

"HYVIN SUUNNITeltu ON PUOLIKSI TEHTY"

Kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämishanke

Espoon Viherkodissa

Marita Munne

Opinnäytetyö, syksy 2009

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Marita Munne, "Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty" Kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämishanke Espoon Viherkodissa. Helsinki, syksy 2009, 48 s., 3 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki. Hoitotyön koulutus-ohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli lisätä osaamista hoito- ja kuntoutus-suunnitelman teossa. Tavoitteena oli saada koko hoitohenkilökunta osallistumaan Rai-arviointien ja hoitosuunnitelmien tekoon ja niiden säännölliseen arviointiin.

Viherkoti on Espoon kaupungin pitkäaikaista laitoshoidoa tarjoava hoitokoti. Kehittämistyö aloitettiin Viherkodin osastolla 2 henkilöstön koulutuksella tammi-kuussa 2008, ulkopuolisen konsultin avulla. Koulutus tapahtui kerran kuukaudessa viiden kuukauden ajan. Työyhteisössä arvioinnin ja hoitosuunnitelman tekoon osallistui sairaanhoitaja-perushoitajapari. Koulutuksen ja tekemisen kautta tuotua oppimista arvioitiin kyselylomakkeilla ja kehityskeskusteluilla, jotka pidettiin toukokuussa 2008 tiimeittäin.

Opinnäytetyön aineisto, kyselylomakkeet ja kehityskeskustelujen muistiinpanot analysoitiin sisällön analyysillä. Aineistosta muodostui alakategoriat: oppimisen edellytykset ja oppimisen esteet. Samalla arvioitiin kuntoutumista edistävän hoitotyön näkyminen osastolla ja hoitosuunnitelmien tavoitteissa.

Kehittämishankkeen tuloksissa tuli esille säännöllisen ja johdonmukaisen koulutuksen ja työnohjauksen mukanaan tuoma osaaminen. Hyvä työilmapiiri ja tiimityön tärkeys korostui vastauksissa ja ne olivat osaltaan vaikuttamassa työhyvinvointiin. Fyysinen kuormitus, kuten kiire ja asukasluvun ylittyminen heikensi oppimismotivaatiota. Suuri sijaisten määrä sekä huono kielitaito olivat tekijöitä, jotka myös heikensivät oppimismotivaatiota.

Kuntoutumista edistävä hoitotyö kehittyi osastolla asiakaslähtöisempään suuntaan. Hoitosuunnitelmissa tärkeimmäksi nousi fyysinen tavoiteasettelu ja myös keinoja tavoitteisiin pääsemiseksi mietittiin. Yhteisöllisyys oli lisääntynyt ja kaikenlainen viriketoiminta: harrastukset, ulkoilu ja yhdessä tekeminen oli huomioitu hoitotyössä. Hyvällä voimavarat huomioivalla perushoidolla tähdättiin asukkaan hyvään oloon.

Tavoitteiden näkymistä ja niiden päivittäistä kirjaamista on edelleen syytä kehittää.

Asiasanat: kuntouttava hoitotyö, hoitosuunnitelma, pitkäaikaishoito

ABSTRACT

Munne, Marita

A Rehabilitative Approach in Elderly Care

60 p., Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2009.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Health Care. Degree: Registered Nurse

The aim of this project was to develop the designing of the care and rehabilitation plan at Viherkoti. Viherkoti is a care home of Espoo city offering long-term institution care for elderly people. The goal was to involve the whole personnel.

The project was started by educating the personnel in January 2008 at the ward 2 of Viherkoti, with the help of an consultant during 5 months. Consequently, assessment and care plans were done by nurses and practical nurses in pairs in the work community. The training was evaluated with the help of questionnaires and development discussions which were held in teams in May 2008.

The material, questionnaires and the notes from the development discussions were analysed by content analysis. Subcategories were formed from the contents: the prerequisites and obstacles of learning. At the same time the visibility of nursing promoting rehabilitation at the ward was assessed, and how it was seen in the goals of the care plans.

In the results of the project emerged the benefits of regular and consistent training and work counseling. A good work atmosphere and the importance of team work were emphasized in the answers as they affect work welfare positively. Physical strain resulting from e.g. hurry reduced the motivation to learn. A great number of substitutes and their poor language skills affected the motivation as well.

As a consequence of the project, nursing promoting rehabilitation was developed into a more customer-oriented direction at the ward. The sense of community was increased and all kind of stimulation activity such as hobbies, outdoor activities and doing things together were taken into account in nursing. Not forgetting good basic care, taking into account the resources, the aim was the resident's good well-being. The visibility of the goals and their daily recording as the challenge of the next project.

Keywords: rehabilitative nursing, treatment plan, long-term care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA JA TARKOITUS	7
3 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ	7
3.1 Kuntoutumista edistävä hoitotyö pitkäaikaishoidossa	9
3.2 Hoito- ja kuntoutussuunnitelma	10
3.3 Asiakkaan arviointimenetelmä	12
4 HENKILÖKUNNAN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN	14
4.1 Pienryhmä oppiminen ja tiimityö	14
4.2 Osaamisen johtaminen ja kehityskeskustelut	15
5 VIHHERKOTI KEHITTÄMISHANKKEEN TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ	17
5.1 Asukkaat ja henkilöstö	17
5.2 Hoitotyön toimintaperiaatteet	18
6 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	18
6.1 Laadullinen tutkimus	18
6.2 Kehittämishanke prosessin aikataulu	19
6.3 Koulutus	20
6.4 Kehityskeskustelut oppimisen välineenä	21
6.5 Kehittämishankkeessa kerätyn aineiston analysointi	21
7 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET	23
7.1 Henkilöstön osaamisen lisääntyminen	23
7.2 Kuntoutumista edistävän hoitotyön näkyminen osastolla	26
7.2.1 Kuntoutumista edistävä hoitotyö hoitosuunnitelmissa	26
8 KEHITYSHANKKEEN TARKASTELUA	27
8.1 Luotettavuuden näkökulma	29
8.2 Kehittämishankkeen eettistä tarkastelua	30
8.3 Kehittämishankkeen johtopäätökset	32
LÄHTEET	34

LIITE 1: RAPs lista

LIITE 2: Kyselylomake

LIITE 3: Pelkistetyt ilmaisut

1 JOHDANTO

Tämän kehittämistehtävän toimintaympäristönä oli Viherkoti osasto 2, joka on Espoon kaupungin pitkäaikaista laitoshoidon tarjoava hoitokoti. Osastolla kehitettiin vuonna 2007 omahoitajuutta ja sen yhteydessä tuli esille puutteita, jotka liittyivät hoitosuunnitelmien tekoon ja Rai-arviointituloksien hyödyntämiseen. Rai-arviointitulokset katsottiin tarpeelliseksi hyödyntää kuntoutumista edistävän hoitotyön aikaansaamiseksi.

Osasto on ollut mukana Rai- arviointijärjestelmässä jo vuodesta 2002. Järjestelmä on runsaasti aikaa vievä 400 kysymystä sisältävä (arviointi tehdään puoli-vuosittain), asiakkaiden hoidon ja laadun arviointiin tarkoitettu mittari. Siksi pidettiin tarkoituksenmukaisena käyttää sitä apuna hoitosuunnitelman laadinnassa. Koulutuksen ja työnohjauksen kautta haluttiin ohjata henkilökuntaa kehittymään hoitosuunnitelmien teossa. Myös kirjava koulutustarjonta haluttiin saada hallintaan ja ohjata koulutusta tarpeen mukaan ja keskitetysti, tässä tapauksessa kuntoutumista edistävän hoitotyön suuntaan. Hoitosuunnitelmien arvioinnin tulisi myös olla jatkuvaa pitkäaikaisosastolla.

Asiakaslähtöisyys on hyvän hoidon ja palvelun keskeinen osatekijä. Hoito- ja palveluprosessien asiakaslähtöinen suunnittelu ja toteutus perustuvat asiakkaan tarpeiden, voimavarojen ja toimintaympäristön huolelliseen ja monipuoliseen arviointiin. Arviointi luo pohjan toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän toiminnan tavoitteelliselle toteutukselle, joka on läpikäyvä laatutekijä kaikissa ikääntyneiden palveluissa ehkäisevistä palveluista pitkäaikaiseen laitoshoidon asti. Kaikissa palveluissa arvioidaan, ylläpidetään ja edistetään asiakkaiden toimintakykyä ja kuntoutumista käyttämällä apuna toimintakykymittareita ja arviointijärjestelmiä sekä asiakkaan ja omaisen haastatteluja ja havainnointia. Tiedot merkitään asiakas- ja potilastietojärjestelmiin ja huolehditaan siitä, että tieto on aina ajan tasalla. (Ikäihmisen palvelujen laatusuositus 2008, 31.)

2 KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA JA TARKOITUS

Kehittämishankkeen lähtökohta oli tehdä parempia hoitosuunnitelmia Espoon kaupungin hoivakodissa, Viherkoti osasto 2:lla. Tarkoituksena oli koulutuksella, työnohjauksella ja tiimityön kehittämisellä, lisätä osaamista hoitosuunnitelmien suunnittelun ja arvioinnin osalta. Kuntoutumista edistävien tavoitteiden ja Rai-järjestelmän tulosten lisääminen hoitosuunnitelmaan on perusteltua oikean ja asianmukaisen tiedon ja asiakaslähtöisen työn varmistamiseksi.

Kehittämishankkeen tavoitteena oli

1. Koulutuksen ja ohjaamisen lisääminen hoitosuunnitelmien teossa ja arvioinnissa
2. Rai-arviointitulosten hyödyntäminen hoitosuunnitelmien laadinnassa
3. Kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittyminen ja sen näkyväksi tekeminen hoitosuunnitelmien tavoitteissa

Vanhustyön keskusliiton organisoima pienimuotoinen Alzheimer-projekti, alkoi osastollamme myös keväällä 2008 ja kesti kolme kuukautta. Sillä oli tarkoitus osoittaa kuntouttamisen vaikutus muistisairaana hoidossa. Kaksi hoitajaa ja kolme asukasta osallistui projektiin.

"Päivä paremmaksi palvelulla" projekti oli Trainers` House:n ja Espoon kaupungin yhteistyössä vetämä hanke, jonka tavoitteena on parantaa asukkaiden elämää pitkäaikaishoidossa. Tämä hanke aloitettiin toukokuussa 2008 ja se jatkuu edelleen.

3 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ HOITOTYÖ

Tämän opinnäytetyön kohteena olevassa Viherkodissa osastolla 2, toiminta-ajatuksena on tarjota kuntoutumista edistävää hyvää, asukkaan voimavaroista

lähtevää hoitoa elämän loppuun saakka. Kuntouttava työote näkyy hoitajien toiminnassa ja kehittämistyön tarkoituksena on saada se näkymään myös hoito- ja kuntoutussuunnitelmissa. Ympäristönä Viherkoti tarjoaa kodinomaista ja virikkeellistä toimintaa (Viherkodin esite).

Hyvään vanhenemiseen kuuluu tietoisuus kuulumisesta yhteiskuntaan sen tasarvoisena jäsenenä. Jokaisella vanhenevalla henkilöllä on laaja elämänkokemus ja jaettavaa nuorempien sukupolvien kanssa. Yksilön arvostus ei silti aina tunnu ohjaavan yhteiskunnallista päätöksentekoa. Vaikka vanhuskäsitys on muuttunut positiivisemmaksi, se ei vielä ole vanhusten kohtelussa kaikilla tasoilla konkretisoitunut. On onneksi kuitenkin alettu korostaa sitä, että vanhusten hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota ihmisen omaan määrittelyyn tilastaan ja avuntarpeestaan. Mikäli kyse ei ole esimerkiksi pitkälle edenneestä dementiaasta tai vaikeasta depressiosta, ihminen on edelleenkin oman tilanteensa paras asiantuntija. Tämän tunnustaminen on paras lähtökohta tähdättäessä vanhuksen mahdollisimman hyvän toimintakyvyn säilymiseen. Hyvän toimintakyvyn tukeminen taas auttaa henkisen vireyden säilymisessä. (Kankare & Lintula 2004, 173.)

Laineen (2005) tutkimus vanhusten laitoshoidosta osoittaa tuottavuuden eli tuottannollisen tehokkuuden liittyvän hoidon laadun ongelmiin Suomessa. Tutkimuksen mukaan korkean tuottavuuden osastoissa hoitokäytäntöjä ja -tuloksia voidaan luonnehtia passivoiviksi ja ei-kuntouttaviksi. Näissä osastoissa hoidettavilla esiintyy tavanomaista enemmän makuuhaavoja, liikkumista estävien välineiden käyttöä ja vähäistä aktiviteetteihin osallistumista. Korkea tuottavuus voidaan saavuttaa myös niukalla henkilöstömäärällä. Laineen mukaan laitoshoidossa on runsaasti kehittämistarpeita, joita ei voida ratkaista vain lisäämällä henkilöstön määrää tai parantamalla tuottavuutta. Pohdittavia asioita ovat mm. nykyisten henkilöstövoimavarojen käyttäminen mahdollisimman optimaalisesti suhteessa asiakkaiden tarpeisiin. Hoidon laadun osalta kehittämiskohteita olisivat Laineen mukaan esimerkiksi hoitoprosessit ja -käytännöt sekä hoidon vaikuttavuus asiakkaiden terveyteen ja toimintakykyyn. (Laine 2005.)

3.1 Kuntoutumista edistävä hoitotyö pitkäaikaishoidossa

Kuntoutumista edistävä hoitotyö on tavoitteellista toimintaa, jonka perustana on hoidettavan toimintakyvyn arviointi. Vaikka toimintakykyä uhkaavat ongelmat on tunnistettava, kuntoutumista edistävässä hoitotyössä kiinnitetään erityistä huomiota iäkkään henkilön voimavaroihin ja terveyteen. Henkilöä ohjataan omatoimisuuteen kaikissa päivittäisessä toiminnoissa. Häntä aktivoidaan ja motivoidaan sekä järjestetään ympäristö omatoimisuutta tukevaksi. Kuntoutumista edistävään hoitajan toimintaan vaikuttavat hoitajan tiedot, taidot ja asenteet ja se edellyttää myös moniammatillista yhteistyötä. Kuntoutumista edistävän hoitotyön samoin kuin geriatrien kuntoutuksenkin tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn ylläpysyminen, toimintakyvyn laskun hidastuminen ja toimintakyvyn tilapäisesti laskiessa sen parantuminen. Yksilötasolla toimintakykyä voidaan tarkastella fyysisenä, psyykkisenä, kognitiivisena ja sosiaalisena toimintakykynä. Hoidon tavoitteiden toteutumista arvioidaan sovittujen mittareiden avulla. Mittareiden käyttö lisää objektiivisuutta kuntoutustavoitteiden saavuttamisen ja edistymisen arvioinnissa. Luotettavien mittareiden käyttö on kuitenkin ollut vielä vähäistä. (Ilvonen & Vähäkangas 2007.)

Tavoitteeseen pääsemisen edellytyksenä on, että kuntoutuja sitoutuu tavoitteen saavuttamiseen ja toimii niin, etteivät hänen terveys- ja toimintakykyongelman sa pahene vaan häviävät tai lieviytyvät tai hän oppii elämään niiden kanssa. Hoitajan toiminta lähtee potilaan terveydestä ja toimintakykyisyydestä eli niistä voimavaroista, joita potilaalla on jäljellä. Hoitotyön tavoitteet suhteutetaan jäljellä ja saavutettavissa olevaan toimintakykyyn. Potilaan sitoutumisen kannalta on oleellista, että hän ja mahdollisuuksien mukaan omainen ovat mukana tavoitteista päätettäessä. Kuntoutumista edistävän hoitotyön edellytyksenä on, että hoitajat ovat sitoutuneet kaikessa toiminnassaan tukemaan potilaan omatoimisuutta puolesta tekemisen sijasta. Sitoutuminen tulee esille hoitajan työotteesta muun muassa siinä, miten hän motivoi potilasta yrittämään itse. (Routsalo, Arve, Aarnio & Saario 2003, 25.)

Kuntoutus on suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka yleistavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämän-hallintaansa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja integraatioon ovat uhattuina ja heikentyneet. Se perustuu kuntoutujan ja työntekijän yhteistyössä laatimaan suunnitelmaan ja jatkuvaan prosessin arviointiin. Kuntoutukseen kuuluu yksilön voimavaroja, toimintakykyisyyttä ja elämänhallinnan tunnetta lisääviä sekä ympäristön tarjoamia toimintamahdollisuuksia parantavia toimenpiteitä. Kuntoutus voi perustua sekä yksilö- että ryhmäkohtaiseen työskentelymalliin ja käyttää apunaan lähiyhteisöjen sosiaalisia verkostoja. (Suikkanen, Härkäpää, Järvikoski, Kallanranta, Piirainen & Repo 1995, 21.)

3.2 Hoito- ja kuntoutussuunnitelma

Laitoshoidossa olevan asukkaan hoito perustuu kirjattuun, yhdessä sovittuun tavoitteelliseen hoitosuunnitelmaan, jonka tarkoituksena on välittää tietoa, kuvata asiakkaan hoitoa ja toimia myös oikeudellisena dokumenttina. Rai-käsikirjassa (2001) sovelletaan prosessimallia, kun jäsennetään Rai-järjestelmän käyttöä asiakkaan hoidon suunnittelussa. Hoitotyön prosessin vaiheet ovat asiakkaan tarpeiden määrittäminen, tavoitteiden asettaminen, hoitotyön menetelmien valinta ja suunnitelman toteuttaminen sekä hoidon tulosten arviointi. Hoitaja tai hoitotiimi käsittelee saadun voimavara/ongelmalistan (Liite 1) ja Rai-mittareiden avulla asiakkaan voimavarat ja hoidon ongelma-alueet sekä priorisoi ne. Asiakkaan osallistumista omaan hoitoonsa edesauttaa esimerkiksi kyky asettaa tavoitteita ja toimia yhteistyössä henkilöstön ja omaisten kanssa. Puuttamalla tarpeettomaan liikkumisen rajoittamiseen ja arvioimalla lääkkeiden sivuvaikutusten riskiä asiakkaan alentuneeseen toimintakykyyn voidaan lisätä ja tukea asiakkaan fyysistä suoriutumista vähentämällä haittatekijöitä. Hoitotiimi ja omahoitaja/sairaanhoitaja ottavat kantaa asiakkaan suoriutumiseen ja kuntoutumismahdollisuuteen määritellessään hoidon tarvetta yhdessä asiakkaan kanssa. Kaikki asiakkaan aktivoituneet voimavara/ongelma-alueet

käsitellään, haetaan syy-yhteyksiä ja valitaan ne osa-alueet, joihin voidaan hoidossa vaikuttaa. Kun kaikilla on edellä kuvatun prosessin seurauksena yhteinen käsitys asiakkaan voimavaroista, ongelmista ja hoidon tarpeesta, tiedot kirjataan hoitosuunnitelmaan. (Noro, Finne-Soveri, Björkgren & Vähäkangas 2005, 150–152.)

Vanhuksen toimintakyvyn tukemisen prosessilla tarkoitetaan vanhuslähtöistä kokonaishoitoa, joka alkaa toimintakyvyn tukemisen tarpeen määrittelystä, etenee toimintakyvyn tukemisen suunnitteluun ja edelleen suunnitelman toteutuksesta toimintakyvyn tukemisen arviointiin. Hoitohenkilökunta tutustuu perusteellisesti vanhuksen elämäntarinaa ja arvioi vanhuksen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Tarpeen määrittely auttaa tunnistamaan vanhuksen toimintakykyyn liittyviä voimavaroja ja ongelmia. Kirjalliseen suunnitelmaan hoitajat kirjaavat vanhuksen voimavarat ja ongelmat, laativat vanhuksen toimintakykyyn liittyvät tavoitteet, valitsevat erilaisia toimintakyvyn tukemisen menetelmiä sekä yhteistyöhön ja työnjakoon liittyvät asiat. Lisäksi hoitajat suunnittelevat arvioinnin ajankohdan. Vanhus on aktiivinen toimija, joka tekee itseään ja hoitoaan koskevia päätöksiä. Toimintakykyä havainnoidaan ja arvioidaan päivittäisessä arkielämässä, jolloin voidaan tunnistaa toimintakyvyn tukemiseen liittyviä tarpeita. Vanhus itse tai hoitajat voivat havaita toimintakykyyn liittyviä tarpeita tai voimavaroja tai ongelmia. Voimavarat ovat positiivisia asioita, jotka auttavat vanhusta selviytymään päivittäisissä toiminnoissa (Lähdesmäki & Vornanen 2009).

Hoitotyön suunnitteluun osallistuu omahoitajien lisäksi asukas ja mahdollisuuksien mukaan myös omaiset. Potilas on hoidon keskeisin henkilö, ei kohde vaan subjekti. Suuri osa potilaista kokee, ettei heillä ole mahdollisuutta vaikuttaa hoitoon ja päätöksiin. Potilaan syrjään jääminen voi merkitä yhteistyön loppumista sellaisessa vaiheessa, jossa koko hoidon eteneminen edellyttää potilaan omaa aktiivisuutta. Potilasta tuskin saadaan aktivoitumaan sillä, että hoitaja toteaa potilaan passiivisuuden ongelmaksi ja kirjaa tämän. Hoito-ongelmien asettaminen tarkeysjärjestykseen vaatii myös lääketieteellisen hoidon huomioonottamista, jotta suunnitelmat eivät olisi ristiriitaisia, vaan täydentäisivät toisiaan potilaan

parhaaksi. Toteuttamiskelpoisten tavoitteiden asettaminen on mahdollista vain silloin, kun hoitotyön yksilöllinen tarpeenmääritys sitä edeltävine tiedonhankintoineen on tehty huolellisesti. Muussa tapauksessa ei ole pohjaa hoitotyön suunnittelulle, toteutukselle eikä jälkiarvioinnille. (Hyypä, Manninen, Myllymäki, Rautama, Salo & Vallejo Medina 1993, 70.)

Ainoana todellisena esteenä tavoitteenasettelulle on Hyypän ym.(1993) mukaan on huonosti tehty tarpeenmäärittely. Tarkoituksenmukaisinta on, että potilas on itse myös mukana tavoitteiden asettamisessa, koska näin hän myös motivoituu niihin pyrkimiseen ja samalla sitoutuu tavoitteiden edellyttämään vastuun kantamiseen omalta osaltaan. Potilaan sulkeminen päätöksenteon ulkopuolelle muuttaa tavoitteet määräyksiksi, joihin ei kukaan itseään kunnioittava potilas välttämättä suostu. Pitkäaikaispotilaan tavoitteiden tarkistaminen tapahtuu harvemmin. On kuitenkin tarpeen tiedostaa, että pitkäaikaisenkin potilaan, jonka elämäntilanne sairauden keskellä näyttää kovin vakiintuneelta, tarpeet ja toiveet voivat muuttua ja niihin tulee elämänlaadun maksimoimisen nimissä paneutua vakavasti. Hoito ei saa muuttua ”säilyttämiseksi”, vaan potilaan elämä on todella elämää kaikkina päivinä. Lääketieteellisten keinojen loppuminen ei merkitse hoidon loppumista, päinvastoin; hoitotyö jatkuu, korostuu ja siihen kohdistuu yhä suurempia haasteita ja odotuksia. (Hyypä ym. 1993, 72.)

3.3 Asiakkaan arviointimenetelmä

Rai-järjestelmä, (Resident Assessment Instrument), on tehty hoidon laadun seurantaan, kustannusten arvioimista ja maksujärjestelmän kehittämistä varten eri palvelurakenteen tasoille. Sen ytimenä on laaja-alainen yksilön voimavarojen ja tarpeiden standardoitu kartoitus yksilöllistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa varten. Perusversio luotiin 80-luvulla Yhdysvalloissa. Hoidon laadun ajatellaan kohenevan, kun asiakkaat saavat tarpeitaan vastaavan hoidon ja olevan edullista, koska voimavaroja ei tuhlaata tuloksettomaan tai virheelliseen toimintaan. Laitosten ja organisaatioiden toiminnan ajatellaan parantavan toimintaansa siksi, että organisaatiossa tehtävät päätökset voidaan perustaa suoraan asiakkaan tarpei-

siin. Maksujärjestelmän puolestaan ajatellaan johtavan järkevään varojen jakoon silloin, kun perusteeksi omaksutaan asiakkaan tarpeet ja voimavarat. Kuntoutumisen mahdollistava hoitotyö ja sen toteuttaminen edellyttää tietämystä ja arviointia siitä, keitä ovat asiakkaat, jotka siitä voisivat hyötyä. Asiakkaiden arviointi itsessään on tärkeä prosessi, joka vaatii oikeanlaiset ja tarkoituksenmukaiset arviointivälineet vertailukelpoisen tiedon tuottamiseksi. Kun arviointitieto, joka kuvaa asiakkaita, on luotettavaa ja vertailukelpoista, saadaan johtamisen ja palvelujen suunnitteluun ja kehittämiseen oikeata ja asianmukaista tietoa. Mikäli tieto lähtee asiakkaista ja heidän tarpeistaan, voidaan ajatella asiakaslähtöisyyden toteutuvan parhaimmassa muodossaan. (Noro ym. 2005, 22, 32.)

Rai-tietojärjestelmä sisältää joukon yhteismitallisia arviointivälineitä. Sen perustana toimii kokonaisvaltainen arviointilomake Minimum Data Set (MDS), jonka avulla kerätään tietoja vanhuksesta. Rai-mittarin avulla pyritään löytämään vanhuksen toimintakyvyn vahvuudet ja heikkoudet. MDS-kysymysten ei ole tarkoitus kertoa ”kaikkea kaikesta” vaan kattaa tarkoituksenmukainen tieto oleellisilta alueilta. Kysymysten valinnassa on käytetty alan asiantuntijoiden tietoa ja niiden muoto on hiottu toistetuin luotettavuustestein. Rai:n kokonaisarviointi tehdään asiakkaan voinnin oleellisesti muuttuessa tai vähintään puolen vuoden välein. Kriittinen arvioiva ote hoitoprosessin alusta loppuun asti näkyy asiakkaan hoitosuunnitelmassa ja sen toteutuksessa. Arvioinnin kohteena hoitotyön suunnitelmassa ovat hoitotyön tarpeet, tavoitteet ja auttamiskeinot sekä niihin tarvittavat muutokset. Hoidon vaikutusten seuranta ja asiakkaan omien tunteusten arviointi ovat tärkeä osa hoidon kirjaamista. Kun pitkäaikaishoidossa olevan asiakkaan tilan kirjaaminen tapahtuu systemaattisesti ja säännöllisesti, se edistää asiakkaan hyväksi tehdyn hoitotyön näkyvyyttä ja mahdollistaa hoidon vaikuttavuuden seurannan ja arvioinnin. Kun tieto tallennetaan tietokoneella potilastietojärjestelmään, tiedot ovat reaaliajassa ja asiakkaan luvalla kaikkien asiakkaan hoitoon osallistuvien saatavilla. (Lähdesmäki & Vornanen 2009 63-64; Noro ym. 2005, 154–155.)

4 HENKILÖKUNNAN OSAAMISEN KEHITTÄMINEN

Tämän kehittämishankkeen lähtökohta oli 2008 alussa kun Viherkodin osasto 2:n hoitohenkilökunta toi esille puutteita osaamisen suhteen, hoito- ja kuntoutussuunnitelmien teossa ja arvioinnissa. Lisäkoulutusta hankittiin ulkopuolisen kouluttajan avulla. Tiimeissä oppiminen tapahtuu pienryhmissä tapausopetus menetelmää soveltaen. Työyhteisössä oppiminen jatkui parityöskentelynä.

4.1 Pienryhmä oppiminen ja tiimityö

Case- opetus eli tapausopetus on menetelmä, jossa kuvattua esimerkkitapausta käsitellään soveltaen siinä omia kokemuksia, tietoja ja valmiuksia. Tapausopetus on syntynyt Harvard Business Schoolissa jo 1950-luvulla. Esimerkiksi päätöksenteko-tapauksessa tulee esittää suunnitelmia siitä, miten ongelma ratkaistaan tai miten toimitaan kyseisessä tilanteessa. Tapausopetuksen avulla voidaan kehittää analysointitaitoja, soveltamiskykyä, luovuutta, kommunikointitaitoja, sosiaalisia taitoja sekä itsearviointitaitoja. (Hätönen 1998, 83.)

Tiimityötä ja sen kehittämistä voidaan pitää yhtenä yhteistoiminnan kehittämisen muodoista. Todellinen tiimi koostuu pienestä määrästä ihmisiä, joiden taidot ja osaaminen täydentävät toisiaan. Jäsenet ovat tasa-arvoisesti sitoutuneet yhteiseen päämäärään, tavoitteisiin ja tuloksiin, joista he kaikki pitävät itseään tili-velvollisina yhteisvastuullisesti. Tiimityön avulla voidaan lisätä kaikkien työntekijöiden mahdollisuutta osallistua oman työnsä suunnitteluun ja jatkuvaan kehittämiseen. (Hätönen 1998, 61.)

Terveystieteidenhuollossa tiimi on moniammatillinen työryhmä, joka tekee tavoitteellista, suunnitelmallista ja säännöllistä yhteistyötä toteuttaakseen perustehtävän haasteet ja saavuttaakseen yhdessä sovitut tavoitteet. Nämä tavoitteet voivat koskea potilashoitoa, työyhteisön muita toimintoja ja yhteistyötä. Tiimeissä jokai-

selle on jaettu vastuuta ja tehtäviä, ja jokainen myös osallistuu päätöksentekoon. Jokaisen tiimin jäsenen on tuotava esiin oma asiantuntemuksensa, jotta yksikön perustehtävä ja asetetut tavoitteet saavutettaisiin. ((Miettinen, Miettinen M, Nousiainen & Kuokkanen 2000,67.)

Työyhteisössä harjaannutaan palautteen saamiseen ja antamiseen ensisijaisesti jokapäiväisessä yhteistyössä kollegojen kesken. Yhä enemmän jalansijaa saava tiimityömuoto vaatii vuorovaikutteisen toimintatavan, jossa jokainen tiimin jäsen on yksilöllisen kehittymisen lisäksi vastuussa yhteisestä ammatillisesta kehitymisestä. Omia taitojaan refleктоimaan pystyvä työntekijä osaa konsultoida kollegaansa tai muita asiantuntijoita potilaan hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi. Ollakseen potilaan voimavarojen kehittymistä tukeva hoitaja, hoitajan on oltava avoin kysymään potilaan hoitoon liittyviä asioita muilta silloin, kun oma tietämys ei riitä. (Miettinen ym. 2000, 146.)

4.2 Osaamisen johtaminen ja kehityskeskustelut

Tuuloksen (2001) mukaan, hoitamisen arki 2000-luvulla tarvitsee hoitotyön mahdollistajia, johtajia, jotka ottavat vastuun resurssien riittävydestä, asiakkaiden hoidon laadusta ja työyhteisöjen hyvinvoinnista. Tässä tehtävässä he tarvitsevat oman ammattikuntansa tuen ja ongelmaratkaisutaitoja, runsaasti tunteälyä ja yhteisvastuullisuutta sekä verkostotaitoja. Osastonhoitajuus mahdollistaa tiedon käyttämisen hoitotyön suunnitteluun, kehittämiseen sekä hoitotyöntekijöiden aseman ja hyvinvoinnin vahvistamiseen. Potilastyön laatu on Tuuloksen mukaan suoraan verrannollinen työntekijöiden työtyytyväisyydestä ja työkykyisyydestä sekä työyhteisön sosiaalisesta toimivuudesta. (Tuulos, 2001.)

Organisaation henkilöstön osaamisessa ei ole kyse vain yksilön tiedoista ja taidoista, vaan useiden henkilöiden oppimisesta ja heidän osaamisensa yhdistymisestä. Osaamisen johtaminen ja siihen sisältyvä osaamisen arviointi auttavat löytämään henkilöstön vahvuuksia ja heikkouksia sekä motivoimaan ja kannustamaan henkilöstöä itsensä kehittämiseen. Oman osaamisen vahvuuksien ja

heikkouksien näkyväksi tekeminen on askel kehittymiseen, ja henkilökohtaisen-kehittymissuunnitelman avulla on hyvä lähteä kasvuprosessiin. Kohdentamalla koulutus- ja kehittämishankkeet kriittisille alueille säästetään aikaa, rahaa ja resursseja. (Kotavuopio & Nivalainen, 2003, 13.)

Osaamisen kehittäminen on yksikön ja työyhteisön välisen suhteen jatkuvaa vaalimista. Se on jatkuvasti käynnissä olevan vuoropuhelun tulosta. Osaamisen kehittäminen alkaa työhönottotapahtumasta ja päättyy henkilön jäädessä eläkkeelle. Se ei kuitenkaan ole pelkästään yksilön oman ammattitaidon jatkuvaa kehittämistä, vaan mitä suurimmassa määrin hyvän, kehittävän ja arvostavan suhteen luomista ihmisen ja organisaation välille. (Juuti & Vuorela 2002, 41.)

Erityyppiset haastattelut ja keskustelut nostavat motivaatiota ja työntekijöiden mielenkiintoa. Lisäksi keskustelujen kautta saavutetaan tavoitteita ja päämääriä. Kehityskeskusteluissa selvitetään ja kehitetään työn ilmapiiriä ja käydään läpi toimintojen kehittämistä. Niissä keskustellaan tunneilmaston kehittämisestä ja pyritään vuorovaikutukselliseen toimintaan. Normaali työkeskustelu eroaa kehityskeskustelusta siinä, että kehityskeskustelu on etukäteen tarkkaan harkittu ja valmisteltu ja siinä on määrätty sisältö. Nykyaikainen johtamistapa painottaa vuorovaikutuksen ja tunnetaitojen merkitystä. Kun yritys tai organisaatio haluaa kehittää näitä taitoja, tarjoaa kehityskeskustelu hyvän välineen. Laajassa ja hyvin toteutuneessa tilaisuudessa myös hiljaisen tiedon siirtyminen on mahdollista. (Liukkonen, Jaakkola, Kataja 2006, 246–249.)

Yhteistyö nähdään sekä henkilöstön kehittämisen kohteena että myös kehittämisen välineenä. Yhteistyön kehittäminen voi olla alku monien muidenkin työssä kohdattavien ongelmien yhteiselle käsittelylle. Yhteistyön kehittäminen voi olla ensimmäisiä henkilöstön kehittämisvaiheita. Yhteistyö lisää mm. yrityksen kokonaisuuden ymmärtämistä, toisilta oppimista, uusien ratkaisujen ideointia jne. Yhteistyön kehittäminen vahvistaa myös yrityksen työntekijöiden keskinäistä kommunikaatiota - yhteisen kielen löytymistä. Yhteistyöllä on monia etuja. Yhteistyön käytön seurauksena motivaatio paranee yksilöllisyyttä ja kilpailua korostaviin menetelmiin verrattuna. Yhteenkuuluvuuden tunne saa aikaan posi-

tiivista energiaa. Ryhmän jäsenet oppivat toisiltaan. Jokaisella työntekijällä on yhdessä enemmän keinoja oppia ja kehittyä kuin yksin ja eristyksissä oppivalla. Vuorovaikutus saa aikaan sekä tiedollisia että sosiaalisia taitoja, lisää älyllistä toimintaa ja vahvistaa oppimista yksin opiskeluun ja yksin työskentelyyn verrattuna. (Hätönen 1998, 60-61.)

5 VIHHERKOTI KEHITTÄMISHANKKEEN TOIMINTAYMPÄRISTÖNÄ

Espoon Viherkoti tarjoaa ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa henkilöille, jotka eivät terveydentilansa huononemisen takia enää pysty asumaan omassa kodissaan. Asuinhuoneet ovat joko yhden tai kahden henkilön käytössä. Viherkoti antaa hyvää ja turvallista hoitoa viihtyisässä ja kodikkaassa ympäristössä. Tavoitteena on tukea asukkaiden toimintakykyä ja keskinäistä kanssakäymistä yhteisillä ruokailuhetkillä ja tapahtumilla. Erillisiä vierailuaikoja ei ole ja omaiset ovat tervetulleita, koska vierailuilla on suuri merkitys asukkaan hyvinvoinnille (Viherkodin esite & Inranet).

5.1 Aukkaat ja henkilöstö

Viherkoti osasto 2:lla oli kehityshankkeen alkaessa 30, vaikka virallinen paikkaluku oli 26. Aukkaat ovat 60–93-vuotiaita, virallisia vuodepotilaita on vain kaksi. Miehiä asukkaista on kolmasosa. Henkilökuntaan kuuluu osastonhoitajan lisäksi 5 sairaanhoitajaa ja 10 perus- tai lähihoitajaa, 3 laitoshuoltajaa ja yksi oppisopimusopiskelija. Henkilökuntamitoitus oli maaliskuussa 2009 0,59, kun hyväksimitoitukseksi STM:n (Sosiaali- ja terveysministeriö) suositus oli vuonna 2008 0,7-0,8. Laitoshuoltajat eivät Viherkodissa osallistu hoitotyöhön, joten he eivät osallistuneet kehittämishankkeen koulutuksiin.

5.2 Hoitotyön toimintaperiaatteet

Asukas- ja asiakaslähtöisyys on asiakkaiden tarpeiden ja tavoitteiden arvostamista kaikessa toiminnassa. Suvaitsevuus ja tasa-arvo on toisten ajatusten arvostamista, ihmisten tasa-arvoa ja oikeudenmukaista kohtelua sekä erilaisuuden ymmärtämistä niin yksilö- kuin ryhmätasolla. Luovuus ja innovatiivisuus on ideoiden tuottamista ja käyttöönottoa sekä monipuolista kehitystoimintaa. Kumppanuus ja yhteisöllisyys on verkostoitumista mutta myös asiakkaiden mukanaoloa ja osallistumista palvelun suunnitteluun ja toteutukseen. Tuloksellisuus ja vaikuttavuus on onnistumista asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa eri tasoilla ja toiminnan tulee olla tehokasta ja taloudellisesti järjestettyä (Espoon kaupungin uuden työntekijän perehdytysopas 2007).

Osaston toiminta-ajatuksena on toimia asukaslähtöisesti, yksilöstä lähtevistä tarpeista rakennetun hoito- ja kuntoutussuunnitelman pohjalta. Suunnitelma tulisi laatia yhteistyössä asukkaan ja mahdollisesti myös omaisten kanssa. Osaston tulisi tarjota kuntoutumista tukevaa hoitotyötä, asukkaan voimavarat huomioiden sekä hyvää hoitoa elämän loppuun saakka.

6 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

6.1 Laadullinen tutkimus

Toimintatutkimuksen käytännöllistä lähestymistapaa voidaan kutsua myös vastavuoroiseksi lähestymistavaksi. Tässä lähestymistavassa tutkija ja kohdeyhteisön jäsenet määrittelevät yhdessä ongelmat ja niiden syyt ja suunnittelevat tarvittavat toiminnot ongelmien ratkaisemiseksi. Lähestymistapaan ei välttämättä kuulu tieteellistä tutkimusta, vaan tavoitteena voi olla vallitsevan käytännön kehittäminen käytettävissä olevin resurssein. Kehittämistyön ideat nousevat käytännön ongelmista ja lähestymistapa on induktiivinen. Kehittämistoiminnan tuloksia on kuitenkin arvioitava, vaikka niitä voi olla vaikea mitata. Tämä tehdään

siksi, että toiminnan tavoitteita ja menetelmiä voitaisiin välillä muuttaa, elleivät ne näytä toimivan toivotulla tavalla käytännössä. Tutkimuksen tuloksena osallistujat saavat uudenlaisia toimintamalleja työhönsä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997.)

Tutkimus oli luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, ja aineisto koottiin luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Laadullisen tutkimuksen tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin tutkittaviensa kanssa kuin mitausvälineillä hankittavaan tietoon. Sitä, mikä on tärkeää, ei määrää tutkija.

Laadullisessa tutkimuksessa suositetaan metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ”ääni” pääsevät esille. Menetelminä käytettiin kyselylomaketta ja ryhmässä tapahtuvaa kehityskeskustelua sekä hoitosuunnitelmia. Kohde valitaan tarkoituksenmukaisesti ja tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tutkitaan sen mukaisesti (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2000,155).

6.2 Kehittämishanke prosessin aikataulu

Viherkodin osastolla 2 kehitettiin omahoitajuutta vuonna 2007. Kun siirryin vuonna 2008 tammikuussa esimiestehtäviin kyseiselle osastolle, opinnäytetyöni aihevalinta tuli osaston henkilökunnalta ja perustui edellisen kehittämisprojektin aikana esiin tulleisiin ongelmiin. Niitä oli hoitosuunnitelmien tekemisessä ja Rai-arviointitulosten hyödyntämisessä. Koulutukset alkoivat heti saman vuoden tammikuussa ja kestivät toukokuulle. Irina Karpovin koulutuksia oli kerran kuussa. Yksi erillinen koulutuspäivä kuntouttavasta työotteesta oli maaliskuussa -08. Rai-arviointeja tehtiin tammi-maaliskuussa vuonna -08 sekä toisen kerran syksyllä ennen syyskuun loppua. Rai-arviointien puolivuositaisia koontipäiviä olivat maaliskuu- ja syyskuun viimeinen päivä. Rai-arviointien jälkeen tehtiin hoitosuunnitelmat kuukauden sisällä. Kehityskeskustelut pidettiin toukokuun lopulla, kun koulutukset oli käyty. Ennen kehityskeskusteluja jaettiin kyselylomake vakinaiselle hoitohenkilökunnalle sekä pitkäaikaisille sijaisille. Osa kyselylomakkeista palautettiin ennen kehityskeskusteluja ja osa vasta kesällä, kolme ei palautunut

ollenkaan. Hoitosuunnitelmat arvioitiin vuoden -08 lopulla. Toimin arvioijana yhdessä asiantuntijasairaanhoitajan kanssa. Tavoitteet kirjattiin ylös myöhemmä analysointia varten ja myös keinot tavoitteisiin pääsemiseksi.

6.3 Koulutus

Kouluttaja Irina Karpov antoi vuonna 2007 koulutusta osaston henkilökunnalle ja hänet saatiin myös keväälle 2008 kouluttamaan uudessa kehitystehtävässä. Kouluttaja kävi kerran kuussa Viherkodissa kouluttamassa case -pohjalta työntekijöitä hoitosuunnitelman teossa ja arvioinnissa. Työvuorot laadittiin siten, että jokainen pääsi koulutukseen vähintään kaksi kertaa kevään aikana. Koulutuksissa kiersi osallistujalista, josta laskettiin, että kaikki kävivät vaadittavat kaksi kertaa kyseisessä koulutuksessa. Vuorollaan molemmat tiimit veivät Rai-arviointitulokset yhdestä asukkaasta ja niiden pohjalta käytiin suunnitelmakoulutus. Lisäksi osa henkilökunnasta kävi keväällä pidetyssä Rai- koulutuksessa, jossa käsiteltiin Rai-arvion pohjalta tapahtuvaa kuntoutumista edistävää hoitotyötä.

Rai-arviointeja ja hoitosuunnitelmia pyrittiin tekemään aina sairaanhoitaja- perushoitajaparissa, jossa toinen hoitajista oli asukkaan omahoitaja. Aina ei kuitenkaan ollut tähän mahdollisuutta huonon työntekijätilanteen takia. Silloin arvioon joutui tekemään yksin tai sijaisen kanssa. Sairaanhoitaja tarkisti tällöin lääkityssuuden ja fysioterapeutti oman osuuden tai katsottiin Efficasta (Espoon potilastietojärjestelmä) fysioterapeutin tekemät testit ja arvioinnit. Osastotunneilla käsiteltiin yhteisiä kuntoutustavoitteita muutaman kerran. Hoitosuunnitelmien ja Rai-arviointien ohjauksesta vastasi asiantuntijasairaanhoitaja sekä muut sairaanhoitajat ja perushoitajat, jotka olivat aikaisemmin tehneet suunnitelmia ja arvioita. Minun vastuulla oli esimiehenä koulutuksen organisointi ja vuorolistojen tekeminen niin, että koulutukseen oli mahdollisuus päästä. Osastolta osallistui kaksi hoitajaa myös Vanhustyön keskusliiton organisoimaan pienimuotoiseen Alzheimer-projektiin keväällä 2008, jossa osaston kolme asukasta sai erikoiskuntoutusta.

6.4 Kehityskeskustelut oppimisen välineenä

Koulutuksen tuomaa oppimista ja kehitystä arvioitiin kehityskeskustelujen avulla, jotka toteutettiin kahdessa eri ryhmässä toukokuussa 2008. Ennen kehityskeskusteluja jaettiin myös kyselylomake (Liite 2), joka oli valmiina mallina Espoon kaupungin intranetsivuilla. Kehityskeskustelut toteutettiin kahtena iltapäivänä tiimeittäin ja hoitohenkilökuntaa näihin tuli yhteensä 12. Kehityskeskustelu oli jaettu aihealueisiin, jotka olivat koulutus, oma osaaminen, kuntoutumista edistävä hoitotyö ja työhyvinvointi. Kehityskeskusteluissa jokainen sai tasapuolisesti vuorollaan puheaikaa ja sihteerinä toimi ulkopuolinen hoitoalan asiantuntija ja näin saimme myös keskusteluista kirjallisen palautteen, joka analysoitiin yhtä aikaa kyselylomakkeiden kanssa.

6.5 Kehittämishankkeessa kerätyn aineiston analysointi

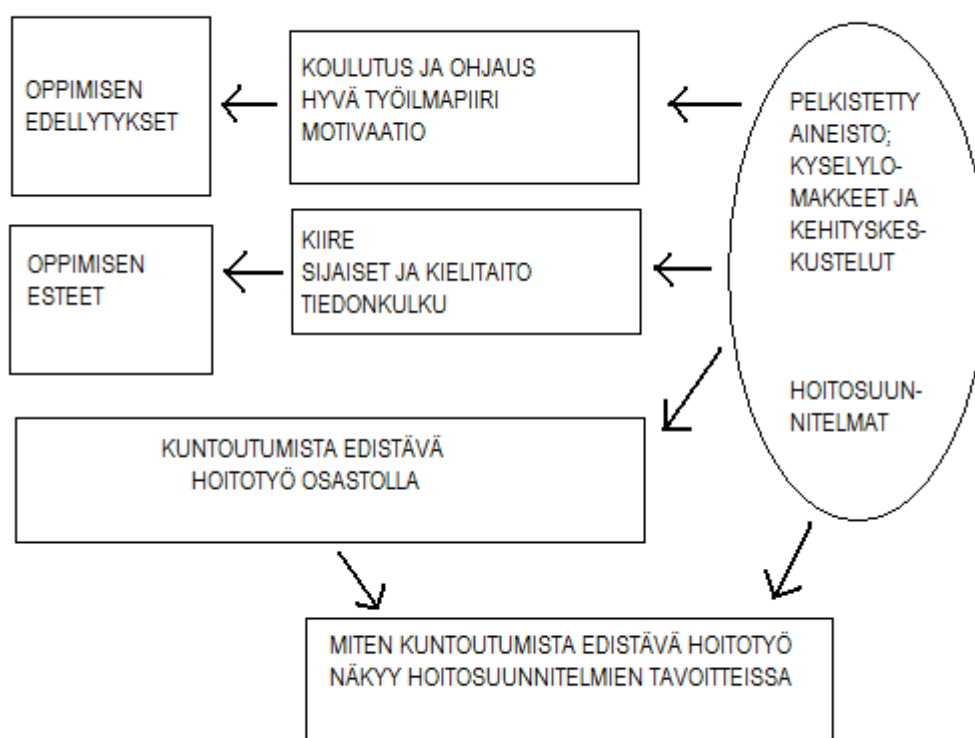
Opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Aineistona oli kyselylomakkeet, jotka jaettiin ennen kehityskeskusteluja ja kehityskeskusteluista tehdyt muistiinpanot. Hoitosuunnitelmat analysoitiin vain tavoitteiden osalta.

Ennen kuin varsinaista aineiston analysointia voidaan alkaa tehdä, on aineisto saatettava sellaiseen muotoon, että analysoiminen on mahdollista. Yleensä muistiinpanot ja haastattelut litteroidaan eli kirjoitetaan puhtaaksi. On mahdollista myös tehdä ns. valikoituja litterointeja, ts. litteroidaan vain sellaiset osat, jotka ovat oleellisia tutkimuksen raportoinnissa. (Metsämuuronen 2008,48.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä lähdetään liikkeelle siitä, että tutkija päättää tutkimusaineiston keräämisen jälkeen, mutta ennen analyysiä, mistä toiminnan logiikkaa tai tyypillistä kertomusta lähdetään etsimään. Tämän jälkeen aloitetaan tutkimusaineiston pelkistäminen. Se tarkoittaa, että tutkimusaineistosta karsitaan tutkimusongelman kannalta epäolennainen informaatio hävittämättä kuitenkaan tärkeää informaatiota. Tämä vuorostaan edellyttää, että tutkimusaineisto tiivistetään tai pilkotaan osiin. Tiivistämistä ohjaa tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset. Tämän jälkeen tutkimusaineisto ryhmitellään uu-

deksi johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Tämän jälkeen jokainen ryhmä nimetään ryhmän sisältöä parhaiten kuvaavalla ”kattokäsitteellä”. Saadun tuloksen avulla yritetään ymmärtää tutkittavan kuvaamaa merkityskokonaisuutta. (Vilkka 2005,140.)

Pelkistettyjä ilmaisuja aineistosta tuli kaiken kaikkiaan 132 (Liite3). Analyysin lopputuloksena (Kuvio 1.) aineistosta saatiin kategoriat; oppimisen edellytykset ja oppimisen esteet. Oppimisen edellytykset -yläkategoriassa tulivat alakategoriat ’koulutus’ ja ’ohjaus’, ’hyvä työilmapiiri’ ja ’motivaatio’. Oppimisen esteet -yläkategoriassa taas sijoittuvat alakategoriat ’kiire’, ’sijaiset’ ja ’kielitaito’ sekä ’tiedonkulku’. Aineistosta saatiin myös oma kategoriansa siitä miten hoitohenkilökunta arvioi kuntouttavan hoitotyön toteutuvan osastolla.



KUVIO 1: Tutkimusaineiston analyysi ja siinä muodostetut kategoriat

7 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET

7.1 Henkilöstön osaamisen lisääntyminen

Hoitohenkilökunta kävi ulkopuolisen kouluttajan pitämässä hoitosuunnitelma koulutuksessa kevään 2008 aikana. Kouluttaja kävi kerran kuukaudessa ja osallistua piti ainakin kaksi kertaa. Osa osallistui useamman kerran. Koulutukset järjestettiin Viherkodissa ja niihin oli tämän takia helppo mennä. Kolme hoitajaa pääsi myös Rai-koulutukseen, jossa käytiin hoitosuunnitelman tekoa kuntoutumista edistävän hoitotyön kannalta katsottuna.

Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että koulutusta oli sopivasti ja se oli säännöllisestä. Monet kokivat kehittyneensä Rai:n ja hoitosuunnitelman laatimisessa. Myös kuntouttavan hoitotyön käsite selkiytyi koulutuksen aikana. Kaikki hoitajat kävivät koulutuksessa vähintään kaksi kertaa, jotkut useammin jos henkilökuntatilanne antoi mahdollisuuden. Irina Karpovin koulutusta pidettiin hyvänä ja hän oli tuttu jo edelliseltä vuodelta. Koulutuksien lisäksi oli parityöskentelynä tapahtuvaa suunnittelua ja ohjausta. Kaikki tekivät Rai-järjestelmällä tehtäviä asiakkaiden arviointeja ja hoitosuunnitelmia. Aina ei ollut mahdollisuutta omalla hoitajalla olla läsnä, vaan toinen hoitaja teki Rai-arvioinnin ja omahoitaja tarkisti sen. Kun hoitosuunnitelmat ja Rai:t tehtiin yhdessä, tuli laajempi näkemys kokonaishoidosta. Hoitajat toivat esiin myös sen, että ennen koulutusta kannattaisi tehdä muutamia Rai-arviointeja, jotta koulutuksesta saisi enemmän irti. Vain yhden mielestä pitäisi saada hoitosuunnitelmien tekemisestä lisäkoulutusta.

TAULUKKO 1.Oppimisen edellytykset hoitajien kokemana

YLÄKATEGORIA	ALAKATEGORIA	ESIMERKKEJÄ PELKISTETYISTÄ ILMAISUISTA
OPPIMISEN EDELLYTYKSET	KOULUTUS JA OHJAUS	-koulutusta on ollut sopivasti -koulutukset säännöllisesti -suunnittelua ja ohjausta ollut paljon -päässyt koulutukseen aina halutessa
	HYVÄ TYÖILMAPIIRI	-tämä on tiimityöskentelyä -työt sujuneet hyvin työtovereiden kanssa -yksikössä on hyvä työilmapiiri -työtoverit tukevia ja kannustavia Yksikössä hyvä tiimityö ja työaika-autonomia, yhteisruokailu vaikuttaa myös omaan jaksamiseen
	MOTIVAATIO	-asiantuntijuuden kehittyminen -työ pysyy kiinnostavana, kun on haastetta -olen saanut myönteistä palautetta asukkailta ja omaisilta

Oppimisen edellytyksenä oli osaston hyvä yhteishenki ja ilmapiiri. Hyvä tiimityö, työaika-autonomia ja valvonta-ateriat sekä mukavat työtoverit. Vastauksissa tuotiin esille myös joustavuus; työnjako ja se että vastuualueet mietitään yhdessä. Tärkeänä nähtiin turvalliset työkaverit, kannustus ja rento ilmapiiri, huumori mukaan luettuna.

Tavoitteet ja asiantuntijuuden kehittyminen luovat haastavuutta työhön. Työn kehittäminen ja myönteinen palaute motivoi. Myös halu oppia lisää, positiivinen ajattelu ja tulevaisuuden suunnitelmat kuten hyvät näkymät alalla, lisäävät moti-

vaatiota. Oman työn kehittäminen toimivaksi ja laadukkaaksi sekä oma opiskelu tuo uusia virikkeitä ja innostusta työhön. Työstä saatu kannustus ja myönteinen palaute asukkailta ja omaisilta auttaa jaksamaan.

TAULUKKO 2. Oppimisen esteet hoitajien kokemana

YLÄ-KATEGORIA	ALA-KATEGORIA	ESIMERKKEJÄ PELKISTETYISTÄ ILMAISUISTA
OPPIMISEN ESTEET	KIIRE	-liikaa töitä, ei ehdi omiin asukkaisiin paneutua kunnolla -asukkaita oli ylipaikalla usean kuukauden ajan -paljon potilaita oli ylipaikoilla, kova stressi -työn määrä vaihtelee, joskus on liian vähän työntekijöitä
	SIJAISET JA KIELITAITO	-kielitaito keikkalaisilla, välillä paljon sijaisia -puutteet tai ensimmäistä kertaa tulevat sijaiset tekevät työn henkisesti raskaaksi -keikkalaiset eivät osaa suomea
	TIEDONKULKU	-Rai ja tavoitteet eivät näy kunnolla päivittäisessä kirjaamisessa -tiedonkulku ei toimi, sähköpostilla olisi asioista paremmin perillä

Oppimisen esteenä olivat kiire ja ylipaikoilla olevat asukkaat. Stressi ja väsyminen heikentävät kehittämishalukkuutta ja uusien asioiden oppiminen on vaikeaa. Usean kuukauden ylipaikkatilanne ja liian pitkät työputket ja ylityöt verottivat jaksamista ja heikensivät oppimismotivaatiota. Kun on liikaa töitä, ei ehdi pa-

neutua omiin asukkaisiin kunnolla, kuten tekemään hoitosuunnitelmaa tai -arviota. Jos ei olisi niin kiire, voisi tehdä enemmän asukkaiden kanssa. Huono henkilökuntatilanne koettiin myös oppimisen esteenä. Sijaisten paljous ja huono suomen kielen taito tekivät työn raskaaksi. Myös tiedonkulussa oli puutteita. Sähköpostia ehdotettiin kaiken tiedon välittämiseen. Päivittäisessä kirjaamisessa ei näkynyt hoitosuunnitelman tavoitteita.

7.2 Kuntoutumista edistävän hoitotyön näkyminen osastolla

Hoitajat toivat esiin kehityskeskusteluissa, että kuntouttavia tavoitteita laitetaan hoitosuunnitelmiin. Hoitajat yrittävät myös nähdä asukkaan voimavarat ja tukea niitä. Asukasta kunnioitetaan ja yksilöllisyys ja asukkaan toiveet otetaan paremmin huomioon sekä tehdään kokonaisvaltaista hoitotyötä. Osastokoulutuksissa on selkiytynyt kuntouttavan hoitotyön käsite. Perushoidossa on kaiken kaikkiaan kuntouttava työote. Selvitetty asukkaan harrastuksia, virikeasioita ja vietetty mukavia hetkiä yhdessä asukkaan kanssa. Hyvän perushoidon ja keskustelun avulla kohdataan ihminen ja paneudutaan, jotta asukkaalla olisi hyvä olo.

Otan asukkaan toivomukset ja mielipiteet huomioon hoidossa
Kiva hoitaa asukkaita, kun on osallistunut myös hoidon suunnitteluun
Yritetään kuunnella miten omahoitajat ovat hoidon suunnitelleet
Otetaan paremmin huomioon asukkaan toiveet, vaikka ne olisivat ristiriidassa asukkaan hyvinvoinnin kanssa

7.2.1 Kuntoutumista edistävä hoitotyö hoitosuunnitelmissa

Hoitosuunnitelmien tavoitteet analysoitiin myös sisällön analyysillä. Tavoitteet jaettiin kolmeen eri kategoriaan: fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin. Selkeitä fyysisiä tavoitteita, kuten nostetaan istumaan, kävelytetään, annetaan kammata itse ja itsenäisen ruokailun ylläpitäminen löytyi eniten ja myös keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi löytyi muutamasta.

Tavoitteena kuntoutua jalkojen kautta siirtyväksi pyörätuoliin päivittäisen kunnon mukaan, turvalliset siirtymiset ja vähitellen lisätään liikkumista, jotta hengenahdistus helpottaa
 Ylläpitää itsenäistä ruokailua ja liikkumista pyörätuolilla
 Kuntoutua paremmaksi kävelijäksi, jaksaa kävellä pitemmän matkan Foordilla

Psyykkisissä tavoitteissa pääpainona oli kivuttomuus ja hyvä mieliala. Keinoja ei ollut miten näihin tavoitteisiin päästään. Muutamassa hoitosuunnitelmassa oli kivun ja masennuksen ilmaistamiseen ilmoitettu Rai-arvioinnista saatu numero ja sen mahdollinen nostaminen tai laskeminen. Tämä ei kuitenkaan hoitosuunnitelman lukijalle kerro välttämättä yhtään mitään ilman, että numero myös avataan ja kerrotaan mitä se pitää sisällään.

Mielen kohentuminen, hyvä ja turvallinen olo
 Kivuttomuus, ruokailun helpottuminen
 Hengenahdistus helpottaa

Sosiaalisissa tavoitteissa viriketoiminta ja talon aktiviteetteihin osallistuminen saivat useamman maininnan. Muita alueita kuten hengellisten tarpeiden tavoitteita ei löytynyt yhdestäkään.

Seurustelu ja ulkoilu
 Rohkaistuminen ilmaisemaan itseään puheella
 Sosiaalisen kanssakäymisen lisääntyminen, parempi viihtyvyys Viherkodissa

Sitä, käytettiinkö Rai-arvioinnin tuloksia hoitosuunnitelmien laadinnassa, tulokset eivät kerro. Koska hoitosuunnitelmat tehdään kuukauden sisällä uuden Rai-arvioinnin tekemisestä, tietojen hyödyntäminen on oletettavaa.

8 KEHITYSHANKKEEN TARKASTELUA

Kehityshankkeen tarkoituksena oli lisätä koulutusta ja ohjausta hoitosuunnitelmien tekoon ja Rai-arviointeihin. Tavoitteena oli myös kuntoutumista edistävän

hoitotyön näkyminen osastolla ja hoitosuunnitelmien tavoitteissa. Tämän hankkeen tuloksista voi lukea, että koulutukseen kannattaa panostaa, mutta sen tulisi olla säännöllistä ja se tulisi kohdentaa ongelma- alueisiin. Tiimityöskentely oli kaikille hoitajille tärkeä yhteinen tekijä. Oppimisen edellytyksenä on tiimin toimiminen ja vuorovaikutustaitojen hallitseminen. Tiimiin mahtuu myös hoitajia, jotka ovat varustettuja vähän huonommalla kielitaidolla. Parityöskentelyssä oli apuna osastolla hoitajien kokemus Rai-arviointien tekemisestä jo vuodesta 2002. Pareista toinen oli hoitaja, joka on aikaisemmin tehnyt asukkaalleen arvioinnin tai suunnitelman ja toinen hoitaja, jolla arviointien tekemisessä on vähemmän kokemusta.

Suurimpia kompastuskiviä hoitosuunnitelmien ja arviointien tekemiselle on varmasti ajan käyttö. Kahden hoitajan irrottaminen työvuoron aikana vaatii hoitajilta ymmärrystä asian tärkeydestä ja siitä, että se on osa asukkaan hyvää hoitoa. Vastuualueitten jakaminen, joustavuus ja toisten huomioon ottaminen tuli myös hoitajien vastauksissa esille ja on tärkeä asia kokonaisuuksien hallitsemisessa. Tavoitteiden asettaminen ja niihin panostaminen vie alussa enemmän aikaa, mutta tuo haastetta ja ryhtiä hoitotyöhön. Tavoitteet ohjaavat osastoa päämäärätietoisempaan suuntaan.

Muita projekteja, kuten esim. Vanhustyön keskusliiton Alzheimer-projekti, oli samanaikaisesti tämän kehittämishankkeen kanssa. Tässäkin projektissa kyse oli kuntoutuksen hyödyt muistisairaalle pitkäaikaispotilaalle, joten se tuki kuntoutumista edistävän hoitotyömme tavoitteita. Oli myös parempaan palveluun tähtäävä kehityshanke. Tässä hankkeessa panostettiin asukkaan ulkoiluun ja voimavaroihin. Tämä hanke yhdessä Rai-arviointien kanssa auttoi asiakaslähteisemmän hoito- ja kuntoutussuunnitelman teossa.

Opinnäytetyöni alussa aloitin uudessa tehtävässä vs. osastonhoitajana kyseisellä Viherkoti osasto 2:lla. Viherkodissa osasto 1:llä olen työskennellyt jo vuodesta 2003, kaksi vuotta asiantuntijasairaanhoitajana. Oman roolini nopea vaihto ja työyhteisön muutos sekä kehittämishankkeen aloitus samaan aikaan oli haasteellista ja niiden yhteensovittaminen vaati panostamista. Kehittämishank-

keen vetäjänä oli oma roolini alussa vähän hukassa ja uusien esimiestehtävien oppiminen vei aikani niin täydellisesti, että aikaa kentällä ohjaamiseen ei jäänyt. Työyhteisön hyvä yhteishenki kuitenkin auttoi, kehityshanke eteni ja minulle lankesi koulutusaikataulujen ja kehitys-keskustelujen järjestäminen. Kehitys-keskustelujen järjestäminen juuri ennen kesälomia oli suuri resurssikysymys, koska tähän tarvittiin kaksi iltapäivää ja kuusi hoitajaa oli kerrallaan keskustelussa. Työvuorosuunnittelu oli myös kehittämishankkeen kannalta haasteellista, että hoitajat pystyivät tekemään yhteistyötä ja sopivia pareja parityöskentelyyn löytyi. Kesän aikana ei juurikaan tehty arvioita eikä suunnitelmia, koska sijaisia oli paljon ja kieliongelmat olivat suuria.

8.1 Luotettavuuden näkökulma

Kehittämistyön tulokset kerättiin kehityskeskusteluista ja kyselylomakkeella, joka jaettiin hyvissä ajoin ennen keskustelua. Tulosten raportoinnissa on käytetty suoria lainauksia pelkistetyistä ilmauksista ja kaikki pelkistetyt ilmaukset ja hoitosuunnitelmista kerätyt tavoitteet näkyvät erillisellä liitteellä (Liite 3). Hoitosuunnitelmien tavoitteet kerättiin noin puoli vuotta kehityskeskustelujen jälkeen. Kyselylomakkeella hoitotyöntekijät joutuivat jo paneutumaan kysymyksiin, jotka olivat kehityskeskustelussa esillä. Vastaukset olivat samankaltaisia ja tukivat toisiaan. Kehityskeskusteluissa olivat samat ihmiset, jotka palauttivat kyselylomakkeen. Kaikki saivat puhua mielestäni tasavertaisesti kehityskeskusteluissa.

Tutkimuksesta riippuen tarkastelussa voidaan pohtia esimerkiksi tutkijan roolin merkitystä tutkittavan yhteisön jäsenenä, tutkijan yhteiskunnallisen aseman, sukupuolen, iän, arvojen, uskomusten tai omien uskonnollisten tai poliittisten asenteiden ja näkemysten merkitystä tutkimuksessa tehtyyn tulkintaan. Viime kädessä laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyssä tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena on tutkijan tutkimuksessaan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Tutkijan tulee siten arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla. (Vilka 2005.)

Opinnäytetyön tekijänä olin samanaikaisesti esimiesasemassa kyseisellä osastolla. Olin aikaisemmin tehnyt hoitotyötä asiantuntijasairaanhoitajana samassa talossa, eri osastolla. Esimiestyö alkoi samaan aikaan kehittämishankkeen kanssa. Hoitosuunnitelmien alkutilannetta en pystynyt kartoittamaan lähtötilanteen aikataulun takia. Omaa henkilökohtaista panosta en myöskään ohjauksessa pystynyt antamaan, koska uusi esimiestyö vei kaiken ajan ja suurin työ oli ajan järjestäminen koulutuksille ja niiden organisointi. Näin ollen kehittämishankkeen vetäjänä en ole vaikuttanut hoitosuunnitelmien sisältöön. Mietin myös valmiin kyselylomakkeen käyttöä kehityskeskustelussa, mutta se antoi kuitenkin oikeanlaisia vastauksia ja oli yhteneväinen kehityskeskusteluissa käsiteltävien teemojen kanssa. Kehityskeskustelujen muistiinpanot kirjoitti hoitoalan asiantuntija ja vaikuttiko tämä keskusteluun, sitä on vaikea arvioida. Samalta asiantuntijalta sain henkistä tukea myös kehittämishankkeen raportin kirjoittamisvaiheen aikana.

8.2 Kehittämishankkeen eettistä tarkastelua

Vanhustyön haasteena on kaiken tehokkuus ja taloudellisuus ajattelun takana olevan vanhuksen hyvän hoidon turvaaminen niillä resursseilla, joita meillä on tarjolla. Tämän kehittämistehtävän eettinen merkitys pitkäaikaishoidossa olevan vanhuksen kannalta on perusteltu, tarkoituksena on Rai-arvioinnissa ja hoitosuunnitelmissa kuunnella asukasta itseään ja näin tuottaa ajan tasalla olevia, luotettavia tavoitteita. Kuntoutumista edistävä hoito on laadukkaampaa ja kaikki saatavissa oleva tietotaito on asukkaan käytettävissä. Taloudellinen hyötynäkökulma on, koska kyseessä on jo olemassa olevan tietojärjestelmän parempi hyödyntäminen (Vilkka 2005,40).

Kehittämishankkeen alussa osastotunneilla on yhdessä asiaa mietitty ja kerrottu minkälaisesta hankkeesta on kyse. Sen tuomia käytännöllisiä hyötyjä on punnittu, samalla kun on mietitty sen mukanaan tuomia haasteita. Kysymyslomakkeiden ja kehityskeskustelujen käyttäminen kehityshankkeen aineistona on kysytty hoitohenkilökunnalta ja saatu siihen lupa. Kyselylomakkeet on analysoinnin jäl-

keen huolellisesti talletettu odottamaan seuraavaa kehityskeskustelua. Aineistosta analysoinnissa saadut pelkistetyt ilmaiset ovat siinä muodossa, ettei niistä voi tietää kenen ne ovat. Hoitosuunnitelmien tavoitteista ei voi tunnistaa henkilöitä (Vilkkä 2005 29–39).

Henkilökunnasta ei varmasti löydy henkilöä, joka ei haluaisi vanhuksille hyvää ja arvokasta elämää. Keinot pitkäaikaishoidossa vain ovat rajalliset henkilökunnan minimimitoitusten takia. ”Yksilön hyvän” ja ”yhteisen hyvän” yhteensovittaminen ja sen takaaminen, että kaikki laitoksessa olevat saisivat hyvän elämän, vaatii panostusta myös asukkaan läheisiltä ja mahdollisesti myös vapaaehtoisilta. Asukkaan on myös itse pidettävä kiinni sopimuksista henkilökunnan kanssa, kykijensä mukaan. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 162–163).

Esimies luo työyhteisöönsä sellaiset toimintaedellytykset ja toimintakulttuurin, että henkilökunnalla on mahdollisuus kehittyä, sillä turvallisessa toimintaympäristössä pystytään tukemaan oppimista ja luomaan uutta osaamista. Esimiehen tärkeä tehtävä on huolehtia henkilöstön jaksamisesta. Työtyytyväisyydellä ja asiakastytytyväisyydellä on selkeä yhteys, sillä jollei henkilökunta voi hyvin eikä saa tukea ja ohjausta esimieheltään, on henkilöstöllä vähän annettavaa asiakkaille tai potilaille. (Blomqvist, Eerola, Karppinen & Ruotsalainen 2005, 49.)

Vanhustyöntekijän on sitouduttava edistämään ammatillisen kelpoisuutensa rajoissa oman palveluyksikkönsä päämääriä ja tavoitteita. On tärkeää pitää mielessä, että palveluyksikön imago syntyy siitä, miten sen työntekijät toimivat. Vanhustyöntekijä on velvollinen arvioimaan omaa työtään ja sen tuloksellisuutta. Samoin hänen tulee kaikin keinoin vaikuttaa omassa organisaatiossaan, mikäli siinä ilmenee ammattietiikan kanssa ristiriidassa olevia piirteitä. Yksittäiset työntekijät ovat vastuussa siitä, että palvelut tuotetaan asiakaslähtöisesti. Yhteistyö muiden yksiköiden kesken on niin ikään eettinen haaste vanhustyöntekijöille (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 166.)

8.3 Kehittämishankkeen johtopäätökset

Ikäihmisen palvelujen laatusuosituksessa (2008) keskeisenä osatekijänä pidetään asiakaslähtöisyyttä, jossa suunnittelu ja toteutus perustuvat asukkaan tarpeiden ja voimavarojen arviointiin. Osaston toiminta on tämän kehitystehtävän myötä mennyt asiakaslähtöisempään suuntaan. Koulutus on tuonut osaamista ja varmuutta hoito- ja kuntoutussuunnitelmien tekoon ja arviointiin. Rai-arvioinnit jatkuvat puolivuositain ja tekevät toiminnasta säännöllistä ja arvioinnin suomat avut osataan käyttää hyödyksi. Aikataulut otetaan Rai-järjestelmästä, jolloin nähdään milloin pitää tehdä uusi Rai-arviointi ja samalla arvioidaan hoitosuunnitelma, jos on tarvetta, tehdään uusi.

Hoitosuunnitelman avulla hoitaja tukee asukkaan arkea ja toimintakykyä (Lähdesmäki & Vornanen 2009). Sen tekeminen on tärkeää ja siihen on varattava aikaa. Osastolla on omahoitaja jokaisella asukkaalla ja kaikilla hoitajilla on omia asukkaita. Aika, joka otetaan Rai-arvioinnin ja hoitosuunnitelman tekoon, on asukkaalle annettua aikaa ja laadullista hoitotyötä. Tavoitteita tulee olla vain yksi tai kaksi korkeintaan, jotta niitä voidaan toteuttaa ja ne tulee huomioida myös päivittäisessä kirjauksessa.

Laitoshoidossa olevien asukkaiden hoitotyön kirjaamista on tutkittu vähän. Nurminen & Santala (2007) on tutkimuksessaan havainnut etteivät hoitajien kokemat kirjaamiskokemukset ja tutkitut asiakirjat vastanneet toisiaan. Hoitajat kokivat kirjanneensa tavoitteiden mukaisesti, mutta todellisuudessa näin ei tapahtunut. Tässä näkisin seuraavan kehittämishankkeen aiheen. Myös Muurinen & Soini (2009) ovat tutkimuksessaan arvioineet kirjaamisen tilaa vanhustenhoidossa.

Sitoutuminen perustehtävään ja sen yhteisvastuullinen hoitaminen sisältävät monia haasteita osastonhoitajalle ja työyhteisön jäsenille. Miettinen ym. (2000) pitää sitoutumista ja yhteisvastuullisuutta osoituksena siitä, että perustehtävän ohella työyhteisön jäsen tarkastelee omaa toimintaansa hoitoketjun osana. Tä-

mä kehitystehtävä on osoittanut, että yhdessä tekeminen ja yhteiset tavoitteet parantavat tiimityötä ja lisäävät työhyvinvointia. Vaikka tuloksissa nousi voimakkaasti esille kiireen aiheuttama stressi, ylipaikkatilanteen kuormittavuus, sijaisten paljous ja huono kielitaito, niin kuitenkin kaikessa oli positiivinen lataus.

Asukaspaikkatilanteelle emme tässä talouden tilanteessa mahda mitään, mutta kiire on jokaisen yksilöllinen kokemus. Töiden priorisointi tilanteen mukaan auttaa joskus tilanteen hallitsemisessa. Sijaisia tulee aina olemaan, mutta työhyvinvointi vähentää tutkitusti sairaslomia ja sijaisten hyvä perehdytys parantaa niin sijaisten kuin vakinaisen henkilökunnan viihtymistä työyhteisössä. Suomen kielen koulutukseen panostaminen ja monikulttuurisen hoitotyön kehittäminen ovat myös kehittämisen kohteena osastolla ja ovat jo osin alkaneetkin.

Kehittämishankkeen aikana olen myös henkilökohtaisesti oppinut paljon 'oppimiseen johtamisesta', 'kehityskeskusteluista oppimisen välineenä', 'tiimityöstä' ja siitä miten tärkeässä roolissa myös osastonhoitaja on kehitystyön mahdollistajana. Kehitystyön valmistumista on häirinnyt omassa työnkuvassa jatkuvasti tapahtuneet muutokset ja sen määräaikaisuus. Haasteellista on ollut myös perhe-elämän, työelämän ja opiskelun yhdistäminen.

LÄHTEET

- Blomqvist Tarja, Eerola Marketta, Karppinen Pirjo & Ruotsalainen Aino 2005. Osastonhoitajan tehtäväalueet ja keinot hoitohenkilöstön osaamisen johtamisessa. Opinnäytetyö, Laurea- Ammattikorkeakoulu
- Halminen-Akräs Ulla&Turunen Mirja 2002. Kuntouttava työote pitkäaikaisspotilaiden vuodeosastolla omahoitajien kokemana. Opinnäytetyö, Helsingin ammattikorkeakoulu.
- Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko, & Sajavaara Paula 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi
- Hyyppä Eeva, Manninen Kaija, Myllymäki Liisa, Rautama Sirpa, Salo Hannu &Vallejo Medina,Aila 1993.Sisätauti- kirurginen hoito-oppi. Porvoo, WSOY
- Hätönen, Heljä 1998. Osaava henkilöstö - nyt ja tulevaisuudessa. Vantaa, MET
- Ikäihmisen palvelujen laatusuositus, 2008. Helsinki Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu,
- Ilvonen Katja &Vähäkangas Pia 2007. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön sisältö ja kohdistuminen. Gerontologia lehti 2/07, 181
- Juuti, Pauli & Vuorela, Antti 2004. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. Jyväskylä: PS-kustannus,
- Kankare Harri &Lintula Hanna (toim.)2004. Vanhuksen äänen kuuleminen Helsinki: Tammi.
- Koskinen Simo, Aalto Leena, Hakonen Sinikka &Päivärinta Eeva1998. Vanhustyö, Jyväskylä, Gummerus Kirjapaino Oy
- Kotavuopio Tuija& Nivalainen Jarmo, 2003. JATA- kriteeristö henkilökunnan ammattitaidon arvioinnissa ja kehittämisessä, Sairaanhoitaja-lehti 2/03, 19
- Kyngäs Helvi & Vanhanen Liisa 1999 Sisällön analyysi, artikkeli. Hoitotiede 1/99, 1-29
- Laine Juha, Laatu ja tuotannollista tehokkuutta 2005, väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto,
- Liukkonen Jarmo, Jaakola Timo & Kataja Jukka 2006. Taitolajina työ - Johtami-

- nen ja sisäinen motivaatio. , Helsinki: Edita
- Lähdesmäki, Leena & Vornanen, Liisa 2009. Vanhuksen parhaaksi; Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki Edita
- Miettinen Seija, Miettinen Merja, Nousiainen Inkeri, Kuokkanen Liisa 2000. Itsensä johtaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki, WSOY
- Muurinen Seija & Soini Helena 2009. Helsingin monipuolisen vanhustenkeskusten hoitotyön arviointi, tutkimus. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto
- Noro Anja, Finne-Soveri Harriet, Björkgren Magnus, Vähäkangas Pia(toim.) 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus - RAI- järjestelmä vertailukehittämisessä, STAKES
- Nurminen Teija, Santala Mari 2007. Hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen ikääntyneiden laitoshoidossa, opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu
- Paunonen Marita, Vehviläinen-Julkunen Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmenetelmä. Juva, WSOY
- Routsalo Pirkko, Arve Seija, Aarnio Marita, Saarinen Tuula 2003. Sairaanhoidajien ja perushoitajien hoitotyö iäkkään potilaan kuntoutumisen edistämässä. Tutkiva hoitotyö, artikkeli 1 (1)
- Suikkanen Asko, Härkäpää Kristiina, Järvikoski Aila, Kallanranta T, Piirainen K, Repo M, Wikström J 1995. Kuntoutuksen ulottuvuudet. Porvoo, WSOY
- Tuulos Tytti, 2001. Ihmisen asialla -Johtajuus ja kansalliset tavoiteohjelmat hoitotyön haasteena. Sairaanhoidaja-lehti 7, 6-7
- Viherkodin esite 2008. Espoon sosiaali- ja terveystoimi
- Espoon kaupunki www.espoo.fi/hoitokodit