyä päätöksiä ja toimintamallin sisältö oli valmis. Lopuksi pyydettiin palautetta työpajasta (liite 5), sen ohjaajista sekä osallistavista menetelmistä.

6 Tulokset ja tuotokset

6.1 Alkukartoituskyselyn tulokset

Alkukartoituskyselyssä oli neljä kysymystä, jotka koskivat kuntouttavaa työtettä sekä ergonomista työskentelytapaa. Kysely lähetettiin kaikille 18 hoitotyöntekijälle ja vastauksia saatiin 10, vastausprosentin ollessa 56. Vastaajista kaksi kuului ikäryhmään 36 - 45 -vuotiaat, kuusi ikäryhmään 46 - 55 -vuotiaat ja kaksi ikäryhmään 56 - 65 -vuotiaat. Kaikki vastaajat olivat naisia ja kaikki olivat käyneet toisen asteen koulutuksen. Kyselyn lähettämisen aikaan hoitotyöntekijöitä oli 18, tällä hetkellä heitä on 17 (Oinonen 2018).

Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin mitä hoitotyöntekijälle tarkoittaa käsite kuntouttava työote. Vastauksista nousi esille etenkin asukkaan omien voimavarojen huomioiminen ja hyödyntäminen. Lisäksi vastattiin, että asukasta kannustetaan ja ohjataan tekemään mahdollisimman paljon itse eikä tehdä asioita asukkaan puolesta.

Toimintakykyä ylläpitävä työote, on työskentelytapa, jossa asiakasta kannustetaan ja ohjataan toimimaan niin itsenäisesti kuin hän kykenee. Käytännössä lähihoitaja kannustaa ja tukee asiakasta omatoimisuuteen eikä tee asiakkaan puolesta asioita, joita tämä kykenee itse tekemään.

Kuntouttava työote on sitä että antaa asukkaiden tehdä mahdollisimman paljon itse päivittäisiin toimiin liittyviä asioita heitä tukien ja ohjaten jotta toimintakyky säilyisi. Mielestäni kuntouttava työote on fyysisen lisäksi myös sosiaalista ja psyykkistäkin.

Toisessa kysymyksessä kysyttiin miten kuntouttava työote näkyy työssä. Vastaukset tukivat ensimmäisen kysymyksen vastauksia. Asukkaan annetaan tehdä itse kaikki mitä pystyy tekemään, annetaan aikaa tehdä. Huomioidaan asukkaan voimavarat ja kannustetaan sekä ohjataan tekemään itse. Lisäksi huomioidaan apuvälineiden käyttö.

Ohjaan, avustan asukkaita päivittäisissä toiminnoissa kuten liikkumisessa, ruokailuissa, peseytymisessä jne. Muistisairauden vuoksi he tarvitsevat paljon apua. Annan asukkaiden tehdä itse asioita vaikka pieniäkin

(tukan kampaaminen, hampaiden pesu) usein kuitenkin tulee tehtyä puolesta koska aika on rajallinen.

Kolmannessa kysymyksessä kysyttiin mitä hoitotyöntekijälle tarkoittaa käsite ergonominen työskentelytapa. Vastausten mukaan ergonomiseen työskentelytapaan kuuluvat hyvät ja oikeanlaiset työasennot sekä oman kehon kuormittamisen vähentäminen. Lisäksi työskentelytapaan kuuluvat apuvälineiden käyttö sekä riittävän tilan huomioiminen työskennellessä.

Ergonominen työskentely on itseä säästävää työntekoa, jossa huomioidaan mm. työskentelyasennot.

Työskentelytapa, jossa otetaan huomioon sekä asukkaan että hoitajan oikeaoppinen työotteet mm. nostoissa, apuvälineiden käytössä jne.

Neljännessä kysymyksessä kysyttiin miten ergonominen työskentelytapa näkyy työssä. Vastaukset olivat yhtäläisiä kolmannen kysymyksen vastausten kanssa. Apuvälineitä hyödynnetään, lisäksi huomioidaan oma työasento muun muassa sängyn korkeutta säätämällä. Vastauksista ilmeni myös, että ergonomista työskentelytapaa on joskus vaikea toteuttaa tilan ahtauden vuoksi.

Hyödynnän apuvälineitä esim. sähkösätkyä työskennellessäni. Säädän sängyn hoitotasolle jotta työskentely olisi helpompaa. Myös avustajani asukkaita esim. pukeutumistilanteissa pyrin huomiomaan työskentelyasentoni (polviseisonta/kyykky) kenkiä tai sukkaa laitettaessa. Aina kun mahdollista teemme hoitotyötä parityöskentelynä etenkin raskaimpien asukkaiden kohdalla. Toki kaikki tilat ei ole ajateltu ergonomiaa huomioiden (ahtaat/pienet välit) yms.

Alkukartoituskyselyn vastausten perusteella saatiin selville Kanervakodin hoitotyöntekijöiden tieto ja osaaminen kuntouttavasta työotteesta sekä ergonomisesta työskentelystä. Vastauksia hyödynnettiin aktivoivan luennon laatimisessa, joka pidettiin ensimmäisessä työpajassa. Vastauksista nousi selkeästi esille ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen huomioiden asukkaan voimavarat ja ohjaamalla omatoimisuuteen. Ergonomisessa työskentelytavassa taas nousivat esiin oikeanlaiset työasennot ja apuvälineiden käyttö.

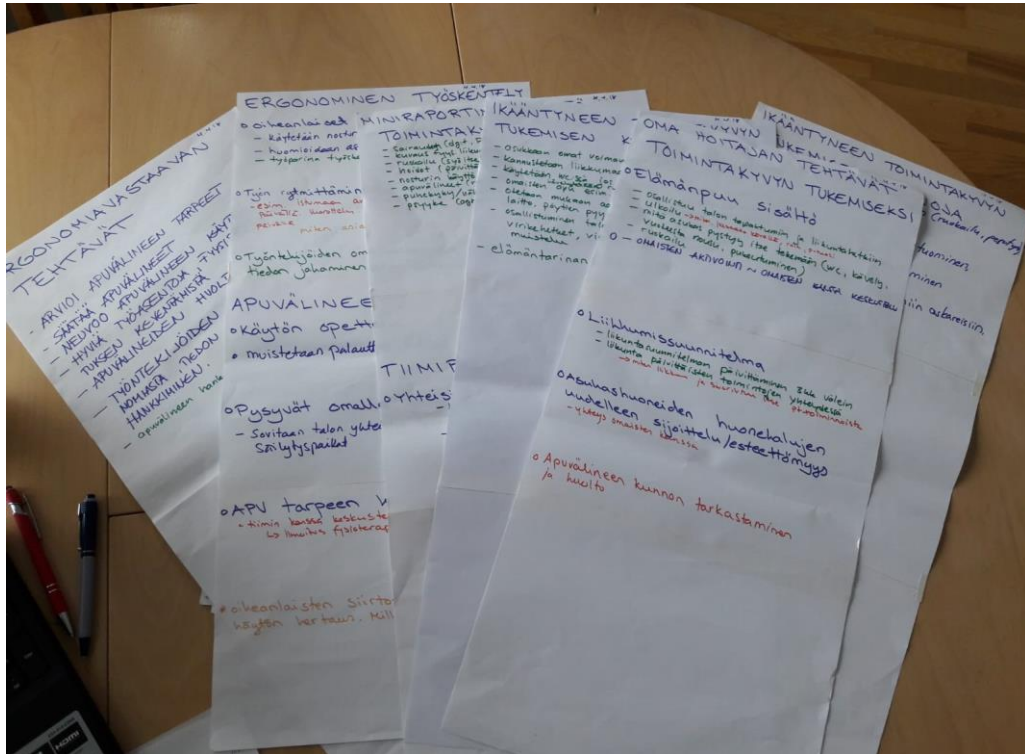
6.2 Työpajatyöskentelyjen tulokset

Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää hoitotyöntekijöiden kokemat kehittämistarpeet liittyen kuntouttavaan työotteeseen sekä ergonomiseen työskentelyyn. Lisäksi tehtävänä oli laatia toimintamalli ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi huomioiden edellä mainitut asiat. Toimintamalli koottiin työpajoista saaduilla tuloksilla. Työpajojen tulokset koostuivat hoitotyöntekijöiltä itseltään.

Työpaja 1 pidettiin kaksi kertaa samansisältöisenä, ryhmät jaettiin A ja B -ryhmiksi. Molempien ryhmien tulokset auttoivat alustavasti rakentamaan tulevaa toimintamallia. Tulokset olivat ajankohtaisia ja monipuolisia. Molemmista ryhmistä saatiin hyviä ideoita kuinka kuntouttavaa työtettä ja ergonomista työskentelytapaa voidaan kehittää.

Työpajan 1 tuloksista koottiin työpajaan 2 kuusi eri aihealuetta eli teemaa, jotka olivat ergonomiavastaavan tehtävät, ergonominen työskentely, apuvälineet, tiimipalaverit, omahoitajan tehtävät ja miniraportin sisältö toimintakyvyn tukemiseksi. Työpaja 1:n tulokset toivat ilmi sen, että ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen tulee tuoda enemmän esiin. Hoitotyöntekijät haluttiin saada miettimään käytännöllisiä ja konkreettisia keinoja ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi. Näin ollen työpajaan 2 lisättiin yksi teema opinnäytetyön tekijöiden toimesta ja teemana oli ikääntyneen toimintakyvyn tukemisen keinot. Näin teemoja oli yhteensä seitsemän.

Työpajaa 2 varten toteutetun teemoittelun avulla saatiin hyviä keinoja ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi sekä keinoja toteuttaa kuntouttavaa työtettä ja ergonomista työskentelytapaa. Teemoittelu selkeästi auttoi hoitotyöntekijöitä kehittämään keinoja, jotka ovat toteutettavissa heidän omassa työyhteisössään. Kuvassa 3 on esitetty tuloksia, joita hoitotyöntekijät kehittivät työpajassa 2. Tarvemmin tulokset on käyty läpi liitteessä 7.



Kuva 3. Työpajan 2 kehittämisiädeat (Kuva: Heidi Puruskainen).

Tuloksista käy ilmi, että hoitotyöntekijät kehittivät sekä välillisiä että välittömiä ikääntyneen toimintakyvyn tukemisen keinoja. Tässä työssä välilliset keinot ovat hoitajan työn ja toiminnan kautta vaikuttavia keinoja, joita ovat teemat ergonomiavastaava, ergonominen työskentely, apuvälineet, tiimipalaverit, omahoitajan tehtävät sekä miniraportin sisältö. Välittömät keinot kohdistuvat suoraan ikääntyneeseen ja hänen toimintakyvynsä tukemiseen.

Taulukossa 1 on esitetty ikääntyneen toimintakyvyn tukemisen välittömät keinot, joita hoitotyöntekijät kehittivät työpajassa 2. Keinoista esille nousee ikääntyneen voimavarojen huomioiminen ja käyttäminen päivittäisissä toiminnoissa, kuten liikkumisessa ja ruokailussa. Myös osallistuminen erilaisiin tapahtumiin nousi esiin. Lisäksi omaisten apu ja osallisuus koettiin tärkeänä toimintakyvyn tukemisen keinona. Ikääntyneen toimintakyvyn tukemisen keinoissa hoitotyöntekijät ovat ottaneet huomioon fyysisen, psyykkisen sekä sosiaalisen toimintakyvyn.

Taulukko 1. Työpajan 2 tuloksia. Hoitotyöntekijöiden kehittämät ikääntyneen toimintakyvyn tukemisen keinot.

IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYVYN TUKEMISEN KEINOT:
<ul style="list-style-type: none"> - asukkaan omat voimavarat käyttöön - kannustetaan liikkumaan - käytetään wc:ssä, jos pystyy liikkumaan avustettuna - kävelytetään ruokailemaan/tuodaan ruokailemaan - omaisten apu esim. ulkoilussa, omaisten osallisuus - otetaan mukaan aamuaskareisiin, esim. päiväpeiton laitto, pöytien pyyhkiminen ym. pienet toimet - osallistuminen talon tapahtumiin (hartaudet, virikehetket, vierailijaryhmät, kuorot), jumppa, muistelu - elämäntarinan tunteminen

Työpajasta 2 saadut tulokset selkeyttivät toimintamallin muodostumista ja hoitotyöntekijöiden tuottamat keinot olivat hyviä. Työpajan 3 tavoitetta ja sisältöä muutettiin, koska ajateltiin, ettei toinen samansisältöinen työpaja tuottaisi enää uusia ajatuksia ja tuloksia. Lisäksi aikataulutuksen sekä vastuuhenkilöiden päättäminen, jotka käsiteltiin työpajassa 3, olisivat vaatineet vielä yhden työpajan, eikä ylimääräisestä työpajasta ollut keskusteltu. Viimeisessä työpajassa haluttiin keskittyä muodostamaan toimintamalli valmiiksi.

Työpajassa 3 hyödynnettiin työpajan 2 tuloksia, ja tulokset kerrottiin työpajaan osallistuville. Viimeisen työpajatyöskentelyn aikana erilaiset keinot saatiin aikataulutettua, esimerkkinä omahoitaja, jonka tehtävänä on päivittää elämänpuu sekä liikuntasuunnitelma kolmen kuukauden välein. Hoitotyöntekijät kokivat, että ergonomiavastaavan toimenkuva ei tällä hetkellä ole tarpeellinen, koska fysioterapeutti työskentelee Kanervakodissa kerran viikossa. Hänen toimenkuvansa on kuntouttaa asukkaita, kartoittaa apuvälineiden tarvetta sekä tarvittaessa ohjata ja avustaa hoitotyöntekijöitä asukkaiden avustustilanteissa. Oikeanlaiset siirtotekniikat ja apuvälineiden käyttö kuuluvat jokaisen hoitotyöntekijän velvollisuuksiin, joten ergonomiavastaavan teema poistettiin toimintamallista.

6.3 Ikääntyneen toimintakykyä tukeva toimintamalli

Kehittämisen prosessin kolmantena tehtävänä oli laatia toimintamalli ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi Kanervakodin hoitotyöntekijöille. Juhta (2012) kirjoit-

taa, että prosessin kehittämisen lähtökohtana on organisaation strategia, visiot sekä toimintaperiaatteet. Tavoitteina ovat toiminnan tehostaminen, toiminnan laadun parantaminen, ongelmatilanteiden hallinta sekä kustannussäästöt. Prosessit voidaan jakaa neljään eri osa-alueeseen, jotka ovat prosessikartta, toimintamalli, prosessin kulku ja työnkulku. Mallia valitessa tulee sen olla juuri oikeaan käyttötarkoitukseen valittu ja siinä tulee olla oleellinen tieto kehitettävästä asiasta. (Juhta 2012, 3, 6.)

Toimintamallissa huomioitiin hoitotyöntekijöiden kuntouttavan työotteen sekä ergonomisen työskentelyn toteutuminen. Kaikkien kolmen työpajatyöskentelyn tuloksena saatiin aineisto toimintamallin laatimiseen. Toimintamallin sisältö muodostui yhteisten työpajojen aikana Kanervakodin hoitotyöntekijöiden toimesta. Toimintamallin varsinaisessa muodostamisessa hoitotyöntekijät eivät olleet mukana vaan opinnäytetyön tekijät laativat toimintamallikaavion.

Toimintamalli on tiivistetty ja selkeä malli saavutetusta ratkaisusta. Toimintamallista täytyy selvittää sen käyttötarkoitus, keskeinen ajatus sekä toimintamallin keskeiset toimijat. Se voi sisältää toimijoiden tehtävät sekä toimintaa ohjaavat säännöt, mutta toimintamallilla ei kuitenkaan kuvata kehittämisprosessia. Hyvästä toimintamallista löytyvät mallia kuvaavat otsikot sekä lyhyet, selkeästi kirjoitetut virkkeet. Selkeästi kuvattua toimintamallia voivat hyödyntää myös ulkopuoliset toimijat. (Innokylä 2018.)

Toimintamalli laadittiin toukokuussa, jolloin kaikki työpajat oli pidetty. Toimintamallista haluttiin tehdä tiivis, selkeä ja helposti luettava. Mallin laatimisessa otettiin huomioon, että hoitotyöntekijöiden tärkeimpinä pitämät kehitetyt asiat olivat mukana. Toimintamallista laadittiin kaavio Word-tiedostona, jolloin se on helposti tulostettavissa Kanervakodin käyttöön.

Kanervakodin toimintamalli ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi esitetään liitteessä 8. Toimintamallissa työpajojen tulosten eri aihealueet jaoteltiin omiksi ryhmikseen eli teemoihin. Teemoja ovat ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen, omahoitajan tehtävät, ergonominen työskentely, apuvälineet, miniraportti toimintakyvyn tukemiseksi sekä tiimipalaverit. Jokaisen teeman alle alakohdittiin jaoteltua

tiin eri teemoihin liittyvät tehtävät ja tehtävänkuvat. Lisäksi alakohtiin lisättiin tehtävien vastuuhenkilöt sekä aikataulukus. Jokainen toimintamallissa oleva teema pitää sisällään hoitotyöntekijöiden ergonomisen työskentelyn ja kuntouttavan työotteen huomioimisen lisäksi ikääntyneen toimintakyvyn tukemisen. Toimintamallin tarkoitus on kannustaa ja ohjata hoitotyöntekijöiden toimintaa työssään.

Esimerkkinä toimintamallista voidaan käyttää ergonomista työskentelyä, joka on yksi toimintamallin teemoista. Teeman alla on kolme eri alakohtaa sekä alakohtiin liittyvä sisältö. Ensimmäisenä alakohtana on oikeanlaiset siirtotekniikat. Tämä sisältää apuvälineiden käytön, asukkaan voimavarojen huomioimisen sekä työparina työskentelyn. Toisena alakohtana on työn rytmittäminen, johon kuuluu sopiminen asukkaan istumaan avustamisen vuorottelusta. Kolmas alakohta on hoitotyöntekijöiden oma vastuu ergonomiasta ja apuvälineiden oikeanlaisesta käytöstä. Tämän alakohdan alle kuuluvat itsenäinen tiedon hankkiminen ja jakaminen sekä fysioterapeutin ohjaus 1-2 kertaa vuodessa liittyen asukkaan avustamistilanteeseen.

Toimintamallia käytiin esittelemässä 12.6.2018 Kanervakodissa, jolloin paikalla oli työntekijöiden lisäksi palveluesimies eli hoitotyöntekijöiden lähiesimies. Toimintamalli selitettiin työntekijöille ja heiltä kysyttiin kehittämisehdotuksia sekä palautetta mallista. Kanervakotiin jätettiin kaksi A3 kokoista tulostetta mallista, ja kehittämisehdotusten tekemiseen annettiin aikaa kaksi viikkoa. Kehittämisehdotukset oli määrä kirjata tulosteisiin. Kahden viikon jälkeen tulosteet käytiin hakemassa pois, eikä kehittämisehdotuksia ollut tullut. Toimintamalli viimeisteltiin tämän jälkeen, jolloin se myös tarkastettiin kirjoitusvirheiden osalta, ja muun muassa mallin nimeä muokattiin.

6.4 Kehittämisen prosessin arviointi

Arviointi on yksi kehittämissuorituksen tehtävä. Sen tarkoituksena on tuottaa tietoa, jolla toimintaa parannetaan ja kehittämissuoritusta ohjataan. Arviointi tuo ilmi sen, että kehittämissuorituksen aikana tavoitteet ja toimintatavat voivat muut-

tua. Toisena tehtävänä on tiedon tuottaminen kehitettävästä asiasta. Tätä voidaan arvioida kehittämisprosessin tarkoituksen ja tavoitteiden saavuttamisena. Kolmantena arvioinnin tehtävänä voidaan pitää kehittämisprosessin aikana kehittämiseen kohdistuvia odotuksia, joita tulee hyödyntää. (Toikko & Rantanen 2009, 61.) Arviointi korostuu kehittämisprosessissa, koska se on ainutlaatuinen kokonaisuus. Varsinkin prosesseissa, joissa kehitetään uutta, esimerkiksi työkäytäntöä, on arviointi erityisen tärkeää. (Seppänen-Järvelä 2004, 21–22.)

Kehittämisprosessissa arviointi toteutettiin prosessiarviointina. Prosessiarviointi sitoutuu kehittämisprosessiin, jolloin arviointi voidaan toteuttaa vaiheittain, tietoa keräten ja arvioiden. (Toikko & Rantanen 2009, 82.) Prosessiarvioinnin toteuttamisen kannalta tärkeää on vastata kysymyksiin mitä arvioinnilta odotetaan ja millaista tietoa kerätään. Erilaisiin tarpeisiin vastataan eri tavalla. Arviointia tulisi tehdä koko kehittämisprosessin aikana eikä vasta prosessin loputtua. On tutkittu, että arviointi, joka tapahtuu kehittämisprosessin lopussa, ei hyödytä itse prosessia millään tavalla. (Vataja & Seppänen-Järvelä 2009, 222.) Prosessiarvioinnissa erilaisia aineistoja kerätään ja niiden avulla toteutetaan arviointia kehittämisprosessin aikana (Toikko & Rantanen 2009, 82). Erilaisia aineistoja voidaan kerätä esimerkiksi reflektion, haastattelun, kyselyn, havainnoinnin ja päiväkirjan avulla (Seppänen-Järvelä 2004, 43).

Opinnäytetyössä arviointia tehtiin koko kehittämisprosessin ajan ja sitä toteutettiin muun muassa sisäisenä arviointina. Sisäistä arviointia tehdään silloin, kun kehitetään omaa työtä ilman ulkoista arviointitukea (Seppänen-Järvelä 2004, 26). Sisäisessä arvioinnissa kehittäjä tarkastelee omaa toimintaansa, jota itse toteuttaa (Toikko & Rantanen 2009, 62).

Osallistavassa arvioinnissa hyödynnetään osallistavia menetelmiä, joihin eri toimijat osallistuvat, ja he ovat mukana myös arvioinnissa. Arviointi toimii hyvin osallistavassa tutkimuksessa, koska siinä yhdessä muutetaan ja kehitetään asioita, jotka eivät toimi. Osallistavassa arvioinnissa tulee näkyä tekijöiden kehittäminen ja tutkiminen asioihin, joka koskee heitä. On valittava sellaisia menetelmiä, jotka tuottavat tietoa eri tekijöiden vaikuttamisen mahdollisuuksista. Näitä menetelmiä ovat muun muassa kyselyt ja haastattelut. Arvioinnin kohteena

pidetään prosessia tai toimintaa, ja siinä pyritään oppimiseen sekä yhteisen näkökulman löytämiseen kehitettävästä asiasta. (Kivipelto 2008, 24, 26) Opinnäytetyö on tehty osallistavana tutkimuksellisena kehittämistoimintana, johon osallistuva arviointi sopii mainiosti. Menetelminä on käytetty kyselyä ja palautelomaketta. Työpajoissa tietoa on kerätty erilaisilla osallistavilla menetelmillä, kuten aivoriihi, porinatuokio ja kumuloituva ryhmä. Toimintamalli on rakentunut hoitotyöntekijöiden toimesta ja arviointia on toteutettu koko prosessin ajan.

Kehittämisprosessin aikana yksi arviointimenetelmä oli itsearviointi. Tietoa itsearviointia varten kerättiin muun muassa reflektoinnilla, palautekyselyllä, havainnoimalla sekä päiväkirjan avulla. Seppänen-Järvelän (2004) mukaan reflektion ajatuksena on ajatusten pohtiminen ulkoapäin tuleviin virikkeisiin, ja on prosessiarvioinnissa keskeistä. Reflektoinnissa prosessin kehittämistoimenpiteiden toteutumista arvioidaan ja arvioinnin tuloksista saatuja kokemuksia, tunteita ja havaintoja peilataan toisiinsa. (Seppänen-Järvelä 2004, 44.) Reflektointia tapahtui koko kehittämisprosessin ajan. Opinnäytetyön tekijät pystyivät yhdessä pohtimaan ja käymään erilaiset tilanteet keskustellen läpi, jolloin tarpeen vaatiessa pystyttiin muuttamaan omaa toimintatapaa. Reflektointia tehtiin erityisesti työpajojen jälkeen.

Päiväkirja on toimiva itsearvioinnin väline. Päiväkirjan avulla yksilö voi jäsentää ajatuksiaan ja kokemuksiaan. Päiväkirjaan tallentuu jokaisen oma yksilöllinen näkemys aiheesta. (Seppänen-Järvelä 2004, 48.) Päiväkirjat olivat arvioinnin välineenä työpajojen jälkeen. Molemmat opinnäytetyön tekijät pitivät omaa päiväkirjaa, jonne kirjoitettiin työpajan kulusta, menetelmistä sekä arvioitiin menetelmien toimivuutta. Päiväkirjat toimivat oppimisen välineenä, joiden avulla voitiin arvioida omaa kehittymistä työpajojen aikana.

Työpajatyöskentely koettiin hyvänä menetelmänä hoitotyöntekijöiden työn kehittämisessä. Hoitotyöntekijöitä työpajoissa oli kerrallaan melko pieni määrä, kahdesta seitsemään henkilöä, joten heidän äänensä ja mielipiteensä pääsivät esille. Työpajoissa hoitotyöntekijöiden osuus koko henkilökunnasta oli yli puolet, joten suurin osa pääsi vaikuttamaan toimintamallin sisällön tuottamiseen.

Työpajoissa hoitotyöntekijöiltä saatiin arviointia palautekyselyn avulla. Kyselyssä palautetta pyydettiin työpajoista, sen menetelmistä sekä työpajan ohjaajista. Palaute oli positiivista koko toteutuksen ajan. Mainittiin, että kuntouttava työote ja ergonominen työskentely olivat tuttuja asioita, mutta kertaus ei haitannut hoitotyöntekijöitä. Palaute työpajojen ohjaamisesta oli myös positiivista. Koettiin, että työpajan ohjaajat olivat asiantuntevia ja motivoituneita kehitettävän asian suhteen. Tunnelmaltaan työpajat koettiin rennoiksi ja niissä oli helppo keskustella.

Loppuarviointi tehtiin Kanervakodissa keskustellen yhdessä hoitotyöntekijöiden sekä palveluesimiehen kanssa. Loppuarvioinnin keskustelu perustui Max Peberdyn kolmen universaalien kysymykseen, jotka ovat: teimmeko mitä lupasimme, saimmeko aikaan muutosta ja teimmeko oikeita asioita? Tarkempia kysymyksiä ei tarvita, koska jokainen arvioi toimintaa omista lähtökohdistaan. (Fields 2016, 54.) Kysymykset muokattiin aiheeseen sopivaksi ja ne ohjasivat keskustelua.

Loppuarvioinnin tavoitteena oli arvioida opinnäytetyön tekijöiden työskentelyä sekä hoitotyöntekijöiden tuottamaa toimintamallia ja sen käytettävyyttä. Oman työn kehittäminen koettiin tärkeänä, ja työpajojen avulla hoitotyöntekijät saivat itse vaikuttaa kehittämiseen. Hoitotyöntekijät ilmaisivat, että osaston kuntouttava toiminta on tullut kokonaisvaltaiseksi kehittämistyön aikana. Toimintamalli koettiin hyvänä ja se oli otettu alustavasti käyttöön toimintamallin esittelyn ja loppuarvioinnin jälkeen. Toimintamalli oli laitettu esille kanslian seinälle, josta kaikki hoitotyöntekijät sen näkevät. Loppuarvioinnissa esille nousi etenkin omaisten osallisuus ja kuinka sitä voitaisiin kehittää eteenpäin.

Arvioinnin merkitys oli tärkeää kehittämisprosessissa, koska sen avulla kehittämisessä päästiin eteenpäin. Arviointia saatiin prosessin aikana opinnäytetyön ohjausryhmissä ohjaajilta, opponentilta sekä muilta opiskelijoilta. Arvioinnin tuloksia hyödynnettiin heti arvioinnin jälkeen ja kehittämisprosessista tuli johdonmukainen. Muun muassa seuraavien työpajojen sisältöä muokattiin tarvittaessa edellisen työpajan arvioinnin sekä tulosten mukaan.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Kanervakodin hoitotyöntekijöiden työskentelytapoja. Tavoitteena oli työn kuormittavuuden vähentäminen ja ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen. Näkökulmana kehittämisprosessissa oli kuntouttava työote ja ergonominen työskentely. Näkökulman toteutuminen onnistui, koska hoitotyöntekijät pääsivät itse kehittämisprosessiin mukaan ja kehittämään juuri heidän tarpeisiinsa sopivia työskentelytapoja.

Tiedetään, että väestö vanhenee vuosi vuodelta. Ikääntyneitä on yhä enemmän ja elinikä pitenee. Kaikki iäkkäät eivät pysty asumaan kotona vaan tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa. Tehostetun palveluasumisen asukkaat ovat kasvusuunnassa, ja heidän avun tarpeensa on suurta. Tärkeää onkin tukea asukkaiden toimintakykyä, jotta toimintakyky pysyisi yllä tai mahdollisesti parantuisi. Opinnäytetyön tuloksena syntynyt toimintamalli vahvistaa edellä mainittua näkökulmaa sillä siinä on huomioitu ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen.

Alkukartoituskyselyn avulla pyrittiin saamaan tietoa siitä millainen hoitotyöntekijöiden tieto on kuntouttavasta työotteesta sekä ergonomisesta työskentelystä. Vastauksista ilmeni, että tietoa oli ja sitä osattiin hyödyntää työskennellessä asukkaan kanssa. Vastauksista ilmeni myös, että joskus on hankala toteuttaa edellä mainittuja asioita muun muassa ajanpuutteen vuoksi. Voidaankin pohtia, oliko alkukartoituskysely tarpeellinen opinnäytetyön prosessin kannalta, koska hoitotyöntekijöillä oli kyseisistä aiheista tietoa. Toisaalta tätä ei tiedetty ennen kyselyä.

Pikkarainen (2016) tuo esille, että ympärivuorokautisessa hoidossa olevalle asukkaalle tulee laatia hyvän hoidon ja hoivan tavoitteet. Näihin tavoitteisiin kuuluu myös aktiivinen kuntouttava toiminta. Tärkeää onkin, että asukas näkee muutakin kuin oman huoneensa ja pääsee istumaan. Kuntouttavaa toimintaa voidaan tehdä päivittäisten toimintojen yhteydessä, esimerkiksi sopimalla kuka

asukas vuorollaan saa hoitajilta kiireetöntä aikaa. (Pikkarainen 2016, 61.) Kanervakodissa asukkaat tarvitsevat paljon avustusta, ja työ on kuormittavaa. Opinnäytetyön tuloksissa näkyy, kuinka kuntouttavaa ja toimintakykyä tukevaa toimintaa tehdään hoitotyöntekijöiden toimesta päivittäin ottamalla huomioon asukkaan voimavarat. Toimintamallissa tämä on huomioitu niin, että hoitotyöntekijät avustavat asukkaita siirtymisissä ja liikkumisessa, sekä antavat heidän tehdä itse päivittäisiin toimintoihin liittyviä asioita. Lisäksi huonompikuntoisia asukkaita avustetaan vuorollaan istumaan ja mahdollistetaan siirtyminen yhteisiin tiloihin.

Ollikaisen (2012) mukaan kuntouttava hoitotyö rikastuttaa hoitotyötä. Se vaatii työskentelytapojen uudistamista ja työntekijöiden myönteistä asennetta muutosta kohtaan. Myös esimiehen tuki kuntouttavan hoitotyön toteuttamisessa on tärkeää. (Ollikainen 2012, 65.) Hoitohenkilökunnan resurssien vähäisyys ei saisi olla este aktiiviselle kuntouttavalle toiminnalle (Pikkarainen 2016, 61). Kanervakodin toimintamallissa on huomioitu erilaiset työskentelytavat, kuten oikeanlaiset potilassiirrot, apuvälineiden käyttö, työn rytmittäminen sekä työparin kanssa työskentely. Näillä keinoilla saadaan työn kuormittavuutta vähennettyä ja samalla aktivoidaan ikääntyntä.

Ergonomisessa avustamisessa on tärkeää hoitajan ja ikääntyneen yhteistyö. Lisäksi ergonominen toimintaympäristö ja käytettävissä olevat apuvälineet luovat turvallisuuden tunnetta, tukevat ikääntyneen kuntoutumista ja vähentävät hoitajan työn kuormittavuutta. (Fagerström 2013, 43, 67.) Kodinomaisuutta tulisi hoivakodeissa parantaa ajatellen asukkaan hyvinvointia ja näkökulmaa (Komu 2016, 66). Toimintaympäristön muokkaamiseen hoitotyöntekijät kiinnittivät huomiota muun muassa siten, että asukkaan huoneesta pyritään tekemään mahdollisimman esteetön. Huonekaluista, joita asukas voi itse tuoda huoneeseen, sovitaan yhdessä asukkaan ja hänen omaistensa kanssa. Huonejärjestelyissä huomioidaan kodinomaisuuden säilyminen.

Jotta työvuoroista tulisi mahdollisimman kiireettömiä asukkaiden kannalta, töiden pitäisi jakaantua tasaisesti työvuorojen aikana. Aamuvuoron sekä iltavuoron työtehtävät tulisi jaksottaa koko vuoron ajaksi, eikä ajatella mitä työtehtäviä

ja toimia kuhunkin vuoroon kuuluu. (Pikkarainen 2016, 63.) Työtehtävien ja kaantumisesta koko päivän ajalle keskusteltiin työpajoissa. Suurin osa hoitotyöntekijöistä koki kuitenkin perinteisen jaon, aamuvuorossa aamutyöt ja ilta-vuorossa iltatyöt, toimivampana ratkaisuna. Vaikka työntekijät halusivat kehittää työskentelytapojaan, kaikkia ideoita ei oltu vielä valmiita ottamaan käyttöön ja kehittämään eteenpäin.

Opinnäytetyön näkökulmana oli kuntouttava työote, ergonominen työskentely sekä ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen, vaikka toimintamallissa on huomioitu myös muita osa-alueita, kuten omahoitajan tehtävät. Aluksi toimintamallin oli tarkoitus liittyä vain ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseen, kuntouttavaan työotteeseen ja ergonomiseen työskentelyyn, mutta tulokset muokkaantuivat erilaiseksi hoitotyöntekijöiden toimesta. Tietoperustassa on keskitytty ensimmäisenä mainittuihin aiheisiin, koska ne perustuvat opinnäytetyön tarkoitukseen ja tavoitteisiin. Tosin täytyy muistaa, että kaikki toimintamallissa olevat osa-alueet vaikuttavat ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseen sekä hoitotyöntekijän kuntouttavan työotteen ja ergonomisen työskentelyn toteutumiseen. Onkin tärkeää tietää, että hoitotyöntekijät tekivät kehittämistyöstä oman näköisensä. Mikäli heitä olisi ohjattu tiettyyn suuntaan työpajatyöskentelyjen aikana, voisivat tulokset olla toisenlaisia.

ICF-luokitusta hyödynnettiin työpajoissa kertomalla hoitotyöntekijöille sen eri osa-alueiden vaikutuksista toisiinsa esimerkkien avulla. Kuitenkaan ICF:n käsitystä ei avattu enempää. Kehittämisideoiden tuottaminen olisi voinut olla helpompaa ja vieläkin monipuolisempaa, mikäli ICF-luokitus ja sen vuorovaikutussuhteet toimintakyvyn kannalta olisi selitetty yksityiskohtaisemmin. ICF on tulossa yhä vahvemmin käyttöön sosiaali- ja terveystalalla, joten hoitotyöntekijät olisivat hyötäneet ICF-luokituksen monipuolisuudesta toimintakyvyn kuvaamisessa. Opinnäytetyön tekijöille ICF-luokitus ja sen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet puolestaan avautuivat opinnäytetyön prosessin aikana. Molemmille luokituksen sisäistäminen oli vaikeaa silloin, kun sitä aikaisemmin käsiteltiin. Nyt huomattiin, että joltain osin ICF on ollut työssä jo käytössä, mutta tämän prosessin aikana kokonaisuus avautui uudella tavalla.

Kehittämisen prosessin tuotoksen tulee olla käytännöllinen sekä tarpeellinen, ja tuotoksen on oltava sovellettavissa myös muuhun toimintaympäristöön (Heikkilä ym. 2008, 109). Toimintamalli on käyttökelpoinen Kanervakodissa, jossa se onkin jo otettu käyttöön. Mallin toimivuudesta muissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä ei ole varmuutta, sillä toimintamallin tietyt teemat sekä teemojen alakohtat eivät välttämättä ole käytössä muissa yksiköissä. Toimintamalli sopii kuitenkin pohjaksi ja esimerkiksi muillekin. Voisihan malli toimia ohjeistuksena, josta voidaan tehdä yhteinen toimintamalli kaikkiin Siun soten tehostetun palveluasumisen yksiköihin.

7.2 Toteutuksen tarkastelu

Aihe kehittämistyöhön lähti molempien opinnäytetyön tekijöiden kiinnostuksesta hoitotyöntekijöiden ergonomiseen työskentelyyn sekä kuntouttavan työotteiden toteutumiseen. Ideaa muokattiin alkuperäisestä ajatuksesta, jolloin mukaan tuli hoitotyöntekijöiden työskentelyn kehittämisen lisäksi Kanervakodin asukkaiden toimintakyvyn tukeminen. Opinnäytetyön tekemisestä tehostettuun palveluasumiseen päädyttiin, koska Pohjois-Karjalassa hallituksen I&O kärkihankkeen AVOT-hanke keskittyi kotihoitoon. Lisäksi aikaisempi ikäosaamisen opinnäytetyö ikääntyneen toimintakykyä edistävästä toiminnasta ja hoitohenkilöstön ergonomisen työskentelyn kehittämisestä oli tehty terveyskeskussairaalaan. Jo ensuussa sijaitseva Kanervakoti valikoitui kehittämistyön kohteeksi. Siun soten toiminta- ja taloussuunnitelmassa (2017) kerrotaan henkilöstön olevan tärkein pääoma, ja henkilöstön osaamisen taso varmistetaan muun muassa koulutuksen avulla. Lisäksi kuntoutusosaaminen on osa hoitotyötä. (Siun sote 2017, 32, 34.) Kanervakodin hoitotyöntekijät ovat Siun soten henkilöstöä, joten heidän osaamisensa ja työkykynsä ylläpysymistä pidetään tärkeänä.

Kehittämisen prosessi edellyttää osallistujien aktiivisuutta ja keskinäistä vuorovaikutusta. Työntekijöiden osallistuminen kehittämistoimintaan ja oman työnsä kehittämiseen on tärkeää, sillä mukana pitäisi olla heidän, joita kehittäminen koskee. Näin huomioidaan työntekijöiden tärkeänä pitämät asiat, ja he tuntevat itsensä arvostetuksi. (Toikko & Rantanen 2009, 89–91.) Hoitotyöntekijöille kerrot-

tiin jo opinnäytetyön ideointi- ja suunnitteluvaiheessa, että he saavat kehittää omia työskentelytapojaan. Asiaa korostettiin koko kehittämistoiminnan ajan. Tähän oli myös hoitotyöntekijöiden lähiesimiehen tuki.

Kehittämisprosessin aikana toteutetut osallistavat menetelmät ovat olleet hyödyllisiä tiedon tuottamiseksi, ja osallistavien menetelmien käyttö on ollut mielenkiintoista. Menetelmien käyttäminen on ollut opettavaa, sillä nyt erilaisiin työpa-joihin osaa suhtautua osallistujan näkökulmasta toisella tavalla kuin ennen. Kokemusta on tullut siitä, että osallistavilla menetelmillä on oikeasti jokin tarkoitus, ja yleensä tarkoituksena on tuottaa uutta ja käytännöllistä. Mikäli kehittämistyötä lähdetäisiin tekemään nyt, eivät samat menetelmät välttämättä olisi tällä kertaa käytössä. Menetelmistä on enemmän tietoa ja kokemusta, joten ehkä olisi enemmän rohkeuttakin kokeilla aivan uusia menetelmiä.

Kehittämistoiminnasta puhuttaessa kehittäminen ja osallisuus kulkevat nykypäivänä käsi kädessä. Osallistava kehittämistoiminta on tällä hetkellä pinnalla ja suosittu. On tuotu esiin, että erilaisia osallistavia menetelmiä, esimerkiksi työpa-joja, voidaan soveltaa tavalla, joka ei tue aitoa osallisuutta kehittämistoiminnassa. Tärkeää onkin kysyä, miten osallistaminen ymmärretään ja miksi se on tärkeää? (Toikko & Rantanen 2009, 89–90.) Osallistavien menetelmien käyttö oli uusi asia opinnäytetyön tekijöille sekä suurelle osalle hoitotyöntekijöitä. Tiedonkeruun, tulosten ja toimintamallin kannalta voidaan miettiä, kuinka paljon toiminta olisi muuttunut, mikäli osallisuudesta olisi ollut enemmän kokemusta ja tietoa.

Kehittäjän roolista työpajatyöskentelyssä opinnäytetyön tekijöillä ei ollut kokemusta. Olikin mielenkiintoista mutta myös jännittävää lähteä toteuttamaan kehittämistyötä asiantuntijana. Työpajoihin osallistuneet hoitotyöntekijät olivat innokkaasti mukana, ja työpajoissa vallitsi vapaa sekä välitön ilmapiiri. Hoitotyöntekijät tarvitsivat kuitenkin ennakoitua enemmän ohjausta, jotta ideoita ja tuloksia saatiin aikaan tarpeeksi. Kehittämisprosessin edetessä huomattiin, että työpajojen ohjaaminen ja osallistavien menetelmien muokkaaminen helpottuivat koko ajan. Esimerkiksi työpajan 3 toimintaa pystyttiin muuttamaan heti työpajan 2 jälkeen, koska alkuperäinen suunnitelma ei olisi työpajassa enää toiminut.

Opinnäytetyön ajatus muuttui alkuperäisestä ideasta. Aluksi oli tarkoitus kehittää hoitotyöntekijöiden kuntouttavaa työtettä ja ergonomista työskentelyä osallistamisen ja ohjauksen avulla. Tarkoituksena oli, että hoitotyöntekijöiden kanssa olisi harjoiteltu käytännössä erilaisia asukkaan avustamistilanteita. Ajatuksena oli jopa jonkinlaisen ohjemateriaalin laatiminen. Työpajan 1 jälkeen opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus kuitenkin varmentuivat, ja yhdeksi kehittämisen teemaksi otettiin mukaan ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen, koska aihetta pidettiin tärkeänä. Lisäksi työpajoissa keskityttiin kehittämään hoitotyöntekijöiden työskentelytapoja. Työpajassa 2 selvisi, että hoitotyöntekijät eivät tarvitse eri avustamistilanteiden harjoittelua käytännössä, joten se jäi työpajoista pois.

Työpajatyöskentelyjen jälkeen hoitotyöntekijöiltä pyydettiin kirjallista palautetta. Työpajat koettiin virkistävinä ja hyvänä tapana vaihtaa ajatuksia sekä kehittää omaa työtä. Osallistavat menetelmät miellettiin sopivaksi tavaksi tuoda esille omia ideoita. Asioiden pohtiminen pienissä ryhmissä koettiin mieleiseksi, koska silloin oli rohkeutta tuoda omat ideat paremmin esille. Opinnäytetyön tekijät saivat kuvan, että työpajat olivat antoisia, ja oman työn kehittäminen oli tärkeää hoitotyöntekijöille. Hoitotyöntekijöiden antaman kirjallisen palautteen perusteella työpajojen osallistavia menetelmiä ei muutettu. Jälkikäteen voidaan miettiä, olisiko palautteen pyytäminen eri tavalla ollut antoisampaa. Antoivatko hoitotyöntekijät työpajoista totuudenmukaista palautetta. Palaute olisi voinut olla erilaista, jos palautteen kysymykset olisivat olleet toisenlaiset. Toisaalta palaute voi olla luotettavampaa, koska sitä pyydettiin nimettömänä.

Työpajoissa kehittämiseen osallistuvien hoitotyöntekijöiden määrä vaihteli kahdesta kahdeksaan henkeen. Työpajan 1 B -ryhmässä osallistujia oli kaksi. Koettiin kuitenkin, ettei kahden hengen ryhmä vaikuttanut työpajan ideointiin ja kehittämiseen. Molemmissa ryhmissä luotiin yhteneväisiä kehittämisideoita, mikä lisäsi tulosten luotettavuutta. Työpajassa 1 B -ryhmän kanssa ideointi oli sujuvampaa kuin A -ryhmän kanssa. Pohdittiinkin, onko työyhteisössä helpompi tuoda omia kehittämisideoita esiin silloin, kun hoitotyöntekijöitä on vähemmän.

Opinnäytetyön kehittämisprosessi on ollut pitkä. Ideointi aloitettiin oikeastaan jo syksyllä 2016 heti ikäosaamisen opintojen alettua. Opinnäytetyön raportin kir-

joittaminen aloitettiin keväällä 2017, ensin ideoinnin muodossa, ja tämän jälkeen oli edessä suunnitelman kirjoittaminen. Raportointia on tehty koko kehittämisprosessin ajan, pääosin raportin kirjoittaminen ajoittui kuitenkin syksyille 2018. Raportin kirjoittamisella ei pidetty kiirettä, mutta osasyynä kirjoittamisen ajankohdalle oli työpajojen siirtyminen myöhempään ajankohtaan alkuperäisestä suunnitelmasta.

Yhteistyö opinnäytetyön tekijöiden kesken oli sujuvaa. Aihe kiinnosti molempia, joten motivaatiota työn tekemiseen oli. Molemmat kirjoittivat opinnäytetyön raporttia pääosin itsenäisesti, mutta raportointia tehtiin myös yhteisten tapaamisten aikana. Kehittämisprosessin aikana tietoa kerättiin ja muokattiin molempien toimesta, jotta prosessissa päästiin sujuvammin eteenpäin. Samanlainen ajatusmaailma auttoi muun muassa tietoperustan jäsentelyssä. Toisen kirjoittamaa tekstiä oli helpompi muokata kuin omaa, mikä auttoi raportin tekemistä. Kommunikaatiota käytiin etenkin viestien muodossa, toinen toistaan kannustaen ja vertaistukea antaen.

Opinnäytetyön tuotoksena syntynyt toimintamalli muodostui työpajatyöskentelyjen aikana Kanervakodin hoitotyöntekijöiden toteuttamana, ja opinnäytetyön tekijät kokosivat toimintamallin. Toimintamallin laatiminen oli mielenkiintoista mutta vaativaa. Työpaja 1:n tulosten perusteella tehty teemoittelu auttoi opinnäytetyön tekijöitä toimintamallin laatimisessa. Teemoittelulla saatiin rajattua aihealueet, joihin seuraavissa työpajoissa keskityttiin. Aihealueiden alle saadut kehittämistoimenpiteet sekä tarkennukset vastuuhenkilöiden ja aikataulutuksen suhteen autoivat toimintamallin jäsentelyä. Loppujen lopuksi itse toimintamallikaavion valinta ja kaavion tekeminen oli helppoa. Kaavioon saatiin hyvin jäsentelyä pääotsikot eli teemat, teemojen alle alaotsikot sekä niiden eri tehtävät. Näin toimintamallista tuli helposti luettava, joka sisältää tiivistettynä hoitotyöntekijöiden kehittämät asiat.

7.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tässä opinnäytetyössä kehittämistoimintaa ohjasi tutkimuseettisen neuvottelukunnan asettama ohje hyvästä tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausepäilyjen käsittelemisestä Suomessa (2012). Tutkimus on tehty eettisesti hyväksyttävästi ja luotettavasti ja sen tulokset ovat uskottavia, kun muistetaan noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksen teossa, tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa tulee noudattaa huolellisuutta ja tarkkuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Opinnäytetyötä tehdessä opinnäytetyön tekijät olivat vastuussa siitä, että kehittäminen tehtiin luotettavasti ja rehellisesti.

Luotettavuus kehittämistoiminnassa tarkoittaa sitä, että tieto on käyttökelpoista. Kehittämistoiminnassa syntyvä luotettava tieto ei pelkästään riitä vaan sen tulee olla myös totuudenmukaista, ja tietoa pitää pystyä hyödyntämään esimerkiksi toisessa organisaatiossa. Puhuttaessa kehittämistoiminnasta liittyy luotettavuuteen myös ongelmia. Kun kehittämistoiminta tehdään esimerkiksi työyhteisöön, on silloin sosiaalisten toimintojen toistettavuus haastavaa. Ryhmäprosessiin vaikuttavat jokaisen ryhmän yksilölliset, kulttuuriset sekä yhteisölliset tekijät. Juurikin tämän takia ryhmäprosessia ei ole helppo toistaa erilaisessa toimintaympäristössä, vaikka tehtävänanto tai ryhmä olisi samanlainen. Mahdollista on, että kehittämistoiminnassa saadut tulokset muodostuvat hyvin lyhyiksi eikä toiminnan luotettavuudesta voida olla varmoja. (Toikko & Rantanen 2009, 121–122, 125–126.) Kehittämistoiminnassa kehitetty toimintamalli ikääntyneiden toimintakyvyn tukemiseksi on käyttökelpoinen, ja on tällä hetkellä käytössä Kanervakodin yksikössä. Toimintamallissa esitettyjä asioita voidaan hyödyntää joko suoraan tai soveltaen esimerkiksi saman organisaation tehostetussa palveluasumisyksikössä tai jopa toisessa organisaatiossa.

Kehittämistoiminnassa tehtävät kyselylomakkeet ovat usein nopeasti tehtyjä ja kyselyssä olevat käsitteet saattavat jäädä epäselviksi. Tämä tarkoittaa sitä, että kehittämistoiminnassa ei saada mitattua sitä tietoa mitä on haluttu. (Toikko & Rantanen 2009, 122.) Hoitotyöntekijöille laadittu kyselomake testattiin ennen lähettämistä. Näin saatiin tietoa siitä, että kyselylomakkeessa olevat käsitteet kuntouttava työote ja ergonominen työskentelytapa on ymmärretty oikein. Kyse-

lylomakkeen tulosten luotettavuutta lisää myös se, että vastaukset annettiin anonymisti.

Eettisyyden kannalta kehittämistoiminnassa on huomioitava hyvä tieteellinen toimintakäytäntö. Kehittämistoiminnassa mukana olevia tulee kohdella oikeudenmukaisesti ja kunnioittavasti, lisäksi heille on myös tärkeä kertoa mitä ja miksi tehdään sekä mihin kehittämistoiminnalla pyritään. Kehittämistutkimusta tehdessä on tärkeää kuvata koko prosessi huolellisesti ja tarkasti. Jokainen vaihe tulee läpikäydä prosessin aloituksesta loppuun. (Toikko & Rantanen 2009, 124.) Kehittämistoiminnan tuloksia tulee analysoida, arvioida sekä raportoida huolellisesti, perustellusti sekä rehellisesti ja vilpittömästi. (Heikkilä ym. 2008, 43–46.) Toisten tutkijoiden työtä arvostetaan tarkoin lähdeviittein, toista kunnioittaen, kuitenkin kriittisyys huomioiden (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6).

Kanervakodin hoitotyöntekijöitä tiedotettiin opinnäytetyöstä jo sen ideointivaiheessa. Aiheesta kerrottiin useamman kerran, samalla kertoen mitä, miksi ja miten kehittämistoimintaa tehdään. Työpajojen aikana aihe sekä tavoitteet kerrettiin. Opinnäytetyön raporttia kirjoittaessa on kiinnitetty huomiota kehittämisprosessin kuvaamiseen johdonmukaisesti. Prosessi on kuvattu tarkasti sekä läpinäkyvästi. Tietolähteitä etsiessä kiinnitettiin huomiota lähteiden monipuolisuuteen, laatuun ja luotettavuuteen. Tietolähteitä tarkasteltiin kriittisesti valitsemalla tutkittua tietoa ja asianmukaisia lähteitä. Toisten työhön on viitattu Karelia ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeiden mukaisesti.

7.4 Juurruttaminen ja jatkokehittämisideat

Kehittämisprosessin tavoitteena on, että tulokset jäävät kehittämiskohteena olevan työyhteisön käyttöön ja ne tulevat osaksi työkäytäntöjä (Heikkilä ym. 2008, 132). Koska juurruttaminen tapahtuu yleensä kehittämisprosessin jälkeen, voi se jäädä tekemättä. Tuolloin voi käydä niin, että työyhteisössä palataan takaisin vanhoihin toimintatapoihin. (Pikkarainen 2015b, 24.) Onkin tärkeää, että kehittämis työ on onnistunut, ja tulokset ovat käyttökelpoisia sekä hyödynnettävissä

työyhteisössä. Tulosten juurruttaminen päivittäiseen työhön vaatii koko henkilöstön sitoutumista, osaamista ja halua kehittää työtään. On muistettava, että työntekijät, jotka eivät kehittämistyöhön osallistuneet, sitoutetaan mukaan tulosten mukaiseen toimintaan. (Heikkilä ym. 2008, 133.) Juurruttaminen jäi työyhteisön tehtäväksi ja siten kehittämistyön ulkopuolelle. Toimintamalli olikin otettu käyttöön heti kesäkuun 2018 esittelyn jälkeen, vaikka toimintamallia vielä muokattiin syksyn aikana opinnäytetyön tekijöiden toimesta. Heikkilän ym. (2008) mukaan kehittämisprosessin hyödyt näkyvät vasta pitkän ajan päästä (Heikkilä ym. 2008, 130). Näin ollen tavoitteena ollutta työn kuormittavuuden vähentymistä ei olisi pystytty tämän kehittämisprosessin aikana arvioimaan.

Toimintamalli esiteltiin kesäkuussa 2018 Kanervakodin hoitotyöntekijöille. Tuolloin huomattiin, että toimintamallia pidettiin käytännöllisenä ja helposti luettavana. Moni asia oli saatu kerrottua lyhyesti, ja hoitotyöntekijöiden sekä palveluesimiehen mielestä malli oli hyvin toteutettavissa työyhteisössä. Huomattiin myös, että mallin esittely tuotti heti jatko ideointia hoitotyöntekijöiden keskuudessa. Yksi kehittämisidea, joka nousi esille, oli yhteistyön lisääminen omaisten kanssa. Hoitotyöntekijät miettivät sähköpostitiedotteiden lähettämistä omaisille tai vaihtoehtoisesti tiedotusta kirjeitse. Jo työpajatyöskentelyn aikaan tuli ilmi, että omaisyhteistyötä voisi olla enemmän.

Jatkossa kehittämisaiheena voisi olla omaisyhteistyön kehittäminen, koska aiheen ideointi alkoi Kanervakodin hoitotyöntekijöiden toimesta. Yhteistyön omaisten kanssa tulisi olla nykyistä suunnitelmallisempaa ja säännöllisempää. Vaikka toimintamallissa omaisten osallisuuden lisääminen on omahoitajan tehtävänä, sitä sen ei tulisi olla. Omaisyhteistyö on kaikkien asia, mutta omahoitajan rooli voisi olla suurempi kuin muiden hoitotyöntekijöiden. Omaisyhteistyötä kehittämällä luodaan ikääntyneen asukkaalle, omaisten ja hoitohenkilökunnan välille luottamusta ja turvallisuutta. Pitkällä tähtäimellä voidaan ajatella omaisyhteistyön vaikuttavan ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseen myönteisesti.

Opinnäytetyössä hoitotyöntekijät osallistettiin kehittämään työskentelytapojaan. Jatkossa mukaan kehittämiseen voisi ottaa tehostetun palveluasumisen asukkaat. Heidän näkökulmansa ikääntyneen toimintakyvyn tukemisesta olisi tärkeä.

ää ja mielenkiintoista. Olisi hyvä selvittää, kokevatko asukkaat toimintakyvyn tukemisen ja sen keinot eri tavalla kuin hoitotyöntekijät. Asukkaat voisivat kertoa, millaisia asioita he painottaisivat toimintakyvyn tukemisessa.

Palveluesimiehen eli hoitotyöntekijöiden lähiesimiehen osallisuus ei näkynyt konkreettisesti, sillä hän ei osallistunut työpajoihin. Hoitotyöntekijät saivat kuitenkin osallistua työajallaan työpajoihin ja mahdollisimman monen toivottiin niihin osallistuvan. Palveluesimies antoi hoitotyöntekijöiden kehittää omaa työtään haluamallaan tavalla. Jatkossa palveluesimies voisi osallistua yhdessä hoitotyöntekijöiden kanssa kehittämistyöhön, koska hänen näkökulmansa työhön voi olla erilainen kuin hoitotyöntekijöiden. Lisäksi palveluesimies voisi antaa suoraan palautetta, mitkä kehitettävät asiat on mahdollista toteuttaa ja mitkä eivät. Kehittämistyö voi olla laaditun toimintamallin jatkokehittämistä tai vaihtoehtoisesti jokin uusi kehittämiskohde.

Koska toimintamallin juurruttaminen jäi Kanervakodin työyhteisön tehtäväksi, voisi myöhemmin tutkia, kuinka toimintamalli on vaikuttanut hoitotyöntekijöiden työn kuormittavuuteen ja kuormittavuuden kokemiseen. Lisäksi voisi selvittää, onko työskentelytapojen muutos vaikuttanut ikääntyneen toimintakykyyn niin kuin tavoitteena oli. Olisi myös hyvä selvittää, onko toimintamalli todettu toimivaksi, onko se vielä käytössä ja onko siihen tehty muutoksia.

Lähteet

- Arola, M. & Suhonen, L. 2014. Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Teoksessa Tiainen, A-I. (toim.) YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveysalan näkökulmia työhyvinvointiin. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisu B:25. Joensuu: Karelia-ammattikorkeakoulu, 14–22.
- Fagerström, V. 2013. Aukkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä -monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. Turku: Painosalama Oy.
<https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/88075/AnnalesC360Fagerstr%C3%B6m.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 29.10.2018.
- Fields, M. 2016. Miten arvioida vertaisoppimista ryhmässä. Teoksessa Fields, M. & Plathan, S. (toim.) Tietoa, Taitoa ja hyvää fiilistä. Helsinki: OK-Opintokeskus, 51–57.
- Hänninen, O., Koskelo, R., Kankaanpää, M. & Airaksinen, O. 2005. Ergonomia terveydenhuollossa. Klaukkala: Recallmed.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Heikkinen, E. 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 13–33.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holma, T., Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2002. Kuntouttava työote. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, U., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Helsinki: Stakes. Oppaita 49, 43–48.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H.L.T. Rovio, E. Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon, toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 94–113.
- IEA. 2018. Definition and Domains of Ergonomics.
<https://www.iea.cc/whats/index.html>. 12.10.2018.
- Innokylä. 2018. Mikä on Toimintamalli?
<https://www.innokyla.fi/kehittaminen/toimintamalli>. 8.10.2018.
- JUHTA. 2012. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>. 8.10.2018.
- Jyväskylän yliopisto. 2016. Teemoittelu. Jyväskylän yliopisto.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmät/teemoittelu>. 30.10.2018.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2018. Teemoittelu. Kajaanin ammattikorkeakoulu. <https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Laadullisen-analyysi-ja-tulkinta/Teemoittelu>. 30.10.2018.

- Katila, S. & Meriläinen, S. 2006. Henkilökohtainen kokemus tiedon lähteenä: toimintatutkimus akateemisessa yhteisössä. Teoksessa Rolin, K. Kakkuri-Knuuttila, M-L. & Henttonen, E. (toim.) *Soveltava yhteiskuntatiede ja filosofia*. Helsinki: Gaudeamus, 134–154.
- Kelo S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kettula, S. 2012. Kuntouttavan työotteen kehittäminen Elimäen Puustellissa. Teoksessa Jouppila-Kupiainen, E., Kammonen, S., Kirvesniemi, T., Kuru, T., Mikkonen, H., Rautasalo, E. & Utriainen S. (toim.). *Voisimmeko yhdessä olla enemmän? Gerontologinen erityisosaaja mukana ikääntyvien ihmisten arjessa*. C Katsauksia ja aineistoja 24. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu, 53–57.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/140445/C_24_ISBN_%209789524931830.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 19.9.2018.
- Kivimäki, R., Karttunen, A., Yrjänheikki, L. & Hintikka, S. 2006. Hyvinvointia sairaalatyöhön. Terveystuotoalana kehittämishanke 2004-2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kivipelto, M. 2008. Osallistava ja valtaistava arviointi.
<http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T17-2008-VERKKO.pdf>. 8.11.2018
- Komu, H. 2016. Organisaatiokulttuuri hoivakodissa -julkinen ja yksityinen hoivapalvelu toimintaympäristön ja henkilöstön vertailuna. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Grano Oy.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2294-6/urn_isbn_978-952-61-2294-6.pdf. 4.9.2018.
- Kuntaliitto. 2017. Asumispalvelut ja laitoshoido.
<https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/asumispalvelut-ja-laitoshoido>. 29.1.2017.
- Kuntoutuksen uudistamiskomitea. 2017. Ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y. 11.11.2018.
- Kupias, P. & Koski, M. 2012. Hyvä kouluttaja. [https://verkkokirjahylly-almatalent-fi.tietopalvelu.karelia.fi/teos/DAEBHXGTFF#kohta:HYV\(\(c4\)\)\(\(20\)KOU LUTTAJA\(\(20\)\)](https://verkkokirjahylly-almatalent-fi.tietopalvelu.karelia.fi/teos/DAEBHXGTFF#kohta:HYV((c4))((20)KOU LUTTAJA((20))). 29.1.2018.
- Laine, M., Kokkinen, L., Kaarlela-Tuomaala, A., Valtanen, E., Elovainio, M., Keinänen, M. & Suomi, R. 2011. Sosiaali- ja terveysalan työolot 2010: Kahden vuosikymmenen kehityskulku. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Laitalainen, E., Helakorpi, S., Martelin, T., & Uutela, A. 2010. Eläkeikäisten toimintakyky on parantunut, mutta ei kaikissa väestöryhmissä. *Suomen lääkäri* 41/2010, 3295-3301.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012.
- Launis, M. & Lehtelä, J. 2011. Ergonomian periaatteet ja käyttöalueet. Teoksessa Launis, M. & Lehtelä, J. (toim.) *Ergonomia*. Helsinki: Työterveyslaitos, 17–38.

- Lehtelä, J. 2011. Ergonomiaa koskevia säädöksiä ja standardeja. Teoksessa Launis, M. & Lehtelä, J. (toim.) Ergonomia. Helsinki: Työterveyslaitos, 386–397.
- Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy, 16–28.
- Lyyra, T-M. & Tiikkainen, P. 2009. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy, 58–73.
- Oinonen, T. 2018. Palveluesimies. Kanervakodin perustietoja. suvi.ovaskainen@edu.karelia.fi. 18.9.2018.
- Ollikainen, P. 2012. Hoivatyöstä kuntouttavaan hoitotyöhön. Teoksessa Jouppi-la-Kupiainen, E., Kammonen, S., Kirvesniemi, T., Kuru, T., Mikkonen, H., Rautasalo, E. & Utriainen S. (toim.) Voisimmeko yhdessä olla enemmän? Gerontologinen erityisosaaja mukana ikääntyvien ihmisten arjessa. C Katsauksia ja aineistoja 24. Helsinki: Diakoniamattikorkeakoulu, 58–66.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/140445/C_24_ISBN_%209789524931830.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 19.9.2018.
- Paltamaa, J. & Musikka-Siirtola, M. 2016. ICF-luokitus. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. Oy, 37–55.
- Pehkonen-Elmi, T., Kettunen, A. & Pulliainen, M. 2013. Laitoshoidosta omaan kotiin.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/41555/ARARA5_2013_Laitoshoidosta_omaan_kotiin.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 23.9.2013.
- Pikkarainen, A. 2007. Ympäristö. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy, 42–68.
- Pikkarainen, A. 2015a. Ikääntyneiden kuntoutus. Taustateksti oppaaseen työntekijöille. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
<https://www.kela.fi/documents/10180/751941/ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden+ihmisten+kuntoutus.pdf/5352d031-d2b1-4352-90fc-9eb77961f272>. 24.10.2018.
- Pikkarainen, A. 2015b. Tutkimus- ja kehittämistoiminnasta käytännön kuntoutustyön muutokseen. tutkimus- ja kehittämistoiminnan mallinnus IKKU-hankkeen pohjalta kuvattuna. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
<https://www.kela.fi/documents/10180/751941/Tutkimus-+ja+kehitt%C3%A4mistoiminnasta+k%C3%A4yt%C3%A4nn%C3%B6n+kuntoutusty%C3%B6n+muutokseen.pdf/495f27d4-897e-4e0f-bf79-929b66f8f794>. 11.11.2018.
- Pikkarainen, A. 2016. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja osa 2. Ikääntyneiden arki-, koti- ja lähikuntoutus varhaisvaiheesta ympärivuorokautiseen hoivaan. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 221.
- Pikkarainen, A., Pyöriä, O. & Savikko, N. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuminen. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Duodecim. Oy, 176–191.
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016a. Toimintakyky vanhuudessa. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 448–453.

- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016b. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 448.
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016c. Geriatriksen kuntoutuksen tavoitteet ja toteutus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 455–467.
- Pohjolainen, T. & Saltychev, M. 2015. Toimintakyky. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 20–27.
- Raivio, M. & Pitkälä, K. 2015. Ikäihmisen kuntoutus. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E. (toim.) Fysiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 515–523.
- Reinsburg, R., Armacost, K., Radu, C. & Bennet, R. 2011. Impact of a restorative care program in the nursing home. *Educational Gerontology* 27 (3/4), 261–280.
- Ronkainen, S. & Karjalainen, A. 2008. Johdanto. Teoksessa Ronkainen, S. & Karjalainen, A. (toim.) Sähköä kyselyyn! Web-kysely tutkimuksessa ja tiedonkeruussa. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 7–13.
- Ronkainen, S., Karjalainen, A. & Mertala, S. 2008. Graafisen kyselylomakkeen suunnittelu. Teoksessa Ronkainen, S. & Karjalainen, A. (toim.) Sähköä kyselyyn! Web-kysely tutkimuksessa ja tiedonkeruussa. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 31–41.
- Räsänen, R. 2018. Hyvää elämänlaatua ikääntyneille. Jyväskylä: Laatuhoiva.
- Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen A-P., Martelin, T. & Aromaa, A. 2013. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 50–65.
- Sarvimäki, A. & Heimonen, S. 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita Prima, 14–32.
- Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmassa. Opas käytäntöihin. FinSoc arviointiraportteja 7/2004. Helsinki: Stakes.
- Sitra. 2011. Tehostetun palveluasumisen sääntökirja. Helsinki: Sitra. https://media.sitra.fi/2017/02/23070332/Tehostetun_palveluasumisen_saantokirja-5.pdf. 3.11.2018.
- Siun sote. 2017. Toiminta- ja taloussuunnitelma 2018-2020. Talousarvio 2018. http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967036/Siunsote_toiminta-ja-taloussuunnitelma.pdf/1f12aeb6-5161-4c53-aff5-14176372f3b8. 18.9.2018.
- Siun sote. 2018. Siun sote – hyvät palvelut tehdään yhdessä. <http://www.siunsote.fi/siun-sote>. 19.10.2018.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72259/URN%3ANBN%3Afi-fe201504225753.pdf?sequence>. 8.10.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Iäkkäiden laitoshoidon vähennetään useilla erilaisilla toimenpiteillä. https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/iakkaiden-laitoshoidon-vahennetaan-useilla-erilaisilla-toimenpiteilla. 17.9.2018.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017 – 2019.
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf. 4.9.2018.
- Sosiaali- terveysministeriö. 2018a. Laitoishoito. <https://stm.fi/laitoishoito>. 17.9.2018.
- Sosiaali- terveysministeriö. 2018b. Terveystieteiden huollon maksut.
<https://stm.fi/terveydenhuollon-maksut>. 17.9.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018c. Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt.
<https://stm.fi/asumispalvelut-asunnon-muutostyot>. 17.9.2018.
- Sotkanet. 2018. Ikääntyneiden tehostetun palveluasumisen asiakkaat 31.12. yhteensä.
<https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s3bPBQA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rBwA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718>. 23.9.2018.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali ja terveystieteiden uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanomama Oy.
- Standberg, T. 2016. Gerastenia (HRO). Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim, 362–363.
- Tamminen-Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu. Turku: Turun yliopisto.
- Tamminen-Peter, L. & Wickström, G. 2014. Potilassiirrot. Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Taipale, T. 2005. Osallistavat menetelmät.
<http://www.ksl.fi/images/osallistavatmenetelmat.pdf>. 24.10.2018
- Takala, E-P. & Lehtelä, J. 2015 Ergonomia.
<http://www.oppiportti.fi/op/fys00004/do>. 23.10.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. ICF:n käyttötarkoitukset.
<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-n-kayttotarkoitukset>. 5.9.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. Sanasto. Toimintakykyyn ja ICF-luokitukseen liittyvät käsitteet. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/sanasto>. 25.9.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Toimintakyky ICF-luokituksessa.
<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyky-icf-luokituksessa>. 25.9.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017a. Fyysinen toimintakyky.
<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky/fyysinen-toimintakyky>. 24.10.2018
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017b. Sosiaalinen toimintakyky.
<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky/sosiaalinen-toimintakyky>. 24.10.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017c. Tilastoraportti.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135607/Tr42_17.pdf?sequence=4&isAllowed=y. 17.9.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Toimintakyvyn ylläpitäminen.
<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/toimintakyvyn-yllapitaminen>. 19.10.2018.

- Tevere. 2017a. Aktivoiva luento. <https://tevere.fi/menetelmat/aktivoiva-luento/>. 17.10.2018.
- Tevere. 2017b. Aivoriihi. <https://tevere.fi/menetelmat/aivoriihi/>. 17.10.2018.
- Tevere. 2017c. Kumuloituva ryhmä. <https://tevere.fi/menetelmat/kumuloituva-ryhma/>. 17.10.2018.
- Tevere. 2017d. Porinatuokiot. <https://tevere.fi/menetelmat/porinatuokiot/>. 21.10.2018.
- Tilastokeskus. 2017. Väestö. http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html. 8.9.2018.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. EU: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuominen, P. 2010. Työergonomian ohjauksen vaikutuksia vanhainkodin hoito-henkilökunnan työtapoihin ja koettuun kuormitukseen. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100089/urn_nbn_fi_uef-20100089.pdf#%5B%7B%22num%22%3A131%2C%22gen%22%3A0%7D%2C%7B%22name%22%3A%22XYZ%22%7D%2C111%2C771%2C0%5D. 27.10.2018.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen louk-kausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 18.11.2018.
- Työterveyslaitos. 2018. Ergonomia. <https://www.ttl.fi/tyontekija/tuki-liikuntaelinten-terveys/ergonomia/>. 24.9.2018.
- Työturvallisuuslaki 23.8.2002/7382.
- Valli, R. 2018. Aineistonkeruu kyselylomakkeella. Teoksessa Valli, R (toim.) Ik-kunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: vi-rikkeitä aloittelevalla tutkijalla. Jyväskylä: PS-kustannus, 92–116.
- Valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä. 1409/1993.
- Vataja, K. & Seppänen-Järvelä, R. 2009. Prosessiarviointi -Mahdollisuus lujittaa kehittämissuunnitelmaa. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) 2009. Kehittämistyön risteyskysymyksiä. Helsinki: Stakes, 217–230.
- Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.
- Voutilainen, P. & Löppönen, M. 2016. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01676&suositusid=hoi50044>. 17.9.2018.
- Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtami-nen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514262319.pdf>. 29.9.2018.
- WHO. 2004. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainväli-nen luokitus. STAKES. Ohjeita ja luokituksia 2004:4.
- WHO. 2013. How to use ICF. A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health. <http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf>. 5.9.2018.

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSiantosopimus
Tämä sopimus soveltuu käytettäväksi ainoastaan sellaisten opinnäytetöiden yhteydessä,
joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Siun Sote, Kanervakoti Joensuu Yhteystiedot (yhteystenkin, puhelin, sähköposti) Taina Oinonen, 013 330 6863, taina.oinonen@siunsote.fi	
	Työn aihe Kanervakodin työntekijöiden ergonomisen työskentelytavan kehittäminen	
Tekijä	Nimi Heidi Puruskainen	Opiskelijanumero 1602515
	Katuosoite Hyttilie 15 as. 4	Postinumero 80140
	Puhelin 040577987	Postitoimipaikka Joensuu
	Suoritetava tutkinto Ikäosaamisen YAMK	Sähköpostiosoite heidi.t.puruskainen@edu.karelia.fi
Karelia-amk	Yhteystenkin nimi (Ohjaaja) Elina Lyytikäinen	Ryhmatunnus STPYS16
	Toimipaikka ja osoite Karelia AMK, Tikkamäentie 9, 80200 Joensuu	Tehtävänimike Lehtori
	Puhelin 0503640342	Sähköpostiosoite elina.lyytikainen@karelia.fi
Toimeksiantosopimuksen ehdot		
Ohjaus	Ohjaaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja Ohjaaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Karelia-amk:ssa toteutetaan avointa toimintakulttuuria, mikä tarkoittaa, että myös opinnäytetöiden aineistot ja tulokset avataan soveltuvin osin erillisen ohjeistuksen mukaisesti (ml. avoin julkaiseminen). Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen mukainen kirjallinen raportti, joka julkaistaan sähköisessä muodossa Thesis-verkkokirjastossa tai josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon. Työ arkistoidaan Karelia-amk:n kirjastoon sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijäoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus hyödyntää tuloksia omassa opetuksessa ja tutkimus- ja kehittämistoiminnassa. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksista koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohdan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeudet säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos Tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ensisijaisesti Toimeksiantajan tai niiden puuttuessa ammattikorkeakoulun keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaajalla ja opinnäytetyön Tekijällä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin viiden vuoden ajan. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) saman sisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	21.9.2017	Taina Oinonen
Tekijä	21.9.2017 Joensuu	Heidi Puruskainen
Karelia-amk	12.10.2017 Joensuu	Elina Lyytikäinen

Kyselylomake

Kyselylomake

Hei!

Olemme kaksi Karelia ammattikorkeakoulun opiskelijaa. Opiskelemme Ikäosaamisen YAMK-tutkintoa. Opintoihimme kuuluu suurena osana opinnäytetyö, jonka tulee olla kehittämistehtävä. Kehittäminen voi kohdistua esimerkiksi työyhteisöön. Olemmekin valinneet Kanervakodin työntekijät kehittämistyöhön mukaan. Tarkoituksena on kehittää työntekijöiden kuntouttavaa työtettä sekä ergonomisia työtapoja huomioiden ikäihmisten toimintakyvyn tukeminen.

Alkuun kyselisimme teidän tietämystä kuntouttavasta työtöteesta ja ergonomisesta työtavoista. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Toivomme, että opinnäytetyömme tuotoksena saatte lisää eväitä työskentelyyn ikäihmisten kanssa.

Kyselyyn vastaamiseen on aikaa 12.11.2017 asti

Terveisin

Heidi Puruskainen & Suvi Ovaskainen

1. Merkitse vain yksi soikio.

Nainen

Mies

2. Ikä

Merkitse vain yksi soikio.

alle 25

26-35

36-45

46-55

56-65

yli 65

3. Koulutus

Merkitse vain yksi soikio.

Peruskoulu

Toinen aste

Ammattikorkeakoulu

Ylempi korkeakoulu

4. Mitä sinulle tarkoittaa käsite kuntouttava työote?

5. Miten kuntouttava työote näkyy omassa työssäsi?

6. Mitä sinulle tarkoittaa käsite ergonominen työskentelytapa?

7. Miten ergonominen työskentelytapa näkyy omassa työssäsi?

Saatekirje

TIEDOTE

Hei!

Olemme kaksi Karelia ammattikorkeakoulun opiskelijaa. Opiskelemme Ikäosaamisen YAMK-tutkintoa. Opintoihimme kuuluu suurena osana opinnäytetyö, jonka tulee olla kehittämistehtävä. Kehittäminen voi kohdistua esimerkiksi työyhteisöön. Olemmekin valinneet Kanervakodin työntekijät kehittämistyöhön mukaan. Tarkoituksena on kehittää työntekijöiden kuntouttavaa työtettä sekä ergonomisia työtapoja huomioiden ikäihmisten toimintakyvyn tukeminen.

Opinnäytetyössä osallistamme työntekijät mukaan kehittämiseen toteuttaen alkukyselyn sekä työpajoja pienryhmissä. Suunnitteilla on ainakin kaksi työpaja kertaa, ensimmäinen loppuvuodesta 2017 ja toinen kevätpuolella 2018. Toivomme, että opinnäytetyömme tuotoksena saatte lisää eväitä työskentelyyn ikäihmisten kanssa.

Yhteistyöterveisin

Suvi Ovaskainen
suvi.ovaskainen@edu.karelia.fi

Heidi Puruskainen
heidi.t.puruskainen@edu.karelia.fi

Esimerkki alkukartoituskyselyn sisällönanalyysistä

ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA
Asukkaan toimintakyky huomioidaan, ei tehdä puolesta, kannustetaan omatoimisuuteen	Ohjeistus	Toimintakyvyn tukeminen
Huomioin asiakkaat yksilöllisesti	Yksilöllisyys	
Käytetään apuvälineitä	Apuvälineet	
Oikeat työskentelyasennot, apuvälineiden käyttö	Ergonomia	Ergonominen työskentely
Tilaa työskennellä	Esteettömyys	

Palautelomake

Pyydämme teiltä palautetta työpajasta

1. Mitä mieltä olit työpajasta ja sen menetelmistä (pari- ja ryhmätyöskentely)?
2. Terveiset työpajan vetäjille
3. Jäikö jotain sanomatta työpajassa käsiteltyihin asioihin

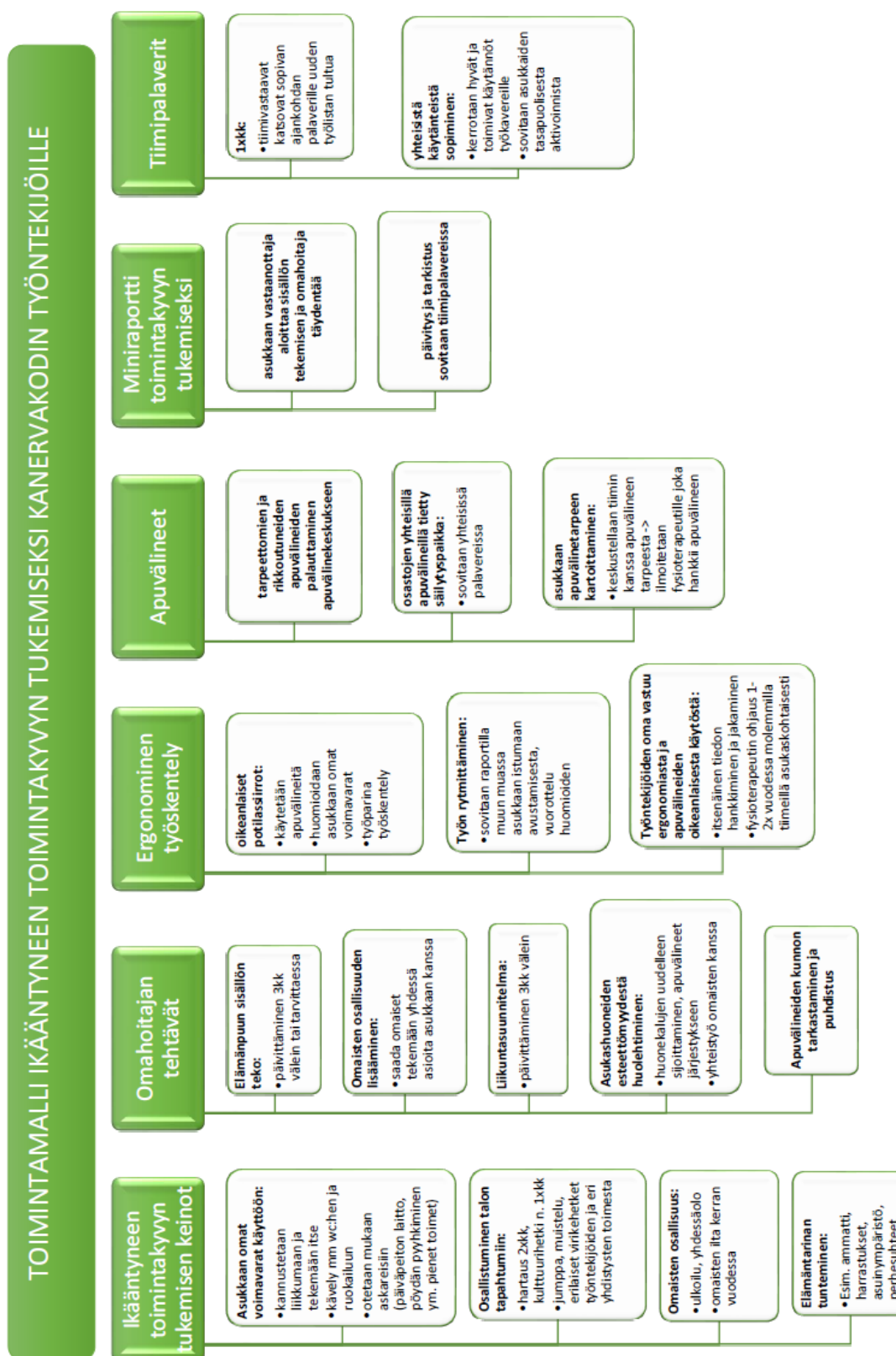
Työpajan 1 tulokset, esimerkki teemoittelusta

ERGONOMIA VASTAAVAN TEHTÄVÄT	ERGONOMINEN TYÖSKENTELY	APUVÄLINEET	OMAHOITAJAN TEHTÄVÄT TOIMINTAKYVYN TUKEKSI	MINIRAPORTIN SISÄLTÖ TOIMINTAKYVYN TUKEKSI	TIIMIPALAUVERIT
Apuvälineet	Oman ergonomian parantaminen	Apuvälineiden käytön opettelu	Elämänpuu <ul style="list-style-type: none"> Tarina tämän hetkinen tilanne toimintakyky 	Miniraportin sisällön yksityiskohtaisempi sisältö, enemmän tietoa	Sovitaan yhteiset hoitokäytännöt ja hoitolinjat
Kontaktihenkilö apuväline keskukseen	Töiden uudelleen rytmittäminen	Apuvälineet pysyvät omalla paikallaan, esimerkiksi asukkaiden omat apuvälineet	Liikkumissuunnitelma: kaikkien toteuttamaa	info vihko yleisistä asioista -> tiedotuskanava kaikille	Pidetään säännöllisesti
	Asukkaiden kohdalla kuka nostetaan ylös aamussa, päivässä, illassa	Apuvälineen tarpeen kartoitus	Asukashuoneiden uudelleen sijoittelu -> lisää tilaa	Sijaiset -> miniraportti	
	Kaikkia asukkaita ei tarvitse nostaa joka päivä, vaan tilanteen, voimien mukaan	Fysioterapeutilta koulutusta apuvälineiden käytöstä			
	Lisäkoulutus: ergonomia, muistisairaankorjaaminen				
	Työkaverin siirtotekniikan korjaaminen				
	Liukulakanan oikea sijoittelu -> helpottaa asukkaan siirtämisessä				

Työpajan 2 tulokset

ERGONOMIA-VASTAAVAN TEHTÄVÄT:	<ul style="list-style-type: none"> - Arvioi apuvälineen tarpeen - Säättää apuvälineet - Neuvoo apuvälineen käyttöä - Hyviä työasentoja, fyysisen rasituksen keventämistä - Apuvälineen huolto - Työntekijöiden oma vastuu ergonomiasta, tiedon jakamisesta ja tiedon hankkimisesta -> ergonominen työskentely - Apuvälineen hankinta/palautus
OMAHOITAJAN TEHTÄVÄT:	<ul style="list-style-type: none"> - Elämänpuun sisältö: <ul style="list-style-type: none"> ▪ osallistuu talon tapahtumiin ja liikuntahetkiin ▪ ulkoilu -> miten? ▪ mitä asukas pystyy itse tekemään (wc, kävely, vuoteesta nousu, pukeutuminen) ▪ ruokailu - Omaisten aktivointi/omaisten kanssa keskustelu - Liikkumissuunnitelma: <ul style="list-style-type: none"> ▪ liikkumissuunnitelman päivittäminen 3kk välein ▪ liikunta päivittäisten toimintojen yhteydessä -> miten liikkuu ja suoriutuu itse pt-toiminnoista - Asukashuoneiden huonekalujen uudelleen sijoittelu/esteettömyys: <ul style="list-style-type: none"> ▪ yhteys omaisten kanssa - Apuvälineen kunnan tarkastaminen ja huolto
MINIRAPORTIN SISÄLTÖ:	<ul style="list-style-type: none"> - Sairaudet (dg:t, DNR) - Kuvaus fyys. liikuntakyvystä ja miten ja millä liikkuu - Ruokailu (syö itse/syötettävä/ruokavalio) - Hoidot (päivittäiset) - Nosturin käyttö - Apuvälineet (rollaattori, pyörätuoli, erilaiset tuet) - Puhekyky/näkö/kuulo - Psykye
TIIMIPALAVERIT	<ul style="list-style-type: none"> - Yhteisistä käytänteistä sopiminen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ kerrotaan hyvät ja toimivat käytännöt työkaverille ▪ sovitaan kuinka usein avustetaan vuodepotilas istumaan; tasapuolinen vuorottelu ▪ sovitaan ketä kävelytetään ja kuinka usein
ERGONOMINEN TYÖSKENTELY APUVÄLINEET	<ul style="list-style-type: none"> - Oikeanlaiset siirtotavat: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Käytetään nostureita yms. laitteita ▪ huomioidaan asukkaan voimavarat ▪ työparina työskentely - Työn rytmittäminen/työjärjestys: <ul style="list-style-type: none"> ▪ esim. istumaan avustaminen aamupäivällä ja iltapäivällä, vuorottelu. - Työntekijöiden oma vastuu ergonomiasta, tiedon jakamisesta ja hankkimisesta - Käytön opettelu - Muistetaan palauttaa turhat apuvälineet - Pysyvät omalla paikalla -> sovitaan talon yhteisten apuvälineiden säilytyspaikka - Apuvälineen tarpeen kartoittaminen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ tiimin kanssa keskustellaan apuvälineen tarpeesta -> ilmoitus fysioterapeuteille
IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYVYN TUKEMISEN KEINOT	<ul style="list-style-type: none"> - Asukkaan omat voimavarat käyttöön - kannustetaan liikkumaan - käytetään wc:ssä, jos pystyy liikkumaan avustettuna - kävelytetään ruokailemaan/tuodaan ruokailemaan - omaisten apu esim. ulkoilussa/ omaisten osallisuus - otetaan mukaan aamuaskareisiin /esim. päiväpeiton laitto, pöytien pyyhkiminen ym. pienet toimet - osallistuminen talon tapahtumiin (hartaudet, virikehetket, vierailijaryhmät, kuorot), jumppa, muistelu - elämäntarinan tunteminen

Toimintamalli ikääntyneen toimintakyvyn tukemiseksi Kanervakodin työntekijöille



KOONNEET: SUVI OVASKAINEN & HEIDI PURUSKAINEN