

AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN
POTILASOHJAUSMALLIN KÄYTTÖÖNOTTO
HAUKIPUTAAN TERVEYSKESKUKSESSA

Anne Haapala

Opinnäytetyö

Kevät 2011

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja
johtamisen koulutusohjelma

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijä: Anne Haapala

Opinnäytetyön nimi: Aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallin käyttöönotto Haukiputaan terveyskeskukseen

Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT Arja Veijola, yliopettaja, TtT Helena Heikka

Työn valmistumislukukausi ja vuosi: Kevät 2011

Sivumäärä 100 + 17

Tämän tutkimus- ja kehittämistyön tehtävänä oli määrittää aivoverenkiertohäiriöpotilaan (AVH-potilas) potilasohjausmallin keskeiset käsitteet toiminnanohjauksen lähtökohdiksi sekä kuvata ja analysoida miten mallin juurtuminen Haukiputaan terveyskeskuksen työyhteisön toimintakäytännöksi eteni tämän kehittämistyön aikana. Keskeisiksi käsitteiksi määriteltiin aivoverenkiertohäiriö (AVH), asiakaslähtöinen toiminta, hoito- ja kuntoutusketju, moniammatillinen yhteistyö, kuntoutumista edistävä hoitotyö, kuntoutussuunnitelma, potilasohjaus ja kuntoutusprosessi. Lisäksi työn tehtävänä oli tuottaa työyhteisön käyttöön tietoa hyvien käytäntöjen ja toimintamallien käyttöön ottoa edistävästä ja hidastavista tekijöistä sekä nimetä toiminnan kehittämisen jatkohaasteet. Tämän tutkimus- ja kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää mm. asiakaslähtöisen toiminnan, moniammatillisen yhteistyön ja muutoksen johtamisen tutkimus- ja kehittämishankkeissa.

Teoreettisessa viitekehyksessä tarkasteltiin kehittämistä ilmiönä ja kehittämistyön johtamista. Tämä osio toteutettiin osallistavan toimintatutkimuksen periaatteiden mukaisesti. Tutkimusaineisto koostui potilaiden, omaisten ja henkilökunnan ryhmä- ja teema-haastatteluista, kyselytutkimuksista sekä päiväkirja-aineistosta. Tutkimusaineiston selkiyttäminen ja sanallinen muoto on tehty aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Lähtötilannekartoituksen mukaan potilaat pääosin luottivat henkilökuntaan ja olisivat tarvinneet toimintaterapeutteja terveyskeskukseen. Omaisten käsitykset riippuivat täysin hoitotuloksista. Hoitohenkilökunta piti vahvuutena akuuttiosaston fysioterapeutin osaa-

mista. Mallin käytäntöön viemistä edisti käsitteiden määrittäminen jalkautettaville tehtäville sekä henkilöstön osallistuminen kehittämiseen. Tässä osiossa tuotiin myös näkyväksi muualla tuotetun toimintamallin juurruttamisen vaikeus vakiintuneeseen työyhteisöön. Työskentelyn haasteeksi nousivat kehitetyn mallin heikkoudet, yhteistyön puute johdon ja työntekijöiden välillä sekä se, ettei AVH-tiimin toimintaa kiinnitetty osaksi organisaatioiden toimintaa.

Kehittämistyön tuloksena oli *AVH-potilaan potilasohjausmalli Haukiputaalla*, joka sisältää potilaan hoitopolkukuvauksen ja kuntoutussuunnitelmarungon. AVH-tiimin jäsenten osaamisen ja koulutustarpeiden kartoittaminen tuotti myös *ohjeen henkilöstön osaamiskartoituksen sisällöstä ja laadimisesta*. Toisen asteen tuloksena kotihoito sai psykiatrisen sairaanhoitajan resursseja käyttöönsä.

Asiasanat: kehittäminen, muutosjohtaminen, aivoverenkiertohäiriö (AVH), asiakaslähtöinen toiminta, hoito- ja kuntoutusketju, moniammatillinen yhteistyö, kuntoutumista edistävä hoitotyö, kuntoutussuunnitelma, potilasohjaus ja kuntoutusprosessi.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Development and Management of Health and Social Care

Author: Anne Haapala

Title of thesis: Introducing the Model of Stroke Patient Education in the Health Care Centre of Haukipudas

Supervisor(s): Principal Lecturer, PhD Arja Veijola, Principal Lecturer, PhD Helena Heikka

Term and year when the thesis was submitted: 2011 spring Number of pages:
100 + 17

The purpose of this thesis was to develop main terms for the model of stroke patient education. The second goal was to analyse how the model evolved in the organization of the health care centre of Haukipudas during this study. The key terms were: stroke, customer-oriented action, integrated care pathway, rehabilitation chain, multiprofessionally oriented cooperative work, nursing enhancing rehabilitation, plan of rehabilitation, guidance of patient, and process of rehabilitation. In addition, the tacit knowledge of supportive and inhibiting factors of good practices was unveiled to name the future challenges. The results of this study may be utilized inter alia in customer-oriented action, multiprofessionally oriented work and research and developing projects of change management.

The theoretical framework consisted of the concept of development as a phenomenon and management of developmental work. The study was implemented as action research, which included group interview, theme interviews, inquiry studies and diary material. The data were analysed with the methods of content analysis. According to the results patients trusted the staff but they expected more dialog with experts and they needed an occupational therapist in the health care centre of Haukipudas. The know-how of a physiotherapist was very important to other health care experts of acute department. Applying of the model was assisted by determining the terms, and the personnel's participation in the improvement work. This study shows how difficult it is to put

a model produced elsewhere into action in a well-established work community. The weaknesses of the model, lack of cooperation between the management and employees and the fact that stroke team was not regarded as a part of organization operations, were the challenges of this study.

The model of stroke patient education in Haukipudas includes the description of the care pathway of stroke patients and frame of rehabilitation plan. The know-how mapping of the stroke team generated information of the professional ability of the work community members and their needs of education. As a secondary outcome, the home care team attained to resources of the psychiatric nurse.

Keywords: change management, customer-orientation, developing, integrated care pathway, multiprofessionalism, patient education, rehabilitation, and stroke

Sisältö

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	4
1 JOHDANTO.....	8
2 MUUTOSJOHTAMINEN	11
2.1 Kehittäminen ilmiönä	12
2.2 Muutosjohtamisen haasteet.....	13
3 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN POTILASOHJAUSMALLI	15
4 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKEKATSAUKSET.....	18
5 TOIMINTATUTKIMUS OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISENA JA METODOLOGISENA LÄHTÖKOHTANA	24
5.1 Osallistava toimintatutkimus	25
5.2. Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa.....	25
6 TOIMINTATUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	29
7 TUTKIMUSAINEISTOT JA NIIDEN ANALYYSIMENETELMÄT	30
7.1 Haastatteluaineistot.....	30
7.2 Kyselyaineistot	32
7.3 Päiväkirja-aineisto	34
7.4 Sisällön analyysi aineistojen analyysimenetelmänä	34
8 KEHITTÄMISTOIMINTA.....	36
8.1 Kehittämisen toimintaympäristö ja kehittämistoimintaan osallistujat.....	38
8.2 Selvittely- ja suunnitteluvaihe	39
8.3 Toteutusvaihe.....	40
8.3.1 AVH-mallin käsitteiden määrittely.....	43
8.3.2 AVH-tiimin toimintavaihe	59
8.4 Yhteenveto AVH-tiimin toiminnasta.....	66
8.5 Arviointivaihe	67
9 KEHITTÄMISTYÖN TULOS	71
9.1 AVH-potilaan potilasohjausmalli Haukiputaan terveyskeskuksessa ennen kehittämistoimintaa potilaiden ja omaisten kuvaamana	71
9.2 AVH-potilaan potilasohjausmalli Haukiputaan terveyskeskuksessa kehittämistyön jälkeen	74

9.3	Muutosjohtamisen haasteet.....	83
9.3.1	AVH-potilaan potilasohjausmallin käytäntöön ottamista edistävät tekijät.....	83
9.3.2	AVH-potilaan potilasohjausmallin käytäntöön ottamista hidastavat tekijät.....	84
10	POHDINTA JA PÄÄTELMÄT	86
10.1	Potilasohjausmallin tarkastelua.....	87
10.2	Kehittäminen ja kehittämisprosessi muutosjohtamisen näkökulman tarkastelu.....	88
10.3	Kehittämistyön tulosten pohdintaa	91
11	KEHITTÄMIS- JA TUTKIMUSMENETELMÄN LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN TARKASTELU	94
11.1	Toimintatutkimuksen luotettavuuden tarkastelu.....	94
11.2	Toimintatutkimuksen eettisyyden tarkastelu	97
12	YHTEENVETO JA JATKOTUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHAASTEET	99
13	LÄHTEET	101

1 JOHDANTO

Tässä raportissa kuvataan tutkimus- ja kehittämistyönä tuotetun Potilasohjauksen organisoinnin kehittämishankkeessa tuotetun aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallin käyttöönottoprosessi Haukiputaan terveyskeskuksessa vuosina 2008-2010.

Tämä tutkimus- ja kehittämistyö on jatkoa vuosina 2006-2008 toteutetulle Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä –hankkeelle. Tuon hankkeen tavoitteena oli kehittää potilasohjauksen laatua ja tehostaa yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä mm. kehittämällä potilasohjausmalleja aivoverenkiertohäiriö-, diabeettinen jalkahaava-, keuhko-
ahtauma-, sydän-, syöpä- ja tekonivelpotilasryhmille. Potilasohjauksen organisoinnin kehittämishanke on jatkoa vuosina 2003-2006 toteutetusta Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä – hankkeelle. (Lipponen 2006; Lipponen 2008 13-14.)

Suomen EU-jäsenyyden ja globalisoitumisen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen tavoitteena on parantaa palvelujen laatua, tuotantoprosesseja ja asiakassuhteita (Ojala & Järnäs 2005, 16-28). Muutosta pyritään Suomessa ohjaamaan Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE), Kunta- ja palvelurakenne uudistuksen (PARAS-hanke), sekä Terveys 2015 -kansanterveysohjelman avulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a).

Kunta- ja palvelurakenneuudistus käynnistyi keväällä 2005 kunta- ja palvelurakenteen uudistamiseksi. Hankkeen toteuttamista ohjaava puitelaki tuli voimaan vuonna 2007 ja se on voimassa vuoden 2012 loppuun. Käytännössä kunta- ja palvelurakenneuudistus merkitsee noin 18 300 asukkaan Haukiputaan kunnassa kuntaliitos- ja yhteistoiminta-alueita koskevien ratkaisujen tekemistä. (Hagerlund 2009; Haukiputaan kunta 2009b.)

Potilasohjauksen ja yhteistyön kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on tärkeää, sillä Oulun ja Lapinlänissä vain 10 – 25 % aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuneista pääsee moniammatilliseen kuntoutukseen (Takala 2009).

Ikävakioidun sairastavuusindeksin mukaan Haukiputaan kunnassa on keskimääräistä enemmän sydän- ja verisuonisairauksia ja muita kansansairauksia. Käytännössä se tarkoittaa suurempaa suhteellista erikoissairaanhoidon tarvetta. Menetetyt elinvuodet -indeksin mukaan Haukiputaan väestön terveydentila ja hyvinvointi eivät ole yhtä hyvällä tasolla seutukunnan muuhun väestöön verrattuna. (Haukiputaan kunta 2008, 15-16.)

Haukipudas-strategian 2008-2010 mukaan Haukiputaan kunnan perustehtävänä on turvata kuntalaisten peruspalvelut taloudellisesti tiiviissä yhteistoiminnassa alueen muiden toimijoiden kanssa. Strategisia päämääriä ovat mm. oikea-aikaisesti, taloudellisesti ja vaikuttavasti tuotetut peruspalvelut, hyvinvoiva ja osaava henkilöstö sekä jämäkkä, luottamushenkilöiden tukeen pohjautuva johtajuus. Haukipudas-strategiaan liittyvässä SWOT-analyysissä Haukiputaan vahvuudeksi kuvataan mm. hyvät peruspalvelut ja uudistumiskykyinen henkilöstö. Heikkoudeksi nimetään mm. sitoutumattomuus. (Haukiputaan kunta 2009a.) Haukiputaan perustuvapalveluiden strategisina päämäärinä ovat asiakaslähtöisesti järjestetyt oikea-aikaiset, tehokkaat ja vaikuttavat perusturvapalvelut (Haukiputaan kunta 2008, 3).

Perusterveydenhuollon ydinpalvelut tuotetaan Haukiputaan kunnassa omina palveluina. Perusturvapalvelujen palvelutarve 2007-2020 –selvityksen mukaan tulevaisuuden kehittämishaasteita ovat terveyden edistämisen keinojen kehittäminen, työterveyshuollon kytkeminen strategioihin, ennaltaehkäisevän toiminnan liittäminen kaikkiin prosesseihin (erityisesti verenkiertoelinsairaudet), teknologian hyödyntäminen hoitoprosesseissa, hoitoketjujen / hoitokokonaisuuksien (avoterveydenhuolto-erikoissairaanhoidon jatkoahoito) arviointi ja kehittäminen sekä väestön ohjaus tarkoituksenmukaiseen palvelujen käyttöön ja itsehoidon tukemiseen. (Haukiputaan kunta 2008, 16-18.)

Tulevaisuudessa palvelujen kehittämisessä ja tuottamisessa tulevat korostumaan hallintosektorien rajat ylittävien moniammatillisten toimintatapojen ja työmuotojen kehittäminen. Muutosprosessin keskeisimmäksi kehittämishaasteeksi nousevat ammattitaidon

kehittäminen, yhteistyömenetelmien hallinta ja ryhmäkäyttäytymisen ilmiöiden tunnistamisen taidot. (Ojala & Jarenko 2005, 16-28.)

Tämän opinnäytetyönä tuotetun tutkimus- ja kehittämistyön tarkoituksena on kehittää aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallia (AVH-malli) Haukiputaan terveyskeskuksessa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin koordinoiman alueellisen mallin mukaisesti. Tutkimus- ja kehittämistyön tehtävänä on määrittää AVH-potilaan potilasohjausmallin keskeiset käsitteet toimintaa ohjaaviksi keskeisiksi lähtökohdiksi sekä kuvata ja analysoida miten AVH-potilaan potilasohjausmallin juurtuminen käytäntöön työyhteisössä käytettäväksi toimintakäytännöksi kehittyi tämän kehittämistyön aikana. Lisäksi tutkimus- ja kehittämistyön tehtävänä on tuottaa työyhteisön käyttöön tietoa hyvien käytäntöjen ja toimintamallien käyttöön ottoa edistävästä ja hidastavista tekijöistä sekä nimetä toiminnan kehittämisen jatkohaasteet. Tämä tutkimus- ja kehittämistyö tuottaa tietoa Haukiputaan kunnan peruspalveluiden kehittämiseen liittyvään muutoksen johtamiseen.

Käytän tässä raportissa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin organisoimasta kehittämishankkeesta nimeä Potilasohjauksen organisoinnin kehittämishanke ja tässä hankkeessa tuotetusta potilasohjausmallista nimeä Aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmalli tai AVH-malli sekä opinnäytetyönä Haukiputaan terveyskeskuksessa toteutetusta toiminnasta nimeä tutkimus- ja kehittämistyö. Aihepiiriin liittyvien käsitteiden määrittely noudattaa AVH-mallissa käytettyjä määritelmiä. Kehittämistyö sijoittuu terveydenhuollon toimintaympäristöön ja siitä on poisrajattu kotipalvelun ulottuvuudet. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä perusterveydenhuollon toimintamallien kehittämisen tulevaisuuden haasteena ovat muutosjohtaminen ja moniammatillinen yhteistyö.

2 MUUTOSJOHTAMINEN

Kehittämistyön johtamisessa on kyse käytännön toiminnassa tapahtuvan muutoksen johtamisesta eli muutosjohtamisesta. Kvist ja Kilpiä (2006, 17) määrittävät muutosjohtamisen tarkoittavan muutosprosessin suunnittelua, hallintaa ja toteuttamista.

Muutosjohtamisen tavoitteena on aina muutos. Hallintotieteellisessä tutkimuksessa muutosta määritellään monella tavalla ja muutoksen käsite on monimerkityksellinen. Yleensä muutos-sanalla (*engl. change*) viitataan toiminnan ulkoisiin muutoksiin. Muutokseen liittyvistä sisäisistä muutoksista käytetään käsitettä muuttuminen (*engl. transformation*). Ulkoiset muutokset voivat olla nopeita. Muuttuminen puolestaan vaatii aikaa, sillä kysymys on oppimisesta. Muutos tapahtuu erilaisia valintoja tekemällä ja muutosprosessin idea tarkentuu muutosprosessin edetessä. Tällaista muutosta kutsutaan kehitykseksi (*engl. development*). (Aro 2002, 29-31.) Stenvall ja Virtanen (2007, 112) määrittelevät muutoksen olevan oivallusten johtamista. Kvist ja Kilpiä (2006, 15) puolestaan määrittävät muutoksen olevan prosessinomainen, normaali ja jatkuva olotila, joka on luonnollinen reaktio organisaation ulkopuolella tapahtuneisiin liikkeisiin. Muutosta voidaan johtaa ylhäältä alas tai yhdessä työntekijöiden kanssa. Muutos voi olla sarja pieniä muutoksia tai yksi suurempi muutos. Olennaista on, ettei muutoksen vaikutuksia voida täydellisesti etukäteen ennustaa (Stenvall & Virtanen 2007, 18-19).

Valtiokonttorin Kaikupalvelut Oy (2007) jaottelee muutosprosessin kahdeksaan osaan; muutoksen välttämättömyyden ymmärtäminen, muutosta ohjaavan ryhmän perustaminen, muutosvisio ja päämäärä, muutosviestintä, henkilöstön ohjaaminen muutokseen, lyhyen aikavälin onnistumisten varmistaminen, muutoksen vakiinnuttaminen uudessa tilanteessa ja uusien toimintatapojen juurruttaminen organisaatiossa. Bassia ja Avolionia (1994) mukaillen muutosjohtamisella voidaan tarkoittaa idealisoivaa vaikuttamista, jossa johtaja toimii roolimallina ja nauttii työntekijöiden luottamusta ja kunnioitusta.

Muutokseen liittyy oleellisesti henkilöstökoulutus. Koulutus on kohdistettava koko henkilöstöön kun on kyse organisaation kehittämiseen tähtäävästä toiminnasta. (Kirjonen 2006, 131; Sundquist, Laamanen, Liivala, Iipponen & Jyrä. 2005, 66). Onnistunut muu-

toksen johtaminen johtaa sitoutuneeseen ja uuteen tilanteeseen sopeutuneeseen henkiöstöön (Kvist & Kilpiä 2006, 18; Sundquist ym. 2005, 61). Vastuu organisaation ja sen muutosten johtamisella on aina johtajilla (Stenvall & Virtanen 2007, 75; Valtiokonttori, 2007, 7). Juutin ja Virtasen (2009, 141) mukaan onnistunut muutos riippuu kyseessä olevan organisaation johtamis- ja organisaatiokulttuurista sekä organisaation kehittämisen dynamiikasta. Organisaatioon voidaan palkata myös muutosjohtaja, mikä kuntasektorilla on kuitenkin poikkeuksellista (Koski-Vakkala 2007, 42). Haukiputaan kunnan sosiaali- ja terveystalvelujen kehittäminen ja muutoksen johtaminen on osa johdon tehtävää.

Muutos voi tapahtua yksilö- ja ryhmätasolla. Yksilö muuttaa käyttäytymistään kun tarvittavat tiedot, taidot ja asenteet muuttuvat. Vastaavasti ryhmän käyttäytymisen muutos edellyttää sekä yksilöiden käyttäytymisen muutosta että kaikkien organisaation tasojen käyttäytymisen muutosta. (Kvist & Kilpiä 2006, 16; Stenvall & Virtanen 2007, 41.) Koska muutos käydään läpi sekä tunneperäisesti että kognitiivisesti, liittyy muutokseen myös vastarintaa (Stenvall & Virtanen 2007, 98-100). Hirschmanin (1970, 4, 77-78) mukaan vastarinta voi ilmetä alistumisena eli lojaalisuutena (*loyalty*), vastustuksena eli poistumisena (*exit*) tai kyseenalaistuksena eli vastarintana (*voice*). Kaikissa organisaatioissa on 5-15 prosenttia ihmisiä, joita uusiutuminen innostaa ja vastaavasti 85-95 prosenttia, jotka haluavat pysyttäytyä vanhoissa työkäytännöissä (Harju 2002, 21). Sundquist ym. (2005, 61) kuvailevat muutosprosessin etenevän kieltämisen, vastustamisen, hyväksymisen ja sitoutumisen kautta.

2.1 Kehittäminen ilmiönä

Muutos, muutosjohtaminen ja kehittäminen liittyvät kiinteästi yhteen. Kehittäminen on sosiaalista vuorovaikutusta, joka ymmärretään tiettyjen toimintaperiaatteiden ja toimintojen tarkoituksellisen muuttumisena. Kehittämisen kohteena voivat olla ihmiset (osaaminen), ihmisten työtehtävät (tehtäväkokonaisuudet) ja sovellettavat tekniikat ja säännökset. (Kirjonen 2006, 117; Seppänen-Järvelä 2006, 18.)

Kehittämisprojekteilla saadaan aikaan ns. ensimmäisen ja toisen asteen tuloksia. *Ensimmäisen asteen tuloksia* ovat mm. parannukset työn tuottavuudessa, tuotteiden, palve-

lujen tai toiminnan laadussa, asiakaspalvelussa, johtamisessa, henkilöstön tiedonsaanti- ja vaikutusmahdollisuuksissa tai työympäristössä. *Toisen asteen tulokset* ovat tuloksia joista on välillisesti hyötyä muille työorganisaatioille ja ohjelman sidosryhmille. Toisen asteen tuloksia ovat mm. jalostunut osaaminen, uudenlaiset vuorovaikutussuhteet tai laajemmin sovellettavissa olevat mallit, menetelmät, välineet ja ”hyvät käytännöt”, joiden avulla synnytetään välillistä hyötyä muille työorganisaatioille ja ohjelman sidosryhmille. (Alasoini 2006, 42.) Toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset saattavat aiheuttaa sekä tarkoitettuja tai tarkoituksettomia että ennustettuja tai ennustamattomia seurauksia (Kirjonen 2006, 118).

2.2 Muutosjohtamisen haasteet

Hyvän ja ankkuroituneen käytännön siirtäminen paikasta toiseen vaatii monimuotoista oppimisprosessia, kommunikaatiota ja hiljaista tietoa (Arnkil 2006, 87). Uuden käytännön ollessa enemmän kuin pelkkää tekniikkaa, tarvitaan Haukiputaalla paikallista neuvottelevaa, kontekstiin eli ympäristöön soveltuvaa ja muunneltavaa tapaa sekä oman toiminnan analysointia.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla kehittäminen on liitetty osaksi toimintaa hyvin kauan. Eu:n liittymisen myötä ohjelma- ja projektikehittäminen on vilkastunut. Pirstaleinen ja lyhytkestoinen projektikehittäminen ei ole kuitenkaan tukenut pitkäjänteistä kehittämistä. (Arnkil 2006, 55; Seppänen-Järvelä 2006, 17, 20.) Kehittämisen yleistä mallia on haettu myös käytäntöjen monistusmallista. Monistusmallilla tarkoitetaan hyvän käytännön impletoimista eli monistamista välittäjäorganisaation avulla haluttuun kohteeseen. Kohde voi olla koko maan laajuinen tai esimerkiksi rajattu alue. (Arnkil 2006, 87.)

Yleensä kehittämishankkeiden tulokset ovat Suomessa olleet ensimmäisen asteen muutoksia. (Arnkil 2006, 81). Uusien käytäntöjen levittäminen ja juurruttaminen on koettu vaikeaksi. Ohjelmat ovat yleensä jääneet irralleen emotoiminnasta ja pilotoinnin jälkeen toiminta on ollut vaikea siirtää osaksi vakinaista toimintaa. Toimintakäytäntöjen arviointi edellyttää myös kehittämistä, sillä arviointiin ei ole olemassa yhtä koulukuntaa. (Arnkil 2006 56, 64-65.) Uuden toiminnan juurtuminen edellyttää monipuolista yhteis-

työtä sekä toiminnan sisältöä koskevan tiedon siirtämiseen panostamista. Uuden toimintakäytännön käyttöön ottaminen organisaatiotasolla edellyttää uuden toiminnan rakentamista osaksi organisaation perustehtävää, työntekijöiden riittäviä uuden toiminnan juurtumisen edellyttämiä toimintamahdollisuuksia ja johdon sitoutumista sekä johtamisen kehittämistä. (Peltola & Vuorento 2007.)

3 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖPOTILAAN POTILASOHJAUSMALLI

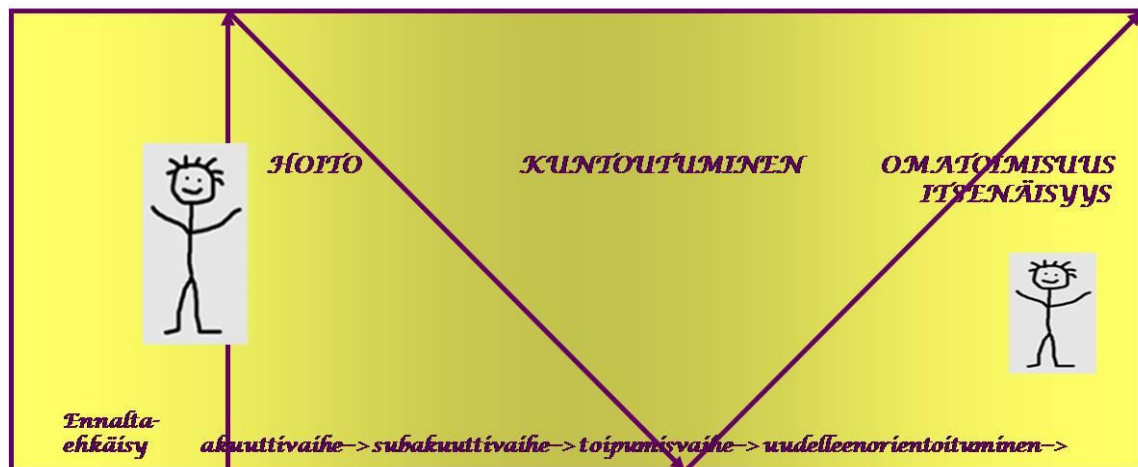
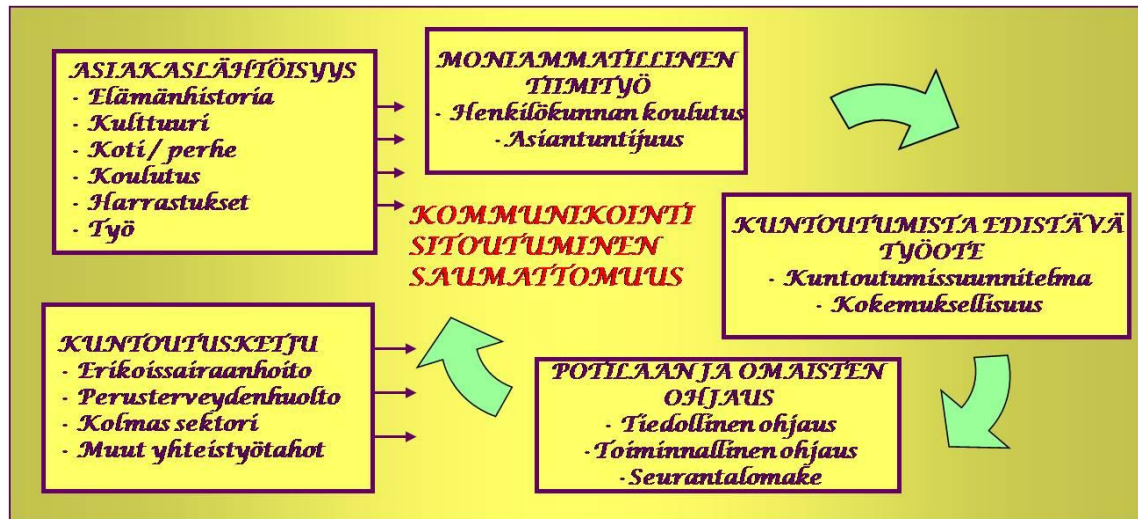
Tämän tutkimus- ja kehittämistyön perustana on Potilasohjauksen organisoinnin kehittämishankkeessa vuosina 2006-2008 tuotettu Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjausmalli, josta käytän nimeä aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmalli. Potilasohjauksen organisoinnin kehittämishankkeessa oli mukana 14 kuntaa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueelta ja Kajaanin kaupunki. Erikoissairaanhoidon puolelta mukana olivat OYS:n ja Oulaskankaan sairaalat, Kajaanin keskussairaalan kirurgian alue ja Raahen sairaalan erikoissairaanhoidon tarjoavat yksiköt. (Lipponen 2008. 14.)

Potilasohjauksen organisoinnin kehittämishankkeen tavoitteena oli kehittää potilasohjauksen laatua ja tehostaa yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä alueellisesti yli organisaatorajojen. Käytännön tavoitteena oli sepelvaltimotautia ja diabeettista jalkahaavaa sairastavien sekä syöpä-, tekonivel-, aivoinfarkti- ja keuhkoah-
taumapotilaiden ohjausprosessin mallintaminen. Haukiputaan kunta oli mukana aivoverenkiertohäiriö, sydän- ja tekoniveltiimeissä. (Lipponen 2006; Lipponen 2008, 13-14.) Tulosten levittäminen omaan kuntaan ja työorganisaatioon sekä uusien toimintamallien käyttöönotosta vastaaminen oli esimiehillä ja tiimien jäsenillä (Kanste & Ukkola 2008, 8-9).

Seuraavaksi esittelen kuvassa yksi Aivoverenkiertohäiriötiimin kehittämän Aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallin, joka on perusta tälle tutkimus- ja kehittämistyölleni.

AIVOVERENKIERTOHAIRIÖÖN SAIRASTUNEEN POTILAAN OHJAUSMALLI

Tavoitteena: Yhteinen ymmärrys ja tietoperusta



KUVIO 1. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan ohjausmalli

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilasohjausmallin tavoitteena on yhteinen ymmärrys ja tietoperusta, jotka perustuvat saumattomaan kuntoutusketjuun, sitoutumiseen ja kommunikaatioon. Ylempi laatikko sisältää käsitteet *kommunikaatio*, *sitoutuminen*, *saumattomuus*, *kuntoutusketju*, *asiakaslähtöisyys*, *moniammatillinen tiimityö*, *kuntoutu-*

mista edistävää työtä ja potilaan ja omaisen ohjaus. Alempi laatikko kuvaa kuntoutuksen kulkua. Kuntoutuksen kulku sisältää käsitteet ennaltaehkäisy, akuutti-, subakuutti, toipumis- ja uudelleenorientoitumisvaihe.

Mallin käsitteet koottiin aivoverenkiertohäiriötiimin keskustelujen pohjalta ja käsitteet otettiin yhteisestä sopimuksesta potilasohjausmalliin. Käsitteiden teoreettisia lähtökoh-
tia ei avattu eikä käsitteitä nostettu tutkimus- tai teoreettisesta tiedosta, vaan valinnat pe-
rustuivat osallistujien hiljaiseen tietoon.

AVH-mallissa asiakaslähtöisellä toiminnalla tarkoitetaan toiminnan suunnittelua asiak-
kaan tarpeista käsin. Elämänhistorialla tarkoitetaan jokaisen omaa kokemuksellista ja
merkityksellistä prosessia, jossa omat elämäntapahtumat ja tilanteet kietoutuvat koko-
naisuudeksi paikallisissa kulttuurisissa puitteissa. Kuntoutusketjulla tarkoitetaan tervey-
denhuollon laajempaa kokonaisuutta, jossa palvelut on järjestetty asiakaslähtöisesti ja
kokemuksellisesti. Palvelujärjestelmän kehittäminen perustuu moniammatilliselle yh-
teistyölle ja sen lisäämiselle. Perustana moniammatilliselle toiminnalle on kommuni-
koinnin lisääminen eri toimijoiden välillä. AVH-mallissa korostetaan kuntoutumista
edistävän työotteiden käyttöä niin hoitohenkilökunnan, omaisten kuin
työ/harrasteympäristön tukiverkostolla. Kuntoutumista edistävän työotteiden edellytyksiin
kuuluu tavoitteellinen ja suunnitelmallinen toiminta, jonka vuoksi AVH-malli suositte-
lee kuntoutussuunnitelman laatimista. Potilaan ja hänen omaisensa ohjaaminen, opetta-
minen ja neuvonta ovat myös osa potilasohjausta ja asiakkaan kuntoutusta. Ohjauksessa
korostuu sekä tiedollinen että toiminnallinen ohjaus. (Jaakkola, Marjala & Meriläinen
2008, 75-86.)

AVH-toiminnan kehittäminen aloitetaan AVH-tiimin perustamisella terveystieteiden keskuksiin.
AVH-tiimi koostuu osaston lääkäreistä, sairaanhoitajista ja fysioterapeuteista sekä sosiaali-
hoitajista. Tiimin toiminnan tavoitteena on saada asiakas mahdollisimman nopeasti ko-
tiin ja toimintakykyiseksi kodin arjessa. (Jaakkola ym. 2008, 86.)

4 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKEKATSAUKSET

Tämä kehittämis- ja tutkimustyö liittyy Potilasohjauksen organisoinnin kehittämishankkeessa tuotetun aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallin käyttöönottoprosessiin Haukiputaan terveyskeskuksessa. Kyseessä on vanhojen toimintakäytäntöjen ja –mallien sekä työtapojen merkittävästä muutoksesta, joten kehitettävä ja tarkasteltava ilmiö liittyy muutosjohtamiseen. Rajaan muutosjohtamiseen liittyvän tutkimuskatsauksen suomalaisiin muutosjohtamiseen liittyviin väitöskirjatöihin. Toiseksi kehittämis- ja tutkimustyö kiinnittyy AVH-potilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseen. Tämän vuoksi esitän tutkimuskatsauksen, mikä liittyy AVH-potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen. Rajaan tämän tutkimuskatsauksen niihin tutkimuksiin, joilla katson olevan merkitystä Haukiputaan terveyskeskuksen AVH-tiimin toiminnalle. Lopuksi esitän hankekatsauksen hankkeista, missä maassamme tehty kehittämistyö liittyy muutosjohtamiseen ja/tai AVH-potilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseen.

Aineistohaku suomalaisista muutosjohtamiseen liittyvistä väitöskirjoista vuosilta 2000-2009 tehtiin Linda Yliopistokirjastojen yhteistietokannasta monikenttähaulla. Linda Yliopistokirjastojen yhteistietokannasta löytyi 23 väitöskirjaa, joiden asiasanana oli Muutosjoh? ja rajauksena väitöskirja. Löydetyistä väitöskirjoista kaksi oli tehty ruotsissa. Aineistoa täydennettiin neljällä muutosjohtamista käsittelevällä suomalaisella väitöskirjoilla, jotka löytyivät Google hakuohjelmalla sanoilla väitös, muutosjohtaminen. Kaiken kaikkiaan tähän tutkimus ja kehittämistyöhön otettiin mukaan 20 suomalaista väitöskirjaa. Taulukossa yksi (Liite 1.) esitetään valittujen 20 suomalaisen väitöskirjan tekijä, julkaisuvuosi ja tutkimuskohde.

Valitut 20 suomalaiset muutosjohtamiseen liittyvät väitöskirjat vuosilta 2000-2009 käsittelevät muutosjohtamista useasta näkökulmista. Muutosjohtamista tarkasteltiin *teoreettisella-* (Lanning 2001), *terveydenhuoltoalue-* (Junnila 2008), *kohdeorganisaatio-* (Buhanist 2000; Hildén 2004; Kerttula 2009; Mattila 2006; Nyholm 2008; Pitkänen 2006; Salminen 2000), *prosessi-* (Talja 2006; Taskinen 2005), *johto-* (Kirveskari 2003; Lehkonen 2009; Saranki-Rantakokko 2008; Vuohijoki 2006; Vuorinen 2008), *työnteki-*

jä- (Linna 2008; Soininen 2001; Syrjälä 2006; Vuorinen 2008) ja *konsulttitoimintataseilla* (Puutio 2009).

Taulukossa kaksi (Liite 2.) esitellään valittujen 20 suomalaisen väitöskirjan tekijä ja julkaisuvuosi, tutkimusten tarkoitus, tutkimusmenetelmä ja keskeiset tutkimustulokset ja johtopäätökset.

Muutosjohtamisesta on olemassa sekä teorian tietoa että käytännön tutkimustietoa (Lanning 2001). Kerttulan (2009) mukaan muutos on osa päivittäistä toimintaa ja muutosjohtaminen kuuluu yritysjohdon kokonaisuuteen. Muutos on kaikkien muutokseen osallistuvien ihmisten yhteinen oppimisprosessi. Alkuvaiheen sitoutumisella on suuri merkitys muutoksen onnistumiselle. Muutosjohtaminen edellyttää jatkuvan muutoksen ajattelutavan (Kerttula 2009; Talja 2006) lisäksi muutosten ymmärtämistä (Talja 2006; Nyholm 2008), hyvää suunnittelua, teorian tiedon ja käytännön tiedon yhdistämistä, seuranta (Hildén 2004) sekä paikallista osallistuvaa johtamista, aktiivista osallistumista kera todellisen päätösvallan ja systemaattista motivointia (Salminen 2000).

Organisaatioita yhdistettäessä tulee Hildénin (2004), Junnilan (2008) ja Taskisen (2005) mukaa kiinnittää huomio toimintamallien yhteensovittamiseen, jotta erilaisissa työkuultuureissa toimineet työntekijät kokevat luottamusta ja oikeudenmukaisuutta muutoksessa. Myös työntekijöiden osallistamisen mahdollistaminen, tiedottaminen ja itse muutosprosessi koetaan työntekijöiden näkökulmasta tärkeinä (Junnila 2008). Pitkäsen (2006) ja Nyholmin (2008) mukaan organisaatioita yhdistettäessä ilmenee luonnollisesti jännitteitä ja ristiriitoja. Tuolloin niiden tunnistaminen ja hallinta on tärkeää.

Suomalaisessa terveydenhuollon johtamisessa painotetaan perustehtävän suorittamista (Vuorinen 2008). Kunnallisella sektorilla esimerkiksi koulujen rehtorit ovat Vuohijoen (2006) mukaan yllirasittuneita. Yllirasitus johtuu monista syistä. Esimerkiksi johtajan roolia ei välttämättä ole selvästi rajattu ja osa johtajista kokee tekevänsä jollekin toiselle kuuluvia töitä. Salminen (2000) mukaan on olemassa työyhteisöjä, joissa johtajalta on viety todellinen valta.

Mattilan (2006) mukaan keskeiseksi syyksi muutoshankkeiden kariutumiselle on tarjottu työntekijöiden ja keskijohdon suunnalta koettua muutosvastarintaa. Muutosvastarinta

näkyä esimerkiksi kieltäytymisenä yhteistyöstä, sabotointina, suuntautumalla asiaan passiivisesti, haluttomasti tai vaikenemalla. Pitkänen (2006) puolestaan luettelee muutosta hidastaviksi tekijöiksi mm. virallisten rakenteiden aiheuttamat esteet yhteistyölle, esimiesten vallan käytön ja oman aseman pönkittämisen.

Syrjälän (2006) mukaan johtajat tarvitsevat nykyistä enemmän tukea onnistuneen muutoksen saavuttamiseksi. Buhainst (2000) ja Puutio (2009) suosittelevat konsulttien roolin aktivointia. Junnila (2008) ehdottaa muutoksen viemistä rakenteiden muutosta pidemmälle. Mattila (2006), Pitkänen (2006), Soininen (2001) ja Taskinen (2005) puolestaan painottavat henkilöstön vaikutus- ja osallistumismahdollisuuksien lisäämistä ja sosiaalisen kanssakäymisen kehittämistä. Kehityskeskustelujen on todettu tukevan keskustelun lisäämistä työyhteisöissä (Linna 2008). Saranki-Rantakokko (2008) nostaa esille kehityksen arvioinnin. Muutoksen läpiviennissä tulee lisäksi tukea työllisyyttä ja työn jatkuvuutta (Syrjälä 2006).

Edellä mainittuihin tavoitteisiin pääseminen on kuitenkin suuri haaste, sillä Nyholmin (2008) mukaan tämän hetken suurin ja laajin ongelma kunnissa on hierarkkisen johtamistavan ja –käytäntöjen tarjoaminen postmodernin ajan yhteiskunnalle. Postmodernin ajan yhteiskunnassa eläminen vaatii kunnissa rakenteiden ja organisaatioiden toimintatapojen muutosta hierarkkisesta toiminnasta horizontaalisempaan toimintaan, muutoksen johtamistapojen uudistamista, yksilöiden intentioiden ja tavoitteiden huomiointia ja niiden ymmärtämistä, sekä muutoksen kontekstin vaikutusten huomioon ottamista muutostilanteessa.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyvään tutkimuskatsaukseen on valittu 9 tutkimusta, jotka pohjautuvat Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus Konsensuskokouksessa 2008 esitettyihin tutkimuksiin. Taulukossa kolme (Liite 3.) esitetään tutkimuksen tekijä, julkaisuvuosi, tutkimuksen tarkoitus, aineiston keruumenetelmä sekä keskeiset tutkimustulokset.

Tarkasteltavat tutkimukset vuosilta 2000-2008 käsittelivät hoitoa ja kuntoutusta useasta eri näkökulmasta. Hoitoa ja kuntoutusta tarkasteltiin *kuntoutuksen* (Frankel, Marwitz, Cify, Kreutzer, Englander, & Rosenthal 2006; Jorgensen, Kammergaard, Houth, Nakayama, Raaschou, Larsen, Hübbe & Olsen 2000; Mehrholz, Werner, Kugler, & Pohl

2008), *fysioterapian* (Peurala, Tarkka, Pitkänen, Sivenius 2005; Pohl, Werner, Holzgraefe, Kroczeck, Mehrholz, Wingendorf, Hölig, Koch & Hesse 2006), *toimintaterapian* (Stewart, Cauraugh, & Summers 2006; Walker, Leonardi-Bee, Bath, Langhorne, Dewey, Corr, Drummond, Gilbertson, Gladman, Jongbloed, Logan. & Parker. 2004) ja *puheterapian* (Braun, Beurskens, Borm, Schack, & Wade 2006; Smania, Girardi, Domenicali, Lora & Aglioti 2000) näkökulmista.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut potilas tarvitsee monenlaista ja eri ammattihenkilöiden antamaa hoitoa ja kuntoutusta (Braun ym. 2006; Mehrholz ym. 2008; Peurala ym. 2005; Pohl ym. 2006; Stewart ym. 2006; Walker ym. 2004). Jorgensenin ym. (2000) mukaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneet potilaat hyötyvät kuntoutuksesta sairauden eri vaiheissa. Keskeisintä hoidossa ja kuntoutuksessa on se, että kaikkien akuuttiin halvaukseen sairastuneiden ihmisten tulee päästä hoitoon ja kuntoutukseen halvausyksiköihin. Paras tulos saadaan yksilöllisellä ja kohdennetulla hoidolla ja terapialla (Smania ym. 2000). Walker ym. (2004) toteavat asiakkaan luonnollisessa ympäristössä tapahtuvalla terapialla olevan asiakkaan toimintakykyä edistävä vaikutus. Myös iäkkäiden potilaiden on todettu hyötyvän kuntoutuksesta, vaikka heillä kuntoutuminen vie pidemmän aikaa ja se tulee kansantaloudellisesti kalliimmaksi (Frankel ym. 2006).

Hankekatsaukseen on valittu 13 esimerkkiä maassamme tehdyistä kehittämishankkeista, joissa kehittämistyö liittyy muutosjohtamiseen ja/tai AVH-potilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseen. Koska hankkeille ei ole olemassa omaa kattojärjestöä, olen etsinyt internetistä hankkeita, jotka liittyvät muutosjohtamiseen ja/tai AVH-potilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämiseen. Hakuohjelmanä käytettiin Googlea ja hakusanoina käytettiin kehittäminen+hanke, aivoverenkiertohäiriöt+hanke. Taulukossa neljä (Liite 4.) esitellään valittujen hankkeiden tekijä, julkaisuvuosi, hankkeen nimi, aika sekä kehittämiskohde.

Valituista kehittämishankkeista yhdessä hankkeessa tehtiin AVH-nykytilaselvitys (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2010), neljässä kehittämishankkeessa kehitettiin organisaation toimintaa (Itella Oyj 2009; Kasvi 2005; Manka 2007; Pyöriä 2008) ja neljässä kehittämishankkeessa kehitettiin palveluja (AstraZeneca 2010; Kantanen, Karhula, Kanelisto, Suomela-Markkanen, Häggblom & Kronlöf 2008; Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter 2010; Pietilä 2008;). Neljässä hankkeessa (Mäenpää & Käkelä 2009;

Numminen 2008; Penttinen & Suhonen 2007; Ponnikas 2004; Pyöriä 2008) kehitettiin sekä organisaation toimintaa että palveluja.

Taulukossa viisi (Liite 5.) esitetään valittujen kolmentoista hankkeen tekijä, julkaisu-vuosi, hankkeen nimi, aika, hankkeen keskeiset tavoitteet ja -tulokset.

Kehittämishankkeiden tuloksissa todettiin, että hankkeissa päästiin asetettuihin tavoit-teisiin (mm. Itella Oyj 2009; Kantanen ym. 2008; Manka 2007; Numminen 2008; Mä-enpää & Käkälä 2009; Penttinen & Suhonen 2007; Ponnikas 2004). *AVH-nykytilaselvityksen* mukaan alle puolet moniammatillista kuntoutusta tarvitsevista aivo-verenkiertohäiriöön sairastuneista potilaista pääsevät kuntoutukseen (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry 2010). Espoon Kaupungin toiminnan ja organisaation TOP/ERP-hankkeen raportissa (Kasvi 2005) todettiin, että hanke epäonnistui. Hanke epäonnistui, koska hankkeeseen ei otettu mukaan henkilöstöä, sidosryhmiä eikä luottamushenkilöitä. Sakke-hankkeessa (Ponnikas 2004) ongelmakohdiksi tunnistettiin muutosvastarinta uu-sia toimintamalleja kohtaan ja osallistujien ajanpuute olla mukana kehittämishankkeen toiminnassa. Muutosjohtamisen ja työhyvinvoinnin kehittäminen-hankkeessa (Manka 2007) nostettiin esille lyhyen projektin ongelmat. Lyhyt projekti nosti esille enemmän kysymyksiä ja toiveita kuin niihin ehdittiin vastata. Vastaavasti kaikki mukana Muutok-sessa –hankkeen (Itella Oyj 2009) avulla hillittiin muutokselle tyypillisten sairaspöissa-olojen ja –kustannusten kasvua ottamalla henkilöstö ja sen hyvinvointi näkyvästi mu-kaan kehittämiseen.

Palvelujen kehittäminen liittyi mm. palveluketjujen kehittämiseen (Penttinen & Suho-nen 2007; Ponnikas 2004) , ennaltaehkäisevään työhön (AstraZeneca 2010) ja tiedotta-miseen ja koulutukseen (Pietilä 2008). Jokatoinen-hankkeessa (AstraZeneca 2010) luo-ttiin www sivusto kannustamaan suomalaisia elämäntapamuutokseen. Aivovoimaa! tur-kulaisittain (Pietilä 2008) –hankkeessa tuotettiin perinteisellä tavalla terveysliikuntama-teriaalia, järjestettiin liikuntaneuvontaa ja lajikokeiluja mm. aivoverenkiertohäiriöpoti-laille sekä annettiin koulutusta vapaaehtoistyöntekijöille. Aktivoiva fysioterapia aivo-halvauspotilaiden akuuttivaiheen kuntoutuksessa v. 2008-2012 ja Ikääntyneiden aivo-halvauspotilaiden kuntoutuksen kehittämishankkeesta ei ollut keskeisiä tuloksia saata-villa.

2000-luvulle on ominaista hankekehittäminen. Työyhteisöjen lisäksi mm. terveysministeriö- ja kuntaliittotasolla on olemassa kehittämisohjelmia ja -hankkeita. Taulukossa kuusi (Liite 6.) esitetään Sosiaali- ja terveysministeriössä vireillä olevat keskeisimmät kehittämisohjelmat ja -hankkeet, jotka liittyvät moniammatillisen yhteistyön lisäämiseen ja kehittämiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisohjelmat ja hankkeet on poimittu sosiaali- ja terveysministeriön Internet-sivuilta. Taulukossa seitsemän (Liite 6.) esitetään Kuntaliitossa vireillä olevat keskeisimmät kehittämisohjelmat ja -hankkeet, jotka liittyvät kuntapalvelujen kehittämiseen. Kuntaliiton kehittämishankkeet on poimittu Kuntaliiton Internet-sivuilta.

5 TOIMINTATUTKIMUS

TEOREETTISENA

JA

OPINNÄYTETYÖN

METODOLOGISENA

LÄHTÖKOHTANA

Toimintatutkimus on tutkimustapa, jonka päämääränä on saada aikaan muutoksia sosiaalisissa toiminnoissa, mutta samalla myös tutkia näitä muutoksia (Jary ja Jary 1991, 5). Kemmis ja Mc Taggart (1988, 5) määrittävät toimintatutkimuksen olevan yhteisöllinen ja itsereflektiivinen tutkimustapa, jonka avulla sosiaalisen yhteisön jäsenet kehittävät yhteistyötä ja käytäntöjä järkiperaisemmiksi ja oikeudenmukaisemmiksi. Yhteisön jäsenet pyrkivät myös ymmärtämään entistä paremmin omia toimintatapoja ja tilanteita, joissa he toimivat. Taba ja Noel (1988, 67) esittävät toimintatutkimusprosessin viisi yleistä vaihetta, jotka ovat ongelman tunnistaminen, tilanteen analysoiminen, hypoteesin muodostaminen, muutoksen aikaansaaminen ja arviointi hypoteesin pohjalta.

Toimintatutkimusta kuvataan usein spiraalimaisesti eteneväksi kehittämiseksi, johon kuuluvat kehämäisesti/syklimäisesti etenevät suunnittelu-, toteutus-, havainnointi- ja reflektiovaiheet. Käytännössä kehittämistyössä tapahtuu monenlaisia ja monen tasoisia prosesseja. (Hart & Bond 1996, 31, 37-38; Kemmis 1994, 42.) Kehittämistyön aikana ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät vähitellen. Toimintatutkimukselle on myös luonteista se, että jostain ongelmasta tai sivukysymyksestä voi kasvaa merkittävä *sivuspiraali* koko tutkimukselle. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2006, 87.)

Toimintatutkimuksella ei ole olemassa yhtä erityistä teoriaa, vaan se sisältää Englantilaisen, Yhdysvaltalaisen ja Australialaisen suuntauksen. Suuntauksia erottavat historialliset ja tietoteoreettiset erot ja eri lähestymistavat. Englantilainen ja Yhdysvaltalainen suuntaus korostavat yksilön itsereflektiivistä toimintaa ja Australialainen suuntaus korostaa yhteisön toimintaa. (Gustavsen 1992, 1996; Hart & Bond 1996 12-20; Heikkinen 2006, 23; Heikkinen, Konttinen & Häkkinen 2006, 39-75; Kemmis & Mc Taggart 1998.)

5.1 Osallistava toimintatutkimus

Käytän tässä tutkimus- ja kehittämistyössäni kommunikatiivista eli osallistavaa toimintatutkimusta (*participatory action research*). Osallistava toimintatutkimus suuntautuu sosiaalisiin rakenteisiin ja prosesseihin ja korostaa yhteisön jäsenten osallistumista tutkimukseen. Osallistavaa toimintatutkimusta on sovellettu organisaatioihin ja työelämään suuntautuneisiin tutkimuksiin. (Kemmis & Wilkinson 1998; Heikkinen ym. 2006, 50-52.)

Osallistava toimintatutkimus on kehitetty Deakinin yliopistossa Australiassa. Se perustuu kriittisen teorian filosofiseen perinteeseen. Totuus muodostuu toimijan itse muodostamasta autenttisesta, luotettavasta ja aidosta totuudesta, jossa tieto nousee toimijan oman tekemisen rationaalisesta reflektoinnista. (Carr & Kemmis 1986, 129, 156, 189-190.) Kommunikatiivinen toimintatutkimus ottaa lähtökohdaksi työyhteisön kokemukset ja kehittämisen kontekstisidonnaisuuden (Gustavsen 1992; Lahtonen 1999). Haukiputaan terveyskeskuksessa kehittäminen muotoutuu perustettavan AVH-tiimin jäsenten ja muiden terveyskeskuksen henkilöstöryhmien rajat ylittävien keskustelujen kautta. Muutos tapahtuu Gustavsenia (1992, 3-4, 37-38) mukaillen pikkuhiljaa keskustelun laajentumisen kautta. Keskeistä keskusteluille on että kaikkien mielipiteet ovat oikeutettuja ja keskustelu käydään osallistujien omalla kielellä ymmärrettävästi. Osallistujien on myös siedettävä omasta näkemyksestä poikkeavia näkökulmia. Keskustelujen myötä syntyvät sopimukset johtavat pysyviin käytännön muutoksiin.

Käytän tässä tutkimus- ja kehittämistyössä Lauria (1998, 116-117) mukaillen jäsenystä selvitysvaihe, toteutusvaihe ja arviointivaihe.

5.2 Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa

Toimintatutkimuksessa tutkija on toiminnallinen vastuuhenkilö, joka osallistuu suunnitteluun, muutosprosessiin, vastaa kehittämistyön etenemisestä ja seurannasta sekä tuottaa myös omalta osaltaan tutkimusaineistoa. Tutkijan tarkoituksena on vauhdittaa kehitystyötä omalla työpanoksella yhdessä tutkittavan yhteisön kanssa. (Huovinen & Rovio 2006, 94-113). Heikkisen (2006, 19-20) mukaan tutkija voi olla joko työyhteisön ulko-

puolinen henkilö tai työyhteisön sisältä. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä tutkija tulee työyhteisön sisältä. Tutkijan tullessa työyhteisön sisältä on hänellä Laurin (1998, 119-120) mukaan oltava jonkinlainen auktoriteettiasema ja hänen on oltava kaikkien tutkimukseen osallistuvien arvostama henkilö.

Luonnollisesti tutkijalta edellytetään kiinnostusta havainnoida, analysoida ja ymmärtää muutoksia (Huovinen & Rovio 2006, 94). Tutkija ohjaa osallistujia tiedostamaan kehittämistarpeet ja omaksumaan työhönsä teoreettista tietoa sekä integroimaan käytännön kokemustaan näihin teoreettisiin lähtökohtiin. Koska tutkijan rooli painottuu sisällöllisen muutoksen johtamiseen, tulee hänen tuntee sekä ulkoiset että sisäiset kohdeyhteisön kehittämiseen liittyvät tekijät. Toimintatutkimuksen luonteelle on ominaista, että tutkimus on demokraattista sekä tasavertaista tutkija- että osallistujakeskeistä toimintaa. (Lauri 1998, 120.)

Huovinen ja Rovio (2006, 95-97) nostavat haasteeksi tutkijan oman identiteetin omaksumisen. Onhan tutkijan toiminta tietoista tasapainottelua osallistumisen ja vetäytymisen välillä. Sen vuoksi tutkijan on syytä kirjoittaa omista ennakkokäsityksistään etukäteen ja pohtia niiden vaikutuksista tutkimukseen. Koska kehittäjät toimivat monissa rooleissa (Seppänen-Järvelä 2006, 97) ja kehittäjän työstä puuttuu tyypilliselle ammatilliselle asiantuntija-asemalle ominaiset tunnuspiirteet (Filander 2000, 41), tulee opiskelijan rooli kehittäjä-tutkijana avata ja siihen liittyvät perusteet selkeyttää tutkimus- ja kehittämistyön alussa. Mikäli opiskelijan roolia tutkija-kehittäjänä ei avata tai siihen liittyviä perusteita selkeytetä voi opiskelijan rooli omassa työyhteisössä muodostua ristiriitaiseksi (Siira & Veijola 2009, 144).

Työskentelen Haukiputaan terveystieteiden keskuksessa fysioterapeuttina lääkinnällisen kuntoutuksen yksikössä ja kotihoidon fysioterapeuttina koti- ja laitoshoidon yksilössä. Asiakaskuntani on ”vauvasta vaariin”. Toimin oman työni ohella Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä – hankkeen AVH-tiimissä kehittämässä AVH-potilaan uutta potilasohjausmallia. Hankkeen loputtua syvennän teoria- ja tutkimustietoa kehittävistä aihealueista ja selvitän AVH-potilasohjauksen nykytilanteen ja kehittämistarpeet AVH-asiakkaiden, heidän omaisten, hoitohenkilökunnan, akuuttiosaston johdon edustajien sekä hoitotyön johtoryhmän näkökulmista sekä suunnittelen ja käynnistän työyhteisössäni Haukiputaan ter-

veyskeskuksessa muutosprosessin. Olen mukana perustamassa AVH-tiimiä Haukiputaan terveyskeskukseen yhdessä johdon määräämien työntekijöiden kanssa. AVH-tiimissä toimin AVH-tiimin jäsenenä ja kotihoidon fysioterapeutin roolissa. Tavoitteenani on auttaa ja tukea AVH-tiimiä näkemään kehittämistarpeet sekä löytämään keinoja ja toimenpiteitä tulokseen pääsemiseksi. Tuon teoreettista ja tutkimustietoa AVH-tiimiin ja kannustan kaikkia AVH-tiimin jäseniä kuuntelemaan, keskustelemaan, suunnittelemaan, toteuttamaan suunnitelmia sekä refleктоimaan toimintaa. AVH-tiimissä toimiminen vaatii minulta huolellista valmistautumista ja avoimuutta.

En pyri auktoriteetin asemaan eikä toimenkuvani ole olla pelkästään kehittäjä. En myöskään pyri toimimaan pelkästään luennoitsijana, opettajana tai muutosprosessin kontrolloijana. Koska tutkimus- ja kehittämistyö kuuluu Ylempään AMK-tutkintoon, roolini on olla myös opiskelija.

Tutkijan tausta, kokemus ja koulutus vaikuttavat tutkimuksen muotoutumiseen (Huovinen & Rovio (2006, 94). Olen koulutukseltani työfysioterapeutti (AMK) ja YO-merkonomi (laskentatoimi). Tämä opinnäytetyö liittyy jatkokoulutautumiseeni. Opiskelen Oulun ammattikorkeakoulussa ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa koulutuksessa sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittymisen koulutusohjelmassa. Minulla on kymmenen vuoden työkokemus fysioterapeuttina julkisella ja yksityisellä sektorilla. Olen toiminut myös vastaavana fysioterapeuttina yksityisellä sektorilla.

Toimintaani kehittäjä-tutkijana ohjaa sosiaalisen konstruktivismiin mukainen näkemys, jonka mukaan sosiaaliset ilmiöt ovat sosiaalisesti ja kielellisesti tuotettuja, sekä systemiseen ajatteluun pohjautuva näkemys, jossa kokonaisuutta tarkastellaan sen osien kautta (Juuti 2008, 106-107; Rauste-von Wright, von Wright & Soini 2003, 34-38, 155). Ajatteluni on yhdistelmä formaalia teoreettisten opintojen kautta saatua tietoa ja kokemuksen kautta kehittyntä taitotietoa eli hiljaista tietoa. Omat havaintoni, kokemukseni ja tunteeni ovat myös olennainen osa tutkimusaineistoani.

Oman näkemykseni mukaan toiminnan muuttuminen kehittyy arjessa toteutetuista askelista, joiden strateginen merkitys paljastuu jälkikäteen. Toisen asteen tuloksiin yltäminen tarkoittaa kokonaisuuden muodostumista osista, missä yhden osan muuttumisella on vaikutus kokonaisuuteen. Muutoksessa tulisi olla mukana sekä johto että ne ihmiset,

joita muutos koskettaa. Vuorovaikutuksen lisäämisellä ja yhteisen ymmärryksen varmistamisen avulla voidaan saavuttaa muutos. Kuten muutosjohtamisen teorioissa kuvataan, kehittäminen on aina johdon vastuulla ja muutos edellyttää johdon sitoutumista sekä selkeää roolien, vastuiden ja valtuuksien määrittelyä. Työntekijöiltä vaaditaan myös aktiivista osallistumista. Muutos nähdään sekä yksilötasolla että organisaatiotasolla käyttäytymisen muuttumisena. Mikäli muutosta ei tueta, palaa toiminta muutoksen jälkeen helposti entiseen.

6 TOIMINTATUTKIMUKSEN

TARKOITUS,

TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän toimintatutkimuksena toteutetun tutkimus- ja kehittämistyön tarkoituksena on kehittää aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallia (AVH-malli) Haukiputaan terveyskeskuksessa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin koordinoiman alueellisen mallin mukaisesti.

Tutkimus- ja kehittämistyön tehtävänä on määrittää AVH-potilaan potilasohjausmallin keskeiset käsitteet toimintaa ohjaaviksi keskeisiksi lähtökohdiksi sekä kuvata ja analysoida miten AVH-potilaan potilasohjausmallin juurtuminen käytäntöön työyhteisössä käytettäväksi toimintakäytännöksi kehittyi tämän kehittämistyön aikana. Lisäksi tutkimus- ja kehittämistyön tehtävänä on tuottaa työyhteisön käyttöön tietoa hyvien käytäntöjen ja toimintamallien käyttöön ottoa edistävistä ja hidastavista tekijöistä sekä nimetä toiminnan kehittämisen jatkohaasteet. Tämä tutkimus- ja kehittämistyö tuottaa tietoa Haukiputaan kunnan peruspalveluiden kehittämiseen liittyvään muutosjohtamiseen.

Tutkimuskysymykset

1. Minkälainen AVH-potilaan potilasohjausmalli Haukiputaan terveyskeskuksessa on potilaan, potilaan omaisten ja hoitohenkilökunnan kuvaamana ennen kehittämistoimintaa?
2. Minkälainen AVH-potilaan potilasohjausmalli Haukiputaan terveyskeskuksessa on kehittämistyön jälkeen?
3. Minkälaisia muutosjohtamisen haasteita AVH-potilasohjausmallin käyttöön ottamisessa ilmenee?
 - 3.1. Mitkä tekijät edistävät AVH-potilaan potilasohjausmallin käytäntöön ottamista?
 - 3.2. Mitkä tekijät hidastavat AVH-potilaan potilasohjausmallin käytäntöön ottamista?

7 TUTKIMUSAINEISTOT JA NIIDEN ANALYYSIMENETELMÄT

Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä käytetään useita tutkimusaineistoja tutkimus- ja kehittämistyön näkyvyyden lisäämiseksi. Tutkimus- ja kehittämistyö sisältää kvalitatiivisen aineiston, mikä koostuu eri kohderyhmiltä erilaisilla tiedonkeruumenetelmillä kerätyistä aineistoista (Taulukko 8.).

TAULUKKO 8. Tutkimus- ja kehittämistyössä käytetyn kvalitatiivisen aineiston tuottajat, ajankohta ja tiedonkeruumenetelmä

Ajankohta	Kohderyhmä	Osallistujamäärä	Aineistonkeruumenetelmä
Kevät 2008	Esittelyluento nro 1 (peruttu)	0	ryhmähaastattelu
Kevät 2008	Esittelyluennolle nro 2 osallistuneet ammattihenkilöt	9	ryhmähaastattelu
Syksy 2008	AVH-potilaat	5	teemahaastattelu
Syksy 2008	AVH-potilaiden omaiset	5	kyselytutkimus
Syksy 2008	Akuuttiosaston osastonhoitaja ja AVH-vastaava sairaanhoitaja	2	ryhmähaastattelu
Syksy 2008	Hoitotyön johtoryhmän edustajat	5	ryhmähaastattelu
Kevät 2009	AVH-tiimin jäsenet, palaute tutkijalle	8	kyselytutkimus
Kevät 2009	AVH-tiimin jäsenet, palaute prosessista	9	kyselytutkimus
Syksy 2009	Hoitotyön johtoryhmän edustajat	5	kyselytutkimus
Syksy 2007-2010	Tutkija-kehittäjä	1	päiväkirja-aineisto

Seuraavaksi esittelen tässä tutkimus- ja kehittämistyössä käytetyt tiedonkeruumuodot teoreettisesti sekä niiden toteutuksen.

7.1 Haastatteluaineistot

Eskolan ja Vastamäen (2007, 25-28) mukaan haastattelun tavoitteena on saada selville mitä joku ajattelee jostakin asiasta. Ryhmähaastattelu toteutetaan nimensä mukaisesti ryhmälle. Ryhmähaastattelussa keskustelu keskittyy ympärille, mikä yksilöille on yhteistä ryhmän jäsenenä (Alasuutari 1999, 151-152). Teemahaastattelussa käytetään tutkimuksen viitekehukseen perustuvia etukäteen valittuja teemoja ja niihin liittyviä tar-

kentavia kysymyksiä. Teemahaastattelun tavoitteena on löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Kysymykset voidaan esittää haastatettaville eri järjestyksessä. Myös tema-alueiden laajuus voi vaihdella. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 76-78.)

Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä toteutettiin kolme ryhmähaastattelun mukaista teemahaastattelua ja viisi teemahaastattelua. Ensimmäinen ryhmähaastattelun mukainen teemahaastattelu toteutettiin AVH-potilaan potilasohjausmallin esittelyluennon lopuksi tilaisuuteen osallistuneille yhdeksälle henkilökunnan edustajille keväällä 2008. Ryhmähaastattelun mukaisen teemahaastattelun tavoitteena oli kerätä tietoa AVH-potilaan potilasohjausmallista Haukiputaan terveyskeskuksessa ennen kehittämistoimintaa henkilökunnan kuvaamana. Teema-aiheet oli valittu SWOT-analyysin eli mukaisesti. SWOT- eli nykytila-analyysi on lyhenne sanoista strength (*vahvuus*), weakness (*heikkous*), opportunity (*mahdollisuus*) ja threat (*uhka*) (Bournemouth University 2008; Lehtinen & Niinimäki 2005; 71). Käytännössä tilaisuuteen osallistuneita henkilökunnan edustajia pyydettiin kertomaan AVH-potilaan potilasohjausmallin senhetkisistä vahvuuksista, heikkouksista, haasteista ja uhkista. AVH-potilasohjausmallin esittelyluennon kysymykset liitteessä seitsemän. Tilaisuuteen osallistuneet henkilökunnan edustajat kertoivat kokemuksistaan ja tutkija-kehittäjä kirjoitti vastaukset muistiin paperille myöhempää analysointia varten. Jotta asiat tuli oikein kirjoitettua, varmisti tutkija-kehittäjä kirjoittamansa lukemalla ääneen kirjoitetut kokemukset. Alun perin ryhmähaastattelun mukaisia teemahaastatteluja henkilökunnan edustajille piti olla kaksi, mutta ensimmäisen esittelyluennon peruuntuessa tutkimusmateriaali tiivistyi yhdeksi ryhmähaastattelun mukaiseksi teemahaastatteluksi.

Toinen ryhmähaastattelun mukainen teemahaastattelu toteutettiin syksyllä 2008. Tuolloin tutkija-kehittäjä haastatteli akuuttiosaston osastonhoitajaa ja AVH-vastaavaa sairaanhoitajaa. Akuuttiosaston osastonhoitajan ja AVH-vastaavan sairaanhoitajan haastattelun tavoitteena oli selvittää akuuttiosaston senhetkiset kehittämistarpeet. Haastattelu toteutui vapaasti keskustellen Simppulan kartanon pienessä kokoushuoneessa. Tutkija-kehittäjä kirjoitti vastaukset paperille ja kokouksen lopuksi käytiin tutkija-kehittäjän tekemät muistiinpanot yhdessä läpi.

Kolmas ryhmähaastattelun mukainen teemahaastattelu toteutettiin syksyllä 2008 hoitotyön johtoryhmälle. Hoitotyön johtoryhmälle toteutetun ryhmähaastattelun mukaisen teemahaastattelun tarkoituksena oli selkeyttää potilasohjausmallin käyttöönottoprosessia ja tutkija-kehittäjän roolia työntekijänä ja tutkija-kehittäjänä. Lisäksi kehittämistyön alussa oli tarpeen määrittää toimintaan osallistuvien vastuut ja valtuudet. Ryhmähaastattelun mukainen teemahaastattelu toteutettiin hoitotyön johtoryhmän kokouksessa lääkäreiden meeting-huoneessa. Kokouksessa oli läsnä viisi hoitotyön johtoryhmän edustajaa. Tutkija-kehittäjä kirjoitti vastaukset paperille ja kokouksen lopuksi käytiin tutkija-kehittäjän tekemät muistiinpanot yhdessä läpi.

AVH-potilaiden näkemys AVH-potilaan potilasohjausmallin nykytilasta Haukiputaan terveyskeskuksessa ennen kehittämistoimintaa toteutettiin viiden AVH-sairastuneen potilaan teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelut mukailivat omaisille toteutettua kyselylomaketutkimusta (Liite 8.). Kysymykset muutettiin siten, että ne kohdistettiin koskemaan AVH-sairastunutta potilasta. Haastattelutilanteissa kaikki aihealueet käytiin läpi vuorotellen. Eri teemojen tuottaman informaation laajuus vaihteli, sillä jotkin teemat innoittivat osallistujia puhumaan enemmän kuin toiset. Haastattelussa ei edetty tiukasti haastatteluun etukäteen tehdyn teemasuunnitelman mukaan, vaan vapaasti keskustellen. Haastattelija esitti uuteen teemaan liittyviä kysymyksiä keskusteluun sopivasti integroiden. Kahta AVH-sairastunutta potilasta haastateltiin Haukiputaan terveyskeskuksen fysioterapian lääkinnällisen kuntoutuksen potilashuoneessa ja kolmea heidän kotonaan. Haastattelut tallennettiin videokameralla, sillä AVH-sairastuneilla voi olla esimerkiksi kommunikaatiovaikeuksia.

7.2 Kyselyaineistot

Kyselylomaketutkimuksessa kysymykset ovat lomakkeella. Kyselyn muoto voi vaihdella tarkoituksen ja kohderyhmän mukaan. Tutkija-kehittäjä voi olla paikalla aineiston keruussa, hän voi valvoa aineiston keruuta tai olla pois aineiston keruusta. Kyselylomaketutkimuksessa kysymysten muotoilu luo perustan tutkimuksen onnistumiselle. (Valli 2007, 102-105.) Yleisesti kysymystyypit jaetaan avoimiin kysymyksiin, monivalintakysymyksiin ja asteikkoihin eli skaaloihin perustuviin kysymyksiin (Hirsjävi, Remes & Sajavaara 2007, 193-195). Kysymykset perustuvat tutkimuksen viitekehykseen ja ne

ovat tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).

Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä toteutettiin neljä kyselytutkimusta vuosina 2008–2009. Kyselytutkimuksissa käytettiin avoimia kysymyksiä. Ensimmäinen kyselytutkimus toteutettiin syksyllä 2008 teemahaastatteluun osallistuneiden AVH-sairastuneiden potilaiden omaisille. Käytännössä AVH-sairastuneiden potilaiden haastattelun yhteydessä AVH-potilaiden omaisia pyydettiin vastaamaan kirjalliseen kyselyyn (Liite 8.) koskien AVH-potilaiden potilasohjauksen nykytilaan Haukiputaan terveyskeskuksessa ennen kehittämistoimintaa. Avoin kyselylomake oli laadittu SWOT-analyysin pohjalta. Kysymyslomakkeeseen vastaamisen yhteydessä neljällä omaisella oli mahdollisuus kysyä tutkija-kehittäjältä tarkentavia kysymyksiä, sillä tutkija-kehittäjä haastatteli samaan aikaan AVH-sairastunutta potilasta. Yhdelle omaiselle toimitettiin kysely akuuttivuodeosastolle. Vastaamisen jälkeen omaiset laittoivat kyselylomakkeen suljettuun kirjekuoreen. Kirjekuori laitettiin tutkija-kehittäjällä olleeseen A3-kokoiseen kirjekuoreen. Kirjekuoressa oli seitsemän suljettua kirjekuorta valmiina, jotta tutkija-kehittäjä ei voinut tietää avatessaan kirjekuoria kenelle omaiselle vastauslomake kuului. Yksi omaisista vastasi kyselyyn terveyskeskuksen käytävälle sijoitetussa rauhallisessa paikassa, kaksi omaista vastasi kyselyyn AVH-sairastuneen potilaan kotona tutkija-kehittäjän haastattellessa AVH-sairastunutta potilasta ja kaksi omaista palautti kyselyn suljetussa kirjekuoreen terveyskeskuksen fysioterapian palautepostilaatikkoon.

Toinen ja kolmas kyselytutkimus toteutettiin keväällä 2009 AVH-tiimin jäsenille. Kysymykset liitteessä 9. Ensimmäisessä AVH-tiimille osoitetussa kyselytutkimuksessa kahdeksan AVH-tiimin ensimmäisessä kokouksessa tammikuussa 2009 läsnä ollutta AVH-tiimin jäsentä arvioivat kirjallisesti (omin sanoin) tutkija-kehittäjän toimintaa ensimmäisessä AVH-tiimin kokouksessa. Toisessa kyselytutkimuksessa kerättiin yhdeksältä AVH-tiimin maaliskuun 2009 kokouksessa mukana olleelta AVH-tiimin jäseneltä tietoa AVH-tiimin kehittämistoiminnan hyvistä (+) ja huonoista (-) puolia. AVH-tiimin jäseniltä saatu informaatio toimi kehittämisprosessia ohjaavana tietona sekä prosessin arvioinnin välineenä.

Neljäs kyselytutkimus toteutettiin syksyllä 2009 hoitotyön johtoryhmälle. Hoitotyön johtoryhmälle osoitetulla kyselytutkimuksella (Liite 10.) kerättiin tietoa muutoksen joh-

tamisen hyvistä käytännöistä Haukiputaan terveyskeskuksessa ja parannusehdotuksia johtamisen hyvien käytäntöjen kehittämiseksi. Kyselytutkimuksella kerättiin lisäksi tietoa AVH-potilasohjauksen kehittämisen onnistumisesta Haukiputaan terveyskeskuksessa sekä parannusehdotuksia AVH-potilasohjauksen kehittämiseen. Kysely lähetettiin sähköpostilla hoitotyön johtoryhmän jäsenille. Lomake pyydettiin tulostamaan ja täyttämisen jälkeen palauttamaan nimettömänä tutkija-kehittäjälle sisäisessä postissa.

7.3 Päiväkirja-aineisto

Tutkimuspäiväkirjalla tarkoitetaan tutkija-kehittäjän omia muistiinpanoja, joista ilmevät tutkija-kehittäjän tekemät havainnot, ideat ja mietteet. Tutkimuspäiväkirja toimii ajankäytön mittarina ja sen avulla voi hahmottaa mistä mihin on päästy ja miten. Tutkimuspäiväkirja on myös sitä varten, että siihen voi tehdä suunnitelmia, suunnitelmien muutoksia sekä kirjata epävarmuuden aiheita, epäilyjä, pelkoja ja ilonaiheita. (Hirsjärvi ym. 2007, 45.)

Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä käytettiin tutkija-kehittäjän tutkimus- ja kehittämistyön päiväkirja-aineistoja ja teemaan liittyviä ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvia tehtäviä ja tehtävissä olleita pohdintoja (mm. moniammatillinen yhteistyö). Päiväkirja-aineiston materiaali sisältää mm. teoriaa, pohdintoja, kysymyksiä, vastauksia, viitteitä, toteamia, ranskalaisia viivoja, nuolia, hymynaamoja ja hyvinkin tunnepitoisia tekstejä. Tehtävien pohdintaosiot ovat pitempiä ja asioita on käsitelty useista eri näkökulmista. Päiväkirja-aineisto on syntynyt koko kehittämisprosessin ajalta eli noin kolmen vuoden aikana. Päiväkirja-aineisto muodostaa oppimistehtävät huomioon ottaen noin sata sivua A4 –sivua riviväli 1½ ja fonttikoko 12 kirjoitettua tekstiä.

7.4 Sisällön analyysi aineistojen analyysimenetelmänä

Tutkimus- ja kehittämistyön kvalitatiivinen aineiston selkiyttäminen ja sanallinen muoto on tehty aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla (Hirsjärvi ym. 2007, 162).

Aloitin aineiston selkiyttämisen aukikirjoittamalla nauhoitetut videohaastattelut peräkkäin Word-ohjelmalla. Sain seitsemän sivua aukikirjoitettua tekstiä rivivälin ollessa yk-

si. Tulostin aukikirjoitetut videohaastattelut. Sen jälkeen nimesin tutkimusaineistot kohderyhmän mukaan. Luin aineistoa yksi aineisto kerrallaan ja esitin aineistolle tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Alleviivasin eri väreillä eri kysymyksiin liittyviä ilmaisuja ja esiin nousseita asioita.

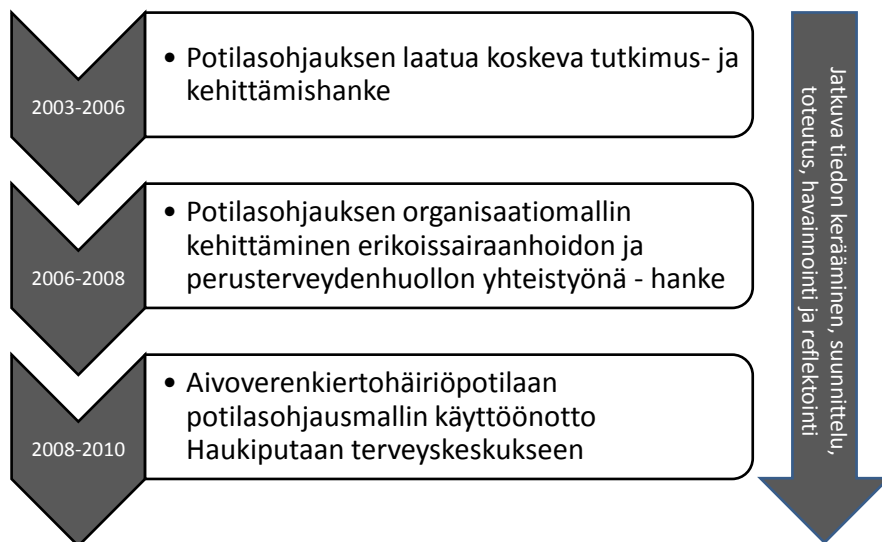
Alleviivauksen jälkeen kirjoitin alkuperäisilmaukset Excel-ohjelmaan ja luokittelin alkuperäisilmaisuista samaan asiayhteyteen liittyvät asia peräkkäin. Yhdistin luokituksen perusteella syntyneet ilmaisut alaluokkiin ja nimesin ne. Ryhmittelin alaluokat ja yhdistin niitä yläluokkiin, jotka nimesin. Käytännössä tutkimusmateriaali siis pelkistettiin, eli redusoitiin, ryhmiteltiin eli klustetoitiin ja lopuksi luotiin teoreettiset käsitteet eli abstrahoitettiin. Näin käsitteitä yhdistämällä edettiin empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä ja saatiin vastaukset tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112)

Ylä- ja yhdistävien luokkien luomisessa käytin apuna tutkimus- ja kehittämistyöni teoreettista viitekehystä. Alaluokat yhdistettiin ja nimettiin teoreettisin käsittein käyttäen viitekehyksessä käsiteltyjä käsitteitä ja ilmaisuja hyödyksi. Pyrkimykseni oli luoda tutkimusongelmien mukaan käsitteellinen kuvaus aineistosta ja mahdollistaa teoriasidonnaisen tulkintojen teko peilaamalla aineistoa ja teoriaa toisiinsa. Pyrin analyysin kaikissa vaiheissa ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan käsin. Palasin toistuvasti alkuperäisiin nauhoituksiin ja litteroituun aineistoon tulkinnan varmistamiseksi.

8 KEHITTÄMISTOIMINTA

Tämä tutkimus- ja kehittämistyö kiinnittyi hankekehittämiseen. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä tuotetaan tietoa aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallin käyttöönotosta Haukiputaan terveyskeskuksessa. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmalli tuotettiin vuosina 2006-2008 Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittämisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä –hankkeessa. Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä –hanke on jatkoa vuosina 2003-2006 toteutuneelle Potilasohjauksen laatua koskevalle tutkimus- ja kehittämishankkeelle.

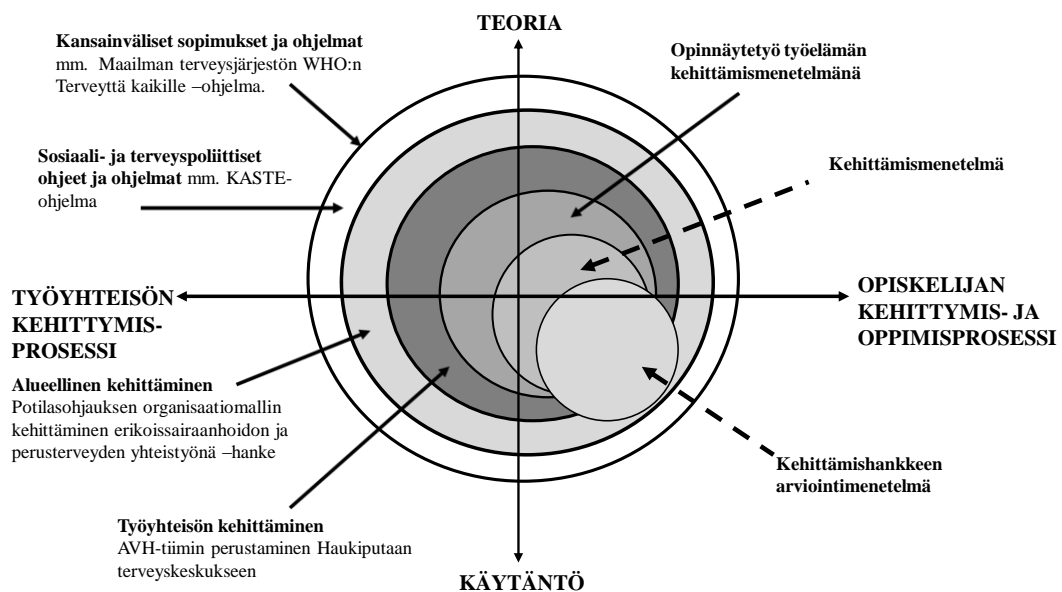
Tutkimus- ja kehittämishanke integroitui kiinteästi Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä –hankkeeseen (Kuvio 2.).



KUVIO 2. Tutkimus- ja kehittämistyön yhteys Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä hankkeeseen ja Potilasohjauksen laatua koskeva tutkimus- ja kehittämishankkeeseen

Tämä tutkimus- ja kehittämistyö on moniulotteinen. Toiminnassa yhdistyy sekä teoreettinen tieto että käytännönläheinen, hiljainen tieto. Tämä tutkimus- ja kehittämistyö on sekä työyhteisön kehittämisprosessi että opiskelijan oma kehittämis- ja oppimisprosessi. Kehittämistyön taustalla vaikuttavat kansainväliset sopimukset ja ohjelmat, sosiaali- ja terveystieteelliset ohjelmat, alueellinen kehittäminen sekä ylempään korkeakoulututkintoon liittyvän opinnäytetyön ohjeistus opinnäytetyön toteutuksesta työelämän kehittämismenetelmänä.

Kuviossa 3. esitellään tutkimus- ja kehittämistyön ulottuvuudet teorian ja käytännön suhteen ja työyhteisön kehittämisprosessin ja opiskelijan kehittämis- ja oppimisprosessin suhteen sekä syvyysuhteessa kansainväliset sopimukset ja ohjeet versus Haukiputaan kunnan organisaatiossa tehty kehittäminen toimintatutkimuksen avulla.



KUVIO 3. Tutkimus- ja kehittämistyön ulottuvuudet AVH-potilasohjausmallin käyttöön ottamisessa Haukiputaan terveyskeskuksessa (mukailten Siira ja Veijola 2009)

8.1 Kehittämisen toimintaympäristö ja kehittämistoimintaan osallistujat

Tämä tutkimus- ja kehittämishanke toteutettiin Haukiputaan terveystalossa. Haukiputaan kunnan tavoitteena on tarjota laadullisesti hyvät peruspalvelut kaikille kuntalaisille ja luoda edellytyksiä menestykselle yritystoiminnalle kunnassa. (Haukiputaan kunta 2009b.)

Haukiputaan perustuvapalveluiden visiona on, että kuntalaiset saavat taloudellisesti tuotetut riittävät ja asianmukaiset sosiaali- ja terveystalot. Toiminta pohjautuu yhteiseen arvopohjaan, missä ihmisen kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, sitoutuminen ja vastuu, turvallisuus ja yhteistyö ovat arvotavoitteita. Perusterveydenhuollon ydinpalvelut tuotetaan Haukiputaan kunnassa omina palveluina. (Haukiputaan kunta 2008, 3, 17.)

Haukiputaan terveystalossa toimii 26-paikkainen perusterveydenhuollon akuuttiosasto. Akuuttiosastolla on jatkuva vastaanottovalmius erikoissairaanhoidosta siirtyville potilaille ja osalla potilaista on lupa tulla suoraan vuodeosastolle päivystysaikana. Akuuttiosasto tekee yhteistyötä tehostetun kotisairaanhoidon (mm. vaativa kotisaattohoito) ja palveluasuntojen kanssa. Akuuttiosaston vieressä on pitkäaikaishoidon osasto, joka Perusturvapalvelujen palvelutarve 2007-2020 –selvityksen mukaan yhdistyy akuuttiosaston kanssa hoitopaikkojen joustavan käytön takaamiseksi. Akuutin ja pitkäaikaishoidon osaston lisäksi Haukiputaan kunnassa on oma röntgenyksikkö, lääkinnällisen kuntoutuksen yksikkö, lääkehuolto ja välinehuolto sekä kotihoitoyksikkö ja kotihoitoyksikköön organisoitu hoitotarvikejakelu. (Haukiputaan kunta 2008, 16-17.)

Haukiputaan kunta järjestää lähipalveluina lääkärin ja hoitajan-, äitiys- ja lastenneuvola-, koulu- ja hammaslääkärin sekä hammashuoltajien vastaanotot. Erikoissairaanhoidon palvelut ja laboratoriopalvelut ostetaan pääosin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriltä ja työterveyspalvelut ostopalveluna Attendo MedOne Oy:ltä. Perusterveydenhuollon yleislääkäripäivystys toteutetaan Oulun seudun yhteispäivystyksessä ja hammaslääkäripäivystys toteutuu viikonloppuisin seudullisessa hammaslääkäripäivystyksessä. (Haukiputaan kunta 2008, 17.)

Suunnitteluvaiheessa AVH-tiimiin jäseniksi määriteltiin akuuttiosaston lääkäri, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti, kotihoidon edustaja/edustajat ja puheterapeutti sekä psykiatrinen sairaanhoitaja. AVH-tiimin ensimmäisessä kokouksessa AVH-tiimin muodostivat akuuttiosaston sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja osastonhoitaja, kotihoidon kotisairaanhoitaja ja fysioterapeutti, vuorohoitoyksikön tiimivastaava, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. AVH-tiimin neljännessä kokouksessa AVH-tiimiin jäseniksi liittyivät perushoitaja ja lääkäri akuuttiosastolta.

8.2 Selvittely- ja suunnitteluvaihe

Potilasohjauksen organisoinnin kehittämishankkeen syöpä-, tekonivel-, aivoinfarkti- ja keuhkohtaumapotilaiden ohjausprosessien mallintaminen oli päätösvaiheessa loppuvuodesta 2007. Samaan ajankohtaan ajoittui omat opiskeluni ylempään AMK-tutkintoon johtavassa koulutuksessa. Opintoihin kuului 30 opintopisteen opinnäytetyö, joka tuli tehdä omaan työyhteisöön integroituvana työelämän kehittämistehtävänä. Tuntuu luonteelta yhdistää työyhteisössäni käynnistyvä AVH-mallin jalkauttamisprosessi ja opintoihini liittyvä kehittämistyö. Keskusteluissa vs. johtavan hoitajan kanssa varmistui, että olisi mielekästä ja kaikkien edun mukaista tehdä opinnäytetyö AVH-tiimin perustamisesta ja AVH-potilasohjausmallin jalkauttamisesta Haukiputaan terveyskeskukseen. Olin toiminut Haukiputaan kunnan edustajana Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä – hankkeen aivoinfarktitiimissä, joten kehittämistyön lähtökohdat ja jalkautumisvaiheessa oleva toimintamalli olivat minulle erittäin selvät.

Tämän toimintatutkimuksen selvitys- ja suunnitteluvaiheessa käytin runsaasti aikaa sekä kehittämisen ilmiöön ja kehittämisprosessin toteutukseen liittyvään kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimus- ja kehittämistyöraportteihin tutustumiseen. Lisäksi arvioin Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä – hankkeen tuottamaa AVH-potilasohjausmallia kriittisesti opiskelun myötä saamieni uusien valmiuksien avulla. Heti alussa todettiin että mallin suuri puute oli, ettei mallin keskeisiä käsitteitä oltu määritetty lainkaan. Malli ei myöskään kiinnittynyt selkeästi mihinkään teoreettisiin lähtökohtiin. Jouduin toistuvasti ristiriitaisiin tilanteisiin ohjaajani kanssa käymissäni keskusteluissa, kun en voinut määrittää kä-

sitteitä, joita käytin. Tässä vaiheessa tein ohjaajani kanssa päätöksen, että osa tätä kehittämistyötä muodostuu käsitteiden määrittelystä.

Selvittely- ja suunnitteluvaiheessa avasin sekä itselleni että yhteisölleni sen, minkälainen kehittämisen kulttuuri organisaatiossamme on. Totesimme, että kehittämistoimintaa oli ollut paljon, mutta käytännön tasolla kehittämistyö ilmeni harvoin kiteytyneenä toiminnan muutoksena. Kehittämislle oli ollut ominaista kehittämistyöhön osallistuvien roolien epäselvyydet, kehittämistyön keskeyttäminen ja käytäntöjen pysyminen entisellään. Tutustuin lisäksi syvällisemmin toimintatutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen, koska toimintatutkimus tuntui luontevalta menetelmältä tässä tutkimus- ja kehittämistyössä.

8.3 Toteutusvaihe

Suunnittelu- ja toteutusvaiheet eivät toimintatutkimuksessa ole toisiaan lineaarisesti seuraavia peräkkäisiä vaiheita, vaan toisiinsa kiinteästi liittyviä ja osittain päällekkäin toteutuvia vaiheita (mm. Heikkinen ym. 2006, 80-82.) Tässäkin tutkimus- ja kehittämishankkeessa nämä vaiheet toteutuivat päällekkäisinä ja toisiaan täydentävinä.

Osittain suunnitteluvaiheeseen ja osittain toimintavaiheeseen kuului ensimmäinen palaveri, joka pidettiin tammikuussa 2008 Haukiputaan terveyskeskuksessa. Tähän palaveriin osallistui vs. johtava hoitaja, minä tutkija-kehittäjänä ja Oulun seudun ammattikorkeakoulun edustaja eli työni ohjaaja. Sovimme, että minun opinnäytetyönä tekemäni osuus keskittyy siihen, että olen vastuussa ja ohjaan AVH-mallin mukaisen AVH-tiimin perustamisprosessin Haukiputaan terveyskeskukseen. Vs. johtavahoitaja halusi, että AVH-tiimi perustetaan mahdollisimman pian. Hänen näkemyksensä oli, että pidän yhdessä uudesta toimintamallista mallin kehittämiseen osallistuneen ja aivoverenkiertohäiriötiimissä mukana olleen vs. akuuttiosaston osastonhoitajan kanssa kaksi sisäistä koulutusta huhtikuussa 2008. Sisäiset koulutukset olivat avoimia kaikille terveyskeskuksen työntekijöille. Sovimme lisäksi, että esitän opinnäytetyönä tehtävän kehittämis- ja tutkimustyön suunnitelman vs. johtavalle hoitajalle ja johdon edustajille, jotka vastasivat toimintakäytäntöjen ja -mallien kehittämisestä. Palaverissa nimettiin AVH-tiimin edus-

tajat: akuuttiosaston lääkäri, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti, kotihoidon edustaja/edustajat ja puheterapeutti. Psykiatrinen sairaanhoitaja päätettiin nimetä myöhemmin.

Kevään 2008 aikana tutustuin kirjallisuuteen ja tutkimuksiin koskien keskeisiä käsitteitä AVH-mallissa; aivoverenkiertohäiriö (AVH), asiakaslähtöinen toiminta, hoito- ja kuntoutusketju, moniammatillinen yhteistyö, kuntoutumista edistävä hoitotyö, kuntoutussuunnitelma, potilasohjaus ja kuntoutusprosessi sekä toteutin SWOT-analyysiin perustuvat kyselyt aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallin nykytilasta ennen varsinaisen AVH-kehittämistoiminnan aloittamista. Nykytila kuvattiin AVH-asiakkaan, hänen omaisensa ja hoitohenkilökunnan näkökulmista. SWOT-kyselyssä käytettävät ja tähän kehittämistoimintaan kyselyn kiinnittävä ohjeistus käytiin läpi opintoihini liittyvissä kehittämistyön opinnoissa ja testattiin ylemmän AMK-tutkinnon opiskelijaryhmässä.

Kehittämistyö käynnistyi esittelyluennolla, missä osallistujille kerrottiin Potilasohjauksen organisoimisen kehittämishankkeesta, AVH-potilasohjausmallista ja sen kehittämisprosessista. Lisäksi samassa yhteydessä kerrottiin käynnistyvistä kehittämistyöstä osallistujille. Kahdesta sisäisenä koulutuksena järjestetystä esittelyluennosta toteutui vain toinen, sillä ensimmäiseen kokoukseen tuli ainoastaan kaksi henkilöä. Tämän vuoksi ko. tilaisuus päätettiin perua. Toiseen tilaisuuteen, joka pidettiin huhtikuussa 2008, osallistui yhdeksän henkilökunnan edustajaa.

Esittelyluennon jälkeen kehittäminen sai uuden käänteen. Kehittämistoiminta suunniteltiin uudelleen. Johdon taholta toimeksi annettu AVH-tiimin perustaminen edellytti toimintakäytäntöjen laajempaa arviointia ja kehittämistä. Kehittämistyöhön osallistuvien vastuut ja valtuudet tuli määrittää tarkemmin ennen toiminnan jatkamista. Tämä tutkimus- ja kehittämistyö suuntautui näin ollen erilailla kuin alussa oli suunniteltu. Toimintatutkimuksessa muutosta kutsutaan *sivuspiraaliksi* (mm. Heikkinen ym. 2006, 87), mikä voi johtaa kehittämistyön uudelleen suuntaamiseen ja suunnitteluun.

Toiminnan uudelleen suunnitteluvaiheessa oli tärkeä keskustella terveyskeskuksen johdon kanssa: tarkentaa tavoitteita ja kehittämistyöhön liittyviä rooleja sekä vastuu- ja valtakysymyksiä. Selvitin syyskuussa 2008 hoitotyön johtajista koostuvan johtoryhmän edustajien kanssa sopivaa kokousajankohtaa, jolloin voisimme heidän kokouksen yh-

teydessä keskustella kehittämyön käynnistymiseen liittyvistä haasteista ja toimintaehdotuksista. Kokousajankohta sovittiin marraskuulle 2008.

Pidimme ennen sovittua hoitotyön johtoryhmän kokousta palaverin Simppulan pienessä kokoushuoneessa akuuttiosaston osastonhoitajan ja AVH-vastaavan sairaanhoitajan kanssa lokakuussa 2008. Akuuttiosaston edustajat kokivat keskeiseksi kehittämistarpeeksi tiimityöskentelyn kehittämisen, sillä suunnitelmien mukaan akuuttiosasto ja pitkäaikaishoidon osasto yhdistyvät yhden esimiehen alaiseksi ja mm. esimiespalaverissa oli ollut puhetta tiimityöskentelymalliin siirtymisestä. Akuuttiosaston edustajat eivät kokeneet tarvetta AVH-potilaan potilasohjauksen kehittämiseksi. Heidän mukaan yhteistyö Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) kanssa toimi ja vuodeosastolla käytettiin heidän mukaan kuntouttavan hoitotyön mallia. Osastonhoitaja ja AVH-vastaava sairaanhoitaja kertoivat olevansa tyytyväisiä siihen, että heillä oli fysioterapeutti, joka ohjasi heitä heidän työssään. He kokivat, että vuorovaikutus fysioterapeutin kanssa toimi ja fysioterapeutin kannustuksen myötä hoitajien rohkeus hoitaa aivoverenkiertohäiriöpotilaita oli kasvanut. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä moniammatillisen yhteistyön kehittäminen oli yksi uuden AVH-mallin lähtökohta ja olin ylemmän AMK-tutkinnon opinnoissa paneutunut sekä moniammatilliseen yhteistyöhön ilmiönä että sen toteutushaasteisiin ja toimintakäytäntöjen kehittämiseen. Suunnittelimme, että minä tutkija-kehittäjä olisin osastonhoitajan apuna suunnittelemassa ja toteuttamassa moniammatillisen yhteistyön kokonaisuutta akuuttivuodeosaston ja pitkäaikaishoidon osastojen yhdistyessä. Sovittiin, että otan asian esille hoitotyön johtoryhmän kokouksessa.

Vierailin hoitotyön johtoryhmän kokouksessa marraskuussa 2008. Esittelin Aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallin ja esiin tulleet akuuttivuodeosaston kehittämistarpeet. Osanottajat keskustelivat aiheesta. Hoitotyön johtoryhmässä päätettiin, että Haukiputaan terveyskeskukseen perustetaan AVH-tiimi. Tähän tiimiin valittiin vuodeosastolta lääkäri, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Kotihoidosta kotisairaanhoitaja ja fysioterapeutti, Hannankodin vuorohoitoyksiköstä sairaanhoitaja sekä puheterapeutti ja psykiatrinen sairaanhoitaja. Kokouksessa päätettiin, että AVH-tiimi tekee aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallista jalkauttamissuunnitelman, joka sisältää mm. koulutustarpeiden arvion ja koulutussuunnitelman. AVH-tiimin tuli kokoontua osana omaa perustehtävää. Tarvittaessa koulutuksiin voitaisiin käyttää koulutusrahaa ja ulkopuolista kouluttajaa. AVH-tiimin toiminnan ja jalkauttamissuunnitelman tekemisen tu-

eksi ei hoitotyön johtajista koostuvalle työryhmälle koettu olevan tarvetta. AVH-tiimin tuli toimittaa jalkauttamissuunnitelma johtavalle lääkärille, joka esittää AVH-tiimin laatiman suunnitelman hoitotyön johtoryhmälle. Sovittiin, että johtava lääkäri tulee ensimmäiseen AVH-tiimin kokoukseen.

Hoitotyön johtoryhmän kokouksessa päätettiin lisäksi, että tutkija-kehittäjä voi olla akuuttiosaston hoitajan apuna suunnittelemassa ja toteuttamassa moniammatillisen yhteistyön kokonaisuutta. Tutkija-kehittäjä pyysi hoitotyön johtoryhmää määrittämään perustettavan AVH-tiimin valtuudet, vastuut ja resurssit uudelle toiminnalle sekä määrittämään tutkija-kehittäjän roolin täsmällisemmin. Hoitotyön johtoryhmän kokouksessa päätettiin, että AVH-tiimi vastaa kokoontumisistaan itsenäisesti. Tutkija-kehittäjän roolini oli perustaa AVH-tiimi ja toimia AVH-tiimissä kotihoidon edustajana.

Moniammatillisen yhteistyön kokonaisuuden suunnittelu ja toteutus peruuntui, sillä myöhemmin keväällä 2009 ilmeni, että akuuttiosaston ja pitkäaikaishoidon osastojen yhdistyessä entiset toimintakäytännöt tulisivat säilymään.

8.3.1 AVH-mallin käsitteiden määrittely

AVH-mallin liittyy useita käsitteitä, jotka valittiin tähän potilasohjausmalliin aivoverenkiertohäiriötiimin keskustelujen pohjalta. Niihin päädyttiin yhteisesti sopimalla osallistujien kokemustiedon perusteella. Käsitteitä ei missään vaiheessa määritelty. Yhteisen ymmärryksen rakentuminen siitä, mitä AVH-malli tarkoittaa edellyttää keskeisten käsitteiden yhteistä ymmärrystä.

Käsite on idea, mielikuva tai yleistys, joka on muotoutunut ja kehittynyt ajattelun tuloksena. Käsite nimeää ilmiötä, oliota, ominaisuutta tai tapahtumaa monitahoisena ajatusrakennelmana. Käsitteen avulla voidaan luokitella havaintoja ja ilmiöitä sekä niiden eroja ja yhtäläisyyksiä. Käsite sinällään saattaa merkitä eri asioita eri ihmisille (arvoja, velvollisuuksia ja kokemuksia kulttuurisessa kontekstissa). Lisäksi käsite liittyy jollain tavalla siihen kontekstiin, jossa sitä selvitetään. Käsite on todellisuuden abstrakti symboli, jonka avulla todellisuutta voidaan tutkia. (Walker-Avant 1992.) AVH-

potilasohjausmallin käyttöönottoon liittyvä kehittäminen Haukiputaalla käynnistyi ko. mallin käsitteiden määrittelyllä, mikä on oleellinen osa tätä kehittämistyötä.

AVH-mallin keskeiset käsitteet ovat: aivoverenkiertohäiriö (AVH), asiakaslähtöinen toiminta, hoito- ja kuntoutusketju, moniammatillinen yhteistyö, kuntoutumista edistävä hoitotyö, kuntoutussuunnitelma, potilasohjaus ja kuntoutusprosessi.

Aivoverenkiertohäiriö (AVH)

Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) sisältävät aivoinfarktin (*aivovaltimotukoksen*), ohimenevän aivoverenkiertohäiriön (*TIA, engl. transient ischemic attac*), lukinkalvon alaisen verenvuodon (*SAV*) ja aivoverenvuodon (*aivojen sisäisen verenvuodon*) (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2009; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologi- nen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2006).

AVH:n viittaavia äkillisiä oireita ovat toisen puolen raajojen heikkous ja/tai tunnottomuus tai holtittomuus, toisen suupielen roikkuminen, puhekyvyn häiriö, toimintakyvyn häiriö, toisen tai molempien silmien näköhäiriö tai kaksoiskuvat, tasapainohäiriö ja kävelyvaikeus, voimakas huimaus ja joskus kova päänsärky. Mikäli jokin em. oireista ilmaantuu, on välittömästi soitettava yleiseen hätänumeroon. Silloinkin kun oireet kestävät hetken ja menevät ohi. AVH vaatii yhtä kiireellistä hoitoa kuin sydänkohtaus. Hoitovaste on sitä parempi mitä nopeampaa hoito voidaan aloittaa. (Aivohalvaus ja dysfasialiitto ry. & Suomen sydänliitto ry. 2003, 5.)

Aivoverenkiertosairaudet ovat yksilöllisiä ja aiheuttavat moninaista vammaisuutta riippuen siitä, missä osissa aivoja ja kuinka laaja-alaisesta aivojen tuhoutumisesta on kyse. Liikunta- ja toimintakyvyn puutosten lisäksi AVH:t vaikuttavat persoonaan, persoonalliseen ilmaisuun, vastaanottokykyyn ja psyykkiseen prosessointiin. AVH:n sairastunut tarvitsee monenlaista apua arjentoiminnoissa menetettyään äkillisesti keskeisiä osia toimintakyvystään. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. & Suomen Sydänliitto ry. 2003, 2; Korpelainen, Leino, Sivenius & Kallanranta 2008, 251.)

AVH:n jälkeen toipuminen on nopeinta ensimmäisen kuuden kuukauden aikana. Toipumisennuste on yhteydessä taudin yleiseen vaikeusasteeseen. (Korpelainen, Leino, Sivenius & Kallanranta 2008, 251.) AVH:n sairastuneet sekä heidän omaisensa tarvitsevat ohjausta ja neuvontaa AVH:n ennaltaehkäisyssä, sen uusiutumiseen vaikuttavista riskitekijöistä ja elämäntapamuutoksissa. Olennaista on taata aiheeseen liittyvää koulutusta niille tahoille, jotka kohtaavat AVH-sairastuneita. (Herranen & Saari 2004, 67-68.)

AVH:n sairastuu Suomessa vuosittain vajaat 14 000 henkilöä (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2009; Takala, Peurala, Erlilä, Huusko, Viljanen, Ylinen & Sivenius 2010). Sairastuneita arvioidaan olevan Suomessa 50 000, joista menehtyy vuosittain noin 5000. Joka kolmas sairastunut toipuu oireettomaksi ja kolme neljästä omatoimiseksi. Aivoverenkiertohäiriöistä afasian saaneita henkilöitä arvioidaan olevan 16 000 – 17 000. (Aivovammaliitto 2009). Takalan ym. (2010, 404) mukaan kolme neljästä AVH-sairastuneesta on yli 65 -vuotiaita. Väestön ikääntyessä sairastuvuuden ennustetaan kasvavan 21 000:een vuoteen 2020 mennessä (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2009).

AVH:t ovat kolmanneksi yleisin kuolinsyy sepelvaltimotaudin ja syöpäsairauksien jälkeen sekä Suomessa että Euroopassa (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2009; The Stroke Alliance for Europe (SAFE) 2009). Lisäksi AVH on Alzheimerin taudin ja skitsofrenian jälkeen kolmanneksi kallein kansantautimme (Meretoja, Roine, Erilä, Hillbom, Kaste, Linna, Liski, Juntunen, Marttila, Rissanen, Sivenius & Häkkinen 2007, 5). Ensimmäisen vuoden hoitokustannukset ovat noin 14 000 € sairastunutta kohden ja elinikäiset hoitokustannukset noin 60 000 €. Pitkäaikaishoidon vuosikustannukset Suomessa ovat arviolta 200 miljoonaa euroa. Vuoteen 2020 mennessä tarvitaan sata uutta vuodeosastoa pelkästään AVH-potilaille, mikäli ennaltaehkäisy ja akuuttihoito eivät tehostu. (Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2009.)

AVH-sairauksien ennaltaehkäisy- ja sairastuneiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämistyötä tehdään tällä hetkellä sekä Suomessa että eri puolilla Eurooppaa (Sivenius 2010, 7; Suomalainen lääkärisseura Duodecim & Suomen Akatemia 2008b, 20; The Stroke Alliance for Europe (SAFE) 2009). Käypähoito-suosituksen mukaisesti tarkasteltuna AVH-sairastuneiden kuntoutustarve pystytään arvioimaan moniammatillisesti lähes kaikilla akuuttiosastoilla Suomessa. Tästä huolimatta kuntoutuksen käytännön toteuttaminen on kokonaisuudessaan puutteellista, sillä maan sisällä on suuria eroja niin sai-

raanhoitopiirien välillä kuin sairaanhoitopiirien sisällä olevien terveyskeskusten välillä. (Takala ym. 2010, 402-405.)

Aivovammaliiton mukaan (2009) alueellisen eriarvoisuuden, osaamisen pirstaleisuuden ja hoidon aloituksen viivästymisen korjaamiseksi, tarvitaan palveluketjujen koordinoimista, osaamisen keskittämistä ja toiminnan kehittämistä asiakaslähtöiseksi. Herrasen & Saaren (2004, 66-68) painottavat kuntoutus- ja palvelusuunnitelmien laatimista yli 65-vuotiaille. Toimet edellyttävät resurssien lisäämistä perusterveydenhuollossa kuntoutukseen.

Asiakaslähtöinen toiminta

AVH-mallin kehittämistyöryhmä muodostui sekä kuntoutuksen että hoitotyön asiantuntijoista. Tästä syystä lähestyn asiakaslähtöistä toimintaa myös näistä näkökulmista. Asiakkaalla voidaan tarkoittaa potilasta, yksilöä tai ryhmää (Ruotsalainen 2001, 15). Kiikkalan (2001, 117) mukaan asiakas ymmärretään yksilönä, perheen jäsenenä, alueelliseen ja seutukunnalliseen väestöön kuuluvana ja yhteiskunnan jäsenyyteen kuuluvana kansalaisten yhteisönä. Kuntoutuspalvelujen käyttäjistä on pitkään käytetty nimitystä kuntoutusasiakas, asiakas tai potilas, sillä selvää rajanvetoa ei voida hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen välillä tehdä. Viime vuosina kuntoutuspalvelujen käyttäjistä on alettu käyttämään nimitystä kuntoutuja, sillä nimityksellä pyritään korostamaan itsenäistä toimijaa, jolla on tärkeä rooli kuntoutukselle annetun tavoitteen saavuttamiseksi. (Järviskoski & Härkäpää 2006, 152.) Kuntoutettavista on haluttu muovata myös palvelujen käyttäjää (*service user*) (Rajavaara 2008, 44).

Ruotsalainen (2001, 16) määrittelee asiakaskeskeisyydellä tarkoitettavan sitä, että asiakas on palvelun keskipisteessä ja palvelu ja hoito järjestetään asiakkaan tarpeista käsin. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollon periaatteena ilmenee toiminnan arvoperustana, näkemyksenä asiakkaasta, hoito- ja palvelutoiminnan luonteesta ja työntekijästä. Asiakaslähtöisyyden arvoperusta sisältää mm. ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, yhdenvertaisuuden, yksilöllisyyden, neuvottelevan yhteistyön, vaikuttamisen ja aitouden. (Kiikkala 2001, 116.)

Asiakaskeskeisyyttä ja palveluja on kehitetty Suomessa 1980-luvulta lähtien (Rajavaara 2008, 44). Siirtyminen asiantuntijakeskeisestä toimintamallista kuntoutujalähtöiseen ajatteluun muuttaa asiakastyön toimintamalleja. Asiantuntijakeskeisessä toimintamallissa asiakas on passiivinen toiminnan kohde ja ohjeiden noudattaja. Kuntoutustyöntekijällä on aktiivinen asiantuntijan rooli, jolloin kuntoutustyöntekijä toimii arvioijana, päätöksentekijänä ja ohjeiden antajana. Kuntoutussuhde perustuu eriarvoisuuteen ja vuorovaikutus toteutetaan yksisuuntaisena. Asiantuntijakeskeinen malli korostaa asiakkaan vajavuutta ja osaamattomuutta. Ratkaisut ja toimenpiteet keskittyvät vähentämään yksilön vajavuuksien ja toimintarajoituksia. Kuntoutujalähtöisessä mallissa kuntoutuja on aktiivinen omaa elämäänsä suunnitteleva ja vaihtoehtoja punnitseva päätöksentekijä, joka toimii yhteistyössä kuntoutustyöntekijän kanssa. Kuntoutustyöntekijä toimii mahdollisuuksien avaajana antaen tietoa ja pohdiskelutukea. Yhteistyön tavoitteena on, että asiakas hahmottaa itsensä suhteessa ympäristöön. Kuntoutuja ja kuntoutustyöntekijät ovat tasa-arvoisessa vuorovaikutussuhteessa, jossa kuntoutustyöntekijä tukee asiakkaan itsenäisyyttä. Kuntoutujalähtöinen malli korostaa kuntoutujan ja toimintaympäristön välisen suhteen ongelmia ja pyrkii estämään vajaakuntoutumista ja syrjäytymistä. Keskeistä yhteistyössä on parantaa asiakkaan edellytyksiä onnistua tavoitteissaan ja tukea häntä siinä prosessissa. (Järvikoski & Härkäpää 2006, 158-159; Järvikoski & Karjalainen 2008, 90-91.)

Järvikosken ja Härkäpään (2008,60-61) mukaan tämän päivän kuntoutukselle on tyypillistä toimia asiantuntijakeskeisesti huolimatta siitä, että asiakkaasta käytetään nimitystä kuntoutuja. Asiantuntijat myös helposti stereotypisoivat asiakkaat eivätkä välttämättä löydä riittävää näyttöä kuntoutusprosessin käynnistämiseksi. Tilanteesta tekee vaaralliseksi sen, että tuolloin asiantuntijat toimivat kansalaisten tarpeiden määrittelijöinä. Asiakasnäkökulmasta katsottuna kuntoutusjärjestelmä on edelleen vaikeaselkoinen eivätkä asiakkaan osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet välttämättä toteudu. Kuntoutustarpeen ollessa yksilöllinen, tuotetaan kuntoutuspalvelut yhä kaavamaisesti ja standardoituina. (Rajavaara 2008, 45.) Järvikoski, Hokkanen ja Härkäpää (2009) antavat voimakasta kritiikkiä vaikeavammaisten näkökulmasta kohdistuen suomalaisen palvelujärjestelmän antamaan vähäiseen tiedotukseen, neuvontaan ja ohjaukseen. Tiedonsaannin puutteet voivat pahimmassa tapauksessa johtaa kuntoutujien välisen epätasa-arvon korostumiseen.

Potilaiden ja heidän omaistensa (Mc Cullagh, Brigstocke, Donaldson & Kalra 2005; Vincent, Deaudelin, Robichaud, Rousseau, Ciscogliosi, Talbot & Desrosiers 2007) osallistuminen hoitoon edistää heidän kokemuksia oman elämän hallinnasta ja sitä kautta selviytymisestä elämässä. Longin, Kneafseyn ja Ryanin (2003) mukaan asiakaslähtöinen toiminta tuo hyödyn potilaalle, mutta roolien hämärtyminen voi haitata hoitotyötä.

Hoito- ja kuntoutusketju

Nuutinen (2000) määrittelee hoitoketjulla (*engl. integrated care pathway*) tarkoitettavan kirjattua suunnitelmaa potilaan hoidosta, joka sisältää eri portaiden välisen työnjaon potilaan hoidossa. Hoitoketju voi kuvata hoidon porrastusta sairaanhoitopiirin sisällä tai perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Yleisesti hoitoketju on ymmärretty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sopimukseksi moniammatillisesta yhteistyöstä. Terminologian tietokannassa (Kustannus Oy Duodecim 2009b) kuntoutus määritellään kuntouttamiseksi eli potilaan työkyvyn ja omatoimisuuden palauttamiseen tähtääväksi toiminnaksi, joka tapahtuu lääketieteellisen hoidon aikana ja sen jälkeen. Käytännössä hoito- ja kuntoutustermeillä tarkennetaan hoitoketjun kohdistuminen asiakkaan hoitoon tai kuntoutumiseen. Termejä ei voida kuitenkaan rajata tarkasti. Hoitoketjumallit pohjautuvat hoitosuositukseen, hoito-ohjelmiin ja hoitolinjoihin (Lehtomäki 2007). Hoitoketjumallit ovat erilaisia sillä kuntien asiakasmäärissä, hoitohenkilökunnassa ja resursseissa on eroja (Nuutinen 2000).

Tyypillistä suomalaiselle palveluketjuajattelulle on kokonaisvaltainen lähestymistapa, jossa korostetaan julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuottajien, järjestöjen, omaisten ja muun kolmannen sektorin kokonaisvaltaista asiakkaan tarpeista lähtevää yhteistyötä ja ketjun kokonaisuuden hallintaa. Asiakkaalla on palveluketjussa sekä kansalaisen, että asiakkaan roolit. (Ruotsalainen 2001, 20-23, 29.) Kriittiset kohdat hoitoketjuissa ovat kuntoutuksen suunnittelu (kuntoutussuunnitelma), vastuukysymykset, toimijoiden yhteistyö ja kuntoutujan yksilölliseen tilanteeseen ja toiveisiin vastaaminen (Puumalainen 2008, 21-22). Hoitoketjulla on oltava omistaja ja hoitoketjua tulee päivittää ja arvioida säännöllisesti (Nuutinen, Nuutinen & Erhola 2004, 2959-2961).

Hoito- ja kuntoutusketjuissa ilmenee edelleen ongelmia, vaikka hoito- ja kuntoutusketjuja on pyritty vahvistamaan myös kuntoutuslainsäädännön avulla. Kuntoutuspalvelujen sisällöissä on eroja, sillä palveluja ei kunnissa ole määritelty tarkasti. Sairastuessaan potilailla ei useinkaan ole kuvaa hoito- ja kuntoutusprosessistaan. Asiakkaan ongelmat saattavat myös jäädä ratkaisematta hoito- ja kuntoutussuunnitelmia tehtäessä, sillä työryhmissä sovitaan usein pelkästä viranomaisyhteistyöstä. (Nikkarinen, Huovinen & Brommels 2001.) Nikkanen (2010, 39-40) ja Takala ym. (2010, 404) pitävät ongelmana ns. kolmen maksajan ongelmaa; erikoissairaanhoido, terveyskeskus ja Kela.

Hoito- ja palveluketjuihin siirtyminen vaatii toimintakulttuurin muutosta yhteistyömalliksi siten, että erilaiset sisäiset kulttuurit lähentyvät. Lähentyminen tapahtuu yhteisen kielen luomisen avulla ja varmistamalla, että asiat on ymmärretty yhdenmukaisesti. Todellinen hoito- ja palveluketjujen joustavuus edellyttää vanhojen valtasuhteiden kyseenalaistamista niin organisaation kuin ammattiryhmien osalta. (Lehto 2001; Ruotsalainen 2000, 19.) Korpelan ym. (2008, 271-272) mukaan AVH-kuntoutuksen tulevaisuuden kehittämishaasteet ovat alueellisten ja paikallisten hoito- ja palveluketjujen toimivuuden parantaminen ja yhteistyön lisäämisen eri kuntoutuksen osallistuvien tahojen välillä. Omaisten ja lähiyhteisön rooli tulisi konkretisoida ja kehittää aikuiskasvatuksen menetelmin toteutettavia kuntoutusmuotoja.

Moniammatillinen yhteistyö

Ovretveitin (1995, 29) mukaan moniammatillinen tiimi tarkoittaa ryhmää erilaisen koulutuksen saaneita ja eri tahojen palkkaamia ammatti-ihmisiä, jotka tapaavat toisensa säännöllisesti koordinoitakseen työtään palvelujen tarjoajina yhdelle tai useammalle asiakkaalle tietyllä alueella.

Isoherrasen (2005, 13) mukaan moniammatillisella yhteistyöllä (*multiprofessional, multidisciplinary*) tarkoitetaan sitä, että ihmisillä on yhteinen työ tai tehtävä suoritettavana, ongelma ratkaistavanaan tai päätös tehtävänänsä tai he etsivät uusia näkymiä yhdessä keskustellen. Tänä päivänä moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan sitä, että useat asiantuntijat eri organisaatioista, tekevät asiakaslähtöistä yhteistyötä (Isoherranen 2008a, 29, 33).

Moniammatilliselle yhteistyölle ei ole olemassa yhtä oikeaa mallia, vaan jokaisessa ympäristössä on etsittävä siihen parhaiten sopiva malli (Heikkilä 2002, 27-31; Isoherranen 2008c, 133). McCollumin & Hughesin (1990) ja Woodruffin & McGonigelin (1990), mukaan moniammatillinen yhteistyö voidaan jakaa monitieteiseen (*multidisciplinary*), tieteiden väliseen (*interdisciplinary*) ja poikkitieteelliseen (*transdisciplinary*) toimintaan. Monitieteisellä lähestymistavalla tarkoitetaan toimintaa, jossa ammattiryhmien edustajat toimivat itsenäisesti ja tarkastelevat kokonaisuutta vain omasta viitekehyksestään. Tieteiden välisessä yhteistyössä ammattiryhmien edustajat toimivat kuten monitieteisessä lähestymistavassa, mutta toimijat tekevät toimintasuunnitelman yhdessä. Poikkitieteiselle toiminnalle on tyypillistä, että ammattiryhmien edustajat toimivat sovitusti ylittäen ammattirajat.

Ryhmän peruskäsitteitä ovat statusrakenne, normit, roolit, koheesio ja kulttuuri. Yksilön status kuvaa hänen vaikutusvaltaansa tiimissä ja ryhmän statusrakenne ilmentää ryhmän jäsenten vaikutusvallan rakennetta. Normeilla tarkoitetaan ryhmän äänettömiä ja ääneen lausuttuja menettelyohjeita eli sääntöjä, jotka määrittelevät hyväksyttävän ja ei hyväksyttävän käyttäytymismallin. Normien tarkoitus on antaa toimintaohjeet ryhmäläisille, jotta päästään ryhmän tavoitteisiin. Roolit määritellään asemaan kohdistuvina odotuksina. Virallinen rooli muodostuu asiantuntijuuden ja ryhmän antaman roolin kautta. Epävirallinen rooli muodostuu persoonallisuuden piirteistä, tavoista ja käyttäytymisestä ryhmässä. Ryhmän koheesiolla tarkoitetaan ryhmän jäsenten keskinäistä yhteenkuuluvuutta ja riippuvuutta. Ryhmän kulttuuri muodostuu statusrakenteista, normeista, rooleista, koheesiosta ja vuorovaikutuksesta. Ryhmäkulttuuriin kuuluu myös ryhmäilmapiiri. Ilmapiiri voi olla joko tukeva (*supportate*) tai puolustava (*defensive*). Ideaalinen ryhmä on tukeva. (Isoherranen 2008c, 89-98.) Ryhmän vuorovaikutuskulttuurilla tarkoitetaan yhteisesti jaettuja ja usein itsestään selvinä pidettyjä käsityksiä vuorovaikutussuhteen luonteesta ja sen merkityksestä (Isoherranen 2008b, 51).

Johtaja/esimies vastaa organisaation rakentamisesta, vision selkiyttämisestä ja yhteisten toimintamallien kehittämistä. Ideaalitulanteessa johtaja/esimies pitää yhteyttä alaisiinsa ja mahdollistaa vuorovaikutukselliset keskustelufoorumit. (Rekola 2008, 159.) Heikkilä (2002, 275) viittaa Tucmaniin (1965), Robbinssiin ja Finleyhyn (1998), Pokrasiin (1995), Moxoniin (1995), Hackettiin ja Matriniin (1994) sekä Fraseriin ja Nevilleen

(1996) jotka kuvailevat tiimin kehitysprosessin koostuvan muotoutumisen- (*forming*), kuohumisen- (*storming*), normittamisen- (*norming*) ja toiminnan (*performin*) vaiheista. Isoherranen (2008c, 108-109) lisää em. vaiheisiin lopettamisvaiheen. Tiimin kehitysvaiheissa korostuvat jäsenyyden, roolien, työorientaation ja johtajuuden uudenlainen määrittely.

Heikkilän (2002, 295-307) mukaan Eales & White (1996) ovat esittäneet tiimin kehittyvän hämmennys (*confusio*), ristiriita (*conflict*), yhteistyö (*co-operation*) ja sitoutuminen (*comitment*) –vaiheiden kautta. Voidakseen toimia tehokkaasti, tulee tiimin työstää jokainen osa-alue ja jokaisen yksilön tulee samanaikaisesti kehittyä. Jokaisen kehitysvaiheen myötä luottamus (*confidence*), pätevyys (*competence*) ja kypsyyt (*maturity*) lisääntyvät. Tiimi pystyy kontrolloimaan (*control*) toimintaansa ja pääsemään yksimielisyyteen (*consensus*) päätöksissään. Toiminnassa turvallisuuden tunne (*security*), itseluottamus (*selfesteem*) ja kasvaminen (*growth*) lisääntyvät.

Hoitotyön jatkuvuuden turvaaminen on tärkeää. Jatkuvuus korostuu silloin, kun potilas siirtyy hoitoyksiköstä toiseen. Työntekijöiltä edellytetään yhteisvastuullista kanssakäymistä yli työyhteisöjen rajojen. Tuolloin potilaan ja hoitajan tutustuminen toisiinsa ja hoitotyöntekijöiden tutustumien toisiinsa yli työyhteisön rajojen antaa mahdollisuuksia hyviin hoitoyön tuloksiin. (Laitinen 2008, 135-136.)

Tutkimusten mukaan moniammatillisen yhteistyön kehittämistä pidetään tärkeänä onnistuneiden hankkeiden vuoksi (Borgermans 2007, Reeves, Freeth, Glen, Leiba, Berridge & Herzberg 2006). Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen ei Verhoef, Toussain, Putter, Zetsloot-Schonk ja Vlien Vlielandin (2006) mukaan ole suoraan tae kehittämisen onnistumisesta. Taustalla vaikuttavat muun muassa johtaminen ja vahvat ammattirajat (Morrison, Boohan, Moytray & Jenkins 2003).

Kuntoutumista edistävä hoitotyö

Routasalon, Arven ja Laurin (2004) mukaan kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa, jossa hoitaja edistää asiakkaan kuntoutumista tuomalla hänen käyttöönsä ammatilliset tietonsa ja taitonsa. Lähtö-

kohtana toiminnalle pidetään terveyslähdistä, tavoitteellista ja moniammatillista toimintaa. Terveyslähdistä tarkoitetaan voimavara-lähdistä. Tavoitteellisuus tulee esille hoitosuunnitelmaan kirjattuina tavoitteina, joiden toteutumista arvioidaan säännöllisesti. Lisäksi toiminnan tavoitteena on mahdollisimman itsenäisen selviytymisen avulla edistää omanarvon tunnetta ja itsemääräämistä. Parhaaseen lopputulokseen päästään parantavalla, ylläpitävällä ja sopeutumista edistävällä kokonaisvaltaisella toiminnalla. Kuntoutumista edistävä toiminta edellyttää hoitajan tietojen ja taitojen lisäksi yhteistä kuntoutumista edistävää toimintafilosofiaa. (Resnick, Gruber-Baldini, Galik, Pretzer-Aboff, Russ, Hebel & Zinnerman 2009; Routasalo, Arve, Aarnio & Saarinen 2003.)

Asiakkaan näkökulmasta kuntoutumisen tavoitteiden saavuttamiseen tarvitaan motivaatiota ja sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin (Resnick 2007, Routasalo ym. 2004). Voidakseen sitoutua yhteistyössä sovittuihin tavoitteisiin, kuntoutuja tarvitsee tietoa terveydentilastaan, selviytymisestään sekä sopeutumisestaan ja kuntoutumisen mahdollisuuksiin (Olsson, Nyström, Karlsson & Ekman 2007; Tutton 2004). Boothin & Waterssin (1995) ja Pryorin & Smithin (2002) mukaan aivohalvauspotilaan kuntoutumista edistävissä toiminnassa hoitaja toimii hoitotyön toteuttajana, asiakkaan toimintakyvyn arvioijana ja moniammatillisen yhteistyön edistäjänä. Liponkosi & Routasalo (2002) pitävät hoitajaa myös emotionaalisen tuen antajana.

Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutussuunnitelmalla tarkoitetaan kuntoutujan ja tarvittaessa hänen omaistensa tai muiden kuntoutujan läheisten kanssa laadittavaa pitkän aikavälin suunnitelmaa. Olen-naista kuntoutussuunnitelmalle on, että se rakennetaan sisällöllisesti joustavaksi, asiakaslähdistä ja nopeasti muunneltavaksi. Kuntoutussuunnitelman avulla kuntoutus voidaan ajoittaa oikein, sen avulla voidaan sopia kuntoutuksen ja muiden palvelujen yhteensovittamisesta ja varmistua siitä, ettei kuntoutusketju katkea. (Korhonen & Yli-Kerttula 2008, 20-21.)

Kuntoutussuunnitelmia ja -suosituksia ovat kehittäneet mm. terveydenhuollon organisaatiot, kuntoutuslaitokset, Kansaneläkelaitos (KELA) ja vammaisjärjestöt. Myös laissa löytyy mainintoja kuntoutussuunnitelmasta ja sen laadinnasta (asetus lääkinnällisestä

kuntoutuksesta, laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista) (Finlex 2008 a; Finlex 2008 b).

Karin ja Puukan (2001, 22) mukaan kuntoutussuunnitelma koostuu kuntoutustarpeen arvioinnista, kuntoutuksen tavoitteista, toimenpiteistä tavoitteiden saavuttamiseksi, sosiaaliturva- ja sosiaalipalveluista, kuntoutumisen seurannasta ja kohdasta muu. Rissasen (2008, 630) mukaan kuntoutussuunnitelma sisältää em. lisäksi kuntoutussuunnitelman laatijan tiedot, asiakastiedot sekä yhteydenpitokohdat. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus -konsensuslausuman (Suomalainen lääkärisseura Duodecim & Suomen Akatemia, 2008a) mukaan kuntoutussuunnitelmassa tulee ilmetä myös kuntoutuspaikka, sekä tiedot siitä kuka vastaa koordinaatiosta, arvioinnista ja seurannasta. Tietosuojasäädökset eivät saa olla este moniammatillisen kuntoutuksen toteutumiselle.

Kelan vaikeavammaisen alle 65-vuotiaan lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelman tulee olla kirjallinen ja laadittu kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä kuntoutujan tai hänen omaisensa tai muun läheisen kanssa. Kuntoutussuunnitelmassa tulee olla nimettynä kuntoutujan sairaus, vika tai vamma, kuvaus lääketieteellisestä tai toiminnallisesta haitasta tai rasituksesta päivittäisissä toiminnoissa, työssä, opiskelussa yms., kuvaus kuntoutuksen tavoitteista ja kuntoutujan sitoutumisesta tavoitteeseen, tiedot kuntoutujan tarvitsemista kuntoutuspalveluista ja niiden ajoituksesta, kestosta, jaksotuksesta ja tiheydestä perusteluineen, tiedot aikaisemmista kuntoutuksista ja niiden tuloksista sekä tiedot hoitavasta tahosta yhteyshenkilöineen. (Kela 2010; Nikkanen 2010, 6-7.)

Suvikkaan, Laurellin ja Nordmannin (2006, 120) mukaan kuntoutussuunnitelma tulee arvioida puolivuositain. Arvioinnin käynnistää se organisaatio, jonka palvelujen piirissä asiakas on. Niille AVH-sairastuneille potilaille, joille on jäänyt pysyvä haitta, suositellaan loppuelämän jatkuvaa säännöllistä, vähintään vuosittaista seurantaa ja kuntoutustarpeen arviota sekä arvion mukaan toteutettavia kuntoutustoimia. Pysyvän haitan omaavat AVH-potilaat ovat korkean riskin potilaita, alttiita masennukselle ja sosiaaliseen eristyneisyyteen. (Korpelainen ym. 2008, 263.)

Nikkasen (2010, 37-38) mukaan lääkinnällisen kuntoutuksen suunnittelu on suomessa monimuotoista. Kuntoutussuunnitelman laadintaan vaikuttavat sekä suunnittelun toi-

mintaympäristöt että paikalliset -käytännöt. Kuntoutussuunnitelman lisäksi terveydenhuollossa tehdään hoitosuunnitelmia ja palvelusuunnitelmia. Kaiken kaikkiaan em. termejä käytetään sekavasti ja termit tuottavat sekaannuksia. (Savukoski ym. 2006, 121.)

Potilasohjaus

Kokkisen ja Maltakari-Ventilän (2008, 165) mukaan potilaalla tarkoitetaan terveyden- tai sairaanhoitopalveluja käyttäjää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. Kustannus Oy Duodecimin (2009a) terminologian tietokannassa potilas määritellään sairaaksi, lääkärin hoidossa tai sairaalahoidossa olevaksi henkilöksi sekä sairauden vuoksi terveydenhuollon palveluja käyttäväksi henkilöksi. Kansainvälistä MeSH-sanastoa (Kustannus Oy Duodecim 2009b) mukaillen potilaalla tarkoitetaan yksilöllistä ja osallistuvaa terveydenhuoltojärjestelmässä olevaa ihmistä, joka saa osakseen terapeutteja, diagnostisia tai ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä. Metathesaurus Rex:n (Kustannus Oy Duodecim 2009c) tietokannassa potilas-sanana käytetään termiä terveydenhuollon asiakas.

Asiakkuuteen liitetään käsite asiakaslähtöisyys. Noppari, Kiiltomäki ja Pesonen (2007 33, 37) viittaavat Immoseen (2005), jonka mukaan asiakaslähtöinen toiminta perusterveydenhuollossa tarkoittaa mm. sitä, että asiantuntijan tulee ottaa ihminen huomioon persoonana, kunnioittaa kohtaamisen ainutkertaisuutta, luopua asiantuntijavallasta, korostaa dialogisuutta ja konkretisoida arvot toimintatavassaan. Näkökulmassa painottuu myös yhteisöllisyys, sillä yhteisöllisyys vahvistaa osallisuuden kokemusta ja yhteisössä on mahdollisuus oppia sekä toisilta että itseltään.

Vaikka kehitetyssä mallissa käytetään käsitettä potilasohjaus, voidaan ilmiötä lähestyä kuntoutuksen ohjauksen kautta. Puumalaisen (2008, 19) mukaan kuntoutuja on aina aktiivinen ja ohjaus lähtee aina kuntoutuksen tarpeesta.

Jahren-Kristoffersen (2006, 455) viittaa Tschudiin (1991), joka määrittelee ohjauksen olevan keskusteluun perustuva tapa toimia yhdessä toisen ihmisen kanssa siten, että toinen ihminen saa apua omien ajatustensa, tunteidensa ja tekojensa tutkimisessa, paremman itseymmärryksen saavuttamisessa ja omien voimavarojensa löytämisessä ja käyt-

tämisessä. Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen ja Renfors (2007, 26-27) määrittelevät ohjauksen rakentuvan niille asioille, joita asiakas nostaa esiin ja jotka ovat tärkeitä asiakkaan terveydelle, hyvinvoinnille tai sairaudelle. Hoitajan tulee tunnistaa ja arvioida asiakkaan ohjaustarpeita yhdessä asiakkaan kanssa. Ohjauksessa lähdetään jostakin ja päädytään toiseen tilanteeseen, joka on erilainen kuin lähtötilanne. Syntyvä tilanne on sidoksissa asiakkaan ja hoitajan taustatekijöihin. Asiakkaan taustatekijät ja hoitajan omat käsitykset ja tulkinnat niistä muodostavat todellisuuden jossa hoitaja elää ja toteuttaa hoitoaan. Ohjausta pidetään tasa-arvoisena ja rakenteeltaan muita keskusteluja suunnitelmallisempänä toimintana. Ohjaus sisältää myös tiedon antamista, mikäli asiakas ei itse kykene ratkaisemaan tilannetta.

Kyngäs & Hentinen (2009, 77) määrittelevät asiakkaan ohjauksen olevan terveydenhuoltohenkilöstön ja asiakkaan tavoitteellista toimintaa, jossa pyritään tukemaan asiakasta tiedollisesti, emotionaalisesti tai konkreettisesti. Heidän mukaansa tämän päivän ohjauksessa ovat keskeisellä sijalla asiakaslähtöisyys, asiakkaan ja ohjaajan jaettu asiantuntijuus ja vastuullisuus. Asiakas mielletään aktiivisena oppijana ja häneltä odotetaan oma-aloitteisuutta ja aktiivisuutta ohjaussuhteissa. Aktiivinen oppiminen voi tapahtua vain, jos asiakas kokee toiminnan mielekkääksi ja palkitsevaksi. Tuolloin asiakas myös sitoutuu hoitoonsa. Myös kuntoutusnäkökulma korostaa asiakkaan omaan halua ja sitoutumista kuntoutukseen (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 11).

Kansainvälistä MeSH-sanastoa (Kustannus Oy Duodecim 2009b) mukaillen hoidon ohjauksella tarkoitetaan potilaan omiin terveydellisiin tarpeisiin liittyvää opettamista tai harjoittelua. Metethesaurus Rex:n (Kustannus Oy Duodecim 2009c) mukaan hoidon ohjauksen rinnalla käytetään termejä potilasohjaus, hoidonohjaus aiheena, potilasinformaatio, potilaskasvatus, potilasneuvonta, potilasohjeistus, potilasopetus ja potilasvalistus. Kyngäs ym. (2007, 5) mainitsevat myös käsitteet terveysterveystieteiden ja tiedon antamisen.

Ohjaukseen liitetään käsitteet suhde, prosessi ja ohjaustaidot. Jahren-Kristoffersen (2006, 456-459) viittaa Rogersiin (1961), jonka mukaan aitous, inhimillinen lämpö ja empatia ratkaisevat, kuinka paljon potilas hyötyy ohjauksesta. Prosessi koostuu lähtökohdan selvityksestä, tavoitteesta ja tavoitteiden saavuttamisen tavasta. Ohjaustaidot koostuvat suhteen luomisen taidosta sekä selkiyttämisen ja tarkentamisen taidoista. Suh-

teen luomisten taidolla tarkoitetaan kykyä kuunnella aktiivisesti. Selkiyttämisen ja tarkastelemisen taidolla tarkoitetaan sitä, että sairaanhoitaja toimii heijastuspintana asiakkaan sanoille ja ilmauksille, jotta potilas voi reagoida ja syventää sekä ilmaista entistä laajemmin sitä mitä hän pohtii. Selkiyttämiseen ja tarkasteluun liittyy myös sanallisen palautteen antaminen, kysymykset sekä omin sanoin esittäminen ja peilaaminen.

Ohjausmenetelmiä ovat yksilöohjaus, ryhmäohjaus, motivoiva haastattelu, teknologiaohjaus ja kirjallinen ohjausmateriaali. Yksilöohjauksella tarkoitetaan sellaista toimintaa jossa asiakas ja terveydenhuoltohenkilöstön edustaja ovat kasvokkain ja ohjaus tapahtuu suullisesti. Ryhmäohjauksessa ohjaus tapahtuu nimensä mukaan ryhmälle. Ryhmä voidaan koota asia- tai sairausryhmäkohtaisesti. Motivoivalla haastattelulla tarkoitetaan asiakaslähtöisenä keskusteluna toteutettua haastattelua, jonka tarkoituksena on selvittää asiakkaan motivaatio hoitoon sitoutumiseen ja keinot miten siihen voi vaikuttaa. Teknologiaohjauksella tarkoitetaan teknologian avulla annettua tietoa kuten videota, äänikasettia, tietokoneohjelmaa, puhelinta tai Internetiä. Teknologiaohjausta käytettäessä osa ohjauksesta voi olla vuorovaikutteista ja osa itsenäistä opiskelua. Kirjallinen ohjausmateriaali on painetussa muodossa. Materiaalin tulee olla asiakkaan tietotason ja tarpeiden mukaista. (Kyngäs & Hentinen 2009, 110-115.)

Ohjauksen onnistumisen kannalta tärkeää on arvioida potilasohjausta yhdessä potilaan kanssa. Arviointia tulee tehdä koko prosessin ajan ja arvioinnissa kiinnitetään huomio siihen miten ohjaukselle asetetut tavoitteet on saavutettu ja millaista ohjaus on ollut. Myös epäonnistumisen arviointi on tärkeää. (Kyngäs ym. 2007,45.) Asiakas tarvitsee rehellistä palautetta ja varsinkin positiivista palautetta. Myös ohjaajan tulee arvioida omaa toimintaansa rehellisesti ja kriittisesti. Jotta ohjaus on vaikuttavaa, tulee asiat kirjata. Kirjaaminen kohdistuu yhdessä sovittuihin ohjauksen tarpeisiin, tavoitteisiin ja toteutukseen sekä asiakkaan kanssa yhdessä tehtyyn arviointiin. Ohjaustietojen puuttuminen merkitsee uhkaa hoidon jatkuvuudelle. (Kyngäs & Hentinen 2009, 106-109.)

Haastavaksi aivohalvauspotilaan potilasohjauksen tekee Talvitien, Pyöriän, Reunasen & Nyrkön (2001) mukaan AVH-potilaan moninaiset ja hyvin yksilölliset tarpeet, sillä AVH saattaa vaikuttaa liikkumiskyvyn lisäksi tiedon hankintaan, käsittelyyn ja kommunikointiin. Sen vuoksi AVH-potilaan ohjaamisessa tarvitaan tietoa fyysisestä, kognitiivisesta, emotionaalista ja psykososiaalisesta toimintakyvystä, toimintakyvyn

muutoksista sekä niihin liittyvistä ohjauskeinoista. Myös puheterapeutin tukea tarvitaan, sillä puheen ohjaamisen muotoja ovat viestinnän asteittainen ohjaus, yhteisen kielen ja todellisuuden etsiminen, kuntoutujan keskittymisen ja tarkkaavaisuuden tukeminen, kannustavan, turvallisen ja rauhallisen ilmapiirin luominen, fyysinen / manuaalinen ohjaus ja syrjäytymisen ehkäisy (Tampereen kaupunki, Tampereen ammattiopisto & Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos 2004a ja 2004b). Ohjaukseen vaikuttaa myös asianmukaiset tilat, ohjaukseen käytetty aika, välineet, ohjauksen riittävyys ja lopputulos. Ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä. (Lipponen, Kanste, Kangas & Ukkola 2008, 130-131.)

Asiakas voi olla myös passiivinen mikä voi johtua mm. motivaation puutteesta tai siitä että asiakas kokee, ettei hänen kuulu olla aktiivinen. Sairaus voi vaikuttaa asiakkaaseen myös siten, ettei asiakas kykene toimimaan oma-aloitteisesti tai osallistumaan hoitoon. Muita hoitoon sitoutumista estäviä tekijöitä ovat luottamuksen puute, turvattomuus, hoidon tarpeettomaksi kokeminen, negatiiviset tunteet ja sairaudentunnon puute tai tahdonvastaisesti toteutettu hoito. (Kyngäs-Hentinen 2009, 170-171.)

Nolan, Nolan ja Booth (2001) kehottavat hoitohenkilökuntaa valmistautumaan riittävästi potilasohjaukseen. Kyngäs ym. (2007, 27) suosittelevat kiinnittämään enemmän huomiota lähtötilanteen arviointiin. Hoitoaikojen lyheneminen merkitsee ohjaamiseen jäävän ajan vähenemistä (Kyngäs ym. 2007, 5). Ohjausajan väheneminen korostaa luonnollisesti ohjausta, missä ohjaus (Kyngäs ym. 2007,5), kirjallinen materiaali (Kyngäs & Hentinen 2009) ja hoitohenkilökunnan koulutustarve (Nolan, Nolan & Booth 2001) korostuvat.

Kuntoutusprosessi

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmalliin on kuvattu aikaperspektiivinä *ennaltaehkäisy, akuutti-, subakuutti, toipumis- ja uudelleenorientoitumisvaiheet eli kuntoutusprosessi*.

AVH:n *ennaltaehkäisemiseksi* on tärkeää tietää AVH:sta, oireista ja riskitekijöistä elämän muutosten tekemiseksi (The Canadian Stroke Strategy 2009,1). AVH:n riskitekijöi-

tä ovat kohonnut verenpaine, sepelvaltimotauti, eteisvärinä, reumaattinen läppävika, diabetes, tupakointi, passiivinen tupakointi ja oireellinen kaulavaltimoahtauma (Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2006). Aivohalvaus ja dysfasialiitto ry. & Suomen Sydänliitto ry. (2003, 8) luettelevat riskitekijöiksi em. lisäksi runsaan alkoholin käytön, liika lihavuuden ja vähäisen liikunnan sekä pitkään kestäneen stressin. Uudelleen sairastumisen ennaltaehkäisemiseksi on tiedostettava AVH:n uusiutumiseriski. Tuolloin on tärkeää suunnitella miten riskit voidaan minimoida ja tiedostaa AVH:n oireet ja merkit. (The Canadian Stroke Strategy 2009.4.)

Sairauden *akuuttivaiheessa* sairastunut tulee saada hoitoon mahdollisimman pian (The Canadian Stroke Strategy 2009, 2). Akuutille vaiheelle on tyypillistä, että hoidon osuus on suuri ja kuntoutumisen osuus pieni. Aktiivinen kuntoutus aloitetaan potilaan tilan ollessa riittävän vakaa ja aktiivista kuntoutusta jatketaan niin kauan kuin oleellista toipumista tapahtuu. (Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2006.) Akuuttivaiheen kuntoutuksen tavoitteena on ehkäistä lisävaurioita ja komplikaatioita (Korpelainen ym. 2008, 257). Langhammerin ja Liippolan (2010, 20) mukaan toiminnan paraneminen ei etene itsestään. Opittuja taitoja tulee pitää yllä.

Subakuutti eli nopean kuntoutumisen vaihe alkaa välittömästi alkuvaiheen jälkeen ja se kestää noin 3-6 kuukautta. Nopean kuntoutumisen vaihe loppuu kun mainittavaa toiminnallista edistymistä ei enää tapahdu. (Korpelainen ym. 2008, 258.) Subakuutissa vaiheessa kuntoutumisen osuus kasvaa yksilöllisesti. Kuntouttavalla hoidolla tarkoitetaan asentohoitoa vuoteessa, passiivista liikehoitoa, istumaan nousua vuoteen laidalle, istumatasapainon hallintaa, pyörätuoliin siirtymistä, liikkumisen ohjausta, ruokailun ohjausta, WC-käyntejä, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimista, riisuutumista ja puukeutumista. (Korpelainen ym. 2008, 257.) Subakuutissa vaiheessa AVH-potilaista masennuksesta kärsii 20-60 %. Masennus on suurin kuntoutumista hidastava tekijä, johon tulisi lääkehoidon ja muiden tukitoimien avulla pyrkiä vaikuttamaan. (Korpelainen ym. 2008, 258.) Masennuksen ehkäisemiseksi on suositeltavaa, että asiakas saa puhua huolestuttavista asioista ammattihenkilön kanssa (The Canadian Stroke Strategy 2009, 3). Psykiatrin ohjaamasta ja toimipaikkakoulutetun henkilökunnan antamasta kriisihoidosta on Korpelaisen ym. (2008, 258) mukaan saatu hyviä kokemuksia.

Toipumisvaiheessa kuntoutumisen osuus on suurimmillaan ja kuntoutumisen rinnalla potilaan omatoimisuus ja itsenäisyys alkavat lisääntyä. Omatoimisuuden ja itsenäisyyden lisääntyessä kuntoutumisen osuus vähenee. Kuntoutusyhteistyöllä tarkoitetaan Uusitalon (2007, 573) mukaan moniammatillista yhteistyötä johon osallistuu hoito- ja terapiahenkilökunta. Keskeistä kuntoutusyhteistyölle on että kaikki ohjaavat potilasta yhteinevin periaattein potilaan roolin ollessa aktiivinen. Kuntoutustulos saavutetaan usein toistuvilla ohjaustilanteilla ja yhteistyöllä potilaan omaisten kanssa. Lehtihalmes (2010, 19) painottaa kuntoutustoimenpiteiden ulottamista tukemaan AVH-sairastuneen selviytymistä normaalissa arjessa eikä pelkästään toteutumaan terapiahuoneissa. Ruokanen & Kolehmainen (2010, 27) suosittelevat ryhmäkuntoutusmuotojen lisäämistä ja kehittämistä. Omaisten neuvontaa, ohjausta ja opetusta pidetään hyvin tärkeänä (Uusitalo 2007, 573). *Uudelleen orientoitumisen* vaihe viittaa kriisivaiheista viimeiseen vaiheeseen, jolloin potilas on tietoinen traumaattisesta kokemuksesta ja kokee tapahtuman osaksi itseä (Saari 2000, 67-68).

Kastetin (2007) mukaan AVH-tietoisuus ei ole laajasti levinnyt väestön keskuuteen. Tänä päivänä kuntoutukselta odotetaan paljon ja kuntoutuksen kehittämiseen halutaan panostaa. Lähitulevaisuuden haasteet ovat kuntoutuksen vaikuttavuuden selkeämpi osoittaminen ja huomion kiinnittäminen terveyttä uhkaaviin elintapoihin. (Puumalainen 2008, 22, 24.)

8.3.2 AVH-tiimin toimintavaihe

Toimintavaihe, mihin kehittämistyöryhmä osallistui, käynnistyi kun lähetin johdon valitsemille työntekijöille joulukuussa 2008 sähköpostilla kutsun ensimmäiseen AVH-tiimin kokoukseen ja sisäisessä postissa tilaamani Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus Konsensuskokous 2008 kirjan (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatelmia, 2008a) sekä konsensuslausumamonisteen joka tuli kirjan mukana (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatelmia 2008b). Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus kirjassa on kuvattu aivoverenkiertohäiriö- ja aivovammapotilaiden nykykäytännöt ja kehittämistarpeet. Kirjan tiedot pohjautuvat vahvasti tutkittuun tietoon.

Tämä tutkimus- ja kehittämistyön toimintavaihe koostuu kymmenestä AVH-tiimin kokouksesta, vaikka alkuperäisessä suunnitelmassa oli esitetty neljä kokousta. Kymmenen kokouksen kokonaisuus ilmentää sitä, kuinka AVH-tiimin jäsenten kehittämisen näkökulma laajeni hoitoprosessitasolta yleiselle tasolle. Kokoukset toteutettiin ajalla 01/2009-03/2010. Jokaisesta AVH-tiimin kokouksesta kirjoitettiin kokousmuistio, joka lähetettiin sähköpostin liitetiedostona AVH-tiimin jäsenille. Taulukossa 9. (Liite 11.) esitellään kokousaika ja -paikka, läsnäolijat ja yhteenveto kokouksesta ja kokouksen sisällöstä.

AVH-tiimin toiminnassa pyrittiin koko ajan tasavertaisuuteen. Kokoukset toteutettiin siten, että keskustelulle annettiin paljon aikaa. Näin varmistettiin, että kaikkien osallistujien mielipiteet ja ajatukset saatiin esille. Keskustelujen jälkeen AVH-tiimin jäsenet tekivät päätökset yhteisesti. Tutkija-kehittäjä toimi kokouksissa puheenjohtajana ja toi mukanaan AVH-tiimiin mm. teemaan liittyvää uutta tutkimustietoa. Kymmenestä kokouksesta tutkija-kehittäjä laati kahdeksan muistiota. Akuuttiosaston perushoitaja ja puheterapeutti laativat yhden muistiot. Kehittämiselle tyypillistä oli se, että asioita kehitettiin usean kokouksen aikana ja lomittain. Esitän seuraavaksi mielestäni keskeisimmät asiat kehittämistoiminnasta.

Ensimmäinen kokous pidettiin Simppulan kartanon isossa kokoushuoneessa tammikuussa 2009. Paikalla kokouksessa oli kahdeksan henkilöä; akuuttiosaston sairaanhoitaja, -fysioterapeutti ja -osastonhoitaja, kotihoidon sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, vuoro- hoitoyksikön tiimivastaava, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Ensimmäisessä kokouksessa AVH-tiimin jäsenet tutustuivat toisiinsa esittelemällä itsensä. Esittelyssä he saivat kertoa kuvakorttien tukemana itsestään, omista tuntemuksistaan ja odotuksistaan AVH-tiimin toiminnalle. Sen jälkeen tutkija-kehittäjä esitteli Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä – hankkeen ja hankkeessa laaditun aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallin sekä esitteli konsensuskokouksen 2008 tulokset. Power Point-esitys liitteessä 12. Power-Point-esitys on laadittu Aivoverenkiertohäiriötiimissä, jotta jokainen aivoverenkiertohäiriötiimin jäsen voi omassa työyksikössään ja – yhteisössään esitellä AVH-potilaan potilasohjausmallin. Esityksen jälkeen AVH-tiimin jäsenet keskustelivat aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallista ja konsensus-

kokouksen tuloksista sekä nykyisestä toimintamallista Haukiputaan terveyskeskuksessa. AVH-tiimi koki tarpeelliseksi AVH-tiimin perustamisen Haukiputaan terveyskeskukseen ja AVH-tiimi teki päätöksen AVH-tiimin perustamisesta.

AVH-tiimi aloitti toimintansa tekemällä Aivovernkiertohäiriöpotilaan potilasohjauksen nykytila-analyysin eli SWOT-analyysin. Nykytila-analyysi liitteessä 13. Kokouksen lopuksi keskusteltiin jatkosta. Tutkija-kehittäjä esitteli lyhyesti prosessikaavion, osaamiskartan ja Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA)-menetelmän. Sen jälkeen päätettiin seuraavan kokouksen ajankohdasta ja sovittiin, että seuraavassa kokouksessa jatketaan Nykytila-analyysin laadintaa ja tehdään prosessikaavio aivovernkiertohäiriöpotilaan potilasohjauksesta. Kokoukseen osallistuneet kahdeksan osallistujaa antoivat kirjallisen palautteen tutkija-kehittäjän toiminnasta ensimmäisessä kokouksessa.

Toinen kokous pidettiin terveyskeskuksen ruokasalissa helmikuussa 2009. Paikalla kokouksessa oli seitsemän henkilöä; akuuttiosaston sairaanhoitaja, -fysioterapeutti ja -osastonhoitaja, kotihoidon sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Kokouksessa jatkettiin Nykytila-analyysin tekemistä. Nykytila-analyysin valmistuttua tarkasteltiin yhdessä nelikenttää ja ratkaistiin keskustelemalla miten vahvuuksia voidaan kehittää edelleen, miten heikkouksia voidaan poistaa, miten mahdollisuuksia voidaan hyödyntää ja miten uhkia voidaan torjua (Liite 13.). Sen jälkeen läsnäolijat äänestivät kehitettävistä asioista ja antoivat suullisen perustelun äänilleen. Jokainen osallistuja sai käyttää kuusi (6) ääntä. Äänestystulos liitteessä 13. Äänestyksen jälkeen keskusteltiin ja tarkasteltiin tuloksia. AVH-tiimi päätti laatia kuntoutussuunnitelman, kehittää moniammatillista yhteistyötä, aloittaa työpari toiminnan ja järjestää AVH-tietoisuuskoulutusta. Äänestyksen jälkeen aloitettiin hoitopolkukuvauksen laatiminen. Kokouksen lopuksi sovittiin seuraavan kokouksen sisällöstä ja kokousajankohdasta.

Kolmas kokous pidettiin lääkärien meeting -huoneessa helmikuussa 2009. Paikalla kokouksessa oli kuusi henkilöä; akuuttiosaston sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, kotihoidon sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Kokouksessa tarkasteltiin edellisen kokouksen päätöksiä. Tavoitteisiin lisättiin sopimus yhdenmukaisesta kirjaamiskäytännöstä ja AVH-vastaavahoitajajärjestelmän luomisesta akuuttiosastolle. Sen jälkeen jatkettiin hoitopo-

lun kuvantamista (Liite 14.) ja käytiin keskustelua nykyisestä AVH-potilaan potilasohjaustoiminnasta. Kokouksessa sovittiin hoitopolun läpikäymisestä osallistujakohtaisesti ja muutosten esittämisestä sähköpostitse tutkija-kehittäjälle. Tutkija-kehittäjä lupasi lähettää päivitetyn hoitopolkukuvauksen akuuttiosastolle ja akuuttiosaston edustajat lupasivat kirjata yhden AVH-asiakkaan kohdalta hoidon kulun. Kokouksen lopuksi aloitettiin osaamistarvekartoituksen laatiminen pohtimalla mitä osaamista AVH-asiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa tarvitaan. Yhteenveto kuviossa 5. (Liite 15.) Kokouksen lopuksi sovittiin seuraavan kokouksen sisällöstä ja kokousajankohdasta.

Neljäs kokous pidettiin Simppulan kartanon isossa kokoushuoneessa maaliskuussa 2009. Paikalla kokouksessa oli yhdeksän henkilöä: akuuttiosaston sairaanhoitaja, -perushoitaja, -fysioterapeutti, -osastonhoitaja ja -lääkäri, kotihoidon sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Akuuttiosaston osastonhoitaja koki AVH-tiimin kokoukset tärkeinä ja halusi AVH-tiimiin lähihoitajan mukaan, jotta AVH-tiimin kokouksiin pääsisi mahdollisimman usein mukana hoitajaedustaja akuuttiosastolta. Neljännessä kokouksessa oli ensimmäistä kertaa läsnä akuuttiosaston lääkäri. Kokous aloitettiin esittelemällä AVH-tiimin kolmen aikaisemman kokouksen sisältö akuuttiosaston lääkärille ja -perushoitajalle. Sen jälkeen sekä tutkija-kehittäjä että akuuttiosaston fysioterapeutti antoivat palautetta toteutuneesta hoitopolkukuvauksesta yhden AVH-potilaan osalta. Esitysten jälkeen keskusteltiin yhteisesti hoitopolkukuvauksesta ja tehtiin muutoksia hoitopolkukuvaukseen (Muutokset kuvattu harmaan sävyin liitteessä nro 14.). Hoitopolkukuvauksesta ilmenee lyhyesti AVH-tiimin jäsenten roolit, vastuut ja valtuudet. Hoitopolkukuvausta sovittiin käytettävän ja siihen luvattiin merkitä asiat, jotka eivät toimi myöhempänä ajankohtana tapahtuvaa oman toiminnan tarkastelua varten.

Hoitopolkukuvauksen jälkeen kokouksessa käytiin läpi tutkija-kehittäjän laatima osaamistarvekartoitusluonnos ja yhteisen keskustelun jälkeen osaamiskarttaluonnokseen tehtiin muutoksia. Osaamistarvekartoitus liitteessä 15. Sen jälkeen keskusteltiin osaamisen tärkeydestä ja asetettavasta osaamisen tavoitetasosta ja tehtiin päätökset osaamisen tärkeydestä ja osaamisen tavoitetasoista. Sovittiin, että AVH-tiimin jäsenet täyttävät osaamistarvekartoitus-lomakkeen ja palauttavat sen tutkija-kehittäjälle, jotta tutkija-kehittäjä tekee yhteenvedon seuraavaan kokoukseen. Osaamistarvekartoituksen jälkeen tutkija-kehittäjä esitteli teoriaan ja tutkimuksiin viitaten mitä kuntoutussuunnitelman tulee pitää

sisällään. Akuuttiosaston fysioterapeutti esitteli millaista kuntoutussuunnitelmaa hän on käyttänyt edellisessä työpaikassaan. Kotihoidon sairaanhoitajan esitteli miten kuntoutussuunnitelma rakentuu Effica-järjestelmään. Sen jälkeen AVH-tiimi keskusteli kuntoutussuunnitelman sisällöstä, muodosta ja päivittämissiheydestä. AVH-tiimi päätti ottaa akuuttiosaston fysioterapeutin käyttämän kuntoutussuunnitelman (Liite 16.) käyttöön, lisätä kuntoutussuunnitelma-sanan Effica-järjestelmään ja tallentaa kuntoutussuunnitelmarungon Effica-järjestelmään.

Seuraavaksi AVH-tiimin jäsenet keskustelivat kuntoutussuunnitelmapalaverikäytännön aloittamisesta. AVH-tiimi päätti aloittaa AVH-asiakkaiden kuntoutussuunnitelmapalaverit akuuttiosastolla 04/09. Sen jälkeen AVH-tiimin jäsenet keskustelivat ja vertailivat käypähoitosuosituksia, konsensuskokouksen suosituksia, asiakkaiden kokemia kehitystarpeita ja omaisten kokemia kehitystarpeita ja totesi AVH-kokouksessa todettujen kehitystarpeiden olevan linjassa em. selvityksiin. Tutkija-kehittäjä pyysi AVH-tiimin jäseniä antamaan kirjallisen palautteen AVH-tiimin toiminnan hyvistä (+) ja huonoista (-) puolia, koska tuolloin oli tarkoitus päättää tutkimus- ja kehittämistyön tarkastelujakso. Kokouksen lopuksi sovittiin seuraavan kokouksen sisällöstä ja kokousajankohdasta.

Viides kokous pidettiin Simppulan kartanon isossa kokoushuoneessa huhtikuussa 2009. Paikalla kokouksessa oli yhdeksän henkilöä: akuuttiosaston sairaanhoitaja, -perushoitaja, -fysioterapeutti, -osastonhoitaja ja -lääkäri, kotihoidon kotisairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Kokouksessa tiedotettiin Oys:ssa pidettävästä AVH-potilaan kuntoutuskoulutuksesta 06/09. Keskusteltiin halukkuudesta osallistua em. koulutukseen ja sovittiin, että kaikki halukkaat AVH-tiimin jäsenet selvittävät osallistumismahdollisuutensa koulutukseen omalta esimieheltään. Sen jälkeen kokouksessa tiedotettiin Oys:n päättäjien vierailusta Haukiputaan terveyskeskuksessa 05/09. Asiakasta keskusteltiin ja päätettiin, että akuuttiosaston lääkäri ja fysioterapeutti sekä kotihoidon fysioterapeutti osallistuvat järjestettävään tilaisuuteen. Tiedotusten jälkeen käytiin läpi osaamistarvekartoituksen tulokset (Liite 15.) ja keskusteltiin esille nousseista AVH-tiimin jäsenten omista koulutustarpeista. Keskustelua laajennettiin koskemaan koko hoito- ja terapiahenkilökuntaa. AVH-tiimi päätti järjestää sisäisesti Kuntouttava hoitotyö-koulutuksen Haukiputaan terveyskeskuksessa syksyllä 2009. Koulutuksen sisällön suunnittelijoiksi valittiin akuuttiosaston ja kotihoidon fysioterapeutit. Koulutuksen sisältö päätettiin suunnitella myöhem-

min. Sen jälkeen kokouksessa keskusteltiin sosiaalityöntekijän vierailumahdollisuudesta AVH-tiimissä ja KunPa-lehden käyttöön otosta kuntoutussuunnitelman laatimista varten. KunPa-lehden käyttöoikeus haluttiin kaikille koti- ja laitoshoidon hoitajille. Sovittiin, että tutkija-kehittäjä on yhteydessä sosiaalityöntekijään ja pyytää häntä vierailemaan seuraavassa AVH-tiimin kokouksessa. Kokouksen lopuksi todettiin moniammatillisen yhteistyön kehittyneen AVH-tiimin jäsenten kesken, muistutettiin hoitopolkukuvauksen läpikäymisestä, pyydettiin lisäyksistä tiedottamaan tutkija-kehittäjälle ja sovittiin seuraavan kokouksen sisällöstä ja ajankohdasta.

Kuudes kokous pidettiin Simppulan kartanon isossa kokoushuoneessa toukokuussa 2009. Paikalla kokouksessa oli seitsemän henkilöä; akuuttiosaston sairaanhoitaja, -perushoitaja, ja -fysioterapeutti, kotihoidon sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Kokouksessa päivitettiin hoitopolku ja sovittiin hoitopolun päivittämisestä vuoden välein. Keskusteltiin yhteydenpidosta Oys:n ja mahdollisen toimintaterapeutin saamisesta vuodeosastolle ostopalveluna. Sovittiin, että tutkija-kehittäjä tiedustelee toimintaterapeutin saamisesta tarvittaessa ostopalveluna akuuttiosastolle johtavalta lääkäriltä. Sosiaalityöntekijän pääsyn esityksen vuoksi sovittiin että kutsutaan sosiaalityöntekijä AVH-tiimin syksyn kokoukseen. Tarkasta ajankohdasta ei päätetty, sillä sosiaalityöntekijän virka oli auki. Sen jälkeen kokouksessa keskusteltiin kuntoutussuunnitelmassa käytettävistä otsikoista ja sovittiin kuntoutussuunnitelmarungon tallennuksesta Effica-navigaattoriin Fysioterapiakansioon. Akuuttiosaston fysioterapeutti esitti yhteenvedon Oys:n päättäjiä tutustumiskäynnistä Haukiputaan terveyskeskuksessa. Kokouksen lopuksi sovittiin seuraavan kokouksen ajankohdasta ja kirjallisen toimintasuunnitelman laatimisesta seuraavassa kokouksessa.

Seitsemäs kokous pidettiin elokuussa Simppulan kartanon isossa kokoushuoneessa toukokuussa 2009. Paikalla kokouksessa oli seitsemän henkilöä; akuuttiosaston sairaanhoitaja, -perushoitaja, -fysioterapeutti, kotihoidon sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Kokouksessa käytiin läpi Oys:n koulutuspalautte, keskusteltiin AVH-potilaiden hoitokäytännöistä sekä ideoitiin ja hahmoteltiin uusia hoitokäytäntönäkökulmia ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointimenetelmää käyttäen. Hoitokäytäntönäkökulmat olivat; entinen käytäntö, nykyinen kevään 2009 aikana hahmoteltu toiminta, palveluasunnossa asuminen ennen kotiutumista.

ta ja vuodeosastolta suoraan kotiutuminen. Kokouksen lopuksi sovittiin seuraavan kokouksen sisällöstä ja ajankohdasta.

Kahdeksas kokous pidettiin lääkärien meeting -huoneessa syyskuussa 2009. Paikalla kokouksessa oli viisi henkilöä; akuuttiosaston fysioterapeutti, kotihoidon sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Kokouksessa käytiin läpi tutkija-kehittäjän laatima yhteenveto hoitokäytäntönäkökulmista (Liite 17.). Sen jälkeen kokouksessa keskusteltiin uusista hoitokäytäntönäkökulmista ja keskustelun jälkeen yhteenvetoon tehtiin tarkennuksia. Akuuttiosaston fysioterapeutti totesi olevansa ylityöllistetty. Yhteisen keskustelun jälkeen sovittiin, että suunniteltu sisäinen Kuntouttava hoitotyö-koulutus perutaan. Kokouksen lopuksi sovittiin seuraavan kokouksen sisällöstä ja ajankohdasta.

Yhdeksäs kokous pidettiin lääkärien meeting -huoneessa lokakuussa 2009. Läsnä oli viisi henkilöä; akuuttiosaston sairaanhoitaja, -fysioterapeutti ja -osastonhoitaja, kotihoidon sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti. Kokouksessa keskusteltiin AVH-tiimin toiminnasta ja AVH-tiimin aikaansaannoksista sekä sovittiin ylilääkärin ja AVH-tiimin yhteisestä palaveriajankohdasta. Yhteisen palaverin sisällöksi sovittiin, että AVH-tiimi esittelee ensin aikaansaannoksiaan ja sen jälkeen sovitaan yhteisesti AVH-tiimin tulevista tavoitteista ja käytännöistä.

Kymmenes kokous pidettiin kokoushuoneessa maaliskuussa 2010. Läsnä oli seitsemän henkilöä; akuuttiosaston fysioterapeutti, -osastonhoitaja ja -lääkäri, kotihoidon sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja johtava lääkäri. Kokous aloitettiin esittelemällä johtavalle lääkärille AVH-tiimin toimintaa ja aikaansaannoksia. Johtava lääkäri kertoi Kytke-hankkeesta, jossa kehitetään mm. AVH-potilaan kuntoutusta. Akuuttiosaston fysioterapeutti kertoi käyneensä AVH-yhdyshenkilökokouksessa ja kertoi em. kokouksen sisällöstä. Sen jälkeen keskusteltiin AVH-yhdyshenkilön toimenkuvan sisällöstä ja sen kehittämistä, AVH-tiimin toiminnasta ja jatkohaasteista. Sovittiin, että AVH-tiimi järjestää ensitietoillan AVH-sairastuneille syksyllä 2010, pohtii miten kotikuntoutusta kehitetään ja mitä AVH-yhdyshenkilön toimenkuva sisältää. Kokouksen lopuksi sovittiin seuraavan kokouksen ajankohdasta.

8.4 Yhteenveto AVH-tiimin toiminnasta

AVH-tiimin toimintamalli perustui yhteiseen keskusteluun. Keväällä 2009 AVH-tiimi käytti aikaa ryhmäytymiseen ja kehittäminen kohdistui oman toiminnan kehittämiseen. Syksyllä 2009 AVH-tiimi tarkasteli AVH-potilaan potilasohjausta organisaatiotasolla ja hahmotteli uusia AVH-hoitokäytäntönäkökulmia ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi –menetelmää käyttäen. Keväällä 2010 tehtiin päätös, että AVH-tiimi jatkaa toimintaansa ja muuttaa toimintansa Kytke-hankkeen tavoitteiden mukaiseksi.

Nykytila-analyysi syntyi kokousten yksi ja kaksi aikana. Nykytila-analyysin mukaan AVH-toiminnan vahvuuksiksi koettiin mm. motivoitunut henkilökunta, erikoisosaaminen, vuorovaikutus, johdon tuki kehittämiselle ja sisäisiin koulutuksiin osallistuminen. Heikkouksiksi koettiin mm. lääkäreiden sitoutumattomuus, kehittäminen työn ohessa, johdon kiire, työparitoiminnan puuttuminen, omahoitajajärjestelmän puuttuminen, tiedon siirron heikkoudet, kuntoutussuunnitelman puuttuminen ja tärkeiden työntekijöiden kuten sosiaalityöntekijän ja mielenterveyspuolen työntekijöiden puuttuminen. Mahdollisuuksiksi koettiin mm. osaava henkilöstö ja tiimityöskentely. Uhkiksi koettiin mm. liian varhaiset kotiutukset, akuuttiosastojen yhdistäminen, Ouluun liittyminen ja jatkokehittämisen puute.

Hoitopolkukuvaus syntyi kokousten kaksi, kolme, neljä ja kuusi aikana. Kokonaisuus hahmottui vähitellen. Hoitopolkukuvauksesta ilmenee hoidon kulku ja hoitoon osallistuvien vastuut ja valtuudet. Hoitopolkukuvausta voidaan käyttää uuden työntekijän perehdytyksessä.

Osaamistarvekartoitus AVH-tiimin jäsenten omasta AVH-osaamisesta ja koulutustarpeista muotoutui kokousten kolme ja neljä aikana. AVH-tiimin jäsenet täyttivät osaamistarvekartoituslomakkeen kokousten neljä ja viisi välissä. Tutkija-kehittäjä esitti kokouksessa viisi yhteenvedon AVH-tiimin jäsenten omasta AVH-osaamisesta ja koulutustarpeista. Osaamistarvekartoituksen mukaan AVH-tiimin jäsenet hallitsevat tukipalvelujen perusteet, mutta tarvitsevat tukea. Osaamistarvekartoitusta voidaan käyttää mm. henkilöstön koulutustarpeiden esille tuonnissa.

Kuntoutussuunnitelma muotoutui neljännessä kokouksessa, jolloin tutkija-kehittäjä esitteli teoriaan ja tutkimuksiin viitaten kuntoutussuunnitelman sisällön. Vuodeosaston fysioterapeutti esitteli käytössä olleen kuntoutussuunnitelmarungon ja kotihoidon sairaanhoitaja esitteli, miten kuntoutussuunnitelma rakentuu Effica-järjestelään. Kuntoutussuunnitelma sisältää tiedot paikallaolijoista, potilaan tiedoista, nykytilasta, tavoitteesta ja suunnitelmasta. Kokouksessa neljä sovittiin kuntoutussuunnitelman sisällöstä ja sovittiin **kuntoutussuunnitelmapalaverin** käyttöönotosta 4/09.

Sisäinen AVH-koulutus päätettiin järjestää kokouksessa viisi. Koulutus peruttiin kokouksessa kahdeksan akuuttiosaston fysioterapeutin kiireiden vuoksi.

AVH-tiimin jäsenet arvioivat entinen käytäntö, nykyinen kevään 2009 aikana hahmoteltu toiminta, palveluasunnossa asuminen ennen kotiutumista ja vuodeosastolta siirtymisen suoraan kotiin -näkökulmien avulla **AVH-potilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta tehtävien päätösten vaikutuksia AVH-potilaiden terveyteen ja hyvinvointiin** kokouksissa seitsemän ja kahdeksan (Taulukko 11, Liite 17). Menetelmänä käytettiin Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA)-menetelmää. Menetelmän avulla arvioidaan nimenomaan ennalta päätösten vaikutuksia ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010). Tarkastelun avulla kehitettiin AVH-potilaan potilasohjausmallia organisaatiotasolla. AVH-tiimi piti Palveluasunnossa asumista ennen kotiutusta-näkökulmaa parhaimpana vaihtoehtona jatkokehittämisen kannalta. Johdettava lääkäri puolestaan piti vuodeosastolta suoraan kotiin-näkemystä jatkon kannalta tärkeimpänä kehittämissuuntana. AVH-tiimin jatkokehittämistoimet sovittiin suuntautuvaksi vuodeosastolta suoraan kotiin-näkökulmaa mukailevaksi.

8.5 Arviointivaihe

8.5.1 AVH-tiimin jäsenten arvio kehittämisprosessista

AVH-tiimin jäsenten arvion mukaan kehittämisprosessin *edistäviksi tekijöiksi* nimeytyi rajattu kohderyhmä, kehittämisen tarve, moniammatillinen yhteistyö, kehittämisosaaminen ja tutkija-kehittäjän oma innostuneisuus kehitettävästä asiasta, tiedon tuonti AVH-tiimiin ja tutkija-kehittäjän kokoustekniikkaosaaminen. Rajattu kohderyhmä ilmeni helpotuksena ja kehittämismyönteisyytenä. Kehittämistarve ilmeni tärkeytenä ja tarpeena.

Moniammatillinen yhteistyö ilmeni mahdollisuutena rajoja ylittävään työskentelyyn, yhteisinä suunnitelmina ja tavoitteina, moniammatillisen näkemyksen korostamisena, moniammatillisen yhteistyön tärkeytenä sekä tutkija-kehittäjän johtamisosaamisena. Kehittämisaaminen ilmeni kehittämissasioiden esilletuontina ja kuntoutussuunnitelman laatimisena. Tutkija-kehittäjän oma innostuneisuus ilmeni innostuneena olemuksena ja kehittämishaluisuutena. Tiedontuonti AVH-tiimiin ilmeni uusien näkökulmien antamisena, asioiden esille tuontina ja tiedon jakamisen sujuvuutena. Kokoustekniikkaosaaminen ilmeni tutkija-kehittäjän omaksuneena tutkinta- ja kehitysaineiston omaksumisena, hyvin tehtynä esivalmisteluna, kokoustekniikkaosaamisena ja asioiden eteenpäinviemisena.

”Nostaa esille tärkeän potilasryhmän, johon voidaan todella vaikuttaa tehokkaalla toiminnalla.”

”Yhteiset suunnitelmat ja tavoitteet tärkeitä kaikkien hoitoon osallistuneiden tietää.”

”Tutkija-kehittäjä on antanut uusia näkökulmia asioihin.”

Kehittämiproessia *hidastaviksi tekijöiksi* nimeytyi AVH-tiimin jäsenten arvion mukaan kehitettävien asioiden paljous ja rajallinen aika, rajalliset resurssit, koulutustarve ja moniammatillisen yhteistyön heikkous. Kehitettävien asioiden paljous ja rajallinen aika ilmenivät ajoittaisena vaikeutena hahmottaa kokonaisuutta, ajatusten lentelemisenä ja kokemuksena liiasta asiasta suhteessa resursoituun aikaan. Rajalliset resurssit ilmenivät lisäresurssitarpeena ja rajallisena AVH-tiimin kokouksiin pääsynä. Koulutustarve ilmeni lisäkoulutustarpeena. Moniammatillisen yhteistyön heikkous ilmeni yksin työskentelyinä.

”Paljon asiaa, ajoittain vaikea hahmottaa kokonaisuutta, ajatukset lentelee.”

”Pääsin mukaan liian harvoin.”

”Koulutusta lisää.”

8.5.2 Tutkija-kehittäjän arvio kehittämisprosessista

Tutkija-kehittäjän oman arvion mukaan kehittämisprosessia *edistäviksi tekijöiksi* nimeytyi aika- ja henkilöresurssit, muutosjohtamisosaaminen, moniammatillinen yhteistyö ja tutkija-kehittäjän yhtäaikainen opiskelu ylempää ammattikorkeakoulututkintoa varten. Aikaresurssit ilmenivät kokousajankohtien ja kokouksiin käytetyn ajan itsenäisenä so-pimisena. Henkilöresurssit ilmenivät akuuttiosaston osastonhoitajan ja hänen osoitta-man perushoitajan osallistumisena AVH-tiimin toimintaan. Muutosjohtamisosaaminen ilmeni jaettuna johtajuutena, missä korostui yhteistoiminnallisuus. Tämä toiminta ilme-ni AVH-tiimin muutostarpeen yhteisselvittämisenä ja toiminnan yhteisenä arviointina, tutkitun tiedon vientinä AVH-tiimiin ja oman toiminnan reflektiivisenä arviointina ja tarkentuneina tavoitteina. Moniammatillinen yhteistyö ilmeni moniammatillisen yhteis-työn teorian mukaisena toimintana. Haukiputaan terveyskeskukseen perustettiin AVH-tiimi ja AVH-tiimissä opeteltiin uusi moniammatilliseen rajoja ylittävään toimintaan pe-rustuva toimintakulttuuri, joka näkyi vuorovaikutustaitojen harjoittelemisena, monitie-teisenä toimintana ja roolien, vastuiden ja valtuuksien määrittelynä sekä oman toimin-nan arvioimisena ja reflektointina. Yhtäaikainen opiskelu ylempää ammattikorkeakoulu-tutkintoa varten ilmeni käsitteisiin, teoriaan ja tutkimustietoon paneutumisena, opettajan ja opiskelukavereiden kanssa käytyinä keskusteluina ja vertaisreflektointina.

”Sovittiin AVH-tiimin jäsenten kesken että kaikki voivat osallistua Oys:ssa järjestettyyn AVH-koulutukseen, mikäli oman yksikön esimies antaa luvan.”

”En sanellut valmiita vastauksia, vaan halusin tutkija-kehittäjänä, että koko AVH-tiimi tarkastelee asioita ja päätyy johonkin lopputulokseen, jolloin kaikki kokevat osallistu-neensa kehittämiseen ja sitoutuvat sovittuihin asioihin.”

”AVH-tiimin kokouksissa oli luottava tunnelma.”

Kehittämisprosessia *hidastaviksi tekijöiksi* nimeytyi tutkija-kehittäjän oman arvion mu-kaan terveyskeskuksen johdon vähäinen sitoutuminen tähän kehittämisprosessiin, terve-ykeskuksen toimintakulttuuri ja alueellisen yhteistyön puute. Johdon vähäinen sitou-tuminen ilmeni AVH-potilasohjausmallin käyttöönottamisen alkuvaiheessa roolien epä-selvyytenä ja prosessin aikana liian vähäisenä yhteistyönä kehittäjä-tutkijan kanssa. Terveyskeskuksen toimintakulttuuria ilmensi yksin työskentelyn malli ja toiminnan si-

touttamattomuus organisaatioon. Alueellinen yhteistyön puuttuminen ilmeni siten, että Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä –hankkeen loputtua loppui myös alueellinen yhteistyö; Aivoverenkiertohäiriötiimin toiminta ja keskinäinen yhteydenpito vastoin kuin hankkeessa annettiin ymmärtää. Alueellinen yhteistyön puuttuminen ilmeni myös uutena jatkohankkeena (Kytke-hanke).

”Olen yksin kehittämässä AVH-tiimin toimintaa vailla konkreettista muutostavoitetta.”

”Roolini on edelleen epäselvä. Roolini epäselvyys herättää työkavereissa levottomuutta ja närää.”

”AVH-tiimin toimintaa ei ole kiinnitetty mihinkään organisaatioon. Pystymme sopimaan asioista vain tiimin jäsenten kesken. Toisten puolesta emme voi sopia tai luvata mitään.”

9 KEHITTÄMISTYÖN TULOS

9.1 AVH-potilaan potilasohjausmalli Haukiputaan terveystieteiden keskuksessa ennen kehittämistoimintaa potilaiden ja omaisten kuvaamana

AVH-toiminnan *vahvuudeksi* nimeytyi potilaiden kuvaamana monitieteinen toiminta. Monitieteinen toiminta ilmeni terapeuttieskeisyytenä, omatiedelähtöisenä työskentelyinä ja yksisuuntaisena suullisena ohjauksena ja opetuksena.

”Jokainen paneutuu omaan hommaansa.”

”Fysioterapeutti oli kyllä ihan hyvä.”

”Kuntoutuspuolella kyllä keskusteltiin.”

AVH-toiminnan *heikkouksiksi* nimeytyi potilaiden kuvaamana kehittämistyön arviointiosaamisen puute, monitieteinen toiminta ja kapea-alainen kuntoutusnäkemys. Kehittämistyön arviointiosaamisen puute ilmeni kriitikittömyytenä. Monitieteinen toiminta ilmeni kommunikoinnin puutteena ammattihenkilöiden ja potilaiden välillä, omatiedelähtöisenä toimintana ja yhteisten työtapojen puuttumisena. Kapea-alainen kuntoutusnäkemys ilmeni toimintaterapeutin puuttumisena.

”Maallikon silmistä hyvältä näyttää.”

”Muuten tekevät oman työnsä mutta siirtyminen on aina erilaista.”

”Kuntoutuskin on hyvä mutta toimintaterapeutti on ehdoton.”

AVH-toiminnan *vahvuuksiksi* nimeytyi omaisten kuvaamana hoitoprosessi ja moniammatillinen yhteistyö. Hoitoprosessi ilmeni hyvinä tuloksina. Moniammatillinen yhteistyö ilmeni informaationa, ammatillisuutena ja yhteistyönä hoitohenkilökunnan kanssa.

”Aivan loistavaa työtä on tehty. Hoitoon otettiin mukaan hyvin, mutta täytyy itsekin olla aktiivinen.”

”Olen saanut pyytämäni tiedot sekä hoitohenkilökunta on kertonut perusteellisesti hoidon kulusta.”

”Hoitohenkilökunnan yhteistyö toimii mielestäni hyvin.”

AVH-toiminnan *heikkouksiksi* nimeytyi omaisten kuvaamana hoitoprosessi ja kapea-alainen kuntoutusnäkemys. Hoitoprosessi ilmeni terveyskeskuskeskeisenä toimintana ja tietämättömytenä hoitoprosessin etenemisestä etukäteen. Kapea-alainen kuntoutusnäkemys ilmeni toimintaterapeutin puuttumisena.

”Aluksi oltiin ihan yksin sairauden kassa.”

”Henkistä puolta täytyis kehittää, kuntoutus on hyvä, mutta kerhotoimintaa lisättävä tai muunlaista ”juttutupia” niin sais kontaktin muihin ihmisiin, ettei eristäytyisi.”

”Ei ole moittimista muun kuin toimintaterapian puuttuminen.”

AVH-toiminnan *mahdollisuuksiksi* nimeytyi omaisten kuvaamana tieteiden välisen yhteistyön kehittämisenä ja resurssien kohdistamisena. Tieteiden välisen yhteistyön kehittäminen ilmeni dialogin, tiedonkulun ja yhteistoiminnan mahdollisuuksien kehittämisenä. Resurssien kohdistaminen ilmeni työn ja työympäristön kehittämisenä.

”Että terveyskeskuksessa ja muussa sairaanhoidossa panostetaan yhteistoimintaa.”

”Avoin keskustelu ja tiedon kulku.”

”Luodaan puitteet että työ on mielekästä, haastavaa ja siinä nähdään onnistumisen mahdollisuus.”

AVH-toiminnan *uhkiksi* nimeytyi omaisten kuvaamana monitieteinen yhteistyö, resurssit ja kuntaliitosselvitys. Monitieteinen yhteistyö ilmeni yhteistoiminnan puuttumisena. Resurssit ilmenivät rahakysymyksinä ja kuntaliitosselvitys ilmeni kuntaliitosepärointiä.

”Ellei kaikki ole yhteistoiminnassa keskenään.”

”Raha?”

”Onko Ouluun liittyminen hyväksi?”

9.1.1.1 AVH-potilaan potilasohjausmalli Haukiputaan terveyskeskuksessa ennen kehittämistoimintaa henkilökunnan kuvaamana

AVH-potilaan potilasohjausmallin *vahvuudeksi* Haukiputaan terveyskeskuksessa ennen kehittämistoimintaa sisäisenä koulutuksena järjestetyille esittelyluennolle osallistuneiden henkilöiden kuvaamana nimeytyi monitieteinen toiminta. Monitieteinen toiminta ilmeni erityistyöntekijän eli fysioterapeutin ammatillisena osaamisen korostamisena.

”Taitava ja ammattitaitoinen fysioterapeutti.”

”Fysioterapeutti osaa ohjeistaa.”

AVH-toiminnan *heikkouksiksi* Haukiputaan terveyskeskuksessa ennen kehittämistoimintaa sisäisenä koulutuksena järjestetyille esittelyluennolle osallistuneiden henkilöiden kuvaamana nimeytyi tieteiden välisen yhteistyön- ja kehittämisen johtamisen puutteet. Tieteiden välisen yhteistyön puute ilmeni monitieteisenä toimintana. Kehittämisen johtamisen puutteet ilmenivät kehittämisresurssien puutteina ja keskeytyneillä/keskeytettyinä kehittämisprojekteina.

”Spontaania tilanteessa toimimista.”

”Tieto ei välttämättä kulje.”

”Kehittämiselle ei löydy yhteistä aikaa eikä paikkaa.”

”Keskeytyneet/keskeytetyt kehittämisprojektit.”

AVH-toiminnan *mahdollisuudeksi* Haukiputaan terveyskeskuksessa ennen kehittämistoimintaa sisäisenä koulutuksena järjestetyille esittelyluennolle osallistuneiden henkilöiden kuvaamana nimeytyi koulutus. Koulutus ilmeni työnantajan mahdollistamana ammatillisen lisäkoulutuksena vuosittain.

”Koulutukseen saa osallistua.”

”Koulutukseen pitää jokaisen osallistua 3 pv/vuosi.”

AVH-toiminnan *uhkaksi* Haukiputaan terveyskeskuksessa ennen kehittämistoimintaa sisäisenä koulutuksena järjestetyille esittelyluennolle osallistuneiden henkilöiden kuvaamana nimeytyi Ouluun liittyminen. Uhat ilmenivät pelkona Oulun toimintamallien käyttöönottona.

”Ouluun liittyminen ja sitä mukaan Oulun toimintamallien käyttöönotto.”

9.2 AVH-potilaan potilasohjausmalli Haukiputaan terveyskeskuksessa kehittämistyön jälkeen

Tämän kehittämistyön ensimmäisessä vaiheessa tutkija-kehittäjä määrittä AVH-potilasohjausmallissa käytettyjä käsitteitä. Työn tuloksena on raportoitu mallin keskeiset käsitteet, jotka luovat pohjan mallin käytölle laajemmin.

AVH-potilaan potilasohjausmalli Haukiputaalla sisältää AVH-potilaan hoitopolkukuvausten ja kuntoutussuunnitelmarunon. Lisäksi kehittämistyö tuotti ohjeen henkilöstön osaamiskartoituksen sisällöstä ja laatimisesta. Osaamiskartoitus tuotti tietoa AVH-tiimin jäsenten omasta osaamisesta ja koulutustarpeista.

Kuviossa 4. esitellään AVH-potilaan hoitopolkukuvaus Haukiputaan terveyskeskuksessa.

AVH-POTILAAN
HOITOPOLKUKUVAUS

			Vaiheet										
			Tulot	Osastolle saapuminen	Ensimmäinen lääkärinkierros	Kunt suun. Palaveri	Kuntoutus akuuttiosastolla	Kotiutuksen suunnittelu	Hoitoneuvottelu	Fr-palaveri	Kotihoidon työntekijöiden info	Kotiutus	Avohoito
Organisaatio		Toimijat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		Potilas		x	x	x	x	x	x			x	X
		Läheiset			x	x	x	x	x			x	x
Erikoissairaanhoido	OYS	OYS	X										
Perusterveydenhuolto													
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Akuuttiosasto	Osaston sihteeri	x	x								x	
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Akuuttiosasto	Lääkäri	(x)	x	x			x	x			x	
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Akuuttiosasto	Sairaanhoidtaja	x	X	X	x	X	X	X			X	
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Akuuttiosasto	Lähihoitaja		X		x	X	x	(x)				
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Akuuttiosasto	Fysioterapeutti	(x)	x	x	X	X	X	x	X		x	
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Puh terap	Puheterapeutti			(x)	x	(x)	(x)	(x)			(x)	(x)
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Mielenterv. tsto	Psyk. Sh				x	X	x	(x)			(x)	x
KOTI- JA LAITOSHOITO	Kotihoito	Tiimivastaava						(x)	(x)		x	(x)	
KOTI- JA LAITOSHOITO	Kotihoito	Sairaanhoidtaja							(x)		x	(x)	(x)
KOTI- JA LAITOSHOITO	Kotihoito	Hoitaja							(x)		x	(x)	(x)
KOTI- JA LAITOSHOITO	Kotihoito	Fysioterapeutti						(x)	(x)	x	X	(x)	(x)
KOTI- JA LAITOSHOITO	Hannankoti	Tiimivastaava											
KOTI- JA LAITOSHOITO	Hannankoti	Hoitaja											
SOSIAALIPALVELUT	Sosiaalisto	Sosiaalityöntekijä					x	(x)				(x)	(x)
TESA/KOTI- JA LAITOSHOITO		SAS-työryhmä						(x)					
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Fysioterapia	Tiimivastaava										X	X
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Fysioterapia	Fysioterapeutti											X
YKSITYINEN SEKTORI	*	Toimintaterapeutti					(x)						(x)

x -toimija

* ostopalvelu

X-vastuussa

(x) tarvittaessa

Kuvio 4. AVH-potilaan hoitopolku Haukiputaan terveyskeskuksessa

AVH-potilaan **hoitopolkukuvaus** kehittyi vähitellen neljän kokouksen aikana. Hoitopolkukuvauksen vaiheet koostuvat tuloilmoituksesta, osastolle saapumisesta, ensimmäisestä lääkärinkierrosta, kuntoutussuunnitelmapalaverista, kuntoutumisesta akuuttiosastolla, kuntoutuksen suunnittelusta, hoitoneuvottelusta, fysioterapiapalaverista, kotihoiton työntekijöiden info-tilaisuudesta, kotiutuksesta ja avohoidosta.

Hoitopolkukuvaukseen on kuvattu organisaatio ja toimijat seuraavasti. Erikoissairaanhoidoa edustaa OYS:a ja perusterveydenhuoltoa edustavat terveyden ja sairaanhoidon, koti- ja laitoshoidon ja sosiaalipalvelujen organisaatiot. Terveyden ja sairaanhoidon organisaatioon kuuluvat akuuttiosasto, puheterapia, mielenterveystoimisto ja fysioterapiayksikkö. Koti- ja laitoshoidon organisaatioon kuuluvat kotihoito ja Hannankodin vuorohoitoyksikkö. Sosiaalipalveluihin kuuluu sosiaalitoimisto. Toimintaterapeutti kuvattiin ostopalveluna yksityissektorilta. Akuuttiosaston toimijat ovat osaston sihteeri, lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja ja fysioterapeutti. Puheterapiayksikön toimija on puheterapeutti ja mielenterveystoimiston toimija on psykiatrinen sairaanhoitaja. Fysioterapiayksikön toimijoina ovat tiimivastaava ja fysioterapeutti. Kotihoiton toimijat ovat tiimivastaava, kotisairaanhoitaja, hoitaja ja fysioterapeutti. Hannankodin vuorohoitoyksikön toimijat ovat tiimivastaava ja hoitaja. Sosiaalitoimiston toimijaksi on kuvattu sosiaalityöntekijä. Tarvittaessa toimijana on kerran viikossa kokoontuva SAS-työryhmä, joka koostuu terveyden ja sairaanhoidon ja koti- ja laitoshoidon edustajista.

Jokaiseen toimintavaiheeseen on kirjattu toimijat, vastuussa olevat toimijat ja tarvittaessa mukana olevat toimijat. *Tuloilmoitusvaiheessa* toimijoina ovat OYS:a, akuuttiosaston osastonsihteeri ja sairaanhoitaja. Vastuu tuloilmoituksesta on OYS:lla. Tarvittaessa mukana ovat akuuttiosaston lääkäri ja fysioterapeutti. Tuloilmoitus tapahtuu puhelimitse. Tuolloin käydään läpi siirtoepikriisi, hoitotyön yhteenveto, terapiayhteenvedot sekä erikoissairaanhoidon tekemä kuntoutussuunnitelma.

Osastolle saapumisvaiheessa toimijoina ovat potilas, akuuttiosaston osastonsihteeri, lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja ja fysioterapeutti. Vastuun ottavat akuuttiosaston sairaanhoitaja ja lähihoitaja. AVH-potilaan saavuttua osastolle osastonsihteeri kirjaa potilaan sisään. Lääkäri tutustuu potilaspapereihin ja potilaaseen. F-vuorolainen sairaanhoitaja ottaa vastaan potilaan, tekee läikehoitosuunnitelman ja huolehtii potilaan lääkityksestä. Lähihoitaja vastaanottaa potilaan ja haastattelee ADL-toiminnoista ja apuvälineis-

tä. Fysioterapeutti katsoo potilaan siirtymiset ja apuvälinetarpeen, huolehtii lainattavat apuvälineet, tekee potilaspaikkasuosituksen ja antaa kuntoutusohjeet hoitohenkilökunnalle esim. viikonlopuksi.

Ensimmäisellä lääkärinkierrolla toimijat ovat potilas, läheiset, akuuttiosaston lääkäri, sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Vastuun ottaa sairaanhoitaja. Puheterapeutti on mukana tarvittaessa. Ensimmäisellä lääkärinkierrolla lääkäri tekee lähetteet terapeuteille ja päivittää hoitosuunnitelman. Sairaanhoitaja kartoittaa tilanteen ja tiedottaa eteenpäin yhteistyökumppaneille. Myös fysioterapeutti tulee mukaan lääkärin kierrolle. Puheterapeutti osallistuu tarvittaessa lääkärinkierrolle. Lääkärinkierto kohdennetaan uuden kuntoutujan huoneeseen terapeuttien saapuessa osastolle.

Kuntoutussuunnitelmapalaverissa toimijoina ovat potilas, läheiset, akuuttiosaston sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti, puheterapeutti ja psykiatrinen sairaanhoitaja. Päävastuun ottaa fysioterapeutti. Fysioterapeutti toimii kuntoutussuunnitelmapalaverin kokoonkutsujana, hän sopii läheisten kanssa kokousajankohdasta sekä informoi vuorossa olevaa sairaanhoitajaa/perushoitajaa kuntoutussuunnitelmapalaverista. Kuntoutussuunnitelmapalaveri pidetään tiistaisin klo 13-14, mikäli erityistyöntekijät osallistuvat kokoukseen. Kokouskutsu lähetetään EFFICA-VIESTINÄ osallistujille edelliseen päivään mennessä. Kuntoutussuunnitelmapalaverin tavoitteena on laatia potilaalle kirjallinen kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelma kirjataan Efficaohjelmaan KUNPA-lehdelle ja akuuttiosaston käyttämälle HOSUOU-lehdelle TIIV-sarakkeeseen. Afasiapotilaiden kohdalla (ei motorisia ongelmia) kirjaa puheterapeutti kuntoutussuunnitelman KUNPA-lehdelle. Puheterapeutti tekee puheterapeuttisen tutkimuksen, jonka perusteella tehdään suunnitelma puheterapian toteutuksesta.

Kuntoutus akuuttiosastolla-vaiheessa toimijoina ovat potilas, läheiset, akuuttiosaston sairaanhoitaja, lähihoitaja ja fysioterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja tarvittaessa puheterapeutti ja toimintaterapeutti. Päävastuun ottavat sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti, puheterapeutti, toimintaterapeutti ja psykiatrinen sairaanhoitaja. Kuntoutus toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä. Sairaanhoitaja ja lähihoitaja osallistuvat kuntouttavaan hoitotyöhön fysioterapeutin ohjeita noudattaen ja toteuttavat perushoitoa. Fysioterapeutti ohjaa kuntouttavan hoitotyön toteuttamisessa ja toimii työparina hoitohenkilökunnan kanssa, arvioi ja ohjaa oikeat potilassiirtotekniikat

ja käytettävät apuvälineet, sekä toteuttaa fysioterapiaa yhdessä kollegoiden kanssa eri keinoin sekä vuodeosastolla että fysioterapiaosastolla 2x/pv, ohjaa läheisiä ja potilasta itsehoidossa, kirjaa toteutuman FYS- ja HOSUOU-lehdelle päivittäin. Fysioterapeutti arvioi kuntoutuksen etenemistä ja suunnittelee kuntoutuksen jatkoa sekä on tarvittaessa yhteydessä eri yhteistyötahoihin ja kirjaa yhteenvedot FYS-lehdelle Oys-kontrolleja varten sekä potilaan siirtyessä vaativan kuntoutuksen kuntoutusjaksolle, jonne on myös puhelimitse yhteydessä kollegaan. Psykiatrinen sairaanhoitaja esittäytyy potilaalle ja tekee lääkärin pyynnöstä arviokäynnin ja tarvittaessa jatkosuunnitelman. Sosiaalityöntekijä tekee läheisten/henkilökunnan pyynnöstä ohjaus- ja neuvontakäynnin. Tarvittaessa puheterapia toteutetaan vuodeosastolla 3-5 x viikossa tarpeen ja jaksamisen mukaan. Toimintaterapeutti tekee tarvittaessa arvio- ja ohjauskäynnin ostopalveluna.

Kotiutuksen suunnitteluvaiheessa toimijoita ovat potilas, läheiset, akuuttiosaston lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti ja psykiatrinen sairaanhoitaja. Vastuun ottavat sairaanhoitaja ja fysioterapeutti. Tarvittaessa mukana ovat puheterapeutti, kotihoiton tiimivastaava ja fysioterapeutti sekä sosiaalityöntekijä. Kotiutuksen suunnitteluvaiheessa asiakkaan asioita käsitellään tarvittaessa myös SAS-työryhmässä. Kotiutuksen suunnittelu alkaa lääkärin, hoitajien tai terapeuttien toimesta. Sairaanhoitaja/lähihoitaja/osastosihteeri huolehtivat hoidon jatkuvuudesta/tiedottamisesta. Osaston fysioterapeutti tekee kotikäynnin ja huolehtii tarvittavista kodinmuutostöistä ja apuvälinetarpeen arvioinnista sekä laatii tarvittavat lausunnot ja psykiatrinen sairaanhoitaja tekee arvion jatkotarpeesta.

Hoitoneuvotteluvaiheessa toimijoina ovat potilas, läheiset, lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, vuodeosaston fysioterapeutti. Tarvittaessa hoitoneuvotteluun osallistuvat puheterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja, kotihoiton tiimivastaava, kotihoiton fysioterapeutti, hoitaja tai kotisairaanhoitaja. Päävastuun ottaa sairaanhoitaja. Hoitoneuvottelussa kartoitetaan kotipalvelun ja sairaanhoidon tarve sekä läheisten osallistuminen. Hoitoneuvotteluun kutsutaan potilaan ja hänen läheisten lisäksi ne ammattihenkilöt, jotka katsotaan tarpeelliseksi asiakkaan näkökulmasta.

Hoitoneuvottelua johtaa lääkäri. Hän kertoo lääketieteellisen taustan, hoitolinjat, lääkityksen sekä tilanteen missä ollaan menossa. Sairaanhoitaja/lähihoitaja tiedottaa nykytilasta ja kirjaa hoitoneuvottelusta yhteenvedon tietokoneelle Efficajärjestelmään. Vuo-

deosaston fysioterapeutti kertoo kuntoutujan tämän hetkisen liikkumisen ja toimintakyvyn tasosta, apuvälinetarpeesta ja jatkoterapiasuunnitelmasta ja kotioloista/muutostöistä tehdyn kotikäynnin perusteella. Puheterapeutti käy potilaan ja hänen läheisten kanssa läpi puheterapeuttisen kuntoutuksen tilanteen ja jatkosuunnitelmat sekä toteaa mahdollisen kommunikaatioapuvälinetarpeen. Psykiatrinen sairaanhoitaja käy läpi potilaan psyykkistä vointia/tilannetta ja jatkosuunnitelmia. Kotihoidon tiimivastaava sopii yhdessä potilaan ja läheisten kanssa kotiin järjestettävästä avusta, tarvittavista tukipalveluista ja/tai säännöllisestä kotihoidosta. Kotihoidon fysioterapeutti, -omahoitaja ja/tai kotisairaanhoitaja tutustuu potilaaseen ja sopii käytännön järjestelyistä. Potilaan ja läheisen odotetaan tuovan esille omat näkemykset em. asioista.

Fysioterapiapalaverivaiheessa toimijoina ovat akuuttiosaston ja kotihoidon fysioterapeutit. Vastuun palaverin järjestämisestä on akuutti osaston fysioterapeutilla. Fysioterapiapalaveri toteutetaan silloin kun mietitään potilaan siirtymistä kotihoidon asiakkaaksi. Fysioterapiapalaverissa sovitaan potilaan kuntoutuksen/ohjauksen tarpeesta sekä kotihoidon henkilökunnan ohjaustarpeesta. Kotihoidon fysioterapeutti laatii jatkokuntoutussuunnitelman.

Kotihoidon työntekijöiden informaatiovaiheessa toimijoina ovat kotihoidon tiimivastaava, kotisairaanhoitaja, hoitaja ja fysioterapeutti. Päävastuu kotihoidon työntekijöiden informoimisesta on kotihoidon fysioterapeutilla. Käytännössä kotihoidon fysioterapeutti välittää informaation (miten osastolla on toimittu) kotihoidon sille tiimille, jonka alueella kotihoidon tuleva asiakas asuu. Kotihoidon tiimit ovat Pohjoinen, Etelä- Itä ja Etelä-Länsi. Fysioterapeutti kertoo tiimin jäsenten kanssa hoitosuunnitelman sisällön ja tarvittaessa käydään läpi mm. pukeutumiset, peseytymiset ja siirtymiset. Kotihoidon fysioterapeutti ohjaa potilasta, läheisiä sekä hoitohenkilökuntaa kotona.

Kotiutusvaiheessa toimijoita ovat potilas, läheiset, osaston sihteeri, lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti ja tarvittaessa kotihoidon tiimivastaava, kotisairaanhoitaja, omahoitaja, kotihoidon fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Päävastuun ottaa sairaanhoitajalla. Kotiutusvaiheessa osaston sihteeri kirjoittaa laskun, varaa jatkotutkimus- ja kontrolliajat, kyydit yms. Lääkäri laatii lääkinnällisen kuntoutuksen suositukset/suosituksia ja välittää tiedon fysioterapian tiimivastaavalle ja puheterapian osalta puheterapeutille. Sairaanhoitaja huolehtii lääkityksen järjestymisestä kotiin (osastolta

lääkkeet, apteekista lääkkeitä, kotisairaanhoido), kyydin kotiin, vaatetuksesta, ruoka-asioista, vatsan toimituksesta ja suihkutuksesta lähtöpäivänä, jatkokontroleista, lääkäri- ja laboratorioajoista. Fysioterapeutti huolehtii kotiin lainattavista apuvälineistä ja antaa kirjalliset kotivoimisteluohteet ym. itsehoito-ohjeet potilaalle ja läheisille, antaa jatkofysioterapia-ajat ja kirjaa yhteenvedon fysioterapia-lehdelle ja tekee kirjalliset lääkinällisen kuntoutuksen- ja apuvälinesuosituksset. Fysioterapiayksikön tiimivastaava vie asian kuntoutustyöryhmään. Fysioterapeutti toimii yhteyshenkilönä myös esim. sosiaalityöntekijän kanssa sekä omaisten välillä.

Avohoitovaiheen toimijat ovat potilas, läheiset ja tarvittaessa kotihoidon tiimivastaava, kotisairaanhoidtaja, hoitaja ja fysioterapeutti, vastaava fysioterapeutti, lääkinällisestä kuntoutuksesta vastaava fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, psykiatrinen sairaanhoidtaja ja sosiaalityöntekijä. Päävastuu on potilaalla itsellään. Jos potilas/läheinen ei kykene huolehtimaan kokonaisvaltaisesti, kotihoidon työntekijällä on vastuu hoidon kokonaisuudesta.

Kotihoidon tiimivastaava organisoii kotikäynnit ja sopii tukipalveluista. Kotisairaanhoidtaja/hoitaja toteuttaa sovitut kotikäynnit. (Käynnit sisältävät mm. lääkehuollon ja avun ADL-toiminnoissa tilanteen mukaan.) Kotihoidon fysioterapeutti tarkkailee miten terapiassa sovitut toimintamallit ovat siirtyneet kotiin. Hän ohjaa ja neuvoo sekä tekee tarvittaessa apuvälinearviointeja. Fysioterapiayksikkö lähettää lääkinällisen kuntoutuksen päätöksen kotiin. Fysioterapeutti (lääkinällinen kuntoutus) toteuttaa jatko/avofysioterapian (1-) 2x /vko vastaanotolla (aluksi tarvittaessa kotikäynneinä muutama kerta), tekee kuntoutussuunnitelman terapiajakson alussa yhdessä potilaan kanssa, joka kirjataan Fys-lehdelle. Ohjaa potilasta ja läheisiä itsehoidossa ja toimintakyvyn tukemisessa sekä arvioi apuvälinetarvetta tehden niihin liittyvät tarvittavat koti-, sovituskäynnit ja toimii potilaan ammatillisena yhdyshekilönä kuntoutusasioissa. Arvioi kuntoutumisprosessia ja on tarvittaessa yhteydessä muihin kuntoutumiseen osallistuvien kanssa ja tekee tarvittavat lausunnot / suositukset esim. jatkofysioterapiasta. Kirjaa käynnit ja yhteenvedot toteutuksesta Fys-lehdelle. Puheterapia jatkuu polikliinisesti terveyskeskuksessa tarpeen mukaan, yleensä 1x/vko. Psykiatrinen sairaanhoidtaja jatkaa avohoittoa mielenterveyskeskuksessa tarpeen mukaan. Sosiaalityöntekijä informoi potilasta oikeuksista ja etuuksista. Kaikki toimijat kirjaavat lyhyesti KUNPA-lehdelle potilaan suunnitellut ja käynnissä olevat kuntoutuspalvelut.

AVH-potilaan **kuntoutussuunnitelma** (Liite 14.) koostuu kuntoutussuunnitelman tiedoista, esitiedoista, nykytilasta, tavoitteesta ja suunnitelmasta. Kuntoutussuunnitelma-kohta sisältää kuntoutussuunnitelman laatimispäivämäärän ja laatimiseen osallistujien nimet. Esitiedot sisältävät kuvauksen AVH-potilaan voimavaroista, taustasta sekä kuntoutuksen syyn. Nykytila sisältää kuvauksen AVH-potilaan näöstä, kuulosta, puheesta, liikkumisesta, WC-toiminnoista, syömisestä, pukeutumisesta, peseytymisestä, muistista, psyykkeestä ja kohdasta muuta. Tavoitekohta sisältää kuntoutuksen kokonaistavoitteen. Suunnitelma sisältää osatavoitteet ja keinot, joilla päästään kokonaistavoitteeseen. Kuntoutussuunnitelma laaditaan kaikille uusille haikiputaalaisille AVH-sairastuneille potilaille akuuttiosastolla. Kuntoutussuunnitelma kirjataan Efficajärjestelmän KUNPA-sivustolle. Mikäli potilas kotiutuessaan on kotihoidon asiakas laatii/päivittää kotihoidon fysioterapeutti kuntoutussuunnitelman kotihoitoon. Kaikilla koti- ja laitoshoidon työntekijöillä on käyttöoikeudet KUNPA-lehdelle. Kuntoutussuunnitelmarunko on tallennettuna Efficanaavigaattorissa Fyska-kansioon.

Ohje henkilöstön AVH-osaamiskartoituksen sisällöstä ja laatimisesta (Liite 17).

AVH-osaamiskartoituksen osaamisalueiksi muotoutui tiedot sairaudesta, sairaudenhoito, kuntoutus, opetus ja ohjaus, moniammatillinen yhteistyö, tukipalvelut ja työelämätaidot. Tiedot sairaudesta koostuivat ennaltaehkäisystä ja perustiedosta AVH-sairauksien synnystä. Sairauden hoito koostui perushoidosta, lääkehoidosta ja hoitotarvikkeista. Kuntoutus koostui terapiamuotojen tiedosta, terapiaosaamisesta, kuntoutussuunnitelmaosaamisesta, apuvälinetietoisuudesta ja kuntouttavasta hoitotyöstä. Opetus ja ohjaus koostuivat oppimis- ja opetusmenetelmäosaamisesta, potilaan ohjauksesta ja neuvonnasta, läheisten ohjauksesta ja neuvonnasta, henkilökunnan ohjauksesta ja neuvonnasta, arviointiosaamisesta ja psyykkisestä tuesta. Moniammatillinen yhteistyö koostui hoitoon osallistuvien rooleista ja työnjaosta. Tukipalvelut koostuivat asiakkaan etuuksien tietoisuudesta, potilasjärjestöjen ja niiden toiminnan tietoisuudesta, vertaistuen mahdollisuuden tietoisuudesta, kolmannen sektorin palvelujen tietoisuudesta ja omaisten tuesta. Työelämätaidot koostuivat vuorovaikutusosaamisesta, tiedottamisesta, yhteistyö ja verkosto-osaamisesta ja toimisto ja atk-taidoista.

Osaamisen taso, osaamisen tärkeystaso ja osaamisen tavoitetaso koostuivat viidestä muuttujasta: 1 ei hallitse perusteita, 2 hallitsee perusteet, mutta tarvitsee tukea, 3 toimii

itsenäisesti, 4 osaa ohjata muita ja 5 asiantuntija, huippuosaja. AVH-tiimi määritteli saamisen tärkeyden ja osaamisen tavoitetason samalle tasolle taatakseen hyvän osaamisen. Osaamisen tärkeys ja osaamisen tavoitetaso määriteltiin asiantuntijatasolle ennaltaehkäisyyn, perustiedon AVH-sairauksista, tiedon terapiamuodoista, kuntoutussuunnitelmaosaamisen, kuntouttavan hoitotyön, potilaan ohjauksen ja neuvonnan, läheisen ohjauksen ja neuvonnan, hoitohenkilökunnan ohjauksen ja neuvonnan, arviointiosaamisen, psyykkisen tuen, hoitoon osallistuvien roolien, työnjaon, vuorovaikutusosaamisen ja tiedottamisen kohdalla. Osaa ohjata muita määriteltiin oppimis- ja opetusmenetelmäosaamisen ja yhteistyö-verkosto-osaamisen kohdalle. Perushoidon, lääkehoidon, hoitotarvikkeiden, terapiaosaamisen, apuvälinetietoisuuden, asiakkaan etuuskien tietoisuuden, potilasjärjestöjen ja niiden toiminnan tietoisuuden, vertaistuen mahdollisuuden tietoisuuden, kolmannen sektorin palvelujen tietoisuuden, omaisten tuen ja toimisto- ja atk-taitojen osaamisen taso määriteltiin toimii-itsenäisesti-tasolle.

AVH-tiimin oma osaamisen taso määrittyi toimimaan itsenäisesti ennaltaehkäisyyn, perustiedon AVH-sairauksista, perushoidon, lääkehoidon, hoitotarvikkeiden, tiedon terapiamuodoista, terapiaosaamisen, kuntoutussuunnitelmaosaamisen, apuvälinetietoisuuden, oppimis- ja opetusmenetelmäosaamisen, potilaiden ohjauksen ja neuvonnan, läheisen ohjauksen ja neuvonnan, henkilökunnan ohjauksen ja neuvonnan, arviointiosaamisen psyykkisen tuen, hoitoon osallistuvien roolien, potilasjärjestö- ja niiden toimintatietoisuuden, omaisten tuen, vuorovaikutusosaamisen, tiedottamisen, yhteistyö- ja verkosto-osaamisen ja toimisto- ja atk-taitojen kohdalla. Kuntouttavan hoitotyön ja työnjaon osalta tulokset ylsivät osaa ohjata muita-tasolle. Tietoisuus asiakkaan etuuksista, tietoisuus vertaistuen mahdollisuudesta ja tietoisuus kolmannen sektorin palveluista määrittyi hallitsee perusteet, mutta tarvitsee tukea-tasolle. AVH-tiimin osaamistarvekartoitukseen osallistui akuuttiosaston kaksi sairaanhoitajaa, fysioterapeutti, osastonhoitaja ja lääkäri, kotihoidon kotisairaanhoitaja ja fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Osaamistarvekartoitus toteutettiin neljännessä kokouksessa.

Psykiatrisen sairaanhoitajan vierailut akuuttiosastolla koettiin hyvin tärkeiksi. Toiminnan seurauksena kotihoidossa koettiin myös tarvetta psykiatriselle sairaanhoitajalle ja kotihoidolle nimettiin oma psykiatrinen sairaanhoitaja mielenterveystoimistosta. **Psyki-**

atrinen sairaanhoitaja aloitti yhteistyön kotihoidon kanssa kesällä 2009. Näin ollen tässä tutkimus- ja kehittämistyössä päästiin toisen asteen tuloksiin.

9.3 Muutosjohtamisen haasteet

9.3.1 AVH-potilaan potilasohjausmallin käytäntöön ottamista edistävät tekijät

AVH-potilaan potilasohjausmallin käytäntöön ottamista *edistäviksi tekijöiksi* nimeytyi työntekijöiden ja tutkijakehittäjän näkemyksen mukaan henkilöstön osallistuminen, johtaminen niin että he voivat osallistua, käsitteiden määrittäminen ja kehittämistarpeiden ilmeneminen toiminnan eri tasoilla: strategiatasolla, terveyskeskuksen ylimmän johdon ja keskijohdon sekä, työntekijöiden tasolla ja ammattikorkeakoulun sekä tutkijakehittäjänä toimivan opiskelijan tasoilla.

Henkilöstön osallistuminen ilmeni AVH-tiimin jäsenten ahkerana osallistumisena AVH-tiimin kokouksiin, aktiivisuutena kokouksissa ja sovitusta asioista huolehtimisena. Johtaminen niin että henkilöstö voi osallistua AVH-tiimin toimintaan ilmeni AVH-tiimin jäsenten mahdollisuutena osallistua oman työn ohella AVH-tiimin kokouksiin. Käsitteiden määrittäminen ilmeni tutkija-kehittäjän määrittelemänä AVH-potilasohjausmallin käsitteinä, jotta tiedettiin mitä jalkautettiin. Strategiatasolla AVH-toiminnan kehittämistarve ilmeni kunnan strategioissa; oikea- aikaisina, taloudellisina ja vaikuttavasti tuotettuina perusturvapalveluina, terveyden edistämisen keinojen kehittämisenä ja ennaltaehkäisevän toiminnan liittämisenä erityisesti verenkiertosairauksiin.

Terveyskeskuksen ylimmän johdon tasolla AVH-toiminnan kehittämistarve ilmeni AVH-toiminnan kehittämiseen suunnattuina resursseina. Resurssit ilmenivät AVH-tiimin perustamisena, AVH-tiimin jäsenten määrittelynä sekä ajan ja paikan suomisena. Terveyskeskuksen keskijohdon tasolla AVH-toiminnan kehittämistarve ilmeni akuuttiosastonhoitajan liittymisenä AVH-tiimiin ja akuuttiosastonhoitajan antamana lisäresursseina. Lisäresurssi ilmeni akuuttiosaston perushoitajan liittymisenä AVH-tiimiin. Työntekijätasolla AVH-toiminnan kehittämistarve ilmeni haluna kehittää omaa työtä ja ajan saatossa muotoutunutta AVH-potilaan potilasohjausta. Ammattikorkeakoulutasolla

AVH-toiminnan kehittämistarve ilmeni ohjaavan opettajan aiheeseen liittyvänä syvänä ja laajana asiantuntijuutena ja prosessin aikana ohjaavan opettajan ja tutkija-kehittäjän välillä käytyinä lukuisina keskusteluina. Syvä ja laaja-asiantuntijuus oli käytössä koko tutkimus- ja kehittämisprosessin ajan. Tutkija-kehittäjätasolla AVH-toiminnan kehittämistarve ilmeni haluna yhdistää AVH-toiminnan kehittäminen ja opiskelu ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa koulutuksessa. Opiskelu ilmeni osaamisen selkeänä kehittymisenä ja lisääntymisenä tämän tutkimus- kehittämissuorituksen toteutuksena osana ylempää ammattikorkeakoulututkintoon johtavaa koulutusta, sillä koulutus edellytti asioiden teoreettista ja tutkimuksellista tarkastelua koko prosessin ajan. Koulutuksen edellyttämä jatkuva kriittinen reflektio lisäisi osaamista sekä tutkija-kehittäjän omaa motivaatiota koko prosessin ajan. Myös vertaisopiskelijatasolla käydyt keskustelut vertaisreflektointi edistivät oppimista

”Terveyskeskuksen johdon luvan mukaan AVH-tiimi sai kokoontua parhaimmaksi katsomana ajankohtana.”

”Akuuttiosaston osastonhoitaja koki AVH-tiimin toiminnan olevan tärkeää ja resursoi kaksi sairaanhoitajaa AVH-tiimiin, jotta AVH-tiimin kokouksissa olisi akuuttiosaston sairaanhoitaja läsnä.”

”Mahtavaa, että on aika ja paikka, jossa keskustella AVH-potilaisiin liittyvistä asioista.”

”Opettajan kanssa käymät keskustelut ovat laajentaneet ymmärrystäni ja olen pystynyt tarkastelemaan tutkimus- ja kehittämissuoritusta monelta eri kantilta.”

9.3.2 AVH-potilaan potilasohjausmallin käytäntöön ottamista hidastavat tekijät

AVH-potilaan potilasohjausmallin käytäntöön ottamista *hidastaviksi tekijöiksi* nimeytyi, työntekijöiden ja tutkijakehittäjän näkemyksen mukaan, kehitetyn Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjausmallin heikkoudet, yhteistyön puute, irrallisuus, toimintaympäristön muutokset ja sitoutumattomuus. AVH-mallin heikkoudet ilmenivät käsitteanalyysin ja tutkimustiedon puuttumisena, vanhoihin lähteisiin tukeutumisena ja pelkästään hiljaisen tiedon esille tuomisena. AVH-malli ei kiinnittynyt keskeisesti mihinkään teoreettisiin lähtökohtiin. Yhteistyön puute ilmeni yksin työskentelynä ja yksintyöskentelyn kulttuu-

rina. Irrallisuus ilmeni siten, ettei AVH-tiimiä integroitu organisaatioiden toimintaan eikä kehittäminen kuulunut osaksi työnkuvaan. Toimintaympäristön muutokset ilmenivät Ouluun liittymisen selvittelynä, äänestämisestä Ouluun liittymisestä tai itsenäisenä kunnana pysymisenä, kunnanjohtajan vaihtumisena sekä Oulun seudun kuuden kunnan kuntajakoselvityksenä. Sitoutumattomuus ilmeni henkilöiden vaihtumisena ja sitoutumattomuutena AVH-tiimin toimintaan.

”Mistä yhteinen kieli, kun käsitteitä ei ole määritelty?”

”Hoitotyön johtoryhmässä päätettiin, että AVH-tiimi toimii itsenäisesti. AVH-tiimin toiminta ei kuitenkaan saa häiritä AVH-tiimin jäsenten perustyötä.”

”Hoitotyön johtoryhmän kokouksessa ei määritelty muutostarvetta.”

”Yleinen käsitys on, että jos liitytään Ouluun, pitää alkaa toimimaan kuten Oulu käskää.”

10 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä kehitettiin aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmalli (AVH-malli) Haukiputaan terveyskeskukseen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin koordinoiman alueellisen mallin mukaisesti. Tutkimus- ja kehittämistyö aloitettiin määrittämällä AVH-potilaan potilasohjausmallin keskeiset käsitteet toimintaa ohjaaviksi keskeisiksi lähtökohdiksi ja kuvattiin ja analysoitiin miten AVH-potilaan potilasohjausmallin juurtuminen käytäntöön työyhteisössä käytettäväksi toimintakäytännöksi kehittyi tämän kehittämistyön aikana. Tämä tutkimus- ja kehittämistyö tuotti työyhteisön käyttöön tietoa hyvien käytäntöjen ja toimintamallien käyttöön ottoa edistävästä ja hidastavista tekijöistä. Tutkimus- ja kehittämistyössä nimettiin myös toiminnan kehittämisen jatko-asteet. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä haettiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin: Minkälainen AVH-potilaan potilasohjausmalli Haukiputaan terveyskeskuksessa on potilaan, potilaan omaisten ja hoitohenkilökunnan kuvaamana ennen kehittämistoimintaa? Minkälainen AVH-potilaan potilasohjausmalli Haukiputaan terveyskeskuksessa on kehittämistyön jälkeen? Minkälaisia muutosjohtamisen haasteita AVH-potilasohjausmallin käyttöön ottamisessa ilmenee? Mitkä tekijät edistävät AVH-potilaan potilasohjausmallin käytäntöön ottamista? Mitkä tekijät hidastavat AVH-potilaan potilasohjausmallin käytäntöön ottamista?

Tutkimus- ja kehittämistyön alussa toteutettujen kyselyjen mukaan potilaat luottivat henkilökuntaan, mutta odottivat hoitohenkilökunnan kommunikoivan enemmän ja he tarvitsivat toimintaterapeuttia terveyskeskukseen. Omaisten mukaan hoitoprosessi ja moniammatillinen yhteistyö onnistui, mikäli hoitotulokset olivat positiivisia. Omaisilla itsellä ei ollut tietoa hoitoprosessista, he pitivät toimintaa hyvin terveyskeskuskeskeisenä ja toivoivat mm. dialogin, tiedonkulun ja yhteistoiminnan lisäämistä. Hoitohenkilökunta piti vahvuutena erityistyöntekijän eli akuuttiosaston fysioterapeutin osaamista. Toiminnan heikkoutena nähtiin yksintyöskentelyn kulttuuri ja johtajien sitoutumattomuus. Johtamisen puute näkyi työn ohessa kehittämisenä, puutteellisina resursseina sekä keskeytyneinä kehittämissuunnitelmina. Mahdollisuuksina pidettiin hoitohenkilökunnan ammatillista kehittämistä. Uhkana sekä omaiset että hoitohenkilökunta kokivat Ouluun

liittymisen ja Oulun toimintamallien käyttöönoton. Tutkimustulokset olivat sosiaali- ja terveydenhuoltoalan tutkimusten ja kirjallisuuden mukaisia (mm. Järvikoski & Härkäpää 2008; Järvikoski ym. 2009; Morrison ym 2003; Nikkarinen ym. 2001).

Selvittely- ja suunnitteluvaiheessa avasin sekä itselleni että yhteisölleni sen, minkälainen kehittämisen kulttuuri organisaatiossamme on. Totesimme, että kehittämistoimintaa oli ollut paljon, mutta käytännön tasolla kehittämistyö ilmeni harvoin toiminnan muutoksena. Kehittämislle oli ollut ominaista kehittämistyöhön osallistuvien roolien epäselvyydet, kehittämistyön keskeyttäminen ja käytäntöjen pysyminen entisellään. Arnkill (2006, 55, 61, 67) viittaa kehittämishankkeissa ilmenneisiin ongelmiin. Esimerkiksi kehittämishankkeissa oppimiselle tarjolla olevat ”tilat” ja resurssit ovat olleet alimitoitettuja ja laadullisesti heikkoja. Kehittämisorganisaatio on voitu lakkauttaa hankkeen loputtua ja usein on jäänyt ratkaisematta, mihin kehittämistoiminta kiinnitetään.

Työelämän kehittämiseen tähtäviä kehittämismenetelmien teoreettisia lähtökohtia on useita (Seppänen-Järvelä 2006, 18, 22). Kehittämisestä ilmiönä ja kehittämismenetelmistä ei Haukiputaalla ole riittävästi keskusteltu johdon ja työntekijöiden keskuudessa. Toimintatutkimus osoittautui oivalliseksi välineeksi tässä tutkimus- ja kehittämistyössä. Käyttäessäni osallistavaa toimintatutkimusta sain kehittämistyöhön osallistuneet ihmiset keskustelemaan ja keskustelujen avulla kehittämään omaa toimintaansa. Tämä tutkimus- ja kehittämistyön raportti pyrkii kuvaamaan tarkasti kaikki tutkimus- ja kehittämistyön oleelliset tapahtumat. Näin tämän tutkimus- ja kehittämistyön raportin lukijalle avautuu mahdollisuus seurata tapahtumia ja niiden syy-seuraussuhteita. Suomalaisiin hankeraportteihin kirjataan harvoin Arnkillin (2006, 61) mukaan epäonnistumisia. Tämä tutkimus- ja kehittämistyön raportti sisältää myös arvioinnin. Arviointi on hyvin tärkeä osa, sillä ohjelmakehittämisessä arvioinnin kehittämistä pidetään tärkeänä sekä Suomen että EU:n tasolla (Arnkill 2006, 62).

10.1 Potilasohjausmallin tarkastelua

Heti tutkimus- ja kehittämistyön alussa todettiin että AVH-mallin suuri puute oli, ettei mallin keskeisiä käsitteitä oltu määritetty lainkaan. Malli ei myöskään kiinnittynyt selkeästi mihinkään teoreettisiin lähtökohtiin. Jouduin toistuvasti ristiriitaisiin tilanteisiin

ohjaajani kanssa käymissäni keskusteluissa, kun en voinut määrittää käsitteitä, joita käytin. Tiittula (2007, 275) viittaa mm. oppimisteorioiden abstraktisuuteen ja vaikeuteen konkretisoida kehittämistä työyhteisötasolla. Myös toimijatahojen keskinäiset suhteet ovat voineet muodostua ongelmallisiksi. Tässä vaiheessa tein ohjaajani kanssa päätöksen, että osa tätä kehittämistyötä muodostuu käsitteiden määrittelystä.

Käsitteiden määrittely tekee tästä tutkimus- ja kehittämistyön raportista tietyllä tavalla raskaslukuisen. Käsitteiden määrittely oli kuitenkin tärkeää, sillä sen avulla voidaan jatkossa mm. tarkastella ja kehittää Haukiputaan terveyskeskuksen organisaatioiden toimintaa. Puhumme esimerkiksi moniammatillisesta yhteistyöstä, mutta toimimme moniammatillisesti yksin työskentelyn kulttuurin omaavassa organisaatiossa? Näemme monella tavalla terveyden- tai sairaanhoitopalveluja käyttävän tai muuten niiden kohteena olevan henkilön. Pidämmekö häntä potilaana vai asiakkaana?

Mielestäni malleja kehitettäessä tulisi kehittämisessä olla mukana alan asiantuntijat. Esimerkiksi AVH-malli oli hyvin hoitotieteellinen, sillä sitä laatimassa oli hoitotieteen edustajia. Mallia luotiin hiljaisen tiedon turvin. Kehitettävät mallit tarvitsevat Arnkillin (2006, 57) mukaan teoreettista tietoa ja mallien kytkemistä teoreettisiin lähtökohtiin. Ylempi amk-tutkintoon johtava opiskelu antoi minulle valmiudet teorian tiedon hankkimiseen. Alan asiantuntijoina voidaan käyttää mm. ammattikorkeakoulujen yliopettajia.

Teorian tiedon tuominen käytäntöön on hyvin tärkeää, sillä esimerkiksi AVH-potilaan potilasohjaus koetaan henkilökunnan osalta hyvin suppeana käsityksenä ja uusi osaaminen halutaan ymmärryksen sijaan ”temppuina” (mm. Arnkil 2006, 57). Käsitteiden määrittelyn avulla pysytään varmistamaan että kaikki käyttävät samaa kieltä.

10.2 Kehittäminen ja kehittämisprosessi muutosjohtamisen näkökulman tarkastelu

Kehittäminen on ollut osana Haukiputaan terveyskeskuksen toimintakulttuuria kauan aikaa. Työyhteisössä on nähtävillä osia eri aikakausina vaihdelleista ajattelutavoista. Työyhteisöihin liittyvä kehittäminen on muotoutunut ensin *rationaalisen ajattelutavan* (Mintzberg 1994) mukaan, sitten *oppivan organisaationäkemyksen* (Senge 1990; Wen-

ger 2002) mukaan. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä työyhteisön kehittäminen nähdään *arjen monimuotoista toimintaa korostavana ajattelutapana* (Stacey 2000). Rationaalisen vallan ajattelutapaan kuuluu asiantuntijoiden ja johdon asemaa korostava ylhäältä alas johtaminen. Haukiputaalla on tunnistettavissa vielä jonkin verran em. ajattelutavan mukaista toimintaa. Oppivan organisaation ajattelutapa ymmärtää hiljaisen tiedon merkitystä ja rakentaa hyviä oppimistiloja ja käytäntöjä työyhteisöissä. Arjen monimuotoisen ajattelutavan mukaan strategiaa ja hyviä käytäntöjä ei voida suunnitella etukäteen vaan ne kehkeytyvät arjessa toteutetuista askelista, joiden strateginen merkitys paljastuu jälkikäteen. (Arnkil 2006, 68-70.) Tämän tutkimus- ja kehittämistyön käynnistyminen ja toteutus on ohjattu viimeksi mainittujen ajattelutapojen mukaan. AVH-potilasohjausmallin kehittämiseen osallistuminen ja mallin käyttöönottoprosessi ilmentävät Haukiputaan sosiaali- ja terveystoimen toimintaa ajan hengen mukaisesti.

Pirstaleinen ja lyhytkestoinen projektikehittäminen Seppänen-Järvelä (2006, 17) ei ole tukenut pitkäjänteistä kehittämistä. Ei myöskään Haukiputaalla. Kehittämisen yleistä mallia on haettu myös käytäntöjen monistusmallista. Monistusmallilla tarkoitetaan sitä, että hyvien käytäntöjen ja siitä oppimisen konsepteissa on nähtävissä kaavamaisuus. Myös AVH-mallin tuottamisessa ja jalkauttamisessa oli nähtävillä kaavamainen monistaminen terveyskeskusten toimintamalleiksi. Uuden käytännön ollessa enemmän kuin pelkkää tekniikkaa tarvitaan Haukiputaallakin paikallista neuvottelevaa, kontekstiin eli ympäristöön soveltuvaa ja muunneltavaa tapaa sekä oman toiminnan analysointia. (Arnkil 2006, 55, 87.)

Suomen seutuhankkeissa systeeminen ja kokonaisvaltainen muutoskohde on usein kuitunut lähinnä pinnalliseksi muutokseksi. Niin kävi nytkin. Hankkeisiin on tuolloin Nyholmin (2008, 215—216) mukaan osallistuttu lähinnä hallinnollisista näkökulmista eikä aidosta omaehtoisesta kehittämisen tarpeesta. Muutoshankkeiden kariutumiselle on todettu syyksi myös työntekijöiden ja keskijohdon muutosvastarinta, joka on näkynyt esim. kieltäytymisenä yhteistyöstä tai suhtautumisena asiaan passiivisesti, haluttomasti tai vaikenemalla (Pekkala 2006, 4; Sundquist ym. 2005, 61). Toimintakulttuurin on todettu joko tukevan tai kumoavan muutosta (Valpola, 2007, 17). Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä toteutunut keskustelukulttuurin luominen ja ylläpitäminen ovat tukeneet uuden AVH-tiimin toimintaa. Systeemiteoreettiseen näkemykseen (muutoksen toteutus nähdään vaihteittain säännönmukaisesti etenevinä prosesseina) viitaten voidaan todeta

että yhteistyö tarvitsee muutosjohtamista sekä kuntien välisen kokonaisuuden että kuntakohtaisten osajärjestelmien tasoilla (Koski-Vakkala 2007, 46). Toisaalta kehittäminen toi esiin odottamattomiakin muutoksia. Esimerkiksi mielenterveystoimiston psykiatrisen sairaanhoitajan akuuttiosastovierailut koettiin niin tärkeinä, että kotihoitokin sai mielenterveystoimiston psykiatrisen sairaanhoitajan resursseja käyttöönsä viikottain.

Tässä tutkimus- ja kehittämistyön raportissa nousee esille vallankäyttönäkökulma. AVH-tiimi pyrki toimimaan ja pohtimaan asioita asiakkaan näkökulmasta. Asiakkaan siirtäminen akuuttiosastolta asumaan palveluasuntoon ennen kotiutumista nähtiin asiakkaan edunmukaisena toimintana. Sen sijaan suoraan kotiuttaminen nähtiin kalliina ja lisää resursseja vaativana toimintana. Todellisuudessa vallan näkökulmasta tarkasteltuna valtaa käytti AVH-tiimi oman näkökulman tukemiseen asiakaslähtöisen toiminnan nimissä. Pitkänen (2006) on todennut muutosta hidastavaksi tekijäksi mm. oman aseman pönkittämisen. Tulevaisuudessa painottuukin kaikkien asiaan osallistuvien näkemysten tasavertainen esilleotto.

AVH-tiimille painotettiin, ettei kehittäminen saa haitata perustyötä. Vuorisen (2008) mukaan kuntasektorilla painotetaan perustehtävän suorittamista. Muutos on kuitenkin kaikkien muutokseen osallistuvien ihmisten yhteinen oppimisprosessi (Kerttula 2009). Työntekijöiden osallistamisen mahdollistaminen, tiedottaminen ja muutosprosessi koetaan työntekijöiden näkökulmasta tärkeinä (Junnila 2008). Koulutuksiin oli mahdollisuus palkata ulkopuolinen kouluttaja. Miksi palkata ulkopuolinen kouluttaja jos organisaatiossa on tietotaitoa? Esimerkiksi tämä ylempi AMK-tutkinto syventää tietämystäni kehittämisestä ja johtamisesta ja minulla organisaation jäsenenä on tietoa organisaation toimintakulttuurista ja sen historiallisesta kehittämisestä. Lucasin (2002) mukaan Englannissa on koettu muutosjohtamisesta olevan hyötyä sosiaali- ja terveydenhuollossa, sillä muutosjohtamisen avulla toiminnassa on saatu aikaan konkreettisia tuloksia.

Tähän tutkimus- ja kehittämistyöhön vaikutti kuntatasolla tapahtuneet muutokset (Nyholm 2008). Terveyskeskuksen johtajien työhön vaikutti mm. kunnanjohtajan eroaminen vuonna 2008, äänestys Ouluun liittymisestä vuonna 2009, Haukiputaan kunnanhallituksen päätös jättäytyä Oulun seudun monikuntaliitoksen ulkopuolelle vuonna 2010 ja valtioneuvoston päätös vuonna 2010 Haukiputaan kunnan, Kiimingin kunnan, Oulun kaupungin, Oulunsalon kunnan ja Yli-Iin kunnan lakkauttamisesta ja niiden yhdistämi-

sestä perustamalla uusi Oulun kaupunki vuoden 2013 alusta alkaen. (Haukiputaan kunta 2010; Laine 2009; Laine 2010; Ylönen 2008).

10.3 Kehittämistyön tulosten pohdintaa

Kehittämishankkeiden määrä yhteiskunnassamme on varsin suuri. Hankkeita toteutetaan kansallisella- (esim. Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b, Terveysten ja hyvinvoinninlaitos 2010b), alueellisella- (esim. Pohjois-Pohjanmaan liitto 2010) ja paikallisella tasolla (esim. Haukiputaan ja Iin yritystoiminnan kehittämishanke HAI 2010; Oulun seutu 2011). Yleensä kehittämishankkeiden tulokset ovat olleen ensimmäisen asteen muutoksia (Arnkil 2006, 81). Niin kävi tässäkin tutkimus- ja kehittämistehtävässä. Pääosin tulokset olivat ensimmäisen asteen tuloksia. Toisen asteen tuloksena voidaan pitää psykiatrisen sairaanhoitajan palveluja kotihoidon organisaatioon. Alasoinin (2006, 49) mukaan kansallisella ja EU:n tasolla ollaan hyvin kiinnostuneita ensimmäisen ja toisen asteen tulosten kuilun kaventamisesta.

AVH-potilaan potilasohjausmalli Haukiputaalla sisältää AVH-potilaan hoitopolkukuvausten ja kuntoutussuunnitelmarungon. Lisäksi kehittämistyö tuotti ohjeen henkilöstön osaamiskartoituksen sisällöstä ja laatimisesta. Osaamiskartoitus tuotti tietoa AVH-tiimin jäsenten omasta osaamisesta ja koulutustarpeista.

Hoitopolkukuvaus sisältää AVH-potilaan potilasohjauksessa mukana olevien henkilöiden lyhyen kuvauksen valtuuksista ja vastuista. Yhteinen sopimus on syntynyt keskustellen ja käytännössä kokeillen. Koska johto mahdollisti hoitohenkilökunnan edustajien mukanaolon AVH-tiimiin, auttoi yhdessä kehittäminen ja sopiminen kaikkia osapuolia myös sitoutumaan uuteen toimintamalliin (mm. Borgermans 2007). Hoitopolkukuvausten liitettiin lyhyt yhteenveto toimintavaiheiden sisällöistä. Hoitopolkukuvausta voidaan käyttää mm. perehdyttämisessä, jolloin uusi työntekijä sitoutetaan toimimaan AVH-mallin mukaisesti (mm. Jormakka 2003).

AVH-potilaan kuntoutussuunnitelma koostui kuntoutussuunnitelman tiedoista, esitiedoista, nykytilasta, tavoitteista ja suunnitelmasta. Kuntoutussuunnitelma laadittiin jokaiselle uudelle AVH-potilaalle akuuttiosastolla. Kuntoutussuunnitelman lisäksi akuutti-

osastolla päätettiin pitää AVH-asiakkaalle kuntoutussuunnitelmapalaveri. Kuntoutussuunnitelma on hyvin tärkeä, sillä se avulla kuntoutus voidaan ajoitta oikein, sen avulla voidaan sopia kuntoutuksen ja muiden palvelujen yhteensovittamisesta sekä varmistetaan ettei kuntoutusketju katkea (Korhonen & Ylikerttula 2008, 20-21). Kuntoutussuunnitelmapalaveri mahdollistaa yhteisen ajan ja paikan kuntoutussuunnitelman laatimiselle.

AVH-tiimin tekemän osaamistarvekartoituksen tulosten mukaan AVH-tiimin jäsenet osasivat ohjata muita kuntouttavan hoitotyön ja työnjaon osa-alueilla, mutta tarvitsivat lisätietoa ja tukea potilaan etuasioissa, kolmannen sektorin palvelutietoudessa sekä vertaistukiasioissa. Niimpä AVH-tiimi halusi kokouksiinsa ja toimintaan mukaan sosiaalityöntekijän. Muutos tapahtui Gustavsena (1992, 3-4, 37-38) mukailleen pikkuhiljaa keskustelun laajentumisen kautta. Jatkossa osaamistarvekartoitusta voi hyödyntää mm. sisäisen koulutuksen suunnittelussa.

AVH-tiimin jäsenet pitivät tärkeänä kehittää AVH-potilaan potilasohjausmallia. Keskustelujen avulla tapahtunut kehittäminen lisäsi sitoutumista AVH-tiimin toimintaan ja kuulluksi tulemisen tunnetta. Moniammatillinen yhteistyö kehittyi yksin työskentelystä kohti rajoja ylittävää moniammatillista yhteistyötä. Tutkija-kehittäjän johtamisosaamista ja tutkitun tiedon tuontia AVH-tiimiin pidettiin tärkeänä. Rajallinen aika ja kehitettävien asioiden paljous koettiin kuormittavana. Kvist & Kilpiän (2006, 18) ja Sundquistin ym. (2005, 61) mukaan onnistunut muutoksen johtaminen johtaa sitoutuneeseen ja uuteen tilanteeseen sopeutuneeseen henkilöstöön.

Tutkimus- ja kehittämistyö toteutui omalla ajalla. Toimintatutkimuksessa tutkija on toiminnallinen vastuuhenkilö, joka osallistuu suunnitteluun, muutosprosessiin, vastaa kehittämistyön etenemisestä ja seurannasta sekä tuottaa myös omalta osaltaan tutkimusaineistoa. (Huovinen & Rovio 2006, 94-113). Stenvallin ja Virtasen (2007, 75) mukaan vastuu organisaation ja sen muutosten johtamisella on aina johtajilla. Toimin AVH-tiimissä työntekijän roolissa kotihoidon edustajan. Tutkijan tullessa työyhteisön sisältä on hänellä Laurin (1998, 119-120) mukaan oltava jonkinlainen auktoriteettiasema ja hänen on oltava kaikkien tutkimukseen osallistuvien arvostama henkilö. Koska kehittäjät toimivat monissa rooleissa (Seppänen-Järvelä 2006, 97) ja kehittäjän työstä puuttuu tyypilliselle ammatilliselle asiantuntija-asemalle ominaiset tunnuspiirteet (Filander

2000, 41), tulee opiskelijan rooli kehittäjä-tutkijana avata ja siihen liittyvät perusteet selkeyttää tutkimus- ja kehittämistyön alussa. Mikäli opiskelijan roolia tutkija-kehittäjänä ei avata tai siihen liittyviä perusteita selkeytetä voi opiskelijan rooli omassa työyhteisössä muodostua ristiriitaiseksi (Siira & Veijola 2009, 144). Oma roolini muodostui ristiriitaiseksi. Sain apua ohjaavalta opettajalta ja opiskelukavereitteni kanssa käymistä vertaiskeskusteluista. Odotin johdon osallistuvan muutoksen johtamiseen ja saavani tukea Haukiputaan terveystieteiden tutkimuskeskuksen johdolta.

Luonnollisesti tutkijalta edellytetään kiinnostusta havainnoida, analysoida ja ymmärtää muutoksia (Huovinen & Rovio 2006, 94). Oman arvioni mukaan kehittämisprosessia edisti oma opiskeluni työni ohella. Johtamis- ja kehittämistyön osaamisen kehittyminen näkyi suoraan kehittämistyössä. Lisäksi kirjallisuuteen ja tutkimuksiin tutustuminen johti ajoittain flow-ilmioon. Sen sijaan roolien epäselvyydet ja vähäinen yhteistyö johdon kanssa tekivät tästä tutkimus- ja kehittämistyöstä raskaan kokemuksen.

Tämä tutkimus- ja kehittämistyö on toteutettu osallistavan toimintatutkimuksen mukaisesti. Tutkimus- ja kehittämistyö on ainutlaatuinen, eikä sitä voi toistaa (Lauri 1998). Tulos olisi erilainen, jos tässä tutkimus- ja kehittämistyössä olisi käytetty tulevaisuuden tutkimukseen kohdistuvia menetelmiä (mm. Opetushallitus 2010). Näin jälkikäteen pohdittuna, olisi kannattanut valita nykytila-analyysin sijaan tulevaisuuden tutkimukseen kohdistuvia menetelmiä.

Oma ymmärrykseni on laajentunut ja syventynyt. Ymmärrän käsitteiden määrittämisen tärkeyden, jotta tiedetään mitä jalkautetaan. Ymmärrän kehittämiselle osoitetun ajan ja paikan sekä työntekijöiden sitouttamisen tärkeyden. Painotan tulevassa toiminnassani johtajuutta ja johtajien sitoutumista kehittämiseen, tulevaisuuden tutkimukseen kohdistuvia menetelmiä sekä kehittämisen kiinnittämistä osaksi ihmisten toimenkuvaan ja toimintaan. Osaan myös etsiä tutkimus- ja kehittämistietoa ja koen tärkeänä lukea sekä kansallisia että kansainvälisiä tutkimus- ja kehittämisraportteja.

11 KEHITTÄMIS- JA TUTKIMUSMENETELMÄN LUOTETTAVUUDEN JA EETTISYYDEN TARKASTELU

11.1 Toimintatutkimuksen luotettavuuden tarkastelu

Tuomen & Sarajärven mukaan (2009, 140-141) luotettavuutta arvioitaessa on hyvä tarkastella tutkimuksen kohdetta ja tarkoitusta, aineiston keruumenetelmiä, tutkimuksen tiedon antajia ja sitä millä perusteella ne valittiin, miten tutkija-tiedonantajasuhde toimi, ovatko tiedonantajat lukeneet tulokset ennen niiden julkaisua, millä aikataululla tutkimus on tehty, mitä menetelmää on käytetty aineiston analysointiin ja miten tuloksiin ja johtopäätöksiin tultiin, onko tutkimus luotettava, oliko mahdollisia ongelmia ja tuliko esille muita tutkimuksen kannalta merkityksellisiä seikkoja. Heikkisen ja Syrjälän (2006, 149) mukaan toimintatutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida historiallisen jatkuvuuden, reflektiivisyyden, toimivuuden, dialektisyyden ja havahduttavuuden periaatteiden avulla.

Tämä tutkimus- ja kehittämistyö kuvaa AVH-potilaan potilasohjausmallin juurruttamista ja juurtumista käytäntöön Haukiputaan terveyskeskuksen työyhteisössä käytettäväksi toimintakäytännöksi. Aihe on hyvin tärkeä ja ajankohtainen sekä kansainvälisesti että kansallisesti tarkasteltuna. Hoitokäytäntöjen kehittäminen ja muutosjohtaminen ovat hyvin keskeisellä sijalla tämän päivän sosiaali- ja terveydenhuoltoa tarkasteltaessa. Lisäksi kehittämiselle on tyypillistä hankekehittäminen. Tämän tutkimus- ja kehittämistyön tehtävänä oli määrittää AVH-potilaan potilasohjausmallin keskeiset käsitteet toimintaa ohjaaviksi keskeisiksi lähtökohdiksi. Käsitteiden avaaminen historiallisella perspektiivillä kuvaa käsitteiden kehittymistä ja antaa moniulotteisen kuvan käsitteistä ja käsitteiden käytöstä (Heikkinen & Syrjälä 2006, 149-151). Lisäksi tämä tutkimus- ja kehittämistyö tuottaa työyhteisön käyttöön tietoa hyvien käytäntöjen ja toimintamallien käyttöönottoa edistäviä ja hidastavia tekijöitä sekä nimeää kehittämisen jatkohaasteet.

Tämä tutkimus- ja kehittämistyö on toteutettu osallistavan toimintatutkimuksen mukaisesti. Tutkimus- ja kehittämistyö on ainutlaatuinen eikä sitä voi toistaa (Lauri 1998).

Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä aineiston keruumenetelminä on käytetty ryhmähaastatteluja, teemahaastatteluja, kyselytutkimuksia ja päiväkirja-aineistoja tuomaan esille potilaiden, heidän omaisten, hoitohenkilökunnan, keskijohdon, ylimmän johdon, AVH-tiimin jäsenten ja tutkija-kehittäjän näkemyksiä, tuntemuksia ja kokemuksia tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Kaikille haastatteluille on ominaista, että ne on pyritty toteuttamaan siten, että vastaaminen on vastaajan näkökulmasta helppoa ja mielekasta. Potilaiden haastattelujen erityispiirteenä oli se, että haastattelut videoitiin sen vuoksi, että AVH-sairastuneella voi olla esimerkiksi kommunikaatiovaikeuksia. Ryhmähaastattelutilanteissa kerätyt vastaukset on käyty ryhmän kanssa läpi, jotta vältetään tutkija-kehittäjän omilta tulkinnoilta. Kaikki haastattelut onnistuivat lukuun ottamatta hoitotyön johtoryhmän haastattelua. Hoitotyön johtoryhmälle osoitettu kysely lähetettiin sähköpostilla hoitotyön johtoryhmän edustajille. Kysely pyydettiin tulostamaan ja lähettämään tutkija-kehittäjälle sisäisessä postissa. Yhtään kyselyä ei palautunut. Näin ollen ylimmän johdon eli hoitotyön johtoryhmän näkökulma jäi puuttumaan tästä tutkimus- ja kehittämistyöstä.

Tämä tutkimus- ja kehittämistyö ei toteutunut sille alun perin määritellyssä aikataulussa. Uudelleen suunnittelun vaihe syksyllä 2008 ja päätös AVH-tiimin toiminnan tarkastelujakson pidentämisestä alkuperäisestä neljästä kymmeneen kokoukseen tarkoitti käytännössä sitä, että aikataulu venyi vuodella. Koska kehittäminen tapahtui pitkällä aikavälillä, ettei kaikkia tutkittavia saatu kiinni, luovuttiin tiedostetusti vastoin hyvän etiikan mukaista käytäntöä, tutkimukseen osallistuneiden heistä kirjoitetun tarkastamisesta. Hyvän etiikan mukaisesti olen tutkija-kehittäjänä pyrkinyt ymmärtämään tutkimukseen osallistuvia heidän ääninään. Aikataulun venyminen ei vaikuttanut muuten osallistavana toimintatutkimuksena tehtyyn tutkimus- ja kehittämistyöhön. Projektina toteutettu tutkimus- ja kehittämistyö ei olisi tähän mahdollistanut. Tarkastelujakson venyttäminen lisäsi tämän tutkimus- ja kehittämistyön sisältöä ja tähän tutkimus- ja kehittämistyöhön pystyttiin sisällyttämään kuvaus AVH-tiimin toiminnan kehittymisestä ja AVH-tiimin jäsenten ajattelun muuttumisesta. Aikataulun pidentäminen merkitsi opintojen venymistä, mutta omalla ajalla toteutettu tutkimus- ja kehittämistyö ei vaikuttanut työhön eikä työyhteisöön. Sen sijaan opintoaika pidentyi vuodella.

Aineisto on analysoitu sisällön analyysiä käyttäen. Tutkimusmateriaali on pelkistetty, ryhmitelty ja teoreettiset käsitteet on luotu lopuksi. Olen tutkija-kehittäjänä pyrkinyt

etenemään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä ja vastaamaan tutkimustehtävään. Yläluokkien luomisessa on käytetty apuna tutkimus- ja kehittämistyön teoreettista viitekehystä. Olen kaikissa vaiheissa pyrkinyt ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan käsin. Palasin toistuvasti alkuperäisiin nauhoituksiin ja litteroituun aineistoon tulkinnan varmistamiseksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112.)

Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä toteutuu historiallinen jatkuvuus, sillä Tässä tutkimus- ja kehittämistyön raportissa tapahtumat on esitetty ajallisesti etenevänä sarjana ja lukijalla on mahdollisuus seurata tapahtumien syy-seurausketjuja. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä liikutaan sekä mikro- että makrotasolla. Tutkimus- ja kehittämistyön raportissa on pyritty reflektiivisyyden periaatteiden mukaan tuomaan esille tutkimusaineisto ja –menetelmät sekä kuvattu tutkimuksen etenemistä, jotta lukija voi arvioida tutkija-kehittäjän ajatusten syntyä ja niiden näytön pitävyyttä. Koska tätä tutkimus- ja kehittämistyötä ei voi toistaa, on tässä tutkimus- ja kehittämistyössä pyritty validoimaan. Validointi tarkoittaa sitä, että tämä laadullinen tutkimus perustuu tutkija-kehittäjän ymmärrykseen ja vähitellen kehittyvään tulkintaan. Reflektiivisyys näkyy tässä tutkimus- ja kehittämistyössä kehittämisen sykleinä. Toiminnan arviointi tuotti ymmärrystä jonka pohjalta suunniteltiin uusia toimintatapoja. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä kehittyivät mm. toimintamenetelmät ja AVH-tiimin jäsenten ajattelutavat. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 149-154.)

Dialektisyyden periaatteen näkökulmasta tässä tutkimus- ja kehittämistyössä sosiaalinen todellisuus on muodostunut väitteiden ja vastaväitteiden synteinä. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä on pyritty tuomaan esille ihmisten äänet mahdollisimman autenttisina, jotta he tunnistavat omat ajatuksensa. Toimivuusperiaatteen näkökulmasta tarkasteltuna tämän tutkimus- ja kehittämistyön tulokset ovat moninaiset. Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä avatut keskeiset käsitteet antavat yhteisen kielen ja ymmärryksen käsitteiden elämiseen aikajanalla. AVH-tiimin toiminnan vaikutukset näkyvät AVH-tiimin jäsenten voimaantumisenä, työhyvinvoinnin lisääntymisenä ja toimintatapojen muuttumisena. Tämän tutkimus- ja kehittämistyön tulokset auttavat myös tutkija-kehittäjää ja tutkimus- ja kehittämistyön lukijaa ymmärtämään kehittämistyön ja muutoksen johtamisen haasteita Haukiputaan terveyskeskuksessa. Toisaalta tämä tutkimus- ja kehittämistyö tuo esiin valtaa omistavat tahot ja heidän näkemyksensä hyvästä hoidosta ja kuntoutuksesta.

Havahduttavuuden periaatteen näkökulmasta tarkasteltuna toivon tutkija-kehittäjänä että tämä tutkimus- ja kehittämistyön raportti havahduttaa lukijaa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 154-160.)

11.2 Toimintatutkimuksen eettisyyden tarkastelu

Tarkastelen tässä tutkimus- ja kehittämistyön raportissa etiikkaa ammattitaidon hankkimisen, informaation tuottamisen, informaation välittämisen, informaation käyttämisen sekä kollegiaalisen toiminnan ja lojaalisuden kautta (Pietarinen 2002, 59).

Tutkijakehittäjältä vaaditaan sekä älyllistä kiinnostusta, että tunnollisuutta toimintatutkimusta tehtäessä (Pietarinen 2002, 60). Olen kehittäjä-tutkijana ollut aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimiseen ja olen mielestäni paneutunut tunnollisesti alaani, jotta hankkimani ja välittämäni informaatio olisi mahdollisimman luotettavaa. Olen opiskellut konstruktiiivisen mallin mukaan ja käyttänyt aikaa asioiden ja ilmiöiden pohtimiseen ja ymmärtämiseen. Olen paneutunut tutkija-kehittäjän roolissa sekä johtamiseen että kehittämiseen. Toisaalta olen toiminut joustavasti tutkimus- ja kehittämistyötä tehtäessä. AVH-tiimi perustettiin vasta keväällä 2009, sillä syksyllä 2008 halusin käyttää aikaa asioiden pohtimiseen ja tutkimus- ja kehittämistyön jatkotoimintojen suunnitteluun. Jatkoin tutkimus- ja kehittämistyön raportissa tarkasteluajankohtaa kevästä 2009 kevääseen 2010, sillä syksyn 2009 tapahtumat loivat loppuosan tutkimus- ja kehittämistyön raporttiin. Syksyn 2009 ja kevään 2010 tapahtumissa ilmeni kehittämisen lopputulema tarkasteluajanjaksolta. Kehittäminen kuitenkin jatkuu Haukiputaan terveyskeskuksessa tarkasteluajankohdan jälkeen.

Informaation tuottamisessa olen tutkija-kehittäjänä pyrkinyt siihen, että tutkimus- ja kehittämistyön raportissa käsitellyt asiat eivät tuota millekään osapuolille kohtuutonta vahinkoa. Myös tutkimusmenetelmä on valittu siten, ettei sen käyttö korostaa tutkimus- ja kehittämistyöhön osallistuneiden integriteetin kunnioittamista ja suojaamista fyysisiltä ja psyykkisiltä haitoilta. Olen pyrkinyt tuomaan tutkimus- ja kehittämistyön raportissa esille tieteellisesti perusteltua ja luonteeltaan erilaista informaatiota. Tutkimus- ja kehittämistyön raportissa olen pyrkinyt rehellisyyteen, jotten sortuisi vilpilliseen toimintaan. (Pietarinen 2002, 62-65; Tuomi & Sarajärvi 2009, 133.)

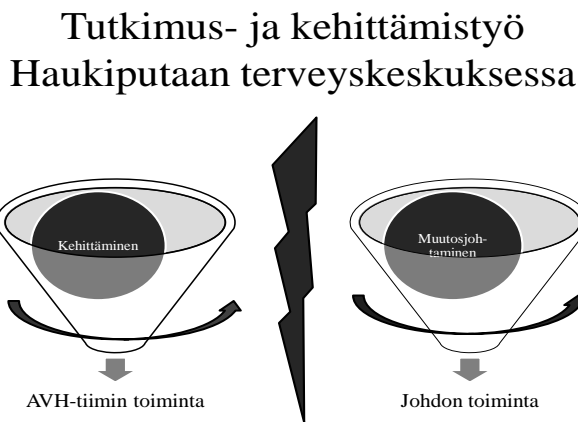
Olen tehnyt tutkimus- ja kehittämistyötä siten, että tutkimus- ja kehittämistyön raportti ylittää julkaisutoiminnan eettisten vaatimusten tasolle. Olen pyrkinyt noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä ja rehellisyyden vaatimusta siten, että olen toiminut huolellisesti, tarkasti ja ottanut huomioon muiden tutkijoiden työn. Olen pyrkinyt esittämään tutkimus- ja kehittämistyön tulokset siten, että ne esitetään oikeassa valoissa avoimuutta ja kontrolloitavuutta kunnioittaen. (Pietarinen 2002, 66.; Tuomi & Sarajärvi 2009, 133)

Informaation käyttämistä tarkasteltaessa olen tutkija-kehittäjänä pyrkinyt täyttämään sosiaalisen vastuun vaatimuksen. Olen tutkija-kehittäjänä vastuussa tieteellisen informaation soveltamisesta ja sen vuoksi olen pyrkinyt vaikuttamaan tutkimustulosten käyttöön. Tutkimus- ja kehittämistyöni raportti julkaistaan Theseus -verkkokirjastossa. Linkki Theseus -verkkokirjastoon lähetetään sähköpostin välityksellä Haukiputaan terveyskeskuksen AVH-tiimin jäsenille, Haukiputaan terveyskeskuksen johdolle sekä Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä –hankkeen johtoryhmän jäsenille ja aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjaustiimille. Olen opintoihini liittyen kirjoittanut tutkimus- ja kehittämistyöstä tieteellisen artikkelin, jota tulen tarjoamaan tiedelehdille. (Pietarinen 2002, 66-67.)

Tutkijoiden ammattikunnan kautta tarkasteltaessa etiikkaa tulee tutkija-kehittäjän toimia ammatinharjoituksen edistämiseksi ja arvostaa kollegoitaan. (Pietarinen 2002, 68; Tuomi & Sarajärvi 2009, 133.)

12 YHTEENVETO JA JATKOTUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHAASTEET

Haukiputaan kunta on aktiivisesti mukana alueellisissa kehittämishankkeissa ja –projekteissa. Kehittämistoiminnalle on ominaista yksin kehittäminen. Kuvassa nro kuusi esitetään tässä tutkimus- ja kehittämishankkeessa AVH-tiimin ja johdon toiminta suhteessa tutkimus- ja kehittämistyöhön.



Kuva 6. AVH-tiimin ja johdon toiminta suhteessa tutkimus- ja kehittämistyöhön

Hyvä etukäteissuunnittelu, kehittämistoiminnan kiinnittäminen osaksi organisaation toimintaa, yhteistyö johdon ja työntekijöiden välillä, hanke- ja projektikäytäntöjen systemaattinen arviointi ja kehittämishaasteiden tunnistaminen ovat tulevaisuuden kehittämishaasteet Haukiputaan kunnassa.

Jatkotutkimusaiheiksi esitän:

Hoitopolkukuvauksen toteutumisen seuranta ja mahdollisten muutosten laatiminen hoitopolkukuvaukseen.

AVH-tiimin toiminnan sitouttaminen Kytke-hankkeeseen ja Kytke-hankkeen tavoitteisiin.

Asiakaslähtöisen toiminnan ja moniammatillisen yhteistyön edelleen kehittäminen Haukiputaan terveystalossa.

Muutoksen johtamisen hyvien käytäntöjen levittäminen Haukiputaan terveystaloon.

13 LÄHTEET

Julkaistut lähteet

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry & Suomen Sydänliitto ry. 2003. Aivohalvaus voi särkeä unelmia. Suomen MSD Oy.

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2009. Aivoverenkiertohäiriöt numerotietoina. Viitattu 8.5.2009 http://www.stroke.fi/files/178/Numerotietoja_AVH_2008.pdf

Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. 2010. AVH-kuntoutusprojekti. Aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden kuntoutukseen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen (2006-2010). Viitattu 15.3.2010 <http://www.stroke.fi/index.phtml?s=100>

Aivovammaliitto ry. 2009. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus – Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Duodecimin lehdistötiedote 29.10.2008. Äkillisestä aivovauriosta toivutaan paremmin kun kuntoutuminen on oikein ajoitettua eikä selviytymispolku katkea. Viitattu 20.5.2009 http://www.aivovammaliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/34519/file/Ddkonsensus08.pdf

Alasoini, T. 2006. Osallistava ohjelmallinen kehittäminen tietoyhteiskunnassa. Teoksessa R. Seppänen-Järvelä & V. Karjalainen (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy, 35-52.

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Arnkil, R. 2006. Hyvien käytäntöjen levittäminen Eu:n kehittämistrategiana. Teoksessa R. Seppänen-Järvelä & V. Karjalainen (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy, 55-74.

Arnkil, T. 2006. Okavango-kehittäminen - Välittääkö kukaan jatkuvuudesta? Teoksessa R. Seppänen-Järvelä & V. Karjalainen (toim.) Kehittämistyön risteyskysymyksiä. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy, 75-88.

Aro, A. 2002. Yritän vain hoitaa omaa tehtävääni. Helsinki: Edita Prima Oy.

AstraZeneca. 2010. Vain joka seitsemäs suomalainen tietää: Kohonnut verenpaine voi hoitamattomana johtaa aivohalvaukseen, joka voi aiheuttaa pysyvän invaliditeetin. Viitattu 15.3.2010
http://www.astrazeneca.fi/astrazeneca/newsindex/tiedotteet/tiedote_060308?itemId=2373224

Bass, B. M. & Avolio, B. J. 1994. Improving organizational Effectiveness Through Transformational Leadership. London: SAGE Publications.

Booth, J. & Waters, K.R. 1995. The multifaceted role of the nurse in the day hospital. North West Region NHS Research Training Fellow, School of Nursing Studies. School of Nursing Studies, University of Manchester. Journal of advanced Nursing, 22, 700-706. Viitattu 9.12.2010
http://content.ebscohost.com.ezp.oamk.fi:2048/pdf17_20/pdf/1995/4BG/01Oct95/8553918.pdf?T=P&P=AN&K=8553918&S=R&D=afh&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep7I4wtvhOLCmr0ieprVSsau4S7eWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGqtU%2B2p7NQuePfgeyx44Dt6fIA

Borgermans, L. 2007. Effectiveness of a multidisciplinary diabetes support team on outcomes in type 2 diabetes mellitus patients in general practice: Results from a randomised controlled trial. Catholic University Leuven. Belgium. Viitattu 9.12.2010
http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=ArticleURL&_udi=B8CX9-4RB7BW7-3&_user=965304&_coverDate=12%2F31%2F2007&_alid=812956251&_rdoc=28&_fmt=high&_orig=search&_cdi=40081&_sort=d&_st=4&_docanchor=&_ct=181&_acct=C000049523&_version=1&_urlVersion=0&_userid=965304&md5=cdcffdcde24230e18717cd05a90704f2

Bournemouth University 2008. Developing: My employability. Tulostettu 27.3.2008
<http://pdp.bournemouth.ac.uk/d-employability-i.htm>

Buhanist, P. 2000. Organisational change, development efforts and action research. Helsinki University on Technology.

Braun, S.M., Beurskens, A.J., Borm, P.J., Schack, T. & Wade, D.T. 2006. The Effects of Mental Practice in Stroke Rehabilitation: A Systemtic Review. *Archieves of Physical Medicine Rehabilitation*, 87, 842-852. Viitattu 15.3.2010
http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=MImg&_imagekey=B6WB6-4K223XH-M-1&_cdi=6702&_user=965304&_pii=S0003999306002036&_orig=browse&_coverDate=06%2F30%2F2006&_sk=999129993&view=c&wchp=dGLzVtz-zSkzk&md5=f89438b5f9fe72f6c285013cec3d7e11&ie=/sdarticle.pdf

Carr, W. & Kemmis, S. 1986. *Becoming critical. Education, knowledge and action research*. London: Falmer.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2007. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Juva: PS-kustannus, 25-43.

Filander, K. 2000. Kehittämistyö murroksessa: sitoutuminen, sopeutuminen ja vastarinta julkisella sektorilla 1990-luvulla. Tampereen yliopisto. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis*; 67. <http://acta.uat.fi/teos.phtml?4424>

Finlex. 2008a. Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015. Viitattu 1.5.2009
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1991/19911015?search\[type\]=pika&search\[pika\]=kuntoutussuunnitelma](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1991/19911015?search[type]=pika&search[pika]=kuntoutussuunnitelma)

Finlex. 2009b. Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 15.7.2005/566. Viitattu 1.5. 2009
[http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566?search\[type\]=pika&search\[pika\]=kuntoutussuunnitelma](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050566?search[type]=pika&search[pika]=kuntoutussuunnitelma)

Frankel, J.E., Marwitz, J.H., Cify, D.X., Kreutzer, J.S., Englander, J. & Rosenthal, M. 2006. A Follow-Up Study of Older Adults With Traumatic Brain Injury: Taking Into Account Decreasing Length of Stay. Arch Phys Me Rehabil, 87, 57-62. Viitattu 15.3.2010

http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=MImg&_imagekey=B6WB6-4J08C1R-F-1&_cdi=6702&_user=965304&_pii=S0003999305011354&_orig=browse&_coverDate=01%2F31%2F2006&_sk=999129998&view=c&wchp=dGLbVtb-zSkzS&md5=ccacae0869fa44aa17cabad0ccf2f0cc&ie=/sdarticle.pdf

Gustavsen, B. 1992. Dialogua and Development. Social Science for Social Action: Tward Organizational Renewal. Volume 1. Stockholm: Arbetslivs Centrum & Assen: Van Gorcum.

Hagerlund, T. 2009. Suomen kuntaliitto. Kunta- ja palvelurakennemuutos. Viitattu 15.9.2009 http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;55264;55275;82183

Harju, K. 2002. Johda rohkeaksi. Liiderin arkea kiireorganisaatiossa. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hart, T. & Bond, M. 1996. Action research for health and social care – a guide to practise. Buckinham: Open University Press.

Haukiputaan ja Iin yritystoiminnan kehittämishanke HAI. 2011. Kilpailukykyä pk-yrityksille. Viitattu 21.1.2011 <http://www.haihanke.fi/>

Haukiputaan kunta. 2008. Perusturvapalvelujen palvelutarve 2007-2020. Perusturvalautakunta 18.3.2008 § 46. Viitattu 12.9.2009 <http://www.haukipudas.fi/tiedostot/Perusturvapalvelut/palvelutarveselvitys.pdf>

Haukiputaan kunta. 2009a. Strategiat ja selvitykset. Haukipudas-strategia 2008-2010. Viitattu 12.9.2009 http://www.haukipudas.fi/sivu/fi/hallinto/strategiat_ja_suunnitelmat/

Haukiputaan kunta. 2009b. Yleistietoa. Viitattu 1.9.2009
<http://www.haukipudas.fi/sivu/fi/kuntainfo/yleistietoa/>

Haukiputaan kunta 2010. Valtioneuvoston päätös monikuntaliitoksesta 15.10.2010. Viitattu 1.12.2010
<http://www.haukipudas.fi/sivu/fi/uutiset/?tila=yksi&uid=948&tyyppi=3&alue=>

Heikkilä, K. 2002. Tiimit –avain uuden luomiseen. Helsinki: Kauppakaari.

Heikkinen, H.L.T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy, 16-38.

Heikkinen, H. L. T., Konttinen, T. & Häkkinen, P. 2006. Toiminnan tutkimisen suuntaukset. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy, 39-75.

Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2006. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy, 78-93.

Heikkinen, H.L.T & Syrjälä, L. 2006. Tiede, totuus ja toimintatutkimus. Teoksessa H.L.T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy, 143-162.

Hildén, S. 2004. Does Organizational Change Improve Organizational Functionality? Intentions and Experiences in a Frequently Changing Organization. Tampere University of Technology. Publication 487.

Hirjsärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirschman, A. O. 1970. Exit, Voice and Loyalty. Responses to Decline in firms, Organizations and States. England: Harvars University Press. Viitattu 14.10.2010

www.cui-zy.cn/course/gad2008i/hirschmanexitvoiceloyalty.pdf

Herranen, L. & Saari T. 2004. Aivoverenkiertohäiriön vuoksi vaikeasti vammautuneiden pärjääminen 3 – 5 vuotta sairastumisesta. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin julkaisusarjan nro 41. Mikkeli: Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2006. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy, 94-113.

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

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

Isoherranen, K. 2008b. Vuorovaikutuskulttuuri muutoksessa. Teoksessa K. Isoherranen, L. Rekola & R. Nurminen (toim.) Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 49-83.

Isoherranen, K. 2008c. Moniammatillinen toiminta ryhmäilmionä. Teoksessa K. Isoherranen, L. Rekola & R. Nurminen (toim.) Enemmän yhdessä - moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 84-144.

Itella Oyj. 2009. Itellalle voitto Henkilöstöteko 2009 kilpailussa. Viitattu 15.3.2010 http://www.itella.fi/group/tiedotteet/2009/20091117_henkilostoteko2009.html

Jaakkola, R., Marjala, M., & Meriläinen, P. 2008. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan ohjaus. Teoksessa K. Lipponen, L. Ukkola, O. Kanste & H. Kyngäs (toimittaneet) Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2008. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopistopaino: 75-88.

Jahren-Kristoffersen 2006. Stressi, selviytyminen ja elämäntapamuutokset. Teoksessa N. Jahren-Kristoffersen, F. Nortvedt, & E-A. Skaug (toim.) Hoitotyöstä. Tanska: Narayana Press, 411-476.

Jary, D. & Jary, J. 1991. Collins dictionary on sociology. Glasgow: Harper Collins Publishers.

Jorgensen, H.S., Kammersgaard, L.P., Houth, J., Nakayama, H., Raaschou, H.O., Larsen, K., Hübbe, P. & Olsen T.S. 2000. Who Benefits From Treatment and Rehabilitation in a Stroke Unit? American Heart Association Stroke, 31, 433-439. Viitattu 15.3.2010 <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/31/2/434>

Jormakka, S. 2003. Henkilöstön sitoutuminen strategiaan. Turun kauppakorkeakoulu. Liiketaloustiede. Johtamisen ja organisoinnin pro gradu –tutkielma.

Junnila, M. 2008. Toimiiko terveydenhuoltoalue? Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen perustamisen taustoista ja vaikutuksista. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 175. Väitöskirja.

Juuti, P. 2008. Muutoksen johtamisen paradoksit. Teoksessa Juuti, P. (toim.) Menestyksen tiet. Vaellatko valtavyäylää vai kuljetko omia polkujasi? Tampere: Esa Print.

Juutti, P. & Virtanen, P. 2009. Organisaatiomuutos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2006. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 51-62.

Järvikoski, A. & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 80-93.

Järvikoski, A., Hokkanen, L., & Härkäpää, K. (toim.) 2009. Asiakkaan äänellä. Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Viitattu 30.10.2009 http://www.edilex.fi/lakikirjasto/julkaisuja_internetissa/6144

Kanste, O. & Ukkola, L. 2008. Esimiestyö potilasohjauksen verkostokehittämisessä. Teoksessa K. Lipponen, L. Ukkola, O. Kanste & H. Kyngäs (toimittaneet) Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2008 Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopistopaino, 8-12.

Kantanen, M., Karhula, M., Kanelisto, K., Suomela-Markkanen, T. & Häggblom Kronlöf, G. 2008. Aivoverenkiertohöiriön (AVH) sairastaneiden ja MS-tautia sairastavien henkilöiden toimintaterapian nykykäytäntöjä. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos, toimintaterapia. Kela, TT-osasto, lääketieteellinen taustaryhmä, kuntoutustyöryhmä. Viitattu 15.3.2010 [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/011209132408HL/\\$File/Kantanenabstrakti.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/011209132408HL/$File/Kantanenabstrakti.pdf?OpenElement)

Kari, A. & Puukka, P. 2001. Vaikeavammaisen kuntoutussuunnitelma – velvollisuus vai mahdollisuus? KELA. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 44. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kasvi, J.J. 2005. Puhe Espoon TOP ja ERP hankkeista valtuustossa 22.8.2008. Viitattu 15.3.2010 <http://www2.eduskunta.fi/fakta/edustaja/771/TOP%20ERP.pdf>

Kela. 2010. Lääkinnällinen kuntoutus vaikeavammaisille. Viitattu 26.10.2010. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/160801121838EH?OpenDocument>

Kemmis, S. 1994. Action research. Teoksessa T. Husén & S. Postlewaithe (ed.) International encyclopedia of education. Volume 1. Exter: Elsevier.

Kemmis, S. & Mc Taggarit, R. 1988. The action research planner. Deakin: Deakin University Press.

Kemmis, S. & Wilkinson, M. 1998. Participatory action research and the study of practice. Teoksessa B. Atweh, S. Kemmis & P. Weeks (ed.) Action research in practice. Partnership for social justice in education. London: Routledge.

Kerttula, K. 2009. Valta ja muutos. Ylimmän johdon tulkinta vallan ilmenemisestä organisaation strategisessa muutosprosessissa. Jyväskylän yliopisto. Taloustieteiden tiedekunta. Jyväskylä studies in business and economics 78. Väitöskirja.

Kiikkala, I. 2001 Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa S. Nouko-Juvonen, P. Ruotsalainen & I. Kiikkala (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 112-121.

Kirjonen, J. 2006. Kehittäminen asiantuntijatyönä. Teoksessa R. Seppänen-Järvelä & V. Karjalainen (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy, 117-133.

Kirveskari, T. 2003. Visiot oppilaitoksen johtamisessa. Tulevaisuuden tahtotilaa muodostamassa. Tampereen Yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Acta Universitatis Tamperensis 933. Väitöskirja. Viitattu 13.3.2010. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5677-7.pdf>

Kokkinen, A. & Maltari-Ventilä, L. 2008. Hoito- ja huolenpitotyön sanasto. Jyväskylä: Gummerus Kirja-paino Oy.

Korhonen, K. & Yli-Kerttula, S. 2008. Opas kuurosokeiden kuntoutustyötä tekeville. Suomen Kuurosokeat Ry. Julkaisuja B5 / 2008. Kuntoutumistyön kehittämisprojekti. Tampere: Kopio Niini.

Korpelainen, J., Leino, E., Sivenius, J. & Kallanranta, T. 2008. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa. P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen. (toim.) Kuntoutus. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 251-273.

Koski, A. & Vakkala H. 2007. Oikealla polulla? Muutosjohtaminen ja tuloksellisuuden arviointi seutuyhteistyössä. Helsinki: Kuntatalon Paino.

Kuntaliitto. 2009. Tätä tutkimme ja kehitämme. Kuntaliiton tutkimus- ja kehittämiso-
jelma 2009-2011. 3/2009. Viitattu
15.3.2010 http://kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;348;153322

Kustannus Oy Duodecim. 2009a. Lääketieteen termit. Viitattu 20.10.2009
http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/terveysportti/rex_terminologia.koti

Kustannus Oy Duodecim. 2009b. Termien määritelmät. Kansainvälinen MeSh-sanasto
Terminologian tietokannat. Viitattu 20.10.2009
http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/terveysportti/rex_terminologia.koti

Kustannus Oy Duodecim. 2009c. Termien synonyymit ja lyhenteet. Metathesaurus
Rex. Terminologian tietokannat. Viitattu 20.10.2009
http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/terveysportti/rex_terminologia.koti

Kvist, H. & Kilpiä, T. 2006. Mutosaskeleita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

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

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T.
2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lahtonen, M. 1999. Keskustellen parempaan työyhteisöön. Teoksessa L.T. Heikkinen,
R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen pe-
rusteita ja näköaloja. Juva: WSOY, 201-220.

Laine. L. 2009. Kunnanjohtaja pitäisi Haukiputaan itsenäisenä. Sanomalehti Verkko-
Kaleva 26.2.2009. Viitattu 1.12.2010 <http://www.kaleva.fi/uutiset/kunnanjohtaja-pitaisi-haukiputaan-itsenaisena/783229>

- Laine, L. 2010. Haukipudas ja Muhos äänestivät vastaan. Sanomalehti Verkko-Kaleva 13.4.2010. Viitattu 1.12.2010 <http://www.kaleva.fi/uutiset/Haukipudas-ja-Muhos-aanestivat-vastaan/849131>
- Laitinen, H. 2008. Potilaslähtöisyys ja sen johtaminen. Teoksessa R. Seppänen-Järvelä & V. Karjalainen (toim.) Kehittämistyön risteyksiä. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy, 118-140.
- Langhammer, B. & Liippola, P. 2010. Fysioterapian merkitys AVH-kuntoutuksessa. AVH Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti, 4, 20-21.
- Lanning, H. 2001. Planning and Implementing Change in Organisations – a Constructor for Managing Change Projects. Helsinki University of Technology. Viitattu 13.3.2010 <http://lib.tkk.fi/Diss/2001/isbn9512257025/isbn9512257025.pdf>
- Lauri, S. 1998. Toimintatutkimus. Teoksessa. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimus-metodiikka. Juva: WSOY-Kirjapainoyksikkö, 114-135.
- Lehkonen, H. 2009. Mikä tekee rehtorista selviytyjän? Perusopetuksen rehtoreiden käsitteitä työssä selviytymisestään. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Lehto, J. 2001. Saumaton palveluketju mosaiikkimaisessa järjestelmässä. Teoksessa S. Nouko-Juvonen, P. Ruotsalainen & I. Kiikkala. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 33-48.
- Lehtihalmes, M. 2010. Afasiakuntoutus maailmalla ja meillä. AVH Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti, 4, 18-19.
- Lehtinen, U. & Niinimäki, S. 2005. Asiantuntijapalvelut. Tuotteistamisen ja markkinoinnin suunnittelu. Porvoo: WSOY.
- Lehtomäki, L. 2007. Valtakunnallisesta suosituksesta talon tavaksi terveyskeskuksessa. Tutkijaseminaari 21.9.2007. UKK-instituutti. Viitattu 30.10.2009

<http://www.uta.fi/laitokset/tsph/perttu/pdf/LLehtomakiPerttu210907.pdf>

Leinonen, V. 2003. Hyvinvoinnin kokonaisvaltainen malli. Systeminen näkökulma hyvinvointiin ja sitä edistäviin toimintatapoihin taloudellisessa sekä hallinnossa. Acta Wasaensia no 114.

Linna, A. 2008. ”SE ON NIN VÄÄRIN!” Kokemus Johtamisen oikeudenmukaisuudesta ja sen muuttaminen kuntaorganisaatiossa. Turun kauppakorkeakoulu. Sarja A-7:2008. Väitöskirja.

Liponkoski, R. & Routasalo, P. 2002. Iäkkään kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki sairaalahoitajakson aikana. Hoitotiede, 5, 258-265.

Lipponen, K. 2006. Potilasohjauksen kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon alueellisena yhteistyönä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Oulun yliopisto. Viitattu 11.9.2009 http://www.terveysnet.fi/arkisto/Lipponen_Kaija.pdf

Lipponen, K. 2008. Potilasohjauksen kehittämishankkeen toteutus. Teoksessa K. Lipponen, L. Ukkola, O. Kanste & H. Kyngäs (toimittaneet) Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja, 3, 13-18.

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketeiteellinen aikakauslehti, 2, 121-135. Viitattu 11.9.2009 <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/597>

Long, A. F., Kneafsey, R. & Ryan, J. Rehabilitation practice: challenges to effective team working. International Journal of Nursing Studies, 6, 663-673. Viitattu 11.9.2009 http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T7T-484D9F3-6&_user=965304&_coverDate=08%2F31%2F2003&_alid=1009836183&_rdoc=24&_fmt=high&_orig=search&_cdi=5067&_sort=r&_st=4&_docanchor=&_ct=460&_acct=C

000049523&_version=1&_urlVersion=0&_userid=965304&md5=e847ced39b056ea3437decff26acc5a9

Lucas, B. 2002. Developing the role of the nurse in the orthopaedic outpatient and pre-admission assessment settings: a change management project. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 6, 153-160. Viitattu 20.10.2009 http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WKG-472RT0T-

[8&_user=965304&_coverDate=08%2F31%2F2002&_alid=1058128070&_rdoc=16&_fmt=full&_orig=search&_cdi=6906&_sort=r&_st=4&_docanchor=&_ct=23042&_acct=C000049523&_version=1&_urlVersion=0&_userid=965304&md5=0d3db15304f5f043a83a228d7436fc04#toc15](http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WKG-472RT0T-8&_user=965304&_coverDate=08%2F31%2F2002&_alid=1058128070&_rdoc=16&_fmt=full&_orig=search&_cdi=6906&_sort=r&_st=4&_docanchor=&_ct=23042&_acct=C000049523&_version=1&_urlVersion=0&_userid=965304&md5=0d3db15304f5f043a83a228d7436fc04#toc15)

Manka, M-L. 2007. Muutosjohtamisen ja työhyvinvoinnin kehittäminen. ESR-projekti. Tampereen yliopiston kauppakorkeakoulu. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos. Viitattu 5.3.2010 http://esrlomake.mol.fi/esrtiepa/kuvaus_S86352.html

Mattila, P. 2006. Toiminta, valta ja kokemus organisaation muutoksessa – tutkimus kolmesta suuryrityksestä. Helsingin yliopisto. Helsingin yliopiston Sosiologian laitoksen tutkimuksia nro 248. Viitattu 5.3.2010 <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sosio/vk/mattila/toiminta.pdf>

McCullum, J. & Hughes, M. 1990. Staffing Patterns and Team Models In Infancy Programs. Teoksessa J.B. Jordan, J.J. Gallagher, P.L. Hutinger & M.B. Karnes (ed) *Early Childhood Special Education: Birth to Three*. Reston: The Council for Exceptional Children and its division for Early Childhood (DEC), 129-146.

McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N. & Karla, L. 2005. Determinants of Caregiving Burden and Quality of Life in Caregivers of Stroke Patients. *Stroke*, 36, 2181-2186. Viitattu 11.9.2009 <http://stroke.ahajournals.org/cgi/content/full/36/10/2181>

Mehrholz, J., Werner, C., Kugler, J. & Pohl, M. 2008. Electromechanical-Assisted Gait Training With Physiotherapy May Improve Walking After Stroke. *Stroke*, 39, 1929-1930. Viitattu 15.3.2010 <http://stroke.ahajournals.org/cgi/reprint/39/6/1929>

Meretoja, A., Roine, R. O., Erilä, T., Hillbom, M., Kaste, M., Linna, M., Liski, A., Jun-
tunen, M., Marttila, R., Rissanen, A., Sivenius, J., & Häkkinen U. 2007. PERFECT –
Stroke. Hoitoketjujen toimivuus, vaikuttavuus ja kustannukset aivoverenkiertohäiriöpo-
tilailla. Stakes. Työpapereita 23/2007. Viitattu 31.5.2009
<http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T23-2007-VERKKO.pdf>

Mintzberg, H. 1994. The rise and Fall of Strategic Planning. Great Britain: T.J. Press
(Padstow) LTD, Cornwall.

Morison, S., Boohan, M., Moutray, M. and Jenkins, J. 2003. Developing pre-
qualification inter-professional education for nursing and medical students: sampling
student attitudes to guide development. Viitattu 14.9.2008
http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WNW-48XD4XW-1&_user=965304&_coverDate=03%2F31%2F2004&_alid=812953894&_rdoc=10&_fmt=high&_orig=search&_cdi=6973&_sort=d&_st=4&_docanchor=&_ct=19&_acct=C000049523&_version=1&_urlVersion=0&_userid=965304&md5=0600cd952d893ed006fda5793176a8c4

Mäenpää, H. & Käkälä, M. 2009. TAU:ssa on opittu seuraamaan hoidon laatua. Suo-
men Lääkärilehti, 46, 3974-3977. Viitattu 15.3.2010
http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/nosto46_3.pdf

Nikkanen, P. 2010. Vaikeavammaisen henkilön kuntoutussuunnitelman rakentumisen
käytännöt. 71/2010 Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Viitattu 24.9.2010
<http://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/16041/Selosteita71.pdf?sequence=1>

Nikkarinen, T., Huovinen, S. & Brommels, M. 2001 Kuntoutustutkimus osana elämän-
tarinaa. Helsinki: Vakuutuskuntoutus. VKK r.y. Viitattu 20.10.2009
<http://www.vkk.fi/palveluverkosto/pdf/Kuntoutustutkimus.pdf>

Nolan, J., Nolan, M. & Booth, A. 2001. Developing the Nurse's role in patient educa-
tion: rehabilitation as a case example. International Journal of Nursing Studies, 2, 163-

173.

Viitattu

11.9.2009

http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T7T-42D2BG1-4&_user=965304&_coverDate=04%2F30%2F2001&_alid=1009836183&_rdoc=4&_fmt=high&_orig=search&_cdi=5067&_sort=r&_st=4&_docanchor=&_ct=460&_acct=C000049523&_version=1&_urlVersion=0&_userid=965304&md5=46cab6f29e0b8746d04f85b8c1eb124a

Noppari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Numminen, S. 2008. Kommunikaatiokoulu-projektin loppuraportti 2006-2008. Pirkanmaan Aivohalvaus- ja afasiayhdistys ry. Viitattu 15.3.2010 http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:22MY3crtqy0J:www.pirkanmaanaivohalvaus.fi/pdf/LOPPURAPORTTI.pdf+Kommunikaatiokoulu-projektin+loppuraportti&hl=fi&gl=fi&pid=bl&srcid=ADGEESjzS_DICPLSemSJHyOBhjoDWxmJKbtMmihdI-wis_9P8gSiu_PPAEhMau59C1IGQ7h0tD_AjLK1_HhnHLe0VZRs3je0wMHtCf_NwpSRsuY115BE8m4n3oNit3MtFHhzP4EyI0cIO&sig=AHIEtbT-crCnYl_MGa1IoPS7TOt6zobepw

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. Duodecim, 17, 1821-1828. Viitattu 5.3.2010. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarti-cle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo91721&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

Nuutinen, L., Nuutinen, M. & Erhola, M. 2004. Käypä hoito –suositukset alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen pohjana. Duodecim, 120, 2955-2962.

Nyholm, I. 2008 Keskijohto kuntamuutoksen näkijänä ja kokijana. Seutuyhteistyö muutosprosessina kuntien keskijohdon näkökulmasta. Suomen Kuntaliitto. Tampereen yliopisto. Acta Electronica Universitatis Tamperensis; 705. Väitöskirja. Viitattu 20.10.2009 <http://acta.uta.fi/teos.php?id=11052>

Olsson, L-E., Nyström A.E.M., Karlsson, J. & Ekman, I. 2007. Admitted with hip fracture: patient-s perceptions of rehabilitation. Journal of Clinical Nursing, 5, 853-859.

Oulun seutu. 2011. Oulun seudun kunnat yhteistyössä. Viitattu 21.1.2011. <http://www.ouka.fi/seutu/hankkeet/index.htm>

Opetushallitus 2010. 1.2 Käytännön tulevaisuudentutkimus ja ennakointi. Viitattu 15.12.2010
http://www.oph.fi/tietopalvelut/ennakointi/ennakoinnin_sahkoinen_tietopalvelu_ensti/menetelmat/johdanto/kaytannon_tulevaisuudentutkimus_ja_ennakointi

Otala, L.M. & Jarenko, K. 2005. Työ arjen muotoilijana. Työn kehitystrendejä – uusia arjen haasteita. Teknillinen korkeakoulu. Yhdyskuntasuunnittelun tutkimus- ja koulutuskeskus.

Ovretveit, J. 1995. Moniammatillisen yhteistyön opas. Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisu (suomennos). Helsinki: Hakapaino.

Pekkala, M. 2006. Toiminta, valta ja kokemus organisaation muutoksessa – tutkimus kolmesta suuryrityksestä. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Sosiologian laitos. Helsingin yliopiston Sosiologian laitoksen tutkimuksia nro 248. Viitattu 20.10.2009 <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sosio/vk/mattila/toiminta.pdf>

Peltola, U. & Vuorento, M. 2007. Juurruttamisen edistäjät ja estäjät. Kokemuksia työllistymispalvelujen kehittämishankkeista. Kuntoutussäätiön työselosteita, working papers 33. Helsinki: Yliopistopaino.

Penttinen, L. & Suhonen, I. 2007. Fysioterapian ja apuvälinetoiminnan yhtenäistäminen –hanke 1.9.2005-31.10.2007. Viitattu 15.3.2010 <http://www.porvoo.fi/easydata/customers/porvoo/files/Tiedotteet/081016fysiterapia.pdf>

Peurala, S.H., Tarkka, I.M., Pitkänen, K., Sivenius, J. 2005. The Effectiveness of Body Weight-Supported Gait Training and Floor Walking in Patients With Chronic Stroke. *Arch Phys Med Rehabil*, 86, 1557-1564. Viitattu 15.3.2010 http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=MImg&_imagekey=B6WB6-4GT5YXG-G-1&_cdi=6702&_user=965304&_pii=S0003999305002108&_orig=search&_coverDate=08%2F31%2F2005&_sk=999139991&view=c&wchp=dGLzVlz-zSkzk&md5=5585d4b0aa64ce8e0aa798b7b0649996&ie=/sdarticle.pdf

Pietarinen, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen (toimittaneet). *Tutkijan eettiset valinnat*. Tampere: Tammer-Paino.

Pietilä, H. 2008. Aivovoimaa turkulaisittain. Viitattu 15.3.2010 http://www.voimaavanhruuteen.fi/sivu.php?artikkeli_id=490

Pitkänen, J. 2006. Jännitteet kulttuurien törmätessä, yrityskulttuurin vaikutus muutosprosessissa. Tampereen yliopisto. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 15.3.2010 <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6751-5.pdf>

Pohjois-Pohjanmaan liitto. 2010. Rahoitetut hankkeet ja FIMOS2000. Viitattu 21.1.2010 http://www.pohjois-pohjanmaa.fi/eu_ ja_hankerahoitus/maakunnan_kehittamisraha/rahoitetut_hankkeet_sitmaton

Pohl, M., Werner, C., Holzgraefe, M., Kroczeck, G., Mehrholz, J., Wingendorf, I., Hölig, G., Koch, R. & Hesse, S., 2006. Repetitive locomotor training and physiotherapy improve walking and basic activities of daily living after stroke: a single-blind, randomized multicar trial (Deutsche GangtrainerStudie, DEGAS). *Clinical Rehabilitation*, 21, 17-27. Viitattu 15.3.2010 <http://cre.sagepub.com/cgi/reprint/21/1/17>

Ponnikas, J. 2004. Malleista muutokseksi – Saumaton kuntoutusketju SAKKE – hankkeen ulkoinen arviointi. Oulun yliopisto. Kajaanin kehittämiskeskus. Aikuiskoulu- ja aluekehitysyksikkö. REDEC Kajaani, Working Papers 52. Viitattu 15.3.2010 http://www.kajaaninyliopistokeskus.oulu.fi/julkaisut/workingpapers/Malleista_muutoksi_sakke_WP_52.pdf

Pryor, J. & Smith, C. 2002. A Framework for the role of Registered Nurses in the speciality practice of rehabilitation nursing in Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 3, 249-257.

Puumalainen, J. 2008. Kuntoutuksen historiaa. Teoksessa P. Rissanen, T Kallanranta & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 16-30.

Puutio, R. 2009. Hidden Agendas. Situational tasks, discursive strategies and institutional practices in process consultation. *Jyväskylä studies in education. Psychology and social research* 369. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 13.3.2010. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/22339/9789513937126.pdf?sequence=1>

Pyöriä, O. 2008. Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaiden akuuttivaiheen kuntoutuksessa v 2008-2012. Viitattu 6.9.2010 http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/tarkennettu_haku/?action=viewventure&docid=1294

Rajavaara, M. 2008. Unohdettu ihminen? Asiakaslähtöisyys kuntoutuksen kehittämisessä. *Kuntoutuslehti*, 2, 43-47. Viitattu 30.10.2009. http://www.kuntoutusportti.fi/attachments/kuntoutus-lehden_artikkelit/2008/2-08-puheenvuoroja-rajavaara-unohdettu.pdf

Rauste-Von Wright, M.L. & Von Wright, J. & Soini, T. 2003. Oppiminen ja koulutus. Juva: WS Bookwell Oy.

Reeves, S., Freeth, E., Glen, S., Leiba, T., Berridge, E.J. & Herzberg, J. 2006. Delivering practice-based interprofessional education to community mental health teams: Understanding some key lessons Viitattu 14.9.2008
http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WNW-4JJ87YR-

[1&_user=965304&_coverDate=09%2F30%2F2006&_alid=812953894&_rdoc=4&_fmt=high&_orig=search&_cdi=6973&_sort=d&_st=4&_docanchor=&_ct=19&_acct=C000049523&_version=1&_urlVersion=0&_userid=965304&md5=269cff699dd9b33a661ec33ad27b0cb5#secx15](http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6WNW-4JJ87YR-1&_user=965304&_coverDate=09%2F30%2F2006&_alid=812953894&_rdoc=4&_fmt=high&_orig=search&_cdi=6973&_sort=d&_st=4&_docanchor=&_ct=19&_acct=C000049523&_version=1&_urlVersion=0&_userid=965304&md5=269cff699dd9b33a661ec33ad27b0cb5#secx15)

Rekola, L. 2008. Asiantuntijoiden yhteistyön johtaminen. Teoksessa K. Isoherranen, L. Rekola & R. Nurminen (toim.) Enemmän yhdessä -moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 145-160.

Resnick, B. 2007. Motivation in Geriatric Rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship*, 1, 41-45.

Resnick, B., Gruber-Baldini, A.L., Galik, E., Pretzer-Aboff, I., Russ, K., Hebel, J.R. & Zimmerman, S. 2009. Changing the Philosophy of Care in Long-Term Care: Testing of the Restorative Care Intervention. *The Gerontologist*, 2, 175-184.

Rissanen, P. 2008. Kuntoutussuunnitelma. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta, & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 625-646.

Routasalo, P., Arve, S., Aarnio, S. & Saarinen, T. 2003. Sairaanhoidajien ja perushoitajien hoitotyö iäkkään potilaan kuntoutumisen edistämiseksi. *Tutkiva Hoitotyö*, 1, 24-30.

Routasalo, P., Arve, S., Lauri, S. 2004. Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 207-215.

Ruokonen, A. & Kolehmainen A. 2010. Tavoitteena Ei ikinä enää –listan lyhentäminen. *AVH Aivoverenkiertohäiröiden erikoislehti*, 4, 26-27.

Ruotsalainen, P. 2001. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa S. Nouko-Juvonen, P. Ruotsalainen & I. Kiikkala (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 7-32.

Saari, S. 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Helsinki: Otava.

Salminen, A. 2000. Implementing Organizational and Operational Change – Critical Success Factors of Change Management. Acta Polytechnica Scandinavica. Industrial management and business administration series no 7. Helsinki School of Industrial Management (ExlMa).

Saranki-Rantakokko, S. 2008. Luokkahuoneista verkostomaiseen virtuaaliopetukseen. Tutkimus muutoksen johtamisesta ammattikorkeakoulussa. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Acta Universitatis lapponiensis 143. Väitöskirja.

Senge, P. M. 1990. The Fifth Discipline. The Art and Practice of the Learning Organization. Usa: Doubleday.

Seppänen-Järvelä, R. 2006. Suunnitteluratiolismista hyviin käytäntöihin – Kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muutos. Teoksessa R. Seppänen-Järvelä & V. Karjalainen (toim.) Kehittämistyön risteyksiä. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy, 17-72.

Sivenius, J. 2010. Globaalia työtä AVH:n ehkäisemiseksi. AVH Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti, 4,6-8.

Siira, H. & Veijola, A. 2009. Opinnäytetyön ideoinnin ja suunnittelun työelämäyhteys. Teoksessa L. Viinamäki (toim.) Sosionomilta eivät hommat lopu. Ammattikäytäntöjen kehittäminen haasteena sosionomi AMK -tutkinnoissa. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja Sarja A: Raportteja ja tutkimuksia 1/2009. Viitattu 21.10.2010 http://www.tokem.fi/kirjasto/tiedostot/viinamaki_A_1_2009.pdf

Smania, N., Girardi, F., Domenicali, C., Lora, E. & Aglioti, S. 2000. The Rehabilitation of Limb Apraxia: A Study in Left-Brain-Damaged Patients. *Arch Phys Med Rehabil*, 81, 379-388. Viitattu 15.3.2010

http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6WB6-49SH92P-1-K&_cdi=6702&_user=965304&_pii=S0003999300597664&_orig=browse&_coverDate=04%2F30%2F2000&_sk=999189995&view=c&wchp=dGLzVzz-zSkWz&md5=e103acd067d8b81d632b3142f5c1a130&ie=/sdarticle.pdf

Soininen, J. 2001. Henkilöstön hyvinvointi ja työyhteisön murros. Tapaustutkimus Pohjois-Savon ammatillisen koulutuksen kuntayhtymästä. Kuopion Yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Pohjois-Savon ammatillisen koulutuksen julkaisuja ja raportteja 1/2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007a. Hyvinvoiva suomi huomennakin. Kunta- ja palvelurakennemuutos sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2007:3. Viitattu 5.3.2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3528.pdf&title=Hyvinvoiva_Suomi_huomennakin_fi.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007b. Terveys 2015 –kansanterveysohjelma. Terveyttä kaikille arkielämän toimintakentillä terveystalouden tuella. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansanterveyden neuvottelukunta. Viitattu 15.9.2009 <http://www.terveys2015.fi/>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste). Viitattu 15.9.2009 http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009b. Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma. Viitattu 15.3.2010. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/toimivaterveyskeskus

Stacey, R. D. 2000. The Emergence of Knowledge in Organizations. *Emergence*, 4, 23-39. Viitattu 20.10.2009 <http://www.ucalgary.ca/~mwolfe/staceyemergence.pdf>

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Stewart, K.C., Cauraugh, J.H. & Summers, J.J. 2006. Bilateral movement training and stroke rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Neurological Sciences*, 244, 89-95. Viitattu 15.3.2010.
http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T06-4J8CXHB-2-3&_cdi=4854&_user=965304&_pii=S0022510X06000104&_orig=search&_coverDate=05%2F15%2F2006&_sk=997559998&view=c&wchp=dGLbVzb-zSkzk&md5=c6c987982b3828485329ebae4e294732&ie=/sdarticle.pdf

Sundquist, S., Laamanen, E., Liivala, R., Iipponen, N. & Jyrä, K. 2005. Henkilöstö ja seutuyhteistyö – ABC. Suomen kuntaliitto. Helsinki: XGS, Kuntatalo.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. 2006. Aivoinfarkti. Viitattu 11.9.2009
<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50051>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia. 2008a. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. Konsensuskokous 2008. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia. 2008b. Konsensuslausuma. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus. Fokuksessa aivoverenkiertohäiriöt ja aivovammat. 29.10.2008. Viitattu 20.5.2009
http://www.aivovammaliitto.fi/mp/db/file_library/x/IMG/34520/file/kuntoutuksenkonsensuslausuma2008.pdf

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita.

Syrjälä, J. 2006. Valoon piirrettyjä kuvia. Tarinoita ja tulkintoja sähköalan murroksesta hyvinvoinnin ja henkilöstöstrategian näkökulmasta. Jyväskylän yliopisto. Taloustieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 5.3.2010
<https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2006/01/tiedote-2009-10-01-20-10-19-901226>

Taba, H. & Noel, E. 1988. Steps in the action research process. Teoksessa The action research reader. Deakin University: Deakin University Press.

Takala, T. 2009. Laadukas AVH-kuntoutus - totta vai tarua? Viitattu 11.11.2010 http://www.stroke.fi/files/556/Laadukas_kuntoutus_Takala_291009.pdf

Takala, T., Peurala, S.H., Eirilä, T., Huusko, T., Viljanen, T., Ylinen, A. & Sivenius, J. 2010. Aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheen kuntoutuksessa suuria vaihteluja. Selvitys AVH:n sairastaneiden kuntoutuspalveluista Suomessa. Suomen Lääkärilehti, 5, 399-405.

Talja, H. 2006. Asiantuntijaorganisaatio muutoksessa. Tampereen teknillinen yliopisto. VTT Publications 620. Viitattu 14.3.2010 <http://www.vtt.fi/inf/pdf/publications/2006/P620.pdf>

Talvitie, U., Pyöriä, O., Reunanen, M. & Nyrkkö, H. 2001. Aktivoiva fysioterapia aivo-
halvauspotilaiden kuntoutuksessa. Fysioterapiapalvelujen alueellinen kehittämisprojekti. Suomen Lääkärilehti, 18, 2031-2035. Viitattu 21.10.2009 <http://www.fimnet.fi.ezp.oamk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000014439>

Taskinen, H. 2005. Oikeudenmukaisuus ja kulttuurien kohtaaminen sosiaali- ja terveysalojen organisaatioiden yhdistämisessä. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja talouden laitos. Väitöskirja. Viitattu 12.3.2010 http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0077-8/urn_isbn_951-27-0077-8.pdf

Tampereen kaupunki & Tampereen ammattiopisto/Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos. 2004a. AVH-potilaan hoito ja kuntoutumisen ohjaaminen. Kommunikointi. Viitattu 21.10.2009 http://koulut.tampere.fi/materiaalit/avh/8_2link3.html

Tampereen kaupunki & Tampereen ammattiopisto/Tampereen terveydenhuolto-oppilaitos. 2004b. AVH-potilaan hoito ja kuntoutumisen ohjaaminen. Toimintakyvyn tukeminen. Viitattu 21.10.2009 <http://koulut.tampere.fi/materiaalit/avh/8.html>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010a. Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi – käsikirja. Viitattu 25.10.2010 <http://info.stakes.fi/iva/FI/index.htm>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010b. Uudet hankkeet. Viitattu 5.3.2010 http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/uudethankkeet

The Canadian Stroke Strategy 2009. A Patient-s Guide to Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care. Viitattu 11.9.2009 <http://www.heartandstroke.com/atf/cf/%7B99452D8B-E7F1-4BD6-A57D-B136CE6C95BF%7D/patient-guide-canadian-best-practice-stroke-care-english.pdf> Viitattu 11.9.2009

The Stroke Alliance for Europe (SAFE). 2009. The Stroke Alliance for Europe Manifesto. For a word where there are fewer strokes and all those touched by stroke get the help they need. Viitattu 4.9.2009 <http://www.safestroke.org/Portals/10/Manifesto/Manifesto%20English.pdf>

Tiittula, P. 2007. Moniääninen vaikeneminen: toimijatahojen suhteet ja toiminta kehittämishankkeessa. Teoksessa E. Ramstad & T. Alasoini (toim.) Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa. Lähestymistapoja, menetelmiä, kokemuksia, tulevaisuuden haasteita. Helsinki: Työministeriö, 275-297. Viitattu 1.12.2010 www.tekes.fi/fi/document/48481/r53-teksti-jjj-korjattu-final_pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 2009. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter. 2010. Ikääntyneiden aivohalvauspotilaiden kuntoutuksen kehittämis- ja tutkimushanke. Viitattu 15.3.2010 http://www.gerocenter.fi/hanke_avh.html

Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa J. Aaltola, & R. Valli (Toim.) Ikku-noita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: PS-kustannus, 102-125.

Valpola, A. 2007. Kuntajohto muutoksen osajana. Kuntien eläkevakuutus. Helsinki: Askon Paino Oy 2007.

Valtiokonttori. 2007. Työhyvinvointi muutoksessa. Erweko. Kaiku Palvelut. Helsinki: Painotuote Oy.

Verhoef, J., Toussaint, P.J., Putter, H., Zwetsloot-Schonk, J.H.M & Vliet Vlieland, T.P.M. 2006. He impact of the implementation of a rehabilitation tool on the contents of the communication during multidisciplinary team conferences in rheumatology. Viitattu 14.9.2008

http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T7S-4MHPC2V-

[1&_user=965304&_coverDate=12%2F31%2F2007&_alid=812956251&_rdoc=30&_fmt=high&_orig=search&_cdi=5066&_sort=d&_st=4&_docanchor=&_ct=181&_acct=C000049523&_version=1&_urlVersion=0&_userid=965304&md5=290c1c92be8c2e2f55d905aa53621630](http://www.sciencedirect.com.ezp.oamk.fi:2048/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T7S-4MHPC2V-1&_user=965304&_coverDate=12%2F31%2F2007&_alid=812956251&_rdoc=30&_fmt=high&_orig=search&_cdi=5066&_sort=d&_st=4&_docanchor=&_ct=181&_acct=C000049523&_version=1&_urlVersion=0&_userid=965304&md5=290c1c92be8c2e2f55d905aa53621630)

Vincent, C., Deaudelin, I., Robichaud, L., Rousseau, J. Viscogliosi, C., Talbot, L.R. & Desrosiers J. 2007. Rehabilitation needs for older adults with stroke living at home: perceptions of four populations. BMC Geriatrics. 7, 20. Viitattu 11.9.2009 <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/7/20/>

Vuohijoki, T. 2006. Pitää vain selviytyä. Tutkimus rehtorin työstä ja työssä jaksamisesta sukupuolen ja virka-aseman suhteen tarkasteltuna. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja – ser. C osa – Tom. 250. Turun yliopisto. Kasvatustiede. Rauman opettajankoulutuslaitos. Väitöskirja.

Vuorinen, R. 2008. Muutosjohtaminen suomalaisessa yliopistosairaalassa osastonhoitajien ja sairaanhoitajien arvioimana. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Väitöskirja. Viitattu 5.3.2010 <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7485-9.pdf>

Walker, L. & Avant, K. 1992. Teoria –avain hoitotyöhön. Helsinki: SHKS.

Walker, M.F., Leonardi-Bee, J., Bath, P., Langhorne, P. Dewey, M., Corr, S., Drummond, A., Gilbertson, L., Gladman, J.R.F, Jongbloed, L., Logan, P. & Parker, C. 2004. Individual Patient Data Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of Community Occupational Therapy for Stroke Patients. *Stroke*, 35, 2226-2232. Viitattu 15.3.2010 <http://pt.wkhealth.com/pt/re/stroke/pdfhandler.00007670-200409000-00044.pdf;jsessionid=LhYGJgGsZD8fYyQnRXmLTh4Q5sVTLMHTt8TynPNh5sj67bp86YTs!276643337!181195629!8091!-1>

Wenger, E., McDermott, R. & Snyder, W. M. 2002. A guide to managing knowledge. *Cultivating Communities of Practice*. Boston: Harvard business school press.

Woodruff, G. & McGonigel, M. 1990. Early Intervention Team Approaches: The Transdisciplinary Model. Teoksessa J.B. Jordan, J.J. Gallagher, P.L. Hutinger & M.B. Karnes (ed). *Early Childhood Special Education: Birth to Three*. Reston: The Council for Exeptional Children and its Division for Early Childhood (DEC), 163-183.

Ylönen, J. 2008. Vallivaara eroaa Haukiputaan johdosta. *Kuntalehti Kunta OnLine* 11.3.2008. Viitattu 1.12.2010 <http://www.kuntalehti.fi/?sc=3036&sa=92975>

TAULUKKO 1. Yhteenveto muutosjohtamiseen liittyvistä väitöskirjoista ja tutkimuskoh-teista suomalaisista muutosjohtamiseen liittyvistä väitöskirjoista vuosilta 2000-2009

	Tutkimuskohde						
Tekijä Julkaisuvuosi	Teoreettinen taso	Terveysthuolto- aluetaso	Kohdeorganisaat- iotaso	Prosessitaso	Johtotaso	Työntekijätaso	Konsulttitoiminta
Kerttula (2009)			x				
Lehkonen (2009)					x		
Puutio (2009)							x
Junnila (2008)		x					
Linna (2008)						x	
Nyholm (2008)			x				
Saranki- Rantakokko (2008)					x		
Vuorinen (2008)					x	x	
Mattila (2006)			x				
Pitkänen (2006)			x				
Syrjälä (2006)						x	
Talja(2006)				x			
Vuohijoki (2006)					x		
Taskinen (2005)				x			
Hildén (2004)			x				
Kirveskari (2003)					x		
Lanning (2001)	x						
Soininen (2001)						x	
Buhanist (2000)			x				
Salminen (2000)			x				

TAULUKKO 2. Väitöskirjan tekijä ja julkaisuvuosi, tutkimusten tarkoitus, tutkimusmenetelmä ja keskeiset tutkimustulokset ja johtopäätökset

Väitöksen tekijä Julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tutkimustulokset ja johtopäätökset
Kerttula (2009)	Tutkimuksen tarkoituksena on käsitellä vallan ja muutoksen välistä suhdetta organisaation muutosprosessissa.	Laadullinen tapaustudkimus	Muutos on osa organisaation päivittäistä toimintaa, jossa muutosjohtaminen nivoutuu osaksi yritysjohdon johtamiskokonaisuutta. Kaiken kaikkiaan muutos tapahtuu ihmisten ajattelun ja toiminnan kautta. Myös sitoutumisella on suuri merkitys. Transformatiivisen muutoksen läpivienti suuressa organisaatiossa on moniportainen ja haasteellinen oppimisprosessi sekä muutoksen tekijöille että muille organisaation jäsenille.
Lehkonen (2009)	Kahden osatutkimuksen tavoitteena on kuvata perusopetuksen rehtoreiden subjektiivisia käsityksiä työssä selviytymisestä.	Laadullinen tutkimus	Rehtoreiden selviytymisen tila ei ollut saavutettavissa oleva staattinen tila, vaan alati jatkuva prosessi. Johtamistilanteeseen sisältyvien tavoitteiden saavuttamiseksi rehtorin tuli ottaa johtamistilanteessa huomioon sekä omat että tilanteeseen osallistuvien ja itse tilanteen sisältämät arvot sekä niiden vaikutus johtamiseen.
Puutio (2009)	Tutkimuksen tavoitteena on toimintatutkimuksen kautta tunnistaa ja vastata tutkijan omassa konsulttiyrityksessä käytyjen keskustelujen vuorovaikutteisiin haasteisiin.	Toimintatutkimus	Konsultilla on monta yhtäaikaista tehtävää. Konsultin tulee mm. tukea asiakasta, jakaa neuvoa, auttaa asiakasta nostamaan esille hankaliakin aiheita ja rohkaista reflektioon.
Junnila (2008)	Tutkimuksen tavoitteena on tutkia mitä vaikutuksia terveydenhuoltoalueen toteuttamisella on kuntien terveysmenoihin ja terveystalvelujen saatavuuteen, miten terveydenhuoltoalueen toimeenpano toteutuu ja mitä mahdollisuuksia terveydenhuoltoalue tarjoaa terveydenhuollon palvelujen uudistamiseen.	Laadullinen tutkimus	Terveydenhuoltoalue mahdollisti palvelujen yhteensovittamisen ja toimintaprosessin uudistamisen, mutta palvelujen toiminnallinen yhteensovittaminen jäi käytännössä pääosin rakenteellisten ratkaisujen tasolle. Tutkimuksen mukaan toiminnallisten muutosten toteuttaminen edellyttää tiedottamista muutoksista ennakoon, henkilöstön irrottamista muutoksen suunnitteluun ja väestön mukaan ottamista palvelujen suunnitteluun.
Linna (2008)	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten kokemukset johtamisen oikeudenmukaisuudesta ovat muuttaneet 2000-luvulla ja voidaanko kokemuksia johtamisen oikeudenmukaisuudesta parantaa osallistavalla työyhteisöjen kehittämistoiminnalla ja hyödyllisiksi koetuilla kehityskeskusteluilla. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millainen on työssä koetun epävarmuuden vaikutus johtamisen oikeudenmukaisuuteen.	Laadullinen surveytutkimus	Kokemukset johtamisen oikeudenmukaisuudesta vaihtelevat työyhteisön sisällä ja niiden välillä. Kaikilla tulisi olla mahdollisuus osallistua omaa työtään koskevaan päätöksentekoon ja saada osakseen oikeudenmukaista kohtelua riippumatta kulttuurista, työsuhteen muodosta tai asemasta. Kehityskeskustelut ja osallistavan kehittämistoiminnan onnistuminen ovat avaimet oikeudenmukaisuuskokemusten muuttamiseen. Epävarmoina aikoina johtamisen oikeudenmukaisuuteen tulee kiinnittää erityisen paljon huomiota
Nyholm (2008)	Tutkimuksen tavoitteena oli lisätä ymmärrystä kuntaorganisaatioiden muutoksista yksilönäkökulmista käsin sekä tuottaa alustavaa teoriaa kuntien muutosprosessien toteuttamiseen vaikuttavista tekijöistä	Empiirinen laadullinen tutkimus	Kuntatasolla muutosten toteuttamista vaikeuttavat toimintaympäristön muutoksiin kytkeytyvät kaotisuus ja hallinnan häly. Muutoksen onnistuminen edellyttää tutkimuksen havaintojen mukaan kuntaorganisaatioiden rakenteiden ja toimintatapojen uudistamista postmoderneihin olosuhteisiin sopiviksi, muutoksen johtamistapojen uudistamista, yksilöiden intentioiden ja tavoitteiden huomiointia ja niiden ymmärtämistä, sekä muutoksen kontekstin vaikutusten huomioon ottamista muutostilanteessa.
Saranki-	Tutkimuksen tavoitteena on tieto- ja	Laadullinen tutkimus	Ammattikorkeakoulun johtajan tulee tiedostaa TVT-

Rantakokko (2008)	viestintätekniikan opetuskäytännön kehittäminen.		opetuskäytön omaksuminen syvämmäksi muutokseksi. Se edellyttää muutoksen johtamisen lähestymistapaan perustuvaa johtamismallia, jonka peruselementit ovat johtajan osallistumisen käsittely, johtamisen muotoutuminen yhteisöissä sekä yhteisöjen osaamisen hallinta. Kehittäjä puolestaan tukee muutosta ja muutoksen johtamista erilaisin keinoin.
Vuorinen (2008)	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajien muutosjohtamista osastonhoitajien sekä sairaanhoitajien arvioimana.	Laadullinen ja määrällinen tutkimus	Suomalaisten yliopistosairaaloiden osastonhoitajien johtamistoiminta on konkreettista, realistista ja ammatillista johtamistoimintaa jossa painotetaan perustehtävän tekemistä.
Mattila (2006)	Tutkimus analysoi ja tulkitsee kannattaviin tai vastusvatiin kantoihin johtavaa päättelyä ja tästä johtuvia julkisia ja käytettyjä toiminnan muotoja sekä strategista ja taktista tilannesuunnitelua työn ja organisaation muutoksen kehityksessä.	Laadullinen tutkimus.	Liian yksipuolinen käsitys toiminnan vaikuttimista sekä puuttuva ymmärrys organisaatioiden sosiaalisuudesta johtavat helposti yhä uusiin ja uusiin epäonnistumisiin.
Pitkänen (2006)	Tutkimuksen päätehtävänä on selvittää mitä yritysfaasiissa tapahtuu kun kaksi erilaista organisaatiokulttuuria kohtaavat toisensa.	Laadullinen tutkimus	Kulttuurien hallitulle kohtaamiselle ja luottamuskulttuuriin vaikuttavat verkosto-, palvelu-, laatu- ja dialogikulttuuri. Organisaatioissa toimivien ihmisten keskinäiset jännitteet ovat vapautuessaan valtava voima sekä positiivisessa että negatiivisessa mielessä. Jännitteet saadaan hallintaan vuoropuhelin organisoinnin ja systemaattisen valmennuksen kautta.
Syrjälä (2006)	Tutkimuksessa tarkastellaan työntekijöiden odotuksia tulevasta muutosprosessista ja elämää uudessa, yhteisessä organisaatiossa.	Tapaustutkimus	Henkilöstrategian täytyy tukea organisaation johtoa muutoksen läpiviemisessä, pystyä tukemaan työntekijöiden työllisyyttä, työn jatkumista ja näihin liittyviä odotuksia sekä sen täytyy luoda henkilöstölle vaikuttamisen edellytyksiä ja mahdollistaa myös sosiaalisten yhteyksien rakentaminen.
Talja (2006)	Tutkimuksen tavoitteena on selvittää makro-mikrotasoproblematiikkaa tarkastelemalla muutosprosesseja ja matriisimaisen organisaatiomuodon käyttöönottoa monialaisessa asiantuntijaorganisaatiossa.	Laadullinen tapaustutkimus	Organisaatioissa elää vahvasti rinnakkain kaksi kuvaa todellisuudesta: toisaalta melko suoraviivainen suunnitteluun ja seurantaan perustuva johtamisen maailma ja toisaalta käytännön toiminnan ehdoilla rakentuva ja muuntuva arjen maailma. Muutosprosessien nykyistä parempi ymmärtäminen ja ohjailu edellyttävät sekä hallitun että jatkuvan muutoksen ajattelutapojen yhdistämistä.
Vuohijoki (2006)	Tutkimuksen päätehtävänä on selvittää, miten rehtori jaksaa työssään.	Laadullinen tutkimus	Johtajan rooli koulussa oli epäselvää, sillä enemmistö virka-rehtoreista piti itseään ensisijaisesta johtajana mutta enemmistö luottamustoimisista rehtoreista koki itsensä ensisijaisesti opettajiksi. Suurin osa rehtorien työajasta kului asioiden hoitamiseen, eikä henkilöstöjohtamiseen jäänyt riittävästi aikaa. Valtaosa rehtoreista teki tavanomaisten rehtorien tehtävien lisäksi säännöllisesti myös työtehtäviä jotka luontevammin kuuluisivat muille ammattiryhmille. Opettajat odottivat rehtorin olevan aktiivinen, oikeudenmukainen ja yhteistyökykyinen. Naisrehtorit kärsivät ajan puutteesta ja työmäärästä miehiä enemmän. Erilaisten roolien ristiriita näyttäisi naisilla olevan miesrehtoreita suurempi. Tukea rehtorit saivat toisilta rehtorilta. Esimiehen tuki puuttui.
Taskinen (2005)	Kummankin osatutkimuksen keskeinen tehtävä on tarkastella yhdistämisprosessien etenemistä ja niiden oikeudenmukaista toteuttamista, erilaisten kulttuurien kohtaamista sekä yhdistämisprosessien onnistuneisuutta henkilöstön näkemysten ja kokemusten kautta.	Laadullinen tutkimus	Organisaatioiden yhdistämisen toteuttaminen vaatii muutosjohtamisen hyvää osaamista. Yhdistämisprosessin alkuvaiheen menettelytavat ja teot synnyttävät joko luottamusta tai epäluottamusta johtajiin ja organisaation toimintaan. Ne vaikuttavat ratkaisevasti myöhemmin uuden organisaation jäsenten yhteistyön toimivuuteen ja muun toiminnan sujuvuuteen. Henkilöstön oikeudenmukainen kohtelu edellyttää johtajilta hyviä vuorovaikutustaitoja ja yhteistyöosaamista sekä kykyä arvioida päätösten seurauksia oikeudenmukaisuuden kannalta. Erilaisten kulttuurien onnistunut kohtaaminen vaatii myös kulttuurista sensitiivisyyttä ja osaamista.
Hildén (2004)	Tutkimuksessa tutkitaan tiheän muutoksen vaikutuksia organisaation toimintakykyyn.	Analyttinen toimintatutkimus	Kevyeksi aiottu rakenteellisen muutoksen vaikutukset ulottuvat pitkälle toimintatapoihin, yhteistyökuvioihin ja yksilötason toimintaedellytyksiin.
Kirveskari	Tutkimuksessa tarkastellaan oppilai-	Laadullinen	Visiointi ja visio sisältävät tulevan tahtotilan ilmaisun lisäksi

(2003)	toisten johtamista visioinnin näkökulmasta.	kyselytutkimus	si kannanottoja tulevan tahtotilan toimeenpanosta. Todelliset visionaarit esittävät tahtotilan lisäksi työtä organisoivia ajatuksia ja he hallitsevat aikaa menneestä nykyhetkeen ja lähi ja pitkän aikavälin tulevaisuuteen. Visionaarit kantavat keskimääräistä enemmän sosiaalista vastuuta myös organisaatiostaan ja sitä ympäröivästä yhteiskunnasta. Kehittäjät ovat visionaareja enemmän mukana kaikissa ympäristöstä tulevista haasteista. Haasteet käsittelevät samanaikaisesti työskentelykulttuuri ja työn sisältöjä.
Lanning (2001)	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää onko muutosprojektien johtajilla tarvetta uudelle käytännölliselle käsitteelle, joka auttaa heitä suunnittelemaan ja implementoimaan projekteja. Jos on, tutkimuksen tarkoituksena on suunnitella ja rakentaa käytännöllinen, kaiken kattava ja yleinen käsite, jota muutosprojektien johtajien on helppo käyttää.	Hermeneuttinen, konstruktivinen tapaus tutkimus.	Tutkimuksen mukaan muutosprojektien johtajilla ilmeni tarve uudelle käytännölliselle käsitteelle. Tutkimuksessa suunniteltiin ja rakennettiin käytännöllinen, kaiken kattava ja yleinen suunnittelurunko muutosprojektien johtajien käyttöön.
Soininen (2001)	Tutkimuksen päätavoitteena on kuvata, selvittää ja arvioida koulutusorganisaation henkilöstön kokema hyvinvointi muutoksessa.	Laadullinen tapaus tutkimus	Organisaatiouudistus ei onnistunut kaikilta osin. Henkilöstö arvioi edelleen kehitettäväksi kohteiksi johtamisen, tiedottamisen, vuorovaikutuksen, tukimenetelmät, päätöksen teon kehittämisen sekä toimintatapojen kehittämisen ja tukemisen.
Buhanist (2000)	Tutkimuksen tehtävänä on lisätä tietoutta ja ymmärrystä muutosjohtamisesta organisaatioissa.	Toimintatutkimus	Konsulttien rooli on muuttunut fasilitaattorin roolista aktiivisemmaksi. Aktiivista roolia pidetään hyvänä asiana.
Salminen (2000)	Tutkimuksen tavoitteena on tutkia miten yrityksessä otetaan käyttöön organisaatiolliset ja toiminnalliset muutokset.	Analyttinen toimintatutkimus	Projektissa tarvitaan aktiivista paikallista johtajuutta, systemaattista motivoitua ja aktiivista osanottoa. Aktiivinen osanotto edellyttää todellista päätösvallan omaamista. Em. kolmen osatekijän tulee olla läsnä läpi projektin, jotta projekti onnistuu. Projekti epäonnistuu, mikäli tekijät ovat lineaarisessa järjestyksessä.

*TAULUKKO 3. Tutkimuksen tekijä, julkaisuvuosi, tutkimuksen tarkoitus, aineiston ke-
ruu sekä keskeiset tutkimustulokset*

Tutkimuksen tekijä Julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Aineistonkeruume- netelmä	Keskeiset tutkimustulokset
Mehrholz, Werner, Kugler & Pohl (2008)	Tämän katsauksen tarkoituksena on arvioida automaattisen elektromekaanisen ja robotiikan avulla tehdyn kuntoutuksen vaikutusta kävelyn paranemiseen halvauksen jälkeen.	Metatutkimus Cochranen katsaus	Elektromekaaninen kävelyharjoittelu yhdistettynä fysioterapiaan lisäsi itsenäistä kävelyä. Sen sijaan kävelynopeus ei lisääntynyt merkittävästi.
Braun, Beurskens, Borm, Schack & Wade (2006)	Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida mentaaliharjoitusten vaikutusta halvauspotilaiden kuntoutuksessa.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Mentaaliharjoituksella on osoitettu olevan positiivista näyttöä käden käytön harjoittelussa halvauspotilaille. Lisätutkimuksia aiheesta kuitenkin kaivataan.
Pohl, Werner, Holzgraefe, Krocze, Mehrholz, Wingen- dorf, Hölig, Koch & Hesse (2006)	Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida elektromekaanisen kävelyharjoittelun ja fysioterapian vaikutuksia subakuutissa vaiheessa oleville halvauspotilaille	Satunnaistettu kontrolloitu koesuunnitelma	Intensiivinen elektromekaaninen kävelyharjoittelu yhdistettynä fysioterapiaan osoittivat, että potilaiden päivittäisistä toiminnoista selviytyminen ja kävely paranivat merkittävästi subakuutin vaiheen halvauspotilaille.
Stewart, Cauraugh & Summers (2006)	Tutkimuksen tarkoituksena on tehdä systemaattinen tarkastelu bilateraalisen liikeharjoittelun kuntoutusvaikutuksista.	Systemaattinen tarkastelu	Meta-analyysin löydökset osoittavat että bilateraaliset liikkeet yksin tai yhdessä aistiavusteisen palautteen kanssa ovat vaikuttavia halvauksen jälkeisessä kuntoutuksessa subakuutissa ja kroonisessa vaiheessa.
Frankel, Marwitz, Cify, Kreutzer, Englander & Rosenthal (2006)	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia oliko traumaperäisten aivovammapotilaiden kuntoutuminen ikäriippuvaista (TBI)	Retrospektiivinen collaboratiivinen tutkimus	Tutkimustulokset olivat yhteneväisiä aikaisempien pienempiotoksisten tutkimustulosten kanssa. Nuorten ja vanhempien potilaiden välillä oli tilastollista merkittävyyttä. Suurimmat havaitut erot sisälsivät vanhempien potilaiden merkittävästi hitaamman ja kalliimman kuntoutuksen.
Peurala, Tarkka, Pitkänen & Sivenius (2005)	Tutkimuksen tarkoituksena on vertailla kävelyharjoittelua ja painokevennettyä kävelyharjoittelua	Satunnaistettu kontrolloitu koesuunnitelma	Tulosten mukaan molemmat aktivoivat nopeampaa kävelyä intensiivisen kuntoutuksen jälkeen. Potilaiden motorinen suoritus jäi pysyväksi.
Walker, Leonardibee, Bath, Langhorne, Dewey, Corr, Drummond, Gilbertson, Gladman, Jongbloed, Logan & Parker (2004)	Tutkimuksen tavoitteena on tehdä tilastollinen kirjallisuuskatsaus yhteisöissä elävien halvauspotilaiden toimintaterapian tuloksista.	Tilastollinen kirjallisuus katsaus	Yhteisöissä elävien halvauspotilaiden saama toimintaterapia paransi huomattavasti halvaautuneen henkilön selviämistä päivittäisissä toiminnoissa ja vapaa-ajalla. Paremmat tulokset saatiin kohdennetuilla interventioilla.
Jorgensen, Kammersgaard, Houth, Nakayama, Raaschou, Larsen, Hübbe & Olsen (2000)	Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia onko hoito ja kuntoutuskäytännöissä riippuvuuksia iän, sukupuolen, monisairauksisuuden ja varhaisen halvausvakavuuden suhteen.	Tilastollinen tutkimus	Ne halvauspotilaat, joilla ilmeni vakavimmat halvausoireet hyötyivät eniten. Sen vuoksi kaikkien akuuttiin halvaukseen sairastuneiden ihmisten tulisi päästä hoitoon ja kuntoutukseen halvausyksiköihin.
Smania, Girardi, Domenicali, Lora & Aglioti (2000)	Tutkimuksen tavoitteena on määrittellä kuntoutusohjelman vaikuttavuutta raaja-apraksiapotilaille.	Satunnaistettu kontrolloitu koesuunnitelma	Tulokset osoittivat, että raaja-apraksian hoitamiseksi on mahdollista laatia tehokas ja yksilöllinen harjoitusohjelma.

TAULUKKO 4. Hankkeen tekijä, julkaisu vuosi, hankkeen nimi, aika sekä kehittämiskohde

Tekijä Julkaisu vuosi	Hankkeen nimi Aika	AVH -nykytilaselvitys	Organisaation toiminnan kehittäminen	Palvelujen kehittäminen
Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry (2010)	Aivoverenkiertohäiriön sairastuneiden kuntoutuksen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen (2006-2010)	x		
AstraZeneca (2010)	JOKATOINEN-hanke (2007-)			x
Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter (2010)	Ikääntyneiden aivohalvauspotilaiden kuntoutuksen kehittämishanke. Hankkeen erillinen tutkimuksellinen osuus.			x
Itella Oyj (2009)	KaMu eli Kaikki Mukana Muutoksessa –hanke (2009)		x	
Mäenpää & Käkälä (2009)	Telestoke-hanke (2007)		x	x
Kantanen, Karhula, Kanelisto, Suomela-Markkanen & Häggblom Kronlöf (2008)	VAKE-hanke (2006-2013) Toimintaterapian osatutkimus (2008)			x
Numminen (2008)	Kommunikaatiokoulu-projekti (2006-2008)		x	x
Pietilä (2008)	Aivovoimaa! turkulaisittain (2007-)			x
Pyöriä (2008)	Aktivoiva fysioterapia aivohalvauspotilaiden akuuttivaiheen kuntoutuksessa v. 2008-2012		x	
Manka (2007)	Muutosjohtamisen ja työhyvinvoinnin kehittäminen –hanke (2007)		x	
Penttinen & Suhonen (2007)	Porvoon sairaanhoitoalueen fysioterapian ja apuvälietöiminnan yhtenäistäminen –hanke (2005-2007) Osaprojekti: Porvoon sairaanhoitoalueen fysioterapiapalveluiden yhtenäistäminen (2006-2007)		x	x
Kasvi (2005)	TOP/ERP –hanke.		x	
Ponnikas (2004)	Saumanton kuntoutusketju SAKKE-hanke (2002-2004)		x	x

TAULUKKO 5. Tekijä, julkaisu vuosi, hankkeen nimi, aika, hankkeen tavoitteet ja keskeiset tulokset

Tekijä Julkaisu vuosi	Hankkeen nimi Aika	Hankkeen keskeiset tavoitteet	Keskeiset tulokset
Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry (2010)	Aivoverenkiertohäiriön sairastuneiden kuntoutuksen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2006-2010	Tutkimusprojektin tavoitteena on selvittää AVH-kuntoutuksen nykytila ja resurssit perusteellisesti koko maassa.	Moniammatilliseen kuntoutushoittoon pääsi koko maassa arviolta 10–20 % aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista.
AstraZeneca (2010)	JOKATOINEN-hanke 2007-	AstraZenecan JOKATOINEN-hanke motivoi ja kannustaa suomalaisia kiinnostumaan omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan korostamalla terveellisten elintapojen ja omien valintojen tärkeyttä.	Hankkeessa luotiin www-sivut. Useasta työkalusta koostuva ilmainen kannustuskalenteri tukee mm. liikunnan aloittamisessa ja maltillisessa painonhallinnassa.
Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenter (2010)	Ikääntyneiden aivohalvauspotilaiden kuntoutuksen kehittämishanke (Kela). Hankkeen erillinen tutkimuksellinen osuus. 2008-2012	Tutkimuksessa kehitetään ikääntyneille 65-85-vuotiaille aivohalvauspotilaille suunnattuja kuntoutuskäytäntöjä, joiden tavoitteena on tehostetun painokevennetyn kävelykuntoutuksen ja tehostetun halvaantuneen kädenkäytön kuntoutuksen avulla parantaa ikääntyneiden aivohalvauspotilaiden toimintakykyä, tukea omatoimisuutta kotona ja arjessa selviytymistä. Tarkoituksena on myös arvioida kuntoutuskäytäntöjen toteutettavuutta sekä laitos- että avomuotoisena kuntoutuksena.	
Itella Oyj (2009)	KaMu eli Kaikki Mukana Muutoksessa –hanke 2009	Hankkeen tavoitteena on luoda yhteinen toimintamalli, jossa henkilöstö ja henkilöstön hyvinvointi ovat näkyvästi mukana.	Kaikki Mukana Muutoksessa –hankkeessa luotiin yhteinen toimintamalli, jossa sekä henkilöstä että sen hyvinvointi ovat näkyvästi mukana. Taustat ja muutosjohtamisen pelisäännöt viestitettiin koko organisaatiolle läpinäkyviksi. Toimintamalli lisäsi työhyvinvointia ja vähensi henkilöstön epävarmuutta ja stressiä sekä hillitsi muutokselle tyypillistä sairauspoissaolojen ja -kustannusten kasvua.
Mäenpää & Käkälä (2009)	Telestroke-hanke 2007-	Telestroke-hanke on vuonna 2007 alkanut pilottihanke, jossa HYKS:n neurologian klinikan lääkärin tavoitteena on konsultoida videoyhteyden avulla Etelä-Karjalan, Kymenlaakson, Lapin ja Länsi-Pohjan keskussairaaloiden sekä Kuusankosken aluesairaalan lääkäreitä.	Etäyhteyden avulla liuotushoito pystyttiin järjestämään nopeasti ja turvallisesti paikan päällä.
Kantanen, Karhula, Kanelisto, Suomela-Markkanen, Häggblom & Kronlöf (2008)	VAKE-hanke (2006-2013) Toimintaterapian osatutkimus (2008)	VAKE-hankkeen (2006-2013) tavoitteena on kehittää kuntoutusta vastaamaan paremmin kuntoutujien tarpeita, lisätä yhdenvertaisuutta ja parantaa kuntoutuksen vaikuttavuutta. Toimintaterapian osatutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten Kelan kustantamaa AVH- ja MS kun-	Toimintaterapeutit ilmoittivat kehittämisalueiksi mm. toiminnallisen tasa-arvoisuuden lisäämisen, toimintaterapian asiantuntijuuden hyödyntämisen kuntoutussuunnitelmien laadinnassa, terapian toteutusta asiakkaan tarpeiden mukaisesti ja moniammatillisen yhteistyön lisäämisen (omaiset, kotipalvelu, suunnittelu-taho, eri ammattilaiset). Laitoksissa toimivat toimintaterapeutit ehdotti-

		toutujien toimintaterapiaa käytännössä toteutetaan ja millaisia kehittämiskohteita kyselyt nostavat esille.	vat mm. tarkempia tavoitteita kuntoutussuunnitelmiin ja jatkosuunnitelmien laatimista moniammatillisesti, toimintaterapian toteutusta kuntoutujan arjessa ja pidempiä terapiajaksoja vaikuttavuuden lisäämiseksi.
Numminen (2008)	Kommunikaatiokoulu-projekti 2006-2008	Kommunikaatiokoulu-projektin tavoitteena on kehittää uusi yhdistyksen toimintaan sopiva toimintamalli afaattisille puhujille ja heidän läheisilleen sekä jakaa tietoa aivoverenkiertohäiriöistä ja afasiasta mm. sairastuneille ja heidän läheisilleen, ja työssään afaattisia henkilöitä kohtaaville.	Projektissa kehitettiin Kommunikaatiokoulu-toimintamalli. Kommunikaatiokoulu on keskusteluryhmä, jossa ryhmän ohjaajan avulla opitaan tiedostamaan omia toimintatapoja ja soveltamaan vaihtoehtoisia malleja.
Pietilä (2008)	Aivovoimaa! turkulaisittain 2007-	Toiminnan kohteena ovat Turkulaiset aivoverenkiertohäiriön sairastaneet tai Parkinsonin tautia sairastaneet yli 65-vuotiaat, jotka eivät ole pystyneet erilaisten syiden vuoksi liikkumaan riittävästi.	Vuosien 2007-2008 aikana hankkeessa tuotettiin terveystoimintamateriaalia ja lehtiartikkeleita, koulutettiin vapaaehtoistyöntekijöitä, annettu liikuntaneuvontaa kohderyhmille, järjestettiin lajikokeiluja, kulttuurikävelyjä ja liikuntaryhmiä.
Pyöriä (2008)	Aktivoiva fysioterapia aivohalvauksipotilaiden akuuttivaiheen kuntoutuksessa v. 2008-2012	Hankkeen tavoitteena on löytää ne toimintamallit, jotka alkuvaiheen fysioterapiassa tuottavat pitkäkestoisia toimintakyvyn ylläpysymistä ja omatoimisuutta kotona.	
Manka (2007)	Muutosjohtamisen ja työhyvinvoinnin kehittäminen –hanke (2007)	Hankkeen tavoitteena on kohentaa kohdeorganisaatioiden henkilöstön muutoksenhallintataitoja ja näin edistää työhyvinvointia työpaikoilla.	Työryhmät ja erityisesti johtoryhmät löysivät uusia näkökulmia muutoksenhallintaan. Lyhyt projekti nosti enemmän kysymyksiä ja toiveita kuin se ehti antaa vastauksia.
Penttinen & Suhonen (2007)	Porvoon sairaanhoitoalueen fysioterapia- ja apuvälinetoiminnan yhtenäistäminen –hanke. 2005-2007	Hankkeen tavoitteena on mm. luoda yhtenäiset fysioterapiahoidot perusterveydenhuoltoon ja alueen erikoissairaanhoidon.	Hankkeessa luotiin ”Aivoverenkiertohäiriöiden ehkäisy, hoito ja kuntoutus fysioterapiassa, perusterveydenhuollossa ja Porvoon sairaalassa –ohje alueelliseksi käytännöksi.
Kasvi (2005)	TOP/ERP –hanke.	Espoon Kaupungin toiminnan ja organisaation kehityshanke.	Hankkeen tulosten mukaan TOP/ERP –hanke epäonnistui, sillä hankkeeseen ei otettu mukaan henkilöstöä, sidosryhmiä eikä luottamushenkilöitä eikä kaupungin johdossa ei ollut riittävästi muutosjohtamisen osaamista. Muutosjohtajuus ostettiin konsulttitoimistolta. Konsulttitoimisto korosti omaa rooliaan.
Ponnikas (2004)	Saumanton kuntoutusketju SAKKE-hanke 2002-2004	Sakke on kehittämis- ja kuntoutushanke, jonka tavoitteena on kehittää asiakaslähtöinen saumaton kuntoutuksen toimintamalli oululaisten ikääntyneiden aivoverenkiertohäiriö-, lonkkamurtuma- ja amputaatiokuntoutujien kotona selviytymisen tukemiseksi.	Luodut ja osittain pilotoitiedut mallit pistivät palveluketjun saumakohtia eli katkoksia parantamalla hoitoalan ammattilaisten välistä tiedonkulkua ja yhteistyötä sekä ammattilaisten osaamista. Mallit paransivat ja lisäsivät kuntoutujien ja omaisten saamaa sosiaalista tukea ja ohjausta. Lisäksi toimintamalleihin liittyvää palvelutarjontaa ja uusia palvelumuotoja. SAKKE-hankkeen ongelmakohdiksi tunnistettiin muutosvastarinta uusia toimintamalleja kohtaan ja osallistujien ajan puute olla mukana kehittämishankkeen toiminnassa.

TAULUKKO 7. Sosiaali- ja terveysministeriössä vireillä olevat keskeisimmät kehittämisohjelmat ja -hankkeet

Tekijä Vuosi	Kehittämisohjelmat ja -hankkeet Aika	Keskeiset tavoitteet
Sosiaali- ja terveysministeriö (2009a)	Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2008-2011	Kasteohjelma on strateginen ohjausväline suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamiseen. Sen päätavoitteena on lisätä osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä, lisätä terveyttä ja hyvinvointia sekä parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta ja kaventaa alueellisia eroja.
Sosiaali- ja terveysministeriö (2007a)	Kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras) 2007-	Kunta- ja palvelurakenteen uudistuksen tavoitteena on taata kaikille suomalaisille yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Laajemmalla väestöpohjalla toimiminen tarjoaa mm. sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle mahdollisuuden ammatilliseen kehittymiseen, parempaan työnjakoon ja verkostoitumiseen.
Sosiaali- ja terveysministeriö (2007b)	Terveys 2015 -kansanterveysohjelma	Terveys 2015 on pitkän aikavälin terveyspoliittinen ohjelma, joka pyrkii hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä terveydenhuollossa että kaikilla muilla yhteiskunnan osa-alueilla. Ohjelman taustalla on Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelma.
Sosiaali- ja terveysministeriö (2009c)	Toimiva terveyskeskus – toimenpideohjelma 2009-2011	Toimivan terveyskeskus –ohjelman tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa kehittämällä terveyskeskusten käytäntöä, hallintoa ja johtamista sekä terveydenhuollon koulutusta ja tutkimusta.

TAULUKKO 8. Kuntaliitossa vireillä olevat keskeisimmät kehittämisohjelmat ja hankkeet, jotka liittyvät kuntapalvelujen kehittämiseen

Tekijä Vuosi	Kehittämisohjelmat ja -hankkeet Aika	Keskeiset tavoitteet
Kuntaliitto (2009)	Kuntien hyvinvointipalvelujen laadunhallinta –hankkeen esiselvitys (2009)	Esiselvityksen tavoitteena on kartoittaa yhteistyössä kuntien kanssa hyvinvointipalveluiden laadunhallinnan kriittisiä kehittämiskohteita ja suunnata niiden pohjalta syksyllä 2009 käynnistyvän hankkeen toteutusta. Hankkeessa sovelletaan palvelujen laadunhallinnan viitekehyksenä käytettävää Euroopan Unionin laatupalkintokriteeristöä eli EFQM-mallia.
Kuntaliitto (2009)	Innovatiiviset palvelukonseptit (2008-2013)	Innovatiiviset palvelukonseptit –ohjelman tavoitteena on sekä kehittää, turvata että uudistaa kuntapalveluita yhdessä niitä tuottavien ja käyttävien tahojen kanssa. Näitä tahoja ovat kunnat, kolmas sektori, yritykset ja palveluja käyttävät kuntalaiset
Kuntaliitto (2009)	VertaisOppiva KuntaSuomi (Vertaiset) (2007-2009)	Hankkeessa käynnistetään kehitystyö, jossa tavoitteena on luoda kunnille hyvien käytäntöjen leviämistä ja käyttöönottoa tukeva kehitysympäristö.

AVH-potilasohjausmallin esittelyluennolla esitettävät kysymykset

Kertokaa/kuvailkaa aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallin tämänhetkisiä vahvuuksia.

Kertokaa/kuvailkaa aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallin tämänhetkisiä heikkouksia?

Kertokaa/kuvailkaa aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallin kehittämisen mahdollisuuksista.

Kertokaa/kuvailkaa aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallin kehittämisen uhkista.

Hei!

Kehitämme aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausta Haukiputaan terveyskeskussa.

Kehittäminen on jatkoa Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä –hankkeelle. Jalkautamme uuden aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausmallin Haukiputaan terveyskeskukseen.

Potilasohjausmallin jalkauttaminen on samalla osa opinnäytetyönäni, sillä opiskelen Oulun seudun ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa.

Pyydän teitä kohteliaimmin täyttämään oheisen kyselykaavakkeen, jotta saamme kehittämiseen mukaan aivoverenkiertohäiriöpotilaan läheisten näkökulman.

Vastattuanne kysymyksiin sulkekaa vastauspaperi kirjekuoreen ja laittakaa kirjekuori mukana olevaan isompaan kirjekuoreen.

Kiitos vastauksestanne.

Ystävällisin terveisin

Anne Haapala
fysioterapeutti

Milloin läheisesi sairastui?

Mitä tapahtui?

Miten hoito on mielestäsi toteutunut?

Miten läheisesi hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden (mm. lääkäri, sairaanhoitaja, perushoitaja, fysioterapeutti, puheterapeutti) yhteistyö on mielestäsi toteutunut hoidon edetessä?

Vahvudet?

Heikkodet?

Mitkä asiat voivat mielestäsi vaikeuttaa hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden yhteistyötä?

Mitkä asiat mielestäsi mahdollistavat hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden yhteistyön?

Miten sinut on otettu mukaan läheisesi hoitoon?

Miten muuttaisit aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitoa?

Mitä muuta haluaisit sanoa?

Kiitos vastauksistasi!

AVH-tiimin kokous nro 1. 1/09

Arvioi tutkija-kehittäjän toimintaa ensimmäisessä AVH-tiimin kokouksessa.

AVH-tiimin kokous nro 4. 3/09

Kerro AVH-tiimin toiminnan hyvistä (+) puolista

Kerro AVH-tiimin toiminnan huonoista (-) puolista

Muuta?

Haukiputaalla 1.9.2009

Hei!

Olemme kevään 2008 kehittäneet aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjausta Haukiputaan terveyskeskuksessa. Kehittäminen on jatkoa Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä –hankkeelle.

Pyydän teitä kohteliaimmin täyttämään oheisen kyselylomakkeen 15.9.2009 mennessä ja palauttamaan vastaukset liitteenä olevassa kirjekuoressa minulle sisäisessä postissa.

Kyselyn tulokset tulevat osaksi opinnäytetyöraporttiani. Opinnäytetyö on osa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa.

Kiitos vastauksestanne.

Ystävällisin terveisin

Anne Haapala

fysioterapeutti, kehittäjä/tutkijaopiskelija (ylempi AMK)

Mitkä ovat mielestäsi muutoksen johtamisen hyviä käytäntöjä Haukiputaan terveyskeskuksessa?

Miten muutoksen johtamisen hyviä käytäntöjä voisi mielestäsi parantaa Haukiputaan terveyskeskuksessa?

Onko aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjauksen kehittäminen Haukiputaan terveyskeskuksessa mielestäsi onnistunut?

Millä tavoilla mielestäsi AVH-tiimin toimintaa Haukiputaan terveyskeskuksessa voisi parantaa?

Voitte jatkaa tarvittaessa kääntöpuolelle

TAULUKKO 9. Yhteenvedo AVH-tiimin kymmenestä kokouksesta ja niiden sisällöstä

Kokous nro, aika ja -paikka, läsnäolijat	Kokouksen keskeinen sisältö
1. kokous 01/09 Simppulan kartanon iso kokoushuone Akuuttiosaston sairaanhoitaja, -fysioterapeutti ja -osastonhoitaja, kotihoiton sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Yhteensä 8 henkilöä.	Kokouksen osallistujien esittely ja esittelytilanteeseen liittyvän tunnetilan tuominen julki kuvakortein ilmaistuna. Potilasohjauksen organisaatiomallin kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä – hankkeen ja hankkeessa laaditun aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjauksellisen sekä konsensuskokouksen 2008 tulosten esittely (PowerPoint-esitys). Keskustelu aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjauksellista ja konsensuskokouksen tuloksista sekä nykyisestä toimintamallista Haukiputaan terveyskeskuksessa. AVH-tiimin tarpeellisuuden esilletuonti ja päätös AVH-tiimin perustamisesta Haukiputaan terveyskeskukseen. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan potilasohjauksen nykytila-analyysi (SWOT-analyysi). Kirjallinen palaute tutkija-kehittäjän toiminnasta ensimmäisessä AVH-tiimin kokouksessa. Sopimus seuraavan kokouksen sisällöstä ja kokousajankohdasta.
2. kokous 02/09 Terveyskeskuksen ruokasali Akuuttiosaston sairaanhoitaja, -fysioterapeutti ja -osastonhoitaja, kotihoiton sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Yhteensä 7 henkilöä.	Nykytila-analyysin jatkaminen. Valmiin nykytila-analyysin tarkastelu ja keskustelun avulla ratkaiseminen miten vahvuuksia voidaan kehittää edelleen, miten heikkouksia voidaan poistaa, miten mahdollisuuksia voidaan hyödyntää ja miten uhkia voidaan torjua. Äänestäminen kehitettävistä aisoista. Perustelut äänestykselle. Kuntoutussuunnitelma (6 ääntä), moniammatillisen yhteistyön kehittäminen (4 ääntä), työparitoiminnan aloittaminen (3 ääntä) ja AVH-tietoisuuskoulutus (3 ääntä). Hoitopolkukuvauksen aloittaminen Sopimus seuraavan kokouksen sisällöstä ja kokousajankohdasta.
3. kokous 02/09 Lääkärien meeting -huone Akuuttiosaston sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, kotihoiton sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Yhteensä 6 henkilöä.	Edellisen kokouksen päätösten tarkastelu. Tavoitteisiin lisäys sopimus yhdenmukaisesta kirjaamiskäytännöstä (2 ääntä) ja AVH-vastaavajohtajajärjestelmän luomisesta (1 ääni). Hoitopolkukuvauksen jatkaminen. Keskustelu nykyisestä AVH-potilaan potilasohjauksellista toiminnasta. Sopimus hoitopolun läpikäymisestä osallistujakohtaisesti ja muutosten esittämisestä sähköpostitse tutkija-kehittäjälle. Sopimus tutkija-kehittäjän lähettämästä päivitetystä hoitopolkukuvauksesta akuuttiosastolle. Sopimus hoidon kulun kirjaamisesta hoitopolkukuvauksen yhden uuden AVH-asiakkaan kohdalla akuuttiosastolla. AVH-asiakkaan osaamiskartan laatimisen aloittaminen pohtimalla mitä osaamista AVH-asiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa tarvitaan. Sopimus seuraavan kokouksen sisällöstä ja kokousajankohdasta.
4. kokous 03/09 Simppulan kartanon iso kokoushuone Akuuttiosaston sairaanhoitaja, -perushoitaja, -fysioterapeutti, -osastonhoitaja ja -lääkäri, kotihoiton sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Yhteensä 9 henkilöä.	AVH-tiimin toiminnan esittely akuuttiosaston lääkärille ja -perushoitajalle. Keskustelu hoitopolkukuvauksesta. Muutosten teko hoitopolkukuvaukseen. Tutkija-kehittäjän palaute ja akuuttiosaston fysioterapeutin palaute hoitopolkukuvauksesta. AVH-tiimin jäsenten roolien vastuiden ja valtuuksien kirjaaminen hoitopolkukuvaukseen. Sopimus kirjaamisen jatkamisesta myöhemmin tapahtuvaa oman toiminnan tarkastelua varten. Osaamiskarttaluonnoksen ja muutosehdotusten läpikäyminen ja kirjaaminen. Keskustelu osaamisen tärkeydestä ja asetettavasta osaamisen tavoitetasoista. Päätökset osaamisen tärkeydestä ja osaamisen tavoitetasoista. Sopimus AVH-tiimin jäsenten osaamistarvekartoituslomakkeen täyttämisestä ja palauttamisesta tutkija-kehittäjälle. Sopimus tutkija-kehittäjän tekemästä osaamiskarttayhteenvedosta seuraavaan kokoukseen. Teoriaan ja tutkimuksiin viitattu esittely kuntoutussuunnitelman sisällöstä. Akuuttiosaston fysioterapeutin esitys mullaista kuntoutussuunnitelmaan hän on käyttänyt edellisessä työpaikassaan. Kotihoiton sairaanhoitajan esitys, miten kuntoutussuunnitelma rakentuu Effica-järjestelmään. Keskustelu kuntoutussuunnitelman sisällöstä, muodosta ja päivittäistieteistä. Päätös kuntoutussuunnitelman käyttöönotosta ja kuntoutussuunnitelma-sanan lisäämisestä Effica-järjestelmään. Päätös kuntoutussuunnitelmarungosta ja sen tallentamisesta Effica-järjestelmään. Keskustelu kuntoutussuunnitelmapalaverikäytännön aloittamisesta. Päätös kuntoutussuunnitelmapalaverin käyttöönotosta akuuttiosastolla 04/09. Käypähoitosuosituksen, konsensuskokouksen suosituksen, asiakkaiden kokemien kehitystarpeiden ja omaisten kokemien kehitystarpeiden vertailu. Toteamus kokouksessa todettujen kehitystarpeiden olevan linjassa em. selvityksiin. Kirjallinen palaute AVH-tiimin toiminnan hyvistä (+) ja huonoista (-) puolista. Sopimus seuraavan kokouksen sisällöstä ja kokousajankohdasta.
5. kokous 04/09 Simppulan kartanon iso kokoushuone Akuuttiosaston sairaanhoitaja, -perushoitaja, -fysioterapeutti, -	Tiedoitus Oys:ssa pidettävästä AVH-potilaan kuntoutuskoulutuksesta 06/09. Keskustelu halukkuudesta osallistua em. koulutukseen. Sopimus, kaikkien halukkaiden AVH-tiimiläisten osallistumisesta koulutukseen. Sopimus, että kukin AVH-tiimin jäsen selvittää osallistumismahdollisuuden omalta esimieheltään. Tiedoitus 05/09 Oys:n päättäjien vierailusta Haukiputaan terveyskeskuksessa. Päätös, että akuuttiosaston lääkäri ja -

<p>osastonhoitaja ja -lääkäri, kotihoidon sairaanhoitajan ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Yhteensä 9 henkilöä.</p>	<p>fysioterapeutti sekä kotihoidon fysioterapeutti osallistuvat em. tilaisuuteen. Osaamiskartan tulosten läpikäyminen ja keskustelu esille nousseista koulutustarpeista. Ehdotus sosiaalityöntekijän vierailumahdollisuudesta AVH-tiimiin. Toteamus moniammatillisen yhteistyön kehittymisestä AVH-tiimin jäsenten kesken. Suunnitelma kuntouttavasta hoitotyöstä sisäisenä koulutuksena syksyille 2009. Keskustelu Effica-ohjelman KunPa-lehden käyttöönotosta kuntoutussuunnitelman laatimista varten; käyttöoikeus kaikille koti- ja laitoshoidon hoitajille. Muistutus hoitopolkukuvauksen läpikäymisestä ja lisäyksistä tiedottaminen tutkija-kehittäjälle. Sopimus seuraavan kokouksen sisällöstä ja kokousajankohdasta.</p>
<p>6. kokous 05/09 Simppulan kartanon iso kokoushuone</p> <p>Akuuttiosaston sairaanhoitaja, perushoitaja ja -fysioterapeutti, kotihoiton sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Yhteensä 7 henkilöä.</p>	<p>Hoitopolun päivitys ja sopimus hoitopolun päivittämisestä vuoden välein. Keskusteltiin yhteydenpidosta Oys:n ja mahdollisen toimintaterapeutin saamisesta vuodeosastolle ostopalveluna. Sovittiin että tutkija-kehittäjä tiedustelee asiaa johtavalta lääkäriltä. Sosiaalityöntekijän pääsyn estymisen vuoksi sopimus sosiaalityöntekijän kutsumisesta syksyn kokoukseen. Keskustelu ja pohdinta kuntoutussuunnitelmassa käytettävistä otsikoista. Sopimus kuntoutussuunnitelmarunon tallennuksesta Effica-navigaattoriin Fysioterapia-akansioon. Akuuttiosaston fysioterapeutti esitti yhteenvedon Oys:n päättäjien tutustumiskäynnistä Haukiputaan terveyskeskuksessa. Sopimus kirjallisen toimintasuunnitelman laatimisesta seuraavassa kokouksessa. Akuuttiosaston fysioterapeutti kertoi AVH-tiimin jäsenille Oys:n kuntoutuksen puoleen päättäjien tutustumiskäynnistä Haukiputaan terveyskeskuksessa. Sopimus seuraavan kokouksen sisällöstä ja kokousajankohdasta.</p>
<p>7. kokous 05/09 Simppulan kartanon iso kokoushuone</p> <p>Akuuttiosaston sairaanhoitaja, perushoitaja ja -fysioterapeutti, kotihoiton sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Yhteensä 7 henkilöä.</p>	<p>Oys:n koulutuspalautteen läpikäyminen. Keskustelu AVH-potilaiden hoitokäytännöistä. Uusien hoitokäytäntöjen ideoiminen ja hahmottelu. Sopimus seuraavan kokouksen sisällöstä ja kokousajankohdasta.</p>
<p>8. kokous 09/09 Lääkärien meeting -huone</p> <p>Akuuttiosaston fysioterapeutti, kotihoiton sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja mielenterveystoimiston psykiatrinen sairaanhoitaja. Yhteensä 5 henkilöä.</p>	<p>Tutkija-kehittäjän laatiman yhteenvedon uusista hoitokäytännöistä tarkastelu, keskustelu ja muutosten kirjaaminen. Keskustelu sisäisen koulutuksen peruuttamisesta ja siirtämisestä myöhempään ajankohtaan. Sopimus sisäisen koulutuksen peruuttamisesta ja siirtämisestä myöhempään ajankohtaan. Sopimus seuraavan kokouksen sisällöstä ja kokousajankohdasta.</p>
<p>9. kokous 10/09 Lääkärien meeting -huone</p> <p>Akuuttiosaston sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja -osastonhoitaja, kotihoiton sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti. Yhteensä 5 henkilöä.</p>	<p>Keskustelu AVH-tiimin toiminnasta ja aikaansaannoksista. Sopimus ylilääkärin ja AVH-tiimin yhteisestä palaveriajankohdasta, jossa AVH-tiimi esittelee aikaansaannoksiaan ja jossa sovitaan tulevista tavoitteista ja käytännöistä yhteisesti. Sopimus seuraavan kokouksen ajankohdasta.</p>
<p>10. kokous 03/10 Lääkärien meeting -huone</p> <p>Akuuttiosaston fysioterapeutti, osastonhoitaja ja -lääkäri, kotihoiton sairaanhoitaja ja -fysioterapeutti, puheterapeutti ja ylilääkäri Yhteensä 7 henkilöä.</p>	<p>AVH-tiimin toiminnan ja aikaansaannosten esittely johtavalle lääkärille. Kytke-hankkeen esittely. AVH-yhdyshenkilön toiminnan esittely ja AVH-yhdyshenkilökokouksen sisällön esittely sekä keskustelu AVH-yhdyshenkilön toimenkuvan sisällöstä ja sen kehittämisestä. Keskustelu AVH-tiimin toiminnasta ja jatkohaasteista. Sopimus AVH-tiimin tavoitteista pohtia miten kotikuntoutusta kehitetään, mitä AVH-yhdyshenkilön toimenkuva sisältää sekä ensitietoilan järjestämisestä syksyllä 2010. Sopimus seuraavan kokouksen ajankohdasta.</p>

Powerpoint-esitys

AIVOVERENKIERTOHAIRIÖ POTILAAN OHJAUSMALLI

ERIKOISSAIRAANHOIDON (OYS)
JA PERUSTERVEYDENHUOLLON
YHTEINEN HANKE

PERUS-HANKE



Aivoverenkiertohäiriö-AVH

- Yhteisnimitys pitkäaikaisia neurologisia oireita aiheuttaville aivoverenkierron sairauksille
- Muutokset; kommunikoinnissa, liikkumisen alueella

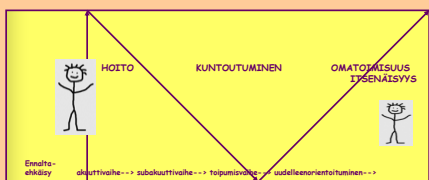
Avh-sairauksilla suuri kansanterveydellinen merkitys

- Menetetään eniten laatu-painotteisia elinvuosia kuin minkään muun sairauden vuoksi
- Kolmanneksi yleisin kuolinsyy
- Maamme kallein valtimotauti (Käypä hoito)

Potilasohjaushankkeen tarkoitus

- Luoda AVH-potilaan potilasohjausmalli
- Saavuttaa eri toimijoiden yhteinen ymmärrys ja tieto-perusta
- Mallin jalkauttaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon alueella

Kuntoutumisprosessin kuvaus



Potilasohjauksen perustana



Suosituksset;

- mmm
- mmmm
- mmmm

Tekijät;

Haapala Anne
Hemmilä Heli
Iilikainen Leila
Jaakkola Riitta
Kovalainen Asta
Marjala Minna
Meriläinen Päivi
Nybacka Tiina
Paakki Maarit
Penttilä-Sirkka Suv
Rainio Ari
Savukoski Kaarina
Vähäkangas Liisa
Vääräniemi Irja

Nykytila-analyysi

<p>VAHVUUDET</p> <p>Bobath-koulutus Hyvä ja aktiivinen fysioterapeutti Motivoitunut henkilökunta Jatkuvuus Yhteistyöhalukkuus Erikoisosaaminen Vuodeosasto Vuorovaikutus Sisäisiin koulutuksiin osallistuminen Johdon tuki kehittämiselle Apuvälineet</p>	<p>HEIKKOUEDET</p> <p>Lääkäreiden sitoutumattomuus Ulkopuolisten resurssien käyttämättömyys Kehittäminen työn ohessa Heikot yhteydet poliittisiin päättäjiin Sisäinen ja ulkoinen markkinointi Johdon kiire Työparitoiminnan puuttuminen Omahoitajajärjestelmän puuttuminen Ennaltaehkäisy Tilat ja laitteet Resurssien vähyys Toimintaterapeutin puuttuminen Kirjaamisen/järjestelmän toimimattomuus Tiedon siirron heikkoudet Mielenterveyspuolta ei ole hyödynnetty Terveyskeskuksen ja ulkopuolisten tahojen välisen yhteistyön puute Kuntoutussuunnitelman puuttuminen Sosiaalityöntekijän puuttuminen</p>
<p>Mahdollisuudet</p> <p>Yhteiset linjat Kuntouttava työte olemassa pohjalla Moniammatillinen yhteistyö pohjalla Akuuttiosastojen yhdistäminen Akuuttiosastolla yksi AVH-kuntoutuspaikka Osaava henkilöstö Tiimityöskentely Hoitohenkilökunnan psyykinen tukeminen</p>	<p>Uhat</p> <p>Liian varhaiset kotiutukset Osastojen yhdistäminen Ouluun liittyminen Jatkokehittämisen mahdollisuuden puute</p>

01/09 AH

KUVIO 4. Nykytila-analyysi

Vahvuuksien kehittäminen

Pidetään osaavat työntekijät
Järjestetään Bobath-koulutus hoitohenkilökunnalle
Jaetaan nykyosaamista kehittämällä työparitoimintaa (2)
Panostetaan työntekijöiden motivaatioon ja jaksamiseen, jotta saadaan pidettyä heidät töissä
Sovitaan AVH-asiakkaan hoitokäytännöistä, jotta saavutetaan yhteisen ymmärrys
Tehdään AVH-asiakkaalle kuntoutussuunnitelma (3)
Sovitaan lupakäytännöstä käyttää erikoisosaamista asiakkaan tarpeista käsin
Pyritään pitämään VOS1:n luonne akuuttina ja kuntouttavana
Järjestetään vuorovaikutuskoulutusta ja moniammatillisen yhteistyön koulutusta yhteisen kielen löytämiseksi
Lisätään AVH-tietoisuutta (3)
Järjestetään sisäistä koulutusta
Ajanmukaistetaan apuvälineitä
Hankitaan VOS1:lle painotettu kävelykuntoutuslaite

Heikkouksien poistaminen

Sitoutetaan lääkärit AVH-toimintaan
Lisärahoitus/resurssien lisääminen uuden käytännön luomiseksi (2)
Projektirahoituksen hankkiminen uuden käytännön luomiseksi (1)
Hyödynnetään varahenkilöjärjestelmää uuden AVH-asiakkaan tullessa osastolle
Lisätään varahenkilöitä varahenkilöjärjestelmään
Lisätään sisäistä ja ulkoista markkinointia ja tiedottamista (mm. lehtijutut) AVH-osaamisen alueelta
Pysäytetään kiire ja pyydetään talon johtoa AVH-tiimiin keskustelemaan
Otetaan työparitoiminta käyttöön (1)
Perustetaan AVH-vastaavahoitajajärjestelmä (1)
Panostetaan verenpaineen seurantaan ja ohjaukseen
Lisätään tiedotusta varhaisesta liuotushoidosta.
Kehitetään varhaisen masennuksen hoitoon-ohjausta

Mahdollisuuksien hyödyntäminen

Sovitaan yhteiset ja hyväksytyt toimintakäytännöt (+esimiesten luvat)
Panostetaan kuntouttavaan työotteeseen, työparitoimintaan ja AVH-tietoisuuden lisäämiseen (konkretia)
Kehitetään moniammatillista yhteistyötä (3)
Ollaan mukana tilojen suunnittelussa (AVH-yksikkö)
Pidetään osaava henkilöstö ja lisätään osaavaa henkilöstöä
Säilytetään VOS1 akuuttiosastona ja kehitetään Vos 1:llä AVH-toimintaa
Lisäkoulutus toteutetaan omana työnä/ostotoimintana
Selkiytetään tiimityötä (1)
Järjestetään työnohjausta (3)

Uhkien torjuminen

Sovitaan yhteneväisistä hoitolinjoista
Pidetään VOS1:lla potilaspaikkoja AVH-kuntoutujille
Otetaan AVH-tiimi mukaan osastojen kehittämistyöhön
Lisätään AVH-osaamistietoutta
Saadaan AVH-tiimin toiminta näyttävästi alkuun
Haetaan projektirahoitusta ja AVH-näkyvyyttä
Tehdään AVH-tiimille toimintasuunnitelma
Työntekijöitä ei lomauteta
Kehitetään toimintakäytäntöjä ja pidetään työpaikka houkuttelevana
Panostetaan ennaltaehkäisyyn
Siirretään hiljaista tietoa ennen suurten ikäluokkien eläkkeelle jääntiä
Rahaa tilojen ja laitteiden asianmukaistamiseksi, panostetaan budjettiin (1)
Hankitaan lisäresursseja suunnitelmallisesti (5)
Toimintaterapiakäytännön aloitus: ohjaus ja konsultointi
Sovitaan yhteisestä ja yhdenmukaisesta kirjaamiskäytännöstä (2)
Sovitaan yhteistyötoimien kanssa tiedonsiirrosta ja yhteistyökäytännöistä
Sovitaan mielenterveystoimiston kanssa yhteisistä käytännöistä
Sovitaan AVH-tiimin toimintakäytännöistä ja tapaamisajankohdista
Sovitaan AVH-asiakkaan hoitoneuvottelulle vakioaika
Tehdään kuntoutussuunnitelma AVH-asiakkaalle (3)
Resurssoidaan sosiaalityöntekijä AVH-tiimiin, VOS1:lle 1h/vko

Äänestystulokset suluissa (annettujen äänten lkm).

Huom! Osa äänestäjistä ei kokenut tarvetta käyttää kaikkia kuutta ääntään äänestyksessä.

**AVH-POTILAAAN
HOITOPOLKUKUVAUS**

			Vai- heet											
			Tuloitus	Osastolle saapuminen	Ensimmäinen lääkärintierto	Kunt suunm. Palaveri	Kuntoutus akuuttiosastolla	Kohtuuden suunnittelu	Hoitoneuvottelu	Et-palaveri	Kohtuuden työntekijöiden info	Kohtuuden	Avohoitto	
Organisaatio		Toimijat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
		Potilas		x	x	x	x	x	x			x	X	
		Läheiset			x	x	x	x	x			x	x	
Erikoissairaanhoito	OYS	OYS	X											
Perusterveydenhuolto														
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Akuuttiosasto	Osaston sihteeri	x	x								x		
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Akuuttiosasto	Lääkäri	(x)	x	x			x	x			x		
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Akuuttiosasto	Sairaanhoitaja	x	X	X	x	X	X	X			X		
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Akuuttiosasto	Lähihoitaja		X		x	X	x	(x)					
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Akuuttiosasto	Fysioterapeutti	(x)	x	x	X	X	X	x	X		x		
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Puh terap	Puheterapeutti			(x)	x	(x)	(x)	(x)			(x)	(x)	
(OSTOPALVELU)	Yksityinen	Toimintaterapeutti					(x)						(x)	
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Mielenterv. tsto	Psyk. Sh				x	X	x	(x)			(x)	x	
KOTI- JA LAITOSHOITO	Kotihoito	Sihteeri (poistettu 3.kokous)												
KOTI- JA LAITOSHOITO	Kotihoito	Tiimivastaava						(x)	(x)		x	(x)		
KOTI- JA LAITOSHOITO	Kotihoito	Sairaanhoitaja							(x)		x	(x)	(x)	
KOTI- JA LAITOSHOITO	Kotihoito	Hoitaja							(x)		x	(x)	(x)	
KOTI- JA LAITOSHOITO	Kotihoito	Fysioterapeutti						(x)	(x)	x	X	(x)	(x)	
KOTI- JA LAITOSHOITO	Hannankoti	Tiimivastaava												
KOTI- JA LAITOSHOITO	Hannankoti	Hoitaja												
SOSIAALIPALVELUT	Sosiaalito	Sosiaalityöntekijä					x	(x)				(x)	(x)	
TESA/KOTI- JA LAITOSHOITO		SAS-työryhmä						(x)						
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Fysioterapia	Tiimivastaava										X	X	
TERVEYDEN JA SAIRAANHOITO	Fysioterapia	Fysioterapeutti											X	

II kokous
III kokous
IV kokous
VI kokous

x -toimija
X-vastuussa
(x) tarvittaessa

Kuvio 5. AVH-potilaan hoitopolun synty

AVH-POTILAAN POTILASOHJAUSMALLI HAUKITPUTAAN TERVEYSEKSKUKSESSA

1 Tuloilmoitus

Toimijat: Oys, osaston sihteeri ja sairaanhoitaja. Tarvittaessa lääkäri ja fysioterapeutti. Päävastuu Oys:lla.

Tuloilmoitus tapahtuu Oys:sta puhelimen välityksellä. Käydään läpi siirtoepi kriisi, hoitotyön yhteenveto, terapiayhteenvetot (OYS:n ft:n yhteydenotto Vos1:iin) sekä erikoissairaanhoidon tekemä kuntoutussuunnitelma.

2 Osastolle saapuminen

Potilas saapuu osastolle klo 8-16 välillä. Toimijat: Potilas, osastonsihteeri, lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja ja fysioterapeutti. Yhteisvastuu sairaanhoitajalla ja lähihoitajalla

Osastonsihteeri kirjaa potilaan sisään. Lääkäri tutustuu potilaspapereihin ja potilaaseen. F-vuorolainen sairaanhoitaja ottaa vastaan potilaan, tekee lääkehoitosuunnitelman ja huolehtii potilaan lääkityksestä. Lähihoitaja vastaanottaa potilaan ja haastattelee ADL-toiminnoista ja apuvälineistä. Fysioterapeutti katsoo potilaan siirtymiset ja apuvälinetarpeen, huolehtii lainattavat apuvälineet, tekee potilaspaikkasuosituksen ja antaa kuntoutusohjeet hoitohenkilökunnalle esim. viikonlopuksi.

3 Ensimmäinen lääkärintieto

Toimijat: Potilas, läheiset, lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja tarvittaessa puheterapeutti. Päävastuu sairaanhoitajalla

Lääkäri tekee läheteet terapeuteille ja päivittää hoitosuunnitelman. Sairaanhoitaja kartoittaa tilanteen ja tiedottaa eteenpäin yhteistyökumppaneille. Fysioterapeutti tulee mukaan (ensimmäisenä päivänä) lääkärin kierrolle (Lääkärintieto kohdennetaan uuden kuntoutujan huoneeseen FT:n saapuessa osastolle.) Tarvittaessa puheterapeutti osallistuu lääkärintierolle.

4 Kuntoutussuunnitelmapalaveri

Toimijat: Potilas, läheiset, sairaanhoitaja/lähihoitaja, fysioterapeutti, puheterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja. Päävastuu fysioterapeutilla/puheterapeutilla.

Kuntoutussuunnitelmapalaveri pidetään tiistaisin klo 13-14, mikäli erityistyöntekijät osallistuvat kokoukseen. Kokoonkutsujana toimii vuodeosaston fysioterapeutti/puheterapeutti. Kokouskutsu lähetetään EFFICA-VIESTINÄ osallistujille edelliseen päivään mennessä. Kuntoutussuunnitelma kirjataan KUNPA-lehdelle ja otsikoksi valitaan kuntoutussuunnitelma. Lisäksi kirjataan TIIV-sarakkeeseen HOSUOU-lehdelle tiedoksi, että potilaalle on laadittu kuntoutussuunnitelma. Esimerkiksi Afasiapotilaiden kohdalla (ei mot ong) kirjaa puheterapeutti kuntoutussuunnitelman KUNPA-lehdelle. Fysioterapeutti toimii kokoonkutsujana. Hän sopii läheisten kanssa ajankohdasta sekä informoi vuorossa olevaa sairaanhoitajaa/perushoitajaa kuntoutussuunnitelmapalaverista. Puheterapeutti tekee puheterapeutin tutkimuksen, jonka perusteella tehdään suunnitelma puheterapian toteutuksesta.

5 Kuntoutus vuodeosastolla

Kuntoutus toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä. Potilas ja läheiset otetaan mukaan kuntoutukseen. Toimijat: Potilas, läheiset, sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja tarvittaessa puheterapeutti ja toimintaterapeutti. Päävastuu jakavat sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti, puheterapeutti, toimintaterapeutti ja psykiatrinen sairaanhoitaja.

Sairaanhoitaja ja lähihoitaja osallistuvat kuntouttavaan hoitotyöhön fysioterapeutin ohjeita noudattaen ja toteuttaen perushoitoa. Fysioterapeutti ohjaa kuntouttavan hoitotyön toteuttamisessa ja toimii työparina hoitohenkilökunnan kanssa, arvioi ja ohjaa oikeat potilassiirtotekniikat ja käytettävät apuvälineet. Toteuttaa fysioterapiaa yhdessä kollegoiden kanssa eri keinoin sekä vuodeosastolla että fysioterapiaosastolla 2x/pv, ohjaa läheisiä ja potilasta itsehoidossa, kirjaa toteutuman FYS- ja HOSUOU-lehdelle päivittäin. Arvioi kuntoutuksen etenemistä ja suunnittelee kuntoutuksen jatkoa sekä on tarvittaessa yhteydessä eri yhteistyötahoihin ja kirjaa yhteenvedot FYS-lehdelle Oys-kontrolleja varten sekä potilaan siirtyessä vaativan kuntoutuksen kuntoutusjaksolle, jonne on myös puhelimitse yhteydessä kollegaan. Psykiatrinen sairaanhoitaja tekee lääkärin pyynnöstä arviokäynnin ja tarvittaessa jatkosuunnitelman sekä esittäytyy potilaalle. Sosiaalityöntekijä tekee läheisten/henkilökunnan pyynnöstä ohjaus- ja neuvontakäynnin. Tarvittaessa puheterapia toteutetaan vuodeosastolla 3-5 x viikossa tarpeen ja jaksamisen mukaan. Toimintaterapeutti tekee arvio- ja ohjauskäynnin os-topalveluna.

6 Kotiutuksen suunnittelu

Kotiutuksen suunnittelu alkaa lääkärin, hoitajien tai terapeuttien toimesta. Toimijat: Potilas, läheiset, lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja ja tarvittaessa puheterapeutti, kotihoidon tiimivastaava, kotihoidon fysioterapeutti tai sosiaalityöntekijä. Mikäli potilas ei pärjää kotona, viedään asia SAS työryhmään käsiteltäväksi. Yhteisvastuu sairaanhoitajalla ja fysioterapeutilla.

Sairaanhoitaja/lähihoitaja/osastosihteeri huolehtii hoidon jatkuvuudesta/tiedottamisesta.

Osaston fysioterapeutti tekee kotikäynnin ja huolehtii tarvittavista kodinmuutostöistä ja apuvälinetarpeen arvioinnista sekä laatii tarvittavat lausunnot. Psykiatrinen sairaanhoitaja tekee arvion jatkotarpeesta.

7 Hoitoneuvottelu

Hoitoneuvottelussa kartoitetaan kotipalvelun ja sairaanhoidon tarve sekä läheisten osallistuminen. Hoitoneuvotteluun kutsutaan asiakkaan ja hänen läheisten lisäksi ne ammattihenkilöt, jotka katsotaan tarpeelliseksi asiakkaan näkökulmasta. Toimijat: Potilas, läheiset, lääkäri, sairaanhoitaja/lähihoitaja, vuodeosaston fysioterapeutti ja tarvittaessa puheterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja, kotihoidon tiimivastaava, kotihoidon fysioterapeutti, -omahoitaja ja/tai kotisairaanhoitaja. Päävastuussa sairaanhoitaja.

Potilas ja läheiset tuovat oman näkemyksen hoitoneuvotteluun. Lääkäri johtaa hoitoneuvottelua. Hän kertoo lääketieteellisen taustan, hoitolinjat, lääkityksen sekä tilanteen missä ollaan menossa. Sairaanhoitaja/lähihoitaja tiedottaa nykytilasta ja kirjaa. Vuodeosaston fysioterapeutti kertoo kuntoutujan tämän hetkisen liikkumisen ja toimintakyvyn tasosta, apuvälinetarpeesta ja jatkoterapiasuunnitelmasta ja kotioloista/muutostöistä tehdyn kotikäynnin perusteella. Puheterapeutti käy potilaan ja hänen läheisten kanssa läpi puheterapeutin kuntoutuksen tilanteen ja jatkosuunnitelmat. Todetaan mahdollinen kommunikaatioapuvälineen tarve ja mietitään jatkotoimenpiteet. Psykiatrinen sairaanhoitaja käy läpi potilaan psyykkistä vointia/tilannetta ja jatkosuunnitelmia. Kotihoidon tiimivastaava sopii yhdessä potilaan ja läheisten kanssa kotiin järjestettävästä avusta, tarvittavista tukipalveluista ja/tai säännöllisestä kotihoitosta. Kotihoidon fysioterapeutti, -omahoitaja ja/tai kotisairaanhoitaja tutustuu potilaaseen ja sopii käytännön järjestelyistä.

8 Ft-palaveri

Mikäli mietitään potilaan siirtymistä kotihoidon piiriin pitävät Vos1:n ja kotihoidon fysioterapeutti yhteispalaverin. Toimijat: vuodeosaston ja kotihoidon fysioterapeutit. Päävastuu vuodeosaston fysioterapeutilla

FT-palaverissa sovitaan potilaan kuntoutuksen/ohjauksen tarpeesta. Esimerkiksi kotihoidon henkilökunnan ohjaus potilassiirroissa, kuntouttavan hoitotyön toteuttamisessa ja kuntoutussuunnitelman laadinnassa. Käydään läpi/ohjataan osastolla potilaan kanssa tehdyt siirtotavat yms. (tutustuminen kuntoutajaan).

Kotihoidon fysioterapeutti laatii jatkokuntoutussuunnitelman.

9 Kotihoidon työntekijöiden informoiminen uudesta kotihoidon asiakkaasta

Toimijat: Pohjoinen/Etelä-Itä/Etelä-Länsi tiimit (tiimivastaava, tiimien sairaanhoitajat ja hoitajat sekä kotihoidon fysioterapeutti). Kotihoidon fysioterapeutti välittää informaation (miten osastolla on toimittu) kotihoidon tiimille. Fysioterapeutti kertoo tiimin kanssa hoitosuunnitelman sisällön ja tarvittaessa käydään läpi mm. pukeutumiset, peseytymiset ja siirtymiset. Kotihoidon fysioterapeutti ohjaa potilasta, läheisiä ja hoitohenkilökuntaa kotona. Päävastuu kotihoidon fysioterapeutilla.

10 Kotiutus

Toimijat: Potilas, läheiset, osaston sihteeri, lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti ja tarvittaessa kotihoidon tiimivastaava, kotisairaanhoitaja, omahoitaja, kotihoidon fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Päävastuu sairaanhoitajalla

Osaston sihteeri kirjoittaa laskun, varaa jatkotutkimus- ja kontrolliajat, kyydit yms. Lääkäri laatii lääkinnällisen kuntoutuksen suosituksen/suosituksset ja välittää tiedon fysioterapian tiimivastaavalle. Puheterapian osalta puheterapeutille. Sairaanhoitaja huolehtii lääkityksen järjestymisestä kotiin (osastolta lääkkeet, apteekista lääkkeet, kotisairaanhoito), kyydin kotiin, vaatetuksesta, ruoka-asioista, vatsan toimituksesta ja suihkutuksesta lähtöpäivänä, jatkokontrolleista, lääkäri- ja laboratorioajoista. Fysioterapeutti huolehtii kotiin lainattavista apuvälineistä ja antaa kirjalliset kotivoimisteluohteet ym. itsehoito-ohjeet potilaalle ja läheisille, antaa jatkofysioterapia-ajat ja kirjaa yhteenvedon

Fys-lehdelle sekä tekee kirjalliset lääkinnällisen kuntoutuksen- ja apuvälinesuosituksset. Fysioterapiayksikön tiimivastaava vie asian kuntoutustyöryhmään. Fysioterapeutti toimii usein yhteishenkilönä myös esim. sos.tt:n kanssa sekä omaisten välillä.

Kotihoidon ja muiden tukipalvelujen aloittaminen.

11 Avohoito

Potilaan, läheisten ja hoitohenkilökunnan ohjaus. Kukin asiakasta hoitava terapeutti osallistuu yhteistyössä toimijoiden kanssa ohjaukseen. Toimijat: Potilas, läheiset ja tarvittaessa kotihoidon tiimivastaava, kotisairaanhoitaja/hoitaja, kotihoidon fysioterapeutti, vastaava fysioterapeutti, lääkinnällisestä kuntoutuksesta vastaava fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä. Päävastuu potilaalla itsellään. Jos potilas/läheinen ei kykene huolehtimaan kokonaisuutena, kotihoidon työntekijällä on vastuu hoidon kokonaisuudesta.

Kotihoidon tiimivastaava organisoii kotikäynnit ja sopii tukipalveluista. Kotisairaanhoitaja/hoitaja toteuttaa sovitut kotikäynnit. (Käynnit sisältävät mm. lääkehuollon ja avun ADL-toiminnoissa tilanteen mukaan.) Kotihoidon fysioterapeutti tarkkailee miten terapiassa sovitut toimintamallit ovat siirtyneet kotiin. Hän ohjaa ja neuvoo sekä tekee tarvittaessa apuvälinearvioita. Fysioterapiayksikkö lähettää lääkinnällisen kuntoutuksen päätöksen kotiin. Fysioterapeutti (Fyska) toteuttaa jatko /avofysioterapian (1-) 2x /vko vastaanotolla (aluksi tarvittaessa kotikäynteinä muutama kerta), tekee kuntoutussuunnitelman terapiajakson alussa yhdessä potilaan kanssa, joka kirjataan Fys-lehdelle. Ohjaa potilasta ja läheisiä itsehoidossa ja toimintakyvyn tukemisessa sekä arvioi apuvälinetarvetta tehden niihin liittyvät tarvittavat koti-, sovituskäynnit ja toimii potilaan ammatillisena yhdyshenkilönä kuntoutusasioissa. Arvioi kuntoutumisprosessia ja on tarvittaessa yhteydessä muihin kuntoutumiseen osallistuvien kanssa ja tekee tarvittavat lausunnot / suosituksset esim. jatkofysioterapiasta. Kirjaa käynnit ja yhteenvedot toteutuksesta Fys-lehdelle. Puheterapia jatkuu poliklinisesti terveyskeskuksessa tarpeen mukaan, yleensä 1x/vko. Psykiatrinen sairaanhoitaja jatkaa avohoitoa mielenterveyskeskuksessa tarpeen mukaan. Sosiaalityöntekijä informoi potilasta oikeuksista ja etuuksista.

Kaikki toimijat kirjaavat lyhyesti KUNPA-lehdelle potilaan suunnitellut ja käynnissäolevat kuntoutuspalvelut.

Mitä AVH-osaamista tarvitaan?

Tietoa sairaudesta	Tietoa ennaltaehkäisystä	Lääkehoito	Tietoa sairauden synnystä	Tietoa oireista
Kuntoutus	Kuntouttava hoitotyö	Fysioterapia	Toimintaterapia	Puheterapia
Psyykinen tuki	Kuntoutus-suunnitelma	Työntekijöiden ohjaus	Potilaan ohjaus	Omaisten ohjaus
Tietoa etuuksista	Tietoa kolmannen sektorin toiminnasta	Tietoa tukipalveluista	Moniammatillinen yhteistyö	Tietoa kotioloista

KUVIO 5. Yhteenvedo AVH-osaamisalueista.

Taulukko 10. AVH-tiimin osaamistarvekartoitus

AVH-TIIMIN OSAAMISTARVEKARTOITUS

AVH-tiimikohtaiset osaamisalueet	Konkreettiset osaamiset	Osaamisen taso 1-5	Osaamisen tärkeys 1-5	Osaamisen tavoitetaso
1 Tiedot sairaudesta	1.1 Ennaltaehkäisy	3,27	5	5
	1.2 Perustieto avh sairauksista: synty, oireet, sairauksen tekninen vaikuttavuus	3,27	5	5
2 Sairausten hoito	2.1 Perushoito	3,16	3	3
	2.2 Lääkehoito	2,70	3	3
	2.3 Hoitotarvikkeet	2,55	3	3
3 Kuntoutus	3.1 Tieto terapiamuodoista tt, ft, puht, psyyk tuki	3,32	5	5
	3.2 Terapiaosaaminen tt, ft, puht, psyyk tuki	2,76	3	3
	3.3 Kuntoutussuunnitelmaosaaminen	3,11	5	5
	3.4 Apuvälinetietoisuus	2,84	3	3
	3.5 Kuntouttava hoitotyö	3,56	5	5
4 Opetus ja ohjaus	4.1 Oppimis- ja opetusmenetelmäosaaminen	3,14	4	4
	4.2 Potilaan ohjaus ja neuvonta	3,41	5	5
	4.3 Läheisen ohjaus ja neuvonta	3,27	5	5
	4.4 Henkilökunnan ohjaus ja neuvonta	3,25	5	5
	4.5 Arviointiosaaminen: henkilökunnan kyky	2,83	5	5
	4.6 Psyykinen tuki	3,13	5	5
5 Moniammatillinen yhteistyö	5.1 Hoitoon osallistuvien roolit	3,41	5	5
	5.2 Työnjako	3,55	5	5
6 Tukipalvelut	6.1 Tietous asiakkaan etuuskista	2,27	3	3
	6.2 Tietous potilasjärjestöistä ja niiden toiminnasta	2,53	3	3
	6.3 Tietoisuus vertaistuen mahdollisuudesta	2,12	3	3
	6.4 Tietoisuus 3 sektorin palveluista	2,25	3	3
	6.5 Omaisten tuki	2,83	3	3
7 Työelämätaidot	7.1 Vuorovaikutusosaaminen	3,39	5	5
	7.2 Tiedottaminen	3,47	5	5
	7.3 Yhteistyö- ja verkosto-osaaminen	3,00	4	4
	7.4 Toimisto- ja atk-taidot	3,30	3	3

*Osaamisen taso

1 = ei hallitse perusteita

2 = hallitsee perusteet, mutta tarvitsee tukea

3 = toimii itsenäisesti

4 = osaa ohjata muita

5 = asiantuntija, huippuosaaja

**Osaamisen tärkeys

1 = ei tarvitse työssään

2 = ei kovin tärkeä

3 = keskitärkeä

4 = melko tärkeä

5 = erittäin tärkeä

KUNTOUSSUUNNITELMA

Käytetään runkona/apuna esim. kirjattaessa Effican KUNPA –sivulle vuodeosasto 1:llä laadittavaa kuntoutussuunnitelmaa AVH-potilaalle. Valitaan KUNPA-sivulla otsikoiksi:

1. kuntoutussuunnitelma**2. esitiedot****3. nykytila****4. tavoite****5. suunnitelma**

Sisällöksi:

1. Kuntoutussuunnitelma:

- Laadittu VOS 1 kuntoutussuunnitelma *pvm*: _____

- *paikalla*: kuntoutuja:
 omainen:
 hoitaja:
 ft:

2. Esitiedot:

- *Voimavarat / Tausta* (esim. asuminen, avuntarve, apuvälineet, omaiset, ammatti, harrastukset, elämäntyyli, luonne jne)...

- *Kuntoutuksen syy*

3. Nykytila:

- näkö
- kuulo
- puhe
- Liikkuminen:
 - o Siirtyminen pyörätuoliin
 - o istuminen
 - o kelaaminen
 - o Kävely
- Wc-toiminnot
- syöminen
- pukeutuminen
- peseytyminen
- Muisti ja psyyke
- muuta

4. Tavoite:

- *Kokonaistavoite* (esim. kotikuntoisuus kotiavunturvin tai palveluasuntokelpoisuus tai..)

5. Suunnitelma:

- *osataavoitteet ja keinot*: (esim. kuka tekee, mitä tehdään, miten tehdään, montako kertaa pv:ssä, terapioiden määrä, omaisten osuus jne. ja mihin pyritään ja millaisella aikataululla, jotta kokonaistavoitteeseen päästään)
- liikkuminen
- Wc-toiminnot
- peseytyminen
- syöminen
- pukeminen
- muu esim. kotilomat
- apuvälineet
- kotikäynti
- puhe
- mielenterveys/masennus

Taulukko 11. AVH-potilaiden hoidosta ja kuntoutuksesta tehtävien päätösten vaikutuksia AVH-potilaiden terveyteen ja hyvinvointiin

Näkökulma	Entinen käytäntö	Nykyinen, kevään 2009 aikana, hahmoteltu toiminta	Palveluasunnossa asuminen ennen kotiutumista	Vuodeosastolta suoraan kotiin
Potilaan hyvinvoinnin ja terveyden näkökulma	Sekava käytäntö Muokkautunut ajan saatossa Laitostuminen	Potilaslähtöinen hoito ja kuntoutus	Arjessa selviytyminen paranee. Turvallisuuden tunne lisääntyy Hoitohenkilökunta lähettyvillä Sosiaalinen elämä lisääntyy Kodinomainen asuinympäristö Nopeammin normaaliin elämään kiinni Laitostuminen vähenee	Uudelleen oppiminen tapahtuu tutussa ympäristössä. Turvallisuus tai turvattomuus lisääntyy Laitostuminen vähenee Nopea paluu normaaliin elämään
Perheen näkökulma	Ulkopuolisia, epävarmoja ja tietämättömiä Ohjeiden puuttuminen Tiedon puute Yhtenäisen ohjeistuksen puute	Otetaan mukaan hoitoon Tieto ja tietämys lisääntyy Yhtenäinen ohjeistus	Perheen sopeutuminen helpompaa Perhe läsnä paremmin Pelot vähenevät ja turvallisuuden tunne lisääntyy Lisää perheen jaksamista ja mahdollisuutta osallistua hoitoon. Perhe voi levätä	Sitoutuminen asiakkaan hoitoon Stressi lisääntyy Tuen tarve kasvaa
Hoitajien näkökulma	Turhauttaa Yhtenäisen ohjeistuksen puute	Perehdytys ja hoitopolku helpottavat työnte-koä Yhteinen näkemys Hoito tasalaatuista Selvä työnjako ja vastuiden määritelty helpottavat moniammatillista yhteistyötä	Henkilökohtainen avustaja vähentää henkilökunnan työn määrää. Työssä jaksaminen lisääntyy Vähentää hoitajien turhautumista kun asiakas on oikealla paikalla	Lisää kotikäyntejä Henkilökohtainen avustaja auttaa tilannetta Moniammatillisessa yhteistyössä tiedon kulku ja yhtenäiset hoitokäytännöt korostuvat
Kuntoutuksen näkökulma Ft, Tt, Pt, Psyk sh	Sekava Kuntouttajien keskinäinen yhteistyö puuttuu Sirpaleinen	Perehdytys ja hoitopolku helpottavat työnte-koä Yhteinen näkemys Hoito tasalaatuista Selvä työnjako ja vastuiden määritelty helpottavat moniammatillista yhteistyötä	Kuntoutusympäristö kodinomainen. Lähellä terveyskeskusta Asiakkaan ja lähiympäristön ohjaus tehokasta	Lisää kotikäyntejä Pitkät välimatkat Asunnonmuutostyöt Hoitajien ohjaus ongelmallista
Kustannusnäkökulma	Laitospaikkoja tarvits-evien määrä kasvaa. Hoitoajat pitkittyvät Vuodeosasto ei vedä	Hoito ei jää tekemättä/ ei pääl-lekkäistä toimintaa Säästöjä hoitoajassa	Potilaan kustannukset nousevat Vuodeosastopaikka vapautuu Henkilökohtainen avustaja vähentää hoitohenkilökunnan tarvetta Henkilökohtaisen avustajan palkkaamisella työllistävä vaikutus	Kotikäynnit ja henkilökunnan määrä lisäävät kustannuksia Resurssit puuttuvat
Suosituksen mukainen näkökulma	Ei suosituksen mukaista toimintaa	Kotiutus nopeutuu Selkeä hoitolinja	Suosituksen mukaista hoitoa	