



Arja Lamminkangas

**Hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli Pudasjärven kaupungin
terveyskeskuksen ja kotihoidon yhteiskäyttöön**

**Hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli Pudasjärven kaupungin
terveyskeskuksen ja kotihoidon yhteiskäyttöön**

Arja Lamminkangas
Opinnäytetyö
Syksy 2011
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Tekijä: Arja Lamminkangas

Opinnäytetyön nimi: Hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli Pudasjärven kaupungin terveyskeskuksen ja kotihoidon yhteiskäyttöön

Työn ohjaajat: TtT, yliopettaja, Arja Veijola ja TtT, yliopettaja, Hilikka Honkanen

Työn valmistumiskuukausi ja -vuosi: Syksy 2011 Sivumäärä: 87+15 liitesivua

Kehittämistyön tavoitteena on kehittää terveyskeskuksen ja kotihoidon yhteistyökäytännöt. Pudasjärven kaupunki suunnitteli kuntoutusosaston perustamista osana sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaiskehittämistä vuonna 2008. Kehittämistyön tueksi Pudasjärvellä järjestettiin Oulun seudun ammattikorkeakoulun toteuttama kuntoutuskoulutus vuosina 2008 – 2009. Koulutukseen osallistui sekä terveyskeskuksen vuodeosaston, avoterveydenhuollon ja kotihoidon ammattihenkilöitä. Tämän toimintatutkimuksena toteutetun kehittämistehtävän tarve ilmeni henkilöstön keskuudessa koulutuksen alussa. Tarkoituksena oli tuottaa yhteistyönä hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli Pudasjärven kaupungin terveyskeskuksen ja kotihoidon käyttöön. Kehittämistyö toteutettiin terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon henkilöstön yhteistyönä vuosina 2009-2010.

Koulutushankkeen alkaessa Pudasjärven terveyskeskuksen vuodeosastolla ei ollut käytössä kuntoutussuunnitelmaa ja asiakkaan kuntoutukseen liittyvät yhteistyökäytännöt puuttuivat kotihoidon ja osaston väliltä. Kuntoutuksen suunnitteluun ja kuntoutus- ja hoitosuunnitelmamallin kehittämiseen liittyviä asioita käsiteltiin kuntoutuskoulutuksen aikana eri asiayhteyksissä useita kertoja. Terveyskeskuksen ja kotihoidon henkilöstö kehitti yhdessä uutta kuntoutus- ja hoitosuunnitelmamallia kuntoutuskoulutukseen liittyvänä kehittämistehtävänä.

Yhteiskehittelyn tuloksena tuotettiin hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli, mikä alkaa *kuntoutus- ja hoitosuunnitelmapalaverilla*, jossa asiakkaan kuntoutumisen suunnittelu käynnistyy moniammatillisena yhteistyönä yhdessä asiakkaan ja hänen omaisten kanssa alkuhaastattelun ja toimintakykyarvion perusteella hoitoprosessin alussa. Suunnitelmaan kirjataan selvästi kuntoutumisen tavoitteet ja keinot sekä alustavasti kotiutumisen ajankohta. Suunnittelussa huomioidaan asiakkaan selviytymisen vaatimukset siinä toimintaympäristössä, mihin hän vuodeosastolta siirtyy (esim. koti). Tarvittaessa sovitaan myös kotiutuskokeilu. Kehitetyn mallin mukaiseen toimintaan kuuluu asiakkaan kotiin tehtävä *kotikäynti*, jossa ovat mukana asiakkaan itsensä tai hänen omaisensa lisäksi sekä osaston että kotihoidon asiantuntijat. Kotikäynti tehdään riittävän ajoissa ennen kotiutusta. Uuteen toimintamalliin kuuluu myös *toinen kuntoutus- ja hoitosuunnitelmapalaveri*, jossa yhdessä arvioidaan kuntoutumisen etenemistä ja tarkennetaan kotiutumisen aikataulu sekä sovitaan tarvittaessa kotiutuskokeilu. Palaveriin osallistuu asiakas ja hänen omaisensa, osaston henkilökuntaa ja kotihoidon palveluohjaaja tai kotiutushoitaja. Uuden toimintamallin käytöllä turvataan asiakkaan tarpeista lähtevä ja mahdollisimman saumaton kotiin siirtyminen.

Asiasanat: Toimintatutkimus, moniammatillinen yhteistyö, hoito- ja kuntoutussuunnitelma

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences, Postgraduate Programme in Health Promotion

Author: Arja Lamminkangas

Title of Bachelor's thesis: The model of treatment and rehabilitation planning for health- and home-care in the city of Pudasjärvi

Supervisors: D.H.Sc, Arja Veijola and D.H.Sc, Hilikka Honkanen

Term and year of completion: Autumn 2011 Number of pages: 87+15 appendices

The aim of the development work is to improve the cooperation in health care centre and home care practices. In 2008, city of Pudasjärvi planned to set up a department for rehabilitation as a part of overall development in social and health services. To support the development work a rehabilitation training was arranged in Pudasjärvi by Oulu University of Applied Sciences in 2008-2009. The persons participating in the training worked in out-patient clinic and health centre ward of the health care centre and in home care. Need for this development work that was carried out as action research appeared among the participants at the beginning of the training. The aim was to produce a model of nursing and rehabilitation plan for health care centre and home care in city of Pudasjärvi. The development work was carried out in collaboration with personnel of health centre ward and home care in Pudasjärvi health care centre in 2009-2010.

At the beginning of the training project, there were no rehabilitation plan in use in the health centre ward and there were no cooperation practice between the health centre ward and home care regarding the customer's rehabilitation. Matters connected to rehabilitation planning and development of model for rehabilitation and nursing plan were considered several times in various contexts during the rehabilitation training. The personnel of the health care centre and home care developed together a new model of rehabilitation and nursing plan as an exercise connected to the training.

As a result of the cooperative development work a model of nursing and rehabilitation plan was produced. It starts with a rehabilitation and nursing planning meeting, where planning of the customer's rehabilitation begins with multi-professional collaboration together with customer and customer's nearest relatives based on the initial interview and functional assessment. The targets and methods of rehabilitation as well as preliminary time for returning home are written down clearly in the plan. The requirements for coping in the environment where the customer moves from the health centre ward (e.g. home) are taken into account in the planning. A trial of returning home is arranged if needed. A visit to the customer's home with customer or customer's nearest relatives as well as personnel from the health centre ward and home care is a part of the action in the model developed. The home visit is carried out well in time. The new model of action contains also the second nursing planning meeting, where the progress of rehabilitation is evaluated, the time of returning home is defined more closely and a trial of returning home is appointed if needed. The customer, customer's nearest relatives, personnel from the health centre ward, service director of home care and a discharging nurse participate in the meeting. The usage of the new model guarantees customer-oriented and as smooth as possible returning to home.

Keywords: action research, multi-professional collaboration, treatment and rehabilitation plan

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO.....	7
2 IKÄIHMISEN HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	9
2.1 Lähtökohtana toiminta terveyden edistämiseksi.....	9
2.1.1 Terveyden edistämisen salotogeeninen malli.....	11
2.2.2 ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälineluokitus	15
2.2 Valtakunnalliset linjaukset.....	16
2.3 Alueelliset linjaukset	22
2.4 Paikalliset linjaukset	25
3 HOITO- JA KUNTOUTUSSUUNNITELMA.....	28
3.1 Hyvinvointi ja toimintakyky	30
3.2 Moniammatillinen yhteistyö	31
4 KEHTTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	35
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	36
5.1 Toimintatutkimus kehittämisessä ja tutkimuksessa.....	36
5.1.1 Osallistava ja kommunikaatiivinen toimintatutkimus.....	36
5.1.2 Toimija-kehittäjän rooli toimintatutkimuksessa	39
5.2 Kehittämistoiminnan arviointi	42
5.2.1 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen	42
5.2.2 Aineiston analyysi.....	44
6 TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN	46
6.1 Kehittämisen toimintaympäristö.....	47
6.2 Kehittämistoimintaan osallistujat	48
6.3 Kehittämistyön käynnistyminen	49
6.4 Kuntoutus- ja hoitosuunnittelun malli ennen kehittämistoimintaa	51
6.5 Uuden toimintamallin kehittäminen	51
6.5 Kehittämistoiminnan arviointi	65
6.5.1 Osallistujien arviot kehittämisprosessista	65
6.5.2 Oma arvio kehittämisprosessista.....	66

7 KEHITTÄMISTOIMINNAN TULOS.....	67
7.1 Hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli ennen kehittämistoimintaa	67
7.2 Hoito- ja kuntoutussuunnitelmamallin kehittämisen haasteet	68
7.3 Hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli kehittämistoiminnan jälkeen	69
8 POHDINTA.....	73
8.1 Tutkimustulosten pohdintaa.....	73
8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	76
8.3 Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteita	78
LÄHTEET	80
LIITTEET	88

1 JOHDANTO

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan eri hallinnonalojen suunnitelmissa tulee ottaa lähtökohdaksi mahdollisimman monen ikäihmisen mahdollisuus elää omaehtoista, täysipainoista ja mielekästä elämää omassa kodissa ja tutussa elinympäristössä. Palvelujärjestelmää on kehitettävä niin, että kotihoitoa on mahdollista saada ympärivuorokautisesti. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 22.)

Ihmisten hyvinvointi on tavoite, johon kaikki yhteiskuntapoliittinen toiminta ja palvelut pyrkivät (Terveys 2015 –kansanterveysohjelma 2001, 28). Hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa yhdistyy terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja kuntoutus. Terveyden edistämisen käsite on moninainen ja sitä voidaan tarkastella eri tieteenalojen näkökulmasta, mutta lähtökohtana on aktiivisesti toimiva ihminen omassa elämässään. (Pietilä 2010, 11.) Myös kuntoutus on käsitteenä moniulotteinen ja sillä voidaan tarkoittaa hyvinkin erilaista toimintaa. Usein juuri tämä moninaisuus asettaa haasteita niin toiminnan ohjaamiselle kuin sen kehittämisllekin. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 13-14.)

Sekä terveyden edistämisen että kuntoutuksen käsitteiden laajuuden myötä hyvältä kuntoutumisen suunnittelulta edellytetään suunnitelmallista, yhteistyöhön perustuvaa moniammatillista toimintaa mm. terveyskeskuksen ja kotihoidon välillä. Hyvälle yhteistyökäytännölle ja kuntoutumisen suunnittelulle on myös ominaista huomion kiinnittäminen kuntoutujan voimavaroihin, hänen omiin kokemuksiin ja aktiivisuuteen. Näiden kuntoutujan henkilökohtaisten ominaisuuksien lisäksi sosiaaliset tekijät ja ympäristötekijät ovat tärkeässä asemassa kuntoutumisen suunnittelussa. (Lyyra 2007, 24.)

Terveyskeskuksen uudistuneen toimintakäytännön mukaa asiakkaan odotetaan siirtyvän terveyskeskuksen vuodeosastolta mahdollisimman pian takaisin siihen toiminta- ja asuinympäristöön, mistä hän on terveyskeskukseen tullut Tästä johtuen eri ammattihenkilöiden osaamisen yhdistäminen parhaalla mahdollisella tavalla asiakasta hyödyntäväksi sekä organisaation eri osien saumaton yhteistyö edellyttävät yhdessä tehtävää hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa. Tässä suunnitelmassa tulee yhdistyä asiakkaan parantu-

mista, hyvinvointia ja kuntoutumista tukevat tekijät. (Pudasjärven palvelujen järjestämissuunnitelma 2007-2010 ja 20125, 2007, 22.)

Tämä toimintatutkimus on toinen osa Pudasjärven terveyskeskuksen henkilökunnan täydennyskoulutus –hankkeeseen liittyvää opinnäytetyönä tuotettua terveyskeskuksen toiminnan kehittämistä. Koulutushankkeen aikana käynnistyneen kehittämistyön tuloksena valmistui moniammatillinen hoito- ja kuntoutuspalaverikäytäntömalli. Tässä raportissa kuvataan Pudasjärven kaupungin terveyskeskuksen ja kotihoidon henkilöstön yhteistyöprosessi, jonka aikana he tuottivat yhteisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman sekä sen tuottamisen mallin.

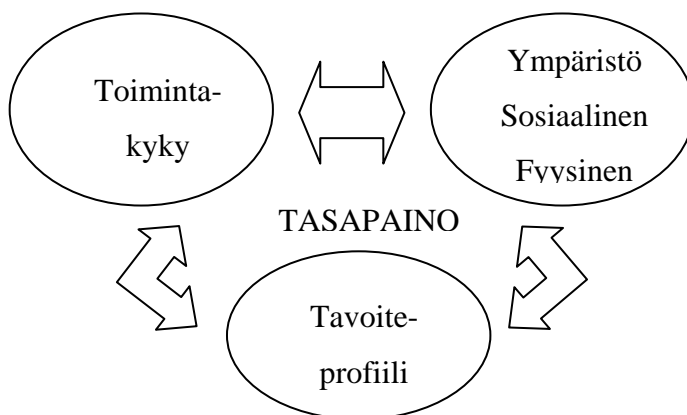
Raportti etenee siten, että luvussa kaksi käsitellään ikäihmisen hyvinvoinnin- ja terveyden edistämisestä, siihen liittyviä lähtökohtia, linjauksia valtakunnallisesti, alueellisesti ja paikallisesti. Kolmannessa luvussa kuvataan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa ja siihen liittyen toimintakykyä ja moniammatillista yhteistyötä. Neljännessä luvussa kuvataan toimintatutkimusta tutkimusmenetelmänä tässä tutkimuksessa. Luvuissa viisi, kuusi ja seitsemän käsitellään tutkimuksen tarkoitusta, kehittämisprosessia ja tuloksia. Luvussa kahdeksan on kehittämistoiminnan vaikutusten arviointia ja luvussa yhdeksän pohditaan tutkimuksen eettisyyttä, luotettavuutta ja tutkimustuloksia. Lisäksi luvussa yhdeksän esitetään jatkotutkimus- ja toiminnan kehittämisaiheita.

2 IKÄIHMISEN HYVINVOINNIN JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

2.1 Lähtökohtana toiminta terveyden edistämiseksi

65-vuotiaiden suomalaisten toimintakykyiset elinvuodet ovat lisääntyneet viimeisen 20 vuoden aikana, myös miesten ja naisten terveiserot ovat samanaikaisesti kaventuneet. Tätä selittää osaltaan miesten ja naisten terveyskäyttäytymisen samankaltaistuminen. (Sihvonen ym. 2003, 58). Ikääntyneiden ihmisten terveyden edistämisen tavoitteet nousevat heidän terveystilanteesta ja siinä esiintyvistä uhkista. Perustan terveyden edistämiseksi muodostavat yhteisesti sovitut ja määritellyt arvolähtökohdat, joiden mukaan ikääntynyt nähdään arvokkaana, autonomisena ja yksilöllisenä ihmisenä, jolla on oikeus osallistua täysivaltaisesti omaa elämäänsä koskevaan päätöksentekoon. Ikääntyneiden ihmisten terveyden edistäminen on kaikkien toimijoiden yhteinen tehtävä, jossa tarvitaan yhteiskunnallista, yhteisöllistä ja yksilöllistä sitoutumista. Haasteena tässä on erilaisten terveyden taustatekijöiden, toimintakyvyn ja koko elämäntilanteen laaja-alainen tunnistaminen ja arviointi. Kaikkein vanhimpien ikäryhmien osalta terveyden edistämisen tulee kohdistua toimintakyvyn säilyttämiseen, hyvään hoitoon ja kuntoutukseen. (Lyyra 2007, 6-31).

Terveyden tasapainomalli (kuvio 1) kuvaa ikääntyneen ihmisen terveyden edistämistä kokonaisvaltaisesti.



KUVIO 1. Terveys tasapainona (Lyyra 2007,17).

Terveyden tasapainomallin mukaan terveys on tasapainossa ihmisen resurssien, tavoitteiden, sosiaalisen ja fyysisen ympäristön välillä. Ikääntymisen vaikutuksesta voimavarat heikkenevät, joten tasapainoa pyritään palauttamaan erilaisilla keinoilla, esim. kuntouttamalla, muuttamalla tavoitteita, lisäämällä sosiaalista tukea tai parantamalla fyysistä ympäristöä. Voimavarojen osioita voidaan myös yhdistellä erilaisilla keinoilla tasapainon saavuttamiseksi. (Lyyra 2007, 17).

Suomalaisen hyvinvointitutkimuksen (Vaarama ym. 2010) mukaan ongelmat päivittäisessä toimintakyvyssä, riippuvuus muiden avusta, vastaanotetun avun tarkoituksenmukaisuus, kyky selviytyä erilaisista tilanteista ja turvattomuuden tunne ovat erityispiirteitä, jotka ilmenevät yli 80-vuotiaiden ja erityisesti niin sanotussa ”neljännessä iässä” olevien ikäihmisten koetussa elämänlaadussa. (Vaarama ym. 2010, 159). Vaivoista ja sairauksista huolimatta enemmistö ikääntyneistä kokee terveytensä melko hyväksi, usein jopa paremmaksi kuin ulkopuolinen arvioija (Vaarama ym. 1999). Rissasen (1999, 115) tutkimuksessa toimintakyky ikääntyneillä saattoi olla hyvä, vaikka he itse kokivat sen huonoksi ja yli 75-vuotiaista noin joka neljäs suoriutuu vielä jokapäiväisistä toimistaan ilman vaikeuksia. Terveystilansa koki huonoksi tai melko huonoksi yli 75-vuotiaista miehistä 30 % ja naisista 25 %. (Vaarama ym. 1999.) Koettu terveys ja toimintakyky ovat Rissasen (1999, 115) mukaan yhteydessä toisiinsa.

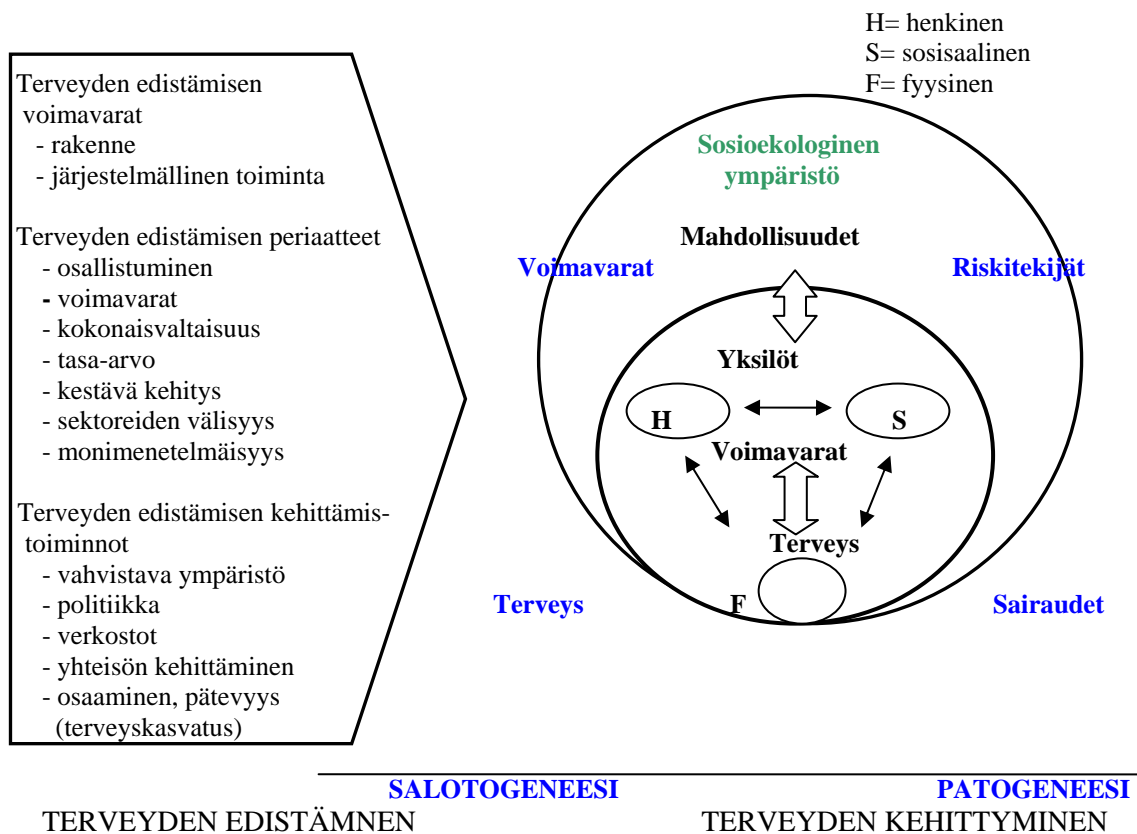
Elina Laitalaisen ym. (2008) tutkimuksen mukaan eläketulojen niukkuus, pelko toisten avusta riippuvaiseksi tulemisesta sekä muistin heikkeneminen ja laitoshoitoon joutumisen pelko aiheuttavat iäkkäimmillä turvattomuuden tunnetta. Lisäksi ympäristöön sisältyvät aineelliset elinolot kuten käytettävissä olevien varojen riittävyys suhteessa tarpeisiin lisää turvattomuutta. Ajatuksena on, että mitä enemmän toimintakyvyssä on puutteita, sitä enemmän ihminen tarvitsee ympäristön tukea selviytyäkseen ja ylläpitääkseen tasapainon elämässään. (Vaarama ym. 2010, 159).

Hintikan (1998) mukaan kuntoutusta on tarkasteltu terveyden edistämisen viitekehyyksessä ja sen on todettu sopivan positiivisena ja voimavarapainotteisena hyvin kuntoutuksen viitekehyykseksi. Terveyden edistämisen näkökulmasta kuntoutus voitaisiin nähdä toimintakyvyn menettäneiden tai menettävien ikäihmisten terveyden edistämiseksi. Kuntoutujan näkökulmasta kuntoutus sisältää luonnostaan toimintaperiaatteita ja tavoitteita, jotka ovat sopusoinnussa terveyden edistämisen kanssa ja käytännössä samantapaisia. (Rissanen & Järvisalo 2001, 429.)

Kuntoutustutkimukset osoittavat, että laaja-alaisella terveyden edistämällä sekä tehokkaalla ennaltaehkäisyllä ja kuntoutuksella voidaan merkittävästi parantaa mm. iäkkään väestöryhmän liikkumiskykyä (Liimatainen 2007, 36). Myös Ikä-hankkeessa saatujen tulosten mukaan osa vanhuksista koki, että arjessa selviytymisessä tapahtui muutosta kuntoutusintervention ansiosta. He olivat saaneet käytännöllisiä keinoja kodissa selviytymiseen ja harjoittelu oli suunniteltu vastaamaan heidän tarpeitaan. (Wallin ym. 2009, 51). Rajavaara on esittänyt, että ihmistä tulisi tarkastella aina hänen omassa toimintaympäristössään ja kartoittaa selviytymisen mahdollisuudet siinä ympäristössä. Tällä lähestymistavalla voidaan edistää ikäihmisten kotona selviytymistä kuntoutuksen avulla. (Rajavaara 2008, 43-47.)

2.1.1 Terveyden edistämisen salutogeeninen malli

Tämän kehittämistyön teoreettisena lähtökohtana on salutogeeninen malli hyvän terveyden kehityksestä. Terveyden edistämisen salutogeenisessä mallissa (kuvio 2) kuvataan yhteisvaikutusta, joka löytyy ihmisen taustalla olevista tekijöistä. Ihmisen toiminta ja elämäntapa nähdään myös prosessina, jossa ei voida erottaa pelkästään yhtä osaa terveyden edistämisen kohteeksi. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 27.)



KUVIO 2. Terveyden edistämisen salutogeeninen malli (Koskinen-Ollonqvist, Aalto-Kallio ym, 2007, 29).

Terveyden edistämisen avulla voidaan vaikuttaa riskeihin, kun halutaan vaikuttaa terveyttä vähentäviin tekijöihin. Vahvistamalla voimavaroja tarjotaan mahdollisuuksia, kun halutaan tukea terveyttä kokonaisvaltaisesti. Salutogeenissä mallissa ei pyritä vaikuttamaan pelkästään yksilöiden käyttäytymiseen oman terveyden edistämiseksi, vaan vaikuttamaan myös terveyden edistämisen rakenteisiin, järjestelmään ja kehittämistoimintaan. Lisäksi pyritään vaikuttamaan terveyden taustatekijöihin, joita ovat mm. fyysinen-, psyykinen-, ja sosiaalinen ympäristö, terveyden edistämisen palvelut, terveystoiminta. Salutogeneesi –näkökulma terveyteen perustuu siihen, että terveys syntyy ympäristöstä ja laajoista terveyden taustatekijöistä, ei pelkästään terveydenhuollosta. Koska terveys kehittyy ihmisen elinkaaren aikana siten, että salutogeneesi ja patogeneesi ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa, on tärkeä tietää miten ja millä keinolla voidaan vahvistaa salutogeneesiä. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 28–29.)

Aaron Antonovsky esitteli oman teoriansa terveyden alkuperästä eli siitä, mistä terveys syntyy jo 1970-luvulla. Hänen mukaansa salutogeneesi (terveyslähtöisyys) lähtee siitä, mitkä voimavarat voivat edistää terveysprosessia kohti hyvinvointia ja elämänlaatua yksilö-, ryhmä- ja yhteiskuntatasoilla. Elämään liittyvät voimavarat ovat koko elämänkaaren mittaisia prosesseja ja ne tukevat ja edistävät ihmisen terveyttä. (Lindström & Eriksson 2010, 32–33.)

Salutogeeninen lähestymistapa korostaa ihmisen terveyttä ja voimavaroja. Vastakohtana voidaan nähdä lääketieteellinen perinteinen patogeeninen näkökulma, jossa tutkitaan sairauksia ja niiden syitä. (Antonovsky 1996.). Useat teoriat, joissa tunnistetaan terveyden voimavarat ja niiden merkitys terveyden kehityksessä, tukevat tätä Antonovskyn ajattelua. Hänen tutkimustuloksena antoivat ymmärryksen salutogeenisestä. Tutkimuksensa tuloksena tuli, että tutkimukseen osallistuneiden ihmisten omat ja ympäristön voimavarat sekä suhtautuminen elämään oli ratkaiseva tekijä terveyden kehittymiselle. Hänen tutkimusten mukaan koherenssi lisääntyy ihmisillä 30 ikävuoteen saakka, mutta myöhemmät tutkimukset ovat osoittaneet, että koherenssin lisääntyminen ei ole iästä kiinni. Antonovsky nimitti tätä kykyä, jonka avulla ihminen pystyy käyttämään voimavarat hyväkseen yhtenäisyyden- tai koherenssin tunteeksi. Hän löysi uuden lähestymistavan terveyden kehitykseen voimavarojen ja kyvyn kautta. Antonovsky antoi näiden tulosten myötä terveystieteelle uuden suunnan. (Lindström & Eriksson 2010, 33–34.)

Antonovsky (1988) määritteli koherenssi -käsitteen seuraavasti: "The sense of coherence is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that 1. the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; 2. the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and 3. these demands are challenges, worthy of investment and engagement." (Antonovsky 1988, ii).

Koherenssin tunne tarkoittaa, että ihmisellä on tunne oman elämän koossa pysymisestä eli omasta elämänhallinnasta. Koherenssin osa-alueet ovat ymmärrettävyys, hallittavuus ja tarkoituksellisuus. *Ymmärrettävyys* tarkoittaa, että kykenee hallitsemaan omat sisäiset voimavaransa sekä vuorovaikutuksen ympäristönsä kanssa. *Hallittavuus* tarkoittaa, että ihminen pystyy vastaamaan erilaisiin haasteisiin ja hänellä on kyky toimia.

Tarkoituksellisuus määrittää ihmisen oman elämän tarkoituksen ja syyn tehdä jotain. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 52.) Antonovskyn mukaan vahvan koherenssin omaavat ihmiset kykenevät muita paremmin parantamaan ja ylläpitämään omaa asemaansa terveys-sairaus – jatkumolla. Ihminen onkin hänen mukaansa kokonaisuus eli ”kokonainen tarina”, jolloin sairaus on aina vain osa ihmistä. Tärkeää on pyrkiä vahvistamaan niitä tekijöitä, jotka edesauttavat liikkumista terveys–sairaus – jatkumolla kohti terveyttä. (Antonovsky 1988, xii.)

Salutogeneesi on elinikäinen oppimisprosessi, johon kuuluu terveyden voimavarojen kehitys, hyödyntäminen ja käyttö sekä omaksi että yhteiskunnan hyväksi. Koherenssin tunne ei ole pysyvä, vaan kasvaa iän myötä myönteisten kokemusten kautta. Koherenssin tunne onkin tämän vuoksi korkeimmillaan ikäihmisillä ja heillä tunne vaikuttaa myönteisesti myös ikääntymiseen. Ikäihminen, jolla on voimakas koherenssin tunne, pystyy muutostilanteissa jälleenrakentamaan helpommin eheyden tunteen. Salutogeeninen näkemys yhdistää yksityisen ja yhteiskunnan näkemyksen siitä, mitä terveys on, koska se sisältää fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja henkisen terveyden. Erikssonin ja Lindströmin (2007) tutkimuskatsauksen mukaan voimakas koherenssin tunne terveysvoimavarana on osa hyvää elämänlaatua. (Lindström & Eriksson 2010, 39–44.)

Nykyisessä yhteiskunnassa elämä voidaan kokea hajanaiseksi, joten sekä yksilön että yhteiskunnan näkökulmasta on tärkeää, että eri sektorit ja eri ammattiryhmät toimivat yhteistyössä ja luovat synergiaa eri toimenpiteiden ja tapahtumien välille. Tämän vuoksi Antonovskyn salutogeeninen teoria on edelleen ajankohtainen. Koherenssin tunteen käyttäminen yhtenä terveyttä osoittavana mittarina on uusi lähestymistapa, josta on vasta keskusteltu. Yksilötasolla salutogeenistä lähestymistapaa voidaan käyttää esimerkiksi terapiassa ja potilashoidossa. Tämä lähestyminen sopii näin myös ikäihmisen kuntoutumisen tukemiseen samalla, kun se on terveyttä edistävää toimintaa. (Lindström & Eriksson 2010, 44 – 45.)

2.2.2 ICF luokitus

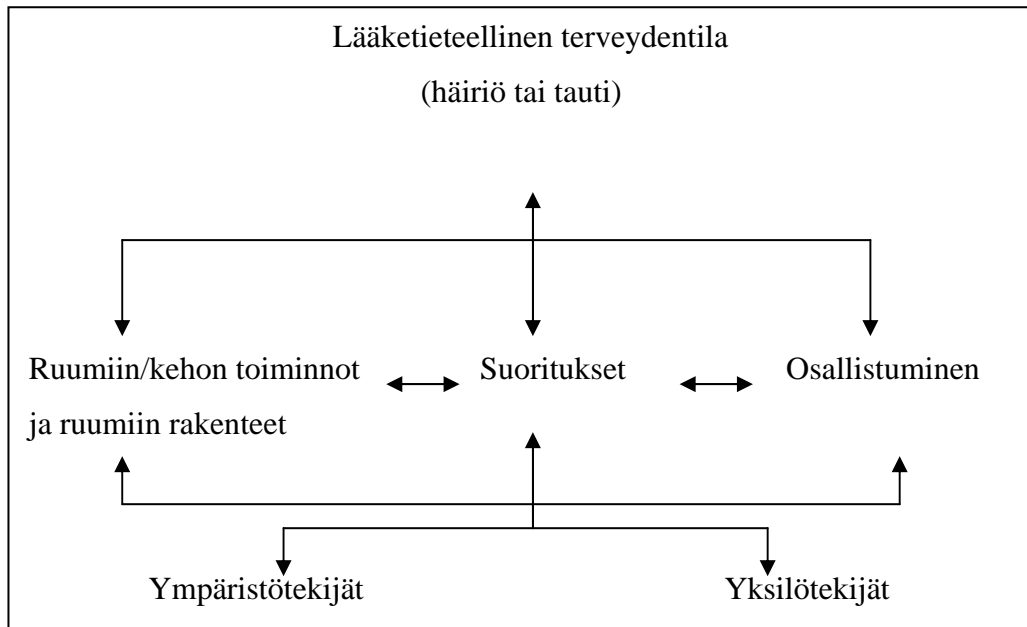
Ikäihmisten hoidon ja kuntoutuksen lähtökohtana on ammattihenkilöiden yhteinen näkökulma ikäihmisen toimintakyvystä. WHO (World Health Organisation) on määrittänyt terveyden täydelliseksi fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaalisesti hyvinvoinnin tilaksi ei vain sairauden tai heikkouden puuttumiseksi. ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) on suomennettu nimellä Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. ICF kuuluu WHO:N kansainväliseen ”luokitusperheeseen”, joka on kehitetty terveyteen liittyviä erilaisia tarkoituksia varten. (ICF 2009, 3.)

ICF-luokitus, International Classification of Functioning, Disability and Health, antaa yhtenäisen, kansainvälisesti sovitun kielen ja viitekehyksen kuvata ihmisen toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa. ICF sisältää kaikki näkökohdat ihmisen terveyteen ja joitakin terveyteen liittyviä hyvinvoinnin osatekijöitä. Näitä ICF kuvaa terveyden aihealueina ja terveyden lähiaihealueina. Luokituksessa terveys on aihepiirinä laajasti käsitettynä. Luokitus ei kuitenkaan kata olosuhteita, jotka eivät liity terveyteen, kuten yhteiskunnallis-taloudellisista tekijöistä johtuvat tilanteet. Usein ajatellaan, että ICF koskee vain henkilöitä, joilla on toimintarajoitteita. ICF koskee kuitenkin kaikkia ihmisiä, joiden toiminnallista terveydentilaa tai terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa halutaan kuvata ICF:llä jonkin lääketieteellisen terveydentilan yhteydessä. (ICF 2009, 7.)

Paltamaan ym. (2009) tutkimusten mukaan ICF – luokituksen käyttöä tulee edistää kuntoutuksen suunnittelussa, koska heidän mukaansa varsinkin osallistumista sosiaaliseen elämään ja yksilötekijöitä ei juurikaan huomioitu kuntoutuksen suunnitteluvaiheessa. Kuntoutusprosessissa tutkijoiden mukaan ICF – luokitus ohjaa kuntoutuksen tavoitteiden määrittelyä ja kirjaamiskäytäntöjä, jotta myös kuntoutujan toimintaan vaikuttavat tekijät tulevat hyvin huomioiduksi. Lisäksi ICF – luokitus tukee asiakaslähtöisyyttä ja moniammatillisuutta. (Paltamaa ym. 2009 3-4).

ICF:n osa-alueet ovat ruumiin/kehon toiminnot, ruumiin rakenteet, suoritukset ja osallistuminen ja ympäristötekijät (Kuvio 3). *Ruumiin/kehon toiminnot* ovat elinjärjestelmien fysiologisia toimintoja. *Ruumiin rakenteet* sisältävät ruumiin anatomiset osat. *Suori-*

tus on tehtävä tai toimi, jonka yksilö toteuttaa ja osallistuminen tarkoittaa osallistumista elämän eri tilanteisiin. *Ympäristötekijät* ovat fyysinen, sosiaalinen ja asenneympäristö, jossa ihmiset elävät ja asuvat. (ICF 2009, 10.)



KUVIO 3. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (ICF, Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2009).

Sosiaalihuoltolainmukaisissa tukipalveluissa ja vammaispalvelussa laki antaa päätösvalan sosiaalityöntekijöille siitä, onko asiakas oikeutettu palveluihin. Useinkaan pelkkä lääkärinlausunto ei anna täydellistä kuvaa asiakkaan kokonaistilanteesta. Palvelujen myöntämisen kriteereinä on käytetty asiakkaan toimintakykyä ja tavoitteena on tukea asiakasta sellaisilla palveluilla, että hän kykenee selviämään mahdollisimman hyvin elämässään. Näiden palvelujen mahdollisimman tasapuoliseen ja taloudelliseen mittamiseen tarvitaan uusia, hyviä mittareita ja ICF antaa omalta osaltaan hyvän mahdollisuuden tarkastella asiakkaan tilannetta ja palveluntarvetta. (Peronius & Päiväniemi 2007, 6.)

2.2 Valtakunnalliset linjaukset

Terveyden edistämisen perustana pidetään Ottawa Charter –asiakirjaa (Ottawa Charter 1986). Tässä asiakirjassa määritellään terveyden edistäminen, terveyttä edistävä toimin-

ta, terveyden edistämisen edellytykset ja arvoperusta (Liimatainen 2007, 30). Ottawa Charterissa terveyden edistäminen määritellään toiminnaksi, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia ja edellytyksiä huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä (Ottawa Charter 1986).

Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisellä on lainsäädännöllinen perusta. Jo kansanterveyslaki (66/1972) sisälsi velvoitteen huolehtia kuntalaisten terveysneuvonnasta. Uudessa terveydenhuoltolaissa (2011) todetaan, että 1990-luvun rakenteelliset muutokset heijastuivat myös palvelujen tuottamiseen ja käyttöön, mm. ikääntyneiden hoidon ja hoivan osalta (Terveydenhuoltolaki 2011, hakupäivä 25.5.2011). Uuden terveydenhuoltolain myötä kansalaisten valinnanvapaus lisääntyy niin hoitopaikan kuin hoitohenkilöstönkin suhteen. Terveydenhuoltolain tavoitteena ovat asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut. Laki vahvistaa perusterveydenhuoltoa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä edistää terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista. (Terveydenhuolto laki 2011, hakupäivä 25.5.2011.)

Peruspalveluministeri Paula Risikko on esittänyt vanhustalakeja, jolla nykyiset vanhustenhuollon laatusuositukset muutettaisiin sitoviksi. Lain valmistelut on aloitettu vuonna 2010. Kehitteillä olevan vanhustalain tavoitteena on ikääntyneiden palvelujen kehittäminen. Kunta- ja palvelurakennemuutos (Paras-hanke) sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) pyrkivät myös kehittämään kuntien peruspalveluja. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) käynnistämä valtakunnallinen tutkimus ParasSos (2008–2011) seuraa ja arvioi kunta- ja palvelurakennemuutoksen (Paras-hanke) vaikutuksia sosiaalipalveluiden laatuun kuntalaisten näkökulmasta. Sen tuottama tieto kertoo, että vanhustalakeja koetaan monimutkaisiksi ja niistä kaivataan nykyistä enemmän selkokielellistä tietoa. (Leinonen 2008.) Sosiaalihuoltolaki (710/1982) velvoittaa kuntaa huolehtimaan mm. kuntalaisten ohjauksen ja neuvonnan järjestämisestä. Sosiaalihuollon lainsäädännön kokonaisuudistus on väliraporttivaiheessa ja siltä osin on linjattu esimerkiksi uudistamista ohjaavat periaatteet. Sosiaalihuollon osalta on odotettavissa kattava yleislaki, jossa määritellään linjat toiminnalle, palveluille ja tukitoimille. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti, hakupäivä 27.5.2011.)

lääkäiden ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen valtakunnallisen linjaamisen taustalla ovat Terveyden edistämisen politiikkaohjelma, Ikäihmisten palvelujen laatusuositus ja Ikäneuvo – työryhmän ehdotukset. Ikääntymispolitiikkaa linjaa Terveyden edistämisen politiikkaohjelma ja Kansallinen terveyserojen kaventamishjelma, Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuositus (KASTE) 2008 - 2011, MIELI 2009 – työryhmän ehdotukset, Ikäneuvo – työryhmän ehdotukset sekä Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Keskeinen terveyden edistämistä yhteiskunnassa ohjaava asiakirja on Terveys 2015 kansanterveysohjelma.

Terveys 2015 – kansanterveysohjelma

Terveys 2015 – kansanterveysohjelma linjaa kansallisen terveystalouden 15 vuoden aikajänteellä. Ohjelman painopiste on terveyden edistämisen ja se antaa kunnille eväitä eri-ikäisten kuntalaisten terveyden edistämiseen. Terveys 2015 -ohjelma korostaa terveyden edistämisen panostamista sijoituksena tulevaisuuteen. Olosuhteet, elämäntavat ja elinympäristö on luotava sellaisiksi, että ne edesauttavat ihmisten hyvinvointia. Lisäksi tarvitaan liikuntatoimien, kulttuuritoimien, kansalaisopiston, yritysten ja yhdistysten panosta jotta ikäihmisten täysivaltainen osallistuminen yhteiskuntaan toteutuu.

Terveys 2015 – kansanterveysohjelma ei ota kovinkaan paljoa kantaa kunnalliseen palvelujärjestelmään, vaan keskittyy itse terveyden edistämiseen. Periaatepäätöksessä kuitenkin sanotaan, että vanhustenhuollon toimintaperiaatteena tulee olla sekä sosiaali- että terveystoimissa vanhuksen kotona selviämisen tukeminen mahdollisimman pitkään. Myös laitoshoidon toimintaperiaatteena tulee olla kuntoutumisen tukeminen. Tämä velvoittaa kuntia siten, että vanhustenhuollosta tulee löytyä monipuolisuutta, joustavuutta ja mahdollisuutta järjestää kiireellistäkin apua. Nämä ohjelman suositukset ovat hyviä ohjeita suunniteltaessa ja kehitettäessä vanhusten terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. (Terveys 2015 – kansanterveysohjelma 2001, 25.)

Kunnilta edellytetään myös tehokkaampaa toimintaa eriarvoisuuden poistamiseksi. Alueiden ja eri sosiaaliryhmien terveyserojen kasvamisen ehkäiseminen ja toiminta erojen vähenemiseksi on kirjattu terveystalouden 2015 ohjelmaan terveyden edistämisen edellytyksekseen. Avohuollon esisijaisuus on vanhustenhuollon tämän hetken suuntaus koko Suomessa, mikä on taloudellisesti halvempaa kuin laitoshuolto useiden laskelmien valossa. Toi-

saalta avohuollossakin tulee aina jossain vaiheessa vastaan raja, jolloin avohuolto on kalliimpaa kuin kevyessä yksikössä hoivan antaminen. (Terveys 2015 – kansanterveysohjelma 2001, 28) Valtionvarainministeriö on käynnistänyt eri puolella Suomea kokeiluja harvaan asuttujen kuntien mahdollisuuksista tukea ihmisiä tasapuolisesti. Pudasjärvi on yksi ns. harva-kokeilukunnista ja Pudasjärvellä haetaan mm. ikäihmisten palvelujen tarpeisiin vastaamiseen uusia keinoja.

Ikäneuvo –työryhmän ehdotukset

Ikäneuvo –työryhmän ehdotuksia kehittämiseksi on mm. ”neuvonta- ja palveluverkosto Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä”. Tähän liittyen ehdotettiin *hyvinvointia edistävien kotikäyntien järjestämistä*. Tällöin kotikäynnit otettaisiin käyttöön kaikissa kunnissa osana ikäihmisille tarjottuja sosiaali- ja terveystoimen palveluja. Toimintavastuu suunnittelun, järjestämisen, jatkuvuuden ja seurannan osalta kuuluisi kunnille. Toinen ehdotus on hyvinvointia edistävien *kotikäyntien kohdentaminen* joko iän mukaan tai iän ja riskiryhmän perusteella. Kolmas ehdotus koskee hyvinvointia edistävien *kotikäyntien sisältöä*. Sisältö tulee suunnitella sen mukaan koskeeko käynti riskiryhmää vai koko ikäluokkaa. Kotikäynti sisältää kuitenkin aina sekä ikäihmisen yleisen toimintakyvyn arvioinnin että asuinympäristön riskitekijöiden selvityksen. Tarvittaessa kotikäyntiin voi sisältyä yksityiskohtaisempikin toimintakyvyn arviointi. Kotikäynti sisältää myös neuvontaa ja ohjausta omaehtoiseen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä tietoa tarjolla olevista palveluista. Työryhmä ehdottaa myös, että *hyvinvointia ja terveyttä edistetään kaikissa ikääntyneiden palveluissa*. Tarpeelliset terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimet arvioidaan asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelman tai kuntoutussuunnitelman laadinnan ja seurannan yhteydessä. (Ikäneuvo-työryhmän raportti 2009:24)

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus

Kunnat ja yhteistoiminta-alueet asettavat omissa ikääntymispoliittisissa strategioissaan tavoitteet palveluille, jotka vastaavat kunnan tai yhteistoiminta-alueen ikäihmisten tarpeita ja palveluntuottajan voimavaroja järjestää palveluja. Palvelujen laadun ja vaikuttavuuden turvaaminen vaatii hyvin toimivia palveluketjuja ja yhteistä palvelunäkemyksiä

eri toimijoilta, jotta kotona asuminen ja arjen sujuvuus voidaan taata. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 30.)

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto antoivat ensimmäisen ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen vuonna 2001. Tämä laatusuositus on keskeinen ikääntyvien palvelujen kehittämistä ohjaava asiakirja ja toimii myös tärkeässä roolissa tämän kehittämistyön toteutuksessa. Vuonna 2008 uusittu laatusuositus huomioi ikääntymispolitiikan ajankohtaiset linjaukset, uusimman tutkimustiedon sekä toimintaympäristön muutokset. Erityisesti siinä on kiinnitetty huomiota meneillään olevaan kunta- ja palvelurakennemuutokseen, joka tulee vaikuttamaan ikääntyneiden palvelujärjestelmään. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3.)

Laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä, lisäksi tavoitteena on parantaa ikäihmisten palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Suositusta sovelletaan ikääntyneiden säännöllisesti käyttämiin sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä laajemmin ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistäviin toimiin.

Laatusuositus sisältää strategisia linjauksia sekä laadun että vaikuttavuuden parantamiseksi kolmella eri osa-alueella;

1. hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen,
2. henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen sekä
3. asumis- ja hoitoympäristöt

Suositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevää toimintaa, kotona asumisen tukemisen esisijaisuutta ja kattavaa yksilökohtaista palvelutarpeenarviointia. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 3-4.)

Lain velvoitteen lisäksi kunnan kannattaa panostaa ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen sekä kuntoutumista tukevaan toimintaan. Ikäihmisten hyvinvointi ja terveys vaikuttavat heidän sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen. Ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden paraneminen tukee heidän itsenäistä suoriutumista ja kotona selviytymistä. Tällä hetkellä on jo olemassa tutkimusnäyttöä ennalta ehkäisyn ja kuntoutumista tukevan toiminnan vaikuttavuudesta. Ennalta ehkäisevällä ja toimintakykyä yl-

läpikäymällä toiminnalla voidaan myös siirtää ikäihmisten hoidon ja palvelun tarvetta myöhemmäksi. Varhainen puuttuminen edellyttää erilaisten ehkäisevien ja kuntouttavien työmenetelmien ja palvelujen käyttöön ottoa ja lisäämistä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 21 – 22.)

Ikääntyneiden kuntalaisten pitkäaikaishoiva on laatusuosituksen mukaan uudistettava niin, että pitkäaikaishoiva on järjestettävä muulla tavoin kuin vuodeosastolla. Näin terveyskeskusten vuodeosastot voivat keskittyä akuuttihoitoon ja tarjota sitä nopeasti, joustavasti ja tehokkaasti. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 28.) Ikäihmisten laatusuosituksen mukaan akuuttihoiton jälkeen käynnistyvä kuntoutus ja kuntouttava hoitotyö ovat tuloksellista toimintaa ja sen tehtävä on estää tai hidastaa omalta osaltaan ikäihmisten pitkäaikaiseen laitoshoidon joutumista. Lisäksi on kehitettävä tiedonkulkua kuntoutusta antavan yksikön ja kotihoidon välillä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 24.)

Laadukas kotihoito on kuntoutumista tukevaa ja edistävää toimintaa, joka vastaa tavoitteellisesti ikäihmisten fyysisiin, kognitiivisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin kuntoutumisen tarpeisiin. Kuntouttava työotteen käyttö kotihoidossa tarkoittaa asiakkaiden kannustamista käyttämään omia jäljellä olevia voimavaroja arjen askareissa. Kotona asumista tukee myös kotiin annettavat avokuntoutuspalvelut. Myös sairaalasta kotiutumista tukevien erilaisten palvelujen, esim. kotiutustiimien käyttö on suositeltavaa. Tehostettu yhteistyö kotiutusvaiheessa antaa paremmat edellytykset kotiutuksen onnistumiselle. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 27.)

Kuntoutumista edistävä hoitotyö tulee ottaa käyttöön kaikissa ikääntyneiden palveluissa. Lisäksi on hyödynnettävä kohdennetusti varsinaisia kuntoutuspalveluja. Akuuttihoiton jälkeen nopeasti käynnistyvä kuntoutus ja kuntouttava hoito ovat hyvin tuloksellisia. Kuntoutukseen panostaminen estää tehokkaasti pitkäaikaiseen laitoshoidon joutumista. Asiakkaiden kotiutumiseen tähtäviä kuntoutusjaksoja ja kotona annettavaa kuntoutusta tarvitaan lisää. Laitoksessa annettava kuntoutus on kyettävä siirtämään myös kotona annettavaksi kuntoutukseksi. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 24.)

2.3 Alueelliset linjaukset

Pohjois-Suomi on taloudellisena ja maantieteellisenä alueena erityisen haasteellinen mietittäessä ikääntyvien hyvinvoinnin ja palvelujen järjestämistä. Väestön terveydentila on Oulun läänin alueella viimeisten tutkimusten mukaan kohentunut voimakkaasti. Tämän kehityksen johdosta väestön keskimääräinen elinikä nousee ja ikääntyneiden toimintakyky ja terveys pysyvät pidempään hyvänä. (Oulun lääninhallitus 2002, hakupäivä 18.5.2010.)

Tutkimusten mukaan Pohjois-Suomessa väestö sairastaa kuitenkin keskimäärin enemmän kuin Etelä-Suomessa. Oulun läänissä alueelliset ja kuntakohtaiset erot ikärakenteissa ovat hyvinkin suuria ja iäkkäiden määrät eri alueilla vaihtelevat suuresti. (Oulun lääninhallitus 2002, hakupäivä 18.5.2010.)

Oulun läänin peruspalvelujen arviointiraportissa vuodelta 2008 oli teemana ikääntyvät ihmiset. Lääninhallitus arvioi kuntien tuottamia ikäihmisten liikuntapalveluja ja liikennepalveluja. Selvityksen mukaan ohjattua liikuntaa järjestetään kaikissa läänin kunnissa, mutta 60 % kunnista arvioi, että liikuntapalveluja ei ole kunnassa riittävästi ikäihmisille. Liikuntapalvelujen kehittämistarvetta tuntui olevan erityisesti maaseutumaisissa kunnissa, joissa ikäihmisten määrä on suuri ja myös etäisyydet ovat pitkiä. Ongelmia koettiin olevan kuljetus- ja avustajapalveluissa liikuntatilaisuuksiin ja liikuntapaikoille. Lisäksi kaivattiin koordinoitua sekä liikunnasta tiedottamiseen että toiminnan suunnitteluun. Kokonaisuudessaan kuljetus- ja avustajapalveluiden saatavuus oli heikkoa suuressa osassa kuntia. Tämä rajoittaa merkittävästi toimintakyvyltään heikentyneiden ikäihmisten mahdollisuutta osallistua liikunnan harrastamiseen. Selvityksen mukaan maaseudun joukkoliikenteen palvelutaso on heikentynyt ja kuntien vastuulla olevien kuljetusten määrä kasvanut. (Silventoinen 2009, hakupäivä 18.5.2010.)

Oulunkaaren seutukuntaan on perustettu yhteistoiminta-alue (kuvio 4), jonka muodostavat Iin, Pudasjärven, Utajärven, Vaalan ja Simon kunnat. Ympäristöterveydenhuolto lukuun ottamatta yhteistoiminta-alueessa ovat mukana kaikki kansanterveyslain edellyttävät perusterveydenhuollon tasoiset terveydenhuollon palvelut. Ympäristöterveydenhuollossa seudullinen yhteistyö on käynnistynyt vuoden 2006 alussa. Sosiaalihuollon palveluista yhteistyöalueessa ovat mukana kaikki sosiaalihuoltolain mukaiset toiminnot

paitsi päivähoito. Päivähoitopalvelut jäävät kuntien järjestettäväksi. Siirtyminen yhteistoiminta-alueeseen on edennyt Pudasjärvellä ylimenovaiheen kautta, kaupungin uusi perusturvan johtamisjärjestelmä on ollut voimassa vuoden 2008 alusta. Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteistoiminta-alue on käynnistynyt vuoden 2010 alussa kuntayhtymän toimintana. (Oulunkaaren seutukunta 2007, 5-6.)



KUVIO 4. Oulunkaaren kunnat. (www.oulunkaari.com.)

Yhteistoiminta-alueelle on laadittu Palveluiden järjestämissuunnitelma 2007–2010 ja 2025. Suunnitelmassa on huomioitu Puitelain mukainen sosiaali- ja terveystyön selvitystyö ja siinä mm. määritellään, mitkä lakisäätöiset palvelut järjestetään lähipalveluina, mitkä seudullisina palveluina, mitkä tuotetaan omana ja mitkä ostopalveluna. Suunnitelman laatimisen aikoihin 2006 – 2007 ja terveyskeskuksen kuntoutuskoulutushankkeen aloitusvaiheessa syksyllä 2008 ei ollut vielä tietoa nopeasti etenevästä talousalan lamasta. Suunnitelmassa oli tarkoituksenaan muuttaa terveyskeskuksen vuodeosaston rakennetta ja perustaa kuntoutusosasto, joka tarjoaisi palveluja myös seudullisesti. (Oulunkaaren seutukunta 2007, 5-6.)

Lisäksi suunnitelman mukaan vanhuspalveluiden tavoitteena on mm. turvata asiakkaiden yksilöllinen ja ihmisarvoinen vanhuus muuttamalla laitospalvelurakennetta kotona selviytymistä ja palveluasumista tukeväksi. Laman vaikutuksesta suunnitelmia muutettiin terveyskeskuksen koulutushankkeen aikana. Oulunkaaren seutukunnan erikoissairaanhoiton palveluista vastaa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Yhtenä sairaanhoitopiirien tehtävänä potilastyön lisäksi on kehittää hoitoketjuja yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Sairaanhoitopiirejä vertailtaessa on nii-

den välillä havaittu huomattavia eroja. Usein erot eivät ole selitettävissä yksittäisillä seikoilla, vaan ne ovat monien tekijöiden summa. Vaihteluja sairaanhoitopiirien välillä tuli esille esimerkiksi lääkkeiden käytössä perusterveydenhuollossa, toimenpiteiden saatavuudessa, sairaalan hoitoajoissa, jatkohoidossa ja kuntoutuksen järjestämisessä. Kustannusvaikuttavuuden tehostamiseksi hoitoketjua on tarkasteltava kokonaisuutena ja vertailtava hyviä käytänteitä eri piireissä. (Kaste 2008–2011, 2008, 47.)

Laki Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta, nimeltään Paras, tuli voimaan helmikuussa 2007 ja on voimassa vuoden 2012 loppuun saakka. Paras -uudistuksen tavoitteena on eheä ja toimintakykyinen kuntarakenne, jonka avulla voidaan turvata laadukkaat ja koko maassa saatavilla olevat sosiaali- ja terveyspalvelut. Lisäksi uudistuksen tarkoituksena on parantaa tuottavuutta ja hillitä kuntien menojen kasvua sekä luoda edellytykset kuntien järjestämien palveluiden ohjauksen kehittämiseksi. Valtiovarainministeriön tekemän selvityksen mukaan uudistus ei ole vielä kovin vahvasti vaikuttanut palvelujen kehittämiseen. Sen sijaan vaikutuksia on nähtävillä erityisesti hallinnollisten rakenteiden kehittämisessä. Paras - uudistus etenee tällä hetkellä erityisesti yhteistoiminta-alueiden muodostamisessa. (Valtiovarainministeriö 2009, 5 – 38.)

Pohjois-Pohjanmaan maakunnan hyvinvoinnin kehittäminen 2008 - 2011 - hankkeessa on määritelty alueen hyvinvoinnin kehittämisen päälinjaukset. Kaikkien kuntien toimijoiden yhteistyönä työstetyn ohjelman toimeenpanoa tukee kuntien ja keskeisten toimijoiden allekirjoittama hyvinvointisopimus. Hyvinvointiohjelman kehittämishankkeiden keskeisimpiä rahoituslähteitä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008–2011 eli KASTE – ohjelma, Sosiaali- ja terveysministeriön Terveystieteiden edistämisen määrärahat, EU:n rakennerahasto-ohjelmat (EAKR, ESR), RAY ja Tekesin eri rahoitusohjelmat. (Pohjois-Suomi Kaste 2008, 86, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2007.)

KASTE -ohjelman toimeenpano täsmentyy ja toteutuu konkreettisissa kehittämistoimissa ja niiden tavoitteissa, joita on ollut sopimassa kuntien, järjestöjen ja muiden alueellisten toimijoiden muodostama laaja yhteistyöverkosto. Pohjois-Suomen keskeisiä KASTE -ohjelmakauden painopisteitä vuodelle 2008 ovat olleet osaamisen ja kehittämistoiminnan vahvistaminen, henkilöstön saatavuuden ja riittävyyden turvaaminen, sekä johtamisen ja kehittämisrakenteiden vahvistaminen. (Pohjois-Suomen Kaste 2008, 49.)

2.4 Paikalliset linjaukset

Kansalaisbarometrin (2009) tuottaman kansalaismielipiteen perusteella laadukkaat sosiaali- ja terveystalvet tulisi turvata paikallisesti tulevaisuudessakin. Jotta tähän tavoitteeseen päästäisiin, esitettiin keinoina erityisesti panostamista kuntien henkilöstön osaamiseen, sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien parempaan ennaltaehkäisyyn ja kunnan toiminnan tehostamiseen sekä valtion rahoituksen lisäämistä kuntien palveluihin. Syrjäseutujen palveluja ei haluttu vähentää, eikä palvelujen haluttu siirtyvän oman kunnan ulkopuolelle. (Kansalaisbarometri 2009, 27.)



KUVIO 5. Pudasjärven kaupunki sivukylineen (www.pudasjarvi.fi)

Pohjois-Suomeen sijoittuvat sekä Suomen väestörakenteeltaan ikääntyneimmät että pinta-alaltaan suurimmat kunnat. Pudasjärven kaupunki (kuvio 5) sijaitsee Oulun läänissä, Pohjois-Pohjanmaan maakunnan koillisosassa Iijoen keskijuoksulla. Pudasjärvi on Suomen toiseksi laajin kaupunki, kaupungin asukasmäärä oli vuonna 2008 9 142 ja pinta-ala 5 867,09 km². Pudasjärven kaupungin alue jakaantuu 15 osa-alueeseen, kylään, jotka jakaantuvat edelleen pienempiin yksiköihin. Kuvassa 3 esitetyt kylät voisi nykyisin kutsua jopa kaupunginosiksi. Noin puolet kaupungin väestöstä asuu näillä haja-asutusalueilla. Yli 75-vuotiaita asukkaita Pudasjärvellä oli vuonna 2008 yhteensä 860 henkilöä. Väestöennusteen mukaan vuonna 2025 yli 75-vuotiaita on n. 1500 henkilöä.

Väestön ikääntyminen on yksi Pudasjärven haasteista tulevaisuudessa. (Pudasjärven perusturvan palveluidenjärjestämissuunnitelma 2007-2010 ja 2025, 2007.)

Oulunkaaren seutukunnan alueella, johon Pudasjärvikin kuuluu, on nopeasti ikääntyvä väestö ja asiakkaat sijoittuvat maantieteellisesti laajalle alueelle. Pitkät välimatkat sivukyliltä kuntakeskustaan rasittavat osaltaan palvelujen saatavuutta ja asettavat vanhuspalveluiden ja terveyspalveluiden järjestämiselle haasteita seutukunnassa. (Pudasjärven perusturvan palveluidenjärjestämissuunnitelma 2007-2010 ja 2025, 2007.)

Oulunkaaren seutukunnan alueen yhteistyö on käynnistynyt vuoden 2006 alussa. Pudasjärven perusturvan palveluidenjärjestämissuunnitelma 2007 – 2010 ja 2025 antaa perustan palveluiden uudelleen organisoinnille. Perusturvan palvelut jaetaan asiakasnäkökulmasta kolmeen hallinnolliseen kokonaisuuteen: perhepalvelut, terveyspalvelut ja vanhuspalvelut. Palveluidenjärjestämissuunnitelman mukaan sairaala toimii tulevaisuudessa akuutin vaiheen hoitoa, tutkimusta ja kuntoutusta antavana osastona. Vanhuspalveluiden tavoitteena on mm. turvata asiakkaiden yksilöllinen ja ihmisarvoinen vanhuus muuttamalla laitosvaltainen palvelurakenne kotona selviytymistä ja palveluasumista tukevaksi. (Oulunkaaren seutukunta 2007, 3-4.)

Pudasjärven perusturvan palveluiden järjestämissuunnitelmassa on linjattu lähipalvelut ja terveyspalvelujen osalta terveyskeskuksen sairaala kuluu Oulunkaarella lähipalveluihin. Terveyskeskuksen vuodeosasto toimintaa muutetaan siten, että kuntoutusta annetaan jatkossa sekä terveyskeskuksen vuodeosaston kuntoutuspaikoilla että avohoidossa. Palveluprosessien uudistamisen yhtenä tarkoituksena on muodostaa terveyskeskukseen akuuttivaiheen hoitoa, tutkimusta ja kuntoutusta antava 15 asiakkaan osasto. Kuntoutuksen palveluja voidaan myös myydä Pudasjärven ulkopuolelle. Sairaalan osalta tarkoitus on päästä prosessien uudistamisen jälkeen keskimäärin 12 vuorokauden sairaalassa oloaikaan. Toiminnan kehittämisen tavoitteena on, että asiakas voisi olla kokonaisuudessaan sairaalassa enintään 30 vuorokautta. Sairaalassa ei tulevaisuudessa olisi yhtään pitkäaikaishoidon asiakasta ja erikoissairaanhoidon siirrot Pudasjärvelle toteutuisivat välittömästi. Työskentely kuntoutusta tarvitsevien ja osastolla olevien asiakkaiden kanssa ja kiinteä yhteistyö kotihoidon kanssa edellyttää uuden laista osaamista, johon terveyskeskuksen ja kotihoidon henkilökunta tarvitsee koulutusta. Palvelujen järjestämissuunnitelmassa ei oteta kantaa palvelualojen väliseen yhteistyöhön tai sen kehittämi-

seen. Terveyspalvelujen ja vanhuspalvelujen välisessä yhteistyössä haetaan kustannus-
tehokkuutta sairaalasta kotiutumisen tehostamisella ja joustavalla hoidon porrastuksella.
(Oulunkaaren seutukunta 2007, 3-4.)

3 HOITO- JA KUNTOUTUSSUUNNITELMA

Kuntoutumiseen ja kuntoutustoimintaan tarvitaan asiakkaan tarpeiden, edellytysten, voimavarojen sekä elämäntilanteen kartoitusta ja selvittelyä (Kettunen ym. 2002, 34.) Löydettiin uusi lähestymistapa tähän kartoitukseen voimavarojen ja kyvyn kautta (Lindström & Eriksson 2010, 33 - 34.)

Suunnittelun merkitys kuntoutuksessa vahvistui lakiuudistuksen myötä 1991. Kuntoutujalla voi olla samanaikaisesti monta kuntoutumista ohjaavaa ja tukevaa erinimistä suunnitelmaa. Kuntoutumista voidaan suunnitella hoito- ja palvelusuunnitelmalla, hoitosuunnitelmalla, työllistymissuunnitelmalla tai kuntoutussuunnitelmalla. Kuntoutujan omasta näkökulmasta on tärkeää, että kuntoutumisen suunnittelu on toimiva kokonaisuus ja kaikki toimijat toimivat yhdessä sovitun päämäärän toteutumiseksi. (Kettunen, Kähäri-Wiik ym. 2009, 25–26.) Tässä toimintatutkimuksena tehdyssä kehittämistyössä kehitetty suunnitelma on nimeltään kuntoutus- ja hoitosuunnitelma.

Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan asiakkaan nykytilanteen kartoituksen pohjalta yhdeksä pohditut kuntoutumisen tavoitteet, keinot ja aikataulu tavoitteisiin pääsemiseksi (Lindström & Eriksson, 2010, 43). Paltamaan ym. (2011) mukaan ICF-luokituksen tulee ohjata kuntoutuksen tavoitteiden määrittelyä ja kirjaamiskäytäntöä, jotta asiakkaan toimintaan vaikuttavat tekijät tulevat mahdollisimman laaja-alaisesti huomioiduksi. ICF-ohjeistus velvoittaa tällä hetkellä mm. AVH-kuntoutujien kuntoutussuunnitelman laadintaa. (Paltamaa ym. 2008, 2011, 7-8).

Kuntoutumisen suunnittelulla pyritään lisäämään asiakkaan koherenssin tunnetta eli elämänhallintaa. Koherenssin tunne vaikuttaa positiivisesti myös ikäihmiseen ja hänen mahdollisuuksiin jälleenrakentaa eheyden tunnetta omassa elämässään. (Lindström & Eriksson 2010, 43.) Koherenssin tunne toimii osalla ikäihmistä puskurina sairastumisen ja kuntoutumisen aikana vähentämällä stressiä. Useat tutkimustulokset osoittavat, että koherenssin tunne voi ylläpitää terveyttä ja hyvää elämänlaatua. (Lindström & Eriksson 2010, 42.)

Kuntoutussuunnitelmassa on myös kirjattuna ne palvelut, joita asiakas tarvitsee toimintakyvyn eri osa-alueilla. Tärkein asia suunnitelmaa tehtäessä on, että asiakkaalla on motivaatio ja sitoutuminen kuntoutumiseen. Tutkimusten mukaan koherenssin tunne vahvistuu asiakkaalla, kun kuntoutumisen suunnittelu on hänelle ymmärrettävää, hallittavaa ja tarkoituksellista. Asiakkaan motivaation lisäämiseksi erityisesti ikäihmisten kuntoutuksen harjoitteet on hyvä sitoa arkielämän erilaisiin asiakkaalle tuttuihin tilanteisiin. (Kettunen ym, 2009, 32–35.) Wallin ym. (2009, 53) korostavat, että asiakkaan sitoutuminen kuntoutusprosessiin on tärkeää, jotta hänen kuntoutuksen aikana oppimansa asiat siirtyvät osaksi hänen toimintaansa kotona. Sitä edistää vanhuksen näkökulmien huomiointi kuntoutuksen tavoitteiden ja toteutuksen suunnittelussa.

Kuntoutusprosessin aikana kertyvä tieto kirjataan hoidosta ja seurannasta vastaavaan yksikköön (Kettunen, Kähäri-Wiik ym, 2009, 32-35). Salmelaisen (2008, 34) tutkimuksessa tuli esille, että Kuntoutussuunnitelmissa oli puutteellisia kirjauksia sosiaalisten tilanteiden ja tarpeiden osalta ja suunnittelun seurannan vastuutahon kirjausta ei myöskään löytynyt. Lisäksi tutkituissa kuntoutussuunnitelmissa korostui biolääketieteellinen näkemys, joten kotikäynneillä havaitut psykososiaaliset tarpeet jäivät heikolle huomiolle kunnan ja kuntoutuslaitoksen välisissä kokouksissa.

Sekä ikäihmisten hoitamisen että kuntoutuksen – kuten myös kuntoutumista tukevan ammattihenkilöiden toiminnan – tulee perustua moniammatilliseen suunnitteluun (Isoherranen 2005, 21). Kuntoutumisen tarpeet tulee arvioida ja suunnitella nykyisiä käytänteitä moniammatillisemmin ja laaja-alaisemmin. Arjen näkökulman huomioimiseen kuntoutuksessa tarvitaan eri toimijoiden välistä yhteistyötä. Kuntoutumisen suunnitelmien yhdistäminen yhdeksi kokonaisuudeksi mahdollistaa arjen tarpeiden huomioimisen laaja-alaisesti. (Sipari 2008, 115–116.) Kuntoutumisen suunnitelmaa laativan yksikön vastuulla on huolehtia, että kuntoutujan oma ääni kuuluu suunnitelmaa laadittaessa. Lisäksi kuntoutujan omaisen läsnäolo on mahdollistettava, mikäli kuntoutuja niin haluaa. (Kettunen ym. 2002, 34 - 35, Järvikoski ym. 2009)

Tärkeää on kiinnittää huomiota kuntoutujan elämän siirtymävaiheisiin liittyviin tavoitteisiin ja huomioida ne entistä paremmin kuntoutumisen suunnittelussa (Salmelainen 2008, 34). Kotiutumisen tarkoitetaan siirtymävaihetta, jossa asiakas siirtyy yhdestä hoitopaikasta toiseen hoitopaikkaan tai kotiin, sairaalasta kotiin tai toiseen hoitoyksik-

köön (Pöyry & Perälä 2003). Perusterveydenhuollossa, esim. oman kunnan vuodeosastolla asiakkaiden kotiutumisen suunnitteluun on usein paremmat mahdollisuudet kuin erikoissairaanhoidossa, jossa hoitoajat ovat lyhentyneet huomattavasti viime aikoina. Asiakkaan kotiutuminen on onnistunut silloin, kun se on suunniteltu ja dokumentoitu huolellisesti ja kotona tarvittavat hoidot ja palvelut, esim. kotihoidon palvelut, on etukäteen sovittu. Hyvin suunnitellussa ja toteutetussa kotiutumisessa asiakkaan terveys ja toimintakyky ei kotiutumisen tuloksena heikkene, eikä hänen saman vaivan vuoksi tarvitse palata lähiaikoina uudelleen sairaalaan. (Pöyry & Perälä 2003, 46–47.)

3.1 Hyvinvointi ja toimintakyky

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen tavoitteena on lisätä ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia (Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto 2008, 30). Yleisesti ikäihmisten mielestä hyvinvointi on hyvää elämää, hyvää toimeentuloa tai tervettä elämää. Hyvinvointi sanana viittaa johonkin hyvään ja positiiviseen. (Allardt 1980, 39 - 42.) Tämän opinnäytetyön taustalla oleva salutogeeninen lähestymistapa korostaa terveyttä ja voimavaroja, jotka tukevat ja edistävät ihmisen hyvinvointia koko elämän ajan.

Allardtin (1980) mukaan hyvinvointi on yleinen tila, jossa ihmisillä on mahdollisuus saada keskeiset tarpeensa tyydytetyksi. Hän jakaa hyvinvoinnin kahteen osaan, elintasoon ja elämänlaatuun. Vanhusten hyvinvoinnin toteutumisessa korostuu elämänlaatu. Elämänlaatu jakautuu Allardtin mukaan edelleen yhteisyyssuhteisiin ja itsensä toteuttamiseen. Ihmisellä on tarve kuulua sosiaaliseen verkostoon ja olla tekemisissä muiden ihmisten kanssa. Hän näkee myös itsensä toteuttamisen tärkeänä osana ihmisen hyvinvointia. Terveys vaikuttaa elintasoon ja sitä kautta hyvinvointiin. (Allardt 1980, 39–42.) Ylitalon (2005) mukaan hyvinvoinnin perustan luovat työ, toimintakyky, turvallisuus, toimeentulo sekä vahva sosiaalinen verkosto. Hyvinvointi ilmenee tyytyväisyytenä elämään, mahdollisuutena toteuttaa ja kehittää itseään. (Ylitalo 2005, 10.)

Toimintakyky on laaja hyvinvointiin liittyvä käsite. Sitä voidaan määritellä monin eri tavoin eikä yleisesti hyväksyttyä käsitteistöä toimintakyvystä toistaiseksi ole olemassa. Keskeisenä käsitteenä iäkkäitä ihmisiä tutkittaessa on ollut selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. (Laukkanen 2003, 255.) Toimintakyvyn käsite voidaan rajata fyysiseen,

psykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Siihen voidaan Rissanen (1999, 31) mukaan katsoa kuuluvan myös kognitiivisen ja taloudellisen toimintakyvyn.

Fyysisellä toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa yksistään jonkin yhden elimen ja elinjärjestelmien toimintaa tai elimistön toiminnallista kykyä selviytyä fyysistä ponnistelua edellyttävistä tehtävistä ja sille asetetuista tavoitteista. Fyysisen toimintakyvyn katsotaan muodostuvan lähinnä hengitys- ja verenkiertoelinten sekä tuki- ja liikuntaelinten toimintakyvystä. Siihen liittyvät läheisesti käsitteet fyysinen kunto ja fyysinen suorituskyky. Ikäihmisen fyysistä toimintakykyä tutkittaessa tarkastellaan usein ihmisen kykyä suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista, kuten syömisestä, juomisesta, nukkumisesta, pukeutumisesta, peseytymisestä ja liikkumisesta. (Rissanen 1999, 31–32.)

Psyykkisen toimintakyvyn määrittäminen riippuu näkökulmasta, joka määritelmään otetaan. Psyykinen toimintakyky voidaan ymmärtää hierarkiana. Tällöin psykofysiologiset toiminnot muodostavat alimman tason, seuraavalla tasolla ovat kognitiiviset prosessit, kolmantena ovat sosioemotionaaliset tekijät ja korkeimmalla tasolla on psyykinen hyvinvointi. Toinen lähtökohta määrittää psyykkistä toimintakykyä on jakaa eri tekijät horisontaalisesti. Tällöin keskeisiä alueita ovat kognitiiviset toiminnot, sosioemotionaaliset tekijät ja kyky ratkaista erilaisia elämän ongelmia. (Hervonen & Pohjolainen 1991, 192, Rissanen 1999, 35.)

Sosiaalisen toimintakyvyn määrittäminen on vaikeaa, eikä sitä voi kokonaan erottaa psyykkisestä toimintakyvystä. Ne liittyvät toisiinsa ja siten muodostavat mutkikkaan kokonaisuuden. Sosiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella *yhteiskuntaan sopeutumisen* kannalta. Toinen tapa tarkastella on resurssiajattelu. Sosiaalinen toimintakyky muodostuu sosiaalisista resursseista esimerkiksi ystävyys-, perhesuhde-, tulo- ja koulutusresursseista. (Hervonen & Pohjolainen 1991, 192; Heinola & Luoma 2007, 36 - 37.)

3.2 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillinen yhteistyö voidaan määritellä työskentelyksi, joka on asiakas- ja työlähtöistä siten, että eri ammattiryhmät yhdistävät tietonsa ja taitonsa ja pyrkivät mahdollisimman tasa-arvoiseen päätöksentekoon (Isoherranen 2005,14). Moniammatillisessa

yhteistyössä pyritään tietojen, taitojen, tehtävien, kokemusten ja/tai toimivallan jakamisella jonkin yhteisen päämäärän saavuttamiseksi (Ovretveit 1995).

Kuntoutussuunnitelman - ja kuntoutustoimenpiteen onnistuminen edellyttää tiedon välittymistä ja tiedon rakentamista asiakkaan elämäntilanteesta, mikä taas edellyttää moniammatillista yhteisarviointia, esim. kotihoidon ja terveystieteiden välillä. Moniammatillisessa yhteistyössä työntekijöiden on pystyttävä arvostamaan toistensa osaamista ja myös ryhmän yhteistä osaamista. Tiimi kehittyy ja työntekijöiden osaaminen lisääntyy, jos jokaisen toimija antaa osaamisensa ja ammattitaitonsa yhteiseen käyttöön asiakkaan hyväksi. (Salmelainen, 2008, 19-20.) Ammattihenkilöiden on opittava ensin keskustelemaan ja työskentelemään tasa-arvoisesti ja ylittäen sekä ammattien että organisaatioiden rajat, ja tämän jälkeen asiakkailla on mahdollisuus päästä tasa-arvoiseen kumppanuussuhteeseen ammattihenkilöiden kanssa. (Veijola ym. 2006.)

Yhteistyöllä on keskeinen rooli siinä, miten moniammatillista työskentelyä, osaamista ja asiantuntijuutta kehitetään (Salmelainen, 2008, 20). Vuorovaikutustilanteessa moniammatillisen tiimin jäsenet suuntaavat toimintansa yhteiseen kohteeseen ja kieltävät, väheksyvät tai tukevat toisten asiantuntijoiden esittämiä ajatuksia. Jokainen tuo tähän keskusteluun oman näkemyksensä toisten arvioitavaksi ja näin asiantuntijakeskeisyydestä tulee asiantuntijoiden vuoropuhelua. Jaettu asiantuntijuus onkin erinomainen perusta, kun halutaan muodostaa laajempi käsitys asiakkaan kokonaistilanteesta. (Kontio 2010, 10–11.) Lisäksi luottamuksellisessa ja avoimessa työyhteisössä tai tiimissä voi luottaa muiden tukeen ja reflektoida tunteitaan ja ajatuksiaan, jotka kuuluvat omiin työtapoihin ja asiakkaiden tarpeisiin (Vilen, Leppämäki & Ekström 2008, 104).

Työyhteisöstä riippumatta, käytännön näkökulmasta tarkasteluna moniammatillisessa yhteistyössä korostuvat seuraavat viisi kohtaa; 1) asiakaslähtöisyys, 2) tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, 3) vuorovaikutustietoinen yhteistyö, 4) rajojen ylitykset ja 5) verkostojen huomioiminen. (Isoherranen 2005, 14.)

Moniammatillisen yhteistyön viisi kohtaa tulevat näkyviksi, kun otetaan lähtökohdaksi asiakas ja pyritään huomioimaan hänet kokonaisvaltaisesti. Eri näkökulmien kokoamista yhteen voidaan kutsua myös synergiksi, jolloin yhteinen tulos on parempi, kuin jokaisen jäsenen yksin tuottama tulos. Vuorovaikutustietoinen yhteistyö on ryhmän eri jäsen-

ten, asiakkaiden ja omaisten hyvän vuorovaikutuksen merkityksen ymmärtämistä ja siihen panostamista. Rajojen ylittämistä tapahtuu, kun työskennellään yli organisaatiorajojen ja eri ammattiryhmien kanssa joustavasti ja asiakaslähtöisesti. Verkostojen huomiointi on tärkeää asiakkaan kokonaistilanteen hahmottamiseksi ja toimintamahdollisuuksien löytämiseksi. (Isoherranen 2005, 15–16.)

Sisäisellä ja ulkoisella moniammatillisuudella on yhteisiä prosesseja ja sisältöjä. Keskeistä sisäisessä moniammatillisuudessa on, että työyhteisön tai tiimin työntekijöiden osaaminen tehdään näkyväksi ja se suunnitellaan ja organisoidaan työntekijöiden perustehtävän kannalta mielekkäällä tavalla. Tämä tehtävä edellyttää työyhteisössä olevien osaamisen rajojen ylittämistä, neuvotteluja ja uudenlaisia sopimuksia. Ulkoisen moniammatillisuuden lähtökohdat ovat erilaiset, koska yleensä työntekijät edustavat eri organisaatioita tai eri hallinnonaloja tai heitä ohjaa eri lainsäädäntö. Tässä moniammatillisessa työskentelyssä on näin ylitettävä myös hallinnon rajoja. Moniammatillisessa työskentelyssä yhteistyöosaaminen, hyvät yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot sekä luotamuksellinen ja avoin ilmapiiri ryhmän jäsenten välillä ovat tärkeitä toiminnan edellytyksiä, mutta lisäksi tarvitaan yhteisesti ajateltua tulkintaa toiminnan tavoitteista, mikä tarkoittaa niitä perustehtäviä, joita yhdessä ollaan toteuttamassa. (Karila & Nummenmaa 2001, 146–147.) Koulutus onkin avainasemassa moniammatilliseen yhteistyöhön valmentautuessa ja sen avulla voidaan muokata tietoja, taitoja ja asenteita sekä luoda edellytyksiä osaamiselle, jota tarvitaan moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseksi (Rekola 2008, 17).

Moniammatillinen verkosto on tunnistettavissa oleva, ihmisten muodostama kokonaisuus, jossa osallistujien suhteet ovat tasaveroisia riippumatta heidän asiantuntija-, rooli-, ja tehtävänkuvistaan. (Mäkisalo 2003, 136) Verkostot eivät ole ikuisesti samanlaisia, kansalaisten omat verkostot; perhe, lähiyhteisö, sukusidokset, työyhteisö muuttuvat. Samalla tavalla muuttuvat myös ammattihenkilöiden työnjaot ja toimintatavat. (Seikkula & Arnkil 2005, 9-10.) Hoitotyössä verkostoja tarvitaan työn kehittämiseen, uuden oppimiseen ja asiakkaan mahdollisimman laaja-alaiseen hoitamiseen. Verkostojärjestelmä perustuu hoitotyössäkin avoimuuteen ja yhteistyöhön. (Mäkisalo 2003, 136) Eri-tyistä huomiota tulisi kuitenkin moniammatillisten verkostojen osata ryhmän koordinointiin, koska useiden tutkimusten mukaan hyvä koordinaattori on moniammatillisen verkoston elinvoimaisuuden tae. (Kontio 2010, 21)

Yhteistyö terveyskeskuksen ja kotihoidon välillä on tärkeää asiakkaan kotiuttamista suunniteltaessa, jotta potilaan kotiuttamismahdollisuuksista voidaan muodostaa realistinen arvio. Potilaan osallistuminen kotiuttamisensa suunnitteluun on tärkeää kotiuttamisen onnistumisen kannalta. Myös asiakkaan omaisten ja läheisten mukanaolo kotiuttamisvalmisteluissa on tärkeää, koska he tietävät ja tuntevat potilaan elämäntilanteen paremmin usein kuin henkilökunta. (Pahikainen 2000, 5.)

4 KEHTTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän toimintatutkimuksena toteutetun kehittämistyön tarkoituksena on tuottaa hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli Pudasjärven kaupungin terveyskeskuksen ja kotihoidon käyttöön. Uusi toimintamalli integroi asiakkaan palveluketjun saumattomaksi kokonaisuudeksi. Prosessin kautta kuvautuu uudenlainen toimintakäytäntöjen kehittämismalli kotihoidon ja terveyskeskuksen ammattihenkilöiden välille.

Tutkimuksella vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Minkälainen hoito- ja kuntoutussuunnittelun malli Pudasjärvellä on ennen kehittämistoiminnan käynnistymistä
2. Minkälaisia haasteita ilmenee hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemisessä moniammatillisena yhteistyönä?

Kehittämistyön tulos

3. Minkälainen on moniammatillisena yhteistyönä tuotettu hoito- ja kuntoutussuunnitelma?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Toimintatutkimus kehittämisessä ja tutkimuksessa

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena. Toimintatutkimus voidaan määritellä prosessiksi, jossa pyritään asioiden muuttamiseen ja kehittämiseen. Toiminnan kehittäminen ymmärretään jatkuvaksi prosessiksi, joka ei pääty johonkin hyvään toimintaan. Keskeistä toimintatutkimuksessa on uudella tavalla ymmärretty prosessi. Näin ymmärrettynä toimintatutkimus on lähestymistapa, joka ei ole kiinnostunut vain siitä miten asiat ovat, vaan ensisijaisesti siitä, miten niiden tulisi olla. (Aaltola & Syrjälä 1999, 18.) Toimintatutkimuksen erityispiirteiden vuoksi sitä voidaankin pitää arkielämään liittyvänä tieteellisenä toimintana ja ammatillisena oppimisprosessina (Syrjälä 1994, 31).

5.1.1 Osallistava ja kommunikaatiivinen toimintatutkimus

Toimintatutkimuksen (action research) juuret löytyvät Kurt Lewinin (1890-1947) kenttäteorian menetelmistä. Siirtyminen yliopistosta kentälle oli Lewinille tärkeä askel kohti toimintatutkimusta. Sosiaalipsykologi Kurt Lewiniä kutsutaan usein myös toimintatutkimuksen isäksi. Hänen kerrotaan todenneen, että ”Mikään ei ole käytännöllisempää kuin hyvä teoria”. Hänen ajatustensa mukaan toimintatutkimus tulee tehdä aidoissa olosuhteissa ja siten, että siitä on mahdollisimman paljon hyötyä myös käytännössä. (Heikkinen 2008, 23–25.)

Syrjälän (1994) mukaan on olemassa teknisesti, käytännöllisesti ja emansipatorisesti orientoitunutta toimintatutkimusta. Tekninen tarkoittaa interventiosuuntautunutta, käytännöllinen tarkoittaa käytännöllisiä ja emansipatorinen tarkoittaa vapauttavaa toimintatutkimuksia. Käytännöllisessä tutkimuksessa kehittämissuunnan lähtökohta voi olla ulkopuolisessa kehittäjässä tai käytännön työntekijöissä. Käytännöllisen tutkimuksen avulla työntekijöitä pyritään auttamaan tiedostamaan, muotoilemaan ja uudelleen suuntaamaan omaa tietoisuuttaan ja käytäntöjä kehitettävässä toiminnassa. (Metsämuuronen 2008, 31.)

Tämä Pudasjärven terveyskeskuksen koulutus- ja kehittämishanke voidaan ymmärtää *praktisena tutkimuksena*, jossa työntekijöiden omista toiveista on lähtenyt tarve hakea tietoa kuntoutumista tukevaan työotteeseen ja kuntoutusosaston perustamiseen. Lisäksi työntekijöitä pyritään auttamaan oman tietoisuutensa ja käytännön teorioiden muodostamisessa, muotoilemisessa ja uudelleen suuntaamisessa. (Syrjälä, 1994, 32.) Praktiseen näkökulmaan tässä toimintatutkimuksessa kiinnittyy kriittinen eli emansipatorinen eli valtauttava tiedonintressi, jonka päämääränä on vapautuminen perinteisiin liittyvistä pakkavista ja itsestään selvinä pidetyistä ajatus- ja toimintamalleista. (Carr & Kemmis 1986, 129, 156, 189–190.)

Toimintatutkimus on myös ryhmien ja yksilöiden omaa systemaattista tutkimusta toimenpiteistä, joilla he muuttavat ja kehittävät kohteena olevaa käytäntöä sekä keinoista, joilla he reagoivat toimenpiteiden vaikutuksiin (Ebbutt 1985, 170). Toimintatutkimuksessa on piirteitä erilaisista tutkimusperinteistä. Vaikka se tavallisesti ehkä mielletään laadulliseksi lähestymistavaksi, voi se hyödyntää myös kvantitatiivisia menetelmiä (Heikkinen & Jyrkämä 1999). Toimintatutkimuksessa uuden tiedon voidaan todeta syntyvän pääosin niissä ympäristössä, joissa itse toiminta tapahtuu. Tieto siis syntyy aidossa toimintaympäristössä ja tästä ympäristöstä nouseva tieto on aidon toimintaympäristön tietoa (Toikko & Rantanen 2009, 42). Toimintatutkimukselle on myös ominaista, että tutkimuksen avulla pyritään saamaan aikaiseksi muutosta tutkittavassa yhteisössä. Lisäksi tärkeää on, että toimintatutkimuksessa yhteisön jäsenet tai heidän edustajansa osallistuvat itse tutkimusprosessiin. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 243.)

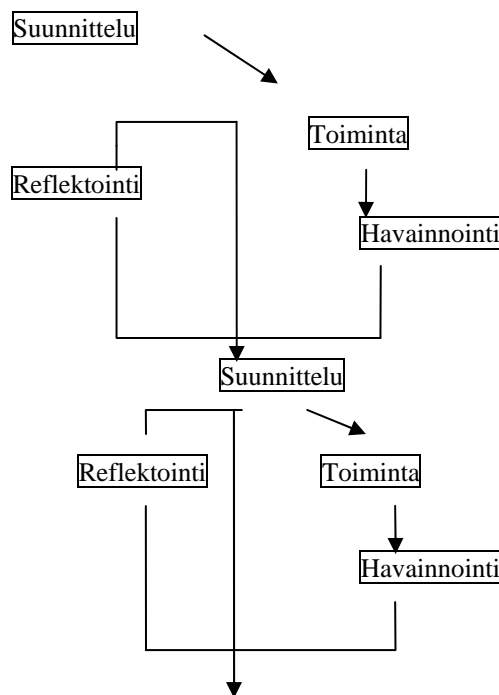
Koska tieto tuotetaan käytännön toimintaympäristössä, myös tiedon tuottajat ovat heterogeenisempiä kuin perinteisessä tutkimuksessa (Toikko & Rantanen 2009, 42). Toimintatutkimusta on sanottu myös itsereflektion muodoksi, jossa sosiaaliseen tilanteeseen osallistujat pyrkivät parantamaan käytäntöjensä järkevyyttä ja oikeudenmukaisuutta (Järvikoski & Härkäpää 2004, 243). Näin kysymys ei ole vain tiedon soveltamista, vaan uudesta tavasta tuottaa sitä. Toiminnan onnistuessa tieto on käytännöllistä ja myös käyttökelpoista (Toikko & Rantanen 2009, 43-44).

Toimintatutkimus perustuu interventioon, koska muuttamalla sosiaalista todellisuutta, saadaan aikaan jotain uutta. Kehittämisen sykleillä ei ole päätepistettä, vaan uusi parempi käytäntö on aina tilapäinen. Toimintaympäristön muutos aiheuttaa aina tarpeen

tarkastella toimintaa uudelleen. Toimintatutkimus ei tässä mielessä lopu koskaan, mutta tutkijan on aina jossain perustellussa vaiheessa lopetettava työnsä. (Heikkinen 2008, 28-29)

Tietojen kerääminen, analyysi, tulkinta ja kerätyn tiedon pohjalta tapahtuva oman toiminnan arviointi ja reflektointi ovat toimintatutkimuksessa olennaisia osia. Toimintatutkimukselle on tyypillistä, että tutkimuksesta saadut tulokset käytetään heti hyväksi yhteisön toiminnan kehittämiseksi ja tuloksia tarkastellaan uudestaan tutkimuksen avulla. Tämä tarkoittaa, että tutkimus, tulosten arviointi, kehittämistyö ja toiminnassa tapahtuva muutos seuraavat toimintatutkimuksessa toisiaan spiraalina tai kehänä. Prosessin aikana syntyneiden toimintojen tai teorioiden merkitys arvioidaan aina käytännön toiminnan kautta. Ajallisesti toimintatutkimus on rajattu tutkimus- ja kehittämisprojektiksi, jonka avulla suunnitellaan ja kokeillaan uusia tapoja toimia. (Heikkinen 2008, 17)

Spiraalimaisesti etenevä kehittäminen (kuvio 6.) edellyttää ryhmältä pitkäjännitteistä prosessia. Ensimmäinen kehä muodostaa tavallaan lähtökohdan toiminnan kehittämislle. Sen aikana koko kehittämistoiminnan perusteluja, organisointia, toteutusta ja arviointia koetellaan. Kuitenkin samat asiat ovat mukana ja niitä tarkastellaan myös seuraavien kehien aikana.



KUVIO 6. Toimintatutkimuksen spiraalimalli. (Toikko & Rantanen 2009, 67)

Carr & Kemmis (1986) väittävätkin, että kehittämisen tuloksellisuus on usein kiinni siitä, kuinka monta kehää kehittämisprosessin aikana ehditään toteuttaa. (Toikko & Rantanen 2009, 67)

Toimintatutkimuksen olennainen osa on reflektio, Deweyn ajattelun mukaan toiminta voidaan jakaa kahteen perustyyppiin, rutiininomaiseen toimintaan ja ajatteluun eli reflektiiviseen toimintaan. Reflektio onkin parhaimmillaan ryhmässä tapahtuvaa ongelmanratkaisua. Reflektioon tarvitaan yleensä kuitenkin ulkopuolista henkilöä, joka avaa uusia näkökulmia keskusteluun. (Syrjälä 1994, 37 - 38) Tässä kehittämistyössä korostuu reflektiivisyys ja sen myötä uutta kehittämistä koskevaa tietoa syntyy koko prosessin ajan. Perustana on toimijoiden uuden oppimiseen, erilaisiin kokeiluihin ja sitä kautta toimintojen kehittämiseen perustuva toiminta. Tieto ja kokemukset ohjaavat toiminnan kehittämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 50)

Jäsenän tätä toimintatutkimusta suunnittelu-, toiminta- ja arviointivaiheiden mukaan (Lauri 1998, 116-117).

5.1.2 Toimijakehittäjän rooli toimintatutkimuksessa

Toimintatutkimuksessa tutkija yleensä itse toimii tutkimassaan käytännössä, jossa hän ei ole kuitenkaan yksin. Näin tutkimusta tehdään yhteistyönä ja prosessi etenee tutkijan tutkimuksen tukemana. Toisin sanoen toimintatutkimuksessa tutkija on osa tutkimuskohdettaan. Tutkittava toiminta ja sen muuttaminen perustuu osallistujien yhdessä suorittamaan pohdiskeluun ja tasavertaiseen keskusteluun, jossa pyritään neuvotellen etsimään ratkaisuja käytännön ongelmiin. Tutkijan tavoitteena on saada aktivoitua kentällä toimivia työntekijöitä itse suorittamaan oman työn analyysia ja kehittämistä. (Syrjälä 1994, 33–35.)

Tässä tutkimus- ja kehittämistyössä toimijakehittäjänä en tule työyhteisön sisältä, vaan lähityöyhteisöstä. Vahvuutta omaan rooliini tulee siitä, että työskentelen verkostoon ja yhteistyökumppaneihin läheisesti kuuluvassa yksikössä. Huovinen ja Rovio (2008) nostavat toimijatutkijan haasteeksi tutkijaidentiteetin omaksumisen. Toimijatutkijalla on omat ennakkokäsityksensä kehitettävästä asiasta ja hänen on tärkeää pohtia niiden vaikutusta tutkimustyöhön. Omien sokeiden pisteiden ja esiolettamusten tunnistaminen on

askel kohti tutkijan objektiivisuutta. (Huovinen & Rovio 2008, 97.) Tämän vuoksi tutkimus- ja kehittämistyön alussa tulee selventää tutkijan ja kehittäjän rooli sekä avata ja selventää siihen liittyvät perusteet kehittämistyöhön osallistujille. Ilman roolin selkeyttämistä voi toimija-tutkija kohdata ristiriitoja omassa tai lähityöyhteisössään. (Siira & Veijola 2009, 144.)

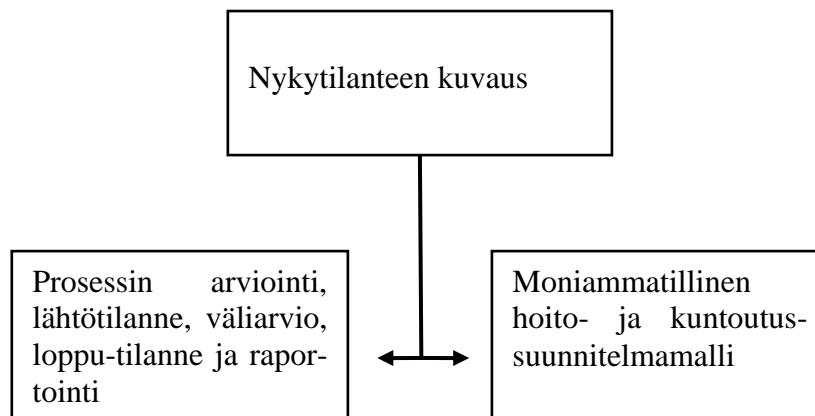
Työskentelen Oulunkaaren kuntayhtymän Pudasjärven palvelualueen kotihoidon palveluesimiehenä. Asiakkaita ovat kotihoidon piirissä olevat vanhukset, kotihoidon työntekijät ja muut asiakkaiden kanssa työtä tekevät toimijat, esim. terveyskeskus. Työni ohella osallistuin Pudasjärven terveyskeskuksen henkilökunnan kuntoutukseen liittyvään täydennyskoulutukseen vuosina 2008 – 2009. Tässä koulutuksessa ja siihen liittyvässä kehittämistoiminnassa olen toimijakehittäjä. Osallistujana olen yksi kotihoidon näkökulmaa edustava toimija, kun kehitetään terveyskeskuksesta kotitutumista ja kuntoutussuunnitelmaa. Tutkijana vien eteenpäin prosessia, analysoin ja kehitän tulevia tuotoksia yhdessä koulutusryhmän kanssa. Roolissani en pyri auktoriteetin asemaan, mutta olen vastuussa terveyskeskuksen kehittämisprosessin ohjaamisesta. Tärkein roolini tämän täydennyskoulutuksen osalta on olla opiskelija, mutta toisaalta koko ajan muistaa roolini tarkasti rajatun osa-alueen kehittämisprosessissa.

Huovisen ja Roivion (2008) mukaan tutkijan tausta ja aikaisempi työhistoria vaikuttavat tutkimustyön muotoutumiseen. Olen koulutukseltani ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut sosionomi. Tämä työelämän kehittämistehtävänä tehtävä toimintatutkimus liittyy jatkokouluttautumiseeni Oulun Seudun Ammattikorkeakoulussa ylempään ammattikorkeakoulututkintoon johtavassa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Minulla on kymmenen vuoden työkokemus vanhustyöstä asumisyksikössä (vastaava ohjaaja) ja kotihoidossa (kotipalvelun ohjaaja ja kotihoidon palveluesimies). Minulla on myös oma kokemukseni terveyskeskuksen henkilöstön kanssa tehtävästä yhteistyöstä ja kotiuttamisvaiheen sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelman puuttumisen vaikutuksista työhöni.

Toimintaani toimijatutkijana ohjaa sosiaalisen konstruktivismin mukainen näkemys, jonka mukaan keskeistä on, että ihminen nähdään kielellisenä, kulttuurisena ja sosiaalisena olentona, jolloin ihmisen tietäminen on suhteessa toisten tekemiin sosiaalisiin sopimukseen ja tulkintoihin. Willman (2001) mukaan sosiaalisen konstruktionismin mukaan totuus ei ole koskaan absoluuttinen, vaan sosiaalisen vuorovaikutuksen tuloksena

syntynyt neuvottelutulos. Tärkeää on kielellisesti välitetty, vuorovaikutuksessa tuotettu merkitys, ei kielen merkit tai rakenne. Ajatteluni on yhdistelmä teoreettista opintojen kautta saatua tietoa ja työelämän aikana kehittyntä tietotaitoa, jota voidaan kutsua myös hiljaiseksi tiedoksi. Omat havaintoni ja tunteeni ovat myös mukana toiminnassani ja heijastuvat päiväkirja tutkimusaineistoon.

Pudasjärven koulutushankkeeseen tuotettiin kaksi ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä. Kuviossa 7 on esitetty työelämän kehittämistehtävän jakautuminen kahden eri osioon.



KUVIO 7. Tutkijoiden työnjako.

Tutkijat selvittivät yhdessä kehittämisen kohteen nykytilan ja eriyttivät sen jälkeen omat osionsa. Toinen tutkija oli työyhteisön ulkopuolinen tutkija. Hän osallistui molempien koulutushankkeeseen osallistuneiden ryhmien tapaamisiin koulutuksen alussa, puolivälissä ja lopussa. Hänen kehittämistehtävänsä oli hyvän kuntoutuskäytännön kehittämisen selvittäminen Pudasjärven terveyskeskuksessa. Oma kehittämistehtäväni oli moniammatillisen hoito- ja kuntoutuspalaverikäytännön kehittäminen Pudasjärven terveyskeskuksen ja kotihoidon yhteistyön välineeksi. Tutkimusluvan myönsi Pudasjärven kaupungin sosiaali- ja terveystoimen perusturvajohtaja 22.1.2009.

5.2 Kehittämistoiminnan arviointi

Kehittämistoiminnan alussa kuvattiin hoito- ja kuntoutussuunnittelun ja moniammatillisen yhteistyön ilmeneminen terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon välillä. Kehittämistoiminnan loppuvaiheessa kuvattiin hoito- ja kuntoutussuunnittelumallin käyttöön oton ja moniammatillisen yhteistyön kehittämisen vaikutuksia terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon välillä.

5.2.1 Tutkimusaineisto ja sen kerääminen

Tutkimusaineistoa kertyi koulutushankkeen aikana mm. osallistujien tekemistä oppimistehtävistä, jossa perehdyttiin moniammatilliseen yhteistyöhön ja kuntoutuksen suunnitteluun. Koulutuspäivien ryhmäkeskusteluissa kehitettiin hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa tutkijan tekemien esitysten ja saatujen kokemusten pohjalta. Koulutuspäivien aikana tutkimusaineistoa kertyi tutkimuspäiväkirjaa kirjoittamalla.

TAULUKKO 1. Tutkimusaineisto ja analyysimenetelmät.

Tutkimuskysymys	Aineisto	Analyysi
Minkälainen hoito- ja kuntoutussuunnittelun malli Pudasjärvellä on ennen kehittämistoimintaa?	- Oppimistehtävät - Tutkimuspäiväkirja - Ryhmäkeskustelut - Muu kirjallinen materiaali	Aineistoanalyysi, sisällön analyysimenetelmä
Minkälaisia haasteita hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemisessä moniammatillisena yhteistyönä ilmeni ennen kehittämistyötä?	- Ryhmäkeskustelut - Tutkimuspäiväkirja - Oppimistehtävät - Muu kirjallinen materiaali	Aineistoanalyysi, sisällön analyysi menetelmä
Minkälainen moniammatillisen yhteistyönä tehtävä hoito- ja kuntoutussuunnitelma oli kehittämistyön jälkeen?	- Kysely - Tutkimuspäiväkirja - Ryhmäkeskustelut - Muu kirjallinen materiaali	Aineistoanalyysi, sisällön analyysi menetelmä

Koulutusjärjestelyjen mukaisesti (liite 1) koulutukseen osallistuneet työntekijät oli jaettu kahteen ryhmään. Molemmille ryhmille oli kerran kuukaudessa samanlaiset koulu-

tuspäivät ja niissä tehtiin samat oppimistehtävät. Oppimistehtävien laatimisesta vastasi pääsääntöisesti kouluttaja. Tutkijana vastuullani oli hoito- ja kuntoutussuunnitelu – mallin kehittäminen. Koulutuksessa mukana olleiden työntekijöiden tuottamisen oppimistehtävien aineistot (kuvio 8) ovat olleet tärkeä osa kehittämistyötä.

Koulutuspäivien aikana kouluttaja ohjeisti osallistujat keskustelemaan ja dokumentoimaan keskustelujen tuotokset aina käsiteltävistä teemoista ja oppimistehtävistä. Keskustelut ja tehtävien suorittaminen tapahtui tehtävän luonteesta riippuen joko ammattikoh-taisissa ryhmissä tai moniammatillisissa ryhmissä, joissa oli terveystieteiden vuodeosaston-, kotihoidon- ja erityistyöntekijöitä. Osan tehtävistä osallistujat saivat ennako-tehtävinä ennen seuraavaa tapaamista, jotta osanottajilla oli mahdollisuus pohtia tehtä-viä yhdessä oman työyhteisön kanssa etukäteen ja tuoda koulutuspäivän keskusteluun oman työyhteisön näkökulmaa. Kuntoutussuunnitelmaan ja kuntoutussuunnitelmamal-liin liittyvien tehtävien tuotokset tulivat minulle, jonka jälkeen aukikirjoitin tuotokset. Tämän jälkeen ryhmittelin ja luokittelin aineistot. Koulutuksen aikana tuotettua tietoa hyödynsin reflektiivisen oppimismenetelmän mukaisesti kuntoutussuunnittelumallin kehittämisessä.

Kysely osallistujille

Osallistujilta kerättiin tietoa kuntoutussuunnitelmasta tutkijan tekemällä kyselyllä, jossa kysymykset olivat avoimia kysymyksiä. Kysymyksiä oli yhteensä viisi. Kysely toteutetiin joulukuussa 2009. Kyselyllä pyrittiin saamaan tieto osallistujien kokemuksista kun-toutussuunnitelmamallista.

Kysely on yksi tapa kerätä aineistoa ja se tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisenä me-netelmänä. Kyselyssä aineistoa kerätään standardoidusti ja kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta. Standardoituus tarkoittaa, että kaikilta vas-taajilta kysytään asia tarkalleen samalla tavalla. Kyselyssä voidaan käyttää joko avoimia tai monivalintakysymyksiä. Avoimissa kysymyksissä esitetään kysymys ja vastausta varten jätetään tyhjä tila. Avointen kysymysten avulla pyritään saamaan esille näkökul-mia, joita tutkija ei osannut odottaa tai etukäteen ajatella. Avoimia kysymyksiä perustel-laan myös siten, että ne antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa todellisen mielipiteen kysyttävästä asiasta. (Hirsijärvi ym. 2007, 182-190)

Tutkimuspäiväkirja

Omaa tutkimuspäiväkirjaa pidin tietokoneella. Kirjasin koulutuspäivien aikana ja kehittämistyötä tehdessäni tulleita ajatuksia omaan päiväkirjaani, josta siirsin ne tietokoneelle. Kirjasin muistiin koulutuspäivien aikana tulleita huomioita osallistujien keskusteluisista ja ajatuksista, lisäksi kirjasin kuntoutussuunnitelman testaamiseen liittyneitä keskusteluja päiväkirjaani. Päiväkirjan avulla oli helpompi palauttaa mieleen koulutuspäivillä puhuttuja asioita ja muistella tunnelmia ja havaintoja eri työntekijäryhmien välillä tapahtuneista asioista kirjoittaessani tutkimusraporttia.

Tutkimuspäiväkirjalla tarkoitetaan tutkija-kehittäjän omia muistiinpanoja, josta ilmenee hänen tekemänsä havainnot, ideat ja mietteet (Hirsjärvi ym. 2007, 45). Toimintatutkimuksessa tutkija ja osallistujat suunnittelevat toimintaa havaintojen pohjalta. Näitä keskusteluja on vaikeaa tallentaa muuten kuin päiväkirjaan. Toimintatutkija kirjoittaa tutkimuspäiväkirjaansa muistiin havaintonsa. Aineistoa hän kerää järjestelmällisesti käsitteellisen viitekehityksensä mukaisista teemoista, esimerkiksi työntekijöiden keskinäisistä keskusteluista. Päiväkirjaa aloittelevan tutkijan kannattaakin pitää päivittäin. (Huovinen 2008, 106 – 107.)

5.2.2 Aineiston analyysi

Tässä tutkimuksessa kaikki tutkimusaineistot analysoitiin sisällön analyysillä. Aineiston analyysillä luodaan tutkimuksen aineistoon selkeyttä ja siten tuotetaan uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analysoimalla aineistoa pyritään tiivistämään tietoa kadottamatta sen informaatiota. Analyysitapoja ovat kvantitatiiviset analyysitekniikat, teemoittelu ja tyyppittely, sisällön analyysi ja grounded-teoria –menetelmä. (Taanila 2007, hakupäivä 13.8.2011) Tämän kehittämistyön kvalitatiivisen aineiston selkiyttäminen ja sanallinen muoto on tehty sisällönanalyysin avulla.

Tutkimusmenetelmänä sisällön analyysi liitetään kommunikaatioteoriaan. Kyngäs ja Vanhanen (1999) esittävät sisällön analyysin tarkoittavan tutkimustekniikkaa, joka on kommunikaation ilmisällön objektiivista, systemaattista ja määrällistä kuvailua. Kommunikaation ilmisällö on dokumenttien sisältö ilman käsittelyä. (Cavanagh 1997, Kyngäksen & Vanhasen (1999) mukaan sisällön analyysi ei ole pelkästään aineiston ke-

ruu- ja luokittelumenetelmä, vaan se kehittää ymmärrystä kommunikaatiosta. Laadullisessa sisällön analyysissä tutkijan tehtävänä on tutkija "mitä silloin tapahtuu", eikä tutkia sitä, kuinka monta kertaa jokin asia ilmenee aineistossa.

Kyngäs ja Vanhanen (1999) mukaan aineistosta lähtevä sisällön analyysi on induktiivista sisällön analyysia. Tällöin aineistoa pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Pelkistäminen on tutkimustehtävään liittyvien aineiston ilmaisujen koodaamista. Ryhmitteleminen on pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimistä. Samaan kategoriaan yhdistetään samaa tarkoittavat ilmaisut ja annetaan kategorialle sen sisältöä hyvin kuvaava nimi. Aineiston käsitteellistämistä kutsutaan Abstrahoinniksi. Analyysin edetessä samansisältöisiä kategorioita yhdistetään ja muodostetaan niistä yläkategorioita. Aineiston käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä kategorioita niin kauan kuin se sisällön kannalta on mahdollista.

Taanilan (2007) mukaan sisällön analyysin vaiheet:

1. Materiaaliin tutustuminen ja aukikirjoittaminen
2. Kirjoitusten lukeminen ja sisältöön perehtyminen
3. Analyysiyksikön valinta
4. Alkuperäisten ilmausten etsiminen ja alleviivaus
5. Pelkistettyjen ilmausten listaaminen
6. Samankaltaisuuksien ja erilaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista
7. Pelkistettyjen ilmausten yhdistäminen ja alaluokkien muodostaminen
8. Alaluokkien yhdistäminen ja niistä yläluokkien muodostaminen
9. Yläluokkien yhdistäminen ja niistä kokoavan käsitteen muodostaminen (Taanila 2007, hakupäivä 13.8.2011)

Tässä opinnäytetyössä tutkimus eteni käsitteitä yhdistämällä empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä ja saatiin vastaukset tutkimustehtävään, käytettävät käsitteet ja toimintamalli. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112)

6 TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN

Pudasjärven terveyskeskuksen vuodeosaston toiminnassa tapahtuneet muutokset ovat olleet perusteena lähteä hakemaan henkilökunnalle lisää osaamista ja tietoa kuntoutustoiminnan lähtökohdista, kuntoutuksen tavoitteista ja kuntoutusinterventioiden suunnittelusta moniammatillisissa työryhmissä. Oulun Seudun Ammattikorkeakoulu valittiin toteuttamaan koulutushanke Pudasjärvellä. Yhtenä perusteena kouluttajan valinnalle oli johtavan hoitajan Aino Ervastin mukaan Pudasjärvellä jo aikaisempien kehittämishankkeiden kautta saadut hyvät kokemukset kehittävällä työntutkimuksella ja muutoslaboratorio–menetelmällä toteutetuista koulutuksista.

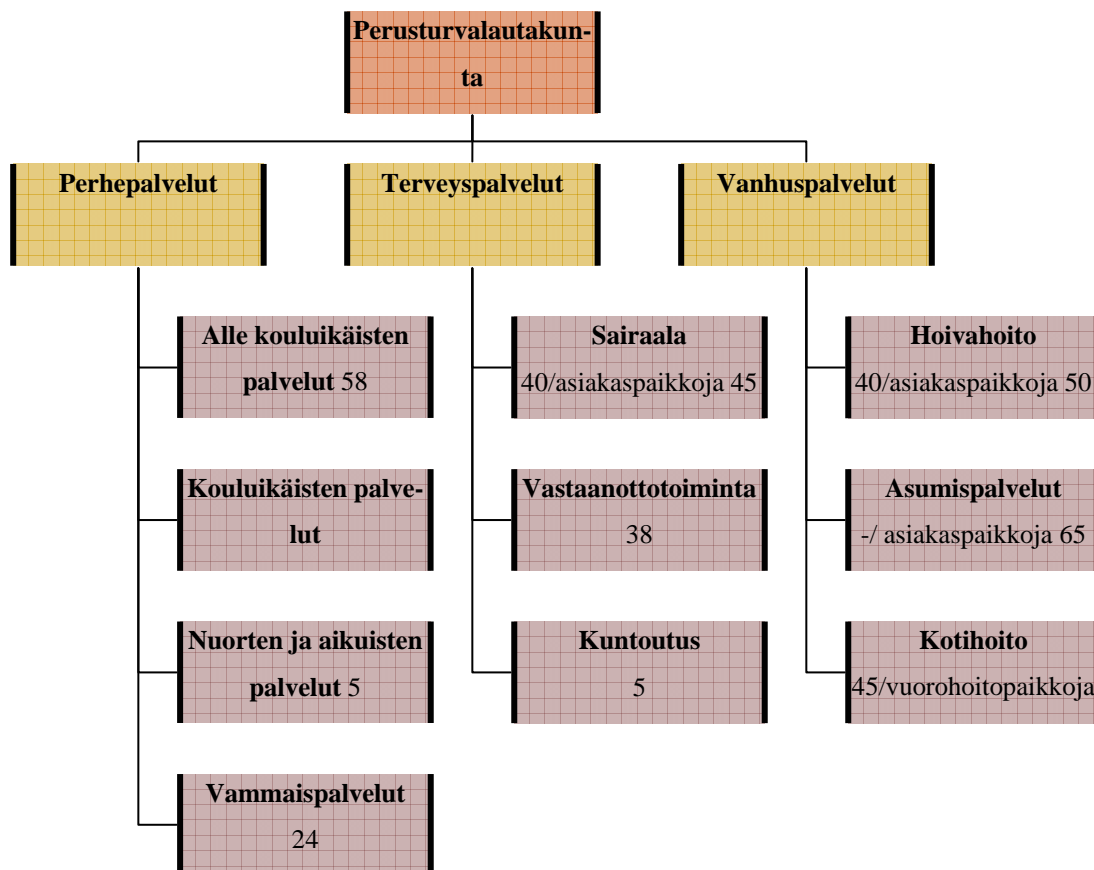
Pudasjärven terveyskeskuksessa ei ole aikaisemmin ollut käytössä hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa tai toimintamallia, joka palvelee sekä terveyskeskuksen osastolla hoidettavana olevaa että sieltä kotiutuvaa ikäihmistä. Tällainen toimintamalli on kuitenkin eri yhteyksissä todettu hyväksi moniammatillisen yhteistyön välineeksi terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon välille, jotta asiakkaan kuntoutumisen tukeminen jatkuu myös kotona kotihoidon avulla (Piirainen & Kallaranta 2001, 95-98).

Pudasjärven terveyskeskuksen kehittämistoiminnan yksi tavoite oli kehittää vuodeosaston ja kuntoutusyksikön muodostaman uuden kuntoutusosaston toimintamalli, johon kuului uudenlainen hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Muutoksen tueksi Pudasjärven terveyskeskus tilasi terveyskeskuksen vuodeosaston ja kuntoutusyksikön henkilökunnalle kuntoutuskoulutuksen, jonka toteutti Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Koulutuksen kokonaiskesto oli 1,5 vuotta. Koulutuksen käynnistyessä todettiin, että myös kotihoidon henkilöstön olisi hyvä osallistua tähän koulutukseen. Päätös heidän osallistumisesta tehtiin syyskuussa 2008 (Ylitalo 2007, 20-22). Pudasjärven kaupungin suunnitelma erillisen kuntoutusosaston perustamisesta muuttui kuntoutuskoulutusprosessin aikana, mutta tarve kuntoutuksen tiedollisen ja taidollisen osaamisen kehittämiseen todettiin erittäin tarpeelliseksi. Samoin kuntoutuksen ja hoidon yhteisen suunnitelman ja suunnitteluprosessin mallit koettiin tärkeiksi.

Kouluttajan laatima raportti koulutushankkeesta, josta selviää hankkeen tarkka toteutus, on liitteessä 1. Koulutukseen tuotettu teoriaosuus on tallennettu cd:lle, joka on Pudasjärven terveyskeskuksen käytössä.

6.1 Kehittämisen toimintaympäristö

Pudasjärven terveyspalvelut (kuviot 8) koostuvat vastaanotto-, sairaala- ja kuntoutustiimistä. Jokaisella tiimillä on tiimivetäjä, jolla on kokonaisvastuu tiimin toiminnasta. Vastaanottotiimiin kuuluvat hoitajien ja lääkäreiden vastaanotot, mielenterveystyö, laboratorio, röntgen, suun terveydenhuolto ja välinehuolto. Sairaالاتiimi vastaa akuuttisairaalan ja dialyysin toiminnasta. Kuntoutustiimi vastaa lääkinällisen kuntoutuksen ja kuntoutusosaston toiminnasta. Lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluu paikallisesti toimiva kuntoutusryhmä ja lisäksi terveystiimissä on yhteistyöryhmä. Johtava lääkäri toimii terveyspalvelujen johtajana. (Ylitalo 2007, 19-22).



KUVIO 8. Pudasjärven sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiokaavio (sisältää henkilöstömäärät ja asiakaspaiikkojen lukumäärät).

Vanhuspalvelut koostuvat kotihoidosta, vanhusten asumispalveluista ja laitoshoidosta. Kotihoito on kotipalvelun, kotisairaanhoidon, kotipalvelun tukipalvelujen, omaishoidon ja vuorohoidon yhteen sovitettu toiminnallinen kokonaisuus. Työ tapahtuu neljässä kotihoidon tiimissä, joista jokaisella on oma tiimivastaava. Kotihoidon tukipalvelut sisältävät turvapuhelinpalvelun, ateriapalvelun, kuljetuspalvelun ja hygieniapalveluja. Lisäksi palvelusetelillä on mahdollisuus saada siivousta, auraspalvelua ja säännöllistä kotihoitoa. Tukipalveluista vastaavat tiimivastaavat ja palveluohjaaja. (Ylitalo 2007, 26-27.)

Terveyskeskuksen vuodeosaston toimintaa tullaan palvelujen järjestämissopimuksen mukaan muuttamaan siten, että intensiivistä kuntoutusta tullaan antamaan sekä terveyskeskuksen vuodeosaston kuntoutuspaikoilla että avohoidossa. Palveluprosessien uudistamisessa yhtenä tarkoituksena on ollut muodostaa terveyskeskukseen akuuttivaiheen hoitoa, tutkimusta ja kuntoutusta antava osasto. Kuntoutusosastolle perustetaan 15 asiakaspaikkaa. Pudasjärven kaupungilla on tulevaisuudessa mahdollisuus myydä myös muille kunnille kuntoutusosastohoitoa. Työskentely kuntoutusosastolla edellyttää koko henkilöstöltä uudenlaista kuntoutusosaamista, johon he tarvitsivat lisäkoulutusta. Sairaalan osaston palveluprosessien uudistamisen tavoitetila on, että keskimääräinen hoitoaika siellä on 12 vuorokautta (vrk) ja potilaan sisälläoloaika enintään 30 vrk. Lisäksi tavoitteena on, että sairaalassa ei ole yhtään pitkäaikaishoidon potilasta ja erikoissairaanhoidon siirrot toteutuvat välittömästi. (Ylitalo 2007, 19-22.)

6.2 Kehittämistoimintaan osallistujat

Koulutushankkeeseen osallistuvista työntekijöistä suurin osa työskentelee terveyspalveluyksikössä. Koulutukseen osallistui terveyskeskuksen vuodeosastolta sairaanhoitajat, lähihoitajat ja perushoitajat, yhteensä noin 40 henkilöä. Vuodeosaston lääkäri osallistui osittain ja lääkinnällisen kuntoutuksen erityistyöntekijät (fysioterapeutit, toimintaterapeutti ja puheterapeutti) osallistuiivat myös koulutukseen. Kotihoidosta mukana oli lähihoitajia, sosiaali-ohjaaja ja kotihoidon ohjaaja. Yhteensä kotihoidosta koulutuksessa mukana oli viisi (5) henkilöä. Itse osallistuin lähes jokaiseen lähipäiväjakssoon sekä kotihoidon ohjaajana että toimija-kehittäjänä. Kotihoidon henkilökunnan osallistumista koulutukseen ei huomioitu suunnitteluvaiheessa, mutta ensimmäisen tapaamisen jälkeen ryhmää täydennettiin kotihoidon henkilökunnalla.

6.3 Kehittämistyön käynnistyminen

Syksyllä 2008 käynnistyneen kuntoutuskoulutuksen tavoitteena oli osallistujien tietope-
rustan lisääminen kuntoutustoiminnan lähtökohdista, asiakkaan osallisuudesta ja hänen
aktiivisesta roolistaan kuntoutustavoitteiden asettamisessa ja saavuttamisessa. Lisäksi
tavoitteena oli, että osallistujat lisäävät tietojaan ja taitojaan kuntoutusinterventioiden
suunnitteluun moniammatillisissa työryhmissä.

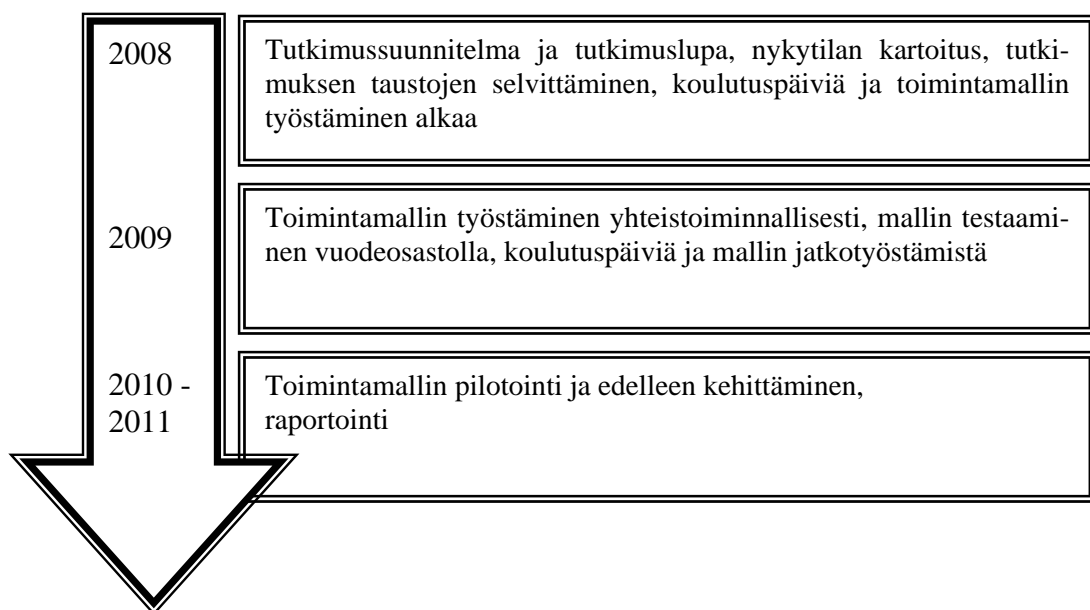
Valitsin tämän kehittämistyön teoreettiseksi viitekehyykseksi toimintatutkimuksen, min-
kä mukaan suunnittelu-, kehittämis- ja arviointivaiheet muodostavat toisiinsa kiinnitty-
vän kokonaisuuden. Toimintatutkimuksen aikataulu muodostui koulutushankkeen mu-
kaisesti siten, että nykytilan kartoitus ja tutkimus- ja kehittämistyön taustoihin liittyvät
toiminnot tehtiin kuntoutuskoulutuksen alkuvaiheessa syksyllä 2008.

Kuntoutuskoulutuksen ensimmäisen tapaamisen yhteydessä ilmeni osallistujien yhtei-
nen näkemys hoito- ja kuntoutussuunnittelukäytännön kehittämistarpeesta. Tuntui hy-
vältä ajatukselta kehittää toimiva malli, joka auttaa terveyskeskuksen kuntoutusosastolta
kotiutuvaa ikäihmistä kotiutumisessa ja kuntoutumisessa kotihoidon avulla. Mielenkiin-
toa herätti myös terveyden edistämisen ja kuntoutumisen tukemisen yhdistäminen, kos-
ka käytännön elämässäkin terveyden edistäminen ja kuntoutumisen tukeminen liittyvät
kiinteästi yhteen ikäihmisen arjessa selviytymisessä. Lisäksi terveyskeskuksen vuode-
osaston ja kotihoidon välisessä yhteistyössä asiakkaiden kotiutusvaiheessa todettiin ole-
van kehittämistarvetta sekä terveyskeskuksen hoitohenkilöstön että kotihoidon henkilös-
tön osalta. Useissa keskusteluissa ja kokouksissa, joissa olin ollut mukana, oli jo pitkään
toivottu enemmän yhteistyötä ja suunnitelmallisuutta vuodeosastolta kotiutuksiin. Näin
kotioidon henkilökunta voisi paremmin valmistautua asiakkaan kotiuttamiseen. Hyvän
suunnitelman toivottiin tukevan ja mahdollistavan myös vuodeosastolta entistä nope-
ammat kotiutukset ja kotihoidon toivottiin tukevan aikaisempaa enemmän asiakkaan
kuntoutumista kotona.

Tämän toimintatutkimuksen suunnitteluvaiheessa käytin aikaa kuntoutuksen ja kehittä-
misprosessin toteuttamiseen liittyvään kirjallisuuteen perehtymiseen. Kirjallisuus koh-
dentui alussa pääasiassa kuntoutuksen suunnitteluun tarvittavaan tietoon. Kuntoutumi-
sen tukemisen kannalta toimintakyvyn arviointi päivittäisten toimintojen osalta on yksi

tärkeä väline arvioida ikäihmisen selviytymistä omassa kodissaan. Lisäksi ikäihmisen oman elinympäristön ja siellä toimimisen kartoittaminen antaa hyvän kuvan ikäihmisen toimintakyvystä. (Medina & Vehviläinen ym. 2005, 72–73.)

Suunnitteluvaiheessa tutustuin myös syvällisemmin toimintatutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen ja terveyden edistämisen salutogeeniseen lähestymistapaan (kuvio 9).



KUVIO 9. Kehittämistyön aikataulu.

Tämän kehittämistyön aikataulu muodostui koulutushankkeen mukaisesti siten, että nykytilan kartoitus ja tutkimuksen taustojen selvittäminen tehtiin kuntoutuskoulutuksen ohessa syksyllä 2008.

Hoito- ja kuntoutussuunnitelman konkreettinen työstäminen ajoittui kevääseen 2009. Kuntoutussuunnitelman uutta mallia kotiutukseen testattiin kesä-elokuussa 2009 ja tämän jälkeen jatkettiin suunnittelumallin työstämistä. Raportti kirjoitettiin 2010 – 2011.

6.4 Kuntoutus- ja hoitosuunnittelun malli ennen kehittämistoimintaa

Kuntoutuskoulutuksen alussa koulutukseen osallistujat keskustelivat pienryhmissä toiminnan kehittämishaasteista. Yhdeksi keskeiseksi kehittämisen kohteeksi nimettiin suunnittelukäytännön kehittäminen ja kuntoutus- ja hoitosuunnitelmamallin luominen. Koulutushankkeen alkaessa Pudasjärven terveyskeskuksen vuodeosastolla ei ollut käytössä kuntoutussuunnitelmaa ja kuntoutukseen liittyvät yhteistyökäytännöt puuttuivat kotihoidon ja osaston väliltä.

6.5 Uuden toimintamallin kehittäminen

Suunnittelu- ja kehittämisvaihe eivät ole toimintatutkimuksessa toisiaan seuraavia, peräkkäisiä vaiheita, vaan ne liittyvät toisiinsa ja tapahtuvat osittain päällekkäin ja rinnakkain (mm. Heikkinen ym. 2006, 80 - 82). Tässäkin kehittämistyössä vaiheet liikkuvat reflektiivisesti kehällä täydentäen kehitystyötä koko ajan.

Henkilökunnan koulutuksen sisältö rakennettiin osallistujien toiveiden mukaisesti. Koulutus jaettiin kolmeen toisiaan seuraavaan osa-alueeseen. Ensimmäinen osa ajoittui ajalle syyskuu - joulukuu 2008, toinen osa ajalle tammikuu – kesäkuu 2009 ja kolmas osa ajalle syyskuu – joulukuu 2009. Sekä koulutuksen sisällöt sekä oppimista ja kehittämistä edistävät tehtävät rakennettiin teemoittain. Kuntoutuksen suunnittelu ja kuntoutus- ja hoitosuunnitelma kiinnittyivät kuntoutuskoulutukseen läpi koulutusprosessin (taulukko 2). Taulukossa on esitetty ne koulutuskerrat, jolloin hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa ja suunnitteluprosessia käsiteltiin ja kehitettiin. Lisäksi mukana on toimija-kehittäjän oma toiminta toimintamallin kehittämiseksi.

TAULUKKO 2. Pudasjärven kuntoutuskoulutuksen 2008 - 2009 kuntoutussuunnitelman kehittämisosiot.

I KOULUTUSOSA			
Päivä	Kuntoutussuunnitelmaan liittyvät tavoitteet	Kuntoutussuunnitelmaan liittyvä sisältö	Kuntoutussuunnitelmaan liittyvät tehtävät
11.9.08 ja 18.9.08	Sisältösuunnitelma	Koulutuksen lähtökohdat, tarpeet ja tavoitteet Suunnitellaan yhdessä yhteinen päämäärä Suunnitellaan osallistujien kehitystä ja organisaatiota palveleva tehtävä	Mitä konkreettisia asioita – SINÄ – odotat kuntoutukseen liittyvältä koulutukselta? Tulevaisuuden muistelu: yhteistyö avopuolen ja osaston välillä on saumatonta
16.10.08 ja 23.10.08	Mitä kuntoutus on? Moniammatillinenyhteistyö	Yhteistyön haasteet ja edellytykset	Moniammatillisen yhteistyön haasteet ja esteet? Mitä voidaan tehdä Mitä on hoito, kuntoutus, hoiva/huolenpito?
II KOULUTUSOSA			
18.3.09 ja 25.3.09	Kuntoutuksen suunnittelu	Empowerment – teoreettista tarkastelua Suunnittelun ja suunnitelman merkitys rakentaminen ja sisältö	Mitä asioita hyvässä kuntoutussuunnitelmassa tulee olla? Miten hyvä kuntoutussuunnitelma konkreettisesti tulee tehdä Minkälainen kuntoutussuunnitelman tekemisen malli on hyvä ja toimiva omassa työssäsi?
16.4.09 ja 29.4.09	Kuntoutustarpeen arviointi Kuntoutuksen suunnittelu Kokonaisvaltaisen kuntoutussuunnitelman laatiminen Kuntouttava työote	Kuntoutuksen suunnitteluprosessi Kuntoutussuunnitelma	Kuntoutuksen suunnittelun hyväkäytäntö Kuntoutussuunnitelma/edelleen työstäminen
20.5.09 ja 27.5.09	Kuntouttava työote Ohjaaminen kuntoutustyössä	Kuntouttava työote – kuntoutumista edistävä työote Dialoginen ohjaaminen Kuntoutuksen dialogiset työmenetelmät	Kuntoutuksen dialoginen suunnittelu Kuntoutussuunnitelma jatkuu
III KOULUTUSOSA			
23.9.00 ja 30.9.00	Kuntoutusprosessi	Kuntoutuksen suunnittelu Kokonaisvaltaisen kuntoutussuunnitelman laatiminen	TOIMIA-hanke ICF
9.12.09 ja 15.12.09	Koulutuksen loppuyhteenveto	Yhteenveto	Arviointi, kuntoutussuunnitelmaa hiotaan vielä

Kouluttajan laatima koulutushankkeen raportti, mistä selviää hankkeen tarkempi toteutus, on esitetty liitteessä 1. Kursivoidut tekstit ovat suoria lainauksia tutkimusaineistosta.

ENSIMMÄINEN KOULUTUSOSIO

Ensimmäinen koulutusosio oli ajalla syyskuu - joulukuu 2008. Tapaamisia koulutusosiossa oli kerran kuukaudessa eli (4) kertaa ja jokaisella kerralla oli sekä teoriaosuus että toimintaosuus. Koulutuksen ensimmäisen tapaamisen aikana perehdyttiin koulutuksen

toteutusopimukseen kirjattuihin lähtökohtiin, tarpeisiin, yleisiin tavoitteisiin ja sopimuksiin. Kouluttajan johdolla keskusteltiin myös koulutuksen toteutuksen eri mahdollisuuksista. Osallistujien toiveena nousi esille, että *yksi tärkeimmistä asioista koulutuksen aikana on oppia yhteistyötä eri ammattihenkilöiden ja työyhteisöjen välillä*. Prosessin alussa ilmeni selvä tarve entistä läheisempään yhteistyöhön mm. fysioterapian, toimintaterapian ja kotihoidon kanssa. Tässä vaiheessa tarkennettiin vielä koulutuksen tavoitteita ja niiden toteutumisjärjestystä. Lisäksi sovittiin koulutuksen tarkemmasta aikataulusta ja koulutuspäivien rakenteesta.

Ensimmäisen koulutusosion loppupuolelle aloitimme toisen opiskelijan kanssa tutkimuksen nykytilan kartoituksen ja tutkimussuunnitelman tekemisen. Joulukuussa 2008 esittelin koulutuksen osallistujille kuntoutussuunnittelun toimintamallin kehittämisen suunnitelman.

Syyskuu 2008

Mukana tällä koulutuskerralla oli terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaava hoitaja, jolla oli terveisiä ylemmältä johdolta heidän toiveista ja terveisistä koulutuksen osalta. Samalla hän antoi osallistujille ajantasaista tietoa organisaation muutoksista ja aikataulusta. Päivän aikana keskusteltiin kuntoutuskoulutukseen liittyvästä tutkimustyöstä. Yhteistyössä tarkennettiin ja määritettiin tutkimusten tehtävä ja paikka.

Koulutuspäivän teoriaosassa perehdyttiin kuntoutuksen eri käsitteisiin. Käsitteenä *kuntoutus* on eri määritelmien mukaan ihmisen ja ympäristön muutosprosessi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus on myös suunnitelmallista ja monialaista, pääsääntöisesti pitkäjännitteistä toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa kuntoutujaa hallitsemaan oma elämäntilanteensa. (Kuntoutusselonteko 2002, Järvikoski 1994, Veijola 2008). *Kuntoutuminen* on aktiivinen muutosprosessi, jonka aikana kuntoutuja kehittää sopivia keinoja ja strategioita selviytyäkseen mahdollisimman tasapainoisesti arkielämän toimissa, sosiaalisissa rooleissa ja kanssakäymisessä ihmisen kanssa. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 19) *Kuntoutujaa* pidetään nykyisin aktiivisena, oman elämänsä ja kuntoutumisensa asiantuntijana. (Kettunen, Kähäri-Wiik, ym. 2002, 9)

Päivän toimintaosana oli tehtävä, jossa kaikki osallistujat miettivät omat henkilökohtaiset, konkreettiset tavoitteensa koulutukselle. Yksintyöskentelyn jälkeen keskusteltiin tavoitteista pienryhmissä ja tulokset koottiin kirjalliseen muotoon. Lisäksi tehtiin ryhmätyö, jossa määriteltiin yhteinen päämäärä kuntoutukseen ja kuntoutumista edistävään toimintaan tulevaisuudessa. Työskentely jäsenettiin Tulevaisuuden muistelu – menetelmällä. Tavoitteita kuvattiin mm. seuraavasti:

”kotihoito on riittävän ajoissa mukana osastojaksolla”

”jokaiselle tehdään kuntoutussuunnitelma ja omaiset otetaan mukaan”

”Kuntoutusosaston potilas on omaan kuntoutumiseen motivoitunut, kotiin haluava, aktiivinen toimija. Kuntoutumisen motivaatio jatkuu myös kotona yhdessä kotihoidon kanssa. ”

Tämän koulutuspäivän ryhmätyöskentelyn yhtenä keskeisenä tuloksena oli, että työntekijät kokivat tarvitsevansa terveystieteiden kuntoutusyksikölle kuntoutussuunnitelman, joka tehtäisiin yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Tässä suunnitelmassa tulisi kuulua selkeästi asiakkaan oma tahto. Lisäksi koettiin tarvetta, että kotihoito ja omaiset olisivat mukana asiakkaan kuntoutusprosessin suunnittelussa heti alusta alkaen. Tärkeänä koettiin myös, että kuntoutujan siirtyessä sairaalasta kotiin, voidaan osaston tietoja ja taitoa hyödyntää kotihoidon tarpeiden kartoituksessa ja kotona kuntoutumisen tukemisen suunnittelussa. Yhteisistä keskusteluista nousi esille ajatus asiakkaan oman motivaation merkityksestä kuntoutumiselle ja sen löytymisen tärkeys. Selkeästi tuli myös esille, että tällä hetkellä asiakkaan oman motivaation etsimiseen ja tukemiseen ei tahdo osastolla olla riittävästi aikaa.

Ryhmätyöstä nousi tarve tämän opinnäytetyönä tuotetun kehittämishankkeen tekemisille. Näin opinnäytetyö konkretisoitui omalta osaltani kuntoutussuunnitelma-mallin suunnitteluksi. Toimija-kehittäjänä lähdin perehtymään ja keräämään materiaalia kuntoutuksen teoriasta, koska kuntoutuksen teoreettinen perusta oli minulle uutta tietoa. Tässä kehittämishankkeessa yhdistetään kuntoutumisen tukemisen ja terveyden edistämisen näkökulmia ja haetaan näille yhtäläisyyksiä ja eroja.

Teoriaosuuden aihe oli moniammatillinen yhteistyö ja sen haasteet. Kouluttaja selkeytti osallistujille, että ”moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen asiantuntijat vastaavat aina oman alansa erityisosaamisesta. Moniammatillisen yhteistyön tekeminen edellyttää yhdessä oppimista. Yhteistyötä opitaan parhaiten yhteistoiminnallisesti keskustelemalla ja jakamalla oppiminen muiden ammattihenkilöiden kanssa.” (Williams 2002, Veijola 2004, 2006.)

Moniammatillisesti asiakkaan asioita pohtiessamme totesimme, että asiat tulee nähdä ensisijaisesti asiakkaan näkökulmasta. Yhteisissä neuvotteluissa asiakkaan, osaston- ja kotihoidon henkilökunnan tulee kaikkien rohkeasti tuoda oma asiantuntemuksensa yhteiseen käyttöön, jotta asiakkaan tilanteeseen saadaan paras mahdollinen ratkaisu. Ryhmissä käydyissä keskusteluissa totesimme, että sama asia nähdään erilaisena riippuen siitä, mistä viitekehyksestä asiaa katsomme. Ryhmäkeskusteluissa tuli esille, että asiakkaan oman äänen kuuleminen kuntoutumisen suunnitelmaa tehtäessä on tärkeää, jotta saadaan yhteinen käsityksen siitä, millaiseen kuntoutukseen asiakas on esim. kotiutumisen jälkeen valmis sitoutumaan.

Yhteisissä pohdinnoissa todettiin, että asiakkaan tilanteet näyttäytyvät erilaisina hoitajalle osastolla kuin kotihoidon hoitajalle asiakkaan kotona. Tämän vuoksi on erityisen tärkeää, että kotihoidon asiantuntemus on käytössä riittävän varhaisessa vaiheessa, kun kotiutumista suunnitellaan. Osallistujien mielestä moniammatillista yhteistyötä hidastavat ja estävät mm. seuraavat asiat:

”yhteinen tietoperusta kuntoutukselta puuttuu”

”moniammatillista suunnittelupalaverikäytäntöä ei ole”

”toisten osaaminen tunnetaan huonosti”

”yhteistyö kotihoidon ja terveyskeskuksen välillä kaipaa kehittämistä”

”aikapula, millä ajalla ehtii?”

”koppiterapeutista konsultiksi”

Tämän päivän yhteinen ryhmätyö oli moniammatillista yhteistyötä hidastavat ja estävät tekijät. Tuloksena oli kuntoutussuunnitelman osalta, että suunnitelma tulee tehdä mahdollisimman pian asiakkaan tullessa osastolle hoitoon esim. OYS:stä. Lisäksi kuntoutussuunnitelmien tekemisessä tulee kuulua erityistyöntekijöiden, fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja / tai puheterapeutin ääni ja toimintaohjeet. Näiden erityisasiantuntijoiden työpanos osastolla on tällä hetkellä vähäinen resursseista johtuen. Erityistyöntekijöiden toiminnan muuttaminen ns. koppiterapiasta konsultoivaksi ja ohjaavaksi terapiaksi, nousi ryhmätöissä hyvin esille. Lisäksi ryhmistä nousi ajatus siitä, että erityistyöntekijä voisi ohjata osaston hoitajia ohjaamaan asiakkaita, näin saataisiin aikaan parempia tuloksia ja terapeutin aikaa riittäisi useammalle asiakkaalle. Keskusteluissa tuli esille myös, että toimittaessa moniammatillisesti kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä tulee muistaa, että asiakas on ryhmän tasavertainen jäsen ja oman tilanteensa paras asiantuntija.

Tämän lähipäivän ryhmätyön tuloksista toimija-kehittäjänä sain ajatuksia ja toiveita, joiden pohjalta lähdin rakentamaan kuntoutussuunnitelmamallia. Päivän aikana esille tulleet työntekijöiden ajatukset erilaista käytännön ongelmista ja toimintamahdollisuuksista ovat hyvää materiaalia kehittämistyötä tehdessäni. Tutkimuspäiväkirjastani nousi esille huomioita, joiden mukaan kotihoidon ja osaston henkilökunnalla on vahvoja ennakkokäsityksiä toistensa toimintamalleista ja osaamisista. Tämä näkyi mm. osallistujien puheenvuoroissa. Toimintakäytäntöjen muuttaminen ja uuden toimintamallin opettelu tulee vaatimaan yhteistä ymmärrystä, toisen työn tuntemusta, asennemuutosta ja ammattitaidon kunnioittamista. Vanha käsitys osaston henkilökunnan hoidollisen osaamisen ”paremmuudesta” verrattuna kotihoidon hoidolliseen osaamiseen osattiin näissä keskusteluissa kyseenalaistaa. Esimiesten vahva tuki tarvitaan muutosprosessissa kohti parempaa yhteistyötä.

TOINEN KOULUTUSOSIO

Toisen koulutusosion aikana osallistujat perehtyivät kuntoutuksen lainsäädäntöön ja kuntoutusta ohjaavaan lainsäädäntöön. Kuntoutuksen eettisiin kysymyksiin ja empowermentiin paneuduttiin myös yhdessä. Kuntouttava työote ja kuntoutussuunnitelman laatiminen olivat esillä tässä koulutusosiossa. Toimija-kehittäjänä olin mukana ja havainnoimassa kaikilla koulutuskerroilla. Kuntoutussuunnitelmaa rakennettiin maaliskuussa 2009.

Teoriaosuudessa kouluttaja jatkoi empowerment – käsitteen tarkastelua sekä hoito, hoiva ja kuntoutus -käsitteiden määrittelyä. Kuntoutussuunnitelman osalta hän kertoi, että kuntoutuksen suunnittelun merkitys vahvistui, kun lakiuudistus kuntoutuksesta tuli voimaan vuonna 1991. Useat lait ja asetukset edellyttivät sekä kuntoutuksen suunnittelua että suunnitteluun osallistumista. Laki velvoittaa, että usein etuuden saamiseksi on laadittava kuntoutussuunnitelma. (Kettuen, Kähäri-Wiik, ym, 2009, 25.)

Ryhmissä keskusteltiin osaamisen jakamisen tärkeydestä, koska asiakkaan kuntoutumisen tukemiseen tarvitaan kaikkien työntekijöiden osaaminen yhteiseen käyttöön. Päivän aikana pohdittiin myös asiakkaan kotiuttamispalaveria ja sen merkitystä asiakkaan kotiutuksen onnistumiseen. Keskusteluissa nousi esille osaston ja kotihoidon henkilökunnan erilaiset näkemykset asiakkaan kotiutuksen ajankohdasta. Kotihoidon puheenvuoroissa tuli esille esimerkkejä asiakkaiden puutteellisista kotiympäristöistä, joista osastolla ei yleensä ole tietoa suunniteltaessa kotiutusta. Tutkimuspäiväkirjan otteita kotiutumiseen liittyvästä keskustelusta:

”kriteerit kotiutumiselle, milloin asiakas voi kotiutua”

”yhteiset tavoitteet sekä omaisilla että hoitohenkilökunnalla”

”eri ammattiryhmien yhteinen kotikäynti kotiutusvaiheessa, jossa selvitetään tosiasialliset kotiolosuhteet”

”kotikäynnille mittarit, kuka määrittää?”

”kotikäynnillä työntekijät näkevät asiat omista osaamisista käsin”

Kotihoidon ja osaston näkemykset erosivat selvästi keskustelussa asiakkaan riittävän hyvästä omatoimisuudesta kotona selviytymiseen. Kotihoidon henkilökunnan näkemyksen mukaan kotiutumisen suunnitteluun vaikuttaa esimerkiksi asiakkaan kodin sijainti. Kotihoidon käyntejä asiakkaan luona voidaan tehdä keskustassa enemmän kuin sivukylällä. Osaston henkilökunnalle ei hoidon ja kuntouttamisen osalta osaston olosuhteissa tällä asialla ole merkitystä. Yhteisiä kotiutuspalavereja todettiin tarvittavan, jotta asiakkaan kotitilanteet ja avun saannin mahdollisuudet tulisi riittävän ajoissa kartoitettua.

Asiakaan kuntoutumiseen ja kotiutumisen liittyviä asioita kartoitettaessa ICF:n toimintakyvyn luokitus antaa hyviä välineitä, joiden avulla voi huomioida asiakkaan kokonais-tilannetta monipuolisesti. ICF-luokituksen avulla voidaan paneutua kontekstuaalisiin tekijöihin eli ympäristö- ja yksilötekijöihin. Näiden avulla saadaan kartoitettua asiakkaan fyysisen, sosiaalisen ja asenneympäristön kuntoutumista edistäviä - ja rajoittavia tekijöitä. (ICF 2009, 11.) Toimija-tutkijana hyödynnän ICF-luokitusta hoito- ja kuntoutussuunnitelmamallissa.

Koulutusryhmän yhteisissä keskusteluissa todettiin, että kehittämistoiminta on hyvin suurelta osin sosiaalinen prosessi. Se edellyttää ihmisten aktiivista osallistumista ja vuorovaikutusta. Osallistumisella on aina kaksi suuntaa. Kehittäjät osallistuvat käytännön toimintaan ja myös toimijat osallistuvat kehittämiseen. Osallistavassa toimintatutkimuksessa kehittäjät ovat aktiivisia toimijoita ja toimijat aktiivisia kehittäjiä. Käyttäjien ja toimijoiden osallistumisen on todettu olevan keskeisessä roolissa kehittämistoiminnan onnistumisen kannalta, koska kehittäminen tapahtuu siellä, missä käytännön työn haasteet ja ongelmat ovat konkreettisesti läsnä. (Toikko & Rantanen 2009, 89-96) Tämä kehittämistutkimus on tehty osallistavana toiminatatutkimuksena.

Toimintaosassa aloitettiin ryhmissä tehtävän suorittaminen, jossa haetaan vastauksia kysymyksiin:

1. Mitä asioita hyvässä kuntoutussuunnitelmassa tulee olla?
2. Miten hyvä kuntoutussuunnitelma konkreettisesti tulee tehdä?

Tässä kehittämistehtävässä osallistujien aktiivien osallistuminen kuntoutussuunnitelman kehittämiseen näkyi mm. siinä, että osallistujat tekivät innokkaasti ryhmätyötä ja ottivat omalta osaltaan tutkimuksen hengen mukaisesti yhteisesti vastuuta hyvän kuntoutussuunnitelman tekemisestä. He antoivat omaan ammattitaitoaan ja käytännön kokemusta yhteiseen käyttöön. Tämän ryhmätyön tuloksien pohjalta toimija-tutkijana aloitin hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemisen toimintatutkimuksen spiraalin ensimmäisen kehän suunnitteluvaiheen.

Teoriaosuudessa tarkastelimme kuntoutusprosessia ja kuntoutuksen suunnittelua ja kokonaisvaltaisen kuntoutussuunnitelman laatimista.

Voimavaralähtöinen ja kuntoutujakeskeinen toimintamalli perustuu kuntoutujan omien voimavarojen hyödyntämiseen. Taustalla on ajattelu asiakkaan voimavaroista lähtevästä toiminnasta. Ongelmien ja puutteiden sijasta puhutaan kuntoutujan mahdollisuuksista. Voimavaralähtöisyys nojaa ajatukseen siitä, että ihminen pystyy kehittymään omien kiinnostustensa, tavoitteidensa ja vahvuuksiensa pohjalta. Voimavaralähtöinen työote ankkuroituu kuntoutujan elämäntilanteen kokonaisarviointiin. Kuntoutumiseen liittyvisissä ratkaisuisissa kartoitetaan sekä kuntoutujan että hänen ympäristönsä voimavaroja ja vahvuuksia, ja kuntoutuminen suunnitellaan löydettyjen voimavarojen pohjalta. Tavoitteena on löytää käytännössä toimivia keinoja ja ajattelumalleja, joita kuntoutuja voi hyödyntää kuntoutumisessaan. (Kettunen ym, 2009, 30.) Voimavaralähtöinen ajattelu toimii terveyden tasapainomallin mukaan (kuvio 1) ja erilaisia keinoja selviytyä arkielämästä itsenäisesti kotona on kuntoutumisen suunnittelun alussa pohdittava ja kirjattava tavoitteeksi asiakkaan toiveiden mukaisesti.

Toimintaosuudessa jatkettiin ryhmissä hyvän kuntoutumisen suunnitelman ja kuntoutujan motivointikeinojen työstämistä. Poimintoja ryhmien yhteiskeskustelusta hyvän kuntoutussuunnitelman sisällöstä:

”sairaanhoidtaja ottaa tilanteen haltuun”

”jokaisen ammattiryhmän tekemä työ ja taito on yhtä tärkeää ja kaikkien työtä on arvostettava yhtä paljon”

”kuntoutussuunnitelma ohjaa toimintaa ja siihen pitää sitoutua”

”motivointi on tärkeää, potilaan omat toiveet huomioitava”

”psyhykinen kunto on turvattava fyysisen kunnon lisäksi”

Koulutusryhmän näkemyksen mukaan (taulukko 3) hyvä kuntoutussuunnitelma sisältää seuraavia asioita.

TAULUKKO 3. Hyvän kuntoutussuunnitelman sisältö.

TOIMINTA	KEINOT
1. Alkutilanteen kartoitus tehdään heti (2 pv), kun potilas tulee osastolle, hoitaja tekee kartoituksen yhdessä potilaan ja mahdollisesti omaisen kanssa, potilas ottaa vastuun omasta kuntoutumisesta	haastattelu, havainnointi, kirjatut tiedot, esim. diagnoosit, kotitilanteen kartoitus
2. Toimintakyvyn arviointi	kuntoutujan toimintakykyä arvioidaan jatkuvasti, arvioidaan sekä fyysistä toimintakykyä että psyykkistä toimintakykyä, kotitilannetta ja omaisten resursseja arvioidaan kotiutumisen kannalta
3. Tavoitteet Asetetaan pitkän aikavälin realistinen tavoite, tehdään välitavoitteet jokaiselle viikolle, kuntoutujan omat tavoitteet ja hänen sitoutuminen niihin, omaisten on oltava tietoisia tavoitteista	sovitaan toimijat ja toiminnot, otetaan huomioon potilaan omat harrastukset, toiveet ja mieltymykset, laaditaan selkeä päiväjärjestys / ohjelma
4. Jatkuva arviointi	arviointiin tulee olla yhteistä ja yksilöllistä jokaiselle omien tavoitteiden mukaista

Yleisesti tuli esille, että ennen kuntoutussuunnitelman tekemistä selvitetään osastolla kuntoutujan toimintakykyä, voimavaroja ja psyykkisen tuen tarvetta. Suunnitelmaa tehtäessä on tärkeä saada aikaan yhteisesti sovitut tavoitteet, joihin kaikki voivat sitoutua. Lisäksi tulee aikatauluttaa suunnitellut toimenpiteet ja määrittää vastuuhenkilöt. Suunnitelmaa toteutettaessa on tärkeää muistaa potilaan motivointi, kiireettömyys kohtaamisessa, huolellinen kirjaaminen kuntoutumisen edistymisestä ja moniammatillinen yhteistyö eri toimijoiden kanssa.

Toukokuu 2009

Teoriaosuudessa kouluttaja opasti osallistujia kuntoutusprosessin eri osiin, esim. kuntoutustarpeen arviointiin ja kuntoutuksen suunnitteluun, sekä kuntouttavaan työotteeseen. Kuntouttava työotteen sijasta voidaan puhua kouluttajan mukaan myös kuntoutumista tukevasta työotteesta tai toimintakykyä edistävästä työotteesta. Kuntouttava työ-

ote on kouluttajan mukaan pieniä käytännön tekoja, joita on mahdollista tehdä normaalin hoitotyön ohessa ja ne tukevat potilaan kuntoutumista kohti asetettuja tavoitteita.

Toimintaosassa ryhmät kirjasivat fläppitaululle, miten arvioidaan asiakkaan toimintakykyä ja mitä välineitä käytetään arviointiin. Lisäksi keskusteltiin, mitä hyötyä kuntoutumista tukevasta työotteesta on asiakkaalle, omaiselle, hoitohenkilökunnalle, erityistyöntekijöille, yhteisölle ja yhteiskunnalle. Tuloksia toimintakyvyn arvioinnista oli mm. omaisten mukaan ottaminen entistä enemmän, potilaan voimavaroista lähtevä toiminta, haasteellisten omaisten kohtaaminen. Välineitä, joita työntekijät käyttävät toimintakyvyn arviointiin oli mm. kliininen havainnointi, haastattelut, toiminnan kokeilut, mmse (muistitesti), cerad (muistitesti), ravatar (toimintakykymittari) ja tasapainotesti. Näitä välineitä käytetään soveltuvien osin sekä osastolla että kotihoidossa.

Toimintaosan lopussa toimija-kehittäjänä esittelin osallistujille kuntoutussuunnitelman ensimmäisen version, jonka olin laatinut edellisten koulutuskertojen yhteisen työskentelyn pohjalta. Kuntoutussuunnitelmaa testataan todellisessa tilanteessa kuntoutumisen suunnittelupalaverissa osastolla kesäkuussa. Osallistujien antama palaute kuntoutussuunnitelmasta oli positiivista ja rakentavia ehdotuksia tuli vielä huomioon otettavaksi.

Tutkimuspäiväkirjasta poimittuja kehittämissuhteita:

- *”olisi hyvä kartoittaa potilaan elämää ennen, esim. millaisessa järjestö- tai kerhotoiminnassa potilas on ollut ja miettiä hänen voimavarojaan sen kautta.”*
- *”kuka tai ketkä tekevät kotiin ympäristökartoituksen ja mihin tämä kirjataan, jotta se tulee huomioituksi.”*
- *”Ketä kuntoutussuunnitelman tekemiseen osallistuu.”*

Kuntoutussuunnitelman tekemiseen osallistuviin henkilöihin päätettiin vielä palata syksyllä, kun toimija-kehittäjä esittelee kuntoutussuunnitelman tekemistä saatuja kokemuksia.

KOLMAS KOULTUSOSIO

Syyskuu 2009

Teoriaosuudessa kirkastettiin koko koulutuksen tavoitteita ja palautettiin muistiin, että olemme matkalla yhteiseen kuntoutuskäytäntöön. Kouluttaja kertoi, että olimme lähteneet matkalle, jolta ei ole paluuta takaisin vanhaan. Uusi polku ei kuitenkaan ole vielä valmis, joten työ jatkuu.

Kouluttajan johdolla käsiteltiin sosiaali- ja terveystalouden haasteita kuntoutuskäytäntöjen kehittämiseksi, joita esimerkiksi Kaste-ohjelmassa on käsitelty. Kaste-ohjelman mukaan terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia edistetään ja sosiaalisia ongelmia ehkäistään vahvistamalla kuntalaisten osallisuutta, samalla lisätään kuntalaisten yleistä hyvinvointia ja hallitaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarpeen ja kustannusten kasvua. Terveystalouden edistäminen sisältää menetelmiä ehkäisevään toimintaan. Asiakkaan tarpeiden oikea aikainen tunnistaminen on ammattilaisen, asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa yhteinen tehtävä. Tavoitteena on oikea aikainen asiointi asiakkaalle parhaiten sopivassa palvelussa. Tavoitteen saavuttamiseksi tulee kehittää kuntoutumisen tukemisen ja terveyden edistämisen palveluohjauksen työmenetelmiä ja palvelusuunnitelmien tekoa ja käytäntöjä. (Kaste 2008 – 2011, 41-44)

Päivän aikana tutustuttiin dialogiseen ohjaamiseen ja voimavarasuuntautuneeseen työkentelyyn. Käsiteltiin myös tulevaisuuden muistelua ja motivoivaa haastattelua kuntoutumisen suunnittelun menetelminä.

Kesäkuussa tehtiin vuodeosastolla kuntoutumisen suunnitelma asiakkaalle, joka oli kuntoutumassa lonkkaleikkauksen jälkeen. Suunnitelmapalaverissa olivat mukana asiakas, hänen puolisonsa ja tyttärensä, osaston lääkäri ja sairaanhoitaja, osaston fysioterapeutti ja kotihoidon palveluohjaaja. Osaston sairaanhoitaja toimi palaverin puheenjohtajana. Toimija-tutkijana olin osallistujien suostumuksella mukana seuraamassa palaveria ja kirjasin huomioita suunnitelman tekemisestä. Palaverin jälkeen pyysin asiakkaalta ja hänen omaisiltaan palautetta suunnitelman tekemisestä. Heidän mielestään suunnitelman tekeminen oli hyvä asia ja oikeista asioista puhuttiin. He kaipasivat kuitenkin vielä enemmän tietoa kotihoidon palveluista ja niiden hinnoista. Palaverissa sovittiin koti-

käynnistä asiakkaan luona, jolloin kartoitetaan kotona selviämistä ja kodin fyysistä ympäristöä. Kotikäynnin suorittajaksi sovittiin osaston fysioterapeutti. Palveluohjaajan osallistumisesta kotikäynnille ei keskusteltu. Asiakkaan kannalta kotikäynnin hyöty olisi ollut suurempi, mikäli käynti olisi suoritettu palveluohjaajan ja fysioterapeutin yhteiskäyntinä.

Toimintaosuudessa toimija-kehittäjänä raportoin osallistujille kesäkuussa toteutettua kuntoutumisen suunnittelua ja koulutukseen osallistujat kommentoivat tehtyä suunnitelmaa. Koulutusryhmän kommentteja kuntoutussuunnitelmasta:

”tämän hetkessä versiossa asioiden runko on hyvä”

”lomakkeen täyttämiseen tarvitaan selkeät ohjeet”

”tavoitteiden määrittelyssä tulee olla tarkkana, ongelmat muutetaan tavoitteiksi ja myös välitavoitteiden tulee olla selkeitä”

”lomakkeen tulee olla helposti päivitettävä ja täydennettävä sekä osastolla että kotihoidon puolella”

”kuntoutussuunnitelman tekemisessä on tärkeää, että omaiset ovat mukana mahdollisuuksien mukaan”

”palveluohjaajan rooli palaverissa on tärkeä, koska hänellä on tietoa sosiaalihuoltolain mukaisista palveluista ja asiakkaiden selviämisestä kotitalanteissa kotihoidon turvin.”

”kuntoutussuunnitelmassa on määritettävä selkeästi työnjako, toimenpiteet ja jatkosuunnitelmat”

”asiakkaiden yksilöllisyyden ja persoonan on tärkeä näkyä, jotta asiakkaan motivaatio kuntoutumiseen säilyy”

Tämän yhteisen reflektoinnin pohjalta on toimija-tutkijana hyvä jatkaa kuntoutumisen suunnitelman kehittämistä kohti seuraavaa sykliä. Koulutukseen osallistujien kommentissa näkyi jonkin verran salutogeenistä eli voimavaralähtöistä ajattelua asiakkaan voimavarojen tunnistamisesta ja niiden tukemisesta. Asiakkaan ympäristö- ja yksilötekiin liittyviin kontekstuaalisiin asioihin ei osattu vielä kiinnittää huomioita muuten kuin palveluohjaajan mukana olon korostamisella. Palveluohjaajalla koettiin olevan paras tieto asiakkaan kotioloista ja sosiaalihuollon palveluista. ICF-luokituksen mukainen

jaottelu yksilö- ja ympäristötekijöihin koettiin kuitenkin vaikeana ja siihen toivottiin selkeyttä.

Joulukuu 2009

Teoriaosuudessa käsiteltiin kuntoutusta tieteenä ja työyhteisön hiljaista tietoa. Kuntoutuksen tutkimus voidaan ymmärtää kouluttajan mukaan tutkimukseksi, missä tutkimuskohteena ovat kuntoutuksen erilaiset käytännöt ja kuntoutukseen liittyvät ilmiöt ja diskurssit.

Toimintaosa koostui keskusteluista yhteisestä unelmasta kuntoutusosastosta ja sen unelman toteutumisesta. Kouluttaja muistutti, että terveyskeskuksessa ja kotihoidossa on paljon erilaista koulutusta ja osaamista, jota tulee osata yhdistellä ja käyttää oikein asiakkaiden parhaaksi. Päivän aikana tehtiin ryhmätyö, jossa toimintatutkimuksen spiraalin mukaisesti refleктоitiin kuntoutussuunnitelmaa. Kuntoutussuunnitelma on muotoutunut voimavaralähtöisen ajattelun mukaisesti taustatietoihin, tavoitteisiin, ICF-käsitteiden mukaisesti yksilö- ja ympäristötekijöihin sekä selviytymistä tukeviin ja vaikeuttaviin tekijöihin. Osallistujilta kysyttiin kotihoidon edustajien osallisuutta kuntoutumisen suunnitteluun ja vastaus heidän osallistumiseen oli mahdollisimman pian tai kotiutumisaikajankohdan päättämisen jälkeen. Vastauksista nousi myös esille huoli siitä, kuka tai mikä taho määrittää kotiutukselle kriteerit. Keskustelua käytiin asiakkaan avun tarpeesta ja siitä kuinka paljon apua tarvitsevat asiakkaat voidaan kotiuttaa. Tämän kysymyksen kohdalla kotihoidon henkilökunnan ja osaston henkilökunnan näkemyksissä oli edelleen huomattavia eroavaisuuksia.

Osallistujien työskentely antoi hyvin palautetta siitä, miten kuntoutussuunnitelmallin kanssa tulee toimija-tutkijan edetä. Osallistujien omia kommentteja:

”mitä tarkoittaa kuntoutumista tukevat harjoitteet osastolla?”

”osasto ei osallistu enää kuntoutukseen, kun potilas kotiutuu”

”miten motivoidaan ja sitoutetaan kotipalvelua osallistumaan?”

”näin tekstin jäsentäminen helpompaa, olennainen löytyy helpommin, myös kirjaaminen helpottuu, koska myös oma kirjaaminen jäsentyy”

”mihin kirjataan omaisten / läheisten rooli?”

Tämä koulutuskerta oli kuntoutuskoulutuksen osalta viimeinen yhteinen kokoontuminen. Tämän jälkeen toimija-tutkijana kehitin näiden yhteisten reflektointien pohjalta vielä kuntoutussuunnitelmamallia ja vuodeosastolla tehdään kuntoutussuunnitelmalla kuntoutumisen suunnittelua ja annetaan palautetta mallin toimivuudesta. Tavoitteeksi asetettiin joulukuussa 2009, että hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli on valmis elokuussa 2010. Tähän tavoitteeseen ei päästy, vaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli oli käyttövalmis joulukuussa 2010. Toiminnan kehittäminen ei lopu, mutta tältä osin mallin kehittäminen osana tätä opinnäytetyötä päätettiin joulukuussa 2010.

6.5 Kehittämistoiminnan arviointi

6.5.1 Osallistujien arviot kehittämisprosessista

Koulutukseen osallistuneiden arvioiden mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmamallin *edistäviksi tekijöiksi* nähtiin hoito – ja kuntoutussuunnitelman saaminen kuntoutusosaston työvälineeksi. Suunnitelman koettiin tuovan asiakkaan kuntoutumisen osaksi joka päiväistä hoitoa ja hoivaa. Moniammatillinen yhteistyön lisääntyminen nähtiin myös edistävänä tekijänä. Kuntoutusosaston ja kotihoidon yhteistyön aloittaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa koettiin tärkeäksi, jotta asiakkaan kotiutuminen olisi oikea aikaista ja turvallista. Myös moniammatillinen yhteistyö terveyskeskuksen erityisryhmien kanssa koettiin prosessia edistäväksi tekijäksi. Asiakkaiden kotiutukseen liittyvät kotiutuspalaverit nimettiin myös hoito- ja kuntoutussuunnitelmamallin edistäviksi tekijäksi. Näiden palavereiden tulisi osallistujien mielestä olla hyvissä ajoin ennen kotiutusta, jotta osastolta kotiin siirtymiseen liittyvät muutokset ehditään valmistella.

Hoito- ja kuntoutussuunnitelmamallia *hidastavia tekijöitä* oli osallistujien mielestä tiedon kulku kuntoutusosaston ja kotihoidon välillä. Kehitettäviä asioita löytyi mm. yhteishenkilöiden ja aikataulujen osalta. Lisäksi kaivattiin kotiutukselle kriteerejä ja tietoa siitä, kuka kriteerit määrittää. Yhteistyötä hidastavaksi tekijäksi katsottiin osittain myös ennakoasenteet, joiden perusteella yhteinen toiminta asiakkaan edun mukaisesti voi estyä. Kotihoidon ja terveyskeskuksen välillä vastuuta asiakkaan asioista ei aina ole selkeästi määritetty ja vastuuta siirretään toiselle osapuolelle.

6.5.2 Oma arvio kehittämisprosessista

Toimija-tutkijan oman arvion mukaan kehittämisprosessia *edistäviksi tekijöiksi* muodostuivat moniammatillisuus, joka näkyi kotihoidon ja osaston työntekijöiden lisääntyneenä yhteistyönä koulutuksen aikana. He oppivat koulutuksen aikana käydyn vuoropuhelun johdosta näkemään ja ymmärtämään esimerkiksi kotiutukseen liittyviä asioita toistensa kannalta. Tutkija-tiimi, joka perustettiin tukemaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman havainnointia ja reflektointia varten toimi käytännön kehittämisessä toimija-tutkijan apuna osastolle päin. Lisäksi edistäväksi asiaksi koin kuntoutuskoulutuksen kokonaisuudessaan ja oma opiskeluni ylempää ammattikorkeakoulututkintoa varten, jonka avulla sain teoreettista tietoa kehittämisprosessin eteenpäin viemiseksi.

Kehittämisprosessin kannalta *hidastavia tekijöitä* toimija-tutkijan näkökulmastani oli kotihoidon henkilökunnan vähäinen osallistuminen koulutukseen, joka osaltaan johtui alkuvaiheen koulutussuunnittelusta ja myös muista päällekkäisistä koulutuksista kotihoidossa. Kehittämisprosessia hidastavaksi tekijäksi koin myös oman tutkija-kehittäjän toimimiseen käyttämäni ajan vähyyden. Työskentelin koko opiskelun ajan esimiehenä Pudasjärven kotihoidossa ja työ ohessa opiskelu oli haastavaa, kun kehittämistehtävä suuntautui ensisijaisesti toiseen organisaatioon ja toissijaisesti omaan organisaatioon. Tämän vuoksi kehittämistyö ei valmistunut toivotussa ajassa.

7 KEHITTÄMISTOIMINNAN TULOS

Tutkimustulokset on esitetty tutkimuskysymyksittäin. Kursivoidut tekstit ovat suoria lainauksia tutkimusaineistosta.

7.1 Hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli ennen kehittämistoimintaa

Kuntoutusperustaa ei ollut tunnistettavissa vuodeosaston eikä kotihoidon osalta ennen kuntoutuskoulutusta. Asiakkaiden kotiutumiseen liittyviä hoitoneuvotteluja ei pidetty säännöllisesti ja kuntoutumisen tavoitteet määrittyivät kotihoidon henkilöstön kertoman mukaan vain vuodeosastolla selviytymisen näkökulmasta. Vuodeosaston ohjaava rooli tuli tutkijan päiväkirjanmerkintöjen mukaan selkeästi esille myös ensimmäisissä ryhmäkeskusteluissa, jossa pohdittiin asiakkaan ”riittävää” toimintakykyä kotona pärjäämiselle. Keskusteluissa oli tutkijan havaintojen mukaan selkeä asenneilmapiiri, jossa kotihoidon henkilökunnan mukaan asiakkaat kotiutetaan usein liian varhaisessa vaiheessa ja ilman yhteistä suunnittelua kotihoidon henkilökunnan kanssa. Osaston henkilökunta toi esille puheenvuoroissaan, että osastolla tiedetään, milloin asiakas on kotiuttamiskuntoinen ja riittävän toimintakykyinen selviämään kotona kotihoidon turvin.

Ennen kehittämistoiminnan alkamista toisen yksikön työntekijöiden osaamisesta ei ollut riittävästi tietoa, joten sitä ei osattu kuntoutumisen suunnittelussa ja kotiutumisessa hyödyntää. Kotiutumistilanteisiin liittyvät yhteydenotot osaston ja kotihoidon välillä ovat olleet haasteellisia, kun tarvittavia henkilöitä ei ole tavoitettu. Asiakkaan kotiutuminen kotihoidon piiriin tapahtui ryhmäkeskustelujen mukaan ilmoitusmenettelyllä esimerkiksi – asiakas kotiutuu perjantaina klo 14.00.

Kuntoutussuunnitelmaa ei säännönmukaisesti tehty vuodeosastolla eikä kotihoidossa-kaan ennen tätä koulutusta. Kuntouttavan hoidon merkityksen perustelemista asiakkaille tai heidän omaisilleen ei osallistujien mukaan riittävästi osattu. Kokonaisuudessaan voidaan sanoa, että kotihoidon ja vuodeosaston henkilökunta toimivat asiakkaan hoidon suunnittelussa erillään toisistaan.

Yhteistyökäytäntöjen puutteellisuus terveyskeskuksen ja kotihoidon välillä näkyi myös kuntoutuskoulutuksen suunnittelussa, koska alkuperäisessä suunnitelmassa ei huomioitu kotihoidon osallistumista koulutukseen.

7.2 Hoito- ja kuntoutussuunnitelman kehittämisen haasteet

Keskeisiksi haasteiksi nousivat yhteisen suunnittelun ja tiedonkulun puutteet. Alkuvaiheessa tuli esille, että kotihoidon ja terveyskeskuksen työntekijät eivät olleet aikaisemmin olleet tilanteessa, jossa he olisivat keskustelleet ammatti- ja toimintarajat ylittävissä ryhmissä. Koulutuksen alussa käytettiin puheenvuoroja oman toiminnan puolesta ja osin toisten toimintoja vastaan, ennen kuin yhteinen ymmärrys kaikkien toimijoiden erityisosaamisen alueista tuli yleiseen tietoon. Tämän vuoksi koulutuksessa lähdettiin liikkeelle kuntoutuksen moniammatillisesta yhteistyöstä.

”puuttuu tilaisuus olla saman pöydän ääressä”

”kotipalvelun ja osaston välillä ei tieto kulje”

”puuttuu yhteinen palaverikäytäntö ja – aika, tieto siirtyy Efficalla”

Kotihoidon ja terveyskeskuksen henkilökunta kirjaa asiakastiedot Efficatietojärjestelmään omien yksikkökohtaisten ohjeiden mukaisesti ja tästä johtuen tieto ei välttämättä kulje riittävän hyvin osaston ja kotihoidon välillä. Lisäksi kotihoidon henkilökunnan asiakastietojen katseluoikeudet ovat suppeammat kuin osaston henkilökunnan, jolloin syntyy tietokatkoja tätä kautta. Ongelmia tiedon kulussa kuvailtiin seuraavasti:

”kaikilla ei ole oikeutta lukea YLE-lehteä”

”viestimiskanavat ovat epäselvät”

”ohjeet eivät kohtaa”

Koulutukseen osallistujien mielestä tiedon puute näkyi mm. siinä, että eri yksiköiden asiantuntijoiden tietämys toistensa erityisosaamisesta oli puutteellista ja sitä ei osattu käyttää hyväksi. Toisaalta työntekijöiden mukaan toisen yksikön osaamiseen ei myöskään täysin luotettu, jolloin yksittäisen työntekijän tuli selviytyä monista asioista yksin.

”toisen osaamisen arvostaminen puuttuu”

”aina ei luottamus ole kohdallaan – ei luoteta että toinen porukka hoitaa hommansa”

”kotihoito on arkielämän asiantuntija – lampunvaihdoista haavanhoitoon”

”pitää revetä kaikkeen paikkaan – tietää kaikesta kaikki”

Yhteisten palaverien ja suunnittelun puute näkyi hoitoneuvottelujen vähäisenä määränä. Ryhmäkeskusteluissa ja oppimistehtävissä tuli esille, että hoitoneuvotteluihin ei löytynyt aikaa ja osin niitä ei myöskään osaston näkökulmasta nähty tarpeellisiksi. Kotihoitosta ei myöskään löytynyt aina aikaa osallistua hoitoneuvotteluihin.

7.3 Hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli kehittämistoiminnan jälkeen

Koulutuksen loppupuolella voitiin jo havaita kotihoidon ja terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunnan yhteistyön aktivoituneen ja lisääntyneen. Yhteiseksi toimintamalliksi kehittyi ja syveni kuntoutumista tukeva toimintamalli, josta toimijoilla oli tullut yhteinen näkemys koulutuksen kautta. Kuntoutumisen tukemisen toiminta muuttui luonnolliseksi osaksi osaston toimintaa ja asiakkaan voimavaroja kuntoutumiseen osattiin käyttää hyväksi.

Hoito- ja kuntoutussuunnitelman kirjaaminen sekä suunnitelman että seurannan osalta Effican Hoito- ja Hoi -lehdelle todettiin koulutuksen aikana tehtyjen kokeilujen ja yhteisten ryhmäkeskustelujen pohjalta käytännöllisimmäksi ratkaisuksi. Tällöin myös kotihoidon lähihoitajat voivat jo kotiutusvaiheessa hyödyntää olemassa olevaa kuntoutussuunnitelman tietoa. Koulutuksen loppuvaiheessa kotihoidon henkilökunta oli jo aikaisemmassa vaiheessa mukana suunnittelemassa ja valmistelemassa asiakkaan kotiutusta. Myös kotihoidon palveluohjaaja pyydettiin mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemiseen osastolle.

Uusi toimintamalli, joka koulutuksen aikana kehitettiin, voidaan kuvata prosessina. Prosessissa on määritetty vaiheet, jotka kuuluvat hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalliin. Lisäksi prosessissa on määritettyä mitä tehdään, kuka tekee ja milloin tehdään. Myös

toiminnan kriittisiä pisteitä on määritetty. Asiakasprosessi on esitetty kokonaisuudessaan liitteessä 3.

Tämän koulutuksen yhteydessä tuotettu uusi toimintamalli etenee seuraavasti:

1. Asiakkaan *alkuhaastattelu*, tehdään mahdollisimman pian osastolle saapumisen jälkeen. Tekemisestä vastaa sairaanhoitaja. Selvitetään riittävät taustatiedot ja kartoitetaan kuntoutumisen suuntaa.
2. Asiakkaan *toimintakykyarvio*, tehdään myös mahdollisimman pian, jotta kuntoutuminen voi alkaa. Tehdään lääkärin, sairaanhoitajan ja asiakkaan yhteistyönä. Konsultoidaan tarvittavia erityistyöntekijöitä, esim. fysioterapeuttia. Mikäli asiakas on ollut aikaisemmin kotihoidon asiakas, konsultoidaan tarvittaessa myös kotihoidon työntekijöitä. Tärkeää on saada asiakkaan oma motivaatio kuntoutumiseen ja kotiin paluuseen syntymään.
3. Asiakkaan *ensimmäinen kuntoutus- ja hoitosuunnitelmapalaveri*, jossa asiakkaan kuntoutumista suunnitellaan alkuhaastattelun ja toimintakykyarvion perusteella tämän opinnäytetyön tuloksena syntyneelle lomakkeelle. Lomake on liitteenä 2. Tähän palaveriin tulevat mukaan osaston henkilökunnan lisäksi asiakkaan omaisia, erityistyöntekijöitä ja kotihoidon palveluohjaaja tai kotiutushoitaja. Suunnitelmaan kirjataan kuntoutumisen tavoitteet, sekä pitkänaikaväin – että lyhyenaikavälin tavoitteet. Keinot millä tavoitteisiin pyritään ja arvioinnin ajankohdat ja menetelmät. Alustavasti suunnitellaan kotiutumisen ajankohtaa ja tarvittaessa kotiutuskokeilua. Asiakkaalle kerrotaan erilaisista palveluista, joita hän voi saada kotiutumisen jälkeen. Kuntoutumisen harjoitteita suunniteltaessa otetaan huomioon, miten niitä voidaan jatkaa kotiolosuhteissa ja kuka kuntoutumisen etenemistä arvioi.
4. Asiakkaan kotiin tehtävä *kotikäynti*, jossa ovat mukana asiakkaan itsensä tai hänen omaisensa lisäksi osaston fysioterapeutti ja kotihoidon palveluohjaaja. Kotikäynti tehdään riittävän ajoissa ennen kotiutusta, jotta tarvittavat muutostyöt ehditään tehdä ja apuvälineet hankkia.

5. Asiakkaan *toinen kuntoutus- ja hoitosuunnitelmapalaveri*, jossa arvioidaan kuntoutumisen etenemistä ja kotiutumisen aikataulua. Tässä vaiheessa mahdollisesta kotiutuskokeilusta voidaan jo sopia. Mukana palaverissa ovat osaston henkilökunnan (lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, erityistyöntekijä) lisäksi asiakkaan omainen ja kotihoidon palveluohjaaja tai kotiutushoitaja. Aikataulun varmistuessa kotihoidossa aloitetaan kotiutuksen valmistelu, esim. tarvittavien resurssien huomiointi ja kotiutushoitaja käy tarvittaessa osastolla tutustumassa kotona jatkuviin kuntoutumisen harjoitteisiin. Asiakkaan kuntoutumista arvioidaan ja kirjataan muutokset kuntoutus- ja hoitosuunnitelmaan.

Koulutuksen aikana osallistujilla vahvistui kouluttajan mukaan käsitys siitä, että voimavaralähtöisesti ja kuntoutumissuunnitelmamallin mukaisesti toimittaessa asiakkaan kuntoutumista suunniteltaessa otetaan huomioon, mihin asiakas on kuntoutusjakson jälkeen siirtymässä. Osastolla ei ajatella kotiutumisen mittarina, että ”selviytyy osastolla vaadittavista toimista”. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma tehdään yhteistyössä asiakkaan, omaisten, osaston ja kotihoidon kanssa. Näin turvataan asiakkaan turvallinen kotiutuminen ja joustava tiedon siirto asiakkaan kotiutuessa.

Sairauskeskeinen ajattelu on muuttunut koulutuksen ja kuntoutussuunnitelmamallin kautta voimavaralähtöiseksi eli salutogeeniseksi ajatteluksi ja yhteistyössä kotihoidon ja terveyskeskuksen välillä näyttäytyi aito tahto tehdä yhteistyötä. Kotihoidon henkilökunnan lukuoikeuksia Effica –tietojärjestelmässä on lisätty, joten osastolla kirjatut asiat asiakkaan kuntoutumisesta ovat nyt kotihoidon työntekijöiden nähtävillä.

Tässä kuvatussa kuntoutus- ja hoitosuunnitelmaprosessin lisäksi on osaston ja kotihoidon yhteistyötä ideoitu vielä koulutusosion jälkeen toimija-kehittäjän omana työnä. Osaksi kuntoutus- ja hoitosuunnitelmamallia ehdotetaan otettavaksi käyttöön vuodeosaston ja kotihoidon yhteiset viikkopalaverit, joissa kartoitetaan osastolta kotihoidon palveluihin lähiaikoina siirtyviä asiakkaita. Palaverit voisivat olla kerran viikossa ja korkeintaan tunnin kerrallaan. Tavoitteena lyhyt, selkeä palaveri tulevien kotiutumisten tilanteesta ja mahdollista ongelmakohdista tapahtuneissa kotiutumisissa.

Näissä palavereissa on mahdollisuus jatkaa moniammatillista yhteistyötä asiakkaan kuntoutumisen tukemiseksi. Tässä ehdotettua palaverimallia on hyvä testata terveyskeskuksen vuodeosaston ja kotihoidon yhteistyönä.

8 POHDINTA

Tämän kehittämistyöhön liittyvän tutkimukseni tavoitteena oli kuvata Pudasjärven kaupungin terveyskeskuksen ja kotihoidon henkilöstön yhteistyöprosessi, jonka aikana he tuottivat yhteisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman. Tässä raportin viimeisessä luvussa pohdin tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta sekä tutkimustuloksia. Lopuksi esitän haasteita jatkotutkimukselle ja suosituksia toiminnan edelleen kehittämiseksi.

8.1 Tutkimustulosten pohdintaa

Koulutushankkeen käynnistyessä vuoden 2008 syksyllä ei ollut vielä tietoa niistä taloudellisen taantuman mukanaan tuomista uusista haasteista, jotka vaikuttivat prosessin lopputuotokseen Pudasjärven terveyskeskuksessa. Uusien suunnitelmien mukaan erillistä kuntoutusosastoa ei perustettu, vaan vuodeosaston toimintaa muutettiin kohdistamalla tietty määrä vuodepaikoista kuntoutusasiakkaille. Rakenteellinen muutos, joka esti hankkeen alkuperäisen toteutumisen, tuntui koulutukseen osallistuista aluksi raskaalta takaiskulta. Kuitenkin asiaa kouluttajan johdolla käsiteltäessä ryhmässä todettiin toimija-kehittäjän tutkimuspäiväkirjan mukaan, että ulkoiset puitteet eivät estä toimintamallin muuttamista kuntoutumista tukevaksi.

Koulutushankkeen käynnistyessä Pudasjärvellä ei voitu puhua moniammatillisesta yhteistyöstä vaan eri ammattiryhmiin kuuluvien työntekijöiden yksittäisistä toimenpiteistä kuntoutujan hyväksi. Koulutuksen aikana osallistujat saivat tietoa moniammatillisesta yhteistyöstä ja harjoittelivat sitä myös käytännössä koulutuspäivien aikana. Koulutuksen kautta kotihoidon ja terveyskeskuksen henkilökunta on saanut tietoa toisten ammattiryhmien osaamisesta ja tehtäväkuvista, jonka vaikutuksesta yhteistyön terveyskeskuksen ja kotihoidon välillä voidaan katsoa lisääntyneen eri tasoilla.

Molemmat ammattiryhmät ovat oppineet katsomaan asioita laaja-alaisemmin ja ymmärrys siitä, että yksin ei voi hallita ja osata kaikkia asioita lisääntyneen hankkeen aikana. Toimija-kehittäjänä sain seurata positiivista kehitystä, kun yhdessä huomattiin asiakkaan kannalta hyväksi ottaa kotihoidon henkilökunta mukaan suunnittelemaan kotiutusta

mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Lisäksi huomattiin näin saatavan käyttöön myös osastolle tietotaito, joka kotihoidossa on asiakkaan aikaisemmasta toimintakyvystä ja arjessa selviytymistä. Terveyskeskuksen henkilökunta on oppinut huomaamaan kotihoidon henkilökunnan erityisosaamisen asiakkaalle kotona annettavissa palveluissa. Lisäksi eri henkilöstöryhmät ovat oppineet huomaamaan oman roolinsa merkityksen kuntoutumisen suunnittelussa ja toteutumisessa. Lisäksi on opittu arvostamaan oman osaamisen lisäksi myös toisten osaamista ja ammattitaitoa.

Koulutushankkeen ja kuntoutussuunnitelmamallin kehittämisen ansiosta työntekijät kokivat, että heidän on helpompi perustella asiakkaille ja heidän omaisilleen kuntoutumiseen liittyviä asioita uudella tavalla ja saada motivoitua heitä toimimaan kuntoutumisen edistämiseksi. Salutogeenisen ajattelun lisääntymisen myötä työntekijät sekä kotihoidossa että terveyskeskuksessa oppivat hyödyntämään esimerkiksi omaisten kautta saatua tietoa asiakkaan arjen merkityksellisistä asioista ja näin saamaa aikaan asiakkaan motivoitumista kuntoutumiseen.

Kotihoidon henkilökunnan lukuoikeuksia Effica-tietojärjestelmässä on lisätty, joten osastolla kirjatut asiat asiakkaan kuntoutumisesta ovat nyt kotihoidon työntekijöiden nähtävillä. Vuodeosastolla asiakkaan aloittamia kuntoutumisen harjoitteita voidaan jatkaa kotihoidon henkilökunnan avustuksella kotiolosuhteissakin, kun tieto kulkee vuodeosaston ja kotihoidon henkilökunnan välillä entistä paremmin. Hyvin suunniteltu kotiutus vähentää asiakkaan riskiä joutua palamaan takaisin vuodeosastolle.

Taulukossa 4 vertaillaan koulutuksen aikana saatuja tuloksia valittujen toimintojen teoreettiseen perusteluun.

TAULUKKO 4. Kehittämistoiminnan tuloksia ja teoreettisia perusteluja.

Toiminta	Kehittämistoiminnan tulos	Teoreettinen perusta
Asiakaslähtöisyys	Hoito- ja kuntoutussuunnitelma tehdään yhteistyössä asiakkaan, omaisten, osaston ja kotihoidon kanssa.	Hyvälle yhteistyökäytännölle ja kuntoutumisen suunnittelulle on myös ominaista huomion kiinnittäminen kuntoutujan voimavaroihin, hänen omiin kokemuksiin ja aktiivisuuteen. (Lyyra 2007, 24.)
Moniammatillinen yhteistyö	Kotihoidon ja terveyskeskuksen vuodeosaston yhteiseksi toimintamalliksi kehittyi ja syveni kuntoutumista tukeva toimintamalli, josta toimijoilla oli tullut yhteinen näkemys koulutuksen kautta.	Moniammatillisessa yhteistyössä pyritään tietojen, taitojen, tehtävien, kokemusten ja/tai toimivallan jakamisella jonkin yhteisen päämäärän saavuttamiseksi (Ovretveit 1995).
Salutogeeninen ajattelu	Kuntoutumisen tukemisen toiminta muuttui luonnolliseksi osaksi osaston toimintaa ja asiakkaan voimavaroja kuntoutumiseen osattiin käyttää hyväksi.	Salutogeeninen lähestymistapa korostaa ihmisen terveyttä ja voimavaroja. Vahvistamalla voimavaroja tarjotaan mahdollisuuksia, kun halutaan tukea terveyttä kokonaisvaltaisesti. (Koskinen-Ollonqvist, Aalto-Kallio ym. 2007, 28–29.)
Suunnittelu	Asiakkaan kuntoutumista suunniteltaessa otetaan huomioon, mihin asiakas on kuntoutusjakson jälkeen siirtymässä. Myös kotihoidon henkilökunta oli jo aikaisemmassa vaiheessa mukana suunnittelemassa ja valmistellessa asiakkaan kotiutusta.	Kuntoutukseen panostaminen estää tehokkaasti pitkäaikaiseen laitoshoittoon joutumista. Laitoksessa annettava kuntoutus on kyettävä siirtämään myös kotona annettavaksi kuntoutukseksi. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 24.) Kuntoutumisen suunnittelulla pyritään lisäämään asiakkaan koherenssin tunnetta eli elämänhallintaa. Koherenssin tunne vaikuttaa positiivisesti myös ikäihmiseen ja hänen mahdollisuuksiin jälleenrakentaa eheyden tunnetta omassa elämässään. (Lindström & Eriksson 2010, 43.)
Suunnitelman dokumentointi	Hoito- ja kuntoutussuunnitelman kirjaaminen sekä suunnitelman että seurannan osalta Effican Hoito- ja Hoi –lehdelle todettiin koulutuksen aikana tehtyjen kokeilujen ja yhteisten ryhmäkeskustelujen pohjalta käytännöllisimmäksi ratkaisuksi. Tällöin myös kotihoidon lähihoitajat voivat jo kotiutusvaiheessa hyödyntää olemassa olevaa kuntoutussuunnitelman tietoa.	Kuntoutussuunnitelmaan kirjataan asiakkaan nykytilanteen kartoituksen pohjalta yhdessä pohditut kuntoutumisen tavoitteet, keinot ja aikataulu tavoitteisiin pääsemiseksi (Lindström & Eriksson, 2010, 43). Kuntoutussuunnitelmassa on myös kirjattuna ne palvelut, joita asiakas tarvitsee toimintakyvyn eri osa-alueilla. Tärkein asia suunnitelmaa tehtäessä on, että asiakkaalla on motivaatio ja sitoutuminen kuntoutumiseen. (Kettuen, Kähäri-Wiik, ym, 2009, 32–35.)

Tässä kehittämistyössä pohdittiin kuntoutumista tukevan ja terveyttä edistävän toiminnan yhtäläisyyksiä ja eroja. Kotihoidon ja terveyskeskuksen henkilökunnan kanssa asiaa selvitellessä mitään ristiriitaisuuksia näiden toimintamallien välillä ei löytynyt ja voitaneen todeta, että terveyden edistäminen ja kuntoutumisen tukeminen ovat molemmat asiakkaiden elämässä mukana vaihtelevasti riippuen henkilökohtaisesta elämän tilanteesta. Vanhusväestön osalta hoidossa ja hoivassa terveyden edistäminen ja kuntoutumisen tukeminen ovat jo usein arjen tilanteissa samaa tarkoittavia asioita.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Hyvän tutkimuskäytännön mukaista on, että tutkimus suoritetaan tieteellisen käytännön sääntöjä noudattaen. Rehellisyys, lähdekritiikki, tiedon luotettavuus ja soveltuvuus kuuluu prosessin jokaiseen vaiheeseen. Eettisyys ilmenee myös yhteisten sopimusten, tavoitteiden ja aikataulujen noudattamisena. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2006, haku-päivä 5.6.2011; Kainulainen, Gothoni & Pesonen 2002.)

Eettisyys tutkimuksessa

Tutkimustyön eettisyyttä tarkasteltaessa on huomioitava koko tutkimusprosessi eri vaiheeseen. Olen perustellut tekemäni valinnat ja rajaukset, ne on myös kuvattu raportissa. Tutkimukseen osallistuneita kohdehenkilöitä kohtaan olen korostanut avoimuutta ja vapaaehtoisuutta. Tutkimukseen osallistuneet terveyskeskuksen asiakkaat ovat olleet mukana omasta vapaasta tahdostaan ja he ovat antaneet luvan käyttää tuloksia kehittämistyössä. Kehittämistyön tulokset olen pyrkinyt esittämään niin, että ne ovat avoimia ja kontrolloidusti esitettyjä. Olen tehnyt tutkimus- ja kehittämistyötä siten, että kehittämistyön raportti täyttää julkaisuun vaadittavan eettisen tason. (Pietarinen 2002, 66; Tuomi & Sarajärvi 2009, 133.)

Tutkimuksessa käytettyjä tiedonkeruumenetelmiä tutkimuspäiväkirja, kyselyt ja havainnointi ovat vakiintuneita tutkimuskäyttöön. Lisäksi koulutushankkeessa tuotetut oppimistehtävät ja muu tuotettu materiaali on ollut tutkimusaineistona. Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin sisällön analyysi –menetelmää.

Tutkimukseen kerättyä aineistoa ei tule luovuttaa ulkopuolisille missään tarkoituksessa ilman osallistujien lupaa (Suomen Akatemia 2010, hakupäivä 2010). Tutkimuslupa anottiin Pudasjärven sosiaali- ja terveystoimen johtajalta yhdessä toisen tutkijan kanssa. Kävimme yhdessä toisen tutkijan kanssa kertomassa koulutushankkeen alussa koulutukseen osallistuville työntekijöille tutkimuksen tarkoituksesta. Kaikki koulutushankkeessa mukana olleet osallistuivat tutkimustiedon tuottamiseen. Raportoinnissa olen huolehtinut siitä, että kukaan yksittäinen henkilö tule tunnistetuksi tekstistä.

Tämä tutkimuksen suunnittelua on tukenut koulutuksesta vastanneen organisaation edustaja. Tutkijana olen kerännyt ja tuottanut aineistoa, jonka jälkeen olen analysoinut sitä tutkimusta ohjaavan opettajan ohjeistuksella. Aineiston analysoinnin jälkeen toimintamallin kehittämistyö palautettiin koulutukseen osallistujille arvioitavaksi, joten palaute toiminnan kehittämisestä oli välitöntä ja suoraa. Tutkimusaineiston on ollut vain tutkijan ja kouluttajan käytössä.

Luotettavuus tutkimuksessa

Niemisen (1997) mukaan voidaan ajatella, että aineiston keruun luotettavuus on yhteydessä aineiston sisällön analyysin luotettavuuteen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. Tutkimuksen todellisuus muotoutuu tutkijan ja tutkittavien omista käsityksistä, joihin vaikuttavat monenlaiset tekijät. Tässä hoito- ja kuntoutussuunnitelmamallin kehittämiseen tähtäävässä toimintatutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida yksiselitteisesti, koska toiminnan kehittäminen ei pääty koskaan. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmamallia voidaan jatkuvasti kehittää vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeita.

Tuomen & Sarajärven (2009) mukaan laadullisen tutkimuksen arviointikriteerit ovat uskottavuus, siirrettävyys, seuraamuksellisuus ja vahvistettavuus.

Tulosten *uskottavuus* perustuu niiden totuudenmukaisuudelle, tutkijan havaintoihin ja tutkijan kykyyn tulkita tutkittavien kokemuksia. (Denzin & Lincoln 2000, 20). Tässä tutkimuksessa uskottavuutta lisättiin toimija-tutkijan kokemuksella tutkittavasta asiasta ja toimintakulttuurin tuntemuksella. Toimija-tutkija on toiminut kotihoidossa kymmenen vuoden ajan ja ollut hoitoneuvotteluissa ja kotiutustilanteissa usein. Pitkä työkoke-

mus asiasta pienentää virheellisten ensivaikutelmien ja epäasiallisten tulkintojen määrää. (Grönfors 1985, 177). Olen myös itse toimija-tutkijana ollut aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta ja pyrkinyt paneutumaan asiaan mahdollisimman laajasti, jotta hankkimani informaatio olisi mahdollisimman uskottavaa ja luotettavaa.

Alkuperäisen tutkimusympäristön ja sovellusympäristön samankaltaisuus tukee tutkimuksen *siirrettävyyttä*. Kvalitatiivinen tutkimuksen tarkoitus ei ole mahdollistaa seikkaperäistä siirrettävyyttä, vaan antaa käyttöön riittävästi tutkimuksen aikana koottua tietoa, jotta jokaisen olisi mahdollista itse tehdä johtopäätöksiä tulosten hyödyllisyydestä. Soveltaminen ja yleistäminen ovat lukijan tekemää arviointia siitä, missä määrin hän kykenee soveltamaan esitettyjä tuloksia ja johtopäätöksiä toisiin olosuhteisiin. (Lincoln & Cuba 1985, 298.) Tässä toimintatutkimuksessa kehitettyä hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa voi ajatella siirrettäväksi Oulunkaaren toisille kuntoutusosastoille.

Lincoln ja Cuba (1985, 299) viittaavat *seuraamuksellisuudella* siihen, että laadullisessa tutkimuksessa on läsnä inhimillinen vaihtelu, ilmiöön ja tutkimusasetelmaan liittyvä muutos.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset ovat lähtöisin aineistosta eivätkä tutkijan omista käsityksistä, vaikka laadullisessa tutkimuksessa tutkijan subjektiivinen vaikutus on merkittävä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139.) Tässä tutkimuksessa minulla tutkijana on ollut vahvasti ennakkokäsityksiä kotihoidon ja terveyskeskuksen yhteistyöstä, en ole antanut niiden vaikuttaa aineiston objektiiviseen käsittelyyn ja analyysiin. Tutkimustulosten esittelyssä olen käyttänyt suoria lainauksia koulutukseen osallistujien tuottamasta materiaalista, jotta lukija voi vertailla niissä esiintyviä näkökulmia tutkijana esittämiini tuloksiin. Laadullisessa tutkimuksessa on yleisesti käytössä autenttisten tekstien lisääminen osaksi luotettavuuden lisäämistä. (Syrjälä ym. 1994, 131; Vitikka 2006, 110.)

8.3 Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteita

Tämä kehittämistyö kohdentui Pudasjärven terveyskeskuksen kuntoutussuunnitelmallin kehittämiseen ja yhteistyön parantamiseen kotihoidon ja terveyskeskuksen välillä. Kehittämisen suurena haasteena osallistujat kokivat kotihoidon henkilökunnan vähäisen osallisuuden koulutukseen.

Asiakkaan kuntoutumisen, kotiutumisen ja kotona arjessa pärjäämisen kannalta olisi tulevaisuudessa tärkeää kehittää terveyskeskuksen ja kotihoidon yhteistyötä jo osastolla olemisen aikana. Tämän kokemuksen pohjalta nostan kehittämishaasteeksi terveyskeskuksen ja kotihoidon yhteistyön lisäämiseksi koulutustilaisuuksien järjestämisen, joissa kehitetään valmiuksia asiakkaan kuntoutumisen tukemiseen sekä osastolla että kotona.

Toiseksi kehittämishaasteeksi nostan hoito- ja kuntoutussuunnitelman käyttöön juurruttamisen terveyskeskuksen vuodeosastolla ja käyttöön ottamisen vanhusten asumisyksiköissä. Vanhusten asumisyksiköissä asiakkaiden kuntoutumisen tukeminen on usein olemassa olevan toimintakyvyn ylläpitämistä ja myös parantamista, joten kuntoutussuunnitelman avulla voidaan suunnitellusti toteuttaa ja arvioida asiakkaan toimintakykyä.

Tässä kehittämishankkeessa tuotetussa hoito- ja kuntoutussuunnitelma mallissa ICF-luokituksen mukaisia käsitteitä ei suoraan käytetty, koska työntekijät kokivat, että käsitteitä on vaikea ymmärtää. Jatkotutkimukselle ja -koulutukselle olisi tarvetta, jotta ICF-luokituksen mukaiset käsitteet saataisiin ohjaamaan kuntoutuksen tavoitteiden määrittelyä ja kirjaamiskäytäntöä. Näin asiakkaan toimintaan vaikuttavat tekijät tulisivat vielä laaja-alaisemmin huomioiduksi.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa: Heikkinen, H. L.T., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä - toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena Kustannus.

Allardt, E. 1980. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Juva: WSOY.

Antonowsky, A. 1996. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International 11 (1).

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

Cavanagh, S. 1997. Content analysis: concepts, method and applications. Nurse Researcher 4(3):5-16.

Denzin, NK. & Lincoln, YS. 2000. Handbook of qualitative research (2nd edition). Sage Publications, Thousands Oaks, California.

Grönfors, M. 1985. Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät. Porvoo: WSOY

Heikkinen, H. L. T. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä L. (toim.) 2008. Toiminnasta tietoon. 3. korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direkt Oy.

Heikkinen, H. L.T. & Jyrkämä, J. (1999) Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, H. L.T. & Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä - toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena Kustannus,

Heikkinen, R-L. & Kauppinen, M. 2008. Iäkkäiden henkilöiden mielialan muutokset 16 vuoden pitkittäistutkimuksessa. Gerontologia 2/2008. 71-81.

Heinola, R. & Luoma, M-L. 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa: Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes: Oppaita 70. 36-51.

Hervonen, A. & Pohjolainen P. 1991. Gerontologian ja geriatrian perusteet. Tampere: Lääketieteellinen Oppimateriaalikustantamo Oy.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Helsinki. Tammi.

Huovinen, T. 2008. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa. Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L (toim.) 2008. Toiminnasta tietoon. 3. korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2008. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa. Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L (toim.) 2008. Toiminnasta tietoon. 3. korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy.

Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Vantaa: WSOY.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuksen perusteet. 1-4 painos. Helsinki: WSOY.

Järvikoski, A., Hokkanen, L. & Härkäpää, K. (toim.) 2009. Asiakkaan äänellä Odotuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinnällisestä kuntoutuksesta. Helsinki. Kuntoutussäätiö.

Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2006. Opinnäytetyöpakki. Hakupäivä 5.6.2011.

http://www.kajak.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teorettinen_materiaali/Tukimateriaali/Eettisyys.iw3. Hakupäivä 5.6.2011

Karila, K. & Nummenmaa, R. 2001, Matkalla moniammatillisuuteen, Kuvauskohteena päiväkotia. 1. painos, Juva: WSOY.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 1. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

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

Kontio, M. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. Oulu: Tukeva – Lapsiperheiden hyvinvointihanke.

Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Koskinen-Ollonqvist, P., Aalto-Kallio, M., Mikkonen, N., Nykyri, P., Parviainen, H., Saikkonen, P. & Tamminiemi, K. 2007. Rajoilla ja ytimessä, Terveiden edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksessa. Terveiden edistämisen keskus.

Kyngäs, H & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11, (1):3-12.

Lauri S. 1998. Toimintatutkimus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Laukkanen, P. 2003. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehyksestä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.). 2003. Gerontologia. Duodecim. 1. painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Leiras Finland Oy Ab. 2007. Ikäihmisen aika on usein pitkä - Miten vanhusten yksinäisyyttä voisi lievittää? [Http://www.deski.fi/page.php?page_id=10&tiedote_id=5396](http://www.deski.fi/page.php?page_id=10&tiedote_id=5396). Hakupäivä 13.3.2009.

Liimatainen, L. 2007. Terveiden edistäminen. Teoksessa: Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Lindström, B. & Eriksson M. 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen – teoria terveyden resursseista. Teoksessa: Pietilä, A-M. (toim.) 2010. Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan. 1. painos. Helsinki: WSOYpro

Lincoln, S.Y. & Guba, E.G. 1985. Naturalistic inquiry. Sage Publications, California.

Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa: Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere. Tammer-Paino Oy.

Lyyra, T-M., Lyyra, A-L., Tiikkanen, P. & Heikkinen, R-L. 2008. Muutokset iäkkäiden ihmisten sosiaalisissa suhteissa: 16 vuoden pitkittäistutkimus. Gerontologia 1/2008. 2-11.

Lyytinen, P. - Korhonen M. & Lyytinen H. (toim.) 1995. Näkökulmia kehityspsykologiaan, Kehitys kontekstissaan. Porvoo: WSOY

Medina, A. V., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä S-L. 2006. Vanhusten hoito. 1-2. painos. Porvoo: WSOY.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Mäkisalo Merja, 2003. Yhdessä onnistumme, Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Tampere: Tammer-Paino Oy

Nieminen, H. (1997) Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M., Vehviläinen – Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

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

Ottawa Charter. 1986.

Paltamaa, J., Karhula M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, T. (toim.) 2011. Suositukset hyvistä kuntoutuskäytännöistä. Helsinki: Kelan julkaisut.

Peronius, N. & Päiväniemi, U-R. 2007. ICF-luokitus, toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Kuntoutuksen cum laude. Lapin Yliopisto.

Pietilä, A-M. 2010. Teoksessa: Pietilä, A-M. (toim.) 2010. Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan. 1. painos. Helsinki: WSOYpro.

Piirainen, K. & Kallaranta, T. 2001. Kuntoutuspalvelut kuntoutuksen ja muutoksen tukena. Teoksessa: Kallaranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. (toim.) 2001. Kuntoutus. 1. painos. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. (94-108)

Pohjois-Pohjanmaan liitto. 2007. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2008-2017. Pidämme huolta itsestämme, toisistamme ja ympäristöstämme. Pohjois-Pohjanmaan liitto. Hakupäivä 24.5.2011. http://www.pohjois-pohjanmaa.fi/maakunnan_suunnittelu_ja_kehittaminen/pohjois-pohjanmaan_hyvinvointiohjelma.

Pärnä, K. 2008. Moniammatillisen yhteistyön käsitteellinen jäsentäminen. Sosiologisia keskusteluja –luentosarja 11.3.2008.

Pöyry, P. & Perälä, M-L. 2003. Tieto ja yhteistyö yli 65-vuotiaiden hoidon ja palveluiden saumakohdissa. Stakes. Aiheita 18/2003. Helsinki: Stakes.

Rajavaara, M. 2008. Unohdettu ihminen? Asiakaslähtöisyys kuntoutuksen kehittämisessä. Artikkelit. Kuntoutus –lehti 2/2008.

Rekola, L. 2008. Sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamiseen vaikuttavia kehityssuuntia. Teoksessa: Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.

Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystalvelujen koettu tarve. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Rissanen, P. & Järvisalo, J. 2001. Kuntoutus ja työelämä. Teoksessa: Kallaranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa I. (toim.) 2001. Kuntoutus. Duodecim. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Routasalo, P., Pitkälä, K., Savikko, N. & Tilvis, R. 2003. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- Salmelainen, U. 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitosmuotoisessa kuntoutuksessa. Väitöskirjatutkimus. Sosiaali- ja terveysalan tutkimuksia I 98. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Hakupäivä 20.4.2011
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. 2005. Dialoginen verkostotyö. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Sihvonen, A-P., Martelin, T., Koskinen, S., Sainio, P. & Aromaa, A. 2003. Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) 2003. Gerontologia. 1. painos. Duodecim. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Siira H. & Veijola A. 2009. Opinnäytetyön ideoinnin ja suunnittelun työelämäyhteys. Teoksessa L. Viinamäki (toim.) Sosionomilta ei hommat loppu. Ammattikäytäntöjen kehittäminen haasteena sosionomi AMK –tutkinnossa. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja Sarja A: Raportteja ja tutkimuksia 1 / 2009.
- Silventoinen, U. 2009. Ikäihmisten (yli 65-vuotiaiden) liikuntapalvelut kunnissa. Oulun lääninhallituksen julkaisusarja 126/2009. Hakupäivä 15.5.2010.
<http://www.intermin.fi/lh/oulu/bulletin.nsf/vwSearchView/67D2F61B382FA61AC225758C0026F182>
- Sipari, S. 2008. Kuntouttava arki lapsen tueksi. Kasvatuksen ja kuntoutuksen yhteistyön rakentuminen asiantuntijoiden keskusteluissa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä studies in education, psychology and social research 342, 2008.
- Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen, sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Hakupäivä 27.5.2011.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11731.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2001:4. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:6. 2006 Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008 - 2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:24. Ikäneuvo-työryhmän raportti.
http://www.stm.fi/julkaisut/nauta/_julkaisu1421875. Hakupäivä 2.6.2011.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.

Syrjälä, L. 1994. Tapaustutkimus opettajan ja tutkijan työvälineenä. Teoksessa: Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma: Kirjapaino West-Point Oy.

Terveystieteiden laki (1.5.2011/313). Hakupäivä 25.5.2011.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

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

Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M-L. & Meriläinen, S. 2010. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa: Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) 2010. Suomalaisten hyvinvointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Vaarama, M., Hakkarainen, A. & Laaksonen, S. 1999. Vanhusbarometri. Selvityksiä 1999:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Väestön ikääntyminen haasteena Oulun läänissä. Oulun lääninhallitus, Puhe. 1.10.2002.
Hakupäivä 18.5.2010.

<http://www.poliisi.fi/lh/oulu/bulletin.nsf/PFSArch/B2DB27833F4B95D2C2256C450022F5>.

Walén, M., Talvitie, U., Cattan, M. & Karppi, S-L. 2009. Asiakaslähtöisyys vanhuskuntoutuksessa. Artikkel. Kuntoutus –lehti 3/2009.

Veijola, A., Isola, A. & Taanila, A. 2006. Moniammatillinen perhetyö edellyttää keskustelua. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, vol 43, nro 3. Hakupäivä 28.5.2011.
<http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/1895>

Veijola, A. 2008. Koulutussuunnitelma Pudasjärven kaupungille.

Veijola, A. 2009. Kuntoutuksen vaikuttavuus ja laatu. Pudasjärven henkilökunnan täydennyskoulutus 2008 – 2009. Luento 25.11.2009.

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. 3.painos. Helsinki: WSOY.

Willman, A. 2001. Yhteistyön ristiriitaiset puhetavat, diskurssianalyttinen näkökulma luokanopettajien tulkintoihin tiimityöstä. Väitöskirja. Oulu: Oulun Yliopisto.

Ylitalo, K. 2005. Oulunkaaren seudullinen hyvinvointistrategia.http://www.oulunkaari.com/hyvinvointi/doc_viewer.php?file=125.pdf (21.4.2011)

Ylitalo, K. 2007. Pudasjärven perusturvan palveluidenjärjestämissuunnitelma. Seutu-Verto –hanke.

LIITTEET

LIITE1 PUDASJÄRVEN TERVEYSKESKUKSEN HENKILÖKUNNAN TÄYDENNYSKOULUTUS



OAMK/SOTE
Professorintie 5
90220 OULU
arja.veijola@oamk.fi

KUNTOUTUS -koulutus

Pudasjärven terveyskeskuksen ja kotihoidon
kuntoutuksen täydennyskoulutuksen toteutus

SISÄLTÖ

1. KOULUTUSHANKKEEN TAUSTA.....	90
1.1 Toimintatutkimus strategisena viitekehyksenä.....	90
1.2 Oppimisenäkemyks	91
1.3 Moniammatillinen yhteistyö.....	92
1.4 Kouluttajan rooli kuntoutuskoulutuksessa.....	92
2 KOULUTUSHANKKEEN SUUNNITTELU.....	93
3 KOULUTUKSEN TAVOITTEET, OSATAVOITTEET JA SISÄLLÖT.....	95
4 KOULUTUKSEN TOTEUTUS.....	98
5 KUNTOUTUSKOULUTUKSEN TULOS – UUSI ASIANTUNTIJUUS.....	98
LÄHTEET.....	100

1. KOULUTUSHANKKEEN TAUSTA

1.1 Toimintatutkimus strategisena viitekehyksenä

Pudasjärven koulutushankkeessa käytettiin viitekehyksenä osallistavaa toimintatutkimusta, mikä ymmärrettiin väljänä strategisena lähestymistapana. Keskeistä toiminnassa oli, että koulutukseen osallistuvat työntekijät pyrkivät itse aktiiviseen rooliin koulutuksen toteutuksessa. Keskeistä oli myös, että osallistujia ohjattiin aktiiviseen toimintaan omien toimintakäytäntöjen arvioinnissa ja koulutuksen tuottaman uuden tiedon integroinnissa arjen toimintoihin. Samalla heidän täytyi pyrkiä ymmärtämään toimintatapojaan ja tilanteita, joissa he toimivat. Näin koulutukseen osallistujat koulutuksen aikana rakensivat uutta tietoa ja uutta toimintakäytäntöä. Koulutushankkeen ohjaavana perusajatuksena oli kaikkien työntekijöiden osallistuminen ja valtaistuminen.

Toimintatutkimus voidaan määrittää yhteisölliseksi ja itsereflektiiviseksi tutkimustavaksi, jonka avulla Pudasjärven terveyskeskuksen ja kotihoidon henkilöstön jäsenet pyrkivät kehittämään yhteisönsä käytäntöjä järkipäisemmiksi ja oikeudenmukaisemmiksi. Samalla he pyrkivät ymmärtämään entistä paremmin toimintatapojaan ja tilanteita, joissa he toimivat. Keskeistä oli ohjata ja tukea koulutukseen osallistujia tutkimaan työkäytäntöjään ja toimintansa perusteita, jotta he voisivat muuttaa niitä. (Ks. Hart & Bond 1996, Kemmis & McTaggart 1988, Kemmis & Wilkinson 1998, Whyte 1991.)

Koulutushankkeessa toiminnan kohteena oli kuntoutuksen tietoperusta. Osallistavan toimintatutkimuksen perusajatuksen mukaisesti tässä koulutushankkeessa asioihin ei etsitty yhtä totuutta, vaan tavoitteena oli uuden tiedon rakentaminen yhdessä. Toiminnassa ei tavoiteltu yksilön vaan yhteisön etua. Tästä syystä strategisena viitekehyksenä käytettiin osallistavan toimintatutkimuksen kanssa kommunikatiivista toimintatutkimusta, missä keskeistä on avoin keskustelu. Työyhteisön jäsenten osallistuminen ja henkilöstöryhmien sekä terveydenhuollon ja kotihoidon henkilöstön rajat ylittävä keskustelu oli olennainen osa koulutuksen toteutusta. (Gustavsen 1987, 1992, 1996.)

Toimintatutkimus muodostaa syklin tapaan etenevän prosessin, jossa toiminta ja sen tutkimus sekä arviointi ovat kiinteässä yhteydessä toisiinsa yhdistäen teorian ja käytän-

nön interventioiden avulla. Peräkkäin asettuvat toimintatutkimussyklit muodostavat etenevän spiraalin, joka voi kuitenkin antaa toiminnasta virheellisesti koko ajan eteenpäin kehittyvän kuvan. Todellisuudessa prosesseissa tapahtuu paljon asioita, joita ei voi tiivistää yhteen ajassa etenevään spiraaliin. Toimintatutkimus jäsennetään tavallisesti suunnittelu-, toteutus-, havainnointi- ja reflektiovaiheiden avulla, jotka tässäkin koulutushankkeessa jäsensivät prosessia. Pudasjärven kuntoutuskoulutushankkeen toteutus jaettiin toteutusajan mukaan kolmeen toisiaan seuraavaan ja toisiaan täydentävään koulutussykliin. Ensimmäinen sykli ajoittui elokuusta 2008 joulukuuhun 2008, toinen sykli tammikuusta 2009 elokuuhun 2009 ja kolmas sykli syyskuusta 2009 joulukuuhun 2009.

1.2 Oppimisnäkemys

Kuntoutuskoulutus on pohjautunut konstruktivistiseen oppimiskäsitykseen eli käsitykseen, että koulutukseen osallistuja rakentaa /koulutukseen osallistujat rakentavat omaa ymmärtämystään kuntoutukseen liittyvistä teemoista sekä yksin että yhdessä toisten koulutukseen osallistujien ja kouluttajan kanssa.

Tausta-ajatuksena toimintaa on ohjannut konstruktivismi. Konstruktivismi ei ole varsinaisesti mikään oppimisteoria, vaan se on näkemys siitä, mitä tieto on ja miten ihminen hankkii tietoa. Konstruktivismi ei myöskään ole yksi yhtenäinen koulukunta vaan se jakautuu moniin erilaisiin painotuksiin, joita ovat mm. radikaali tai kognitiivinen konstruktivismi ja sosiaalinen konstruktivismi. Yhteistä kaikille on näkemys siitä, että tieto ei ole sellaisenaan siirrettävissä, vaan se on aina yksilön tai sosiaalisen yhteisön rakentamaa. Oppimisessa ei tällöin ole kysymys passiivisesta tiedon vastaanottamisesta, vaan oppiminen nähdään oppijan aktiivisena kognitiivisena ja/tai sosiaalisena toimintana, jossa hän jatkuvasti rakentaa kuvaansa maailmasta ja sen ilmiöistä tulkiten uutta tietoa aikaisempien tietojensa, käsitystensä ja uskomustensa pohjalta ja osallistuen aktiivisesti kuntoutuskoulutukseen liittyviin yhteisiin oppimistilanteisiin. Konstruktivistinen pedagogiikka painottaa näin ollen oppijan aktiivista roolia ja sosiaalisen vuorovaikutuksen merkitystä oppimisessa. (mm. von Wright 1996, Tynjälä 1999.)

1.3 Moniammatillinen yhteistyö

Pudasjärvellä kuntoutukseen liittyvään yhteistyöhön osallistuvat ammattihenkilöt poikkeavat toisistaan ikänsä, taustansa, työ- ja elämäkokemuksensa sekä koulutuksensa suhteen. Selkeä ero ilmeni myös terveyskeskuksen ja kotipalvelun henkilöstön välillä. Heillä on erilaista osaamista ja valtuuksia suorittaa tiettyjä tehtäviä, joihin muun koulutuksen saanut henkilö ei pysty. Tämä tekee vaikeaksi päättää, minkälainen toimintamalli sopii mihinkin tarkoitukseen. Kuntoutuskoulutuksessa moniammatillisen yhteistyön uudenaikaisessa rakentumisessa on koko ajan pidetty tärkeänä, että eri alojen asiantuntijat vastaavat aina oman alansa erityisosaamisesta. Yhteistyöhön osallistujat ovat vertailleet ammattitaitojaan ja löytäneet yhteisen osaamisen alueet sekä tunnistaneet omat erityistiedot ja -taidot. Kuntoutuksen moniammatillisen yhteistyön tekeminen edellyttää yhdessä oppimista. Yhteistyötä opitaan parhaiten yhteistoiminnallisesti keskustelemalla ja jakamalla oppiminen muiden ammattihenkilöiden kanssa.

Yhteistyöhön osallistujien on tärkeä tietää, missä organisaatioiden toiminnan väliset rajat ovat sekä missä rajat voidaan ylittää. Lisäksi on tiedettävä riittävän hyvin, kenellä on päätöksentekovalta. Kaikkien on luotettava toisiinsa ja johtoonsa. Yhteistyötä edesauttavat selvästi sovitut ja kirjatut yhteiset sopimukset. Moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvilla tulee olla selkeä kuva sekä omasta että toisten rooleista. Toiminnan tehokkuus liittyy näihin tekijöihin. Itsenäiseen työskentelyyn tottuneet ammattihenkilöt joutuvat hyväksymään, että moniammatillisessa yhteistyössä heillä on vähemmän itsenäistä päätöksentekovaltaa, mutta toisaalta taas saavat paljon muita etuja. (Amery 2000, Barr 1996, Barr 2002, Brown ym. 2011, Dechant ym. 1993, Fullan 1986, Légaré ym. 2011, Pietroni 1992, Ovetveit 1995a, 162–163, 1995b, 1996, Freeman ym. 2000, Heikkilä & Heikkilä 2002, Heikkilä 2001, Isaacs 2001, Veijola 2004, 2006.)

1.4 Kouluttajan rooli kuntoutuskoulutuksessa

Opettajan ja kouluttajan rooli ymmärretään vielä hyvin pitkälle opettamisena ja eksaktin tiedon antamisena, ”kun minä opetan, niin sinä opit”. Käsitteet oppimisesta ovat kuitenkin merkittävästi muuttuneet viimeisten vuosikymmenien aikana. Tämän päivän nä-

kemysten mukaan yksilön älykäs toiminta rakentuu vuorovaikutuksessa sekä fyysisen että sosiaalisen ympäristön kanssa.

Kuntoutus toimintana on aina moniammatillista yhteistyötä, minkä toteutuminen edellyttää toimintatapojen ja vuorovaikutuskäytäntöjen kehittämistä. Perinteisesti työskentelymalli sosiaali- ja terveysalalla on ollut kilpaileva, missä eri ammattihenkilöt ovat määrittäneet erilliset tarpeet ja menettelytavat. Koulutuksissa on lähdetty rakentamaan eri ammattihenkilöiden ammatti-identiteettiä opiskelijoiden tulevan ammatin erityisyydestä ja kapea-alaisuudesta käsin. Tässä kuntoutuskoulutuksessa kouluttajan tärkeä tehtävä oli ohjata koulutukseen osallistujia avartamaan näkökulmaansa, mutta samalla myös syventämään sitä kuntoutukseen liittyvän erityisen tiedon avulla. Kouluttajana olen ollut aidosti halukas yhteistyöhön ja yhteiseen oppimisprosessiin koulutukseen osallistujien kanssa. Kouluttajan keskeinen tehtävä on ollut toimia ohjaajana, ei pyrkiä auktoriteetin asemaan, eikä yksin luennoimaan tai opettamaan. Keskeinen tehtäväni on ollut auttaa näkymättömän tiedon tekemisessä näkyväksi sekä tuoda keskusteluun kuntoutukseen liittyviä uusia teoreettisia näkökulmia. Tehtäväni on ollut toimia kuntoutuksen asiantuntijan roolissa, mutta koko ajan yhteistyössä koulutukseen osallistujien kanssa muistaen, että heilläkin on paljon asiantuntijuutta.

2 KOULUTUSHANKKEEN SUUNNITTELU

Tämän koulutushankkeen suunnitteluvaihe alkoi keväällä 2007, kun Pudasjärven kaupungin terveydenhuollon henkilöstö yhdessä esimiesten kanssa käynnisti koulutuksen suunnittelun keräämällä koulutuksen sisällöllisiä tarpeita yhteen. Suunnittelu jatkui, kun koulutustarjous pyynnön saanut Oulun seudun ammattikorkeakoulun täydennyskoulutusyksikkö käynnisti koulutuksen suunnittelun tarjouksen antamista varten.

Koulutuksen aiheena tuli olla ” Lääkinnällinen kuntoutus/ kuntouttava hoitotyö”. Koulutus tapahtuisi 9/2008 – 12/2009 välisenä aikana kerran kuukaudessa (tiistaina tai torstaina) puolikkaina koulutuspäivinä siten, että osa henkilökunnasta osallistuu aamupäivän koulutukseen ja osa iltapäivällä (sama ohjelma/sisältö sekä aamu- että iltapäivällä). Koulutukseen osallistuvat vuodeosaston sairaanhoitajat ja perushoitajat (n. 40 henkilöä), lääkäri (ainakin osittain) sekä lääkinnällisen kuntoutuksen erityistyöntekijät (3 fysiote-

rapeuttia, toimintaterapeutti, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä, psykologi) – eli yhteensä n. 50 henkilöä.

Koulutuksen toivottiin sisältävän mm. seuraavia asiakokonaisuuksia:

- lääkinnällisen kuntoutuksen käsitteet/mitä lääkinnällinen kuntoutus on
- lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvä lainsäädäntö
- hoidon porrastus lääkinnällisessä kuntoutuksessa
- ympäristön merkitys kuntoutumisessa
- kuntoutustarpeen arviointi
- kokonaisvaltaisen kuntoutussuunnitelman laatiminen
- tiimityöskentelyn perusteet ja käytäntö
- kuntouttavan hoitotyön periaatteet ja käytännöt
- asiakkaan/potilaan oikeudet tiettyihin etuisuuksiin
- omaisten ja läheisten ohjaus
- päivittäisten toimintojen harjoittaminen
- kuntoutustulosten arviointi
- hoidon jatkuvuus/verkostot
- ”saattaen siirtäminen” hoitopaikasta toiseen/avokuntoutus/kotihoito
- lisäksi otamme mielellämme vastaan kouluttavan-/asiantuntijatahon vinkkejä koulutuksen sisällöstä

Tarjouspyynnön mukaan koulutus voisi sisältää teoriaopetusta, keskustelua, välitehtäviä, käytännön harjoituksia, näyttöjä jne. Koulutus tapahtuisi Pudasjärven terveyskeskuksessa.

Pudasjärven koulutuksen suunnitteli henkilöstön toiveiden mukaan ammattikorkeakoulun kuntoutuksen yliopettaja. Koulutuksen tavoitteeksi asetettiin:

Koulutuksen tavoitteena on, että koulutukseen osallistujien tietoperusta kuntoutustoiminnan lähtökohdista, asiakkaan subjektiivisesta ja hänen aktiivisesta osallisuudesta kuntoutustavoitteiden asettamiseen ja niiden saavuttamiseen tähtäävän toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin laajenee ja syvenee. Osallistujat ymmärtävät kuntoutuksen joko lyhyt aikaisena tiettyyn elämän vaiheeseen liittyvänä tai elinikäisenä toimintana, jossa sekä kuntoutujan perheen ja lähiyhteisön että kuntoutuksen palvelujärjestelmän toiminnalla on suuri merkitys. Tavoitteena on lisäksi, että osallistujat lisäävät tietojaan ja taitojaan kuntoutusinterventioiden suunnitteluun moniammatillisissa työryhmissä sekä erilaisissa kuntoutuksen dialogisissa työmenetelmissä.

Kouluttajana toimi terveystieteiden tohtori, yliopettaja Arja Veijola Oulun seudun ammattikorkeakoulusta.

3 KOULUTUKSEN TAVOITTEET, OSATAVOITTEET JA SISÄLLÖT

Kuntoutuskoulutuksen tavoitteet, osatavoitteet ja sisällöt rakennettiin koulutuksen tilaajan esittämien toiveiden mukaan jäsentäen ja luokitellen ne, sekä kiinnittäen kuntoutuksen teoreettiseen viitekehykseen. Koulutuksen sisällön jäsentäminen on noudattanut Kuntoutus-kirjan mukaista jäsenystä (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen, 2008, Kuntoutus).

Koulutuksen tavoitteena on, että koulutukseen osallistujien:

Tietoperusta kuntoutustoiminnan lähtökohdista laajenee ja syvenee.

Tietoperusta asiakkaan subjektiivista ja hänen aktiivisesta osallisuudesta kuntoutustavoitteiden asettamiseen ja niiden saavuttamiseen tähtäävän toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin laajenee ja syvenee.

Koulutukseen osallistujat ymmärtävät kuntoutuksen joko lyhyt aikaisena tiettyyn elämän vaiheeseen liittyvänä tai elinikäisenä toimintana kuntoutujan perheen ja lähiyhteisön että kuntoutuksen palvelujärjestelmän toiminnalla on suuri merkitys.

Tavoitteena on lisäksi, että osallistujat lisäävät tietojaan ja taitojaan kuntoutusinterventioiden suunnitteluun moniammatillisissa työryhmissä ja erilaisissa kuntoutuksen dialogisissa työmenetelmissä

Osatavoite 1:

Koulutukseen osallistuvat muodostavat käsityksen kuntoutuksesta KUNTOUTUJALÄHTÖISENÄ, moni- ja poikkitieteisenä ilmiönä, monialaisena toimintakokonaisuutena ja yhteiskunnallisena palvelujärjestelmänä

1. MITÄ KUNTOUTUS ON?

kuntoutuksen ihmiskäsitys ja arvoperusta

kuntoutuksen keskeiset käsitteet (mm. terveys ja työ- ja toimintakyky, elämänhallinta, valtaistuminen/empowerment)

biopsykososiaalinen sairauskäsitys

kuntoutuksen vajavuuskeskeisen ja ekologisen mallin pääpiirteet

ICF-viitekehys kuntoutuksessa

2. KUNTOUTUSLAINSÄÄDÄNTÖ JA KUNTOUTUKSEN PALVELUJÄRJESTELMÄ

kuntoutusta ohjaava lainsäädäntö

kuntoutus yhteiskunnallisena palvelujärjestelmänä (julkinen, yksityinen ja kolmannen sektorin toiminta)

lääkinnällinen kuntoutus

hoidon porrastus lääkinällisessä kuntoutuksessa

asiakkaan/potilaan oikeudet erilaisiin etuisuuksiin

Osatavoite 2:

Koulutukseen osallistujat muodostavat käsityksen kuntoutumisesta yksilön ja ympäristön muutos- ja oppimisprosessina. He lisäävät tietojaan ja taitojaan asiakkaan kuntoutustarvetta aiheuttaviin tekijöihin ja asiakkaan yksilöllisten kuntoutustarpeiden arviointiin elämän eri tilanteissa ja elämänvaiheissa sekä kuntoutuksen suunnitteluun.

3. KUNTOUTUSPROSESSI

Kuntoutuminen oppimisprosessina ja yksilön ja ympäristön muutosprosessina

kuntoutustarpeen arviointi

kuntoutuksen suunnittelu

kokonaisvaltaisen kuntoutussuunnitelman laatiminen

Osatavoite 3:

Koulutukseen osallistujat syventävät ja laajentavat näkemystään KUNTOUTUJALÄHTÖISEN moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksista kuntoutuksessa

4. MONIAMMATILLINENYHTEISTYÖ

moniammatillisen yhteistyön haasteet ja mahdollisuudet
tiimityöskentelyn perusteet ja käytäntö
moniammatillisen yhteistyön kehittyminen ja kehittäminen
verkostotyö (hoidon jatkuvuus/verkostot)

Osatavoite 4:

Koulutukseen osallistujat lisäävät tietojaan ja taitojaan kuntoutuksen ohjaamiseen ja kuntouttavien tekijöiden integrointiin kuntoutujien/asiakkaiden arkeen sekä omaan toimintamalliin

5. OHJAAMINEN KUNTOUTUSTYÖSSÄ

kuntoutuksen ohjauksen ja neuvonnan dialogiset työmenetelmät
kuntoutujan ohjaaminen
omaisten ja läheisten ohjaus
eri ammattihenkilöiden ohjaaminen

6. KUNTOUTTAVA TYÖOTE

kuntouttavan hoitotyön periaatteet ja käytännöt
päivittäisten toimintojen harjoittaminen

Osatavoite 5.

Koulutukseen osallistujat lisäävät tietojaan kuntoutuksen vaikuttavuudesta ja vaikuttavuuden arvioinnissa

7. KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUS

kuntoutuksen vaikuttavuus
näyttöön perustuva hyvä kuntoutuskäytäntö
kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi
kuntoutustulosten arviointi
ympäristön merkitys kuntoutumisessa

8. MAHDOLLISET MUUT OPISKELUPROSESSIN AIKANA SYNTYVÄT AIHEPIIRIT

Koulutuksen aikana osallistujat ilmaisivat tarpeensa tehdä tutustumiskäynnin johonkin organisaatioon, missä on hyvin toimiva kuntoutusosasto. Tähän tarpeeseen vastattiin tekemällä opintokäynti Oulun kaupunginsairaalaan.

4 KOULUTUKSEN TOTEUTUS

Koulutus toteutettiin toimintatutkimuksen mukaisesti kolmena toisiinsa limittäin kiinnittyvänä koulutusyhtenä. Koulutus rakentui kuntoutuksen tietoperustaa laajasti rakentavista teemoista, joita käsiteltiin koulutuksen aikana monissa asiayhteyksissä sekä tilanteeseen liittyvänä että erillisenä.

Koulutuksen syklit on esitetty tavoitteineen, sisältöineen sekä keskeisine tehtävineen ja tuotoksineen liitteessä (LIITE 1).

Kuntoutuskoulutuksen materiaali:

Rissanen,P., Kallanranta,T. & Suikkanen,A. (2008) Kuntoutus. Kustannus Oy Duodecim. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Härkäpää,K. & Järvikoski,A. (2008) Kuntoutuksen perusteet. WSOY.

5 KUNTOUTUSKOULUTUKSEN TULOS – UUSI ASiantuntijuus

Tämän koulutushankkeen toteutuksella lisätään Pudasjärven kaupungin terveystieteiden ja kotipalvelun henkilöstön kuntoutuksen asiantuntijuutta. Perinteisesti on ajateltu, että kuntoutuksen asiantuntijuus on sama kuin fysioterapian, toimintaterapian ja puheterapian asiantuntijuudet, vaikka ne edustavat lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvien erillisten interventioiden asiantuntijuutta. Kuntoutuksen merkitys ja näkyvyys yhteiskunnassamme on 2000-luvun aikana lisääntynyt. Tämä on tuonut tarpeen myös laajem-

man kuntoutuksen asiantuntijuuden tarpeelle. Asiantuntijuus onkin enemmän kuin ammattitaito.

Koulutuksen tavoitteena tulee olla uuden tiedon tuottaminen yhteisön käyttöön. Meillä on olemassa oleva yhteiskunnallinen murros tulee muuttamaan sosiaali- ja terveysalan töiden asiantuntijuuden ehtoja. Asiantuntijatyön muutos kiinnittyy aina yhteiskunnalliseen muutokseen. Pudasjärven kaupungin terveyskeskuksen ja kotihoidon ammattilaiset joutuvat sovittamaan asiantuntemuksensa monimutkaistuvaan asiantuntijuuksien ja työnjaon kokonaisuuteen. Nykyisen professionaalisen asiantuntijuuden on katsottu tulleen päätepisteeseen. Yhteiskunnan muutosten seurauksena on tullut tilaus monenlaisille asiantuntijoille ja tiedolle – myös kuntoutuksen laaja-alaiseen asiantuntijuuteen. Ammatilliset käytännöt sekä terveys- että sosiaalialalla perustuvat ainoastaan osittain koulutuksen kautta saatuun tietoon. Tieteellisen tiedon lisäksi ammattikuntien professionaalista kenttää muokkaavat ammattitraditioon liittyvä kokemusperäinen tieto. Kokemusperäinen tieto on ammattien kehittyessä muotoutunut myyteiksi ja uskomuksiksi, joiden oikeutusta ei ammattikuntien sisällä kyseenalaisteta. Näin ollen Pudasjärven uusi kuntoutuksen asiantuntijuus rakentuu yhtäläisillä virallisina kaikkien tunnustamina ja epävirallisina, salattuina, eri ammattikuntien sisällä muotoutuneina asiantuntijuuden osina. Kuntoutuksen uusi asiantuntijuus ilmenee dynaamisuuksena, muuntuvana ja vakiintuneita työnjaon luokituksia kaihtavana. Se ei ole mihinkään tiettyyn ammattiin liittyvää, vaan kiinnittyy tarkoituksenmukaisesti kaikkeen toimintaan.

LÄHTEET

- Amery J (2000) Interprofessional working in Health Action Zones: how can this be fostered and sustained? *Journal of Interprofessional Care* 14: 27–30.
- Barr H (1996) Ends and Means in Interprofessional Education: Towards a Typology. *Education for Health* 9 (3), 341–352.
- Barr H (2002) (prepared) Interprofessional education Today, Yesterday and Tomorrow, Occasional Paper No. 1, March, Centre for Health Sciences and Practice. London.
- Brown J ym. (2011) Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *Journal of Interprofessional Care*, 25(1): 4-10
- Dechant K, Marsick VJ & Kasl E (1993) Towards a model of team learning. *Studies in Continuing Education* 15: 1–14.
- Freeman M, Miller C & Ross N (2000) The impact of individual philosophies of teamwork on multiprofessional practice and the implications for education. *Journal of Interprofessional Care* 14(3): 237–247.
- Gustavsen B (1987) Action research and theory of sciences. *Reports on Education and Psychology* 1:15–30.
- Gustavsen B (1992) Dialogue and Development. Theory of Communication, Action Research and the Restructuring of Working Life. Van Corcum, Assen/Maastricht & The Swedish Center for Working Life. Stockholm.
- Gustavsen B (1996) Development and the Social Sciences. An uneasy relationship. Teoksessa: Toulmin S & Gustavsen B: *Beyond Theory. Changing Organizations through Participation*. John Benjamins Publishing Company: Amsterdam, p. 5–30.
- Hart E & Bond M (1996) Action research for health and social care – a guide to practice. Buckinham: Open University Press.
- Heikkilä J & Heikkilä K (2002) Dialogi – Avain innovatiivisuuteen. WS Bookwell Oy, Juva.
- Heikkilä K (2001) Tiimit – avain uuden luomiseen. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Hilton RW, Morris DJ & Wright AM (1995) Learnig to work in the health care team. *Journal of Interprofessional Care* 9: 267–274.
- Isaacs W (2001) Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito. Kauppakaari, Helsinki.

- Kemmis S & McTaggart R (1988) *The action research planner*. Deakin: Deakin University Press.
- Kemmis S & Wilkinson M (1998) *Participatory action research and the study of practice*. Teoksessa: Atweh B, Kemmis S & Weeks P (ed.) *Action research in practice. Partnership for social justice in education*. London: Routledge.
- Légaré, F. Stacey, D. & Pouliot, S. (2011) *Interprofessionalism and shared decision-making in primary care : a stepwise approach towards a new model*
- Ovretveit J (1995a) *Moniammatillisen yhteistyön opas. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu (suomennos)*. Hakapaino. Helsinki.
- Ovretveit J (1995b) *Team decision-making*. *Journal of Interprofessional Care* 9 (1): 41–51.
- Ovretveit J (1996) *Five ways to describe a multidisciplinary team*. *Journal of Interprofessional Care* 10(2): 163-171.
- Veijola A (2004) *Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön. Toimintatutkimus lasten kuntoutuksen kehittämisestä*. Oulun Yliopisto. Yliopistopaino.
- Whyte WF (ed.) (1991) *Participatory action research*. A Sage Ficus Edition. USA.

LIITE 2 KUNTOUTUS- JA HOITOSUUNNITELMA

Kuntoutumisen suunnitelmaa tekemässä olivat:
Suunnitelman arviointi:

1. TAUSTATIEDOT

Kuntoutujan oma näkemys tämän hetkisestä toimintakyvystään
Kuntoutujan toiminnallinen terveydentila

2. KUNTOUTUMISEN TAVOITTEET

Kokonaistavoite:

Osatavoitteet:

Toiminnalliset tavoitteet:

3. KUNTOUTUMISEN TARPEEN ARVIOINTI JA KUNTOUMISEN TUKEMINEN

Kuntoutujan selviytymistä ja osallistumista tukevat ja estävät yksilötekijät
sekä kuntoutumista tukevat harjoitteet päivittäisissä toiminnoissa

3.1. Hoidon suunnittelu ja koordinointi:

3.2. Hengittäminen ja verenkierto, sairauden oireet:

3.3. Syöminen, juominen ja lääkehoito:

3.4. Peseytyminen, pukeutuminen ja erittäminen:

3.5. Liikkuminen, toiminnallisuus ja lepo:

3.6. Hoidon, jatkohoidon opetus, ohjaus ja henkinen tuki:

3.7. Kuntoutujan selviytymistä ja osallistumista tukevat ja estävät
ympäristötekijät

- Apuvälineet ja teknologia:
- Kodin fyysinen ympäristö:
- Lähiyhteisön tuki ja keskinäiset suhteet:
- Ympäristön asenteet:

4. KUNTOUTUMISEN TOTEUTUMISEN ARVIOINTI

4.1. Kuntoutumisen seuranta

4.2. Tarvittavat harjoitteet, apuvälineet ja palvelut kotiutuksessa ja
kotiutumisen jälkeen

LIITE 3 HOITO- JA KUNTOUTUSSUUNNITELMAMALLIN PROSESSIKUVAUS

LIITE 3

PROSESSIN VAIHE	ALKU-HAASTATELU	TOIMINTAKYKY-ARVIO	1. KH-suunnitelma-palaveri	KOTIKÄYNTI	2. KH-suunnitelma-palaveri
MILLOIN TEHDÄÄN	0-3 vrk saapumisesta	0 – 5 vrk saapumisesta	Kuntoutussuunnitelman teon yhteydessä	Kotiutumisen suunnittelun jälkeen	Kotiutumiseen aikaan enää 2 - 3 viikkoa
MITÄ TEHDÄÄN	Kuntoutumisen arvio	Sanallinen arvio ja mittaaminen (esim. cerad, ravatar, Rafaela)	Kartoitetaan millaista- ja kuinka paljon kotona apua tarvitaan, määritetään kotiutumiseen tarvittava toimintakyky	Yhteiskäynti asiakkaan kotona fyysisten tilojen ja toimintamahdollisuuksien kartoittamiseksi.	Päätetään kotiutumisen aikataulu, kotikuntoutumisen suunnitelma, apuväline- ja muutostyötilanne, kotiutuskokeilu
KUKA/KETKÄ TEKEE	sairaanhoitaja yhdessä asiakkaan ja muiden hoitajien kanssa	asiakas, sh + lh, lääkäri, omainen,	Asiakas, lääkäri, sh, kh:n palveluohjaaja	Osaston fysioterapeutti ja kotihoidon palveluohjaaja	Asiakas, lääkäri, sh, kh:n palveluohjaaja
MUUT OSALLISTUJAT	lääkäri, omaiset, tarv. erityistyöntekijät ja kotihoito	erityistt, kh	omainen, erityistt	Asiakas ja/tai hänen edustajansa	omainen, erityistt
MITÄ TIETOA, INFORMAATIOTA KÄYTETÄÄN	Lähettävän tahon tieto, hoitohistoria	Nykytilan arvio, lähettävän tahon tieto, hoitohistoria	Nykytilan arvio ja kuntoutumisen arvio	Kartoitaan apuvälineiden ja muutostöiden tarve	Kuntoutussuunnitelma, nykytilan arvio
MITÄ JA MIHIN DOKUMENTOIDAAN	Nykytilanne, Efficalle Hoi-, Hoisu- ja Elämisen toiminnot - lehdille	Kuntoutumisen suunnitelma (tavoitteet jakeinot) Hoisulle, seuranta Hoille päivittäin	Kotiutumisen aikataulu ja mahd. kotiutuskokeilu, Hoisulle	Apvälinetarpeet ja kodin muutostöiden tarpeet ja anomus vammaispalveluihin ja lääkinnälliseen kuntoutukseen	Kirjataan Hoisulle palaverissa sovitut asiat
MIKÄ ON KRIITTISTÄ MISSÄ ON ONNISTUTTAVA	Oikea ja riittävä tieto saatavilla, asiakkaan motivoituminen kuntoutumiseen	Monipuolinen arvioni, asiakkaan motivoituminen kuntoutumiseen	Tavoitteiden asettaminen ja seuranta, asiakkaan motivoituminen, kuntoutumisen eteneminen	Asiakkaan kotiutumisen mahdollistava ympäristö	Kotiutumisen suunnittelu yhdessä asiakkaan ja kotihoidon kanssa, kuntoutumisen jatkuminen kotona
MIHIN MUUHUN KUNNAN PALVELUUN KIINNITTYY	Avopalvelut, kotihoito	Erityistyöntekijöiden (fysio-, toiminta- ym. terapioiden palvelut)	Erityistyöntekijöiden (fysio-, toiminta- ym. terapioiden palvelut), Kotihoito	Vammaispalvelu, lääkinnällinen kuntotus, kotihoito	Erityistyöntekijät, vammaispalvelu, kotihoito, mtt,

Prosessin etenemisen suunta