

Sirpa Vihavainen

Potilaiden kokemukset osallistumisestaan
terveyskeskussairaalassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Toimintaterapeutti AMK
Toimintaterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
15.12.2011

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Sirpa Vihavainen Potilaiden kokemukset osallistumisestaan terveyskeskussairaalassa 50 sivua + 6 liitettä 15.12.2011
Tutkinto	Toimintaterapeutti AMK
Koulutusohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Koulutuspäällikkö Helena Launiainen Lehtori Anja Sario
<p>Opinnäytetyö toteutettiin Tuusulan terveyskeskussairaalassa. Opinnäytetyön lähtökohtina on ollut toimintaterapian terveyskeskussairaalaan kohdentuvan työn tehostaminen sekä potilaslähtöisen tiedon tuominen osaksi sairaalan aktivoivan työotteen kehittämistä.</p> <p>Opinnäytetyön tavoittena on ollut saada potilaslähtöistä kokemustietoa sairaalaympäristöstä, potilaan osallistumisesta sairaalan toimintaan, omaan hoitoon ja kuntoutukseen sekä vuorovaikutukseen osallistumisen merkityksestä potilaalle. Osallistumisen ja ympäristön käsitteet on avattu Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen ICF- luokituksen ja toimintaterapeuttien kehittämän Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen -mallin CMOP-E näkökulmasta.</p> <p>Tutkimustieto kerättiin teemahaastattelun avulla. Haastateltavana oli kolme tutkimusajankohtana sairaalassa ollutta potilasta, joiden keski-ikä oli 79 vuotta. Litteroidut haastattelut analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin menetelmällä. Osallistumisen teema tiivistyi kuuteen pääluokkaan: Käsitteet itsestä, toimintaan sitoutuminen, sosiaalinen ympäristö, fyysinen ympäristö, kulttuurinen ympäristö sekä institutionaalinen ympäristö.</p> <p>Keskeisinä tuloksina nousivati potilaiden kokemukset henkilökunnan hyvistä vuorovaikutus- ja kohtaamistaidoista. Toisaalta potilat kokivat henkilökunnan puhuvan potilaaseen itseensä liittyvistä asioista keskenään, tilanteessa potilasta kohtaamatta, hänelle asioisat kertomatta tai mielipidettä kysymättä. Sairaalan perehdytyskäytännöt eivät ole vakiintuneet. Potilaan omaa ajankäytönsuunnittelua vaikeutti hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden suunnitelman puuttuminen tai niiden siirtyminen, odottaminen nousi keskeisesti esiin. Sairauteen ja kuntoutumiseen liittyvän asiantuntijatiedon tarve tuli esille.</p> <p>Opinnäytetyöstä saatua tietoa tullaan jatkotyöstämään yhdessä sairaalan aktivoivan työotteen kehittämistyöryhmän kanssa.</p>	
Avainsanat	Osallistuminen, terveyskeskussairaala, toimintaterapia, teemahaastattelu, aktivoiva työote, ICF, CMOP-E

Author(s) Title Number of Pages Date	Sirpa Vihavainen Patients' Experiences of Involvement in a Health Center Hospital 50 pages + 6 appendices Autumn 2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Occupational Therapy
Specialisation option	
Instructor(s)	Helena Launiainen, Head of Degree Programme Anja Sario, Senior Lecturer
<p>The operational environment for this thesis is the Health Center Hospital in Tuusula. The basis for this study was to gain client driven experience of occupational therapy in Health Center Hospital and achieve the client oriented information to help to develop the rehabilitative nursing in hospital.</p> <p>The main interest of this thesis was to gain client centered experiential knowledge of the hospital environment and what were the patient experiences of participation in occupations, involvement in patient's own treatment and rehabilitation as part of interaction.</p> <p>The theoretical framework of this final project and the essential terms are based on the International Classification of Functioning, Disability and Health ICF and the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement CMOP-E.</p> <p>The research method was theme interviews. The group of interviewees consisted of three patients whose average age was 79 years.</p> <p>The transcribed interviews were analyzed by data-based content analysis. The interview data consisted of six main categories, which were the patients' perception of themselves, the engagement in occupation, social environment, physical environment, cultural environment and institutional environment.</p> <p>The main results were that the patients were met as individuals by the personnel. On the other hand, the patients felt that they were objects when the personnel discussed their nursing plan. In hospital there was no constant model for familiarization of the in-coming patients. In addition, there were no timetables or plans of nursing or rehabilitation performance made together with the patients, which complicated the patient's own timetable planning. The information of this thesis will be dealt with the development group of the hospital.</p>	
Keywords	participation, health center hospital, occupational therapy, theme interview, rehabilitative nursing, ICF, CMOP-E

Sisällysluettelo

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön toimintaympäristö	3
	2.1 Tuusula potilaiden asuinympäristönä	3
	2.2 Terveyskeskussairaala	3
	2.3 Toimintaterapia Tuusulan sosiaali- ja terveystoimessa	4
	2.4 Aktivoiva työote	5
3	Opinnäytetyön aihe	7
	3.1 Toimintaterapian käytännöstä nouseva aihe	7
	3.2 Opinnäytetyössä selvitettävä asia	9
	3.3 Aiheeseen liittyviä tutkimuksia	10
4	Osallistuminen ja ympäristö	12
	4.1 Osallistuminen	13
	4.2 Ympäristö	15
5	Tutkimuksen toteuttaminen	18
	5.1 Haastateltavien valinta	18
	5.2 Teemahaastattelu aineiston keruun menetelmänä	18
	5.3 Tutkimuseettiset kysymykset	20
	5.4 Aineiston analysointi	21
6	Tulokset	25
	6.1 Käsitys itsestä	25
	6.2 Sosiaalinen ympäristö	26
	6.3 Toimintaan sitoutuminen	29
	6.4 Fyysinen ympäristö	35
	6.5 Kulttuurinen ympäristö	39
	6.6 Institutionaalinen ympäristö	43
7	Yhteenveto	44
8	Pohdinta	48
	Lähteet	51
	LIITTEET 1-6	54

1 Johdanto

Toimintaterapian perusajatteluna on näkemys ihmisen mahdollisuudesta vaikuttaa tulevaisuuteensa, terveyteensä ja hyvinvointiinsa tekemisen, omien valintojensa ja omaan elämään osallistumisen avulla. Toimintaterapian näkökulmasta ihmisen toiminnallisuus syntyy yksilön, toiminnan ja ympäristön keskinäisestä vuorovaikutuksesta. Ympäristö tai toiminta voi mahdollistaa tai estää toimimisen ja osallistumisen. (Suomen Toimintaterapeuttiliitto 2011.)

Työskentelen Tuusulan terveystieteiden keskuksessa aikuispuolen toimintaterapeuttina. Työn painopiste on avohoidossa. Terveystieteiden keskuksensairaalaan tulee pyyntöjä arvioida potilaiden toimintakykyä joko sairaalassa tai asiakkaan omassa kotiympäristössä kotikäynteinä. Pyyntöjä kohdentuvat potilaisiin, joita suunnitellaan kotiutuvaksi, tai joiden toimintakykyä tulee arvioida kotiutumismahdollisuus – tai jatkokuntoutustarve - näkökulmasta. Arvioinnin tuloksena nousee toimintakyvyn harjoittamistarpeeseen toimintaterapian resurssit eivät nykyisellään riitä.

Terveydenhuollon ajattelumalleissa on viimeisten vuosien aikana tapahtunut muutos: Aiemmasta vajavuus- ja hoitajakeskeisestä toimintamallista on siirrytty hoidettavan ja kuntoutujan osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia eri toimintaympäristöissä korostamaan valtaistamaan tai ekologiseen toimintamalliin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.) Tätä potilaan aktiivista roolia oman hoitonsa, ja siten myös oman elämänsä, suunnittelussa ja toteutuksessa korostaa myös toukokuun alussa 2011 voimaan tullut uusittu Terveydenhuoltolaki (Finnlex, 2011, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011).

Ajan hengen mukaisesti Tuusulan terveystieteiden keskuksensairaalaan aloitettiin lokakuussa 2010 Kuntouttavan työotteen –kehittämishanke. Kuntouttavan työotteen perusperiaatteena on ottaa huomioon potilaan subjektiivisuus, osallisuus ja vaikutusmahdollisuudet. Kuntoutuksen, kuin myös kuntouttavan hoitotyön päätavoitteina voidaan pitää ihmisen elämäntilanteisiin osallistumisen mahdollistamista. (Kanelisto – Salminen 2011: 5).

Tuusulassa sekä toimintaterapiassa että terveyskeskussairaalassa on siis yhteneväiset intressit kehittää sairaalan toimintaa ja käytäntöjä potilaan osallistumista tukevaksi ja mahdollistavaksi. Liityin helmikuussa 2011 sairaalan kehittämistyöryhmään.

Opinnäytetyölläni haluan tuoda terveyskeskussairaalan aktivoivan työotteen – kehittämishankkeeseen asiakaslähtöistä näkökulmaa sairaalaympäristön ja siellä olevan toiminnan vaikutuksesta potilaan omaan arkeen ja itseä koskevaan päätöksentekoon osallistumisesta.

Luvussa 4 avaan työn keskeiset käsitteet, jotka ovat osallistuminen ja ympäristö. Käsitteiden avaamiseksi käytän sekä ICF-luokitusta (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus) että toimintaterapeuttista CMOP-E –mallia (Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen -malli), jotka mielestäni täydentävät toisiaan tämän opinnäytetyön keskeisen sisällön avaamisessa. ICF kuvaa ihmisen toimintakykyä ikäänkuin ulkopuolisen havainnoijan silmin, CMOP-E syventää ICF:n ajattelua tuomalla esiin toimintakyvyn ja toiminnallisuuden merkityksen yksilölle. ICF – luokituksen ja CMOP-E-mallin käyttö yhdessä ympäristö –käsitteen kuvaamiseksi mahdollistaa käsitteen moniulotteisuuden ja -vaikutteisuuden ymmärtämisen.

Asiakkaan äänen esiin saamiseksi suunnitelmani on käyttää tiedonkeruumenetelmänä teemahaastattelua. Pyrkimyksenäni on saada esiin potilaan kokemus sairaalan toimintaan ja suunnitelmien tekoon osallistumisesta, sairaalan käytännöistä ja vuorovaikutuksesta osallistumis -näkökulmasta, sekä toimintojen merkityksestä ja mielekkyydestä potilaalle.

Sairaalapalveluihin ohjautuvasta ihmisestä käytetään yleisimmin käsitettä potilas. Omassa perustehtävissäni käytän toimintaterapiapalveluihin ohjautuvasta ihmisestä asiakas -nimikettä. Mielestäni asiakas-sana viittaa potilas-sanaa paremmin vastavuoroisuuteen, yhteistyöhön, kumppanuuteen. Tämä opinnäytetyö tehdään sairaalaympäristössä, joten käsitteiden selkeyttämiseksi käytän työssäni potilas –nimikettä.

2 Opinnäytetyön toimintaympäristö

Tässä luvussa kuvaan Tuusulaa asuin ympäristönä, alueen väestöpohjan sekä asumismuodot. Kuvaan terveyskeskussairaalan toimintaympäristön sekä toimintaterapian tehtäväkentän terveyskeskuksessa. Aktivoivan työotteen ymmärtämisen taustaksi olen koonnut teorian tietoa, sekä tietoa terveyskeskussairaalan aktivoivan työotteen kehittämishankkeesta.

2.1 Tuusula potilaiden asuin ympäristönä

Tuusula sijaitsee aivan pääkaupunkiseudun tuntumassa, lentokentän läheisyydessä, ollen kuitenkin yleisilmeeltään maaseutumainen, väljästi asutettu kunta. Kunnan asukasmäärä on kasvanut viimeisen 10 vuoden aikana keskimäärin 526 asukasta vuodessa. Vuoden 2011 alussa asukkaita oli noin 37000. Muuttovoittoisessa kunnassa suurin osa väestöstä eli reilut 60 % on työikäisiä. Alaikäisiä väestöstä on vajaa 30 %. Yli 65v osuus oli 1/2011 noin 12 %. Tuusulassa asutaan pääasiassa pientaloissa, omakotitalojen osuus asuntokannasta oli 12/2010 58%, rivitalojen osuus oli 13 %. Kerrostaloissa asui 28% väestöstä. Huoneistojen asumisväljyys on varsin suuri eli noin 40 m² asukasta kohden. (Tuusulan kunta 2011). Tuusulassa on kolme taajama- aluetta: Hyrylä, Kellokoski ja Jokela. Pinta-alaltaan laajassa kunnassa on myös haja-asutusalue aktiivisesti asutettuna. Yksi tyypillisimmistä toimintaterapian asiakkaista onkin ikäihminen, joka asuu haja-asutusalueella yhdessä puolisonsa kanssa tai leskeytymisen jälkeen yksin tilavassa, usein kolmetasoisessa omakotitalossa. Lisääntyvässä määrin Tuusulaan on myös lastensa perheiden perässä muualta Suomesta muuttaneita ikäihmisiä.

2.2 Terveyskeskussairaala

Tuusulan terveyskeskussairaalassa on yksi osasto, joka on jakautunut kahteen soluun. Huhtikuussa 2011 solut profiloituivat akuuttisoluksi (solu 2) ja pitkäaikaissoluksi (solu 1) Akuuttisolussa on 40 potilaspaikkaa, ja sinne ohjautuu mm. akuuttihoito-, kuntoutus-, saattohoito-, katkaisuhuipotilaat. Pitkäaikaissolussa on 30 potilaspaikkaa. Potilaina ovat pitkäaikaishoitoa

tarvitsevat- , hoiva- ja asumispalveluihin jonottavat- sekä intervallipotilaat (Korhonen 2011). Sairaalan moniammatilliseen tiimiin kuuluu osastonhoitaja, sairaanhoitajat, lähihoitajat, laitoshuoltajat, osastosihteerit, lääkärit, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät, toimintaterapeutti sekä tarvittaessa puheterapeutti, päihdehoitaja, diabeteshoitaja, haavahoitaja, depressiohoitaja, muistihoitaja.

Akuutti- eli solu 2:lla on sisäätuloaulassa avara päiväsalitila. Tilassa on pöytiä ja tuoleja, kirjahylly, takka, vesiautomaatti, piano, TV. Yhdessä nurkkauksessa on osin hyllyköllä erotettuna fysioterapian nurkkaus, jossa on plintti ja joitain harjoitteluvälineitä. Solussa on yhteensä 18 potilashuonetta, jotka jakautuvat päiväsalitilasta kahdelle eri käytävälle. Kummallekin käytävälle on oma hoitajien kanslia, joihin on käynti päiväsalista. Potilashuoneista 2 on omalla kylpyhuonetilalla varustettuja yhden hengen huoneita, 12 kahden hengen huonetta, joissa kylpyhuonetila on kahden huoneen välillä yhteiskäytössä. Neljän hengen potilashuoneita on 4, näissä kylpyhuonetila on huonekohtainen. Huoneissa on yhdellä seinällä rivissä kaapistoja, joista yksi kaappi on hoitotarvikkeille ja yksi kullekin potilaalle. Huoneessa on lavuaari, pöytä ja tuoleja. Kalusteissa ei ole huomioitu apuvälineiden käytön kannalta hyödyttävää invamitoitusta, mikä mahdollistaisi esim. pyörätuolilla lavuaarin ääreen pääsyn. Kylpyhuonetiloissa lavuaarin yläpuolella oleva peili on asennettu niin, että potilas näkee siitä itsensä myös istuma-asennossa ollessaan. Huoneen lavuaarin yläpuolella olevan peilin näkeminen edellyttää seisoma-asentoa ja riittävää pituutta.

2.3 Toimintaterapia Tuusulan sosiaali- ja terveystoimessa

Tuusulan sosiaali- ja terveystoimessa toimii kaksi toimintaterapeuttia. Toisen toimintaterapeutin vastuulla on lapsiasiakkaat, toisella aikuisasiakkaat.

Aikuispuolen toimintaterapeutin työ on arviointipainotteista, työn painopiste on avohoidossa, jossa keskeiset yhteistyö-kumppanit ovat asiakkaiden ja omaisten lisäksi kotihoito sekä vanhus- ja vammaispalvelut.

Terveyskeskussairaalasta tulee pyyntöjä arvioida potilaiden toimintakykyä joko sairaalassa tai asiakkaan omassa kotiympäristössä kotikäynteinä. Pyyntöjä kohdentuvat potilaisiin, joita suunnitellaan kotiutuvaksi, tai joiden toimintakykyä tulee arvioida kotiumismahdollisuus – tai jatkokuntoutustarve -näkökulmasta.

2.4 Aktivoiva työote

Hoitotyössä, kuten kuntoutuksessa ja terveydenhuollossa yleensä, on kuluneen kahdenkymmenen vuoden aikana tapahtunut **paradigmamuutos**: Aiemmasta vajavuus- ja hoitajakeskeisestä toimintamallista on siirrytty valtaistavaan tai ekologiseen toimintamalliin, joka korostaa **hoidettavan** ja kuntoutujan **osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia** eri toimintaympäristöissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Tätä potilaan aktiivista roolia oman hoitonsa, ja siten myös oman elämänsä suunnittelussa ja toteutuksessa korostetaan myös toukokuun alussa 2011 voimaan tulleessa uusitussa Terveydenhuoltolaissa (Finlex 2011, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011).

Tämän ajan hengen mukaisesti kuntouttavan tai kuntoutumista tukevan työotteen katsotaan kuuluvan kaikkeen hyvään hoitoon, hoivaan ja kuntoutukseen peruseriaatteena ja toimintatapana (Järvikoski – Härkäpää 2011: 23).

Kuntouttava työote kuvaa työntekijän tai ammattikunnan **työtappaa** ja **toimintaotetta**. Kuntouttavan työotteen peruseriaatteena on ottaa huomioon potilaan subjektiivisuus, osallisuus ja vaikutusmahdollisuudet. Kuntoutuksen, kuin myös kuntouttavan hoitotyön päätavoitteena voidaan pitää ihmisen elämäntilanteisiin osallistumisen mahdollistumista. (Kanelisto – Salminen 2011: 5).

Lähtökohtaisesti ihmisellä tulee olla **mahdollisuus tehdä valintoja** omaan selviytymiseensä ja arkielämäänsä liittyvissä asioissa. (Järvikoski – Härkäpää 2011:23.) Ikäihmisen **itseään määräämistä** tukemalla edistetään hänen omatoimisuuttaan ja toimintakykyisyyttään, sekä tuetaan hänen itsenäisyyttään (Engeström – Niemelä – Nummijoki – Nyman 2009:101.) Kun

ihminen kokee omalla toiminnallansa saavan itselleen tärkeitä ja arvokkaita tuloksia, myös hänen alttiutensa toimia ja käyttää voimavarojaan tavoitteen saavuttamiseksi lisääntyä. Onnistumisen kokemukset lisäävät luottamusta omiin mahdollisuuksiin ja innostavat jatkamaan toimintaa, ja ovat siksi tärkeitä. (Järvikoski – Härkäpää 2011:131.)

Hoitotyöntekijä roolina on toimia tilanteen ohjaajana, tukijana, tiedon jakajana, asiakkaan motivoijana ja tarpeen mukaan avustajana hoitotilanteiden toteutuessa asiakkaan toimintakyky ja voimavarat huomioiden. Myönteinen asenne, usko iäkkään kykyihin ja halu edistää hänen kuntoutumistaan ovat tärkeitä työntekijöiden taitoja (Voutilainen ym 2002: 43).

Tähän suurempaan, valtakunnalliseen toimintamallien muutokseen liittyen, Tuusulan terveyskeskussairaalan hoitohenkilökunta aloitti lokakuussa 2010 sosiaali- ja terveystoimen johdon tuella ”Kuntouttava työote” –hankeen. Osastolta oli koottu hoitohenkilökunnan moniammatillinen kehittämistyöryhmä, joka oli mm. kirjannut paperille ajatuksia ja näkemyksiä, miten kuntouttava työote näkyy arjessa ja käytännössä. Liityin työryhmään helmikuussa 2011. Sairaalan kehittämistyöryhmässä käytyjen keskustelujen perusteella päädyimme hoitaja-lähtöisen ”kuntouttava työotteen” sijaan käyttämään paremmin potilaan aktiivista ja potilaan osallistavaa roolia osoittavaa ”aktivoiva työote” –käsitettä.

Monet tutkimukset osoittavat, että akuuttihoidon jälkeen nopeasti käynnistyvä kuntoutus ja kuntouttava hoito ovat tuloksellisia ja niillä voidaan estää pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutuminen (Sosiaali ja terveysministeriö, Kuntaliitto 2008:24.) Aktivoivalla työotteella pyritään ylläpitämään potilaan toiminta- ja liikkumiskykyä. Tämä mahdollistaa ikäihmisen mielenkiintojen mukaisen osallistumisen, millä puolestaan on yksinäisyyden kokemusta ja syrjäytymistä estävä vaikutus (Engeström ym. 2009:26-27, 34-35).

Aktivoivalla hoitotyöllä pyritään estämään **opittua avuttomuutta ja laitostumista**. Opittu avuttomuus on sairaalahoidon vaikutuksien tutkimuksissa esiin noussut käsite. Se kuvaa potilaalle hoitoprosessin aikana kehittyvää riippuvuuden ja hallinnan menetyksen tunnetta, joka syntyy, kun

ihminen kokee, ettei hän voi vaikuttaa omaan toimintaansa ja tilanteeseensa. Tällainen oman toiminnan merkityksen puute vaikuttaa motivaation ja tunteiden lisäksi kognitiivisiin toimintoihin, kuten havaitsemiseen, muistiin ja ajatteluun. (Järvikoski – Härkäpää 2011:133). Opittu avuttomuus johtaa helposti laitostumiseen. Suomen Lähi- ja perushoitajienliiton SuPer -lehdessä haastateltu terveystieteiden maisteri Harri Kankare (Suomen Lähi- ja perushoitajienliitto 2008) kuvaa laitostumista laitusrutiineihin mukautumisena, passiivisuuden lisääntymisenä, päätöksenteosta ja arjen toimiin osallistumisesta luopumisena, henkilökohtaisten tarpeiden sivuuttamisena. Tämä johtaa omien tarpeiden tunnistamisen vaikeuteen ja kykyyn tehdä itsenäisiä päätöksiä.

Paradigmamuutoksen ja käytäntöjen arkeen soveltaminen ei aina ole yksinkertaista. Myös potilailla ja omaisilla on tietyt muun muassa henkilökohtaisen elämänhistorian mukanaan tuomat perusolettamukset terveyskeskussairaaloiminnasta ja ikääntyneiden hoidosta. Hoitohenkilökunta toi esille, että arjen työssä yhtenä suurena haasteena ovat omaiset, jotka haluavat "sanella läheisensä hoidon sisällön", ovat "vaativia ja ehdottomia" jatkosuunnitelmien tekemisen suhteen. Aktivoivan työotteen kuntouttavaksi tarkoitetut toimet, kuten se, että liikkumaan kykenevää potilasta on kannustettu veden tuomisen sijaan itse hakemaan lähellä olevasta vesipisteestä juotavaa, on ymmärretty hoidotta jättämiseksi.

Hoitohenkilökunnalla on ollut suunnitelmana tehdä osaston toiminnasta ja aktivoivasta työotteesta kertova esite sekä huoneentaulut.

3 Opinnäytetyön aihe

3.1 Toimintaterapian käytännöstä nouseva aihe

Opinnäytetyössäni haluan tutkia potilaiden osallistumista terveyskeskussairaalassa. Aiheen valikoitumiseen ovat vaikuttaneet monet arjen työstä ja potilaiden kohtaamisista nousevat tarpeet ja ongelmat.

Avohoidossa olen kohdannut sairaalajaksoilta kotiutuneita potilaita. Esille on tullut, että sairaalajakson aikana hän on "unohtanut" kotona normaali arkeensa

kuuluvien asioiden suunnittelun ja toteutuksen. Arjen rutiinien järjestys esimerkiksi peseytymisen, pukeutumisen, aamupalan laiton osalta on pitänyt opetella uudelleen.

Sairaalasta tulleiden pyyntöjen mukaan arvioin sairaalassa olevien potilaiden toimintakykyä. Arviointitilanteissa esille on tullut mm. potilaan epätietoisuutta siitä, mitä sairaalassa on lupa tehdä itse, saako esimerkiksi poistua huoneesta. Hoitajilta asioiden kysymisen esteinä potilaat kertovat, etteivät halua olla vaivaksi, eivätkä turhaan häiritä jo muutenkin kiireisiä hoitajia.

Potilaan kanssa tehdyn toimintaterapia-arvioinnin tuloksena nousee usein esiin kuntoutustarve: Potilas tarvitsee esimerkiksi harjoittamista menetetyin toimintakyvyn palauttamiseksi, kompensatiokeinojen opettelua omatoimisuuden mahdollistumiseksi toimintakyvyn ylläpitämiseksi potilaalle tärkeiden ja itsenäisen elämän kannalta välttämättömien toimintojen osalta. Toimintaterapian resurssit eivät nykyisellään kuitenkaan riitä kuntoutukseen. Siksi yhteistyö hoitohenkilöstön kanssa on ensisijaisen tärkeää potilaan toimintakyvyn tukemiseksi erityisesti niillä osa-alueilla, jotka kotona mahdollisimman itsenäisen elämisen kannalta ovat olennaisia. Toimintaterapian kehittämistehtävän yhtenä tavoitteena on, että toimintaterapia -arvioinnista esiin nousseet kuntoutustarpeet saadaan aktivoivan työotteen keinoin elämään osaston jokapäiväisissä toimissa, toimintaterapeutin roolin ollessa "konsultatiivinen".

Toimintaympäristöllä on merkitystä mm. ihmisen osallistuvuuteen, omatoimisuuteen, turvallisuuden kokemiseen. Sairaala ympäristönä ja instituutiona on perinteisesti sellainen, jossa potilaan aktiivisen toimijan- ja osallistujan roolia ei ole selkiytetty, ympäristö usein tukee potilasta "hoitajan kautta" toimijaksi. Onnistunut ympäristö toimii "kuntouttajana", tällöin kuntoutettavasta tulee kuntoutuja. (Mäkinen – Kruus-Niemelä – Roivas 2009: 30, 121.)

Sairaalaympäristön asiakaslähtöinen arvioiminen on ajankohtainen aihe myös siksi, että Tuusulaan suunnitellaan uuden terveyskeskusrakennuksen

rakentamista. Tähän on tulossa tilat myös sairaalalle. Parhaillaan on meneillään kartoitus sairaalassa tehtävästä toiminnasta ja sen edellyttämästä tilatarpeesta. Tilojen suunnitteluvaiheessa on tärkeää tuoda esiin asiakkaan aloitteellisuuden ja osallistumisen mahdollistava näkökulma.

Tutkimalla terveyskeskus-sairaalan ympäristöä ja siinä tapahtuvaa toimintaa potilaan näkökulmasta saadaan asiakaslähtöistä informaatiota siitä, miten toimintatapoja voidaan mahdollisesti muuttaa asiakkaan aloitteellisuuden ja osallistumisen mahdollistumiseksi ja lisäämiseksi. Tutkimuksesta saatu tieto antaa asiakaslähtöistä näkökulmaa aktivoivan työotteen kehittämiseen terveyskeskussairaalassa.

Toimintaterapiassa ollaan kiinnostuneita siitä, miten ihminen pystyy osallistumaan itselleen tärkeisiin toimiin ja tehtäviin eri ympäristöissä ja miten sitä voidaan edistää.

3.2 Opinnäytetyössä selvitettävä asia

Terveyskeskuksen aktivoivan työotteen –kehittämishankkeessa keskeisenä teeman on tukea potilaita aloitteelliseen ja omaehtoiseen toimimiseen. Jotta voimme vaikuttaa potilaiden osallistumiseen vaikuttaviin tekijöihin ja seikkoihin, tulee meidän saada esiin potilaiden oma näkemys ja kokemus.

Kehittämistehtäväni keskeisenä teemana on selvittää

Potilaiden kokemukset osallistumisestaan terveyskeskussairaalassa.

Kehittämistehtävässäni haluan selvittää, miten potilaat kuvaavat osallistumisestaan sairaalan toimintaan, vuorovaikutukseen, hoitoon ja kuntoutukseen sairaalassa, osallistumisen merkitystä potilaalle. Tutkimuksen avulla saadaan asiakaslähtöistä informaatiota seikoista, jotka terveyskeskussairaalaympäristössä tukevat tai estävät aktivoivan työotteen mukaista potilaiden subjektiivista, osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia omaan hoitoon liittyen.

Saatu tieto antaa potilaslähtöisen näkökulman sairaalaympäristön toimivista rakenteista sekä mahdollisista kehittämiskohteista.

3.3 Aiheeseen liittyviä tutkimuksia

Oman tutkimusaiheen tarkentumisen vaiheessa hain kesä- ja elokuun välillä 2011 Metropolian kirjaston kautta käytössä olevan Nelli –tiedonhakuportaalien kautta tietoa osallistumiseen, ympäristöön, ikääntyneisiin ja sairaalaan liittyvistä tutkimuksista. Haut rajasin v. 2000 ja sitä uudempiin sekä suomen- että englannin kielisiin julkaisuihin.

Sairaalaympäristössä tehtyjä potilaslähtöisiä, osallistumista kuvaavia tutkimuksia löytyi niukasti.

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa päivätoimintaan osallistuneet aivotapahtuman kokeneet asiakkaat kuvasivat osallistumista yhteisöön kuulumisena, mahdollisuuden olla mukana, osallistua ja saada tukea (Hammel – Jones – Gosset - Morgan 2006).

Yli 85-vuotiaiden kotona asuvien arkielämään osallistumisen kokemusten tutkimuksessa esille tuli ikäihmisten toive voida toiminakyvyn rajoituksistakin huolimatta elää mahdollisimman itsenäistä ja riippumatonta elämään (Larsson – Haglund – Hagberg 2009).

Potilaiden käsityksiä ympäristön vaikutuksesta osallistumiseen liittyvässä tutkimuksessa ikääntyneet kokivat, että ympäristö näki tärkeänä ja siten tuki ikäihmistä enemmän arjen toimista itsenäiseen suoriutumiseen kuin osallistumisen (Vik – Lilja - Nygard 2007).

Ikääntyneen osallisuudesta kotiinkuntoutus –toimintaan löytyi tutkimus ikääntyneiden omiin- ja henkilökunnan näkemyksiin liittyen (Ruotsala 2010). Tuloksina nousi esille, että ikäihmisille oli tärkeää saada tietoa jatkosijoitussuunnitelmista, kuntoutusjakson pituudesta. Ikäihminen ei aina ymmärrä tai tiedä, mitä kuntoutuksella ja kuntoutustavoitteilla tarkoitetaan. Vertaistuen todettiin auttavan tavoitteiden saavuttamisessa.

Kuntoutuspäiväkirjan pitäminen saattaisi olla hyödyllinen kuntoutusta edistävä työkalu.

Havainnoinnin keinoin on tutkittu potilaiden päivän sisältöä ja kuntoutuksellisten tavoitteiden ilmenemistä sen aikana (Pohjonen 2010). Selvityksestä tuli esille, että potilaat käyttivät lähes kaiken ajan omassa huoneessa oloon, ollen valtaosan tästä ajasta vuoteessa makuullaan. Potilaiden toimintakyky tai terveydentila ei selittänyt tutkimustulosta.

Vuosina 2006-2008 toteutunut IKU-stadia –hankeella kehitettiin ikäihmisten kuntoutumista tukevia toimintaympäristöjä. Tähän hankkeeseen liittyen osallistumista tarkasteltiin Toiminnallisen oikeudenmukaisuuden sekä yhteisöllisyyden kehittämisen – näkökulmasta (Nisula 2008). Esille tuli toiminnallinen epätasapaino, jossa henkilökunnalla oli paljon työtä ja asukkailla ei juuri mitään tekemistä. Päivittäiset toiminnot olivat keskeisiä runsaasti aikaa vieviä toimia, joiden kuntoutuksellista merkitystä ei kuitenkaan täysin ymmärretty. Asukkaiden henkilökohtaisista toimintatavoista ja mieltymyksistä nähtiin tarvetta saada nykyistä enemmän tietoa. Henkilökunnalle heräsi tarve löytää ja huomioida asukkaiden kyvyt, riskinä tunnistettiin taipumus aliarvioida asukkaiden kykyjä.

Hoitajien käsityksiä potilaan yksilöllisen hoidon toteutumisesta omassa työssään liittyneessä tutkimuksessa (Backman-Sappinen - Sihvo 2011) yksilöllinen hoito toteutui parhaiten potilaan kliinisen tilan huomioimisena. Lähes yhtä hyvin toteutui potilaan päätöksenteon kontrolli. Heikoiten yksilöllinen hoito nähtiin toteutuvan potilaan elämäntilanteen huomioimisessa. Kehittämistarpeeksi nähtiin potilaan jokapäiväisten toimintojen huomioiminen sairaalahoidon aikana sekä perheen osallistumisen mahdollistaminen nykyistä paremmin.

IKU-hankkeessa on myös tutkittu hoitohenkilökunnan näkemyksiä kuntouttavaan työotteeseen liittyen (Rantanen – Saarinen – Saarinen - Sabri 2008). Potilaan näkeminen fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena koettiin tärkeäksi, kuin myös potilaan itsenäisen selviytymisen

ja jäljellä olevien voimavarojen tukeminen sekä omatoimisuuteen kannustaminen kiirettömässä ilmapiirissä. Hoitajilta edellytettiin kärsivällisyyttä, sekä keinoja ja sanoja potilaan tukemiseksi, kannustamiseksi, kehottamiseksi, houkuttelemiseksi ja kehumiseksi. Tieto sairauden vaikutuksista toimintakykyyn koettiin erittäin tärkeäksi ”työkaluksi ” käytännön työhön. Toiminnan suunnitelmallisuus ja arjen rutiinit auttoivat potilaiden päivärytmin ylläpitämisessä, sekä lisäsi potilaiden turvallisuuden ja tuttuuden kokemusta. Kodinomaisen ympäristön nähtiin lisäävän potilaiden viihtyvyyttä.

Hoitokotiasukkaiden ja henkilökunnan näkemyksiä fyysisen ja sosiokulttuurisen ympäristön sekä asukkaan kulttuuristen uskomusten vaikutuksia itsestä huolehtimisen toimintoihin osallistumiseen selvittäneessä tutkimuksessa (Sacco-Peterson - Borell 2004) wc-, peseytymis- ja pukeutumistoimien osalta osallistumisen, autonomian ja omanarvontunnon säilyttäminen edellyttää asukkailta suuremmista fyysisiä ja kognitiivisia haasteista selviytymistä kuin kotiympäristö.

4 Osallistuminen ja ympäristö

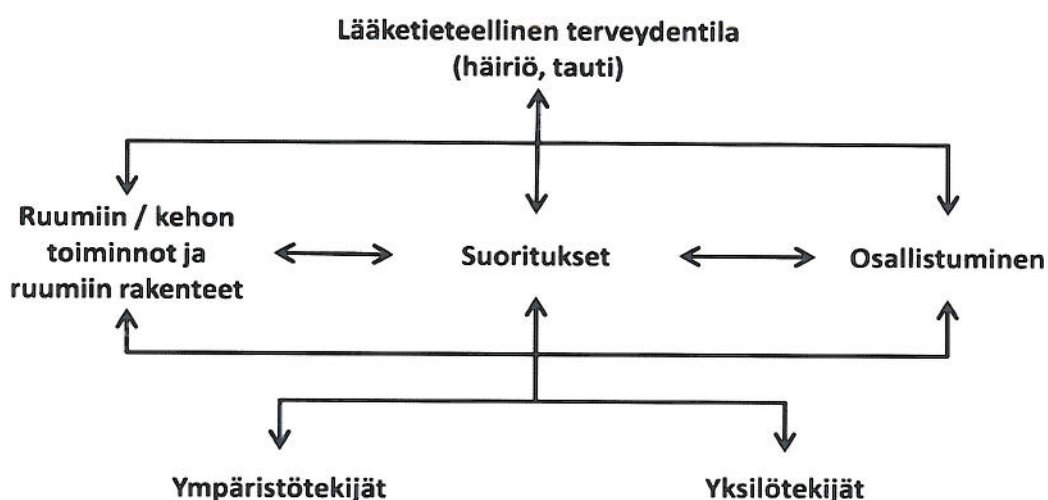
Kehittämistehtävässäni tutkimuksen fokus on potilaan osallistumisessa ja ympäristössä. Näiden käsitteiden tarkastelemiseksi, avaamiseksi ja ymmärtämiseksi olen valinnut teoreettisiksi viitekehyksiksi sekä Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen ICF- luokituksen että toimintaterapeuttien kehittämän Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen -mallin CMOP-E. ICF ja CMOP-E tarkastelevat asioita hieman eri näkökulmista: ICF tarkastelee ihmisen toimintakykyä havainnoijan näkökulmasta, CMOP-E puolestaan kuvaa sitä ihmisen subjektiivisen kokemuksen kautta. Mielestäni näiden kahden mallin näkökulmat täydentävät toisiaan tämän opinnäytetyön keskeisen sisällön avaamisessa.

Sekä ICF:n että CMOP-En peruslähtökohtana on ajatus yksilön mahdollisuuksissa osallistua ja vaikuttaa eri toimintaympäristöissä, joten näiden mallien näkökulmat ovat yhteneväiset sekä aktivoivan työotteen perusperiaatteiden että uuden Terveystieteiden tutkimuskeskityksen painopisteiden kanssa.

4.1 Osallistuminen

Yksilön lääketieteellinen diagnoosi tai -terveydentila ei yksin anna käsitystä ihmisen toimintakyvystä. ICF-luokituksen avulla voidaan tarkastella ja kuvata sitä, mitä ihminen taudista tai häiriöstä huolimatta tekee tai pystyy tekemään. ICF-luokituksessa **toimintakyvyn** osa-alueina kuvataan kehon toiminnot ja rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen arkielämän ja yhteiskunnan toimintaan (Kuvio 1). Ihmisen lääketieteellisen terveydentilan, yksilöllisten ominaisuuksien sekä ympäristötekijöiden dynaaminen vuorovaikutus joko mahdollistaa tai on suoriutumisen ja osallistumisen esteinä. (ICF 2007: 3,11, Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 314-315, 322, Järvikoski – Härkäpää 2011: 95-97).

KUVIO 1: ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (ICF 2007:18)



ICF-luokituksessa ihmisen kykyä toimia kuvataan suorituksina ja osallistumisena. **Suoritukset** kuvaavat yksilön nyky-ympäristössä arjessa toteuttamia tehtäviä ja toimia. **Osallistuminen** määritellään osallisuudeksi elämän tilanteisiin. Tämä toimintakyvyn yhteisöllinen näkökulma kuvaa ihmisen käytännön kokemuksia siitä elinympäristöstä, jossa hän elää, mitä ihminen

tässä ja nyt tekee, mihin elämäntilanteisin hän on osallisena. (ICF 2007:14-15, 123, Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 26, 320-322).

CMOP-E -mallissa **toiminta** nähdään merkittävänä tekijänä ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin kokemisessa. Mahdollisuus osallistua tarkoituksenmukaiseen ja itselleen merkitykselliseen toimintaan nähdään toimintaterapiassa toiminnalliseen oikeudenmukaisuuteen liittyvänä tekijänä. Toiminnan merkitys ihmiselle nähdään hyvin moniulotteisesti: Toiminta on henkilökohtaista ja yksilöllistä, liittyen vahvasti ihmisen olemassaoloon ja identiteetin rakentumiseen. Toiminta sitouttaa menneeseen, nykyisyyteen ja tulevaan, auttaa jäsentämään aikaa, luo rakenteen ja tarkoituksen elämälle, edistää sosiaalista kanssakäymistä. Toiminta mahdollistaa yhteiskuntaan osallistumisen, merkityksen löytymisen, omaan kulttuuriin liittymisen. Toimiminen muuttuu elämänkaaren eri vaiheissa. (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 26, 207-211).

Siinä missä ICF puhuu toimintakyvystä, CMOP-E puhuu **toiminnallisuudesta**. Se syntyy ihmisen, toiminnan ja ympäristön dynaamisessa vuorovaikutuksessa. Ihmisen ja ympäristön välinen vuorovaikutus sekä ympäristön erityispiirteet vaikuttavat aina toiminnasta suoriutumiseen. (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 208-209).

CMOP-En **osallistuminen** –käsite pitää sisällään **osallisuuden** ja **liittymisen** yksilön oman kokemuksen, tahdon ja motivaation näkökulmasta. Käytännön tasolla tätä voi kuvata esimerkiksi ”ottaa osallistumalla osaa”, ”olla mukana”, ”olla hyväksytty”, ”sitoutua elämänkulkuun”, ”voida käyttää voimavaroja” arkipäivän elämässä. (Hägglom Kronlöf 2007: 7). CMOP-E –mallin mukaan ihmisen kokemat roolit, tyytyväisyys, identiteetti, kehitys, suorituskyky, voimavarat ja historia ovat asiakkaan elämään kuuluvia inhimillisiä elementtejä, jotka saavat ihmisen osallistumaan, laittamaan itsensä likoon, käyttämään aikaa itselleen mielekkäällä tavalla, eli sitoutumaan toimintaan. **Toimintaan sitoutuminen** nähdään ihmisen perustarpeena, joka syntyy yksilölle merkityksellisestä toimintaan osallistumisesta. (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 207-210).

Sekä ICF-luokituksessa että CMOP-E –mallissa nähdään ihmisen elämään vaikuttavien eri osa-alueiden dynaaminen ja systeeminen yhteys: Muutokset yhdessä osa-alueessa heijastuvat muutoksina myös muissa osa-alueissa.

4.2 Ympäristö

Yksilö on toimintakykyinen, kun hän suoriutuu itselleen merkityksellisistä toiminnoista eri toimintaympäristöissä ja löytää tasapainon yksilöllisissä ja ympäristön vaateissa. (Cole – Tufano 2008: 130). Ympäristö, mikä mahdollistaa yksilön osallistumisen ja autonomian kokemuksen, lisää ja tukee yksilön kokemusta elämänhallinnasta. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 151-153.)

ICF-luokituksen ympäristötekijöihin kuuluvat fyysinen-, sosiaalinen- ja asenneympäristö, jossa ihmiset elävät ja toimivat. CMOP-E mallin ympäristö – käsite sisältää fyysisen-, sosiaalisen-, kulttuurisen- ja institutionaaliseen ympäristön.

Molemmissa malleissa **fyysinen** ympäristö tarjoaa ulkoiset puitteet toiminnalle. Siihen kuuluu luonnollinen ympäristö maasto- ja ilmasto-olosuhteineen sekä vuodenaikojen vaihteluineen, kuin myös rakennettu ympäristö teineen, puistoineen rakennuksineen, huonekaluineen. Fyysiseen ympäristöön kuuluu myös teknologia, energiantuotanto, kojeet, laitteet, apuvälineet erilaiset tuotteet, ihmisen tekemät ympäristön muutokset. (Cole – Tufano 2008: 129-131, Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 12, 214-215, ICF 2007: 169-189).

Sosiaalinen ympäristö nähdään monimuotoisena, monikerroksisena ja dynaamisena. Mikrotaso sisältää päivittäiseen vuorovaikutukseen liittyvät seikat, kuten ihmisten keskinäiset suhteet, joita ovat esim. potilaan ja henkilökunnan päivittäiset tapaamiset. Myös eläinten antama tuki on osana sosiaalista tukea. Sosiaalinen vuorovaikutus, sen antama sosiaalinen tuki ympäristötekijänä mahdollistaa yksilön osallistumisen oman tahdon tai tarpeen mukaiseen toimintaan. (Cole – Tufano 2008: 129, Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 214-215). Ympäristön vihjeet, tunnelma, tehtävän

merkityksellisyys ja ohjauksen tarkoituksenmukaisuus vaikuttavat tehtävästä suoriutumiseen. (Pikkarainen 2004: 47). Mesotaso sisältää erilaiset sosiaaliset ryhmät, kuten ikäihmisille suunnatun päivätoiminnan tai liikuntaryhmät. Makrotaso koostuu yhteiskunnan erilaisista palvelurakenteista, hallinnosta ja politiikasta. Tästä esimerkkinä on Tuusulan kunnan päätös tukea ensisijaisesti ikäihmisten omassa kodissa asumista laitoshoidon sijaan. Sosiaalinen hyväksyntä nähdään universaalina tarpeena ja ihmisten väliset vuorovaikutussuhteet vaikuttavat yksilön persoonalliseen kehittymiseen. (Cole – Tufano 2008: 129, Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 214-215). ICF-luokituksen sosiaalinen ympäristö kiinnittää huomion fyysisen tai emotionaalisen tuen määrään. CMOP-E -mallissa huomio on sosiaalisen tuen merkityksessä yksilölle.

ICF:n **asenne**ympäristössä kuvataan esimerkiksi lähiperheen tai terveydenhuollon ammattilaisten asenteita arvioitavaan henkilöön liittyen. Mallissa asenteet ovat havaittavissa olevien tapojen, tottumusten, ideologioiden, arvojen, normien, tosiuskomusten ja uskonnollisten vakaumusten seurauksia. (ICF 2007: 169-189).

CMOP-E:n **kulttuurinen** ympäristö on laaja käsite. Kulttuurinen ympäristö käsittää koko suomalaisen yhteiskunnan, kuin myös yksittäisen perheen ja lähiverkoston tavan toimia ja elää. Kulttuurinen ympäristö koostuu tavoista, totumuksista, arvoista ja asenteista, joihin ihminen on kasvanut. (Pikkarainen 2004: 47.) Se sisältää abstrakteja asioita kuten arvoja, uskomuksia, tietoa, moraalialia, käytäntöjä ja tapoja, jotka ovat siirtyneet sukupolvelta toiselle, vaikuttaen sosiaalisiin rooliodotuksiin. Kulttuurinen ympäristö ilmenee myös konkreettisina, sukupolvien saatossa muotoutuneina sääntöinä, tapoina, käytäntöinä kuin myös tieteenä ja taiteena. Kulttuurin ilmenemiseen vaikuttaa ihmisen ikä, sukupuoli, etnisuus ja rotu. Yhteiskunnalliset ja kulttuuriset odotukset vaikuttavat ihmisen valintoihin, toimintaan ja sosiaalisiin rooliodotuksiin. (Cole – Tufano 2008: 129, Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 214-215). Esimerkiksi laitoshoidossa voi riskinä olla potilaan kulttuurisen ja institutionaalisen ympäristön muotoutuminen ruuan odottamisen ja lepäämisen tai olemisen kulttuuriksi. (Pikkarainen 2004: 47).

ICF-luokituksen Ympäristötekijät –osa-alueiden Pääluokat 3 ja 4 Tuki ja keskinäiset suhteet sekä Asenteet määritelmässä on osin samoja elementtejä, kuin CMOP-E:n institutionaalisen ympäristön osiossa, mutta se kuvaa ihmisen toimintaa ulkopuolisen silmin. CMOP-E hakee ihmisen subjektiivista kokemusta kulttuurisen ympäristön eri tekijöiden vaikutuksesta henkilökohtaiseen elämään.

Institutionaaliseen ympäristöön sisältyy ihmisen saamat palvelut, niiden perusteet sekä päätöksentekojärjestelmät (Pikkarainen 2004: 47.) Institutionaalinen ympäristö organisoii yhteiskuntaa sosiaalisesti, taloudellisesti, poliittisesti ja lainsäädännöllisesti. Institutionaaliseen ympäristöön kuuluu yhteiskunnalliset rakenteet, kuten sairaalat sekä niiden toimintaa ohjaavat säädökset ja käytännöt. Siihen kuuluu myös sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelujärjestelmä ja sen valtakunnallinen rahoitus ja politiikka. (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 215-216). Institutionaalista ympäristöä ovat myös erilaiset hoito- ja kuntoutusmuodot, asiantuntijuudet, vallankäytön sekä palvelujärjestelmien vastuut ja velvollisuudet. (Pikkarainen 2004: 47). Institutionaalinen ympäristö heijastaa yhteiskunnan arvoja, ihanteita sekä vallan ja resurssien jakautumista. (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 215-216).

Esimerkkinä institutionaalisen ympäristön käytännöstä on Tuusulan sosiaali- ja terveystoimen tavoite tukea ja arvioida maksimaalisten avohoidon tukimuotojen riittävyys ikäihmisen kotona- asumisen tukena ennen asumispalvelu- tai laitoshoidon sijoittamista edeltävää selvitys-arviointi-sijoitus- eli SAS-käsittelyä.

ICF-luokituksen Ympäristötekijät –osa-alueen Pääluokka 5:n Palvelut, hallinto ja politiikka määritelmässä on osin samoja elementtejä, kuin CMOP-E:n institutionaalisen ympäristön osiossa.

5 Tutkimuksen toteuttaminen

Tässä luvussa käydään läpi opinnäytetyön tutkimusprosessin kulku: Informanttien ja tutkimusmenetelmän valikoituminen sekä saadun aineiston analysointiprosessi.

5.1 Haastateltavien valinta

Haastateltavaksi valikoitui kolme terveyskeskussairaala solu 2:lla tutkimusajankohtana ollutta potilasta. Tutkimukseen osallistumisen valintakriteereinä oli se, että he olivat ennen sairaalaan tuloa olleet kotiympäristössä arjen toimissa omatoimisia. Tällöin lähtökohtaisesti heiltä voisi odottaa eri tavalla halua, kiinnostusta ja aktiivisuutta omaan elämään liittyvien asioiden vastuunottoon ja hoitamiseen kuin jo runsaiden tukitoimien ja palvelujen parissa olevalta potilaalta. Valintakriteerinä oli myös se, että sairaalassaoloaika oli kestänyt vähintään viisi päivää, jolloin potilas oli jo päässyt kiinni sairaalan käytäntöihin. Tutkimuksen kannalta mielekkään informaation saamiseksi osallistumisen kriteerinä oli myös se, että potilaalla ei ollut selkeästi todettavaa muistiongelmia ja että hän kykeni sanalliseen vuorovaikutukseen.

Haastateltavien valitsemisessa sekä hoitohenkilökunta että fysioterapeutti olivat aloitteellisia. Myös sairaalan viikottainen moniammatillinen kuntoutuskokous oli foorumi informanttien valitsemiseen. Haastatelluista kaksi oli naisia, yksi mies. Heidän keski-ikänsä oli 79 vuotta.

5.2 Teemahaastattelu aineiston keruun menetelmänä

Tutkimusmenetelmäksi valitsin **teemahaastattelun**. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu tiedonkeruumenetelmä, jossa edetään keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. (Tuomi – Sarajärvi, 2002: 77). Kun halutaan selvittää potilaan kokemuksia, on haastattelu tutkimusmenetelmänä hyvä ja toimiva, joskin myös haasteellinen. Haastattelu antaa potilaalle mahdollisuuden kuvata omaa kokemusmaailmaansa. Näin päästään kiinni asioihin, jotka ihmiselle itselleen on merkityksellisiä ja tärkeitä. (Vilka 2005: 97-98)

Haastattelut toteutettiin 7.-19.10 2011 välisellä ajanjaksolla. Haastattelutilanteen rauhallisuuden ja keskeytymättömyyden varmistamiseksi varasin haastattelupaikaksi sairaalaosaston ulkopuolella olevan kokoustilan.

Vilka (2005: 112-114) tuo esille, että haastateltavan motivoitumista edistää, epävarmuutta haastattelijaa kohtaan vähentää, kokemuksista ja käsityksistä puhumista innoittaa, kun tutkimushaastattelussa on ”juoni”. Siksi päädyin käyttämään haastattelun apuna arjen työssä usein käyttämäni **vuorokausiympyrää** (liite 5). Potilaat lähtivät kertomaan päivän kulkua toiminnan kautta. Kaikki haastattelut halusivat aloittaa päivän kulusta kertomisen aamusta, eli millä tekemisellä päivä alkaa.

Teemahaastattelussa tutkimusongelmasta poimitaan keskeiset aiheet ja teema-alueet, joiden ympärille haastattelu rakentuu (Vilka 2005: 100-102.) Haastattelut etenivät keskustelunomaisesti. Tekemisen kuvauksien syvenetämisiksi ja tarkentamiseksi, tutkimuksen kannalta olennaisen tiedon saamiseksi tein potilaalle keskustelun ohessa teeman mukaisia kysymyksiä. Niissä pyysin potilasta kuvaamaan toimintaan ryhtymisen aloitteellisuutta ja suunnitelmallisuutta, potilaan kokemusta suunnitelmiin ja päätöksentekoon osallistumisesta, sairaalan käytännöistä, vuorovaikutuksesta sekä toimintojen merkitystä ja mielekkyyttä potilaalle itselleen. Vuorokausiympyrä osoittautui toimivaksi työkaluksi ajoittain rönsyilevänkin keskustelun palauttamiseksi aiheeseen.

Haastattelut **tallennettiin ja litteroitiin**. Tallenteiden yhteiskesto oli 156 minuttia. Litteroitua aineostoa kertyi yhteensä 17 A4- sivua. Tein itse tallenteiden litteroinnin, jolloin haastattelujen sisältö palautui tarkemmin mieleeni. Tämän lisäksi ennen analyysivaihetta luin haastattelut useaan kertaan läpi.

Litteroinnit tein sanatarkasti. Lievästä afasiasta johtuva väärin kirjainten käyttämisen kirjasin kontekstin mukaisesti oikeaan muotoon, esimerkiksi ”petulle” kirjattiin muotoon ”pesulle”. Litteroimatta jätin tutkimusaiheen

ulkupuolelle selkeästi kuuluvat asiat, kuten potilaan huonetoverin tai sukulaisen elämään liittyvä seikat tai oman kodin kalustuksen luonnehdinnat. Litterointien teon jälkeen poistin tallenteet digitaalisesta äänityslaitteesta.

5.3 Tutkimuseettiset kysymykset

Toimintaterapia kuuluu Tuusulan sosiaali- ja terveystoimessa terveystalveluiden yksikköön. Terveyskeskussairaala puolestaan kuuluu koti- ja laitoshoidon alaisuuteen. Opinnäytetyön ideavaiheessa keskustelin aihevalinnasta oman esimieheni kanssa. Opinnäytetyöni tutkimus kohdentui sairaalaan, joten hain opinnäytetyön toteuttamiseksi tutkimuslupaa koti- ja laitoshoidon esimiehiltä (Liite 1) . Tutkimuslupahakemuksen allekirjoitti laitoshoidon johtajan lisäksi sairaalan osastonhoitaja sekä lähiesimieheni.

Kaiken tutkimisen periaatteita on, että ihmisten yksityisyyttä kunnioitetaan ja suojellaan (Vilka 2006: 133, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista). Kultakin informantikolta pyydettiin allekirjoitettu kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumisesta (Liite 4). Lomakkeessa kerrottiin, mihin ja miksi tutkimusta tehdään. Potilaalla oli mahdollisuus halutessaan keskeyttää tutkimukseen osallistuminen sen vaikuttamatta hänen saamaansa hoitoon sairaalassa. Potilas sai suostumuslomakkeesta itselleen kopion. Tutkimuksessa pyrittiin varmistumaan, ettei yksittäisen potilaan antama tieto ole tunnistettavissa.

Teemahaastattelussa haastattelujen tallentaminen muistiinpanojen tekemisen sijaan mahdollisti keskittymisen itse haastattelutilanteeseen, potilaan kuuntelemiseen ja tarkentavien kysymysten tekemiseen.

Tutkimus tapahtui sairaalassa. Arvioinnin kohteen on sairaalampäristö ja siellä tapahtuva toiminta sekä vuorovaikutus. Kollegoiden kanssa käydyissä keskusteluissa vastaavanlaisissa tutkimustilanteissa on esille tullut moniammattillisen tiimin epäluottamusta tutkijaa kohtaan, kokemusta, että eri toimijoiden toimintaa arvioidaan ja "arvostellaan". Tutkimukseni tavoitteena on saada esiin potilaiden omia näkemyksiä ja kokemuksia toimimisesta sairaalaympäristössä. Emansipatorinen eli eri toimi- ja ammattialoja sekä niiden sidosryhmien toiminta- ja ajattelutapoja sekä yhteistoimintaa edistävän

tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa työelämässä uusia ideoita, näkökulmia ja käsitteitä, ja siten auttaa näkemään asiat uudella tavoilla ja luomaan uusia kysymyksiä (Vilkkä 2005: 34.)

5.4 Aineiston analysointi

Litteroidun aineiston analysoimiseksi lähdin **ensimmäisessä** vaiheessa erottelemaan tekstistä potilaiden kertomat kokemukset maalaamalla ne tekstinkäsittelyohjelman työkalua apuna käyttäen tietyn väriseksi muusta haastattelutekstistä erottamiseksi.

Toiseessa vaiheessa kokosin autenttiset kokemuksiin liittyvä lauseet erilleen tekstistä.

Analysoitavaa materiaali kertyi paljon, joten materiaalien hallitsemiseksi ja jäsentämiseksi ryhmittelin aineiston toiminnasta nousseiden aihepiirien mukaan seitsemään ryhmään: Itsestä huolehtiminen, hoitotoimenpiteet, potilaiden kuntoutusajatukset ja terapiakokemukset, henkilökuntaan liittyvä, vuorovaikutus, sairaalakokemus ja ajankulu.

Tämän jälkeen lähdin aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteen mukaan redusoimaan eli pelkistämään aineistoa tiivistämällä autenttisten lauseiden sisältöä (Tuomi – Sarajärvi 2002: 112.) . Tästä on kuvaus taulukossa 1.

TAULUKKO 1: Tutkimuksen autenttisten lauseiden pelkistys

Autenttinen lause	Pelkistys
"on monelaista pesuainetta, hoitoainetta,miesten puolen tavaroita, helposti saatavilla"	Pesuaineissa valinnanvaraa, hyvä saatavuus.
"Nyt ne jo ulkonäöstä tunnistaa minut, hoitajakin saatta tuoda lääkkeen, kun näkee minut siinä päviäsälissa, kyllä se aika hyvin pelaa"	Hoitajat tunnistavat potilaan, osaavat tuoda lääkkeen päiväsaliin.
"mä yleensä oon sillä tavalla utelias kaikesta mikä liittyy tietysti kaikkiin itteensä olemiseen, kyl ihmisen pitää luonnollisesti olla kiinnostunut [omista asioista]"	Itseä koskevat asiat kiinnostavat, ovat osa perusluonnetta.

"kyllä henkilökunta on sillä tavalla kertonut kaikki tällaiset ohjelmat mitä on tulossa ja kaikki ei heti aina tartu kerralla muistiin"	Sairaalan ohjelmasta ja aikatauluista on kerrottu suusanallisesti. Kerrottu ei pysy mielessä.
"Mulla on aika monenlaista ohjelmaa ollut. Nyt kun on [terapioiden] ollut enemmän, kuin mitä silloin alkuun oli, niin mulla menee päiväni oikein nopeasti, ei enää tunnu aika pitkälle"	Terapioiden alkaminen on tehnyt ajankulun mielekkäämmäksi.
"muuten en missään sairaalassa ole ollut, mulla on kaikki ihan uutta, uutta ja outoa"	Tottumattomuus sairaalassa oloon
"En ole oikein mitään uskaltanut mitään yrittää, mitä nyt vähän olen tuolia siirtänyt ja miettinyt että kun ei vaan mitää vauriota tulisi tuonne [leikkausalueelle]"	Potilas pelkää tekevänsä harjoitteilla vahinkoa itselleen.

Materiaalin jaottelu haastatteluissa esiin tulleen toiminnan näkökulmasta vaikeutti kuitenkin tutkimuksen kannalta olennaisen potilaiden osallistumisen kokemusten esiin saamista. Siksi päädyinkin **kolmannessa** vaiheessa konkreettisiin toimenpiteisiin: Leikkasin redusoidut lauseet saksilla osiin ja lähdin jaottelemaan niitä lauseen sisällön mukaan uuteen järjestykseen. Tässä vaiheessa lauseet myös pelkistyivät mukaisesti alaluokiksi, josta esimerkkinä taulukko 2.

Aineiston paljouden ja laajuuden vuoksi tämä oli varsin haasteellinen ja työläs vaihe, joskin välttämätön tutkimuskysymyksen mukaisten vastausten löytymiseksi.

TAULUKKO 2: Pelkistettyjen lauseiden luokittelu alaluokkiin

Autenttinen	Pelkistys	Alaluokka
"on monelaista pesuainetta, hoitoainetta, miesten puolen tavaroita, helposti saatavilla"	Pesuaineissa valinnanvaraa, hyvä saatavuus.	Tarvikkeet saatavilla
"Nyt ne jo ulkonäöstä tunnistaa minut, hoitajakin saatta tuoda lääkkeen, kun näkee minut siinä päviäsälissä, kyllä se aika hyvin pelaa"	Hoitajat tunnistavat potilaan, osaavat tuoda lääkkeen pävisaliin.	Subjektina oleminen
"mä yleensä oon sillä	Itseä koskevat asiat	Autonomia

tavalla utelias kaikesta mikä liittyy tietysti kaikkiin itseensä olemiseen, kyl ihmisen pitää luonnollisesti olla kiinnostunut [omista asioista]"	kiinnostavat, osa perusluonnetta.	
"kyllä henkilökunta on sillä tavalla kertonut kaikki tällaiset ohjelmat mitä on tulossa ja kaikki ei heti aina tartu kerralla muistiin"	Sairaalan ohjelmasta ja aikatauluista on kerrottu suusanallisesti.Kerrottu ei pysy mielessä.	Esitteen tarve
"Mulla on aika monenlaista ohjelmaa ollut. Nyt kun on [terapiota]ollut enemmän, kuin mitä silloin alkuun oli, niin mulla menee päiväni oikein nopeasti, ei enää tunnu aika pitkälle"	Terapioiden alkaminen on tehnyt ajankulun mielekkäämmäksi.	Merkityksellinen toiminta
"muute en missään sairaalassa ole ollut, mulla on kaikki ihan uutta, uutta ja outoa"	Tottumattomuus sairaalassa oloon	Ympäristön vieraus
"En ole oikein mitään uskaltanut mitään yrittää, mitä nyt vähän olen tuolia siirtänyt ja miettinyt että kun ei vaan mitää vauriota tulisi tuonne [leikkausalueelle]"	Potilas pelkää tekevänsä harjoitteilla vahinkoa itselleen.	Tiedon tarve

Neljännessä vaiheessa ryhmittelin saadut alaluokat alkuperäisilmausten sisältöön peilaten (Tuomi-Sarajärvi 2002: 112-113.) Tästä on kuvaus taulukossa 3. Aineiston ryhmittelyn apuna käytin taustateoriana olevien ICF:n ja CMOP-E:n käsitteitä. Näin potilaiden kuvaamat osallistumisen kokemukset tiivistyivät kuuteen pääluokkaan , jotka ovat käsitys itsestä, toimintaan sitoutuminen, sosiaalinen ympäristö, fyysinen ympäristö, kulttuurinen ympäristö sekä institutionaalinen ympäristö.

TAULUKKO 3: Alaluokkien koostuminen pääluokiksi

Pelkistys	Alaluokka	Pääluokka
<p>Ortoosin käytön perusteet tiedossa.</p> <p>Osallistuminen haavan suihkuttamiseen. Potilas tietoinen haavahoidon päiväkohtaisesta suunnitelmasta.</p> <p>Potilas osaa ja ohjaa haavasidoksen tekemisen.</p> <p>Terapioiden alkaminen on tehnyt ajankulun mielekkäämmäksi.</p>	<p>Asiantuntijuus omaan hoitoon liittyen</p> <p>Omaan hoitoon osallistuminen. Suunnitelman tekoon osallistuminen.</p> <p>Asiantuntijuus ja vastuunotto hoitoon liittyen.</p> <p>Merkityksellinen toiminta.</p>	<p>Toimintaan sitoutuminen</p>
<p>Hoitajat tunnistavat päiväsalissa istuvan potilaan. Hoitajan hymy tuntuu hyvälle. Hoitajien tervehdys tuntuu mukavalle. Hoitajat kannustavat. Peseytymistilanteen turvallisuudesta varmistuminen. Yöaikaisesta turvallisuudesta varmistuminen. Omaisten ja ystävien vierailut ovat merkityksellisiä.</p>	<p>Subjektina oleminen</p> <p>Turvallisuus</p> <p>Omaisten ja ystävien tuki</p>	<p>Sosiaalinen ympäristö</p>

Pääluokkien alaluokkiin jaottelut on kokonaisuutenaan nähtävissä liitteessä 6.

6 Tulokset

Haastattelujen analysoinnin tuloksena osallistumisen kokemukset jakautuivat kuuteen pääluokkaan: Käsitys itsestä, sosiaalinen ympäristö, toimintaan sitoutuminen, fyysinen ympäristö, kulttuurinen ympäristö sekä institutionaalinen ympäristö. Pääluokat koostuvat aineistosta esiin tulleista alaluokista. Alaluokkien sisällön avaamiseksi, mutta myös potilaan äänen esiin saamiseksi olen liittännyt alaluokkien yhteyteen runsaasti autenttista haastattelumateriaalia. Materiaalin lukemisen helpottamiseksi olen lihavoanut tekstistä alaluokkien keskeiset teemat. Kunkin kappaleen loppuun olen koostanut taulukkoon potilaiden haastatteluissa esiin tulleet osallistumista edistävät sekä rajoittavat tekijät.

6.1 Käsitys itsestä

Tämä pääluokka kuvaa opinnäytetyöhön haastateltujen potilaiden luonnehdintoja itseensä liittyen.

Haastattelussa potilaat näkivät **autonomian** itsestänselvyytenä. Myös **tarve** ja **halu** tietää **itseensä liittyvistä asioista** tuli esille :

”Täytyyhän omasta hyvinvoinnista olla jollain lailla kiinnostunut”.

”Mä yleensä oon sillä tavalla utelias kaikesta mikä liittyy tietysti kaikkiin itseensä olemiseen, kyl ihmisen pitää luonnollisesti olla kiinnostunut”.

Potilaat myös **edellyttivät, että** heille **kerrotaan** itseensä liittyvistä asioista:

”Kyllä ja tota minustakin huomaa että mulle täytyykin kertoa kaikki asiat”.

Esille tuli tulevaisuuteen suuntautuva **optimismi**, positiivinen asennoituminen, jonka toteutumisessa ja vastoinkäymisten voittamisessa potilaalla on **aktiivinen rooli**:

”Kun sanotaan niin että ihmisen täytyy osata järjestää itselleen positiiviset olot, jos haluaa nähdä asiat niin, että näkee eteenpäin, mutta jos on joka asiasta että ei tästä tule mitään, ei tämä ole hyvä, niin ei tulekaan mitään.”

Aktiivinen rooli näkyi sairaalassa **haluna osallistua**:

”mä olen muuten hyvinvoiva, pystyisi osallistua enemmänkin”.

Potilaan autonomiaa on tukenut sairaalajaksolla **kokemus arvostuksesta ja kunnioituksesta** , joka näkyy hyvänä kohteluna:

”Mulle puhutaan ja ollaan kohteliaita johtuuko se sitten iästä, ja mä vastaan kyllä”.

Autonomia-käsite tarkoittaa ihmisen kykyä tehdä henkilökohtaisia ratkaisuja itseä koskevissa asioissa, ilmaista omaa tahtoaan sekä toimia päätöstensä mukaisesti (Järvikoski – Härkäpää 2011: 27.)

Kuntoutuksen ihmiskäsitys on holistinen. Tässä ihminen nähdään kokonaisvaltaisena, jolle hyvinvointi merkitsee tyytyväisyyttä ihmisenä olemiseen, ihmisyyden toteuttamista ja elämänlaatua (Järvikoski – Härkäpää 2011: 30-31.) Haastateltujen potilaiden luonnehdinnat itsestä itsestä olivat hyvin samansuuntaisia holistisen ihmiskäsityksen kanssa.

6.2 Sosiaalinen ympäristö

Sosiaalisen tuen antajina voi toimia ydinperhe (primaari), sukulaiset ja ystävät (sekundaari) tai julkiset palvelut, kuten terveyskeskussairaala (tertiääri). **Sosiaalinen tuki** edesauttaa osallistumista, kun ihminen nähdään subjektina ja omana persoonanaan, häntä kohdellaan yksilönä, hänen mielipiteitään kysytään ja kuunnellaan ja häneen luotetaan. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 151-153.)

Tunnistetuksi ja yksilönä, **subjektina**, huomatuksi tuleminen oli haastatelluille tärkeää ja merkityksellistä:

”Nyt ne jo ulkonäöstä tunnistaa minut, hoitajakin saatta tuoda lääkkeen, kun näkee minut siinä päiväsalissa, kyllä se aika hyvin pelaa. Kaikki tervehtii, se tuntuu niin mukavalle”.

Haastateltujen kuvauksissa tuli esiin **henkilökunnan** antama **sosiaalinen tuki** lämpimänä, empaattisena ja potilaan tilannetta ymmärtävänä lähestymistapana, jonka potilaat kokivat tukea antavana ja kannustavana:

”Kyllä minä sanon että kannustusta on tullut, ihan ihania iltahoitajia, on sanottu ihan lämpimiä sanoja, eikä taitse kuin vähän olkapäällä kättä käyttää, niin se tuo sellaisen läheisyyden tunteen, ihan hirveen hyvin ja on kannustaneet että kyllä se paranee, kyllä se paranee, siitä ei ole mitään pahaa mieltä”.

Hoitajat ovat **kannustaneet** tarpeen mukaan myös olemaan aloitteellinen ja **kysymään** asioista:

” Alkuu sanoivat, että jos tarvitset apua, niin pyydä”.

Toisaalta haastattelussa tuli esille, **ettei henkilökunta ole** aina **helppoa tavoittaa**:

”Kyllähän sitä voi hoitajaltakin kysyä , jos löytää sellaisen, joka on valmis neuvomaan, mutta eihän se aina niin yksinkertaista ole”.

Henkilökunnan antamaa sosiaalinen tuki näkyi myös arjen tilanteiden **turvallisuuden** kokemuksena:

”Silloin kun olin yksin huoneessa, yksin, kun ei toista ollut, niin minä kysyin, että käyttekö te minua illalla katsomassa, että turvallisesti uskallan nukkua, kun yksin olen, ne kävivät”. ”Hoitajat tekevät sellaisen tarkistuksen, että olen päässyt suihkusta pois”.

Sairaalaympäristön muuttavana tekijänä on ympärillä jatkuvasti vaihtuva ja muuntuva potilasyhteisö. Tutkimusajankohtana sairaalassa oli informanttiosasta nuorempien miespotilaiden enemmistö. **TV:n katselusta** oli aiheutunut **ristiriitoja** ja voimakkaitakin tunteita:

”Miehet määrää, mitä tv-ohjelmaa katsotaan, ne osaa käänellä kanavia, kun siel on filmejä, mitä miehet katsoo, ei ne edes kysy, mitä naiset haluaisi katsoa, mä olin niin vihainen, kun ei kukaan edes kysynyt”.

”Tv-ohjelmat, noh tähän yläsaliin ei kannata yrittää, miehet valtaa heti sen tv:n, siinä on semmoisia herroja, jotka tykkää katsoa omia ohjelmia, yksikin ilta oli sellainen, että oli hyvä ettei räiskitty kaikkea siinä, nehän oli niin vihasia”.

Haastateltujen naispotilaiden turvallisuuden tunnetta lisäsi kokemus henkilökunnan **oikeudenmukaisuudesta** liityen TV-ohjelmien valintaan:

”Hoitajat sanoo, että sunnuntai on naisten ilta, nyt ei kapuloita käännetä, nyt katsotaan tanssit, Tanssii tähtien kanssa, siinä ne miehetkin katso, lieneekö tykänneet vai mitä, hoitajat sano niille säännöt, ettei saa vaihtaa kanavaa”.

Vuorovaikutuksessa sekä henkilökunnan että muiden **potilaiden** kanssa tuli esiin potilaiden yksilölliset ominaisuudet ja peruspersoonallisuudet. Joku haastatelluista oli aktiivinen ja aloitteellinen:

”Mä juttelen kaikkien kanssa se on semmoinen krooninen vika, mä kuuntelen ensin vähän aikaa mimmosia juttuja puhutaan ja liityn sitten mukaan ”.

Toinen puolestaan oli hiljaisempi, enemmän taustalla oleva:

”Hyvin vähän tulee juttu muiden kanssa, on joku jonka kanssa tulee juteltua, ihan sellaista ohimennen, mä en sillai äkkiä tutustu, jos ei toinen ole aktiivisempi ja tulee kysymään, niin kyllä juttelen”.

Kukin haastatelluista oli asunut Tuusulassa jo työelämässään ollessaan. Kullakin haastatelluista oli tiivis **omais- ja ystäväväverkosto**. Haastatelluilla oli läheisten vierailuja lähes päivittäin. Vierailut olivat potilaille erittäin merkityksellisiä:

”Päiväsyönnin jälkeen mulla on monta kertaa käynyt ystäviä ja vieraita, oman talon väkeä, meillä on oikein hyvä ystäväporukka, joskus on ollut seitsemänkin vierasta ja omat lapset vielä päälle, se menee se iltapäivä monasti näin, se on kuitenkin sellainen piristys”.

Omaisetsaattoivat ottaa myös **aktiivisen roolin** potilaan hoitoon liittyvissä asioissa:

”Mun kotijoukko on aika aktiivinen, heil on nytkin paperilla kaikki se ohjelma mikä täältä on tulossa”.

Omaakohtainen sairaalakokemus oli saanut pohtimaan omia **asenteita** ja **ennakkoluuloja**:

”Mul oli pikkusen ennakkoluuloja tätä kohtaan.... oli pikkuisen semmoista jotain minun mielestä että, täällä oli joitain pientä huolimattomuutta, ettei vanhaa ihmistä otettu ihan tosissaan, mutta kyl mä nyt olen erilainen”.

Taulukkoon 4 on koottu haastatteluissa esiin tulleet sosiaalisen ympäristön osallistumista edistävät sekä osallistumista rajoittavat tekijät.

TAULUKKO 4: Sosiaalinen ympäristö, osallistumista edistävät sekä rajoittavat tekijät

Edistää	Rajoittaa
Subjektuuden kokemus	Henkilökunnan vaikea saatavuus
Lämpimät sanat, empatia	Arkuus vuorovaikutukseen
Fyysinen kosketus	Ristiriidat tv-ohjelmien suhteen
Sanallinen kannustus	Omat ennakoasenteet
Turvallisuus	
Aloitteellisuus vuorovaikutuksessa	
Oikeudenmukaisuus	
Omaisten ja ystävien tuki	
Omaisten osallistuminen hoitoon	

6.3 Toimintaan sitoutuminen

Toimintaan sitoutuminen nähdään ihmisen perustarpeena, joka syntyy yksilölle merkityksellisestä toimintaan osallistumisesta . (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 207-210).

Potilailla oli kokemuksia hoidon **suunnitteluun osallistumisesta ja aikataulujen tekemisestä:**

”Joo kyl täst just ku puhuttiin, et nyt keskiviikona tehdään näin ja ja maanantaina katsotaan ekan kerran tää haava, kaikki kävi just niin kuin suunniteltiin ei siinä mitään....”.

Tehtyjen suunnitelmien **toteutumisen ongelmana** esiin tuli kuitenkin sovittujen aikataulujen pettäminen:

”... ei siinä mitään, mutta aikataulut vaan ihan siitä syystä ilmeisesti työtä on paljon, kaikki ei käy sil taval ku suunnitellaan”.

Potilaan kanssa ei tehty uutta aikataulusuunnitelmaa. Aikaa meni **odotteluun**, mikä osaltaan muutti potilaan henkilökohtaisia toiveita, tottumuksia ja suunnitelmia peseytymisen, pukeutumisen, lehdenlukemisen ja ruokailun suhteen.

”Nyt minä en ole käynyt suihkussa viel lainakaan, mä olen muuten vaan pessyt mitä on tarvinnut, kun olis tänää, piti olla se mahdollisuus, mutta kun se meni vähän pipariksi”. ”Yleensä mä syön siinä päiväsalissa, mut tänään nyt otin huoneeseen, kun mä odotin sitä siteen purkamista”.

Hoitotoimenpiteiden ja terapioiden **aikatauluihin** potilas **ei pysty vaikuttamaan**.

” Ei ole mittään sovittua aikaa, heillä on ne omat hommat tehtävänä, että tulevat sitten sanomaa, että nyt voit mennä suihkuun” .

”Aamun aikana on ollut terapiota moneen otteeseen, ei niistä ole etukäteen sovittu”.

Suunnitelmien puuttumisesta johtuen terapian tai hoitotoimenpiteen kanssa saattaa olla **päällekkäisyyttä** asiakkaalle muun tärkeän asian, esimerkiksi ystävän vierailun kanssa.

”Vierastunti sitten alkoi ja sukulaisia tuli Hämeenlinnasta käymään, piti sanoa fysioterapeutille, että mulle tulee vieraita, mutta fysioterapeutti kysyi sukulaisilta lupaa käydä porrasharjoittelussa”.

Potilaat olivat hyvin **ymmärtäväisiä** aikataulujen venymisen ja muuttuneiden suunnitelmien suhteen:

”Ei aikataulut voi pitää paikkaansa aina, puhe oli aamusta mut se meni iltpäivään, mutta en mä siitä mitenkään, mä ymmärrän sen asian hyvin, koska mä olen ollut kaikenlaisessa työelämässä niin kauan”.

”Mut luultavasti koko suihku venyy lauantaihin. Minä pärjään tällä, koska mun liikkuminen on kuitenkin sen verran vähäistä ja energian käyttö, ettei hikoilua ole, eikä kuumetta ole, niin eikä mitään, mistä tulis hiki”.

Terveys voidaan nähdä voimavarana ja sopeutumiskykynä erilaisiin elämäntilanteiden muutoksiin. Tällöin terveys nähdään joustamisena ja mahdollisuutena vastata erilaisiin elämäntilanteiden myötä tuleviin muutoksiin. Muutoksiin sopeutuminen riippuu yksilön voimavaroista (Järvikoski – Härkäpää 2011: 73.) Toisaalta ihmisen avuttomuuden kokemusta lisää se, kun hän kokee, ettei hän itse voi vaikuttaa omaan toimintaansa ja tilanteeseensa (Järvikoski – Härkäpää 2011: 133.)

Kuntoutuminen voidaan nähdä oppimisprosessina, jossa terveydenhuollon asiantuntijoiden roolina on tukea potilaan toimintakompetenssia tietoa ja vaihtoehtoja tarjoamalla. Näiden keinojen katsotaan lisäävän potilaan hallinnan tunnetta, mikä edesauttaa uusien toimintatapojen omaksumista tavoitteiden asetteluun ja omien elämäntilanteiden toteuttamiseen (Pitkälä – Savikko – Routasalo 2005: 43, Järvikoski – Härkäpää 2011: 141-146, Kallaranta – Rissanen – Vilkkumaa 2001: 36, 445).

Yksi haastatelluista oli erikoissairaanhoidossa otettu mukaan haavahoitosidoksen toteutukseen. Tämä hoitoon konkreettisesti mukaan ottaminen, oman hoidon **asiantuntijarooliin tukeminen** oli asiakkaalle merkityksellistä ja tuli puheissa usein esiin:

”Mutta nytkin äsken hoitajat teki tota pakettia, he ensimmäistä kertaa tekivät sitä, mä olin kattonut sitä ja mulle sanottiin XX- sairaalassa, että katso nyt tarkkaan kuinka ne tekee, koska seuraavaksi joudut luultavasti neuvomaan, ja minä katsoin ja olen joka kerta katsonut kun käärettä on tehty, mä sitten täällä sanoin ja ne oli ihmeissään kun potilas tietää kaiken”.

Toisaalta haastatteluissa tuli esille **asiantuntijakeskeinen toimintatapa**, jossa potilas oli itseensä ja elämäänsä liittyvissä asioissa ulkopuolisena, hoidon kohteena:

”Tänään ne siinä suunnittelivat ja aikaisemminkin , kuulin kun ne siinä keskustelivat ja siitä että pitäisi se haavahoitajan käydä katsomassa, lääkärikin sanoi, että voisi pyytää ja se tulikin käymään. Kyllä mä siinä aina kuulolla olen ollut niitten kanssa, kyllä se on lähinnä lääkäri ja hoitaja

keskustelevat ja jos jotain on, niin minä sitten kysyn, tuntuis että mieltä vähän kiinostais kuulla, että mitä siinä on”.

Potilaan jatkokuntoutukseen liittyvät suunnitelmat kerrottiin potilaalle, **mielipidettä tai tahtoa ei kysytty**:

”Sitten tuli lääkäri, hän tuli yks kerta puhumaan, että kyllä me nyt ollaan mietitty sitä Kiljavalle siirtoa, että nyt asia on johtavalla lääkäriellä päätettävänä. Ei hän sitten sen enempää, kuin sanoi, että se on nyt vetämässä se asia”.

Haastattelussa tuli esille **tiedon tarvetta** ja toivetta saada asiantuntijan näkemystä hoidon edistymisestä:

”Nyt viime aikona minä olen koittanut kysyä, että onko siinä [haavassa] tapahtunut mitään, vaan eivät ole oikein osaneet sanoa kyllä mitään”

Haastattelu toi myös esille **epätietoisuutta** sairaalaan tulon syynä olleiden tapahtumien jatkohoidosta ja kuntoutuksesta, eli siitä, mihin arjen toimiin on lupa ryhtyä:

”En ole oikein mitään uskaltanut mitään yrittää, mitä nyt vähän olen tuolia siirtänyt ja miettinyt että kun ei vaan mitää vauriota tulisi tuonne, hyvin varovasti olen kyllä siirrellyt näitä tuoleja”.

Potilaiden **vuorovaikutustaidot** vaihtelevat. Toiselle puheen tasolla tilan ottaminen on luontevaa, toinen tarvitsee siihen tukea ja kannustusta. Potilaalle **tarpeellisen tiedon saaminen** saattaa askarruttaa vuorovaikutustaidoilta arempaa potilasta:

”Mä en ole oikein selvillä, että ollaanko siellä [Kiljavalla] omissa vaatteissa, mutta onko siellä sairaalan puolesta vaatteet? Pitääkö olla omat vaatteet? Sitä mä en vielä tiedä, keneltä mä sitä vielä varmistaisin”.

Halukkuutta **oman voinnin testaamiseen** ja itselle mieluiseseen toimintaan osallistumiseen tuli esille:

”Sitä minä tuossa just ihan aattelin ,että nythän se ei olisi enää pahaksi [neulominen], ennen se oli neulomisasento paha, jos on sydänoireita, jos ne nyt on pois”

Potilaat ovat **aktiivisia** itsenäiseen harjoitteluun annettujen tehtävien osalta. He myös **sitoutuvat** ammattilaisen antamiin ohjeisiin, vaikka eivät ymmärtäisi niiden funktiota:

”Omaehtoista harjoittelua on paljon, yllättävänkin paljon ja olenkin niitä tehnytkin, ei ne tyhjän panttina ole”. ”Pulloon puhallus, itse olen sen hoitanut, se tuntuu vähän turhaselta, mutta kai se hyvää tekee”.

Toisaalta **hoitomenetelmistä johtuen** omaehtoinen **osallistuminen estyy** tai on työlästä:

”Olen mä joskus pukenut, vaan kyllä ne sukat ja housut auttavat, vetävät housut ylös, sukat on ollut hankalat kun pitää kumartua, ja rasvanneetkin ovat jalat, nämä siteet jaloissa kiristävät ja tekee sukan vedon hankalaksi”

Omaehtoisina mielekkäinä toimina potilaat mainitsivat ristikoiden tekemisen, päivä- ja viikkolehtien lukemisen.

Potilaiden haastattelussa tuli esiin **ajankulun hitaus**, ajan pitkäksi tuleminen. **Terapiat** koettiin kuntoutuksellisesti **tarpeellisina**, mutta myös **mielekkäänä** ajankuluna:

”Mulla on aika monenlaista ohjelmaa ollut. Nyt kun on ollut enemmän [terapiota], kuin mitä silloin alkuun oli, niin mulla menee päiväni oikein nopeasti, ei enää tunnu aika pitkälle”. ”Tämä vaihtelu tekee hyvää, mikään päivä ei ole samanlainen, monenlaista on mahtunut”. ”Tahtoo se ilta olla sellainen, suoraan sanottuna vähän pelottavaa, pitkä yö taas”.

Television katselu ja tiettyjen ohjelmien tai sarjojen seuraaminen oli osana jokaisen haastatellun elämää. Sairaalassa TV:n katseluun liittyi omaan **vaikuttamiseen** liittyviä esteitä:

”En täällä sairaalassa ole katsonut [TV:tä], ne on nuo kaukoasiat vähän itse kunkin hallussa, siellä on muutamia jotka istuu kaiket illat, noita miehiä, ne on vähän omia ohjelmia keksineet, kyllä ne ovat ihan suostuneet, jos on sanonut, että katsottaisiinko tuota, ei ne oo kovin kovasti laittaneet hanttiin”.

”Kukaan miehistä ei kysynyt, automaattisesti kääntivät kakkoselle, aikani kattelin, eikö mitään tapahdu, yksi toinen nainen oli siinä mun kanssani, ei kukaan sanonut mitään, mä kiukuissani lähdin siitä huoneeseeni, sen olisin niin mielelläni halunut katsoa, kotona olisin sen katsonut, se oli mulle pettymys kun en sitä nähnyt”.

Tehdyissä haastatteluissa potilaat pääsivät parhaiten **vaikuttamaan** ruokaan liittyvissä valinnoissa.

”Ruuanjakajat ovat aina kysyneet, että otatko vielä jotain muuta, tosi hyvin, jos on kysynyt ja ovat sanoneen, että jos on puutetta, niin kysy”.

”Aina kysytään mitä syön”. ”Mä oon saanut valikoida syömiset sil tavalla, ja mä olen ihan tyytyväinen”.

Kuntoutuja, kuin myös sairauden vuoksi hoidon piirissä oleva ihminen usein tutkii toimintakykynsä, elämänsä ja tulevaisuutensa perusteita ja tavoitteita paremmin, kuin ehkä missään muussa elämänsä vaiheessa. Hän voi hoito- ja kuntoutusprosessin aikana reflektoida omaa tilannettaan ja suhdetta ympäristön mahdollisuuksiin sekä tehdä päätöksiä omissa asioissa ja seurata päätöksen tuloksia (Pitkälä – Savikko – Routasalo 2005: 43, Järvikoski – Härkäpää 2011: 141-146, Kallaranta – Rissanen – Vilkkumaa 2001: 36, 445).

”Olen hiljalleen tottunut sellaiseen rauhallisempaan toimintaa, mulla on ollut tapan olla pikkuisen kiireinen, nyt totuttelen, että malta nyt malta nyt, se kotonakin se on tärkeää, ettei rupea touhuamaan liikaa, että jos sitä kotonakin tekisi maltillisesti ja pärjäsi, sitä olen yrittänyt itselleni vakuutella”.

Taulukkoon 5 on koottu haastatteluissa esiin tulleet toimintaan sitoutumisen osallistumista edistävät sekä rajoittavat tekijät.

TAULUKKO 5: Toimintaan sitoutuminen, osallistumista edistävät sekä rajoittavat tekijät

Edistää	Rajoittaa
hoitoon mukkaan ottaminen	suunnitellut aikataulu pettävät
oman asiantuntijuuden tukeminen	uutta aikataulusuunnitelmaa ei tehdä
ruokaan liittyvät valinnat	potilas odottaa
hoidon suunnittelussa mukana	hoitotoimenpiteiden ja terapioiden aikatauluista ei ole sovittu, vaikeuttaa henkilökohtaisten suunnitelmien tekoa / toteutusta
sairauteen liittyvän tiedon lisääminen	sairauteen liittyvän tiedon puute
oma aktiivisuus	asiantuntijakeskeinen toimintatapa
halu testata voimavaroja	tiedon puute
sitoutuminen annettuihin ohjeisiin / tehtäviin	mielipidettä ei kysytä
oman toimintakyvyn reflektointi	tv-kanavan valintaan ei voi vaikuttaa
	arkuus lähestyä henkilökuntaa

6.4 Fyysinen ympäristö

ICF:n mukaan fyysiseen ympäristö –käsite sisältää luonnomukaisen ja rakennetun ympäristön lisäksi erilaiset tuotteet ja teknologiat, kuten apuvälineet (ICF 2007: 169)

Kullakin informantilla oli vain vähän sairaalakokemusta entuudestaan. Ennen terveyskeskussairaalaan tuloa kukin haastateltu oli ollut erikoissairaanhoidon sairaalassa. Potilaat kokivat terveyskeskussairaalan erikoissairaanhoidon yksiköitä **kotoisampana**:

”XX-sairaala oli aivan eri paikka, kyllä mä täällä tunnen olevani kuin kotona, joka sairaalassa on oma ilmapiiri”.

Fyysiseen ympäristöön liittyen vahvimmin esille nousi sairaalaan **wc-pesutilat**, etenkin kahden huoneen välillä olevat wc-pesutilat puhututtivat. Wc-tilan **käyttömahdollisuus** oman tarpeen mukaan **ei ole selkeää**. Haastatellut olivat tarkkailleet ja havainnoineet toisen huoneen käyttäjiä ja toimintatapoja, johon sopeuttivat oman wc-tilan käytön.

”Sieltä toiselta puolelta käy pyörätuolilla hän, pitää siinä vähän arvailla vuoroja, kun siellä käydään, hän tarvitsee avustajan koko ajan. Me on nähty, kun hän siellä on, niin olen antanut vapaasti hänen käyttää, niin kiirettä hätää ei ole ollut, olen voinut olla ihan itse rauhassa pesuilla.”

Kahden huoneen välillä oleva wc-tila nosti esiin myös oman **intimiyden suojaamiseen** liittyviä seikkoja. Haastatelluille ei ollut aivan luontevaa toimia samoissa wc- ja pesutiloissa vieraiden eri sukupuolen edustajien kesken.

”Toisen huoneen oven pystyy lukitsemaan, jonkin verran rajoittaa sinne menemistä, jännittää, ettei joku sinne nyt tule, pikkuisen kiusallinen on se, että toisessa huoneessa on miehiä”.

Se, että wc-tila on omassa huoneessa nähtiin tärkeänä asiana:

”On hyvä että wc on huoneessa näin vanhalle”. ”On se hyvä että [wc] on huoneessa eikä käytävällä”.

Neljän hengen huoneessa wc-pesutilojen käyttöjärjestyksessä ei tullut esiin epäselvyyksiä. Käyttövuoroista oli sovittu joko suusanallisesti tai huonekaverin toimintaa seuraamalla ja havinnoimalla.

Wc- ja pesutilojen käyttöön liittyen haastatellut kokivat **tilojen olevan toimivat, pesuaineita on paljon** ja ne on helposti **saatavilla**.

Bide-suihkun omatoiminen **käyttö** nähtiin haastavana ja **hankalana**, sekä motorisia- että hahmottamisen taitoja edellyttävänä:

”Bidesuihku on kyllä pikkuisen hankala, kun ne [suihku ja hana] ovat siellä kaukana, eivät ole tässä [wc-istuimen] vieressä, se on minusta vähän hankala, pitää nousta ylös ja yrittää yltää sinne suihkuun ja sitten taas istua.”

Apuväline on yksi keino edistää ihmisen omatoimisuutta ja fyysistä osallistumista. Apuvälineet on huomattu merkityksellisiksi myös sairaalan arjessa. Muun muassa uusien sairaalasänkyjen hankintakriteereinä oli, että niihin voidaan kiinnittää tarvittavat vuoteessa- ja vuoteeseen siirtymistä sekä vuoteesta ylösnousemista helpottavat apuvälineet. Apuvälineiden käytön vakiintumista osaksi hoitotyötä kuvaa seuraava potilaan kokemus:

”Kysyin siltä hoitajalta että onko teillä täällä sellaista [elämänlanka] se sanoi, että onhan niitä, mutta hänellä olisi parempi, että kävisikö se nousutuki. Voi miten ihana! Kyllä minä kiitin häntä sitten seuraavan kerran, kyllä hyvän idean annoit mulle, siitä on mulle ollut apua.”

Yhteistä päiväsalitilaa käytetään paljon ruokasalina. Päiväsalia kuvataan kuitenkin **meluisana ja levottomana**.

”Iltapäiväruuan olen syönyt aina huoneessa, siellä [päiväsalissa] on se sellainen vähän liian suuri hälinä ja hulina, vähän levoton jollain lailla, on vähä niinku kotosempi, kun on oma rauha”.

Potilashuoneen yhteisen **pöydän käyttöä** ja käytön suunnittelua saattoi **rajoittaa** pöydällä olevat **hoitotarvikkeet**.

”Pöydän ääressähän minä olen syönyt, mutta nyt siihen tuli viikonloppuna niin paljon tavaraa, mistähän lie tullut, ettei siihen mahdu syömään, ei tarjotin mahdu millään, vaan siinä olen nyt sitten syönyt sängyn vierellä”.

Ruokaan liittyvinä kommentteina potilaat kokivat, että ruoka on jäähtynyttä:

”Joskus on niin, kun huoneita on paljon, että ruoka ehtii jäähtyä. Kun ruoka on kuumaa, niin se on kyllä parhaimmillaan, se on se negatiivinen puoli, että ruoka ei aina ole kuumaa, en tiedä, missä vaiheessa ruoka ehtii jäähtyä, se on negatiivinen, vaikka kaikki ei toki tykkää kuumasta ruuasta”.

Myös kahviin ja leivänpäällisiin oli potilailla mielipiteitä:

”Kahvia on pikkuisen, sellainen hörppy”. ”Päiväkahvia ei ole, ruualla on pieni tilkka, se on sellaista vanhan makuista, ei ole sellaista tuoretta, ei kyllä houkuta, usein jää siihen mukiin. Eroa on kahvilla ja kahvilla, mutta

eihän sitä aina kaikkea voi vaatia". "Harvoin on juustoa, usein on makkarasiivu". "Se on oikein hyvä aamupala, leipä on valmiiksi tehty, harvoin on leivän päällä leikkeleitä".

Päivälehtien lukeminen kuului haastateltujen normaaliarkeen ja rutiineihin. Sairaalaan tulee sekä valtakunnallinen- että paikallinen päivälehti. Lehdet on löydettävissä sairaalan päiväsalista. Lehteä käytiin lukemassa päiväsalissa.

"Aamupalan jälkeen menen sinne saliin, silloin sieltä tavoittaa sen lehden sen jälkeen se saatta olla, että joku on vienyt omaan huoneeseen".

TV: katselu oli osa haastateltujen arkea. Sairaalassa on yhteisissä tiloissa yksi televisio kummassakin solussa. TV-ohjelmien valitsemisesta ja katselemisesta syntyi potilaiden kesken eripuraa. Sairaalaympäristössä liikkumisen ja **ympäristöön tutustuminen mahdollisti** toisen solun TV:n käytön itselle tärkeän ohjelman näkemiseksi.

"Vaan minä käyn sen toisen osaston telkkarihuoneessa, siellä saa rauhassa katsoa [TV:tä] ... siellä monta kertaa ei ole kuin yks tai kaks ja heille tuntuu olevan yksi ja sama mitä katsotaan".

Liikkuminen oman yleiskunnon kohentajana oli kullekin haastatellulle merkityksellistä, päivittäisessä ohjelmassa olevaa tekemistä. Haastatellut kuvasivat **lenkkeilevänsä käytävillä** päivittäin. **Ulkoilumahdollisuuden toive** tuotiin esille.

" Jos on halu että kunto kohenisi, että jos pikku lenkin tekisin tai mitä pientä täällä nyt näissä olosuhteissa pystyy tekemään, hapenotosta puhumattakaan, sitä ollaan täällä neljän seinän sisällä".

Ympäristön yölliset **äännet** saattoivat **häiritä**. Jos häiriötekijät olivat säännöllisiä, päätyivät potilaat riittävän yönunen varmistamiseksi ottamaan unilääkettä:

Taulukossa 6 on nähtävillä koottu haastatteluissa esiin tulleet fyysisen ympäristön osallistumista edistävät sekä rajoittavat tekijät.

TAULUKKO 6: Fyysinen ympäristö, osallistumista edistävät sekä rajoittavat tekijät

Edistää	Rajoittaa
Kotoisuus	Kahden huoneen välisen wc-tilan käyttövuorojen epäselvyys
4h-huoneen wc-tilan käyttövuorot selkeät	Huoli intymiteettisuojusta
Pesuaineissa hyvä valikoima	Bide-suihkun käyttö vaikeaa
Tarvikkeet saatavilla	Päiväsali ruokailuun levoton ja meluisa
Apuväline	Hoitotarvikkeet estävät ruokailun pöydän ääressä
Omassa huoneessa ruokailu rauhallista	Ruoka on jäähtynyttä
Aamupala on hyvä	Kahvi pahaa, sitä on vähän, päiväkahvia ei tarjoilla
Käytävillä voi lenkkeillä	Ei ulkoilumahdollisuutta
Ympäristöön tutustuminen, toisen solun TV:n käyttö	Ympäristön äänet häiritsevät yöunta
	Riittämättömästi TV-laitteita

6.5 Kulttuurinen ympäristö

Kulttuurinen ympäristö koostuu sekä yksilön omista että ympäröivän yhteisön tavoista, tottumuksista, arvoista, asenteista, säännöistä, käytännöistä, uskomuksista, tiedosta ja moraalista. (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 214-215.)

Haastatellut toivat esille **ymmärryksen kotiympäristön ja laitospäristön eroavaisuuksista:**

”Et ei ihan kodin veroista ympäristöä tästä saa, sehän on selvää, ettei se voi olla samanlainen kuin koti, et täs täytyy itsensä asennoitua siihen, että tää on laitos, minkä täytyy pyöriä omien sääntöjen mukaan”.

Haastatteluun osallistuneilla informanteilla oli kullakin varsin **vähän** omakohtaisia **sairaalakokemuksia**. Sairaalan tulovaiheessa sairaalan käytäntöihin perehdyttämisessä tuli potilaiden haastatteluissa esiin **erilaisia**

perehdytyskokemuksia: Yhdelle haastatelluista oli kerrottu osaston peruseriaatteet ja aikataulut:

”Siin vaiheessa, kun tuota niin siinä olin siinä petin reunalla, niin kerrottiin periaateasioita, aikatauluihin liittyvää ja tämmöstä, mikä nyt luultavasti sairaalassa onkin ensiarvoinen tehtävä, kun tulee outoon paikkaan”.

Potilaalla oli kuitenkin kokemus, että uudessa tilanteessa **suusanallisesti kerrottu ei tahdo painua mieleen:**

”Kyllä henkilökunta on sillä tavalla kertonut kaikki tällaiset ohjelmat, mitä on tulossa ja kaikki ei heti aina tartu kerralla muistiin, et olikos se näin vai olisko se noin”.

Toisaalta esille tuli kokemusta siitä, että sairaalan **käytäntöihin ei oltu perehdytetty:**

”Talon tavat on aivan uusia, niistä ei kukaan antanut mitään tietoa, mutta kun ei tiedä elämää sairaallan sisällä, kyllä ne ajan kanssa sitten on selvinnyt kun on katsellut, että mitä ne toiset tekee”.

Perusluonteeltaan asiansa hoitava, jämpä potilas **haki syytä tiedonpuutteeseen itsestään**, sairaalan vieraan ympäristön sijaan potilas näki syynä oman aloitteellisuuden ja kiinnostuksen puutteen:

”Mutta onhan siinä omaakin syytä, että kyllähän sitä joku selittäisi, jos kysyisi...minun pitäisi olla aktiivisempi ja ottaa selvää, miksi tehdään näin tai miksi tehdään näin, mä en ole tarpeeksi kiinnostunut, jostain syystä on vaikea kysyä, en ole kauhean utelias, ehkä se on luonne kysymys, olisi jotain ollut, mitä olisi voinut kysyä, mutta en ole tullut kysyneeksi”.

Sairaalan käytäntöihin potilas on tutustunut **toisten toimimista seuraamalla:**

”Sitä katselee ja seuraa, että mistä sitä saa vettä, pitää vähän seurailta, että mistä sitä saa juomavettä, kun ei tuosta kraanasta sitä viitsi ottaa, silmäillä ja seurailta, kyllä ne pari ensimmäistä päivää menee, että sitä pyörii ja katsoo, että mitähän sitä tässä tekisi seuraavaksi” .

Tulotilanteen epäselvyys on saanut potilaan miettimään mahdollisuutta **neuvontapisteeseen**:

”Onko missään sairaalassa mitään neuvotaa, mistä voisi tietoa saada, kun astun uuteen paikkaan, menen, enkä yhtään tiedä, niin olisi neuvonta, että mistä mitään löytyy, olis joku joka antais vinkkejä, ettei olisi alku sellaista hakemista”

Ihmisen käyttäytymisen peruspiirteinä voidaan pitää hallinnan tunnetta, joka liittyy tarpeeseen ja haluun kuulua omaan ympäristöönsä ja vaikuttaa sen toimintaan. Hallinnan tunteen saavuttamisen edistämiseksi potilas tarvitsee sosiaalista tukea antamaan arvoa, kannustusta ja merkitystä sille, miten eri tilanteissa toimitaan (Koukkari 2010: 33.)

Sairaalamaailman kokeminen ja näkeminen sisältä käsin oli yllättävä, **järkyttäväkin** kokemus haastatellulle:

”On tää kyllä aika sokki ollut, kun sanotaan suoraan, en ole ennen koskaa ollut tällaisissa laitospuolen asioissa...niin se ilmapiiri, kun toinen huutaa, pyytää apua ja kun ei uskalla eikä pysty mennä, eikä toisten sairaiden ole tarve mennä auttamaan, kun ei tiedä mitä siinä tapahtuu, se kaikki, se ympäristötekijäkin tekee sen, kun on huonokuntoisia ihmisiä, vaikka tietää, että sairaita on, niin eihän sitä voi kukaan kuvitella, ennenkuin näkee henkilökohtaisesti kaikki ympärillä, se oli mulle ihan hirveän uutta ja outoa”

Arjen toimien osalta potilaat kuvasivat **lepäävänsä** sairaalassa **enemmän** kuin kotiloissa. Tämä toki selittyy osin myös sairaalaan tulon syyllä:

”Tääl tulee pikkusen enemmän tullut oltua makuulla tottakai kuin kotosalla”. ”Täällä olen totuttanut itseni päiväunille, en ole aikaisemmin kotiloissa juurikaan päivällä nukkunut, mutta olen nyt silläkin täällä herkutellut”.

Lääkkeiden jaon toteutumista potilas vertaa sairaalan ja kodin välillä seuraavasti:

”Lääkkeet tuodaan täällä, kotona tytär hakee apteekista, hän se laittaa niitä dosettiin, siinä on viikon lääkkeet aina kerralla, otan ne siitä sitten”.

Omatoiminen peseytyvä ja pukeutuva potilas tarvitsi hoitajaa **puhtaiden vaatteiden ja pyyhkeen saamiseksi** käyttönsä.

”Kun [hoitajat] huomaavat että olen menossa suihkuun taikka tulossa, niin kyllä ne tuo mulle vaatteet, mutta pyydän, jos eivät huomioi. Pieni käsipyyhe korkeintaa on, jolla voi kasvoja kuivatella, isoa pyyhettä ei ole, kyllä ne tuo, en mä sitä sano, ei tarvitse olla ilman”. ”Hoitajat tuovat puhtaat vaatteet ja pyyhkeet, niitä ei ole kaapissa”. ”Joskus tietenki, jos sattuis hätä, mulla ei onneksi ole pidätysongelmaa, niin voisi kaapissa olla vaatteita”.

Arjen toimiin osallistumisen perustelu lähti kuntoutuksellisten perustelujen sijaan **henkilökunnan auttamisesta**:

”Mutta kyllä sitä päivänä mittaan jotain pitää tehdän, ettei ole sänky petaamatta, petaan täälläkin, tuntuu työillä olevan niin paljon hommaa”.

Ruokailupaikasta haastatellut kuvaavat, että siitä **ei** ole mitään **sovittu**, potilas voi valita, syökö päiväsalissa tai huoneessaan.

Terapioiden toteutumiseksi potilaisiin on oltu aloitteellisesti yhteydessä.

Kulttuurisen ympäristön osallistumista edistävät sekä rajoittavat tekijät on koottu taulukoon 7.

TAULUKKO 7: Kulttuurinen ympäristö, osallistumista edistävät sekä rajoittavat tekijät

Edistää	Rajoittaa
Oma asenne ”laitos ei ole koti”	Perehdytyskäytäntöjen vakiintumattomuus
Havannointikyky	Suusanallisten ohjeiden unohtaminen

Lepääminen	Kokemattomuus sairaalaympäristöstä
Ruokapaikan saa valita	Vieraassa ympäristössä oma rooli hakusessa, vaikeuttaa omaa osallistumista
Henkilökunta on ollut aloitteellinen terapioiden aloittamiseksi	Epätietoisuus käytännöistä
	Avuttomuuden kokemus
	Shokkikokemus
	Itsenäinen lääkkeen otto (vastuunotto)
	Omatoiminen vaatteiden vaihto
	Aloitteellinen peseytyminen

6.6 Institutionaalinen ympäristö

Institutionaalinen ympäristö kuvaa sairaalan toimintaan ja potilaan hoitoon vaikuttavia lainsäädännöllisiä, taloudellisia ja poliittisia reunaehtoja.

Kaikki haastatellut kuvasivat, että **henkilökunnalla on paljon töitä**. Potilaat eivät kuvanneet henkilökuntaa kiireiseksi, vaan täystyöllistetyksi:

”Täällä on hoitajilla hirveen paljon työtä, kädet täynnä työtä, eivät ole jouten päiten”. ”Tuntuu työillä olevan niin paljon hommaa”.

”Täällä on hoitajilla hirveen paljon työtä”.

Potilaalle tuli positiivisena **yllätyksenä** se, mistä **hoito ja kuntoutus** terveyskeskussairaalassa koostuu:

”Ei yhtään ole ollut tiedossa, että tällaisia terapioiden on saatavilla. Luulin, että minun olisi pitänyt itse järjestää, nämä kaikki on mulle uusia”.

Esille tuli kuitenkin **toivetta** voida olla nykyistä **aktiivisemmän kuntoutuksen** piirissä:

”Ei täällä kovin paljoa ole terapiatoimintaa, sitä voisi olla enemmänkin, mitä tässä kahden viikon aikana on ollut, että voiko niitä lisätä [terapiatoiminta], älkää missään tapauksessa vähentäkö, ei missään tapauksessa ole liikaa”.

Myös **ohjattu harjoittelu** nähtiin tavoitteiden saavuttamisen näkökulmasta tarpeellisena:

”Ohjaus on kyllä tarpeen, että jos se näytetään ohimennen, niin sitten se unohtuu ja harjoittelu lopahtaa siihen, tulokset voi jäädä olemattomaksi”.

Puheterapiakuntoutuksen puuttuminen askarrutti potilasta:

”Että jos siitä olisi voinut jatkaa [puheterapiaa] yhtäjaksoisesti, niin olisi ollut hyvä, kun tähän tuli se parin viikon tauko, mut se oli sellaista alkeellista, lauseita oli, joita täydensin, silloin en tiennyt, minkä kirjaimen laitoin, alku näytti niin mukavalta, että olisi se siitä voinut kohentua, jos olisi voinut jatkaa, mutta tässä nyt ei mahda mitään tälle tilanteelle, silloin sanottin että olisi ostettu, mutta puheterapeutteja ei ole saatavilla. Tännehän sen täytyy tulla”.

Taulukkoon 8 on koottu haastatteluissa esiin tullee institutionaalisen ympäristön osallistumista edistävät sekä rajoittavat tekijät.

TAULUKKO 8: Institutionaalinen ympäristö, osallistumista edistävät sekä rajoittavat tekijät

Edistää	Rajoittaa
Terapioiden riittävyyden takaaminen	Henkilökunnan resurssointi
Terapioita tarjottiin potilaalle	Ohjattu harjoittelu omaehtoista harjoittelua tehokkaampaa
	Puheterapian puute

7 Yhteenveto

Opinnäytetyöni tarkoituksena on ollut saada asiakaslähtöistä tietoa potilaiden kokemuksista liittyen hänen omaan arkeensa ja itseään koskevaan päätöksentekoon osallistumisesta sairaalaympäristössä. Tähän lukuun olen koonnut tutkimustuloksista esille tulleet keskeiset osallistumista edistävät käytännöt sekä kehittämistarpeet.

Potilaiden kokemuksista sairaalassa saamastaan sosiaalisesta tuesta piirtyy kuva **hyvät kohtaamis- ja vuorovaikutustaidot omaavasta henkilökunnasta**, jolla on tilanteen mukaista tunneälyä rohkaista, kannustaa ja lohduttaa potilasta.

Toisaalta hoitotoimenpiteisiin liittyen esille tuli potilaiden kokemusta siitä, että **asiantuntijat puhuivat** potilaaseen liittyvistä asioista keskenään, **potilasta kohtaamatta**, hänelle asiasta kertomatta tai hänen mielipidettään kysymättä. Tällainen kokemus on vastakkainen ICF:n osallistumisen ”olla osallisena omaan elämään liittyvissä asioissa” - määritelmän kanssa (ICF 2007: 14-15, 123.) Kokemus toimenpiteiden, ohjeiden ja määräysten kohteena olemisesta lisää riippuvuutta ja heikentää tunnetta omista vaikutusmahdollisuuksista (Järvikoski – Härkäpää 2011: 151-153.)

Potilaiden antaman palautteen perusteella tulotilanteen **perehdytyskäytännöt eivät ole vakiintuneet**. Potilaat ovat perehtyneet arjen käytäntöihin muun muassa toisten potilaiden toimintaa seuraamalla. Henkilökuntaan yhteydenottamista on rajoittanut potilaiden kokemus henkilökunnan työn paljoudesta. Sairaalakäytäntöihin tottumaton potilas myös odottaa henkilökunnalta aktiivista vastaantuloa ja kohtaamista, ikään kuin vieras kylään mennessään.

Työntekijän perehdyttämiseksi on tehty monenlaisia ohjeistuksia. Työterveyskeskuksen (Työturva 2009) oppaassa perehdyttämisellä tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, joiden avulla uusi työntekijä oppii tuntemaan työpaikkansa, sen tavat, ihmiset ja työnsä, sekä siihen liittyvät odotukset. Tätä samaa ohjeistusta voisi soveltaa myös potilaan terveyskeskusairaalaan tulovaiheessa perehdyttämiseen. Sairaalan aktivoivan työotteen kehittämistyöryhmässä on ollut suunnitteilla **potilasoppaan** ja **huoneentaulujen** tekeminen. Tutkimuksessa esiin tulleet potilaiden perehdytykseen liittyvät kokemukset puoltavat oppaan tärkeyttä.

Ennen kuin voimme ruveta perehdyttämään potilasta, tulee meidän **henkilökuntana** päästä **yhteiseen käsitykseen** ja sopimukseen siitä, **mitä potilas saa ja voi sairaalassa tehdä**, minkälaista aktiivisuutta potilaalta

voimme odottaa ja edellyttää, miten sen ympäristössä käytännössä mahdollistamme. **Lähtökohtana** tulee pitää potilaan **elämänhallinnan tukemista**: Millä sairaalan toimilla, tehtävien ja vastuun annolla tuemme potilasta kohtaamaan kotiympäristön haasteet ja velvoitteet (Järvikoski – Härkäpää 2011: 140.) Tehtävien ja vastuun annolla, niistä yhdessä potilaan kanssa sopimalla, saamme myös arvokasta tietoa potilaan voimavaroista, potilaan kyvystä suunnitella ja ohjata omaa toimintaa, kyvystä hallita ajankäyttöä, kyvystä aloittaa toiminta ja viedä se päätökseen.

Perehdyttämisen lisäksi toinen selkeästi esiin tullut asia oli **ajankäyttö**. **Odottaminen** oli keskeinen esille tullut ajankulun muoto. Toimintojen aikatauluista ei ollut suunnitelmaa. Jos suunnitelmaa oli tehty, aikataulumuutoksista ei informoitu potilasta. Tämä vaikeutti potilaan oman arjen toteutuksen suunnitelman tekoa. Odottamisen kulttuuri ei tue potilaan kokemusta elämänhallinnasta. Toimintaterapiassa puhutaan toiminnallisesta oikeudenmukaisuudesta, jolla tarkoitetaan sitä, että ihmisellä on oikeus osallistua tarkoituksenmukaiseen ja itselleen merkitykselliseen toimintaan. Tämän nähdään edistävän yksilön hyvinvointia ja elämänlaatua (Hautala – Hämäläinen – Mäkelä – Rusi-Pyykönen 2011: 14-16).

Tutkimuksessa potilailla oli erilaisia kokemuksia **asiantuntijoiden antamasta tiedosta**. Yhtä potilasta oli "vastuutettu" haavasidoksen tekemisen tekniikan opetteluun. Tämä osallistamisen kokemus oli potilaalle selkeästi merkityksellinen, joka lisäsi hänen kokemustaan arvostuksesta ja autonomiasta. Toinen potilas taas oli tietämätön, minkälaisia harjoitteita voi itselle vahinkoa tuottamatta tehdä. Terveyskeskussairaalaan tulossyynä on aina jokin terveydentilassa tapahtunut muutos. Nämä muutokset ovat usein potilalle itselleen henkilökohtaisia kriisejä, joissa potilas on silmitysten omien voimavarojen ja elämän rajallisuuden kanssa. Tässä tilanteessa henkilökunnan rooli on potilaan hoitoon- ja kuntoutukseen sitouttamiseksi merkityksellinen: Voidaan puhua oppimisprosessista, jossa kuntoutuksen asiantuntijoiden roolina on tukea kuntoutujan toimintakompetenssia tietoa ja vaihtoehtoja tarjoamalla (Pitkälä – Savikko – Routasalo 2005: 43, Järvikoski – Härkäpää 2011: 141-146, Kallaranta – Rissanen – Vilkkumaa 2001: 36, 445.)

Tuusulaan ollaan rakentamassa uutta terveyskeskusrakennusta, jonka yhteyteen tulee tilat myös sairaalaa varten. Tämän tutkimuksen tiimoilta keskeiseksi **fyysisen ympäristön** tekijäksi nousi **wc-tilat**. Wc-tilan käytön selkeyden sekä intimitettisuojan varmistumiseksi potilaat toivovat huonekohtaisia wc-tiloja. Myös alentunut fyysinen kunto sekä inkontinenssiongelmat tukevat tätä ratkaisua. Fyysiseen ympäristöön liittyen esille tuli myös toive **ulkoilumahdollisuudesta**. Kalusteiden sijoittelussa tulee huomioida esteettömyys sekä eri kokoisten ja erilaisella toimintakyvyllä varustettujen potilaiden tarpeet.

Yhtenä yksittäisenä toimintona TV:n katselu nousi sairaalassa yllättävän merkitykselliseksi ja moniulotteiseksi osallistumiseen liittyväksi asiaksi. Selkeänä fyysisenä ympäristötekijänä esille tuli se, että yksi TV-laite sairaalan yhteisessä tilassa on riittämätön. Siitä aiheutuu kanavien valitsemisen suhteen potilaiden kesken eripuraa. Ristiriitojen välttäminen saa potilaan laittamaan sivuun omat toiveet ja mielenkiinnot.

TV:n katselu on kuitenkin vakiintunut arkiseksi ikäihmisten ajanviettotavaksi. Tätä kuvaa Finnpanelin suomalaisten TV:n- katselutottumuksiin liittyvä tutkimus, joka osoittaa, että vuonna 2010 suomalaiset käyttivät TV:n katseluun päivittäin keskimäärin kolme tuntia. Yli 65-vuotiaat käyttivät TV:n ääressä keskimäärin 4,24h (Finnpanel 2010), eli puolitoista tuntia enemmän kuin keskimäärin suomalaiset.

TV:n katselulla voi sairaalaympäristössä olla myös kuntouttava funktio: Potilaalle itselleen mieleisen ja tärkeän TV-ohjelman seuraamisen mahdollistuminen motivoi liikkeelle ja osallistumaan.

8 Pohdinta

Toimintaterapeuttitutkinnon ammattikorkeakoulupäivityskoulutus on nyt kestänyt vuoden. Kulunut vuosi on ollut erittäin antoisa ja innostava. Toimintaterapian perusajattelussa on ammatin alkuajoista lähtien ollut keskeisenä seikkana asiakaslähtöisyys. Toimintaterapian keskeisenä osaamisalueenahan on kautta ammatin historian ollut asiakkaalle tärkeisiin arjen toimiin osallistumisen mahdollistuminen.

Ammatin peruslähtökohta ja -tavoite ei siis ole muuttunut. Mutta ammatin tausta-ajattelun pohjana olevan teoretiedon määrä on ammattiin liittyvien tutkimusten myötä lisääntynyt ja syventynyt. Nyt on muun muassa toiminnan merkityksestä yksilön identiteetin rakentumiseen- ja toimintaan sitoutumiseen vaikuttavista tekijöistä, toiminnan ja vuorovaikutuksen merkityksestä-, yksilön, toiminnan ja ympäristöön välisestä merkityksestä eri tavalla saatavilla tutkimusmateriaali ja kirjallisuutta, kuin perusopinnoista 20v sitten valmistuessani.

Tämän tiedon löytämisen ja esille saamisen mahdollistaa viime vuosina valtavasti kehittynyt tietotekniikka. Päivityskoulutuksen yhtenä huikena flow-kokemuksena on ollutkin eri tietokantoihin tutustumisen ja niiden käytön opettelu mahdollisuus. Internet antaa jokseenkin rajattomat mahdollisuudet omaan ammattiin liittyvän tiedon hakemiseen, rajoitteena on vain oma kekseliäisyys hakusanojen löytämisessä ja yhdistämisessä.

Päivityskoulutuksen sisältö oli kokonaisuutena eheä. Annetut oppimistehtävät olivat mielekkäitä, joista oli tukea sekä omaan arkityöhön että koulutukseen keskeisesti kuuluvaan opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyön tekemisen prosessi on ollut erittäin opettavainen kokemus. Pitkän työkokemuksen jälkeen opinnäytetyön tekeminen oli selkeästi mielekkäämpää, kuin peruskoulutusvaiheessa. Nythän aihe valikoitui omasta työstä lähtevästä kehittämistarpeesta, aiheesta, joka on mietityttänyt pitkään, mutta jolle ei perustyön ohessa ole ollut antaa aikaa ja resursseja siihen paneutumiseksi.

Kahdenkymmenen työvuoden jälkeen sitä kokee olevansa asiantuntija omassa ammatissaan. Luetun ja saadun tiedon valossa tämä kokemus –onneksi– osoittautui myös jokseenkin paikkaansa pitäväksi. Saatu tieto, sekä kollegoiden ja opettajien kanssa tehdyt tehtävät ja käydyt keskustelut ovat kuitenkin avartaneet ajattelua, näyttäneet joitain totena pitämiäni asioita ja käytäntöjä uudessa valossa. Tällainen palaute on tarpeen oman ammatillisuuden reflekoimisessa, omien toiminta-tapojen uudelleen arvioimiseksi.

Opinnäytetyön ideavaiheessa liityin mukaan sairaalan aktivoivan työotteen kehittämistyöryhmään. Alkuperäinen ajatukseni oli voida käyttää työryhmää, toimintatutkimuksen menetelmää soveltaen, aktiivisesti opinnäytetyön tekemisen eri vaiheissa osaston sisällön ja toimintatapojen kehittämiseen. Tämä suunnitelma kariutui kuitenkin ympäristössä tapahtuneiden muutosten vuoksi. Nimittäin opinnäytetyön prosessin aikana sairaalassa tapahtui isoja rakenteellisia muutoksia: Kaksi sairaalaosastoa sulautettiin yhdeksi. Yksi osasto jakautui kahdeksi soluksi. Solut profiloituivat akuutti- ja pitkäaikaisosastoiksi. Myös henkilökunta yhdistyi yhdeksi osastoksi, työkentäksi tuli työkierron myötä koko sairaala. Muutokset tapahtuivat aikataulullisesti nopeasti, monenlaiselta vastustukselta ei voitu välttyä, hämmennystä ja väsymystä oli ilmassa, joten maaperä aktiiviselle kehittämiselle ei ollut kevään ja kesän aikana otollisin. Tähän muutokseen liittyi myös opinnäytetyöni kannalta olennaisten avainhenkilöiden irtisanoutumiset. Toisaalta myöskään omat aikataululliset resurssit toimintatutkimukselliseen työskentelytapaan oman työ ohessa eivät olisi antaneet myöden.

Opinnäytetyön idean tiivistyminen tutkimuskysymykseksi on myös mielenkiintoinen prosessi. Lähtökohtaisesti kiinnostukseni kohteena oli sairaalaympäristö, siellä oleva toiminta ja potilaiden toimintaan osallistuminen ja sen peilaaminen kuntoutuksen näkökulmasta potilaan kotiympäristössä toimimiseen. Toimintaterapeuttikoulutuksessa on opinnäytetyövaiheeseen otettu käyttöön säännöllisesti kokoontuva Opinnäytetyöhautomo. Tämä on työskentelymuoto, jossa jokainen esittelee oman opinnäytetyön sen hetkisen vaiheen, kollegat ja opettajat kommentoivat, tekevät tarkentavia kysymyksiä, pyytävät perusteluja omiin tehtyihin valintoihin. Opinnäytetyöhautomossa, kuin

myös ohjaavan opettajan tapaamisissa oma tutkimusaiheeni tiivistyi hallittavaan ja toteutettavaan muotoon.

Potilaan äänen kuuleminen oli tutkimuksessani alusta alkaen lähtökohtana. Potilaiden kohtaaminen ja haastattelu on arkityötäni. Tutkimusvaiheessa mietin, mahdanko kolmen potilaan haastatteluotoksella saada riittävästi tutkimusmateriaali. Törmäsinkö omiin asenteisiini, kun jo ensimmäisen haastattelun materiaalmäärä olisi riittänyt tutkimuksen tekoon!

Potilaiden itse kertoma on sekä kuultuna että luettuna aina yhtä puhuttelevaa. Kokemus on aina koettu ja siten tosi. Kokemuksia ei voi arvottaa, jokainen kokemus on yhtä tärkeä.

Kouluttauduin v. 2007-2008 NLP -practitioneriksi (Neurolingvistinen ohjelmointi, neuro-linguistic programming). NLP-näkökulma ohjaa tunnistamaan omia oppittuja ajatusmalleja, kyseenalaistamaan niitä ja tarvittaessa muuttamaan ajattelutapaa, mistä usein seuraa myös toimintatapojen muutos. Yksi erityisesti mieleenpainunut NLP:n perusväittäminen on, että ”kaikella toiminnalla on positiivinen perustarkoitus” (Ahvenniemi 2007). Alkuun itseäni ärsyttänyt ja kyseenalaistamista lisännyt väittäminen on kuitenkin kääntynyt etenkin omaan työhöni voimavaraksi: Toisen tekemä, minun mielestäni outo, kummallinen, järjetönkin ratkaisu tai tekeminen, on hänelle itselleen keino ratkaista asia siinä hetkessä itselleen parhain päin, ja siksi mielenkiintoinen ja hyvä.

Kun opimme näkemään potilaan tai työkaverin toiminnan ”positiivisen perustarkoituksen” -näkökulmasta, voimme kuulla toisen ajatuksen ja näkemyksen toista arvottomatta, väheksymättä, tuomitsematta.

Työelämässä käytännön toimet ja ratkaisut tulee aina olla ammatillisesti perusteltuja. Moniammatillisessa työyhteisössä samaa asiaa ja potilasta tarkastellaan eri tavoin eri ammattien näkökulmasta. Sairaalan aktivoivan työotteen kehittämisen haasteena on kuulla kunkin ammattikunnan ”positiivinen perustarkoitus”, josta muovataan toimintaympäristöön potilaan yksilöllisiä hoito- ja kuntoutustavoitteita edistävä toimintatapa. Tuusulan terveyskeskussairaalassa on osaavia ammattilaisia tämän haasteen eteenpäinviemiseksi.

Lähteet

- Ahvenniemi, Rita 2007. NLP-luentomuistiinpano. Koulutuskeskus Tavasti.
- Backman-Sappinen, Teija – Sihvo, Sari 2011. Hoitajien näkemyksiä yksilöllisen hoidon toteutumisesta terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Metropolia.
- Cole, Marilyn B. – Tufano, Roseanna 2008. Applied Theoriesin Occupational Therapy, A Practical Approach. USA: Slack Incorporated
- Engeström, Yrjö – Niemelä, Anna-Liisa - Nummijoki, Jaana – Nyman, Juha toim.2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: PS-kustannus
- Finnlex 2011. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, www.finlex.fi Luettu 15.8.2011
- Finnpanel 2010, Television katselu Suomessa vuonna 2010. www.finnpanel.fi Luettu 14.11.2011
- Hammel, J – Jones, R – Gosset, A – Morgan, E 2006. Examining barriers and supports to community living and participation after a stroke from a participatory action research approach. Topics in Stroke Rehabilitation 2006 Summer; 13(3): 43-58 (30 ref)
- Hautala, Tiina – Hämäläinen, Tuula – Mäkelä, Leila – Rusi-Pyykönen, Mari 2011. Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä. Helsinki: Edita
- Hägglom Kronlöf, Greta 2007. Participation in everyday life. Very old persons' experiences of daily occupation, occupation of interest and use of assistive devices. The Sahlgrenska Academy of Göteborg University, Institute of Medicine, Department of Geriatric Medicine. Fram Boktryckeri: Vasa.
- ICF, 2007. Toimintakyvyn, toiminnan rajoitteiden ja terveyden kansainvälinenluokitus.WHO, 2004. Käännös Stakes. Vaajakoski: Gummerus
- Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2004. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY
- Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kallanranta, Tapani – Rissanen, Paavo – Vilkkumaa, Ilpo toim. 2001. Kuntoutus. Gummerus: Jyväskylä
- Kanelisto, Katja – Salminen, Anna-Liisa 2011. IPA –kyselylomake valinnoista ja

osallistumisesta jokapäiväisessä elämässä. Toimintakyvyn itsearviointimenetelmä aikuisille, joilla on fyysisiä toimintarajoitteita. Kelan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 76/2011. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino oy: Tampere

Kiipulan työelämäpalvelut. Koutsaus. www.kiipula.fi/tyoelamapalvelut. Luettu 1.12.2011

Korhonen, Sanna 2011. Osastonhoitaja. Tuusulan kunta. Terveyskeskus sairaala. Kirjallinen tiedonanto 19.4.2011

Koukkari, Maija 2010. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Acta Universitatis Lapponiensis 179. Lapin yliopistokustannus: Rovaniemi

Larsson, Åsa – Haglund, Lena – Hagberg, Jan-Erik 2009. Doing everyday life – experiences of the oldest old. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2009; 16 : 99-109.

Letts, Lori – Rigby, Patty – Stewart, Debra 2003. Using environments to enable occupational performance. SLACK Incorporated: USA

Nisula, Sanna 2008. "Että meillä olisi hyvä". Kehittämishanke yhteisen toiminnan kehittämiseksi Kontulan vanhustenkeskuksessa. Toimintaterapian koulutusohjelma. AMK-päivityskoulutus. Metropolian ammattikorkeakoulu.

Mäkinen, Elisa – Kruus-Niemelä, Maria – Roivas, Marianne 2009, Ikäihmisen hyvä elämä. Ympäristön merkitys vanhustenkeskuksessa. Metropolian ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A: Tutkimukset ja raportit 1/2009. Helsinki: Yliopistopaino

Pikkarainen, Aila 2004. Toimintaterapia osana dementoituvien ihmisten kuntouttavaa hoitoa ja laadukasta arkea. Julkaisussa Heimonen, Sirkka-Liisa – Voutilainen, Päivi toim. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Vammala: Tammi.

Pitkälä, Kaisu – Savikko, Niina – Routasalo, Pirkko 2005. Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämisshanke. Tutkimusraportti 10. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus: Saarijärvi

Pohjonen, Hanna 2010. Potilaan päivän sisältö ja kuntoutuksellisten tavoitteiden ilmeneminen sen aikana terveyskeskusvuodeosastolla. Toimintaterapiankoulutusohjelma. AMK-päivityskoulutus. Metropolian ammattikorkeakoulu.

- Rantanen, Anne – Saarinen, Kati – Saarinen, Pasi – Sabri, Nina 2008. "Ei olla heti häärimässä ja autamassa" : Hoitohenkilökunnan näkemyksiä toimintakykyä edistävästä työotteesta. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma, sosiaali- ja terveysala. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- Ruotsala, Anne 2010. Ikäihmisen osallisuuden vahvistaminen kotiinkuntoutustoiminnassa. Toimintaterapeutti. Ylempi AMK opinnäytetyö. Kuntoutuksen koulutusohjelma. Helsingin ammattikorkeakoulu Metropolia
- Sacco-Peterson , M – Borell, L 2004. Struggles for autonomy in self-care: the impact of the physical and socio-cultural environment in a long-term care setting. *Scandinavian Journal of Caring Service*, 2004 Dec; 18(4): 376-388.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämishjelma. Julkaisuja 2003:19 31.12.2003.
www.stm.fi/julkaisuja/julkaisuja-sarja. Luettu 8.2.2011
- Sosiaali ja terveysministeriö, Kuntaliitto 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino
- Suomen kuntaliitto - Suomen Toimintaterapeuttiliitto 2003. Toimintaterapianimikkeistö 2003. Toim. Holma, Tupu. Helsinki : Suomen Kuntaliitto.
- Suomen Lähi- ja perushoitajienliitto 2008. Super -lehti 4 / 2008
www.superliitto.fi/arkisto. Luettu 12.7.2011
- Suomen Toimintaterapeuttiliitto 2010: Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa. Arvioinnin lähtökohdat ja suositukset.
www.toimintaterapeuttiliitto.fi
- Suomen Toimintaterapeuttiliitto 2011. Toimintaterapia.
www.toimintaterapeuttiliitto.fi. Luettu 2.12.2011
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, www.finlex.fi, luettu 15.9.2011
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Terveydenhuoltolaki ja sen toimeenpano,
www.thl.fi. Luettu 15.9.2011
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus
- Tuusulan kunta 2011. Taskutietoa Tuusulasta. www.tuusula.fi.
Luettu 11.9.2011

- Työturva 2009. Työhön perehdyttäminen. www.tyoturva.fi Luettu 15.11.2011
- Vik, K – Lilja, M – Nygard, L 2007. The influence of the environment on participation subsequent to rehabilitation as experienced by elderly people in Norway. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 2007 Jun; 14(2) : 86-95
- Vilkkä, Hanna: Tutki ja kehitä, 2005, Otava Keuruu
- Vilkkä, Hanna 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Tammi (Painopaikka Gummerus Kirjapaino oy)
- Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja – Backman, Kaisa – Paasivaara, Leena – Eloniemi-Sulkava, Ulla – Finne-Soveri, Harriet U. toim 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Gummerus: Saarijärvi

LIITTEET 1-6

- Opinnäytetyön tutkimuslupa, Tuusulan kunta
- Tutkimuslupa viranhaltijapäätös, Tuusulan kunta
- Opinnäytetyön tutkimuslupa, Metropolian Ammattikorkeakoulu
- Haastattelun suostumuslomake
- Ajankäyttökello
- Tutkimustulosten päälukot

TUTKIMUSLUVAN HAKIJA:

Nimi: Sirpa Vihavainen	Puhelin: 0403144648
Osoite: Tuusulan terveyskeskus, Toimintaterapia Hyryläntie 13 04300 Tuusula	Sähköposti: sirpa.vihavainen@tuusula.fi
Oppilaitos: Metropolian ammattikorkeakoulu	Koulutusohjelma: Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto, aikuiskoulutus, Toimintaterapeuttitutkinnon AMK-päivitys -koulutus

TUTKIMUS:

Tutkimuksen nimi: Potilaiden kokemukset osallistumisesta terveyskeskussairaalassa.	Tutkimuksen taso: (ammatillinen/pro gradu/lisens./väitösk./muu) Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö
Yksikkö, jossa tutkimus tehdään: Tuusulan terveyskeskussairaala	Yhteyshenkilö/t ko. työyksikössä:  Vs.oh Marja Kärkkäinen Puollan / en puolla tutkimusluvan hyväksymistä  Fysio- ja toimintaterapian oh Anna-Maija Palo Puollan / en puolla tutkimusluvan hyväksymistä
Aineiston keruu-aika: Syksy 2011	Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika: Joulukuu 2012

Tutkimuksen lyhyt kuvaus (keskeiset tavoitteet, menetelmät, kohderyhmä):

Opinnäytetyö lähtee tarpeesta tehostaa nyt käytössä olevia toimintaterapiaresursseja kehittämällä yhteistyötä terveyskeskussairaalan henkilökunnan kanssa. Sairaalassa syksyllä 2010 alkanut aktiiviva työote -kehittämishanke on hyvä maaperä vallalla olevien toimintatapojen ja käytänteiden uudelleen arviointiin. Kehittämistehtävässäni haluan selvittää, miten potilaat kuvaavat osallistumistaan sairaalassa. Kehittämistehtäväni tutkimuskysymyksenä on **Mitkä ovat potilaiden kokemukset osallistumisesta terveyskeskussairaalassa.** Tähän liittyvinä tarkentavina kysymyksinä ovat mm. Minkälaisista toimista potilaan arki sairaalassa koostuu? Onko toiminnot suunniteltuja ja siten ennakoitavissa? Miten potilas osallistunut toimintojen suunnitteluun ja aikataulutukseen? Kenen aloitteesta toiminnan aloittaminen tapahtuu? Mikä merkitys toimintoihin osallistumisella asiakkaalle on? Miten potilas näkee toimintoihin osallistumisen kuntoutumisen näkökulmasta? Mitä potilas toivoo toiminnalta sairaalassa? Saatua tietoa peilataan Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen ICF- luokituksen ja toimintaterapeuttien kehittämän Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen -mallin CMOP-E ympäristötekijöihin sekä Aktivoivan työotteen peruseräiteisiin.

Tiedonkeruun menetelmänä on **teemahaastattelu**. Haastateltaviksi valitaan sairaalasta kolme potilasta. Valintakriteereinä on se, että he ovat ennen sairaalaan tuloa olleet kotiympäristössä omatoimisia tai saaneet vain vähäistä ulkopuolista apua (kotihoitoon käynnit 1x vko). Sairaalassaoloaika on kestänyt 5-12

päivää, jolloin potilas on jo päässyt kiinni sairaalan käytäntöihin.
Tutkimustuloksia tullaan käyttämään aktivoivan työotteen kehittämisen apuna.

PÄÄTÖS:

Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:

Tutkija sitoutuu noudattamaan tiedon käsittelyssä sekä tutkimusaineiston hävittämisessä ja arkistoinnissa henkilötietolain määräyksiä. Tietoja käytetään vain tässä tutkimuksessa eikä niitä luovuteta edelleen. Valmis tutkimusraportti toimitetaan yhteyshenkilölle.

Päätöksen tekijä (nimi ja nimike):

Päivämäärä:

Vs. johtava hoitaja Kaarina Raivio



9.10.11

- Kopio päätöksestä lähetetään tutkimusluvan hakijalle ja yhteyshenkilölle ko. työyksikössä.

TUUSULAN KUNTA
Avo- ja laitoshoidonpäällikkö

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS 51/2011

31.10.2011

Dnro :0/0 Luokka: 099

TUTKIMUSLUPA: POTILAIEN KOKEMUKSET OSALLISTUMISESTA TERVEYSKESKUSSAIRAALASSA

Asiaselostus

Toimintaterapeutti Sirpa Vihavainen opiskelee Metropolian ammattikorkeakoulussa: Toimintaterapeutin AMK -päivityksessä. Opinnäytetyö koskee "Potilaiden kokemuksia osallistumisesta terveyskeskussairaalassa". Tavoitteena Sirpa Vihavaisella on tutkia kuinka potilas pääsee kuntoutumisen näkökulmasta osallistumaan itseään koskevaan päätöksentekoon. Kyseessä on teemahaastattelu. Tutkimuksen tiedonkeruun Vihavainen toivoo saavansa tehdä Tuusulan kunnan terveyskeskusosastolla haastattelemalla kolmea potilasta. Potilaita ei voida tunnistaa tehtävästä opinnäytetyöstä.

Johtava hoitaja puoltaa hakemusta.

Päätös

Myönnän tiedonkeruuluvan toimintaterapeutti Sirpa Vihavaiselle, koskien hänen opinnäytetyötään "Potilaiden kokemukset osallistumisesta terveyskeskussairaalassa". Tutkimuksessa tulee huomioida erityisesti potilasta koskevan salassapidon edellytysten toteutuminen.

Allekirjoitus



Hannele Karvonen
vs. avo- ja laitoshoidonpäällikkö

Tiedoksianto

Pöytäkirjanote annettu/postitettu/toimitettu Vihavainen Sirpa, johtava hoitaja, terveyskeskussairaalan osastonhoitaja



Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytesopimus

1. Sopijaosapuolet

Metropolia Ammattikorkeakoulu, Toimintaterapian koulutusohjelman (Sofianlehdonkatu 5 B, 0061 Helsinki), ryhmän SG11K2 opiskelija Sirpa Vihavainen, Kuuselankatu 42, 04440 Järvenpää) ja Tuusulan terveyskeskussairaala, solu 2, Hyryläntie 13, 04300 Tuusula ovat tehneet seuraavan sopimuksen.

2. Sopimuksen voimassaoloaika

05.10.2011 – 15.12.2012

3. Toteutusaikataulu

- Opinnäytetyön aiheen ideointi on tapahtunut kevään 2011 aikana yhteistyössä terveyskeskussairaalan kehittämisyöryhmän kanssa
- Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty vs. Johtava hoitaja Kaarina Raiviolle sekä fysio- ja toimintaterapian osastonhoitaja Anna-Maija Palolle.
- Opinnäytetyön teoriataustana on Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen ICF-luokitus, toimintaterapeuttien kehittämä Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen -malli CMOP-E toiminta- ja ympäristökäsitteet sekä Aktivoivan työotteen peruseräätteistä.
- Opinnäytetyön teoriaosuus sisältää myös useita viittauksia aihepiiriin liittyviin aikaisempiin tutkimuksiin.
- Aineiston keruun menetelmiä ja tutkimuseettisiä kysymyksiä on selvitetty laadulliseen tutkimukseen liittyvän teorian kautta.
- Aineiston keruu tapahtuu lokakuussa 2011 Tuusulan terveyskeskussairaalan solu 2:lla. Aineisto kerätään teemahaastattelun keinoin. Haastateltavaksi valitaan kolme potilasta. Haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan, materiaalin sisältö analysoidaan. Opinnäytetyön valmistuttua tutkimukseen liittyvät digitaaliset tallenteet ja haastattelujen kirjallinen materiaali hävitetään pysyvästi.
- Opinnäytetyö esitetään opinnäytetyöseminaarissa Metropolian Ammattikorkeakoulussa 15.12.2011
- Opinnäytetyö esitetään Tuusulan terveyskeskuksessa keuhällä 2012 erikseen sovittavana ajankohtana.

4. Toiminnan ohjaus ja valvonta

Opinnäytetyötä tehdessään opiskelija sitoutuu noudattamaan hyvän tutkimuskäytännön periaatetta ja Suomen Toimintaterapeuttiliiton ammatteettisia ohjeita. Opiskelija sitoutuu noudattamaan tiedon käsittelyssä sekä tutkimusaineiston hävittämisessä ja arkistoinnissa henkilötietolain määräyksiä. Tietoja käytetään vain tässä tutkimuksessa eikä niitä luovuteta edelleen.

Opiskelijan työskentelyä ohjaa ja valvoo yhteistyökumppanin puolelta Tuusulan terveyskeskussairaalan osastonhoitaja Sanna Korhonen (Marja Kärkkäinen)

Metropolia Ammattikorkeakoulun puolelta opiskelijan työskentelyä ohjaavat ja valvovat Metropolian lehtori Anja Sario ja koulutuspäällikkö Helena Launiainen.



5. Sopimuksen tarkoitus

Sopimuksen tarkoituksena on mahdollistaa opiskelijan tekemään työelämälähtöisen opinnäytetyön. Opinnäytetyön aihe nousee työelämän tarpeista: Terveyskeskussairaalassa on aloitettu aktiivian työotteen –kehittämishanke, jonka keskeisenä teeman on tukea potilaita aloitteelliseen ja omaehtoiseen toimimiseen arjen toimien osalta. Toimintaterapiassa ollaan kiinnostuneita siitä, miten asiakas pystyy toteuttamaan itselleen tärkeitä arjen toimia eri ympäristöissä ja miten sitä voidaan edistää.

Opinnäytetyössä selvitetään potilaiden kokemukset osallistumisesta terveyskeskussairaalassa. Tutkimustietoa käytetään yhteistyössä sairaalan henkilökunnan kanssa terveyskeskussairaalan aktiivian työote –hankkeen kehittämistarpeisiin, terveyskeskussairaalan ympäristön kehittämiseen toimintaterapian asiantuntijuuden kautta tarkasteltuna.

Opiskelija sitoutuu työskentelemään tavoitteellisesti yhteistyökumppanin kanssa ja jakamaan opinnäytetyöprosessin aikana syntyvät kokemukset ja tiedot heidän kanssaan.

Opinnäytetyö tulee Tuusulan terveyskeskussairaalan käyttöön ja opiskelija toimittaa heille valmiin raportin.

6. Toiminnan sisältö

Yhteistyön perustana on molemminpuolinen kiinnostus opinnäytetyön aiheeseen, jolla selvitetään potilaiden kokemuksia osallistumisesta terveyskeskussairaalassa.

Tutkimuskysymys on:

- potilaiden kokemukset osallistumisesta terveyskeskussairaalassa
- Opinnäytetyöllä haetaan vastausta
- Minkälaisista toimista potilaan arki sairaalassa koostuu?
 - Onko toiminnot suunniteltuja ja siten ennakoitavissa?
 - Miten potilas osallistunut toimintojen suunnitteluun ja aikataulutukseen?
 - Kenen aloitteesta toiminnan aloittaminen tapahtuu? Mikä merkitys toimintoihin osallistumisella asiakkaalle on?
 - Miten potilas näkee toimintoihin osallistumisen kuntoutumisen näkökulmasta?
 - Mitä potilas toivoo toiminnalta sairaalassa?

Tutkimuksessa selvitetään:

- teemahaastattelun avulla, vuorokausiympyrää apuna käyttäen potilaan osallistuminen terveyskeskussairaalassa
- Saatua tietoa peilataan Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen ICF- luokituksen ja toimintaterapeuttien kehittämisen Kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen -mallin CMOP-E ympäristötekijöihin sekä Aktiivian työotteen peruseräiteisiin.

Liitteenä on erillinen opinnäytetyösuunnitelma, jossa toiminnan sisältö on kuvattu tarkoin.

7. Kustannukset, palkkio ja suoritukset

Opinnäytetyö ei aiheuta kustannuksia Metropolia Ammattikorkeakoululle eikä Tuusulan terveyskeskussairaalalle.

8. Tulosten hyödyntäminen ja käyttöoikeus

Työ toimitetaan sen valmistuttua Metropolia Ammattikorkeakoulun kirjastoon.

Sopimuksen perusteella toteutetun opinnäytetyön tuloksien hyödyntäminen ja käyttöoikeus on opinnäytetyön tekemiseen osallistuneilla tahoilla: opiskelijalla, Tuusulan terveyskeskussairaalla ja Metropolia ammattikorkeakoululla.

Tuusulan terveyskeskussairaala saa hyödyntää opinnäytetyöstä saatavaa tietoa parhaaksi katsomallaan tavalla.

Tietoa välitettäessä eteenpäin tulee opiskelijan nimi olla kaikissa yhteyksissä mainittuna.

Metropolia Ammattikorkeakoulu edellyttää Metropolia Ammattikorkeakoulu -nimen esille tuomista tuloksien julkaisemisen yhteydessä. Mahdollisuuksien mukaan toivotaan myös Metropolia-tunnuksen käyttöä julkisissa yhteyksissä.

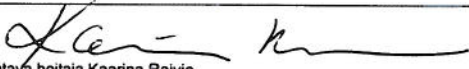
9. Force majeure


Sovitun tehtävän suorittamiseen varattua aikaa voidaan pidentää *force majeure* -luonteisten syiden perusteella.

10. Sopimuksen muu siirtäminen ja purkaminen

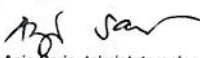
Sopimuksesta aiheutuvia velvollisuuksia ei voi siirtää kolmannelle osapuolelle ilman toisen osapuolen suostumusta. Sopimuksen voi siirtää ja purkaa kaikkien allekirjoittaneiden yhteisellä päätöksellä.

Tuusulassa 05.10.2011


Vs. Johtava hoitaja Kaarina Raivio
Tuusulan kunta, Terveyskeskussairaala


Helena Launiainen, koulutuspäällikkö
Metropolia Ammattikorkeakoulu


Sirpa Vihavainen, toimintaterapeuttipöytäkirjantekijä
Metropolia Ammattikorkeakoulu


Anja Sario, toimintaterapian lehtori
Metropolia Ammattikorkeakoulu



Hyvä Tuusulan terveyskeskussairaalan potilas!

Haluatko olla mukana kehittämässä Tuusulan terveyskeskussairaalan toimintaa?

Teen opinnäytetyötä Metropolian ammattikorkeakoulun toimintaterapian ammattikorkeakoulu –päivitys opintoihini liittyen.

Opinnäytetyössäni tutkin potilaiden osallistumista terveyskeskussairaalassa. Kysyn Sinulta halukkuutta osallistua tutkimukseen.

Tutkimusmenetelmänä on teemahaastattelu.
Tutkimus toteutuu terveyskeskussairaalassa.
Tutkimuksen tulokset esitetään niin, että ketään haastateltua ei voida yksilönä tunnistaa.
Kerätty aineisto tullaan hävittämään tutkimuksen valmistuttua. Tutkimustuloksia tullaan käyttämään osana terveyskeskussairaalan aktivoivan työotteen –kehittämishanketta.

Ystävällisin terveisin

Sirpa Vihavainen
Toimintaterapeutti
p.040 31448648
sirpa.vihavainen@tuusula.fi

Suostumus

Annan suostumukseni, että minua saa haastatella toimintaterapian opinnäytetyötä varten.
Haastattelut saa nauhoittaa.
Halutessani voin keskeyttää tutkimukseen osallistumisen sen vaikuttamatta saamaani hoitoon terveyskeskussairaalassa.

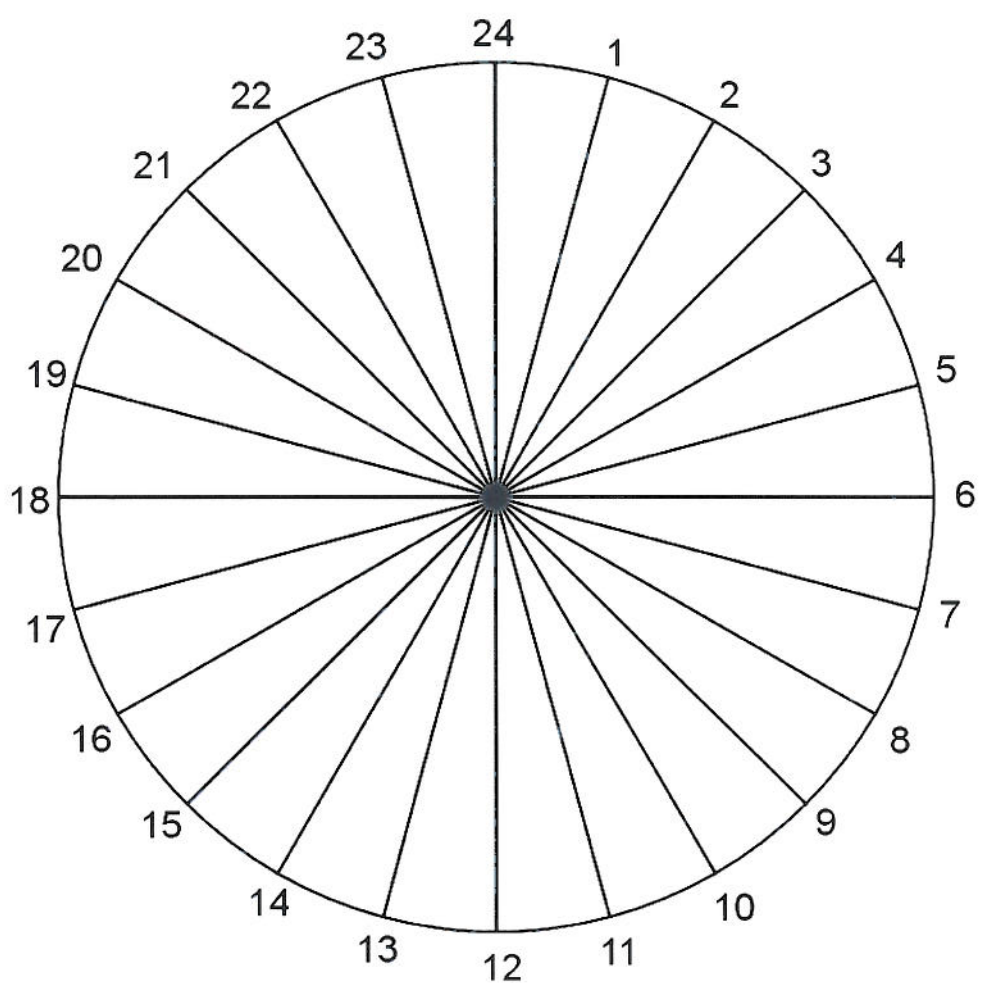
Tuusula _____. 2011

Potilaan allekirjoitus

Terveyskeskus
Toimintaterapia
10/2010 Sirpa Vihavainen

AJANKÄYTTÖ

NIMI: _____



Käsitys itsestä		
<p>Potilas on kiinnostunut itseensä liittyvistä asioista ja toimenpiteistä, näkee sen osana ihmisluonnetta.</p> <p>Potilas näkee, että on tärkeää olla kiinnostunut omasta hyvinvoinnista.</p> <p>Potilas näkee tärkeänä, että hänelle kerrotaan asioista.</p> <p>Potilas kokee, että hänen korkea ikänsä saa henkilökkunnan puhumaan ja olemaan kohteliaita hänelle.</p> <p>Eteenpäin katsova ihminen osaa järjestää itselleen positiiviset olot.</p> <p>Vastoinkäymiset voivat jyrkentää negatiivisen elämänsenteen omaavan henkilön asenteita.</p>	<p>Itseä koskevat asiat kiinnostavat, osa perusluonnetta.</p> <p>Kiinnostus omasta hyvinvoinnista on tärkeää.</p> <p>Potilaalle on tärkeää saada tietoa itseensä liittyen koskevista asioista kertominen on potilaalle tärkeää.</p> <p>Potilaan korkea ikä saa henkilökkunnan puhumaan ja olemaan kohteliaita.</p> <p>Tulevaisuuteen suuntautuminen lisää omaa aktiivisuutta.</p>	<p>Autonomia</p> <p>Kunnioituksen ja arvostuksen kokemus.</p> <p>Optimismi.</p> <p>Tulevaisuuteen suuntautuneisuus.</p> <p>Aktiivisuus</p>

<h2>Sosiaalinen ympäristö</h2>		
<p>Tukee</p>	<p>Hoitajat tunnistavat potilaan, osaavat tuoda lääkkeen päiväsalliin. Potilaasta tuntuu hyvälle, kun hoitajat hymyilevät Potilaasta tuntuu mukavalle, kun kaikki hoitajat tervehtivät Hoitajat ovat kannustavia. Hoitajat ovat sanoneen lämpimiä sanoja. Hoitajan kannustus voi näkyä kosketuksena. Kannustus kohentaa mielialaa Hoitajat varmistuvat, että potilas selviytyy peseytymisestä Potilas varmisti hoitajilta, että käyvät yöllä hänen huoneessaan (turvallisuus) Henkilökunta on kannustanut kysymään Hoitajilta voi kysyä, kun käyvät huoneessa Potilas saa apua, kun pyytää Potilas ajattelee kysyvänsä hoitajalta. Potilaaseen on oltu aktiivisesti yhteydessä terapioiden tarjoamiseksi Potilasta on esh:ssa kannustettu olemaan aktiivisesti tietoinen haavahoiton menetelmästä. Potilaalle on tarjottu apua, mutta ei halua, kun kykenee toimimaan omatoimisesti.</p> <p>Hoitaja ovat puuttuneet tv:n katseluun kahvin keitto- ja juominen porukalla voisi lisätä potilaiden keskinäistä vuorovaikutusta Joidenkin potilaiden kesken syntyy vuorovaikutusta Toisten potilaiden kanssa tulee keskustelua, jos toinen osapuoli on aloitteellinen Ystävien ja sukulaisten vierailut piristävät Omaiset ottavat aktiivisesti selvää potilaan hoitoon liittyvistä aikatauluista. Potilaalla oli negatiivinen ennakkokäsitys terveyskeskussairaalarasta liittyen aikaisempaan potilaan omaisen kokemukseen, jossa ikäihmistä ei oltu otettu tosissaan. Mieli pide on kuitenkin muuttunut.</p> <p>Hoitajiltakin voisi kysyä, jos löytää neuvomiseen halukkaan hoitajan, mikä ei ainoale yksinkertaista</p> <p>Sairaalakokemus on ollut shokki Ympäriällä olevien sairaiden, apua pyytävien muiden potilaiden näkemistä ei ole voinut kuvitella etukäteen TV:n katselusta on syntynyt potilaiden kesken eripuraa. Toisten potilaiden itsekäs toiminta suuttuaa.</p>	
<p>Hoitajat tunnistavat päiväsalissa istuvan potilaan. Hoitajan hymy tuntuu hyvälle. Hoitajien tervehdys tuntuu mukavalle. Hoitajat kannustavat. Hoitajain vuorovaikutus on lämmintä. Kosketus on kannustusta. Kannustus kohentaa mielialaa Peseytymistilanteen turvallisuudesta varmistuminen. Yöaikaisesta turvallisuudesta varmistuminen. Kysymiseen on kannustettu. Hoitajilta voi kysyä, kun hän käy potilashuoneessa. Pyytässä saa apua. Potilas ajattelee kysyvänsä hoitajalta. Terapioiden harjoittamiseksi potilaaseen on oltu aktiivisesti yhteydessä. ESH:ssa on kannustettu osallistumaan haavahoiton opetteluun. Omaitoiminen potilas ei ole tarvinnut tarjottua apua.</p> <p>TV:n katselun ristiriitoin on puututtu. Potilaiden keskinäinen vuorovaikutus on satunnaista. Omaisten ja ystävien vierailut ovat merkityksellisiä. Omaiset ottavat selvää potilaan hoitoon liittyvistä aikatauluista. Sukulaisten sairaalakokemus vaikutti omaan ennakkokäsitykseen sairaalarasta negatiivisesti. Oma kokemus on muuttanut ennakkokäsitystä. Neuvomiseen halukkaan hoitajan löytäminen ei ole yksinkertaista.</p> <p>Sairaiden ja tarvitsevien potilaiden näkeminen yllättänyt ja järkyttänyt.</p>	<p>Hoitajat tunnistavat päiväsalissa istuvan potilaan. Hoitajan hymy. Hoitajan tervehdys. Hoitajan kannustus Lämmin vuorovaikutus Kosketus Positiivinen nonverbaali tuki. Sanallinen tuki ja kannustus. Lämmin vuorovaikutus Fyysinen tuki Mielialan koheneminen.</p> <p>Potilaiden kesken vuorovaikutus satunnaista. Omaisten ja ystävien tuki Negatiivinen ennakkokäsitys ja asenne on muuttunut oman kokemuksen myötä</p>	<p>Subjektius Turvallisuus Oikeudenmukaisuus Sosiaalinen tuki Muutos omassa asenteissa</p>
<p>Estää</p>	<p>Henkilökunta vaikeasti tavoitettavissa Sairaiden ihmisten näkeminen järkyttää Erimielisyyksiä potilaiden kesken.</p>	

Toimintaan sitoutuminen			
Tukee	<p>Potilas tietää, miksi käyttää ortoosia.</p> <p>Potilas suihkuttaa haavat.</p> <p>Potilas opastaa hoitajia sidoksen tekemisessä.</p> <p>Päivät menevät nyt nopeammin kuin alussa, kun on ollut terapiaa</p> <p>Potilas näkee ristikoiden tekemisen kehittävän työmuistia, iän myötä vanhat asiat tulevat helpommin mieleen.</p>	<p>Ortoosin käytön perusteet tiedossa.</p> <p>Osallistuminen haavan suihkuttamiseen.</p> <p>Potilas tietoinen haavahoidon päiväkohtaisesta suunnitelmasta.</p> <p>Potilas osaa ja ohjaa haavasiidoksen tekemisen.</p> <p>Terapioiden alkaminen on tehnyt ajankulun mieluisammaksi.</p>	<p>Potilas tietää.</p> <p>Toimenpiteeseen osallistuminen.</p> <p>Tietää päiväkohtaisesta haavahoidon suunnitelmasta.</p> <p>Potilas osaa ja ohjaa haavasiidoksen tekemisen.</p> <p>Mielekäs osallistuminen</p>
Estää	<p>Epätietoisuus mitä leikkauksen jälkeen saa tehdä.</p> <p>Potilas pelkää tekevänsä harjoitteilla vahinkoa itselleen.</p> <p>Hoitajat ja lääkäri puhuivat keskenään potilaan haavahoitoin liittyen. Potilas on kuuliolla ja kysyy, kun tuntee siihen tarvetta.</p> <p>Potilas on miettinyt kotona tapana olleiden käsitoiden tekemistä sairaalassa mm. oman voimin arvioimiseksi, oletttaa ettei sairaalajakso kestä kauaa, voi käsitoiden sijaan vaikka luke</p> <p>Potilas tekee pulloon puhalluksen, vaikka ei näe sitä mekitykselliseksi.</p> <p>Epätietoisuus tulevan kuntoutusjakson varustautumistarpeesta, epätietoisuus, miten selvittää asioita.</p> <p>Hoitajat ilmoittavat, milloin kerkeävät tulla hoitamaan haavat,</p> <p>Haavasiidosten kiristäminen vaikeuttaa sukkiin ja housujen pukemista, rajoittaa omatoimista peseytymistä, kumartuminen on hankalaa. Hoitajat puokevat sukkat ja housut, vetävät housut ylös.</p> <p>Potilas ymmärtää aikataulujen venymisen.</p> <p>Potilas ymmärtää henkilökunnalla olevan paljon töitä ja itseään kiireellisempiä potilaita hoidettavana.</p> <p>Potilas näkee, ettei suihkuun pääseminen ole niin välttämätöntä kun liikkuminen ja hikoilu on ollut vähäistä eikä kuumetta ole ollut.</p> <p>Potilas ei ole seurannut tv:stä itselleen mieluuisaa sarjaa, koska sitä tv-kanavaa ei oltu sairaalassa katsottu</p>	<p>Ristisanojen tekeminen ylläpitää työmuistia.</p> <p>Leikkauksen jälkeinen epätietoisuus toimintaan osallistumismahdollisuuksista.</p> <p>Epäily harjoittelun vahingollisuudesta.</p> <p>Potilasta ei oteta automaattisesti mukaan haavahoidon suunnitteluun. Potilas kuuntelee, kysyy tarvittaessa.</p> <p>Epävarmuus sairaalajakson pituudesta estää toteuttamasta omaa suunnitelmaa kunnan testaamiseksi.</p> <p>Kuuliaisuus harjoitteen tekemisessä sen tarpeellisuuden / hyödyn epäilystä huolimatta.</p> <p>Epätietoisuus kuntoutusjaksolle mukaan tarvittavista tarvikkeista ja epätietoisuus, miten selvittää asia.</p> <p>Potilas ei pysty vaikuttamaan haavahoidon aikatauluun.</p> <p>Haavasiidokset hankaloittavat / estävät omatoimisuutta.</p> <p>Ymmärrys aikataulujen venymisiin.</p> <p>Henkilökunnalla paljon töitä ja kiireisempiä hoidettavia.</p> <p>Suihkuun pääseminen ei liikkumisen ja hikoilun vähyden sekä kuumeen puuttumisen vuoksi välttämätön.</p> <p>Potilas hakee syyt itsestään omaan hoitoon liittyvien asioiden selvittämättä jättämistä.</p> <p>Potilas ei ollut vaatinut TV-kanavan vaihtamista lempiohjelmansa näkemiseksi.</p>	<p>Aiantuntijuus omaan hoitoon liittyen</p> <p>Omaan hoitoon osallistuminen.</p> <p>Suunnitelman tekoon osallistuminen.</p> <p>Aiantuntijuus ja vastuun otto hoitoon liittyen.</p> <p>Merkityksellinen toiminta.</p> <p>Aloitteellisuus, aktiivisuus</p> <p>Kuntoutuksen ja hoidon erityisosaamisen tarve osallistumisen tueksi.</p> <p>Asiantuntijakeskeisyys</p> <p>Sosiaalisen tuen puute</p> <p>Tuki oman idean toteuttamiseksi puuttui</p> <p>Merkityksen puuttuminen</p> <p>Epätietoisuus</p> <p>Ajankäytön suunnitteluun vaikeus</p> <p>Hoitotoimenpiteet vaikeuttavat omatoimisuutta ja osallistumista.</p> <p>Omista toiveista tinkiminen.</p> <p>Omien tarpeiden vähätteleminen.</p> <p>Omien mielenkiintojen sivuuttaminen</p>

Fyysinen ympäristö

<p>Mahdollistaa</p>	<p>Pesuaineita on useita ja ne ovat helposti saatavilla</p> <p>Neljän hengen huoneen, kolmen käyttäjän kesken wc-tilan käyttö sujuu vaikeuksitta .</p> <p>Ikäihminen tykkää, että wc on mieluummin omassa potilashuoneessa kuin käytävällä, sairaudesta ja inkontinenssivaivasta johtuen usein kiire wc:seen</p> <p>Terveyskeskussairaala on toista sairaalaa kotoisampi.</p> <p>Huoneessa ruokailu on rauhallisempaa ja kotoisampaa kuin päiväsalissa syöminen</p>	<p>Pesuaineissa valikoimaa, on helposti saatavilla.</p> <p>Neljän hengen huoneessa kolmen käyttäjän kesken wc-tilankäyttö sujuvaa</p> <p>Ikäihmiselle huoneessa oleva wc käytävällä sijaitsevaa parempi</p> <p>Kotoisuus</p>	<p>Pesuaineissa valinnanvara, ovat saatavilla</p> <p>Yhteistyö</p> <p>Ikäihmiselle vuoteen lähellä oleva wc-tila on tärkeää</p>	<p>Tarvikkeita on saatavilla</p> <p>Wc-tilan läheisyys tärkeää.</p> <p>Kotoisuus</p> <p>Huoneessa rauhallista ja kotoista ruokailua</p>
<p>Estää</p>	<p>Ulkoilumahdollisuutta ei ole.</p> <p>Bidensuihkun käyttö on hankalaa. Wc-istuimelta bidesuihkun ylettyminen edellyttää wc-istuimelta ylösnousua</p> <p>Kahden huoneen välisen kylpyhuonetilan käyttövuorot eivät ole selkeät.</p> <p>Naispotilas kokee kahden huoneen välisen kylpyhuoneen käytön kiusalliseksi ja käyttöä rajoittavaksi etenkin sen, kun toisessa huoneessa on miespotilaita. Potilas seuraa wc-tilan käyttöä ja säätää sen mukaan omaa käyttövuoroa.</p> <p>Potilas on yleensä syönyt huoneen pöydän ääressä, kotiloman aikana huoneen pöytä täytyi hoitotarvikkeista. Pöydän ääreen ei mahdu tarjotin. Tästä syystä potilas on syönyt vuoteen laidalla istuen.</p> <p>Aamulla päivälehti on päiväsalissa, sen jälkeen joku ottaa sen usein omaan huoneeseen</p> <p>Huonetoiverin äänet häiritsevät, potilas pyytää yöhoidajilta uniätkettä</p> <p>Ruoka tulee ajallaan, usein ruoka on jäähtynyttä. Kuuma ruoka on maukkaampaa</p> <p>Päiväruean yhteydessä tuleva kahvi maistuu vanhalle</p>	<p>Ei ulkoilumahdollisuutta.</p> <p>Omatoiminen bidesuihkun käyttö hankalaa.</p> <p>Kahden huoneen välisen wc-tilan käyttövuorot ei ole selkeät, edellyttää tarkkaavaisuutta ja huomioimista, oman intiimiyden häiriintymisen uhka.</p> <p>Hoitotarvikkeista johtuen pöydän ääreen ei mahdu syömään, siksi potilas syö vuoteen laidalla.</p> <p>Aamulla päivälehti päiväsalissa, myöhemmin potilashuoneessa eikä saatavilla.</p> <p>Yöunta häiritsee huonetoiverin yölliset ääntelyt</p> <p>Ruoka ehtii jäähtyä</p>	<p>Ulkoilumahdollisuuden puute</p> <p>Ympäristö edellyttää toimintakykyisyyttä</p> <p>Epäselvyys wc-tilan käyttövuorosta. Huoli intimitteettisuojasta.</p> <p>Tilan käyttö on rajoittunutta</p> <p>Päivälehden sijainti vaihtelee.</p> <p>Ympäristön äänet lisää nukahtamislääkkeiden tarvetta.</p> <p>Ruoka on jäähtynyttä</p> <p>Kahvi maistuu vanhalle</p>	<p>Hoitotarvikkeille ei huoneessa tilaa.</p>

Kulttuurinen ympäristö

Mahdollistaa	<p>Potilas näkee että potilaiden perehdytys sairaalan käytäntöihin on ensiarvoisen tärkeää uuteen ympäristöön asettumiseksi.</p> <p>Tulovaiheessa vuoteen reunalla ollessaan potilaalle oli kerrottu sairaalan periaatteista, aikatauluista.</p> <p>Potilas ehdottaa sairaalaan neuvontapistettä, mistä voi tarpeen mukaan tiedustella epäselviä asioita.</p>	<p>Uuteen ympäristöön asettumiseksi perehdytys tärkeää.</p> <p>Tulovaiheessa kerrottu periaatteista ja aikatauluista.</p>	<p>On perehdytetty</p>	Perehdytys nähdään tärkeänä
Estää	<p>Tottumattomuus sairaalassa oloon</p> <p>Sairaalan käytäntöihin ja hoitoihin ei ole perehdytetty.</p> <p>Kaikkea kerrottua ei tahdo aina muistaa.</p> <p>Pariin ensimmäiseen päivään ei osaa suunnitella omaa toimintaa.</p> <p>Potilas on tarkkaillut ja havainnoinut ympäristöä toimintatapojen ja käytäntöjen selvittämiseksi.</p> <p>Potilaalla on ollut tarve kysyä hoitoon liittyvistä asioista.</p> <p>Potilas odottaa kontaktialoitetta henkilökunnalta</p> <p>Sairaalan käytäntöihin perehdyttämisessä potilas näkee, että hänen tulisi olla aktiivisempi.</p> <p>Hoitajat tuovat lääkkeit. Kotona lääkkeet otetaan dosetista</p>	<p>Tottumattomuus.</p> <p>Käytäntöihin ei ole perehdytetty.</p> <p>Puhuttu ei pysy muistissa.</p> <p>Vaikeus suunnitella omaa toimintaa</p> <p>Perehtyminen toisten toimintaa seuraamalla.</p> <p>Potilas ei ole kysynyt hoitoon liittyvistä asioista.</p> <p>Vuorovaikutusaloitteen odottaminen.</p> <p>Käytäntöihin perehtyminen edellyttää omaa aktiivisuutta.</p> <p>Lääkkeet annetaan, kotona ottaa itse.</p>	<p>Vieras ympäristö</p> <p>Perehdytyskäytännöissä vaihtelevuutta.</p> <p>Kirjallista perehdytysmateriaalia ei ole muistin tueksi saatavilla.</p> <p>Edellyttää hahmotus- ja havaitsemistaitoja sekä omaa aktiivisuutta.</p> <p>Odottaminen</p> <p>Henkilökunta toimii potilaan puolesta.</p>	<p>Perehdytyskäytäntöjen vakintumattomuus.</p> <p>Esitteen tarve</p> <p>Ympäristössä toimiminen edellyttää toimintakykyisyyttä</p> <p>Vieraana olemisen kokemus</p> <p>Vastuun poisotto</p>

Institutionaalinen ympäristö

	<p>Potilas olettaa syynä [aikataulujen pettämiseen ja suihkussa käynnin siirtymiseen] olevan henkilökunnan liiallisen työmäärän.</p> <p>Potilas näkee, että terapioidia ei tule nykyisestään vähennetä.</p> <p>Potilas jaksaisi osallistua nykyistä enemmän [terapioihin].</p> <p>Puheterapiaa oli luvattu tarjota ostopalveluna, mutta terapeutteja ei ole ollut saatavilla</p> <p>Terveyskeskussairaalaan siirtyessä tuli kahden viikon tauko puheterapiaan. Potilas arvelee sen heikentäneen puheentuoton kuntoutumismahdollisuuksiin.</p>	<p>Henkilökunnalla liikaa töitä</p> <p>Terapioita ei tule vähentää.</p> <p>Sairaala ei kyennyt järjestämään puheterapiaa, minkä potilas olettaa heikentäneen kuntoutumismahdollisuuksia.</p>	<p>Puheterapian tarve.</p>	<p>Henkilökunnan resurssointi</p> <p>Terapioiden riittävyyden takaaminen</p> <p>Niukat puheterapiaresurssit. Puheterapiakuntoutuksen puute</p>
--	---	--	----------------------------	--