

Terhi Kukkonen

Vuodeosastopotilaan ja hänen omaisensa osallisuuden kehittäminen hoidon suunnittelussa

Sairaanhoitaja ylempi (AMK)

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

Kevät 2019



**KAMK • University
of Applied Sciences**

Tiivistelmä

Tekijä(t): Kukkonen Terhi

Työn nimi: Vuodeosastopotilaan ja hänen omaisensa osallisuuden kehittäminen hoidon suunnittelussa

Tutkintonimike: Sairaanhoitaja ylempi (AMK), sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

Asiasanat: osallisuus, asiakaslähtöisyys, yhteiskehittäminen, sähköinen potilastietojärjestelmä, valmentava johtaminen

Hoitotyön etiikan ja toimintaa säätevien lakien mukaan potilaan osallisuus hoitoon on itseisarvo ja tavoiteltava asia. Osallisuudella on todettu olevan yhteys hoidon tavoitteiden saavuttamiseen ja hoidon koettuun laatuun. Potilaan ja omaisen osallisuutta kehitettiin terveyskeskussairaalan vuodeosastolla. Kehittämisen tavoite oli potilaan ja omaisen osallistumisen ja vastuullisuuden vahvistaminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena, koska muutostarve koski työkäytäntöjä. Toimintatutkimuksessa ymmärrys kehittämiskohteesta rakentuu yhteistoiminnallisesti, tiedon ja toiminnan limittyessä kehittämissykleissä.

Ensimmäisen syklin tarkoitus oli kuvata osallisuuden kehittämisen tietoperusta. Kehittämiskysymys oli, minkälaisena vanhuspotilaan ja hänen omaisensa osallisuus hoitoon näyttäytyy aikaisemman tutkimustulosten perusteella? Vastaus kehittämiskysymykseen haettiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Tiedonhaku tehtiin Ovid, Ebsco ja Medic tietokannoista sekä manuaalisesti. Aineisto saatiin 13 tutkimuksesta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tuloksena muodostuivat luokat: organisaation hallinto, päivittäisen hoitotyön järjestely, vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaan välillä, potilaan osallisuus hoitoon, omaisen osallisuus, osallisuuden kehittämisen käytännöt ja osallisuuden moninaisuus.

Toisessa syklissä tarkoitus oli kartoittaa potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen käytäntöjä asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Tässä toteutettiin benchmarking-vierailu asiakaslähtöisten hoidon suunnittelun käytäntöjen kartoittamiseksi. Vertailukehittämisen perustaksi kuvattiin kehittämissympäristön hoidon suunnittelun prosessinkuvaus. Vierailun tuloksena oli välittömästi käyttöön otettavia tuloksia, joita olivat potilaan oman tavoitteen ja sairauttaan koskevan tiedon määrän selvittäminen ja kirjaaminen sekä opaskansio osaston toiminnasta ja hoidon tavoitteista potilaille sekä omaisille. Jatkokehittämistä vaativia asiakaslähtöisyyttä ja osallisuutta kehittäviä käytäntöjä olivat hoitajaksoon sisältyvät palaverit potilaan ja omaisen kanssa, vuoteenvierusraportointi ja osaston hoitoprosessin vaiheiden kuvaaminen kaikkien toimijoiden osalta potilaan osallistumisen näkökulmasta. Hoitoprosessiin osapuolet ovat hoitotyöntekijät, lääkärit, potilas, omainen ja fysioterapeutti. Prosessin mallintamiseksi potilaan osallisuutta tukevat toiminnot ja niiden toteutus on kuvattava kaikkien osapuolten ja hoitoprosessin vaiheista tulotilanteen, osastolla olon ja kotiutuksen osalta.

Kolmannessa syklissä tarkoitus oli selvittää, minkälainen on potilaan ja omaisen osallisuutta tukeva hoidon suunnittelun toimintamalli. Toimintamallin kehittämisessä käytettiin CoCo Cosmos suunnittelupeliä. Pilotointi kesti kolme viikkoa. Se toteutettiin kahdessa hoito-osaston modulissa. Pilotoinnin aikana hoidon suunnittelu toteutettiin kymmenelle potilaalle toimintamallin mukaisesti. Pilotoinnin merkitystä arvioitiin haastattelemalla potilas ja omainen (n=2), kyselyllä projektiryhmäläisiltä (n=3) ja havainnoimalla hoidon suunnittelua pilotoinnin aikana. Haastatteluaineisto analysoitiin teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Potilaan ja omaisen haastattelun tuloksina muodostuivat pääluokat potilaan ja omaisen osallisuus hoidon suunnittelussa ja pitkäaikaissairaus osallisuuden viitekehityksenä. Kyselyaineisto analysoitiin deduktiivisen sisällönanalyysin mukaisesti. Henkilökunnan mukaan toimintamallilla potilaan hoidon suunnittelussa oli merkitystä tiedon keräämiseen, kotiutuksen suunnitteluun, yhteistyöhön ja potilaan motivaatioon kuntoutumiseen. Toimintamallin pilotointi nosti esiin haasteita potilaiden tulohaastatteluiden toteutuksessa, tehtävienjaossa eri ammattiryhmien välillä ja kirjaamisen käytännöissä.

Neljännän syklin tarkoituksena oli kartoittaa potilaan osallisuutta tukevan hoidon toteutukseen kehittämideoita ja ratkaisuja toimintamallin käytäntöön viemiseksi. Siksi järjestettiin toimintamallin jatkokehittämiseksi ja käytäntöön implementoinnin tueksi henkilökunnan työhyvinvointi-iltapäivissä (6 ryhmää, n=37 osallistujaa) yhteiskehittämistyöpajat prosessikävelynä. Potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämistä koskevalle aineistolle tehtiin teoriaohjaava sisällönanalyysi. Tuloksista muodostuivat pääluokat potilaan osallisuuden tukeminen, potilaan osallisuuden haasteet ja omaisen osallisuus. Potilaiden alentunut toiminta- tai päätöksentekokyky korostui tuloksessa osallisuuden haasteena. Osallisuuden tukemisen merkittävänä tekijänä korostui vuorovaikutus. Potilaiden kanssa keskustelu on merkittävä osa hoitotyötä, johon tarvitaan aikaa. Päivittäisen työn järjestely, muutokseen tarvittavien tehtävien kuvaukset ja moniammatillinen yhteistyö ovat kriittisiä huomioitavia muutoksen suunnittelussa. Tämä ilmeni toimintamallin pilotoinnin toteutuksen arvioinnissa sekä 3. ja 4. syklin tuloksissa.

Hoidon suunnittelun nykytilanteen kuvaaminen, kehitetyn toimintamallin pilotointi ja jatkokehittäminen toivat esille sähköisen potilastietojärjestelmän vaikutuksen potilaan osallisuuteen. Pystymättä ottamaan kantaa, onko tilanne käyttäjä- vai ohjelmistolähtöinen, hoitosuunnitelman tekemisessä korostui tiedon hankkiminen sähköisestä järjestelmästä ja tiedon tarkka raportointi järjestelmään. Potilaan hoidon tavoitteiden asettamiseen ja hoidon suunnitteluun tarvitaan tietoa, jota jaetaan kaksisuuntaisesti. Osallisuus toteutuu henkilökunnan ja potilaan sekä omaisen välisessä vuorovaikutuksessa. Valmentava johtaminen on vuorovaikutuksellinen, kuunteleva ja luovuuteen kannustava johtamisen orientaatio. Potilaan näkökulmasta osallisuus on sekä omaan hoitoon että hoidon kehittämiseen ja suunnitteluun osallistumista. Toiminnan kehittämisessä on huomioitava järjestelmän, työntekijöiden ja palvelun käyttäjien näkökulmat.

Abstract

Author(s): Terhi Kukkonen

Title of the Publication: Developing the Involvement of Patients and Their Families in Care Planning

Degree Title: Master of Health Care

Keywords: involvement, client-centredness, co-creation, patient information system, coaching

According to the ethics and laws regulating nursing care, patient involvement in care is both a value and a goal. Involvement has been found to be linked to the achievement of the goals of care and the experienced quality of care. The involvement of patients and their families was developed at a health center hospital ward. The aim of the development was to strengthen the involvement and responsibility of patients and their families in the planning and implementation of care. This thesis was carried out as an action research, because the need for change concerned work practices. In the action research, the understanding of the development subject is built on collaboration, while knowledge and action overlap in development cycles.

The purpose of the first cycle was to describe the knowledge base for the development of patient involvement. The development question was to study what previous research had discovered about the involvement of elderly patients and their families in care. The answer to the development question was sought through a literature review. Information was retrieved both from Ovid, Ebsco and Medic databases and manually. 13 articles were found and analyzed with inductive content analysis which resulted in the following categories: organizational management, daily nursing arrangements, interaction between staff and patients, patient involvement in care, family involvement, involvement development practices, and diversity of involvement.

The purpose of the second cycle was to study the practices in care planning and implementation from a client-centred perspective. A benchmarking visit was made to explore the practices for planning client-centred care. The process of care planning in the development environment was described and formed the basis for benchmarking. The visit gave immediate implementable results, including the identification and documentation of patients' own goals and knowledge of their illness, as well as a guidebook about ward practices and aims of care for patients and their families. Client-centred and inclusive practices requiring follow-up development were meetings with patients and their families during the care period, bedside reporting, and defining the stages of the care process for all actors from the patient involvement perspective. Participants in the care process are nurses, doctors, patients, families and physiotherapists. To model the process, patient involvement practices and their implementation must be described for all actors involved and different stages of care process; admission, hospital stay and discharge.

The purpose of the third cycle was to find out what kind of care planning model would support patient and family involvement. The CoCo Cosmos design game was used to develop an operating model. Piloting the model lasted three weeks and was implemented in two of the ward modules. During the pilot, the care of ten patients was planned according to the operating model. The relevance of the pilot was assessed by interviewing the patients and their families ($n = 2$), collecting information from the project group members ($n = 3$) with a questionnaire, and observing care planning during the pilot. The interview data was analyzed with a theory-driven content analysis which resulted in the following main categories: patient and family involvement in care planning and long-term illness as a framework for involvement. Deductive content analysis was used to analyze the questionnaire data. According to staff members, the use of the operating model in patient care planning was important for collecting information, planning discharge, co-operation and patient motivation for rehabilitation. Piloting the operating model highlighted challenges in the implementation of patient interviews, allocation of tasks between different professional groups and documentation practices.

In the fourth cycle, development workshops to further develop and implement the operating model were organized in the staff work wellbeing afternoons (6 groups, n = 37 participants) as a process walk. Theoretical content analysis was conducted on the data on developing patient and family involvement. The results consisted of the following categories: supporting patient involvement, challenges for patient and family involvement. Patients' reduced functional or decision-making ability was highlighted as a challenge for involvement. Interaction was an important factor in supporting involvement. Conversation with patients is an important part of nursing which demands time. The organization of daily work, description of tasks required for change and multidisciplinary collaboration are critical factors when a change is being planned. This was reflected in the evaluation of the implementation of the pilot and the results of the third and fourth cycle.

Describing the current state of care planning as well as developing and piloting the developed operating model highlighted the impact of an electronic patient information system on patient involvement. Regardless of whether the situation is user-driven or software-driven, accessing information and accurate documentation of information in the electronic system were emphasized in the process of making a care plan emphasized. Setting goals for patient care and planning care require information that is shared in both ways. Involvement is achieved through interaction between staff, patients and families. Coaching leadership is an interactive, listening and creativity-oriented approach to leadership. From patients' point of view, involvement is participation in both their own care and the development and planning of the care system. The perspectives of the system, employees and service users must be considered in the development of operations.

”Ihmisen hoidon ympäröissä puhutaan virheettömästi ainakin viittä kieltä – tieteen, tehokkuuden, tekniikan, hallinnon ja vallan kieltä. Mutta mikä on itse asia? Mikä päämäärä, mieli ja sanoma ihmisen hoitamisella on? Ihminen ei kysy ainoastaan kylmiä tosiasioita ja teknistä osaamista. Hän kysyy myös asioiden merkitystä olemassa ololleen.”

Lindqvist, M. Ammattina ihminen

Sisällys

1	Johdanto	1
1.1	Kehittämistehtävän strateginen viitekehys.....	1
1.2	Kehittämistehtävän eteneminen.....	3
1.3	Metodologiset valinnat	4
1.4	Yhteiskehittäminen ja osallisuuden käsitteellistäminen	5
1.5	Tietoteoreettiset lähtökohdat.....	6
1.6	Lähteet.....	7
2	Osallisuus	10
2.1	Osallisuus käsitteenä	10
2.2	Lait, ohjelmat ja strategiat osallisuuden taustalla.....	12
2.3	Terveydenhuollon eettinen ohjeistus potilaan ja omaisen osallisuudesta	14
2.4	Yhteenveto osallisuuden käsitteestä.....	15
2.5	Lähteet.....	16
3	Kirjallisuuskatsaus potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämisestä (Sykli 1.).....	19
3.1	Kirjallisuuskatsaus (Suunnittelu)	19
3.2	Tiedonhaku ja tutkimusten valinta (Toiminta)	20
3.3	Aineiston analyysi ja tulokset (Havainnointi)	22
3.4	Johtopäätökset (Reflektointi).....	30
3.5	Lähteet.....	32
4	Benchmarking, asiakaslähtöiset käytännöt hoitoprosessissa (Sykli 2.).....	35
4.1	Benchmarking kehittämismenetelmänä (Suunnittelu)	35
4.2	Kehittämysympäristön kuvaus ja benchmarking-vierailu (Toiminta)	40
4.3	Benchmarking-vierailun tulokset (Havainnointi)	45
4.4	Suosituksset (Reflektointi)	47
4.5	Lähteet.....	49
5	Potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan toimintamallin kehittäminen (Sykli 3.)	52
5.1	Toimintamallin perusta (Suunnittelu)	52
5.2	CoCo Cosmos pelisessiot ja potilaan sekä omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintamallin muokkaaminen (Toiminta)	55
5.3	Potilaan ja omaisen osallisuutta tukeva hoidon suunnittelun toimintamalli (Havainnointi)	59
5.4	Toimintamallin pilotointi (Toiminta ja Havainnointi)	62

5.4.1	Pilotoinnin toteutus ja sen havainnointia (Toiminta)	62
5.4.2	Toimintamallin pilotoinnin tulokset (Havainnointi)	64
5.5	Potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintamallin arviointi (Toiminta ja Havainnointi)	65
5.5.1	Toimintamallin arviointi (Toiminta)	66
5.5.2	Haastatteluaineiston analyysi (Havainnointi)	69
5.5.3	Haastattelun tulokset (Havainnointi)	71
5.6	Kysely projektiryhmäläisille (Toiminta)	93
5.7	Kyselyn aineiston analyysi ja tulokset (Havainnointi)	93
5.8	Toimintamallin arviointia (Reflektointi)	102
5.9	Lähteet.....	108
6	Potilaan ja omaisen osallisuuden yhteiskehittäminen (Sykli 4.).....	113
6.1	Yhteiskehittäminen työhyvinvointi-iltapäivissä (Suunnittelu)	113
6.2	Työhyvinvointi-iltapäivien työpajat (Toiminta)	114
6.3	Tyhy-iltapäivien aineiston analysointi, tulokset ja niiden arviointia (Havainnointi) 114	
6.4	Toiminnan nykytilanteen huomioiminen potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämisessä (Reflektointi)	129
6.4.1	Hoitokertomus sähköisessä potilastietojärjestelmässä vs. hoidollisen päätöksenteon prosessimalli.....	129
6.4.2	Hoidon suunnittelun prosessin nykytilanteen mallinnusta	133
6.5	Lähteet.....	136
7	Potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämisen pohdintaa	139
7.1	Kehittämistehtävän tulokset	139
7.1.1	Yhteenvedo kehittämistehtävän syklien tuloksista	139
7.1.2	Potilaan ja omaisen osallisuuden edelleen kehittäminen.....	141
7.1.3	Toiminta tai päätöksentekokyvyltään alentuneen potilaan osallisuus	143
7.1.4	Vuorovaikutus osallisuuden tekijänä	144
7.2	Valmentavan johtamisen orientaatio.....	146
7.3	Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta	150
7.3	Jatkotutkimus- ja kehittämisaiheita	156
7.4	Lähteet.....	157

Liitteet (8 kpl)

1 Johdanto

Potilaan osallisuus hoitoon on tavoiteltava asia hoitotyön etiikan ja toimintaa säätevien lakien mukaan. Osallisuudella on todettu olevan yhteys hoidon tavoitteiden saavuttamiseen ja hoidon koettuun laatuun. Potilaan ja hänen omaisensa osallisuutta hoidon suunnittelussa kehittävä YAMK-opinnäytetyö (jatkossa kehittämistehtävä) toteutettiin terveyskeskussairaalan vuodeosastolla loppuvuodesta 2016 ja alkuvuodesta 2017. Osallisuuden kehittäminen on yksi toimintayksikön strategisista tavoitteista. Kehittämistehtävän tarkoituksena on kehittää yhteiskehittämisen menetelmiä käyttäen potilaan ja omaisen osallisuutta hoidon suunnittelussa. Osallisuuden kehittämisen tavoite on potilaan ja omaisen osallistumisen ja vastuullisuuden vahvistaminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.

1.1 Kehittämistehtävän strateginen viitekehys

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (jatkossa Kainuun sote) käynnisti 2012 uuden sairaalan suunnittelun. Uuden sairaalan myötä hoitoprosessit ja johtaminen uudistuvat. Uuden toimintamallin yhtenä päätavoitteena on madaltaa erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalityön välisiä ja niiden sisäisiä raja-aitoja. Uuden sairaalan konseptin lähtökohta on prosessimainen organisointi. Tulevassa johtamisjärjestelmässä päätösvalta ja tulostavastuu ovat mahdollisimman lähellä operatiivista toimintaa, mikä mahdollistaa prosessien johtamisen. Uuden sairaalan konsepti korostaa kaikessa hoitotyössä kuntoutuksen merkitystä, jonka vuoksi koko soten henkilöstölle suunnataan kuntouttavan työotteen koulutusta. (Kainuun uusi sairaala, konseptisuunnitelma 2013.)

Potilaan osallisuus hoitoon on tutkimuksissa yhdistetty hoidon tuloksiin ja koettuun laatuun. Potilailta, jotka osallistuivat tavoitteiden asettamiseen, oli joillakin kuntoutumisen osa-alueilla paremmat tulokset, kuin vertailuryhmällä ja he myös arvioivat hoidon laadukkaammaksi, kuin vertailuryhmäryhmään kuuluvat. (Arnetz, Almin, Bergström, Franzen & Nilsson 2004.) Potilaat, joita tuettiin osallistumaan kuntoutumisen tavoitteiden asettamiseen ja ottamaan vastuuta harjoitteiden tekemisessä, oli joissakin päivittäisten toimintojen osa-alueella paremmat tulokset kuin verrokkiryhmällä. Myös kokemus osallistumisesta hoitoon ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon oli merkittävästi korkeampi kuin verrokkiryhmällä. (Asplin, Carlsson, Ziden & Kjelby-Wendt 2017, 6-8.)

Kehittämistehtävän aihe on vuodeosastopotilaan ja hänen omaisensa osallisuuden kehittäminen hoidon suunnittelussa. Kehittämistehtävä toteutetaan Kajaanin terveyskeskussairaalan akuuttiyksikössä. Tehtävän aihe nousee työyksikön strategiasta. Asiakasta ja asukasta koskeva strateginen päämäärä on asiakaslähtöinen hoitotyö. Kriittinen menestystekijä, jossa on onnistuttava asiakaslähtöisen hoitotyön saavuttamiseksi, on potilaan ja hänen läheisensä osallisuuden ja vastuullisuuden korostaminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Toimenpiteisiin tavoitteen saavuttamiseksi kuuluu potilaan ja läheisen ottaminen mukaan hoidon suunnitteluun hoitojakson alusta lähtien ja osallistaminen hoitoon. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän tulokortisto 2015.)

Tulokortiston esittämistapaan ja sisältöön on tullut vuosien aikana joitakin muutoksia. Vuoden 2017 tulokortistossa asiakasta ja asukasta koskeva strateginen päämäärä on hyvinvoivat kainuulaiset. Kriittinen menestystekijä päämäärän saavuttamiseksi oli edelleen potilaan ja läheisen osallisuuden ja vastuullisuuden kehittäminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Toimenpiteenä tavoitteen saavuttamiseksi on, että potilas ja läheinen otetaan mukaan hoidon suunnitteluun koko hoitoprosessin ajan (hoitosuunnitelma). Näin toimien tavoitteena vuodelle 2021 on, että potilas ja läheinen ovat aktiivisia osallistujia hoitopäätöksiä tehtäessä. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän tulokortisto 2017.)

Toimintayksikön asiakasta koskeviin kriittisiin päämääriin kuuluu myös, että toimintaa ohjaa kuntouttava hoitotyö. Kuntouttavan hoitotyön tavoitteena on potilaan ja läheisen valmentaminen hoidon ja kuntoutuksen toteuttamiseen ja kotiutumiseen, ja että kotiuttamisen suunnittelu alkaa heti hoitojakson alussa. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän tulokortisto 2017.)

Kehittämistehtävän tavoitteen saavuttamiseksi on tarkasteltava kriittisesti nykyisiä toimintakäytäntöjä. Käytäntöjen muuttamiseen tarvitaan koko työyhteisöä ja siellä työskenteleviä eri ammattiryhmien edustajia. Osallisuuden kehittäminen on sidoksissa työyhteisön ja työntekijöiden toimintaan ja organisaatiokulttuuriin. Sarajärven, Mattilan ja Rekolan (2011, 89, 102–103) mukaan työntekijät ja työyhteisöt ovat onnistuneen muutoksen lähtökohta. Ajatusmallien ja tunteiden tunnistaminen ja näkyväksi tekeminen liittyvät muutoksen alkuun. Muutoksen tapahtumiseksi vaadittuja edellytyksiä voivat olla esimerkiksi hoitokulttuurin uudistamistarpeen tunnistaminen, toimintakäytäntöjen kriittinen arviointi ja kyseenalaistaminen, yhteistoiminnallinen työskentely ja asiakaslähtöinen toiminta- ja ajattelutapa.

1.2 Kehittämistehtävän eteneminen

Kehittämistehtävän ensimmäisessä syklissä (luku 3) perehdytään kirjallisuuskatsauksessa osallisuuden käsitteeseen ja osallisuuden kehittämiseen vaikuttaviin tekijöihin. Toisessa syklissä (luku 4) selvitetään oman työyhteisön hoitoprosessin nykytilaa ja haetaan tietoa osallisuutta tukevista käytännöistä benchmarking-vierailulla.

Kolmannessa syklissä (luku 5) luodaan yhteiskehittämällä kehittämispelin avulla potilaan ja omaisen osallisuutta tukeva hoidon suunnittelun toimintamalli, jota pilotoidaan osastolla. Kolmannen syklin havainnointivaiheesta käynnistyi neljäs sykli (luku 6), jossa osaston hoitotyöntekijöiden työhyvinvointi-iltapäivissä haetaan ideoita ja lisäymmärrystä potilaan osallisuuden kehittämiseksi ja ideoiden käytäntöön viemiselle. Kehittämistehtävän 7. luvussa on tulosten lisäksi avattu johtamisen orientaatio, ammatillisen kehittymisen arvio ja kehittämistehtävän luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta.

Toimintatutkimuksen luonteen mukaisesti kehittämistehtävän suunta avainkäsitteineen elää ja täsmentyy prosessin aikana. Myös omat roolini muuttuivat kehittämistehtävän tekemisen aikana. Kehittämistehtävän toteuttajan, työyhteisön lähijohtajan ja hoitotyön tekijän roolien lisäksi minusta tuli potilaan omainen. Tämä moninaisuus on jälkikäteen ajatellen ollut rikkaus. Asioiden tarkastelu useasta eri näkökulmasta on syventänyt ymmärrystä ja luonut perustaa koordinoivalle ja fasilitoivalle toimintatavalle kehittämisessä. Tein kehittämistehtävän eri vaiheissa päiväkirjamerkintöjä, joista osa on raportissa. Otin raporttiin myös muutaman ”ei-tieteellisen” aihetta sivuavan lähteen, jotka kuvaavat yksilön kokemusta palveluista. Näiden lähteiden mukaan ottamisen perusta oli oman ammattini tuoma kontekstin tuntemus ja ilmiöiden tunnistaminen siitä näkökulmasta.

Kehittämistehtävän metodologinen viitekehys ja tiedon tarkastelun näkökulma tulee toimintatutkimuksesta. Perustelen seuraavassa alaluvussa toimintatutkimuksen valinnan kehittämistehtävän metodologiseksi lähestymistavaksi suhteessa kehittämistehtävään ja omaan positioon kehittäjänä.

1.3 Metodologiset valinnat

Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi. Uusia toimintatapoja suunnitellaan ja kokeillaan tutkimus- ja kehittämisprojekteina. Työtehtävien kehittämiseen kuuluu ihmisten välisen vuorovaikutuksen ja yhteistoiminnan kehittäminen. Toimintatutkimus on prosessi, jossa kehittämissuunnitelma muokkaantuu vaiheittain etenevinä sykleinä. (Heikkinen 2008, 16–21.)

Tavanomaisesta tutkimusprosessista poiketen toimintatutkimuksen lähtökohta on arkinen toiminnan ongelma tai muutostarve. Tutkimus alkaa ihmettelystä ja toiminnan reflektoinnista, mikä johtaa laajempiin kysymyksiin. Toimintatutkimus etenee sykleissä, joissa suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektoinnin ja uudelleen suunnittelun vaiheet seuraavat toisiaan. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2008, 78–86.)

Suunnitteluvaiheessa hahmotellaan tutkimuskysymyksiä ja tutkimusasetelmaa sekä ideoidaan kenttätöitä. Tähän kuuluu kehittäjän näkökulmien täsmentäminen teoriaan ja kirjallisuuteen perehtymällä. Suunnitteluvaiheessa luodaan perusta kehittämisympäristössä toiminnalle ja valitaan aineiston hankkimistapa. Suunnittelussa voi käyttää apuna kysymyslistaa, jonka vastaukset konkretisoivat käytännön toimintaa. Toimintatutkimuksen edetessä tutkimuskysymykset täsmentyvät ja muuttuvat. (Huovinen & Rovio 2008, 94–98.)

Suunnitteluvaiheessa tutustutaan kehittämiskohteeseen ja pohditaan lähestymistapoja. Toimintavaiheessa mennään käytännön ympäristöön. Huovinen ja Rovio (2008, 99–102) kuvailevat, kuinka kehittäjä toimii kehittämisympäristössä ja hankkii tutkimusaineistoa erilaisin menetelmin. Ennen varsinaista aineiston keräämistä, tiedotetaan osallistujille kehittämistehtävästä ja sen vaikutuksista. Alkuvaiheessa on hyvä keskustella osallistujien kanssa tutkimukseen liittyvistä odotuksista ja pelisäännöistä. Yhteiskeskusteluille on varattava aikaa. Kehittämiseen osallistuvien aktiivisuus ja vapaaehtoisuus ovat edellytys jaetulle asiantuntijuudelle. Mahdollisuus vaikuttaa tukee osallistujien sitoutumista kehittämisprosessiin.

Toimintatutkimuksen aineistoa voi kerätä muun muassa havainnoimalla, tutkimuspäiväkirjoilla, haastatteluilla, kirjoitelmilla, sähköpostiviesteillä, työryhmien muistioilla, raporteilla ja kyselylomakkeiden avulla (Huovinen & Rovio 2008, 104). Ojasalon, Moilasen ja Ritalahden (2014, 61–62) mukaan osallistujien pitämällä päiväkirjoilla saadaan kuvauksia yksittäisistä toiminnoista ja tapauksista. Päiväkirjoja kutsutaan luotainmenetelmiksi. Heikkinen ja Huttunen (2008, 200) toteavat toimintatutkimuksen menetelmistä, että mietittyään tutkimuskysymyksiä ja sitä, kuinka saada

niihin vastaukset, tutkija voi lukea tiedonhankintamenetelmistä tai kehitellä niitä itse. Ideoita syntyy tutkimuksesta ja toiminnasta (Heikkinen & Syrjälä 2008, 154). Aikaisempaa toimintaa voidaan kehittää hahmottamalla ilmiöitä teorian avulla (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 42).

Havainnointivaiheessa analysoidaan toimintavaiheessa kertynyt aineisto. Aineiston analyysillä käsitteellistetään toimintaa. Kenttävaiheen raportoinnilla avataan tärkeitä käsitteitä ja teorioita lisää ja kerrotaan aineiston analyysin tulokset. (Huovinen & Rovio 2008, 103–115.)

Reflektointivaiheessa arvioidaan havainnointivaiheessa tuotetun analyysin tulosta suhteessa suunnitteluvaiheessa asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Arviointi tuottaa toiminnasta uutta tietoa, jonka perustalta lähdetään toteuttamaan seuraavan syklin suunnittelua. Heikkinen ym. (2008 78–86) toteavat, että uuden tutkimussyklin alkukohtaa edellisen syklin vaiheissa voi olla mahdollonta paikantaa.

Toimintatutkimuksen prosessiin kuuluu, että ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät vähitellen. Todellisuudessa sykliden vaiheet eivät seuraa toisiaan vaiheittain. Ne lomittuvat, eivätkä ole erotettavissa toisistaan. Tutkimuksen edetessä tutkimusongelmat muotoutuvat vähitellen. Aikaisemman toiminnan reflektointi käynnistää seuraavan kehittämissyklin suunnittelun (Heikkinen & Syrjälä 2008, 154).

1.4 Yhteiskehittäminen ja osallisuuden käsitteellistäminen

Toimintatutkimuksessa kohteina ovat yhteisön toimintatavat, yhteisön toiminnasta jäsenyvätkä toimintatilanteet ja osallistujien omaa toimintaa koskeva ymmärrys. Osallistujat pohtivat arvojaan, käsityksiään ja taitojaan vuorovaikutuksessa. Tieto kehittyy yhdessä muiden kanssa konstruoiden ja parhaimmillaan toimintatutkimus on yhteinen oppimisprosessi osallistujille. (Aaltola & Syrjälä 1999, 13–15.)

Ylemmän ammattikorkeakoulun kehittämistehtävän tekemisen uudeksi genreksi on muodostumassa yhteistoiminta ja yhteiskirjoittaminen. Toimintatutkimukseen metodologiaan ja menetelmiin liittyy vahvasti yhteistoiminta ja osallistuminen. Kiviniemen (1999, 64–66; 80) mukaan toimintatutkimuksen prosessi on yhteisöllinen. Toimintatutkimus voidaan ymmärtää oppimisprosessina, jossa keskeistä on osallistuminen asioiden käsittelyyn. Tämä haastaa myös tutkimuksen tekijän tai toiminnan kehittäjän ottamaan työyhteisön ja kehittämistehtävään osallistuneet mu-

kaan raportointiin. Kehittämistehtävään osallistuneet raportoivat kehittämistehtävästä itsenäisesti tai dokumentointia voidaan tehdä yhdessä. Ojasalo, Moilanen ja Ritalahti (2014, 61) toteavat osallistavien menetelmien olevan luonteenomaisia toimintatutkimuksessa.

Kehittämistehtävän aihe on potilaan ja omaisen osallisuuden kehittäminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Osallisuus on käsitteenä moniselitteinen. Kiviniemi (1999, 71) toteaa, että toimintatutkimuksessa tapahtuu tutkittavan ilmiön vähittäinen käsitteellistäminen. Kehittämissym-
päristöstä nouseva aineisto kuvaa tutkittavan ilmiön ominaispiirteitä. Tällainen eteneminen on aineistolähtöistä päinvastoin kuin teorian testaaminen empirialla.

Kehittämisen kohteen käsitteellistäminen on osallistujien yhteinen prosessi. Abstraktit käsitteet avataan yhteisen oppimisen ja keskustelun avulla. Abstraktien käsitteiden kuvaaminen käytäntöjen ja arkisen toiminnan kautta auttaa osallistujia tunnistamaan osaamisensa ja roolinsa kehittämistehtävän toteutuksessa. (Pikkarainen 2010, 179–180.)

1.5 Tietoteoreettiset lähtökohdat

Toimintatutkimuksessa tutkijan rooli voi olla ulkopuolisen tutkijan tai hän voi olla yhteisön toimija. Olipa rooli kumpi tahansa, tutkija osallistuu muutoksen läpivientiin. (Kananen 2014, 28–29; Ojasalo ym. 2014, 58.) Toimintatutkimuksessa tutkija saa olla aktiivinen toimija ja tavoitella muutosta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Tutkijan positio kuvaa sitä, mikä on tutkijan suhde tutkimusongelmaan, aineistoihin ja menetelmiin. Tutkijan suhde tutkittavaan ilmiöön voi rakentua sosiaalisen taustan ja roolien kautta. Tutkijan henkilökohtaiset motiivit ja ideologiat vaikuttavat siihen, miten tutkija positioi itsensä suhteessa tutkimuskohteeseen. Positointi voi olla myös tietoinen valinta, jolloin tutkija tukeutuu tietoisesti johonkin tiedon tuottamisen lähtökohtaan. (Tutkimuksen suunnittelu 2015.) Anttilan (2007, 22–23) mukaan tutkijan positioon liittyy myös tutkijan valinta siitä, millaisin menetelmin kehityskohteesta saadaan tietoa.

Anttila (2007, 22–23) on kuvannut tutkijan positiota ja kehittämishankkeen tutkimusotteen valintaa nelikentällä, jonka pystyakseli muodostuu vastapareista "teoriahakuinen-käytäntöhakuinen" ja vaaka-akseli muodostuu vastapareista "objektiivinen-subjektiivinen". Tutkijan positio on objektiivis-käytännöllinen, silloin kun tutkijan rooli on tiedon prosessointi ja toiminnan kehittämi-

nen. Objektiivis-käytännöllisessä lähestymistavassa korostuu yhteisöllisyyden merkitys ja yhteisöllinen oppiminen. Lähestymistavan taustalla vaikuttaa esimerkiksi sosiokonstruktivismin tieteenperintö. (Leinonen 2015.). Kehittämistehtäväni tutkimuksellinen ote on tutkijan positiota kuvaavassa nelikentän mukaan tarkasteltuna objektiiivis-käytännöllinen.

Toimintatutkimuksen tavoitteena on kehittää käytännötoimintaa ja tutkijan rooli sen kehittämisessä on aktiivinen. Työskentelen apulaisosastonhoitajana terveyskeskuksen akuuttiyksikössä, jossa kehittämistehtävä toteutetaan. Työyhteisön toimijana ja lähijohtajana olisi vaikeaa, tai jopa mahdotonta, kehittää toimintaa osallistumatta itse aktiivisesti. Koen toimintatutkimuksen käytäntöä ja teoriaa yhdistävän lähestymistavan itselleni mielekkääksi tutkimuspositioksi.

1.6 Lähteet

Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa H. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä, Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena, 11–24.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: AKATIIMI Oy.

Arnetz, J.E., Almin, I., Bergström, K., Franzen, Y. & Nilsson, H. 2004. Active Patient Involvement in the Establishment of Physical Therapy Goals: Effects on Treatment Outcome and Quality of Care. *Advances in Physiotherapy*, 6(2), 50–69.

Asplin, G., Carlsson, G., Ziden, L. & Kjellby-Wendt, G. 2017. Early coordinated rehabilitation in acute phase after hip fracture – a model for increased patient participation. *BMC Geriatrics*, 17(1), 1–12.

Heikkinen, H. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio ja L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistuseura, 16–38.

Heikkinen, H. & Huttunen, R. 2008. Toimintatutkimus tieteenä. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio ja L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistuseura, 184–202

Heikkinen, H. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa H. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä, Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena, 25–62

Heikkinen, H, Rovio, E & Kiilakoski, T. 2008. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio ja L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistuseura, 77–93.

Heikkinen, H & Syrjälä, L. 2008. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio ja L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistuseura, 144–162.

Huovinen, T & Rovio, E. 2008. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio ja L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistuseura, 94–113.

Kainuun uusi sairaala, konseptisuunnitelma. 2013. Kainuun sosiaali- terveydenhuollon kuntayhtymä. Kajaani.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän tulokortisto. 2015. Kajaanin TK-sairaala. Kajaani.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän tulokortisto. 2017. Kajaanin TK-sairaala. Kajaani.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona, Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 185. Jyväskylä.

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa H. Heikkinen, R. Huttunen, & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä, Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Jyväskylä: Atena, 63–84.

Ojasalo, K, Moilanen, T & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät, Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: SanomaPro.

Pikkarainen, A. 2010. Keskustelua, kehittämistä, käsitteellistämistä ja kirjoittamista – 4K-periaatteet työelämäläheisessä hankekirjoittamisessa. Teoksessa P. Lambert & L. Vanhanen-Nuutinen (toim.) Hankekirjoittaminen, Välineitä hanketoimintaan ja opinnäytetyöhön. Haaga-Helia tutkimuksia 1. Helsinki: Multiprint, 171–188.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto, verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Haettu 6.10.2016 http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_1_2.html

Sarajärvi, A, Mattila, L-R, Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta, Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Tutkimuksen suunnittelu. 2015. Jyväskylän yliopisto. Haettu 3.11.2015. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-suunnittelu#tutkijan-position-hahmottaminen>

2 Osallisuus

Osallisuus ja asiakaslähtöisyys ovat sosiaali- ja terveydenhuollon peruskäsitteitä. Niitä käytetään eri yhteyksissä sekä toiminnan arvoina että toiminnan toteuttamistavan kuvaajina. Seuraavissa luvussa avaan osallisuuden käsitteen käyttöä, ja sen määrittelyä tutkimuskirjallisuuden kautta. Kuvaan myös lyhyesti potilaan osallisuuteen ohjaavia lakeja ja ammattieettisiä normeja.

2.1 Osallisuus käsitteenä

Kirjallisuudessa ei ole yksimielisyyttä osallisuus käsitteen määrittelystä tai sen sisällöstä (Laitila 2010, 57). Esimerkiksi Kujala (2003, 46) toteaa osallisuus ja osallistuminen käsitteitä käytettävän lähes synonyymeinä. Kivistö (2014, 42) päätyy väitöskirjansa tietoperustan esittelyssä toteamaan, ettei pysty asettamaan eri osallisuuskäsitteitä ylä- tai ala tasoiksi toisiinsa nähden. Osallisuuden hän kuitenkin asettaa muut osallisuuden lähikäsitteet kokoavaksi yläkäsitteeksi.

Osallistuminen ja osallisuus eivät ole sama asia. Osallisuus toteutuu, kun on valtaa vaikuttaa, miten itseä koskeva toiminta järjestetään. Osallistuminen toiminnan suunnitteluun ilman vaikuttamisen mahdollisuutta ei välttämättä lisää kokemusta osallisuudesta (Luhtasela 2009, 130.) Julkusen ja Heikkilän (2007, 89) mukaan osallistuminen voi olla asiakkaan osalta esimerkiksi tiedonantajan rooli, tai hän on mukana jollakin tapaa toiminnassa. Osallisuuteen sisältyy oletus, että palveluiden käyttäjä voi toiminnallaan vaikuttaa jollakin tapaa palveluprosessiin.

Osallisuutta voidaan kuvailla jatkumona, hierarkiana, jossa osallisuuden aste kasvaa. Arnsteinin (1969) tikapuumallissa kuvataan kansalaisen osallisuutta julkisessa organisaatiossa. Alimmalla portaalla osallisuutta ei ole lainkaan. Kansalaisen osallisuus ja valta vaikuttaa prosessiin lisääntyy portaita ylöspäin noustaessa. Artikkelissaan Arnstein nosti esille, kuinka suuri ero on vallan omistajan luomalla näennäisellä osallistumisen mahdollisuudella ja mahdollisuudella osallistua niin, että osallistujalla on todellista voimaa vaikuttaa toiminnan lopputulokseen. Shierin (2001) kehitetyssä mallissa osallisuudella on viisi tasoa. Jokaisella osallisuuden tasolla työntekijöiden ja organisaation sitoutumisen aste voi vaihdella vaikuttaen asiakkaan osallisuuden tasoon. Sitoutumisen astetta kuvaavat käsitteet ovat avautuminen, mahdollisuus ja velvollisuus. Liitteessä 1 (kuviassa 1, Osallisuuden polku) on mukaelma Shierin mallista.

Osallisuuden polku -mallissa avautuminen tarkoittaa työntekijän henkilökohtaista valmiutta toimia osallisuutta tukien ja aikomusta työskennellä sen mukaisesti. Mahdollisuus tarkoittaa työntekijän ja organisaation mahdollisuuksia, toiminnan tekijöitä, jotka edesauttavat toimimaan asiakkaan osallisuutta tukien. Tekijöitä ovat muun muassa tiedot ja taidot, joiden saavuttamiseen voidaan järjestää koulutuksia ja työntekijöiden aikaresurssit. Mahdollisuuksiin sisältyvät myös jo olemassa olevien tehtävien toteuttaminen uusista lähtökohdista ja uusien toimintamallien kehittäminen. Velvollisuus kuvaa sitä vaihetta, kun osallisuutta tukevasta toimintatavasta on tullut organisaation vakiintunut tapa ja työntekijöiden odotetaan toimivan osallisuutta tukevalla tavalla. (Shier 2001, 110.)

Valokivi (2008, 62) selvitti kansalaisen asemaa velvollisuuksien, oikeuksien ja osallisuuden näkökulmasta suhteessa palvelujärjestelmään. Kansalaisten osallisuus muodostaa jatkumon aktiivisesta ja vaativasta palveluiden käyttäjästä palvelujärjestelmästä irtisanoutuneeseen. Osallisuuden muodot ovat vaatiminen, kumppanuus, palveluiden käyttö, alamaisuus, vetäytyminen, ulkopuolisuus ja irtisanoutuminen.

Luhtasela (2009, 128) tutki osallisuutta, ja sen muodostumista asiakkaan kokemana. Osallisuuden rakentumisen edellytykset olivat osallistujien kokemustiedon ottaminen toiminnan suunnittelun perustaksi, työntekijöiden ja asiakkaiden jaettu valta toiminnan kehittämisessä, osallistujien oikeudenmukainen ja ihmisarvoinen kohtelu ja osallistujien tietoisuutta lisäävien dialogisten menetelmien käyttö.

Kivistö (2014, 239-253) tutki väitöskirjassaan kolmessa eri osatutkimuksessa osallisuutta toimintana, kokemuksena ja diskurssina. Tutkimukseen osallistuneet kuvasivat osallisuutta usein sen vastakohtaan, osattomuuden, kautta. Osallisuus toimintana on ulkoisestikin havaittavaa osallistumista. Osallisuus rakentuu ainutkertaisen kokemuksen kautta suhteessa muuhun maailmaan. Osallisuus diskurssina rakennetaan puheessa ja teksteissä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Palvelusuunnitelmissa korostui lääketieteellisen näkökulman kautta vammaisuuden tuottamat ongelmat ja verrattiin toimintakykyä johonkin normaalina pidettyyn. Omien kokemusten, voimavarojen ja mielipiteiden kirjaaminen jäi heikoksi.

Mielenterveys- ja päihdepotilaiden ja työntekijöiden kokemuksia osallisuudesta selvittävässä tutkimuksessa todettiin, että osallisuuden toteutumisessa on edelleen puutteita. Asiakkaiden osallisuus voi silti toteutua monin eri tavoin. Osallisuuden tasot olivat osallisuus omaan hoitoon, osallisuuspalveluiden kehittämiseen ja osallisuus palveluiden järjestämiseen. Osallisuus omaan hoitoon oli muun muassa hoitosuunnitelman tekemistä yhdessä, palaverihin osallistumista ja sitä,

että omat kokemukset ja mielipiteet otetaan huomioon. Omaan hoitoon osallistumisessa asiakas osallistuu hoidon aloittamista, suunnittelua ja jatkohoitoa koskevaan päätöksentekoon. Osallisuus palveluiden kehittämiseen toteutuu asiakkaiden ja työntekijöiden yhteiskehittämisessä esimerkiksi kehittämispäivissä ja projekteissa. Asiakkaiden kokemustietojen käyttäminen palveluiden kehittämisessä on osallisuuden osatekijä. Osallisuutta lisääisi 3. sektorin ottaminen mukaan kehittämistyöhön. (Laitila 2010, 137-139.)

Potilaalle osallisuus voi olla valinta osallistumattomuudesta. Thompson (2007) tutki ammattilaisten tuottamia osallisuuteen ja osallistumiseen liittyviä malleja ja selvitti potilaiden näkökulmia ja toiveita omasta roolistaan osallisuudessa. Kaikki potilaat eivät halua osallistua. Valittuun osallisuuden tasoon vaikutti sairauden vakavuus, vaihtelevat persoonaan liittyvät tekijät ja potilaan suhde ammattilaisiin.

Osallisuus käsitteenä liittyy läheisesti asiakaslähtöisyyteen. Laitilan (2010, 5) mukaan asiakaslähtöisyys on organisaation ja sen työntekijöiden toimintatapa, joka toteutuu muun muassa organisaation asiakaslähtöisenä toimintana, työntekijöiden asiakaslähtöisenä toimintana ja asiakaslähtöisenä yhteistyösuhteena. Asiakkaan osallisuus tarkoittaa palvelun käyttäjän asiantuntijuuden huomioimista, hyväksymistä ja hyödyntämistä. Asiakaslähtöisillä rakenteilla ja toiminnalla voidaan tukea asiakkaan osallisuutta (emt. 185).

Asiakkuutta ja asiakaslähtöisyyttä selvittäneessä tutkimuksessa asiakaslähtöisyyttä tarkasteltiin kolmen pääulottuvuuden kautta, jotka ovat itsemääräämisoikeus, osallistuminen ja tasavertainen vuorovaikutus ja tiedonsaanti. Tutkimusaineistona oli muun muassa vanhusten haastattelut, potilastietojen kirjaukset ja osaston toiminnan havainnointi. Osallistumisen osatekijöitä olivat oikeus osallistua päätöksentekoon, suunnitteluun ja toteuttamiseen, vanhuksen tulkinnat ovat lähtökohta ja tavoitteet on asetettu yhdessä vanhuksen kanssa. Asiakkaiden ja työntekijöiden mielipiteissä oli eroavaisuuksia ja asiakkuudessa epäkohtia: tietoa tilanteesta ja suunnitelmista ei ole, toiveita tai mielipiteitä ei kysytä, tiedonsaanti edellyttää kysymistä, eri tasoilla oleminen, minäne-asetelma. (Järnström 2011.)

2.2 Lait, ohjelmat ja strategiat osallisuuden taustalla

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisessa ja järjestämisessä asiakkaan ja potilaan osallisuus on arvo ja strateginen päämäärä. Lait, kansalliset ohjelmat ja suositukset ohjaavat terveydenhuollon

organisaatioiden yksiköiden toimintasuunnitelmien laadintaa. Useissa laeissa säädetään osallisuudesta ja osallistumisesta. Perustuslain (731/1999) 14 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan tehtävä on edistää yksilön mahdollisuuksia osallistua yhteiskunnalliseen toimintaan ja vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon.

Kuntalain (410/2015) uudistuksessa lisättiin ja täsmennettiin kuntalaisen osallistumisen mahdollistavia menetelmiä. Lain 22 §:n ensimmäisessä momentissa todetaan, että kunnan asukkaalla ja palveluiden käyttäjällä on oikeus osallistua ja vaikuttaa kunnan toimintaan. Osallistumista ja vaikuttamista voidaan edistää muun muassa keskustelu- ja kuulemistilaisuuksien sekä kuntalaisraateja järjestämällä, asukkaiden mielipiteiden selvittämällä ennen päätöksentekoa ja suunnittelella ja kehittämällä palveluja yhdessä palvelujen käyttäjien kanssa.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään hoitosuunnitelman tekemisestä, tiedon-saantioikeudesta ja itsemääräämisoikeudesta. Hoitosuunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaisensa tai läheisensä kanssa. Terveystieteiden ammattihenkilön on annettava potilaalle hoitoa koskevan päätöksenteon kannalta merkittävät tiedot tavalla, jonka potilas riittävästi ymmärtää. Itsemääräämisoikeuteen kuuluu, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan

Sosiaalihuoltolaissa (812/2000) ohjataan samoin, kuin potilaslaissa, tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeudesta ja palveluiden suunnittelusta. Laissa on myös kohdat, jotka ohjaavat voimakkaasti osallistumiseen ja asiakkaan kanssa tehtävään yhteistyöhön. Lain 8 §:ssä todetaan, että sosiaalihuolto on toteutettava ottaen huomioon ensisijaisesti asiakkaan toivomukset ja mielipide ja kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) säätää palveluntarpeisiin vastaamisen yleisistä periaatteista. Iäkkään henkilön palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Hoito ja huolen pito on toteutettava niin, että vanhus voi osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Palvelu-suunnitelmaa tehtäessä on neuvoteltava iäkkään henkilön (ja tarvittaessa hänen omaistensa tai läheistensä) kanssa vaihtoehtoista palvelun toteuttamiseksi. Iäkkään henkilön mielipiteet vaihtoehtoista on kirjattava hoitosuunnitelmaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE) keskeiset periaatteet ovat osallisuus ja asiakaslähtöisyys. Näiden käsitteiden määrittämällä tarkoitetaan muun muassa sitä, että ihmisten kuulemista ja vaikutusmahdollisuuksia lisätään heitä itseä koskevassa päätöksenteossa, itseä koskevissa palveluissa ja itseä koskevien palveluiden kehittämisessä. Eri-ikäisten mielipiteiden selvittämiseksi ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseksi on otettava käyttöön yhteisöllisiä työmenetelmiä, kuten asiakasraadit, foorumit, neuvostot ja kokemusasiantuntijuus. (KASTE 2012-2015 2012, 19.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Palvelut asiakaslähtöiseksi -hankkeen asiakkaiden osallistumisen toimintamallissa osallisuus määriteltiin ihmisen kokemukseksi kuulumisesta yhteisöön ja yhteiskuntaan. Osallisuuteen sisältyy tunne kyvystä vaikuttaa itseään ja ympäristöään koskeviin asioihin. Osallisuuden tekijöitä ovat tiedon saaminen, mielipiteensä ilmaisemisen mahdollisuus ja mahdollisuus vaikuttaa terveyttä ja hyvinvointia määrittäviin tekijöihin. Yksittäisen palveluiden käyttäjän kohdalla tämä tarkoittaa oikeutta osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Osallistumisen edellytyksiä ovat vuorovaikutus ja yhteistyö asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa ja ammattihenkilöstön välillä. Osallistuminen on sekä potilaan oikeus että onnistuneen palvelun edellytys. (Sihvo, Isola, Kivipelto, Linnanmäki, Lyytikäinen & Sainio ym. 2018.)

2.3 Terveydenhuollon eettinen ohjeistus potilaan ja omaisen osallisuudesta

Eettiset ohjeet ilmaisevat toiminnan eettiset periaatteet ja säännöt. Ne kertovat minkälaista asennetta, vastuuta ja suhtautumistapaa työhön kyseisessä ammatissa edellytetään. Eettiset ohjeet ovat ammattikuntaa sääteleviä normeja ja auttavat tunnistamaan eettisiä ristiriitoja, keskustellaan niistä sekä yhdistelmään eri näkemyksiä käytännön hoitotilanteissa. (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 54.)

Sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) eettisissä suosituksissa sosiaali- ja terveysalalle on useita kohtia, jotka liittyvät potilaan ja omaisen osallisuuteen hoitoon. Sote alan toimijat kunnioittavat potilaiden itsemääräämisoikeutta. Potilaalla on oikeus itsenäisiin päätöksiin omasta elämästään. Hoito edellyttää potilaan osallisuutta ja suostumusta. Perusoikeuksien kunnioituksen tukee näkyä potilaan ja hänen läheistensä kohtelussa. Sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohta on potilaan etu. Hyvään hoitoon kuuluu yksilöllinen ja inhimillinen kohtelu sekä potilaan terveyden ja hyvinvoinnin kokonaisvaltainen tarkastelu. Suositusten mukaan sosiaali- ja

terveydenhuollossa on kysymys vuorovaikutuksesta. Kaikkien toiminnan osapuolten keskinäinen vuorovaikutus on arvostavaa ja inhimillistä. Tähän sisältyy toistensa tietämisen, kokemuksen ja osaamisen arvostaminen, tiedonsaanti ja kuulluksi tuleminen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen perusta 2011, 5-6.)

Auttamis- ja hoitosuhteissa vuorovaikutustilanteiden tulisi toteutua ilmapiirissä, joka helpottaa autettavan tiedon saantia ja rohkaisee häntä tuomaan esille ja kuvailemaan ongelmiaan. Tarvittaessa paternalistiseen hoitosuhteeseen tottuneita on kannustettava avoimeen vuorovaikutukseen. (Sosiaali- ja terveystieteiden eettinen perusta, 2011, 23.) Asiantuntija-asiakassuhteessa vuorovaikutuksen oikeudenmukaisuus on erityisen tärkeää, koska asiantuntijalla on osaamiseen liittyvää valtaa asiakkaaseen nähden (Juujärvi ym. 2007, 112).

Asiakkaan osallistumisen edellytykset muodostuvat kolmesta ulottuvuudesta: organisaation rakenteista, työntekijöiden osaamisesta ja organisaatiokulttuurista, joka kuvastaa organisaation arvoja. Poliittisen päätöksenteon ja johtamisen käytännöt heijastuvat organisaatiokulttuuriin ja työntekijöiden toimintakäytäntöihin. Osallistumisen tukeminen on työntekijälle yhdistelmä työn eettisiä normeja, työtä ohjaavien normien noudattamista ja asiantuntijuutta. Yksilötasolla osallistuminen ja osallisuus konkretisoituvat, kun asiakas kohtaa palvelujärjestelmän ja sen edustajan. Työntekijän pohtiessa asiakkaan kanssa toiminnan vaihtoehtoja osallisuuden kokemus ja vaikuttamisen mahdollisuus toteutuu tai jää toteutumatta. (Niiranen 2002, 71-76.)

2.4 Yhteenveto osallisuuden käsitteestä

Kirjallisuudessa osallisuuden käsitteen todetaan olevan moniselitteinen. Potilaan osallisuus on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattieettinen normi. Osallisuus toteutuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa. Osallisuutta tukeva vuorovaikutus on dialogista. Asiantuntijuus ja ymmärrys jaetaan osapuolten välillä. Osallisuuden osatekijöiksi kirjallisuudessa, lakiohjauksessa ja ammattieettisessä ohjauksessa mainitaan muun muassa potilaan tiedonsaantioikeus, itsemääräämisoikeus ja yhteistyö päätöksenteossa. Lisäksi osallisuuteen sisältyy potilaan näkökulmien kuulluksi tuleminen ja huomioon ottaminen, arvostava vuorovaikutus, mielekäs toiminta ja osallistuminen toiminnan kehittämiseen. Osallisuuteen liittyvä mahdollisuus vaikuttaa toimintaan.

Palveluiden käyttäjän toimijuuden ja osallisuuden tukeminen on asiakaslähtöisen osaamisen sisältö (Moisanen 2018). Osallistuminen ja osallisuus ovat asiakaslähtöisyyden sisältöjä tai pääulottuvuuksia (Järnström 2011; Moisanen 2018, 174). Asiakaslähtöinen organisaatio ja asiakaslähtöisesti toimivat työntekijät luovat edellytykset potilaan ja omaisen osallisuudelle. Osassa kehittämistehtävässä käytetyistä lähteistä pääkäsitteenä on asiakaslähtöisyys. Käytän näitä viitteitä osallisuuden kehittämiseen liittyvinä, koska käsittelen asiakaslähtöisyyden osallisuuden yläkäsitteeksi.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa palveluiden käyttäjät ovat asiakkaita, asukkaita tai potilaita. Kehittämistehtävän palveluidenkäyttäjä osapuolet ovat potilaat ja heidän omaisensa. Kun viitataan kehittämistehtävässä käyttämiini lähteisiin käytän samoja käsitteitä, kuin lähdemateriaalissa on. Perhehoidon kehittämistehtävän prosessin aikana osallisuuteen käsitteenä ja osallisuuteen vaikuttaviin tekijöihin.

2.5 Lähteet

Arnstein, S. 1969. A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, (35) 4, 215–224. Haettu 30.8.2016. http://lithgow-schmidt.dk/sherry-arnstein/ladder-of-citizen-participation_en.pdf

Julkunen, I. & Heikkilä, M. 2007. User involvement in personal social services. Teoksessa R. van Berkel & B. Valkenburg (toim.) *Making it personal. Individualising activation services in the EU*. UK: The Policy Press University of Bristol, 87–103.

Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. *Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Järnström, S. 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”, *Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa*. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. *Acta Electronica Universitatis Tampereensis* 1097. Tampere: Tampereen yliopisto. Haettu 5.11.2015. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

KASTE 2012-2015. 2012. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. Helsinki.

Kivistö, M. 2014. Kolme ja yksi kuvaa osallisuuteen, Monimenetelmällinen tutkimus vaikeavammaisten ihmisten osallisuudesta toimintana, kokemuksena ja kielenkäyttönä. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Acta Universitatis Lapponiensis 150. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Kujala, E. 2003. Asiakslähtöinen laadunhallinnan malli, Tilastolliseen prosessinohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Hoitotieteen laitos. Acta Universitatis Tamperensis 914. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kuntalaki (410/2015). <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410>

Laitila M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä, Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Dissertations in Health Sciences 31. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Luhtasela, L. 2009. Osallisuuden rakentuminen kuntouttavassa työtoiminnassa. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Moisanen, K. 2018. Asiakslähtöisen osaamisen johtaminen vanhuspalveluissa. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 170. Kuopio: Itä-Suomen Yliopisto.

Niiranen, V. 2002. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa K., Juhila, H., Forsberg & I., Roivainen (toim.) Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylä: SoPhi, 63–80.

Shier, H. 2001. Pathways to participation: openings, opportunities and obligations. A new model for enhancing children's participation in decision-making, in line with article 12.1 of the United Nations convention on the rights of the child. *Children & Society*, 15(2), 107–117.

Sihvo, S., Isola, A-M., Kivipelto, M., Linnanmäki, E., Lyytikäinen, M. & Sainio S. 2018. Asiakkaan osallistumisen toimintamalli, Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 16. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. Etene-julkaisuja 32. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Helsinki.

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Suomen perustuslaki (731/1999). <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Thompson, A. 2007. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Social Science and Medicine*, 64(6), 1297–1310.

Valokivi, H. 2008. Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Acta Universitatis 1286. Tampere: Tampereen yliopisto.

3 Kirjallisuuskatsaus potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämistä (Sykli 1.)

Kehittämistehtävän alkuvaiheessa perehdyin osallisuuden käsitteeseen. Perehdyin myös osallisuutta ohjaaviin lakeihin ja ammattieettisiin normeihin. Seuraavaksi kehittämistehtävässä tehtiin kirjallisuuskatsaus osallisuuden kehittämistä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Artikkelikirjallisuuskatsauksesta julkaistaan 2020. Katsauksen tuloksena muodostui osallisuuden kehittämisen viitekehys.

3.1 Kirjallisuuskatsaus (Suunnittelu)

Kirjallisuuskatsaus kuuluu teoreettisen tutkimuksen piiriin. Kirjallisuuskatsaus on tehokas tapa syventää, koota ja tiivistää tietoja asioista, joita on tutkittua tietoa ja tuloksia. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, Tuomi & Sarajärvi 2013, 123.) Salminen (2011, 3) viittaa kirjallisuuskatsauksia käsittelevässä julkaisussaan Baumeisterin ja Learyn (1997, 312) perusteluihin kirjallisuuskatsauksen tekemiselle. Baumeister ja Leary ovat todenneet, että kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan muun muassa muodostaa kokonaiskuvaa asiakokonaisuudesta ja kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista tunnistaa ongelmia.

Kirjallisuuskatsauksen vaiheisiin kuuluu tutkimuskysymyksen määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, tutkimusten valinta ja laadun arviointi, tutkimusten analysointi ja tulosten esittäminen. Katsauksen tuottama tieto toimii tutkimuksen oikeuttajana ja teoreettisena viitekehysenä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37-45.)

Kirjallisuuskatsaus toteutetaan protokollan tai ohjeistuksen mukaan. Hoitotiede lehdessä viime vuosina julkaistuissa systemaattisissa kirjallisuuskatsauksissa on pitäydytty esimerkiksi Centre for Reviews and Dissemination (CRD) kirjallisuuskatsauksen ohjeissa ja käytetty Joanna Briggs Instituutin kriittisen arvioinnin tarkistuslistaa, kun on arvioitu tutkimusten laatua sisäänottokriteerinä.

Grant ja Booth (2009,95,103) erottavat systemaattisen katsauksen alatyypiksi systemoidun kirjallisuuskatsauksen. Se tehdään systemaattisen katsauksen vaiheiden mukaisesti, mutta se ei ole yhtä laaja, kokonaisvaltainen ja järjestelmällinen kuin systemaattinen katsaus. Systemaattisen katsauksen tekemiseen vaaditaan ainakin kaksi tutkijaa. Tiedonhaku on kattava ja tutkimusten

laadun arviointi on sisäänotto tai poissulkukriteeri. Olen tehnyt kirjallisuuskatsauksen yksin. Katsauksen tekemisessä ei ole käytetty tiettyä protokollaa tai arvioinnin tarkastuslistaa.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata potilaan ja hänen omaisensa osallisuutta hoidon suunnitteluun. Tavoitteena oli selvittää aikaisemman tutkimustiedon perusteella, miten potilaan osallisuutta voidaan kehittää ja luoda viitekehys osallisuuden kehittämiseksi. Tutkimuskysymysten tueksi haettiin tietoa interventioista, jotka liittyvät vanhuspotilaiden ja heidän läheistensä osallisuuden kehittämiseen erityisesti hoidon suunnittelussa. Tutkimuskysymykset ovat:

Miten ikääntyneiden potilaiden ja heidän läheistensä osallisuus hoitoon ilmenee aikaisemman tutkimusten kuvaamana? Miten potilaan osallisuutta hoidon suunnitteluun voi kehittää aikaisemman tutkimustiedon kuvaamana?

3.2 Tiedonhaku ja tutkimusten valinta (Toiminta)

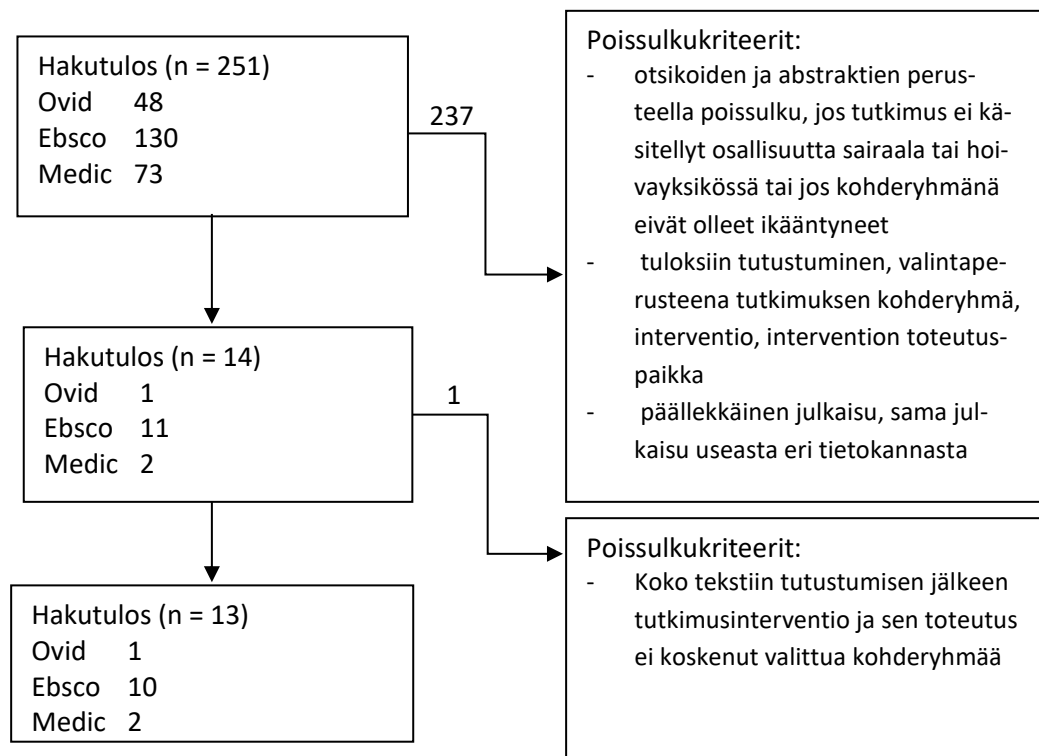
Tiedonhaku tehtiin Medic, Ebsco ja Ovid tietokannoista. Aikarajaus haulle oli välillä 2000-2016. Hakurajauksiin kuului, että teksti on vertaisarvioitu ja se on luettavissa kokotekstinä. Kielirajasta ei asetettu. Kotimaisessa Medic tietokannassa rajattiin tulokset väitöskirjoihin ja graduihin. Tiedonhaun hakusanayhdistelmät ja sisäänotto kriteerit ovat taulukossa 1 hakusanat ja sisäänottokriteerit.

Taulukko 1. Hakusanat ja sisäänottokriteerit

Tietokanta	Hakusanayhdistelmät
Ovid	patient* participation OR patient* involvement OR user* participation OR user* involvement OR
Ebsco	patient* empowerment OR user* empowerment AND improv* OR develop* OR enhanc* OR
Sisäänottokriteerit:	intervention* OR project* OR practice* AND elderly* or aged* or older* or elder* or geriatric* or elderly people* or old people* or senior* AND care plan* OR plans of care OR care planning
Peer reviewed	patient* participation OR patient* involvement OR user* participation OR user* involvement OR
Full text	patient* empowerment OR user* empowerment AND improv* OR develop* OR enhanc* OR intervention* OR project* OR practice* OR promot*
Aikarajaus:	patient participation or patient involvement or patient empowerment or patient engagement
2000-2016	AND improv* OR develop* OR enhanc* OR intervention* OR project* OR practice* AND elderly* or aged* or older* or elder* or geriatric* or elderly people* or old people* or senior*
	participat* OR involv* OR inclusion AND "informal caregivers" or "family caregivers" or relatives*
Medic	kehitt* intervent* menetelm* toimintamal* tukea edistä* AND osallis* itsemäär* AND potila*
Sisäänottokriteerit:	omai* läheis* vanhu* ikäänty* geriatr*
Väitöskirja	
Aikarajaus:	
2000-2016	

Kirjallisuuskatsauksen hakuja ei rajattu hoitotieteellisiin julkaisuihin. Osastolle tulee potilaita niin erikoissairaanhoidosta kuin perusterveydenhuollostakin. Osa potilaista on kotihoidon asiakkaita, joka on vanhuspalvelun toimintaa.

Sisäänottokriteereinä tiedonhaussa olivat myös kohderyhmä, interventio ja intervention toteutuspaikka. Kohderyhmään kuuluivat potilaat, asukkaat, ikääntyneet ja omaiset. Intervention toteutuspaikka oli sairaala tai asumisyksikkö. Interventio oli menetelmä, toimintamalli tai kehittäminen. Hakusanoille haettiin synonyymejä muun muassa yleisestä suomalaisesta asiasanastosta YSA:sta ja englannin kielisestä MeSH (Medical Subject Headings) asiasanahakemistosta. Kirjallisuuskatsauksen aineiston valinta on kuvattu kuviossa 2. Mukaan valitusta aineistosta 12 on englanninkielisiä tutkimusartikkelia ja 1 suomenkielinen väitöskirja.



Kuvio 2. Aineiston valinta

3.3 Aineiston analyysi ja tulokset (Havainnointi)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen ja Kanste (2011, 146) esittävät kuvauksen, ettei sisällönanalyysi mahdollisesti ole sopiva menetelmä systemoidun kirjallisuuskatsauksen aineiston analysointiin, viitaten muun muassa Kääriäiseen ja Lahtiseen (2006). Systemoidun katsauksen analyysissä pyritään lähinnä ryhmittelyyn abstrahoinnin sijasta. Kääriäisen ja Lahtisen (2006, 43) mukaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen analyysi on kuvaileva synteesi, jossa katsaukseen valittujen tutkimusten tulokset sekä tutkimusten ilmeiset yhtäläisyydet ja erot kuvataan.

Katsaukseen valitusta tutkimuksista otettiin aineisto abstrakteista, tuloksista ja johtopäätöksistä aineistolähtöisen sisällönanalyysin, jota tutkimuskysymykset ohjasivat. Analyysiyksikkö oli asiakokonaisuus. Analyysiyksiköt koodattiin numeroimalla. Alkuperäisiä ilmauksia oli 287. Alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja niistä muodostettiin samankaltaisuuden mukaan ala- ja yläluokat. Alaluokat koodattiin aakkosilla. Yläluokat koodattiin roomalaisilla numeroilla. Esimerkki kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysistä on taulukossa 2.

Taulukko 2. Esimerkki kirjallisuuskatsauksen sisällönanalyysistä

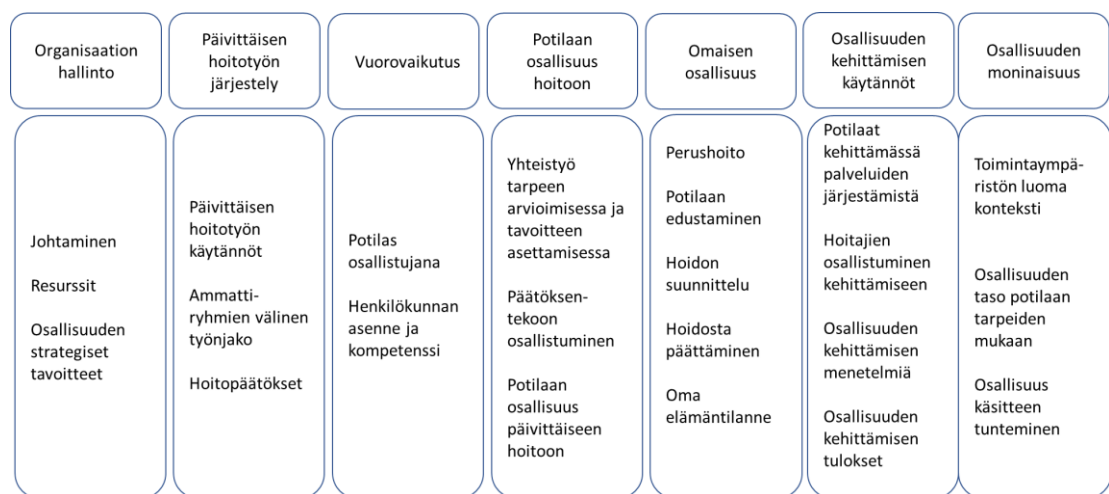
Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
(45a) Staff also expressed discomfort with strong emotions expressed by participants in the meetings. (45b) The relative was very stressed. . . I was being personally attacked . . . verbally	(45a) kokouksiin osallistujien tunteenilmaukset epämielisiä (45b) stressaantuneilta omaisilta sanallinen hyökkäys	O. Perushoittoon osallistuminen (167, 171, 201)	V. Omaisen osallisuus (O, P)
The patient or family might be more able to express their views after the meeting in the informal setting (48)	(48) mielipiteen esittäminen voi onnistua paremmin epämuodollisessa yhteydessä	P. Hoidon suunnittelu (45b, 48, 203a)	
(167) They made it explicit that family members and significant others were welcomed, not only to visit the patient but also to take part in patient care as co-workers.	(167) osallistuminen mukaan potilaan hoitoon		
(171) They mostly gave emotional support and helped the patient to drink, stand up/get into bed and sit.	(171) omaiset antavat henkistä tukea, avustavat juomisessa ja seisomaan, istumaan ja vuoteeseen siirtymisessä		
(201) Additionally, morbidity, mortality and poor mobility increases with age, and may prevent informal caregivers visiting the patient and taking part in concrete patient care	(201) omaishoitajien sairastuvuus tai huono liikkuminen voi estää vierailun hoitopaikkaan ja osallistumasta konkreettiseen potilashoittoon		
(203a) Family members, for instance spouses and siblings, may have a lifelong mutual history with the patient. Nurses cannot afford to ignore their knowledge and expertise when caring for the patient.	(203a) perheenjäsenillä on potilaasta tietoa ja kokemuksia, jota ei ole varaa olla huomioimatta		

Kootessaan ja tiivistäessään kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten tietoja, tutkija voi luoda sisällönanalyysin avulla luokittelurungon. Sitä varten alkuperäiset ilmaukset pelkistetään ja pelkistetyistä ilmauksista muodostetaan luokkia. Luokat ovat apukeino tarkastella alkuperäisten tutkimusten tietoa tiivistetysti. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 123-124.)

Osallisuuden kehittämiseen ja ikääntyneiden potilaiden sekä heidän läheistensä hoidon suunnitteluun osallistumiseen vaikuttavia tekijöitä kuvaava luokittelurunko muodostui kahden ryhmittelykierroksen jälkeen. Ensimmäisellä ryhmittelykierroksen loppupuolella aloin hahmottaa aineiston eri tavalla, joka johti toiseen ryhmittelykierrokseen.

Tulokset

Analyysin tuloksena muodostetut yläluokat ovat organisaation hallinto, päivittäisen hoitotyön järjestely, vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaan välillä, potilaan osallisuus hoitoon, omaisen osallisuus, osallisuuden kehittämisen käytännöt ja osallisuuden moninaisuus. Esitän kirjallisuuskatsauksen tuloksen luokittelurungon kuvion 3 (Osallisuuden kehittämisen viitekehys) mukaisesti viitaten tuloksissa analyysiaineistoon ja tutkimuskirjallisuuteen.



Kuvio 3. Osallisuuden kehittämisen viitekehys

Organisaation hallinto

Osallisuuden ja sen kehittämisen viitekehys muodostuu organisaation hallinnon asettamana. Hallinnon toimintaa kuvaava yläluokka sisältää alaluokat johtaminen, resurssit ja osallisuuden strategiset tavoitteet. Strategisen johtamisen periaatteiden mukaisesti organisaatio päättää tavoitteista ja sen jälkeen menetelmistä tavoitteiden saavuttamiseen. Palveluiden järjestämistä säätä-

vät lait ohjaavat toteuttamaan palvelut niin, että potilaan ja asiakkaan osallisuus toteutuu. Löfman (2006, 68) toteaaakin lainsäädännön mukaisuuden olevan edellytys potilaan itsemääräämisoikeudelle. Niiranen (2002, 71-72) viittaa yhteiskunnan arvoihin ja demokratiaan. Osallistuminen on itseisarvo, tavoite, jolla halutaan ehkäistä itseä koskevasta päätöksen teosta syrjäytymistä. Oikeudesta osallistua päätöksentekoon ja vaikuttamiseen on säädetty perustuslaissa ja kuntalaisissa. Osallistuminen liitetään muun muassa toiminnan laatuun ja tavoitteiden saavuttamiseen.

Osallistuminen ja osallisuus luo mielikuvaa aktiivisesta ja itsenäisestä potilaasta. Potilas osallistuu aktiivisesti kuntoutukseen (Schmidt, Echardt, Scholtz, Neuner, von Dossow-Hanfstingl, Sehoul, Stief, Wernecke, & Spies 2015, 5). Tavoitteena on potilaan aktiivisuuden lisääntyminen omassa hoidossa. (Svanström, Andersson, Rosén & Berglund 2016, 6). Osallisuuden kehittämällä pyritään vaikuttamaan potilaan motivaatioon, hoitoon sitoutumiseen ja tavoitteiden saavuttamiseen. Sitoutunut potilas ottaa vastuun hoidostaan. (Svanström ym. 2016, 7.) Hoitoon sitoutumattomuuden syyksi arvioidaan, etteivät potilaat uskoneet voivansa vaikuttaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Huby, Stewart, Tierney & Rogers 2004, 130.)

Osallisuudella ja sen toteutumisella on tiedon jakamisen kautta yhteys potilasturvallisuuteen. Potilaat voivat neuvoa hoitajaa asioissa, jonka osaavat. Hoitajat kysyvät potilailta tietoa lääkityksestä ja turvallisista liikkumisen avustamisen tavoista. (Tobiano, Marshall, Bucknall, & Chaboyer 2016, 365-366.) Toisaalta riskienhallinnan ja potilaan itsemääräämisoikeuden välillä voi olla ristiriita. Hoitopäätös voidaan tehdä vastoin potilaan tahtoa, jos arvioidaan, ettei potilas kykene ymmärtämään turvallisuutta vaarantavan hoitovaihtoehdon seurauksia. (Huby ym. 2004, 125.) Potilaiden tai asukkaiden itsemääräämistä ja päätöksentekoa voidaan rajoittaa käyttäen pakkotoimia, jos potilas voisi toiminnallaan aiheuttaa vahinkoa itselleen tai muille. (Helgesen, Larsson, & Athlin 2014, 113-114.)

Johtamisella oli yhteys uusien osallisuutta tukevien toimintamallien käyttöönotossa, erityisesti henkilökunnan kehitystyöhön osallistumisen kautta. Henkilökunnan riittävä tiedonsaanti ja osallistuminen päätöksentekoon on tärkeää uuden käytännön käyttöönotossa. (Svanström ym. 2016, 8.) Osallisuutta tukevassa hoitokulttuurissa osallisuus tunnetaan käsitteenä, ammatillista kehittymistä arvostetaan ja lähijohtaja on myös tiimin toimija. Henkilökunnalle pitäisi luoda mahdollisuuksia keskustella siitä, mitä osallisuus tarkoittaa ja miten sitä voidaan tässä yksikössä kehittää. (Helgesen ym. 2014, 112-116.)

Resurssit ovat merkittävä tekijä osallisuuden kehittämisessä. Muutoksen valmisteluun ja läpiviemiseen tarvitaan henkilökunnan osallistumista. Harjoitukset, ryhmänohjaus ja refleктоivat kokoukset

tukevat uuden oppimista. (Svanström ym. 2016, 8.) Uusien toimintamallien käyttöönotto ei ole ainoa, mihin resursseja tarvitaan. Helgesen ym. (2014, 112) toteavat riittävän henkilöstön määrän olevan merkittävä tekijä osallisuuden toteutumiselle. Korkea osallisuuden taso vaatii aikaa.

Päivittäisen hoitotyön järjestely

Päivittäiseen toimintaan keskittyminen ja työn hallinta tuovat haasteita potilaan ja omaisen osallisuudelle. Hoitajat vastaavat työpaineeseen pyrkimällä hallitsemaan työtä. Tämä rajoittaa potilaiden osallisuutta. Hoitajat säilyttävät työn hallinnan tehtäväkeskeisyydellä, koordinoimalla hoitotehtäviä ja rajoittamalla potilaiden kanssa kommunikointia. Jotta päivittäiset työt saadaan tehtyä, vaikeasti hoidettavat, nopeasti kotiutettavat ja muualle siirtyvät potilaat priorisoidaan työlistalla. Ilmeistä on, että työpaineen vuoksi osa potilaista saa muita vähemmän hoitajan aikaa. (Tobiano ym. 2016, 336.)

Kun henkilöstöä on vähän, ensisijaista ei ole osallisuus vaan perushoidon järjestäminen (Helgesen ym. 2014, 112). Rutiineihin perustuva toiminta ei mukaudu vastaamaan potilaiden ja omaisten ennakoimattomiin tarpeisiin (Huby, Holt, Brook, Thompson & Tierney 2007, 65). Hoitosuunnitelma tehdään kansliassa ilman, että potilas osallistuu siihen. Potilaan kanssa ollaan tekemisissä, kun toteutetaan suunniteltua hoitoa. (Tobiano ym. 2016., 336)

Potilaan toimintakyvyn arvioiminen on osa kotiutusprosessia. Mittareiden käyttö sulkee ulkopuolelle potilaan yksilöllisyyden. Arvioinnissa paino on muutamissa potilaan fyysisissä ja tiedollisissa toiminnoissa. Potilaan henkilökohtaiset tavat tulla toimeen alentuneen toimintakyvyn kanssa, ja hänen oma arvionsa toimintakyvystä eivät ole mukana päätöksenteossa. (Huby ym. 2007, 63.)

Päivittäistä hoitotyötä ohjaavat myös hoidon järjestämisen käytännöt. Erityisesti potilaiden toimintakyvyn arviointi ja kotiutus organisaation käytäntöjen mukaan vaikuttaa osallisuuteen niin potilaiden, omaisten kuin henkilökunnankin kannalta. Kotiutusprosessiin vaikuttaa toimintakyvyn arvion tulos, paine saada vuodepaikkoja vapaaksi ja tieto seuraavan hoitopaikan saamisesta. Henkilökunnallakaan ei ole siten täyttä kontrollia päätöksenteosta. Henkilökunnan mielestä potilaille tulee hoitoa suunniteltaessa kertoa, että kotiutus on väistämätön, siinä ei ole muuta vaihtoehtoa. (Huby ym. 2004, 125-130; Huby ym. 2007, 59-60.)

Vuorovaikutus

Vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaan välillä on merkittävä osallisuuden mahdollistaja. Dialoginen keskustelu ja henkilökunnan välittävä ja myönteinen tapa tiedon kertomisessa edistää potilaan osallisuutta. (Griffith ym. 2004, 579; Tobiano ym. 2016, 362.) Potilaan kokemus sairaalajaksolta voi kuitenkin olla, ettei keskustelua ole ollut. (Huby ym. 2004, 121, 121.) Dialogin puuttuessa käytäntö muuttuukin yksisuuntaiseksi tiedon antamiseksi. Toimintakäytännöt vaikuttavat henkilöstön ja potilaiden väliseen vuorovaikutukseen. (Huby ym. 2007, 65.)

Henkilökunnan asennoitumisella ja vuorovaikutustaidoilla on mahdollisuus edistää osallisuutta. Hoitoa koskevan keskustelun aloitus on usein epämuodollinen, sisältäen huumoria tai kysymyksen. (Tobiano ym. 2016, 365.) Epämuodollisuus, avoimuus ja myönteisyys kuvaavat osallisuudelle otollista ilmapiiriä vuorovaikutustilanteissa. Esimerkiksi ammattitermien käyttö tunnustetaan henkilökunnan keskuudessa vältettäväksi asiaksi. Asioista keskustelun jälkeen olisi hyvä varmistaa, ettei potilaalle jää epätietoisuutta tai väärinkäsityksiä. (Griffith ym. 2004, 579-580). Rohkaisu ja kannustus omien tarpeiden esille tuomiseen sekä mielipiteen ja tuntemusten kysyminen ovat asioita, joita potilaat toivovat hoitajilta (Löfman 2006, 66).

Potilaan osallisuus hoitoon

Potilaan osallisuus hoitoon yläluokka muodostuu alaluokista yhteistyö tarpeen arvioimisessa ja tavoitteen asettamisessa, päätöksentekoon osallistuminen ja potilaan osallisuus päivittäiseen hoitoon. Katsauksen aineiston perusteella yhteistyötä hoidon suunnittelussa on vähän. Hoidon suunnittelee ammattilainen yksin tai yhdessä toisten ammattilaisten kanssa. Hoitosuunnitelmasta kerrotaan potilaalle potilashuoneessa kierrolla tai muiden toimien yhteydessä. Tiedottamisen sävy on toteava. Kerrotaan, mikä on tilanne ja informoidaan tulevista hoitotoimista. (Huby ym. 2004, 118-128; Tobiano ym. 2016, 336.)

Katsauksen aineistossa vanhuspotilaiden tilannetta kuvaa fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn aleneminen, ja sen tuoma riippuvuus toisten avusta. Potilaiden puheissa osallisuus hoitoa koskevaan päätöksentekoon yhdistyy haurauteen ja kyvyttömyyteen, ikään kuin alentuneen toimintakyvyn vuoksi ei olisi oikeutettu osallistumaan. (Huby ym. 2007, 60-61.)

Tuloksissa nousee vahvasti esiin potilaan oma asenne ja oletus kompetenssista osallistua hoitoon ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Potilaat eivät pidä itseään kykenevinä neuvottelemaan ammattilaisten kanssa ja hoitoa koskevista keskusteluista saatetaan jättää oma mielipide kertomatta, ellei sitä erikseen kysytä. (Huby ym. 2004, 120-127.)

Potilaiden rooli suhteessa hoitajiin saattaa näyttäytyä passiivisena. On yleistä, että päätöksenteko ja hoidosta neuvottelemisen jätetään omaisille (Huby ym. 2004, 127-129). Osallistumattomuus voikin olla tietoinen valinta, jolloin potilas tuo sanallisesti esille, että hoitaja voi tehdä päätöksen hänen puolestaan (Helgesen ym. 2014, 112).

Ilman dialogia yhteistyö ja yhdessä suunnittelu eivät toteudu. Hoidon tulisi perustua potilaan ongelmiin ja elämäntilanteeseen (Svanström ym. 2016, 3.) Sairaalan arjessa potilaiden hoidon tarpeita selvitetään kirjauksista, havainnoimalla ja keskustelemalla toisten hoitotyöntekijöiden kanssa. Hoitajakson pidentyessä tarpeiden arvio voi perustua myös siihen, että hoitaja tuntee potilaan tavat ja tietää, mitä lähipäivinä on tapahtunut. (Helgesen ym. 2014, 113.)

Tobianon ym. (2016, 368) mukaan kommunikaatio potilaan kanssa on menetelmä, jonka avulla hoitajat ymmärtävät potilaiden tarpeita ja toteuttavat yksilöllistä hoitoa. Hoitajien taito dialogiseen keskusteluun ja kysymysten esittämiseen määrittää osallisuutta. Huby ym. (2007, 57) tutkimuksen mukaan henkilökunta keskustelee moniammatillisessa työryhmässä potilaiden hoidosta. Neuvotellessa hoidosta eri osapuolilla on taipumusta keskittyä omiin tavoitteisiinsa ja omaisen tiedon saanti päätöksentekoa varten voi olla pääosassa. On kuitenkin huomioitava, etteivät potilaan ja omaisen tavoitteet aina ole samat. Potilasta on tuettava omien näkökulmiensa esittämiseen. (Griffith, Brosnan, Lacey, Keeling & Wilkinson 2004, 580.)

Griffith ym. (2004, 57) selvittivät vanhuspotilaiden osallisuutta hoitoneuvotteluissa. Potilaiden suullinen suostumus neuvotteluun osallistumisesta oli kirjattu hoitosuunnitelmaan noin kolmasosalla potilaista. Kokouksessa saattoi olla osallistujia, joista potilas ei tiennyt. Vanhuksen suostumus kokoukseen tulevista osallistujista puuttui. Vanhuksen mielipidettä ei kysytty. Osa potilaista ei tiennyt, että hoitoneuvottelua oltiin järjestämässä. Potilaalla ei ole todellista mahdollisuutta osallistua päätöksentekoon, jos häneltä puuttuu tieto, mitä on suunniteltu tai mistä ollaan päättämässä.

Potilaan osallisuutta päätöksentekoon rajoittaa tiedon puutteen lisäksi toimintakyvyn aleneminen. Hoitajan kyvyllä keskustella ja kohdata potilas on vaikutusta osallisuuden tasoon. Muistisairaahan kyky ymmärtää päätöksenteon vaikutuksia voi olla alentunut, mutta hänellä voi olla silti kykyä ilmaista toiveensa. Ohjatussa päätöksenteossa hoitaja auttaa potilasta tekemään päätöksen. (Helgesen ym. 2014, 111-112.) Potilaan kieltäytyessä hoidosta tai valitessa henkilökunnan mielestä huonon vaihtoehdon, periaate on kertoa potilaalle päätöksen seuraukset ja hyväksyä poti-

laan päätös. Toisaalta jos arvioidaan, ettei potilas ymmärrä päätöksenteon seurauksia ja ne voisivat olla vaaraksi potilaalle, hoito järjestetään eri tavoin, kuin potilas olisi halunnut. (Huby ym. 2004, 124-125.)

Päivittäisessä hoidossa potilaan osallisuus on perushoitoon osallistumisesta omatoimisesti tai hoitajan kanssa. Potilaat toteuttavat lääkehoitoa (silmätipat, voiteet ja inhalaatiot) hoitajan valvonnassa tai itsenäisesti. Päivittäisestä hoidosta kommunikaatio hoitajien ja potilaiden välillä liittyy potilaan oireisiin ja hoitotoimiin. Potilaat kertoivat oireitaan ja toivat esille tarpeitaan perushoidosta ja lääkityksestä. Hoitajat tiedottivat potilaille päivän toimista, kertoivat mittauksista, tiedustelivat lääkityksestä ja sopivasta tavasta avustaa liikkumisessa. Hoidon suunnittelussa yhteistyö näkyi, tulossa olevista hoitotoimista kertomisenä ja annettiin samalla potilaalle mahdollisuus vaikuttaa aikatauluun tai jopa kieltäytyä aiotusta hoidosta. Aikataulusta kertominen ja kieltäytymisen mahdollisuus liittyy erityisesti suihkussa käyntiin. Varsinaista itsehoitoon ja kuntoutukseen liittyvää vuorovaikutusta potilaiden ja hoitajien välillä oli vähän. Omatoimisia liikuntaharjoitteita tekivätkin vain muutamat potilaat. (Tobiano ym. 2016, 362-368.)

Omaisen osallisuus

Omaisten osallistuminen hoidon suunnitteluun ja hoitoneuvotteluihin on tärkeää, kun potilaan fyysinen tai psyykinen toimintakyky on alentunut. Omaiset tuovat esille potilaiden tarpeita ja haluavat olla mukana tavoitteiden asettamisessa (Almborg, Ulander, Thulin & Berg 2008, 857). Omaisen rooli tiedon jakamisessa korostuu, kun potilaan kyky ilmaista itseään sanallisesti on alentunut (Helgesen ym. 2014, 111). Omaisilla ja läheisillä on tietoa ja kokemusta, joita ei ole varaa olla hyödyntämättä potilaita hoidettaessa (Laitinen-Junkkari 2001, 212). Omaisen toimiessa potilaan edustajana, on varmistettava, että tälle on potilaan suostumus. Aina potilaan ja omaisen tavoitteet eivät ole yhteneväiset (Griffith 2004, 580).

Omaisten tarvitsevat tietoa, kun potilaiden hoidolle asetetaan tavoitteita. Keskustelun puute voi johtaa epärealistisiin odotuksiin toipumisesta ja erimielisyyksiin hoidon tavoitteista. On yleistä, että omaiset kokevat osallisuutensa potilaiden hoidon suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen puutteelliseksi. (Almborg ym. 2008, 860-862.)

Hoitopaikan näkökulmasta omaisten osallistuminen potilaiden perushoitoon on toivottua. Omaiset osallistuvat perushoitoon avustamalla ruokailussa, siirtymisissä ja antavat henkistä tukea potilaalle. Omaisten perushoitoon osallistumisen edellyttää potilaan suostumusta ja omaisen halukkuutta osallistua siihen. (Laitinen-Junkkari 2001, 200-210.) Omaiset voivat olla stressaantuneita ja se näkyy esimerkiksi vuorovaikutuksessa hyökkävänä puheena hoitajia kohtaan (Griffith

2004). Omaisen oma terveys ja voimavarat voivat estää konkreettisen osallistumisen potilaiden hoitoon (Laitinen-Junkkari 2001, 211).

Osallisuuden kehittämisen käytännöt

Tuloksen mukaan osallisuuden kehittämisen menetelmät vaihtelevat tiedon jakamisesta kokonaisten toimintamallien suunnitteluun ja käyttöönottoon. Itsessään kehittämiseen osallistuminenkin voi olla myönteisiä tuloksia tuottava prosessi varsinaisen tavoitteen saavuttamisen ohella. Uusien toimintatapojen käyttöönotossa hoitajien osallistuminen päätöksentekoon ja kokemus riittävästä tiedonsaannista ovat tärkeitä (Svanström 2016, 8). Hoitajat ovat avainasemassa, kun uusista käytännöistä tiedotetaan eri osapuolille (Laitinen-Junkkari ym. 2001, 212). Kehittämistutkimukseen osallistuneet hoitajat arvioivat prosessin antaneen valmiuksia toiminnan arviointiin, työn kehittämiseen ja kehittämissideiden viemiseen käytäntöön (Löfman 2006, 80-81).

Osallisuuden kehittämisen menetelmä voi olla potilastiedote (Schmidt ym. 2015, 5). Ennen tiedotteen käyttöönottoa hoitohenkilöstön etukäteiskoulutus on tärkeä (Wetzels ym. 2005, 286). Laitinen-Junkkarin ym. tutkimuksessa (2001, 199-210) osaston henkilökunta kouluttautui omaisten osallisuutta edistävän aktivointimallin luomiseen ja toimintakäytäntöjä muutettiin. Omaisten osallisuus lisääntyi pitkäaikaishoidon osastolla ja palvelutalossa mutta ei erikoissairanhoidossa. Pitkä hoitajakso luo hyvät mahdollisuudet yhteistyölle omaisten kanssa. Tässä prosessissa tiedotteet olivat osa kokonaista kehittämissuunnitelmaa ja henkilökunta oli ohjelman toteutuksessa mukana.

Osallisuuden kehittämisintervention kohde voi olla toimintakäytäntöjen muutos henkilökunnan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa välittävän dialogin avulla. Potilaiden osallisuutta ja osaaamista tukevan toimintamallin käyttöönotossa mukana olleista hoitajilla oli myönteisiä kokemuksia uudesta toimintamallista, ja he halusivat jatkaa sen käyttämistä. (Svanström ym. 2016.) Vuoteenvierusraportoinnin koettiin lisäävän hoitajien potilastyön aikaa ja mahdollistavan potilaiden kuuntelemisen ja tarpeiden esittämisen (Löfman 2006, 77). Vuoteenvierusraportoinnin voi tehdä päinvastaisellakin tavalla. Tobiano ym. (2016, 366-367) kertovat potilashuoneissa pidettävästä hoitajien raportoinnista, joissa potilaiden kanssa ei kommunikoida.

Potilas voi olla osallinen omien palveluidensa kehittämiseen, palveluiden järjestämisen kehittämiseen tai hän voi olla mukana tutkimuksessa, jonka tarkoitus on kehittää osallisuutta. Potilaan rooli palveluiden järjestämisen kehittämisessä voi olla kokemusten, ongelmakohtien tai ratkaisuesitysten esiin tuomisessa. Kehittäjäpotilaat voivat tuoda jonkun tietyn potilasryhmän asioita

esille tai edustaa alueellisesti palveluiden järjestämisestä neuvoteltaessa. Kaikki potilaat eivät kykene osallistumaan suoraan hoitonsa kehittämiseen esimerkiksi terveydentilansa vuoksi. Heidän osallistumisensa voidaan mahdollistaa nettisovellusten tai potilasjärjestöjen avulla. (Armstrong, Herbert, Aveling, Dixon-Woods & Martin 2013, 36-47.)

Osallisuuden moninaisuus

Yläluokka osallisuuden moninaisuus, sisältää alaluokat toimintaympäristön luoma konteksti, osallisuuden taso potilaan tarpeiden mukaan ja osallisuus käsitteen tunteminen. Toimintaympäristö vaikuttaa osallisuuden tasoon. Sairaala ympäristönä määrittelee potilaan osallisuutta ja vaikuttaa potilaiden käyttäytymiseen. (Huby ym. 2004, 128-130.) Hoitamisen kulttuuri voi olla potilaan voimaantumista tukematon (Svanström ym. 2016, 5). Potilaat raportoivat sairaalassaoloon liittyvän sekavuutta, jota heillä ei ennen sairaalassa oloa ollut (Huby ym. 2007, 61).

Osallisuuden taso potilaan tarpeiden mukaan -alaluokka korostaa osallisuuden sovittamista yksilöllisiin tarpeisiin ja kykyihin. Vanhukset ovat heterogeeninen ryhmä ja yksilölliset osallistumisen interventiot toimivat todennäköisesti paremmin kuin rakenteinen (Wetzels ym. 2005, 291). Osallisuus tulee sovittaa yksilön tarpeiden mukaan. Muistisairaiden osallisuus toteutuu monella eri tasolla (Helgesen 2014, 111.)

Potilaat eivät tunne osallisuus käsitettä, joten se ei yhdisty heidän puheissaan odotuksiin tai kuvauksiin vuorovaikutuksesta henkilökunnan kanssa (Huby ym. 2007, 60). Osallisuuden käsitteen tunteminen hoitokulttuurissa yhdistyy korkeampaan osallisuuden tasoon. Hoitohenkilökunnalla pitäisi olla mahdollisuus keskustella siitä, mitä osallisuus tarkoittaa, ja kuinka sitä voi omassa työyksikössä edistää. (Helgesen ym. 2014, 122-116.)

3.4 Johtopäätökset (Reflektointi)

Potilaan osallisuuden tasoa määrittävät niin toimintaympäristö sääntöineen ja tapoineen, kuin siellä toimiva henkilökunta taitoineen, asenteineen ja tavoitteineen. Henkilökunnan toimintaan vaikuttavat muun muassa aikaresurssit ja organisaation prosessit. Korenin ym. (1992, 308-309) mukaan osallisuutta voidaan tarkastella perheen, palveluiden ja poliittisen päätöksenteon tasolla. Osallisuuden kokemus ilmenee yksilön asenteena, tietona ja käyttäytymisenä suhteessa palvelujärjestelmään ja yhteisöön.

Potilaan osallisuus voi toteutua eritasoisena. Osallisuutta voidaan kuvailla jatkumona, hierarkiana, jossa osallisuuden aste kasvaa. Tämä tieto on yhteneväinen Arnsteinin (1969) tikapuumallin kanssa, jossa kuvataan kansalaisen osallisuutta julkisessa organisaatiossa. Alimmalla portaalla osallisuutta ei ole lainkaan. Kansalaisen osallisuus ja valta vaikuttaa prosessiin lisääntyä portaita ylöspäin noustaessa.

Vanhuspotilaan tilannetta kuvaa toimintakyvyn aleneminen ja riippuvuuden lisääntyminen, luopuminen päätöksenteosta ja kokemus kompetenssin puutteesta tuoda omaa mielipidettä ilmi. (Huby ym. 2007, 60-61). Sairaala ympäristönä vaikuttaa potilaan osallisuuteen. (Ekdahl, Andersson & Friedrichsen 2009, 237).

Potilaan ja omaisen näkökulmasta osallisuus tai sen puute todentuu hoitopaikan päivittäisessä toiminnassa henkilökunnan ja potilaan välissä vuorovaikutuksessa. Potilaan osallisuutta edistää dialogi ja tiedon jakaminen, joka toteutuu henkilökunnan ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa (Tobiano ym. 2016). Hoitosuunnitelman tekeminen yhteistyössä potilaan kanssa ja potilasta kuunnellen kuuluu osallisuutta tukevaan hoitotyöhön. Tuloksen perusteella yhteistyötä hoidon suunnittelussa tapahtuu vähän. Hoitosuunnitelmat tehdään rutiininomaisesti hoitajien toimesta ilman, että potilas osallistuu siihen. Suunnitelmasta jää puuttumaan tietoa potilaan toiveista, tarpeista ja omista selviytymismenetelmistä. Huby ym. (2004, 128) toteavat hoidon tavoitteista puhuttavan henkilökunnan kesken. Moniammatillisissa työryhmissä sovitaan asioista ilman potilaan läsnäoloa. Henkilökunta tiedottaa tavoitteista potilaalle. Henkilökunnan näkökulmasta tiedon saaminen tavoitteista riittää hoitoon motivoimiseen.

Työyksikköjen päivittäisiin toimintoihin keskittyminen ehkäisee potilaiden osallisuutta hoitoon. Hallitakseen työpainetta henkilökunta rajoittaa kommunikaatiota ja priorisoi tehtäviä. (Helgesen ym. 2014, 112; Tobiano ym. 2016, 336.) Osallisuuden tärkein mahdollistaja on kuitenkin kommunikaatio ja erityisesti dialoginen, kuunteleva keskustelu.

Potilaan omaisen rooli on osallistumista hoitoon, käytännön toimintaa potilaan hyväksi. Omaisella on potilaan hoitoa hyödyttävää tietoa, hän tukee potilasta ja osallistuu perushoitoon. (Laitinen-Junkkari 2001, 200-210.) Potilaan toimintakyvyn alentuessa omaisten rooli korostuu ja omaiset toimivat potilaan edustajana tavoitteiden asettamisessa hoitoa suunniteltaessa (Almborg ym. 2008, 857).

Hoitohenkilökunnalle omaisen rooli voi tuottaa haasteen. Potilaan osallisuuden ja mielipiteen huomioimisen tulisi kuitenkin olla etusijalla suhteessa omaisten tavoitteisiin. Omaisen rooli osallisuuden kehittämisessä on hieman kahtiajakoinen. Potilaan oman tahdon sivuuttaminen omaisten

mielipiteen vuoksi, tai omaisten vaatimuksiin suostuminen ilman, että se olisi ammatillisesti perusteltua, on vastoin etiikkaa ja lakia (Pahlman 2007, 271). Kun omaisen osallisuus lisääntyy, voidaan pohtia, miten se vaikuttaa potilaan osallisuuteen. Voidaan pohtia myös sitä, onko omaisen osallisuuden kehittämisen motiivina lisätä omaisen roolia voimavarana organisaatiolle ja tämän oikeutusta.

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, miten potilaan osallisuutta voi kehittää ja miten potilaan ja omaisen osallisuus hoitoon ilmenee. Aineistosta nousi hoitotyön järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyviä asioita, jotka eivät tue potilaan osallisuutta. Organisaation prosessit voivat ohjata toimintaa niin, että mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon on estynyt niin potilailta kuin henkilökunnaltakin.

Työn resursointi vaikuttaa osallisuuden toteutumiseen. Päivittäisen työn järjestelyt ja tehtävien priorisointi vaikuttavat hoitajien ajankäyttöön. Kiireen hallinta voi johtaa kommunikaation vähenemiseen hoitajien ja potilaiden välillä. Työkäytännöt voivat olla osallisuutta tukemattomia. Osallisuus ei toteudu, kun henkilökunnan tekee hoitosuunnitelman ilman yhteistyötä potilaan kanssa. Katsauksen tulos muodosti viitekehyksenä kehitystehtävän seuraavan syklin suunnittelulle. Tehtävän edetessä keskustelemme työyhteisössä siitä, mitä potilaiden osallisuus on työyksikösämme, ja miten osallisuutta voidaan kehittää.

3.5 Lähteet

Almborg, A-H., Ulander, K., Thulin, A. & Berg, S. 2008. Discharge Planning of Stroke Patients: the Relatives' Perceptions of Participation. *Journal of Clinical Nursing*, 18(6), 857–865.

Armstrong, N., Herbert, G., Aveling, E-L., Dixon-Woods, M. & Martin, G. 2013. Optimizing patient involvement in quality improvement. *Health Expectations*, 16(3), 36–47.

Arnstein, S.1969. A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, (35)4, 215–224. Haettu 30.8.2016. http://lithgow-schmidt.dk/sherry-arnstein/ladder-of-citizen-participation_en.pdf

Ekdahl, A., Andersson, L.& Friedrichsen, M. 2010. They do what they think is best for me.” Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling* 80, 233–240.

- Grant, MJ. & Booth, A. 2009. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91–108.
- Griffith, J., Brosnan, M., Lacey, K., Keeling S. & Wilkinson, T. 2004. Family meetings—a qualitative exploration of improving care planning with older people and their families. *Age and Ageing*, 33 (6), 577–581.
- Helgesen, A., Larsson, M. & Athlin, E. 2014. Patient participation in special care units for persons with dementia: A losing principle? *Nursing Ethics*, 21(1), 108–118.
- Huby, G., Holt Brook, J., Thompson A. & Tierney, A. 2007. Capturing the concealed: Interprofessional practice and older patients' participation in decision-making about discharge after acute hospitalization. *Journal of Interprofessional Care*, 21(1), 55–67.
- Huby, G., Stewart, Tierney, A., & Rogers, W. 2004. Planning older people's discharge from acute hospital care: linking risk management and patient participation in decision-making. *Health, Risk & Society*, 6(2), 115–132.
- Koren, P. E., DeChillo, N. & Friesen, B. J. 1992. Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: A brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 37(4), 305–320.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede*, 23(2), 138–148.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede*, 18(1), 37–45.
- Laitinen-Junkkari, P., Meriläinen, P. & Sinkkonen, S. 2001. Informal caregivers' participation in elderly-patient care: An interrupted time-series study. *International Journal of Nursing Practice*, 7(3), 199–213.
- Löfman, P. 2006. Itsemäärämisen edistäminen, osallistavan toimintamallin kehittäminen reumatilaiden hoitotyöhön. Väitöskirja. Hoitotieteenlaitos. Yhteiskuntatieteet. Kuopion yliopiston julkaisu E 134. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Pahlman, I., 2007. Iäkkään ihmisen itsemäärämisoikeus. *Gerontologia*. 10(3), 270-272.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuus kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Opetusjulkaisu 62. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Schmidt, M., Echardt, R., Scholtz, K., Neuner, B., von Dossow-Hanfstingl, V., Sehouli, J., Stief, C., Wernecke, K-D. & Spies, C. 2015. Patient Empowerment Improved Perioperative Quality of Care in Cancer Patients Aged ≥ 65 Years – A Randomized Controlled Trial. PLoS ONE, 10(9), 1–21.

Svanström, R., Andersson, S., Rosén, H. & Berglund, M. 2016. Moving from theory to practice: experience of implementing a learning supporting model designed to increase patient involvement. BMC Research Notes, 9(361), 1–10.

Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T. & Chaboyer, W. 2016. Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation. Journal of Nursing Scholarship, 48(4), 362–370.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Wetzels, R., Wensing, M., van Weel, C. & Grol, R. 2005. A consultation leaflet to improve an older patient's involvement in general practice care: a randomized trial. Health Expectations, 8(4), 286–294.

4 Benchmarking, asiakaslähtöiset käytännöt hoitoprosessissa (Sykli 2.)

Osallistuminen ja osallisuus ovat asiakaslähtöisyyden sisältöjä tai pääulottuvuuksia (Järnström 2011; Moisanen 2018, 174). Asiakaslähtöinen organisaatio ja asiakaslähtöisesti toimivat työntekijät luovat edellytykset potilaan ja omaisen osallisuudelle. Vanhuspotilaan ja hänen omaisensa osallisuuden kehittämistä tehdyn kirjallisuuskatsauksen (luku 3) tuloksen perusteella potilaan osallisuuteen vaikuttavat useat eri tekijät organisaation hallinnosta potilaaseen itseensä liittyviin tekijöihin. Organisaation prosessit ohjaavat toimintaa. Osallisuus toteutuu konkreettisesti potilaan ja hoitotyön ammattilaisen kohtaamisessa. Toisen syklissä kartoitetaan benchmarking-vierailun avulla potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen hyvä käytäntöjä asiakaslähtöisyyden näkökulmasta.

4.1 Benchmarking kehittämismenetelmänä (Suunnittelu)

Benchmarking-vierailusta asiakaslähtöisten käytäntöjen selvittämiseksi muodostui kehittämistehtävän toinen sykli. Vierailu liittyi opinnoissa laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden opintojaksoon. Benchmarking-tehtävän aiheen valitsin tietoisesti sellaiseksi, että se tukee kehittämistehtävää. Benchmarking-kehittämiskohde oli asiakaslähtöisyys vuodeosastopotilaan hoitoprosessissa ja asiakaslähtöisen potilasturvallisuuden kehittäminen. Benchmarking-vierailulla kartoitettiin tietoa potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen hyvistä käytännöistä asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Tavoitteena on kehittää potilaan hoitoprosessin asiakaslähtöisyyttä.

Asiakaslähtöisyys liittyy osallisuuteen. Laitilan (2010, 5) mukaan asiakaslähtöisillä rakenteilla ja toiminnalla voidaan tukea asiakkaan osallisuutta. Asiakkaan osallisuus tarkoittaa palvelun käyttäjän asiantuntijuuden huomioimista, hyväksymistä ja hyödyntämistä.

Kainuun sotien laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelman (2013, 19-20) mukaan asiakaslähtöisyys on sitä, että hoito ja palvelu kokonaisuutena on potilaan kannalta tarkoituksenmukaista ja potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa hoitoonsa. Asiakaslähtöisyyden ilmenemistä arjessa kuvaillaan seuraavasti. Asiakaslähtöisyys on hyvää kohtelua ja asiakaspalvelua, kunnioittavaa palvelua, ihmisarvon ja yhdenveroisuuden kunnioittamista, palveluiden järjestämistä asiakkaan tarpeiden pohjalta, vuorovaikutteisuutta, palautteiden huomioimista, yhteistyötä ja asiakkaiden

auttamista omien voimavarojensa käyttämisessä. Käytännön toimenpiteinä on mainittu, että asiakaspalautteet käsitellään tulosityksikkötasolla kerran kuussa. Palautteisiin perustuvista kehittämiskohteista tehdään kehittämis- ja toimenpidesuunnitelmat.

Kainuun sotien laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelmassa (2013, 20) on kuvattu asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan osallistumista hoitoon ja niiden yhteyttä hoidon laatuun ja potilasturvallisuuteen. Potilas otetaan mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Hoitosuunnitelman lähtökohtana on asiakkaan ja potilaan kokema tarve ja asettama tavoite. Potilas ja asiakas on mukana hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa, ja hänelle kerrotaan ymmärrettävällä tavalla tietoa hoidosta, sairaudesta ja itsehoidon toteutuksesta.

Kehittämistehtävässä raportoidaan vain asiakaslähtöisyyteen liittyvä osuus benchmarking-vierailusta ja sen tuloksista.

Benchmarking-prosessi

Benchmarking on suunnitelmallinen toiminnan kehittämismenetelmä. Siinä omaa toimintaa verrataan muualla tapahtuvaan paremmin sujuvaan tai parhaaseen tiedossa olevaan toimintaan. Tarkoituksena on tunnistaa asioita, joiden avulla omaa toimintaa voidaan kehittää. Benchmarking-prosessiin kuuluu oman toiminnan analysointi. (Aalto-Kallio, Saikkonen & Koskinen-Ollonqvist 2009, 100.) Hyvien käytäntöjen hakemisen edellytys on oman prosessin näkyväksi tekeminen ja avaaminen (Perälä 2008, 94).

Benchmarking on menetelmä, joka tukee hoitotyön johtamista ja tuottaa tietoa omasta toimintayksiköstä verrattuna muihin toimijoihin. Benchmarking auttaa tunnistamaan kehittämistarpeita ja käynnistämään kehittämistoimintaa (Perälä, Junntila & Toljamo 2007, 12-14). Benchmarkingmenetelmän käyttö on laadunhallinnan ja johtamisen väline, jonka avulla saadaan palautetta omasta toiminnasta ja tuetaan sen kehittämistä. Tarkoituksena on oppia hyviä käytäntöjä ja saada ratkaisuja laadun kehittämiseen esi-kuvaorganisaatioista. Vertailun kohteena voivat olla esimerkiksi tunnusluvut, potilaiden kokemukset, hoitokäytäntöjen vertailu, toimintaprosessit ja henkilöstön osaaminen. (Perälä 2008, 89-93.)

Benchmarking on strukturoitu ja monivaiheinen prosessi. Lähteestä riippuen prosessin vaiheiden määrä vaihtelee. Benchmarking-prosessin vaiheet ovat esimerkiksi:

- nykytilan/parannettavan asian/kehitettävän prosessin kuvaus

- esikuvaorganisaatioiden kartoittaminen ja valinta
- kysymysten valmistelu ja vierailun suunnittelu
- vierailun toteutus ja tiedon kerääminen
- tietojen analysointi ja erojen tunnistaminen
- kehittämissuunnitelman tekeminen ja sen toteuttaminen sekä
- arviointi. (Aalto-Kallio ym. 2009, 100-101; Cook 1995, 39.)

Milosevic, Djuric, Filipovic ja Ristic (2013, 370) toteavat, että prosessin vaiheiden määrästä riippumatta benchmarking-prosessi noudattaa PDCA-mallin sykliä. Holopaisen, Junntilan, Jylhän, Korhosen ja Seppäsen (2013, 89-90) mukaan näyttöön perustuvan toiminnan käytäntöön viemisen malleissa on karkeasti jaotellen PDCA-sykli. Syklin vaiheet ovat suunnittele (Plan), toteuta (Do), arvioi (Check) ja toimi/vakiinnuta (Act).

Myös Kainuun sotien toiminnan ja prosessien kehittäminen perustuu PDCA-malliin. Toimintaa parannetaan vaiheittain: suunnittele ja aseta tavoitteet (Plan), toteuta ja kokeile (Do), arvioi ja tarkasta (Check), korjaa ja paranna (Act). Prosessimaisen toimintatavan tavoitteena on lisätä asiakastyytyvyyttä ja laadunhallintajärjestelmän vaikuttavuutta. Prosessimaisessa toimintatavassa asiakkailta ja sidosryhmiltä tulevat vaatimukset palvelulle ja palaute palvelusta ovat prosessien kehittämisen osatekijöitä. (Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2013, 10-14.)



Kuva 1. Kainuun sotien laadunhallinnan kokonaisuus (Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2013)

Kainuun soten laadunhallinnan kokonaisuus on esitetty kuvassa 1. (Kainuun soten laadunhallinnan kokonaisuus). Benchmarking on nostettu korkealle tasolle kuntayhtymän laadunhallinnan järjestelmässä. Benchmarking-menetelmä etenee samankaltaisesti, kuin kuntayhtymän prosessien kehittämisen Demingin PDCA-malli. Karlöf, Lundgren ja Froment (2003, 44) määrittelevät vertailukehittämisen tärkeimmiksi osiksi oman toiminnan selvittämisen, tiedon hankkimisen muiden toiminnasta, suoritusten välisen eron ymmärtämisen ja toiminnan kehittämisen toteutuksen ja siitä oppimisen.

Asiakaslähtöisyys suhteessa osallisuuteen

Osallisuuden käsitettä käsittelevässä luvun 2 lopussa sivuttiin myös asiakaslähtöisyyttä ja todettiin asiakaslähtöisyyden olevan yläkäsite osallisuudelle. Osallistuminen ja osallisuus ovat asiakaslähtöisyyden sisältöjä tai pääulottuvuuksia (Järnström 2011; Moisanen 2018, 174). Asiakaslähtöinen organisaatio ja asiakaslähtöisesti toimivat työntekijät luovat edellytykset potilaan ja omaisen osallisuudelle.

Asiakaslähtöisyys käsitettä käytetään useassa eri yhteydessä. Lähes synonyymeinä käytetään myös käsitteitä asiakaskeskeisyys, potilaslähtöisyys ja -keskeisyys. Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen ja Suokas (2011, 19) esittävät näkemyksen, että asiakaskeskeisyys muuttuu asiakaslähtöisyydeksi silloin, kun toiminta toteutetaan asiakkaan kanssa, ei asiakasta varten. Asiakkaan ja potilaan asemasta ja oikeuksista säättävät muun muassa potilas- ja asiakaslait.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman keskeiset periaatteet ovat osallisuus ja asiakaslähtöisyys. Näiden käsitteiden määrittämisen tarkoituksena on muun muassa sitä, että ihmisten kuulemista ja vaikutusmahdollisuuksia lisätään heitä itseä koskevassa päätöksenteossa, itseä koskevissa palveluissa ja itseä koskevien palveluiden kehittämisessä. (KASTE 2012-2015 2012, 19.)

Sosiaali- ja terveysministeriö määritteli asiakaslähtöisyyden olevan potilaan ja asiakkaan näkökulmasta sitä, että hoito ja palvelu toimii hänen kannaltaan tarkoituksenmukaisesti ja hoito- ja palveluketju on organisaatorajoista riippumaton kokonaisuus. Asiakaslähtöisyydessä potilas ja asiakas voivat vaikuttaa hoitoprosessiinsa kaikkiin vaiheisiin: hoidon tarpeen määrittelyyn, suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetoa hoitotyöhön 2009, 40.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) määrittelee asiakaskeskeisyyden olevan keskeinen elementti sosiaali- ja terveydenhuollon laadussa. Asiakaskeskeisen palveluiden järjestämisen lähtökohta on yksilön kunnioitus ja itsemääräämisoikeus. (Laatu 2019).

Järnströmin (2011, 45-48) mukaan asiakaslähtöisyys on yläkäsite, jonka osatekijät ovat tiedonsaanti, osallistuminen ja tasavertainen vuorovaikutus sekä itsemääräämisoikeus. Tiedonsaanti on edellytys osallistumiselle ja hoitoa koskevien päätösten tekemiselle. Osallistuminen toteutuu muun muassa, kun potilaan mielipiteisiin perehdytään, potilas osallistuu suunnitteluun, päätöksentekoon ja potilas sekä työntekijät asettavat tavoitteet yhdessä. Potilaan oikeus toimia itsenäisesti, tehdä valintoja ja päätöksiä ovat itsemääräämisoikeuden ulottuvuuksia.

Osallisuus omaan hoitoon oli muun muassa hoitosuunnitelman tekemistä yhdessä, palaveriinhin osallistumista ja sitä, että omat kokemukset ja mielipiteet otetaan huomioon. Omaan hoitoon osallistumisessa asiakas osallistuu hoidon aloittamista, suunnittelua ja jatkohoitoa koskevaan päätöksentekoon. Osallisuus palveluiden kehittämiseen toteutuu asiakkaiden ja työntekijöiden yhteiskehittämisessä esimerkiksi kehittämispäivissä ja projekteissa. Asiakkaiden kokemustietojen käyttäminen palveluiden kehittämisessä on osallisuuden osatekijä. (Laitila 2010, 137-139.)

Asiakaslähtöisyys toteutuu organisaation asiakaslähtöisenä toimintana, asiakaslähtöisenä yhteistyösuhteena ja siinä että työntekijä on asiakaslähtöisesti työskentelevä. Organisaatioon liittyvinä seikkoina asiakaslähtöisyys ilmenee siinä, että rakenteet ja toiminnan sisältö ovat asiakaslähtöisiä. Työntekijöiden näkökulmasta asiakaslähtöisyyttä tukevia tekijöitä ovat lähijohtajan ja työyhteisön tuki, organisaation säännöt ja resursointi. Asiakkaiden näkökulmasta asiakaslähtöisyys ilmenee riittävänä tiedonsaantina, mielekkäänä toimintana ja joustavuutena organisaatiotasolla. Tällä tarkoitetaan riittävän pitkiä hoitosuhteita, varhaista tukea ja valinnanmahdollisuuksia. Asiakaslähtöisyys toteutuu yhteistyösuhteessa, jossa huomioidaan perhe ja muu sosiaalinen verkosto sekä taloudellinen tilanne. (Laitila 2010, 139-139.)

Kujalan (2003, 143-148) tutkimuksessa kuvattiin tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva asiakaslähtöinen laadunhallintamalli. Asiakkaan kokemusten kerääminen palautejärjestelmän kautta tuotti tietoa hoitotapahtumista, rakenne- ja välinetekijöistä, yksikön henkilöstösuhteista ja henkilöstön osaamisesta ja jaksamisesta. Asiakaspalautteen käsittelylle oli yksiköissä sovittu kokouskäytäntö. Tutkimuksen perusteella todettiin asiakasinformaation vaikuttavan työntekijä ja työyksikötasolla sekä organisaatiotasolla hoidon suunnittelu- ja arviointivaiheessa.

Prosessien kuvaaminen, kehittäminen ja johtaminen

Hoitotyön johtaja vastaa omalta osaltaan palvelukokonaisuuksien asiakaslähtöisyydestä ja tuloksellisuudesta vastaamalla prosessien kuvaamisesta ja kehittämisestä, kohdentamalla hoitotyön voimavarat, tukemalla osaamisen kehittämistä, kehittämällä toiminnanarviointia ja mittaamista

sekä välittämällä tietoa hoitotyön laadusta ja turvallisuudesta potilaille (Johtamisella vaikuttavuutta ja vetoa hoitotyöhön 2009, 41). Organisaation asiakaslähtöisyyteen vaikuttaa johtaminen. Hallinnolliset käytännöt heijastuvat asiakkaiden mielipiteiden huomioimiseen palveluiden suunnittelussa ja asiakkaiden arvostamiseen. (Virtanen ym. 2011, 18.)

Prosessi muodostuu asioista tai tapahtumista, jotka yhdistyvät jonkinlaisella etenemisen logiikalla. Prosessiajattelussa painopiste ei ole yksittäisen operaation tehokkuudessa ja maksimoinnissa, vaan kokonaisuuden sujuvuudessa. Prosessit jaetaan ydin- ja tukiprosesseihin. Tukiprosessit tuottavat erilaisia osasuoritteita ydinprosessin käyttöön. On kuitenkin huomioitava, että jako ydin- ja tukiprosesseihin vaihtelee tarkastelutavan mukaan. Prosessin määrittely, kuvaaminen ja mallintaminen on prosessijohtamisen lähtökohta. Prosessien kuvaaminen on niiden tarkastelun ja järjehtämisen edellytys. Käsitteenä prosessi sisältää oletuksen toistosta ja jatkuvuudesta. Tavoitteena on samanlaisten asioiden hoitaminen samalla tavalla joka kerta. (Lillrank, Kujala & Parviainen 2004, 92-95.)

4.2 Kehittämissympäristön kuvaus ja benchmarking-vierailu (Toiminta)

Kehittämissympäristö

Benchmarking-tehtävän kehittämissympäristö on Kajaanin terveystieteiden keskus sairaalan akuuttiyksikkö. Terveystieteiden keskus sairaalan perustehtävä on tuottaa perusterveydenhuollon palveluja Kainuun sotien potilaille. Toimintaa ohjaavia arvoja ovat vastuullisuus, ihmisarvon kunnioittaminen ja asiakaslähtöisyys. (Terveystieteiden keskus sairaalat 2016.)

Potilaat tulevat osastolle jatkohoitoon KAKS:n päivystyksestä, sisätautien, kirurgian tai neurologian osastoilta, Kainuun sotien muista terveystieteiden keskus sairaaloista ja yliopistosairaaloista (yleisimmin OYS:sta). Osastolle voi tulla suoraan kotoa lupapaikalle sairauden vaikeutuessa esimerkiksi saattohoitotilanteessa. Varsinaiseen somaattiseen tulosyhyyn voi yhdistyä kotona pärjäämiseen liittyviä muita tekijöitä, kuten asumisolosuhteiden sopimattomuus tai muutokset omaishoitotilanteessa. Osaston potilaiden hoidon tarpeet ovat vaihtelevia ja vastaavasti hoitotyön osaamisen on oltava laaja-alaista.

Akuuttiyksikön potilaspaikkoja on vähennetty uuden sairaalan suunnitelman mukaisesti, ja osa potilaspaikoista on muutettu vaativan kuntoutuksen potilaspaikoiksi. Akuuttiyksikössä on 44 po-

tilaspaikkaa, joista 38 on yleissairaanhoidon potilaille ja 6 vaativan kuntoutuksen potilaille. Hoitajien vakanssien määrää ja sijoitusta on muutettu ja muutetaan eläköitymisen myötä vastamaan potilaspaikkajakoa. Osastolla työskentelee 32 hoitajaa akuuttiyksikön vakanssilla ja 2 hoitajaa vaativan kuntoutuksen vakanssilla. Hoitajista 1/3 on lähihoitajia ja 2/3 sairaanhoitajia.

Lähijohto muodostuu osastonhoitajasta ja 2 apulaisosastonhoitajasta. Lääkärinvirkoja osastolla on 2,5 Lääkärit työskentelevät osastolla virka-aikana. Iltaisin ja öisin akuuteissa potilasasioissa konsultoidaan KAKS:lla toimivaa päivystävää lääkäriä. Päivystävä lääkäri käy viikonloppuisin osastolla. Osaston potilaiden kuntoutuksesta vastaa 2 fysioterapeuttia. Kajaanin terveystieteiden keskus sairaalan osastot muuttavat keskussairaalan yhteyteen vuonna 2021.

Potilaspaikat on jaettu neljään ryhmään, joita kutsutaan moduuleiksi. Jokaisessa moduulissa on 11 potilaspaikka. Yhdessä moduulissa on aamuvuorossa 3 ja iltavuorossa 2 hoitajaa. Yövuoroissa on koko osaston 44 potilaspaikkaa kohden kolme hoitajaa. Kaksi heistä on vastaa potilaiden perushoidosta. Moduulit jakautuvat heidän vastuulleen niin, että molemmilla on vastuu 2 moduulin potilaista (22 potilasta). Yksi hoitaja tekee vastuusairaanhoidajan yövuoron, johon kuuluu lääkkeenjako seuraavalle vuorokaudelle, vastuu yön aikaisesta lääkehoidosta ja tarpeen mukaan potilaiden hoidossa avustaminen.

Hoitotyötä kehitetään jatkuvasti. Tämän ja tulevan vuoden suunnittelukohteita ovat potilaan saattohoito ja akuuttigeriatrisen potilaan hoito. Kuntouttava hoitotyö on ollut osaamisen kehittämisen kohteena ja useiden vuosien ajan.

Terveystieteiden keskus sairaalan hoitoprosessi

Kainuun sotien prosessit on kuvattu sähköiseen muotoon QPR- Process Guide-ohjelman avulla. Prosessikartat ovat luettavissa Kainuun sotien intrassa. Terveystieteiden keskus sairaalan potilaan hoitoprosessin (liite 2, kuva 2) vaiheet ovat seuraavat: 1. potilas tarvitsee terveystieteiden keskus sairaalan hoitoa, 2. henkilökunta vastaanottaa potilaan, 3. henkilökunta arvioi potilaan hoidon tarpeet, 4. henkilökunta suunnittelee, toteuttaa ja arvioi potilaan hoitoa, 5. henkilökunta suunnittelee potilaan jatkohoidon tai kotiutuksen, 6. henkilökunta kotiuttaa potilaan, 7. potilas kotiutuu tai siirtyy jatko-hoitopaikkaan. Potilaan ja omaisen kohdalla prosessikaaviossa lukee ”osallistuvat hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.” Hoitoprosessin intrassa olevaa QPR kaavion kutakin laatikkoa klikkaamalla saa auki mahdollisen prosessin kohtaa täsmäntävän lisätekstin. Klikkaamalla vaiheita 3-5, löytyy täsmennys ”suunnittelu tehdään yhteistyössä potilaan ja/tai omaisen kanssa.”

Hyvien käytäntöjen hakemisen edellytys on oman prosessin näkyväksi tekeminen ja avaaminen (Perälä 2008, 94). Seuraavaksi avataan hoidon vaiheiden kulkua, niin kuin se käytännössä tapahtuu. Prosessin kohdassa 3 henkilökunta arvioi potilaan hoidon tarpeet ja kohdassa 4. suunnittelee potilaan hoitoa. Työvuoron vastuuhoidtaja avaa potilaalle sähköisen hoitokertomukseen (HOKE). Kainuun sotella on käytössä Tieto Oy:n LifeCare potilastietojärjestelmä.

Potilaan hoidon tarpeita ja hoidon toteutusta kuvaavat komponentit perustuvat suomalaisen hoitotyön luokitukseen. Hoitosuunnitelma tehdään käyttäen mallipohjia. Yleisimmin käytetään vuodeosastopotilaan mallipohjaa. Hoitosuunnitelman voi myös tehdä valitsemalla hoidon tarvetta kuvaavat komponentit yksittäin tietojärjestelmästä. Suositeltu tapa on käyttää mallipohjaa ja muokata sitä potilaan hoidon tarpeen mukaan. Käytettäessä mallipohjaa komponenteista hoitosuunnitelmaan valitaan ne, jotka vastaavat potilaan tulotilannetta suunnitelman tekvän hoitajan arvioimana.

Potilaan hoidon tarpeen arvioimisen suuntaviivat tulevat lähettävän hoitoyksikön kirjausten perusteella. Hoidon tarvetta arvioidaan myös havainnoimalla ja keskustelemalla toisten hoitajien tai lääkärin kanssa potilaan voinnista ja terveydentilasta. Hoitosuunnitelman tavoitteet, ainakin hoitajakson alussa, asettaa pääsääntöisesti henkilökunta. Potilastietojärjestelmän rakenne ei ohjaa asiakaslähtöisyyteen. Hoitosuunnitelmassa ei ole kohtaa, jossa kysyttäisiin potilaan tavoitteista, potilaan omista tiedoista, tiedon tarpeista tai mielipiteestä omasta hoidostaan.

Potilaat tulevat osastolle yleensä iltapäivällä tai illalla. Jos potilaan tilanne ei sitä edellytä, osastonlääkäri tapaa potilaan osastolle tulosta seuraavana päivänä. Jos potilas on tullut osastolle perjantaina, osastonlääkäri tapaa potilaan viikonlopun jälkeisenä maanantaina. Lääkärit tekevät osastokierron pääsääntöisesti yksin, mikä käytäntö on ollut osastolla useita vuosia. Jos lääkäri on vaihtanut moduulia tai tulee esimerkiksi lomalta ja potilaat ovat hänelle uusia, hoitaja lähtee mukaan osastokierrolle. Kierto voi olla myös osittain tai kokonaan paperikierto. Kierrolla asetetaan potilaan hoidon tavoitteita ja tehdään hoitoa koskevia päätöksiä. Lääkäri tekee potilaan hoitoa koskevat kirjaukset YLE-lehdelle ja potilaan hoitoa koskevat määräykset määräysosioon. Vastuuhoidtaja purkaa määräyksiä aamuvuoron aikana. Hoitajilla ei ole yhtenäistä tapaa tehdä yhteistyötä potilaan kanssa hoidon tavoitteiden asettamisessa hoitotyön suunnitelmaa tehtäessä. Myöskään lääkäreillä ole yhtenäistä tapaa hoidon tavoitteiden asettamisesta yhdessä potilaan kanssa.

Hoidon tavoite kirjataan tulotilanteessa HOKE:lla olevalle tulotiedot -kaavakkeelle. Tavoitteet asetetaan yleiselle tasolle, esimerkiksi ”tavoitteena kuntoutuminen ja kotiutuminen.” Pääsääntöisesti tavoitteille ei aseteta aikarajaa sen saavuttamisen arvioimista varten.

Potilaan hoitoprosessin vaiheessa 4 henkilökunta suunnittelee, toteuttaa ja arvioi potilaan hoitoa. Osasto on jaettu neljään moduuliin. Päivittäiseen työhön kuuluu potilaiden perushoitoa. Hoitajat toteuttavat hoitoa HOKE:n, suihkulistan ja lääkärin päivittäisten määräysten ohjaamana. Potilaiden hoidon tarve priorisoi hoidon toteutusta. Hoitohenkilökunta arvioi potilaan tilaa, kuten potilaan kuntoutumista, mielialaa ja lääkkeiden vaikutusta päivittäisen hoitotyön lomassa. Arviointi ei kuitenkaan ole rakenteista tai suunnitelmallista esimerkiksi samalla tavalla kuin potilaiden hoitoisuuden arviointi Rafaela-ohjelmalla kerran vuorokaudessa.

Potilaan hoitoprosessin vaiheessa 5 henkilökunta suunnittelee potilaan kotiutuksen tai jatkohoidon. Kotiutuksen suunnittelu on suositeltavaa käynnistää hoitajakson alussa kotiutukseen tarvittavien tietojen keräämisellä jatkohoitokomponentin alle. Potilaan tilanne voi vaihdella ja jo valmiiksi suunniteltu kotiutus joudutaan perumaan jopa kotiutuspäivänä. Osastonlääkäri tekee kotiutus päätökset. Osaston potilaista useilla on muistisairaus, ja he tarvitsevat runsaasti tukea kotona pärjäämiseen ja asioiden järjestämiseen. Riippuen potilaan toimintakyvystä ja hoitohenkilökunnan tavoista toimia, kotiutuksen järjestelyt ja hoidettavat asiat sovitaan soittamalla omaiselle ja kotihoidolle tai palvelutalon henkilöstölle. Potilaan rooli voi jäädä siihen, että hänelle tiedotetaan kotiutuksen aikataulusta ja sovituista järjestelyistä. Omatoimisia, itse kotiutukseen liittyvät asiat hoitavia potilaita, on hyvin harvoin.

Potilaan hoitoprosessin kaaviossa on määritelty potilaan ja omaisen osallistuvan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Prosessin kuvauksessa ei ole avattu, miten potilas ja omainen osallistuvat edellä mainittuihin asioihin. Potilas tai hänen läheisensä eivät pääsääntöisesti osallistu hoitosuunnitelman tekoon tai tavoitteiden asettamiseen. Potilaalta ja omaiselta tiedustellaan hoitajakson alussa tarvittavia tietoja, esimerkiksi kysytään tietoa potilaan toimintakyvystä ennen sairaalaan tuloa, lääkityksestä, kotihoidon palveluista ja kotitilanteesta yleensä. Omaisilla on usein aktiivisempi rooli kuin potilailla. He tiedustelevat potilaan päivittäistä vointia, laboratoriotuloksia ja lääkärin kierron kuulumisia. Omaisat haluavat keskustella sekä hoitajien että lääkärin kanssa potilaan tilanteesta ja kertoa mielipiteensä. Hoitajakson edetessä keskusteluun nousevat kotiutukseen ja jatkohoitoon liittyvät asiat. Osastolta otetaan yhteyttä omaisiin ja kerrotaan tulevista suunnitelmista, esimerkiksi kotiutumisesta. Jos kotiutuksen suunnittelu on ongelmaton, kotiutuskäytännöt vain sovitaan omaisen kanssa. Tarvittaessa järjestetään kotiutusneuvottelu tai

kotikokeilu. Potilaat osallistuvat hoitoon toteuttamalla perushoitoa itsenäisesti tai yhteistyössä hoitajan kanssa.

Mitään sovittua aikaa tai tapaa hoidon suunnittelusta keskusteluun ei tehtävien määrittelyssä ole. Koska rakenteinen käytäntö tiedon jakamiselle ja vuorovaikutukselle ei ole, hoitosuunnitelmasta kertominen vaihtelee. Tehtävien priorisoinnin vuoksi henkilökunta voi minimoida keskustelun määrän potilaiden ja omaisten kanssa. Toisaalta henkilökunta voi olla hyvin aloitteellinen kertomaan potilaan tilanteesta erityisesti omaisille. Hoitajan omat tavat tehdä yhteistyötä potilaiden ja omaisten kanssa vaikuttaa tiedon jakamisen ja potilaiden kanssa tehtävään yhteistyöhön.

Potilaiden ja omaisten osallistuminen hoidon suunnitteluun toteutuu vajavaisesti. Henkilökunta on aloitteellinen tiedon kysymisessä omaiselta tai potilaalta oman toimintansa kannalta merkityksellisissä asioissa (lääkitys, kotona pärjääminen ja kotiutusjärjestelyt). Koska tavoitteiden asettaminen ja tiedon siirtyminen tapahtuvat pääosin henkilökunnan toimesta ja osaston prosessin kannalta merkityksellisissä asioissa, jää hoitosuunnitelmasta puuttumaan potilaan näkökulmasta merkityksellinen mutta tavoitteiden saavuttamisen ja potilaan kokemusten kannalta tärkeää tietoa.

Benchmarking-vierailun kohteen valinta ja vierailun tavoitteet

Benchmarking-kohteeksi valittiin Jyväskylän Kyllön terveyskeskussairaala, koska sairaala oli ollut mukana vanhus- ja vammaispalveluiden asiakas- ja potilaslähtöisyyttä kehittävässä organisaatio-uudistuksessa. Uudistuksessa kehittämisen osa-alueita olivat 1. Koko organisaatio, 2. Asenteiden ja palvelukulttuurin muuttaminen, 3. Asiakkaiden osallistumismahdollisuuksien lisääminen, 4. Asiakasymmärryksen syventäminen ja 5. Johtaminen. Asiakaskeskeisyyden kehittämisen välineitä olivat muun muassa sähköinen palautejärjestelmä, asiakas ja omaiskyselyt sekä asiakasraadit ja omaisfoorumit. Osana uudistusta koko vanhus- ja vammaispalveluiden sekä terveyskeskussairaaloiden henkilöstö osallistui asiakas- ja potilaslähtöisyyttä vahvistavaan koulutukseen. (Karhula 2011.)

Terveyskeskussairaalan henkilökunnan osallistuminen asiakaslähtöisyyttä vahvistavaan organisaatiokulttuurin muutokseen oli osa potilaiden toimintakyvyn edistävää ja kotona pärjäämistä tukevan hoidon kehittämistä. Keskeisiä käsitteitä toimintakulttuurin muuntokoulutuksessa olivat: asiakas- ja potilaslähtöisyys, asiakkaan ja potilaan mahdollisuus osallistua hoitonsa suunnitteluun ja hoitoa koskevaan päätöksentekoon, asiakkaan ja potilaan toimintakyvyn edistäminen, omahoidon ohjaus, riskien kartoittaminen ja tapaturmien ennaltaehkäisy. Hoitohenkilöstöä osallistui

koulutuksiin noin 1500. Lisäksi ennen massakoulutuksia työyksiköistä valitut mentorit (1-4 henkilöä) aloittivat mentorikoulutuksen. Mentoreiden tehtävänä oli toimia työyksiköissään esimerkkeinä, vertaistukena ja tsemppaajina muutoksen läpiviennissä. (Malinen 2011.)

Benchmarking-vierailun tarkoituksena oli kartoittaa potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen hyvät käytännöt asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Vierailun kysymykset (liite3) liittyivät muun muassa yhteistyöhön potilaan ja omaisen kanssa, tavoitteiden asettamiseen, potilaan itsemääräämisoikeuteen (päätöksentekoon hoidosta), hoitosuunnitelman kirjaamiskäytäntöihin ja yleensä hoidon suunnitteluun liittyviin käytäntöihin. Lisäksi oli kysymyksiä, jotka liittyvät asiakaslähtöisyyteen, osaston hoitoprosessiin ja johtamiseen perehdytyksen näkökulmasta. Vierailun kysymykset nousivat oman toimintayksikön hoitoprosessin nykytilan kuvauksesta suhteessa benchmarking-tehtävän asiakaslähtöisyyttä ja potilasturvallisuutta käsittelevään teoriaperustaan. Vertailukehittämisvierailun kysymykset ovat liitteessä 3.

Benchmarking-vierailu tehtiin Jyväskylään Kyllön terveystieteiden sairaalan osastolle 6 syksyllä 2016. Osasto toimii aivohalvauspotilaiden kuntoutusosastona sekä geriatrisen hoidon että opetuksen työyksikkönä. Erityistä huomiota osastolla kiinnitetään potilaiden jatkohoitoon ja sen järjestelyihin. Läheiset otetaan mukaan hoidon suunnitteluun jo potilaan tulovaiheessa. Työyksikössä pyritään vahvistamaan ikääntyneiden toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäistä selviytymistä. Toiminta on potilaslähtöistä ja potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittavaa. (Kyllön sairaala 2015.)

Hoitoyksikön osastonhoitaja ja geriatriaan erikoistunut sairaanhoitaja olivat valmistautuneet vierailuun perehtymällä ennakkoon lähetettyihin kysymyksiin. Kysymysten perusteella oli kerätty osaston hoitotyöhön liittyvää materiaaleja, kuten ohjeita, tsekkauslistoja ja osaston potilaille ja heidän omaisilleen tarkoitettu opas- ja ohjekansio. Benchmarking-kysymyksistä ehdittiin keskustelemaan kattavasti, vaikka kysymysten käsittelyyn varattua aikaa jouduttiin lyhentämään sovutusta. Iltapäivällä saatiin olla sairaanhoitajan mukana ja seurata muun muassa kirjauskäytäntöjä ja potilaan kotiutuksen suunnittelua. Kokonaisuudessaan vierailu kesti 3,5 tuntia.

4.3 Benchmarking-vierailun tulokset (Havainnointi)

Vertailukehittämisvierailun jälkeen vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi. Kun vertaiskehittämiskäynti on tehty, tehdään kootusta tiedosta kooste ja peilataan sitä kehittämiskohteen toimintaan (Perrälä 2008, 94). Kaikkiin kysymyksiin löytyi vastaukset, mutta osa vastauksista tuotti vähän tietoa

tai oli lähes päällekkäinen jonkun toisen kysymyksen vastauksen kanssa. Aineistosta tehtiin karkea sisällönanalyysi käyttäen analyysirunkona ryhmittelyä kypsät ideat, kehittämiskohteet ja jatkoselvitystä vaativat ideat.

Suoraan käyttökelpoinen hyvä asiakaslähtöinen käytäntö oli potilaan oman tavoitteen kysyminen ja kirjaaminen hoitosuunnitelmaan. Tämä on määritelty hoitajan tehtäväksi potilaan ensimmäisen osastovuorokauden tsekkilistassa. Samoin potilaalta kysytään, tietääkö hän, miksi on sairaalassa. Tavoitteiden asettaminen tehdään hoitojakson alussa, ja niitä täsmennetään ja arvioidaan starttivartissa ja jatkovartissa, jotka ovat sovittuja yhteispalavereja.

Akuuttiyksikössä tulisi suunnitella potilaan omien tavoitteiden selvittämisen aikataulu ja toteutus suhteessa potilaiden tulotilanteeseen. Työyksikössämme potilaiden hoitoon tulon syyt vaihtelevat, osalla potilaista vointi voi olla tulotilanteessa niin heikko, että tavoitteiden asettaminen ei heiltä todennäköisesti onnistu ennen kuin vointi on kohentunut. Tavoitteiden asettamisen käytäntöä kehitettäessä tulee pohtia myös sitä, millä tavalla ja missä määrin huomioidaan omaisten mielipiteitä ja elämäntilannetta tavoitteiden asettamisessa. Osalla potilaista kotona selviytyminen ja kotiutuminen ovat sidoksissa omaisten tai läheisten tukeen. Hoito-suunnitelman tavoitteiden asettamisessa tulee silloin huomioida potilaan, hoitohenkilökunnan ja omaisen näkökulmat.

Potilaille ja omaisille oli tehty opaskansio, joka on jokaisessa potilashuoneessa. Oppaassa kuvataan potilaan hoitojakson vaiheet ja niiden sisältöä potilaan ja omaisen näkökulmasta. Oppaassa kerrotaan potilaan tavoitteiden asettamisesta, mahdollisuudesta toimia oman kuntoutumisen edistämiseksi ja potilaan vastuusta omasta kuntoutumisestaan. Oppaassa on myös terveyskeskussairaalan esite, tietoa osaston aikatauluista, kuvallisia ohjeita liikkumisharjoitteista, opastusta omaisille läheistensä tukemiseen, tietoa osaston henkilökunnasta ja potilasturvallisuustiedote. Akuuttiyksikössä on myös tarve potilaiden ja omaisten opasmateriaalille.

Kyllön sairaalan potilaan ja omaisen oppaassa kerrotaan potilaan hoitojakson sisällöstä seuraavasti: ”Minä ja läheiseni uskallamme rohkeasti kysyä kaikista hoitoani koskevista askarruttavista asioista, annan palautetta hoidostani.” Potilasta ja omaista tuetaan osallistumaan.

Kyllön sairaalan osasto 6 hoitoprosessin sisältö on kuvattu potilaan näkökulmasta. Prosessin kuvauksessa korostui potilaslähtöisyys ja potilaan osallistuminen päätöksentekoon. Hoitoprosessin kuvaus oli sekä potilaan ja omaisen oppaassa että osaston seinällä julisteena. Akuuttiyksikössä potilaan hoitoprosessin sisältöä tai osaston toimintaa ei ole kuvattu potilaan ja omaisen näkökulmasta. Hoitoprosessin vaiheiden sisältö olisi kuvattava potilaan ja omaisen osallisuuden näkökulmasta.

Tavoitteen vertailukehittämisvierailulla oli löytää asiakaslähtöisiä hoidon suunnittelun käytäntöjä. Akuuttiyksikön strategiaan tavoitteisiin kuuluu potilaan ja omaisen osallisuuden kehittäminen hoidon suunnittelussa. Potilaan hoitajakson vaiheiden sisällön kuvaaminen voitaisiin toteuttaa osana osallisuuden kehittämistä.

Ammattilaisten vastuista potilaan kuntoutusprosessissa oli tehty prosessikuvaus. Ammattilaisten tehtävät oli kuvattu startti- ja jatkovartin osalta. Starttivartti on noin viikon kuluttua potilaan osastolle tulosta järjestettävä moniammatillinen palaveri, johon potilaan lisäksi osallistuvat läheiset. Starttivartissa varmistetaan potilaan hoitoa koskevan tiedon kulku ja asetetaan hoidolle lähitavoitteet. Informatiivinen moniammatillinen (kokoonpano potilaan tilanteen mukaan) kokoontuminen on hyödyllinen potilaille, joilla on somaattisen sairaalaan tulon syyn lisäksi selkeitä ongelmia kotona pärjäämisessä. Starttivartin tyyppisellä tapaamisella saadaan kokonaistieto potilaan tilanteesta kaikille hoitoon osallistuville ja asetetaan lähiajan tavoitteet. Myös akuuttiyksikössä tulee kuvata ammattilaisten tehtävät osana asiakaslähtöistä hoidon suunnittelua.

Vertailukehittämissyksikössä oli mielenkiintoisia käytäntöjä kuten potilaiden kotilomia varten oleva kysely omaiselle, jonka avulla selvitetään potilaan kotona pärjäämistä. Kysely ei tuossa muodossa soveltunut suoraan akuuttiyksikön käyttöön. Yksikön käyttöön soveltuvan kyselylomakkeen sisällön työstämisessä pitäisi olla omaisia mukana. Kysely omaisille olisi hyödyllinen yhteistyön, tiedon jakamisen, potilaan kotiutumisen ja kotona pärjäämisen tukena esimerkiksi kotikokeilujen jälkeen hoidon jatkoa suunniteltaessa. Vertailukehittämissyksikössä oltiin ottamassa käyttöön vuoteenvierusraportointi iltavuorossa. Iltavuoroon tulevat tekevät kierron kannettava tietokone mukana potilashuoneissa. Tämä muutos liittyi Jyväskylän uuden sairaalaan hoitokäytäntöihin. Käytäntö vaikuttaa mielenkiintoiselta. Löfmanin (2006, 77) mukaan vuoteenvierusraportoinnin koettiin lisäävän hoitajien aikaa potilaiden kanssa olemiseen ja mahdollistavan potilaiden kuuntelemisen ja tarpeiden esittämisen. Erityisesti Kainuun uuden sairaalan hoitokäytäntöjä muodostettaessa voisi selvittää vuoteenvierusraportoinnin käyttöä.

4.4 Suositukset (Reflektointi)

Vertailukehittämisvierailu oli mielenkiintoinen ja tuotti tuloksena vastauksia vierailun tavoitteisiin. Vierailulla saatiin tietoja hyvistä käytännöistä, jotka sopivat suoraan tai omaan toimintaan

sovellettuna asiakaslähtöisten toimintakäytäntöjen kehittämiseen. Benchmarking on menetelmänä järjestelmällinen. Valmistautuminen ja vierailukohteen valinta ja asioista sopiminen vaatii aikaa kohtuullisen paljon, jota opiskelijana pystyin onneksi käyttämään.

Laitila (2010, 137-139) toteaa asiakaslähtöisyyden toteutuvan organisaation asiakaslähtöisenä toimintana, asiakaslähtöisenä yhteistyösuhteena ja siinä, että työntekijä on asiakaslähtöisesti työskentelevä. Jyväskylässä on lähdetty kehittämään asiakaslähtöistä organisaatiota, jossa kehittämisen osa-alueita olivat 1. koko organisaatio, 2. asenteiden ja palvelukulttuurin muuttaminen, 3. asiakkaiden osallistumismahdollisuuksien lisääminen, 4. asiakasymmärryksen syventäminen ja 5. johtaminen (Karhula 2011).

Jyväskylässä vuonna 2011 järjestetyt toimintakulttuurin muutokseen tähtäävät koulutukset olivat osa asiakaslähtöisyyden kehittämistä. Koulutukset herättivät tunteita ja keskustelua. Osa hoitajista koki koulutuksessa esimerkkinä käytettyjen potilaiden ja omaisten tekemien valitusten olevan moite omaa työtään kohtaan, osa hoitajista koki aiheen itselleen ja arvoilleen tärkeänä. Koulutuksen järjestäjät kokivat heräneen keskustelun muutoksen mahdollistajana. Lähijohtajilla oli vastuun keskustelun ohjaamisessa kohti asiakaslähtöistä ja potilasta osallistavaa toimintamallia. (Malinen 2011, 8.) Vertailukehittämisvierailulla saatiin kuulla, että todennäköisesti jokainen, joka oli työskennellyt kyseisessä organisaatiossa asiakas- ja potilaslähtöisyyttä vahvistavien koulutusten aikaan muisti, milloin asiakaslähtöisyyttä on alettu kehittää.

Akuuttiyksikön hoitoprosessia kuvaavassa luvussa esitettiin potilaan hoitoprosessin. Prosessikuvauksessa todetaan, että potilas ja omainen osallistuvat hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Sitä, millä tavalla potilaan ja omaisen osallistuminen käytännön hoitotyössä tapahtuu, ei prosessikuviassa ole avattu. Vertailukehittämisvierailun kysymykset muodostuivat oman toimintayksikön hoitoprosessin kuvaamisen ja asiakaslähtöisyyden teoriaperustan kautta.

Vertailukehittämisvierailun tulosten perusteella akuuttiyksikön potilaan hoitoprosessin nykykäytäntöjä tulee kehittää vertailukehittämisvierailun tuloksiin perustuen ainakin prosessin vaiheissa 3-5 (hoitosuunnitelman tekeminen, hoidon toteutus ja kotiutus). Muutos toisi prosessiin asiakaslähtöisiä käytäntöjä, kuten potilaan oman tavoitteen selvittämisen ja kirjaamisen hoitosuunnitelmaan. Myös potilaan ja omaisen arvio tavoitteiden saavuttamisesta tulee sisältyä toimintakäytäntöihin. Tavoitteiden asettamiseen ja niiden saavuttamisen arviointiin potilas ja omainen tarvitsevat tietoa potilaan tilanteesta ja hoidosta. Tarvittaessa jo hoitajakson alussa voitaisiin järjestää yhteispalaveri Jyväskylän starttivartin tapaan.

Vertailukehittämismallilla saatiin tietoa toiminnan järjestämisen asiakaslähtöisistä käytännöistä. Omissa toimintayksiköissä voidaan suoraan käyttöön siirtää potilaan oman tavoitteen selvittäminen ja kirjaaminen hoitosuunnitelmaan. Kehitettävistä hyvistä käytännöistä merkittävin on asiakaslähtöisen hoitoprosessin kuvaaminen kaikkien eri toimijoiden näkökulmasta. Hoitoprosessin toteuttaminen niin, että potilas osallistuu hoidon suunnitteluun ja sitä koskevaan päätöksentekoon, vaatii käytäntöjen muuttamista. Se vaikuttaa hoitohenkilökunnan tehtäviin ja ajankäyttöön. Potilaan hoitoprosessin sisältöjen avaaminen asiakaslähtöisyyden näkökulmasta ja siihen nivoutuvien terveydenhuollon ammattilaisten vastuiden määrittely on toteutettava yhteiskehittämisen menetelmin. Vertailukehittämisellä tunnistettujen hyvien käytäntöjen käyttöön-otto voidaan joiltain osin toteuttaa osana kehittämistehtävää.

4.5 Lähteet

Aalto-Kallio, M., Saikkonen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2009. Arvioinnin kartalla, matka teoriasta käytäntöön. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.

Cook, S. 1995. Practical Benchmarking. London: Kogan Page.

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. ja Seppänen, S. 2014. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.

Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. 2009. Toimintaohjelma 2009–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Järnström, S. 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”, Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1097. Tampere: Tampereen yliopisto. Haettu 12.8.2016. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Karhula, S. 2011. Toimintakyky ja arjen sujuvuus –palvelukokonaisuuden uudistus. PP-esitys.

Karlöf, B, Lundgren, K, & Froment M. 2003. Ota oppia parhaista! Tehoa vertailuoppimisesta. Helsinki: Talentum.

KASTE 2012-2015. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. Helsinki.

Kyllön sairaala. 2015. Haettu 10.12.2015. <http://www.jyvaskyla.fi/terveys/terveyskeskussairaala/kyllo>.

Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma. 2013. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Kajaani.

Laatu. 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 23.02.2019. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/laatu>

Laitila M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä, Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Dissertations in Health Sciences 31. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Lillrank, P., Kujala, J. & Parviainen, P. 2004. Keskeneräinen potilas, Terveydenhuollon tuotannon ohjaus. Helsinki: Talentum.

Malinen, T. 2011. Asiakas- ja potilaslähtöisyyttä vahvistamassa, Henkilöstökoulutus. Kehittämis-tehtävä. JAMK.

Milosevic, D., Djuric, M., Filipovic, J. & Ristic, S. 2013. Benchmarking as a Quality Management Tool in Public Administration. *Engineering Economics*, 24(4), 364–372.

Moisanen, K. 2018. Asiakslähtöisen osaamisen johtaminen vanhuspalveluissa. Väitöskirja. Yhteiskunta-tieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 170. Kuopio: Itä-Suomen Yliopisto.

Perälä, M-L. 2008. Benchmarking-toimintaan hoitotyössä. Teoksessa L. Koponen & H. Hopia (toim.) Vetovoimainen terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Sairaanhoidtajaliitto, 89–100.

Perälä, M-L, Junttila, K & Toljamo, M. 2007. Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön. Stakesin työpapereita 19. Helsinki: Valopaino Oy.

Terveyskeskussairaalat. 2016. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Kajaani. Haettu 7.10.2016. <http://sote.kainuu.fi/terveyskeskussairaalat>

Virtanen, P, Suoheimo, M, Lamminmäki, S, Ahonen, P ja Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakasläh-
töisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281. Helsinki.

5 Potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan toimintamallin kehittäminen (Sykli 3.)

Kolmannessa syklissä vertailukehittämisen avulla kerrytettyä tietoa potilaan osallisuutta tukevista käytännöistä hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. Projektiorganisaatio perustettiin tässä vaiheessa tukemaan kehittämistehtävän suunnittelua ja pilotointia. Kolmannen syklin tarkoitus oli kehittää yhteiskehittämisen menetelmää, suunnittelupeliä, käyttäen potilaan ja omaisen osallisuutta hoidon suunnittelussa tukeva toimintamalli ja pilotoida ja arvioida pilotoinnin vaikutuksia. Projektiryhmän kanssa yhteiskehittämällä tehtyä potilaan ja omaisen osallisuutta hoidon suunnittelussa tukevaa toimintamallia pilotoitiin. Toimintamallin merkitystä potilaan ja omaisen osallisuuteen arvioitiin haastatteluilla, kyselyllä ja havainnoimalla. Syklin kehittämiskysymys muodostui toisen syklin reflektoinnin perusteella; minkälainen on potilaan ja omaisen osallisuutta tukeva hoidon suunnittelun toimintamalli vuodeosastolla.

5.1 Toimintamallin perusta (Suunnittelu)

Projektiorganisaatio

Kehittämistehtävän projektiorganisaation perustaminen on osa ylemmän (AMK) opinnäytetyöprosessin kokonaisuutta. Prosessissa korostuu opiskelijan taito tunnistaa ja ratkaista työelämälähtöisiä kehittämishaasteita. Kehittämistehtävässä kehitetään ja arvioidaan uusia ammatillisia toimintatapoja, työmenetelmiä, käytänteitä ja palvelukonsepteja. Kehittämistehtävä on syklinen, osapuolten yhteistyötä korostava prosessi. Kehittämistehtävän tavoitteet koskevat opiskelijan oppimistehtävää, työelämän kehittämistehtävää ja ammattikorkeakoulun osalta aluekehittämistä ja tutkimusta. (Ylempi AMK opinnäytetyö 2015.) Perinteisen projektin määritelmän mukaan projekti on organisaatiossa tehtävää määräaikaista työtä jonkun tehtävän suorittamiseksi tietyllä resurssilla. (Virtanen 2009, 44.) Kehittämistehtävän hallinnointia ja ohjausta varten perustettiin projektiorganisaatio, johon kuului ohjausryhmä ja projektiryhmä.

Projektipäällikkö yhdessä ohjausryhmän (myös johtoryhmä) kanssa vastaa projektin ohjauksesta. Ohjausryhmä tukee, ohjeistaa ja valvoo projektin etenemistä. Ohjausryhmän toimijat ovat projektin sidosryhmien edustajia sekä asiantuntijoita, joilta projektipäällikkö voi kysyä mielipiteitä projektia koskevissa sisältökysymyksissä. Sidosryhmänsä edustajana ohjausryhmän osallistujia on tiedonvälittäjä omaan ryhmäänsä nähden. (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 119-120.) Oh-

jausryhmän tehtäviin kuuluu toiminnan arvioiminen ja palautteen kertominen. Koska ohjausryhmä on luomassa edellytyksiä projektin onnistumiselle, ryhmällä tulee olla aikaa projektin asioihin perehtymiseen. (Pirinen 2014, 245.)

Kehittämistehtävän ohjausryhmässä ovat työelämän edustajina ja asiantuntijoina Kajaanin terveyskeskussairaalan ylilääkäri, osastonhoitaja ja akuuttiyksikön apulaisosastonhoitaja. Kajaanin ammattikorkeakoulusta ohjausryhmässä on opinnäytetyön ohjaava yliopettaja. Virtasen (2009, 45) mukaan projektin ohjaus on toimeenpanon hallintaa ja projektissa on ohjausta sen suunnittelusta päättymiseen saakka.

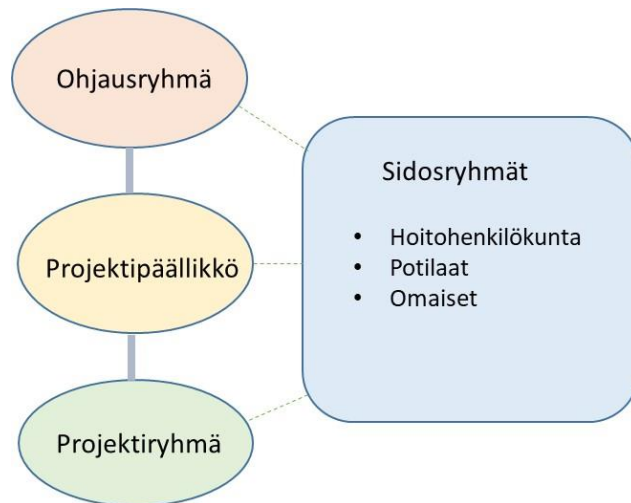
Pirinen (2014, 246) toteaa hyvässä projektissa perspektiivin olevan myös pitkän aikavälin tavoitteissa. Kun ohjausryhmässä on mukana johtajia, pitkän aikavälin strategiset tavoitteet huomioidaan. Ylilääkäri ja osastonhoitaja vastaavat Kajaanin terveyskeskussairaalan strategisesta ja taloudellisesta suunnittelusta ja toteutuksesta. Pian toimintamallin pilotoinnin ja arvioinnin jälkeen ohjaus- ja projektiryhmässä ollut apulaisosastonhoitaja lähti toiseen tehtävään.

Projektiryhmään tarvitaan myönteisellä tavalla työtä kyseenalaistavia ja muutoksia ja ratkaisuja etsiviä osallistujia (Pirinen 2014, 236). Yhdessä projektipäällikön kanssa projektiryhmä suunnittelee, toteuttaa ja vie projektin tulokset käytäntöön (Paasivaara ym. 2008 116-117). Projektiryhmän kokoontumiset voivat olla sisältöihin ja päätöksentekoon pyrkiviä pitempiä palavereja tai pikaisia kokoontumisia projektin tilanteen päivittämiseksi. Kokoontumisiin voidaan kutsua sidosryhmien edustajia tai ryhmän ulkopuolisia asiantuntijoita. (Pirinen 2014, 241.)

Projektiryhmään kuuluvat suunnittelevat potilaan osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintamallin ja sen pilotoinnin. Projektiryhmässä ovat osastonlääkäri, lähihoitaja, kaksi sairaanhoitajaa ja apulaisosastonhoitaja. Yksi sairaanhoitajista toimii projektiryhmän vastuhenkilönä ja tekee yhteistyötä projektipäällikön kanssa toimintakäytännön suunnittelun ja pilotoinnin valmistelusta projektiryhmien kokoontumisia varten. Tarvittaessa vastuhenkilö koordinoi ja vastaa projektiryhmän kokoontumisesta.

Projektipäällikön tehtävä on kehittämistehtävän tekijällä. Paasivaara ym. (2008, 116-122) toteavat projektin johtamisen edellytyksiä olevan verkostomaisen toiminnan ymmärtäminen, kyky työskennellä moniammatillisissa ryhmissä, yhteistyötaito ja kokonaisuuksien hallinta. Projekti ei onnistu ilman projektiryhmän ja sidosryhmien aktiivista ja aitoa osallistumista. Projektipäällikkö järjestää sidosryhmille osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet projektin suunnitteluun ja toteutukseen. Minimissään se tarkoittaa suunnittelusta ja vaikuttamismahdollisuuksista tiedottamista.

Kuvassa 3 on esitetty projektiorganisaatio. Projektipäällikkönä osallistun sekä ohjaus- että projektiryhmän kokoontumisiin. Valmistelen esityslistat ja kokoontumisissa esiteltävät asiat ja kokoontumisten muistiot. Vastaan kehittämistehtävästä tiedottamisesta sidosryhmille, raportoinnin kokonaisuudesta, projektiorganisaation kokoontumisten koordinoinnista ja aikataulutuksesta yleensä.



Kuva 3. Projektiorganisaatio

Osaston potilaiden hoitoprosessiin liittyviltä toimijoilta ja asiantuntijoilta pyydän kommentteja ja mielipiteitä sähköpostitse hoidon suunnittelun kehittämistä. Tarvittaessa järjestetään yhteis-
palavereja. Potilaan hoitoprosessin kehittämiseen voivat osallistua esimerkiksi ergonomisten siir-
tojen työryhmä, fysioterapeutit ja terveyskeskussairaalan sosiaaliohjaaja.

Sidosryhmiin kuuluvat kaikki, joihin projektin lopputulos vaikuttaa (Paasivaara ym. 2008, 117).
Projekti-tuotteiden käyttäjiä ovat asiakkaat, joiden tarpeita varten projekti on toteutettu. Sisäi-
sessä kehittämishankkeessa projektituotteiden hyödynsaaja on organisaation henkilöstö. (Virta-
nen 2009, 178.) Tässä opinnäytetyössä tuotteiden käyttäjiä ovat hoitoyksikön potilaat, omaiset ja
hoitohenkilökunta. Sisäiset sidosryhmät ovat akuuttiyksikön henkilöstö, sosiaaliohjaaja ja kotihoi-
don työntekijät. Ulkoisia sidosryhmiä ovat Kainuun sotien tk-sairaaloiden henkilökunta ja uuden
sairaalan hoitoprosessien suunnitteluryhmät vuodeosastohoidon osalta. Jos kehittämistehtävä
saavuttaa tavoitteensa potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämisessä toimintakäytäntöjä
muuttamalla, kehittämistehtävän tulos on hyödynnettävissä uuden sairaalan hoitoprosessien
suunnittelussa.

Kehittämistehtävän riskikartoitus

Projektin riskit liittyvät muun muassa aikatauluihin, tiedonvälitykseen, puutteellisiin resursseihin, epäselviin tavoitteisiin tai ristiriitoihin projektin ja taustaorganisaation välillä. Projektissa toimiminen oman työn ohella on haaste. Roolista toiseen vaihtaminen vaatii taitoa. (Paasivaara ym. 2008, 116-129.) Projektin onnistumiselle voi olla riski, jos ohjaus- ja projektiryhmän aikataulut eivät sovi yhteen. Projektin ohjaus jää jälkeen muusta toiminnasta (Pirinen 2014, 246.) Taulukossa 3 on SWOT-analyysi kehittämistehtävän vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhkista.

Taulukko 3. Kehittämistehtävän SWOT – analyysi

SISÄISET	Vahvuudet <ul style="list-style-type: none"> - Kehittämismyönteisyyttä sekä henkilökunnassa että lähijohdossa - Osallisuuden kehittäminen on toimintayksikön strateginen päämäärä 	Heikkoudet <ul style="list-style-type: none"> - Kehittämisprojektin niukat resurssit - Useita kehittämiskohteita yhtä aikaa - Vahvaan juurtuneet aikaisemmat toimintakäytännöt
ULKOISET	Mahdollisuudet <ul style="list-style-type: none"> - Osallisuuden kehittäminen liittyy kuntouttavaan hoitotyöhön → kuntayhtymän strategian mukaista toimintaa - Resursointi perusteltua 	Uhkat <ul style="list-style-type: none"> - Vakituisen ja perehtyneen henkilöstön vaihtuminen ja ongelmat sijaisten saamisessa - Muiden toimintayksiköiden potilaspaine

Projektin johtoryhmä kokoontui kaksi kertaa ja projektiryhmä tarvittaessa. Johtoryhmässä käsiteltiin potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintamallin sisältö ja sen pilotointisuunnitelma sekä pilotoinnin arviointisuunnitelma

5.2 CoCo Cosmos pelisessiot ja potilaan sekä omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintamallin muokkaaminen (Toiminta)

Yhteiskehittäminen ja suunnittelupelit

Opinnäytetyön kolmannessa syklissä kehitimme potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan toimintamallin, jota pilotoitiin kolmen viikon ajan yhdessä vuodeosaston moduuleista. Toimintamallin kehittämässä käytettiin apuna suunnittelupeliä. Kehittämisen perusta tulee palvelumuotoilusta. Palvelun eri osapuolten osallistuminen palvelun kehittämiseen on yksi keskeisistä periaatteista palvelumuotoilussa. (Tuulaniemi 2013, 116.)

Käsitteitä yhteiskehittäminen (co-creation) ja yhteissuunnittelu (co-design) käytetään laajasti teellisessä kirjallisuudessa, ammattilehdissä, palvelumuotoilussa, suunnitteluyritysten nettisivuilla ja julkisten organisaatioiden raporteissa. Käsitteiden käyttö on kirjavaa. (Mattelmäki & Visser 2011, 1.) Toistaiseksi yhteiskehittämisen käsitteestä vaikuttaa olevan vähän yhteisesti hyväksyttyä määrittelyä. Suuri osa tutkijoista on kuitenkin samaa mieltä siitä, että yhteiskehittämisessä tulee olla vähintään kaksi osapuolta, jotka osallistuvat kehittämisprosessiin. (Keränen 2015, 20-21.)

Mattelmäki ja Visser (2011, 11) pohtivat yhteissuunnittelun ja -kehittämisen monimerkityksellistä käyttöä. Tutkimuksen näkökulmasta yhteissuunnittelu on prosessi, jonka suunnitelma, menetelmät ja fasilitointi perustuvat yhteistyöhön. Yhteiskehittäminen ymmärretään palvelun eri osapuolten välisenä kollektiivisena luovuutena ja osana yhteissuunnittelun prosessia.

Toisaalta yhteiskehittämisellä on joissakin yhteyksissä tarkoitettu lähestymistapaa, jossa avoimuus, yhteistyö ja kumppanuus konkretisoituvat yhteiskehittämisen käytännössä (Mattelmäki & Visser 2011, 11). Tässä merkityksessä yhteiskehittäminen on esimerkiksi Cottamin ja Leadbeterin (2004, 22) julkisen palveluiden pitkäaikaissairaiden hoitoa koskevassa kehittämisprojekteissa. Terveyspalveluiden yhteiskehittäminen voi olla prosessi, jossa potilaat, kuntalaiset ja yhteisöt ottavat vastuuta julkisten palveluiden kehittämisestä yhdessä ammattilaisten kanssa. Yhteiskehittäminen ei ole yksittäinen tapahtuma tai työpaja, jossa ammattilaiset antavat palvelun käyttäjille mahdollisuuden kertoa mielipiteensä rajatuista vaihtoehdoista. Yhteiskehittäminen on pitkäkestoinen dialoginen prosessi, jossa eri osapuolten näkökulmat pyritään yhdistämään luovasti ja vuorovaikutteisesti.

Mattelmäki ja Vaajakallio (2011, 78-79) toteavat yhteissuunnittelun tarjoavan työkaluja ja menetelmiä monialaiseen suunnitteluun ja palveluideointiin. Monialaisuus on palveluille ominainen piirre. Palvelu on dynaaminen prosessi: ympäristö on monipuolinen ja toimijoita on paljon. Monialaisuus korostuu, kun tilanteet pyritään käyttäjälähtöisesti ymmärtämään sekä palveluverkos-

ton että palvelun käyttäjän näkökulmasta. Palvelun käyttäjien ja muiden palveluun osallisten osallistuminen on tarkoituksenmukaista jo suunnitteluprosessin alusta alkaen. (Tuulaniemi 2013, 116.) Kehittämistehtävässä käytetään käsitettä yhteiskehittäminen.

Suunnittelupelit toimivat osallistujien välisen keskustelun alustana ja kiintopisteenä. Pelin avulla mahdollistuu useiden henkilöiden näkökulmien esittäminen samasta aiheesta. Totutusta poikkeava ideointi ja keskustelutapa luo puitteet ilmapiirille, joka tukee luovaa ideointia. Suunnittelupeleillä voidaan yhdistää monialaisten ryhmien ja toiminnan eri osapuolten näkökohtia. (Tuulaniemi 2013, 149.) Suunnittelupeli käsitteenä on avoin erilaisille pelitavoille ja peleille. Suunnittelupelit voivat olla esimerkiksi korttipelejä, kartoja, tehtäviä, roolipelejä ja lautapelejä. (Mattelmäki & Vaajakallio 2011, 85; Tuulaniemi 2013, 149.)

Suunnittelupeli on yhteiskehittämisen työkalu, jossa pelillisistä ominaisuuksista tarkoituksellisesti painotetaan leikkisää ajattelutapaa ja asetelmaa, jota pelimateriaalit ja säännöt tukevat. Merkityksellistä ei ole tarkka menetelmän määrittely vaan se, kuinka ne tuovat esille yhteiskehittämisen tutkivan, mielikuvituksen, dialogisen ja empaattisen luonteen ja merkityksen. (Vaajakallio 2012, 218.)

Toimintamallin kehittämisessä käytettiin CoCo Cosmos peliä. Se on palvelumuotoilun työkalu ja yksi CoCo Tool Kit - työkalupakin osista. CoCo Tool Kit kehitettiin From co-production to co-creation -hankkeessa. Hankkeen tavoitteena oli tuottaa menetelmiä ja konkreettisia johtamisen työvälineitä. CoCo Cosmos on visuaalinen yhteiskehittämispeli. Se sisältää pelilaudan ja kuusi eri korttiryhmiä, joiden avulla voidaan kuvata palveluita asiakkaan ja palveluntuottajan näkökulmasta. (Keränen 2013.) CoCo Cosmos on visuaalinen suunnittelutyökalu, joka tuottaa tehokkaasti tietoa eri osapuolten näkökulmista. Pelaamisen avulla tuodaan esille myös osapuolten piileviä tarpeita ja pelaaminen havainnollistaa käsiteltävän asian käyttöarvoa ja -kelpoisuutta. (Keränen 2015, 226.)

Pelikorteilla pelaamalla rakennetaan prosessi, jota ollaan kehittämässä. Sidosryhmiä, joita ovat esimerkiksi asiakkaat ja palveluntuottajat esittävät harmaat, vihreät ja turkoosit kortit. Mustilla korteilla kuvataan paikat ja välineet, joita tarvitaan palveluprosessissa. Beiget kortit esittävät prosessin toimintoja ja punaiset kortit toiminnan tuloksia. Pelilaudan avulla luodaan osallistujien rakentamana käsitys käsiteltävästä aiheesta. (Kinnunen 2017.) Kortteihin ja pelilautaan voi kirjoittaa valkotaulutusseilla. Mustilla tussilla merkitään toimijoiden väliset suhteet. Vihreällä tussilla merkitään avaintoimijat ja -toiminnot ja punaisella tussilla solmukohdat. (Keränen 2013, 35.)

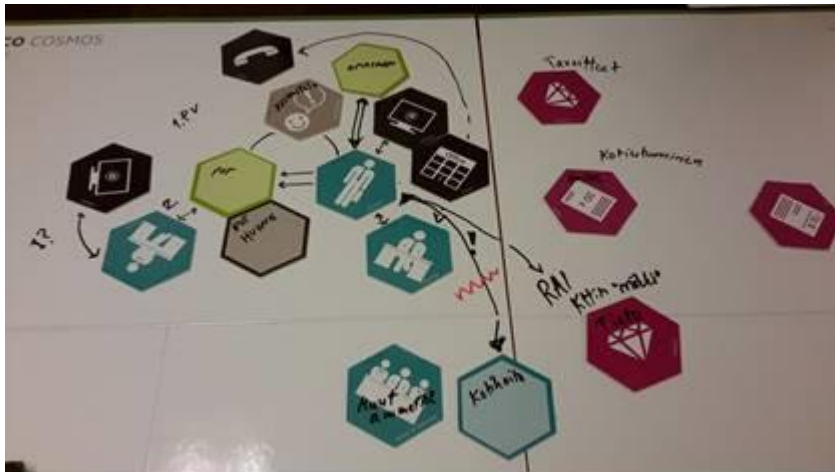
Pelisessiot

Projektiryhmän osallistujien kanssa tehtiin kaksi pelisessiota, joissa mallinnettiin osaston hoitoprosessia ja hoidon suunnittelua eri osapuolten näkökulmasta. Ensimmäisen pelisession aluksi esittelin CoCo Cosmoksen toimintaperiaatteen, jonka jälkeen keskusteltiin kehittämiskohteesta. Keskustelimme, miten potilaan osallisuus hoitoon voisi käytännössä toteutua ja esittelin myös benchmarking-vierailun tuloksia.

Pelisessioiden tarkoituksena on kuvata potilaan ja omaisen osallisuutta tukeva hoidon suunnittelun toimintamalli ja vastata kehittämiskysymykseen; minkälainen on potilaan ja omaisen osallisuutta tukeva hoidon suunnittelun toimintamalli vuodeosastolla. Mallin mukaisella hoitosuunnitelmalla potilas ja hänen omaisensa saavat tietoa hoidosta ja ovat mukana asettamassa hoidon tavoitteita. Osallisuutta tukeva hoidonsuunnittelu liittyy oleellisena tekijänä kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen.

Opinnäytetyön tekijänä toimin pelissä fasilitaattorin roolissa. Projektiryhmäläiset pelasivat ja fasilitaattorina pääosin seurasin pelin kulkua, ottaen osaa esimerkiksi täsmentävillä kysymyksillä. Peliosuuden jälkeen tehtiin pelin kulusta kooste, jossa kuvattiin pelin lopputulos sanallisesti keräten. Pelipöydästä otettiin kuvia ja sanallinen yhteenveto nauhoitettiin.

Tein pelisession jälkeen luonnoksen potilaan ja omaisen osallisuutta tukevasta hoidon suunnittelun toimintamallista käsiteltäväksi seuraavassa projektiryhmän kokoontumisessa. Luonnostekstistä keskustelu toi esiin joitakin tehtäviin, tehtävienjakoon ja aikatauluihin liittyviä avoimia kohtia. Tämän vuoksi pelattiin toinen kierros CoCo Cosmos suunnittelupeliä ja hahmoteltiin hoidon suunnittelun vaiheiden ja tehtävienjaon eri vaihtoehtoja. Pelaaminen sujui molemmilla pelikerroilla luontevasti. Kaikki osallistujat toivat ideoitaan ja mielipiteitään esille. Pelilaudan ja korttien avulla hoidon suunnittelun prosessin vaiheita oli helppo hahmottaa. Keskustelun myötä, pelin edetessä, pelialustaan ja kortteihin tehtyjä merkintöjä muuteltiin yhteisen näkemyksen mukaan, kunnes olimme tyytyväisiä lopputulokseen. Kuvassa 4 on toisen pelisession tulos.



Kuva 4. CoCo Cosmos toisen pelisession tulos

Toisen pelisession jälkeen tein täsmennyksiä luonnokseen potilaan ja omaisen osallisuutta tukeva hoidon suunnittelun toimintamallista. Suunniteltua luonnosta tarkasteltiin ohjaus- ja projektiryhmissä ja sovittiin toimintamallin pilotoinnista.

5.3 Potilaan ja omaisen osallisuutta tukeva hoidon suunnittelun toimintamalli (Havainnointi)

Potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintamallin vaiheet esitellään tämän luvun taulukoissa. Pilotoinnissa toimintamalli esiteltiin kahtena tiedostona olevana tekstiversiona.

Potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan toimintamallin mukaan potilaan osallisuus määriteltiin seuraavasti: *Potilas saa tietoa sairaassa olonsa syystä ja hoidostaan. Hän kertoo omasta tilanteestaan (liikkuminen, kotona pärjääminen). Hän kertoo omat tavoitteensa ja toiveensa. Potilas on mukana asettamassa hoidon tavoitteita ja on mukana hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Potilas kertoo mielipiteensä hoitosuunnitelmasta ja hänen mielipiteensä tulee kuulluksi.*

Mallinnuksessa pyrittiin huomioimaan osaston normaalista hoidon suunnittelun käytännöistä poikkeavien vaiheiden kirjaaminen sähköiseen hoitokertomukseen ja sovittiin, mihin kohti hoitokertomuksen lomakkeelle tulokeskusteluista karttuva tieto kirjataan. Tieto päätettiin kirjata HOKE:n tulotilanne lomakkeelle, josta osastolle tulevan potilaan sisäänkirjaus aloitetaan.

Hoitajien välistä tehtävienjakoa ei sovittu tulokeskustelujen osalta. Potilaat tulevat osastolle ilta-päivän aikana, joten arvioimme, ettei keskusteluja ehkä ehditä tekemään tulopäivän iltavuorossa.

Tulotilanteessa potilaan vastaanottava hoitaja voi kuitenkin aloittaa keskustelun ottamalla potilaan tavoitteet ja tiedon tulostyöstä puheeksi ja kirjata tiedot HOKE:lle. Jos keskustelua ei ehditä käymään kyseisen työvuoron aikana loppuun, jatkuu tulokeskustelu seuraavassa työvuorossa. Toimintamallin mukaan sekä potilaan että omaisen kanssa käytävä tulotilanne keskustelu oli tehtävä potilaan tulopäivän ja sitä seuraavan 2-3 hoitopäivän välisenä aikana. Taulukossa 4 ja 5 on toimintamallin ensimmäiset vaiheet.

Taulukko 4. Tulotilannekeskustelu potilaan kanssa

Tulotilannekeskustelu potilaan kanssa

- Mitä potilas tietää siitä, miksi on terveyskeskussairaalan osastolla (tulostyön kertaaminen yhdessä ja tieto potilaalle tavoitteen asettamiseksi)
 - Mikä on potilaan oma tavoite hoitojaksolle?
 - Kysytään potilaan kotona selviytymisestä ja liikkumisesta
 - Kysytään, haluaako potilas jostain asiasta lisää tietoa
- ➔ Keskustelun tulos kirjataan kotitilanteen osalta tulotilanne kaavakkeelle (potilaan oma tavoite ja mielipide kotona selviytymisestä, liikkumisesta ja toimintakyvystä)

Taulukko 5. Tulotilannekeskustelu omaisen kanssa

Tulotilannekeskustelu omaisen kanssa

- Keskustelu potilaan tilanteesta ja voinnista ennen sairaalajaksoa
 - Kysytään potilaan kotona selviytymisestä ja liikkumisesta
 - Kysytään omaisen osallistumisesta potilaan hoitoon kotona
 - Kysytään, haluaako omainen jostain asiasta lisää tietoa
 - Jatkohoidon ja kotiutumisen puheeksiotto
- ➔ Keskustelun tulos kirjataan kotitilanteen osalta tulotilanne kaavakkeelle (omaisen mielipide potilaan kotona selviytymisestä, liikkumisesta ja toimintakyvystä)

Potilaan ja omaisen haastattelun tekemiselle muotoiltiin lisäohje:

”Vaikka välitavoitteet ovat täsmentymättä, kerrotaan sekä potilaalle että omaiselle, että pääsääntöisesti tavoite on kotiutuminen. Jos potilas ei ole vakavasti sairas ja on oletettavaa, että potilas kotiutuu joskus joko kotiin tai palveluasumiseen, kerrotaan, että hoidon tavoitteet suunnitellaan yhteistyössä potilaan ja omaisen kanssa lähipäivinä.”

”Jos potilas on vakavasti sairas ja on oletettavaa, että hän jää osastolle elämänsä loppuun saakka, kerrotaan, että hoidon tavoitteet ja hoidon linjaukset suunnitellaan yhteistyössä potilaan ja omaisen kanssa lähipäivinä.”

Jos potilas oli kotihoidon asiakas, tulotilannekeskustelun lisäksi toimintamalliin määriteltiin hoitajan tehtäväksi yhteydenotto potilaan kotihoitoon hoitojakson alkupuolella. Taulukoissa 6-8 on toimintamallin seuraavat vaiheet.

Taulukko 6. Yhteydenotto potilaan kotihoitoon

Yhteydenotto kotihoitoon potilaan hoitojakson alkupuolella, tiedustellaan

- Miten potilaan liikkuminen on sujunut ennen sairaalajaksoa?
- Minkälaista potilaan kotona pärjääminen on ollut ennen sairaalajaksoa?
- Kysytään potilaan kotiutuksessa ennakoitavat asiat, jotka on huomioitava esim. turvapuuhelin, tukirivat, apuvälineiden tarve tms.
- Lisätään kotihoidon yhteystieto HOKE:lle, kun oltu yhteydessä kotihoidon työntekijään

Taulukko 7. Ensimmäinen lääkärintierro

Hoitaja mukaan ensimmäiselle lääkärintierro

Sovitaan potilaan kuntoutumisen tavoitteista (huom! tavoitteen sopiminen ja tavoitteesta keskustelu potilaan kanssa)

- Osatavoitteiden asettaminen ja tavoitteisiin tähtäävistä toiminnoista sopiminen ja tavoitteiden arvioinnin ajankohta
- Jos osatavoite on sovittu keskiviikkopalaverissa
→tavoitteesta keskustelu potilaan kanssa
→keskiviikkopalaverissa ollut hoitaja kirjaa HOKE:lle, mitä asiasta on sovittu palaverissa
- Aloitetaan potilaan kotiutumisen suunnittelu ja valmistelu hyvissä ajoin potilaan, omaisen, lääkärin, hoitajan ja kotihoidon työntekijän välisenä yhteistyönä

Taulukko 8. Hoitosuunnitelmasta keskustelu

Potilaan osastojakson alkupuolella hoitosuunnitelmasta keskustelu potilaan ja omaisen kanssa

- Kirjataan HOKE:lle potilaan ja omaisen mielipide hoitosuunnitelmasta

Projektiryhmässä olleen osastonlääkärin lisäksi toimintamallin periaatteista keskusteltiin pilotti-moduulissa työskentelevän toisen lääkärin kanssa. Lääkäreiden kanssa sovittiin, että he hakevat vastuuhoitajan mukaan potilaan ensimmäiselle lääkärintierolle, silloin kun lääkäri tekee kierron yksin.

Potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintamallin mukaan toimittamassa oli tarkoitus toteuttaa kaikki taulukoissa 4-8 esitellyt asiat potilaan hoitoa suunniteltaessa.

5.4 Toimintamallin pilotointi (Toiminta ja Havainnointi)

Potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan toimintamallin pilotoinnin tarkoitus oli selvittää, miten toimintamalli toimii käytännössä. Pilotoinnin aikana toimintamallin eri vaiheita havainnointiin osallistuvalla havainnoinnilla. Havainnoinnin ja pilotoinnin aikana tehtyjen päiväkirjamerkintöjen perusteella hoitotyön päivittäisten tehtävien järjestelyt ja työn vaihteleva luonne vaikuttivat toimintamallin vaiheiden toteutukseen.

5.4.1 Pilotoinnin toteutus ja sen havainnointia (Toiminta)

Toimintamallin pilotointi toteutettiin kahdessa osaston neljästä moduulista. Projektiryhmässä olevat hoitajat työskentelivät näissä moduuleissa ja projektiryhmäläisten tuki arvioitiin hyödylliseksi pilotoinnin toteutuksessa. Osastotunneilla ja moduuleissa tiedotettiin toimintamallin pilotoinnin käynnistymisestä. Molempien pilottimoduuleiden kanslioissa oli A3 kokoiset tulosteet, joissa potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintamallin vaiheet esiteltiin vastaavalla tavalla kuin luvussa 5.3.

Pilotoinnin ajaksi oli sovittu viikot 5-7. Projektiryhmäläisillä oli päävastuu omissa moduuleissaan toimintamallin käyttämisestä uusien potilaiden tullessa osastolle näiden viikkojen aikana. Hoitokertomuksen oikeassa yläreunassa olevaan infolaatikkoon kirjattiin tieto ”osallisuutta tukeva hoitosuunnitelma”, jonka piti olla merkinä hoitajille, että kyseisen potilaan hoitoprosessissa edetään pilotoitavan toimintamallin mukaan.

Pilotoinnin aikana potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan toimintamallin mukaisesti aloitettiin hoitosuunnitelma noin kymmenelle potilaalle. Kaikilla potilailla, jotka olivat mukana pilotoinnissa, jäi osa toimintamallin vaiheista toteuttamatta. Haasteellisimmiksi vaiheiksi osoittautuivat kohdat ”Sovitaan potilaan kuntoutumisen tavoitteista” ja ”Potilaan osastojakson alkupuolella hoitosuunnitelmasta keskustelu potilaan ja omaisen kanssa.”

Kuntoutumisen tavoitteiden asettaminen on osalla potilaista fysioterapeuttien ja osalla potilaista hoitajien vastuulla. Toimintamallin pilotoinnin yhteydessä eri ammattiryhmien tehtävienjaon selkiytymättömyys tuli esille. Jälkikäteen arvioituna pilotoinnin toteutussuunnitelma oli tehty liian yleisellä tasolla. Suunnitelmassa ei oltu huomioitu toimintaympäristön vaikutusta. Pilotoinnin läpivientiin ei resursoitu työaikaa kehittämistehtävän tekijälle tai projektiryhmäläisille. Ohjeistus henkilökunnalle pilotoinnin toteutuksessa jäi monissa työvuoroissa tekstimuotoisen ohjeen varaan.

Havainnoimalla potilaan hoidon suunnittelua eri tilanteissa saatiin tietoa siitä, kuinka potilaan osallisuutta tukeva hoidon suunnittelun toimintamallia toteutettiin käytännössä. Havainnoinnin kohteena oli potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintamallin pääkohdat, joita ovat tulokeskustelu, ensimmäinen lääkärintieto ja hoitosuunnitelmasta keskustelu.

Havainnointia pidetään tehokkaana aineistonkeruun tavoista toimintatutkimuksessa. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 61). Eskola ja Suoranta (1998, 99) toteavat osallistuvan havainnoinnin olevan aineistonkeruutapa, jossa tutkija osallistuu tutkittavan yhteisön toimintaan jollakin tavalla. Osallistuva havainnointi on subjektiivista ja inhimillistä. Havainnoitsijalla voi jäädä merkityksellisiä asioita huomaamatta. Havainnointiin vaikuttavat havainnoijan ennako-odotukset, aikaisemmat elämäkokemukset ja tietoperusta.

Havainnointi toteutui osallistuvana havainnointina. Havainnointitilanteissa minulla ei ollut havainnointisuunnitelmaa. Havainnointitilanteet tulivat päivittäisessä työssä pääsääntöisesti ennakkoimatta vastaan. Havainnoinnissa minua ohjasi osallisuutta tukevan toimintamalli ja opinnäytetyön teoriaperusta. Havainnot kirjasin jälkikäteen ylös paperille ja joissakin tapauksissa myös suo-

raan tilanteessa, jos se luontevasti sopi tilanteeseen. Havainnointi tehtiin kertomatta siitä tilanteesta oleville. Tiedostin roolini sekä tutkijana, kehittäjänä ja työntekijänä. Havainnointitilanteissa pyrin vaikuttamaan mahdollisimman vähän tilanteiden kulkuun.

Havainnointia ei erikseen resursoitu pilotointisuunnitelmaan. Pilotoinnin toteutuksen aikaan tein täydellä työajalla normaaleja vuoroja osastolla. Havainnointi oli yksittäisten tilanteiden havainnointia, joiden tulokset kirjasin työpäivän päätyttyä. Kehittämistehtävän tekijänä minun olisi pitänyt olla poissa hoitotyön resurssista muutamia päiviä, jotta havainnoinnin olisi voinut toteuttaa järjestelmällisemmin.

5.4.2 Toimintamallin pilotoinnin tulokset (Havainnointi)

Hoitajat ottivat potilaan tavoitteet hoitajaksolle puheeksi päivittäisen hoitotyön lomassa. Joku potilasta osasi kertoa toiveistaan tai tavoitteistaan. Tavoitteista keskustelu vaikutti mieleiseltä puheenaiheelta ja potilas kertoi, miten toimii tavoitteen saavuttamiseksi. Jonkun potilaan käsitys omasta tilanteesta oli epärealistinen suhteessa hänen tilanteeseensa. Joku potilaista meni kysymyksestä hämilleen ja kertoi, ettei tiedä mitä ajatella. Vaikeassa sairauden vaiheessa oleva potilas puolestaan ei puhunut lainkaan tavoitteesta, vaan kertoi raskaasta sairauden vaikeutumisvaiheesta ja vaikutuksista mielentilaan ja jaksamiseen.

Pilotoinnin aikana osastonlääkäri kutsui hoitajan mukaansa osastolle tulleiden potilaiden ensimmäiselle kierrolle vaihtelevasti. Näillä lääkärin kierroilla keskityttiin potilaan sairauden hoitoon liittyviin asioihin. Lääkäri esitti potilaalle vointiin liittyviä kysymyksiä. Läsä olevalle hoitajalle lääkäri esitti toteavia kysymyksiä tutkimusten järjestelyihin liittyvistä aikatauluista. Hoitaja vastasi kysymyksiin ja kertoi lisäksi oma-aloitteisesti joitakin tietoja, kuten tulopäivään liittyviä potilaan terveydentilaan liittyviä huomioita ja potilaan omaisen osallistumisesta hoitoon. Pohdittuaan asiaa hetkisen, lääkäri kirjasi määräyksiä tietokoneelle ja kertoi potilaalle, mitä seuraavaksi tehdään potilaan hoidossa, muun muassa verikokeista, niiden tulosten jälkeen tulevista jatkotoimista ja lääkityksestä.

Pilotin aikana havainnoin yhtä tilannetta, jossa omainen ja potilas oli pyydetty keskustelemaan hoitoon liittyvistä asioista hoitajien kansliaan. Omainen esitti aktiivisesti kysymyksiä ja kertoi potilaan tilanteesta ja mahdolliseen kotiutumiseen liittyvistä järjestelyistä. Potilas nyökkäili vieressä ja vaikutti olevan samaa mieltä omaisen kanssa. Keskustelua käytiin kolmestaan hoitajan, omai-

sen ja potilaan kesken. Jälkikäteen keskustelemaan kutsunut hoitaja oli tyytyväinen, että keskustelu järjestyi (hän oli huomannut sattumalta omaisen olevan vierailulla). Keskustelussa saatiin paljon tietoa hoidon suunnittelua varten ja myös kotiutuksen valmisteluun liittyviä asioita yhdellä kertaa hoidettua.

Havainnoinnin ja päiväkirjamerkintöjen perusteella totesin potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan toimintamallin vaiheiden siirtämisen osaksi päivittäistä hoitotyötä olevan haasteellista, koska osaston toiminnan luonne on vaihteleva, ja siihen vaikuttavat monet eri tekijät. Osaston päivärhythmi ohjaa työntekijöiden toimintaa. Aamu- ja iltavuorojen päivittäistehtävien lomaan jäi joinkin päivinä aikaa potilaan ja omaisen tulohaastattelujen tekemiseen, mutta näitä päiviä enemmän oli niitä, joina tulohaastatteluja ei pystynyt toteuttamaan.

”Moduuliin tullut 2 uutta potilasta. Tulohaastattelua ehdin tekemään toisen potilaan omaisen kanssa. Potilas itse ei tulotilanteessa kyennyt keskustelemaan tavoitteistaan, eikä tunnistanut tilannettaan. Omaisen oli väsyksissä. Hän oli toiminut omaishoitajana useita vuosia. Hän kertoi kotona pärjäämisestä sen verran, kuin asioista kysyin. Keskustelu kesti runsaat viisi minuuttia. Tulokeskustelu jäi mielestäni vajaaksi. Meitä oli vuorossa 2 sairaanhoitajaa. Ilta oli kiireinen. Juuri ennen iltakierron alkua käymme porrastetusti lyhyellä ruokatauolla. Saimme loppuvuorosta apua viereisen moduulin hoitajilta. Kirjaaminen meni myöhään. Ylitöitä tuli 20 min. Toisen uuden potilaan tulohaastattelu jäi seuraavaan päivään.” (Päiväkirjamerkintä 9.2.2016).

5.5 Potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintamallin arviointi (Toiminta ja Havainnointi)

Kehittämistehtävän arviointiaineisto muodostuu projektiryhmäläisten kyselyn tuloksista, potilaan ja omaisen haastatteluista, hoidon suunnittelun havainnoinnista ja päiväkirjamerkinnöistäni. Tulosten arvioinnin perusteella tehdään johtopäätökset toimintakäytännön vakiinnuttamista käytäntöön ja mallin edelleen kehittämistä.

5.5.1 Toimintamallin arviointi (Toiminta)

Näyttöön perustuvassa toiminnan kehittämisessä on arvioitava toimintakäytäntöjen ja -mallien käyttöönoton täsmällisyyttä. Täsmällisyys tarkoittaa tässä uuden toimintakäytännön vastaavuutta käyttöönottosuunnitelman kanssa. Täsmällisyyttä voidaan arvioida esimerkiksi havainnollisella hoitotilannetta ja tekemällä kysely tai haastatteleamalla toimintakäytäntöä toteuttavaa henkilöstöä tai hoitokäytäntöön osallisia potilaita. (Holopainen, Juntila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2014, 118–121.) Arvioinnin toteutuksen pitäisi olla mukana projektin tai toiminnan suunnittelu- vaiheesta lähtien. Muuten arviointi ikään kuin liimataan päälle jälkikäteen. (Aalto-Kallio, Saikkonen ja Koskinen-Ollonqvist 2009, 3.)

Arviointi lähtee arviointikysymysten asettamisesta ja kriteerien määrittelystä. Kysymysten ja kriteereiden asettamisen tausta on projektisuunnitelma. Arviointia varten tarvitaan aineistoa. Jotta arviointituloksia voidaan hyödyntää ja arvioinnista tehdään raportti. Onnistuneen arvioinnin edellytyksiä ovat arvioitavan ilmiön ja toimintaympäristön tuntemus. Hankkeessa käytettävät käsitteet on määriteltävä (operationalisoitava). Muuten arviointi ei onnistu, koska jälkikäteen ei voi arvioida asiaa, josta ei tiedetä, ovatko toimijat ymmärtäneet sen samalla tavalla. (Aalto-Kallio ym. 2009.)

Näyttöön perustuvan toiminnan tavoitteiden saavuttamisen tuloksia arvioitaessa määritellään, onko arvioinnin näkökulma potilaan, hoitohenkilökunnan, organisaation vai sidosryhmien. Johtamisen taso vaikuttaa siihen, mikä näkökulma painottuu. Koko organisaation tasolla tietoa tarvitaan kaikista edellä mainituista näkökulmista päätettäessä resurssien suuntaamisesta. Arvioinnin näkökulman lisäksi tulee määritellä arviointimittarit. Yleensä määrälliset mittarit on helppo nimetä. Joidenkin tavoitteiden arvioimisessa haasteeksi nousee se, että toiminnan tulokset tulevat pitkällä aikavälillä ja toimintaa koskevaa tietoa tarvitaan koko palveluketjusta. (Holopainen ym. 2014, 125–126.)

Arvioinnissa lähestymistavat todellisuuteen ovat karkeasti jaotelleen realistisia tai relativistisia. Arvioinnissa tarvitaan molemmista lähtökohdista nousevaa tietoa. Realismissa todellisuus on mitattavissa olevaa ja kvalitatiivista. Relativistisen lähestymistavan mukaan todellisuus ei ole objektiivisesti mitattavissa, koska yksilöt ja ryhmät konstruoivat itse todellisuutensa. Relativistisessa lähestymistavassa tutkimusasetelma ei ole kokeellinen. Asioiden väliset syy-yhteydet rakentuvat ymmärrystä lisäävistä loogisista ketjuista, jotka tutkija muodostaa perustelemalla valintansa ja kuvaamalla tutkimuksen ajatteluketjun. (Savola, Peltö-Huikko, Tuominen & Koskinen-Ollonqvist 2005, 137–141.)

Arviointi tuottaa tietoa toiminnan vaikuttavuudesta ja tuloksellisuudesta. Aalto-Kallion ym. (2009) mukaan arvioinnin avulla näytetään toteen, että tavoitteet on saavutettu. Arviointi on hyödyllistä, kun sitä käytetään kehittämään, laajentamaan tai luopumaan toiminnasta. Holopaisen ym. (2014, 127) mukaan vaikuttavuutta arvioitaessa voidaan tarkastella toiminnan aikaansaamaa muutosta potilaan hyvinvoinnissa tai terveydentilassa. Kulla (2015) toteaa julkisten organisaatioiden hallintoa käsittelevässä teoksessaan tuloksellisuuden olevan julkishallinnon keskeinen kehittämistavoite. Tuloksellisuuteen kuuluu tuottavuus, taloudellisuus ja vaikuttavuus. Vaikuttavuus on tarpeiden tyydyttymistä ja tavoitteiden saavuttamista, joita voidaan arvioida asiakasvaikuttavuuden ja yhteiskunnallisen vaikuttavuuden näkökulmasta. Palvelun onnistumisen arvioinnissa asiakasvaikuttavuus on keskeinen tekijä. Taloudellisuus on tähtäämistä pieniin kustannuksiin ja tuottavuus suureen tuottavuuteen. Tuloksellisessa palveluntuotannossa huomioidaan sekä vaikuttavuus, tuottavuus että taloudellisuus.

Tarkasteltaessa tuloksellisuutta, vaikuttavuuden lisäksi tarkastellaan kustannuksia, suoritteita ja toiminnan laatua. Tuloksellisuus muodostuu kustannustehokkuudesta ja potilaiden tarpeisiin vastaamisesta laadukkaasti. Uuden toimintatavan tuloksia seuratessaan hoitotyön johtaja hyödyntää eri lähteistä saatavaa näyttöä.

Silvennoinen-Nuora (2010) tuo esille potilaan kokemuksien merkityksen vaikuttavuuden arvioinnissa. Po-tilaan arviointia tilanteestaan ohjaavat muun muassa hoitoon pääsyn nopeus, palvelun sujuvuus, tervehtyminen, kuntoutuminen, ammattilaisten kohtaaminen, kohtelu, ammattitaito, yleisesti ottaen koko palvelukokonaisuus. Asiakasvaikuttavuus muodostuu useista tekijöistä ja se on palvelujärjestelmän kykyä saada aikaan haluttuja vaikutuksia ja toteuttaa asetut vaikuttavuustavoitteet asiakkaan näkökulmasta. Potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintakäytännön arviointi tähtää kokeilun monipuoliseen arviointiin.

Potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun mallin kokeilun jälkeen arvioidaan kokeilun tuloksia. Arviointikysymyksiä ovat: miten potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintakäytännön kokeilu kehitti osallisuutta, ja miten potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintakäytännön kokeilu ilmeni haastatteluissa ja, mitä toimintakäytännön tulokset ovat hoitotyöntekijöiden arvioimana.

Asiakasnäkökulmasta potilaan osallisuutta hoidon suunnitteluun selvitetään haastattelemalla potilasta ja omaista. Keskustelu äänitetään, litteroidaan ja siitä tehdään sisällönanalyysi. Haastattelu tuottaa tietoa potilaan ja omaisen osallisuudesta hoidon suunnittelussa.

Potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan toimintamallin kokeilun jälkeen tehtiin kaksi keskusteluhaastattelua kartoittaakseni potilaan ja omaisen kokemuksia osallisuudesta hoitoon. Haastattelut tehtiin keskusteluhaastatteluna, joka on strukturoimaton haastattelutyyppi. Tiittula ja Ruusu- vuori (2005, 11) toteavat strukturoimattoman haastattelun muotoutuvan haastateltavan ehdoilla ja haastattelun suunta ja puheenaiheet rakentuvat haastattelun edetessä. Potilaan ja omaisen kokemuksia kartoittava keskusteluhaastattelu lähtee liikkeelle kysymyksellä:

- Mitkä asiat ovat erityisesti jääneet teidän mieleenne hoidon suunnittelusta?
- Mitkä asiat olette kokeneet tärkeiksi, kun on suunniteltu teidän hoitoanne täällä osastolla? Miksi?
- Keneltä saitte tietoa siitä, mitä sairaalassa olon aikana teidän hoidossanne tapahtuu? (jatkokysymys)
- Missä tilanteessa saitte tietoa siitä, mitä sairaalassa olon aikana hoitonne suhteen tapahtuu?
- Mitä tavoitteita itse asetitte omalle hoidollenne heti osastohoidon alkupäivinä?
- Mitä mieltä itse olitte hoitonne tavoitteista hoitojakson alussa?

Keskusteluhaastattelulla haen vastausta tutkimuskysymykseen; Miten osallisuus hoidon suunnitteluun hoitojaksolla ilmenee potilaan ja omaisen kertomana?

Haastattelin potilaan, joka oli tullut osastolle osallisuutta tukevan toimintamallin pilotoinnin aikana ja omaisen, jonka puoliso oli myös tullut potilaaksi toimintamallin pilotoinnin aikana. Molempien potilaiden hoidon suunnittelu oli tehty osallisuutta tukevaa toimintamallia käyttäen.

Annoin useita päiviä ennen haastattelua molemmille haastatelluille kehittämistehtävän tiedotteen ja kysyin, voisinko haastella heitä. Molemmat haastateltavat olivat halukkaita osallistumaan, joten sovin haastatteluajat heidän kanssaan. Haastattelut tehtiin akuuttiosastolla virastoajan jälkeen, koska silloin on käytettävissä neuvottelu- ja toimistotiloja. Haastattelujen aluksi kävin vielä haastateltavan kanssa läpi haastatteluun osallistumisen periaatteet, kuten vapaaehtoisuuden ja luottamuksellisuuden. Haastateltavat antoivat luvan haastattelun nauhoittamiselle ja kirjoittivat osallistumissopimuksen (liite 4).

Haastattelujen nauhoittaminen antaa mahdollisuuden palata tilanteeseen uudestaan ja mahdollistaa tutkijan keskittymisen haastatteluun (Tiittula & Ruusu- vuori 2005, 14-15). Ensimmäisen haastattelun äänitteen pituus oli 58 minuuttia. Toisen haastattelun pituus oli 38 minuuttia. Mo-

lempien haastattelujen ilmapiiri rauhallinen. Haastateltavat kertoivat mielipiteitään hoidon suunnittelusta, hoidosta ja elämästään luontevan oloisesti. He vastasivat kyllä aloituskysymyksen ja esittämiini muutamin jatkokysymyksiin, mutta he palasivat sen jälkeen muihin, kuin hoidon suunnittelua tai tavoitteita koskeviin asioihin. Vaikutelmani mukaan heidän kertomansa asiat olivat tärkeitä. Molemmat haastattelut päätettiin siinä kohden, missä haastateltavat vaikuttivat olevan halukkaita lopettamaan, tuoden esille jonkunlaisen loppupäätelmän tilanteestaan.

5.5.2 Haastatteluaineiston analyysi (Havainnointi)

Haastatteluaineistolle tehtiin sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi on laadullisen aineiston perusanalyysimenetelmä. Tutkimusaineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja sisällönanalyysin avulla on tarkoitus luoda tiivistetty ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimusaineiston jaetaan osiin, pelkistetään ja ryhmitellään luokiksi. Ryhmiteltäessä tarkastellaan aineiston yhtäläisyyksiä ja eroja. Samankaltaisuuksia sisältäville ryhmille annetaan niiden sisältöä kuvaava nimi. (Tuomi & Sarajärvi 2018 103, 127.)

Aineiston analyysin aloitin kuuntelemalla nauhoitukset useaan kertaan saadakseni niistä kokonaiskuvan. Aineiston kuuntelun jälkeen puhtaaksikirjoitin aineiston kokonaisuudessaan. Luin aineiston läpi useaan kertaan muodostaakseni kokonais käsityksen siitä, ennen aineiston jakamista analyysiyksiköihin ja koodaamista. Ensimmäinen havaintoni oli potilaan ja omaisen kertoman tiedon runsaus ja yksilöllisyys. Potilaan ja omaisen kertomuksissa tuli esille kokemushistoriaa, haastateltavat peilasivat nykyhetkeä paljolti suhteessa menneisiin tapahtumiin. Olin hämmästynyt siitä, kuinka paljon yksilöllisemmäksi mielikuva potilaasta ja omaisesta muodostui haastattelun tuoman tiedon kautta. Oletin tietäväni molempien haastateltujen tilanteesta paljon, koska olin tehnyt osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun pilotoinnin aikaan osastovuoroja. Haastattelu tuotti kuitenkin tietoa, mikä ei ollut tullut esille hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoidon suunnittelussa. Potilaan ja omaisen kertomat asiat hoitajaksoilta toivat osaston toiminnasta näkökulman, joka oli toisenlainen, mitä toimintaa toteuttavana ja toimintaa järjesteleväni olin odottanut

Analyysiyksiköksi muodostui asiakokonaisuus. Alkuperäisiä ilmauksia kertyi 283. Haastattelut yksilöitiin toisistaan isolla aakkosella ja analyysiyksiköt numeroitiin. Pelkistin koodatun aineiston. Pelkistettäessä voidaan huomata, että samasta analyysiyksiköstä löytyy useampia ilmauksia (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124). Kun näin tapahtui, lisäsin saman analyysiyksikkönumeron perään

pienen aakkosen. Seuraava vaihe oli pelkistettyjen analyysiyksiköiden ryhmittely alaluokiksi ja edelleen yläluokiksi. Esimerkki haastatteluaineiston sisällönanalyysistä on taulukossa 9.

Taulukko 9. Esimerkki haastatteluaineiston sisällönanalyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Ryhmä	Alaluokka	Yläluokka
”Ei oo käyty hoitosuunnitelmaa läpi” (A13) ”En mä saa tarpeeksi tietoa. Mä haluaisin tietää enemmän” (A39) ”Empä mä tiijä niistä oikeestaan paljon mittään, ne on tehny, mitä tehny täällä sitten”(B3) ”Siihen jäi pari kysymystä, kysymysmerkkiä...Tämän takia, tämän näin. [viittaus sairauteen]”(A53) ”Eikö ne ratkastavissa ole kuitenkin, siinähan päättävät (A54)” ”Mä siinä hetken aikaan ehdin miettiä että mitähän se tarkoittaa, vaikka olishan mun pitänyt tietää se, totta kai, mutta mä osannut ajatella sitä.” (A138) ”Se tilannekin voi muuttua tietysti” (B52)	Hoitosuunnitelmaa ei ole käyty läpi (A13) En saa tarpeeksi tietoa. Haluaisin tietää enemmän (A93) En tiedä hoidon suunnittelusta paljoa mitään, ne on tehnyt, mitä ovat tehneet (B3) Siihen jäi pari kysymystä (A53) asiat voitaneen ratkaista (A54a) siinähan päättävät (A54b) Ehdin hetken miettiä, mitähän se tarkoittaa, vaikka olisi minun pitänyt tietää, totta kai, mutta en osannut ajatella sitä (A138) Tilannekin voi muuttua (B52)	d. Tieto hoitosuunnitelmasta on vähäistä (A13, A93, B3) e. Tiedon arvaamaton luonne (A53, A54a, A138, B53)	I. Potilaan ja omaisen saama tieto (d,e) II Potilaan ja omaisen näkymätön tieto (j, k, l, m, n)	A. Tieto osallisuuden perustana (I,II)

Jo pelkistämävaiheessa aineistosta alkoi hahmottua joitakin samankaltaisuuksia, mutta oli myös aineistoa, jonka ryhmittely vaati pohtimista. Tulostin pelkistetystä aineistosta listat ja leikkelin analyysiyksiköt liuskoiksi, joiden avulla hahmottelin aineistoa ryhmiin. Analyysiä tehdessäni jouduin useaan kertaan palaamaan aineistoon ja pohtimaan, mitä tieto kertoo osallisuudesta, tai liittykö se johonkin muuhun asiaan ja mihin yhteyteen. Tässä vaiheessa huomioin ensimmäisen kerran, että aineiston selvän ilmisisällön lisäksi ilmaukset saattoivat sisältää merkityksiä, piilossa olevaa sisältöä, jonka ymmärtämiseen liittyi kehittämistehtävän kontekstin tunteminen. Tulkin-takehys merkitysten tunnistamiselle on kokemukseni sairaanhoitajana ja lähijohtajana terveyskeskussairaalan vuodeosastolla. Alaluokkien ryhmittelystä jatkoin ryhmittelyä edelleen ylä- ja pääluokiksi.

Analyysin lähtökohtana oli selvittää potilaan ja omaisen kokemuksia hoitajaksolta hoidon suunnittelusta ja osallisuudestaan siihen. Miten osallisuus hoidon suunnitteluun ilmenee potilaan ja omaisen kertomuksista? Tietoperustaksi analyysin alkuvaiheessa toimi kirjallisuuskatsauksen tuloksena muodostunut osallisuuden kehittämisen viitekehys sekä benchmarking-vierailun tulok-

set. Analyysin tekemisessä päättelyäni on myös ohjannut kehittämistehtävän kohteen tunteminen. Krippendorf (2004, 24-42) toteaa sisällönanalyysin olevan kontekstierhän menetelmän. Teksteillä on merkityksiä suhteessa kontekstiin, diskurssiin ja tarkoituksiin. Analyysintekijän on avattava päätelmiään ohjaava asiayhteys.

Sisällönanalyysin päättelyn logiikka voi olla induktiivinen, deduktiivinen tai abduktiivinen (Krippendorf 2004, 36). Tuomen ja Sarajärven (2018, 109-113) mukaan ero näiden kolmen analyysitavan välillä on siinä, millä tavalla teoria ohjaa aineiston hankintaa, analyysia ja raportointia. He toteavat teoriaohjaavan analyysin pohjaavan usein abduktiiviseen päättelyyn, jossa analyysin tekemistä ohjaa vuoroin aineistolähtöisyys ja vuoroin teoria. Teoriaohjaavan analyysin perusta on induktiivisessa päättelyssä, mutta jossakin vaiheessa päättelyä teoria otetaan ohjaamaan päätte-lyä.

Aloitin analyysin tekemisen aineistoa tarkastellen ja siihen syventyen. Analyysi oli monivaiheinen ja hidas prosessi. Analyysin tekemisen aikana hain kehittämistehtävään liittyvää tietoa lisää ja jossakin vaiheessa analyysin useista kierroksista, aluksi tiedostamattakin, teoria ja analyysin sisältö ikään kuin keskustelivat. Tämä vaikutti analyysin ryhmittelyyn analyysin tekemisessä ja tästä syystä arvioin tehneeni sisällönanalyysiin teoriaohjaavasti.

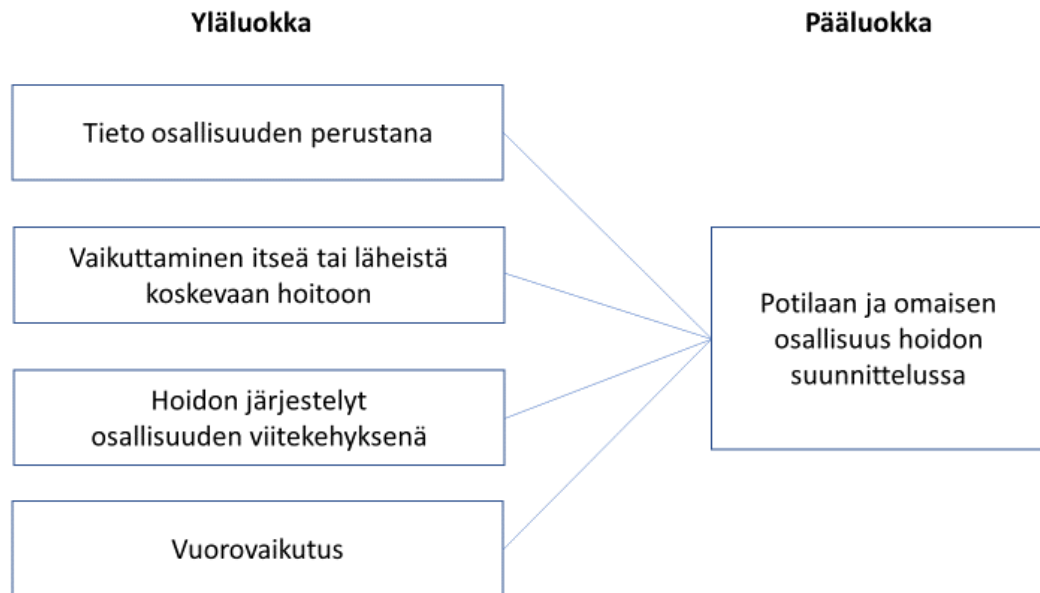
Aineistossa oli potilaan ja omaisen elämänhistoriaan liittyvää aineistoa. Pohdin tiedon merkitystä ja päädyin intuitiivisesti siihen, että sen mikä oli potilaalle ja omaiselle merkityksellistä, piti olla merkityksellistä minulle. Halusin selvittää, mitä aineisto kertoo ja analysoin aineiston kokonaisuudessaan. Efrainsson, Sandman ja Rasmussen (2006, 73) tulkitsevat haastateltujen potilaiden kertoneen laajemmin elämäntarinaansa, koska se linkittyi suoraan potilaiden kokemuksiin.

5.5.3 Haastattelun tulokset (Havainnointi)

Aineistosta muodostuivat pääluokat potilaan ja omaisen osallisuus hoidon suunnittelussa ja pitkäaikaissairaus osallisuuden viitekehyksenä. Pääluokka potilaan ja omaisen osallisuus hoidon suunnittelussa kuvaa potilaan ja omaisen kokemuksia kehittämistehtävän pilotoinnin toteutuksesta. Pääluokka pitkäaikaissairaus osallisuuden viitekehyksenä kuvaa potilaan ja omaisen kokemushistoriaa elämästä sairauden kanssa

Potilaan ja omaisen osallisuus hoidon suunnittelussa

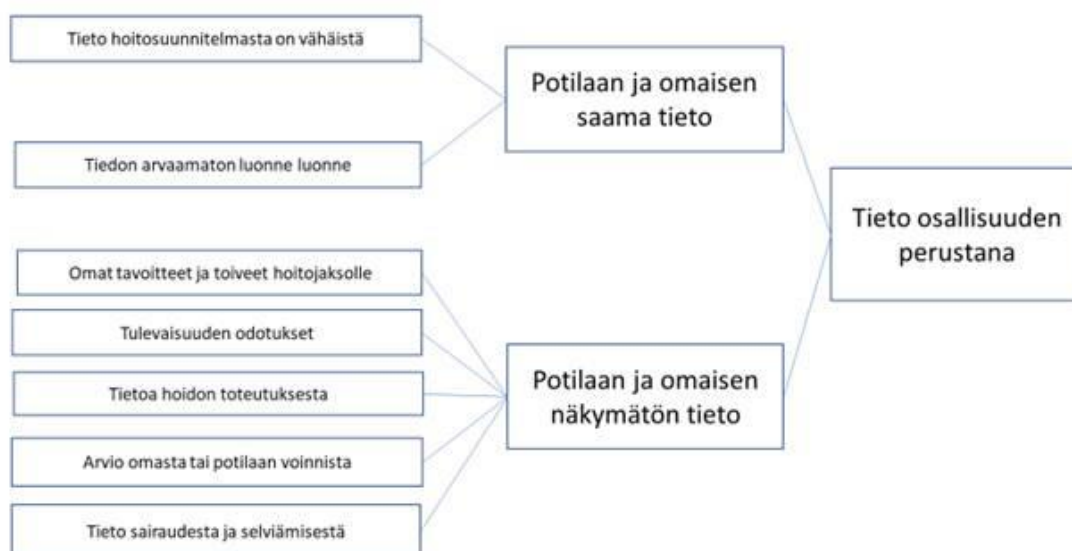
Potilaan ja omaisen osallisuus hoidon suunnittelussa pääluokka (kuvio 4) muodostuu yläluokista tieto osallisuuden perustana, vaikuttaminen itseä ja läheistä koskevaan hoitoon, hoidon järjestelyt osallisuuden viitekehyksenä ja vuorovaikutus.



Kuvio 4. Potilaan ja omaisen osallisuus hoidon suunnittelussa, pääluokka

Tieto osallisuuden perustana

Yläluokka tieto osallisuuden perustana muodostuu alaluokista potilaan ja omaisen saama tieto ja potilaan ja omaisen näkymätön tieto (kuvio 5) Hoidon suunnittelu alkaa tiedon kartuttamisella, jotta voidaan arvioida hoidon tarve, asettaa tavoitteet ja toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi. Tiedon siirtymisen tulisi olla kaksisuuntaista. Potilaan ja omaisen saama tieto on edellytys mielipiteen ilmaisemiseksi ja osallistumiseksi hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Potilaan ja omaisen tiedot ovat yksilöllisen hoitosuunnitelman ja tavoitteiden asettamisen perusta.



Kuvio 5. Tieto osallisuuden perustana, yläluokka

Potilaan ja omaisen saama tieto

Potilaan ja omaisen saama tieto hoitosuunnitelmasta näyttäytyy kokonaisuutena niukkana. Hoidon tavoitteita ei tiedetty, hoidon toteutuksesta keskustelu koettiin vähäiseksi ja hoitosuunnitelmaa ei oltu käyty läpi heidän kanssaan. Mahdollista on, että haastatelluille hoitosuunnitelma oli käsitteenä outo. Hoitojaksolla keskustelua potilaan ja omaisen ja henkilökunnan välillä käydään hoitotyön lomassa ja kiertokeskusteluilla. Näissä tilanteissa ei todennäköisesti käytetä ilmauksia: ”tavoitteesi sairaalajaksolle on...” tai ”hoitosuunnitelmasi on...”

Haastatelluilla oli vuosien kokemus pitkäaikaissairaudesta. Tämä näkyi kommentteina ”tietoa on paljon.” Runsaasta tietopohjasta huolimatta tuotiin esille ajoittain olevan tarvetta lisätiedolle. Esille tuli toive, että hoidosta pitäisi saada keskustella hoitojakson alusta alkaen. Pitkäaikaissairas tai hänen omaisensa on paradoksaalisessa tilanteessa; tietoa sekä on, että ei ole ja tiedon puutetta ei mahdollisesti tunnisteta. Tämä koskee niin potilasta kuin henkilökuntaakin. Naukkarinen (2008, 121) pohti tunnistaako henkilökunta sen tiedon määrän ja laadun, joka potilaalla on hoidostaan. Potilaat arvioivat tietotasoaan kokemustensa perusteella. Henkilökunta puolestaan arvio potilaan tietotasoa ammattilaisen näkökulmasta. Potilaiden tuottamaa tietoa on kyettävä hyödyntämään voimavarana hoidossa. Henkilökunnalta se edellyttää potilaiden esiintuoman tiedon ymmärtämistä ja hyödyntämistä.

Tiedon saaminen itseä koskevasta hoidosta on vanhuspotilaille yksi tärkeimmistä osallisuuden tekijöistä. Potilaiden ja omaisten arviot saadun tiedon riittävydestä vaihtelevat. Osa koki saaneensa riittämättömästi tietoa muun muassa sairaudesta, ennusteista ja lääkemuutoksista. Esille tuli myös, että tietoa sai vain kysymällä, sitä ei tarjottu osana hoitoa. (Ekdahl ym. 2010, 237, Robben, van Kempen, Heinen, Zuidema, Olde Rikkert, Schers & Melis 2012, 744.) Potilaat toivoivat tiedollista tukea sekä tullessaan hoitoon ja sieltä pois siirryttäessä. Lisätietoa kaivattiin siitä, mitä sairaalassaolon aikana on odotettavissa ja mitä jatko-hoitopaikasta tiedetään. (Kuluski ym. 2013, 115-116)

Vanhuspotilaille tärkein osallistumisen sisällöistä on tieto. Potilaat haluavat tietoa tutkimuskäytännöistä, diagnostisista pohdinnoista, sairaudesta ja sen hoidosta ja sairauteen mahdollisesti jatkossa liittyvistä haasteista. (Ekdahl ym. 2010, 237, Robben ym. 2012, 744.) Tiedon sairaalassaoloajan odotettavissa olevista tapahtumista ja jatkohoidosta koettiin lievittävän epävarmuuden ja stressin tunteita hoitoprosessin aikana. (Kuluski ym. 2013, 115-116)

Yksi vastaus kertoi siitä, ettei potilaalla ollut tietoa hoidon toteutusta koskevasta vaihtoehdosta. Ilmauksen merkitys muodostui tutkijan kontekstin tuntemuksesta ja tulkinnasta haastatellun kertomasta. Haastateltu kertoi asian, josta hoitotyön ammattilaisena tiesin, että hoidon toteutus olisi voitu tehdä myös toisin. Vaihtoehtoinen toteutus ei kerrotussa tilanteessa varmaankaan ollut ratkaiseva hoidon tuloksen kannalta, mutta mahdollisesti vaikutti potilaan kokemukseen hoidosta.

Merkille pantavaa ja herättävää itselleni oli ymmärtää se, että potilas tai omainen todellakaan ei tiedä samoja asioita kuin hoitotyön ammattilainen. Jos tiedon saaminen on edellytys potilaan osallisuudelle hoitoon, hoitotyön ammattilaisen tulisi selvittää, minkä verran potilaalla on tietoa asioista. Myös hoidon ja palveluiden toteutuksen vaihtoehdoista pitäisi kertoa. Kaikissa hoitotyötä koskevissa päätöksissä ei kuitenkaan ole järkevää lähteä vaihtoehtoja avaamaan. Kuinka tunnistaa tilanteet, joissa eri vaihtoehtoista pitäisi keskustella ja kuinka tunnistaa potilaan tai omaisen tiedon puute?

Kokemukseen osallisuudesta voi vaikuttaa sairautta ja hoitoa koskevan *tiedon arvaamaton luonne*. Potilaan sairauden vaihe voi olla vaihteleva, eikä anna mahdollisuutta varsinaiseen tavoitteiden tai ennusteiden asettamiseen. Jatkohoidon järjestelyt voivat olla kiinni yli hoitoyksikön menevästä päätöksenteosta. Tällainen tieto on luonnollisesti epävarmaa myös hoitotyön tekijöille. Haastateltujen kommentit tiedon epävarmasta luonteesta olivat toteavia. Tämä voi liittyä

pitkään kokemukseen elämästä sairauden kanssa. Sairauteen, hoitoon ja jatkohoitoon liittyy epävarmuutta, jota ei voi poistaa. Vaikuttaako tiedon epävarmuus potilaan osallisuuteen, ei käy ilmi aineistosta. Oletan kuitenkin, että mitä enemmän potilaalle tarjotaan tietoa epävarmoistakin asioista ja rohkaistaan potilasta esittämään kysymyksiä, muodostuu potilaalle kokemus osallisena olemisesta.

Potilaan ja omaisen näkymätön tieto

Potilaan ja omaisen näkymätön tieto alaluokka kuvaa runsasta määrää tietoa, joka ei ole ollut mukana hoidon suunnittelussa. Haastateltujen *omat toiveet ja tavoitteet* hoitojaksolle eivät näkyneet hoitosuunnitelmassa. Aineiston perusteella asiat, jotka potilas ja omainen toivat esille, olivat selkeästi lyhyen tähtäimen tavoitteita ja liittyivät potilaan hoidon tarpeisiin. Tärkeintä oli saada oireen mukainen hoito sairauteen. Toisen haastateltavan kohdalla tavoite oli yksinkertaisesti saada sairaalahoitoa. Haastateltujen *tulevaisuuden odotuksia* voi kuvailla epävarmuuden ja haurauden varjostamaksi odotuksettomuudeksi. Terveystilan ei arveltu juuri enää kohenevan, tai terveyttä oli jäljellä enää vähän, eikä muutosta enää olisi odotettavissa mahdollisesti kuin alas päin. Sairaalajakson jälkeisiä aikoja odotuksia kuvasi ilmaus ”jaksan seuraavaan huononemiseen saakka”. Haurasta toiveikkuutta tavoitteeksi sairaalajaksolle kertoi ilmaus ”jos kuitenkin vielä kotikuntoiseksi”.

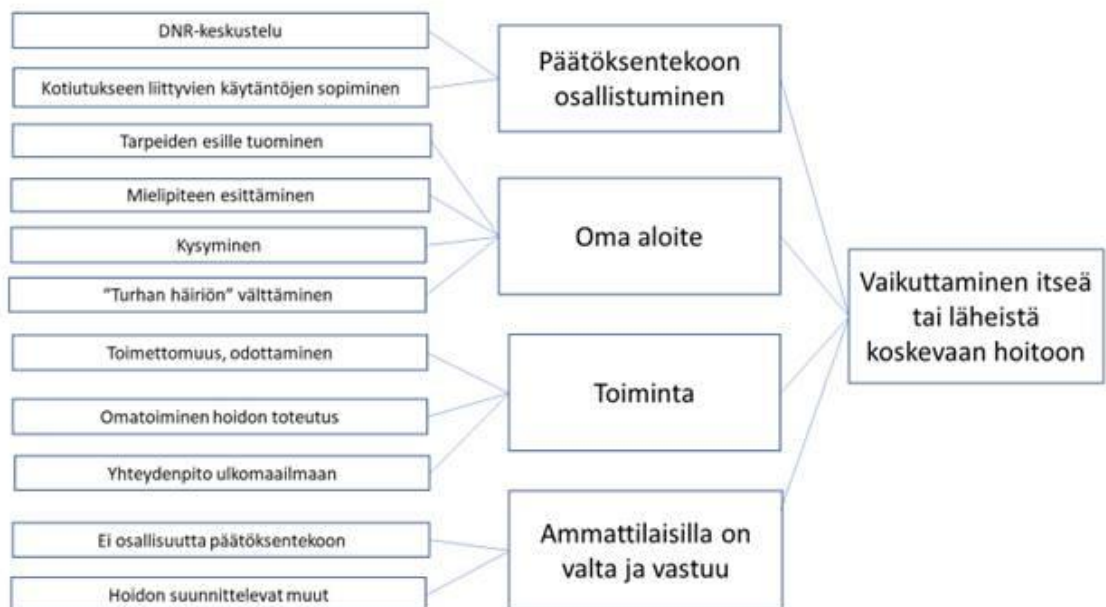
Aineisto sisälsi runsaasti *tietoa hoidon toteutuksesta*. Kuvailtiin myönteisesti sujuneita tilanteita ja vähemmän mukavia tunteja. Tuotiin esille hoitajan odottamiseen liittyviä tunteja. Hoitajien kiireisyyden syitä arvioitiin ja kiireisyyttä ymmärrettiin. Kokonaisuutena haastateltujen kuvaus osaston toimista oli paljon yksilöllisempää, kuin mitä soten asiakaspalautekysely tuottaa, ja sai minut pohtimaan, kuinka paljon vaikuttavampaa ajantasainen, konkreettisiin tapahtumiin perustuva potilaiden antama palautetieto olisi.

Vastaavasti kuin aineistosta nousi palautetta osaston toiminnasta, siitä nousi tietoa, joka koski *arviota omasta tai potilaana olevan läheisen voinnista*. Voinnin kehittymistä ja muutoksia tuotiin esille monissa vastauksissa. Sairaalassa oleva potilas ja potilaan hoitoon osallistuva omainen seuraavat koko ajan minkälainen vointi on. Tämä tieto ei kerry rakenteisesti tiedoksi hoitosuunnitelmaan. Potilaan voinnin seuranta perustuu pitkälti hoitajien aloitteeseen ja liittyy syyhyn toteuttaa seurantaa. Potilas onkin voinnin seurannassa pääsääntöisesti kohde, jota havainnoidaan. Akuut-tihoidossa ja tulevaisuudessa lisääntyvässä määrin monitoroidaan. Osallisuuden näkökulmasta tämä on suoraan sanoen surullista. Tuetaanko potilasta tai omaista omatoimisessa seurannassa?

Potilaalla ja omaisella on *tietoa sairaudestaan ja selviämisestään*. Aineisto sisälsi monipuolisen materiaalin potilaan ja omaisen kokemushistoriasta sairauden kanssa elämisestä ja pärjäämisestä. Miten paljon hoitotyön ammattilaisten tulisi huomioida kokemushistoriaa nykyistä hoitajaksoa suunniteltaessa? Potilaan ja omaisen omat kokemukset selviämisestä sairauden kanssa ja tulevaisuuden odotukset ovat tietoa, joka vaikuttaa tavoitteiden asettamiseen ja motivoitumiseen. Potilaan ja omaisen kokemushistorian huomioiminen hoitosuunnitelmaa tehtäessä ei ole liity pelkästään tavoitteiden asettamiseen. Huomion arvoinen näkökulma potilaan ja tai omaisen kertomuksen kuuntelemiselle on ihmisen tarve tulla kohdatuksi yksilönä. Itselle tärkeiden asioiden esille tuominen ja niiden kuulluksi tuleminen on osa minuuden ja elämän merkityksen kokemusta.

Vaikuttaminen itseä tai läheistä koskevaan hoitoon

Yläluokka vaikuttaminen itseä ja läheistä koskevaan hoitoon muodostuu alaluokista päätöksentekoon osallistuminen, oma aloite, toiminta ja ammattilaisilla on valta ja vastuu (kuvio 6) Mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoon on osallisuuden tekijä. Laitilan (2010, 139) mukaan omaan hoitoon osallistumiseen kuuluu osallistuminen hoidon aloittamista, suunnittelua ja jatkohoitoa koskevaan päätöksentekoon. Osallisuuteen sisältyy oletus, että palveluiden käyttäjä voi toiminnallaan vaikuttaa jollakin tapaa palveluprosessiin (Julkunen & Heikkinen 2007, 89).



Kuvio 6. Vaikuttaminen itseä tai läheistä koskevaan hoitoon, yläluokka

Päätöksentekoon osallistuminen

Aineistossa oli muutama vastaus osallistumisesta päätöksentekoon. Tässä aineistossa päätöksenteko liittyi tilanteisiin, joissa aloite asian käsittelylle tuli henkilökunnalta. Päätöksentekoon oli osallistuttu hoidon linjausta koskevassa keskustelussa. Potilas oli todennut kantanaan, ettei halua itseään elvytettävän. Toinen ilmaus koski kotiutukseen liittyvien käytäntöjen sopimista. Keskustelussa sovittiin kotiutusaikataulusta ja käytännöistä.

Ekdahlin ym. (2010, 233-237) tutkimuksessa vanhuspotilaille päätöksentekoon osallistumista merkityksellisempää oli tiedon saaminen. Hauraille vanhuksille osallistuminen päätöksentekoon toteutui hyvänä vuorovaikutuksena ja tietona hoidosta. Potilaat eivät niinkään halunneet osallistua päätöksentekoon, vaan halusivat ymmärtää mikä heidän tilanteensa on ja saada siitä kokonaisvaltaisesti tietoa. Myös Laitilan (2010, 141) tutkimuksessa kävi ilmi, etteivät kaikki asiakkaat halunneet osallistua, vaan siirsivät päätöksenteon hoidostaan työntekijöille.

Oma aloite

Oma aloite hoitoon vaikuttamiseen ilmeni erityisesti lääkitykseen liittyvien asioiden esille tuomisessa. Lääkitykseen liittyviä sisältöjä olivat tarvittavan lääkkeen pyytäminen, lääkityksen vaikutusten arvioiminen ja siitä henkilökunnalle kertominen sekä lääkemuutosten ehdottaminen. Hoitoon liittyvien tarpeiden esille tuominen oli muuten vähäistä. Yksi ilmaus oli kommunikaation tukemisesta: omainen pyysi hoitajia avustamaan potilasta puhelimella soittamisessa. Mielipiteen ilmaisemisesta oli yksi vastaus, joka koski lääkkeen tuomisen unohtamista. Muutamia ilmauksia oli omasta aloitteesta tapahtuneesta tietojen kysymisestä. Henkilökunnan kiireisyys näkyy potilaille ja omien tarpeiden esille tuominen perustellaan toteamalla ”en ole turhan vuoksi hoitajia hälytellyt”. Myöskin oman tarpeen toteuttamisen tarvittavan vaivan määrää pohditaan ” Samalla kun huoneessa käyvät, niin yhdistävät, ei se ole iso homma.” Hoitajien työpaine voi rajoittaa potilaiden ja heidän omaistensa oma-aloitteista asioiden esille ottamista. Robben ym. (2012, 746) tutkimuksessa todettiin, että vanhuspotilaat välttivät kysymysten esittämistä kiireisiltä hoitajilta, koska halusivat olla häiritsemättä.

Toiminta

Potilaan ja omaisen toiminta osastojakson aikana tapahtui omasta aloitteesta. Haastateltu omainen kävi päivittäin osastolla vierailulla lievittääkseen potilaan koti-ikävää sekä avustamassa ruokailussa. Potilas toteutti itsenäisesti perushoitoa ja tarkkaili ravitsemusnesteiden tippumista, välillä jopa säätäen nesteiden tippumisnopeutta. Merkittävä omaan toimintaan liittyvä asia oli yhteydenpito ulkomaailmaan, johon käytettiin sekä älypuhelimia, tablettia sekä tietokonetta. Potilaan päivään liittyvä toiminta osastolla on kuitenkin vähäistä. Potilaan aikaa kuvaa ilmaus toimettomuus.

Potilaan aikataulussa on runsaasti tyhjää. Aikaa on ja toimintakyvyn asettamissa rajoissa voisi tehdä enemmän, kuin mitä potilaan päivään sisältyy.

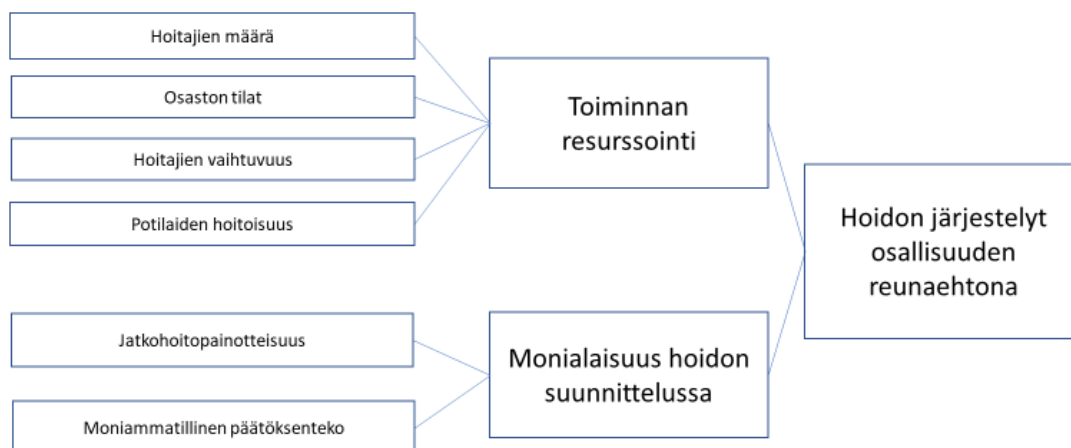
Ammattilaisilla on valta ja vastuu

Alaluokka ammattilaisilla on valta ja vastuu voidaan tulkita sekä potilaan valintana että kokemukseksi, päätöksen tekovallan olevan muilla. Merkityksen tulkinta jää aineiston perusteella avoimeksi. Muutamia ilmauksia valtaan ja vastuuseen liittyen oli muun muassa ”Siellähän päättävät [jatkohoidosta]” ja ”Ovat tehneet, mitä ovat tehneet [hoidon toteutus]” Lauseet vaikuttaisivat sisältävän viittauksen siihen, että kertoja ei ole osallinen päätöksentekoon tai tehtyyn toimintaan, joten valta ja vastuu on toisilla kuin itsellä. Kontekstiin ei yhdistynyt painotusta siihen, että vallan ja vastuun jakautuma koettaisiin itseltä pois otetuksi.

Oletuksena edellä kuvatun taustaksi voi olla potilaan ja omaisen tottumus tähän rooliin. Yksilö mukauttaa määritelmät itsestään pitkäaikaissairauden asettamien rajoitusten, vaatimusten ja ennakoidun tulevaisuuden mukaan. (Watt 2000, 12.) Toisaalta, kuten aikaisemmin todettiin, erityisesti ikääntyneiden potilaiden on todettu mieluummin jättävän päätöksenteon ammattilaisille.

Hoidon järjestelyt osallisuuden reunaehtona

Yläluokka hoidon järjestelyt osallisuuden reunaehtona muodostuu alaluokista toiminnan resurssointi ja monialainen hoidon suunnittelu (kuvio 7). Osaston toiminnan järjestelyllä, resursoinnilla ja toimintakäytännöillä on vaikutus potilaiden mahdollisuuksiin hoitoon osallistumiseen ja osallisuuteen.



Kuvio 7. Hoidon järjestelyt osallisuuden reunaehtona, yläluokka

Toiminnan resursointi

Toiminnan resursseista isot potilashuoneet voivat vaikuttaa, riippuen potilaiden yksityisyyden tarpeesta, osallisuuteen. Osaston potilashuoneista kymmenessä on 3-4 potilaspaikkaa. Hoitoa koskevaa keskustelua käydään potilashuoneissa päivittäishoitojen ja lääkärikierron aikana. Vaikka kierron aikana pyydetäänkin ulkopuolisia poistumaan potilashuoneesta, huoneessa on muiden lääkärin ja muiden potilaiden lisäksi usein myös hoitaja tai hoitajia. Myös hoitajien ohjauksessa olevat opiskelijat voivat olla läsnä kierron aikana.

Lämsä (2013, 94) arvioi, että potilaan on vaikeaa kyseenalaistaa julkista lääkärikiertoa. Potilaan kuuliaiseseen roolin rikkominen näyttäytyisi henkilökunnan ja toiminnan vastustamisena. Mahdollisesti potilaita ei kuitenkaan häiritse toisten potilaiden tietojen kuuleminen tai omien tietojen leviäminen. Haastatteluaineistossa oli ilmaisu: ”Vaikka kuinka paljon olisi ihmisiä, ei mua se haittaa. Siihen tottuu,” tukee edellistä arviota.

Hoitotyön ammattilaisten on näiden eri näkökulmien valossa tarpeellista pohtia arkisia kohtauksiamme potilaiden kanssa. Miten suuri osa potilaan toiminnasta on vastaamista ammattilaisten odotuksiin, ei potilaan omiin tarpeisiin.

Osaston toiminnan resursoinnista erityisesti hoitajien työpaine välittyy osaston potilaille ja siellä vieraileville omaisille. Hoitajilla on jatkuvasti tehtäviä odottamassa. Hoitajakutsuun vastaaminen voi kestää pitkään. Tarvittavan lääkkeen tuominen pitkittyy väliin tulevien tehtävien vuoksi. Toisten potilaiden hoitoisuus ja hoidon tarvetta ei voi olla näkemättä ja sen vuoksi tuotiin esille myös ymmärrystä sille, jos kiire vaikutti omaan hoitoon. Kuluskin ym. (2013, 117) mukaan kiireisessä hoitoympäristössä osa potilaista pitää ymmärrettävänä, että soittokelloon vastaamista joutuu odottamaan, mutta potilailla, joilla on ennakoimaton tai vaihtelevasti ilmenevä hoidon tarve esimerkiksi tarvittava kipulääkkeen tarve tai avuntarve wc-asioissa, odottamista on vaikea kestää.

Hoitajien kiireisyys voi kuitenkin rajoittaa potilaiden osallistumista eri tavoin. Kiireen vuoksi sekä potilaat että hoitajat rajoittavat kommunikaatiota. Potilaat ovat arempia esittämään kysymyksiä kiireen keskellä (Naukkarinen 2008, 124). Tobiano, Marshall, Bucknall ja Chaboyer (2016, 366) toteavat päivittäiseen toimintaan keskittymisen ja työn hallinnan tuovan haasteita potilaan ja omaisen osallisuudelle. Hoitajat vastaavat työpaineeseen pyrkimällä hallitsemaan työtä. Tämä rajoittaa potilaiden osallisuutta. Hoitajat säilyttävät työn hallinnan tehtäväkeskeisyydellä, koordinoimalla hoitotehtäviä ja rajoittamalla potilaiden kanssa kommunikointia. Helgesen, Larsson ja Athlin (2014, 112) toteavat riittävän henkilöstön määrän olevan merkittävä tekijä osallisuuden toteutumiselle.

Aineistossa oli yksittäinen toteamus hoitajien vaihtuvuudesta. Lausumasta ei käynyt ilmi vaihtuvuuden merkitys vastaajalle. Ekdahl ym. (2009, 237) tutkivat vanhuspotilaiden osallisuutta. Potilaan oman terveydentilan lisäksi oli useita hoidon järjestämiseen liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttivat tiedon jakamiseen ja potilaan ja henkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen. Potilaan hoitoon osallistuu suuri määrä henkilöitä, jotka eivät tunne potilasta, eivätkä hänen yksiköllisiä tarpeitaan. Potilaiden nopea vaihtuvuus, vaihtuvien lääkäreiden erilaiset hoitopäätökset ja henkilökunnan kiire ehkäisevät vuorovaikutusta ja potilaan osallisuutta hoitoon

Monialaisuus hoidon suunnittelussa

Monialainen hoidon suunnittelu alaluokka sisältää jatkohoitopainotteisuuden ja moniammatillisen päätöksenteon. Osaston potilaista valtaosa on pitkäaikaissairaita. Hoidon suunnittelussa iso rooli on potilaan kotiutumisen suunnittelulla ja kotiutumisjärjestelyillä. Hoitoprosessissa painotuu jatkohoidon suunnittelu, koska potilaiden kotiutumisen toteuttamiseksi on tehtävä paljon ennakkoivaa valmistelua. Kotiutuksen järjestelyissä tehdään yhteistyötä erityisesti kotihoidon kanssa. Moniammatilliset ja monilaiset hoitokokoukset ovat osa osaston arkea

Potilaan ja tai omaisen osallistuminen hoidon suunnitteluun voi olla jatkohoitopainotteista. Osallisuus realisoituu keskusteluissa kotiutuksen järjestelyistä. Kotona tarvittavien apuvälineiden tarpeesta tiedustellaan potilaalta tai omaiselta ennen kotiutumista. Kotiutumista varten sovitaan valmiiksi palveluita kotiin, esimerkiksi oli järjestetty kotihoidon palveluja tai palveluntarpeen arvio kotiin. Potilaan tai omaisen osallisuus kotiutuksen suunnittelussa voi jäädä sopimiseksi kotiutusajankohdasta ja kotihoidon tulemisen aikatauluista.

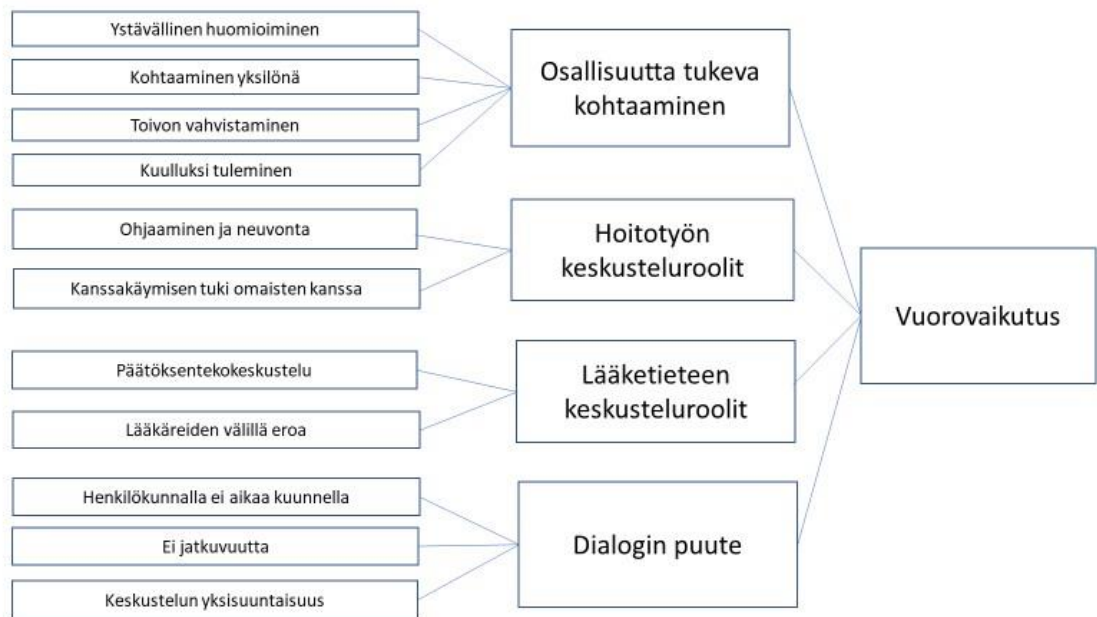
Haastatelluilla oli kokemuksia useammista kotiutumisista lyhyehköllä aikavälillä. Kotona pärjäämättömyyden tai sairauden pahenemisen takia oli kuitenkin jouduttu palaamaan takaisin sairaalahoitoon. Tulosten perusteella kotiutuksia oli järjestetty monilla tavoin, mutta tästä huolimatta kotona oloaika oli jäänyt lyhyeksi, jopa muutamiin vuorokausiin.

Jos osapuolilla on näkemyseroja jatkohoidosta, hoidon toteutuksessa on sovittavia/neuvoteltavia kysymyksiä tai kotiutus vaatii laajaa palvelujen yhteensovittamista, järjestetään hoitoneuvottelu. Hoitoneuvotteluun osallistuvat potilas ja hänen niin halutessaan omainen sekä tarvittava kokoonpano ammattihenkilöitä. Hoitoneuvottelut ovat moniammatillisia. Aineiston perusteella hoitoneuvottelu oli merkittävä hoidon suunnitteluun liittyvä toimi, jonka tulos oli ratkaiseva potilaan hoidon suunnittelussa. Hoitoneuvottelussa jäi asioita avoimeksi ja avoimet asiat olivat sidoksissa eri vastuualueiden väliseen yhteistyöhön ja päätöksentekoon. Tällaisessa tilanteessa potilaan osa on odotella. Lämsä (2013, 67) nimeää potilaan aikakokemukseksi odottamisen.

Hakeutuminen ympärivuorokautiseen palveluasumiseen on prosessi, jossa moniammatillinen ryhmä tekee päätöksen potilaan tarkoituksenmukaisesta sijoituspaikasta. Potilaalta ja potilaan omaiselta kysytään mielipide palveluasumisyksikön sijainnista.

Vuorovaikutus

Yläluokka vuorovaikutus muodostuu alaluokista osallisuutta tukeva kohtaaminen, hoitotyön keskusteluroolit, lääketieteen keskusteluroolit ja dialogin puute (kuvio 8).



Kuvio 8. Vuorovaikutus, yläluokka

Osallisuutta tukeva kohtaaminen

Osallisuutta tukeva kohtaaminen alaluokka sisältää luokat ystävällinen huomioiminen, kohtaaminen yksilönä, toivon vahvistaminen ja kuulluksi tuleminen. Ystävällistä huomioimista ilmensi haastatellun potilaan kokemus hoitoneuvottelusta. Hoitoneuvottelua kuvailtiin mukavaksi tilanteeksi, jossa haastateltu koki muiden läsnäolijoiden olleen hänelle ystävällisiä. Vaikka neuvottelun tulos jäi odottamaan päätöksiä, oli neuvottelun kulku sujunut haastatellut kokemuksen mukaan hyvin. Efraimsson, Sandman ja Rasmussen (2006, 73) tutkivat ikääntyneiden naispotilaiden kokemuksia hoitoneuvotteluista. Osallistumista kuvaavat teemat olivat kumppani, ulkopuolinen, keskipiste ja valmistautumaton. Kumppanuuteen liittyi ystävällinen ilmapiiri, jossa potilas koki olonsa turvalliseksi ja tunsivat olevansa tasavertainen muiden kokouksessa olevien kanssa.

Kokemus kuulluksi tulemisesta on osallisuuden tekijä. Kuulluksi tulemisen kokemuksen ilmisältö liittyi tässä aineistossa tilanteiseen, jossa haastateltu oli keskustellut lääkärin kanssa lääkähoidosta. Keskustelu oli merkityksellinen muullakin tasolla, kuin lääkähoidon toteutukseen liittyen. Kokemus keskustelusta oli, että haastateltu oli pystynyt kertomaan asioitaan ja häntä oli todella kuunneltu. Efraimssonin ym. (2006, 73) mukaan osallisena olemiseen liittyi kokemus kuulluksi tulemisesta. Potilas oli pystynyt kertomaan mielipiteensä ja toiveensa. Jokainen kohtaaminen on asiakkaalle uusi ja voi luoda mahdollisuuden tulla kuulluksi (Mönkkönen 2018, 66). Vanhuspotilaiden kokemuksia osallistumisesta hoidon suunnitteluun kartoittaneessa tutkimuksessa tuli esille toive aikaisempaa paremmasta vuorovaikutuksesta. Potilaat haluavat tulla kuulluksi kertoessaan voinnistaan ja ajatuksistaan, jotka liittyvät sairauteen. (Ekdahl, Andersson & Friedrichsen 2010, 237.)

Potilaan kohtaaminen yksilönä yhdistyy osallisuuteen kokemuksena kuulumisesta joukkoon ja tasavertaisuuteen. Analyysiyksiköistä muutama koski yksilönä kohtaamista sairaalan päivittäisten tapahtumien lomassa. Yhdessä hoitajan kanssa oli selvitetty haasteellinen tilanne, jossa osapuolet yhdessä pohtivat, mikä olisi hyvä tapa toimia tilanteessa ja saavat tilanteen selvitettyä, oli potilaalle voimaannuttava kokemus. Hoitajan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta tuotiin esille huumoria sisältänyt tilanne, joka oli jäänyt myönteisenä mieleen. Kulmala (2017, 11) toteaa, ettei ole yhdentekevää, kohtaammeko potilaan nimettömänä, sairautensa kautta määriteltynä, vai ainutlaatuisena yksilönä, jolla on takana paljon elettyä elämää. Ihmisenä ja mahdollisista muistiin tai toimintakykyyn liittyvistä rajoituksista huolimatta omana persoonana. Vuorovaikutus on kriittinen tekijä Ihmisarvon säilyttämiselle. Keskeistä vuorovaikutuksessa on kohdata ihminen itsenään sairauden takana ja tunnistaa sairauden vaikutukset tunteisiin. (Chochinov 2007, 187.)

Myönteisenä kokemuksena vuorovaikutuksesta tuli esille kokemus toivon vahvistamisesta. Haastateltu koki hoitajan lyhyen, tulevaa tavoitetta koskevan kommentin, luoneen uskoa mahdollisuuksiin tavoitteen saavuttamiseen ja sen eteen toimimiseen. Saarelma (2013 81-90) toteaa toivon olevan monitasoista. Sairauden eri vaiheissa se muuttaa muotoaan mutta toivon läsnäolo mahdollistaa mielekkään elämän. Toivon ylläpitämisessä hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli.

Hoitotyön keskusteluroolit

Alaluokka hoitotyön keskusteluroolit sisältää ryhmät ohjaaminen ja neuvonta sekä kanssakäymisen tuki omaisten kanssa. Aineiston perusteella hoitajat ohjaavat ja neuvovat potilaita ja omaisia sekä hoitajaksoon liittyvissä, että kotona tapahtuvissa asioissa. Ohjausta oli annettu lääkityksen vaikutusten seurantaan ja osastolla toteutettavaan omatoimiseen liikeharjoitteiden tekemiseen.

Kotiutumiseen liittyen oli neuvottu apuvälineiden hankinnasta ja käyttämisestä. Ohjauksessa ja neuvonnassa oli menetelmänä kertomisen lisäksi ollut toiminnan toteutuksen näyttäminen. Myös paperista esitettä oli käytetty ohjauksen tukena.

Hoitotyön toiminnot toteutuvat sairaanhoitajan ja potilaan välisissä ohjaus- ja auttamistilanteissa (Liljamo ym. 2012, 14). Onnismaa (2007) määrittelee ohjauksen ajan, huomion ja kunnioituksen antamiseksi. Aika on ohjauksen resurssi ja väline. Huomion antaminen on ohjattavan kuuntelemista ja sen varmistamista, että ohjattava kokee tullessa kuulluksi. Kuunteleminen ja läsnäolo ohjaustilanteessa osoittaa kunnioitusta ohjattavaa kohtaan. Kunnioitus on ohjaussuhteen lähtökohta.

Hoitajat tukevat potilaan ja omaisten välistä kanssakäymistä avustamalla potilasta puhelimenkäyttämisessä ja välittämällä omaisilta tulleita terveisiä potilaalle. Tätä hoitotyön keskusteluroolia kuvaa alaluokka kanssakäymisen tuki omaisen kanssa. Hoitajan tuki potilaan ja omaisen väliselle sosiaaliselle kanssakäymiselle on osallisuuden kannalta merkittävä asia. Potilaat ovat enemmän tekemisissä hoitajien kuin lääkärin kanssa. Potilaalle hoitajat ovat eniten kohdattu ammattiryhmä ja mahdollinen keskustelukumppani ja kuuntelija. Aineistossa on useita hoitajien keskusteluroolia kuvaavia analyysiyksikköjä, esimerkiksi ”siitä [hoidon suunnittelusta] pitäisi puhua ainakin hoitajien kanssa” ja ”hoitaja, jonka kanssa oon näistä jutellu.”

Lääketieteen keskusteluroolit

Alaluokka lääketieteen keskusteluroolit sisältää ryhmät päätöksentekokeskustelu ja lääkäreiden välillä eroa. Aineisto kuvaa lääkäreiden roolia potilaan hoidossa päätöksentekijänä. Lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa potilas tuo esille tarpeita, joihin lääkäri ottaa kantaa ja tekee päätöksiä. Päätökset koskivat lääkemuutoksia ja hoitolinjausta. Osallisuuden kokemuksia lääkäreiden kanssa käydyn keskustelun tuloksena tuotiin esille tyytyväisyytenä onnistuneisiin lääkemuutoksiin ja kuulluksi tulemiseen. Lääkäreiden välillä eroja ryhmä sisältää vastauksia, jossa tuli esille lääkäreiden väliset erot tavassa keskustella. Tästä oli muutamia analyysiyksikköjä. Lääkäreiden välillä todettiin ”olevan eroa, kuinka paljon he kertovat hoidosta.” Lääkäreiden tavoilla toimia voi arvioida olevan erilainen merkitys potilaan ja omaisen osallisuudelle kuin hoitajien.

Potilaan osallisuus on edellytys hänen mielipiteidensä huomioimiselle hoidon toteutuksessa. Lääkäri muodostaa arvionsa potilaan hoidon tarpeesta ja tarkoituksen mukaisesta hoidon toteutuksesta yhteistyössä potilaan kanssa. (Zikmund-Fisher ym. 2010, 20). Potilaan osallistuminen päätöksentekoon on osa laadukasta päätöksentekoprosessia. Kuitenkin hoitopäätökset tekee pääsääntöisesti lääkäri. (Fowler, Levin, & Sepucha 2011, 699.)

Dialogin puute

Alaluokka dialogin puute sisältää ryhmät hoitajilla ei aikaa kuunnella, ei jatkuvuutta ja keskustelun yksisuuntaisuus.

Dialogisten menetelmien käyttö kuuluu osallisuuden rakentumisen edellytyksiin (Luhtasela 2009, 128). Dialogisessa keskustelussa painopiste on enemmän kuuntelussa kuin puhumisessa. Toisen osapuolen kokemuksen ja näkökulman kuuntelu avaa yhteistä ajatteluprosessia. Dialogiin liittyy aito kiinnostus nähdä toinen ihminen. (Eriksson & Arnkil 2009.) Dialogi on suoraa ja avointa keskustelua, jossa tavoitellaan yhteistä ymmärrystä. Kokemus kuulluksi tulemistä on tärkeää. Dialogin vastine onkin kuunteleva keskustelu. (Dialogisuus ammattilaisen ja perheen välillä 2016.)

Aineistossa oli mainintoja hoitoon liittyvistä keskusteluista. Näistä pääosassa keskustelu oli yksisuuntaista, potilaan ja omaisen rooli on tiedon vastaanottajan rooli, joita ilmentävät analyysiyksiköt ”On kerrottu” ja ”On sanottu”. Potilaan tai omaisen rooli tiedon kertojana on rajoittunut kertomiseen tarkkaan määriteltyihin asioihin, joka myös muovaa keskustelua yksisuuntaiseen, ei-dialogiseen muotoon. Potilaalle tämä ilmenee niukkana kysymysten esittämisenä tai kysymykset esitetään niin, että saadaan vastaus tiettyyn haluttuun kysymykseen. Kysymisessä käytetään vähän avoimia kysymysrakenteita, jotka jättäisivät tilaa potilaan näkökulmien esille tuomiseen. Thoresen ja Lillemoen (2016) arvioivat että hoidon suunnitteluun tulisi mukaan tärkeää ja ajankohdaista tietoa kysymällä toisenlaisia kysymyksiä. Hoidon suunnittelua koskevissa keskusteluissa voi olla epäsuhta potilaalle merkityksellisten asioiden ja hoitoa koskevan keskustelun tavoitteiden välillä.

Tiedon välittämiseksi ja potilaan näkökulmien kuuntelemiseksi on varattava aikaa. (Ekdahl ym. 2010, 237-239) Dialogisen vuorovaikutuksen puutteen voi arvioida johtuvan osittain kiireestä. Potilaat tunnistavat hoitajien työkuorman ja arvioivat, etteivät hoitajat sen takia ehdi pysähtymään keskustelemaan. Tämä ilmenee esimerkiksi analyysiyksiköstä ” Eihän ne hoitajat jouda kuuntelemaan pitkään, kun aina on jotakin menossa, lääkettä hakemaan tai jotakin vessassa käyttämään tai jotakin muuta.” Potilaiden negatiiviset käsitykset voivat vaikuttaa heidän haluunsa kommunikoida ja toimia yhteistyössä hoitajien kanssa. (Chan, Wong, Cheung & Lam 2018.)

Mönkkönen (2018, 30-38) hahmottaa vuorovaikutusosaamisen työntekijän rohkeudeksi asettua asiakkaan kanssa samaan tietämättömyyden tilaan etsimään yhdessä ratkaisuja asiakkaan tilanteeseen. Vuorovaikutusosaamisen edellytys on kyky tunnistaa vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä. Vaikka pyrkisimme luomaan tasavertaisen suhteen asiakkaaseen, ammatillinen asiakassuhde on lähtökohdiltaan epäsymmetrinen. Halutessaan kehittää asiakastyötä on ammattilaisen

osattava arvioida omia vuorovaikutustaitojaan ja sisäistettävä toimintaa ohjaavat eettiset periaatteet.

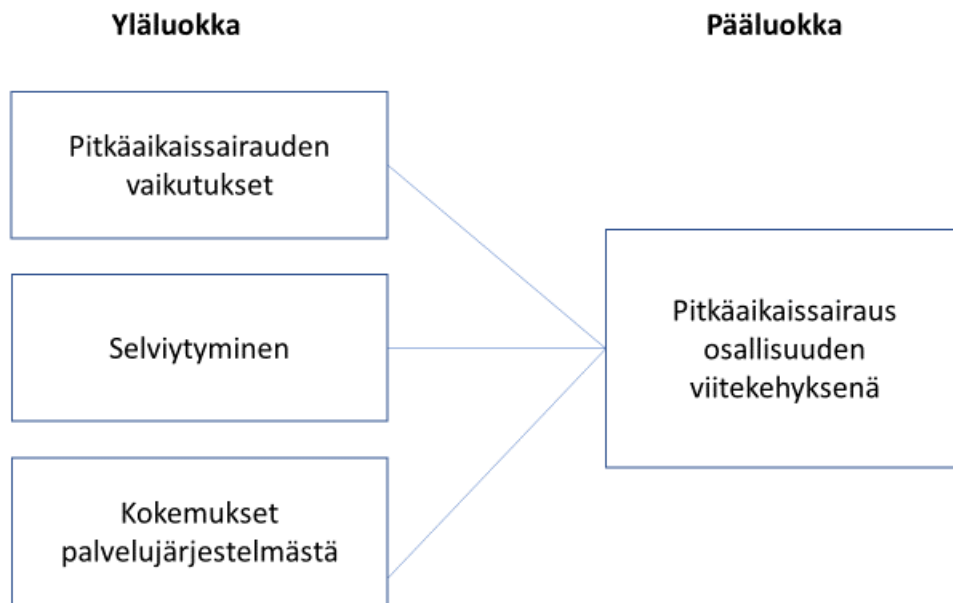
Dialogisuuden puute ilmenee myös siten, ettei keskusteluilla ole jatkuvuutta. Tämä asiakokonaisuus yhdistyi aineistossa kahteen asiaan. Aineistosta kävi ilmi henkilökunnan vaihtuvuus, jolloin keskustelulta jää väistämättä puuttumaan jaettu ymmärrys. Toinen mielenkiintoinen ja ehkä jopa vaiettu aihe, on keskustelu aiheista, jotka liittyvät toisten ammattilaisten toimintaan. Jos potilas tai omainen haluaa keskustella jostakin aikaisemmin tapahtuneesta, organisaation edustajana ja kollegana otetaan yleensä neutraali linja. Potilaan ja omaisen mielipiteen, kysymysten tai tunteen ei pitäisi kuinkaan jäädä näissä keskusteluissa huomioimatta.

Potilas voi osallistua vakavaan keskusteluun, jota jää keskustelun jälkeen miettimään. Esimerkkinä tästä hoidon linjauksia koskevan keskustelun jälkeistä tunnelmaa kuvailtiin näin: ”Meni hetken aikaa, että mä toivuin siitä keskustelusta, sen verran kova se oli.” Thoresen ja Lillemoenin (2016) tutkimuksessa keskusteluista elämän loppuvaiheen hoidoista, vastuu keskustelun vetämisestä oli lääkäreillä. Huolimatta siitä, että useimmat lääkärit kertoivat keskustelujen olevan heille haasteellisia, keskustelut ovat heille kuitenkin rutiinia. Suurimmalle osalle potilaista ja omaisista keskustelu elvyttämättä jättämisspäätöksestä oli ensimmäinen kerta ja kuolemaa ja loppuvaiheen hoitoa koskeva keskustelu oli vaikea asia.

On syytä arvioida, miten keskustelu (dialoginen tai muulla tavoin toteutettu) määritellään hoitotyön tehtäviin osaston prosessissa? Jos päivittäiset tehtävät ovat muutenkin kiireisiä ja hoitosuunnitelma ja hoidon toteutus on mahdollista tehdä ilman dialogia, mikä olisi peruste dialogiselle vuorovaikutukselle? Miten dialogin käyttöön ohjattaisiin työhön perehdytyksessä ja kuinka se dialogisuus näkyisi hoidon toteutuksessa?

Pitkäaikaissairaus osallisuuden viitekehyksenä

Pääluokka pitkäaikaissairaus osallisuuden viitekehyksenä sisältää yläluokat pitkäaikaissairauden vaikutukset, selviytyminen ja kokemukset palvelujärjestelmästä (kuvio 9). Aineisto tuo näkyväksi potilaan ja omaisen kokemushistorian pitkäaikaissairauden kanssa. Kokemushistorian merkitys on huomioitava pitkäaikaissairaahan potilaan hoitoa suunniteltaessa. Potilaan kertomilla tiedoilla sairaudestaan, kokemuksistaan ja tavoitteistaan on tärkeä merkitys sekä hoidon tavoitteiden asettamiselle ja tavoitteisiin sitoutumiselle. Potilaalle merkityksellisten asioiden oleminen hoidon suunnittelun perustana kuuluu osallisuuteen.

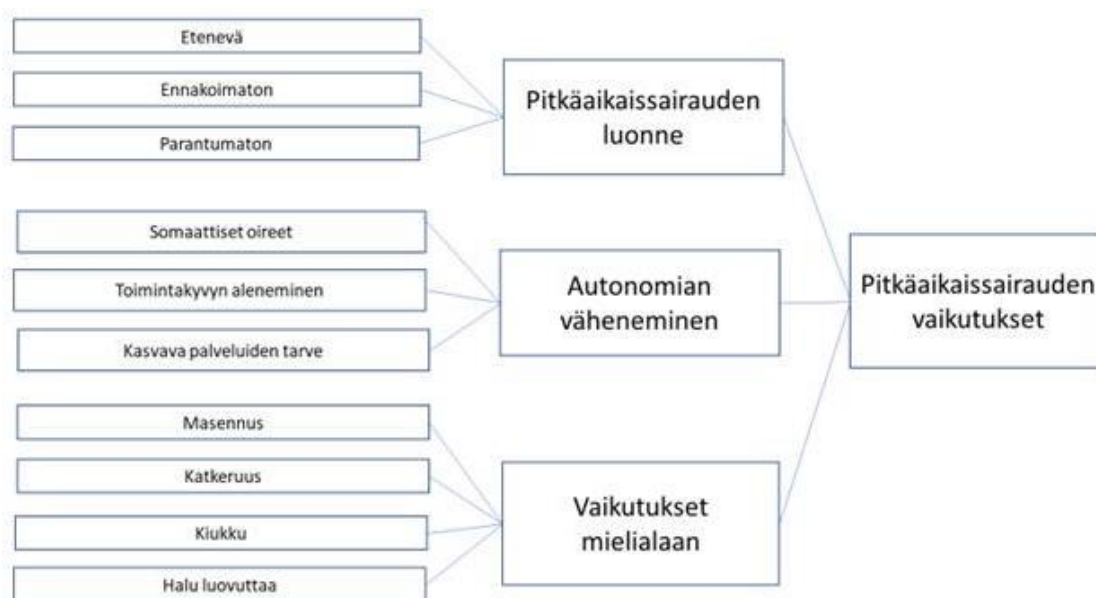


Kuvio 9. Pitkäaikaissairaus osallisuuden viitekehyksenä, pääloukka

Pitkäaikaissairauden luonne ja aikaisemmat kokemukset vaikuttavat potilaan odotuksille hoitoon, tavoitteiden asettamiseen ja omaan rooliin potilaana. Pitkäaikaissairaana potilaan hoitosuunnitelma ei ole episodi, se on jatkumo, jossa sairaus taustoittaa hoitajaksoa ja sairauden hoito jatkuu sairaalajakson päätyttyä jälkeen. Terveystieteiden järjestelmälle, joka on suunniteltu akuuttien sairauksien hoitamiseksi, on haaste hoitaa kasvavaa pitkäaikaissairaiden potilaiden joukkoa. (Watt 2000, 7).

Pitkäaikaissairauden vaikutukset

Yläluokka pitkäaikaissairauden vaikutukset muodostuu alaluokista autonomian väheneminen, vaikutukset mielialaan ja pitkäaikaissairauden luonne (kuvio 10).



Kuvio 10. Pitkäaikaissairauden vaikutukset, yläluokka

Pitkäaikaissairauden luonne

Pitkäaikaissairaus ilmeni tutkimusaineistossa parantumattomana, etenevänä ja ennakoimattomana. Pitkäaikaissairauteen ei ole parannusta. Sairauden hoito vähentää oireita ja ehkäisee tai hidastaa huononemista. Pitkäaikaissairaudessa voi olla akuutteja vaihteita. Sairauteen voi liittyä vaihtelevia ja ennakoimattomia vaikeutumiskausia. (Watt 200, 7-9.) Molemmilla haastateltavilla oli lähes 15 vuoden kokemus pitkäaikaissairaudesta, toisella potilaana ja toisella potilaan omaisena.

Pitkäaikaissairauden luonne ja sairauden oireet vaikuttavat potilaan fyysiseen ja psyykkiseen jaksamiseen. Minäkuva ja rooli yhteisössä muuttuu. Sairauden huononemisvaiheisiin liittyi odottamattomia lähtöjä päivystykseen. Huononemisvaiheet saattoivat kestää pitkään ennen paremman tilanteen saavuttamista. Tiedossa on, ettei tilanne muutu paremmaksi, vaan sairauden kanssa eletään elämän loppuun saakka. Sairauden vaihteleva luonne ilmeni haastateltujen kertomuksissa muun tarinan lomassa ikään kuin toteamuksena tai arviona, osana elämää. ”Ei se nytkään oo kunnossa, mutta ei ole tullut niitä pahoja hetkiä” ”Sehän on etenevä sairaus, sille ei voi mitään.”

Autonomian väheneminen

Sairauden oireet ja eteneminen aiheuttaa toimintakyvyn alenemisen ja kasvavan palveluiden tarpeen. Autonomia vähenee sairauden vaikutuksesta. Päivittäisen toiminnan tueksi tarvitaan kotiin

tulevia palveluita. Hedman, Pöder, Mamhidir, Nilsson, Kristofferzon ja Häggström (2015, 827) tutkivat autonomian ja osallisuuden merkitystä pitkäaikaissairaille ikääntyneille. Autonomian ja osallisuuden rajoittuminen sairauden etenemisen vuoksi johti pohdintoihin elämän kokemuksista pitkäaikaisen sairauden kanssa. Tämä ei ilmentänyt tulevaisuuden kieltämistä tai huomiotta jättämisenä, vaan tutkimukseen osallistuneet henkilöt pohtivat toimintamahdollisuuksiaan suhteessa sairauden tuomiin rajoituksiin ja kokemuksiinsa monista muutoksista, joita tapahtuu elämän aikana.

Autonomian väheneminen ilmeni haastattelu aineistossa kotiin vietävien palveluiden kuvauksina ja mainintoina asioista, joita ei kykene enää tekemään. Kokemuksia sairauden vaikutuksista elämään oli vuosien mittaa kertynyt paljon. Pitkäaikaissairaus ja ikääntyminen oli johtanut autonomian rajoittumisen lisääntymiseen. Palveluita kotona pärjäämisen tueksi on järjestetty runsaasti. ”Ne on täydet [palvelut], enempää ei tule.” Sairauden eteneminen oli johtanut toisen haastatellut kohdalla tilanteeseen, jossa kotiin ei enää voinut palata hoidon vaativuuden takia.

Vaikutukset mielialaan

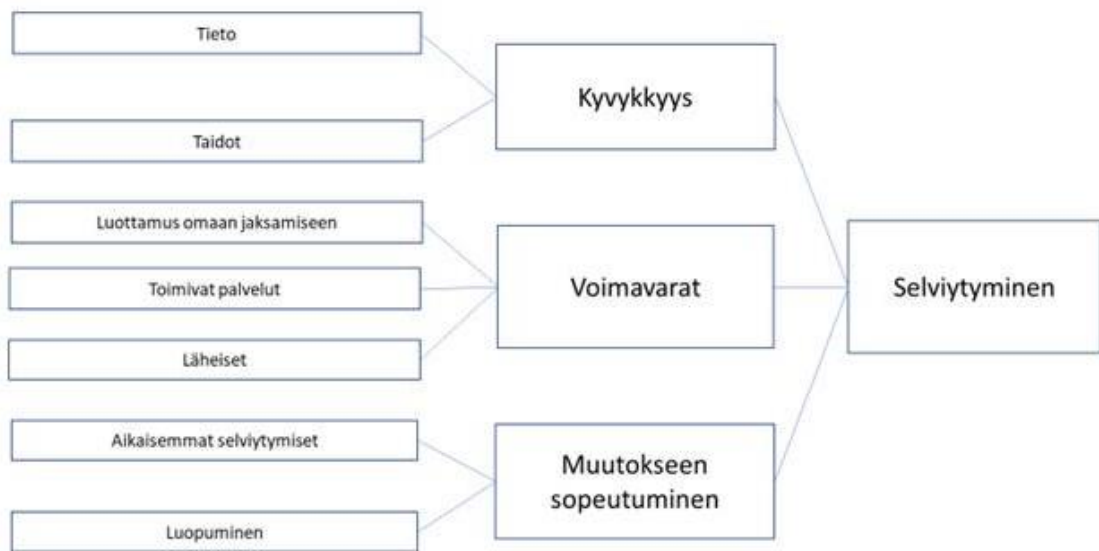
Alaluokka vaikutukset mielialaan ilmentää pitkäaikaisen sairauden vaikutuksia mielialaan. Sairaiden eteneminen, takapakit ja rankat hoidot ovat haaste. Mielialan saattaa olla alakuloinen. Välillä iskee katkeruus tai kiukku kaikkea kohtaan. Rankimpina aikoina on vain äärimmäisen väsynyt ja haluaa luovuttaa, lakata yrittämästä mitään. ”Vaikeita hetkiä on ollut monia, tietenkin ja allapäin oon ollut.”

Erilaisia harvinaisia pitkäaikaissairauksia sairastavilla potilailla oli merkittäviä masennuksen (42%) tai ahdistuksen (23%) oireita. Potilaiden tukeminen sopeutumiseen ja pärjäämiseen sairauden kanssa voisi vähentää sairauden tuomaa psyykkistä kuormaa ja edistää potilaan terveyttä. (Uhlenbusch, Löwe, Härter, Schramm, Weiler-Normann & Depping 2019.) Anu Lehtola (2019, 47) kertoo kokemuksiaan sairastuttuaan reumaan. ”Olisin kaivannut tulla nähdyksi kokonaisena, keskustelua hoitohenkilöstön kanssa, jossa olisi kysytty, minkälaista elämäni on ollut: onko kuormitusta, surua, pettymystä, kaipausta muutokseen, pelkoja? Mitä vaikeuksia on ollut? Millaista tukea kaipaisin ja keneltä? Kukaan ei kysynyt. Henkinen tilani ei kiinnostanut järjestelmää.”

Itselleni oli herättävää ymmärtää, työskenneltyäni kohta kymmenen vuotta pitkäaikaissairaiden potilaiden kanssa, miten vähän olin ymmärtänyt pitkäaikaissairauden kokonaisvaltaisuutta potilaan ja hänen läheisensä elämässä. Grime ja Dudley (2011, 117) tekivät nivelrikkoa sairastavien potilaiden kanssa opasta vasta sairastuneille henkilöille. He huomaisivat, että pitkäaikaissairauden psyykkisiä vaikutuksia käsittelevää tutkimustietoa oli vähän.

Selviytyminen

Haastatteluaineistossa oli aineistoa, joka kuvasi sairauden tuomiin muutoksiin sopeutumista ja haasteltujen kokemusta voimavaroista sekä kyvystä toimia taidollisesti ja tiedollisesti pitkäaikais-sairauden kanssa. Selviytymisen tarinan kuulemisen tärkeys on kahtalainen. Hoitoa potilaan kanssa suunnitteleva ammattilainen saa tietoa potilaan tiedon ja osaamisen tasosta. Hoitotyön ammattilaisen kuuluu selvittää, minkälainen potilaan hoitoaan koskeva tiedon tarve on. Potilaan selviytymiskeinojen tunnistaminen mahdollistaa näiden tekijöiden huomioimisen hoidon suunnittelussa. Yläluokka selviytyminen muodostuu alaluokista kyvykkyys, voimavarat ja muutokseen sopeutuminen (kuvio 11).



Kuvio 11. Selviytyminen, yläluokka

Kyvykkyys

Haastatellut kuvasivat sairauden kanssa elämisen myötä karttuneita tietoja ja taitoja. Sairauden kanssa on eletty ja pärjätty vuosista vuosikymmeniin. Tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja pärjäämisestä sairauden kanssa kotona on kertynyt. Tuloksen perusteella omaan tai läheisen sairauteen liittyen tietoa on erityisen paljon läkehoidosta ja sairauden oireista. Sairauden hoitoon liittyvät taidot ovat moninaisia. Omahoitoa on toteutettu täysin itsenäisesti niin kauan, kuin se on ollut mahdollista. Sairauden vaikeutumisen myötä mukaan on tullut erilaisia kotiin tulevia palveluita, mutta tässäkin vaiheessa on pyritty toimimaan mahdollisimman paljon itse.

Erityisesti potilaan omaisen tai läheisen tiedot ja taidot korostuvat. Potilaan toimintakyvyn vähentyessä häntä hoivaava läheisen sairauden hoitoon ja kotona pärjäämiseen tiedot ja taidot kompensoivat tilannetta. Vaativaakin hoivaa tarvitsevan potilaan kotona pärjääminen voi mahdollistua omaisen tai läheisen turvin. Tulosten perusteella omainen kehittää yksilöllisiä, omaan kotiin ja potilaalle sopivia keinoja esimerkiksi siirtymissä avustamiseen. Omainen myös tuntee potilaalle tärkeitä asioita. Jos potilaan kyky kommunikoida on rajoittunut, omainen tietää, mikä on merkityksellistä potilaalle, minkälainen vuorovaikutus potilaan kanssa mahdollisesti toimii parhaiten. Omainen tuntee potilaan voinnin ja muutokset voinnissa esimerkiksi sairauden etenemisen tai lääkitykseen liittyneen voivat olla parhaiten tiedossa omaisella. Oma-toimisesti hoitoaan vuosia toteuttanut potilas on hyvin pystyvä monissa hoitoonsa liittyvissä asioissa.

Voimavarat

Alaluokka voimavarat kuvaa niitä tekijöitä, jotka tukevat potilaan ja omaisen selviytymistä. Aineiston perusteella voimavaroja ovat toimivat palvelut, läheiset ja luottamus omaan jaksamiseen. Kotiin saatavat palvelut ovat voimavara, joka ilmeni aineistosta erityisesti kertomuksissa niistä tilanteista, joissa on sattunut jotakin yllättävää. Tietyllä perustasolla pärjätään itsenäisesti, mutta mahdollisuus saada apua haasteellisissa tilanteissa antaa lisäturvaa pärjäämiseen. Esimerkkinä tästä on turvaranneke, jolla voidaan tarvittaessa kutsua apua. Haastateltu totesi rannekkeen olevan hyvän, koska seillä voi pyytää apua tarpeen tullen jatkaen heti perään, etten ole sitä tähän saakka tarvinnut.

Alaluokka läheiset sisälsi joitakin vastauksia läheisten tuesta kotona pärjäämiseen liittyen osana koko pitkäaikaissairauteen liittyvää elämänkaarta. Aineistossa läheisten tuki oli esimerkiksi apua tekniikkaan ja tietokonesovellusten käytössä. Läheiset tukivat sairauden kanssa pärjäämistä myös käymällä kylässä ja kannustamalla jaksamaan. Haastatellut toivat esille arvostavansa läheisten tukea.

Muutokseen sopeutuminen

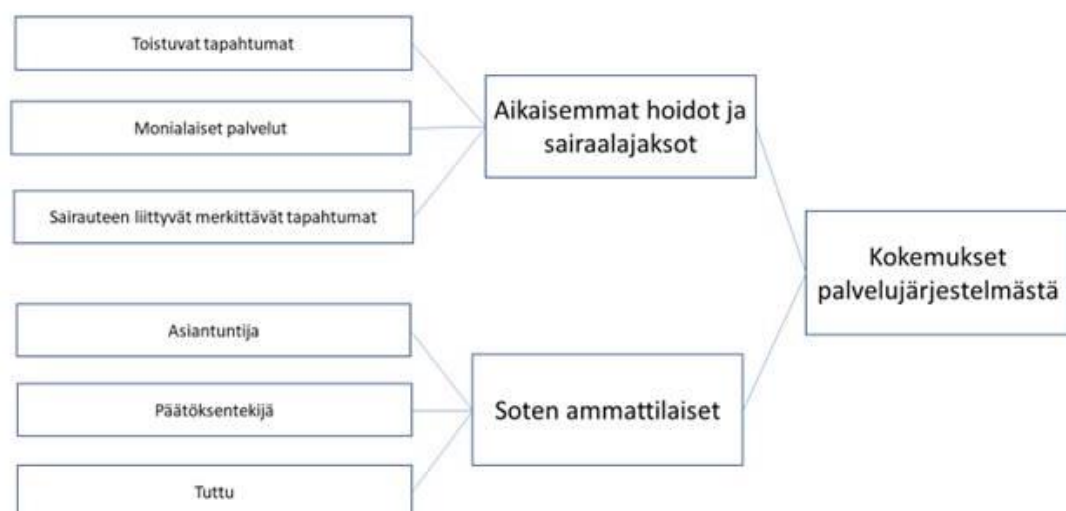
Potilaat hahmottavat terveysongelmiaan ja niistä selviytymiskeinoja suhteessa elämänkontekstiin. (Karademas, Karamvakalis & Zarogiannos 2009, 411). Vuosien kokemukset sairauden kanssa elämisestä ja vaihtuvista tilanteista selviäminen näkyi aineistossa nykyisen tilanteen pohtimisena suhteessa aikaisempiin sairauteen liittyviin tapahtumiin. Ryhmät luopuminen ja aikaisemmat selviytymiset kuvaavat potilaan ja omaisen sopeutumista muutokseen, joka monesti on jatkuvaa.

Luopuminen voi olla asteittaista, vuosien mittaan tapahtunutta. Sairauden alkuvaiheessa tulee pieniä muutoksia, ensin tasapainon heittäminen vaikeuttaa liikkumista ja muistin heikkeneminen estää itsenäisen lääkehoidon toteuttamisen. Vuosien kuluessa sairauden oireet lisääntyvät, kunnes liikkuminen onnistuu vain vaivoin yhden tai kahden avustajan ja apuvälineiden turvin. Itsenäisen toiminnan määrä vähenee olemattomiin. Muutokset tarkoittavat luopumista. Luopuminen ilmeni aineistossa kodin ulkopuolella liikkumisen rajoittumisena, harrastuksista luopumisena ja kotona asumisen mahdottomuutena.

Aikaisemmat selviytymiset ilmentävät sekä toiminnallisia tapoja selvittää että kokemusta henkisestä selviytymisestä rankoista tilanteista ja sen myötä muutokseen sopeutumisesta ja luottamuksesta selviytyä jatkossakin. Aikaisemmat kokemukset siirtymisestä kodin ja sairaalan välillä, elämäkokemus ja kokemukset sairauden kanssa elämisestä ovat potilaalle voimanlähteitä (Koponen 2003, 61).

Kokemukset palvelujärjestelmästä

Yläluokka kokemukset palvelujärjestelmästä sisältää alaluokat soten ammattilaiset ja aikaisemmat hoidot ja sairaalajaksot (kuvio 12). Aikaisemmat kokemukset palvelujärjestelmästä määrittävät tulevia tapahtumia ja kohtaamisia. Pitkäaikaissairaana hoitopolkuun mahtuu lukemattomia kontakteja palvelujärjestelmään. Merkittävät tapahtumat voivat muovata potilaan suhtautumista sairauteensa ja palvelujärjestelmään, olipa merkittävän tapahtuman tulos kiukku, epäluulo, pelko tai potilaan roolin vahvistuminen.



Kuvio 12. Kokemukset palvelujärjestelmästä, yläluokka

Aikaisemmat hoidot ja sairaalajaksot

Haastatteluaineisto sisälsi aineistoa, joka liittyi haastateltujen aikaisempiin kokemuksiin palvelujärjestelmästä. Aikaisemmat hoidot ja sairaalajaksot muodostavat potilaan ja omaisen kokemusperustan sairauden hoidosta ja omasta roolista siinä.

Aikaisemmat myönteiset kokemukset voivat lisätä potilaan rohkeutta hoitoon osallistumiseen (Naukkarinen 2008, 125). Ihminen alkaa toimia sairauden synnyttämän identiteetin mukaan (Mönkkönen 2018, 52). Akuutisti sairastuneella ihmisellä on ”sairaan rooli,” joka määrittää minikälaista vastuuta ja käytöstä häneltä potilaana odotetaan. Pitkäaikaissairaana rooli potilaana, huolimatta oireista ja diagnooseista, muuttuu usein palveluiden käyttäjän rooliksi, johon sisältyy odotus vastuun ottamista. (Watt 2000, 11-12.)

Sairauden hoitoon liittyy merkittäviä tapahtumia. Sairauden vaikeutumisen vuoksi tehdyt leikkaukset, mahdolliset komplikaatiot ja akuutit tilanteet ambulanssilla siirtoineen jäävät mieleen. Sairauden vaikeutumisen myötä hoidon ja palvelun määrä lisääntyy. Potilas on tekemisessä ensihoidoin, päivystyksen, poliklinikoiden, vuodeosastojen ja kotihoidon kanssa. Tsasis ja Bains (2008, 231) toteavat monia pitkäaikaisia sairauksia sairastavien potilaiden tarvitsevan jatkuvia terveydenhuollon palveluita. Todennäköisemmin kuin muut potilasryhmät, he kokevat puutteita tai katkoksia hoidossa siirryttäessä toimintayksiköstä toiseen.

Aineiston perusteella myös haastateltujen kokemuksiin sisältyi haastavia tilanteita, joiden taustavaikuttaja oli potilaan siirtyminen palveluprosessin eri toimijoiden välillä tai yleensä palvelun järjestämisen muut reunaehdot. Potilaan tai omaisen näkökulmasta tämä ilmeni siirtona jatkohoitoon päivystyksestä toiselle kuin kotipaikkakunnalle, kotona pärjäämisen edellytyksenä olevan korkeussäädettävän vuoteen jonottamisena tai kotiutumiseen liittyvien moniammatillisten palveluiden järjestämisen haasteina. Haastateltavat toivat esille ymmärrystään edellä mainittuihin tekijöihin, todeten muun muassa: ”Jono on jono. Kaikki ne on tarpeessa, jotka sitä [säädettyä vuodetta] on vailla.”

Soten ammattilaiset

Alaluokka soten ammattilaiset sisältää ryhmät asiantuntija, päätöksentekijä ja tuttu. Pitkäaikaissairauden myötä potilas ja omainen kohtaavat lukuisan joukon soten ammattilaisia, jotka täyttävät tehtävänsä asiantuntijan ja päätöksentekijän roolissa potilaan tarpeisiin vastaten. Pitkässä hoito- ja palvelusuhteessa ammattilaisesta ja potilaasta tai asiakkaasta voi tulla tuttuja. Vuorovaihtukseen sisältyy silloin kohtaaminen muullakin kuin asiantuntijuuden tai päätöksenteon tasolla.

Stenvall ja Virtanen (2012, 163) toteavat asiakaslähtöisyyden rakentuvan kohtaamisissa, organisaation jokaisessa palvelutapahtumassa uudelleen ja yhä uudelleen.

5.6 Kysely projektiryhmäläisille (Toiminta)

Hoitohenkilökunnan kokemuksia ja mielipiteitä potilaan osallisuutta tukevasta hoidon suunnittelun käytännön kokeilusta kartoitin kyselyllä (Liite 5). Kysely muodostuu potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan toimintamallin pääkohdista ja osittain Kirkpatrickin ja Kirkpatrickin (2007) oppimisen ja muutoksen arvioinnin mallin eri tasoilta nousevista kysymyksistä. Kyselyn aineistolle tehdään sisällönanalyysi ja tuloksia peilataan Kirkpatrickin ja Kirkpatrickin (2007) oppimisen ja muutoksen arvioinnin malliin.

Arviointimallissa on neljä tasoa. Ensimmäinen taso, reaktio, arvioi osallistujan reaktiota toimintatapaan tai koulutukseen, tässä yhteydessä potilaan ja omaisen osallisuuteen ja toimintakäytäntöön. Kysymys on lähinnä selvittä osallistujan tyytyväisyyttä. Toisella tasolla arvioidaan oppimista. Oppimisen tasolla arvioidaan jonkun tai kaikkien näiden tavoitteiden saavuttamista: tietojen lisääntyminen, uusien taitojen saavuttaminen tai aikaisempinen taitojen kehittyminen ja muutos asenteissa. Kolmannen tason, käyttäytymisen muutoksen, arviointi on tuottaa tietoa siitä, onko pilottimalli vietävissä käytäntöön. Jos muutosta käytännöissä ei tapahdu, on oletettavissa, ettei tavoiteltua tulosta saavuteta. Neljäs taso, tulos, voi olla esimerkiksi tuotannon lisääntyminen, laadun kehittyminen tai kustannusten alentuminen. Neljännen tason tulokset ovat myös koulutusten ja muutosohjelmien järjestämisen tavoitteita. (Kirkpatrick & Kirkpatrick 2007.)

Kysely tehtiin pilotoinnin päättymisen jälkeen pidetyssä viimeisessä yhteisessä projektiryhmän kokouksessa. Ryhmäntoimijoista kaksi ei päässyt osallistumaan kokoukseen, joten kyselyyn vastasi kolme pilotointiin osallistunutta hoitajaa. Kyselyllä selvitettiin heidän kokemuksiaan ja mielipiteitään pilotoinnin toteutuksesta, sen merkityksestä ja potilaan ja omaisen osallisuudesta ennen ja jälkeen toimintamallin pilotoinnin.

5.7 Kyselyn aineiston analyysi ja tulokset (Havainnointi)

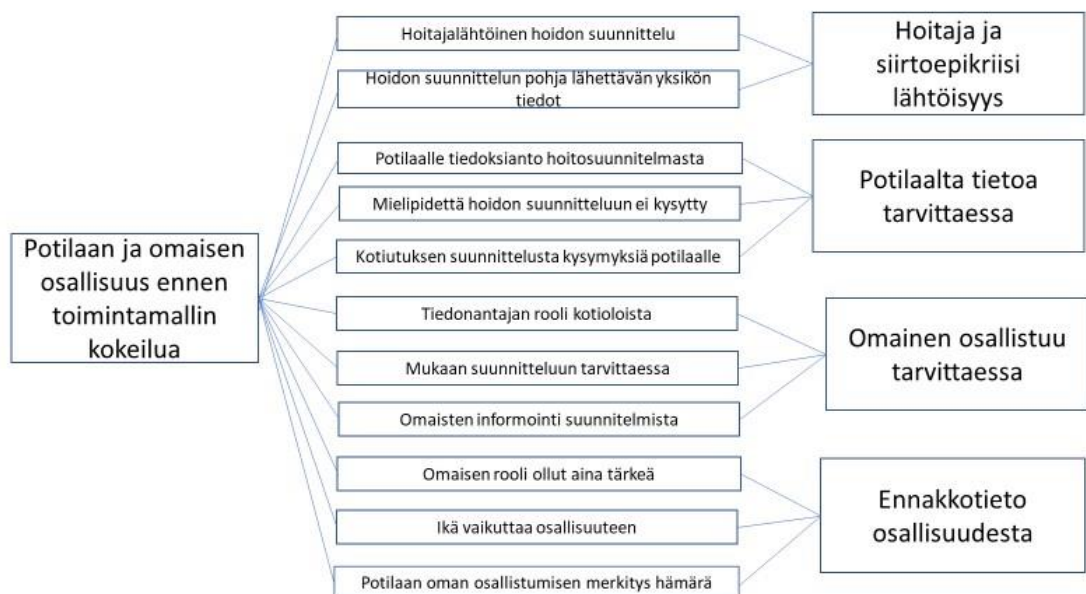
Vastaukset analysointiin sisällönanalyysillä. Analyysia varten muodostettiin analyysirunko kyselyn ja potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintamallin vaiheista. Tuomen

ja Sarajärven (2018, 131) mukaan teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston analyysia ohjaa aikaisemman tiedon perusteella muokattu analyysirunko. Analyysirungon yläluokat ovat potilaan ja omaisen osallisuus ennen kokeilua, potilaan ja omaisen osallisuuden tasoon vaikuttavia tekijöitä, kotiutuksen suunnittelu, pilotoinnin merkitys hoidon suunnitteluun, pilotoinnin käytännön toteutus, merkitys toiminnan järjestämiselle, merkitys potilaan ja omaisen osallisuuden tasoon.

Kyselyn vastaukset luettiin läpi. Haastatteluaineistoon verrattuna aineisto oli niukempi ja vaihtelevaa sisällössä oli vähemmän. Kyselyn strukturoidun rakeenteen voi arvioida vaikuttaneen aineiston sisältöön. Aineisto siirrettiin kyselylomakkeelta sähköiseen muotoon manuaalisesti kirjoittamalla, jaettiin analyysiyksiköihin ja numeroitiin. Analyysiyksikön muodosti lause tai sanapari. Analyysiyksikköjä tuli 114. Aineisto luokiteltiin analyysirungon mukaisesti. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin alaluokiksi.

Potilaan ja omaisen osallisuus ennen toimintamallin kokeilua

Yläluokka potilaan ja omaisen osallisuus ennen toimintamallin kokeilua (kuvio 13) kuvaa vastaajien tietoa ja mielipiteitä potilaan ja omaisen osallisuudesta ennen pilotointia.



Kuvio 13. Potilaan ja omaisen osallisuus ennen toimintamallin kokeilua

Ennen pilotointiin osallistumista hoidon suunnittelun toteutui hoitajan tekemänä ja hoidon suunnittelun perustui lähettävän organisaation tietoihin. Omaisen osallistuminen potilaan hoidon suunnitteluun oli tarvittaessa osallistumista, joka koski tietojen kertomista potilaan kotona pär-

jäämisestä. Omaisia informoitiin hoidon suunnittelusta. Potilaan rooli oli saada ”tiedonanto” hoitosuunnitelmasta tai vastata kotiutuksen suunnitteluun liittyviin kysymyksiin. Potilaan mielipidettä hoidon suunnitteluun ei kysytty. Henkilökunnan omaa asennetta potilaan ja omaisen osallisuutta kohtaan kuvaa se, ettei potilaan osallisuuden merkitystä hoidon suunnittelussa oltu pohdittu. Omaisen roolin on aina ollut tärkeä potilaan hoitoon osallistumisessa. Potilaan iällä arvioitiin olevan merkitystä osallisuuteen.

Pilotoinnin käytännön toteutus

Yläluokka pilotoinnin käytännön toteutus (kuvio 14) sisältää alaluokat tulokeskustelu, tavoitteen asettaminen ja hoitosuunnitelman läpikäyminen.



Kuvio 14. Pilotoinnin käytännön toteutus

Tulokeskustelut oli suunniteltu pidettäväksi sekä potilaan että omaisen kanssa. Potilaiden kanssa tulokeskusteluja oli käyty vaihtelevalla tavalla. Joskus keskustelua oli käyty hoitotyön lomassa niin, että osa kysymyksistä oli esitetty potilaalle tulotilanteessa potilasta vastaanotettaessa ja saman vuoron aikana, ja jatkettu keskustelua edelleen hoitotyön lomassa. Tarvittaessa keskusteluun oli palattu seuraavassa työvuorossa. Osa keskusteluista oli pystytty tekemään kokonaisuudessaan yhdellä kertaa. Omaisten kanssa tulokeskustelulle sopivaksi ajaksi oli koettu arkipäivien aamuvuorot. Myös rauhallisten iltavuorojen koettiin olleen sopivia tulokeskusteluille.

Tulokeskustelun toteuttaminen vaiheittain ei toimi, jos sama hoitaja ei jatka seuraavassa työvuorossa. Keskenkäynteisten tehtävien siirtyminen on epävarmaa ilman tarkkaan sovittua ja kaikkien

osapuolten tietämää sovittua tapaa. Käytännössä toimintamallin tehtävien jakautuminen useisiin työvuoroihin ja henkilöstön vaihtuminen johti potilaan osallisuutta tukevan toimintamallin vaiheiden ”pysähtymiseen.”

Tulokeskustelussa olennaisena osana oli keskustelu potilaan omista tavoitteista hoitojaksolla. Tavoitteista puhumisesta potilaan kanssa oli erilaista tietoa. Tavoitteista puhumisen koettiin sujuneen hyvin ja samalla oli tutustunut potilaaseen. Hoitaja kirjasi potilaan oman tavoitteen hoitokertomukseen tulotieto-lehdelle. Vastakkainen kommentti, ilman perusteluita, oli tavoitteista puhumisen olleen vaikeaa. Aineistossa oli yksi ilmaus potilaan omasta tavoitteesta; potilaan oma tavoite oli, että häntä hoidetaan sairaalassa.

Hoitosuunnitelmasta keskustelu yhdistyi lääkärintuottoon ja siellä esiin tullessiin asioihin. Hoitosuunnitelmasta oli keskusteltu potilaan kanssa lääkärintuottoa, niin että läsnä oli lääkäri, hoitaja ja potilas. Tai hoitaja oli keskustellut hoitosuunnitelmasta potilaan kanssa lääkärintuottoa jälkeen. Mielenkiintoinen huomio toimintamallin pilotoinnissa oli, miten hoitajien ja lääkäreiden tehtävienjakoon ja päivittäisen työn aikatauluihin sopi hoitosuunnitelmasta ja tavoitteista keskustelu potilaan ja omaisen kanssa.

Keskustelujen käymisellä hoitotyön lomassa voi olla yhteys potilaan ja omaisen haastatteluaineiston tulokseen, jonka mukaan potilas tai omainen eivät tunnista, että heidän kanssaan olisi keskusteltu hoitosuunnitelmasta. Ammattilaisille hoitosuunnitelma koostuu prosessin osista, joita koskevaa päätöksentekoa tapahtuu jatkuvasti potilaan hoitojakson aikana. Hoitosuunnitelman tavoitteellinen kokonaisuus jää todennäköisesti hahmottomatta potilaalle ja omaiselle, kun hoidosta kerrotaan ja keskustellaan kokonaisuuden osien kautta. Potilaan ja omaisen kanssa keskusteltaessa ei käytetä termiä hoitosuunnitelma.

Pilotoinnin merkitys hoidon suunnitteluun

Yläluokka pilotoinnin merkitys hoidon suunnitteluun (kuviokuva 15) sisältää alaluokat tiedon määrä, yhteinen tavoite ja myönteisyyttä keskustellen.



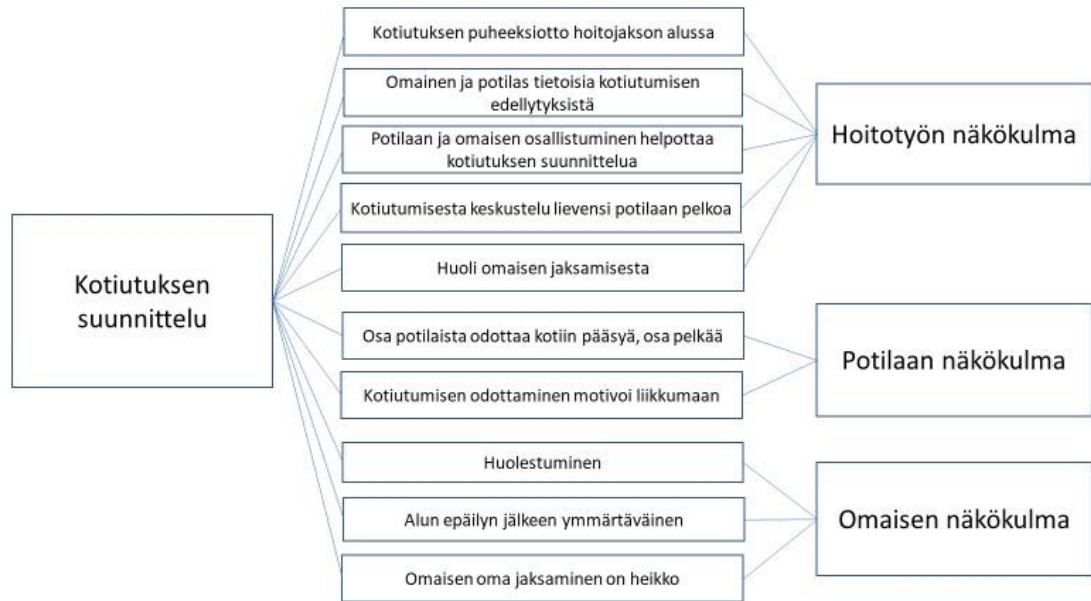
Kuvio 15. Pilotoinnin merkitys hoidon suunnitteluun

Toimintamallin mukaisen hoidon suunnittelun arvioitiin vaikuttaneen hoidon suunnittelun perustana olevan tiedon keräämisen tapaan ja tuloksiin. Olennaisen tiedon kerääminen tulotilanteessa koettiin merkityksellisenä. Potilaan taustojen selvittäminen oli aktiivista ja potilaan tilanteesta saatiin aikaisempaa selkeämpi kokonaiskuva. Kaiken kaikkiaan tietojen keräämisen katsottiin olleen tehokkaampaa. Potilasta koskevan taustatiedon keräämisessä mainittiin erityisesti kotihoiton sähköisen hoitokertomuksen lisääntynyt käyttö potilaan tilanteen taustoittamiseksi. Kotihoiton sähköisen hoitokertomuksen käyttö ei ollut mukana pilotoinnin ohjeistuksessa. Lisääntynyt käyttö johtui muista tekijöistä.

Henkilökunta arvioi osapuolten välisen keskustelun myötä kaikkien osapuolten olevan tietoisia hoidon tavoitteista. Omaisten kanssa saavutettiin yhtenäinen käsitys tavoitteista, ”puhalletaan yhteen hiileen.” Yhteiset tavoitteet motivoivat toimimaan tavoitteiden saavuttamiseksi. Osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun käytännöllä arvioitiin olleen myönteinen vaikutus erityisesti potilaan omaisten tietoisuuteen ja yhteisymmärrykseen hoidon tavoitteista.

Kotiutuksen suunnittelu

Yläluokka kotiutuksen suunnittelu (kuviot 16) ilmentää toimintamallin pilotoinnin merkitystä kotiutuksen suunnittelulle hoitotyön, potilaan ja omaisen näkökulmasta.



Kuvio 16. Kotiutuksen suunnittelu

Toimintamallin pilotoinnilla ja tavoitteiden sekä kotiutumisen puheeksi ottamisella arviottiin olevan yhteyttä omatoimisuuden lisääntymiseen ja kuntoutumiseen motivoitumiseen. Osa potilaista oli selkeästi ilahtunut, kun heidän kanssa keskusteltiin kotiutumisen olevan hoidon tavoitteissa. Tässä yhteydessä tuli esille potilaiden odottaneen kotiin pääsyä. Kotiutumisen puheeksiotto ja kotiutumisen yhdistäminen kuntoutumisen osatavoitteeseen oli lisännyt potilaan omatoimisuutta ja motivoinut potilasta kuntoutumiseen.

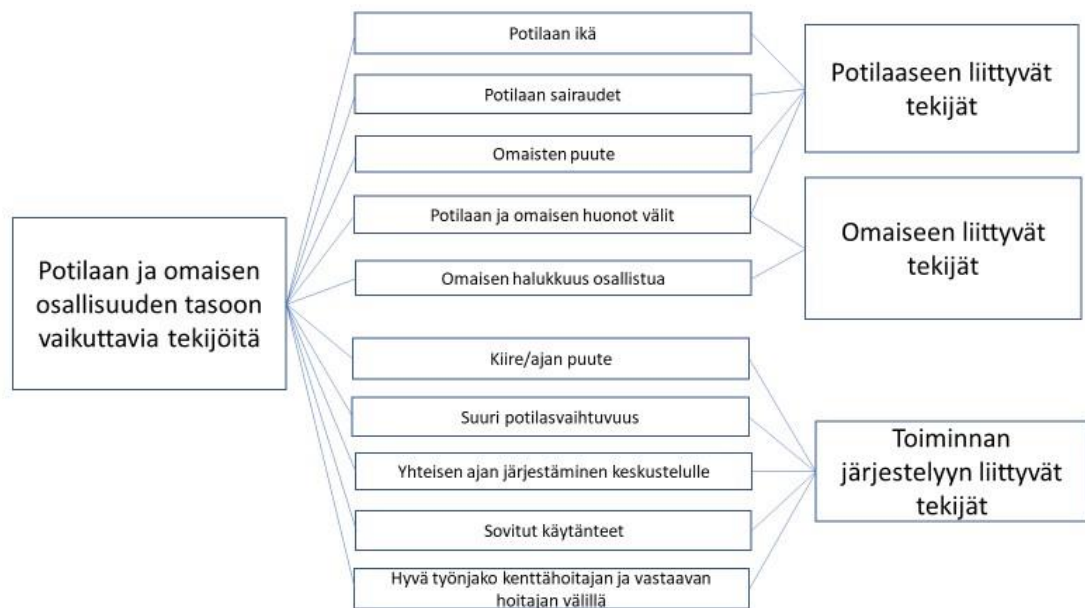
Toimintamallin ohjeistukseen kuului osana tavoitteiden asettamista kotiutuksen ottaminen puheeksi hoitajakson alkupuolella. Henkilökunta koki rakenteisen hoidon suunnitteluun lisätyn tehtävän, kotiutuksen puheeksiotosta hoitajakson alkupuolella, olleen hyödyllinen käytäntö. Potilaalla ja omaisella saattaa olla pelkoa tai epäluuloa potilaan kotona pärjäämiseen liittyen. Osa potilaista oli säikähtänyt kotiutuksesta puhumisesta ja tuoneet esille epävarmuutta tai pelkoa kotona pärjäämisestä. Koponen (2003, 117) toteaa, että vaikka potilaan fyysinen toimintakyky vaikuttaisi kohtalaiselta, epävarmuus vaikeuttaa potilaan kotona selviytymistä. Tämän vuoksi on tarpeen pohtia yhdessä muutoksia ja ennakoita kotona selviytymistä.

Kotiutuksen ottaminen puheeksi omaisten kanssa oli tuonut esille epäluuloa kotiutuksen onnistumisen ja suunniteltujen aikataulujen suhteen. Potilaan kotona pärjäämisestä oltiin huolissaan. Henkilökunta koki puheeksi ottamisen kotiutumisen olemisesta hoidon tavoitteena ja kotiutuksesta keskustelun hyvissä ajoin helpottaneen kotiutuksen suunnittelua. Pelon ja epäluulon syistä

keskustelun koettiin joko vähentäneen pelkoa ja epäluuloa tai ainakin tuoneen yhteisymmärrystä tavoitteista.

Potilaan ja omaisen osallisuuden tasoon vaikuttavia tekijöitä

Yläluokka potilaan ja omaisen osallisuuden tasoon vaikuttavia tekijöitä (kuvio 17) ilmentää potilaaseen, omaiseen ja toiminnan järjestelyyn liittyviä tekijöitä, joilla vastausten perusteella on merkitystä potilaan ja omaisen osallisuuden tasoon.



Kuvio 17. Potilaan ja omaisen osallisuuden tasoon vaikuttavia tekijöitä

Tämän luokan nimeäminen perustuu teorioihin osallisuuden tasosta. Osallisuus voi toteutua monen tasoisena (vrt. Arnstein tai Shier). Potilaaseen liittyviksi tekijöiksi mainittiin potilaan ikä, sairaudet ja omaisten puute. Erityisesti tuotiin esille muistisairaudet. Omaisten puuttuminen vaikuttaa potilaan osallisuuteen varsinkin siinä tilanteessa, että potilaan oma osallistumisen kyky on alentunut. Omaisen tuella potilas osallistuu välillisesti.

Omaiseen liittyviä tekijöistä mainittiin omaisen halukkuus osallistua. Jos omaisella ei ole osallistumiseen kiinnostusta tai voimia, ei ole osallisuuttakaan. Omaisen ja potilaan huonot välit mainittiin osallistumisen esteenä. Tämä ilmaus voi liittyä jompaankumpaan osapuoleen.

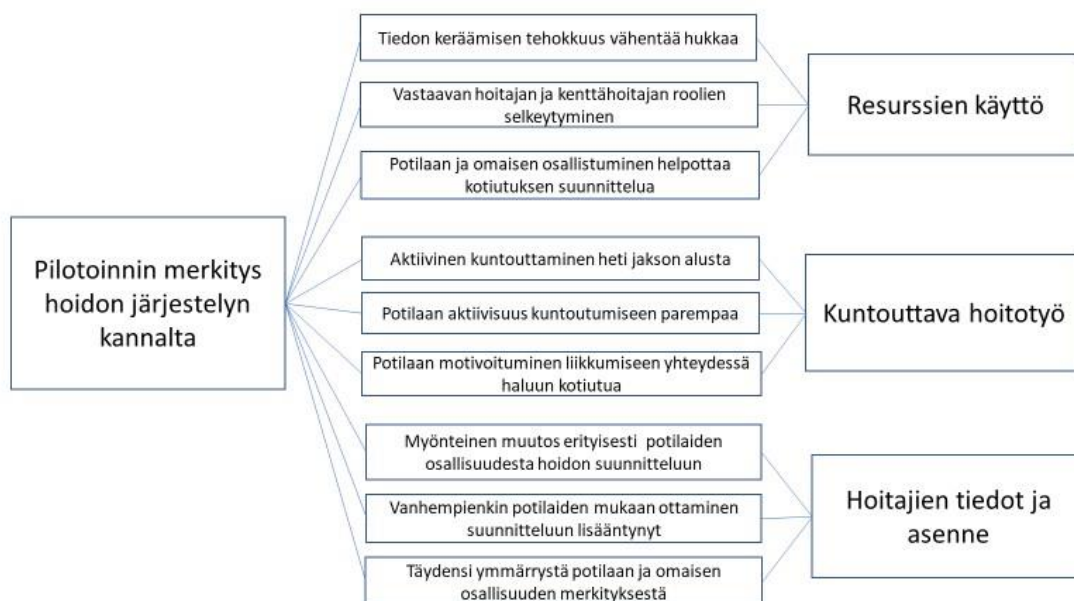
Osaston toiminnan järjestelyistä osallisuuden tasoon vaikuttavista tekijöistä suurin määrä ilmauksista koski aikaa ja resursseja. Keskusteluiden tekemistä mahdollistavista asioista nousi esille re-

surssit ja työnjärjestely. Toimiva työnjako päivittäisessä hoitotyössä sekä yleensä eri ammattiryhmien roolit ja tehtävät olivat tekijöitä, jotka voivat mahdollistaa tai estää keskustelua potilaiden ja omaisten kanssa. Sovitut yhteiset käytännöt ja hyvä työnjako vastuu- ja kenttähoitajan välillä tuotiin myös esille potilaan ja omaisen osallisuutta tukevinä asioina.

Useassa vastauksessa tuotiin esille keskustelujen käymiseen tarvittavan aikaa. Tärkeäksi keskusteluiden pitämiseksi koettiin yhteisen ajan järjestäminen, olipa kysymys potilaan tai omaisen kanssa keskustelusta. Yhteisen ajan järjestämisen keskustelulle katsottiin edesauttavan potilaan ja omaisen osallisuutta. Kiireisissä vuoroissa aikaa ei liikene keskustelulle. Tulotilanne ja iltavuorot (joihin potilaiden osastolle tulo usein ajoittuu) ovat kiireisimpiä, henkilöstömitoitus iltavuorossa on pienempi kuin aamuvuoroissa. Toisaalta aineistossa oli mainintoja, että kiireettöminä iltavuoroina ehti käymään tulokeskusteluja. Suuren potilasvaihtuvuuden arvioitiin vaikuttavan osallisuuteen. Asiayhteydestä ei ilmennyt mihin mielipide perustuu.

Pilotoinnin merkitys hoidon järjestelyn kannalta

Yläluokka pilotoinnin merkitys hoidon järjestelyn kannalta (kuviokuva 18) muodostuu alaluokista resurssien käyttö, kuntouttava hoitotyö ja hoitajien tiedot ja asenne.



Kuvio 18. Pilotoinnin merkitys hoidon järjestelyn kannalta

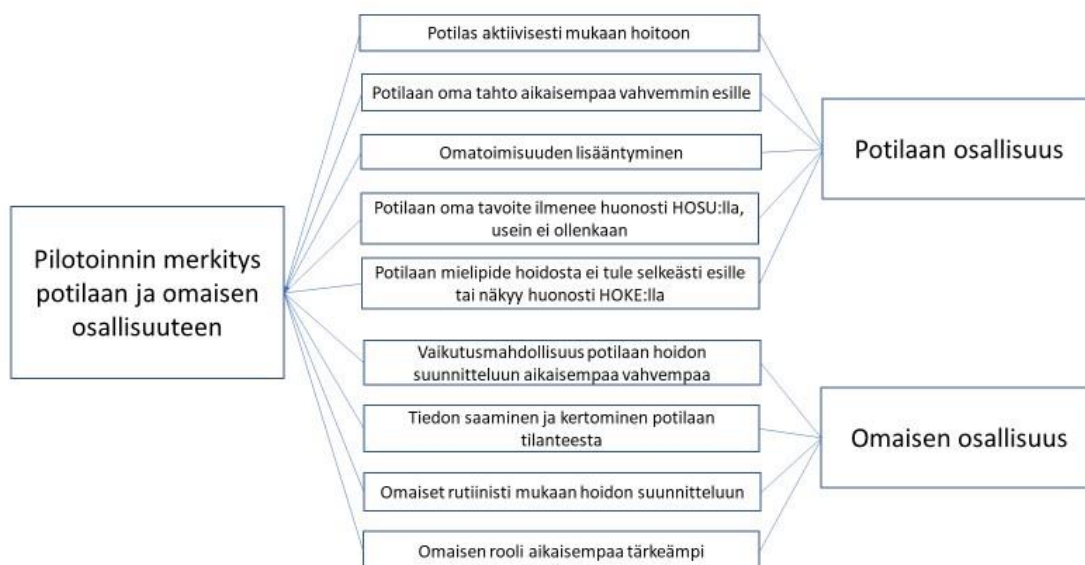
Toimintamallin mukainen hoidon suunnittelu yhdistyi kuntouttavaan työotteeseen. Kuntouttavan työotteen arvioitiin olevan toimintamallin mukaan suunniteltuna heti hoitajakson alusta alkaen. Potilaiden koettiin motivoituvan hoitoon ja olevan omatoimisempia.

Aineistoon sisältyi muutamia asenteiden ja tiedon muuttumista koskevia ilmauksia. Potilaan osallisuuden tukemisen pilotoinnissa mukanaolo oli muuttanut suhtautumista erityisesti potilaiden osalta. Ymmärryksen potilaan ja omaisen osallisuuden merkityksestä hoidon suunnittelulle koettiin täydentyneen. Vanhempienkin potilaiden mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun oli lisääntynyt. ”Vanhojenkin potilaiden tavoitteista tuli keskusteltua useaan kertaan heidän kanssaan.”

Toimintamallin mukaisen hoidon suunnittelun arvioitiin vaikuttaneen joiltain osin resurssien käyttöön. Hoidon suunnittelun perustana olevan tiedon tehokas kerääminen vähensi hukkaa. Hukka on lean-ajattelun termi, jolla tarkoitetaan kaikkia prosessin osia, jotka kuluttavat resurssia, mutta eivät tuota arvoa (Suneja & Suneja 2017, 199). Potilaan ja omaisen osallistuminen hoidon suunnitteluun helpotti kotiutuksen suunnittelua. Toimintamallin arvioitiin selkeyttäneen vastaavan hoitajan ja kenttähoitajan rooleja.

Potilaan ja omaisen osallisuus

Ylläluokka pilotoinnin merkitys potilaan ja omaisen osallisuuteen (kuvio 19) muodostuu alaluokista potilaan osallisuus ja omaisen osallisuus.



Kuvio 19. Pilotoinnin merkitys potilaan ja omaisen osallisuuteen

Pilotoinnilla arvioitiin olleen merkitystä potilaan osallisuuteen tuomalla potilaan oman tahdon vahvemmin esille. Henkilökunta arvioi potilaiden olevan myös aktiivisemmin mukana hoidossa. Potilaiden omatoimisuus ja motivoituminen kuntoutumiseen arvioitiin lisääntyneen joidenkin potilaiden kohdalla. Potilaan osallisuutta koskevia ilmaisuja oli määrällisesti vähän. Kysymykseen,

miten potilaan oma tavoite tai mielipide hoitosuunnitelmasta ilmenee potilastietojärjestelmän HOKE:lla (hoitokertomuksessa), vastaus tuotti potilaan osallisuuden kannalta karun tuloksen. Potilaan oma tavoite tai mielipide hoidosta ei erotu selkeästi tai niitä ei ole hoitokertomuksessa.

Omaisten osallistumisen hoidon suunnitteluun arvioitiin olevan vahvempaa kuin ennen pilotointia. Omaisten roolin hoidon suunnittelussa arvioitiin vahvistuneen entisestään. Omaisten saa ja jakaa potilaan vointiin liittyvää tietoa. Omaiset otetaan mukaan hoidon suunnitteluun rutiinisti, ei vain tarvittaessa.

Toimintamallin mukainen hoidon suunnittelu tehosti tiedon keräämistä, esille tuli myös potilaaseen tutustuminen. Potilaan kanssa keskustellessa potilaaseen tutustui muistakin näkökulmista. Tämä tulos yhdistyy hyvän hoidon sisällöistä hoidon yksilöllisyyteen. Hyvään hoitoon kuuluu yksilöllinen ja inhimillinen kohtelu sekä potilaan terveyden ja hyvinvoinnin kokonaisvaltainen tarkastelu, johon sisältyy toistensa tietämisen, kokemuksen ja osaamisen arvostaminen, tiedonsaanti ja kuulluksi tuleminen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen perusta 2011, 5-6.)

5.8 Toimintamallin arviointia (Reflektointi)

Toimintamallin pilotoinnin vaikutukset potilaan ja omaisten osallisuuteen olivat kahtiajakoiset. Pilotoinnissa mukana olleiden hoitajien arvioimana toimintamallin mukaisella hoidon suunnittelulla oli vaikutusta useassa hoidon suunnittelun vaiheessa. Hoidon suunnittelu oli aikaisempaa tehokkaampaa kattavan ja varhaisen tiedon keräämisen vuoksi. Potilaiden arvioitiin jossakin määrin motivoituvan aikaisempaa paremmin kuntoutumiseen. Yleisesti arvioitiin omaisyhteistyön olevan säännönmukaista. Merkitystä omiin asenteisiin potilaiden osallisuudesta arvioitiin tapahtuneen, erityisesti iäkkäimpien potilaiden osalta.

Potilaan ja omaisten näkökulmasta osallisuuden kokemus jäi vähäiseksi toimintamallin pilotoinnista huolimatta. Potilaan ja omaisten kertomuksen perusteella hoidon suunnitteluun osallistuminen oli organisaatiolähtöistä osallistumista. Hoidon suunnittelusta puuttui potilaan ja omaisten tiedot ja kokemukset pitkäaikaissairaudesta, hoidon tarpeista ja yhteistyö tavoitteiden asettamisessa. Osallisuutta tukevan toimintamallin vaiheista hoitosuunnitelmasta keskustelu toteutui vain muutaman potilaan osalta.

Ratkaisukeskeisessä ohjauksessa potilaan toiveiden ja tarpeiden kuuleminen on lähtökohta tavoitteiden asettamisessa. Tavoitteiden asettamisen edellytys on potilaan taustan kartoittaminen.

Miten potilas kokee terveydentilansa ja siinä tapahtuneet muutokset? Minkälaiset ovat hänen voimavaransa? Näiden kysymysten mukaisesti jatketaan keskustelua siitä, mitä pitää tapahtua, jotta potilaan hoidon tavoite saavutetaan. Tavoitteen asettamisessa sovitaan siitä, mitä potilas pystyy ja sitoutuu itse tekemään, ja miten henkilökunta auttaa potilasta tavoitteen saavuttamisessa. (Holja 2014) Potilaan toiveiden ja hänen oman näkökulmansa jääminen pois hoidon suunnittelusta vaikuttaa tavoitteiden asettamiseen ja erityisesti sen voi arvioida vaikuttavan tavoitteisiin sitoutumiseen.

Potilaan ja omaisen haastattelun tulosten arviointia

Potilaan ja omaisen kertomus toivat esille osaston ja henkilökunnan todellisuuden rinnalle yksityisen ja yksilöllisen näkökulman, potilaan ja omaisen kokemukset ja toiminnan osastojakson aikana. Potilaan ja omaisen näkökulmaa selvittävän haastattelun tuloksen perusteella osallisuus hoidon suunnitteluun oli vähäistä. Potilaan ja omaisen osallistuminen ilmeni tiedon antajan ja tiedon vastaanottajan roolina. Vaikuttaminen oman hoidon toteuttamiseen oli organisaation prosessin määrittämää osallistumista hoitoneuvotteluun, kotiutuksen suunnitteluun ja päätöksentekoon hoidon linjauksista.

Hoidon toteuttamisen järjestelyistä hoitajaresurssi, suhteessa potilaiden hoitoisuuteen vaikuttaa potilaan ja omaisen osallisuuteen. Toiminta osastolla näyttäytyy potilaalle ja omaiselle kiireisenä. Hoitajien kiireisyys voi heijastua potilaiden osallisuuteen hoidon suunnittelussa kahta reittiä. Joko hoitajat välttävät keskustelua potilaiden kanssa, priorisoidessaan tehtäviä, tai potilaat itse rajoittavat kommunikaatiota huomatessaan hoitajien kiireisyyden.

Keskustelulle hoidon tavoitteista on varattava riittävästi aikaa. Potilaalta kysytään hoitoon tulon syistä, hänen odotuksistaan hoidolle ja minkälaisia mahdollisuuksia tai haasteita hänen kokee itsellään olevan hoidon suhteen. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 25.) Kuluski ym. (2013, 115-116) tutkivat pitkäaikaissairaiden kokemuksia hoidon suunnittelusta. Hoidon suunnittelussa potilaat toivat esille kokonaistarpeiden arvioinnin merkityksen. Hoidon tarpeen arvioinnissa tärkeitä kysymyksiä ovat ” Mikä on sinun tavoitteesi?” ja ”Kuinka voimme auttaa sinua?” Potilaat pitivät tärkeänä sairauteen liittyvän potilaan historian kerryttämistä ja ymmärtämistä.

Osallisuuteen liittyvän aineiston lisäksi potilaan ja omaisen haastatteluista nousi tuloksia, jotka kuvasivat pitkäaikaissairaana potilaan elämänsäkaarta. Oma toimintakykyä, terveydentilaa ja tulevaisuuden mahdollisuuksia pohditaan kokonaisuutena, jossa peilataan nykytilannetta elämään ennen sairaalassa oloa ja sairaalassaolon jälkeen. Haastatellut kuvailevat sairastumiseen liittyviä

haasteita ja selviytymisiä, ja arvioivat tulevaisuuden näkymiä. Potilaalle ja hänen läheiselleen sairaalajakso on osa pitkän aikavälin kokonaisuutta. Hoidon suunnittelun kannalta potilaalta kerätyllä tiedolla hänen kokemuksistaan ja osaamisestaan sairautensa hoidossa voisi olla merkitystä, mutta tätä tietoa ei rakenteisesti kerätä ja hyödynnetä hoidon suunnittelussa.

Potilaan ja omaisen kokemusten kuuleminen sai minut pohtimaan, kuinka paljon sairautta tulkitaan terveyden ja toimintakyvyn näkökulmasta. Organisaatiossa työskenteleville sairaalajakso on yksittäistapahtuma, jonka kulku toimintaohjeineen on määritelty. Ammattilaiset tarjoavat potilaalle ja hänen läheisilleen hoitoprosessin mukaisen tiedon ja siihen liittyvät toimenpiteet. Potilaan tai tarvittaessa hänen omaisensa tietoja kerätään hoitoa suunniteltaessa organisaatiolähtöisen hoitoprosessin tietotarpeen mukaan. Kysymys kuuluukin, kenen tehtävä erikoistuneessa, tulosalueisiin ja yksiköihin jaetussa organisaatiossa on huolehtia pitkäaikaissairaalan potilaan hoidon koordinoinnista? Miksi potilaan omaa tietoa sairaudestaan, kotona pärjäämisestä, selviytymisestä ja voimavaroista ei koeta niin merkityksellisenä, että tiedon kerääminen kuuluisi hoitoprotokollaan kaikissa prosessin vaiheissa?

Pitkäaikaissairausten hoidossa eivät päde samat periaatteet kuin potilaan akuutin sairauden hoidossa. Pitkäaikaissairaalan aikaisemmat kokemukset vaikuttavat motivaatioon osallistua ja toimia. Potilaan usko tilanteensa helpottumiseen voi olla hiipunut. Sairaus sinällään on voinut uuvuttaa, tulevaisuudessa ei näy mitään odotettavaa. Ammattilaiset asettavat potilaalle odotuksia. Akuutisti sairaalle sallitaan ”sairaan rooli”, mutta pitkäaikaissairaalan odotetaan sopeutuvan tilanteeseensa ja ottavan vastuuta hoidostaan. Potilaat tulevat osastolle pääsääntöisesti akuutin sairastumisen seurauksena, osa päivystyksestä, osa jatkohoitoon erikoissairaanhoidon jaksolta, osa suoraan kotoa. Akuutista sairaudesta tai tilanteen vaikeutumisesta huolimatta suurimmalla osalla potilaista on pitkäaikaisia sairauksia, monien kohdalla pahenemisvaiheessa oleva sairaus.

Pitkäaikaissairauteen liittyy käsite hoitoväsymys (treatment burden). Se on monimuotoisena ilmenevää, sairauteen ja sen hoitoon liittyvää väsymystä. Hoitoväsymystä aiheuttavia tekijöitä ovat hoidon sivuvaikutukset, taloudellinen rasite, sairauden hoitoon menevä aika sekä psykososiaaliset tekijät, kuten sairauden vaikutukset perheeseen ja elämäntapaan. Terveydenhuoltojärjestelmään liittyvistä tekijöistä erityisesti potilaan ja hoitohenkilökunnan välisellä vuorovaikutus, tai sen puuttuminen voi olla yhtenä syynä potilaan hoitoväsymykseen. (Sav, King, Whitty, Kendall, McMillan, Kelly, Hunter & Wheeler 2015, 312) Samalla henkilöllä voi olla useita pitkäaikaissairauksia ja niiden kertyminen heikentää terveydentilaa ja vaikuttaa hoitolinjauksiin. Hoitoon sitoutumisen aste laskee, kun potilas ei odota hoidolla olevan edullisia vaikutuksia tilanteeseensa. (Watt 2000, 10-11.)

Kroonisia sairauksia sairastavat monisairaat potilaat viettävät paljon aikaa terveydenhuoltojärjestelmässä. Heidän arvioimanaan tärkeimmät hoidon laatua määrittävät tekijät liittyivät hoidon suunnitteluun, hoidon saatavuuteen ja laatuun sekä potilaiden ja henkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen. (Kuluski, Hoang, Schaink, Alvaro, Lyons, Tobia & Bensimon 2013.)

Hoitosuunnitelmasta keskustelua pidetään tärkeänä. Tavoitteiden asettamisen ja oletettavista tuloksista keskusteleminen tulisi olla osa hoitosuunnitelman tekoa. Potilaan pitää saada tietoa, jos hän sitä haluaa. (Kuluski ym. 2013, 116-117.) Kun terveydenhuollon ammattilaiset tarjottavat tietoa hoitovaihtoehdoista ja mahdollisista sivuvaikutuksista ja kuulevat potilaan mielipiteitä, hoitosuhde sallii potilaan olla aktiivisesti osallinen päätöksenteossa. Tämä mahdollistaa hoidon ja päivittäisen elämän yhdistämisen ja tukee hoitoon sitoutumista ja hoidon tuloksia. (Sav ym. 2013, 321.)

Pilottiin osallistuneiden hoitotyöntekijöiden tulosten arviointia

Tulosten perusteella vastaajat arvioivat osallisuutta tukevan toimintamallin vaikuttaneen hoidon suunnitteluun, potilaiden ja omaisten osallisuuteen, hoidon tavoitteellisuuteen ja mukana olleiden hoitajien asenteisiin ja tietoihin osallisuudesta. Kyselyyn vastanneet hoitajat arvioivat oman ymmärryksensä potilaan ja omaisen osallisuuden merkityksestä vahvistuneen. Myönteistä muutosta suhtautumisessa potilaan osallisuuteen tapahtui pilotoinnin aikana.

Analyysi tuotti tietoa myös osallisuuden tasoon vaikuttavista tekijöistä potilaan, omaisen ja toiminnan järjestämisen osalta. Resurssit ja toiminnan järjestäminen vaikuttavat siihen, missä määrin henkilökunta voi omalla toiminnallaan tukea potilaan ja omaisen osallisuutta. Henkilökunnan kiire vaikuttaa suoraan keskustelujen toteutumiseen. Tällä kyselyssä tulleella tuloksella on yhteys potilaan ja omaisen haastattelun tuloksen kanssa. Potilaan ja omaisen haastatteluista tuli esille henkilökunnan työkuorma ja ajan vähäisyys keskustelulle.

Potilaan osallisuus ilmeni vahvempana oman tahdon esille tulona, aktiivisena mukana olona hoidossa ja lisääntyneenä omatoimisuuteena. Tulokeskusteluiden yhteydessä otettiin esille potilaan omat tavoitteet hoitajaksolle. Osassa keskusteluita tavoitteesta keskustelu oli sujunut hyvin. Kyselyn tuloksena ilmeni myös päinvastaisia tietoja potilaan oman tavoitteen ja mielipiteen näkyvyydestä hoitosuunnitelmassa. Potilaan oma tavoite ja mielipide hoidon suunnittelusta ei käynyt ilmi lainkaan tai kävi ilmi epäselvästi potilaan hoitokertomuksesta.

Tulokeskustelulle ei ollut määritelty tarkkaa sisältöä, eikä keskustelun tekemisen aikataulua. Keskustelut on toteutettu vaihtelevilla tavoilla. Keskusteluissa osapuolena olleiden potilaiden terveydentilan arvioitiin vaikuttaneet osallisuuden tasoon.

Tuloksen mukaan toimintamallin mukainen hoidon suunnittelu lisäsi osapuolten yhteisymmärrystä hoidon tavoitteista ja motivoi tavoitteiden saavuttamiseen. Tämä yhdistyi myös kotiutusten suunnitteluun ja kuntouttavaan hoitotyöhön. Tiedon keräämisen tehokkuuden arvioitiin jopa vaikuttaneen resurssien käyttöön.

Tulosten perusteella ei voi päätellä missä määrin toimintamallin vaikutukset kohdistuivat hoidon suunnitteluprosessin tekijöihin ja missä määrin potilaan ja omaisen osallisuuteen. Määrällisesti potilaan ja omaisen osallisuuteen liittyvää aineistoa oli vähemmän kuin suunnitteluprosessin ja toiminnan toteutukseen liittyvää aineistoa. Tältä pohjalta voisi arvioida potilaan ja omaisen osallisuuden tukemisen lähtökohdan olleen osallisuuden tuomissa halutuissa vaikutuksissa hoidon tuloksiin, ei niinkään potilaan tai omaisen osallisuuteen kokemuksena ja laatutekijänä.

Arviointia toimintamallin implementoinnista

Isossa toimintayksikössä muutosten toteuttaminen ja juurruttaminen kulminoituu viestittämiseen. Johdon tuki muutokselle on ensiarvoisen tärkeä, henkilöstölle se on viesti muutoksen merkittävyydestä. Muutos tai käytäntö on koettava merkitykselliseksi oman työn kannalta. Pilotointi osoitti toimintamallin vaikuttaneen jossakin määrin osaston toiminnan järjestämiseen, kotiutusten suunnittelua tuki osapuolien yhtenäinen näkemys tavoitteista. Myös potilaiden arvioitiin motivoituneen tavoitteiden saavuttamiseen, omatoimisuus ja liikkuminen oli lisääntynyt. Potilaan ja omaisen haastattelun perusteella osallisuutta hoidon suunnittelussa oli vähän.

Osallisuuden kehittämisen toimintamallin suunnittelu perustui näyttöön, joka koostui yhdistelmästä hyviä käytäntöjä ja teoretietoa. Toimintamallin lähestymistapa olisi voinut toimia potilasryhmällä, jolla on akuutti tai suunniteltu yksittäinen hoitajakso ja ennusteena palaaminen terveenä tai ainakin hyvän toimintakyvyn omaavana takaisin arkeensa. Toimintayksikön potilaista valtaosa on pitkäaikais- ja monisairaita. Toimintamallin suunnittelussa ei huomioitu toimintayksikön hoitoon tulevien potilaiden hoidon suunnittelun erityispiirteitä.

Jonkin asteinen yllätys toimintamallin pilotoinnissa oli huomata, kuinka paljon enemmän olisi pitänyt huomioida sähköiseen potilastietojärjestelmään tehtäviä kirjauskäytäntöjä. Toimintamallin pilotointi osoitti, ettei jokainen yksittäinen vaihe toiminnan muutoksessa on tunnistettava ja sovitettava, miten ja minne asia kirjataan.

Toimintamallin suunnittelu ja pilotointi tehtiin yhdessä henkilökunnan kanssa. Pilotoinnin toteutuksessa pyrittiin huomioimaan konteksti, jossa kehittämistehtävä toteutetaan. Tuloksen perusteella ammattiryhmien välisessä tehtävienjaossa ja yhteistyössä oli kohtia, joita ei oltu tunnistettu

Näyttöön perustuvan toiminnan käytäntöön viemiseen on useita malleja. Mallien käyttö ei ole itsetarkoitus. Ne ovat tavoitteiden saavuttamisen välineitä, joiden soveltuvuutta tulee arvioida asiayhteyden ja käytettävyyden mukaan. Mallit voivat olla yleisluonteisia tai konkreettisia, jolloin näkökulma on joko toimijoissa, näytön levittämisessä tai organisaation ominaisuuksissa. Useimmissa malleissa toteutuu neljä keskeistä vaihetta: suunnittele, toteuta, arvioi, toimi ja vakiinnuta. (Holopainen ym. 2013, 91-92)

Näytön käyttöönotto on moniulotteinen, sosiaalinen ja pitkäkestoinen prosessi. Näytön käyttöönoton tueksi kehitettyjen toimintamallien käytäntöön soveltamiselle on haaste, että kontekstit, joihin näyttöä sovelletaan eivät ole staattisia. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 11.) Näytön käytäntöön viemisessä on huomioitava toimijoiden yksilölliset valmiudet, johtamiskulttuuri, prosessit ja henkilöstön yhteistyö. (Häggman-Laitila 2009, 26.)

Hoitotyöntekijöiden yhteiskehittämällä tekemässä potilaan ja omaisen osallisuutta tukevassa hoidon suunnittelun toimintamallissa ei oltu huomioitu pitkäaikaissairautta hoidon suunnitteluun vaikuttavana tekijänä. Potilaan tieto sairaudesta, kokemukset selviytymisestä ja odotukset hoitajaksolle eivät tulleet toimintamallin mukaisella tulokeskustelulla huomioituksi hoidon suunnittelussa. Pilotointia arvioineet hoitajat toivat esille ajan puutteen keskustelun käymiselle. Ajan puutteen lisäksi toimintamallin pilotointi toi esille sähköisen hoitokertomuksen merkityksen kriittisenä tekijänä potilaan osallisuuden kehittämisessä ja toimintojen käytäntöön viemisessä. Potilaan hoitosuunnitelma on sähköisessä muodossa ja hoitajat ja lääkärit kirjaavat eri lehdille.

Pilotointi toi esille osaston päivittäisen työn järjestämiseen liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttivat potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan toimintamallin pilotoinnin toteutukseen. Toimintamallin jatkokehittämisessä tarkastellaan toimintamallin vaiheiden sisältöä sekä osaston päivittäisen toiminnan järjestelyä. Eri ammattiryhmien tehtäviin aiheutuvia muutoksia tunnistettu toimintamallin pilotoinnin suunnittelussa, joten jatkokehittämisessä moniammatillinen yhteistyö oli yksi kehittämiskohde. Jatkokehittäminen käynnistyi kolmannen syklin havainnointivaiheessa pilotoinnin tulosten ollessa alustavia.

5.9 Lähteet

Aalto-Kallio, M., Saikkonen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2009. Arvioinnin kartalla, matka teoriasta käytäntöön. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.

Chan, E., Wong, F., Cheung, M. & Lam, W. 2018. Patients' perceptions of their experiences with nurse-patient communication in oncology settings: A focused ethnographic study. *PLOS ONE*, 13(6), 1–17.

Chochinov, H. 2007. Dignity and the essence of medicine: The A, B, C and D of dignity conserving care. *BMJ*, 335(7612), 184–187.

Efrainsson, E., Sandman, P-O. & Rasmussen, B. 2006. "They were talking about me" – elderly women's experiences of taking part in a discharge planning conference. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 68–78.

Ekdahl, A., Andersson, L. & Friedrichsen, M. 2010. They do what they think is best for me." Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling*, 80(2), 233–240.

Eriksson, E. & Arnkil, T. 2009. *Huoli puheeksi, opas varhaisista dialogeista*. Oppaita 60. STAKES. Helsinki.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Fowler, F., Levin, C. & Sepucha, K. 2011. Informing and involving patients to improve the quality of medical decisions. *Health Affairs*, 30(4), 699–706.

Grime, G. & Dudley, B. 2011. Developing written information on osteoarthritis for patients: facilitating user involvement by exposure to qualitative research. *Health Expectations*, 17(2), 164–173

Hedman, M., Pöder, U., Mamhidir, A-G., Nilsson, A., Kristofferzon, M-L. ja Häggström, E. 2015. Life memories and the ability to act: the meaning of autonomy and participation for older people when living with chronic illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 824–833.

Helgesen, A., Larsson, M. & Athlin, E. 2014. Patient participation in special care units for persons with dementia: A losing principle? *Nursing Ethics*, 21(1), 108–118.

- Holja, T. 2014. Ratkaisukeskeinen työote ikääntyneiden palveluohjauksessa. PP-esitys. Koulutusmateriaali.
- Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. ja Seppänen, S. 2014. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Helsinki: Fioca Oy.
- Häggman-Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö: systemaattinen katsaus implementointiin. *Hoitotiede*, 21(4), 243–258.
- Julkunen, I. & Heikkilä, M. 2007. User involvement in personal social services. Teoksessa R. van Berkel & B. Valkenburg (toim.) *Making it personal. Individualising activation services in the EU*. The Policy Press University of Bristol, 87–103.
- Karademas, E.C., Karamvakalis N. & Zarogiannos, A. 2009. Life context and the experience of chronic illness: is the stress of life associated with illness perceptions and coping? *Stress and Health*, 25 (5), 405–412.
- Keränen, K. 2013. CoCo – From co-production to co-creation. Julkaisussa *Tutkimustuloksista arvoa liiketoimintaan*. Tutkimusprojektijulkaisu. Helsinki: Tekes, 26–34.
- Keränen, K. 2015. An exploration of the characteristics of co-creation in the B2B service business. Department of Engineering. Sidney Sussex College. University of Cambridge.
- Kinnunen Outi. 2017. DOB – Datasta oivalluksia ja bisnestä. Haettu 24.2.2019. <https://coss.fi/wp-content/uploads/2017/12/5-Yhteiskehittäminen-1.pdf>
- Kirkpatrick, D & Kirkpatrick, J. 2007. *Implementing the four levels: a practical guide for effective evaluation of training programs*. San Francisco: Berret-Koehler Publishers.
- Koponen. L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä, Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Hoitotieteen laitos. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 302. Tampereen yliopisto. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy. Haettu 25. 2.2019. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67337/951-44-5822-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Korhonen, A., Jylhä, V., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta, tarpeesta tuloksiin. *Hoitotyön tutkimussäätiö*: Skhole Oy.

- Krippendorff, K. 2004. Content Analysis: An introduction to its methodology. 2nd ed. California: Sage.
- Kulla, H. 2015. Hallintomenettelyn perusteet. Talentum verkkokirjahylly: TalentumPro.
- Kulmala, J. 2017. Hyvällä johtamisella tyytyväisempiä työntekijöitä ja onnellisempia vanhuksia. Teoksessa J. Kulmala (toim.) Parempi vanhustyö. Juva: PS-kustannus, 10–17.
- Kuluski, K., Hoang, S., Schaink, A., Alvaro, C., Lyons, R., Tobias, R. & Bensimon, C. 2013. The care deli-very experience of hospitalized patients with complex chronic disease. *Health Expectations*, 14(4), 111–123.
- Laitila M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä, Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Dissertations in Health Sciences 31. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Lehtola, A. 2019. Terve sielu sairaassa ruumiissa. *Sairaanhoitaja* 94(4), 47.
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. Haettu 20.4.2019. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteenä%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1
- Luhtasela, L. 2009. Osallisuuden rakentuminen kuntouttavassa työtoiminnassa. Kuntouttavan sosiaalityön erikoisala. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. *Tutkimus* 99. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen Yliopistopaino.
- Mattelmäki, T. & Vaajakallio, K. 2011. Yhteissuunnittelu ja palveluiden ideointi. Teoksessa S. Miettinen (toim.) Palvelumuotoilu – uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy, 77–97.
- Mattelmäki, T. & Visser, F.S. 2011. Lost in Co-X. Interpretations of co-design and co-creation. Edit. Roozenberg, N.F.M., Chen, L.L. & Stappers, P.J. Diversity and unity. Proceedings of IASDR2011, the 4th World Conference on Design Research. The Netherlands. Haettu 15.2.2019. <http://studiolab.ide.tudelft.nl/studiolab/sleeswijkvisser/files/2018/12/MattelmakiSleeswijkvisser2011.pdf>
- Mönkkönen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Tallinna: Gaudeamus.

Naukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa, Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Kuopio: Kuopion Yliopisto.

Ojasalo, K, Moilanen, T & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät, Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: SanomaPro.

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus ja neuvontatyö. Helsinki: Gaudeamus.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto.

Pirinen, H. 2014. Esimies muutoksen johtajana. Helsinki: Talentum.

Robben, S., van Kempen, J., Heinen, M., Zuidema, S., Olde Rikkert, M., Schers, H. & Melis R. 2012. Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: a qualitative study. *Family Practice*, 29(6), 742–747.

Saarelma, K. 2013. Lääkäri toivon viestinä. Teoksessa R., Pelkonen, M., Huttunen & K., Saarelma (toim.) *Sairaus ja toivo*. Helsinki: Duodecim, 62–91.

Sav, A., King, M., Whitty, J., Kendall, E., McMillan, S., Kelly, F., Hunter, B. & Wheeler, A. 2015. Burden of treatment for chronic illness: a concept analysis and review of the literature. *Health Expectations*, 18(3), 312–324

Savola, E., Pelto-Huikko, A., Tuominen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Sata tapaa arvioida terveyden edistämistä. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa, Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Johtamistieteiden laitos. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1006. Tampere: Tampereen Yliopisto.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. Etene-julkaisuja 32. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE.

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

Thoresen, L. & Lillemoen, L. 2016. ”I just think that we should be informed” a qualitative study of family involvement in advance care planning in nursing homes. *BMC Medical Ethics*, 17(1), 1–13.

Tiittula, L. & Ruusuvoori, J. Johdanto. Teoksessa J. Ruusuvoori & L. Tiittula (toim.) 2005. Haastattelu, Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 9–21.

Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T. & Chaboyer, W. 2016. Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(4), 362–370.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuulaniemi, J. 2013. Palvelumuotoilu. Helsinki: Talentum.

Vaajakallio, K. 2012. Design games as a tool, a mindset and a structure. Doctoral Dissertations 87/2012. School of Arts, Design and Architecture. Helsinki: Aalto University.

Uhlenbusch, N., Löwe, B., Härter, M., Schramm, C., Weiler-Normann, C. & Depping, M. 2019. Depression and anxiety in patients with different rare chronic diseases: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 14(2), 1–17.

Virtanen, P. 2009. Projekti strategian toteuttajana. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Watt, S. 2000. Clinical decision-making in the context of chronic illness. *Health Expectations*, 3(1), 6–16.

Ylempi amk–opinnäytetyö (Sosiaali- ja terveysala). Haettu 2.11.2015. Opinnäytetyöpakki. Kajaanin AMK. [http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/Ylempi-amk-\(Soteli\)/Opinnaytetyoprosessi/Lahtokohdat-ja-tavoitteet](http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/Ylempi-amk-(Soteli)/Opinnaytetyoprosessi/Lahtokohdat-ja-tavoitteet)

6 Potilaan ja omaisen osallisuuden yhteiskehittäminen (Sykli 4.)

Kolmannen syklin havainnoinnin alustavien tulosten perusteella, potilaan osallisuuden kehittäminen vaati vielä laajempaa kontekstin tuntemusta. Uusien toimintatapojen kokeilussa ja käytäntöön viemisessä on huomioitava, miten ne vaikuttaisivat päivittäisten tehtävien hoitamiseen. Osaston toimintaa ohjaavat monien eri toimijoiden aikataulutetut tehtävät ja myös mahdolliset yksilölliset mieltymykset tehtävien toteutuksessa. Neljännen syklin tavoitteena oli kartoittaa potilaan osallisuutta tukevan hoidon toteutukseen uusia ideoita sekä tietoa toimintamallin käytäntöön viemisen tueksi. Kehittämiskysymykseksi muodostui; mitkä tekijät on huomioitava potilaan ja omaisen osallisuuden jatkokehittämisessä?

6.1 Yhteiskehittäminen työhyvinvointi-iltapäivissä (Suunnittelu)

Kehittämistehtävän luvuissa 1.4 ja 5.2 käsiteltiin yhteiskehittämisen tietoperustaa. Toimintatutkimuksen prosessi on yhteisöllinen, olennaista on osallistuminen asioiden käsittelyyn (Kiviniemi 1999, 64-66). Osallistujat tunnistavat osaamisensa ja roolinsa kehittämistehtävän toteutuksessa, käsitteellistessään kehittämiskohdetta arkisen toiminnan kautta (Pikkarainen 2010, 179-180). Yhteiskehittäminen voidaan ymmärtää palvelun eri osapuolten välisenä kollektiivisena luovuutena (Mattelmäki & Visser, 11).

Jatkuva muutos ja uudistamistarve suuntaa johtamista innovoinnin tukemiseen. Innovaatioteorioissa luovuuden ja oman asiantuntijuuden käyttämisen arvioidaan tukevan työmotivaatiota. (Seeck 2008, 243-244.) Valmentava johtaja antaa tilaa henkilöstön ideoille (Suonsivu 2011, 180). Valmius yhdessä kehittämiseen ie synny itsestään. Yksi lähijohtamisen tehtävistä on ohjaaminen yhdessä kehittämiseen. Yhteiskehittäminen tukee myönteistä sitoutumista työhön. (Mäkisalo-Ropponen 2016, 85.)

Työyksikön työhyvinvointi-iltapäivissä (jatkossa tyhy-iltapäivä) päätettiin toteuttaa yhteiskehittämisen työpajat. Aiheina pajoissa oli potilaan ja omaisen osallisuus hoitoon ja kuntouttava työote. Keskusteluun haluttiin nostaa ammattiryhmien tehtävät, yhteistyö ja tehtävienjakopotilaan hoidon suunnittelussa. Yhteiskehittämisen teoria tuki aiheiden käsittelyä työhyvinvointi-iltapäivässä.

6.2 Työhyvinvointi-iltapäivien työpajat (Toiminta)

Tyhy-iltapäivien työpajoja järjestettiin kuusi. Niihin osallistui lähes koko osaston hoitohenkilökunta. Osastonlääkäreille laitettiin tieto työpajojen aikataulusta ja toivottiin heidät tervetulleiksi osallistumaan, mikäli työtilanne sen sallii.

Kehittämismenetelmänä työpajoissa käytettiin prosessikävelyä. Prosessikävely sopii palveluprosessin vaiheiden jatkokehittämiseen tai arviointiin. Ohjaaja on valmistanut ennakkoon paperille tai fläppitauluille prosessin vaiheet. Tilan, jossa kävely toteutetaan, on oltava suurehko. Osallistujat liikkuvat ryhmänä prosessin vaiheet läpi keskustellen ja kirjaten kehittämisideoita ja kysymyksiä. Lopuksi ohjaaja tekee prosessista koosteen. (Prosessikävely 2012.) Prosessikävely toteutettiin tyhy-iltapäivissä pienin muokkauksin Innokylän kuvaamasta mallista.

Yhteiskehittämisen aluksi perehdyttiin PowerPoint esityksen (liite 6) avulla työpajan aiheeseen, tavoitteisiin ja toteutukseen. Iltapäivään osallistujat jaettiin kahdeksi ryhmäksi ja molemmat ryhmät kiersivät kaikki eri prosessin pisteet. Koska ryhmät olivat pieniä (3-4 henkilöä), oli kaikilla osallistujilla mahdollisuus keskusteluun. Kehittämisideat, kommentit ja kysymykset kirjoitettiin post-it-lapuilla prosessipisteille, jotka oli tehty A5-kokoisille papereille. Osa prosessipisteistä oli tilan seinille kiinnitetty, osa oli pöydillä. Pisteitä oli yhteensä kuusi. Ohjaaja ei osallistunut kävelyyn, mutta kävi molempien ryhmien luona jossakin vaiheessa työskentelyä ja huolehti aikataulussa pysymisestä. Osallistujaryhmät eivät innostamista tai tukea työstämislle tarvinneet. Keskustelua ja ideointia oli runsaasti.

Aikaa prosessin pisteillä työskentelyyn oli varattu noin tunti, jonka jälkeen jatkettiin aiheesta keskustellen noin tunnin ajan. Loppuyhteenvedo käytiin niin, että edettiin pisteeltä toiselle keskustellen yhdessä ryhmien esityksistä asiasta. Ohjaaja toimi fasilitaattorina tehden täsmäntäviä kysymyksiä ja lisäksi uusia post-it lappuja käydyn keskustelun perusteella. Yhteenvetovaiheissa keskustelu oli monipuolista. Lähes kaikissa ryhmissä keskustelua olisi riittänyt vielä pitemmäksi aikaa. Lopuksi ohjaaja keräsi pisteillä olleet post-it-laput jatkotyöstämistä varten.

6.3 Tyhy-iltapäivien aineiston analysointi, tulokset ja niiden arviointia (Havainnointi)

Tyhy-iltapäivien prosessikävelyt tuottivat kommentteja, ideoita ja kysymyksiä 269 post-it lapulta, jotka kuvasivat potilaan ja omaisen osallisuuteen liittyviä tekijöitä hoidon suunnittelun nykytilannetta ja tavoitetilaa eri näkökulmista. Aineistosta tehtiin teoriaohjaava sisällönanalyysi

vastaavalla tavalla kuin luvussa 5.3.2. Tekstit litteroitiin ja koodattiin analyysiyksiköittäin, joka oli asiakokonaisuus. Analyysiyksiköt ryhmiteltiin alaluokiksi ja alaluokista muodostettiin yläluokat, jotka ovat potilaan osallisuuden tukeminen, potilaan osallisuuden haasteet ja omaisen osallisuus. Taulukossa 10 on esimerkki tyhy-iltapäivien sisällönanalysistä.

Taulukko 10. Esimerkki tyhy-iltapäivien aineiston sisällönanalysista

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Potilaan mielipide kotona pärjäämisestä 70a Potilaan ja omaisen mielipiteen kirjaaminen HOKE:lle hoidon tavoitteesta 38 Potilaan mielipide kotiutumisesta 66. Potilaan ajatukset kotiutumisesta 67.	Mielipide kotona pärjäämisestä 70a Potilaan ja omaisen mielipide hoidon tavoitteista HOKE:lle 38. Mielipide kotiutumisesta 66. Potilaan ajatukset kotiutumisesta 67.	c.Potilaan mielipide hoitosuunnitelmasta (70a, 38, 66, 67) f. Yksilöllinen hoitosuunnitelma (61, 60a, 60b, 47, 35) b.Hoitosuunnitelmasta keskustelu (6b, 43a.)	II. Yhteistyö hoidon suunnittelussa (c, f, b, r) I.Osallisuutta tukeva vuorovaikutus (a, g) III.Tieto osallisuuden tekijänä (d, e, i) IV.Potilaan oikeudet (j, l)	A. Potilaan osallisuuden tukeminen (I, II, III, IV) B. Potilaan osallisuuden haasteet (V, VI, VII, VIII) C. Omaisen osallisuus (IX, X, XI, XII)
Potilaan voimavarojen kartoittaminen 61. potilaan tilanteen mukaan muitakin kuin liikkumiseen liittyviä tavoitteita toimintakyvyn tukemiseen 60a Potilaan elämänlaadun huomioiminen tavoitteiden asettamisessa 60b Potilaan hoitosuunnitelma ei saisi olla samalla muotilla tehty 47. Saattohoitopotilaan tavoitteiden asettaminen 35. hoidon suunnittelusta kertominen potilaalle jää vähälle 6b Hoitosuunnitelmasta keskustelu toteutuu 43a Tavoitteen asettaminen potilaan kanssa jää vähälle 16. Tavoitteista keskustelu potilaan kanssa 40a. Kysyminen potilaalta tavoitteista 23. Kysyminen, mitkä ovat potilaan toiveet osastolla ololle 27. Mitä potilas itse toivoo kotiutumiseen liittyen 68.	Potilaan voimavarojen kartoittaminen 61. Tilanteen mukaan tavoitteita toimintakyvyn tukemiseen 60a Elämänlaadun huomioiminen tavoitteiden asettamisessa 60b Hoitosuunnitelmaa ei samalla muotilla tehty 47. Saattohoitopotilaan tavoitteiden asettaminen 35. Hoidon suunnittelusta keskustelu vähälle 6b. Hoitosuunnitelmasta keskustelu toteutuu 43a. Tavoitteen asettaminen potilaan kanssa vähäistä 16. Tavoitteista keskustelu potilaan kanssa 40a. Kysyminen potilaalta tavoitteista 23. Kysyminen potilaan toiveet osastolla ololle 27. Potilaan toiveet kotiutumiseen liittyen 68.	r. Potilaan tavoitteet ja toiveet (16, 23, 40a, 27, 68)		

Potilaan osallisuuden tukeminen

Potilaan osallisuuden tukeminen pääluokka muodostuu yläluokista *yhteistyö hoidon suunnittelussa, osallisuutta tukeva vuorovaikutus, tieto osallisuuden tekijänä ja potilaan oikeudet*. Potilaan osallisuuden tukemisen pääluokka kuvaa sekä nykytilannetta, että henkilökunnan tietoisuutta siitä, minkälaista toiminnan tulisi olla, että se tukisi potilaan osallisuutta. Hoitoa toteutetaan jos-sain määrin aineiston kuvaamalla osallisuutta tukevalla tavalla, mutta toiminnalle ei ole yhteisiä käytäntöjä. Toimintatapa työskentelylle muodostuu sekä työn järjestelyistä, työskentelykulttuurista että jokaisen työntekijän henkilökohtaisesta tavasta toimia ja asenteesta potilaan ja omaisen osallisuuteen.

Yhteistyö hoidon suunnittelussa yläluokka muodostuu alaluokista potilaan mielipide hoitosuunnitelmasta, yksilöllinen hoitosuunnitelma, hoitosuunnitelmasta keskustelu ja potilaan toiveet ja tavoitteet. Yksilöllisen hoitosuunnitelmaa perusta on potilaan voimavarojen ja toimintakyvyn selvittäminen. Potilaalta kysytään mielipidettä kotona pärjäämisestä. Hoitosuunnitelmaa ei pitäisi tehdä samalla muotilla. Yhteistyöhön hoidon suunnittelussa kuuluu potilaan tavoitteiden ja toiveiden selvittäminen. Esille tuotiin, että hoitosuunnitelmasta ja hoidon tavoitteista keskustelu potilaan kanssa jää vähälle.

Hoitosuunnitelmasta keskustelu potilaan kanssa tapahtuu päivittäisen työn lomassa. Oleellista on, että potilas tietäisi hoidon tavoitteet. Hoidon tavoitteiden asettaminen potilaan kanssa yhdistyi tuloksissa potilaan motivoitumiseen. Kuntoutumisen osatavoitteista ja potilaan kannustamisesta ja tukemisesta toimimaan oli useita ilmaisia. Potilaan hoitosuunnitelmaan, hoidon tavoitteiden asettamiseen ja kuntoutumisen tavoitteisiin liittyvissä ilmaisuista tuli esille tehtävienjako ja yhteistyö eri ammattiryhmien välillä merkittävänä tekijänä.

Yläluokka *yhteistyö hoidon suunnittelussa* on yhteydessä yläluokkaan *tieto osallisuuden tekijänä*. Potilaan hoidon tulee perustua potilaan elämäntilanteeseen. Yksilöllisyys ei toteudu, jos hoitosuunnitelmasta jää pois potilaan omat tiedot ja hänen käsityksensä tilanteestaan. Potilas ei voi osallistua keskusteluun hoitosuunnitelmasta, jos häneltä puuttuu sitä koskeva tieto. Ilmaisuissa oli useita mainintoja potilaalta kysyttävistä asioista, joilla selvitetään, kuinka paljon potilas tietää sairaalaan tulon syistä ja sairaalaan tuloa edeltävästä tilanteesta. Tiedustelemalla, mitä hän potilas tietää, hoitaja saa käsityksen, mitä tietoa potilaalta mahdollisesti puuttuu ja mistä asioista hänelle tulee kertoa.

Tieto osallisuuden tekijänä sisältää alaluokan tieto osaston tavoitteista. Potilaille tulisi kertoa kuntoutumisen ja kotiutumisen tavoitteista. Tieto osallisuuden tekijänä sisältää myös potilaalle tarjottavan tiedon osaston toiminnasta; tiloista, hoidon suunnittelusta ja käytännöistä, kuten osaston aikatauluista ja hoitajakutsun toiminnasta.

Potilaan kertomaan tietoon liittyy ilmaisu tunnepuhe vastaan tosiasiapuhe. Tässä yhteydessä, sillä tarkoitettiin, ettei potilaan tulkinta omasta toimintakyvystään tai kotona pärjäämisestään mahdollisesti vastaa todellista toimintakykyä. Esimerkkinä mainittiin tilanne, jossa potilas ei luota liikkumiskykynsä, pelkää kaatumista ja yksinoloa ja arvioi mahdollisuutensa pärjätä kotona heikoksi. Tiedon saamiseen liittyy ilmaisu, että potilaalle kerrotaan hoitoon liittyvistä asioista potilaan niin halutessa. Eli käänteisesti, potilaan ei tarvitse vastaanottaa tietoa. Potilaalla on oikeus kieltäytyä vastaanottamasta tietoa (Lohineva-Kerkelä 2014, 157).

Yläluokka osallisuutta tukeva vuorovaikutus muodostuu alaluokista; keskustelu on perustehtävä ja samalla tasolla oleminen. Nämä luokat kuvaavat hoitajien arviota vuorovaikutuksen tärkeydestä ja osallisuutta tukevasta tavasta toimia vuorovaikutuksessa. Aineiston perusteella keskustelu potilaan kanssa arvioitiin erittäin tärkeäksi hoitotyön toiminnoksi. Keskusteluun tarvitaan aikaa. Esille tuli, että keskustelua pitäisi arvostaa yhtä tärkeänä hoitotyön tehtävänä kuin muitakin hoitotyön tehtäviä. Potilaan kanssa käydyn keskustelun kirjaamiseen todettiin olevan tärkeää ja kirjaamisen paikan hoitosuunnitelmassa todettiin olevan rakenteisen kirjaamisen komponentin ”sosiaalisen kanssakäymisen tukeminen” alla. Kirjaamisen käytäntöjä voi pohtia: onko potilaan kanssa käydyn keskustelun tarkoitus aina sosiaalisen kanssa käymisen tukeminen, vai onko keskustelulla joskus joku muu tavoite?

Alaluokka samalla tasolla oleminen kuvaa tasavertaisuutta ja kumppanuutta potilaan kanssa. ”Asettuminen potilaan asemaan”, ”potilas on yhteistyökumppani” ja ”potilaalla ja henkilökunnalle yhteinen tieto hoidosta” kuvaavat empatiaa ja asiakaslähtöistä asennetta. Potilaan osallisuuden yksi perustekijä on tasa-arvoinen vuorovaikutus henkilökunnan ja potilaan välillä Lähde

Potilaan oikeudet yläluokka muodostuu alaluokista itsemääräämisoikeus ja potilas ensisijainen tiedonantaja. Tuloksissa tulee esille potilaan ensisijaisuus hoidon osallisena. Tähän kuuluu muun muassa potilaan itsemääräämisoikeuden huomioiminen, vaikka omainen osallistuisikin potilaan hoidon suunnitteluun. Korostettiin myös potilaalta tarkistamista, kenelle ja minkälaisia tietoja hänen hoidostaan saa antaa. Potilaan asioista kertomisessa omaisille on huomioitava, että kerro-

taan hoidon kannalta oleelliset asiat. Tämä kohta on yhteydessä edellä mainittuun tietojen antamisen kysymiseen liittyvään kohtaan. Myös toimintakyvyltään tai tiedollisesta kyvyltään alentuneella potilaalla on omaa hoitoaan koskeva yksityisyyden suoja.

Potilaan osallisuuden haasteet

Pääloukka *potilaan osallisuuden haasteet* sisältää yläluokat *potilaan kyvyttömyys osallistumiseen, potilaan ohittaminen, potilaan tavoite on eri kuin ammattilaisten ja osaston toiminta*. Osallisuuden haasteet pääloukka ilmentää potilaiden toimintakykyä, nykyistä työtoimintaa ja toiminnan järjestelyjä osastolla.

Osaston toiminnan luonne ja toiminnan järjestäminen vaikuttavat henkilökunnan mahdollisuuksiin ja tapaan toimia. Tähän liittyen voi pohtia organisaatio- ja työkuultuuria, miten ne ohjaavat ikääntyneiden potilaiden hoidon ja palvelun järjestämisen periaatteita.

Potilaan osallisuudelle esteen saattaa muodostaa potilaan toimintakyky. Yläluokka *potilaan kyvyttömyys osallistumiseen* muodostuu alaluokista; muistisairaus on ongelma ja potilas ei pysty kertomaan. Tyhy-iltapäivän tuloksen mukaan potilaiden muistisairaudesta arvioitiin olevan esteen potilaan osallisuudelle. Tiedollisen kyvyn alenemisen vuoksi potilaiden ymmärrys sairaudesta ja sairaalassa olon syistä on heikentynyt. Potilaiden arvioitiin harvoin ymmärtävän, mikä on heidän sairaalassa olonsa syy. Potilaiden kyky asettaa realistisia tavoitteita sairaalajaksolle arvioitiin heikoksi. Esille tuotiin, ettei iso osa potilaista kykene olemaan mukana hoitosuunnitelman teossa.

Myös osallisuutta tukevan pilotoinnin vaikutuksia kartoittaneen kyselyn tuloksien mukaan potilaan osallisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan sairaudet ja ikä. Molemmassa aineistoissa (pilotoinnin vaikutukset ja tyhy-iltapäivän työpajat) korostui käsitys potilaan muistisairaudesta haasteena osallisuudelle.

Yläluokka *potilaan ohittaminen* muodostuu aineistosta, joista käy ilmi potilaan jäävän toissijaiseksi osapuoleksi hoitoa suunniteltaessa. Potilaalla voi olla hoitosuunnitelmaan asetettuja tavoitteita, mutta niitä ei ole kerrottu potilaalle. Joitakin vaiheita hoidon suunnittelussa lähdetään toteuttamaan ensisijaisesti omaisen, ei potilaan kanssa. Kotiutuksesta sovitaan omaisen kanssa ja kotiutusohjeita käydään läpi enemmän omaisten kuin potilaiden kanssa. Esille nousi kysymys, tietääkö potilas viimeisenä kotiutuksesta. Yksi lausuma potilaan osuudesta kotiutuksen suunnitteluun liittyen oli ”potilaalle ilmoitetaan hienovaraisesti kotiutuksesta.” Lauseen merkitystä voi pohtia. Korostuuko ilmaisussa hienovaraisuus, jolla pyritään tiedon kertomiseen varovaisesti, vai

ilmoittaminen, joka kuvastaa vaihtoehdottomuutta. Asia on sovittu valmiiksi ja siitä tiedotetaan potilaalle.

Potilaan tavoite on eri kuin ammattilaisten yläluokkaan kuuluva aineisto sisälsi useita ilmauksia, joissa arvioitiin potilaan tavoitteiden olevan epärealistisia tai potilaalta puuttuu selkeä tavoite hoidolle. Potilaan tavoitteen mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun arvioitiin mahdolliseksi, jos potilaan tavoite on realistinen. Koska potilaan tavoitteiden realistisuutta kohtaan oli epäilyjä, tuotiin esille, että potilaan kertomista tavoitteista voisi kysyä mielipidettä potilaan omaisilta. Potilaiden epärealististen tavoitteiden yhdeksi tekijäksi arvioitiin potilaiden saaneen väärin odotuksiin johtanutta tietoa jatkohoidon toteutuksesta edellisessä hoitopaikassa. Potilaiden käsityksen omasta hoidon tarpeestaan arvioitiin olevan usein erilainen kuin henkilökunnan tekemä tarpeen arvio.

Aineistosta nousi esille, että osaston toiminnasta ja hoidon suunnittelusta kertominen potilaalle jää vähiin. Samoin tavoitteen asettamista hoidolle potilaan kanssa tapahtuu vähän. Kotiutuminen tuli esille useissa analyysiyksikössä yhdistettynä potilaan hoidon tavoitteeseen, jopa niin, että yhdessä analyysiyksikössä potilaiden tavoitteista todettiin: ”meillä aina kotiutuminen.” Kotiutumisen korostuminen potilaan hoidon tavoitteena liittyy jossain määrin Kainuun sotessa viime vuosina tehtyyn vuodeosastojen potilaspaikkojen vähentämiseen, joka on aiheuttanut painetta toiminnan tehostamiselle.

Yläluokka *osaston toiminta* kuvaa niitä tekijöitä osaston toiminnan järjestelyissä tai toimintatavoissa, jotka voivat olla haaste osallisuudelle. Alaluokat ovat; ajanpuute, puuttuvat toimintakäytännöt, sähköinen potilastietojärjestelmä ja esitemateriaalien tarve. Henkilökunta toi esille tarpeen esimateriaaleille kuntoutumisen tavoitteista ja osaston toiminnasta. Osaston resursseihin ja työn määrään liittyy ilmaisu ”ajan säästämiseksi hoitaja voi jättää ottamatta asioita puheeksi.” Päivittäisen työn järjestämisen ja tehtävien priorisoinnin vuoksi hoitajat rajoittavat potilaiden kanssa keskusteluaan.

Alaluokka puuttuvat toimintakäytännöt kuvaa tehtäviin, tehtävien jakoon tai niiden suorittamiseen liittyvää epätietoisuutta tai puuttuvia käytäntöjä. Potilaan tulohaastatteluun liittyi useita ilmaisuja, kuten ”tarvitaan haastattelurunko”, ”kuka haastattelun tekee?” ja ”haastatteleeko vastuuhoitaja vai kenttähoitaja?”

Sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöä kuvaava alaluokka sisälsi määrällisesti paljon ilmaisuja. Potilaan hoidon suunnittelua varten tietoa haetaan potilastietojärjestelmästä. Potilaan sairaalajaksoa edeltävän ajan toimintakyvyn kartoittamisessa mainittiin erityisesti kotihoidon hoito-

ja palvelusuunnitelma ja YLEHOI-lehti. Tuloksen perusteella on syytä nostaa keskusteluun, missä määrin potilaan hoidon suunnittelua ohjaa järjestelmän tuottama tieto ja missä määrin potilaan kertoma tieto. Toimintakäytäntöihin liittyvää tyhy-iltapäivien tulosta esitellään mind-map tyyppisillä koosteilla luvussa 6.3.3.

Omaisen osallisuus

Pääluokka omaisen osallisuus sisältää yläluokat *omaisyhteistyön haasteet, omaisen osallisuuden roolit, omaisen tarpeiden huomioiminen ja omaisyhteistyön käytännöt*.

Yläluokka *omaisyhteistyön haasteet* muodostuvat alaluokista omaisten vähäinen osallistuminen, omaisen tavoite on eri kuin ammattilaisten ja omaisten toimintatavat. Selkeä este potilaan omaisen osallisuudelle on, kun omaisia ei ole, tai omaiset eivät halua osallistua. Omaisia voi olla vaikea tavoittaa, yhteystiedot eivät ole ajan tasalla tai omaisen ei syystä tai toisesta vastaa puhelimeen.

Yläluokka *omaisten toimintatavat* ilmentävät omaisten toimintatapaa, joka on jollakin tapaa haasteellinen osastolla työskentelevien näkökulmasta. Omaisen omasta näkökulmasta toiminta on perusteltua osallistumista potilaan hoitoon. Hoitotyön päivittäisten tehtävien järjestämisen näkökulmasta asia voi olla haaste. Omaiset voivat tulla kysymättä hoitajien kansliaan halutessaan tietoja potilaasta. Potilaan vointia tiedustellaan usein tai samasta potilaasta tiedustelee usea henkilö samana päivänä. Omaisille esitetään toive, että yksi henkilö tiedustelisi voinnista ja tiedottaisi muille omaisille. Erityisen haastavaa omaisten kanssa tehtävä yhteistyö on silloin, kun omaiset ovat keskenään erimielisiä.

Omaisen tavoite on eri kuin ammattilaisten yläluokka, kuvastaa henkilökunnan käsitystä omaisten mielipiteestä potilaan hoidon tarpeesta ja toimintakyvystä. Omaisen mielipide potilaan kotonan pärjäämisestä on erilainen kuin esimerkiksi kotihoidon henkilökunnan mielipide. Omaisen mielipide potilaan hoidon tarpeesta osastojaksolla voi olla erilainen kuin henkilökunnalla. Omaisen mielipiteisiin yhdistyi muutamissa ilmaisissa ”tunnepuhe,” tunteiden arvioitiin vaikuttavan omaisen suhtautumiseen potilaan hoidon suunnitteluun.

Yläluokka *omaisen osallisuuden roolit* muodostuvat alaluokista tiedon kertominen potilaan tilanteesta, potilaan edustajana toimiminen, potilaan kuntoutumiseen osallistuminen ja kotiutumiseen osallistuminen. Edellä mainittujen roolien todentuminen osaston päivittäisessä toiminnassa on vaihtelevaa. Omaisen osallistuminen potilaan kuntoutumiseen osastojaksolla todettiin olevan kehitettävän asian. Kuntouttavasta työotteesta tarvitaan esitemateriaalia omaisille jaettavaksi.

Potilaan kuntoutumisen tavoitteen asettamisessa ja tavoitteesta informoimisesta omaisille arvioitiin olevan kehitettävää. Osallisuutta tukevan toimintamallin pilotoinnin jälkeen tehdyssä kyselyssä arvioitiin omaisen olleen satunnaisesti mukana hoidon suunnittelussa ennen pilotointia ja pilotoinnin aikana säännönmukaisesti.

Alaluokka tiedon kertominen potilaan tilanteesta sisälsi runsaasti vastauksia. Vastausten perusteella omaiselta kysytään potilaan tilanteesta enemmän kuin potilaalta itseltään. Omaiselta saadaan tietoa potilaan toimintakyvystä ennen sairaalajaksoa, potilaan voinnin muutoksista ja kotiutumisen edellytyksistä. Jos potilas ei itse kykene kertomaan asioistaan todettiin omaisen edustavan potilasta. Omaisen viesti kulkee usein hoitajan välittämänä eteenpäin muille hoitoon osallistuville: ”Omaisen pyyntöjen pohjalta tiedotetaan hoitavalle lääkärille ja fysioterapeutille.”

Omaisen osallisuuden rooleissa korostui kotiutukseen osallistuminen. Kotiutukseen osallistuminen sisälsi alaluokan kotiutumisen suunnittelu hoitajakson alussa ja kotiutuskäytännöt. Osaston strategiassa kuntouttavan hoitotyön tavoitteena on potilaan ja läheisen valmentaminen hoidon ja kuntoutuksen toteuttamiseen ja kotiutumiseen, ja että kotiuttamisen suunnittelu alkaa heti hoitajakson alussa. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän tulokortisto 2017.) Aineiston perusteella hoitajat keskustelevat nimenomaan omaisen kanssa kotiutumiseen liittyvistä asioista hoitajakson alussa. Kotiutumisen käytännöt sovitaan omaisen kanssa. Ilmoitus kotiutumisesta tehdään omaiselle ja kotiutusohjeet käydään läpi omaisen kanssa.

Yläluokka *omaisen tarpeiden huomioiminen* muodostuu alaluokista omaisen kuuleminen, omaisen palveluiden tarve ja omaisen jaksaminen. Alaluokka omaisen kuuleminen ilmentää hoitajien ymmärrystä ja empatiaa omaista kohtaan. Aineiston perusteella omaista kuunnellaan ja selvitetään näin hänen mielipiteitään potilaan hoidosta. Hoitajat toivat esille huolensa omaisen jaksamisesta osallistua potilaan hoitoon. Hoitajat arvioivat joidenkin omaisten olevan niin kuormittuneita, että omaisilla itsellään on palveluiden tarve. Esille tuotiin omaisilla olevan muun muassa sosiaaliohjauksen ja psyykkisen tuen tarpeet.

Yläluokka *omaisyhteistyön käytännöt* muodostuvat alaluokista yhteyden ottamisen aikataulu, yhteydenottamisen aihe, omaisen rohkaiseminen osallistumaan ja hoidosta ja hoitosuunnitelmasta kertominen. Nämä alaluokat sisältävät suurimmaksi osin kuvausta toiminnan nykytilasta. Alaluokan omaisten rohkaiseminen osallistumaan voi arvioida kuvaavan enemmän tavoitetilaa, kuin nykykäytäntöä. Omaisten rohkaisulle osallistumaan ei ole yhteisiä toimintakäytäntöjä.

Aineistosta nousi kommentteja siitä, missä vaiheessa potilaan hoitojaksoa otetaan yhteyttä omaiseen. Yksi näkökulma on, että omaiseen otetaan heti hoitojakson alussa. Esille nousi yhteydenottaminen ensikontaktilla, millä oletettavasti tarkoitetaan sitä, kun omainen ensimmäisen kerran tulee osastolle tai ottaa puhelimitse yhteyttä. Henkilökunnan pitäisi olla aloitteellinen vuorovaihtuksessa. Useissa vastauksissa tuotiin esille, ettei potilaan hoidon ensimmäisinä päivinä ole sopiva aika keskustella potilaan hoidon tavoitteista. Koska potilaan tulovaiheessa tietoa on vähän, hoidon tavoitteista on vaikea keskustella.

Esille tuli näkökulma, että potilaan omaiseen tulee ottaa tai otetaan hoitojakson alussa aina yhteyttä. Yhteydenoton aiheena nousi esille hoidon tarpeen kartoittamiseen liittyvän tiedon kerääminen ja kotiutuksen suunnitteluun liittyvän tiedon kerääminen.

Alaluokka omaisen rohkaiseminen osallistumaan sisältää muutamia vastauksia, joissa tuotiin esille omaisten rohkaiseminen osallistumaan potilaan hoitoon. Omaisille voisi tarjota mahdollisuutta osallistumiseen. Tähän kuitenkin on jatkohuomiona kommentoitu, ettei omaisilla välttämättä ole osaamista hoitoon osallistumiseen.

Omaisten osallisuuteen liittyvässä aineistossa hoidosta ja hoitosuunnitelmasta kertominen alaluokka muodostuu vastauksista, joista toinen ryhmä kertoo hoitosuunnitelmasta ja tavoitteista informoimiseen ”hoidon tavoitteista ilmoittaminen”, kerrotaan hoitosuunnitelmasta” ja ”kerrotaan hoitosuunnitelmasta, jonka tavoite on kotiutuminen.” Toinen ryhmä analyysiyksiköistä muodostui potilaan tilanteesta kertomiseen liittyvistä aineistosta, kuten laboratoriotulosten kertomiseen.

Mind-map kuvioita tyhy-iltapäivien tuloksista

Tyhy-iltapäivien tuloksia koostettiin mind-map kuvioina prosessikävelyn vaiheiden mukaisesti. Kuviot sisältävät nykytilanteen kuvausta, kommentteja, ideoita ja kysymyksiä. Potilaan tulotilanteesta (kuva 5) todettiin perustietojen tarkistuksen voivan jäädä tekemättä. Mahdollisesti syynä on, että oletetaan sähköisessä järjestelmässä olevan jo ajantasaiset tiedot. Tulotilanteessa potilaalle tulisi tarjota perustietoa osaston toiminnoista potilasturvallisuuden ja potilaan osallisuuden vuoksi. Opasta tai esitemateriaalia osaston toiminnasta potilaalle ja omaiselle ei ole. Ajan järjestäminen on haaste perusteelliselle toiminnan esittelemiselle potilaan tulotilanteessa.



Kuva 5. Potilaan tulotilanne

Potilaan tulohaastattelun (kuva 6) tekeminen rakenteisesti, sovitulla toteutustavalla ja sisällöllä, ei kuulu nykyiseen hoidon suunnitteluun prosessiin. Tulohaastattelua koskevat pohdinnat liittyivät tehtävienjakoon, ajankäyttöön, haastattelun sisältöön ja päivittämiseen. Pohdittiin kenen tehtävä haastattelu voisi olla, ja missä vaiheessa työvuoroa sen voisi tehdä. Myös tulohaastattelun sisältö mietitytti; mitä haastattelussa kysyttäisiin ja mihin tieto kirjattaisiin. Pohdittiin myös potilaan antamien tietojen päivittämistä, koska potilaan tavoite tai mielipide hoidosta voi muuttua jakson aikana. Tulohaastattelun yhteydessä tuli esille keskustelun merkityksestä. Keskustelua potilaan kanssa pidetään tärkeänä osana hoitotyötä.



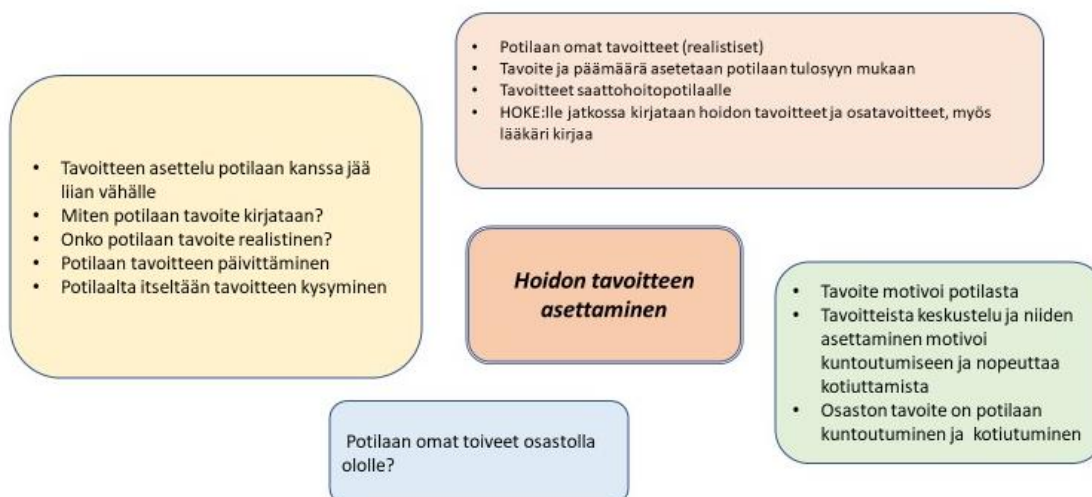
Kuva 6. Potilaan tulohaastattelu

Omaisen kanssa keskustellaan potilaan hoitojakson alkuvaiheessa (kuva 7) potilaan tilanteen kartoittamiseksi ja potilaan hoidon suunnittelua varten. Yhteistyö omaisten kanssa on oleellinen hoitotyön tehtävä. Tämä ilmeni myös pilotoinnin kyselyn tuloksissa luvussa 5.7.



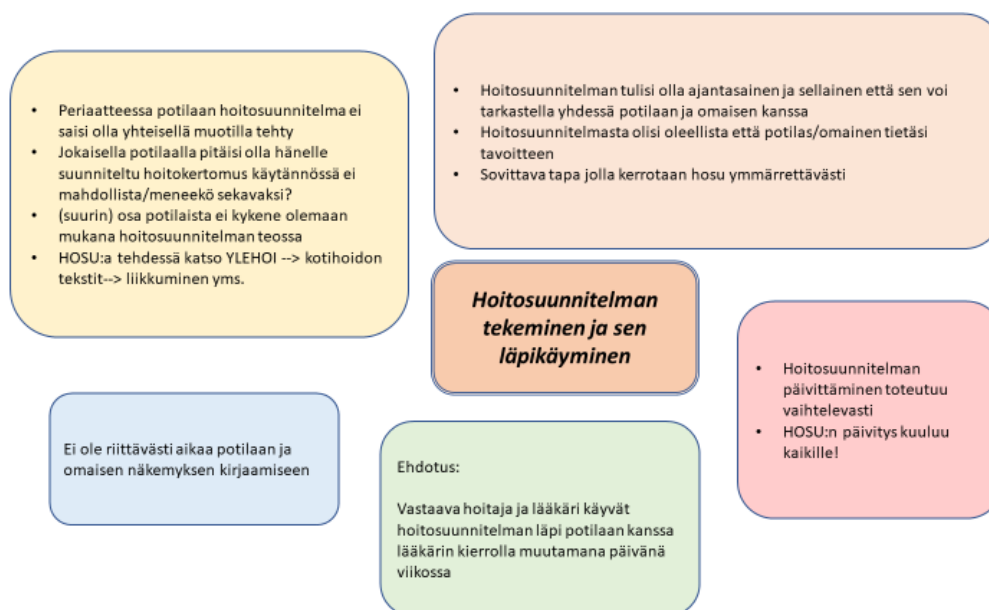
Kuva 7. Tulokeskustelu potilaan omaisen kanssa

Hoidon tavoitteen asettaminen (kuva 8) on oleellinen osa hoidon suunnittelua. Tyhy-iltapäivissä tuotiin esille, että kaikilla osapuolilla pitäisi olla yhteinen käsitys tavoitteesta. Potilaan hoidon tavoitteen asettaminen ei ole yksiselitteinen asia. Joissakin vastauksissa tuotiin esille lääkärin rooli tavoitteen asettajana. Toisaalta tunnustetaan osatavoitteiden asettamisen tärkeys. Se tuodaan esille erityisesti kuntoutumisen osatavoitteen asettamisen yhteydessä.



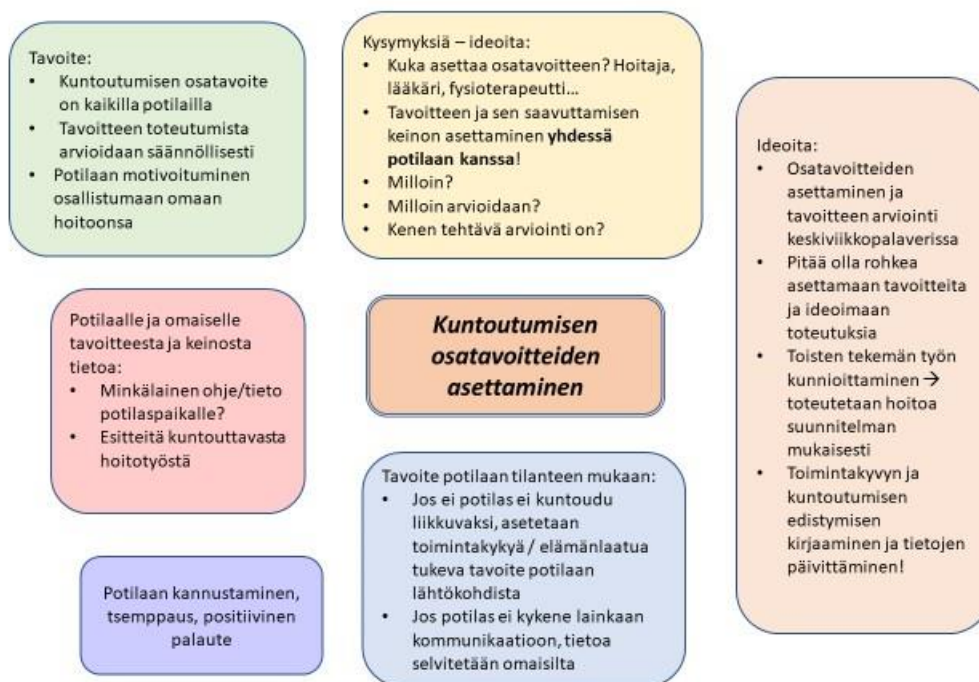
Kuva 8. Hoidon tavoitteen asettaminen

Hoitosuunnitelman tekemistä ja sen läpikäymistä potilaan ja omaisen kanssa koskevia kommentteja ja ideoita on kuvassa 9 (Hoitosuunnitelman tekeminen). Hoitosuunnitelma muodostuu eri toimijoiden tuottamista tiedoista. Hoitajat kirjaavat HOKE:lle ja lääkärit YLE:lle. Yhteisistä käyttö- ja kirjausaloista tärkeimmät ovat lääkitys-, laboratorio-, määräys- ja kuumekurvaosiot. Hoitokertomus-osiossa on valmiita suunnitelmajohjaimia. Hoitosuunnitelman tekemisestä todettiin, ettei hoitosuunnitelma saisi olla yhteisellä muotilla tehty. Esille tuli näkökulma näkökulma, että suuri osa potilaista ei kykene olemaan mukana hoitosuunnitelman teossa. Hoitosuunnitelma on käsitteenä ilmeisen määrittelemätön, ainakin kun pohditaan hoitosuunnitelman tekemistä yhteistyössä tai hoitosuunnitelmasta keskustelua potilaan ja omaisen kanssa. Tämä kävi ilmi pohdinnoista, jotka liittyvät kohtaan hoitosuunnitelman läpikäymiseen potilaan ja omaisen kanssa.



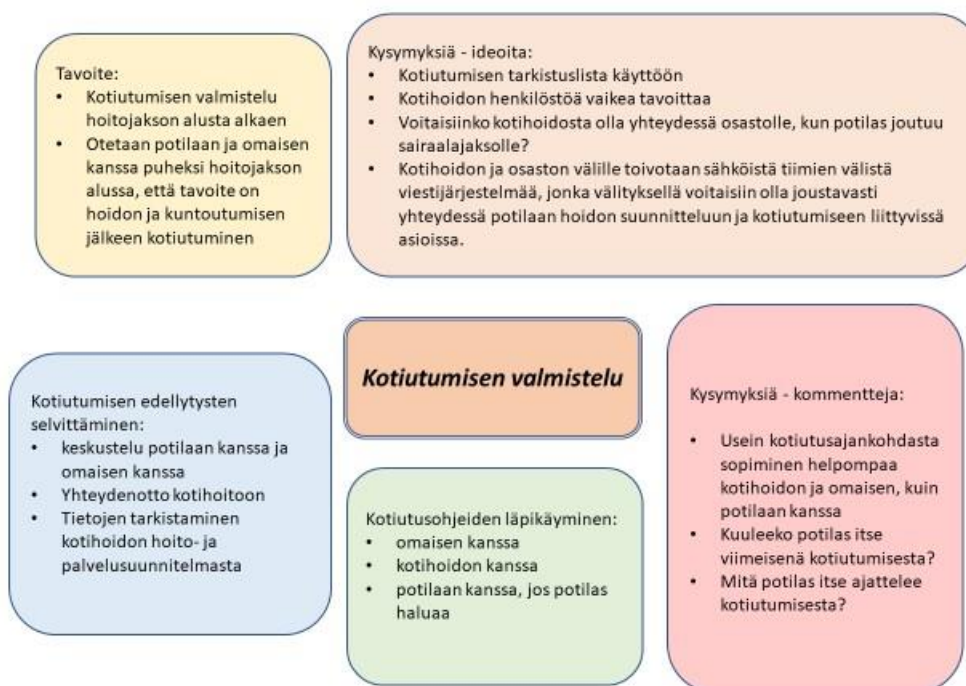
Kuva 9. Hoitosuunnitelman tekeminen ja sen läpikäyminen potilaan ja omaisen kanssa

Kuntoutumisen osatavoitteen asettaminen (kuva 10) tuotti määrällisesti paljon kommentteja ja ideoita. Kuntouttava hoitotyö on osaston strategiiden tavoite. Tehtävien jako kuntoutumisen osatavoitteen asettamisessa ei ole yksinkertaista, etenkin, kun osalla potilaista on fysioterapialähetä, jolloin heidän kuntoutumisen tavoitteita ja etenemistä käsitellään moniammatillisessa palaverissa, (keskiviikkopalaverissa). Palaveriin osallistuvat lääkäri, fysioterapeutti ja joku hoidosta vastaavista hoitajista. Kuntoutumisen osatavoitteiden asettaminen myös hoitohenkilökunnan tehtävä, erityisesti, jos potilaalla ei ole fysioterapeutin lähetettä. Henkilökunnan asenne kuntouttavaan hoitotyöhön on myönteinen. Potilaan ja omaisen osallistumista tukevia ideoita tuotiin esille.



Kuva 10. Kuntoutumisen osatavoitteen asettaminen

Potilaan kotiutumisen valmistelun (kuva 11) aloittaminen hoitajakson alusta alkaen on osaston strateginen tavoite. Käytännössä se tarkoittaa kotiutumisen edellytysten selvittämistä potilaan hoitoa suunniteltaessa esimerkiksi tavoitteiden asettamiseksi ja erilaisten valmistelevien tehtävien aikatauluttamiseksi, suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi. Kotiutumisen edellytyksiä selvittää potilaalta, omaiselta ja kotihoitajalta. Kotiutumisen valmistelun tarkistuslistan käyttöönottoa kannatettiin jokaisessa tyhy-ryhmässä. Potilaan osallisuuden liittyvät kommentit kotiutuksen valmistelua koskevassa tuloksessa, koskivat potilaan tiedon saamista tulevasta kotiutuksesta ja potilaan mielipidettä. Esitettiin kysymykset, kuuleeko potilas itse viimeisenä kotiutuksesta, ja mikä on potilaan mielipide kotiutumisesta.



Kuva 11. Kotiutumisen valmistelu

Tulosten arviointia

Hoitohenkilökunnan yhteisissä työhyvinvointi-iltapäivissä ideoitiin osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun käytäntöjä. Yhteiskehittämisen tulos tuotti jonkin verran uutta ja myös aikaisempien aineistojen tuloksia täydentävää tietoa. Aineistossa oli runsaasti vastauksia, jotka liittyivät toiminnan järjestämistapaan, moniammatilliseen yhteistyöhön ja epäselviin tai puuttuviin toimintaohjeisiin. Yllättävän merkityksellisenä aineistosta nousi sähköisen potilastietojärjestelmän merkitys hoidon suunnittelulle ja sitä kautta myös potilaan osallisuudelle.

Sisällönanalyysi tuotti henkilökunnan näkökulmia potilaan ja omaisen osallisuutta tukevista tekijöistä. Henkilökunta tunnistaa ja toteuttaa päivittäisessä työssään kuvailemiaan asioita. Tuloksista merkittävimpiä potilaan osallisuutta tukevia tekijöitä ovat osallisuutta tukeva vuorovaikutus ja yhteistyö hoidon suunnittelussa.

Toisaalta tyhy-iltapäivien aineistossa oli määrällisesti suunnilleen yhtä paljon vastauksia, jotka toivat esille haasteita potilaan ja omaisen osallisuudelle kuin niitä, jotka ilmensivät osallisuuden tukemista. Osa haasteista liittyi resursointiin ja päivittäisen toiminnan priorisointiin, mutta joidenkin osallisuuden haasteiden voi arvioida liittyvän oletuksiin tai asenteisiin ikääntyneiden potilaiden osallisuudesta sekä organisaatiokulttuuriin.

Tyhy-iltapäivien aineiston sisällönanalyysin tuloksena esille nousi potilaan toimintakyvyn alenemisen olevan osallisuuden este. Potilaan arvioitiin olevan kyvytön asettavaan realistisia tavoitteita hoidolleen ja heidän arvioitiin olevan tietämättömiä sairaalassaolonsa syistä. Omaisen osallistuminen hoitoon ilmeni tiedon antamisena potilaan taustoista ja mahdollisena osallistumisena potilaan hoitoon ja kuntoutumiseen. Potilaan ja omaisten osallistumisessa potilaan kuntoutumiseen tunnistettiin hoidon suunnittelussa olevia puutteita. Puutteita oli kuntoutumisen tavoitteiden asettamisessa, tavoitteista informoimisessa potilaalle ja omaiselle, sekä erilaisten esite- ja seuranta materiaalien puutteen.

Hoitotyön hoitosuunnitelma ja päivittäishoidon kirjaukset tehdään HOKE:lle. HOKE:n päivittäminen nousi esille kehitettävänä asiana. Tulosten mukaan hoitokertomuksen päivittäminen toteutuu epätasaisesti. Hiljainen raportointi korostaa entisestään sähköisen potilastietojärjestelmän merkittävyyttä hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Tietojärjestelmän käytön periaatteita on pohdittava potilaan osallisuuden näkökulmasta.

6.4 Toiminnan nykytilanteen huomioiminen potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämisessä (Reflektointi)

Neljännän syklin tarkoituksena oli kartoittaa potilaan osallisuutta tukevan hoidon toteutukseen kehittämisideoita ja ratkaisuja toimintamallin käytäntöön viemiseksi. Tyhy-iltapäivien aineiston sisällönanalyysin tulos tuotti tietoa potilaan ja omaisen osallisuutta tukevista tekijöistä ja osallisuuden haasteista. Tulos kuvasi sekä osaston toiminnan nykytilannetta, että tavoiteltavia asioita. Osaston toiminnassa haasteena potilaan osallisuudelle tuli esille puuttuvat toimintakäytännöt ja sähköisen potilastietojärjestelmän käyttö (luku 6.3.). Reflektoinnissa pohditaan hoidon suunnittelua sähköisessä potilastietojärjestelmässä, ja osaston hoidon suunnittelun nykytilannetta.

6.4.1 Hoitokertomus sähköisessä potilastietojärjestelmässä vs. hoidollisen päätöksenteon prosessimalli

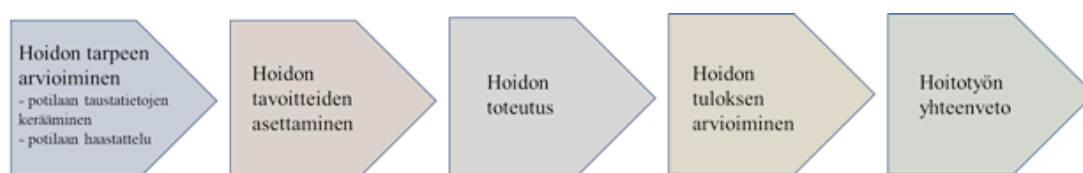
Neljännän syklin aineiston tuloksissa korostui sähköisen potilastietojärjestelmän yhteys potilaan osallisuuteen hoidon suunnittelussa. Hoitosuunnitelmassa potilaan osallisuus ja hoidon toteutus

konkretisoidaan sanalliseen muotoon. Hoitosuunnitelman rakenne perustuu hoitotyön systeemi-
sen kirjaamisen malliin. Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen taustalla on hoitotyön päätöksenteon prosessimalli.

Hoitotyön päätöksenteko

Hoidon suunnittelun taustalla on päätöksenteon prosessi. Hoitotyön tiedonhallinta tietotekniikkaa hyödyntäen ymmärretään rationaalisena toimintana (Ensio 2007, 60). Hoitotyön systemaattinen kirjaaminen taustalla on hoitotyön päätöksenteon prosessimalli (Sonninen 2007, 66).

Hoitotyön päätöksenteon prosessimallin vaiheet (kuva 12) ovat hoidon tarpeen arvioiminen, tavoitteiden asettaminen, hoidon toteutus, hoidon arviointi ja hoitotyön yhteenveto. Sähköisen potilastietojärjestelmän hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 12-14.)



Kuva 12. Hoitotyön päätöksenteon kokonaisuus

Lyhytaikaisessa sairaanhoidossa ja tehohoidossa painottuu intuitiivinen päätöksenteko. Pitkäaikaisairaanhoidossa painottuu analyyttinen päätöksenteko, koska potilaan hoitotyön ongelmat vaativat monipuolista tiedon hankintaa, ongelman määrittelyä ja tavoitteellista suunnittelua yhdessä potilaan kanssa. Analyyttisen päätöksenteon taustaksi tarvitaan jäsenyöneitä tietorakenteita, jotka ohjaavat potilaan hoitoon liittyvän tiedon hankintaa ja hoidon suunnittelua. Tällaisia rakenteita ovat esimerkiksi näyttöön perustuvat hoitosuunnitelmat, hoitotyön toimintamallit ja standardi hoitosuunnitelmat. Analyyttisen päätöksenteossa hoitoa koskevan tiedon hankinnan ja hoidon suunnittelun edellytys, tarvittavien tietorakenteiden lisäksi, on aika. (Lauri & Salanterä 2002, 163-164.)

Hoitokertomus

Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan laatima potilaskertomuksen osa, joka sisältää potilaan hoitajakson hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Hoidon suunnittelu alkaa potilaan tulotilanteessa. Potilaan hoidon tarpeen arvioimiseksi on ensin kerättävä esitietoa. Esi-

tieto koostuu palveluntuottajan määrittelemistä tietosisällöistä ja potilaan ja/tai hänen saattajansa haastattelutiedoista. Potilaan vointia myös havainnoidaan ja tehdään tulomittauksia. Kerätyn tiedon analysoinnin perusteella arvioidaan potilaan hoidon tarpeet. Hoidon tavoitteet määritellään suhteessa tarpeisiin. Hoidolle voi olla päätavoite ja osatavoitteita. Tavoitteille asetettu odotettu tulos helpottaa edistävät hoitoprosessin arviointia. (Tanttu & Ikonen 2007, 112-114.)

Tantun ja Ikonen (2007, 117) mukaan potilas voi osallistua hoitotyön suunnitelman tekemiseen ja hoidon dokumentointiin. Suunnitelmaa tarkastetaan yhdessä potilaan kanssa hoitotyötä toteuttaessa. Potilaan omiin tuntemuksiin ja mielipiteisiin tulee kiinnittää erityistä huomiota. Esimerkiksi suunniteltaessa jatkohoitoa otetaan potilaan toiveet huomioon. Potilaan henkilökohtaisen hoitosuunnitelman laadintaan osallistuvat potilas ja terveydenhuollon ammattilainen yhdessä. Tarvittaessa potilaan omainen, läheinen tai edustaja voi osallistua hoidon suunnitteluun potilaan suostumuksella. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2007, 5.)

Pitkäaikaissairaiden potilaiden monialaisia hoitosuunnitelmia kartoittaneessa katsauksessa hoidon suunnittelun elementit ovat: potilaan nykyinen tilanne, potilaan tavoitteet ja huolenaiheet, toiminta ja toimenpiteet ja arvioiminen. Nykyiseen tilanteeseen sisältyy tieto potilaan tilanteesta ja potilaan taustasta, hoitoon osallistuvista ammattilaisista, potilaan lääkityksestä ja toimintakyvystä. Potilaan tavoitteisiin ja huolenaiheisiin sisältyy tieto potilaan tavoitteista, arvoista, tarpeista, odotuksista, merkityksellisistä aktiviteeteistä ja ensisijaisista hoidon tuloksista. Potilaan hoidon toteutukseen sisältyy tieto potilaan tarpeen mukaan määritellyistä hoitotoimista ja toimenpiteistä. Hoidon arviointiin sisältyy tieto potilaan voinnin edistymisestä, onnistumisista, haasteista ja potilaan osallisuuden tason arvioinnista. Hoidon suunnittelun taustalla vaikuttavia tekijöitä olivat palvelun tuottajan organisatoriset tekijät, ammattilaisten välisiin suhteisiin ja osaamiseen liittyvät tekijät sekä potilaaseen liittyvät tekijät. (van Dongen, van Bokhoven, Daniels, van der Weijden, Emonts & Beurskens 2016.)

Van Dongen ym. (2016) toteavat, ettei pitkäaikaissairaahan hoidon suunnittelu voi olla yksittäinen toiminto, vaan monialaiseen ja -ammattilliseen yhteistyön prosessin tulos. Jaetussa hoitosuunnitelmassa potilaan näkökulma sisältyy hoitosuunnitelmaan. Tähän kuuluu potilaan osallistumisen tukeminen hoitosuunnitelman tekemiseen ja hänen pääsy sähköiseen potilastietojärjestelmään.

Kainuun sote käyttää LifeCare potilastietojärjestelmää. Siinä käytetään suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuuden (FinCC) mukaisia tarve-, toiminto- ja tuloluokituksia. Hoitokertomuksen rakenne muodostuu hoitotyön ydintiedoista, jotka ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoidon tavoite ei sisälly hoitotyön ydintietoihin.

Ahonen, Itkonen ja Koivukoski (2014) ottavat kantaa hoitokertomukseen kirjattavaan hoidon tarpeeseen ja tavoitteen asettamiseen. Hoitotyön suunnitelmassa tarve liittyy potilaan tämän hetkiseen tilanteeseen ja hoidon tarpeeseen, johon vastataan hoitotyön toimilla. Hoidon tarpeeksi ei tule asettaa lääketieteellistä diagnoosia. Tavoitteiden asettamisessa suunnataan ajatukset tulevaan ja siihen minkälaisia muutoksia potilaan tilanteessa odotetaan tapahtuvan. Tavoitetta asettaessa on oltava tarkkana, ettei kirjata tavoitteeksi hoitotyön toimintoa kuvaavia asioita. Jos tavoitteiden sijasta hoitosuunnitelmassa on hoitotyön toimintoja, ei hoitosuunnitelma ole tavoitteellinen, vaan kuvaa henkilökunnan työtä.

Toiminnon ja tavoitteen menemisestä sekaisin voi miettiä esimerkin avulla. Jos hoitokertomuksessa lukee ”tuoliin istumaan ruokailujen ajaksi”, se kertoo, mitä tehdään. Lause ei kuitenkaan kerro, mitä tuolissa istumisella tavoitellaan. Hoidon tavoitteen asettamiseksi kerätään tietoa hoidon tarpeesta. Tarpeen arvioimiseen kuuluu tiedon kerääminen tietojärjestelmästä sekä potilasta haastattelemalla.

”Keskustelin osastolla vuosikymmeniä työskennelleen sairaanhoitajan kanssa potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintamallin pilotoinnista. Hän totesi sähköisen kirjaamisen tuoneen muutoksia hoidon suunnitteluun. Sähköinen potilastietojärjestelmä on etäännyttänyt potilaan hoidon suunnittelusta.” (Päiväkirjamerkintä 12.2.2016.)

Osastolle kymmenen vuotta sitten tulleen muistan, kuinka lääkäri ja hoitajat käyttivät yhteistä kirjausalustaa ”osassua”. Osassun yliviitteeseen kirjattiin potilaalta kysytyt tiedot allergioista, liikumisesta ja ruokavaliosta.

Neljännän syklin tulosten pohdinta nostaa keskusteluun toimintakulttuurin, jossa sähköinen potilastietojärjestelmä ohjaa tiedon käyttöä. Kuin varkain olemme tulleet tilanteeseen, jossa tietojen kerääminen potilaalta ei kuulu tehtäviin hoidon suunnittelussa. Järjestelmä tuottaa organisaatioiden prosessia varten tietoa, jota ammattilaiset tuottavat. Sähköinen potilastietojärjestelmä ei ohjaa potilaan tuottaman tiedon keräämiseen, eikä myöskään potilaan tuottaman tiedon käyttämiseen. Tästä voisi johtaa tulkintaan, ettei potilaan tuottamalla tiedolla omasta elämästään tai käsityksillä sairaudestaan ole merkitystä. Hoitoprosessi toteutuu järjestelmän ohjaamana, määräykset ja tieto välittyvät kaikille hoitoa toteuttaville. Organisaatiokulttuurissa tämä voi johtaa siihen, että potilaan kanssa käydylle keskustelulla on vähän merkitystä hoidon suunnittelussa.

Aineistosta nousi useita potilaan hoidon suunnitteluun asioita, jotka vaikuttavat potilaan ja omaisen osallisuuden toteutumiseen. Osaston toimintakäytännöistä puuttuu rakenteisina toimintoina potilaan osallisuuteen kuuluvia toimintoja, kuten potilaan tiedon tarpeen selvittäminen, tiedon

tarjoaminen, yhteistyön tekeminen tavoitteiden asettamisessa, hoitosuunnitelman läpikäyminen ja mielipiteen kysyminen.

6.4.2 Hoidon suunnittelun prosessin nykytilanteen mallinnusta

Osaston hoidon suunnittelun prosessin nykytilan mallintaminen kuvastaa toimintaympäristöä ja sen vaikutusta kehitettäviin asioihin ja muutoksen toteuttamiseen. Osaston toiminnan luonne on vaihteleva. Potilaiden hoidon tarve on pääsääntöisesti vaativa ja osalla potilaista erittäin vaativa. Erityisesti olisi kiinnitettävä huomiota siihen, että potilaiden hoidon tarpeet ovat vaihtelevia, joka vaikuttaa päivittäisen työn organisointiin ja suoraan siihen, että hoitoprosessia ei voi suunnitella samanlaisena toteutuvaksi. Tätä ilmentää hoitotyöntekijöiden tehtävät aikajanalla myöhemmin tässä luvussa taulukossa 11.

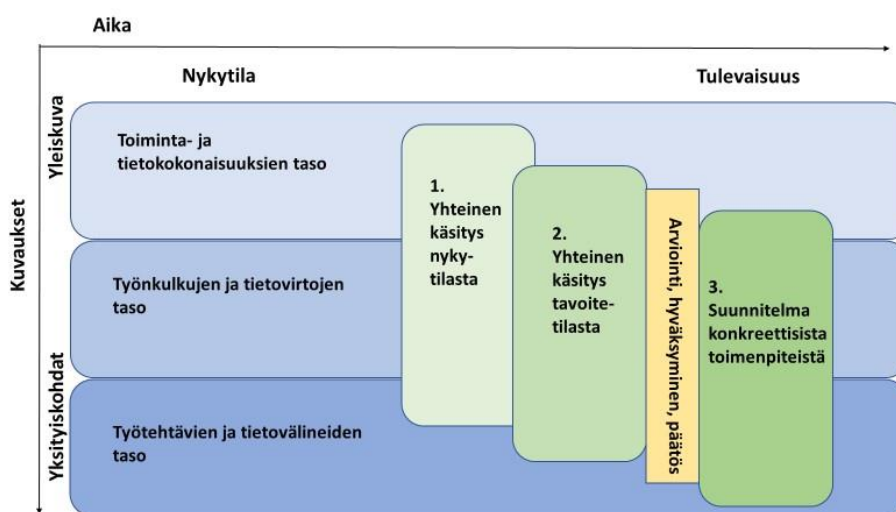
Osaston toiminnassa on luontaisesti päivittäisiä ruuhkahuippuja. Niiden lisäksi on vaihtelevassa määrin muuttuvia tilanteita potilaiden hoidon tarpeen mukaan. Potilaiden hoitoon osallistuu eri ammattiryhmiä, jotka määrittelevät omasta näkökulmastaan hoidon tavoitteita ja kirjaavat tietoja eri paikkoihin sähköisessä tietojärjestelmässä. Yhteistyö eri ammattiryhmien välillä ja tehtävien jaossa vaikuttaa potilaiden osallisuuteen hoidon suunnittelussa. Potilaan hoidon suunnittelun nykytilannetta avattiin kalanruotokaaviolla (liite 7, kuva 13)

Nykytilanteen kartoitus toi esille epäselvyyksiä toimintakäytännöissä. Haluttaessa tuoda osallisuutta tukevia toimintoja osaston päivittäiseen työhön, tulisi toimintojen käyttöönotto suunnitella yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa. Yksi iso kokonaisuus suunniteltaessa muutoksia on kirjaamiskäytännöt. Kaikki, mitä tehdään, yhdistyy jollakin tapaa sähköiseen potilastietojärjestelmään. Jokainen muutos nykyiseen käytäntöön on suunniteltava: minne kirjataan, mitä kirjataan, kuka kirjaa ja mihin kirjattua tietoa käytetään. Jos tieto on sellaista, että sitä käyttää useampi ammattiryhmä, on varmistettava, että kaikki samaa tietoa käyttävät ovat mukana suunnittelussa.

Osallisuuden kehittämiseksi toteutetun toimintamallin pilotoinnin tulos ja jatkokehittäminen tyhy-iltapäivissä osoittivat, että osallisuuden tukeminen vaatii osaston hoidon suunnittelun vaiheiden yksityiskohtaista avaamista yksittäisten työnkuvausten ja moniammatillisen yhteistyön osalta sekä ja sähköisen potilastietojärjestelmän käytön periaatteiden tarkkaa sopimista, kun toimintaa kehitetään.

Yhteenvedona voi todeta, että otettaessa osallisuutta tukevia hoidon suunnitteluun ja toteutukseen liittyviä toimintoja mukaan päivittäisiin tehtäviin, tulee sopia, kuka tekee minkäkin vaiheen potilaan kanssa ja miten jokainen vaihe viedään potilastietojärjestelmään. Hoitosuunnitelma on käsitteenä määrittämätön. Onko hoitotyöllä oma suunnitelma ja lääketieteellä oma. Kenen tehtävä tai oikeus on keskustella potilaan kanssa hoitosuunnitelmasta? Jos tai kun potilaalta tai hänen omaiseltaan tiedustellaan mielipidettä hoitosuunnitelmasta, kirjataanko se hoitajien kirjaus- alustaan HOKE:lle, vai sinne, minne oman alansa lääkäri kirjaa potilaan tekstejä. Hoitosuunnitelma ei ole yhdessä paikassa tietojärjestelmää.

Toiminnan järjestämiseen, resursseihin, tehtävien jakoon ja moniammatilliseen yhteistyöhön liittyvää tyhy-iltapäivien aineistoa tarkasteltiin tietojärjestelmien kehittämisessä käytettävän toimintalähtöisen mallin (liite 8, taulukko 12) perustalta. Tavoitteena oli mallintaa osaston toiminnan järjestelyjä, ja selvittää niiden merkitystä potilaan osallisuutta tukevan toimintamallin jatkokehittämiseksi ja käyttöönotolle. Kuvassa 14 on esitetty tarkkuustasot, joiden mukaan toimintaa ja siinä tarvittavaa tietoa voidaan tarkastella. Kehittämisen kohteen mukaan voidaan keskittyä eri tasoihin ja vaiheisiin (Toivanen, Luukkonen, Ensio, Häkkinen, Ikävalko, Jaatinen, Klemola, Korhonen, Martikainen, Miettinen, Mursu, Röppänen, Silvennoinen, Tuomainen & Palmén 2007, 21).



Kuva 14. Toimintalähtöisen tietojärjestelmien kehittämismallin vaiheet ja tasot (Toivanen ym. 2007)

Mallintamisen tavoite voi olla ryhmän yhteistoiminnan kuvaaminen. Mallintamisen kohteena voivat olla ammattitehtävät ja roolit. Johtamisen näkökulmasta mallintaminen liittyy työn organi-

sointiin. Työntekijä näkökulma on kehittämiskohteiden tunnistamisessa, toiminnan ymmärtämisessä ja tiedon tarpeiden esille tuomisessa. (Luukkonen, Mykkänen, Itälä, Savolainen & Tamminen 2012, 26-27.)

Prosessien mallintamisen tarkoitus on tuoda lisäymmärrystä ja kuvata se osa-alue toiminnassa, johon halutaan muutosta tai tarkennusta. Yleisimmin mallien kohteena ovat monimutkaiset prosessit, joihin sisältyy vuorovaikutusta kahden tai useamman toimijan välillä. Mallinnuksen kohteena voivat olla sekä nykytila että tavoitetila. Mallintamisella pyritään saavuttamaan riittävä ymmärrys lähtötilanteesta kehittämisen jatkamiseksi. Ennen käytännön muutossuunnitelmaa on selvitettävä kehittämistyön vaikutukset työtoimintaan. (Luukkonen ym. 2012, 14-21.) Pelkistä tavoitetilakuvauksista ei pystytä päättelemään tehtäviä, joita tarvitaan tavoitteen saavuttamiseen. Sen vuoksi nykyiset prosessit ja työnkulut on dokumentoitava samalla tarkkuudella, kuin tavoitetila. (Toivanen, Luukkonen, Ensio, Häkkinen, Ikävalko, Jaatinen, Klemola, Korhonen, Martikainen, Miettinen, Mursu, Röppänen, Silvennoinen, Tuomainen & Palmén 2007, 32.)

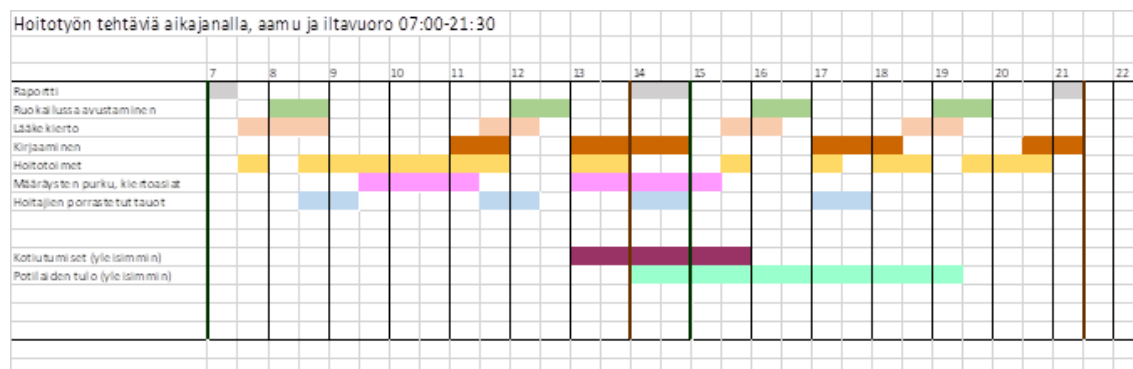
Potilaan hoidon suunnittelun eri vaiheet ja suunnitteluun osallistuvat osapuolet kuvattiin kalanruotokaaviona nykytilanteen mukaisesti. Kalanruotokaavio (syys-seuraus kaavio/Ishikawa diagrammi) on yksinkertainen visuaalinen menetelmä ilmiön, ongelman tai tapahtuman esittämiseen ja tarkasteluun. Kaaviota voi käyttää kuvaamaan, mitkä asiat ovat yhteydessä toisiinsa. Kalanruotokaavio on hyödyllinen ongelmanratkaisun perustana. (Otitigbe 2017, 49.) Ennen ongelman ratkaisun suunnittelua, on selvitettävä yksityiskohtaisesti kaikkien osapuolten käsitykset toiminnasta tai ongelmasta ja asioiden välisistä yhteyksistä. Kalanruotokaaviota voidaan käyttää ongelmien analysoinnissa. (Hewitt-Taylor 2012, 35.)

Kalanruotokuvion (liite 7, kuva 13) alapuoli kuvaa hoidon suunnittelun osallistuvat, toiminnot ja toiminnan tavoitteet. Yläpuolelle on kuvattu tieto, joka tarvitaan tavoitteen toteuttamiseksi ja sen, mistä tieto saadaan, miten se saadaan ja minne se tieto kirjataan. Kaaviossa hoidon suunnitteluun liittyvän tiedon keräämistä koskeva osuus nostaa esille tiedon kirjaamisen sirpaleisuuden. Tietoa kirjataan ja käytetään useissa sähköisen tietojärjestelmän kohteissa eri toimijoiden toimesta. Sähköinen tietojärjestelmä ei ainakaan toimintayksikön kontekstissa käytettynä ohjaa potilaalta tai omaiselta kerättävän tiedon kartuttamiseen.

Edellä mainitun pohdinnan tueksi tehtiin viitteellisen aikajanan hoitotyön tehtävistä aamuvuoron alusta iltavuoron päättymiseen (taulukko 11). Janalle ei ole eritelty vastuu- ja kenttähoitajan tehtäviä. Tehtävien jakoa ei ole purettu tarkasti, koska tehtävät ovat monilta osin yhteisiä ja tehtä-

vien (ja henkilökunnan taukojen) toteutusaika vaihtelee sen mukaan, minkälainen tilanne osastolla on. Potilaiden ruokailuajoilla ja lääkekiertoilla on tarkin aikataulu ja ne sitovat henkilökunnan kokonaan osastotyöhön.

Taulukko 11. Hoitotyön tehtäviä aikajanalla



Aikajanan perusteella voi todeta, että toimintakäytäntöjä muokattaessa joudutaan väistämättä tekemään muutoksia aikaisemman toiminnan aikataulutukseen. Pohdinnan paikka on, mihin aikataulussa pystytään sijoittamaan tulohaastattelu, ja kuka sen tekee.

Lämsä (2013, 64-66) havainnoi etnografiassaan sairaalaosaston tapahtumia. Hänen havaintojensa mukaan osaston ajan voi jakaa fysiologiseen ja organisatoriseen. Organisatorinen aika ohjaa osaston toimintaa. Toiminnan tulisi olla saumatonta ja tehokasta. Laboratorio- ja lääkärikierto, henkilökunnan kahvitauko ja potilaiden ruoka-ajat ovat esimerkkejä organisatorisesta ajasta. Monet osaston toiminnot perustuvat fysiologiseen aikaan, joka pohjaa ihmiskehon toimintaan. Fysiologista aikaa kuvaa esimerkiksi lääkkeen vaikutusaika, virtsaamistiheys tai vaikka potilaan nukkumisrytmi. Osastolla ollaan jatkuvasti ti-lanteessa, jossa erisuuruisia aikasyklejä sovitetään yhteen. Organisatorisen ja fysiologisen ajan tapahtumat ovat osaston taholta järjestettyjä ja aikataulutettuja. Aika on usein potilaan tahdosta riippumattomia. Potilas on toiminnan kohde. Lämsän havainnot osastojen ajan jakautumisesta ja erilaisten aikasykliä sovittamisesta on mielenkiintoinen näkökulma osaston aikataulujen merkitykselle potilaan osallisuudelle.

6.5 Lähteet

Ahonen, O., Itkonen, H. & Koivukoski, S. 2014. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidajat. Haettu 20.4.2019. <https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>

- Ensio, A. 2007. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa K., Saranto, A., Ensio, K., Tantt & A-L., Sonninen (toim). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 56–64.
- Hewitt-Taylor, J. 2012. Identifying, analysing and solving problems in practice. *Nursing Standard*, 26(40), 35–41.
- Lauri, S. & Salanterä, S. 2002. Hoitotyön päätöksentekoteoria. *Hoitotiede*, 14(2), 158–166.
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 20.4.2019 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90804/FinCC-luokituskokonaisuuden%20opas_korjattu%20liitteenä%20olevaa%20SHToL-luokitusta.pdf?sequence=1
- Lohiniva-Kerkelä, M. 2014. Iäkkään potilaan asema ja oikeudet terveyden ja sairaanhoidossa. Teoksessa A., Mäki-Petäjä-Leinonen & L., Nieminen. (toim.) Vanhuus ja oikeus. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus, 145–172.
- Luukkonen, I., Mykkänen, J., Itälä, T., Savolainen, S. & Tamminen, M. 2012. Toiminnan ja prosessien mallintaminen, Tasot, näkökulmat ja esimerkit. Kuopio: Itä-Suomen Yliopisto ja Aalto-yliopisto. Haettu 17.3.2019 <https://www.uef.fi/documents/677096/736588/SOLEA-Luukkonen-y-m-Prosessien-ja-toiminnan-kuvaaminen.pdf/b8e58ae0-2e53-48d0-97ef-512ee74b526e>
- Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. Etnografia potiluuudesta sairaalaosaston käytännöissä. Tutkimus 99. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.
- Mattelmäki, T. & Visser, F.S. 2011. Lost in Co-X. Interpretations of co-design and co-creation. Edit. Roozenberg, N.F.M., Chen, L.L. & Stappers, P.J. Diversity and unity. Proceedings of IASDR2011, the 4th World Conference on Design Research. The Netherlands. Haettu 15.2.2019 <http://studiolab.ide.tudelft.nl/studiolab/sleeswijkvisser/files/2018/12/MattelmakiSleeswijkvisser2011.pdf>
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2016. Kohti yhdessä tekemisen kulttuuria. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.
- Otitigbe, J. 2017. Fishbone facilitation reflection: Team -based cause-and-effect study can point the way to the real problem. *Industrial & Systems Engineering at Work*, 49(7), 48–51.
- Seeck, H. 2008. Johtamisopit Suomessa. Helsinki: Gaudeamus.

Sonninen, A-L. 2007. Miten hoitotietoa kirjataan systemaattisesti? Teoksessa K., Saranto, A., Ensio, K., Tantt & A-L., Sonninen (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY. 65–94.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. Etene-julkaisuja 32. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE.

Pikkarainen, A. 2010. Keskustelua, kehittämistä, käsitteellistämistä ja kirjoittamista – 4K-periaatteet työelämäläheisessä hankekirjoittamisessa. Teoksessa P. Lambert & L. Vanhanen-Nuutinen (toim.) Hankekirjoittaminen, Välineitä hanketoimintaan ja opinnäytetyöhön. Haaga-Helia tutkimuksia 1. Helsinki: Multiprint, 171–188.

Prosessikävely. 2012. Toimintamalli. Innokylä. Haettu 8.3.2019 <https://www.innokyla.fi/web/malli104020>

Suonsivu, K. 2011. Työhyvinvointi osana henkilöstöjohtamista. UNIpress.

Tantt, K & Ikonen, H. 2007. Ydintietojen käyttö hoitokertomuksessa. Teoksessa K., Saranto, A., Ensio, K., Tantt & A-L., Sonninen (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, 112–126.

Toivanen, M., Luukkonen, I., Ensio, A., Häkkinen, H., Ikävalko, P., Jaatinen, J., Klemola, L., Korhonen, M., Martikainen, S., Miettinen, M., Mursu, A., Röppänen, P., Silvennoinen, R., Tuomainen, T. & Palmén, M. 2007. Kohti suunnitelmallisia muutoksia, Opas terveydenhuollon tietojärjestelmien toimintalähtöiseen kehittämiseen. Kuopion yliopiston selvityksiä E, Yhteiskuntatieteet 39. Kuopion yliopisto. Haettu 25.5.2019 <http://www.oppi.uef.fi/uku/zipit/julkaisut/978-951-27-0880-2.pdf>

van Dongen, J., van Bokhoven, M., Daniels, R., van der Weijden, T., Emonts, W. & Beurskens, A. 2016. Developing interprofessional care plans in chronic care: a scoping review. BMC Family Practice, 17(137), 1–9.

7 Potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämisen pohdintaa

Tässä luvussa tehdään yhteenveto kehittämistehtävän tuloksista ja esitellään potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämisen seuraavat vaiheet osastolla. Kehittämistehtävän prosessia pohditaan suhteessa valmentavaan johtamisorientaatioon. Luvun lopuksi on luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta sekä jatkotutkimus- ja kehittämisaiheet.

7.1 Kehittämistehtävän tulokset

Alaluvussa on yhteenveto kehittämistehtävän syklien tuloksista. Nykyisen toiminnan avaaminen erityisesti tehtävien jaon, päivittäisen työn resursoinnin ja sähköisen potilastietojärjestelmän käytön osalta on välttämätöntä, että potilaan ja omaisen osallisuutta tukevaa hoidon suunnittelun toimintamallia voidaan kehittää ja viedä toimintamalli käytäntöön. Kehittämistehtävän sisällön eettisenä reflektiona luvussa otetaan kantaa toiminta- ja päätöksentekokyvyltään alentuneen potilaan osallisuuteen ja pohditaan vuorovaikutuksen merkitystä hoitotyössä.

7.1.1 Yhteenveto kehittämistehtävän syklien tuloksista

Potilaan ja omaisen osallisuutta hoidon suunnittelussa kehitettiin terveyskeskussairaalan vuodeosastolla. Kehittämistehtävän tarkoituksena oli kehittää yhteiskehittämisen menetelmiä käyttäen potilaan ja omaisen osallisuutta hoidon suunnittelussa. Osallisuuden kehittämisen tavoite oli potilaan ja omaisen osallistumisen ja vastuullisuuden vahvistaminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Kehittämistehtävä toteutettiin toimintatutkimuksena. Kehittämissyklejä oli neljä, joista kahdessa käytettiin yhteiskehittämisen menetelmiä. Osallisuuden kehittämisen kannalta ratkaisevaksi tekijäksi, haasteen ominaisuudessa, osoittautui toiminnan järjestely.

Kehittämistehtävän ensimmäisessä syklissä tehtiin kirjallisuuskatsaus, jonka tuloksena muodostui potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämisen viitekehys. Toinen sykli tuotti tietoa toimintayksikön hoidon suunnittelun prosessista ja asiakaslähtöisistä hoidon suunnittelun käytännöistä benchmarking-vierailukohteessa.

Kolmannen syklin tulosten perusteella yhteiskehittämisen menetelmin kehitetty potilaan ja omaisen osallisuutta tukeva hoidon suunnittelun toiminnan malli vaikutti henkilökunnan arvioimana

tiedon keräämiseen, kotiutuksen suunnitteluun, yhteistyöhön ja potilaan motivaatioon. Potilaan ja omaisen näkökulmasta osallisuus hoidon suunnitteluun oli vähäistä. Vuorovaikutuksesta puuttui dialogisuus. Hoidon suunnittelussa jäi huomioimatta pitkäaikaissairaana potilaan elämäntilanteen kokonaisuus. Tällä voi arvioida olevan merkitystä potilaan hoidon tavoitteisiin sitoutumiseen.

Kehittämistehtävässä luotu toimintamalli osoittautui mallin pilotoinnin arvioinnissa soveltuvan paremmin kotiutumisen suunnittelua, kuin potilaan ja omaisen osallisuutta tukevaksi. Potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintamallissa oli mukana kotiutumisen suunnitteluun liittyviä tehtäviä. Voi olettaa, että toimintamallin kehittämisen taustalla vaikutti jossain määrin osaston strategiset tavoitteet: kuntouttava hoitotyö ja kotiutumisen suunnittelun aloittaminen heti hoitajakson alusta alkaen. Kehittämistehtävän luotettavuuden arvioinnissa pohdin kotiutumisen korostumista osallisuuden kehittämisessä suhteessa KYTKE-hankkeen kotoa-kotiin toimintamallin.

Osallisuuden kehittämiseksi toteutetun toimintamallin pilotoinnin tulos ja toimintamallin jatkokehittäminen tyhy-iltapäivissä osoittivat, että osallisuuden tukeminen vaatii osaston potilaan hoidon suunnittelun vaiheiden yksityiskohtaista avaamista yksittäisten työnkuvausten ja moniammatillisen yhteistyön osalta sekä ja sähköisen potilastietojärjestelmän käytön periaatteiden tarkkaa sopimista, kun toimintaa kehitetään.

Merkittävä tekijä potilaan osallisuuden kehittämisessä on resursointi ja päivittäisen toiminnan järjestäminen. Toimintakäytäntöjen muuttamiselle ja uusien käytäntöjen käyttöönotolle on haaste irrottaa hoitajien päivittäisistä tehtävistä aikaa uusille käytännöille, esimerkiksi potilaan tulohaastattelulle. Hoitajien työpaine vaikuttaa vuorovaikutukseen potilaiden ja hoitajien välillä.

Kehittämistehtävän tulokset ovat monelta osin yhteneviä ensimmäisen syklin tuloksena muodostetun osallisuuden kehittämisen viitekehysten tekijöiden kanssa. Verrattuna ensimmäisen syklin, uutena tietona kehittämistehtävän tuloksissa on pitkäaikaissairauden muodostama viitekehys ja sähköisen potilastietojärjestelmän merkitys potilaan osallisuudelle.

Kehittämistehtävän kokonaisuus on laaja. Ensimmäisen syklin osallisuuden kehittämisen viitekehys ilmensi kehittämisen kontekstin laajuutta. Jälkikäteen arvioiden, täsmällisempään ja konkreettisempaan tulokseen olisi voinut pyrkiä kehittämistehtävän tavoitetta täsmentämällä.

Kehittämistehtävän pääkäsitteen, osallisuuden, sisältöä ei ole tutkimuskirjallisuudessa tarkkaan määritelty. Kehittämistehtävässä potilaan osallisuutta tukevassa hoidon suunnittelun toimintamallissa osallisuus oli määritelty seuraavasti: *Potilas saa tietoa sairaassa olonsa syystä ja hoidostaan. Hän kertoo omasta tilanteestaan (liikkuminen, kotona pärjääminen). Hän kertoo omat tavoitteensa ja toiveensa. Potilas on mukana asettamassa hoidon tavoitteita ja on mukana hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Potilas kertoo mielipiteensä hoitosuunnitelmasta ja hänen mielipiteensä tulee kuulluksi.*

Toimintamallin pilotoinnin tulos nosti esiin puutteita toimintamallin sisällössä ja haasteet käytäntöön viemisessä. Potilaan hoidon tavoitteiden asettamiseen ja hoidon suunnitteluun tarvitaan tietoa, jota jaetaan kaksisuuntaisesti. Osallisuus toteutuu henkilökunnan ja potilaan sekä omaisen välisessä vuorovaikutuksessa.

Hoidon suunnittelun prosessin nykytilanteen tarkastelu eri ammattiryhmien tehtävien ja tiedon siirtymisen osalta antoi viitteitä kehittämisen kontekstin moninaisuudesta ja potilaan osallisuuden jatkokehittämisessä huomioitavista tekijöistä.

Kehittämistehtävä on päätöksessä, mutta potilaan ja omaisen osallisuuden tukemisen kehittäminen hoidon suunnittelussa jatkuu osastolla. Seuraava vaihe potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämisessä on potilaan tulohaastattelun ottaminen osaksi hoidon suunnittelun toimintamallia. Tulohaastattelun kysymykset ja toteutus suunnitellaan yhteiskehittämisen avulla. Kehittämiseen osallistuvat henkilökunta, potilaat ja omaiset. Kehittämisessä huomioidaan mahdollinen yhteistyö muiden soten yksiköiden kanssa.

7.1.2 Potilaan ja omaisen osallisuuden edelleen kehittäminen

Osastolla on alkanut uusi ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Osana siinä tapahtuvaa kehittämistä on alustavasti suunniteltu henkilökunnalle järjestettäviä yhteiskehittämisiltapäiviä, joissa kehitetään oman työyksikön hyviä käytäntöjä vanhuspotilaiden hoidon parhaista käytännöistä. Parhaista käytännöistä on tehty opas akuuttiosastoilla työskenteleville sairaanhoitajille. Opas toimii yksittäisen hoitajan toiminnan oppaana sekä toisten työntekijöiden ohjaamisessa toimimaan parhaiden käytäntöjen mukaisesti. Kolme keskeistä periaatetta, joiden mukaan vanhuspotilaat ja heidän läheisensä odottavat henkilökunnan toimivan ovat:

- yksilöllisyyden tunnistaminen, ”Näe kuka minä olen” – potilaat haluavat henkilökunnan tietävän mikä heille on merkityksellistä. Omaiset haluavat henkilökunnan arvostavan sitä tietoa, mikä omaisilla on potilaasta
- yhteyden muodostaminen, ”Ole yhteydessä kanssani” – kaksisuuntainen, ymmärtävä vuorovaikutussuhde henkilökunnan kanssa vakuuttaa potilaan ja omaisen siitä, että henkilökunta pitää huolta heistä ja vastaa heidän tarpeisiinsa
- jaettu päätöksenteko, ”Ota minun osalliseksi” – potilaat ja omaiset haluavat ymmärtää mitä tapahtuu ja osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon.

Periaatteet korostavat potilaan, omaisen ja henkilökunnan välisen, lyhytaikaisenkin, vuorovaikutuksen tärkeyttä. Vuorovaikutuksella voidaan vaikuttaa hoitokokemuksen myönteisyyteen ja hoidon tehokkuuteen. Vuorovaikutuksen keskeinen asema korostaa yksittäisen hoitajan vastuuta potilaan hoitokokemuksen muodostumisessa ja nostaa keskusteluun, kuinka organisaatiot voivat tukea vuorovaikutukseen perustuvaa työskentelytapaa. (Bridges, Flatley, Meyer & Nicholson 2009.)

Oppaassa on ohjeet ja materiaalit työpaikalla tehtäviä harjoituksia varten. Materiaalin tuella työyhteisö tunnistaa hyviä, ylläpidettäviä toimintakäytäntöjään ja tunnistaa, kuinka toimia muutosta tarvitsevilla käytännöissä. (Bridges ym. 2009.)

Hoitotyön toiminnan tarkastelu osallisuuden näkökulmasta ja eri ammattiryhmien tehtävien pohdinta yhteiskehittämällä on ollut yhteistä tiedon luomista. Tieto kehittyy muiden kanssa yhdessä konstruoiden (Aaltola & Syrjälä 1999). Kehittäminen on muun muassa asioiden jakamista ja yhdessä oppimista (Mäkisalo-Ropponen 2016, 85). Toimintatutkimuksessa kohteina ovat yhteisön toimintatavat ja osallistujien omaa toimintaa koskeva ymmärrys. Pohdinta arvioista ja käsitteistä tapahtuu vuorovaikutuksessa. (Aaltola & Syrjälä 1999). Potilaan osallisuuden kehittämisestä ja hoidon suunnittelusta käyty keskustelu työyhteisössä on lisännyt osallisuuden käsitteen tuntemista.

Osallisuuden tasoa voidaan tarkastella hierarkkisten porrasmallien mukaan. Tavoiteltavana osallisuuden tasona ei voi kaikkien osalta pitää ylimmän tason osallistumista. Osallistujat, olosuhteet ja tilanteet ovat erilaisia. Sopiva osallistumisen taso määrittyy näiden tekijöiden mukaan. (Nivala & Ryyänen 2013, 23.) Shierin (2001) mallissa osallisuudella on viisi tasoa. Jokaisella osallisuuden tasolla työntekijöiden ja organisaation sitoutumisen aste voi vaihdella vaikuttaen asiakkaan osal-

lisuuden tasoon. Kehittämistehtävän syklien tuloksena on saatu tietoa toimintayksikön osallisuuden kehittämiseen sitoutumisen tasosta ja asteesta. Osastolla työskentelevistä osalla on hyvät valmiudet toimia potilaan osallisuutta tukien, ja he myös työskentelevät sen mukaisesti. Osallisuuden tukemisen mahdollistavat tekijät organisaatiossa ovat esimerkiksi tiedot ja taidot, jotka edesauttavat toimimaan osallisuutta tukien. Osallisuuden polku toimii osallisuuden kehittämisen arviointivälineenä.

7.1.3 Toiminta tai päätöksentekokyvyltään alentuneen potilaan osallisuus

Keskustelussa potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämisestä, on otettava kantaa ikääntymisestä tai sairaudesta syistä toiminta- tai päätöksentekokyvyltään alentuneiden potilaiden kykyyn osallistua hoidon suunnitteluun ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Miten omaisten ja läheisten osallistuminen vaikuttaa potilaan mielipiteiden esille tuloon? Mikä on ammattihenkilöstön rooli potilaan osallisuuden vahvistajana?

Merkittävä tekijä potilaan ja omaisen osallisuuden kannalta on organisaation arvomaailma. Stenvallin ja Virtasen (2012, 101) mukaan arvot, toimintatavat ja henkilöstöstä riippumattomat käytännöt liittyvät organisaatiokulttuuriin. Potilaiden tarpeet ovat yksilöllisiä, tarpeiden tunnistamisen edellytys on kommunikointi potilaiden kanssa, samoin myös moniammatillisten tiimien toimijoiden välinen viestintä parhaiden käytäntöjen jakamiseksi ja edistämiseksi. (Bridges & Wilkinson 2011, 47.) Asiakkaan osallistumisen edellytykset muodostuvat kolmesta ulottuvuudesta: organisaation rakenteista, työntekijöiden osaamisesta ja organisaatiokulttuurista, joka kuvastaa organisaation arvoja (Niiranen 2002, 71-76).

Organisaation toimintakulttuuri ja eri ammattiryhmien välinen hierarkia voi olla este tiimityöskentelylle ja potilaslähtöiselle toiminnalle. Organisaation ja yksilön vuorovaikutus tuo esille, kuinka ammattiryhmien odotukset, erikoisalut, osastot ja toimintaympäristö vaikuttivat ryhmien toimintaan ja potilaiden osallisuuteen. (Chaboyer, McMurray, Marshall, Gillespie, Roberts, Hutchinson, Botti, McTier, Rawson & Bucknal 2016, 568.)

Kehittämistehtävän tausta-ajatus on, ettei potilaan heikentynyt fyysinen tai tiedollinen toimintakyky rajaa häneltä pois osallisuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ottavat huomioon potilaan iän ja voimavarat, kohdistaen erityisesti huomiota haavoittuviin potilasryhmiin kuten vanhuksiin. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 5). Omaisten osallisuus potilaan hoidossa on pääsääntöisesti potilaalle tärkeä ja haluttu asia. Potilas voi haluta omaisen edustavan

itseään ja olla itse osallistumatta. Thoresen ja Lillemoen (2016) esittävät, että potilaan huomioiminen perheen tai muiden läheisverkostojen jäsenenä auttaa ymmärtämään, mikä on potilaalle tärkeää. Perhe, perhesiteet ja jaetut muistot ovat osa potilaan identiteettiä ja yksilöllisyyttä.

Omaisten kokemus hoidon laadusta syntyy tiedon jakamisesta, osallisuudesta ja vuorovaikutuksesta henkilökunnan ja omaisten välillä. Nämä tekijät myös tukevat potilaiden yksilöllisten tarpeiden huomioimista hoitoa suunniteltaessa. Omaisten informointi, mukaan ottaminen ja tukeminen voivat lisätä sekä potilaan että omaisen kokemusta hoidon laadusta. (Beardon, Patel, Davies & Ward 2018, 9).

Terveydenhuollossa ollaan tietoisia myös mahdollisista ongelmista potilaan ja omaisten välisissä suhteissa. Jos vaikuttaa siltä, että potilas ja omainen eivät ole samaa mieltä asioista, on henkilökunnan tehtävä huolehtia, että potilaan mielipide tulee kuuluksi. Henkilökunnan vuorovaikutustaidot ja eettinen herkyys kohdata potilas ja hänen läheisensä sekä tehdä yhteistyötä heidän kanssaan luo perustan potilaan ja omaisen osallisuudelle.

7.1.4 Vuorovaikutus osallisuuden tekijänä

Vuorovaikutus, sen laatu ja toteutuminen on tullut esille kehittämistehtävän sykleissä. Ensimmäisen syklin kirjallisuuskatsauksessa henkilökunnan ja potilaan välinen vuorovaikutus kuuluu osallisuuden kehittämisen viitekehykseen. Potilaan ja omaisen näkökulmasta osallisuus tai sen puuttuminen todentuu vuorovaikutuksessa henkilökunnan kanssa. Kolmannessa syklissä potilaan ja omaisen haastattelun tuloksena vuorovaikutus on yksi yläluokista, joista potilaan ja omaisen osallisuus hoidon suunnitteluun muodostuu. Osallisuutta tukeva vuorovaikutus nousi esille neljännen syklin tuloksissa. Monisairaiden potilaiden arvioimana yksi hoidon laatua määrittävä tekijä on potilaan ja henkilökunnan välinen vuorovaikutus. (Kuluski ym. 2013.)

Osallisuus rakentuu puheessa ja teksteissä vuorovaikutuksessa (Kivistö 2014). Asiakaslähtöisyyden kolme pääulottuvuutta Järnströmin (2011) tutkimuksessa olivat itsemääräämisoikeus, osallistuminen ja tasavertainen vuorovaikutus. Sosiaali- ja terveydenhuollon eettisten suositusten mukaan terveydenhuollossa toiminnan perusta on keskinäisessä vuorovaikutuksessa, jonka tulee olla arvostavaa ja inhimillistä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen perusta 2011, 5-6.) Ammatillaisen ja palveluiden käyttäjän suhteen perusta on vuorovaikutuksessa ja kaksisuuntaisessa vuo-

ropuhelussa (Stenvall & Virtanen 2012, 162). Työhyvinvointi-iltapäivien tuloksissa hoitohenkilökunta toi esille tasavertaisuuden ja kumppanuuden potilaan kanssa osallisuutta tukevan vuorovaikutuksen sisältönä.

Ohjaus kuuluu hoitotyön perustoimintoihin. Kääriäisen (2007, 28) mukaan ohjausta on käsitteenä tulkittu muun muassa potilaan hoitoprosessiin liittyväksi vuorovaikutukseksi, hoitotyön toiminnoksi, tiedon antamiseksi tai potilaan auttamiseksi valintojen tekemisessä. McLeod (2013, 7) korostaa ohjauksen vuorovaikutuksellisuutta. Ohjaus on määrätietoista keskusteluun perustuvaa toimintaa, jossa ohjattava (tai perhe) pohtii ja ratkaisee elämänsä ongelmia ohjaajan avustamana.

Voimavarasuuntautuneessa ohjauksessa asiakasta tuetaan tavoitteiden ilmaisemisessa. Toiminnan lähtökohta on asiakkaan tavoitteet ja hänen auttamisensa käyttämään tietojaan, kykyjään ja mahdollisuuksiaan tavoitteiden saavuttamiseksi. (Sayed 2015, 13.)

Välittävä ja myönteinen tapa tiedon kertomisessa ja dialoginen keskustelu edistävät potilaan osallisuutta. (Griffith ym. 2004, 579; Tobiano ym. 2016, 362). Osallisuudelle avoin ilmapiiri on avoin, myönteinen ja epämuodollinen (Griffith ym. 2004, 579-580). Potilaan ja omaisen haastattelun tuloksissa tuli esille huumorin myönteinen merkitys.

Potilaat ovat toivoneet hoitajilta sitä, että heidän mielipiteitään tuntemuksiaan kysyttäisiin, sekä kannustettaisiin omien tarpeiden esille tuomiseen (Löfman 2006, 66). Vanhuspotilaille erityisen tärkeää on hyvä vuorovaikutus. He haluavat tulla kuulluksi, kertoessaan voinnistaan ja sairaudestaan. (Ekdahl, Andersson & Friedrichsen 2010, 237.) Vuorovaikutuksessa keskeistä on kohdata ihminen sairauden takana ja tunnistaa sairauden vaikutukset tunteisiin (Chochinov 2007, 187).

Potilaiden osallisuuden kehittämiseen tähtäävät toimet eivät todennäköisesti onnistu, jos tämänhetkisessä toimintakäytännössä ei keskitytä potilaaseen tutustumiseen ja luomaan potilaaseen kaksisuuntaista vuorovaikutussuhdetta häneen (Bridges, Flatney, Meyer & Nicholson 2009, 5). Strategisessa keskustelussa kriittinen menestystekijä on asia, jonka tulee toteutua tavoitteen saavuttamiseksi.

Toimintayksikön strategiassa potilaan ja hänen läheisensä osallisuuden ja vastuullisuuden kehittäminen ovat kriittinen menestystekijä. Tavoitteen saavuttamisen toimenpide on potilaan ja läheisen ottaminen mukaan hoidon suunnitteluun koko hoitoprosessin ajaksi. (Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän tulostiedote 2017.) Osallisuus hoitoon ilmenee muun muassa hoitosuunnitelman tekemisessä yhdessä (Laitila 2010, 137-139). Kainuun soten laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden suunnitelmassa todetaan hoitosuunnitelman lähtökohtana olevan potilaan

asettama tavoite ja kokemus tarve hoidolle (Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma 2013, 20). Järnströmin (2011, 45-48) mukaan osallistuminen toteutuu, kun potilas osallistuu suunnitteluun ja päätöksentekoon, hänen näkemyksiinsä perehdytään ja tavoitteet asetetaan yhdessä.

7.2 Valmentavan johtamisen orientaatio

Työskentelen lähijohtajana osastolla, jossa kehittämistehtävä toteutettiin. Suunnittelen päivittäistä toimintaa ja myös osallistun työntekoon. Pidän tehtävääni merkityksellisenä ja mielekkäänä. Johtamisen perusorientaation koen omalla kohdallani olevan valmentavassa johtamisessa. Valmentavaan johtajuuteen sisältyy perinteisen valvonnan ja ohjaamisen sijaan työntekijöiden tukeminen oppimaan ja toteuttamaan parasta potentiaaliaan. Johtaja on avainasemassa organisaation henkisen pääoman vaalimisessa ja uudistamisessa. Kirjallisuudessa valmentavasta johtamisesta käytetään myös termiä coaching. (Viitala 2007, 84.) Kurtén (2007, 200) toteaa johtamiseen sisältyvän vastuuta muun muassa itsestä, työtovereista, asiakkaista, lähimmäisistä ja yhteiskunnallisista kysymyksistä. Itsensä johtamiseen ja eettisiin kysymyksiin kuuluu oman roolin, vastuiden ja velvollisuuksien ymmärtäminen ja hyväksyminen

Perustyön järjestämisen viitekehys muodostuu oman organisaation ja kansallisen ohjauksen määräyksistä ja suosituksista. Lähijohtamisessa konkretisoituu se, mitä hallinnollisella tasolla strategisessa- ja laatujohtamisessa on toiminnan tavoitteeksi asetettu. Johtamisessa minua on motivoiva mahdollisuus vaikuttaa, kehittäminen ja vaikuttamisen eettinen perusta.

Valmentava johtamisen orientaatio yhdistyy muutokseen, toiminnan kehittämiseen ja työhyvinvointiin. Valmentavalla otteella johtaminen on yksilön ja ryhmien kehittymisen tukemista. Valmentavan johtajan taitoihin kuuluu läsnäolo, kuunteleminen, kysymysten esittäminen, kannustaminen ja palautteen antaminen

Nykyjohtamisessa keskeistä on johtajan rooli uudistuksen ja muutosten tukijana (Viitala 2007, 78). Jatkuva muutos ja uudistusten tarve suuntaavat johtamista innovoinnin tukemiseen ja ratkaisujen hakemiseen kontekstin ja tilanteen mukaan. Puhutaan innovaatioteorioista. Tällaisessa viitekehyksessä työntekijän ajatellaan motivoituvan palkan lisäksi, myös luovuuden ja oman asiantuntijuuden käyttämisestä. Työntekijöiden yksilöllisyys, kehittymisen ja oppimisen tarve ovat keskeisiä asioita, suunnattaessa kohti toiminnan ja toimintatapojen uudenlaista ajattelua. (Seeck

2008, 243-244.) Toiminnan kehittäminen ja muutoksen suunnittelu ovat merkittävä osa työskentelyä lähivuosina työyksikön muuttaessa uuteen sairaalaan.

Kiire ja aikapaine vaikuttavat työntekijöiden hyvinvointiin ja innovatiivisuuteen. Johtajan rooli on merkittävä kiireen ja aikapaineen vaikutuksen minimoimisessa. Luovuuden mahdollistaminen edellyttää johtajalta läsnäoloa, kannustavaa otetta sekä kuuntelu- ja visiointikykyä. Luovuuden ja innovoinnin tukeminen on tasapainoiluun ajan antamisen ja toiminnan koordinoimisen välillä. Selkeä viestintä tavoitteista, kannustus ja palautteen kertominen tukevat innovatiivista työtä. Työn merkityksellisyyden kokemiseksi tarvitaan palautetta. Keskeistä työnteon merkityksellisyyden kokemiselle on jatkuva palautteen saaminen. Työntekijöiden luovuuden ja sillä syntyvien innovaatioiden edellytykset luodaan johtamisella. (Seeck & Parzefall 2008.) Kehittämistehtävässä käytettiin yhteiskehittämistä. Yhteiskehittämisen keinoin saatiin kuuluville monipuolisesti mielipiteitä ja luotiin mahdollisuuksia vuoropuhelulle. Yhteiskehittäminen sopii käsitykseni mukaan erittäin hyvin valmentavan johtamisen lähestymistapaan.

Muutostilanteissa johtajan kyky ennakoida edesauttaa muutoksen hallintaa. Työntekijöiden kokemusten ja tunteiden huomioon ottaminen, itseohjautuvuuteen tukeminen, huomion kohdistaminen työntekijään ja hänen taitoihinsa, palautteen antaminen ja arvostuksen osoittaminen kuuluvat hyvään johtamiseen, jonka merkitys korostuu organisaation muutosvaiheissa. Muutokseen motivoiminen muodostuu pienistä arkipäivän asioista, avoimesta ja ennakoivasta viestinnästä ja vuoropuhelusta. Hyvän johtajuuden edellytys on vuoropuhelu. (Suonsivu 2011, 171.) Viitala (2007, 86-88) toteaa vuorovaikutuksen olevan valmentavan lähestymistavan tärkein ydin. Valmentava johtaja luo toimintamalleja ja rakenteita, jotka tukevat keskustelua. Kaksisuuntaisessa kommunikaatiossa keskustelun sisältö ja lopputulos eivät ole enakkoon rajattuja tai ne pyritään pitämään mahdollisimman avoimina.

Valmentavassa henkilöstöjohtamisessa johtaja ja henkilöstö työskentelevät yhdessä. Johtamiselta edellytetään ihmisyyden ymmärtämistä, läsnäoloa ja työntekijöiden vahvuuksien tunnistamista ja käyttöönottoa. Johtaja antaa tilaa henkilöstön ideoille ja ohjaa ja koordinoi toimintaa. (Suonsivu 2011, 179-180.) Toisen ihmisen arvostaminen, halu auttaa valmennettavaa kehittymään ja saavuttamaan tavoitteensa kuuluvat valmentavaan johtajuuteen (Viitala 2007, 91).

Silloinkin, kun keskitytään yhden henkilön kohtaamiseen, valmentavaan johtamiseen kuuluu ryhmädynamiikan ulottuvuus. Ryhmän henkilöillä, heidän välisellään dynamiikalla ja toimintavoillaan on keskeinen merkitys henkilöstöjohtamisessa. Ryhmäytyneet ihmiset toimivat toistensa tukena. Valmentava johtaja edesauttaa ryhmäytymistä, yhteishenkeä ja yhteistyötä. (Aaltonen, Pajunen

& Tuominen 2005, 315.) Ryhmän toiminnan johtaminen on vuorovaikutuksen tukemista. Ryhmän yhteistoiminta ja erilaisten näkökulmien esille tuomiseen rohkaisu auttavat hyödyntämään ryhmässä olevaa osaamista. Lähijohtajilla on haastava tehtävä tarjota sopivassa suhteessa tilaa yksilölliselle ja kollektiiviselle ajattelulle. (Heinonen yms. 2012, 77.) Valmentava johtaja huomioi ryhmässä olevan potentiaalin siinä olevan erilaisuuden kautta. Kun ihmisten ainutlaatuinen erilaisuus huomioidaan ja hyväksytään, ryhmän potentiaali tulee käyttöön. (Ristikangas & Ristikangas 2010, 151.)

Valmentavan otteen johtamisessa on todettu edistyneen työtyytyväisyyttä, tuottavuutta ja suoritustasoa. Myös asiakastytytyväisyyden tuloksissa on havaittu myönteisiä vaikutuksia. (Viitala 2007, 91.) Johtajat inspiroivat työntekijöitä muuttamaan työpaikkansa osallisuutta toteuttaviksi organisaatioiksi. Osallisuuden kehittämiseen liittyy työntekijöiden moninaisuuden hyväksyminen ja sen hyödyntäminen. Työntekijöiden kokemus osallisuudesta organisaatiossa voi vaikuttaa työntekijän fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn ja asiakkaiden palveluiden laatuun. (Mor Barak 2015, 87.)

Johtajien odotetaan valmentavan työntekijät menestykseen. Valmennus yhdistetään yhteistyön edistämiseen, kehittämiseen, innovointiin ja motivoimiseen. Valmentava lähestymistapa vahvistaa henkilöstöjohtamista. Valmentava johtajuus ei ole vain tapa toimia, vaan se on sitä, millaiseksi itse tulet prosessissa. (Fuimano 2004, 16.) Oma tulkinta siitä, mitä varten on olemassa organisaatiossa, määrittää tulkintaa johtamisesta. Valmentavan johtamisen prosessin läpikäynyt pystyy toimimaan valmentajana. (Viitala 2007, 91.) Valmentava johtaminen ei ole yksittäisiä tehtäviä vaan asenne ja perusorientaatio (Aaltonen ym. 2005, 333; Viitala 2007, 89).

Johtaminen voidaan ymmärtää sekä menetelmänä että kohteena uudistamistyössä. Johtaminen on keskeinen tekijä organisaatioiden uudistuksissa. Vastaavasti johtamisen tapaa voidaan kehittää, olipa kysymyksessä asioiden tai ihmisten johtaminen. (Stenvall & Virtanen 2012, 103.) Kehittämistehtävässä arvioin johtamisoaamisen kehittyneen useilla johtamisen osa-alueilla. Valmentavan johtamisen orientaation koen olleen itselleni ominainen lähestymistapa johtamiseen aikaisemminkin. Kehittämistehtäväprosessin myötä lähestymistavalle löytyi teoriaperusta.

Arvioin kehittämistehtävän vaikutusta asiantuntijana kehittymiseen opinnäytetyön arviointikriteereiden ja Suomen kansallisen tutkintojen viitekehyksen (NQF National Qualifications Framework) tason 7 kompetenssien kautta. Ammattikorkeakoulut ja työelämän edustajat ovat määritelleet yhteistyössä kompetenssit eli työelävalmiudet, joita ammattikorkeakoulusta valmistu-

neen tulee omata. Kompetenssi on kykyä suorittaa ammattiin sisältyvistä työtehtävistä. Kompetenssit ovat yksilön tiedoista, taidoista ja asenteista muodostuvia laajoja osaamiskokonaisuuksia. (Työelämävalmiudet eli kompetenssit 2017.) Opinnäytetyön arvioinnin tavoite on tukea opiskelijan asiantuntijuuden kehittymistä. Arviointikriteerit ovat tutkimusosaaminen, kehittämis- ja innovaatio-osaaminen ja johtamisosaaminen. (Arviointi 2019.)

Kehittämistehtävän toteuttaminen kehitti asiantuntijuuttani tutkimusosaamisessa. Kehittämistehtävä oli toimintatutkimuksen luonteen mukaisesti monivaiheinen. Ymmärrys kehittämisen kohteena olevasta ilmiöstä ja osallisuuden kehittämisestä muotoutui prosessin edetessä. Näkökulmat aiheesta tulivat aikaisempaa monipuolisemmiksi. Perustelin valitun metodologian ja kehittämistehtävässä käytettävien menetelmien soveltuvuutta suhteessa kehittämishaasteeseen. Käsitteiden mukaan haasteen tutkivan otteen kokonaiskäytölle kehittämistehtävän toteuttamisessa muodostaa työelämän kehittämistarpeiden aikatauluodotusten ja tutkimuksellisen toiminnan aikataulutarpeiden yhteensovittaminen. Potilaan osallisuuden kehittäminen osoittautui moniammatillisten prosessien avaamista ja prosessien vaiheiden muokkaamista vaativaksi aiheeksi.

Kehittämisaikataulun asiantuntijuutta kehittämisestä tuki monipuolisesti. Kehittämistehtävän aihe on työelämälahtainen. Osallisuuden kehittämisen integroituu kansalliseen kontekstiin. Erittäin koen kehittämistehtävän lisänsä asiantuntijuutta näyttöön perustuvassa työskentelyssä. Kehittämistehtävä sisältyy kaikki näyttöön perustuvan toiminnan vaiheet: ongelman tunnistamisen, tiedon hankkimisen, tiedon tiivistämisen, käytäntöön viemisen suunnittelun, pilotoinnin, arvioinnin ja sen jälkeisen jatkokehittämisen.

Tutkimusosaamisen tekijöistä kriittisen ajattelun kehittymistä voi arvioida omaan toimintaan kohdistuvana kriittisenä ajatteluna ja kehittämistehtävän toteutuksen aikana syntyneestä ymmärryksestä kehittämisongelmaan liittyvästä tiedon luonteesta. Eri näkökulmien esille tuomisen kehittämiskohteesta, kuten osallisuuden kehittämisen perusteiden ja toimintamallin pilotoinnin tulosten pohdintojen arvioin osaltaan kuvanneen kriittistä ajattelua. Toimintamallin suunnittelun ja pilotoinnin arviointi ja kehitystehtävän luottavuuden pohdinnassa tuon esille kriittistä ajattelua omasta toiminnastani kehittämistehtävässä.

Suomalaisen tutkintojen viitekehyksen tason 7 kompetensseista kehittämistehtävän myötä asiantuntijuuteni on kehittynyt itsenäisen ajattelun ja tutkimuksen perustana olevien laaja-alaisten ja erikoistuneiden oman alan erityisosaamista vaativien käsitteiden ja tietojen hallinnassa potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämisessä ja johtamisessa. Kehittämistehtävä on vahvistanut

kykyä kartuttaa oman alan tietoa, arvioida yksittäisten ihmisten ja ryhmien toimintaa ja vastata muiden kehityksestä.

7.3 Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta

Luotettavuuden pohdinta

Validointi on prosessi, jossa ymmärrys maailmasta muodostuu vähitellen. Validointiin käsitteeseen viitaten Heikkinen ja Syrjälä (2008, 149-161) ehdottavat toimintatutkimuksen luotettavuutta arvioitavan kriteereillä: historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, havahduttavuus ja toimivuus. Toimintatutkimuksen laadun arvioinnissa tarkastellaan kriteereiden muodostamaa kokonaisuutta. Kehittämistehtävän luotettavuutta pohditaan edellä mainittujen kriteerien perustalta.

Reflektiivisyys on toimintatutkimuksen syklin peruskäsite. Aikaisemman toiminnan reflektointi käynnistää uuden syklin. Arviointi tuottaa ymmärrystä. Reflektiivinen tutkija pohtii todellisuutta koskevia esioletuksiaan. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 152-154.) Tutkimuksen luottavuuden arviointiin kuuluu pohtia, minkälaista tietoa tutkija pitää totena. Laadullisen tutkimuksen tietoteoria pohjaa yleensä konstruktivismiin. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 148). Konstruktivismissa tiedon katsotaan rakentuvan ihmisten välissä sosiaalisessa todellisuudessa. Kielellä on keskeinen merkitys sosiaalisen todellisuuden tuottamisessa. (Kakkuri-Knuuttila & Heinlahti 2006,216.) Tutkijan on hyvä tarkastella oman suhteensa rakentumista tutkimuskohteeseensa, koska hän tulkitsee tutkimuksessaan sosiaalista todellisuutta (Heikkinen & Syrjälä 2008, 152). Luotettavuuden arvioinnissa tuon esille suhdettani kehittämiskohteeseen.

Sosiaalinen todellisuus rakentuu keskustelussa dialektisena prosessina. *Dialektisuuteen* sisältyy erilaisten näkökulmien vuoropuhelu ja vuoropuhelun lopputuloksena syntyvä synteesi. Sosiaalinen toiminta rakentuu toimintatutkimuksessa erilaisten näkökulmien tai ideologioiden kautta. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 154.) Kehittämistehtävän toteutuksessa erilaisten näkökulmien vuoropuhelua olen tuonut esille osallisuutta tukevan toimintamallin tulosten arvioinnin kuvauksissa, jossa näkökulmat ovat sekä hoitohenkilökunnan että potilaan ja omaisen.

Tutkimuksen arvioinnin kriteeri, *havahduttavuus*, tuo arviointiin mukaan tutkimuksen esitystavan ja tutkijan kirjoittajan taidot. Havahduttava tutkimus on todentuntuinen, elävä ja saa lukijan mahdollisesti eläytymään tai avaa lukijalle uusia näkökulmia. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 159-160.) Se

onko raportti havahduttava, jää lukijan arvioitavaksi. Kehittämistehtävän toteuttajana ja raporttina olen tekstille sokea ja tarkastelen sitä rakentamastani viitekehuksesta käsin.

Toimivuus periaatteen näkökulmasta toimintatutkimusta arvioidaan tutkimuksen tuottaman käytännön vaikutusten kannalta. Käytännön vaikutuksia ovat esimerkiksi tutkimuksen tuottama hyöty tai osallistujien voimaantuminen. Tutkimuksen hyödyllisyyttä tarkasteltaessa on huomioitava, kenen näkökulmasta tulokset ovat toimivia ja miksi. Tutkimuksen toimivuutta voi arvioida sen mukaan, miten se tuo esille käsitteiden taustalla olevia ajatuksia, arvoja ja valtamekanismeja. Tutkimuksen toimivuutta arviotaessa voidaan pohtia myös tutkimuksen vaikutuksia eettisestä näkökulmasta. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 155-158.) Toimivuusperiaate kehittämistehtävässä ilmenee osallisuuden kehittämisen tavoitteiden kuvaamisessa ja osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun toimintamallin käytettävyyden arvioinnissa. Toimintamallissa oli puutteita, jotka olen pyrkinyt tuomaan esille pilotoinnin toteutuksen arvioinnissa.

Tutkimuksessa kokeiltu käytäntö saattaa osoittautua toimimattomaksi. Toimivuusperiaatteen mukaan hyviä tutkimuksia eivät ole vain onnistuneet tutkimukset; epäonnistumiset saattavat tuottaa arvokasta tietoa. Rehellinen raportointi epäonnistumisesta voi auttaa tutkijaa tai tutkimuksen lukijaa toimimaan paremmin. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 156.)

Tiedon rakentumista tutkimuksessa voi tarkastella *historiallisen jatkuvuuden* kautta. Tutkijan on pohdittava tutkimuskohteen historiaa. Toiminta ei ala tyhjästä. Mikrotasolla toiminnan kehittymistä voidaan tarkastella sosiaalisen yhteisön toimintahistoriallisena jatkumona tai makrotason yleisenä yhteiskunnallisena ilmiönä. (Heikkinen & Syrjälä 2008, 149-150.)

Historiallisen jatkuvuuden tasolla toiminnan kehittymisen jatkumoa on tuotu esille sähköisen potilastietojärjestelmän hoidon suunnitteluun tuoman muutoksen pohdinnassa. Katsoessani kymmenen vuotta taaksepäin, on sähköiseen kirjaamiseen liittyen tapahtunut paljon. Näkökulmani sähköisen potilastietojärjestelmän ja potilaan osallisuuden historialliseen jatkuvuuteen on kuitenkin kapea. Olen valmistunut sairaanhoitajaksi 2009. Opintoihin sisältyi rakenteinen kirjaaminen hoitotyön komponenteilla. Sairaanhoitajan uran alusta alkaen olen käyttänyt sähköistä potilastietojärjestelmää. Potilaan tulohaastattelua työyksikössäni ei ole ollut käytössä.

Historialliseen jatkuvuuteen liittyy jossain määrin myös KYTKE hanke (Asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan hoito- ja palveluketjuun), joka oli osa KASTE-ohjelmaa. Yksi KYTKE-hankkeen tavoitteista oli muuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä niin, että asiakkaan ja läheisen osallisuus ja sitoutuminen palveluproses-

seissa lisääntyy. Kainuun osahanke kehitti muun muassa ”kotoa-kotiin” prosessia, jonka tavoitteisiin kuului kotiutukseen valmentava hoito yksikössä. (KYTKE-hanke 2012.) Työyksikön tavoitteet ovat monelta osin yhteneväisiä KYTKE-hankkeen tavoitteiden kanssa. Noin vuosina 2012-2014 työyksikössä työskennellyt osastonhoitaja siirtyi toimeen KYTKE-hankkeen kotiutustoiminnan kehittäjän tehtävästä. KYTKE-hankkeen kotoa-kotiin prosessilla on todennäköisesti ollut vaikutusta strategisten tavoitteiden asettamiseen ja sitä myötä kehittämistehtävän toteutukseen.

Pohdittaessa tutkimuksen luotettavuutta yksi arvioinnin kohteista tutkimusaineisto. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston kattavuutta tarkastellaan kokonaisuutena, joka muodostuu aineiston koosta, analyysin ja tulkinnan onnistuneisuudesta ja tutkimustekstin kokonaisuudesta. Laadullisen aineiston tutkija pohtii jo aineistoa kootessaan aineiston teoreettista merkitystä tutkimusongelman suhteen. (Eskola & Suoranta 1998, 60-61.)

Kehittämistehtävän haastatteluaineiston arvioin sisällöltään rikkaaksi, mutta haastateltavia oli vain kaksi. Tämä on vaikuttanut aineiston laatuun. Useampi haastateltava olisi voinut tuoda toisenlaista tietoperustaa. Henkilökunnan kyselyyn vastanneiden määrä oli myös pieni, kolme henkilöä. Arvioin kyselyn rakenteen vaikuttaneen siihen, että kyselyn tuottama aineisto oli sisällöltään niukahko, tai ainakin yllätyksetön.

Tutkimusaineiston keräysvaihe ja aineiston jäsentelyn taustalla ovat tutkimuksen tekijän teoreettiset valinnat. Laadullisen aineiston tutkija on aineiston tulkitsija ja reflektioija. (Mason 2002.) Valokivi (2008, 44) kuvaa rooliaan tutkimuksen tekijänä tutkimuksen kolmanneksi ääneksi. Tutkija on haastattelussa vuorovaikutuksessa haastateltavien kanssa ja antaa tutkijan representaation kautta äänen haastateltavien kokemuksille kommentoiden palvelujärjestelmää ja kansalaisen osallisuutta ja asemaa. Potilaan ja omaisenmielipiteitä ja kokemuksia kartoittavan avoimen haastattelun analyysin edetessä pohdin omaa rooliani ja koen sen olevan edellä kuvatun kaltainen.

Stenvallin ja Virtasen (2012, 99-102) mukaan toiminnan kehittäminen on kolmitahoista. Toimintaa voidaan kehittää asiakaslähtöisesti, työntekijälähtöisesti ja järjestelmälähtöisesti. Järjestelmänäkökulma tarkoittaa palveluiden tarkastelua kokonaisuuden kannalta. Johtamisen menettelytavat ovat osa järjestelmätason kehittämistyötä. Arvioin kehittämistehtävän suorittamisen sisältäneen elementtejä järjestelmälähtöisyyden ja työntekijälähtöisyyden näkökulmista. Järjestelmälähtöisyys kehittämiseen on tullut organisaation strategiasta nousevasta kehittämiskohteesta, prosessien tarkastelusta ja kehittämisympäristön kokonaisuuden huomioimisesta. Työntekijänäkökulma kehittämisessä on toteutunut yhteiskehittämisessä. Kehittämistehtävän aihe, osallisuus, yhdistetään kirjallisuudessa asiakaslähtöisyyteen. Tästä taustasta kehittämistehtävään on

sisältänyt myös asiakaslähtöisen kehittämisen näkökulma. Oma orientaationi toiminnan järjestämisessä on asiakaslähtöinen. Pidän osallisuuden kehittämistä potilaan oikeutena ja etuna.

Kaiken kehittämisen tarkoitus on perustehtävän laadukas toteuttaminen. Ammattihenkilöiden näkökulma kehittämiseen tulee ammatillisesta näkökulmasta, joten asiakkaiden ja potilaiden mukaan saaminen kehittämistyöhön on tärkeää. Valmiudet yhdessä kehittämiseen eivät synny itsestään tai vain ehdottamalla. Yksi lähijohtajien tehtävistä on yhdessä kehittämiseen ohjaaminen. (Mäkisalo-Ropponen, 2016, 83-85.) Asiakkaan etu ja hyvä on asiakaslähtöisen johtamisen lähtökohta (Stenvall & Virtanen 2012, 157). Potilaan, omaisen ja ammattilaisten näkökulmia yhdistelemällä saadaan käsitys toiminnan laadun kokonaisuudesta (Mäkisalo-Ropponen 2016, 89)

Kehittämistehtävän heikkous asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden kehittämisen kannalta on, että toimintamallin suunnittelussa ei ollut mukana potilaita ja omaisia. Kehittämistehtävän toteutukseen ei sisällynyt yhteiskehittämistä potilaiden ja omaisten kanssa. Jälkikäteen arvioiden pidän tätä oleellisena puutteena.

Asiakaslähtöisen kehittämisen edellytys on palveluiden käyttäjien tarpeiden ja tilanteen tunteminen. Asiakaslähtöisessä kehittämisessä organisaation vastuulla on asiakaslähtöisen kulttuurin kehittäminen, mahdollisuuden avaaminen asiakkaille osallistua palvelutuotannon suunnitteluun ja asiakasymmärryksen vahvistaminen. (Stenvall & Virtanen 2012, 101, 154-155.) Moisanen (2018, 176-176) tutki asiakaslähtöisen osaamisen johtamista vanhuspalveluissa. Vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa ja hoivassa asiakkaan osallisuus palveluiden kehittämiseen on vähäistä. Yhteiskehittämisen menetelmiä ei hyödynnetä tai osata hyödyntää.

Palvelun käyttäjien kokemuksellisen tiedon käyttäminen palveluiden kehittämisessä täydentää kokonaiskuvaa monitoimijaisen palvelujärjestelmän toiminnasta. Palvelun käyttäjien kertoma tieto laajentaa ammattilaisten tietoa ja tuo kehittämiseen uusia näkökulmia. Palveluiden toimivat käytännöt ja mahdolliset epäkohdat on mahdollista tunnistaa yksittäisten asiakkaiden kertomien kokemusten kuvauksista. Asiakkaiden kokemuksellisen tiedon hyödyntämisellä lisätään asiakaslähtöisyyttä ja osallisuutta palveluiden kehittämisessä. (Valkama 2012.)

Eettinen pohdinta

Tutkimuksen tekemisen normit ja samalla tutkijan perusvelvollisuudet ovat luotettavan tiedon tuottaminen, tieteellisen julkisuuden ylläpitäminen ja tutkittavien oikeuksien ja ihmisarvon kunnioittaminen (Kuula 2006, 24). Tieteen etiikka nousee tarkasteluun tutkimuksen tekemisen aikana. Eettisiä kysymyksiä liittyy esimerkiksi tutkimusmenetelmien valintaan, aineiston käsittelyyn ja tutkimuksen kohteeseen. (Pietarinen & Launis 2002, 46.) Olen ottanut huomioon tutkimuseettiset näkökulmat kehittämistehtävän tekemisen eri vaiheissa Tutkimuseettisen neuvottelukunnan Hyvän tieteellisen käytännön ohjeen mukaisesti (kts. Varantola, Launis, Helin, Spoof ja Jäppinen, 2012, 6). Kehittämistehtävän eettisyyttä tarkastelen oman asemani ja kehittämistehtävään osallistuvien aseman kautta. Lisäksi pohdin ikääntyneiden roolia tutkimuksessa.

Kehittämistehtävä toteutui työyhteisössäni. Toimin työyksikössä lähijohtajana. Kehittämistehtävän toteutuksessa minun on huomioitava, miten asemani yhteisön toimijana ja organisaation työntekijänä mahdollisesti vaikuttaa objektiivisuuteen ja kriittisyyteen. Kuulan (2006, 144–145) mukaan organisaatiot, joista tutkimusaineistoa kerätään, voivat toimia portinvartijoina tutkimukselle. Tutkimuksen merkitys ja tarpeellisuus perustellaan tutkimusluvan myöntävälle johdolle. Jos tutkimuksen kohde on työ ja työntekijät, on tutkimuksen tekeminen perusteltava työntekijöille. Kehittämistehtäväni tavoite on kehittää osallisuutta. Muutos kohdistuu työn tekemisen ja sen organisoimisen tapaan. Kehittäjänä tulen olemaan tilanteeseen, jossa valintoihini voi vaikuttaa toimijoiden mielipide, olipa se sitten johdon tai työntekijöiden. Toiminta yhtäaikaaisesti työyhteisön työntekijänä ja kehittäjänä saattaa olla ristiriitaista.

Ihmisarvon kunnioittaminen on tutkimuksen tekemisen eettinen normi (Kuula 2006, 60). Olen pohtinut, minkälaista kuvaa ikääntyneistä ja muistisairaista luon kielenkäytölläni ja toiminnallani. Se, millaiseen käsitykseen ikääntyneistä kehitystehtävä perustuu, vaikuttaa kehitystoiminnan tuloksiin (Sarvimäki 2006, 9). Kehittämistehtävän tavoite on potilaan ja hänen läheistensä osallisuuden kehittäminen hoitosuunnitelman tekemisessä. Valtaosa terveyskeskussairaalan potilaista on ikääntyneitä. Useilla potilaista on jonkin asteinen muistisairaus. Kehittämistehtävän toteuttamisessa nousee todennäköisesti keskusteluun, miten muistisairaahan potilaan osallisuus voi toteutua. Tutkimus ei vain selitä ja kuvaile, sillä myös rakennetaan ja annetaan merkityksiä (Jyrkämä 2006, 14). Kehittämistehtävä tuotti tietoa osallisuuden käsitteestä ja henkilöstön käsityksistä ikääntyneen roolista.

Tutkimuksen eettisiin periaatteisiin kuuluu ihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Osallistujien tulee päättää itse, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Päätöksentekoon osallistumisesta tarvitaan riittävästi tietoa tutkimuksesta. Osallistujille kerrotaan tutkimuksen perustiedot ja heiltä kerättävän tiedon käyttötarkoitus (Kuula 2006, 60–61). Suostumus tutkimukseen

osallistumiseen edellyttää itsemääräämisoikeutta ja kykyä sen käyttämiseen. Muistisairaita tai muuten toimintakyvyltään alentuneita henkilöitä ei kuitenkaan tule sulkea pois tutkimuksista siitä syystä, etteivät he mahdollisesti ymmärrä tutkimussuostumuksen merkitystä (Kuula 2006, 147). Haastatteluihin osallistuneelle potilaalle ja omaiselle annettiin ennakkoon tiedote kehittämistehtävästä ja kysyttiin heidän suostumustaan haastatteluun osallistumiseen. Ennen haastatteluja keskusteltiin haastattelun periaatteet, aineiston käsittely, luottamuksellisuus ja vapaaehtoisuus.

Päätöksenteko on tietoista toimintaa, johon liittyy tahto. Tahto on osa päättelyketjua, johon kuuluvat tieto, kokemus ja eettinen harkinta. Päätöksentekoon liittyvä eettinen keskustelu johdattaa perimmäisiin kysymyksiin arvoista ja siitä mitä oikeastaan halutaan. Vaihtoehtoja voi olla useita, mutta vain keskustelemalla voidaan löytää yhteiset periaatteet. Kun on päästy sopimukseen siitä, mitä tavoitellaan, on työstämistä jatkettava tulosten saavuttamisen eettisesti hyväksyttävät menetelmien valitsemiseksi. Eettiseen keskusteluun sisältyy arvostuksia, siksi keskustelu ei voi perustua pelkkiin tosiseikkoihin. Eettisistä arvoista ei voi olla mitä mieltä vain, ne eivät ole subjektiivisia mielipidekysymyksiä. Päätöksenteossa ja toiminnan järjestämisen valinnoissa on pyrittävä johdonmukaisuuteen, joka perustuu perusarvoihin. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011, 10-11.)

Potilaan ja omaisen osallisuuden kehittämisen taustalla on sekä eettisiä että tehokkuuteen liittyviä tavoitteita. Päätettäessä siitä, minkälaisella toimintamallilla tavoitteen saavuttamiseen pyritään, tehdään arvovalintoja. Lähdetäänkö toteuttamaan mallia, jossa ymmärryksessä olevaksi arvioitu potilas tuottaa tietoa hoidon suunnittelua varten hoitoyksikön määrittelemien kysymysten pohjalta, tavoitteena potilaan osallistaminen ja motivoiminen kuntoutumiseen, jotta potilas kotiutuisi nopeammin? Vai lähdemmekö toteuttamaan toimintamallia, jossa potilaan tiedon saamisen tarve selvitetään, jotta hänen osallistumisensa hoitoa koskevaan keskusteluun mahdollistuu ja järjestetäänkö hoidon suunnittelun prosessi niin, että keskustelulle potilaan kanssa on aikaa, keskustelu on kaksisuuntaista ja potilaan tuottama tieto huomioidaan hoidon suunnittelussa myös moniammatillisesti. Jälkimmäinen vaihtoehto ei sulje pois pyrkimystä hoidon tehokkuudelle, mutta toteutuessaan tukee potilaan osallisuutta tiedon saamisen ja kuulluksi tulemisen osalta.

7.3 Jatkotutkimus- ja kehittämisasiheita

Kehittämistehtävä osoitti monien eri tekijöiden vaikuttavan potilaan ja omaisen osallisuuteen. Potilaan osallisuuden taso vaihtelee potilaasta itsestään tai toiminnan järjestämisestä johtuvista syistä. Kehittämistehtävän tulos osoitti, potilaan osallisuuden kehittämisen olevan haasteellista toimintaympäristön kontekstin moninaisuuden vuoksi. Jatkotutkimukseen- ja kehittämiseen ehdotetaan kehittävän työntutkimuksen lähestymistapaa, jossa nykytilanteen kehittämisessä perehdytään työn historiaan ja työntekijöiden käsityksiin kehitettävästä asiasta.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan selvitystä, miten potilaan osallisuus ilmenee henkilökunnan ja potilaan sekä omaisen välisessä vuorovaikutuksessa, esimerkiksi havainnoimalla. Tutkimus kuvaisi osallisuuden rakentumista toiminnassa ja kielenkäytössä. Mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi myös osallisuuden ilmeneminen kielenkäytössä potilasasiakirjoissa historiallisesti tarkasteltuna, esimerkiksi viimeisistä paperikirjauksista sähköisen kirjaamisen eri kehitysvaiheiden kautta nykypäivään.

Tapaustutkimuksen tyyppisesti voisi seurata vanhuspotilaan hoitoprosessia läpi hoito- ja palveluketjun. Aineiston keräämisen menetelminä voisivat olla palvelumuotoisissa käytettävät luotainmenetelmät, esimerkiksi päiväkirjat potilaan tai omaisen käyttäminä. Myös potilasasiakirjoista voi seurata yksiköstä toiseen siirtyvän potilaan hoidon kirjauksia ja osallisuuden ilmenemistä.

Vanhuspotilaan osallisuus on ristiriitainen asia silloin, kun hänen toimintakykynsä syystä tai toisesta heikkenee. Toimitaanko potilaan puolesta vai hänen ohitseen? Millä tavalla potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu, millä tavalla potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan ja minkälaiseen päätöksentekoon itsemääräämisoikeuden rajoittaminen perustuu?

Thoresen ja Lillemoen (2016, 6) totesivat vanhuspotilaan ja hänen omaisensa mainittavan ja heistä puhuttavan ikään kuin yhtenä yhteisenä yksikkönä. Vastaavalla tavalla kehittämistehtävässä potilas ja hänen omaisensa mainitaan yhdessä. Tutkimuskirjallisuus ja lakiohjaus korostaa potilaan mielipiteen ensisijaisuutta suhteessa omaisen mielipiteeseen. Omaisen rooli potilaan tukena on merkittävä ja arvostettava asia. Yhteistyötä omaisten ja henkilökunnan välillä on syytä kehittää. Mutta millä tavalla olisi ymmärrettävä ja tehtävä tiedostetuksi potilaan ja omaisen käsittäminen yhtenä yksikkönä? Jos toiminnan myötä syntyneitä kirjoittamattomia käytäntöjä ei tunnisteta ja avata potilaan oikeuksien ja potilaan sekä omaisen osallisuuden tukemisen näkökulmasta, on olemassa riski potilaan ohittamisesta. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan kartoitusta dementiapotilaiden kokemuksista ja käsityksistä osallisuudesta.

7.4 Lähteet

Aaltola, J. & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa H. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä, Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. ATENA kustannus. Juva, 11–24.

Aaltonen, T., Pajunen, H. & Tuominen, K. 2005. Syty ja sytytä. Helsinki: Talentum.

Arviointi. 2019. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Haettu 24.4.2019. [https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/Ylempi-amk-\(Soteli\)/Opinnaytetyoprosessi/Arviointi](https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Opinnaytetyoprosessi/Ylempi-amk-(Soteli)/Opinnaytetyoprosessi/Arviointi)

Beardon, S, Patel, K., Davies, B. & Ward, H. 2018. Informal carers' perspectives on the delivery of acute hospital care for patients with dementia: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 18(23), 1–11.

Bridges, J., Flatney, M., Meyer, J. & Nicholson, C. 2009. Best practice for older people in acute care settings (BPOP): Guidance for nurses. *Nursing Standard*. City University London: RCN Publishing Company.

Bridges J.& Wilkinson, C. 2011. Achieving dignity for older people with dementia in hospital. *Nursing Standard*, 25(29), 42–47.

Chaboyer, W., McMurray, A., Marshall, A., Gillespie, B., Roberts, S., Hutchinson, A., Botti, M., McTier, L., Rawson, H. & Bucknall, T. 2016. Patient engagement in clinical communication: an exploratory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 565–573.

Chochinov, H. 2007. Dignity and the essence of medicine: The A, B, C and D of dignity conserving care. *BMJ*, 335(7612), 184–187.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Fuimano, J. 2004. Add coaching to your leadership repertoire. *Nursing Management*, 35(1), 16–17.

Griffith, J., Brosnan, M., Lacey, K., Keeling S. & Wilkinson, T. 2004. Family meetings—a qualitative exploration of improving care planning with older people and their families. *Age and Ageing*, 33 (6), 577–581.

Heikkinen, H & Syrjälä, L. 2008. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio ja L. Syrjälä (toim.) *Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat*. Kansanvaalistuseura. Helsinki, 144–162.

Heinonen, S., Klingberg, R. & Pentti, P. 2012. *Kaikkien aivot käyttöön*. Sanoma Pro Oy.

Jyrkämä, J. 2006. Vanhukset toimijoina – vanhusten läsnäolo ja osallisuus tutkimuksessa. Teoksessa P. Topo (toim.) *Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa*. Stakes työpapereita 21, 14–19.

Järnström, S. 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”, Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 1097. Tampere: Tampereen Yliopisto. Haettu 5.11.2015 <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1>

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän tulokortisto. 2017. Kajaanin TK-sairaala.

Kakkuri-Knuuttila, M-L & Heinlahti, K. 2006. *Mitä on tutkimus, Argumentaatio ja tieteenfilosofia*. Helsinki: Gaudeamus.

Kivistö, M. 2014. Kolme ja yksi kuvaa osallisuuteen, Monimenetelmällinen tutkimus vaikeavammaisten ihmisten osallisuudesta toimintana, kokemuksena ja kielenkäyttönä. *Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Acta Universitatis Lapponiensis* 150. Rovaniemi: Lapin Yliopisto.

Kuluski, K., Hoang, S., Schaink, A., Alvaro, C., Lyons, R., Tobias, R. & Bensimon, C. 2013. The care delivery experience of hospitalized patients with complex chronic disease. *Health Expectations*, 14(4), 111–123.

Kurtén, S. 2007. Kohti autenttista johtajuutta. Teoksessa M., Räsänen (toim.), *Coaching ja johtajuus, valmentava ote esimiestyössä*. Helsinki: Edita, 187–211.

Kuula, A. 2006. *Tutkimusetiikka, aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

KYTKE-hanke. 2012. Asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan hoito- ja palveluketjuun, Loppuraportti. Haettu 25.05.2019. <https://www.innokyla.fi/documents/721554/ea177832-a007-4fbc-a632-632e5ea2fe60>

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede*, 18 (1), 37–45.

Laadunhallinta- ja potilasturvallisuussuunnitelma. 2013. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Kajaani.

Laitila M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä, Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Dissertations in Health Sciences 31. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Löfman, P. 2006. Itsemääräämisen edistäminen, osallistavan toimintamallin kehittäminen reumapotilaiden hoitotyöhön. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteet no 134. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Mason, J. 2002. *Qualitative researching*. Second edition. London: Sage. Haettu 14.9.2017 http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Mason_2002.pdf

Mattelmäki, T. & Visser, F.S. 2011. Lost in Co-X. Interpretations of co-design and co-creation. Edit. Roozenberg, N.F.M., Chen, L.L. & Stappers, P.J. Diversity and unity. Proceedings of IASDR2011, the 4th World Conference on Design Research. The Netherlands. Haettu 16.5.2019 <http://studiolab.ide.tudelft.nl/studiolab/sleeswijkvisser/files/2018/12/MattelmakiSleeswijkvisser2011.pdf>

McLeod, J. 2013. *An Introduction to Counselling*, Fifth Edition. Berkshire: Open University Press.

Mor Barak, M. 2015. Inclusion is the key to diversity management, but what is inclusion? *Human Service organizations: Management, leadership & governance*, 39(2), 83–85.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2016. Kohti yhdessä tekemisen kulttuuria. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.

Niiranen, V. 2002. Asiakkaan osallistuminen tukee kansalaisuutta sosiaalityössäkin. Teoksessa K., Juhila, H., Forsberg & I., Roivainen (toim.) *Marginaalit ja sosiaalityö*. Jyväskylä: SoPhi, 63–80.

Nivala, E. & Rynnänen, S. 2013. Kohti sosiaalipedagogista osallisuuden ideaalia. *Sosiaalipedagoginen aikakauskirja* 14, 9–41.

Pietarinen, J & Launis, V. Etiikan luonne ja alueet. Teoksessa S. Karjalainen, V. Launis, R. Pelkonen & J. Pietarinen (toim.) Tutkijan eettiset valinnat. Helsinki: Gaudeamus.

Ristikangas, M-R. & Ristikangas, V. 2010. Valmentava johtajuus. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sarvimäki A, 2006. Vanhustenhuollon tutkimus ja tutkimusetiikka. Teoksessa P. Topo (toim.) Eettiset kysymykset vanhustenhuollon tutkimuksessa. Stakes työpapereita 21, 6–13.

Sayed, T. 2015. Ohjaus keskusteluun perustuvana menetelmänä. Teoksessa P. Näkki & T. Sayed (toim.) Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla. Helsinki: Edita, 8–24.

Seeck. H. 2008. Johtamisopit Suomessa. Helsinki: Gaudeamus.

Seeck, H & Parzefall, M-R. 2008. Johtaja innovatiivisuuden tukijana: työyhteisöviestinnän rooli. Teoksessa P., Aula (toim), Kivi vai katedraali – organisaatioviestintä teoriasta käytäntöön. Helsinki: Infor, 191-211. Haettu 20.4.2019 http://eprints.lse.ac.uk/49880/1/Seeck_Johtaja_innovatiivisuuden_tukijana_2008.pdf

Shier, H. 2001. Pathways to participation: openings, opportunities and obligations. A new model for enhancing children's participation in decision-making, in line with article 12.1 of the United Nations convention on the rights of the child. *Children & Society*, 15(20). 107–117.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. Etene-julkaisuja 32. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE.

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

Suonsivu, K. 2011. Työhyvinvointi osana henkilöstöjohtamista. UNIpress.

Thoresen, L. & Lillemoen, L. 2016. "I just think that we should be informed" a qualitative study of family involvement in advance care planning in nursing homes. *BMC Medical Ethics*, 17(1), 1–13.

Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T. & Chaboyer, W. 2016. Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(4), 362–370.

Työelämävalmiudet eli kompetenssit. 2017. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Haettu 24.4.2019. <https://www.kamk.fi/loader.aspx?id=17b7f205-47cf-423b-8173-8690102a2346>

Valkama, K. 2010. Palvelunkäyttäjien kokemukset kehittämistyön tienviittoina. *Premissi* 2, 52–57.

Valokivi, H. 2008. Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Acta Universitatis 1286. Tampere: Tampereen yliopisto.

Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S. & Jäppinen, S. (toim.). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Helsinki. Haettu 24.4.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Viitala, R. 2007. Esimiehestä coach. Teoksessa M. Räsänen (toim.) Coaching ja johtajuus, valmentava ote esimiestyössä. Helsinki: Edita, 77–97.

Liiteluettelo:

Liite 1. Osallisuuden polku, kuvio 1.

Liite 2. Terveyskeskussairaalapotilaan hoitoprosessi, kuva 2.

Liite 3. Vertailukehittämismatkan kysymykset

Liite 4. Suostumus osallistua opinnäytetyöhön

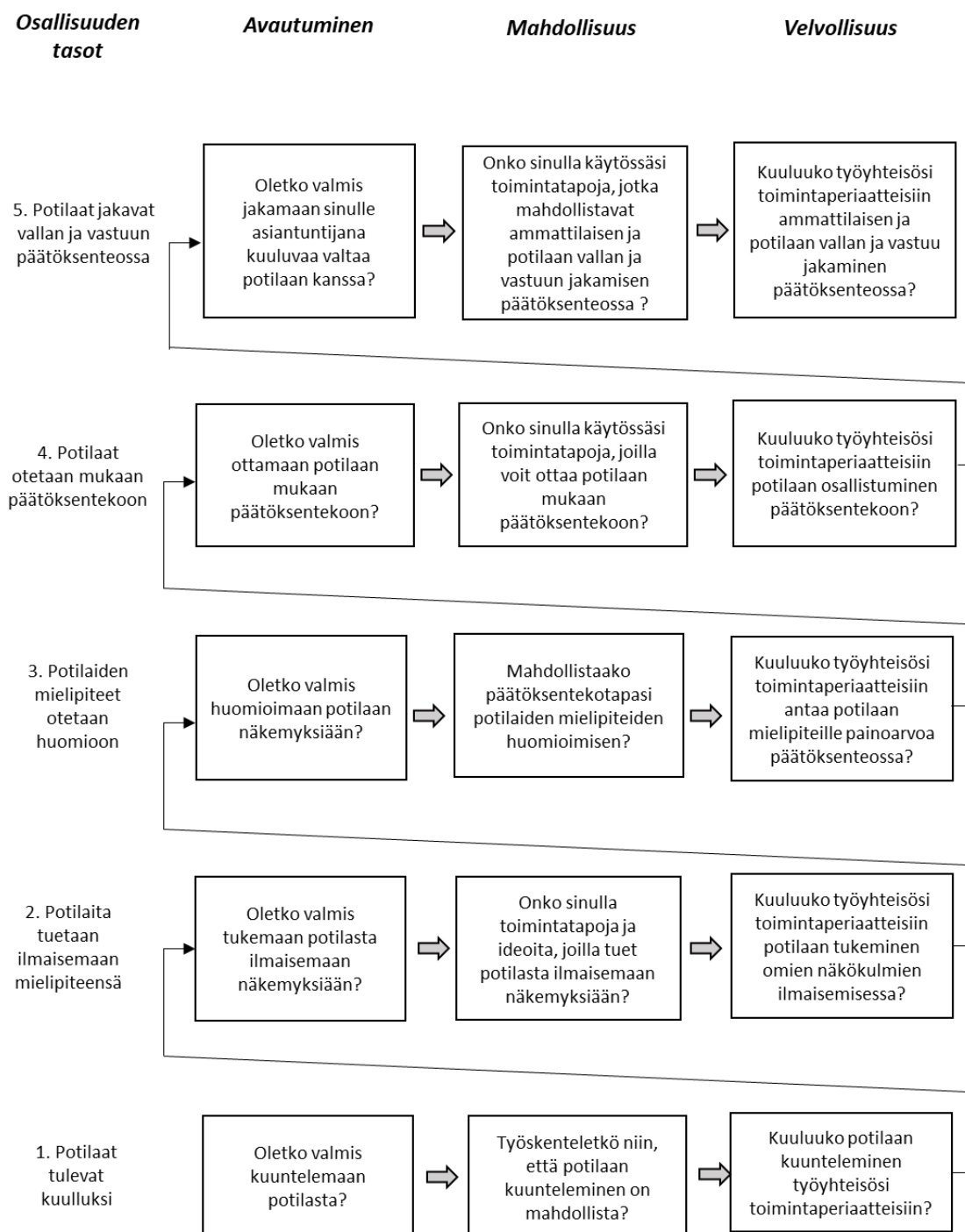
Liite 5. Kysely projektiryhmäläisille

Liite 6. Tyhy-iltapäivien aloitus, PowerPoint

Liite 7. Kalanruotokaavio hoidon suunnittelusta, kuva 13.

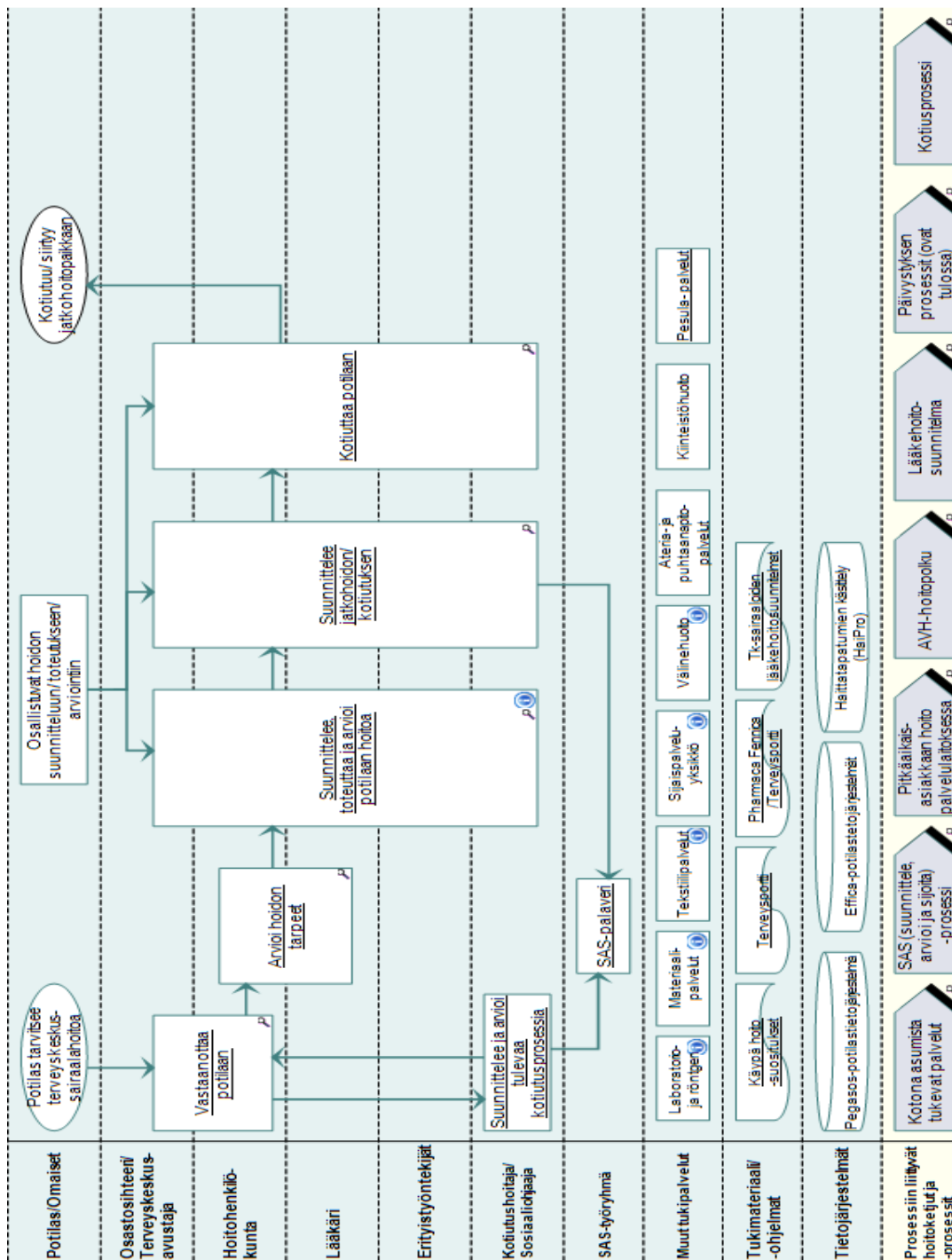
Liite 8. Toimintalähtöinen kehittämismalli, taulukko 12.

Kuvio 1. Osallisuuden polku



(Shier, 2001)

Kuva 2. Terveyskeskussairaalapotilaan hoitoprosessi



Vertailukehittämismvierailun kysymykset

Vertailukehittämismvierailun kysymykset muodostettiin oman toimintayksikön hoitoprosessin kuvaamisen ja asiakaslähtöisyyden ja laadunhallinnan teoriaperustan kautta.

Miten asiakaslähtöisyys käsitteenä on avattu henkilöstölle käytännön toimintana?

Miten asiakaslähtöisyys on huomioitu perehdytyksessä?

Miten yksikön potilaan hoitoprosessi on mallinnettu?

Millä tavalla hoitoprosessin eri vaiheiden sisältö on avattu?

Toteutuuko toiminta prosessinkuvauksen mukaisesti?

Miten potilaan ja omaisen osallistuminen hoidon suunnittelun on kuvattu prosessissa?

Minkälainen on potilaan hoitosuunnitelman tekemiseen sovittu osaston käytäntö?

Millaista haastattelulomaketta käytetään potilaan hoitosuunnitelman tekemisessä?

Mihin tietojärjestelmään hoitosuunnitelma tehdään/miltä hoitosuunnitelma näyttää ulkoisesti?

Miten hoidon suunnittelussa selvitetään potilaan tarpeet ja toiveet?

a) Miten potilaan hoidon tavoitteet asetetaan?

b) b) kuka/ketkä asettavat potilaan hoidon tavoitteet käytännössä?

Minkälainen on osaston käytäntö potilaan osallistumisesta hoitoa koskevaan päätöksentekoon?

Miten potilas ja omainen saavat tiedon hoitosuunnitelmasta ja tavoitteista?

Miten potilas ja omainen arvioivat hoitoa?

Minkälainen on hoitosuunnitelman mallipohja/ohjeistus?

Mitkä ovat omaisyhteistyön sovitut käytännöt?

Miten omaisia tuetaan osallistumaan läheistensä hoitoon?

Minkälainen on henkilökuntajakauma?

Minkälainen on henkilöstömitoitus?

Mitä henkilöstön erityisosaamista tai vastuita henkilöstöllä on asiakaslähtöisyyteen tai potilasturvallisuuteen liittyen?

Missä hoidon vaiheessa potilas ja läheinen osallistuvat hoitosuunnitelman tekoon/hoitosuunnitelman päivittäminen?

Millä tavalla hoitotyön suunnittelun ja toteutuksen kirjaamisessa näkyy potilaan mielipide, tarpeet ja toiveet hoidon järjestämisestä?

Miten potilaiden jatkohoidon suunnittelu toteutetaan?

- a) Minkälaiset asiakaspalautetulokset yksiköllä on ja
- b) kuinka usein palautetta tarkastellaan työyksikössä?

SUOSTUMUS OSALLISTUA OPINNÄYTETYÖHÖN

Minua on pyydetty haastateltavaksi opinnäytetyöhön, jonka aihe on vuodeosastopotilaan ja hänen omaisensa osallisuuden kehittäminen hoidon suunnittelussa

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt opinnäytetyöstä kertovan tiedotteen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen opinnäytetyöstä ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta. Tiedotteen sisältö on kerrottu minulle myös suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiini. Tiedot antoi _____, ___/___/20__ . Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani haastatteluun.

Kaikki minusta opinnäytetyön aikana kerättävät tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Ymmärrän, että osallistumiseni tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa opinnäytetyön aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää opinnäytetyöhön osallistuminen. Opinnäytetyöstä kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta jatkohoitooni. Olen tietoinen siitä, että minusta keskeyttämiseen mennessä kerättyjä tietoja käytetään osana opinnäytetyönaineistoa

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän opinnäytetyöhön ja suostun vapaaehtoisesti haastateltavaksi.

Allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Syntymäaika

Osoite

Suostumus vastaanotettu

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Päiväys

Nimen selvennys

Alkuperäinen allekirjoitettu opinnäytetyöhön osallistujan suostumus sekä kopio opinnäytetyötiedotteesta jäävät opinnäytetyön tekijän arkistoon. Opinnäytetyötiedote ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkimushenkilölle.

Kysely projektiryhmäläisille potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun kokeilusta

Mitä mieltä olit potilaan osallisuudesta hoidon suunnittelussa ennen kokeilun aloittamista? Perustelee mielipidettäsi.

Mitä mieltä olit omaisen osallisuudesta hoidon suunnittelussa ennen kokeilun aloittamista? Perustelee mielipidettäsi.

Miten mielipiteesi potilaan ja omaisen osallisuudesta hoidon suunnitteluun muuttuivat kokeilun aikana?

Miten kokeilu muutti hoitotyön työkäytäntöjäsi?

Mitä ovat mielestäsi potilaan ja omaisen osallisuutta tukevan hoidon suunnittelun tulokset (muutokset):

- a) potilaalle
- b) omaiselle
- c) hoitotyöhön

Mitä muutoksia potilaan osallisuuden tukeminen tuo hoitotyön käytäntöihin?

Missä vuorossa ja vuoron vaiheessa teit tulohaastatteluja, arvioi ajan sopivuutta potilaan osallistumiseen hoidon suunnitteluun?

Miten potilaan omat tavoitteet näkyvät Efficalle laaditussa hoitosuunnitelmassa?

Miten potilaan omat mielipiteet hoidosta näkyvät Efficalle laaditussa hoitosuunnitelmassa?

Miten potilaan oman tavoitteen puheeksi otto sujui tulohaastattelussa?

Kuvaile kokemuksiasi tulohaastattelusta omaisen kanssa?

Kuvaile potilaan ja hoitohenkilökunnan välisen keskustelun merkitystä hoidon tavoitteiden saavuttamiselle?

Kuvaile potilaan osallisuutta tukeva hoidon suunnittelun kokeilun merkityksiä yhteistyöhön potilaan ja/tai omaisen ja hoitotyöntekijöiden välillä?

Missä tilanteessa keskustelit potilaan kanssa hänen hoitosuunnitelmastaan?

Kuvaile, miten potilaat suhtautuivat kotiutuksen puheeksiottoon?

Kuvaile, miten omaiset suhtautuivat potilaan kotiutuksen puheeksiottoon?

Mitkä tekijät edistävät /mahdollistavat potilaan ja omaisen osallisuuden hoidon suunnittelussa?

Mitkä tekijät ovat haasteita tai estävät potilaan ja omaisen osallisuutta hoidon suunnitteluun?

Seuraavissa kysymyksissä on asteikko 1-5, anna numero arvio (1=potilaan osallisuudella hoidon suunnitteluun ei ole mitään vaikutusta, 2=potilaan osallisuus hoidon suunnitteluun vaikeuttaa hoitotyötä jonkun verran, 3=potilaan osallisuudella hoidon suunnitteluun ei ole minulle merkitystä, 4=potilaan osallisuus hoidon suunnitteluun on jonkun verran tärkeää, 5=potilaan osallisuus hoidon suunnitteluun on erittäin tärkeää)

Miten tärkeänä pidät potilaan osallisuutta hoidon suunnittelussa kokeilun jälkeen? (Asteikko 1-5)

Miten tärkeänä pidät omaisen osallisuutta hoidon suunnittelussa kokeilun jälkeen? (Asteikko 1-5)

Yhteiskehittäminen, tyhypäivä

- Yhteiskehittämisen lähtökohtana ovat potilaan ja omaisen osallisuus hoitoon ja kuntouttava työote.
- Tavoitteena on, että yhteiskehittämisen tuloksena otamme käyttöön toimintatapoja, joiden myötä:
 - hoidon suunnittelu tehdään hoitajakson alusta asti yhteistyössä potilaan/omaisen kanssa (potilaan toimintakyvyn ja elämäntilanteen kartoittaminen, tavoitteiden asettaminen, hoidon toteuttaminen ja hoidon arviointi)
 - hoitoa toteutetaan kuntouttavalla työotteella
 - kotiutuksen valmistelu/suunnittelu tehdään eri osapuolten kanssa yhteistyössä ja se alkaa hoidon alkuvaiheessa

Taustaa

- Yhteiskehittämisen taustalla (uusi sairaala ja soten muutos, oman työn kehittäminen osana sitä).
- Akuutissa hyvä pohja työstämiselle, mietitään potilaan hoitoa kokonaisuutena, lääkärit koko päivän paikalla, hoitajien ja lääkärin yhteistyö mutkatonta, työkierto kuntoutuksen kanssa alkamassa.
- On mahdollisuus olla muutoksessa mukana, jopa hieman etulinjassa.

Potilaan ja omaisen osallisuus...

- Mahdollisuus vaikuttaa itseä koskevaan toimintaan, esim. päätöksenteko, tavoitteiden asettaminen, toiveet, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, tiedon saaminen ja jakaminen
- Toteutuu vuorovaikutuksen kautta, tärkeää on rohkaista osallistumaan, kiinnostuksen osoittaminen ja tiedon tarjoaminen
- Toteutuu monentasoisena, esim. potilaan toimintakyky
- Voi olla myös valinta osallistumattomuudesta
- Kun tavoitteena on osallisuuden kehittäminen, taustalla muun muassa lakiohjaus, tutkimukset hoidon vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta

Kuntouttava työote on, muun muassa..

- Ohjataan potilasta toimimaan niin itsenäisesti kuin mahdollista
- Toimintakyvyn rajoitteiden poistamista tai ongelmien ratkaisemista (ei siis pelkkää fyysistä kuntoutusta, niin kuin usein ajatellaan)
- Piirteitä:
 - Potilaan yksilöllisyys
 - Aktiivisuuden tukeminen
 - Voimavarojen kartoittaminen
 - Tavoitteellisuus
 - Yhteistyö moniammatillisen tiimin ja muun verkoston kanssa
 - Varhainen aloitus

Osallisuuden kehittäminen akuuttiyksikössä, alustavia tuloksia

- Hoitajien näkemys: osallisuutta tukevan toimintamalli koettiin tärkeäksi, tulohaastattelun/keskustelun potilaan ja omaisen kanssa koettiin lisäävän luottamusta, tietoisuutta tavoitteista, kotiutumisen edellytyksistä.
- ”Potilaaseen tutustuminen”, ”omien pientenkin tekojen miettiminen lisääntyi” potilaat motivoituivat liikkumaan”
- Todettiin että potilaan omat tavoitteet ja mielipiteet hoidosta näkyvät huonosti nykyisessä hoitosuunnitelmassa

Osallisuuden kehittäminen akuuttiyksikössä, alustavia tuloksia, potilaan/omaisen näkökulma

- Ei kokemusta, että olisi ollut mukana hoidon suunnittelussa tai tavoitteiden asettamisessa.
 - Taustatilanteesta ennen hoitoon tuloa ei ole keskustelua
 - Hoitosuunnitelmaa ei käydä potilaan kanssa läpi, tavoitteet eivät ole tiedossa
 - Potilas ei ole ollut mukana kotiutuksen suunnittelussa
- Tietoa somaattisesta tilanteesta potilaalla ja/tai omaisella voi olla runsaastikin
- Oma osaaminen/pärjääminen erillinen sairaalan arjesta
- Tyytyväisyys/tyytyminen saatuun hoitoon, ymmärrys henkilökuntaa kohtaan
- Potilaan tilanne voi olla hyvin haastava (esim. ei toivoa paranemisesta) mutta silti löytyy halua katsoa tulevaan

Taulukko 11. Toimintalähtöinen kehittämismalli (mukaillen Toivanen ym. 2007)

	Yhteinen käsitys nykytilasta ja kehittämistarpeista	Yhteinen käsitys tavoitetilasta	Suunnitelma toimenpiteistä
Toimintakokonaisuudet ja tietokokonaisuudet	Yleiskuva kehittämisen kohdealueesta: 1. Keskeiset toimintakokonaisuudet ketä osallistuu, miten verkottuneet, mitä palveluita tuotetaan, sidosryhmät, konteksti, organisaation toimintakokonaisuuksien sijoittuminen suhteessa toisiinsa 2. Tarvittavat tietokokonaisuudet , mitä keskeistä tietoa toimintaverkostossa käytetään ja millä välineillä tieto siirtyy	Tarkastellaan vaikuttaako uuden toiminnan käyttöönotto kokonaisuuteen, Missä kohtaa ja millä tavalla toimintojen ja tietokokonaisuuksien tasolla toiminto vaikuttaa?	Suunnitellaan palvelujen ja toiminnan uudelleen organisointi Huomioidaan: -toimintakokonaisuuksien sijoittuminen organisaatiossa ja suhteessa toisiinsa -ympäristötekijät kuten rakennukset, infrastruktuuri, lainsäädäntö yms.
Työnkulut ja tietovirratt	Keskeisten toimintakokonaisuuksien työnkulun tarkastelu: Minkälainen työprosessi on, ketä siihen osallistuu, minkälainen työnjako on ja miten työnjako tehdään? Mitä tietoa työprosessissa tarvitaan , mistä se saadaan, mitä kirjataan ja minne kirjataan?	Tarkastellaan miten ja missä kohtaa työprosessia uutta toimintaa hyödynnetään? Miten uusi tieto järjestellään? Tarkastellaan työtehtävien ja tietovälineiden tasolla muutosten vaikutusalue.	Työtoiminnan muutoksen toteuttamis- ja käyttöönottosuunnitelma
Toiminta=ryhmän toimintaa	Keskeisten työprosessissa tarvitaan , mistä se saadaan, mitä kirjataan ja minne kirjataan?	Miten uutta toimintaa hyödynnetään työtehtävissä? Miten uusi toiminto vaikuttaa tietovälineiden käyttöön?	Suunnitellaan ja dokumentoidaan muutokset työtehtävien ja tietovälineiden tasolla: - työtehtävien muutokset, esim. kirjaamisen ja tiedonhankkimisen vastuut
Työtehtävät ja tietovälineet	Keskeisten työprosessissa tarvitaan , mistä se saadaan, mitä kirjataan ja minne kirjataan?	Miten uutta toimintaa hyödynnetään työtehtävissä? Miten uusi toiminto vaikuttaa tietovälineiden käyttöön?	Suunnitellaan ja dokumentoidaan muutokset työtehtävien ja tietovälineiden tasolla: - työtehtävien muutokset, esim. kirjaamisen ja tiedonhankkimisen vastuut
Toiminta=yksilön toimintaa	Mistä tiedoista tarvittava tietokokonaisuus koostuu?	Miten uutta toimintaa hyödynnetään työtehtävissä? Miten uusi toiminto vaikuttaa tietovälineiden käyttöön?	Suunnitellaan ja dokumentoidaan muutokset työtehtävien ja tietovälineiden tasolla: - työtehtävien muutokset, esim. kirjaamisen ja tiedonhankkimisen vastuut

