

Eero Kesälä

RAUMAN TERVEYSKESKUSSAIRAALAN
KUNTOUTUSOSASTON TOIMINTA POTILAAN
NÄKÖKULMASTA

Fysioterapian koulutusohjelma

2011

RAUMAN TERVEYSKESKUSSAIRAALAN KUNTOUTUSOSASTON
TOIMINTA POTILAAN NÄKÖKULMASTA

Kesälä, Eero
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma
Marraskuu 2011
Ohjaaja: Tuominen, Hanna
Sivumäärä: 35
Liitteitä: 2

Asiasanat: kuntoutus, osasto, kysely,

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kuntoutus toteutuu Rauman terveyskeskussairaalan kuntoutusosastolla ja mitä mieltä potilaat ovat osaston toiminnasta. Tavoitteena oli selvittää mahdollisia kehittämiskohteita.

Aineistonkeruussa käytettiin kyselylomaketta, jossa oli sekä monivalinta- että avoimia kysymyksiä. Kysymyksillä pyrittiin selvittämään kuntoutushenkilökunnan ja hoitajien toimintaa kuntoutuksen suhteen, välineiden käyttöä sekä potilaan omaa odotusta kuntoutuksen onnistumisesta. Opinnäytetyön kohdejoukkona oli Rauman terveyskeskussairaalan kuntoutusosaston (osasto 13) kyselyyn vastaamaan kyenneet potilaat. Kyselyn ulkopuolelle jäivät potilaat, jotka eivät pystyneet kommunikoimaan tai kärsivät vaikeasta dementiaasta. Kysely toteutettiin heinä-elokuussa 2011 ja siihen vastasi 23 potilasta. Monivalintakysymysten vastaukset analysoitiin Tixel-ohjelmalla. Avoimet kysymykset koskivat aikaisempia sairaalakäyntejä ja lopussa oli ”vapaa sana”. Avoimet kysymykset analysoitiin, jotta saatiin selville potilaiden yleinen asenne kuntoutusta kohtaan. Analysoinnissa avointen kysymysten vastaukset jaoteltiin hyviin ja huonoihin, joita vertailtiin keskenään.

Parhaiten potilaiden mielestä osastolla toteutui kuntoutuksen turvallisuus ja apuvälineiden saatavuus. Myös kuntoutuksen ajankohta potilaan päivärytmissä ja ohjeiden selkeys olivat potilaiden mielestä hyvät. Selvästi heikoimpana koettiin kykenemättömyys vaikuttaa omaan kuntoutussuunnitelmaan ja tavoitteiden luomiseen. Myös kuntouttava hoitotyö viikonlopun osalta koettiin riittämättömäksi.

Tutkimuksessa saatiin vastaukset kaikkiin tutkimusongelmiin. Kehittämistarpeita osastolla oli potilaan huomioimisessa kuntoutusprosessissa ja viikonlopun kuntoutuksen ja ohjeiden suhteen. Tässä opinnäytetyössä ehdotettiin yhdeksi ratkaisuksi GAS:n laatimista. GAS on potilaan tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuväline.

THE FUNCTION OF REHABILITATION WARD IN RAUMA PRIMARY CARE HOSPITAL FROM PATIENT'S POINT OF VIEW

Kesälä, Eero

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Physiotherapy

November 2011

Supervisor: Tuominen, Hanna

Number of pages: 35

Appendices: 2

Keywords: rehabilitation, ward, enquiry,

The purpose of this thesis was to explore how rehabilitation works in Rauma primary care hospital rehabilitation ward and what did the patients think about the ward's actions. The aim was to point out possible needs of development.

The information was collected by a questionnaire which had both multiple choices and open questions. The questions were aimed to find out how physiotherapists and nurses function in rehabilitation, how is equipment used and what are patient's own expectations in rehabilitation. Target group of this thesis was all the patients in Rauma's rehabilitation ward (ward 13) who could answer the questionnaire. Patients with communication problems or severe dementia were left outside. There were 23 patients who answered the questionnaire in July-August 2011. The data was analyzed with the program Tixel. The open questions were about previous hospital visits and an open word. Open questions were analyzed to find out the patients general thoughts towards rehabilitation. The answers were divided among good and bad results and they were compared with each other.

According to patients the safety of the rehabilitation and the availability of equipment advices were implemented best in the ward. Also the time when patients received physiotherapy worked well with their daily routines and the instructions were given clearly. By far the weakest according to patients was the incapability to affect on your own plan of rehabilitation and goals. Rehabilitation nursing on weekends was also considered insufficient.

All research problems were answered. Taking patient's goals into consideration during rehabilitation, rehabilitation during weekends and giving directions to patients were found insufficient and in need of development. One solution for these problems could be GAS. It helps to set and evaluate patients goals during rehabilitation.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	IKÄIHMISTEN HYVÄ HOITO JA PALVELU SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA	6
2.1	Väestön ikärakenne.....	6
2.2	Ikäihmisen kohtaaminen	7
2.3	Ikäihmisten kuntoutus.....	7
2.3.1	Toimintakyvyn mittaaminen	8
2.3.2	Ikäihmisten toimintakykyisyys	8
3	ASIAKASLÄHTÖINEN KUNTOUTUS	9
4	MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ KUNTOUTUKSESSA.....	10
5	KUNTOUTUSTA ERI OSASTOILLA	12
5.1	Potilaiden kokemukset kuntoutuksesta Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä	12
5.2	Kolmen ensimmäisen vuoden kokemukset kuntoutusosastosta aluesairaalassa.	13
5.3	Iäkkäiden hoitoon tyytyväisyys lyhytaikaisessa hoidossa eräässä Etelä-Suomen terveyskeskuksessa	14
5.4	Rauman terveyskeskussairaalan kuntoutusosasto.....	15
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	17
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	17
7.1	Tutkimusaineiston kerääminen	17
7.2	Tulosten analysointi	19
8	TULOKSET	19
8.1	Potilaiden taustatiedot.....	19
8.2	Kuntoutuksen osa-alueet.....	21
8.3	Ohjaus osastolla ja apuvälineiden saatavuus	22
8.4	Kuntouttavan henkilökunnan toiminta.....	23
8.5	Potilaan omat odotukset ja mahdollisuus vaikuttaa omaan kuntoutukseen	24
8.6	Potilaiden mielipide osastosta.....	25
9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	26
9.1	Johtopäätökset ja pohdinta.....	26
9.2	Opinnäytetyön luotettavuus	28
9.3	Opinnäytetyön eettisyys.....	29
	LÄHTEET.....	31
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Kuntoutukseen keskittyvien osastojen tarkoituksena on potilaan aktiivinen kuntouttaminen moniammatillisella työotteella. Tavoitteena on potilaan toimintakyvyn ja itsenäisyyden lisääntyminen niin, että potilas pärjää kotona tai muussa tarkoituksenmukaisessa jatkosijoituspaikassa. Kuntoutusosastolla välineistö ja henkilökunnan toiminta on kaikki suunniteltu aktivoimaan potilaita itsenäiseen ja ohjattuun kuntoutumiseen. Potilas saa yksilöllistä kuntoutusta ja yleensä myös ryhmäkuntoutusta. Hoitotyö on kuntouttavaa hoitotyötä ja potilasta pyritään aktivoimaan kaikissa päivittäisissä toiminnoissa.

Terveyskeskussairaalassa on neljä osastoa, joiden profilointia on muutettu viimeksi 1.6.2009. Kaksi osastoista toimii akuuttiosastoina, yksi on kuntoutusosasto ja yhdellä osastolla hoidetaan ns. hoivapotilaita, jotka eivät tarvitse sairaalahoitoa vaan odottavat jatkohoitopaikkaa vanhainkodista tai tehostetusta palveluasumisesta. Profilointi on melko tuore. Osaston toimintaa ei ole aiemmin tarkasteltu. Tässä ajassa on kuitenkin jo osasto saavuttanut tietynlaisen työskentelytavan, joten nyt oli hyvä aika tarkastella toimintaa ja pohtia, miten osaston toimintaa voidaan edelleen kehittää. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää kuntoutusosaston hyöty ja tuloksellisuus potilaan näkökulmasta ja selvittää mahdollisia kehittämistarpeita tulosten perusteella.

2 IKÄIHMISTEN HYVÄ HOITO JA PALVELU SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

Rauman terveyskeskussairaalan kuntoutusosastolla kuntoutettavista henkilöistä selvästi suurin osa on ikäihmisiä. Vanhempien ikäluokkien yhä kasvaessa osaston tulee olla valmiina vastaamaan ikäihmisten hoidontarpeisiin (Koskinen, Nieminen, Martelin, Sihvonen 2008, 31).

2.1 Väestön ikärakenne

Väestön ikärakenne on muuttunut selvästi viime vuosikymmenien aikana. Vuonna 1950 ikärakennetta kuvaava väestöpyramidi oli alhaalta leveä nimensä mukaisesti. Vuonna 2005 55-59-vuotiaat ovat suurin ikäluokka ja väestöpyramidi muistuttaa enemmän sipulia kuin pyramidia. Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan väestöpyramidi muuttuu yhä ja vanhimmat ikäluokat kasvavat. Väestöpyramidin ikäluokat tasoittuvat ja pyramidi muistuttaa tornia. Vanhoissa ikäluokissa on selvä ero miesten ja naisten välillä, naisten eläessä noin 7 vuotta pidempään kuin miesten. Kuusikymmentäviisi vuotta täyttäneiden osuus Suomen väestöstä oli 16% vuonna 2005 (Koskinen, Nieminen, Martelin, Sihvonen 2008, 30-32).

Työikäisten osuus väestöstä on ollut Suomessa selvästi suurempi kuin monissa Euroopan maissa ja eläkeläisten ja lasten osuus ollut pieni. Väestöllinen huoltosuhde vuonna 2004 on ollut alhainen verrattuna muihin Euroopan maihin. Suomessa oli 50 alle 15-vuotiasta ja yli 64-vuotiasta sataa työikäistä kohden, kun mm. Ruotsissa ja Ranskassa oli 54. Suurten ikäluokkien tultua vanhuuseläkeikään Suomen Väestöllinen huoltosuhde lähtee jyrkkään nousuun. Vuonna 2040 on ennustettu Suomessa olevan jo 72 lasta ja eläkeläistä sataa työikäistä kohti. Kaikkein iäkkäimpien väkimäärän kasvu on huomioitava palvelutarpeiden kannalta (Koskinen, Nieminen, Martelin, Sihvonen 2008, 30-32).

Raumalla asui vuonna 2008 39747 henkilöä, näistä yli 75-vuotiaita oli 3568. Ennusteen mukaan vuonna 2010 yli 75-vuotiaiden osuus on 3700 ja vuonna 2040 lukema on jo 6885 (Rauman kaupungin www-sivut 2011).

2.2 Ikäihmisen kohtaaminen

Ikäihmisille on pitkän elämän aikana muodostunut näkemys siitä, mikä on eduksi heidän terveydentilalleen ja hyvinvoinnilleen. Kaikilla henkilöillä näihin vaikuttavat tekijät ovat yksilöllisiä. Ikäihmisten yksilöllisten elämänhistorioiden tunteminen on hyvän palvelun ja hoidon peruste. Heidän yksilölliset voimavaransa ja odotuksensa hoidon suhteen tulee huomioida, jotta hoito olisi yksilöllistä ja mieluista potilaan kannalta. Hoito- ja palvelumenetelmät tulee valita yksilöllisesti ottaen huomioon ikääntyneen henkilön itsestään huolehtimisen tavat ja heidän elämäkokemuksensa (Backman, Paasivaara, Voutilainen 2002, 21-25).

Eritasoiset muistihäiriöt lisääntyvät huomattavasti ikääntymisen myötä. Dementia yleistyy voimakkaasti 60. ikävuoden jälkeen. Kaikista 65 vuotta täyttäneistä 5-9 % arvioidaan kärsivän keskivaikeasta tai vaikeasta dementiasta. Dementia yleistyy edelleen vanhetessa, sillä jo noin kolmasosa 85-90-vuotiaista kärsivät keskivaikeasta dementiasta (Suutama 2008, 196). Dementoituneen ikäihmisen kohtaamisessa on todella tärkeää kohdella potilasta aikuisena ihmisenä. Tieto sairaudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn voi helpottaa kohtaamista. Järkevään ajatteluun vetoaminen ja asioiden oikaisu lisää ahdistusta entisestään, eikä tuota helpotusta. Dementoitunut tarvitsee onnistumisen tunteita siinä missä muutkin potilaat. Positiivisen palautteen antaminen ja onnistumisiin keskittyminen on tärkeää. Virheistä tai tilanteista, joista potilas ei selviä, ei ole aiheellista huomauttaa. Dementoituneet ihmiset kaipaavat vierelleen turvallista kanssaihmistä. Rauhallinen ja kiireetön toiminta hetkeen ja asiakaaseen keskittyen ovat tärkeitä. Tässäkin tapauksessa potilaan taustojen tunteminen helpottaa kohtaamista (Backamn, Paasivaara, Voutilainen 2002, 26-29).

2.3 Ikäihmisten kuntoutus

Hyvän elämänlaadun turvaaminen on päätavoitteena ikäihmisten hyvän hoidon toteutumisessa. Asiakaslähtöisyys, kuntouttava työote, laatuperiaatteet ja asiakkaita kunnioittava kohtaaminen ovat myös tärkeitä. Ikääntyvän ihmisen oikeudet osallistumiseen, itsenäisyyteen, arvokkuuteen, hoitoon ja huolenpitoon ovat hyvän laitoshoidon perusta ja hoito tulisikin suunnitella niin, että nämä oikeudet toteutuvat. Heidän tulee

saada riittävästi tietoa ja mahdollisuus osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja sen arviointiin (Voutilainen, Backman, Paasivaara 2002, 115).

2.3.1 Toimintakyvyn mittaaminen

Iäkkäiden ihmisten kuntoutusta ja edistymistä arvioidaan usein päivittäisistä toiminnoista selviytymisellä. ADL-toiminnot (Activities of Daily Living) kuvaavat potilaan kykyä selviytyä toimista, joiden käyttöä edellytetään lähes päivittäin. ADL-mittareita ovat mm. Barthelin indeksi ja Katzin indeksi. Barthelin indeksi on paljon käytetty ja yksinkertainen. Menetelmän luotettavuus on todettu hyväksi testaamalla sitä kuntoutuslaitoksissa, enimmäkseen halvauspotilailla. Sairaaloita ja kuntoutuslaitoksia varten kehitetty FIM-itsenäisen toimintakyvyn mittari, on Suomessa käytössä monissa eri kuntoutuslaitoksissa. Se on todettu luotettavaksi ainakin sairaalahoidossa oleville potilaille. Monet eri sairaalat ja terveyskeskukset käyttävät jotain toimintakyvyn mittaria, joka on todettu luotettavaksi käytössä. Mittaamalla potilaan toimintakykyä saadaan konkreettinen tulos, johon voidaan myöhemmin verrata mahdollista kehitystä. Ellei mittaamisen tulos johda toiminnan arvioimiseen tai toimenpiteeseen, Mittaamista ei pidä tehdä (Laukkanen 2008, 294-304).

2.3.2 Ikäihmisten toimintakykyisyys

Iäkäs ihminen kokee terveyden toimintakykyisyytenä ja päivittäisistä asioista selviytymisenä itseään tyydyttävällä tavalla. Täten moni voi kokea terveydentilansa hyväksi, vaikka hänellä olisi monia sairauksia ja lääkityksiä. Tämä iäkkään tekemä arvio itsestään voidaan kokea ristiriitaiseksi, kun nähdään selkeitä merkkejä hänen toimintakykynsä alenemisesta. Henkilökunnan ja terveysalan ammattilaisen tulee tunnistaa iäkkään ihmisen hoidon tarpeet sekä terveydentilan edistämiseen liittyvät mahdollisuudet (Helin 2008, 416).

Iäkkäiden ihmisten toimintakykyisyys ja terveydentila on hieman parempi kuin samanikäisten 20 vuotta sitten. Yli 75-vuotiaiden toimintakykyisyyden paranemisen kehityksen pitäisi jatkua tulevaisuudessakin Terveys 2015 –kansanterveysohjelman

mukaan. Palvelujärjestelmän entistä aktiivisempaa otetta edellytetään myönteisen kehityskulun jatkumiseen (Helin 2008, 418).

Iäkkäät ihmiset kuvataan yleensä sairaina ja raihnaisina. On kuitenkin yhä enemmän tutkimustuloksia voimavaroista, joita iäkkäillä ihmisillä on sairauksista ja vanhene- misesta huolimatta (Helin 2008, 422).

3 ASIAKASLÄHTÖINEN KUNTOUTUS

Kuntoutuksella tarkoitetaan potilaan toimintakyvyn, itsenäisyyden ja hyvinvoinnin ylläpitoa, edistämistä ja ennaltaehkäisyä. Lääkinnällinen kuntoutus, jota tämä opin- näytetyö käsittelee, käsittää toimintakyvyn edistämisen ja siihen kuuluu kuntouttavi- en hoitotoimenpiteiden lisäksi neuvonta, apuvälinehuolto, tutkimus kuntoutustar- peesta, sekä muut tämänkaltaiset toimenpiteet.

Potilaslain mukaan hoitoratkaisut tulee tehdä yhdessä potilaan kanssa. Potilaan on saatava tietää riittävästi terveydentilastaan ja häneltä tulee saada lupa hoitotoimenpi- teisiin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 5§ & 6§). Potilas on aidossa potilaslähtöisessä toiminnassa palvelujen kehittäjä ja aktiivinen osallistuja. Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoitotyössä tulee kunnioittaa po- tilaan asemaa ja olla rehellinen ja kunnioittava. Potilaan suojeleminen vaikeilta asi- oilta saattaa tehdä hänet ulkopuoliseksi omista asioistaan (Pitkälä, Savikko & Routa- salo 2005, 100).

Asiakaslähtöisyys potilastyössä tarkoittaa sitä, että potilas on keskipisteenä. Hoitoa ja palvelua tarkastellaan potilaan kannalta. Jotta saadaan turvattua hyvä hoito ja palve- lu, on tiedettävä mitä potilaat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana. Yhtenä keinona var- mistaa asiakaslähtöinen toiminta on kerätä palautetta. Tärkeää on luoda ilmapiiri jos- sa potilas ymmärtää palvelujen ja hoidon olevan juuri häntä varten ja hänen hyväk- seen (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002, 38). Nykyään potilaat odottavat usein

neuvottelevaa toimintatapaa ja tasavertaista kohtelua. He haluavat tietää mahdollisimman paljon omasta terveydentilastaan (Pitkälä, Savikko & Routasalo 2005, 99).

Potilaat arvioivat saamaansa hoitoa ja kuntoutusta omien kokemustensa kautta. Näiden kokemusten kerääminen iäkkäimmiltä potilailta, joita useimmat vuodeosastoilla olevat ovat, on vaikeaa, sillä jopa kolme neljästä iäkkästä kärsii jonkinasteisesta dementiasta. He ovat useimmiten myös varsin haluttomia arvioimaan omaa hoitoaan ja saamaansa kuntoutusta. Ulkopuolista tutkijaa voidaan pitää epäluotettavana eikä haluta tästä syystä kertoa omia kokemuksia. Yhtenä syynä on myös iäkkäiden potilaiden riippuvuus henkilökunnasta ja usko, että kritisoidessa avun tarjoaminen vähenee ja hoitohenkilökunta vetäytyy. Näistä syistä iäkkään henkilön potilaslähtöinen hoito ja kuntoutus ovat vaikeita arvioida ja toteuttaa. Potilaiden oikeuksien tunnistaminen ja niiden toteutumisen mahdollistaminen ovat perustana asiakaslähtöisessä toiminnassa (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002, 40-41).

4 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ KUNTOUTUKSESSA

Käsitteenä moniammatillisuus merkitsee sitä, että ihmisillä on jokin yhteinen tehtävä, ongelma, tai päätös tehtävänä. Moniammatillisuus tuo työyhteisöön useita eri osaamisen ja tiedon näkökulmia. Sosiaali- ja terveysalalla tätä kuvataan eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa tarkoituksena on pyrkiä huomioimaan asiakkaan kokonaisuus. Taulukossa 1. on esitetty moniammatillisen työn ydinkohtia.

Taulukko 1. Moniammatillisen työn ydinkohdat.

Näkökulmien ja tiedon välittyminen ja yhteen kokoaminen
Vuorovaikutustietoinen yhteistyö
Asiakaslähtöisyys
Rajojen ylitykset
Verkostojen huomioiminen

Moniammatillisessa yhteistyössä tavoitteena on saavuttaa paras mahdollinen tulos ryhmän yhteisenä suorituksena. Tämän yhteisen tuloksen tulisi olla parempi, kuin ryhmän yksittäisten jäsenten suoritukset yhteensä. Toimivalla yhteistyöllä on näin ollen positiivinen lisä, jolla tulosta saadaan parannettua (Isoherranen 2005, 14-15).

Toimiva vuorovaikutus ja sen tunnistaminen on tärkeä osa toimivaa yhteistyötä. On pyrittävä sellaiseen vuorovaikutukseen, jossa näkökulmien ja tiedon yhteen saattaminen on tuottavampaa kuin yksittäisen asiantuntijan panos. Hyvä vuorovaikuttaminen korostuu myös potilaan kanssa toimiessa. On tärkeää ottaa potilaan ja hänen läheistensä näkökulma mukaan hoitoprosessiin (Isoherranen 2005, 16).

Työpaikalla yhtenä hyvän yhteistyön tunnusmerkkinä pidetään avoimia suhteita. Uskalletaan kysyä muilta, eikä ole kynnystä ottaa jotain asiaa esille. Vastavuoroinen tiedonkulku korostuu myös hyvässä yhteistyössä (Salmelainen 2008, 102).

Heikon yhteistyön tunnusmerkkeinä voidaan pitää heikkoa työilmapiiriä ja hierarkista johtuvaa työyhteisön toimivuutta. Henkilöstön vaihtuessa useasti hyvä ilmapiiri ei pääse muodostumaan ja kynnys yhdessä toimimiseen ja avoimeen ilmapiiriin kasvaa. Tämä aiheuttaa myös tiedonkulun ongelmia työprosesseissa (Salmelainen 2008, 104-105).

Toimittaessa moniammatillisessa yhteistyössä terveysalalla yhteistyön sujumisen edellytyksenä voidaan pitää yhteistä tavoitetta, asiakkaan kuntoutumista mahdollisimman hyväksi. Hoitajien, lääkäreiden ja fysioterapeuttien on oman alansa asiantuntijoina oltava valmiita roolirajojen rikkoutumiseen. Moniammatillisessa yhteistyössä jokainen on sekä oppija, että oman alansa asiantuntija. Ammatilliset rajat väljenevät ja toimitaan asiakkaan tarpeita edellyttävällä tavalla, valmiina sopeuttamaan rooleja tarvittaessa. Kyky ottaa yhdessä vastuuta kuvaa hyvää yhteistyökykyä (Isoherranen 2005, 16-17).

Rauman terveyskeskussairaalan kuntoutusosastolla moniammatillisuudella pyritään edistämään asiakkaiden kuntoutumista. Hoitajat työskentelevät yhdessä kuntoutushenkilökunnan kanssa ja pyrkivät omassa hoitotyössään kuntouttavaan otteeseen. Kuntoutushenkilökunta avustaa hoitajia potilaiden aamutoimissa ja ruokailuissa ja

pystyvät näin samalla keskustelemaan ja kuulemaan hoitajien näkökulman potilaiden kuntoutuksen etenemisestä. Moniammatillisuus korostuu kerran viikossa järjestettävässä kuntoutuskokouksessa, jossa jokainen potilas käydään läpi yhdessä lääkärin, hoitajan ja kuntoutushenkilökunnan kanssa. Aiheena on sen hetkinen kunto, tavoitteet ja tulevaisuus.

5 KUNTOUTUSTA ERI OSASTOILLA

5.1 Potilaiden kokemukset kuntoutuksesta Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä arvioitiin potilastyytyväisyyttä vuosina 1999-2002 ja 2004. Arvioinnissa käytettiin Stakesin suosittamaa hoidon laatu-potilaan näkökulma –mittaria. Stakesin mittari on 24-kohtainen kysely, jossa kullekin kohdalle annetaan arvosana 1-5, huonosta erinomaiseen. Kyselyssä on myös avoimia kysymyksiä. Viiden vuoden aikana kerätyn materiaalin tarkoituksena oli selvittää, mitä on opittu ja hyödytty kyseisistä tyytyväisyyskyselyistä.

Kaikkien kohtien keskiarvo vaihteli kyselyssä viiden vuoden aikana hyvin vähän, vaihteluväli oli 4,2-4,3. Hoitajien huolenpito ja fysioterapiahenkilökunta sai korkeimmat keskiarvot. Huonoimmat arvot kohdistuivat sairaalarakennukseen ja osaston tiloihin. Tuloksia tarkasteltiin myös sukupuolittain, ikäryhmittäin ja erikoisaloittain, mutta merkitseviä eroja ei kyselyssä ilmennyt.

Potilaiden piti itse täyttää kysymyslomake, joten kaikille ei voitu tätä kyselyä suorittaa. Monien neurologisista aivosairauksista ja –vammoista kärsivien mielipiteet jäivät tästä syystä selvittämättä. Vastaamaan kyselyyn vastasi 60-70% kyselyyn.

Mainittavia muutoksia vuositason tasolla ei viiden vuoden aikana ilmennyt.

Tämän kyselyn johtopäätöksenä oli, että melko alhainen vastausprosentti ja vaikeudet tavoitetasojen määrittelyssä vaikeuttavat tulkintaa ja tulosten hyödyntämistä käytännössä. Kyselystä ei nousut esille selviä kehittämisen kohteita. Mietittiinkin, että harvoin saadaan kyselystä selville jotain kehittämisen kohdetta, joka ei olisi jo muu-

tenkin tiedossa (Karppi, Manninen, Kallinen, Mönkkönen & Kauppinen 2006, 71-74).

5.2 Kolmen ensimmäisen vuoden kokemukset kuntoutusosastosta aluesairaalassa

Osaston toiminnassa oli kolme pääperiaatetta: jokainen potilas sai huomattavasti aikaa fysioterapeutin kanssa, potilaan itsenäisyyttä korostettiin ja moniammatillisia kokouksia pidettiin kuntoutuksen tavoitteiden luomiseen. Osastolla potilastyössä työskentelee 7 vakinaista hoitajaa ja kaksi avustavaa hoitajaa, kaksi fysioterapeuttia ja toimintaterapeutti. Osastolla puolet ajastaan työskenteleviä ovat puheterapeutti, aktiviteettien ohjaaja, psykologi ja kaksi sosiaalityöntekijää.

Osaston tarkoituksena on tarjota yksilöllistä terapiaa fyysisistä tai fyysisistä ja psykologisista vammoista kärsiville. Kolmen vuoden aikana (1984-1987) osastolla oli 200 kuntoutuskäyntiä. Potilaita oli 183, joista 11 oli kaksi kertaa ja kolme oli kolme kertaa. Potilaista 101 oli miehiä ja 82 naisia, ikähaarukka oli 15-80v.

Kuntoutustiimi kokoontuu kerran viikossa keskustellakseen jokaisen potilaan edistymisestä ja väliaikaisten tavoitteiden asettamisesta. Hoitohenkilökunta rohkaisee potilaita itsenäiseen toimintaan.

Potilaiden keskimäärin viettämä aika osastolla kolmen vuoden aikana oli 21 päivää. Potilaiden kehitystä seurattiin Barthelin indeksillä ja sen mukaan 63 potilaalla tapahtui kehitystä, 110 potilaalla ei tapahtunut muutosta ja neljällä toimintakyky huononi. Keskimääräinen kehitys oli 20 pistettä.

Potilailta kysyttiin mielipidettä osaston toiminnasta lähettämällä heille kysely 6 kuukauden kuluttua heidän osastolta lähdöstään. 84 henkilöä 183:sta vastasi kyselyyn. Tulokset jaettiin kolmeen kategoriaan olotilan ja taudin suhteen. Pahenevista sairauksista huolimatta osa potilaista koki tilansa paranevan ja vain hieman suurempi osa koki sen pysyvän samana. Kaiken kaikkiaan 84 henkilöstä 48 koki tilansa parantuneen, 34 koki sen pysyneen samana ja kaksi ei osannut vastata (Walsh, Barnes & Mclellan 1988, 1252-1256).

5.3 Iäkkäiden hoitoon tyytyväisyys lyhytaikaisessa hoidossa eräässä Etelä-Suomen terveyskeskuksessa

Tutkimus oli suunnattu yli 64-vuotiaille lyhytaikaisessa hoidossa oleville ja sillä pyrittiin selvittämään, mitkä tekijät heidän mielestään lisäävät ja mitkä vähentävät hoitoon tyytyväisyyttä. Lupaa kysyttiin 24 potilaalta ja 20 heistä suostui haastateltavaksi. Haastattelut toteutettiin neljällä eri osastolla. Tutkimukseen haluttiin mahdollisimman paljon eri sairauksia sairastavien mielipiteitä saamastaan hoidosta.

Tässä tutkimuksessa ei ollut valmista haastattelulomaketta, vaan tutkija aloitti kysymällä hoitoon tulosta ja esitti jatkokysymyksiä potilaiden vastausten perusteella.

Hoitoon tyytyväisyyttä lisäävät tekijät potilaiden mukaan olivat hyvän hoidon toteutuminen, potilaan itsenäisyyden ja hallinnan tunteen säilyminen ja miellyttävä ympäristö. Hyvään hoitoon kuuluivat kaunis hoitaminen, aktiivinen huomioiminen, toivon ylläpitäminen, taitava toiminta ja asiallinen kohtelu. Turvallisuutta ja empaattista huolenpitoa pidettiin myös osana hyvää hoitoa. Miellyttävään ympäristöön liittyivät riittävä tiedon saanti, toimivat ja viihtyisät tilat, virkistävä vuorovaikutus ja virikkeinen toiminta. Potilaan omat lähtökohdat vaikuttivat myös voimakkaasti saadun hoidon tyytyväisyyteen.

Hoitoon tyytyväisyyttä vähentävinä tekijöinä potilaat kokivat puutteet hyvän hoidon toteutumisessa, itsenäisyyden ja hallinnan tunteen menetyksen ja puutteellisen hoitoympäristön. Pettymysten kokeminen hoidossa alensi myös tyytyväisyyttä.

Tuloksena oli, että iäkkään potilaan itsenäisyyden ja hallinnan säilyminen on tärkeää hoitoon tyytyväisyyden kannalta. Useimmat iäkkäät haluavat olla riippumattomia muista ja pärjätä itsekseen. Muiden potilaiden kanssa sosialisointi koettiin myös voimakkaasti tyytyväisyyttä lisäävänä.

Tyytyväisyyttä vähentävänä tekijänä olivat huonojen potilaiden jatkuva näkeminen ja pelko, että kohta on itse samassa kunnossa. Tunnettiin myös olevan väärässä paikassa ja sulkeuduttiin tästä syystä. Kaiken kaikkiaan hoitoympäristö ja ympärillä näkyvä

hoitotyö, vaikka ei koskisi potilasta itseään, oli voimakkaasti tyytyväisyyttä lisäävä ja heikentävä tekijä (Savolainen 2003).

5.4 Rauman terveystieteiden keskus sairaalan kuntoutusosasto

Rauman terveystieteiden keskus sairaalan osastolla on yhteensä 25 vuodepaikkaa potilaille. Kuntoutuspotilaiden lisäksi osasto toimii Kotisairaalan saattohoitopotilaiden tuki-osastona. Vuonna 2010 keskimääräinen hoitoaika oli 25 vrk, käyttöaste 95,72%, potilasvaihtuvuus 1,91 ja hoitopäiviä 8734 (Toimintaraportit 2010). Heinäkuussa 2011 keskimääräinen hoitoaika oli 31 vrk, vaihtuvuus 1,52 ja käyttöaste 99,74%. Elokuussa 2011 keskimääräinen hoitoaika oli 30 vrk, vaihtuvuus 1,9 ja käyttöaste 100,13%. Henkilökuntaa on 1 fysioterapeutti, 2 kuntohoitajaa ja 6-8 hoitajaa vuorossa päivisin ja iltaisin sekä 2 öisin. Osastolla on oma kuntoutushuone, jossa on motomed, jota voi polkea jaloin tai veivata käsin, puolapuut, iso terapiavuode, seisomateline, monia käsi- ja nilkkapainoja sekä erilaisiin hienomotorisiin toimintoihin tarvittavia välineitä. Osastolla pyritään järjestämään ryhmätuolijumppaa kerran päivässä, johon tulevat kaikki toimintakyvyltään kykenevät kuntoutusosastolta ja kolmelta muulta osastolta (Katko-Kesälä henkilökohtainen tiedonanto 10.9.2011).

Potilaat tulevat osastolle pääsääntöisesti erikoissairaanhoidosta, joko Satakunnan Keskussairaalaralta neurologian tai kirurgian osastoilta tai Rauman Aluesairaalaralta kirurgian tai sisätautien osastoilta (Katko-Kesälä henkilökohtainen tiedonanto 10.9.2011).

Suurin osa potilaista on ikääntyneitä, mutta myös työikäisiä on osastolla. Potilaat ovat monisairaita ja monet kärsivät eriasteisesta dementiasta. Potilaat tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissa. Kuntoutusosaston tavoitteena on saada potilas mahdollisimman nopeasti tarpeeksi hyvään toimintakykyyn, jotta hän pärjää kotona tai muussa tarkoituksenmukaisessa asuinpaikassa.

Kuntoutushenkilökunta tekee päivittäin kirjaukset hoi-lehdelle, kuten hoitajatkin. Osastolla on käytössä hiljainen raportointi eli tiedottaminen tapahtuu sairaskertomusmerkintöjen välityksellä. Kerran viikossa on kuntoutuspalaveri, jossa osaston

lääkäri, vastuuhoitaja ja kuntoutushenkilökunta, sekä sosiaalityöntekijä käyvät läpi kaikkien kuntoutuspotilaiden tilanteen. Tällöin tarkennetaan kuntoutuksen ja muunkin hoidon tavoitteita ja suunnitellaan kotiutusajankohtaa. Kuntoutushenkilökunta tekee tarvittaessa kotikäynnin ennen potilaan kotiuttamista ja tarkistaa, miten potilas pärjää kotioloissa. Apuvälineiden sekä tukien tarve tarkistetaan sekä muut mahdolliset muutostyön tarpeet.

Sosiaali- ja terveystoimen toiminta-ajatuksena on toimialallaan raumalaisten hyvän elämänlaadun turvaaminen, terveen ja toimintakykyisen elinajan pidentäminen ja enenaikaisen kuoleman estäminen sekä sosiaalisen turvallisuuden ja toimintakyvyn takaaminen kaikille raumalaisille siten, että jokainen kuntalainen voi toteuttaa omia voimavarojaan.

Perustehtäväänsä toteuttaessaan Rauman kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto toimii laatukäsikirjaan kirjattujen arvojen ja strategiaan kirjattujen tavoitteiden mukaisesti. (taulukko 2).

Taulukko 2. Arvopohja

KUNNIOITAMME ELÄMÄÄ JA IHMISARVOA. Suojelemme elämää. Kohtelemme potilaitamme ja asiakkaitamme oikeudenmukaisesti ja yksilöllisesti sekä tuemme heidän itsemääräämisoikeuttaan.
EDISTÄMME OSALLISUUTTA. Tuemme raumalaisia osallistumaan kykyjensä mukaan hyvinvointinsa ja terveytensä edistämiseen.
TEEMME YHTEISTYÖTÄ. Yhdistämme oman ja kumppaneittemme osaamisen raumalaisten parhaaksi.
JÄRJESTÄMME PALVELUT SUUNNITELMALLISESTI. Toimimme vastuullisesti ja taloudellisesti. Kehitämme jatkuvasti toimintaamme.
ARVOSTAMME TOISIAMME. Luotamme toisiimme ja toimimme avoimesti toisiamme kunnioittaen.

Tästä johdettuna ja tiivistettynä sosiaali- ja terveysviraston toiminta-ajatuksena on tukea väestön terveyttä sekä järjestää tarvittava sairauksien hoito (Rauman kaupungin www-sivut 2011).

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kuntoutus toteutuu potilaiden mielestä Rauman terveyskeskussairaalan kuntoutusosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää kuntoutusosaston hyöty ja tuloksellisuus potilaan näkökulmasta ja selvittää mahdollisia kehittämistarpeita tulosten perusteella. Tutkimuksen kohteena olivat kaikki heinä-elokuussa 2011 kuntoutusosastolla kyselyyn vastaamaan kyenneet ja halukkaat potilaat.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Kuntoutusosaston hyöty ja tuloksellisuus potilaan näkökulmasta?
- 2) Mitä kehittämistarpeita osastolla ilmenee potilaan näkökulmasta?
- 3) Miten kehittää osaston toimintaa edelleen tulosten perusteella?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusaineiston kerääminen

Kohderyhmäksi muodostui Rauman terveyskeskussairaalan kuntoutusosaston potilaat. Kysely toteutettiin heinä-elokuussa 2011 ja siihen osallistuivat kaikki potilaat, jotka halusivat ja pystyivät vastaamaan toimintakykynsä puolesta. Opinnäytetyön tekijä suoritti haastattelut, jotta saisi samalla käsityksen ymmärtääkö potilas kysymyksen. Kysymyksissä ei johdateltu mihinkään suuntaan.

Opinnäytetyöntekijä anoi tutkimusluvan Rauman sosiaali- ja terveystieteiden johtajalta (Liite 2). Kyselyt suoritettiin kahden kuukauden aikana ja opinnäytetyöntekijä kävi tänä aikana kerran viikossa suorittamassa kyselyitä. Osaston kuntoutushenkilökunnalle jaettiin lomake, jossa kerrottiin opinnäytetyöntekijän tulevan tekemään kysely potilaan osastolla oloaikana tämän siihen suostuessa. Osaston kuntoutushenkilökunta antoi lomakkeen uudelle potilaalle tämän saapuessa osastolle. Opinnäytetyöntekijä haastatteli itse jokaisen potilaan, joten ainoastaan hänellä oli mahdollisuus nähdä täytetyt kyselylomakkeet. Haastattelemalla vastaajien kato jää mahdollisimman pieneksi. Voidaan myös täsmentää kysymyksiä tarvittaessa (Metsämuuronen 2008, 39).

Kyselyä varten laadittiin kyselylomake (Liite 1), joka sisälsi monivalintakysymyksiä ja muutaman avoimen kysymyksen. Kyselylomake laadittiin tutkimuskysymysten ja jo olemassa olevan kirjallisen tiedon pohjalta. Avointen kysymysten tarkoituksena oli saada tietoa mitä mieltä potilaat olivat koko osaston toiminnasta omin sanoin sekä mikä toimii ja mikä ei. Monivalintakysymysten tarkoituksena oli selvittää samaa asiaa pureutumalla tarkemmin yksityiskohtiin ja numeroimalla kuinka hyvin mikäkin osa-alue toimii.

Kyselyyn vastasi 23 potilasta. Potilaita, jotka eivät pystyneet vastaamaan kyselyyn eri syistä johtuen, oli suurin piirtein saman verran. Syinä olivat mm. muistihäiriöt, puhekyvyttömyys sekä ajan ja paikan hahmottamisen kyvyttömyys. Kaksi potilasta kieltäytyi vastaamasta. Neljä ensimmäistä kysymystä koskivat potilaiden taustatietoja. Monivalintakysymyksiä oli 15 ja ne koskivat osaston toiminnan ja kuntouttamisen eri osa-alueita. Jokainen monivalintakysymys pisteytettiin 1-5, erittäin huonosta erittäin hyvään. Jos potilas ei osaa vastata johonkin kysymykseen, tai jokin kysymys ei koske häntä (esim. kuntoutushuoneen välineiden käyttö), tämä kohta jätettiin tyhjäksi. Kyselyn lopussa oli vapaa sana koko osaston toiminnasta ja potilas antoi arvostuksen 4-10 osaston toiminnasta.

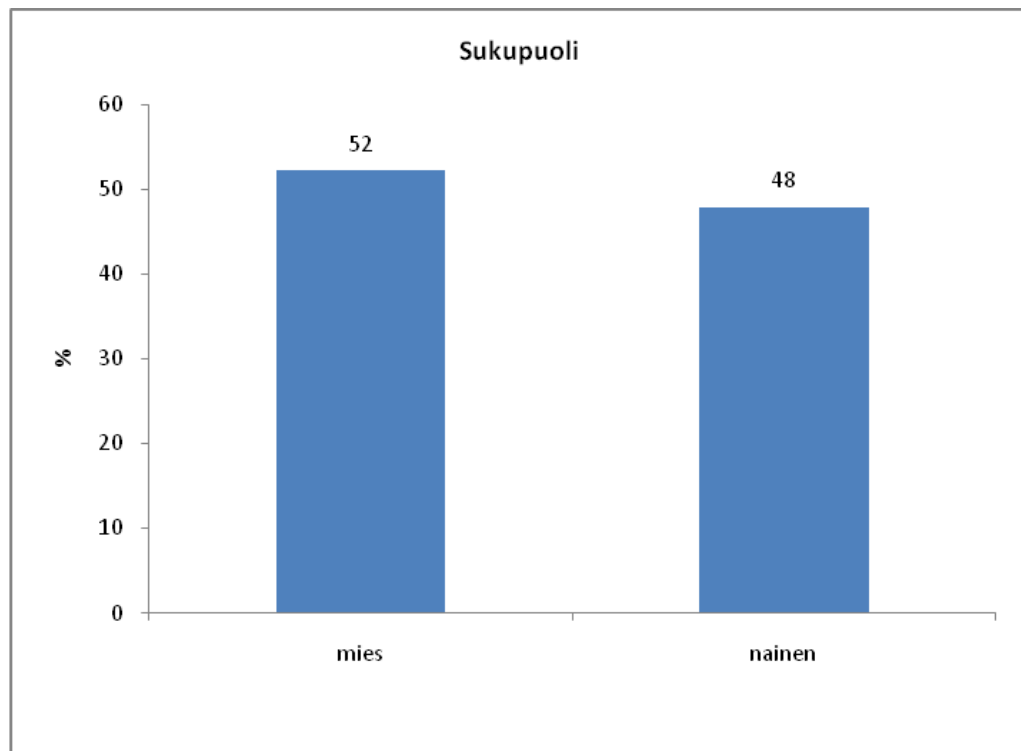
7.2 Tulosten analysointi

Monivalintakysymysten analysoinnissa käytettiin Tixel-ohjelmaa. Avointen kysymysten tarkoituksena oli saada selville potilaan sairaalaan tulon syy, aikaisemmat vaivat ja hänen mielipiteensä osastonsa omin sanoin kerrottuna. Jokainen potilas antoi koko osaston toiminnasta arvion asteikolla 4-10 ja avoimen palautteen. Monivalintakysymysten tuloksia havainnollistettiin taulukoin ja kuvioin. Jokaisesta kohdasta laskettiin keskiarvo ja nostettiin esiin parhaimpia ja heikoimpia kohtia ja pohdittiin syitä näihin. Monivalintakysymysten tuloksia jaoteltiin kategorioihin, joissa samankaltaisten osa-alueiden toimivuutta pystyttiin tarkastelemaan tarkemmin ja vertailemaan keskenään. Tuloksia tarkasteltiin myös eri sukupuolten näkökulmista. Avoimista kysymyksistä muodostettiin kaksi alaryhmää, positiiviset ja negatiiviset kommentit, joihin avoimet vastaukset kerättiin vertailtaviksi.

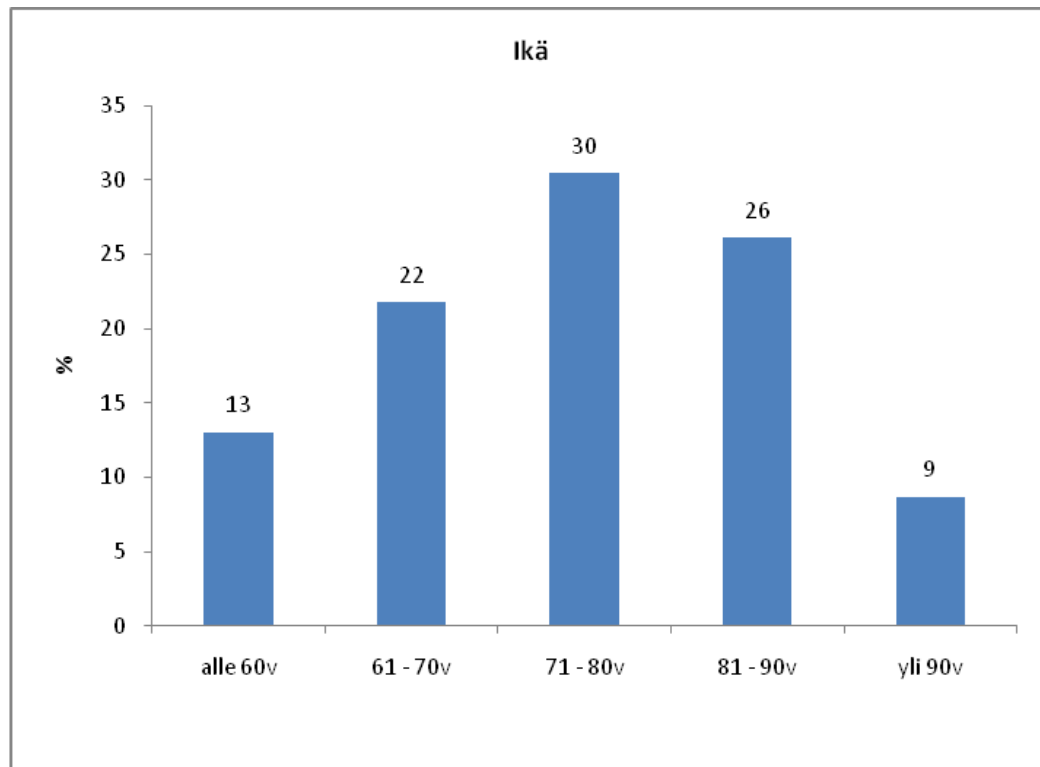
8 TULOKSET

8.1 Potilaiden taustatiedot

Haastatelluista potilaista 52% (n=12) oli miehiä ja 48% (n=11) naisia



Kuvio 1. Vastaajien sukupuoli



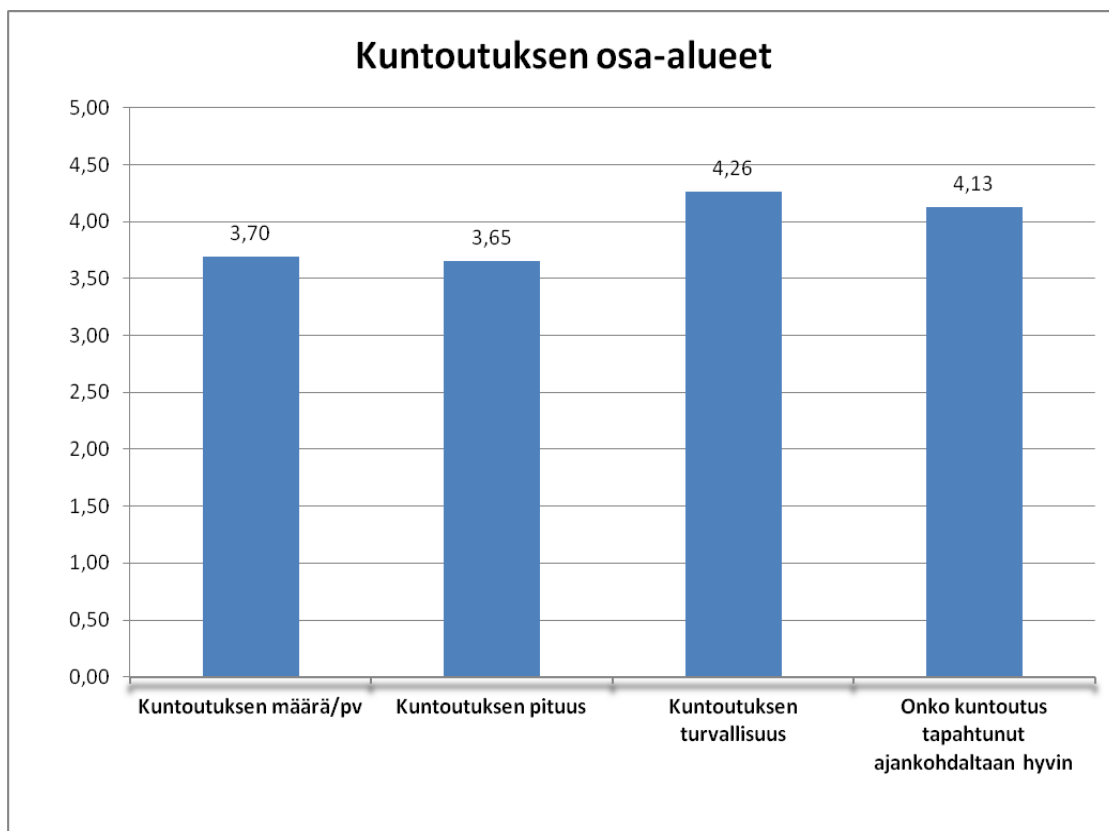
Kuvio 2. Vastaajien ikäjakauma

Nuorin vastaajista oli 54v ja vanhin 94v. 71-80-vuotiaita oli enemmistö (n=7).

8.2 Kuntoutuksen osa-alueet

Tähän kategoriaan kuului neljä kysymystä, joilla pyrittiin selvittämään potilaiden mielipiteitä saamansa kuntoutuksen määrästä, yksittäisen terapiakerran pituudesta, turvallisuudesta ja ajankohdasta päivällä. Turvallisuutta pidettiin näistä parhaana osa-alueena 4,26 keskiarvolla. Kuntoutuksen pituus kerrallaan ja määrä päivää kohti saivat suurinpiirtein samat lukemat keskenään, kuten kuviosta 3 käy ilmi. Kuntoutuksen määrä päivää kohti arvioitiin 0,05 yksikköä paremmaksi kuin kuntoutuksen pituus, mutta siinä oli enemmän tyytymättömiä kuin kuntoutuksen pituus-kohdassa. Kolme potilasta piti kuntoutuksen määrää päivässä omalla kohdallaan huonona, kun taas vain yksi piti oman kuntoutuksensa pituutta huonona. Vastaavasti suurempi joukko piti kuntoutuksen määrää hyvänä ja jopa erittäin hyvänä kuin pituutta. Monet kokivat saamansa kuntoutuksen pituuden riittävänä. Keskiarvot näissä kohdissa olivat suurinpiirtein samat, mutta kuntoutuksen määrä päivää kohti-kohdassa ääripään arviointeja tuli enemmän, kun taas pituutta arvioitiin lähinnä riittävänä tai hyvänä. Kuntoutuksen

ajankohdan sopivuuden päivärytmiinsä potilaat arvioivat 4,13 eli hieman yli hyväasteikon.



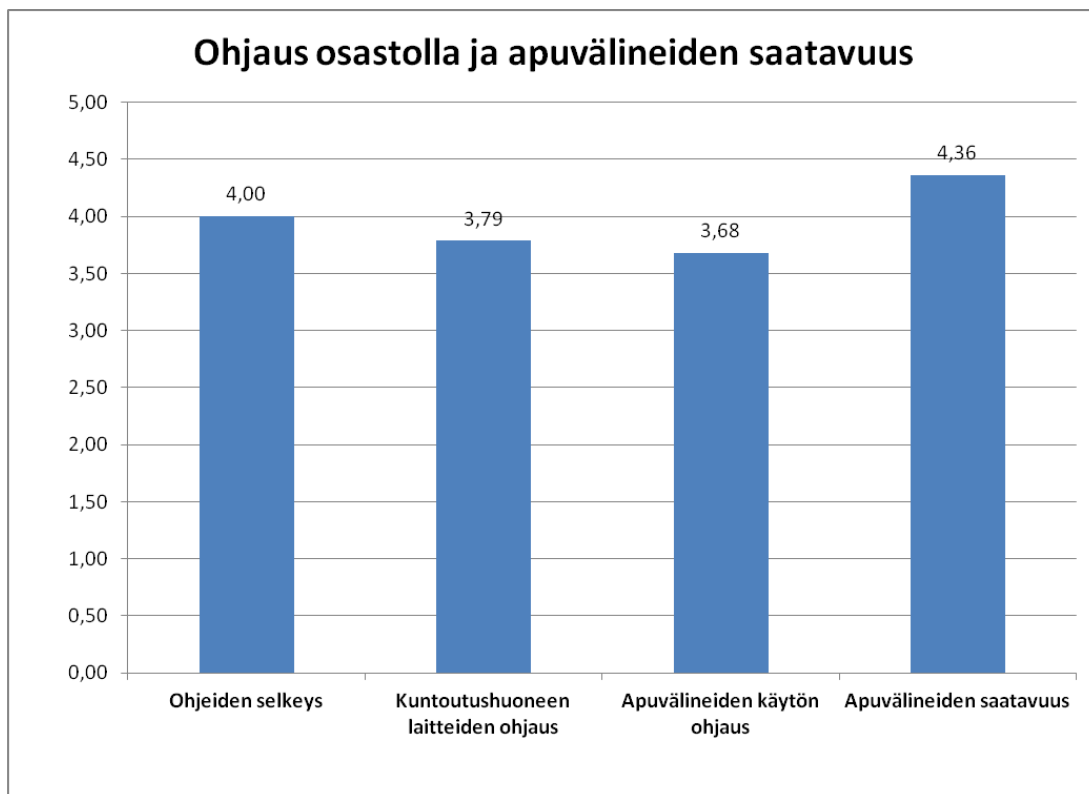
Kuvio 3. Kuntoutuksen osa-alueiden arviointi.

8.3 Ohjaus osastolla ja apuvälineiden saatavuus

Ohjausta osastolla ja apuvälineiden saatavuutta pyrittiin selvittämään neljällä kysymyksellä. Parhaana pidettiin apuvälineiden saatavuutta (4,36%) ja heikoimpana apuvälineiden käytön ohjaamista (3,68). Monet potilaat olivat jo ennestään käyttäneet apuvälineitä, joita heillä oli haastatteluhetkellä, eivätkä näin tarvinneet suurempaa ohjausta henkilökunnalta niiden käytöstä. Tästä syystä niiden ohjaus arvioitiin saatavuutta näinkin paljon heikommaksi. Kaikki haastateltavat sanoivat kuitenkin osavansa käyttää omia apuvälineitään.

Ohjeiden selkeyden osastolla potilaat arvioivat keskimäärin hyväksi. Kuntoutushuoneessa apuvälineiden ohjausta sai 23 haastatellusta potilaasta 14 kappaletta. He ar-

vioivat saamansa ohjeistuksen hieman alle hyvän tason, mutta kuitenkin riittäväksi. Muutama potilas mainitsi halusta päästä kokeilemaan eri välineitä, mutta eivät vielä olleet saaneet siihen mahdollisuutta.



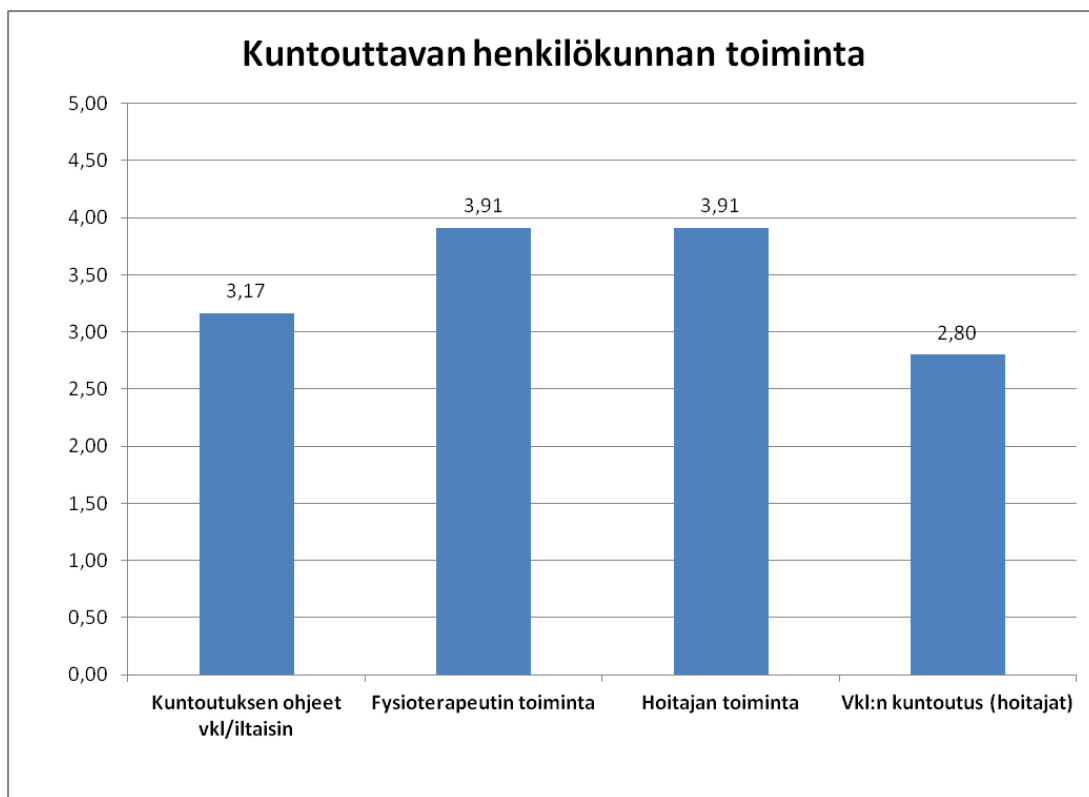
Kuvio 4. Ohjaus ja apuvälineiden saatavuus osastolla.

8.4 Kuntouttavan henkilökunnan toiminta

Henkilökunnan toimintaa selvitettiin neljällä kysymyksellä, joista kaksi koski viikonloppuna tapahtuvaa kuntouttamista. Toisella viikonloppun kuntoutusta koskevalla kysymyksellä pyrittiin selvittämään potilaan saamaa ohjeistusta itsensä kuntouttamiseen viikonloppun aikana ja toisella hoitajien tekemää kuntouttavaa hoitotyötä viikonloppun aikana. Hoitajien kuntouttava hoitotyö viikonloppun aikana koettiin riittämättömäksi. Monet potilaat toivoivat enemmän kuntouttavaa työtä hoitajien osalta. Yleisesti hoitajien toimintaan oltiin kuitenkin melko tyytyväisiä.

Potilaat arvioivat saamansa ohjeet itsensä kuntouttamiseen viikonloppun aikana riittäväksi, tarkemmin 3,17. Viisi vastanneista potilaista ei vastannut tähän kysymykseen.

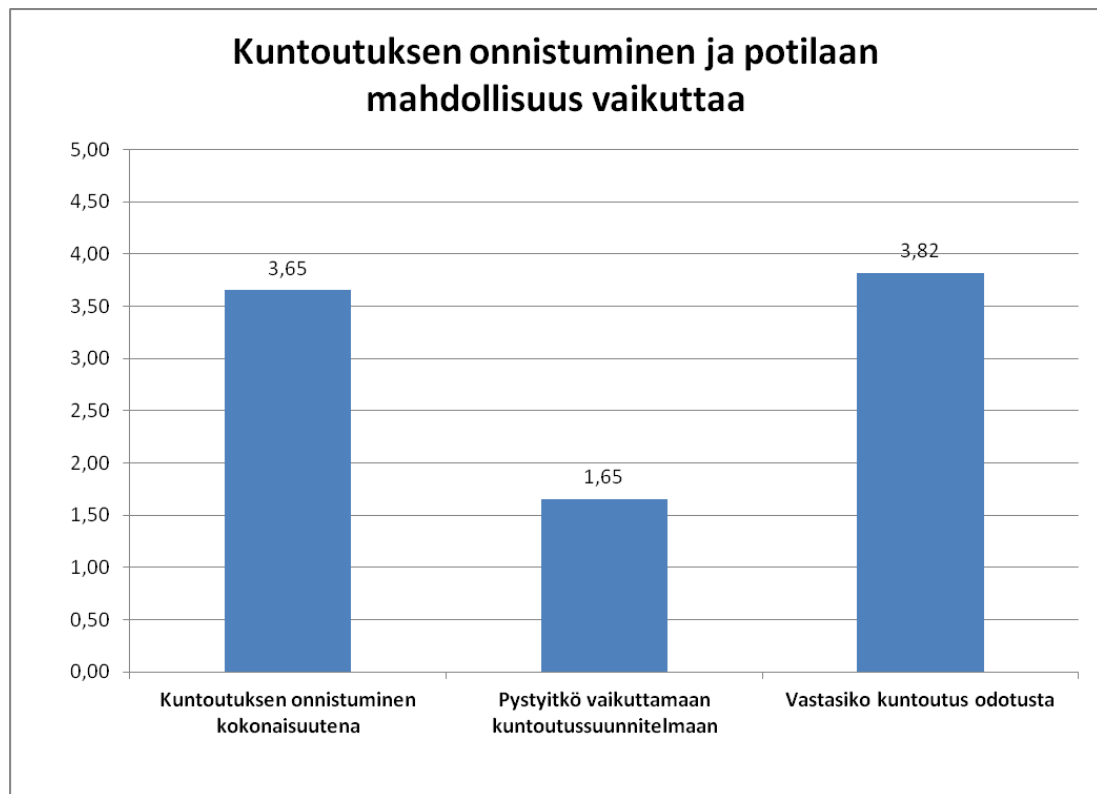
Fysioterapeutin toiminta arvioitiin täsmälleen yhtä hyväksi kuin hoitajan, keskiarvolla 3,91.



Kuvio 5. Kuntouttavan henkilökunnan toiminta

8.5 Potilaan omat odotukset ja mahdollisuus vaikuttaa omaan kuntoutukseen

Kuntoutuksen onnistumista arvioitiin tämän hetkisenä tilan vertaamisella tulotilanteeseen. Kuntoutuksen onnistuminen ei potilaiden mielestä aivan yltänyt hyvä-tasolle. Useimmat potilaat arvioivat kuntoutuksen vastanneen odotuksia hyvin. Keskiarvo jäi vain hieman alle hyvä-tason. Selvästi koko kyselyn huonoin keskiarvo (1,65) sai kohta ”Pystyitkö vaikuttamaan omaan kuntoutussuunnitelmaasi?”. Kaksi potilasta arvioi pystyneensä vaikuttamaan hyvin ja yksi arvioi pystyneensä vaikuttamaan erittäin hyvin kuntoutussuunnitelmaan. Jopa 16 potilasta arvioi, että pystyi vaikuttamaan kuntoutussuunnitelmaansa erittäin huonosti, ei ollenkaan tai ei ollut ikinä kuullutkaan sellaisesta.



Kuvio 6. Kuntoutuksen onnistuminen ja potilaan odotukset ja kyky vaikuttaa omaan kuntoutukseensa.

8.6 Potilaiden mielipide osastosta

Avoimet kysymykset koskivat edellisiä sairaalakäyntejä ja lopussa potilas sai sanoa oman mielipiteensä osaston toiminnasta. Tähän avoimeen kysymykseen vastattiin todella vähän ja usein lyhyesti yhdellä lauseella. Moni kommentoi osastoa ”ihan hyväksi” tai ”ihan hyvä, ok”. Yksi potilaista oli huolissaan henkilökunnan jaksamisesta ja kommentoi kohtaan ”otetaan liikaa irti henkilökunnasta, jonka takia he ovat stressaantuneita”. Ääripään kommentteina mainittiin ”erinomainen, ystävälliset hoitajat” ja ”en kehu, niska on kipeä eikä ole edes koskettu siihen”. Kommentteja tuli todella vähän ja kumpikaan ääripää ei noussut toisen ohitse. Positiivisia ja negatiivisia kommentteja tuli yhtä paljon.

Lopussa potilaat saivat vielä antaa kouluarvosanan 4-10 koko osaston toiminnasta. Osaston toimintaa arvioitiin aina nelosesta kymmeneen ja keskiarvoksi muodostui 7,39. Suurin osa arvioi osaston numerolla 8.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

9.1 Johtopäätökset ja pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten potilaat kokevat kuntoutuksen Rauman terveystieteiden keskus sairaalan kuntoutusosastolla. Ensimmäisenä tutkimusongelmana oli selvittää kuntoutusosaston hyöty ja tuloksellisuus potilaan näkökulmasta. Toisena tutkimusongelmana oli selvittää, mitä kehittämistarpeita osastolla ilmenee. Kolmannen tutkimusongelman tarkoitus oli selvittää, miten kehittää osaston toimintaa edelleen tulosten perusteella.

Potilaat kokivat kuntoutuksensa onnistumisen keskimääräisesti hieman alle hyväksi, mutta selvästi riittävää paremmaksi. Kuntoutus oli potilaiden odotusten mukaista. Näin ollen potilaiden mielestä kuntoutusosaston hyöty ja tuloksellisuus on keskimääräisesti hieman alle hyvä-tason.

Kehittämistarpeita osastolla oli potilaan huomioimisessa kuntoutusprosessissa ja viikonlopun kuntoutuksen ja ohjeiden suhteen.

Kolmas tutkimusongelma oli, miten kehittää kuntoutusosaston toimintaa edelleen. Tähän yhtenä vastauksena on varmasti asiakaslähtöinen potilaan kohtaaminen heti potilaan osastolle tulohetkenä. Potilaan kanssa yhdessä tehdyt päätökset ja suunnitelma tuovat potilaalle tunteen, että kuntoutus on juuri häntä varten ja hänen parastaan ajatellen.

Selvästi heikoimpana osa-alueena potilaat kokivat kykynsä vaikuttaa omaan kuntoutussuunnitelmaan sekä tavoitteiden luomiseen. Jopa 16 potilasta arvioi kyseisen kohdan toteutuneen erittäin huonosti. Monet potilaat kertoivat, ettei heidän kanssaan oltu

juteltu kyseisestä asiasta kertaakaan heidän sairaalassaolonsa aikana. Tavoitteiden asettaminen jonkun mallin mukaan voisi olla toimiva ratkaisu. Potilas saisi osallistua itse, yhdessä kuntouttajan ja hoitajan kanssa, omien tavoitteidensa luomiseen. Kelan kustantamissa kuntoutuksissa käyttöön tuleva GAS (Goal Attainment Scailing), joka on potilaan tavoitteiden laatimisen ja arvioinnin apuväline. Menetelmä on aina asiakaslähtöinen. Haastatteleamalla ja potilaan tilanteen kokonaisvaltaisella selvittämisellä pyritään tunnistamaan tavoitteet. Tavoitteelle asetetaan viisi porrasta ja realistinen aikataulu (Kelan www-sivut 2011).

Toinen osa-alue, mitä pidettiin riittämättömänä, oli hoitajien kuntouttava hoitotyö viikonlopun aikana. Monet huonokuntoiset potilaat kokivat, että heille tehtiin viikonlopun aikana vain tarpeellinen hoito, eikä kuntouttavaa työtettä ollut. Muutama potilas mainitsi asian johtuvan varmaan hoitajien kiireestä ja eräs potilas mainitsi hoitajien olevan stressaantuneita, koska heistä otetaan liikaa irti. Hoitajien toiminta yleisesti arvioitiin kuitenkin hyväksi ja eräs potilas kommentoikin hoitajia ystävällisiksi ja erinomaisiksi. Kuntoutushenkilökunnan antamat itsekuntoutusohjeet viikonlopun ajalle koettiin riittäviksi. Tässä kohdassa hajonta oli kuitenkin suurta. Kahdeksantoista henkilöä 23:sta haastatellusta kertoi saaneensa jonkinlaisia ohjeita viikonlopun ajaksi. Useimmat pitivät ohjeita hyvinä, mutta neljä potilasta arvioi ohjeet erittäin huonoiksi, joka laskee keskiarvoa. Tähän kohtaan varmasti vaikuttaa potilaan oma motivaatio itsensä kuntouttamiseen ja ohjeiden haluaminen ja noudattaminen.

Parhaiten, Rauman terveyskeskuksen kuntoutusosaston osa-alueista, potilaiden mukaan toimi apuvälineiden saatavuus ja kuntoutuksen turvallisuus. Myös kuntoutuksen ajankohta ja annettujen ohjeiden selkeys arvioitiin toteutuvan hyvin. Heikompi kuntouttoisten potilaiden kanssa työskenneltiin pareina tai jopa kolmen hengen ryhmissä. Hoitamassa saattoi olla joko kuntoutushenkilökuntaa tai hoitajia tai edellisiä yhdessä moniammatillisena työryhmänä. Näin pystyttiin takamaan potilaiden turvallisuus kuntoutuksen ajan.

Tuloksia tarkasteltiin myös eri sukupuolten näkökulmista. Ainoa kohta, jossa oli merkittävä ero eri sukupuolten välillä, oli hoitajien kuntouttava hoitotyö viikonlopun aikana. Eroa oli hieman 1,05 prosenttiyksikköä. Naiset kokivat viikonlopun kuntout-

tavan hoitotyön huonona, kun taas miesten mielestä se oli riittävää. Muissa kohdissa ei mainittavaa eroa sukupuolten välillä ollut.

Savolainen sai omassa pro gradu-tutkielmassaan selville, että potilaat arvostivat turvallisuuden tunnetta hoitotilanteen aikana. Myös itsenäisyyden ja hallinnan säilyminen koettiin tärkeänä hoitoon tyytyväisyyden kannalta. Useimmat iäkkäät haluavat olla riippumattomia muista ja pärjätä itseksensä (Savolainen 2003, 30). Tässä kyselyssä turvallisuuden tunne tuli voimakkaasti esille myönteisenä asiana kuntoutuksen etenemiseen. Myös osaavaa ja asiantuntevaa hoitoa arvostettiin. Kyselyssä kävi myös selväksi, että potilas ei juuri päässyt vaikuttamaan omaan kuntoutukseensa. Savolaisen tutkimuksen mukaan tämä vaikuttaa voimakkaasti hoitoon tyytyväisyyteen.

Tutkimusta tämälampaisesta potilastyytyväisyydestä ei ole tehty ennen. Tässä opinnäytetyössä esitellyistä tutkimuksista kaksi ensimmäistä on tehty erikoissairaanhoidossa ja kolmas käsittelee hoitoon tyytyväisyyttä yleensä. Perusterveydenhuollon osastoista ei löytynyt tutkimustietoa.

9.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Jotta tutkimus olisi pätevä, täytyy mittarien mitata juuri sitä, mitä niillä on tarkoituskin mitata. Tähän opinnäytetyöhön käytetty haastattelulomake suunniteltiin tätä tutkimusta varten. Kysymysten laadinnassa käytettiin apuna olemassa olevaa kirjallisuutta. Kysymysten tulosten perusteella piti pystyä vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Tarkka kuvaus tutkimuksen etenemisestä ja mahdollisista muutoksista ja vaikeuksista tulee kuvata mahdollisimman selvästi ja totuudenmukaisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231-233). Alun perin lomake meinattiin lähettää potilaalle kotiin, jolloin siinä olisi ollut myös kotikäyntejä koskevia kysymyksiä. Nykyiseen, osastolla tehtävään haastatteluun, päädyttiin, jotta saataisiin mahdollisimman laaja ja luotettava otos kuntoutuksesta, kun se oli vielä kuntoutettavan lähimuistissa. Opinnäytetyöntekijä haastatteli itse jokaisen potilaan. Haastattelu tapahtui nimettömänä ja se oli vapaaehtoista. Opinnäytetyöntekijä oli ainoa, joka käsittely haastattelulomakkeita. Osastolla ei ole tilaa, jossa haastattelu olisi voitu tehdä rauhassa, monien haastateltavien ollessa vuodepotilaita. He vastasivat omassa huoneessaan, jossa saattoi

olla muita potilaita ja kenties työtä tekevää henkilökuntaa. Tämä saattoi vaikuttaa vastauksiin. Haastattelut tehtiin potilaan ajan mukaan, eikä heitä hoputettu tai johdattu kysymyksissä. Kysymystä tarkennettiin, mikäli haastateltava ei tajunnut jotain kohtaa. Potilaan sanoessa, ettei voi juuri nyt vastata, hoitohenkilökunnan ollessa huoneessa, kysymyksen yli hypättiin ja siihen palattiin myöhemmin, kun potilas kykeni vastaamaan siihen ilman, että henkilökunta olisi kuullut.

Kyselyssä oli muutama kohta, joissa otanta jäi pienemmäksi kuin muissa. Kuntoutuksuoneen laitteiden ohjaus ei koskenut niitä, jotka eivät olleet siellä olleet, joten tämä kohta jäi heillä arvioimatta. Myös kuntoutushenkilökunnan ohjeet viikonlopuksi jäi arvioimatta muutamalta, koska he eivät olleet saaneet ohjeita, eivätkä näin ollen halunneet arvioida kyseistä kohtaa. Kyseisen kohdan keskiarvo koskee näin olleen vain ohjeiden saaneiden arviointeja.

Avoimiin kysymyksiin vastasi vain 7 potilasta. Yhtenä syynä tähän voi olla väsymys, sillä kysymys esitettiin haastattelun lopussa. Pieni vastausprosentti saattaa johtua myös siitä, että potilaat kokivat, ettei heillä ole osaston toimintaan juuri mitään sanottavaa, vaan tyytyvät vain oloonsa.

Tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä, koska tutkimukseen osallistui vain 23 potilasta Rauman terveystieteiden keskus sairaalan kuntoutusosastolta. Tulokset ovat kuitenkin suuntaa antavia ja muutama kehityskohta nousi esille todella selvästi. Vastausprosentin ollessa suurempi tulokset olisivat saattaneet muuttua.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden mielipiteitä Rauman terveystieteiden keskus sairaalan kuntoutusosastolla. Tuloksia voidaan käyttää osaston toiminnan kehittämiseen ja haastattelulomaketta voidaan käyttää potilaiden tyytyväisyyden mittaamiseen, mikäli näin halutaan. Näin voisi myös seurata ongelmakohtien kehittymistä.

9.3 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyöntekijä haastatteli itse jokaisen potilaan ja haastatteluun vastattiin nimettömästi. Kukaan muu ei nähnyt haastattelulomakkeita ja tästä tutkimuksesta on

mahdoton tunnistaa ketään. Tutkimustulokset on raportoitu rehellisesti ja opinnäytetyötä varten anottiin tutkimuslupa ennen haastattelujen aloittamista. Haastattelulomakkeet hävitettiin asianmukaisesti tulosten analysoinnin jälkeen. Eettisiä periaatteita noudatettiin kaikissa opinnäytetyön vaiheissa.

LÄHTEET

Helin, S. 2008. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen, E & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 416-435.

Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Kariston kirjapaino Oy, Hämeenlinna.

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

Karppi, P., Manninen, M., Kallinen, M., Mönkkönen, J & Kauppinen, M. 2006. Potilaiden ja henkilökunnan tyytyväisyyskyselyjen hyödyt kuntoutusosastolla. Suomen lääkirilehti 1-2/2006 vsk 61, 71-74.

Katko-Kesälä, E. 2011. Johtava ylilääkäri, Rauman terveystieteiden keskus sairaala. Henkilökohtainen tiedonanto 10.9.2011.

Kelan www-sivut 2011. Viitattu 14.11.2011 <http://www.kela.fi>

Koskinen, S., Nieminen, T., Martelin, T & Sihvonen, A-P. 2008. Väestön määrä ja rakenteen kehitys. Teoksessa Heikkinen, E & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 28-35.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. 17.8.1992/785

Laukkanen, P. 2008. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Teoksessa Heikkinen, E & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 294-309.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Pitkälä, K., Savikko, N. & Routasalo, P. 2005. Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Rantanen, T. & Sakari-Rantala, R. 2008. Toimintatestit. Teoksessa Heikkinen, E & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 286-293.

Rauman kaupungin www-sivut 2011. Viitattu 3.10.2011 <http://www.rauma.fi>.

Rauman terveyskeskuksen tulosityksiköiden toimintaraaportit 2010.

Salmelainen, U. 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitosmuotoisessa kuntoutuksessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Savolainen, M. 2003. Iäkkäiden hoitoon tyytyväisyys terveyskeskuksen vuodeosastolla. Haastattelututkimus yli 64-vuotiaille lyhytaikaisessa hoidossa oleville potilaille. Pro-gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto.

Suutama, T. 2008. Muisti ja oppiminen. . Teoksessa Heikkinen, E & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 196-203.

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

Walsh, K. J., Barnes, M. P. & McLellan, D. L. 1988. A rehabilitation ward in a district general hospital: first three years' experience. BMJ 1988 November 12 volume 298(6658), 1252-1256. Viitattu 15.9.2011 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

KYSELY

KUNTOUTUS RAUMAN TERVEYSKESKUSSAIRAALAN KUNTOUTUSOSASTOLLA

Ikä: _____

Sukupuoli: __mies __nainen

Aiemmat sairaalakäynnit:

Sairaalaan tulon syy:

Arviointiasteikko:

1=erittäin huono

2=huono

3=riittävä

4=hyvä

5=erittäin hyvä

1. Kuntoutuksen määrä/pv

1 2 3 4 5

2. Kuntoutuksen pituus	1	2	3	4	5
3. Ohjeiden selkeys	1	2	3	4	5
4. Kuntoutuksen ohjeet viikonlopulle /iltais	1	2	3	4	5
5. Fysioterapeutin toiminta	1	2	3	4	5
6. Hoitajan toiminta	1	2	3	4	5
7. Viikonlopun kuntoutus (hoitajat)	1	2	3	4	5
8. Kuntoutushuoneen laitteiden ohjaus	1	2	3	4	5
9. Apuvälineiden käytön ohjaus	1	2	3	4	5
10. Apuvälineiden saatavuus	1	2	3	4	5
11. Kuntoutuksen turvallisuus	1	2	3	4	5
12. Kuntoutuksen onnistuminen kokonaisuutena	1	2	3	4	5
13. Onko kuntoutus tapahtunut ajankohdaltaan hyvin (aamulla, päivällä, illalla)	1	2	3	4	5
14. Pystyitkö vaikuttamaan kuntoutussuunnitelmaan	1	2	3	4	5
15. Vastasiko kuntoutus odotusta	1	2	3	4	5

Omat kokemukset kuntoutusosaston toiminnasta ja kuntoutuksen onnistumisesta

YLEISARVOSANA: ____

RAUMAN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveystoimisto
Sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
16.6.2011

49/2011

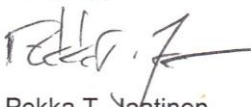
Muut asiat

OPINNÄYTETYÖ-/TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:

- tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä
- tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai otantaan kuulunutta henkilöä
- mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessa.

Hakija: Eero Kesälä
Kalevanpuisto 56 B 11
28120 Pori

Päätös	Hyväksyn tutkimuslupa-anomuksen.	
Liitteet	Hakemus	
Päätöksen allekirjoitus	 Pekka T. Jaatinen Sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja	
Pöytäkirja nähtävillä	22.6.2011	
Tiedoksi	Hakija, yhteyshenkilö	
Tiedoksianto asianosaiselle	Tämä päätös on [x] lähetetty tiedoksi mainituille	Tämä päätös on [] annettu tiedoksi mainituille Päiväys 16.6.2011
	Tiedoksiantaja	Marja Laasonen
	Asianosaisen allekirjoitus	
Otto-oikeus	Päätös voidaan panna täytäntöön, ellei siihen käytetä kuntalain mukaista otto-oikeutta.	
Oikaisuvaatimusohjeet	Oikaisuvaatimusviranomaisen Sosiaali- ja terveystoiminnan lautakunta PL 283 26101 Rauma	