

Meri Huhtanen

OSASTOKUNTOUTUS IKÄÄNTYNEEN IHMISEN
TOIMINTAKYVYN, KOTIINKUNTOUTUMISEN JA
KOTONA ASUMISEN TUKENA

Vanhustyön (ylempi AMK) koulutusohjelma

2020



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

OSASTOKUNTOUTUS IKÄÄNTYNEEN IHMISEN TOIMINTAKYVYN, KOTIINKUNTOUTUMISEN JA KOTONA ASUMISEN TUKENA

Huhtanen, Meri
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön (YAMK) koulutusohjelma
Huhtikuu 2020
Sivumäärä: 143
Liitteitä: 4

Asiasanat: toimintaympäristö, toimintakyky, asiakaslähtöisyys, kuntoutus, ammatillisuus, eettisyys

Tämän vanhustyötä kehittävän tutkimuksen toimeksiantajana oli perustason kotiinkuntoutusosasto. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida ja kehittää ikääntyneiden perustason osastokuntoutusjaksojen toimintaympäristöä. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten osastokuntoutusjakso tukee ikääntyneen toimintakykyä, kotiinkuntoutumista ja kotona asumista ja miten osastokuntoutusjaksoja voisi kehittää. Lisäksi tavoitteena oli, että saatua tutkimustietoa voisivat joiltain osin hyödyntää myös muut vastaavaa kotiinkuntoutustoimintaa järjestävät kuntoutusosastot.

Menetelmänä käytettiin sovellettua, asiakaslähtöistä Bikva-arviointimallia. Aineistonhankintamenetelmänä käytettiin teemahaastatteluja, jotka toteutettiin yksilö-, pari- ja ryhmähaastatteluina neljällä eri tasolla. Ensimmäisessä vaiheessa kuntoutusosaston asiakkailta tai omaisilta (n=11) kysyttiin heidän kokemuksiaan ja kehittämisehdotuksiaan osastokuntoutusjaksoon liittyen. Toisessa vaiheessa asiakaspalaute esitettiin hoitohenkilökunnan (n=6) ryhmähaastatteluun arvioitavaksi. Työntekijät saivat esittää omia kehittämisehdotuksiaan asiakashaastattelun teemoihin ja esimiestyöhön liittyen myös kirjallisesti. Seuraavaksi asiakas- ja työntekijätasoilta kerätty aineisto vietiin esimiesten ja osastonlääkärin (n=3) ryhmähaastatteluun pohdittavaksi. Neljännessä vaiheessa aiempien tasojen aineistosta kootut, toimintaympäristön kannalta keskeiset ja lisäresursseja vaativat kehittämisehdotukset esiteltiin perusturvaosaston johtoryhmälle (n=8).

Tutkimustulosten perusteella asiakkaat kokivat akuuttivaiheen jälkeisen osastokuntoutusjakson tarpeellisena toimintakyvyn eri osa-alueiden tukemisen, kotiinkuntoutumisen ja kotona asumisen kannalta. Kuntouttavan hoitoympäristön kehittämiseksi asiakkaat toivoivat potilasturvallisuutta, esteettömyyttä, viihtyisyyttä, toimivuutta ja aktiivisuutta parantavia ratkaisuja. Kuntouttavaan toimintaan toivottiin lisää yksilöllisyyttä ja että sitä olisi tarjolla enemmän myös iltaisin, viikonloppuisin ja juhlapäivinä. Hoitohenkilökunnan ammatillista ja eettistä osaamista arvostettiin, tosin hoitajien vuorovaikutustaidot vaihtelivat. Haasteet ilmenivät puhumattomuutena ja olemuksen kiireisyytenä. Tiedonkulkuun liittyen asiakkaat toivoivat, että heiltä kysyttäisiin asioista enemmän ja että hoitajat kertoisivat hoitoon ja kuntoutukseen liittyvistä asioista oma-aloitteisesti enemmän. Hoitohenkilökunnan mielestä toimintaympäristön kehittämisen suurimpana esteenä oli henkilöstöresurssin riittämättömyys.

Yhteenvedona voidaan todeta, että tällä tutkimuksella saatiin empiirisesti vahvistettua olemassa olevaa tietoa osastokuntoutuksen toimintaympäristöstä ja että osastokuntoutuksella on tärkeä rooli ikääntyneen toimintakyvyn ja kotona asumisen tukena.

THE ROLE OF UNIT REHABILITATION IN SUPPORTING AGED PERSON'S FUNCTIONAL CAPACITY, DISCHARGE, AND LIVING AT HOME

Huhtanen, Meri

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Elderly Care

April 2020

Number of pages: 143

Appendices: 4

Key words: operational environment, functional capacity, customer orientation, rehabilitation, professionalism, ethicality

This Master's thesis was commissioned by the primary health care discharge rehabilitation unit. The purpose of the thesis was to assess and develop the operational environment of a rehabilitation period for aged customers. The aims of the study were to (1) to find out how the period supports functional capacity, discharge and living at home, (2) to discover ways to develop the periods, and (3) to enable other rehabilitation units to employ some parts of the study.

The study was conducted by applying the customer-oriented model Bikva. The data were collected by theme interviews in four phases. In the first phase the aged customers or their next of kins (N=11) were asked in individual or pair interviews about their experiences and development suggestions of the rehabilitation period. In the second phase their feedback was presented to the nursing and rehabilitation staff (N=6), and in the third phase the all former data to superiors (N=3). In the second and the third phases the personnel had an opportunity to describe their experiences and give the data-based development suggestions in group interviews. In the fourth phase the essential and additional resources demanding data from the first three phases were presented to the management board of the primary health department (N=8) in a group interview.

The results show that the aged customers thought that the rehabilitation period in a rehabilitation unit is significant for supporting their functional capacity, discharge, and living at home. For developing the care environment, the aged customers hoped for solutions which improve the patient safety, accessibility, pleasantness, functionality, and possibilities of daily activities. Rehabilitation should be more individual, and it should be available also in the evenings, at weekends and on festive days. The professional and ethical competence of the nursing and rehabilitation staff was valued. However, there was variation in social interaction skills. Concerning the flow of information, the aged customers hoped that the staff would have asked them more questions and given them more information unprompted. The staff thought that the biggest impediment to developing the operational environment was the lack of human resources.

In summary, there are two conclusions: (1) the existing knowledge about the operational environment of rehabilitation units was empirically reinforced by the study. (2) The rehabilitation period has an important role in supporting an aged person's functional capacity and living at home.

SISÄLLYS

| | |
|---|----|
| 1 JOHDANTO | 6 |
| 2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT SEKÄ KEHITTÄMISKOHTTEEN ESITTELY | 9 |
| 2.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet | 9 |
| 2.2 Tutkimustehtävät | 9 |
| 2.3 Kehittämiskohteen esittely | 10 |
| 3 OSASTOKUNTOUTUSJAKSON TOIMINTAYMPÄRISTÖ IKÄÄNTYNEEN IHMISEN TOIMINTAKYVYN JA KOTONA ASUMISEN TUKENA..... | 12 |
| 3.1 Kuntouttava hoitoympäristö | 12 |
| 3.2 Kuntouttava toiminta..... | 21 |
| 3.2.1 Toimintakyky ja sen mittaaminen | 22 |
| 3.2.2 Fyysinen ulottuvuus | 25 |
| 3.2.3 Psykkinen ulottuvuus | 30 |
| 3.2.4 Sosiaalinen ulottuvuus | 32 |
| 3.3 Hoitohenkilökunnan ja esimiesten ammatillisuus ja eettisyys..... | 35 |
| 3.3.1 Asiakaslähtöisyys | 35 |
| 3.3.2 Ammatillisuus ja eettisyys eri tasoilla | 38 |
| 3.4 Tiedonkulku ja viestintä hoitoalan toimintayksikössä | 45 |
| 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS | 49 |
| 4.1 Tutkimusote..... | 49 |
| 4.2 Kehittämismenetelmä..... | 50 |
| 4.3 Tutkimusaineiston hankinta ja aineiston analysointi | 53 |
| 4.3.1 Kuntoutusosaston asiakkaiden ja omaisten haastattelut..... | 59 |
| 4.3.2 Hoitohenkilökunnan ryhmähaastattelu | 62 |
| 4.3.3 Lähiesimiesten ja osastonlääkärin haastattelu..... | 65 |
| 4.3.4 Perusturvaosaston johtoryhmän haastattelu | 66 |
| 5 TUTKIMUSTULOKSET | 68 |
| 5.1 Asiakkaiden tai omaisten kokemuksia ja kehittämissuhteita osastokuntoutusjaksoon liittyen | 68 |
| 5.1.1 Kuntouttava hoitoympäristö..... | 68 |
| 5.1.2 Kuntouttava toiminta..... | 72 |
| 5.1.3 Hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja eettisyys | 74 |
| 5.1.4 Tiedonkulku | 76 |
| 5.1.5 Asiakkaiden tai omaisten esittämät kehittämissuhteet..... | 78 |
| 5.2 Hoitohenkilökunnan kokemuksia ja arvioita asiakaspalautteesta | 82 |
| 5.2.1 Kuntouttava hoitoympäristö..... | 82 |

| | |
|--|-----|
| 5.2.2 Kuntouttava toiminta..... | 83 |
| 5.2.3 Hoitohenkilökunnan ja esimiesten ammatillisuus ja eettisyys..... | 88 |
| 5.2.4 Tiedonkulku | 90 |
| 5.2.5 Hoitohenkilökunnan esittämät kehittämissuositukset | 93 |
| 5.3 Lähiesimiesten ja osastonlääkärin arvioita asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan palautteista..... | 99 |
| 5.4 Perusturvaosaston johtoryhmän arvioita saaduista palautteista sekä kehittämistarpeista ja niiden toteutumismahdollisuuksista..... | 108 |
| 6 JOHTOPÄÄTÖKSET..... | 110 |
| 6.1 Tulosten tarkastelua | 111 |
| 6.2 Kehittämissuositukset | 118 |
| 7 POHDINTA | 125 |
| 7.1 Omia pohdintoja..... | 125 |
| 7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus | 129 |
| 7.3 Jatkotutkimusaiheet..... | 135 |
| LÄHTEET..... | 136 |
| LIITTEET | |

1 JOHDANTO

Elämme ajassa, jossa odotettavissa oleva elinikä nousee nopeasti ja hyvin iäkkäiden määrä lisääntyy ennennäkemättömästi (Nosraty 2018, 5, 7). Jotta yhteiskunta kykenisi vastaamaan ikääntyvien lisääntyvään sosiaali- ja terveystalouden tarpeeseen, on kuntia kannustettu kehittämään mahdollisimman tervettä ja toimintakykyistä vanhenevista turvaavia toimia (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019, 7, 15). Ikääntyvien palvelujen suunnittelu, toteutus ja laadun arviointi tulisi toteuttaa asiakaslähtöisesti ja asiakkaan osallisuus huomioiden. Tähän kehottavat muun muassa lainsäädäntö, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema laatusuositus sekä Marinin hallitusohjelma (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta (vanhustalvelulaki) 980/2012, 1. luku 1 §, 2. luku. 6 §, 4. luku, 11 §; Laatusuositus 2017–2019, 7; Hallitusohjelma 2019, 149).

Vanhuspolitiikan keskeisenä tavoitteena on, että iäkkäät ihmiset voisivat asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Tavoitteen merkitystä perustellaan iäkkäiden ihmisten elämänlaadun ja kuntien talouden näkökulmasta. (Rajaniemi & Sarvimäki 2005, 6.) Tavoitteeseen pääsemiseksi vanhuspolitiikassa tulisi kehittää yhteisöllisyyttä edistäviä toimenpiteitä ja miettiä keinoja, joilla ikääntyvät pidetään liikkeellä ja sekä fyysisesti, psyykkisesti että sosiaalisesti toimintakykyisinä mahdollisimman pitkään. Näistä syistä on tärkeää, että myös sairaalaoastojen usein passivoiva ja ylihoitava hoitokulttuuri muutetaan geriatristen asiakkaiden tai potilaiden aktiivista kuntouttamista suosivaksi. Sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta on kestävämpää, että toimimattoman laitospotilaan kuntoutuksen vuoksi vuosittain jopa noin 14 000 kuntoutumiskelpoista ikääntynyttä päätyy pitkäaikaisen laitospotilaan piiriin. (Hussi, Mäkinen & Vauramo 2017, 67, 76.)

Sairaalahoitoon päätyneen ikäihmisen kuntoutuksesta tulisi tehdä osa hoitoprosessia heti akuuttivaiheen alusta alkaen. Iäkkään ihmisen kuntoutuminen ja toimintakyvyn

palautuminen vaativat kuitenkin usein enemmän aikaa ja moniammatillista osaamista suhteessa muuhun väestöön, ja liian nopea kotiuttaminen voi hidastaa tai estää kuntoutumisprosessin etenemistä. Akuuttivaiheen jälkeisen osastokuntoutusjakson antama aika ja moniammatillisuus sekä kuntoutumiselle asetettavat selkeät välitavoitteet ja niiden saavuttamiseksi määritellyt toimenpiteet luovat iäkkäälle asiakkaalle tai potilaalle paremmat mahdollisuudet kuntoutua mahdollisimman itsenäisenä ja omatoimisena takaisin kotiin. Kotiinkuntoutumista ja kotona asumista tukevat myös osastokuntoutusjakson aikana pidetyt kotilomat, ikääntyneen palveluntarpeen arviointi, kodin muokkaaminen esteettömäksi ja turvalliseksi asua sekä saumaton yhteistyö kotihoidon ja -kuntoutuksen kanssa. Osastokuntoutusjakson lopullisena tavoitteena on, että ikääntynyt pystyy asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään ja elämään mielekästä elämää joko itsenäisesti tai sinne tuotujen palvelujen turvin iästään ja sairauksistaan huolimatta. Mikäli tämä tavoite saavutetaan, on osastokuntoutus ja sen kehittäminen yksilön ja yhteiskunnan kannalta kannattavaa toimintaa. (Juuti 2015, 38–44; Havunen 2017; Hussi ym. 2017, 68, 76; Marjamäki henkilökohtainen tiedonanto 12.9.2019.)

Hyvää vanhenemista, vanhuutta ja vanhustenhoitoa tarkasteltaessa ei voida sivuuttaa myöskään yleisistä periaatteista koostuvaa ja periaatteiden soveltamisen kautta vanhustenhoidon arjessa mukana olevaa etiikkaa. Vanhenemiseen ja vanhustenhoitoon liittyy sekä yksilö- että yhteiskuntatasolla eettisiä ongelmia, jotka ovat seurausta muun muassa tehdyistä yhteiskunnallisista valinnoista ja niiden seurauksista sekä kasvavasta resurssipulasta. Ikääntyvän yhteiskunnan eettisiin ongelmiin ei välttämättä löydy yksiselitteisiä ja valmiita ratkaisuja, mutta ongelmien muodostumiseen voidaan vaikuttaa nostamalla eettisen kestävyuden arviointi samanarvoisena taloudellisen, poliittisen ja sosiaalisen kestävyuden arvioinnin rinnalle. Ikääntyvän yhteiskunnan ja sen ilmiöiden sekä vanhenemisen ja vanhustenhoidon tarkastelun lähtökohtana tulisi olla perustavat eettiset periaatteet, joita ovat esimerkiksi hyvän tuottaminen ja vahingon välttäminen, itsemääräämisoikeus ja sen kunnioittaminen sekä oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus. Etiikka voi toimia myös muutoksen ja kehittämisen välineenä: Miten voidaan toimia toisin ja tehdä asiat entistä paremmin? Tarvitaanko muutokseen uusia resursseja vai riittääkö oman asenteen ja arkisen toiminnan muuttaminen? (Jyrkämä & Nikander 2013, 549, 553.)

Tämän vanhustyötä kehittävän tutkimuksen tarkoituksena on arvioida ja kehittää ikääntyneiden perustason osastokuntoutusjaksojen toimintaympäristöä. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää asiakaslähtöisen Bikva-arviointimallin avulla, miten osastokuntoutus tukee ikääntyneen toimintakykyä, kotiinkuntoutumista ja kotona asumista. Tavoitteena on myös kehittää osastokuntoutusjaksoja haastattelemalla kehittämiskohteen asiakkaita tai omaisia, työntekijöitä, esimiehiä ja perusturvaosaston johtoryhmää. Lisäksi tavoitteena on, että saatua tutkimustietoa voisivat joiltain osin hyödyntää toimintansa kehittämisessä myös muut vastaavaa kotiinkuntoutustoimintaa järjestävät kuntoutusosastot.

Osastokuntoutus valikoitui opinnäytetyöni aiheeksi, koska vanhustenhoidon painopisteen siirryttyä viime vuosina kotiin vietävien palvelujen kehittämiseen, on osastokuntoutuksen tutkiminen ja kehittäminen jäänyt vähemmälle huomiolle. Osastokuntoutusjakson onnistumisella on kuitenkin tärkeä rooli vaativaa, tehostettua tai laaja-alaista kuntoutusta tarvitsevien iäkkäiden asiakkaiden ja potilaiden elämänlaadun, toimintakyvyn palautumisen, kotiinkuntoutumisen ja kotona asumisen kannalta.

Tutkimusraportti etenee tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteiden, tutkimustehtävien ja kehittämiskohteen esittelystä teoriaosaan, tutkimuksen toteutukseen, tutkimustuloksiin, johtopäätöksiin ja pohdintaan. Teoriaosassa kuvaan hoitoalan toimintayksikön kuntouttavaa hoitoympäristöä, kuntouttavaa toimintaa, hoitohenkilökunnan ja esimiesten ammatillisuutta ja eettisyyttä sekä tiedonkulkua. Määrittelen teoriaosassa myös tutkimuksen kannalta keskeiset käsitteet.

Tutkimuksen toteutus -luvussa kuvaan käyttämiäni tutkimusotetta ja kehittämismenetelmää, tutkimusaineiston hankintaa ja aineiston analysointia. Tutkimustulokset-luvussa esittelen asiakas-, työntekijä-, esimies- ja johtoryhmätasoilta saadut palautteet ja kehittämisehdotukset.

Johtopäätökset-luku koostuu tulosten tarkastelusta ja yhteen kootuista kehittämisehdotuksista. Raportti päättyy pohdinta-lukuun. Sen osat koostuvat omista pohdinnoistani, tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden perusteluista sekä ehdotuksista jatko-tutkimusaiheiksi.

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT SEKÄ KEHITTÄMISKOHTTEEN ESITTELY

2.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimuksen tarkoituksena on arvioida ja kehittää ikääntyneiden perustason osastokuntoutusjaksojen toimintaympäristöä.

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää asiakaslähtöisen Bikva-arviointimallin avulla, miten osastokuntoutus tukee ikääntyneen toimintakykyä, kotiinkuntoutumista ja kotona asumista. Tavoitteena on myös kehittää osastokuntoutusjaksoja haastattelemalla kehittämiskohteen asiakkaita tai omaisia, työntekijöitä, esimiehiä ja perusturvaosaston johtoryhmää. Lisäksi tavoitteena on, että saatua tutkimustietoa voisivat joiltain osin hyödyntää toimintansa kehittämisessä myös muut vastaavaa kotiinkuntoutustoimintaa järjestävät kuntoutusosastot.

2.2 Tutkimustehtävät

Tutkimustehtävinä on kuvata:

1. Miten kuntoutusosaston 65 vuotta täyttäneet ja sitä vanhemmat asiakkaat tai heidän omaisensa arvioivat osastokuntoutusjakson merkittävyyttä asiakkaan toimintakyvyn ja kotona asumisen tukena.
2. Millaisia kokemuksia ja kehittämissuhteita kuntoutusosaston asiakkailla tai heidän omaisillaan on osastokuntoutusjakson toimintaympäristöön liittyen.
3. Mitä ajatuksia asiakkaiden tai omaisten antama palaute herättää kuntoutusosaston hoitohenkilökunnassa sekä millaisia ovat hoitohenkilökunnan omat arviot ja kehittämissuhteet osastokuntoutusjakson toimintaympäristöön liittyen.
4. Miten kuntoutusosaston lähiesimiehet (osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja) ja osastonlääkäri arvioivat saatua asiakas- ja työntekijätason palautetta, ja mihin esiin tulleista kehittämissuhteista heidän mielestään voitaisiin pyrkiä vastaamaan.

5. Miten kunnan perusturvaosaston johtoryhmän jäsenet arvioivat saatua palautetta osaston toimintaperiaatteiden toteutumisesta sekä lisäresursseja vaativien kehittämisehdotusten toteutumismahdollisuuksista.

2.3 Kehittämiskohteen esittely

Tämän tutkimuksen kehittämiskohteenä on eteläsuomalaisen kunnan sosiaali- ja terveyspalveluihin kuuluva, sairaalatasoista hoitoa tarjoava kuntoutusosasto, jonka ikääntyneet asiakkaat tarvitsevat aktiivista, moniammatillista kuntoutusta tai apua selviytymisessään akuuttihoiton jälkeen. Kuntoutusosasto tarjoaa kuntouttavaa ja kotiuttavaa hoitoa, ja sen toiminta-ajatuksena on tukea asiakkaidensa toimintakykyä, jotta he voisivat asua kotona mahdollisimman pitkään.

Kuntoutusosastolla on 11 vuodepaikkaa, joista viisi on yhden hengen ja kolme kahden hengen huoneissa. Asiakkaat ovat esimerkiksi aivohalvaus (AVH)- tai lonkkamurtumakuntoutujia tai geriatria kuntoutujia. He tulevat tehostetulle kuntoutusjaksolle akuutin sairaalahoidon jälkeen tai toimintakyvyn arviointia varten joko kotiutuskoordinaattorin kautta tai omalääkärin läheteellä. Kuntoutusjakson pituus määritellään asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan, mutta keskimäärin jaksot kestävät noin neljä viikkoa. Vuonna 2019 kuntoutusosastolla hoidettiin 278 asiakasta keskimääräisen hoitoajan ollessa 30,8 vuorokautta. (Kuntoutusosaston hoidon ja kuntoutuksen prosessi 2018, 4; Kuntoutusosaston osastonhoitaja 2020.)

Kuntoutusosasto on tarkoitettu sellaisille ikääntyneille asiakkaille, jotka eivät enää ole akuutin sairaalahoidon tarpeessa, mutta joiden kotona pärjääminen on heikentynyt. Asiakkaan toimintakyky pyritään yksilöllisen kuntoutuksen ja moniammatillisen yhteistyön avulla saamaan sille tasolle, että turvallinen kotiutuminen on mahdollista ja turvallista. Kuntoutusosaston toiminnan piirteisiin kuuluu tiivis yhteistyö asiakkaan omaisten ja läheisten kanssa.

Ikääntyneen asiakkaan kotiinkuntoutuminen vaatii fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointia, kohentamista ja ylläpitämistä. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota asiakkaan liikkumiskykyyn, apuvälinetarpeeseen, muistitoimintoihin,

mielialaan ja ravitsemukseen. Kuntouttava toiminta osastolla sisältää sekä yksilö- että ryhmäkuntoutusta, ulkoilua, mielen hyvinvointia tukevaa toimintaa ja erilaisia tapahtumia. Kotona selviytymisen varmistamiseksi asiakkaan kotiin tehdään tarvittaessa kartoituskäynti, ja hän voi myös käydä osastolta kotona harjoittelemassa arkeen palautumista. (Kuntoutusosaston osastonhoitaja 2019.)

Kuntoutusosaston henkilökuntaan kuuluvat osastonlääkärinä toimiva geriatri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, neljä sairaanhoitajaa, kuusi lähihoitajaa, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti (50 %). Heidän kanssaan yhteistyötä tekevät tarvittaessa puheterapeutti, sosiaalityöntekijä, kuntoutuksen ohjaaja ja kotiitiimi sekä kaupungin kotihoito- ja tukipalvelut. (Kuntoutusosaston hoidon ja kuntoutuksen prosessi 2018, 3.)

3 OSASTOKUNTOUTUSJAKSON TOIMINTAYMPÄRISTÖ IKÄÄNTYNEEN IHMISEN TOIMINTAKYVYN JA KOTONA ASUMISEN TUKENA

Teoriaosassa olen pyrkinyt kuvaamaan monipuolisesti lyhytaikaisen osastokuntoutusjakson toimintaympäristöä iäkkään kuntoutujan näkökulmasta. Iäkkään henkilön akuutista sairastumisesta toipumiseen vaikuttavat monet sisäiset ja ulkoiset, toisiinsa kietoutuneet tekijät. Rajaniemi & Sarvimäen tutkimuksen (2005, 18) mukaan osastokuntoutusjakson toimintaympäristöön vaikuttavia tekijöitä ovat yleiset tilat, kokemukset osaston hoitokäytännöistä, päivittäinen kuntoutustoiminta sekä osaston ihmiset (sekä muut asiakkaat että henkilökunta). Nämä tekijät voivat sairaalaympäristössä toimia asiakkaan toimintakyvyn palautumista ja kotiinkuntoutumista edistävinä, hidastavina tai estävinä tekijöinä.

Ensimmäisessä alaluvussa kuvaan kuntouttavaa hoitoympäristöä fyysisenä, sosiaalisena ja symbolisena, toimintakykyyn vaikuttavana elementtinä. Seuraavaksi tarkastelen kuntoutusosaston kuntouttavaa toimintaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden näkökulmista, ja kuntouttavan toiminnan vaikutusta ikääntyneen toimintakyvylle ja elämänlaadulle. Kolmannessa alaluvussa kuvaan, miten asiakaslähtöisyys sekä hoitohenkilökunnan ja esimiesten ammatillisuus ja eettisyys ilmenevät hoitoalan toimintayksikössä. Lopuksi kuvaan tiedonkulun ja viestinnän merkitystä, keinoja ja haasteita hoitoalan toimintayksikössä asiakkaiden ja työntekijöiden hyvinvointiin liittyen.

3.1 Kuntouttava hoitoympäristö

Lähes jokainen meistä joutuu ikääntyessään joko suunnitellusti tai äkillisen syyn seurauksena perushoidon hoitoyksikön osastokuntoutusjaksolle, jonka pituus saattaa venyä useiden viikkojen tai jopa kuukausien mittaiseksi. Kun iäkäs ihminen joutuu pois omasta, tutusta toimintaympäristöstään, on suuri todennäköisyys sille, että hänen toimintakykynsä ja mielen hyvinvointinsa heikkenevät. Hoitohenkilökunnan antama hoito ja kuntoutus vaikuttavat ensisijaisesti asiakkaan sairaudesta toipumiseen ja kuntoutumiseen. Niiden rinnalla asiakasta ympäröivä hoitoympäristö voi joko heikentää

tai edistää asiakkaan toimintakykyä, fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia ja koettua terveydentilaa sekä vaikuttaa asiakkaan toipumisen ja kuntoutusjakson pituuteen (Elo 2009, 93; Siitonen 2013, 534; Calkins 2018; Dementia Enabling Environments -www-sivut 2019; Rantakokko 2019, 259).

Asiakasta ympäröivän fyysisen, sosiaalisen ja symbolisen hoitoympäristön tulisi sopivassa suhteessa sekä tukea että haastaa asiakkaan toimintakykyä (*person- environment fit* eli *yksilö-ympäristö-yhteensopivuus*). Samalla sen tulisi pystyä turvaamaan ympäristössä työskentelevälle henkilöstölle tarkoituksenmukaiset ja miellyttävät työskentelyolosuhteet, joissa yhdistyvät kustannustehokkuus, monikäyttöisyys ja ekologisuus. (Siitonen 2013, 544.) Muisti- ja ikäystävälliseksi suunniteltu, esteetön, turvallinen ja viihtyisä kuntoutusosasto parantaa ikääntyneiden kuntoutujien elämänlaatua, edistää toimintakykyä ja nopeuttaa kotiutumista ollen siten myös yhteiskunnallisesti ajateltuna kustannustehokasta kehitystä (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020,7; Rappe, Kotilainen, Rajaniemi & Topo 2018, 11–12).

Fyysinen hoitoympäristö

Fyysinen hoitoympäristö voi tukea ikääntyneen toimintakykyä ja itsemääräämisoikeutta, jos se on muokattu liikkumista edistäväksi, mahdollistaa itsenäisen toiminnan ja on viihtyisä. Itsenäistä toimintaa edistävät hoitoympäristön *turvallisuus, esteettömyys, kuntouttavuus ja tarkoituksenmukaisten apuvälineiden saatavuus*, viihtyisyyttä puolestaan lisäävät hoitoympäristön *esteettisyys ja kodinomaisuus* (Elo 2009, 94; Karppinen 2015, 22, 24; Hussi ym. 2017, 60) sekä osaston arkkitehtuuri, taide, luonnon läheisyys, toiminnallisuutta tukevat aktiviteetit sekä ympäristön suoma mahdollisuus elpyä (Elo 2009, 96; Karppinen 2015, 25; Metso 2017, 9,13; Teittinen 2017, 17; Rantakokko 2019, 273–274). Oma vaikutuksensa on myös sillä, onko asiakas sijoitettuna yhden hengen potilashuoneeseen vai jaettuun potilashuoneeseen (Kylmänen 2017, 26–27, 29; Marjamäki henkilökohtainen tiedonanto 12.9.2019).

Monet hoitoympäristön turvallisuustekijät muodostuvat jo suunnitteluvaiheessa (rakennussäädökset ja paloturvallisuus) tai lainsäädännön seurauksena (kielto ovien lukitsemisesta). Turvallisuuteen vaikuttavat myös osaston esteettömyys, riittävä valaistus, sängynlaitojen vähäinen käyttö muistisairailta asiakkailla ja teknologian hyödyntäminen esimerkiksi hälytysjärjestelmissä. (Karppinen 2015, 23.)

Hoitoympäristön esteettömyyden taustalla on tarkoitus helpottaa ikääntyneiden asiakkaiden liikkumista osastolla (Karppinen 2015, 23). Iän myötä kyky selvittää päivittäisistä toiminnoista turvallisesti vaarantuu ja aistien, motoriikan ja kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen sekä pitkäaikaissairaudet ja monet lääkkeet altistavat kaatumiselle. Fyysisesti esteettömässä hoitoympäristössä pystytään liikkumaan vaivattomasti ja turvallisesti myös pyörätuolin ja rollaattorin kanssa, sillä siellä ei ole portaita tai tasoeroja, kulkuväylät ja apuvälineet on pidetty kunnossa ja iäkkäälle kulkijalle on tarjolla levähdyspaikkoja. Fyysistä esteettömyyttä tukevat myös oikeanlainen valaistus, tilojen selkeys ja loogisuus sekä tilojen käyttöön soveltuvat väri- ja materiaalivalinnat. Osastoympäristössä on huomioitava lisäksi hoitohenkilökunnan työturvallisuus ja ergonomia. (Elo 2009, 94–95.)

Ympäristön esteettömyyttä rakennettaessa on tärkeää, että ympäristössä säilytetään myös toimintakykyä harjoittavia ja arkielämään integroivia elementtejä. Jotta ikääntynyt asiakas pystyy toimimaan ja säilyttämään toimintakykynsä, ympäristön asettamat haasteet eivät saa olla liian suuria mutta eivät myöskään liian vähäisiä. Liian pitkälle viety esteettömyys heikentää toimintakyvyltään hyväkuntoisempien ikääntyvien mahdollisuuksia saada liikkumiseensa kehittäviä haasteita. Toisaalta aina tulee olla myös tarjolla esteetön reitti heille, joiden toimintakyky on heikompi. (Siitonen 2013, 544.)

Ikääntyneiden fyysisen hoitoympäristön kuntouttavuuteen kuuluu se, että heillä on käytössään riittävän suuret sisätilat. Potilashuoneen ja osaston yhteisten tilojen ahtaus on ympäristötekijä, joka heikentää fyysistä aktiivisuutta ja edelleen liikkumiskykyä. (Hussi ym. 2017, 56–59.) Osaston aula- ja käytävätiloja voi hyödyntää paitsi asiakkaiden vapaaseen oleskeluun, myös omaehtoiseen tai ohjattuun kuntoutukseen sijoittamalla sinne erilaisia kuntoilupisteitä laitteineen tai välineineen (polkulaitteet, käsipainot, vastuskuminauhat) (Palaste 2017, 38).

Tarkoituksenmukaiset apuvälineet helpottavat ikääntyneen itsenäistä toimimista osaston arjessa. Fyysisessä hoitoympäristössä esimerkiksi kaiteiden ja nousutukien sijoittelu on merkittävässä roolissa omatoimisuuden ja turvallisen liikkumisen kannalta. Apuvälineiden ominaisuuksien, tarpeen ja tarkoituksenmukaisen käytön seuranta on oleellista toimintakyvyn edistymisen kannalta, samoin apuvälineiden ja huonekalujen yksilöllinen säädettävyys asiakkaalle sopivaksi. (Karppinen 2015, 24.)

Hoitoympäristön viihtyisyyttä lisäävät sen esteettisyys ja pienilläkin asioilla aikaan saatu kodinomaisuus. Esteettisyyteen vaikuttavat sisustus, osaston värit ja materiaa- livalinnat, sisäkasvit, tuoksu, siisteys ja järjestys. Vuodepotilaille tilojen esteettisyyttä voi lisätä katon rajaan sijoitetuilla koristeilla, ja pyörätuolissa istuville sijoittamalla esimerkiksi tauluja normaalia matalammalle. Kodinomaisuutta tuovat asiakkaiden omat tavarat potilashuoneessa (valokuvat, lastenlasten piirustukset) sekä osaston yhteisten tilojen koristelu esimerkiksi juhlapyhien mukaisesti. (Karppinen 2015, 25.)

Taiteen on todettu auttavan sairaudesta toipumisessa sen hyvinvointia lisäävän ja mieltä eheyttävän voiman ansiosta. Taiteen tekeminen tai katseleminen vähentää stressiä ja auttaa siirtämään huomiota pois kivusta ja ahdistavista asioista. (Kankkunen 2009, 261–262; Teittinen 2017, 18.) Ikääntyneet asiakkaat tarvitsevat elämyksiä ja kokemuksia, jotka tuovat merkitystä ja iloa arjen keskelle. Pelkkä omaan sairauteen liittyvä toiminta ja osaston arkirutiinit kaventavat toimintakyvyltään heikentyneiden asiakkaiden hyvinvointia. Erilaiset taide- ja kulttuurityön menetelmät musiikin, kuvataiteen tai teatterin keinoin vahvistavat ikäihmisen omaa toimijuutta ja kokonaisvaltaista hyvinvointia, on hänen roolinaan sitten olla kulttuurin tekijä tai sen kokija. Taiteesta ja kulttuurista voi nauttia yksin, kaksin tai ryhmässä, ja erilaisia tapoja ja menetelmiä voidaan kuntoutusosastolla yhdistää yksilölle tai ryhmälle sopivaksi toiminnaksi. (Rinne 2019, 290, 295.)

Taiteen avulla voidaan luoda kohtaamisreittejä, mietittävää ja koettavaa sekä kuntoutusosaston henkilökunnalle että asiakkaille. Taideteosten edessä ihmiset voivat olla tasavertaisia kokijoita ja havainnoijia ilman asiakkaan ja ammatti-ihmisen rooleja, sillä taiteen kokeminen on aina subjektiivista eikä se vaadi katsojalta asiantuntijuutta. Erilaiset taideteokset voivat toimia vuorovaikutuksen ja keskustelun aloittamisen välineinä hoitotilanteissa sekä kognitiivisen kuntoutuksen työkaluina esimerkiksi tarinan- kerronnassa ja muistelussa. Taideteoksen äärellä on mahdollista tuntea voimakkaitakin tunnetiloja, jolloin taide voi toimia apuna muun muassa sairastumiseen ja toipumiseen liittyvien tunteiden purkamisessa ja käsittelemisessä. Taide ja kulttuuri sekä tukevat ja edistävät asiakkaiden paranemista ja kuntoutumista että vaikuttavat positiivisesti henkilökunnan työympäristön viihtyisyyteen ja heidän työssäjaksamiseensa. (Kalajo 2017, 78–80, 87.)

Hoitoympäristön sisätilojen viihtyisyyttä lisäävät myös suorat (luonnonvalossa oleskelu, ikkunasta katselu, huonekasvien katselu) tai epäsuorat (luontokuvien katselu, nauhoitettujen luonnonääniä kuuntelu) luontokontaktit. Suorien luontokontaktien on todettu lyhentävän sairaalapotilaiden toipumisaikaa, vähentävän ahdistusta tai kipulääkkeiden tarvetta esimerkiksi leikkaushoidon jälkeen ja nopeuttavan kotiutumista. Epäsuorien luontokontaktien vaikutus hyvinvointiin on suoria kontakteja pienempi, mutta kuitenkin todettavissa oleva. Luonto tarjoaa ikäihmiselle kokemuksia aistittavien, ymmärrettävien ja muuttuvien piirteidensä kautta sekä edistää hyvinvointia luomalla mahdollisuuksia virkistymiseen ja pysähtymiseen. Myös vuodepotilaan mahdollisuus luontokontaktiin tulisi huomioida sijoittamalla vuode siten, että siitä käsin on mahdollista nähdä ikkunasta ulos. (Rappe 2014, 34; Rantakokko 2019, 273–274.)

Hoitoympäristö koetaan viihtyisäksi ja psyykkistä hyvinvointia edistäväksi, jos se tarjoaa asiakkaalle toiminnallisuutta tukevia aktiviteetteja ja tukee elpymistä. Erilaiset toimintamahdollisuudet sisällä ja ulkona lisäävät viihtyisyyttä innostaessaan asiakkaita vuoteella lepäilyyn ja potilashuoneessa olemisen sijaan liikkumaan ja monipuoliseen toimintaan. Hoitoympäristö on elvyttävä, kun se tarjoaa mahdollisuuksia luontokokemuksiin, rentoutumiseen, lepoon, yksin olemiseen, tunteiden purkamiseen ja arjesta irtautumiseen. (Elo 2009, 96; Suomi 2019, 280.)

Osastokuntoutusjaksolla ikääntyneelle asiakkaalle merkityksellisen fyysisen hoitoympäristön tarjoaa oma potilashuone, joka voi olla yksityinen tai jaettu. Ikääntyneiden hoitoon ja kuntoutukseen liittyvät käyttökokemukset osoittavat, että mahdollisuus majoittua yhden hengen potilashuoneessa vähentää riskiä sairastua sairaalainfektioon tai tarttuviin tauteihin, edistää asiakkaan paranemista ja vähentää tilojen tyhjäkäyntiä. Fyysisenä ympäristönä yhden hengen huone tarjoaa asiakkaalle paremmat mahdollisuudet lepoon ja rauhalliseen yöneen, yksityisyyteen ja läheisten mukanaolemiseen, mitkä kaikki ovat ikääntyvälle asiakkaalle keskeisiä, arvoa tuottavia asioita. Yhteiskunnalle arvoa tuovat yhden hengen huoneessa majoittumisesta koituvat kustannussäästöt, jotka ovat seurausta asiakkaiden paremmista hoitotuloksista. Hoitohenkilökunnan työaikaa ei myöskään kulu osaston sisäisten, asiakkaiden sukupuoleen tai tarttuvaan sairauteen liittyvien potilassiirtojen miettimiseen ja toteuttamiseen. Oma huone myös tukee asiakkaan arjen säilymistä osastokuntoutuskuntoutusjakson mahdollisimman oman näköisenä, kun huonetoverin erilainen vuorokausirytmii ei häiritse omaa

rytmiä, tai potilashuoneen televisiosta voi seurata itselle tärkeitä asioita ilman kiistaa kanavavalinnoista (Voutilainen, Backman & Paasivaara 2002, 17; Kylmänen 2017, 26–27, 29.)

Vaihtoehtoisesti jaettu potilashuone fyysisenä hoitoympäristönä tarjoaa erityisesti paljon vuodelepoa tarvitseville asiakkaille enemmän mahdollisuuksia sosiaaliseen yhdessäoloon. Huonetoverien toisiltaan saamalla vertaistuellalla, motivaatiolla ja sosiaalisella tuella voi olla merkittävä vaikutus kuntoutumiselle. Luontevat vuorovaikutustilanteet huonetoverien kanssa virkistävät ikääntyneitä asiakkaita ja toiselta saatu esimerkki innostaa myös oman liikkumiskyvyn harjoittamiseen. (Voutilainen ym. 2002, 17; Marjamäki henkilökohtainen tiedonanto 12.9.2019.)

Sosiaalinen hoitoympäristö

Karppisen tutkimuksen (2015, 31) mukaan sosiaalinen hoitoympäristö on ikääntyneen toimintakyvyn kannalta erittäin merkityksellinen, ja sen avulla voidaan myös korvata fyysisessä hoitoympäristössä esiintyviä puutteita. Onnistunut sosiaalinen hoitoympäristö lisää asiakkaan hyvinvointia ja kuntoutumismotivaatiota, ja sen merkityksellisimpiä ilmenemismuotoja ovat Karppisen mukaan *myönteinen toimintailmapiiri, hoitohenkilökunnan sosiaalinen osaaminen, yhteisöllisyys, yksilöllisyys ja omaisten osallistuminen*.

Asiakkaille ja omaisille myönteinen toimintailmapiiri ilmenee heti osastolle tultaessa tervetulon tunteena. Sen voi aistia hoitohenkilökunnan tavasta tehdä työtä sekä hoitohenkilökunnan keskinäisistä, hoitohenkilökunnan ja asiakkaiden välisistä tai asiakkaiden keskinäisistä sosiaalisista suhteista. Hoitohenkilökunnan sosiaalinen osaaminen näyttäytyy osastolla tapahtuvan toiminnan tavoitteellisuutena sekä asiakkaan ja tämän tilanteen tunnistamisena. Yhteisöllisyyttä lisäävä ja ikääntyneille arvoa tuottava asia on omaisten osallistaminen ja osallistuminen esimerkiksi kuntouttavan toiminnan tavoitteiden suunnitteluun. Hyvä vuorovaikutus omaisten ja työntekijöiden välillä on tärkeää. Sen ansiosta hoitohenkilökunta saa tietoa asiakkaan yksilöllisen kohtaamisen sekä hoidon ja kuntoutuksen kannalta merkityksellisistä asioista ja omaiset voivat paremmin tukea asiakkaan kuntoutumista sekä osastolla että myöhemmin kotona. (Karppinen 2015, 31.)

Ikääntyneen toimintakykyä tukeva sosiaalinen hoitoympäristö voidaan jakaa *yhteisölliseen ja yksilölliseen*. Se tarkoittaa, että asiakkaalla on hoitoympäristössä mahdollisuus sekä seuran että yksityisyyteen. Yhteisöllinen hoitoympäristö tukee yhteisöllistä vuorovaikutusta tarjoten asiakkaille erilaisia mahdollisuuksia osallistua sosiaaliseen toimintaan ja mielekkääseen tekemiseen. Yhteisöllisyys tuo ikääntyneille asiakkaille tukea ja turvaa näyttäytyen yhdessäolona ja ryhmäytymisenä, ja hoitohenkilökunnan rooli yhteisöllisyyden tunteen kehittämisessä on merkittävä. (Karppinen 2015, 25–26, 32.)

Yksilöllinen sosiaalinen hoitoympäristö jakautuu asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioittavaan ja hänen yksityisyyttään tukevaan hoitoympäristöön. Itsemääräämisoikeutta kunnioittava hoitoympäristö antaa asiakkaalle mahdollisuuden päättää omista asioistaan ja tehdä valintoja muun muassa yksikössä tapahtuvaan toimintaan, mikä tukee asiakkaan elämänhallinnan kokemuksen säilymistä. Yksityisyyttä tukevassa hoitoympäristössä asiakkaalle annetaan mahdollisuus yksityisyyteen ja oman reviiirin hallintaan. (Karppinen 2015, 27.)

Sosiaalisen ympäristön yhteyttä ihmisen hyvinvointiin voidaan tarkastella *sosiaalisen verkoston* ja *sosiaalisen tuen* kautta. Kuntoutusjakson aikana asiakkaan sosiaalinen verkosto muodostuu muista asiakkaista, hoitohenkilökunnasta ja muusta henkilöstöstä, opiskelijoista, vapaaehtoistyöntekijöistä ja osastolla vierailevista omaisista ja läheisistä. Sosiaalinen verkosto ja ihmissuhteet voivat olla ikääntyneelle asiakkaalle voimavara, mutta niillä voi olla koettuun hyvinvointiin myös kielteisiä vaikutuksia. (Elo 2009, 97.)

Sosiaalinen tuki muodostuu myönteiseksi koetuista vuorovaikutussuhteista. Sosiaalinen tuki koostuu esimerkiksi mahdollisuudesta keskustella omista ongelmista toisen kanssa, mahdollisuudesta rentoutua yhdessä sekä siitä, että saa tarvittaessa apua, neuvoja ja ohjeita. Osastokuntoutuksessa oleville ikääntyneille tulisi tarjota monipuolista sosiaalista tukea ja mahdollisuuksia yhdessäoloon toisten asiakkaiden ja omaisten kanssa. Oma huone tai rauhalliset nurkkaukset mahdollistavat yksityisen keskustelun omaisten kanssa, ja osaston yhteiset tilat sosiaalisen vuorovaikutuksen muihin asiakkaisiin. (Elo 2009, 98–99.)

Sosiaalisesti viihtyisä ympäristö on turvallinen ja tarjoaa erilaisia mahdollisuuksia kanssakäymiseen ja toimintaan toisten ihmisten kanssa (Elo 2009, 99–100). Margaret P. Calkins kirjoittaa artikkelissaan (2018, 117, 124–125), että iäkkään toimintakykyä tukeva hoitoympäristö on muutakin kuin fyysisesti oikein suunniteltu, rakennettu ja esteetön. Ikä- ja muistiystävällisen hoitoympäristön tulee olla toimintatavoiltaan asiakaskeskeinen ja tukea paitsi kehon, myös mielen hyvinvointia. Calkinsin mukaan sosiaalisen hoitoympäristön piirteisiin kuuluu, että asiakkaan persoona tunnustetaan, hänen mahdollisuuksiaan mielekkääseen toimintaan tuetaan ja esimerkiksi muistisairaana asiakkaan todellisuus hyväksytään. Hoitoympäristön tärkeitä ominaisuuksia ovat aidosti välittävät ihmissuhteet ja se, että yhteisössä huomioidaan tasavertaisesti paitsi asiakkaan, myös hänen läheistensä sekä hoitohenkilökunnan hyvinvointi.

Calkinsin mukaan ikä- ja muistiystävällisen sosiaalisen hoitoympäristön toimintakykyä tukevat arvot ja käytännöt ilmenevät seuraavasti:

1. Hoitoyhteisössä vallitsee yhteisöllinen ilmapiiri, joka koskee sekä asiakkaita, heidän omaisiaan ja läheisiään että hoitohenkilökuntaa. Ympäristö tukee prosessia, jossa hoitoyhteisön yhteiset asenteet, tavoitteet ja mielenkiinnon kohteet kehittävät yhteisössä olevien ihmisten välisiä suhteita.
2. Jokaisen yhteisöön kuuluvan hyvinvointia ja arvokkuutta edistetään. Muistisairaana asiakkaan kohdalla se tarkoittaa ympäristön esteettömyyttä ja sitä, että ympäristö tukee asiakkaan orientoitumista aikaan, paikkaan ja toimintaan.
3. Hoitoyhteisössä vallitsee huomaavaisuuden, huolenpidon ja turvallisuuden ilmapiiri. Kun hoitoyhteisön jäsenet osoittavat mielipiteissään ja käytöksessään kohteliaisuutta ja kunnioitusta toisiaan kohtaan, se luo kannustavan toimintaympäristön ilman tarpeettomia rajoitteita sekä lisää jäsenten viihtyisyyden ja turvallisuuden tunteita. Ikääntyneellä asiakkaalla myönteinen ilmapiiri kompensoi fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn puutteita, tukee jäljellä olevaa toimintakykyä ja hoitotoimenpiteiden vaikutuksia.
4. Hoitoyhteisön kulttuuri tukee kaikkien siellä toimivien henkilöiden henkilökohtaisia ja ammatillisia sekä omaa terveyttä ja hyvinvointia koskevia valinnanmahdollisuuksia ja päätöksiä.
5. Asiakkaille tarjotaan mahdollisuuksia kokea mielekkäitä ihmissuhteita. Ihmissuhteet perustuvat toisen tuntemiseen, mikä itsessään on perusta tehdä asioita yhdessä. Ympäristö, joka tarjoaa useita, helposti saavutettavia mahdollisuuksia

osallistua yhteiseen toimintaan, tukee syvempää toiseen henkilöön tutustumista sekä ylläpitää ja kehittää asiakkaiden sosiaalista toimintakykyä. (Calkins 2018, 124–125.)

Symbolinen hoitoympäristö

Symbolinen ympäristö koostuu kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnin käsityksestä ja sen hetkisestä elinympäristöstä. Se on riippuvainen ympäröivästä yhteiskunnasta ja ajasta, mitä eletään. Ikääntyneillä ihmisillä symbolinen ympäristö on yhteydessä myös heidän elämänsä historiaansa näkyen elämänsä kulun myötä sisäistettyinä tapoina, sääntöinä, merkityksinä ja kielenä. (Elo 2009, 100–101.)

Ikääntyneen toimintakykyä tukeva symbolinen hoitoympäristö voidaan Karppisen (2015, 27–28) mukaan jakaa *asiakkaan henkilökohtaista kulttuuria tukevaan, hoitokulttuurin kehittymistä tukevaan* sekä *hoitoon liittyviä näkökulmia yhdistävään hoitoympäristöön*. Henkilökohtaista kulttuuria tukevassa hoitoympäristössä tuetaan asiakkaan hengellisyyttä ja huomioidaan hänen kulttuuritaustansa. Hoitokulttuurin kehittymistä tukevassa hoitoympäristössä huolehditaan hoitohenkilökunnan osaamisesta ja työkyvystä kehityksen ja muutoksen keskellä. Hoitoon liittyviä näkökulmia yhdistävään symboliseen hoitoympäristöön kuuluvat sekä hoitotyötä ohjaavat arvot, normit, kirjoittamattomat/kirjoitetut säännöt, eettisyys ja toimintatavat että asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden yksilöllinen kohtaaminen (Elo 2009, 101; Karppinen 2015, 29).

Ikääntyneen hyvinvointia symbolisessa hoitoympäristössä edistävät *hyvinvoinnin ideaaliset ja normatiiviset ominaisuudet, hengellisyys ja historiallisuus* (Elo 2006, 129–131). Hyvinvoinnin ideaalisiin ominaisuuksiin kuuluvat asuin ympäristön turvallisuus ja mahdollisuus irtautua arjesta, normatiivisiin ominaisuuksiin taas itsenäinen, oman tahdon ja aikataulun mukainen toiminta sekä yksityisyys (oma rauha ja oma tila). Hengellisyys muodostuu luonnon hengellisestä ulottuvuudesta sekä uskosta ja rukoilemisesta jaksamisen tukena. Historiallisuuteen kuuluvat yksityiset tai toisten kanssa jaettavat muistot, asuin historia (pitkäkestoinen samassa kodissa tai samalla paikkakunnalla asuminen) ja asumisviihtyvyyttä lisäävät kodin muistoesineet. Tutun ja merkityksellisen muistoesineen mukana olo osastokuntoutusjaksolla ylläpitää elämän tarkoituksellisuuden kokemusta, tukee muistia ja muistuttaa elämän hyvistä hetkistä. (Elo 2006, 129–131; Elo 2009, 100–106.)

3.2 Kuntouttava toiminta

Osastokuntoutusjakso tarjoaa oivallisen tilaisuuden arvioida ja edistää ikääntyneen kehon ja mielen hyvinvointia ja toimintakykyä. Kuntouttavaan toimintaan voidaan sisällyttää sekä kuntoutumista edistävä hoitotyö että varsinainen kuntoutus. Molempia tarvitaan ikääntyneen hoidossa ja palveluissa, ja keskeistä lopputuloksen kannalta on tarjota oikeita palveluja oikeaan aikaan. (Holma, Heimonen & Voutilainen 2002, 43–44.)

Jos ikääntyneen toimintakyky on heikentynyt muusta kuin vanhenemiseen liittyvistä yleisistä syistä, häntä voidaan pitää kuntoutujana. Kuntoutus on hänen kohdallaan tavoitteellinen prosessi, joka perustuu tarkoin määriteltyihin tarpeisiin ja edellyttää yleensä lääketieteellistä arviointia. Ikääntyneen toimintakyvyn tukemisessa tarvitaan kuntoutuksen ammattilaisen osaamista, jos kyse on esimerkiksi aivoverenkiertohäiriö- tai lonkkamurtumapotilaan kuntoutuksesta. Ikääntyneen kuntoutus voi tapahtua sekä yksilö- että ryhmäkohtaisen työskentelymallin mukaisesti, ja se perustuu aina kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän yhteistyönä laatimaan suunnitelmaan ja tavoitteisiin. Kuntoutusprosessiin kuuluu tavoitteellisuus ja jatkuva arviointi. (Holma ym. 2002, 43–44.)

Kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä käytetään myös nimityksiä päivittäistä toimintakykyä ylläpitävä hoitotyö tai kuntouttava työote. Sen lähtökohtana on asiakkaan oma kokemus voimavarojensa ja kykyjensä riittävydestä ja avun tarpeestaan, ja se perustuu ikääntyneen asiakkaan ja työntekijän yhdessä toimimiseen arjessa. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on tavoitteellista toimintaa, jonka tavoitteet on asetettu ikääntyneen, hänen omaisensa ja moniammatillisen työryhmän yhteistyönä. Tavoitteet kohdistuvat yleensä ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen. Kuntoutumista edistävä hoitotyö ilmenee tavassa kohdata asiakas päivittäisissä toiminnoissa ja siinä, miten työntekijät osaavat ehkäistä komplikaatioiden syntymistä, antaa tietoa, ohjata ja motivoida asiakasta toimimaan itse. Kuntoutumista edistävään hoitotyöhön kuuluu sen suunnitelmallinen toteutus, säännöllinen tavoitteiden saavuttamisen arviointi sekä jatkuva ja järjestelmällinen kirjaaminen. (Holma ym. 2002, 44–45.)

Rajaniemen ja Sarvimäen tutkimuksen (2005, 21) mukaan ikääntyville kuntoutujille on tärkeää, että kuntoutusosastolla on virallisen ohjelman (kuntoutus, ruokailut) lisäksi

myös epävirallista ohjelmaa (esimerkiksi yhteistä lehdenlukua, musiikkihetkiä, tapahtumia ja vierailuja), joka tukee kuntoutujien psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä lisää asukkaiden keskinäistä kanssakäymistä ja vertaistuen syntymistä.

Tässä luvussa tarkastelen kuntouttavaa toimintaa ja sen vaikutusta ikääntyneen ihmisen toimintakyvylle ja elämänlaadulle fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden näkökulmista. Aluksi tuon esiin sen, mitä ikääntyneen toimintakyvyllä tarkoitetaan ja miten sitä voidaan mitata. Fyysinen ulottuvuus -luvussa olen tarkastellut, miten ikääntyneen fyysistä toimintakykyä voidaan tukea edistämällä fyysistä aktiivisuutta ja huolehtimalla kivunhoidosta, ravitsemuksesta ja unesta. Psykykinen ulottuvuus -luvussa kuvaan, mistä ikääntyneen psyykinen toimintakyky ja kokemus hyvästä elämänlaadusta muodostuvat sekä miten niitä voidaan tukea. Sosiaalinen ulottuvuus -luvussa tarkastelen ikäihmisen sosiaalisen toimintakyvyn erityispiirteitä ja sosiaalista vuorovaikutusta sairaalaympäristössä.

3.2.1 Toimintakyky ja sen mittaaminen

Toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä niistä arjen jokapäiväisistä tehtävistä ja haasteista, joita hän omassa elinympäristössään kohtaa. Iäkkään ihmisen toimintakyky on hyvin yksilöllinen sekä tilanteista ja asiayhteyksistä riippuvainen, ja siihen yhdistyvät sosiaaliset suhteet, tarpeellisuuden kokemus, tunne elämän jatkuvuudesta ja positiivinen asenne omasta toimijuudesta toimintarajoitteista huolimatta. Toimintakykyä voidaan mitata joko voimavaralähtöisesti (miten paljon toimintakykyä on jäljellä) tai todettuina toiminnan vajeina. (Voutilainen 2009, 124–125.)

Lyhytkin sairaalajakso voi heikentää iäkkään henkilön toimintakykyä, heikentää koettua elämänlaatua ja lisätä avuntarvetta. Riski sairaalajaksojen toistumiseen, lisääntyneeseen avun ja palvelujen tarpeeseen ja jopa ennenaikaiseen ympärivuorokautiseen hoivaan kasvaa, jos toimintakyvyn heikentymiseen johtavia taustatekijöitä ei huomioida ja hoideta oikea-aikaisesti tai jos sairaalajakson aikainen kuntoutus on puutteellista. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on julkaissut lokakuussa 2019 suosituksen *Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen käynnistäjänä*. Suositus on toimintamalli iäkkäiden laaja-alaisen

toimintakyvyn arvioimiseksi oikea-aikaisesti ja luotettavilla mittareilla lyhytaikaisen sairaalajakson aikana ja sen jälkeen. Suosituksen tarkoituksena on mahdollistaa yhdenmukainen ja vertailukelpoinen toimintakyvyn arviointi eri puolilla Suomea sekä sairaalajaksolla että kotiutuksen jälkeen. (THL:n www-sivut 2019.)

Suosituksessa tarkastellaan ikääntyneen toimintakyvyn ulottuvuuksia ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) -käsiteluoituksen mukaisesti. Suositukseen toimintakyvyn arviointia varten otetut mittarit ovat ensisijaisesti TOIMIA-tietokannassa arvioinnin läpikäyneitä ja luotettaviksi todettuja, mutta TOIMIA-tietokannan asiantuntijaryhmän mietinnän jälkeen suositukseen on hyväksytty mukaan myös muita, yleisesti käytössä olevia mittareita. Toimintakyvyn arvioinnin tavoitteena on tunnistaa paitsi iäkkään toimintakyvyn heikentymisen taustatekijöitä, myös hänen voimavarojaan ja vahvuuksiaan, joiden avulla itsenäistä toimintakykyä voidaan tukea. Kolmantena tavoitteena on tunnistaa ne iäkkäät, joiden toimintakykyä voidaan hoidon ja kuntoutuksen avulla ylläpitää ja edistää. (Kerminen, Jäppinen, Kiviniemi, Tikkanen & Havulinna 2019, 2–3.)

THL:n suosituksen mukaan kaikilta lyhytaikaiselle sairaalahoitajaksoille tulevilta 75-vuotiailta ja sitä vanhemmilta tulee seulontatestien avulla mitata kognitio, mieliala, ravitsemustila, kaatumisvaara, liikkuminen ja arkisuoriutuminen. Tarvittaessa arviointia laajennetaan muihin toimintakyvyn alueisiin, kuten näön ja kuulon testaukseen. Toimintakykyä arvioidaan heti sairaalaan tullessa, hoitajakson aikana, kotiutuksen yhteydessä ja sen jälkeen kotona. Mikäli seulontatestissä ilmenee poikkeavia tuloksia, kyseistä osa-alueita arvioidaan tarkemmin hyödyntäen osaston moniammatillisen henkilökunnan ammattitaitoa. (Kerminen ym. 2019, 2, 6, 8.) Monissa kunnissa on otettu käyttöön standardoitu, vanhus- tai vammaispalveluiden asiakkaan hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimista sekä palveluntarpeen arviointia varten kehitetty RAI (*Resident Assessment Instrument*) -arviointi. RAI-arvioinnin kysymykset kattavat keskeisimmät asiakkaan toimintakykyyn, terveydentilaan, hoitoon ja avunsaantiin kuuluvat osa-alueet. (THL:n www-sivut 2020.)

Asiakkaan fyysisen toimintakyvyn edistymistä voi parhaiten seurata arkisuoriutumista, liikkumiskykyä ja tasapainoa mittaavien testien avulla. Testaaminen voi motivoita asiakasta harjoittelemaan, sillä testitulosten kautta sekä asiakas että

hoitohenkilökunta voivat seurata fyysisen toimintakyvyn kehittymistä objektiivisesti. Testituloksia voidaan käyttää myös arvioitaessa asiakkaan mahdollista kaatumisriskiä tai kotiuttamisajankohtaa. Arkisuoriutumista mittaavia testejä ovat esimerkiksi *Bart-hel Index* ja *IADL (Instrumental Activities of Daily Living* eli *Suoriutuminen välineellisistä päivittäistoiminnoista*). Liikkumiskyvyn arviointia voivat tehdä paitsi fysioterapeutit, myös testien tekemiseen koulutetut hoitajat. Esimerkiksi *Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö (Short Physical Performance Battery, SPPB)* on vakiintunut ja luotettava testi, joka auttaa tunnistamaan ne ikäihmiset, joilla on kaatumisvaaraa lisäävä liikkumisvaikeus tai heikentynyt tasapaino. SPPB-testissä saatu heikko tulos ennustaa vahvasti liikkumiskyvyn heikkenemistä edelleen, jos kehitykseen ei puututa ajoissa. Jos asiakkaan tasapainoa halutaan testata yksityiskohtaisemmin, käytetään silloin usein *Borgin tasapainotestiä*. (Karvinen 2019, 119; Kerminen ym. 2019, 10.)

Ikääntyneen fyysistä kuntoutumista voi hidastaa puutteellisesti hoidettu kipu. Kivun arvioinnissa lähtökohtana on aina potilaan oma arvio kivustaan. Kivun kesto, tyyppi ja sijainti voidaan arvioida esimerkiksi kipupiirroksen avulla, ja kivun voimakkuus jollain yleisesti käytetyllä mittarilla, kuten kipujanalla (*Visual Analogue Scale, VAS*), numeerisella asteikolla 0–10 (*Numerical Rating Scale, NRS*), sanallisella arviolla (*Verbal Rating Scale, VRS*) tai kasvokuvilla. Muistisairaana kivun tunnistamisessa voi käyttää apuna esimerkiksi *PAINAD-mittaria (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)*. (Käypä hoito -suositus 2017; Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän www-sivut 2019.)

Ikääntyneen ravitsemuksen seuraamiseksi osastokuntoutusjakso soveltuu erinomaisesti. Ravitsemusta voidaan arvioida seuraamalla asiakkaan painoa, jolloin kiinnitetään erityistä huomiota tahattomaan painonlaskuun, sekä tarkkailemalla syödyn ruoan määrää. Ravinnonsaannin riittävyyttä voidaan arvioida esimerkiksi *MNA-testin (Mini Nutritional Assessment)* avulla. (Ikääntyneen ravitsemusopas 2014, 7; Kerminen ym. 2019, 10; Nestlé Nutrition Institute -www-sivut 2019.)

Psyykkistä toimintakykyä voidaan THL:n iäkkään lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvän suosituksen mukaan arvioida esimerkiksi asiakkaan kognitiota mittaavan *MMSE (Mini Mental State Examination)* -muistitestin tai asiakkaan mielialaa mittaavan *GDS (Geriatrinen depressioseula)* -testin avulla (Kerminen ym. 2019, 10).

Seulontatestien ja tarkempien toimintakykytestien tuloksia käytetään apuna ikääntyneen kuntoutumisen ja kuntoutuksen suunnittelussa. Kuntoutumisen yksilölliset tavoitteet laaditaan yhteistyössä ikääntyneen asiakkaan/potilaan ja monialaisen työryhmän kesken ja tavoitteiden saavuttamista seurataan tiettyjen toimintakyvyn arviointimittareiden avulla. Kuntoutuksen yleisenä tavoitteena voidaan pitää mahdollisimman itsenäisen toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä sekä mahdollisimman turvallisen, aktiivisen ja mielekkään elämän tukemista siinä ympäristössä, jossa ikääntynyt ihminen elää ja asuu. Ikääntyneelle tehdään kotiutuksen yhteydessä arviointeihin perustuva jatkohoito- ja kuntoutussuunnitelma, jotta kuntoutumista tukevia toimia voidaan jatkaa kotona. (Kerminen ym. 2019, 3.)

3.2.2 Fyysinen ulottuvuus

Ikäihmisen elämänlaadun *fyysinen ulottuvuus* muodostuu siitä, millaiseksi hän itse kokee terveydentilansa ja tarmokkuutensa, millaisia ovat hänen jäljellä oleva terveydentilansa ja fyysinen kuntosensa sekä millainen on hänen kykynsä selviytyä omasta arjestaan. *Fyysisellä toimintakyvyllä* voidaan tarkoittaa joko kehon yksittäisten elinten tai elinjärjestelmien toimintaa tai ihmisen fyysisiä edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen tärkeistä arjen tehtävistä. Myös aistitoiminnot, kuten näkö ja kuulo, ovat osa fyysistä toimintakykyä. Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen vaikuttaa arjen sisältöön ja sujumiseen, mutta myös psyykkiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen. Ikääntyvän ihmisen kohdalla fyysisen toimintakyvyn ja liikkumiskyvyn heikkeneminen saattaa johtaa nopeasti lisääntyvään hoidon ja avun tarpeeseen, elinpiirin kaventumiseen sekä itsenäisyyden menetykseen. (Voutilainen 2009, 125; Räsänen 2019, 21, 23; THL:n www-sivut 2019.)

Fyysinen toimintakyky ilmenee esimerkiksi kykynä liikkua ja liikuttaa itseään. Liikkumiskyvyllä on tärkeä rooli ikäihmisen terveyden edistämässä, sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa sekä kokonaisvaltaisessa kuntoutumisessa. Ikääntynyt ihminen tarvitsee liikuntaa säilyttääkseen liikkumiskykynsä; pelkkä arki itsessään ei kuntouta esimerkiksi sairaudesta tai leikkauksesta toipuvaa vanhusta. Aktiivinen liikunta ylläpitää lihaskuntoa, auttaa tasapainon hallinnassa sekä tukee aivoterveyttä ja mielen hyvinvointia. Liikkumiskyvyn säilyminen on tärkeää hyvän elämänlaadun kannalta,

sillä se parantaa ikääntyvän mahdollisuuksia elää itsenäistä ja omannäköistä elämää ja auttaa häntä toimimaan monipuolisessa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. (Karvinen 2019, 110–111; Räsänen 2019, 21–22; THL:n www-sivut 2019.)

Ikääntyneen ihmisen kannalta osastokuntoutusjakso voi toimia erinomaisena interventiona fyysisen toimintakyvyn edistämiseksi. Hyvä ravitsemus, kivunhoito, sairauksien (esimerkiksi korkean verenpaineen tai alkavan muistisairauden) havaitseminen ja hoitaminen, toimintakykyongelmien kartoittaminen ja niihin puuttuminen, kodin esteettömyyden tarkastaminen ja muokkaaminen asiakkaan kotona tehtävän tarkastuskäynnin yhteydessä sekä liikunnalliseen aktiivisuuteen ohjaaminen toimivat kaikki ikääntyneen toimintakykyä edistävästi. Osastokuntoutusjakso on mainio tilaisuus jakaa asiakkaalle ja hänen lähipiirilleen tietoa liikunnan merkityksestä terveydelle ja toimintakyvylle, tarjota asiakkaalle erilaisia toimintamahdollisuuksia ja tukea hänen omaa tahtoaan toiminnan toteutumiseksi. Yhtä tärkeää on tuoda esiin liikkumattomuuteen ja liian vähäiseen liikuntaan liittyvät riskit. Oikean tiedon perusteella, kannustettuna ja motivoituna asiakas voi itse päättää, miten hän haluaa toimia terveytensä hyväksi ja saavuttaa tavoitteensa. (Karvinen 2019, 114–115; THL:n www-sivut 2019.)

Fyysiseen aktiivisuuteen kannustaminen ja sen tukeminen osastoympäristössä mahdollistaa ikääntyneen asiakkaan liikuntakyvyn säilymisen ja estää samalla myös psyykkisen toimintakyvyn heikkenemistä. Osastolla arjen normaali puuhastelu ja liikkuminen vaihtuvat helposti liikaan vuodelepoon ja istuskeluun, mikä heikentää nopeasti vanhan ihmisen aineenvaihduntaa, tuki- ja liikuntaelimestön kuntoa sekä liikkumiskykyä. Tutkimusten mukaan ikääntyneen lihasvoima heikkenee ensimmäisen viikon vuodelevon aikana jopa 3–5 % päivässä, mikä voi olla kohtalokasta liikkumiskyvyn kannalta. Liikkumattomuus, heikentynyt unenlaatu, huoli toipumisesta ja virikkeiden puute voivat osastojakson aikana johtaa ikääntyvällä ihmisellä pahimmillaan toimintakyvyn romahtamiseen. (Karvinen 2019, 110–111.)

Paikallaan oleminen joko istuen tai maaten on haitallista kaikenikäisten terveydelle. Ikääntyessä paikallaan olemisen haitat moninkertaistuvat, ja siksi vanhoja ihmisiä tulisi kannustaa kaikenlaiseen puuhasteluun ja liikuskeluun pitkin päivää. Osastohoidossa liikkumattomuutta voivat edistää yleinen tapahtumattomuus, liiallinen television katselu, istuminen tuntikausia päiväsalissa tai liian aikainen nukkumaanmeno iltaisin.

Ulkoilu saattaa liikkumiskykyiselläkin asiakkaalla tarkoittaa kauniilla säällä tapahtuvaa istuskelua osaston terassilla tai parvekkeella. Lisäksi monella iäkkäällä tai hänen läheisellään saattaa olla syvälle juurtunut uskomus siitä, että toipumisvaiheessa voimat palaavat lepäämällä mahdollisimman paljon. Surullisimmillaan kuntoutus saattaa terveyskeskuksen kuntoutusosastolla tarkoittaa kerran viikossa tapahtuvaa tuolijumppaa muun ajan kuluessa pääosin istuskeluun ja vuodelepoon. Kuitenkin ikääntyneen elämänlaadulle ja autonomisuudelle tärkeä liikkumiskyky paranee vain, jos liikkuminen on säännöllistä, riittävän tiheästi toistuvaa ja sopivan rasittavaa. (Hussi ym. 2017, 12; Karvinen 2019, 113–114.)

Ikääntyneen päivittäinen fyysinen aktiivisuus koostuu pienistä hetkistä, joista jokaisella on merkitystä hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kannalta. Hyvä vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa auttaa ikäihmistä löytämään omat fyysiset voimavaransa sekä motivoitumaan niiden käyttöönottoon ja kehittämiseen. Hoitohenkilökunnan tulisi puuttua asiaan, jos iäkkään asiakkaan päivät osastolla kuluvat paikallaan ollen. Asiakkaan puolestaan on tärkeää tiedostaa, miten suuri merkitys hänen toiminta- ja liikkumiskyvylleen on sillä, että paikallaan olo katkeaa useasti päivän aikana. Kevyet venytelyliikkeet, seisomaan nousu, liikuskelu tai edes pelkkä raajojen liikuttelu ovat tärkeitä mielen hyvinvoinnille, kehon toiminnoille ja terveydelle. Samalla lihakset aktivoituvat, aineenvaihdunta vilkastuu, kehon kuormittuminen vähenee ja tuki- ja liikuntaelimestön hyvinvointi lisääntyy (UKK-Instituutin www-sivut 2019). Pieni liike voi toimia impulssina asiakkaan virkistymiselle ja innostaa tehokkaampaan aktiivisuuteen. (Karvinen 2019, 113–114.)

Rajaniemen ja Sarvimäen tutkimuksen (2005, 24) mukaan kotona asumisen fyysisten edellytysten kannalta oli tärkeää, että osastokuntoutusjaksolla harjoiteltiin kotona tarvittavia taitoja ja ominaisuuksia. Lihaskunnan parantuminen toimi perustana sille, että asiakas pystyi harjoittelemaan jalkojen nostamista vuoteelle ilman apua, tuetta seisomista, kävelyä, portaissa kulkemista ja ulkona liikkumista. Osastolla oli myös turvallista kokeilla liikkumista kevyempien apuvälineiden kanssa, jotka sopivat paremmin ahtaisiin kotioloihin (siirtyminen rollaattorista keppiin).

Yksilöllinen liikkumissuunnitelma ja liikkumiskyvyn mittaaminen ja seuranta testein motivoivat ikääntyntä liikkumaan paitsi kuntoutusjaksolla, myös kotiutumisen

jälkeen. Liikkumissuunnitelman pohjana toimii asiakkaan liikkumiskyvyn ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen selvittäminen; missä asioissa asiakas on itsenäinen ja missä hän tarvitsee apua. Liikkumissuunnitelman tekeminen on osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa, ja se tulee toteuttaa yhdessä asiakkaan, hänen omaisensa/läheisensä sekä kuntoutusalan ammattilaisen kesken. Jos asiakkaalla on muistisairaus, on omaisten antama tieto asiakkaan tavoista ja tottumuksista erityisen tärkeää. Osastolla voidaan helposti konsultoida hoitavaa lääkäriä, jos asiakkaan sairauksien vaikutus liikkumissuunnitelman toteuttamiselle aiheuttaa huolta. (Karvinen 2019, 118.)

Ikääntyneen fyysiseen ulottuvuuteen vaikuttaa merkittävästi hoitamaton kipu, joka voi olla esiintyvyydeltään akuuttia, toistuvaa tai pitkäaikaista ja voimakkuudeltaan hyvin vaihtelevaa. Hoitamaton kipu saattaa olla syynä vanhan ihmisen liikkumiskyvyn ja -halukkuuden heikentymiseen, univaikeuksiin ja syömättömyyteen. Koska ikääntyneiden kivunsietokyky tai kyky/halu ilmaista kivun olemassaolo vaihtelevat suuresti, voi kivun tunnistaminen ja hoito olla vaikeaa. Ikääntynyt voi olla myös tottunut käyttämään kivusta puhuessaan epäsuoria käsitteitä, ja kertoa kokevansa esimerkiksi väsymystä tai heikkoutta kipua tarkoittaessaan. Muistisairaiden ikääntyneiden riittävä ja asiallinen kivunhoito saattaa olla erityisen haastavaa, ja tunnistamaton hoidon tarve saattaa ilmetä sanojen puutteessa esimerkiksi liikkumisesta kieltäytymisenä, aggressiivisuutena tai huuteluna. (Kankkunen 2009, 253; Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 42; Räsänen 2019, 22.)

Liikunnan ja kivunhoidon lisäksi tärkeä elämänlaadun fyysiseen ulottuvuuteen liittyvä tekijä on ravitsemus. Ravinnonsaanti, ruokailu ja ravitsemustila ylläpitävät iäkkään ihmisen toimintakykyä, ehkäisevät sairauksien syntyä ja auttavat niistä toipumista. Iäkkäillä ihmisillä heikentynyt ruokahalu ja liian vähäinen energiansaanti aiheuttavat nopeasti lihaskatoa ja painon laskua, jotka tiettyihin sairauksiin – esimerkiksi syöpä, aivohalvaus ja Parkinsonin tauti – yhdistettyinä johtavat liikkumisvaikeuksiin ja yleiseen heikkenemiseen. Muistisairaiden ravitsemustila ja toimintakyky saattavat heikentyä ruokailuun liittyvien ongelmien, kuten nielemisvaikeuksien ja syömistä vaikeuttavien hahmottamishäiriöiden takia. Monet sairaudet, vähäinen liikunta, vähäkuituinen ravinto ja riittämätön nesteiden saanti voivat puolestaan aiheuttaa ikääntyneelle tyyppillistä ummetusta, joka voi pahentaa iäkkään inkontinenssia, heikentää elämänlaatua,

lisätä hoitohenkilökunnan työmäärää ja kasvattaa kustannuksia. (Soini 2009, 197; Suominen 2013, 486, 490.)

Ruokaan ja ruokailutilanteisiin liittyy tunteita ja muistoja sekä eri aisteja aktivoivia tekijöitä. Ruokailutapahtumalla on iäkkäälle myös tärkeä sosiaalinen ja kuntouttava merkitys (Rajaniemi & Sarvimäki 2005, 23). Maittava ja ravitseva ruoka, siisti ja kalettu pöytä sekä aikuiselle sopivat, käytännölliset ja itsenäistä ruokailua tukevat ruokailuvälineet mahdollistavat viihtyisän ja terveyttä edistävän ruokailuhetken. Lääkkeiden ottaminen tulee pitää ruokailusta erillään, ettei lääkkeen maku muuta ruoan makua. Ruokailutilanteen tiukat hygieniavaatimukset, käsihygieniaa lukuun ottamatta, voivat rajoittaa vanhan ihmisen toimijuutta ja tulee siksi unohtaa. Mikäli ikääntynyt asiakas kieltäytyy syömästä, on hoitohenkilökunnan tärkeää selvittää siihen syy. (Ikääntyneen ravitsemusopas 2014, 4; Räsänen 2019, 22–23.) Ruokahaluttomuuden taustalla voivat olla muun muassa runsas lääkitys, murtumien tai leikkausten jälkitilat, masennus tai muistisairaus tai suun ja nielun sairauksista tai hampaiden ongelmista johtuvat puremis- tai nielemisvaikeudet (Hakala 2015). Toisaalta heikentynyt ravitsemustila saattaa olla syynä suun terveydentilan heikkenemiseen; tulehduksiin, sieniinfektioihin, syljenerityksen heikkenemiseen ja nielemisvaikeuksiin sekä makuaistin muuttumiseen (Suominen 2013, 493).

Ikääntyminen tuo muutoksia unen rakenteeseen noin 60 ikävuodesta lähtien. Nukahamisaika pitenee, yöni katkeaa useiden lyhytkestoisten heräämisten vuoksi ja uni muuttuu aiempaa pinnallisemmaksi. Iäkäs henkilö herää kevyestä unestaan keskiikäistä herkemmin yöaikaisten äänien vaikutuksesta. Päiväaikainen tapahtumattomuus, liikunnan vähäisyys ja jatkuva sisätiloissa oleskelu voivat aiheuttaa uni-valvetytmin häiriöitä. Sairastuminen ja sairaalaympäristöön siirtyminen, keholle sopimaton vuode, monien fyysisten sairauksien puutteellinen hoito, lääkkeiden sivuvaikutukset sekä muistisairaus tai Parkinsonin tauti ovat tekijöitä, jotka saattavat häiritä iäkkäiden unta. (Kivelä 2013, 367, 360–370.)

Osastokuntoutusjaksolla iäkkään henkilön hyvää yöunta voi turvallisesti edistää toiminnallisen unettomuuden hoitoon kehitettyjen lääkkeiden, kuten lyhyt- ja pitkävaikutteisten melatoniinvalmisteiden avulla. Riittävä kivunhoito on tärkeää, mutta sen lisäksi lääkkeettömiä hoitomuotoja hyvän yöneden edistämiseksi ovat päiväaikaisen

toimeliaisuuden, kuten liikunnan ja sosiaalisen toiminnan, lisääminen, yöaikaisten äänien vähentäminen, päiväaikaisen kirkkaan valaistuksen tai auringonvalossa olemisen lisääminen sekä fyysisten sairauksien hyvästä hoitotasapainosta huolehtiminen. (Kivelä 2013. 370–371.)

3.2.3 Psykkinen ulottuvuus

Elämänlaadun psykkinen ulottuvuus liittyy mielen hyvinvointiin. Ikääntyvän ihmisen psykkinen hyvinvointi ja elämänlaatu rakentuvat hyvästä itsetunnosta, varauksettoman hyväksymisen ja arvostuksen tunteesta, merkityksellisyyden ja ilon kokemuselisuudesta sekä halusta nauttia elämästä, olla onnellinen ja rakastettu. (Räsänen 2019, 24.) *Psykkinen toimintakyky* on kokonaisuus, joka muodostuu mielen hyvinvoinnista ja elämäntilasta. Se ilmenee emotionaalisina voimavaroina, mielialana, kykyä arvostaa itseään ja selviytyä erilaisista elämän haasteista. Kognitiivinen toimintakyky liittyy erottamattomasti psykkinen toimintakykyyn, sillä muutokset toisessa vaikuttavat aina toiseen joko parantaen tai heikentäen sitä. (Voutilainen 2009, 126.)

Elämänhalu on tärkeä osa mielen hyvinvointia, sillä se antaa ihmiselle voimaa sekä kykyä ja motivaatiota huolehtia itsestä ja omasta terveydestä. Ikääntyneen elämänhalua vahvistaa kokemus siitä, että hän on arvostettu, tarpeellinen ja kykenevä. Tämä asia on tärkeää huomioida hoitotyössä siten, että annetaan asiakkaan tehdä itseä koskevia päätöksiä, annetaan hänelle tilaisuuksia oppia tekemään asioita itse ja kannustetaan häntä tekemään omatoimisesti kaikki se, mihin hän kykenee. Liiallinen palvelu ja auttaminen tekevät ikääntyneestä muista riippuvaisen ja vähentävät hänen itsenäisyytensä ja toimintakykyään. (Rajaniemi & Sarvimäki 2005, 24; Räsänen 2019, 25.)

Pyrkimys asiakkaan yksilöllisten tarpeiden tyydyttämiseen on yksi niistä käytännön vanhustyön menetelmistä, joilla pyritään tukemaan asiakkaan kokemaa hyvinvointia. Louis Tay ja Ed Diener (2011) ovat tutkineet inhimillisiä tarpeita ja niiden vaikutusta subjektiiviseen hyvinvointiin eri maissa ja kulttuureissa. Heidän mukaansa on olemassa kulttuurista riippumattomia yleismaailmallisia ja toisistaan irrallisia tarpeita, joiden vaikutus subjektiiviseen hyvinvointiin on merkittävä. Yhteiskunnalla tai yhteisöllä on tärkeä merkitys perustarpeiden tyydyttämisen kannalta, kun taas yksilölliset

tekijät vaikuttavat enemmän psykologisten tarpeiden tyydyttymiseen. Toisin kuin Maslow'n tarvehierarkiateoriassa (Hopper 2019) ei Tayn ja Dienerin mukaan sillä järjestyksellä, miten tarpeet tyydyttyivät, ollut voimakasta vaikutusta subjektiivisen hyvinvoinnin kokemiseen. Perustarpeiden tyydyttyminen havaittiin yleismaailmallisesti merkitykselliseksi elämän arvioinnin kannalta, kun taas psykologiset ja sosiaaliset tarpeet osoittautuivat tärkeiksi mielen hyvinvoinnille. (Tay & Diener 2011, 364.)

Erilaisten taide- ja kulttuurielämysten on todettu vaikuttavan positiivisesti ikäihmisten kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin tyydyttämällä itsensä toteuttamisen ja kehittämisen tarpeita. Kuntoutusosastolla kulttuuri-interventiot voidaan toteuttaa esimerkiksi musiikkina, teatterina, kuvataiteena tai luovina kädentaitoina. Taiteen ja kulttuurin kokeminen tai tekemiseen osallistuminen tuovat hoivayksikössä olevalle ikäihmiselle hänen tarvitsemiaan elämyksiä, kokemuksia ja tunteita. Hoivayksikön arkeen sijoitetut, pienimuotoisetkin kulttuurihetket voivat vähentää asiakkaan kipulääkityksen tarvetta, alentaa verenpainetta ja lyhentää kuntoutumiseen tarvittavaa aikaa. Mahdollisuus kokeilla ja nauttia erilaisista taide- ja kulttuurimuodoista tuo ikäihmisen elämään iloa ja onnellisuuden kokemuksia, virkistää muistia sekä säännöllisesti toistuvana toimintana vähentää syrjäytymisen ja muistisairauteen sairastumisen riskiä. Musiikin avulla voi saada lisätehoa aivohalvauspotilaiden toipumiselle tai yhteyden itseensä sulkeutuneen muistisairaana luo. (Crossick & Kaszynska 2016, 101, 109, 112; Rinne 2019, 290–292, 295–296; Otsamo 2020.)

Osastokuntoutusjaksoa voi siihen johtaneesta syystä riippumatta hyödyntää joko kognitiivisen toimintakyvyn alenemista ennaltaehkäisevänä tai sitä kuntouttavana interventiona. On asioita, joihin ei hyvällä hoidolla ja kuntoutuksella voida vaikuttaa, kuten asiakkaan ikä, koulutustaso, perinnöllisyys, kehitysvammaisuus, sosioekonominen asema tai aiemmat päähän kohdistuneet vammat. Asioita, joihin voidaan vaikuttaa, ovat esimerkiksi unihäiriöt, krooninen tai akuutti kipu, masennus, stressi, tupakointi, alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttö, näön ja kuulon heikkeneminen, yksinäisyys tai sellaiset ympäristötekijät, jotka heikentävät iäkkään toimijuutta. Osastokuntoutusjakson aikana edellä mainittuihin, kognitiivista toimintakykyä heikentäviin tekijöihin on mahdollista puuttua joko suoraan, keskustelun ja ohjauksen kautta tai asiakkaan kotiympäristöä muuttamalla, kuitenkin asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. (Eshkoo, Hamid, Mun & Ng, 2015.)

Päivittäinen ulkoilumahdollisuus tukee ikäihmisen mielen hyvinvointia ja kognitiivista toimintakykyä erityisesti silloin, jos ulkoiluhetkeen liittyy jotain havainnointiin ja tarkkaavaisuuteen kannustavaa. Ulkoilun pitäisi kuulua itsestään selvänä osana erityisesti terveydentilaltaan heikentyneiden vanhusten hoitoon, sillä ulkona ihmisen keskushermosto ja aistit saavat monipuolisesti sellaisia ärsykyksiä, jotka sisätiloissa oleskellessa tai liikkuesssa jäävät puuttumaan. Vuodepotilaalle pienimuotoisia ulkoiluhetkiä voidaan järjestää avaamalla potilashuoneen ikkunat tai siirtämällä vuode hetkeksi parvekkeelle tai terassille. (Karvinen 2019, 124–125.)

Ikäihmisille suunnatut digitaaliset terveys- ja älypelit voivat edistää kognitiivista toimintakykyä toimimalla muistelun välineenä tai houkuttelemalla ikäihmisiä vaihtamaan ajatuksia ja kokemuksia toisten kanssa. Uusien taitojen oppiminen kohottaa mielialaa, lisää itseluottamusta ja -arvostusta sekä antaa kokemuksia haasteiden selvittämisestä. Erilaisten pelien pelaaminen harjoittaa ikäihmisen muistia, keskittymistä, tarkkaavaisuutta ja ongelmanratkaisukykyä. (Arolaakso-Ahola 2014, 19–20; Hyvän hoidon kriteeristö 2016, 20; Papunetin www-sivut 2019; Vahvikkeen www-sivut 2019.)

3.2.4 Sosiaalinen ulottuvuus

Sosiaalinen toimintakyky eroaa muista toimintakyvyn ulottuvuuksista siten, että sitä ei voi tarkastella vain yksilön ominaisuutena. Sosiaalinen toimintakyky ilmenee ihmisen kykyinä toimia yhteiskunnassa, yhteisöissään sekä ihmisten välisissä vuorovaikutussuhteissa. Sosiaalista toimintakykyä määrittävät suhteet omaisiin, ystäviin ja muihin kanssaihmiin sekä näiden suhteiden sujuvuus, kyky kantaa vastuuta läheisistä ihmisistä ja tuntee elämän mielekkyys. (Voutilainen 2009, 126; Tiikkainen 2013, 284.)

Ikääntyneen ihmisen sosiaalinen toimintakyky on vahvasti riippuvainen hänen fyysisestä, psyykkisestä ja kognitiivisesta toimintakyvystään, joista erityisesti fyysinen toimintakyky vaikuttaa sosiaalisiin suhteisiin, harrastamiseen ja elinpiirin kokoon. Esimerkiksi näön ja/tai kuulon heikkeneminen voivat vaikuttaa ihmisten väliseen vuorovaikutukseen ja viestintään. Aistien heikkeneminen yhdessä liikkumiskyvyn alenemisen kanssa voivat rajoittaa tai estää hakeutumista toisten ihmisten pariin ja sosiaalisiin

tilanteisiin. Ikäihmisen hyvinvointia ja elämänlaatua saattaa heikentää myös jo pelkkä pelko fyysisen toimintakyvyn heikentymisestä tai menettämisestä. Siten esimerkiksi kaatumisen ja sen seurausten pelko voivat rajoittaa elinpiiriä ja sosiaalista osallistumista. (Isojärvi 2016, 44–47.)

Merkitykselliset ihmissuhteet voivat parantaa ikäihmisen elämänlaatua, henkistä jaksamista ja hyvinvointia. Mitä iäkkäämpi ihminen on, sitä vähemmän voimavarojen kannalta merkitsee sosiaalisen verkoston laajuus ja sitä enemmän suhteet omaan puolisoon ja lapsiin. Leskeytyminen, läheisten omaisten puuttuminen, tarpeettomuuden tunne, sairaus tai heikentynyt toimintakyky voivat lisätä ikääntyneiden kielteistä yksinäisyyttä (Tiikkainen 2013, 288). Yksinäisyyden kokemus lisää riskiä sairastua masennukseen tai dementiaan johtavaan sairauteen. Yksinäisyys lisää myös iäkkään ihmisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta ja itsemurhariskiä. Osastokuntoutusjakson aikana olisi hyvä kartoittaa myös ikääntyneen asiakkaan kokema yksinäisyyden tila. Yksinäisyys koetaan usein häpeällisenä, mutta siitä puhuminen turvallisen ja ammattitaitoisen henkilön kanssa auttaa, ja yksinäisyyteen voidaan yhdessä löytää lievittäviä keinoja. (Routasalo 2009, 187, 193; Isojärvi 2016, 42.)

Osastokuntoutusjaksolla oleminen voi vaikuttaa iäkkään asiakkaan kokemaan yksinäisyyteen myönteisesti tai kielteisesti. Osaston sosiaalinen ympäristö ja siellä solmitut ihmissuhteet voivat lisätä sosiaalisten suhteiden määrää ja vaikuttaa kielteisesti asiakkaan halukkuuteen palata kotiin, yksinäiseksi ja tapahtumaköyhäksi koettuun ympäristöön. Toisaalta osastokuntoutusjakso voi lisätä koettua yksinäisyyden tunnetta ikäihmisen jouduttua pois omasta tutusta elinpiiristään tai jos hän kokee, että hoitajilla ei ole hänelle aikaa tai muiden asiakkaiden seura ei houkuttele erilaiseksi koetun taustan ja elämäkokemusten vuoksi (Isojärvi 2016, 46).

Kuntoutusosaston asiakkailta on mahdollisuus vuorovaikutukseen toisten asiakkaiden kanssa jaetun potilashuoneen, yhteisten ruokailuhetkien ja yhteisissä tiloissa oleskelun kautta. Kuntoutusjakso voi katkaista kotioloissa koetun yksinäisyyden, mutta toisaalta sosiaalisen osallistumisen merkitystä ei pidä kuitenkaan korostaa liikaa. Ikäihmisen autonomian kunnioittamiseen kuuluu, että hän saa itse päättää, kuinka paljon aikaa hän viettää toisten seurassa esimerkiksi ruokailujen lisäksi. Kaikki ikäihmiset eivät koe toisten kuntoutujien joukossa olemista itselleen tärkeänä, vaan he arvostavat enemmän

joko mahdollisuutta omaan rauhaan tai vaihtoehtoisesti kaipaavat yhteyttä itselle merkityksellisiin ihmisiin. Tällöin mahdollisuus joko vetäytyä oman potilashuoneen rauhaan tai ottaa etäyhteys älypuhelimien, tabletin tai tietokoneen kautta läheisiin ihmisiin tukevat asiakkaan autonomiaa ja elämänhallintaa. (Räsänen 2019, 27; Äijö & Tikkanen 2019, 179.)

Jos ikääntyneen asiakkaan muisti on hyvä, mutta fyysinen kunto hyvin heikko ja estää toisten asiakkaiden pariin hakeutumisen, voi tilanne olla hänelle henkisesti hyvin raskas. Jos omaisia ei ole, tai he eivät pysty vierailemaan osastolla säännöllisesti, tulee hoitajista helposti ikääntyneelle tärkeimpiä lähi-ihmisiä ja asiakkaalle annettu hoiva merkitsee asiakkaalle samalla myös ihmissuhteita ja vuorovaikutusta (Isojärvi 2016, 49). Mikäli resurssit eivät salli sitä, että hoitajat pystyisivät viettämään aikaa välttämättömien hoitotoimenpiteiden lisäksi yksinäisen asiakkaan luona, korostuu hoitotoimien aikana tapahtuvan jutustelun ja vuorovaikutuksen merkitys entisestään. Tämä sosiaalinen huolenpito vahvistaa ikääntyneen asiakkaan kokemaa arvostusta ja turvallisuuden tunnetta sekä tukee hänen henkistä hyvinvointiaan. (Räsänen 2019, 28.)

Sosiaalinen vuorovaikutus ja kontakti toiseen ihmiseen muodostuvat eri aistien välityksellä; katseella, kosketuksella, äänellä ja hajuilla on kaikilla oma tärkeä roolinsa vuorovaikutustilanteessa. Kosketus on osa hoitotyötä ja välttämätöntä ihmisen terveydelle ja hyvinvoinnille, sillä se tehostaa elimistön hyvinvointia tukevaa hormonijärjestelmää. Kosketuksen seurauksena elimistön stressihormonipitoisuus, verenpaine ja syke laskevat, kipu lievittyy ja immunitetti vahvistuu. Hoitotyössä kosketus voi olla tervehtimistä kädestä pitäen, välttämätöntä hoito- tai hoivatoimenpiteeseen liittyvää koskemista tai asiakasta suojaavaa koskemista, kuten kiinni pitämistä. Taito koskea oikealla lailla oikealla hetkellä on osa hoitajan hyvää ammattitaitoa ja etiikkaa. (Räsänen 2019, 26–27.)

Sosiaaliseen vuorovaikutukseen hoitolaitoksessa voi liittyä myös ikäihmisen elämäntilannetta heikentäviä tekijöitä. Esimerkiksi hoitajien parityöskentelyyn sisältyy aina se uhka, että ikääntynyt asiakas ohitetaan hoitotilanteessa, ja työntekijät puhuvat keskenään omista asioistaan asiakkaan yli. Asiakkaan huomiotta jättäminen, tahallinen tai tahaton vuorovaikutuksen niukkuus ja yleinen tapahtumattomuus ovat lieväasteisia sosiaalista vuorovaikutusta heikentäviä tekijöitä. Ikäihmisen rankaiseminen, uhkailu,

nuhtelu, ilkeä kielenkäyttö tai huutaminen ovat puolestaan jo henkistä väkivaltaa. Joskus taas tahallinen hiljaisuus, katse tai silmien liike, tarkoituksella tehty mutta viattomaksi naamioitu ele tai hymähdys paljastavat hoitajan arvostuksen puutteen ikääntyneeltä asiakasta kohtaan. Arvostuksen puutetta osoittavat myös alentava tai lapsenomainen puhuttelu tai ikääntyneen ohjaaminen/pakottaminen lapsenomaiseen toimintaan kuntoutuksen nimissä. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002, 39; Räsänen 2019, 27.)

Ikääntyneen saama sosiaalinen tuki auttaa häntä sopeutumaan menetyksiin, toipumaan sairauksista ja selviytymään pitkäaikaissairauksien kanssa (Tiikkainen 2013, 290). Ikääntyneelle asiakkaalle hoitajien hyvää teknistä osaamista tai korkeaa koulutusta tärkeämpää on herkkävaistoinen, arvostava ja ystävällinen kohtelu. Ystävällisyyden tulee näkyä niin sanoissa kuin teoissakin – hoitajan aito hymy voi merkitä asiakkaalle paljon. Hyvät vuorovaikutustaidot ovat osa hoitajan työhön kuuluvaa ammattitaitoa; puhumattomuus, silmiin katsomattomuus ja kliinisen etäisyyden pitäminen asiakkaaseen ovat osoitus huonosta ammattitaidosta, eivät hyväksyttävä osa hoitajan persoonaa työaikana. (Räsänen 2019, 27–28.)

3.3 Hoitohenkilökunnan ja esimiesten ammatillisuus ja eettisyys

Tässä luvussa tarkastelen ensimmäiseksi sitä, miten asiakaslähtöisyys ilmenee kuntoutusyksikön toimintaympäristössä. Seuraavaksi kuvaan hoitohenkilökunnan ja esimiesten ammatillista ja eettistä osaamista, jotka näyttäytyvät asiakastyötä tekevässä työyhteisössä yksilö-, työyhteisö-, ammattiyhteisö- ja asiakastasoilla. Nämä tasot liittyvät erottamattomasti toisiinsa ja ovat merkityksellisiä asiakaslähtöisyyden, työyhteisön viihtyvyyden sekä toiminnan sujuvuuden ja tuottavuuden kannalta (Salminen 2015, 29,135, 177, 193; Widberg-Palo 2017).

3.3.1 Asiakaslähtöisyys

Yksinkertaisuudessaan asiakaslähtöinen hoito ja kuntoutus tarkoittavat sitä, että keskitetään huomio asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin suoritteiden sijaan sekä toimitaan yhteistyössä asiakkaan kanssaan yhdessä asetettujen hoito- ja kuntoutumistavoitteiden

saavuttamiseksi. Yhä useammat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaat eivät enää nykyään tyydy istumaan ja odottamaan, mitä ammattihenkilöt ajattelevat heidän kohdallaan olevan parasta hoitoa. Myös ikäihmisillä on omat näkemyksensä siitä, mitkä ovat heidän elämänsä prioriteetteja, ja millainen hoito on heille parasta. Asiakslähtöisessä hoitotyössä ja kuntoutustoiminnassa henkilökunnan on siis kuunneltava asiakasta sekä joustettava ja sovitettava omat toimintatapansa asiakkaiden tarpeisiin, ei toisin päin. (Royal College of Nursing -www-sivut 2016.) Asiakslähtöistä hoitoa ja kuntoutusta ei kuitenkaan tule yksinkertaistaa tarkoittamaan sitä, että asiakkaalle olisi aina pystyttävä järjestämään kaikki hänen haluamansa palvelut tai että juuri hänen haluamansa palvelut sopisivat hänelle parhaiten. Asiakslähtöisyydessä ei siis ole kyse vain asiakkaan ja omaisten miellyttämisestä. (Pesonen 2010, 24.)

Esimerkiksi asiakslähtöisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman lähtökohtana on, millaiseen toimintaan asiakas itse on valmis, halukas ja kykenevä. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman laadittaessa asiakas on tasavertainen kumppani, jolta tulee selvittää viisi asiaa: (1) miten perehtynyt hän on omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa liittyviin asioihin, (2) mitkä ovat hänen tavoitteensa, (3) mitä hän on tehnyt aiemmin, (4) mitä hän on halukas tekemään juuri nyt ja (5) mitä hän arvelee pystyvänsä tekemään jatkossa tavoitteidensa saavuttamiseksi. Tämä ei tarkoita sitä, että asiakas yksin määrää mitä tehdään vaan että asiakkaan henkilökohtainen tilanne täytyy ymmärtää ja ottaa huomioon hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä. Käytännössä asiakslähtöinen toiminta voi siis tarkoittaa sitä, että asiakkaan hoito ja kuntoutus etenevät pienin askelin, ja lopullinen päämäärä saavutetaan hitaammin kuin ammattihenkilön mielestä olisi lääketieteellisesti ideaalista. Asiakslähtöinen toiminta vaatii usein neuvotteluja ja kompromisseja sekä asiakkaalta, omaisilta että hoitohenkilökunnalta haluttuun lopputulokseen pääsemiseksi. (Royal College of Nursing -www-sivut 2016.)

Asiakslähtöisessä ajattelussa sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävä asiakas on hoidon ja palvelun laadun suhteen paitsi kokija, myös arvioija ja kehittäjä. Siksi asiakas tulee ottaa tasavertaisena kumppanina mukaan myös palvelujen suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin. Asiakslähtöinen toimintatapa auttaa varmistamaan sen, että kehitettävät palvelut tulevat vastaamaan asiakkaiden todellisiin tarpeisiin mahdollisimman hyvin. Parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen pääsemiseksi palveluita käyttävät ihmiset ja heidän omaisensa tulisi asettaa päätöksenteon keskiöön, tunnustaa heidän

asiantuntijuutensa ja antaa heidän toimia yhteistyössä ammattilaisten kanssa. (Voutilainen ym. 2002, 38–40; Health Innovation Network -www-sivut 2014; Räsänen & Valvanne 2017, 32–33.)

Asiakaslähtöisyyteen kuuluvat paitsi asiakkaan fyysisestä hyvinvoinnista, turvallisuudesta ja henkisestä tuesta huolehtiminen, myös hoito- ja kuntoutuspolun katkeamattomuuden varmistaminen osastohoidon jälkeen. Asiakkaalle on ensisijaista saada oikeita palveluja oikeaan aikaan, siksi hänen hoitoonsa osallistuvien henkilöiden tulee kommunikoida keskenään ja työskennellä koordinoitusti yhteistyössä. Näin saadaan varmistettua se, että asiakasta koskevissa asioissa toteutuu avoimuus ja hyvä tiedonkulku. Avoimuuteen ja hyvään tiedonkulkuun kuuluu, että ikääntynyt saa riittävästi, automaattisesti ja oikeaan aikaan tietoa sekä sairauksistaan ja niiden hoidosta, lääkkeitään että jatkohoitosuunnitelmastaan. Asiakaslähtöisten palvelujen toteutumiseksi palvelutarjonnasta vastaavien organisaatioiden on huolehdittava siitä, että hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen on riittävällä tasolla. (Voutilainen ym. 2002, 39; Health Innovation Network -www-sivut 2014; Räsänen & Valvanne 2017, 32–33.)

Asiakaslähtöisyys näyttäytyy myös hoitohenkilökunnan asenteessa myötätuntoisena ja arvostavana suhtautumisena sekä asioiden ajattelemisena asiakkaan näkökulmasta käsin. Asiakaslähtöinen asenne johtaa toimintatapaan, jossa hoitohenkilökunta tunnistaa asiakkaan tarpeet, arvot, perhesuhteet, sosiaalisen ympäristön ja elämäntavan. Asiakas nähdään yksilönä, jonka kanssa pyritään yhteistyössä kehittämään mahdollisimman toimivia ratkaisuja kuntoutumisen edistymiseksi hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen. (Health Innovation Network -www-sivut 2014.)

Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan ihmisen oikeutta määrätä itseensä liittyvissä asioissa. Potilaslain mukaan potilasta tai asiakasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 2.luku, 6 §) ja hänen päätöksiään kunnioittaen. Myös muistisairaalla ihmisellä on itsemääräämisoikeus omaa hoitoaan koskien, vaikka hän ei enää kykenisi hoitamaan esimerkiksi taloudellisia asioitaan. Ikääntyneen itsemääräämisoikeus muodostuu *ajattelun, tahdon ja toiminnan autonomiasta*. Ajattelun autonomiaa tukee se, että ikääntyneen valinnoille ja päätöksille ei ole ennalta määritelty reunaehtoja. Tahdon autonomia toteutuu, jos ikääntyneen mielipiteitä kuunnellaan ja hänellä on mahdollisuuksia vaikuttaa asioiden

kulkuun. Toiminnan autonomia toteutuu, jos asiakas on itse tyytyväinen toimintakykyynsä ja selviytyy mahdollisimman itsenäisesti hänelle merkityksellisistä askareista. (Räsänen & Valvanne 2017, 32.)

Sairaalaympäristössä ikääntyneen ihmisen itsemääräämisoikeus ei toteudu, jos hänen ajatuksiaan ja toiveitaan ei kysytä, avuntarpeeseen ei vastata tai avun saaminen kestää pitkään. Ikääntyneen on saatava itse määritellä tarpeitaan ja tavoitteitaan, ja hänelle on annettava mahdollisuuksia osallistumiseen ja tasavertaiseen vuorovaikutukseen. Itsemääräämisoikeus heikentyy, jos asioita tehdään ikääntyneen puolesta, jos työntekijöiden kanssa on vaikeaa keskustella tai jos tiedonkulku häntä itseään koskevissa asioissa on puutteellista. Itsemääräämisoikeutta heikentävät myös liikkumisen rajoittaminen tai rauhoittava/antikolinerginen lääkitys. (Räsänen & Valvanne 2017, 32–33.)

3.3.2 Ammatillisuus ja eettisyys eri tasoilla

Yksilötaso

Ammatillisuuden perustasolla on yksilö, jonka asema organisaatiossa voi olla mikä vain: hoitotyöntekijä, lähiesimies, ylemmän johdon edustaja tai osastosihteeri. Jokaisen yksilön kohdalla ammatillisuus ilmenee jatkuvana itsensä kehittämisenä ja itsearviointina. Ammatista riippumattomia, kehitettäviä ominaisuuksia voivat olla esimerkiksi asiakaspalveluhenkisyys, eettinen osaaminen, positiivinen asenne, yhteistyö- tai vuorovaikutustaidot, halu kehittyä ja kehittää sekä kyky tunnistaa ja noudattaa työpaikan pelisääntöjä. Kehitettävää substanssiosaamista ovat puolestaan omassa ammatissa tarvittavat tiedot ja taidot. (Salminen 2015, 67–69; Widberg-Palo 2017.)

Salmisen (2015, 71–73) mukaan yksilö ei voi menestyä työssään ilman ammatillista suhtautumista omaan työhön, työtovereihin, työnantajaan ja asiakkaaseen. Ammatillisuus ilmenee oman ajattelun ja tunteiden hallintana, terveenä ylpeytenä omasta ammattitaidosta ja haluna kehittää ammattitaitoaan edelleen. Yksilön tulee ymmärtää oman työnsä merkitys osana laajempaa kokonaisuutta, arvostaa paitsi omaa työpanostaan, myös työnantajaa, työtovereita, esimiehiä ja asiakkaita sekä olla toiminnassaan joustava ja yhteistyöhaluinen.

Eettinen osaaminen ilmenee työntekijän kykynä hillitä kielteisiä tunnereaktioita työ- ja asiakastilanteissa ja taitona olla puhumatta pahaa asiakkaista, työtovereista, yhteistyökumppaneista tai organisaationsa palveluista tai toiminnasta (Salminen 2015, 71). Hoitotyössä työntekijän eettinen osaaminen ilmenee siten, että työntekijä uskaltaa puuttua asiakkaiden hoidossa ilmeneviin epäkohtiin ja pyrkii itse hyvään hoitotyöhön huomioimalla asiakkaan elämäntilanteen. Työntekijä on myös selvillä asiakkaan taustasta ja kohtaa hänet tasavertaisena pyrkien luomaan turvallisuuden tunnetta ja tukemaan asiakkaan sen hetkistä toimintakykyä. (Tarhonen 2013. 27.)

Hoitoalalla puhutaan usein resurssien puutteesta ja siitä johtuvasta kiireestä. Kiireellä perustellaan sitä, miksi joudutaan tinkimään eettisyydestä tai välttämättömän hoidon tai hoivan tasosta. Salmisen (2015, 90–94) mukaan kiirettä synnyttävät syyt voidaan jakaa kolmeen luokkaan:

1. Toimintaympäristön aiheuttama kiire; työtä on enemmän kuin sen tekemiseen tarvittavia resursseja. Syynä voivat olla kausiluonteinen kiire, pula sopivista työntekijöistä, heikot työjärjestelyt tai puutteellinen vuorovaikutus muiden toimijoiden kanssa. Työntekijöiden vastuulla on *aina* ilmoittaa esimiehelle kiireestä ja sen vaikutuksista työhön sekä pyytää toimenpiteitä tilanteen korjaamiseksi.
2. Työntekijästä itsestään johtuva kiire; syynä esimerkiksi puutteellinen osaaminen tai heikot itsensä johtamisen taidot. Työnantajan vastuulla on järjestää työntekijälle riittävästi koulutusta ja perehdytystä, jotta tämä selviytyisi työtehtävistään, mutta myös työntekijällä itsellään on velvollisuus kehittää omia taitojaan ja ottaa selvää asioista, joita hän ei hallitse tai tiedä.
3. Tunnetilan aiheuttama kiireen tuntu; voi ilmetä sekä yksilö- että ryhmätasolla, vaikka todellista tekemistä ei olisikaan kovin paljon juuri sillä hetkellä. Syynä kiireen tunteeseen voi olla, että työtehtävien luonteesta tai vaativuudesta ei ole selkeää mielikuvaa tai niiden tekemistä ei ole aikataulutettu kunnolla.

Tilapäinen kiire ja siitä johtuva stressi työpaikalla eivät ole haitallisia, mutta pitkään jatkuessaan ne heikentävät työntekijöiden suorituskykyä, haittaavat uuden oppimista, vähentävät työssäviihtymistä ja vaikuttavat asiakkaan kohtaamiseen. Kiireen tunnetta ei tule helpottaa jättämällä työtehtäviä tekemättä, vaan miettimällä kiireen syitä ja vaikuttamalla niihin. Kiireen tunne ei ole merkki työntekijän tehokkuudesta,

ennemminkin se saattaa heikentää työn laatua. (Salminen 2015, 92.) Hoitohenkilökunnan kiireettömyys hoitotilanteissa on myös asia, jota ikääntyneet hyvältä laitoshoidolta toivovat (Voutilainen ym. 2002, 16–17).

Työssä koettuun kiireeseen tulisi puuttua nopeasti, sillä tilanteen pitkittyessä ongelmien ratkaisu on usein vaikeampaa. Työntekijöitä tulisi ohjata tarkkailemaan omaa ajankäyttöään ja tunnistamaan jo varhaisessa vaiheessa paineen kertyminen. Työyhteisössä tulisi miettiä yhdessä, miten kiirettä voisi välttää. Yhdessä tekeminen, osallistuminen, sitoutuneisuus asetettuun tavoitteeseen pääsemiseksi ja tärkeysjärjestyksen ymmärtäminen sujuvoittavat työyhteisön toimintaa. (Alapirtti 2019.)

Työntekijän muutostaidot ovat osa ammatillista osaamista. Muutostaidot koostuvat esimerkiksi yksilön kyvystä käsitellä omia pelkotilojaan ja ajatella positiivisesti tulevista, kyvystä innostaa muita mukaan muutokseen sekä kyvystä sietää muutoksen mukanaan tuomaa stressiä ja epävarmuutta säilyttäen oma päätöksenteko- ja toimintakykynsä niistä huolimatta. Hoitoalan organisaatioissa työelämän muutos on jatkuvaa ja väistämätöntä, sillä sekä asiakkaiden tarpeet että hoitotyössä ja kuntoutuksessa käytettävät työmenetelmät ja teknologia muuttuvat koko ajan. Samoin muuttuu ympäröivä yhteiskunta ja sen tarpeet, uusia lakeja säädetään ja tuotteita sekä palveluja kehitetään. Hoitoalan toimijoiden on kuntatasolla pystyttävä vastaamaan yksityisen ja kolmannen sektorin esittämiin haasteisiin kehittämällä aktiivisesti omaa ammattitaitoaan niin, että työssä pystytään vastaamaan myös tulevaisuuden tarpeisiin. (Salminen 2015, 85–86, 88–89; Kulmala 2017, 13.)

Lähiesimiehet ovat muutoksen onnistumisen kannalta tärkeässä asemassa. Muutosjohtajana lähiesimieheltä vaaditaan avointa ja positiivista asennetta sekä kykyä sietää muutoksen työyhteisöön mukanaan tuomaa epävarmuutta, epämukavuutta ja pelkoa. Henkilöstön osoittama pieni muutosvastarinta on normaali ja inhimillinen ilmiö, joka näyttäytyy usein ensireaktionä, kun suunnitteilla olevasta muutoksesta kuullaan ensimmäisen kerran. Muutosvastarintaa voidaan pitää eräänlaisena puolustautumisreaktionä, joka parhaimmillaan tuo esiin muutokseen liittyviä riskejä tai korjattavia asioita auttaen lähiesimiehiä parempiin tuloksiin sekä muutoksen johtamisessa että sen onnistumisessa. Pahimmillaan muutosvastarinta saattaa heikentää koko työyhteisön ilmapiiriä, jakaa työntekijät eri leireihin ja joko hidastaa tai estää yksikön toiminnan tai

asiakkaiden hyvinvoinnin kannalta tarpeellisen muutoksen etenemisen. (Pakkanen 2011, 64–65, 67–68.)

Työyhteisötaso

Työyhteisötasolla ammatillisuutta voidaan käsitellä työyhteisötaitojen kautta. Työyhteisötaidot tarkoittavat jokaisen työntekijän kykyä toimia asemastaan riippumatta vastuullisena, rakentavana ja tuottavana jäsenenä työyhteisössään. Näitä työn sujuvuutta, tuottavuutta ja työssä viihtymistä edistäviä työyhteisötaitoja ovat esimerkiksi hyvät vuorovaikutustaidot, kyky antaa ja vastaanottaa palautetta sekä ratkoa ristiriitoja, kyky tehdä ryhmä- ja tiimityötä sekä toimia projekteissa, kokouksissa ja neuvotteluissa sekä taito verkostoitua. Ammatillisuutta työyhteisössä ilmentävät myös kohtelias, toiset huomioiva käytös sekä kyky asettua toisen asemaan, on tämä sitten asiakas, työtoveri, esimies tai alainen. (Salminen 2015, 136, 144, 149, 153, 157, 159, 164; Widberg-Palo 2017.)

Muutostaidot ja -valmius ovat myös koko työyhteisön yhteinen asia. Jos työyhteisössä on toteutettu vanhusten hoiva- ja hoitotyötä jo vuosien ajan, monet käytössä olevat menetelmät ja toimintatavat saattavat kaivata uudistuksia. Esimerkiksi uudet työntekijät voivat olla muutoksen tarpeessa olevien käytäntöjen kannalta avainasemassa, sillä he tuovat mukanaan yhteisöön uutta tietoa ja uusia toimintatapoja. Työyhteisön ja erityisesti esimiesten asenteesta ja rohkeudesta riippuu se, miten vanhoja toimintatapoja ollaan valmiita kyseenalaistamaan ja muuttamaan. (Kulmala 2017, 13.)

Komu, Rissanen & Renforsin (2013, 284–285) tutkimukseen perustuvan artikkelin mukaan vanhustyön yksiköissä työskentelevät iäkkäämmät työntekijät suhtautuvat positiivisemmin vanhuksiin omatoimisuuden, ulkoisen olemuksen ja vallankäytön osalta kuin nuoremmat työntekijät. Positiivinen asennoituminen on tärkeässä roolissa hoitotyön laadun näkökulmasta, ja siksi myönteisimmin vanhuksiin suhtautuvan ikäluokan eläköityminen on uhkatekijä hoitoyksikön eettisyyden kannalta. Tästä syystä työyhteisössä tulisi pyrkiä selvittämään työntekijöiden asennoituminen vanhuksiin ja vaikuttamaan kielteisiin asenteisiin siirtämällä iäkkäimpien työntekijöiden hiljaista tietoa nuoremmille muun muassa mentoroinnin keinoin.

Haataja (2015) on tutkinut eettistä johtamista sosiaali- ja terveysalalla. Hänen tekemänsä kirjallisuuskatsauksen mukaan esimiehen eettisiin työyhteisötaitoihin kuuluu esimerkiksi rohkea oman roolin ottaminen johtajana olematta kuitenkaan käskyttäjä, asioiden johtamisen hallintataidot (management) ja ihmisten johtamisen hallintataidot (leadership). Ihmisten johtamistaitoihin kuuluvat muun muassa henkilöstön oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen kohtelu sekä muutosjohtamisen osaaminen. Eettinen johtaja ottaa työntekijät mukaan muutoksen suunnitteluun ja toteutukseen sekä rohkaisee heitä oma-aloitteisuuteen ja yhteistyön tekemiseen. Hän osaa huomioida työntekijöiden erilaisuuden johtamisessaan, sallii asiallisen kritiikin esittämisen työyhteisössä sekä tunnistaa henkilöstön osaamisen tasapuolisesti ketään suosimatta. Eettiseen johtamiseen kuuluvat myös yhteistyö ja hyvä tiedonkulku esimiehen ja ylemmän johdon välillä sekä dialogisuus esimies-alaisuhteissa. (Haataja 2015, 32, 37, 42.)

Ammattiyhteisötaso

Ammattiyhteisötasolla ammatillisuus näyttäytyy myönteisenä suhtautumisena oman ammattitaidon kehittämiseen, valmiutena ottaa käyttöön uusia toimintatapoja ja teknologiaa, omista virheistä ja onnistumisista oppimisena, taitona antaa rakentavaa palautetta ammattitaitoon liittyen, aktiivisena palautteen hankkimisena muilta sekä kykynä vastaanottaa palautetta objektiivisesti. (Salminen 2015, 195–196.)

Työelämässä mukana pysyminen ja menestyminen vaatii myös hoitoalalla jatkuvaa oman ammattitaidon kehittämistä. Työnantajan vastuulla on tarjota työntekijöille ammatillista koulutusta muutoksista selviytymisen tueksi, mutta päävastuu ammattitaidon ylläpitämisestä ja kehittämisestä on kuitenkin työntekijällä itsellään. Yksinkertaisimmillaan omaa ammattitaitoa voi ylläpitää esimerkiksi lukemalla säännöllisesti omaan toimialaan liittyviä ammattilehtiä ja artikkeleita. Omassa ammatissa kehittymiseen tarvitaan kuitenkin myös systemaattista opiskelua, selkeitä oppimistavoitteita, pitkäjänteistä sitoutumista sekä omatoimista osallistumista. (Salminen 2015, 193.)

Ammatillisen kehittymisen perustana on työntekijän itsearviointitaito. Itsearviointitaito tarkoittaa kykyä arvioida kriittisesti omaa toimintaansa, osaamistaan ja kehitystarpeitaan. Itsearvioinnin kautta ihminen pystyy tunnistamaan omat vahvuutensa ja heikkoutensa työntekijänä sekä hyödyntämään tätä tietoa itsensä kehittämisessä. Pelkkä omiin heikkouksiin keskittyminen ja niiden korjaaminen ei takaa ammatillista

kehittymistä, vaan parhaat tulokset saa lähtemällä liikkeelle omien vahvuuksien kehittämisen kautta. (Salminen 2015, 200.)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE julkaisi vuonna 2011 raportin *Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta*. ETENE on koonnut raporttiin sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten toimintaa koskevat eettiset suositukset, joiden mukaan (1) asiakkaiden ja potilaiden ihmisarvon ja ihmisen kunnioittaminen on kaiken toiminnan perusta. (2) Ammattihenkilön toiminnan keskeisenä tavoitteena on asiakkaan ja potilaan etu; hyvän tekeminen ja vahingon välttäminen. (3) Asiakkaan ja potilaan sekä ammattihenkilön välinen tai ammattilaisten keskinäinen vuorovaikutus perustuu toisen arvostamiseen, inhimillisyyteen, luottamukseen, rehellisyyteen sekä sovittuihin tavoitteisiin ja toimintaan sitoutumiseen. (4) Ammattihenkilöstö vastaa työnsä laadusta, mikä ilmenee ajantasaisen ammatillisen ja eettisen osaamisen hallintana. (5) Eettisyys huomioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksenteossa kaikilla tasoilla, minkä ansiosta työnantajan linjaukset ja päätökset ovat yhteneväiset ammattihenkilöstön eettisten periaatteiden kanssa. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 5–7.) Jokaisella sosiaali- ja terveysalan ammattikunnalla on lisäksi omat eettiset ohjeensa.

Asiakastaso

Henkilökunnan asiakastaidot ovat osa asiakaskeskeistä toimintaa ja ammatillisuutta. Kuntoutusosaston työntekijä kouluttaa tähän tasoon liittyvää osaamistaan voidakseen tarjota iäkkäille asiakkaille ja heidän omaisilleen onnistuneen asiakaskokemuksen osastokuntoutusjaksolta.

Asiakaspalvelutaidot ovat tärkeä osaamisalue hoitotyötä tekeville. Asiakaspalvelu koostuu sekä *palvelusuorituksista* että *palveluprosessista*. Palvelusuoritukset koostuvat esimerkiksi kuntoutusosastolla yksittäisistä hoiva-, hoito- ja kuntoustilanteista tai lääkärinkierrosta, kuntoutuspalavereista, mihin asiakas ja omainen osallistuvat tai kohtaamisesta, missä osastosihteeri auttaa asiakasta hankalien kaavakkeiden täyttämisessä. Palveluprosessi muodostuu siitä kokonaisuudesta, miten osastolla toimitaan ja millaiset puitteet toimintaan sillä on tarjota. Tutkimusten mukaan asiakkaat ovat sitä tyytyväisempiä, mitä laadukkaampi palveluprosessi kokonaisuudessaan on. (Salminen 2015, 185.)

Hyvä asiakaspalvelu koostuu monesta eri tekijästä, joista tärkeimpinä esiin nousevat hoitohenkilökunnan ystävällinen asenne ja aito kiinnostus asiakasta kohtaan. Työntekijän, sekä vakituisen että sijaisen, on myös tunnettava edustamansa organisaation arvot, toimintatavat ja palvelut. Asiakkaiden palveluntarve on osattava tunnistaa, ja palveluntarpeeseen vastaamisen on mentävä esimerkiksi osaston toimintarutiinien edelle. Erityisesti iäkkäällä palveluntarve voi olla laaja ja hänelle itselleen myös tunnistamaton. Silloin hoitohenkilökunnan on osattava ilmeisen hoidontarpeen lisäksi kiinnittää huomiota esimerkiksi asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseen ilman erillistä lääkärin lähetettä. Hyvä asiakaspalvelu näyttäytyy myös täsmällisyytenä ja huolellisuutena erilaisissa hoiva-, hoito- ja kuntoutustilanteissa sekä kyvyssä ratkaista yllättäviä haasteita ja palvelupyyntöjä. Samoin hyvät vuorovaikutustaidot ja taito hallita omia tunteita haastavissa vuorovaikutustilanteissa kuuluvat hyvään asiakaspalveluun. (Voutilainen ym. 2002, 39; Salminen 2015, 184–185.)

Ikääntyvä ihminen arvostaa materiaalin sijaan useimmiten henkisyttä ja tunnetiloja ja hoitajan kiireetöntä ja ystävällistä käytöstä jopa enemmän kuin tämän ammattiosuamista. Hoitohenkilökunnan eettinen osaaminen ilmenee ikääntyneen asiakkaan ja hänen omaistensa arvojen, asenteiden, hengellisen vakaumuksen, elämäntyylin, kulttuurin ja yksilöllisyyden huomioimisena ja kunnioittamisena vaikuttaen siten merkittävästi asiakkaan psyykkiseen hyvinvointiin. Ikääntyneen arvostava, myönteinen ja tasa-arvoinen kohtaaminen toteutuvat eettisissä, hoitoon ja kuntoutukseen liittyvissä tilanteissa esimerkiksi siten, että ikääntyneelle puhutaan kuten aikuiselle ja hänen omia tapojaan ja itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan. Kiireen tunteen välttäminen ja asiakkaan kanssa keskusteleminen ovat osoitus siitä, että asiakas on työntekijälle tärkeä ja merkityksellinen. (Voutilainen ym. 2002, 39; Tarhonen 2013, 25–26; Räsänen 2019, 25.)

Kuntoutusosaston työntekijän eettistä osaamista osoittaa se, että työntekijä uskaltaa puuttua ikääntyneiden hoidossa ilmeneviin epäkohtiin ja pyrkii osana hyvää hoitoa huomioimaan asiakkaan elämäntilanteen, tuntee asiakkaan taustan, kohtaa hänet tasa-arvoisena, luo turvallisuuden ilmapiirin ja tukee asiakkaan sen hetkistä toimintakykyä. Käytännön hoitotyössä voi kuitenkin nousta esiin erityistilanteita, jolloin asiakkaan parhaan toteutumiseksi hoitajan on suunnitellusti toimittava vastoin asiakkaan tahtoa ja oltava kunnioittamatta tämän itsemääräämisoikeutta. Eettinen osaaminen ja

asiakkaan parhaaksi toimiminen voivat siis olla ristiriidassa ja vaatia tilannekohtaista arviointia. (Tarhonen 2013, 27, 29).

3.4 Tiedonkulku ja viestintä hoitoalan toimintayksikössä

Tässä luvussa tarkastelen onnistuneen tiedonkulun ja viestinnän merkitystä hoitoalan toimintayksikössä. Kuvailen myös keinoja, joilla tiedonkulkua voidaan toteuttaa horisontaalisesti yksikön sisällä ja suhteessa omaisiin sekä vertikaalisesti kuntoutusosaston ja ylemmän johdon välillä. Lopuksi käsittelen tekijöitä, jotka saattavat hidastaa tai estää tarvittavan tiedon kulkeutumista eri toimijoille.

Tiedonkulun kannalta elämme ajassa, jossa tiedon hankkiminen ja sen välittäminen on helpompaa kuin koskaan aiemmin. Siitä huolimatta tietokatkokset, tiedon jakautuminen epätasapuolisesti, tiedonkulun puutteellisuus tai tiedon pannaaminen ovat työyhteisöissä tavanomaisia ongelmia. Työyhteisössä tiedon tulisi kulkea eri suuntiin: ylhäältä johtotasolta alas suorittavaa työtä tekeville, alhaalta ylös ja horisontaalisesti työntekijöiden, asiakkaiden, omaisten ja mahdollisten yhteistyökumppanien välillä (Mehtonen 2015, 44). Työyhteisön viestintä voi olla joko tietojen vaihtamista tai monisyisempää vuorovaikutusta, virallista tai epävirallista, sisäistä tai ulkoista. Tiedonkulun varmistaminen ja viestintätaidot kuuluvat ammattiosaamiseen. Niillä on merkitystä paitsi tiedon saannin, myös työyhteisön toiminnan, työviihtyvyyden ja asiakaslähtöisyyden kannalta. Jos tieto kulkee hoitoyhteisössä hyvin ja vuorovaikutus on avointa, se vaikuttaa myönteisesti koko yhteisön ilmapiiriin. (Voutilainen ym. 2002, 39; Laapio 2010, 56.)

Viestintä- ja vuorovaikutustaitoja tarvitaan hoitoalalla moniammatillisessa yhteistyössä sekä kollegojen kanssa (Tarhonen 2013, 31). Salminen on kirjassaan *Työntekijän vastuu ja työelämätaidot* korostanut vuorovaikutus- ja viestintätaitojen merkitystä keskeisenä osana työntekijän ammattitaitoa. Hänen mukaansa taidosta kerätä informaatiota ja muodostaa subjektiivista tietoa ei ole hyötyä ympäristölle, ellei tiedonhaltijalla ole taitoa ilmaista itseään selkeästi ja ymmärrettävästi eri viestintäkanavien kautta kohderyhmän valmiudet tunnistaen ja kuulijaa tunnetasolla innostaen.

Sanallisen viestinnän lisäksi Salminen korostaa sanattoman viestinnän merkitystä tiedon uskottavuutta lisäävänä tai vähentävänä tekijänä. (Salminen 2015, 129–130.)

Tarhosen pro gradu -tutkielman mukaan viestintä- ja vuorovaikutustaidot ovat keskeisiä elementtejä gerontologisessa hoitotyössä. Ikääntyneiden asiakkaiden kanssa kommunikointia helpottavat hoitajan oma työ- ja elämäkokemus. Ikääntyneen asiakkaan kuunteleminen on hoitotyön onnistumisen kannalta olennaista, sillä sen kautta mahdollistuu tietämys asiakkaan taustasta sekä vuorovaikutussuhteen syntyminen ja kehittyminen. Vuorovaikutustilanteissa ikääntyneen asiakkaan taustan yksilöllinen huomiointi, hoitajien tilannetaju sekä oman ja asiakkaan sanattoman viestinnän tunnistaminen ovat merkityksellisiä asioita. Omaisten kanssa tehtävä yhteistyö on ikääntyneelle asiakkaalle arvoa tuottava asia. Asiakkaan hoito- ja kuntoutusmenetelmistä keskusteleminen ja käytettyjen menetelmien perusteleva ehkäisevät omaisten väärinkäsityksiä ja mielikuvia siitä, ettei heidän läheistään auteta riittävästi. (Tarhonen 2013, 29–31.)

Pekkola, Pedak & Aulan tutkimuksen (2013) mukaan työyhteisön sisällä tietoa voidaan hankkia ja jakaa parhaiten sähköpostin, työyksikön ryhmäkokousten ja puhelimen välityksellä. Keskeisimpiä tiedonkulkumenetelmiä olivat viralliset kokouspöytäkirjat, työyksikön oma ilmoitustaulu sekä käytävä- ja kahvipöytäkeskustelut. Vähiten tärkeitä olivat tekstiviestit ja internetin yhteisöpalvelut. Viestinnän onnistumisen perusasioihin kuuluvat vastuuhenkilöiden nimeäminen sekä päivitetty jakelulistat, jotka takaavat viestien perillemenon. Sähköpostiviestien perillemeno edistävät niiden kohdentaminen, sisällön yksikäsitteisyys ja viestin sisältöön palaaminen myös kasvokkain puhumalla. (Pekkola ym. 2013, 71–72, 75.)

Hyvien käytäntöjen dialogit eli hiljaisen tiedon jakaminen on kustannustehokas sekä hyvin suunniteltuna ja toteutettuna yksinkertainen tapa siirtää kokemukseen perustuvaa, arvokasta osaamispääomaa työyhteisössä. Keskeisenä ajatuksena hyvien käytäntöjen dialogeissa on, että jokaisella työntekijällä on hallussaan suuria määriä erilaisia tietoja ja taitoja, joita hyödynnetään omassa työssä tiedostaen tai tiedostamattaan koko ajan. Tiedoista ja taidoista on muodostunut toimivia käytäntöjä, jotka ovat tulosta vuosien varrella käydyistä koulutuksista, toisilta työntekijöiltä oppimisesta ja omasta käytännön kokemuksesta. Esimiehen tehtävänä on olla selvillä työntekijöiden

erityisosaamisesta ja järjestää tälle *hiljaiselle tiedolle* tilaa ja mahdollisuuksia nousta esiin. Hyvien käytäntöjen dialogeissa jaetaan omaa ja yhteisön osaamista arjen työhön liittyen ja samalla kehittyvät myös työyhteisön jäsenten yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot. (Koskimies, Pyhäjoki & Arnkil 2012, 3, 7, 9; Kulmala 2017, 13.)

Hyvien käytäntöjen dialogeja voidaan järjestää ennalta sovitusta aiheista esimerkiksi esimiesten välillä, koko työyhteisön sisällä tai työyhteisön ja sen yhteistyökumppanien kesken. Ne toimivat dialogisena tapana johtaa ja kehittää työyhteisön toimintaa ja tukevat työntekijöiden ammatillista kehitystä, työhyvinvointia ja yhteisöllisyyttä. Hyvien käytäntöjen dialogit ovat muun muassa hyvä keino perehdyttää uusi työntekijä työyhteisön kirjoittamattomaan toimintakulttuuriin ja tuoda sinne vastavuoroisesti hänen osaamistaan. Työyhteisön hyvinä käytäntöinä voidaan pitää eettisesti hyväksyttäviä, sosiaalisesti kestäviä ja vaikuttavaksi todettuja tapoja toimia, joita dialogien tarkoituksena on levittää ja juurruttaa sekä työntekijöiden että asiakkaiden parhaaksi. (Koskimies ym. 2012, 7, 9, 11, 13–15.)

Mehtonen on käsitellyt YAMK-opinnäytetyössään viestinnän merkitystä muutosjohtamisen onnistumisen kannalta. Hänen tutkimustuloksiaan viestinnän ja tiedonkulun toteutumisesta työyhteisössä voi soveltaa myös laajemmassa kontekstissa. Viestinnässä tärkeää on sen oikea-aikaisuus, faktoihin perustuminen ja se, että se on oikein kohdennettu. Ylimmän johdon tehtävänä on viestiä lähiesimiehille organisaation ja työyksikön strategioista, visioista, tavoitteista, keinoista ja toiminnan ohjauksesta. Viestinnän keinoja ylimmän johdon ja lähiesimiesten välillä ovat johtoryhmän kokoukset, sähköpostiviestit, puhelinkeskustelut ja kasvokkain keskusteleminen. Esimiehet viestivät alaisilleen paitsi edellä mainituista asioista, myös resursseista, toimintatavoista ja päätöksistä. Keinoja esimiesten ja alaisten väliseen viestintään ovat osastotunnit, kehityskeskustelut, kehittämisiltapäivät, sähköpostiviestit, puhelinkeskustelut sekä viikoittaiset tai päivittäiset keskustelut. Työyhteisössä merkittäviä epävirallisia viestintäkeinoja ovat lisäksi niin sanottu puskaradio sekä tahaton tai tahallinen ilmeiden, eleiden tai äänensävyn kautta välitetty positiivinen tai negatiivinen informaatio. (Mehtonen 2015, 44–45, 60–61.)

Heino on tutkinut omassa muutoksen johtamista käsittelevässä pro gradu -tutkielmasaan viestinnän epäonnistumiseen johtavia syitä. Tiedonkulku toimii työyhteisössä

puutteellisesti, jos viestintä on yksisuuntaista tai liian hidasta, tiedottamisen sisältö tai ajankohta ajoitetaan väärin tai tietoa ei anneta riittävästi. Sairaalaoloissa tiedonkulkua vaikeuttavat kolmivuorotyö, se, että kaikki työntekijät eivät pääse potilastyöltä yhteisiin kokouksiin/koulutustilaisuuksiin ja myös valikoiva sähköpostien lukeminen. Yksikössä voi olla käytössä myös niin sanottu *uusien asioiden kansio*, josta vuorotyöntekijät tai lomalta palaavat voivat päivittää tietonsa. Jos työntekijät eivät kuitenkaan oma-aloitteisesti lue kansion materiaalia, siinä oleva tieto ei välttämättä saavuta heitä muitakaan kanavia pitkin. Ylempi johto saattaa pantata tietoa suunnitteluasteella olevista, epävarmoista tai keskeneräisistä asioista, vaikka lähiesimiehet ja hoitohenkilökunta haluaisivat saada tietoa heihin ja heidän työtehtäviinsä liittyvistä asioista jo suunnitteluvaiheessa. Edellä mainittujen syiden lisäksi yleinen kiire, resurssipula ja tiedon ajoittainen tulviminen, päällekkäisyys tai ristiriitaisuus ovat myös viestinnän onnistumista heikentäviä tekijöitä. (Heino 2010, 61–62; Laapio 2010, 65–58.)

Hoitohenkilökunnan välillä viestinnän epäonnistuminen saattaa johtua myös puutteellisesta tai ei-tarkoituksenmukaisesta potilasasiakirjojen kirjaamisesta, mikä voi johtaa vajavaiseen tiedonkulkuun asiakkaan totuudenmukaista tilannetta koskien. Mikäli kyseessä on potilaan siirto raportti hoitoyksiköstä toiseen, saattaa paljon epäolennaista informaatiota sisältävä teksti, josta on vaikea poimia olennaiset hoitotiedot, johtaa pahimmillaan asiakkaan/potilaan kuolemaan (Kuokkanen 2020). Asiakkaan voinnin ja toimintakyvyn kuvaamisen kannalta epäolennainen kirjaaminen saattaa näyttäytyä esimerkiksi pelkkänä tehtyjen töiden tai toimenpiteiden luettelemisena, mikä ei ole asiakaslähtöistä ja tarkoituksenmukaista hoitajakson tavoitteiden kannalta. (Tarhonen 2013, 31–32.)

Potilasasiakirjojen kirjaamiselle kannattaa hoitoyksikössä laatia selkeät ohjeet ja käytännöt, sillä muuten työ saattaa miettimisineen viedä suuren osan hoitajan työvuorosta ja olla pois asiakkaan luona vietetystä ajasta. Myös riittävän tehokkaiden tietoliikenneyhteyksien varmistaminen, langaton verkkoyhteys sekä riittävä tietokoneiden tai tablettien määrä yksikössä jouduttavat tiedonkulun kannalta tärkeää potilastiedon kirjaamista ja jakamista. (Nenonen 2017, 50–51.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa perustelen tutkimuksen metodologisia valintoja ja kuvailen tutkimuksessa käytettyä tutkimusotetta, kehittämismenetelmää, tutkimusaineiston hankintaa ja aineiston analysointia.

Tutkimuksen metodologiset valinnat perustuvat siihen, mitkä ovat tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät. Valitsin tämän tutkimuksen lähtökohdaksi laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimusotteen, jossa on kehittämistoiminnan piirteitä. Tutkimuksellinen ja kehittävä lähestymistapa mahdollistaa sekä uuden tiedon tuottamisen että tarvittaessa olemassa olevan asiantilan tai toiminnan muuttamisen (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinos 2017, 34–35). Tutkimusmenetelmänä käytin asiakaslähtöistä Bikva-arviointimenetelmää ja aineistonkeruumenetelmänä haastatteluja sekä sovellettua Learning Café -menetelmää (Innokylän www-sivut 2019). Tutkimusaineiston analyysimenetelmäksi valitsin teoriaohjaavan sisällönanalyysin, sillä analyysi eteni aluksi aineistolähtöisenä, mutta sen lopputulokseen vaikuttivat aikaisemman tiedon merkitys sekä tutkimuksen teoriaosuuden sisältö (Tuomi & Sarajärvi 2018, 110).

4.1 Tutkimusote

Perusteluina laadullisen tutkimusotteen valinnalle oli, että kehittämiskohteena olevan kuntoutusosaston toimintaympäristöstä ja toiminnasta ei ollut olemassa aiempaa asiakaslähtöistä tutkimusta (Kananen 2015, 70–71). Myös laadullisen tutkimuksen piirteinä oleva tutkijakeskeisyys soveltui hyvin tämän tutkimuksen toteuttamiseen. Muita henkilöitä oli mukana vain tiedonhankintavaiheessa eli haastatteluaineistoa kerätessä. Tutkijan ominaisuudessa olin koko prosessin ajan keskeinen toimija ja valintojen tekijä ja vaikutin itse siihen tietoon, mitä julkikirjoitetussa tutkimuksessa käsitellään. (Salonen 2013, 6.)

Tutkimusotteen valintaa tuki myös se, että laadullinen tutkimus ei pyri yleistettävään tietoon, vaan se korostaa ihmistä oman elämismaailmansa kokijana, havainnoijana ja toimijana sekä mahdollistaa tutkittavan ilmiön ymmärtämisen ja sitä kautta teoretisoinnin. Laadullisessa tutkimuksessa on yleensä vain vähän osallistujia, sillä se perustuu

tutkittavan ilmiön laatuun eikä sen määrään. Jokainen tutkimuksessa esiin noussut asia on yhtä merkityksellinen, oli se tullut tietoon yhden tai useamman eri tahon kautta. Lisäksi tutkittavien vähäisempi määrä helpottaa aineiston analysoinnin ja tulkintojen tekemisen hallittavuutta. Tutkimuksessa esiin tulleen tiedon merkityksiä tulee tulkita ja ymmärtää osana asiayhteyttä, sillä saatuun tietoon vaikuttavat esimerkiksi haastattelutilanne tai haastateltavan elämänhistoria. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Ylänne & Paavilainen 2014, 81–83; Kananen 2015, 70–71.)

Tässä tutkimuksessa toteutui laadullisen tutkimuksen perinteinen kulku eri vaiheineen. Tutkimus lähti liikkeelle tarpeesta kehittää toimeksiantajan palveluja asiakkaiden näkökulmasta käsin. Pehdyin tutkimuksen aihealueeseen, laadin tutkimussuunnitelman, asetin tutkimustehtävät ja hankin tutkimusluvan. Empiirisen aineiston keruu tapahtui laadulliseen tutkimukseen soveltuvalla menetelmällä, minkä jälkeen analysoin aineiston tieteellisten, yleisesti hyväksytyjen käytäntöjen mukaisesti sekä tiivistin keskeiset tutkimustulokset. Tutkimuksen lopussa arvioin sen luotettavuuden (validiteetti ja reliabiliteetti), ja lopuksi raportti julkistettiin sekä toimeksiantajan järjestämässä tilaisuudessa että internetissä (Theseus). (Salonen 2013, 10.)

4.2 Kehittämismenetelmä

Tämän tutkimuksen kehittämismenetelmänä on asiakaslähtöinen, laadulliseen tutkimusotteeseen soveltuva Bikva-arviointimalli (*Brygerinddragelse i Kvalitetsvurdering* eli *asiakkaiden osallisuus laadunvarmistajana*), jota voidaan kutsua myös kehittämistä tai tutkimusmenetelmäksi tai tutkimusmalliksi. Malli on kehitetty 1990-luvulla Tanskassa sosiaalipsykiatrian tarpeisiin, ja myöhemmin sitä on käytetty erityisesti Pohjoismaissa julkisen sektorin sosiaalityön kehittämisvälineenä. (Krogstrup 2004, 7; Koivisto 2007, 17.)

Valitsin Bikva-mallin tutkimusmenetelmäksi sen vuoksi, että sen avulla etsitään asiakaslähtöisesti vastauksia niihin kysymyksiin, jotka tutkimuskohteena olevan organisaation kehittymisen kannalta ovat tärkeitä: 1. tulisiko nykyistä käytäntöä jatkaa, 2. tulisiko jotain muuttaa, 3. olisiko syytä aloittaa jotain uutta ja 4. jos, niin mitä. Bikva-mallissa on myös suositeltavaa, että haastattelujen toteuttajana toimii henkilö, jota

asiakkaat eivät tunne etukäteen. Organisaation ulkopuolelta tuleva haastattelija lisää haastateltavien luottamusta tutkimuksen puolueettomuuteen ja nimettömyyden säilymiseen sekä ennen kaikkea siihen, ettei omien mielipiteiden ilmaiseminen vaikuta esimerkiksi osastohoidossa olevien potilaiden kohteluun. (Krogstrup 2004, 26.)

Bikva-mallin ominaispiirteenä on nelivaiheinen haastatteluprosessi, jonka tarkoituksena on saada aikaan oppimista, kehittymistä ja toimintatapojen muutosta työyhteisössä tai organisaatiossa. Kokonaisuudessaan arviointiprosessi etenee asiakastason tiedonkeruusta työntekijätasolle ja edelleen päättäviin elimiin, mutta prosessia voidaan kaikissa sen eri vaiheissa muokata tutkittavana olevan työyhteisön tai organisaation tarpeiden mukaan. Bikva-mallin avulla voidaan asiakkaiden kokemustiedon kautta saada esiin sellaisia organisaation tuottamien palvelujen ongelmakohtia, joista työntekijät, johto tai poliittiset päättäjät eivät ole olleet tietoisia. (Krogstrup 2004, 7–8, 11; Koivisto 2009, 117–119.)

Bikvan lähtökohtana on ulkopuolisen haastattelijan tekemä ryhmähaastattelu, jossa asiakkaita pyydetään avoimen kysymyksen avulla kertomaan perusteltu mielipiteensä saamistaan sosiaali- ja terveysalan palveluista; mikä niissä on myönteistä ja mikä tarvitsee kehittämistä. Asiakkaiden arvio perustuu heidän omiin kokemuksiinsa määrittäen näin palvelujen arvioinnin kriteerit. Asiakslähtöisen menetelmän perusteena on, että asiakkailla on palvelujen laadun, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden kehittämisen kannalta tarvittavaa kokemustietoa. Asiakkaaseen suhtaudutaan yhteistyökumppanina ja arvokkaana tiedonantajana, jonka antama palaute voi toimia työyhteisössä tai organisaatiossa oppimisen käynnistäjänä. (Koivisto 2009, 118–119.)

Bikva-mallin toisessa vaiheessa asiakaspalaute viedään työntekijöiden ryhmähaastatteluun. Tavoitteena on saada työntekijät pohtimaan omia käytäntöjään asiakkailta saadun palautteen perusteella ja tekemään omia ehdotuksiaan organisaation toiminnan kehittämiseksi. Asiakkailta saatu palaute toimii näin välineenä prosessissa, jossa työntekijät joutuivat miettimään asiakaspalautteen syitä ja antamaan oman arvionsa organisaationsa tarjoamista palveluista ja omasta ammatillisesta osaamisestaan. (Krogstrup 2004, 22; Koivisto 2009, 119, 125.)

Krogstrupin (2004, 22) mukaan työntekijöiden ryhmähaastattelussa ilmi tulleet kehittämisehdotukset tai haasteet voidaan jakaa kolmeen eri luokkaan: 1. haasteet, jotka siirtyvät käsiteltäviksi esimies- ja johtajatasoille, 2. haasteet, jotka siirtyvät poliittisten päättäjien käsiteltäviksi ja 3. haasteet, joita tullaan käsittelemään edelleen kehityskeskusteluissa, henkilöstökokouksissa tai muissa vastaavissa tilanteissa. Työntekijöiden haastattelu voi joko johtaa välittömiin toimenpiteisiin työntekijöiden tai organisaation toiminnassa tai esiin nousseet haasteet voivat myös siirtyä sellaisenaan Bikva-mallin kolmanteen ja/tai neljänteen vaiheeseen esimiesten ja poliittisten päättäjien käsiteltäviksi. Koiviston (2009, 125) mukaan tavallisesti suuri osa asiakkaiden toiveista ja ideoista on sellaisia, että työntekijät voivat toteuttaa niitä kysymättä lupaa ylemmältä taholta. Tällaiset asiakkaiden toiveet voivat koskea esimerkiksi työkäytäntöjen sisältöä tai muutoksia päiväjärjestyksessä.

Bikva-mallin kolmannessa vaiheessa asiakkaiden ja työntekijöiden haastatteluista saatu palaute ja kehittämisehdotukset esitetään työyhteisön johdolle. Ryhmähaastattelun ensisijaisena tarkoituksena on pohtia asiakkailta ja työntekijöiltä saadun palautteen perusteita ja syitä. Lisäksi arvioidaan, mitkä kehitystarpeet olisi hyvä saattaa ylemmän johdon tai poliittisten päättäjien tietoon. (Krogstrup 2004, 15–16; Reijonen 2011, 2.)

Bikva-tutkimuksen neljännessä vaiheessa työyhteisön johdon kanssa yhteisesti sovitut asiat viedään tiedoksi kunnan johtajille tai poliittisille päättäjille, mikäli esiin on nousut heidän päätäntävallassaan olevia asioita. Tilaisuus on usein luonteeltaan keskustelunomainen, ja siinä esitetään kolmesta edellisestä tutkimusvaiheesta koostettu arviointiraportti. Johtajat tai poliittiset päättäjät on tärkeää saada mukaan prosessiin, sillä he ovat vastuussa kunnan sosiaali- ja terveystaloudesta ja voivat vaikuttaa käytettävissä oleviin resursseihin. Bikva-mallin tiedonkeruuosuus päättyy tämän neljännen vaiheen jälkeen johonkin seuraavista lopputuloksista: 1. joillekin kehittämistarpeille ei voida välittömästi tehdä mitään esimerkiksi lakisääteisistä syistä johtuen, 2. keskustelun jälkeen poliittiset päättäjät tulevat siihen lopputulokseen, että nykyistä käytäntöä ei muuteta tai 3. poliittiset päättäjät tekevät päätöksiä tarkoituksenaan muuttaa haasteellisiksi osoittautuneita käytäntöjä. (Krogstrup 2004, 23; Koivisto 2009, 119, 125–126.)

Bikva-menetelmän arviointiprosessi päättyy siihen, kun kaikki haastattelutasot on käyty läpi ja haastatteluista on kirjoitettu raportti. Eettisyyden vuoksi on tärkeää, että kaikille haastatteluihin osallistuneille osapuolille järjestetään mahdollisuus tutustua raportin sisältöön. Menetelmän lopullisena tavoitteena on, että esiin nousseet kehittämisideat muuttuvat työyhteisössä tai organisaatiossa tehtyjen päätösten jälkeen konkreettisesti uusiksi toimintatavoiksi tai muutoksiksi. Tavoitteena on myös se, että Bikva-menetelmästä tulee jatkossa toistuva käytäntö. Tällöin menetelmää voi soveltaa ja keventää keskittyen johonkin tiettyyn teemaan tai jättämällä joitain vaiheita tai haastattelukierroksia pois. (Koivisto 2009, 120, 126–127.)

Bikvan tarkoituksena on saada organisaation eri tasoilla aikaan oppimista ja muutoksia totuttuihin näkökulmiin sekä ajattelu- ja toimintatapoihin. Tutkimusten mukaan vaikeimmin muuttuvat asiat ovat ylimmän johdon ja poliittisten päättäjien päätösvallan alaisia ja koskevat resurssien jakoa tai suuria sosiaali- ja terveydenhoitoalan poliittisia linjauksia. Työntekijöiden ja lähiesimiesten päätettävissä olevat, työyksikön toimintaan liittyvät asiat voivat muuntua Bikva-prosessin tuloksena helpostikin toimijoiden asenteesta ja aktiivisuudesta riippuen. (Koivisto 2009, 127.)

4.3 Tutkimusaineiston hankinta ja aineiston analysointi

Tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä olivat asiakastasolla yksilö- ja parihaastattelut omaisen läsnäollessa sekä työntekijä-, esimies- ja johtajatasoilla ryhmähaastattelut. Työntekijätasolla keräsin aineistoa haastattelun lisäksi sovelletun Learning Café -menetelmän ja kuntoutusosastolle vietyyn palautelaatikkoon pudotettujen Post-it -lappujen avulla. Haastateltavien joukko valittiin tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukaisesti, sillä määrällisesti pientä henkilöryhmää haastatteleamalla voitiin saada tutkittavan kohteen kannalta merkittävää tietoa (Hirsjärvi & Hurme 2014, 59).

Asiakashaastatteluja oli yhdeksän, ja niihin osallistui 11 haastateltavaa. Haastatelluista henkilöistä yhdeksän oli kuntoutusosastolla asiakkaana, ja kaksi heistä oli kahden eri asiakkaan omaisia. Osallistujista viisi oli naisia ja kuusi miehiä. Asiakashaastatteluissa käytettiin temahaastattelumenetelmää, jota voidaan pitää lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuotona. Hirsjärvi & Hurmeen (2014, 47–48) mukaan

suomenkielinen *teemahaastattelu* -nimitys perustuu siihen, että haastattelu kohdennetaan tiettyihin, tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien vaatimusten kannalta oleellisiin teemoihin, joista haastateltavien kanssa keskustellaan. Se, että teemahaastattelussa edetään yksityiskohtaisten kysymysten sijaan tiettyjen keskeisten teemojen mukaan, mahdollistaa tutkittavien äänen kuulumisen ilman tarkkoja rajauksia. Tässä tutkimuksessa asiakashaastattelujen tukena käytettiin neljää tutkimustehtävien pohjalta laadittua teemahaastattelukysymystä.

Bikva-mallissa eri haastattelutasojen tiedonkeruu tehdään tavallisimmin ryhmähaastatteluina (Koivisto 2009, 119). Tässä tutkimuksessa perusteluna asiakasvaiheen ryhmähaastattelusta luopumiselle oli ensisijaisesti tutkimusluvan myöntäjän toive, joka perustui kuntoutusosaston asiakkaiden yksityisyyden suojelemiselle. Lisäksi haastateltavien asiakkaiden terveydentila vaikutti haastatteluhetkellä heidän verbaaliseen suorituskyykyynsä siten, että ryhmätilanteessa kaikki eivät olisi saaneet ääntään kuuluville hiljaisen puheäänien tai puheentuotossa olevien vaikeuksien vuoksi. Myös haastateltavien ikäjakauma ja tottumus osallistua keskusteluun vieraiden ihmisten seurassa vaihtelivat niin paljon, että yksilö- ja parihaastattelut lähiomaisen läsnäollessa olivat aineistonkeruun kannalta parempi vaihtoehto.

Työntekijöiden, esimiesten ja perusturvaosaston johtoryhmän haastatteluissa käytettiin ryhmähaastattelumenetelmää. Hirsjärvi & Hurmeen (2014, 61, 63) mukaan ryhmähaastattelu soveltuu tilanteeseen, jossa halutaan tutkia pienoiskulttuurien merkitysrakenteita tai saada tietoa haastateltavien sosiaalisesta ympäristöstä. Menetelmän valintaa tukevat haastateltavien keskinäinen tuttuus ja käsiteltävän aiheen arkisuus. Ryhmähaastattelun avulla tietoa saadaan samanaikaisesti usealta eri vastaajalta, mikä säästää kaikkien osapuolten resursseja.

Työntekijätason ryhmähaastattelun pohjana olivat asiakkailta ja omaisilta saatu palaute sekä kehittämisehdotukset. Ryhmähaastatteluun osallistui kuusi kuntoutusosaston työntekijää, joista neljä oli sairaanhoitajia tai lähihoitajia, yksi fysioterapeutti ja yksi toimintaterapeutti. Yleisen keskustelun lisäksi työntekijät saivat kirjoittaa yksin tai pareittain aiheisiin liittyviä palautteita ja kehitysehdotuksia Post-it -lapuille, jotka myöhemmin ryhmittelin aiheen mukaan analyysiä varten. Post-it -lappujen käytön tarkoituksena oli varmistaa jokaisen osallistujan mielipiteen kuuluminen. Koska

ryhmähaastatteluja oli työajan säästämiseksi vain yksi, eivät kaikki osaston työntekijät voineet osallistua tilaisuuteen työtehtävien, työvuorojen tai lomien vuoksi. Tästä syystä vein ryhmähaastattelun jälkeen kuntoutusosaston henkilökunnan taukotilaan neljän vuorokauden ajaksi sinetöidyn palautelaatikon, jonne hoitohenkilökunnalla oli mahdollisuus pudottaa nimettömänä asiakashaastattelujen teemoihin liittyviä palautteita ja kehittämisehdotuksia Post-it -lapuille kirjoitettuna.

Esimiestason ryhmähaastattelu perustui asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan haastatteluilta ja Post-it -lapuista koottuun aineistoon. Haastatteluun osallistuivat kuntoutusosaston osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja ja osastonlääkäri.

Viimeisenä haastattelutasona tutkimuksessa oli Bikva-menetelmää mukailleen kunnan perusturvaosaston johtoryhmä. Kuntoutusosaston asiakas-, työntekijä- ja esimiestasolta saatu palaute ja keskeisimmät kehittämistarpeet esiteltiin kunnan perusturvaosaston johtoryhmälle, jonka jäsenet vuorostaan pohtivat palautteen perusteita ja syitä sekä kunnan mahdollisuuksia tai halukkuutta vastata esiin nousseisiin kehittämistarpeisiin (Koivisto 2009,119). Johtaja- ja päättäjätason ryhmähaastatteluun osallistui koko johtoryhmä, johon kuuluvat terveys- ja sosiaalityöntekijä (kokouksen puheenjohtaja), sosiaalityön johtaja, johtava ylilääkäri, vs. johtava hoitaja, ehkäisevien ja korjaavien hyvinvointipalvelujen johtaja, hoito- ja kuntoutumispalvelujen johtaja, talouspäällikkö ja osastosihteeri (kokouksen sihteeri). Tilaisuuteen pohdittaviksi viedyt kehittämistarpeet olivat sellaisia, joihin kuntoutusosaston sisällä ei ollut mahdollista vaikuttaa, mutta joihin toivottiin muutosta.

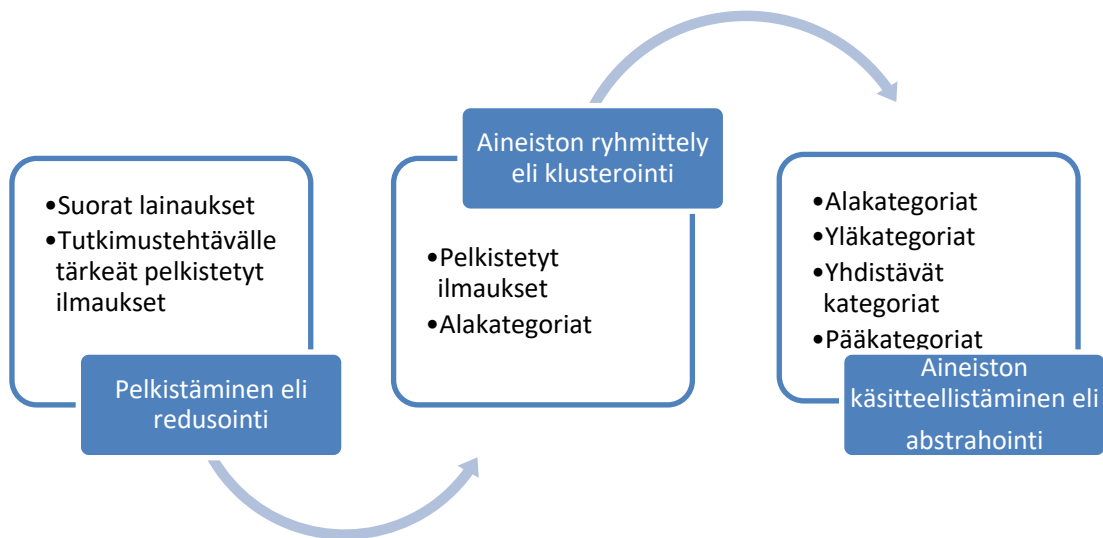
Työntekijä-, esimies- ja johtajatason haastatteluihin ryhmähaastattelumenetelmä soveltui hyvin. Haastatteluaineisto saatiin kerättyä nopeasti, ryhmässä käyty keskustelu oli monipuolista, ja haastateltavat eivät keskustelun aikana ehtineet miettiä sitä, mitä odotuksia haastattelijalla olisi aiheeseen liittyen voinut olla (Krogstrup 2004, 11).

Tutkimusaineiston kerättiin Bikva-menetelmän mukaisesti neljältä eri haastattelutasolta. Viimeiset asiakashaastattelut sijoittuivat lähelle työntekijätason haastattelua, joka taas oli vain viisi vuorokautta ennen esimiestason haastattelua (ja siinä välissä hoitohenkilökunnan palautelaatikko-kysely), joten nopean aikataulun vuoksi jouduin siirtämään varsinaisen sanatarakan litteroinnin aloittamista. Sen sijaan tein sekä

asiakas- että työntekijätason haastatteluista lyhyemmät kirjalliset yhteenvedot seuraavan tason haastatteluvaihetta varten. Yhteenvedoista kävivät ilmi kaikki haastatteluissa esitetty myönteinen ja kielteinen palaute sekä kehittämissuhteet, joten ne toimivat selkeinä työkaluina seuraavien haastattelutasojen osallistujille. Aineiston sanataarkan litteroinnin aloitin heti esimiestason haastattelun jälkeen.

Asiakkailta, työntekijöiltä ja esimiehiltä saadun haastatteluaineiston sanataarkassa litteroinnissa ei ollut oleellista kielenkäytön tai hienosyisen vuorovaikutuksen analysointi ja erikoismerkkien käyttö, vaan tärkeintä oli saada kirjattua ylös kaikki puhutut ja kirjoitetut sanat ja lauseet (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Neljännen tason, perusturvaosaston johtoryhmän, haastattelussa neljä kuukautta myöhemmin osallistujien työkaluina olivat kaikille osallistujille jaettu, tutkimuksestani kertova kirjallinen esite sekä aiemmasta tutkimusaineistosta koostettu PowerPoint -esitys.

Laadullisessa tutkimuksessa kerätyn tutkimusaineiston sisältö voidaan analysoida käyttäen menetelmänä joko aineistolähtöistä, teorialähtöistä tai teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä. Näistä menetelmistä valitsin tutkimukseen aineistolähtöistä sisällönanalyysiä mukailevan teoriaohjaavan sisällönanalyysin. Teoriaohjaavan sisällönanalyysin alkuvaiheessa edetään aineistolähtöisen analyysimenetelmän mukaisesti haastatteluaineistoa pelkistäen (redusointi) ja ryhmitellen (klusterointi). Analyysin edetessä tutkimuksen teoriaosa toimii analysoinnin apuna siten, että analyysin käsitteellistämisen (abstrahointi) loppuvaihetta ohjaa teoriaosassa määritelty lopputulos. Analyysin tavoitteena oli saada runsaasta haastatteluaineistosta esiin tutkimuksen kannalta keskeisiä asioita sekä selkiyttää ja lisätä aineiston informaatioarvoa teoriaosaan peilaten. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Tuomi & Sarajärvi 2018, 108–110.122, 127, 133.) Tutkimusaineiston analyysitaulukot ovat kokonaisuudessaan nähtävillä raportin lopussa (Liitteet 1–3). Seuraavassa kuviossa (Kuvio 1) esitetään aineistolähtöisen analyysiprosessin eteneminen.



Kuvio 1. Aineistolähtöisen ja teoriaohjaavan sisällönanalyysin analyysiprosessi

Nauhoitetuista haastatteluista, kirjoitetuista Post-it -lapuista ja neljännen haastattelutason jälkeen tehdyistä kirjallisista muistiinpanoista koostuvan tutkimusaineiston analysointi oli mahdollista aloittaa vasta sitten, kun kaikkien neljän eri tason haastattelut oli tehty ja koko aineisto litteroitu sekä luettu läpi useampaan kertaan. Litteroinnin yhteydessä koodasin asiakastason haastatteluihin osallistuneet asiakkaat haastattelu-järjestyksessä merkein A1–A11. Työntekijätason ryhmähaastattelua purkaessani litteroin ensin haastateltavien puheenvuorot eri värejä käyttäen, minkä jälkeen koodasin jokaisen haastateltavan värit merkein T1–T6. Esimiestason haastatteluun osallistuneet litteroin tekstiin myös ensin omilla väreillään, minkä jälkeen koodasin heidät merkein E1–E3. Salassapidon ja haastateltavien vähäisen osallistujamäärän vuoksi päädyin kuitenkin poistamaan työntekijä- ja esimiestasojen koodimerkin tutkimustulokset-luvun alkuperäisten ilmausten yhteydestä. Johtajatason haastattelua ei nauhoitettu, joten siihen tilaisuuteen osallistuneita henkilöitä ei koodattu alkuperäisten ilmausten laimnamista varten.

Seuraavaksi taulukko tutkimuksen aineistonhankinnan yksityiskohtista (Taulukko 1).

Taulukko 1. Aineistonhankinnan yksityiskohtaiset tiedot

| Haastattelu | Koodi | Haastateltavan asema ja (lkm) | Haastattelujankohta | Haastattelun pituus (min) | Litteroitu sivumäärä |
|-------------|---------|--|---------------------|---------------------------|---|
| 1. | A1 | Asiakas | Huhtikuu 2019 | 62 | 19 |
| 2. | A2 | Asiakas | Huhtikuu 2019 | 57 | 17 |
| 3. | A3 | Asiakas | Huhtikuu 2019 | 47 | 12 |
| 4. | A4 | Asiakas | Huhtikuu 2019 | 47 | 17 |
| 5. | A5–A6 | Asiakas ja omainen | Huhtikuu 2019 | 77 | 17 |
| 6. | A7–A8 | Asiakas ja omainen | Huhtikuu 2019 | 71 | 20 |
| 7. | A9 | Asiakas | Toukokuu 2019 | 65 | 12 |
| 8. | A10 | Asiakas | Toukokuu 2019 | 37 | 10 |
| 9. | A11 | Asiakas | Toukokuu 2019 | 45 | 13 |
| 10. | (T1–T6) | Työntekijä (6) | 5.6.2019 | 110 | 22 Ryhmähaastattelun lisäksi 71 Post-it-lappua |
| 11. | (E1–E3) | Esimies (3) | 10.6.2019 | 87 | 27 |
| 12. | – | Perusturvosaston johtoryhmän jäsen (8) | 13.11.2019 | 41 | – |

4.3.1 Kuntoutusosaston asiakkaiden ja omaisten haastattelut

Asiakastason haastattelut toteutettiin asiakkaiden omissa potilashuoneissa huhti-toukokuussa 2019. Asiakkaan tutkimushaastatteluun osallistumisen kriteereitä oli neljä: asiakkaan ikä, kognition taso, osastollaoloajan pituus ja vapaaehtoisuus. Kaikki haastattelut tallennettiin digitaalisesti. Ennen teemahaastattelun tallennuksen aloittamista kirjasin jokaiselta haastateltavalta itselleni muistiin esitiedot, jotka koskivat haastateltavan henkilö- ja yhteystietoja, kyseisellä kuntoutusosastolla vietetyn ajan pituutta, sen hetkistä avuntarvetta ja kotiinkuntoutumistavoitetta.

Haastateltavien alaikärajaksi sovimme osaston lähiesimiesten kanssa 65 vuotta. Alaikärajan perusteena oli se, että koska kyseessä on vanhustyön kehittämiseen liittyvä kehittämistutkimus, esiin haluttiin tuoda nimenomaan ikäihmisten mielipiteitä. Osallistujien keski-ikäksi muodostui 73 vuotta. Yksi haastatelluista asiakkaista oli kriteerien vastaisesti alle 65-vuotias, mutta koska hän halusi itse välttämättä osallistua tutkimukseen, ei mielestäni ollut eettistä jättää hänen toivettaan toteuttamatta.

Toisena kriteerinä ollut asiakkaan kognition taso oli samalla myös tutkimusluvan saamisen edellytyksenä. Sain luvan haastatella vain sellaisia ikääntyneitä, jotka varmasti ymmärtävät heille esitetyt kysymykset ja tutkimuksen tarkoituksen. Tutkimusluvan myöntäjä halusi näin varjella haavoittuvassa tilanteessa olevia ikääntyneitä. Koska minulla ei ulkopuolisena tutkijana ollut mahdollisuutta tutustua asiakkaiden potilastietoihin, minun oli jätettävä osaston hoitohenkilökunnan vastuulle rajata haastatteluehdokkaista pois ne henkilöt, joiden kognition taso oli heikentynyt esimerkiksi muistisairauden takia.

Kolmantena kriteerinä tutkimukseen osallistumisesta oli, että haastateltavan asiakkaan tulisi olla ollut kuntoutusosastolla vähintään viikon verran ennen haastattelua, jotta hänelle olisi ehtinyt kertyä kokemusta osaston toiminnasta. Tutkimukseen osallistuneet asiakkaat olivat haastatteluhetkellä olleet osastolla 1–13 viikkoa, keskimääräisen osastollaoloajan ollessa kuusi viikkoa.

Neljännän kriteerin, vapaaehtoisuuden, toteutuminen huomioitiin haastatteluprosessin kulussa kauttaaltaan. Tutkimuksesta ja mahdollisuudesta osallistua haastatteluun

tiedotettiin asiakkaille aluksi osastolla jaettavan saatekirjeen välityksellä. Lisäksi pidin ennen haastatteluiden aloittamista osastolla sillä hetkellä oleville asiakkaille aiheesta erillisen tiedotustilaisuuden. Jokaisessa haastattelutilanteessa kävin aluksi haastateltavan kanssa läpi tutkimuksen aiheen sekä haastattelun teemat ja kulun sekä varmistin luvan haastattelun digitaaliselle tallentamiselle. Kerroin heille myös siitä, että tutkimuksessa seuraa asiakashaastattelujen jälkeen hoitohenkilökunnan, esimiesten ja mahdollisesti myös poliittisten päättäjien haastattelut. Tämän jälkeen pyysin jokaiselta osallistujalta hyvän tutkimuskäytännön mukaisesti kirjallisen suostumuksen vapaaehtoisesta tutkimukseen osallistumisesta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 20016) ja muistutin heitä siitä, että heillä on oikeus jättää vastaamatta kysymyksiin tai keskeyttää haastattelutilanne milloin tahansa niin halutessaan.

Asiakashaastattelujen teemat nousivat aiheista, joista toimeksiantaja halusi saada tietoa toimintansa kehittämiseksi. Näistä aiheista johdin seuraavat, haastattelujen tukena käyttämäni teemahaastattelukysymykset, joista jokaiseen sisältyi lisäksi mahdollisuus esittää kehittämissuhteita:

1. Millaiseksi asiakkaat kokevat osaston kuntouttavan hoitoympäristön (potilas-huone, osaston yhteiset tilat, piha-alue, yhteistyö muiden toimijoiden kanssa)?
2. Millainen on asiakkaiden mielestä osaston kuntouttavan toiminnan sisältö toimintakyvyn tukemisen kannalta (esimerkiksi kuntouttavan toiminnan yksilöllisyys, riittävyys, laatu ja monipuolisuus)?
3. Millaisena asiakkaat kokevat hoitohenkilökunnan ammatillisen ja eettisen toiminnan (esimerkiksi yksilöllinen kohtaaminen, ajankäyttö, dialogisuus, ammatillinen kompetenssi, moniammatillisuuden toteutuminen)?
4. Millaisena asiakkaan hoitoa ja kuntoutusta koskeva tiedonkulku näyttää asiakkaalle?

Etukäteen suunnitellut ja hyväksytyt teema-alueet olivat jokaisella samat, mutta teemahaastattelulle luonteenomaisesti kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuivat ja käsiteltyjen aiheiden laajuus vaihteli eri haastatteluissa. Kussakin haastattelussa nousi myös esiin uusia keskustelunaiheita, joiden kautta edettiin yksityiskohtaisempiin kysymyksiin tavoitteena löytää vastauksia tutkimustehtävän ratkaisemiseksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 208; Kananen 2014, 76–77.)

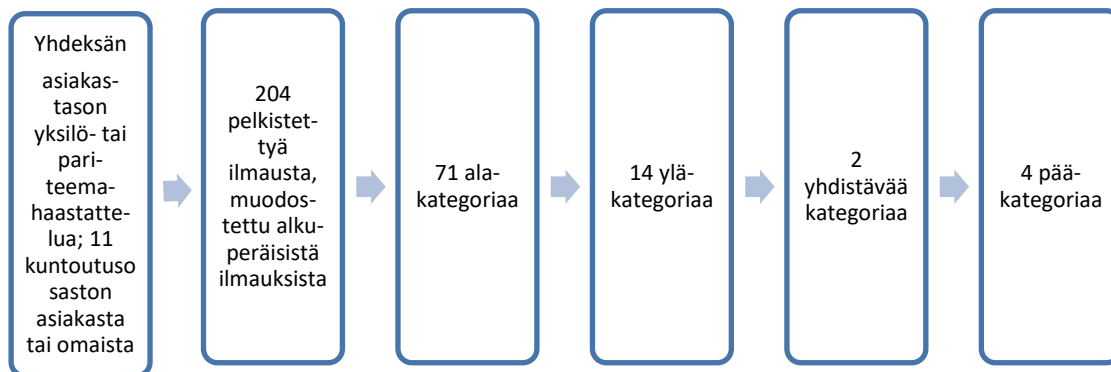
Osastokuntoutuksessa olevien ikäihmisten haastattelumenetelmäksi teemahaastattelu soveltui hyvin, sillä nauhoitetut haastattelutilaisuudet etenivät teemojen puitteissa vapaasti ja keskustelunomaisesti, ja haastateltavien näkökulma ja ääni pääsivät hyvin esiin. Haastateltavien ei tarvinnut yrittää saada selkoa kysymyskaavakkeiden tekstistä ja eri vaihtoehdoista, ja mikäli he eivät kuulleet tai ymmärtäneet esitettyjä kysymyksiä, ne pystyttiin toistamaan tai muotoilemaan toisin ilman rajoitteita. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 133–134, 208; Kananen 2014, 76–77.)

Haastattelutilanteiden eteneminen ohjautui tutkimusasetelman mukaisesti. Haastattelemani kuntoutusasiakkaat suhtautuivat haastatteluihinsa positiivisesti ja aktiivisesti, ja minun tehtäväkseni jäi ohjata keskustelua tutkimusteemojen kannalta oikeaan suuntaan sekä tehdä tarkentavia apukysymyksiä. Haastattelijan roolissani yritin saada asiakkaat ilmaisemaan itseään mahdollisimman laajasti omin sanoin. Välineenä tähän olivat muun muassa avoimet kysymykset: ”Mikä sinun mielestäsi on hyvää tämän osaston kuntouttavassa toiminnassa? / Mitä kehitettävää sinun mielestäsi osaston kuntouttavassa toiminnassa on?” Ajoittain minun oli esitettävä myös syventäviä ja selventäviä apukysymyksiä. (vrt. Krogstrup 2004, 26.) Tallennuksen päättämisestä sovimme yhdessä siinä vaiheessa, kun haastateltavilla ei ollut enää sillä kerralla aiheisiin mitään lisättävää. Kaikkineen jatkoin asiakashaastatteluja niin pitkään, että saavutin tutkimustulosten luotettavuuden kannalta tärkeän *saturaatiopisteen*, jolloin haastateltavat eivät enää kertoneet tutkimuksen kannalta olennaisesti uutta tietoa, ja samat ilmaisut alkoivat toistua (Hirsjärvi & Hurme 2014, 60).

Asiakashaastatteluista kertyi digitaalisesti tallennettua puhetta yhteensä 6 tuntia ja 58 minuuttia. Ensimmäiseksi tiivistin tallenteen asiasisällön ranskalaisin viivoin kymmenen sivun mittaiseksi työntekijätason haastattelua varten. Sanatarkasti litteroitua tekstiä kertyi myöhemmin 137 sivua. Sekä asiakastason että myöhemmin työntekijä- ja esimiestason litteroidun haastatteluaineiston analysointiprosessi eteni seuraavasti: Aluksi keräsin tekstistä kaikki tutkimuksen kannalta tärkeät alkuperäiset ilmaukset. Alkuperäisiä ilmauksia pelkistäessäni kokosin yhden tai useamman samaa tarkoittavan alkuperäisen ilmauksen yhdeksi pelkistetyksi ilmaukseksi, joista kukin muodosti oman alakategoriansa. Seuraavassa vaiheessa ryhmittelin alakategoriat ensin aihepiireittäin ja edelleen myönteisiin ja kehittämistä kaipaaviin yläkategorioihin. Aineiston luokittelun päätteeksi ryhmittelin aineiston teoriaohjaavan sisällönanalyysin mukaisesti

neljään eri pääkategoriaan, jotka olivat kuntouttava hoitoympäristö, kuntouttava toiminta, hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja eettisyys sekä tiedonkulku.

Asiakastason haastatteluaineiston analyysi pelkistetyistä ilmauksista pääkategorioihin on kokonaisuudessaan nähtävillä liitteessä 1 olevassa taulukossa. Lisäksi alla olevassa kuviossa (Kuvio 1) esitän, miten asiakastason haastatteluaineiston analyysiprosessin vaiheet etenivät lukumääräisesti.



Kuvio 2. Asiakastason haastatteluaineiston analyysiprosessi

4.3.2 Hoitohenkilökunnan ryhmähaastattelu

Aineistonhankinnan toinen vaihe, työntekijöiden ryhmähaastattelu, järjestettiin kuntoutusosaston kokoustilassa 5.6.2019. Tiedotin työntekijöille ryhmähaastattelun päivämäärästä, kellonajasta ja paikasta sekä kirjallisesti että suullisesti kaksi viikkoa ennen tilaisuutta, lisäksi asiasta muistutettiin osastopalaverissa. Jotta hoitohenkilökunnan haastattelut eivät veisi aikaa varsinaiselta hoitotyöltä, tilaisuuksia järjestettiin esimiesten toivomuksesta vain yksi. Tilaisuudessa ei ollut paikalla esimiehiä tai muita johdon edustajia, ja toimin itse ryhmähaastattelun puheenjohtajana.

Hirsjärvi & Hurme (2014, 62–63) ovat nimenneet tässä tutkimuksessa käytetyn ryhmähaastattelutyypin *täsmäryhmähaastatteluksi (focus group interview)*, jolla on seuraavia piirteitä:

1. Ryhmän koko on tavallisimmin kuudesta kahdeksaan henkeä.
2. Ryhmän jäsenet on valittu ja kutsuttu tilaisuuteen tutkittavaan ilmiöön liittyvän asiantuntijuutensa vuoksi. He voivat saada mielipiteidensä kautta saada ilmiössä aikaan muutoksia.

3. Ryhmän kokoontumisella on tavoite, joka on etukäteen ilmoitettu ryhmän jäsenille.
4. Ryhmällä on puheenjohtaja, jonka ei olisi suotavaa kuulua täsmäryhmän organisaatioon. Puheenjohtajan tehtävänä on huolehtia siitä, että kaikki osallistujat voivat tasaveroisesti osallistua keskusteluun, ja hän ehdottaa myös toiseen keskusteluteemaan siirtymistä.
5. Täsmäryhmän haastattelutilaisuus nauhoitetaan ja sen ilmapiiri pyritään saamaan mahdollisimman mukavaksi ja rennoksi esimerkiksi kahvitarjoilun avulla (kuten tässä tilaisuudessa toimittiin).

Tässä tutkimuksessa kokoontunut hoitohenkilökunnan täsmäryhmähaastattelu on tyytety *demonstroivaksi/pedagogiseksi*, sillä osallistujille tiedotettiin asiakkaiden tarpeista ja toiveista, jotta he voisivat ymmärtää uuden palvelun tai toimintatavan kehittämisen suhteessa omiin oppimistarpeisiinsa.

Tilaisuuden aluksi kertasin osallistujille tutkimuksen aiheen ja kulun sekä pyysin heiltä kirjallisen suostumuksen vapaaehtoisesta tutkimukseen osallistumisesta. Osallistujat olivat sekä vakituksessa työsuhteessa olevia että pitkäaikaisina sijaisina toimivia kuntoutusosaston työntekijöitä, joilla oli hoitosuhteen kautta tärkeä asema kuntoutusasiakkaiden arjessa osastolla (Krogstrup 2004, 21). Haastattelun alussa jaoin osallistujille asiakashaastatteluista kokoamani kymmensivuisen tiivistelmän. Lisäksi keskustelun tukena oli tiivistelmästä tekemäni 13-sivuinen PowerPoint -esitys. Kirjallisella materiaalilla varmistin, että työntekijöillä olisi käytettävissään kaikki tarvittava materiaali oman pohdintansa tueksi (Krogstrup 2004, 20).

Esittelin työntekijöille yhteen haastatteluteemaan liittyvän asiakaspalautteen kerrallaan, minkä jälkeen aiheesta keskusteltiin. Keskustelu painottui eri teemojen ympärille vaihdellen. Osallistujien oli selkeästi helpompaa keskustella neutraaleista aiheista, kuten *kuntouttava hoitoympäristö* ja *kuntouttava toiminta*, kuin henkilökohtaisemmalta tuntuvasta aiheesta *hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja eettisyys*.

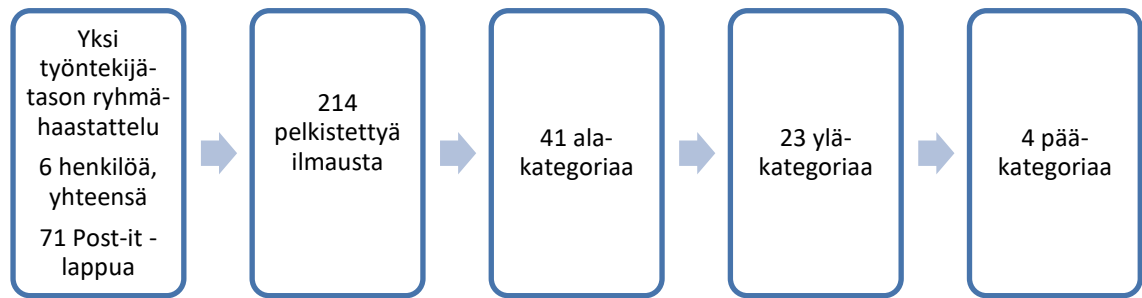
Varmistaakseni jokaisen ryhmähaastatteluun osallistuneen työntekijän mielipiteen kuulumisen käytin yleisen keskustelun lisänä myös sovellettua Learning Café -menetelmää. Työntekijät miettivät käsiteltyyn aiheeseen liittyviä kehittämissuhteita yksin tai pareittain ja kirjasivat niitä Post-it -lapuille, joilla oli värikoodi: keltainen väri

edusti kehitysehdotusta, punainen väri huolta aiheuttavaa asiaa ja vihreä väri asiaa, jonka osastolla koettiin olevan hyvin. Kun halutut viestit oli esitelty muulle ryhmälle ja niistä keskusteltu, laput liimattiin seinille kiinnitettyihin taustoihin, jotka oli otsikoitu eri haastatteluteemojen mukaisesti. Lapuille oli kirjoitettu myös sellaisia osallistujille merkityksellisiä asioita, jotka varsinaisessa ryhmäkeskustelussa jäivät nousematta esiin. Post-it -lappuja kertyi ryhmähaastattelutilanteessa 56.

Koska osaston kaikkien työntekijöiden ei ollut mahdollista osallistua ryhmähaastattelutilaisuuteen hoito- ja vuorotyön tai vapaapäivien vuoksi, vein henkilökunnan taukotilaan ajalle 6.–9.6.2019 sinetöidyn palautelaatikon. Kuntoutusosaston työntekijät saivat pudottaa nimettöminä Post-it -lappuja laatikkoon siten, että osaston toiminnassa huolta herättäviksi koetut asiat kirjoitettiin punaisille lapuille, hyväksi koetut asiat vihreille lapuille ja kehitysehdotukset keltaisille lapuille. Taukotilan palautelaatikkoon pudotettiin 15 eri palaute- tai kehittämisehdotuslappua, eli ryhmähaastattelussa kirjoitettujen lappujen kanssa mielipiteitä kertyi yhteensä 71.

Hoitohenkilökunnan ryhmähaastattelun ilmapiiri oli hyvin aktiivinen ja innovatiivinen. Haastattelun alussa jouduin vakuuttelemaan työntekijöitä tilaisuuden luottamuksellisuudesta ja siitä, että en esitä haastattelutulallennetta tai kirjoitettuja Post-it -lappuja sellaisenaan esimiestason haastattelussa. Pieni ryhmäkoko ja tuttu seura mahdollistivat sen, että lopulta jokainen osallistuja uskaltautui esittämään omia arvioitaan ja kehittämisehdotuksiaan asiakashaastattelujen tuloksista. Siitä huolimatta, että muutama henkilö erottautui aktiivisempänä puheenvuorojen pitäjänä, kukaan ei varsinaisesti domonoinut haastattelua.

Ryhmähaastattelu tallennettiin digitaalisesti, ja sen pituus oli 1 tunti ja 50 minuuttia. Ranskalaisin viivoin tiivistetyn asiasisällön pituus Bikvan kolmatta vaihetta, esimiestason haastattelua, varten oli seitsemän sivua. Sanatarkasti litteroitua tekstiä kertyi myöhemmin 22 sivua. Litteroidun tekstin ryhmittelin teoriaohjaavan analyysin mukaisesti samoihin pääkategoriaihin kuin asiakastason aineistonkin. Työntekijätason haastatteluaineiston analyysi pelkistetyistä ilmauksista pääkategoriaihin on kokonaisuudessaan nähtävillä liitteessä 2 olevassa taulukossa. Seuraavassa kuviossa (Kuvio 3) esitetään, miten työntekijätason haastatteluaineiston analyysiprosessin vaiheet etenevät lukumääräisesti.



Kuvio 3. Työntekijätason haastatteluaineiston analyysiprosessi

4.3.3 Lähiesimiesten ja osastonlääkärin haastattelu

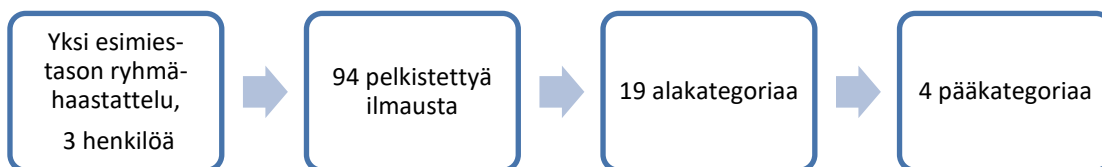
Bikvan kolmas vaihe, esimiestason haastattelu, pidettiin kuntoutusosaston kokouksissa 10.6.2019. Tilaisuuteen osallistuivat kuntoutusosaston osastonhoitaja ja apulaisosastonhoitaja sekä osastonlääkärinä toimiva geriatri, ja siellä käyty keskustelu ohjautui asiakashaastattelujen, hoitohenkilökunnan ryhmähaastattelun ja palautelaatikon kautta saamani aineiston perusteella.

Ryhmähaastattelun ajankohta ja pituus määräytyivät osallistujien työaikataulujen puitteissa ja heidän toivomustensa mukaan. Tilaisuuden alussa kertasin osallistujille lyhyesti tutkimuksen sen hetkiset vaiheet ja pyysin heiltä kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Keskustelun tueksi jaoin heille keskustelun pohjaksi seitsemän sivuista tiivistelmä hoitohenkilökunnan haastattelusta. Asiakashaastattelujen kymmen sivuista tiivistelmä olin toimittanut heille työntekijöiden ryhmähaastattelupäivänä 5.6.2019.

Kuntoutusosaston lähiesimiehet olivat itsestään selvä valinta haastatteluun. Kaikki osastolla tapahtuva toiminta ja muutokset koskettavat heitä, välijohtajina heillä on mahdollisuus vaikuttaa suoraan osaan aiemmilta haastattelutasoilta esiin nousseisiin haasteisiin ja toisaalta viedä ylemmän johdon kuultaviksi sellaisia asioita, joihin he itse eivät voi vaikuttaa. Osastonlääkäri oli mukana siksi, että hän tekee sekä päätöksiä että läheistä yhteistyötä esimiesten ja hoitohenkilökunnan kanssa asiakkaiden hoitoon ja kuntoutukseen liittyvissä asioissa.

Esimiestason haastattelu eteni siten, että esittelin heille aihepiiri kerrallaan sekä asiakkaiden että hoitohenkilökunnan antamat palautteet. Haastattelussa keskityttiin erityisesti esiin nousseisiin kehitystarpeisiin. Esimiehet ja osastonlääkäri kuuntelivat palautteita kiinnostuneina ja keskustelivat aiheista aktiivisesti ja tasapuolisesti osallistuen. Kaikki kolme osallistujaa olivat poikkeuksellisen samaa mieltä kaikista käsitellyistä aihealueista, eikä mikään asiakas- ja työntekijätason palaute tai kehitysehdotus tullut heille yllätyksenä.

Haastattelu tallennettiin digitaalisesti, ja sen kesto oli 1 tunti ja 27 minuuttia. Sanatarvasti litteroitua tekstiä tästä ryhmähaastattelusta kertyi yhteensä 27 sivua. Litteroinnin jälkeen luin aineistoa useaan kertaan ja kokosin sieltä esimiesten arviot ja mielipiteet asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan antamiin palautteisiin samojen pääluokkien alle kuin edellisiltä haastattelutasoiltakin. Esimiestason haastatteluaineiston analyysi pelkistetyistä ilmauksista pääkategorioihin on kokonaisuudessaan nähtävillä liitteessä 3 olevassa taulukossa. Seuraavassa kuviossa (Kuvio 4) esitetään, miten esimiestason haastatteluaineiston analyysiprosessin vaiheet etenivät lukumääräisesti.



Kuvio 4. Esimiestason haastatteluaineiston analyysiprosessiprosessi

4.3.4 Perusturvaosaston johtoryhmän haastattelu

Bikva-mallin neljäs vaihe, perusturvaosaston johtoryhmän haastattelu, toteutui osana kunnan normaalia perusturvaosaston johtoryhmän viikkokokousta 13.11.2019. Haastattelusta oli sovittu perusturvan vs. johtavan hoitajan kanssa 2.10.2019. Tilaisuudessa olivat paikalla kaikki johtoryhmän kahdeksan jäsentä.

Ennen tilaisuuden alkua jaoin johtoryhmän jäsenille kirjallisen tiedotteen, jossa kerroin opinnäytetyöstäni ja sen eri vaiheista kokoushetkeen asti. Varsinaisen keskustelun pohjaksi olin koonnut asiakas-, työntekijä- ja esimiestasojen haastatteluista saamani

palautteen PowerPoint -esitykseksi. Esitykseen olin tiivistänyt ne kuntoutusosaston hoitoympäristöön ja toimintaan liittyvät kehittämistarpeet, joihin osaston sisäisillä toimilla ei voida vaikuttaa, mutta joihin eri haastattelutasoilla toivottiin muutosta. Johtoryhmän haastattelua ei nauhoitettu, mutta tein siitä muistiinpanot tutkimuspäiväkirjaani oman osuuteni päätyttyä.

Kehittämistä vaativista kohteista yksi kolmasosa herätti johtoryhmän jäsenissä myönteisen suhtautumisen, yhteen kolmasosaan ei reagoitu tässä yhteydessä ja yksi kolmasosa herätti paljon vastustusta ja vastaperusteluja. Ilmeni myös, että osa positiivisen vastaanoton saaneiden kehityskohteiden korjaamistoimenpiteistä oli jo laitettu vireille. Oli kuitenkin tärkeää, että nämäkin asiat tuotiin muistutuksena esiin ja niiden toimeenpanon tarpeellisuudesta muistutettiin.

Johtoryhmän jäsenet osallistuivat keskusteluun kukin oman toimialansa puolesta vähintäänkin tarkentavia kysymyksiä esittäen. Tutkimuksen aiheen tärkeys koettiin kunnan vanhustyön kehittämisen kannalta osin merkittävänä, osin merkityksettömänä. Aihe koettiin osittain tärkeäksi, koska edeltävien tasojen haastatteluissa oli noussut esiin kuntoutusosaston potilasturvallisuuden ja hoitoympäristön esteellisyyteen liittyviä seikkoja. Tutkimuksen merkitystä johtoryhmän mielestä puolestaan vähensi se, että kunta panostaa tällä hetkellä voimakkaasti kotikuntoutuksen kehittämiseen.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tämä luku koostuu tutkimustuloksista, jotka tarkastelen aineistoanalyysin pääkategorioiden mukaisesti. Esitän tutkimustulokset haastattelutasojen mukaisessa järjestyksessä alkaen asiakaspalautteesta ja asiakkaiden kehittämisehdotuksista. Seuraavaksi kuvaan hoitohenkilökunnan arvioita saadusta palautteesta sekä heidän esittämiään kehittämisehdotuksia. Tämän jälkeen tuon esiin esimiesten vastineen kahden edellisen tason palautteeseen ja kehittämisehdotuksiin. Edellä mainituilla haastattelutasoilla on mukana haastateltavien alkuperäisiä ilmauksia käsiteltäviin aiheisiin liittyen. Lopuksi perusturvaosaston johtoryhmä arvioi heille kerrottujen, asiakaslähtöisten kehittämistarpeiden merkitystä kunnan vanhustyön kannalta sekä lisäresursseja vaativien kehittämistarpeiden toteuttamismahdollisuuksia.

5.1 Asiakkaiden tai omaisten kokemuksia ja kehittämisehdotuksia osastokuntoutusjaksoon liittyen

5.1.1 Kuntouttava hoitoympäristö

Kuntoutusasiakkaat olivat pääosin hyvin tyytyväisiä osaston hoitoympäristöön. Tyytyväisimpiä olivat keskimäärin ne asiakkaat, jotka olivat haastatteluhetkellä olleet osastokuntoutusjaksolla lyhyemmän aikaa, kun taas useita viikkoja kuntoutuksessa olleet olivat ehtineet havaita enemmän epäkohtia.

Jokainen yhden hengen potilashuoneeseen majoitettu asiakas oli tyytyväinen mahdollisuudesta vetäytyä halutessaan omaan rauhaansa sekä huoneen tarjoamaan yksityisyyteen hoitotoimenpiteiden tai omaisten vierailujen aikana. Ajan kuluessa oman huoneen merkitys kasvoi entisestään.

”Mää en missään nimessä haluais tänne ketään muita, määhä haluan olla yksin. Kun on ne omat tavat, niin kumpikin häiriintyis siitä, että olis toinen. Niin tää on tämmönen rauhallinen kolo.” (A2)

Kahden hengen huone puolestaan jakoi mielipiteitä. Jos huonekaverit tulivat hyvin toimeen keskenään, arvostettiin sitä, ettei tarvitse olla yksinään ja on aina juttuseuraa.

”Kahden hengen huone on hyvä. Kaveri on hieno tossa, puhutaan kaikkea hassuja.” (A8)

Toisaalta kahden hengen huone koettiin ahtaaksi ja epäviihtyisäksi, yksityisyyden ja oman rauhan puute häiritsivät, ja huonetoiverin öinen heräily häytti myös haastateltavan unta. Jos molemmilla asukkailla oli useampia apuvälineitä, sen koettiin yhdessä kiinteän yövalon puutteen kanssa lisäävän kaatumisriskiä.

Tärkeänä, potilasturvallisuutta heikentävänä asiana esiin nousi myös osaston hälytysjärjestelmän epäluotettavuus. Erityisesti yhdestä potilashuoneesta käsin hälytysranneneke ei joko toiminut lainkaan, toimi viiveellä tai hälytys kuittaantui itsestään pois päältä. Tässä yhteydessä muuten haastateltavissa harmitusta herättänyt potilashuoneen heikko äänieristys koettiin hyvänä asiana:

”Äänieristys on erittäin heikko. Tietysti se on toisaalta hyvä sitten, jos karjuu täältä apua.” (A5)

Potilashuoneiden varustelussa arvostettiin omaa wc-/suihkutilaa, jossa mahtui liikkumaan apuvälineiden kanssa ja jossa oli riittävästi turvallisuuden kannalta tärkeitä tukikahvoja. Moni haastateltava kaipasi pieniä arvoesineitään varten lukollista kaappia, sillä kaikilla ei ollut mahdollisuutta lähettää tavaroita kotiin turvaan, ja omien rahojen pyytäminen kanslian säilöstä koettiin itsenäisyyttä rajoittavaksi asiaksi. Huoneisiin kaivattiin myös jotain aktiviteettia, esimerkiksi televisiota tai internet-yhteyttä. Huonetelevision suhteen asiakkaat olivat eriarvoisessa asemassa, sillä toisilla oli mahdollisuus saada huoneeseen televisio kotoa, toisilla sitä mahdollisuutta ei ollut. Langaton verkkoyhteys olisi mahdollistanut internetin käytön ja monipuolisemman yhteydenpidon omaisiin kuin pelkkä puhelin.

”... se olis kyllä hyvä, että olis se televisio. Uutisia ja kaikkea, mitä nyt onkin, virikettä. Ei täällä nyt muuta sitten kuitenkaan ole.” (A8)

”Ei tuolla (päiväsalissa) voi kattoo iltasin televisiotakaan, kun toinen kattoo toista kanavaa ja toinen toista, niin... luonto-ohjelmia määhän olisin kattonu.” (A7)

”Kotona mulla on tietokone. Haluaisin tietysti, totta kai, että täällä olis potilaitten käytössä tietokone. Se olis ehdoton hankinta. Vaikka ollaan ikäihmisiä, niin osataan käyttää (tietokonetta).” (A2)

Sekä potilashuoneen että wc-/suihkutilan siisteys koettiin viihtyisyyttä lisäävänä tekijänä. Huoneen viihtyisyyttä heikensivät kylmyys, vetoisuus ja päivitystä kaipaava yleisilme, esimerkiksi maalien rapistuminen seinillä.

Kuntoutusosaston yhteiset tilat (lähinnä yhdistetty päivä- ja ruokasali sekä kuntosali) koettiin viihtyisiksi siisteyden ja pienillä asioilla saadun kodikkuuden ansiosta. Päiväsalia arvostettiin sosiaalisena ympäristönä sekä siellä turvalliseksi koetun oleilun takia. Myös päiväsalin tarjolla olevat aktiviteetit, televisio, lehdet, kirjat ja lautapelit, saivat kiitosta asiakkailta. Toisaalta päiväsalia koettiin myös meluisaksi ja hälyisäksi läpikulkupaikaksi, jossa ei ole rauhallista nurkkausta, jonka yleisilme on ahdas ja sekava. Monien eri toimintojen takia esimerkiksi rauhallinen keskustelu tai television seuraaminen päiväsalissa oli usein hankalaa. Päiväsalin kalustus nähtiin vanhana ja kuluneena, ja matalilta sohvilta iäkkään tai lonkkaleikkauksessa olleen ihmisen nouseminen oli vaikeaa. Koska osastolla ei ole langatonta verkkoyhteyttä, hoitajat olivat usein pitkiä aikoja poissa asiakkaiden näkyviltä kulman taakse jäävässä kansliassa kirjaamassa potilastietoja. Tämä lisäsi joidenkin asiakkaiden kokemaa turvattomuuden tunnetta.

”Se, kun lonkka on leikattu, niin tuolit ovat matalia. Korkeampia tuoleja tämmöiselle potilaalle.” (A11)

”Korkeampia tuoleja määhän sinne kaipaisin, näistä on ikäihmisen vaikea nousta. Ne pitäis olla jäməkämmät ja korkeemmat, että sieltä olis hyvä ponnistaa ylös.” (A2)

Kuntosalin olemassaoloa ja salin laitteistoa arvostettiin suuresti. Kielteisinä asioina koettiin, että osaston asiakkaat pääsivät kuntosalille ulkopuolisten tilavarausten vuoksi lähes poikkeuksetta vain aamupäivisin, eikä kaikille alaraajakuntoutujille ollut kuntosaliryhmässä riittävästi laitteita käytössä.

Lämpimän sään ansiosta asiakkaat olivat päässeet juhlimaan pääsiäistä terassille. Talven jälkeen terassi näytti asiakkaista viihtyisältä, ulkoiluun houkuttelevalta paikalta. Luonnon läheisyys ja lähistöllä kulkevat kävelytiet saivat myös kiitosta. Piha-alueella ei kuitenkaan ole tasaista, puutarhamaista aluetta, missä asiakkaat pystyisivät itsenäisesti liikkumaan pyörätuolilla tai rollaattorin turvin. Talven jäljiltä hiekoituksen kerääminen alueelta kesti pitkään, mikä sekoin rajoitti ulkona liikkumista.

”No jos mä meen pyörätuolilla pihalle, niin sen täytyis olla mahdollisimman silee. Tossahan on siis mäki alas ja toisella puolella on ihan samalla lailla. Ei ne oo kivoja paikkoja... semmonen tasanen, vähän puutarhamainenkin olis hyvä. Missä pystyis itte kelaamaan ja katteleen kasveja.” (A1)

Kuntoutusosaston sosiaalinen ja symbolinen hoitoympäristö saivat pääosin kiitosta. Hoitohenkilökunnan osoittamat kuntoutumista kannustava asenne, rohkaisu, ammattitaito ja edistymisen huomiointi koettiin ensiarvoisen tärkeinä tekijöinä oman kuntoutumistavoitteen saavuttamisen kannalta. Henkilökunta oli myös onnistunut luomaan osastolle huomaavaisen, huolehtivan ja turvallisen ilmapiirin, joka tuki asiakkaiden toipumista. Osaston yhteiset tilat tarjosivat asiakkaille mahdollisuuksia vuorovaikutukseen toisten kuntoutujien ja hoitohenkilökunnan kanssa, ja päiväsalissa asiakkaat pitivät myös silmällä toisten kuntoutujien edistymistä ja kannustivat toisiaan. Toisaalta asiakkaat arvostivat myös mahdollisuutta vetäytyä oman potilashuoneen rauhaan. Ikääntyneille oli mieluista, että he saivat keskustella ja jakaa muistoja ja sairastelukokemuksia oman ikäisten henkilöiden kanssa.

”Siinä kyllä he (toiset asiakkaat) tarkasti kattoo, että kuinka mää pärjään kävellä tossa. Ja mulla on sama vika – mää katton toisia, huonompia. Ja minä otan äkkiä kiinni, jos joku meinaa kaatua, vaikka mua on kielletty.” (A10)

5.1.2 Kuntouttava toiminta

Haastatteluun osallistuneet asiakkaat kokivat osastokuntoutuksen merkityksen tärkeäksi. Ympäri vuorokautinen henkilöstön läsnäolo toi turvallisuutta. Moniammatillinen henkilökunta ja kuntosalin käyttömahdollisuus tukivat kuntoutumista. Osastolla kuntoutuminen oli monipuolisempaa ja intensiivisempää kuin kotona, ja jakson koettiin antavan uskoa omaan toipumiseen sekä olevan mielelle virkistys. Osastokuntoutusjakso tuki myös kotona olevan omaishoitajan jaksamista ja työtä.

Asiakkaat kokivat kuntouttavana sen, että hoitohenkilökunta kohtasi heidät yksilöllisesti. Yksilöllinen kuntoutumissuunnitelma, fysioterapeutin yksilökuntoutus, lupa oman päivärytmin noudattamiseen, mahdollisuus syödä rauhassa kenenkään hoputtamatta, kun sairaus estää nopeamman ruokailun, ja yksilöllisten tarpeiden huomioiminen kuntosaliryhmässä olivat asiakkaiden mukaan merkityksellisiä.

Osastokuntoutusjakson tarjoama mahdollisuus moniammatilliseen kuntoutukseen koettiin tärkeänä kuntoutumisen kannalta. Asiakkaista tuntui, että osastolla heidän kuntoutumisensa oli kaikkien yhteinen asia. Hoitajat sisällyttivät kuntouttavan toiminnan hyvin omiin työvaiheisiinsa, kannustivat omatoimisuuteen ja aktiivisuuteen, kävelyttivät ja ottivat mukaan arkiaskareisiin. Toimintaterapeutti teki toimintakykytestejä, jotka auttoivat näkemään kuntoutumisen edistymisen, ja lähti seuraamaan asiakkaan pärjäämistä ostoksilla. Fysioterapeutti vei ulos, antoi kuntoutusohjeita ja otti mukaan kuntosaliryhmään.

Kuntouttavaksi koettiin myös mahdollisuudet syödä säännöllisesti maistuvia ja terveellisiä aterioita ja nukkua yönsä turvallisesti hoitajan valvoessa. Päiväsalin virikkeitä (lehdet, kirjat, pelit, tv) arvostettiin kuntoutumisen tukena. Erityistä kiitosta sai ylimääräisen virkistystoiminnan (pääsiäisen grillijuhla ja karaoke) järjestäminen ja kuntoutusosaston yhteisöllisyys: toisten kuntoutujien vertaistuki, juttuseura ja toisten puuhastelun seuraaminen.

”Olen saanut täällä kaverin, jonka kanssa me vitsaillaan joka päivä. Se tuntuu niin hyvältä täällä (näyttää päätä) ja täällä (näyttää sydäntä). Ihmisen

täytyy nauraa joka päivä jonkun verran. Se tässä on niin ihanaa. Kotona mä tunnen itseni välillä yksinäiseksi, kun mää asun siellä yksin.” (A2)

Kuntoutumismahdollisuuksien koettiin olevan osastolla määrällisesti ja laadullisesti parempaa kuin kotiooloissa. Psykkisistä tekijöistä osastokuntoutuksen antama turvallisuudentunne siitä, että apu on aina lähellä, nousi toistuvasti esiin. Merkityksellisiä asioita olivat myös henkilöstön ja toisten kuntoutujien suoma henkinen tuki ja kannustus sekä mielen virkistyminen uudessa ympäristössä.

”Aluksi kaaduin tossa sängyn vieressä muutaman kerran, kun nousin ylös. Kun piti lähteä meneen, niin siinä hoipertu. En mää päättäni koskaan lyäny... mutta nyt ei oo tullu pitkään aikaan enää mitään.” (A3)

Asiakkaiden kuntoutumista hidastaviksi asioiksi koettiin puutteet kuntouttavan toiminnan laadussa tai määrässä. Asiakkaiden haastatteluista ilmeni, että aika osastolla kävi usein pitkäksi. Kuntouttavan toiminnan järjestymisen tuntui riippuvaiselta fysioterapeutin läsnäolosta tai kulloinkin työvuorossa olevien hoitajien persoonasta. Resurssien puutteessa iltaisin, viikonloppuisin ja juhlapyhien aikaan varsinkin fyysisen kuntoutuksen määrä jäi hyvin vähäiseksi. Osa asiakkaista kaipasi enemmän yksilökuntoutusta, samoin kaivattiin enemmän sosiaalista, ohjattua yhdessäoloa sekä tukea kognitiiviseen kuntoutumiseen.

”Kuntoutusta en saa mielestäni riittävästi. Mää haluaisin sitä paljon enemmän.” (A2)

”Millä mää pyydän sitä kuntoutusta enemmän, kun ei oo kun yks jumppari eikä ketään muita. Kuntosalilla oon käyny harvoin, en päivittäin. Kaikki muutkin on samaan aikaan.” (A7)

Kuntouttavan toiminnan saatavuus ei toteutunut osan asiakkaista mielestä tasa-arvoisesti, sillä heidän näkemyksensä mukaan kuntoutus kohdistettiin enemmän lähtökohteisesti paremmassa kunnossa oleville asiakkaille. Moniammatillinen kuntoutus ei toteutunut ennako-odotusten mukaisesti, erityisesti toimintaterapeutin kanssa olisi haluttu harjoitella enemmän esimerkiksi yläraajan hienomotoriikkaa. Hoitajilta olisi

kaivattu enemmän osallistumista asiakkaiden kuntoutustoimintaan ja ulkoiluttamiseen. Kaikkineen henkilöstöresurssien todettiin olevan riittämättömät siihen, että yksilöllinen ja monipuolinen kuntoutus olisi toteutunut osastolla sekä määrällisesti että laadullisesti paremmin.

Omaehtoisen kuntoutumisen tukemisessa oli puutteita. Esimerkiksi kuntosalille olisi haluttu päästä useammin. Asiakkaat olivat huomanneet, että sali oli usein osaston ulkopuolisessa käytössä tai fysioterapeutin poissa ollessa hoitajat eivät joko ehtineet tai uskaltaneet viedä asiakasta kuntosalille harjoittelemaan. Osa haastatellusta olisi myös kaivannut selkeitä ohjeita siitä, millaisia kuntoutusharjoituksia he voisivat tehdä oma-toimisesti tai omaisen tai hoitajan kanssa terapeuttien työajan ulkopuolella. Potilas-huoneeseen kaivattiin jotain kuntouttavaa elementtiä, samoin päiväsaliin nykyisen polkurestoraattorin ja puolapuiden lisäksi.

5.1.3 Hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja eettisyys

Hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja eettisyys näyttäytyivät positiivisena asiana asiakkaiden kohtaamisessa ja vuorovaikutustaidoissa. Hoitajilla oli esimerkiksi taito saada uudet asiakkaat tuntemaan itsensä tervetulleiksi osastolle. Työntekijöiden hyvä yhteishenki vaikutti koko osaston ilmapiiriin myönteisesti, mikä välittyi asiakkaille saman tien. Osa asiakkaista koki, että hoitajilla tuntui aina olevan heille aikaa, ja että he keskustelivat asiakkaiden kanssa myös tavallisista arjen asioista. Asiakkaiden haastatteluista ilmeni, että moni hoitaja suhtautui asiakkaiden kuntoutumiseen kannustavasti ja huomioi edistymisen ystävällisillä lausahduksilla. Hyvin tärkeänä koettiin se, että hoitaja osasi kohtaamistilanteessa asettua asiakkaan tasolle myös konkreettisesti.

”Kun pöydän ääressä odotettiin ruokaa, niin hän meni siihen pöydän kulmaukseen, missä oli just molemmin puolin vanhuksia, joilla oli muistiongelmia. Hän meni kyykkyyyn siihen keskelle, samalle tasolle, ja jutteli ja kyseli, niin se oli just se. Hän asettui samalle tasolle, ja tuntui, että hän oli oikealla alalla.” (A5)

Hoitohenkilökunnan käytös sai paljon positiivista palautetta, mainintoja kertyi muun muassa ystävällisyydestä, avuliaisuudesta ja asiallisuudesta. Hoitajat kunnioittivat asiakkaiden itsemääräämisoikeutta esimerkiksi huomioimalla asiakkaiden oman mielipiteen tai antamalla asiakkaille aikaa selviytyä itsenäisesti arjen tehtävistä ja auttamalla heitä pyydettyä. Koko osaston henkilökunnan ammatillista osaamista arvostettiin, mukaan lukien osastosihteeri, joka auttoi asiakkaita hankalien kaavakkeiden täytössä. Omaishoitajat kokivat merkityksellisenä sen, että hoitohenkilökunta arvosti heidän mielipidettään ja osaamistaan kuntoutettavana olevan asiakkaan hoidossa ja hoivassa.

”Sitten tietysti se, että minua on kuunneltu, sillä minä tiedän hänestä joka millimetrin ja ajatuksen. Osa (hoitajista) ymmärtää sen, ja lääkärikin on ymmärtänyt sen. Koska tässä tapauksessa minua ei voi sivuuttaa missään vaiheessa, kun hän kuitenkin tulee taas sinne kotiin, ja minä oon ainoa, joka häntä hoidan.” (A6)

Hoitohenkilökunnan ammatillisen kompetenssin puutteet ilmenivät haastattelujen perusteella muun muassa siinä, että asiakkaan kivunhoito oli jäänyt puutteelliseksi. Osa asiakkaista heräsi öisin kipuun lääkkeen vaikutuksen lakattua. Osa hoitajista ei puolestaan osannut asiakkaan siirtymisten avustamisessa tarvittavaa tekniikkaa, mikä aiheutti huolta sekä hoitajien terveyden että asiakkaan oman turvallisuuden vuoksi.

Vaikka hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot saivat enimmäkseen kiitosta, ilmeni haastatteluissa myös kielteistä palautetta aiheeseen liittyen. Hoitajilta toivottiin enemmän kiinnostusta asiakkaan taustaa ja elämäntilannetta kohtaan, enemmän sanallista kannustusta kuntoutumista koskien sekä ruokataukojen ja kirjaamisen porrastamista, jolloin työvuorossa oleva henkilökunta ei olisi kokonaisuudessaan niin pitkään poissa näköpiiristä.

”Ja sit illalla välillä jätetään, että tossa ei oo ketään. Puoleentoista tuntiin ei oo ketään tossa. Tää on niin huono asia tässä, että potilaathan on heitteillä.” (A2)

Jotkut hoitajat antoivat aina kiireisen vaikutelman, mikä teki heistä vaikeammin lähestyttäviä. Kiireisyyden ilmapiiri saattoi estää asiakasta kertomasta tuntemastaan kivusta ja särystä tai huolistaan tai mieltä askarruttavista kysymyksistä.

”Toiset on hyviä hoitajia ja toiset huonoja. On muutamia hyviä hoitajia, jotka jutteleekin välillä. Mutta toiset – äkkiä pois.” (A7)

Pidemmän aikaa osastolla olleet asiakkaat olivat huomanneet myös sen, miten osastokuntoutusjaksolla olevien asiakkaiden kuntotaso vaikutti hoitajien mahdollisuuksiin huomioida kuntoutettavia yksilöllisesti. Jos osastolla oli kuntoutettavana useita paljon hoivaa ja hoitoa tarvitsevia asiakkaita, hoitajilla jäi aikaa vain perustehtävien toimittamiseen, sillä henkilöstöresurssit on laskettu kuntoutettavien samana pysyvän pääluvun eikä kuntoutettavien ajoittain suuremman hoidontarpeen mukaisesti.

5.1.4 Tiedonkulku

Dialogisuus asiakkaiden ja henkilöstön välillä oli pääosin onnistunutta. Osa asiakkaista oli saanut riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa hoitoonsa ja kuntoutumiseensa liittyvistä asioista. Lähes kaikkien haastateltujen mielestä hoitajille ja lääkärille oli helppo esittää kysymyksiä, ja henkilökunta jaksoi vastata hyväntuulisesti, vaikka asiakas olisi esittänyt saman kysymyksen useaan kertaan. Myös sitä arvostettiin, että hoitaja kävi selvittämässä vastauksen muulta taholta, jos hän ei itse osannut vastata asiakkaalle esimerkiksi lääkitystä koskevaan kysymykseen.

Monen asiakkaan mielestä osastokuntoutusjakson alussa järjestettävä, moniammatillinen kuntoutuspalaveri oli tärkeässä asemassa tiedonkulun kannalta. Asiakkaat saivat palaverissa paljon uutta tietoa, ja samoin ammattihenkilöille saattoi palaverissa selvittää asiakkaan hoidon kannalta merkityksellisiä, siihen mennessä piiloon jääneitä seikkoja. Kuntoutuspalaveria arvostettiin myös omaisen tiedonsaannin kannalta tärkeänä tilaisuutena.

Asiakkaat olivat pääsääntöisesti luottavaisia siihen, että heitä koskeva tieto tavoitti osastolla kaikki toimijat, eikä heidän tarvinnut pelätä esimerkiksi virheitä

lääkityksessä. Lähes kaikki luottivat myös siihen, että osastolta käsin tiedotettiin omaisille kaikki heitä koskeva, tarvittava tieto. Osa tutkimushaastatteluun osallistuneista asiakkaista ilmaisi tyytyväisyytensä siihen, että heidät oli valittu haastatteluun mukaan. He kokivat tärkeänä sen, että heidän mielipiteensä avulla osaston toimintaa voitaisiin kehittää entistä paremmaksi.

”Jos näistä haastatteluista tulis tälle laitoksellekin sen verran palautetta, että saatais jotain... että kyllähän täällä ihan hyvät olosuhteet on, paitsi tää kuntoutuspuoli.” (A8)

Tiedonkulussa oli kuitenkin myös ongelmia. Jotkut kokivat, että eivät olleet saaneet riittävästi tietoa omaan hoitoonsa tai kuntoutukseensa tai kuntoutuksen tavoitteisiin liittyen. Asiakkaalle tai omaiselle ei ollut perusteltu osaa hoitokäytännöistä tai hoitokäytäntöjen muutoksia.

”Niin mä en nyt sitten tiedä, kukaan ei oo kertonu, että mikä on tää jatkokuntoutus sitten. Että rupeeko he luovuttaan vai mitä. En tiedä. Sitä ei oo kukaan kertonu, että mitä nyt tehdään seuraavaks.” (A8)

Osa haastateltavista toivoi, että hoitajat kysyisivät kuntoutujilta enemmän paitsi näiden voinnista, kiputuntemuksista, nukkumisesta ja mieltä askarruttavista asioista, myös asiakkaiden taustasta ja elämänculusta. Toiveena oli myös, että asiakkaan kuntoutumiseen ja kotona pärjäämiseen liittyvistä asioista keskusteltaisiin enemmän pitkän matkaa, vaikka kuntoutuminen oli vielä kesken eikä mitään pysyviä päätöksiä ollut tehty.

Jotkut asiakkaat toivoivat myös sitä, että hoitajat kertoisivat hoitoon ja kuntoutukseen liittyvistä asioista oma-aloitteisemmin ja ilman, että asiakkaan tarvitsi erikseen kysyä.

”Itse ei kai sitä tuu kerrottua riittävästi asioita hoitajille. En osaa itte oikeella tavalla tuoda heidän tietoonsa niitä asioita, mitä pitäis... he vois kysyä, sillä mä en osaa tarjota heille itse sitä (tietoa) tällä hetkellä ainakaan.” (A8)

”Siinä voi olla aukkoa, mitä hoitajat tietää ja mitä heidän pitäisi tietää. Hoitajat saisivat kysellä potilaalta enemmän asioista sekä hoitoon että muihinkin asioihin liittyen.” (A9)

Osa asiakkaista toivoi, että osaston ilmoitustaululla olisi esillä osaston viikko-ohjelma, sillä nykyisellään toiminta näyttäytyi asiakkaille ja omaisille usein suunnittelemattomana. Joidenkin mielestä kuntoutuspalaverissa oli paikalla liikaa väkeä, joista suurin osa jäi esittelystä huolimatta asiakkaalle vieraaksi. Huomion keskipisteenä oleminen saattoi aiheuttaa sen, että asiakas ei halunnutkaan puhua yksityisistä asioistaan tai kehdannut esittää kysymyksiä. Monen eri ammattihenkilön ja mahdollisesti vielä opiskelijoiden läsnäolosta saattoi seurata myös se, että asiakkaan keskittyminen herpaantui ja tieto meni ohi korvien. Kuntoutuspalaverissa saatettiin myös käsitellä niin monia, asiakkaalle merkityksellisiä asioita, että kaikkea ei pystynyt muistamaan jälkeen päin.

Asiakkaiden tai omaisten antama palaute osastokuntoutusjaksosta löytyy koottuna Asiakastason haastatteluanalyysi -taulukosta (Liite 1).

5.1.5 Asiakkaiden tai omaisten esittämät kehittämissuhteet

Yhteensä 11 kuntoutusosaston asiakasta ja omaista kertoi ajatuksiaan osastokuntoutusjaksojen sisällöstä, hoitoympäristöön liittyvistä asioista ja toiminnan kehittämisestä. Asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä vallitsevaan tilanteeseen, mutta heiltä tuli myös paljon kehittämissuhteita. Haastatteluissa esiin tulleet toiveet ja kehittämissuhteet olivat kaikkineen heidän ikäryhmälleen ominaisia, vaatimattomia ja käytännönläheisiä, mikä tukee myös Räsänen (2019, 37) havaintoja.

Kuntouttava hoitoympäristö

Kuntouttavaan hoitoympäristöön liittyvät kehittämissuhteet käsitelivät turvallisuutta, viihtyisyyttä, esteettömyyttä, toiminnallisuutta, yksityisyyttä ja itsenäisyyttä. Asiakkaiden mielestä turvallisuutta edistäisivät hälytysjärjestelmän päivittäminen toimivaksi, potilashuoneen kiinteä yövalo, tilojen ahtaudesta johtuvien kaatumisriskien kartoittaminen ja mahdollinen uudelleenjärjestely sekä hoitajien taukojen ja kirjaamisen porrastaminen.

”Ja sit illalla välillä jätetään, että tossa ei oo ketään. Hoitajat on kirjassa massa tuolla kansliassa, siellä pitäis käydä vuoron perään. Ruoka- ja kahvitauoillakin on koko porukka, me ollaan omin nokkinemme myös silloin... potilaathan on heitteillä. Että jos heille jotain tapahtuu, niin kuka siitä on vastuussa?” (A2)

Asiakkaiden tilojen viihtyisyyttä lisääviin kehittämisehdotuksiin kuuluivat potilashuoneen ilmastoinnin korjaaminen, jotta huoneiden lämpötila pysyisi tasaisen miellyttävänä, rapistuneiden seinien uudelleenmaalaus, langaton verkkoyhteys, potilashuoneiden kalustukseen kuuluva tv, päiväsalin kalusteiden uusiminen ja rauhallinen nurkkaus keskustelua, lehden lukua tai omaisten tapaamista varten.

Esteettömyyden parantamiseksi ja samalla ulkoilun houkuttelevuutta lisäämään asiakkaiden kehittämisehdotuksena oli tasaisen, puutarhamaisen ulkoilupihan ja kävelyreitien rakentaminen. Talven jäljiltä hiekoitushiekka olisi myös voitu siivota nopeammin pois kulkuväyliltä.

Hoitoympäristön toiminnallisuuteen liittyviin kehittämisehdotuksiin kuuluivat päiväsalin hankittavat, korkeammat ja tukevammat kalusteet sekä aktiivisuutta ja kuntoutumista edistävät hankinnat, kuten asiakkaita varten oleva tietokone ja joitain kuntovälineitä. Asiakkaat toivoivat myös, että kuntosali ja sauna olisivat enemmän heidän käytössään ja että kuntosalissa olisi vielä enemmän alaraajojen toimintaa kehittäviä laitteita.

Asiakkaiden mielestä yksityisyyttä lisääisivät potilashuoneen parempi äänieristys ja se, että asiakas saisi halutessaan olla yhden hengen huoneessa. Itsenäisyyttä tukisi se, että omat arvotavarat saisi säilyttää potilashuoneeseen lukollisessa kaapissa.

”Yleensä on ollu joka paikassa se lukollinen, henkilökohtanen vaatekaappi. Mutta täällä nyt tällai, en tiedä, mikä heidän ajatus sitten onkaan.” (A4)

Sosiaaliseen hoitoympäristöön liittyen asiakkaat kaipaisivat enemmän ohjattua, yhteistä tekemistä, mikä tukisi asiakkaiden tutustumista toisiinsa. Asiakkaiden taustoihin

ja persoonaan tutustuminen ei ole kaikkien asiakkaiden kohdalla tasalaatuista, mikä vaikuttaa heikentävästi asiakkaan kokemukseen yksilöllisestä kohtelusta.

Symboliseen hoitoympäristöön liittyen osa haastatteluun osallistuneista asiakkaista olisi halunnut majoittua yhden hengen huoneessa. Nämä asiakkaat olivat sellaisia, joiden omainen vieraili osastolla päivittäin ja joiden hoitojakson pituus oli venynyt useiden viikkojen mittaiseksi.

Kuntouttava toiminta

Haastattelujen perusteella asiakkaiden kuntouttavaan toimintaan liittyvät kehittämissuhteudet liittyivät kuntouttavan toiminnan määrän tai laadun puutteisiin, toiminnan keskittymiseen lähes poikkeuksetta vain aamupäiviin, yksilöllisen kuntoutuksen puuttumiseen tai vähäiseen määrään, moniammatillisen kuntoutuksen toteutumattomuuteen, kuntoutuksen saatavuuden epätasa-arvoisuuteen sekä omatoimisen kuntoutumisen tukemisessa ilmenneisiin epäkohtiin.

Asiakkaiden kehittämissuhteuksena oli, että kuntoutuksen yksilöllisyyttä lisättäisiin. Silloin halukkaat kuntoutujat voisivat harjoitella ohjatusti muulloinkin kuin aamupäivän kuntosaliryhmässä. Kuntosaliryhmään osallistuvien määrää tulisi vähentää niin, että kerrallaan ryhmässä olisi esimerkiksi neljä kuntoutujaa, tai vastaavasti ohjaamassa tulisi olla kaksi fysioterapeuttia. Asiakkaiden mukaan kuntouttavaa toimintaa tulisi myös monipuolistaa ja lisätä esimerkiksi erilaisilla ryhmätoiminnoilla, ja siinä tulisi huomioida fyysisen kuntoutuksen lisäksi myös psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen näkökulma. Erilaista kuntouttavaa toimintaa tulisi lisätä myös iltoihin, viikonloppuihin ja pitkien juhlapyhien yhteyteen.

”Enemmän sitä kuntoutusta haluaisin. Täällä on vaan yks fysioterapeutti ja seitemänkin kuntoutujaa samassa ryhmässä, niin ei siinä paljon sitä yksilökuntoutusta saa, ennen kun huutaa suureen ääneen. Niin sitten kyllä saa. Meitä on liikaa yhdelle ihmiselle.” (A2)

Kuntouttavaa toimintaa toivottiin kehitettävän myös siten, että kuntoutuksen määrää ja monipuolisuutta lisättäisiin toimintakyvyltään heikommille kuntoutujille. Asiakkaat ehdottivat ratkaisuksi toisen fysioterapeutin palkkaamista tai sitä, että hoitajat

osallistuisivat kuntoutukseen enemmän päivän mittaan sekä tasavertaisesti kukin. Hoitajien lisäksi säännöllisesti tapahtuvaa kuntouttavaa toimintaa toivottiin enemmän toimintaterapeutin ohjaamana.

Kehittämisehdotuksiin kuului myös se, että osastolla panostettaisiin enemmän omaehtoisien kuntoutumisen mahdollistamiseen. Asiakkaiden ehdottamia keinoja olivat kuntosalin pidemmät aukioloajat, yksilölliset liikuntaohjeet ja tekemiseen houkuttelevat virikkeet sekä potilashuoneessa että päiväsalissa.

Hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja eettisyys

Hoitohenkilökunnan ammatillisuutta ja eettisyyttä koskevat kehittämisehdotukset liittyivät asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen ja arvostamiseen, resurssipulaan sekä hoitohenkilökunnan ammatilliseen kompetenssiin ja vuorovaikutustaitoihin. Asiakkaiden mielestä heidän mielipidettään heitä itseä koskevissa asioissa tulisi kysyä vielä enemmän ja asiakkaille tulisi selittää asioita vielä enemmän, jotta he voisivat paremmin tehdä itseään koskevia päätöksiä. Hälytysjärjestelmä tulisi nopeasti saada toimintakuntoon.

Haastatellut toivoivat, että hoitohenkilökunta perehtyisi vielä enemmän asiakkaiden tietoihin ja taustoihin sekä lukemalla potilasasiakirjoja että kysymällä enemmän asiakkailta itseltään. Toisaalta asiakkaat ymmärsivät, että ajoittainen resurssipula saattoi vaikuttaa siihen, että hoitajilla ei ollut aikaa lukea kaikkia heitä koskevaa tietoa tai myöskään aikaa keskustella asiakkaan kanssa.

Toiminnan organisoimisen puutteisiin liitettiin osastolla yleinen käytäntö olla ruokatauolla tai kirjaamassa yhtäaikaaisesti kulman takana olevissa tiloissa asiakkailta piilossa. Kehittämisehdotuksena haastatelluilta oli taukojen ja kirjaamisen porrastaminen.

Tiedonkulku

Tiedonkulkuun liittyvät haasteet vähenisivät asiakkaiden mukaan siten, että hoitohenkilökunta kysyisi asiakkailta enemmän ja eikä lähtökohtaisesti olettaisi heidän tietävän tai muistavan omaa hoitoaan ja kuntoutumistaan koskevat asiat. Hoitajat voisivat lisäksi asioiden tehokkaamman perustelun avulla lisätä asiakkaiden tietoisuutta ja

motivoitumista esimerkiksi päivittäisten toimintojen tekemisen vaikuttavuudesta kuntoutumiseen.

Omaisten tietämystä ja odotuksia asiakkaan kuntoutumista kohtaan voisi kehittää rohkaisemalla omaisia vielä enemmän kysymään suoraan henkilöstöltä kuntoutujaa koskevista asioista. Asiakkaat toivoisivat lisäksi osaston ilmoitustaululle nähtäväksi toiminnasta kertovan viikko-ohjelman. Viikko-ohjelman esille paneminen lisäisi kuntouttavan ohjelman tarjontaa ja henkilöstön sitoutumista suunnitellun toiminnan järjestämiseen.

”Sais olla semmonen lukujärjestys, missä olis laitettu ja oikeesti suunniteltu, että nyt tehdään tätä ja nyt tätä. Täällä ei tiedä yhtään, ei oo minäkäänlaista käsitystä siitä, että tehdäänkö huomenna mitään tai tehdäänkö iltapäivällä. Ei oo kyllä yhtään tiedossa, mitä tehdään seuraavaks vai tehdäänkö mitään.” (A8)

5.2 Hoitohenkilökunnan kokemuksia ja arvioita asiakaspalautteesta

Hoitohenkilökunnan ryhmähaastattelussa käytiin läpi asiakkailta ja omaisilta kerätty, haastatteluteemoihin pohjautuva palaute. Palaute sisälsi osastokuntoutusjaksoihin liittyviä positiivisia ja negatiivisia huomioita sekä kehittämisehdotuksia. Koska työntekijätason haastatteluja oli vain yksi ja käsiteltäviä asioita paljon, haastateltavat keskittyivät pohtimaan perusteluja ja toteuttamiskeinoja asiakaspalautteessa esiin nousseille kehittämistarpeille ja jättivät saamansa positiivisen palautteen vähemmälle huomiolle. Työntekijät toivat esiin myös omia ajatuksiaan siitä, miten osastokuntoutusjaksoja saadaan kehitettyä entistä asiakaslähtöisemmiksi.

5.2.1 Kuntouttava hoitoympäristö

Työntekijät olivat asiakkaiden kanssa samaa mieltä kaikista hoitoympäristön kehittämiseen liittyvistä toiveista. Lisäksi heillä oli tähän aihepiiriin liittyen paljon myös sellaisia kehittämisehdotuksia, joihin asiakkaat eivät olleet kiinnittäneet huomiota, mutta

jotka työntekijöiden ammatillisen näkemyksen puolesta edistäisivät hoitoympäristön asiakaslähtöisyyttä.

Kuntouttavan hoitoympäristön kehittämiseen liittyvät asiat olivat pääosin riippuvaisia osastolle myönnettävistä lisäresursseista. Hoitohenkilökunnan puheenvuoroissa nousi toistuvasti esiin se, miten monista asiakaspalautteisiin liittyvistä asioista oli kuntoutusosastolla keskusteltu esimiesten kanssa jo vuosien ajan. Puutteiden korjaamiseen oli myös toistuvasti anottu määrärahaa. Kuntien heikon taloudellisen tilanteen, sote-uudistuksen toteutumisen odottelun ja vanhustyön painottumisen avopuolen kehittämiseen arveltiin olevan pääsyitä siihen, että kehitystarpeisiin ei ollut vastattu. Kehittämistä vaativien asioiden korjaamisen odottaminen koettiin turhauttavana ja työmotivaatiota heikentävänä.

”Oikeastaan voi sanoa, että ihan jokaisesta asiakasta on keskusteltu ennenkin.”

”Onhan sitä (langatonta verkkoa) selvitettykin joskus vuosia sitten, ja se ei jostain syystä onnistunut silloin – ainakaan silloisella tekniikalla.”

”Niistäkin puhuttiin... oliko se 2007 ja 2010 – ja ainakin 2011?”

Osaston terassi oli haastatteluajankohtana kohtalaisen uusi rakennelma. Terassin suunnittelussa ja rakentamisessa ei ollut kuultu henkilöstön tai asiakkaiden mielipiteitä riittävästi, minkä seurauksena lopputulos ei vastannut asiakkaiden tarpeita. Työntekijät kokivat kummallisena ja loukkaavana sen, ettei heidän näkemyksiään ja asiantuntemustaan ollut otettu huomioon rakennettaessa lisätilaa heidän toimintaympäristöönsä.

5.2.2 Kuntouttava toiminta

Asiakaspalaute kuntouttavan toiminnan vähäisyydestä iltapäivisin, viikonloppuisin ja juhlapyhien aikaan herätti hoitohenkilökunnassa paljon keskustelua puolesta ja vastaan. Samaa mieltä olevissa puheenvuoroissa todettiin väitteen olevan tosiasiata, ja samalla mietittiin kuntoutuksen määrän olevan suurelta osin kytköksissä fysioterapeutin

läsnäoloon. Nykytilanteessa yhden fysioterapeutin vastuulla on kahden eri osaston yhteensä 24 kuntoutujaa, hän on usein poissa osastotyöstä työtehtäviinsä tärkeänä osana kuuluvien kotikäyntien vuoksi eikä hänen työaikansa ulotu iltoihin, viikonloppuihin tai arkipyhiin.

”Kyllä sekin on ihan totta, että ei siinä iltapäivässä oo mitään. Se on ihan fakta, että ei täällä kyllä... ja viikonloput on toinen. Kun fysioterapeutti ei ole paikalla, niin kyllä sitä vois olla enemmän sitä aktiviteettia. Enkä mä nyt tarkota sitä, että siellä nimenomaan ollaan jossain siellä kuntosalilla, vaan että vois olla jotain, mitä tapahtuu.”

Eri mieltä asiakaspalautteen kanssa olevat työntekijät perustelivat kantaansa sillä, että kaikki asiakkaan toiminta osastolla on kuntoutusta, vaikka asiakas ei sitä itse aina hahmota. Toinen terapeuteista kertoi aiemmin tehneensä asiakkaille yksilöllisiä harjoitusohjelmia iltaisin ja viikonloppuisin tehtäväksi mutta luopuneensa käytännöstä huomattuaan, että työ oli suureksi osaksi turhaa, sillä ohjeita noudatettiin harvoin.

”Täälläkin on mielenkiintoista tää, että kuntoutusta ei tapahdu iltapäivisin, ei tapahdu säännöllisesti juuri mitään. Sekin on kuntoutumista, että he tulee syömään joka aterian siihen päiväsaliin, käy vessassa, pe-see itte hampaansa, pukeutuu.”

Asiakaspalaute siitä, että *kuntoutusta on kokonaisuudessaan osastokuntoutusjaksolla liian vähän*, sai osakseen enemmän vastustavia kuin puoltavia puheenvuoroja. Samaa mieltä olevissa mielipiteissä todettiin, että esimerkiksi asiakkaiden ulkoilu ei kuntoutusjaksolla toteudu säännönmukaisesti. Todettiin myös, että paljon hoitoa vaativien asiakkaiden hoito, hoiva ja kuntoutus vievät nykyisillä resursseilla aikaa ja huomiota pois muilta asiakkailta. Pidettiin myös tärkeänä sitä, että asiakas ohjautuisi osastokuntoutusjaksolle siinä vaiheessa, kun hänellä on vielä sekä psyykkisiä että fyysisiä voimavaroja kuntoutumiseen. Asiakkaiden palautteeseen saattoi työntekijöiden mielestä vaikuttaa myös käynnit muissa kuntoutusyksiköissä, joissa kuntoutukseen oli panostettu palkkaamalla sinne useita erityistyöntekijöitä.

Asiakaspalautteen kanssa eri mieltä olevat työntekijät miettivät, että kuntouttavaa on jo se, että asiakas yrittää tehdä mahdollisimman paljon itse. Haastateltavat pohtivat myös sitä, että monet asiakkaat eivät miellä esimerkiksi pukeutumisen yhteydessä tapahtuvaa tasapainoharjoittelua tai päiväsalissa ruokailua oikeaksi kuntoutukseksi. Asiakkaan mielipiteeseen voi vaikuttaa myös se, että jos hän vertailee omaa harjoitteluaan tai kuntoutumistaan toisten kuntoutujien mukaan, saattaa hänelle tulla tunne kuntoutuksen epäoikeudenmukaisesta jakautumisesta. Jokaisen kuntoutujan lähtötaso ja resurssit ovat kuitenkin erilaiset, ja asiakkaan yksilöllisiä kuntoutumisprosesseja on varsinkin ikääntyneellä vaikea nopeuttaa. Mielipiteissä korostettiin myös levon tärkeyttä osana kuntoutumisprosessia. Työntekijät miettivät myös sitä, että nykyisillä resursseilla kuntoutujien kanssa tehdään kuitenkin aika paljon. Arkikuntoutuksen lisäksi heille järjestetään esimerkiksi usein juhlapyhien yhteyteen jotain erityistoimintaa.

”Totta kai joku heikommassa kunnossa oleva kokee, että häneen panostetaan vähemmän. Hän ei välttämättä ymmärrä sitä, että hänen omat resurssit ei riitä samankaltaiseen harjoitteluun kuin jonkun toisen, joka siinä vieressä harjoittelee.”

”Niin, joku toinen kävelee vieressä, niin sen helposti mieltää, että en kävele, kun minua ei kävelytetä. Siellä ei oikeesti oo vielä valmiuksia.”

”Pitääkö koko ajan tapahtua jotain?”

Asiakaspalautteen mukaan *osastokuntoutusjaksolla on yksilöllistä kuntoutusta liian vähän tai ei ollenkaan*. Kaikki haastateltavat olivat palautteen kanssa samaa mieltä. He pohtivat, että syynä yksilöllisen kuntoutuksen puutteeseen oli ennen kaikkea kuntoutusalan työntekijöiden vähäinen määrä. Asiakkaiden hoitoon ja kuntoutukseen oli havaittu tulevan yksilöllisyyttä heti, kun osastolla oli omien työntekijöiden lisäksi opiskelijoita harjoittelujaksoilla. Mietittiin myös sitä, että työntekijät eivät välttämättä aina huomioineet yksittäisen asiakkaan tunteita ja perussairauksia riittävän hyvin.

Kaikki haastateltavat olivat samaa mieltä myös asiakaspalautteesta, jonka mukaan *kuntosaliaikaa oli liian vähän*. Kuntosalin tiedettiin olevan kesäaikaa lukuun ottamatta kuntoutusasiakkaiden käytössä vain aamupäivisin ja hyvin satunnaisesti iltapäivisin.

Kuntosaliympäristön ja siellä käytössä olevien laitteiden oli havaittu motivoivan asiakkaita harjoitteluun, toisin kuin päiväsalin puolapuiden. Viikonloppuisin kuntosalin käyttöä rajoitti fysioterapeutin poissaolo, hoitajien kokemattomuus salin laitteiden kanssa toimimisesta sekä perushoitotyön aiheuttama kiire.

Asiakaspalautteessa toivottiin, että *kuntoutusosastolla ja sen rinnakkaisosastolla olisi kaksi fysioterapeuttia* yhden sijaan. Työntekijät olivat kaikki samaa mieltä asiakkaiden kanssa siitä, että kuntoutusalan henkilöstöresurssit ovat riittämättömät. Todettiin asiakkaiden kuntoutuksen laadun kärsivän siitä, että fysioterapeutti joutui resurssipulan vuoksi tekemään työssään paljon kompromisseja. Työntekijät ajattelivat, että kuntosalin käyttöaikojen mahdollisesta laajennuksesta saatava hyöty olisi vielä suurempi, jos tilaa hyödynnettäisiin kahden ammattihenkilön voimin. Maanantaipäivien todettiin olevan asiakkaiden kuntoutustoiminnan kannalta haastavimpia, sillä lääkärin kiertäessä osastolla ei fysioterapeutin avuksi kuntosaliryhmään riittänyt hoitajaa.

”Siis ihan lähtökohtaisesti lisää resursseja. Ei tää toimi ilman. Siis toinen fysioterapeutti tai vaihtoehtoisesti kuntoutukseen erikoistunut hoitaja, mikä mahdollistais sen aika paljon tuolla esiintyneen toivomuksen siitä enemmästä kuntoutuksesta.”

Asiakkaiden antama palaute siitä, että *hoitajat eivät osallistu kuntoutukseen riittävästi*, herätti aiheena keskustelua puolesta ja vastaan. Samaa mieltä palautteen kanssa olevista hoitajista osa totesi kuntouttavan toiminnan hoitajana jääneen vähemmälle. Syynä tähän pidettiin sitä, että hoitajille ei ollut täysin selvää se, miten he voisivat työssään osallistua kuntoutukseen enemmän. Työtehtävien jakautuminen epätasaisesti aiheutti sen, että joku koki työtehtäviensä painottuvan lähinnä pakolliseen hoivaan ja hoitoon. Saadun palautteen syyksi koettiin myös työtehtäviin kuuluvien askareiden laajuus. Esimerkiksi ilman voileipien tekoa, ruoan hakua ja jakamista, kahvin keittoa, tiskaamista ja monia kirjallisia töitä hoitajilla olisi enemmän aikaa keskittyä varsinaisen hoitotyön lisäksi myös kuntoutukseen. Asiakaspalautteessa tarkoitettuun kuntoutuksen osallistumista häytti myös puutteellinen tietämys kuntosalilaitteiden käytöstä, mikä puolestaan vähensi uskallusta ja halua lähteä kuntosalin puolelle asiakkaan kanssa. Hoitajat pohtivat myös sitä, että osa heistä keskittyy ehkä liikaa asiakkaan fyysisen puolen hoitamiseen unohtaen kuntouttavan toiminnan moninaisuuden.

”Sillon, kun määhän vaikkahan alotin työt täällä, eikä mulla ollut aiempaa työkokemusta, niin mulla oli tosi pitkään ja on vieläkin epäselvää, että miten vois ite osallistua niinku enemmän siihen kuntoutukseen.”

Osa hoitajista oli eri mieltä asiakaspalautteen kanssa. Heidän mielestään hoitajat kuntouttavat asiakkaita esimerkiksi kävelyttämällä, mutta jotkut asiakkaat eivät vaan miellä hoitajan kanssa tehtävää kävelylenkkiä kuntoutukseksi. Lisäksi hoitajat tukevat asiakkaiden kuntoutumista esimerkiksi kannustamalla ja motivoimalla heitä muun työn ohessa. Huolta herätti myös hoitajien jaksaminen.

”Sellainenkin tärkeä asia, että meille kuuluu ruoka- ja kahvitauko. Että jonkinlainen rauha syödä. Eikä se oo koko ajan sitä, että asiakkaiden kanssa tehdään jotain. Lepo on tärkeää.”

Keskustelua herätti myös asiakaspalautteesta se, että *asiakas ei tiedä omia kuntoutumistavoitteitaan*. Haastateltavien mielestä tavoitteet pitäisi olla asiakkaan tiedossa lähtökohtaisesti jo siitä syystä, että tulohaastattelukaavakkeessa on paikka asiakkaan omille kuntoutumistavoitteille. Tavoitteiden päivittämisessä saattoi tosin olla ajoittain puutteita. Epätietoisuus saattoi työntekijöiden mielestä johtua siitä, että osa asiakkaista ei kyennyt itse sanomaan tavoitteitaan tai tavoitteet olivat asiakkaan todelliseen toimintakykyyn nähden epärealistisia. Työntekijöiden havaintojen mukaan omaiset saattoivat hämmentää kuntoutusasiakkaan tavoitteita ja odotuksia, sillä omaisten odotukset ja toiveet kuntoutusjakson vaikutuksia kohtaan saattoivat olla hyvinkin ylimitoitettuja ja epärealistisia.

”Kuntoutustavoitteita on vaikea päivittää. Jos sä kysyt ihmiseltä, että mikä sulla on tavoitteena, mitä sä haluat tältä jaksolta, niin 95 % sanoo joko ”kotiin” tai sit vaihtoehtosesti että ”kävellä”. Joskus siellä saattaa olla joku konkreettinenkin tavoite ja joskus meille saattaa tulla ihminen, joka ei oo kävellyt moneen vuoteen, ja sitten ajatuksena on, että nyt hän aikoo ruveta käveleen.”

Asiakaspalautteen lisäksi haastavat keskustelivat siitä, että kuntoutusosastolla on liikaa asiakkaita, jotka eivät ole enää tehostetun kuntoutuksen tarpeessa. Jos ikääntyneen

asiakkaan toimintakykyyn ei ole enää odotettavissa merkittäviä muutoksia, hän voisi odottaa pitkäaikaispaikkaa jossain toisessa yksikössä. Tällöin paikkoja kuntoutusosastolla vapautuisi enemmän sellaisille kuntoutujille, joilla on realistisemmat mahdollisuudet kuntoutua vielä kotiin.

5.2.3 Hoitohenkilökunnan ja esimiesten ammatillisuus ja eettisyys

Asiakashaastatteluissa oli noussut esiin se, että osa kuntoutujista oli toistuvasti herännyt öisin kivun ja säryn tuntemuksiin. Osa asiakkaista oli kertonut asiasta hoitajille ja tilanteeseen oli puututtu. Osa ei ollut kertonut kivuistaan, koska suhtautui niihin joko sairauteensa tai ikäänsä kuuluvana asiana, vähätteli omia kipujaan toisten kokemusten rinnalla tai ei halunnut häiritä hoitajia tai muita kuntoutujia yöaikaan. Työntekijät olivat eri mieltä siitä, kuuluiko asiakkaan kivusta kysyminen hoitajan työtehtäviin. Osan mielestä kivun tunnistaminen on henkilökunnan vastuulla, joten työntekijöiden tulisi sekä kannustaa asiakkaita kertomaan ongelmistaan oma-aloitteisesti enemmän että kysellä asiakkailta enemmän. Osa työntekijöistä oli sitä mieltä, että kivusta kertominen on asiakkaan itsensä vastuulla.

”Kyllä niitten täytyy itte osata soittaa, ei me voida siellä yöllä ravata kysymässä. Vastuu pitää ihmisellä olla. Ei tarvi kuin painaa nappia.”

Joku saattoi myös kokea henkilökohtaisesti loukkaavana sen, että asiakas ei kertonut kivustaan hänen työvuorollaan, vaan vasta seuraavan työvuoron työntekijöille. Toisen mielestä oli tärkeintä, että asiakas ylipäätään kertoi asiasta, jotta ongelmaan voitiin puuttua. Koettiin, että mitä suuremmat kivut asiakkaalla on, sitä varmemmin hän osaa pyytää siihen lääkettä. Haasteena kivunhoidossa ovat kuitenkin lääkeriippuvaiset asiakkaat tai asiakkaat, jotka käyttävät kipulääkettä unilääkkeenä.

”Kaikkein kurjinta on, että jos oot ollut yössä, niin aamuvuorolle sanotaan, että mulla on ollu yöllä kipua. Niin kauheen vaikee se on (tietää ja hoitaa).”

Asiakkaiden unen laadun seuranta pidettiin haastavana asiana. Osa hoitajista tiedusteli asiakkailta aina aamuisin, miten nämä olivat nukkuneet, osa ei. Vastaus saattoi olla myös ristiriidassa yöhoitajan tekemien havaintojen kanssa.

”Mutta ei se yökkökään ole siinä jatkuvasti. Se on kuitenkin fakta, että unenlaadullisesti ikäihminen nukkuu huonosti. Se nukkuu pinnallista unta, se ei me siihen syvään uneen. Se kyllä ajallisesti nukkuu, mutta kokee aamulla, että ei oo nukkunut.”

Asiakashaastatteluissa oli noussut esiin se, että osa asiakkaista saattaa kokea turvattomuutta, jos hoitohenkilökuntaa ei välillä näy pitkiin aikoihin. Aihe herätti työntekijöissä keskustelua puolesta ja vastaan. Asiakkaiden mielipiteen kanssa samaa mieltä olevat miettivät, että henkilöstön katoaminen kulman taakse piiloon kirjaamaan ja ruokatauoille saattaa todella herättää sekä asiakkaissa että omaisissa hämmennystä. Joskus erityisesti pienemmällä hoitajaresurssilla iltavuorossa olevat työntekijät saattavat olla pitkiäkin aikoja poissa päiväsalissa istuvien näkyviltä, jos heillä yhdistyy ruokatauko, potilashuoneen kutsuun tai kutsuihin vastaaminen toimenpiteineen sekä kirjaaminen.

”Jos meidän kanslia olis eri paikassa, niin hoitohenkilökunta olis näkösammpi. Tietty, onko se sitten hyvä näkyvyys, että me tehdään jotain RAI:ta koneella. Oltais kuitenkin läsnä.”

Eri mieltä olevat työntekijät miettivät, että joku toinen asiakas saattaa pitää pelkästään hyvänä asiana sitä, että työntekijät eivät ole koko ajan näkössä. Heidän mielestään asia ei ollut ongelma, sillä sama tilanne saattoi olla muissakin sairaaloissa tai terveyskeskuksissa. Asiakkaiden ei tarvitse olla koko ajan silmälläpidon alaisena, sillä taustalla on periaate, että asiakkaiden pitää pärjätä päiväsalissa keskenään.

”Eihän asiakkaita voi koko ajan vahtia kuin jotain pieniä lapsia.”

Asiakashaastattelun yhteydessä omaisilta saatiin palautetta siitä, että dialogisuudessa omaisen kanssa oli puutteita. Asiakkaita ja omaisia huoletti epätietoisuus asiakkaan toipumisesta, asiakkaan kuntoutuksen vähäinen määrä ja se, miten omaiset pärjäävät

asiakkaan kanssa kotiutuksen jälkeen. Työntekijät pohtivat, että jokainen sai pääsääntöisesti omien voimavarojensa mukaista kuntoutusta. Heidän mielestään myös omaisten ennen aikainen murehtiminen oli turhaa, sillä jokaisen asiakkaan kotiuttamisvaiheessa omaisia tullaan aina opastamaan asiakkaan hoidon ja hoivan suhteen. Käytännössä siis on, että omaisia opastetaan siinä vaiheessa, kun asiakkaan kotiutumiskunto on tiedossa.

Osa työntekijöistä oli sitä mieltä, että omaisilta ei tarvitse erikseen kysyä, onko heillä epäselvyyksiä tai kysymyksiä asiakkaan hoidon tai kuntoutuksen suhteen, sillä kaikki asiat selvitetään omaisille yhdellä kertaa kuntoutuspalaverissa. Pohdittiin myös sitä, että jos jo omaishoitajana toimivalla omaisella ei ole osaamista esimerkiksi asiakkaan oikeaoppisesta siirtämisen avustamisesta, vastuu kuuluu aiemmin omaisen ohjauksesta vastanneelle taholle. Virhe asiaan liittyen on tehty jo vuosia sitten. Koettiin, että henkilökunnan tehtävänä on hoitaa ja kuntouttaa lähtökohtaisesti asiakkaita, ei omaisia.

5.2.4 Tiedonkulku

Jokaiselle kuntoutusasiakkaalle järjestettävää kuntoutuspalaveria pidetään tärkeänä tilaisuutena ammattihenkilöiden, asiakkaan ja omaisten tiedonkulun kannalta. Asiakaspalautteen mukaan kuntoutuspalaveri voi olla myös tilanteena haasteellinen, sillä paikalla on monia ihmisiä, joista suurin osa saattaa olla asiakkaalle entuudestaan vieraita. Asiakas ja omainen saattavat jännittää tilannetta, mikä estää heitä esittämästä mieltä askarruttavia kysymyksiä tai vastaavasti haitata heidän saamiensa vastausten mieleen painamista.

Työntekijät olivat asiakaspalautteen kanssa samaa mieltä. Asiakkaiden oma ääni ei välttämättä tule kuntoutuspalaverissa riittävän hyvin kuuluviin. Asiakkaat ja omaiset saattavat tulla palaveriin tietämättä etukäteen, mitä aiheita siellä käsitellään. Uusi tilanne sekä tilanteeseen valmistautumattomuus saattavat aiheuttaa sen, että kaikkia palaverissa käsiteltyjä asioita ei ymmärretä tai niitä ei muisteta jälkikäteen.

Osaston sisäiseen tiedonkulkuun liittyen asiakaspalautteessa toivottiin, että osaston ilmoitustaululla olisi näkyvissä viikko-ohjelma. Tämä koettiin työntekijöiden keskuudessa kuitenkin hankalaksi toteuttaa monista eri syistä johtuen. Haastateltavien mielestä osastolla ei oikeastaan ollut mitään sellaista ohjelmaa, jonka voisi laittaa näkyville. Jos taas jotain ohjelmaa laitettaisiin näkyville, ohjelma saattaisi viime hetkellä peruuntua esimerkiksi työntekijän sairastumisen, yllättävän kotikäynnin tai hoitajien resursseja sitovan akuuttitilanteen vuoksi. Asiakkaiden mahdolliset pettymykset hahmottiin estää ennakolta siten, että ylimääräisen ohjelman järjestämisestä karsittiin ja mahdollisesta ohjelmasta ei juuri tiedotettu asiakkaille etukäteen. Lisätoiminnan järjestämisen todettiin olevan asiaankuulumatonta myös siksi, että kyse on kuitenkin sairaalaympäristöstä.

”Tämä on kuitenkin laitos eikä lomakoti.”

”Koska meillä ei oikeestaan sitä toimintaa ole, niin se kalenteri näyttää kaljulta ja nimenomaan omaisille siltä, ettei meillä tapahdu oikeestaan mitään.”

Kuntoutusosastolla todettiin olevan monia haasteita tiedonkulun onnistumisen kannalta. Toimintaan liittyvän tiedon pitäisi kulkea osaston sisällä, osastolta ulos omaisille, ylemmälle johdolle ja yhteistyökumppaneille sekä ulkoa päin osastolle. Todettiin, että joku toimija jää helposti tarvittavan tiedon ulkopuolelle. Syitä tiedonkulun epäonnistumiseen olivat eri toimijoiden suuri lukumäärä, vuorotyö, katkokset tiedonkulussa, asiakkaiden henkilökohtaisen kuntoutuskansion puute ja muutosviestinnän haasteet. Työvuoron vaihtuminen oli tiedonkulun onnistumisen kannalta haavoittuvin hetki.

”Että onko se tieto menny eteenpäin, siinä on niin monta monessa. Että jos joku joskus keksii sellasen systeemin, että tää pystytään aukottomasti hoitaan, niin se on tosi hieno juttu. Siinä on hirvittävä määrä erilaisia riskejä, ja yllätyksiä tulee koko ajan. Että asiakas ei tiedä tai omaiset ei tiedä tai kotihoito ei tiedä tai joku ei tiedä. Että toi on ongelma.”

Asiakastiedon siirtymiseen liittyen työntekijät pohtivat osaston raportointikäytäntöjä. Raporttien todettiin olevan usein katkonaisia ja rauhattomia, ja osa haastateltavista kaipasi selkeämpiä ohjeita siitä, mitä pitää raportoida. Työntekijät miettivät, että kokonaistiedon hahmottaminen vaatisi työntekijältä sekä osallistumista suulliseen raporttiin että huolellista kirjattujen potilastietojen lukemista. Tämä taas vähentää välittömien asiakaskontaktien määrää.

”Jos sää oot kolme päivää poissa ja sun pitää lukee ne kolmen päivän asiat, siihen menee paljon aikaa. Ja sit, kun sä saat sen suullisesti, sulle tulee pääpointit.”

Osa työntekijöistä pohti tiedonkulkuun liittyen työtehtäviin perehdyttämisen olevan puutteellista. Perehdyttämisestä puuttuivat selkeät, yhdenmukaiset ohjeet, ja nykyisellään perehdytyksen laatu oli riippuvainen sen tekijästä. Perehdyttämisen ongelmakohtia olivat sijaisten perehdyttäminen, akuuttitilanteissa toimiminen, hoitajien osallistuminen asiakkaiden kuntoutukseen ja hoitajien perehtyminen kuntosalin käyttöön.

Kuntoutusosastolla oli vähän aikaa sitten otettu käyttöön *huonejakomenetelmä*, joka tarkoittaa sitä, että kussakin työvuorossa olevat hoitajat olivat pääsääntöisesti vastuussa vain tiettyjen, työvuoron alussa sovittavien potilashuoneiden asukkaista. Menetelmän arveltiin helpottavan omaan asiakkaaseen perehtymistä syvällisemmin, rauhoittavan työvuoroa ja selkiyttävän raportointia. Huonona puolena tiedonkulun kannalta menetelmässä pidettiin sitä, että nyt hoitajat eivät tieneet, mitä naapurihuoneessa tapahtui. Osa oli sitoutunut uuteen menetelmään, osa vastusti sitä, sillä omalle kohdalle saattoi sattua paljon hoitoa vaativa asiakas.

Asiakkaiden päivittäistoimintoihin liittyvän kirjaamisen todettiin parantuneen vuosien varrella huomattavasti. Kirjaaminen keskittyi nyt enemmän asiakkaan toimintakyvyn kuvaamiseen, ja tekstiä sekä informaatiota oli entistä enemmän. Toinen kirjaamiseen liittyvä mielipide oli kuitenkin päinvastainen. Siinä kaivattiin parempaa kirjaamista, jotta sama tieto olisi kaikkien ulottuvilla.

”Tiedonkulusta mä voisin sanoo, kun oon tässä vuosien varrella huomannut, että kirjaukset siellä päivittäistoimintojen sivuilla on

huomattavasti parantunu ja kuvaa ihmisten toimintakykyä ja sitä, mihin suuntaan ollaan menossa. Se on mun mielestä aika laadukasta nykyään pääosin.”

Hoitohenkilökunnan kokemuksia ja arvioita asiakaspalautteesta löytyy koottuna Hoitohenkilökunnan haastatteluanalyysi -taulukosta (Liite 2).

5.2.5 Hoitohenkilökunnan esittämät kehittämisehdotukset

Kuntoutusosaston hoitohenkilökunta osallistui työyhteisönsä kehittämiseen innostuneesti, ja heidän tekemänsä kehittämisehdotukset olivat ensisijaisesti suoraan asiakkaiden toiveisiin perustuvia. Lisäksi esiin nousi kehittämisehdotuksia, jotka parantavat toimintaympäristön asiakaslähtöisyyttä henkilöstön työhyvinvointiin kohdistuvien toimenpiteiden kautta.

Kuntouttava hoitoympäristö

Työntekijöiden mielestä kuntoutusasiakkaiden toimintakykyä ja osallisuutta voitaisiin edistää osastolle tilattavien helppolukuisten lehtien sekä langattoman verkkoyhteyden mahdollistamien asiakastietokoneen tai tabletin, pelikonsolin ja erilaisten peliohjelmien avulla. Heidän mielestään netin käyttö kuntoutusvälineenä kuuluu nykypäivään, ja sen puute voi lisätä osastokuntoutusjaksolla olevan ikäihmisen eristyneisyyden kokemusta. Erilaiset hiirimallit erilaisilla käsiotteilla mahdollistaisivat useammalle tietokoneen käytön ja lisäisi asiakkaiden yhdenvertaisia kuntoutumismahdollisuuksia.

”Onhan sitä tietokonetta paljon kysely. Moni kaipaa sitä.”

Langaton verkkoyhteys olisi ratkaisu myös siihen, että hoitajat saattavat olla työvuoronsa aikana pitkiä aikoja asiakkailta näkymättömissä tekemässä kirjaamisia tietokoneelle. Langattoman verkkoyhteyden ansiosta työntekijät voisivat tehdä ainakin osan kirjaamisestaan asiakkaiden näkösalilla päiväsälissa.

Osaston yhteisiä tiloja henkilöstö lähtisi kehittämään asiakaspalautteen mukaisesti päiväsalin kalusteet uusimalla sekä järjestämällä asiakkaiden käyttöön erillisen tilan,

jossa asiakkaat voisivat keskittyä lehdenlukuun tai keskustella rauhassa. Tilassa voisi olla myös jääkaappi asiakkaiden omia eväitä varten, kahvinkeitin sekä ATK-piste. Toisaalta myös osaston yhteisen tv:n katselua varten olisi hyvä olla tila, jossa ohjelmien suomenkielisen puheen kuulisi paremmin televisiota huudattamatta. Tv:n siirtäminen alentaisi päiväsalin monista eri toiminnoista johtuvaa melutasoa.

Henkilöstön mielestä epävarmasti toimivan hälytysjärjestelmän uusiminen olisi ensiarvoisen tärkeää asiakasturvallisuuden kannalta. Potilashuoneiden viihtyisyyttä he lähtisivät asiakkaiden toiveiden mukaisesti kehittämään siten, että huoneiden ilmastointi laitettaisiin kuntoon ja seinät maalattaisiin. Henkilöstön mielestä jokaisessa potilashuoneessa tulisi olla televisio.

”Sitten se ilmastointi. Viime kesä oli ainakin ihan hirvee sekä asiakkaille että työntekijöille. Jostain komerosta kaivettiin loppukesästä semmoinen yks pikku pöristin, mutta ei se mitään auttanu.”

”Vaikka sillä on perusteetkin, että miks sitä televisiota ei ole huoneessa, on se kanssa sitä nykypäivää, että se löytyy ja tuo mahdollisuuksia. Meillä on tilanteita, jolloin joku dominoi sitä kaukosäädintä ja ylipäättään televisioo. Silloin muut ei pääse katselemaan niitä mieleisiä juttuja, ja tekeminen on kuitenkin osastolla tosi vähäistä.”

Viihtyisyyteen liittyen työntekijät olivat lisäksi havainneet, että potilashuoneiden tyhjyydestä ja autiudesta johtuva puheen kaikuminen oli selkeä ongelma niille asiakkaille, jolla oli vaikeuksia kuulemisen kanssa. Ratkaisuksi tähän ongelmaan ehdotettiin esimerkiksi huoneiden kattoon sijoitettavia akustiikkalevyjä.

Potilashuoneiden toiminnallisuutta henkilöstö lähtisi kehittämään asiakaspalautteen mukaisesti siten, että huoneisiin saataisiin lukollinen säilytystila. Se vähentäisi omaa rahapussiaan kaipaavien asiakkaiden asiointia kansliassa. Henkilöstön mielestä alun perin yhden hengen huoneiksi suunnitellut potilashuoneet olivat ahtaita kahdelle asukkaalle, ja ahtaus rajoitti huoneessa liikkumista. Sekä kahden että yhden hengen huoneissa asuvien kuntoutujien intymiteettisuoja oli puutteellinen puuttuvien väli- ja suojaverhojen vuoksi.

”Intimiteettisuoja on tärkeä. Ihmeen vähän asiakkaat tuovat sitä... jos joku avaa käytävältä oven, vaikka koputtaakin, ei siinä ehdi mitään tehdä. Kaikki näkyy.”

Henkilöstöhaastattelussa nousi esiin myös potilashuoneiden wc-/suihkutilojen kunto. Henkilöstön mukaan monet wc-istuimet vuosivat koko ajan vettä hukkaan, lisäksi istuinten muoviosiin sekä tukikahvoihin toivottiin tehosteväriä. Värien käyttö parantaisi tukikahvojen erottumista seinistä ja toisi lisää itsenäisyyttä sekä käyttövarmuutta että -mukavuutta wc-toimintoihin. Henkilöstöä puhutti myös potilashuoneiden riittämätön valaistus sekä pistorasioiden huono kunto, joiden korjaamiseen toivottiin määrärahaa.

Osaston terassin kunto ja käyttö herättivät paljon keskustelua. Ongelmakohtina esiin nousivat eri tasojen ja kynnysten aiheuttama esteellisyys osaston sisätilojen ja terassin välillä, suojaavan katoksen puuttuminen sekä rikkaruohoista, huonokuntoisista terassikalusteista sekä asiakkaiden tupakantumpeista johtuva yleinen epäsiisteys. Kulku terassille haluttiin saada esteettömäksi ja itse terassi sellaiseksi, että se houkuttelisi kuntoutujia ulos raittiiseen ilmaan nauttimaan luonnosta. Itse terassille ehdotettiin pientä kasvimaata ja hedelmäpuuta, joiden hoitovastuu kuitenkin mietitytti. Toivottiin myös uutta pihagrilliiä vanhan ja ruosteisen tilalle sekä terassikalusteiden kunnostusta. Asiakkaiden tuhkakuppeina käyttämät kurkku- ja punajuuripurkit pitäisi myös korvata siistimmillä astioilla. Vaihtoehtona oli terassin purkaminen ja muuttaminen puutarhaksi.

Rakennuksen piha-alueen tiedettiin olevan turvaton ulkoiluun asiakkaille, joiden liikkumiskyky on heikentynyt. Piha on kalteva, pääoven edessä on parkkipaikka ja alueella ei ole selkeää, turvallista kävelyreittiä, jota voisi hyödyntää kuntoutumisessa. Ratkaisuina ehdotettiin tasattua, puutarhamaista aluetta, jossa olisi esteetön kävelyreitti. Tähän voisi hyödyntää nykyisen terassin pohjaa.

Kuntouttava toiminta

Asiakkaiden kuntouttavaa toimintaa voisi hoitohenkilökunnan mielestä kehittää palkkaamalla yksikköön joko toinen fysioterapeutti tai kuntoutukseen erikoistunut lähihoitaja. Enemmän voisi myös hyödyntää vapaaehtoistoimijoita, ja vapaaehtoistyö tulisi tehdä säännölliseksi ja suunnitelmalliseksi. Toiminta pitäisi myös kohdentaa erityisesti

niihin ajankohtiin, jolloin henkilökuntaa on vähemmän, eli iltoihin, viikonloppuihin ja juhlapyyhiin, ja se voisi olla paitsi ulkoilua, myös pelihetkiä ja keskustelua. Vapaaehtoisia tulisi myös palkita työstään.

”Esimerkiksi kuulemma Tampereella toimii henkilökohtainen vapaaehtoisjärjestelmä kunnan toimesta. Yks vapaaehtoinen käy vaikka kolmen asiakkaan kanssa ulkoilemassa ja pelailemassa – ne pitää siellä pelikerhoja – ja sitten se saa siitä hyvästä syödä siellä ilmaiseksi.”

Työntekijöiden mielestä asiakkaiden tulisi saada olla kuntosalilla rauhassa ilman kiirettä poistua seuraavan, ulkopuolelta tulevan ryhmän tieltä. Aukioloaikojen tulisi mahdollistaa parempikuntoisten asiakkaiden ohjattu harjoittelu sekä asiakkaiden omatoiminen harjoittelu myös arki-iltapäivisin.

”Lisääntynyt kuntosaliaika mahdollistais sen omatoimiharjoittelun, mikä nyt jää... Kuntosali on kyllä ihan eri lailla motivoiva kuin se, että sanot, että tossa on noi puolapuut ja tee seisomaannousuja.”

Ratkaisuina siihen, että hoitajat voisivat osallistua kuntoutustoimintaan enemmän, ehdotettiin työnkuvan selkiyttämistä, parempaa perehdytystä ja ohjeistusta, asiakkaan henkilökohtaista kuntoutuskansiota (jossa olisi nähtävillä selkeät, päivitetty kuntoutumistavoitteet sekä iltaisin ja viikonloppuisin yhdessä tehtäviä, asiakkaalle tärkeitä harjoitteita), hoitajien työvuoroon kuuluvien tukitöiden vähentämistä. Kuntouttavaa toimintaa olisi myös se, että hoitajat pyrkisivät lisäämään sekä laadullista että määrällistä läsnäoloaan asiakkaiden parissa.

”Hoitajien pitäis olla asiakkaiden kanssa enemmän. Keskustella ja hoitaa psyykeä.”

Maanantaipäivien ohjelmaan kaivattiin myös järjeistämistä, sillä nykyään päivä sisälsi monia eri toimintoja. Henkilöstöressurssien määrä oli kuitenkin sama kuin muinakin päivinä.

”Jos maanantaina olis se yksi ylimääräinen työntekijä lisää, se helpottaisi ihan huomattavasti. Tän hetkisestä kolmen hoitajan aamuvuorosta, niin siinä on yks hoitaja lääkärinkierrolla. Sitten ois lounas, niin jonkun täytyy kuitenkin tehdä leivät ja kaikki hoitotyöt. Sitten jonkun täytyis laittaa lääkkeet kuntoon. Ja jos meillä ei oo ft-opiskelijoita, niin jonkun pitäis olla siellä kuntosalilla apuna, että olis tarpeeks aktiivista. Ei sielläkään yksin pärjää, jos on monta asiakasta.”

Osaston toiminta-ajatuksena on asiakkaiden kotona asumisen tukeminen. Tavoitteen toteutumista työntekijöiden mielestä tukisi se, että potilaspaikoille ohjattaisiin vähemmän toimintakyvyltään niin heikkokuntoisia asiakkaita, että he käytännössä odottavat vain pitkäaikaispaikan järjestymistä. Näin tehostetun kuntoutumisen paikkoja vapautuisi enemmän asiakkaille, joiden kotiinkuntoutuminen on vielä mahdollista.

Työntekijöiden ja esimiesten ammatillisuus ja eettisyys

Asiakkaiden kivun tunnistamiseksi työntekijät, että osastolla voisi olla käytössä kivun kontrolliluonteinen kysely. Koska asiakkaat eivät eri syitten takia välttämättä kerro oma-aloitteisesti ongelmistaan, heiltä pitää kysyä asioista enemmän.

”Eihän meidän osastolla ole sellaista kuin kivun kontrolliluonteista kyselyä. Ei se ole itsellenikään käytössä aktiivisesti. Pitäisi enemmän koko ajan kysyä ja tiedustella.”

Esimiestyöhön liittyen työntekijät esittivät seuraavia kehittämissuhteita Post-it -lappujen välityksellä: esimiehiltä toivottiin rohkeampaa ja selkeämpää johtamista sekä asioihin ja epäkohtiin puuttumista. Toivottiin, että esimiehet kuuntelisivat henkilöstöä enemmän muutosten yhteydessä, kohtelisivat työntekijöitä tasapuolisesti, tiedustelisivat useammin hoitajien jaksamisesta sekä arvostaisivat hoitajien erityisosaamista enemmän. Kuntoutusosaston työilmapiiriä ja yhteishenkeä pidettiin kokonaisuutena hyvänä.

Tiedonkulku

Haastateltavat miettivät sitä, että yksilöllisen kuntoutuskansion käyttöönotto saattaisi sekä poistaa asiakkaiden ja omaisten epätietoisuutta asiakkaan kuntoutumistavoitteista

että muuttaa niitä realistisemmiksi. Tavoitteita tulisi kuitenkin päivittää koko osastokuntoutusjakson ajan.

Asiakkaiden kuntoutumisen tueksi ehdotettiin, että osastojakson aikana unen ja kivun kokemukset kysyttäisiin ja kirjattaisiin tarkemmin ylös. Näin asiasta olisi olemassa jotain konkreettista ja seurannan mahdollistavaa aineistoa nähtävillä asiakkaan tiedoissa. Pääosa työntekijöistä oli sitä mieltä, että tiedonkulku asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan välillä paransi dialogisuutta lisäämällä, kuten kyselemällä asiakkailta asioista enemmän.

Työntekijät olivat asiakaspalautteen kanssa samaa mieltä siitä, että jokaiselle asiakkaalle pidettävä kuntoutuspalaveri ei nykymuodossaan toteutettuna ollut paras mahdollinen kokonaisuus. Kehitysehdotuksina oli, että asiakasta ja myös omaisia valmisteltaisiin tilaisuutta varten etukäteen esimerkiksi yhdessä täytetyn esitietolomakkeen avulla, ja itse palaverissa olisi mukana vain asiaan kuuluvat henkilöt. Kuntoutuspalaverissa saataisiin näin paremmin kuuluville kuntoutujan oma ääni.

”Kuntsarit on meillä hoidettu sillä lailla huonosti, että sinne mennään vähän niin kuin valmistautumatta. Kuntoutuja ei välttämättä tiedä, miksi siellä istutaan, ja sit tulee omaiset, jotka saattaa olla ihan yhtä ulkona asioista. Tai sit saattaa tulla tilanne, että kuntoutuja ei pysty kokoon omia ajatuksia, koska omaiset on niin vahvoja. Se kuntoutujan oma ääni pitäis saada paremmin näkymään, ja sen pitäis tietää palaveriin tullessa, että mistä siellä puhutaan. Niin, eikä meidän kaikkien siellä tarvis aina välttämättä edes olla.”

Perehdyttämiseen liittyviä kehittämissuhteita työntekijöillä oli monia. He toivoivat, että kaikki perusasiat koottaisiin vaikka yhdelle A4-paperille, että jokainen saisi niihin liittyen samanarvoiset tiedot toimintatavoista, eikä perehdytyksen sisältö olisi riippuvainen sen antajasta. Parempi ohjeistus mahdollistaisi myös yhtenäisemmän tavan toimia työpäivän aikana. Erityisesti parempaa perehdytystä toivottiin sijaisille, kuntosalin käyttöön liittyen sekä siitä, miten hoitajat voisivat paremmin toteuttaa kuntouttavaa toimintaa pelkän perustyön ohella. Kertausta toivottiin uuteen huonejako -menetelmään liittyen. Haastateltavat kaipaivat myös lisäkoulutusta akuuttitilanteita varten

vahinkojen välttämiseksi sekä koulutusta ergonomiasta ja kinestetiikasta työkyvyn ylläpitämiseksi.

5.3 Lähiesimiesten ja osastonlääkärin arvioita asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan palautteista

Tässä ryhmähaastattelussa esimiehet ja osastonlääkäri antoivat omat arvionsa edeltävien haastattelutasojen palautteista ja kehitysehdotuksista. Koska haastateltavia oli vain kolme, kutsun osastonlääkäriä nimettömyyden turvaamiseksi tässä yhteydessä osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan tavoin esimieheksi.

Asiakkaiden kuntouttavaan hoitoympäristöön liittyen esimiehet keskustelivat ryhmähaastattelussa hälytysjärjestelmän uusimisesta, langattomasta verkkoyhteydestä, asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan käyttöön tulevasta tietotekniikasta, potilashuoneiden ilmastoinnista ja televisioista, päiväsalin kalusteista ja toiminnallisuudesta sekä terassin ja piha-alueen kunnostamisesta.

Kuntouttava hoitoympäristö

Hoitoympäristöön liittyen esimiehet olivat odottavalla kannalla. Hoitoyksikköön oli luvattu tehdä peruskorjaus vuonna 2020, mutta haastatteluhetkellä ei ollut tiedossa, mitä se pitäisi sisällään. Osaston hälytysjärjestelmä tulisi saada kuntoon ensisijaisesti. Tätä oli myös kunnalta anottu. Haaveena heillä oli järjestelmä, jossa olisi mukana hälytystoiminnan lisäksi asiakkaiden hyvinvoinnin ja terveydentilan seuranta. Kuntoutusasiakkaiden päiväaikaisen aktiivisuuden, vuorokausirytmien ja unenlaadun mittaaminen mahdollistaisi objektiivisen ja yksilöllisemmän seurannan ja toimisi samalla kuntoutustoiminnan tukena. Hälytysjärjestelmän voisi linkittää langattomaan verkkoon, joka myös on ollut esimiesten toivomuslistalla pitkään. Langaton verkkoyhteys tai vaihtoehtoisesti SIM-kortillinen asiakastietokone tai -tabletti toisi myös esimiesten mielestä uusia ulottuvuuksia, yksilöllisyyttä ja asiakaslähtöisyyttä asiakkaiden kuntoutukseen pelien, konserttien ja esimerkiksi jumalanpalvelusten seurannan kautta. Asiakkaiden mielialalle tärkeä yhteydenpito omaisiin helpottuisi myös.

Mikäli langattoman verkkoyhteyden saaminen osastolle ei onnistu, nykytilannetta parempi vaihtoehto myös työn sujuvuuden kannalta olisi esimiesten mukaan se, että he

saisivat asiakastietojen kirjaamista varten käyttöönsä esimerkiksi Osastonhoidon mobiili -sovelluksen ja tabletin, jossa on SIM-kortti. Kirjaamisia voisi silloin tehdä muuallakin kuin nurkan takana olevassa kansliassa asiakkailta piilossa. Samoin asiakkaiden RAI-testihaastatteluja voisi liikuteltavalla laitteella tehdä yksityisyyden parantamiseksi kanslian sijaan potilashuoneissa. Nyt potilashuoneessa tehtävät haastattelut on kirjattava ensin kynällä paperille ja siirrettävä sitten kansliassa tietokoneelle, jolloin kirjaamiseen kuluu kaksinkertainen aika.

Potilashuoneiden ilmastointi tulisi myös esimiesten mielestä saada kuntoon. Nykykunnossa huoneet ovat talvella liian kylmiä ja kesällä liian kuumia. Tilanne on vaikea sekä sairaudesta toipuville ikääntyneille asiakkaille että hoitohenkilökunnalle. Huoneiden intimiteettisuojaan olisi myös saatava parannusta, sillä sekä yhden että kahden hengen huoneista on suora näkyvyys käytävälle tai päiväsalin. Suojaverhon puutteen takia huoneen toinen asukas on pyydettyä siirtymään käytävälle siksi aikaa, kun toiselle tehdään hoitotoimenpiteitä. Huoneiden seinien maalaus pitäisi päivittää.

Esimiehet olivat yhtä mieltä siitä, että potilashuoneisiin ei saa hankkia televisioita asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan toiveesta huolimatta. Asiakkaiden toivottiin viettävän aikaa päiväsalissa eikä omissa huoneissaan.

”Ei missään nimessä televisiota huoneisiin, että ihmiset ei jämähä sinne. Tää ei oo koti vaan kuntoutusosasto.”

”Se on meidän ideologia nimenomaan.”

Päiväsalin kalusteiden uusimisen tarpeesta esimiehet olivat samaa mieltä jo pelkän asiakasturvallisuuden takia. Matalilta tasoilta oli vaikea ponnistaa ylös, ja tuolit saattoivat hajota asiakkaan alla. Rauhallista oleskelutilaa asiakkaiden käyttöön ei kuitenkaan esimiesten mielestä osastolle tarvittu, lisäksi sellaisen järjestäminen olisi vaikeaa jo muutenkin ahtaaksi käyvissä tiloissa.

”Mulla on jotenkin sellainen olo, että me ollaan kuitenkin sairaala, että liian mukavaksi ei voi sairaalaa tehdä.”

Piha-aluetta pitäisi esimiesten mielestä kunnostaa, sillä piha on kuntouttavan ulkoilun näkökulmasta liian pieni ja kaltevuutensa vuoksi vaikeakulkuinen ihmiselle, jolla on liikkumisvaikeuksia. Keskustelua herätti myös osaston asiakkaiden käyttöön suunniteltu terassi, jonne kulku ei ole esteetön. Terassille pitäisi myös saada nykyistä yhtä pientä päivänvarjoa suurempi ja parempi auringonsuoja. Näissä muutostoiveissa pohdittiin kyse olevan ennen kaikkea asiakkaiden turvallisuudesta.

”Ne teki sen terassin niin kuin tekivät, kun ei saanut sitä muulla lailla kuulemma tehtyä. Nää on vähän vaikeita, kun ei me pystytä näihin vaikuttaan, vaikka yritetään vaikuttaa. Sitten ne torpataan tuolta muualta. Se on ihan oikeesti hankalaa.”

Kuntouttava toiminta

Osaston kuntouttavaan toimintaan liittyen esimiehet keskustelivat kuntouttavan toiminnan sisällöstä ja määrästä, asiakkaiden henkilökohtaisista harjoitusohjelmista ja osallisuudesta kuntoutumistavoitteiden laatimisessa, aktiviteettituokioiden järjestämisestä sekä kuntoutusosaston asiakkuudesta.

Kuntouttavasta toiminnasta annettu palaute herätti esimiehissä ristiriitaisia tunteita. Esimiehillä oli käsitys, että osaston terapeutit edelleen tekevät asiakkaille yksilöllisiä, osastokuntoutusjakson aikana toteutettavia kuntoutusohjeita, vaikka terapeutit ovat turhaksi kokemastaan käytännöstä jossain vaiheessa luopuneet. Toisaalta esimiehet pohtivat sitä, että kokemuksen mukaan harjoitusohjelmien lukeminen ja noudattaminen jää tekemättä juuri niiltä asiakkailta, jotka eniten kokevat jäävänsä ilman riittävää kuntoutusta. Ajateltiin, että arkitoimintojen tekeminen ja päiväsalissa oleminen ovat jo sinällään asiakkaille kuntouttavia asioita, eivätkä ne vaadi terapeutin läsnäoloa. Keskusteltiin myös siitä, että asiakkaat mieltävät vahvasti kuntoutuksen olevan tietty ohjattu hetki sitä varten suunnitellussa ympäristössä.

”Jos ajattelee tän osaston toimintaa, niin siinä päiväsalissa tapahtuu niin paljon. Kyllähän se on asiakkaille päivän tärkein sisältö se, että ne näkee siinä päiväsalissa sitä toimintaa, erilailla kun jossain isossa sairaalassa.”

”Se on niin vahvana se ajatus, että kuntoutus on jollakin laitteella ja jonkun ohjaamana juuri tehtyä.”

”Niin sekin (kuntoutettavan käden mukaan ottaminen) unohtuu asiakailta usein, vaikka on nimenomaan ajateltu, että otat mukaan siihen hampaiden pesuun ja hiusten harjaamiseen sen huonomman käden. Ei asiakkaat koe, että se on sitä kuntoutusta.”

Esimiehet miettivät myös, että monien asiakkaiden mielestä kuntoutus on nimenomaan fyysisten harjoitusten tekemistä. Ajoittain hoitajat ovat tarjoutuneet esimerkiksi pelaamaan asiakkaiden kanssa lauta- tai korttipelejä, mutta nämä eivät ole olleet siihen halukkaita. Haastateltavien mielestä asiakkaat saataisiin ehkä paremmin mukaan pelitoimintaan, jos se olisi säännönmukaista, tietyinä ajankohtana tapahtuvaa ja ohjattua toimintaa. Pelaaminen voisi olla juuri lauta- tai korttipelejä tai vaikka keilausta, ja ohjaaja voisi olla vapaaehtoistyöntekijäkin. Jos asiakkaille olisi tiedotettu ohjelmasta etukäteen, he voisivat paremmin lähteä toimintaan mukaan. Esimiehet olivat kuitenkin epävarmoja siitä, onko pelaaminen kuntoutusta vai pelkkää ajanvietettä. Jos se mielletään ajanvietteeksi, se ei ehkä kuitenkaan heidän mielestään kuulunut sairaalaosaston ohjelmaan.

Ratkaisuna asiakaspalautteeseen kuntouttavan toiminnan vähyydestä esimiehet pohtivat sitä, että hoitajien pitäisi ensinnäkin vielä enemmän perustella, motivoida ja muistutella asiakkaita siitä, että arkipuuhat – istumaan opettelu, itse syöminen, pienten pesujen tekeminen – ovat juuri hänen kohdallaan sitä kuntoutusta. Hoitajien ei pitäisi ajatella, että asia on jo kerrottu asiakkaalle esimerkiksi kuntoutuspalaverin yhteydessä, joten kyllä hänen se pitää tietää ja muistaa. Kuntoutusmahdollisuudet lisääntyisivät myös siten, että rakennuksessa oleva kuntosali saataisiin enemmän talon kuntoutusasiakkaiden omaan käyttöön. Yksi haastateltavista kuitenkin epäili, että asiakkaat eivät ehkä ole motivoituneita lähtemään kuntosalille toista kertaa saman päivän aikana.

Erilaisia viikko-ohjelmia aktiviteettituokioiden toteuttamiseksi kuntoutusosastolla oli kokeiltu useaan kertaan. Ohjelman toteutumiseksi oli esimerkiksi laadittu hoitajia varten nimilista tuokioiden vetämisestä sekä kerätty valmista materiaalia sisällön suunnittelun tueksi. Toiminta ei ollut kuitenkaan juurtunut osaston käytäntöihin. Haasteiksi

oli muodostunut paitsi hoitajien käytössä olevan ajan rajallisuus ja motivoituneisuus, myös asiakkaiden saaminen mukaan toimintaan.

”Mutta toki mä ajattelen, että kyllä se on niinku siitä hoitajasta kiinni. Että jos on innokas hoitaja, joka ajattelee, että nyt pidetään tässä, niin hän tuo sen esille niin, että sinne ehkä tulee ihmisiä. Toisaalta asiakkaiden toiveisiin pitää vastata. Jos he ei halua, niin se on sitten sillä selvä.”

Esimiehet keskustelivat myös asiakkaiden osallisuudesta kuntoutumistavoitteiden laa-
timiseen. He olivat samaa mieltä työntekijöiden kanssa siitä, että asiakkaat eivät vält-
tämättä aina kykene itse määrittelemään omia tavoitteitaan ja että sekä asiakkaat ja
omaiset voivat usein olla epärealistisia tavoitteissaan kuntoutumisen suhteen. Esimie-
het kuitenkin myönsivät, että ehkä ammatti-ihmisen tulee kuntoutuspalaverissa aika
useinkin puhuttua asiakkaan puolesta. Pitäisi antaa asiakkaan puhua itse enemmän.

*”Ehkä se on, kun nyt sitä pohdin, että pitäis vielä enemmän kysyä nimen-
omaan potilaalta, että hän sanottaa sen tavoitteensa. Useinhan se tavoite
on... me tiedetään se kaikki, mutta kysyä niin kuin konkreettisesti, että
mikä hänen tavoitteensa on.”*

*”Kyllä sieltä omaisilta tulee välillä tosi voimakkaasti – niitä epärealis-
tisia tavoitteita ja toiveita.”*

Esimiesten haastattelussa esiin nostettiin työntekijätasoa puhuttanut aihe kuntoutus-
osaston asiakkuudesta. Osaston kuntoutustoiminnan ensisijaisena tavoitteena on ollut
asiakkaan kuntouttaminen takaisin kotiin. Suurimpana haasteena tämän tavoitteen saa-
vuttamiselle esimiehet näkivät sen, että varsin usein osastolle tulevat asiakkaat ovat jo
liian heikossa kunnossa kuntoutuakseen enää kotona asuviksi. Syynä käytäntöön on
usein omaisten painostus ja epärealistiset toiveet läheisen kuntoutumisesta ”ennal-
leen”. Esimiehet pohtivat, että olisi kaikkien edun mukaista, jos ikäihmisen kunnan
heikkenemiseen puututtaisiin ajoissa ja tehostettu osastokuntoutusjakso ajoitettaisiin
optimaalisemmin. Esimiesten mielestä oman osastonlääkärin (geriatri) vastuuta osas-
tolle tulevien asiakkaiden valinnassa tulisi lisätä. Nykytilanteessa henkilöstöä

kuormittaa se, että he joutuvat työskentelemään ristiriitaisessa tilanteessa osaston toimintaperiaatteiden ja lähettävän tahon tai omaisten ajoittain kohtuuttomienkin odotusten välillä.

”Me nähdään osastolla jo heti, kun tulee osastolle, eikä siis olla pessimistejä vaan realisteja, että ei tästä tuu enää mitään... on liian kauan siitä päätetapahtumasta... Tai siis ihmisen itsensä kannalta – hän kuntoutuu muutamassa viikossa sen verran, että jaksaa istua pitempiä aikoja, mahdollisesti pystyy syömään itse. Mutta ei siinä tavotella kuitenkaan sitä, mitä monet haluaa, että haluaisin kotiin.”

Kuntoutusosaston asiakkuuteen liittyen esimiehet kuitenkin totesivat, että tällä hetkellä akuuttiosastoilla ja kotiutuskoordinaattorilla ei ole riittävästi vaihtoehtoisia paikkoja siirrettäville asiakkailleen. Tästä syystä kuntoutusosastolle ohjautuu usein esimerkiksi pitkäaikaispaikkaa odottavia asiakkaita. He pohtivat, pitäisikö osaston toiminta-ajatusta muuttaa ja kotiinkuntoutumisen sijaan tyytyä hyvin pieneen, ikääntyneen asiakkaan elämänlaatua edes vähän kohentavaan kuntoutumisen tavoitteeseen. Haasteena esimiesten mukaan saattoi kuitenkin olla kuntoutusosaston hoitohenkilökunnan motivoiminen työskentelemään näiden hyvin pienten tavoitteiden saavuttamisen edistämiseksi.

”Mä nään geriatrisen kuntoutuksen meidän tulevaisuuden suuntana, tuli sitten sote tai joku soten tyyppinen systeemi... Nyhän me on oltu semmonen sekaosasto, meillä on kaikki kuntalaiset. Niin mä luulen, että me joudutaan luopuun tietyistä potilasryhmistä mahdollisesti kokonaan. Lonkista, polvista, mahdollisesti neurologisista, niin meille jää ne geriatriset.”

Hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja eettisyys

Hoitohenkilökunnan ammatillisuuteen ja eettisyyteen liittyen esimiehet keskustelivat hoitajien työnkuvasta ja tavasta toimia, vuorovaikutustaidoista ja dialogisuudesta sekä hoitohenkilökunnan näkyvyydestä osastolla.

Asiakaspalautteessa oli noussut esiin mielipide siitä, että osaston rutiineihin vaihtelua tuovan toiminnan järjestäminen oli riippuvaista paitsi osaston kiireellisyytilanteesta, myös työvuorossa olevasta hoitajista. Osa hoitajista siis mielsi asiakkaita aktivoivan toiminnan osaksi työnkuvaansa, osa ei. Esimiehet pohtivat, että jokainen hoitaja tekee työtään omalla persoonallaan, eikä heiltä voi edellyttää valmistelemattomiin keskustelu- tai toimintatuokioihin heittäytymistä. Esimiehet olivat huolissaan työmäärästä, joka hoitajilla oli jo nyt vastuullaan: asiakkaiden hyvinvoinnista ja perustarpeista huolehtiminen, kirjaaminen, RAI:n tekeminen ja itse kuntouttaminen. Heidän mielestään ylimääräisten aktiviteettihetkien järjestäminen saattoi kuormittaa hoitajia liikaa, joten se oli parasta jättää edelleen hoitajien vapaaehtoisen ja henkilökohtaisen aktiivisuuden varaan. Toisaalta osaston laitosapulaisresurssia oli saatu lisättyä, mikä oli vähentänyt hoitajien tekemää tukityömäärää työvuorojen aikana. Motivoituneet hoitajat saattoivat halutessaan käyttää aikaa asiakkaiden kanssa olemiseen tukitöiden tekemisen sijaan.

”Onhan hoitajissa eroa. Joku tykkää istua siellä ja olla enemmän asiakkaiden kanssa. Ja me tiedetään se. Eikä me voida niitä pakottaa, niitä kaikkia hoitajia, sinne päiväsaliin meneen. Joka ikinen hoitaja tekee kuitenkin tätä työtä sillä omalla persoonallaan.”

”Mutta on tietenkin päiviä ja iltoja erilaisia. Että pitää mennä – että on niin huonokuntoisia asiakkaita, että pitää mennä, eikä voi istua siinä. Tuntuu, että pitää mennä koko ajan.”

”Ollanhan me saatu laitoshuoltajaa nyt sitten enemmän kuin aluksi... On tullu niitä iltoja ja viikonloppuja. Ennenhän meidän hoitajat teki kaikki ne iltasin ja viikoloppusin, kaikki ne keittiötöyt. Ruoka tuli valmiina, mutta oli kaikki muu.”

Esimiehet kummastelivat sitä esiin noussutta asiaa, että kaikki hoitohenkilökuntaan kuuluvat eivät tiedustele asiakkaansa kivuista ja nukkumisesta päivittäin. Syinä tähän he pohtivat olevan, että kaikki hoitajat eivät halua jutella asiakkaiden kanssa, eikä heitä voi siihen pakottaa. Joskus myös huono henkilökemia asiakkaan ja hoitajan välillä saattoi johtaa siihen, että asiakas ei halunnut puhua hoitajan kanssa. He tiedostivat myös sen, että kaikki asiakkaat eivät kerro asioitaan, ennen kuin heiltä niistä kysytään.

Esimiesten mielestä hoitajan ammatillisuuden pitää kuitenkin aina mennä henkilökoh-
taisten tunteiden edelle. Hoitajan työn perustehtäviin kuuluu myös päivittäinen asiak-
kaan kivuista, nukkumisesta ja ruokahalusta tiedusteleminen. Hoitajien tulisi myös pu-
hua asiakkaille enemmän, perustella asioita enemmän ja rohkaista heitä antamaan
oma-aloitteisesti palautetta omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa liittyen.

Esimiehet olivat hyvillä mielin siitä, että työntekijät olivat saaneet mahdollisuuden pu-
hua vapaasti, anonymisti ja ilman esimiesten läsnäoloa tutkimushaastattelun yhtey-
dessä. He kuitenkin toivoivat, että hoitohenkilökunta kertoisi myös osaston arjessa
rohkeammin suoraan esimiehille omista muutostarpeistaan ja -ideoistaan. Palauttee-
seen siitä, että työntekijöiden mielestä heidän mielipidettään ei kysytä tarpeeksi osas-
ton toiminnan tai ympäristön muutoksiin liittyvissä asioissa, esimiehet sanoivat, että
heillä on sama tilanne ylemmän johdon kanssa. Yhden esimiehen mielestä oli ristiriit-
taista, että työntekijät toivoivat mielipidettään kuultavan enemmän, vaikka samalla
toivoivat esimiehiltä selkeämpiä toimintaohjeita ja jämäkämpää johtamista.

Tiedonkulku

Tiedonkulkuun liittyen esimiehet keskittyivät haastattelussaan pohtimaan hoitajien pe-
rehdyttämässä, osaston tiedonkulussa ja kuntoutuspalaverikäytännössä olevia haas-
teita. Työntekijöiltä saadun palautteen mukaan hoitajien perehdyttämisessä kuntoutus-
osaston työtehtäviin oli puutteita. Esimiehet olivat samaa mieltä väitteen kanssa mo-
nelta osin. Ensinnäkin hoitajilla ei ole säännönmukaista perehdyttämistä kuntosalilait-
teiden käyttöön. Lukuvuosien aikana, jolloin osastolla on fysioterapia-opiskelijoita,
hoitajat avustavat selkeästi harvemmin osaston fysioterapeuttia kuntosaliryhmässä, ja
käytännön osaaminen unohtuu. Kaikilta hoitajilta ei myöskään vaadita kuntosalissa
toimimisen osaamista, vaan hoitajat saavat osallistua avustamiseen oman mielenkiin-
non mukaan.

Perehdyttämistä varten on laadittu paperikaavake sekä internettiin perehdytys sivu.
Kirjalliset perehdyttämisohjeet ovat kuitenkin jääneet nohduksiin, eikä niiden käyt-
töä edellytetä tai seurata. Myös asiakkaiden lääkitystä koskien on laadittu ohjeistus,
jota ei kuitenkaan ole otettu käyttöön molemmilla esimiesten hallinnoimilla rinnak-
kaisosastoilla tai kaikkien työntekijöiden kanssa.

”Tää perehdytys on ikuisuuskyseminen... On siellä (osastolla) semmoinen kansio, siellä on semmoinen kaavake, mutta sitä ei varmaan käytetä kyllä... Ja on se internetissäkin semmoinen kaavake.”

”Tosta lääkijästä on, niinku lääkityksestä, siitähän on nyt semmonen kaavake. Tosin nyt en oo kattonu, onko toinen osasto käyttäny sitä. Tiedän, että toisella osastolla ovat menneet sen mukasesti kyllä. Sitten niinku, joidenkin kanssa.”

Esimiehet pohtivat, että ei kuitenkaan ollut pelkästään heidän vastuullaan huolehtia työntekijöiden perehdyttämisestä. Heidän mielestään oli selkeästi myös työntekijöiden omalla vastuulla ilmoittaa, jos he kokivat perehdytyksessään olevan aukkoja. Esimiehet ihmettelivät sitä, että työntekijöiltä oli saatu paljon palautetta hiljainen raportti -käytäntöön liittyen. Esimiehet kertoivat, että käytäntöä oli kokeiltu osastolla yli vuosi aiemmin, mutta siitä oli nopeasti luovuttu ja palattu perinteiseen suulliseen raportointiin.

Kuntoutuspalavereista saatua, kielteistä palautetta he myös pohtivat pitkään. Esimiehet olivat yrittäneet mielestään luoda tilaisuuteen rennon tunnelman. Jos asiakkaita tilaisuus siitä huolimatta jännitti, heillä oli viikoittaisella lääkärinkierrolla mahdollisuus kysyä ja keskustella asioista tarkemmin.

Osaston tiedonkulussa olevat haasteet herättivät vilkasta keskustelua havaituista tiedonkulun esteistä. Tärkeimpänä kohtana esiin nousi mielipide, että jokaisella osaston työntekijällä on myös henkilökohtainen vastuu ottaa asioista itse selvää. Jos työntekijä ei ole työvuorojärjestelyjen tai lomien vuoksi päässyt osallistumaan viikoittaiseen aamupalaveriin, hänen tulisi oma-aloitteisesti selvittää käsitellyt asiat lukemalla ne kansliassa olevasta raporttikansiosta. Esimiehet olivat myös huomanneet, että työasioihin liittyviä sähköposteja, sekä yhteisiä että henkilökohtaisia, luettiin liian vähän tai ei ollenkaan. Heistä tuntui, että osastolla oli aina joku työntekijä, jota tieto ei koskaan saavuttanut mitään viestintäkanavia pitkin.

”Millä sä saat nää niin, kun aina on joku, joka ei tiedä mistään mitään ja tieto ei koskaan kulje. Niin ehkä silloin pitäis katsoa peiliin.”

5.4 Perusturvaosaston johtoryhmän arvioita saaduista palautteista sekä kehittämistarpeista ja niiden toteutumismahdollisuuksista

Esittelin perusturvaosaston johtoryhmälle keskeisiä, esimiesten kanssa yhteistyössä mietittyjä kehittämiskohteita, joiden toteuttaminen vaatii lisäresurssien myöntämistä. Näistä myönteisen vastaanoton saivat ehdotukset tietoliikenneyhteyksien parantamisesta (langaton verkkoyhteys, asiakaskone, tabletti työntekijöiden käyttöön) ja osaston hälytysjärjestelmän uusimisesta. Oli selkeästi yhteinen intressi saada asiakkaille toimivat hälytysrannekkeet asiakasturvallisuuden takia, mutta myös mahdollisuuteen kytkeä samaan yhteyteen asiakkaiden terveystoimintoja ja toiminnallisuutta seuraava sovellus kiinnosti osallistujia.

Fyysisen hoitoympäristön kehittämis ehdotuksiin osallistujat eivät ottaneet kantaa tässä tilaisuudessa, sillä ehdotuksiin oli mahdutettu paljon taloudellisia panostuksia vaativia kohteita. Nämä kehittämiskohteet olivat osaston kuntouttavaan hoitoympäristöön liittyen sisätiloissa potilashuoneiden ilmastoinnin, intimiteettisuojaan ja wc-/suihkutilojen korjaaminen ja päiväsalin kalusteiden uusiminen. Ulkotilojen esitettyinä kehittämiskohteina olivat terassin kunnostaminen ja sinne kulun esteettömäksi muuttaminen sekä pihan rakentaminen kuntoutumista tukevaksi (tasaaminen ja puutarhamaisuus, ympäri vuoden kunnossa pidetty kävelyreitti ja ulkokuntoilulaitteet, jotka tulisivat myös ympäristössä asuvien kuntalaisten käyttöön).

Kuntouttavan toiminnan kehittämiseen liittyvät kehittämis ehdotukset herättivät johtoryhmän jäsenissä vastustusta. Heidän käsityksensä mukaan kuntoutusosasto oli toimintamuotona vanhentunut jäännös, jonka kuntouttavaan toimintaan ei kannattanut panostaa resursseja. Sen vuoksi esimerkiksi ajatus toisen fysioterapeutin tai kuntoutukseen erikoistuneen hoitajan palkkaamisesta yksikköön ei ollut heidän mielestään tarpeellista. Kuntoutuksen asiakkuuteen liittyvät kehittämis ehdotukset (ohjattaisiin tehostetusta kuntoutuksesta hyötyvät asiakkaat osastolle ajoissa, kuntoutusosastolle ei ohjattaisi pitkäaikaispaikkaa odottavia asiakkaita) eivät herättäneet johtoryhmässä vastakaikua. Kunnassa haluttiin nyt keskittyä kotihoidon ja kotikuntoutuksen kehittämiseen, ja johtoryhmän jäsenet kokivat akuuttihoiton jälkeisen osastokuntoutuksen ja kotikuntoutuksen olevan toisensa poissulkevat vaihtoehdot.

Johtoryhmän jäsenet pohtivat, että kuntoutusosasto on nykyään toimenkuvaltaan kokonaan toinen yksikkö kuin osaston toiminnan alkuvaiheessa. Heidän mielestään yksikössä oli silloin ollut tavoitteena kuntouttaa asiakkaita lyhytaikaisilla kuntoutusjaksoilla takaisin kotiin, kun taas nykyään yksikössä oli enemmänkin pitkäaikaishoitoa odottavia, ei enää aktiivista kuntoutusta vaativia potilaita. Johtoryhmän jäsenet eivät olleet käyneet tutustumassa yksikön toimintaan.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida ja kehittää ikääntyneiden perustason osastokuntoutusjaksojen toimintaympäristöä. Tutkimusmenetelmänä oli nelivaiheinen Bikva-arviointimalli. Menetelmän mukaisesti kuljetin asiakkailta nousseita ajatuksia työntekijöiden ja esimiesten kautta perusturvaosaston ylemmälle johdolle siten, että pysähdyin refleктоimaan esille nousutta tietoa aina eri haastattelutasojen välissä. Keräämäni tieto ei jäänyt Bikvan ansiosta vain minun itseni arvioitavaksi, vaan arviointiin osallistuivat vuorollaan sekä työyhteisön työntekijät että heidän lähiesimiehensä ja lopulta perusturvalautakunnan johtoryhmä. Tämä korosti eri toimijoiden aktiivista vuorovaikutusta kehittämisen tukena. Lopputuloksena toivotaan olevan, että tutkimus tukee kerätyn tiedon perusteella kehittämistyötä ja käytäntöjen uudistamista työyhteisössä tai organisaatiossa eri osapuolia tyydyttävällä tavalla.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää asiakaslähtöisen Bikva-arviointimallin avulla, miten osastokuntoutusjakso tukee ikääntyneen toimintakykyä, kotiinkuntoutumista ja kotona asumista sekä tuoda esiin kehittämiskohteen asiakkailta tai omaisilta, työntekijöiltä, esimiehiltä ja perusturvaosaston johtoryhmältä saatu palaute osastokuntoutusjaksojen kehittämiseksi. Lisäksi tavoitteena oli, että saatua tutkimustietoa voisivat joiltain osin hyödyntää toimintansa kehittämisessä myös muut vastaavaa kotiinkuntoutustoimintaa järjestävät kuntoutusosastot.

Asiakaslähtöisenä arviointimenetelmänä Bikva mahdollisti sen, että tutkimuksessa asiantuntijan rooliin nousi ryhmä, jota harvemmin kuullaan: ikääntyvät ja haavoittuvassa tilanteessa olevat henkilöt, joiden elämä on muuttunut toimintakyvyn heikennettyä äkillisesti. Haastattelemalla kerätty asiakaspalaute ja kehittämis ehdotukset olivat todenmukaisia ja realistisia, sillä ne saatiin suoraan palvelujen käyttäjiltä. Muilta haastattelutasoilta saatu palaute täydensi asiakaspalautetta ammattihenkilöiden näkökulmasta täydennettynä. Kuntoutusosaston toimintaympäristön liittyen esiin nousi kehittämis ehdotuksia, joita voidaan lähteä toteuttamaan nopeasti ja kevyellä interventiolla, esimerkiksi työkäytäntöjä muuttamalla, ja kehitysehdotuksia, jotka vaativat lisäresursseja toteutuakseen. Tätä jakoa olen käyttänyt tämän luvun kehittämis ehdotukset-osiossa.

Tutkimuksen toisena tavoitteena oli, että saatua tutkimustietoa voisivat hyödyntää toimintansa kehittämässä paitsi tutkimukseen osallistunut kuntoutusosasto, myös muut vastaavaa kotiinkuntoutustoimintaa järjestävät kuntoutusosastot. Osa tutkimustiedosta voidaan liittää vain kehittämiskohteena olleeseen yksikköön, mutta mielestäni osa koskettaa myös muita, samankaltaisessa toimintaympäristössä toimivia kuntoutusyksiköitä ja yhtä hyvin myös pitkäaikaista hoitoa tarjoavia yksiköitä.

Tämän luvun ensimmäisessä alaluvussa tarkastelen keskeisiä tutkimustuloksia tutkimustehtävieni pohjalta painottaen osastokuntoutusjakson merkitystä ikääntyneen toimintakyvyn ja kotona asumisen tukena. Toiseen alalukuun olen koonnut eri haastattelutasoilta esiin nousseet kehittämiskohteet. Kehittämiskohteet olen jaotellut niihin, joihin osaston sisäisillä toimilla voidaan vaikuttaa ja niihin, jotka vaativat ulkoisia resursseja.

6.1 Tulosten tarkastelua

Asiakkaat tai omaiset

Asiakkaiden tai omaisten haastatteluista ilmeni, että akuuttihoiton jälkeinen osastokuntoutusjakso on ikääntyneille kuntoutujille tärkeä fyysisen toimintakyvyn palautumisen ja kotiinkuntoutumisen kannalta. Lisäksi osastokuntoutusjaksolla voi olla suuri merkitys ikääntyneiden psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin ja tätä kautta edelleen kotiinkuntoutumiseen ja kotona asumiseen. Asiakkaiden arviot osastokuntoutusjaksosta löytyvät kokonaisuudessaan liitteestä 1.

Kaikki haastatteluihin osallistuneet asiakkaat arvelivat, että heidän kuntoutumisensa olisi ollut hitaampaa kotiooloissa kuin kuntoutusosastolla, sillä he tarvitsivat toipuakseen sekä kuntoutumista edistävää hoitotyötä että kuntoutusta. Haastatteluissa nousi esiin osastokuntoutusjakson toimintaympäristön fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja symbolinen merkitys ennen kaikkea ikääntyneelle kuntoutujalle itselleen, mutta myös omaishoitajan näkökulmasta.

Fyysisenä hoitoympäristönä kuntoutusosasto tarjosi asiakkaille mahdollisuuden harjoittaa liikkumiskykyä turvallisesti omaa kotia tilavammassa ja esteettömämmässä

ympäristössä, keväisistä luonnonolosuhteista riippumatta. Lähes kaikissa haastatteluisissa nousi esiin kuntosalin ja sen laitteiden merkitys kuntoutumista edistävänä ympäristönä. Kotioloissa vastaavaa, fysioterapeutin ohjaamaa kuntosaliharjoittelua olisi ollut mahdotonta toteuttaa lainkaan. Tärkeänä, iloa tuottavana asiana asiakkaat pitivät hoitajien pääsiäisasiin koristelemaa päiväsalia. Päiväsalin esteettisesti kaunis, kodinomainen ulkonäkö houkutteli asiakkaita pois potilashuoneista, muistutti ajankohdasta ja toimi keskustelun avaajana toisiin asiakkaisiin tutustuttaessa. Harva asiakas olisi saanut kotioloissa juhlistaa pääsiäistä. Ympäristön turvallisuus, esteettömyys, kuntouttavuus ja viihtyisyys ikääntyneen elämänlaadun, toipumisen ja kuntoutumisen tukena tulevat esiin myös Elon (2009), Karppisen (2015) ja Hussin ym. (2017) teoksissa.

Kuntoutusosastolla pidempään olleiden asiakkaiden haastatteluissa nousi kuitenkin esiin myös ympäristön laitostumista edistävä vaikutus. Vastapainona laitostumiselle koettiin olevan mahdollisuus poistua osastolta välillä ”normaalielämään” esimerkiksi kotivierailujen, saattajan kanssa tehtyjen ulkoilujen tai pankissa/kaupassa asioimisen merkeissä. Myös mahdollisuus osallistua pieniin, kodinomaisiin puuhasteluihin, kuten sisäkasvien hoitamiseen ja voileipien tekemiseen, toi vaihtelua osaston rutiineihin ja muistutti arjesta sairaalan ulkopuolella.

Karppisen (2015) tutkimuksen mukaan sosiaalinen hoitoympäristö on ikääntyneen toimintakyvyn kannalta tärkeä, ja sen avulla voidaan myös korvata fyysisessä hoitoympäristössä mahdollisesti esiintyviä puutteita. Tämä nousi esiin myös asiakkaiden haastatteluista. Myönteinen ilmapiiri, jossa korostuivat turvallisuus ja huolenpito, loi kuntoutumista kannustavan toimintaympäristön, kuten myös Calkins (2018) on tutkimuksessaan todennut. Toimintakyvyn palautumisessa korostui lisäksi osastoympäristön yhteisöllisyyden merkitys. Kuntoutujat pitivät ensiarvoisen tärkeänä toisilta asiakailta saamaansa vertaistukea sekä hoitohenkilökunnan tukea, kannustusta ja toimintakyvyn edistymisen huomiointia. Osastolta löysi aina halutessaan keskusteluseuraa ja siellä oli solmittu myös ystävyysuhteita, mitä erityisesti kotona yksinäisyyttä kokeneet asiakkaat arvostivat. Yhteisöllisyyden kokemus ei kuitenkaan lisännyt asiakkaiden halua viipyä kuntoutusosastolla, vaan jokainen haastattelemani asiakas odotti innokkaasti kotiin pääsyä. Asiakkaat luottivat siihen, että ammattihenkilöt osasivat määrittellä heille oikean ajankohdan kotiutumiseksi.

Kuntouttavan toiminnan fyysisen ulottuvuuden kannalta korostui osastokuntoutuksen mahdollistaman moniammatillisuuden merkitys. Kaikki haastateltavat arvostivat sitä, että lääkäri oli tarvittaessa tavoitettavissa päivittäin. Vaikka hoitajien työpanosta kuntoutumisen tukena pidettiin merkittävänä, ei suurin osa asiakkaista välttämättä ymmärtänyt kuntouttavan työotteen merkitystä kuntoutumisessa vaan olisi halunnut nykyistä enemmän ja yksilöllisempää kuntoutusalan ammattilaisen (fysioterapeutti / toimintaterapeutti) ohjaamaa kuntoutusta. Asiakkaat arvostivat myös osastohoitoon kuuluvia ruokailuhetkiä kuntoutumista edistävänä tekijänä, sillä säännöllinen maistuvan, ravitsevan ja monipuolisen ruoan syöminen toisten seurassa ei monenkaan kohdalla ollut kotioloissa itsestään selvä asia. Eshkoorin ym. (2015), Karvisen (2019) sekä THL:n www-sivujen (2019) mukaan hoivayksikössä olo voikin toimia kokonaisvaltaisena interventiona ikääntyneen toimintakyvyn edistämisen suhteen.

Kuntouttavaan toimintaan liittyen elämänlaadun psyykkinen ulottuvuus on yhteydessä mielen hyvinvointiin. Asiakkaat toivat haastatteluissa esiin sen, miten osastokuntoutusjakso oli mielelle virkistys. Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen oli tapahtunut tosiasia, mutta hoitohenkilökunnan arvostava käytös sekä asiakkaan saama huomio lisäsivät asiakkaan merkityksellisyyden tunnetta ja mielen hyvinvointia. Toimintakyvyn palautuminen kuntouttavan toiminnan seurauksena kohotti asiakkaiden mielialaa sekä vahvisti heidän kykyään arvostaa itseään ja uskoaan selviytyä terveydellisesti haastavasta tilanteesta. Toimintakyvyn kohentuminen lisäsi elämänhalua, mikä tuki hyvän kierrettä entisestään. Nämä huomiot ovat yhteneväisiä Voutilaisen (2009) ja Räsäsen (2019) mielen hyvinvointiin liittyvien havaintojen kanssa.

Tiikkaisen (2013) ja Isojärven (2016) mukaan ihmisen sosiaalinen toimintakyky on vahvasti riippuvainen hänen fyysisestä toimintakyvystään. Tämän tutkimuksen aineiston mukaan osastokuntoutusjakso loi luontevat puitteet asiakkaiden sosiaalisen toimintakyvyn tukemiselle vähentäen kielteisen yksinäisyyden kokemisen riskiä. Fyysisen toimintakyvyn heikentymisestä huolimatta kuntoutusosaston asiakkailla oli mahdollisuus halutessaan olla vuorovaikutuksessa toisten asiakkaiden, hoitohenkilökunnan, opiskelijoiden ja osastolla vierailevien omaisten kanssa. Lähes kaikki haastatellut asiakkaat olivat tyytyväisiä hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaitoihin sekä mahdollisuuteen kuntoutua osastoympäristössä vertaisten joukossa. Kotioloissa sairaus olisi pienentänyt kuntoutujien elinpiiriä ja rajoittanut hakeutumista toisten ihmisten pariin.

Kuntoutusosastolla omaa terveydentilaa ei tarvinnut salailla, eikä se haastatteluihin osallistuneilla estänyt oleskelua yhteisissä tiloissa tai osallistumista yhteisiin ruokailuhetkiin. Tärkeänä koettiin kuitenkin myös mahdollisuudet päättää omasta osallistumisesta osaston toimintaan sekä vetäytyä halutessa omaan rauhaan. Nämä tutkimustulokset ovat yhteneväisiä Räsänen (2019) elämänlaadun sosiaalista ulottuvuutta koskevien havaintojen kanssa.

Osastokuntoutusjaksolla sosiaalista vuorovaikutusta ja asiakkaan kokemaa elämänlaatua heikensivät asiakkaan tottumattomuus olla vieraiden ihmisten ympäröimänä, asuminen jaetussa potilashuoneessa vasten tahtoaan ja asiakkaan subjektiivinen kokemus joidenkin hoitajien osoittamasta arvostuksen puutteesta.

Asiakkaat kokivat osastolla toteutettavan hoitotyön pääsääntöisesti asiakaslähtöiseksi, ja heidän kokemuksensa olivat yhteneväisiä Health Innovation Network -www-sivujen (2014) sekä Räsänen & Valvanteen (2017) kirjaamien havaintojen kanssa. Yli puolet haastatelluista koki itsemääräämisoikeutensa toteutuneen kuntoutusjakson aikana. He olivat saaneet määritellä omia tavoitteitaan ja vuorovaikutus hoitohenkilökunnan kanssa oli ollut tasavertaista. Asiakkaille annettiin myös riittävästi aikaa tehdä asioita itse. Toisaalta osa haastateltavista koki tiedonkulun itseään koskevissa asioissa olleen puutteellista, erityisesti kuntoutumissuunnitelmaa ja -tavoitteita koskien, tai että joidenkin työntekijöiden kanssa oli vaikeaa luoda keskusteluyhteyttä. Hoitotilanteet näiden hoitajien kanssa koettiin epämieluisiksi. Parhaiten kuntoutusjaksolla oli huolehdittu asiakkaiden fyysisestä hyvinvoinnista ja turvallisuudesta; turvallisuutta tosin heikensi se, että osaston turvahälytysjärjestelmä ei toiminut kunnolla. Asiakkaiden henkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen ei kuntoutusosastolla ollut yhtä tasalaatuista, säännönmukaista ja hoitosuunnitelmaan kuuluvaa.

Asiakkaan itsemääräämisoikeuteen liittyen monen haastatellun kommentteista ilmeni kuitenkin myös se, että he olivat ikään kuin alitajuisesti ja kenenkään kysymättä luovuttaneet päätös- ja toimivallan omaa hoitoaan ja kuntoutustaan koskien ammattihenkilöiden käsiin. Itsemääräämisoikeuden menettäminen sairaalaoloissa nähtiin luonnollisena ja hyväksyttävänä osana kuntoutumis- ja hoitoprosessia. Tätä asiaa ei niinkään tuoda esiin tutkimuskirjallisuudessa, vaan asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista korostetaan osana hyvää, asiakaslähtöistä toimintaa.

Hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja eettisyys ilmenivät haastateltujen asiakkaiden näkökulmasta erityisesti työntekijöiden vuorovaikutustaidoissa ja käytöksessä. Asiakkaiden kokemat puutteet eettisessä osaamisessa ilmenivät joillekin hoitajille ominaisena kiireen vaikutelmana ja siten, että työntekijät eivät olleet tutustuneet asiakkaan taustaan. Toimintakyvyltään heikoimmassa kunnossa olleet asiakkaat kokivat hoitajien kiireisyyden ja puhumattomuuden loukkaavampana kuin paremmin liikkumaan kykenevät. Jonkun haastateltavan kohdalla oli selvää, että hoitajat olivat asiakkaan parhaan toteutumiseksi joutuneet toimimaan vastoin tämän toiveita, mutta asiakas ei ymmärtänyt syitä, sillä hänelle ei ollut niitä perusteltu. Ammatillisuuteen ja eettisyyteen liittyen pyysin haastattelemani asiakkaita määrittelemään, millainen heidän mielestään on hyvä hoitaja. Olen koonnut saamistani vastauksista erillisen liitteen (Liite 4), jossa ikääntyneet asiakkaat omin, alkuperäisin ilmauksin kertovat, mitä ominaisuuksia ikääntyneet he hoitoalan työntekijässä eniten arvostavat.

Haastateltujen asiakkaiden enemmistö oli tyytyväinen osastokuntoutusjakson tiedonkulkuun. Tyytyväisempiä tiedonkulkuun olivat kaikkein iäkkäämmät asiakkaat ja ne asiakkaat, jotka olivat kohdanneet vakavan sairastumisen ensimmäistä kertaa ja joille sairaalassaolo oli kaikkineen uusi kokemus. Vähemmän tyytyväisiä tiedonkulkuun olivat ne asiakkaat, joilla oli kokemusta vuosien varrelta useammista osastokuntoutusjaksoista. Haastatteluista ilmeni, että tiedonkulku ei toteutunut kaikkien asiakkaiden kohdalla tasalaatuisesti. Hoitajat eivät kertoneet asiakasta koskevista asioista riittävästi ilman, että asiakas tai omainen huomasi niistä kysyä. Toisaalta hoitajat eivät kysyneet asioista riittävästi asiakkailta, jolloin tärkeää tietoa saattoi jäädä tulematta esiin. Ikään-
tynyt asiakas saattoi myös helpommin unohtaa hänelle kerrotut asiat tai asia esitettiin siinä muodossa, että asiakas ei ymmärtänyt tiedon merkitystä. Nämä tiedonkulkuun liittyvät tutkimustiedot ovat yhteneväisiä Tarhosen (2013) ja Salmisen (2015) esittämien huomioiden kanssa.

Työntekijät

Hoitohenkilökunnan jäsenet toivat ryhmähaastattelussaan esiin omia näkökulmiaan asiakaspalautteisiin ja omaan työhönsä liittyen. Vaikka asiakkaiden mielipiteitä pääosin myötäiltiin, keskustelua herätti se, miten totuudenmukaisena näin pienen (n=11) asiakasmäärän antamaa palautetta voidaan pitää. Asiakkailta esiin noussut palaute oli pääosin työntekijöille entuudestaan tuttua, mutta tarpeellisten, erityisesti

hoitoympäristöön ja kuntouttavaan toimintaan liittyvien kehittämisehdotusten toteuttaminen oli monasti kariutunut resurssien puutteeseen. Se, että havaittuihin epäkohtiin ei ollut saatu muutosta, aiheutti työntekijöissä turhautumista ja voimattomuuden tunnetta.

Kuntoutusosastolla asiakkaiden toimintakyvyn tukemiseksi tehtävä työ koettiin tärkeäksi. Hoitohenkilökunta koki kuitenkin, että hoidon ja kuntoutuksen laatu saattoi ajoittain kärsiä nykyisen hoitaja- ja kuntoutusalan ammattilaisresurssin pienuuden vuoksi, hoitajien työtehtäviin kuuluvan tukityön määrän vuoksi ja kuntosalin rajallisen käyttöoikeuden vuoksi. Hoitajat kokivat, että heidän työaikansa kului pääosin pakollisten hoiva- ja hoitotoimenpiteiden tekemiseen, mikä ei heidän mielestään sellaisenaan riittänyt vastaamaan asiakkaan kuntoutumista edistävän hoitotyön määritelmää. Kuntoutusalan ammattilaisilla (fysioterapeutti ja toimintaterapeutti) oli kuntoutettavanaan kahdella eri osastolla 24 asiakasta, lisäksi työtehtäviin kuului kotikäyntien ja arviointitietien tekeminen ja kirjaaminen. He kokivat, että heidän aikansa ei riittänyt asiakkaiden toivomaan yksilölliseen kuntoutukseen ja että he joutuivat väistämättä liian usein kiirehtimään tai tekemään kompromisseja asiakaslähtöisen toiminnan kustannuksella.

Myös kuntouttavan toiminnan yksipuoleisuus puhutti työntekijöitä. Osan haastateluista mielestä asiakkaiden kuntoutukseksi riitti, että he saivat suoriutua päivittäisistä toiminnoista mahdollisimman itsenäisesti, syödä päiväsalissa ja osallistua arkipäivisin kuntosaliryhmään. Osa oli sitä mieltä, että asiakkaille tulisi toimintakyvyn eri osa-alueiden tukemiseksi järjestää myös muunlaista ohjattua toimintaa. Työntekijöillä oli keskenään ristiriitaisia mielipiteitä siitä, mikä on varsinaista kuntoutusta ja mikä päivittäistä toimintakykyä ylläpitävää hoitoyötä, ja miten niitä eri asiakkaiden kanssa tulisi painottaa. Holma ym. (2002) tuovat artikkelissaan esiin sen, missä tilanteessa iäkäs kuntoutuja erityisesti tarvitsee molempia, toimintakykyä tukevia palveluja.

Hoitohenkilökunnan mielestä oli olemassa ristiriita myös osaston toiminta-ajatuksen, eli asiakkaan kotona asumisen tukemisen, ja heille osoitetun asiakasmateriaalin välillä. Se, että yhteistyö kuntoutusasiakkaita lähettävien tahojen kanssa ei toiminut parhaalla mahdollisella tavalla, kuormitti osaston työntekijöitä. Liian usein oli jo myöhäistä

kyetä vastaamaan asiakkaiden ja omaisten ennakko-odotuksiin asiakkaan kuntoutumisen suhteen.

Tiedonkulkuun liittyen työntekijät miettivät syitä siihen, miksi tarpeellinen tieto ei osastolla saavuta kaikkia tasapuolisesti. Erityisesti perehdyttämisessä havaittiin olevan puutteita, sillä perehdyttäminen ei tapahtunut säännönmukaisena ja tasalaatuisena prosessina, vaan sen onnistuminen oli kiinni sattumanvaraisista tekijöistä (esimerkiksi kuka perehdyttää tai osaako / huomaako / uskaltaako perehtyjä esittää oikeita kysymyksiä). Työntekijätason ryhmähaastatteluun osallistuneiden hoitohenkilökunnan jäsenten arviot asiakaspalautteeseen ja työtehtäviinsä liittyen löytyvät kokonaisuudessaan liitteestä 2.

Esimiehet

Esimiehet olivat omassa ryhmähaastattelussaan asiakkaiden ja työntekijöiden kanssa enimmäkseen samaa mieltä hoitoympäristön kehittämistä ja henkilöstöresurssien riittämättömyyttä koskevasta palautteesta. Myös he vaikuttivat väsyneiltä siihen, että toivotut muutokset tapahtuivat niin hitaasti tai eivät tapahtuneet lainkaan esille tuodusta tarpeesta huolimatta.

Ryhmähaastattelun aikana yksi esimiehistä kyseenalaisti tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden mielipiteitä kuntouttavan toiminnan puutteista vedoten siihen, että haastatellut asiakkaat olivat olleet toimintakyvyltään liian hyvällä tasolla. Esimiehen mukaan todenmukaisempi mielipide osaston toimintaympäristöstä olisi saatu asiakkailta, jotka eivät heikentyneen toimintakykynsä puolesta sitä enää osanneet sanoa ja joita ei tämän tutkimuksen yhteydessä olisi saanut myöskään haastatella. Esimiesten haastattelussa nousi esiin työntekijätason haastattelun tavoin ristiriitaisia käsityksiä siitä, mitä eroa on päivittäistä toimintakykyä ylläpitävällä ja edistävällä hoitotyöllä ja varsinaisella kuntoutuksella. He myös miettivät, onko ohjattu, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä tukeva ryhmätoiminta enemmänkin ajanvietettä, joka ei kuulu sairaalaosastolle. Esimiehet olivat myös huolissaan hoitohenkilökunnan jaksamisesta, mikäli ohjattua toimintaa osastolla lisättäisiin nykyisten työtehtävien ohella. He jäivät miettimään hoitohenkilökunnan ehdottamaa vapaaehtoistyöntekijöiden hyödyntämismahdollisuutta.

Työntekijöiden antama palaute tiedonkulun ja erityisesti perehdyttämisen heikkouksista pohditutti esimiehiä. Heidän mielestään tässä asiassa korostui työntekijän oma vastuu. Esimiehet kokivat tarjonneensa työntekijöille riittävästi tietoa eri viestintäkanavia pitkin, mutta jos työntekijälle kaikesta huolimatta oli jäänyt kysyttävää tai hän ei ollut mielestään saanut perehdyttäjältään riittävästi tietoa, työntekijän olisi pitänyt uskaltaa oma-aloitteisesti esittää lisäkysymyksiä. Tämä mielipide on yhteneväinen Salmisen (2015) käsitysten kanssa työntekijän vastuuseen kuuluvista asioista. Esimiestason ryhmähaastatteluun osallistuneiden esimiesten arviot asiakkaiden ja työntekijöiden palautteesta löytyvät kokonaisuudessaan liitteestä 3.

Johtoryhmä

Perusturvaosaston johtoryhmän kokouksessa osallistujien kommentteista nousivat esiin ristiriitaiset käsitykset kuntoutusosaston olemassa olon merkityksestä, toiminnasta, toiminnan tavoitteista ja kehittämistarpeista. Johtoryhmän jäsenten ajatukset poikkesivat merkittävästi kuntoutusosaston esimiesten, työntekijöiden ja asiakkaiden käsityksistä sekä kuntoutusosaston esittelysivun antamasta informaatiosta kunnan omilla www-sivuilla. Yksi johtoryhmän jäsenistä totesi, että kuntoutusosaston kuntouttavaa toimintaa ei kannata kehittää esimerkiksi henkilöstöresursseja lisäämällä. Heidän mielestään kuntoutusosasto on nykyään enemmänkin välisijoituspaikka pitkäaikaispaikkaa odottaville ikääntyneille. Väite perustui siihen, että kuntoutusosaston osastopaikoille otetaan paljon asiakkaita, jotka eivät toimintakykynsä puolesta enää kuntosuorituksia kotoon.

6.2 Kehittämisehdotukset

Bikva- mallin mukaisesti asiakkaiden tai omaisten antama asiakaspalaute ja kehittämisehdotukset perustuivat heidän omakohtaisiin kokemuksiinsa osastokuntoutusjaksolta ja toimivat samalla monitasoisen kehittämiskeskustelun pohjana. Asiakkaiden ja omaisten kanssa yhteistyötä tekevät työntekijät arvioivat saatua asiakaspalautetta oman koulutuksensa, kokemuksensa ja persoonansa kautta ja toivat kuntoutusosaston toimintaympäristön kehittämisehdotuksiin mukaan myös omia, toiminnan kannalta tarpeelliseksi näkemäänsä parannusehdotuksia. Esimiehet arvioivat edellisiltä tasoilta saatua palautetta sekä kehittämisehdotusten toteuttamismahdollisuuksia lähijohtajien

näkökulmasta. Perusturvaosaston johtoryhmän nähtäväksi kokosin esimiesten kanssa yhteistyössä kehittämissuositusten joukosta sellaisia, joiden toteuttaminen koettiin osastolla ajankohtaiseksi ja tärkeäksi ja jotka vaativat toteutuakseen lisäresursseja.

Tässä luvussa tuon esiin asiakkaiden, työntekijöiden ja esimiesten kehittämissuositukset kuntoutusosaston toimintaympäristöön liittyen. Olen jakanut eri haastattelutasoilta saamani kehittämissuositukset kahteen eri taulukkoon sen mukaan, voidaanko ne toteuttaa osaston sisäisillä toimilla ilman lisäkustannuksia (Taulukko 2) vai vaatiiko niiden toteuttaminen ylemmältä taholta myönnettäviä lisäresursseja (Taulukko 3). Tähän tutkimusraporttiin kirjattujen kehittämistarpeiden ja -suositusten toteuttaminen jää kuntoutusosaston työntekijöiden, esimiesten ja ylemmän johdon vastuulle.

Taulukko 2. Kuntoutusosaston sisäisillä toimilla toteutettavat kehittämissuositukset

| Kuntouttava hoitoympäristö | |
|---|---|
| <p><u>Potilashuone</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • pyritään toteuttamaan asiakkaan toive majoittua yhden hengen huoneessa • kunnioitetaan asiakkaan halua olla osallistumatta seurusteluun päiväsalissa, mutta huomioidaan samalla hoitohenkilökunnan lisääntynyt merkitys asiakkaan sosiaalisena tukena • poistetaan seinältä ylimääräiset lappuset ja raamattuteline | <p><u>Osaston yhteiset sisätilat</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • pyritään hillitsemään päiväsalin melutasoa esimerkiksi siirtämällä tv toiseen tilaan • tuetaan sosiaalisen ympäristön yhteisöllisyyttä lisäämällä ohjattua tekemistä työjärjestelyjen tai vapaaehtoistyöntekijöiden avulla • mietitään tilojen uudelleen järjestelysiten, että asiakkaille saataisiin rauhallinen soppi keskustelua ja lehdenlukua varten |
| Kuntouttava toiminta | |
| <ul style="list-style-type: none"> • kiinnitetään enemmän huomiota asiakkaisiin, joilla on vaikeuksia lähestyä muita ihmisiä • kannustetaan työntekijöitä kehittämään omia vuorovaikutustaitojaan ja mielletään ne osaksi kaikille kuuluvaa ammattitilisuutta • luodaan yhteisymmärrys siitä, mikä on kuntouttavaa, asiakkaan toimintakykyä tukevaa toimintaa vr. vapaa-ajan toimintaa • yhdenmukaistetaan käsitys siitä, mikä on kuntoutusta ja mikä päivittäistä toimintakykyä tukevaa hoitotyötä ja ohjataan resursseja nykyisiä sen mukaisesti • lisätään asiakkaille ohjattua toimintaa henkilöstön työjärjestelyjen tai vapaaehtoistyöntekijöiden avulla, esim. säännöllinen viikoittainen peli-ilta • perustellaan asiakkaille enemmän, miksi juuri tämä arkitoiminta on hänelle kuntouttavaa • liitetään toimintaterapeutin työnkuvaan säännöllisiä, viikoittaisia ryhmienohjauksia • asiakkaiden säännöllistä ulkoilua lisätään hoitajien, opiskelijoiden tai vapaaehtoistyöntekijöiden avulla | <ul style="list-style-type: none"> • hyödynnetään kuntosalia enemmän silloin, kun se on osaston omassa käytössä • kuntosaliaikaa tulisi saada enemmän osaston omaan käyttöön • varmistetaan, että kaikki kuntoutusosaston hoitajat osaavat toimia tasalautaisesti kuntosalilaitteiden kanssa • tuetaan hoitajien osaamista ja osallistumista asiakkaan kuntoutumisprosessissa • kannustetaan hoitajia huomioimaan asiakkaan psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen • kannustetaan hoitajia viettämään enemmän aikaa asiakkaiden kanssa • päivitetään osaston toimintaperiaate ja huolehditaan, että se on kaikkien eri toimijoiden tiedossa • keskustellaan hoitohenkilökunnan kanssa siitä, miten motivoitutaan kuntouttamaan asiakkaita, joiden kuntoutumisen tavoite on hyvin pieni (esim. kykenee syömään itse) • huomioidaan kuntoutuksessa psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen • kannustetaan asiakkaita lisäämään omatoimista, päivittäistä liikkumista |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • parannetaan hoitajien ja terapeuttien yhteistyötä • fysioterapeutin poissa ollessa hoitajat muistuttavat ja tukevat asiakasta kuntoutuslääksyjien tekemisessä | <ul style="list-style-type: none"> • kannustetaan omaisia enemmän mukaan asiakkaan aktivoimiseen • mietitään, miten asiakkaat saataisiin kuntoutusosastolle siinä vaiheessa, kun he jaksavat vielä kuntoutua kotiin |
| Hoitohenkilökunnan ja esimiesten ammatillisuus ja eettisyys | |
| <p><u>Hoitohenkilökunnan työn kehittäminen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • kysytään ja kuunnellaan asiakkaan omaa mielipidettä enemmän hoitoon ja kuntouttavaan toimintaan liittyen • keskustellaan asiakkaan tai omaisten kanssa yhteisymmärryksen saavuttamiseksi, jos näiden tavoitteet asiakkaan kuntoutumisen suhteen ovat epärealistisia tai ristiriitaisia keskenään/henkilöstön kanssa • kehitetään dialogisuutta asiakkaiden ja työntekijöiden välillä • tiedostetaan asiakkaan kannustamisen positiivinen merkitys mielen hyvinvoinnille • kiinnitetään enemmän huomiota asiakkaiden yksilölliseen kohtaamiseen esim. keskustelemalla enemmän heidän kanssaan hoitotoimenpiteiden yhteydessä • perustellaan asiakkaille vielä enemmän hoitoon ja kuntouttavaan toimintaan liittyviä toimintoja • tutustutaan asiakkaisiin ja heidän elämänsä historiaansa paremmin • yritetään välttää antamasta kiireisyyden vaikutelmaa tai perustellaan asiakkaalle välttämätön ja hetkellinen kiire • otetaan käyttöön kivun kontrolliluonteinen kysely ja kirjataan vastaukset • tiedustellaan säännönmukaisesti asiakkaan unenlaadusta ja kirjataan vastaukset • mietitään yksilöllisiä, lääkkeettömiä keinoja asiakkaiden unihäiriöiden poistamiseksi | <ul style="list-style-type: none"> • porrastetaan henkilökunnan taukoja ja kirjaamishetkiä mahdollisuuksien mukaan • perehdytään asiakkaan taustatietoihin • ohjataan asiakasta omatoimisuuteen ja annetaan aikaa tehdä itse mutta autetaan tarvittaessa • hoitohenkilökunta tuo rohkeammin esiin muutostoiveitaan ja -ideoitaan esimiehille • vaikka osastolla on kuntosaliryhmissä avustavia fysioterapiaopiskelijoita, huolehditaan siitä, että myös hoitajien osaaminen tässä kohtaa säilyy <p><u>Esimiestyön kehittäminen (työntekijät toivovat esimiehiltä)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • selkeämpää johtajuutta ja johtajan roolin ottamista • selkeämpiä linjauksia osaston toimintatapoihin • rohkeampaa ja selkeämpää epäkohtiin puuttumista • henkilöstön tasapuolista kohtelua • enemmän hoitajien jaksamisesta kysymistä • hoitohenkilökunnan mielipiteiden parempaa huomioon ottamista osaston arjessa • hoitajien erityisosaamisen arvostamista • henkilöstön mielipiteiden kuuntelemista muutosten yhteydessä |

| Tiedonkulku | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • keskustellaan enemmän asiakkaiden ja omaisten kanssa asiakkaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyvistä asioista myös silloin, kun suunnitelmat ovat kesken-eräisiä • varmistetaan säännöllisesti, että asiakas tietää omat kuntoutumistavoitteensa • perustellaan asiakkaalle, jos jotain hoidossa tai kuntoutuksessa muuttuu • huolehditaan omaisen tietämyksestä • selitetään ja perustellaan toimintoja ja päätöksiä asiakkaalle, vaikka tämä ei kysyisi niistä • kysellään asiakkailta enemmän (uni, kipu, tavoitteet, haaveet, huolet, elämänhistoria, epäselvät asiat) • huolehditaan siitä, että levitettäväksi tarkoitettun tiedon kulku ei pysähdy omalle kohdalle • asiakkaan kuntoutumistavoitteet päivitetään säännönmukaisesti ja tuodaan paremmin eri toimijoiden näkyville • kehitetään kuntoutuspalaveria siten, että asiakkaan kanssa käydään palaveria edeltävänä päivänä läpi palaveriin tulevat asiat ja kirjataan asiakkaan mielipiteet ylös • annetaan asiakkaan enemmän itse sanottavaa tavoitteitaan kuntoutuspalaverissa, jos hän siihen kykenee | <ul style="list-style-type: none"> • otetaan jokaiselle asiakkaalle käyttöön henkilökohtainen kuntoutuskansio, jossa yhtenä lehtenä voisi olla kuntoutuspalaveri • mietitään keinoja, joilla saataisiin luotua parempi yhteisymmärrys asiakkaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kesken asiakkaan kuntoutumistavoitteista • mietitään keinoja, miten tietokatkokset voitaisiin välttää asiakkaan, osaston työntekijöiden, omaisten ja johtavassa asemassa olevien välillä • luodaan selkeät perehdyttämiskäytännöt ja pidetään niistä säännönmukaisesti kiinni • kysytään päivittäin erityisesti uusilta työntekijöiltä tai ajoittaisilta sijaisilta, onko heillä jotain kysyttävää tai epäselvää • rohkaistaan työntekijöitä kysymään enemmän mieltä askarruttavista asioista kollegoilta ja esimiehiltä • selvitetään työntekijöiden lisäkoulutuksen tarpeet ja kannustetaan heitä opiskelemaan asioita myös oma-aloitteisesti osana ammatillisuutta • tuodaan selvästi esiin hoitohenkilökunnan oma vastuu ja käytettävissä olevat keinot tiedon hankinnan suhteen |

Taulukko 3. Kehittämissuositukset, joiden toteuttaminen vaatii lisäresursseja

| Kuntouttava hoitoympäristö | |
|---|--|
| <p><u>Potilashuoneet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • toimiva hälytysjärjestelmä • ilmastoinnin korjaaminen • äänieristyksen parantaminen • lukollinen kaappi pikkutavaroille • seinien uudelleenmaalaus • uudet ikkunaverhot • televisio joka huoneeseen • kiinteän yövalon asentaminen • langaton verkkoyhteys ja siirrettävä asiakastietokone • akustiikkalevyjä korjaamaan huoneiden kaikumista • intimitteettisijain parantaminen väliverhoilla • pistorasioiden kunnostus • yleisvalaistuksen parantaminen • vuotavien wc-istuinten korjaus • nykyisten wc-/suihkutilan tukikahvojen ja wc-istuinten muoviosien korvaaminen tehostevärisillä osilla <p><u>Osaston yhteiset sisätilat</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • päiväsalin kalusteiden uusiminen • langaton verkkoyhteys • asiakastietokone (ATK-piste) • pelikonsoli ja erilaisia, toimintakykyä edistäviä peliohjelmiä • isotekstisten ja selkokielisten lehtien tilaaminen osastolle • asiakkaille oma jääkaappi ja kahvinkeitin • kuntosalille lisää ikääntyneille soveltuvia laitteita • kestävä kehityksen tukemiseksi osaston kierrätysjärjestelmä tulisi saada kuntoon. Nyt osastolla mahdollisuus kierrättää vain paperi ja kartonki. | <p><u>Terassi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • terassille kulku esteettömäksi • auringon paahteelta suojaava katos • kasvimaata tai kasvialatikoita yrttien kasvatamiseen • hedelmäpuun istuttaminen • uusi pihagrilli vanhan ja ruosteisen tilalle • terassikalusteiden kunnostaminen • asiakkaiden tupakantumpeille tarkoitettujen kurkku- ja punajuuripurkkien korvaaminen asiallisilla tuhka-astioilla <p><u>Piha-alue</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • rakennetaan tasainen, puutarhamainen piha, jossa voi istuskella ja jaloitella (esimerkiksi terassin paikalle) • turvallinen, huollettu ja merkitty kävelyreitti kuntoutusasiakkaita varten • piha-alueelle ulkokuntoilulaitteita, joita myös alueen ikääntyvät asukkaat voisivat hyödyntää • pihahiekkoituksen siivoaminen kulkuväyliltä ajoissa keväällä |

| Kuntouttava toiminta |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• osastolle palkataan toinen fysioterapeutti tai kuntoutukseen erikoistunut lähihoitaja, mikä parantaa mahdollisuuksia asiakkaiden yksilöllisen kuntoutuksen lisäämisen• lisätään päivävuoroon yksi hoitaja, mikä luo paremmat puitteet kuntouttavan toiminnan lisäämiselle, monipuolistamiselle ja asiakkaiden yksilölliselle kohtaamiselle |
| Hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja eettisyys |
| <ul style="list-style-type: none">• langaton verkkoyhteys ja tabletti tai muistikortillinen tabletti mahdollistaisivat kirjaamisen asiakkaiden näkösilä päiväsalissa ja esimerkiksi RAI-testien tekemisen ja kirjaamisen suoraan koneelle potilashuoneissa |

7 POHDINTA

Tässä luvussa pohdin aluksi tutkimuksen vahvuuksia, heikkouksia ja sen tekemiseen liittyneitä haasteita sekä kuntoutusosaston identiteettiä ja merkitystä. Olen myös tarkastellut lyhyesti osastokuntoutusjakson merkitystä. Seuraavassa alaluvussa perustelen tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta ja lopuksi esitän lyhyesti jatkotutkimusaiheita.

7.1 Omia pohdintoja

Tutkimuksen vahvuudet, heikkoudet ja haasteet sekä huomioita

Tutkimuksen vahvuutena oli Bikva-menetelmän käyttäminen osastokuntoutuksen vaikutuksen ja kehittämisen tutkimusmenetelmänä. Menetelmän ansiosta esiin nousi monipuolisesti ikääntyneen asiakkaan lyhytaikaiseen osastokuntoutusjaksoon vaikuttavia tekijöitä eri toimijatasojen näkökulmasta. Tutkimuksen vahvuutena oli myös sen laajuus. Osastokuntoutusjakson onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä tarkasteltiin ympäristön, toiminnan, toimijoiden ja tiedonkulun näkökulmista, ja se toi paljon uutta tutkimustietoa kehittämiskohteena olleen kuntoutusosaston toimintaympäristön arviointia ja kehittämistä varten.

Tutkimuksen laajuus oli myös sen heikkous. Oli vaikeaa jäsenellä suurta tietomäärää ja saada esitettyä se lukijalle selkeässä muodossa. En ymmärtänyt tutkimuksen suunnitteluvaiheessa, miten laajaksi teoriaosa paisuisi neljän hyvin erilaisen teeman taustalla. Kun tähän yhdistyi käyttämäni Bikva-menetelmä ja sen monitasoisten haastattelujen kuvaaminen ja analysointi, kasvoi käsiteltävä aineisto ja työmäärä valtavaksi. Jälkikäteen ajateltuna olisi ollut järkevämpää rajata tutkimus heti suunnitteluvaiheessa ja keskittyä yhteen tai kahteen haastatteluteemaan neljän sijaan. Laajuuden seurauksena työn loppuun saattaminen kesti kolme kuukautta arvioitua kauemmin.

Valtion ja kuntien toimesta vanhustyön tutkimus ja toiminnan painopiste ovat viime vuosina siirtyneet laitoshoidosta kotihoitoon. Tästä syystä tutkimuksen teorialukua kirjoittaessani oli haastavaa löytää uusia tutkimuksia lyhytaikaista osastokuntoutusta koskien, ja jouduinkin monesti siirtämään muuta toimintaympäristöä koskevaa

vanhustyön tutkimustietoa osastokuntoutusympäristöön. Tutkimuksen analyysivaiheessa haasteita aiheuttivat haastatteluaineiston laajuus ja se, että haastattelujen kautta saamani tieto oli perustellusti sijoitettavissa moneen eri kategoriaan.

Vaikka Bikva-tutkimuksessa suositellaan, että tutkimuksen tekijä on ulkopuolinen henkilö (Krogstrup 2004, 26), aiheutti ulkopuolisuus haastateltavien asiakkaiden löytymiselle haasteita. Sain kuitenkin haastateltua 11 hyvin erilaista, sanavalmista asiakasta tai omaista, jotka kertoivat avoimesti ja vilpittömästi omista tai läheisen osastokuntoutuskokemuksista. Huolimatta haastatteluihin osallistuneiden asiakkaiden tai omaisten erilaisuudesta haastatteluissa saavutettiin *saturaatiopiste*, eli vastaukset alkoivat toistaa itseään, eikä haastattelujen määrää enää kannattanut kasvattaa (Kananen 2015, 355).

Muilla haastattelutasoilla haasteita tuotti erityisesti haastatteluja varten varatun ajan lyhyys. En voinut itse vaikuttaa näiden ryhmähaastattelujen keston, sillä ne oli toteutettava minulle annettujen aikarajojen puitteissa. Erityisesti työntekijä- ja esimiestason haastattelut olisivat voineet olla pidempiä, sillä käsiteltävät aiheet olivat laajoja ja herättivät paljon innokasta keskustelua. Työntekijätasolla sain luvan vain yhteen ryhmähaastatteluun, vaikka tiedonkeruun kannalta haastattelut olisi ollut parempi jakaa useampaan pienemmän ryhmän haastatteluun. Silloin mukaan olisi päässyt useampi kuntoutusosaston työntekijä, haastattelutilanteet olisivat mahdollistaneet ehkä vielä monimuotoisemman keskustelun eikä täydentävän aineiston saamiseksi olisi tarvinnut turvautua Post-it -lappujen keräämiseen.

Esimiestason ryhmähaastattelun jälkeen jäin miettimään kyseisen haastattelun osin varautunutta ja muutosvastarintaista tunnelmaa. Ehkä taustalla oli osallistujien kommentista välittyvä väsymys resurssipulasta johtuvien ja pitkään korjausta vaatineiden muutostarpeiden toteutumattomuutta kohtaan. Esimiestason haastattelussa huomio kiinnittyi erityisesti siihen, että haastateltavat toivat toistuvasti esiin sen, miten kaikki aiemmilta haastattelutasoilta esiin tulleet asiat ja muutostarpeet olivat heille entuudestaan tuttuja jopa vuosien takaa. Siitä huolimatta aiheet nousivat tämän tutkimuksen yhteydessä jälleen esiin kehitysehdotuksina, eli muutoksia ei ollut aloitettu tai kokeilujen jälkeen niihin ei ollut tehty tarvittavia muutoksia ja juurrutettu pysyvään käytäntöön.

Esimiesten haastattelussa nousi esiin työntekijöiden henkilökohtaisten ominaisuuksien kunnioittaminen. Jos työntekijä koki, ettei ikääntyneiden asiakkaiden kanssa keskusteleminen ja ajan viettäminen heidän parissaan ollut hänelle luontevaa, se hyväksyttiin osana työntekijän persoonaa. Kuitenkin sekä aiempi tutkimustieto että myös tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että iäkkäät henkilöt arvostavat ja kaipaavat keskustelua, kuuntelua ja heille annettua aikaa. Esimiehet voivat siis edellyttää alaisiltaan, että jokainen työntekijä omalla työajallaan keskustelee ja viettää aikaa iäkkäiden kuntoutusasiakkaiden parissa osana työtehtäviään. Vuorovaikutustaidot kuuluvat vanhustyötä tekevän työntekijän ammatilliseen ja eettiseen osaamiseen, ja muun ammatti-osaamisen tavoin myös näitä taitoja voi tarvittaessa kehittää.

Kuntouttavaan toimintaan liittyen mieltäni jäi askarruttamaan, että osa työntekijä- ja esimiestason haastatelluista mielsi kuntoutukseksi vain kuntoutumista edistävän hoitotyön sekä terapeuttien ohjaaman yksilö- ja ryhmätoiminnan. Muu yhteinen tekeminen koettiin vapaa-ajantoiminnaksi, jota joku työntekijöistä sai vapaaehtoisesti halutessaan järjestää, ja joka ei välttämättä kuulunut sairaalaympäristöön. Kuitenkin tutkimustiedon mukaan säännölliset, ohjatut musiikki-, peli-, kuvataide- tai lehdenluku-tuokiot ovat ikääntyneille asiakkaille mielen hyvinvointia sekä sosiaalista, psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä edistävää kuntoutustoimintaa.

Perusturvaosaston johtoryhmä suhtautui yleisellä tasolla varauksellisesti ajatukseen, että kuntoutusosaston toimintaympäristön kehittämiseen suunnattaisiin lisäresursseja. Varauksellisuuteen saattoi olla kaksi pääsyytä: (1) kukaan johtoryhmän jäsenistä ei ollut käynyt tutustumassa kuntoutusosaston toimintaan paikan päällä sekä (2) yleinen valtakunnallinen tavoite siirtää vanhustyö kustannussyistä pääosin kodeissa tapahtuvaksi toiminnaksi. Johtoryhmän jäsenille esitettiin myös kysymys siitä, miten he kokevat tämän tutkimuksen merkityksen kunnan vanhustyölle. He kertoivat kunnassa panostettavan tällä hetkellä kotiin annettavien palvelujen kehittämiseen, mistä syystä kuntoutusosaston kehittämiseen liittyvää tutkimusta ei aiheena tai ainakaan kaikin osin koeta merkitykselliseksi.

Kuntoutusosaston identiteetti ja merkitys

Kaikilla haastattelutasoilla esiin nousi toistuvasti ristiriita osaston toiminnan tavoitteiden ja toiminnan sisällön sekä niihin ladattujen odotusten, toiveiden ja käsitysten välillä. Eniten ristiriita korostui johtoryhmän haastattelussa, josta jäi mielikuva siitä, että johtoryhmän ajatukset kuntoutusosaston toiminnasta ja sen merkityksestä olivat varsin kaukana kuntoutusosaston arjesta ja tehdyn työn saavutuksista. Osasto oli aloittanut toimintansa vuonna 2006 kuntoutusosastona ja sen toiminta-ajatuksena oli tukea asiakkaidensa toimintakykyä, jotta he voisivat asua kotona mahdollisimman pitkään. Kuntoutusosaston nimike oli kuitenkin jossain vaiheessa vaihdettu perusturvan organisaatiokaaviossa sairaalaosastoksi, ja varsinainen kuntoutus oli jäänyt resurssien puutteessa päivittäistä toimintakykyä edistävän hoitotyön varjoon. Ehkä johtoryhmän ja osin esimiestenkin käsitystä osaston identiteetistä kuntoutusyksikkönä hämärsi juuri nimikkeen muuttaminen sairaalaosastoksi. Ulkopuolisena tutkijana minulle jäi tunne siitä, että ristiriitaiset käsitykset eri toimijatasojen välillä johtuivat puutteellisesta dialogisuudesta ja tiedonkulusta.

Käytäntö on osoittanut, että ikääntyneiden kuntoutuminen akuuttivaiheen sairaalahoidon jälkeen on usein muuta aikuisväestöä hitaampaa. Osastokuntoutusjakso mahdollistaa moniammatillisen jatkokuntoutuksen ympärivuorokautisessa valvonnassa. Samalla saadaan kartoitettua asiakkaan palveluntarve kotona asumista tukevaksi. Osastokuntoutusjaksolla olevia asiakkaita yhdistää merkittävä hoidon, hoivan ja kuntoutuksen tarve, joka kotiololoissa saattaisi näkyä eettisesti arveluttavana vaihtuvien työntekijöiden näyttämönä. Fyysisen kuntoutumisen lisäksi haastattelemanasi asiakkaat tarvitsivat psyykkisen ja sosiaalisen toimintakykynsä ylläpitämiseksi osastolla tutuiksi tulleiden ammattihenkilöiden kannustusta ja rohkaisua, ympäristön suomaan turvallisuutta ja toisten asiakkaiden keskusteluseuraa ja vertaistukea, mitä yksin asuvien olisi ollut vaikea kotona saavuttaa. Siksi uskon lyhytaikaisen osastokuntoutuksen olleen heille hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuuden lisäksi inhimillisistä syistä kotihoitoa ja -kuntoutusta parempi vaihtoehto.

Yhteenveto

Mielestäni tutkimus osoitti, että ikääntyneiden lyhytaikaisella osastokuntoutuksella on paikkansa ikäihmisten palveluissa, eikä osastokuntoutusjakso ole korvattavissa pelkästään kotiin vietävillä palveluilla. Akuuttivaiheen jälkeinen moniammatillinen ja

tehostettu osastokuntoutusjakso tukee ikääntyneen toimintakyvyn palautumisen ja kotiinkuntoutumisen edellytyksiä sekä luo hyvän perustan ikääntyneen kotona asumiselle kotihoidon ja tukipalvelujen turvin. Osastokuntoutusjakson aikana asiakkaan saama monipuolinen hoiva, hoito ja kuntoutus sekä palveluntarpeen arviointi vähentävät kotiutumisen jälkeen tarvittavia kotihoidon palveluja ja keventävät näin kotihoidon kuormittuneisuutta.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyyden, luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytyksenä on, että tutkimuksen tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä ja tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. Näihin kuuluvat rehellisyys, huolellisuus, vastuullisuus ja tarkkuus tiedonhankinnassa, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimuksen ja sen tulosten arvioinnissa. Tutkijan tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia ajantasaisin viittauksin ja lähdemerkinnöin. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 6.)

Eettinen lähestymistapa toimii tutkijan työkaluna auttaen valintojen tekemisessä, oman toimintatavan ohjaamisessa ja arvioinnissa sekä toiminnan perusteiden tutkimisessa. Tutkija on kuitenkin itse vastuussa tutkimustyön aikana tekemistään ratkaisuksista ja valinnoista. (Kuula 2011, 21; Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 7.) Esimerkiksi tutkimusaiheen valinnassa otin tietoisin riskin, sillä huolimatta ajankoh-taisuudestaan ja tarpeellisuudesta osastokuntoutus oli aiheena hyvin vähän tutkittu, ja sen sijaan osastokuntoutusta korvaavien käytäntöjen, esimerkiksi kotiutustiimin sekä kotihoidon, -sairaalan ja -kuntoutuksen, kehittäminen kunnissa ja kuntayhtymissä etualalla. Oma tavoitteeni oli tutustua tutkimuskohteena olevaan ilmiöön mahdollisimman hyvin ja vaikuttaa vanhustyön kehittämiseen sekä paikallisella että yhteiskunnallisella tasolla. (Avoin tiede www-sivut 2019.)

Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu, että haastateltavien yksityisyyttä ja nimettömyyttä pyritään suojelemaan monin keinoin. Luottamuksellisuus on tärkeää, sillä tutkittavat voivat kokea olevansa haavoittuvassa asemassa (asiakas vs. hoitohenkilökunta tai alainen vs. esimies). (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019, 7– 8.) Tutkimuksen

eettisyyden ja luotettavuuden kannalta Bikva-mallissa suositellaan, että haastattelija tulee tutkittavan yhteisön ulkopuolelta. Näin saadaan paremmin turvattua haastateltavien henkilöiden nimettömyyden säilyminen sekä aidon palautteen saaminen eri haastattelutasoilta. (Krogstrup 2004, 26.) Tässä tutkimuksessa ei käy ilmi yksittäisten haastateltavien ikä, sukupuoli tai ammatti. Myös toimeksiantajan ja kunnan nimet ja sijainti on tutkimusluvan myöntäjän pyynnöstä häivytetty pois.

Eettisen lähestymistavan varmistamiseksi on tärkeää, että tutkija on perehtynyt ennakkoon tutkittavaan yhteisöön, kulttuuriin ja näiden historiaan. Olen fysioterapeuttina työskennellyt vastaavassa toimintaympäristössä ikääntyneiden asiakkaiden parissa ja opiskellut sittemmin geronomiksi ja nyt vanhustyön ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Tutkimuksen luotettavuutta pyrin ennakkoon lisäämään maaliskuussa 2019 tekemilläni harjoitushaastatteluilla, joiden yhteydessä arvioin haastatteluteemojeni ja niihin liittyvien apukysymysten toimivuutta, soveltuvuutta ja ymmärrettävyyttä. (Hirsjärvi ym. 2014, 211.) Kahteen erilliseen haastateltavien kotona tapahtuneeseen harjoitushaastatteluun osallistui neljä 70–85 -vuotiasta henkilöä, joille en paljastanut varsinaista tutkimuskuntaa. Harjoitushaastattelujen jälkeen tein muutamia tarkentavia muutoksia sekä teemojen että apukysymysten sisältöön, muotoon ja järjestykseen. Esihaastattelut mahdollistivat samalla myös sekä digitaalisen sanelukoneen käytön että tallenteen tietokoneelle siirtämisen harjoittelun. Esihaastattelut eivät kuuluneet tämän tutkimuksen varsinaiseen tutkimusaineistoon.

Sain tutkimusluvan tutkimuskunnan sosiaali- ja terveysjohtajalta helmikuussa 2019. Tämän jälkeen, hyvissä ajoin ennen tutkimushaastattelujen aloittamista, kerroin tutkimuksesta kuntoutusosaston henkilökunnalle. Asiakkaille tutkimuksesta kerrottiin sekä suullisesti että kirjallisesti saatekirjeen välityksellä. Koska minulla ei osaston ulkopuolisena tutkijana ollut mahdollista saada tietoa osastolle tulevista asiakkaista tai tutustua heidän papereihinsa, minun oli tehtävä yhteistyötä osaston esimiesten ja hoitohenkilökunnan kanssa saadakseni haastateltavia. Työntekijät jakoivat tutkimuksesta kertovan saatekirjeen kaikille tutkimuskriteerit täyttävälle asiakkaille ja auttoivat tarvittaessa haastatteluajan sopimisessa.

Tämän käytännön seurauksena aina joku hoitohenkilökunnasta tiesi, kuka asiakas kulloinkin osallistui tutkimushaastatteluun, mutta ilman apua asiakastason

haastatteluvaihe olisi saattanut venyä jopa useiden kuukausien mittaiseksi, ja asiakkaiden hoitoympäristö tai hoito- ja kuntoutuskäytännöt muuttua erilaisiksi. Asiakkaat halusivat tulla haastatelluiksi omissa potilashuoneissaan, joten ovelle laittamani tiedotuslappu meneillään olevasta haastattelusta sekä pyyntö siitä, ettei tilaisuutta häirittäisi, näkyi osastolla liikkuville henkilöille. Koska tutkimustuloksissa asiakkaita ei ole mitenkään yksilöity ja asiakashaastattelujen ja tutkimuksen valmistumisen välissä on kulunut aikaa lähes vuosi, uskon asiakkaiden yksityisyyden olevan kuitenkin turvattu.

Jos tutkittava on tutkijaan tutkimusvuorovaikutuksessa, Tutkimuseettinen neuvottelukunta ohjeistaa seuraavaa: (1) Tutkittavalla on oikeus osallistua vapaaehtoisesti tutkimukseen mutta myös kieltäytyä osallistumasta. Osallistujan vapaaehtoisuudesta on dokumentoitava suullinen, kirjallinen, sähköinen tai muu osallistumissuostumus. Tämän tutkimuksen yhteydessä jokainen osallistuja allekirjoitti ennen haastattelun aloittamista kirjallisen suostumuksensa vapaaehtoisesta osallistumisestaan haastatteluun. (2) Jokaisella osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa syytä ilmoittamatta ja ilman kielteisiä seuraamuksia. Tämän ilmoitin kaikille osallistujille kirjallisesti ja suullisesti ennen haastattelun aloittamista. (3) Tutkittavilla on oikeus saada tietoa tutkimuksen sisällöstä, käytännön toteutuksesta, tutkimusaineiston käsittelystä ja säilytyksestä sekä henkilötietojen käsittelystä. Kerroin kaikille haastatteluihin osallistuneille nämä asiat suullisesti ennen haastattelujen aloittamista ja asiakkaille myös saatekirjeessä. Toimitan valmiin opinnäytetyön kaikille halukkuutensa ilmaisseille haastatelluille asiakkaille. Kuntoutusosasto ja perusturvaosaston johtoryhmä saavat myös omat kappaleensa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, 8–9.)

Tuomi & Sarajärven (2018, 158, 160) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi tieteellisen mittapuun mukaisesti on haastavaa, sillä laadullisella tutkimuksella on useita tutkimusperinteitä. Tästä syystä myös sen luotettavuuden tarkastelusta on olemassa erilaisia käsityksiä. Luotettavuutta voidaan tarkastella esimerkiksi *totuuden*, *objektiivisuuden* ja *puolueettomuuden* näkökulmista (Tuomi & Sarajärvi 2018, 158, 160) tai neljän luotettavuuskriteerin (*uskottavuus*, *vahvistettavuus*, *refleksiivisyys* ja *siirrettävyys*) kautta (Kylmä & Juvakka 2012, 127).

Tätä tutkimusta ja sen tuloksia voidaan pitää *korrespondenssiteorian* mukaan *totuudellisina*, kun tarkastellaan asiakkaiden, työntekijöiden ja esimiesten palautteita

kuntoutusosaston fyysisestä hoitoympäristöstä tai osin kuntouttavan toiminnan määrästä. Teorian mukaan esitetyn väitteen paikkansapitävyyden voi todentaa aistein, esimerkiksi potilashuoneiden lämpötila on huonon ilmastoinnin vuoksi talvella liian alhainen ja kesällä liian korkea; kirjatuista potilastiedoista voidaan lukea, kuinka monta kertaa asiakasta on kävelytetty tiettyinä päivinä. *Koherenssiteorian* mukaan esitetty väite on totta, jos se on yhtäpitävä muiden, jo todeksi todettujen väitteiden kanssa. Asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan palautteet olivat hyvin yhteneväisiä sekä keskenään että teoriaosassa esitettyjen tutkimustietojen kanssa. *Pragmaattisen teorian* mukaan esitetty väite on tosi, jos se toimii ja on hyödyllinen. Tähän teoriaan tukeutuvat esimerkiksi asiakkaiden antama palaute osaston kuntouttavasta toiminnasta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 158–159.)

Kun tutkimuksen ja tutkimustulosten luotettavuutta tarkastellaan *objektiivisuuden* näkökulmasta, se voidaan liittää puhtaasti vain korrespondenssiteoriaan: tosi tieto saadaan aistihavainnoin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 158). Monelta osin tämän tutkimuksen asiakastason tutkimustulokset perustuvat yhden tai useamman asiakkaan subjektiivisiin kokemuksiin, mikä on laadullisen tutkimuksen piirre. Asiakkaiden subjektiivisiin kokemuksiin ja tarpeisiin reagoiminen on myös laadukkaan hoitotyön piirre. Ihmiset ovat erilaisia ja kokevat asioita eri tavoin, ja uskon, että esimerkiksi haastattelemilleni asiakkaille heidän kuvailemansa kokemukset ovat olleet haastatteluhetkellä totuudellisia. Jos asiakas esimerkiksi kokee, että tietyillä hoitajilla on aina kiire, tai asiakas herää yöllä kipuun, on hoitotyötä tekevältä epäeettistä sivuuttaa nämä väitteet epäluotettavina.

Tutkimuksen luotettavuutta *puolueettomuuden* kannalta tarkastellaan tutkijan tekemän työn kautta. Olenko tutkijana pyrkinyt ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajia itseään, vai onko saamani tiedon kuulemiseen ja käsittelyyn vaikuttanut oma ikäni, sukupuoli, virka-asemani, kulttuurini, poliittinen asenteeni, uskontoni tai muu vastaava seikka. Laadullisessa tutkimuksessa arvellaan näin väistämättä olevan, koska tutkija on sekä tutkimusasetelman luoja että sen tulkitsija. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 160.) Kaikkien edellä mainittujen ominaisuuksien osalta uskon kuitenkin pystyneeni suoriutumaan tutkimuksesta puolueettomasti. Minulla ei ole mitään ammatillisia tai henkilökohtaisia siteitä tutkittavaan kuntaan tai tutkimukseen osallistuneisiin henkilöihin enkä hyötynyt tutkimuksesta taloudellisesti tai urakehityksen puolesta. En asu

tutkimuskunnassa, eikä haastatteluissa käsitelty politiikkaan, uskontoon tai sukupuoleen liittyviä asioita. Kaikki haastatteluihin osallistuneet edustivat kanssani samaa etnistä kulttuuria, ja osa heistä oli kanssani saman ikäisiä, osa vanhempia ja osa nuorempia. Vanhustyön koulutuksen aikana olen oppinut katsomaan asioita sekä asiakkaan, työntekijän, esimiehen että organisaation näkökulmista, jolloin harva asia on mustavalkoinen.

Tutkimuksen *uskottavuus* lisää sen luotettavuutta, kun tutkimuksen ja tutkimustulosten luotettavuus pystytään osoittamaan tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2012, 128). Asiakaslähtöisen tutkimuksen perustana ovat olleet asiakkaiden tai omaisten haastattelut, joissa annettu palaute on ollut pääosin subjektiivista mutta myös osin objektiivisesti todennettavissa olevaa. Bikva-menetelmän mukaisesti kaikki palaute on esitetty edelleen työntekijöiden ja esimiesten ja osa lopulta johtoryhmän käsiteltäväksi, joten sitä on arvioitu monesta eri näkökulmasta ja verrattu myös teoriataustassa esitettyyn tietoon. Tutkimustulosten uskottavuutta lisää, että ne ovat hyvin yhteneväisiä teoriaosan tutkimusten kanssa. Tutkimuksen uskottavuutta lisää, että se on perustellen toteutettu tiedemaailmassa hyväksi todetun tutkimuskäytännön mukaisesti.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavaa *vahvistettavuutta* voidaan tarkastella koko tutkimusprosessin ja sen tarkan kuvaamisen ja kirjaamisen kautta. Silloin toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua tai haastatteluun osallistunut informantti lukea ja vahvistaa tulkinnan ja tutkimustuloksen oikeellisuuden. Vahvistettavuudesta tekee haasteellisen se, että toinen tutkija ei kuitenkaan välttämättä päädy samasta tutkimusaineistosta samaan tulkintaan tai tiedonantaja ei olekaan jonkin syyn takia tyytyväinen tutkimustuloksiin ja saattaa kieltää niiden julkaisemisen. (Kylmä & Juvakka 2012, 129; Kananen 2015, 354.)

Hirsjärvi & Hurmeen (2014, 35) mukaan onnistuneen haastattelutilanteen suunnittelu, toteuttaminen ja kirjaaminen vaativat haastattelijalta kokemusta ja tehtävään koulutautumista. Huolellisista valmisteluista huolimatta varsinaisen haastattelun tuotokseen sisältyy aina monia virhemahdollisuuksia esimerkiksi haastattelun ajankohdasta, haastattelijan toiminnasta sekä haastateltavien informanttien sen hetkisestä kunnosta tai tilannekokonaisuudesta riippuen. Tässä tapauksessa osallistujien riippuvuus hoitohenkilökunnasta, työtovereista tai esimiehistä saattoi vaikuttaa haastattelun

luotettavuuteen heikentävästi, mikäli osallistujat olivat taipuvaisia antamaan sosiaalisesti suotavia vastauksia. Lisäksi asiakkaiden antama palaute on Krogstrupin (2004, 18) mukaan aina heidän kokemustensa subjektiivinen ilmaus, ei koko totuus. Koska asiakaspalaute tuo esiin asioita ja kehittämistarpeita heidän oman etunsa näkökulmasta, ne voivat olla ristiriitaisia tai yhteisön etujen kannalta vaikeita ja epätarkoituksenmukaisia toteuttaa.

Vahvistettavuutta voidaan tarkastella myös triangulaation kautta. Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten metodien, tiedonlähteiden, teorioiden tai tutkijoiden yhdistämistä tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 166.) Tässä tutkimuksessa vahvistettavuutta arvioitiin koko haastatteluprosessin ajan, kun saatua palautetta kuljetettiin haastattelutasolta eli tiedonlähteeltä toiselle. Koska kaikki asiakas- ja työntekijätasolta saatu palaute oli esimiesten mukaan heille entuudestaan tuttua, voidaan tutkimustuloksia pitää myös siltä osin luotettavina.

Tutkimuksen luottavuuskriteerinä olevalla *reflektiivisyydellä* tarkoitetaan, että tutkimuksen tekijä ymmärtää omat lähtökohtansa ja kykenee arvioimaan, miten hän vaikuttaa tutkimusprosessin kulkuun ja tutkimusaineistoon omien valintojensa kautta (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Olen tarkastellut reflektiivisyyttä aiemmin tässä tekstissä pohtiessani omaa puolueettomuuttani tutkimuksen luotettavuuden kannalta.

Luotettavuuskriteerinä *siirrettävyys* tarkoittaa sitä, voidaanko tutkimustuloksia siirtää muihin vastaaviin toimintaympäristöihin. Tutkimuksen tulokset perustuvat laadullisessa tutkimuksessa aina siihen tutkimusympäristöön, mistä ne on hankittu. (Kylmä & Juvakka 2012, 79, 129.) Asiakaslähtöisen kehittämistutkimuksen asiakas- ja työntekijätasolta saadut tulokset tukivat teoriaosassa esitettyjä näkemyksiä. Haastatellut ikääntyneet asiakkaat olivat tyytyväisiä juuri niihin asioihin, joita aiemmat tutkimukset pitivät kuntoutumisen kannalta tärkeinä. Samoin kehittämissuositukset koskivat juuri aiemmissä tutkimuksissa tärkeiksi havaittujen tekijöiden heikkouksien parantamista. Näitten syitten takia uskon, että tämän tapaustutkimuksen pohjalta voi monelta osin tehdä yleistyksiä myös muiden vanhustyön yksiköiden (kuntoutusosastot, vanhainkotosastot ja palveluasuminen) toimintaympäristöön.

Tutkimustulosten luotettavuutta lisäsi myös tutkimuspäiväkirja, johon kirjoitin heti haastattelujen jälkeen muistiinpanoja tilaisuuden kulusta. Päiväkirjan avulla sain palautettua mieleeni haastattelutilanteen tunnelmia ja poikkeavuuksia. Digitaaliset haastattelutallenteet olivat selkeästi kuultavissa yhtä, hyvin hiljaisella äänellä puhuttua asiakashaastattelua lukuun ottamatta. Tämän ansiosta sain litteroitua haastattelut luotettavasti.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Esitän tässä luvussa viisi jatkotutkimusaihetta vanhustyön kehittämiseksi. Jatkotutkimusaiheeni liittyvät ikääntyneen toimintakykyä ja kotona asumista tukevan, saumattoman hoito- ja kuntoutusketjun tutkimiseen ja kehittämiseen.

1. Tutkitaan ja kehitetään toimenpiteitä, miten erityisesti vanhuuden haurausraihnausoireyhtymään (HRO) sairastuneet vanhukset saataisiin tunnistettua ja ohjattua hoidon ja kuntoutuksen piiriin riittävän ajoissa.
2. Onko yksikössä kuntoutettavana väärään paikkaan sijoitettuja asiakkaita, ja miten toimintakyvyltään ja kuntoutettavuudeltaan epätasainen asiakaskunta vaikuttaa kuntoutusosaston alkuperäisten tavoitteiden mukaiseen toimintaan?
3. Tutkitaan ja kehitetään ikääntyneen tehostetun osastokuntoutusjakson kotiuttamista ja osastokuntoutusta seuraavan kotikuntoutuksen systemaattista toimintaa ja tavoitteellisuutta.
4. Tutkitaan ja kehitetään tehostettua, päivätoimintana tapahtuvaa osastokuntoutusmallia esimerkiksi projektiluonteisena kokeiluna. Vähentäisikö kevennetty, välimuotoinen malli ikääntyneen laitostumisriskiä, mitkä olisivat mallin hyödyt ja haitat ja oikea kohderyhmä?
5. Järjestetään esimerkiksi yhden tai kahden vuoden pituinen seurantalutkimus osastokuntoutusjakson vaikuttavuudesta. Seurataan kotiin kuntoutettuja ikääntyneitä ja sitä, miten pitkään ja millaisin palveluin he pärjäävät omassa kodissa verrattuna osastokuntoutusjaksoa edeltävään aikaan. Jos ikääntynyt joutuu seurantalujakson aikana uudelleen sairaalahoitoon, mistä syystä niin tapahtuu.

LÄHTEET

Alapirtti, S. 2019. Miten ajan saa riittämään? Aamulehti 13.9.2019.

Arolaakso-Ahola, S. 2014. Kohderyhmän tarvekartoitus. Teoksessa S. Arolaakso-Ahola, J. Hirvonen & P. Könni (toim.) Etäpeliiä ikääntyville – EPI -esiselvityshanke. Lapin ammattikorkeakoulu. Sarja B. Raportit ja selvitykset 24/2014, 11–22. Viitattu 21.2.2019. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/85021/Arolaakso-Ahola%20Hirvonen%20Konni%20B%2024%202014.pdf?sequence=1>

Avoin tiede 2019. Tutkimusetiikan maailmankonferenssi 2019 – Arvioinnin ongelmia setvimässä. Viitattu 4.3.2020. <https://avointiede.fi/fi/ajankohtaista/tutkimusetiikan-maailmankonferenssi-2019-arvioinnin-ongelmia-setvimassa>

Calkins, M. P. 2018. From Research to Application: Supportive and Therapeutic Environments for People Living With Dementia. *The Gerontologist*, 2018, Vol. 58, No. S1, S114–S128. Viitattu 20.8.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/29361065>

Crossick, G. & Kaszynska, P. 2016. Understanding the value of arts & culture. The AHRC Cultural Value Project. Viitattu 19.8.2019. <https://ahrc.ukri.org/documents/publications/cultural-value-project-final-report/>

Dementia Enabling Environments -www-sivut 2019. Making the hospital environment dementia enabling. Viitattu 10.9.2019. <https://www.enablingenvironments.com.au/>

Elo, A. 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 28.9.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514281950.pdf>

Elo, A. 2009. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.–2. painos. Helsinki: WSOY, 92–108.

Eshkoo, S. A., Hamid, T. A., Mun, C. Y. & Ng, C. K. 2015: Mild cognitive impairment and its management in older people. *Dove Medical Press* 2015; 10: 687–693. Viitattu 29.8.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4401355/>

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden www-sivut 2020. Viitattu 13.3.2020. <http://www.eksote.fi/>

Haataja, S. 2015. Eettinen johtaminen sosiaali- ja terveysalalla. Integroiva kirjallisuuskatsaus. Viitattu 9.3.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/91911/Haataja_Seija.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hakala, P. 2015. Ikääntyneiden ravitsemus. Duodecim Terveyskirjasto. Sisältö tarkistettu 2019. Viitattu 27.8.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi>

Hallitusohjelma 2019. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. 6.6.2019. Viitattu 17.9.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161662/Osallistava_ja_osaava_Suomi_2019_WEB.pdf

Havunen, R. 2017. Esimiehen avaimet asiakaskokemuksen johtamiseen. 30.11.2017. Työelämä 2020 -raportti. 10 askelta uudistumiseen. Työ- ja elinkeinoministeriö. Viitattu 30.11.2018. http://www.tyoelama2020.fi/tyopaikoille/10_askelta_uudistumiseen/asiakaskokemuksen_johtaminen/blogit/esimiehen_avaimet_asiakaskokemuksen_johtamiseen.5138.blog

Health Innovation Network -www-sivut 2014. Viitattu 30.8.2019. https://healthinnovationnetwork.com/system/ckeditor_assets/attachments/41/what_is_person-centred_care_and_why_is_it_important.pdf

Heino, H. 2010. Muutoksen johtaminen terveydenhuollossa lähijohdon näkökulmasta. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 8.9.2019. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110081/urn_nbn_fi_uef-20110081.pdf

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2014. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Tammi.

Holma, T., Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2002. Kuntouttava työote. Teoksessa P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava & H. Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – Opas laatuun. Helsinki: Stakes (Oppaita 49), 43–48.

Hopper, E. 2019. Maslow's hierarchy of needs. Viitattu 22.8.2019. <https://www.thoughtco.com/maslow's-hierarchy-of-needs-4582571>

Hussi, E., Mäkinen, E. & Vauramo, E. 2017. Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito. Kunnallissalan kehittämissäätiön julkaisu. Viitattu 10.3.2020 <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/06/ikaantyyva-vaesto-006-1.pdf>

Hyvän hoidon kriteeristö 2016. Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. Viitattu 26.8.2019. http://www.alzhki.fi/wp-content/uploads/2016/09/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016.pdf

Ikääntyneen ravitsemusopas 2014. Suomen Muistiasiantuntijat ry Gerontologinen ravitsemus Gery ry. Viitattu 27.8.2019. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Ik%C3%A4ntyneen%20ravitsemusopas%202014.pdf>

Innokylän www-sivut 2019. Learning cafe eli oppimiskahvila. Viitattu 29.7.2019. <https://www.innokyla.fi>

Isojärvi, M. 2016. Sosiaalinen toimintakyky ikääntyvien ja ikääntyneiden kertomana. Lapin yliopisto. Sosiaalityö. Pro Gradu -tutkielma. Viitattu 27.8.2019. <https://lauda.ulapland.fi/handle/10024/62690>

- Juuti, P. 2015. Johda henkilöstö asiakaskeskeisyyteen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Jyrkämä, J. & Nikander, P. 2013. Vanheneminen, hoiva ja arkietiikka. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä, T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 549–554.
- Kalajo, R. 2017. Toipuminen ja taide Espoon sairaalassa. Viitattu 18.8.2019. Espoon sairaala_suomi_screen.pdf
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä: Miten kirjoitan opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas – Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja.
- Kankkunen, P. 2009. Dementiaoireisen ihmisen kivun hoidon hyvät käytännöt. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.–2. painos. Helsinki: WSOY, 247–265.
- Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Viitattu 20.8.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi>
- Karppinen, T. 2015. Ikääntyneen toimintakykyä tukeva hoitoympäristö osastonhoitajien näkökulmasta. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma. Viitattu 28.9.2019. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/104460/TiinaKarppinenGradu2015Hoitotiede.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Karvinen, E. 2019. Liikkuminen tukee hyvää vanhuutta. Teoksessa J. Kulmala (toim.) Hyvä vanhuus – Menetelmiä aktiivisen arjen tukemiseen. Jyväskylä: PS-kustannus, 110–153.
- Kerminen, H., Jäppinen, A-M., Kiviniemi, K., Tikkanen, P. & Havulinna, S. 2019. Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen edistäjänä. TOIMIA-suositukset 3.10.2019. Viitattu 7.10.2019. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138652/TOIMIA_suositus_s023_iakkaiden_henkiloiden_lyhytaikaiseen_sairaalahoitoon_liittyva_toimintakyvyn_arviointi.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Kivelä, S-L. 2013. Uni. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä, T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 364–372.
- Koivisto, J. 2007. Kuinka paljon asiakkaan sana painaa? Bikva-menetelmän rationaalinen arviointi. Helsinki: Valopaino Oy.
- Koivisto, J. 2009. Bikva – asiakkaat mukana kehittämisessä. Teoksessa R. Seppänen-Järvelä & K. Vataja (toim.) Työyhteisö uusille urille – Kehittäminen osaksi arjen työtä. Jyväskylä: PS-kustannus, 117–139.

Komu, H., Rissanen, S. & Renfors, T. 2013. Henkilöstön asenteet vanhuksia kohtaan yksityisissä ja julkisissa hoitokodeissa – organisaatiokulttuurin näkökulma. *Gerontologia* 27(3), 2013, 277–287.

Koskimies, M., Pyhäjoki, J. & Arnkil, T. E. 2012. Hyvien käytäntöjen dialogit – Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 24. Viitattu 11.9.2019. <https://docplayer.fi/8411942-Hyvien-kaytantojen-dialogit.html>

Krogstrup, H. K. 2004. Asiakaslähtöinen arviointi Bikva-malli. Hyvät käytännöt – Menetelmä-käsikirja. Helsinki: STAKES (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus). Viitattu 18.7.2019. <https://www.jelli.fi/assets/files/sites/6/2017/07/bikva-malli.pdf>

Kulmala, J. 2017. Hyvällä johtamisella tyytyväisempiä työntekijöitä ja onnellisempia vanhuksia. Teoksessa J. Kulmala (toim.) Parempi vanhustyö – Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Jyväskylä: PS-kustannus, 10–17.

Kuntoutusosaston hoidon ja kuntoutuksen prosessi 2018. Eteläsuomalaisen tutkimuskunnan kuntoutusosasto. Vastuuhenkilöt osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja & osastonlääkäri. Päivitetty 31.3.2018.

Kuntoutusosaston osastonhoitaja 2019. Puhelinhaastattelu 19.9.2019. Haastattelijana Meri Huhtanen. Muistiinpanot haastattelijan hallussa.

Kuntoutusosaston osastonhoitaja 2020. Puhelinhaastattelu 10.3.2020. Haastattelijana Meri Huhtanen. Muistiinpanot haastattelijan hallussa.

Kuokkanen, K. 2020. Valvira: Apotti oli osallisena kuolemaan. *Helsingin Sanomat* 1.2.2020.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kylmänen, E. 2017. Toipuminen ja taide Espoon sairaalassa. Viitattu 18.8.2019. [Espeen sairaala_suomi_screen.pdf](https://www.espoon.sairaala.fi/wordpress/wp-content/uploads/2017/08/Espeen-sairaala-suomi-screen.pdf)

Käypä hoito -suositus 2017. Kipu. Viitattu 5.2.2020. <https://www.kaypahoito.fi/>

Laapio, T. 2010. Työyhteisöviestinnän kehittäminen kuntaorganisaatiossa. Jyväskylän yliopisto. Viestintätieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 11.9.2019. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/26569/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201102181784.pdf>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Tulostettu 12.12.2018.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (Vanhuspalvelulaki) 28.12.2012/980 muutoksineen.

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. L 17.8.1992/785 muutoksineen.
- Marjamäki, H. 2019. Vs. apulaisosastonhoitaja, Porin perusturvayksikön vanhuspalveluiden Noormarkun kotiinkuntoutusyksikkö. Noormarkku. Henkilökohtainen tiedonanto 12.9.2019.
- Mehtonen, Teija 2015. Lähiesimiesten työn tukeminen muutoksen johtamisessa yksityisessä terveydenhuoltoalan hoitolaitoksessa. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 8.9.2019. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/98645/Mehtonen_Teija.pdf;jsessionid=627BA6FA2FB835176B27E7420C730DF3?sequence=1
- Metso, J. 2017. Toipuminen ja taide Espoon sairaalassa. Viitattu 18.8.2019. [Espoon sairaala_suomi_screen.pdf](http://www.espoon.sairaala.fi/taide-suomi-screen.pdf)
- Nenonen, S. 2017. Säännöllisen lyhytaikaishoidon merkitys omaishoitajan jaksamiseen. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 8.9.2019. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/129661/nenonen_satu.pdf?sequence=1
- Nestlé Nutrition Institute -www-sivut 2019. Viitattu 27.8.2019. https://www.mna-elderly.com/forms/MNA_finnish.pdf
- Nosraty, L. 2018. Successful Aging Among The Oldest Old. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 2370. Viitattu 20.7.2019. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/103279/978-952-03-0723-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Otsamo, K. 2020. ”Musiikilla on aivoihimme suuri vaikutus”. Aamulehti 27.1.2020
- Pakkanen, S. 2011. Muutosjohtaminen terveydenhuollon osastonhoitajan työssä – osastonhoitajien kokemuksia muutosjohtamisesta, muutosvastarinnasta sekä osastonhoitajalta edellytetyjä ominaisuuksia muutosjohtajana. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveystieteiden laitoksen Pro gradu -tutkielma. Viitattu 7.9.2019. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120019/urn_nbn_fi_uef-20120019.pdf
- Palaste, K. 2017. Toipuminen ja taide Espoon sairaalassa. Viitattu 18.8.2019. [Espoon sairaala_suomi_screen.pdf](http://www.espoon.sairaala.fi/taide-suomi-screen.pdf)
- Papunetin www-sivut 2019. Viitattu 26.8.2019. <http://papunet.net>
- Pekkola, P., Pedak, M. & Aula, P. 2013. Hyvinvointiviestintä – Osallistava sisäinen viestintä kuntaorganisaation hyvinvointia rakentamassa. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitoksen raportti. Viitattu 18.9.2019. http://www.helsinki.fi/crc/Julkaisut/OSVI_raportti.pdf
- Pesonen, H. 2010. Asiakaslähtöisyys hoitotyössä, sen opettaminen ja kehittäminen. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Metropolia. Viitattu 16.9.2019. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22200/YAMK_Hanna_Pesonen_ONT_THESUS.pdf?sequence=1

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän www-sivut 2019. PAINAD-mittari. Viitattu 5.2.2020. <http://www.pkssk.fi/documents/601237/2>

Rajaniemi, J. & Sarvimäki, A. 2005. Ikäihmisten kokemuksia kotiinkuntoutuksesta. Helsingin kaupungin kotiinkuntoutusyksiköiden arviointia. Ikäinstituutti: raportteja 1/2005. Viitattu 30.8.2019. <https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2017/02/Rap-1-2005-Kotiinkuntoutus-PDF.pdf>

Rantakokko, M. 2019. Elinympäristö aktiivisen arjen ja hyvinvoinnin tukena. Teoksessa J. Kulmala (toim.) Hyvä vanhuus – Menetelmiä aktiivisen arjen tukemiseen. Jyväskylä: PS-kustannus, 259–289.

Rappe, E. 2014. Viherympäristön psykososiaaliset palvelut. Teoksessa J-P. Jäppinen, L. Tyrväinen, M. Reinikainen & A. Ojala (toim.) Luonto lähelle ja terveydeksi. Ekosysteemipalvelut ja ihmisen terveys. Argumenta-hankkeen (2013-2014) tulokset ja toimenpidesuosituksset. Suomen ympäristökeskus, 34–35. Viitattu 24.8.2019. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/153461>

Rappe, E., Kotilainen, H., Rajaniemi, J. & Topo, P. 2018. Muisti- ja ikäystävällinen asuminen ja asuinympäristö. Ympäristöopas 2018. Ympäristöministeriön julkaisuja. Viitattu 20.8.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161060/YO_2018_Muisti_ja_ikaystavall_asuminen_WEB.pdf

Reijonen, M. 2011. Yhteisellä asialla, asiakkaan kanssa – asiakaslähtöisen arvioinnin Bikva-menetelmä ja sen käyttö. Lisensiaatintyö. Tampereen yliopisto. Viitattu 19.7.2019. <https://docplayer.fi/4865472-Tampereen-yliopisto-yhteisella-asialla-asiakkaan-kanssa-asiakaslahtois-arvioinnin-bikva-menetelma-ja-sen-kaytto.html>

Rinne, V. 2019. Taiteen ja kulttuurin hyödyntäminen osana iäkkään aktiivista arkea. Teoksessa J. Kulmala (toim.) Hyvä vanhuus – Menetelmiä aktiivisen arjen tukemiseen. Jyväskylä: PS-kustannus, 290–302.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2014. Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Routasalo, P. 2009. Yksinäisyyden lievittäminen. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.–2. painos. Helsinki: WSOY, 184–195.

Royal College of Nursing -www-sivut 2016. What person-centered care means. Viitattu 1.9.2019. <https://rcni.com/hosted-content/rcn/first-steps/what-person-centred-care-means>

Räsänen, R. & Valvanne, J. 2017. Vanhustyö tarvitsee uudenlaista johtamista – tavoitteeksi asiakkaan hyvä elämänlaatu. Teoksessa J. Kulmala (toim.) Parempi vanhustyö – Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Jyväskylä: PS-kustannus, 20–42.

Räsänen, R. 2019. Elämänlaadun monipuolinen huomiointi ja tukeminen käytännön vanhustyössä. Teoksessa J. Kulmala (toim.) Hyvä vanhuus – Menetelmiä aktiiviseen arjen tukemiseen. Jyväskylä: PS-kustannus, 18–40.

- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 31.7.2019. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>
- Salminen, J. 2015. Työntekijän vastuu ja työelämätaidot. 5. painos. Vantaa: j-impact.
- Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön – Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Puheenvuoroja 72. Viitattu 24.7.2019. <https://docplayer.fi/1986011-Nakokulmia-tutkimukselliseen-ja-toiminnalliseen-opinnaytetyohon.html>
- Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Viitattu 30.7.2019. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>
- Siitonen, T. 2013. Elinympäristön kehittäminen. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä, T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 534–548.
- Soini, H. 2009. Ikääntyneen hyvä ravitsemus. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.–2. painos. Helsinki: WSOY, 196–207.
- Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011. ETENE-julkaisuja 32. Viitattu 13.3.2020. <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>
- Suomi, A. 2019. Green Care – Luonnon merkitys vanhusten hyvinvoinnille. Teoksessa J. Kulmala (toim.) Hyvä vanhuus – Menetelmiä aktiiviseen arjen tukemiseen. Jyväskylä: PS-kustannus, 277–289.
- Suominen, M. 2013. Ravitsemus. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 485–494.
- Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 8.9.2019. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130427/urn_nbn_fi_uef-20130427.pdf
- Tay, L. & Diener, E. 2011. Needs and Subjective Well-Being Around the World. Viitattu 23.8.2019. <https://pdfs.semanticscholar.org/1b75/37995d06bae06bb739b86b9416ed39b480f8.pdf>
- Teittinen, J. 2017. Toipuminen ja taide Espoon sairaalassa. Viitattu 18.8.2019. [Es-poon sairaala_suomi_screen.pdf](https://www.espoon.sairaala-suomi.screen.pdf)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) www-sivut 2019. Mitä toimintakyky on? Viitattu 1.10.2019. <https://thl.fi>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) www-sivut 2020. Tietoa RAI-järjestelmästä. Viitattu 13.2.2020. <https://thl.fi>

Tiikkainen, P. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 294–290.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 4.3.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Viitattu 4.3.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarviointin_ohje_2019.pdf

UKK-Instituutin www-sivut 2019. Aikuisten liikkumisen suositus. Viitattu 8.11.2019. <https://www.ukkinstituutti.fi>

Vahvikkeen www-sivut 2019. Ikäihmisille tarkoitettu ryhmä- ja aineistopankki. Vanhustyön keskusliitto. Viitattu 26.8.2019. <https://www.vahvike.fi>

Voutilainen, P., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Hyvän laitoshoidon tunnusmerkit. Teoksessa P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava & H. Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – Opas laatuun. Helsinki: Stakes (Oppaita 49), 115–121.

Voutilainen, P., Vaarama, M. & Peiponen, A. 2002. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava & H. Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – Opas laatuun. Helsinki: Stakes (Oppaita 49), 38–42.

Voutilainen, P. 2009. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.–2. painos. Helsinki: WSOY, 124–144.

Widberg-Palo, M. 2017. Ammatillisuus – mitä se on? Viitattu 3.9.2019. <https://www.via-ok.net/blogi/ammattillisuus-mita-se>

Äijö, M. & Tikkanen, P. 2019. Teknologia iäkkään ihmisen arjessa. Teoksessa J. Kulmala (toim.) Hyvä vanhuus – Menetelmiä aktiiviseen arjen tukemiseen. Jyväskylä: PS-kustannus, 170–185.

Asiakastason haastatteluanalyysi

| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Yläkategoria | Yhdistävä kategoria | Pääkategoria |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| - yhden hengen huone on rauhallinen kolo / ajan mitaan yhä tärkeämpi paikka / sopivan kokoinen / saa olla välillä yksin / oma wc ja suihku käytössä | Yksityisyyttä tukeva tekijä | Fyysinen hoito-ympäristö potilashuone | Myönteiseksi koettu asia | Kuntouttava hoito-ympäristö |
| - sekä potilashuone että wc/suihkutila ovat siistejä - huoneessa on hyvä varustelutaso - yhden hengen huoneessa viihtyi paremmin | Viihtyisyyttä tukeva tekijä | | | |
| - wc/suihkutilassa on tilaa liikkua apuvälineiden kanssa | Toiminnallisuutta tukeva tekijä | | | |
| - kahden hengen huoneessa on juttukaveri. Ei tarvitse olla yksin. | Sosiaalisuutta tukeva tekijä | | | |
| - wc/suihkutilassa on hyvät tukikahvat - potilashuoneen heikon äänieristyksen takia avunhuuto kuuluu käytävälle, jos turvaranneke ei toimi | Turvallisuutta tukeva tekijä | | | |
| - potilashuoneen heikko äänieristys - kahden hengen huoneessa on ahdasta / ei ole yksityisyyttä (hoitotoimenpiteet, omaisen vierailu, tarve olla yksin) | Yksityisyyttä rajoittava tekijä | | Kehitettävä asia | |
| - pikkutavaroille / arvotavaroille ei ole omaa lukollista kaappia | Itsenäisyyttä rajoittava tekijä | | | |
| - seinien maali rapistunut (valkoinen väri olisi puhdas ja siisti) - verhot vanhat - huoneen yleisilme nukka- vieru ja kuluneen näköinen - kaikissa potilashuoneissa ei ole televisiota (aktiviteetti / voisi katsoa omaa lempiohjelmia ilman kanavataisteluita / tärkeä vuodepotilaille / voi katsoa, jos ei saa | Viihtyisyyttä rajoittava tekijä | | | |

| | | | | |
|--|----------------------------------|--|--------------------------|--|
| <p>unta / aina ei jaksa lähteä päiväsalisiin katsomaan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wifi puuttuu (aktiviteetti / mahdollistaa asioiden hoitamisen ja yhteydenpidon tärkeisiin ihmisiin) - huone on kylmä - huoneessa vetää - huoneen laitosmaisuus - virikkeiden puute - lippuset, lappuset ja raamattuteline seinällä - kahden hengen huone on epäviihtyisä | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - hälytyslaite ei toimi lainkaan / toimii viiveellä / hälytys kuittaantuu itsestään - yövalon puute (lisääntynyt kaatumisriski) - ahtaus kahden hengen huoneessa, jos asiakkaila paljon apuvälineitä (lisääntynyt kaatumisriski) | Turvallisuutta rajoittava tekijä | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - yleinen siisteys hyvä - kodikkuutta saatu pienillä asioilla (vuodenaikaan sopiva koristelu) - päiväsalissa on elämää - allastila on kaunis, siisti ja lämmin | Viihtyisyyttä tukeva tekijä | Fyysinen hoitoympäristö, kuntoutusosaston yhteiset sisätilat | Myönteiseksi koettu asia | |
| <ul style="list-style-type: none"> - päiväsalissa on televisio - asiakkaiden käytössä lautapelejä ja kirjoja - päiväsalissa riittävästi istumapaikkoja myös vieraille - asiakkaiden käytössä on kuntosali - kuntosalissa on monipuoliset laitteet - kuntosalin laitteet ovat uudenveroiset - päiväsalissa on sopivasti virikkeitä | Toiminnallisuutta tukeva tekijä | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - päiväsalissa on seuraa (muut asiakkaat ja henkilökunta) | Sosiaalisuutta tukeva tekijä | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - yhteisissä tiloissa tuntee olonsa turvallisiksi - kuntoutusosastolla on turvallisempaa kuin kotona | Turvallisuutta tukeva tekijä | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - kuntoutusosastolta saa poistua vapaasti omille asioille | Itsenäisyyttä tukeva tekijä | | | |

| | | | | |
|--|--|--|---------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - päiväsalin on kulunut ja nukkavieru - sohvat ja tuolit ovat vanhoja - päiväsalin on meluisa ja hälyisä (läpikulkupaikka / asianpesukone ja televisio tuovat ääntä / kotimaisten televisio-ohjelmien seuraaminen vaikeaa, jos joku puhuu samaan aikaan) - päiväsalin yleisilme on sekava (tilassa monia eri toimintoja) - laitospöytä - osastolla ei ole asiakkaille rauhallista nurkkausta keskustelua / lehdenlukua / omaisten kanssa seurustelua varten | <p>Viihtyisyyttä rajoittava tekijä</p> | | <p>Kehitettävä asia</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - sohvat ja tuolit ovat liian matalia, niistä on vaikea nousta ylös (lonkkapotilaat ja iäkkäät) - päiväsalissa liian vähän tekemistä / virikkeitä - asiakkailta ei ole tietokoneita käytössä - kuntosalin käyttö on rajoitettua ulkopuolisten varausten vuoksi - kuntosalissa on liian vähän laitteita alaraaja-kuntoutujille - saunan käyttö on rajoitettua ulkopuolisten varausten vuoksi | <p>Toiminnallisuutta rajoittava tekijä</p> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - päiväsalin ahtaus esim. ruokailujen yhteydessä (lisääntynyt kaatumisriski) - hoitajat voivat olla pois näkyvistä pitkiäkin aikoja (kanslia piilossa / ei wifiä, jotta voisi kirjata päiväsalissa asiakkaiden nähtävillä) | <p>Turvallisuutta rajoittava tekijä</p> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - osastolla iso terassi, joka houkuttelee ulos - terassilla hyvä varustus (penkit, pöydät, grilli, keinu, päivänvarjo) - ympäristössä hyvät kävelyreitit kulkea saattajan kanssa | <p>Asiakkaan toiminnallisuutta tukeva tekijä</p> | <p>Fyysinen hoitoympäristö, terassi ja piha-alue</p> | <p>Myönteiseksi koettu asia</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - terassi on nätti | <p>Viihtyisyyttä tukeva tekijä</p> | | | |

| | | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------|--------------------------|--|
| - luonnon läheisyys, myös potilashuoneen ikkunoista katsottuna | | | | |
| - terassi näyttää turvalliselta paikalta ulkoilla | Turvallisuusnäkökulma | | | |
| - pääoven edustan kaltevuus - asfaltin paksu hiekoitus vielä myöhään keväällä - tasaisen, puutarhamaisen pihan tai kävelyreitit puute (missä pystyisi itse kelamaan pyörätuolilla / kulkemaan rollaattorin kanssa ja katselemaan luontoa) | Esteettömyyttä rajoittava tekijä | | Kehitettävä asia | |
| - piha ei houkuttele ulkoiluun aktiviteettien puuttessa - terassilla tulee liian kuuma (riittävä aurinko-/sadesuoja puuttuu) | Ulkoiluun houkuttelevuus | | | |
| - osaston yhteiset tilat tarjoavat mahdollisuuksia vuorovaikutukseen toisten kuntoutujien ja henkilökunnan välillä - ympäristö tarjoaa mahdollisuuksia yhdessä tekemiseen (kuntosaliryhmä ja ruokailu) - toisilta kuntoutujilta saa vertaistukea - hoitohenkilökunnalta saa tukea ja kannustusta - yhteistä tekemistä on tarjolla riittävästi | Yhteisöllisyyttä tukeva tekijä | Sosiaalinen hoitoympäristö | Myönteiseksi koettu asia | |
| - hoitohenkilökunta tukee asiakkaan oman elämänrytmin säilymistä mahdollisuuksien mukaan - asiakkaan mielipide huomioidaan itseä koskevissa asioissa - osalla asiakkaista mahdollisuus majoittua yhden hengen huoneessa | Yksilöllisyyttä tukeva tekijä | | | |
| - asiakkaat kokevat olevansa tervetulleita osastolle - hoitohenkilökunnan keskinäinen hyvä yhteishenki välittyy asiakkaille - ilmapiiri on turvallinen ja huolehtiva | Kuntoutusosaston ilmapiiri | | | |

| | | | | |
|--|---|---------------------------|--------------------------|--|
| - osaston henkilökunnan ammattiosaaminen herättää asiakkaita luottamusta - henkilökunnan hyvä käytös antaa asiakkaille turvallisuuden tunteen | Henkilökunnan ammatillisuus | | | |
| - omaisia kannustetaan yhteistyöhön asiakkaan hyväksi | Omaisten osallistuminen | | | |
| - asiakkaat kaipaavat enemmän ohjattua tekemistä, jonka kautta voisi tutustua paremmin toisiin kuntoutujiin | Yhteisöllisyyden parantaminen | | Kehitettävä asia | |
| - asiakkaita ei kohdata yksilönä - asiakkaat eivät saa riittävästi itsemääräämisoikeuttaan tukevaa tietoa kuntoutuksestaan ja sen tavoitteista - kahden hengen huoneessa asuminen heikentää yksityisyyttä ja hankaloittaa omaisen vierailuja | Yksilöllisyyden parantaminen | | | |
| - enemmän hoitoa vaativa asiakas kokee olevansa taakka, koska tarvitsee paljon avustusta. Hoitajat tuntevat välttelevän asiakasta, mikä ilmenee avunpyyntöön vastaamisen odotteluna ja hoitajien kiireisenä käytöksenä. - kaikki hoitajat eivät osaa avustaa siirtymisissä tasalaatuisesti, mikä herättää asiakkaassa pelkoa sekä oman että hoitajan terveyden puolesta | Hoitohenkilökunnan ammatillisuus ympäristön viihtyisyyttä tukevana tekijänä | | | |
| - asiakkaat kokevat kuntoutusosaston kotia turvallisemmaksi paikaksi kuntoutua - osastolla saa levätä kodin askareista | Hyvinvoinnin ideaaliset ominaisuudet | Symbolinen hoitoympäristö | Myönteiseksi koettu asia | |
| - hoitajat antavat asiakkaalle mahdollisuuden noudattaa omaa vuorokausirytmää - hoitajat antavat asiakkaan pukea ja syödä rauhassa, hoputtamatta - osalla asiakkaista on oma huone (oma rauha ja tila) | Hyvinvoinnin normatiiviset ominaisuudet | | | |

| | | | | |
|--|--|------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| - kuntoutusosastolla tapaa muita iäkkäitä asiakkaita, joiden kanssa voi jakaa yhteisiä muistoja eri aikakausilta ja joilla on sama, paikkakuntaan liittyvä asuinhistoria | Osastokuntoutuksen mahdollistama historiallisuus | | | |
| - asiakkaat kokevat laitostuneensa kuntoutusjakson aikana | Hyvinvoinnin ideaaliset ominaisuudet | | Kehitettävä asia | |
| - asiakas ei viihdy kahden hengen huoneessa. Se haittaa yksityisyyttä ja omaa rauhaa | Hyvinvoinnin normatiiviset ominaisuudet | | | |
| - iäkäs asiakas ei halua poistua huoneestaan, sillä toisten asiakkaiden tapa puhua ja käyttäytyä poikkeaa liikaa omasta kulttuurista | Osastokuntoutuksen mahdollistama historiallisuus | | | |
| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Yläkategoria | Yhdistävä kategoria | Pääkategoria |
| - asiakas saanut fysioterapeutilta (ft) yksilö-kuntoutusta - osastokuntoutus tuntuu yksilölliseltä - asiakas saa käyttää syömiseen niin paljon aikaa kuin tarvitsee (ei hoputeta) - asiakas on saanut toteuttaa omaa päiväryhtiään kuntoutusjaksolla - osastokuntoutusjaksolle on asetettu selkeät kuntoutustavoitteet - kuntosaliryhmä on sopivan kokoinen; jokainen huomioidaan | Asiakkaan yksilöllinen kohtaaminen | Asiakas-lähtöisyyden toteuttaminen | Myönteiseksi koettu asia | Kuntouttava toiminta |
| - asiakkaan kuntoutuminen tuntuu kaikkien yhteiseltä asialta - hoitajat kannustavat asiakkaita omatoimisuuteen - hoitajat sisällyttävät kuntoutuksen hyvin omiin työvaiheisiinsa - hoitajat muistuttavat liikumisesta - hoitajat kävelyttävät - hoitajat auttavat päiväsalin polkulaitteeseen - hoitajat ottavat mukaan arkitoiimiin (voileipien ja korppujen teko, pääsiäisruohon hoitaminen) | Moniammatillisen kuntoutuksen toteuttaminen | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - toimintaterapeutti (tt) tehnyt toimintakykytestejä, joiden edistymistä voi seurata - tt ollut mukana asioimisreissulla - ft ja ft-opiskelija ovat vieneet asiakkaan ulos kävelylle - ft antanut asiakkaalle selkeitä ohjeita kuntoutumisen tueksi - asiakas saanut olla mukana ft:n ryhmäkuntoutuksessa (kuntosaliryhmä) - lääkäri on tavoitettavissa aina tarvittaessa | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - päiväsalissa on tv, sanomalehtiä, kirjoja ja pelejä - päiväsalissa on polkulaite | Omaehtoisen kuntoutumisen tuki | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - päiväsalissa on mukava seurata toisten tekemisiä - toisten asiakkaiden antama vertaistuki ja yhdessä nauraminen - päiväsalissa on juttuseuraa - osastolla on toimintaa (pääsiäisen grillijuhlat ja karaokeilta, mahdollisuus käydä äänestämässä) - osastolla on riittävästi yhteistä toimintaa | Osasto-kuntoutuksen sosiaalinen ulottuvuus | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - ruoka osastolla on ravitsevaa ja hyvää - on hyvä, että ruokailussa on kaikki valmiina | Ravitseminen | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - asiakas on nukkunut osastokuntoutusjaksolla hyvin - osastolla saa levätä ja toipua rauhassa, kotona on aina tehtäviä töitä | Lepo | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - fyysistä kuntoutusta on riittävästi - myös iltaisin ja viikonloppuisin osastolla on riittävästi kuntouttavaa tekemistä | Kuntouttavan toiminnan määrä | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - osastolla on turvallisempaa kuntoutua kuin kotona - osastolla kuntoutumismahdollisuudet ovat paremmat kuin kotona (kuntosali, ammattihenkilöt) - osastokuntoutusjaksolla saa enemmän kuntoutusta kuin kotona | Osastokuntoutusjakson kokemus | | | |

| | | | | |
|--|--|---|-------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - osastokuntoutusjakso antaa uskoa omaan toipumiseen ja kotona selviytymiseen - osastokuntoutusjakso tukee myös omaishoitajan jaksamista ja työtä - osastokuntoutusjakson ansiosta asiakas kuntoutuu takaisin kotiin - osastokuntoutus antaa rytmiä arkeen - osastokuntoutus on mielelle virkistys - osastokuntoutusjaksolla ei tarvitse itse huolehtia ravitsemuksesta - osastokuntoutusjaksolla ei tarvitse olla yksin - osastokuntoutusjakso on selkeä kokonaisuus. Kotihoidon käynnit rajoittavat normaalia arkea kotona. | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - aika tulee osastolla pitkäksi, kuolleita hetkiä on paljon - kuntouttavan toiminnan toteutus on kiinni hoitajien persoonasta ja siitä, kuka on työvuorossa - fyysistä kuntoutusta on liian vähän - kognitiiviseen kuntoutumiseen ei kannusteta riittävästi - sosiaalista, ohjattua yhdessäoloa saisi olla enemmän - kuntouttava toiminta on liian yksipuoleista (nyt vain kuntosaliryhmä ja päivittäiset toiminnot) | <p>Puutteet kuntouttavan toiminnan määrässä tai laadussa</p> | <p>Asiakas-lähtöisyyden toteuttaminen</p> | <p>Kehitettävä asia</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - viikonloppuisin ei ole mitään ohjattua toimintaa - iltaisin ei ole ohjattua toimintaa - fyysistä kuntoutusta on vain aamupäivällä - fyysistä kuntoutusta ei ole viikonloppuisin - fyysistä kuntoutusta ei ole juhlapyhien aikaan (jopa usean päivän tauko) | <p>Kuntouttava toiminta on sidottua tiettyyn ajankohtaan</p> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - yksilökuntoutusta on liian vähän - yksilökuntoutusta ei ole lainkaan - kuntoutus ei ole riittävän yksilöllistä ja asiakkaan | <p>Kuntoutuksen yksilöllisyys ei toteudu</p> | | | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <p>tarpeet huomioivaa (halvautunut käsi)</p> <ul style="list-style-type: none"> - kuntosaliryhmässä on liikaa kuntoutujia | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - mitä huonokuntoisempi asiakas, sitä vähemmän kuntoutusta. Kohtelu ei ole tasa-arvoista. | <p>Kuntoutuksen saavuus ei ole tasa-arvoista</p> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - toimintaterapiaa on liian vähän - toimintaterapiaa ei ole lainkaan - toimintaterapeutin työn sisältö ei vastaa asiakkaiden odotuksia - hoitajat eivät osallistu riittävästi kuntoutukseen - hoitajilla ei ole aikaa viedä asiakkaita ulos - viikonloppuisin ei pääse ulos - joillakin hoitajilla tuntuu olevan aikaa vain hoitotyön tekemiselle - yksi fysioterapeutti on liian vähän tällaisella osastolla - kuntouttava toiminta kärsii henkilöstöpulan vuoksi | <p>Moniammatillinen kuntoutus ei toteudu</p> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - kuntosalin käyttö on rajoitettua (ulkopuoliset vuorot / hoitaja ei ehdi tulla ohjaamaan / hoitaja ei osaa tai uskalla ohjata asiakasta kuntosalilla) - asiakas ei ole saanut ohjeita iltaisin / viikonloppuisin / omaisen kanssa / hoitajien kanssa tehtävää harjoittelua varten - potilashuoneessa ei ole mitään kuntouttavia virikkeitä - päiväsalissa voisi olla enemmän virikkeitä / mahdollisuuksia kuntouttavaan toimintaan | <p>Omatoimisen kuntoutumisen tukemisessa on puutteita</p> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - asiakas on nukkunut huonosti osastolla (syynä särky / useat yölliset wc-käynnit ja virkistymisen / painajaiset aivoinfarktin jälkeen / levoton huonetoveri / tulehdussairaus) | <p>Unen heikkoon laatuun ei puututa</p> | | | |

| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Yläkategoria | Yhdistävä kategoria | Pääkategoria |
|---|--|------------------------|--------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - hoitajilla on asiakkaalle aina aikaa - hoitajat juttelevat asiakkaan kanssa myös tavallisista asioista - hoitajat huomioivat asiakkaan edistymisen / kuntoutumisen ja antavat siitä hänelle palautetta - asiakas tunsi olonsa hyvin tervetulleeksi osastolle - henkilökunta kohtelee asiakasta yksilöllisesti - työntekijä osaa asettua asiakkaan kanssa samalle tasolle, myös konkreettisesti - hoitajilta uskaltaa kysyä, jos on jotain epäselvää | Asiakkaan kohtaaminen ja vuorovaikutustaidot toteutuvat | Eettinen osaaminen | Myönteiseksi koettu asia | Hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja eettisyys |
| <ul style="list-style-type: none"> - he ovat avuliaita - he ovat mukavia - he ovat ystävällisiä - he ovat kohteliaita - he ovat asiallisia - he ovat kannustavia | Hoitohenkilökunnan käytös | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - osa hoitajista kunnioittaa asiakkaan asiantuntemusta itseään koskevien asioiden suhteen - hoitajat antavat asiakkaalle aikaa tehdä asioita itsenäisesti, mutta auttavat pyydettyä - asiakkaan mielipidettä kuunnellaan | Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen toteutuu | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - henkilökunta on ammattitaitoista (lääkäri, hoitajat, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, osastosihteeri) - avuntarpeeseen (hälytysranneke) vastataan nopeasti - asiakkaan lääkitys on tarkastettu ajan tasalle | Henkilökunnan ammatillinen osaaminen on hyvä | Ammatillinen osaaminen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - osaston työntekijöillä on hyvä yhteishenki, mikä välittyy myös asiakkaille | Kuntoutusosaston ilmapiiri on hyvä | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - omaiset otetaan mukaan kuntoutuspalaveriin - hoitohenkilökunta huomioi omaishoitajan asiantuntemuksen asiakkaan hoidon ja hoivan suhteen | Yhteistyö omaisten kanssa toimii | | | |

| | | | | |
|--|--|--|-------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - asiakkaan mielipidettä ei ole kysytty riittävästi hoitoon tai kuntoutukseen liittyen - asiakas ei ole saanut riittävästi tietoa hoitoonsa ja kuntoutukseensa liittyvistä asioista - jotkut hoitajat eivät halua kuulla asiakkaan neuvoja omaan hoitoonsa liittyen, vaan he korostavat toiminnassaan omaa ammattiosaamistaan - asiakasta kohdellaan holhoavasti - avun saaminen (hälytysranneke) kestää usein | <p>Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ei aina toteudu</p> | <p>Eettisessä osaamisessa on puutteita</p> | <p>Kehitettävä asia</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - jotkut hoitajat antavat aina kiireellisen vaikutelman - hoitajat eivät puhu riittävästi asiakkaan kanssa hänen taustastaan ja lähtökohdistaan - hoitajat eivät kannusta kuntoutumiseen riittävästi - asiakkaalle ei selitetä, miksi joitain toimenpiteitä tehdään, vaikka hän vastustaa niitä - asiakas kokee asioiden kysymisen hoitajilta ja lääkäriltä vaikeaksi | <p>Asiakkaan kohtaamisessa ja vuorovaikutustaidoissa on puutteita</p> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - hoitajat eivät arvosta asiakasta sinä ihmisenä, mikä hän on (ei vain kuntoutettava asiakas) | <p>Asiakkaan kokema arvostus ei aina toteudu</p> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - asiakkaan kivunhoito on ollut puutteellista - hoitajat voivat olla liiankin avuliaita, mikä heikentää asiakkaan toimijuutta ja hidastaa kuntoutumista - jotkut hoitajista eivät osaa avustaa asiakasta ammattitaitoisesti siirtymisissä (käytetään voimaa tekniikan sijaan). Tämä saattaa vaikuttaa hoitaja-asiakas -suhteen kehittymiseen heikentävästi, koska asiakas koetaan rasakaksi hoitaa ja häntä ehkä vältellään sen vuoksi. - asiakkaan tietoihin perehtyminen on epätasaista, mikä herättää epävarmuutta | <p>Hoitohenkilökunnan ammatillisessa osaamisessa on puutteita</p> | <p>Ammatillisessa osaamisessa on puutteita</p> | | |

| | | | | |
|---|---|---|----------------------------|---------------------|
| - henkilökunta poistuu yhtä aikaa kirjaamaan tai tauoille, ja asiakkaat tuntevat jäävänsä yksin | | | | |
| - hoitajien asiakkaalle antama aika on riippuvainen työvuorosta tai osastolla olevien asiakkaiden kunnostasosta - aika usein avun saaminen (häilytykseen vastaaminen) kestää - henkilökunnan kirjaamistyö tapahtuu kulman takana kansliassa, ja asiakas kokee jäävänsä heitteille (ei langatonta verkkoa) | Resurssipula | Resurssipula | | |
| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Yläkategoria | Yhdistävä kategoria | Pääkategoria |
| - asiakas on saanut riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa hoitoaan ja kuntoutustaan koskien - hoito- ja kuntoutuskäytännöt on perusteltu asiakkaalle - asiakkaan on helppo esittää kysymyksiä henkilökunnalle hoitoaan ja kuntoutustaan koskien - asiakkaan kysymyksiin vastataan aina, vaikka ne koskisivat samaa asiaa - jos hoitaja ei ole itse osannut vastata asiakkaan kysymykseen, hän on käynyt selvittämässä vastauksen muulta taholta | Dialogisuus asiakkaan ja henkilökunnan välillä | Asiakkaan itsemääräämis-oikeus toteutuu | Myönteiseksi koettu asia | Tiedonkulku |
| - asiakas on saanut paljon uutta tietoa kuntoutuspalaverissa - kuntoutuspalaveri lisäsi lääkärin ja hoitohenkilökunnan ymmärrystä asiakkaan hoitoon ja kuntoutukseen liittyen - kuntoutuspalaverin ansiosta yhteistyö omaishoitajan kanssa on parantunut | Kuntoutus-palaverin merkitys tiedonkulun kannalta | | | |
| - asiakas luottaa siihen, että koko hoitohenkilökunta tietää hänen kuntoutusjaksonsa tavoitteet - asiakkaan antama tieto kulkeutuu tarvittaessa hyvin koko hoitohenkilökunnalle | Tiedonkulku kuntoutusosastolla | | | |

| | | | | |
|--|--|--|-------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - asiakas luottaa siihen, että häntä koskeva tieto siirtyy hyvin myös omaisille - asiakas uskoo, että häntä koskevat hyvät hoitokäytännöt tiedotetaan kuntoutusosastolta myös muille hoitaville tahoille | <p>Tiedonkulku kuntoutusosastolta</p> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - asiakas on tyytyväinen saatuaan osallistua tähän (tutkimus)haastatteluun, sillä tätä kautta myös hiljaisempien asiakkaiden ääni tulee kuuluviin ja osastokuntoutus kehittyy | <p>Tutkimus-haastattelu osana asiakas-ymmärryksen parantamista</p> | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - asiakas ei ole saanut riittävästi tietoa hoitoonsa ja kuntoutukseensa liittyen (laboratoriotulokset, lääkityksen muutokset, kuntoutuksen tavoitteet, jatkokuntoutussuunnitelmat) - asiakas ei tiedä omia kuntoutumistavoitteitaan - omainen ei ole saanut riittävästi tietoa asiakkaan tilanteeseen liittyen - asiakkaalle ei ole perusteltu hänen hoitoonsa ja kuntoutukseensa liittyviä asioita tarpeeksi/lainkaan (esimerkki: Miksi kuntoutusjakson alussa käytössä ollut seisomateline vietiin pois, vaikka asiakas itse koki hyötyvänsä telineen käytöstä) - omaiselle ei ole perusteltu (riittävästi) asiakkaan hoitokäytäntöihin liittyviä asioita - hoitohenkilökunnan pitäisi kertoa asioista kysymättä / selittää asioita enemmän - hoitajat eivät kysele asiakkailta tarpeeksi asioista (nukkuminen, kipu, elämäntilanne, omat tavoitteet kuntoutusjaksolle, mietityttääkö jokin asia, onko epäselviä asioita) - vierailevat omaiset kysyvät monasti omaisensa osastokuntoutukseen liittyvistä asioista helpommin muilta asiakkailta kuin hoitohenkilökunnalta - asiakkaan ei tule välttämättä kerrottua olennaisia | <p>Dialogisuus asiakkaan/omaisen ja henkilökunnan välillä</p> | <p>Asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumisesta ei tueta</p> | <p>Kehitettävä asia</p> | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| asioita hoitohenkilökunnalle, koska asiakas ei tiedä, mikä kaikki on tärkeää kuntoutumisen onnistumisen kannalta | | | | |
| - kaikki hoitajat eivät ole aina lukeneet asiakkaan taustatietoja kunnolla (hiljainen raportointi) | Asiakkaan taustatietoihin perehtyminen | | | |
| - asiakkaan hoitajalle kertoma, tarvittava tieto ei aina kulkeudu koko hoitohenkilökunnalle - kuntoutusosaston ilmoitustaululla ei ole nähtävillä mitään tiedotetta viikko-ohjelmasta, minkä takia toiminta näyttyy asiakkaille ja omaisille suunnittelemana | Tiedonkulku osastolla | | | |
| - kuntoutuspalaverissa on paikalla paljon väkeä, mikä saattaa haitata asiakkaan halua puhua asioistaan / esittää kysymyksiä / keskittymistä kuuntelemaan / tärkeiden asioiden muistamista | Kuntoutuspalaveri tiedonkulun kannalta | | | |

Työntekijätason haastatteluanalyysi

| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Yläkategoria | Pääkategoria |
|---|--|---|----------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - netin käyttö on tätä päivää - netin puute lisää eristyneisyyden kokemusta - netin avulla asiakas pystyisi pitämään yhteyttä omaisiin/läheisiin - netin avulla saisi myös potilashuoneisiin aktiviteetteja - tarvittaisiin erilaisia hiiriä erilaisille käsiotteille | Wifi ja asiakkaiden ATK-piste osastolle | Asiakkaiden toimintakyvyn ja osallisuuden edistäminen | Kuntouttava hoitoympäristö |
| <ul style="list-style-type: none"> - kuntouttava aktiviteetti - toisi sosiaalista tsemppiä olemiseen - erilaiset peliohjelmat harjoittaisivat asiakkaiden toimintakykyä | Pelikonsoli osastolle | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - päiväsalin voisi tilata isotekstisiä ja selkokielisiä (uutis-) lehtiä | Helppolukuisten lehtien tilaaminen osastolle | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - tila, jossa voisi keskustella ja lukea lehtiä rauhassa - tila, jossa voi olla omaisten kanssa rauhassa, jos asuu kahden hengen huoneessa - tila, jossa olisi tv, sillä päiväsalin erillaisine toimintoineen on liian hälyisiä, jos huonokuuloinen yrittää seurata suomenkielisiä ohjelmia (ja tv:n äänen voimistaminen lisää melua) - tila, jossa olisi asiakkaita varten jääkaappi, kahvinkeitin ja ATK-piste | Asiakkaiden käyttöön tuleva lisätila osastolle | Yhteisten tilojen kehittäminen | |
| <ul style="list-style-type: none"> - nykyiset ruokatuolit särkyvät herkästi - ruokatilin tuolit ovat hirveässä kunnossa - sohvien pitäisi olla korkeampia ikäihmisten käyttömukavuuden kannalta - sohvot ovat kulahtaneita ja aikansa eläneitä - sohvot voisi päivittää nykypäivän henkeen | Päiväsalin kalusteiden uusiminen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - yhdessä huoneessa hälytysjärjestelmä ei toimi / toimii useiden minuuttien viiveellä - hälytysjärjestelmän pitäisi ehdottomasti toimia asiakasturvallisuuden takia | Hälytysjärjestelmän uusiminen | Asiakkaiden turvallisuus | |
| <ul style="list-style-type: none"> - on nykypäivää | Potilashuoneisiin oma tv | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - huoneissa ei ole muutenkaan aktiiviteettia - mahdollistaa omien lempiohjelmien katselun. Osastolla on toistuvasti tilanteita, että joku asiakas dominoi kaukosäädintä ja televisiota. - tekeminen osastolla on muutenkin vähäistä | | Potilashuoneiden viihtyisyys | |
| <ul style="list-style-type: none"> - kylminä vuodenaikoina huoneet ovat liian kylmiä - kesällä huoneet ovat liian kuumia - helteillä huoneet ovat hirveitä sekä asiakkaille että työntekijöille - alakerran osasto ei ole niin kuuma kesäisin kuin yläkerran osasto | Potilashuoneiden ilmastoinnin kunnostaminen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - huoneiden kaikumisongelma pitää korjata - selkeä ongelma niille, joilla on kuulon kanssa ongelmia - huoneet ovat autioita ja tyhjiä, tarvitaan akustiikkalevyjä | Potilashuoneiden kaikumisongelman korjaaminen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - seinien maali on huonossa kunnossa - seinät pitäisi päivittää | Potilashuoneiden seinien kunnostaminen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - jos avaa huoneen oven vaikka koputuksen jälkeen, ei asiakas ehdi reagoida - kun käytävältä avaa oven, niin kaikki näkyy - intymiteettisuoja puuttuu huoneista kokonaan (erityisesti kahden hengen huoneet) - kiskot kattoon ja niihin verhot | Potilashuoneiden intymiteettisuojan parantaminen | Asiakkaiden yksityisyyden suojaaminen | |
| <ul style="list-style-type: none"> - kaappitila ei riitä kahden hengen huoneissa - lukollisesta tilasta on ollut puhetta monta kertaa - lukollinen tila, että asiakas saisivat omat tavaransa sinne - asiakkaat käyvät aina kansliassa pyytämässä rahapussiaan | Potilashuoneiden säilytystilan uusiminen | Potilashuoneiden toiminnallisuuden kehittäminen | |
| <ul style="list-style-type: none"> - wc-istuimet valuttavat ja vuotavat koko ajan - wc-istuimiin ja tukikahvoihin pitäisi saada tehostevärit, että ne erottuisivat | Potilashuoneiden wc-/pesutilojen kunnostus | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - huoneita ei ole suunniteltu kahdelle | Potilashuoneiden ahtaus | | |

| | | | |
|--|---|--|----------------------|
| - kahden hengen huone on erittäin ahdas, jos molemmilla on useita apuvälineitä | | | |
| - pistorasiat ovat huonot | Potilashuoneiden pistorasioiden kunnostus | | |
| - valaistus on riittämätön | Potilashuoneen valaistuksen parantaminen | | |
| - terassille on asiakkaiden vaikea mennä - kesällä siellä on erittäin kuuma. Siellä on yksi varjo, jonka alle kaikki heti menevät. - terassille pitää saada varjoa ja suojaa - terassille pitäisi saada valokate tai muu katos - terassilla voisi olla kasvimaata - terassin tilalla voisi olla puutarha - terassilla voisi kasvaa kirsikkapuu - tarvitaan uusi pihagrilli ruosteen vanhan tilalle - terassikalusteet pitää kunnostaa (naulat törröttävät ja pinta hilseilee) - terassi on epäsiisti (hoitajat siivoavat rikkaruohoja ja tupakantumpeja) - asiakkaiden tupakantumpeille tarkoitetut kurkku- ja punajuuri-purkit vaihtoon | Osaston terassin kunnostaminen ja kehittäminen | Terassin kunnostaminen ja kehittäminen | |
| - piha ei sovellu turvalliseen liikumiseen - sinne (ja viereiseen metsään) pitäisi saada merkitty ulkoilureitti - tasainen piha olisi turvallisempi | Piha-alueen soveltuvuus asiakkaiden ulkoiluun | Rakennuksen piha-alueen kehittäminen | |
| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Yläkategoria | Pääkategoria |
| Samaa mieltä: - on fakta, että iltapäivisin ja viikonloppuisin ei ole mitään - fysioterapeutin (ft) poissa ollessa aktiviteettia voisi olla enemmän. Ei kuntosalia, vaan jotain muuta tapahtumaa. - viikonloppuisin voisi olla kuntoutusta ulkopuoliselta taholta; kahdella hoitajalla ei ole siihen resursseja - toimintatapa muuttuisi heti toisenlaiseksi, jos olisi kaksi ft:a Eri mieltä - kuntoutusta on se, että asiakkaat tulevat itse syömään joka aterian | Asiakaspalaute: ”Kuntoutusta ei ole riittävästi tai lainkaan iltapäivisin / viikonloppuisin / juhlapyhinä | Kuntouttavan toiminnan riittävyys asiakkaan näkökulmasta | Kuntouttava toiminta |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>päiväsaliin, käyvät vessassa, pesivät itse hampaansa ja pukeutuvat</p> <ul style="list-style-type: none"> - asiakkaille on aiemmin tehty yksilöllisiä harjoitusohjeita illoiksi ja viikonlopuiksi, mutta harvoin niitä toteutettiin. Työ on todettu turhaksi. | | | |
| <p>Samaa mieltä</p> <ul style="list-style-type: none"> - kunnan toimesta voisi olla henkilökohtainen vapaaehtois-järjestelmä. Yksi vapaaehtoinen käy esimerkiksi kolmen asiakkaan kanssa ulkoilemassa ja pelailemassa - ulkoilu ei toimi meillä - suurihoitoisten asiakkaiden hoitaminen vie aikaa muiden kuntoutukselta - on tärkeää, että kuntoutuja tulee osastolle siinä vaiheessa, että hän jaksaa vielä kuntoutua - on kuntoutus-laitoksia, joissa on kuntoutusta varten ihan oma henkilökuntansa ja virikeohjaaja ja muuta. Olisihan se hienoa täälläkin. <p>Eri mieltä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pitääkö koko ajan tapahtua jostain - kuntouttavaa on, että yrittää tehdä mahdollisimman paljon itse - asiakkaat eivät koe pukemisen yhteydessä tehtävää tasapainoharjoittelua kuntoutuksena - heikommassa kunnossa oleva asiakas voi kokea, että häntä kuntoutetaan vähemmän. Hän ei ehkä ymmärrä resurssiensa olevan riittämättömät samankaltaiseen harjoitteluun kuin jonkun toisen siinä vieressä. - asiakkaat haluavat sosiaalista ja kognitiivista kuntoutusta, mutta eivät sitten osallistukaan siihen - asiakkaiden toiveesta järjestettiin savitöitä, mutta "parhaassa" ryhmätyössä oli yksi osallistuja - päiväsalissa ruokaileminen on myös kuntoutusta - on vaikea nopeuttaa kuntoutumis-prosesseja. On mentävä kuntoutujan vauhdin mukaan. - kun toinen asiakas kävelee siinä vieressä, on vaikea ymmärtää, ettei itsellä ole vielä siihen valmiuksia | <p>Asiakaspalaute: ”Kuntoutusta on liian vähän</p> | | |

| | | | |
|---|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - ei asiakkaiden kanssa tarvitse koko ajan tehdä jotain. Lepo on tärkeää. - mielestäni täällä tehdään kuntoutujien kanssa näillä resursseilla kuitenkin aika paljon - asiakkaat saavat juhannuksena grillimakkaraa ja lättöjä - itsenäisyyspäivänä oli leffailta - vappuna oli karaoke ja tanssit - joskus asiakkaat saattavat hermostua, jos ruoka-aika siirtyy jonkin tapahtuman tai toiminnan takia | | | |
| <p>Samaa mieltä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - jokaiselle asiakkaalle voisi olla huoneessaan yksilöllinen kuntoutuskansio, jossa olisi tavoitteet ja harjoitusohjeet - pitäisi olla toinen ft tai kuntoutukseen erikoistunut hoitaja, että henkilökohtaisen kuntoutuksen toive toteutuisi - kun täällä on opiskelijoita, on heti enemmän aikaa paneutua yhteen asiakkaaseen - asiakkaiden tunteet ja myös perussairaudet pitäisi huomioida paremmin | <p>Asiakaspalaute: ”Yksilöllistä kuntoutusta on liian vähän tai ei ollenkaan.”</p> | | |
| <p>Samaa mieltä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - on totta, että kuntosali on osaston käytössä vain aamupäivisin ja satunnaisesti iltpäivisin. Kesällä toki paremmin. - salin ja sen laitteiston pitäisi palvella paremmin osaston kuntoutujia - hoitajan on helpompi viedä viikonloppuisin kuntosalille asiakas, joka tietää harjoituksensa ja pärjää itsenäisesti. Kynnys viedä asiakas, joka vaatii erityisosaamista, on korkea. - kuntosalin käyttöajan pitäisi mahdollistaa parempikuntoisen asiakkaan omaharjoittelu iltpäivisin - kuntosali motivoi asiakasta harjoittelemaan eri lailla kuin pelkät osaston puolapuut - kuntoutusosaston tilat pitäisi ottaa osaston omaan käyttöön - kuntosalilla pitäisi saada olla rauhassa ilman kiirettä | <p>Asiakaspalaute: ”Kuntosaliaikaa on liian vähän.”</p> | <p>Resurssien riittävyys asiakkaan näkökulmasta</p> | |
| <p>Samaa mieltä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ft:lla ei ole aikaa kuntoutuskansion päivittämiseen | <p>Asiakaspalaute: ”Kuntoutusosastolla pitäisi</p> | | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - kuntosalin laitteilla voi olla vaarallista harjoitella itsekseen. Turvallisuuden vuoksi siellä pitää olla ohjaaja paikalla. - ft joutuu tekemään resurssipulan takia työssään paljon kompromisseja - lääkärikierron päivänä yksi ylimääräinen työntekijä helpottaisi toimintaa huomattavasti. Kuntosaliryhmän avustajaksi ei sinä päivänä riitä hoitajaa. - osastolle pitäisi välttämättä saada toinen ft tai kuntoutukseen erikoistunut hoitaja - osaston henkilöstöresurssit ovat liian pienet | <p>olla kaksi fysioterapeuttia.”</p> | | |
| <p>Samaa mieltä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - on totta, että kuntouttava toiminta hoitajana on jäänyt vähälle - kuntoutuksen voisi ottaa selkeämmin osaksi hoitajan työnkuvaan, nyt työ painottuu pakolliseen hoitoon ja hoivaan - on ollut ja on edelleen epäselvää, miten voisi hoitajana osallistua enemmän kuntoutukseen. Voisi olla vuorokohtaisia tehtäväkortteja apuna. - hoitajat tekevät paljon sellaista tukityötä (voileipien teko, ruoan haku ja jakaminen, kahvin keitto, tiskaaminen, RAI:n kirjoittaminen), että eivät ehdi paneutua kuntoutukseen - hoitajille pitäisi olla enemmän ohjausta kuntosalin käytöstä - minä en ainakaan tunne niitä kuntosalin laitteita enkä tiedä, mitä niillä voisi tehdä - jotkut hoitajat hoitavat vain asiakkaan fyysistä puolta ja unohtavat kokonaisuuden - hoitajien pitäisi olla enemmän asiakkaiden kanssa, keskustella ja hoitaa psyykeä - hoitajien pitäisi saada keskittyä enemmän perustyöhön ja kuntoutukseen. Hoitoapulainen voisi tehdä arkitöitä (pöydän kattaminen, ruoan hakeminen, tiskit) <p>Eri mieltä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kun hoitaja kävelyttää, sitä ei pidetä minkäänlaisena kuntoutuksena - hoitajat kyllä kuntouttavat, mutta heitä on liian vähän, ja aika menee muuhun toimintaan | <p>Asiakaspalaute: ”Hoitajat eivät osallistu kuntoutukseen riittävästi.”</p> | <p>Hoitajien osallistuminen kuntoutukseen</p> | |

| | | | |
|---|--|---|---|
| - hoitajat kannustavat asiakkaita hienosti | | | |
| - osastolla on liikaa asiakkaita, jotka eivät ole enää tehostetun kuntoutuksen tarpeessa. Heidän toimintakykyynsä ei ole enää odotettavissa merkittäviä muutoksia. - pitkäaikaispaikkoja voisi odotella muussa yksikössä, jolloin kuntoutusosasto-paikkoja vapautuisi heille, joilla on vielä mahdollisuuksia kuntoutua kotiin | Asiakkaiden vaihtuvuudesta huolehtiminen | Kuntoutusosaston pää-tavoitteen tukeminen | |
| - erityisesti maanantaipäivien ohjelmaa pitäisi järjesträä | Työn uudelleen järjestäminen | | |
| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Yläkategoria | Pääkategoria |
| Henkilökunnan vastuu: - meillä ei ole käytössä kivun kontrolliluonteista kyselyä - asiakkaat eivät itse välttämättä sano, siksi meidän pitäisi kysyä enemmän Asiakkaan vastuu: - asiakkaan täytyy itse ymmärtää hälyttää, jos on kipuja - asiakkaalla itsellään on vastuu - hoitajalle kurjinta on, jos oman yövuoron jälkeen asiakas valittaa aamuvuorolle yöllisistä kivuistaan - tärkeintä on, että asiakas uskalltaa kertoa kivustaan jollekin, jotta asia voidaan kirjata ylös ja hoitaa - erittäin kivuliaat asiakkaat osaa- vat pyytää lääkkeitä - on myös asiakkaita, jotka ovat enemmänkin lääkeriippuvaisia kuin kipeitä - osa käyttää kipulääkkeitä uni- lääkkeinä | Asiakas kertoo heräile- väänsä öisin kivun vuoksi | Ammatillinen kompe- tenci | Hoitohenkilö- kunnan ja esi- miesten amma- tillisuus ja eetti- syys |
| - osa hoitajista kysyy yleensä aamu- isin, miten asiakas on nukkunut. Joskus vastaus on ristiriidassa yöhoitajan havaintojen kanssa. - yöhoitaja ei ole paikalla jatku- vasti. On tosiasia, että ikäihmisen unenlaatu on huonompaa. Hän nukkuu ajallisesti, mutta kokee aamulla, että ei ole nukkunut. - unen kokemuksia pitäisi kirjata ylös, että siitä olisi olemassa jo- tain dataa | Asiakkaalla on eri syistä johtuvia nukkumis- vai- keuksia | | |
| Samaa mieltä: - kanslia on piilossa, mutta Wifi mahdollistaisi kirjaamisen nä- kösällä. Hoitaja olisi läsnä. | Asiakas kokee olonsa turvattomaksi, sillä hoita- jia ei välillä näy pitkiin aikoihin | Asiakkaan kokema tur- vattomuuden tunne | |

| | | | |
|---|---|----------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - jos kanslia ei olisi piilossa, hoitohenkilökunta olisi enemmän näkössä - joku kokee huonona, että olemme pois näkyviltä - kun henkilöstöä ei näy, saattaa tulla vaikutelma, että henkilöstö ei tee mitään - kunnan taukotilan puutteen vuoksi asiakkaat eivät tiedä, onko väki tauolla vai tekee töitä - omaisen silmiinhän se on aina paha asia, että hoitajia ei näy missään <p>Eri mieltä:</p> <ul style="list-style-type: none"> - toinen asiakas kokee hyvänä, että hoitohenkilökunta on välillä pois näkyviltä - asiakkaita ei voi koko ajan vah- tia kuin pieniä lapsia - taustalla on periaate, että asiak- kaiden pitäisi pärjätä päiväsalissa keskenään. Ei heidän tarvitse olla koko ajan silmän alla. - asia ei ole ongelma, sillä sama käytäntö on isoissa sairaaloissa ja terveyskeskuksissa | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - lähtökohtaisesti asiakkaat kotiutuvat meiltä mahdollisimman omatoimisina. Harvoin kotiin lähtee asiakas, joka tarvitsee täydet avut siirtymisissä. - me kuntoutamme lähtökohtaisesti asiakkaita, emme omaisia - omaisia ohjataan siinä vaiheessa, kun asiakkaan kotiutumiskunto on tiedossa - omaisilta ei tarvitse erikseen kysyä, onko heillä jotain epäselvää tai kysyttävää. Asiat selvitetään heille kuntoutus-palaverissa. | <p>Omainen toivoo, että hoitohenkilökunta rohkaisisi omaisia esittämään kysymyksiä ja puhumaan mieltä askarruttavista huolista ja peiloista</p> | <p>Yhteistyö omaisten kanssa</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - esimiehiltä selkeämpiä linjauksia toimintatapoihin - esimiesten pitäisi puuttua selkeämmin epäkohtiin - esimiesten pitäisi kuunnella henkilökuntaa enemmän muutosten yhteydessä - esimiesten pitäisi johtaa selkeämmin - esimiesten pitäisi puuttua asioihin rohkeammin - esimiesten pitäisi kohdella henkilöstöä tasapuolisesti - esimiesten pitäisi tiedustella enemmän hoitajien jaksamista | <p>Henkilöstön kehittämisehdotuksia esimiestyöhön liittyen</p> | <p>Esimiestyön kehittämisen</p> | |

| | | | |
|---|---|--|---------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - esimiehen pitäisi huomioida hoitohenkilökunnan mielipiteitä enemmän - esimiesten tulisi arvostaa hoitajien erityisosaamista enemmän | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - työilmapiiri ja yhteishenki osastolla on hyvä | Kuntoutusosaston työilmapiiri | Kuntoutusosaston työilmapiiri | |
| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Yläkategoria | Pääkategoria |
| <ul style="list-style-type: none"> - meillä on kyllä tulohaastattelukaavakkeessa paikka asiakkaan omille kuntoutumis-tavoitteille - tavoitteita ei välttämättä päivitetä - asiakkaan tavoite on lähes poikkeuksetta kuntoutua kotiin tai kävellä jälleen - joskus asiakkaan tavoite saattaa olla konkreettisempikin - asiakkaan tavoitteet voivat olla hyvin epärealistisia - asiakkaat eivät aina ota realiteetteja kovin hyvin vastaan - osa ei kykene sanomaan tavoitteitaan. Asiakkaalta kysyminen ei välttämättä toimi. - omaisetkaan eivät aina ymmärrä realiteetteja - omaiset eivät aina luota henkilökunnan näkemykseen ja kokemukseen | Asiakaspalaute: ”En tiedä omia kuntoutumistavoitteitani.” | Asiakkaan osallisuuden toteutuminen kuntoutumistavoitteiden laatisemisessa | Tiedonkulku |
| <p>Samaa mieltä</p> <ul style="list-style-type: none"> - kuntoutujan oma ääni pitäisi saada kuntoutuspalaverissa paremmin kuuluviin - kuntoutujan pitäisi tietää kuntoutuspalaveriin tullessa, mistä siellä puhutaan - kuntoutus-palaveriin tullaan valmistautumatta. Kuntoutuja ei välttämättä tiedä, miksi siellä istutaan ja omaiset saattavat olla ihan yhtä tietämättömiä. - kuntoutus-palavereja varten voisi laatia esitietolomakkeen, jossa on valmiina ne asiat, mitä tullaan palaverissa käsittelemään. Asiakas voisi etukäteen miettiä asioita. On totta, että jos palaverissa on paljon väkeä ja tilanne on uusi, asiat saattavat unohtua. <p>Eri mieltä</p> <ul style="list-style-type: none"> - etukäteis-valmistautuminen ei aina toimi kaikkien kohdalla - kaavakkeen saaminen ei välttämättä toteudu | Asiakas kertoo kokeneensa kuntoutuspalaverin haastavana tilanteena (paikalla liikaa tuntemattomia ihmisiä / ei uskalla esittää kysymyksiä / muistettavia asioita tulee kerralla paljon) | Kuntoutuspalaverin merkitys tiedonkulun kannalta | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| <p>Samaa mieltä: - syynä voi olla raporttiajan lyheneminen</p> | <p>Asiakkaasta tuntuu, että kaikki hoitajat eivät ole perehtyneet hänen tietoihinsa etukäteen</p> | <p>Asiakkaaseen perehtyminen</p> | |
| <p>Eri mieltä: - osastolla ei ole oikeastaan sellaista toimintaa, mitä voisi laittaa näkyville - tämä on laitos, ei lomakoti - tämä on sairaala - jos näkyville on laitettu etukäteen jokin suunnitelma, se on lupaus, joka sitoo työntekijöitä liikaa - jos ft joutuukin menemään kotikäynnille suunnitellun kuntosaliryhmän aikaan, asiakkaat pettyvät - asiakas saattaa kieltäytyä hoitoimenpiteestä, jos kalenterin mukaan samaan aikaan on muuta ohjelmaa - asiakkaiden kuntoutumista ei tuesse, jos he joutuvat pettymään etukäteen ilmoitetun ohjelman peruuntuessa</p> | <p>Asiakas toivoisi osaston viikko-ohjelman näkyville</p> | <p>Osaston viikko-ohjelman julkaisu</p> | |
| <p>- kirjaukset päivittäistoimintojen sivuilla ovat vuosien varrella huomattavasti parantuneet ja kuvaavat asiakkaan toimintakykyä ja sitä, mihin suuntaan toimintakyky on menossa - tekstin ja informaation määrä on lisääntynyt - asiat pitäisi kirjata paremmin, että sama tieto olisi kaikkien saatavilla</p> | <p>Kirjaaminen</p> | <p>Henkilöstön omat huomiot ja kehitysehdotukset tiedonkulkuun liittyen</p> | |
| <p>- tiedon pitäisi kulkea monelle eri taholle (osastolla, osastolta, osastolle) - tiedonkulkuun liittyy paljon riskejä (esim. vuorotyö) ja yllätyksiä - joku toimija voi helposti jäädä ilman tietoa (asiakas, omainen, hoitaja, kotihoito, muu) - työvuoron vaihtuminen on ongelmakohta tiedonkulun kannalta - tiedonkulku haastavaa, koska toimijoita on useita - tiedonkulussa on katkoksia - muutoksista tiedottaminen heikkoa, nyt tieto tulee usein puskaradiosta - jokaisella asiakkaalla tulisi olla henkilökohtainen kuntoutuskansio, josta näkisi tavoitteet, liikuntaohjelman ja seurannan</p> | <p>Tiedonkulun haasteet</p> | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - kuntoutuskansion ylläpitäminen olisi hankalaa, sillä sitä täytyisi päivittää koko ajan | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - hiljaisessa raportissa on sekä hyviä että huonoja puolia - hiljainen raportti ei säästä työntekijän aikaa - suullisessa raportissa kuulisi heti tärkeimmät asiat - kokonaisuuden hahmottaminen vaatii sekä hiljaisen että suullisen raportin - raporttitilanteet usein katkonaisia ja rauhattomia - kaivataan selkeitä ohjeita siitä, mitä pitäisi raportoida | Raportointi | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - perehdyttäminen on melko heikkoa - perehdytyksen laatu riippuu siitä, kuka oli perehdyttäjänä. - tarvitaan selkeämmät, yhdenmukaiset ohjeet - on perusasioita, jotka pitäisi perehdyttää kaikille. Koota vaikka yksi A4. - sijaisille selkeämpi ohjeistus - yhtenäisempi tapa toimia helpottaisi perehtymistä ja työn oppimista - erityisesti sijaisten perehdytys heikkoa - sijaisista pitäisi huolehtia paremmin (perehdytys ja työvuorot) - akuuttitilanteiden hoitamisesta osittain huonot ohjeet - perehdyttäminen on resurssitehokä - tekemällä sitten oppii - hoitajia pitäisi perehdyttää siihen, miten he voisivat osallistua kuntoutukseen enemmän - hoitajien pitäisi saada perehtyä kuntosalin käyttöön paremmin | Perehdyttäminen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - tarvitaan lisäkoulutusta ja kertausta akuuttitilanteita varten Asioiden kertaaminen olisi hyvä vahinkojen välttämiseksi. - hoitajille pitäisi olla enemmän koulutusta ergonomiasta ja kinesiologiasta työkyvyn säilymiseksi | Koulutus | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - huonejako voi helpottaa omaan asiakkaaseen perehtymistä syvälieremmin - osa on sitoutunut menetelmään, osa vastustaa sitä. Sitoutuneisuuden vaikuttaa asiakkaan kunto: | Uuden huonejako-menetelmän vaikutus hoitotyöhön ja tiedonkulkuun | Uusi huonejako-menetelmä | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>työläs kuntoutuja ei ehkä motivoi työntekijää, hyväkuntoinen kyllä</p> <ul style="list-style-type: none">- menetelmää pitää vielä kehittää- menetelmä rauhoittaa työvuoroa. <p>Enää ei tunnu, että joka paikkaan pitää ehtiä</p> <ul style="list-style-type: none">- huonejako-menetelmän vuoksi ei tiedä, mitä toisessa huoneessa tapahtuu- huonejako-menetelmässä kukin raportoi vain omat huoneensa | | | |
|---|--|--|--|

Esimiestason haastatteluanalyysi

| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Pääkategoria |
|---|---|--|
| <p>Samaa mieltä</p> <ul style="list-style-type: none"> - hälytysjärjestelmä saatava kuntoon. Vuoden 2020 budjettiin on esitetty uutta hälytysjärjestelmää. - ilmastointi saatava kuntoon - asiakkaan intimitteettisuoja pitää parantaa. Jos nyt tehdään kahden hengen huoneessa toiselle hoitotoimenpiteitä, joudutaan toinen asiakas pyytämään huoneesta pois suojaverhon puuttumisen takia. Sekä yhden että kahden hengen huoneista on suora näkyvyys käytävälle tai päiväsalin verhojen puuttumisen takia - seinät kaipaisivat maalausta ja päivitystä <p>Eri mieltä</p> <ul style="list-style-type: none"> - tv:tä ei missään nimessä huoneisiin. Asiakkaat jämähtävät sinne. Tämä ei ole koti. - viihtyisyys ei kuulu sairaalaan | Potilashuoneiden kunnostaminen | Asiakaslähtöisyys osana kuntouttavaa hoitoympäristöä |
| <p>Samaa mieltä</p> <ul style="list-style-type: none"> - potilastuolit pitäisi uusia jo turvallisuuden takia | Päiväsalin kalusteiden uusiminen | |
| <p>Samaa mieltä</p> <ul style="list-style-type: none"> - toimivaa Wifiä on pyydetty useaan kertaan - osastolla tulisi olla langaton verkko - langattoman verkon voisi linkittää hälytysjärjestelmään - asiakkailla voisi olla oma, siirrettävä tietokone asioiden hoitamista varten - hoitajien pitäisi saada edes osastonhoidon mobiili ja tabletti, joissa on SIM-kortti - koska kirjaamista ei voi tehdä päiväsalissa, hoitajat häviävät välillä asiakkaiden näkyvistä kulman takana olevaan kansliaan | Tietoliikenneyhteyksien parantaminen | |
| <p>Eri mieltä</p> <ul style="list-style-type: none"> - sairaalaa ei tarvitse tehdä liian mukavaksi - osastolla ei ole sille tilaa | Rauhallinen oleskelutila asiakkaille | |
| <p>Samaa mieltä</p> <ul style="list-style-type: none"> - kulku terassille on saatava esteettömäksi - terassilla on saatava auringonsuoja | Terassin kunnostaminen | |
| <p>Samaa mieltä</p> <ul style="list-style-type: none"> - osastolla pitäisi olla kunnollinen piha-alue - sisäpiha on kaltevuuden vuoksi vaikeakulkuinen - sisäpiha on turvaton (kaatumisriski) - sisäpiha on liian pieni kuntoutujille | Piha-alueen kehittäminen | |
| Pelkistetty ilmaus | Alakategoria | Pääkategoria |
| <ul style="list-style-type: none"> - asiakkaiden tärkein päivän sisältö on se, että he näkevät toimintaa päiväsalissa - päiväsalissa on käytössä polkurestoraattori, jota jotkut asiakkaat käyttävät - joskus asiakkaat auttavat osaston arkiaskareissa (voileipien tekeminen, akvaarion tyhjennys, kukkien hoito) - arkiaskareiden tekeminen on kuntoutusta - toimintaterapeutti varmaankin tekee asiakkaille ohjelmia | Osastokuntoutuksen määrän ja laadun arviointi | Asiakaslähtöisyys osana kuntouttavaa toimintaa |

| | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - asiakkailla on vahva käsitys, että kuntoutus tapahtuu vain jollain laitteella ja jonkun ohjaamana - asiakkaalle yritetään selittää, että juuri hänelle istuminen tai syöminen on kuntoutusta - hoitajien pitäisi muistuttaa enemmän, että tämä arkitointi on asiakkaalle toimintaterapiaa eikä ajatella, että onhan tämä jo kerrottu ja pitäisi tietää - asiakkaat eivät välttämättä suostu mukaan lauta- tai korttipeleihin - asiakkaat jutustelevat mielellään hoitajan kanssa yksin ja ryhmänä - välillä työntekijöillä ei ole aikaa jutusteluun, pitää mennä koko ajan - osastolla voisi olla säännöllisesti kerran viikossa vaikka peli-ilta - onko peli-ilta ajanvietettä vai kuntoutusta – tämä on kuitenkin sairaalaosasto - aiemmin on kirjattu ylös, kenen vastuulla on järjestää ohjelmaa ja kansioon on kerätty valmista materiaalia ohjelmatuokion järjestämiseksi. Käytäntö ei ole juurtunut. | | |
| <p>Samaa mieltä</p> <ul style="list-style-type: none"> - kuntosali on tilvarausten vuoksi liian vähän kuntoutusasiakkaiden käytössä <p>Eri mieltä</p> <ul style="list-style-type: none"> - asiakkaat eivät ehkä ole motivoituneita menemään salille uudelleen samana päivänä | Kuntosalin käyttömahdollisuus | |
| <ul style="list-style-type: none"> - usein juuri ne asiakkaat, jotka kokevat, että heillä ei ole riittävästi kuntoutusta, jättävät kuntoutusohjeet lukematta ja tekemättä - kuntoutuskansion yhtenä lehtenä voisi olla kuntoutuspalaveri - kuntoutuskansion sisältö auttaisi asiakasta muistamaan kuntoutuksen tavoitteet ja tavat | Kuntoutuskansion käyttö kuntoutuksen tukena | |
| <ul style="list-style-type: none"> - ehkä asiakkaan pitäisi antaa enemmän sanottaa oma kuntoutumistavoitteensa - asiakas voi tavoitella sitä kuntoa, mikä hänellä oli ennen sairastumista, mutta hänen pitää sanoa se itse - asiakas ei välttämättä osaa sanoa tavoitettaan palaverissa - omaisilla on välillä epärealistisia tavoitteita ja toiveita asiakkaan kuntoutumisen suhteen | Asiakkaan osallisuus kuntoutumistavoitteen laatimisessa | |
| <ul style="list-style-type: none"> - usein kuntoutusosastolla nähdään jo ensimmäisen vuorokauden aikana, että asiakkaan päätetapahtumasta on kulunut liikaa aikaa. Resurssit ovat liian heikot kuntoutumiseen. - liian myöhään kuntoutusjaksolle tulevat asiakkaat tulevat usein omaisten painostuksen seurauksena, ja vaatimukset kuntoutumiselle ovat epärealistisia - liian myöhään tullut asiakas voi voimaantua vähän mutta ei kuntoutua enää kotiin - joskus osastonlääkäri joutuu potilaspapereiden ja heikon ennusteen perusteella kieltäytymään asiakkaan ottamisesta kuntoutusosastolle - osastonlääkärin vastuuta osastolle tulevien asiakkaiden valinnassa tulisi lisätä | Kuntoutusosaston asiakkuus | |

| | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - osastonlääkäri on ajoittain puun ja kuoren välissä kollegiaalisuuden ja osaston toimintaperiaatteiden kanssa - akuuttiosastoilla ja kotiutuskoordinaattorilla pitäisi olla enemmän vaihtoehtoisia paikkoja siirrettäville asiakkaille - osaston toiminta-ajatuksena on ollut kotiinkuntoutus, mutta pitäisikö rimaa laskea - miten saada hoitohenkilökunta motivoitumaan hyvin pienen kuntoutumisen tavoitteeseen | | |
| <ul style="list-style-type: none"> - osa hoitajista ei käy avustamassa fysioterapeuttia kuntosalilla. Osa käy mielellään. - kun osastolla on ft-opiskelijoita, hoitajat eivät käy avustamassa kuntosalilla - osa hoitajista vie asiakkaita omatoimisesti kuntosalille, osa ei - hoitajille olisi tärkeää saada nähdä ja avustaa ft:ta oikeassa kuntoutustilanteessa. Pelkkä henkilökunnan keskinäinen harjoittelu ei riitä. - asiakkaat eivät välttämättä lähde ulos tai osallistu pelaamiseen, vaikka hoitaja sitä ehdottaa - hoitajilta saattaa joskus unohtua kuntoutuslaksyjen tekemisestä muistuttaminen - hoitajat kannustavat kuntoutumiseen aika hyvin | <p>Hoitajien osallistuminen kuntouttavaan toimintaan</p> | |
| <p>Pelkistetty ilmaus</p> | <p>Alakategoria</p> | <p>Pääkategoria</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - jokainen hoitaja tekee työtään omalla persoonallaan - aktiviteettihetken toteutuminen on hoitajien omasta aktiivisuudesta kiinni - hoitajien työhön kuuluu asiakkaiden hyvinvoinnista ja perustarpeista huolehtiminen, kirjaaminen, RAI:n tekeminen ja itse kuntouttaminen. Voiko heitä lisäksi vaatia pitämään aktiviteettihetkiä? - hoitajien ylimääräinen työ osastolla on vähentynyt lisääntyneen laitosapulaisresurssin lisäksi | <p>Hoitajien työnkuva ja tapa toimia</p> | <p>Asiakaslähtöisyys osana hoitohenkilökunnan ammatillisuutta ja eettisyyttä</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> - hoitajan perustyöhön kuuluu se, että asiakkaalta kysytään päivittäin esimerkiksi kivuista, nukkumisesta ja ruokahalusta - kaikki hoitajat eivät halua jutella asiakkaiden kanssa. Heitä ei voi pakottaa siihen. - jotkut asiakkaat eivät kerro asioita, ennen kuin heiltä niistä kysytään - huono henkilökemia hoitajan kanssa voi vaikuttaa asiakkaan haluun puhua asioistaan - jos hoitaja ei pidä asiakkaasta ihmisenä, ammatillinen käytös menee sen edelle - hoitohenkilökunnan pitäisi ehkä vielä enemmän puhua asiakkaille ja perustella heille asioita - henkilöstö voisi rohkeammin kertoa esimiehille muutostarpeistaan ja -ideoistaan - esimiehiltäkään ei aina kysytä mielipidettä peruskorjauksen tai rakentamisen yhteydessä - esimiesten mielipidettä ei usein kuulla toimintaan liittyvien muutosten yhteydessä - onko ristiriitaista, että henkilöstö haluaa mielipidettään kuultavan, mutta samalla he haluavat selkeitä toimintaohjeita - ehkä henkilöstö on uskaltanut nyt ryhmähaastattelussa puhua asioista, kun esimiehet eivät ole olleet kuulemassa | <p>Vuorovaikutustaidot ja dialogisuus</p> | |

| | | |
|---|--|----------------------------|
| <p>- kanslian syrjäinen sijainti, langattoman verkkoyhteyden puute, iltavuoron vähäinen hoitajaresurssi ja parityöskentely potilashuoneessa aiheuttavat tilanteita, jolloin asiakkaat (ja omaiset) eivät ehkä näe hoitajia osastolla pitkiin aikoihin</p> | <p>Hoitohenkilökunnan näkyvyys osastolla</p> | |
| <p>Pelkistetty ilmaus</p> | <p>Alakategoria</p> | <p>Pääkategoria</p> |
| <p>- viikko-ohjelmien tekoa ja aktiviteettien järjestämistä on yritetty usein, mutta käytäntö ei ole juurtunut. Siksi ei ole mitään viikko-ohjelmätiedotetta.</p> | <p>Osaston toiminnasta tiedottaminen asiakkaille</p> | <p>Tiedonkulku</p> |
| <p>- jos kuntoutuspalaveri pelottaa, asiakkailta on lisäksi lääkärikierto kerran viikossa asioiden käsittelyä varten - kuntoutuspalaveri on yritetty luoda rento tunnelma</p> | <p>Kuntoutuspalaveri</p> | |
| <p>Samaa mieltä - hoitajille ei ole säännönmukaista koulutusta ja perehdytystä kuntosalilaitteiden käytöstä - kaikilta hoitajilta ei vaadita kunto-salilla avustamista - osastolla on kansio, jossa on kaavake perehdyttämisestä, mutta sitä ei käytetä säännönmukaisesti - internetissä on perehdytys sivu, mutta sitä ei käytetä säännönmukaisesti - lukuvuoden aikana ft-opiskelijat avustavat osaston fysioterapeuttia kuntosalilla, jolloin hoitajien osaaminen kuntosalilla toimimisesta heikkenee - lääkityksestä on perehdytyskaavake, jota ei kuitenkaan ole otettu käyttöön molemmilla rinnakkaisosastoilla tai kaikkien hoitajien kanssa</p> <p>Eri mieltä - hoitajien pitäisi itse kertoa, jos he haluavat perehdytystä kuntosalilaitteiden käyttöön - työntekijän vastuulla on ilmoittaa, jos hänellä on puutteita perehdytyksessä - <i>hiljainen palaveri</i> -käytännöstä luovuttiin osastolla jo yli vuosi sitten</p> | <p>Hoitajien mielestä perehdytyksessä on puutteita</p> | |
| <p>- miksi osastolla on aina joku, joka ei tiedä mitään - jos tieto ei kulje, on myös työntekijän omalla vastuulla ottaa asioista selvää - työasioihin liittyviä yhteisiä sähköposteja tai henkilökohtaisia sähköposteja luetaan liian vähän tai ei ollenkaan - jos työntekijä ei pääse viikkopalaveriin, hänen pitää lukea palaverimuistio omatoimisesti</p> | <p>Tiedonkulun haasteet</p> | |

Millainen on hyvä hoitaja ikääntyneen asiakkaan mielestä?

- seuraavat sitaatit ovat suoria lainauksia asiakastason haastatteluista:

”Hyvä hoitaja tulee hoitotilanteeseen varautuneena kuuntelemaan. Hän pitää silmät auki, seuraa ja antaa sellaisen tunteen, että asiakas on keskipiste. Jos on sellaisia asioita, joita ei tiedä tai joihin ei osaa vastata, niin ottaa asioista selvää. Mukana kulkee pieni, sopiva iloisuus, huumorintaju ja ystävällisyys. Hän ei luule tietävänsä kaikkea, vaan tulee asiakkaan kanssa samalle tasolle myös konkreettisesti, mikä tärkeää vaikka pyörätuolipotilaan kanssa, ja keskustelee. Hän kuuntelee myös omaishoitajaa ja ymmärtää yhteistyön (asiakas, omaishoitaja, ammattihenkilö) merkityksen.”

”Hyvä hoitaja jutteleekin välillä, huonot menee vaan äkkiä pois – niillä on aina kiire.”

”Hyvä hoitaja on sellainen, jonka kanssa voi puhua kaikista asioista. Sillä on pitkä pinna, ja se kyselee asiakkaan kotioloista. Hyvä hoitaja tietää asiakkaan taustan ja kotiolot, että on vaikka maalta. Maatalousihmisillä on erilainen tausta.”

”Hyvä hoitaja ottaa asiakkaan samalle tasolle, ei puhu ylhäältä päin. On ystävällinen ja avulias – nämä ovat kaikki.”

”Kaikilla meillä on erilaiset tarpeet, mitä me halutaan hoitajilta tai mimmosia hoitajat on. Sellainen hoitaja, joka huomaa mikä on oma vahvuus tai semmonen oma persoonallisuus, ja käyttää sitä omana vahvuutena ja uskaltaa laittaa sen likoon. Niin että ei ajattele, että antaa itsestä jotain pois ja se jää minusta pois, vaan se, että uskaltaa käyttää sitä persoonallisuuttaan – mikä tahansa se onkin – ja luovuuttaan työväliseenä. Se tekee hoitajasta semmosen inhimillisen ja se tekee siitä semmosen läheisen. Onko se sitten vaikka huumorintaju tai empaattisuus. Empaattisuudella tarkotan sitä, että se antaa minulle tilaa näyttää, miltä minusta tuntuu olematta kuitenkaan minä; tulematta kuitenkaan minuksi. Jos mua pelottaa, niin se ei vähättele sitä mun pelkoo vaan antaa sille tilaa, ja sitä yritetään siitä selvittää jotenki. Sitten vasta tulee se rautanen ammattitaito. Se on jotain, mitä saavutetaan tekemällä sitä työtä. Että koulussa ja opiskellessa saadaan niin kuin kehykset sille työlle, mutta se kaikki varmuus ja ammattitaito saadaan tekemällä sitä työtä. Täällä mä ihailen sitä, että hoitajat uskaltaa oikeesti olla ja laittaa itteensä likoon tohon työhön. Se on hienoo.”

”Jos mulla on ittellä jotain semmosta, minkä mä koen mun heikkoudeks ja puutteetks ja esteetks kuntoutua, ja kun mä sanon ne, niin se hoitaja ei lyttää mua ja sano, että:” Nyt vaan, ittees niskasta kiinni!” Että mä saan olla se, mikä minä olen, ja sitten yritetään siihen löytää ne konstit, millä päästään etiäpäin.”

”Kannustus. Se ilo ja riemu, kun mä onnistuin, ihan niin kuin ne olis itte tehny jotain. Se allistyyttävä myötäeläminen siinä tilanteessa. Se oli vilpitön ilo.”

”Hoidetaan kokonaisvaltasesti, psykofyysissosiaalista kokonaisuutta, eikä vaan sitä 10 sentin haavaa. Täällä kohdataan ihminen, kun se tulee tosta ovesta.”

”Hyvä hoitaja on, mikä ottaa ihmisen yksilönä ja täyttää ne hänen tarpeensa, mitä on. Ja kuuntelee, asiakasta. Ja on siinä läsnä, kun jotain tehdään. Ei käy tossa vaan kääntymässä. Ja vie asioita eteenpäin. Semmonen minun mielestä on hyvä hoitaja.”

”Että se auttaa sillon, kun tarttee, ja ottaa siihen asiaan kiinni heti.”

”Hyvä hoitaja kuuntelee ja tervehtii. Mulle on apu annettu, siitä oon kiitollinen kaikille. Tämä on hieno paikka, jos sairaala voi olla hieno paikka – vaan kyllä koto on aina koto.”