

Geriatrisen kuntoutusosaston omahoitajat työnsä kehittäjinä



Yhteiskehittämisen myötä työelämän kehittämisvastuu siirtyy työpaikoille. Kehittämishanke ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden kuntoutusosastolla toi ilmi, että moniammatillisen tiimin jäsenten työvastuita tulee selkeyttää ja työyhteisön sisäistä viestintää on kehitettävä. Näin omahoitajat voivat keskittyä varsinaiseen työhönsä, hoitamiseen.

N Työelämän kehittämishankkeilla on sosiaalista kysyntää työelämää koskevien lisääntyneiden vaatimusten ja muutosten myötä. Varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) tehtävissä toimitaan tiukkojen aikataulujen ja kustannustehokkuusodotusten paineissa (Hirvonen & Husso 2012). Suomalaiseen terveydenhuoltoon kohdistuvat tehokkuusvaatimukset näkyvät muun muassa hoitokäytön lyhenemisenä ja kotiutusta koskevan päätöksenteon haasteina (Lämsä 2013).

Sosiaali- ja terveydenhuollon resurssit ovat niukat, ja pyrkimykset tehostaa työtä ovatkin yhteydessä työpaineiden kasvuun ja työhyvinvoinnin heikkeneemiseen (Laakso & Routasalo 2001). Kun tuottavuutta on lisätty, julkisen sektorin työntekijöiden käsitys

oman työn hallinnasta on heikentynyt (Hirvonen & Husso 2012). Tehokkuusvaatimukset hankaloittavat hoiva- ja hoitotyön etiikan mukaista toisten tarpeiden huomioimista ja vastuunottoa (Hirvonen & Husso 2012; Laakso & Routasalo 2001). Erityisen haitallista managerialististen ja kilpailuperiaatteisiin pohjautuvien käytäntöjen ujuttautuminen hoiva- ja hoitotyöhön on, kun aikapaine ja palveluiden priorisointi osuvat yhteen väestön ikääntymisen ja siitä seuraavan kasvavan palvelutarpeen kanssa (Eskelinen ym. 2017; Hirvonen & Husso 2012; Laakso & Routasalo 2001).

Kehittämishankkeet ovat sote-alalle tyypillinen tapa kehittää työtä ja työhyvinvointia. Niille on erityistä tarvetta, sillä ikääntyneitä hoitavien sairaanhoitajien työhyvinvointi on heikompi kuin muiden hoitotyön

tehtävissä toimivien (Heponiemi ym. 2008). Hoitohenkilöstön työhyvinvoinnin edistämiseen on tärkeää kiinnittää huomiota henkilöstön saatavuuden turvaamiseksi (Jääskeläinen 2013).

Työn muutos on haastanut osaamisen kehittämiseen, ja työyhteisön kehittämistoiminta on osaksi korvannut muodollista henkilöstökoulutusta (Hytönen 2002). Kehittämistoiminta tukee työkuultuuria, jossa tuloksellisuuden rinnalla korostuvat aloitteellisuus, oppiminen ja innovatiivisuus. Ylhäältä alas johdetusta työkuultuurista on siirrytty kehittämisosaamista ja yhteiskehittämistä korostavaan uuteen ammatillisuuteen, johon kuuluvat oman työn tutkiminen, arviointi ja uudistaminen. Kun kehittämisasiantuntijuus nähdään osana ammattikäytäntöä, liudennetaan tutkimuksen ja kehittämisen tai teorian ja käytännön välistä juopaa. Aiemmin ajateltiin, että teoria kuuluu tutkijoiden alaan ja kehittäminen käytännön työntekijöille. (Seppänen-Järvelä 2006.)

Tulevaisuuden esimerkillinen sote-alan työntekijä onkin psykososiaalisesti taitava työhyvinvointitoimija, ammatillisesti osaava kehittäjä ja työyhteisön yhteisöllisyyttä ja yhteistyötä edistävä toimija (Arola ym. 2018). Sote-alan jatkuvassa muutoksessa työntekijöillä tulee olla myönteinen asenne muutoksiin ja kehittämiseen sekä rohkeutta uudistaa ja uudistua (Hoppania ym. 2017). Optimismi työn kehittämisen rajattomista mahdollisuuksista palvelee silti eniten taloudellisesta tehokkuudesta kiinnostuneita työnantajia ja poliitikkoja. Työn rakenteellisia ongelmia ei saada korjattua vain muuttamalla hoitajien asenteita ja toimijuutta. (Hoppania ym. 2016.)

Kuvaamme artikkelissamme kehittämistoimintaa, joka toteutettiin erään sairaalan geriatrisella kuntoutusosastolla. Osastolla hoidetaan pääasiallisesti erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon siirtyneitä iäkkäitä, keski-iältään 75,5-vuotiaita lonkkamurtumapotilaita, jotka eivät vielä pärjää sairaalan ulkopuolisessa ympäristössä. Potilailla on ikääntymisen tuomia terveysongelmia ja eriasteisia muistisairauksia. Osastolla on 25 kolmi-vuorotyötä tekevää hoitajaa ja noin 30 potilaspaikkaa. Hoitohenkilökunnasta, etenkin sijaisista, on pulaa.

Hoitojaksot osastolla kestävät noin kahdesta viikosta kahteen kuukauteen. Osaston moniammatillinen hoitohenkilökunta koostuu erilaisista ammattiryhmistä

ja asiantuntijuuksista: Lääketieteen asiantuntijoita ovat lääkärit. Hoitotieteellistä asiantuntemusta edustavat hoitajat, toimintaterapeutit, puheterapeutit ja fysioterapeutit. Sosiaalialan asiantuntijoita ovat esimerkiksi sosiaalityöntekijät.

Viikoittaisissa moniammatillisissa tavoitekokouksissa arvioidaan potilaan toimintakykyä ja kuntoututumista. Tavoite on potilaan sujuva kotiutuminen.

Osastolla sovelletaan omahoitaja-toimintamallia: potilaille nimetään hoitojakson alussa oma hoitaja, joka kantaa vastuun hoitotyöstä ja hoidon koordinoinnista hoitojakson ajan. Malli otettiin käyttöön, koska sen toivottiin parantavan sekä hoitokäytänteitä että työn organisointitapaa. Hoitajat toimivat omahoitajina omille potilailleen ja varahoitajina kollegojensa potilaille. Kehittämistoiminnan aikana vuonna 2016 malli oli ollut käytössä kaksi ja puoli vuotta.

Kehittämistoimintaa ohjasivat seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Mitkä työkäytännöt näyttäytyvät haasteellisina ja kuormittavina omahoitajan työn näkökulmasta?
2. Miten kyseisiä työkäytäntöjä tulisi muuttaa, jotta omahoitajat kokisivat kotiutusprosessin aiempaa sujuvammaksi ja kuormituksensa vähenevän?

Tutkimus- ja kehittämistoiminnan tulokset kuvataan teemoittain ja kahden narratiivisesti rakentuneen kertomuksen kautta ”Tulokset”-luvussa.

LONKKAMURTUMAPOTILAAN MONIAMMATILLINEN KUNTOUTUSPROSESSI

Kaatumisen aiheuttama lonkkamurtuma on ikään-tyneiden tavallisimpia syitä joutua sairaalahoitoon. Lonkkamurtumapotilaat ovat usein monisairaita ja keski-iältään noin 80-vuotiaita. Heidän kuolleisuutensa on muuhun saman ikäiseen väestöön verrattuna varsin suuri, noin kaksin-kolminkertainen (Reito ym. 2017; Roth ym. 2010). Muistisairauksia (Reito ym. 2017) ja psyykkistä toimintakykyä heikentävää sekavuutta esiintyy noin puolella lonkkamurtumapotilaista, ja noin kolmannes kotona murtuman saaneista joutuu pysyvästi laitoshiitoon (Nuotio ym. 2009).

Ikääntyneen lonkkamurtumapotilaan kuntoutus sairaalaosastolla kestää keskimäärin kolmisen viikkoa

KOTIUTUS VAATII TIIVISTÄ YHTEISTYÖTÄ HOITOTIIMIN, POTILAAN JA OMAISTEN KANSSA.

(Reito ym. 2017). Tavoite on tukea ikääntyneen mobilisaatiota, elämänhallintaa ja kykyä selvittää päivittäisistä toiminnoista, kun terveys ja toimintakyky ovat heikentyneet. Kuntoutuksen tulisi kohdentua laaja-alaisesti fyysisiin, psyykkisiin ja kognitiivisiin voimavaroihin sekä kuntoutujan ympäristöön muun muassa vahvistamalla tukea sosiaaliselta verkostolta (Pitkälä ym. 2007).

Geriatrisen osastokuntoutuksen päämäärä on kotiuttaa potilas mahdollisimman nopeasti ja turvallisesti. Kotiutusprosessi alkaa potilaan saapuessa vuodeosastolle ja jatkuu koko hoitajakson ajan, kunnes potilas siirtyy kotiinsa tai jatkohoitoapaikkaan. Kotiutus edellyttää tiivistä yhteistyötä sekä hoitotiimissä että potilaan ja tämän omaisten kanssa. Pitkittänyt sairaalassaoloaika lisää komplikaatioita, kuten infektioita, vaikeuttaa kotiin palaamista ja altistaa uudelle sairaalajaksoille. (Lämsä 2013; Åberg & Ehrenberg 2017.)

Tukeakseen lonkkamurtumapotilaan kuntoutumista ja kotiutumista moniammatillisen hoitotiimin on välttämätöntä saavuttaa kokonaisvaltainen näkemys kuntoutujan tilanteesta, mikä vaatii moninäkökulmaista yhteistyötä (Mäntynen 2007; Paasivaara & Isola 2007; Nancarrow ym. 2013; Salmelainen & Mäki 2013). Lonkkamurtumapotilaan geriatrinen kuntoutus toteutuu parhaiten pitkälle koulutetuissa, erikoistuneissa ja yhteistyössään hioutuneissa moniammatillisissa tiimeissä ja verkostoissa (Pitkälä ym. 2007; Reito ym. 2017; Salmelainen 2008).

Kuntoutustiimissä omahoitaja on keskeinen toimija asiakaslähtöisen hoidon toteutumiseksi. Hän toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä ja vastaa potilaan hoidosta hoitajakson alusta kotiutumiseen asti. Omahoitaja tekee hoitotyötä koskevia päätöksiä itsenäisesti ammatin itsemääräämisoikeuden puitteissa. (Laakso & Routasalo 2001.) Yksilövastuisten hoitotyön filosofiassa korostuvat keskeiset hoitotyön

arvot, kuten potilaskeskeisyys, hoidon jatkuvuus, kattavuus ja koordinointi (Virtanen 2002).

Yksilövastuinen hoitotyö lisää potilaan mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa ja sitä koskeviin päätöksiin (Haapala & Hyvönen 2002). Se mahdollistaa samalla sairaanhoitajan tehtävänkuvan muuttamisen tehtävien suorittamisesta kohti laajempien kokonaisuuksien hallintaa. Näin yksilövastuinen hoitotyö lisää sairaanhoitajan työn mielekkyyttä ja ammatillista kasvua (Carabetta ym. 2013; Korhonen & Kangasniemi 2013). Se vahvistaa potilaan kokemuksia yksilöllisestä hoidosta ja yhä toimivammasta hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta (Carabetta ym. 2013; Korhonen & Kangasniemi 2013; Nadeau ym. 2016). Yksilövastuinen hoitotyö edellyttää toimivaa moniammatillista yhteistyötä, selkeää vastuunjakoja ja kollegiaalisuutta. Omahoitajan on voitava luottaa saavansa apua ja tukea vaikeissa ja emotionaalisesti kuormittavissa tilanteissa. (Carabetta ym. 2013; Korhonen & Kangasniemi 2013.)

TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEEN METODOLOGISET RATKAISUT

Työelämän tutkimusavusteisen kehittämisen merkitys ilmenee kehittämisen ja tutkimuksen risteämiskohdissa. Kuntoutusosastolla se sai tukea dialogisista menetelmistä.

Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen

Kehittämismenetelmästä ei ole olemassa yksiselitteistä käsitteellistä ymmärrystä (Seppänen-Järvelä 2006). Se on kuitenkin lähtökohdaltaan järjestelmällinen menettelytapa, jolla pyritään asetettuun tavoitteeseen. Näin kehittäminen on luonteeltaan tavoitteellisesta ja instrumentaalista toimintaa. Tavallisesti kehittämismenetelmät nojaavat oletukseen siitä, että asianomaisella menetelmällä saadaan aikaan tavoiteltuja ja toivottuja tuloksia. Niiden keskeinen merkitys tulee esiin kehittämisen ja tutkimuksen risteämiskohdissa. Kehittämismenetelmä on konsepti, johon sisältyy menetelmälle ominainen kommunikoinnin tapa ja käsitys toimijoihin liittyvistä odotuksista, rooleista ja tehtävistä. (Seppänen-Järvelä 2006.)

Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen pohjautuu toimintatutkimukseen, jossa tutkimus niveltyy kehittämistoimintaan. Siinä tuetaan työyhteisöjen kehittämistoimintaa tutkimustietoon perustuvalla tietämyksellä ja korostetaan kehittämistoiminnassa syntyvää uutta konseptuaalista ja yleistettävää tietoa. (Hyötyläinen 2007.)

Tutkimusavusteisen kehittämistoiminnan kaksosuolonne tarkoittaa ensinnäkin tieteellisen tiedon ja tutkimuksen hyödyntämistä ja soveltamista kehittämistoiminnassa. Toiseksi se mahdollistaa kehittämistoiminnasta saatavan tiedon käyttämisen tutkimustarkoituksiin. Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen on käytäntöä palvelevaa mutta tutkimuksellisessa mielessä perusteltua. (Hyötyläinen 2007; Seppänen-Järvelä 2006; Toikko & Rantanen 2009.)

Hankeessamme kehittämistoiminnan lähtökohta oli tieto, joka tuotettiin työpajoissa dialogisin menetelmin, jonka tutkijat jäsensivät käsitteelliseen muotoon ja jota on hyödynnetty työpajoissa kehittämistoiminnan prosessissa. Olennaista oli jatkuva oppiminen, oppimisen reflektointi yhteisöllisesti kehittämisen työpajoissa ja yksilöllinen reflektointi.

Tieto ja kokemus nousivat esille toimijälähtöisessä reflektoinnissa ja yhteistoiminnallisessa dialogisuudessa. Reflektio mahdollistaa tietoiseksi tulemisen omista havainnoinnin, ajattelun ja tuntemisen tavoista (Toikko & Rantanen 2009). Kehittämisen työpajat olivat reflektion kotipesiä, joissa peileinä toimivat muun muassa tutkijoiden tuottamat käsitteelliset kiteytykset kehittämisen ytimessä olevasta asiasta.

Dialogiset menetelmät

Kehittämistoiminta toteutettiin dialogisilla oppimiskahvila- ja ihannetilamenetelmillä. Oppimiskahvila on ryhmätyömenetelmä, jossa osallistujat pyrkivät saavuttamaan yhteisen ymmärryksen käsiteltävästä aiheesta tarkastelemalla sitä eri näkökulmista dialogissa. Ihannetilassa hahmotellaan tulevaisuuden ihannetilaa ja pohditaan yhdessä, mitä konkreettisia toimia siihen pääseminen vaatii. Dialogiset menetelmät sopivat kehittämistoimintaan, sillä dialogia luonnehtivat yhdessä etsiminen, toisen kuunteleminen,

kiinnostus toisen näkemyksiä kohtaan ja keskinäinen luottamus (Arnkil 2006; Hytönen 2002).

Prosessimaisessa kehittämisessä työpajojen tehtävä oli syventää tuotettua tietoa kehittämisen näkökulmasta. Näin tehdessä kehittämis- ja tutkimustoiminnassa ei luotettavuuden kannalta ole oleellista se, että kaikki osallistuvat kaikkiin työpajoihin. Sen sijaan luotettavuutta tai pätevyyttä arvioidaan kehittämisen tuottaman tiedon tai käytännön merkityksellisyyden kautta (Huttunen ym. 1999).

Dialogisen kehittämisen työpajoja toteutettiin kolme. Ne kestivät kolmesta neljään tuntiin kerrallaan ja ajoittuivat vuoden 2016 toukokuusta joulukuuhun.

Työpajojen osallistujat olivat kuntoutusosaston hoitohenkilökuntaa; lääkäreitä ei ollut mukana. Kokoonpano pohjasi hoitohenkilökunnan toiveeseen pohtia työtä ja sen kehittämistä oman ammattiryhmän näkökulmasta. Mahdollisuus peilata omaa työtä muiden potilaiden kotiutuksesta vastaavien tahojen, kuten lääkäreiden, sosiaalityöntekijöiden ja omaisten, työnkuviin ja rooleihin tukee hoitajien ammattidentiteettiä ja työkulutturia (Eriksson-Piela 2003).

Työpajoihin osallistui 25 työntekijää: 11 sairaanhoitajaa, 11 lähihoitajaa ja kolme fysioterapeuttia. Osallistujien keski-ikä oli 44 vuotta, ja ikäjakauma ulottui 26 vuodesta 64 vuoteen. Hoitoalan työkokemusta osallistujilla oli keskimäärin 16,1 vuotta (SD = 13,8).

Tutkimus- ja kehittämistoiminta kuuluu Suomen Akatemian Strategisen tutkimusneuvoston vuosina 2016–2019 rahoittamaan ”Osaavan työvoiman varmistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon murroksessa” -hankkeeseen. Se on käynyt läpi eettisen ennakoarvioinnin ja saanut tutkimusluvan kohdeorganisaation kotikunnalta. Tutkimus- ja kehittämistoimintaa on toteutettu eettisten periaatteiden mukaan: esimerkiksi aineiston analyysi ei ole vaatinut hoitohenkilökunnan jäsenten erottelua ammattittain.

Tutkijoiden ammatillinen yhteys kehittämiskoh-teeseen on rakentunut vuosien varrella osastolla toteutetuissa opiskelija- ja kehittämishankkeissa. Tutkimuksessa heidän roolinsa oli samansuuntainen kuin aiemmassa yhteistyössä. Työpajojen yhteydessä toteutettiin fokusryhmähaastattelut, joissa haastattelijoina toimivat kolme hankkeen tutkijaa. Niihin päädyttiin, koska ne mahdollistivat ryhmän sisäisen

vuorovaikutuksen paremmin kuin tutkijavetoiset ryhmähaastattelut (Pietilä 2017).

Ensimmäiseen työpajaan osallistui kahdeksan hoitohenkilökunnan jäsentä. Tavoite oli tunnistaa potilaan kotiutusta koskevia ongelmakohtia, joista muodostuu kuormitustekijöitä hoitotyön arjessa sekä löytää niihin alustavia ratkaisuja. Työpaja toteutettiin oppimiskahvilana. Aihetta lähestyttiin kolmen teeman avulla: 1) haasteet, 2) ratkaisukeinot haasteisiin sekä 3) verkostojen rooli haasteissa ja niiden ratkaisuisa.

Toinen työpaja järjestettiin lokakuussa 2016, ja siihen osallistui osaston koko henkilökunta lääkäreitä lukuun ottamatta. Ensin tutkijat esittelivät ensimmäisen työpajan tulokset ja tulkitsivat niitä käsitteellisellä tasolla sekä peilaten tuloksia tutkittuun tietoon työelämän tutkimusavusteisen kehittämisen periaatteiden mukaisesti. Tavoite oli tuottaa kuntoutusosaston toimintaa koskevia kehittämissuhteita. Työskentelyssä käytetyllä ihannetila-menetelmällä tuotettiin ihannetilakuvauksia todettuihin haasteisiin.

Kolmannessa työpajassa hoitohenkilökunta reflektoi ehdotettua työkäytännön muutosta työntekijän, potilaan, moniammatillisen tiimin ja koko työyhteisön näkökulmasta. Siihen osallistui kahdeksasta

kymmeneen hoitohenkilökunnan jäsentä; kaikki eivät olleet läsnä koko aikaa.

AINEISTO JA AINEISTON ANALYYSI

Fokusryhmähaastatteluina tuotettu haastatteluaineisto analysoitiin ensin induktiivisella sisällönanalyysillä. Se on aineistolähtöinen analyysi, jossa edetään yksittäisistä havainnoista yleisiin väitteisiin ja teoreettisiin jäsenyyksiin ja kiteytyksiin. Aineisto on siinä tärkeä tutkimuksen teoreettisen ymmärryksen jäsentymisessä ja rakentumisessa.

Induktiivinen sisällönanalyysi toteutettiin siten, että omahoitajien työkäytänteitä koskevia haasteita ja ratkaisuehdotuksia tarkasteltiin hoitajien, potilaiden ja moniammatillisen tiimin näkökulmasta. Analyysi eteni alkuperäisilmaisuista laajempiin teemoihin ja lopuksi käsitteelliseen jäsenyykseen (**kuvio 1**).

Moninäkökulmainen lähestymistapa aineiston analyysissä palveli narratiivista analyysia, sillä se laajensi kontekstin ymmärtämistä eri toimijoiden näkökulmasta. Induktiivisen analyysin jälkeen luotiin kaksi narratiivista kertomusta kuvaamaan tuloksia (Polkinghorne 1995).

OMAOITAJIEN TYÖKÄYTÄNTEISIIN LIITTYVÄT HAASTEET

**Potilaiden
turvattomuuden
kokemukset:**
potilaan passivoituminen,
ylihoitaminen, haastavat
omaiset

**Moniammatillisen
työskentelyn haasteet:**
ylimääräinen työ, työn
kuormittavuus, potilaan
kotiutuksen viivästyminen

**Kirjaamiseen liittyvät
haasteet:**
kirjaamisen
epäjohdonmukainen
hyödyntäminen
kotiutusprosessissa



K
E
H
I
T
T
Ä
M
I
N
E
N



RATKAISUEHDOTUKSET OMAOITAJIEN TYÖKÄYTÄNTEIDEN KEHITTÄMISEKSI

**Moniammatillisen
tiimin toimijoiden
tehtävien, vastuiden
ja toimintatapojen
selkiyttäminen:**
ajantasainen tieto
potilaan tilanteesta
moniammatillisen
työskentelyn pohjaksi,
yhteistyön selkiyttäminen
kotihoidon kanssa

**Kirjaamiskäytänteiden
kehittäminen:**
kirjaaminen
kokonaisvaltaista
toimintakykyä
kartoittavaa ja kuvaavaa,
kirjaamisen ajantasaisuus
ja johdonmukaisuus

Kuvio 1. Omahoitajien kuvaamat haasteet ja niiden ratkaisuehdotukset.

Narratiivinen analyysi on laadullinen menetelmä, jolla jäsennetään, miten tutkittava ilmiö hahmottuu kertomuksen kaltaisena rakenteena. Ensin laadittiin alustava kertomuksen konteksti toimijoihin. Tulokset järjestettiin kertomukseen siten, että ne mahdollistivat juonellisen kertomuksen, jolla on alku, keski-kohta ja loppu. Sitten kertomuksille luotiin toimijat, jotka toivat toimijuudessaan, tunteissaan ja kokemuksissaan esille kertomuksen sisällön.

Kertomusten päähenkilöt ovat 30-vuotias lähihoitaja Saara ja hänen potilaansa: 83-vuotias Ilmari, 80-vuotias Salme ja 66-vuotias Kaarina. Muut keskeiset hahmot ovat Ilmarin poika Ville sekä Saaran hoitajakollegat Teea ja Lea. Hoitaja- ja potilaskuvaukset eivät kuvaa ketään yksittäistä hoitajaa tai potilasta sellaisenaan, vaan ne ovat tyyppikuvauksia, jotka tiivistävät esimerkiksi haastatteluaineistossa kuvatut potilaat havainnollisiin tyypeihin.

Narratiivisuudessa tietämisen tavat voidaan jakaa kahteen kategoriaan: paradigmaattiseen ja narratiiviseen. Edellisessä yksi kertomus rakentuu useasta tarinasta luokittelun ja tematisoinnin kautta ja tuottaa esimerkiksi tyyppikertomuksen. Jälkimmäisessä taas narratiivinen juoni rakentuu useasta ei-tarinallisesta haastattelusta, ja tuloksena on yksi kertomus. (Polkinghorne 1995.) Narratiivisuuden kautta kuvatuista tapahtumista tuotetaan ymmärrettävä kertomus (Gergen 1994). Kertomuksessa ei kopioida todellisuutta, vaan sen kautta tuotetaan uudenlainen ymmärrys ja näkemisen tapa (Heikkinen 2015).

TULOKSET

Kun työn ongelma-kohtia saatiin paikannettua työpajoissa, niihin oli mahdollista kehittää yhdessä ratkaisuja.

Työkäytänteiden haasteet

Työnsä haasteiksi omahoitajat nimesivät potilaiden turvallisuuden kokemukset, moniammatilliseen työskentelyyn ja potilasta koskevien hoitotietojen kirjaamista koskevat haasteet. Turvallisuuden kokemukset ilmenivät muun muassa potilaiden haluttomuutena kotiutua sairaalasta. Ne näkyivät

myös siten, että potilaat tukeutuivat yhä enemmän omahoitajaansa, heidän omatoimisuutensa väheni ja he passivoituivat. Etenkin useiden viikkojen pituiset hoitosuhteet mahdollistavat emotionaalisen kiintymyssuhteen omahoitajaan. Parityöskentely antaa hoitajille mahdollisuuden jakaa työtaakkaa ja saada kollegiaalista tukea haastavissa tilanteissa. Kuntoutusosastolla työnkuviin sisältyvät vastuut olivat kuitenkin epäselviä, mikä lisäsi työn kuormittavuutta.

Omahoitajat toivat esille halunsa tehdä työnsä tunnollisesti ja myötätuntoisesti, ammattieettisten arvojen mukaisesti. Useita toimintakykyä alentavia sairauksia sairastava vanhus passivoituu usein sairaalajakson aikana, jolloin hänen toimintakykynsä heikkenee entisestään. Asiat, jotka ennen sairaalaan joutumista eivät ole olleet ongelmallisia, saattavat potilasaikana kääntyä elämänhallintaa heikentäviksi tekijöiksi. Turvattomuuden kokemukset ja heikentynyt toimintakyky voivat yhdessä johtaa potilaan ylihoitamiseen ja -huolehtimiseen tilanteissa, joissa hoitajat joutuvat tekemään oman työnsä lisäksi kollegojensa töitä. Toisin sanoen, kun omahoitajan aika ei kiireessä riitä runsaasti aikaa ja läsnäoloa vaatimaan kuntouttavaan hoitotyöhön, hän alkaa tehdä asioita potilaansa puolesta.

Epäselvät vastuut kotiutusprosessista vastaavan moniammatillisen tiimin toimijoiden työtehtävissä tuottavat omahoitajille lisätöitä. Sairaalan riittämättömät sosiaalityön resurssit taas aiheuttavat sen, että omahoitajat joutuvat hoitamaan sosiaalityöntekijöille kuuluvia tehtäviä. He joutuvat pitämään huolta ja tarkistamaan, että potilaan kotona on tehty kotiuttamisen edellyttämät, pärjäämiseen tarvittavat muutostyöt.

Työn kuormittavuutta lisäävät erilaiset potilaspersoonat, joiden omintakeisten toimintatapojen kanssa omahoitajat työskentelevät ja luovivat. Vaihtuva henkilökunta erilaisine kulttuurisine ja etnisine taustoineen tuo työhön oman kuormittavan elementtinsä.

Omaisten odotuksia leimaa toive siitä, että hoitajat pitävät huolta kaikista potilaan asioista sairaalajakson aikana, ja että he esimerkiksi saisivat levätä, kun läheiset ovat sairaalassa. Omaisten kotiutumista

TYÖKIIREISSÄÄN SAARA ON ALKANUT HOITAA ILMARIA YLI TARPEEN.

koskevat toiveet eivät aina ole yhdenmukaisia moniammatillisen tiimin päätösten kanssa. Toisinaan potilas kotiutetaan itsemääräämisoikeuden nimissä, vaikka se ei olisi hoitohenkilökunnasta tämän edun mukaista. Tällöin omahoitaja joutuu eettisesti haastaviin tilanteisiin.

Kertomus multitaskaavasta omahoitajasta

Saara on 30-vuotias lähihoitaja, joka on työskennellyt geriatrisella kuntoutusosastolla kolme vuotta. Hän on ollut kahden kuukauden ajan omahoitajana 83-vuotiaalle Ilmarille, jonka kuntoutuminen mahdollistaisi kotiutumisen. Ilmari ei kuitenkaan halua kotiin eikä hoitolaitokseen, sillä pitkän sairaalahoitajakson aikana hän on tottunut sairaalan rutiineihin ja kokee olonsa siellä turvallisiksi.

Ilmari hyväksyy hoitajakseen vain Saaran ja suhtautuu varahoitajiinsa aggressiivisesti. Saara on keskustellut asiasta Ilmarin varahoitajan Teean kanssa, ja he ovat voineet jakaa hoidon aiheuttamaa kuormitusta toisiaan tukien. Potilasaikanaan Ilmari on passivoitunut ja vaatii Saaralta apua sellaisissakin asioissa, joista selvisi aiemmin itsenäisesti. Työkiireissään Saara on alkanut hoitaa Ilmaria yli tarpeen: hän tekee asioita potilaansa puolesta, sillä omatoimisuuteen ohjaaminen veisi liikaa työaika.

Ilmarin 50-vuotias poika Ville on ollut yhteydessä Saaraan ja kertonut olevansa huolestunut siitä, että isää ollaan kotiuttamassa. Hän on uhannut ottaa yhteyttä mediaan, ellei isän sairaalahoitoa jatketa. Villen mielestä isä ei vielä pärjää kotona yksin, eikä hänellä ole mahdollisuutta olla isänsä tukena.

Osastonhoitaja on Saaran toiveesta ollut asiasta yhteydessä Villeen ja kertonut, mihin kriteereihin, muun muassa mittareihin ja moniammatillisen tiimin päätökseen, kotiutus päätös perustuu. Osaston-

hoitaja kertoo, että kotihoito tukee Ilmaria kotona pärjäämisessä ja että hän voi tarpeen vaatiessa olla yhteydessä kotiutus päätöksestä vastaavaan lääkäriin. Keskusteltuaan osastonhoitajan kanssa Ville rauhoittuu ja ymmärtää isänsä kotiutuksen syyt.

Ilmari pyytää Saaraa puhumaan puolestaan seuraavassa osaston tavoitekokouksessa. Hän toivoo Saaran ottavan esiin toiveen jäädä osastolle. Saara lupaa toimia Ilmarin ”asianajajana” mutta kokoukseen valmistautuessaan hän on ahdistunut, sillä tietää joutuvansa tuottamaan pettymyksen potilaalleen. Kokoukseen kävellessään Saara jo miettii, milloin olisi otollisin aika kertoa Ilmarille huonot uutiset. Saara kokee, että vain hoitajat näkevät potilaiden kokonaistilanteen, mutta eivät kuitenkaan voi aina vaikuttaa kotiutus päätöksiin.

Työvapaidensa takia Saaralla on kahden viikon tauko osaston tavoitekokouksista. Ennen kokousta hän huomaa, että Teea on kyllä kirjannut sähköiseen potilasasiakirjajärjestelmään edellisen tavoitekokouksen päätökset Salmen suhteen, mutta ei ole toiminnut päätösten mukaisesti.

Salme on 80-vuotias entinen englannin opettaja, joka aktiivisena ja sosiaalisena eläkeläisenä haluaisi palata heti kotiin. Muistisairautensa ja huonon fyysisen toimintakykynsä takia hän ei kuitenkaan pärjää yksin ja perheettömänä kotonaan. Tavoitekokouksissa Salmelle on pohdittu vaihtoehtona tuettua asumista tai palveluasumista.

Edellisen kokouksen pohjalta Teean olisi pitänyt selvittää sairaalan sosiaalityöntekijän kanssa Salmen kotiutumista koskevia asioita. Teea ei uskalla tehdä itsenäisiä päätöksiä Salmen hoidosta, koska Saaralla on Salmen omahoitajana vastuu hoidosta. Sekä Saara että Teea ovat sitä mieltä, että selvitystyö potilaan jatkohoitosuunnitelmista kuuluisi moniammatilliselle tiimille eikä omahoitajille, jotka muutenkin kuormittuvat arjen hoitotyössä. Teea tuokin esille, että vastuiden epäselvyudet moniammatillisessa yhteistyössä sekä kirjaamisen epäjohdonmukaisuus ja vaihtuvat lääkärit vaikeuttavat potilaiden hoidon suunnitelmallisuutta. Hän tuhahtaa: ”Ei omahoitaja voi toimia lääkäriä ja sosiaalityöntekijänä!” Teea sanoo, että yhteistyö kotihoidon kanssa ei aina suju ongelmitta.

USEIN VAIHTUVILLA LÄÄKÄREILLÄ ON HAASTEITA PÄIVITTÄÄ TIETONSAA POTILAASTA.

Saara ottaa kokouksessa esille sekä Salmen tilanteen potilaan itsemääräämisoikeuden kannalta että sairaalan tavoitteet nopeista kotiutuksista, jotka taas vaikuttavat Ilmarin tilanteeseen. Hänkin painottaa, että omahoitajat ovat puun ja kuoren välissä ja tuntevat suurta eettistä ristiriitaa, kun kuitenkin haluaisivat tehdä työnsä huolellisesti ja potilaita kunnioittavasti. Kokouksen jälkeen Saara puhuu Teean kanssa Ilmarin ja Salmen tilanteesta. He päättävät keskustella osastonhoitajan kanssa työtään koskevista ongelmista.

Ratkaisuehdotukset työkäytänteiden kehittämiseksi

Hoitajat nimesivät kaksi kehittämiskohdetta, jotka parantaisivat potilaan kotiutusprosessia ja hoitajien työhyvinvointia. Ensinnäkin he pitivät keskeisenä moniammatillisen tiimin toimijoiden tehtävien, vastuiden ja toimintatapojen selkiyttämistä. Toiseksi kehittämiskohteeksi tuli potilaiden hoitoa koskevien kirjaamiskäytänteiden kehittäminen.

Osaston viikoittaisten moniammatillisten tavoitekokousten ongelma on se, että osallistujilla ei ole yhtenäistä ja ajantasaista kuvaa potilaiden kuntoutumisesta ja terveydestä. Etenkin usein vaihtuvilla lääkäreillä on haasteita päivittää tietonsa potilaasta, ja he tukeutuvat hoitajiin potilasta koskevan tiedon lähteenä. Toisinaan potilaan kotiutuksesta on päätetty, mutta se ei toteudukaan suunnitellusti, eikä tieto viivästymisen syistä välttämättä saavuta lääkäreitä. Omatoimiset potilaat eivät puolestaan pidä omahoitajia ajan tasalla selvittämistään asioista, mikä aiheuttaa päällekkäistä työtä.

Ratkaisuna sisäisen tiedonkulun ongelmiin hoitajat ehdottivat, että moniammatillisen tiimin ja tavoitekokouksen roolia terävöitetäisiin foorumiksi, jossa

voidaan neuvotella potilaan kotiutumisesta. Tavoitekokouksissa moniammatillisen tiimin jäsenillä tulee olla ajantasainen tieto potilaiden kokonaistilanteesta. Käytännön parannusehdotuksena ehdotettiin työkalua, joka auttaisi tiivistämään potilaskohtaiset ydintiedot tavoitekokouksiin.

E erityisen haastavaksi hoitajat kokivat yhteistyön sairaalan ulkopuolisten tahojen, esimerkiksi kotihoidon, kanssa. Hoitajien mukaan yhteistyötä tulisi kehittää siten, että kotihoito olisi yhä kiinteämmin mukana kuntoutusprosessissa potilaan koko sairaalaloajan. Kotihoidolta hoitajat toivoivat myös vielä suurempaa ennakoivaa roolia ikääntyneiden itsenäisen asumisen mahdollistajana. Tarvittavat kodinmuutostyöt tulisi tehdä jo silloin, kun ikääntyneen toimintakyky alkaa heiketä eikä vasta sairaalaan joutumisen myötä. Kun moniammatillisen tiimin vastuut selkeytyvät, omahoitaja saa lisää aikaa ja voi konkreettisesti keskittyä potilaan kuntoutukseen ja omatoimisuuden tukemiseen.

Hoidon ja kuntoutuksen perusta on hoitosuunnitelma, jonka laatimisesta ja toteutumisesta omahoitaja vastaa yhdessä potilaan, tämän lähiverkoston ja moniammatillisen tiimin kanssa. Omahoitajat toivat esille kehittämisehdotuksissaan, että kirjaamiskäytänteitä tulisi muuttaa siten, että kirjaaminen olisi potilaan kokonaisvaltaista toimintakykyä kartoittavaa ja kuvaavaa. Näin se antaisi tietoa sekä potilaan fyysisestä että psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä. Kirjaamisen tulisi lisäksi olla ajantasaista, johdonmukaista ja selkeää. Sekä omahoitajan vastuulla tulisi olla kirjattujen tehtävien hoitaminen tasavertaisesti ja kollegiaalisesti.

Hiljaisen, eli potilasasiakirjoihin perustuvan viestinnän tarkoitus on ollut vähentää raportointiin kulunutta aikaa, parantaa potilaskohtaisen kirjaamisen laatua ja kirjausten aktiivista hyödyntämistä. Sen rinnalle kaivattiin kuitenkin vuorojen vaihdon yhteydessä lyhyttä päivitystä potilaiden tilanteesta hoitajien kesken. Hoitajat toivat samoin esille, kuinka työhyvinvointia olisi mahdollista parantaa viikoittaisilla omahoitajien työhajauksella, joissa hoitajat voisivat kollegiaalisesti jakaa työasioitaan.

Osaston henkilökunnan välisen hierarkian purkamisen koettiin tärkeäksi. Hoitajilla on kokonaisvaltaisin kuva potilaan tilanteesta ja sen myötä

SAIRAALAAN ON PALKATTU KAKSI UUTTA SOSIAALITYÖNTEKIJÄÄ.

asiantuntijuutta, jonka merkitys moniammatillisessa yhteistyössä tulisi huomioida yhä tasavertaisemmin. Erityisen tärkeänä pidettiin myös ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden tiimi- ja vuorovaikutustaitojen kehittämistä.

Kertomus moniammatillisesti toimivasta työyhteisöstä

Eräänä aamuna töihin tullessaan Saara kohtaa sairaalan parkkipaikalla Villen, joka on tullut palauttamaan sairaalan apuvälinekeskukseen Ilmarin kainalosauvoja. Ville kertoo, että isä on kuntoutunut hyvin ja osallistuu kotoa käsin tuolijumppaan hyvinvointi-TV:n kautta. Se on kaksisuuntainen, ikäihmisten kotona asumista tukeva televisio, joka tarjoaa interaktiivisia palveluja.

Ville kiittää Saaraa isänsä hyvästä hoidosta. Saara ilahtuu palautteesta. Vaihtaessaan pukuhuoneesta työvaatteitaan hän miettii, että osastolla toteutettu kehittämishanke on todella parantanut sekä potilaiden kotiutusprosessia että hoitajien työhyvinvointia.

Pukuhuoneesta Saara kiiruhtaa osaston tavoitekokoukseen, jossa käsitellään hänen muistisairaana potilaansa, 66-vuotiaan Kaarinan, tilannetta. Tavoitekokouksen käytänteet ovat kehittämistoiminnan myötä jouhevoituneet. Niiden sisältöä on tiivistetty, ja muun muassa keskustelu lääkityksistä on jäänyt kokonaan pois. Puheenjohtajana toimiva osastonhoitaja pitää huolen, että kokous etenee napakasti. Kukin osallistuja on valmistautunut kokoukseen lukemalla lyhyen tiivistelmän jokaisen potilaan tilanteesta.

Osastolla on myös järjestetty koulutuksia kirjaimisesta. Saara on tyytyväinen, sillä nyt kirjaukset ovat aiempaa kuvailevampia ja antavat vielä kattavammin tietoa potilaan kokonaisvaltaisesta toimintakyvystä. Saara kiinnittää huomiota fysioterapeutti Lean kirjaukseen, että Kaarinan kävely sujuu rollaattorilla

varsin hyvin, mutta tämä pelkää kävelyä ja varsinkin kaatumista. Saara päättää keskustella asiasta vielä Lean ja – ennen kaikkea – Kaarinan kanssa.

Tavoitekokouksessa Teea kertoo, että Kaarinan kodin muutostyöt ovat edenneet kotihoidon kanssa hyvässä yhteistyössä. Saaran vapaiden aikana Teea on hoitanut Kaarinan kotiutusta koskevia asioita yhdessä kaupungin kotihoidon uuden työntekijän kanssa. Sairaalaan on palkattu kaksi uutta sosiaalityöntekijää, jotka kumpikin ovat erikoistuneet gerontologiseen sosiaalityöhön. Teea huokaa, että enää hoitajan ei tarvitse huolehtia siitä, onko potilaan sähkölasku maksettu ennen kotiutusta tai harmitella, että kotiutus viivästyy maksamattoman sähkölaskun takia.

Osaston kahvihuoneessa Lea kertoo Saarelle luke-neensa aamulla sanomalehdestä, että kaupungin johto on luvannut lisätä ikäihmisten palveluiden rahoitusta, koska tulevaisuudessa kaupungin väestö on entistä ikääntyneempää. Saaran mielestä myös hoitohenkilökunnan määrää ja koulutusta ikäihmisten hyvästä hoidosta pitäisi lisätä.

Kehittämistoiminnan myötä osaston työntekijöiden työnjaollinen hierarkkisuus on vähentynyt ja kollegiaalisuus on lisääntynyt. Erikoistumiskoulutuksessa olevat lääkärit tunnustavat aiempaa paremmin omahoitajien roolin potilaan tilanteen kokonaisvaltaisena asiantuntijana.

Työntekijöiden kokouksissa on sovittu, että osastolla on ”avoimien ovien ja matalan hierarkian” käytäntö kaikkien potilaiden hoitoon osallistuvien kesken. Saara on uuden käytännön myötä rohkaistunut piipahtamaan lääkärin huoneessa kertomassa potilaiden tilanteesta. Ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden on ollut vaikea sopeutua uuteen käytäntöön, ja heille on jo perehdytyksessä painotettu tasa-arvoisen tiimityön ja vuorovaikutustaitojen merkitystä.

Hoitajille järjestetään viikoittain työnohjauksellinen omahoitajatunti. Edellisellä kerralla Saara toi esille sen, että omahoitajan työaikka on keventynyt, kun moniammatillisen tiimin jäsenten rooleja on kirkaistettu, ja kaikki voivat resurssienkin puolesta hoitaa työnkuvaansa sisältyviä tehtäviä.

Hiljaisen viestinnän tueksi osastolla on otettu käyttöön päivittäinen potilaiden tilannepalaveri vuorojen vaihtuessa. Saarasta ja Teeasta on muotoutunut

KEHITTÄMISTOIMINTA LISÄSI HOITAJIEN YMMÄRRYSTÄ OMASTA TYÖSTÄ.

toisiaan ammatillisesti tukeva työpari. Kumpikin vastaa hoitopäätösten toteuttamisesta riippumatta siitä, toimiiko oma- vai varahoitajana.

Kehittämisen myötä Saaran ja koko osaston hoitohenkilökunnan työtyytyväisyys on parantunut, kun hoitajat voivat keskittyä varsinaiseen hoitotyöhön. Saara sanookin, että tuntuu hyvältä, että voi paneutua yhdessä fysioterapeuttien kanssa potilaan hoitoon ja kuntoutukseen osastolla ja yhteistyöhön omaisten kanssa.

POHDINTA

Työkäytänteiden kehittäminen ikääntyneiden lonkkapotilaiden kuntoutusosastolla antoi hoitajille mahdollisuuden tulla kuulluksi, vaikuttaa ja osallistua työnsä kehittämiseen. Kehittäminen alkoi hoitajien esille nostamista kehittämistarpeista ja halusta kehittää työtä yhteisöllisesti. Työyhteisö pohti ja haki yhdessä ratkaisuja aiempaa toimivampien työkäytänteiden saavuttamiseksi. Kehittämistoiminta lisäsi hoitajien ymmärrystä oman työn sisällöstä kuten myös muiden ammattiryhmien työnkuvasta. Se antoi välineitä moniammatillisen yhteistyön yhä toimivampaan toteuttamiseen hoitotyön arjessa.

Tutkimusten (Jääskeläinen 2013; Loppela 2004) mukaan työntekijöiden mahdollisuus osallistua työn suunnitteluun ja kehittämiseen edistää merkittävästi työhyvinvointia. Tämän vuoksi työn kehittämisen tulisi olla kiinteä osa hoitotyön arkea. Hoitotyötä tekevien työhyvinvoinnin kokemuksella on voimakas yhteys mahdollisuuteen tehdä työn perustehtävä eli hoitotyö hyvin, ja työhyvinvointi heikkenee, kun työn hallinta ja mielekkäisyys vähenevät (Jääskeläinen 2013; Kröger ym. 2018).

Tutkimus- ja kehittämistoiminta nosti samalla esiin useita ammattiryhmien välisen yhteistyön haasteita. Tulokset osoittavat, että moniammatillisen

kuntoutustiimin toimijoiden tehtäviä, vastuita ja toimintatapoja tulee selkeyttää, kotihoito mukaan lukien. Erityisesti tulee kiinnittää huomiota jokaisen toimijan ydinosaamisen kirkastamiseen ja osaamisen mukaisiin vastuisiin ja rooleihin potilaan kuntoutus- ja kotiutusprosessissa. Omaan ammatilliseen rooliin kuuluvien rajojen hämärtyminen vaikeuttaa ja heikentää asiantuntijan oman osaamisen tunnistamista ja yhteisen tavoitteen saavuttamista (Isoherranen 2012).

Kuten useat tutkijat ovat aiemmin esittäneet (Hammar 2008; Hesselink ym. 2014; Isoherranen 2012; Åberg & Ehrenberg 2017) potilaan kuntoutuminen ja turvallinen kotiutuminen toteutuvat ympäristöissä, joissa viestintä ja yhteistyö ovat toimivia. Niiden haasteet pitkittävät potilaan sairaalassaoloaikaa ja lisäävät työn kuormittavuutta.

Moniammatillista yhteistyötä ei ole tunnistettu riittävällä tavalla potilashoidon laadun osatekijäksi (Wiig ym. 2014), ja esimerkiksi hoitajien yhteistyöosaamisessa on todettu haasteita (Meretoja ym. 2015). Moniammatillisuuden aito toteutuminen vaatii niin sanottua uudenlaista ammatillisuutta ja keskinäisen riippuvuuden tunnistamista yhteistyön lähtökohdaksi (Khalili ym. 2014). Vaikka tässä tutkimuksessa kehittämistoiminnan painopiste oli hoitajien työssä, moniammatillisen yhteistyön kehittäminen on jokaisen työyhteisön ja kaikkien ammattiryhmien yhteinen tehtävä.

Moniammatillisen tiimin toiminnan tulee perustua ajantasaiseen tietoon potilaan tilanteesta. Tällöin yhteistyön foorumeiden, kuten tavoitekokousten, toimivuus, sähköiset potilasasiakirjamerkinnot ja potilaan toimintakyky ja hoitoa koskeva dokumentaatio ovat keskeisiä. Ikääntyneen tarpeita ajatellen dokumentaation on todettu välittävän varsin niukasti tietoa ikäihmisten kotona selviytymisestä tai sosiaalisesta toimintakyvystä ja verkostoista. (Salmelainen 2008.)

Tutkimuksemme osoitti, että potilasta ja hänen hoitoaan koskevan kirjaamisen, tiedonvaihdon ja vuorovaikutuksen tulee olla nykyistä monipuolisempaa, kattavampaa ja kuvailevampaa, jolloin sen pohjalta muodostuu yhä kokonaisvaltaisempi käsitys potilaan tilanteesta ja toimintakyvystä.

lökkään lonkkamurtumapotilaan kuntoutumisesta vastaavan osaston ja verkoston tulisikin päivittää yhdessä kirjaamis- ja kokouskäytänteet. Prosesseja kirjaamistietojen hyödyntämiseksi kuntoutuksen eri vaiheissa tulee selkeyttää, ja kirjaamisen tulee olla ajantasaista ja johdonmukaista. Potilasta koskevan dokumentaation ja tiedon välittämisen käytäntöjen tulee rakentua niin, että ne aidosti tukevat kaikkien ammattiryhmien työtä sekä kollektiivisen tiedon kokoamista ja hyödyntämistä moniammatillisessa päätöksenteossa (Isoherranen 2012).

Työelämän tutkimusavusteisena kehittämisenä toteutetussa hankkeessamme hyödynnettiin ja tuotettiin tutkimustietoa. Menetelmän vahvuus on työelämälähtöinen kehittämisorientaatio, jossa työelämän haasteisiin ja ongelmiin haetaan vastauksia tutkimuksellisessa viitekehyksessä.

Tapaustutkimuksen periaatteiden mukaisesti mielenkiintomme kohdistui käytännön toimintaan ja sen kehittämiseen tiettyssä ympäristössä, joten tutkimustulosten yleistettävyyteen tulee suhtautua kriittisesti. Hanke toteutettiin seitsemän kuukauden aikana, eikä yhdessä tuotettuja kehittämis ehdotuksia kokeiltu käytännössä hankkeen aikana.

Kehittämistoiminnan tulokset kuvattiin kahden narratiivisesti rakentuneen kertomuksen kautta. Narratiivisessa analyysissä kokonaisuus rakentuu haastateltavien kokemuksista ja näkökulmista laajemmaksi juonelliseksi kertomukseksi, joka ilmaisee aina jotain oleellista yhteisön toimintatavoista ja kulttuurista. Juonellinen kertomus kuvaa sen,

millaisena kertomuksena tutkimuskohde ilmenee kulttuurissa tai yhteiskunnassa.

Työelämän yhteiskehittämisen käytänteet ovat uusi normaali, joiden myötä työelämän kehittämisvastuu on valunut yhä enemmän työyhteisöihin. Myönteisistä vaikutuksista huolimatta yhteiskehittämiseen sisältyy myös riskejä, jotka tulee huomioida ja ymmärtää kehittämistoiminnassa. Työyhteisöjen kehittämistoiminnalla ei voi eikä saa korvata tai korjata puuttuvia resursseja tai toimimattomia rakenteita (Hoppania ym. 2017). Sote-uudistuksen ytimessä oleva asiakaslähtöisyyden toteutuminen vanhustyössä vaatii ensisijaisesti toimivia rakenteita ja työkäytänteitä sekä riittäviä resursseja, kuten julkinen keskustelu vanhusten hoidon tilasta keväällä 2019 osoittaa.



PIIA SILVENNOINEN
YTT, yliopettaja
Laurea-ammattikorkeakoulu



KIRSI RONKAINEN
TtM
lehtori
Laurea-ammattikorkeakoulu

Kiitämme yliopettaja Soile Juujärveä yhteistyöstä työpajojen toteuttamisessa.

LÄHTEET

- Arnkil, R. (2006). Tulevaisuusdialogi ja dialogin tulevaisuus. *Aikuiskasvatus* 28(2), 104–114.
- Arola, M., Laulainen, S. & Pehkonen, A. (2018). Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden käsityksiä organisaatiokansalaisuuden piirteistä. *Työelämäntutkimus – Arbetslivsforskning* 16(1), 33–48.
- Carabetta, M., Lombardo, K. & Kline, N.E. (2013). Implementing Primary Care in Perianesthesia Setting Using a Relationship-Based Care Model. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 28(1), 16–20.
- Gergen, K. (1994). *Realities and Relationships: Soundings in Social Construction*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press.
- Eriksson-Piela, S. (2003). *Tunnetta, tietoa vai hierarkiaa? Sairaanhoidon moninainen ammatillisuus*. Acta Universitatis Tamperensis 929. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Eskelinen, T., Harjunen, H., Hirvonen, H. & Jokinen, E. (2017). Alkusanat. Teoksessa Eskelinen, T., Harjunen, H., Hirvonen, H. & Jokinen, E. (toim.) *Tehostamistalous*. Jyväskylä: SoPhi, 5–15.
- Haapala, T. & Hyvönen, K. (2002). Omahoitajan toiminnan itsearviointikriteerien laatiminen ja niiden arviointi. Teoksessa Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.) *Minun hoitajani – Näkökulmia omahoitajuuteen*. Helsinki: Tammi/Hygieia, 38–55.
- Hammar, T. (2008). *Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus*. Tutkimuksia 179: Helsinki: Stakes.
- Heikkinen, H.L.T. (2015). Kerronnallinen tutkimus. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin* 2. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus, 149–167.
- Heponiemi, T., Sinervo, T., Räsänen, K., Vänskä, J., Halila, H. & Elovainio, M. (2008). *Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohorttitutkimus – hankkeen loppuraportti*. Stakesin Raportteja 35/2008. Helsinki: Stakes.
- Hesselink, G., Zegers, M., Vernooij-Dassen, M., Barach, P., Kalkman, C., Flink, M., Öhlén, G., Olsson, M., Bergenbrant, S., Orrego, C., Suñol, R., Toccafondi, G., Venneri, F., Dudzik-Urbaniak, E., Kutryba, B., Schoonhoven L. & Wollersheim, H. (2014). Improving patient discharge and reducing hospital readmission by using Intervention Mapping. *BMC Health Service Research* 14, 1–11.
- Hirvonen, H. & Husso, M. (2012). Hoivatyön ajalliset kehyykset ja rytmiristiriidat. *Työelämäntutkimus – Arbetslivsforskning* 10(2), 119–132.
- Hopponia, H.-K., Karsio, O., Näre, L., Olakivi, A., Sointu, L., Vaittinen, T. & Zechner, M. (2016). *Hoivan arvoiset. Vaiva yhteiskunnan ytimessä*. Tampere: Gaudeamus.
- Hopponia, H.-K., Olakivi, A. & Zechner, M. (2017). Johdattamisen rajat vanhushoivassa. Teoksessa Kulmala, J. (toim.) *Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen*. Jyväskylä: PS-Kustannus, 202–224.
- Huttunen, R., Kakkori, L. & Heikkinen, H. L. T. (1999). Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) *Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja*. Jyväskylä: Atena, 111–136.
- Hytönen, T. (2002). Henkilöstön kehittäjät aikuiskasvatuksen toimintakentillä. *Aikuiskasvatus* 22(4), 274–285.
- Hyötyläinen, R. (2007). Tutkimusavusteisen kehittämisen metodologinen kaksoisluonne. Teoksessa Ramstad, E. & Alasoini, T. (toim.) *Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa. Lähestymistapoja, menetelmiä, kokemuksia, tulevaisuuden haasteita*. Raportteja 53. Helsinki: Tykes, 364–388.
- Isoherranen, K. (2012). *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Sosiaalitytieteiden laitoksen julkaisusarja 2012: 18. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Jääskeläinen, A. (2013). *Työyhteisön hyvinvoinnin kehittäminen osallistavilla menetelmillä: toimintatutkimus työhyvinvoinnin kehittämisprosesseista vanhus- ja vammaispalveluja tuottavissa työyhteisöissä Sallassa*. Kasvatustieteiden tiedekunta. Lapin yliopisto. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Khalili, H., Hall, J. & DeLuca, S. (2014). Historical analysis of professionalism in western societies: implications for interprofessional education and collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care* 28(2), 92–97.
- Korhonen, A. & Kangasniemi, M. (2013). It's time for updating primary nursing in pediatric oncology care: Qualitative study highlighting the perceptions of nurses, physicians and parents. *European Journal of Oncology Nursing* 17(6), 732–738.
- Kröger, T., van Aerschot, L. & Puthenparambil, J.M. (2018). *Hoivatyö muutoksessa. Suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa*. YFI Julkaisuja – YFI Publications 6. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Laakso, S. & Routasalo, P. (2001). Changing to primary nursing in a nursing home in Finland: experiences of residents, their family members and nurses. *Journal of Advanced Nursing* 33(4), 475–483.
- Loppela, K. (2004). *Ihminen ja työ – keskustellen työkuuntoon. Työyhteisön kehittäminen työkykyä ylläpitävän toiminnan viitekehyyksessä*. Acta Universitatis Tamperensis 1003. Tampere: Tampereen yliopisto.

- Lämsä, R. (2013). *Potilaskertomus – Etnografia potiluu-
desta sairaalaoaston käytännössä*. Tutkimus 99. Hel-
sinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Kajander-
Unkuri, S., Kuokkanen, L., Flinkman, M. & Ruoppa,
E. (2015). *Sairaanhoidajien ammattipätevyys ja siihen
yhteydessä olevat työhyvinvointitekijät*. Loppuraportti.
Helsinki: Työsuojelurahasto.
- Mäntynen, R. (2007). *Kuntoutumista edistävä hoitotyö
aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniam-
matillisessa kuntoutuksessa*. Väitöskirja. Hoitotieteen
laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Nadeau, K., Pinner, K., Murphy, K. & Belderson, K. (2016).
Perceptions of a Primary Nursing Care Model in Pedia-
tric Hematology/Oncology Unit. *Journal of Pediatric
Oncology Nursing* 34(1), 28–34.
- Nancarrow, S., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby,
P. & Roots, A. (2013). Ten principles of good inter-
disciplinary team work. *Human Resources for Health*
[https://human-resources-health.biomedcentral.com/
articles/10.1186/1478-4491-11-19](https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-19) (1.12.2017).
- Nuotio, M., Jokipii, P., Viitanen, H. & Jäntti, P. (2009). Or-
togeriatria hankkeesta käytäntöön Etelä-Pohjanmaalla.
Suomen Lääkärilehti 64(21–22), 1 985–1 988.
- Paasivaara, L. & Isola, A. (2007). Moniammatillista ja –tie-
teistä yhteistyötä vanhusten parhaaksi. *Gerontologia*
21(2), 55.
- Pietilä, I. (2017). Ryhmäkeskustelu. Teoksessa Hyvärinen,
M., Nikander, P. & Ruusuvoori, J. (toim.) *Tutkimushaas-
tattelun käsikirja*. Tampere: Vastapaino, 111–130.
- Pitkälä, K., Eloniemi-Sulkava, U., Huusko, T., Laakkonen,
M-L., Pietilä, M., Raivio, M., Routasalo, P., Saarenhei-
mo, M., Savikko, N., Strandberg, T. & Tilvis, R. (2007).
Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? *Suo-
men Lääkärilehti* 62(42), 3 851–3 856.
- Polkinghorne, D. (1995). Narrative configuration in qua-
litative analysis. Teoksessa Hatch, J. & Wisniewski, R.
(toim.) *Life History and Narrative*. London: Falmer, 5–23.
- Reito, A., Kuoppala, M., Hokkinen, L., Kyrölä, K. & Pa-
loneva, J. (2017). Kun vanhus kaatuu mutta lonkka
ei murru: yli 70-vuotiaiden potilaiden lantion alueen
murtumien jälkeinen kuolleisuus ja sairastavuus. *Suo-
men Ortopedia ja Traumatologia* 40(3), 186–190.
- Roth, T., Kammerlander, C., Gosch, M., Luger, T.J. &
Blauth, M. (2010). Outcome in geriatric fracture
patients and how it can be improved. *Osteoporosis
International* 21(4), 615–619.
- Salmelainen, U. (2008). *Tiedon välittyminen ja rakentu-
minen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantun-
tijayhteistyö ikäihmisten laitosmuotoisessa kuntou-
tuksessa*. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98.
Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Salmelainen, U. & Mäki, J. (2013). Gerontologisen
kuntoutuksen yhteistyö ja tiedonkulku. Teoksessa
A. Pikkarainen, M. Vaara, & U. Salmelainen (toim.)
*Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus
ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien
yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja
kehittämishankkeen loppuraportti*. Helsinki: Kelan
tutkimusosasto, 259–290.
- Seppänen-Järvelä, R. (2006). Suunnittelurationalismista
hyviin käytäntöihin – Kehittämisen menetelmien ja
ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa Seppä-
nen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) *Kehittämis-
työn risteyskiä*. Helsinki: Stakes, 17–34.
- Toikko, T. & Rantanen, T. (2009). *Tutkimuksellinen kehit-
tämistoiminta*. Tampere: Tampere University Press.
- Virtanen, M. (2002). Yksilövastuuden hoitotyön ihmis-
käsitys. Teoksessa Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.)
Minun hoitajani. Näkökulmia omahoitajuuteen.
Helsinki: Tammi/Hygieia, 9–30.
- Wiig, S., Aase, K., von Plessen, C., Burnett, S., Nunes,
F., Weggelaar, A., Anderson-Gare, B., Calltorp, J. &
Fulopp, N. (2014). Talking about quality: exploring
how 'quality' is conceptualized in European hospi-
tals and healthcare systems. *BMC. Health Services
Research* 14, 478–490.
- Åberg, A.C. & Ehrenberg, A. (2017). Inpatient geriatric
care in Sweden – Important factors from an interdis-
ciplinary team perspective. *Archives of Gerontology
and Geriatrics* 72, 113–120.