

Anniina Lusma

**IKÄÄNTYNEEN ASIAKKAAN  
KUNTOUTUSPROSESSIN  
KEHITTÄMINEN JA MALLINTAMINEN  
HOIVAYKSIKÖN  
LYHYTAIKAISOSASTOLLA**

Opinnäytetyö  
Terveysten edistäminen

2018



**Kaakkois-Suomen  
ammattikorkeakoulu**

<b>Tekijä</b> Anniina Lusma	<b>Tutkinto</b> Terveystiedon edistämisen ylempi AMK	<b>Aika</b> Toukokuu 2018
<b>Opinnäytetyön nimi</b> Ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin kehittäminen ja mallintaminen hoivayksikön lyhytaikaisosastolla		73 sivua 6 liitesivua
<b>Toimeksiantaja</b> Attendo Oy		
<b>Ohjaaja</b> Yliopettaja Sari Ranta		
<b>Tiivistelmä</b> <p>Tämä opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä tutkimuksellisenä kehittämistyönä, jonka tarkoituksena oli kehittää, selkiyttää ja yhdenmukaistaa ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin toimintakäytäntöjä Pyhtäällä sijaitsevalla lyhytaikaisosastolla. Tavoitteena oli kuvata ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessiin osallistuvien henkilöiden näkemyksiä siitä, mitä on laatu ja asiakaslähtöisyys kuntoutusosastolla ja millaisena nykyinen kuntoutusprosessi näyttäytyy prosessin osallistuvien henkilöiden kuvamana. Lisäksi tavoitteena oli tunnistaa prosessin kehitystarpeet ja löytää kehitysehdotuksia toiminnan parantamiseksi ja selkiyttämiseksi.</p> <p>Kehittämistyö pohjautui prosessin kehittämisen menetelmän kolmelle ensimmäiselle syklille, jotka olivat aiheen rajaus, nykytilan kartoitus ja analysointi sekä prosessin uudelleen määrittely. Kuntoutusprosessin nykytilan selvitys toteutettiin käyttäen tutkimusmenetelminä osallistuvaa havainnointia sekä sähköpostihaastattelua. Havainnointiaineisto tiivistettiin käyttäen SWOT-analyysia. Sähköpostihaastattelun aineisto teemoiteltiin ja luokiteltiin. Tulokset toivat yhteen prosessiin osallistuvien henkilöiden näkemykset prosessin nykytilasta, sen kulusta sekä kehittämistarpeista.</p> <p>Kehittämistyö osoitti, että tärkein työvaihe kuntoutusprosessissa on aloitus, jolloin on tärkeää luoda yhteiset tavoitteet ja alustava aikataulu kuntoutusjaksolle. Nykytilan kartoituksessa tämän vaiheen huomattiin olevan aliresursoitu. Lisäksi todettiin, että käytännöt prosessin sisällä vaihtelivat. Konkreettisiksi kehittämistoimenpiteiksi ehdotettiin moniammatillista alkuhoitoneuvottelua, toimintakykymittareiden tehokkaampaa käyttöönottoa, viikoittaista kuntoutuskokousta sekä yhteistyön lisäämistä. Aineiston pohjalta mallinnettiin ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin tahtotilakuvaus sekä sanallinen prosessinkulku. Kehitetty ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin-tahtotilakuvaus yhdenmukaistaa ja selkiyttää toimintaa sekä lisää yhteistä ymmärrystä moniammatillisessa tiimissä. Toimeksiantajan näkökulmasta kuntoutusprosessin kehittäminen ja mallintaminen lisää kustannustehokkuutta sekä tekee käytännön työn näkyväksi. Kuntoutusprosessin kehittäminen on toteutettu organisaatio- ja työntekijälähtöisesti, jolloin myöhemmin olisi tärkeää tutkia aihetta myös asiakkaiden näkökulmasta.</p>		
<b>Asiasanat</b> ikääntyneet, prosessi, moniammatillinen kuntoutus, kehittäminen		

Author	Degree	Time
Anniina Lusma	Master´s Degree in Health Promotion	May 2018
<b>Thesis Title</b>		
Developing and re-modelling a rehabilitation process for elderly customers in short-term care		73 pages 6 pages of appendices
<b>Commissioned by</b>		
Attendo Oy		
<b>Supervisor</b>		
Sari Ranta, Principal Lecturer		
<b>Abstract</b>		
<p>This thesis was carried out as a working life generated development study. The intentions of this study were to improve, clarify and unify practices in rehabilitating elderly customers in short-term care in Pyhtää, Finland. The aim of the study was to represent the visions of the rehabilitation process of elderly customers by those involved in it, describe how quality and customer oriented approach appear in the daily care and how the current rehabilitation process is seen by staff members. The aim was also to recognise the developmental needs in the process and finding solutions to improve and clarify the process.</p>		
<p>The development study was based on the first three cycles of the development method, which were: defining the subject, clarifying and analyzing the current state and re-modelling the process. The investigation of the current state of rehabilitation process was carried out using participant observation and email interviews. The collected data was summarized using SWOT-analysis. The data from email interviews was spread in to themes and classified. The results summed up the visions of the current rehabilitation process, its phases and needs of improvement by those who participate in it.</p>		
<p>This thesis indicated that the most important phase of the rehabilitation process is the commencement. At this point it´s crucial to set the common goals and a preliminary schedule for the rehabilitation period. The analysis of the current state pointed out this phase was under-resourced. It also showed that the practices within the process varied. As concrete development measures were proposed implementing a multidisciplinary team to create a rehabilitation plan for each customer, emphasizing the usage of functional ability measurements, commencing weekly rehabilitation process meetings and augmenting co-operation. Based on the collected data the ideal rehabilitation process for elderly customers was created. The new model will harmonize and clarify procedures and increase understanding in multidisciplinary team. From the mandatory´s point of view the improvement and re-modelling of the rehabilitation process will increase cost efficiency and make practical work more visible. The improvement of the rehabilitation process has been developed based on the organization´s and the employer´s expectations. In the future it would be desirable to include the customers´ wishes and needs in to the rehabilitation process.</p>		
<b>Keywords</b>		
Elderly customers, process, multidisciplinary rehabilitation, development		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	PROSESSIEN KEHITTÄMINEN JA KUVANTAMINEN .....	8
2.1	Prosessiajattelu .....	9
2.2	Prosessien kehittäminen ja kuvantaminen.....	10
3	IKÄÄNTYNYT IHMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN ASIAKKAANA ...	12
3.1	Ikääntyminen käsitteenä .....	13
3.2	Ikääntyneiden hoitoa ja kuntoutusta ohjaavat lait, asetukset ja suositukset .....	14
3.3	Asiakaslähtöisyys ikääntyneiden hoidossa .....	16
4	IKÄÄNTYNEIDEN KUNTOUTUS.....	18
4.1	Kuntoutusprosessi .....	18
4.1.1	Toimintakyky .....	20
4.1.2	Moniammatillisuus ikääntyneen kuntoutusprosessissa .....	23
4.2	Ikääntyneiden lyhytaikainen kuntoutus .....	25
4.3	Kuntouttava lyhytaikaishoito Pyhtäällä.....	26
5	KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT.....	27
5.1	Kehittämistyön prosessi.....	27
5.2	Kehittämistehtävät .....	30
6	KEHITTÄMISTYÖN TUTKIMUKSELLISEN VAIHEEN TOTEUTUS.....	31
6.1	Menetelmän valinta.....	31
6.2	Aineiston keruu ja analyysi .....	32
6.2.1	Osallistuva havainnointi .....	32
6.2.2	Sähköpostihaastattelu.....	33
7	TULOKSET.....	36
7.1	Havainnoinnin tulokset ja päätelmät .....	36
7.2	Sähköpostihaastattelun tulokset .....	38
7.3	Yhteenveto .....	43
8	KUNTOUTUSPROSESSIN UUELLEEN MÄÄRITTELY: TAHTOTILA.....	46

8.1	Tapaaminen henkilökunnan kanssa .....	46
8.2	Tahtotilan mallintamisen prosessi.....	51
8.2.1	Ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessi - tahtotilakuvaus.....	52
8.2.2	Tahtotilaprosessin arviointi ja mittaaminen .....	58
9	POHDINTA JA PÄÄTELMÄT.....	60
9.1	Opinnäytetyöprosessin ja tulosten tarkastelu .....	60
9.2	Luotettavuus ja eettisyys .....	63
9.3	Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset .....	65
	LÄHTEET.....	68

## LIITTEET

Liite 1. Sähköpostihaastattelu-lomake

Liite 2. Ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin tahtotila-kuvaus

## 1 JOHDANTO

Tilastokeskuksen (2016) tekemän selvityksen mukaan vuonna 2016 maamme väestöstä 20,9 % oli yli 65-vuotiaita. Ikääntyneiden määrä Suomessa on kasvanut vuosivuodelta ja tulee edelleen kasvamaan. On ennustettu, että vuonna 2020 vastaava luku on 22,6 % ja vuonna 2030 jopa 25,6 %. Ikääntyneiden määrän lisääntyminen voi tarkoittaa lisääntyntä hyvinvointia ja mahdollisuutta elää aktiivisesti pidempään, mutta toisaalta se herättää myös paljon huolta: Ikkarakenteen muutos tuo mukanaan enemmän toimintarajoitteisia henkilöitä ja näin ollen niin sanottu huoltosuhde kasvaa. Väestön ikääntyminen tulee muuttamaan tulevaisuuden palveluntarpeita ja vaateita. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan toimintakykyisyyden ylläpitäminen ja vahvistaminen ovat nyt ja tulevaisuudessa tärkeitä lähtökohtia ikääntyneiden hoidossa ja huolenpidossa. Toimintakykyisyyden kehittäminen ja ylläpitäminen on inhimillisesti tärkeää, mutta se tukee myös sosiaalista ja taloudellista kestävyttä. (THL 2017a.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2016) tuokin esille, että ikääntyneen väestön toimintakyvyn ylläpitäminen ja kohentaminen tulee olemaan tärkeä yhteiskunnallinen tehtävä.

Ikääntyneiden määrän kasvu asettaa toimintakyvyn ylläpitämisen lisäksi haasteita myös tulevaisuuden asumiselle ja asumispalveluille. Valtiovallan tahtotilana on ollut jo pitkään purkaa ikääntyneille suunnattuja laitospaikkoja ja organisoida sen tilalle muita ikääntyneille suunnattuja asumismuotoja, kuten tehostettua palveluasumista, tehostettua kotihoitoa sekä lyhytaikaista kuntoutusta. Tavoitteena on, että kotona asuminen mahdollistuisi mahdollisimman pitkään. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän selvityksen (2017b) mukaan edellytykset vanhuspalveluiden hyvälle toteutukselle ovat parantuneet, mutta edelleen tarvitaan lisää kevyttä asumista ja eri palveluita yhdistäviä ratkaisuja. Samoin kuntoutumisen edistämiseen tulisi kiinnittää aiempaa parempaa huomiota. (THL 2017b.)

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 korostaa sitä, että ikääntyneillä tulee olla toimintakyvystä riippumatta mahdollisuus elää omanlaista elämää omassa yhteisössään. Ikääntyneiden hyvää elämää, elämänlaatua ja toimivaa arkea voidaan parantaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämällä sekä palveluiden laadun parantamisella.

(STM 2016) Yksi tapa parantaa palveluiden laatua on kehittää olemassa olevia asiakasprosesseja. Laamanen (2003) toteaaakin, että *hyvä palvelu perustuu prosesseihin*.

Pyhtään palvelustrategia (2016), joka on tämän kehittämistehtävän yksi lähtökohdista, korostaa vaikuttavia ja hyvinvointia edistäviä palveluita. Ikääntyneiden osalta tavoitteena on tällä hetkellä lisätä ikääntyneiden hyvinvointia sekä parantaa heidän toimintakykyään. Pyhtään kunnan palvelustrategia on samansuuntainen valtion asettamien suositusten kanssa, ikääntyneiden kotona asumista halutaan kehittää ja tukea. Viime vuosina Pyhtää onkin kehittänyt ikäihmisten hoitoa muun muassa kehittämällä vaativaa kotihoitoa sekä lyhytaikaista ja kuntouttavaa hoitoa. Edelleen kuitenkin yksi Pyhtään kunnan kehitettävistä ydinprosesseista on ikääntyneiden ja toimintarajoitteisten hyvinvointin tukeminen sekä kotona asumisen mahdollistaminen, sillä hyvinvointikertomuksen (2017) mukaan kotihoidon asiakkaiden määrä on valtakunnallista keskiarvoa pienempi, kun taas tehostetun palveluasumisen käyttö valtakunnallista keskiarvoa huomattavasti suurempi. Jotta pyhtääläisten ikääntyneiden toimintakyky sallisi kotona asumisen myös äkillisen sairastumisen tai muun yleistilan laskun jälkeen ja mahdollinen pitkäaikaispaikan tarve siirtyisi myöhempään tulevaisuuteen, on ikääntyneille suunnattua hoitoa - ja kuntoutusta edelleen kehitettävä.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kehittää ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessia Pyhtäällä sijaitsevalla lyhytaikaisosastolla. Kehittämistyön toimeksiantajana on Attendo Oy, joka tuottaa kaikki sosiaali- ja terveysterveystoimet Pyhtäällä. Kehittämistyössä hyödynnetään prosessikehittämisen menetelmiä, sillä on todettu, että prosessin onnistuessa hyvin, yhteistyö asiakkaan kanssa toimii, asiakas kokee saavansa hyvää palvelua ja organisaatiossa toimivat henkilöt ymmärtävät kokonaisuuden lisäksi myös oman roolinsa. (Laamanen 2003, 21–23.) Tulevaisuuden tavoitteena on, että prosessin kehittämisen avulla lyhytaikaisosaston toimintakäytännöt olisivat entistä yhteneväisemmät ja selkeämmät ja sitä kautta ikääntynyt asiakas saisi vielä laadukkaampaa ja kokonaisvaltaisempaa hoitoa sekä kuntoutusta. Toimiva prosessi edistää ikääntyneen elämänlaatua ja vähentää terveysterveystoimien käyttöä. Organisaation näkökulmasta selkeät prosessit edesauttavat kustannustehokkaan toiminnan toteutumista. Vaikka edellisissä lauseissa viitataan kusk-

tannuksiin ja siihen, että ikääntyneiden toimintakyvyn kohentamisella voidaan vähentää sosiaali- ja terveystalouden käyttöä, on loppujen lopuksi kysymys kuitenkin ikääntyneen ihmisen hyvän elämän edistämisestä.

Kehittämistyön raportti etenee teoriaosuudesta työn tutkimukselliseen osaan ja siitä aina itse kehittämisosaan. Työn ensimmäisessä vaiheessa eli kehittämistyön teoriaosuudessa kuvattava ja kehitettävä prosessi rajataan sekä määritellään tarkemmin siihen liittyvä asiakas eli tässä kohtaa ikääntynyt ihminen. Työn teoriaosuus muodostuu ikääntymiseen ja ikääntyneen ihmisen kuntoutamiseen liittyvistä käsitteistä sekä prosessiajattelusta ja prosessien kehittämisen menetelmistä. Työn toisen vaiheen, jota myös tutkimukselliseksi vaiheeksi kutsutaan, tarkoituksena on tunnistaa nykyisen ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin liittyvät vaiheet ja kehittämiskohteet siihen osallistuvien henkilöiden kuvaamana. Kehittämistyön viimeisessä vaiheessa eli kehittämisvaiheessa ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessi määritellään uudelleen pohjautuen nykytilan selvitykseen sekä teoriasta nousseeseen tietoon. Näin ollen voidaan tiivistää, että tämä kehittämistyö jakaantuu kolmeen erilliseen vaiheeseen, jotka kaikki reflektivat keskenään.

## **2 PROSESSIEN KEHITTÄMINEN JA KUVANTAMINEN**

Käsite *kehittäminen* voidaan määritellä konkreettiseksi toiminnaksi, jolla tähdätään selkeästi määritellyn tavoitteen saavuttamiseen. Kehittäminen voidaan jakaa toimintatapojen ja toimintarakenteiden kehittämiseen. Erilaiset työprosessien mallinnukset ovat toimintatapojen kehittämistä, jolloin kohteena ovat esimerkiksi yksittäisen työntekijän tai työntekijöiden tehtävät, vastuut sekä yhteiset pelisäännöt. Toimintatapoja voidaan kehittää joko organisaatiolähtöisesti tai toimijalähtöisesti, jälkimmäisessä toimijat itse määrittelevät kehittämisen kohteen. Kehittämisprosessi etenee tuolloin avoimesti ja tavoitteet muotoutuvat yhteisen prosessin myötä. Sen lisäksi, että kehittäminen voi olla aikaan sidottu projekti, voi kehittäminen tarkoittaa organisaation jokapäiväistä toimintaa, kuten esimerkiksi päivittäistä laatutyötä. (Toikko & Rantanen 2009, 14–15.) Seuraava luku käsittelee prosessiajattelua ja prosessien kehittämistä sen niiden yhteyttä laadun parantamiseen.



## 2.1 Prosessiajattelu

Prosessien kehittäminen ja kuvaaminen pohjautuvat prosessiajatteluun, jonka kulmakiviä ovat päämääräsuuntautuneisuus, asiakaskeskeisyys, palautteen hyödyntäminen sekä tuloksellisuuden systemaattinen ja tarkoituksenmukainen kehittäminen prosessia parantelemalla. Prosessiajatteluun yhdistetään usein myös työn tehostaminen ja turhan työn eli hukan karsiminen. (Martinsuo & Blomqvist 2010, 3.) Laamasen (2003, 22) mukaan työtä tekevät ihmiset usein suorittavat oman osuutensa, jonka jälkeen heillä ei ole kuitenkaan tarkkaa käsitystä siitä, mitä seuraavaksi tapahtuu. Toisin sanoen, prosessi ontuu. Prosessiajattelu tuo järjestystä kaaokseen, auttaa ihmisiä ymmärtämään kokonaisuuksia sekä mahdollistaa prosessiin osallistuvien henkilöiden itseohjautuvuuden. Itseohjautuvuus voi koitua haitaksi ilman kokonaisuuden ymmärtämistä. Kiteytettynä prosessiajattelulla pyritään työn suunnitteluun, jossa eri työsarjoilla on looginen suorittamisjärjestys (Stenvall & Virtanen 2012, 67).

Käsite *prosessi* voidaan määritellä asiakkaalle lisäarvoa tuottavaksi tapahtumaketjuksi, johon yritys käyttää erilaisia resursseja, kuten raaka-aineita, rahaa, työvoimaa ja laitteita. Myös tieto voidaan lukea yrityksen resurssiksi. Tapahtumaketju sisältää usein sekä ydin- että tukiprosesseja. Ydinprosessi kytkeytyy aina ulkoiseen asiakkaaseen, kun taas tukiprosessit ovat yrityksen sisällä tapahtuvia pienempiä prosesseja ydinprosessin hyväksi. Ydinprosessia ja tukiprosessia voidaan kutsua myös pää- ja ali- tai osaprosessiksi. (Martinsuo & Blomqvist 2010, 3-4.) Tässä kehittämistyössä kuvattava ydinprosessi on ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessi.

Ydinprosessi alkaa aina asiakkaan tarpeesta ja päättyy asiakkaan tarpeen tyydyttämiseen, tämä on myös prosessijohtamisen perusta. Toisin sanoen, jotta prosesseja voidaan johtaa, tulee organisaation tunnistaa asiakkaidensa tarpeet. Esimerkiksi terveydenhuollossa ydinprosessi voidaan katsoa alkavaksi siitä, kun asiakas saapuu vastaanotolle, hänen tulositynsä eli tarpeet tulee tunnistaa. Prosessi jatkuu esimerkiksi sairaanhoidollisilla toimenpiteillä ja päättyy asiakkaan kotiutumiseen tai jatkohoitoon siirtymiseen. Eri prosesseja voidaan pitää siis työsarjoina, joiden avulla organisaatio tietää, miten ja millai-

sella työnjaolla toimitaan missäkin tilanteessa. Prosessiajattelu edistää organisaation suorituskykyä ja tuloksena on asiakkaan saama hyöty. (Stenvall & Virtanen 2012, 67–71.)

Yksinkertaisimmillaan prosessiajattelussa pohditaan sitä, että miten tyydyttämme todetut asiakastarpeet palveluprosessin avulla. Mikäli asiakastarpeita ei pystytä tyydyttämään, on kysymys todennäköisesti palveluprosessiin liittyvistä pulmista. Tämä voi johtua yksittäisistä tekijöistä, kuten henkilöstövajeesta tai osaamattomuudesta, mutta myös työvaiheista tai toimintosarjoista. Joka tapauksessa prosessia haittaavat tekijät tulisi tunnistaa, sillä ne aiheuttavat organisaatiolle sosiaalisia, taloudellisia, teknisiä sekä asiakashyötyä vähentäviä kustannuksia. (Stenvall & Virtanen 2012, 71–72.)

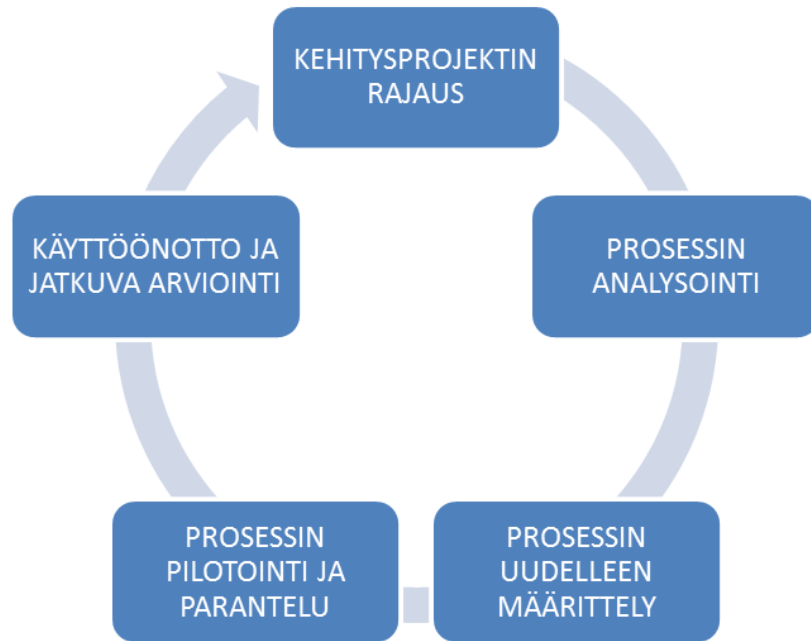
## **2.2 Prosessien kehittäminen ja kuvantaminen**

Prosessikuvausten avulla voidaan järjestää yhteistyötä sekä kuvata toimintatapoja, lisäksi prosessikuvaukset tuovat käytännön näkyväksi. Prosesseja voidaan kuvata yleisellä tasolla (prosessikartta organisaatiosta), kuvaamalla toimintamalleja ja vielä yksityiskohtaisemmin kuvaamalla toimintamallien lisäksi myös prosessinkulkua. Käyttötarkoitus määrittää prosessikuvauksen luonteen. Kaikkein yksityiskohtaisin kuvaamistapa on työn kulun kuvaaminen, jossa prosessien lisäksi on avattu eri toimintojen vuorovaikutusta. Esimiestasolla prosessikuvauksia käytetään työnjaon ja vastuiden selkiyttämässä sekä perehdyttämisen tukena. Selkeät prosessikuvaukset toimivat myös muutostoiminnan työkaluna. Sen lisäksi, että prosessien kehittäminen ja kuvantaminen lisää laatua ja selkiyttää toimintaa, voidaan kehittämisellä ja kuvantamisella saavuttaa myös kustannustehokkuutta. Kustannustehokkuutta syntyy, kun päällekkäisiä työvaiheita poistetaan. Kustannustehokkuutta voidaan myös lisätä olemassa olevien toimintatapojen kehittämisellä tai kokonaan uusien toimintatapojen kehittämisellä. (JHS 152 2012, 3-9.) Selkeät prosessit edesauttavat sitä, että prosessiin osallistuvat henkilöt ymmärtävät oman roolinsa ja tehtävänsä suhteessa kokonaisuuteen. Näin ollen prosessien määrittely auttaa prosessiin osallistuvia henkilöitä hahmottamaan organisaation toimintaa kokonaisuudessaan, jolloin prosessidokumentteja voidaan hyödyntää myös perehdytyksessä. (Stenvall & Virtanen 2012, 69.) Laamasen (2003, 23) mukaan prosessien kuvaaminen johtaa usein myös monitaitoisuuteen ja työ-

tovereiden osaamisen arvostamiseen. Kehittämisen lisäksi tapahtuu siis myös kehittymistä.

Lähtölaukaus tai impulssi prosessien kehittämislle tai kuvaamiselle on usein jonkin uuden toimintatavan tai laitteen suunniteltu käyttöönotto. Toinen prosessien kehittämistä ja kuvaamista edeltävä tilanne on jonkin ongelman tunnistaminen ja sen seurauksena prosessien parantaminen. Kolmas, joka on Laamasen (2003) mukaan harvinaisin vaihtoehto, on tietoisesti lähteä parantamaan organisaation suorituskykyä. Kolmannessa vaihtoehdossa nimetty asiantuntijaryhmä tutkii prosesseja ja tekee parannusehdotuksia. Joka tapauksessa kehittämisen ja kuvantamisen taustalla on aina organisaation asettamat tavoitteet. (Laamanen 2003, 202.) On impulssi prosessien kehittämislle mikä tahansa, on tärkeää rajata, mitä prosessia tai sen osaa ollaan kuvaamassa ja kehittämässä. Valitun prosessin sisältö vaikuttaa siihen, millä tavalla ja millä tasolla kuvaus kannattaa tehdä. Esimerkiksi prosesseja, jotka sisältävät paljon epävarmuutta, ei kannata mallintaa kovinkaan yksityiskohtaisesti. Prosessikehittämisessä voidaan kuvata sekä nykytilaa että tavoitetilaa. Nykytilaprosessin tarkoitus on tuoda tämänhetkinen tila esiin sellaisena kuin se on, tavoitetilassa valittu prosessi mallinnetaan sellaiseksi, kuin sen pitäisi olla. Prosessin kehitystarpeet saadaan yleensä esille tarkastelemalla molempia tiloja. (Martinsuo & Blomqvist 2010, 3-4.)

Prosessien kehittäminen voi pohjautua yksittäisen uuden prosessin käyttöönottoon, vanhan prosessin paranteluun tai radikaaliin uudistamiseen, kuten aikaisemmin jo mainittiin. Impulssi kehittämislle voi siis syntyä prosessissa työskentelevien henkilöiden parannusehdotusten kautta tai esimerkiksi uuden tuotteen tai toimintatavan käyttöönoton johdosta. Prosessien kehittäminen voi olla myös prosessimaiseen toimintatapaan siirtymistä. Lähtökohdat ja toimintatavat prosessin kehittämislle voivat vaihdella, mutta prosessien kehittämisessä voidaan tunnistaa samat vaiheet (kuva 1) riippumatta impulssista. Nämä vaiheet ovat kehitysprojektin rajausta, tiedonhankinta nykytilanteesta hyödyntäen eri tiedonkeruumenetelmiä (havainnointi, haastattelu, ryhmätyöt, tunnusluvut), nykytilan analysointi ja kehityskohteiden tunnistaminen, tavoiteprosessin mallintaminen (tahtotila), pilotointi, käyttöönotto ja arviointi.



Kuva 1. Prosessien kehittämisen yleiset vaiheet (Mukaiillen Martisuo & Blomqvist 2010, 6).

### 3 IKÄÄNTYNYT IHMINEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUIDEN ASIAKKAANA

Kuten Stenvall ja Virtanen ovat todenneet (2012, 71.), prosessijohtamisen perustana on asiakastietämys ja ymmärrys. Prosessien kehittämisen tavoitteena on pohtia sitä, että miten todetut asiakastarpeet voidaan tyydyttää palveluprosessin avulla. Palveluiden kehittämisen olisikin hyvä perustua asiakasymmärrykseen. Asiakasymmärryksellä tarkoitetaan kattavaa tietoa asiakkaista ja heidän tarpeistaan, pelkkä tieto asiakkaasta ei ole vielä asiakasymmärrystä. (Virtanen ym. 2011, 18.) Tässä kehittämistyössä kuvattava prosessi on ikään-  
tyneen asiakkaan kuntoutusprosessi lyhytaikaisosastolla. Prosessi alkaa ja päättyy ikään-  
tyneeseen asiakkaaseen. Jotta ikään-  
tyvän asiakkaan kuntoutus-  
prosessia voidaan tarkastella syvällisemmin, tulee itse ikään-  
tynyt asiakas olla määriteltynä. Seuraavassa luvussa määritellään ikään-  
tynyt ihminen sekä tuo-  
daan esille ikään-  
tymistä ilmiönä, ikään-  
tymiseen liittyviä erityispiirteitä sekä lakeja, asetuksia ja suosituksia, jotka ohjaavat ikään-  
tyneiden parissa tehtävää hoito- ja kuntoutustyötä.

### 3.1 Ikääntyminen käsitteenä

Käsitteelle *ikääntynyt* ei ole olemassa yhtä ja tarkkaa tai oikeaa määritelmää. Vanhuspalvelulaissa (28.12.2012/980) ikääntynyt määritellään henkilöksi, jonka toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi. Käsite *toimintakyky* käsittää niin fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen kuin kognitiivisenkin toimintakyvyn. Käsitettä *ikääntynyt väestö* käytetään puolestaan eläkeiän ylittäneestä (yli 63-vuotiaat) väestöstä. Tilastoissa (Tilastokeskus 2016) ikääntyneestä puhutaan sanalla vanhus, jolla tarkoitetaan kaikkia yli 65-vuotiaita henkilöitä riippumatta siitä, millainen heidän toimintakykynsä on. Vanhuutta tai ikääntyntä henkilöä on ongelmallista määritellä kalenteri-ian kautta, sillä meistä jokainen vanhenee yksilöllisesti. Vanhenemisella tarkoitetaan fyysisiä ja psyykkisiä muutoksia, joita yksilössä ja tämän toimintakyvyssä ilmenee iän myötä. Ympäristöllä on vahva merkitys vanhenemiseen ja siihen liittyviin ilmiöihin, sillä kukaan meistä ei elä tyhjiössä. (Jyrkämä 2013, 421.) Tässä kehittämistyössä käytetään vanhuspalvelulain (28.12.2012/980) esille tuomaa käsitettä ikääntynyt.

Yksilön elämäntietä voidaan jakaa lapsuuteen ja nuoruuteen, aikuisuuteen ja vanhuuteen. Vanhuutta voidaan siis pitää yhtenä elämänvaiheena. Ikääntymistä ja vanhuuden määritelmää voidaan käsitellä elettyjen vuosien kautta, mutta myös itse vanheneminen voidaan jakaa eri osa-alueisiin yksilön toimintakyvyn mukaisesti. Voidaan puhua kolmannesta, neljännestä ja viidennestä iästä. Kolmas ikä määritellään vanhuuden vaiheeksi, jolloin työelämä on jo jäänyt tai on juuri jäämässä taakse, mutta toimintakyky on vielä hyvä ja henkilö kykenee itsenäiseen asumiseen ja elämiseen. Henkilöllä saattaa olla jokin sairaus, mutta se on hallinnassa, eikä aiheuta merkittävää toimintakyvyn vajeusta. Neljännessä iässä toimintakyky heikkenee niin, että esimerkiksi henkilön kyky ulkoilla saattaa rajoittua liikkumisen ongelman vuoksi tai hänellä esiintyy esimerkiksi etenevän muistisairauden oireita. Neljännessä iässä oleva tarvitsee ulkopuolista apua selviytyäkseen omasta arjestaan, mutta pystyy silti vielä asumaan omassa kodissaan. Neljännessä iässä haavoittuvuus kuitenkin korostuu, sillä tukijärjestelmän pettäessä tai äkillisessä sairastumisessa toimintakyky saattaa rajustikin romahtaa ja tuolloin ikääntyneen palveluntarve kasvaa. Viidennessä iässä oleva henkilö ei kykene enää asumaan kotonaan edes vahvan avun turvin. (Sarvimäki & Heimonen 2010, 17–18.)

Tässä kehittämistyössä kuvatun prosessin ikääntyneet asiakkaat ovat pääsääntöisesti niin sanotussa neljännessä iässä, jolloin palveluntarve äkillisesti muuttuu ja ikääntynyt tarvitsee ulkopuolisten apua. Kuntoutuksella ja hoitotyön toiminnoilla ikääntyneen asiakkaan toimintakykyä yritetään parantaa niin, että asiakas ei siirtyisi viidenteen vaiheeseen, vaan kykenisi jatkamaan elämäänsä omassa kodissaan sairastumisesta huolimatta joko itsenäisesti tai avustettuna.

### **3.2 Ikääntyneiden hoitoa ja kuntoutusta ohjaavat lait, asetukset ja suositukset**

Ikääntyneiden palvelukokonaisuuteen kuuluu kotona selviytymisen tukipalvelut, kotihoito, omaishoidon tuki, kuntoutus, palveluasuminen ja ympärivuorokautinen hoito. Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä sairauksien hoito ovat myös osa palvelukokonaisuutta. Kun palvelut suunnitellaan ja toteutetaan kokonaisuutena, on se taloudellisesti edullisinta. Vanhuspalveluiden parempi toimivuus hyödyttää ikääntyneen itsensä lisäksi myös tämän sosiaalista verkostoa. (Kokoneet ja viisaat -asiantuntijaryhmä 2015.)

Lait ja asetukset ohjaavat ikääntyneiden palvelujärjestelmää ja palvelukokonaisuuksia. Ikääntyneiden hoidossa ja kuntoutuksessa huomioon otettavia lakeja ovat esimerkiksi sosiaalihuoltolaki (1301/2014) ja terveydenhuoltolaki (1326/2010) sekä laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista (28.12.2012/980). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä parantaa iäkkään henkilön mahdollisuuksia saada palveluita yksilöllisen tarpeensa mukaan. Tähän niin kutsuttuun vanhuspalvelulakiin on muun muassa kirjattu, että jokaiselle ikääntyneelle on tehtävä yksilöllinen palvelusuunnitelma, joka on laadittava heti palvelutarpeen selvityksen jälkeen. Palvelusuunnitelma tulee olla tehty yhteistyössä asiakkaan ja mahdollisesti tämän omaisten kanssa ja siihen tulee olla kirjattuna iäkkään ja mahdollisesti tämän omaisen näkemys hoidosta ja sen tarpeesta. Vuonna 2015 vanhuspalvelulakiin tuli lisäys, joka koski avohoito- ja palveluiden kehittämistä. Kehittämällä halutaan mahdollistaa ikääntyneen

asuminen omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Kuntien tehtävänä onkin selvitettävä iäkkään henkilön mahdollisuudet asua kotonaan kotiin annettavien palveluiden turvin ennen pitkäaikaista laitoshoidoa. (STM 2014.)

Ikääntyneiden palveluita ja hoitotyötä ohjaavat myös valtakunnallisen eettisen neuvottelukunnan asettamat vanhustyön eettiset periaatteet, joissa korostetaan ihmisarvoa ja ihmisen oman erityisen menneen elämän kunnioittamista ja tämän huomioon ottamista hoidossa ja huolenpidossa (ETENE 2008). Lisäksi toimintaa ohjaa vuonna 2013 laadittu laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Laatusuositus on tehty yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön ja kuntaliiton kanssa ja siinä korostetaan asiakslähtöisyyttä sekä moniammatillisen yhteistyön tärkeyden merkitystä vanhusten hoidossa. Lisäksi suositus kannustaa palvelurakennemuutoksiin, kuten esimerkiksi kotihoidon kehittämiseen ja laitoshoidon purkamiseen. (STM 2013.) Laatusuositus päivitettiin vuonna 2017, ja sen painopisteenä on turvata mahdollisimman toimintakykyinen ikääntyminen. Lisäksi laatusuositus painottaa teknologian hyödyntämistä ja osaamisen johtamista. Uuden laatusuosituksen tarkoituksena on myös tukea vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Myös henkilöstöön liittyvät seikat on nostettu esille uudistetussa laatusuosituksessa. Laatusuositus ei painota pelkästään henkilöstön määrää, vaan lisäksi myös toimintatapojen uudistamista, jotta välitön asiakas- ja työaika lisääntyisi olemassa olevien resurssien puitteissa. (STM 2017.)

Kuten johdannossa tuotiin esille, tulee ikääntyneiden määrä Suomessa kasvamaan. Ikääntyneiden lisääntyvä määrä tarkoittaa myös muistisairauksien ja toimintakyvyn vajavaisuuksien lisääntymistä, mikä puolestaan kasvattaa huoltosuhdetta entisestään. (Kokeneet ja viisaat -asiantuntijaryhmä 2015). Samanaikaisesti yhteiskunnan tahtotilana on kehittää palveluita niin, että ikääntyneet voisivat asua omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään. Valtion, kuntien ja palveluntuottajien tehtävänä ja myös haasteena onkin vastata ikääntymisestä johtuvaan muuttuneeseen palveluntarpeeseen. Meneillään oleva SOTE-uudistus ja hallituksen kärkihanke I&O (Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaiken ikäisten omaishoitoa) vastaavat muuttuviin sosiaali- ja terveystarpeisiin valtakunnallisella tasolla. Kärkihanke ja sote-uudistus antavat samalla myös suunnan tarvittaville kehittämistoimenpiteille, joita eri toimintaympäristöissä tulee toteuttaa. (THL 2016.) Esimerkiksi aikaisemmin mainittu

laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi, joka hiljattain päivitettiin, on hallitusohjelman mukainen.

Aikaisempaan myös ikääntyneitä koskettaneena merkittävänä hankkeina mainittakoon sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-hanke, jota toteutettiin valtakunnallisesti vuosina 2008–2011 ja 2012–2015 sekä Kelan IKKU-hanke. Kaste-hankkeen yhtenä tavoitteena oli parantaa ikäihmisten hyvinvointia ja toimintakykyä kehittämällä palveluita tarpeenmukaisiksi ja oikea-aikaisiksi. (STM 2012.) Kelan viisivuotisessa IKKU-hankkeessa rakennettiin gerontologisen kuntoutuksen toimintamalleja ja laadittiin suositukset ikääntyneiden ihmisten kuntoutukseen. IKKU-hankkeen tutkimus- ja kehittämistyöstä vastasivat terveyden- ja hyvinvoinninlaitos sekä Jyväskylän ammattikorkeakoulun tutkijat. Hankkeen keskeiset tulokset osoittavat, että ikääntyneet hyötyvät asiakaslähtöisestä ja tavoitteellisesta kuntoutuksesta. Hankkeen tulosten perusteella suositellaan, että tiedonsiirtoa eri toimijoiden kesken tulee vahvistaa ja toimijoilla tulee olla vahvaa osaamista vanhenemiseen liittyvistä erityispiirteistä ja gerontologisesta kuntoutuksesta. Tulevaisuudessa ikääntyneiden kuntoutus tulee tapahtumaan entistä enemmän yksilöiden omissa kodeissa. (Pikkarainen ym. 2014.) Hiltunen (2015) esittääkin oman tutkimuksensa johtopäätöksissä, että erityisesti vanhuksen siirtyessä sairaalahoidosta takaisin kotiin, tulisi kiinnittää paremmin huomiota siirtymävaiheen aikaiseen hoitotyöhön ja kotona selviytymisen arviointiin.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2016) tuo esille, että asiakaslähtöisyys, palvelutarpeen arviointi, palveluiden oikea-aikaisuus, kustannustehokkuus, kuntoutus sekä saumaton moniammatillinen työskentely eri toimijoiden kesken ovat tulevaisuuden vanhuspalveluiden kulmakivet. Toimivat vanhuspalvelut lisäävät ikääntyneen elämänlaadun lisäksi myös vanhustyössä olevien henkilöiden motivaatiota toteuttaa käytännön työtä ja näin ollen sillä on myös vaikutusta työhyvinvointiin.

### **3.3 Asiakaslähtöisyys ikääntyneiden hoidossa**

Sosiaali- ja terveyssektorin toiminnan arvoperustana on asiakaslähtöisyys, jolle ei ole olemassa tarkkaa määritelmää. Asiakaslähtöisellä toiminnalla voidaan tarkoittaa sitä, että jokainen asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä



hyvinvointivajeesta riippumatta. Asiakslähtöinen palvelu on suunniteltu asiakkaan tarpeista lähtöisin, ei pelkästään organisaation. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien tulee myös ymmärtää, että vaikka asiakas on yksilö, on hän samalla osa perhettään ja lähiyhteisöään. Asiakslähtöisessä ajattelussa asiakas on tasavertainen suhteessa työntekijöihin. Asiakas tulee nähdä aktiivisena toimijana, ei pelkästään passiivisena palveluiden vastaanottajana. (Virtanen ym. 2011, 18–19.)

Ikääntyneiden hoito vaatii hoitohenkilökunnalta eri sairauksien ja yksilön ominaisuuksien tietämisen lisäksi omien arvojen sekä vanhuuskäsityksen tiedostamista ja tunnistamista. Ikääntyneiden hoito ja kuntoutus tulisi tapahtua ikääntyneen voimavarojen kautta. Tämän toteaa Tarhonen (2013), joka on tutkinut gerontologisen hoitotyön osaamista. Tarhonen tuo esille taustojen tuntemisen ja vuorovaikutustaitojen merkityksen ikääntyneiden hoidossa, sillä työtä tehdään asiakkaan lisäksi myös omaisten ja muiden sidosryhmien kanssa. Lisäksi tulisi ymmärtää, että vaikka yhden toimintakyvyn osa-alue saattaa vaikuttaa toiseen, on ihmisellä kyky kompensoida tilannetta ja näin ollen omassa elinympäristössä eläminen mahdollistuu vajavaisuuksista huolimatta. Kompensaatiota on tutkinut mm. Helin (2000). Helin toteaa, että ikääntyneiden selviytymistä tulisikin tarkastella kompensaation kautta. Voimavarojen vähentyessä ikääntynyt saattaa jättää joitakin arjen toimintoja pois tai siirtää ne jollekin toiselle tehtäväksi. Tärkeintä on kuitenkin ikääntyneen oma kokemus terveydestään ja selviytymisestään, jolloin ollaan mielestäni asiakslähtöisyyden äärellä.

Järnström (2011) on tutkiessaan asiakslähtöisyyttä geriatrisessa sairaalassa todennut, että medikalisoituminen vie tilaa ikääntyneiden omilta ajatuksilta. Hanson (2011) puolestaan tuo esille, että henkilökunnan asenteet estävät asiakslähtöisyyden toteutumista. Järnströmin (2011) tutkimuksen mukaan haasteita asiakkuudelle ja asiakslähtöisyydelle tuo lisäksi palvelujärjestelmän tehokkuusajattelu, liiallinen työntekijälähtöisyys ja hierarkkisuus, mutta myös omaisten liiallinen rooli saattaa estää asiakslähtöisyyden toteutumisen. Järnström (2011) toteaaakin pohdinnassaan, että sosiaalityöllä olisi paljon annettava vanhusten osastoilla, tärkeää olisi mm. tukea ikääntyneiden itsenäisyyttä ja näin ollen vahvistaa hyvinvointia ja toimintakykyä.

Asiakaslähtöisyys, palvelutarpeen arviointi, palveluiden oikea-aikaisuus, kustannustehokkuus, kuntoutus sekä saumaton moniammatillinen työskentely eri toimijoiden kesken ovat tulevaisuuden vanhuspalveluiden kulmakivet. Toimivat vanhuspalvelut lisäävät ikääntyneen elämänlaadun lisäksi myös vanhustyössä olevien henkilöiden motivaatiota toteuttaa käytännön työtä ja näin ollen sillä on myös vaikutusta työhyvinvointiin. (THL 2016.) Yhteenvetona voidaan todeta, että vanhustyössä laatu koostuu pitkälti hyvin organisoiduista ja joustavista palveluista, joissa työtä tehdään moniammatillisesti ja voimavarakeskeisesti unohtamatta kuntouttavaa työtä.

## 4 IKÄÄNTYNEIDEN KUNTOUTUS

Käsitteellä *kuntoutus* tarkoitetaan suunnitelmallista ja monialaista toimintaa, jonka tavoitteena on yksilön toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja työllisyyden edistäminen. Kuntoutus perustuu suunnitelmaan ja sitä ohjaa prosessinomainen toiminta. (Kuntoutusportti 2016; Pitkälä ym. 2016, 448.) Ikääntyneiden kuntoutusta eli geriatria kuntoutusta voidaan kuvata toimintakyvyn kohentamiseksi ja arjen selviämisen tukemiseksi. Ikääntyneiden kuntoutuksen ydinkysymyksiä ovat vanhuksen oma osallisuus ja sairauskeskeisestä ajattelusta siirtyminen toiminnalliseen ja voimavaralähtöiseen toimintatapaan unohtamatta kuitenkaan sitä, että toimintakyvyn heikkenemisen takana on myös sairauksia. Ikääntyneiden kuntoutukseen olennaisesti liittyviä käsitteitä ovat moniammatillinen tiimityö, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, toiminnan vajaukset, geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi sekä voimavaralähtöiset toimintatavat. Geriatria eli ikääntyneiden kuntoutusta tulisi hyödyntää ikääntyneiden hoidon jokaisella tasolla aina kotihoidosta sairaalaan. (Pitkälä ym. 2016, 448.)

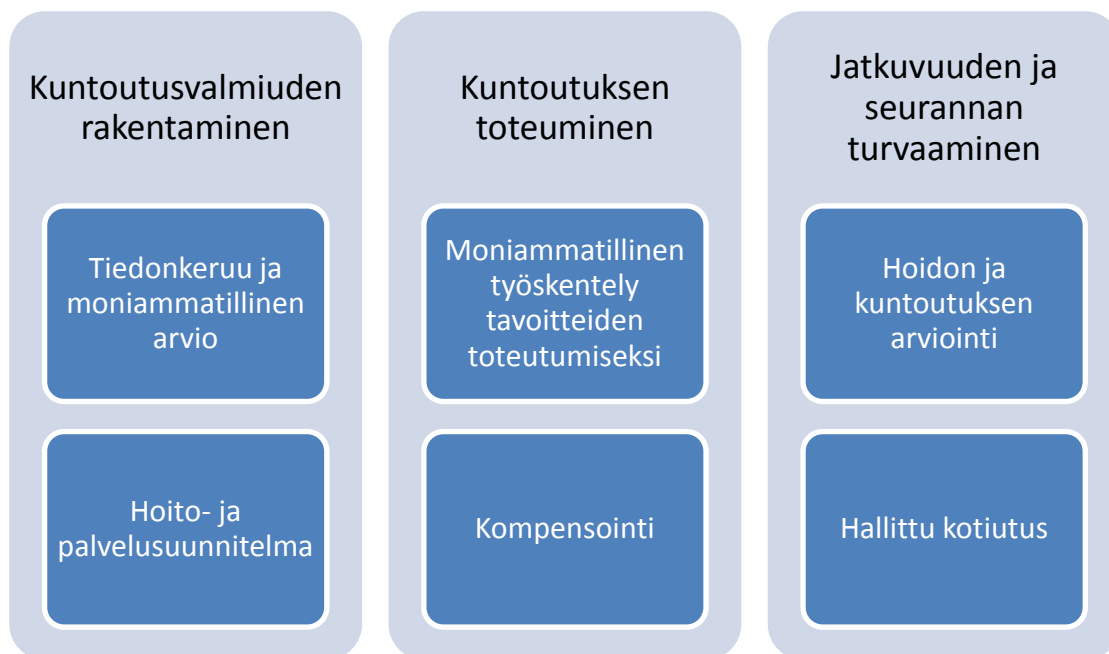
### 4.1 Kuntoutusprosessi

Ikääntyvien kuntoutuksen periaatteisiin kuuluu, että kuntoutus on näyttöön perustuvaa, moniammatillista ja se kattaa myös kroonisten sairauksien hoidon. Ikääntyneillä kuntoutus on välttämätöntä akuutin sairastumisen jälkeen, jotta kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista palautuisi. (Stott & Quinn 2013.) Tutkimustieto osoittaa, että ikääntyneiden tavoitteellisella kuntoutuksella voidaan saavuttaa elämänlaatua parantavia tuloksia. Esimerkiksi tutkittaessa

ryhmämuotoisen kuntoutuksen vaikuttavuutta, huomattiin, että kuntoutus paransi kaikenikäisten, myös kaikkein vanhimpien (yli 85-vuotiaiden) kuntoutuji- en elämänlaatua ja toimintakykyä (Pikkarainen 2014). Kehusmaan (2014) tekemän väitöskirjan mukaan ryhmämuotoisella kuntoutuksella ei välttämättä saada hillittyä kustannuksia, mutta tutkimustulokset kuitenkin osoittavat, että riittävällä ja oikea-aikaisilla kuntoutuksella sekä sosiaalipalveluilla voidaan vähentää terveystalouden käyttöä. Kokeneet ja viisaat -asiantuntijaryhmän (2015) raportissa todetaan, että *Kuntoutuksen tulee olla osa hoitoa niin kotona, palveluasumisessa kuin sairaalassa*. Pikkarainen (2016) kiteyttää, että *kuntoutus ja kuntoutuminen ei ole valinta, vaan sopimus asiakkaan ja henkilökunnan välillä*. Tässä kehittämistyössä ikääntyneen kuntoutus nähdään prosessina, johon liittyy olennaisesti käsitteet *toimintakyky* ja *moniammatillinen toiminta*.

McGrath ja Davis (1992) kuvaavat kuntoutusprosessin päätöksentekoprosessina, johon liittyy olennaisesti tavoitteiden valinta ja tehtävien määrittely, joita seuraa itse toiminnan toteutus. Päätöksentekoprosessin viimeinen vaihe on tulosten arviointi. Arvioinnin jälkeen tavoitteet voidaan tarvittaessa asettaa uudelleen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 190-191.)

Pitkälä ym. (2016, 456) tuo esille, että kuntoutus on prosessinomaista toimintaa, joka koostuu tiedonkeruusta (arvio), tavoitteiden asettelusta (suunnitelma), moniammatillisesta työskentelystä suunnitelman mukaisesti, kompensoinnista (apuvälineet, mahdolliset kodin muutostyöt) sekä jatkohoidon järjestämisestä. Jatkohoitoon liittyvät olennaisesti hallittu kotiutus sekä arviointi. Pikkarainen (2016) jakaa kuntoutuksen prosessin kolmeen eri vaiheeseen. Nämä vaiheet ovat ikääntyneen asiakkaan kuntoutusvalmiuden rakentaminen, hänen yksilöllisen kuntoutuksen toteutuminen sekä kuntoutuksen jatkuvuuden ja seurannan turvaaminen. Kuvaan 2 olen yhdistänyt kirjallisuudessa esiin tuotuja kuntoutusprosessiin liittyviä vaiheita, jotka tulisi huomioida hoidettaessa ja kuntouttaessa ikääntyneitä ihmisiä.



Kuva 2. Ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin vaiheet (Mukaiillen Pitkälä ym. 2016; Pikkarainen 2016)

Kuntoutusvalmiuden rakentaminen pohjautuu asiakkaasta tehtävään tiedonkeruuseen sekä hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen. Jotta tiedonkeruuta ja itse kuntoutusta voidaan lähteä toteuttamaan, tulee toimintakyvyn käsite ja sen nivoutuminen ikääntyneen kuntoutukseen ymmärtää. Seuraavassa luvussa tuodaan esille ikääntyneen toimintakykyyn liittyviä ulottuvuuksia ja tutkimuksia.

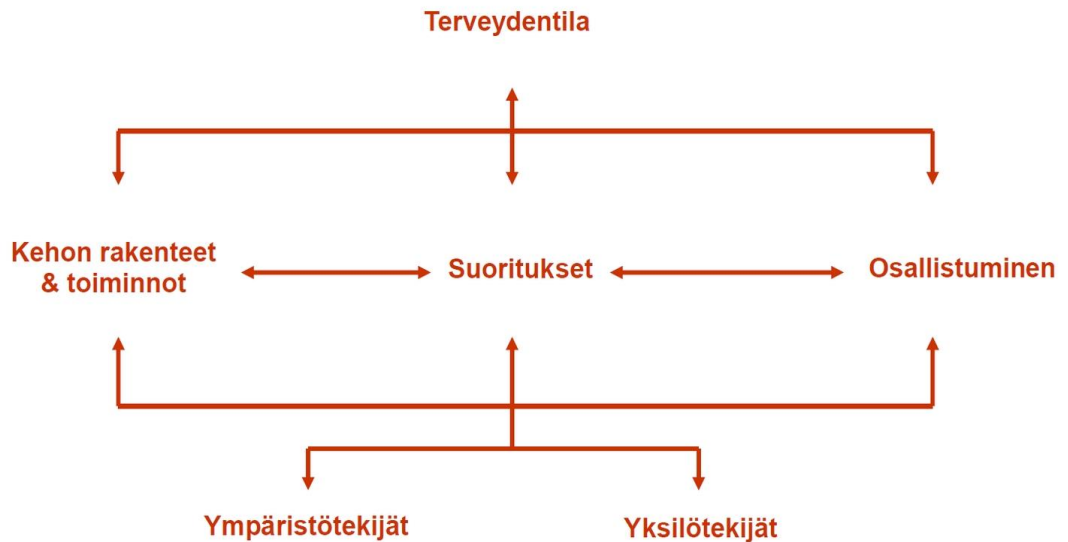
#### 4.1.1 Toimintakyky

Sosiaali- ja terveyspalveluiden näkökulmasta ikääntyneiden elämänlaadun ja hoidon ydin on toimintakyky. Ikääntyneen toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa kykyä selviytyä jokapäiväisestä elämästä sisältäen fyysisen (liikkuminen, ulkoilu), psyykkisen (kognitio, mieliala) ja sosiaalisen (sosiaaliset suhteet, verkostot) ulottuvuuden. Ikääntyminen saattaa heikentää toimintakykyä eli synnyttää toiminnan vajautta, jolla puolestaan tarkoitetaan vaikeutta selviytyä päivittäisistä toimista. Toiminnan vajauksen takana on usein monisairautta (esim. nivelrikko, dementia) tai haurastumista (alhainen paino, pelko kaatumisesta) tai molempia. Toimintakyvyn vajaus saattaa johtua myös psyykkisestä tai sosiaalisesta toimintakyvystä. Mitä enemmän toimintakyky heikkenee, sitä alttiimpi henkilö on myös ympäristölle ja sen muutoksille. Yhden toimintakyvyn osa-alueen vajavaisuus saattaa johtaa toiseen ja tämä tulisi ottaa huomioon,

kun tehdään hoidon- ja palveluntarpeen arviointia. (Pitkälä ym. 2016, 448–449.)

Kansainvälisesti toimintakykyä tarkastellaan ICF-luokituksen eli toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) kautta. ICF-luokituksen mukaan toimintakyky ja toimintarajoitteet ovat vuorovaikutuksellinen tila, johon vaikuttavat monet ulottuvuudet. Kuvassa 3 esitetään, että toimintakyky koostuu terveydentilan lisäksi yksilön (esim. sukupuoli, ikä, toimintatavat ja tottumukset) ja ympäristötekijöiden (yksilön ulkopuoliset tekijät, esim. yhteiskunnan asenteet) yhteisvaikutuksesta. Kaikkien osa-alueiden välillä vallitsee dynaaminen vuorovaikutus. Yhteen osa-alueeseen kohdistettu interventio saattaa vaikuttaa myös muihin osa-alueisiin. (THL 2013.)

### ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



Kuva 3. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (World Health Organization 2001)

Tarkasteltaessa ICF-luokitusta ikääntyneiden näkökulmasta, korostuvat ihmisen oma kokemus aktiivisuudestaan ja osallisuudestaan ympäröivään yhteisöön, numeerisen iän ja diagnoosien jäädessä taka-alalle. Yksilö- ja ympäristötekijät korostuvat, sillä vaikka ikääntyneiden kuntoutuminen on sairauksista ja toimintakyvyn rajoitteista kuntoutumista, on se myös elämänkulun ja van-

huuden elämänvaiheen käsittelyä. (Pikkarainen ym. 2016. 176-191.) Lehto ym. (2017) esittääkin, että olisi tärkeää tunnistaa ikääntyneen omat näkemykset toimintakyvystä. Jos hoitohenkilökunnan ja asiakkaan ajatukset toimintakyvystä eivät kohtaa, voi olla vaikeaa toteuttaa yksilöllistä hoitoa ja kuntoutusta.

Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus- tutkimuksessa (Hinkka & Karppi 2010) todettiin, että kuntoutus perustui pitkälti liikuntaan ja fysioterapiaan ja näin ollen se ei kaikilta osin tukenut ikääntyneen kuntoutusta ja toimintakykyä. Myös Klemola (2016) toteaa väitöstutkimuksessaan, että hoitajilla on edelleen hyvin sairauskeskeinen ja fyysinen näkökulma toimintakykyyn, vaikka esimerkiksi vanhuspalvelulaki korostaakin toimintakyvyn kaikkien osa-alueiden huomioimista. Salin ja Åsted-Kurki (2005) tuovat artikkelissaan esille, että myös omaiset pitävät kuntoutusta usein pelkkänä fysioterapiana ja hoitajien kuntouttavaa hoitotyötä ei nähdä osana kuntoutusta.

Ikäihmisten toimintakyvystä kerätty tieto jää usein hyödyntämättä, sillä sitä ei koeta tarpeelliseksi. Ajatus toimintakyvyn muutoksesta on usein myös negatiivinen. Klemolan (2016) väitöstutkimus osoittaa, että negatiivinen näkökulma siirtyy usein hoitotyön kirjaamiseen, tavoitteiden asetteluun ja näin ollen myös suoraan asiakkaaseen. Myös Bowers ym. (2001) on todennut, että puutteellinen asiakastietämys vaikuttaa negatiivisesti tarpeiden määrittelyyn. Ikääntyneillä on taipumus myötäillä ammattilaisen mielipidettä ja mukautua siihen, ”miten hoidossa kuuluu olla.” Kuntoutumisen ja toimintakyvyn säilyttämisen kannalta onkin erityisen tärkeää, että henkilökunta ei siirrä omia negatiivisia arvojaan tai esteitään iäkkäälle. (Karvinen 2010, 140–141.)

Toimintakyvyn arviointi ja kuntoutus kuuluvat kaikille, vaikka se usein mielletäänkin vain kuntoutus- ja fysioterapiakoulutuksen saaneille. Ei ole riittävää, että hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan vain lause ”toimintakykyisyyden tukeminen”. Tuloksekkaampaa on, että kaikki hoitoon ja palveluun osallistuvat henkilöt ja ammattiryhmät, asiakas ja tämän lähiverkosto sopivat keskenään, mitä käytännön toimia toimintakykyisyyden tukeminen pitää sisällään. (Helin & Von Bonsdorff. 2013, 436.) Jotta yhteinen ymmärrys ja näkemys voi syntyä, tarvitaankin moniammatillista työskentelyä ja verkostojen huomioon ottamista

(Isoherranen 2005, 15–16.). Seuraavassa luvussa käsittelen moniammatillisuutta ja sen merkitystä ikääntyneiden kuntoutusprosessissa.

#### **4.1.2 Moniammatillisuus ikääntyneen kuntoutusprosessissa**

Tiimityöllä on vaikutusta palveluketjujen sujuvuuteen ja tehokkuuteen. Esimerkiksi Gynther (2011) tutkiessaan tehokkaan tiimityön edellytyksiä kotisairaanhoidossa on todennut, että tehokkuuteen vaikuttaa yhteinen hoitotyön näkemys, suunnitelmallinen toiminta ja esimiehen ja kollegojen tuki työlle. Kun tiimityö on tehokasta, varmistuu myös hoidon jatkuvuus ja myös itse työ on sujuvaa. Hiltusen (2015) mukaan sujuvan yhteistyön avulla, johon tämäkin kehittämistyö tähtää, voidaan saavuttaa tehokasta resurssien käyttöä ja lisätä hoidon jatkuvuutta. Sujuvan yhteistyön vaatimuksena on kuitenkin jatkuva vuorovaikutus. (Hiltunen 2015.) Myös Kähkönen (2010) on todennut, että vuorovaikutus potilaan ja hoitajan välillä on keskeinen tekijä potilaiden kuntouttavassa hoidossa.

Sujuvaa yhteistyötä voidaan kutsua moniammatilliseksi yhteistyöksi. Isoherranen (2005, 14–15.) kuvaa moniammatillista yhteistyötä eri asiantuntijoiden työskentelyksi, jossa huomioidaan asiakkaan kokonaisuus. Tässä vuorovaikutuksellisessa prosessissa yhdistetään eri asiantuntijoiden tiedot, rakennetaan yhteinen tavoite ja pyritään luomaan yhteinen käsitys toimenpiteistä tavoitteiden toteutumiseksi. Tuloksena on yhteinen jaettu merkitys, joka siis syntyy tietoisesta pyrkimisestä saattaa yhteen tieto ja eri näkökulmat. Yhteinen keskustelu ja tiedon yhteen kokoaminen tuottaa enemmän, kuin yksittäisen asiantuntijan panos, toteaa Isoherranen (2005). Lisäksi Isoherranen on tuonut esille viisi kohtaa, jotka korostuvat moniammatillisessa yhteistyössä. Nämä kohdat ovat asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset sekä verkostojen huomioiminen. Väitöskirjassaan Isoherranen (2012) on tutkinut moniammatillisuuden kehittämisen haasteita ja ilmiöitä akuuttisairaalassa. Tutkimustulokset osoittavat, että sovitusti joustavat roolit, vastuukysymysten määrittely, yhteisen tiedon luomisen käytännöt sekä tiimityön ja vuorovaikutustaitojen oppiminen ovat keskeiset haasteet moniammatillisuudessa. Vastapainona tulokset kuitenkin osoittivat, että niissä tiimeissä, joissa moniammatillisuus toteutuu ja toimii, on paljon

sosiaalista pääomaa, joka puolestaan edesauttaa työssä jaksamista. (Isoheranen 2012.)

Tämän kehittämistyön toimintaympäristössä esiintyvät ikääntyneet asiakkaat ovat usein monisairaita ja ongelmia saattaa esiintyä usealla eri toimintakyvyn alueella. Monisairaahan henkilön toimintakyvyn heikentyessä tarvitaankin moniammatillista kokonaisarviota eli geriatria arvioita. Käsitettä geriatrinen arviointi käytetään yleisesti tilannearvioista, joka tehdään moniongelmaiselle ikääntyneelle asiakkaalle, joka on hoidettavana tai kuntoutumassa joko tehostetun kotihoidon piirissä tai geriatrisessa yksikössä. Asiakkaalla on suurentunut riski päätyä pitkäaikaisasiakkaaksi. Laadukkaassa tilannearviossa sairauksien diagnosoinnin lisäksi fokus keskittyy toimintarajoitteiden selvittämisen tehostamiseen sekä hoidon ja toimintakyvyn ylläpitämisen tarkkaan kohdentamiseen kuntouttavien toimien avulla. Lakisääteinen asiakkaalle tehtävä hoito- ja kuntoutussuunnitelman tulee pohjautua laaja-alaiseen tilannearvioon. Arvion tulee sisältää sekä fyysinen, psyykinen että sosiaalinen näkökulma. (Helin & von Bonsdorff 2013, 432-433.) Arvioinnin pohjana voidaan käyttää kliinisten diagnoosien lisäksi erilaisia mittareita, kuten MMSE-testiä (minimal state examination) ja GDS-depressioseulaa. Arvioinnissa tulee ikääntyneen itsensä lisäksi hyödyntää myös omaisia, joilla on usein arvokasta tietoa ikääntyneen toimintakyvystä. (Pitkälä ym. 2016, 455.)

Toimintakyky ja sen laaja-alainen ymmärtäminen sekä arvioiminen, asiakaslähtöiset toimintatavat sekä moniammatillisuus näyttelevät vahvaa osaa ikääntyneen kuntoutusprosessissa. Toimintakyvyn kohentamista ei tule mieltää vain fyysiseksi kuntouttamiseksi, vaan moniulotteiseksi ja moniammatilliseksi toiminnaksi, jossa tulee huomioida kaikki yksilöön liittyvät ulottuvuudet aina terveydestä ympäristötekijöihin. Kuntouttavaa työtä tulee toteuttaa kaikissa ammattiryhmissä vuorovaikutuksellisessa moniammatillisessa tiimissä asiakkaan ollessa kaiken keskiössä. Jotta välttyttäisiin toimintakyvyn pysyvältä heikentymiseltä, tulee tavoitteellinen kuntouttaminen ja kuntoutuminen aloittaa jo heti asiakkaan saapuessa osastolle. Lisäksi on huomioitava, että sekä ikääntyneet että heidän omaisensa suhtautuvat eri oireisiin ja toimintakyvyn ongelmiin eri tavoin. Osa katsoo ongelmien kuuluvan vanhuuteen, osa ei hyväksy minkään ongelman olevan osa vanhuutta. Joskus varsinkin omaisilla saattaa esiintyä hyvin epärealistisia odotuksia tai päinvastaisesti välinpitämättömyyttä. Kaikki



tämä on otettava huomioon hoidettaessa ikääntyneitä ihmistä. (Tilvis 2016, 68.)

## 4.2 Ikääntyneiden lyhytaikainen kuntoutus

Lyhytaikaisella laitoshoidolla tarkoitetaan ikääntyneelle kotona asuvalle henkilölle järjestettävää määräaikaista hoitojaksoa, jolla tuetaan kotona pärjäämistä. Hoitojaksoja voidaan toteuttaa säännöllisesti tai satunnaisesti, laitospalveluissa tai palvelutalojen yhteydessä. (Muurinen & Valvanne 2005). Salin (2008), joka on tutkinut iäkkäiden lyhytaikaista laitoshoidoa, toteaa, että lyhytaikainen laitoshoido on merkittävä tapa tukea ikääntyneen ihmisen kotona asumista. Lyhytaikaishoidon jaksojen yhtenä tavoitteena on lykätä vanhusten siirtymistä pysyvään laitoshoidoon myöhemmäksi. Sen lisäksi, että lyhytaikaisella laitoshoidolla voidaan ehkäistä pysyvän laitoshoidon tarvetta, tuetaan Salinin (2008) mukaan lyhytaikaisella laitoshoidolla myös omaishoitajan jaksamista. Lyhytaikaisesta laitoshoidosta voidaan käyttää käsitteitä intervallihoido, jaksohoito ja vuorohoido. Tässä kehittämistyössä käytetään käsitettä lyhytaikaishoido.

Hokkanen (2011) on opinnäytetyössään tutkinut ikääntyneiden lyhytaikaishoidon nykytilaa ja kehittämistarpeita Kaakkois-Suomessa. Keskeiset tulokset osoittavat, että lyhytaikaishoidoa toteutetaan hyvin monimuotoisesti painopisteen ollessa avohoidossa. Lyhytaikaisen hoidon kehittämistarpeiksi nousi palveluprosessiin liittyvät seikat, kuten tavoitteiden selkiyttäminen ja arviointityökalujen kehittäminen, lääkäripalveluiden turvaaminen sekä yhteistyön vahvistaminen erityisesti kotihoidon ja omaisten kanssa. Lisäksi hoitoympäristön toivottiin olevan kiireettömämpi ja rauhallisempi.

Pihlaja (2014) on tutkinut iäkkäiden kokemuksia kuntouttavasta lyhytaikaishoidosta ja sen merkityksestä toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Tutkimuksen mukaan kuntouttava lyhytaikaishoido paransi iäkkäiden kokonaisvaltaista toimintakykyä sekä elämänlaatua. Tutkimuksen mukaan erityisesti ikääntyneiden sosiaalinen toimintakyky parani kuntouttavan lyhytaikaishoidon aikana.

### 4.3 Kuntouttava lyhytaikaishoito Pyhtäällä

Pyhtäällä ikääntyneiden lyhytaikaista hoitoa ja kuntoutusta toteutetaan yksityisen palveluntuottajan toimesta tehostetun palveluasumisyksikön yhteydessä olevalla kahdeksanpaikkaisella lyhytaikaisosastolla, joka on tämän kehittämistyön toimintaympäristö. Lyhytaikaisosaston toiminta-ajatuksena on tuottaa hoito- ja kuntoutuspalveluita, jotta ikääntynyt asiakas voisi palata takaisin omaan kotiinsa myös sairastumisen tai toimintakyvyn heikkenemisen jälkeen joko itsenäisesti asuen tai palveluiden turvin. Hoivayksikössä, jossa myös lyhytaikaisosasto sijaitsee, on hiljattain tapahtunut liikkeenluovutus eli palveluntuottaja on vaihtunut. Palveluntuottajan vaihdon myötä lyhytaikaisosastosta sekä muista hoivayksikön osastoista on tullut osa suurempaa organisaatiota, Attendo Oy:tä.

Attendo Oy on pohjoismainen sosiaali- ja terveysalan yritys, jonka tarkoituksena on kehittää ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia, laadukkaita ja kustannustehokkaita palveluja. Attendo Oy:n toimintaa ohjaavat arvot ovat *osaaminen, sitoutuminen ja välittäminen*. Attendo tuottaa hoivapalveluiden lisäksi myös hammaslääkäripalveluita sekä työterveyspalveluita. Lisäksi Attendo Oy on kehittänyt Kuntaturva-konseptin, jossa Attendo Oy sitoutuu huolehtimaan sopimuskunnan asukkaiden sosiaali- ja terveyspalveluista kokonaisvaltaisesti. Pyhtään kunta on ulkoistanut kaikki sosiaali- ja terveyspalvelunsa Attendo Oy:lle, jotta tulevaisuudessa palveluprosessit olisivat sujuvampia ja asiakaslähtöisempiä sekä palvelut olisivat tasavertaisia ja saatavilla kaikille kuntalaisille. Tällä hetkellä lähes kaikki ikääntyneille suunnatut palvelut ja toiminnot (lyhytaikaishoito- ja kuntoutus, hoivapalvelut, kotihoito, lääkäripalvelut, fysioterapia) tuotetaan saman palveluntuottajan toimesta, mikä luo otollisen mahdollisuuden kehittää myös lyhytaikaisosaston toimintaa sekä luoda uusia yhteneväisiä toimintamalleja. (Attendo Oy 2017.)

Asiakkaat saapuvat lyhytaikaisosastolle kotiutushoitajan toimesta. Joskus asiakkaat saapuvat nopeallakin varoitusaajalla taustatietojen ollessa heikot, mikä saattaa vaikuttaa hoito- ja kuntoutusajan pituuteen, sillä aina ei tiedetä, mitä lähdetään hoitamaan. Nyt onkin havaittu, että lyhytaikaisosaston toimintakäytännöissä on todettu ajoittain olevan epäselvyyttä ja että hoitoajat ovat Kuntaturvan tavoitteisiin nähden pitkiä. Tavoitteena on, että asiakkaan lyhytaikainen

kuntoutusjakso olisi kahden vuorokauden – kahden kuukauden mittainen, riippuen ikääntyneen asiakkaan hoitoon tulon syistä ja lähtökohdista. Hoidon ja kuntoutuksen lähtöajatuksena tulisi aina olla, että ikääntynyt ihminen palaa takaisin omaan kotiinsa. Pitkittynyt hoitoaika saattaa aiheuttaa ikääntyneelle asiakkaalle pysyvää toimintakyvyn heikentymistä, jolla on merkitystä niin yksilön kuin koko yhteiskunnankin hyvinvoinnille talousnäkökulmaa unohtamatta.

Tässä kehittämistyössä prosessiajattelua ja prosessin kehittämisen eri vaiheita sovelletaan pyhtääläisten ikääntyneiden asiakkaiden kuntoutusprosessiin ja sen kehittämiseen. Prosessien kehittämisessä tavoitteiden taustalla on aina organisaation oma visio, strategia ja toimintaperiaatteet (JHS 152 2012, 3). Kehitettävä ja kuvattava kuntoutusprosessi koskee olemassa olevaa lyhytaikaisosaston toimintaa, joka alkaa ikääntyneen asiakkaan hoitoon- ja kuntoutukseen saapumisesta (tarve) ja päättyy ikääntyneen asiakkaan kotiutumiseen tai toiseen hoitopaikkaan siirtymiseen (tarpeen tyydytys). (Laamanen 2003, 53; Stenvall & Virtanen 2012, 67.)

## **5 KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT**

### **5.1 Kehittämistyön prosessi**

Kehittämistyö, jota myös kehittämistoiminnaksi kutsutaan, on toimintaa, jossa tutkimustulosten avulla luodaan uusia tai parempia palveluita tai tuotantovälineitä – tai menetelmiä. Kehittämistä voidaan tehdä myös ilman tutkimusta, mutta usein tutkimus tarjoaa perusteita toiminnalle ja näin ollen onnistumisen mahdollisuudet ovat paremmat. (Heikkilä ym. 2008, 21.) Kehittämistyössä tutkimuksellisen vaiheen tarkoituksena on tuottaa tietoa, jota sovelletaan käytäntöön (Toikko & Rantanen 2009, 19). Erityisesti terveydenhuoltoon liittyvissä kehittämistöissä tutkimustiedon lisäksi myös kokemustiedolla on paljon painoarvoa: Käytäntöön osallistuvilla henkilöillä on tietoa, jonka avulla ympäristö tai asiatila saadaan muutettua paremmaksi. (Heikkilä ym. 2008. 55)

Kehittämistyö etenee usein prosessimaisesti. Toikko ja Rantanen (2009) jakavat kehittämisprosessin viiteen eri vaiheeseen, jotka ovat perustelu, organisointi, toteutus, arviointi ja levittäminen. Näitä vaiheita voidaan kutsua myös tehtäviksi, joita kehittämisprosessin aikana tulisi suorittaa. Kaikki alkaa perus-

telusta, joka vastaa kysymykseen mitä ja miksi. Organisoinnilla tarkoitetaan työnjakoa. Kolmas vaihe on itse kehittämisvaihe ja sitä seuraa arviointivaihe. Viimeinen vähän irrallisempi vaihe on tulosten levittäminen, joka voidaan toteuttaa myös omana erillisenä prosessinaan. Levittämistä voidaan kutsua Toikko ja Rantasen (2009) mukaan myös juurruttamiseksi tai valtavirtaistamiseksi. Sen lisäksi, että kehittämisprosessi voidaan jakaa eri tehtäviin, voi kehittämisprosessia kuvata eri malleilla. Yksinkertaisin malli on lineaarinen malli, jossa prosessin eteneminen kuvataan lineaarisesti alkaen tavoitteen määrittelystä, josta siirrytään suunnitteluun ja toteutukseen ja siitä aina arviointiin. Muita malleja ovat esimerkiksi tasomalli ja spagettimainen prosessi. Kehittämisprosessin voi hahmottaa myös spiraalimaisesti, jolloin eri tehtävät muodostavat kehän. Kuten lineaarisessa mallissa, alkaa spiraalimalli perustelusta ja tavoitteen määrittelystä, jonka jälkeen seuraa organisointi, toteutus ja arviointi. Spiraalimallissa prosessi kuitenkin jatkuu uudella syklillä alkaen taas perusteluvaiheesta päättyen arviointiin, jokainen sykli on vuorovaikutuksessa toisiinsa. Voidaankin ajatella, että ensimmäinen vaihe vasta muodostaa lähtökohdan koko kehittämistyölle ja jokainen sykli täydentää toistaan. Itse kehittämis toiminta täsmentyy jokaisen syklin myötä. (Toikko & Rantanen 2009, 56–67.)

Tämä opinnäytetyö on tutkimuksellinen kehittämistyö, jonka tavoitteena on kehittää ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessia lyhytaikaisosastolla. Lähtökohtana on ollut ajatus siitä, että hyvä palvelu perustuu prosesseihin. Laamasen (2003) mukaan prosessin ollessa toimiva, asiakas kokee saavansa hyvää palvelua, yhteistyö toimii ja organisaatiossa toimivat henkilöt ymmärtävät kokonaisuuden lisäksi myös oman roolinsa. (Laamanen 2003, 21–23.) Ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessia on kehitetty mukailemalla prosessin kehittämisen (kuva 1.) kolmea ensimmäistä vaihetta, jotka ovat kehitysprojektin rajaus, prosessin analysointi sekä prosessin uudelleen määrittely. Tässä kehittämistyössä on löydettävissä piirteitä myös Toikon ja Rantasen (2009) kuvaamasta kehittämisprosessin spiraalimallista, sillä kehittämistyö on sisältänyt useita eri vaiheita, jotka refleктоivat keskenään.

Impulssi tälle opinnäytetyölle sai alkunsa, kun kävin sähköpostikeskustelua Attendo Kuntaturvan päättäjien sekä omien esimiehieni kanssa liittyen opinnäytetyöni aiheeseen. Opinnäytetyön aihevalintaa pohdittaessa lyhytaikaisosasto ja sen toiminnan kehittäminen herättivät eniten kannatusta niin palve-

lun tilaajan (Kuntaturva) kuin tuottajankin (Lyhytaikaisosasto) näkökulmasta, sillä Attendo Oy:n yhteisenä tahtotilana on tällä hetkellä tehostaa ja vahvistaa iäkkäiden kuntoutukseen ja kuntoutumiseen liittyvää toimintaa, jotta ikääntyneet voisivat asua kotonaan yhä pidempään ja entistä toimintakykyisempinä. Lyhytaikaisosastolla tehtävä työ on merkityksellisessä asemassa edellä mainitun tavoitteen toteutumisessa. Opinnäytetyön aiheeksi tarkentui lyhytaikaisosaston prosessin kehittäminen ja kuvantaminen. Vaikka Attendo on suuri valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan yritys, on Pyhtäällä sijaitseva lyhytaikainen hoiva- ja kuntoutusosasto organisaatiolle ensimmäinen laatuaan. Organisaatiolla ei siis näin ollen ole valmiita toimintamalleja tai prosessikuvausta lyhytaikaisosaston toiminnan tueksi, mikä lisää tämän kehittämistyön ajankohtaisuutta ja tärkeyttä.

Kehittämistyö etenee lyhytaikaisosaston nykytilan kartoituksesta kehityskohdeiden tunnistamiseen ja siitä aina toimintakäytäntöjen kehittämiseen ja kuvantamiseen. Konkreettisenä tuotoksena tässä kehittämistyössä mallinnetaan ikääntyneen asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen tavoiteprosessi sekä sanallinen prosessikuvaus. Valmiin prosessikuvauksen tarkoituksena on selkiyttää rooleja, vähentää päällekkäistä työtä ja näin ollen vapauttaa aikaa välittömälle hoitotyölle, mikä puolestaan lisää laatua. Prosessikuvaus tekee työn näkyväksi ja mahdollistaa yhteneväiset toimintakäytännöt. Valmista prosessikuvausta voidaan tulevaisuudessa hyödyntää myös perehdyttämisen välineenä.

Kuvaan 4 olen tiivistänyt tämän tutkimuksellisen kehittämistyön kolme eri vaihetta, jotka ovat kehitysprojektin rajaus, tutkimuksellisen vaiheen toteutus (nykytilan kartoitus) sekä prosessin uudelleenmäärittely. Vaikka vaiheet ovat itsenäisiä, reflektivat ne keskenään.



Kuva 4. Kehittämistyön prosessin kuvaus

## 5.2 Kehittämistehtävät

Tämän opinnäytetyön kehittämistehtävänä on tunnistaa ikääntyneiden tämänhetkisen kuntoutusprosessin vaiheet lyhytaikaisosastolla sekä löytää kehitysehdotuksia toiminnan parantamiseksi ja tehostamiseksi. Konkreettisenä tuotoksena tässä opinnäytetyössä muodostetaan ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin tahtotila-kuvaus. Tässä kehittämistyössä haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- Mistä tekijöistä muodostuu laadukas ja asiakaslähtöinen ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessi lyhytaikaisosastolla henkilökunnan kuvaamana?
- Mitä eri toimintavaiheita ja rooleja ikääntyneiden asiakkaiden kuntoutusprosessi pitää sisällään prosessiin osallistuvien henkilöiden kuvaamana?
- Millä keinoin olemassa olevaa ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessia voitaisiin kehittää sujuvammaksi?

## 6 KEHITTÄMISTYÖN TUTKIMUKSELLISEN VAIHEEN TOTEUTUS

### 6.1 Menetelmän valinta

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö alkoi aiheen rajaamisella, joka tässä työssä tarkoitti koko kehittämistyön aiheen tarkentumista ja sen rajaamista. Lähtökohtana on ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin kehittäminen ja kuvantaminen lyhytaikaisosastolla. Työn keskeiset käsitteet ovat tärkeä osa tämän työn rajausta. Kehittämistyön rajauksen jälkeen kehittämistyö etenee prosessin kehittämisen sykliä mukaillen nykytilan kartoitukseen. Tässä kehittämistyössä nykytilan kartoitusta voidaan pitää työn tutkimuksellisena vaiheena tarkoituksenaan tunnistaa ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin nykytilan vaiheet ja kehityskohteet. Kehityskohteiden tunnistaminen lisäksi tämän vaiheen tavoitteena oli määritellä parannusehdotukset prosessia hidastaville tai haittaaville toiminnoille yhdessä prosessiin osallistuvien henkilöiden kanssa. Kenttätyötä tekeillä on paras ja ajankohtaisin tieto siitä, mitä tulisi uudistaa ja kehittää. (Ks. Stenvall & Virtanen 2012, 191)

Eri vaiheiden ja kehityskohteiden tunnistamiseen on sovellettu laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä, osallistuvaa havainnointia ja sähköpostihaastattelua. Tarkoituksena on ollut lähestyä tutkittavaa asiaa avoimesti ja toteuttaa tutkimuksellinen osio joustavasti, kuten laadulliseen tutkimukseen kuuluu. (Hirsjärvi ym. 2009. 164.) Sähköpostihaastattelun ja osallistuvan havainnoinnin avulla on haettu avointa selvitystä siihen, minkälaisena lyhytaikaisosastolla työskentelevä henkilökunta näkee tämänhetkisen ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin sekä mistä asioista tai tekijöistä koostuu laadukas ja asiakaslähtöinen kuntoutusprosessi. Havainnoinnin ja sähköpostihaastattelun avulla saatua aineistoa on hyödynnetty nykytilan kuvaamiseen, kehityskohteiden löytämiseen sekä tahtotilaprosessin mallintamiseen.

## 6.2 Aineiston keruu ja analyysi

### 6.2.1 Osallistuva havainnointi

Vilkan (2006) mukaan havainnointi voidaan karkeasti jakaa jäsenneltyyn tarkasti suunniteltuun havainnointiin (systemaattinen havainnointi) sekä vapaaseen havainnointiin, jossa tutkittava ilmiönä on esimerkiksi sosiaalinen vuorovaikutus. Havainnoimalla voidaan saada esille tärkeää kokemustietoa. Lisäksi voidaan havainnoida, toimivatko ihmiset niin kuin he sanovat toimivansa. Havainnointi sopii sekä määrälliseen että laadulliseen tutkimukseen, laadullisessa tutkimuksessa havainnointi toteutetaan usein vapaana havainnointina. Havainnointi on ainutkertainen tapahtuma, eikä se ole suoraan toistettavissa, mikä tulee ottaa huomioon arvioitaessa luotettavuutta. (Vilka 2006, 37–40.)

Tässä kehittämistyössä havainnointi tapahtui vapaan osallistuvan havainnoinnin keinoin, joka tarkoittaa tutkijan osallistumista ilmiön toimintaan tarkoituksenaan ymmärtää ilmiötä ja tapahtumia syvällisemmin (Kananen 2012, 49). Vapaata havainnointia pidetään erittäin vaativana tutkimusaineiston keräämisen tapana, sillä tutkijalla tulee olla kohteestaan paljon tietoa. Tutkijan on arvioitava valtavan tietomäärän keskeltä yksittäisen havainnon tärkeys tutkittavaan ilmiöön nähden. (Vilka 2006, 40.) Havainnointi tapahtui kesäkuun 2017 aikana, jolloin olin sairaanhoitajan työtehtävissä toimintaympäristössä, jota tutkittiin ja havainnoitiin. Osallistuin tässä kehittämistyössä kuvattavaan ikään-tyneen asiakkaan kuntoutusprosessiin ja sen eri vaiheisiin havainnoiden samalla sitä, mitä eri työvaiheita ja rooleja prosessissa esiintyy. Lisäksi havainnoinnin kohteena oli moniammatillisen tiimityön toteutuminen, sisäinen vuorovaikutus sekä yleisesti kuntoutusprosessin vahvuudet sekä heikkoudet. Havainnointia ohjaavia kysymyksiä olivat kuka tekee, mitä tekee ja milloin tekee.

Alasuutari (1994, 75) esittää, että osallistuvassa havainnoinnissa vaarana on, että tulkintaa tehdään havainnoista, jotka kiinnostavat tutkijaa, mutta eivät ole tutkimusongelman kannalta aiheellisia (Vilka 2006, 87–88.). Työyhteisössä, jossa havainnointi tapahtui, puhuttiin avoimesti havainnoinnista ja sen tarkoituksesta. Tekemistäni havainnoista pidin tutkimuspäiväkirjaa, jota pidetäänkin eräänä tehokkaimmista tapahtumien dokumentointikeinoista. Tutkimuspäiväkirjaan kirjaaminen tulee tehdä mahdollisimman tarkasti. Päiväkirjaan voidaan



kirjata niin suunnittelujen tapahtumien tarkka kulku, kuin myös yllättävät päivittäiset tapahtumat tai kommentit unohtamatta itsearviointia. (Kananen 2009, 71–72.) Ohjaavien kysymysten sekä tutkimuspäiväkirjan avulla pyrittiin raportoinnin helpottamisen lisäksi välttämään sitä, että havainnoitaisiin epäolennaisia asioita.

### 6.2.2 Sähköpostihaastattelu

Tässä kehittämistyössä sähköpostihaastattelun tarkoituksena oli kerätä kokemustietoa ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessiin osallistuvalla henkilökunnalta. Sähköpostinhaastattelulla haettiin kattavaa ja luotettavaa kuvaa nykyisen prosessin ja toimintakäytäntöjen vahvuuksista ja kehityskohteista, mutta samalla se toimi interventiona tarkoituksenaan herättää ajatuksia. Tietoa kerättiin myös moniammatillisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä lyhytaikaisosastolla. Sähköpostihaastattelun kysymykset olivat avoimia, sillä esille haluttiin saada haastateltavien kokemukset ja ajatukset. Liian strukturoidut kysymykset olisivat voineet ohjailta liikaa ja tuolloin aineisto saattaisi jäädä suppeaksi. (Ks. Kylmä & Juvakka 2012, 64).

Avoimet haastattelukysymykset sallivat vastaajien ilmaista itseään käyttämällä heille ominaista kieltä. Avoimet kysymykset mahdollistavat myös sen, mitä vastaajat pitävät tärkeänä tai mitä he tietävät kysytystä aiheesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.) Sähköpostihaastattelu piti sisällään yhteensä kuusi avointa kysymystä. Kysymykset perustuvat kolmelle eri teoriaosuudelta nousseelle teemalle. Teemat ovat laatu ja asiakaslähtöisyys, toimintatavat ja vaiheet sekä roolit ja moniammatillisuus. Teemojen valinnassa on huomioitu myös kohdeorganisaation eli Attendo Oy:n esiin nostamat teemat. Valikoidut teemat ja kysymykset on hyväksytetty organisaation edustajalla. Haastattelukysymykset ”koe ponnistettiin” heinä-elokuussa 2017 sairaanhoitajalla, joka on aiemmin työskennellyt vastaavan sairaanhoitajan työtehtävissä lyhytaikaisosastolla sekä suorittanut sairaanhoitajan ylemmän AMK:n Terveystieteiden edistämisen tutkinnon. Näin ollen hän tuntee toimintaympäristön ja sen eri vaiheet asiakaskuntaa unohtamatta. Koeponnistuksen jälkeen sähköpostihaastattelun kysymyksiä tarkennettiin.

Sähköpostihaastatteluun osallistujat oli valikoitu etukäteen. Jokaisella haastattelulomakkeen saaneella henkilöllä on jokin rooli ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessissa. Tämä niin kutsuttu moniammatillinen asiantuntijatiimi koostui lähihoitajista, sairaanhoitajista, fysioterapeutista sekä kotiutustiimin ja päätöksentekoon osallistuvasta henkilökunnasta. Omalääkärin piti alun perin olla mukana haastattelussa, mutta hän jäikin pois työstään kesken tämän työn tutkimuksellista vaihetta, kuten havainnointiosiossa jo mainittiin. Moniammatillinen asiantuntijatiimi ja siihen liittyvät henkilöt on tunnistettu osallistuvan havainnoinnin sekä organisaation johdon kanssa käytyjen keskusteluiden avulla.

Sähköpostihaastattelu sopi tähän tutkimukseen ja toimintaympäristöön paremmin kuin perinteinen kasvokkain tapahtuva haastattelu, sillä se ei sitonut haastateltavia tiettyyn aikaan tai paikkaan. Kohderyhmän henkilöt toimivat pääsääntöisesti kolmivuorotyössä, joten yhteistä aikaa olisi ollut hankala sopia. Lisäksi sähköisesti tapahtuva haastattelu ei välttämättä ole niin jännittävä kokemus, kuin mitä kasvokkain tapahtuva haastattelu olisi saattanut olla. Sähköpostihaastattelu on myös kustannustehokas tapa saada haastatteluaineistoa isoltakin joukolta. Lisäksi sähköpostit toimivat valmiina dokumentteina analysointia varten. Sähköpostihaastattelua voidaan pitää teemahaastattelun sovelluksena ja sitä voidaan verrata vanhan ajan kirjeenvaihtoon. Vuorovaikutuksellisuutta saadaan aikaan lisäkysymysten avulla. (Kananen 2015, 86.)

Tutkimussuunnitelman mukaisesti alkuperäinen haastatteluajankohta piti olla heinäkuu 2017, mutta havainnoinnista oppineena ajankohtaa siirrettiin myöhemmäksi, jotta sähköpostihaastattelu ei olisi osunut ruuhkaisimpaan vuosiloma-aikaan. Sähköpostihaastattelu saatekirjeineen (Liite 1) lähetettiin moniammatillisen tiimin jäsenille 31.8.2017 vastausajan ollessa kolme viikkoa, jolloin vuosilomalaisia ei enää ollut. Saatekirjeessä kerrottiin tämän opinnäytetyön tarkoituksesta ja aineiston käsittelystä sekä annettiin vastausohjeet. Vastaaminen sähköpostihaastatteluun oli vapaaehtoista. Hoivayksikön johtaja lupautui viikkopalaverissa kertomaan tulevasta haastattelusta ja näin ollen myös kannustamaan henkilökuntaa vastaamaan. Lisäksi olin itse puhunut tulevasta haastattelusta ja sen merkityksestä jo kesäkuussa, jolloin suoritin havainnointia.

Lähetettyäni sähköpostit (16 kpl) 31.8.2017 ei kahteen viikkoon tullut kuin kaksi vastausta, vaikka sähköpostihaastatteluun oli lupa vastata myös työajalla. Muistutussähköpostin lähetin 15.9.2017, jolloin vastausaikaa oli jäljellä yksi viikko. Muistutuksen jälkeen vastauksia saapui seitsemän. Yksi vastaajista oli jättänyt tyhjän lomakkeen, joten se jäi analysoivan aineiston ulkopuolelle. Lopullinen haastatteltavien määrä oli 8. Kaikille haastatteluun osallistuneille lähetin 1-3 tarkentavaa lisäkysymystä, jolla saatuun aineistoon saatiin syvyyttä ja vastaajan oma näkemys tuli vielä paremmin esille. Kuten Kananen (2015) on kuvannut, vastasi sähköpostihaastattelu vanhan ajan kirjeenvaihtoa. Haastattelun viimeiset sähköpostit lähetettiin 13.10.2017. Lopullinen haastattelu-aika oli siis 31.8.2017–13.10.2017, jolloin sähköpostihaastattelun kokonaiskestoksi muodostui vajaa seitsemän viikkoa.

Sähköpostihaastattelun aineiston purku ja analysointi aloitettiin heti viimeisten sähköpostikeskustelujen jälkeen 13.10.2017 lukemalla saatua aineistoa useaan kertaan läpi samalla tehden muistiinpanoja sekä hahmotelmaa nykytilasta tutkimuspäiväkirjaan. Varsinainen aineiston analysointi ja siitä edelleen johtopäätösten teko alkoi 1.11.2017 soveltaen siihen sisällönanalyysin keinoja, teemoittelua ja luokittelua. Toikko ja Rantanen (2009, 121.) tuovat esille, että kehittämistoiminnassa aineistoja hyödynnetään kapeammin, kuin varsinaisessa tutkimuksessa. Uuden tiedon tarkoituksena on ohjata kehittämisprosessia eteenpäin, jolloin vastauksia tulee saada suhteellisen nopeasti. Tässä kehittämistyössä analyysin tarkoituksena oli tunnistaa prosessin kulku ja siihen osallistuvat roolit, tunnistaa prosessia hidastavat tai haittaavat tekijät sekä nostaa esiin kehittämis ehdotukset prosessin parantamiseksi. Koska aineisto on kerätty valmiiden teemojen avulla ja sähköpostihaastattelu itsessään antoi jo valmiiksi kirjoitetun aineiston, oli jäsentely yksinkertaista. Sähköpostihaastattelumateriaalin purkamisen ja analysointi tapahtui kirjoittamalla jokaisen haastattelukysymyksen alle kaikki siitä saadut vastaukset. Sen jälkeen samaa tarkoittavat vastaukset laitettiin peräkkäin ja laskettiin, kuinka monta kertaa samaa tarkoittava asia oli tuotu esille, jolloin nähtiin, kuinka monta kertaa sama asia toistuu. Saadut vastaukset ryhmiteltiin eri aikaisemmin määriteltyjen teemojen alle. (Ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 92–93.) Teemat olivat laatu ja asiakaslähtöisyys, toimintatavat ja vaiheet sekä roolit ja moniammatillisuus. Teemoittelun ja luokittelun avulla esille saatiin henkilökuntaa eniten puhuttavat

kuntoutusprosessin haasteet ja kehityskohteet sekä ratkaisut kehityskohteiden parantamiseksi.

## **7 TULOKSET**

### **7.1 Havainnoinnin tulokset ja päätelmät**

Ensimmäinen havainnoitava asia oli, kuka tai ketkä osallistuvat ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessiin havainnointijakson aikana. Havainnoinnin perusteella ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessiin osallistuu sekä hoivayksikön henkilökuntaa, että myös Kuntaturvan henkilökuntaa. Lyhytaikaisosastolla työskentelee sama henkilökunta, kuin perinteiselläkin pitkäaikaisella hoivapuolella. Yksikön esimies määrittää työvuorosuunnitelmaan, kuka hoitajista on milloinkin vastuussa kahdeksanpaikkaisesta lyhytaikaisosastosta ja kuka/ketkä kolmesta perinteisestä pitkäaikaishoivan osastosta. Osastot ovat luonteeltaan ja hoitokulttuuriltaan erilaisia, mikä aiheuttaa ajoittain stressiä työyhteisön sisällä. Epäsäännöllinen kiertävä työpiste aiheuttaa työyhteisön keskuudessa myös tiedonsiirron vaikeutta.

Ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessiin osallistuu luonnollisesti asiakas itse, tämän omaiset sekä yksikön sairaanhoitaja, että osastolla työskentelevät lähihoitajat. Lisäksi prosessissa on tiiviisti mukana Kuntaturvan puolelta tuleva fysioterapeutti, kotiutushoitaja ja lääkäri. Tarvittaessa prosessiin osallistuu myös Kuntaturvan ikääntyneiden asiantuntijatiimi, jota tässä kehittämistyössä ei ole tarkoituksenmukaista avata tai eritellä enempää, sillä heidän toimintansa on oma prosessinsa. Sosiaalityöntekijä ei tämän havainnointijakson aikana esiintynyt ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessissa, mutta henkilökunnan kertoman mukaan joskus tämänkin panosta tarvitaan. Edellä mainittuja ammattiryhmiä ja heidän yhteistyötään voidaan kutsua moniammatilliseksi tiimiksi. Vaikka kuntoutusprosessin eteenpäinviemiseksi henkilökunnalla on takanaan moniammatillinen tiimi, on henkilökunnalla mielestäni aika ajoin lievää arkuutta ottaa yhteyttä esimerkiksi fysioterapeuttiin tai kotiutushoitajaan asiakkaan asioiden eteenpäinviemiseksi. Tosin tähän saattaa vaikuttaa se, että esimerkiksi fysioterapeutti oli aloittanut työssään vasta toukokuussa 2017 ja näin ollen tiimiytymistä ei ollut ehtinyt vielä tapahtua.

Koska havainnointia suoritettiin avoimesti, herätti kuntoutusprosessi ja sen kehittäminen paljon niin kutsuttua kahvipöytäkeskustelua. Henkilökunta toi esille sen, että tämänhetkinen ”raskas asiakasmateriaali” vie voimavaroja ja etenkin silloin kaivattaisiin resurssien lisäksi enemmän myös tavoitteellisuutta. Havaintojeni mukaan ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessia haittaakin eniten selkeiden yhteisten tavoitteiden puuttuminen. Yhteisten tavoitteiden puuttuminen näyttäytyy epäselvinä tilanteina, joka puolestaan heijastui suoraan hoitajakson keston ja kotiutumisten määrään. Tämä korostuu etenkin silloin, kun osastolla vaihtuu hoitaja. Havaintojen perusteella voidaan kuitenkin todeta, että lyhytaikaisosaston sujuvan toiminnan suurimpana esteenä ei ole kuitenkaan osaamisen puute, sillä yksittäiset henkilöt tekevät työtä ”oppikirjan mukaisesti”. Työ ei aina vaan aina ole suunnitelmallista, jolloin kokonaistavoite ei ole kaikilla sama. Asiakkaasta tapahtuva kirjaaminen ja potilasasiakirjamerkinnät ovat asiallisia, niitä vain ei osata hyödyntää parhaimmalla mahdollisella tavalla. Haasteena on erityisesti tiedonkulku eri toimijoiden kesken.

Havainnoinnin tarkoituksena oli konkreettisesti hahmottaa, ketkä osallistuvat ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessiin ja mitä työtehtäviä tai vaiheita prosessi sisältää. Lisäksi havainnoitiin eri roolien kesken tapahtuvaa vuorovaikutusta sekä yleisesti prosessin vahvuuksia ja heikkouksia. Opetushallituksen mukaan analysoitaessa työpaikan toimintaympäristöä kokonaisuutena, voidaan siihen hyödyntää SWOT-analyysia. SWOT-analyysi on Albert Humphreyn kehittämä menetelmä, jossa nelikentän avulla arvioidaan analysoitavan asian sisäiset vahvuudet (Strengths), sisäiset heikkoudet (Weaknesses), ulkoiset mahdollisuudet (Opportunities) sekä ulkoiset uhat (Threats). Vahvuudet kertovat, mitkä asiat auttavat menestymään, heikkoudet puolestaan kertovat prosessia hidastavista tai haittaavista tekijöistä. Havaittuja mahdollisuuksia tulisi käyttää hyväksi, jotta prosessi onnistuisi vielä paremmin ja uhat puolestaan tulisi tunnistaa, jotta ne eivät tulevaisuudessa toimisi vaarantavina tekijöinä. (Innokylä 2013.) SWOT-analyysia suositellaankin tehtävän silloin, kun on päätetty jonkin asian kehittämisestä. SWOT-analyysin avulla prosessia voidaan ohjata oikeaan suuntaan. (Opetushallitus.) Kuvan 5 SWOT-nelikenttään olen tiivistänyt havainnoinnista tehdyt päätelmät, jotka on poimittu tutkimuspäiväkirjasta.



Kuva 5. SWOT-analyysi kuntoutusprosessista

Havainnointia ja sen tuloksia hankaloitti ajankohta, sillä havainnointi suoritettiin kesäkuussa, jolloin osa vakituisesta henkilökunnasta sekä myös kotiutus- hoitaja oli osan aikaa vuosilomalla. On luonnollista, että aikana, jolloin vakituinen henkilökunta on lomalla, työ ja toiminta saattavat näyttäytyä erilaisena, kuin niin sanotusti normaalitilanteessa. Jotta havainnot olisivat olleet yksityiskohtaisempia, olisi minun tullut huomioida tämä asia paremmin jo tutkimussuunnitelmavaiheessa. Tosin havainnointiajankohtaan vaikutti myös organisaation tarpeet. Ajankohdan lisäksi prosessin ja sen työvaiheiden arvioimista hankaloitti lääkärin yllättävä vaihtuminen heti havainnointijakson alussa. Se aiheutti hämmennystä sekä myös jonkin verran lisätyötä hoitohenkilökunnalle.

## 7.2 Sähköpostihaastattelun tulokset

Tässä luvussa tuodaan esille sähköpostihaastattelun tulokset. Tulokset on luokiteltu kolmen eri teeman alle, joille myös sähköpostihaastattelun kysymykset perustuivat. Teemat ovat laatu ja asiakaslähtöisyys, toimintatavat ja vaiheet sekä roolit ja moniammatillisuus.

### Laatu ja asiakaslähtöisyys

Sähköpostihaastattelun ensimmäiset kysymykset liittyivät laatuun ja asiakaslähtöisyyteen kuntoutusosastolla. Kysymyksinä olivat, mistä osista koostuu ikään- tyneen laadukas kuntouttaminen ja mitä on asiakaslähtöisyys kuntoutusosas-

tolla. Lisäksi vastaajia pyydettiin kertomaan ajatuksiaan tai konkreettisia kehitysehdotuksia asiakaslähtöisyyden parantamiseksi.

Lähes kaikissa vastauksissa käsite laadukas kuntouttaminen nähtiin tavoitteellisenä toimintana, jossa tärkeää osaa näyttelee asiakkaasta saatu tieto. Tavoitteellisuutta kuvattiin mm. sanoilla *kirkas tavoite* ja *yhteiset arvot ja tavoitteet*. Laatua on myös suunnittelu ja yhdenmukainen toteuttaminen, yhteistyö ja moniammatillisuus sekä kannustaminen ja motivointi. Laadukkaaseen kuntouttamiseen kuuluu lisäksi asiakkaan voimavarojen kartoitus hyödyntämällä eri mittareita ja esimerkiksi omaisia. Käsitteet realismi, oikeat menetelmät ja oikea-aikaisuus ilmenivät myös vastauksissa. Asiakaslähtöisyys nähtiin itsemääräämisoikeuden ja asiakkaan toiveiden kunnioittamisena, jota kuvattiin mm. niin, että *muiden toiveiden pohjalta ei voi lähteä suunnittelemaan kuntoutusprosessia*. Laatu ja asiakaslähtöisyys kulkivat vastauksissa selkeästi käsi kädessä, sillä asiakaslähtöisyydestä kysyttäessä esiin nousi käsitteet asiakkaan motivointi ja tunteminen, yksilölliset menetelmät ja omaisyhteistyö, jotka ilmenivät myös kysyttäessä laadusta. Erään vastaajan mukaan olisi parempi puhua kuntouttamisen sijaan kuntoutumisesta, joka vahvistaisi asiakkaan osuutta prosessissa. Tavoitteellisuus korostui lähes kaikissa vastauksissa:

*Tavoitteen tulee olla asiakkaalle haluttu ja sidottu hänen elämäänsä*

Asiakaslähtöisyyttä voitaisiin prosessiin osallistuvien henkilöiden mielestä kehittää pitämällä aina hoitajakson alussa hoitoneuvottelu, näin totesi viisi vastaajaa. Vastaajien mukaan alussa pidettävä hoitoneuvottelu selkiyttäisi tavoitteet ja auttamismenetelmät, sitouttaisi asiakasta ja henkilökuntaa sekä helpotaisi myös ajallisen tavoitteen muodostamista. Eräs vastaajista ehdotti viikko-palaveri-tyyppistä kokoontumista, jossa käytäisiin läpi kaikki osastolla olevat kuntoutujat ja heidän tilanteensa jatkosuunnitelmineen. Myös kotikäyntiä osaksi prosessia ehdotettiin tukemaan asiakaslähtöisyyttä. Lisäksi ehdotettiin yleisesi monialaisen ja moniammatillisen työn kehittämistä sekä asiakkaan motivoimisen kehittämistä esimerkiksi toiminnallisten ryhmien avulla. Vastauksissa todettiin, että asiakkaiden heikko motivaatio tarttuu myös toisiin asukkaisiin. Eräs vastaaja kirjoitti, että *kuntoutusosasto ei ole kaatopaikka*. Vastauksella tarkoitettiin sitä, että hyvin moninaiset ja erilaiset asiakkaat ja asiakasryhmät syövät asiakaslähtöisyyttä. Asiakkaiden tulisi itse olla motivoituneita

kuntoutumaan. Kahdessa vastauksessa ehdotettiin käyttöön alkukartoituslomaketta ja mittareita. Lisäksi vastauksista ilmeni, että lähihoitajat kokevat, että heidän arvioitaan vähätellään sekä omaiset saavat liian usein päättää hoitolinjoista, joka haittaa asiakaslähtöisyyden toteutumista:

*Asiakas ja omaiset oman elämänsä parhaita asiantuntijoita, mutta hoitohenkilökunnan tekemät arviot toimintakyvystä tulisi ottaa faktana huomioon*

Asiakaslähtöisyyttä uskottiin lisäävän myös riittävä määrä henkilökuntaa. *Lisäämällä hoitajien aikaa olisi kuntoutus yksilöllisempää*, totesi eräs vastaajista.

### **Toimintatavat ja vaiheet**

Sähköpostihaastattelun toisena teemana oli toimintatavat ja prosessin eri vaiheet. Vastaajia pyydettiin kuvaamaan, mitä erillisiä vaiheita ja toimintakäytäntöjä tämänhetkiseen prosessiin sisältyy. Yleisesti kuntoutusprosessi nähdään toimintosarjana, johon liittyy tulovaihe, kartoitusvaihe, kuntouttamisen vaihe sekä kotiutus. Vastauksissa tuotiin esille, kuinka näkemyserot saattavat hidastuttaa edellä mainittua prosessia. *Jos jokainen toimija ei usko kotiutumiseen, ei myöskään toimita omatoimisuuden suuntaan*, totesi yksi haastateltava. Vastauksissa harmiteltiin puuttuvia hoitoneuvotteluja ja sitä, kun asiakkaat ovat liian kauan osastolla. Sujuvuutta toivottiin myös palveluasunto paikan hakuun ja siihen liittyvään prosessiin, sillä asiakkaat odottavat lyhytaikaisosastolla jatkopaikkaa joskus pitkiäkin aikoja. Toimintatapojen toteuttamiseen toivottiin lisää suunnitelmallisuutta:

*Arjen kuntoutumisen mahdollistaa vain aktiivinen ja suunnitelmallisesti toimiva henkilökunta*

Fysioterapeutin työskentelyyn oltiin tyytyväisiä, kotihoidon kanssa toivottiin enemmän yhteistyötä. Käytäntönä on, että yksikön sairaanhoitaja hoitaa asiakkaaseen liittyvät ”paperityöt”, joka sitoo hänet toimistoon. Viikonloppuisin tilanne koetaan hankalana, kun uuden asiakkaan saapuessa yhden lähihoitajan tulisi irtautua kentältä hoitamaan asiakkaan paperiasioita.

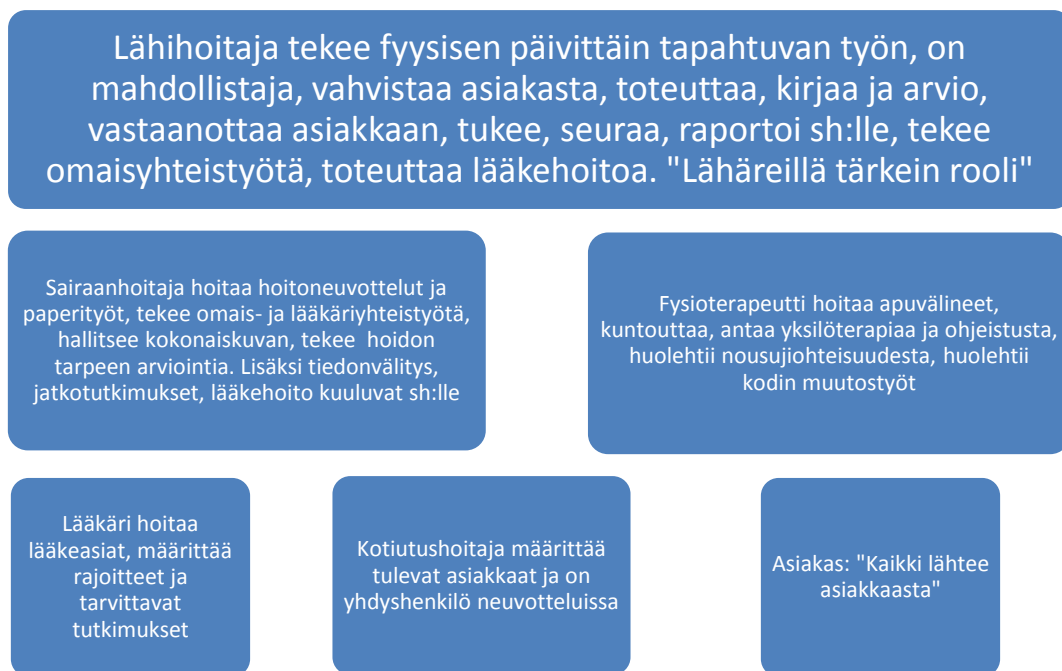


Vastaajia pyydettiin myös arvioimaan, mitä toimintavaiheita lisäämällä tai vähentämällä voisi toiminta olla sujuvampaa. Vastaukset olivat osittain päällekkäisiä edellisten vastausten kanssa, mutta vastauksissa korostui jälleen hoitoneuvottelujen tärkeys. Vastaajat ehdottivat, että alun hoitoneuvottelun jälkeen voisi pitää pienempiä hoitoneuvotteluja, joissa tarkastettaisiin missä mennään, mitä on saavutettu ja mitä on vielä saavuttamatta. Kahden vastaajan mukaan neuvotteluita pidetään nykyisin vain silloin, kun kuntoutumista ei tapahdu. Lisäksi ehdotettiin, että käyttöön otettaisiin jokin arviointimittari, jolla voitaisiin arvioida kuntoutumisen edistymistä. Myös organisointiin, hoitajien sitoutumiseen ja hoitokulttuuriin otettiin kantaa. *Onko yksikön kulttuuri hoivaavaa ja puolesta tekevää?*, oli kysytty yhdessä vastauksessa.

### **Roolit ja moniammatillisuus**

Rooleista ja työnkuvista kysyttäessä lähihoitajan työ nostettiin yhdeksi olennaisimmiksi rooleiksi koko kuntoutusprosessissa. Lähihoitajan työn tärkeyttä korostettiin jokaisessa vastauksessa. Osastolla oleva lähihoitaja tekee päivittäisen osastotyön, kirjaa ja raportoi eteenpäin kollegoilleen ja muille asiantuntijoille. Lähihoitajan työ kuntoutusosastolla koetaan kuitenkin haastavana, sillä työtä tehdään paljon itsekseen.

Sairaanhoitajaa pidettiin lähes poikkeuksetta ”selvittäjänä” ja linkkinä kotihoitoon sekä lääkäriin. Myös eri tutkimuksia pidettiin sairaanhoitajan työtehtävänä. Fysioterapeutin rooli korostui myös vastauksissa, muun muassa apuvälineet ja kuntoutus nähtiin osaksi fysioterapeutin työtä. Kotiutushoitaja ja lääkäri oli mainittu muutamissa vastauksissa, tosin hyvin suppeassa roolissa. Lääkärin tehtäviksi nähtiin yleisesti lääkehoito. Vain yksi haastateltava toi esille asiakkaan roolin. Kuvaan 6 on koottu, mitä vastaajat pitivät kunkin roolin/ammattiryhmän työnä ja tehtävänä.



Kuva 6. Roolit ja työnkuvat ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessissa henkilökunnan kuvaamana

Kysyttäessä, miten moniammatillisuus ja moniammatillinen toiminta näyttäytyvät käytännössä tämänhetkisessä ikääntyneen kuntoutusprosessissa ja kenen roolia tulisi vahvistaa, toivat vastaajat esille hyvin erilaisia näkökulmia. Yksikään asia tai rooli ei noussut selvästi yli muiden. Eräs vastaaja ilmaisi yleisesti, että *Yksilölliset tarpeet vaikuttavat siihen, kenen panosta milloinkin tarvitaan ja kuinka paljon*. Esille tuotiin toiveita kotihoidon roolin vahvistamisesta, lähihoitajien ja fysioterapeutin resurssien lisäämisestä, mutta myös itse kuntoutusosaston luonteen/merkityksen vahvistamisesta. Eräs vastaaja toivoi erottelevaa tavalliseen tehostettuun palveluasumiseen nähden ja näin ollen myös hieman enemmän resursseja, jotta työskentely olisi sujuvaa ja turvallista. Sairaanhoitajan panosta toivottiin enemmän päivittäiseen hoitotyöhön ja fysioterapeutilta toivottiin vinkkejä enemmän arjen toimintoja helpottamaan. Yksi vastaajista ilmaisi, että yksikössä jätetään liikaa asioita jonkun yksittäisen ihmisen varaan. Esimerkkinä vastaaja kuvasi, että *ft tuonut nostovyön osastolle ja jäänyt itse lomalle. Palatessa nostovyö edelleen samassa nurkassa käyttämättömänä, viesti nostovyöstä ei ole saavuttanut kaikkia*.

### 7.3 Yhteenveto

Kun prosessia tai sen osia tarkastellaan suhteessa tavoitteisiin, voidaan löytää erilaisia kehityskohteita. Asioita, joita nykytilan tarkastelussa ja kartoituksessa voidaan esimerkiksi huomata, ovat puutteelliset investoinnit, tuhlaus ja virhevalinnat. Jos jokin prosessin osa on esimerkiksi aliresursoitu, merkitsee se pullonkaulaa, joka puolestaan heikentää koko prosessin toimivuutta. Tuhlauksella voidaan tarkoittaa esimerkiksi yliresursointia tai liian pitkiä odotusaikoja. Virhevalinta puolestaan liittyy strategiaan tavoitteisiin. Kysymys kuuluu, tehdäänkö oikeita asioita? Pahimmillaan tutkittaessa nykytilaa voidaan huomata, että joudutaan eliminoimaan koko prosessi tai tekemään täydellinen uudelleenjärjestely sen sijaan, että pohdittaisiin, tehdäänkö asioita oikein tai oikeassa järjestyksessä. On huomioitava ja myös hyväksyttävä, että nykytilanteessa prosessin kaikki tehtävät ja tuotokset eivät ole ihanteellisesti toteutettu ja sen vuoksi nykytilankuvaus saattaa näyttää kaoottiselta tai epämääräiseltä. (Martinsuo & Blomqvist. 2010, 13–18.)

Tässä kehittämistyössä nykytilan hahmottamiseksi ja kehityskohteiden havaitsemiseksi käytettiin apuna havainnointia ja sähköpostihaastattelua. Kuten luvussa 5.1 on esitetty, tämän työn ensimmäinen tutkimuskysymys oli, mistä tekijöistä muodostuu laadukas ja asiakaslähtöinen ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessi lyhytaikaisosastolla henkilökunnan kuvaamana? Sähköpostihaastattelussa vastaajia oli pyydetty kuvaamaan laatua ja asiakaslähtöisyyttä ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessissa. Laatua ja asiakaslähtöisyyttä oli sähköpostihaastattelussa kuvattu moninaisesti muun muassa tavoitteellisena toimintana, suunnitteluna ja yhdenmukaisena toteuttamisena, moniammatillisena yhteistyönä kannustamista ja motivointia unohtamatta. Toimintakyky ja kuntoutus nähtiin prosessiin osallistuvien henkilöiden kuvaamana hyvin moniulotteisina käsitteinä. Edellä mainittu osoittaa, että henkilökunnalla on paljon osaamista ja tietoutta, jotka tulee vain paremmin viedä käytäntöön.

Toinen tätä työtä ohjaava tutkimuskysymys oli, mitä eri toimintavaiheita ja rooleja ikääntyneiden asiakkaiden kuntoutusprosessi pitää sisällään prosessiin osallistuvien henkilöiden kuvaamana? Kuten myös Pikkarainen (2016) on kuvannut, jakautuu kuntoutusprosessi henkilökunnankin mielestä tulovaiheeseen, kartoitusvaiheeseen, kuntouttamiseen sekä kotiutukseen. Voitaneen siis

todeta, että vastaajat ovat hyvin tietoisia siitä, millainen kuntoutusprosessin tulisi olla. Sähköpostihaastatteluaineiston ja myös havainnoinnin perusteella voidaan kuitenkin huomata, että tässä toimintaympäristössä kriittisin työvaihe on hoitosuhteen aloitus (tulovaihe ja kartoitusvaihe), joka tällä hetkellä vaikuttaisi olevan aliresursoitu. Nykytilassa hoitoa ja kuntoutusta aletaan toteuttaa ilman yhteisesti kaikkien tahojen (asiakas, omaiset, hoitohenkilökunta) kanssa sovittuja pelisääntöjä, joilla tarkoitan tässä kohtaa hoidon tavoitteita ja menetelmiä sekä alustavaa aikataulua. Erityisesti asiakkaan todellinen rooli on nykytilassa vähäinen, vaikka asiakaslähtöisyyttä onkin aineistossa kuvattu hienosti ja moninaisesti. Tämä heijastuu siihen, että hoitohenkilökunta ja asiakas sekä tämän omaiset eivät ole samaa mieltä asioista, jolloin jokaiselle toimijalle muodostuu oma tavoite, eikä yhteistä ymmärrystä aina saavuteta.

Sähköpostihaastattelun sekä myös havainnoinnin mukaan ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessissa on mukana lähihoitajat, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, lääkäri, kotiutushoitaja ja tarvittaessa sosiaalityöntekijä. Myös kotihoito oli mainittu. Lähihoitajat ovat ammattiryhmä, joka toteuttaa päivittäistä hoitoa, huolenpitoa ja kuntoutusta, mutta eivät ole tällä hetkellä suunnitellusti mukana hoidon suunnittelussa tai tavoitteiden asettelussa, mikä on suunnitelmallisen toiminnan este. Hoitoneuvottelut, kuntoutussuunnitelma ja yhteistyö kotihoidon kanssa nähdään erityisesti sairaanhoitajan työtehtävänä. Fysioterapeuttia arvostetaan. Fysioterapeutin alueeksi nähdään mm. apuvälineet ja kodinmuutostyöt. Yhteistyötä kotihoidon kanssa toivottiin enemmän, sillä se lisäisi asiakastietoisuutta ja ymmärrystä. Moniammatillisuuden toteutumisen esteenä ei aineiston perusteella ole niinkään resurssien puute, sillä prosessin takana on monta asiantuntijaa. Ongelmana on enemmänkin vastualueiden määrittely ja joustamattomuus eri työntekijöiden ja ammattiryhmien välillä. Kuten Isoherranen (2012) on todennut, moniammatillisuuden keskeiset haasteet ovat sovittu joustavat roolit, vastuukysymysten määrittely sekä yhteisen tiedon luomisen käytännöt. Tällä hetkellä asioita saatetaan jättää liikaa yksittäisen ihmisen varaan, joka aiheuttaa työtuntien tuhlautumista, jolloin kustannustehokkuus kärsii. Lisäksi työtuntien tuhlaantuminen saattaa aiheuttaa kuntoutuksen aloituksen viivästyistä ja näin ollen myös hoitojakson pitkittymistä. Hoidon ja kuntoutuksen viivästyminen saattaa puolestaan vaikuttaa epäedullisesti asiakkaan toimintakykyyn.

Laamasen (2003) mukaan työtä tekevät ihmiset usein suorittavat oman osuutensa, jonka jälkeen heillä ei ole kuitenkaan tarkkaa käsitystä siitä, mitä seuraavaksi tapahtuu, tämä prosessia haittaava ongelma on havaittavissa myös tässä prosessissa. Yhteisen päämäärän puuttuessa jokainen toimija tekee ja suorittaa asioita, joita itse näkee tärkeäksi. Yhteisen päämäärän ja asiakkaalle yksilöityjen tavoitteiden puute hidastaa asiakkaan kuntoutumista ja näin ollen myös kotiutumista, jolloin myös itse prosessista tulee tehoton (Gynther 2011). Prosessin tehottomuus puolestaan lisää henkilökunnan turhautumista ja negatiivista ajattelua, joka asiakkaaseen siirtyessään saattaa aiheuttaa haittaa kokonaistavoitteen toteutumiseksi, kuten myös Klemola (2016) on väitöstudiossa todennut. Turhautumista lisää selkeästi myös se, että hoitohenkilökunta kokee, ettei hoitohenkilökunnan tekemiä arvioita oteta aina faktana huomioon, vaan omaiset saavat usein päättää, miten hoidossa ja kuntoutuksessa edetään. Järnströmin (2011) mukaan tämä saattaa olla epäedullista asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi.

Prosessiajattelun tarkoituksena oli pohtia sitä, miten tyydytämme todetut asiakastarpeet palveluprosessin avulla. Mikäli asiakastarpeita ei pystytä tyydyttämään, on kysymys todennäköisesti palveluprosessiin liittyvistä pulmista, jotka saattavat johtua yksittäisistä tekijöistä, kuten henkilöstövajeesta tai osaamattomuudesta, mutta myös työvaiheista tai toimintosarjoista. Joka tapauksessa prosessia haittaavat tekijät tulisi tunnistaa, sillä ne aiheuttavat organisaatiolle sosiaalisia, taloudellisia, teknisiä sekä asiakashyötyä vähentäviä kustannuksia. (Stenvall & Virtanen 2012, 71–72.) Yhteenvetona voidaan todeta, että tässä kehittämistyössä kuvattavan kuntoutusprosessin ongelmakohdat ovat asiakkaan ja hoitohenkilökunnan yhteisen kirjatun tavoitteen ja päämäärän puuttuminen, joustamattomat roolit sekä toiminnan arviointi. Erityisesti kuntoutusprosessin alkuvaihe näyttäisi olevan aliresursoitu. Kirjallisuuden mukaan alkuvaihe, jota voidaan kutsua myös kuntoutusvalmiuden rakentamiseksi (kuva 2), luo pohjan hoito- ja palvelusuunnitelmalle ja se pohjautuu asiakkaasta tehtävään tiedonkeruuseen. Tärkeää olisi myös vahvistaa lähihoitajien roolia kuntoutusprosessissa ja tavoitteiden asettamisessa, sillä he ovat ammattiryhmä, jotka toteuttavat päivittäistä hoito- ja kuntoutustyötä.

Sähköpostihaastattelun tarkoituksena oli kehittämistarpeiden tunnistamisen lisäksi löytää myös keinoja toiminnan parantamiseksi ja prosessin sujuvoitta-

miseksi. Tämä oli myös yksi kappaleessa 5.1 esitetty kysymys. Edellisessä kappaleessa esille tuodut ongelmakohdat ovat korjattavissa muuttamalla prosessin työvaiheiden järjestystä, panostamalla hoitosuhteen aloitukseen sekä kehittämällä työkaluja tavoitteellisuuden sekä toiminnan arvioinnin tueksi. Yhteisen tavoitteen ja prosessin parantamiseksi prosessiin osallistuva henkilökunta ehdottikin alkuhoitoneuvottelua, jossa luodaan selkeät tavoitteet kuntoutusjaksolle, eri mittareiden ja arviointimenetelmien käyttöön ottoa sekä moniammatillisen yhteistyön lisäämistä erityisesti kotihoidon kanssa.

Tahtotilaa asioiden parantamiseksi työyhteisön sisältä löytyy. Havainnoinnin ja sähköpostihaastattelun aineisto osoitti, että voimavarat ja resurssit prosessin parantamiseen ovat jo olemassa, ne pitää vain sijoittaa oikein. Tätä mieltä ovat myös Stenvall ja Virtanen, jotka uskovat, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteita voidaan uudistaa ilman merkittävää lisäresursointia hyödyntämällä ennakkoluulotonta uudistushalua (Stenvall & Virtanen 2012, 21–23).

## **8 KUNTOUTUSPROSESSIN UUELLEEN MÄÄRITTELY: TAHTOTILA**

Kehittämistyön kolmannen ja myös viimeisen vaiheen tarkoituksena oli paneutua nykytilaan vielä syvällisemmin ja määrittää yhdessä henkilöstön kanssa, mitä kehityskohteita lähdetään ensiksi muuttamaan, jotta ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessi olisi laadukkaampaa ja tehokkaampaa unohtamatta asiakaslähtöisyyden näkökulmaa sekä organisaation asettamia tavoitteita. Prosessikuvantamiseen liittyen Laamanen (2003) kehottaa pohtimaan, miten saada nopeasti ihmisten arkipäivää helpottavia parannuksia aikaan. Kaikkea ei voi muuttaa tai korjata kerralla. Kehittämistyön kolmas vaihe sisältää kehittämisen lisäksi myös tämän kehittämistyön konkreettisen tuotoksen eli tahtotilaprosessin kuvantamisen.

### **8.1 Tapaaminen henkilökunnan kanssa**

Henkilökunnan tapaamisen tarkoituksena oli käydä läpi saadun aineiston perusteella kuvattu nykytila ja sen kehitystarpeet yhdessä henkilökunnan kanssa. Tapaamista ja nykytilan tarkempaa analysointia varten olin luonnostellut

prosessikuvauksen nykytilasta ja sen kehittämistarpeista. Nykytilaprosessikuvauksen tarkoituksena on auttaa henkilökuntaa hahmottamaan nykyinen prosessi ja siihen liittyvät pullonkaulat paremmin. Tapaamisessa henkilökunnalla oli mahdollisuus tuoda julki lisää ajatuksiaan liittyen ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessiin sekä hyväksyä tai olla hyväksymättä aineiston perusteella muodostettua nykytilaa. Tapaamisen aikana nykytilaa voidaan vielä tarkentaa tai muuttaa. Lisäksi tarkoituksena oli keskustella esille tulleista parannusehdotuksista sekä toiveista toiminnan sujuvoittamiseksi. Tapaaminen luo pohjan myös tavoitetilan muodostamiselle, joka on tämän kehittämistyön viimeinen vaihe.

Alun perin minun tuli tavata henkilökunta jo 10.11.2017, mutta aineiston analysointiprosessi ja nykytilan selvitys veivätkin odotettua enemmän aikaa. Lopullinen tapaamisajankohta oli 23.11.2017. Tapaamiseen oli annettu jokaiselle työntekijälle mahdollisuus osallistua riippumatta siitä, onko ollut osallisena sähköpostihaastattelussa vai ei. Tapaamisajankohta ja aihe ”opinnäytetyön haastattelujen tulosten purku” luki kahvihuoneen kalenterissa ja on näin toiminut avoimena kutsuna kaikille, myös vapaapäiväläisille. Tapaaminen oli sovittu alkavaksi klo 13, jolloin aamu- ja iltavuoro työskentelevät päällekkäin ja näin ollen paikalle saataisiin mahdollisimman paljon osallistujia. Aikaa tapaamiseen oli varattu kaksi tuntia. Paikalle saapui yksikön johtaja, sairaanhoitaja sekä neljä lähihoitajaa. Lisäksi paikalla oli Kuntaturvan puolelta fysioterapeutti. Myöhemmin paikalle saapui lisäksi kaksi oppisopimuksella lähihoitajaksi opiskelevaa henkilöä. Valitettavasti työajanlyhennykset ja sen hetkiset sairauspoissaolot verottivat osallistujamäärää.

Minä toimin tapaamisen vetäjänä sekä keskustelun ohjaajana tehden samalla muistiinpanoja tutkimuspäiväkirjaan. Muistiinpanoja tehtiin tapaamisen kuluksena, yhteisesti sovituista asioista sekä yleisesti tunnelmasta. Tapaamisen aluksi esittelin paikalla olijoille tämän kehittämistyön tavoitteita ja tarkoitusta kertoen samalla kehittämistyön kulusta. Lisäksi kerroin sähköpostihaastattelusta sekä myös havainnoinnista aineistonkeruumenetelminä. Samanaikaisesti kaikille osallistujille jaettiin sähköpostihaastattelusta kootut vastaukset, joista jokainen osallistuja pystyi näkemään, mitä mistäkin aiheesta oli vastattu, sekä kuinka monta kertaa samankaltainen vastaus oli toistunut. Jaetussa materiaalissa ei tullut esille henkilötietoja tai työskentelypaikkaa, kaikkien vastaajien anonyymi-

teetti oli turvattu. Alustuksen jälkeen osallistujille annettiin hetki aikaa tutustua jaettuun materiaaliin. Sen jälkeen vastausten purku ja niistä keskusteleminen aloitettiin käymällä eri teemat ja niihin liittyvät kehityskohteet kohta kohdalta läpi.

Paikalla oleva henkilökunta oli yhtä mieltä siitä, että kuntoutusprosessin suurin ongelmakohta on se, että hoitoneuvottelut pidetään liian myöhään tai pahimmassa tapauksessa niitä ei pidetä ollenkaan. Tämä selittää myös sitä, että miksi hoitajaksot ovat ajoittain pitkittyneitä. Paikalla oleva henkilöstö toi esille turhautumistaan siitä, että yhteistä tavoitetta saadaan harvoin muodostettua. Turhautumista aiheuttavat myös epärealistiset odotukset, joita ei saada täytettyä. Epärealistisia odotuksia esiintyy niin asiakkailla kuin heidän omaisillaankin, joskus myös henkilökunnalla. Yhtä mieltä oltiin myös siitä, että sen lisäksi, että alkuneuvottelu parantaisi tavoitteellisuutta, avaisi se myös itse osaston ja sen toiminnan tarkoitusta myös asiakkaalle ja tämän omaisille. Alkuneuvottelun avulla prosessin asiakaslähtöisyyttä saataisiin parannettua.

Tapaamisessa todettiin myös, että kaikki prosessiin osallistuvat henkilöt kirjaavat todella mallikkaasti. Etenkin tulovaiheessa asiakkaasta kerätään hyvin tietoa, joka viedään potilastietojärjestelmään. Ongelmana kuitenkin on, että kerätty tietoa ei osata hyödyntää hoidon toteutuksessa. Tähänkin alkuneuvottelu voisi tuoda parannuksen, totesivat paikalla olijat. Keskustelun lopputuloksena todettiin, että tulevaan tahtotilaproessiin on hyvä olla kuvattuna alkuneuvottelu. Neuvotteluun osallistuu asiakas ja halutessa tämän omainen, yksikön sairaanhoitaja ja lähihoitaja sekä fysioterapeutti. Muut ammattiryhmät kutsutaan neuvotteluun asiakkaasta lähtöisin olevan tarpeen mukaan. Tarvittaessa paikalle on mahdollista kutsua lääkäri, sosiaalityöntekijä tai kotihoidon edustaja. Alkuneuvottelu edesauttaa myös sujuvaa moniammatillista työskentelyä ja näin ollen asiakkaan on mahdollisuus saada kokonaisvaltaista hoitoa saman katon alta.

Sähköpostihaastattelussa asiakkaan kokonaistilanteen hahmottamisen tueksi oli nostettu myös muita kehittämisvaihtoehtoja, kuin alkuneuvottelu. Näitä olivat muun muassa alkukartoituslomakkeen kehittäminen ja käyttöönotto, yhteistyön kehittäminen sekä loppuarviointi. Loppuarvioinnissa henkilökunta koontuisi keskenään miettimään, mikä asiakkaan kuntoutusprosessissa meni



hyvin ja mitä voitaisiin jatkossa tehdä toisin. Esiteltyni eri sähköpostihaastattelun kautta nousseita vaihtoehtoja, saivat kaikki vaihtoehdot aikaan positiivisia eleitä ja ilmeitä. Erityisesti alkukartoituslomake sai paljon kannatusta läsnäolijoiden keskuudessa. Asiasta tarkemmin keskusteltaessa tulikin ilmi, että fysioterapeutti olikin jo alkanut hahmottelemaan toimintakykylomaketta, jonka raakaversio oli hänellä tapaamisessa mukana. Toimintakykylomakkeen kehittäminen ja käyttöönotto liittyy osastolla tapahtuvaan kuntouttavan hoitotyön kehittämiseen. Fysioterapeutti esitteli lomaketta, jota oli alettu rakentamaan ICF-luokituksen (kuva 1) pohjalta. Tämän informoivan lomakkeen tarkoituksena on tulevaisuudessa helpottaa asiakaslähtöisten ja konkreettisten tavoitteiden asettelua. Lisäksi lomake voisi tulevaisuudessa toimia myös arvioinnin välineenä, sillä siinä tulisi olemaan kohdat sekä alku- että lopputarkastukselle. Lomakkeen avulla voitaisiin suorittaa paremmin myös tulevaisuuden palveluntarpeen arviointia, sillä sen avulla on helppo huomata alueet, joissa asiakas tarvitsee apua selviytyäkseen päivittäisistä toimista. Lisäksi lomake toimii hyvänä informaatiomateriaalina asiakkaalle ja tämän omaisille keskusteltaessa toimintakyvystä ja sen kehittymisestä. Lomakkeen kautta on helppo tuoda esille, missä olimme ja mitä on saavutettu. Tapaamisessa sovittiin, että fysioterapeutti jatkaa lomakkeen työstämistä yhdessä henkilöstön kanssa, jotta lomake palvelisi arjen työtä mahdollisimman hyvin. Yhteisesti sovittiin, että lomakkeen käyttö tullaan kuvaamaan myös tahtotilaan.

Tapaamisessa tuli selkeästi ilmi, että henkilökunta kokee, ettei kotiin kuntouttamista ja kuntoutumista ei korosteta tarpeeksi. Todettiin, että asiakkaalle ja tämän omaisille on jakson lopussa vaikeaa selittää, että nyt pitäisi lähteä kotiin, kun asiakas on jo niin sanotusti kotiutunut osastolle, pahimmassa tapauksessa asiakkaalla ei ole enää kotia, mihin palata. Monet ikääntyneet potilaat ja heidän omaisensa omaksuvat nopeasti hoidon kohteen roolin, joka on epäedullista toimintakyvylle (Jämsen ym. 2015). Keskusteltaessa kuntouttamisen ja kuntoutumisen korostamisesta tuli ilmi, että lyhytaikaisosastolle ei ole kuvattu omaa toiminta-ajatusta, vaan se on yhteinen tavallisen hoiva-asumisen kanssa. Tämä johtuu siitä, että lyhytaikaisosaston kaltaisia osastoja ei organisaatiolla ole entuudestaan. Valmiita toimintamalleja ei ole. Kirjattu toiminta-ajatusta saattaisi avata asiakkaalle ja tämän omaisille sekä myös työntekijöille osaston tarkoitusta ja sitä, että myös asiakkaalla on rooli hänen omassa kuntoutumisen prosessissaan. Tämä parantaisi myös asiakaslähtöisyyttä, sillä

kuten aikaisemmin oli jo mainittu, on asiakas aktiivinen toimija, ei pelkkä toiminnan kohde. Henkilökunta toi esille, että olisi hyvä, jos hoidon alkuvaiheessa olisi antaa asiakkaalle jokin esite, jossa toiminta-ajatus sekä työntekijät rooleineen olisi esitelty. Toiminta-ajatuksen yhteydessä oli paljon keskustelua myös hoitohenkilökunnan asenteesta ja sen vaikutuksesta ikäihmisen kuntoutumiseen ja toimintakyvyn kohentumiseen. Keskustelussa tuotiin myös esille, että sen lisäksi, että asenne tarttuu asiakkaaseen niin hyvässä kuin pahassa, tarttuu se myös työntekijästä toiseen. Työpaikalla vallitseva kulttuuri ja asenne jäävät tämän kehittämistyön ulkopuolelle, mutta prosessin onnistumisen kannalta on kuitenkin tärkeää ymmärtää myös asenteen vaikutus. Toiminta-ajatusta ja esitettä jää pohtimaan ja työstämään yksikön johtaja yhdessä henkilökunnan kanssa.

Kaiken kaikkiaan keskustelu ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessista ja tutkimustuloksista oli hyvin antoisa. Keskustelua käytiin suunnitelman mukaisesti avoimesti ja rakentavasti. Kaikki paikalla olijat osallistuivat aktiivisesti keskusteluun ja jokaisen mielipiteelle annettiin tilaa. Kehittäminen koettiin tarpeellisena. Havainnoinnin sekä sähköpostihaastattelun pohjalta muodostetut nykytilan vaiheet ja haasteet saivat vahvistusta paikalla olijoiden kesken ja näin ollen voidaan todeta, että henkilökunta hyväksyi tekemäni nykytilankuvauksen. Keskustelun avulla saatiin tarkennettua kehityskohteita sekä kehitettyä parannuksia sekä tulevaa tahtotilaa. Paikalla olijoiden kesken sovittiin, että minä tulen työstämään ydinprosessikuvauksen tahtotilasta, joka valmistuttuaan hyväksytetään prosessiin osallistuvilla henkilöillä. Tapaamisessa yhteisesti sovittiin, että tahtotila tulee alkamaan asiakkaan ilmoittautumisesta/ilmoittamisesta osastolle ja päättyä asiakkaan kotiutumiseen tai toiseen hoitopaikkaan siirtymiseen. Saattohoitoasiakkaat sekä suunnitellut intervaliasiakkaat jäävät tämän prosessikuvauksen ulkopuolelle.

Tahtotilakuvaus tulee muodostumaan tulovaiheesta, toiminnanvaiheesta ja lähtövaiheesta, joihin kaikkiin on pyritty tuomaan esille asiakaslähtöisyyden näkökulma. Tulovaiheeseen sisällytetään alkuneuvottelu sekä toimintakyvyntarkoitusslomakkeen täyttö. Tapaamisessa puhuttiin myös paljon siitä, että ikääntyneiden toimintakyky vaihtelee yksilöiden välillä ja näin ollen tahtotilaprosessia ei voida suunnitella liian jäykäksi. Kirjallisuudessakin on esitetty, että prosessien olisi hyvä joustaa asiakkaan mukaan, sillä prosessi alkaa aina

asiakkaan tarpeista. Asiakasnäkökulman lisäksi hyvä prosessikuvaus tavoittelee sitä, että prosessiin osallistuvat henkilöt ymmärtäisivät paremmin oman roolinsa ja tehtävänsä suhteessa kokonaisuuteen. (Stenvall & Virtanen 2012, 67–69.) Yksikön henkilökunta jatkaa johtajan ja fysioterapeutin johdolla osa-prosessien kehittämistä, kuten alkuhoitoneuvottelun ja alkukartoituslomakkeen suunnittelua. Näin ollen myös työntekijät ovat vastuussa toiminnan kehittämisestä, mikä on hyvin tärkeää kokonaisuuden onnistumiseksi.

## 8.2 Tahtotilan mallintamisen prosessi

Aikaisemmin mainittiin, että nykytilankuvaus saattaa näyttäytyä kaoottisena ja epäselvänä. Nykytilan kuvauksessa ideana on tuoda näkyviin kehityskohteet, jotka sitten tahtotilassa on korjattu. Tahtotilaprosessia muodostaessa on hyvä varmistaa, että prosessi vastaa päämääriä ja on tehty hyvien tapojen mukaisesti. Tavoiteprosessin tulee olla selkeä ja looginen kokonaisuus, jossa jokainen prosessin osa tuottaa arvoa asiakkaalle. Kaikki ylimääräiset tehtävät tai resurssit tulee karsia pois. Tahtotilaan kuvataan vain se, mikä on onnistumisen kannalta tärkeää. Lisäksi on hyvä varmistaa, että tavoiteprosessi on yksinkertainen ja toteuttamiskelpoinen. Prosessien kehittämisessä voidaan hyödyntää erilaisia tietokoneohjelmia, mutta kehittämisvaiheessa hyödyllisempää on käyttää perinteistä kynää ja paperia. Usein käytetty tapa on hyödyntää post-it lappuja, joihin merkitään prosessiin kuuluvia rooleja sekä eri toimintoja prosessin etenemiseksi, jonka jälkeen ne asetetaan niiden luonnolliseen järjestykseen. Prosessi piirretään vasemmalta oikealle ja sen kuvaamiseen on olemassa monta erilaista tapaa ja niiden variaatiota. Esimerkkejä eri kuvaus-tavoista ovat vuokaavio, tehtävämatriisi, uimaratakaavio ja prosessin teksti-muotoinen ohjeistaminen. Parhaimmillaan prosessi saadaan hahmotettua, kun siihen osallistuvat henkilöt osallistuvat käytännön mallintamiseen. Hyvä on myös muistaa, että *prosessit eivät ole itsetarkoitus, vaan väline*. (Martinsuo & Blomqvist 2010, 13–17.)

Vaikka prosessien varsinaista mallintamista tulisi tehdä siihen osallistuvien henkilöiden kanssa, päädyttiin tässä työssä yksin työstämiseen. Aika ja henkilökuntaresurssit eivät olisi antanut myöten sille, että olisimme nykytilan työstämisen lisäksi mallintaneet myös tahtotilaa yhdessä henkilöstön kanssa. Tapaamisessa henkilökunnan kanssa pääsimme kuitenkin hyvään yhteisymmär-

rykseen siitä, mitä tekijöitä muuttamalla tai lisäämällä ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessi saataisiin selkeämmäksi ja tehokkaammaksi asiakaslähtöisyyttä unohtamatta. Henkilökunnan ääni on siis otettu huomioon tahtotilaprosessin mallintamisessa.

### **8.2.1 Ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessi - tahtotilakuvaus**

Ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin tahtotila-kuvaus on tämän kehittämistyön merkityksellisin tuotos, joka on syntynyt kehittämistyön teoriaosuu- den, tutkimuksellisen osion ja kehittämisosion yhteisvaikutuksesta. Tahtotila- kuvaus on esitetty prosessikaaviona (liite 2), ja sen tueksi on kirjoitettu sanal- linen prosessikuvaus. Sanallisen prosessikuvauksen tarkoituksena on avata prosessikaaviota ja näin ollen selkiyttää toimintaa ja avata prosessiin kuuluvi- en henkilöiden rooleja sekä prosessissa suoritettavia toimintoja. Prosessiku- vaus on tehty ja kirjoitettu sellaiseksi, kuin se on kehittämistyön aikana näyt- täytynyt ja sovittu tehtäväksi.

Tahtotilaprosessi alkaa asiakkaasta ja päättyy asiakkaaseen. Tahtotilaproses- sin alun ja lopun sisällä voidaan erotella kolme vaihetta, jotka ovat tulo- ja kar- toitusvaihe, toiminnan vaihe ja lähtövaihe. Tässä kehittämistyössä näistä vai- heista käytetään nimityksiä kuntoutusvalmiuden rakentaminen (tulovaihe), kuntoutuksen toteutuminen (toiminnanvaihe) sekä jatkuvuuden ja seurannan turvaaminen (lähtövaihe). Vaiheet on esitelty alla olevassa sanallisessa pro- sessikuvauksessa.

#### **Ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessi lyhytaikaisosastolla - sanalli- nen prosessikuvaus**

Tahtotilaprosessin ensimmäinen vaihe on asiakkaan **kuntoutusvalmiuden rakentaminen** ja se sisältää kaksi osiota, asiakkaan tulovaiheen ja tämän toimintakyvyn kartoittamisen (kuva 7). Kuntoutusprosessin tulovaiheen käyn- nistää ikääntyneen asiakkaan muuttunut palvelutarve tai äkillisesti laskenut toimintakyky, jolloin hän tarvitsee lyhytaikaista hoitoa ja kuntoutusta. Asiakas ohjautuu kotiutushoitajalle, joka antaa tiedon saapuvasta asiakkaasta lyhytai- kaisosaston sairaanhoitajalle tai viikonloppuisin muulle henkilökunnalle. Ly- hytaikaisosaston sairaanhoitaja vastaanottaa tiedot (nimi, sotu, anamneesi,

nykytila ja hoidon ja lääkityksen erityispiirteet) saapuvasta asiakkaasta. Tarpeen mukaan vastaanottava hoitaja saa täydentäviä tietoja lähettävältä taholta, kuten esimerkiksi keskussairaualalta tai kotihoidolta. Sairaanhoitaja tai muu hoitaja antaa tiedot eteenpäin lähihoitajalle, joka sillä hetkellä työskentelee lyhytaikaisosastolla.

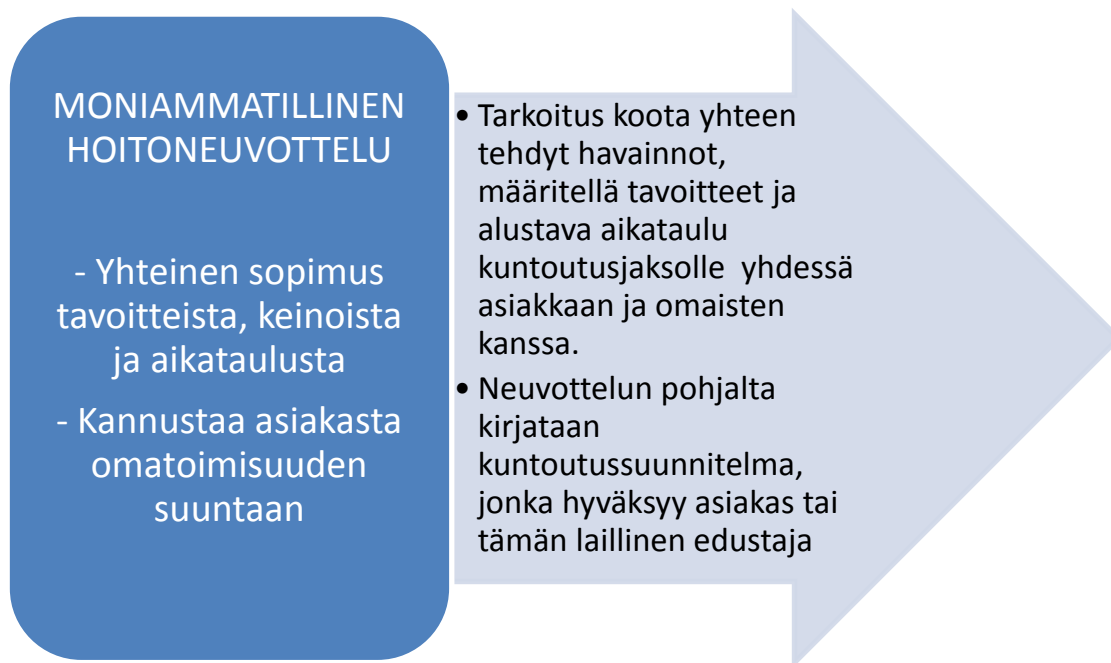
Asiakkaan saapuessa osastolle sairaanhoitaja ja lähihoitaja yhdessä tai erikseen vastaanottavat asiakkaan ja toivottavat tämän tervetulleeksi. Asiakkaalle esitellään osasto ja sen toiminta käyttäen apuna osaston esitettä. Asiakkaan toimintakyvyn arviointi alkaa jo heti asiakkaan saapuessa osastolle havainnoimalla asiakkaan toimintakykyä sekä tutustumalla tämän tietoihin. Sairaanhoitaja ottaa vastuun asiakkaan lääkityksestä ja erityistä huomiota vaativista hoito-ohjeista ja epäselvissä tilanteissa konsultoi lyhytaikaisosaston omalääkäriä. Asiakkaasta tehdään havaintoja liittyen sekä fyysiseen (esim. liikkuminen, omatoimisuus) että psyykkiseen (orientoituminen aikaan ja paikkaan, muisti, psyyke) toimintakykyyn. Sen lisäksi, että hoitohenkilökunta arvioi asiakkaan toimintakyvyn vajavaisuuksista, tehdään huomioita myös asiakkaan voimavaroista. Huomiot kirjataan fysioterapeutin suunnittelemaan alkukartoituslomakkeeseen. Fyysisen toimintakyvyn arvioinnin tueksi lähihoitaja ottaa asiakkaalta tulovaiheen vitaalit, eli asiakkaalta mitataan sen hetkinen verenpaine, lämpö, verensokeri, paino ja happisaturaatio. Ensimmäisten hoitopäivien aikana myös omaisia ja kotihoitoa voidaan haastatella, jotta asiakkaasta ja tämän tarpeista saadaan luotua mahdollisimman laaja näkemys. Toimintakyvyn kartoittamiseen kuuluu asiakkaan toimintakyvyn arviointi eri mittareilla, joita voidaan käyttää tarpeen mukaan. Pyhtään kunnalla on käytössään Rava, GDS, MMSE ja Audit, joiden pohjat ovat löydettävissä potilastietojärjestelmä Efficasta ja ovat kaikkien kuntoutusprosessiin osallistuvien käytössä. Sairaanhoitaja ja lähihoitaja sopivat yhdessä työnjaon asiakkaan toimintakyvyn arvioimiseksi. Kaikki asiakkaasta saatu tieto kirjataan potilastietojärjestelmään otsikolla tulovaihe.



Kuva 7. Kuntoutusvalmiuden rakentaminen

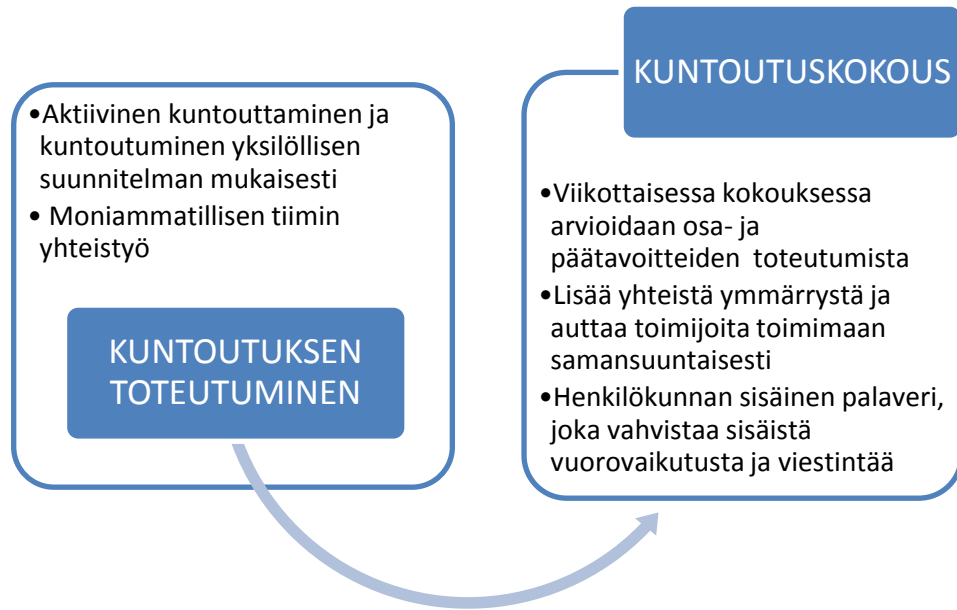
Kuntoutusvalmiuden rakentamiseen liittyy olennaisena osana myös moniammatillinen alkuhoitoneuvottelu, joka pidetään mahdollisimman pian asiakkaan saapumisen jälkeen, kuitenkin viimeistään viiden arkipäivän kuluttua asiakkaan saapumisesta. (Kuva 8.) Alkuneuvottelun tarkoituksena on kartoittaa asiakkaan tilannetta edelleen sekä nimetä selkeät kuntoutuksen tavoitteet sekä keinot niiden toteutumiseksi yhdessä asiakkaan kanssa. Tavoitteiden määrittämisen tueksi hoitajat ovat etukäteen tehneet toimintakyvyn arviointia hyödyntäen siinä fysioterapeutin tekemää toimintakyvynarviointilomaketta. Alkuneuvottelun kokoonpano riippuu asiakkaan tulosyystä. Paikalla ovat aina asiakas itse, sairaanhoitaja, lähihoitaja sekä tarpeen mukaan omainen, kotihoidon edustaja, fysioterapeutti ja lääkäri. Tavoitteiden ja keinojen lisäksi alkuneuvottelussa määritellään alustava kuntoutusjakson aikataulu sekä yksilölliset mittarit toimintakyvyn seuraamiseksi ja arvioimiseksi. Alkuneuvottelu antaa lisäarvoa asiakkaan saamalle hyödyille, sillä asiakkaan tarpeisiin vastataan välittömästi, jolloin palvelu on saatavilla ja tilannetta arvioidaan useasta eri näkökulmasta (moniammatillisuus). Alkuneuvottelun tarkoituksena on lisäksi korostaa lyhytaikaisosaston luonnetta ja asiakkaan omaa osallisuutta tämän kuntoutusprosessissa, asiakasta kannustetaan omatoimisuuden suuntaan. Alkuneuvottelun yhteydessä sairaanhoitaja kirjaa tiedot suoraan valmiiksi otsikoi- tuun hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan, jonne myös alkumittausten tulokset voidaan viedä kootusti. Suunnitelman ja sen tavoitteet hyväksyvät asiakas ja tarvittaessa tämän omainen. Tiedot viedään Efficapotilastietojärjestelmään,

josta jokainen hoitoon osallistuva henkilö on velvollinen lukemaan asetetut tavoitteet ja keinot. Nyt varsinainen hoito ja kuntoutus voi alkaa ja hoidon aktiivisena toimijana on asiakas.



Kuva 8. Moniammatillinen hoitoneuvottelu

Ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin toinen vaihe on **kuntoutuksen toteutuminen**, joka käsittää aktiivisen kuntouttamisen ja kuntoutumisen suunnitelman mukaisesti (kuva 9). Hoitoa ja kuntoutusta toteutetaan suunnitelman mukaisesti ja arvioidaan jatkuvasti peilaten lähtötavoitteisiin. Fysioterapeutti osallistuu kuntouttamiseen sekä varsinaisilla asiakaskäynneillä, mutta myös ohjaamalla henkilökuntaa. Lisäksi fysioterapeutti määrittää apuvälinetarpeet ja osallistuu tarvittaessa kodin muutostöiden arviointiin. Tavoitteita ja niiden toteutumista arvioidaan päivittäisen ja jatkuvan arvioinnin lisäksi henkilökunnan kesken pidettävissä kuntoutuskokouksissa. Viikoittain pidettävässä kuntoutuskokouksessa käydään sairaanhoitajan johdolla läpi kaikki kuntoutusosastolla olevat asiakkaat ja heidän sen hetkinen tilanteensa. Kuntoutuskokouksissa arvioidaan käytettäviä menetelmiä ja niiden vaikuttavuutta, tehdään väliarvio kuntoutujan tilasta sekä tarvittaessa asetetaan uusia välitavoitteita. Lisäksi kuntoutuskokouksessa arvioidaan lääkärin tai muun asiantuntijan tarvetta. Kuntoutuskokouksessa nimetään myös mahdolliset kotiutujat. Kuntoutuskokous lisää toimijoiden yhteistä ymmärrystä, auttaa toimimaan samansuuntaisesti sekä vahvistaa viestintää henkilökunnan välillä.



Kuva 9. Kuntoutuksen toteutuminen

Kun huomataan, että asiakkaan tavoitteet lähenevät saavuttamista tai tulevaisuuden palvelutarve on hyvä muuten arvioida uudelleen, pidetään kotiutusneuvottelu. Kotiutusneuvottelu käynnistää ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin viimeisen vaiheen eli **lähtövaiheen**, jonka tarkoituksena on turvata hoidon jatkuvuus ja hallittu kotiutuminen. (Kuva 10.) Ennen kotiutusneuvottelua asiakkaalle toistetaan hoitajakson alussa tehdyt testit, joita vertailemalla voidaan arvioida hoidon vaikuttavuutta sekä myös tarkentaa tulevaa palvelutarvetta. Kotiutusneuvotteluun osallistuu jälleen asiakas ja tarvittaessa tämän omainen, sairaanhoitaja, asiakasta hoitanut lähihoitaja sekä tarvittaessa lääkäri, fysioterapeutti ja kotihoito. Joskus sosiaalityöntekijä on tarpeen kutsua mukaan neuvotteluun. Kotiutusneuvottelun tarkoituksena on käydä läpi mennyttä kuntoutusjaksoa, kerrata asiakkaan saavutukset ja sopia, kotiutukseen, mahdollisiin tuleviin kotikäynteihin tai toisen palvelun piiriin siirtymiseen liittyvät yksityiskohdat. Lisäksi neuvottelussa sovitaan alustava kotiutumisen päivämäärä. Varsinaista kotiutusneuvottelua ei kuitenkaan ole pakollista pitää, jos asiakas on kyvykäs siirtymään vanhoine palveluineen takaisin kotiin, tällöin keskustelu kotiutumisesta ja siihen liittyvistä asioista voidaan käydä pelkäämättä asiakkaan kanssa ja mahdollisista siirtymiseen liittyvistä seikoista voidaan sopia puhelimitse asianosaisten kanssa. Joka tapauksessa asiakasta valmennetaan tulevaan kotiutukseen ja jatkohoitoon osallistuvia henkilöitä tiedotetaan, jotta turvallinen kotiutus voidaan taata. Joskus voidaan huomata,



että asiakas ei ole enää kykenevä palaamaan kotiinsa edes tehostettujen apujen turvin. Tällöin neuvottelussa sovitaan yhteisesti mahdollisesta pitkäaikaispaikan hausta ja käydään läpi siihen liittyvät toimintaprosessit. Pitkäaikaiselle paikalle hakeminen ja siirtyminen ovat kuitenkin oma palveluprosessinsa, joka on jätetty tämän kehittämistyön ulkopuolelle.

Kotiutusvaiheessa sairaanhoitaja, tai joissakin tapauksissa lähihoitaja, kirjoittaa asiakkaasta loppuarvion, johon kuvataan asiakkaan toimintakyvyn muutoslähtötilanteeseen peilaten sekä yhteisesti sovitut jatkot. Suunnitelmat arvioineen ovat luettavissa Efficapotilastietojärjestelmästä, joka on tärkeää jatkohoidon kannalta. Kun aikaisemmin raportti kotihoidolle on saattanut olla kotiutuvan henkilön ja päivittäisten kirjausten varassa, on tiivis ja selkeä raportti nyt luettavissa potilastietojärjestelmästä ajasta, paikasta tai henkilöstä riippumatta. Hoito- ja kuntoutusjakson loppuvaiheessa asiakkaalle tehdään lisäksi nopea asiakastyytyväisyyskysely, jotta voidaan arvioida, tyydyttikö hoito- ja kuntoutusjakso asiakkaan tarpeet ja kokiko hän tullessa kuulluksi ja kannustetuksi. Asiakas arvioi, paraniko hänen elämänlaatunsa hoito- ja kuntoutusjakson aikana. Asiakaspalautteen avulla prosessiin osallistuva henkilökunta voi arvioida omaa toimintaansa prosessissa ja prosessia voidaan tarpeen mukaan edelleen kehittää. Lisäksi asiakaspalaute antaa organisaatiolle tärkeää tietoa siitä, toteutuivatko Attendon arvot *osaaminen, sitoutuminen ja välittäminen* kuntoutusprosessissa. Prosessi päättyy asiakkaan siirtyessä kotiin tai toisen palvelun piiriin.



Kuva 10. Lähtövaihe

### 8.2.2 Tahtotilaprosessin arviointi ja mittaaminen

Käytännössä muutos kuntoutusprosessin nykytilaan nähden tapahtuu luomalla yhteistyössä asiakkaan ja henkilökunnan kanssa kuntoutusjaksolle selkeät yksilölliset tavoitteet ja keinot heti hoitajakson alussa, jotka kirjataan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Tavoitteet ja keinot tavoitteiden saavuttamiseksi on kuvattu alkukartoituksen ja moniammatillisen neuvottelun pohjalta, jossa asiakkaan näkemys on etusijalla. Itse hoitoa ja kuntoutusta tulee toteuttaa suunnitelmassa kirjatulla tavalla arviointia unohtamatta. Päivittäisen arvioinnin lisäksi asiakkaan toimintakyvyn arviointi tapahtuu viikoittaisissa kuntoutuskokouksissa. Kun kaikkia kuntoutusprosessin vaiheita ja elementtejä toteutetaan saumattomasti, on hoito ja kuntoutus asiakaslähtöistä, vaikuttavaa ja laadukasta sekä nopeasti saatavilla. Organisaation kilpailukyky paranee, kun toimimme tehokkaasti hyödyntäen eri asiantuntijoita ja asiakas ei joudu palloteltavaksi eri tahojen välillä, vaan hän saa kaikki palvelut ”saman katon alta” sujuvasti ja saumattomasti. Sen lisäksi, että kuntoutusjakson lopussa asiakkaan antama palaute antaa arvokasta tietoa henkilökunnalle, antaa se sitä myös koko organisaatiolle.

Nykytilan kartoitusvaiheessa sekä tapaamisessa henkilökunnan kanssa esille tuotiin epäselvät roolit ja tavoitteet. Uskon, että selkeä prosessikuvaus ja sen

läpivienti auttaa henkilökuntaa ymmärtämään osaston ja siellä tapahtuvien toimintojen tarkoitusta ja tavoitteita paremmin. Koska työskentelemme ihmisellä ihmiselle, sisältää prosessi myös epävarmuutta. Siksi uutta prosessikuvausta ei ole tehty liian yksityiskohtaisesti, vaan se antaa pelivaraa yksilölliselle toiminnalle, onhan asiakas aina yksilö. Lisäksi rooli- ja työnkuvauksia ei ole tehty liian tiukoiksi, sillä kuten eräs vastaajista oli todennut, *Yksilölliset tarpeet vaikuttavat siihen, kenen panosta milloinkin tarvitaan ja kuinka paljon*. Tavoitteena on, että toiminta on selkeää, asiakaslähtöistä ja hyvin dokumentoitua.

Jos prosessien suorituskykyä ja toimivuutta ei mitata, ei koko prosessien määrittämisellä tai kuvaamisella ”ole mitään virkaa”. Mitata kannattaa vain strategisesti tärkeimpiä asioita, joilla on merkitystä kehittämisen kannalta. (Virtanen & Wennberg 2005, 130–132). Kehiteltäviä prosessikuvausta eli tahtotilaa ja sen toimivuutta tullaan arvioimaan erilaisilla mittareilla, jotta toiminnan kannalta tärkeitä elementtejä, kuten laatua, tehokkuutta ja kustannuksia voidaan konkreettisesti arvioida ja toimintoja edelleen kehittää. Kuntoutusprosessin vaikuttavuutta tullaan arvioimaan vertailemalla kuntoutuksen alussa ja lopussa tehdyjä toimintakyvyntarkoitusten tuloksia. Lisäksi itse kuntoutusprosessia ja sen tehokkuutta mitataan arvioimalla hoito- ja kuntoutusjakson pituutta peilaten sitä hoidon – ja kuntoutuksen tavoiteaikatauluun. Hoito- ja kuntoutuspäivien lukumäärä tallentuu myös organisaation omaan sähköiseen ohjelmaan, jolla seurataan, pysyykö hoito- ja kuntoutusaika myös Kuntaturvan asettaman tavoitteen (2vrk - 2kk) sisällä. Sen lisäksi, että hoitoaikatilastoja seurataan organisaation sisällä, raportoidaan ne myös Kuntaturvalle sekä Pyhtään hyvinvointilautakunnalle.

Hoitojakson lopussa kerättävä asiakaspalaute pohjautuu kohdeorganisaation visioon ja arvoihin. Attendon arvot osaaminen, sitoutuminen ja välittäminen korostavat asiakkaan kokemusta turvallisuudesta ja kuulluksi tulemisesta. Lisäksi Attendon visio *Vahvistamassa ihmistä* tarkoittaa sitä, että asiakasta on kannustettu itsenäisyyteen, häntä on kuunneltu ja osallistettu sekä hänen elämänsä on parantunut. Saatu palaute käydään läpi henkilöstöpalavereissa ja se toimii ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin onnistumisen ja vaikuttavuuden mittarina, mutta antaa hoitohenkilökunnalle palautetta myös heidän jokapäiväisestä työstään. Asiakaspalaute lomakkeen tulee kehittämään toimintayksikkö, jolloin se jää tämän kehittämistyön ulkopuolelle.

## 9 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

### 9.1 Opinnäytetyöprosessin ja tulosten tarkastelu

Tämä kolmivaiheinen tutkimuksellinen kehittämistyö sai alkunsa alkukevästä 2017, jolloin opinnäytetyön aihetta alettiin täsmentää. Opinnäytetyöni toimeksiantajana oli Attendo Oy, valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden yritys, jonka arvot ovat osaaminen, sitoutuminen ja välittäminen. Attendo Oy:n tahtotilana oli kehittää Pyhtäällä sijaitsevaa ikääntyneiden kuntoutusosastoa ja opinnäytetyöni kytkettiin tähän sisäiseen kehittämishankkeeseen. Kehittämistyö rajattiin käsittelemään ikääntynyttä asiakasta ja tämän kuntoutukseen sisältyviä vaiheita erityisesti prosessin näkökulmasta. Kehittämistyö päätettiin toteuttaa työntekijälähtöisenä, sillä kehittämisessä haluttiin erityisesti korostaa yhteistyötä sekä ratkaisukeskeistä työtapaa, jotka ovat Attendo Oy:lle tärkeitä toimintatapoja.

Kehittämistyön ensimmäisessä vaiheessa keskityttiin rajaamaan kuvattava prosessi sekä tunnistamaan ja tarkemmin määrittelemään asiakas eli tässä kohtaa ikääntynyt ihminen. Kehittämistyön teoriaosuus sekä keskeisten käsitteiden määrittely ovat merkittävä osa kehittämistyön rajausta. Keskeisiksi käsitteiksi muodostuivat ikääntynyt ihminen, toimintakyky sekä moniammatillisuus kuntoutusprosessissa. Työn ulkopuolelle jäi itse kuntouttaminen, vaikkakin se on käsitteenä tärkeä ymmärtää, jotta eri toimintavaiheita voidaan arvioida.

Kehittämistyön toisen vaiheen tarkoituksena oli tarkastella kuntoutusprosessin nykytilannetta, arvioida nykyisen kuntoutusprosessin vaiheita sekä löytää kehittämisehdotuksia toiminnan parantamiseksi. Lisäksi tarkoituksena oli tarkastella kuntoutusprosessin laatua ja asiakaslähtöisyyttä henkilökunnan kuvaamana. Kehittämistehtäviksi muodostuivat seuraavat kysymykset: Mistä teijöistä muodostuu laadukas ja asiakaslähtöinen ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessi lyhytaikaisosastolla henkilökunnan kuvaamana? Mitä eri toimintavaiheita ja rooleja ikääntyneiden asiakkaiden kuntoutusprosessi pitää sisälleen prosessiin osallistuvien henkilöiden kuvaamana ja millä keinoin olemassa

olevaa ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessia voitaisiin kehittää sujuvammaksi? Työn toinen vaihe alkoi keväällä 2017. Kehittämistyön suunnitelmaseminaari pidettiin toukokuussa 2017, jolloin oli vielä epävarmaa, miten nykytilan kartoitus ja analyysi tullaan toteuttamaan. Tuolloin oli vielä ajatuksena selvittää nykytilaa hyödyntämällä sosiaalista mediaa, mutta toimeksiantajaorganisaatio ei tähän antanut tietoturvasyistä lupaa. Tiedonkeruun menetelminä nykytilan selvittämiseksi käytettiin loppujen lopuksi osallistuvaa havainnointia sekä sähköpostihaastattelua. Sähköpostihaastattelun kysymysten teemat nousivat tämän työn teoriaosuudesta. Teemat olivat laatu ja asiakaslähtöisyys, toimintavaiheet ja tavat sekä roolit ja moniammatillisuus.

Aineisto kerättiin ja se analysoitiin kesän ja syksyn 2017 aikana. Mielestäni aineistonkeruumenetelmät nykytilan selvitystä varten sopivat tähän kehittämistyöhön hyvin, vaikkakin esimerkiksi havainnoinnin ajankohta vuosilomien takia ei ollut paras mahdollinen. Havainnointijakso olisi voinut olla myös pidempi, kuin yhden kuukauden mittainen, jotta havainnot olisivat olleet syvällisempiä. Nämä olisi voitu välttää huomioimalla vuosiloma jo suunnitelmavaiheessa, mutta opinnäytetyön aikataulu ja organisaation tarpeet vaikuttivat ajankohdan valitsemiseen sekä sen pituuteen. Havainnointia seurasi sähköpostihaastattelu. Muistutusviestistä huolimatta sähköpostihaastattelun vastaajien määrä jäi oletettua pienemmäksi. Vähäiseen sähköpostihaastattelun vastaajamäärään on saattanut vaikuttaa se, että haastattelu toteutettiin sähköpostitse, eikä kasvokkain tapahtuvana. Toisaalta aikaan ja paikkaan sidottu kasvokkain tapahtuva menetelmä ei olisi sallinut ajankäytön vapautta sekä itse tilanne olisi saattanut tuntua vastaajista jännittävältä ja näin ollen vaikuttaa vastausten sisältöön. Havainnointi ja sähköpostihaastattelu tuottivat aineistoa kuitenkin riittävästi siihen, että nykytilan kartoitus saatiin tehtyä ja kehittämistoimenpiteet kirjattua.

Tutkittaessa kuntoutusprosessin nykytilaa, voitiin huomata, että nykytilaprosessissa asiakas ei näytellytkään pääosaa, vaikka harhauskoisesti prosessiin osallistuva henkilökunta näin oli ajatellutkin. Nykytilan kartoituksessa ja analyysissä huomattiin, että kuntoutusprosessin aloitusvaihe oli aliresursoitu, asiakkaan kanssa yhteistä selkeää aikataulutettua tavoitetta muodostettiin harvoin tai ei ollenkaan. Näin ollen asiakaslähtöisyyden käsite muuttui tämän työn aikana merkityksellisemmäksi, vaikka alun alkaen tarkoituksena oli keskittyä

enemmän prosessin turhiin työvaiheisiin ja niiden eliminointiin. Lisäksi todettiin, että käytännöt prosessin sisällä vaihtelivat, jolloin tärkeäksi kehitettäväksi asiaksi muodostui prosessin selkiyttäminen ja yhteisen ymmärryksen lisääminen.

Tämän kehittämistyön prosessin viimeinen eli kolmas vaihe on prosessin uudelleen kuvaaminen, konkreettisemmin määriteltynä tahtotilan mallintaminen. Työn kolmas vaihe alkoi marraskuussa 2017, jolloin tapasin prosessiin osallistuvaa henkilökuntaa. Tapaamisen tarkoituksena oli koota yhteen nykytila ja sen kehittämistarpeet sekä luoda pohja tavoitetila-prosessin muodostamiselle. Prosessikuvantamiseen liittyen Laamanen (2003) kehottaa pohtimaan, miten saada nopeasti ihmisten arkipäivää helpottavia parannuksia aikaan. Tavoiteprosessin tulee olla selkeä ja looginen kokonaisuus, jossa jokainen prosessin osa tuottaa arvoa asiakkaalle. Tahtotilaan kuvataan vain se, mikä on onnistumisen kannalta tärkeää. (Martinsuo & Blomqvist). Laamasen (2003) ajatuksien saattamana kuntoutusprosessin tavoitetilan lähtökohdiksi määriteltiin yhdessä henkilökunnan kanssa asiakaslähtöisyyden vahvistaminen, moniammatillisuus sekä työntekijöiden oman roolin vahvistaminen ja ymmärtäminen kuntoutusprosessissa. Prosessin kuuluu alkaa ja päättyä asiakkaaseen. Kuntoutusprosessin tahtotilan mallinnuksessa oli kuitenkin huomioitava asiakkaiden yksilölliset vaihtelut niin sairauksien kuin toimintakyvyn eri ulottuvuuksien välillä, jolloin tahtotilaprozessista tai tehtävänkuvauksista ei voitu muodostaa liian jäykiksi. Lopullinen ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin tahtotilaprozessi sekä sanallinen prosessikuvaus muodostettiin alkuvuonna 2018.

Vaikka tämän kehittämistyön lähtökohtana oli organisaation tarve kehittää ja tehostaa kuntoutusosaston toimintaprozessia, on prosessiin osallistuva henkilökunta saanut itse määritellä varsinaiset kehittämiskohteet ja ehdotukset niiden parantamiseksi, jolloin lopulliset tavoitteet muotoutuivat yhteisen prosessin myötä. Voidaankin puhua, että kehittämistyön prosessi oli sekä organisaatio- että toimijalähtöinen. (Ks. Toikko & Rantanen 2009, 15.) Stenvall ja Virtanen (2012) kuvaavat, että kehittämisessä ja toimintatapojen uudistamisessa työntekijöitä voidaan pitää sekä kohteena että mahdollisuutena, niin tässäkin kehittämistyössä. Kohteena olemisella tarkoitetaan pyrkimystä muuttaa työntekijöiden toimintaa yhteneväisemmäksi. Mahdollisuus puolestaan tulee esille

siinä, kun kehitysprosessissa hyödynnetään työntekijöiden ideoita ja näkemyksiä. (Stenvall & Virtanen 2012, 191.)

Kehittämistyön prosessin kaikki kolme vaihetta on toteutettu yhteistyössä Kuntaturvan sekä lyhytaikaisosaston henkilökunnan kanssa. Kehittämistoiminnan onnistumisen kannalta on äärimmäisen tärkeää, että prosessiin kuuluvat henkilöt osallistuvat kehittämistyöhön (Toikko & Rantanen 2009, 96). Alun perin tarkoituksena oli tehdä vielä enemmän yhteistyötä prosessiin osallistuvien henkilöiden kanssa, mutta valitettavasti ajalliset resurssit eivät antaneet myöten. Näin jälkeempäin ymmärsin, että minun olisi ollut hyvä käydä kasvotusten puhumassa ja kertomassa esimerkiksi sähköpostihaastattelusta ja näin motivoita ihmisiä vastaamaan. Vaikka valitettavasti tahtotilaprosessin esittely ja prosessin pilotointi jää valitettavasti tämän kehittämistyön ulkopuolelle, jatkuu kehitys ja kehittäminen lyhytaikaisosastolla.

## **9.2 Luotettavuus ja eettisyys**

Kehittämistyöhön liittyy paljon eettisiä näkökulmia, jotka tulee huomioida jo kehittämistyön suunnitteluvaiheessa. Näitä ovat muun muassa tieteelliset toimintakäytännöt sekä aihe ja siihen liittyvä aineistonkeruu. Toimintatavoilla ei saa loukata ketään tai mitään ihmisryhmää ja pääpyrkimys on aiheuttaa hyvää. Erityisesti terveydenhuoltoon liittyvissä kehittämistöissä tavoitteena on potilaan hyvä. Kehittämistyöhön osallistuminen on oltava vapaaehtoista. Eettisyyden kannalta oleellista on myös koko prosessin luotettava ja rehellinen tarkastelu ja arviointi, tämä tulee näkyä lopullisessa raportissa. (Heikkilä ym. 2008. 43–45.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkkaan ja avoimesti kirjoittama raportti tutkimuksen jokaisesta vaiheesta. Luotettavuuden kannalta olennaista on totuudenmukaisesti tuoda esille, millaiset olosuhteet vallitsivat aineiston tuottamisen aikana sekä tuoda esille mahdolliset häiriötekijät sekä tutkimukseen käytetty aika. Lisäksi tulosten tulkinnan luotettavuutta lisää se, että jos tutkija on rikastuttanut tekstiä esimerkiksi suorilla haastatteluotteilla. (Hirsjärvi ym. 2009. 232–233.) Jotta raportin tekstistä on saatu mahdollisimman totuudenmukainen ja aito, olen kirjoittanut tutkimuspäiväkirjaa opinnäytetyön ideointivaiheesta aina päättövaiheeseen saakka. Tutkimuspäiväkirjan

avulla raporttiin on saatu kuvattua tilanteet ja tulkinnat juuri sellaisena, kuin asiat ovat sillä hetkellä esiintyneet tai näyttäytyneet. Raporttiin on tuotu esille vastaajien suoria sanontoja sekä kuvattu myös yleistä tunnelmaa kehittämistyön aikana. Tulee kuitenkin muistaa, että tämän kehittämistyön tutkimuksellinen vaihe on toteutettu vuosi sitten ja näin ollen kaikki aineisto ja siitä tehdyt tulkinnat eivät välttämättä kohtaa nykyhetken kanssa. Lisäksi on huomioitava, että tehdyt havainnot ja päätelmät ovat yhden ihmisen tekemiä, vaikkakin luotettavuutta on pyritty lisäämään käyttämällä kahta tutkimusmenetelmää nykytilan kuvaamiseksi ja kehityskohteiden tunnistamiseksi. Luotettavuutta lisää se, että kuntoutusprosessiin osallistuva henkilökunta on ollut mukana niin kartoittamassa kuin kehittämässäkin kuntoutusprosessia.

Olen kirjoittanut tämän tutkimuksellisen kehittämistyön raportin niin avoimesti, kuin suinkin olen pystynyt, mutta kunnioittaen kuitenkin eettisiä periaatteita sekä intymiteettisuoja. Sähköpostihaastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja havainnoinnista kerroin avoimesti työyhteisössä. Sähköpostihaastattelun saatekirjeessä tuotiin esille, että kenenkään vastaajan henkilöllisyys ei tule raportissa esille ja saatua aineistoa käytetään vain ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin kehittämisen tueksi. Näin on myös tapahtunut ja analysoinnin jälkeen saatu aineisto on tuhottu. Sähköpostihaastattelulomake, kuten muutkin tämän työn dokumentit, on laadittu itse, sillä valmiita lomakkeita ei ollut olemassa. Valmiit haastattelukysymykset eivät olisi välttämättä sopineet juuri tähän toimintaympäristöön. Sähköpostihaastattelussa käytetty lomake oli esitestattu, tosin vain yhdellä henkilöllä. Esitestauksen jälkeen kysymyksiä tarkennettiin. Sähköpostihaastattelulomakkeessa kysyttiin taustatiedoiksi työpistettä sekä aikamäärää siitä, kuinka kauan on työskennellyt ko. työpisteessä. Koska vastaajia oli sen verran vähän, oli taustatiedot jätetty raportoimatta, jotta kenenkään vastaajan henkilöllisyys tai työpiste ei paljastu. Jotta sähköpostihaastattelun vastauksista saatiin mahdollisimman kattava ja totuudenmukainen, esitettiin vastaajille lisäkysymyksiä 1-3 kysymyskierroksen verran.

Tunnen toimintaympäristön hyvin, joka tämän työn tutkimuksellisen osion haaste että voimavara. Olen toiminut Pyhtäällä vanhustyössä tässä kehittämistyössä kuvattavassa yksikössä esimiehenä edeltävät viisi vuotta osallistuen myös käytännön hoitotyöhön. Jotta tutkimuksen luottamus ei kärsinyt, minun tuli etukäteen käydä keskustelua itseni kanssa siitä, että en tee ennakko-



olettamuksia tai johdattele tutkimusosioon osallistujia. Tämä korostui erityisesti kesäkuussa 2017, jolloin suoritin osallistuvaa havainnointia. Heikkilän ym. (2008, 38) mukaan on kuitenkin tärkeää, että tutkimusmenetelmien ja prosessin hallitsemisen lisäksi tutkija tuntee kehittämisalueen ja kontekstin. Kokonaan ulkopuolisen havainnoitsijan ja tulkitsijan olisi ollut vaikeampi päästä sisään nykytilaan ja prosesseihin syvällisesti, mutta toisaalta taas tuttu ympäristö saattaa aiheuttaa havainnoitsijalle sokaistumista, jolloin tärkeät asiat saattavat jäädä huomaamatta ja raportoimatta (Kananen 2012, 50). Helpottavaa oli, että en ole ollut vuoteen yksikössä töissä, jolloin minun oli helpompi ottaa etäisempi rooli ja keskittyä juuri tämän kehittämistyön tavoitteen toteutumiseen. Koen, että ajatukseni on ollut objektiivinen koko kehittämistyönprosessin ajan, vaikkakin havainnointipäätelmät ovat yhden ihmisen subjektiivinen näkemys.

Se, että olen toiminut monen eri vastaajan lähiesimiehenä, on saattanut vaikuttaa sähköpostihaastattelun vastausten sisältöön. Pahimmillaan vastaajat ovat voineet vastata sähköpostihaastatteluun, niin kuin yleisesti toivottaisiin vastaavan. Tähän varauduttiin sillä, että nykytilaa ja sen ongelmakohtia haluttiin tarkastella usean eri menetelmän kautta, jolloin voidaan puhua metodisesta triangulaatiosta, joka lisää tämän kehittämistyön luotettavuutta. (Ks. Hirsjärvi ym. 2009, 233.) Tässä kehittämistyössä menetelminä käytettiin osallistuvaa havainnointia, sähköpostihaastattelua sekä myös keskustelua. Kaikkien menetelmien lopulliset johtopäätökset olivat hyvin samansuuntaisia toistensa kanssa, joka kertoo siitä, että menetelmät olivat luotettavia ja sopivat juuri tämän ilmiön ja toimintaympäristön tutkimiseen ja kehittämiseen.

### **9.3 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset**

Kehittämistoiminnan luotettavuutta arvioitaessa nousee esille käsite käyttökelpoisuus: Tiedon ei tule olla pelkästään totuudenmukaista, vaan myös hyödyllistä. (Toikko & Rantanen 2009, 121–122.) Prosessikuvaus toimii perehdytyksen työkaluna, mutta myös ajatuksen herättelijänä. Jo kehittämisprosessin alkuvaiheessa voitiin huomata, että prosessiin osallistujat alkoivat arvioida omaa rooliaan ja osallisuuttaan kuntoutusprosessissa sekä asiakkaan kuntoutuksen ja kuntoutumisen tavoitteiden toteutumisessa. Kehittämissyö toimi siis myös interventiona. Itse organisaatio hyötyy myös prosessikuvauksesta, sillä

sen avulla koko prosessin toimivuutta voidaan mitata ja arvioida niin laadun kuin kustannustehokkuudenkin näkökulmasta. Lisäksi sanallinen prosessikuvaus tekee käytännön työn näkyväksi. Kohdeorganisaation ja johtamisen kannalta nykytilan avaaminen ja kuntoutusprosessin kehittäminen laadukkaammaksi ja tehokkaammaksi osui ajankohdaltaan juuri oikeaan ajankohtaan, sillä SOTE-uudistuksen myötä ihmisten valinnanvapaus kasvaa ja luonnollisesti palvelut hankitaan sieltä, missä ne ovat aukikirjoitettuja ja laadukkaita. Lisäksi tulevaisuudessa ikääntyneet asiakkaat tulevat asumaan omissa kodeissaan yhä pidempään, jolloin tarvitaan toimivia kuntoutuspalveluita.

Kehittämistyö on uuden ikääntyneiden laatusuosituksen (2017) mukainen, sillä laatusuositus ei painota pelkästään henkilöstön määrää, vaan myös toimintatapojen uudistamista. Toimintatapojen uudistamisen tavoitteena on välittömän asiakas- ja työajan lisääntyminen hyödyntäen olemassa olevia resursseja. (Ks. STM 2017.) Tässä työssä onnistuttiin mallintamaan tahtotilaprosessi ilman lisäresursointia. Tahtotilaprosessista on karsittu kaikki turhat toiminnot pois. Vaikka muutokset entiseen eivät olleet kovin suuria, vapauttavat selkeät toimintaohjeet aikaa itse hoitotyölle. Toki koulutusta ja perehdytystä tarvitaan silloin, kun prosessin pilotointi alkaa, mikä määräaikaisesti kasvattaa ajallisen resurssin lisäämistä, mutta se maksaa itsensä takaisin.

Jokainen organisaatio yksikköineen ovat erilaisia niin fyysiseltä toimintaympäristöltään kuin tavoitteiltaan ja arvoiltaan. Toimintaympäristöjen yksilöllisten erojen vuoksi tämän kehittämistyön tuloksia ja tuotosta on vaikea sellaisenaan siirtää toiseen ympäristöön. Mielestäni tämä ei kuitenkaan vähennä tämän kehittämistyön arvoa, sillä tarkoituskin oli parantaa juuri tämän kohdeorganisaation toimintaprosessia, jotta toiminta olisi suunnitelmallisempaa ja tavoitteellisempaa unohtamatta laadun näkökulmaa.

Tämä kehittämistyö perustui prosessien kehittämisen kolmeen ensimmäiseen vaiheeseen (kuva 1), jotka olivat aiheen rajaaminen, nykytilan analysointi ja prosessin uudelleen määrittely. Prosessien kehittäminen sisältää edellä mainittujen lisäksi myös kaksi muuta vaihetta, jotka ovat prosessin pilotointi ja käyttöönotto. Prosessin pilotointi ja käyttöönotto jäivät tämän kehittämistyön ulkopuolelle ajallisten resurssien sekä aiheen rajaamisen vuoksi. Jatkossa kehittämistutkimusta olisikin hyvä tehdä prosessin käyttöönotosta ja sen aikaan

saamista todellisista hyödyistä. Mielenkiintoista olisi selvittää, tehostiko prosessin käyttöönotto asiakasvirtaa tai kokeeko henkilökunta työn sujuvammaksi, kun ydinprosessi on kirjoitettu auki. Voi myös olla, että jatkotutkimuksen myötä todettaisiin, että prosessi ei sellaisenaan toimi ja sitä tulisi parannella tai muuttaa. Sähköpostihaastattelun aineistossa oli otettu myös kantaa lyhytaikaisosaston hoitokulttuuriin, asenteisiin sekä osaprosesseihin, kuten SAS-prosessin toimivuuteen (selvitä, arvioi ja sijoita). Vaikka edellä mainittuihin kannanottoihin olisi ollut mielenkiintoista tarttua, jäivät ne tämän kehittämistyön rajauksen ulkopuolelle. Kuntoutusprosessin toimivuuden kannalta olisi kuitenkin tärkeää jatkossa tutkia ja pohtia lyhytaikaisosaston hoitokulttuurin ja asenteiden vaikutusta itse prosessiin.

Tämän kehittämistyön näkökulma oli organisaatio- ja työntekijälähtöinen, vaikkakin taustalla oli ajatus asiakkaan hyvinvoinnista ja tyytyväisyydestä. Prosessi alkaa ja päättyy aina asiakkaaseen, mutta tässä kohtaa asiakkaiden mukaan ottaminen olisi paisuttanut työtä sekä asettanut uusia eettisiä dilemmoja. Myöhemmin olisi hyvä tutkia ja mitata myös asiakkaiden mielipiteitä ja tyytyväisyyttä kuntoutusprosessin aikana ja sen jälkeen.

## LÄHTEET

Attendo Oy. 2017. Sisäinen intra. [www.attendo.fi](http://www.attendo.fi) [Viitattu 31.1.2018 ja 30.4.2018.]

Bowers, B., Fibich, B. & Jacobson, N. 2001. Care-as-Service, Care-as Relating, Care-as-Comfort: Understanding Nursing Home Residents' Definitions of Quality. *The Gerontologist* 41 (4), 539–545.

ETENE. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE-julkaisuja 20.

Gynther, M. 2011. Tehokas tiimityö ja sen edellytykset : haastattelututkimus kotisairaanhoidossa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu.

Hanson, R. 2014. Is elderly care affected by nurse attitudes? *British Journal of Nursing*. 23(4):225-229. A systematic review.

Heikkilä, A. Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla.

Helin, S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Helin, S. Von Bonsdorff, M. 2013. Palvelujärjestelmä terveyden, toimintakyvyn ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen, E. Jyrkämä, J. Rantanen, T. (Toim.) *Gerontologia*. Duodecim. 433, 436–442.

Hiltunen, P. 2015. Ikääntyneiden hoitotyö Suomessa – Katsaus kehittämistarpeisiin. Hoitotyön tutkimussäätiö. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSJULKAISU\\_Hiltunen\\_2015.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSJULKAISU_Hiltunen_2015.pdf). [viitattu 24.4.2017].

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Hokkanen, H. 2011. Ikääntyneiden lyhytaikaishoidon nykytila ja kehittämistarpeet Kaakkois-Suomessa. Saimaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden ala, sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Innokylä. 2013. SWOT. WWW-dokumentti. Saatavissa <https://www.innokyla.fi/web/malli111751> [Viitattu 1.4.2018].

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

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos.

JHS 152. 2012. Prosessien kuvaaminen. JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 3. Saatavissa: <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf> [viitattu 2.5.2017.]

Jyrkämä, J. 2013. Vanheneminen, arkitilanteet ja toimijuus. Teoksessa Heikkinen, E. Jyrkämä, J. Rantanen, T. (Toim.) Gerontologia. Duodecim. 421.

Jämsen, E. Kerminen, A. Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei – Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Suomen Lääkärilehti 14-15/2015 vsk 70.

Järvikoski, A. Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki:WSOY

Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisessä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 101.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2015. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Miten kirjoitan kehittämistutkimuksen vaihe vaiheelta. Jyväskylä : Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Karvinen, E. 2010. Liikkumiskyvyltään heikentyneet vanhukset. Teoksessa Sarvimäki, A. Heiminen, S. Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (Toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita. 140–141.

Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

Klemola, L. 2016. Toimintakykyä kuvaava tieto ikäihmisten palveluissa. Tiedonhallinnan näkökulma. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Kokeneet ja viisaat -asiantuntijaryhmä. 2015. Yksitoista teesiä ikääntymisestä. Sosiaali- ja terveysministeriön muistio 26.8.2015. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/documents/1271139/1408010/Kokeneet+ja+viisaat+-raportti.pdf/110cc96d-7312-424f-b39c-029da6f8d6c0> [Viitattu 21.4.2017]

Kuntoutusportti 2016. Mitä kuntoutus on. WWW-dokumentti. Päivitetty 21.4.2016. Saatavissa: <https://kuntoutusportti.fi/kuntoutujalle/mita-kuntoutus-on/> [Viitattu 21.4.2017]

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

Kähkönen, A. 2010. Pitkäaikaishoidossa olevien potilaiden kuntoutumista edistävä hoitotyö jatkokuntoutusosastolla. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Laamanen, K. 2003. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Ideasta käytäntöön. Keuruu.

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

Lehto, V. Jolanki, O. Valvanne, J. Seinelä, L. Jylhä, M. 2017. Understanding functional ability: Perspectives of nurses and older people living in long-term care. Journal of Aging Studies. Volume 43. December 2017. Pages 34-38.

Muurinen, S. Valvanne, J. 2005. Vanhusten lyhytaikainen laitoshoido. Gerontologia 2/2005.

Opetushallitus s.a. SWOT-analyysi. WWW-dokumentti. Saatavissa: [https://www.oph.fi/saadokset\\_ja\\_ohjeet/laadunhallinnan\\_tuki/wbl-toi/menetelmia\\_ja\\_tyovalineita/swot-analyysi](https://www.oph.fi/saadokset_ja_ohjeet/laadunhallinnan_tuki/wbl-toi/menetelmia_ja_tyovalineita/swot-analyysi) [Viitattu 1.5.2018]

Pihlaja, S. 2014. Iäkkään kokemus kuntouttavasta lyhytaikaishoidosta ja sen merkityksestä toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro Gradu.

Pikkarainen, A. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuspolun mallinnus. Esimerkkinä Perusturvaliikelaitos Saarikka ja Karstulan kuntoutusyksikkö. Keski-Suomen SOTE 2020 –hanke, raportti 8.4.2016.

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 159.

Pikkarainen, A. Vaara, M. Salmelainen, U. 2014. Gerontologinen kuntoutus osaksi uudistuvia vanhustalvveluja. Artikkele. Fysioterapia 1/2014. 5-9. Saatavissa: [https://www.jamk.fi/globalassets/tutkimus-ja-kehitys--research-and-development/tki-projektien-lohkot-ja-tiedostot/korkeakouludiplomi/artikkeli\\_pikkarainen\\_ym\\_ft\\_s4-9\\_2014.pdf](https://www.jamk.fi/globalassets/tutkimus-ja-kehitys--research-and-development/tki-projektien-lohkot-ja-tiedostot/korkeakouludiplomi/artikkeli_pikkarainen_ym_ft_s4-9_2014.pdf) [Viitattu 2.5.2017].

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (Toim.) Geriatria. 2016. Duodecim. 448-450.

Pyhtään kunta. 2017. Hyvinvointikertomus 2013–2016. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://pyhtaa01.hosting.documenta.fi/kokous/20171847-10-1.PDF> [Viitattu 27.4.2017].

Pyhtään kunta. 2016. Palvelustrategia 2013–2017. PDF-dokumentti. Saatavissa: [http://www.pyhtaa.fi/sites/default/files/Files/Hallinto/palvelustrategia\\_2016.pdf](http://www.pyhtaa.fi/sites/default/files/Files/Hallinto/palvelustrategia_2016.pdf) [Viitattu 27.4.2017].

Salin, S. 2008. Lyhytaikainen laitoshoido osana vanhusten kotihoitoa. Gerontologia 3/2008.

Salin, S. Åsted-Kurki, P. 2005. Omaishoitajien kokemuksia vanhusten lyhytaikaisesta laitoshoidosta. Gerontologia 3/2005.

Sarvimäki, A & Heimonen, S. 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa Sarvimäki, A. Heimonen, S. Mäki-Petäjä-Leinonen, A. (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 14–27.

Sosiaalihuoltolaki (30.12. 2014/1301)

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tietosanoma. 67.

STM s.a. Iäkkäiden palvelut. WWW-dokumentti. <http://stm.fi/ikaantyneiden-palvelut/laatu-kehittaminen> [viitattu 19.3.2017.]

STM. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74066/STM\\_2012\\_%20KASTE\\_FI\\_uusi.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74066/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=1) [Viitattu 19.3.2017].

STM. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1) [Viitattu 19.3.2017].

STM. 2014. Iäkkäiden mahdollisuutta asua kotona tuetaan. Tiedote 30.12.2014. Saatavissa: [http://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/iakkaiden-mahdollisuutta-asua-kotona-tueta-1](http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/iakkaiden-mahdollisuutta-asua-kotona-tueta-1) [viitattu 4.4.2017.]

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

[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06\\_2017\\_Laatusuositusjulkaisu\\_fi\\_kansilla.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf)

Stott, D. Quinn, T. 2013. Principles of rehabilitation of older people. Original research article. *Medicine in Older Adults*.

Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu-tutkielma.

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326).

THL. 2013. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Saatavissa:

<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595> [Viitattu 19.10.2017].

THL. 2016. Iäkkäiden toimintakyky. Saatavissa:

<https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky> [Viitattu 19.10.2017.]

THL. 2017a. Toimintakyvyn ylläpitäminen. Saatavissa:

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/toimintakyvyn-yllapitaminen> [Viitattu 19.10.2017.]

THL. 2017b. Vanhuspalvelujen tila 2016. Saatavissa:

<https://www.slideshare.net/THLfi/vanhuspalvelujen-tila-2016> [viitattu 5.4.2017.]

Tilastokeskus. 2016. Väestö. Päivitetty 3.4.2017. Saatavissa:

[http://tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto.html#väestöennuste](http://tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#väestöennuste) [viitattu 3.4.2017.]

Tilvis, R. 2016. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Tilvis, R. Strandberg, T. Sulkava, R. Viitanen. M. (Toim.) *Geriatría*. 2016. Helsinki: Duodecim, 58–65.

Tilvis, R. 2016. Akuutisti sairastunut vanhus. Teoksessa Tilvis, R. Strandberg, T. Sulkava, R. & Viitanen. M. (Toim.) *Geriatría*. 2016. Helsinki: Duodecim, 68–70.

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



Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Tammi: Helsinki.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki.

Virtanen, P. Wennberg, M. 2005. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita.

## Sähköpostihaastattelu-lomake

SÄHKÖPOSTIHAASTATTELUN SAATEKIRJE

PYHTÄÄ 15.8.17

Arvoisa vastaaja,

Opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulussa (XAMK) Terveystieteiden koulutusohjelmassa. Opinnäytetyöni liittyy Attendo Hoivahovin lyhytaikaisosaston kehittämiseen tavoitteenaan saavuttaa yhä vaikuttavampia ja oikea-aikaisempia palveluita unohtamatta työn sujuvuutta. Konkreettisenä tuotoksena tulen kehittämään ja mallintamaan ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessikuvauksen sekä siihen liittyvät ydintehtävien kuvaukset. Prosessi alkaa siitä, kun asiakas on ilmoitettu osastolle ja päättyy, kun asiakas kotiutuu tai siirtyy toiseen hoitopaikkaan.

Olette saaneet tämän sähköpostin, sillä havaintojeni perusteella olette tärkeässä asemassa ikääntyneen asiakkaan hoidossa ja kuntoutuksessa tai siihen liittyvässä päätöksenteossa. Näin ollen Teillä on arvokasta käytännön tietoa ja kokemusta, jonka avulla lyhytaikaisosaston toimintaa voidaan edelleen kehittää, selkiyttää ja parantaa. Ystävällisesti pyytäisin Teitä jakamaan kokemuksianne ja ajatuksianne vastaamalla liitteenä oleviin kysymyksiin. Kysymykset perustuvat kolmelle eri teemalle, jotka ovat laatu ja asiakaslähtöisyys, toimintatavat ja vaiheet sekä roolit ja moniammatillisuus. Kysymykset ovat avoimia ja vastausten pituudet ja sisällön voitte määrittellä itse. Oikeita ja vääriä vastauksia ei ole, kaikki kokemustieto ja kehitysehdotukset ovat arvokkaita.

Tähän sähköpostihaastatteluun vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Vastausten jättö tapahtuu vastaamalla tässä liitteessä oleviin kysymyksiin ja lähettämällä vastaukset suoraan minulle alla olevaan sähköpostiosoitteeseen. Voit itse valita, vastaatko suoraan lomakkeeseen vai luetko kysymykset ja numeroit vastaukset tyhjään viestikenttään. Vastaukset ovat täysin luottamuksellisia ja niitä käytetään vain tähän kehittämistyöhön, jonka jälkeen ne hävitetään. Henkilötietoja ei esiinny itse kehittämistyössä. Sähköpostihaastattelun vastausaika on aikavälillä 1.9–22.9.2017.

Vastaamalla annettuihin kysymyksiin olette mukana tärkeässä kehittämistyössä, kiitos siis jo etukäteen! Koska kysymyksessä on sähköpostihaastattelu, saatan esittää Teille tarkentavia kysymyksiä. Vastaan myös itse mielelläni mahdollisiin lisäkysymyksiin.

Yhteistyöterveisin,

Anniina Lusma

[anniina.lusma@edu.xamk.fi](mailto:anniina.lusma@edu.xamk.fi)

Puh. 050 522 0173

**HAASTATTELU****TAUSTATIEDOT, RAKSITA TAI ALLEVIIVAA ITSEÄSI KOSKEVA VAIHTOEHTO:****TYÖSKENTELETKÖ**

- Kuntaturvalla?
- Lyhytaikaisosastolla?

**KUINKA KAUAN OLETTE TYÖSKENNELLEET LYHYTAIKAISOSASTOLLA TAI SIIHEN LIITYVISSÄ TYÖTEHTÄVISSÄ?**

- alle vuoden
- 1-3 vuotta
- 3-5 vuotta
- yli 5 vuotta

**LAATU JA ASIAKASLÄHTÖISYYS:**

1. Mistä osista koostuu ikääntyneen laadukas kuntouttaminen? Entä mitä on asiakaslähtöisyys kuntoutusosastolla, kerro esimerkein.


2. Millaisia ajatuksia tai konkreettisia kehitysehdotuksia sinulla olisi asiakaslähtöisyyden parantamiseksi?






**VAPAA SANA:**

7. Onko teillä jotakin muuta, jota haluaisitte tuoda esille liittyen lyhytaikaisosaston toimintaan tai tähän kehittämistyöhön?


*Lämmín kiitos vastauksistanne!*

## Ikääntyneen asiakkaan kuntoutusprosessin tahtotila-kuvaus

