

# **Asiakaslähtöisyys kotiutumisprosessissa**

**Kuntoutujien ajatuksia kotiutumisprosessin  
asiakaslähtöisyydestä Tammenlehtäkeskuksen  
kuntoutusosastolta**

Marja Kervinen

Opinnäytetyö

Huhtikuu 2019

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Kuntoutuksen ohjaaja (AMK), Kuntoutuksen ohjaajan tutkinto-ohjelma

Tekijä(t) Kervinen, Marja	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Toukokuu 2019
	Sivumäärä 48	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi <b>Asiakaslähtöisyys kotiutumisprosessissa</b> Kuntoutujien ajatuksia asiakaslähtöisyydestä Tammenlehväkeskuksen kuntoutusosastolta		
Tutkinto-ohjelma Kuntoutuksen ohjaaja (AMK), Kuntoutuksen ohjaajan tutkinto-ohjelma		
Työn ohjaaja(t) Lällä, Kaisa & Karapalo, Teppo		
Toimeksiantaja(t) Tammenlehväkeskus Oy		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan asiakkaan mahdollisuutta osallistua kuntoutumisensa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Kotiutumisessa asiakaslähtöisyys lisää kuntoutujan aktiivista osallistumista, motivoi sekä auttaa kuntoutujaa ottamaan vastuuta omasta kuntoutumisestaan myös kotiutumisen jälkeen.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää asiakaslähtöisen kotiutumisprosessin toteutumista ja kehittämistä. Tavoitteena oli saada tietoa, miten asiakaslähtöisyys näyttäytyi erikoissairaanhoidon jatkokuntoutuksen kotiutumisprosessissa kuntoutujien näkökulmasta. Aineisto kerättiin haastattelemalla kahdeksaa kuntoutusosastolta kotiutunutta 72-92-vuotiasta asiakasta heidän kotonaan, tammi-helmikuussa 2019. Haastatteluaineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että kuntoutujien kotiutumisprosesseissa asiakaslähtöisyys näyttäytyy erityisen hyvin toimivana lääkäriyöskentelyssä sekä eri organisaatioiden ja palveluiden välisessä yhteistyössä. Puutteita asiakaslähtöisyydessä oli kuntoutukseen liittyvässä tiedonsaannissa, ohjauksessa sekä vuorovaikutuksen määrässä. Aktiivinen osallistuminen omaan kotiutumisprosessiin oli kuntoutujilla vähäistä. Asiakaslähtöisyyden haasteina kuntoutujat nostivat esille henkilökunnan kiireen sekä keskustelun vähyyden. Tuloksista kävi ilmi myös, että heti kotiutumisprosessin alkuun kaivattiin enemmän informaatiota kuntoutusosaston toimintatavoista sekä yleisesti kuntoutukseen ja palveluihin liittyvistä mahdollisuuksista.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten pohjalta voidaan päätellä, että kotiutumisprosessin kehittämisessä asiakaslähtöisemmäksi tulisi vuorovaikutusta kuntoutujien ja henkilökunnan välillä lisätä. Kuntoutujien mahdollisuutta osallistua aktiivisemmin kaikkiin kotiutumisprosessin vaiheisiin tulee tukea ja ohjata. Lisäksi prosessiin liittyvän informaation antamista kuntoutujille tulisi kehittää.</p>		
Avainsanat ( <a href="#">asiasanat</a> ) Asiakaslähtöisyys, kotiutuminen, geriatrinen kuntoutus, ikääntyneet		
Muut tiedot ( <a href="#">salassa pidettävät liitteet</a> )		

Author(s) Kervinen, Marja	Type of publication Bachelor's thesis	Date May 2019 Language of publication:
	Number of pages 48	Permission for web publication: x
Title of publication <b>Client Orientation in a Discharge Process</b>		
Degree programme Degree Programme in Rehabilitation Counselling and Planning		
Supervisor(s) Lällä, Kaisa & Karapalo, Teppo		
Assigned by Tammenlehväkeskus Oy		
<p>Abstract</p> <p>Client orientation means clients' opportunities to participate in the planning and decision making on their own rehabilitation process. Client orientation in rehabilitation increases participation, motivation and helps the rehabilitees to take responsibility for their own rehabilitation - also after being discharged.</p> <p>The purpose of the thesis is to promote the implementation and development of a client orientated discharge process. The goal was to determine how client orientation was visible in the discharge process of geriatric rehabilitation after hospital care from the point of view of the rehabilitee. The data was collected by interviewing eight rehabilitees aged between 72 - 92 -years of age, who were discharged from the rehabilitation department in January-February 2019. The interview data was analysed by using theory-directed content analysis.</p> <p>According to the results, client orientation in the discharge process was especially well visible good medical care and in good cooperation between different organisations and services. However, there were some deficiencies in the communication, counselling and interaction related to the rehabilitation. Active participation in one's own discharge process among the rehabilitees was not very common. Challenges highlighted by the interviewees included the haste of the staff as well as small amounts of conversation. The results also showed that more information on the policies of the rehabilitation department and the opportunities concerning different services was needed at the beginning of the discharge process.</p> <p>Based on the results of the thesis, it can be concluded that the amount of interaction between the rehabilitees and the staff should be increased while trying to create a more client orientated discharge process. The rehabilitees need to be supported and counselled to participate more actively in all phases of the discharge process. In addition, the rehabilitees should be better informed about the process.</p>		
Keywords/tags ( <a href="#">subjects</a> ) client orientation, person-centred, discharging, geriatric rehabilitation, elderly,		
Miscellaneous ( <a href="#">Confidential information</a> )		

## Sisältö

<b>1</b>	<b>Asiakkaan ääni kuuluvaksi .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Geriatrisen kuntoutuksen erityispiirteitä .....</b>	<b>4</b>
2.1	lääkään kuntoutujan osallisuuden tukeminen kuntoutuksessa .....	5
2.2	Läheisen rooli ikääntyneen kuntoutuksessa .....	6
2.3	Ikääntyneen kuntoutuksen vaikuttavuus.....	7
<b>3</b>	<b>Ikääntyneiden kuntoutuspalvelut .....</b>	<b>9</b>
3.1	Kuntoutuksen ohjaus .....	10
<b>4</b>	<b>Asiakaslähtöisyys .....</b>	<b>11</b>
4.1	Asiakaslähtöisyys kuntoutuksessa .....	11
4.1.1	Itsemäärämisoikeus .....	11
4.1.2	Osallistuminen ja tasavertainen vuorovaikutus .....	12
4.1.3	Tiedonsaanti .....	13
4.2	Asiakaslähtöisyyden kokemus ja asiakaskokemus .....	14
4.3	Asiakaslähtöinen palveluiden kehittäminen .....	14
<b>5</b>	<b>Kotiutumisprosessi.....</b>	<b>16</b>
5.1	Tammenlehväkeskus .....	16
5.2	Kotiutumisprosessi Tammenlehväkeskuksen Amuri 2 -osastolla .....	17
<b>6</b>	<b>Tarkoitus ja tavoite .....</b>	<b>19</b>
<b>7</b>	<b>Menetelmä .....</b>	<b>19</b>
7.1	Aineiston keruu.....	20
7.2	Aineiston analyysi .....	21
<b>8</b>	<b>Opinnäytetyön tulokset.....</b>	<b>24</b>
8.1	Taustatietoa.....	24
8.2	Asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksia kotiutumisprosessissa .....	25
8.3	Haasteita asiakaslähtöisyydessä .....	29
<b>9</b>	<b>Pohdinta .....</b>	<b>31</b>
9.1	Tulosten tarkastelu .....	31
9.2	Eettisyys ja luotettavuus.....	33
9.3	Kehittämisasiat.....	35

10 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	36
Lähteet.....	38
<b>Liitteet .....</b>	<b>44</b>
Liite 1.....	44
Liite 2.....	45
Liite 3.....	48
Liite 4.....	47

## Kuviot

Kuvio 2 Geriatrisen sairaalahoidon jatkokuntoutuksen prosessi .....	18
Kuvio 3 Aineiston analyysin kulku .....	22
Taulukko 1 Esimerkki alkuperäisten ilmausten pelkistämisestä.....	23
Taulukko 2 Esimerkki ala- ja yläluokkien syntymisestä .....	24

# 1 Asiakkaan ääni kuuluvaksi

Asiakslähtöisessä kuntoutuksessa kuntoutujaa kuullaan ja hänellä on mahdollisuus osallistua oman kuntoutuksensa suunnitteluun ja päätöksentekoon (Salminen, Järvikoski & Härkäpää 2016, 31). Seuraavien vuosien aikana on monissa kunnissa odotettavissa suuri ikärakenteellinen muutos. Tämä johtaa tarpeeseen uudistaa ikääntyville suunnattuja palveluita. Tavoitteena kehittämisessä tulee olla mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen elämän turvaaminen kaikille ikääntyville ja kaikessa päätöksenteossa sekä kehittämisessä tulee kuulua iäkkäiden oma ääni (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017, 13.) Asiakslähtöisellä toiminnan kehittämisellä voidaan vaikuttaa hoidon ja sosiaalisen tuen vaikuttavuuteen, kustannustehokkuuteen sekä asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyteen (Hyväri 2017, 33). Parhaita kuntoutuksen asiakslähtöisyyttä ovat arvioimaan luonnollisesti asiakkaat itse (Karhula, Peltonen, Suomela-Markkanen, Salminen 2015, 33).

Tammenlehväkeskus on Tampereella toimiva sosiaali- ja terveystyöpalveluja tuottava yhtiö, jonka kuntoutusosasto Amuri 2:n asiakkaat koostuvat pääosin tamperelaisista erikoissairaanhoidon jatkokuntoutuksen tarpeessa olevista kuntoutujista. Ajatus kuntoutusosaston kuntoutujien kokemuksien selvittämisestä on noussut monesti esiin asiakkaiden kotiutumisosastojen yhteydessä. Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujien toimintakyvyn kohentuminen sairauden jälkeen ja siten kotikuntoisuuden saavuttaminen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on edistää kotiutumisosastojen asiakslähtöisyyden toteutumista ja kehittämistä kuntoutusosastolla. Kuntoutujien haastattelussa tavoitteena oli selvittää heidän kokemuksiansa asiakslähtöisyyden toteutumisesta kotiutumisen suunnittelussa ja kulussa sekä mahdollisia ongelmakohtia. Kuntoutujien kokemuksien pohjalta kuntoutusosastolla on mahdollisuus kehittää kotiutumiseen liittyviä toimintamalleja ja käytäntöjä.

## 2 Geriatrisen kuntoutuksen erityispiirteitä

Kuntoutus on monimuotoinen ja monialainen, kuntoutujan tarpeista ja tavoitteista lähtevä prosessi, jonka tarkoituksena on edistää ja ylläpitää toimintakykyä, hyvinvointia ja elämänhallintaa, arjen selviytymiskykyä sekä sosiaalista osallisuutta. Kuntoutus voidaan määritellä eri terapiamuotojen mukaan, toimintaympäristön mukaan esimerkiksi avo- tai laitostuntoutus, tai kuntoutuksen järjestäjän mukaan, esimerkiksi julkinen taho tai Kela (Autti-Rämö & Salminen 2016, 15; Kuntoutuksen uudistamiskomitea 2017, 35; Järvikoski & Härkäpää 2011, 14). Kuntoutuksen uudistamiskomitean (2017, 39) mukaan kuntoutuksella tulee olla selkeä tavoite ja sen tulee käynnistyä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa nopeasti ja suunnitelmallisesti.

Geriatrisen kuntoutuksen kuuluu käsitteenä kuntoutuslääketieteeseen ja on osa laajempaa *gerontologisen* kuntoutuksen käsitettä. Gerontologisen kuntoutuksen tavoitteita voidaan ajatella joko primääriseen tai sekundaariseen vanhenemisen lähtökohdista. Primäärisessä vanhenemisessä toimintakyvyn muutokset tapahtuvat luonnollisen vanhenemisen kautta, kun taas sekundaariseen vanhenemiseen vaikuttavat ulkoiset tekijät, kuten elintavat tai sairaudet. Monialaisen gerontologisen kuntoutuksen tavoitteena on 1) auttaa ikääntynyttä jäsentämään mennyttä elämäänsä; 2) auttaa sopeutumaan väliaikaisiin ja pysyviin muutoksiin esimerkiksi toimintakyvyssä; 3) mahdollistaa minuuden käsittelyn erilaisissa vaiheissa; 4) tukee itsemääräämisoikeutta, koskemattomuutta ja ainutlaatuisuutta; sekä 5) mahdollistaa elämäkulun päättymisen käsittelyn. (Pikkarainen 2013, 12; 18-19; 27-29.)

Ikääntyneillä on yhdenvertainen oikeus muuhun väestöön nähden saada itselleen suunniteltuja kuntoutuspalveluja. Ikääntyneen kuntoutujan kuntoutumisprosessiin vaikuttavat esimerkiksi hänen yksilölliset vanhenemismuutoksensa, elämäntilanteensa, eletty elämänsä ja aikaisemmat kokemuksensa eri palvelujärjestelmissä. Ikääntynyt suhteuttaa kuntoutumisensa koko elettyyn elämäänsä ja samaan aikaan voi verrata tilannettaan toisiin saman ikäisiin. Onnistuneeseen kuntoutukseen tarvitaan

vuorovaikutuksellista yhteistyötä, johon asiakas tuo kokemustietoa ja ammattilainen asiantuntijuutensa. (Pikkarainen 2013, 36; Pikkarainen, Pyöriä & Savikko 2016, 176, 180.)

Ikääntyvien kuntoutuksen tarve tulisi huomioida ennen kuin toimintakyky on merkittävästi laskenut ja erityisen tärkeää kuntoutus on ikääntyneillä akuutin sairastumisen jälkeen (Autti-Rämö, Mikkelsen, Lappalainen & Leino 2016, 62). Ikääntyneen akuutilla kuntoutuksella tarkoitetaan sairauden tai toimintakyvyn heikentymisen jälkeistä kuntoutusta, jonka tavoitteena on lieventää toimintakyvyn muutoksia (Tuominen & Tuuri 2017, 234). Kuntouksen suunnittelu perustuu laajalaiseen kuntoutujan kokonaistilanteen arviointiin, jossa tulee tunnistaa kuntoutujan vahvuudet ja mahdollisuudet. Kuntoutumisprosessin lähtökohtana on kuntoutujan itselleen asettamat, hänelle merkitykselliset ja omaan elämäänsä liittyvät tavoitteet (Karhula ym. 2016, 225; Laukkanen & Pekkonen 2013, 311).

## 2.1 Iäkkään kuntoutujan osallisuuden tukeminen kuntoutuksessa

Vaikka akuuttia kuntoutusta toteutetaankin tällä hetkellä melko hyvin, niin edelleen iäkkäät kuntoutujat ovat usein vain passiivisia oman kuntoutuksensa sivustaseuraajia, (Tuominen & Tuuri 2017, 234). Järvikosken (2013, 21) mukaan kansalaisoikeuksiin kuuluu saada olla itse päättämässä omista asioistaan sekä oikeus itsenäiseen ja tasarvoiseen elämään. Kuntoutumisen eteneminen edellyttää kuntoutujan kuulemistä ja aktiivista mukanaoloa. Tämä ei tarkoita sitä, että asiakas jätettäisiin yksin ja etteikö asiakas voi tukeutua asiantuntijaan päätöksenteossa. Ikääntynyt tarvitsee aikaa muuttuneiden tilanteiden käsittelyyn sekä kuntoutumistavoitteiden ja kuntoutustavoitteiden löytämiseen ja nimeämiseen. (Järvikoski 2013, 22; Karhula, Veijola & Ylisassi 2016, 229; Pikkarainen, Pyöriä & Savikko 2016, 180.)

Lin ym. (2012, 238) kirjoittavat, että kotiutumispöcessin käynnistäminen edellyttää potilaan osallistumista ja yhteistyötä myös hänen läheistensä ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Kuntoutujan osallistuminen tavoitteiden asettamiseen ei aina Suomessa vielä toteudu, vaan tavoitteiden asettaminen tapahtuu tutkimusten mukaan



usein ammattilaisten lähtökohdista ja ehdoilla. Ohjaajan tehtävä on tunnistaa, mistä lähtökohdista ohjattava tulee tavoitteen asettamiseen ja suunnata omalta puoleltaan ohjausta niin, että se tukee ohjattavan voimavaroja, sisäistä motivaatiota ja itseohjautuvuutta. Osallisuuden tunne syntyy, kun kuntoutuja on saanut mahdollisuuden vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon. Ammatilaisen tehtävä on tuoda oma asiantuntijuutensa keskusteluun. Asiakas tuo tilanteessa esiin omaa elämäänsä koskevan asiantuntijuuden. (Karhula ym. 2016, 229; Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 63-68.)

Kuntoutustyöntekijöiden tulee kertoa kuntoutujille palveluista ja mahdollisuuksista. Kuntoutuja tarvitsee myös ohjausta ja tukea omien ajatustensa ilmaisemisessa. Ikääntyneiden kuntoutujien kanssa toimiessa tulee edetä asiakkaiden tempo ja rytmi toiminnassa ja asioiden sisäistämässä huomioiden. (Pikkarainen, Vaara & Salmelainen 2013, 294.) Hollannissa asiakaslähtöisen hoitoketjun tutkimuksessa iäkkäät kokivat selviävänsä iän mukanaan tuomien terveyteen liittyvien haasteiden kanssa, jos heillä oli mahdollisuus kontrolloida asioitaan, kokemus elämänhallinnasta ja itsehallinnan tunne. Ammatilaisen on tärkeää selvittää iäkkäälle asiakkaalle itsenäisen asioiden hallinnan ja kontrollin hyödyt ja haitat, jotta asiakas tarpeen tullen myös tarttuisi tarjottuihin palveluihin. (Spoorenberg 2017, 178.)

## 2.2 Läheisen rooli ikääntyneen kuntoutuksessa

Hyvään kuntoutuskäytäntöön kuuluu perheen ja läheisten osallistumisen ja sitoutumisen mahdollistaminen ja tukeminen kuntoutukseen. Ikääntyneen kuntoutuksessa läheisen roolilla on keskeinen osuus ja se voi olla hyvin monimutkainen ja moniulotteinen. (Paltamaa, Karhula, Suomela-Markkanen & Autti-Rämö 2011, 35; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017-2019, 35; Vesa, Stolt, Koskenniemi & Suhonen 2018, 176.) Läheisiltä on mahdollista saada tärkeää tietoa liittyen iäkkään kuntoutujan terveydentilaan ja kotioloihin. Läheiset voivat tarvittaessa toimia myös iäkkään kuntoutujan puolestapuhujana. Tähän vaikuttaa erityisesti iäkkään ja läheisen välinen suhde. (Dyrstad, Laugaland & Storm 2015, 1703; Vesa ym. 2018, 170.)

Kelan Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen (IKKU 2009-2013) loppuraportissa (Pikkarainen ym. 2013, 251) todetaan iäkkään kuntoutuksella olleen positiivisia vaikutuksia myös heidän läheistensä mielialaan sekä luottamuksen lisääntymiseen omien taitojen riittävydestä ikääntyneen avustamisessa ja tukemisessa. Läheisillä voi olla hyvin erilaisia rooleja ikääntyneen kuntoutuksessa. Vesan ym. (2018) tutkimuksessa läheisen roolit on jaettu neljään kategoriaan: 1) iäkkään arjen auttaja; 2) Edunvalvoja (puolestapuhuja, talousasiat); 3) Tukija (virkistyminen, muutokseen sopeuttaminen); 4) Vastuunkantaja (kokonaisvaltainen rooli). Roolit määrittyvät läheisen elämäntilanteen, roolin mielekkyyden, läheisen ja iäkkään välisen suhteen sekä roolissa toimimiseen saadun tuen mukaan. Läheiset tarvitsevat ammattilaisilta tukea, ohjausta ja neuvontaa roolissa toimiessaan. Erityisesti tukea ja neuvontaa kaivataan oman elämän ja läheisen roolin yhteensovittamisessa, sairauden hoitoon liittyvissä asioissa sekä palvelujärjestämässä toimimisessa. Läheiset kaipasivat myös rohkaisua sekä sosiaalista tukea, kuten keskustelua läheisen tilanteeseen liittyen. (Vesa ym. 2018, 173-175.)

### 2.3 Ikääntyneen kuntoutuksen vaikuttavuus

Kuntoutuksen vaikuttavuutta mitataan monin eri menetelmin riippuen kuntoutuksen tavoitteista ja mittaamisen tarkoituksesta. Vaikuttavuutta tutkittaessa on pohdittava, kenen näkökulmasta käsin hyötyä tarkastelee. (Paltamaa ym. 2011, 41; Pikkarainen 2013, 111.) Suomessa vaikuttavuutta kuntoutujan elämänlaatuun ja toimintakykyyn on tutkittu viime vuosina esimerkiksi Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeessa (IKKU). Hankkeessa selvitettiin kuntoutuksen vaikuttavuutta erilaisten mittareiden, mutta myös kuntoutujien ja heidän läheistensä näkökulmasta. Tutkimuksessa myös verrattiin erilaisten mittareiden toimivuutta. Toimintakyvyn ja elämänlaadun mittareilla voidaan arvioida kuntoutustarvetta ja vaikutuksia, mutta mittarit myös kannustavat kuntoutujia ja auttavat sitoutumisessa konkreettisen palautteen ansiosta. Toimivia mittareita toimintakyvyn ja elämänlaadun mittaamiseen iäkkäillä ovat olleet esimerkiksi

elämänlaadussa WHOQOL-BREF ja fyysisessä toimintakyvyssä tuoilta ylösnousun, käsien puristusvoiman ja kävelynopeuden mittaaminen. (Pikkarainen ym. 2013, 251-253.)

IKKU-hankkeessa kuntoutuksella todettiin olleen vaikutusta myönteisesti elämänlaatuun ja fyysiseen toimintakykyyn. Kuntoutujat itse arvioivat luottamuksensa omiin kykyihinsä parantuneen ja he myös löysivät uusia tapoja kuntoutumisen jatkamiseen kotiympäristössä. Kaikkein eniten kuntoutuksesta näyttäisi hyötyvän ne ikääntyvät, joilla on toimintakyvyn laskua ennustettavissa lyhyellä aikavälillä. Ennustavia tekijöitä ovat esimerkiksi tasapainovaikeudet ja kävelykyvyn lasku. (Pikkarainen ym. 2013, 250.) Ne ikääntyneet, joilla avuntarve päivittäisissä toimissa oli ennestään vähäistä, näyttivät hyötyvän kuntoutuksesta eniten verrattessa heikkokuntoisempiin kuntoutujiin, joilla avuntarve päivittäisissä toimissa oli suurempi. Tutkimuksessa verrattiin kustannuksia kuntoutusta saaneiden ja tavanomaista hoitoa saaneiden kuntoutujien palvelukustannuksia. (Kehusmaa 2014, 42-44; 65-66.) Fyysisen toimintakyvyn kohenemiseen tähtäävän kuntoutuksen hyötyihin näyttäisi vaikuttavan myös iäkkään kognitiivinen toimintakyky ja esimerkiksi pitkälle edennyt muistisairaus saattaa vähentää kuntoutuksen vaikuttavuutta (Jones J., Jones G.D., Thacker, Faithfull 2017, 1475). Toisaalta IKKU-hankkeessa kuntoutuksesta näyttivät hyötynneen eniten juuri ne kuntoutujat, joilla oli ennestään paljon liikkumiskyvyn rajoituksia ja kiputuntemuksia (Pikkarainen ym. 2013, 250).

Ikääntyneiden kuntoutuksen vaikuttavuutta voi olla hankalaa todentaa, koska ikääntyvien elämässä saattaa tapahtua lyhyellä välillä paljon esimerkiksi sairastumisesta johtuvia muutoksia. Riskeistä huolimatta ikääntyneillä on kuitenkin yhtäläiset oikeudet esimerkiksi aivoverenkiertohäiriön tai lonkkaleikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen. Ikääntyneen kuntoutustarpeen arviointi on järjestettävä viipymättä sairastumisen tai muun terveyteen tai toimintakykyyn liittyvän muutoksen tapahtuessa. Hyvin koordinoitu yhtenäisen hoitoketjun on todettu kustannusvaikuttavaksi malliksi monisairaiden ikääntyneiden sairaalahoidossa ja sen jälkeisessä kuntoutuksessa. Hoitoketjun tärkeimpiä vaiheita ovat yksi asiakkaalle nimetty koordinaattori, tarkka kuntoutustarpeen arviointi, potilaiden ja hoitajien aktiivinen osallistuminen kaikkeen päätöksentekoon, oikea-aikaisuus ja tiedonkulun varmistaminen sekä yli organisaatorajojen tapahtuva yhteinen evaluointi. (Evernik, van Haastregt, Evers,

Kempen & Schols 2018, 4.) Ei pidä unohtaa, että ikääntyneiden kuntoutus on myös inhimillisesti kannattavaa ja erityisesti tarvitaan varhaisvaiheen ennaltaehkäisevää ja toimintakykyä ylläpitävää kuntoutusta (Rahikka 2017, 232).

### 3 Ikääntyneiden kuntoutuspalvelut

Ikääntyvien palveluihin sovelletaan mm. Sosiaalihuoltolakia (1301/2014), Terveydenhuoltolakia (1326/2010) ja Lakia ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvaeluista (980/2012). Tässä Vanhuspalvelulaiksikin kutsutussa laissa, on useita mainintoja kuntoutuksesta ja kuntoutusmyönteisyys näkyy myös pykälissä, joissa korostetaan mm. toimintakykyä ja osallisuutta sekä monialaista eri tahojen välistä yhteistyötä. Lisäksi ikääntyneiden mahdollisuutta vaikuttaa omien palvelujensa kehittäjiksi ja arvioijiksi mahdollistetaan vanhusneuvostojen avulla. (Pikkarainen 2013, 13; L. 980/2012.) Laissa (980/2012, 12§) säädetään myös, että hyvinvointia edistävien palveluiden lisäksi kunnan on järjestettävä ohjausta tarjolla olevista hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista edistävien palvelujen käyttöön. Laissa (980/2012, 17§) säädettiin myös iäkkäälle asiakkaalle vastuuhenkilön nimeämistä, jos hän tarvitsee tukea palveluiden yhteensovittamiseen ja järjestämiseen liittyvissä asioissa, mutta se kumottiin uuden sosiaalihuoltolain tullessa voimaan päällekkäisyyksien välttämiseksi ja kuntien hallinnollisen taakan keventämiseksi (HE 218/2016).

Suomessa palvelujärjestelmän perusta on valtion tuella järjestetyt sosiaali- ja terveydenhuolto, joiden järjestämisestä kunnat vastaavat (STM 2019). Palvelut voidaan jakaa sosiaali- ja terveystalvaeluihin ja terveystalvaelut vielä perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhitoon. Sosiaalipalveluiden tavoitteena on tukea arkielämässä suoriutumista ja niitä toteutetaan kaikille kuntalaisille, usein palvelutarpeen arvioinnin pohjalta. Terveystalvaeluiden tavoitteena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia. Perusterveydenhuollossa järjestetään terveydentilan seuranta ja edistämistä ja se tuotetaan usein terveystalvaeluksissa. Erikoissairaanhitoon kuuluu erikoisalujen sairauksien ehkäisy, tutkiminen ja hoito sekä ensihoito, päivistys ja

lääkinnällinen kuntoutus. Julkisten palveluiden rinnalla terveystalvuuja tuottavat myös yksityiset palveluntuottajat, jonne asiakas voi hakeutua joko itsemaksavana tai palvelun maksajana voi olla myös julkinen taho. (Kehusmaa 2014, 17.)

### 3.1 Kuntoutuksen ohjaus

Kuntoutuksen ohjaus on asiakaslähtöistä, lakisääteistä ja tavoitteellista toimintaa, jonka tavoitteena on edistää kuntoutuksen vaikuttavuutta kuntoutujan omassa elinympäristössään. Kuntoutuksen ohjaaja arvioi kuntoutujan toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä ja elämänhallintaa sekä selvittää kuntoutuksen ja palveluiden tarvetta. Kuntoutuksen ohjaaja tukee, neuvoo ja ohjaa kuntoutujaa ja hänen läheisiään yhteistyössä moniammatillisten työryhmien sekä eri verkostojen kanssa. (Suomen kuntoutusohjaajien yhdistys 2018.)

Kuntoutuksen uudistamiskomitea (2017, 43) ehdottaa vastuullisen asiakasohjauksen mallia (case management) ja vastuuhenkilön nimeämistä paljon erilaisia palveluja tarvitsevien kuntoutujien kuntoutumisen prosessin hallitsemiseksi. Tämän mallin on osoitettu tukevan palveluiden koordinoitua, yhdistämistä ja ohjaamista. Case management -mallissa yksi ihminen tai pieni tiimi ohjaa asiakasta läpi palveluprosessin alusta loppuun. Asiakaslähtöisen hoitoketjun kehittämisessä case managerin roolissa toimiminen edellyttää ammattilaiselta kokemuksen lisäksi koulutusta ja tukea esimieheltä sekä organisaatiolta. (Lukersmith, Millington ja Salvador-Carulla 2016; Uittenbroek, van der Mei, Slotman, Reijneveld, Wynia 2018, 2; 10.) Asiakasohjauksen vastuuhenkilön tulee osata laajasti esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan, kuntoutuksen ja sosiaalivakuutuksen toimintamallit ja -keinot. Ohjaamisosaamisen lisäksi vaaditaan kykyä kohdata asiakas ja keskustella kuntoutuksen tavoitteista ja tukea asiakasta kuntoutumiseen liittyvässä päätöksenteossa sekä motivoida asiakasta kuntoutumisessa. (STM 2017, 44.)

Kuntoutuksen ohjaaja (AMK) koulutus tuottaa sellaista laaja-alaista vuorovaikutus- ja ohjausosaamista sekä kuntoutuspalveluiden asiakaslähtöistä kehittämisosaamista, joka

mahdollistaisi case management-mallin vastuuhenkilönä toimimisen (Kuntoutuksen ohjaajan tutkinto-ohjelma 2018; Koivuniemi, Karapalo, Walden, & Pikkarainen 2016, 65-67). Ikääntyneet kuntoutujat tarvitsevat heille suunniteltua ja mukautettua viestintää ja neuvontaa, jossa tulisi ottaa huomioon ikäihmisille soveltuvat ohjeet, materiaalit ja välineet (Pikkarainen, Vaara & Salmelainen 2013, 176; Tiikkainen & Heikkinen 2013, 461).

## 4 Asiakslähtöisyys

1980-luvulla alkoi asiantuntijakeskeisen ajattelun ja toiminnan rinnalle muodostua asiakkaiden omia kokemuksia korostava näkökulma. Asiakkaan kunnioittaminen ja hänen tarpeensa parempi huomioiminen on lähtöisin Yhdysvalloista jo 1930-luvulla psykologian edustaja Carl Rogersin toimesta, mutta Suomessa ihmissuhdealoille asiakslähtöisyys tuli vahvemmin vasta 1990. (Mönkkönen 2018, 81-82.)

Asiakslähtöisyys on asiakkaan tilanteesta ja tarpeesta lähtevää palveluprosessia, jossa asiakas on osallisena ja hänen oma asiantuntijuutensa huomioidaan. Muuttuvien palvelujärjestelmien rakentamisessa palveluiden kehittäminen asiakkaiden tarpeita paremmin vastaaviksi on tärkeä tavoite tulevaisuudessa. Asiakslähtöisyydellä voidaan lisätä hoidon ja sosiaalisen tuen vaikuttavuutta, kustannustehokkuutta sekä asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä. (Hyväri 2017, 33.)

### 4.1 Asiakslähtöisyys kuntoutuksessa

Asiakslähtöisyyden peruspilareina tulisi olla kunnioitus ihmisarvoa kohtaan ja ihmisestä välittäminen. Asiakslähtöisyyden tärkeimpiä ulottuvuuksia ovat itsemääräämisoikeus, osallistuminen ja tasa-arvoinen vuorovaikutus sekä tiedonsaanti. (Virtanen ym. 2011, 20; Järnström 2011, 45-46.)

#### 4.1.1 Itsemääräämisoikeus

Ikääntyneiden itsemääräämisoikeutta on mahdollista tukea keskittymällä heidän jäljellä olevan toimintakykynsä mahdollisuuksiin, vaikka heillä muuten olisikin suuri avuntarve päivittäisissä toimissa. Itsemääräämisoikeuden säilyttäminen voi lisätä iäkkään kuntoutujan itseluottamusta ja vahvistaa hänen riippumattomuuden tunnetta. (Ottenvall Hammar, Dahlin-Ivanoff, Wilhelmson & Eklund 2014.) Vanhusasiakkaiden kohdalla tulee kiinnittää huomiota myös siihen, että heidän oma tahtonsa tulee varmasti kuulluksi, eivätkä esimerkiksi heidän läheistensä mielipiteet vaikuta niihin liikaa. (Järnström 2011, 49.)

#### 4.1.2 Osallistuminen ja tasavertainen vuorovaikutus

Asiakasosallisuudella tarkoitetaan asiakkaan mahdollisuutta osallistua palveluprosessiinsa muutenkin kuin vain palautteen antajana. Asiakkaan oikeudesta osallisuuteen on säädetty useissa laeissa. (Leemann & Hämäläinen 2015, 1.) Asiakkaan osallistuminen tarkoittaa sitä, että asiakas ei ole palveluissa vastaanottava objekti vaan subjekti, tekijä. Tasavertainen vuorovaikutus sekä asiakkaan kuuleminen kaikissa vaiheissa mahdollistavat asiakkaan osallistumisen. (Virtanen ym. 2011, 30.) Tämä ei tarkoita, etteikö asiantuntija voisi olla aktiivisena osallistujana vuorovaikutuksessa. Ammattilaiselta vaaditaan eettistä toimintaa asiakkaan osallisuuden varmistamiseksi prosessin kaikissa vaiheissa. Tarkoituksenmukaisilla kysymyksillä on mahdollista aktivoida asiakasta jäsentämään omaa tilannettaan ja päästä samalla irti hierarkkisista tilanteista, jotta asiakkaalla olisi parempi mahdollisuus osallistua oman hoitonsa (ja kuntoutumisensa) suunnitteluun. Asiakasosallisuuden toteutumisessa tarvitaan myös asiakasprosessien organisoimiseen systemaattisuutta ja läpinäkyvyyttä. (Mönkkönen 2018, 82-83; Kivistö, Heini, Kontu, Kunttu, Lappalainen, Lindroos, Ronimus & Sjöblom 2019, 22.)

Notko (2016, 55) on tutkinut väitöskirjansa osatutkimuksessa kuntoutusohjaajien käyttämiä keinoja iäkkäiden mielenterveyskuntoutujien valtaistumisen tukemisessa. Näitä olivat muun muassa aito kuuleminen, ajan antaminen, välittämisen osoittaminen ja asiakkaan itsenäisen toiminnan ja onnistumisen tekeminen näkyväksi. Kuntoutusohjaajat tarjosivat myös kokemuksia oman mielipiteen merkityksellisyydestä ja omiin asioihin vaikuttamisesta. Kuntoutusohjaajat olivat törmänneet myös tilanteisiin

missä työryhmissä asiakkaan mielipide ohitettiin, jätettiin huomiotta tai asiakas kohdattiin objektina. Tällaisissa tilanteissa asiakkaan oman tahdon näyttäminen saattoi olla uhmakkaana vihaisuutena eikä niinkään pyrkimyksenä vaikuttaa omiin asioihinsa. Virtasen ym. (2011, 30-31) mukaan hyvä tai huono palvelusuhde rakentuukin aina ihmisten väliselle vuorovaikutussuhteelle.

#### 4.1.3 Tiedonsaanti

Tiedonsaanti on edellytys aktiiviselle osallistumiselle kuntoutujan prosessissa ja tieto aktivoi asiakasta. Tiedonsaannin merkitys korostuu monimutkaisissa ja pitkissä palveluprosesseissa ja sen takia, että asiat ovat monimutkaisempia, ei tiedonsaantia tulisi rajoittaa. Tiedonsaanti ja erilaiset vaihtoehdot, ja myös vaihtoehdottomuudet, lisäävät asiakkaan luottamusta järjestelmään. (Notko 2016, 56; Virtanen ym. 2011, 25; Järnström 2011, 53-54.)

Omaa hoitoa koskevan tiedon antaminen asiakkaalle on tärkeä tapa saada asiakas motivoitumaan pitämään huolta omasta hyvinvoinnistaan. Asiakkaan tiedon lisääminen lisää hänen mahdollisuuttaan hallita omia asioitaan. Pitkät hoito- ja toipumisprosessit erikoissairaanhoidossa vaativat asiakkailta suuria ponnistuksia. Heti alkuvaiheessa asiakkaalle tulisi antaa tietoa tulevasta prosessista ja kertoa eri vaihtoehdoista. Asiakkaan motivoimisessa ja aktivoiminen vastuun ottamiseen omasta hyvinvoinnistaan sekä hänen omaa hoitoaan koskevan tiedon avoimuus luo edellytykset asiakkaan osallistumiselle. Asiakkaan tiedon lisäämisessä tulee kiinnittää huomiota myös siihen, miten asiat sanotaan ja ilmaistaan. On tärkeää varmistaa, että asiakas on ymmärtänyt tiedon, koska hän ei välttämättä uskalla kysyä asiasta uudestaan. (Notko 2016, 56; Virtanen ym. 2011, 25; Järnström 2011, 53-54.)



## 4.2 Asiakslähtöisyyden kokemus ja asiakaskokemus

Löytänä ja Kortesus (2011, 11) määrittelevät asiakaskokemuksen olevan ”niiden kohtaamisten, mielikuvien ja tunteiden summa, jonka asiakas yrityksen toiminnasta muodostaa”. Se ei ole järjellinen päätös vaan kokemus, johon vaikuttavat myös tunteet ja alitajuiset tulkinnat. (Löytänä & Kortesus 2011, 11.) Palvelukokemukset ovat fyysisiä, kognitiivisia tai emotionaalisia vuorovaikutustapahtumia. Kokemus syntyy yksilössä ja kokemuksen henkilökohtaisuus tekee siitä hankalasti ennustettavan. Kokemuksia syntyy ammatillisissa ohjaustilanteissa, kun asiakas on vuorovaikutuksessa ammattilaisen kanssa. Se, miten asiakas vuorovaikutustilanteen kokee, vaikuttaa hänen odotuksiinsa vastaavista tilanteista jatkossa. Asiakaskokemusten kerääminen on sosiaali- ja terveysalalla erityisen tärkeää. Paremman asiakasymmärryksen saavuttaminen auttaa ennakoimaan suuntaa, mihin palveluita tulee kehittää ja keskittää. (Helminen & Sukula-Ruusunen 2017, 48-49 mukaan Arnould 2005.) Asiakkaan kokemus huonosta vuorovaikutuksesta heikentää asiakkaan saamaa hyötyä palvelusta. Asiakaskohtaamisissa asiakkaalle syntynyt kokemus tuottaa tunteen, että häntä autetaan parhaalla mahdollisella tavalla. (Virtanen ym. 2011, 31; 42.)

## 4.3 Asiakslähtöinen palveluiden kehittäminen

Asiakslähtöisten palveluiden kehittämisessä keskeistä on asiakkaan näkökulman mukaan ottaminen (Virtanen ym., 23). Asiakskeskeisessä kehittämismallissa palvelun tarjoaja itse ideoi, suunnittelee ja rakentaa palvelun esim. mielipidekyselyn perusteella. Asiakslähtöinen kehittämismalli eroaa tästä niin, että siinä pyritään tunnistamaan paremmin asiakkaan tarpeet. Asiakslähtöisessä mallissa asiakas osallistuu toiminnan ideoimiseen, suunnitteluun ja testaamiseen yhdessä palvelun tarjoajan kanssa. Aidon käyttäjäkokemuksen saaminen edellyttää asiakkaan kanssa yhdessä tekemistä. Palvelujen suunnittelussa sosiaalisuus ja asiakkaan kohtelu tasavertaisena kumppanina ovat asiakslähtöisessä palveluiden suunnittelussa keskeistä. (Räsänen & Valvanne 2017, 28-29.) Tämä sama periaate on myös Lean-johtamismallissa, jossa pyritään tunnistamaan asiakkaalle arvoa tuottava ja tuottamaton toiminta (Torkkola 2015, 89).

Virtanen ym. (2011, 24) toteavat, että sellaista palvelua, josta asiakas ei koe saavansa hyötyä, ei kannata tuottaa.

Lean-malli, jota viime aikoina on hyödynnetty paljon sosiaali- ja terveysalan palveluiden kehittämisessä, on peräisin japanilaisista autotehtaista. Lean-mallissa prosessit määritellään yhdessä ja asiakasprosessin tulisi sen mukaan olla läpinäkyvä, ennustettava ja helposti arvioitavissa. Oikea-aikaisuutta korostetaan Leanissa, ja monimutkaisia prosesseja, joissa asiakas joutuu odottelemaan palveluja, vältetään. (Mönkkönen 2018, 27-28.) Puhutaan virtaustehokkuudesta, jossa pyritään parantamaan asiakkaalle arvoa tuottavien prosessin vaiheiden ”virtausta” ja vähentämään arvoa tuottamattomia vaiheita, kuten odottamista. Arvo määräytyy asiakkaan tarpeen mukaan ja prosessissa on tärkeää tunnistaa asiakkaan välittömät ja välilliset tarpeet. Yleensä välitön tarve on jokin konkreettinen tulos ja välillinen tarve kokemus palvelusta. (Modig & Åhlström 2013, 18-19; 24-25.) Kotiutumisen prosessin kehittämisessä välitön tarve voisi olla itse kotiutuminen ja välillinen tarve kokemus prosessin asiakaslähtöisyydestä. Modigin ja Åhlströmin (2013, 27-28) mukaan palveluiden kehittämisessä olisi syytä huomioida, että Lean-mallin mukainen virtaustehokkuus asiakasprosessissa ei ole sama asia kuin nopeus. Joskus asiakkaalle voi tuottaa arvoa se aika, jonka hän esimerkiksi käyttää sisäistääkseen jotain prosessissa tapahtunutta tai saamaansa uutta tietoa.

Asiakkaiden mukaan ottaminen palveluiden kehittämiseen vaatii ammattilaisilta uudenalaisten toimintatapojen omaksumista ja valmiutta toimia yhteistyössä asiakkaiden kanssa yhteisten pelisääntöjen ja tavoitteiden määrittämiseksi (Hyväri 2017, 43). Nykyään kehittämistyö on tullut yhä enemmän osaksi jokaisen työntekijän arkea ja on tärkeää nähdä se arjessa keskeisenä osana perustyötä. Parhaimmillaan asiakastyön kehittäminen onnistuu niin, että asiakkaat hyötyvät siitä, työntekijät nauttivat työstään ja kaikki hyötyvät työn tuloksista (Mönkkönen 2018, 179; 206). Palveluiden kehittämisessä olisi hyvä pitää mielessä kenen näkökulmasta kehittämistyö tapahtuu, asiakkaan vai organisaation. Asiakaslähtöisyydessä on usein asiakkaan näkökulmasta kyse vain hyvin pienistä asioista kuten kohtaamisesta, kuuntelemisesta ja siitä tunteesta, että hänestä huolehditaan. (Virtanen ym. 2011, 59-60.)

## 5 Kotiutumisprosessi

Kotiutumisprosessi tarkoittaa sitä prosessia, joka kestää koko hoitojakson ajan.

Kotiutumisprosessi voidaan jakaa vaiheisiin; toiminnan suunnittelu, tavoitteiden ja keinojen määrittäminen, toteutus ja arviointi. Kotiutumissuunnitelma on erityisen tärkeä silloin, kun asiakas siirtyy eri palvelusta toiseen, kuten julkisesta terveydenhuollosta yksityiselle palveluntuottajalle. Juuri Kotiutumissuunnitelma voi olla se linkki sairaaloiden, kunnallisten palvelujen ja yksityisten palvelujen välillä, joka takaa laadukaan kotiutumisprosessin. (Koski 2017, 16; Hammar 2008, 24; Lin, Cheng, Shih, Chi ja Tjung 2012, 237.)

Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotuksen 1 mukaan kaikkia asiakkaita koskevaan kuntoutusprosessin toimintamalliin tulisi sisältyä tarpeen tunnistaminen, arviointi, suunnitelma, päätökset, palvelut ja etuudet, kuntoutujan ympäristöä tukevat toimenpiteet, prosessin seuranta ja arviointi sekä niiden pohjalta tarvittavat muutokset (STM 2017, 40). Kuntoutujan saapuessa sairaalasta osastolle on tärkeää, että juuri oikeat työntekijät ovat toteuttamassa oikeita asioita oikea-aikaisesti (Äijö & Tikkanen 2017, 118). Kotiutumisprosessin suunnittelussa lähtökohtana tulee olla asiakkaan avun ja tarpeen arviointi (Hammar 2008, 25). Kotiutumisprosessiin tulisi kuulua seuraavat vaiheet; 1) asiakkaan tuen tarpeen varhainen identifiointi; 2) yhteistyö asiakkaan, hänen läheistensä sekä hoitotiimin kanssa; 3) suositukset asiakkaan jatkohoitoa varten; 4) yhteistyö jatkohoidon järjestäjän kanssa; ja 5) potilaan ja hänen läheistensä tukeminen prosessin eri vaiheissa (Lin ym. 2012, 238.) Läheisten osallistuminen on tärkeää erityisesti tiedon välittäjän roolissa niin henkilökunnalta kuntoutujalle kuin kuntoutujalta henkilökunnallekin (Dyrstad ym. 2015, 1703).

### 5.1 Tammenlelväkeskus

Tammenlelväkeskus on 2007 perustettu yhtiö, joka tuottaa ja kehittää sosiaali- ja terveystalvveluja. Kuntoutustalvveluihin kuuluu neurologinen, ortopedinen, geriatrinen ja

muu erikoissairaanhoidon jatkokuntoutus. Lisäksi Tammenlelväkeskus tuottaa kuntoutuspalveluita sotainvalideille ja -veteraaneille sekä kuntoututtavaa päivätoimintaa sekä avokuntoutusta. Henkilökuntaa Tammenlelväkeskuksessa on yli 250, joista vakituisia noin 200. Kuntoutus- ja hoitohenkiöstöä on noin 60% työntekijöistä. Moniammatillisiin työryhmiin kuuluvat lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, neuropsykologi, psykologi, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti ja koordinaattori. Laistoshoit- ja kuntoutusosastoilla paikkoja on noin 150. (Tammenlelväkeskus 2018, 5; 8-11; 20.)

Tammenlelväkeskuksen toiminnan kehittämässä on hyödynnetty Lean-mallia (Tammenlelväkeskus 2018, 16), joka on nopeasti yleistynyt toimintamalli, jonka keskeisenä periaatteena on pyrkiä muuttamaan yrityksen toimintaa ja palveluja sujuvammiksi. Lean-mallin, mukaisessa ajattelussa keskeistä on tarjota asiakkaalle juuri hänen tarpeidensa mukaista hoitoa ja kuntoutusta (Äijö & Tikkanen 2017, 116-118).

## 5.2 Kotiutumisprosessi Tammenlelväkeskuksen Amuri 2 -osastolla

Kotiutumisprosessilla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä prosessia, joka käynnistyy siitä hetkestä, kun kuntoutuja saapuu erikoissairaanhoidon yksiköstä Tammenlelväkeskuksen kuntoutusosastolle ja tämä prosessi jatkuu kotiutumiseen asti. Tammenlelväkeskuksessa kotiutumisprosessi etenee niin, että koordinaattori sopii sairaalan kanssa kuntoutujan saapumisesta ja kuntoutujalle varataan lääkärin ja fysioterapeutin alkutarkastusajat. Hoitajat ottavat kuntoutujat osastolla vastaan ja tekevät tulohaastattelun valmiin tulohaastattelulomakkeen pohjalta. Alkutarkastusten jälkeen määritellään kuntoutuksen tavoitteet ja toimenpiteet yhdessä kuntoutujan ja mahdollisesti hänen läheistensä kanssa. Kuntoutujalle suunnitellaan ohjelma, joka sisältää niin yksilö- kuin ryhmätapaamisia ja sairauden vaativalle, kuntoutusta tukevalle hoitotyölle määritellään omat tavoitteet. Kuntoutumisen etenemistä seurataan päivittäin osastolla ja kerran viikossa moniammatillinen työryhmä kokoontuu arvioimaan ja suunnittelemaan kuntoutujan toimintakykyä ja kotiutumisen mahdollisuuksia ja jatkopalvelujen tarvetta.

Erikoissairaanhoidon ja geriatrisen sairaalahoidon jatkokuntoutuksen polut poikkeavat hieman toisistaan. Prosessin vaiheet ovat kuitenkin kutakuinkin samat.

Tammenlehväkeskuksen osaston Amuri 2 -osaston geriatrisen sairaanhoidon jatkokuntoutuksen kuntoutujan polkuja on kuvattu tarkemmin prosessikaaviossa (kuvio 1).



Kuvio 1 Geriatrisen sairaalahoidon jatkokuntoutuksen prosessi (mukaillen Tammenlehväkeskus 2018, geriatrisen kuntoutuksen työryhmä)

Kuntoutujan läheisten kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä ja omahoitaja toimii yhteyshenkilönä kuntoutujan, hänen läheistensä ja moniammatillisen tiimin välillä. Kun kuntoutuminen on edennyt siihen vaiheeseen, että kotiutuminen on mahdollista, sovitaan järjestelyt jatkohoidon ja -kuntoutumista varten kotiin. Tarvittaessa tehdään kotikäynti tai järjestetään hoitoneuvottelu, johon kuntoutujan, hänen läheistensä ja Tammenlehväkeskuksen työntekijöiden lisäksi voidaan kutsua paikalle esimerkiksi kotihoidon asiakasohjaaja. Kuntoutujan kotiutuessa lääkäri, vastuusterapeutit sekä hoitajat kirjoittavat kuntoutusjaksosta loppulausunnot. Mikäli kuntoutujalla alkaa kotihoidon käynnit, hoitajat ovat heihin puhelimitse yhteydessä. Mahdolliset

tukipalvelut käynnistetään myös hoitajien toimesta ennen kotiutumista.  
(Tammenlehväkeskus 2018, geriatrisen kuntoutuksen työryhmä.)

## 6 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli edistää asiakaslähtöisyyden toteutumista kuntoutujien kotiutumisprosesseissa. Tavoitteena oli selvittää kuntoutujia haastatteleamalla, millaisia asiakaslähtöisyyteen liittyviä ajatuksia he kuvaavat kotiutumisprosessissaan. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kuntoutusosaston kotiutumisprosessin suunnittelussa ja kehittämisessä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia asioita kuntoutujat kuvaavat kotiutumisprosessiansa asiakaslähtöisyyteen liittyen?
2. Mitä asiakaslähtöisyyteen liittyviä haasteita kuntoutujat kuvaavat kotiutumisprosessissaan?

## 7 Menetelmä

Opinnäytetyö toteutetaan kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena, joka Kanasen (2014, 19) mukaan sopii menetelmäksi parhaiten silloin, kun tutkittavaa ilmiötä ei ennalta tunneta. Tässä opinnäytetyössä tavoitteena on selvittää kuntoutujien

näkemyksiä kotiutumispöcessin asiakaslähtöisyydestä, eli halutaan tietää, mitä asioita kuntoutujat nostavat esille tutkittavaan ilmiöön liittyen. Laadullisessa tutkimuksessa kiinnostus on merkityksissä, eli siinä kuinka ihmiset kokevat ja näkevät reaali maailman. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään selvittämään, mistä tutkittavassa ilmiössä on kyse. Tutkimuksen avulla on mahdollisuus saada syvällinen näkemys tutkittavasta asiasta. (Kananen 2014, 16-19.)

## 7.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyötä varten haastateltiin kahdeksaa (n=8) Tammenlehväkeskuksen Amuri 2 - osastolta koitunutunutta kuntoutujaa. Haastattelumenetelmää käytettiin, koska tavoitteena on selvittää asiakkaiden subjektiivisia kokemuksia. Hirsjärvi ja Hurme (2011, 35) kuvaavat haastattelun etuja muun muassa silloin, kun ihminen on tutkimuksessa merkityksiä luova ja aktiivinen osapuoli. Haastattelussa on tarkoitus antaa haastateltavalle mahdollisuus laajasti ja vapaasti kuvata kokemustaan. Haastattelussa voidaan pyytää tarkennusta ja syventävää tietoa, jolloin saadaan tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman syvällinen kuva. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 34-35; Kananen 2014, 16-17.) Ennen varsinaisia haastatteluja toteutettiin teemahaastattelurungon testaamiseksi kaksi esihaastattelua osastolla, näitä haastatteluja ei dokumentoitu. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2013) mukaan koehaastatteluissa voi testata teemojen toimivuutta, haastattelun kestoa ja monia muita käytännön seikkoja, kuten esimerkiksi dialogin ohjaamista (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 211).

Kuntoutujien haastattelut toteutettiin tammi-helmikuussa 2019. Haastatteluun soveltuvat kuntoutujat etsittiin yhdessä kuntoutusosaston osastonhoitajan ja haastattelija kävi pyytämässä heiltä henkilökohtaisesti suostumusta tutkimukseen. Tarkoituksena oli, että haastateltavat voivat kysyä mahdollisia lisäkysymyksiä suoraan haastattelijalta. Heille myös jätettiin tietosuojailmoitus ja suostumuslomake, johon he saivat rauhassa tutustua, sekä haastattelijan yhteystiedot. Kuntoutujille annettiin sekä suullisesti, että kirjallisesti tietoa opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta. Kuntoutujille kerrottiin, että opinnäytetyön haastatteluun osallistuminen on täysin

vapaaehtoista ja osa kuntoutujista ei halunnut osallistua tutkimukseen. Kohderyhmän ulkopuolelle rajattiin ainoastaan ne kuntoutujat, joilla ei sairautensa tai jonkin muun syyn vuoksi ollut mahdollisuutta osallistua tutkimukseen. Tällaisia syitä olivat esimerkiksi pitkälle edennyt muistisairaus tai vaikea afasia.

Kuntoutujien haastattelut toteutettiin haastateltavien haluamassa paikassa 1-2 viikkoa heidän kotiutumisen jälkeen. Kaikki haastattelut toteutuivat suunnitelman mukaan haastateltavien kotona. Kahta haastateltavaa lukuun ottamatta kaikki olivat kotonaan yksin haastattelutilanteessa. Kahdella haastateltavalla oli puoliso kotona, mutta he eivät osallistuneet haastatteluun. Kaikki haastateltavat olivat naisia ja heidän ikänsä oli 72-92 vuotta. Haastateltavat olivat olleet joko erikoissairaanhoidon tai geriatrisen sairaanhoidon jatkokuntoutuksessa. Haastattelussa käytettiin teemahaastattelun runkoa (Liite 1), jonka kysymykset pohjautuvat kuntoutuksen kotiutumisprosessiin. Haastattelukysymyksiä tarkennettiin tarvittaessa apukysymyksillä ja haastattelija myös selvensi kysymyksissä esiintyviä termejä haastateltaville tarvittaessa.

Hirsjärven ja Hurmeen (2011, 133-134) vanhusasiakkaita haastateltaessa on hyvä ottaa huomioon heidän haastatteluansa mahdollisesti haittaavat rajoitukset, kuten huono kuulo tai näkö. On myös otettava huomioon, että esimerkiksi dementia saattaa aiheuttaa epäluuloisuutta haastattelijaa kohtaan. Vanhuksia haastateltaessa on hyvä myös huomioida, että aikaa haastatteluun saattaa kulua paljonkin aikaa, jos vanhus haluaa keskustella laajasti elämästään. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 133-134.)

Haastattelutilanteisiin varattiin aikaa noin kaksi tuntia ja itse haastattelut kestivät keskimäärin 25-30 minuuttia. Haastattelutilanteet olivat kiireettömiä ja haastattelun alussa ja lopussa oli aikaa keskustelulle. Haastattelut nauhoitettiin käyttäen iPhone -laitetta, jossa ei ollut SIM-korttia, eikä yhteyttä internettiin. Nauhoitukset tuhottiin litteroinnin jälkeen. Litteroitua aineistoa säilytetään kuusi kuukautta opinnäytetyön valmistumisen jälkeen haastattelijan tietokoneen kovalevyllä, joka on suojattu vain hänen tiedossaan olevalla salasanalla.

## 7.2 Aineiston analyysi



Tässä opinnäytetyössä käytetään teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Tuomen ja Sarajärven (2002, 91) mukaan aineistolähtöiseen sisällönanalyysiin kuuluvat vaiheet ovat redusointi eli pelkistäminen, klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli käsitteellistäminen. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissa teoreettiset käsitteet ovat valmiiksi pohdittuja (Tuomi & Sarajärvi 2002, 98). Aineiston analyysi on teoriaohjaava sen vuoksi, että aiheen teoriasta on ennakkotietoa. Analyysissä nostetaan aineistosta esiin nousevia seikkoja, mutta aikaisempien tutkimusten tulokset ohjaavat analyysin kulkua ja toimivat sen tukena. Tarkoituksena on yhdistää aineistosta löydettäviä seikkoja teoreettisiin malleihin. Aineiston analyysia vaihe vaiheelta on kuvattu alla (kuvio 2).



Kuvio 1 Aineiston analyysin kulku

Tämän opinnäytetyön analyysia ohjasi kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden kolme pääulottuvuutta, joita ovat Järnströmin (2011, 48) mukaan itsemääräämisoikeus, tiedonsaanti sekä osallistuminen ja tasavertainen vuorovaikutus. Samansuuntaisia käsitteitä ovat koonneet myös Virtanen ym. (2011, 18-21). Tavoitteena oli löytää haastatteluaineistosta asiakkaiden kuvaamia asiakaslähtöisyyteen liittyviä ulottuvuuksia heidän kotiutumisosuudessaan ja verrata niitä lopuksi olemassa olevaan teoriaan.

Opinnäytetyön haastattelut litteroitiin heti haastattelujen jälkeen ja karkeaa luokittelua tehtiin jo tässä vaiheessa haastatteluissa nousseiden kokonaisuuksien perusteella. Tekstiä tarkasteltiin tutkimuskysymyksen näkökulmasta ja etsittiin aineistosta ne ilmaisut, jotka liittyivät tutkittavaan ilmiöön. Litteroinnin jälkeen aineisto luettiin moneen kertaan alleviivaten siitä tutkimuskysymykseen liittyviä ilmaisuja. Aineiston lukemiseen ja läpikäymiseen meni muutama viikko. Välillä aineisto jätettiin lepäämään muutamiksi päiviksi ja siihen palattiin uudelleen, jotta oli mahdollista löytää tuore näkökulma tai seikkoja, jotka aiemmin olivat jääneet huomaamatta. Tutkimuskysymykseen liittyvät ilmaisut alleviivattiin ja pelkistettiin. Samalla karsittiin epäolennaisuuksia pois. Esimerkki pelkistämisestä on kuvattu Taulukossa 1.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
”ehkä se enemmän oli kuntoutuksessa, että oli vastaanottavana puolena”	Kuntoutujan tunne omasta osallistumisesta
”Kun kaikki tuntui niin valmiita, että minun ei tarvinnut, olisko niin, että hoitajat hoisi ja tytär hoisi yhdessä, että sen takia minä en puuttunut paljon.”	Ei aktiivista osallistumista, tehtiin valmiiksi

Taulukko 1 Esimerkki alkuperäisten ilmausten pelkistämisestä

Pelkistämisen jälkeen saman sisältöiset kokonaisuudet ja ilmaisut ryhmiteltiin alaluokiksi ja yhdistettiin edelleen yläluokkiin. Tämä tehtiin kirjaamalla pelkistetyt ilmaisut eri värisille paperiliuskoille ja siirtelemällä sekä yhdistelemällä kokonaisuuksia. Esimerkkejä syntyneistä luokista on kirjattu taulukkoon (Liite 4). Alaluokkia siirtelemällä etsittiin yhtäläisyyksiä ja muodostettiin niihin liittyviä yläluokkia. Syntyvien yläluokkien alle kerättiin kaikki näihin liittyvät alaluokat ja yhdistelyä jatkettiin niin kauan, että kaikki tutkimuskysymyksiin liittyvät ilmaisut oli saatu yhdistettyä. Esimerkki ala- ja yläluokista on kuvattu taulukossa 2.

Alaluokka	Yläluokka
Aktiivisuus omassa prosessissaan	Osallistuminen
Tavoitteiden asettaminen	
Ohjauskeskustelu ja tukeminen	Vuorovaikutus
Kysymysten esittäminen	

## Taulukko 2 Esimerkki ala- ja yläluokkien syntymisestä

Yläluokkia analyysissa muodostui lopulta neljä, jotka ovat osallistuminen, itsemääräämisoikeus, tiedonsaanti ja vuorovaikutus. Kaikkien luokkien ylle muodostui pääluokaksi asiakaslähtöisyys.

Aluksi analysoitiin kaikki vastaukset, jotka liittyivät kotiutumisen prosessin asiakaslähtöisyyteen. Tämän jälkeen palattiin aineistoon ja siinä alleviivattuihin ilmaisiin asiakaslähtöisyyteen liittyen. Näistä ilmaisuista etsittiin toiseen tutkimuskysymykseen liittyviä vastauksia eli haasteisiin kotiutumisen prosessin asiakaslähtöisyydessä. Näin tehtiin, koska valmiiksi pelkistetyistä ilmaisuista ei välttämättä käynyt selväksi, liittyikö ilmaus haasteisiin vai ei. Ensimmäisessä analyysissa haluttiin pelkistää ilmaukset neutraaleiksi, koska haastateltavilla saattoi olla samaan asiaan liittyen erilaisia kokemuksia. Niitä ei haluttu ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla jakaa, koska haluttiin saada vastaus vain siihen, mitä asioita ylipäättään haastateltavat kuvaavat asiakaslähtöisyyteen liittyen. Lopuksi aineistosta etsittiin sopivia lainauksia, jotka rikastuttivat analyysia.

## 8 Opinnäytetyön tulokset

### 8.1 Taustatietoa

Opinnäytetyöhön haastateltiin kahdeksaa (n=8) Amuri 2 -osastolta kotiutuvaa kuntoutujaa. Haastateltavat olivat joko erikoissairaanhoidon tai geriatrisen sairaanhoidon jatkokuntoutuksessa. Kaikki haastateltavat olivat naisia ja he olivat iältään 74-92-vuotiaita. Haastateltavista kahdelle ei kotiutumisen jälkeen alkanut mitään kotihoidon palveluja. Kaikille haastateltaville oli kuitenkin järjestetty jotain sairauden hoitoon tai palveluihin liittyviä jatkotoimia.

## 8.2 Asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksia kotiutumisprosessissa

Koska kuntoutujien lähtökohdat olivat osastolle tullessa hyvin erilaiset, ovat heidän kokemuksensakin kotiutumisen suunnittelusta kovin poikkeavia. Kolmen kuntoutujan kuntoutus oli alkanut aluksi toisella osastolla ja heidät oli siirretty Amuri 2-osastolle. Kaksi kuntoutujista olivat omien sanojensa mukaan osastolle tullessaan vielä hyvin heikkokuntoisia ja loput kolme kertoivat olleensa jo kohtalaisen hyvin toipuneita. Kaikki kuntoutujat kokivat, että vastaanotto osastolla oli ystävällinen ja avoin. Moni olisi kuitenkin kaivannut enemmän informaatiota kuntoutukseensa liittyen. Haastateltavat nostivat vastauksissaan esille tiedonsaannin tärkeyden, varsinkin heti kuntoutusjakson alussa.

*"... että se informaatio aina olis niin tärkeä... se helpoin konsti asiakkaan kannalta, että silloin kun tulee taloon sisään niin tulis sellanen lyhyt suullinen informointi."(h3)*

Kotiutumisen suunnittelua kuntoutujat kuvaavat automaattisena osastojen käytäntöjen mukaisena. Useimmat kuntoutujat olivat sitä mieltä, että kotiutumisen suunnittelu ja toteutuminen oli sujuvaa heidän kannaltaan. Kaikki kuntoutujat eivät halunneet olla aktiivisia kotiutumiseen liittyvissä järjestelyissä ja olivat tyytyväisiä, että asiat hoidettiin hoitajien ja omaisten toimesta.

*"Se alkoi ihan automaattisesti..."(h1)*

*"No, siellä on joku tiimi, kerrottiin, joku tiimi, joka sitten suunnittelee näitä kotiutumisia."(h4)*

*"Ne oli siellä kaikki tiedot tietysti valmiina, kun mä oon niin paljon ollut sairaalassa viime aikoina..." (h2)*

Kysyttäessä kolme kuntoutujaa kertoivat olleensa aktiivisia oman kotiutumisensa suunnittelussa. Viiden muun kuntoutujan kohdalla kokemukset vaihtelivat.

Osallistumisen kannalta kuntoutujien vastaukset vaihtelivat. Tärkeäksi koettiin, että

osallistuminen sai tapahtua omien voimavarojen mukaan. Yksi kuntoutujista kertoi, että hänen toiveensa siitä, että hänen ei tarvitse tietää mitään ylimääräistä, oli kuultu ja sitä noudatettu. Tämän kuntoutujan kohdalla omainen oli hoitanut kaiken kotiutumiseen liittyvän. Yksi kuntoutuja kertoi, että kotiutumista lähdettiin suunnittelemaan hänen omasta toiveestaan sen jälkeen, kun hän oli ollut osastolla noin kaksi viikkoa.

Kuntoutujat, joille oli pidetty erillinen tavoitekeskustelu kuntoutusjakson alussa hoitajan ja fysioterapeutin kesken kokivat sen erittäin hyvänä. He kertoivat sen selkiyttäneen erityisesti ajatuksiaan kuntoutusjakson kestosta ja omista mahdollisuuksista jakson aikana sekä edellytyksistään kotiutumisen suhteen. Kaikki kuntoutujat, yhtä lukuun ottamatta, kertoivat jonkin kotiutumiseen liittyvän tavoitteen, joka kuntoutusjakson alussa oli asetettu. Yksi kuntoutuja ei osannut mainita mitään kuntoutumiseen liittyvää tavoitetta, vaan kertoi että tarkoituksena oli ainoastaan levätä sairauden aiheuttaman rasituksen vuoksi ennen kotiutumista.

Kuntoutujat olivat keskustelleet tavoitteista fysioterapeuttinsa kanssa ja kaksi kuntoutujaa mainitsi lisäksi keskustelleensa myös lääkärin kanssa tavoitteista. Moni kuntoutuja mainitsi tavoitteekseen kävelykyvyn paranemisen. Osa mainitsi jonkin tietyn matkan, mikä piti toteutua, esimerkiksi rollaattorin turvin ruokasaliin kävely omatoimisesti tai rollaattorin turvin kävely käytävän päästä päähän. Yksi kuntoutuja kertoi puhuneensa fysioterapeutin kanssa, ettei usko saavuttavansa tavoitetta. Tämän jälkeen tavoite oli asetettu kuntoutujan mieleiseksi ja sovittu myös tarkemmin aikataulusta ja harjoituksista. Neljä kuntoutujaa mainitsi jonkin konkreettisen tavoitteen ja heistä kaksi kertoi, että tämän tavoitteen toteutumista seurattiin ja arvioitiin yhdessä kuntoutujan kanssa.

Kuntoutujat kertoivat, että heiltä kyseltiin monia heidän arkielämäänsä, kotioloihinsa ja asioiden hoitamiseen liittyviä asioita. Muutama kuntoutuja toi kuitenkin esille, että keskustelun tapahtuessa muun hoitotyön ohessa, esimerkiksi haavanhoidon yhteydessä, oli kuntoutujan siihen vaikea ottaa osaa. Tällöin keskustelu saattoi jäädä kuntoutujan mielestä pinnalliseksi. Moni olisi kaivannut henkilökohtaisempaa keskustelua ja suunnittelua. Työntekijöiden, niin lääkärin, hoitajien kuin fysioterapeuttienkin, kiireestä puhuivat kaikki kuntoutujat. Tämä vaikutti siihen, että kuntoutujat kertoivat

välttäneensä soittamasta kelloa, ellei avuntarve ollut jotenkin välttämätöntä. Sen vuoksi moni sanoi, että kysymyksiä, mitä olisi voinut henkilökunnalta kysyä, ei haluttu esittää. Kaikki haastateltavat toivoivat enemmän vuorovaikutusta henkilökunnan kanssa. Kuntoutujat toivat esille myös vertaistuellisen vuorovaikutuksen tärkeyden vastauksissaan.

Kuntoutujat kertoivat, että heidän vointiansa seurattiin päivittäin ja kaikki kuntoutujat vastasivat, että tiedonkulku henkilökunnan välillä oli enimmäkseen onnistunutta. Osa kuntoutujista mainitsi myös, että tiedonkulku muihin hoitotahoihin ja kotihoitoon sekä omaisille oli erittäin onnistunutta. Kysyttäessä kuusi kuntoutujaa ilmaisivat luottamuksensa siihen, että henkilökunnan kesken tieto heidän asioistaan kulki, ja että henkilökunnalla oli heistä kaikki tarvittava tieto. Kaksi kuntoutujaa epäroivät tiedonkulkua.

*”No, ei varmaan hoitajilla ollut kaikilla tietoa...”(h3)*

Kolme kuntoutujaa pohti, että tietoa heidän tilanteestaan oli hoitohenkilökunnalla vähemmän sen vuoksi, että he olivat päivittäisissä toimissaan omatoimisia ja sen vuoksi hoitohenkilökunnan kanssa vähemmän tekemisissä.

Vaikka lääkärin kierrot ovat osastolla kiireiset eikä lääkäri kerkeä tapaamaan kuntoutujaa kovin usein hänen toimintaansa kiiteltiin silti paljon. Kuntoutujat kertoivat lääkärin kuunnelleen heitä, antaneen heille mahdollisuuksia valintoihin, jakoi tietoa kuntoutujille heidän terveydentilaansa liittyen ja antoi ohjeita jatkoa varten.

Enimmäkseen kuntoutujat olivat erittäin tyytyväisiä kotiutumiseensa. Monet haastatelluista saivat mielestään osallistua juuri sen verran kuin halusivat. Yksi haastatelluista kuntoutujista totesi, että olisi halunnut olla mukana moniammatillisessa palaverissa, missä kotiutumista suunniteltiin. Kaksi kuntoutujista kertoivat olleensa erityisen tyytyväisiä siihen, että kaikki hoidettiin puolesta, eikä heidän tarvinnutkaan tehdä mitään.

*”Eikä mun tarvinnu tehdä itse mitään, kaikki järjestyi ihan, että he hoitivat sen sieltä.”(h6)*

Kotiutumisen toteutumiseen ja palveluiden järjestämiseen liittyen kello kello kuntoutujalla ei ollut toiveita osallistua enemmän. Osallistumista toivottiin enemmän suunnitteluvaiheeseen ja tässä kaivattiin myös enemmän tiedonantoa henkilökunnalta. Kuntoutujat halusivat tietoa muun muassa siitä, mihin palveluihin he ovat oikeutettuja, miten ja kuka palvelut järjestää, mitä ne maksavat.

Useimmilta kuntoutujilta oli kysytty hoitajien toimesta, minkälaisia palveluja he kotiin tarvitsevat tai kokevatko, että pärjäävät nykyisillä palveluilla. Kaikki kuntoutujat luottivat kuitenkin siihen, että kotiutuessaan kaikki sovitut asiat järjestyvät. Näin myös oli tapahtunut eikä kenenkään kuntoutujan kohdalla ollut mikään asia jäänyt hoitamatta, vaan kaikki sovitut palvelut olivat toteutuneet kuljetuspalveluita lukuun ottamatta, kotiutumisen jälkeen.

Kotiutumiseen liittyvä yhteistyö oli kuntoutujien mielestä sujunut hyvin, varsinkin kotihoitoon. Kotihoito oli saanut tarvittavat tiedot ajoissa ja kuntoutujille sekä heidän omaisilleen oli kerrottu riittävästi kotiutumiseen liittyvistä asioista. Kuntoutujat kertoivat, että erityisesti lääkäriltä olivat saaneet hyviä ohjeita kotiutumiseensa, jatkohoitoon ja -kuntoutumiseensa liittyen. Kaksi kuntoutujaa oli saanut myös fysioterapeutilta ohjeita kotiin toimintakyvyn ylläpitämiseksi.

Osa kuntoutujista kertoo, että tavoitteiden saavuttamisen jälkeen alettiin puhua kotiutumisesta ja osalle kerrottiin, että mitä pitäisi saavuttaa, että pääsee kotiutumaan. Yhdelle kuntoutujalle kerrottiin heti tullessa, että hänen kuntoutumisjaksonsa on kaksi viikkoa. Osalla kuntoutujista kotiutumisajankohtaa oli siirretty heidän vointinsa huononuttua. Se tuotiin esille kuitenkin positiivisena asiana. Kuntoutujat, joille oli kuntoutumisjakson pituudesta kerrottu jotain heti tullessa, suhtautuivat nopeaan kotiutumiseen myönteisemmin. Kahdeksasta kuntoutujasta kaksi sanoi saaneensa itse vaikuttaa kotiutumisajankohtaansa. Kaksi kuntoutujaa kertoi, että olisi mielellään jatkanut kuntoutumisjaksoa vielä viikon. Neljä kuntoutujaa kertoi kotiutuneensa

mielestään oikeaan aikaan ja kahden kuntoutujan mielestä kotiutuminen venyi liian pitkälle.

### 8.3 Haasteita asiakaslähtöisyydessä

Itsemääräämisoikeuden, tiedonsaannin, osallistumisen ja vuorovaikutuksen kulkeminen rinnakkain näkyi kaikkien haastateltavien vastauksissa. Jos haasteita esiintyi jollakin näistä asiakaslähtöisyyden alueella, heijastui se myös muihin ulottuvuuksiin. Suurin osa haasteista, mitä kuntoutujat olivat kotiutumisprosessiinsa liittyen kohdanneet, koskivat keskustelun vähäisyyttä sekä ohjauksen ja informaation puutetta. Moni ensimmäisellä kuntoutusjaksolla ollut kuntoutuja toi esille, että jo sairaalassa olisi hyvä kertoa kuntoutumiseen ja kuntoutusjaksoon liittyvistä asioista. Monille kuntoutujille oli joko sairaalassa tai heti jakson alussa Amuri 2 -osastolla kerrottu kuntoutusjakson pituuden olevan noin kaksi viikkoa ja he ihmettelivät, että miten he voivat pitkän sairaalassaolon jälkeen kuntoutua kahdessa viikossa taas ennalleen.

*”Että mä olin ensin, että mikähän se kahdessa viikossa voi mun tavoite olla, kun mä olin aika lailla, että onko se vähän yhtä tyhjän kanssa.” (h3)*

Kuntoutujat kertoivat, että informaation tärkeys korostuu ensimmäisinä päivinä, jotta kuntoutusjaksosta ei menisi hukkaan aikaa siihen, että yrittää itse ymmärtää kuntoutusohjelmaa, tavoitteita, aikatauluja ja organisaation toimintatapoja. Kuntoutujat toivat esille, että olisi varmasti kysymällä saanut tietoa, mutta oikeiden kysymystenkin löytyminen ja hahmottuminen itselle vie aikaa. Lisäksi moni kuntoutuja kertoi, että halunnut kiireisiä hoitajia vaivata kysymyksillään, koska kokivat, ettei se kuulunut välittömään avuntarpeeseen.

Moni kuntoutuja kertoi kuitenkin, että olisi halunnut enemmän tietoa palveluista sekä keskustelua ja ohjausta siitä, miten palvelut olisivat kotiin hyvä järjestää. Kaksi kuntoutujaa nosti esille epätietoisuutensa tukipalveluiden saamisesta ja hakemisesta. Yksi kuntoutuja kertoi, että hänellä oli hankaluuksia täyttää Kelan hoitotukihakemusta ja olisi kaivannut siihen apua.



*”Ei kukaan tiennyt niistä yhtään mitään, siis Kelasta ja sotesta. Kaikki muut tiedettiin ja kerrottiin.”(h6)*

Kolmella asiakkaalla oli vielä koitutumisen jälkeen epäselvyyksiä kuljetuspalveluiden voimassaolosta tai käytöstä. Yksi kuntoutuja koki, että hoitoneuvottelu kotihoidon asiakasohjaajan kanssa oli järjestetty aivan turhaan, koska hän ei kokenut tarvitsevansa kotihoitoa ja hän sen myöhemmin peruuttikin.

Kaikki kuntoutujat toivoivat enemmän keskustelua henkilökunnan kanssa. Osa kaipasi tietoa omaan kuntoutumiseensa liittyen. Osa kuntoutujista sanoi, etteivät he aina tule ajatelleeksi kaikkia niitä asioita, joita pitäisi ottaa huomioon tai kertoa kotiinsa ja arkielämäänsä liittyen. Sen vuoksi heistä olisi ollut tärkeää, että hoitajat olisivat tulleet useammin keskustelemaan kuntoutukseen ja kotiutumiseen liittyvistä asioista. Moni kuntoutuja myös kertoi hoitajien olevan niin kiireisiä, että eivät viitsineet ”turhaan” soittaa kelloa ja vaivata kysymyksillään.

*”... siinä kuitenkin menee aikaa, että selviää, että mitä kaikkia mahdollisuuksia on, että siinä ehkä olis auttanut vielä, että mä olisin sit itse kysellyt perään enemmänkin...”(h3)*

*”... terapeutti sitten kyseli vähän, kun me käveltiin, fysioterapeutti kyseli, mutta ei siellä paljon kysely.” (h5)*

*”Olisivat ehkä voineet kysyä... semmosta juuri, että kuinka mä pärjään täällä kotona... kun nämä ei ole sillä tavalla tiedossa...”(h4)*

Tiedonkulun haasteeksi kuntoutujat nostivat heille itsellensä tuodut tiedot hoitoon, kuntoutumiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen liittyen.

Kaksi kuntoutujaa mainitsi, että tieto kotiutumisesta tuli heidän mielestään liian nopeasti, kun se tuli parin päivän varoitusajalla. Yksi kuntoutuja sanoi, että kotiutumisen suunnittelu oli ”vähän hakuammuntaa”. Yhden kuntoutujan kohdalla kotiutuminen

viivästy palveluiden käynnistämisen vuoksi ja kuntoutuja koki sen ikävänä asiana. Kuntoutujilla ei haastattelujen mukaan ollut juuri mahdollisuutta vaikuttaa kotiutumisaikansa. Kotiutumisen pitkittyminen ja toisaalta liian aikainen kotiutuminen tuli esille haastatteluissa.

## 9 Pohdinta

### 9.1 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli löytää haastatteluiden avulla asiakkaiden kuvaamia asiakaslähtöisyyteen liittyviä ulottuvuuksia heidän kotiutumisprosessissaan. Kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden kolme pääulottuvuutta; itsemääräämisoikeus, tiedonsaanti sekä osallistuminen ja tasavertainen vuorovaikutus (Järnströmin 2011, 48) näkyvät kaikki tämän tutkimuksen tuloksissa. Aineistoa analysoitiin teoriaohjaavasti ja aluksi nämä ulottuvuudet pyrittiin unohtamaan. Luokitteluvaiheessa ne nousivat sieltä kuitenkin selkeästi ja pakottamatta esille. Asiakkaat nostivat haastatteluissa esille monia asiakaslähtöisyyteen liittyviä seikkoja kotiutumisprosessiinsa liittyen. Yläluokiksi analyysissa nousivat osallistuminen, itsemääräämisoikeus, tiedonsaanti ja vuorovaikutus.

Tässä tutkimuksessa nousi kuntoutujien kertomana esiin paljon uutta tietoa kotiutumisprosessin asiakaslähtöisyyteen liittyen. Kuntoutujille on aiemmin esitetty mielipidekyselyitä, mutta aiemmin heitä ei ole avoimin kysymyksin haastateltu. Haastattelun toteuttaminen kuntoutumisjakson jälkeen hänen omassa kodissaan antoi kuntoutujille mahdollisuuden tarkastella kotiutumisprosessin asiakaslähtöisyyttä kokonaisuutena. Kuntoutujat kertoivat haastatteluissaan monia asioita, mitkä olivat kotiutumisprosessissa sujuneet erittäin asiakaslähtöisesti. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi lääkäriyöskentely, jatkopalveluiden, kuten kotihoidon tai fysioterapian järjestyminen, sekä kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutuminen asiakaslähtöisesti. Opinnäytetyön tulosten pohjalta voi löytää seikkoja, joita kannattaa kehittää. Joitakin

päällekkäisyyksiä on mahdollista karsia ja joidenkin kotiutumisen prosessin vaiheita voisi pohtia tehtävän eri järjestyksessä. Kaiken kaikkiaan nämä ovat kuitenkin asioita, joita ensisijaisesti tarvitse muuttaa tai kehittää.

Opinnäytetyön tuloksista nousi suurimpana asiakaslähtöisyyden haasteena esiin vuorovaikutuksen vähäisyys sekä tukeminen kuntoutujien aktiivisessa osallistumisessa ja itsemääräämisoikeuden toteuttamisessa. Haastattelujen perusteella tiedonsaannissa oli joillakin puutteita, mutta toisten kohdalla se taas oli hyvin toteutunut. Hyvä tiedonkulku ja tiedon jakaminen asiakkaalle edistää asiakkaan osallistumista ja aktivoi häntä päätöksenteossa (Virtanen ym. 2011, 25). Vaihtelut näyttäisivät johtuvan siitä, keitä moniammatillisen tiimin työntekijöistä osallistuvat kuntoutujan kotiutumisen prosessiin ja kuinka paljon he olivat tekemisissä hoitohenkilökunnan kanssa päivittäisten toimien yhteydessä. Tiedonsaannissa kuntoutajat kuitenkin toivat esiin sen seikan, että aina kaikki tieto heidän kuntoutumiseensa liittyen ei tullut heille asti tai tieto tuli viiveellä.

Kuntoutajat toivoivat, että kuntoutumiseen liittyvistä asioista kaiken kaikkiaan enemmän keskustelua. Kuntoutujilla ei ollut välttämättä tietoa, mitä kuntoutuminen tarkoittaa, mitä se pitää sisällään, mitä heiltä odotetaan siihen liittyen ja mitkä ovat heidän mahdollisuutensa ja vaihtoehtonsa. Osallistumisessa kuntoutajat toivat kuitenkin esille sen epäkohdan, että moniammatillinen tiimi neuvottelee kotiutumiseen liittyvistä asioista ilman heidän läsnäoloaan. Mönkkösen (2018) mukaan sosiaali- ja terveysalalla kehittämisessä ei enää riitä, että asiakaskohtaaminen jäisi yksittäisen työntekijän vastuulle, vaan viime aikoina on puhuttu kokonaisvaltaisista työtapojen muutoksista, jotka ulottuvat työyhteisöihin ja organisaatiotasolle. Vuorovaikutustaitojen kehittämisen lisäksi mahdollisuus asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi voisi löytyä erilaisia voimavara- ja menetelmiä, kuten ratkaisukeskeisyyden, verkostotyön ja motivoivan haastattelun, hyödyntämällä. Ylipäätään asiakastyössä dialogisen toimintatavan omaksuminen voisi kehittää asiakasprosessia. Uskalletaan heittäytyä keskusteluun, ollaan kiinnostuneita toisesta ja annetaan asiakkaalle tilaa kohtaamisissa. Vuorovaikutustyössä kun ei koskaan voi olla täysin valmis, vaan taitoja on hyvä jatkuvasti reflektoida ja kehittää. Myös ymmärrystä asiakaslähtöisyyden peruspilareista olisi hyvä kerrata aika-ajoin. (Mönkkönen 2018, 201-202; 32-33; 21.)

Kotiutumisprosessin asiakaslähtöisyyteen liittyviä haasteita olivat tässä tutkimuksessa kuntoutujan aktiivisen osallistumisen mahdollistaminen, kuntoutumisen ohjaaminen ja kotiutumiseen liittyvien asioiden, kuten tavoitteiden asettaminen ja seuraaminen yhdessä kuntoutujan kanssa, sekä tiedonkulku henkilökunnan ja kuntoutujien välillä. Gerontologisen kuntoutuksen suosituksissa sanotaan, että ikääntyneen kuntoutujan osallisuutta omassa kuntoutusprosessissaan ja yhteisössään täytyy tukea kuntoutustyöntekijöiden toimesta. Kuntoutukseen osallistuvien työntekijöiden tehtävänä on kertoa erilaisista mahdollisuuksista ja palveluista ja kuntoutujaa tulee kannustaa omien valintojen tekemisessä sekä oman tahdon ilmaisemisessa kuntoutuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa. (Pikkarainen ym. 2013, 294-295.)

Kaikki kuntoutujat toivoivat enemmän vuorovaikutusta, informaatiota ja ohjausta. Myös vertaistuellista keskustelua kaivattiin. Kuntoutujat eivät tieneet, mitä heidän kuntoutumisestaan keskusteltiin moniammatillisissa tiimissä, eivätkä he tieneet kuka heidän asioistaan päättivät. Kuntoutujat osallistuivat päätöksentekoon vain osin. Informaation puute vaivasi kuntoutujia, ja he olivat arkoja kyselemään asioista. Asiakaslähtöiseen gerontologiseen kuntoutukseen kuuluu oleellisena osana ohjaus- ja neuvontakeskustelut. Yhteisen näkemyksen luominen kuntoutujan ja työntekijöiden välille auttaa määrittämään konkreettiset kuntoutustavoitteet sekä suunnitelman niiden toteuttamiseksi. Työntekijöiltä tämä vaatii ohjausosaamista, taitoa neuvoa ikääntyntä kuntoutujaa sekä gerontologista osaamista. Kuntoutusprosessin tulisi edetä ikääntyneen kuntoutujan omassa tahdissa sillä ikääntynyt tarvitsee aikaa valintojen punnitsemisessa sekä tekemisessä. Kuntoutujan voimaantumisen myötä hänen osallistumisensa omaan elämäänsä lisääntyy. (Pikkarainen ym. 2013, 294-295; Rahikka 2017, 232.)

## 9.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä ohjasi Hyvän tieteellisen käytännön -ohje (HTK). HTK:n ohjeen mukaan tässä tutkimuksessa noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta, niin tutkimuksen suunnitelmassa, tiedon keräämisessä kuin raportoinnissakin. Tutkimuksen tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat eettisesti valittuja. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa 2012, 6.) I

Ihmisiä haastateltaessa täytyy Hirsjärven ja Hurmeen (2011, 19) mukaan tutkimuseettisistä kysymyksistä olla hyvin tietoinen jo tutkimusta suunniteltaessa. Tärkeimpiä eettisiä periaatteita ovat informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. Myös vallankäyttö, eli tutkijan toimiminen ammatti-ihmisenä sekä laillisuus kysymykset täytyy ottaa huomioon tutkimusta tehtäessä. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 20.) Koska opinnäytetyö on toteutettu tekijän omalla työpaikalla, on osallistujille kerrottu, että opinnäytetyö ei liity tekijän työnkuvaan vaan ainoastaan opiskeluun. Asiakkaita on informoitu sekä suullisesti, että kirjallisesti (Liite 2) tutkimuksesta sekä pyydän heiltä kirjallisen suostumuksen (Liite 3) tutkimukseen osallistumisesta. Aineisto on anonymisoitu litterointi vaiheessa niin, että haastateltavat eivät ole tunnistettavissa.

Hirsjärven ja Hurmeen (2011, 184) mukaan haastattelututkimuksessa tutkimuksen laatua tulee tarkkailla kaikissa tutkimuksen vaiheissa; teemahaastattelun kysymysten asettelussa ja kysymysten syventämisessä, haastateltavien ohjaamisessa, haastattelujen tallentamisessa sekä omien muistiinpanojen kirjaamisessa. Haastattelujen laatua parantaa myös niiden mahdollisimman pikainen litterointi. Luotettavuus riippuu haastatteluaineiston laadusta. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 184-185.) Kananen (2014, 151) luettelee kvalitatiivisen tutkimuksen yleisinä luotettavuuspiirteinä olevan vahvistettavuus, arvioitavuus/dokumentaatio, tulkinnan ristiriidattomuus, luotettavuus tutkitun kannalta ja saturaatio. Tähän opinnäytetyöhön osallistuvat haastatellut saavat halutessaan oman osuutensa aineistosta tarkistettavakseen. Anonymisoitu aineisto säilytetään opinnäytetyön julkaisemisen jälkeen, jotta tulosten luotettavuus voidaan tarvittaessa todentaa (Kananen 2014, 153). Laadullisessa tutkimuksessa ei Kananen (2014, 95; 159) mukaan ole tarkkaa sääntöä aineiston määrästä. Aineistoa varten haastateltiin kahdeksaa kuntoutujaa, joka oli riittävä määrä luotettavien tulosten saamiseksi. Kuuden haastattelun jälkeen saturaatiopiste oli jo havaittavissa ja vastauksista löytyi paljon samaa toistavia seikkoja. Kananen (2014, 95) kirjoittaakin, että enemmän kuin haastateltavien määrä, vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen aineiston laatu.

Hirsjärven ja Hurmeen (2011, 186) mukaan reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että samaa asiaa tutkittaessa saadaan kahdella eri kerralla sama tulos. Ihmiselle on kuitenkin ominaista muuttuminen, joten haastattelututkimuksessa tähän on hyvä suhtautua varauksellisesti. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 186.) Usein validius määritellään rakennevalidiuden näkökulmasta, eli koskeeko tutkimus sitä, mitä sen on oletettu koskevan. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 187; Hirsjärvi ym. 2013, 231). Hirsjärven ym. (2013, 232) mukaan laadullisessa tutkimuksessa eivät perinteiset luotettavuuden ja pätevyyden arvioinnit tule aina kysymykseen. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta parantaa tarkka kuvaus tutkimuksen toteuttamisen kaikista vaiheista. (Hirsjärvi ym. 2013, 232.)

Tässä opinnäytetyön raportissa on kuvattu selkeästi vaihe vaiheelta tutkimuksen eteneminen ja tulokset sekä miten niihin on päädytty. Tuloksia on tarkasteltu monelta eri kantilta ja useaan eri teoriaan ohjaten. Tutkijan oma positio on mahdollisuuksien rajoissa pidetty erillään tutkimuksesta. Tämä ei kuitenkaan ole voinut täydellisesti toteutua ottaen huomioon, että tekijä työskentelee samassa organisaatiossa, missä tutkimus on toteutettu. Tutkija ei kuitenkaan työskentele tällä kyseisellä osastolla, mikä on parantanut tutkimusasetelman puolueettomuutta.

### 9.3 Kehittämisideat

Asiakaslähtöisyyden kehittämisen kannalta olisi tämän opinnäytetyön tulosten perusteella tärkeää lisätä vuorovaikutusta kuntoutujien ja henkilökunnan välillä. Opinnäytetyön tulosten perusteella Amuri 2-osastolla olisi hyvä kehittää henkilökunnan osaamista ja mahdollisuuksia käyttää erilaisia dialogisia menetelmiä, mitkä mahdollistaisivat asiakkaiden aktiivisuuden ja osallistumisen mahdollisuuksia kotiutumisosiossaan sekä lisäksi kuntoutusmotivaatiota. Tuloksista selvisi, että tiedonkulku on kotiutumisosiossiin liittyen sujuvaa, eikä merkittäviä tietokatkoksia eri organisaatioiden välillä tai henkilökunnalta kuntoutujalle ole kotiutumisosiossiin

liittyen tullut ilmi. Sen sijaan informaatio kuntoutujalle kotiutumisprosessiin liittyvistä asioista, kuten tavoitteiden asettamisesta ja seuraamisesta, kuntoutuksen käytäntöön liittyvistä asioista ja talon toiminnasta oli hyvin vähäistä. Kehittämisideana voisikin olla osaston esitteen päivittäminen ja jakaminen sairaaloihin, joista asiakkaat tulevat, sekä tulotilanteen informatiivisuuden kehittäminen työryhmän kesken. Myös yhteistyö sairaalahenkilökuntaan voisi olla aktiivisempaa, jotta heillä olisi parempi mahdollisuus informoida asiakasta kuntoutuksesta jo ennen siirtoa.

Toiminnassa olisi myös hyvä pohtia, miten voitaisiin pienellä aika- ja henkilökuntaresurssilla lisätä vuorovaikutusta kuntoutujien ja henkilökunnan kesken. Asiakkaille tulisi antaa mahdollisuus osallistua keskusteluun ja sen voisi toteuttaa yksilökohtaisten keskustelujen lisäksi esimerkiksi viikoittaisilla osastokokouksilla kuntoutujien ja henkilökunnan kesken. Tällainen kokoontuminen mahdollistaisi pienellä työntekijäresurssilla useamman kuntoutujan osallistumisen. Samalla kuntoutujat voisivat halutessaan jakaa tietoa myös keskenään sekä saada vertaistukea. Tapaamisessa voisi esittää itseään askarruttavia kysymyksiä, joiden vastauksista olisi hyötyä myös heille, joille asia ei ole edes tullut mieleen. Osaston henkilökunta voisi saada tapaamisten yhteydessä asiakkailta säännöllisesti ideoita oman työskentelynsä kehittämiseen. Mielestäni tärkeää ei ole se, osaako yksi työntekijä vastata kaikkiin kysymyksiin, vaan se, että kysymysten esittämiselle annetaan tilaa ja mahdollisuus. Myös kuntoutujilla on olemassa paljon tietoa, joista voi olla hyötyä niin henkilökunnalle kuin toisille kuntoutujillekin. Kysymyksiin voi myös yhdessä etsiä ratkaisuja ja vastauksia, jolloin asiakkaat saavat myös mahdollisuuden osallistua aktiivisemmin ja se voi olla joidenkin kohdalla hyvin voimaannuttavaa.

## 10 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan todeta, että asiakaslähtöiseen kotiutumisprosessiin liittyy kuntoutujien kuvaamana moniulotteisia seikkoja, jotka tulisi prosessin kehittämisessä huomioida. Esiin tuli paljon sellaisia vaiheita, jotka osaston työvaiheissa toteutuivat kuntoutujien mielestä hyvin. Lisäksi tuli esiin haasteita, joihin

toivottiin erilaisia toimintatapoja. Kotiutumisprosessiin liittyvien palveluiden käytännön järjestäminen ja tiedonkulku eri organisaatioiden ja tahojen välillä toimi haastateltavien kertoman mukaan hyvin. Suurimmat asiakaslähtöisyyteen liittyvät haasteet kuntoutujien mielestä olivat keskustelun ja ohjauksen puute sekä tiedonsaanti kuntoutukseen liittyvistä asioista. Kaikki haastateltavat toivat esille toiveen siitä, että keskustelua kaikesta kuntoutukseen ja kotiutumiseen liittyvistä asioista olisi voinut olla enemmän. Myös tietoa eri palveluvaihtoehdoista kaivattiin lisää sekä ohjausta palveluiden valitsemisessa ja järjestämisessä.

Jatkotutkimusaiheita tämän tutkimuksen pohjalta voisi olla kuntoutuksen suunnittelun sekä kuntoutusinterventioiden asiakaslähtöisyyden tutkiminen. Toiminnan kehittämisessä asiakaslähtöisemmäksi olisi myös mielenkiintoista kokeilla minkälaisia vaikutuksia seuraisi, jos asiakkaat otettaisiin mukaan kehittämiseen tasavertaisina osallistujina.



## Lähteet

- Autti-Rämö, I., Mikkelsen, Lappalainen, T. & Leino, E. 2016. Kuntoutumisen prosessi. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) 2016. Kuntoutuminen, 56-73. Tallinna: Duodecim.
- Autti-Rämö, I. & Salminen, A-L. 2016. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) 2016. Kuntoutuminen, 14-17. Tallinna: Duodecim.
- Dyrstad, D. N., Laugaland, K. A. & Storm, M. 2015. An Observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge. Exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing* 24 (11-12), 163-1706. Viitattu 27.3.2019. <https://janet.finna.fi>, Academic search Elite.
- Evernik, I.H.J., van Haastregt, J.C.M., Evers S.M.A.A., Kempen, G.I.J.M. & Schols, J.M.G.A. 2018. An economic evaluation of an integrated care pathway in geriatric rehabilitation for older patients with complex health problems. *PLoS ONE* 13 (2), 1-21. Viitattu 2.4.2018. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0191851>.
- Hammar, T. 2008. Palveluiden yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Kotihoidon asiakkaiden avuntarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 10.12.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66403/978-951-44-7522-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- HE 218/2016. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista annetun lain ja sosiaalihuoltolain 42 §:n muuttamisesta. Viitattu 19.3.2019. <https://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2016/20160218>
- Helminen, P. & Sukula-Ruusunen K. 2017. Kokonaisvaltainen asiakkaan kohtaaminen ja tilannearviointi ohjaustyössä. Teoksessa: Helminen, J. (toim.) 2017. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa, 46-58. Helsinki: Edita Publishing.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hyväri, S. 2017. Asiakaslähtöisyyden periaatteet ja toteutuminen sosiaali- ja terveystalvuluissa. Teoksessa: Helminen, J. (toim.) 2017. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa, 32-45. Helsinki: Edita.
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 3.12.2018. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Jones, J., Jones, G.D, Thacker, M. & Faithfull, S. 2017. Physical activity interventions are delivered consistently across hospitalized older adults but multimorbidity is associated with poorer rehabilitation outcomes: A population-based cohort study. Wiley. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 23, 1469-1477. Viitattu 29.4.2019. <https://janet.finna.fi>, Academic Search Elite.

Järnström, S. 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Viitattu 10.3.2019. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Viitattu 29.11.2018. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70263/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3457-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70263/URN_ISBN_978-952-00-3457-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Suomen yliopistopaino.

Karhula, M. Peltonen, R., Suomela-Markkanen T., Salminen, A.-L. 2015. Kuntoutuksen asiakaslähtöisyyden seurantamenetelmän (KAARI) kehittäminen. Kuntoutus 38:2, 33-41. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Karhula, M., Veijola, A. & Ylisassi, H. 2016. Tavoitteiden asettamisen käytäntö. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A.-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) 2016. Kuntoutuminen, 225-238. Tallinna: Duodecim.

Kivistö, M., Heini, A., Kontu, K., Kunttu, K., Lappalainen, T., Lindroos, N., Ronimus, H. & Sjöblom, S. 2019. Asiakasosallisuuden toteutuminen ja digitalisaation mahdollisuudet vammaissosiaalityön asiakasprosesseissa. Kuntoutus 42:1, 18-24. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Koivuniemi, M., Karapalo, T., Walden, P. & Pikkarainen, A. 2016. Kuntoutuksen ohjaajat (AMK). Osajina kuntoutuksen koordinoititehtävissä. Kuntoutus 39:1, 65-70. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Koski, J. 2017. Sairaalasta kotihoitoon. Toimintatutkimus kotiutusprosessin kehittämisestä lean-menetelmiä hyödyntäen. Pro gradututkielma. Terveyshallintotiede. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 28.11.2018. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20170394/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20170394.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170394/urn_nbn_fi_uef-20170394.pdf).

Kuntoutuksen ohjaajan (AMK) tutkinto-ohjelma. 2018. Opinto-opas AMK. Suomenkielisten tutkinto-ohjelmien opetussuunnitelmat. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 10.12.2018. <https://opinto-opaat.jamk.fi/fi/opinto-opas-amk/tutkinto-ohjelmat-ja-opintotarjonta/suomenkieliset-opsit/2018-2019/kuntoutuksen-ohjaaja/>.

- L. 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 26.11.2018.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- L. 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 26.11.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>.
- L. 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 19.3.2019.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#a21.12.2016-1346>
- Leemann, L., & Hämäläinen, R.-M. 2015. Asiakasosallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.4.2019.  
[https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti\\_Asiakasosallisuus.pdf/6d5b8baf-d5e4-4618-add6-ca0b9a81f214](https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti_Asiakasosallisuus.pdf/6d5b8baf-d5e4-4618-add6-ca0b9a81f214).
- Lin, C-H., Cheng, S-J., Shih, Chi, S-C., & Tjung, J-J. 2012. Discharge Planning. International Journal of Gerontology. 6:4, s.237-240. Viitattu 10.12.2018.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1873959812000695>.
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017-2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Viitattu 11.12.2018.  
[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).
- Lukersmith, S., Millington, M. & Salvador-Carulla, L. 2016. What is Case Management. A Scoping and Mapping Review. International Journal of Integrated Care. 16(4):2, s.1-13. Viitattu 10.12.2018. <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2477/>.
- Löytänä, J. & Kortesoja, K. 2011. Asiakaskokemus. Palvelubisneksestä kokemusbisnekseen. Helsinki: Talentum.
- Modig, N. & Åhlström P. 2013. Tätä on Lean. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin. Tukholma: Rheologica Publishig.
- Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus.
- Notko, T. 2016. Vuorovaikutussuhteet ja valtaistuminen. Kuntoutustyöntekijän ja vammaisen ihmisen näkemyksiä vammaisuudesta. Akateeminen väitöskirja. Lapin Yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Viitattu 20.4.2019.  
<https://lauda.ulapland.fi/handle/10024/62618>
- Ottenvall Hammar, I., Dahlin-Ivanoff, S., Wilhelmson, K. & Eklund, K. 2014. Shifting between self-governing and being governed: a qualitative study of older persons' self-determination. BMC Geriatrics 14 (126). Viitattu 5.4.2019.  
<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-126>.

Paltamaa, J., Karhula, M., Suomela-Markkanen, T. & Autti-Rämö, I. 2011. Hyvän kuntoutuskäytännön perusta. Käytännön ja tutkimustiedon analyysistä suosituksiin vaikeavammaisten kuntoutuksen kehittämishankkeessa. Helsinki: Kelan Tutkimusosasto.

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Osa 1. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 159. Viitattu 9.12.2018.  
[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64864/JAMKJULKAISUJA1592013\\_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64864/JAMKJULKAISUJA1592013_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Pikkarainen, A., Pyöriä, O. & Savikko, N. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuminen. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) 2016. Kuntoutuminen, 176-191. Tallinna: Duodecim.

Pikkarainen, A. Vaara, M. & Salmelainen, U. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Rahikka, A. 2017. Yhteistoiminnallinen kehittäminen ikääntyneiden kuntoutuksessa. Gerontologia 31 (3), 227-233. Viitattu 31.3.2019.  
<https://journal.fi/gerontologia/article/view/63176/26678>.

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

Salminen, A-L., Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2016. Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Teoksessa Autti-Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) 2016. Kuntoutuminen, 20-36. Tallinna: Duodecim.

Spoorenberg, S. 2017. Embracing the perspectives of older adults in organising and evaluating person-centred and integrated care. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. Viitattu 19.3.2019. <https://www.rug.nl/research/portal/files/41382623/Appendix.pdf>. Academic Search Elite.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Helsinki: Tietosanoma.

STM 2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. STM:n raportteja ja muistioita 2017: 41. Viitattu 22.11.2018.  
[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017\\_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y).

STM 2019. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä ja vastuut. Sosiaali- ja terveysministeriö internet sivusto. Viitattu 20.4.2019.  
<https://stm.fi/sotepalvelut/jarjestelma-vastuut>.

Suomen kuntoutusohjaajien yhdistys ry. 2018 Kuntoutusohjaus. Viitattu 10.12.2018.  
<http://www.suomenkuntoutusohjaajienyhdistys.fi/site/Kuntoutusohjaus>

Tammenlehvakeskus. 2018. Geriatrisen kuntoutuksen työryhmä.

Tammenlehvakeskus. 2018. Kuntoutuminen. Internetsivusto. Viitattu 25.11.2018.  
<http://www.tammenlehvakeskus.fi/kuntoutuminen>.

Tammenlehvakeskus. 2018. Vuosikertomus 2017. Viitattu 10.12.2018.  
<http://view.24mags.com/mera/tammenlehvavuosi2017#/page=16>.

Tampereen kaupunki. 2017. Valtuustokauden tavoitteet ja mittarit. Viitattu 11.12.2018.  
[https://www.tampere.fi/tiedostot/s/ByntezYG3/valtuustokaudentavoitteet\\_final.pdf](https://www.tampere.fi/tiedostot/s/ByntezYG3/valtuustokaudentavoitteet_final.pdf).

Tiikkainen, P. & Heikkinen R-L. 2013. Gerontologisen hoitotyön osaaminen. Teoksessa: Heikkinen, E., Jyrkämä, J., Rantanen, T. & Aromaa, A. (toim.) 2013. Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Duodecim.

Torkkola, S. 2015. Lean asiantuntijatyön johtamisessa. Helsinki: Talentum Pro.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Uudistettu laitos. 2018. Helsinki: Tammi

Tuominen, R. & Tuuri, K. Ikäihmisen kotihoito monialaisena yhteistyönä. Toimintakyvyn näkökulma. Teoksessa: Helminen, J. (toim.) 2017. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa, 228-241. Helsinki: Edita.

Uittenbroek, R.J., Mei, van der Mei, S.F., Slotman, K., Reijneveld, S.A. & Wynia, K. Experiences of Case Managers in Providing Person-Centered and Integrated Care Based on the Chronic care Model. A Qualitative Study on Embrace. PLoS ONE 13 (11), e0207109. Viitattu 29.4.2019.  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0207109>.

Vesa, N-M., Stolt, M., Koskenniemi, J., Suhonen, R. 2018. Läheisen rooli kuntoutumisprosessissa. Gerontologia 32 (3), 163-179. Viitattu 29.3.2019.  
<https://journal.fi/gerontologia/article/view/69957/37698>

Viitikko, Lehmus, Eksote. 2017. Uudistuva palvelukokonaisuus. Kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017. Viitattu 30.11.2018.  
[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160335/68\\_Kuntouttavat%20toimintamallit%20iakkaiden%20palveluissa\\_loppuraportti3010.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160335/68_Kuntouttavat%20toimintamallit%20iakkaiden%20palveluissa_loppuraportti3010.pdf).

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystaluiden kehittämiseen. Tekesin julkaisu 28/2011. Viitattu 23.11.2018. <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

Äijö, M. & Tikkanen P. 2017. Moniammatillisuudella tuloksia. Esimerkkinä lean-johtaminen. Teoksessa: Kulmala, J. (toim.) 2017. Parempi vanhustyö. Menetelmiä johtamisen kehittämiseen. Jyväskylä: PS-Kustannus.

## Liitteet

### Liite 1.

Teema 1: Kotiutumisen suunnittelu: Kertoisitteko kotiutumisenne suunnittelusta, miten sitä suunniteltiin?

Apukysymyksiä:

Missä vaiheessa kotiutumistanne alettiin suunnitella?

Mitä asioita teiltä kysyttiin kotiutumistanne suunniteltaessa?

Osallistuitte kotiutumisenne suunnitteluun? Miten?

Ketkä työntekijät osallistuivat kotiutumisenne suunnitteluun? Kuka muu osallistui (läheinen, kotihoito...)

Arvioitiinko tarpeitanne kotiutumiseenne liittyen? Miten? Kuka arvioi?

Saitteko tietoa palveluista ja eri vaihtoehdoista?

Teema 2: Kotiutumisen toteutuminen: Kertoisitteko kotiutumisestanne, miten se eteni käytännössä?

Apukysymyksiä:

Olitteko aktiivinen osallistuja kotiutumisessanne?

Seurattiinko kotiutumis suunnitelmaanne? Kuka seurasi? Miten?

Toteutuiko kotiutuminen suunnitelmien mukaan? Jos ei, niin miksi?

Mitä tapahtui kotiutumisenne jälkeen?

Teema 3: Asiakkaan kokemus kotiutumisprosessista kotiutumisen jälkeen:

Kertoisitteko kokemuksistanne kotiutumiseenne liittyen, minkälainen kokemus teille jäi?

Apukysymyksiä:

Oletteko tyytyväinen kotiutumiseenne?

Mitä olisitte halunneet tehtävän toisin?

Vastasiko kotiutumisen toteutus tarpeisiinne?

## Liite 2.



Tiedote tutkimukseen  
osallistuvalla

1 (5)

5.12.2018

### Tietoa tutkimukseen *Kotiutuminen sairaalahoiton jälkeisestä kuntoutuksesta osallistuvalla*

Sinut on kutsuttu osallistumaan tutkimukseen. Tutkin Tammenlehväkeskuksen kuntoutusosaston Amuri 2 kuntoutusasiakkaiden kokemuksia kuntoutuksestaan ja kotiutumisestaan. Tutkimus on opinnäytetyöni Kuntoutuksen ohjaajan opinnoissani Jyväskylän ammattikorkeakoulussa.

Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Voit keskeyttää osallistumisesi milloin tahansa tutkimuksen aikana. Jos vetäydyt tutkimuksesta, sinuun ei kohdistu mitään negatiivista seurausta, mutta sinulta siihen asti kerättyä aineistoa voidaan käyttää tutkimukseen.

#### 1 Tutkimuksen aihe

##### Kotiutuminen sairaalahoiton jälkeisestä kuntoutuksesta

#### 2 Aineistonkeruun konkreettinen toteutustapa

Tutkimusaineisto kerätään haastattelemalla osallistujia. Haastattelut toteutetaan osallistujan valitsemassa paikassa, esimerkiksi haastateltavan kotona, läheisen kotona. Aikaa haastatteluun varataan 1-2 tuntia. Haastattelut äänitetään ja äänitteet tallennetaan opiskelijan henkilökohtaisen tietokoneen kovalevylle tekstiksi kirjoittamista (litterointia) varten. Haastattelija voi tehdä haastattelun aikana muistiinpanoja käsin. Äänitteistä ja muistiinpanoista poistetaan yksilöidyt tiedot haastateltavista. Opinnäytetyössä noudatetaan Hyvän tieteellisen käytännön ohjetta.

Hyvä tieteellinen käytäntö ohjeistus: <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

#### 3 Miksi ja millä perusteella tutkimuksessa käsitellään henkilötietojasi

Tutkimuksen tarkoituksena on kerätä opinnäytetyötä varten Tammenlehväkeskuksen osasto Amuri 2:n kuntoutusasiakkaiden kokemuksia kuntoutuksesta, kuntoutuspalveluista ja kotiutumisprosessista. Asiakkaiden kokemustiedon avulla on mahdollisuus suunnitella ja kehittää Tammenlehväkeskuksen kuntoutuspalveluja. Haastattelussa ei kerätä yksilöityjä henkilötietoja. Henkilötiedot kerätään ainoastaan haastattelun sopimista, sekä mahdollista myöhempää yhteydenottoa varten jonkin tiedon varmistamiseksi. Henkilötietoja ei yhdistetä aineistoon missään vaiheessa. Kaikki henkilötiedot ja aineisto tuhotaan opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.



#### 4 Ketkä kaikki käsittelevät henkilötietojasi

Haastatteluaineistoa voi kuunnella ja lukea ainoastaan opinnäytetyön tekijä.

#### 5 Millä toimilla tietojasi suojataan?

Tutkimuksessa täyttyvät seuraavat edellytykset, joilla turvataan oikeuksiasi:

- Tutkimuksella on tutkimussuunnitelma
- Tutkimuksen vastuuhenkilö on: **Marja Kervinen**
- Henkilötietoja käytetään ja luovutetaan vain yllä kohdassa 4 mainittua tarkoitusta varten sekä muutoinkin toimitaan niin, että tiettyä henkilöä koskevat tiedot eivät paljastu ulkopuolisille.
- Tutkimuksen osalta on tehty tietosuojaa koskeva vaikutustenarviointi.

#### 6 Henkilötietojen säilytys ja anonymisointi

Tutkimusaineistot anonymisoidaan ja tutkimustulokset julkaistaan siinä muodossa, ettei yksittäinen henkilö ole

#### 7 Tutkimukseen osallistuvan oikeudet tieteellisessä tutkimuksessa

Koska kyse on tieteellisestä tutkimuksesta, henkilötietojen käsittelyä ei käytetä osallistujaa koskevaar päätöksentekoon.

Tutkimukseen osallistuvan oikeuksista poikkeaminen on tarpeen ja perusteltua, jos tutkimuksella on yleisen edun mukaiset tarkoitukset ja tutkimukseen osallistuvan oikeudet todennäköisesti estävät tarkoitusten saavuttamisen tai vaikeuttavat sitä suuresti ja tällaiset poikkeukset ovat tarpeen näiden tarkoitusten täyttämiseksi. Seuraavista tietosuojaa-asetuksen mukaisista oikeuksista tullaan todennäköisesti poikkeamaan:

- oikeus saada pääsy tietoihin ja tarkastaa tiedot

5.12.2018

- oikeus oikeista tiedot
- oikeus vastustaa henkilötietojen käsittelyä
- oikeus tulla unohdetuksi eli oikeus tietojen poistamiseen

Jos kuitenkin tutkimuksen tavoitteet on mahdollista saavuttaa eikä tarkoituksen saavuttaminen vaikeudu suuresti, JAMK toteuttaa tietosuojaja-asetuksen mukaisia oikeuksiasi. Oikeuksiasi laajuus on sidottu henkilötietojesi käsittelyperusteeseen ja voimassaolevaan lainsäädäntöön ja oikeuksien käyttö edellyttää tunnistautumista.

## 8 Lisätietoa tutkimuksesta ja oikeuksien käyttämisestä

Tässä tutkimuksessa rekisterinpitäjänä on JAMK.

Yhteyshenkilö tutkimusta koskevissa asioissa on:

**Marja Kervinen**

Kuntoutuksen ohjaajan tutkinto-ohjelma

Voit ottaa yhteyttä JAMKin tietosuojavastaavaan, jos sinulla on kysymyksiä tai vaatimuksia henkilötietojen käsittelyn osalta:

Tietosuojavastaava: Mirja Nojonen

Sähköposti: tietuoja@jamk.fi

Jos koet, että hänen henkilötietojasi on käsitelty tietosuojalainsäädännön vastaisesti, on osallistujalla oikeus tehdä valitus valvontaviranomaiselle, tietosuojavaltuutetulle (lue lisää: <http://www.tietuoja.fi>).

Etunimi Sukunimi  
nimike

Etunimi Sukunimi  
nimike

Liitteet  
Jakelu

1. Henkilötietojen lähteet  
Tutkimukseen osallistuva

**Liite 1 Henkilötietojen lähteet**

Tammenlehväkeskus Oy,  
Osastonhoitaja I  
Kenttätie 17, 33500 Tampere

**Tutkimuksessa kerätään henkilötietoja seuraavista lähteistä:**

Tutkimukseen kutsutaan Tammenlehväkeskus Oy:n osaston Amuri 2 kuntoutusasiakkaita. Tutkimukseen kutsuttavien henkilöiden nimet saadaan Tammenlehväkeskuksen osaston Amuri 2 osastonhoitajalta. Tarkemmat henkilötiedot kerää opinnäytetyön tekijä suoraan tutkimukseen osallistujilta suostumuksen jälkeen.

## Liite 3.

**Tutkimukseen *Kotiutuminen sairaalahoiton jälkeisestä kuntoutuksesta osallistuva* täyttää**

Olen ymmärtänyt, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voin milloin tahansa ilmoittaa, etten enää halua osallistua tutkimukseen, mutta siihen asti kerättyjä tutkimusaineistoja voidaan hyödyntää tutkimuksessa.

Olen saanut tutkimuksesta riittävät tiedot, minulla on ollut mahdollisuus saada vastauksia kysymyksiini, olen ymmärtänyt saamani tiedot ja haluan osallistua tutkimukseen.

---

Aika ja paikka

---

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus, nimenselvennys (tai sähköinen osallistuvan ilmoitus)

**Yhteystiedot:**

Jyväskylän ammattikorkeakoulu,  
Kuntoutuksen ohjaajan tutkinto-ohjelma  
Marja Kervinen

## Liite 4.

Sisällönanalyysi, esimerkkejä		Tutkimuskysymykset: 1. Miten kuntoutujat kuvaavat kotiutumisprosessiensa asiakaslähtöisyyttä? 2. Millaisia haasteita kuntoutujat kuvaavat kotiutumisprosessiinsa liittyen?	
Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokat	<b>Yhdistävä luokka:</b> <b>Asiakaslähtöisyys</b> Yläluokat
<p>”ehkä enemmän sellaisena vastaanottavana osapuolena olin”</p> <p>”Siinä oli sitten se keskustelu ja yhdessä mietittiin niitä tavoitteita”</p> <p>”Kaikki tehtiin puolesta... kaikki mitä halus niin järjestettiin.”</p> <p>”Siellä oli se tiimi missä sitten päätettiin...”</p> <p>”Heillä ei kai ole tarkoituksena, että siihen osallistutaan.”</p> <p>”Niillä kai oli ne kaikki tiedot siellä, kun mä oon niin paljon ollut sairaaloissa... niin ei mulla ollut semmoista ollenkaan (alkuhaastattelua).”</p>	<p>Työntekijä määrittäi kuntoutustarpeen ja -toimenpiteet.</p> <p>Yhdessä määritetyt tavoitteet</p> <p>Yksilöllisten näkemysten huomioiminen ja niiden mukaan toimiminen</p> <p>Mahdollisuus kertoa omin sanoin</p>	<p>Tavoitteiden asettaminen</p> <p>Kuntoutumisen suunnittelu</p> <p>Osallistumisen mahdollisuus</p> <p>Mahdollisuus osallistua itseään koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon.</p>	Osallistuminen
<p>”Mutta se asiakasohjaaja oli kyllä ihan pihalla... mä sitten peruin sen kokonaan”</p> <p>”kysy, että käykö sulle tää ja tää. Ja kysy, että mikä on sulle tarpeeksi. Niin mä sanoin, että se, että mä pärjään yksin kotona”</p> <p>”Tytär hoiti kaikki ja mä toivoin... en halunnut mitään ylimääristä.”</p> <p>”Se fysioterapia avopuolella, en mä kokenut sitä sillä tavalla tärkeäksi juuri nyt. Mulle tärkeämpää oli...”</p>	<p>Päätöksiä palvelustaan</p> <p>Kysyttiin tarpeista ja toiveista, määrittäi itse tärkeyden.</p> <p>Apu päätöksenteossa</p> <p>Toiveiden kuuntelu</p> <p>Vaihtoehdot</p> <p>Mahdollisuus valita.</p>	<p>Oikeus päättää palveluistaan.</p> <p>Oikeus toimia itsenäisesti omien voimavarojen mukaan</p> <p>Itsenäiset valinnat</p>	Itsemääräämisoikeus
<p>”Ei kukaan tiennyt niistä yhtään mitään. Siis Kelasta ja sotesta. Kaikki muut kerrottiin ja tiedettiin”</p> <p>”Lääkäri sitten sanoi, että nyt kaks viikkoo aluksi kolme käyntiä ja sitten, jos haluaa niin voi yhden tiputtaa pois.”</p> <p>”No, en välttämättä tarvinnut, mä sain riittävät tiedot tyttäreltä”</p> <p>”Ei, ei, ei mulle ainakaan kerrottu mitään (tavoitteiden seuraamisesta).”</p> <p>”Ei, tota jumppari sitä mulle sano, että hän luki mun tota, näitä papereitani ja siellä oli maininta, että se oli ainoa mistä mä kuulin ja nyt sitten tosta epikriisistä.”</p> <p>”Siellä ei ollut mitään paperia, aikatauluja...”</p>	<p>Tarpeellisen tieto palveluista</p> <p>Riittävän tiedon määrittäminen ja saaminen</p> <p>Terveydentilasta kertominen</p> <p>Tiedot aikatauluista</p>	<p>Palveluista tiedottaminen</p> <p>Tiedonsaanti omasta terveydestä ja kuntoutumisesta</p> <p>Tiedottaminen</p>	Tiedonsaanti

"tulis sellainen lyhyt suullinen informointi"	Kuntoutuksesta ja toiminnasta tiedottaminen	Tiedottaminen	
<p>"Ehkä olis voinut kysellä enemmän"</p> <p>"terapeutti sitten kyseli vähän, käveltiin... mutta ei siellä paljon kysely"</p> <p>"Ihan kaikki sillai puhumalla... kun itse kysyi"</p> <p>"mun olis sitten enemmän pitänyt kysyäkin sitten, että mitä mä voisoin niin kuin yksinkin tehdä ja sillai"</p> <p>"ite tietysti aina se suora yhteys... että tietysti omalta kannalta mulla aina riitti kysyttävää"</p>	<p>Henkilökunnan aktiivisuus</p> <p>Mahdollisuus kertoa omista näkemyksistään</p> <p>Oma aktiivisuus keskustelussa</p> <p>Keskustelu moniammatillisen tiimin ja kuntoutujan kesken</p>	<p>Vuorovaikutuksen määrä ja säännöllisyys</p> <p>Ohjauskeskustelu ja tukeminen</p> <p>Vuorovaikutusmahdollisuudet</p>	Vuorovaikutus