



Riitta Jaakkola

AIVOHALVAUSKUNTOUTUJAN SIIRTOMENETELMIÄ KU- VAAVA OHJAUSMALLI

Aivohalvauskuntoutujan liikkumista tukevan toiminnan kehittäminen Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosastolla

AIVOHALVAUSKUNTOUTUJAN SIIRTOMENETELMIÄ KU- VAAVA OHJAUSMALLI

Aivohalvauskuntoutujan liikkumista tukevan toiminnan kehittäminen Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosastolla

Riitta Jaakkola
Opinnäytetyö
Kevät 2011
Ylempi AMK
Kliininen asiantuntija
Oulun seudun ammattikorkeakoulu



*"Et tiennyt minne olit menossa.
Harhailit, väistyt.
Halusin lohduttaa,
ojentaa käteni,
avata oven.
Valo ympärilläsi
kasvatti sinut uudelleen. "*

Kuva: Anna-Maaria Jaakkola
Teksti: Anna-Elina Jaakkola

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

Tekijä: Jaakkola, Riitta
Opinnäytetyön nimi: Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli
Työn ohjaajat: Yliopettaja, TtT Eija Niemelä; Yliopettaja, TtT Pirkko Sandelin; Yliopettaja, TtT Arja Vejjola
Työn valmistumislukukausi ja vuosi: kevät 2011 Sivumäärä: 98 + 5

Tämän kehittämistoiminnan taustalla oli Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosastolle suunnattu kuntoutuskoulutus vuosina 2008–2009. Tässä raportissa on kuvattu aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan ilmenemistä ennen ja jälkeen kehittämistoimintaa. Lisäksi on kuvattu kehittämiseen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena oli kehittää aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevaa toimintaa. Kehittämistoiminta eteni selvittelyvaiheesta suunnittelun ja toteuttamisen jälkeen aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin arviointivaiheeseen.

Kehittämistoiminnan lähestymistapana oli osallistava toimintatutkimus. Alku- ja lopputilanteen aineisto kerättiin moniammatillisesta osallistujaryhmästä koostuvalta hoitohenkilöstöltä (n=9/7) Learning Cafe -pienryhmäkeskustelun avulla. Tulevaisuuden suunnitteluun tähtäävässä vaiheessa kehittämisen lähtökohtana olivat alkutilanteen aineistojen analyysin tulokset sekä tulevaisuuden muistelusta kerätty päiväkirja-aineisto osallistuvan ryhmän jäseniltä (n=4). Toteuttamisvaiheen aineisto muodostui hoitohenkilöstön (n=9) itsearvioinneista sekä kehittämistoiminnan vetäjän reflektiopäiväkirjamerkinnöistä, jotka olivat keskeisenä aineistona koko kehittämisprosessin ajan. Aineistot analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä.

Kehittämistoiminnan tuloksena syntyneen aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin lähtökohtana on kuntoutumista edistävän hoitotyön tunteminen, jossa korostuu kuntoutujan aktiivinen asema. Se merkitsee hoitohenkilöstön näkökulmasta kuntoutujan yksilöllisten tarpeitten tunnistamista sekä hänen voimavarojensa hyödyntämistä siirtomenetelmien ohjaamisessa. Hoitohenkilöstöltä se edellyttää tiedollisen, taidollisen ja asenteellisen tuen antamista. Osallisuus aivohalvauskuntoutujan hoitotyön kehittämiseen, sitoutuminen kehittämistoimintaan ja johdolta saatu tuki olivat ohjausmallin kehittämiseen vaikuttavia tekijöitä.

Tämä kehittämistoiminta tuotti uutta tietoa aivohalvauskuntoutujan hoitotyön kehittämistyöstä. Kehittämistoiminnassa kehitettiin aivohalvauskuntoutujan tarpeita vastaava ohjausmalli, jossa aivohalvauskuntoutuja nähdään aktiivisena osallistujana. Se edellyttää kuntoutujan tarpeiden huomioista yksilöllisesti. Kehittämistoiminnan tuloksia voidaan hyödyntää myös muilla vastaavilla osastoilla. Jatkossa on tarpeellista saada lisää näyttöä ohjausmallin tulosten soveltamisesta ja hyödyllisyydestä sekä muutosten pysyvyydestä aivohalvauskuntoutujan hoitotyössä.

Asiasanat: kuntoutumista edistävä hoitotyö, aivohalvaus, aivohalvauskuntoutuja, aktiivista liikkumista tukeva toiminta

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Expertise

Author: Jaakkola, Riitta
Title of master's thesis: Descriptive Guiding Model of Moving Methods for Stroke Rehabilitators
Supervisors: Principal lecturer PhD Eija Niemelä; Principal lecturer PhD Pirkko Sandelin; Principal lecturer PhD Arja Vejjola
Term and year when the thesis was submitted: Spring 2011 Number of pages: 98+5

The study describes active movements of stroke rehabilitators from a viewpoint of multi professional team before and after developmental project. The study describes also factors contributed to the development of a practice. Aim of the study was to develop supportive activities of active movements for stroke clients. The study was carried through a progress from plan and development of a model to an evaluation and to an estimation of the guiding model of moving methods for stroke rehabilitators.

Implementation of the study was carried through as participating action research. Data of the initial and ending phases were collected in participative group which consisted of multi professional health care team (n=9/7) by using small group discussion (Learning cafe). Baselines of the development in the phase of planning future were analysis results from the initial phase and from a journal which was collected from dialogues with participating team (n=4). The data of action phase was comprised from health care professionals' self evaluations and from reflection journal data of researcher which was data through whole developmental project. The data was analyzed by using qualitative content analyzing method.

Outcome of developmental project was guiding model of moving methods for stroke rehabilitators. The baseline of the project was knowledge of rehabilitation nursing where the activity of rehabilitator was emphasized. The nursing professionals are required to recognize individual needs of the rehabilitators and to take advantage of rehabilitator's physical resources, when counseling moving methods for them. This requires cognitive, expertise and prejudiced support from nursing professionals. Results contributing to development of guiding model were participation into development of stroke rehabilitators nursing, commitment into developing activity and support from management.

The study produced new evidence of development of nursing for stroke rehabilitators. The developed guiding model requires recognition of rehabilitators' individual needs. The produced model of the moving methods for stroke rehabilitators can be used also in other congruent wards. Further research is needed to document applications of results and benefits of guiding model to nursing practice as well as the permanency of change in nursing care of stroke rehabilitators.

Keywords: rehabilitation nursing, stroke, stroke rehabilitator, active movements

SISÄLTÖ

1 KEHITTÄMISTOIMINNAN TAUSTAA	7
1.1 Kehittämisympäristön kuvaus ja hoitotyön kehittäminen osastolla.....	7
1.2 Aiheen valinta ja perustelut kehittämistoiminnalle.....	10
2 KEHITTÄMISTOIMINTAA OHJAAVAT TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT..	14
2.1 Aivohalvauskuntoutujan hoitotyön lähtökohdat	14
2.1.1 Aivohalvaus toimintakyvyn muuttajana.....	15
2.1.2 Aivohalvauskuntoutujan asema hoitotyössä	18
2.2 Aivohalvauskuntoutujan kuntoutumista edistävä hoitotyö	19
2.2.1 Suunnitelmallisuus toiminnan perustana.....	20
2.2.2 Moniammatillisen sitoutumisen merkitys	21
2.2.3 Aktiivista liikkumista tukeva toiminta hoitotyön interventiona.....	23
3 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMIS- JA TUTKIMUSMENETELMÄNÄ	25
3.1 Osallistava toimintatutkimus.....	27
3.2 Kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmämalli ja ekspansiivinen oppiminen kehittämistoiminnan jäsentäjänä	28
3.3 Oma rooli kehittämistoiminnassa.....	32
4 KEHITTÄMISTOIMINNAN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ	34
5 AIVOHALVAUSKUNTOUTUJAN SIIRTOMENETELMIÄ KUVAAVAN OHJAUSMALLIN KEHITTÄMISTOIMINTA	35
5.1 Kehittämistoimintaan osallistujat.....	36
5.2 Kehittämistoiminnan lähtötilanne	36
5.3 Kehittämistoiminnan toteutus	41
5.3.1 Kehittämistoiminnan alkukartoitus	43
5.3.2 Koulutusinterventioiden toteuttaminen	46
5.3.3 Kokeiluvaihe	52
5.3.4 Kehittämistoiminnan loppukartoitus	54
5.4 Kehittämistoiminnan arviointia.....	55

6 TUTKIMUSAINEISTOT JA NIIDEN ANALYSOINTI	60
6.1 Kyselyaineisto	60
6.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineisto	60
6.3 Learning Cafe- ryhmäkeskusteluaineisto	61
6.4 Päiväkirja-aineistot.....	62
6.5 Sisällön analyysi aineistojen analyysimenetelmänä.....	64
7 KEHITTÄMISTOIMINNAN TULOKSET	69
7.1 Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta ennen kehittämistoimintaa	69
7.2 Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin kehittämisen tarve	73
7.3 Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli kehittämistoiminnan jälkeen	75
7.4 Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin kehittämiseen vaikuttavat tekijät.....	82
8 POHDINTA	86
8.1 Kehittämistulosten tarkastelua	86
8.2 Kehittämistoiminnan luotettavuus ja eettiset kysymykset	92
8.3 Johtopäätökset ja jatkokehittämishaasteet.....	97

LÄHTEET

LIITTEET

TAULUKOT, KUVIOT JA LIITTEET

TAULUKKO

- Taulukko 1 Elektronisen tiedonhaun prosessi
Taulukko 2 Kehittämistoiminnan toteutusvaiheen kulku
Taulukko 3 Yhteenveto tutkimusaineiston keräämisestä

KUVIOT

- Kuvio 1 Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan kehittämistoiminnan ulottuvuudet
Kuvio 2 Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin kehittämisprosessin sykliset vaiheet
Kuvio 3 Kehittämisprosessin toimintakokonaisuus
Kuvio 4 Kehittämisprosessin ekspansiivinen oppimisen syklimalli
Kuvio 5 Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien kehittämis- ja tutkimusprosessin ajanjaksot
Kuvio 6 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eteneminen
Kuvio 7 Myötäelävän vuorovaikutuksen keskeiset tekijät
Kuvio 8 Esimerkki analyysin etenemisestä
Kuvio 9 Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan määrittelmä
Kuvio 10 Kehittämistä vaativat alueet
Kuvio 11 Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin määrittelmä
Kuvio 12 Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli
Kuvio 13 Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmän kehittymiseen liittyvät tekijät

LIITTEET

- Liite 1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus
Liite 2 Kehittämiskokous I teemakysymykset
Liite 3 Kehittämiskokous III teemakysymykset
Liite 4 Kuntoutumissuunnitelma

1 KEHITTÄMISTOIMINNAN TAUSTAA

1.1 Kehittämisympäristön kuvaus ja hoitotyön kehittäminen osastolla

Tämä kehittämistoiminta liittyy aivohalvauskuntoutuksen hoitotyön kehittämiseen, joka on toteutettu Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosastolla. Pudasjärvi on noin 9000 asukkaan kaupunki Pohjois-Pohjanmaan pohjoisosassa. Pudasjärven kaupunki kuuluu Oulunkaaren seutukuntaan, joten alueellisen kehittämisen lähin viitekehys liittyy seutukuntaan ja sen kuntien yhteisiin näkemyksiin. Seutukunnan kehittämisohjelmassa on linjattu useita kehittämisalueita, ja toteutus on jalkautettu toimintalinjoittain muodostetuille tiimeille (Pudasjärven kaupungin strategia; Paras-Hanke 2007, hakupäivä 20.12.2010). Vuoden 2010 alussa Pudasjärven sosiaali- ja terveystalvet on liittynyt Oulunkaaren seutukuntaan, jonka yhteisenä päämääränä on palveluiden kehittäminen ja tuottaminen. Oulunkaaren seutukunnan toiminta perustuu laajaan yhteistyöhön sekä toisaalta erikoistumiseen. (Oulunkaaren kuntayhtymän strategia 2011–2016, hakupäivä 20.12.2010.)

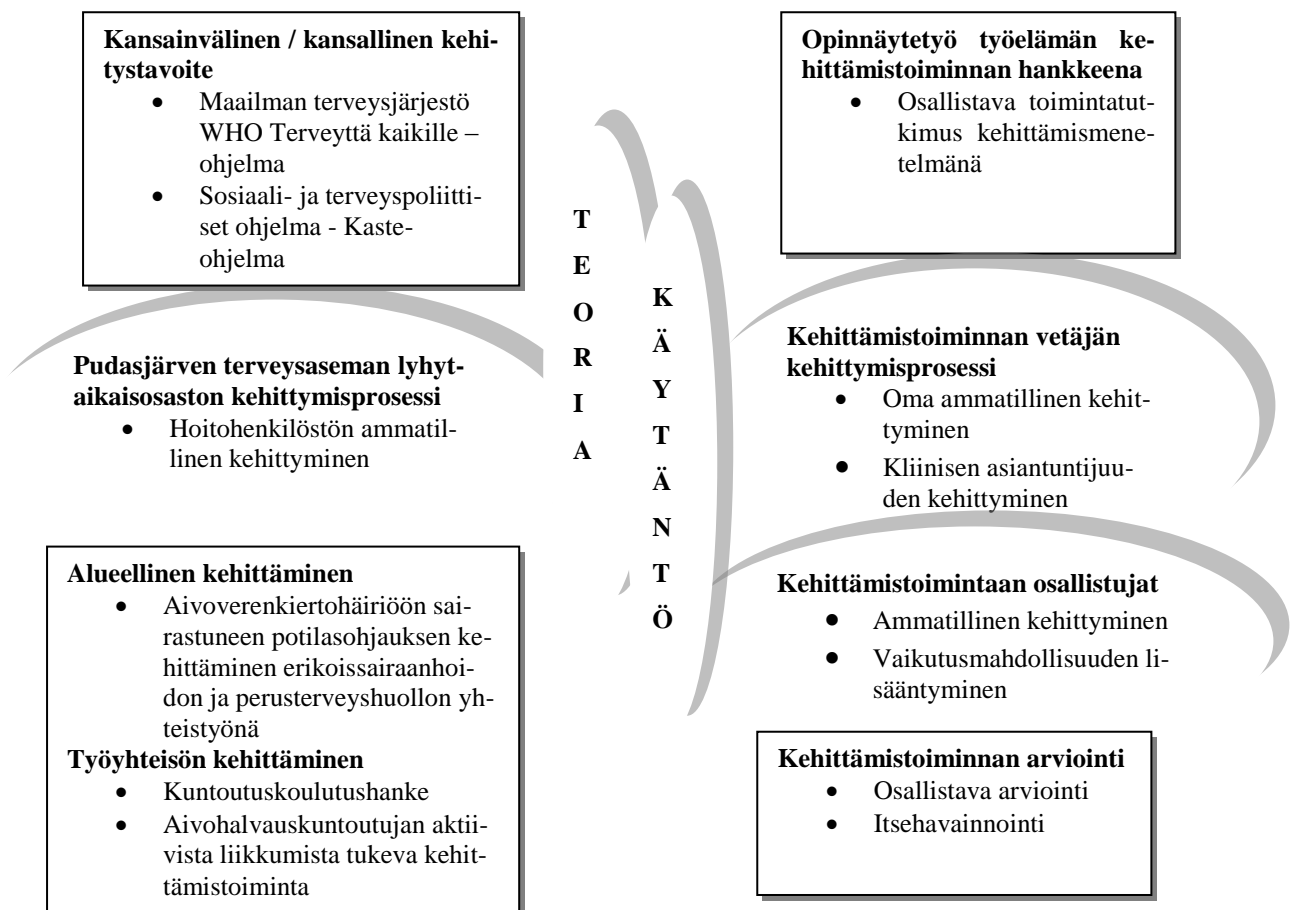
Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosasto on 30-paikkainen vuodeosasto, jossa hoidetaan akuutteja sairauksia sairastavia potilaita. Hoidettavat ovat sisätauti-, kirurgisia, geriatrisia, saattohoito-, psykiatrisia ja päihdeongelmaisia potilaita. Potilaat tulevat osastolle päivystyksen tai erikoissairaanhoidon kautta. Osaston toiminta on ympärivuorokautista, ja hoitoajat ovat keskimäärin 1-7 vrk. Lisäksi osastolla hoidettavilla potilailla on usein pitkäaikaissairauksia, jotka vaikuttavat hoitoaikoihin. Pitkäaikaissairauksiin kuuluvat aivohalvaussairaudet hoidetaan myös lyhytaikaisosastolla. Asiakas- ja potilasnäkökulma on ollut lähtökohtana osaston toimintasuunnitelmaa laadittaessa, joka vastaa Kaste-ohjelman (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008–2011) tavoitteisiin liittyen osallisuuden ja hyvinvoinnin lisääntymiseen sekä palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden paranemiseen. Hoitotyön tavoitteena on sairastuneen kuntoutuminen ja voimaantuminen mahdollisimman pian. Hoitotyön kulmakivinä toimivat lyhytaikaisosastolla vallitsevat arvot. Lyhytaikaisosaston arvoja ovat potilaan yksilöllisyys ja ihmisarvo sekä kokonaisvaltainen hoitotyö. (Kasteohjelman valta-

kunnallinen toimenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011 2009, hakupäivä 15.11.2010; Oulunkaaren kuntayhtymän strategia 2011–2016, hakupäivä 20.12.2010.)

Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosastolla työskentelee 13 sairaanhoitajaa, joista kaksi toimii sisäisenä sijaisena. Lisäksi osastolla on 10 lähihoitajaa, yksi fysioterapeutti, osastolääkäri sekä osastonsihtööri. Lyhytaikaisosastolle järjestetään tarvittaessa mielen-terveyspalvelua, puheterapeutin sekä toimintaterapeutin palvelua. Oulunkaaren seutukunnan henkilöstöpoliittinen tavoite on osaava, motivoitunut ja hyvinvoiva henkilöstö (Oulunkaaren kuntayhtymän strategia 2011–2016, hakupäivä 20.12.2010). Tämä merkitsee sitä, että hoitotyötä pyritään kehittämään Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosastolla usealla sektorilla jokaisen sairaanhoitajan omalla vastuualueella. Hoitotyön kehittämisen vaikutukset näkyvät henkilöstön osaamisen kehittämisenä, joka liittyy läheisesti Kaste-ohjelman (2008–2011) tavoitteisiin. Osaamisen lisäämisellä sitoudumme myös perusterveydenhuollon vahvistamiseen ja integrointiin erikoissairaanhoidon kanssa (Hallitusohjelma 2007, 4; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2009, 7,10; Kasteohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011 2009, 11–14, hakupäivä 15.11.2010). Aivohalvauskuntoutujan kohdalla se merkitsee sitä, että lähes kaikki hoito ja kuntoutus tapahtuu perusterveydenhuollon piirissä, jolla on vaikutusta myös kustannustehokkuuteen. Lisäksi kehittämistoiminta nähdään osana ammatillista arkityötä (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 17), joka tukee hoitohenkilöstön rohkeutta kehittää omaa vastuualuettaan osastotyöskentelyssä.

Yhteiskunnallinen tilanne eri aikakausina on vaikuttanut hoitotyön osaamisen kehittämiseen luoden uusia tarpeita ja haasteita hoitotyön toiminnoille. Aivohalvauskuntoutujan kohdalla tämän päivän osaamisen kehittämisen ydinkysymys on kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittäminen. Kuntoutumista edistävää toiminnan keskeisinä tekijöinä ovat kuntoutujan aktiivinen asema ja oma osallisuus. (Kuntoutusselonteko 2002, 3, hakupäivä 16.2.2010). Routasalon, Arven, Aarnion ja Saarisen (2003, 24–30) tutkimuksessa nousi esille se, että kuntoutujan aktiivisuus omaan kuntoutumisprosessiin ei aina toteudu. Tämän vuoksi on tärkeää kehittää sellaisia interventioita, joiden tavoitteena on kuntoutujan omien voimavarojen tukeminen sekä kuntoutujan aktiivinen osallistuminen. Myös Kaste-ohjelmassa vuosille 2008–2011 korostuu potilaan vastuun ottaminen omasta terveydestään. Tavoitteena on edistää osallistumista omaan hoitoon sekä lisätä riippumattomuutta ja itsenäisyyttä. (Kasteohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunni-

telma vuosille 2008–2011 2009, hakupäivä 15.11.2010). Aivohalvauskuntoutujan kohdalla kehittämisen muutokset ovat kohdistuneet Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosastolla kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämiseen. Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosasto oli mukana kehittämässä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan potilasohjausmallia. Potilasohjauksen kehittämishankkeen (2006–2008) tavoitteena oli kehittää potilasohjauksen laatua ja tehostaa yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä (Lipponen 2006, hakupäivä 10.4.2011). Lisäksi lyhytaikaisosaston viimeisin koko henkilöstölle suunnattu kuntoutuskoulutus on tukenut aivohalvauskuntoutujan hoitotyön kehittämistyötä (Veijola 2008). Kuntoutuskoulutushanke on avartanut näkemystä ja lisännyt varmuutta hoitotyön kehittämisen onnistumiselle osaston hoitohenkilöstölle. Olen kuvannut kuviossa 1. aivohalvauskuntoutujan hoitotyön kehittämisen eri ulottuvuudet tässä kehittämistoiminnassa (Siira & Veijola 2009, hakupäivä 13.4.2011).



KUVIO 1. Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan kehittämistoiminnan ulottuvuudet (mukaillen Siira & Veijola 2009)

Seppänen-Järvelä ja Vataja (2009, 26–29) mainitsevat teoksessaan, että parhaimmillaan työyhteisön kehittämisprosessi kytkeytyy osaksi laajoja kehittämislinjauksia. Tässä kehittämistoiminnassa yhdistyy eri kansalliset ja alueelliset kehittämislinjaukset. Lisäksi kehittämistoiminta liittyy työyhteisön kehittämiseen, hoitohenkilöstön sekä omaan oppimis- ja kehitymisprosessiin kliinisen hoitotyön osaamisen kehittämisen alueella. Työyhteisölähtöiselle kehittämisotteelle merkittävää on se, että työntekijät kokevat vaikuttamismahdollisuutensa paremmiksi ja sitä kautta myös tasa-arvon lisääntyneeksi. Oman oppimisprosessin taustalla vaikuttaa ylemmän ammattikorkeakoulututkintoon liittyvät tutkintovaatimukset kliinisen asiantuntijuuden kehittymisestä sekä tämän opin näytetyön liittäminen työelämän kehittämismenetelmiin. Kliinisen asiantuntijuuden kehittäminen liittyy läheisesti myös osaamisen johtamisen kehittämiseen. Osaamisen johtaminen edellyttää sitoutumista asioiden, ihmisten sekä tiedon johtamiseen. Lisäksi tässä kehittämistoiminnassa yhdistyy monitieteinen teoreettinen tieto sekä käytännön kokemuksen kautta saatu hiljainen tieto. (Siira & Veijola 2009, hakupäivä 13.4.2011; Opetusministeriö 2006, hakupäivä 10.3.2010.)

1.2 Aiheen valinta ja perustelut kehittämistoiminnalle

Tämän kehittämistoiminnan taustalla on Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosaston henkilökunnalle vuosina 2008 – 2009 Oulun seudun ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan yksikön (Sote) kuntoutuksen yliopettajan järjestämä koulutus. Koulutuksessa teoreettinen kokonaisuus muodostui kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Koulutuksen tavoitteena oli muodostaa käsitys kuntoutuksesta moni- ja poikkitieteisenä ilmiönä, monialaisena toimintakokonaisuutena ja yhteiskunnallisena palvelujärjestelmänä. Lisäksi koulutuksen tavoitteena oli syventää hoitohenkilökunnan näkemystä kuntoutujalähtöisen moniammatillisen yhteistyön mahdollisuuksista kuntoutuksessa. (Veijola 2008.) Tässä opinnäytetyössä esitettävän kehittämistoiminnan tarve syntyi Soten järjestämän kuntoutuskoulutuksen jälkeen, jolloin henkilökunta ilmaisi tarpeensa kehittää konkreettisesti kuntoutumista edistävää hoitotyötä Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosastolla.

Toimin sairaanhoitajana osastolla, jossa kehittämistoiminta tapahtui. Vastuualueenani on aivohalvauskuntoutujan hoitotyö, joka osaltaan on vaikuttanut tämän kehittämistoiminnan muotoutumiseen. Tässä kehittämistoiminnassa oman ajattelun kehittymistä on

ohjannut käytännön työkokemus aivohalvauskuntoutujan hoitotyöstä. Osallistuessani perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteiseen potilasohjaushankkeeseen (Lipponen 2006, hakupäivä 10.4.2011) perehdyin syvemmin aivohalvauskuntoutujan hoitotyöhön. Lisäksi Sote:n järjestämä kuntoutuskoulutushanke (Veijola 2008) on lisännyt teoreettista tietoa kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Kehittämistoiminnan vetäjänä olen perehtynyt kehitettävään ja tutkittavaan kohteeseen ja etsinyt tietoa (Huovinen & Rovio 2008, 97) aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevaan toimintaan vaikuttavista tekijöistä kirjallisuuden pohjalta. Oma kokemuksellinen tietotaito sekä teoreettisen tiedon kautta saatu tieto on syventänyt omaa ajattelua aivohalvauskuntoutujan hoitotyöstä. Kehittämistoiminnan aiheen valintaa tuki myös Mäntysen (2007) tutkimuksessa noussut suositus kuntoutumista edistävän hoitotyön interventioiden kehittämistä ja arviointia toimintatutkimuksen keinoin.

Tarkastelen tässä kehittämistoiminnassa kuntoutumista edistävää hoitotyön käytäntöä aivohalvauskuntoutujan hoitotyön näkökulmasta. *Kuntoutumista edistävä hoitotyö* nähdään tässä yhteydessä yksilö- ja terveyslähtöisenä hoitamisena (Routasalo & Lauri 2001, 207–216), jossa kaikki toiminta on kuntoutujan itsenäistä selviytymistä tukevaa. Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä on merkittävää tavoitteiden asettaminen kuntoutujan tarpeiden pohjalta. Lisäksi kuntoutumista edistävää hoitotyötä toteutetaan menetelmillä, jotka tukevat kuntoutujan selviytymistä. Kuntoutumista edistävässä hoitotyönmallissa (Routasalo & Lauri 2001, 207–216) terveysongelma, tässä yhteydessä aivohalvaus, ovat kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtana. *Aivohalvaus* sairautena aiheuttaa monenlaisia toimintakykyyn liittyviä muutoksia. Toimintakykyä heikentävät sairaudet ovat yleisiä. Aivohalvaukseen sairastuu vuosittain noin 14 000 suomalaista, joista 13 100 sairastuu aivohalvaukseen ensimmäistä kertaa. Sairastuneista joka neljäs on työikäinen ja heistä joka kolmas jää työkyvyttömyyseläkkeelle. Esiintyvyyksilukujen mukaan maassamme on noin 50 000 aivohalvauskuntoutujaa. (Sivenius 2009, hakupäivä 12.2.2010.) Aivohalvaus on Suomessa kolmanneksi yleisin kuolinsyy sepelvaltimotaudin ja syöpä-sairauksien jälkeen. Lisäksi aivohalvaussairaudella pitkäaikaissairautena on suuri kansanterveydellinen merkitys, sillä aivohalvaus on maamme kallein valtimotauti suuren laitoshoidon tarpeen vuoksi. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä, 2006, hakupäivä 12.2.2010.)

Routasalon ja Laurin (2001) kehittämässä iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön mallissa lähtöajatuksena on, että potilasta kutsutaan kuntoutujaksi, eikä kuntoutettavaksi potilaaksi. Siksi tässä yhteydessä aivohalvaussairauteen sairastunutta kutsun *aivohalvauskuntoutujaksi*. Käytännön työssä hoitotyön ja kuntoutuksen rajaa ei ole aina helppo erottaa. (Kuntoutusselonteko 2002, 3 hakupäivä 16.2.2010; Routasalo & Lauri 2001, 207–216.) Kuntoutus hoitotyössä merkitsee kuntoutujan hyvää hoitoa, joka näkyy kuntoutujan omatoimisuutta tukevana toimintana (Alin 1999, 73). Tässä kehittämistoiminnassa ja raportoinnissa käytän joko aivohalvauskuntoutujan hoitotyö tai kuntoutus-käsitettä.

Kuntoutumista edistävä hoitotyö korostaa kuntoutujan osallisuutta omaan hoitoonsa. Lisäksi kuntoutumista edistävä hoitotyö tukee kuntoutujan omia voimavaroja terveysongelmaista selviämiseksi. *Aktiivista liikkumista tukeva toiminta*, joka on yksi kuntoutumista edistävää hoitotyön toimintaa, merkitsee kuntoutujalle mahdollisuutta toimia tavalla, jolloin riippumattomuus muista ihmisistä lisääntyy. Liikkumista tukevan toiminnan toteutuessa kuntoutujalla on mahdollisuus aktiiviseen asemaan. Kuntoutujan aktiivinen asema edellyttää kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden tunnistamista ja niiden hyödyntämistä hoitotyössä. (Kuntoutusselonteko 2002, 3, hakupäivä 16.2.2010; Routasalo & Lauri 2001, 207–216.)

Tämän kehittämistoiminnan tarkoituksena oli kuvata ja selvittää aktiivista liikkumista tukevan toiminnan ilmenemistä aivohalvauskuntoutujan hoitotyössä hoitohenkilöstön näkökulmasta. Olennaista oli aivohalvauskuntoutujan liikkumista tukevan toiminnan kehittäminen ja muuttaminen, ei niinkään tiedon tuottaminen tutkimuksellisessa merkityksessä. Siksi tässä opinnäytetyössä on käytetty kehittämistoiminta käsitettä. Kehittämistoiminnan kohdeilmäksi nousi aivohalvauskuntoutujan aktiiviseen liikkumiseen sisältyvän siirtomenetelmien ohjauksen kehittäminen vuodeosastoympäristössä. Kehittämistoiminnan tarkoituksena oli myös kuvata siirtomenetelmien ohjauksen kehittämiseen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi tarkoituksena on ollut hyödyntää aiemman kehittämistehävän tulosten käyttöön ottamista, mikä merkitsee osastolle kehitettyä kuntoutumissuunnitelman käyttöön ottoa (Lamminkangas 2011).

Tässä kehittämistoiminnassa syvensimme osaamista aivohalvauskuntoutujan liikkumista tukevan toiminnan osalta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa aktiivista liikkumista tukevas-

ta toiminnasta, joka auttaa kehittämään aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavaa ohjausmallia. Ohjausmallissa keskeisenä tekijöinä ovat kuntoutujan yksilölliset tarpeet ja aktiivinen asema. Lisäksi tavoitteena oli kehittää aivohalvauskuntoutujan hoitotyötä siten, että saataisiin aikaan pysyvä muutos henkilöstön ajattelussa ja toiminnassa. Edellytyksenä toiminnan muutokselle on hoitohenkilöstön oman aikaisemman, usein piilossa olevan tiedon ja toiminnan tiedostaminen ja ymmärtäminen. Tärkeintä oli hoitohenkilöstön asiantuntemuksen esilletuominen sekä tieteellisen tiedon hyödyntäminen kehittämistoiminnassa. (Toikko & Rantanen 2009, 54–55.)

Olen hyödyntänyt kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmämallia kehittämistoiminnan kokonaisuuden hahmottamisessa sekä piilossa olevan tiedon ja toiminnan esiin nostamisessa kolmen kehittämiskokouksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Lisäksi toimintajärjestelmämalli on auttanut uuden tiedon ja toiminnan rakentamisessa kolmen koulutusintervention suunnittelussa ja toteutuksessa. Toimintajärjestelmämalli liittyy toiminnan teoriaan, jossa keskeisenä tekijänä on toiminnan kohde toimintaa ja sen kehitystä määrittävänä tekijänä. (Engeström 2002, 36–48; Vygotski 1978, 38–40). Lisäksi olen hyödyntänyt ekspansiivista oppimisenkehää koko kehittämisprosessin suunnittelussa sekä etenemisessä, joka on vienyt kehittämistoimintaa kohti uutta toimintatapaa. Ekspansio merkitsee siirtymistä kokonaan uuteen toimintatapaan, mikä edellyttää vaikiintuneiden toimintarakenteiden kehittämistä ja muuttamista välineiden osalta. (Engeström 2002, 99, 126–129; Engeström 2004, 59–61.)

Lähestymistapaa koskevissa kysymyksissä otetaan kantaa Toikon ja Rantasen (2009, 54–55) mukaan siihen, kenen etua kehittäminen palvelee. *Osallistava toimintatutkimus*, jossa kehittäminen ja tutkimus toteutuvat kehittämissyhteisön kanssa vuorovaikutuksessa, antaa mahdollisuuden tarkastella aivohalvauskuntoutujan hoitotyön käytäntöä sisällepäin. Lisäksi osallistava toimintatutkimus on yksi lähestymistapa pyrittäessä yhdistämään tavoiteltava käytännön hoitotyö sekä teoria toisiinsa. (Heikkinen 2008, 16–21.)

2 KEHITTÄMISTOIMINTAA OHJAAVAT TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Aivohalvauskuntoutujan hoitotyön lähtökohdat

Aivohalvauskuntoutujan hoitotyö tässä kehittämistoiminnassa tarkoittaa laitoksessa tapahtuvaa hoitotyötä vuodeosastoympäristössä. Hoitotyössä kuntoutus nähdään osana kuntoutujan hyvää hoitoa ja se sisältyy kaikkeen päivittäiseen hoitotyöhön potilaan omatoimisuutta tukevana toimintana (Alin 1999, 73; Kuntoutusselonteko 2002, 3, hakupäivä 16.2.2010). Kuntoutuksella ja siihen liittyvällä hoitotyöllä pyritään korjaamaan tai vähentämään vajaatoimintaa ja haittaa (Kaste & Vainikainen 2007, 1-3, hakupäivä 12.2.2010). Tässä kehittämistoiminnassa aivohalvauskuntoutujan hoitotyötä on tarkasteltu hoitotyön ja kuntoutuksen käsitteiden avulla. Suomessa käsitteet kuntoutus ja kuntoutuminen ovat tulleet yleisempään käyttöön invalidihuoltolain (46/1946, hakupäivä 12.3.2011) myötä. Kuntoutus nähtiin sairauden jälkihoidoksi ja menetetyn toimintakyvyn palauttamiseksi. (Järvikoski 2004, 54.)

Aivohalvauskuntoutujan hoitotyö käsitetään kuntoutujan lailliseksi oikeudeksi saada hoitoa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, hakupäivä 13.3.2010). Tämä tarkoittaa käytännössä oikeutta osallistua itseään koskevaan hoidolliseen päätöksentekoon ja oikeutta päättää omaan hoitoon liittyvistä asioista. Muut lain tarkoittamat potilaan oikeudet ovat oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun sekä oikeus hoitoon pääsyyn ja tiedonsaantiin. Laki antaa potilaalle myös mahdollisuuden valita hoitomuoto tai kieltäytyä hoidosta.

Terveyskeskusten lääkinällisen kuntoutuksen velvoite säädettiin kansanterveyslailla (66/1972, hakupäivä 12.3.2011) ja sitä on täsmennetty myöhemmin asetuksella (Asetus lääkinällisestä kuntoutuksesta 1015/1991, hakupäivä 12.3.2011). Lääkinällinen kuntoutus laitoksessa, jossa tämä kehittämistoiminta tapahtui, on tyypillisesti intensiivistä ja kuntoutujaa tukevaa toimintaa. Vastuu lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisessä on kunnallisella terveydenhuollolla. Lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelu ja järjestäminen alueellisena kokonaisuutena on merkittävä. Yhteistyö muiden kuntoutusta järjestävien tahojen kanssa on lääkinällisen kuntoutuksen yksi tärkeä tavoite. Lääkinällinen,

intensiivinen kuntoutusvaihe kestää 6-12 kuukautta. Sen jälkeen ylläpitävän kuntoutusvaiheen tavoitteena on ylläpitää saavutettu kuntoutustulos. Kuntoutus terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla asettaa haasteita laitoshoidon toimintakäytäntöjen kehittämiseksi ja kuntoutumista edistävälle toiminnalle, sillä kansalliset laatusuosituksot korostavat itsemääräämistä, omatoimisuutta ja toimintakyvyn ylläpitämistä myös laitoshoidossa. Terveystieteiden keskuksen vuodeosastolle tulevat ovat monisairaita ja heillä on yhä enemmän vaikeampia toimintakyvyn vajeita. Tämä aiheuttaa sen, että potilasrakenne muuttuu yhä vaativammaksi. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2008–2011, hakupäivä 15.11.2010; Hämäläinen 2010, 126–130, hakupäivä 15.4.2011; Kaste & Vainikainen 2007, 1-3, hakupäivä 12.2.2011; Terveydenhuoltolaki 2011, hakupäivä 12.2.2010.)

Aivohalvauskuntoutujan hoitotyö nähdään suunnitelmallisena ja monialaisena toimintana. Tavoitteena on auttaa kuntoutujaa selviytymään tilanteissa, joissa hänen toimintakyky on heikentynyt. Aivohalvauskuntoutujan hoitotyö on usein pitkäjänteistä toimintaa, joka auttaa kuntoutujaa hallitsemaan elämäntilanteensa. Aivohalvauskuntoutujan asema ja siihen liittyvät erityispiirteet tulee ottaa huomioon kehitettäessä aivohalvauskuntoutujan hoitotyötä. Erityispiirteet pitkäaikaissairaana selviytyminen, riippuvuus muista ihmisistä sekä mukautuminen sairauteen asettavat haasteita aivohalvauskuntoutujan hoitotyön kehittämiseksi. Hoitohenkilöstön tulee tarjota kuntoutujalle mahdollisuuksia osallistua hoitoon ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Hoitohenkilöstöltä edellytetään kuntoutujan tarpeiden huomioista sekä kuntoutumista edistävää työtä, jotta kuntoutujan päätökset aktiivisena osallistujana voidaan ottaa huomioon hoitotyön käytännössä. (Kuntoutusselonteko 2002, 3, hakupäivä 16.2.2010; Järviskoski & Härkäpää 2004; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä, 2006, hakupäivä 12.2.2010; Konsensuslausuma 2009, 101–104, hakupäivä 20.4.2011.)

2.1.1 Aivohalvaus toimintakyvyn muuttajana

Aivohalvaus on historiallinen, kliininen nimitys aivoinfarktista, aivoverenvuodosta tai lukinkalvonalaisesta verenvuodosta. Aivohalvauksen merkittävimmät riskitekijät ovat kohonnut verenpaine, diabetes sekä sydänperäiset syyt, kuten eteisvärinä, sepelvaltimotauti, sydäninfarkti ja sydämen vajaatoiminta. Myös aikaisemmin sairastettu aivoveren-

kiertohäiriö, perinnölliset ja elämäntapaan liittyvät tekijät, kuten tupakointi, runsas alkoholin käyttö sekä ylipaino ja liikunnan puute lisäävät alttiutta sairastua aivohalvaukseen (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä, 2006, hakupäivä 12.2.2010; Sivenius 2009, hakupäivä 12.2.2010.)

Aivohalvaus aiheuttaa hermokudosvaurion, jolloin keskushermoston hermosolut eivät uusiudu. Hermosolut kykenevät kasvattamaan uusia yhteyksiä, jolloin niiden toiminta voi järjestyä uudelleen. Hermokudosvauriosta johtuvat oireet riippuvat siitä, millä alueella vaurio on tapahtunut. Halvausoireet ilmenevät aivoissa tapahtuneen vaurion vastakkaisella puolella. Tähän vaikuttaa se, että liike- ja tuntoaistimuksia pään, vartalon, raajojen ja aivojen välillä kuljettavat hermoradat risteävät vastakkaiselle puolelle (Virsu, 1991, 78–80.)

Aivoissa tapahtunut hermokudosvaurio aiheuttaa sairastuneen toimintakykyyn eriasteisia muutoksia. Toimintakyvyn käsite voidaan rajata fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Laajassa mielessä toimintakyky-käsitteellä on tarkoitettu selviytymistä päivittäisistä toiminnoista ja suppeammassa merkityksessä suoriutumista fyysisestä rasituksesta tai älykkyystestistä. Lisäksi toimintakyvyn käsitteeseen liittyy kognitiivinen ja taloudellinen toimintakyky. Toimintakykyä voidaan tarkastella myös perustarpeiden tyydyttymisen näkökulmasta. Tarpeilla ja niiden tyydytyksen asteella on yhteys ihmisen hyvinvointiin, elämisen laatuun, toimintakykyyn, onnellisuuteen ja terveyteen. Tarpeiden tyydyttämättömyys, jota aivohalvauskuntoutujalla usein esiintyy, voi johtaa toimintakyvyttömyyteen. (Salo & Tuunainen 1996, 214–239; Kivekäs & Kallanranta 2007, hakupäivä 5.5.2011.)

WHO (2001) on määritellyt vaurion (impairment) seuraukseksi sairaudesta, joka johtaa toimintakyvyn muutoksiin ja toiminnanvajeisiin (disabilities). Nämä vaikeuttavat ihmisen vuorovaikutusta ympäristön kanssa. WHO julkaisi ICF-luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) laajentaakseen toimintakyvyn ja toimintavajeiden tarkastelua. ICF-luokituksessa toimintakykyyn liittyviä kokonaisuuksia voi tarkastella kahtena osa-alueena: toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden osatekijöinä sekä kontekstuaalisina tekijöinä, jotka kuuluvat ihmisen elämänpiiriin. Suorituksia ja osallistumista kuvaavia ulottuvuuksia ICF-luokituksessa ovat: oppiminen ja tiedon soveltaminen, erilaiset tehtävät ja niiden tekemisen ehdot, kommunikointi, liikkuminen,

itsestä huolehtiminen, kotielämä, vuorovaikutus ja ihmissuhteet, keskeiset elämänalueet, yhteiskunnallinen ja yhteisöllinen toiminta. (International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), 2009, hakupäivä 20.3.2011.)

Tässä kehittämistoiminnassa on keskitetty tarkastelemaan ICF-luokituksessa mainittuja liikkumisen ja itsestä huolehtimisen ulottuvuuksia. ICF:n mukaiseen liikkumisen toimintakyvyn osa-alueeseen sisältyvät kehon rakenteen muutokset, mikä aiheutuu aivohalvauksesta seuranneista yleisimmästä esiintyvistä oireista, hemipareesista tai hemiplegiasta. Tällöin lihasten aktiivinen toiminta heikkenee ja kyky tuottaa liikettä häiriintyy. Aivohalvauskuntoutujalla esiintyy usein yleensä useampi oire, mikä vaikeuttaa yksinkertaisimpienkin toimintojen toteuttamista. Lihasten toiminnan vajeeseen ja kykyyn tuottaa liikettä vaikuttaa myös se, että kyky käsitellä ja vastaanottaa tietoa omasta kehostaan ja ympäristöstä on häiriintynyt. Lisäksi hemiplegian puoleiset lihakset voivat olla täysin hypotoniset. Tämä näkyy lihasten velttoutena. Myös erilaiset tuntohäiriöitten seurauksena kuntoutuja ei tiedosta raajansa asentoa, mikä vaikeuttaa liikkeiden uudelleen oppimista. (Forsbom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 31–32; Numminen 1991, 18; Virsu 1991, 78–80; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologisen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2006, hakupäivä 12.2.2010.)

Liikkumisen ulottuvuuksiin sisältyy myös spastinen lihasjänteys eli tonus. Tämä johtuu aivojen liikehermoratojen vauriosta, mikä ilmenee vastuksena liikuteltaessa raajaa. Spastinen lihasjänteys voi lisääntyä pienestäkin ärsytyksestä. Liiallinen lihasjänteys aiheuttaa yksipuolista lihasaktivaatiota, jolloin vastapuolen lihakset venyvät ja löystyvät sekä niiden liikehermot taantuvat. Spastisuus on merkittävä liikkumiseen vaikuttava tekijä. Myös pusher-oireisto on yksi liikkumiseen vaikuttava tekijä. Tällöin kuntoutujan käyttää toimivampaa puoltaan yliaktiivisesti. Tämä johtuu siitä, ettei kuntoutujan hahmota itseään suhteessa ympäristöön. Aivohalvauksen oireistoon liittyy vastakkaisen puolen havaintokentän ja oman kehon huomiotta jättämistä (neglet-oireisto). Kuntoutuja on vailla kehon toisen puolen tuntojärjestelmää. Tämä vaikeuttaa kuntoutumista, liikkumista ja tahdonalaisten liikkeiden toteuttamista. (Forsbom ym. 2001, 28–33; Virsu 1991, 78–81; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2006, hakupäivä 12.2.2010; Aivohalvaus- ja dysfasialiitto 2005, 4-9, hakupäivä 10.3.2011.)

Muita toimintakykyyn vaikuttavia muutoksia ovat afasia sekä kognitiiviset häiriöt, puhehäiriöiden ja kognitiivisten häiriöiden yhdistelmät samoin kuin muisti- ja havainnointihäiriöiden yhdistelmät. Psykkisistä oireista masennus ja aloitekyvyttömyys ovat yleisiä. Kontekstuaaliset tekijät liittyvät ympäristöön ja ihmiseen itseensä, joka tarkoittaa aivohalvaussairauden aiheuttamien oireitten vaikutuksista eri toimintoihin ja osallistumiseen. (Virsu 1991; Järvikoski & Härkäpää 2004, 98–101; Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2006, hakupäivä 12.2.2010; Kaste & Vainikainen 2007, hakupäivä 12.2.2010; Mustajoki 2008, hakupäivä 10.2.2010.)

2.1.2 Aivohalvauskuntoutujan asema hoitotyössä

Aivohalvauskuntoutuja ymmärretään tässä kehittämistoiminnassa aktiivisena kuntoutujana. Tämän päivän ydinkysymys on kuntoutujan oma osallisuus. Tämä merkitsee kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden huomioimista kuntoutumisen suunnittelussa. Suunnittelussa kuntoutujan tavoitteet ja keinot asetetaan kuntoutujan omista lähtökohdista. Myös omaan ympäristöönsä vaikuttaminen ja psykososiaalisten sekä sosiaalisten ulottuvuuksien merkitys on lisääntynyt (Kuntoutusselonteko 2002, hakupäivä 16.2.2010). Kuntoutujan oma panos ja aktiivisuus on lopputuloksen kannalta olennainen asia.

Routasalon ja Laurin (2001) kehittämässä iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön mallin perusajatuksena on, että potilasta kutsutaan kuntoutujaksi, eikä kuntoutettavaksi potilaaksi. Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä kuntoutuja ja hoitaja ovat subjekteja. Kuntouttava hoitotyö merkitsee lähestymistapaa, jossa kuntouttaja on subjekti ja kuntoutettava objekti. Aivohalvauskuntoutuja ei ole kuntoutumista edistävissä toiminnassa pelkästään hoitotyön kohde, vaan aktiivinen toimija. (Routasalo & Lauri 2001, 207–216; Kuntoutusselonteko 2002, 3, hakupäivä 16.2.2010; Järvikoski & Härkäpää 2004.)

Kuntoutustoiminnan arvot näkyvät käsityksessä kuntoutuksen kohteesta, kuntoutujasta ja hänen asemastaan. Kuntoutujan asema perustuu työyhteisön yhteiseen toimintafilosofiaan ja toimintalinjoihin. Työyhteisön kuntoutusnäkemykset ja arvot (Burton 2000, hakupäivä 23.1.2010; Long, Kneafsey, Ryan, & Berry 2002, hakupäivä 23.1.2010; Mäntynen 2007, hakupäivä 10.2.2010; Huijben-Schoenmakers, Gamel & Hafsteinsdóttir

2009, hakupäivä 23.1.2010) luovat perustan siihen, millaisena kuntoutujan asema nähdään tämän päivän hoitotyössä. Burton (2000) tutkimuksessaan käsittelee hoitajien näkemyksiä, jossa perushoidon näkökulmasta kuntoutuja toimi passiivisena hoidon vastaanottajana eikä aktiivisena kuntoutujana.

Jotta kuntoutuja nähdään aktiivisena osallistujana, henkilöstön edellytetään sisäistävän kuntoutumista edistävän hoitotyön erityisluonne ja sitoutuvan sen toteuttamiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että toimintaympäristön yhteiset arvo- ja tietoperusta kuntoutuksesta ovat henkilöstön tiedossa (Mäntynen 2007, hakupäivä 10.2.2010; Huijben-Schoenmakers ym. 2009, hakupäivä 23.1.2010). Myös eri yksiköiden kuntoutusnäkemykset olisi tärkeää olla selvillä, (Long ym. 2002, hakupäivä 23.1.2010), kun suunnitellaan aivohalvauskuntoutujien kuntoutumisen tukemista.

2.2 Aivohalvauskuntoutujan kuntoutumista edistävä hoitotyö

Kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtana ovat kuntoutumiseen liittyvät yleiset periaatteet (Routasalo, Arve & Lauri 2004, 207–215). Kuntoutumista edistävä hoitotyö ymmärretään olevan yksilö- ja terveyslähtöistä hoitamista (Routasalo & Lauri 2001, 207–216), jossa kaikki toiminta on kuntoutujan itsenäistä selviytymistä tukevaa. Kuntoutumista edistävissä hoitotyönmallissa (Routasalo & Lauri 2001) terveysongelma, tässä yhteydessä aivohalvaus, ovat kuntoutumista edistävän hoitotyön ja aktiivista liikumista tukevan toiminnan lähtökohtana.

Tässä kehittämistoiminnassa kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtana oleva aivohalvaus on aiheuttanut eriasteisia toimintakyvyn muutoksia. Näiden muutosten taustalla ovat kuntoutujan yksilölliset tarpeet. Tämä edellyttää kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden esiintuomista ja sitä kautta voimavarojen kartoittamista. Aivohalvauskuntoutujan hoitotyössä on tärkeä hyödyntää ja vahvistaa kuntoutujan omia voimavaroja. (Kaila 2009, 9.) Kuntoutumista edistävää hoitotyötä toteutetaan hoitotyön menetelmillä, jotka tukevat kuntoutujaa omatoimisuuteen. Kuntoutumista edistävä hoitotyö kannustaa kuntoutujaa yrittämään itse puolesta tekemisen sijasta. Myös psyykkisen tuen saanti lisää omatoimisuuteen yrittämistä. (Haapaniemi, Routasalo & Arve 2006, 198 - 199.)

Kuntoutumista edistävä toiminta on yhdessä tapahtuvaa toimintaa. Tämä mahdollistaa hoitohenkilöstön arvioida ja ohjata kuntoutujaa sekä auttaa kuntoutujaa aktiiviseen osallistumiseen. Hoitohenkilöstön tehtävänä on myös auttaa kuntoutujaa sopeutumaan sairauden aiheuttamiin kehonkuvan ja toimintakyvyn muutoksiin. Hoitohenkilöstön ammatillisuus näkyy motivointina, palautteen antamisena ja kannustuksena. Lisäksi ammatillisuus näkyy siinä, että osaa itse toimia kuntoutumista edistävasti. Hoitohenkilöstön ohjaus ja opetus on vahvistanut kuntoutumista edistävää hoitajan toimintaa. Kuntoutumista edistävä toiminta edellyttää hoitajan tietojen ja taitojen lisäksi yhteistä kuntoutumista edistävän viitekehyksen tuntemista sekä hoitajan uskoa kuntoutumista edistävän toiminnan tuloksellisuuteen. (Routasalo, Arve, Aarnio & Saarinen 2003, 24–30; Hägg 2007, 31–32; Kohonen, Kylmä, Juvakka & Pietilä 2007, 70–71.)

2.2.1 Suunnitelmallisuus toiminnan perustana

Kuntoutumisen tavoitteena on pidetty kuntoutujan voimaantumista, johon kuntoutumista edistävän hoitotyön toiminnoin pyritään. Voimaantuminen (Siitonen 1999) perustuu kuntoutujan omien tarpeiden tunnistamista ja hyödyntämistä aktiiviseen osallistumiseen. Aivohalvauskuntoutujan tavoitteellisuus näkyy kuntoutumissuunnitelmaan kirjattuina tavoitteina, joiden toteutumista säännöllisesti arvioidaan. Lisäksi aivohalvauskuntoutujan tavoitteena on mahdollisimman itsenäisen selviytymisen avulla edistää omanarvontunnetta ja itsemääräämistä. Tavoitteet tulee asettaa kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden pohjalta. Hoidon tulee perustua yhteisymmärryksessä tehtyyn kirjalliseen hoitosuunnitelmaan. (Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta ETENE, 2010, hakupäivä 4.5.2011.)

Useat tutkimukset osoittivat, että suunnitelmallisuudella on suuri merkitys kuntoutumista edistävään hoitotyön toteuttamiseen (Burton 2000, hakupäivä 23.1.2010; Proot, Abu-Saad, Van Oorsouw & Stevens 2002, hakupäivä 23.1.2010; Long ym. 2002; Haapaniemi ym. 2006, 197–208; Huijben-Schoenmakers ym. 2009, hakupäivä 23.1.2010; Kaila 2009, 3-12; Haapaniemi & Routasalo 2009, 34–44). Hoitajien toiminta kuntoutumisprosessin etenemisen, suunnittelun ja koordinoinnin näkökulmasta (Burton 2000, hakupäivä 23.1.2010; Haapaniemi ym. 2006, 197–208) nousi merkittäväksi kuntoutumista edistävänä tekijäksi. Merkittävää on selvittää kuntoutujan voimavarat ja toimintakyvyn arviointi, joka tukee kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Proot ym. (2002, hakupäivä

23.1.2010) sekä Allen, Lyne, & Griffiths (2002, hakupäivä 23.1.2010) mainitsevat tutkimuksessa, että tavoitteellinen työskentely, jossa kuntoutujan elämänhistorian tunteminen on merkittävää kuntoutuksen suunnittelun yhteydessä.

Kuntoutumista edistävän hoitotyön suunnittelu edellyttää, että kaikki ammattiryhmät arvioivat ja kirjaavat kuntoutukselliset ja hoidolliset tarpeet (Long ym. 2002, hakupäivä 23.1.2010). Huijben-Schoenmakersin ym. (2009, hakupäivä 23.1.2010) tutkimuksesta selvisi se, että kuntoutumista edistävä hoitotyö vaatii suunnitelmallisuutta, jota toteutetaan päivittäin kuntoutujan hoidossa. Terapeuttinen toiminta tulee siirtyä hoitotyönkäytännöksi. Kaila (2009, 3-12) nostaa vastavuoroisuuden ja luottamuksellisuuden kuntoutuksen suunnittelussa merkittäväksi kuntoutumisen onnistumisen näkökulmasta. Kuntoutujan oma aktiivisuus suunnitteluvaiheessa korostui Haapaniemen ja Routasalon (2009, 34–44) tutkimuksessa. Tämä tarkoittaa sitä, että kuntoutuja ymmärtää oman tilansa, jossa kuntoutumisen tavoite on merkittävä. Myös omien vahvuuksien tiedostaminen nousi kuntoutujan aktiivisuuden tunnistamisen ehdoksi.

Tässä kehittämistoiminnassa on otettu käyttöön osastolle kehitetty kuntoutumissuunnitelma. Kuntoutumissuunnitelmassa on käytetty viitekehyksenä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälistä luokitusta ICF-luokitusta. Kuntoutumissuunnitelmassa kuvataan eri tilanteita kuntoutujan toimintakyvyn ja sen rajoitteiden näkökulmasta. ICF- luokitus toimii tässä suunnitelmassa viitekehyksenä, joka jäsentää tätä informaatiota yhdistäen toimintakyvyn eri osat toisiinsa. Kuntoutumissuunnitelmassa nousee keskeisesti esille kuntoutuksen suunnittelu, joka merkitsee eri toimialojen yhteistoimintaa. Kuntoutujan asema on esillä aktiivisena toimijana oman elämänsä suunnittelussa. (Lamminkangas 2011.)

2.2.2 Moniammatillisen sitoutumisen merkitys

Kuntoutumista edistävän hoitotyö nähdään laitoshoidossa tapahtuvana moniammatillisena ja tavoitteellisena toimintana (Proot ym. 2002, Long ym. 2002; Haapaniemi ym. 2006; Mäntynen 2007, hakupäivä 23.1.2010). Proot ym. (2002) näkevät moniammatillisen asiantuntijuuden ja hoitotyön asiantuntijuuden ulottuvuuksien mahdollistavan kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Haapaniemi ym. (2006) mainitsevat, että kuntoutumista edistävä hoitotyö on kaikkien hoitotyöntekijöiden haaste, jossa sitoutuminen tuo jatku-

vuotta kuntoutusprosessiin. Kuntoutujan näkökulmasta kuntoutumisen tavoitteiden saavuttamiseen tarvitaan motivaatiota ja sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin (Routasalo ym. 2004, 207–215). Kuntoutuja tarvitsee moniammatillista tietoa terveydentilastaan, selviytymisestään sekä sopeutumisestaan ja kuntoutumisen mahdollisuuksistaan (Virsu 1991; Forsbom 2001, 11–14).

Aktiivista liikkumista tukevassa kehittämistoiminnassa vuodeosastolla tapahtuva moniammatillinen sitoutuminen merkitsi lääkärin, sairaanhoitajan, lähihoitajan, fysioterapeutin, toimintaterapeutin, puheterapeutin sekä psykologin toimintaa. Moniammatillinen yhteistyö ja oman roolin tunnistaminen liittyy läheisesti yhteen (Mäntynen 2007, hakupäivä 10.2.2010). Routasalon ym. (2004, 207–215) mukaan pohjoismaalaisilla hoitajilla on ollut selkeä kuva omasta roolistaan kuntoutustiimissä. Tietoisuus omasta roolista moniammatillisessa tiimissä luo perustan yhteistyölle. Puheterapian tavoitteena on parantaa kommunikointikykyä, tarvittaessa harjoituttaa kielellisiä toimintoja tai arvioida korvaavia kommunikointimahdollisuuksia ja kommunikoinnin apuvälineitä. (Numminen 2009, 12–13; Rantanen & Heinonen 2009; 14.) Toimintaterapian tarkoituksena on keskittyä arkipäivän toimintojen sujuvuuteen. Tavoitteena on oppia toimimaan mahdollisimman omatoimisesti. Harjoituksilla pyritään parantamaan arkipäivän toimia ja itsensä huolehtimisen taitoja sekä käden käytön harjaantumista. (Ylinen & Pärssinen 2007, 12–13.) Fysioterapiassa keskitytään palauttamaan kuntoutujan liikuntakyky mahdollisimman hyväksi. Harjoittelu painottuu kävelyn, siirtymisten tai painonsiirtojen kehittämiseen, tasapainon tukemiseen sekä kunnon kohentamiseen kuntoutujan voimavarojen mukaan. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 1999, 87–100.) Psykologi tai psykiatrinen sairaanhoitajan käy tarvittaessa kuntoutujan kanssa sairastumiseen liittyviä tunteita ja kokemuksia läpi (Forsbom ym. 2001, 134).

Vankka tietoperusta vahvistaa kaikkien tiimin jäsenten osaamisen hyödyntämistä kuntoutujan hyväksi. Hoitajien asenteita ja käsityksiä moniammatillista yhteistyötä on tutkittu useissa tutkimuksissa (Routasalo 2004, 207–215; Mäntynen 2007, hakupäivä 10.2.2010). Tutkimustulosten mukaan aivohalvauskuntoutujan kuntoutumista edistävässä hoitotyössä hoitaja toimii hoitotyön toteuttajana, kuntoutujan toimintakyvyn arvioijana ja moniammatillisen yhteistyön edistäjänä (Burton 2000, hakupäivä 23.1.2010). Hyvä perushoito sekä kuntoutujan turvallisuudesta huolehtiminen toimii moniammatillisen toiminnan perustana. Yhteinen kieli, jaettu päätöksenteko, ongelmanratkaisukyky, avoin

kommunikointi sekä selkeät roolit ovat moniammatillisen toiminnan tukena (Long ym. 2002, hakupäivä 23.1.2010, Mäntynen 2007, hakupäivä 10.2.2010).

2.2.3 Aktiivista liikkumista tukeva toiminta hoitotyön interventiona

Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta nähdään yhtenä interventiona, jolla pyritään edistämään sairastuneen toimintakykyä. Aktiivista liikkumista tukevan toiminnan tavoitteena on auttaa aivohalvauskuntoutujaa selviytymään päivittäisistä tilanteista omat voimavarat hyödyntäen. Aktiivista liikkumista tukevan toiminnan onnistuminen edellyttää monitasoista osaamista. Se edellyttää henkilöstöltä kuntoutujan näkemistä aktiivisena osallistujana (Kuntoutusselonteko 2002, 3, hakupäivä 16.2.2010), jossa kuntoutujan yksilölliset tarpeet huomioidaan. Lisäksi suunnitelmallisuus ja moniammatillinen sitoutuminen ovat edellytyksiä aktiivista liikkumista tukevan toiminnan toteuttamiseen.

Aivohalvauskuntoutujan kyky liikkua, tunnistaa oman kehonsa liikkeitä ja saada tietoa ympäristöstään on usein häiriintynyt. Puutteita voi usein olla asennon ja tasapainon ylläpitämisessä, lihasjänteudessa ja reaktiokyvyssä. Ennen kuin kuntoutujan liikunnallinen kuntoutus aloitetaan, tulee aivohalvaussairauden aiheuttamat oireet olla vakiintuneita ja vitaalielintoiminnot häiriöttömät. Aivohalvauskuntoutujan tärkeimpiä tavoitteita on liikkumisen uudelleen oppiminen. Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta ymmärretään tässä kehittämistoiminnassa alkuvaiheen kuntoutuksessa asento-
hoitona, mutta pian kuntoutuksen edetessä on tarkoitus muuttua yhä aktiivisemmaksi liikehoidoksi. Liikehoidon taustalla on spastisuutta vähentävien liikemallien vahvistaminen ja heikomman puolen aktivoiminen. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2006, hakupäivä 12.2.2010; Virsu 1991, 78–80.)

Aivohalvauksen aktiivista liikkumista tukevan toiminnan peruslähtökohtana on aivojen muovautuvuus eli kyky organisoitua uudelleen. Hermoverkkojen uudelleen järjestyminen ja synapsien syntyminen mahdollistuu kuntoutujan aktiivisen toiminnan ja useiden toistojen avulla. (Virsu 1991, 78–80.) Sivenius (2006, hakupäivä 12.2.2010) mainitsee artikkelissaan, että aivoinfarktista toipuneilla henkilöillä on kuvantamistutkimuksien perusteella voitu todeta aivojen tiettyjen motoristen rakenteiden aktivoituvan molemmiin-

puolisesti, kun sairastuneen puolen kättä on käytetty. Hermoverkon uudelleen järjestäytymien vaatii paljon harjoitusta ja tuhansia toistoja, jotta harjoituksesta jäävät muistijäljet olisivat tarpeeksi voimakkaat uusien taitojen oppimiselle. Aktiivista liikkumista tukeva toiminta voidaan nähdä oppimistapahtumana, jossa hermosoluille opetetaan harjoittelun avulla mitä niiden tulisi tehdä. Lisäksi aivohalvauskuntoutujan kuntoutuksessa on tärkeä kokonaisvaltainen ote. Siinä painottuu motorinen oppiminen, liikkumisen kontrolli sekä psyykkinen ja psykososiaalinen tuki (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä 2006; Sivenius 2006, hakupäivä 12.2.2010; Forsbom ym. 2001, 26).

Eri tutkimuksissa aktiivinen toiminta on nähty merkittävänä tekijänä kuntoutumista edistävään toimintaan (Burton 2000, hakupäivä 23.1.2010; Long ym. 2002, hakupäivä 23.1.2010; Haapaniemi ym. 2006, 197–208; Mäntynen 2007, hakupäivä 10.2.2010). Burtonin (2000) tutkimuksessa hoito nähtiin kokonaisuudessaan koko kuntoutusprosessin ajan kuntoutumista tukevaksi toiminnaksi. Fyysisten toimintojen tukemiseen tarvitaan tietoa liikkumisesta, siirtymisestä ja asennoista sekä päivittäisistä toiminnoista, kuten pukeutumisesta ja peseytymisestä (Long ym. 2002, hakupäivä 23.1.2010). Perushoito näyttäytyy kuntoutumista edistävänä hoitotyönä uudessa valossa, kun fyysisiä hoito- toimia ei koeta pelkästään rutiineina, vaan niiden toteuttamisessa ovat läsnä kuntoutujan omat arjessa selviytymisen fyysiset toiminnot. Huolellisen perushoidon toteutuksen yhteydessä kuntoutuja harjoittelee selviytymisen kannalta tärkeitä asioita (Haapaniemi ym. 2006, 197–208).

Fyysistä kuntoutumista edesauttaa, kun kuntoutujaa kannustetaan riittävästi omatoimisuuteen (Mäntynen 2007, 67). On tärkeää, että kuntoutujaa valmennetaan omatoimisuuteen ja opastetaan vaihtoehtoisten ja uusien tekniikoiden käytössä. Kuntoutujan voimavaroja vahvistetaan avustamalla häntä uuden opettelussa ja sairauteen sopeutumisessa. Myös motivointi omatoimiseen harjoitteluun on tärkeää. Kuntoutujan omatoimisuuden lisääntymisen myötä hoitotyön interventiot muuttuvat enemmän ohjaukseen, kannustamiseen, rohkaisemiseen ja voimavarojen vahvistamiseen. (Kaila 2009, 9.)

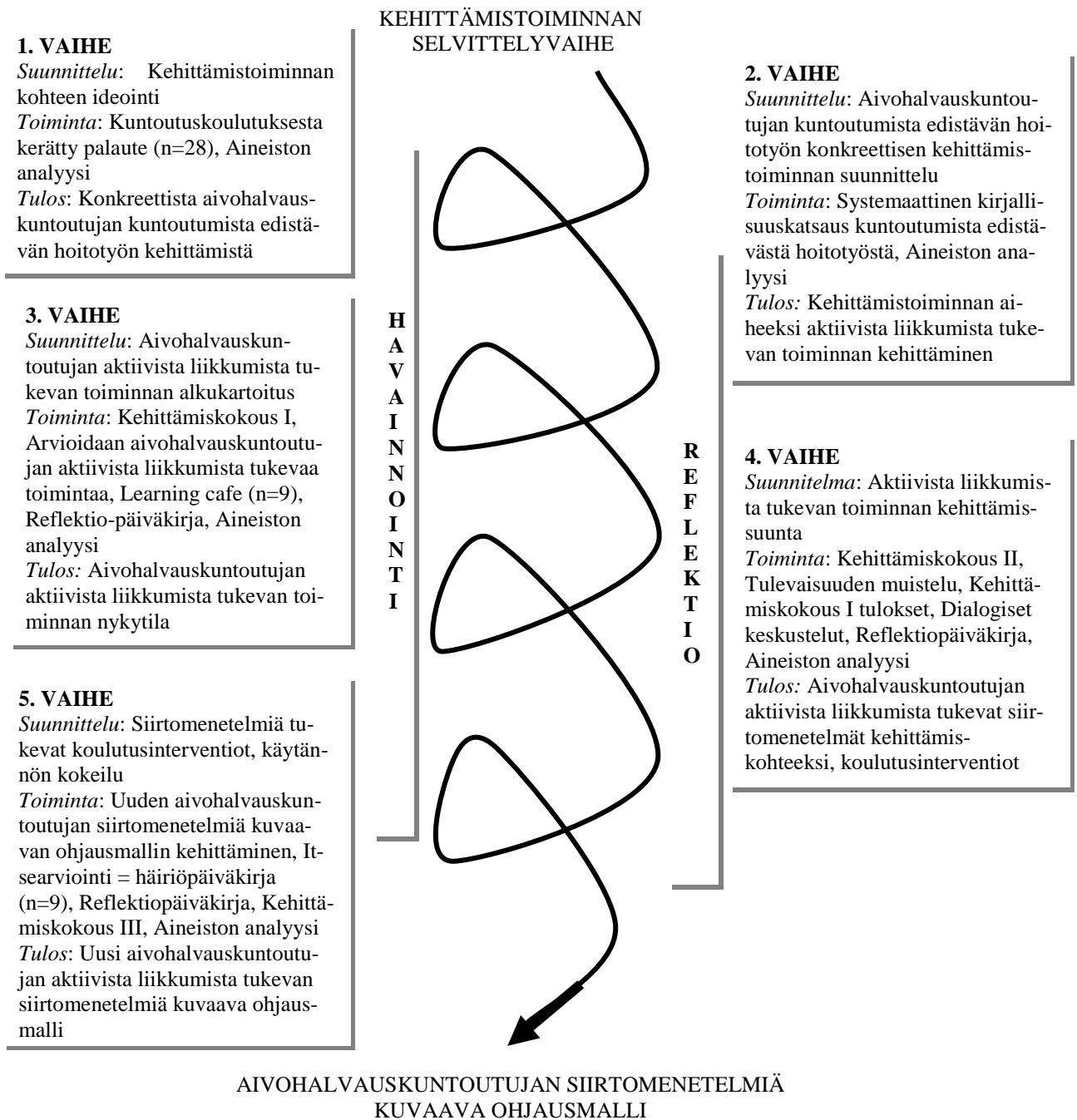
3 TOIMINTATUTKIMUS KEHITTÄMIS- JA TUTKIMUSMENETELMÄNÄ

Kehittämistoiminnassa aivohalvauskuntoutuja on ymmärretty oman kuntoutusprosessinsa aktiivisena osallistujana (Järvikoski & Härkäpää 2004; Kuntoutusselonteko 2002, 3, hakupäivä 16.2.2010). Hoitohenkilöstön tehtävä oli mahdollistaa kuntoutumista edistävän hoitotyön periaatteen mukainen aktiivista liikkumista tukeva toiminta luottamalla kuntoutujan voimavaroihin sekä lisäämällä kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksia. Aivohalvauskuntoutujan ja hoitohenkilöstön näkökulman esiin tuomisen tässä kehittämistoiminnassa mahdollisti toimintatutkimuksen valinta kehittämistoiminnan tutkimusmenetelmäksi. Toimintatutkimus, jonka yhteydessä olen käyttänyt laadulliseen tutkimukseen liittyviä tiedon keruu menetelmiä ja aineistojen analysointia, on ymmärretty tässä yhteydessä väljäksi lähestymistavaksi (Heikkinen 2008, 16–19) aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan kehittämisessä.

Toimintatutkimus perustuu sosiaalisiin malleihin, joita amerikkalainen sosiaalipsykologi Kurt Lewin (1890–1947) kehitti 1940-luvulla. Hän keskittyi kehittämään osallistuvia menetelmiä pyrkiessään kohtaamaan sosiaalityöntekijöitä tutkimuksen avulla ja ratkaisemaan käytännössä esiin tulevia ongelmia (Heikkinen 2008, 23–24; Lauri 1997, 115). Toimintatutkimusta on pidetty yhteistyöprosessina, joka auttaa näkemään käytännön ongelmia ja saamaan aikaan muutosta (Heikkinen 2008, 23–24). Toimintatutkimuksessa on kyse koko työyhteisön tai organisaation kehittämisprosessista (Lauri 1997; Kuula 1999, 218; Kuusela 2005; Heikkinen 2008), joka tässä kehittämistoiminnassa tarkoitti vuodeosaston sisällä tapahtuvaa aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevaa toimintaa ja siinä tapahtuvaa muutosprosessia.

Heikkinen (2008, 27–36) nimeää toimintatutkimuksen luonteenomaisiksi piirteiksi osallistumisen, käytännönläheisyyden, interventioon perustuvan ja prosessimaisuuden. Lisäksi refleksiivisyyttä on kuvattu toimintatutkimuksen olennaiseksi tekijäksi. Syklinen prosessimaisuus viittaa Kemmisin (1988) kehittämään toimintatutkimuksen spiraaliin, jossa suunnittelu-, toiminta-, havainnointi- ja reflektiokierrokset toistuvat. Syklin ensimmäinen vaihe luo pohjaa seuraavalle vaiheelle ja jokainen uusi sykli luo taas vastaa-

vasti pohjaa seuraavalle syklille (Heikkinen 2008, 80). Tässä kehittämistoiminnassa toiminta käynnistyi selvittelyvaiheen analyysilla ja eteni tulosten toteamiseen. Tämän jälkeen suunnittelimme edelleen uutta toimintaa. Selvittelyvaiheen tulokset olivat suunnitteluvaiheen toiminnan käynnistäjinä. Näin suunnittelussa on otettu huomioon nykytilanne, joka oli tulevaisuuden toimintaan tähtäävä vaihe. Kun useita toimintatutkimuksen syklejä asetettiin peräkkäin, syntyi etenevä spiraali (Kuvio 2).



KUVIO 2. Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin kehittämisprosessin sykliset vaiheet

Kehittämispöcessissa syklin vaiheet olivat toistensa lomassa tai päällekkäin, mikä on tyypillistä toimintatutkimuksen kululle (Heikkinen 2008, 43). Näin eri vaiheisiin palasimme tarvittaessa uudelleen. Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin kehittäminen edellytti joustavuutta, mikä on olennaista toimintatutkimuksessa (Kelly & Simpson 2001, 652–659, hakupäivä 15.4.2010). Joustavuutta tarvitsimme etenkin toteuttamisvaiheessa, koska silloin kehittämistoiminnassa tapahtui paljon asioita.

3.1 Osallistava toimintatutkimus

Tähän kehittämistoimintaan on valittu eri toimintatutkimuksien suuntauksista osallistava eli kriittinen toimintatutkimus. Keskeistä siinä on valtaistuminen (empowerment), vapautuminen (emancipation) ja osallistuminen (participatory action) (Carr & Kemmis 1986, 165–166). Tässä kehittämistoiminnassa nämä olivat merkittäviä lähtökohtia, jossa tavoitteena oli käytännön toiminnan kehittäminen yhdessä henkilöstön kanssa. Osallistava lähestymistapa edistää käytännön tilanteiden organisointia ja niiden uudelleen järjestämisestä (Heikkinen, Kontinen & Häkkinen 2008, 50–51). Tässä kehittämistoiminnassa se tarkoitti aivohalvauskuntoutujan kuntoutumista edistävän hoitotyön ymmärtämystä ja sen kehittämistä aktiivisen liikkumisen osalta.

Huovinen ja Rovio (2008, 94–103) näkevät osallistavan toimintatutkimuksen mahdollisuutena kehittää toimintaa yhdessä henkilöstön kanssa. Tässä kehittämistoiminnassa hoitohenkilöstön tehtävänä ei ollut ratkaista aivohalvauskuntoutujan aktiiviseen liikkumiseen liittyviä ongelmia, vaan luoda mahdollisuus sen kehittämiseksi. Tämä tarkoittaa Deweyn (1859–1952) keskeisimmän ajatuksen toteutumista, missä kehittäminen liittyy toiminnan kautta oppimiseen (Heikkinen 2008, 191). Vastuu käytännön toteutuksesta on tässä kehittämistoiminnassa jaettu osallistuvan ryhmän jäsenille koko kehittämissöcessin ajan. Tasavertainen osallistuminen on mahdollistanut käyttää henkilöstön kokemuksen kautta syntynyttä tietoa. Samalla tasavertainen osallistuminen on tavoitellut henkilöstön voimaantumista yhteistyöprosessin avulla tuotetusta heitä suoraan hyödyttävästä tiedosta ja toiminnasta. (Reason 1998, 261–291.) Tässä kehittämistoiminnan yhteistyöprosessissa merkittävää oli se, että osallistajat olivat sitoutuneita ja kiinnostuneita osallistuessaan vapaaehtoisesti kehittämissöcessään.

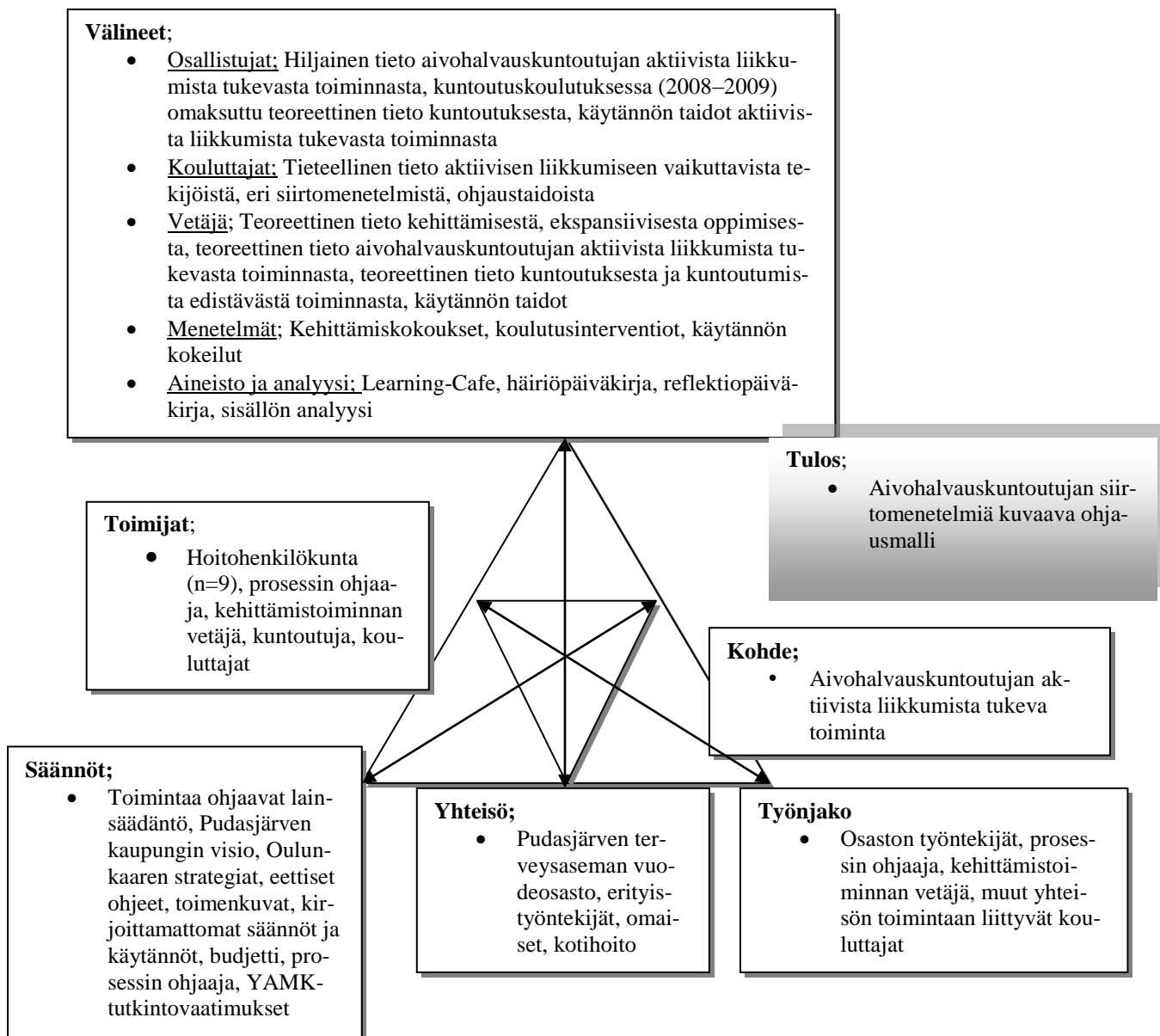
Emansipatorisen tiedon päämääränä on vapautuminen perinteisiin liittyvistä ja itsestään selvinä pidetyistä ajatus- ja toimintamalleista (Heikkinen ym. 2008, 43- 48, 131). Muutoksessa on kyse tapahtumasta, jossa suhtaudumme aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevaan toimintaan kriittisesti (Toikko & Rantanen 2009, 163). Samalla tulemme tietoisiksi siitä, miten ja miksi aikaisemmat oletukset ovat määränneet aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevaa toimintaa. Kehittämistoimintaan osallistujien kriittinen tarkastelu on johtanut toimintaan, jossa on tavoiteltu muutosta aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan edistämiseksi (Carr & Kemmis 1986, 162). Henkilöstön kanssa pidettyjen kehittämiskokousten avulla pyrimme kriittiseen reflektioon. Kehittämiskokousten tavoitteena oli saada henkilöstö havahtumaan itsestään selvänä pidetystä aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumisen toteutumisesta sekä siinä ilmenneestä siirtomenetelmien ohjaustoiminnasta.

Lisäksi kriittiseen reflektioon pyrimme koulutusinterventioiden avulla. Niiden tavoitteena oli saada henkilöstö kyseenalaistamaan omat ennakko-oletuksensa sekä tutkimaan vaihtoehtoisia tapoja aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevaan toimintaan sisältyvän siirtomenetelmien toteuttamiseen. Koulutusinterventioiden avulla pyrimme hakemaan syvempää tiedollista osaamista aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjausta tukevasta toiminnasta. Tiedollisen osaamisen avulla pyrimme saamaan aikaan muutoksia siirtomenetelmien ohjauksen toteuttamiseen kokeiluvaiheessa itsereflektion avulla. Tällaisten reflektiivisten ajatteluprosessien avulla (Reason 1994, 261–291) henkilöstön vapautuminen aikaisemmista oletuksista toteuttaa aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevaa toimintaa oli mahdollista. Toiminnan muuttaminen perustui osallistujien tekemään oman työnsä reflektointiin. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 152–153; Heikkinen 2008, 33–35.)

3.2 Kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmämalli ja ekspansiivinen oppiminen kehittämistoiminnan jäsentäjänä

Kehittämistoiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa olen käyttänyt teoreettisena perustana kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmämallia. Kehittävän työntutkimuksen juuret ovat venäläisten psykologien Vygotskin ja hänen kollegansa Lurija ja Leontjev 20–30 -luvulla alkuun saattamassa kulttuurihistoriallisessa toiminnan teoriassa. Toimintajärjestelmämalli tarkoittaa vakiintunutta ja paikallisesti organisoitunutta toiminta-

käytäntöä (Engeström 2002, 46–47). Nämä elementit näkyivät tässä kehittämistoiminnassa siinä, että on olemassa yhteisö, Pudasjärven terveystaseman lyhytaikaisosasto, jossa toteutetaan aivohalvauskuntoutujan kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Toiminnan teoriassa keskeisintä on toiminnan kohde toimintaa ja sen kehitystä määrittävänä tekijänä. Lisäksi se perustuu käsitykseen, jonka mukaan toiminta on aina merkkien ja erilaisien aikojen saatossa kehitettyjen kulttuuristen välineiden välittämää. (Engeström 2002, 36–48; Vygotski 1978, 38–40). Tässä kehittämistoiminnan työyhteisössä on saman kohteen jakavia toimijoita, jotka toteuttavat aivohalvauskuntoutujan kuntoutumista edistävää hoitotyötä ja siihen liittyvää aktiivista liikkumista tukevaa toimintaa. Tätä toimintaa varten on olemassa erityiset välineet, yhteisössä vakiintuneet säännöt ja toimintaa toteuttavan yhteisön sisäinen työnjako. Toimintaa eli tässä yhteydessä kuntoutumista edistävää hoitotyötä, suuntaa ja motivoi sen kohde, joka tässä kehittämistoiminnassa oli aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumisen tukeminen. (Engeström 2002, 41–47.) Toimintajärjestelmämalli auttoi hahmottamaan koko kehittämistoiminnan toimintakokonaisuuden, joka on kuvattu kuviossa 3.



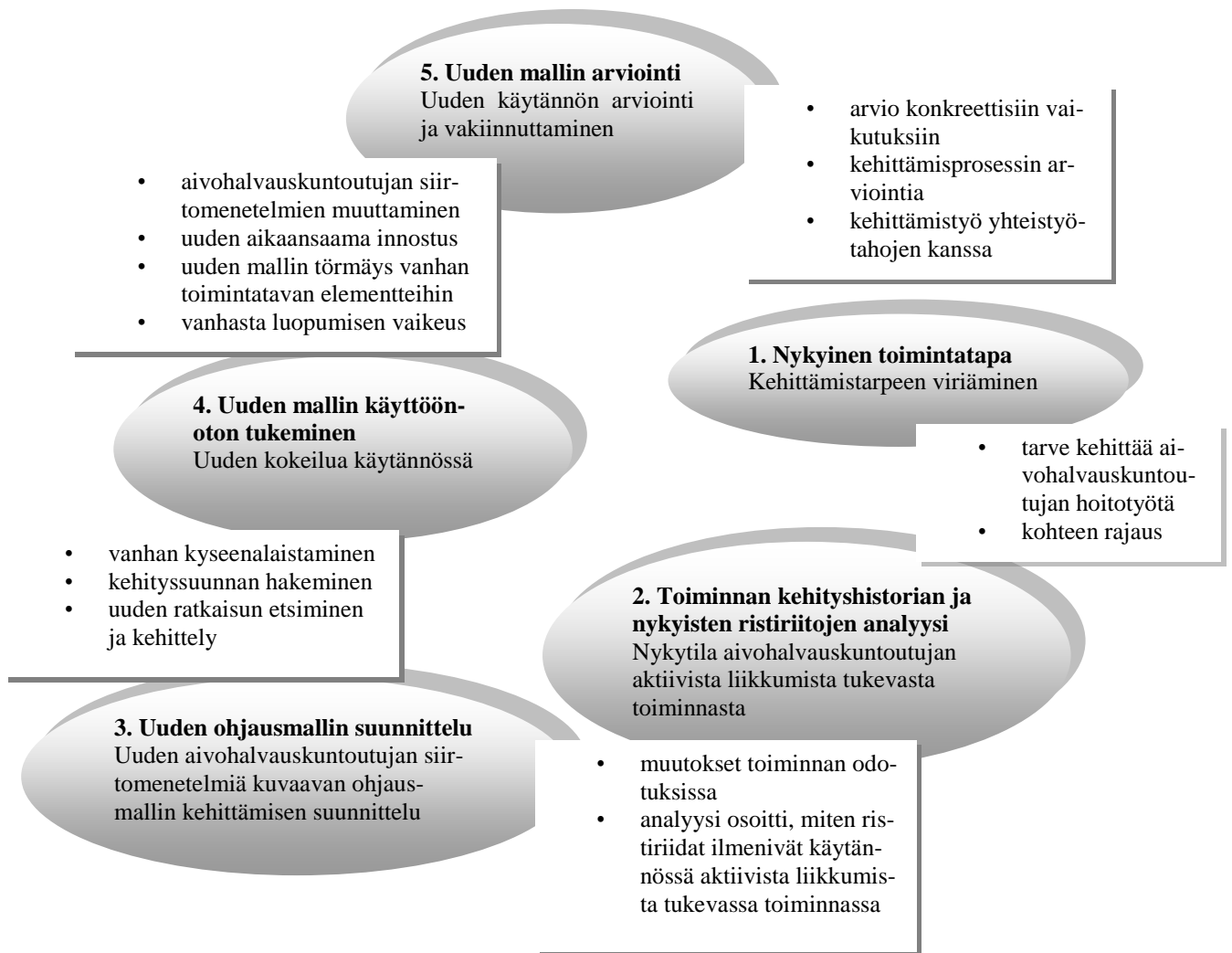
KUVIO 3. Kehittämisprosessin toimintakokonaisuus (Engeströmin 2002 toimintajärjestelmämallin mukaan)

Toiminnan kaikkiin osiin sisältyi kehittämistoiminnassa jatkuva jännite, joka edellytti etsimään erilaisia ratkaisuja. Koulutusinterventioista ja kehittämiskokouksista tuli uusia aineksia, jolloin toimintajärjestelmässä tapahtui muutoksia. Toisten osatekijöiden jäädessä ennalleen syntyi vähitellen kärjistyviä ristiriitoja osatekijöiden välille. Näiden ristiriitojen ratkominen edellytti uusien välineiden ja toiminnan uuden muodon kehittämistä. (Engeström 2002, 87–92; Engeström 2004, 59–61.)

Toimintajärjestelmämallin sisäiset ristiriidat ilmenivät hoitohenkilöstön toimintaan liittyvinä vaikeuksina. Nämä ristiriitaiset toimintaan liittyvät vaatimukset tulivat näkyviin jo suunnitteluvaiheessa kuntoutuskoulutushankkeen loputtua, kun mietimme konkreettista kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista käytännössä. Hoitohenkilöstön toiminnassa esiin tulevien ongelmien voittaminen edellytti niiden takana olevien toimintajärjestelmän sisäisten ristiriitojen ekspansiivista ratkaisemista, yhteisen toiminnan ja siinä käytettävien välineiden uudistamista. (Engeström 2002, 87–92; Engeström 2004, 59–61.)

Ekspansiivisen oppimiskehän avulla on voitu tunnistaa oman toiminnan nykyinen ja ennakoitavissa oleva seuraava kehitysvaihe. Lähtökohtana ja edellytyksenä on historiallinen tutkimusote. Toiminnan kehityshistorian analyysillä olen nostanut esiin merkittävät muutokset ja niihin johtaneiden ristiriitojen erittelyn. Historiallinen analyysi tähtäsi toiminnan seuraavan kehitysvaiheen hahmottamiseen ja erilaisten tulevaisuuden vaihtoehtojen tunnistamiseen. Oppiminen on ekspansiivista, kun hoitohenkilöstö itse ratkaisee nykyisen toiminnan ongelmia tulkitsemalla työn tarkoitusta, kohdetta ja tuotosta uudella tavalla, entistä laajemmissa yhteyksissään. (Engeström 2002, 87–92; Engeström 2004, 59–61.)

Ristiriitojen ekspansiiviseen ratkaisemiseen olen hyödyntänyt kuviossa 4 esitettyä ekspansiivisen oppimisen kehän mallia (Engeström 2002; Engeström 2004). Ekspansiivinen oppimiskehä on auttanut kehittämisprosessin toteutuksen eri vaiheitten suunnittelua ja etenemistä ja näin vienyt kohti uutta toimintatapaa.



KUVIO 4. Kehittämisprosessin ekspansiivinen oppimisen syklimalli (Engeström 2004 mukaan)

Uuden toiminnan kehitys ei tässä kehittämistoiminnassa edennyt tasaisesti vaiheesta toiseen. Siihen sisältyi edestakaista liikettä. Ongelmiin olemme löytäneet uusia kehitysmahdollisuuksia avaavia ratkaisuja tarkastelemalla työn kohdetta entistä laajemmin ja ottamalla vastuuta kokonaisuuden onnistumisesta. Ekspansiivinen kehityssykli ei ollut ennalta määrättyyn kehitystavoitteeseen johtava prosessi, koska uusi ohjausmalli ei ollut kenelläkään valmiina tiedossa ennen kehittämistoimintaa. Uusi ohjausmalli muodostui kehittämisprosessin aikana. (Engeström 2002, 99, 126–129; Engeström 2004, 59–61.)

3.3 Oma rooli kehittämistoiminnassa

Tämän kehittämistoiminnan kohteena oli Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosastolla työskentelevien hoitohenkilöstön kanssa tapahtuva aivohalvauskuntoutujan siirto-

menetelmien ohjauksen kehittäminen. Päävastuu kehittämistoiminnasta oli minulla, kehittämistoiminnan vetäjällä. Vastuun lähtökohtana oli kehittämistoiminnan kokonaisuuden hallinta. Kehitettävänä olevan kohteen muutostavoitteiden sisällöllinen tuntemus, tavoitteiden saavuttamiseksi määriteltyjen keinojen hallinta ja suunnitellusta aikataulusta huolehtiminen olivat merkittäviä asioita kokonaisuuden hallinnassa. Kehittämistoiminnan vetäjänä rooliini kuului neuvontaa, ohjaamista sekä meneillään olevan prosessin etenemisestä huolehtimista.

Kehittämistoiminnan vetäjänä minulla oli kokemusta käytännön hoitotyöstä aivohalvauskuntoutujien kanssa ja olin osa sitä yhteisöä ja toimintaa, jossa kehittäminen tapahtui. Siksi tässä kehittämistoiminnassa korostui vetäjän ja ryhmän tasavertainen asema ja osallistuminen kehittämisprosessiin. Tavoitteena oli kehittää toimintaa yhdessä. Hoitotyössä mukana olemalla luottamuksen saavuttaminen oli helpompaa. Tämä näkyi lisääntyvänä yhteistyönä aivohalvauskuntoutujien ja hoitohenkilöstön kanssa, mikä helpotti kehittämisprosessia. Vastavuoroisessa yhteistyössä käytännön osallistujat ja kehittämistoiminnan vetäjä jakoivat näkemyksensä aivohalvauskuntoutujan hoitotyön todellisuudesta. Lisäksi jokainen osallistuja antoi käytettäväksi oman asiantuntijuutensa yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi (Heikkinen & Rovio 2008, 101–103) aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumisen tukemisen alueella.

Kehittämistoiminnan vetäjänä en ole pyrkinyt auktoriteetin asemaan, vaan kouluttajiksi oli varattu alan asiantuntijakouluttajia. Kehittämistoiminnan vetäjän tehtävänä minulla on ollut mahdollisuus auttaa piilossa olevan tiedon näkyväksi tekemisessä sekä tuoda keskusteluun uusia teoreettisia näkökulmia kehittämiskokouksissa. Oleellista tässä oli löytää luottamus toimijoiden kanssa, jotta avointa keskustelua syntyisi. (Huovinen & Rovio 2008, 99–103; Toikko & Rantanen 2009, 55.) Edellä esitetyin perustein lähdin yhteistyössä henkilökunnan kanssa lähestymään tutkimuskohdetta, aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevaa toimintaa, käytännöstä käsin. Osallistava toimintatutkimus, jossa toiminta toteutui kehittämis- ja tutkimusyhteisön kanssa vuorovaikutuksessa, antoi mahdollisuuden kehittämistehtävän vetäjälle tarkastella käytäntöä sisältäpäin. (Lauri 1997, 114–135.) Lisäksi oma rooliini kehittämistoiminnan vetäjänä ja työntekijänä yhteisössä sekä opiskelijana tutkintoon johtavassa korkeakouluopinnoissa on edellyttänyt kiinteää yhteistyötä työni ohjaajien kanssa.

4 KEHITTÄMISTOIMINNAN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ

Kehittämistoiminnan tarkoituksena oli kuvata ja analysoida aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan ilmenemistä hoitotyössä henkilöstön näkökulmasta. Kehittämiskohteeksi aktiivista liikkumista tukevasta toiminnasta nousi aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien kehittäminen. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata ja analysoida kehittämistoiminnan jälkeen siirtomenetelmien ohjauksen kehittämiseen vaikuttavia tekijöitä. Näiden lähtökohtien avulla muodostui aivohalvauskuntoutujan aktiiviseen liikkumiseen sisältyvän siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin kehittämisprosessi. Kehittämisympäristönä oli Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosasto. Kehittämistoiminnan tavoitteena oli kehittää aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli osallistavan toimintatutkimuksen avulla. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa tietoa aivohalvauskuntoutujan hoitotyön kehittämisestä.

Kehittämistoiminnalla haettiin vastauksia seuraaviin kehittämistehtäviin:

Ennen kehittämistoimintaa

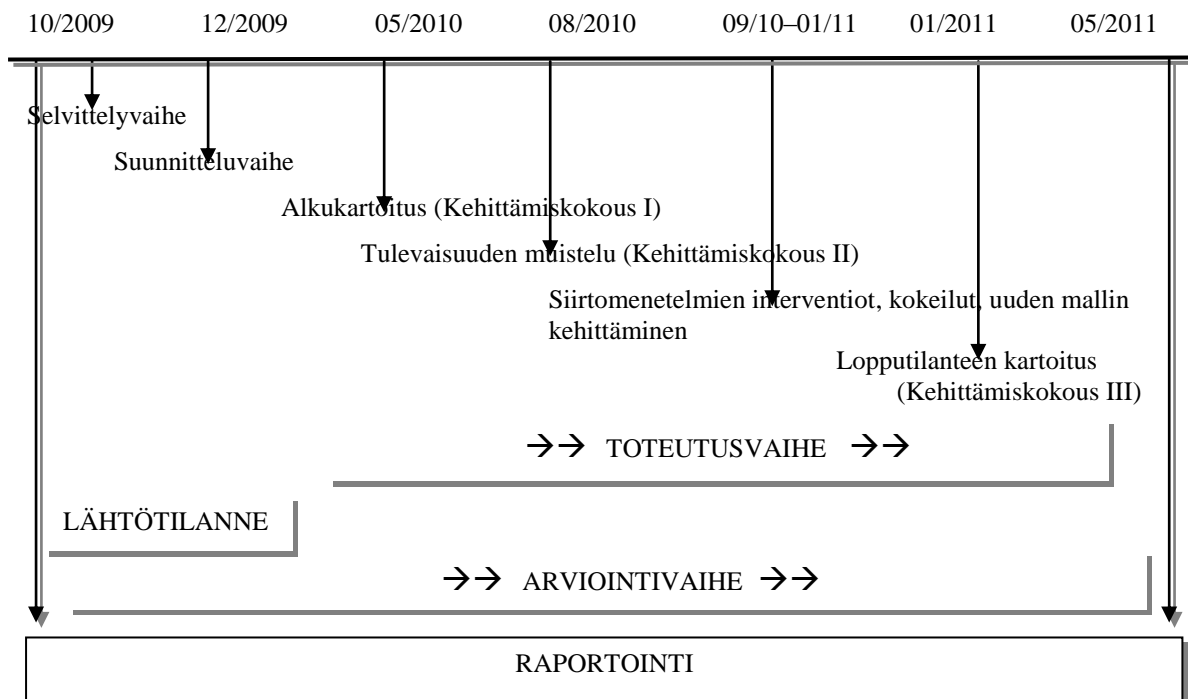
1. Millaisia käsityksiä hoitohenkilöstöllä oli aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevasta toiminnasta?
2. Millaista aktiivista aivohalvauskuntoutujan liikkumista tukeva toiminta oli terveysaseman lyhytaikaisosastolla hoitohenkilöstön arvioimana?

Kehittämistoiminnan jälkeen

3. Millaisia käsityksiä hoitohenkilöstöllä oli aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevaan toimintaan sisältyvän siirtomenetelmien ohjaamisesta kehittämistoiminnan jälkeen?
4. Millaiseksi hoitohenkilöstö arvioi kehittämistoiminnassa tuotetta aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavaa ohjausmallia?
5. Mitkä tekijät edistivät aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjauksen kehittämistä henkilöstön arvioimana?

5 AIVOHALVAUSKUNTOUTUJAN SIIRTOMENETELMIÄ KUVAAVAN OHJAUSMALLIN KEHITTÄMISTOIMINTA

Kehittämistoiminnassa pyrimme konkreettiseen asian muuttamiseen aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumisen osalta. Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan kehittäminen ja muuttaminen oli olennaista, ei niinkään tiedon tuottaminen tutkimuksellisessa merkityksessä. Kehittämisprosessi alkoi syksyllä 2009 ja päättyi keväällä 2011. Prosessi on kuvattu kuviossa 5.



KUVIO 5. Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien kehittämis- ja tutkimusprosessin ajanjaksot

Kehittämistoiminta eteni alkutilanteen selvittely- ja suunnitteluvaiheen jälkeen alkukartoitukseen. Alkukartoituksessa keräsimme tietoa aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan nykytilasta. Kehittämistoiminnan toteutusvaiheeseen sisältyi kehittämiskokousten ja koulutusinterventioiden toteuttaminen sekä uuden oppimisen kokeilua käytännössä. Seuraavissa luvuissa olen kuvannut tarkemmin kehittämis toiminnan kulkua.

5.1 Kehittämistoimintaan osallistujat

Kehittämistoiminta tapahtui Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosastolla. Kehittämistoimintaan osallistuvassa ryhmässä oli kehittämistoiminnan alussa yhdeksän (n=9) hengen moniammatillinen ryhmä. Osallistuva ryhmä muodostui vakinaisesta henkilökunnasta. Ryhmän jäsenet edustivat hoitotyön eri ammattiryhmiä moniammatillisesti, jolloin saimme aivohalvauskuntoutujan hoitotyöstä laajemman näkemys (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 84). Kaikilla ryhmään osallistuneilla oli kokemusta aivohalvauskuntoutujan hoitotyöstä. Lisäksi kaikki kehittämistoiminnassa mukana olleet olivat osallistuneet Soten järjestämään kuntoutuskoulutukseen. Alkutilanteen kartoituksessa oli mukana sairaanhoitajia (n=4), perus- tai lähihoitajia (n=4) sekä fysioterapeutti (n=1). Tulevaisuuden suunnitteluun tähtäävässä vaiheessa dialogista keskustelua kävin osallistuvaan ryhmään kuuluvien ryhmäläisten kanssa (n=4). Kokeiluvaiheessa ovat olleet mukana kaikki osallistuvaan ryhmään valitut. Lopputilanteen kehittämiskokouksessa oli mukana samasta ryhmästä kuin alkutilanteen kartoituksessa seitsemän (n=7) osallistujaa, sairaanhoitajia (n=3), perus- tai lähihoitajia (n=3) ja fysioterapeutti (n=1).

Kehittämistoimintaan liittyvistä koulutusinterventiosta vastasivat kuntoutuksen asiantuntijat; Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosaston fysioterapeutti, sekä Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) kuntoutusosaston fysioterapeutti ja sairaanhoitaja. Oys:in asiantuntijakouluttajat toimivat myös VeTe-hankkeen (2009–2011) kouluttajana Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella. Muina kouluttajina toimivat osaston lääkäri sekä myötäelävän vuorovaikutuskoulutuksen asiantuntija. Terveysaseman lyhytaikaisosaston osastonhoitaja toimi kehittämistoiminnan mahdollistajana työvuorojen järjestyksessä. Kehittämistehtävän ohjaavina opettajina toimi kaksi ylemmän amk:n yliopettajaa. Lisäksi kuntoutuksen yliopettaja on toiminut kehittämistoiminnan ohjaavana opettajana. Kehittämistoiminnan tukihenkilöinä toimivat ylemmän amk-tutkinnon kliinisen hoitotyön asiantuntijaopiskelijat.

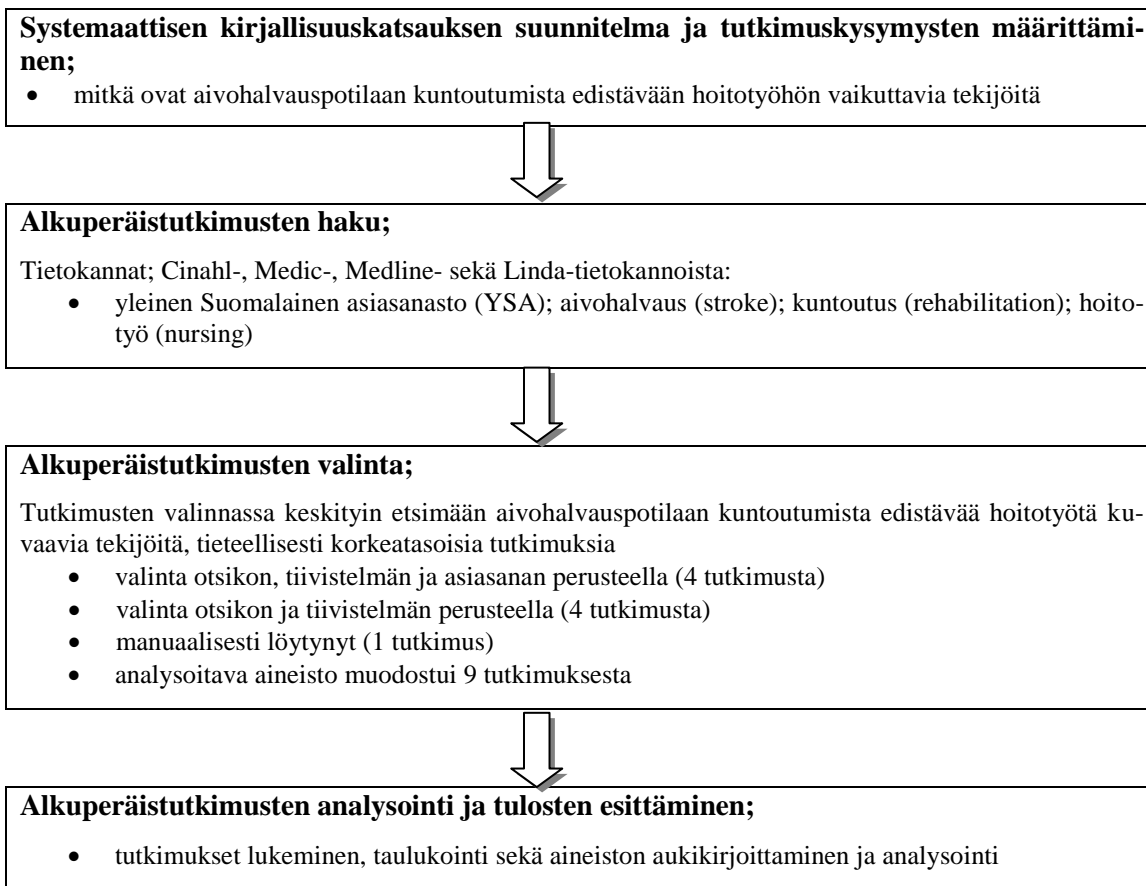
5.2 Kehittämistoiminnan lähtötilanne

Kehittämistoiminnan lähtötilanne kuvaa toimintajärjestelmän silloista toimintatapaa kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Tässä vaiheessa oli kysymys suhteellisen vakiintuneesta toiminnasta, joka oli muodostunut osaston toimintatavaksi. Lähtötilanne sijoit-

tui vuodeosaston henkilöstölle suunnattuun kuntoutuskoulutushankkeen loppupuolelta 2009 jatkuen kehittämistoiminnan suunnitelman laatimiseen, kevääseen 2010 saakka.

Kuntoutuskoulutuksen loppupuolella (2009) oli työyhteisössä tunnistettu kuntoutumista edistävän hoitotyön käytäntöjen kehittämisen tarve. Hoitohenkilöstön kanssa päätimme lähteä etsimään uusia, konkreettisia ratkaisuja kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. *Selvittelyvaiheen* tavoitteena oli saada tietoa kehittämiskohteen aiheesta. Selvittelyvaiheessa Soten järjestämän kuntoutuskoulutuksen loputtua (marras-joulu 2009) tein vapaamuotoisen kyselyn, jonka tarkoituksena oli kartoittaa tämän kehittämistoiminnan aiheen valintaa. Lisäksi selvittelyvaiheessa kävin keskustelua osaston hoitohenkilöstön kanssa siitä, miten kuntoutuskoulutuksesta saatua teoreettista tietoa voidaan hyödyntää käytännön työssä. Vapaamuotoisen kyselyn ja dialogisten keskustelujen lisäksi aiheen valintaa ohjasi oma kiinnostus aiheesta. Vastuualueenani on aivohalvauskuntoutujan hoitotyö, joka osaltaan on vaikuttanut tämän kehittämistoiminnan aiheen valintaa.

Selvittelyvaiheen loppupuolella aloitin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen (Liite 1) tekemisen kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli saada kansallisen ja kansainvälisen kirjallisuuden avulla tieteellistä tietoa aivohalvauspotilaan kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä, joka auttaa kehittämään aivohalvauskuntoutujan kuntoutumista edistävää hoitotyötä aivohalvauskuntoutujan tarpeita vastaavaksi. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymys oli: Mitkä ovat aivohalvauskuntoutujan kuntoutumista edistävään hoitotyöhön vaikuttavia tekijöitä? Kirjallisuuskatsauksen toteutusvaiheessa keräsin olemassa olevaa tietoa kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä, arvioin tiedon laatua ja yhdistin tuloksia tutkimuskysymyksen mukaisesti rajatusta aiheesta (Salanterä-Hupli 2003, 24; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39–43). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eteneminen on kuvattu kuviossa 6.



KUVIO 6. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen eteneminen

Kirjallisuuskatsauksen toteutus perustui hoitotieteellisiin tutkimuksiin ja artikkeleihin vuosina 2000 – 2009 sekä tulosten aukikirjoittamiseen ja analysointiin. Kirjallisuuskatsaukseen sisällytettävillä tutkimuksilla määrittelin etukäteen tutkimuskysymykseen perustuvat sisäänottokriteerit, jotka olivat seuraavat:

- 1) tutkimus kohdistui aivohalvauspotilaan hoitotyöhön
- 2) tutkimuksen sisältö soveltui osastolla tapahtuvaan hoitoon
- 3) tutkimus oli tieteellisesti korkeatasoinen ja mahdollisimman uusi eli haku kohdistui elektronisesti tieteellisiin julkaisuihin
- 4) tutkimuksen kieli Suomi ja Englanti

Tutkimusten valinnassa keskityin etsimään sairaaloissa tai osastolla tapahtuvaa kuntoutumista edistäviä tekijöitä kuvaavia, tieteellisesti korkeatasoisia ja uusia tutkimuksia. Valinta perustui siihen, vastaavatko hauissa saadut alkuperäistutkimukset asetettuja sisäänottokriteereitä. Tutkimuskysymykseen perustuva alkuperäistutkimusten haku on to-

teutettu systemaattisesti kirjaston informaation avustuksella 23.1.2010. Tiedonhaku-prosessi on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Elektronisen tiedonhaun prosessi

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Valitut tutkimukset
CINAHL	Stroke AND Rehabilitation AND Nursing	Otsikko (title) Tiivistelmä (abstract) Asiasana (keywords) 2000–2009 Englanti	14	4
MEDIC	Aivohalvau* AND Kuntoutu* AND Hoito*	Otsikko (title) Tiivistelmä (abstract) 2000-2009 Englanti Suomi	36	3
MEDLINE Ovid	Stroke AND Rehabilitation AND Nursing	Otsikko (title) Tiivistelmä (abstract) 2000–2009 Englanti	11	1
LINDA	Aivohalvau? Kuntoutu? Hoito?	Väitöskirja 2000–2009 Suomi	3	1 (sama kuin medicistä)

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yhteensä 9 tutkimusta tai tutkimusartikkelia ja nämä muodostivat analysoitavan aineiston. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus antoi vastauksen siihen, mitkä tekijät vaikuttavat kuntoutumista edistävään hoitotyöhön.

Helmikuussa 2010 pidin lyhyen informaatiotilaisuuden osaston henkilöstölle, jossa kerroin pääpiirteet kehittämistoiminnan jatkumisesta. Kehittämistoiminnan aihe liittyi kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämiseen. Tässä vaiheessa muutoksen tarve oli muodostunut, mutta sen tarkempi kohde oli vielä jäsentymätön. Selvittelyvaiheen ristiriidat ilmenivät kuntoutumista edistävän hoitotyön teoreettisen tiedon soveltamisesta käytännön työhön. Toimintajärjestelmänmallin mukaisesti taustalla oli jännite, joka aiheutti hoitohenkilöstön keskuudessa tyytymättömyyttä eli näkyvillä oli ns. ensimmäisen asteen ristiriita. (Engeström 2004, 62.)

Suunnitteluvaiheessa valmistui systemaattinen kirjallisuuskatsaus kuntoutumista edistävistä hoitotyöstä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Samalla kun systemaattinen kirjallisuuskatsaus valmistui, laadin kehittämistoiminnan suunnitelman. Systemaattisesta kir-

jallisuuskatsauksesta nousi aivohalvauskuntoutujan fyysisten toimintojen tukeminen yhdeksi kuntoutumista edistävaksi tekijäksi.

Tarkemman kehittämiskohteen aiheen muodostumiseen hyödynsin kirjallisuuskatsauksen tulosten sekä selvittelyvaiheen kyselyn tulosten lisäksi toimintajärjestelmämallia. Toimintajärjestelmämallin avulla havaitsin, mihin kuntoutumista edistävän hoitotyön toiminnan osatekijöihin kehittämistarpeet liittyvät. Toiseksi tutkin kuntoutumista edistävän hoitotyön käytännön historiallista kehitystä ekspansiivisen oppimiskehän avulla. Historiallisen analyysin avulla voin tulkita työyhteisössä ilmenevää sen hetkistä käytäntöä kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Koska eri työntekijöillä oli erilaisia havaintoja ja kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä, aluksi jouduin tutkimaan, mitä käytännössä todella tapahtui ja löytyykö erilaisille käsityksille tukea arkityötä koskevista havainnoista. Samalla tunnistin kuntoutuskoulutuksen muutosten luomia sisäisiä ristiriitoja liittyen kuntoutumista edistävän hoitotyön käytäntöihin. (Engersröm 2002, 227.) Tekemäni pohjatyön perusteella muodostimme kuvan sen hetkisestä tilanteesta. Kehittämistoiminnan aiheeksi muodostui aivohalvauskuntoutujan fyysisen toimintojen tukemiseen sisältyvä - aktiivista liikkumista tukevan toiminnan kehittäminen.

Laadin kehittämistoiminnan suunnitelman aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevasta toiminnasta. Suunnitelmassa määrittelin osa- ja kokonaistavoitteet sekä menetelmät, jotka tarkensimme yhdessä. Osallistavalla toimintatutkimuksella oli hyvät mahdollisuudet konkreettiseen kehittämiseen ja toiminnan tukemiseen vuorovaikutuksessa kehittämissyhteisön kanssa (Heikkinen 2008, 57). Osallistavan toimintatutkimuksen menetelmän valintaa tuki myös se, että osaston henkilöstölle suunnattu kuntoutuskoulutus (Veijola 2008) oli toteutettu toimintatutkimuksen periaatteita noudattaen.

Suunnitteluvaiheeseen liittyi lupahakemusten täyttäminen, jonka tein maaliskuussa 2010 yhdessä terveysaseman johtavan lääkärin ja osastonhoitajan kanssa. Samaan aikaan sovin, että kehittämistoiminnan vetäjänä kannan päävastuun kehittämistoiminnan toteutuksen organisoinnista, kehittämistyöhön liittyvästä kirjaamisesta, erilaisten kehittämistoimintaan liittyvien interventioiden organisoinnista, tuotettujen aineistojen analysoinnista sekä raportoinnista. Sovimme heti alussa henkilöstön osallistuvasta ja aktiivisesta roolista. Tässä vaiheessa nimesimme myös kehittämistoimintaan osallistuvan moniammatillisen ryhmän jäsenet. Valinnan kriteereinä oli, että kaikilla osallistujilla oli

kokemusta aivohalvauskuntoutujan hoitotyöstä sekä se, että osallistujat olivat osallistuneet Soten järjestämään kuntoutuskoulutukseen. Ryhmävalinnan jälkeen informoin ryhmäläisiä tulevasta kehittämistoiminnasta. Lisäksi pidimme osastokokouksen (huhtikuu 2010) koko osaston henkilöstölle, jossa esittelin kehittämistoiminnan suunnitelman ja aikataulun. Samalla keskustelimme siitä, millaista kehittämistoimintaa osastolla on aiemmin tehty. Työyhteisön hoitohenkilöstöllä oli hyvät kokemukset kuntoutuskoulutuksesta (Veijola 2008), joten kehittämistoiminnan käynnistäminen ja jatkaminen tuntuivat luontevalta. Käytin paljon aikaa kehittämistoiminnan suunnitteluun ja perehdyin kehitettävään kohteeseen tarkasti. Tämä on luonut pohjan koko kehittämistoiminnan etenemiselle. Suunnitteluvaiheen loppupuolella (huhtikuu 2010) aloin suunnitella kehittämistoiminnan käytännön toteuttamista.

5.3 Kehittämistoiminnan toteutus

Kehittämistoiminnan toteutusvaihe seurasi suunnitteluvaihetta osittain päällekkäin ja limittäin, mikä on toimintatutkimuksen kulle tyypillistä (Heikkinen 2008). Toteutusvaiheeseen sisältyi kehittämistoiminnan alkukartoitus, johon kuului kaksi ensimmäistä kehittämiskokousta. Lisäksi olen kuvannut toteuttamisvaiheessa kolme koulutusinterventiota ja käytännön kokeiluvaiheen sekä lopputilanteen kartoituksen. Lopputilanteen kartoituksesta on käytetty tässä raportoinnissa nimitystä kolmas kehittämiskokous – nimitystä. Kehittämiskokoukset ja koulutusinterventiot toteutimme pääosin terveystalon tiloissa. Kehittämistoiminnan toteutusvaihe alkoi huhtikuussa 2010 ensimmäisen kehittämiskokouksen suunnittelulla sekä toukokuussa 2010 toteutuksella. Toteutusvaihe vaatii paljon suunnittelua ja työtä sekä pitkäjänteistä kehittelyä. Kehittämistoiminnan toteutusvaiheen kulku on kuvattu taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Kehittämistoiminnan toteutusvaiheen kulku

Kehittämistoiminta, osallistajat ja aika	Tarkoitus	Sisältö	Tuotos
Kehittämiskokous I <ul style="list-style-type: none"> Osallistuvan ryhmän jäsenet (n=9) Kehittämistoiminnan vetäjä Toukokuu 2010 	Kartoittaa aktiivista liikkumista tukevan toiminnan nykytila	Hiljainen tieto, teoreettinen tieto, käytännön kokemukset	Aktiivista liikkumista tukevan toiminnan nykytilan määritelmä
Kehittämiskokous II <ul style="list-style-type: none"> Osallistuvan ryhmän jäsenet (n=4) Kehittämistoiminnan vetäjä Elokuu 2010 	Kartoittaa aktiivista liikkumista tukevan toiminnan kehittämissuunta	Kehittämiskokous I tulokset, tulevaisuuden muistelu aktiivista liikkumista tukevasta toiminnasta	Kehittämiskohde, koulutusinterventiot
Koulutusinterventio I <ul style="list-style-type: none"> Osallistuvan ryhmän jäsenet (n=9) Osaston lääkäri Syyskuu 2010 	Syventää tiedollista osaamista aivohalvauksista	Teoria tietoa aivohalvauksista, oireista, vaikutuksesta toimintakykyyn sekä kuntoutumisen perusteista	Tiedollisen osaamisen lisääntyminen
Koulutusinterventio II <ul style="list-style-type: none"> Osallistuvan ryhmän jäsenet (n=9) Fysioterapeutti sekä kuntoutusosaston sairaanhoitaja Lokakuu 2010 	Kehittää taidollista siirtomenetelmien osaamista	Teoreettinen tieto, käytännön harjoittelu	Taidollisen osaamisen kehittyminen ja hallinta
Koulutusinterventio III <ul style="list-style-type: none"> Osallistuvan ryhmän jäsenet (n=8) Myötäelävän vuorovaikutuksen asiantuntijakouluttaja Marraskuu 2010 	Kehittää vuorovaikutuksellisia taitoja ohjaustilanteissa	Myötäelävä vuorovaikutusmalli	Tarpeiden tunnistaminen myötäelävän vuorovaikutuksen avulla
Kokeiluvaihe <ul style="list-style-type: none"> Osallistuvan ryhmän jäsenet (n=9) Syyskuu 2010 – Tammikuu 2011 	Kehittää aivohalvauksenkuntoutusta siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli	Uuden tiedon soveltaminen ja kokeileminen käytännössä, kuntoutus suunnitelman kokeilu	Uuden ohjausmallin hahmottelu ja suunnittelu
Kehittämiskokous III <ul style="list-style-type: none"> Osallistuvan ryhmän jäsenet (n=7) Kehittämistoiminnan vetäjä Tammikuu 2011 	Tuottaa tietoa siirtomenetelmiä kuvaavasta ohjausmallista kehittämistoiminnan jälkeen sekä kehittämiseen vaikuttavista tekijöistä	Teoreettinen tieto, hiljainen tieto, uuden oppimisen kokemukset ja taidot	Uusi lopullinen siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli

5.3.1 Kehittämistoiminnan alkukartoitus

Kehittämiskokous I tarkoituksena oli kuvata aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan nykytila. Kehittämiskokous I pidettiin toukokuussa 2010. Kehittämiskokouksen tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, millainen aktiivista liikkumista tukeva toiminta ilmenee aivohalvauskuntoutujan hoitotyössä Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisella vuodeosastolla ennen kehittämistoimintaa. Kehittämiskokouksen lähtökohtana oli selvittää, mitä, miten ja miksi tehdään niin kuin tehdään, kun toteutetaan aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevaa toimintaa osastolla. Ensimmäisen kehittämiskokouksen perustana oli orientaatioperustan luominen koko kehittämistoiminnalle. Tässä vaiheessa osastolla oli jo tunnistettu kehittämisen tarve ja päätetty lähteä etsimään uusia ratkaisuja kuntoutumista edistävän hoitotyön käytäntöihin, jotka liittyvät aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevaan toimintaan.

Ensimmäisen kehittämiskokouksen suunnittelin toimintajärjestelmämallia hyödyntäen. Osallistuvan ryhmän jäsenten kohteena siinä oli aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta. Työnjakoon kuului se, että oma roolini oli toimia kehittämistoiminnan vetäjänä. Vetäjän työvälineinä olivat teoreettinen tieto kehittämisestä sekä teoreettinen tieto aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumisen tukevasta toiminnasta. Lisäksi kehittäjän vastuulla oli tutustua osallistaviin ja dialogia rakentaviin menetelmiin, joita kehittämistoiminnassa käytettiin sekä päättää kulloinkin käytettävästä menetelmästä. Vetäjänä perehdyin aiheisiin ja suunnittelin menetelmän ja käytettävät välineet ensimmäisen ja toisen kehittämistehtävän kanssa työskentelyyn. Osallistuvan ryhmän jäsenillä välineinä olivat ensimmäisessä kehittämiskokouksessa hiljainen tieto aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevasta toiminnasta ja kuntoutuskoulutuksessa omaksuttu teoreettinen tieto kuntoutuksesta, mm. toimintakyvyn parantumisen tukeminen, kuntoutujan aktiivinen osallistuminen ja moniammatillinen yhteistyö. Hiljaisen tiedon esiin nostaminen ja näkyväksi tekeminen oli tärkeä ensimmäisen kehittämiskokouksen tavoite.

Ensimmäisen kehittämiskokouksen aineiston keräsin Learning Café⁷ -ryhmäkeskustelun avulla. Learning Café-menetelmässä noudatimme ns. ”kahvila etikettiä”, joka velvoitti kaikkia ryhmän jäseniä osallistumaan keskusteluun. Perusideana oli, että erilaisia näkemyksiä liitimme yhteen ja ideoimme uutta yhdessä. Learning Cafessa ”oikeat” temaky-

symykset olivat tärkeässä roolissa. Learning caféssa osallistujat istuvat tavallisesti ”kahvilapöydissä”, joissa jokaisessa oli isäntä tai emäntä vastaamassa keskustelun ylläpidosta. Hän osallistui keskusteluun ja teki keskustelusta yhteenvedon. Pöydillä oli suuria papereita, joihin kirjoitimme annetusta temasta keskustelun aikana. (Brown, Isaacs & the World Café Community 2005, 163, 164, 166, 167, 168; Vogt, Brown & Isaacs 2003, 7, hakupäivä 10.5.2011.)

Ekspansiivisen oppimissyklin toista vaihetta hyödyntäen sain tietoa sen hetkisestä tilanteesta aktiivista liikkumista tukevasta toiminnasta. Keskusteluissa nostimme esille ne asiat, joiden avulla saimme tietoa siitä, millainen aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta oli sillä hetkellä. Kehittämistehtäviin yksi ja kaksi haimme vastauksia ensimmäiseen kehittämiskokouksen aiheeksi valituilla teemakysymyksillä (Liite 2). Teemakysymykset sisälsivät kysymykset: mitä teen, miten teen ja miksi teen tiedollisten, taidollisten ja asenteellisten teemojen avulla aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevassa toiminnassa. Analysoin kerätyn aineiston ja palautin ryhmän tuotokset kehittämistoimintaan osallistuvan ryhmän jäsenille.

Ensimmäisen kehittämiskokouksen päätteeksi osallistujat saivat miettiä tulevaisuuden muistelu menetelmää soveltaen sitä, millaisena he näkevät aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan vuoden kuluttua. Tulevaisuuden muistelu on yksi ennakoitdialogien muodoista. Tulevaisuuden muistelussa ennakoidaan ja suunnitellaan hyvää tulevaisuutta tilanteessa, joka tarvitsee ratkaisua pidemmällä aikavälillä. Tulevaisuuden muistelussa tärkeää on, että kaikki osallistujat tulevat kuulluiksi. Lisäksi kaikkien näkemykset kirjataan muistiin toimenpiteiden suunnittelua varten. Moniääninen pohdinta palaverissa mahdollistaa positiivisen näkymän tulevaisuudesta ja realististen suunnitelmien tekemisen. (Arnkil, Eriksson & Rautava 2006; 11,17, 20, Kokko 2006 28 - 29.)

Kehittämistoiminta jatkui alkutilanteen kartoituksen jälkeen. *Kehittämiskokous II* tarkoituksena oli kartoittaa aktiivista liikkumista tukevan toiminnan kehittämissuunta. Tavoitteena oli saada tietoa kehittämiskohteen suunnasta sekä löytää keinot tavoitteeseen pääsemiseksi eli luoda kehittämistoiminnan koulutusinterventiot. Toinen kehittämiskokouksen ajanjakso sijoittui elokuun alkuun 2010. Tulevaisuuden muisteluun tarkoitettuun kysymykseen osallistuvan ryhmän jäsenet olivat vastanneet ensimmäisessä kehit-

tämiskokouksessa. Toisessa kehittämiskokouksessa varmistimme, että ryhmän jäsenet saivat mahdollisuuden pohtia omia näkemyksiään ja kuulla toisten ajatuksia aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevasta toiminnasta. Tulevaisuuden muistelun avulla käydyn dialogin pohjalta syntyi yhteisen kehittämistoiminnan suunnittelu.

Kehittämiskokouksessa toiminnan kohteena oli tiedollisen ristiriidan herääminen aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan toteutuksesta ja lähtökohdista. Tämä toimi motivaation herättäjänä aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumisen tukemisen kehittämiseen. (Engeström 2004, 62.) Toisessa kehittämiskokouksessa välineinä olivat ensimmäisen kehittämiskokouksen tulokset sekä kehittämistoiminnan vetäjän reflektiopäiväkirjamerkintöjen pohjalta tekemät tulkinnat. Kehittämistoimintaan osallistuva ryhmä oli ensimmäisessä kehittämiskokouksessa mallintanut nykytilanteen aktiivista liikkumista tukevan toiminnan. Lisäksi kehittämiseen osallistujat olivat mietineet, millaisena he näkevät aktiivista liikkumista tukevan toiminnan vuoden kuluttua.

Ensimmäisen kehittämiskokouksen analyysi oli osoittanut, miten ristiriidat ilmenivät käytännössä. Tässä vaiheessa ekspansiivisen oppimisen kehän toisessa vaiheessa ristiriidat kärjistyivät. Muotoilin syntyneet ristiriidat ja paikallistin ne toimintajärjestelmän tiettyjen osatekijöiden välisiksi jännitteiksi eli ns. toisen asteen ristiriidoiksi. Toiminnan ristiriidaksi ja muutoskohteeksi nimeytyi kuntoutujien aktiivisen liikkumisen tukeminen ja ohjaaminen käytännössä. Tämän vaiheen ekspansiivinen ratkaiseminen edellytti analyysiä saaduista tuloksista eli ristiriitojen käsitteellistämistä. (Engeström 2004.) Kuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan käsitteelliseksi teemaksi nousi siirtomenetelmien kehittäminen. Toisessa kehittämiskokouksesta kerätyn aineiston analyysi ja tulkinta osoittivat sen, millaista koulutusta tarvitsemme tiedolliseen ja taidolliseen osaamiseen sekä asenteelliseen muutokseen siirtomenetelmien ohjaamisessa. Suunnitelimme yhdessä toisessa kehittämiskokouksessa ne koulutusinterventiot, jotka tukevat kehittämiskohteen, siirtomenetelmien ohjaamista. Kehittämistyöhön osallistujat antoivat molemmista kirjallisen palautteen sähköpostin välityksellä. Palautetietoa hyödynsimme kehittämistoiminnan jatkotyöstämisessä.

5.3.2 Koulutusinterventioiden toteuttaminen

Koulutusinterventioiden tarkoituksena oli syventää aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan kehittämistä siirtomenetelmien osalta. Tässä ekspansiivisen oppimissyklin kolmannessa vaiheessa on kuvattu, millaisia uusia käytäntöjä olemme suunnitelleet. Koulutusinterventioiden suunnittelut pohjautuivat hoitohenkilöstön omiin koulutustarpeisiin, jotka nimettiin toisessa kehittämiskokouksessa. Kehittämistoimintaan osallistuva ryhmä nimesi koulutusinterventioiden tavoitteeksi laajentaa ja syventää tiedollista ja taidollista osaamista erilaisissa siirtomenetelmissä ohjaamiseen ja vuorovaikutuksellista osaamista ohjaustilanteisiin. Koulutusinterventioiden suunnittelun lisäksi kehittämistoimintaan sisältyi ylemmän ammattikorkeakouluopiskelijan opinnäytetyön tuloksen käyttöön otto. Lamminkangas (2011) oli suunnitellut yhdessä yhteiskehittämisen tuloksena syntyneen hoito- ja kuntoutussuunnitelman. Tämä suunnitelma syntyi osaston työntekijöiden ja kotipalvelun työntekijöiden yhteistyönä kuntoutuskoulutuksen yhteydessä (ks. luku 2.2), mikä raportoidaan erillisessä ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäytetyössä. Tässä vaiheessa suunnittelimme, miten testaisimme kuntoutumissuunnitelmarungon käyttöä arjentyössä aivohalvauskuntoutujan hoitotyön suunnitelmaa laadittaessa. Kuntoutumissuunnitelman laatimisesta ei ollut erillistä koulutusta, vaan jokainen osallistuja perehtyi suunnitelman laatimiseen itsenäisesti.

Koulutusinterventioiden sisällöt määrittivät alkutilanteen kartoituksen sekä dialogisten keskustelujen avulla tuotettujen materiaalien analyysien tuloksena. Lisäksi hyödynsin koulutusinterventioiden suunnittelussa omia reflektiopäiväkirjamerkintöjä. Koulutusinterventioiden sisällölliset pääteemat muodostuivat aivohalvaussairauksien tiedollisesta ja niiden hoitoon ja kuntoutumista tukevaan toimintaan liittyvästä taidollisesta osaamisesta sekä em. toimintoihin liittyvästä vuorovaikutuksellisesta osaamisesta. Lisäksi teemaan sisältyi aivohalvauskuntoutujan kuntoutumisen perusteet.

Koulutusinterventioiden toteuttamisvaiheessa kehittämistoimintaan osallistuvan ryhmän jäsenet alkoivat hahmottaa uuden kohteen muotoutumista ja loivat samalla uutta ohjausmallia. Uusia aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmäkäytäntöjä suunnittelimme ja kokeilimme jokaisen koulutusintervention yhteydessä ja sen jälkeen. Uuden ohjausmallin muodostamisessa hyödynsimme koulutusinterventioista saatuja uusia tietoja ja taitoja sekä niiden kokeilua käytännössä.

Kehittämistoiminnan *ensimmäisen koulutusintervention* toteutimme iltapäiväkoulutuksena syyskuussa 2010. Interventioon osallistuivat kaikki kehittämistoimintaan osallistuvaan ryhmään valitut ammattihenkilöt sekä osaston muuta hoitohenkilöstöä.

Suunnittelin koulutusintervention yhdessä osastonlääkärin kanssa, joka toimi asiantuntijakouluttajana. Toimintajärjestelmämallin kohteena oli suunnitteluvaiheessa aivohalvaus sairautena (ks. luku 2.1). Kehittämistoiminnan vetäjänä hankin yhdessä asiantuntijalääkärin kanssa aineistoa koulutuksen teemoista. Ennen koulutuspäivän toteuttamista kehittämistoimintaan osallistuvalla ryhmällä oli jaettu aiheesta koottu moniste. Näin osallistujat olivat jo ennen koulutuspäivää voineet tutustua aiheeseen. Samalla osallistujat saivat seurata koulutuksen kulkua omista muistiinpanoista ja merkitä omia muistiinpanoja lääkärin luennosta.

Ensimmäisen koulutuspäivän oppimisenalueena oli syventää tiedollista osaamista aivohalvaussairauden vaikutuksista ohjaamistilanteeseen. Koulutuspäivän kuluessa merkittävää oli se, että osallistavan ryhmän jäsenet rakensivat käsitystään ja ymmärrystä aivohalvaussairaudesta. Keskeistä oli oppia sairauden vaikutuksesta toimintakykyyn. Lisäksi tärkeä oli oppia kuntoutumisen perusteiden ymmärtämistä ohjaamistilanteessa. Se edellyttää kuntoutumisen perusteiden tiedollista osaamista siitä, miten aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta aivojen uudelleen organisoitumisessa on tärkeää. Tässä säännöllisesti, usein toistetussa ja jatkuvassa oppimistapahtumassa hermosoluille opetetaan kokonaisvaltaisen harjoittelun avulla, mitä niiden tulisi tehdä huolehtimalla esimerkiksi siitä, että sairastuneen puolen kättä käytetään. Ensimmäisessä koulutusinterventiopäivässä merkittävää oli se, että keskustelu tuki osallistujien tiedon rakentumista aktivoimalla osallistujien ajattelua ja tietorakennetta aiheesta. Myös asiantuntijalääkärin esittämien tutkimuksellisten näkökulmien tarkastelu auttoi omien käsityksien uudelleen muotoutumista.

Toisena koulutusinterventiona oli aivohalvauskuntoutujan aktiiviseen liikkumiseen liittyviä siirtomenetelmien ohjauskoulutus. Tämän koulutuksen toteutimme kahtena iltapäiväkoulutuksena lokakuussa 2010. Molempiin koulutuspäiviin osallistuivat kehittämistoimintaan osallistuvan ryhmän jäsenet. Koulutuspäivien teemat käsittelivät eri siirtomenetelmiä. Näiden koulutusintervention tavoitteena oli taidollisen osaamisen kehittäminen siirtomenetelmien ohjaamisessa. Suunnittelin koulutuspäivät yhdessä asiantun-

tajakouluttajien kanssa. Ensimmäisen koulutusiltapäivän asiantuntijana toimi osaston fysioterapeutti. Toisen siirtomenetelmiin liittyvä koulutusiltapäivän asiantuntijana toimi Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) kuntoutusosaston fysioterapeutti sekä sairaanhoitaja. He toimivat myös VeTe-hankkeen kouluttajina.

Siirtomenetelmien ohjauskoulutuksessa toimintajärjestelmän kohde oli aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmät. *Ensimmäisen siirtomenetelmien ohjauskoulutuksen* teoreettisena kehyksenä toimi Durewall- ja Kinesteettinen menetelmä. Hankin yhdessä osaston fysioterapeutin kanssa aineistoa koulutuksen teemasta. Ennen koulutusiltojen toteuttamista kehittämistoimintaan osallistuvalla ryhmällä oli jaettu aiheesta koottu moniste. Näin osallistujat olivat jo ennen koulutusiltoja voineet tutustua aiheeseen. Samalla osallistujat saivat seurata koulutuksen kulkua omista muistiinpanoista ja merkitä omia muistiinpanoja.

Tässä koulutusiltojen välisenä toimii teoreettinen tieto siirtomenetelmien ohjaamisesta. Asiantuntijana toimineen fysioterapeutin koulutuksessa painottui merkityksellisenä oppimisen alueena Durewall- ja Kinesteettinen teoria. Nämä menetelmät ovat Suomessa eniten opetetut siirtomenetelmät (Tamminen-Peter 2005, hakupäivä 12.9.2010). Molemmilla painotetaan kosketuksen merkitystä. Avustaminen tapahtuu laajoilla, pehmeillä ja liukuvilla kämmenotteilla ja vältetään liiallista voimankäyttöä. Pääasiallinen avustettava alue on vartalo. Liikekohtiin ei tulisi tarttua ja näin rajoittaa niiden vapaata liikkuvuutta ja kykyä siirtää kehonpainoa osalta toiselle. Päähän, kainaloihin, reiden sisäpintoihin sekä genitaalialueille ei tulisi koskea lainkaan. Kinesteettisessä menetelmässä ihmisen toimintojen tukemisen, avustamisen ja kehittämisen perustana on avustettavan omien voimavarojen hyödyntäminen. Kinesteettisessä menetelmässä korostetaan kosketuksen ja liikkeen avulla tapahtuvan vuorovaikutuksen merkitystä liikkumisessa.

Toisena merkityksellisenä oppimisenalueena oli oman kehon hallinta ja omien voimavarojen tunnistaminen. Oman kehon hallinta on oman tasapainoisen asennon, liikkeen ja hengityksen sekä lihasjännityksen tason tunnistamista ja säätelemistä erilaisissa fyysisissä toiminnoissa. Oman kehon hyvä hallinta siirtymisen avustamisessa mahdollistaa sekä turvallisen avustamisen että maksimaalisen potilaan omien voimavarojen hyödyntämisen. Se myös aktivoi kuntoutujaa. Toisen ihmisen liikkumisen havainnointi ja oh-

jaaminen vaatii hoitohenkilöstön oman kehon liikkeiden hallintaa ja kokemusta. (Skatteboe 2005, 725, hakupäivä 12.9.2010; Tamminen-Peter 2005, hakupäivä 12.9.2010.)

Harjoiteltaessa oman kehon liikkeitä, yhtenä tavoitteena on tulla tietoiseksi omista voimavaroistaan. Tavoitteena on joko parantaa tai palauttaa häiriintynyttä koordinaatiota. Harjoitus alkaa pienillä liikkeillä, esim. hengityksellä ja liike ulottuu vaiheittain koko kehoon. Tarkoituksena on, että henkilö tunnistaa liikkeen etenemisen ja tiedostaa painovoiman vaikutuksen kehossaan. Liikkeen tekeminen hitaasti ja tasaisesti mahdollistaa sen, että ihmisellä on aikaa olla tietoinen jokaisesta liikkeen yksityiskohdasta. (Talvitie ym. 1999 72–96; Klemola 2002, 4-6).

Kolmantena merkityksellisenä asiana tässä koulutuspäivässä ilmeni eri siirtomenetelmien harjoittelu. Osastolle on hankittu tämän kehittämistoiminnan aikana työterveyslaitoksen julkaisema dvd-video, joka pohjautuu Tamminen-Peterin (2005, hakupäivä 12.9.2010) tutkimukseen erilaisista siirtomenetelmien ohjaamisesta. Osaston fysioterapeutti näytti dvd-videolta esimerkkejä erilaisista tilanteista. Samalla hän käytännössä ohjasi osallistuvan ryhmän jäseniä erilaisissa tilanteissa. Koulutuspäivän loppuun saimme harjoitella käytännössä oman kehon hallintaa sekä erilaisia siirtomenetelmiä. Siirtomenetelmien kohteita olivat: avustaminen ruokailuasentoon vuoteessa, makuulta istumaan nousu, seisomaan nousu ja siirtyminen tuoliin, avustaminen tuoliin, kun ei voi tukeutua jalkoihin, asennon korjaus tuolissa, kävelyttäminen sekä wc:ssä avustaminen.

Toisen siirtomenetelmä koulutusiltapäivän teoreettisena kehyksenä toimi Affoltermenetelmä. Koulutuspäiviin osallistuivat kaikki kehittämistoimintaan osallistuvaan ryhmään valitut sekä muita osallistujia eri osastoilta. Hankin yhdessä Oys:in kuntoutusosaston fysioterapeutin kanssa aineistoa koulutuksen teemasta. Koulutusmateriaalina oli VeTe-hankkeen koulutusmateriaali. Ennen koulutuspäivän toteuttamista kehittämistoimintaan osallistuvalla ryhmällä oli jaettu aiheesta koottu moniste. Näin osallistujat olivat jo ennen koulutuspäivää voineet tutustua aiheeseen. Samalla osallistujat saivat seurata koulutuksen kulkua omista muistiinpanoista ja merkitä omia muistiinpanoja. Koko koulutusmateriaalia ei käyty läpi koulutusiltapäivässä, vaan keskityimme enemmän oman kehon hallinnan tuntemiseen sekä Affoltermenetelmään.

Tämän koulutuskerran merkityksellisin oppimisenkohde oli Affolter-menetelmän ymmärtäminen ja kokeilu käytännössä. Sveitsiläinen Felisie Affolter kehitti alun perin tämän lähestymistavan aisti- ja käytöshäiriöisille lapsille. 1980 -luvulta alkaen hän on kehittänyt saman teorian pohjalta myös aikuisten ohjausta. Perustana hän on pitänyt kehityspsykologi Piagetin teorioita. Stabiilin ympäristön koskettaminen vuorovaikutustilanteissa on tärkeimpiä lähtökohtia terapiassa. Se mahdollistaa, että kuntoutuja löytää tärkeät taktilliset (koskettaminen, kokeileminen) informaatiolähteet, muuttaa käyttäytymistään, vastaanottaa välttämätöntä informaatiota vuorovaikutuksesta ja siten toimia asianmukaisemmin arjen toiminnossa. (Forsbom, 2001, 69–71.)

Affolter- lähestymistavassa on oleellista auttaa kuntoutujaa tunnistamaan tietolähteet. Tietolähteitä ovat: mitä tapahtuu ja mikä on tapahtuman syy sekä miten keho on suhteessa ympäristöön. Tietolähteiden tunnistusta ohjataan ongelmanratkaisutilanteissa päivittäisissä toiminnoissa. Ohjaus toiminnallisissa tilanteissa toteutetaan sanattomasti. Se korostaa tunteiden vastaanottoa. Suorituksen jälkeen on tärkeää keskustella kuntoutujan kanssa, miksi näin toimittiin ja mistä oli kysymys. Ohjauksessa on aina korostettava kuntoutujan omaa ongelmanratkaisua ja tuettava hänen aktiivisuuttaan antamatta kuitenkaan toimia pelkästään toimivammalla puolellaan. Hoitohenkilöstöltä vaaditaan herkkyyttä ja jatkuvaa analysointikykyä, ettei hän passivoi kuntoutujaa tai aiheuta hänelle turhautumista. Affolter-terapian avulla voi oppia, että hyvin yksinkertaiset arkipäivän toiminnot ovat usein oppimisessa tehokkaita. Ne mahdollistavat aivojen uudelleen organisoitumisen. (Forsbom, 2001, 69–71.)

Kolmanteen koulutusinterventioon valitsimme vuorovaikutuskoulutuksista sellaisen, joka tukisi kuntoutujan ohjauksessa tarvittavaa tarpeitten tunnistamista. NVC (Non-violent Communication) myötäelävän vuorovaikutuksen koimme sopivaksi vuorovaikutusmenetelmäksi. Koulutuspäivän teema käsitteli myötäelävän vuorovaikutuksen kommunikointikeinoja. Kolmannen koulutuspäivän toteutimme kahtena päivänä yhdessä kaupungin muun henkilöstön kanssa marraskuussa 2010. Koulutuspäivään osallistui lähes kaikki kehittämistoimintaan osallistuvaan ryhmään valitut henkilöt. Kouluttajaksi oli valittu NVC:n vuorovaikutuskouluttaja.

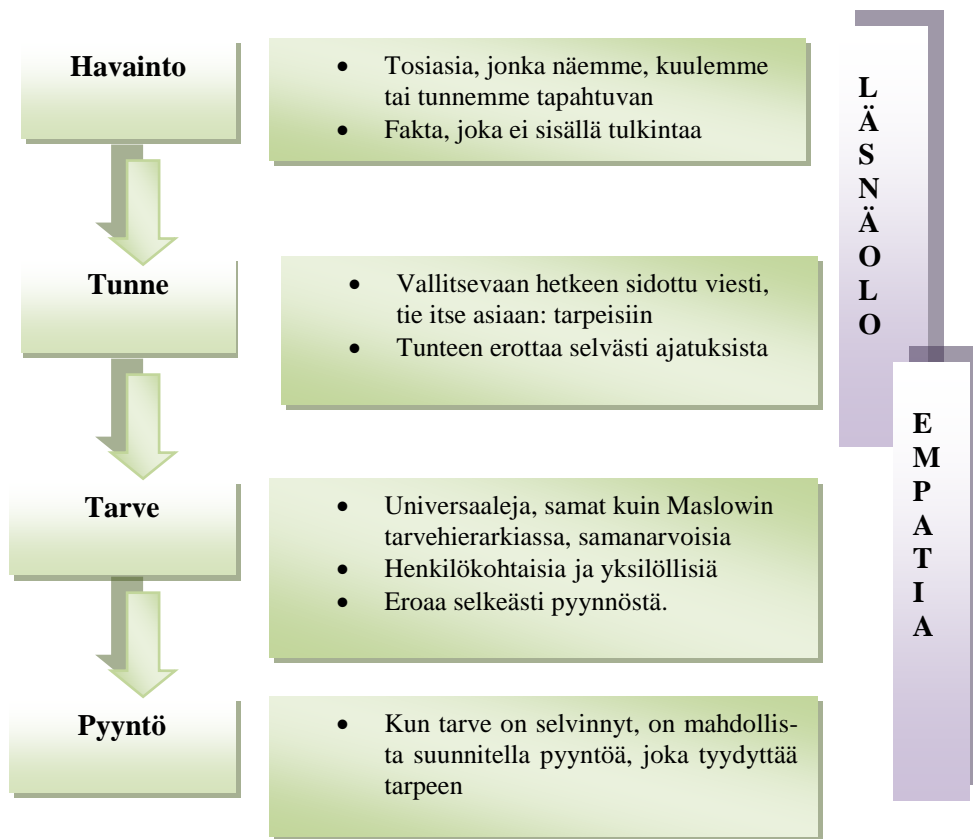
Suunnittelin koulutuspäivän sisältöä sähköpostin välityksellä yhdessä kouluttajan kanssa. Toimintajärjestelmämallin mukaisesti kohteena tässä koulutuspäivässä oli vuorovai-

kutustaidot. Ennen koulutuspäivää jokainen osallistuja sai lähettää kouluttajalle oman esimerkin vuorovaikutustilanteesta. Nämä esimerkit toimivat koulutuspäivien suunnittelun pohjalla. Koulutusinterventioon valittu kouluttaja hankki aineiston koulutuksen teemoista. Tämä koulutuspäivien materiaalin saimme ensimmäisen koulutuspäivän aikana. Koulutukseen sisältyi käytännön harjoittelua erilaisista vuorovaikutustilanteista.

NVC (Nonviolent Communication) sai alkunsa 1950–60-luvulla psykologian tohtori Marshall B. Rosenberg kehittämänä. NVC tarkoittaa väkivallatonta vuorovaikutusta, josta käytetään myös nimitystä myötäelävä vuorovaikutus. Myötäelävää vuorovaikutusta on koulutettu ja käytetty enemmän ulkomailla. Myös terveydenhuollon piirissä myötäelävää vuorovaikutustaitoja on kokeiltu käytännössä. (Melanie 2010). Myötäelävää vuorovaikutus koulutusta on järjestetty yhä enemmän myös Suomessa (Rosenberg 1998). Myötäelävän vuorovaikutuksen avulla voimme vahvistaa kykyämme herättää myötäelävää suhtautumista toisissa ihmisissä ja omaa kykyämme vastata myötäeläen toisille ihmisille. Myötäelävä vuorovaikutus rohkaisee meitä ilmaisemaan itseämme ja kuulemaan muita ohjaamalla huomion siihen, mitä havaitsemme, tunnemme, tarvitsemme ja pyydämme. Läsnäolo ja empatia ovat myötäelävän vuorovaikutuksen keskeisiä käsitteitä. Läsnäolossa keskitytään vain ja ainoastaan kuuntelemaan toista ilman, että omat ajatukset häiritsevät keskittymistä. Empatia eli myötäeläminen on sitä, että on läsnä ja kuuntelee toista keskittymällä tämän tunteisiin ja tarpeisiin riippumatta siitä, mitä sanavalintoja toinen tekee tai mitä tunteita se itsessä stimuloi. (Rosenberg 1998; Melanie 2010.)

Kolmannen koulutusintervention merkittävin oppimisenkohde oli myötäelävän vuorovaikutuksen avulla havaita tunteitten taustalla olevat tarpeet. Myötäelävä vuorovaikutus ohjaa meitä muotoilemaan uudelleen tapaamme ilmaista itseämme ja kuunnella muita. Vastuu omista tunteista ovat lähtökohtana sille, että voimme havaita toisten tunteita ja sen taustalla olevia tarpeita. Rosenbergin (1998) sekä Melanien (2010) mukaan myötäelävä vuorovaikutus opettaa meitä tekemään selkeitä havaintoja ja erittelemään tunteet ja tarpeet toisistaan. Myötäelävän vuorovaikutuksen avulla opimme tunnistamaan ja ilmaisemaan selvästi, mitä me käytännössä haluamme kussakin tilanteessa. Malli on yksinkertainen mutta pystyy silti saamaan aikaan suuria muutoksia. Opimme ilmaisemaan itseämme rehellisesti ja selkeästi, samalla kun otamme toiset huomioon kunnioittavalla

ja myötäelävällä tavalla. Keskusteluissa alamme kuulla sekä omia että toisten perustarpeita. Myötäelävän vuorovaikutuksen mallin keskeiset tekijät ovat kuvattu kuvioon 8.



KUVIO 7. Myötäelävän vuorovaikutuksen keskeiset tekijät (Rosenberg 1998)

Jokaisesta koulutuspäivistä laadin yhteenvedon, jonka palautin osallistuvalla ryhmälle. Yhteenvetoon oli liittynyt myös ne kommentit, joita osallistuvan ryhmän jäsenet olivat esittäneet koulutuspäivän jälkeen pidetyissä palautteissa. Lisäksi jokaisesta koulutuspäivästä keräsin palautteet sähköpostin välityksellä. Näistä yhteenvedoista laadin teemalistan oppimisen kohteena olevista aiheista, joita käsittelen seuraavassa luvussa tarkemmin.

5.3.3 Kokeiluvaihe

Kehittämistoiminnan käännekohta oli siirtyminen käytännön muuttamiseen. Ohjausmallin toimintakäytännön muuttaminen ei tapahtunut hetkessä. Se vaati työtä ja pitkäjänteistä kehittelyä. Kokeiluvaihe kuvaa ekspansiivisen oppimissyklin neljättä vaihetta, jolloin tapahtui uuden ohjausmallin soveltaminen. Uutta ohjausmallia ja sen edellyttämiä uusia välineitä ja järjestelyjä koskevista ideoista valitsimme käytännössä kokeiltavaksi

sellaisia ratkaisuja, joiden toteuttaminen raivasi tietä koko ohjaustavan muutokselle. Käytännön kokeilua varten laadin jokaisesta koulutusinterventioista yhteenvedon, jonka palautin osallistujille. Yhteenvedon lisäksi laadin teemalistan uusista oppimisenkohteista. Teemalistan oppimisenkohteet nousivat etukäteen annetusta koulutuspäivän muistiosta sekä koulutuspäivän jälkeisistä yhteenvedoista.

Teemalista käsitteli tiedollista, taidollista sekä asenteellista kehittämistä siirtomenetelmien osalta. Lisäksi yksi teema-aihe käsitteli uuden oppimisen edellytyksiä. Tiedollisen oppimisen alueelle nostimme oppimisenkohteeksi tiedollisen perustelun sairauden aiheuttamista oireista kuntoutujalle, tiedollisen perustelemisen kuntoutumisen perusteista. Tiedollisen oppimisen aiheeksi nostimme myös kuntoutujan tarpeiden huomioiminen sekä aktiivisen aseman toteutuminen.

Taidollisen oppimisen alueella oppimisen aiheeksi muodostui oman kehon hallinnan ja omien voimavarojen tunnistamisen opettelu. Taidolliseen oppimiseen sisältyi myös erilaisten siirtomenetelmien harjoittelu, jotka listasimme; avustaminen ruokailuasentoon vuoteessa, makuulta istumaan nousu, seisomaan nousu ja siirtyminen tuoliin, avustaminen tuoliin, kun ei voi tukeutua jalkoihin, asennon korjaus tuolissa, kävelyttäminen, wc:ssä avustaminen, affolter-menetelmän harjoittelu. Lisäksi taidolliseen oppimiseen liitimme myötäelävän vuorovaikutustaitojen harjoittelun, jossa harjoittelimme tarpeiden tunnistamista erilaisissa tilanteissa. Asenteelliseen osaamiseen liittyi kuntoutussuunnitelman laatimisen harjoittelu ja siihen sitoutuminen.

Teemalista toimi muistilistana ja helpotti uuden tiedon muistamista käytännön työssä. Lisäksi se helpotti uusien ideoitten konkretisointia ja käsitteellistämistä. Uusien ideoiden konkretisointi ja kokeileminen käytännössä toi esiin uusien ratkaisujen myönteisiä ja kielteisiä vaikutuksia. Uuden ohjausmallin käytännön kokeilu ja suunnittelu vaati sitkeää kehittelyä kokeiluvaiheessa. Tällöin havainnoimme ja kokosimme tietoja ja kokemuksia erilaisten ratkaisujen toimivuudesta sekä niiden edelleen kehittämisen tarpeista ja mahdollisuuksista. Yksi itsehavainnoinnin menetelmä on häiriöpäiväkirja (Janhonen & Nikkonen 2001, 66–67), johon kirjasimme työssä esiintyneet häiriöt sitä mukaa kun niitä esiintyi. Käytännössä häiriöpäiväkirjan pitämisen toteutimme siten, että jokainen ryhmäläinen antoi palautetta kehittämistoiminnan vetäjälle, joka kirjasi palautteet häiriöpäiväkirjaan.

Kokeiluvaiheessa kehitimme mallin sellaisesta uudesta aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavasta ohjausmallista, jossa käytännön ristiriidat oli ylitetty. Uuden ohjausmallin rakentamisen keskeinen kysymys oli toiminnan kohteen ja toiminnan tuloksen ekspansiivinen, laajentava uudelleenarviointi; millä tavalla ohjausmalli tulevaisuudessa parhaiten palvelee aivohalvauskuntoutujia. (Engeström 2004, 62.)

Olennaista kokeiluvaiheessa oli se, että uudet ideat ja ratkaisut työstimme toimintajärjestelmän mallin avulla yhtenäiseksi kokonaisuudeksi, jossa eri tekijät tukivat toisiaan. Uudessa ohjausmallissa motivoi juuri sen kohteen uudelleenahmottaminen. Uuden ohjausmallin suunnittelun tukeminen ja analyysi on yhteistyötä organisaation johdon, työntekijöiden ja kouluttajien kanssa sekä ohjaavien opettajien kanssa. Uutta siirtomenetelmää kuvaavaa ohjausmallia muokkasimme ja tarkensimme seuraavassa vaiheessa.

5.3.4 Kehittämistoiminnan loppukartoitus

Kokeiluvaihetta seurasi uuden ohjausmallin muokkaus sekä tarkennus, jonka toteutimme kolmannen kehittämiskokouksen muodossa. *Kehittämiskokous III* tarkoituksena oli arvioida aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevaan toimintaan sisältyvän siirtomenetelmiä kuvaavaa ohjausmallia. Tämä kuvaa ekspansiivisen oppimissyklin viimeistä vaihetta, jolloin uudet ohjausmallin toimintatavat alkavat jo vakiintua. Toimintajärjestelmämallin kohde tässä kehittämiskokouksessa oli siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli sekä sen kehittämistä edistävät tekijät.

Kehittämiskokous III tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, millainen siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli ilmenee aivohalvauskuntoutujan hoitotyössä kehittämistoiminnan jälkeen Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisella vuodeosastolla. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa tietoa edistävistä tekijöistä, jotka tukevat siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin onnistumista. Kolmannen kehittämiskokouksen välineinä toimi niin osallistuvan ryhmän jäsenten ja kehittämistoiminnan vetäjän aiempi tieto kuin myös koulutusinterventtioiden yhteydessä saatu teoreettinen tieto. Lisäksi kokeiluvaiheessa syntyneet käytännön kokemukset olivat merkittävänä välineinä tässä kehittämiskokouksessa. Näitä yhdistelemällä saimme tietoa siitä, millainen aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli vaikuttaa olevan osastolla.

Vastauksen saamiseksi oli laadittu teemakysymykset (Liite 3), jotka tukivat kehittämistehtävä 3,4, ja 5 vastausten löytämistä. Teemakysymykset olivat samantyyppisiä kuin ensimmäisen kehittämiskokouksen teemat. Teemat sisälsivät kysymykset: mitä teen, miten teen ja miksi teen tiedollisten, taidollisten ja asenteellisten teemojen avulla aivo-ohjauskuntoutujan siirtomenetelmiä tukevassa ohjauksessa. Lisäksi teemana oli löytää niitä edistäviä tekijöitä, jotka tukevat siirtomenetelmien ohjaamisen kehittämistä. Kolmannen kehittämiskokoukseen osallistui etukäteen valittu osallistujaryhmä (n=7), jotka olivat sama kuin ensimmäisessä kehittämiskokoukseen osallistujat. Kolmannen kehittämiskokouksen aineiston keräsimme ryhmäkeskustelu Learning Café-menetelmän avulla.

Lopputilanteen kartoitusvaiheessa uusi ohjausmalli vakiinnutettiin ja arvioitiin. Tässä vaiheessa noudatimme uusia käytäntöjä systemaattisesti, ja osallistuva ryhmä arvioi omaa muutostaan aivo-ohjauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjaamisesta. Kehittämiskokous III:ssa arvioimme konkreettisia vaikutuksia käytännön työhön. Osastolla käyttöön otettu uusi ohjausmalli synnytti ns. neljännen asteen ristiriitoja muutoksen ulkopuolelle jääneen työyhteisön jäsenten ja eri organisaation välillä. Kyseisistä ristiriidoista muodostuu ainekset seuraavan kehityssyklin aloittaville uusille ensimmäisen ja toisen asteen ristiriidoille. (Engeström 2002, 91; Engeström 2004, 62–63.)

Kehittämistoiminta raportointi tapahtui keväällä 2011. Raportointiin tuo haasteen se, että osallistavasta toimintatutkimuksesta vain osan kehittämistoiminnasta pystyn raportoimaan. Vaikka kehittämistoiminta on edellä kuvattu toisiaan peräkkäin seuraavina vaiheina, siirtyminen seuraavaan vaiheeseen ei merkinnyt sitä, että edellisen vaiheen tehtävä olisi valmis. Toimintatutkimuksen mukaisesti eri vaiheet eivät seuranneet toisiaan lineaarisesti, vaan ne olivat päällekkäisiä ja limittäisiä. (Heikkinen & Rovio 2008, 114–115.)

5.4 Kehittämistoiminnan arviointia

Kehittämistoiminnan arvioinnin huomio kiinnittyi koko kehittämistoiminnan kokonaisuuteen. Tässä vaiheessa olen kuvannut kehittämisprosessin arviointia, kehittämistoiminnan tuloksia on arvioitu tulosten tarkastelun yhteydessä. Kehittämistoiminnan arviointi tapahtui osallistavan arvioinnin periaatteiden mukaisesti. Osallistavan arvioinnin eri-

tyispiirteenä on kaikkien osallistuvan ryhmän jäsenten mukanaolo arvioinnin suunnittelussa ja toteutuksessa. (Kivipelto 2006, 24, hakupäivä 20.4.2011).

Kehittämistoiminnan vaikutusta on arvioitu jokaisessa osallistavan toimintatutkimuksen vaiheessa (Toikko & Rantanen 2009, 82–83). Osallistava arviointi mahdollisti sen, että olemme voineet tarkentaa ja tarvittaessa muuttaa kehittämistoiminnan tavoitteita ja interventioita kehittämisprosessin aikana. Arviointi on korostanut aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin kehittämisprosessin taitekohtien onnistumista ja eri näkökulmien näkyväksi tekemistä

Kehittämistoiminnan arvioinnissa kiinnostaa osallistuvan ryhmän jäsenten kokemukset ja niiden kautta kertyvä tieto. Kehittämistoiminnan ohjaavana teoriana on ollut kulttuurihistoriallinen toiminnan teoria. Kehittävän työntutkimukseen kuuluva viitekehyksen yleiset teoreettiset välineet ovat toimintajärjestelmämalli sekä ekspansiivisen oppimisen syklimalli. (Engerström 2002; Engerström 2004.) Niiden tehtävänä oli auttaa niin koko kehittämisprosessin suunnittelua ja eteenpäinviemistä mutta myös aiemman usein piilossa olevan tiedon sekä teoreettisen tiedon muodostusta kehittämiskohteesta.

Uuden tiedon omaksuminen perustui konstruktivistiseen oppimiskäsitykseen. Konstruktivistisessa oppimisnäkemyksessä uutta tietoa omaksutaan käyttämällä aiemmin opittua. Näin oppiminen on oppijan oman toiminnan tulosta (Rauste-von Wright & von Wright 1994, 114–134). Myös osallistava arviointi edustaa konstruktivistista arviointia (Kivipelto 2006, 24, hakupäivä 20.4.2010). Osallistavan arvioinnin tehtävänä oli tuottaa tietoa aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjauksen kehittymisestä. Se vaati kriittistä ja reflektivoivaa suhtautumista kehittämistoimintaan. Uusien ratkaisujen ja välineiden käyttöön otto näkyi kehittämistoiminnassa tekoina, jotka johtivat yhteiseen oppimiseen. Motiivi tällaisten tekojen suorittamiseen syntyi, kun nykyisessä toimintakäytännössä havaitsimme häiriöitä, ristiriitoja ja kehittämisen tarpeita.

Kehittämistoiminnan selvittelyvaiheessa korostui kuntoutumiskoulutushankkeen yhteydessä muodostunut käsitys oman työyhteisön kehittämistyöstä ja sen vaikutuksista päivittäiseen hoitotyöhön. Tämä näkyi innostuneena osallistumisena kuntoutuskoulutuspäiviin sekä keskusteluissa osaston hoitohenkilöstön kanssa. Hoitohenkilöstölle selkiytyi kuntoutuskoulutuksen loppuvaiheessa kehittää konkreettista aivohalvauskuntoutujan

kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Viimeisellä kuntoutuskoulutuskerralla tehtiin kysely henkilöstölle kehittämistarpeesta. Näin kehittämistoiminnan vetäjän oma mielenkiinto ei yksistään ole johtanut tämän kehittämistehtävän ideointiin ja suunnitteluun. Kehittämistoiminnan suunnitteluvaiheessa oli työläintä kehittämiskohteen rajausta, jotta se ei olisi liian laaja. Rajaamiseen liittyi myös se, että kehittämistoiminta tuli saada tämän opintojen puitteissa suoritettua.

Kehittämistoiminnan toteutusvaihe oli kaikkein työläin vaihe. Kehittämiskokousten ja koulutusinterventioiden suunnitteluun ja järjestämiseen vaati kehittämistoiminnan vetäjältä paljon työtä ja aikaa. Kehittämistoimintaan kuului kolme kehittämiskokousta sekä kolme koulutusinterventiota. Kehittämiskokouksilla oli omat tavoitteensa ja yhdessä koulutusinterventioiden kanssa ne muodostivat kokonaisuuden. Kehittämiskokousten keskeisinä tavoitteina oli tunnistaa kehittämistarpeet aivohalvauskuntoutujan hoitotyössä sekä löytää kehittämistoimintaan uusia malleja hoitotyön kehittämiseksi. Kehittämiskokouksissa osallistuvan ryhmän jäsenillä oli mahdollisuus keskustella aivohalvauskuntoutujan hoitotyöstä ja sen kehittämisestä. Tulevaisuuden muistelun avulla käyty dialogi kehittämistoimintaan osallistuvan ryhmän jäsenten kanssa toi kehittämistoimintaan selkeyttä ja antoi kehittämistoiminnalle suuntaa. Kehittämiskokoukset toimivat reflektioivina kokouksina, jossa voimme jakaa ajatuksia ja reflektoida kokemuksia. Kehittämiskokousten sisällöt muodostuivat tilanteiden mukaan.

Koulutusinterventioiden tavoitteena oli ohjata osallistuvan ryhmän jäseniä arvioimaan omia asenteita aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevassa toiminnassa. Lisäksi ne auttoivat syventämään osallistujien teoreettista tietoa ja antoivat osallistuvan ryhmän jäsenille uusia valmiuksia siirtomenetelmien ohjaamiseen. Koulutusinterventiot rohkaisivat ryhmän jäseniä etsimään uutta tietoa oman ammatillisen kehittymisen tukemiseen. Kehittämiskokoukset ja koulutusinterventiot muodostivat hyvän toisiaan täydentävän kokonaisuuden tähän kehittämistoimintaan. Koulutusinterventiot ja uusien asioiden kokeilu, muutos hoitohenkilöstön työtavoissa sekä osallistava arviointi ilmensivät muutosmyönteisyyttä.

Toteutusvaiheen suunnittelun aikana pidin tiiviisti yhteyttä ohjaaviin opettajiin. Lisäksi osastonhoitaja oli mukana toteutusvaiheen suunnittelussa. Tiivistä yhteistyötä tein myös koulutusinterventioissa mukana olleiden kouluttajien kanssa. Koulutuksiin oli valittu

korkeatasoisia asiantuntijoita. Koulutuspäivät suunnittelimme tarkasti ja jokaiselle osallistujalle oli etukäteen laadittu muistio esitettävästä asiasta. Jokainen osallistuja voi etukäteen tutustua aiheeseen valmiiksi. Hoitohenkilöstö koki tämän myönteisenä asiana, ja se helpotti koulutuksen kulun seuraamista. Samoin koimme hyväksi sen, että jokaisesta koulutuskerrasta laadin yhteenvedon tärkeimmistä asioista ja palautin ne osallistujille ryhmän tuotoksina. Lisäksi opittavista asioista laadittiin teemalista auttoi uusien asioiden opettelua käytännön työssä. Tämä on antanut osallistujille mahdollisuuden tunnistaa muutosta vaativia asioita. Kehittämisen eteenpäin vieminen ja jokaisen osallistujan mahdollisuus osallistua aktiiviseen, voimaannuttavaan sekä kriittiseen kehittämistoimintaan on mahdollistanut osallistavan toimintatutkimuksen valinta tämän kehittämistoiminnan lähestymistavaksi. (Toikko & Rantanen 2009, 52.) Osallistujien mallintama ai-vovalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevasta toiminnasta oli arvokas tieto, sillä kehittämistoimintaan osallistuvat tunsivat hyvin oman työnsä sisällön.

Hoitohenkilöstö harjaantui kehittämiskokouksissa lopputilanteen tulosten perusteella ideoimaan kehitettäviä asioita, joita he pääsivät välittömästi soveltamaan ja toteuttamaan käytännön hoitotyössä, minkä koimme hyvänä asiana kehittämistoiminnassa. Kehittämistoiminnassa reflektoinnin tulokset näkyivät uusina näkökulmina ja valmiuksina soveltaa uusia opittuja asioita käytäntöön. Syvälinen oppiminen edellyttää teorian ja käytännön tietoista ymmärtämistä. Reflektiivinen oppija on jatkuvassa vuorovaikutuksessa sekä ympäristönsä että itsensä kanssa. (Toikko & Rantanen 2009, 52.) Hoitohenkilöstön kanssa toteutimme itsehavainnointia kokeiluvaiheen aikana. Osallistujilta tämä edellytti aivan uuden arviointimenetelmän työstämistä ja käyttöönottoa, mikä oli suuri muutos aikaisempiin tilanteisiin, joissa ei ole ollut mitään arviointimenetelmää. Itsehavainnoinnista saadut muutokset kirjassimme häiriöpäiväkirjaan. Kehitettävät ja arvioitavat osa-alueet perustuivat yhteisesti kehitettyyn ohjausmallin suunnitteluun. Itsehavainnoinnin tarkoitus oli arvioida niin tavoitteiden toteutumista kehittämistoiminnan aikana, mutta myös antaa ohjausmallin kehittämiseen suuntaa.

Kehittämistoimintaan osallistuva moniammatillinen ryhmä oli sopivan kokoinen tähän osallistavaan toimintatutkimukseen. Suurin osa osallistuvan ryhmän jäsenistä osallistui koko kehittämistoimintaan. Loppukartoitukseen tarkoitettussa kehittämiskokouksesta puuttui kaksi henkilöä. Tämän kehittämistoiminnan menetelmä antoi osallistuvan ryhmän jäsenille hyvän kokemuksen työskennellä osallistavalla ja voimaannuttavalla taval-

la. Hoitohenkilöstö koki, että saivat konkreettisesti osallistua ja vaikuttaa hoitotyön suunnitteluun ja toteuttamiseen. Lisäksi hoitohenkilöstö koki, että saivat sitä tietoa, jota tarvitsivat kehittämiseen. Tämän kehittämistoiminnan heikoin kohta oli liian vähäinen aika toimintatutkimuksen toteuttamisella. Kokeiluvaihe jäi tässä kehittämistoiminnassa ajanjaksona lyhyeksi. Muutoksen aikaan saamiseksi ja uusien ideoiden testaamiseen olisimme tarvinneet enemmän aikaa.

6 TUTKIMUSAINEISTOT JA NIIDEN ANALYSOINTI

Tässä kehittämistoiminnassa yhdistän eri tiedonhankintakeinoja, josta Janhonen ja Nikkonen (2001, 62–63) sekä Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 76–77) toteavat, että arvokkainta tietoa saadaan käyttämällä eri tiedonhankintakeinoja toisiaan täydentävästi. Tutkimusaineiston muodostaa selvittelyvaiheesta saatu kyselyaineisto sekä suunnitteluvaiheessa tehty systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineisto. Toteuttamisvaiheessa kehittämistoimintaan osallistui moniammatillinen ryhmä, joiden Learning Cafe pienryhmäkeskustelusta kerätty aineisto muodosti osan kehittämistoiminnan tutkimusaineistosta. Lisäksi aineistoa muodostui tulevaisuuteen tähtäävässä vaiheessa tulevaisuuden muistelun avulla tuotetusta aineistosta sekä itsehavainnoinnista tuotettu häiriöpäiväkirja-aineisto kokeiluvaiheessa. Kehittämistoiminnan vetäjän koko kehittämisprosessin ajalta pitämä reflektiopäiväkirja-aineisto toimi myös kehittämistoiminnan tutkimusaineistona.

6.1 Kyselyaineisto

Kehittämistoiminnan selvittelyvaiheen aineisto perustuu henkilökunnalta saadun kyselypalautteen pohjalta kerättyyn aineistoon (n=28). Keräsin aineiston kuntoutuskoulutushankkeen loppupuolella vapaamuotoisen kysymyksen avulla. Kysymyksen teema pohjautui kuntoutuskoulutushankkeesta saatuun laajaan teoreettisen tietopohjaan perustuvasta kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Aineisto kerättiin viimeisellä kuntoutuskoulutus kerralla, jossa jokaiselle osallistujalle oli mahdollisuus ilmaista kehittämistoiminnan tarpeesta. Selvittelyvaiheen tarkoituksena oli selvittää jatkokehittämistoimintaa osastolla. Tavoitteena oli saada tietoa siitä, mitä kehittämistoimintaa osaston henkilökunta haluaa toteutettavan. Selvittelyvaiheen tuloksia on hyödynnetty suunnitteluvaiheessa paneutumalla erityisesti henkilökunnan toiveisiin.

6.2 Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aineisto

Suunnitteluvaiheen aineiston lähtökohdat perustuvat selvittelyvaiheen aineiston tulokseen, hoitohenkilökunnan (n=28) saatuihin vastauksiin. Tätä aineistoa ja sen analysoin-

nin perusteella saatua tulosta hyödynsin suunnitteluvaiheessa kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämisessä. Kehittämistoiminnan suunnitteluvaiheen tarkoituksena oli kuvata kuntoutumista edistävää hoitotyötä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena oli saada kansallisen ja kansainvälisen kirjallisuuden avulla tieteellistä tietoa aivohalvauskuntoutujan kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä, joka auttaa kehittämään aivohalvauskuntoutujan kuntoutumista edistävää hoitotyötä aivohalvauskuntoutujan tarpeita vastaavaksi. Suunnitteluvaiheen aineiston keräsin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsausta hyödynsin jäsentäessäni ja analysoidessani alkuperäistutkimuksista saatua tutkimustietoa (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37–39) kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa oli mukana (n=9) eri kansallisia ja kansainvälisiä tutkimusartikkeleja, jotka kuvasivat sairaaloissa tai osastolla tapahtuvaa kuntoutumista edistävää hoitotyötä.

6.3 Learning Cafe- ryhmäkeskusteluaineisto

Kehittämiskokous I:n ja III:n aineiston keräsin Learning Cafe[®]-pienryhmäkeskustelun muodossa. Learning Cafen avulla keräsin henkilöstöltä niin hiljaista kuin tieteellistäkin tietoa aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevasta toiminnasta. Kehittämiskokous I:n aineisto perustui kehittämistoimintaan osallistuvan ryhmän jäsenten hiljaisen tiedon keräämiseen. Kehittämiskokous III:n aineisto koostui niin hiljaisen tiedon kuin koulutusinterventioista saatuihin teoreettisen tiedon sekä kokeiluvaiheen kokemuksellisen tiedon keräämiseen.

Nonaka ja Takeuchi (1995, 59, hakupäivä 20.5.2010) ovat kehittäneet nelikentän hiljaisen ja avoimen tiedon käsitteiden pohjalta. Hiljainen tieto on henkilökohtaista, jota on vaikea mallintaa. Nelikenttämallin mukaan osaamista tapahtuu hiljaisen ja havaittavan tiedon vuorovaikutuksessa. Havaittava tieto on vastakohta hiljaiselle tiedolle. Nelikentässä tiedonsiirtoa tapahtuu neljään suuntaan. Kehittämiskokouksissa Learning Cafe[®] menetelmän avulla nostetaan esiin aivohalvauskuntoutujan liikkumisen ohjaamiseen käytetty, usein piilossa oleva hiljainen tieto sekä tieteellinen tieto temakysymysten avulla (Liite). Näin hiljaisen tiedon vaihtaminen osallistujien välillä (sosiaalistaminen) tapahtui keskustelemalla.

6.4 Päiväkirja-aineistot

Kehittämistoiminnan toteutusvaiheen aineiston keräsin koulutusinterventioista sekä kokeiluvaiheesta. Toteutusvaiheen aineistonkeruun tarkoituksena oli selvittää ja analysoida aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin kehittymistä ja muutoksia henkilökunnan näkökulmasta. Tavoitteena oli saada tietoa koulutusinterventioiden vaikutuksista kehittämistoimintaan ja uuden ohjausmallin suunnitteluun. Lisäksi tavoitteena oli hoitohenkilökunnan oman toiminnan ja reflektiivisen ajattelun kehittyminen itsehavainnoinnin avulla. Tämä on tärkeä tavoiteltaessa aivohalvauskuntoutujan hoitotyön laatua ja ammatillista kehittymistä työssä.

Oman ryhmänsä tutkimusaineiston keruumenetelmästä muodostaa itsehavainnoinnin menetelmä, jossa osallistuvan ryhmän jäsenet pitivät päiväkirjaa työstään. (Janhonen & Nikkonen 2001, 66–67). Päiväkirjaa pidimme uusien oppimiskohteiden toteutumista käytännön työssä. Uusien oppimiskohteiden kokeilussa apuna oli yhdessä tuotettu teemalistaus. Yksi itsehavainnoinnin menetelmä on häiriöpäiväkirja, johon kirjasimme työssä esiintyneet häiriöt sitä mukaa kun niitä esiintyi.

Häiriöpäiväkirjan käytöstä informoin osallistujia ensimmäisen koulutusintervention yhteydessä. Häiriöpäiväkirjan käyttö oli uusi muoto osaston hoitohenkilöstölle. Käytännössä toteutimme häiriöpäiväkirjan pitämisen siten, että osallistuvan ryhmän jäsenet toivat keskusteluissa asioita kehittämistoiminnan vetäjälle, joka kirjasi ne ylös häiriöpäiväkirjaan. Osallistuvan ryhmän jäsenet antoivat palautetta kehittämistoiminnan vetäjälle kehitettävästä temasta. Keskusteluissa hoitohenkilöstö toi esille asioita, joita olivat kokeilleet käytännön työssä. Lisäksi he toivat keskusteluissa esille niitä asioita, jotka toimivat hyvin ja jotka eivät toimineet hyvin kokeiluvaiheessa. Nämä kehittämistehtävän vetäjä kirjasi ylös häiriöpäiväkirjaan. Tämä auttoi uuden aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavaan ohjausmallin toteuttamista ja kehittämistä hoitotyön käytännössä.

Osallistavassa toimintatutkimuksessa kehittämistoiminnan vetäjän oma välitön kokemus on osa aineistoa. Vetäjänä käytin omia havaintoja tutkimusmateriaalina muun tutkimusaineiston tukena. Heikkinen (2008, 94) toteaa, että kehittämiskohteen tarkasteleminen sisältäpäin vaikuttaa kehittämistoiminnan vetäjän suhtautuminen aineistoonsa ja sen

analysointiin. Kehittämistoiminnan vetäjänä pidin reflektiopäiväkirjaa koko kehittämissprosessin ajan. Reflektiopäiväkirjan toteutuksessa on tärkeää, että kehittämistoiminnan vetäjänä selvensin ja täydensin muistiinpanot heti tapahtuman jälkeen (Janhonen & Nikkonen 2001, 66–67). Näin havainnoinnin ja kehittämistoiminnan aikana viitteellisiksi jääneet merkinnät ovat ymmärrettäviä vielä silloin, kun muistikuvat itse tilanteesta ovat hävinneet.

Reflektiopäiväkirjamerkinnät sisälsivät selvittelyvaiheessa käytyjen keskustelujen sisältöä. Sitä on käytetty tilanteiden ja esiin tulleitten asioiden mieleen palauttamiseksi, jota hyödynsin kehittämistoiminnan arvioinnissa. Lisäksi suunnitteluvaiheessa on käytetty aineiston keräämisessä kehittämistoiminnan vetäjän reflektiopäiväkirja merkintöjä. Tulevaisuuden suunnitteluvaiheen aineiston keräsin dialogisten keskustelujen avulla. Tässä dialogisessa keskusteluissa syntyi yhteinen toiminnan suunnittelu. Nämä keskustelut on kirjattu kehittämistoiminnan vetäjän reflektiopäiväkirjaan. Siihen sisältyivät myös päätökset ja arvioinnit sen hetkisestä tilanteesta sekä vetäjän omasta toiminnasta. Lisäksi reflektiopäiväkirjamerkinnät sisälsivät tietoa kehittämistoiminnan suunnittelun edistymisestä, osallistujien kehittämissuunnitelmista ja informaatiotilaisuudesta osaston henkilökunnalle.

Reflektiopäiväkirjamerkinnät sisälsivät myös tarkat kuvaukset kehittämiskokousten ja koulutusinterventtioiden suunnittelusta ja toteutuksesta. Näitä suunnitelmia on hyödynnetty niin koko kehittämistoiminnan eteenpäin viemisessä kuin tämän raportoinnin kirjoittamisen yhteydessä. Kehittämistoiminnan edistymisestä oli myös reflektiopäiväkirjassa merkintöjä. Lisäksi reflektiopäiväkirja sisälsi hoitohenkilöstöltä saadun palautteen kehittämistoiminnan kulusta. Tarkoituksena oli arvioida aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjasmallin kehittämisessä tulleita muutoksia henkilökunnan näkökulmasta. Kehittämistoiminnan vetäjän reflektiopäiväkirjaa on kirjoitettu yhteensä noin 90 sivua puolentoista vuoden aikana. Näin reflektiopäiväkirja on toiminut aineiston keruumenetelmän lisäksi raportin kirjoittamisvaiheessa tukena eri tilanteiden mieleen palauttamisessa. Taulukossa 3 on kuvattu yhteenveto tutkimusaineiston keruusta ja siihen liittyvistä vaiheista.

TAULUKKO 3. Yhteenveto tutkimusaineiston keräämisestä

Ajankohta	Osallistujat	Aineistonkeruu menetelmä	Tarkoitus ja tavoite
Marraskuu 2009	Osaston hoitohenkilöstö (n=28)	Vapamuotoinen kysely	Selvittää ja saada tietoa kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämiskohteesta
Helmikuu 2010	Kansalliset ja kansainväliset tutkimusartikkelit (n=9)	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Kuvailla ja saada tietoa kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä ja siihen vaikuttavista tekijöistä
Toukokuu 2010	Osallistuvaan ryhmään valitut henkilöt (n=9)	Learning Cafe pienryhmäkeskustelu	Kuvailla ja saada tietoa aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan nykytilasta hoitohenkilökunnan arvioimana
Elokuu 2010	Osallistuvaan ryhmään valitut henkilöt (n=4)	Tulevaisuuden muistelun päiväkirja-aineisto	Tuottaa tietoa kehittämissuunnasta aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevassa toiminnassa
Touko-Joulukuu 2010	Osallistuvaan ryhmään valitut henkilöt (n=9)	Häiriöpäiväkirja aineisto, päiväkirja-aineisto	Selvittää ja tuottaa tietoa uudesta siirtomenetelmien kuvaavasta ohjausmallista
Tammikuu 2011	Osallistuvaan ryhmään valitut henkilöt (n=7)	Learning Cafe - pienryhmäkeskustelu	Kuvata aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallia hoitohenkilökunnan arvioimana, sekä kehittämistoimintaan vaikuttavista tekijöistä
Marraskuu 2009 - Huhtikuu 2011	Kehittämistoiminnan vetäjä	Päiväkirja-aineisto	Jäsentää koko kehittämisprosessia ja tuottaa tietoa kehittämistoiminnasta

6.5 Sisällön analyysi aineistojen analyysimenetelmänä

Tämän kehittämistoiminnan aineiston analyysin tein aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Sisällön analyysin perusteella muodostin tämän kehittämistoiminnan tulokset. Aineistoa muodostui monesta eri lähteestä ja sitä kertyi paljon. Aineiston jäsentämisessä olen hyödyntänyt toimintajärjestelmämallia. Tämä merkitsi sitä, että tämän aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin tuloksia tarkastelin toimintajärjestelmän eri osa-alueiden kannalta. Pääkohteet tässä tarkastelussa olivat tiedollinen,

taidollinen ja asenteellinen osaaminen siirtomenetelmien ohjaamisessa. Näiden sisälle muodostui eri osa-alueita kehittämistoiminnan tulosten analyysistä.

Kehittämistoiminnan selvittelyvaiheen vapaamuotoisen kyselyn analysoin laadullisella sisällön analyysillä tunnistamalla kehittämistoiminnan kohteen valintaa. Kehittämiskohteen ymmärtäminen ja tunnistaminen merkitsi selvittelyvaiheessa analyysia, jonka tavoitteena oli mahdollisimman tarkka aineistolähtöinen kuvaus kehitettävästä ilmiöstä. Tämä tarkoitti selvittelyvaiheessa kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämiseen liittyvää ilmiötä. Aloitin analysoinnin alleviivaamalla kehittämistoimintaa kuvaavia lausumia ja kirjasin ne pelkistetyllä ilmaisulla. Analyysi jatkui samaa tarkoittavien ilmaisujen etsimisellä. Selvittelyvaiheen aineiston analyysin perusteella voimme jatkaa kehittämistoimintaa hoitohenkilöstön toiveen mukaisesti.

Suunnitteluvaiheen perustana oli selvittelyvaiheen aineisto ja sen analyysin perusteella saadut tulokset. Suunnitteluvaiheen systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta kerätty aineisto kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä ja siihen vaikuttavista tekijöistä analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä. Analyysiyksikkönä käytin lausumaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131–135). Alleviivasin kuntoutumista edistävää hoitotyötä kuvaavia lausumia ja kirjasin ne pelkistetyllä ilmaisulla. Analyysi jatkui samaa tarkoittavien ilmaisujen etsimisellä. Seuraavaksi ryhmittelin samaa tarkoittavat ilmaisut alakategorioiksi ja annoin niille nimen. Toisiinsa liittyvistä samansisältöisistä alakategorioista muodostin aineistolähtöisesti yläkategoriat (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12). Hyödynsin näitä tuloksia kehittämistoiminnan suunnittelussa aivohalvauskuntoutujan kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämiseksi.

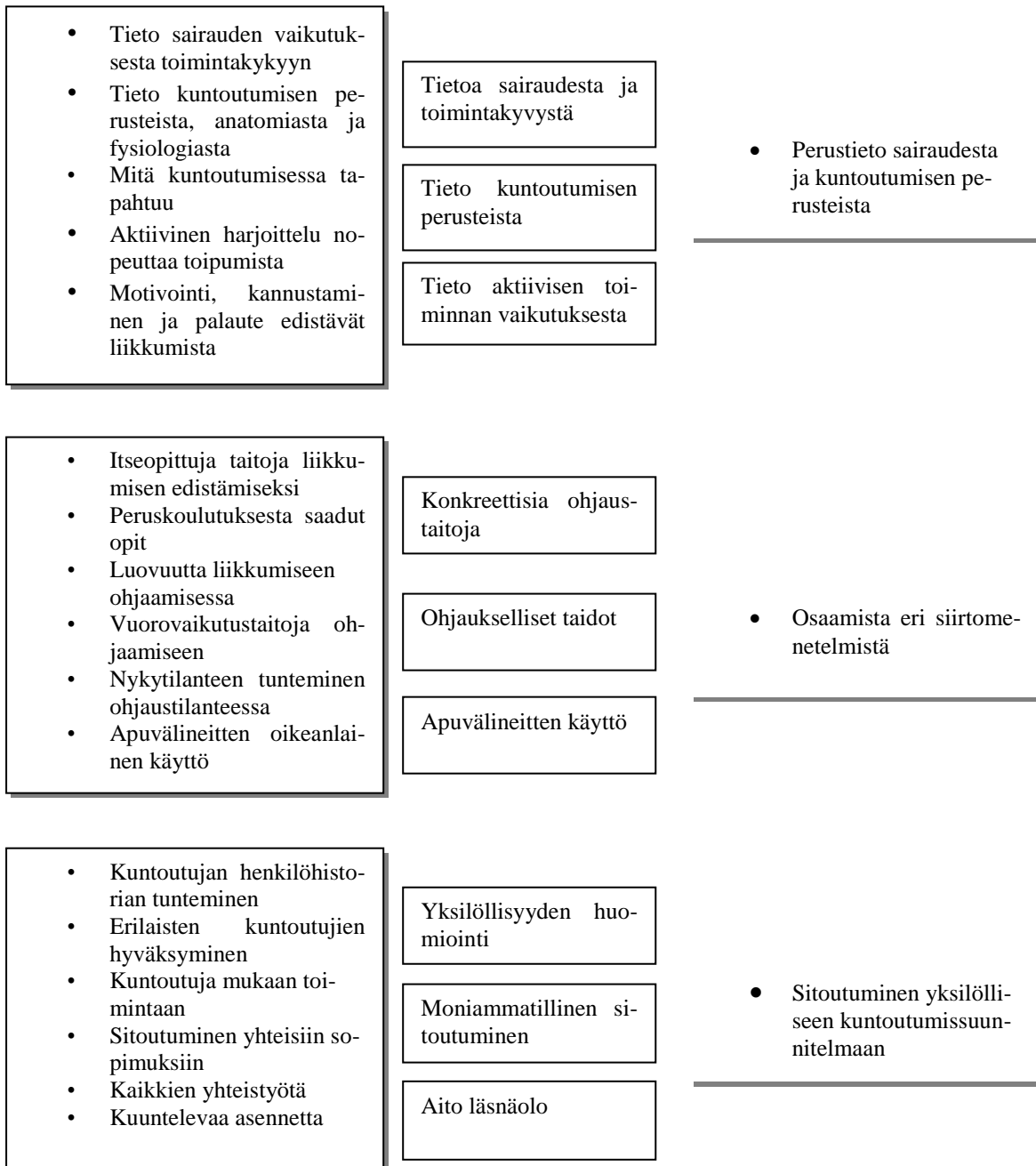
Toteuttamisvaiheessa alku- ja lopputilanteen kartoituksessa, Learning Cafe -pienryhmäkeskustelun avulla saadut aineistot analysoin laadullisella sisällön analyysillä, jossa analyysiyksikkönä käytin lausumaa. Sisältöanalyysissä käytin deduktiivista päättelyä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12), jossa siirryin konkretiasta aineiston käsitteelliseen kuvaukseen. Lopullinen analyysi edellytti sitä, että aukikirjoitin ryhmäkeskustelut. Sen jälkeen analysoin kerätyn aineiston teemoittain. Alleviivasin teemaa kuvaavia lausumia ja kirjasin ne pelkistetyllä ilmaisulla. Näin sain tietoa kaikkiin teemoihin liittyvistä pelkistetyistä ilmaisuista. Analyysi jatkui samaa tarkoittavien ilmaisujen etsimisellä.

Pelkistämisvaiheessa aineistosta koodasin ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävä 1:een ja 2:een. Ryhmittelyvaiheessa etsin pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä aineiston kuvaamiseksi. Abstrahoinnissa muodostin yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta. Tämän kuvauksen avulla, ennen yläkategorioitten muodostamista, muodostin alku- ja lopputilanteen kartoituksessa saadusta tuloksista aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan sekä siirtomenetelmiä kuvaavan ohjauksen määritelmän. Tämän palautin osallistujaryhmälle takaisin. Alkutilanteen määritelmää käsitteelin seuraavan kehittämiskokouksen yhteydessä tulevaisuuden suunnittelu- vaiheessa. Kuviossa 8 on kuvattu esimerkki analyysin etenemisestä alkutilanteen kartoituksen yhteydessä. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Tuomi & Sarajärvi 2009; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Pelkistetyt ilmaisut

Alakategoriat

Yläkategoriat



KUVIO 8. Esimerkki analyysin etenemisestä

Tulevaisuuden suunnitteluvaiheen dialogisten keskustelujen pohjalta saadun aineiston analysoin myös sisällön analyysillä. Aineisto koostui alkukartoituksesta saaduista tuloksista sekä tulevaisuuden muistelun avulla saadusta aineistosta. Olin aukikirjoittanut keskustelut reflektiopäiväkirjaan. Aineistosta alleviivattiin samaa tarkoittavat teemat. Ana-

lyysi jatkui samaa tarkoittavien ilmaisujen etsimisellä. Näitä samaa tarkoittavien ilmaisuja ja ensimmäisestä kehittämiskokouksesta saatua aktiivista liikkumista tukevaa määritelmän analysoin ja yhdistin samaa tarkoittavia tekijöitä. Näin saimme tulokseksi kehittämiskohde- sekä koulutusinterventiot kehittämistoiminnalle.

Kokeiluvaiheen kehittämistoimintaan osallistuvan ryhmän häiriöpäiväkirja-aineiston aukikirjoitin sanatarkasti, erotellen jokaisen osallistujan kommentit. Aineiston analysoin pääalueen teemojen mukaan sisällön analyysillä. Näitä tuloksia hyödynsin aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan uuden ohjausmallin kehittämisessä koko toteutamisvaiheen ajan. Kehittämistoiminnan vetäjän reflektiopäiväkirja-aineiston analysoin sisällön analyysin avulla. Aukikirjoittamisen jälkeen tunnistin kehittämistä edistäviä tekijöitä, jotka tukivat kehittämistoiminnan suunnittelua. Reflektiopäiväkirja-aineiston analysoin sisällön analyysillä erikseen eri vaiheessa kehittämistä edistävät tekijät. Lisäksi analysoin muutokset hoitotyössä, joita kehittämistoiminnan aikana muodostui. Tämä aineisto koostui havainnoista ja tulkinnoista sekä hoitohenkilökunnan palautteesta koko kehittämisprosessin aikana.

7 KEHITTÄMISTOIMINNAN TULOKSET

7.1 Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta ennen kehittämistoimintaa

Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosaston henkilöstölle toteutetun kuntoutuskoulutushankkeen (Veijola 2008) loppupuolella kerätystä aineistosta ilmeni tarve kehittää kuntoutumista edistävää hoitotyötä koulutuksen jälkeen. Hoitohenkilöstö ilmaisi tarpeensa konkreettisen asian kehittämiseen. Tämän toimintatutkimuksen selvittelyvaiheen tulokset osoittivat, että kuntoutumista edistävä hoitotyön käsite on laaja. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus antoi vastauksen siihen, mitkä tekijät vaikuttavat kuntoutumista edistävän hoitotyön käytännön työhön. Keskeisiksi toiminnoiksi nimeytyi fyysisten toimintojen tukeminen, emotionaalinen tuki, sosiaalinen tukeminen virikkeellisessä ympäristössä, suunniteltu kotiuttaminen sekä omaisten ohjaus ja neuvonta. Lisäksi kuntoutumista edistävään hoitotyön toteuttamiseen vaikuttavat työyhteisön arvot ja näkemykset kuntoutumisesta sekä moniammatillinen sitoutuminen kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. Selvittelyvaiheen tulokset tukivat kehittämistoiminnan suuntaamista aivohalvauskuntoutujan fyysisten toimintojen tukemisen alueelle. Kehittämistoiminnan suunnitelman laadin aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan kehittämistä.

Kehittämistoiminnan alussa aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta merkitsi hoitohenkilöstölle päivittäiseen hoitotyöhön integroituvaa toimintaa. Tulokset perustuivat hoitohenkilöstöltä kerättyihin Learning Cafe -ryhmäkeskustelusta saatuihin kuvauksiin, millainen aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta ilmeni ennen kehittämistoimintaa. Tiedollinen, taidollinen ja asenteellinen toiminta muodostivat pääluokat, jotka jakaantuivat yläluokkiin. Ennen yläluokkien nimitämistä laadin määritelmän aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan ilmenemisestä ennen kehittämistoimintaa.

Tiedollinen toiminta ilmeni hoitohenkilöstön antamana informaationa aktiivisesta liikkumisesta. Tiedollinen informaatio perustui hoitohenkilöstön omassa peruskoulutukses-

sa saatuihin tietoihin. Aivohalvauskuntoutujalle annettiin tietoa sairaudesta ja sen aiheuttamista oireista. Hoitohenkilöstö koki aivohalvauksen jälkeisen kuntoutumisen tukemisen perusteiden tietämyksensä puutteelliseksi. Kehittämistoiminnassa mukana olleet kokivat, että aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta tarvitsee tiedollista osaamista. He kokivat, että heidän tietoperustansa ei ollut riittävä.

tarvitsen tietoa siitä, mihin kuntoutuminen perustuu

tietoa sairaudesta, toimintakyvystä, tätä ei ole tarpeeksi

kun tietää asian sisällön pystyy ohjaamaan sekä ohjaamaan omatoimiseen harjoitteluun

Aivohalvauskuntoutujan aktiivinen liikkumisen ja toiminnan edistäminen ja tukeminen merkitsee tiivistä käytännön harjoittelua, joka edistää toipumista. Aktiivinen toiminta sisältää motivointia, kannustamista sekä palautteen antamista, jotka lisäävät kuntoutujan omatoimisuutta.

teen, kun potilaan motivointi ja kannustaminen sekä palautteen antaminen edistää liikkumisen tukemista

tavoitteena mahdollisemman nopea toipuminen, omatoimisuuden lisääntyminen, sen ymmärtäminen tärkeää

motivoin liikkumaan sanomalla ja innostamalla

Tiedollinen osaaminen ilmenee kykynä perustella kuntoutujalle oma toiminta. Tähän henkilöstö koki tarvitsevansa tietoa sairaudesta, oireista ja kuntoutumisen tukemisen vaikutuksista toimintakyvyn paranemiseen.

Aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumista tukevan toiminnan taidollinen edistäminen toteutui hoitohenkilöstön mukaan perushoidoissa, fyysisissä hoitotoiminnoissa. Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta ilmeni hoitohenkilöstön toiminnassa konkreettisenä ohjaamisena.

liikkumisen tukemiseen tarvitaan konkreettisia ohjaustaitoja

ne menetelmät mitä käytän, on ”itseopittuja”

käytän siirtomenetelmiä niin kuin olen joskus joltain oppinut. Haluaisin käyttää niitä potilaan parhaaksi ja hoitajankin että ergonomiakin säilyy

Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevaan toimintaan liittyvät asenteelliset tekijät ilmenivät kuntoutumista edistävän hoitotyön ymmärtämyksenä. Aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumisen tukeminen vaatii asennetta sitoutua asiakkaan yksilölliseen kuntoutumissuunnitelmaan, jossa yhdenmukaiset toimintatavat ovat selkeästi määriteltä.

kuntoutussuunnitelmaa ei ole, mutta kaikilla työntekijöillä kuitenkin tavoitteena saada potilas mahdollisimman pian liikkumaan ja on ymmärrys siitä, että se palauttaa toimintakykyä

asenteellisuutta on se, että henkilökunta sitoutuu yhteisiin sopimuksiin ja ehkä oma henkilökunta sitoutuukin enemmän, mutta puheterapeutin ja toimintaterapeutin saaminen mukaan on ollut hankala

kirjaamiseen kiinnitämme enemmän nyt huomiota kuin ennen kuntoutuskoulutusta

Aktiivista liikkumista tukevaan asenteelliseen toimintaan kuului aivohalvauskuntoutujan vaikutusmahdollisuudet omaan hoitoon osallistumiseen sekä kyky osallistua hoitopäätöksiin. Tämä vaati hoitohenkilöstöltä kykyä kuulla kuntoutujan tarpeita ja kohdata kuntoutuja yksilöllisesti. Kuntoutujat osallistuivat omaan hoitoonsa satunnaisesti ja heidän oma aktiivisuutensa oli satunnaista.

potilas koetaan aktiiviseksi osallistujaksi kuntoutustilanteissa. Käytännön työssä sitä ei aina hoksaa ottaa huomioon

aito läsnäolo on paras asenne

kuntoutujan ja henkilöstön persoonien kohtaaminen asenteellisuudessa tärkeä

vuorovaikutustaitoja tarvitaan ja luovuutta, huomata potilaan sen hetkiset tarpeet, jota voin tukea ja edistää

tarvitsen taitoa ohjata potilasta voimavaroja tukevasti, ei liikaa auttaa, antaa mahdollisuus tehdä potilaan itse niin paljon kuin kykenee. Kiire joskus pakottaa menemään auttamaan liian helposti

Alkutilanteen kartoituksesta muodostui analyysin jälkeen määritelmä, jonka tuotimme tulevaisuuden muistelu – menetelmään liittyvillä kysymyksellä: Minkälaiseksi kuvittelemme aktiivista liikkumista tukevan toiminnan vuoden kuluttua? Tämän kysymyksen tuottaman tiedon analyysin jälkeen syntyi visio aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevasta toiminnasta. Vuoden kuluttua aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta ilmenee kuntoutujan ja hoitohenkilöstön välisenä yhteistyönä ja kuntoutujan voimaantumisen tukemisena.

”Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta perustuu tietoon sairaudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn ja sen arviointiin. Aktiivista liikkumista tukeva toiminta mahdollistuu kuntoutumista edistävän hoitotyön näkökulmasta, se vaatii tietoa kuntoutumisen perusteista, kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden huomiointia sekä aktiivista osallistumista kuntoutuksen eri vaiheissa. Aktiivista liikkumista tukeva toiminta vaatii ohjaamista ja konkreettisia ohjaustaitoja sekä osaamista siirtomenetelmien hallinnassa. Lisäksi aktiivista liikkumista tukeva toiminta vaatii moniammatillista sitoutumista kuntoutumissuunnitelmaan, johon liittyy läheisesti kuntoutujalähtöinen kirjaaminen”

KUVIO 9. Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan määritelmä

7.2 Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin kehittämisen tarve

Visio aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevasta toiminnasta toimi kehittämissilmion siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin suunnittelun pohjana. Analysoin ja vertasin määritelmää toimintajärjestelmämallia hyödyntäen toisessa kehittämiskokouksessa tuotetun alkutilanteen kartoituksen ja kehittämistä vaativien alueiden tuloksiin. Kohteena toimintajärjestelmämallissa olivat tiedollinen, taidollinen ja asenteellinen kehittämisen tarve. Konkreettisenä tuloksena kehittämistarpeeseen oli hoitohenkilöstön kanssa aikaansaatu yhteenveto kehittämistä vaativista asioista. Tiedostimme uudenlaisen siirtomenetelmien ohjausmallin kehittämisen tarpeen. Kuvioon 10 olen koonnut tämän kehittämistoiminnan kehittämistä vaativia alueita.

Kehittämisen tarve

Tiedollisen osaamisen kehittämisen tarve

Taidollisen osaamisen kehittämisen tarve

Asenteellisen osaamisen kehittämisen tarve

Kehittämistä vaativat alueet

Tietoa

- sairaudesta
- oireista
- vaikutuksesta toimintakykyyn
- kuntoutumisen perusteista

Taitoa

- konkreettisia siirtomenetelmä taitoja
- vuorovaikutustaitoja

Asennetta

- kuntoutumissuunnitelman laatimiseen
- noudattamiseen
- sitoutumiseen moniammatillisesti

KUVIO 10. Kehittämistä vaativat alueet

Osallistuvan ryhmän jäsenten mukaan aivohalvaussairauteen liittyvien asioiden tiedottamista tulisi parantaa. Tiedottamista koskevat ongelmat liittyivät tiedonantoon sairaudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn. Lisäksi tiedollisen osaamisen lisääminen

kohdentui kuntoutujalle eri vaihtoehtoista tiedottamiseen. Lisäksi tiedon lisääminen kohdentui siihen, mihin kuntoutuminen perustuu. Hoitohenkilöstö halusi kehittää kuntoutujien mahdollisuutta tehdä valintoja eri siirtomenetelmiä koskevissa asioissa.

toiveena lisää tietoa myös anatomiasta ja fysiologiasta ja siitä mitä tämä kuntoutuminen on

tarvitsen tietoa sairaudesta ja siitä mitä se merkitsee yksittäiselle ihmiselle

Taidollista lisäosaamista hoitohenkilöstö kaipasi erilaisten siirtomenetelmien hallintaan. Hoitohenkilöstön tietoperusta oli heidän mukaan rakentunut itseoppien ja toisen työn seuraamiseen liittyvänä mallioppimisena. Hoitohenkilöstö koki tarvitsevansa koulutusta, miten he voivat perustella toimintaansa ja miten he voivat entistä paremmin ohjata konkreettisia asioita mm. mallia näyttäen. Lisäksi he esittivät tarpeen lisäkoulutukseen konkreettisiin keinoihin, mitkä auttavat heitä tunnistamaan aivohalvauskuntoutujan yksilölliset tarpeet.

konkreettiset ohjaustaidot, ne ovat välillä hukassa. Ja se, että miten parhaiten huomioisin kuntoutujan

kaivataan tietoa ja ohjausta ihan päivittäisiin toimintoihin, vinkkejä ja niksejä

tarvitsen lisää tietoa siitä, miten esimerkiksi siirrän halvaantunutta potilasta

Lisäksi hoitohenkilöstö tunnisti omien asenteidensa muuttamisen tarpeen, mikä liittyi kuntoutumissuunnitelman laatimiseen sekä siihen sitoutumiseen. Se edellytti muutosten hyväksymistä ja paneutumista kuntoutujan asioiden selvittelyä moniammatillisesti. Koimme myös tärkeäksi aivohalvauskuntoutujien mukaan ottaminen enemmän kuntoutumissuunnitelmien laatimiseen. Tiedostimme yhtenäisen käytännön ja toimintamallin puutteen kuntoutumissuunnitelman tekemisessä. Tähän liittyi läheisesti myös kirjaamisen merkityksen korostaminen.

kirjaamiseen saisi kiinnittää enemmän huomiota

kuntoutumissuunnitelman tekimistä, sitäkin saisi lisätä ja etenkin suunnitelman systemaattista tekemistä

sen koen puutteeksi, kun ei välttämättä kaikki tee niin kuin on sovittu

7.3 Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli kehittämistoiminnan jälkeen

Tämän kehittämistoiminnan lopussa aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli ilmeni hoitohenkilöstön mukaan tiedollisella, taidollisella ja asenteellisella alueella. Muutokset näkyivät tiedollisena, taidollisena ja asenteellisena toimintana, kuntoutujan monipuolisena tukemisena, johon liittyi kiinteästi myös emotionaalinen tuki. Kuntoutujan aktiivinen osallistuminen sekä kuntoutujan tarpeista lähtevä toiminta liittyivät keskeisesti aivohalvauskuntoutuja siirtomenetelmien ohjaamiseen.

Tiedollinen osa; Tiedollisen tuen antaminen aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjaamisessa koimme osaksi toimintaa. Tiedollisen tuen antaminen kuntoutujalle siirtomenetelmien ohjaamisessa merkitsi tiedon antamista aivohalvaussairaudesta aiheuttamista oireista ja toimintakyvyn muutoksista. Lisäksi se merkitsi kuntoutumisen perusteiden ymmärtämystä. Asioiden perustelu, selittäminen ja muistuttaminen kuntoutujalle olivat tärkeä osa kokonaistoimintaa.

vaikka tietoa on ollut, ei sitä ole osannut käyttää, koulutukset antoivat juuri sitä tietoa, mitä tarvitsen tietää sairauden vaikutuksesta kuntoutujaan

kuntoutumisen perusteiden esiin tuominen monissa eri yhteyksissä on syventänyt minun tietoani siitä, en aiemmin sitä kyllä ole niin syvällisesti ajatellut

Tiedolliseen tukeen liitettiin muutos ajattelutavoissa ja työrutiineissa. Tiedolliseen tukemiseen kuului hoitohenkilöstön mukaan kuntoutujan oikeuksien korostaminen, johon

liitimme kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden huomioiminen ja niiden hyödyntämisen siirtomenetelmien ohjaamisessa. Hoitohenkilöstö kuvasi kuntoutujan aktivointia kannustamisena eri tarpeiden ilmaisuun ja toivomusten esittämiseen. Hoitohenkilöstö koki myönteiseksi seuraukseksi kuntoutujan aktiivisuuden lisääntymisen. Heidän mielestä rohkaisu ja tukeminen omatoimisuuteen ja kannustaminen sekä ajan antaminen kuntoutujalle oli tärkeää. Tasavertainen suhtautuminen antoi mahdollisuuden huomata kuntoutuja aktiivisessa roolissa. Tiedolliseen tukemiseen liittyi myös kuntoutuja nimityksen käyttäminen ohjaamisessa mieluummin kuin potilas nimityksen käyttämistä. Tämä kuvastui kuntoutujan huomioimisena aktiivisessa roolissa.

se, että osaan ottaa enemmän kuntoutujan mukaan kaikkeen toimintaan on ollut minulle positiivinen kokemus

tarpeiden tunnistamisen opettelu on ollut mielekästä, se antaa oikeastaan kaikkeen toimintaan pohjan

en koskaan aiemmin ole miettinyt onko merkitystä sillä sanoko potilas vai sanonko kuntoutuja, mutta kyllä siinä on kuitenkin. Potilas nimi on niin passiivisen kuuloinen

Taidollinen osa; Ohjauksen taidollinen osaaminen nousi tässä kehittämistoiminnassa keskeisesti esille. Hoitohenkilöstö koki fyysisen ohjaamisen ja tuen antamisen kuntoutujalle olennaiseksi siirtomenetelmien ohjaamista edistäväksi tekijäksi. Eri siirtomenetelmien hallinnan lähtökohtana pidimme hoitohenkilöstön oman kehon hallintaa. Henkilöstö piti tärkeänä oman kehon hallinnan ja omien voimavarojen tunnistamisen siirtomenetelmien ohjaamisessa. Oman kehon hallinta ja voimavarojen tunnistaminen muodostivat siirtomenetelmien hallinnalle perustan. Henkilöstö oli käyttänyt oman kehon hallintaan erilaisia harjoitusmenetelmiä myös vapaa-aikana.

oma keho mukaan siirroissa, ei ole tullut aiemmin koskaan aikaisemmin semmoinen mieleenkään, nyt yritän sitä opetella

zumba on paras keino opetella harjoittelemaan ja tunnistamaan omaa kehoa

olen opetellut itseäni tunnistamaan laulamisen avulla. Siinä oikea hengitystekniikka auttaa hahmottamaan omaa kehoa

Kokeiluvaiheessa hoitohenkilöstö oli kokeillut eri siirtomenetelmien käyttöä, esimerkiksi avustamista ruokailuasentoon vuoteessa sekä makuulta istumaan nousua ja sängyssä selältä kyljelle kääntöä oli harjoiteltu oman kehon hallinnan ja luonnollisten liikeratojen mukaisesti. Nämä koimme erityisen hyväksi sillä toiminnassa huomioimme kuntoutujan ja hänen tarpeensa aikaisempaa paremmin. Lisäksi uutta toimintaa pidimme hyvänä oman ergonomian vuoksi. Seisomaan nousu ja tuoliin siirtymisen harjoittelun koimme tärkeäksi, sillä pienillä vinkeillä saimme siirrettyä kuntoutujan esimerkiksi pyörätuoliin. Kuntoutujien avustamiset kainalosta tukemalla olivat huomattavasti vähentyneet koulutuksen jälkeen. Uutena toiminnassa oli aikaisempaa parempi tietoisuus apuvälineiden käytön mahdollisuuksista ja käytön perusteluista.

ajattele, en yhtään kertaa ole avustanut kainalosta sen koulutuksen jälkeen

pienet jujut siirroissa, esimerkiksi kyljelle kääntämisessä ovat aivan huippua ja niin helppoa

Affolter-menetelmä oli lähes kaikille osallistuvan ryhmän jäsenille uusi ohjausmenetelmä. Affolter-menetelmää oli kokeiltu koulutuksen jälkeen käytännössä. Uuden menetelmän kokeilu vaati suurta keskittymistä hoitotoimien yhteydessä ja vei alkuun paljon aikaa. Affolter-menetelmän kokeilun hoitohenkilöstö koki positiivisena asiana, joskin menetelmän käyttö edellyttää edelleen paljon harjoittelua.

affolter koulutus oli mielenkiintoinen ja se oli ihan uutta

affolter-menetelmän opettelu on antanut uutta opittavaa käytännön työhön. Sen opettelemiseen tarvitsen vielä enemmän aikaa

affolter-menetelmää olen kokeillut vuoteessa olevan kuntoutujan siirroissa. Aivan uskomaton vaikutus siihen, miten esimerkiksi spastisuus ihan oikeasti häviää kun sitä menetelmää käyttää

Hoitohenkilöstö oli kiinnittänyt erityistä huomiota kuntoutujan tarpeiden tunnistamiseen ollessaan vuorovaikutuksessa kuntoutujan kanssa. Vuorovaikutuskoulutusta hoitohenkilöstö piti erittäin positiivisena. Useimmille osallistujille se oli uudenlainen kokemus vuorovaikutustaitojen kehittämiseen. Vuorovaikutus kuntoutujan kanssa oli kaikkien osallistujien mielestä osa siirtomenetelmien ohjaamista. Kuntoutujan voimaantumisen auttaminen ilmeni emotionaalisenä tukena, arvostuksena sekä yksilöllisinä tarpeitten huomiointina. Hoitohenkilöstö koki vuorovaikutustaitojen kehittämisessä tärkeäksi sen, että pystyi ensin huomioimaan omat tarpeet. Tämän jälkeen he pystyivät paremmin huomioimaan myös toisten tarpeet.

vuorovaikutuskoulutus oli kaikista paras

myötäelävä vuorovaikutus antoi itselle paljon, se auttoi tunnistamaan omia tarpeita, mikä taas auttaa tunnistamaan toisten tarpeita

Hoitohenkilöstön mukaan emotionaalinen tuki oli kykyä havaita kuntoutujan tarpeita ja pysähtyä kuuntelemaan, mitä kuntoutuja haluaa kertoa. Tässä näkyi myös se, että hoitohenkilöstö arvosti kuntoutumista edistävää hoitotyötä ja kuntoutujan aktiivisena osallistumisesta. Hoitohenkilöstö koki emotionaalisen tuen antamisen olennaiseksi aktiivista liikkumista tukevaksi tekijäksi. Emotionaalinen tuki ilmeni kannustuksena, hoitajien asenteena ja kuntoutujan kykynä määrätä omista asioistaan. Olennaista oli se, että kuntoutujaa tulee tukea koko hoitajakson ajan. Lisäksi hoitohenkilöstö huomasi kuntoutujan osallistumaan rohkaisemisen tärkeäksi tekijäksi siirtomenetelmien ohjaamisessa. Rohkaiseminen tarkoitti kuntoutujan sanallista rohkaisua päivittäisissä toiminnoissa.

Kuntoutumissuunnitelma; Kuntoutumissuunnitelma -palavereita oli kokeiltu käytännössä. Uudet palaverit olivat selkeyttäneet toimintaa. Selkeys ilmeni esimerkiksi asioiden kirjaamisen merkityksen ymmärtämisen lisääntymisenä. Hoitohenkilöstön toiminta näyttäytyi tavoitteellisena siirtomenetelmien ohjaamisessa. Kuntoutumissuunnitelmat tukivat siirtomenetelmien ohjaamisen kulttuuria. Kuntoutumissuunnitelman laatimisesta hoitohenkilöstö olisi halunnut oman koulutuksen.

kuntoutussuunnitelma on kaiken kuntoutuksen perusta, sitä kannattaa tehdä

suunnitelman tekemistä kannattaa pitää esillä, se auttaa myös siinä, että siihen kaikki sitoutuu

kirjaaminen myös lisääntyy automaattisesti kun tehdään suunnitelma

Kuntoutujan aktiivisuus ilmeni osallistumisena kuntoutumissuunnitelman tekemiseen. Se vaikutti myös suunnitelman sisältöön, mikä tarkoitti sitä, että suunnitelmat laadittiin kuntoutujan tarpeista lähtien. Kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden huomiointi ja kirjaaminen kuntoutumissuunnitelmaan oli suunnitelman sitoutumisessa tärkeä tekijä. Myös aivohalvauskuntoutujan yksilölliset siirtomenetelmien ohjeet ilmensivät tarpeiden huomiointia yksilöllisesti. Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan tarpeet ja keinot kirjasimme suunnitelmaan tarkasti. Tämä auttoi suunnitelman toteuttamista. Suunnitelma koostui pienistä tavoitteista. Siirtomenetelmien ohjauksen pyrimme saamaan osaksi kuntoutujan arkea. Siinä toteutui perushoito käytännönläheisillä ohjeilla ja pienillä muutoksilla.

Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmämalli; Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli täydentyi lopputilanteen arviointivaiheessa. Kuvioon 11 olen koonnut ne kuntoutuja- ja työntekijäkohtaiset sekä moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvät tiedolliset osiot, joiden kautta henkilöstön hiljaiseen tietoon ja Pudasjärvelä vuosina 2008–2009 toteutetun kuntoutuskoulutuksen kautta rakentuneeseen kuntoutuksen tietoperustaan tuotimme uutta syventävää ja täydentävää tietoa.

Perustieto sairaudesta ja sen aiheuttamista toimintakyvyn muutoksista sekä kuntoutumisen perusteista lisääntyi

Kuntoutujan aktiivisen aseman merkitys korostui sekä yksilöllisten tarpeiden ymmärrys lisääntyi

Henkilöstön oman kehon hallinnan ymmärtämisen merkitys korostui sekä omien voimavarojen tunnistamisen tarve lisääntyi
Erialaisten siirtomenetelmien hallinta lisääntyi
Myötäelämisen vuorovaikutustaitojen ymmärrys korostui

Sitoutumisen merkitys yksilölliseen kuntoutumissuunnitelmaan moniammatillisesti lisääntyi

KUNTOUTUJAKOHTAISET

- Aivohalvaus
- Kuntoutumisen perusteet
- Kuntoutujan aktiivinen asema
- Kuntoutujan yksilölliset tarpeet

TYÖNTEKIJÄKOHTAISET

- Oman kehon hallinta
- Omien voimavarojen tunnistaminen
- Eri siirtomenetelmät
- Myötäelävä vuorovaikutus

MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

- Moniammatillinen sitoutuminen kuntoutumissuunnitelmaan

”Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjauksen lähtökohtana on kuntoutumista edistävän hoitotyön tunteminen, jossa korostuu kuntoutujan aktiivinen asema. Se merkitsee hoitohenkilöstön näkökulmasta kuntoutujan yksilöllisten tarpeitten tunnistamista sekä kuntoutujan voimavarojen hyödyntämistä siirtomenetelmien ohjauksessa. Hoitohenkilöstöltä se edellyttää tiedollista tukea sairaudesta, sen oireista ja vaikutuksesta toimintakykyyn. Lisäksi se edellyttää kuntoutumisen perusteiden tiedollista osaamista siitä, miten aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta aivojen uudelleen organisoimisessa on tärkeää. Taidollisen tuen antaminen edellyttää oman kehon hallintaa sekä omien voimavarojen tunnistamista. Lisäksi se edellyttää eri siirtomenetelmien käytön hallintaa. Taidollisen tuen antaminen vaatii myös myötäelämisen vuorovaikutustaitojen osaamista. Asenteellinen tuki ilmenee siirtomenetelmien ohjauksessa sitoutumisena moniammatillisesti kuntoutujan kuntoutumissuunnitelmaan, jonka lähtökohtana ovat kuntoutujan yksilölliset tarpeet”

KUVIO11 Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin määrittelmä

Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmallin lähtökohtana ovat työyhteisön arvot ja näkemykset kuntoutumisesta sekä kuntoutumista edistävä hoitotyö. Kuviossa 12 on kuvattu tämän kehittämistoiminnan tuloksena syntynyt Pudasjärven lyhytaikaisosaston aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli.

AIVOHALVAUSKUNTOUTUJAN SIIRTOMENETELMIÄ KUVAAVA OHJAUSMALLI

K
U
N
T
O
U
T
U
M
I
S
T
A

E
D
I
S
T
Ä
V
Ä

H
O
I
T
O
T
Y
Ö

Aivohalvauskuntoutuja vuodeosastoympäristössä

Aivohalvaus

- Eriasteisia toimintakyvyn muutoksia

Hoitohenkilöstö

Tiedollinen tuki

- Kuntoutujalähtöisyys
- Kuntoutujan aktiivinen asema

Taidollinen tuki

- Eri siirtomenetelmät
 - Avustaminen ruokailuasentoon vuoteessa
 - Makuulta istumaan nousu
 - Seisomaan nousu ja siirtyminen tuoliin
 - Avustaminen tuoliin, kun kuntoutuja ei voi tukeutua jalkoihin
 - Asennon korjaus tuolissa
 - Kävelyttäminen
 - Wc:ssä avustaminen
 - Affolter-menetelmän hyödyntäminen
- Myötäelävä vuorovaikutus
 - Emotionaalinen tukeminen
 - Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen

Asenteen merkitys

- Moniammatillinen yhteistyö
- Sitoutuminen

TYÖYHTEISÖN ARVOT JA NÄKEMYKSET KUNTOUTUKSESTA

KUVIO 12. Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli

Kuntoutuskoulutuksesta (Veijola 2008) myös toinen ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija (Hassi 2011) on kuvannut opinnäytetyössään koulutukseen osallistuneiden kuntoutusosaamisen kehittymistä koulutushankkeen aikana. Tästä opinnäytetyöstä on tulossa kirjallinen raportti. Hassin (2011) opinnäytetyössä korostuu se, että kuntoutuskoulutuksen päättyessä kuntoutumista edistävä toimintamalli oli syventynyt ja yhteinen näkemys kuntoutuksesta rakentunut toimintaa ohjaavaksi viitekehyyksi. Hyvä kuntoutuskäytäntö edellyttää suunnitelmallisuutta, monialaisuutta ja tuloksellisuutta. Yhteisellä kuntoutuskäytännöllä on vaikutusta kuntoutujan elämänhallintaan. Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmallin kehittyminen ilmentää kuntoutumista edistävän hoitotyön ja kuntoutuksen viitekehyyksen toteutumista käytännön toiminnassa aktiivisen liikkumisen osalta. Siirtomenetelmiä kuvaavassa ohjausmallissa korostuu kuntoutumissuunnitelmaan sitoutuminen moniammatillisesti. Lisäksi siinä korostuu kuntoutujanyksilöllisten tarpeiden huomioiminen sekä kuntoutujan osallistuminen aktiivisena toimijana ohjaustilanteissa.

7.4 Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin kehittämiseen vaikuttavat tekijät

Kehittämistoimintaan vaikuttavia tekijöitä olen koonnut koko kehittämisprosessin ajan. Analysoinnin perusteella koko kehittämis toimintaan vaikuttavat tekijät sisältyivät kuntoutumista edistävän hoitotyön konkreettiseen kehittämiseen. Kehittämistoiminnan alussa tehty kartoitus, missä henkilöstö sai osallistua kehittämistyöhön alusta alkaen, antoi hyvän perustan tälle kehittämis toiminnalle. Selvittelyvaiheessa ilmeni, että hoitohenkilöstö halusi erityisesti painottaa kehittämisen konkreettiseen hoitotyön osaamisen kehittämiseen. Tämä oli lähtökohta tälle kehittämis toiminnalle.

Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista kuvaavan ohjausmallin kehittämiseen vaikutti hoitohenkilöstön osallisuus ja sitoutuminen kehittämistoimintaa sekä johdolta saatu tuki ja kannustus (Kuvio 13).

<ul style="list-style-type: none"> • Valmiudet kuntoutumista edistävän hoitotyön konkreettiseen kehittämiseen • Mahdollisuus vaikuttaa oman työn kehittämiseen • Hoitohenkilöstön halu muutokseen 	<ul style="list-style-type: none"> • Osallisuus kehittämistoimintaan
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitohenkilöstön motivaatio • Kehittämistoiminnan eteneminen hoitohenkilöstön ehdoilla • Jokaisen hoitohenkilöstön vastuu kehittämissideiden toteuttamisesta ja soveltamisesta 	<ul style="list-style-type: none"> • Sitoutuminen kehittämistoimintaan
<ul style="list-style-type: none"> • Kehittämistoiminnan hyödyn esiin tuominen • Joustavuus kehittämistoiminnassa • Osastonhoitajan osallistuminen kehittämistoimintaan • Ajan järjestäminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Johdolta saatu tuki ja kannustus

KUVIO 13. Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmän kehittämiseen liittyvät tekijät

Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin kehittämisessä nousivat jo suunnitteluvaiheessa esiin hoitohenkilöstön osallisuus hoitotyönsä kehittämiseen. Lisäksi koko kehittämistoiminnan ajan hoitohenkilöstön osallisuus hoitotyönsä kehittämiseen oli merkittävä kehittämiseen vaikuttava tekijä. Tärkeänä edistävänä tekijänä oli hoitohenkilöstön halu muutokseen ja toteuttamisvaiheessa kehittämistä vaativien asioiden soveltamiseen hoitotyössä. Hoitohenkilöstön halu muutokseen näkyi siinä, että oli mahdollisuus vaikuttaa omaan työnsä kehittämiseen.

minulle kehittämisessä on tärkeä se, että saan ihan oikeasti jotain konkreettista käytännön työhön, pelkät teoriat eivät vaan tule otettua mukaan käytännön työhön

niitä pikku niksejä, joita ei hoksaa eikä tiedäkään, sellaista kehittämistä tarvitsen

on hienoa, että saan olla itse mukana kehittämässä omaa työtä, kuntoutuskoulutus antoi tosi hyvin teoria tietoa

Hoitohenkilöstön sitoutuminen koko kehittämisprosessiin oli olennaista. Hoitohenkilöstön sitoutuminen pitkäjänteiseen toimintaan, jossa oli tärkeä osallistuvien ryhmäläisten keskinäinen tuki. Kehittämistoiminnassa oli myös tärkeää edetä osaston omien tarpeiden mukaan ja sen omilla ehdoilla. Kehittämistoiminnan toteuttamisvaiheessa oli merkityksellistä pitää yllä hoitohenkilöstön motivaatioita ja edetä hoitohenkilöstön ehdoilla. Myös sen, että jokaisen osallistuvan ryhmän jäsen kantoi oman vastuunsa kehittämisideoiden toteuttamisesta ja soveltamisesta käytännön hoitotyöhön koimme tärkeäksi kehittämistä edistäväksi tekijäksi.

tällainen kehittäminen joka etenee näin, antaa innostusta ja lisää kiinnostusta aiheesta. Jokaisen koulutuskerran jälkeen on taas yhä enemmän innostunut

onneksi ei tarvitse yksin kehittää, tietää, että toinenkin on tässä hommassa mukana

Osaston vahvuuksien ja hoitohenkilöstön monipuolisen osaamisen korostaminen oli tärkeä kehittämistä edistävä tekijä koko kehittämisprosessin ajan. Kehittämistä vaativien asioiden soveltaminen käytännössä edellytti joustavuutta, etenkin toteuttamisvaiheessa. Se näkyi uusien ideoiden toteuttamisessa sekä osallistujien ja kehittämisprosessin välisessä yhteistyössä. Kehittämisprosessista saatujen uusien kehittämisideoiden toteuttaminen edellytti vapautumista aikaisemmista hoitotyön rutiineista joka näkyi kehittämisprosessin hyödyn näkökulmana. Tämän oli merkittävä kehittämisprosessiin vaikuttava tekijä.

Osallistuvan ryhmän jäseniltä vaati paljon voimavaroja ja ajan järjestämistä arviointiin ja koko kehittämisprosessin loppuun viemiseen. Kehittämiseen vaikuttavat tekijät liittyivät tässä niin hoitohenkilöstön kuin johdon toimintaan. Lisäksi osastonhoitajan osallistuminen kehittämiseen oli olennaista kehittämisprosessin kannalta. Osastonhoitajan mukanaolo antoi positiivisen esimerkin hoitohenkilöstölle kehittämisprosessin alussa. Lisäksi lopputilanteen arviointivaihetta edisti osastonhoitajan kannustus ja tuki kehittämisprosessiin. Osastonhoitajan tuki koko kehittämisprosessissa näkyi ajan järjestämisenä kehittämisprosessiin. Kehittämisprosessin vetäjän kannalta oli olennaista ryhmäläisten

sitoutuminen kehittämistoimintaan ja että kehittämistoimintaa kehitimme yhdessä, henkilöstön omilla ehdoilla.

on hyvä, kun huomaa, että osaa tehdä toisin sellaisen pienen asian, jonka aiemmin on tehnyt eritavalla. Esimerkiksi kuntoutujan kääntäminen selin makuulta kyljelle, miten helppoa se onkaan

koulutuspäivät ovat olleet antoisia, mukava kun osastonhoitaja on järjestänyt meille aikaa siihen

yhteistyö on sujunut hyvin kaikkien ryhmäläisten kanssa ja yhteistyöstä on oppinut paljon

Arviointiin paneutuminen vaati kehittämistoiminnan vetäjältä paljon aikaa. Tutustuminen arviointikirjallisuuteen ja sen soveltaminen käytäntöön muun kehittämistoiminnan ohella vaati paneutumista. Arvioinnin toteuttaminen jokaisessa vaiheessa vaativat kehittämistoiminnan vetäjän ja osastonhoitajan kannustusta ryhmäläisille. Toteuttamisvaiheen itsehavainnoinnin käyttöönotto häiriöpäiväkirjan avulla lisäsi valmiuksia oman työn kehittämiseen. Olennaista oli arvioinnin hyödyn esiin tuominen osallistujille.

8 POHDINTA

8.1 Kehittämistulosten tarkastelua

Kuntoutumista edistävän hoitotyön tarve syntyy, kun fyysisen, sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristönsä suhteessa on tapahtunut muutos. Kuntoutuksen käynnistävät arkielämässä selviytymisen vaikeudet. Tavoitteena on voimavarojen vahvistuminen ja selviytymismahdollisuuksien paraneminen. Kehittämällä hoitotyön interventioita avautuu kuntoutujalle uusia mahdollisuuksia. Tämän kehittämistoiminnan pääpaino on ollut kuntoutumista edistävän hoitotyön konkreettisella kehittämisellä. Kuntoutuja on nähty aktiivisena osallistujana ja elämäänsä suunnittelevana subjektina. (Järvikoski 2004, 49–59.) Tämän näkökulman esiintuominen tässä kehittämistoiminnassa on ollut oleellinen tekijä. Kuntoutujan aktiivinen asema merkitsee mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa. Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosaston henkilöstölle suunnattu kuntoutuskoulutus (Veijola 2008) syvensi kuntoutumista edistävää toimintamallia. Tämä toimintamalli on ollut tämän kehittämistoiminnan alkutilanteen lähtökohtana. Kuntoutumista edistävässä toimintamallissa yhteinen näkemys kuntoutuksesta rakentui toimintaa ohjaavaksi viitekehyykseksi (Hassi 2011).

Tiedollisen tuen merkitys siirtomenetelmien ohjaamisessa: Tiedollisen tuen antamisen koimme tässä kehittämistoiminnassa tärkeäksi siirtomenetelmiä ohjaavaksi tekijäksi. Kehittämistoiminnassa päädyimme käyttämään kuntoutujan tarpeesta lähtevää toiminnan ajattelua, jotka ovat tiedollisen tuen antamisen peruslähtökohtana. Kuntoutujan tarpeista lähtevä ajattelu tukee kuntoutujan aktiivista asemaa. Viime vuosina on vahvistettu potilaan asemaa ja oikeuksia lainsäädännöllisillä perusteilla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, § 3). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista suuntaa terveydenhuollon toimintaa kohti yksilöllisiä tarpeita. Kuntoutujan yksilölliset tarpeet ja niiden huomiointi ovat lähellä käsitettä asiakaslähtöisyys. Kun kuntoutuja on palvelujen keskipisteessä ja tarvittava palvelu sekä hoito järjestetään kuntoutujan tarpeista lähtien voidaan puhua asiakaslähtöisyydestä (Ruotsalainen 2000, 16). Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollon periaatteena ilmenee toiminnan arvoperustana, näkemyksenä asiakkaas-

ta, hoito- ja palvelutoiminnan luonteesta ja työntekijästä. Asiakaslähtöisyyden arvope-
rusta sisältää ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, yhdenvertaisuuden, yksilöllisyyden,
neuvottelevan yhteistyön, vaikuttamisen ja aitouden. (Kiikkala 2001, 116.) Asiakasläh-
töisessä mallissa kuntoutujalla on aktiivinen asema suunnitella omaa elämäänsä. Hoito-
henkilöstö toimii mahdollisuuksien avaajana antaen tiedollista, taidollista ja asenteellis-
ta tukea. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 158–159.)

Kuntoutujan aktiivinen asema edistää kuntoutujan voimaantumista, joka on aivohal-
vauskuntoutujan tärkeimmistä tavoitteista. Voimaantumisesta käytetään englanninkieli-
sestä nimitystä empowerment. Eri tieteenalojen tutkijat ovat antaneet empowerment -
termille vastineita, kuten valtuuttaminen, valtuutus, mahdollistaminen, tilaisuus ja mah-
dollisuus johonkin, täysivaltaisuus, kyky vaikuttaa omaan elämään, voimantunnon kas-
vu, voimistaminen, valtauttaminen, valtautuminen, toimintakykyisyyden lisääminen se-
kä henkinen vahvistuminen. (Siitonen 1999, 83, hakupäivä 7.4.2010.)

Voimaantumisteorian ajattelun ytimenä on se, ettei ihmistä voi ulkoapäin voimaannut-
taa. Voimaantumiselle voidaan kuitenkin luoda mahdollistava toiminta. Kehittämistöi-
minnassa lähtökohtana on ollut selvittää, miten kuntoutujan asema muodostuu ja mikä
on kuntoutujan rooli aktiivista liikkumista tukevassa toiminnassa. Voimaantumisteorian
lähtökohta, jossa ihminen nähdään aktiivisena, vapaan ja päämäärätietoisena toimijana
(Siitonen 1999, 118, hakupäivä 7.4.2010), sopii hyvin näkökulmaksi aivohalvauskun-
toutujan aktiivista liikkumista tukevassa toiminnassa. Hoitohenkilöstöllä voi olla selvä
käsitys, siitä, mikä on kuntoutujalle hyväksi ja ettei kuntoutuja itse pysty tekemään itse-
ään koskevia päätöksiä. Keskeistä on löytää kuntoutujan omat voimavarat kuntoutujan
yksilöllisten tarpeiden pohjalta. Voimavarojen mukaan suunniteltu kuntoutus mahdollis-
taa kuntoutujan voimaantumisen. Voimaantumisteoria tukee aivohalvauskuntoutujan
yksilöllisistä tarpeista lähtevää toiminnan tukemista.

Ihminen kokee olevansa mukana omassa yhteisössään joko työn, harrastusten tai jonkun
muun vaikuttamisen kautta. Osallisuus voidaan nähdä kuulumisen, mukanaolon tuntee-
na. Eri syistä syrjäytyneet, kuten aivohalvaukseen sairastuminen, eivät aina välttämättä
koe tätä osallisuuden tunnetta, vaan jäävät vaille osallistumisen kokemuksia. Pohjim-
miltaan ihmisellä on oman elämän osallisuuden tarve ja halua kuulua johonkin yhtei-
söön (Maslow). Sosiaalinen osallisuus viittaa henkilön mahdollisuuteen osallistua aktii-

visena yhteisön jäsenenä, omalla panoksellaan ja hyötyä siitä. (Järvikoski 2004, 138, 139.)

Taidollisen tuen merkitys siirtomenetelmien ohjaamisessa: Kehitetty siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli sisälsi aktiivista liikkumisen edellytysten luomisen siirtomenetelmien osalta. Aktiivinen toiminta ja liikkuminen ovat ihmiselle yhtä tärkeä perustarve kuin syöminen ja juominen. Lähes kokopäiväinen vuodelepo ja vähäinen fyysinen aktiivisuus vähentävät fyysisiä voimavaroja. Vuodelepo lisää monien terveydellisten komplikaatioiden, kuten keuhkokuumeen, virtsatietulehduksen ja makuuhaavojen riskiä. (Vuori 1991, 13–16.) Eri siirtomenetelmien taidollisessa ohjaamisessa tärkeää on huomioida edellä mainittujen kuntoutujien voimavarojen lisäksi hoitohenkilöstön omat voimavarat sekä oman kehon hallinta. Omien voimavarojen tunnistamisessa keskeistä on arvioida, mikä on oma taitoni ja kuntoni. Luottaako kuntoutuja minuun ja olenko ensikertaa auttamassa kuntoutujaa? Kuinka paljon minun tulee avustaa, helpottaako tuki tai jokin muu apuväline tai pyydäkö toisen hoitajan apua? Oman kehon hallinnassa on tärkeää tunnistaa liikkeen eri vaiheet, se mistä liike alkaa ja lisäksi se, mitkä lihakset aktivoituvat liikkeen tuottamisessa sekä miten lihakset toimivat luonnollisesti. Oman kehon hallinnan kokemuksen jälkeen harjoittuu kyky havainnoida myös toisen liikkumista ja ulkoisen voiman vaikutusta omaan liikkeeseen. (Tamminen-Peter 2005, hakupäivä 12.9.2010.)

Aivohalvauskuntoutujan hoitotyössä keskeinen osa työstä painottuu juuri ”arkisen” liikkumisen suoriutumisen tukemiseen kuten, siirtymiseen wc:hen, pyörätuoliin, kyljelleen kääntymiseen, kävelyttämiseen ja ruokailuasentoon auttamiseen. Avustustapaa valitessa luonnolliset liikemallit ovat siirtymisen avustamisen lähtökohtana (Tamminen-Peter 2005, hakupäivä 12.9.2010.) Kehittämistoiminnassa siirtomenetelmien avustustapojen muutoksena koimme tärkeimmäksi kainaloista avustamisen poisoppimisen.

Siirtymisen avustamiset tapahtuivat pääasiassa kuntoutujan luonnollisten liikemallien mukaisesti. Siinä suunnittelimme etukäteen siirtotavan oikealla alkuasennon varmistamisella. Lisäksi kuntoutuja ja hoitohenkilö suorittavat liikkeen yhdessä, ei ”retuuttaen”, kuten eräs osallistuja sen kuvasi. Pyrimme auttamaan sieltä, mistä liike juuttuu. Kun kuntoutujan liike ei onnistunut sanallisella ohjauksella, yhdistimme ohjaukseen kosketuksen ja liikkeen, jota Affolter-menetelmä edustaa. Tämän menetelmän käytön hoito-

henkilöstö koki mielenkiintoisena mutta toisaalta haastavana menetelmänä. Tämän menetelmän hallinta vie paljon aikaa, joten tämän kehittämistoiminnan aikana voimme todeta, että Affolter-menetelmä jäi meille kaikille uudeksi opeteltavaksi menetelmäksi. Forsbom (2001, 69) toteaa, että Affolter-menetelmä ei aseta vaatimuksia kuntoutujan motoriselle eikä kognitiiviselle tasolle. Affolter-menetelmä on opettanut, että hyvin yksinkertaiset arkipäivän toiminnot ovat usein oppimisessa tehokkaita.

Aivohalvauskuntoutujan tarpeiden huomioimiseen liittyi vuorovaikutustaitojen kehittäminen. Kuntoutujan tarpeiden tunnistaminen myötäelävän vuorovaikutuksen keinoin koimme merkityksellisenä. Tarpeiden tunnistaminen koimme tärkeäksi, jotta jokaisen kuntoutujan tarpeet tulisi huomioida yksilöllisesti. Myötäelävän vuorovaikutustaitoja tukee myös Karhilan, Kettusen & Poskiparran (2002) tutkimuksesta nousseet kuvaukset ohjauksikäytännöistä, jotka tukevat potilaan voimaantumista. Tutkimuksen mukaan voimaantumista lisääviä elementtejä vuorovaikutuksessa ovat kuuntelu, aloitusratkaisu, tunnusteleva puhe, kuuntelua osoittava palaute ja neutraalius. Kääriäinen (2008) mainitsee tutkimuksessaan, että laadukas potilasohjaus edellyttää kaksisuuntaista vuorovaikutusta, aktiivisuutta, hoitajan filosofisten ja eettisten lähtökohtien tunnistamista. Laine ym. (2003) toteavat ammatilliseen vuorovaikutukseen pohjaavan hyviin tapoihin. Vuorovaikutukseen he katsovat kuuluvan katsomisen, kuuntelemisen, puhumisen, kättelemisen, koskettamisen, läheisyyden ja etäisyyden toisesta ihmisestä, hiljaa olemisen, kehon liikkeet ja asennot sekä ilmeet ja eleet. Vuorovaikutussuhteessa merkittävää on se, että auttamistyön tulee olla kuntoutujan tarpeista lähtevää eli kuntoutujalle merkityksellisiä. Myös dialoginen hoitosuhde auttaa potilasta ymmärtämään merkitykselliset asiat, jotka nousevat hänen omasta elämänsästä. Tällaista vastavuoroisuutta on pidetty tärkeänä tavoitteena hoitotyössä. (Latvala 1998, hakupäivä 12.12.2010; Koivisto 2003, hakupäivä 5.1.2010.)

Asenteellisen tuen merkitys siirtomenetelmien ohjaamisessa: Tässä kehittämistoiminnassa hoitohenkilöstö kuvasi asenteidensa muuttuneen aiempaa positiivisemmiksi kehittämistoiminnan aikana heidän kiinnittäessään enemmän huomiota siirtomenetelmien toteuttamiseen ja sen edistämiseen. Lisäksi oli näkyvillä hoitotyön sujuvuuden lisääntyminen johtuen yhteisistä kuntoutumissuunnitelman laatimisesta sekä siihen sitoutumisesta. Yhteistyötä ja uudenlaista kuntoutussuunnitelmapalaverin toteutusta oli harjoiteltu ja kokeiltu käytännössä. Tämän koimme olevan toiminnan suunnittelun perustana. Si-

toutumiseen vaikuttivat myös työyhteisön arvojen esiintuominen kehittämiskokouksessa. Työyhteisön arvot näimme osana hoitotyötä, jotka ohjaavat meidän työtämme. Syrjäpalo (2006, 30) määrittelee arvot yksilön tai yhteisön motivaatioiksi tai päämääriksi.

Kuntoutumissuunnitelman kirjaamisen rakenne perustuu päätöksentekoprosessiin, jonka osa-alueet ovat ongelmien, tavoitteiden ja toimintojen määrittely, hoitotyön toteutus ja seuranta sekä kokonaishoidon arviointi. Lauri ja Salanterä (2002) esittivät, että tutkimustulosten mukaan hoitotyön päätöksenteossa käytetään analyyttisiä ja intuitiivisia ajatteluprosesseja. Kuntoutujalähtöinen hoitotyön päätöksenteko perustuu kuntoutujan itsensä kertomaan tietoon, josta hoitohenkilöstö tekee tärkeitä johtopäätöksiä. Tämä edellyttää myös kykyä asettua kuntoutujan asemaan sekä kuunnella kuntoutujan ilmaisia tarpeita. Kuntoutumissuunnitelma perustui ICF-luokituksen mukaiseen ryhmitteilyyn. Osa-alueissa oli huomioitu Loganin ja Tiernyn elämisen toimintojen mallin mukaista luokittelua (Roper, Logan & Tierny 1992). Suunnittelussa huomioimme kuntoutujan yksilölliset tarpeet kunkin tarvealueella. Samoin tavoitteet laadimme yksilöllisten tarpeiden pohjalta.

Kuntoutumissuunnitelman laatimisen yhteydessä huomioimme myös kirjaamisen täsmentymisen lisääntymisen. Koimme tärkeäksi kirjata kuntoutujalähtöisesti niin kuntoutumissuunnitelmassa kuin päivittäisessä kirjaamisessa. Kuntoutumissuunnitelman kirjaamisen lisäksi myös hoitotyön päivittäinen kirjaaminen lisääntyi. Hoitotyön päivittäisellä kirjaamisella tarkoitetaan Hallilan (1998, 17–18) mukaan potilaan hoidon dokumentointia potilasasiakirjoihin. Kirjaamisesta tulee ilmetä, miten on hoidettu, mitä on tehty ja mitä vaikutuksia hoitamisella on ollut. Mäkilä (2007, 37–40) nostaa esille tehtäväkeskeisen kirjaamisen puutteita hoitotyön päivittäisessä kirjaamisessa. Hänen mukaansa hoitotyön toteutuksen kirjaaminen tulee perustua potilaan tarpeista lähtevään hoitotyön suunnitelmaan. Ilman tarpeen määrittelyä hoitajan on vaikea erottaa oleellisen tärkeitä kirjattavia asioita. Kirjaamisen kohteeksi pitää saada kuntoutuja ja hänen voimissaan tapahtuneet muutokset.

Kehittämistoimintaan vaikuttavien tekijöiden merkitys osaamisen kehittämisessä: Tämä kehittämistoiminta osoitti sen, että kuntoutumista edistävä hoitotyön tulee merkitä konkreettisten asioiden huomioimista hoitotyössä. Kuntoutumista edistävää hoitotyötä tässä kehittämistoiminnassa pyrimme kehittämään aktiivisen liikkumisen osalta. Aivo-

halvauskuntoutujalle aktiivista liikkumista tukevan toiminnan edistäminen siirtomenetelmien osalta merkitsi konkreettisia asioita kuntoutujan kuntoutumisprosessia. Tässä kehittämistoiminnassa kiinteästi toteutui hoitotyön kehittäminen ja arviointi, joka vastaa Kaste-ohjelman tavoitteita. Lisäksi tässä kehittämistoiminnassa oli kiinteästi läsnä alueellinen hoitotyön kehittämisen näkökulma, joka liittyy oman työyhteisön kehittämiseen aivohalvauskuntoutujan hoitotyön kehittämisessä.

Tämän kehittämistoiminnan kehittämiseen vaikuttavia tunnuspiirteitä olivat toimiva työyhteisö, jossa johdolta saatu tuki ja työyhteisössä vallitseva ilmapiiri olivat tärkeitä tekijöitä. Kehittämiseen vaikuttavista tekijöistä vahvistaa aikaisempaa tietoa siitä, että johdolta saadun tuen merkitys kuntoutumista edistävän hoitotyön käytäntöön viemisessä on merkittävä (Routasalo ym. 2003, 23–40). Osastonhoitajan mukana oleminen kehittämistoiminnassa näkyi mahdollisuuksien näkemisenä sekä ajan järjestämisenä.

Kehitetty siirtomenetelmiä kuvaava ohjausmalli sisälsi aktiivista liikkumisen edellytysten luomisen siirtomenetelmien osalta. Hoitohenkilöstö mainitsi muutokseksi oman asiantuntijuuden sekä yhteistyön lisääntymisen. Kehittämisideoiden toteuttaminen hoitotyön käytännössä sai aikaan hoitohenkilöstön oman työn arvostuksen lisääntymisen. Vapautuminen aikaisemmista rutiineista ja monipuolisen osaamisen tunnistaminen hoitoyhteisössä tuottivat tärkeimmän muutoksen hoitohenkilöstön ajattelutapaan sekä toimintaan. Hoitohenkilöstö oli tässä kehittämistoiminnassa oman työnsä parhaita asiantuntijoita ja kehittäjiä (Lahtonen 1999, 203–204).

Myös kehittämistoiminnan vetäjän tieto-taito laajentui ja syventyi kehittämistoiminnan aikana. Kehittämistoiminnan vetäjältä osaamisen kehittäminen edellytti tietoa nykyisten käytäntöjen perusteista sekä kehitysristiriitojen tunnistamista. Näiden tunnistamisessa auttoi kehittävän työntutkimuksen toimintajärjestelmämallin sekä ekspansiivisen oppimisteorian mukaan ottaminen tämän kehittämistoiminnan ohjaavaksi teoriaksi (Engerström 2004). Lisäksi osaamisen kehittäminen edellyttää kehittämistoiminnan vetäjältä reflektiivisen toiminnan ja vuorovaikutuksen mahdollistamista. Osallistava toimintatutkimus kehittämistoimintaa ohjaavana tutkimuksellisenä menetelmänä mahdollisti näiden toimintojen huomioimisen tässä kehittämistoiminnassa. Toimintatutkimukseen liittyvä käsitys toiminnan vähitellen ja usean vaiheen kautta tapahtuvasta prosessinomaisesta kehittämisestä (Kuula 1999, 218) toteutui tässä kehittämistoiminnassa.

Kehittämistoiminnan vetäjä oli myös vastuussa koko kehittämistoiminnan suunnittelusta ja vastasi toiminnan etenemisestä. Oman roolin tiedostaminen ja siitä kertominen ryhmän jäsenille oli merkittävä tekijä koko kehittämistoiminnan etenemiselle. Kehittämistoiminnan eteneminen edellytti sen, että toimin vetäjänä tietynlaisessa auktoriteetin asemassa. Kehittämistoiminnassa mukana olleet ryhmän jäsenet kokivat sen positiivisena tekijänä kehittämistoiminnan onnistumiseksi. Samoin johdolta saatu tuki auttoi vetäjän roolin aseman onnistumisessa. Seppänen-Järvelä (2006, 97) mainitsee, että kehittäjät toimivat monissa rooleissa, tärkeää on oman roolin avaaminen ja perusteleminen kehittämistoiminnan alussa. Mikäli kehittämistoiminnan vetäjän roolia ei avata, se voi omassa työyhteisössä muodostua ristiriitaiseksi (Siira & Veijola 2009, 144).

8.2 Kehittämistoiminnan luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tämän kehittämistoiminnan tavoitteena oli syventää osaamista aktiivista liikkumista tukevan toiminnan osalta. Tarkoituksena oli kuvata aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan tuomia muutoksia kehittämistoiminnan aikana Pudasjärven terveysaseman lyhytaikaisosastolla. Kehittämistoiminta oli luonteeltaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole olemassa yleisesti hyväksytyjä luotettavuuden arviointikriteerejä. Eri kirjallisuudessa on ilmaistu, että laadullisen ja määrällisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit ovat samat, validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä ja reliabiliteetilla tutkimustulosten toistettavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Toisaalla tutkijat esittävät, että kvalitatiivista tutkimusta ei voida arvioida kvantitatiivisen tutkimuksen kriteerein. Laadullinen ja määrällinen tutkimus perustuvat erilaisiin perusolettamuksiin todellisuudesta ja tiedosta. Tässä kehittämistoiminnassa perusoletus muodostui käsityksestä aivohalvauskuntoutujasta sekä kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Laadullisessa tutkimuksessa perusoletuksesta todellisuuksia on useita. Tästä seuraa, että erilaiset tulkinnat tutkimuksen kohteesta eivät merkitse välttämättä tutkimuksen luotettavuusongelmaa, vaan ne lisäävät ymmärrystä tutkimuskohteesta. Kvalitatiivinen tutkimus ei ole myöskään tilastollisesti yleistettävissä. Kvalitatiiviseen tutkimukseen liittyvä tieto on aina sidoksissa tutkimusympäristöön, josta se on hankittu. Tässä kehittämistoiminnassa tieto merkitsi osallistuvan ryhmän jäseniltä kerätyn hiljaisen tiedon

sekä tutkimuksellisen tiedon yhdistämistä käytännön työhön. (Kylmä & Juvakka 2007, 79–80.)

Laadullisessa tutkimuksessa on neljä luotettavuuskriteeriä: uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 128–129.) Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi laadullisessa tutkimuksessa kohdistuu Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2009, 161, 184) mukaan tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Toimintatutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden arvioinnissa on edellisten lisäksi kiinnitettävä huomio tutkimusongelmien määrittelyyn ja koko tutkimusprosessin etenemiseen aina tutkimustulosten raportointiin ja tutkimusaineiston säilyttämiseen saakka.

Uskottavuus liittyy tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuuden osoittamiseen. Tämän kehittämistoiminnan tutkimuksellinen ote oli osallistava toimintatutkimus, joka menetelmällisenä lähestymistapana oli tarkoituksenmukainen ja sopi ideologiltaan hyvin kehittämään tätä kehittämistoimintaa. Valittu tutkimusmenetelmä ei ole ristiriidassa kehittämistoiminnan kanssa, koska kehittäminen tapahtui yhdessä osallistujien kanssa. Toimintatutkimusspiraalissa on toistettu useita syklejä, joita tässä kehittämistoiminnassa oli neljä; selvittelyvaihe, suunnitteluvaihe, toteuttamisvaihe ja arviointivaihe. Kylmä ja Juvakka (2007, 128) mainitsevat, että tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa se, että tutkimuksen tekijä käyttää riittävän pitkän ajan tutkimuksen tekemiseen. Tämän kehittämistoiminnan toteuttaminen toimintatutkimuksena oli ajanjaksoltaan liian lyhyt, vajaat kaksi vuotta. Pitempi ajanjakso olisi mahdollistanut enemmän ideoiden ja käytännön toteutuksen työstämistä lisäten tämän kehittämistoiminnan luotettavuutta. Kuitenkin tässä kehittämistoiminnassa oli mahdollista käsitellä ja analysoida esiin nousseita asioita ja kehittämiskohteita. Tämän ajanjakson voidaan olettaa olevan riittävän pitkä aiheeseen perehtymiselle. Lisäksi kehittämistoiminnan vetäjä tunsi kehitettävän ilmiön työkokemuksensa kautta. Koko kehittämistoiminnan suunnitteluvaiheeseen käytin paljon aikaa. Riittävä ajankäyttö suunnitteluvaiheessa on antanut kehittämistoiminnalle perustan ja sen pohjalta on ollut hyvä jatkaa.

Uskottavuuteen liittyy myös se, että tulosten tulee vastata tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsityksiä tutkimuskohteesta (Kylmä & Juvakka (2007, 128). Tässä kehittämistoiminnassa hyödynsin monenlaisia menetelmiä. Aineiston keruun laatua voidaan

parantaa hyvällä suunnittelulla sekä teknisten välineistön toimivuudella (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184–185). Keräsin aineistoa käyttämällä eri metodeja; pienryhmäkeskusteluja, kirjallisuuskatsausta, vetäjän reflektiopäiväkirjaa, hoitohenkilöstön itsehavainnointi häiriöpäiväkirjana sekä eri lähteitä kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä sekä toimintatutkimuskirjallisuudesta. Pienryhmäkeskusteluun tarkoitettut teemakysymykset valitsin aineistonkeruumenetelmäksi, koska siinä oli mahdollisuus tuoda omia mielipiteitä esille mahdollisimman vapaasti. Ryhmäkeskustelun teemoja oli 3-4, jotka tässä kehittämistoiminnassa oli sopiva määrä. Tutkimuksellista kehittämisoitteiden luotettavuutta aineiston keruuseen lisää kehittävä työntutkimuksen toimintajärjestelmämallin mukaan otto teemakysymysten suunnitteluun ja toteuttamiseen. Lisäksi ekspansiivinen oppimiskehän hyödyntäminen aineiston keruun eri vaiheisiin antoi kehittämistoiminnalle syvyyttä ja selkeyttä, mikä lisää tämän kehittämistoiminnan luotettavuutta. (Engerström 2004). Kehittämistoiminnan vetäjän hoitotyön kokemus auttoi ymmärtämään osallistujia ja suuntaamaan kysymyksiä tarkoituksenmukaisesti kuhunkin teemaan.

Pienryhmäkeskusteluissa pyrimme vapautuneeseen ilmapiiriin, sillä erityisen tärkeää oli ryhmän jäsenten aktiivinen rohkaisu vuorovaikutukseen sekä vetäjän aktiivinen rooli ryhmäkeskustelun luomisessa tiedonkeruuta varten. Lisäksi pienryhmäkeskusteluissa etenimme osallistujien ehdoilla, mikä lisäsi tämän tutkimuksen luotettavuutta. Tärkeää oli ryhmän jäsenten yhteensopivuus ja kokemukset kehitettävästä ilmiöstä. Tässä kehittämistoiminnassa kaikilla hoitohenkilöstöllä oli hoitotyön kokemusta useamman vuoden ajalta ja heillä oli paljon tietoa, joten vähempi osallistujamäärä mahdollisti jokaiselle enemmän aikaa kertoa henkilökohtaisia kokemuksia ja saada syvällisempää tietoa 2 tunnin kestäneen pienryhmäkeskustelun aikana. Kehittämistoiminnassa oli mukana 7-9 osallistujaa, mikä osoittautui sopivaksi määräksi. Sopiva ryhmän koko lisäsi tämän kehittämistoiminnan tulosten luotettavuutta.

Yhteistyössä tapahtuvassa osallistavassa toimintatutkimuksessa yritin vähentää analyysistä johtuvia ongelmia tarkistamalla kehittämistoiminnan vetäjänä oman tulkinnan yhdenmukaisuuden muiden osallistujien kanssa. Tämän toteutin viemällä eri vaiheiden tulokset osallistujien kommentoitavaksi. Tulokset vastasivat osallistujien näkemyksiä, mikä lisäsi tämän kehittämistoiminnan tutkimuksen luotettavuutta.

Kylmä ja Juvakka (2007, 129) toteaa reflektiivisyydestä, että tutkimuksen tekijän on arvioitava oma vaikutuksensa tutkimusprosessiin sekä aineistoonsa. Tämän kehittämistoiminnan arviointi kohdistui koko kehittämistoiminnan eri vaiheitten arviointiin aina jatkokehittämishaasteisiin saakka. Kehittämistoiminnan vetäjällä oli arvioinnissa aktiivinen rooli muutosten aikaansaamisessa sekä vaikutusten seuraamisessa. Kehittämistoiminnan arvioinnissa käytin osallistavan arvioinnin periaatteita. Osallistavalla arvioinnin avulla pyrin oppimisen ja yhteisen näkemyksen aikaansaamiseksi (Kivipelto 2006, 26). Osallistava arviointi tarkoitti tässä kehittämistoiminnassa yhdessä keskustelua ja toimimista sekä päättämistä mukaan otettavista asioista ja niistä, jotka jäivät tämän kehittämistoiminnan ulkopuolelle. Tässä kehittämistoiminnassa käytettyjen aineiston keruumenetelmien avulla toteutin refleksiivisyyttä, mikä tarkoitti vastakkaisten näkökantojen etsintää teorian ja käytännön välillä, mikä nosti tämän kehittämistoiminnan luotettavuutta.

Laadullisen tutkimuksen keskeinen luotettavuuskriteeri on vahvistettavuus. Vahvistettavuus edellyttää tutkimusraportin kirjaamista niin, että lukija voi seurata tutkimusprosessin kulkua. Vahvistettavuus on ongelmallinen luotettavuuskriteeri, koska todellisuuksia voi olla useita. Myös saman aineiston voi toinen tutkija tulkita eri tavalla. (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Lisäksi toimintatutkimuksen raportointi on haasteellista (Heikkinen 2008), koska siinä tapahtuu niin paljon asioita. Tämän kehittämistoiminnan olen pyrkinyt kuvaamaan ja raportoimaan yksityiskohtaisesti ja tarkasti kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa.

Tutkimusraportissa tulee kuvata tutkimusympäristö ja tutkimukseen osallistujat tarkasti, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä (Kylmä & Juvakka 2007, 129), mikä tässä raportissa on hyvin toteutettu. Myös kehittämistoimintaan osallistuneiden valintakriteerit on kuvattu. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa käsitteiden tuottaminen kehitettävästä ilmiöstä mahdollistaa siirrettävyyttä vastaaviin potilasryhmiin. Lisäksi yleistettävyyden sallii tämän kehittämistoiminnan tulosten soveltamisen toiseen samantyyppiseen kontekstiin.

Toimintatutkimuskirjallisuudessa yleisimmin esiintyneet eettiset kysymykset ovat tietoinen suostumus, luottamuksellisuus ja nimettömyys, yksilön suojaaminen vahingolta, tutkijan rooli, valta toimintatutkimuksessa ja tulosten omistaminen (Heikkinen 2008,

147; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 184). Ennen kehittämistoiminnan aloittamista otin huomioon eettiset seikat anomalla kyseisen terveysaseman hyväksynnän kehittämistoiminnalle. Tietoisessa suostumuksessa otin huomioon sen, että osallistuvan ryhmän jäseniä informoin niin tarkasti kuin mahdollista tämän kehittämistoiminnan tavoitteista, tarkoituksesta, vapaaehtoisuudesta ja tutkimuksen keskeyttämismahdollisuudesta tutkimusprosessin alussa. Selvitin lähtötilanteessa tutkimukseen osallistujille aika- tauluun ja prosessiin liittyvät mahdolliset muutokset sekä vapaaehtoinen osallistuminen, mitkä asiat eivät olleet ongelmallisia tässä tutkimuksessa. Informoin osallistujia sähköpostilla laitettavalla kirjeellä jokaiselle yksilöllisesti sekä suullisesti kehittämistoiminnan alussa. Kirjallista suostumusta en pyytänyt, koska osallistuminen oli vapaaehtoista ja sisälsi hiljaisen suostumuksen. Painotin osallistujille oikeutta kieltäytyä kehittämistoimintaan osallistumisesta. Kukaan pyydetyistä ei kieltäytynyt osallistumaan kehittämistoimintaan.

Kaikkien osallistujien luottamuksellisuus ja osallistujien anonymiteetin suojeleminen on eettinen kysymys osallistavassa toimintatutkimuksessa. Kaikkiin interventioihin osallistujat sitoutuvat luottamukseen ja vaitioloon esimerkkitapauksissa, joita interventioiden yhteydessä käsitellään. Tiedonkeruu vaiheessa luottamuksellisuutta ja anonymiteettiä oli vaikea taata osallistavassa toimintatutkimuksessa, sillä toiset organisaation sisällä voivat tunnistaa osallistujat, vaikka tein tiedonkeruun ja analyysin luottamuksellisesti ja nimettömästi, eikä vastaajia voinut tunnistaa tuloksista. Tunnistamisen välttämiseksi päädyin raportoimaan ryhmäkeskustelujen tulokset kokonaisuutena. Osallistujien tulee pystyä myös tarkastamaan tutkimuksen tulokset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009), joten ryhmän tuotokset jaoin osallistujien kanssa palauttamalla ne osallistujille. Säilytin nimettömyyden eikä tunnistettavia yksityiskohtia tai viittauksia henkilön asemaan esitetty. Selvitin osallistujille tietojen luottamuksellisuuden, nimettömyyden ja niiden tulehmissen ainoastaan kehittämistoiminnan käyttöön sekä aineiston hävittäminen tutkimuksen valmistuttua.

Työskentelen samalla osastolla, missä kehittämistoiminta on toteutettu. Näin kehittämistehtävän vetäjänä olen ollut tässä kehittämistoiminnassa osa kehitettävää ja tutkittavaa yhteisöä (Huovinen & Rovio 2008, 94–95), joka ei ole ristiriidassa osallistavan toimintatutkimusperiaatteitten kanssa. Olen käyttänyt eri menetelmillä saatuja tietoja luottamuksellisesti ja varmistanut sen, että aineistot eivät tule kenenkään muun käyttöön.

Saadut materiaalit hävitin sen jälkeen, kun niistä saadut tiedot oli aukikirjoitettu. Auki-
kirjoitukset säilytin (laki 831/1994) arkistolain mukaisesti lukollisessa kaapissa. Kehit-
tämistehtävän julkaisussa suorat lainaukset eivät paljasta, kuka tiedon on antanut, jossa
on noudatettu voimassa olevan tietosuojalain (laki 759/2004) mukaisia ohjeita. (Kank-
kunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 183–184.)

8.3 Johtopäätökset ja jatkokehittämishaasteet

Yhteinen näkemys kuntoutuksen toimintaa ohjaavasta viitekehyksestä on merkittävä tekijä myös konkreettiseen kuntoutumista edistävän hoitotyön käytännön kehittämiseksi. Tuloksellisen kehittämistoiminnan edellytys on jatkuvuus, joka korostuu tässä kehittämistoiminnassa. Myönteinen kokemus kehittämistoiminnasta ja tulosten hyödyntäminen käytännön toimintaan motivoivat kehittämistä. Aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin kehittäminen ilmentää kuntoutumista edistävän hoitotyön ja kuntoutuksen viitekehyksen tuntemista. Aivohalvauskuntoutujan tarpeista lähtevän ohjausmallin kehittäminen on oleellista hyvän hoidon edistämiseksi ja kuntoutujan aktiivista toiminnan tukemiseksi. Tämä kehittämistoiminta tuotti uutta tietoa ja käsitteistöä aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevasta toiminnasta, sen toteutumisesta ja kehittämistä edistävästä tekijöistä sekä kehittämistarpeesta. Seuraavat johtopäätökset voidaan esittää tulosten perusteella:

1. Aivohalvauskuntoutujan aktiivinen asema ja kuntoutujan yksilölliset tarpeet konkretisoituvat tämän osallistavan toimintatutkimuksen aikana. Samalla mahdollistui niiden huomioonottaminen kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittämisessä.
2. Hoitohenkilöstö tarvitsee yhteisen kuntoutuksen viitekehyksen, jonka jälkeen on hyvä rakentaa kuntoutumista edistävää toimintaa. Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminta edellyttää kuntoutumista edistävän hoitotyön tuntemista, johon tarvitaan tiedollista, taidollista ja asenteellista osaamista.
3. Aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukeva toiminnan edistäminen edellyttää hoitohenkilökunnan halua muutokseen, osallisuutta

hoitotyön kehittämiseen, joustavuutta, sitoutumista pitkäjänteiseen toimintaan ja johdolta saatua tukea.

4. Osallistavan toimintatutkimuksen avulla syntyi tuloksena muutoksia hoitohenkilöstön toimintatavoissa, mitkä ilmenevät kehitetyssä ohjausmallissa. Muutokset toimintatavoissa ovat hoitotyön kehittämisen jatkuvuuden kannalta tärkeitä. Lisäksi tässä kehittämistoiminnassa johtopäätöksenä voidaan nähdä, että toimintatutkimus on arvokas menetelmä hoitohenkilöstön sekä kehittämistoiminnan vetäjän ammatilliseen kehittämiseen.

Tässä kehittämistoiminnassa aihe oli rajattu käsittelemään aivohalvauskuntoutujan aktiivista liikkumista tukevan toiminnan kehittämiseen. Aihe liittyy kuntoutumista edistävän hoitotyön kokonaisuuteen, jota kokonaisuutena on tarpeen jatkossa edelleen kehittää. Tämä kehittämistoiminta tuotti tietoa aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin kehittämisestä. Olisi tärkeätä jatkaa mallin kehittämistä ja soveltamista käytäntöön sekä tuottaa tietoa mallin aikaansaamista muutoksista aivohalvauskuntoutujan hoitotyössä. Tärkeää olisi jatkaa mallin kehittämistä ja soveltamista myös muilla vastaavilla osastoilla. Lisää tutkimusta tarvitaan siirtomenetelmiä kuvaavan ohjausmallin toimivuudesta ja käyttökelpoisuudesta kliinisessä hoitotyössä. Lisäksi Affolter-menetelmän ja NVC-vuorovaikutusmallin toimivuudesta aivohalvauskuntoutujan hoitotyöhön kaipasimme lisää kehittämis- ja tutkimustoimintaa.

Tässä kehittämistoiminnassa arviointivaihe jäi vähäiselle huomiolle, joten arviointimenetelmien kehittäminen olisi haaste jatkotutkimukselle. Lisäksi tutkimustietoa tarvitsemme siitä, mitkä osa-alueet kehittämistoiminnan tuloksena ovat muuttuneet. Liittyvätkö muutokset siirtomenetelmien ohjaamisessa teoreettisiin kohteisiin, käytännöllisiin toimintoihin vai asenteellisiin muutoksiin?

LÄHTEET

- Aivohalvaus- ja dysfasialiitto. 2005. Tietoa aivoverenkiertohäiriöistä. Hakupäivä 10.3.2011. http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/julkaisut.
- Alin, T. 1999. Akuuttivaiheen hoitotyö. Teoksessa Ovaska-Pitkänen, M. (toim.) Elämän uusi painos, aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.73.
- Allen D, Lyne P, & Griffiths L. 2002. Studying complex caring interfaces: key issues arising from a study of multiagency rehabilitative care for people who have suffered a stroke. *Journal of Clinical Nursing* 11. Hakupäivä 23.1.2010. <http://bit.ly/9xxD7H>.
- Arnkil E (1991) Keitä muita tässä on mukana? Viisi artikkelia verkostoista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja 23. Valtion Painatuskeskus. Helsinki.
- Arnkil E, Seikkula J & Erikson E (2001) Avoimet dialogit ja ennakointidialogit. Sosiaaliset verkostot psykososiaalisessa työssä. *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (2): 97–110.
- Burton CR. 2000. A description of the nursing role in stroke rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*. 32 (1). Hakupäivä 23.1.2010. <http://bit.ly/cLU3Br>.
- Brown, J., Isaacs, D. & the World Café Community. 2005. *The World Café. Shaping our futures through con-versations that matter*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Carr, W. & Kemmis, S. 1986. *Becoming critical. Education, knowledge and action research*. London: Falmer.
- Durewall, K. 1981. Nosto- ja avustustekniikkakurssi Durewall-systeemin mukaan. Suomentanut L. Laitinen. Göteborg: Budo-Centrum Ab.

Engeström, Y. 2002. Kehittävä työntutkimus. Helsinki. Hallinnon Kehittämiskeskus: Edita.

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino.

Forsbom, M. Kärki, E. Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Helsinki: Tammi.

Haapaniemi, H, Routasalo, P, & Arve S. 2006. Sairaanhoidajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. *Hoitotiede* 18 (4), 197–208.

Haapaniemi, H, & Routasalo P. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämiseksi sairaanhoidajan näkökulmasta. *Hoitotiede* 21(1), 34–44.

Hallila, L. 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Helsinki: Kirjayhtymä OY.

Hallitusohjelma 2007. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. <http://www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/hallitusohjelma-painoversio-040507.pdf>. Hakupäivä 15.11.2010.

Heikkinen, H. 2008. Tutkiva ote toimintaan. Teoksessa Heikkinen, H, Rovio, E, & Syrjälä L. 2008. Toiminnasta tietoon: toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 27–191.

Heikkinen, H. & Syrjälä, L. 2008. Tiede, totuus ja toimintatutkimus. Teoksessa Heikkinen, H, Rovio, E, & Syrjälä L. 2008. Toiminnasta tietoon: toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 114–153.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2008. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H, Rovio, E, & Syrjälä L. 2008. Toiminnasta tietoon: toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.94–103.

Huijben-Schoenmakers M; Gamel C; Hafsteinsdóttir TB. 2009. Filling up the hours: how do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day? *Clinical Rehabilitation*, 2009 Dec; 23 (12). Hakupäivä 23.1.2010. <http://bit.ly/aNh10o>.

Hägg,T. 2007. Kuntoutumista edistävän työtavan kehittäminen Vantaan kotihoidossa. *Sairaanhoitaja* 3.80.

Hämäläinen, P. Sosiaali- ja terveystilastollinen vuosikirja 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. SVT. Sosiaaliturva. Yliopistopaino. Helsinki 2010.
https://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/sosteri/Sosiaali%20_ja_terveysalan_tilastollinen_vuosikirja_2010.pdf. Hakupäivä 15.4.2011.

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). World Health Organization. Hakupäivä 20.3.2011, <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

Janhonen, S. & Nikkonen M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. Wsoy.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2001. Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve – kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmasta. Teoksessa Kallaanranta, T. Rissanen P. & Vilkkumaa I. (toim.) Kuntoutus. Jyväskylä: Gummerus.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. WSOY.

Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä – metasynteesi. *Hoitotiede* 21 (1)/2009, 3 - 12.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Porvoo: WSOY.

Karhila, P. Kettunen, T. & Poskiparta, M. 2002. Voimavarakeskinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede* 5, 213–222.

Kaste 2008–2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2008,6. <http://bit.ly/dBn9c6>. Hakupäivä 15.11.2010.

Kaste, M. & Vainikainen, T. 2007. Aivoinfarkti. Artikkel. *Duodecim*. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00062&p_haku=kaste. Hakupäivä 12.2.2010.1-3.

Kelly, D Simpson, S (2001) Action research in action: reflections on a project to introduce Clinical Practice Facilitator posts in an acute hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 33: 652- 659. http://support.epnet.com/knowledge_base/search.php?keyword=Kelly%2C+D+Simpson%2C+S+%282001%29+Action+research+in+acti&interface_id=&document_type=&page_function=search. Hakupäivä 15.4.2010

Kiikkala, I. 2001. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa S. Nouko-Juvonen, P. Ruotsalainen & I. Kiikkala (toim.) *Hyvinvointivaltion palveluketjut*. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 116.

Kivekäs, J. & Kallanranta, T. 2007. Toimintakyky ja kuntoutus. Hakupäivä 5.5.2011 http://www.ilmarinen.fi/tyoterveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_teos=tmk&p_haku=&p_loki=&p_sulje=&p_artikkeli=tmk00056.

Kivipelto, M. 2006. Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin. Stakesin työpapereita 17/2008. Helsinki: Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Hakupäivä 20.4.2010, <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T17-2008-VERKKO.pdf>.

Klemola, T. 2002. Kehontietoisuuden harjoittaminen. *Fysioterapia* 6/2002, 4–9. Hakupäivä 5.4.2010. http://kotisivukone.fi/files/finevision.kotisivukone.com/tiedostot/kehotietoisuuden_harjoittaminen.pdf.

Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotiede, Oulun yliopisto. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514273435/>. Hakupäivä 5.4.2011.

Kohonen M, Kylmä J, Juvakka T, Pietilä A-M. 2007. Toivoa vahvistavat hoitotyön auttamismenetelmät - metasynteesi. *Hoitotiede* 2007;19(2):63-75.

Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Psykiatrian klinikka: Oulun yliopisto. <http://herkules.oulu.fi/isbn951427007X/>. Hakupäivä 5.1.2010.

Konsensuslausuma / AVH. 2009. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f231511789/kuntoutuksen_konsensuslausuma2008.pdf. Hakupäivä 20.4.2011

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kuntoutusselonteko 2002. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. Hakupäivä 16.2.2010 <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pd>.

Kääriäinen, M Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* Vol. 18, (1) 39–43.

Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva Hoitotyö*. Vol. 6, nro 4, 10–15.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

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

- Laine, Heidi 2003: Asiakaslähtöisyys psykiatrisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Lauri, S. 1997. Toimintatutkimus. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.
- Lauri, S. Salanterä, S. 2002. Hoitotyön päätöksentekoteoria. Hoitotiede 14 (4), 158-165.
- Lahtonen, M. 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Teoksessa Heikkinen, H. Huttunen, R. Moilanen, P.(toim.) Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva:WSOY.
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>. Hakupäivä 13.3.2010
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Voimaan 1.3.1993. <http://www.finlex.fi/lains>. Hakupäivä 13.3.2010.
- Laki 831/1994. Arkistolaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940831>. Hakupäivä 29.3.2010.
- Laki 759/2004. Laki yksityisyyden suojasta. Hakupäivä 29.3.2010 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040759>.
- Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitosympäristössä. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotiede, Oulun yliopisto <http://herkules.oulu.fi/isbn9514250680/>. Hakupäivä 12.12.2010
- Lipponen, K. 2006. Potilasohjauksen kehittäminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon alueellisena yhteistyönä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Oulun yliopisto. http://www.terveysnet.fi/arkisto/Lipponen_Kaija.pdf. Hakupäivä 10.4.2011
- Long, A.F, Kneafsey, R, Ryan, J. & Berry, J. 2002. The role of the nurse within the multi-professional rehabilitation team. Journal of Advanced Nursing 37 (1). Hakupäivä 23.1.2010. <http://bit.ly/dySINK>.

Melaine, S. 2010. Humanizing Health Care. Manufactured in the United States Of America.

Mustajoki, P. 2008. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Artikkel. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_teos=dlk&p_haku=sive-nius&p_artikkeli=dlk00001. Hakupäivä 10.2.2010.

Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko- näkyvää vai ei? Teoksessa Hoppia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 35–40.

Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisusarja E. Yhteiskuntatieteet 144. <http://www.uku.fi/vaitokset/2007/isbn978-951-27-0803-1.pdf>. Hakupäivä 10.2.2010.

Nonaka, I. Takeuchi, H. 1995. The Knowledge-Creating Company, New York: Oxford University Press. Teoksessa; Pertti Huhtanen. Uuden tietopääoman luominen ja johtaminen. <http://www.energinen.net/wp-content/uploads/2010/01/Nonaka-et-Takeuchi.pdf>. Hakupäivä 20.5.2010

Numminen, H. 1991. Aivoverenkiertohäiriöt ja kuntoutus – opas potilaille ja heidän omaisilleen. Helsinki: Suomen sydäntautiliitto.

Numminen, S. 2009. Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat kielelliset erityisvaikeudet. AVH- Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 3/09. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. s. 12–13.

Oulunkaaren kuntayhtymän strategia 2011–2016. 2010. Hakupäivä 20.12.2011. http://www.oulunkaari.com/tiedostot/saannot_jasuunnitelmat/strategia_nettiin.pdf.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet.

Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.
<http://www.miniedu.fi/julkaisut/index.html>. Hakupäivä 10.3.2010.

Paras-Hanke. 2007. Kunta- ja palvelurakennemuutos. Hakupäivä 20.12.2010.
http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/025_paras/index.jsp.

Pudasjärven kaupungin strategia. Hakupäivä
12.12.2010.<http://www.pudasjarvi.fi/component/content/article/98-pudasjarvi-info>.

Rantanen, M. & Heinonen, A-M. 2009. Afasiakuntoutusta ryhmässä. AVH- Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 3/09. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. s. 14.

Reason, P. 1998. Three approaches to participative inquiry. In: Denzin NK & Lincoln YS (ed) *Strategies of qualitative inquiry*. Sage Publications, London, p 261–291.

Proot IM, Abu-Saad HH, Van Oorsouw GGJ, Stevens JJA. 2002. Autonomy in stroke rehabilitation: the perceptions of care providers in nursing homes. *Nursing Ethics*, 2002 Jan; 9 (3). Journal article. <http://bit.ly/aSmsld>. Hakupäivä 23.1.2010.

Rauste-von Wright, M. & von Wright, J. 1994. *Oppiminen ja koulutus*. WSOY.

Roper N, Logan W. & Tierney A. 1995. *Hoitotyön perusteet*. 2 - 5 painos. Helsinki: Hygienia.

Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. *Gerontologia* 3/2001, 207–216.

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

Routasalo P, Arve S & Lauri S. 2004 Geriatric rehabilitation nursing: Developing a model. *International Journal of Nursing Practice* 10(5): 207–215.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2004.00480.x/full>. Hakupäivä 10.3.2011.

Ruotsalainen, P. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Kiikkala, I. Nouko-Juvonen, S, Ruotsalainen, P. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Tammi.

Salo, O. & Tuunainen, K. 1996. Da capo – alusta uudelleen. Kliininen psykologia. Karisto Oy, Hämeenlinna.

Skatteboe, U-B. 2005. Basic Body Awareness Therapy and Movement Harmony. Oslo University Collage. Oslo: HiOtrykkeriet. Disability and Rehabilitation, June 2005, 27(12): 725-728 <http://www.kineoo.nl/articles/BAT%20for%20patients%20with%20fibromyalgia%20and%20chronic%20pain.pdf>. Hakupäivä 12.9.2010.

Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. 2009. Työyhteisö uusille urille – Kehittäminen osaksi arjen työtä. Juva. WS Bookwell Oy.

Seppänen-Järvelä, R. 2009. Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin – Kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. 2009. Kehittämistyön risteyskiä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Seppänen-Järvelä, R. 2006. Suunnitteluratiolismista hyviin käytäntöihin – kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muutos. Teoksessa Seppänen-Järvelä & Karjalainen (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino oy.

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Kasvatustieteiden tiedekunta, Oulun opettajankoulutuslaitos, Oulun yliopisto. Hakupäivä 7.4.2010 <http://herkules.oulu.fi/isbn951425340X/>.

Siira, H. & Veijola, A. 2009. Opinnäytetyön ideoinnin ja suunnittelun työelämäyhteys. teoksessa Viinamäki (toim.) Sosionomilta eivät hommat lopu. Ammattikäytäntöjen kehittäminen haasteena sosionomi Amk -tutkinnoissa. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja sarja A: Raportteja ja tutkimuksia 1/2009. Hakupäivä 13.4.2011. http://www.tokem.fi/kirjasto/tiedostot/viinamaki_a_1_2009.pdf.

Sivenius, J. 2009. Aivoverenkiertohäiriöt. Artikkelit. Duodecim. Hakupäivä 12.2.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00006&p_haku=Sivenius.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. 2006. Käypähoito. Aivoinfarkti. Hakupäivä 12.2.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50051>.

Talvitie, U. Karppi, S-L. & Mansikkamäki, T. 1999. Fysioterapia. Helsinki: Edita.

Tamminen-Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen vanhuksen siirtymisen avustamisessa. Väitöskirja. Turun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, työterveyshuolto. http://www.ergosolutions.fi/tamminen/doc/thesis_fi_pub_ver.pdf. Hakupäivä 12.9.2010.

Terveydenhuoltolaki 2008. Lausuntoyhteenveto terveydenhuoltolakityöryhmän muistioista 2008:28. sosiaali- ja terveysministeriö. Hakupäivä 15.11.2010.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-912.pdf.

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

Toimiva terveyskeskus. 2009. Toimenpideohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-4602.pdf. Hakupäivä 15.11.2010.

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus – ICF. 2009. Stm-julkaisu. Stakes.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. ETENE. VUOSI <http://www.etene.fi/fi/aineistot>. Hakupäivä 4.5.2011.

VeTe-hanke. 2009–2011. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-9890.pdf. Hakupäivä 7.4.2010.

Virsu, V. 1991. Aivojen muotoutuvuus ja kuntoutuminen. Kuntoutussäätiö tutkimuksia 26. Helsinki: Yliopistopaino.

Vogt, E. E., Brown, J. & Isaacs, D. 2003. The art of powerful questions. Catalyzing Insight, Innovation, and Action. The World Café. Hakupäivä 10.5.2011, <http://www.theworldcafe.com/articles/aopq.pdf>.

Vuori, H. 1991. Laadun varmistus – mitä, miksi, miten?. Teoksessa Salo toim. Laatu – laadunvarmistus terveydenhuollossa. Sairaalaliitto. Painorauma: Helsinki.

Vygotsky, L.S. 1978. Mind in society. The Development of Higher Psychological Processes. http://www.google.com/books?hl=fi&lr=&id=RxjjUefze_oC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Vygotsky,+L.+S.+%281978%29+Mind+in+Society. Hakupäivä 2.9.2010.

Ylinen, A. & Pärssinen, T. 2007. Toimintaterapia yhdistää kuntoutujan arkea ja ammattilaisten osaamista. AVH- Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti 4/07. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. s. 12–13.

WHO 2001. International classification of functioning, disability and health. World Health Organization, Geneva.

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

Lamminkangas, A. 2011. Valmistumassa oleva ylemmän Amk:n kehittämistehtävä.

Hassi, L. 2011. NYTHÄN SEN OSSAANKIN. Hyvän kuntoutuskäytännön kehittymisen Pudasjärven terveystieteiden keskuksessa. Valmistumassa oleva ylemmän Amk:n kehittämistehtävä.

Veijola, A. 2008. Opetusmateriaali. Pudasjärven kuntoutuskoulutus.

VeTe-hanke. 2009–2011. Opetusmateriaali.

LIITTEET

KIRJALLISUUSKATSAUS

Liite 1

TAULUKKO 2. Yhteenveto alkuperäistutkimuksista

Tutkimus	Tutkimuksen kohde	Aineisto	Keskeiset tulokset
Burton CR. 2000	Hoitajan rooli ja siihen vaikuttavat tekijät aivohalvauksuntoutuksessa	Hoitajat, n = 13. Haastattelu Sisällön analyysi Laadullinen tutkimus	1) hoidon antaminen, 2) toipumisen edistäminen 3) hoidon kokonaisuuden johtaminen toimintaympäristössä, joka edistää kuntoutumista
Proot IM; Abu-Saad HH; Van Oorsouw GGJ; Stevens JJA. 2002	Henkilöstön käsityksiä potilaan autonomiasta, joka sisältää itsemääräämisoikeuden, riippumattomuuden ja omahoidon kuntoutumiseen vaikuttavina tekijöinä.	Grounded-theory-tutkimus Henkilöstö n = 27 Haastattelu Kolme eri kuntoutusosastoa Laadullinen tutkimus	Tavoitteellinen, kuntoutujan elämänselityksensä perustuva hoitotyö. Tiimityöskentelyn ja ympäristön merkitys on tärkeää kuntoutumista edistävissä hoitotyöissä
Allen D; Lyne P & Griffiths L. 2002	Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonta ensimmäisestä aivohalvauksestaan toipuville	Potilaat, n = 8. Etnografinen laadullinen tapaustutkimus. 6 kk:n seuranta	Kuntoutumista edistävissä hoitotyöissä huomion kiinnittäminen kotiutusvaiheeseen on tärkeää. Keskeistä on joustava työskentely ja vastuiden selkeys, jossa omahoitajamallin hyödyllisyys nähtiin tärkeänä
Long AF; Kneafsey R; Ryan J; Berry J. 2002	Hoitajan rooli moniammatillisessa kuntoutustimissä	Potilaat, n = 17. Läheiset, n = 10. Hoitajat, n = 21. Tiimin jäsenet, n = 88. Kasvatusasiantuntijat, n = 20. Haastattelu ja havainnointi 2 vuotta Laadullinen tutkimus	1) arviointi, 2) koordinointi, fyysinen hoitaminen, 3) kommunikointi, 4) tekninen 5) terapioiden integrointi ja jatkuvuuden turvaaminen 6) emotionaalinen tuki ja perheen ohjaus

Haapaniemi H; Routasalo P. & Arve S. 2006	Sairaanhoitajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä	Hoitajat, n = 16. Kyselytutkimus Sisällön analyysi. Vuoden kestävä interventio (18) neurologisella osastolla. Laadullinen tutkimus	Kuntoutusta edistävään hoitotyöhön vaikuttavina tekijöinä nousi hoitajan toimintatapa, joka voi olla koordinoija, tiedon antaja, kanssakulkija, kannustaja ja auttaja
Mäntynen R. 2007	Aivohalvauspotilaan alkuvaiheen jälkeisen kuntoutumista edistävän hoitotyön kuvaamista moniammatillisessa kuntoutuksessa.	Hoitajat, kuntoutujat, kuntoutujien läheiset, n=107 Sisällön analyysi Laadullinen tutkimus	Sairaanhoitajan kokonaisvaltainen vastuunotto 1) tiedonvälittäjä 2) kuntoutujan kokonaisvaltainen tukeminen. Moniammatillinen yhteistyö toteutui tarkoituksenmukaisesti kuntoutuskeskuksessa, terveyskeskuksissa moniammatillisuus näkyi sairaanhoitajan kahdenkeskisenä yhteistyönä erityistyöntekijöiden kanssa
Huijben-Schoenmakers M; Gamel C; Hafsteinsdóttir TB. 2009	Aivohalvauspotilaan ajankäytön kuvaamista hoitokodissa	Potilaat, n = 17 (keski-ikä 77vuotta) Kuvaileva, laadullinen tutkimus Hoitokoti	Potilasvoi viettää yksin passiivisesti suurimman osan päivästä. Suosittelee terapeuttisten toiminnan liittämisen päivittäisiin hoitotoimiin
Kaila A. 2009	Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä	Kirjallisuuskatsaus n = 12 artikkelia Laadullinen tutkimus Sisällön analyysi	Kuntoutusta edistävän ympäristön järjestäminen, rohkaiseminen, tiedon antaminen, potilaan omien voimavarojen vahvistaminen, omaisten tukeminen
Haapaniemi H & Routasalo P. 2009	Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta kuntoutumisen edistäjänä	Hoitajat, n = 40 Akuutti hoito- ja kuntoutusosasto Sisällön analyysi Teemahaastattelu Laadullinen tutkimus	Kuntoutumisen edellytys on, että kuntoutuja tunnistaa oma aktiivisuuden merkityksen. Omaisten rooli edisti kuntoutumista sillä, että huolehti omien voimavarojen vahvistamisesta ja näin myötävaikuttamisella kuntoutusprosessiin

Kehittämistoiminnan kysymykset kehittämiskokous I, jotka tukevat kehittämistehtävää yksi ja kaksi.

1. Mitä aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjaaminen sisältää päivittäisessä hoitotyössä - kuka tekee, mitä tekee, miksi tekee?
2. Mitä menetelmiä aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjaamisessa käytetään - miksi?
3. Minkälaiset eettiset ja asenteelliset tekijät ilmenevät aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjaamisessa - miten ilmenevät käytännössä?

Näistä kysymyksistä laadin teemapöytiin sopivat keskustelunaiheet:

TEEMAPÖYTÄ 1.

Aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumisen tukemisen ja edistämisen sisältö (tiedollinen)

- Miksi teet aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumisen ja toiminnan tukemiseksi ja edistämiseksi juuri niin kuin teet?
- Mitä tietoa tarvitset aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumisen ja toiminnan tukemiseen ja edistämiseen?

TEEMAPÖYTÄ 2.

Aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumisen taidollinen tukeminen ja edistäminen (taidollinen)

- Mitä teet (konkreettisesti) aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumisen ja toiminnan tukemiseksi ja edistämiseksi
 - mitä menetelmiä käytät aivohalvauskuntoutujan liikkumisen
 - millaisia taitoja tarvitset aivohalvauskuntoutujan liikkumisen
 - miten näkyy käytännön tilanteissa

TEEMAPÖYTÄ 3.

Aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumisen tukemiseen ja edistämiseen liittyvät asenteet (asenteellinen)

- Minkälaiset eettiset ja asenteelliset tekijät ilmenevät aivohalvauskuntoutujan aktiivisen liikkumisen ja toiminnan edistämässä ja tukemisessa
 - sitoutuminen
 - roolit – henkilöstö / kuntoutujan / omaisen

Kehittämistoiminnan kysymykset kehittämiskokous III, jotka tukevat kehittämistehtävää kolme, neljä ja viisi.

1. Mitä aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjaaminen sisältää päivittäisessä hoitotyössä - kuka tekee, mitä tekee, miksi tekee?
2. Mitä menetelmiä aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjaamisessa käytetään - miksi?
3. Minkälaiset eettiset ja asenteelliset tekijät ilmenevät aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjaamisessa - miten ilmenevät käytännössä?
4. Mitkä ovat ne tärkeimmät asiat, jotka edistävät siirtomenetelmien ohjauksen kehittymistä osastolla?

Näistä kysymyksistä laadin teemapöytiin sopivat keskustelunaiheet:

TEEMAPÖYTÄ 1.

Siirtomenetelmien ohjauksen sisältö (tiedollinen)

- Mitä tietoa tarvitsen aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjaamisessa (kuka tekee, mitä tekee, miksi tekee)?
- Miksi teet siirtomenetelmien ohjaamisessa juuri niin kuin teet?
- Kuvaa eri asioita, mitä aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmät hoitotyössä merkitsee?

TEEMAPÖYTÄ 2.

Siirtomenetelmien ohjauksen toteutuminen (taidollinen)

- Mitä teet (konkreettisesti) aivohalvaus-kuntoutujan siirtomenetelmien ohjaamisen edistämiseksi
 - mitä menetelmiä käytät aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjaamiseen
 - millaisia taitoja tarvitset aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmissä
 - miten näkyy käytännön tilanteissa

TEEMAPÖYTÄ 3.

Siirtomenetelmien ohjauksen asenteet (asenteellinen)

- Minkälaiset eettiset ja asenteelliset tekijät ilmenevät aivohalvauskuntoutujan siirtomenetelmien ohjaamisessa
 - Sitoutuminen
 - Roolit – henkilöstö / kuntoutujan / omaisen

TEEMAPÖYTÄ 4.

Siirtomenetelmien ohjauksen edistävät tekijät

- Mitkä ovat ne tärkeimmät asiat, jotka edistävät / estävät siirtomenetelmien ohjausta osastolla?
- Missä asioissa tai milloin olet huomannut, että siirtomenetelmien ohjaus ei toteudu?
- Mitä edellytetään kuntoutujalta ja hoitohenkilöstöltä siirtomenetelmien ohjaamisessa

Kuntoutumisen suunnitelmaa tekemässä olivat:

Suunnitelman arviointi:

1. TAUSTATIEDOT

Kuntoutujan oma näkemys tämän hetkisestä toimintakyvystään

Kuntoutujan toiminnallinen terveydentila

2. KUNTOUTUMISEN TAVOITTEET

Kokonaistavoite

Osatavoitteet

Toiminnalliset tavoitteet

3. KUNTOUTUMISEN TARPEEN ARVIOINTI JA KUNTOUMISEN TUKEMINEN

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

3.1. Hoidon suunnittelu ja koordinointi

3.2. Hengittäminen ja verenkierto, sairauden oireet

3.3. Syöminen, juominen ja lääkehoito

3.4. Peseytyminen, pukeutuminen ja erittäminen

3.5. Liikkuminen, toiminnallisuus ja lepo

3.6. Hoidon, jatkohoidon opetus, ohjaus ja henkinen tuki

3.7. Kuntoutujan selviytymistä ja osallistumista tukevat ja estävät ympäristötekijät

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

4. KUNTOUTUMISEN TOTEUTUMISEN ARVIOINTI

4.1. Kuntoutumisen seuranta

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