



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

LAADUKAS KUNTOUTUMISKOKEMUS

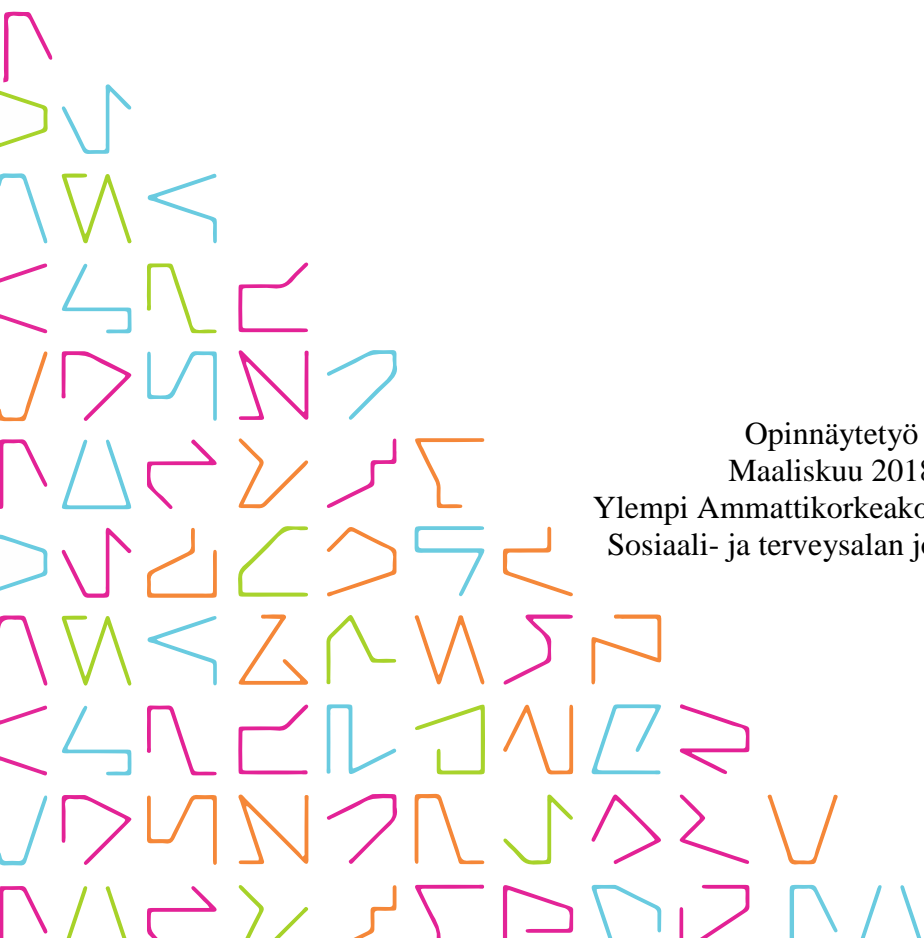
Kokemustieto neurologisen avokuntoutuksen

kuntoutuspolun muotoilussa

Jenni Aittokallio

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2018

Ylempi Ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen

AITTOKALLIO JENNI:

Laadukas kuntoutumiskokemus
Kokemustieto neurologisen avokuntoutuksen kuntoutuspolun muotoilussa

Opinnäytetyö 81 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Maaliskuu 2018

Asiakaslähtöinen ajattelu ja pyrkimys kehittää kuntoutuksen hoitoketjujen saumattomuutta ovat vahvistuneet sosiaali- ja terveystieteillä viime vuosina. Tämä kehitys näkyy niin yhteiskunnallisella tasolla kuin palveluntuottajien tasolla. Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin neurologisten kuntoutujien kokemuksia avokuntoutuksessa. Ensiksi tarkasteltiin kokemuksia kuntoutuspolun eri vaiheista ja toiseksi erityisen merkityksellisistä tekijöistä avokuntoutuksessa. Esiin tulleista asiakkaiden kokemuksista ja heille merkityksellisistä tekijöistä muodostettua asiakasymmärrystä voidaan hyödyntää avokuntoutuspalvelujen kehittämisessä ja asiakaslähtöisessä kuntoutuspolun muotoilussa.

Tässä laadullisessa opinnäytetyössä metodologisena lähtökohtana toimi tulkinnallinen fenomenologinen analyysi (Interpretative Phenomenological Analysis). Menetelmä soveltuu kuntoutumiskokemuksen kaltaisiin omakohtaisiin aiheisiin, joita ei ole aiemmin juurikaan tutkittu. Interpretative Phenomenological Analysis tarkastelee tutkittavien kokemuksilleen antamia merkityksiä. Keväällä 2017 toteutettiin kolmetoista puolistrukturoitua teemahaastattelua, jotka litteroitiin ja analysoitiin IPA-menetelmää soveltaen.

Tutkittavien kokemuksissa kuntoutuspolusta korostui terapiasuhteen merkitys. Toimivan terapiasuhteen keskeisinä tekijöinä pidettiin hyvää henkilökemiala ja fysio- tai toimintaterapeutin auditivista ja taktiilista kuuntelun taitoa ja ammattitaitoa. Tutkittavat kokivat kaikilla kuntoutuspolun osa-alueilla tärkeäksi autonomian toteutumisen ja kuulukuksi tulemisen.

Tutkittaville merkityksellisiä tekijöitä avokuntoutuksessa olivat terapioiden sulautuminen osaksi arkea, fyysisen kunnan koheneminen, tavallisuudesta poikkeavat terapiakerat ja välineet sekä mittamuksen käyttö motiivoinnin ja seurannan välineenä. Myös terapiasuhte koettiin erityisen merkityksellisenä tekijänä avokuntoutuksessa. Terapiasuhteessa merkitykselliset tekijät rakentuvat hyvästä henkilökemiasta, kuulukuksi tulemisesta, autonomian toteutumisesta ja terapiasuhteen pysyvyydestä. Merkityksellisiä tekijöitä, jotka aiheuttivat erityisen negatiivisia kokemuksia, olivat fysioterapeutin vaihtuvuus, kuulukuksi tulemisen ja luottamuksen puute sekä puutteet terapiavälineistöissä tai tiloissa.

Asiasanat: neurologinen kuntoutus, asiakaslähtöisyys, asiakkuuksien johtaminen

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree in Management of Health Care and Social Services

AITTOKALLIO JENNI

Good quality rehabilitation experience
Clients' experiential knowledge in modelling rehabilitation pathways

Master's thesis 81 pages, appendices 4 pages
March 2018

Developing co-ordination and seamless care chains in rehabilitation have become important in patient rehabilitation process. Neurological patients often need longer rehabilitation period that can be expensive for the society. Therefore developing rehabilitation pathways is significant both from political and economic point of view.

The purpose of this thesis was to examine patients' experiences of the different stages. First, it looks at their experiences of the different stages of their outpatient rehabilitation pathway. Second, it examines the factors they find especially meaningful in the outpatient setting. The customer understanding that arises from the data can be utilized in developing services and modelling outpatient rehabilitation pathways.

The method is Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Thirteen semi-structured theme interviews were conducted in Spring 2017. The data was transcribed, themed, and analysed using IPA.

There are two sets of results. The experiences of the rehabilitation pathway highlighted the significance of therapist-client relationship: good personal chemistry, listening (both auditory and tactile), and professional skills. Realising autonomy and being heard were found important. The specific meaningful factors were integration of therapy in everyday life, improving physical fitness, out of the ordinary therapy sessions and equipment, and the use of measuring tools in motivating and monitoring progression. The relationship with the therapist (good personal chemistry, being heard, realising autonomy, and the constancy of the therapy relationship) was again found meaningful. Negative factors were a high turnover rate of therapist, not being heard, issues with trust, and shortcomings in equipment and facilities.

Good rehabilitation experience consists of skills, integration, progression, monitoring, and interpersonal factors. Further research is needed to better understand interpersonality in neurological rehabilitation.

Key words: neurological rehabilitation, client-center, customer leadership

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	8
2.1	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset.....	8
2.2	Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat	8
3	NEUROLOGINEN AVOKUNTOUTUS OSANA KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄÄ.....	11
3.1	Kuntoutuksen yhteiskunnallinen rooli	11
3.2	Kuntoutujat ja kuntoutuksen palveluntarjoajat	12
3.3	Neurologinen avokuntoutus	14
3.4	Asiakkaan asema ja autonomia neurologisessa kuntoutuksessa.....	15
4	KOKEMUS ILMIÖNÄ JA TUTKIMUSKOHTEENA	18
4.1	Kokemus kokonaisvaltaisena ilmiönä	18
4.2	Kokemuksen muodostuminen palvelutilanteessa ja huippu–loppu-sääntö	21
5	ASIAKKUUS JA JOHTAMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA.....	24
5.1	Asiakas vai potilas	24
5.2	Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveysalalla	27
5.3	Palvelutiede ja palvelumuotoilu sosiaali- ja terveysalalla	30
5.4	Asiakkuuksien johtaminen sosiaali- ja terveysalalla	32
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	35
6.1	Neurologisen kuntoutujan kuntoutuspolku kohdeorganisaatiossa.....	35
6.2	Aineiston keruu.....	37
6.3	Aineiston kuvailu ja analyysi.....	39
7	ASIAKKAIDEN KOKEMUKSET KUNTOUTUSPOLUSTA	42
7.1	Kuntoutuksen ajanvaraus	42
7.2	Fysio- ja toimintaterapeutin valinta, ominaisuudet ja pysyvyys.....	44
7.3	Terapioiden suunnittelu	47
7.4	Läheisten ohjaus	48
7.5	Mittaamisen merkitys kuntoutuksessa	49
7.6	Lajikokeilut, kotikäynnit ja vaihtelevuus.....	51
7.7	Kuntoutuksen terapiapalautteet.....	53
8	MERKITYKSELLISET PALVELUKOKEMUKSEN TEKIJÄT AVOKUNTOUTUKSESSA	55
8.1	Kohdeorganisaation vahvuudet.....	55
8.2	Kohdeorganisaation haasteet	57
8.3	Kuntoutumiskokemuksen negatiiviset huiput.....	58
8.4	Kuntoutumiskokemuksen positiiviset huiput.....	59

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	62
9.1 Opinnäytetyön keskeiset johtopäätökset.....	62
9.2 Opinnäytetyön eettisyys.....	65
9.3 Opinnäytetyön luotettavuus	66
9.4 Kehitysehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	68
LÄHTEET.....	70
LIITTEET	77
Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen tulostaulukko	77
Liite 2. Opinnäytetyön puolistrukturoitu teemahaastattelu	78
Liite 3. Kutsu opinnäytetyön haastatteluun	79
Liite 4. Opinnäytetyön tutkimussopimus	80

1 JOHDANTO

Asiakaslähtöinen ajattelu on vahvistunut sosiaali- ja terveystalalla viime vuosina. Samaan aikaan on noussut esiin tarve kehittää kuntoutuksen koordinoitua ja hoitoketjujen saumattomuutta niin yhteiskunnallisella tasolla kuin palveluntuottajien tasolla. (Suikkanen & Lindh 2008, 71–72; Järvikoski & Härkäpää 2011, 55; Aalto ym. 2017, 1; Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2017.) Esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöt ovat olleet yksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen erikoissairaanhoidon hoitoketjujen toimivuutta, vaikuttavuutta ja kustannuksia kartoittavan PERFECT-hankkeen tarkastelun kohde (PERFECT-hanke 2017). Näiden kehitystrendien pohjalta kiinnostuin kuntoutujien kokemusten tutkimisesta. Erikoissairaanhoidon kehitystyön myötä seuraava merkittävä askel onkin panostaa hoitoketjun saumattomaan jatkumiseen myös avokuntoutuksen puolelle.

Tämän opinnäytetyön kohdeorganisaationa toimi Premius Oy, joka pyrkii vastaamaan osaltaan hoitoketjujen saumattomuuden haasteeseen kehittämällä omaa kuntoutuspolkuaan. Osana tätä tutkimus- ja kehitystyötä kartoitan opinnäytetyössäni neurologisten avokuntoutujien kokemuksia kuntoutuspolkunsa eri vaiheista ja erityisen merkityksellisistä tekijöistä avokuntoutuksessa. Opinnäytetyössäni esiin tulleista asiakkaiden kokemuksista ja heille merkityksellisistä tekijöistä muodostettua asiakasymmärrystä voidaan hyödyntää avokuntoutuspalvelujen kehittämisessä ja asiakkaan kuntoutuspolun muotoilussa.

Ennen opinnäytetyöni aloittamista kartoitin tutkimustarvetta kuvailevalla kirjallisuuskatsauksella. Koska aivohalvauskuntoutajat ovat kooltaan merkittävä ja paljolti tutkittu neurologinen kuntoutujaryhmä, taustoitin tutkimustarvetta selvittämällä tämän ryhmän kokemuksia avokuntoutusprosessistaan Euroopassa vuosina 2010–2016. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tuloksena löytyi kaksi tieteellistä tutkimusta aiheesta. Aiemman tutkimuksen mukaan kuntoutajat kokivat kuntoutuksen avohoidossa intensiiviseksi, spesifiseksi, vaihtelevaksi ja nousujohteiseksi. Henkilökunta koettiin ammattitaitoiseksi. Kannustuksen saamista ammattilaisilta ja edistymisen näkyväksi tekemistä pidettiin merkityksellisenä. Tutkimus osoittaa myös asiakkaiden osallistumisen omaan hoitoon ja hoidon suunnitteluun erittäin tärkeäksi. (Tholin & Forsberg 2014.)

Toisen tutkimuksen mukaan tyytyväisyyttä kuntoutukseen lisää mahdollisesti kuntoutuksen määrän sijaan kuntoutujan kokema toimintakyky kuntoutuksen jälkeen (Ekvall-Hansson ym. 2013). Kirjallisuuskatsauksen tulostaulukko on liitteenä 1. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus antoi viitteitä siitä, että perusteita neurologisten kuntoutujien avokuntoutuskokemusten tutkimiseen on. Kohdeorganisaation tarve laajensi tutkimuksen koskemaan aivohalvauskuntoutujien lisäksi kaikkia neurologisia kuntoutujia. Tässä opinnäytetyössä keskeistä on asiakkaan kokemus kuntoutuksestaan, ja tutkimus toimii asiakkuuksien johtamisen tukena avokuntoutuksessa.

Tässä opinnäytetyöraportissa kuvaan luvussa kaksi opinnäytetyöni tarkoitusta, tavoitteita ja menetelmällisiä lähtökohtia. Luvussa kolme kuvaan opinnäytetyön kontekstia eli neurologista avokuntoutusta ja sen roolia osana kuntoutusjärjestelmää. Neljännessä luvussa tarkastelen kokemusta ilmiönä ja tutkimuskohteena. Viidennessä luvussa tarkastelen asiakkuuden määrittämisen ja asiakkuuksien johtamisen erityispiirteitä sosiaali- ja terveysalalla. Luvussa kuusi kuvaan opinnäytetyöni toteutusta. Tulosluvussa seitsemän esittelen asiakkaiden kokemuksia palvelupolusta ja tulosluvussa kahdeksan asiakkaille erityisen merkityksellisiä tekijöitä avokuntoutuksessa. Viimeisenä luvussa yhdeksän tarkastelen opinnäytetyöni eettisyyttä ja luotettavuutta ja kokoan yhteen työni keskeiset tulokset ja kehitysehdotukset.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Kohdeorganisaation tarve rajaa opinnäytetyöni aihepiirin asiakkaan kuntoutuspolkuun neurologisessa avokuntoutuksessa. Kuntoutuspolkuun kohdeorganisaatiossa kuuluvat: ajanvaraus, kuntoutuksen tarpeen arviointi, kuntoutuksen toteutus, kuntoutuksen seuranta, läheisten ohjaus sekä asiakkaan ohjaaminen ja tukeminen toimintaympäristössä. Tämän kappaleen ensimmäisessä alaluvussa kuvaan opinnäytetyöni tavoitteet, tarkoituksen ja tutkimuskysymykset ja toisessa alaluvussa opinnäytetyöni menetelmälliset lähtökohdat.

2.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa neurologisten kuntoutujien kokemuksia avokuntoutuksesta. Kartoituksen keskiössä ovat kuntoutujan kokemukset kuntoutuspolusta ja erityisen merkitykselliset tekijät avokuntoutuksessa. Opinnäytetyön tavoitteena on asiakasymmärryksen hyödyntäminen avokuntoutuspalvelujen kehittämisessä ja asiakkaan kuntoutuspolun muotoilussa. Opinnäytetyöni tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Millaisia kokemuksia neurologisilla asiakkailla on kuntoutuspolusta avokuntoutuksessa?
2. Mitkä tekijät ovat neurologisessa avokuntoutuksessa asiakkaalle erityisen merkityksellisiä?

2.2 Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat

Opinnäytetyöni metodologisena lähtökohtana on tulkinnallinen fenomenologinen analyysi (Interpretative Phenomenological Analysis), josta käytän työssäni lyhennettä IPA. IPA-menetelmä soveltuu kuntoutumiskokemuksen kaltaisiin omakohtaisiin aiheisiin, joita ei ole aiemmin juurikaan tutkittu, sillä se tarkastelee ilman ennakko-oletuksia tutkittavien kokemuksilleen antamia merkityksiä (Smith, 2004). IPA tutkii, mitä tapahtuu ihmisten antaessa päivittäisille kokemuksilleen erityisiä merkityksiä ja miten he luovat

näitä merkityksiä (Smith, Flowers & Larkin 2009, 1). Smithin ym. (2009) mukaan IPA:ssa käsitys kokemuksesta pohjautuu Diltheyn (1976) määritelmään, joka kuvaa kokemusta eri tekijöistä koostuvana kokonaisuutena, joista muodostuu yhteisiä merkityksiä. Kohdatessaan itselleen merkityksellisiä asioita yksilö alkaa analysoida asioiden merkityksiä ja rakentaa niistä kokemustarinoita. Nämä tarinat auttavat tutkijaa ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Tutkija pyrkii ymmärtämään tutkittavan kokemustarinoita ja niiden merkityksiä ja tutkittava ymmärtämään omaa kokemustaan ja sen merkitystä itselleen. (Smith ym. 2009, 2–3) IPA:lle tyypillistä on, että tulkinnessa voidaan kiinnittää huomiota myös tutkittavien vastausten kriittiseen tarkasteluun – esimerkiksi siihen mitä haastateltava ei suoraan kerro vastauksessaan tai mitä haastateltava pyrkii saavuttamaan vastauksellaan. (Smith & Osborne 2007, 53–54.) IPA perustuu fenomenologian, hermeneutiikan ja idiografian tieteenfilosofioihin (Smith ym. 2009, 11–39).

Fenomenologia tieteen filosofiana tarkastelee yksilöiden kokemuksia. Se tarkastelee ihmisen kokemusta todellisuudesta ja kokemuksen muodostumista. (Smith ym. 2009, 11.) Yksilöt eivät ole erillisiä maailmasta ja toisista, joten kokijan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset valmiudet sekä sisäiset ja ulkoiset tiedot ja uskomukset vaikuttavat siihen, miten ja millaiseksi kokemus muodostuu. Ymmärtääkseen yksilön kokemusta tulee tarkastella ensin kokemusta monimutkaisena kokonaisvaltaisena ilmiönä. Opinnäytetyössäni tarkastelen kokemusta ilmiönä luvussa neljä. IPA-menetelmässä fenomenologinen lähestymistapa korostaa yksilöiden kokemuksia, jotka eivät kuitenkaan ole irrotettavissa suhteestaan muihin ja maailmaan (Smith ym. 2009, 11–21).

Hermeneuttinen tieteenfilosofia tarkastelee tutkittavan tulkintoja kokemuksesta ja tulkintojen tavoitteita. IPA:n tulkinnallista prosessia voidaan kutsua tuplahermeneuttiseksi, sillä menetelmässä pyritään ymmärtämään haastateltavaa, joka pyrkii ymmärtämään itseään. Haastateltavan kertomus on jo itsessään haastateltavan tulkintaa kokemuksestaan. (Smith ym. 2009, 21–29.) Tässä opinnäytetyössä pyrin löytämään asiakkaalle merkitykselliset tekijät kokemuskertomuksista ja ymmärtämään kertomusten tavoitteita.

IPA:ssa idiografinen tutkimusote näkyy pyrkimyksenä syvälliseen analyysiin. Tämän vuoksi IPA:ssa on tyypillisesti rajattu tutkimusjoukko ja tutkimuskohde. Idiografia nostaa yksityiskohtaisesti esiin yksilön kokemuksen ja hänen kokemukselleen antaman merkityksen. Tämän vuoksi IPA:ssa on tyypillistä pienet alle kahdeksan hengen tutkimusjoukot ja rajattu tutkimusnäkökulma. (Smith ym. 2009, 29–32.) Tässä opinnäyte-

työssä on suurempi tutkittavien joukko kuin IPA:ssa tyypillisesti. Tein tämän valinnan, sillä opinnäytetyössäni pyrin saamaan mahdollisimman laajan näkemyksen asiakkaiden kokemustarinoiden merkityksellisten tekijöiden eroista ja yhtäläisyyksistä kontekstin ollessa rajattu avokuntoutuspolkuun. Tällä tutkimusjoukolla myös kohdeorganisaatio saa laajemman kuvan asiakaskunnastaan ja jokaisen työntekijän asiakkaista vähintään yhden kokemus näkyy tutkimuksessa.

Tässä laadullisessa opinnäytetyössä tarkastelen ja kuvaan asiakkaan henkilökohtaista kokemusta avokuntoutuspolustaan ilman valmiita ennako-oletuksia. Koulutukseni fysioterapeuttina ja vuosien työhistoria neurologisessa kuntoutuksessa voivat kuitenkin vaikuttaa tapaan tarkastella ilmiötä. Etäisyyttä tutkimaani aiheeseen antaa se, etten tutkimushetkellä työskentele kohdeorganisaatiossa enkä neurologisten kuntoutujien parissa. Kokemustiedolla tässä opinnäytetyössä tarkoitan kuntoutujien subjektiivista tietoa avokuntoutuspalveluista ja kuntoutumisesta. Tulkinallinen fenomenologinen lähestymistapa (IPA) soveltuu vastaamaan näihin kysymyksiin, sillä se kuvaa kokemuksen muodostumista sekä kokemuksen tulkintaa ja on syvällistä ja yksilöllistä.

IPA-menetelmän avulla tarkastelen, kuinka tutkittava kuvaa kuntoutumiskokemustaan, ja pyrin löytämään merkitykselliset tekijät tästä kokemuksesta (Biggerstaff & Thompson 2008). IPA:n yhdistäminen opinnäytetyön osana kulkevaan palvelutieteen teoriaan ja palvelumuotoiluun on luontevaa, sillä palvelumuotoilussa ovat keskiössä asiakkaan kokemus palvelutapahtumasta ja asiakkaalle merkityksellisten tekijöiden ymmärtäminen ja tähän tietoon pohjautuva palvelutarpeiden ennakointi. (Harisalo 2013b, 37; Tuulaniemi 2011, 7–9; Miettinen, 2011, 18, 21.) Tässä opinnäytetyössä tuon esiin kuntoutujille merkityksellisiä tekijöitä kuntoutuspolullaan ja tutkijana pyrin tulkitsemaan ja määrittelemään näiden tekijöiden merkityksiä, yhteneväisyyksiä ja eroja ja soveltamaan niitä palvelujen muotoiluun. (Smith 2009, 1–3, 21–22.) Seuraavassa kappaleessa tarkastelen suomalaista kuntoutusjärjestelmää ja neurologisen avokuntoutuksen sijoittumista osaksi kuntoutusjärjestelmää.

3 NEUROLOGINEN AVOKUNTOUTUS OSANA KUNTOUTUSJÄRJESTELMÄÄ

Tämä opinnäytetyö tarkastelee neurologista avokuntoutusta, joka on osa suomalaista kuntoutusjärjestelmää. Yksilön tasolla kuntoutuksen päätavoitteena on työ- tai opiskelukyvyyn palautuminen ja/tai sopeutuminen muuttuneeseen elämäntilanteeseen. (Rauhala 2005, 32; Koukkari 2010, 18–27.) Kuntoutusta voidaan tarkastella monella eri tasolla, esimerkiksi yhteiskunnan ja kuntoutusjärjestelmän tasolla, palveluntuottajien tasolla ja kuntoutujan ja ammattilaisen vuorovaikutuksen tasolla (Järvikoski & Härkäpää 2011, 19–20). Tarkastelen seuraavissa alaluvuissa kuntoutuksen yhteiskunnallista roolia, palvelun tuottajien roolia ja kuntoutujan roolia ja kuntoutuksen erityispiirteitä neurologisessa kuntoutuksessa.

3.1 Kuntoutuksen yhteiskunnallinen rooli

Suomessa kuntoutukset juuret ovat 1900-luvun alussa, jolloin se oli hyväntekeväisyyteen perustuvaa sodista palanneiden ja pitkäaikaissairaiden kuntoutusta (Viitanen & Piirainen 2013, 116–117). 1970–1980-luvuilla sairauskäsitys alkoi muuttua psykofyysis-sosiaaliseksi ja mielenterveyden ongelmiin vaikuttaminen nähtiin myös vähitellen osana kuntoutusta (Järvikoski & Härkäpää 2011, 43). Nykyisin kuntoutus nähdään kokonaisvaltaisena toimintakyvyn edistämisenä. Esimerkiksi kansainvälisen ICF-luokituksen käyttö kuntoutuksessa tukee tätä kokonaisvaltaista näkökulmaa ja huomioi yksilön lisäksi myös ympäristöön liittyvät tekijät. ICF-luokitus kuvaa biopsykososiaalisesti sairauden tai vamman vaikutuksia yksilön elämään. Se tarjoaa ammattilaisille yhteisen kielen ja näkökulman kuntoutujan tilanteeseen. ICF-malli näkee toimintarajoitteet terveyden ja elämäntilanteen vaatimusten epäsuhtana, johon liittyy yksilön terveyden lisäksi ympäristö- ja yksilötekijöitä. Näitä ovat esimerkiksi tuen ja palvelujen saatavuus, työ, perhe, kulttuuriset tekijät ja apuvälineet. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 82–82; ICF-luokitus 2016.)

Yhteiskunnallisesti kuntoutuksen rooli on kehittää väestön resursseja ja luoda osallistumisen mahdollisuuksia. Kuntoutus liittyy siis terveys- ja vammaispolitiikan lisäksi työvoima-, sosiaali- ja koulutuspolitiikkaan. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 13–14, 18.)

Yhteiskunnan tasolla 2000-luvulla väestön hyvinvointia on alettu tarkastella vahvemmin tuottavuuden ja kilpailukyvyn näkökulmasta. Tiettyjen alojen työvoimapula luo painetta työhön kuntouttamiseen. Tämä näkyy muun muassa tavoitteena saada mahdollisimman suuri osa väestöstä tuottavan työn piiriin. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 57–58; Kananen 2008, 239–240, 242.) Tavoite työurien pidentämisestä luo lisää kuntoutuksen tarvetta, samoin väestön ikääntyminen ja lastensuojelun asiakkuuksien lisääntyminen. Tämän hetken kuntoutusjärjestelmässä suurimpia haasteita ovat kokonaisuuden ohjauksen ja koordinaation ongelmat. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2015; Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017.) Näihin haasteisiin pyritään vastaamaan kehittämällä kuntoutusverkkoja ja palvelupolkuja.

Verkostoitumisesta ja verkostoista on tullut viime aikoina yhä olennaisempi osa kuntoutuskeskustelua. Kuntoutusverkostoissa ei ole selvää hallinnollista keskusta, ja verkostot pyrkivät toimimaan hierarkioiden ja markkinoiden välissä. Verkostojen tarkoitus on lisätä yhteistyötä, helpottaa tiedonkulkua ja saavuttaa yhteisiä tavoitteita. Tällä hetkellä kuntoutus toimintajärjestelmänä on hajanainen ja monimutkainen kokonaisuus. Kuntoutusverkostojen vahvuutena on niiden ketteryys ja tiiviimpi yhteistyö. Toisaalta verkostojen nopea lisääntyminen monimutkaistaa kuntoutusta entisestään. Verkostojen hajanaisuuden ehkäisemiseksi on ehdotettu kuntoutusprosessien yhtenäistämistä ja samoja periaatteita samankaltaisille asiakas- ja ikäryhmille. (Suikkanen & Lindh 2008, 71–72; Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 40.) Tämä opinnäytetyö on osa laajempaa kuntoutusprosessien kehitystyötä, johon kohdeorganisaatio on vastannut kehittämällä omaa kuntoutuspolkuaan. Työ sijoittuu neurologiseen avokuntoutukseen, ja kohdeorganisaationa on avokuntoutuksen yksityinen palveluntarjoaja. Seuraavassa alaluvussa kuvaan kuntoutujien ja kuntoutuksen palveluntarjoajien roolia kuntoutusjärjestelmässä.

3.2 Kuntoutajat ja kuntoutuksen palveluntarjoajat

Kuntoutus on laaja monialainen toimintakokonaisuus, joka jakautuu julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin alaisuuteen. Päävastuu kuntoutuksesta on julkisella sektorilla. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 53–54; Kuntoutusvastuut 2015.) Kuntoutus on prosessi, jossa on alku ja loppu. Kuntoutus sisältää tavoitteet, toiminnan, loppuarvion ja seurannan. Kuntoutuksen erityisyys syntyy kokonaisvaltaisesta intensiivisestä tavoitteellisesta prosessista. Tämä kuntoutusprosessi on suunnitelmallinen, toiminnallinen ja pitkäjä-

teinen. Ominaista kuntoutusprosessille on jatkuva toiminnan seuranta ja tavoitteiden toteutumisen arviointi. Lisäksi kuntoutus on monialaista ja moniammatillista toimintaa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 33; Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2017.) Palveluntuottajien tasolla haasteina ovat etenkin pitkäkestoisemmissa tai monimuotoisemmissa kuntoutusprosesseissa palveluketjujen epäyhtenäisyyden haasteet (Järvikoski & Härkäpää 2011, 55). Tämä opinnäytetyö vastaa näihin haasteisiin kehittämällä kohdeorganisaation kuntoutuspolkua asiakkaan näkökulmasta. Kun kohdeorganisaation sisäinen prosessi on kunnossa, sen yhdistäminen osaksi kuntoutusverkkoa on yhdenmukaisempaa.

Kuntoutuksen lähtökohtana on yksilön kokema ongelma, esimerkiksi vamma tai sairaus, ja tarve päästä eroon ongelmasta. Ongelma tarkoittaa sitä, että yksilön tilanne on hänen asettamansa tavoitetason kanssa ristiriidassa. Tavoitetaso määrittyy usein suhteessa yksilön aiempaan kokemukseen tai vertaisten tasoon. Nykytila voi olla esimerkiksi kivuliampi tai rasittavampi kuin ennen. Yksilö on oman tilanteensa asiantuntija ja ammattilainen taas kuntoutuspalvelujen ja niiden vaikuttavuuden asiantuntija. Asiantuntijat määrittävät yksilön kuntoutustarvetta lainsäädännön ja kuntoutusorganisaation ohjeiden mukaisesti. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 59–60.)

Yksilön kuntoutuksessa on mukana aina myös taloudellinen näkökulma eli arvio eri tavoin kohdennettujen palvelujen kustannusten ja hyötyjen suhteesta. Kuntoutumistarvetta muovaavat aina sen hetkiset yhteiskunnalliset arvot, olosuhteet ja tavat määrittellä kuntoutusta. Kuntoutumis- ja kuntouttamistarvetta määrittävät myös historialliset, kulttuuriset ja taloudelliset tekijät. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 59–60.) Tämän hetkisiä asiakkaan tason haasteita kuntoutuksessa ovat putoaminen järjestelmien väliin tai tarvittavia palveluja vaille jääminen. Kuntoutus ei ole yhdenvertaista eikä aina oikea-aikaista. Tämä voi johtua esimerkiksi kuntoutuksesta vastaavan tahon vaihtumisesta. Myös syrjäytymisvaarassa olevien pääsyn kuntoutukseen on arvioitu olevan haasteellista. (Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 36–37; Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 14.) Kuntoutujat, joiden voimavarat eivät riitä aktiiviseen toimijuuteen, ovat vaarassa jäädä kuntoutuspalvelujen ulkopuolelle. Ammattilaisen haastava rooli suhteessa kuntoutujaan on toimia sekä ulkopuolisena asiantuntijana että kuntoutujan etujen ajajana (Järvikoski & Härkäpää 2008, 60). Seuraavassa alaluvussa kuvaan neurologisen kuntoutuksen erityispiirteitä.

3.3 Neurologinen avokuntoutus

Neurologisen kuntoutuksen asiakkaalla voi olla taustallaan aivoverenkiertohäiriö, lihas-sairaus, selkäydin- tai ääreishermostosairaus, MS-tauti, Parkinsonin-tauti, aivotrauma, päänsärky tai muu kiputila, kehityksellinen hermoston sairaus tai häiriö, kuten CP-vamma tai kehitysvamma tai muu neurologinen sairaus. Aivoverenkiertohäiriöt ovat merkittävimpiä neurologiseen kuntoutukseen johtavia sairauksia. Sydän ja verisuonitautirekisterin mukaan 23 230 suomalaista sairastui aivoverenkiertosairauksiin (AVH) vuonna 2012 (Sydän- ja verisuonitautirekisteri 2015). Aivoliiton arvion mukaan 50 %:lle sairastuneista jää pysyvää haittaa sairastumisestaan (Aivoliitto 2016). Tämä tarkoittaa vuosittain jopa noin 11 000 uutta avohoidon piiriin kuuluvaa AVH-kuntoutujaa. Käypä-hoito -suositus suosittaa kaikille pysyvästä haitasta kärsiville AVH-kuntoutujille jatkuvaa, säännöllistä kuntoutusta loppuelämäksi (Käypä hoito 2016). Neurologisen kuntoutuksen asiakkaina on myös kuntoutujia, joilla on hyvin harvinaisia neurologisia sairauksia, joita esiintyy vain muutamilla Suomessa, joten neurologinen kuntoutus vaatii ammattilaisilta laaja-alaista osaamista ja moniammatillista yhteistyötä. Kuntoutuksesta vastaava tiimi rakentuu kuntoutujan yksilöllisten tarpeiden mukaan.

Suurin osa neurologisista kuntoutujista saa kuntoutusta Kansaneläkelaitoksen, kunnan, sairaanhoitopiirin tai vakuutusyhtiön maksusitoumuksella. Neurologiselle kuntoutukselle on tyypillistä kuntoutuksen pitkäaikaisuus. Tässä opinnäytetyössä tutkitaan kuntoutujia, jotka saavat pääsääntöisesti vaativaa lääkinällistä kuntoutusta. Kansaneläkelaitos järjestää vaativaa lääkinällistä kuntoutusta pitkäaikaisen kuntoutustarpeen perusteella (Martin 2012, 204).

Neurologisen kuntoutuksen tarkoitus on tukea asiakkaan arkea. Kuntoutuja ja ammattilainen luovat yhdessä asiakaslähtöiset tavoitteet. Asiakaslähtöisen ajattelun vahvistuminen neurologisessa kuntoutuksessa näkyy tällä hetkellä voimakkaimmin kuntoutuksen tavoitteen asetteluun muutoksissa. Kansaneläkelaitos on tuonut tavoitteiden asettamiseen ja luomiseen Goal Attainment Scaling (GAS) -menetelmän. Vuoden 2018 alusta Kansaneläkelaitos pyytää jokaisen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaan kohdalta GAS-tavoitteen tai -tavoitteet. Tämä GAS-tavoitteisto ohjaa kuntoutujalähtöiseen ajatteluun ja tekee tavoitteiden saavuttamisen arvioinnista spesifimpää. Lisäksi se auttaa työntekijöitä kiinnittämään huomiota asiakkaalle merkityksellisiin tavoitteisiin ja tavoitteen asetteluun. (Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2017; GAS-menetelmä, 2018.)

Opinnäytetyössäni käsittelen neurologista kuntoutusta fysioterapian ja toimintaterapian näkökulmasta. Neurologisessa fysioterapiassa liikunta- ja toimintakykyä pyritään vahvistamaan ja ylläpitämään erilaisilla pääsääntöisesti aktiivisilla harjoitteilla. Neurologinen fysioterapia sisältää myös manuaalista terapiaa sekä apuvälinepalveluja. Toimintaterapiassa tuetaan asiakasta itsenäiseen arjen toimintaan toimintakyvyn rajoituksista huolimatta. Neurologinen avofysioterapia ja -toimintaterapia voivat toteutua sosiaali-, terveysterveys-, ja kuntoutuspalvelujärjestelmän yksityisellä tai julkisella puolella. (Suomen fysioterapeutit 2014; Aikuisten toimintaterapia 2017; Lääkinnällinen kuntoutus 2017; Kansaneläkelaitos 2017.)

Asiakaslähtöisyyden ja toimintakyvyn kokonaisvaltaisen arvioinnin ohella toinen meillä oleva murros neurologisessa kuntoutuksessa on hoitoketjujen kehittämistyö. Esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöt ovat olleet yksi Terveysterveys- ja hyvinvoinninlaitoksen erikoissairaanhoidon hoitoketjujen toimivuutta, vaikuttavuutta ja kustannuksia kartoitettavan PERFECT-hankkeen tarkastelun kohde (PERFECT-hanke 2017; Kuntoutusasiain neuvottelukunta 2017). Tutkimusten mukaan AVH-kuntoutujat hyötyvät saumattomasta varhain kotiin toteutetusta avokuntoutuksesta (Koso ym. 2016). Seuraava merkittävä askel on panostaa hoitoketjun saumattomaan jatkuvuuteen myös avokuntoutuksen puolelle. Opinnäytetyöni vastaa tähän tarpeeseen tarkastelemalla asiakkaiden kokemuksia kuntoutuspolusta ja heille merkityksellisiä tekijöitä avokuntoutuksessa. Tarkastelun tulosten pohjalta saadaan kehitettyä asiakaslähtöisempi kuntoutuspolku avokuntoutuksen puolelle. Seuraavassa alaluvussa tarkastelen asiakkaan asemaa ja autonomian toteutumista neurologisessa kuntoutuksessa.

3.4 Asiakkaan asema ja autonomia neurologisessa kuntoutuksessa

Kuntoutuja nähdään 2000-luvulla palvelujen valitsijana eli kuluttajana. Kuntoutuja on aktiivinen osallistuja, joka tekee itsenäisiä päätöksiä. Tässä ihannemallissa ammattilaisen rooli on tietoon perustuvien vaihtoehtojen antaminen ja kuntoutujan tukeminen. (Viitanen & Piirainen 2013, 116–117.) Neurologisessa kuntoutuksessa kuntoutujan itsenäisen päätöksenteon ja aktiivisen osallistumisen eli autonomian haasteet liittyvät sairauden tai vamman vaikutuksiin liittyviin tekijöihin ja ammattilaisten taitoon tukea asiakkaan autonomiaa. Fyysinen vamma voi rajoittaa itsemääräämisoikeutta, mutta se ei

välttämättä vaikuta itsenäiseen päätöksentekoon. Kognitiiviset heikkoudet puolestaan heikentävät päätöksenteon mahdollisuuksia, vaikka toiminta voi olla täysin itsenäistä. Asiakkaalla voi olla esimerkiksi vaikeutta ymmärtää päätöksensä vaikutuksia tai puutteellinen käsitys toimintakyvystään. (Sim 1998, 3–9.) Asiakaslähtöisyyden toteutuminen neurologisessa kuntoutuksessa ei ole täysin yksiselitteistä myöskään yhteiskunnallisella tasolla. Esimerkiksi vammaisten asumispalveluja kilpailutetaan kuulematta lainkaan asukkaiden ääntä (Virkamäki 2016). Neurologisen kuntoutuksen arjessa kuntoutujien tyytymättömyys kilpailutuksiin näyttää viikoittain.

Koukkari (2010) haastatteli väitöskirjaansa 22 kuntoutujaa heidän käsityksistään kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisestaan. CP-vammaiset nuoret ja nuoret aikuiset, ikääntyvät ja työikäiset AVH-kuntoutajat kokivat kuntoutuksen toimintakyvyn edistymisenä, opiskelu- tai työelämän tavoitteluna sekä sopeutumisenä muuttuneeseen tilanteeseen. Kuntoutajat kuvasivat toimintakykyään psyykkisten, fyysisten ja sosiaalisten tekijöiden kautta, korostaen fyysistä toimintakykyä. Fysioterapian rooli korostui kuntoutujien käsityksissä kuntoutuksesta, ja liikkumisen harjoittamista pidettiin merkittävänä osana kuntoutusta. Fysioterapian koettiin ensisijaisesti ehkäisevän toimintarajoitteita ja lisäävän elämän mielekkyyden kokemusta. Kuntoutajat kokivat oman tuetun aktiivisuuden ja autonomian toteutumisen edistävän kuntoutumista. Kuntoutuksen koordinointi ja työelämään siirtyminen nähtiin kuntoutuksen ongelmakohtina. (Koukkari 2010, 3, 63–174.) Fyysisen toimintakyvyn roolin korostuminen näyttää myös arjessa fysioterapian roolin korostumisena kuntoutuksessa. Tämä näyttää myös neurologisten kuntoutujien kokemuksissa.

Asiakkaan autonomia neurologisessa kuntoutuksessa voi toteutua toimintakyvyn puutteista huolimatta. Tällöin ammattilaiselta vaaditaan omien, kuntoutujan, omaisten ja muun hoitavan henkilökunnan odotuksien kriittistä tarkastelua. Ammattilaisen on tärkeä kiinnittää työssään huomiota siihen, ettei hän verbaalisesti tai non-verbaalisesti ohjaa asiakasta omia odotuksiaan vastaaviin tavoitteisiin, sillä kuntoutujan omien tavoitteiden ja ympäristön tavoitteiden välinen ero voi olla suurikin. Kuntoutuja on monessa suhteessa riippuvainen ammattilaisen antamasta tiedosta ja ohjauksesta. Tästä huolimatta kuntoutuksen tavoitteiden tulee rakentua kuntoutujan arvoista ja prioriteeteista käsin. Jos mahdollista, esteetön kommunikaatio tukee asiakkaan kykyä tehdä päätöksiä kuntoutuksensa suhteen. Kuntoutusprosessin aikana tavoitteiden ja kuntoutujan odotusten jatkuva selkeyttäminen ja kuntoutuksen etenemisen esiintuominen asiakaslähtöisesti

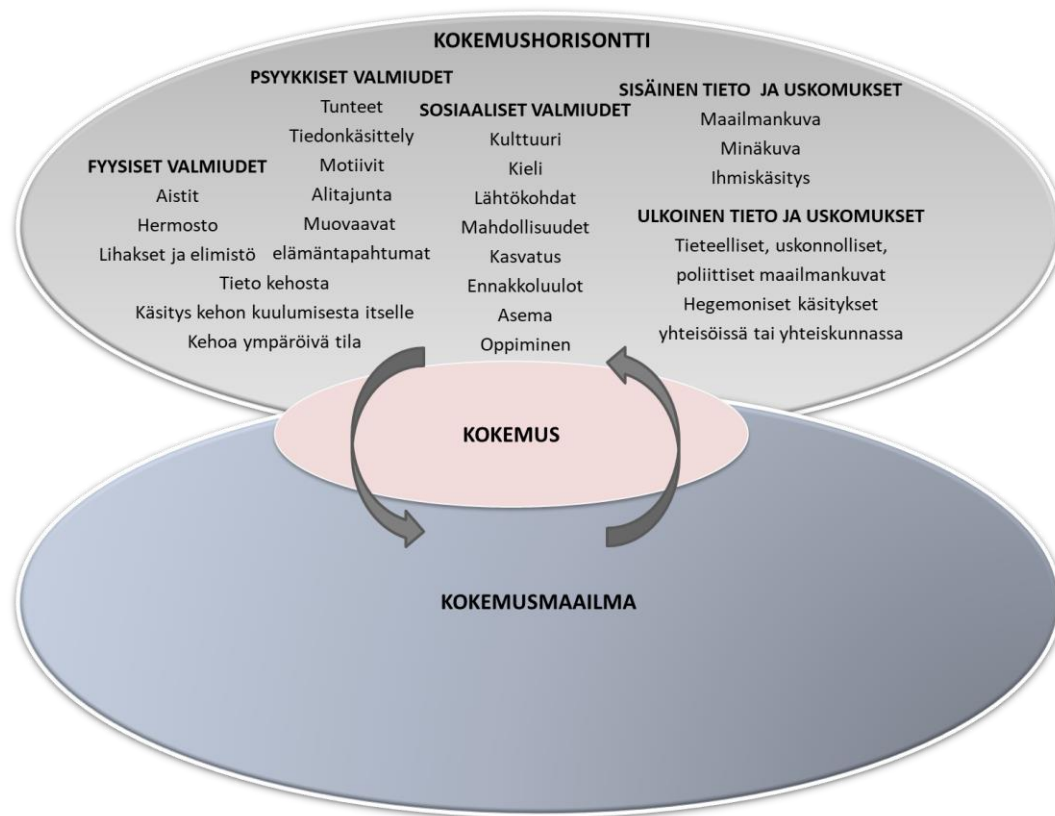
vahvistavat autonomiaa. Moniammatillisuus osaltaan lisää autonomiaa, sillä yksittäisen ammattilaisen vaikutus kuntoutujan kuntoutumiskokemukseen vähenee. Kuntoutuja voi myös siirtää päätösvaltaa kuntoutuksestaan ammattilaiselle ja kokea autonomiaa, sillä autonomia mahdollistaa kuntoutujan osallistumisen kuntoutukseensa siinä määrin kuin hän haluaa. Ammattilaisen on tärkeä muistaa, että asiakkaan subjektiivinen käsitys kuntoutumisestaan ja tavoitteistaan on hänelle objektiivista käsitystä merkityksellisempi. (Sim 1998, 3–9.) Kokemusta ilmiönä ja kokemuksen muodostumista käsittelemme tarkemmin seuraavassa luvussa.

4 KOKEMUS ILMIÖNÄ JA TUTKIMUSKOHTENA

Tässä opinnäytetyössä kokemuksella viitataan prosesseihin, jotka muokkaavat ihmisen elämismaailmaa ja kokemushorisonttia. Kokemus voi syntyä ainoastaan, kun tajunnan toiminta kohdistuu kohti maailmaa eli se edellyttää, että ihminen on tietoinen itsestään, mutta samalla kykenevä suuntaamaan tajunnallista toimintaa itsensä ulkopuolelle. Fenomenologian kehittäjän Edmund Husserlin mukaan kokemus on aina ensimmäisen persoonan tapahtuma, jossa mieli suuntautuu kohti maailmaa – enemmän tai vähemmän tietoisesti – ja jonka pohjalta eletty maailma rakentuu. Vaikka kokemus on ensimmäisen persoonan (*minä näen oman*) kokemus, elämismaailma on aina intersubjektiivinen eli ihmiset jakavat sen merkityksiä. (Smith 2007, 181–184, 218–222.) Tässä luvussa käsitelen kokemusta ilmiönä ja kokemuksen muodostumista palvelutilanteessa. Lopuksi kuvaan käyttäytymistaloustieteilijä Kahnemanin teoriaa kokemuksen muodostumisesta ja tämän teorian soveltamista palvelutapahtumaan ja tähän opinnäytetyöhön.

4.1 Kokemus kokonaisvaltaisena ilmiönä

Kokemus muotoutuu ja ilmenee kokijalle useiden eri tekijöiden kautta. Kokijan henkilökohtainen kokemushorisontti eli fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten valmiuksien sekä tiedon, uskomusten, yhteiskunnan ja kulttuurin yhteistoiminta vaikuttaa siihen, miten ja millaiseksi kokemus muodostuu elämismaailmassa. Jokainen kokemus muokkaa henkilökohtaista kokemushorisonttia, ja henkilökohtainen kokemushorisontti määrittää sen, millaisina tulevat kokemukset näyttäytyvät. Näin todellisuus muuttuu merkitykselliseksi suhteessa kokijan henkilökohtaiseen kokemushorisonttiin. Ihminen peilaa koettua itseän ja itseä koettuun. Tästä syystä kokemusta tutkiessa tutkitaan kokijaa ja koettavaa asiaa, erottamatta näitä toisistaan. (Kotkavirta 2002, 15–33; Smith 2007, 223, 226–228; Perttula 2011, 115–123; Rajala 2016; Parviainen 2006, 70–71; Parviainen 2016, 11–14.) Kokemusta kokonaisvaltaisena ilmiönä on kuvattu kuviossa 1.



KUVIO 1. Kokemus kokonaisvaltaisena ilmiönä

Tässä opinnäytetyössä kokemusta kuvataan kokonaisvaltaisena ilmiönä. Kokemusta on tarkasteltu perinteisesti holistisesti. Holistista ihmiskäsitystä kuvaavat muun muassa Rauhala (2005) ja Perttula (2011), joille ihmisen olemus todellistuu tajunnallisena, kehollisena ja situationaalisena. Kehollisuus konkretisoi ihmisen olemassaolon orgaanisten toimintojen kautta. Tajunnallisuus kuvaa kehon olemassaolon oivaltamista. Situationaalisuudella taas tarkoitetaan olemassaolon suhdetta elämäntilanteeseen. (Rauhala 2005, 32.) Koska kuntoutus on ruumistyötä (bodywork), holistisen ihmiskäsityksen käsitys ruumiista jää vajaaksi kuntoutuksen kontekstissa. Ruumistyön ominaispiirteitä ovat keho ja kehon ympärille järjestetty työ, jossa kehot toimivat vastavuoroisesti kosketuksen, liikkeen, hoidon, mobilisoinnin ja arvioinnin kautta. (Twigg 2006; Wolkowitz 2005; McDowell 2009; Rajala 2018.) Holistisen ihmiskäsityksen kuva kehosta itsessään on orgaanis-aineellinen ja tajuton (Rauhala 2005, 39). Tietoisuus kehosta erotetaan siis puhtaasti tajunnan toiminnaksi. Tämä erottelu ei anna riittävän syvällistä kuvaa kehollisesta kokemuksesta, joka voi olla myös tiedostamatonta. Kehollinen kokemus voi esimerkiksi olla aisti-informaatiota kehon asennosta ja liikkeistä. Fenomenologinen näkökulma laajentaa tätä näkökulmaa kehollisesta kokemisesta.

Suomalaisten fenomenologien Klemolan (2004) ja Parviaisen (2006) mukaan kehollisuus sisältää fyysisen kehon lisäksi tietoisuuden kehosta. Tietoisuus kehosta sisältää ajatuksen kokijan kyvystä tunnistaa esimerkiksi liikkeen jäykkyyttä tai sulavuutta ja analysoida sen vaikutuksia (Parviainen 2016, 12). Fenomenologiassa Merleau-Ponty ja Husserl kuvaavat objektikehon (Körper) ja koetun kehon (Leib) jakoa. Objektikeho käsittelee ulkoiset tekijät, kuten luuston, lihakset, elimet ja sidekudokset. Tämä kuvastaa tieteen näkökulmaa kehoon. Koettu keho on läsnä henkilökohtaisessa kokemushorisontissamme. Emme koe kehoamme luina ja lihaksina vaan elämän perustana. (Smith 1995, 181–184 ; Romdenh-Romluc 2011, 62–102; Klemola 2004, 77–78.) Perinteisessä kehollisuuden tulkinnassa ei ole huomioitu eletyn kehon ja objektikehon eroa, vaan niitä on pidetty identtisinä (Klemola 2004, 79).

Koska kuntoutus on ruumistyötä, kehollisuuden tunnustaminen osana kuntoutusta sekä työntekijän että kuntoutujan näkökulmasta on keskeistä kuntoutustoiminnan ymmärtämiseksi (Rajala 2018, 67). Kehotietoisuus, joka kuuluu tähän kokonaisvaltaiseen ymmärrykseen, vahvistaa ammattilaisen kykyä asettua tarkastelemaan asiakkaan kokemusta. Emme kuitenkaan voi koskaan asettua toisen ihmisen kokemusmaailmaan ja ymmärtää täysin hänen kokemustaan, sillä kokemus rakentuu aina suhteessa kokijan aiempiin kokemuksiin, kulttuuriin, uskomuksiin ja valmiuksiin. Kehotietoisuutemme kautta voimme omata hyvin eritasoisia kykyjä asettua toisen kokemuksen rinnalle. Esimerkiksi Klemolan (2004) mukaan kokemus omasta kädestä ei ole koskaan sama kuin kokemus jostain esineestä pöydällä. Siihen liittyy aina kokemuksellinen näkökulma. Samoin, kun katsomme toisen ihmisen kättä, olemme tietoisia tästä kokemuksellisesta näkökulmasta. Mitä tietoisempia olemme omasta kokemuksellisesta kehostamme, sitä syvempi on kokemuksemme toisesta tuntevana yksilönä. (Klemola 2004, 80–81.)

Tässä opinnäytetyössä pyrin ymmärtämään tutkittavien kokemustarinoita ja niiden merkityksiä samalla kun tutkittava pyrkii ymmärtämään omaa kokemustaan ja sen merkitystä itselleen (Smith ym. 2009, 2–3). Ymmärrys henkilökohtaisesta kokemushorisontista ja jaetuista kokemusten merkityksistä auttavat asettumaan tutkittavan rinnalle hänen kokemuskertomuksessaan. Kokemus on kokijan mielipidettä laajempi ilmiö. Tutkiakseeni kokemusta minun tulee ymmärtää kokemuksen ilmiön laajuus saadakseni syvällistä tietoa tutkittavasta aiheesta. IPA-metodissa kokemuskertomusten tulkinnassa tarkastellaan myös sitä, mitä haastateltava ei suoraan kerro vastauksessaan ja mitä hän pyrkii saavuttamaan vastauksellaan. (Smith & Osborne 2007, 53–54.) Tässä opinnäytetyössä

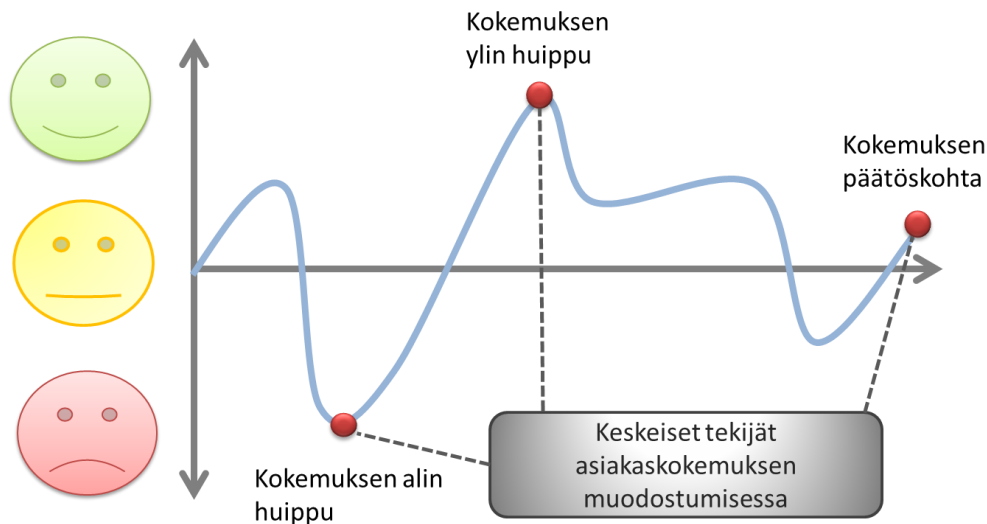
vuosien kokemustaustani ruumistyöstä ja kehotietoisuuden harjoittamisesta lisää kykyäni havainnoida epäsuoria kokemuskertomuksia. Se, että kokemus rakentuu aina suhteessa kokijan aiempiin kokemuksiin, kulttuuriin, uskomuksiin ja valmiuksiin vaikuttaa myös haastateltujen kokemuksiin kuntoutuspolustaan. Seuraavassa alaluvussa käsitellän kokemuksen muodostumista palvelutilanteessa.

4.2 Kokemuksen muodostuminen palvelutilanteessa ja huippu–loppu-sääntö

Palvelukokemuksen muodostuminen on jatkuvassa muutoksessa. Esimerkiksi asiakkaan kokemus kuntoutumisestaan ja kuntoutuksestaan muuttuu jokaisella käyntikerralla. Palvelu on vuorovaikutusta asiakkaan kanssa, ja palvelun arvo luodaan yhdessä asiakkaan kanssa. Vanha kokemus rakentuu uudeksi suhteessa asiakkaan kokemuksiin, esimerkiksi ympäristöstä, edistymisestään, yrityksen ilmapiiristä tai vuorovaikutuksesta terapeutin kanssa. Palvelukokemus on aina ihmisten välistä toimintaa eikä siksi ole standardoitavissa. Jos kuvitteellisesti monistaisimme täysin samanlaisia palvelukokemuksia, kokemus asiakkaalle olisi kuitenkin joka kerralla erilainen. Asiakkaan kokemus peilautuu aina suhteessa hänen senhetkiseen kokemushorisonttiinsa. On kuitenkin tekijöitä, joilla voimme vaikuttaa asiakkaan kokemukseen. Tämän vuoksi henkilöstön johtamisen lisäksi huomio tulee suunnata asiakkaan johtamiseen, sillä asiakas on palvelun toimeksiantaja eli palvelun lähtökohta. (Smith 1995, 223, 226–228; Rantanen 2016, 37–38, 57–58; Räsänen & Valvanne 2017, 27–28.)

Perinteisesti ajatellaan, että asiakas luo yksittäisestä palvelukokemuksesta mielikuvan positiivisten ja negatiivisten kokemusten keskiarvon perusteella. Taloustieteen Nobelpalkittu psykologi ja käyttäytymistaloustieteilijä Daniel Kahneman on tutkimuksissaan kokemuksen muodostumisesta huomannut, että palvelukokemusmuistoissa painoarvoa saavat kokemus palvelutapahtuman lopetuksesta ja hetki, jolloin koettiin palvelukokemuksen negatiivisin tai positiivisin huippu. Negatiivisten ja positiivisten kokemusten merkitys muistoissa korostuu etenkin toistuvissa palvelutilanteissa. Kahneman on luonut huippu–loppu-säännön (Peak-End Rule) asiakaskokemuksen muodostumisesta (kuvio 2). Hän kuvaa ihmisen muistojen ja kokemusten rakentumista kokevan minuuden ja muistavan minuuden välillä. Palvelutilanteeseen soveltaen asiakkaan kokemus palvelutapahtumasta muodostuu asiakkaan muistavan minuuden luoman tarinan mukaan. Asiakas rakentaa mielessään palvelutilanteesta tarinan, jossa merkityksellisiksi tekijöiksi

muodostuvat palvelutilanteen huippukohta ja se, miten palvelutilanne päättyy. Huippukohta voi olla negatiivinen tai positiivinen huippu. Muistavan minuuden huippuhetkestä ja palvelutilanteen päätöksestä rakentama tarina ohjaa pääsääntöisesti asiakkaan päätöstä palveluntarjoajaa uudelleen valitessa. (Kahneman 2012, 432–425; Kahneman 2010; Korttesniemi 2013.)



KUVIO 2. Palvelukokemuksen muodostuminen. (Korttesniemi 2013, soveltaen Aittokallio 2018.)

Palvelutilanteissa on väistämätöntä, että asiakkaille syntyy myös negatiivisia palvelukokemuksia. Olennaista kuitenkin on tunnistaa asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja vastata niihin palvelukokemusten negatiivisiin huippuihin niin, että positiivinen huippu ja/tai palvelutapahtuman loppukohta ylittävät negatiivisen huipun. Asiakaspalautteen aktiivinen kerääminen ja asiakasymmärryksen kasvattaminen ovat olennaiset tekijät positiivisten palvelukokemusten muotoilussa. Asiakasymmärryksen kautta tuotettu lisäarvo mahdollistaa negatiivisten huippujen kontrolloinnin ja positiivisten huippujen vahvistamisen. (Do, Rupert & Wolford 2008, 86–98; Korttesniemi 2013.) Asiakasymmärrystä sosiaali- ja terveysalalla voidaan vahvistaa palvelumuotoilun keinoin, ja tämä menetelmä onkin saanut runsaasti suosiota Suomessa viime vuosina. Palvelumuotoilussa asiakkaat otetaan tasa-arvoisina toimijoina mukaan palvelujen suunnitteluun, kehittämiseen ja uudelleenmuotoiluun. Palvelumuotoilu on yhteissuunnittelun pohjalta tehtävää kehittämiskohteiden tarkastelua, vaihtoehtojen tutkimista, visualisointia ja sidosryhmätyöskentelyä. (Harisalo 2013b, 37; Vaajakallio & Mattelmäki 2013, 59–60.)

Käyttäytymistaloustieteen teorioiden soveltaminen sosiaali- ja terveysalalle ei ole täysin saumatonta. Dolan ja Kahneman (2008) esittävät artikkelissaan, että terveydenhuollon asiakkailta tulisi olla nykyistä enemmän asiakaskokemuksiin perustuvia mittareita ja informaatiota päätöstensä tueksi esimerkiksi palveluntarjoajaa valitessa. Tämä ajatus on saanut kritiikkiä siitä, ettei se huomioi esimerkiksi mahdollista asiakkaan hoitovastaisuuden suhdetta asiakaskokemukseen tai asiakkaan kyvyttömyyttä arvioida kokemukseen (Wolff ym. 2012). Asiakkaalle tarkoituksenmukaisin hoito ja paras mahdollinen asiakaskokemus saattavat olla ristiriidassa keskenään. Huippu–loppu-sääntö on kuitenkin sovellettavissa suurelta osin neurologiseen avokuntoutukseen, silloin kun asiakkaalla on tukea ja voimavaroja tehdä päätöksiä palveluntarjoajaa valitessaan. Tässä opinnäytetyössä kulkee taustalla ajatus huippu–loppu-säännöstä ja sen mahdollisesta soveltamisesta neurologisessa avokuntoutuksessa. Tarkastelen asiakkaiden kokemuskertomuksia huippu–loppu-säännön kautta. Kysymykset parhaasta mahdollisesta ja pahimmasta mahdollisesta kuntoutumiskokemuksesta muodostin tämän teorian pohjalta.

Kun tavoitteena on asiakkaiden tyytyväisyys terveydenhuollon palveluihin, tulisi ensin tuntea asiakas ja pyrittävä ymmärtämään asiakkaan odotukset palvelulle. Asiakkuuden määrittely ja odotusten ja tarpeiden tunnistaminen ovat tärkeitä tekijöitä terveydenhuollon asiakastyytyväisyyden ennakoinnissa. (O'Connor, Trinh & Shewchuk 2000.) Epäonnistunut asiakkuuden määrittely tai väärät oletukset asiakkaiden odotuksista voivat johtaa tehottomaan resurssien käyttöön ja asiakastyytymättömyyteen (Mazurenko, Zemke & Lefforge 2016, 320). Kuntoutuksessa palvelukokemuksen muodostuminen lähtee kuntoutujan näkemisestä aktiivisena toimijana, jonka kokemus ja oman tilanteensa asiantuntijuus tulevat näkyväksi kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa. (Leplege ym. 2007, 1555–1565; Martin, M. 2012, 204–208.) Asiakkuuksia johtamalla voidaan yhdistää asiakkaan toiveet ja kuntoutus niin, että kuilu odotusten ja todellisen kuntoutumiskokemuksen välillä on mahdollisimman kapea. Seuraavassa luvussa tarkastelen asiakkuuden määrittelemisen ja asiakkuuksien johtamisen erityispiirteitä sosiaali- ja terveysalalla. Lisäksi tarkastelen asiakaslähtöisyyden ja palvelumuotoilun roolia tässä opinnäytetyössä.

5 ASIAKKUUS JA JOHTAMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSALALLA

Suomessa sosiaali- ja terveysalalla asiakkuus perustuu lakiin ja asiakkaan laillisiin oikeuksiin. Perusoikeus terveyspalveluihin puoltaa terveydenhuollon kansalaisnäkökulmaa. Terveydenhuollon yksityistäminen ja ulkoistaminen ovat taas vahvistaneet asiakkuus- ja kuluttajanäkökulmaa. Käsitteet ja kieli muuttavat suhtautumistamme asioihin. Käsitteitä voi tulkita monin eri tavoin ja siksi niiden määrittely on tärkeää. Käsitteiden seuraavissa alaluvuissa joidenkin sosiaali- ja terveysalan käsitteiden määritelmien vahvuuksia ja heikkouksia. Lisäksi tiivistän palvelumuotoilun ja asiakkuuksien johtamisen perusajatusta ja erityispiirteitä sosiaali- ja terveysalalla.

5.1 Asiakas vai potilas

Terveydenhuollon palvelujen käyttäjistä puhutaan termein asiakas, kuluttaja, potilas, kansalainen, kumppani ja veronmaksaja. (Deber, Kraetschmer, Urowitz & Sharpe 2005, 345–351; Virtanen ym. 2011, 16–18; Mazurenko ym. 2016) Asiakkaan tarpeista ja toiveista lähtevää terveyspalvelujen tuottamista kuvataan käsittein asiakaskeskeisyys, asiakaslähtöisyys, potilassuuntautuneisuus, potilasymmärrys ja kysyntälähtöisyys (Virtanen ym. 2011, 18; Kaarakainen & Syrjänen 2012, 117–121; Van de Velde, Devisch & De Vriendt 2015, 1567–1568). Hallinnollisesta näkökulmasta sosiaali- ja terveyspalvelujen erityispiirteitä ovat asiakkaaksi siirtymisen ehdot. Tämä tarkoittaa, että palvelun saaminen vaatii perusteen palvelun tarpeelle. (Virtanen ym. 2011, 16–18.)

1990-luvulla ”asiakas”-termi tuli terveysalalle julkishallinnon yksityistämisen ja markkinalähtöisyyden myötä. 1990-luvun puolivälissä jo 1960-luvulta alkaen tuloaan tehneet innovaatioteoriat rantautuivat Suomeen. Teorioiden taustalla on ajatus kansallisesta kilpailukyvyistä eli tarve lisätä tuottavuutta ja tehokkuutta. Sosiaali- ja terveysalalla tämä näkyy verkostoitumisena, julkisen ja yksityisen sektorin välisenä yhteistyönä sekä tulosjohtamisena. Kilpailukyvyn korostumisen myötä tulosta alettiin johtaa myös julkishallinnon puolella. Tämä johti asiakkaiden roolin korostumiseen aktiivisina toimijoina ja palvelujen käyttäjinä, ei kohteina. Tämä määritelmän muutos on saanut terveyspalvelujen käyttäjissä aikaan ristiriitaa. Tätä ristiriitaa selittää osaltaan terveyspalvelujen moninaisuus. Se, kuka tulkitaan asiakkaaksi, on ristiriitaista. Terveydenhuollon palvelu-

ja nimittäin käyttävät sekä vahvaa terveydenhuollon tukea tarvitsevat asiakkaat että normaaliin elämänrytmiin liittyvien palvelujen käyttäjät. (Virtanen ym. 2011, 15; Seeck 2012, 291–293; Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2013, 12–13; Eräsaari 2014, 125–131.)

Asiakkuusajattelun etuja palvelujen käyttäjien näkökulmasta ovat mahdollisuus valita palvelujen tuottaja, mahdollisuus valita esimerkiksi henkilökohtaisen budjetin turvin haluamansa palvelut ja osallistuminen palvelujen kehittämiseen. Etenkin osallistuminen palvelujen kehittämiseen ja kokemusasiantuntijuus ovat sosiaali- ja terveystalouden tulevaisuuden trendejä. Sekä asiakkaiden että terveydenhuollon henkilöstön puolelta kritiikkiä saavat aiempaa tiukemmin rajatut asiakastyön käynti- ja aikamäärät. Toisin sanoen jokaiselle toimenpiteelle on hintalappunsa ja hoitoprosessit ovat rajattuja. Tuotteistamisen riskinä ovat asiakkaan jääminen vaille tarvitsemaansa palvelua, työntekijöiden motivaation hiipuminen omaan työhön vaikuttamismahdollisuuksien vähentyessä. (Eräsaari 2014, 125–131; Matthies 2014, 58–59; Toikko 2014, 166–170.) Tutkimukset termien käytöstä vahvistavat asiakas- ja potilas-käsitteiden käytön haasteita.

Mazurenko ym. (2016) haastattelivat tutkimuksessaan 85 terveydenhuollon ammattilaisista ja potilasta yhdysvaltalaisissa sairaaloissa. He kysyivät viideltätoista potilaalta ja omaiselta, näkevätkö nämä itsensä sairaalan asiakkaina vai potilaina. Suurin osa haastatelluista koki itsensä potilaaksi. Haastateltavat kuvasivat kokevansa itsensä potilaiksi lisääntyneen pelon, ymmärryksen puutteen ja päätöksenteon vaikeuden vuoksi. Hoitotyötä tekevistä hieman yli puolet piti potilaita asiakkaina, mutta osa heistä oli myös sitä mieltä, ettei potilasta tulisi identifioida asiakkaaksi. Kuitenkin asiaa tarkastellessaan hoitotyötä tekevät kuvasivat tarvittaessa potilaan hoidon menevän asiakaspalvelun edelle, jopa asiakaspalvelun kustannuksella. Suurin osa sairaaloiden hallinnon työntekijöistä näki potilaat asiakkaina. Lääkäreistä taas suuri osa ei mieltänyt potilaita asiakkaiksi. He perustelivat näkemystään sillä, ettei potilaalla ole riittävää osaamista tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä. Lääkärit näkivät potilaan asiakkaana vain tilanteissa, joissa hän voi valita, haluaako hoitoa vai ei. Tutkimuksessa lääkärit ja sairaanhoitajat toteavat ”asiakas on aina oikeassa” -lähestymistavan sairaanhoidon kontekstissa haastavaksi, koska potilaalle mieluisat toimintatavat eivät välttämättä vie hänen tilaansa eteenpäin. Esimerkiksi potilaan herättäminen yöllä tajunnan tilan tarkastamiseksi ei ole välttämättä mieluinen asiakaskokemus, mutta terveyden kannalta tärkeää. Tutkimuksen mukaan myös hoitotyötä tekevien pyrkimykset asiakaslähtöiseen toimintaan saattavat häiritä hoitotyötä ja

sen priorisointia. (Mazurenko ym. 2016.) Tulokset ovat samantyyppisiä kuin vuonna 2005 Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa. Deber ym. (2005) tutkivat, miten rintasyöpää, eturauhasen sairauksia, HIV:tä tai AIDSia sairastavat ja murtumapotilaat haluavat tulla kuvatuiksi. Termit asiakas, kuluttaja, kumppani ja selviytyjä saivat tutkimuksessa haastatelluilta vahvaa vastustusta, ja termi potilas koettiin valideimmaksi (Deber ym. 2005, 345–351).

Historiallisesti kuntoutuksen lähtökohtana on ollut toiminnan vajavuuden ajatus, ja kuntoutujia on pyritty sopeuttamaan ja hoitamaan. Kuntoutustoiminta on perustunut ammattilaisten tekemiin mittauksiin ja arvioihin, joiden pohjalta kuntoutujan tavoitteet on määriteltä. Tämä yksisuuntainen toimintamalli näkee asiakkaan toimintojen kohteena. Vammaisjärjestöt ovat kritisoineet tätä toimintamallia korostaen kuntoutujan tarpeista lähtevää toimintaa ja kuntoutujan omia vaikutusmahdollisuuksia. Myös yhteiskunnan ja ympäristön esteettömyyden haasteet ovat viime vuosina saaneet kritiikkiä ympäri maailman. 2000-luvun molemmin puolin on nähtävissä kehitystä kohti kuntoutujalähtöistä kuntoutusta. (Leplege ym. 2007, 1555–1565; Martin, M. 2012, 204–208; Viitanen & Piirainen 2013, 116–117.) Nykyisin avokuntoutuksessa kuntoutuja nähdään asiakkaana, jolla on vapaus valita palveluntarjoaja ja olla oman tilanteensa asiantuntija kuntoutuspolullaan. Valinnan vapautta rajoittavat palvelun tilaajan kuten Kansaneläkelaitoksen ja kuntien asettamat rajat. Keskeistä kuitenkin kuntoutuksen kehityksessä on, ettei asiakasta nähdä palvelujen kohteena vaan yhdenvertaisena toimijana ammattilaisen kanssa. (Virtanen ym. 2011, 15; Toikko 2014, 166–170.)

Tausta-ajatuksena tässä opinnäytetyössä on kuntoutujan kokemuksen ja oman kokonaisvaltaisen tilanteensa asiantuntijuuden hyödyntäminen avokuntoutuspalvelujen kehittämisessä. Käytän opinnäytetyössäni palvelutalouden ja asiakkuuksien johtamisen termiä asiakas huomioiden termin heikkoudet sosiaali- ja terveysalalla. Seuraavissa alaluvuissa käsittelen asiakaslähtöisyyden käsitettä ja sen määrittelyn haasteita terveydenhuollossa.

5.2 Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveysalalla

Kulutustottumusten muutos on muokannut myös terveysalaa markkinalähtöisemmäksi, ja oman hoidon suunnittelu painottuu yhä enemmän terveydenhuollon asiakkaalle. Asiakkaiden kokemukset, toiveet ja osallistuminen ovat korostuneet viime vuosina terveyspolitiikassa ja terveyspalveluissa. Tämä on vaikuttanut myös asiantuntijälähtöisen ajattelutavan laskuun. (Nolan ym. 2014; Aalto ym. 2017, 1; Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Terveyspalvelujen asiakslähtöisyys on myös yksi hallituksen kärkihankkeista (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.). Terveydenhuollossa käytetään erilaisia, jokseenkin samaa tarkoittavia termejä kuvaamaan tätä terveydenhuollon ja asiakkaan välistä suhdetta. Tässä alaluvussa avaan näitä termejä, niiden sisällöllisiä merkityksiä ja asiakslähtöisyyden mahdollisuuksia ja haasteita kuntoutuksessa.

Kaarakainen ja Syrjänen (2012) kuvaavat asiakkaan tarpeista ja toiveista nousevaa terveyspalvelujen tuottamista käsittelevässä kirjallisuuskatsausartikkelissaan näiden termin moninaisuutta. Artikkelin mukaan hoitotieteessä puhutaan asiakaskeskeisyyden sijaan potilassuuntautuneisuudesta, jonka pyrkimyksenä on kommunikoinnin keinoin lisätä potilaan ymmärrystä hoidostaan. Potilasyymmärrys taas tarkoittaa, että potilas ymmärtää terveydentilaansa ja sen hoitoa. Tätä ymmärrystä voidaan lisätä sillä, että henkilökunta kertoo riittävästi potilaalle hänen hoidostaan eli potilassuuntautuneisuudella. Tällainen asiakkaan tilanteen tunteminen ja ammattilaisen ja asiakkaan välinen kommunikatio antavat asiakkaalle valmiuksia osallistua hoitoonsa. Asiakaskeskeisyydessä, potilas- ja asiakassuuntautuneisuudessa, kysyntälähtöisyydessä, kuluttajälähtöisyydessä ja yksilökeskeisyydessä keskeisiä tekijöitä ovat asiakkaan toiveet ja tarpeet hoitopolullaan. Nämä hieman eriaisteiset mutta samansuuntaiset näkökulmat näkevät asiakkaan autonomian hoidon lähtökohtana. Asiakkaan päätöksenteon mahdollisuuksia vähentää heikentynyt ymmärrys omasta tilasta tai keinottomuus kuvata toiveitaan. Ammattilainen voi vahvistaa päätöksenteon mahdollisuuksia antamalla tietoa asiakkaalle hänen tilanteeseensa sopivilla keinoilla. (Kaarakainen & Syrjänen 2012, 117–121.) Esimerkiksi Bosmana, Boursa, Engels ja de Wittea (2008) kuvaavat tutkimuksessaan kotihoidon asiakkaiden olleen tyytyväisiä asiakkaan kokonaistilanteen huomioivaan työtapaan, jossa asiakkaat saivat tehdä arjen tasolla päätöksiä itselleen merkityksellisten asioiden osalta. Asiakslähtöisyydestä puhuttaessa on kuitenkin syytä muistaa tasapuolisuus, jotteivät yksittäisen asiakkaan valinnat vie tilaa niiltä asiakkaita, jotka eivät ole yhtä kykeneviä tekemään valintoja. (Pirhonen 2017, 21.)

Kysyntään perustuvat terveyspalvelut, esimerkiksi palvelusetelit, herättävät keskustelua asiakkaan asiantuntijuudesta ja ammattilaisen kanssa jaetusta asiantuntijuudesta hoitoa koskeissa päätöksissä (Kaarakainen, & Syrjänen 2012, 119–120). Kysyntälähtöisten terveyspalvelujen riskit liittyvät vastuuseen liittyviin kysymyksiin, kun päätökset hoidosta ovat asiakkaan käsissä. Kysyntäorientoituneen näkökulman haasteet ovat ammattilaisen vastuussa tarjota asiakkaalle oikein mitoitettuja palveluja. Toisaalta kysyntään perustuvat palvelut voivat nostaa ja ylläpitää kilpailun kautta yksityisten palvelujen laatua. (Rijckmans, Bongers, Garretsen & Van de Goor 2007, 49, 59; Kuusinen-James 2012, 81–82.)

Koska asiakaslähtöisyys on tässä ajassa suosittu termi, riskinä on, että käsitys kokee inflaation. Siksi on hyvä pohtia, mitä asiakaslähtöisyys tarkoittaa silloin, kun asiakkaan kyky itsenäiseen päätöksentekoon on kokonaan tai osittain heikentynyt. Asiakaslähtöisyys lähtee yksilön persoonan tunnustamisesta, autonomiasta ja yksilön toimijuuden kokemuksesta. Tunnustaminen tarkoittaa asiakkaan arvojen ja mieltymysten huomioimista. Jos arvojen kysyminen ei ole mahdollista, hoidon tulisi perustua ihmisyyden arvostamiseen ja ammattilaisen kykyyn jatkuvasti peilata käsitystään hyvästä hoidosta. Tunnustamista voidaan ilmentää myös tukemalla asiakkaan tunneilmaisua, yhteisellä huumorilla tai toiveiden huomioinnilla. (Pirhonen 2017, 24.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen väestökyselyn mukaan suomalaisen terveydenhuollon palvelujen käyttäjät kokevat potilaan kunnioittavan kohtaamisen terveydenhuollossa toteutuvan kohtalaisen hyvin. Haasteita terveydenhuollossa Suomessa nähtiin hoitoon pääsyssä, omaan hoitoon osallistumisessa ja palvelujen yhteen sovittamisessa. (Aalto ym. 2017, 1, 7–9.)

Leplege ym. (2007) painottavat kuntoutujalähtöisyyden olevan palvelujen tuloksellisuuden lähtökohta. Kuntoutuspalvelujen käyttäjiä kutsutaan kuntoutujiksi ja palveluja tarjottaessa pyritään kuntoutujalähtöisyyteen. Kuntoutujalähtöisyys rakentuu samoista tekijöistä kuin asiakaslähtöisyys. Kuntoutujalähtöisyys on moniulotteinen käsite, jonka tulkinta on kirjavaa. Kuntoutujalähtöisyys tarkoittaa kuntoutujan yksilöllisten kuntoutustarpeiden, tavoitteiden ja motivaation ymmärtämistä. Olennainen osa kuntoutujalähtöisyyttä on kuntoutujan arkielämän haasteiden integroiminen kuntoutukseen, mikä näkyy kuntoutuspalvelujen toteuttamisympäristöjen laajenemisena. Olennaista kuntoutujalähtöisyydessä on kuntoutujan näkeminen aktiivisena osallistujana, jonka kokemus ja oman tilanteensa asiantuntijuus tulevat näkyväksi kuntoutusprosessin kaikissa vai-

heissa. (Leplege ym. 2007, 1555–1565; Martin, M. 2012, 204–208.) Henkilökunnalla tulee olla selkeät mallit kuntoutujalähtöiselle työtavalle ja eettinen vastuu laadukkaan kuntoutuksen pitämiseen etusijalla. (Virtanen ym. 2011, 15; Toikko 2014, 166–170.)

Kuntoutuja- tai asiakaslähtöisyyttä on haastavaa tutkia kovin yksiselitteisesti neurologisessa kuntoutuksessa. Asiakaslähtöisyys on rajattu tutkimuksissa erilaisiin teemoihin, kuten tavoitteiden asettaminen ja ammattilaisen ja kuntoutujan yhteinen päätöksenteko. Myös tulokset asiakaskeskeisyyden hyödyistä neurologisessa kuntoutuksessa ovat ristiriitaisia. Tämä johtunee tutkimuksen mukaan siitä, että aiheeseen liittyvän teorian ja käytännön toteutuksen välillä on suuria eroja. (Van de Velde ym. 2015, 1567–1568.) Van de Velden ym. (2015) mukaan asiakaslähtöinen näkökulma neurologisessa kuntoutuksessa vaatii terapeutilta biolääketieteellistä asiantuntijuutta ja valmentavaa psykososiaalista rinnalla kulkemista ja liikkumista näiden näkökulmien välillä asiakkaan tarpeiden mukaan. Asiakkaan osallisuuden näkeminen tasaveroisena edellyttää ammattilaisen tiedon ja asiakkaan kokemuksen pitämistä samanarvoisina. Myös asiakastietojen kerääminen vain virallisten lomakkeiden ja mittarien avulla ei anna tilaa asiakaslähtöiselle hoitotahdolle. Tutkimuksen mukaan epävirallinen keskustelu johti paljon kokonaisvaltaisempaan tiedonsaantiin asiakkaan hoitotahdosta. (Van de Velde ym. 2015, 1576.)

Asiakaslähtöinen ajattelu ja sen toteuttaminen vaativat asiantuntijalta ammattilaisen ja rinnallakulkijan rooleissa toimimista. Ammattilainen voi omalla toiminnallaan vaikuttaa merkittävästi siihen, onko kuntoutus aidosti asiakaslähtöistä. Tämä lähtee ammattilaisen kyvystä tunnustaa asiakkaan arvoja ja mieltymyksiä, tukea asiakkaan autonomiaa ja tunnustaa asiakkaan tasavertaisuus. Myös palvelujen muotoilun lähtökohtana on ajatus palvelujen käyttäjien asiantuntijuudesta ja tasavertaisuudesta palvelujen tarjoajan ja käyttäjän välillä (Tuulaniemi 2011, 7–9; Miettinen, 2011, 18). Seuraavassa alaluvussa käsittelem palvelun käyttäjien aktiivista osallistumista palvelupolkunsa kehittämiseen eli asiakaslähtöistä palvelujen muotoilua.

5.3 Palvelutiede ja palvelumuotoilu sosiaali- ja terveysalalla

Asiakaslähtöisen ajattelun vahvistumiseen on vaikuttanut myös Suomen talouden palvelultaistuminen viime vuosina. Tulevaisuuden työ tulee olemaan yhä enemmän asiantuntija- ja palvelutyötä. Tämä muutos vaatii ymmärrystä palvelutyön erityispiirteistä. (Honkatukia, Tamminen & Ahokas 2014, 1.) Palvelutieteestä haetaan vastausta tähän muutokseen. Palvelutiede tarkastelee teoreettisesti palvelun näkökulmasta hallinnollisia rakenteita, teknologiaa, taloutta ja asiakkaita. Aiemmin palvelua on tarkasteltu organisaatiosta ja organisaation strategiasta käsin. Palvelutiede korostaa asiakaslähtöistä tapaa johtaa, organisoida ja rakentaa tuotantoa. Palvelutieteen tavoitteena on luoda teoria palveluista ja palveluun liittyvistä tekijöistä kohdistuen huomio palveluihin. (Laitinen 2013a, 7; Harisalo 2013a, 15.) Harisalo (2013b) kuvaa terveyspalveluja palveluiksi, joissa on keskeistä tuntea asiakkaalle merkitykselliset hetket ja syy-seuraussuhteet. Tämän lisäksi vaaditaan dialogista luovaa vuorovaikutusta asiakkaiden, sidosryhmien ja henkilöstön kanssa (Harisalo 2013b, 37).

Palvelujen tuottamisessa on kyse asiakkaalle tuotettavasta arvosta, ja palvelumuotoilua pidetään vastauksena asiakaslähtöiseen tapaan muotoilla palveluja. Palvelun ytimessä on ihminen ja palvelun arvo muodostuu, kun sitä käytetään. Yksinkertaista palvelua ei ole olemassa, jos asiakas ei kuluta sitä. Palvelun arvo syntyy asiakkaan kokemuksesta. Jotta voidaan tuottaa kokemuksia, tulee asiakkaalle antaa syvälinen rooli palvelujen muotoilussa. (Grönroos 2009, 100; Tuulaniemi 2011, 7–9; Harisalo 2013b, 40–42.) Palvelumuotoilu on ongelmanratkaisua, joka lähtee asiakkaalle merkityksellisten asioiden, tarpeiden ja toiveiden ymmärtämisestä. Palveluja muotoilemalla pyritään ennakoimaan asiakkaan tarpeita ja toiveita. (Tuulaniemi 2011, 7–9; Miettinen, 2011, 18, 21.) Tyypillisesti asiakas osaa kuvata tarpeitaan, mutta harva osaa kuvitella kaikkia mahdollisuuksia, joita palveluntarjoajalla on mahdollisuus tarjota (Tuulaniemi 2011, 9). Esimerkiksi kuntoutuksessa asiakkaiden tarpeet ovat yksilöllisiä, keskenään erilaisia, moninaisia ja muuttuvia. Tämä vaatii kuntoutuksen tarjoajalta joustavuutta ja ketterää reagoitua asiakkaiden muuttuviin tarpeisiin. Jotta näitä tarpeita voidaan tunnistaa ja ennakoita, tulee asiakkaat saada mukaan kuntoutuspolun muotoiluun. Kuntoutuspolun muotoilu vaatii syvällistä tietoa asiakkaiden kokemuksista ja siitä, mitkä kokemukset ovat heille merkityksellisiä. (vrt. Laitinen 2013b, 88–106.)

Palvelumuotoilun rinnalla kulkee aina myös yrityksen taloudellinen tavoite. Pyrkimyksenä on rakentaa kannattavaa palvelua pitäen asiakas palvelun ytimessä. Perinteisesti asiakasarvoa määrittää, kuinka usein asiakas on valmis käyttämään palvelua, kuinka paljon hän on valmis maksamaan siitä ja suosittelisiko hän palvelua muille. (Tuulaniemi 2011, 102–106.) Kuntoutuksessa asiakkaalla on mahdollisuus valita ja vaihtaa palveluntarjoaja (Kansaneläkelaitos, 2017). Näin ollen asiakasarvoa määrittää etenkin asiakkaan sitoutuminen palveluun ja se, suosittelisiko asiakas palvelua muille.

Palveluntarjoajan tulee tunnistaa asiakas eli ymmärtää, miksi hän tarvitsee palvelua ja millainen hän on. Palvelumuotoilussa puhutaan empatiasta asiakasta kohtaan. Tämä tarkoittaa kykyä nähdä palvelupolkua ja sen osa-alueita asiakkaan silmin. (Hämäläinen, Vilkkä, Miettinen 2011, 61, 63.) Tässä opinnäytetyössä on ajatuksena vahvistaa tätä asiakasymmärrystä. Opinnäytetyössä selvitän ilman ennakko-oletuksia, mikä asiakkaalle on merkityksellistä avokuntoutuksessa, kiinnittäen huomion myös niihin tarpeisiin, joita asiakas ei itse tiedosta. (Hämäläinen ym. 2011, 61, 63.) IPA tutkimusmenetelmänä sopii hyvin palvelumuotoiluun, sillä se tarkastelee tutkittavien kokemuksilleen antamia merkityksiä ja kokemuskertomusten taustalla olevia merkityksiä, joita haastateltava ei välttämättä kuvaa suoraan. Tyypillisessä palvelumuotoiluprosessissa suositaan ketterämpiä tiedonkeruumenetelmiä ja tiedonkeruun tulosten pohjalta rakentuvan prototyypin testaamista. Tässä opinnäytetyössä pyrin rakentamaan syvällisen kuvan asiakkaiden kokemuksista palvelupolunsa eri vaiheissa ja nostamaan esiin merkitykselliset hetket palvelupolulla. Tuulaniemen (2011) mukaan palvelun kehittäminen ei kiinnosta pettyntä asiakasta, mikä johtaa siihen, ettei huonoista palvelukokemuksista saada palautetta, eikä niistä näin ollen opita. Esimerkiksi pelkkä numeerisen palautteen kerääminen ei sisällä asiakkaiden kehittämideoita. (Tuulaniemi 2011, 8.) Tarvitaan menetelmiä, jotka tarjoavat syvällistä tietoa asiakkaista. Tämän opinnäytetyön rooli on tarjota kokonaisvaltaista asiakasymmärrystä avokuntoutuksen asiakkaista. Näin saadaan esiin myös merkitykset asiakkaiden kokemuskertomusten taustalla ja vältetään mittaamisen liittyvää vinoumaa. Asiakaslähtöiseen ajattelun toteutuminen käytännön tasolla lähtee johtamisesta, jota käsittelen seuraavassa alaluvussa.

5.4 Asiakkuuksien johtaminen sosiaali- ja terveysalalla

Sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöisyys syntyy johtamisesta. Johto määrittelee asenteet, arvot ja käyttäytymisen eli tahtotilansa asiakaslähtöiseen ajatteluun osana yrityksen strategiaa. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että johdon puheiden ja tekojen tulee vastata toisiaan, jotta asiakaslähtöinen ajattelu saadaan juurrutettua organisaatioon. Asiakaslähtöisten palvelujen kehittäminen vaatii yritykseltä myös konkreettisia taloudellisia panostuksia, esimerkiksi asiakaskokemuksen kehittämisen vastuuhenkilön nimeämistä ja resurssien käyttämistä tähän kehitystyöhön. Asiakaskokemuksen kehittämisessä on aina mukana myös taloudellinen näkökulma. Kehitystyö tuo yritykselle tuottoa lisäntyneiden asiakkuuksien tuoman lisätulon lisäksi myös säästöjen kautta. Tuotto kertyy asiakkaiden pysyvyyden kautta, asiakkaan valmiudesta maksaa enemmän hyvästä palvelusta ja asiakkaiden toimimisesta palvelun suosittelijana. Suosittelemalla tulevat asiakkaat ovat myös herkempiä pysymään palveluntarjoajalla ja suosittelemaan palvelua. Suositteleminen luo säästöä esimerkiksi markkinointikuluihin. (Virtanen ym. 2011, 18; Räsänen & Valvanne 2017, 21–22.) Asiakkuuksien johtamisen tarkoitus on vahvistaa organisaation kykyä säilyttää hyviä asiakkuuksia ja tavoittaa uusia asiakkaita (Salminen 2014, 118). Asiakkuuksien johtaminen on pitkäkestoista kehittämistyötä, jonka keskiössä ovat asiakkaan ja henkilökunnan johtaminen.

Sosiaali- ja terveysalan asiakkuudet rakentuvat yksilö- ja perheasiakkaista, todellisista ja mahdollisista palvelujen käyttäjistä ja muista organisaatioista eli palvelun tilaajista (Virtanen ym. 2011, 8). Palveluja arvioitaessa, hallittaessa ja ohjattaessa haluttuun suuntaan tulee tunnistaa asiakkaat, ymmärtää heidän tarpeensa ja pystyä tuottamaan asiakkaan hyvänä kokemia palveluja (Grönroos 2009, 99). Kun asiakkaan laadukas kuntoutus on tärkein tavoite, johtaja, työyhteisö ja kuntoutajat yhdessä määrittävät, miten laatu varmistetaan (Räsänen & Valvanne 2017, 21). Sosiaali- ja terveysalalla asiakaslähtöisyys voi toimia arvona, jonka mukaan asiakas kohdataan yksilöllisesti ja ihmisarvoisesti sairaudestaan tai vammastaan huolimatta. Keskeisenä tavoitteena on myös palvelujen järjestäminen asiakkaan tarpeista käsin. Sosiaali- ja terveysalalle on ollut tyypillistä luoda palveluja organisaatiolähtöisestä näkökulmasta. Asiakaslähtöisen palvelun tulisi alkaa asiakkaan esittämistä tarpeista ja olla sisällöltään vastavuoroista. Ammattilaisen rooli on kertoa olemassa olevista kustannustehokkaista parhaista mahdollisista palvelukokonaisuuksista, ja asiakkaan rooli on toimia aktiivisena valitsijana. (Virtanen ym. 2011, 17–19.)

Asiakkaan ja palveluntarjoajan intressit eivät aina kohtaa. Haasteita voivat olla erilaiset kuilut asiakkaan toivoman palvelun ja palveluntarjoajan palvelulupauksen välillä tai asiakkaan palvelukokemukseen liittyvien odotusten ja palvelun toteutuksen välillä. Palveluntarjoajan ongelmana voi olla myös, että palvelulupaus ei vastaa tarjottua palvelua. Näihin ongelmiin voi vaikuttaa esimerkiksi se, ettei asiakas aina osaa ilmaista ilmeisiin pitämiä odotuksiaan tai että hän ei tiedä, mitä palvelua tarvitsee. Asiakkaalla voi myös olla palvelujen suhteen epärealistisia odotuksia, joiden toteutumattomuus johtaa pettymykseen. Mitä epäselvempiä palveluntarjoajan lupaukset ovat, sitä todennäköisemmin asiakas rakentaa epärealistisia odotuksia palvelulle. Se, mitä kokemuksia asiakas toivoo palvelulta, saattaa myös erota siitä, miten hän kokee palvelun. Tähän voivat vaikuttaa asiakkaan tunteet palvelukokemuksen aikana ja asiakkaan yleinen mieliala. (Grönroos 2009, 106, 111, 133–134.) Palvelutilanteissa yhteisymmärryksen saavuttaminen vaatii asiakasymmärrystä eli syvällistä tietoa asiakkaiden tarpeista, toiveista ja kokemuksista ja tämän tiedon aktiivista käyttämistä palvelujen kehittämiseksi. Asiakasymmärryksestä voidaan puhua vasta silloin, kun tieto toimii käytännön työn kehittämisen pohjana. Sosiaali- ja terveysalalla asiakasymmärrys sisältää myös asiakkaan perheen, yhteisön ja yhteiskunnan tarkastelua. (Virtanen ym. 2011, 17–19.)

Yksittäisessä palvelutapahtumassa asiakas rakentaa mielikuvien ja tunteiden kautta kokemuksestaan kertomuksen. Kokemustarina rakentuu palvelutapahtuman lopetuksesta ja hetkistä, jolloin koetaan palvelukokemuksen negatiivisin tai positiivisin huippu. Hyvä asiakaskokemus syntyy positiivisen huipun ja palvelutapahtuman päätöksen ylittäessä negatiivisen huipun. Huono asiakaskokemus syntyy siitä, että negatiivinen huippu on positiivista huippua syvempi, eikä palvelutapahtuman päätöksellä pystytä korjaamaan tätä kokemusta. (Do, Rupert & Wolford 2008, 86–98; Kahneman 2012, 432–425; Korttinen 2013.) Asiakkaiden kertomat tarinat ovat merkityksellisessä roolissa palvelujen myynnissä, sillä tuttavien suosituksilla tehdään tutkimusten mukaan palvelujen ostopäätöksiä. Aidot tarinat rakentuvat asiakkaille palvelutilanteessa luoduista huippukokemuksista. Nämä kokemukset kasvattavat asiakkaan lojaliteettia palveluntarjoajaa kohtaan. Palvelulupauksen ylittäminen ei vaadi suurta taloudellista panosta. Se vaatii kehittämisasennetta, kekseliäisyyttä ja asiakaskokemusten ymmärtämistä. (Kahneman 2012, 432–425.)

Asiakaskokemuksen kannalta työntekijöiden rooli on merkittävä, ja asiakkuuksien johtamisen näkökulmasta on olennaista pohtia, miten motivoida työntekijät tarjoamaan systemaattisesti asiakkaille mielekkäitä kokemuksia terveydenhuollon kontekstin huomioiden. Hyvinvoiva henkilökunta tuottaa hyviä palvelukokemuksia. Panostamalla henkilöstövoimavarojen johtamiseen ja työntekijöiden yksilöllisiin tarpeisiin luodaan pohja asiakaslähtöiselle toiminnalle.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Keräsin aineiston opinnäytetyöhöni kevään 2017 aikana. Opinnäytetyöni kohdeorganisaationa toimi Premium Oy, joka on vuodesta 1993 Tampereella toiminut neurologiseen kuntoutukseen alkujaan erikoistunut yritys. Tällä hetkellä Premium Oy tarjoaa neurologisen kuntoutuksen lisäksi muuta vaativaa kuntoutusta useilla erityisosaamisen alueilla, kuten tuki- ja liikuntaelinfysioterapiaa, psykofyysistä fysioterapiaa, toimintaterapiaa, puheterapiaa ja neuropsykologin palveluja. Premiumissa työskentelee toimintaterapeuteja, puheterapeutteja, fysioterapeutteja ja neuropsykologi. (Lähtenmäki 2018.) Tässä luvussa kuvaan ensiksi kuntoutuspolkua kohdeorganisaatiossa. Tämän jälkeen kuvaan opinnäytetyöni aineiston keruun ja lopuksi kuvailen aineistoa ja kirjoitan auki analyysin vaiheet.

6.1 Neurologisen kuntoutujan kuntoutuspolku kohdeorganisaatiossa

Asiakkaan kuntoutuspolku on työstetty Premium Oy:n laaturyhmän toimesta ja kuvattu yrityksen nettisivuilla. (kuvio 3) Kuntoutuspolku alkaa, kun Premium Oy saa tiedon uudesta asiakkaasta yhteistyökumppanin, asiakkaan yhteydenoton tai maksusitoumuksen kautta. Kuntoutuskoordinaattori ottaa asiakkaaseen yhteyttä viimeistään seuraavana päivänä ensimmäisestä yhteydenotosta. Hän haastattelee asiakasta tai omaista ja sopii yhteydenottoajan terapia-aikojen sopimiseksi. Tämän jälkeen asiakasohjausryhmä perehtyy uuden asiakkaan esitietoihin, lääkärin lausuntoon, kuntoutussuunnitelmaan ja aikaisempiin terapiapalautteisiin ja valitsee asiakkaalle sopivan ammattilaisen tai ammattilaiset. Asiakasohjausryhmä kokoontuu kaksi kertaa viikossa. Sopivan terapeutin löydyttyä toimisto varaa asiakkaalle ensikäynnin ja ensimmäiset ajat. (Premium Oy, 2017; Lähtenmäki 2018.)



KUVIO 3. Kuntoutuspolku (Premium Oy, 2017.)

Ennen ensikäyntiä vastuuterauttaja saa kaikki tiedossa olevat esitiedot asiakkaasta. Vastuuterauttaja perehtyy esitietoihin ja suunnittelee ensikäynnin sisällön: testit ja haastattelupohjan. Kuntoutuksen toteutus aloitetaan asiakkaan toimintakyvyn arvioinnilla. Premiuksessa kuntoutuksen toteuttamisessa on käytössä ICF-viitekehys ja sen mukaiset toimintakyvyn mittarit (ICF-luokitus, 2016). Lisäksi kuntoutuksessa käytetään biomekaniikkaan perustuvia mittaamisen tapoja, kuten voiman, nopeuden ja kiihtyvyyden mittaamista. Käytännössä esimerkiksi seurataan lihaskuntoharjoittelun toistoja ja vatsuksia, kävelynopeutta ja kävelymatkan pituutta. Kuntoutujan toimintakykyä seurataan koko kuntoutuksen ajan ja kuntoutuksen sisältö rakentuu suhteessa asiakkaan kanssa suunniteltuihin tavoitteisiin. Kuntoutus voi toteutua terapiatiloissa tai asiakkaan omassa toimintaympäristössä. Kuntoutuksen aikana etsitään asiakkaan arkeen sopivia toimintatapoja ja apuvälineitä. Kuntoutuksen yhteydessä tarjotaan ohjausta myös asiakkaan läheisille, avustajille ja hoitohenkilökunnalle. Kuntoutus sisältää tarpeen mukaan myös lajikokeiluja, asiointikäyntejä, yhteistyökäyntejä ja hoitoneuvotteluja. (Premius Oy, 2017; Lähtenmäki 2018.)

Kuntoutuksen tueksi Premius Oy tarjoaa kuntoutuskoordinaattorin palveluja. Kuntoutuskoordinaattori toimii asiakkaan tukena kuntoutuksen tukitoimiin liittyvissä asioissa, kuten sopeutumisvalmennuskursseille hakemisessa ja yhteydenpidossa yhteistyötahoihin. Muita kuntoutuksen tukitoimia ovat työkykykoordinaattorin palvelut, mahdollisuus etäkuntoutukseen, ympäristönhallintalaitteiden kokeilumahdollisuudet ja mahdollisuus tavata kokemusasiantuntijaa. (Kuntoutuskoordinaattorin palvelut, 2016; Lähtenmäki 2018.)

Kuntoutusjaksosta kirjoitetaan aina terapiapalaute asiakkaalle ja maksajataholle. Asiakkaan luvalla palaute lähetetään myös hoitavalle taholle. Palautteessa kuvataan asiakkaan esitiedot, toimintakyky, terapiasuunnitelma, tavoitteet, terapian toteutus sekä toimintakyky jakson lopussa. Palautteeseen kirjataan myös mahdolliset jatkosuositukset ja apuvälinetarpeet. (Premius Oy, 2017; Lähtenmäki 2018.) Tässä opinnäytetyössä kerään asiakkaiden kokemuksia heille merkityksellisistä tekijöistä kuntoutuspolullaan ja avokuntoutuksessaan. Seuraavassa alaluvussa kerron opinnäytetyöni aineiston keruun toteutumisesta.

6.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksyttiin ja sopimus tutkimuksen toteuttamisesta kohdeorganisaation kanssa tehtiin maaliskuussa 2017. Tämän jälkeen sovin kohdeorganisaation kanssa tutkimukseen liittyvistä yksityiskohdista ja tiedotin tutkimuksesta henkilökuntaa. Tutkimushaastattelut toteutin touko- ja kesäkuussa 2017. Aineistonkeruumenetelmänä toimi puolistrukturoitu teemahaastattelu, jossa kysymysten järjestys oli tarvittaessa muutettavissa haastateltavan vastausten mukaan. Valitsin haastattelun aineistonkeruumenetelmäksi, jotta tarvittaessa tarkentavien kysymysten avulla voin syventää aineistoa. Teemahaastattelujen tarkoituksena oli löytää asiakkaiden kokemuksia kuntoutuspolustaan ja tekijät, jotka ovat heille erityisen merkityksellisiä avokuntoutuksessa. Jäsentelin kysymykset käsittelemään sekä kuntoutumispolun eri osa-alueita että kuntoutumiskokemusta yleisesti. Haastattelukysymyksiä laatiessani kävin läpi kohdeorganisaation kuntoutuspolun visuaalisen ja kirjallisen kuvauksen. Kuntoutuspolun eri vaiheista valitsin ne, jotka näkyvät asiakkaalle kuntoutuksen arjessa. Nämä osa-alueet muokkasin haastateltavalle ymmärrettävään muotoon. Esimerkiksi terapeutin valintaan liittyvä kysymys oli ”Halusitko itse valita fysioterapeutin vai ehdotettiinko täältä terapeuttia?” Kuntoutuspolun eri osa-alueet olivat ajanvaraus ja terapeutin valinta, terapian suunnittelu, seuranta ja mittaukset, kirjallinen terapiapalaute, terapian toteutus ja asiakkaan omassa toimintaympäristössä tapahtuva seuranta ja ohjaus. Erityisen merkityksellisiä tekijöitä kartoittaessani kysyin, millainen olisi paras mahdollinen ja pahin mahdollinen kuntoutumiskokemus, jos kaikki olisi mahdollista. Liitteessä 2 on kuvattu puolistrukturoidun teemahaastattelun kysymysrunko.

IPA-menetelmälle tyypillisesti haastatteluissa oli tarkoituksenmukainen tutkittavien joukko. Kohdeorganisaation työntekijät pyysivät mukaan sopivia informanteja. Valintakriteereinä tutkimukseen olivat tutkittavan halu kertoa kuntoutumiskokemuksistaan ja neurologisessa kuntoutuksessa käyminen kohdeorganisaatiossa. Näin haastateltaviksi saatiin informanteja, joilla on merkityksellistä tietoa kuntoutumiskokemuksista neurologisessa kuntoutuksessa ja halu jakaa tietoaan. IPA:n idiografisen, erityisyyteen ja yksittäiseen perustuvan tutkimusotteen vuoksi haastateltaviksi sopivat asiakkaat, jotka ovat halukkaita kertomaan kokemuksistaan (Smith ym. 2009, 29). Kohdeorganisaation henkilökunta motivoitui kiitettävästi haastateltavien rekrytointiin, ja jokaisen työntekijän asiakkaista vähintään yksi osallistui tutkimukseen.

Haastatteluun kutsutut saivat haastattelukutsun, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, haastatteluun tarvittava aika, tutkimuksen ajankohta ja haastattelun nauhoittaminen. Liitteessä 3 on kuvattu tutkimukseen kutsuttujen saama haastattelukutsu. Haastatteluun kutsuttiin 15 haastateltavaa, joista 13 osallistui haastatteluun. Yksi kutsutuista kieltäytyi osallistumasta ja yhden kanssa yhteistä haastattelu-aikaa ei löytynyt. Ennen haastattelua kerroin haastateltavalle tutkimuksen tarkoituksen ja osallistujien henkilöllisyyden salaamiseen, aineiston keräämiseen ja säilyttämiseen liittyvät seikat. Lisäksi painotin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Korostin haastatteluun osallistuville, etten kerro haastateltavaa tunnistettavasti yksittäisistä vastauksista kohdeorganisaation henkilökunnalle. Tätä korostin siitä syystä, että olen toiminut kohdeorganisaatiossa työntekijänä. Tämän keskustelun jälkeen tutkittava sai allekirjoitettavakseen liitteenä 4 olevan tutkimussopimuksen.

Esihaastatteluna käytin ensimmäistä haastattelua. Esihaastattelun pohjalta varsinainen kysymysrunko ei muuttunut, mutta tein haastattelukysymyksistä helpommin ymmärrettäviä sitomalla ne arkeen ja mukailemalla haastattelutilanteessa asiakkaan käyttämää kieltä. Haastattelut toteutin kohdeorganisaation kahdessa eri toimipisteessä ja yhden haastateltavan kotona touko-kesäkuun aikana 2017. Kohdeorganisaatio oli varannut haastatteluille yhden hoituhuoneistaan. Nauhoitin haastattelut ja tallensin ne salasanoin suojattuun pilvipalveluun.

Aloitin haastattelut jutustelemalla haastateltavan kanssa hetken ennen varsinaista haastattelua. Näin sain haastattelutilanteisiin keskusteleavuutta ja turvallisuuden tuntua. Lisäksi pystyin hieman arvioimaan haastateltavan kognitiivisia ja kielellisiä taitoja. Sopeutin tarvittaessa puhetyyliäni haastateltavan tyyliin sopivaksi. Haastattelukysymykset loivat pohjan keskustelulle, jota ohjasivat haastateltavan esiin nostamat kokemukset. Kun haastateltavan kokemukset toimivat keskustelun keskiössä, saadaan esiin tutkijalle ennakoimatonta ja ennakko-oletuksista poikkeavaa tietoa (Biggerstaff & Thompson 2008, 217). Haastattelutilanteiden alussa keskustelin haastateltavien kanssa siitä, miten he olivat päätyneet kuntoutukseen ja miksi juuri kohdeorganisaatioon. Kysyin myös, mitä mieltä he olivat kuntoutuksesta kohdeorganisaatiossa. Vastaukset näihin kysymyksiin johdattelivat siihen, keskustelimme ensin kuntoutuspolun eri osa-alueista vai asiakkaille merkityksellisistä kokemuksista kuntoutuspolullaan. Haastattelutilanteessa annoin haastateltavien kertomuksille tilaa ja hyväksyin poikkeamat aiheesta, jotta haastattelu pysyi keskustelevana. Jos poikkeamat aiheesta liittyivät asiakkaan sairauden aiheut-

tamaan oireistoon, rajasin tiukemmin haastattelun kulkua. Puheen keskeyttämisestä ja rajaamisesta olin sopinut tarvittaessa haastateltavan kanssa ennen haastattelua.

Litteroin aineiston puheen tasolla kesällä 2017. Litteroinnissa tallensin myös aineiston kannalta olennaiset tauot, hymähdykset, naurun ja muun merkittävän materiaalin. Aineisto sisältää litteroitujen haastattelujen lisäksi kirjoittamiani huomioita haastattelutilanteeseen liittyen. Näin saadaan aineistosta esiin myös asiakkaiden kokemuksille rakentuneita merkityksiä. (Biggerstaff & Thompson 2008, 9.) Litteroitua aineistoa on 142 sivua rivivälillä 1. Seuraavassa alaluvussa kuvailen keräämäni aineistoa ja aineiston analyysin toteutusta opinnäytetyössäni.

6.3 Aineiston kuvailu ja analyysi

Opinnäytetyöni pohjaa ajatukselle, että haastateltavat ovat asiantuntijoita, kun kyse on heidän kokemuksistaan ja niiden merkityksistä sekä toiveistaan avokuntoutuksessa. Analyysivaiheessa on kuitenkin olennaista huomioida, että kokemuksen pukeminen sanoiksi saattaa olla haastateltavalle vaativaa (Smith ym. 2009, 80). Tässä haastatteluaineistossa olen huomionut myös neurologisiin sairauksiin liittyvät kognitiiviset ja kieleetiset haasteet. Tämä on huomioitu niin, että aloitin analyysin käymällä läpi kaikki litteroidut haastattelut nauhoitteita kuunnellen ja kirjasin huomioitani liittyen asiakkaan tapaan puhua ja kertoa kokemuksestaan. Erottelin esimerkiksi tahattomat toistot ja asian painottamisen toistaen tai syyt, miksi lause tai ajatus on jäänyt kesken. Haastattelujen haasteena voi myös olla, ettei haastateltava erinäisistä syistä kerro kokemuksista suoraan (Smith ym. 2009, 79–80). Esimerkiksi haastateltava voi välttää tyytymättömyytensä esiin tuomista. Näiden seikkojen vuoksi tarvittaessa tulkitin tutkittavan puhetta. IPA:ssa analyysi on tulkinnallista ja keskeistä on haastateltavien kokemuksilleen antamat merkitykset. (Smith ym. 2009, 1, 84, 88–90.) Tulkintojen tueksi käytän tulososiossa paljon suoria lainauksia, jotta lukija voi nähdä perusteet tulkinnalle.

IPA:ssa tyypillisesti aineistoa tarkasteltaessa rakennetaan kokonaistulkinta tutkittavasta aiheesta yksityiskohtia tulkitsemalla. Peruseriaatteena on, että aineiston analyysivaiheessa luetaan litteroitua aineistoa tarkasti läpi merkiten havaintoja ylös. Aineistosta etsitään toistuvia lauseita, tunteita, kuvauksia ja kommentteja. Luvuvaiheessa tutkija pyrkii sulkemaan ennakkokäsitykset ja kokemukset analyysistä pois, jotta saataisiin

aineiston erityiset ja ainutlaatuiset tutkimusaiheen kannalta merkittävät tiedot esiin. Uudelleen lukemisen aikana tunnistetaan ja yhdistellään aineistosta esiin nousevia teemoja. Jos osa aineistosta jää teemojen ulkopuolelle, tarkastellaan aineistoa uudelleen. Alkuperäisiä lainauksia pidetään mukana analyysissä koko prosessin ajan. Suorien kysymyksiin annettujen vastausten lisäksi tarkastellaan sitä, mitä tutkittavaa pyrkii vastauksillaan ilmaisemaan rakentaen linkki tutkittavan puheen, ajatusten ja tunteiden välille siinä määrin kuin se aineiston avulla on mahdollista tehdä. Viimeisessä vaiheessa luokitellaan ja ryhmitellään teemoja ja niiden suhteita ja taulukoidaan teemat. IPA:ssa analyysin toteutus ei ole ehdottoman tarkkarajaista, mutta aloittelevalle tutkijalle suositellaan alkuun pitäytymistä edellä mainitussa analyysiprosessissa. (Biggerstaff & Thompson 2008, 9–11; Smith & Osborn 2008, 53–54; Smith ym. 2009, 79–107.)

Opinnäytetyössäni sovelsin IPA:ta tutkimuskysymyksiini ja kuntoutuspolun eri vaiheiden tutkimiseen soveltuvalla tavalla. Aloitin aineiston tarkastelun lukemalla litteroidut tekstit ja kuuntelemalla nauhoitteita läpi samanaikaisesti. Merkitsin tekstiin huomioitani haastateltavan tavasta kertoa kokemuksistaan huomioiden tunteita ja toistuvia kuvauksia. Kiinnitin huomiota kertomuksiin, jotka toistuivat haastateltavan vastauksissa. Seuraavaksi yhdistelin haastatteluaineistosta nousevia ja toistuvia yksityiskohtia toisiinsa. Tämän jälkeen keräsin jokaisesta haastattelusta esiin nousseet yksityiskohdat eri tekijöiden ja kuntoutuspolun osa-alueiden alle. Teemoja olivat esimerkiksi hyvät kokemukset, huonot kokemukset, positiiviset huiput, negatiiviset huiput, ajanvaraus, fysioterapeutin valinta, terapian suunnittelu. Luin seuraavaksi jokaisen haastattelun läpi ja nostin kokemuksen kuvauksia ja tunneilmaisuja teemojen alle. Varmistin vielä teemojen johdonmukaisuuden tarkastelemalla, sopivatko kuvaukset teemojen alle ja sopivatko kaikki kuvaukset jonkin teeman alle. Tuloksia auki kirjoittaessani kävin jokaisesta haastattelusta läpi teemaan liittyvät pääkohdat. Kuuntelin tarvittaessa nauhoitetta saadakseni tunneilmaisut mukaan tuloksiin. Valitsin teemojen alle kuvaavat suorat lainaukset. Lainaukset on litteroitu ilman välisanoja, ja murre sanat on tarvittaessa muutettu luettavampaan ja haastateltavan anonymiteetin säilyttävään muotoon. Tämän jälkeen kirjasin toistuvat samankaltaisuudet ja eroavaisuudet tuloksiin numeroin, monenko vastaajan vastaukset olivat samankaltaisia tai toisistaan eroavia.

IPA-analyysin avulla saadaan haastateltujen kokemustarinoiden kautta esiin heille merkityksellisiä asioita kuntoutuspolullaan. Suorien vastausten lisäksi olennaista on ymmärtää haastateltavien kokemuksilleen luomia merkityksiä. Näin haastatteluista rakentuu syvälinen kuvaus asiakkaiden kokemuksista kuntoutuspolusta ja erityisen merkityksellisistä hetkistä avokuntoutuksessa. Seuraavassa luvussa esittelen tulokset asiakkaille merkityksellisistä asioista kuntoutuspolkunsu eri osa-alueilla. Fysioterapian roolin korostuneisuudesta johtuen tulokset painottuvat fysioterapiaan. Haastateltavat kertoivat usein kuntoutumiskokemuksistaan fysioterapiakokemusten kautta, vaikka heidän kuntoutukseensa sisältyi myös toimintaterapiaa. Koukkarin (2010) väitöskirjassa nousi esiin myös fysioterapian roolin korostuneisuus kuntoutuksessa, mikä johtunee fyysisen kunnan merkityksen korostuneisuudesta kuntoutuksessa.

7 ASIAKKAIDEN KOKEMUKSET KUNTOUTUSPOLUSTA

Tässä luvussa esittelen tutkimukseni keskeisimmät tulokset koskien kohdeorganisaation kuntoutuspolun eri osa-alueita. Kuntoutuspolkuun kohdeorganisaation kuvauksen mukaan kuuluvat: ajanvaraus, kuntoutuksen tarpeen arviointi, kuntoutuksen toteutus, kuntoutuksen seuranta, läheisten ohjaus ja ohjaus ja tuki asiakkaan toimintaympäristöön (Premius Oy, 2017). Tässä tulosluvussa kuntoutuspolun eri osa-alueet on kuvattu asiakkaiden näkökulmasta. Kuntoutuspolun eri osa-alueita asiakkaan näkökulmasta ovat kuntoutuksen ajanvaraus, fysio- tai toimintaterapeutin valinta, ominaisuudet ja pysyvyys, terapioiden suunnittelu, läheisten ohjaus, mittaaminen, lajikokeilut ja kotikäynnit sekä terapiapalaute. Kuntoutuspolku ei ole suora linja, sillä kuntoutujan yksilölliset tarpeet määrittävät, mikä osa-alue korostuu kuntoutuksen eri vaiheissa. Esitän tuloksissa nämä osa-alueet siinä järjestyksessä, jossa ne pääsääntöisesti ovat kuntoutuspolulla.

7.1 Kuntoutuksen ajanvaraus

Suurin osa haastatelluista on tyytyväisiä kuntoutuksen ajanvaraukseen (H1, H4, H6-H13). He kuvaavat ajanvarauksen sujuvan hyvin, ongelmitta ja saavansa itselleen sopivat ajat. Ajanvarauksesta käytetään ilmaisuja ”sujuu hyvin”, ”toimii moitteettomasti”, ”ihan hyvä” ja ”ei mitään ongelmia”. Alla haastateltavat kuusi ja yhdeksän kuvaavat kokemuksiaan ajanvarauksesta. Heidän kuvauksensa ovat hyvin samantyyppisiä kuin kahdeksan muunkin haastateltavan kuvaukset.

Mä oon esittänyt ne päivät, mitkä mulle parhaiten sopii. Sitten niitten mukaan on menty oikeestaan. Ei oo kyllä mitään ongelmia ollu. (H6)

No ei siin oo minkäänlaisia ongelmia. Justiinsa eilenkö niitä soiteltiin vai toissapäivänä ni ne tuli saman päivän aikaan sitten uudet ajat ja niillä pärjää taas melkein kaks kuukautta, toista kuukautta ainakin, että ihan ihan juoheesti vaikei ollu xx siel puhelimen päässä mutta siel keskusneiti oli ilmeisesti ottanu yhteyttä ja tuli sitte tekstiviestinä kaikki ajat, että ne saa sieltä laittaa sitten kalenteriin. (H9)

Suurin osa haastateltavista pitää merkityksellisenä aikojen sovittamista työ-, opiskelu- tai vapaa-aikaan (H1-H7, H9, H10-H13). Osa heistä kuvaa työ- tai opiskeluaikataulujen määrittelevän kuntoutuksen aikatauluja kuten haastateltava kolme:

No, ajanvaraus toimii kohtalaisen hyvin. Mutta koska mulla on päivät jolloin mä oon ottanut vapaat töistä, jotta mä voin järjestää fysioterapian siihen. – – Oon siis pyytännyt että varataan perjantain kaikki ajat koko kevääksi. Se, että sitä ei kerrota, että nää on kaikki varattu on vähän ärsyttänyt kun saa sen kuukauden pätkän vaan etukäteen tietoon. (H3)

Osa haastatelluista kuvaa fyysisiä syitä, joiden vuoksi on tärkeää, että kuntoutus toteutuu asiakkaalle sopivimpana ajankohtana. Esimerkiksi haastateltava yksi kuvaa vastauksessaan olevansa väsyneempi iltapäivisin ja näin ollen harjoittelun olevan helpompaa aamupäivisin:

Ne tietää että minä haluan [luettelee omat kuntoutusaikataulut] . Kyllä se onnistuu. – – Ja sitten mä huomaan että mun olotila on iltapäivällä väsyneempi, että näin aamupäivällä kun olen mä jaksan jumpata. (H1)

Vain yksi haastatelluista kokee tärkeänä, että kohdeorganisaation henkilökunta suunnittelee hänen aikataulunsa (H8). Osa haastateltavista kuvaa haasteita ajanvarauksessa (H2, H3, H5). Haasteita ovat fysioterapeutin aikataulun ja oman aikataulun yhteensovittaminen, vaihtuvat fysioterapia-aikataulut ja se, kun omaa vakiaikaa ei voi varata kuin kuukaudeksi eteenpäin. Ajanvarauksen haasteet aiheuttavat turhautumista, joka kuului asiakkaiden äänensävyissä tuhtumuksena. Lisäksi haastateltavat suosittelevat puhevammaisten huomioon ottamista ajanvarauksessa, esimerkiksi tarjoamalla tekstiviestijänvarausta, ja ajanvaraustulosten muokkaamista helppolukuisemmaksi.

Vastauksista näkyy, että itsemäärääminen ja sen mahdollistuminen eli autonomia on asiakkaille erittäin merkityksellistä kuntoutuksen toteutumisaikajankohdalla suunniteltaessa. Yksi haastatelluista haluaa, että fysioterapeutti ja avustajat suunnittelevat hänen aikataulunsa (H8). Vastuun antaminen aikataulujen järjestämisestä ammattilaisille ei automaattisesti tarkoita asiakkaan autonomian menetystä, vaan vaatii ammattilaiselta taitoa toimia kuntoutujan etujen mukaisesti. (Sim 1998, 5.) Ajanvarauksessa yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden huomioiminen nousee myös merkittävään rooliin. Lähes kaikki asiak-

kaat haluavat integroida kuntoutuksen osaksi arkeaan mahdollisimman sujuvasti. Ajanvarauksen sujuvuus on asiakkaille tärkeää. Jos ajanvarauksessa on haasteita, se koetaan negatiivisena kokemuksena.

7.2 Fysio- ja toimintaterapeutin valinta, ominaisuudet ja pysyvyys

Kaikki haastatellut kertovat päätyneensä kohdeorganisaatioon erilaisten suositusten kautta. Suosittelijoina olivat toimineet tuttavat, yrityksen yhteistyötahot ja terveydenhuollon ammattilaiset. Joillakin yrityksen tunnettavuus oli vaikuttanut päätökseen. Kukaan ei kuitenkaan ollut ennakkoon valinnut itse fysio- tai toimintaterapeuttiaan, eikä ennakkoon valitsemista pidetä merkityksellisenä. Kohdeorganisaatiosta oli suositeltu asiakkaille sopivaa terapeuttia. Tämän opinnäytetyön mukaan fysio- tai toimintaterapiasuhde on merkittävä osa jokaisen kuntoutujan kokemusta kuntoutuksestaan. Jokainen haastateltava liitti vastauksissaan tämänhetkiseen terapeuttiinsa positiivisia ilmaisuja, kuten ammattitaito, kuunteleminen ja hyvä henkilökemia. Taulukossa 1 esittelen asiakkaiden käyttämiä ilmaisuja liittyen omaan fysio- tai toimintaterapeuttiin.

Taulukko 1: Omaan fysio- tai toimintaterapeuttiin liitetyt ominaisuudet.

Omaan fysio- tai toimintaterapeuttiin liitetyt ominaisuudet
Kuuntelemisen taito (H1, H2, H4, H6, H7, H11, H13)
Ammattitaitoinen (H2, H3, H7, H8, H9, H11)
Hyvä henkilökemia (H2, H5, H6, H8, H9, H10)
Tuntee minut (H2, H5, H8, H12)
Joustavuus (H2, H4, H11)
Tiedonhalu (H2, H11)
Ystävällisyys (H9, H10)
Läheinen (H6, H12)
Luotettava (H7)

Omaan fysio- tai toimintaterapeuttiin liitetyissä merkityksellisissä ominaisuuksissa fysioterapeutin taito kuunnella toistuu vastauksissa useimmiten. Alla haastateltava kuusi kuvaa kuulluksi tulemisen kokemustaan:

Tässä on kuitenkin fysioterapeutin kanssa mahdollisuus sellaseen tilanteeseen jossa kaksi kertaa viikossa nähään niin tulee läheiseksi, niinku jaetaan sitten asioita. Ku on samanhenkistä ja sellasta. On sitten hyviä tai huonoja juttuja ku niitä jakaa niin sanotaan että välittäviä ihmisiä ei koskaan liikaa.(H6)

Haastateltavat kuvaavat eri tavoin kuuntelemista tärkeäksi ominaisuudeksi. Kuuntelemista kuvataan sen perinteisen näkemyksen lisäksi myös taktiilisena kuuntelemisena eli terapeutin kädentaitoina. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, miten fysioterapeutti osaa koskettaa asiakasta tälle sopivalla tavalla tai tuntee asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisesti. Asiakkaan kokonaisvaltaista tuntemista kuvaa haastateltava seitsemän, jolla on ollut pysyvä fysioterapeutti jo useita vuosia:

Hän tietää kyllä jo millainen mies on. Mitä kohtia pitää harjoittaa. (H7)

Toinen useasti toistuva arvostettu ominaisuus omassa fysio- tai toimintaterapeutissa on henkilökemia (H2, H5, H6, H8, H9, H10). Haastattelut kuvaavat henkilökemiaan liittyviä tekijöitä sanoin ”saman kielen puhuminen”, ”toimeen tuleminen”, ”samanhenkisyys” ja ”asioiden/ajatusten jakaminen”. Kokemuskertomuksissa näkyy samantyyppinen fysio- ja toimintaterapialle tyypillinen tiivis fyysinen ja psyykinen yhteistyö kuin haastatellun kaksi kertomuksessa:

Oikeestaan voi sanoo, itse jumpparin taidot on 10% henkilökemia 90%. Tää on niinku mun mielipide. – – Tässä ollaan hyvin intiimissä, läheisessä suhteessa jumpparin kaa. Jos henkilökemia ei toimi, ei siit tuu yhtään mitään. – – Se ei oo kyse siitä että tykkääkö toisesta vaiko eikö vaan se että ymmärretään toisia. Toinen osaa kuunnella.(H2)

Kolmas useasti toistuva arvostettu ominaisuus omassa fysio- tai toimintaterapeutissa on tiedollinen osaaminen, jota haastateltavat kuvaavat ammattitaidoksi (H2, H3, H7, H8, H9, H11). He arvostavat syvällisen tiedon saamista omasta vammastaan ja terapioissa käytetyistä harjoitteista. Alla olevassa esimerkissä haastateltava kolme kuvaa fysioterapeuttinsa ammattitaitoa:

Kunhan on työllensä silleen paneutunut että se tietää asioista ja osaa niinku, jos mä sanon et tää jumittaa tälle ja tälle. Se osaa selittää miksi se tekee sitä ja mitä sille voi tehdä. Ne on päteviä.(H3)

Fysioterapeutin pysyvyys ja vaihtuvuus nousivat esiin asiakkaiden kokemuskertomuksissa. Yli puolet haastatelluista kokee erityisen merkitykselliseksi, että oma fysio- tai toimintaterapeutti pysyvät samana (H1-H3, H5-H11). Syiksi he kuvaavat tuttuuden tunteen, yhteiset keskustelut ja asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tuntemisen. Haastatelluista neljä kokee fysioterapeutin vaihtuneen liian usein ja vaihtuvuuden haastavaksi (H1, H5, H12, H13). He kuvaavat uuden terapiasuhteen luomista raskaaksi. Haastateltava kaksitoista kuvaa tuttuuden tunteen merkityksen lisäksi myös kokemustaan terapeutin vaihtumisesta:

Eniten on harmittanut, että xx vuoden aikana terapeutit ovat vaihtuneet useasti. Yhteen aikaan oli raskasta, kun jouduin luomaan uuden suhteen terapeutin kanssa vähän väliä. (H13)

Fysioterapeutin sukupuolen merkitys nousee esiin joissakin haastatteluissa (H1, H4, H13). Yksi haastateltava kokee miesfysioterapeuttien kohtelevan häntä riittävän varmasti (H1), ja kaksi (H4, H13) haastateltavaa kokee tärkeäksi, että allasterapiassa fysioterapeutti on samaa sukupuolta asiakkaan kanssa. Haastateltava neljä kuvaa näin kokemustaan allasterapiasta:

Altaalla se pitää kyllä olla samaa sukupuolta että muuten silleen et kääk mitäköhän musta tulee mutta muuten ei oo väliä. (H4)

Fysio- tai toimintaterapiasuhteen pysyvyys ja terapeutti-asiakassuhteen merkitys nousevat haastatteluaineistossa suureen rooliin. Suuri osa vastaajista käytti haastattelussa eniten aikaa terapiasuhteen pohtimiseen. Terapiasuhteen merkitys nousee esiin myös kohdeorganisaation vahvuuksista keskusteltaessa. Yli puolet vastaajista pitää kohdeorganisaation suurimpana vahvuutena omaa fysio- tai toimintaterapeuttiaan. Asiakkaat arvostavat toiminta- tai fysioterapeutissaan kuuntelemisen taitoa, henkilökemiaa terapiasuhteessa ja terapeutin ammattitaitoa. Aiemmat tutkimukset puoltavat kuulluksi tulemisen, toimivan henkilökemian ja terapeutin ammattitaidon merkitystä asiakkaalle. Beattie ym. (2005) mittasivat tutkimuksessaan asiakastyytyvää fysioterapiassa. Tutkimuksen tuloksista nousee asiakastyytyvää lisäävinä tekijöinä fysioterapeutin taito antaa vastauksia asiakkaan kysymyksiin, jakaa tietoa ja toimia kunnioittavasti asiakasta kohtaan. (Beattie ym. 2005) Myös Bosmanan, Boursan, Engelsin ja de Wittean (2008) tutkimuksessa kuulluksi tuleminen ja toiveisiin ja tarpeisiin reagoiminen nousivat merkityksellisiksi tekijöiksi kotihoidon kontekstissa. Se, mitä ominaisuuksia haastateltavat ensisijaisesti arvostavat terapeutissaan, vaihtelee opinnäytetyössäni. Jokaisessa vastauksessa näkyy haastateltavan yksilölliset tarpeet ja arvostuksen kohteet. Myös Tholin ja Forsberg (2014) kuvaavat tutkimuksessaan kuntoutujien arvostuksen kohteiden olevan yksilöllisiä.

Fysioterapeutin pysyvyys ja vaihtuvuus nousevat myös tässä tutkimuksessa merkittävään rooliin. Koska pilottihaastattelussa aihe nousi esiin, kysyin siitä myös muissa haastatteluissa. Usein aihe nousi spontaanisti esiin fysioterapeutin valinnasta keskusteltaessa. Aiemmassa tutkimuksessa korostuvat samat asiakkaalle merkitykselliset tekijät kuin tässäkin tutkimuksessa. Kunnioittava kohtaaminen rakentuu Beattien ym. (2005) tutkimuksen mukaan pitkäkestoisesta terapiasuhteesta. Terapiasuhteen pitkäkestoisuus ja pysyvyys parantavat fysioterapeutin ja asiakkaan vuorovaikutuksen laatua ja luottamusta terapiasuhteessa (Beattie ym. 2005).

7.3 Terapioiden suunnittelu

Yksi haastatelluista haluaa jättää terapian sisällön suunnittelun ammattilaisten käsiin eikä halua vaikuttaa terapioiden sisältöön (H8). Hän kuitenkin toivoisi terapioihin lisää vaihtelevuutta ja kertoo, että voisi kysyä asiasta terapeutiltaan. Muut haastatellut pitävät merkityksellisenä terapioiden suunnitteluun osallistumista ja kokevat saavansa vaikuttaa

fysio- ja toimintaterapioidensa sisältöön. He kuvaavat suunnittelevansa sisältöjä yhdessä terapeuttien kanssa ja päättävänsä yhdessä, mitä tehdään. Vastaajat kuvaavat myös suunnittelevansa itse terapioiden sisältöjä. Vastauksissa vaihtelee hieman se, minkä kokeneen roolin asiakkaat haluavat ottaa terapioiden suunnittelussa, kuten alla olevista haastateltavien neljä ja viisi kommentista nähdään:

Se menee yleensä sillain että X ehdottaa jotain, mä sanon ei tai kyllä ja sit se keksii jotain muuta jos se on ei. (H4)

Mää mietin illalla tai aamulla et mitä mä haluun seuraavalla kerralla jumpas tehdä. Jumppari miettii samaa, kumpikin sanoo mitä on suunniteltu ja haluu ja päätetään mitä tehdää. – – Mut se on vaan mä haluun aika pitkälti itte päättää. (H5)

Terapioiden suunnittelussa on keskeistä autonomian merkitys. Pääsääntöisesti asiakkaat haluavat fysio- tai toimintaterapeutilta tietoa ja ideoita, joista he itse haluavat valita itselleen sopivimmat harjoitteet. Toisaalta autonomia voi toteutua silloinkin, kun kuntoutuja tietoisesti tekee valinnan jättää terapian suunnittelun ammattilaiselle (Sim 1998, 3–9), kuten haastateltava kahdeksan on tehnyt. Myös tutkimukset neurologisesta kuntouksesta puoltavat asiakaslähtöisen terapioiden suunnittelun ja tavoitteiden asettamisen merkitystä. Kun asiakas määrittelee itse tavoitteensa, hän kokee vahvemmin autonomiaa ja sitoutumista tavoitteisiin (Holliday, Cano, Freeman & Playford 2007, 576–580; Tholin & Forsberg 2014, 826–827).

7.4 Läheisten ohjaus

Kolme haastateltavaa kertoo läheistensä saaneen ohjausta, ja he viestivät tyytyväisyyttä ohjaukseen (H9, H10, H13). Läheisten ohjausta kuvataan sanoin ”kotiopäin”, ”oli hyvä” ja ”ihan hieno homma”. Alla haastateltava yhdeksän kuvaa avustajansa saamaa ohjausta:

Jonkun verran on X saanu ohjeita ja nostoliikkeitä ja muita että, ihan hieno homma ja toisiaan niitä sain sairaalan puolellaki jo. (H9)

Loput haastatelluista kertovat, ettei läheisille ole ollut ohjausta viime vuosina. Yhden haastateltavan vastaus läheisten ohjauksesta puuttuu aineistosta (H12). Syiksi ohjauksen puuttumiselle kerrotaan, ettei ohjaukselle ole tarvetta, etteivät läheiset ole kiinnostuneita ohjauksesta ja ettei Kansaneläkelaitoksen myöntämä maksusitoumus sisällä läheisten ohjausta. Yksi haastateltavista kokisi ohjauksen tärkeäksi, muttei ole sitä saanut (H1). Kaikki eivät mainitse syytä läheisten ohjauksen puuttumiselle. Syynä voisi olla, että haastateltavista monet ovat käyneet jo vuosia kuntoutuksessa ja läheisten ohjaus painottuu fysio- ja toimintaterapiassa usein kuntoutuksen alkutaipaleelle.

Vaikka haastateltavista monen läheisille ei ollut toteutettu ohjausta viime vuosina, haastatellut kokivat läheisten ohjauksen merkitykselliseksi osaksi kuntoutusta. Tutkimusten mukaan läheisen sairastuessa perheenjäsenet ovat usein kokemattomia tarjoamaan apua sairastuneelle. Esimerkiksi aivohalvauskuntoutujan läheisillä on paljon vastuuta kuntoutujan päivittäisten toimintojen sujuvuudesta, terapioiden järjestelystä ja kuntoutujan psykososiaalisesta tukemisesta. (Duncan ym. 2017, 2.) Tholinin ja Forsbergin (2014) tutkimuksessa aivohalvauskuntoutujat kokivat läheistensä saaman ohjauksen riittämättömäksi. Tämä voi johtaa tutkimusten mukaan omaisen fyysiseen ja emotionaaliseen kuormittumiseen ja masennusoireisiin (Duncan ym. 2017, 2; Rigby, Gubitz & Phillips 2009, 285–292). Toimiva kuntoutuspolku ja läheisten fyysinen ja psyykkinen ohjaus ja tuki pitävät yllä läheisten ja kuntoutujan hoitajien voimavaroja (Duncan ym. 2017). Läheisten ohjauksessa on merkityksellistä huomioida fyysiseen avustamiseen liittyvän ohjauksen lisäksi käytännön apu kuntoutuksen järjestämiseen liittyvissä asioissa ja psykososiaalisen tuen merkitys. Kohdeorganisaatiossa tätä tukea fysio- ja toimintaterapeuttien rinnalla tarjoaa kuntoutuskoordinaattori (Kuntoutuskoordinaattorin palvelut, 2016). Palvelu on vielä tuore, ja kukaan haastelluista ei maininnut käyttäneensä palvelua.

7.5 Mittaamisen merkitys kuntoutuksessa

Kohdeorganisaatiossa kuntoutuksen toteuttamisessa on käytössä ICF-viitekehys ja sen mukaiset toimintakyvyn mittarit. ICF-luokitus kuvaa sairauden tai vamman vaikutuksia yksilön elämään biopsykososiaalisesti. Luokituksen avulla ammattilaiset saavat yhteisen näkökulman ja kielen kuntoutujan tilanteeseen. (ICF-luokitus 2016.) Kohdeorganisaatiossa toimintakyvyn arvioinnissa käytettävät mittarit ovat luotettaviksi havaittuja ja yleisesti käytössä olevia mittareita. Suurin osa käytössä olevista mittareista löytyy Ter-

veyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämästä TOIMIA-tietokannasta, joka on kehitetty kansallisessa asiantuntijaverkostossa (TOIMIA 2018). Lisäksi käytettävät mittarit on käyty läpi ja arvioitu kohdeorganisaation laaturyhmässä. Käytettävät mittarit valitaan aina yksilöllisesti jokaisen asiakkaan tarpeisiin yhdessä asiakkaan kanssa. Lisäksi kuntoutuksessa käytetään biomekaniikkaan perustuvia mittaamisen tapoja, kuten voiman, nopeuden ja kiihtyvyyden mittaamista. Käytännössä esimerkiksi seurataan lihaskuntoharjoittelun toistoja ja vastuksia, kävelynopeutta ja kävelymatkan pituutta. (Lähteenmäki 2018.)

Mittaamisen käsite on haastava avoimessa haastattelussa, sillä sen voi ymmärtää eri tavoin. Esimerkiksi osa haastatelluista kuvasi kokevansa, että mittaukset tehdään kerran vuodessa Kansaneläkelaitokselle tehtävää terapiapalautetta varten, ja samassa haastattelussa he kuvasivat kuitenkin myös toimintakyvyn jatkuvaa seuraamista mittarein. Haastateluissa kerrottiin myös, ettei kuntoutusta seurata mittaamalla vaan seuraamalla toistoja ja vastuksia salilla. Nämä edellä mainitut esimerkit kuvaavat mittaamisen eri muotoja. Käsittelen kaikki kokemukset fysio- ja toimintaterapian seurannasta mittarein tässä kappaleessa.

Yksi haastateltavista kertoi, ettei tämänhetkistä kuntoa ylläpitävää fysioterapiaa seurata lainkaan mittarein (H3). Yhden haastattelun osalta tähän kysymykseen ei ole vastausta (H1). Muut haastateltavat kuvasivat toimintakyvyn seuraamista mittarein. Suurin osa haastateltavista pitää mittareiden käyttöä tarpeellisena (H2, H4, H6-H13.). Lisäksi mittareita kuvataan ”tärkeiksi”, ”motivoiviksi”, ”hyödyllisiksi”, ”tervetulleiksi”, ”tsemppaaviksi” ja ”konkreettisiksi” seurantavälineiksi. Haastateltava kymmenen kuvaa mittaamisesta syntyvää motivaatiota kertomuksessaan:

Kyllä se seuranta on tosi tärkeätä minun mielestä. – –

Et kyllä siinä ittekin näkee että jos viimeks saatiin puristettua vaikka kaks kiloo vasemmalla kädellä nyt jos saadaan seittemän kiloo ni sehän tuo tsemppiä, että hetkinen, tulee niiku potkua koko ajan. (H10)

Asiakkaat kokivat mittaamisen tärkeänä osana fysioterapiaa. Haastatellut pitivät tärkeänä sitä, että mittareiden avulla nähdään, missä mennään nyt. Mittaustulokset muistuttavat haastateltujen mukaan myös siitä, mihin keskittää päähuomio terapiassa. Mittareiden merkitystä kuvataan myös oman arjen kautta, esimerkiksi kuinka arkeen vaikuttava li-

hasvoiman heikkeneminen havaittiin mittarin avulla. Vastauksista näkyi jonkin verran mittareiden irrallisuus osana arjen kuntoutusta ja käsitys Kansaneläkelaitosta varten toteutetuista mittauksista. Ammattilaisten kannattaa kiinnittää huomiota siihen, miten he puhuvat arjessa mittaamisesta ja mittareiden merkityksestä. Mittaamisen merkitys rakentuu siitä, miten se integroituu arkeen ja asiakkaan tavoitteisiin. Van de Velde ym. 2015 toteavat tutkimuksessaan, että mittaamisessa on syytä muistaa, ettei asiakastietojen kerääminen vain virallisten lomakkeiden ja mittarien avulla anna tilaa asiakaslähtöiselle hoitotahdolle. Tutkimuksen mukaan epävirallinen keskustelu johti paljon kokonaisvaltaisempaan tiedonsaantiin asiakkaan hoitotahdosta. (Van de Velde ym. 2015, 1576.)

7.6 Lajikokeilut, kotikäynnit ja vaihtelevuus

Kansaneläkelaitoksen maksusitoumuksella toteutettavissa yksilöterapioiden voidaan kokeilla kuntoutujan kanssa liikunta- ja harrastustoimintaa. Näiden lajikokeilujen tulee tukea kuntoutujan terapian tavoitteita ja olla kuntoutujalle mahdollisia osallistua jatkossa itsenäisesti tai avustettuna. (Mäkilä, Luona-Helminen & Kuusisto 2017, 7.) Kansaneläkelaitoksen järjestämä vaativa lääkinällinen kuntoutus voi toteutua palveluntarjoajan tilojen lisäksi myös kuntoutujan arkiympäristössä, kuten kotona (Vaativa lääkinällinen kuntoutus 2017). Myös kuntien maksusitoumukset voivat mahdollistaa lajikokeiluja ja kotikäyntejä, mutta tämä on aina kunta- ja sopimuskohtaista (Lähteenmäki 2018).

Lajikokeilujen mahdollisuus osana kuntoutusta tai lajikokeilut terminä ei ollut kaikille haastatelluille tuttu. Kahdella (H6, H13) haastateltavalla oli viime vuosina ollut lajikokeiluja, ja he pitivät niitä merkityksellisinä ja toivoivat, että lajikokeiluja olisi enemmän. Alla haastateltava kolmetoista kuvaa kokemustaan lajikokeilusta:

Kerran terapeutti järjesti niin, että sain kokeilla tanssiterapiaa. Se oli hieno kokemus, minkä jälkeen kävin 8 kertaa harrastusmielessä tanssimassa. Toisella kertaa toinen fysioterapeutti tuli yhdelle kuntosallille neuvomaan lähinnä avustajaa, miten avustaa minua siellä. Enemmän lajikokeiluja voisi olla. (H13)

Lajikokeiluja toivoivat myös kuntoutujat, joilla ei ollut aiempia lajikokeiluja (H4, H6). Haastateltavan yksitoista vastaus lajikokeiluista puuttuu aineistosta. Muita syitä siihen,

ettei lajikokeiluja ollut, olivat, ettei tämänhetkinen maksusitoumus kata lajikokeiluja tai asiakas ei kokenut tarvitsevansa lajikokeiluja. Lajikokeiluja ei koettu tarpeelliseksi fyysisen toimintakyvyn rajoitteiden vuoksi tai haastatellut olivat esimerkiksi voineet löytää arkeen jo aiemmin hyviä harrastuksia. Haastateltava kuusi odotti lajikokeiluja, jotta löytäisi uuden harrastuksen arkeen:

No ei oo toistaseks ainakaan. Puhetta on kyllä ollu. Mulla on koko nuoruuteni ollu jotain harrastusta päällä ja tällä hetkellä ei oo nyt – –. Et se uuden löytäminen olis kyl seuraava askel. Toiveissa olis kyl et sais sellasta tiettyä ohjausta. Siitä ei todellakaan haittaa olis, mut ei oo vie ollu. (H6)

Kotikäynnit olivat useilla haastateltavilla painottuneet kuntoutuksen alkutaipaleelle. Kotikäyntejä tällä hetkellä oli vain yhdellä haastatellulla (H9), ja hän koki ne hyviksi, koska fyysisen vointinsa vuoksi haastateltu koki matkustamisen terapiatiloihin toisinaan haastavaksi. Kotikäyntejä pidettiin yleisesti hyvinä, mutta muut haastatelluista eivät kokeneet tarvitsevansa niitä juuri nyt.

Haastateltavien kertoessa lajikokeiluista ja kotikäynneistä nousi esiin, että haastateltavat kokivat tavanomaisista terapiakerroista poikkeavat terapiakerrat erityisen merkitykselliseksi. Muistot poikkeuksellisista terapiakerroista innostivat haastateltuja kertomuksiin. Haastateltujen ääni kirkastui ja he käyttivät ilmaisuja ”mahtava” ja ”hieno” kertoessaan näistä kokemuksista. Alla haastateltava viiden esimerkkikertomus poikkeuksellisesta fysioterapiakerrasta:

Mä muistan silloin kun mulla oli jumpparina X. Ja mullahan ei oikeestaan oo sen alun jälkeen kotikäyntejä jumppareilla ollu. – – Se sano, hän tulee sinne teille kotiin ja mennään rantaan ja otetaan kahvi mukaan. Mennään sinne rantaan kävelylle ja otetaan kahvi mukaan, LOISTAVA aivan ihana, aivan yli ihana. (H5)

Vaikka asiakkailla ei ollut maksusitoumukseen kirjattuja varsinaisia lajikokeiluja, kokivat he tavanomaisesta poikkeavat terapiakerrat merkityksellisinä kokemuksina, osa jopa positiivisina huippukokemuksina. Varsinaisia lajikokeiluja kaivattiin myös enemmän. Kansaneläkelaitoksen tutkimus selvitti fysioterapiaa saavien kuntoutujien liikuntakokemusten mahdollisuuden käyttöä ja liikunnan harrastamista rajoittavia ja edistäviä tekijöitä.

Liikuntakokeilumahdollisuutta oli hyödynnetty kyselyyn vastanneista neurologisista kuntoutujista 26,7 % kanssa. (Mäkilä ym. 2017, 4.) Tässä opinnäytetyössä kaksi kuntoutujaa kolmestatoista vastaa 15,4 prosenttia. Tämä saattaa viitata siihen, että kohdeorganisaatiossa liikuntakokeiluja on ollut tavanomaista vähemmän. Koska aineisto on pieni, ero voi olla myös sattumaa. Kansaneläkelaitoksen tutkimus viittaa siihen, että lajikokeiluihin panostaminen kannattaa. Mäkilän ym. (2017) mukaan neurologisen kuntoutujan liikunnan harrastamista voi lievästi edistää ammattilaisilta saatu ohjaus ja kohdallisesti ymmärrys liikunnan terveysterveysta.

Osa haastatelluista piti kotikäyntejä merkityksellisinä kuntoutuksen alkuvaiheessa, mutta kohdeorganisaation ympäristö koettiin kotia monipuolisemmaksi kuntoutumisen kannalta. Lähteenmäen mukaan kotikäynnit eivät painotu pelkästään kuntoutuksen alkuvaiheeseen. Kotikäyntien toteutumiseen vaikuttavat merkittävästi kuntoutujan toimintakyky ja yksilölliset tarpeet sekä maksajatahon suhtautuminen kotikäynteihin. (Lähteenmäki 2018.)

7.7 Kuntoutuksen terapiapalautteet

Terapiapalaute on kuntoutujakohtainen yhteenveto kuntoutuksesta ja sen vaikutuksesta kuntoutujan toimintakykyyn. Se toimitetaan pääsääntöisesti kuntoutujan lisäksi kuntoutuksen maksajataholle ja yhdessä sovituille kuntoutusverkoston ammattilaisille. (Lähteenmäki 2018.) Tässä opinnäytetyössä terapiapalautteet eivät herättäneet kovin runsaasti haastateltavissa kommentteja ja vastaukset olivat lyhyitä.

Jokainen haastateltava kuvaa käyneensä terapiapalautteen keskeiset asiat läpi fysio- tai toimintaterapeuttinsa kanssa ja saaneensa vaikuttaa palautteen sisältöön. Terapiapalautteet koettiin asianmukaisiksi (H1, H4, H5, H10), samaa kaavaa noudattaviksi (H3, H6) ja yksityiskohtaisiksi (H2). Kaikki eivät kokeneet terapiapalautteen tuovan lisäarvoa kuntoutumiseen (H7, H11). Puolet haastateltavista viittasi vastauksessaan siihen, että palaute tehdään lähtökohtaisesti Kansaneläkelaitosta tai muuta maksajatahoa varten (H2, H3, H6, H7, H8, H12). Haastateltava kuusi kuvaa sitaatissa kokemustaan terapiapalautteestaan:

Samaa kaavaa ne näyttää noudattavan. Se on se kaava mikä toimii Kelalle. Ihan yksityiskohtainen homma ja kaikki mitä pitääkin. Emmä mitään pois ottais eikä tuu mieleen mitä lisäksiäkään et sillain ihan hyvä kokonaisuus. (H6)

Kirjallista ilmaisua palautteen annon tapana pidettiin toimivana (H13). Terapiapalautetta kuvattiin myös hyväksi kuntoutuksen rytmittäjäksi ja seurantavälineeksi, kuten haastateltava kaksitoista vastauksessaan kuvaa:

Kyllä niitä on se GASsi tavoite ja sit Kelan palautteita kun tehdään niin suunnitellaan mihin pitäis keskittyä ja tälläi. – – Kyl se on mun mielestä aika tärkeä et tiedostetaan ne.(H12)

Kaikilla haastatelluilla oli fysio- tai toimintaterapia jatkumassa kohdeorganisaatiossa ilman suurempia muutoksia, mikä näkyy myös osaltaan kokemuksissa palautteen merkityksestä, sillä palautteen merkitys korostuu silloin, kun haetaan uutta kuntoutusjaksoa tai muotoa. Palautteiden merkityksen ja kuntoutuksen maksajatahon roolin integroiminen kuntoutukseen ja asiakkaan arkeen on ammattilaisten vastuulla. Terapiapalautteen tekoon asiakkaat kokivat saaneensa osallistua. Osallistuminen palautteen tekemiseen tukee asiakaslähtöistä aktiivista osallistumista ja kuntoutujan oman tilanteen asiantuntijuutta, jotka asiakkaat tutkimusten mukaan kokevat erittäin tärkeiksi tekijöiksi kuntoutuksessa (Leplege ym. 2007, 1555–1565; Tholin & Forsberg 2014). Tämän lisäksi on ammattilaisen vastuulla liittää terapiapalauteprosessin merkitys osaksi kuntoutuksen arkea. Palautteen merkityksen onnistunutta liittämistä arjen tasolle kuvaa haastatellun kaksitoista kertomus. Fysio- ja/tai toimintaterapian jatkumisen vuoksi kellään haastatelluista ei ollut kokemuksia kuntoutuksen jälkeisestä jatkoseurannasta. Seuraavassa tulostulossa käsitellään asiakkaiden kokemuksia kohdeorganisaatiosta ja asiakkaille erityisen merkityksellisiä tekijöitä avokuntoutuksessa.

8 MERKITYKSELLISET PALVELUKOKEMUKSEN TEKIJÄT AVOKUNTOUTUKSESSA

Palvelupolun eri osa-alueiden lisäksi tutkin, mitkä tekijät ovat kuntoutuspolulla ja kohdeorganisaatiossa asiakkaille erityisen merkityksellisiä. Taustalla oli ajatus Kahnemanin huippu–loppu-säännöstä. Huippu–loppu-säännön mukaan palvelukokemuksessa merkityksellisiä hetkiä ovat kokemus palvelutapahtuman lopetuksesta ja hetki, jolloin koetaan palvelukokemuksen negatiivisin tai positiivisin huippu. Tyytyväisyys palvelutapahtumaan syntyy siitä, että positiivinen huippu ja palvelutapahtuman päätös ylittävät negatiivisen huipun. Ja tyytymättömyys palvelutapahtumaan syntyy siitä, että negatiivinen huippu on positiivista huippua syvempi eikä palvelutapahtuman päätöksellä pystytä paikkaamaan tätä kokemusta. (Do, Rupert & Wolford 2008, 86–98; Kortensniemi 2013; Kahneman 2012, 432–425.) Kysymykseni parhaasta mahdollisesta ja pahimmasta mahdollisesta kuntoutumiskokemuksesta syntyivät huippu–loppu-säännön mukaan. Tarkastelin, kuvaavatko asiakkaat todellisia tai kuvitteellisia positiivisia ja negatiivisia huippuja kuntoutuspolullaan ja näyttäytyvätkö kokemustarinoissa palvelutapahtuman päätökseen liittyvät tekijät.

8.1 Kohdeorganisaation vahvuudet

Haastateltavien kertoessa, mikä kohdeorganisaatiossa oli erityisen hyvää, esiin nousevat useimmin henkilökuntaan liittyvät tekijät (H2-H5, H6, H8, H10-H13). Henkilökuntaa kuvataan ammattitaitoiseksi, läsnä olevaksi, positiiviseksi, huumorintajuiseksi ja innostuneeksi. Alla haastateltavat kahdeksan kuvaa kohdeorganisaation vahvuudeksi kokemustaan fysioterapeutin ammattitaidosta:

Täällä on jumppari on ollu aina ammattitaitonen ja tuota niin pystyny soveltamaan sitä omaa – – minun tarpeisiin. (H8)

Toisena keskeisenä tekijänä kohdeorganisaation vahvuuksista kertoessaan haastateltavat nostavat esiin terapiasuhteen merkityksen (H1, H4-H8, H11, H13). He kuvaavat tulleen kuulluksi ja saaneensa vaikuttaa haluamallaan tavalla kuntoutukseen (H1, H4, H6-H8, H11). He kuvaavat toiveidensa ja tavoitteidensa tulleen kuulluiksi, kannustuk-

sen olleen sopivaa ja terapiatilanteiden pakottomia. Kuulluksi tulemiseen liittyy myös taktiilinen kuulluksi tulemisen kokemus, esimerkiksi terapeutin kyky soveltaa osaamistaan asiakkaan sen hetkiseen kehon jäykkyyteen. Myös kokemus terapeutin ammattitaidosta on merkityksellinen tekijä asiakkaille (H2, H3, H12). Alla haastateltava yksitoista kuvaa kokemustaan terapeutin läsnäolosta terapiatilanteessa ja kokemustaan autonomian toteutumisesta fysioterapiatilanteessa:

– – just se, että fysioterapeutti, on skarppina – – seuraa kaikkee mitä mä teen ja merkkää just ylös kaikki toistot mitä mä teen ja seuraa sil tavalla mun kehitystä, mutta ei sitten myöskään jos mulla on joku fiilis et nyt mä haluisin tänään tehdä vaikka yläkroppatreeniä, niin sitten se on ihan ok että, ei oo just mitään sellasta että X ois määrittäny jonkun kunto-ohjelman mitä pitää seurata viimeeseen saakka vaan että mulla hyvin paljon vapautta ite kanssa vaikuttaa siihen miten mä täällä kuntoudun. (H11)

Kolmantena haastatellut nostavat esiin kohdeorganisaation ilmapiirin erityisen hyvänä tekijänä (H2, H4-H6, H10, H12, H13). Ilmapiiriä kuvataan rennoksi, positiiviseksi, avoimeksi ja ystävälliseksi. Henkilökunnan keskinäistä ilmapiiriä kuvataan ystävälliseksi, hymyileväiseksi ja huumorintajuiseksi. Avoimien tilojen koettiin tukevan vuorovaikutusta ja sitä kautta luovan rentoa ilmapiiriä. Alla haastateltavat kaksi ja kolmetoista kuvaavat ilmapiirin merkitystä kohdeorganisaation vahvuutena:

(..) täällä on ilmapiirikin tosi semmonen rento, avoin.

Et se jotenki täällä on sellanen hyvä positiivinen ilmapiiri, jonka kaikki vaistoo kun tuolta ovesta tuut. Sen vaan tuntee. (H2)

Ilmapiiri on rento, vaikka terapeutit vaativatkin asiakkailtaan. Kun ollaan yhteisessä tilassa, terapeutit saattavat heittää läppää keskenään. Siitä tulee usein hyvä mieli, ja jumppaaminen ei tunnu raskaalta. (H13)

Lisäksi kohdeorganisaatio yrityksenä koettiin joustavaksi, hyvin palvelevaksi, nopeasti vastaavaksi sekä luotettavaksi. Osa haastateltavista kuvaa koko haastattelun ajan olevansa täysin tyytyväisiä tämänhetkiseen avokuntoutukseensa kohdeorganisaatiossa (H1, H8, H9). Alla haastateltava kymmenen kuvaa merkityksellisimpänä kohdeorganisaation vahvuutena ilmapiiriä ja asiakaspalvelua:

(..) täällön ainaki hyvä ilmapiiri, niin tääl ei paljon ruttunaamoja näkyny – – , että ystävällistä kaikki morjestelee ja toivottelee huomenet ja muut jos aamupäivällä tulee. Asiakaspalvelu on kaiken kaikkiaan se on tosi hyvää. (H10)

Merkityksellisimmät tekijät asiakkaille avokuntoutuksessa olivat omaan terapeuttiin liitetyt asiat, kuten terapeutin ammattitaito, läsnäolo ja positiivisuus. Terapiasuhteen toimivuus on myös asiakkaille merkityksellistä. Terapiasuhteessa tärkeää on kuulluksi tuleminen ja autonomian toteutuminen. Rento, positiivinen, avoin ja ystävällinen yleisilmapiiri on myös asiakkaille tärkeää. Aiemmat tutkimukset puoltavat kuulluksi tulemisen, toimivan henkilökemian ja terapeutin ammattitaidon merkitystä asiakkaalle (Beattie ym. 2005; Bosmana ym. 2008).

8.2 Kohdeorganisaation haasteet

Haastateltavien kertoessa kehittämiskohteista terapiavälineistö nousee suureen rooliin. Terapiavälineistössä asiakkaille merkityksellistä ovat tilojen ja välineiden esteettömyys (H4, H11) ja monipuolinen valikoima (H3, H7). He ehdottavat parannuksia esteettömyyteen ja monipuolisuutta välineistöön. Yksi haastateltava kertoo, ettei hänen toista terapiamuotoaan voida nyt toteuttaa, sillä kohdeorganisaatiolla ei ole hänelle sopivaa ympäristöä terapian toteuttamiseen (H11) ja toinen oli jäänyt toimipisteessä ilman terapiatilaa (H13), mikä oli häirinnyt harjoitteisiin keskittymistä. Myös apuvälineiden ja terapiavälineiden kunto ja siisteys nousivat kehittämiskohteiksi (H12). Terapiatilojen odotusaulaan ja ulko-ovelle ehdotettiin viihtyvyyteen ja käytännöllisyyteen liittyviä parannuksia (H10). Kehittämiskohteista merkityksellisimpänä koettiin, etteivät asiakkaiden välineistöön liittyvät kehittämisideat mene yrityksessä käytäntöön (H7, H12). Haastateltujen kertoessa asiasta heidän äänestään kuului turhautuminen. Alla haastateltava 12 kuvaa kokemustaan palauteprosessin epäonnistumisesta:

Ja siitä mä oon sanonu X tosi monta kertaa ja ilmeisesti sanonu siitä eteenpäinkin. Mut tota – – ei oo tullu uutta. (H12)

Neljä haastatelluista kuvaa oman fysio- tai toimintaterapeutin vaihtuvuuden huonona kokemuksena (H1, H5, H12, H13). Yksi haastateltavista koki yrityksen nykyisen johdon etäiseksi ja toivoi johdolta empaattisempaa otetta asiakkaita kohtaan (H12). Kehittämiskohteina kuvattiin myös aikataulusekaannus (H7), ajanvaraustulosten vaikeaselkoisuus (H2) ja opiskelijoiden ohjaus, joka vie terapia-aikaa (H3).

Asiakkaille merkityksellisiä kohdeorganisaation kehittämiskohteita ovat tiloihin ja välineisiin liittyvät tekijät ja etenkin heidän kehittämisajatustensa kuuleminen ja niihin reagointi. Myös kehittämiskohteista keskusteltaessa nousi esiin terapiasuhteen pysyvyyden merkityksellisyys. Asiakkaat kokivat fysio- tai toimintaterapeutin vaihtuvuuden huonona kokemuksena. Myös Beattien ym. (2005) tutkimuksen mukaan terapiasuhteen pitkäkestoisuus ja pysyvyys parantavat vuorovaikutuksen laatua ja luottamusta terapiasuhteessa.

8.3 Kuntoutumiskokemuksen negatiiviset huiput

Huonoimmista kuntoutumiskokemuksista kertominen oli haastateltaville haastavaa, mutta jokainen kertoi huonoimmista kokemuksistaan. Haastateltavat vastasivat kysymyksiin kuvaamalla niin kuvitteellisia kuin todellisiakin negatiivisia kokemuksiaan kuntoutuksestaan. En avaa tuloksissa erikseen kuvitteellisia ja tositarinoita, sillä kokemusten taustoista riippumatta vastauksista nousevat esiin asiakkaille merkitykselliset asiat huonoimmassa mahdollisessa kokemuksessa.

Negatiivisimpana kokemuksena kuvattiin, ettei asiakasta kuunnella terapiatilanteessa (H1-H4, H7, H8, H13). Kuulluksi tulemiseen liittyy perinteisen auditiivisen käsityksen lisäksi myös taktiilinen kuulluksi tulemisen kokemus. Kuulluksi tulemisen puutteen koetaan heikentävän mahdollisuutta vaikuttaa kuntoutumiseen, kuten haastateltava seitsemän kuvaa vastauksessaan:

Mennään nyt ihan kuvitteellisen tasolle. Huonoin voisi olla että minua ei yhtään kuunneltaisi. Ei tehtäisi sitä mitä minä haluan. (H7)

Haastatellut kuvaavat kuulluksi tulemisen puutteen johtavan vääränlaisiin harjoitteisiin, kipuihin, vammoihin ja fysioterapeutin joustamattomuuteen valittavien harjoitteiden tai

vuorovaikutuksen suhteen. Kokemus kuulluksi tulemisen puutteesta voi syntyä myös siitä, ettei terapeutti tunne asiakkaan terveydentilaa ja toimintakykyä. Myös huono ilmapiiri henkilökunnan ja asiakkaiden kesken tai henkilökunnan sisällä koettiin negatiivisimpana kokemuksena (H4, H10).

Luottamuksen menetystä pidettiin myös negatiivisena kokemuksena (H7, H5, H11, H13). Haastateltavat kuvasivat luottamuksena aikataulujen pysyvyyttä ja avustettujen siirtymistilanteiden turvallisuutta. Huonoimmaksi kokemukseksi kuvattiin aikojen peruuntumista ja sitä, ettei muutoksista ilmoitettaisi. Avustetuissa siirtymistilanteissa pahin mahdollinen kokemus olisi tippua ja loukkaantua. Yksi haastateltavista piti negatiivisimpana skenaariona uudelleen sairastumista (H9) ja toinen kokonaan ilman fysioterapiaa jäämistä (H4).

Haastateltavien vastaukset pahimmasta mahdollisesta kuntoutumiskokemuksesta vahvistavat heidän aiemmin esiin tuomiaan merkityksellisiä asioita kuntoutuksessaan. Näitä ovat auditiivisen ja taktiilisen kuulluksi tulemisen kokemukset. Neurologisessa kuntoutuksessa itsenäisen päätöksenteon tukeminen vaatii terapeutilta kykyä tukea asiakkaan autonomiaa huomioiden fyysisen vamman tuomat mahdolliset rajoitteet itsemääräämisoikeudelle ymmärtäen, ettei fyysinen vamma välttämättä vaikuta itsenäiseen päätöksentekoon. Ja toisaalta taas on tärkeää huomioida kognitiiviset heikkoudet, jotka voivat heikentää päätöksenteon mahdollisuuksia toiminnan ollessa täysin itsenäistä. (Sim 1998, 3–9.) Kuulluksi tuleminen voi toteutua tuettuna edellä mainituista rajoitteista huolimatta (Pirhonen 2017, 24). Kuulluksi tuleminen antaa asiakkaalle mahdollisuuden määritellä omaa kuntoutustaan ja lisää näin autonomiaa. Luottamuksen kokemus mahdollistaa asiakkaalle turvallisen ympäristön tuoda äänensä kuuluviin.

8.4 Kuntoutumiskokemuksen positiiviset huiput

Erityisen merkityksellisenä todellisena tai kuvitteellisena kuntoutumiskokemuksena haastateltavat kuvasivat itsensä voittamisen kokemusta ja fyysisen kunnon paranemista (H5, H8-H13). He kertoivat kokemuksiaan ensimmäisistä askeleistaan, kaikkensa antamisesta ja kuntoutumisen etenemisestä. Fysioterapeutti koettiin näissä tilanteissa vierelläkulkijana. Alla haastateltava kymmenen kuvaa itselleen merkityksellisintä kuntoutumiskokemusta:

No kylä varmaan on ensimmäiseks mitä nyt on mieleen jääny ku otettii fyssarin kanssa ensimmäiset askeleet, että käveltiin sillain että hän piti kädestä kiinni ja mä pidin sitä kaulasta kii ja sitten käveltiin vaan etiäp-päin. Kyllä se oli vaikuttava kokemus siinä sillalailla että kyllähän tämä tästä vielä joskus tulee ilman apujaki. (H10)

Erityisen merkityksellisenä pidettiin myös kuntoutuksen sulautumista osaksi arkea (H1, H2, H7, H11). Alla haastateltava yksitoista kuvaa parasta mahdollista kuntoutumisko-kemusta, jossa merkityksellisiksi tekijöiksi nousevat itsensä voittamisen kokemus, fy-sioterapeutin läsnäolo ja rinnalla kulkeminen, ajanvarauksen sujuvuus ja kuntoutumisen sulautuminen osaksi arkea:

No siis paras ois tietty että, yksittäisessä kuntoilukerrassa se paras mah-dollinen tulos, mihin oon päässyki monta kertaa täällä, on se että oon an-tanu kaikkeni ja fysioterapeutti on ollu siinä tosi skarpisti vierellä tukena, mukana. Kaikki ajat on hoidettu tarpeeks pitkälle tulevaisuuteen, että ne ei lopu kesken tai et ei tuu semmosta että on vaan unohdettu varata aikoja ja huomataan että kalenteri on täynnä fysioterapeutilla tai jotain. Niin ja sit-ten pidemmällä tähtäimellä se fysioterapia on siellä helpottamassa mun arkielämää ja se on semmonen missä ei tarvi ihan hirveesti miettiä tai stressata, että menee sinne ja tekee treenin ja lähtee pois, että se on se verran helppoo. Et se tekee tehtävänsä. Että sitä ei tarvis ees melkein miettiä et se ois vaan semmonen et mul on taas fysioterapia ja mä meen sinne kuntoutumaan ja sitten lähen pois sieltä ja se sitten tekee tehtävänsä siinä aikavälillä kun saa sen sellaseks helpoks ja sujuvaks, niin se on se paras. (H11)

Tavanomaisista terapiakerroista poikkeava kuntoutus koetaan erityisen merkityksellise-nä (H4, H5, H7, H8, H10). Muistot poikkeuksellisista terapiakerroista innostivat haasta-teltuja kertomuksiin. Näitä huippukokemuksia asiakkaat kuvaavat myös lajikoikeiluista kertoessaan. Erityisen merkityksellisenä pidetään myös avun saamista pitkään jatkunee-seen vaivaan (H3) ja omaa panosta kuntoutumisen eteen (H1). Lisäksi parhaana koke-muksena toivottiin jäämistä nykyisiin tiloihin (H5). Yksi vastaajista ei osannut sanoa,

mikä olisi paras mahdollinen kuntoutumiskokemus (H6). Haastateltava 9 toivoi oman terveyden palautumista samalla tiedostaen vammansa pysyvyyden.

Parhaat mahdolliset kuntoutumiskokemukset sisälsivät itsensä voittamista ja kuntoutuspolun osa-alueiden sujuvuutta. Haastateltavat kertoivat yksilöllisiä, itselleen syvästi merkityksellisiä kokemuksia ensimmäisistä askeleista, kaikkensa antamisesta, kuntoutumisen etenemisestä ja terapiatilanteiden sujuvuudesta. Näissä kuvauksissa terapeutti toimi vierelläkulkijana ja kannustajana. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin Tholin ja Forsbergin (2014) tutkimuksessa, jossa aivohalvauskuntoutujat kokivat kannustuksen saamisen merkitykselliseksi tekijäksi kuntoutuspolullaan. Haastateltavat pitivät kuntoutumisen huippukokemuksina fyysisen kunnon kohenemistä ja itsensä voittamista. Myös Spiersin, Aspinalin, Bernardin ja Parkerin (2015) tutkimuksessa todetaan neurologisten pitkäaikaiskuntoutujien arvostavan fyysistä toimintakykyä ja toiminnallisuutta, etenkin kävelyä. Toiminnallisuus ja fyysinen toimintakyky vahvistavat kuntoutujan autonomiaa. Heikko fyysinen kunto ja toiminnallisuus näet vaikuttavat pitkäaikaiskuntoutujan sosiaaliseen aktiivisuuteen, autonomiaan, työllisyyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin negatiivisesti. (Spiers ym. 2015, 559–568.) Itsensä voittamisen kokemusten merkityksellisyys syntyy fyysisen toimintakyvyn paranemisen kokemuksesta, jonka seurauksena kuntoutuja saavuttaa itselleen merkityksellisiä tekijöitä, kuten autonomiaa. Yllätyksellisuuden ja vaihtelun merkitys nousi myös huomionarvoiseen rooliin parhaana kuntoutumiskokemuksena, kun asiakkaat kuvasivat arjesta poikkeavia kokemuksia erityisen merkityksellisinä kuntoutumiskokemuksina.

Seuraavassa luvussa tarkastelen opinnäytetyöni eettisyyttä ja luotettavuutta ja kokoan työni keskeiset tulokset ja kehitysehdotukset.

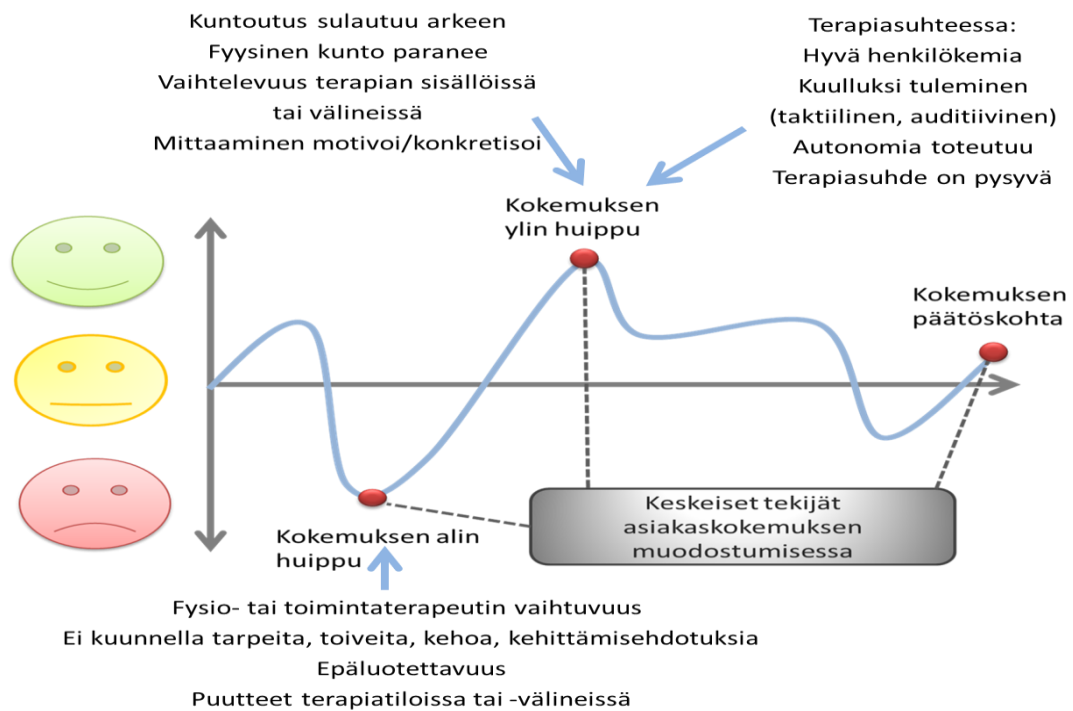
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä opinnäytetyössä kokemuksen ilmiön ymmärtäminen antaa syvällisen ymmärryksen siihen, mitä tutkitaan. IPA-menetelmällä tutkittuja kokemuksia ja erityisen merkityksellisiä hetkiä yhdistetään palvelukokemuksen teoriaan ja huippu–loppu-sääntöön. Kuntoutuksen yhteiskunnallisen roolin ymmärtäminen antaa kontekstin opinnäytetyölle. Asiakas- ja potilas -termien määrittely muokkaa ajattelua ja suhtautumista tutkittaviin. Palvelutiede antaa teoreettisen merkityksen laajemmalle kehitystyölle, jonka osa tämä opinnäytetyö on. Asiakkuuksien johtamisen teoria tarjoaa välineitä integroida asiakaslähtöinen toiminta osaksi yrityksen strategiaa. Opinnäytetyön tuloksena saatua syvällistä asiakasymmärrystä voidaan hyödyntää avokuntoutuspalvelujen palvelumuotoilussa. Esittelen tässä luvussa opinnäytetyöni keskeiset johtopäätökset ja tarkastelen opinnäytetyöni eettisyyttä ja luotettavuutta. Lopuksi esittelen kehitysehdotukseni ja mahdolliset jatkotutkimusaiheet.

9.1 Opinnäytetyön keskeiset johtopäätökset

Opinnäytetyössäni tarkastelin neurologisten asiakkaiden kokemuksia kuntoutuspolusta avokuntoutuksessa. Kuntoutuspolun eri osa-alueet asiakkaiden näkökulmasta ovat: kuntoutuksen ajanvaraus, fysio-/toimintaterapeutin valinta, ominaisuudet ja pysyvyys, terapioiden suunnittelu, läheisten ohjaus, mittaaminen, lajikokeilut ja kotikäynnit ja terapiapalaute. Asiakkaiden kokemuksissa kuntoutuspolusta korostui terapiasuhteen merkitys. Toimivan terapiasuhteen keskeisinä tekijöinä pidettiin hyvää henkilökemiaa ja fysio- ja/tai toimintaterapeutin auditivista ja taktiilista kuuntelun taitoa ja ammattitaitoa. Lisäksi asiakkaiden kokemuksissa korostui fysio- tai toimintaterapeutin pysyvyyden merkitys. Myös Beattien ym. (2005a) tutkimuksen mukaan vuorovaikutuksen laatu ja luottamus paranevat pitkäkestoisessa terapiasuhteessa. Opinnäytetyössäni haastateltavat kokivat kaikilla kuntoutuspolun osa-alueilla tärkeäksi autonomian toteutumisen ja kuuluksi tulemisen. Myös Tholinin ja Forsbergin (2014) tutkimus osoittaa asiakkaiden osallistamisen omaan hoitoon ja hoidon suunnitteluun erittäin tärkeäksi. Kuntoutuspolun osa-alueista merkittävimmit nousivat mittaamisen kokeminen tärkeänä motivointi- ja seurantavälineenä ja se, että terapiapalaute koettiin maksajatahon vuoksi tehtäväksi välttämättömäksi toimenpiteeksi.

Erityisen merkityksellisiä tekijöitä avokuntoutuksessa tutkiessani pyrkimyksenäni oli löytää keskeisiä kokemuksia asiakkaan kertomuksesta, joita yhdistin IPA-menetelmään ja Kahnemanin huippu–loppu-sääntöön. Huippu–loppu-säännön mukaan palvelukokemuksessa merkityksellisiä hetkiä ovat kokemus palvelutapahtuman lopetuksesta ja hetki, jolloin koetaan palvelukokemuksen negatiivisin tai positiivisin huippu. Tyytyväisyys palvelutapahtumaan syntyy siitä, että positiivinen huippu ja palvelutapahtuman päätös ylittävät negatiivisen huipun. (Do ym. 2008, 86–98; Korttesniemi 2013; Kahneman 2012, 432–425.) Merkityksellisistä tekijöistä positiivisia huippukokemuksia avokuntoutuksessa ovat terapioiden sulautuminen osaksi arkea, fyysisen kunnon koheneminen, tavallisuudesta poikkeavat terapiakerrat ja välineet sekä mittaamisen käyttö motivoinnin ja seurannan välineenä. Myös terapiasuhte koettiin erityisen merkityksellisenä tekijänä avokuntoutuksessa. Terapiasuhteessa positiiviset huiput rakentuvat hyvästä henkilöke- miasta, kuulluksi tulemisesta, autonomian toteutumisesta ja terapiasuhteen pysyvyydes- tä. Merkityksellisiä tekijöitä, jotka aiheuttivat negatiivisia huippuja, olivat fysiotera- peutin vaihtuvuus, kuulluksi tulemisen ja luottamuksen puutteet sekä puutteet terapiavä- lineistössä tai -tiloissa. Kuvaan näitä merkityksellisten tekijöiden positiivisia ja negatiivisia huippuja kuviossa neljä.



KUVIO 4. Merkityksellisten tekijöiden positiiviset ja negatiiviset huiput avokuntoutuksessa. (Korttesniemi 2013, soveltaen Aittokallio 2018.)

Opinnäytetyöni fenomenologiaan pohjautuva IPA-menetelmä tutkii eletyn kokemuksen merkityksiä tutkittavalle tietyssä rajatussa kontekstissa, joten se tutkimusmenetelmänä soveltuu vastaamaan kysymyksiin asiakkaiden kokemuksista kuntoutuspolusta ja merkityksellisistä tekijöistä avokuntoutuksessa. IPA-menetelmä soveltuu tunnelatautuneiden ja vaikeasti hahmotettavien kokemusten tutkimiseen, joita kuntoutumiskokemukset saattavat olla (Smith & Osborn, 2015). IPA pyrkii löytämään päivittäisten kokemusten erityisiä merkityksiä ja tarkastelemaan merkityksiä haastateltavan kokemuksesta taustalla. Se antaa tutkittavalle tilaa kertoa kokemuksistaan avoimesti. IPA-analyysin tulokunnassa tutkittavan ääni tulee näkyviin samalla kun ilmiöstä saadaan laajempi tulkinta. (Smith & Osborn, 2015.) Menetelmää on käytetty paljon, etenkin psykologian alalla ja sairauden kokemuksen tutkimisessa ja se on todettu soveltuvan sosiaali- ja terveysalalle (Smith & Osborn 2007; Biggerstaff & Thompson 2008) IPA-menetelmässä on paljon yhteneväisyyksiä toisiin laadullisen tutkimuksen menetelmiin ja niiden välille ei ole helppoa piirtää selkeää rajaa. Smith ym. (2009) esittelevät IPA:n yhteneväisyyksiä ja eroja narratiivisiin lähestymistapoihin ja ankkuroituun teoriaan eli grounded theoryyn nähden. Narratiiviset lähestymistavat tutkivat kertomuksia, joita tässäkin opinnäytetyössä saatiin esiin. IPA-menetelmässä hermeneuttinen ja idiografinen lähestymistapa antaa työkalut näiden kertomusten tulkintaan ja tuo esiin myös tutkittavan emotionaaliset kokemukset. (Smith ym. 2009, 195.) Grounded theory puolestaan pyrkii kehittämään teoriaa ilmiöstä, kun taas IPA pyrkii syventämään yksilön kokemusta (Smith ym. 2009, 202). Tässä opinnäytetyössä IPA-menetelmän vahvuus oli aineiston keruun ja analyysin joustavuudessa. Puolistrukturoitu keskustelevalle haastattelu antoi tilaa asiakkaiden kertomuksille, joiden taustalta löytyi merkityksiä, joita ei rajatummalla haastattelumenetelmällä olisi löytynyt. Esimerkiksi haastateltavien kertoessa kotikäynneistä ja lajikokeiluista esiin nousivat erityisen merkitykselliset kokemukset tavallisuudesta poikkeavista terapiakerroista, jotka eivät suoranaisesti liittyneet lajikokeiluihin tai kotikäynteihin. Myös Van de Velden ym. (2015) tutkimus puoltaa epävirallisen keskustelun johtavan kokonaisvaltaisempaan tiedonsaantiin asiakkaan hoitotahdosta kuin viralliset mittarit tai kaavakkeet. IPA-analyysi saattoi olla tarpeettoman yksityiskohtainen tutkittaessa kuntoutuspolun eri osa-alueita, mutta erityisen merkityksellisten hetkien tarkasteluun avokuntoutuksessa yksityiskohdista ja kokemuksesta merkityksistä rakentuva analyysimenetelmä soveltoi hyvin. Pienemmällä tutkimusjoukolla IPA-menetelmän erityisyys ja yksityiskohtaisuus olisi tullut opinnäytetyössäni vielä selvemmin esiin.

9.2 Opinnäytetyön eettisyys

Hyvän eettisen käytännön mukaan tutkimustarpeen tulisi olla yhteiskunnallisesti perusteltu ja tutkimuksen hyötyjä suhteessa sen yksilölle aiheuttamaan kuormitukseen tulisi pohtia. Tämä opinnäytetyö tarjoaa laajasti tietoa haastateltavien kokemuksista, mutta samalla varmistaa heille aiheutuvan kuormituksen pysyvän vähäisenä. Alusta lähtien oletuksena oli, että haastatteluissa saattaa nousta esiin sensitiivisiä aiheita, joten tutkijan taito käsitellä herkkiä tilanteita ja tietoa nousee suureen rooliin tässä opinnäytetyössä. (Kylmä & Juvakka 2007, 137–138; Smith ym. 2009, 180.) Tutkimukseen osallistuneet ovat saattaneet käydä läpi elämää muuttaneen sairastumisen, ja kuntoutumiskokemuksista kertominen saattaa nostaa esiin elämän muutokseen liittyviä tunteita. Minulla on pitkä kokemus neurologisten kuntoutujien parissa työskentelystä ja sensitiivisten aiheiden käsittelystä, mikä mahdollistaa haastattelijan roolissa tarvittaessa asiakkaan voimavarojen arvioimisen ja tuen antamisen haastattelutilanteessa. Puolistrukturoitu haastattelu antaa haastateltavalle mahdollisuuden rajata, millä tasolla hän haluaa kuvata kokemuksiaan. Sensitiivisen tutkimusotteen lisäksi IPA-tutkimuksessa on tyypillistä arvostaa haastateltavaa oman kokemuksensa asiantuntijana ja luottaa haastateltavan kykyyn arvioida, minkä verran hän haluaa aiheesta kertoa (Smith ym. 2009, 180). Tutkimuksen yhteiskunnallisena hyötynä on kuntoutujien keskeisten merkityksellisten kokemusten näkyväksi tekeminen kuntoutuksen prosesseissa. Lisäksi on mahdollisuus soveltaa kuntoutujien kokemustietoa avokuntoutuksen suunnittelussa niin neurologisessa kuntoutuksessa kuin muillakin kuntoutujilla eri kuntoutuksen aloilla. Tämä tutkimus tukee aiempien tutkimusten tuloksia kuntoutujan autonomian ja ammattilaisilta saadun tuen merkityksestä ja kuulluksi tulemisen tarpeesta avokuntoutuksessa (Sim 1998, 3–9; Holliday ym. 2007, 576–580; Leplege ym. 2007, 1555–1565; Tholin & Forsberg 2014, 826–827).

Hyvään eettiseen käytäntöön kuuluu kertoa tutkittaville tutkimuksen tarkoitus, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus päättää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa (Kylmä & Juvakka 2007, 138). Opinnäytetyössäni kuvasin osallistujille lyhyesti tutkimuksen tarkoitusta haastattelupyynnötä tehdessäni. Opinnäytetyön tarkoitusta tarkennettiin ennen haastattelua, jolloin myös tehtiin kirjallinen sopimus tutkimukseen osallistumisesta ja muistutettiin keskeyttämisen mahdollisuudesta. Sopimusta tehtäessä huomioin tutkittavien mahdolliset puheen tai tekstin ymmärtämisen haasteet. Kirjallinen sopimus takaa, että tutkittavat ovat antaneet henkilötietolakiin perustuvan suostumuksen tutkimukseen osallistumiseen (Henkilötietolaki 523/1999).

Haastateltavien anonymiteetti on suojattu niin, että tutkimusaineisto ja litteroitu aineisto on koodattu numeroin ja tutkimukseen osallistuneiden tietoja ei säilytetä samassa salasanoin suojatussa pilvipalvelussa kuin aineistoa. Tutkimustulosten raportoinnissa olen pyrkinyt tarkkuuteen, avoimuuteen ja rehellisyyteen huomioiden samalla haastatellun oikeuksien suojelun (Kylmä & Juvakka 2007, 154–155).

Opinnäytetyöni on laadullinen tutkimus, jossa haastattelut, litterointi ja analyysi toteutettiin ilman valmiita ennako-odotuksia. Sensitiivisyys näyttäytyy analyysivaiheessa pyrkimyksenä ymmärtää haastateltavaa, joka pyrkii ymmärtämään kokemustaan (Smith ym. 2009, 180). Analyysi on ollut monivaiheinen ja olen palannut alkuperäiseen aineistoon useaan otteeseen tämän ymmärryksen lisäämiseksi. Tutkimuksessa on myös käytetty runsaasti lainauksia, jotta haastateltavien ääni tulisi kuulluksi (Smith ym. 2009, 180.) Suorissa lainauksissa on huomioitu tutkittavien anonymiteetti jättäen pois viittaukset tunnistettaviin tekijöihin ja muokaten tutkittavan puheen persoonalliset piirteet neutraalimpaan muotoon.

Opinnäytetyössä on käytetty huolellisia viittauksia alkuperäisiin lähteisiin ja lähteinä on käytetty vakiintuneita perusteoksia sosiaali- ja terveysalalta. Lisäksi tässä opinnäytetyössä on pyritty käyttämään lähteinä vertaisarvioituja tutkimuksia ja arvostetuissa tieteellisissä julkaisuissa esiteltyjä tutkimuksia ja näiden lähteiden laatua ja sopivuutta tutkittavaan aiheeseen on pyritty arvioimaan kriittisesti. Ennen tutkimuksen aloittamista on esitetty ohjaajan arvioima tutkimussuunnitelma, jolla on perusteltu tutkimuksen toteutuskelpoisuus.

9.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tämän tutkimuksen merkitys perustuu asiakaslähtöiseen avokuntoutuksen kehittämiseen. Päädyin laadulliseen tutkimusmenetelmään, koska aiheesta ei juuri löytynyt tutkimusta ja laadullinen lähestymistapa antaa tilaa tutkittavan kokemuksille. Tässä opinnäytetyössä tutkittava ilmiö on tunnistettu ja nimetty. Ilmiötä tarkastellaan eri näkökulmista. Kokemus tutkimuskohteena on laaja, ja sitä voidaan tulkita monin tavoin. Syväällisempään kuvaukseen olisi päästy IPA:lle tyypillisellä pienemmällä tutkimusjoukolla, joka olisi mahdollistanut laajemman yksilöllisen kuvauksen. Tutkimuksen taustalla on kuitenkin ajatus palvelujen asiakaslähtöisestä ketterästä muotoilusta. Kun syväallinen

kokemuksen ymmärtäminen ja ketteryys yhdistetään, on joustettava laajoista yksityiskohtaisista yksilöllisistä kuvauksista ja sen sijaan esitettävä laajan aineiston keskeiset tulokset. Tämäntyyppinen lähestymistapa tuo esiin neurologisten kuntoutujien kokemusten koko kirjon, ja on siksi paremmin yleistettävissä tähän moninaiseen asiakasryhmään. Tällä tutkimusjoukolla myös kohdeorganisaatio saa laajemman kuvan asiakaskunnastaan. Tämäntyyppinen kehitystyö on merkittävimpiä tämän hetken trendejä sosiaali- ja terveysalalla (Matthies 2014, 58–59; Toikko 2014, 166–170).

Tutkimuksen uskottavuus on yksi tutkimuksen luotettavuuden tarkastelun kohde. Uskotavuudella tarkoitetaan tulosten uskottavuutta ja niiden esittämistä tutkimuksessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tässä opinnäytetyössä tutkittavien kokemukset on tarkasteltu suhteessa aiempaan tutkittuun tietoon ja esitetty lainauksin, jotta lukija voi nähdä, miten johtopäätökset on tehty. Tutkimuksen tuloksia ei ole analyysivaiheessa ja tätä raporttia kirjoitettaessa esitetty vielä tutkittaville. Tutkimuksen tekijänä olen työskennellyt tämän aiheen parissa nyt vuoden, mikä on auttanut asettumaan tutkittavien näkökulmaan ja syventänyt ymmärrystäni ilmiöstä. Olen keskustellut aineistosta nousseista tekijöistä opinnäytetyöni ohjaajien, opponoijan ja väitöskirjatutkijan kanssa säännöllisesti.

Toinen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelun kohde on vahvistettavuus. Tämä tarkoittaa tutkimuksen raportointia niin, että toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessia. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkimusprosessi on kirjoitettu tässä raportissa auki pääpiirteissään, joten tutkimuksessa käytettyä metodologiaa voidaan hyödyntää muissa tutkimuksissa. Laadullisessa tutkimuksessa ei kuitenkaan ole erilaisten tulkintojen vuoksi täydellistä toistettavuuden mahdollisuutta (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tämä tutkimus tarjoaa yhden ymmärrystä lisäävän näkökulman aiheeseen.

Kolmas tutkimuksen luotettavuuden tarkastelun kohde on refleksiivisyys. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tekijä tunnustaa omat lähtökohtansa tutkijana. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Olen tehnyt tätä tutkimusta yksin ja olen tutkijana kokematon, mikä voi näyttäytyä puutteina tutkimuksen eri vaiheissa. Olen kuitenkin pyrkinyt minimoimaan mahdollisia puutteita refleктоimalla omaa rooliani tutkijana ja pyytämällä näkemyksiä tutkimukseeni kokeneemmilta tutkijoilta tutkimuksen teon eri vaiheissa. Aiemmin aiheesta lukemani ja työhistoriani neurologisessa kuntoutuksessa ovat voineet vaikuttaa tapaan katsoa aineistoa, vaikka pyrkimys on ollut lähestyä sitä ilman ennako-

oletuksia. Tutkimushaastattelut tiesivät minun työskentelevän kohdeorganisaatiossa, mikä on voinut vaikuttaa tutkittavien vastauksiin. Tämä voi näkyä haastattelutavien vastauksissa etenkin negatiivisten kokemusten esiintuomisen haasteena. Toisaalta vuosien kokemukseni neurologisesta kuntoutuksesta toi haastattelutilanteisiin sensitiivisyyttä ja haastatellut kuvasivat tilannetta rennoksi. Tämä voi osaltaan puoltaa vastauksien luotettavuutta.

Viimeinen tutkimuksen luotettavuuden tarkastelun kohde on siirrettävyys. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tämä tutkimus on toteutettavissa vastaavilla kuntoutujilla avokuntoutuksessa ainakin osittain. Tutkimuksen toteutus on kirjoitettu auki tässä raportissa pääpiirteissään. Tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, mihin tulisi kiinnittää huomio asiakaslähtöisiä avokuntoutuspalveluja suunniteltaessa. Vaikka aineisto koskee neurologista avokuntoutusta, sen tuloksia voidaan tulkita kuntoutuksen muissa konteksteissa, esimerkiksi perusterveydenhuollossa tai kuntoutuksen eri aloilla. Sen tuloksien suora siirrettävyys tai yleistys eri konteksteihin on kuitenkin arvioitava tilannekohtaisesti, koska osa kysymyksistä koski erityisesti avokuntoutuksen toteutusta. Esimerkiksi kokemukset lajikoikeiluista ovat vahvasti sidottuja neurologisen kuntoutujan näkökulmaan. Aineistosta nousi kuitenkin yleistettäviä asioita, kuten autonomian ja kuulluksi tulemisen tärkeys, joita voidaan pitää siirrettävinä. Näitä opinnäytetyöni keskeisiä tuloksia tarkastelen seuraavassa alaluvussa.

9.4 Kehitysehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöni keskeiset tulokset on esitetty kohdeorganisaation hallinnolle 11/2017. Henkilökunnalle opinnäytetyön tulokset esitetään 3/2018 ja tutkimukseen osallistuneille ja muille kohdeorganisaation asiakkaille keväällä 2018. Tämä opinnäytetyö käynnistää kohdeorganisaatiossa asiakaslähtöisen kuntoutuspolun muotoiluun tähtäävän jatkuvan kehitystyön. Kehitystyön ensimmäinen askel oli asiakaspalauteprosessin kehittäminen, joka käynnistettiin tämän tutkimuksen tulosten seurauksena 1/2018. Seuraavat merkittävät askeleet ovat asiakkaiden kokemusten tuominen osaksi jatkuvaa kuntoutuksen muotoilua säännöllisesti kokoontuvan asiakaspaneelin kautta ja henkilökunnan tukeminen asiakaslähtöisen kuntoutuksen tarjoamiseen.

Asiakaskokemuksen kannalta työntekijöiden rooli on merkittävä, ja asiakkuuksien johtamisen näkökulmasta on olennaista pohtia, miten motivoida työntekijät tarjoamaan systemaattisesti asiakkaille merkityksellisiä laadukkaita kuntoutumiskokemuksia terveydenhuollon kontekstin huomioiden. Asiakaslähtöisen kehitystyön jalkauttaminen arkeen vaatii luottamuksellista tiimiperustaista yrityskulttuuria, työntekijöiden työtyytyväisyyttä, lojaaliutta ja tuotteliaisuutta (Bedford & Lee 2009, 201). Tiivistäen, hyvinvoiva henkilökunta tuottaa hyviä palvelukokemuksia. Panostamalla henkilöstövoimavarojen johtamiseen ja työntekijöiden yksilöllisten tarpeiden huomiointiin, luodaan pohja asiakaslähtöiselle toiminnalle.

Opinnäytetyössäni asiakkaat kokivat avokuntoutuksessa hyvän terapiasuhteen laadukkaana kuntoutumiskokemuksen keskeisenä tekijänä. Jatkotutkimusaiheita voisivat olla, mistä tekijöistä asiakkaat kokevat hyvän henkilökemian, terapeutin kuuntelun taidon tai ammattitaidon muodostuvan.

LÄHTEET

- Aalto A-M., Vehko T., Sinervo T., Sainio S., Muuri A., Elovainio M., Pekurinen M. 2017. Terveydenhuollon asiakaslähtöisyys. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. THL, Helsinki. Luettu 30.11.2017.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134728/URN_ISBN_978-952-302-880-7.pdf?sequence=1
- Aikuisten toimintaterapia. 2017. Tampereen kaupunki. Luettu 18.12.2017.
<https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/kuntoutus-ja-terapia/toimintaterapia.html#aikuistentoimintaterapia>
- Aivoliitto. Aivoverenkiertohäiriö. Luettu 28.11.2016.
[http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/perustietoa_avh_sta](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta)
- Beattie, P., Dowda, M., Turner, C., Michener, L. & Nelson R. 2005. Longitudinal Continuity of Care Is Associated With High Patient Satisfaction With Physical Therapy. *Physical Therapy* 85 (10), 1046–1052.
- Bedford, C. & Lee, A. 2009. Would You Like Service with That?. Teoksessa Lockwood, T. (toim.) 2009. *DesignThinking*. New York: Allworth Press.
- Biggerstaff, D. & Thompson, A. R. 2008. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): A Qualitative Methodology of Choice in Healthcare Research. *Qualitative Research in Psychology* 5 (3), 214–224.
- Bosman, R., Boursa, G., Engels, J. & Wittea, L. 2008. Client-centred care perceived by clients of two Dutch homecare agencies: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 45 (4), 518–525.
- Deber RB., Kraetschmer N., Urowitz S. & Sharpe N. 2005. Patient, consumer, client, or customer: what do people want to be called? *Health Expectations* 8 (4), 345–351.
- Do, A., Rupert, A. & Wolford, G. 2008 Evaluations of pleasurable experiences: The peak–end rule. *Psychonomic Bulletin & Review* 15 (1), 96–98.
- Dolan, P. & Kahneman D. 2008. Interpretations of Utility and Their Implications for the Valuation of Health. *The Economic Journal* 118 (525), 215–234.
- Duncan, P., Bushnell, C., Rosamond, D., Jones Berkeley, S., Gesell, S., D’Agostino, R., Ambrosius, W., Barton-Percival, B., Bettger, J., Coleman, S., Cummings, D., Freburger, J., Halladay, J., Johnson, A., Kucharska-Newton A., Lundy-Lamm, G., Lutz B., Mettam, L., Pastva, A., Sissine, M. & Vetter, B. 2017. The Comprehensive Post-Acute Stroke Services (COMPASS) study: design and methods for a cluster-randomized pragmatic trial. *BMC Neurology* 17:133, 1–13.
- Ekvall Hansson, E., Beckman, A., Wihlborg, S., Persson, S. & Troein, M. 2013. Satisfaction with rehabilitation in relation to self-perceived quality of life and function among patients with stroke – a 12 month follow-up. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27, 373–379.

Eräsaari, L. 2014. Sosiaalityö markkinoilla. Teoksessa Haverinen, R., Kuronen, M. & Pösö, T. (toim.) Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus. Tampere: Vastapaino.

GAS-menetelmä. Kansaneläkelaitos. 2018. Luettu 3.2.2018. <http://www.kela.fi/gas-menetelma>

Grönroos, C. 2009. Palvelujen johtaminen ja markkinointi. 4. painos. Helsinki: WSOYPro.

Harisalo, R. 2013a. Johdanto. Teoksessa Laitinen, I., Harisalo R. & Stenvall, J. (toim.) 2013. Palvelutiede julkisten palvelujen uudistajana. Kansainvälinen vertailu. Tampere: Tampere University Press, 13–16.

Harisalo, R. 2013b. Palvelutiede – palveluyhteiskunnan uusi mahdollisuus. Teoksessa Laitinen, I., Harisalo R. & Stenvall, J. (toim.) 2013. Palvelutiede julkisten palvelujen uudistajana. Kansainvälinen vertailu. Tampere: Tampere University Press, 32–54.

Holliday, R., Cano, S., Freeman, J. E. & Playford, D. A. 2007. Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 78 (6), 576–580.

Honkatukia, J., Tamminen, S., Ahokas J. 2014. Suomi on jo palvelutalous. VATT Policy Brief. Luettu 4.12.2017. http://vatt.fi/documents/2956369/3012241/vatt_policybrief_12014.pdf/bb1ffa6d-4be0-47c2-b1cd-3de02da9b605

Hämäläinen, K., Vilkkä, H., Miettinen, S. 2011. Asiakasymmärryksen ja käyttäjätiedon hankkiminen. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) 2011. Palvelumuotoilu – uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy, 61-68.

ICF-luokitus. 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 19.12.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuskäsityksen muutos ja asiakkuuden muotoutuminen. Teoksessa Rissanen, P., Kallaranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

Järvikoski, A. & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen, P., Kallaranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

Kaarakainen, M. & Syrjänen, A. 2012. Asiakasymmärryksestäkö avain palveluennakointiin?: markkinalähtöisen asiakasymmärryksen käsitteen jäljillä: kirjallisuuskatsaus kansainväliseen terveyspalvelujen tutkimukseen. *Hallinnon tutkimus -lehti* 31:2, 117–130.

- Kahneman, D. 2012. Ajattelu, nopeasti ja hitaasti. Suom. Pietiläinen, K. Helsinki:Terra Cognita Oy. Alkuperäinen teos 2011.
- Kahneman, D. 2010. The riddle of experience vs. memory. TED talks. Katsottu 9.4.2017.
https://www.ted.com/talks/daniel_kahneman_the_riddle_of_experience_vs_memory/transcript
- Kananen, J. 2008. Kilpailukyky ja tuottavuus 2000-luvun sosiaalipolitiikassa. Yhteiskuntapolitiikka -lehti 73 (3), 239–249.
- Kansaneläkelaitos. 2017. Vaativa lääkinnällinen kuntoutus. Luettu 7.12.2017.
<http://www.kela.fi/vaativa-laakinnallinen-kuntoutus?inheritRedirect=true>
- Klemola, T. 2004. Taidon filosofia - Filosofin taito. Tampere: Tampere University Press.
- Kortesniemi, A. 2013. Asiakaspalaute on loistava mahdollisuus pelastaa asiakaskokemus. Luettu 26.2.2017. <http://blog.digia.com/tech/2013/08/08/asiakaspalaute-on-loistava-mahdollisuus-pelastaa-asiakaskokemus>
- Koso, L., Sairanen, T., Poutiainen, E. & Hiekkala, S. 2016. AVH-potilaan avokuntoutus ensimmäisen vuoden aikana. Käypähoito. Luettu 4.4.2017.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=1A38EFF95AC66D84F0FA8BBD413E0130?id=nix02364>
- Kotkavirta, J. 2002. Kokemuksen ehdot ja hahmot: Kritik der reinen Vernunft ja Phänomenologie des Geistes. Teoksessa Haaparanta, L. & Oesch, E. Kokemus. Tampere: Tampereen yliopisto, 15–36.
- Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen – Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Acta Universitatis Lapponiensis; 179, Lapin yliopisto 2010. ISBN 978-952-484-365-2. Väitöskirja.
- Kuusinen-James, K. 2012. Tuoko palveluseteli valinnanvapautta? Kunnallisalan kehittämissäätöön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 68. Luettu 1.10.2017.
<https://kaks.fi/sites/default/files/Tutkimusjulkaisu%2068.pdf>
- Kuntoutuksen uudistamiskomitea. 2017. Ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Luettu 18.12.2017.
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Kuntoutuskoordinaattorin palvelut. 2016. Premium Kuntoutus. Luettu 10.2.2018.
<https://www.premium.fi/2016/09/21/uutuus-premiukselle-kuntoutuskoordinaattorin-palvelut/>
- Kuntoutusvastuut. 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 7.12.2017.
<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/kuntoutus/kuntoutusvastuut>

- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Käypä hoito. 2016. Aivoinfarkti ja TIA. Luettu: 5.10.2017:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50051>
- Laitinen, I. 2013a. Esipuhe. Teoksessa Laitinen, I., Harisalo R. & Stenvall, J. (toim.) 2013. Palvelutiede julkisten palvelujen uudistajana. Kansainvälinen vertailu. Tampere: Tampere University Press, 7–9.
- Laitinen, I. 2013b. Palveluiden tuottaminen asiakkaan kanssa. Teoksessa Laitinen, I., Harisalo R. & Stenvall, J. (toim.) 2013. Palvelutiede julkisten palvelujen uudistajana. Kansainvälinen vertailu. Tampere: Tampere University Press, 88–106.
- Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B. & Ville, I. 2007. Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation*. 29:20–21, 1555–1565.
- Lähteenmäki, O. 2018. ft, terveydenhuollon palveluista vastaavana johtaja. Kommentteja palvelupolusta Premium Oy:ssä ja kuntoutuksen käytännöistä arjessa. Sähköpostiviesti. oli.lahteenmaki@premium.fi 27.2.2018. Luettu 28.2.2018.
- Lääkinnällinen kuntoutus. 2017. Tampereen kaupunki. Luettu 18.12.2017.
<https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/kuntoutus-ja-terapia/laakinnallinen.html>
- Mazurenko, O., Zemke, D., Lefforge, N. 2016. Who Is a Hospital's “Customer”? *Journal of Healthcare Management*. 61:5, 319–333.
- Martin, M. 2012. Vaikeavammaisten lääkinällisen kuntoutuksen yksilöllinen vaikuttavuus. Teoksessa Pohjola, A., Kemppainen, T., & Väyrynen, S. (toim.) *Sosiaalityön vaikuttavuus*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Matthies, A-L. 2014. Sosiaalihuollon ja kansalaisyhteiskunnan suhde sivistyneen demokratian peilinä. Teoksessa Haverinen, R., Kuronen, M. & Pösö, T. (toim.) *Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus*. Tampere: Vastapaino.
- Miettinen, S. 2011. Palvelumuotoilu – yhteissuunnittelua, empatiaa ja osallistumista. Teoksessa Miettinen, S. (toim.) *Palvelumuotoilu – uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen*. 2. painos. Helsinki: Teknologiatieto Teknova Oy.
- Mäkilä, P., Luona-Helminen, R. & Kuusisto, H. 2017. Liikunta kuntoutuksen tukena neurologista sairautta sairastavilla. Kelan vaatimaan lääkinälliseen kuntoutukseen osallistuneiden liikuntatottumukset ja avoterapiastandardiin liittyvä liikuntakokeilu. Kansaneläkelaitos. Työpapereita 131. Luettu 10.2.2018.
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/229527/Tyopapereita131.pdf?sequence=1>
- Nolan, M.R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. 2004. Beyond ‘person-centred’ care: A new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing* 13 (1), 45–53.

- O'Connor, SJ., Trinh, HQ., Shewchuk, RM. 2000. Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality. *Health Care Manage Revier* 25 (2), 7-23.
- Paasivaara, L., Suhonen, S. & Virtanen, P. 2013. 2. tarkistettu ja ajantasaistettu painos. *Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa*. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Paltamaa, J., Erkkilä, J., Kanelisto, K., Mustonen, O. & Nousiainen, E. 2017. Pitkät yhtäjaksoiset yksilöterapiat. Terapioiden merkitys kuntoutujan ja kuntoutuksen eri toimijoiden näkökulmasta. *Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 4:2017*
- Parviainen, J. 2016. Keho tietää, kertoo ja kehittää itsetuntemusta. *Liikunta & Tiede*. 53:2-3, 10-15.
- Parviainen, J. 2006. *Meduusan liike*. Helsinki: Gaudeamus.
- PERFECT-hanke. 2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 28.11.2017: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/perfect>
- Perttula, J. 2011. Kokemus ja kokemuksen tutkimus: Fenomenologisen erityistieteen tieteenteoria. Teoksessa Perttula, J. & Latomaa, T.(toim.) *Kokemuksen tutkimus: merkitys-tulkinta-ymmärtäminen*. 4.painos. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Pirhonen, J. 2017. *Good Human Life in Assisted Living for Older People: What the residents are able to do and be*. Tampereen yliopisto. Sosiaalitieteiden yksikkö. Väitöskirja.
- Rajala, A. 2016. MA, filosofian ja bioetiikan väitöskirjatutkija. Kommentteja Kokemus ilmiönä kaavioon. Sähköpostiviesti. a.rajala@brighton.ac.uk 8.12.2016. Luettu 8.12.2016.
- Rantanen, M. 2016. *Tunnelmamuotoilu*. Helsinki: Talentum pro.
- Rauhala, L. 2005. *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. Helsinki: Gaudeamus.
- Rigby H., Gubitz G., Phillips S. 2009. A systematic review of caregiver burden following stroke. *International Journal of Stroke*. 4/2009, 285–292.
- Rijckmans, M., Bongers, I., Garretsen, H., Van de Goor, I. 2007. A Clients' Perspective on Demand-Oriented and Demand-Driven Health Care. *International Journal of Social Psychiatry* 53:1, 48–62.
- Romdenh-Romluc, K. 2011. *Routledge philosophy guidebook to Merleau-Ponty and Phenomenology of Perception*. London & New York: Routledge.
- Räsänen, R. & Valvanne, J. 2017. Vanhustyö tarvitsee uudenlaista johtamista - tavoitteeksi asiakkaan hyvä elämänlaatu. Teoksessa Kulmala, J. Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Saari, E., Viinamäki, L. & Antikainen, J. 2014. Miten tuotamme luotettavaa kokemustietoa? Teoksessa Nieminen, A., Tarkiainen A. & Vuorio, E. (toim.) *Kokemus, hyvinvointi ja paikallisuus*. Turun ammattikoulun raportteja 177, 54–73.

Salminen, J. 2014. Uuden esimiehen kirja –Tulevaisuuden johtajille. Helsinki: J-Impact Oy.

Sandström M. 2012. Aivot ja kehotietoisuus. Fysioterapia – lehti 3/12, 22–24.

Seeck, H. 2012. Johtamisopit Suomessa –teilorismista innovaatioteorioihin. 3. uudies-tettu painos. Helsinki: Gaudeamus University Press Oy

Sim, J. 1998. Respect for autonomy: issues in neurological rehabilitation. *Clinical Re-habilitation* 12, 3–10.

Smith, D. W. 2007. Husserl. London and New York: Routledge.

Smith, J. A. 2004. Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 1, 39–54.

Smith, J., Flowers, P. & Larkin, M. 2009. *Interpretative Phenomenological Analysis*. London: Sage.

Smith, J. A., & Osborn, M. 2007. Pain as an assault on the self: An interpretative phenomenological analysis of the psychological impact of chronic benign low back pain. *Psychology & Health*, 22 (5), 517–534.

Smith, J.A. & Osborn, M. 2008. Interpretative Phenomenological analysis. Teoksessa Smith, J.A. (toim.) *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods*, 2. painos. Sage Publications. Saatavana s. 53–54. Luettu 5.4.2017: http://books.google.fi/books?id=D5xHYpXVDaAC&printsec=frontcover&hl=fi&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false Luettu 5.4.2017

Smith, J. A., & Osborn, M. 2015. Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British Journal of Pain*, 9 (1), 41–42.

Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d. Palvelut asiakaslähtöisiksi. Luettu 30.11.2017. <http://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Monialainen kuntoutus – Tilannekatsaus. 2015:18. Luettu 11.12.2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125757/URN_ISBN_978-952-00-3509-9.pdf?sequence=1

Spiers, G., Aspinall F., Bernard S., & Parker G. 2015. What outcomes are important to people with long-term neurological conditions using integrated health and social care? *Health and Social Care in the Community* 23 (5), 559–568.

Suomen fysioterapeutit. 2014. Fysioterapia ammattina. Luettu 18.12.2017. <http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/fysioterapia-ammattina>

- Sydän- ja verisuonitautirekisteri. 2015. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Luettu 29.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit/sydan-ja-verisuonitautirekisteri/aivohalvaukset/raakaluvut>
- Tholin, H. & Forsberg, A. 2014. Satisfaction with care and rehabilitation among people with stroke, from hospital to community care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28, 822–829.
- Toikko, T. 2014. Vastuullisen asiakkuuden paradigma. Teoksessa Haverinen, R., Kuronen, M. & Pösö, T. (toim.) *Sosiaalihuollon tila ja tulevaisuus*. Tampere: Vastapaino.
- TOIMIA. 2014. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Luettu 28.2.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>
- Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2007. *Laadullinen tutkimus ja sisältöanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Tuulaniemi, J. 2011. *Palvelumutoilu*. Helsinki: Talentum.
- Vaajakallio, K. & Mattelmäki, T. 2013. Yhteissuunnittelu avaa uusia näkymiä julkiselle sektorille. Teoksessa Keinonen, T., Vaajakallio, K. & Honkonen, J. (toim.) *Hyvinvoinnin muotoilu*. Helsinki: Aalto Arts Book.
- Van de Velde, D., Devisch, I. & De Vriendt, P. 2015. The client-centred approach as experienced by male neurological rehabilitation clients in occupational therapy. A qualitative study based on a grounded theory tradition. *Disability and Rehabilitation*. 38:16, 1567–1577.
- Viitanen, E. & Piirainen, A. 2013. Kuntoutuksen palvelujärjestelmä kuntoutujan näkökulmasta. Teoksessa Ashorn U., Autti-Rämö I., Lehto, J. & Rajavaara, M. 2013. *Kuntoutus muuttuu – entä kuntoutusjärjestelmä?* Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 112–127.
- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S. Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. *Matka-opas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystieteiden kehittämiseen*. Helsinki: Tekes 2011.
- Virkamäki, M. 2016. *Sähköinen huutokauppa vammaisten ihmisten elämänmittaisten, välttämättömien palveluiden järjestämisen tapana*. MBA –tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Välakangas, K. 2007. *Yksityisen sektorin innovatiivisten liiketoimintamallien soveltamismahdollisuudet kuntapalvelujen tuotannossa*. Helsinki: Sitra
- Wolff, J., Edwards, S., Richmond, S., Orr, S. & Ress, G. 2012. Evaluating Interventions In Health: A Reconciliatory Approach. *Bioethics* 26 (9) 455–463.

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuuskatsauksen tulostaulukko

Tekijä(t),vuosi & maa	Tarkoitus	Tutkimusmenetelmät	Otoksen koko ja tyyppi
Tholin & Forsberg (2014) Ruotsi	AVH-kuntoutujien kokemuksia kuntouksestaan sairaalahoitosta avohoitoon.	Laadullinen tutkimus. Harkinnanvarainen otanta. Kansallisten laatuindikaattoreiden mukaiset kysymykset täydentäen lisäkysymyksillä.	AVH-kuntoutujat (n=12), 7-26 kk aivotapahtumasta 3 hoivakodissa asuvaa, 5 kotona asuvaa 2 työssäkäyvää, loput iänmukaisella eläkkeellä, kaikki syntyneet Ruotsissa
Ekvall Hansson, Beckman, Wihlborg, Persson & Troein (2013) Ruotsi	Tutkia tyytyväisyyttä kuntoutukseen suhteessa elämänlaatuun, koettuun toimintakykyyn ja kuntoutuksen saatuuteen.	Määrällinen tutkimus. Koettua toimintakykyä mitattiin Barthel-indeksillä ja elämänlaatua EuroQol-5D mittarilla. Tyytyväisyyttä kuntoutukseen mitattiin Ruotsin AVH-rekisterin lomakkeella.	Otos: 3/2007-12/2017 Skanen yliopistosairaalan Malmössä asuvat potilaat, 12kk sairastumisesta. AVH-kuntoutujat (n=280) 137 naista, 146 miestä 42-99 vuotiaita, keski-ikä 75,2

Liite 2. Opinnäytetyön puolistrukturoitu teemahaastattelu

Minkä vuoksi käyt kuntoutuksessa?

Miten ja miksi olet päätenyt valitsemaan Premiuksen?

Millaisia kokemuksia sinulla on fysioterapiasta Premiuksessa?

Mitä fysioterapiasta on jäänyt erityisesti mieleen?

Miten koet: ajanvarauksen?

fysioterapian sisällön suunnittelun?

fysioterapian seurannan/mittaukset?

fysioterapiakäynnit?

ohjauskäynnit kotiin tai läheisille?

entä lajikokeilut, asiointikäynnit?

kirjallisen terapiapalautteen?

kuntosalin?

terapiavälineet?

Mikä Premiuksessa on ollut hyvää?

Mikä Premiuksessa on ollut huonoa?

Millainen olisi paras mahdollinen kuntoutumiskokemus, jos kaikki olisi mahdollista?

Millainen olisi pahin mahdollinen kuntoutumiskokemus, jos kaikki olisi mahdollista?

Tuleeko sinulla muita Premiukseen liittyviä kokemuksia mieleen?

Liite 3. Kutsu opinnäytetyön haastatteluun

Tule mukaan jakamaan kuntoutumiskokemuksiasi!

Premiuksessa näemme asiakkaan kuntoutumiskokemuksensa asiantuntijana ja haluamme tuntea asiakkaamme. Haluaisitko sinä auttaa meitä ymmärtämään yksilöllistä kuntoutumiskokemustasi ja kehittämään asiakaslähtöisiä kuntoutuspalveluja?

Keräämme nyt neurologisten asiakkaidemme kokemuksia kuntoutumisesta ja avokuntoutuksesta.

Fysioterapeuttimme Jenni Aittokallio haastattelee ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyönsä tiimoilta asiakkaita heidän kokemuksistaan avokuntoutuksesta.

Haastattelut toteutetaan Premiuksen tiloissa aikavälillä 8.5–8.6.2017. Haastattelu kestää noin 30–60 minuuttia ja se voidaan toteuttaa sinulle sopivana ajankohtana. Haastattelu ei vaadi sinulta ennakoon valmistautumista.

Ilmoittaudu mukaan omalle fysioterapeutillesi, Premiuksen toimistoon tai osoitteeseen: xxx@premius.fi.

Tervetuloa kehittämään yhdessä parasta kuntoutumiskokemusta!

Tule mukaan jakamaan kuntoutumiskokemuksiasi!

Liite 4. Opinnäytetyön tutkimussopimus

Tervetuloa tutkimukseen!

Tutkin Premius Oy:n neurologisten asiakkaiden kokemuksia kuntoutumisesta avokuntoutuksessa. Tutkimus on opinnäytetyöni ylemmissä ammattikorkeakouluopinnoissani.

Mitä tutkin?

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kerätä asiakkaiden kokemuksia avokuntoutuksesta. Tutkimuksessa kysyn myös, millaisia on/olisi paras mahdollinen ja pahin mahdollinen kuntoutumiskokemus.

Asiakkaiden kokemustietoa hyödynnetään heidän kuntoutuspalvelujensa suunnittelussa ja toteutuksessa.

Mitä tutkimukseen osallistuminen vaatii?

Tutkimus toteutetaan haastatteluna Premiuksen tiloissa. Haastattelu kestää noin 30–60 minuuttia ja se äänitetään. Haastattelu ei vaadi tutkittavalta ennakoon valmistautumista. Tutkimuksen tulokset esitetään 12/2017 Premiuksen tiloissa.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voit halutessasi keskeyttää osallistumisesi ja pyytää sinua koskevan materiaalin poistamista aineistosta milloin vain.

Mitä haastatteluäänitteille tehdään?

Säilytän tutkittavan luvalla haastatteluäänitteitä ja tekstiksi kirjoitettua aineistoa tutkimuksen ajan tai 5 vuotta riippuen tutkittavan antamasta luvasta. Äänitteistä poistetaan henkilötietoihin (nimi, osoite, henkilötunnus) viittaavat tiedot.

Aineisto on Premiuksen luvalla käytössäni mahdollista myöhempää tutkimusta varten. Aineiston säilyttämisen voi kieltää milloin vain. Haastatteluaineisto säilytetään salasanoin suojattuna.

Äänitteitä saa kuunnella ja tekstiksi kirjoitettua aineistoa lukea vain tutkija ja hänen opinnäytetyötänsä ohjaavat.

Opinnäytetyössä ei mainita tutkittavia omilla nimillään ja suorat lainaukset tehdään niin, ettei tutkittavia voi välittömästi tunnistaa.

Minua koskevaa aineistoa saa säilyttää: tutkimuksen ajan _____

5 vuotta aineiston keruusta _____

Olen ymmärtänyt yllä olevan ja sitoudun siihen: kyllä _____ ei _____

Vahvistan osallistumiseni
tutkimukseen: _____

Lisätietoja: Jenni Aittokallio: xxx@premius.fi p. xxx xxx

