

HOIDON LAATU KEMINMAAN TERVEYSKESKUKSEN VUODEOSASTOLLA

Kyselytutkimus hoidon laadusta potilaiden ja omaisten kokemana

Ronkainen Anna

Opinnäytetyö
Hyvinvointipalveluiden osaamisala
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja (AMK)

2021

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja (AMK)

Tekijä	Anna Ronkainen	Vuosi	2021
Ohjaaja(t)	Satu Elo		
Toimeksiantaja	Keminmaan terveystakeskus		
Työn nimi	Hoidon laatu Keminmaan terveystakeskuksen vuodeosastolla, kyselytutkimus hoidon laadusta potilaiden ja omaisten kokemana		
Sivu- ja liitesivumäärä	65 + 3		

Hoidon laadun arvioinnin perimmäisenä tarkoituksena hoitotyössä on ihmisen hyvinvointi ja potilaiden hyvinvoinnin optimointi. Palvelun laatu on useiden ominaisuuksien ja piirteiden kokonaisuus, jotka yhdessä vaikuttavat palvelun mahdollisuuteen tyydyttää sisäistettyjä tai ilmaistuja tarpeita. Terveystenhoituksen laatua arvioidaan ja määritellään eri näkökulmista. Hoidon laatu on ensiarvoisen tärkeää ikääntyneille, koska se edistää elämänlaatua.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoidon laatua Keminmaan terveystakeskuksen vuodeosastolla potilaiden ja omaisten kokemana. Tavoitteena on tuoda vuodeosaston henkilökunnalle tietoa tämänhetkisestä hoidon laadusta potilaiden ja omaisten näkökulmasta. Opinnäytetyön tulosten avulla henkilökunta voi kiinnittää huomiota hoidon laatua parantaviin asioihin.

Opinnäytetyön tietoperusta muodostuu alan kirjallisuudesta sekä tehdyistä tutkimuksista. Teoriaosuudessa perehdytään niihin asioihin, mitkä mahdollistavat hyvän hoidon laadun. Ympäri vuorokautisen hoidon pohjalta hoidon osatekijöiksi valitaan kuntoutus, turvallisuus, potilaan kohtaaminen, laadukas potilasohjaus, yksityisyyden suoja ja potilaan itsemääräämisoikeus. Nämä osa-alueet sisältyvät myös kyselylomakkeeseen.

Opinnäytetyön lähestymistapa oli määrällinen. Aineistonkeruun menetelmänä käytettiin Kuntaliiton laatimaa Terveystenhoituksen laatuoppaan potilastyytyväisyyskyselyyn pohjautuvaa lomaketta, jossa on yhdeksän kysymystä. Tutkimukseen osallistui 50 henkilöä, joista 40 on potilaita ja 10 omaisia. Tulokset kuvataan prosentteina. Potilaiden vastaukset esitetään ympyräkaaviona jokaisen kysymyksen kohdalla erikseen ja omaisten vastaukset kokoavan taulukkona.

Kyselyyn vastaajat ovat varsin tyytyväisiä hoidon laatuun, potilaiden keskiarvon ollessa 4,3 ja omaisten keskiarvon 3,9. Potilaat ovat tyytyväisimpiä henkilökunnalta saamaansa kohteluun ja vähiten tyytyväisiä väitteeseen ”Hoitoa koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani”. Omaiset ovat tyytyväisimpiä yksityisyyden suojan säilymiseen ja vähiten tyytyväisiä fysioterapeuttien antamaan kuntoutukseen.

Avainsanat hoidon laatu, ympärivuorokautinen hoito, potilas palaute

Degree Programme on Nursing and
Health Care
Bachelor of Health Care

Author	Anna Ronkainen	Year	2021
Supervisor	Satu Elo		
Commissioned by	Keminmaa Health Center		
Subject of thesis	Quality of Care in Keminmaa Health Centre Ward as Experienced by Patients and their Families – A Survey Research		
Number of pages	65 + 3		

The ultimate purpose of care quality assessment in nursing is human well-being and optimizing patient well-being. The quality of service is a set of several characteristics and features that together affect the ability of a service to satisfy internalized and expressed needs. Quality of health care is assessed and defined from different perspectives. Quality of care is vitally important for the elderly as it improves the quality of their life.

The purpose of this thesis is to describe the quality of care in the Keminmaa Health Centre ward as experienced by patients and relatives. The aim is to provide the staff of the ward with information on the current state of quality of care in the ward from the perspective of patients and relatives. With the help of the results of this thesis, the staff can be encouraged to pay more attention to the issues that improve the quality of care in the ward.

The theoretical basis of this thesis consists of literature and research in the field. The theoretical part introduces issues that foster quality of good care. The topics related to care that were selected for the theory part included a round-the-clock care, rehabilitation, safety, patient encounters, high-quality patient guidance, protection of privacy and patient autonomy. The same topics were also included in the questionnaire that was used to collect the data.

The research approach of this thesis is quantitative. The data was collected by using a questionnaire based on the Patient Satisfaction Survey of the Health Care Quality Guide. The questionnaire has been prepared by the Association of Finnish Municipalities and it includes nine questions. Forty patients and ten relatives took part in this study. The results of the study are presented as percentages. The patients' answers are presented as a pie chart for each question separately and the relatives' responses as a table.

The result showed that the respondents were quite satisfied with the quality of care in the Keminmaa health centre ward. The patients were most satisfied with the treatment they received from the caring staff and they were least satisfied with the statement "treatment decisions were made together with me". The relatives were most satisfied with the preservation of privacy and least satisfied with the rehabilitation provided by the physiotherapists.

Key words quality of care, around-the-clock care, customer feedback

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	HOIDON LAATU.....	9
2.1	Laadun määritelmä	9
2.2	Hyvä hoito osana hoidon laatua.....	10
2.3	Laadukas ympärivuorokautinen hoito	11
2.4	Johtaminen osana hoidon laatua	14
2.5	Henkilöstön osaaminen osana hoidon laatua	16
2.6	Hoidon laadun arviointiin vaikuttavia tekijöitä.....	18
3	HOIDON LAADUN OSATEKIJÄT YMPÄRIVUOROKAUTISESSA HOIDOSSA	21
3.1	Kuntouttava hoitotyö	21
3.2	Hoidon turvallisuus	25
3.3	Potilaan kohtaaminen	28
3.4	Laadukas potilasohjaus	29
3.5	Yksityisyyden suoja	32
3.6	Potilaan itsemääräämisoikeus	34
4	TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA.....	36
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	37
5.1	Määrällinen tutkimus lähestymistapana	37
5.2	Toimeksiantajan kuvaus	37
5.3	Kohderyhmä	38
5.4	Aineistonkeruu	39
5.5	Aineiston analysointi	40
6	TUTKIMUSTULOKSET	42
6.1	Tutkimuksen tulokset	42
6.2	Vastaajien antama vapaa palaute ja kehittämissuhteet	48
7	POHDINTA.....	50
7.1	Tutkimustulosten tarkastelua	50
7.2	Eettiset lähtökohdat	53

7.3	Luotettavuuden tarkastelua.....	55
7.4	Oman oppimisen pohdinta	57
7.5	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	59
	LÄHTEET.....	61
	LIITTEET	66

1 JOHDANTO

Hoidon laatu on ensiarvoisen tärkeää ikääntyneille, koska se edistää elämänlaatua. Laadun arvioinnin perimmäisenä tarkoituksena hoitotyössä on ihmisen hyvinvointi ja asiakkaiden hyvinvoinnin optimointi. Sitä todennäköisemmin hoidon laatu vaikuttaa elämänlaatuun, mitä enemmän yksilön terveys on heikentynyt. (Kahanpää 2019, 21.)

Kaikkea hoidon laatuun liittyvää ei voi saada näkyviin mittaamalla, koska hoidon laatu on subjektiivinen kokemus. Kuitenkin hoidon laadusta voidaan mitata olennaisia asioita, kunhan huomioidaan mittaajaan, olosuhteisiin ja mittariin liittyvät rajoitukset. (Kahanpää 2019, 19.) Suomessa on ollut 1970-luvulta alkaen terveydenhuollon laadunvarmistamis- ja kehittämistoimintaa. 1990-luvulla alkoi järjestelmällinen laadunhallinta. Sosiaali- ja terveysministeriö antoi Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tehtäväksi laadunhallinnan järjestämistä ja sisältöä koskevan suosituksen laatimisen. Siinä on kolme tärkeää periaatetta: asiakaslähtöisyys on laadunhallinnan painopiste, laadunhallinta on jokapäiväistä työtä ja laadunhallintaa ohjataan tiedolla. (Kvist 2004, 19).

Suomessa hoidon laatua ohjataan useilla eri oikeudellisilla säädöksillä ja käsitellään useissa eri laeissa. Esimerkiksi potilaslain (785/1992) mukaan asiakkaalla on oikeus hyvään hoitoon, oikeus osallistua palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen ja pääsy häntä koskevaan tietoon. Vanhuspalvelulaki (2012) velvoittaa kuntia keräämään palautetta palveluiden laadusta säännöllisesti palveluita käyttäviltä, heidän läheisiltään ja henkilöstöltä. Vaikka yksiköiden toimintaa säätelevät erilaiset ohjeet ja normit, niiden antaman hoidon laadusta ei ole juuri saatu tietoa yhteisön ulkopuolelle. (Kahanpää 2019, 22.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoidon laatua Keminmaan terveyskeskuksen vuodeosastolla potilaiden ja omaisten kokemana. Tavoitteena on tuoda vuodeosaston henkilökunnalle tietoa tämänhetkisestä hoidon laadusta potilaiden ja omaisten näkökulmasta. Opinnäytetyön tulosten perusteella henkilökunta voi kiinnittää huomiota, missä asioissa on vielä kehittämistä ja mitkä toimivat. Opinnäytetyö on määrällinen tutkimus ja se toteutetaan kyselytutkimuksena. Hoidon laatuun vaikuttavina tekijöinä kyselyssä arvioidaan potilaan tai omaisen

kokemusta hoidon laadusta ja potilaan henkilökunnalta saamaa kohtelua, potilaan ja omaisen saamaa tietoa ja ohjausta, itsemääräämisoikeuden toteutumista, turvallisuutta, kuntoutusta hoitohenkilökunnan ja fysioterapeuttien taholta ja yksityisyyden suojan säilymistä. Nämä on valittu, koska ne ovat keskeisiä asioita hoidon laadun kannalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2020.) Käyttämäni potilaskyselylomake perustuu Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuihin asiakastyytyväisyyskysymyksiin (Terveystieteiden tutkimuskeskuksen laatuopas 2019).

Hoidon laatu vaikuttaa kiinnostavalta ja moninaiselta aiheelta. Aihe on myös toimelias mielestäni tärkeä, sillä hoidon laadusta ei ollut vielä koskaan tehty tutkimusta Keminmaan terveyskeskuksen vuodeosastolla ja se näin ollen palvelee vuodeosaston toimintaa. Osastonhoitaja on myös ollut alusta alkaen innostunut ajatuksesta. Työ terveyskeskuksen vuodeosastolla on välillä kuormittavaa (Leppiniemi 2018). Työn kiire ja hektisyys sekä resurssien rajallisuus asettavat omat haasteensa. Monet hoitotilanteet ovat onnistuneita, mistä kertovat monet potilailta ja heidän omaisiltaan saadut kiitettävät palautteet. Joissakin hoitotilanteissa taas olisi ollut parantamisen varaa. Mahdolliset väärinkäsitykset voidaan usein selvittää avoimella keskustelulla hoitoa antaneen tai hänen esimiehensä kanssa. Jos keskustelusta ei ole apua, niin voi tehdä kirjallisen muistutuksen hoidon laadusta. Ylipäänsä Suomessa kirjallisia muistutuksia hoidon laadusta tehdään silloin tällöin. Kirjalliset muistutukset osoitetaan hoitopaikkaan, mikä on usein nopein ja tarkoituksenmukaisin tapa selvittää asiaa. (Valvira 2015.)

Teoreettinen tausta tässä työssä nojaa näyttöön perustuvan hoitotyön malleihin ja teorioihin. Näyttöön perustuva hoitotyö perustuu tieteelliseen tietoon (eli esimerkiksi Käypä hoito -suositukseen), asiantuntijan kokemukseen perustuvaan tietoon, asiakkaan omaan kokemukseen perustuvaan tietoon ja käytettävissä oleviin resursseihin. Hoitotyö on asiakasta kunnioittavaa ja yhteistoiminnallista; potilas on oman elämänsä asiantuntija. Sairaanhoidajan työn lähtökohtana on tieteelliseen tietoon perustuva asiakaslähtöinen toiminta, joka perustuu yhteiseen päätöksen tekoon ja jaettuun vastuuseen. Näyttöön perustuvan tiedon tarkoituksena on yhtenäistää potilaitten hoitoa ja saada aikaan enemmän terveyshyötyä ja kustannusvaikuttavuutta sekä lisätä yhteistyötä terveysalan toimintayksiköiden

ja koulutuksen välillä. Tämä taas mahdollistaa henkilöstön korkeatasoisen osaamisen, toiminnan vaikuttavuuden ja tehokkuuden. (Sarajärvi 2016, 76, 87; Iivainen & Syväoja 2016, 13.)

2 HOIDON LAATU

2.1 Laadun määritelmä

Palvelun laatu on useiden ominaisuuksien ja piirteiden kokonaisuus, jotka yhdessä vaikuttavat palvelun mahdollisuuteen tyydyttää sisäistettyjä tai ilmaistuja tarpeita. Terveystuon laata arvioidaan ja määritellään eri näkökulmista. Erilaisia näkökulmia ovat asiantuntija- tai asiakaslähtöisyys, rahoittajan, yhteiskunnan, hallinnon tai palveluita tuottavan organisaation näkökulma. Hoidon laadusta puhuttaessa yhteen näkökulmaan rajoittuva arviointi on yksipuolinen ja riittämätön. Jotta hoidon laadun tulokset ovat ymmärrettäviä, arvioinnin on edustettava kohteen ulottuvuuksia monipuolisesti. Teoriaperusteinen arviointi voidaan jakaa normatiiviseen arviointiin, jossa selvitetään, miten ja mitä pitäisi olla ja kausatiiviseen arviointiin, jossa selvitetään, jossa tarkastellaan mitä on ja miksi. (Kvist 2004, 19 - 20, 23 - 24).

Palveluiden, jotka tuotetaan terveydenhoidossa, täytyy olla laadukkaita, asianmukaisesti tuotettuja ja turvallisia. Laadukkaalle terveyspalvelulle ovat ominaisia hoidon asiakaskeksisyys ja yksilöllisyyden korostuminen. Palvelun toteuttamisen lähtökohta on itsemääräämisoikeus, missä potilasta kunnioitetaan. On huomion arvoista, että palvelut saadaan tasa-arvoisesti ja kohtuullisessa ajassa etnisistä tekijöistä, sosioekonomisesta asemasta ja sukupuolesta riippumatta. Tasaalaatuisen ja laadukkaan hoidon näkökulmasta on tärkeää, että samanlaisessa elämäntilanteessa olevat saavat yhdenmukaista palvelua ja hoitoa. Kiireellinen hoito annetaan ilman tarpeetonta viivettä. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kannalta on tärkeää, että hoitopaikan tai terveydenhuollon ammattihenkilön voi valita. Hoidon täytyy olla myös turvallista. Sosiaali- ja terveyspalveluiden täytyy olla vaikuttavia ja niiden täytyy lisätä terveyttä ja hyvinvointia. (EU-terveydenhoito.fi 2020.) Palvelun laata on myös palvelun virheettömyys ja vakioisuus, kelloisuus asiakkaan odotuksiin ja tarpeisiin, hyväksyttävyyys ja sopivuus (Kvist 2004, 20).

Tilanteen mukaan vaihtelee, mihin laadulla viitataan. Hyväksyttävät laadun kriteerit muuttuvat ajan mukaan ja asukkaiden palveluihin liittyvät odotukset kasva-

vat koko ajan. Laatu liittyy hoidon prosesseihin, ihmisten välisiin suhteisiin ja hoidon ja avun menetelmiin. Se sisältää objektiivisen ja subjektiivisen hoidon elementin ja vaihtelee hoitopaikan mukaan. Toimintaympäristö vaikuttaa paljon laadun määritelmään sekä kenen näkökulmasta sitä tarkastellaan. Myös yhteiskunnalliset ja kulttuuriset erot täytyy ottaa huomioon palvelujen laatua määritettäessä. Asiakkaiden arvioiman hoidon laadun määritelmä vaihtelee heidän toimintakykynsä mukaan. Hoitotyötä tarkasteltaessa ovat usein korostuneet käytettävissä olevat resurssit. Ammattialasta riippumatta asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen on tärkeä osa laatua. (Kahanpää 2019, 21.)

Vaikka tässä työssä puhutaankin pitkäaikaishoidosta, iäkkäiden ihmisten hoidon painopiste on siirtynyt sosiaali- ja terveysministeriön laatutavoitteiden mukaisesti kohti kotiin annettavia palveluita ja tehostettua palveluasumista. Toimintakulttuuri on muuttunut yksilöllisyyttä ja potilaskeskeisyyttä korostavaksi sekä asiakkaan yksilöllisistä tarpeista lähteväksi. Hoidossa otetaan yhä enemmän huomioon potilaan elämänhistoria ja mieltymykset. Hoitotyössä on myös alettu kiinnittää huomiota yhä enemmän toimintakyvyn aktiiviseen ylläpitämiseen tukemalla asiakkaan omia voimavaroja ja tukemalla heitä asioissa, joita he voivat tehdä itse. (Kahanpää 2019, 16.)

2.2 Hyvä hoito osana hoidon laatua

Hyvän hoidon käsite on hyvin moninainen ja sitä voi katsoa myös monesta eri suunnasta, esimerkiksi potilaan, henkilökunnan tai omaisen näkökulmasta. Tämä opinnäytetyö selvittää sitä potilaan ja omaisen näkökulmasta. Haho (2006) on määritellyt väitöskirjassaan, mitä kaikkea hyvä hoito on. Ammatillisuuteen perustuvassa hoitotyössä korostetaan asiakkaan ja potilaan tarpeiden huomioimista sekä niiden täyttämistä oikeilla auttamismenetelmillä, vaikuttavuutta, taloudellisuutta, kyvykkyyttä, pätevyyttä ja tietoa ja taitoa. Hoitotyön inhimillisissä perusteissa ja määritelmässä painottuvat ihmisen ainutlaatuisuus, potilaslähtöisyys, hollistisuus, inhimillisuus ja kohtaamisen ainutkertaisuus. Hoitotyön toimintaa ohjaavat ja perustelevat oikeuksiin perustuvassa etiikassa eettiset ohjeet sekä lait. Inhimillinen vastuu, tilannesidonnaisuus ja tunteet tulevat huomioiduiksi hoitamisen etiikkaan perustuvassa toiminnassa. Hoitotyö on konkreettista huolenpitoa ja hoitoa. Työn suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus sekä päämäärien saavuttaminen ja

hoitajan toiminnallisuus korostuvat asiaa koskevissa tutkimuksissa. Hoitotyön keskeinen tekijä on hoitajan ja potilaan välinen yhteistyö- ja vuorovaikutussuhde. Hoitamisella on oma aatteensa ja tietoperustansa. Ammatillisuutta ja hoivaamista pidetään ammatillisen hoitamisen peruslähtökohtina ja ne perustuvat vastuun ottamiseen, välittämiseen ja myötäelämisen kykyyn. Hyvä hoitaminen lisää henkistä ja fyysistä hyvää oloa, luo tyytyväistä mieltä ja herättää luottamusta ja turvallisuudentunnetta. (Haho 2006, 24.)

Potilaan arvostuksen, yksityisyyden ja yhteisyyssuhteiden säilyttäminen on yksi tärkeä osa-alue hyvän hoidon ulottuvuudessa. Potilaan omaan arvioon voinnistaan luotetaan, hänet hyväksytään ja häntä arvostetaan. Henkilökunta antaa myös riittävästi aikaa potilaalle ja paneutuu hänen asioihinsa. Hoitajien tulee myös antaa tietoa hoitoon ja sairauteen liittyvistä asioista. Potilaalla täytyy olla mahdollisuus olla rauhassa ja säilyttää yksityisyytensä, jotta hän saisi levätä ja hänen paranemisensa edistyisi parhaalla mahdollisella tavalla. Potilaan yhteydenpito omaisiin on myös turvattava. (Kvist 2004, 29.) Läheiset tarjoavat ympärivuorokautisessa hoidossa olevalle linkin omaan elämänhistoriaan ja arvoihin sekä yksikön ulkopuoliseen elämään. Potilaan hyvinvointia lisää läheisen osallistuminen ja säännölliset kontaktit omaiseensa. (Kahanpää 2019, 24.)

Potilaan fyysisen hoidon, kuten eritystoiminnan, liikkumisen, puhtauden, ravitsemuksen, riittävän levon tarpeisiin täytyy vastata, jotta potilaan paraneminen edistyy. Hoidossa täytyy huomioida myös potilaan tunne-elämä. Siihen kuuluvat kärsivällinen, asiallinen ja ystävällinen huolenpito ja kohtelu. Potilaan avun ja tuen saaminen pelkoon ja pahaan oloon, tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä tiedon saaminen ja pelon vähentäminen tietoa antamalla. Siihen kuuluu myös kivun lievittäminen ja turvallisuus sekä sukupuolielämään liittyvien asioiden huomioiminen. Henkilön vakaumuksen ja hengellisten tarpeiden huomioon ottaminen ja tilanteeseen sopiva huumori on niin ikään tärkeää. (Kvist 2004. 30 - 31.)

2.3 Laadukas ympärivuorokautinen hoito

Vanhuspalveluin (980/2012) mukaan pitkäaikainen hoiva ja hoito voidaan toteuttaa vain siinä tapauksessa, että siihen on lääketieteelliset perusteet tai jos se on iäkkään henkilön ja hoidon kannalta muuten perusteltua (Kahanpää 2019, 17).

Eri palvelujen rajapintoihin on kiinnitettävä erityistä huomiota sekä asiakkaan palvelutarpeiden muutosten johdosta välttämättömiin siirtymiin, kuten sairaalasta kotiutumiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2020, 44). Potilaan monet siirrot eri hoivapaikkojen välillä kuvastavat palveluketjujen toimimattomuutta. Eräs hyvin tärkeä seikka hyvän hoidon turvaamiseksi on, että palvelun käyttäjää ja heidän omaisiaan kuullaan siirtymätilanteissa, eikä potilasta tarpeettomasti siirretä paikasta toiseen. Kuntien palvelukotipaikkojen puutteen vuoksi sairaalahoitoa tarvitsematon asiakas saattaa joutua jonottamaan vuodeosastolla kuukausia palvelukotipaikkaa. Hoito- ja palveluketjun toimivuus on tärkeä huomiioon otettava laatutekijä ympärivuorokautisen hoidon kehittämisessä. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

Ympärivuorokautisen hoidon tavoitteena, mitä vuodeosastokin edustaa, on tavoitteena hyvä elämän laatu ja arvokas kuolema. Tavoitteen saavuttamisen perusteena ovat a) potilaan voimavarojen, toimintakyvyn ja terveydentilan monipuolinen arviointi, b) kuntoutumisen ja toimintakyvyn edistäminen ja ylläpitäminen, c) hyvä palliatiivinen hoito ja saattohoito silloin, kun elämän pidentäminen ei ole enää tavoitteena. Hyvälle hoidolle luovat edellytykset henkilöstön määrä ja osaaminen sekä ympärivuorokautisen hoidon tuottamisen tavat. Hoidon laatua yritetään järjestelmällisesti parantaa. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

Ympärivuorokautisen hoidon asiakkaat ovat suurelta osin vanhuksia. Kun elämän pidentäminen ei ole enää päämäärä, palliatiivinen hoito astuu kuvioon. Keskeistä siinä on kivun ja muiden oireiden lievitys, elämänkatsomuksellisten, hengellisten ja psykososiaalisten asioiden huomioon ottaminen. Laadukkaasti ja oikein toteutetun palliatiivisen hoidon avulla autetaan ihmistä elämään tilanteesta huolimatta mahdollisimman täysipainoista elämää ja tuetaan omaisia. On tärkeää, että yksilölliset hoitolinjaukset on tehty, koska tämä vähentää omaisten ahdistusta ja suuntaa oikeille urille hoitohenkilökunnan hoivaa. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon antamiseen tarvitaan moniammatillista työtä niin perustasojen palveluiden kuin erikoissairaanhoidon kanssa. Jotta tämä kaikki toteutuu hyvin, niin se edellyttää eri osapuolten tiedossa olevia yhteisesti sovittuja tavoitteita sekä dokumentoituja ja selkeitä vastuun ja työnjakoa. (Voutilainen & Löppönen 2016; Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2020, 44.)

Suuri osa säännöllisiä palveluja käyttävistä on iäkkäitä muistisairaita, joilla saattaa olla monia hoitoa vaativia sairauksia ja lievempi tai haastavampi toimintakyvyn heikkeneminen. Siksi on tärkeä tehdä kattava ja laaja palvelutarpeen, hoitoisuuden ja toimintakyvyn arviointi silloin kuin arvioidaan asiakkaan tarvetta palveluihin. Myös palveluiden piirissä oleville tämä on hyvä tehdä määrävälein. Potilaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien on oltava ajantasaisia ja kattavia ja niitä arvioidava ja seurattava säännöllisesti. Asiakkaan kanssa olisi hyvä keskustella mahdollisimman aikaisessa vaiheessa ja silloin kun hän vielä pystyy niistä päättämään, hoitoon liittyvistä toiveista ja toimintavaihtoehdoista, kuten hoitotahto ja edunvalvontavaltuus. Palvelusuunnitelmaan on myös hyvä kirjata eri palveluntuottajien ja/tai hoitoon osallistuvien omaisten keskinäinen vastuunjako. Iäkäs henkilö kohdataan tasavertaisena toimijana ja hänen mielipidettään on kuultava palveluita suunniteltaessa ja toteuttamisessa. Nämä toiveet olisi hyvä kirjata potilaan hoito- ja palvelusuunnitelmiin hoitotahdoksi ja -toiveeksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2020, 44 - 45.)

Iäkkään ihmisen palveluita, hoitoa, tukea ja kuntoutusta hoito- ja palvelupäätöksen mukaisesti on seurattava. Palveluiden tulee mahdollisuuksien mukaan pohjautua tutkittuun tietoon sekä näyttöön perustuviin ja hyviin toiminta- ja hoitokäytäntöihin. Palvelun järjestäjät ja tuottajat vastaavat omien rooliensa mukaisesti, että palvelut muodostavat toimivan kokonaisuuden ja iäkkään palvelutarpeiden mukaisia palveluja on saatavilla. Heidän täytyy uudistaa palvelun sisältöä ja rakennetta asiakkaan tarpeiden ja paikallisten olosuhteiden mukaan. Riittävistä terveyspalveluista huolehtiminen kuuluu niin ikään palvelun tuottajan järjestettäväksi. Palvelun tuottajan täytyy myös huolehtia, että saatavilla on osaamista terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, gerontologiseen sosiaali- ja hoitotyöhön, geriatriaan, ikäihmisten oppimiseen, päihde- ja mielenterveystyöhön, ravitsemukseen, lääkehoitoon, suun terveydenhuoltoon ja monialaiseen kuntoutukseen. Hoidossa ja kuntoutuksessa on otettava huomioon muistisairauksiin liittyvät erityistarpeet ja että tarvittavaa osaamista on käytettävissä muistisairauksien varhaiseen tunnistamiseen, kuntoutukseen ja hoitoon. Iäkkäiden asiakkaiden kuntoutustarve arvioidaan erityisesti siirtymävaiheissa ja palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä ennen päätöstä säännöllisen palveluiden aloittamisesta. Palvelun jär-

jestäjä vastaa myös siitä, että esimerkiksi sairaalahoito on kuntoutumista ja toimintakykyä ylläpitävää ja edistävää. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2020, 46 - 47.)

Ympäri vuorokautisen hoidon piirissä olevilla on kasvanut virheravitsemuksen riski. Ravitsemuksella voidaan vaikuttaa asiakkaiden toimintakykyyn. Myös suun terveydenhuollon palveluiden laatua, saatavuutta ja oikea-aikaisuutta täytyy kehittää. Suun ongelmat ja sairaudet voivat aiheuttaa asiakkaille, syömisvaikeuksia, epämukavuutta ja kipua. Iäkkäillä asiakkailla on käytössään monesti paljon lääkkeitä. Osa hyvää hoitoa on turvallisen ja asianmukaisen lääkityksen varmistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2020, 44.)

2.4 Johtaminen osana hoidon laatua

Esimiehen rooli on arvioida hoidon laatua ja hyödyntää palautetta, mitä esimerkiksi omaisilta tulee, yhdessä henkilökunnan kanssa. Tämä on osa toiminnan kehittämistä. Merkityksellistä hoidon laadussa on lähijohtajien johtamisosaaminen lähellä henkilöstöä ja potilaita. Lähijohtajana toimivalta edellytetään riittävää koulutusta ja henkilöstön työn ja kehittämistarpeiden tuntemusta. Ylemmän johdon tuki on tärkeää lähijohtajan työn onnistumiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2020, 55 - 56.)

Hyvä johtaminen on osallistavaa, osaavaa ja näkyvää. Johtajien rooli on turvata henkilöstövoimavarat, jotka vastaavat asiakaskunnan toimintakykyä ja hoitoisuutta, mutta myös varautua niihin tilanteisiin, joissa yksittäinen henkilö tarvitsee hyvinkin runsaasti hoitoa ja tukea. Tällaisia tilanteita ovat muun muassa saattohoito, muistisairaana levottomuus tai henkilön kuntoutuminen akuutin sairauden jälkeen. Johtajan tehtävänä on myös vertaistuen lisäämiseen tavoitteellisesti luomalla rakenteet siihen sekä vahvan yhteishengen luominen henkilökunnan välille. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

Lähijohtamisen tehtävänä on luoda toimintakulttuuri, joka edistää kuntoutumista, huomioi asiakkaan oikeudet ja on asiakasta kunnioittava. Hänen tulee varmistaa henkilöstön riittävän määrän lisäksi, osaamisen jatkuva kehittäminen työturvallisuuden ja työhyvinvoinnin turvaamiseksi. Esimiehen on tärkeä huomata alaisensa vahvuudet ja pyrittävä kehittämään niitä, edistääkseen hoidon laatua (Kvist

2004, 172). Lähijohtamisen haasteena on turvata myös työhyvinvointia uhkaavat psyykkiset ja fyysiset kuormitustekijät, joita voivat olla esimerkiksi huono työympäristö, kiire, rutiininomaisuus, itsenäisyyden puute ja asiakassuhteisiin liittyvät ongelmat. Hyvinvointia uhkaavien tekijöiden poistamiseksi ja työstä palautumisen mahdollisuuksien edistämiseksi työyhteisössä on etsittävä ratkaisuja aktiivisesti. Esimieheltä tarvitaan henkilöstöä osallistavaa ja luottamusta herättävää johtamistapaa, jotta henkilökunta voisi hyvin työssään. Henkilökunnan mahdollisuus oman työn kehittämiseen on tärkeää. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2020, 56.) Kahanpaan (2019, 26) mukaan työntekijöiden tyytyväisyydellä on suora yhteys siihen, kuinka he saavat esimieheltä tukea. Oikeudenmukainen johtaminen parantaa hoitokäytäntöjä.

Etiikan näkyväksi tekeminen on myös yksi johtamisen tehtävistä. Arvot ovat hyvän hoitamisen pohjana ja kytkeytyvät laatuun olennaisena osana. Työntekijöiden tulee luottaa siihen, että johtamisella pyritään edistämään myös heidän parastaan. Henkilökunnan pitää tietää, mitä heiltä kulloinkin odotetaan ja minkälainen toiminta on sallittua heidän puoleltaan. Arvojohtamisen ja eettisen johtamisen ei saisi olla kaksi erillistä projektia. Organisaation ja johdon tulee määrittää arvot toiminnan pohjaksi ja viestittää ne henkilöstölle. Ne on hyvä käydä myös läpi. Arvojen toteutus vaatii yksilöllistä harkintaa eteen tulevissa työtilanteissa. Luottamus on tärkeää. Se on sitä, että henkilö, työyhteisö tai organisaation porras toimii annettujen arvojen ja sitoumusten mukaan, eikä käytä hyväkseen luottamusta tilaisuuden tullen. Parhaimmillaan eettinen johtaminen on vuoropuhelua henkilöstön kesken ja parhaan mahdollisen ratkaisun etsimistä. (Molander 2014, 42 - 43.)

Omavalvonta kuuluu myös palveluiden laadun ja potilasturvallisuuden varmistamiseen olennaisena osana. Esimies vastaa sen toteutuksesta yhdessä henkilökunnan kanssa. Se voidaan jaotella kolmeen osaan: ammattihenkilöiden itseensä kohdistama, palveluntuottajien omavalvonta ja järjestämisvastuussa olevien kuntien omavalvonta. Omavalvonnan tavoitteena on, että yksikössä järjestetään suunnitelmallista oman toiminnan arviointia ja valvontaa. Omavalvonnan tehtävänä on ehkäistä epäkohtia ja puuttua niihin viiveettä. Omavalvonnan hyvin toimimissa, valvontaviranomaisen tehtäväksi jää edistää ja varmistaa omavalvontaa. Jos ilmenee että omavalvonta ei toimi, valvontaviranomaisen täytyy nopeasti

puuttua toimintayksikön toimintaan. Epäkohtailmoituksella tai tarkastustoiminnassa esille tullut virhe johtaa ohjaukseen tai valvontaseuraamuksiin, joiden tehtävänä on saada omavalvonta kuntoon. Palvelujen laatua seurataan myös keräämällä asiakkailta ja heidän läheisiltään palautetta osallistavia palautejärjestelmiä käyttäen ja keräämällä tietoa asiakkaiden toimintakyvystä, hoitoisuudesta ja palveluntarpeesta vertailukelpoisilla, luotettavilla menetelmillä ja järjestelmällisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2020, 61 - 62.)

2.5 Henkilöstön osaaminen osana hoidon laatua

Hyvän ja laadukkaan hoidon turvaajana on henkilökunnan määrä, osaaminen ja arvot. Osaamisen peruslähtökohtana on terveydenhuollon ammattihenkilön tutkinto, työtehtävään nähden riittävä työkokemus ja tehtävän edellyttämä lisäkoulutus. Tärkeää on myös henkilökunnan hyvä perehdytys, osaamisen jatkuva kehittäminen, mentorointi, urakehitysmahdollisuudet ja kilpailukykyinen palkka. Jatkuva itsensä kehittäminen on tärkeää, koska osaaminen terveydenhuollossa perustuu koko ajan uudistuvaan, monitieteiseen ja laaja-alaiseen tietoperustaan. Tärkeitä osa-alueita ovat vuorovaikutustaidot ja käytännöllinen osaaminen. Terveydenhuollossa korostuu näyttöön perustuva, tutkittu toiminta ja tieto. Terveydenhuollon ammattihenkilöllä täytyy olla osaamista myös tarvittavaan tutkimus-, kehittämis- ja muutostoimintaan. (Hiekkavirta & Rantanen 2012, 29 - 30; Voutilainen & Löppönen 2016.)

Henkilöstön osaamista voidaan parantaa perinteisen täydennyskoulutuksen lisäksi muun muassa työnkierrolla, tutkimus- ja kehittämishankkeisiin osallistumisella, vertaiskehittämisellä, verkkokoulutusympäristöllä sekä kehittäjätyöntekijöillä (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2020, 57). Erityisesti sairaanhoitajien määrällä on merkitystä hoidon laadussa. Hoitohenkilöstö määrittää elämän- ja kuolemanlaadun puitteet ympärivuorokautisessa hoidossa. Mitä korkeammalla tasolla on henkilöstön osaaminen ja hoidon resurssit sekä mitä parempaa tukea he saavat esimieheltä, sitä paremmat edellytykset heillä on tarjota potilaille korkeatasoista ja hoitosuunnitelman mukaista hoitoa. Toteumattoman hoidon osuus jää näin mahdollisimman pieneksi. (Kahanpää 2019, 26 - 27.)

Työntekijän on huomioitava omat oikeudet ja vastuu sekä niiden rajoitukset. Hänen tulee varmistaa oma osaaminen ja sen ajan tasalla oleminen sekä toimia vastuullisesti. Hänen täytyy tiedostaa oma tehtävänsä ja toimia aina oman ammattitaitonsa ja osaamisensa puitteissa. Vastuu, velvollisuudet ja oikeudet perustuvat koulutuksella hankittuun osaamiseen sekä käytännön työstä saatuihin taitoihin ja osoitettuun osaamiseen. Esimerkiksi potilaan oireenmukaista hoitoa toteuttaessaan hän toimii potilaan oireiden, käytettävissä olevan tiedon sekä tekemänsä hoidon arvioinnin perusteella. (Hiekkavirta & Rantanen 2012, 26 - 27.)

Osaavassa ja toimivassa työyhteisössä on yhteinen päämäärä ja selkeä vastuun- ja työnjako, jokainen tietää mitä häneltä odotetaan. Päätöksenteko on läpinäkyvää ja toimintatavat on sovittu yhdessä. Mahdolliset ristiriidat otetaan nopeasti käsittelyyn. Jos työyhteisö ei ole toimiva, se heijastuu myös potilaaseen ja tätä kautta hoidon laatuun. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2020, 59).

Osaava henkilökunta näkyy myös hoidon tasalaatuisuutena. Kahanpään (2019, 24) mukaan haasteena on, että hoito on tasalaatuista eri työyksiköiden ja työvuorojen välillä. Hoidon laatu ei saisi vaihdella sen mukaan, kuka potilasta hoitaa. Jokaisen työyhteisön jäsenen toiminta vaikuttaa hoidon laatuun ja laatu ilmenee jokaisessa yksittäisessä hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutustilanteessa. Jotta toiminta on ihmisläheistä se edellyttää ammattitaitoista, motivoitunutta, yhteistyötaitoista, tilanteet huomioivaa ja joustavaa henkilökuntaa. Hoito on tällöin kokonaisvaltaista, inhimilliset perustarpeet tyydyttävää ja moniammatillista ja myös eettisesti, tiedollisesti ja teknisesti korkeatasoista. (Kvist 2004, 31.)

Potilaan toimintakyvyn heikkeneminen määrittää minkälaista osaamista ja miten paljon aikaa tarvitaan hänen auttamiseensa. Hoidon laatuun ja potilaan elämänlaatuun vaikuttavat, kuinka henkilöstö tunnistaa fyysisen, toiminnallisen ja psykososiaalisen toimintakyvyn heikkenemiseen vaikuttavat tekijät (Kvist 2004, 21). Henkilöstölle ja heidän osaamiselleen asiakkaiden monet palvelutarpeet asettavat isoja vaatimuksia, erityisesti muistisairaana potilaan hoitotoimien toteuttamiselle ja asiakaslähtöiselle kohtaamiselle (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2020, 44). Työnohjaus ja koulutus antavat voimia työskennellä niu-

koilla resursseilla vaativissa tilanteissa. Yksikön asiakasrakenteella ja asukkaiden toimintakyvyllä on suora yhteys henkilökunnan työssä jaksamiseen ja tätä kautta heidän näkemykseensä hoidon laadusta. Aiemmissa tutkimuksissa on myös todettu, että hoitohenkilökunnan työtyytyväisyydellä on yhteys hoidon laatuun sekä potilaiden että henkilöstön arvioimana. (Kvist 2004, 21, 172.) Pitkäaikaisessa hoidossa yhtenä hoidon laadun keskeisenä tekijänä on henkilökunnan ja potilaiden väliset suhteet. (Kahanpää 2019, 27 - 28.)

Geriatrisen osaamisen saatavuus on turvattava lääkäreiden osalta, koska tarkka etiologinen diagnoosi on hyvän hoidon edellytys. Tarkat hoito-ohjeet akuutteihin tilanteisiin hoidon tarpeisiin vastaamiseksi, on oltava kaikkien työntekijöiden tiedossa. Lääkärin työssä korostuu saattohoidon, palliatiivisen hoidon ja käytösoireiden hoito varsinkin muistisairaiden ihmisten ollessa kyseessä. (Voutilainen & Löppönen 2016.)

2.6 Hoidon laadun arviointiin vaikuttavia tekijöitä

Eniten hoidon laadun vaihteluun potilaan kokemana vaikuttavat heidän henkilökohtaiset ominaisuutensa ja yksilölliset tarpeensa. Asukkaiden arviointiin saamistaan palveluista vaikuttavat myös hoitoyksikköön liittyvät tekijät, kuten yksikön koko, henkilökuntamäärä ja henkilökunnan potilaiden kanssa viettämä aika. Hoitoajalla on merkitystä: potilaiden odotukset saattavat vähentyä sitä mukaa, mitä kauemmin he ovat yksikössä. Potilaiden yleisiin hoidon laadun arviointeihin voi vaikuttaa merkittävästi hoitohenkilökunnan toiminta. Potilaan riippuvuus hoidon tarjoajasta voi estää häntä arvioimasta hoitoaan ja vähentää hänen haluaan osoittaa tyytymättömyyttä hoitoyksikköä kohtaan. (Kahanpää 2019, 24, 26 - 27.)

Kun selvitetään potilaan näkökulmaa hoidon laatuun, merkitsee paljon, pystyykö hän osallistumaan hoidon laadun arviointiin muistisairauden takia. Jos asiakkaalla on vaikea muistisairaus, kiinnostus omaan ympäristöön ja mielenkiintoinen toiminta ei ole enää merkityksellistä hänelle. Jos taas potilas on parempikuntoinen ja tarvitsee vähemmän apua päivittäisissä toimissaan, niin hän on yleensä myös tyytyväisempi hoitoon. Jos potilas on itse osallistunut päätökseen ympärivuorokautiseen hoitoon tulosta, hän on tyytyväisempiä saamaansa hoitoon ja

myös hänen kokemuksensa hoidon laadusta on positiivisempi. (Kahanpää 2019, 24, 26 - 27.)

Hoidon objektiiviseen tarkasteluun perustuvat läheisten arvioinnit hoidon laadusta. Heidän arviointinsa edustavat eri näkökulmaa ja tiedonlähdettä kuin potilaitten itsensä tekemät arviot. Läheisiltä saadulla palautteella voi täydentää potilaitten tekemää arviota, mutta se ei voi korvata sitä. Omaisilla on yleensä käsitys potilaan toimintakyvystä ja arvoista, ennen toimintakyvyn heikkenemistä, siksi heiltä saatu palaute on tärkeää. Omaisilta saatu palaute korostuu, jos potilas kärsii muistisairaudesta. (Kahanpää 2019, 25.)

Läheisiltä saadun palautteen on huomattu eroavan potilailta saadusta palautteesta, mutta olevan linjassa ympärivuorokautisessa hoidossa tarkastellun kokonaislaadun (tarkastustulokset, laatumittaukset, henkilöstö) kanssa. Omaiset arvioivat hoidon laadun yleensä hyväksi, mutta ovat kriittisempiä kuin potilaat ja henkilöstö, tosin tästäkin asiasta on saatu toisistaan eriäviä tutkimustuloksia. Henkilökunnan ammattitaidolla on selvä yhteys omaisten laadun arvioinnin kokonaisarvosanaan. Palvelun laadun arviointiin omaisilla vaikuttaa myös, kuinka kauan heidän läheisensä on ollut avun ja palvelujen piirissä. Omaisten positiivisempi kuva hoidon laadusta on yhteydessä myös potilaiden parempaan toimintakykyyn ja sosiaaliseen osallistumiseen. Jos taas potilaalla on vakava masennus, hänen omaisensa arvioivat hoidon laadun heikommaksi. Mitä parempi on asiakkaan toimintakyky, sitä yhtenäisemmät ovat potilaan ja omaisen arviot hoidon laadusta. (Kahanpää 2019, 25.)

Jotta omainen pystyy luotettavasti arvioimaan hoidon laatua, hänen pitäisi vierailla usein potilaan luona. Muistisairaiden omaiset vierailevat harvemmin yksiköissä kuin ei-muistisairaitten omaiset. Usein läheisillä on mahdollisuus seurata vain tiettyinä vuorokaudenaikoina omaisensa elämää yksikössä. Omaisten vierailut ajoittuvat iltapäivään tai iltaan, monien seikkojen sanellessa vierailuajat. Monesti hoivayksiköillä ei ole riittävästi mahdollisuuksia ottaa läheistä mukaan päätöksentekoon tai omaisensa hoitoon. Tällöin hänellä ei myöskään ole riittävästi välttämättä tietoa potilaan hoidon tavoitteista. Potilaan omaisen voi olla vaikea löytää oma roolinsa uudessa tilanteessa. Hoidon laadun arviointi voi olla vaikeaa, jos omaisen ja henkilökunnan välillä on huono suhde. Omaisen arviointiin

voi vaikuttaa myös muita syitä, jotka eivät liity hoitoyksikköön, kuten väsymys läheisensä hoitoon tai yleinen näkemys pitkäaikaishoidosta. Omaisen psyykinen ja fyysinen terveys myös vaikuttaa. Aina omaisen ei ole helppo erottaa, mikä liittyy yksikön toimintaan ja mikä taas johtuu asukkaan sairaudesta tai toimintakyvyn heikkenemisestä. (Kahanpää 2019, 31 - 32.)

3 HOIDON LAADUN OSATEKIJÄT YMPÄRIVUOROKAUTISESSA HOIDOSSA

Tämän opinnäytetyön hoidon laadun osatekijöinä on otettu huomioon kuntoutus, hoidon turvallisuus, potilaan kohtaaminen, potilasohjaus, hoitohenkilökunnan ja fysioterapeuttien antaman kuntoutus, yksityisyyden suoja ja itsemääräämisoikeus, koska ne ovat laadukkaan hoidon tärkeitä ja keskeisiä osa-alueita. Ne pohjautuvat myös asiakastyytyväisyyslomakkeen kysymyksiin, jotka ovat terveydenhuollon laatuoppaasta.

3.1 Kuntouttava hoitotyö

Kuntouttava hoitotyö on osa hoidon laatua ja erittäin suuressa roolissa vuodeosastohoidossa, johon koko henkilökunnan täytyy sitoutua. Kuntoutuksella ylläpidetään ja palautetaan potilaan toimintakykyä sekä ehkäistään kognitiivisen, sosiaalisen ja fyysisen toimintakyvyn huononemista. Potilasta kehoitetaan tekemään kaiken sen minkä itse pystyy. Sairaanhoitajan rooli on tärkeä, hän kannustaa, motivoi, opettaa ja ohjaa aktiivisuuteen. Joskus hän saattaa joutua monesti perustelemaan itsenäisen toimintakyvyn tärkeyttä kotiutumisen edellytyksenä. Hän myös opettaa potilaan omaisille aktivoivaa toimintatapaa, jotta he voivat yhdessä harjoitella. Toimintakyvyn palauttamisen täytyy alkaa heti akuutin sairastamisvaiheen jälkeen. (Janhunen & Pikkarainen 2017.)

Kuntoutuksella voidaan vastata haasteeseen väestön ikääntymisestä (Autti-Rämö & Salminen 2016, 14). Kuntoutuksen tarve tulisi huomioida jo ennen kuin toimintakyky on merkittävästi heikentynyt. Laitoshoidon, avun tarpeen ja toiminnanvajauksen sekä ennenaikaisen kuoleman riskitekijöitä ovat inkontinenssi, yksinäisyys, sosiaalinen eristäytyminen, kognitiivisten toimintojen heikkeneminen, murtumat ja luukato, kaatuilu, huimaus, verisuonisairaudet, alakulo ja masennus, heikentynyt lihasvoima ja liikkumisvaikeudet. Erityisen tärkeää kuntoutus on akuutin sairauden jälkeen. Ikääntyvällä toipuminen tapahtuu hitaammin, mikä voi heikentää toimintakykyä pysyvästi. (Autti-Rämö, Mikkelsson, Lappalainen & Leino 2016, 62.) Ikääntyneiden arjen rytmin ja elämän hidastuminen täytyy ottaa huomioon heidän kuntoutuksensa suunnittelussa (Pikkarainen, Pyöriä & Savikko 2016, 180).

Hyvä esimerkki kuntouttavan hoitotyön merkityksestä vuodeosastolla on raportti lääkirilehdestä Heinolan perusterveydenhuollosta vuodelta 2014 (Timonen, West & Riusala). Heinolan vuodeosaston kuormitus oli yli 100 % sekä pitkäaikais- että akuuttiosastolla. Pitkäaikaisosaston paikkaa odotti runsas puolet akuuttiosaston potilaista ja vuodepotilaiksi oli jäänyt runsas kolmannes. Hoito oli passivoivaa, pääosin vuoteessa tapahtuvaa, jossa potilaan puolesta tehtiin paljon asioita. Syöminen tapahtui pääosin sängyssä. Osaa potilaista autettiin päivittäin pyörätuoliin tai geriatriseen tuoliin, osaa vain kerran viikossa. Vain pieni osa käveli itsenäisesti tai autettuna. Vähitellen potilaat alkoivat jäädä vuoteeseen ja tarvitsivat laitospaikkaa kotiutumisen sijaan. Potilaiden toimintakyky huononi sairaalajaksolla. (Timonen, West & Riusala 2014, 1 163.)

Vuonna 2008 alettiin Heinolassa määrätietoisesti kehittämään vuodeosaston toimintakulttuuria, pyrkien siihen, että potilaiden kunto ei heikkene. Potilaan omat voimavarat ja liikuntakyky kartoitettiin aiempaa tarkemmin. Toiselle akuuttiosastolle perustettiin kuntosali. Fysioterapeutti myös liitettiin kaikille osastoille hoitotiimin jäseneksi ja moniammatillisissa palaverissa suunniteltiin kuntoutusta ja hoitoa. Potilaiden tilanteen kävivät läpi viikoittain fysioterapeutti ja hoitaja. Kahden viikon välein oli laajempi kierto, jossa olivat paikalla toiminta- ja fysioterapeutti, hoitotyön esimies, hoitaja ja lääkäri sekä tarvittaessa sosiaalityöntekijä ja palveluohjaaja. Liikkeelle pyrittiin lähtemään heti, eikä potilasta makuutettu turhaan ja kaatuneille tehtiin ortostaattinen koe. Syöminen tapahtui päiväsalissa, vain poikkeustilanteissa syötiin sängyssä. Lääkityksen ja ravitsemuksen tilaan kiinnitettiin huomiota potilaan kokonaisvaltaisen tilan selvittelyssä. Potilaiden jatkohoito pyrittiin järjestämään saumattomasti. Tarvittaessa oli moniammatillisen tiimin hoitoneuvottelu, jossa sovittiin kotihoidon käynnit ja muut tukitoimenpiteet. Nämä toimet tuottivat tulosta. Akuuttiosaston hoitoajat lyhenivät ja vuodepaikat vähenivät 138:sta 47:ään muutamassa vuodessa. (Timonen ym. 2014, 1 164.)

Kuntoutumisessa tärkein on kuntoutujan oma motivaatio. Motivaatio on silloin vahva, jos tavoite on kuntoutujalle arvokas, hän uskoo sen olevan saavutettavissa ja ympäristö tukee sen saavuttamista. Motivaatio on myös dynaaminen ilmiö, johon kuntoutumisella voidaan vaikuttaa. Kuntoutustoiminnan ytimeen kuuluu arvojen ja elämäntavoitteiden pohtiminen. Kuntoutumisella tarkoitetaan toi-

mintaa, jossa kuntoutuja määrittelee hänelle realistiset ja merkitykselliset tavoitteet. Tavoitteiden saavuttamiseksi suunnitellaan keinot asiantuntijoiden kanssa. Kuntoutuja toteuttaa keinot itsenäisesti tai lähiympäristön kanssa. Jokaisessa kohtaamisessa ammattilaisen täytyy huomioida ihmisen omat tavoitteet ja voimavarat ja aktiivisesti hyödyntää ne. Hoitotyössä on tärkeää korostaa rajoitusten ja oireiden sijaan positiivisia elämän ja arjen merkityksiä (Vanhala, Niemi & Ylinen 2016, 264). Tätä sanotaan kuntouttavaksi työotteeksi. Kuntoutustoimenpiteiden on oltava oikea-aikaisia ja jatkuttava saumattomasti, vaikka ihminen siirtyisikin hoitopaikasta toiseen. Kuntoutumisen prosessin toteuttajina ovat myös kuntoutujan elinympäristö ja läheiset. Kuntoutuja ei ole toimenpiteiden kohde, vaan tasa-arvoinen ja aktiivinen toimija. Kuntoutuksen harjoitteiden olisi hyvä olla siirrettävissä ihmiseen arkeen ja toimintaympäristöön, jotta ne eivät olisi irrallaan kuntoutujan elämästä. (Autti-Rämö & Salminen 2016, 15 - 16; Härkäpää, Valkonen & Järvikoski 2016, 74.)

Mitkä ovat sitten käytännön toimet kuntouttamisen suhteen vuodeosastolla? Jo päivystyksessä voidaan aloittaa aktiivinen mobilisointi, jos siihen ei ole estettä. Hoidon salliessa huonokuntoista potilasta nostetaan joka vuorossa istumaan sekä pystyasentoon. Liikuntakyvyn parantamiseksi potilaan täytyisi harjoitella vähintään neljä- viisi kertaa vuorokaudessa. Ohjaamista tehostamalla vähennetään potilaan liiallista varovaisuutta ja pelkoa. Vain sairaudesta johtuvista syistä voi ruokailla vuoteessa tai sängyn reunalla istuen, muuten ruokailut päiväsalissa. Potilas avustetaan apuvälineiden turvin liikkeelle heti kun mahdollista. Jos osastolla tapahtuu turhaa makuutusta, täytyy kartoittaa henkilöstön osaamisvajetta ja arvioida osaston toimintatapoja ja rutiineja. (Janhunen & Pikkarainen 2017.)

Potilaan omatoimisuutta ja kuntoutumista pitää yllä esteettömän liikkumisen varmistaminen (Kahanpää 2019, 27), mikä on tärkeä huomioida myös ympärivuorokautisessa hoidossa. Monet rakennukset, jotka tätä hoivaa tarjoavat, saattavat olla vanhoja ja epätarkoituksenmukaisia. Hoitoon tullessa asiakkaan kaatumisvaara tulee myös arvioida. Mikäli kaatumisriski on lisääntynyt, täytyy aloittaa kaatumisen ehkäisy. Päivittäistä, tavoitteiden mukaista liikkeellä oloaika seurataan ja dokumentoidaan. Liikunnan toteutumiseksi sovitaan potilaan kanssa tavoitteet. Tarvittaessa voidaan käyttää päiväkirjaa potilaan motivoimiseksi. Potilaalla on

kirjallinen ohje liikkeistä ja ne on käyty läpi ja opetettu liikkeiden suorittaminen. Omatoiminen potilas harjoittelee itse. (Janhunen & Pikkarainen 2017.)

Erityisesti akuutisti sairastuneen ihmisen realistisen toimintakyvyn arvioimiseksi on tärkeää selvittää, minkälainen se on ollut ennen sairastumista. Aikaisempi toimintakyky asetetaan aina minimitalvoitteeksi sairastuneelle. Lääkityksen ja ravitsemustilan selvittäminen on myös tärkeää. Päivittäisessä aktivoinnissa ja kuntoutuksen suunnittelussa hyödynnetään toimintakyvyn mittaustuloksia, joita löytyy muun muassa TOIMIA-tietokannasta. Moniammatillisessa tiimissä suunnitellaan tavoitteet ja niitä seurataan viikoittain. (Janhunen & Pikkarainen 2017.) Tuloksellinen kuntoutus edellyttää moniammatillista tiimityötä. Yhteistyön edellytyksiä ovat ammatillinen luottamus, läheisyys, keskinäinen riippuvuus ja vastuu. Yhteinen identiteetti muodostuu tiimin jäsenten välille. Jäsenillä on selkeä kuva siitä, mikä on kunkin rooli ja tehtävä, ja mitkä ovat yhteistyön tavoitteet. Yhteinen vastuu tiimin toiminnasta on jokaisella ja jokainen työskentelee toisten kanssa integroidusti. (Jeglinsky & Kukkonen 2016, 393 - 394.)

Osana kuntouttavaa hoitotyötä hoitosuunnitelmaan kirjataan konkreettiset kuntoutustavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi. Tavoitteiden täytyy perustua kuntoutujan voimavaroihin, osallistumista ja toimintaa rajoittaviin ongelmiin, muutoksen mahdollisuuksiin. Tavoitteiden täytyy olla yhdessä kuntoutujan kanssa sovittuihin, realistisia ja hänelle itselleen merkityksellisiä. Tavoitteita muutetaan tarvittaessa. Niitä voivat olla päivittäiset kuntoutumista edistävät harjoitteet, kuten seisomaannousu ja WC:ssä käynnit. Suunnitelmaan kirjataan voimavarojen ja toimintakyvyn parantuminen, päivittäinen aktiivisuus ja terveydentila sekä resurssitarpeen toteaminen ja kuntoutustoimenpiteiden vaikuttavuus. (Autti-Rämö, Mikkelsson, Lappalainen & Leino 2016, 67 - 68; Janhunen & Pikkarainen 2017.)

Isolla osalla terveyskeskuksen vuodeosaston potilaista on jonkin asteinen muistisairaus. Elämänlaatua ja elämänhallintaa voidaan parantaa ja toimintakykyä ja itsenäisyyttä ylläpitää kuntouttavalla hoidolla ja aktiivisella elämällä. Siksi onkin tärkeää, että muistisairas jatkaa mahdollisuuksien mukaan tavallista arkielämää, harrastuksia ja ihmissuhteita. Kuntouttavan hoidon oleellisia asioita ovat läheisten ja ammattihenkilöiden tuki ja rinnalla kulkeminen, kohtaaminen, kohtelu ja vuorovaikutus. Kuntoutus voi olla muistisairauksien eri vaiheessa ylläpitävää ja

parantavaakin, mutta useimmiten se on muistin heikkenemistä hidastavaa. Kuntoutettavien kohteeseen kuuluvat muistisairaana lisäksi omaishoitaja ja perhe. On tärkeä kuunnella muistisairaana toiveita ja tarpeita. Näissä tilanteissa läheinen voi toimia tulkkina. (Pitkälä 2010; Mönkäre, Hallikainen, Nukari & Forder 2014, 8.)

Jotta kuntouttava hoitotyö toteutuu, henkilökunnan täytyy kohdata muistisairas tasa-arvoisena ja kunnioittaa häntä oman elämänsä asiantuntijana. Hoito ei ole yksittäisiä toimenpiteitä, vaan kokonaisvaltaista, tavoitteellista ja voimavara- lähtöistä. Sairautta ei voi parantaa, mutta paljon on tehtävissä hyvän elämänlaadun säilyttämiseksi. Voimavarojen tukeminen alkaa heti muistisairaudesta toteamisen jälkeen tai viimeistään kuntoutus- ja hoitosuunnitelmaa laadittaessa. Kuntoutta- vaan elämään tarttumista auttaa häpeän tunteen yli pääseminen, joka usein liittyy muistisairauteen. Omaishoitajat ovat monesti ikääntyneitä puolisoita, joiden jak- samisesta on tärkeää pitää huolta mahdollisesti erilaisilla tukitoimilla. (Mönkäre ym. 2014, 8 - 9.)

Tavoitteet muistisairaana kuntoutumiselle asetetaan konkreettisesti ja yksilölli- sesti. Tavoitteiden täytyy olla pääosin mitattavissa seurannan ja arvioinnin toteut- tamiseksi. Näyttöön perustuvat ja yleisesti tunnetut ja hyväksytyt menetelmät ovat tukena kuntoutumisessa. Samalla otetaan huomioon jokaisen yksilöllisyys ja mieltymykset. Läheisen tarpeet ja oman näköinen elämä on otettava myös huomioon kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa. Muistisairaana kuntoutus vaatii erikoisosaamista, johon yhdistyvät tieto muistisairauksista, niiden hoidosta ja ominaispiirteistä ja vahva lääketieteellinen osaaminen. Kuntoutujan voimavaro- jen tunnistaminen ja tukeminen kuuluvat oleellisesti henkilökunnan ammattitai- toon. Kuntoutumista ja toimintakykyä edistävän hoidon perusta ovat säännölliset aktiviteetit. Toiminnot sinänsä ovat arvokkaita, ei niinkään se, mitä aikaansaa- daan. (Mönkäre ym. 2014, 9; Janhunen & Pikkarainen 2017.)

3.2 Hoidon turvallisuus

Potilasturvallisuus on yksi keskeinen osa turvallista ja laadukasta hoitoa. Turval- linen hoitoympäristö edesauttaa takaamaan asiakkaalle hyvän hoidon. (Helovu- o, Kinnunen, Peltomaa & Pennanen 2011, 11.) Sillä käsitetään kaikkia terveyden- huollossa toimivien organisaatioiden ja yksilöiden periaatteita, joiden tarkoitus on

varmistaa turvallisuus hoidossa ja suojata potilasta vahingoittumiselta. Hoidon, lääkehoidon ja laitteiden turvallisuus määritellään sisältyväksi potilasturvallisuuteen. (Poukka 2012, 3.)

Yleiseen käyttöön omaksutut rutiinit on kehitetty tukemaan potilasturvallisuutta, esimerkiksi leikkauksessa ja anestesiologiassa käytetyt tarkistuslistat, käsihygieniasta huolehtiminen ja mahdollisuus raportoida haittatapahtumista ja vaaratilanteista hoito-organisaatiossa. Lisäksi on kiinnitetty huomiota simulaatioharjoitukseen ja hoitotiimien yhteisharjoituksiin. Potilasturvallisuuden parantamiseksi tarvitaan asianmukaista koulutusta, vastuullista ammatillista toimintaa ja asenteiden muokkaamista. Riskejä ennakoimaan ja vahinkoja ehkäisemään tarvitaan haittatapahtumien ja läheltä piti -tilanteiden syiden ymmärtäminen. Huomio on kiinnitettävä koko organisaation jatkuvaan opetukseen ja oppimiseen yksittäisen työntekijän virheiden sijaan. Työturvallisuudesta 1930-luvulta on omaksuttu käsitys, että vakavan onnettomuuden estäminen sinällään on vaikeaa, mutta yhtenä keskeisenä keinona vakavien vahinkojen välttämiseen on, että vähennetään pieniä virheitä. Tämä soveltuu käytettäväksi myös hoitoalalla. (Aaltonen & Rosenberg 2013, 19 - 20; Kaila, Niemi-Murola & Kauppi 2014; Volmanen & Alahuhta 2015.)

Kaikessa potilasturvallisuutta koskevassa opetuksessa ja viestinnässä on syytä käyttää Terveyden ja hyvinvointilaitoksen laatimaa potilasturvallisuussanastoa. *Poikkeama* tarkoittaa tapahtumaa, joka poikkeaa sovitusta ja voi johtaa vaaratapahtumaan. Poikkeama voi johtua suojausten pettämisestä, tekemättä jättämisestä tai tekemisestä. Usein puhutaan myös virheestä. *Potilasturvallisuustapahtuma* tai *vaaratapahtuma* on potilaan turvallisuuden vaarantava tapahtuma, joka voi aiheuttaa tai aiheuttaa haittaa potilaalle. *Läheltä piti -tapahtuma* on vaaratapahtuma, joka olisi voinut aiheuttaa potilaalle. Haitalta kumminkin vältyttiin joko sattumalta tai siksi, että vaaratilanne havaittiin ja pystyttiin estämään. *Haittatapahtuma* on vaaratapahtuma, joka aiheutti haittaa potilaalle. *Potilasvahinko* on potilasvahinkolain (Potilasvahinkolaki 879/1998) mukaan henkilövahinko, joka on aiheutunut potilaalle terveyden- tai sairaanhoidon yhteydessä. Se on vakuutuskorvaukseen oikeuttava. (Aaltonen & Rosenberg, 2013, 19; Volmanen & Alahuhta 2015.)

Yksi potilasta eniten uhkaavista tekijöistä, myös vuodeosastolla, on lääkityksessä tapahtuvat poikkeamat. Lääkityspoikkeama voi olla poikkeama lääkeneuvonnassa, lääkkeen antopoikkeama, jakelupoikkeama, poikkeama käyttökuntoon saattamisessa, lääkkeen toimituspoikkeama ja lääkkeenmääräämispoikkeama. Lääkityspoikkeamat näkyvät selkeimmin suorittajapäässä eli hoitajan toiminnassa. Heillä on mahdollisuus viime kädessä tarkistaa, että potilas saa oikean lääkkeen. (Poukka 2012, 5.)

Kaatumistapaturmat ovat toinen keskeinen potilasturvallisuuteen liittyvä asia vuodeosastolla. Yleensä kaatumiset liittyvät tuolista tai sängystä nousemiseen, varsinkin öiseen aikaan. Niitä voidaan vähentää suunnittelemalla hoitoprosesseja niin, että suunnittelemattomia tapahtumia on mahdollisimman vähän. Jos potilas saa nukkua yön rauhassa ilman häiriöitä, vaaralliset liikkeelle lähdöt vähenevät. Tämä mahdollistuu parhaiten yhden hengen huoneessa, mutta jos se ei ole mahdollista, niin sijoittamalla rauhaton potilas muualle nukkumaan useamman hengen huoneesta. Tulevaisuudessa voidaan hyödyntää erilaisia teknisiä ratkaisuja potilaiden voinnin seurantaan, esimerkiksi liike- ja asentotunnistukset ja valaistukset. Yksi ratkaisu voi olla kaatumisalttiille potilaalle pukea jalkaan lonkkahousut. (Haavisto, Mäkijärvi & Anttila, 2013, 318.)

Hoitoon liittyvät infektiot tulevat kovin kalliiksi terveydenhuollossa ja ne aiheuttavat myös ihmishenkien menetyksiä. Osaan infektioista voi potilas itsekkin vaikuttaa, kuten lopettamalla tupakoinnin kuukautta ennen leikkausta tai laihduttamalla, jos on ylipainoa. Laitosolosuhteissa taudinaiheuttajamikrobit siirtyvät herkästi potilaasta toiseen kosketus-, ilma-, pisara- tai veritartuntana. Keskeinen osa torjuntaa on tartuntareittien katkaisu. Tärkein toimenpide onkin desinfioida kädet ennen ja jälkeen potilaan koskettamisen. Ripuli- ja oksennuspotilaiden hoidossa tarvitaan myös perinteistä saippuapesua. Muita tärkeitä infektion torjuntatoimenpiteitä ovat suojarusteiden, kuten muovihanskojen ja suojatakkien käyttö, niitä vaativissa tilanteissa. Myös infektiin liittyvissä ongelmissa yhden hengen huoneet vähentävät tartuntoja. Siivoamisella on hyvin tärkeä merkitys infektioiden leviämisessä. Keskeistä infektioiden torjunnassa on myös seuranta. Jokaisessa sairaanhoitopiirissä on infektiin erikoistunut yksikkö, jota johtaa infektiolääkäri ja jossa toimii yksi tai useampi infektiohoitaja. Heidän tehtävänä on seurata hoi-

toon liittyviä infektioita, laatia ohjeita infektioiden torjuntaan ja resistenttien bakteereiden leviämisen ehkäisyyn ja ottaa kantaa alueellaan oleviin infektio-ongelmiin. (Anttila ym. 2013, 93 - 95, 97.)

Kun tapahtuu virhe, paitsi että korjaa sen seuraukset ja rajoittaa virheistä aiheutuvaa haittaa potilaalle, on tärkeä selvittää, mistä virhe johtui. Näin voidaan estää samanlaisten virheiden sattuminen uudestaan. Henkilökunnan aktiivinen keskustelu vaaratapahtumasta on potilasturvallisuuden kannalta tärkeää. Asiaa voidaan käsitellä esimerkiksi osastotunnilla. Tärkeää on myös raportoida asia vaaratapahtumien raportointijärjestelmään. Kyseessä on ”potilas-/asiakasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointimenettely ja työkalu” = HaiPro - ilmoitus (HaiPro 2016). Näin kehitetään työpaikan turvallisuuskulttuuria ja avoimuutta paremmaksi. (Helovuo ym. 2011, 135, 137.)

Henkinen turvallisuus on myös tärkeää hoidon laadun kannalta. Maksimaisen (2018) tutkimuksen mukaan turvattomuuden tunnetta potilaalle aiheutui välinpitämättömästä kohtelusta henkilökunnan taholta, henkilökunnan kiireestä, itselle tai toiselle tapahtuneesta hoitoon liittyvästä virheestä, puutteellisista ohjeista kotiin lähtiessä tai kivusta ja sen kanssa yksin jäämisestä. Hoidossa tapahtuneen virheen pahoittelu koettiin tärkeäksi. Potilaat toivoivat ymmärtäväistä, kärsivällistä ja asiallista vuorovaikutusta. Potilas kokee olonsa turvalliseksi, jos sairaalan ilmapiiri on myönteinen ja hän kokee olevansa tervetullut hoitoon (Zibulski 2014, 8.)

3.3 Potilaan kohtaaminen

Potilaan kokemukseen hoidon laadusta vaikuttaa, kuinka hoitaja kohtaa hänet. Hoitotyössä työskentelevät tekevät töitä omalla persoonallaan. Tämä tarkoittaa ensi kädessä sitä, että työntekijän on opittava tuntemaan itsensä ja opeteltava käyttämään monipuolisesti itselleen ominaisia valmiuksia työssä muiden hyväksi. Tätä auttaa oman ajattelun ja toiminnan jatkuva arviointi, joka on välttämätön osa hoitajan ammattitaitoa. Ihmistuntemuksen perusta on itsetuntemus. Vain siihen ihminen voi vaikuttaa, mistä hän on itse tietoinen. Esimerkiksi eettisiä ongelmia ei voi ratkaista, jos niitä ei käytännössä huomaa. (Molander 2014, 269.)

Hyvän hoidon ja hoitosuhteen toteutumisessa sekä kommunikaatio että hoitaja-potilassuhde ovat oleellisen tärkeitä. Kun kommunikaatio potilaan ja ammattilaisen kanssa suoritettiin hyvin, potilaat saavat paremmin ymmärryksen heille tehdyistä toimenpiteistä ja sairaudestaan. Niin kutsutut ei-tyytyttävät kohtaamiset olivat liian kiireisiä. Hoitajan tehtävänä on rakentaa kohtaamiselle hyvä ilmapiiri. (Renholm 2015, 19.)

Vallin tutkimuksessa potilaat luonnehtivat hoitavaa henkilöä tutkimuksessaan HYVÄ HOITO -mittarin mukaan seuraavasti. Hänen suhtautumisensa on lämmintä ja ystävällistä. Hänellä on vilpitön kiinnostus potilaaseen ja vointiin. Toimenpiteiden suorittaminen on tarkkaa, huolellista, nopeaa ja tehokasta. Hän ajattelee itsenäisesti, vastaa kysymyksiin, toimii älykkäästi ja on varma tekemisistään. Hän on luotettava ja rehellinen, pitää lupauksensa ja on huumorintajuinen, joustava ja tärkeilemätön. Hänellä on kohtelias ja miellyttävä käytös. Hänellä on siisti ja huoliteltu ulkonäkö. Potilaat myös kiinnittävät huomiota työyhteisön ilmapiiriin ja huomaavat herkästi, jos siinä on jotain vialla. (Valli 2007, 42, 67.)

3.4 Laadukas potilasohjaus

Hyvä potilasohjaus on merkittävä osa hoitotyötä. Ohjaus on enemmän kuin tiedon tarjoamista, ohjauksen on autettava potilasta saamaan syvä ymmärrys tilastaan ja mahdollisuus tehdä luotettavia päätelmiä hoidostaan riittävän tiedon perusteella (Oranta 2011, 20). Potilaalle on annettava tietoa kaikista asioista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan. Muun muassa hänen terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Ohjaus on toteutettava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja hänen suostumuksellaan. Ohjauksessa tulee kunnioittaa potilaan yksityisyyttä, vakaumusta, itsemääräämisoikeutta ja ihmisoikeutta. Ohjauksen perusta on sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä, terveys- ja hyvinvointiohjelmissä sekä erilaisissa toimintaa ohjaavissa laatusuosituksissa. (Eloranta & Virkki 2011, 11; Pelander, Kummel & Hedman 2016, 25.)

Riittävän ohjauksen avulla voidaan edistää potilaan tyytyväisyyttä hoitoon ja näin potilaan hyvinvointi ja elämänlaatu voivat parantua. Ohjaus rohkaisee ja mahdol-

listaa potilasta osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tähän ohjattavan täytyy saada riittävästi tietoa. Saatuaan riittävästi tietoa, ohjattava voi osallistua päätöksentekoon ja sitoutua siihen. Jo hoidon alussa tiedon ja ohjeiden saaminen on merkityksellistä potilaalle, jotta hän tietää orientoitua hoitojaksoon. Muutostilanteisiin ja sairauksiin liittyvää pelkoa ja ahdistusta voidaan vähentää ohjauksen avulla. Esimerkiksi dementiaa sairastavilla jäi monesti epäselväksi syy sairaalan tulolle ja tämä aiheutti heillä negatiivisia tunteita. (Eloranta & Virkki 2011, 15, 22 – 23; Pelander ym. 2016, 25.)

Ohjauksen määrä riippuu potilaan elämäkokemuksesta, tiedoista ja taidoista. Lisäksi pitää ottaa huomioon hänen asenteensa. Ihmisen tiedonkäsittely on rajallista, siihen vaikuttavat motivaatio, tunnetila ja henkilökohtainen tiedon vastaanottokyky. Annettava tieto on rajattava keskeisiin asioihin. Keskustelulla ja kysymyksillä voi varmistaa ymmärtämistä ohjauksen välillä ja lopussa. (Maksimainen 2018, 7.) Lyhyemmät sairaalassa olot aiheuttavat haastetta sille, kuinka potilaalle voidaan antaa tarpeeksi tietoa, miten hän voi itse käsitellä sairauttaan. Vastuun siirto liian nopeasti potilaalle ja omaiselle aiheuttaa epävarmuuden tunteen kotona. Potilasta saattavat askarruttaa, mikä on normaalia toipumista ja kuinka suoritua omahoidosta kotona. (Renholm 2015, 19.)

Ohjaus voi joskus epäonnistua. Se saattaa olla riittämätöntä, ohjauksen sisältö vaihtelee ja se on joskus jopa ristiriitaista, joten hyöty jää vähäiseksi. Ajoitus voi olla väärä, kuten että potilas on juuri kotiutumassa, jolloin ajatukset ovat jo muualla, eikä hän pysty keskittymään ohjauksen sisältöön. Maksimaisen tutkimuksen mukaan ennen kaikkea lääkehoitoon tarvittiin ohjausta enemmän. Potilaat halusivat enemmän tietoa ruokavalion vaikutuksesta lääkkeiden ottoon, sivu- ja yhteisvaikutuksista muiden lääkkeiden kanssa ja lääkkeiden sopivuudesta ja vaikutuksesta potilaalle. Varsinkin ohjausta tarvittiin kipulääkkeitten käyttöön kotona. (Maksimainen 2018, 37.)

Laadukas ohjaus toteutuu potilaslähtöisesti. Ohjaustilanne muodostuu henkilökunnan valmiuksista antaa ohjausta, ohjauksessa käytettävästä ympäristöstä sekä ohjauksen toteutuksesta. Zibulski (2014, 9) tutkimuksen mukaan ohjaustilanteen ilmapiirissä ja vuorovaikutuksellisuudessa on potilaiden mukaan parantamisen varaa. Hoitohenkilökunta tarvitsee siihen koulutusta. (Eloranta & Virkki

2011, 16; Pelander ym. 2016, 25.) Terveysthuollon ammattilaisen täytyisi pystyä ymmärtämään potilaan sairaskokemusta ja kokea jokaisen potilaan kokemus ainutlaatuiseksi. Hänen pitäisi edistää tasa-arvoista ja hoitavaa suhdetta potilaaseen hoitotavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitajan pitäisi myös kehittää itsetuntemustaan, jotta hän huomaa, miten sairaus vaikuttaa potilaaseen ja minkälaista ohjausta tämä tarvitsee. (Tsang 2008.)

Luotettavan tiedon täytyy olla ohjauksen perusta. Tiedon täytyy olla ajan tasaista ja perustua yleisesti hyväksytyihin suosituksiin. Käypä hoito -suositukset, hoitotyön suositukset ja näyttöön perustuva hoitotyö pyrkivät parantamaan hoidon laatua ja yhtenäistämään vaihtelevat hoitokäytännöt. Kokemusperäinen tieto tarkoittaa kokemuksista ja käytännön työstä saatua kokemusta. (Eloranta & Virkki 2011, 22 - 23.)

Kirjallinen ohje täydentää suullista ohjetta. Ohjauksen sisältö muistuu todennäköisemmin paremmin mieleen, kun on kirjallinenkin ohje esimerkiksi toimenpiteen jälkeen. Asiaan on mahdollista palata sitten kun on enemmän aikaa ja voimavaroja. Näin myös mahdollistuu asioiden soveltaminen omaan elämään (Eloranta & Virkki 2011, 73 - 74). Zibulskin (2014, 9) mukaan potilaat saavat usein mukaansa hyvät kirjalliset kotihoito-ohjeet, mutta niistä saattaa puuttua tietoa siitä, mihin he voivat ottaa yhteyttä, jos heillä on jotain kysyttävää sairautensa liittyen.

Laadukkaassa potilasohjauksessa omaisetkin huomioidaan hoidossa. Zibulski (2014) mukaan jo potilaan tullessa vuodeosastolle hoitoon, omaisten huomioon ottamista ja hoitoon osallistumista voitaisiin kannustaa. Hänen tutkimuksensa mukaan omaiset jäävät usein vähälle huomiolle. Erityisesti silloin, kun potilas tarvitsee paljon apua päivittäisissä toimissaan, omaisia voitaisiin rohkaista olemaan enemmän apuna potilaan hoidossa. Tässä täytyy kumminkin huomioida omaisen resurssit ja halukkuus. Omaisten mukaanotto lieventää vanhuksen ahdistusta olla sairaalassa. Omaisten osallistaminen enemmän hoitoon auttaa myös hoitohenkilökuntaa. Suomessa on usein hyvin kaksijakoista toimintaa, henkilökunta auttaa potilasta ja omaiset katsovat kuinka se tapahtuu. Muualla maailmassa omaiset saattavat auttaa potilasta mahdollisimman paljon. (Zibulski 2014, 9, 47 - 48.)

Omaisten huomioimiseksi voitaisiin kehitellä vuodeosastolla yhteisiä toimintatapoja. Omaisilta voitaisiin kysyä, kuinka paljon hän haluaa ja pystyy olemaan mukana potilaan hoidossa. Potilaan kotiutuksen suunnittelussa olisi myös tärkeää huomioida omaiset, mutta he saavat vain harvoin kotiutukseen liittyviä ohjeita. (Zipulski 2014, 47 - 48.) Myös Launosen (2014) mukaan omaisia pitäisi kannustaa enemmän ja heidän pitäisi ottaa suurempi rooli vanhuksen hoidossa. Omaisten kanssa yhdessä suunnitellaan vanhuksen hoitoa ja heille annetaan tarpeeksi tietoa vanhuksen hoidosta ja tilanteesta. Omaisilla voi myös olla tärkeää hoitoon vaikuttavaa tietoa, joten heidän kohtaamiselleen on varattava riittävästi aikaa. (Launonen 2014, 55.) Hoitohenkilökunnan ja omaisten yhteistyöllä potilaan hoito olisi mielekkäämpää kaikille osapuolille (Zipulski 2014, 48).

3.5 Yksityisyyden suoja

Potilaan yksityisyyden kunnioitus on yksi hyvän hoitokäytännön säännöistä ja myös olennaisesti vaikuttaa hoidon laatuun. Yksityisyydellä on juurensa antiikin Kreikan filosofiassa, missä Aristoteles teki eron julkisen elämän ja yksityisen elämän välillä. Yksityisyyden voi määritellä tilana, jossa muut ihmiset eivät tarkkaille, eivätkä häiritse henkilöä. Se voidaan määritellä myös olotilana, jossa ihminen on yksityisyydessä ja vetäytyneenä muilta. Se on myös tasapainoa sosiaalisen vuorovaikutuksen ja yksilönä olon välillä. Yksityisyys erottaa ihmisen toisista ihmisistä tehden hänet yksilölliseksi. Tämä mahdollistaa läheisyyden, joka antaa vapauden toisten ihmisten läsnäoloon. Yksityisyys lisää mielenterveyttä. Yksityisyyden käsite on myös kulttuurisidonnainen. Suomalaisessa kulttuurissa mahdollisesti halutaan enemmän yksityisyyttä kuin esimerkiksi intialaisessa kulttuurissa. (Poikkimäki 2004, 14; Eklöf 2018, 14 - 15.)

Potilaan autonomian kunnioittaminen tarkoittaa samalla myös yksityisyyden kunnioittamista. Se miten yksityisyys tulee huomioiduksi, on suora yhteys potilastyytyväisyyteen. Jos potilas huomaan puutteen yksityisyydessään, hän saattaa olla haluton tutkimuksiin ja antamaan tietoja itsestään. (Eklöf 2018,17.) Valli (2007, 51) toteaa, että potilaat toivovat, että heidän asioitaan käsiteltäisiin hienotunteisesti ja niin että muut potilaat eivät kuule. Tietosuojaa loukkaavana pidettiin, että keskusteltiin potilaan asioista kovaäänisesti. Launosen mukaan potilaan intimi-

teettisuoja pitää huomioida kaikissa tilanteissa. Vaikka ihminen itse olisi niin huonossa kunnossa, että ei pysty välttämättä välittämään intimitteetistään, niin se on hoitajan tehtävä. Yksityisyyden keskeisimmät ongelmat terveydenhuollossa ovatkin vaitiolovelvollisuuden osittainen toteutumattomuus, potilastietojen suojaamaton käsittely ja hoitotilanteiden näkyminen muille potilaille tai omaisille. Hoitohenkilökunnan täytyy pystyä tunnistamaan ne tilanteet, jotka vaarantavat luottamuksellisen tiedon salassa pysymisen tai muuten vaarantavat potilaan yksityisyyttä. (Launonen 2014, 33.) Poikkimäen tutkimuksen mukaan potilaiden mielestä yksityisyys sairaalassa oli ensisijaisesti riippuvaista henkilökunnan toimintatavoista. Potilastiedot on pidettävä salassa. Salassa pitoa voidaan rikkoa, jos se on juridisesti välttämätöntä, kuten lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö tai tarttuva vakava sairaus. (Poikkimäki 2004, 13, 15, 37.)

Tiedollinen yksityisyys eli potilaan mahdollisuus päättää, mitä tietoja antaa kanssapotilaille, saattaa rikkoutua päivittäin esimerkiksi lääkärinkierrolla tai potilaan lähtiessä tai tullessa, jos on kyseessä useamman henkilön huone. Näissä tilanteissa käydään monesti läpi potilaan terveydentilaa ja myös laajemmin hänen elämänsä. Esimerkiksi potilaan taloudellinen tilanne tulee ilmi silloin, jos hän pyytää tavata sosiaalihoitajaa maksukyvyttömyyden vuoksi. Sairaslomatodistusten yhteydessä saatetaan puhua potilaan työpaikasta tai työttömyydestä. Myös arkaluontoisempia tietoja saattaa tulla ilmi. Onko potilas tullut sairaalaan alkoholin käytön seurauksena, onko hän huumeiden käyttäjä tai asunnoton. Potilaiden sänkyjen välissä olevat väliverhot eivät juuri eristä ääniä. Tiedollinen yksityisyys rikkoutuu kahteen suuntaan. Potilas saattaa myös joutua kuulemaan asioita, mitä hän ei halua kuulla. Esimerkiksi tiedon viereisen potilaspaikan DNR-päätöksestä. (Lämsä & Mäkelä 2009.)

Potilaat korjaavat tiedollisen yksityisyyden puutetta käyttäytymismallilla, jonka mukaan he eivät puuttuneet toisten yksityisasioihin. Vuorovaikutuksesta pidättäytyään ja ei olla kuulevinaan, mitä toisista potilaista puhutaan. Kommunikaation puute, reagoimattomuus ja välinpitämättömyys leimaavat kanssakäymistä lääkärin kierroilla. (Lämsä & Mäkelä 2009.)

Poikkimäen tutkimuksen mukaan konkreettisia yksityisyyden parannuskeinoja sairaalassa ovat potilasmäärän pienentäminen huoneen tilaan nähden, suojaverhon käytön lisääminen, yhden tai kahden hengen potilashuoneen järjestäminen, potilashuoneen rauhallisuuden lisääminen, potilaan ja vierailijan tapaamisen mahdollistaminen kahden kesken, hoitajan hienovarainen potilaan asioista puhuminen ja henkilökohtaisten toiveiden ja vaatimusten toteuttaminen. (Poikkimäki 2004, 80.)

3.6 Potilaan itsemääräämisoikeus

Sosiaali- ja terveydenhuollon johtava periaate on potilaan itsemääräämisoikeus. Se tarkoittaa, että ihmisellä on oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Potilaslain 785/1992) mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hoidon aikana potilaan toiveet täytyy ottaa huomioon, hänellä täytyy olla mahdollisuus keskustella henkilökunnan kanssa ja saada tietoa hoidosta ja lääkehoidosta potilaalle ymmärrettävällä kielellä. Omaiset täytyy myös ottaa mukaan hoitoon. Potilaalla on myös mahdollista kieltäytyä hänelle suunnitelluista tai jo aloitetuista hoidoista. Potilaan hoitoon osallistuvien on kunnioitettava potilaan päätöksiä, vaikka ne voivat vahingoittaa hänen terveyttään tai henkeään. Jos potilaan tahtoa ei saada selville, esimerkiksi potilaan ollessa tajuttomana, hänen lähiomaistaan on kuultava sen selvittämiseksi, mikä parhaiten vastaisi potilaan tahtoa. (Zibulski 2014, 8; Valvira 2018.) Myös henkilön elämänhistorian ja -asenteen perusteella voidaan selvittää oletettua tahtoa (Nikumaa 2014, 171).

Zipulski (2014) mukaan potilaita tulisi ottaa enemmän mukaan hoidon suunnitteluun. Potilaat jätetään melko usein suunnittelun ulkopuolelle. Omaan vointiin liittyvät tekijät potilas tuntee parhaiten. Erityisesti kotiutuksen suunnittelussa, potilas parhaiten tietää, missä hän tarvitsee apua ja missä selviytyy itsenäisesti. Siksi potilaan oma arvio voinnistaan on äärimmäisen tärkeä. Muistettava on myös, että kaikki eivät halua tai pysty olemaan hoitonsa suunnitteluun. Terveyskeskuksen vuodeosastolla voitaisiin jatkossa kehittää hoidon suunnittelun toteutumista yhdessä potilaan kanssa. Systemaattinen ja potilaskeskeinen kotiutus tukisi potilaan selviytymistä kotona mahdollisimman pitkään. (Zipulski 2014, 47.)

Vaikeita eettisiä ristiriitoja saattaa sisältyä potilaan itsemääräämisoikeuteen, kun hän sairastuu muistisairauteen. Muistisairaus ei automaattisesti poista itsemääräämisoikeutta, sillä myös muistisairas ihminen voi kyetä päättämään omista asioistaan pätevällä tavalla riippuen muistisairauden asteesta. Muistisairaalle kannalta täytyy muistaa, että itsemääräämisoikeus tarkoittaa myös hänen terveenä antamiaan toiveita hoidostaan. (Nikumaa 2014, 171.)

Terveystieteiden virheellisiin toimintatapoihin saattaa sisältyä itsemääräämisoikeuden rajoittamista. Tällaisia virheellisiä toimintatapoja saattavat olla esimerkiksi päättäminen muistisairaalle puolesta tai hygieniahaalarin käyttö. Muita esimerkkejä voivat olla potilaan manipuloiminen ja pakottaminen lääkkeen ottoon. Se rajoittaa hänen vapautensa ja arvokkuuden tunnettaan. Sekavan potilaan sitominen sänkyyn asettaa vastakkain turvallisuuden ja vapautensa. Holhoava suhtautuminen potilaaseen heikentää hänen autonomiaansa ja mahdollisuutta päätöksentekoon. Potilaan kutsuun vastaamatta jättäminen on hoidon laiminlyömistä. Se kertoo heikosta yhteistyön ja organisoimisen taidosta. (Haho 2006, 57; Valvira 2018.)

Jossain tapauksessa muistisairaalle liiallinen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen saattaa johtaa hänen etujensa vastaiseen lopputulokseen. Tilanteeseen puuttuminen voidaan kokea hankalaksi, jos muistisairas vastustaa kovasti palveluita. Tällöin voidaan puhua jopa heitteille jätöstä. Rajaa on vaikea vetää, mihin asti kunnioitetaan muistisairaalle omaa tahtoa. Suojaamisen periaate voi toimia liiallisen itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen tilanteissa. Keinoja puuttumiseen voivat olla esimerkiksi holhustoimilain mukaisen ilmoituksen tekeminen maistraatille, vanhuspalvelulain mukainen ilmoitus palvelutarpeesta tai sosiaalihuoltolain mukainen interventio yksin asuvan kotiin huollon tarpeesta. (Nikumaa 2014, 172.)

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMA

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoidon laatua Keminmaan terveyskeskuksen vuodeosastolla potilaiden ja omaisten kokemana. Tavoitteena on tuoda vuodeosaston henkilökunnalle tietoa tämänhetkisestä hoidon laadusta potilaiden ja omaisten näkökulmasta.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten potilaat ja omaiset arvioivat saamansa hoidon terveyskeskuksen vuodeosastolla?
2. Miten potilaan kohtaaminen toteutuu terveyskeskuksen vuodeosastolla potilaiden ja omaisten arvioimana?
3. Miten potilaat ja omaiset arvioivat saamansa potilasohjauksen terveyskeskuksen vuodeosastolla?
4. Miten potilaat ja omaiset arvioivat itsemääräämisoikeuden terveyskeskuksen vuodeosastolla?
5. Miten potilaat ja omaiset arvioivat hoidon turvallisuuden terveyskeskuksen vuodeosastolla?
6. Miten potilaat ja omaiset arvioivat hoitohenkilökunnalta saamansa kuntoutuksen terveyskeskuksen vuodeosastolla?
7. Miten potilaat ja omaiset arvioivat fysioterapeuttien antaman kuntoutuksen terveyskeskuksen vuodeosastolla?
8. Miten potilaat ja omaiset arvioivat yksityisyydensuojan säilymisen terveyskeskuksen vuodeosastolla?
9. Voiko potilas tai omainen suositella tätä hoitopaikkaa läheisilleen?

Opinnäytetyön tulosten avulla henkilökunta voi kiinnittää huomiota hoidon laatua parantaviin asioihin. Tämä antaa heille mahdollisuuden kehittää hoidon laatua edelleen. Mikäli hoidon laatu tutkimuksen myötä nousisi, niin tämä lisäisi potilaiden elämänlaatua ja hoidossa viihtymistä.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Määrällinen tutkimus lähestymistapana

Opinnäytetyössä käytettiin määrällistä lähestymistapaa. Siinä kartoitettiin, mitä on hoidon taso Keminmaan terveyskeskuksen vuodeosastolla potilaan ja omaisen kokemana. Tietoa hoidon laadusta saatiin kysymyslomakkeen avulla suoraan potilailta ja epäsuorasti omaisilta.

Määrällinen tutkimus on menetelmä, joka antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Se vastaa kysymykseen, miten paljon ja kuinka usein. (Vilka 2007, 13.) Määrällisen tutkimuksen edellytys on ilmiön tunteminen. Jos ei tiedetä mitä mitataan, on kvantitatiivisen tutkimuksen teko mahdotonta (Kananen 2011, 12). Opinnäytetyö on määrällinen, koska hoidon laatuun vaikuttavat tekijät olivat tiedossa. Ilmiö ei ole uusi, hoidon laatua on tutkittu ja tiedetään jo ennalta, mitkä tekijät vaikuttavat hoidon laatuun. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään myös prosentiosuuksiin ja lukumääriin liittyviä kysymyksiä (Heikkilä 2014, 15). Tässä tapauksessa kysyttiin, kuinka tyytyväinen potilas tai omainen on hoidon laadun eri osatekijöihin. Tutkimuksessa oli kyse poikittaistutkimuksesta, koska aineisto kerättiin vain kerran, eikä ole tarkoituksena tarkastella samaa tutkimusilmiötä suhteessa ajalliseen etenemiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 56).

5.2 Toimeksiantajan kuvaus

Keminmaan terveyskeskussairaala on 24-paikkainen osasto. Lääkäri kiertää jokaisena arkipäivänä osastolla, päivystysaikoina lääkäriä ei ole paikan päällä. Hoitajat konsultoivat silloin tarvittaessa keskussairaalan akuuttiosaston lääkäriä. Sairaanhoitajat ja lähihoitajat huolehtivat laadukkaasta perushoidosta ja sairaanhoitosta ja työskentelevät osastolla sekä ovat saavutettavissa vuorokauden ympäri. Fysioterapeutti on osastolla arkisin noin klo. 10 - 12. Toiminta-ajatuksena on tarjota yksilöllistä hoitoa, ohjausta ja kuntoutumisen tukea potilaille. Jo osastojakson aikana arvioinnissa on tarvittaessa mukana fysioterapeutti ja tarvittaessa muiden erityisalojen ammattilaisia. Läheisten kanssa yhdessä toimitaan potilaan par-

haaksi. Toiminnan päämääriä ovat laadukas hoito/ohjaus ja jatkohoidon järjestäminen, ennaltaehkäisevä terveysneuvonta ja ohjaus yhteistyössä muiden tahojen kanssa. Potilaan omatoimisuuden ylläpito ja lisääminen kuntoutuksen avulla sekä turvallinen ja osaava saattohoito yhdessä läheisten kanssa ovat myös toiminnan tavoitteena. Kotiutusprosessissa on tarvittaessa mukana Keminmaan kunnan kotiutustiimi, joka osaltaan varmistaa potilaan kotona selviämistä. Vuodeosaston yhteydenpito kotisairaanhoidon ja kotihoidon kanssa on tiivistä. (Mehiläinen 2020; Rasinaho 2020.)

Vuodeosastolle tullaan potilaaksi joko omasta tai keskussairaalan päivystyksestä lääkärin läheteellä tai keskussairaalan osastoilta siirtoina. Vuodeosastolla hoidetaan eri diagnooseilla tulevia potilaita. Yleisimpiä tulosityitä ovat kirurgisten toimenpiteiden ja traumojen jälkeinen hoito ja kuntoutus, sydän- ja neurologiset sairaudet, yleistilan lasku, infektiot, kotona pärjäämättömyys, saattohoito ja päihdeongelmat. Potilaat painottuvat paljon vanhusväestöön, mutta hoidettavana on välillä nuorempiakin potilaita. Keskimääräinen hoidossa oloaika oli kuusi vuorokautta vuonna 2019. Hoitovuorokausissa on vuosittaista vaihtelua sen mukaan, kuinka paljon osastolla on palvelukotipaikan odottajia. Pitkäaikaiset palvelukotipaikan odottajat saattavat nostaa huomattavasti keskimääräistä hoidossa oloaika. (Rasinaho 2020; Uusimaa 2020.)

5.3 Kohderyhmä

Opinnäytetyössä oli kyse kokonaistutkimuksesta. Heikkilän (2014, 31) mukaan se kannattaa tehdä, jos perusjoukko on pieni. Määrällisessä tutkimuksessa tämä tulee kyseeseen, jos yksiköiden lukumäärä on alle 100 tai jopa 200 - 300, jos kyseessä on kyselytutkimus. Tavoite oli saada kokoon vähintään 50 vastausta, jotta tutkimus olisi suuntaa antava.

Vastaajiksi oli mahdollista valikoitua Keminmaan vuodeosaston potilaina tai omaisina olleet tietyn ajanjakson aikana. Vastaajat olivat kaikki yhtä lukuun ottamatta yli 65-vuotiaita. Joten ikä taustatietona ei ollut merkityksellinen asia. 40 vastausta tuli potilailta ja 10 omaisilta. Melko suuri osa, karkeasti arvioiden noin 30 - 40 % potilaista ei pystynyt vastaamaan kyselyyn, esimerkiksi pitkälle edenneen muistisairauden takia. Heidän puolestaan omaisilla oli mahdollisuus vastata

kyselyyn. Tutkittavaa perusjoukkoa yhdisti kaksi tekijää: he olivat joko potilaina vuodeosastolla tai hoidettavina olevien ihmisten omaisia tai läheisiä. Kyselyyn vastanneiden joukossa oli sekä pitkäaikaisia potilaita tai heidän omaisiaan, mutta myös potilaita, jotka olivat hoidossa muutaman vuorokauden.

5.4 Aineistonkeruu

Kyselytutkimuksen avulla voidaan kerätä tietoa esimerkiksi ihmisten mielipiteistä ja mittaus tapahtuu kyselylomakkeella. Kyselytutkimus on enimmäkseen määrällistä tutkimusta, jossa sovelletaan tilastollisia menetelmiä. Kysymykset esitetään sanallisesti, mutta vastaukset ilmaistaan numeerisesti. (Vehkalahti 2014, 11, 13.) Aineisto kerättiin kyselomakkeilla elo-lokakuun aikana 2020. Lomakkeet olivat saatavilla vuodeosaston sisääntulon aulassa. Vastajat, joko potilaat tai omaiset, arvioivat hoidon laatua hoitajakson lopussa tai kun olivat olleet riittävän pitkään hoidossa vuodeosastolla.

Asiakastyytyväisyyskyselyn pohjana käytettiin Länsipohjan sairaanhoitopiirin kyselylomaketta (liite 1). Lomake perustui kuntaliiton Terveystieteiden tutkimuskeskuksen potilastyytyväisyys kyselylomakkeeseen, joka on julkaistu 15.11.2018 (Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2019, 16). Länsipohjan sairaanhoitopiiri on muokannut sittemmin lomakkeen omiin tarkoituksiinsa sopiviksi ja opinnäytetyön tekijä taas omiin tarkoituksiinsa sopiviksi yhdessä osastonhoitaja Virpi Rasinahon kanssa.

Enimmäkseen kyselytutkimuksessa käytetään suljettuja osioita, mutta myös avoimia kysymyksiä tarvitaan. Valmiit vastausvaihtoehdot helpottavat tietojen käsittelyä olennaisesti sekä selkeyttävät mittauksia. Avovastauksista saatetaan saada tutkimuksen kannalta tärkeää tietoa, joka voisi muuten jäädä kokonaan havaitsematta. (Vehkalahti 2014, 25.) Taustatietoina kysyttiin vastaajan ikää, onko hän alle vai yli 65-vuotias ja onko hän potilas vai omainen. Kyselylomakkeessa oli yhdeksän strukturoitua kohtaa ja siinä kartoitettiin asiakastyytyväisyyttä ja eri asioita hoidon laatuun liittyen. Lomakkeessa kysyttiin, kuinka mielekästä vuodeosastolla saatu hoito oli potilaan tai omaisen kokemuksen mukaan, henkilökunnan kohtelua, potilasohjausta, potilaan itsemääräämisoikeutta, hoidon turvalli-

suutta, kuntoutusta ja kuinka yksityisyyden suoja oli toteutunut. Lopuksi vielä kysyttiin, voiko potilas tai omainen suositella tätä hoitopaikkaa läheisilleen. Kaikissa kohdissa vastaaja laitto numeerisen arvioinnin 0 - 5. Ihan lopuksi oli vapaan sanan kohta, johon voi laittaa ruusuja ja risuja hoidosta ja antaa parannusehdotuksia.

Vastaajat pystyivät anonyymisti palauttamaan kyselyn vuodeosaston aulassa olevaan laatikkoon. Osa vastaajista antoi palautteen suoraan henkilökuntaan kuuluvalla. Ulko-ovessa, aulassa ja henkilökunnan kahvihuoneessa informaatiotaululla oli asiakaskyselystä kertovia ilmoituksia (Liite 2). Henkilökunnan informaatiotaululla oli myös pyyntö, että tarvittaessa henkilökunta tarjoaisi kyselylomakkeita ja auttaisi niiden täytössä, jos asiakas ei siihen itse pysty esimerkiksi huonon näkökyvyn vuoksi. Tällöin kyseessä on informoitu kysely. Informoidussa kyselyssä tutkija jakaa henkilökohtaisesti lomakkeet vastaajille ja selittää samalla tutkimuksen tarkoituksen ja antaa tarvittaessa lisäohjeita (Heikkilä 2014, 42). Tarkoitus oli, että potilaat täyttävät lomakkeen pois lähtiessään tai niin kauan hoidossa oltuaan, että heillä on kuva hoidon laadusta. Jo pitempään osastolla olleet pystyivät täyttämään kyselyn milloin vain, sillä heillä oli jo kokemusta hoidon laadusta.

Tiedon kerääminen työhön aloitettiin jo keväällä 2020 tutkimussuunnitelman teon myötä. Opinnäytetyön työstäminen alkoi toden teolla syyskuussa 2020, tekijän jäätyä kesälomalle, jatkuen vuoden 2021 alkuun asti. Koronakevät 2020 aiheuttivat sen, että kyselylomakkeita ei kannattanut laittaa jakoon. Vuodeosastolle ei pääsyt kukaan omainen käymään. Kesällä rajoitustoimenpide purettiin. Silloin annettiin suositus, että potilasta saa käydä katsomassa korkeintaan kaksi omaista kerrallaan. Aineisto kerättiin lopulta elo- ja lokakuun välisenä aikana 2020. Kyselyyn oli mahdollista vastata kolme kuukautta.

5.5 Aineiston analysointi

Tutkimuksessa valitaan aina sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Kun tutkimusta suunnitellaan, tutkimusongelmaan ja -kysymyksiin sopiva analyysimenetelmä pyritään aina ennakoimaan. Käytännössä

sopiva analyysimenetelmä löytyy vain siten, että tutkija kokeilee erilaisia vaihtoehtoja. Analyysitavan valintaa vaikuttaa se, ollaanko tutkimassa yhtä muuttujaa vai kahden tai useamman muuttujan välistä riippuvuutta ja muuttujien vaikutusta toisiinsa. Sijaintilukuja käytetään, jos tavoitteena on saada tietoa yhden muuttujan jakaumasta. Sijaintiluvuilla tarkoitetaan havaintoarvojen sijaintia kuvaavia tunnuslukuja. Keskiarvo ja moodi ovat tavallisimpia sijaintilukuja. Hajontalukuja käytetään, jos halutaan tietää, kuinka havaintoarvot poikkeavat toisistaan. Havaintolukuja ovat esimerkiksi keskihavainto ja vaihteluväli. (Vilka 2007, 119.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin kuvailevia tunnuslukuja kuvaamaan tulosta. Sijaintiluvusta käytettiin keskiarvoa ja vaihteluväliä. Opinnäytetyössä käytettiin myös järjestysasteikkoa eli muuttujaa asettamaan mittaustuloksen järjestykseen (0= täysin eri mieltä ja 5= täysin samaa mieltä) (Kankkunen & Vehviläinen-Julkuinen 2017, 129). Käytännössä kuvailevin tunnusluvun havainnollistettiin aineistoa.

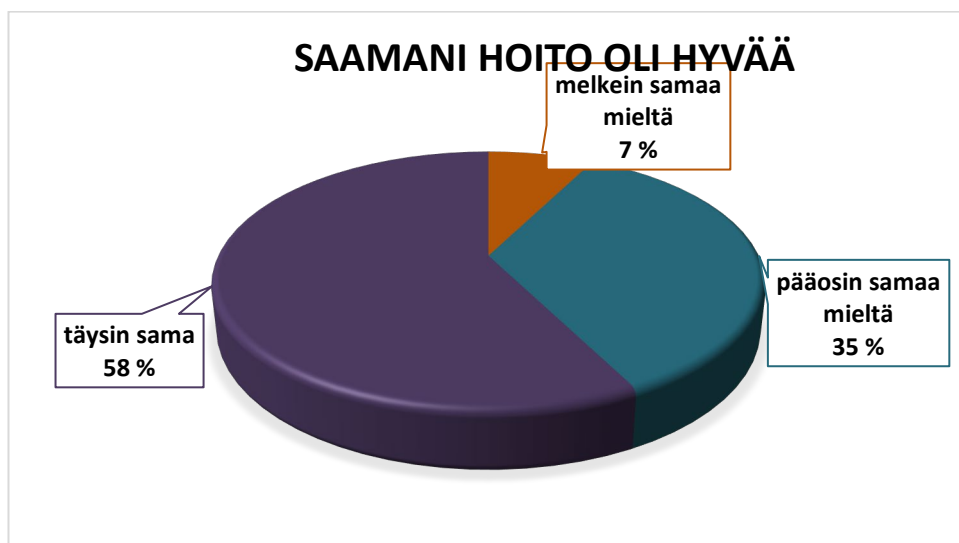
Ennen varsinaisen aineiston analysoimista oli paperiset lomakkeet syötettävä numeraaliseen muotoon Exceeliin. Opinnäytetyössä hoidon laatua kuvataan numeeristen suureiden avulla ja tuloksia voidaan havainnollistaa kuvioin ja taulukoin (Heikkilä 2014, 15). Ihmisen näköjärjestelmä on kehittynyt huomaamaan hyvin eroja erilaisissa graafisissa kuvioissa, mutta numeroiden käsittely on hankalampaa (Nummenmaa, Holopainen & Pulkkinen 2018, 37). Siksi tässä käytettiin ympyrädiagrammia kuvaamaan potilaiden vastauksia. Omaisten vastaukset käsitelään kokoavana taulukkona.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tutkimuksen tulokset

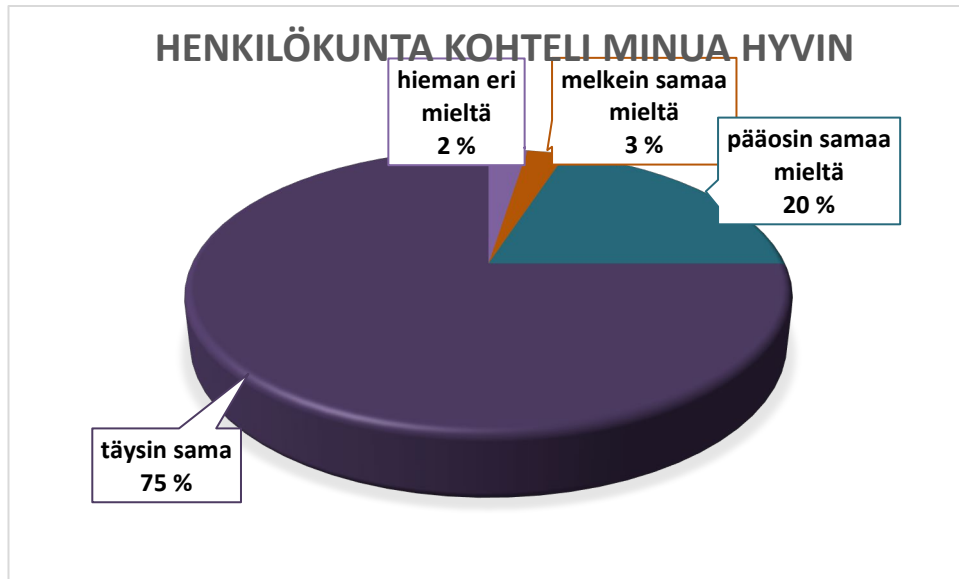
Potilaiden (= 40) vastaukset kyselyistä esitetään ympyräkaavioina jokaisen väittämän kohdalla erikseen. Omaisten vastaukset esitellään kokoavana taulukkona.

Ensimmäinen kysymys koski yleisesti hoitoa. (Kuvio 1) Täysin samaa mieltä väittämästä ”Saamani hoito oli hyvää”, oli vastaajista 58 % eli 23 potilasta. Keskiarvo oli 4,5 asteikolla 0 - 5.



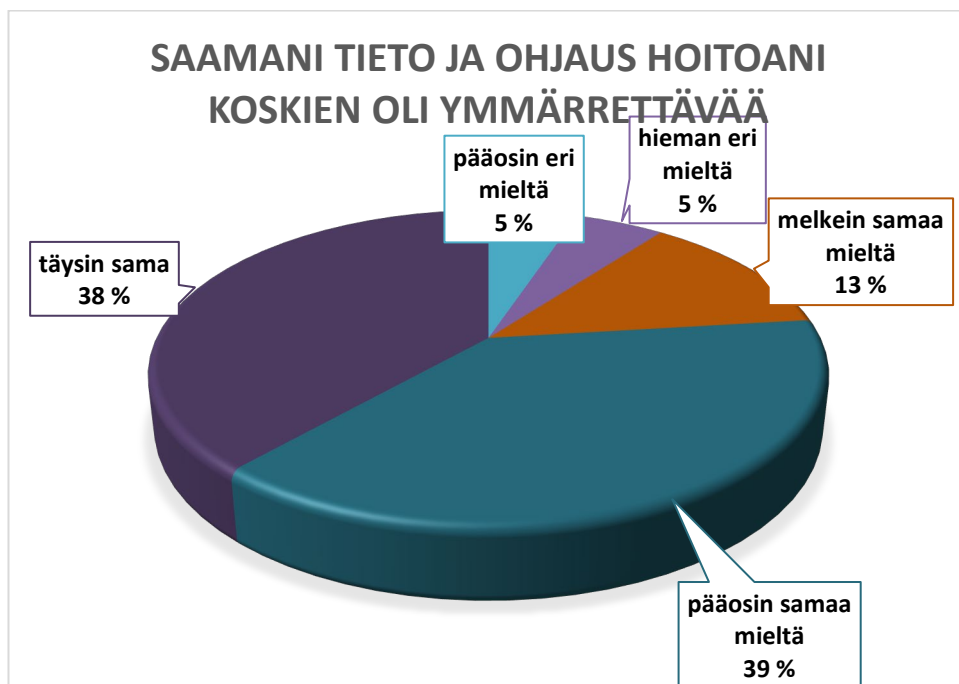
Kuvio 1. Kokemus saadusta hoidosta.

Kolme neljäsosaa potilaista oli täysin samaa mieltä, että henkilökunta kohteli heitä hyvin. Melkein loputkin vastaajista eli 1/5 olivat pääosin samaa mieltä väittämästä. Keskiarvo oli 4,7 asteikolla 0 - 5. (Kuvio 2)



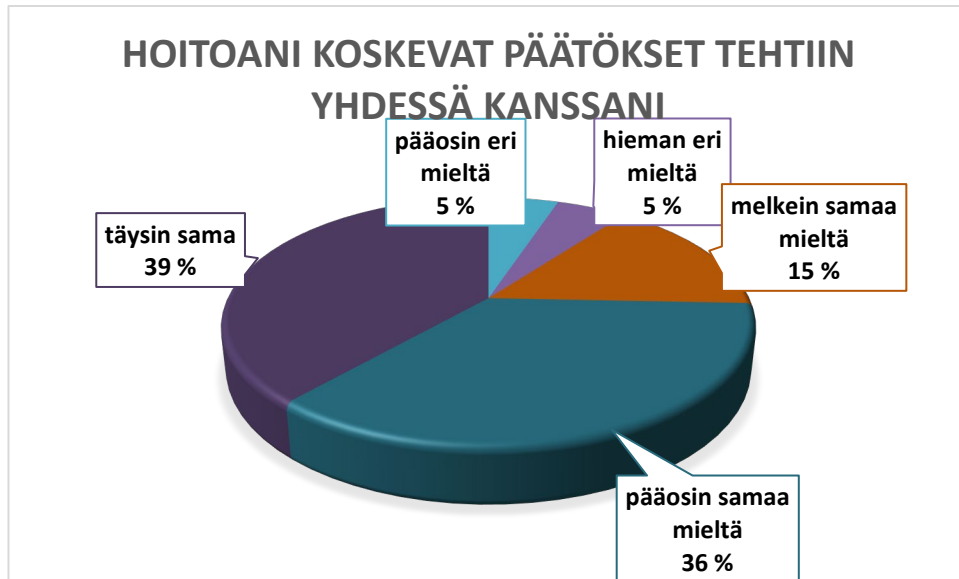
Kuvio 2. Kokemus henkilökunnan kohtelusta.

Henkilökunnan antamasta tiedon ja ohjauksen ymmärrettävyydestä täysin samaa mieltä ja pääosin samaa mieltä oli 77 % vastaajista. Melkein samaa mieltä oli 13 %. Keskiarvo väittämälle oli 4 asteikolla 0 - 5. (Kuvio 3)



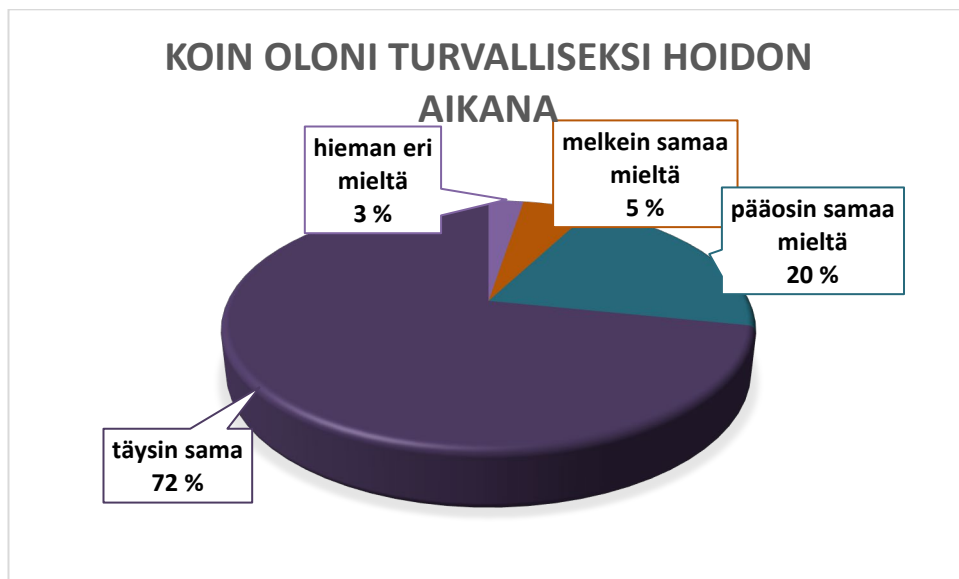
Kuvio 3. Kokemus potilaan saaman tiedon ja ohjauksen ymmärrettävyydestä.

Kuviossa 4 täysin samaa mieltä väittämän ”Hoitoani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani” oli 39 % (=15) potilasta. Pääosin samaa mieltä oli 36 % (=14) potilasta. Keskiarvo oli 4 asteikolla 0 - 5.



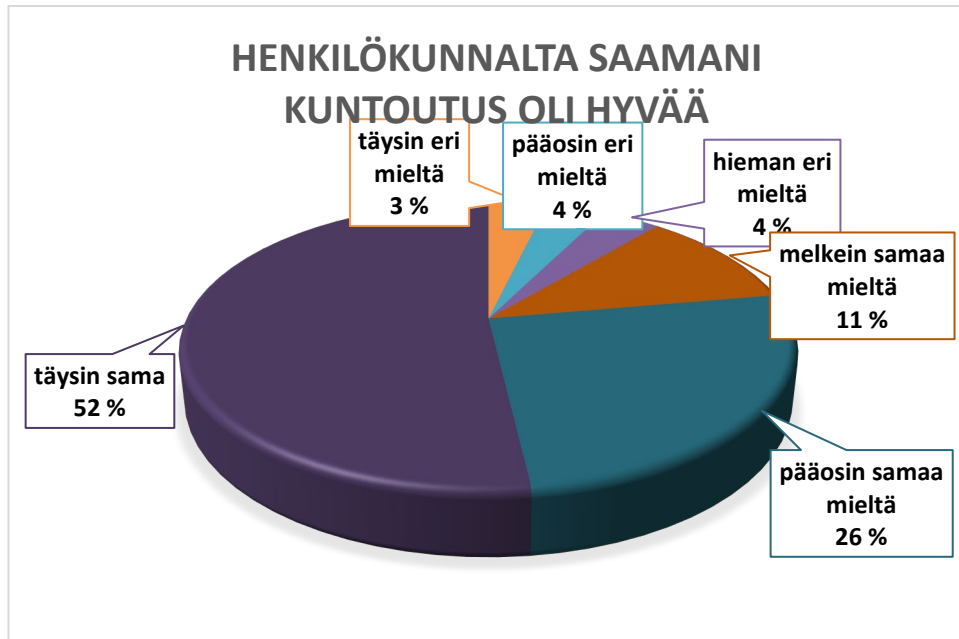
Kuvio 4. Kokemus itsemääräämisoikeudesta.

Olonsa turvalliseksi hoidon aikana koki 72 % eli 28 vastaajaa. Keskiarvoksi tuli 4,6 asteikolla 0 - 5. (Kuvio 5)



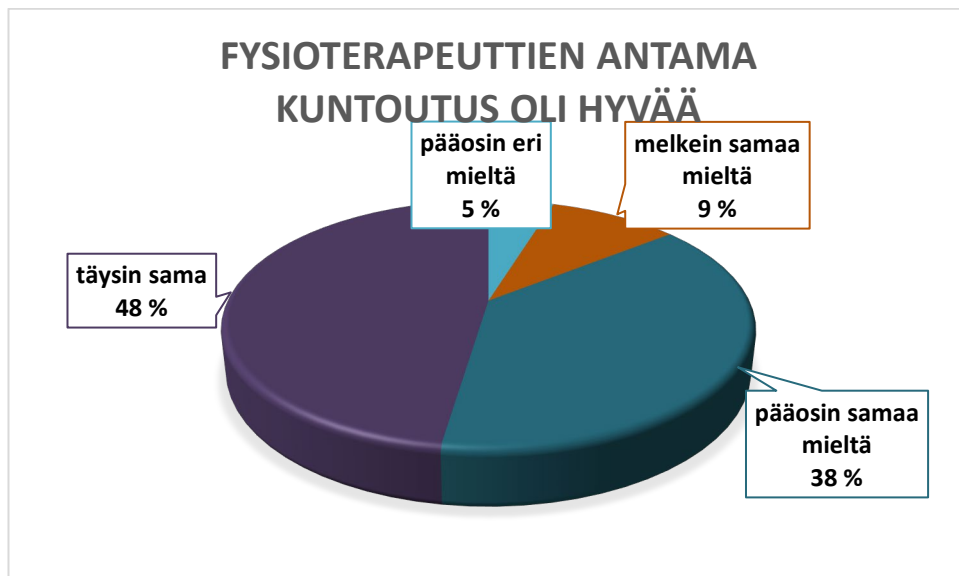
Kuvio 5. Kokemus hoidon turvallisuudesta.

Kuntoutusta koskevan kysymyksen osalta hajontaa oli muita kysymyksiä enemmän. Täysin samaa mieltä kuviossa 6 esitetyn kysymyksen kanssa oli 52 %. Pääosin samaa mieltä oli 7 potilasta. Ollenkaan kyseiseen kohtaan ei vastannut 13 potilasta. Keskiarvo oli 4,1 asteikolla 0 - 5.



Kuvio 6. Kokemus henkilökunnalta saadusta kuntoutuksesta.

Fysioterapeuttien antaman kuntoutuksen koki hyväksi 48 %. (Kuvio 7) Pääosin samaa mieltä oli 38 % eli 8 vastaajaa. Kyselyyn jätti vastaamatta liki puolet eli 19. Fysioterapeuttien antama kuntoutus ei koske kaikkia potilaita. Keskiarvo väitteellä oli 4,2, vaihteluvälin ollessa 0 - 5.



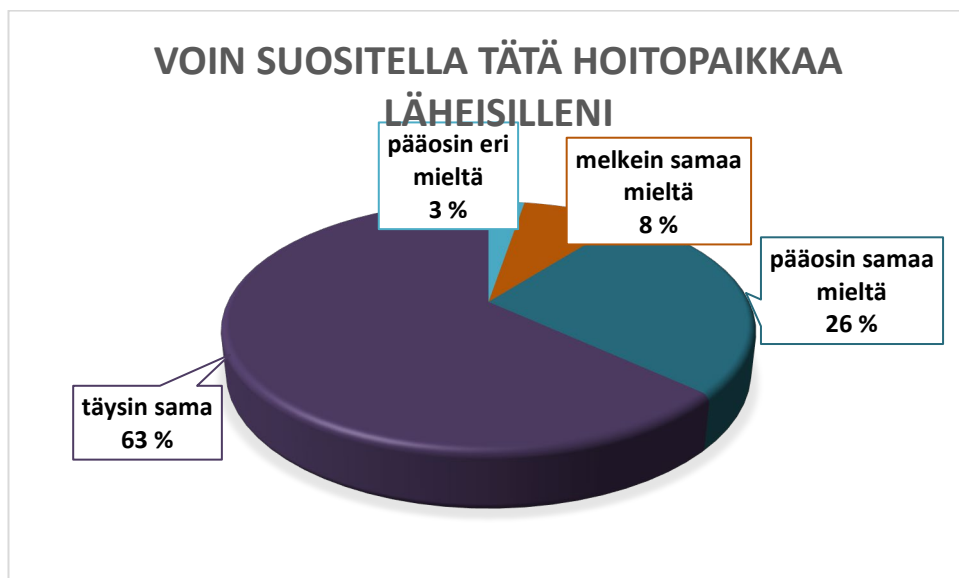
Kuvio 7. Kokemus fysioterapeuttien antamasta kuntoutuksesta.

Yksityisyyden suojasta 19 vastaajaa eli 58 % koki, että hänen yksityisyyden suojastaan huolehdittiin hyvin. Pääosin samaa mieltä väitteen kanssa oli 12 potilasta. Keskiarvo oli 4,5 asteikolla 0 - 5. (Kuvio 8)



Kuvio 8. Kokemus yksityisyyden suojan säilymisestä.

Kuviossa 9 on esitetty, että 63 % potilaista koki, että he voisivat suositella tätä hoitopaikkaa läheisilleen. Pääosin samaa mieltä oli 26 % (=10) potilasta. Keskiarvo oli 4,5 asteikolla 0 - 5.



Kuvio 9. Kokemus hoitopaikan suositeltavuudesta.

Taulukko 1. Omaisten vastaukset hoidon laatuun

Väite	Täysin eri mieltä	Pääosin eri mieltä	Hieman eri mieltä	Melkein samaa mieltä	Pääosin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Saamani hoito oli hyvää.	-	-	-	20 % (2)	50 % (5)	30 % (3)
2. Henkilökunta kohteli minua hyvin.	-	-	10 % (1)	10 % (1)	40 % (4)	40 % (4)
3. Saamani tieto ja ohjaus hoitoani koskien oli ymmärrettävää.	-	-	-	30 % (3)	50 % (5)	20 % (2)
4. Hoitoani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani.	-	11 % (1)	-	-	44 % (4)	44 % (4)
5. Koin oloni turvaliseksi hoidon aikana.	-	-	-	22% (2)	44 % (4)	33 % (3)
6. Hoitohenkilökunnalta saamani kuntoutus oli hyvää.	-	11 % (1)	-	33 % (3)	33 % (3)	22 % (2)
7. Fysioterapeuttien antama kuntoutus oli hyvää.	29 % (2)	-	14 % (1)	-	29 % (2)	29 % (2)
8. Yksityisyyden suojan säilymisestäni huolehdittiin hyvin.	-	-	-	22 % (2)	22 % (2)	55 % (5)
9. Voin suositella tätä hoitopaikkaa läheisilleni.	-	-	-	11 % (1)	55 % (5)	33 % (3)

Eniten tyytyväisiä omaiset olivat yksityisyyden suojan säilymiseen. Vähiten tyytyväisiä fysioterapeuttien antamaan kuntoutukseen.

6.2 Vastaajien antama vapaa palaute ja kehittämisehdotukset

Kiitettävää palautetta tuli jonkin verran vastauksissa. Ne koskivat hoitohenkilökuntaa. Henkilöstö koettiin osaavaksi, kokeneeksi ja ystävälliseksi. Heidän nähtiin jaksavan hoitaa hyvin erilaisia ja eritasoisia potilaita työn haastavuudesta huolimatta. Hoitohenkilökunnan kanssa oli helppo keskustella vaikeistakin asioista ja asioiden koettiin hoituvan helposti. Hoito ja huolenpito koettiin hyvänä ja miellyttävänä.

Potilailta tuli melko vähän parannusehdotuksia. Toisaalta tulos on kohtuullinen, kun vastauslomakkeita saatiin kerätyksi vain 50. Erään potilaan toive oli, että kaikilla hoitajilla tulisi olla nimikyltti rinnassa.

Eräs omainen toivoi, että potilaiden kanssa käytäisiin myös ihan vain juttelemassa. Potilaalta tuli toive, että hoitaja eläytyisi enemmän potilaan asemaan. toivoi lääkärin kohtaavan jokaisen potilaan joka arkipäivä.

Hygieniaan liittyen tuli ehdotus. Eräs vastaaja mietti vaipanvaihdon riittävyttä. Kotilomille pääsy oli vaikeaa tiukimpien rajoitusten aikaan. Eräessä vastauksessa näkyi korona ja itsemääräämisoikeuskin. Liikuntakykyisten potilaiden pääsy kotilomille pitää mahdollistaa kommentoijan mukaan. Kaksi vastaajaa toivoi ulkoilua.

Potilasohjaukseen eräs omainen toivoi enemmän aikaa henkilökunnalta. Hän koki, että hänen on vaikea saada kiinni henkilökuntaan kuuluvaa, joka tietää hänen omaisensa asioista. Hän ehdotti, että tapaamiseen voisi etukäteen varata ajan.

Kaksi vastausta koski hoidon turvallisuutta. Monesti turvattomuutta aiheuttivat levottomat ja muistisairaavat potilaat. Eräs vastaaja koki, että tällaisia potilaita pitää enemmän pitää silmällä henkilökunnan taholta. Yöt koettiin joskus rauhattomiksi.

Erään potilaan toive liittyi aikataulutukseen. Hän koki, että aamupäivällä eri toiminnot tapahtuvat liian päällekkäisesti. Monesti aamut ovat kiireisiä ja paljon tapahtuu pienellä ajalla. Lääkäri kiertää osastolla ennen lounasta ja fysioterapian työaika on noin klo. 10 - 12. Myös potilaiden aamutoimet sijoittuvat aamupäivään.

Kuntoutusta koskien tuli muutama ehdotus. Niissä heijastuivat mahdollisesti kuntoutukseen suunnatut liian pienet resurssit koskien sekä hoitohenkilökunnan, että fysioterapeuttien antamaa kuntoutusta. Muutama vastaaja toi esille, että vuodeosastolla tulisi olla kahdeksan tuntia joka arkipäivä fysioterapeutti tai ainakin huomattavasti enemmän kuin nykyisessä tilanteessa. Eräässä toiveessa fysioterapeutin antaman kuntoutuksen toivottiin myös jatkuvan vähän pitempään. Hoitohenkilökunnan antama kuntoutus oli vähäistä ja koettiin, että henkilökunnalla ei ollut aikaa tarpeeksi. Eräs potilas toivoi hoitajien enemmän perehtyvän apuvälineisiin ja niiden kuntoon.

Muut ammattiryhmät näkyvät vuodeosastolla melko vähän, toimintaterapeutti käy harvoin. Joskus käy psykiatrinen sairaanhoitaja tai seurakunnan pappi lähinnä saattopotilaan luona. Erään vastaajan toive oli, että myös puheterapeutin palveluja olisi enemmän saatavilla.

Myös yksityisyyden suoja tuotiin esille ja yksi vastaaja koki, että yksityisasiota, jotka saattavat olla arkaluonteisiaakin, oli hankala käsitellä, johtuen useamman henkilön huoneista. Potilashuoneet ovat 2 - 4 hengen huoneita, saattohoito- ja eristyshuoneita lukuun ottamatta. Niissä kuuli pakostakin vierustoverin asiat.

Keminmaan terveystakeskus on rakennettu 1975 ja peruskorjattu 2017 (Rasinaho 2020). Jotkut vastauksista liittyivät vuodeosaston ulkoisiin puitteisiin. Ulko-oven edusta koettiin välillä tosi roskaiseksi ja potilaat kävivät myös tupakalla ulko-oven edessä, joten hajukin saattoi vaivata. Yksi potilas koki pesuhuoneen haisevan homeelta. Vessoissa myös havaittiin sokeritoukkia. Kaikki laitteet eivät myös toimineet, muun muassa yövaloja oli usealla potilaspaikalla rikki.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tavoitteena oli kehittää ja ymmärtää hoidon laatua ja parantaa hoidon laadussa ilmeneviä puutteita ja tuoda lisää ymmärrystä hoidon laadun merkityksestä potilaitten hyvinvoinnille Keminmaan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Hoidon laadun tutkiminen on tärkeä tutkimusaihe. Jotta hoidon laatua pystytään parantamaan Keminmaan terveyskeskuksen vuodeosastolla, niin täytyy ensin tietää ne asiat, jotka toimivat ja jotka eivät toimi.

Hoidon laadusta vuodeosasto sai hyvät arviot. Potilaiden vastausten keskiarvo kaikkiin kysymyksiin oli 4,3. Eniten oltiin tyytyväisiä henkilökunnan kohteluun, sen saadessa tuloksen 4,69 ja vähiten oltiin tyytyväisiä väitteeseen ”Hoitoani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani”, joka sai tuloksen 3,97. Omaisten tyytyväisyys hoitoon oli hieman matalampi keskiarvoltaan 3,91, joka sekin oli varsin hyvä. Omaiset olivat tyytyväisimpiä yksityisyyden suojan säilymiseen, joka sai arvion 4,33. Tyytymättömmimpiä oltiin fysioterapeuttien antamaan kuntoutukseen 2,8. Kyselylomakkeen puutteet saattoivat tosin osaltaan aiheuttaa tämän lukeman. Kyselyyn vastanneiden omaistenkin määrä oli pieni. Tämän tutkimuksen mukaan lähes kaikki potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja hoidon tulokseen. Hoidon laadun kaikki osa-alueet sekä tulosmuuttujat arvioitiin hyväksi.

Opinnäytetyöni vahvistaa aiempia tutkimuksia, joissa potilaat ovat arvioineet hoidon laatua hyväksi. Muun muassa Zibulski (2014) Potilaiden arviointeja hoidon laadusta terveyskeskuksen vuodeosastolla – pro gradu tutkielmassaan oli tullut samanlaiseen johtopäätökseen. Myös Maksimaisen (2018) tutkimus, joka käsiteli potilaiden tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon yliopiston sairaalan somaattisella vuodeosastolla, tukee samaa asiaa. Siinä 2016 potilaspalautetta antaneet ovat kokonaisuutena hoitoon tyytyväisiä. Tutkimuksessa potilaiden tyytyväisyyttä pitivät yllä hyvä kohtelu, riittävä tiedon saanti, riittävä avun saaminen ja kivunhoito, turvallisuuden tunteen kokeminen ja viihtyisä hoitoympäristö. (Maksimainen 2018, 48; Zibulski 2014, 54.)

Henkilökunnan kohtelun potilaat arvioivat korkealle tasolle. Vuodeosastolla hoitajat ovat ystävällisiä ja potilaan kohtaaminen on miellyttävää. Erilaisten potilaiden ja tilanteiden kohtaamiseen auttaa henkilökunnan kokemus ja osaavuus. Työilmapiirin ollessa hyvä, se myös heijastuu potilaille ja omaisille. (Valli 2007, 67.)

Potilaspalautteiden mukaan tieto ja ohjaus hoitoa koskien sai arvosanan 4. Potilasaineisto ja omaisetkin usein painottuvat vanhoihin ihmisiin, joten tiedon antamisessa henkilökunnan täytyy olla erittäin selväsanainen ja ymmärrettävä. (Maksimainen 2018, 7). Eräessä palautteessa toivottiin tapaamisaikaa ja hoitohenkilökunnan parempaa saatavuutta tiedon saamiseksi omaisen tilanteesta. Tapaamisaika hoitajan kanssa onkin ihan helposti järjestettävissä oleva asia, kun omainen sitä vain kysyy. Hoitohenkilökunnan olisi tärkeä kohdata jokainen omainen mahdollisesta kiireestä huolimatta ajan kanssa ja antaa mahdollisuus omaiselle kysyä. Lääkärin kanssa tapaaminen saattaa jopa joskus järjestyä samana päivänä potilaskierron jälkeen, yleensä kumminkin lähipäivinä.

Hoitoa koskeva päätöksen teko potilailta sai arvion 3,9. Muistisairaus on jossain määrin haaste itsemääräämisoikeuden toteutumiselle. Hoitohenkilökunnan kumminkin tulisi muistaa, että muistisairaudesta huolimatta potilas voi kyetä päättämään asioistaan. On myös tärkeä muistaa, että potilas on oman elämänsä paras asiantuntija esimerkiksi kotiutusta mietittäessä. Vähäinen henkilökuntamäärä hoidettaviin nähden voi olla myös joskus syy itsemääräämisoikeuden rajoittamiseen ja virheellisiin ja ei niin eettisiin- toimintatapoihin. (Haho 2006, 57.)

Kuntoutus sai omaisilta vähiten parhaimman arvosanan sekä hoitohenkilökunnan (3,6), että fysioterapian (3) toteuttamana. Tulos saattoi osittain johtua kyselylomakkeen puutteesta. Omais-vastaajien määrä oli vähäinen, vain 10 henkilöä. Vapaasta palautteesta käy kumminkin ilmi, että kuntoutukseen kohdennettuja resursseja, varsinkin fysioterapian panosta osastolle, saisi huomattavasti lisätä. Myös fysioterapeutin käynti iltapäivisin ainakin silloin tällöin joidenkin potilaiden luona, voisi olla kokeilemisen arvoinen asia, koska aamupäivisin on jo niin paljon toimintaa. Säästöä ei tuo potilaiden kunnon laskeminen vuodeosastohoidon aikana.

Kuntoutusta voisi monin tavoin lisätä osaston arjessa. Konkreettisin toimi olisi, että kaikki potilaat, jotka pystyvät, lähtisivät päiväsalin tai aulaan syömään lounasta ja päivällistä. Ruokaa ei tarjottaisi sänkyyn kuin erittäin pätevistä syystä. Tästä pitäisi tulla osaston yhteisesti sovittu käytäntö. Jo edellä mainittu toimenpide toisi paljon lisäaskelia monen potilaan päivään. Potilaan liikkumista ja kävelyä pitää myös kaikin keinoin tukea, hänen pitäisi kävellä kaikki matkat, jotka pysyy. Tai jos hän on pyörätuolissa, hän voi kelata itse. Osastolla ei tule paljon hyötyliikuntaa, joten sitä pitäisi kaikin tavoin edistää. Esimerkiksi miehillä ei saa olla kuikkaa sängyn vieressä, vaan vessa-asiat hoituvat päivällä vessaan asti. Jokaiselle potilaalle pitäisi myös laatia henkilökohtaiset tavoitteet kuntoutumisen edistämiseksi, jotka näkyvät hänen hoitosuunnitelmassaan. (Voutilainen & Löppönen 2016; Janhunen & Pikkarainen 2017.)

Henkilökunnan tehtävä on varmistaa, että liikkuminen on turvallista (Autti-Rämö ym. 2016, 67.) Osastolla olisi hyvä yhdessä keskustella enemmän kuntoutukseen liittyvistä asioista ja vetää yhteisiä toimintalinjoja. Monia hyviä asioita kuntoutuksen eteen jo tehdäänkin, niitä vain pitäisi tehostaa ja yhdenmukaistaa. Henkilökunnan kouluttautuminen tässä asiassa on tärkeää. Siihen onkin tulossa parannusta kuluvana vuonna muun muassa ergonomiakorttien merkeissä (Rasinaho 2020).

Hoitaja voi myös muistuttaa potilaita liikkumaan iltavuoron aluksi, kun lähtee potilashuoneita kiertämään. Omatoimisen potilaan ollessa kyseessä, hän voi jumrata itsenäisesti fysioterapeutin antamien ohjeiden mukaan, käydä polkemassa osaston kuntopyörää tai ihan vain kävelemässä osastolla (Janhunen & Pikkarainen 2017). Yksi idea on, että fysioterapeutti tai joku hoitaja voisi pitää viikoittain päiväsalissa jumpan kaikille halukkaille. Se veisi aikaa korkeintaan puoli tuntia.

Osastolla voi olla myös säännöllisesti virikehetkiä, joita joku hoitaja vetäisi. Nämä olisi luonnollisesti suunniteltu ja merkitty työvuorolistaan ja otettu huomioon henkilökuntavahvuudessa. Kun korona hellittää, erilaiset ryhmät (esimerkiksi seurakunta, eläkeläiskerhot, SPR:n ystävätoiminta, koululuokat, karvakaverit) voisivat taas vieraila osastolla esittämässä omia ohjelmanumeroitaan. Ryhmiä voisi aktiivisemmin pyytää osastolle. Niin kuin jo aikaisemmin on todettu, muistisairaalla

toimintakykyä edistävän hoidon perusta ovat säännölliset aktiviteetit. Toiminnot ovat sinänsä arvokkaita, ei se mitä aikaansaadaan. (Mönkäre ym. 2014, 9.)

Puheterapeutin palveluja on osastolla tarvittaessa saatavilla, esimerkiksi nielemiseen liittyen, jos lääkäri tuntee heidän palvelujaan tarvittavan. Mehiläisellä on osa-aikainen puheterapeutti. Voi tosin olla, että lääkäri ja hoitajatkaan eivät osaa heidän palveluitaan käyttää, vaikka niille olisi tarve. Tässä auttaisi koulutus ja se, että puhe- ja toimintaterapeutti kävisi osastolla kertomassa työstään ja minkälaisiin kuntoutumisen pulmiin heidän asiantuntemustaan voi käyttää. Toimintaterapeuttien työpanosta tarvittaisiin osastolla myös enemmän, kuin he pääsevät käymään. Totuus on, että puheterapeuttien, toimintaterapeuttien ja myös fysioterapeuttien palveluita on vähemmän saatavilla kuin niitten tarve olisi. Psykiatrasta apua osastolle on myös vaikea saada nopealla aikataululla. (Rasinaho 2020.)

Potilaspalautteista tuli ilmi, että laitteita on välillä rikki vuodeosastolla ja se on paitsi mukavuus-, myös turvallisuuskysymys. Niiden korjaukseen kiinnitetään nyt kumminkin enemmän huomiota. Jokainen henkilökunnasta, joka huomaa vian, on velvollinen ilmoittamaan sen eteenpäin, esimerkiksi soittamaan talonmiehille heitä koskevissa vika-asioissa. Osastolla on olemassa myös vihko, johon kaikki viat kirjataan. Asiasta on kirjattu työyhteisön kehittämissuunnitelmaan ja riskiaroitukseen. (Rasinaho 2020.)

7.2 Eettiset lähtökohdat

Tämä opinnäytetyö ei tarvinnut eettistä ennakoarviointia, sillä vaikka se onkin ihmisiin kohdistuva, niin se ei aiheuta riskiä tai haittaa tutkittaville ihmisille. Henkilötietoja ei tutkimuksessa käsitelty. Tutkimussuunnitelman mentyä läpi sain luvan opinnäytetyön aloittamiseen Seppo Kilpiäiseltä. Lupa Keminmaan vuodeosastolla tehtävään tutkimukseen oli kysytty osastonhoitajalta, Virpi Rasinaholta. Opinnäytetyössä käytettävän kyselylomakkeen käyttöön kysyttiin lupa Länsipohjan sairaanhoitopiirin ylihoitaja Marita Rissaselta.

Tiedonkeruun kaikissa vaiheissa koetun hoidon laadun arviointiin liittyy monia eettisiä ja käytännöllisiä haasteita. Jokaisen potilaan ja omaisen kokemus hoidon laadusta on yksilöllinen. Kukin katsoo hoitoa omasta näkökulmastaan. Hyvä laatu voi tarkoittaa eri asioita potilaalle, hänen läheisilleen ja henkilökunnalle. Se täytyy

ottaa huomioon tutkimusmenetelmää valitessa. Johtopäätöksiä tehdessä on syytä ottaa huomioon hoidon laadun arviointien vaihtelu sen mukaan kuka arvioi ja mitä tai ketä arvioidaan. (Kahanpää 2019, 15.)

Tutkimuksen suunnittelussa pitää huomioida myös, että pitkäaikaisessa hoidossa olevat ihmiset ovat monella tapaa haavoittuvia ja samoin täytyy huomioida laitospäristön asettamat haasteet. Muistisairaiden osallistuminen tutkimukseen herättää monia eettisiä ja käytännöllisiä kysymyksiä. Heidän mahdollisuutensa osallistua tutkimuksiin ovat perinteisesti olleet vähäisiä. Muistisairauden ollessa keskivaikea, pystyy hän ilmaisemaan mielipidettään. Mahdollinen muistisairaiden sulkeminen pois tutkimuksista olisikin perusteltava ja kuvattava tarkasti tutkimusmenetelmissä. Muistisairaitten äänen kuuluville saamiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Osa syrjäytyy vaikeasti alentuneen kognitiivisen toimintakyvyn vuoksi. Näin kaikkien potilaiden ääntä ei saada kuuluviin. Potilaiden omaisten vastaukset tulevat näin ollen entistä tärkeämmiksi. Erityisesti sijaisarviointien merkitys korostuu, kun on kyse elämän loppuvaiheesta tai vaikeasta muistisairaudesta. Myös hoidon laadun kokonaiskuvan saamiseksi eri näkökulmista tehdyt arvioinnit ovat tärkeitä. (Kahanpää 2019, 15, 18, 29 - 31.) Karkeasti arvioiden ainakin puolet vuodeosaston potilaista sairastaa jonkinasteista muistisairautta. Jos potilas on niin dementoitunut, että ei pysty kyselyyn vastaamaan edes avustetusti, toinen vaihtoehto oli omaisen vastaaminen kyselyyn. Tässä tutkimuksessa halusin antaa äänen myös jo todettua muistisairautta sairastaville. Omaisilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn ja antaa ääni sellaisille potilailla, jotka eivät pystyneet siihen vastaamaan.

Yksi tutkimuksen osallistumisen peruslähtökohta on potilaiden itsemääräämisoikeus. Mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta ja osallistumisen vapaaehtoisuus on turvattava kaikessa tutkimustoiminnassa. Potilaat saattavat kokea tutkimukseen osallistumisen velvollisuudekseen hoitosuhteensa vuoksi. On erittäin tärkeää, että tutkimukseen osallistuminen on aidosti vapaaehtoista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 219.) Jotta sai tarvittavan määrän vastauksia kerättyä, niin niitä täytyi välillä pyytää ja markkinoida kovasti. Asiakkaalle saattoi tulla tunne, että hänen täytyy täyttää lomake, vaikka ei olisi niin halukaskaan ja lomakkeeseen vastaamisen vapaaehtoisuus saattoi kärsiä. Potilaita ja omaisia informoitiin

tutkimuksen tarkoituksesta sekä sanallisesti että seinillä olevista, kyselystä ker-
tovissa infolapuissa.

Avoimia vastauksia opinnäytetyöhön kirjoittaessani, oli tavoitteena, että vastaa-
jien anonymiteetti säilyy. Yritin myös olla huolellinen ja rehellinen vastauksia kä-
sitellessäni, niin kuin koko opinnäytetyössä. Opinnäytetyötä kirjoittaessa olen ot-
tanut huomioon, että se on julkinen asiakirja, jonka voi kuka tahansa lukea.

7.3 Luotettavuuden tarkastelua

Mittauksen luotettavuudesta puhuttaessa, erotetaan kaksi perustetta: reliabili-
teetti eli luotettavuus, toistettavuus ja validiteetti eli pätevyys. Validiteetti siis ker-
too tiiviisti ilmaistuna, mittasiko tutkimus sitä, mitä piti ja reliabiliteetti, kuinka tar-
kasti tutkimus mittasi. Mittauksen luotettavuuden kannalta validiteetti on ensisi-
jainen asia, sillä ellei mitata oikeaa asiaa, ei reliabiliteetillä ole merkitystä. Tutki-
muksen kokonaisluotettavuus edellyttää luotettavuutta sekä tiedonkeruulta että
mittaukselta. (Vehkalahti 2014, 41 - 42.)

Kun vastaaja täyttää lomaketta, niin on myöhäistä tehdä siihen enää muutoksia.
Joten lomake on syytä suunnitella huolellisesti. Hyvä kyselylomake on koko-
naisuus, jossa toteutuvat sekä tilastolliset että sisällölliset näkökohdat. (Vehka-
lahti 2014, 20.) Lomake kävi luettavana yhdellä henkilökunnan jäsenellä, mutta
sitä olisi pitänyt enemmän järjestelmällisesti esitellä. Lomakkeen mentyä jo ja-
koon, huomasin siinä puutteen. Vastauskohdassa ei ollut vaihtoehtoa, ”en osaa
sanoa” tai ”ei koske minua”. Tämä saattoi vääristää tutkimuksen tulosta, kun osa
saattoi laittaa rastin kohtaan 0 eli ”täysin eri mieltä”, tarkoittaen kumminkin, että
”en osaa sanoa”. Tämä saattoi vaikuttaa varsinkin kohtaan, ”fysioterapian anta-
man kuntoutus oli hyvää”. Kaikki vuodeosaston potilaat eivät saa fysioterapeutin
antamaa kuntoutusta. Lääkäri kirjoittaa lähetteet fysioterapiaan. Osa asiakkaista,
jotka eivät kyseistä kuntoutusta saaneet, saattoivat laittaa rastin kohtaan 0. Toi-
saalta muutamasta vastauksesta saattoi heijastua myös pettymys siitä, että he
eivät olleet saaneet fysioterapeutin kuntoutusta, vaikka olisivat mielestään sitä
tarvinneet. Jotkut vastaajista eivät myöskään mahdollisesti hahmottaneet, milloin
kuntoutus oli hoitohenkilökunnan antamaa ja milloin fysioterapeuttien antamaa.
Eli monikin asia tähän liittyen saattoi vääristää tulosta.

Mielipiteiden tutkiminen ei aina ole helppoa. Haasteita aiheuttavat monet epävarmuudet: saatiinko tarpeeksi vastauksia, mittasivatko kysymykset tutkittavia asioita, oliko kyselyn ajankohta hyvä jne. (Vehkalahti 2014, 12.) Tutkimuksessa arvelutti muun muassa, että oliko osa kysymyksistä ymmärretty väärin. Kahanpään (2019) mukaan potilaan muistisairauden edettyä hänen on vaikea antaa luotettavaa ja tarkkaa tietoa kokemuksistaan hoidossa. Vastaukset eivät välttämättä kuvaa sitä, mitä he todella tuntevat tai kokevat. Heidän kykynsä ilmaista mieltymyksiään ja avuntarvetta on heikentynyt. Muistisairaita haastateltaessa on tärkeä kiinnittää huomiota kielellisiin seikkoihin, kuten kysymysten muotoiluun ja mahdollisiin vastausvaihtoehtoihin. Se kuinka kysymykset on muotoiltu, saattaa vaikuttaa siihen, kuinka potilaat vastaavat kysymyksiin. Tärkeää on käyttää sanoja, jotka ovat ikääntyneille tuttuja. Kysymykset eivät myöskään saa olla liian monimutkaisia ja haastattelulomakkeen pituus täytyy suhteuttaa vastaajan kuntoon. (Kahanpää 2019, 26, 61.) Tässä tutkimuksessa vastalomake ei ollut liian pitkä, vain yhden sivun mittainen. Kysymyksetkään eivät vaikuttaneet monimutkaisilta, niissä ei ollut käytetty vaikeita sanoja. Lomakkeen täyttöön sai apua niin halutesaan. Kysymyksiä täytyi joskus avata tarkemmin vastaajalle.

Hoidon laadun potilaat ja omaisetkin arvioivat melko hyväksi vuodeosastolla. Väliillä heräsikin tunne, että olivatko vastaukset kaunisteltuja. Toisaalta itse vuodeosastolla töissä olevana voi hoidon laatua katsoa joskus liiankin kriittisesti. Kvistin mukaan potilaat arvioivat usein hoidon laadun yleisellä tasolla erinomaiseksi, joten pelkkä potilaiden arvio hoidon laadusta antaa yksipuolisen kuvan. Potilaat saattavat liioitella tyytyväisyyttä kyselyissä. Kumminkin potilaiden arvio on ensiarvoisen tärkeää, jotta pystytään kehittämään hoidon ja palveluitten laatua. Potilaan kokemus hoidosta perustuu myös aikaisempiin kokemuksiin, taitoihin, asenteisiin ja tietoihin. Henkilökunnan on suhtauduttava potilaan tyytyväisyyteen hoidon laadusta vakavasti, vaikka se on hänen subjektiivinen käsityksensä. Potilaan tuntemuksella on merkitystä, vaikka henkilökunnan käsitys todellisuudesta olisi toisenlainen. (Kvist 2004, 21, 28.)

Noin puolella potilaista vastaus jouduttiin täyttämään puolesta aistivajauksen takia tai muistisairauden vuoksi, kun hän sanoi niihin vastaukset. Tällöin oli ilmeistä, että vastaukset eivät pysyneet nimettömänä ja vaarana on myös, että asiakas antaa kaunistellun kuvan hoidon laadusta, eikä ollut niin kriittinen kuin haluaisi.

Aikaisempien tutkimuksien mukaan on todennäköisempää, että asiakas vastaa kasvoitusten tehtyyn lomakkeeseen positiivisemmin, kuin sitä itse täyttäessään (Kahanpää 2019, 62).

Mitä suurempi on otoskoko, sitä vähäisempiä ovat yhden havaintoyksikön antamat puutteelliset vastaukset tai vastaamatta jättämisen vaikuttavuus tuloksiin. Mitä suurempi on otos, sitä luotettavimmat ovat tulokset. Taas mitä pienempi on otos, sitä sattumanvaraisempia tulokset ovat. (Vilka 2007, 57.) Luotettavuuden kannalta olisi ollut hyvä, että vastauksia olisi tullut enemmän kuin 50.

Opinnäytetyön tekijä on töissä kyseisessä paikassa, missä tutkimus tehtiin. Se voi periaatteessa vaikuttaa tutkimuksen objektiivisuuteen. Tekijällähän olisi mahdollisuus vääristellä tutkimuksesta saatuja tietoja. Tai mahdollisesti ottaa pois kovin negatiivisia tuloksia tai johdatella potilaita ja omaisia vastaamaan kaunistelusti. Opinnäytetyössä pyrittiin kumminkin objektiivisuuteen. Tutkimustulokset esitettiin juuri siinä muodossa, kun ne olivat alkuperäisissä vastauksissa olleet. Jollain lailla tutkijan henkilökunnan joukkoon kuuluminen saattoi kumminkin vaikuttaa esimerkiksi tulosten tarkasteluun.

7.4 Oman oppimisen pohdinta

Hoidon laatu on moninainen käsite ja kattaa paljon asioita. Opinnäytetyötä tehdessä haastetta aiheutti, mihin rajata työ, jotta se ei rönsyilisi liian laajaksi. Aiheen laajuuden vuoksi opinnäytetyö tuntui välillä liian isolta yksin tehtäväksi. Tuntui, että aika mikä kului opinnäytetyöhön, oli muusta opiskelusta pois. Yksin tehdessä ei toisaalta tarvinnut sovittaa aikatauluja yhteen kenenkään kanssa. Vain itseä pystyi syyttämään, jos työ ei edennyt toivotulla tavalla. Työn, perhe-elämän ja muiden kouluhommien yhteensovittamisessa ajan rajallisuus tuli välillä vastaan. Itsekuria vaadittiin paljon.

Haasteita aiheutti myös se, että tekijä ei ollut koskaan vastaavan laajuista työtä tehnyt. Koko tutkimusmaailma oli täysin outo. Viimeiset kokemukset olivat noin 20 vuotta ammattikoulutasoisen opinnäytetyön tekemisestä lähihoitajakoulusta. Onneksi terveydenhoitajakoulutuksen myötä monet kirjoitelmat olivat tulleet tutuksi. Itsensä ilmaiseminen kirjallisesti ei aiheuttanut suuresti haastetta. Totutteleminen vaati sen sijaan käyttää opinnäytetyössä vaadittavaa virallista kieltä. Tätä

opinnäytetyötä tehdessä opin tietämään, mikä on aiheen kannalta sopivaa tietoa ja etsimään tietoa luotettavista lähteistä. Excelin käyttö ja tulosten purkaminen paperille järkevään muotoon oli vierasta. Onneksi sain mieheltäni apua Excelin käyttöön. Vieraskieliset lähteet aiheuttivat myös haasteita. Kasvotusten tapahtuva ohjaus opinnäytetyöstä olisi helpottanut asiaa, mutta koronan takia kaikki ohjaus tapahtui etänä. Opinnäytetyötä ohjaavan opettajan kanssa yhteistyö sujui etäyhteydestä huolimatta hyvin. Hänen ymmärrettävät ja suorat kommentit auttoivat sisäistämään monesti vaikealtakin tuntuva asiaa.

Mittaus on ainutkertaista, eikä huonosti mitattuja osioita voi jälkikäteen parantaa. Neuvoja kannattaa kysyä asiantuntijoilta jo lomakkeen suunnitteluvaiheessa. Kyselylomaketta on testattava etukäteen. Hyviä testajia ovat tutkimuksen kohderyhmään kuuluvat, tällöin saadaan todenmukainen kuva siitä, onko ohjeet ja kysymykset ymmärretty oikein, onko jotain olennaista jäänyt kysymättä ja onko lomakkeessa turhia kysymyksiä. Kyselylomakkeen on toimittava omillaan, ilman haastattelijan apua. (Vehkalahti 2014, 11, 40, 48.) Kyselylomaketta olisi pitänyt enemmän testata eri vastaajilla ja sen ulkoasuun olisi pitänyt kiinnittää enemmän huomiota. Yritin mahduttaa kyselyn yhdelle sivulle ja siksi teksti oli hieman liian pientä pranttia.

Palautuslaatikko, mihin vastaukset piti palauttaa, osoittautui liian heppoiseksi. Etsin sopivaa, järeämpää laatikkoa, mihin vastaukset olisi voinut palauttaa, mutta en sitä löytänyt. Muistisairas potilas pääsi vastauksiin käsiksi ja otti laatikkoon laitettut muutamat vastaukset haltuunsa. Onneksi ne löytyivät. Sen jälkeen vastauslaatikkoa tyhjennettiin aika ajoin, jotta edellä kuvattu tapahtuma ei uusiutuisi.

Haasteena hoitotieteellisissä tutkimuksissa on tutkittavien saatavuus. Usein kohderyhmänä on sairaita ihmisiä, joilla ei ole voimavaroja vastata niihin. Hoitohenkilökunta saattaa olla niin kiireistä, että ei ehdi jakaa ja avustaa tutkimuskyselyihin vastaamisessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 107.) Vastausten kerääminen osoittautui melko haastavaksi asiakkaiden melko huonon kunnon ja iäkkyuden vuoksi. Kyselyitä piti melko paljon ”markkinoida” ihmisille. Kärsivällisyyttä tarvittiin.

7.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön keskeisiä kohtia on tarkoitus esittää henkilökunnalle osastotunnilla tai muussa sopivassa tilanteessa. Jos palautteesta löytyy selkeitä kehittämisen kohteita, niin hoitohenkilökunta voi käydä niitä läpi yhdessä pohtien. Tarkoitus on tulostaa valmis työ kaikkien luettavaksi kahvihuoneeseen. Kahvihuoneen tussitaululle tai vuodeosaston WhatsApp-ryhmään voidaan laittaa opinnäytetyöstä informaatiota, esimerkiksi työn esitysajankohdasta.

Opinnäytetyön on tarkoitus hyödyttää hoidossa olevia potilaita ja henkilökuntaa. Jos potilaiden hoidon laatu tutkimuksen myötä nousee, niin tämä lisää heidän elämänlaatuaan ja hoidossa viihtymistä. Opinnäytetyön tulosten avulla hoitohenkilökunta voi kiinnittää huomiota hoidon laatua parantaviin asioihin. Henkilökunnalle tulee tietoisuus, mihin pitää kohdentaa enemmän voimavaroja. Tätä kautta tulee myös vastauksia, mitä koulutusta henkilökunta kaipaisi lisää, jotta hoidon taso olisi parempi. Hoidon laadun paranemisen myötä potilaitten viihtyminen hoidossa paranisi ja tätäkin kautta henkilökunnan työhön motivoituminen ja sitoutuminen nousisi entisestään. Mahdollisesti henkilökunnan riittämättömyyden tunne laskisi ja jokainen voisi olla ylpeä omasta työpanoksestaan. Tämä kaikki vaikuttaisi myös henkilökunnan työssä jaksamiseen.

Hyvä hoidon laatu on koko henkilökunnan yhteinen asia. Koko henkilökunnan täytyy sitoutua laadun parantamiseen yhdessä esimiehen kanssa. Johto mahdollistaa tarvittavat resurssit hoidon riittävään laatuun. Tärkein asia on, että henkilökunnan mitoituksen täytyy olla riittävä. Esimies vastaa viime kädessä siitä, että on riittävästi henkilökuntaa potilaiden hoitoisuuteen nähden. On tärkeää näin ollen, että hoitohenkilökunta yhdessä esimiehen kanssa, käy jatkuvaa vuoropuhelua henkilökunnan määrästä ja hoitamiseen liittyvistä haasteista ja kehitystarpeista. Henkilökunnan täytyy olla valmis kehittämään itseään ja kouluttautumaan lisää. Tietty ennakkoluulottomuus uusille asioille on hyväksi. Saumaton yhteistyö ja tiedon kulku eri yksikköihin on tärkeää.

Hoidossa esille tulleita mahdollisia epäkohtia on tärkeä puida koko henkilökunnan kesken. Kiireestä huolimatta täytyisi olla aikaa puhumiselle hoidon laadusta

ja eettisyydestä. Hyvää hoitamisen laatua ei voi syntyä, jos ei ole aikaa keskustella, vaan kaikki aika menee arjen rutiinien pyörittämiseen. Kehittämissilltapäivät ja osastotunnit ovat tämmöiseen tarkoitukseen hyviä, työn lomassa ja kahvitunnilla tapahtuvan keskustelun lisäksi.

Vuodeosaston potilaille toimintakyvyn säilyttäminen on ensiarvoisen tärkeää. Mahdollisimman nopea kuntoutuminen mahdollistaa nopean kotiutuksen ja näin myös yhteiskunnan rahojen säästön. Kuntoutukseen pitäisi enemmän panostaa vuodeosastolla ja kuntouttavalle työotteelle tulisi olla enemmän aikaa. Henkilökunnan asenne kuntoutusta kohtaan on myös tärkeässä roolissa. Koko henkilökunnan olisi hyvä käydä koulutuksessa asiaan liittyen, että heillä on tarvittava tieto ja taito asiaan liittyen. Fysioterapian resurssien pienentäminen on lyhytnäköistä. Pikemminkin fysioterapeuttien työaikaa vuodeosastolla pitäisi suuresti lisätä.

Osastolla olisi syytä miettiä, kuinka omaiset voisivat olla entistä enemmän mukana potilaan hoidossa, varsinkin pitkäaikaisten potilaiden kohdalla. Miten saada passiivisetkin omaiset enemmän mukaan potilaan hoitoon ja kuntouttamiseen. Omainen voi esimerkiksi mahdollistaa enemmän potilaan ulkoilemisen ja virike toiminnan. Näin mahdollistuisi potilaalle mielekkäämpi elämä osastohoidosta huolimatta.

Eräs hoidon laatuun vaikuttava asia on, että välillä osastolle tulee potilaita, jotka eivät kuuluisi vuodeosastolle vaikeahoitoisuutensa takia. Esimerkiksi hoitoon tulevalla on niin akuutti tilanne ja vaikea mielenterveydellinen ongelma, että henkilökunnan osaaminen ja resurssit eivät riitä. Näiden potilaiden hoito oikeassa paikassa olisi paljon laadukkaampaa ja tehokkaampaa sekä heille itselleen että koko osaston muille potilaille.

Vielä kattavampi kuva hoidon laadusta saataisiin, jos henkilökunnan kokemuksia hoidon laadusta selvitettäisiin. Seuraava tutkimuksen aihe voisikin olla seuraava: Hoidon laatu Keminmaan terveyskeskuksen vuodeosastolla henkilökunnan kokemana. Tärkeää oli aika ajoin tutkia hoidon laatua uudelleen, jotta nähtäisiin, ovatko mahdollisesti tehdyt kehitystoimenpiteet tuottaneet tulosta.

LÄHTEET

- Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. 2013. Primum est non nocere. Teoksessa L-M. Aaltonen & P. Rosenberg. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim, 19 - 20.
- Anttila, V-J. 2013. Infektioriskit terveydenhuollossa. Teoksessa L-M. Aaltonen & P. Rosenberg. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim, 93 - 95, 97.
- Autti-Rämö, I., Mikkelsson, M., Lappalainen, T. & Leino, E. 2016. Kuntoutumisen prosessi. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 62, 67.
- Autti-Rämö, I. & Salminen, A-L. 2016. Kuntoutumisen hyvät käytännöt. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 14 - 16.
- Eklöv, N. 2018. Somali asylum seekers and refugees on finnish health care-focus on privacy and the use of interpreters. Turku: Turun yliopiston julkaisuja. Viitattu 14.10.2020. https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/144923/AnnalesD1345Niina_Ekl%c3%b6f.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- EU-terveydenhoito.fi. 2020. Hoidon laatu Suomessa 2020. Tietoa terveystalve-lujen käyttämisestä Suomessa ja ulkomailla. Viitattu 28.10.2020. <https://www.eu-terveydenhoito.fi/hoitoon-ulkomailta-suomeen/terveydenhuolto-jarjestelma-suomessa/hoidon-laatu-suomessa/>
- Haavisto, E., Mäkijärvi, M. & Anttila, V-J. 2013. Turvallinen sairaala. Teoksessa L-M. Aaltonen & P. Rosenberg. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim, 318.
- Haho, A. 2006. Hoitamisen olemus. Hoitotyön historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 31.8.2020. [https:// http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514282590.pdf](https://http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514282590.pdf)
- HaiPro 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Awanic Oy. Viitattu 4.9.2020. [www://awanic.com](http://www.awanic.com)
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9.painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännön-läheisesti. Helsinki: Fioca Oy.
- Hiekkavirta, M. & Rantanen, L. 2012. Osaamisen varmistaminen terveydenhuol-lon työnjaossa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali-, terveys ja liikunta-ala. Ylempi AMK. Viitattu 3.12.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47489/Hiekkavirta_Mirva_Rantanen_Laura.pdf?sequence=1

Härkäpää, K., Valkonen, J. & Järvikoski, A. Kuntoutujan motivaatio ja sitoutuminen. 2016. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 74.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2016. Hoida ja kirjaa. 9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Janhunen, E. & Pikkarainen, A. 2017. Ikääntyvien potilaiden kuntoutus vuodeosastolla ja kotihoidossa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.3.2020. www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=kuntoutus%20vuodeosastolla

Jeglinsky, I. & Kukkonen, T. Moniammatillinen yhteistyö kuntoutuksessa. 2016. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 393-394.

Kahanpää, A. 2019. Koettu hoidon laatu. Asukkaan, läheisen ja henkilökunnan näkemyksiä asukkaan hoidon laadusta ikääntyneiden ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Tampereen yliopiston väitöskirjat 185. Tampere: PunaMusta Oy – Yliopistopaino. Viitattu 29.10.2020. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/118296/978-952-03-1373-9.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Kaila, M., Niemi-Murola, L. & Kauppi, P. 2014. Näyttöön ja osaamisen kehittämiseen perustuvaa potilasturvallisuutta. Helsinki: Duodecim 130:1 739. Viitattu 4.9.2020. <https://www-terveysportti-fi.ez.lapinamk.fi/xmedia/duo/duo11819.pdf>

Kananen, P. 2011. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3. - 5. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 28.10.2020. https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-27-0062-X/urn_isbn_951-27-0062-X.pdf

Launonen, M. 2014. Sairaanhoitajien kuvauksia vanhusten hyvästä hoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 13.10.2020. https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140503/urn_nbn_fi_uef-20140503.pdf

Leppiniemi, S. 2018. Mielen kuormitustekijät ovat hoitotyössä lisääntyneet. Sairaanhoitajat. Viitattu 29.12.2020. <https://sairaanhoitajat.fi/mielen-kuormitustekijat-hoitotyossa-ovat-lisaantyneet/>

Lämsä, R. & Mäkelä, L. 2009. ”En olisi vielä kotiin lähdössä” Sairaalaosaston käytännöistä potilaan silmin. Lääkärilehti 14.8.2009. 2 551 - 2 557. Viitattu 13.10.2020. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/quot-en-olisi-viela-kotiin-lahdossa-quot-sairaalaosaston-kaytannoista-potilaan-silmin/>

Maksimainen, K. 2018. Potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon yliopistollisen sairaalan somaattisella vuodeosastolla. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 4.9.2020. https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20180900/urn_nbn_fi_uef-20180900.pdf

Mehiläinen 2020. Keminmaan terveystieteiden keskus. Viitattu 18.11.2020. <https://mehilainenlansipohja.fi/palvelut/terveysasemat-ja-hammashoitolat/keminmaan-terveysasema/keminmaan-vuodeosasto/>

Molander, G. 2014. Hoidanko oikein? Eettinen kuormitus hoito- ja hoivatyössä. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Mönkäre, R., Hallikainen, M., Nukari, T. & Forder, M. 2014. Kuntoutumisen merkitys ja lähtökohdat muistisairaudessa. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 8 - 9.

Nikumaa, H. 2014. Muistisairaahan itsemääräämisoikeus. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 171 - 172.

Oranta, O. 2011. Nurse-led interpersonal counselling for depressive symptoms on patients with myocardial infarction. (Sarja D. Osa 986.) Turun yliopisto. Viitattu 19.10.2020. <http://77www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/72067/AnnalesD986Oranta.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pelander, T., Kummel, M. & Hedman, A. 2016. Potilasohjaus. Teoksessa M. Kummel & H. Lundgren-Laine (toim.) Potilaan polku tulevaisuuden sairaalassa. Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 11.10.2020 <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165992.pdf>.

Pikkarainen, A., Pyöriä, O. & Savikko, N. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuminen. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 178, 180.

Pitkälä, K. 2010. Kuntoutus muistisairauksissa. Käypä hoito. Viitattu 11.3.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nix01641>

Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Tampere: Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 14.10.2020. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/92002/gradu00420.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Potilaslaki 17.8.1992/785. Viitattu 3.2.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Poukka, J. 2012. Lääkityspoikkeamatilanteisiin yhteydessä olevat tekijät terveyskeskuksen vuodeosastolla hoitajien kuvaamana. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 3.9.2020. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/84165/gradu06370.pdf?sequence=1>

Rasinaho, V. 2020. Mehiläinen Länsi-Pohja Oy. Osastonhoitajan haastattelu 26.11.2020.

Renholm, M. 2015. Continuity of patient care in day surgery. Turun yliopisto. Hoitotiede. Viitattu 16.10.2020. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/117215/AnnalesD1199Renholm.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Sarajärvi, A. 2016. Asiantuntijuus näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Raportissa R. Nurminen (toim.) Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 8.4.2020. <https://julkaisumyynti.turkuamk.fi/filemanager/productfiled/1101file1Upload.pdf#page=77>

Savikko, N., Routasalo, P. & Pitkälä, K. Muistisairaahan kuntoutuksen tavoitteet ja toteutusperiaatteet. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.) Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim, 9.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020 - 2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2 020:29. Viitattu 6.11.2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2019. Terveydenhuollon laatuopas 2019. Helsinki. Suomen kuntaliitto. Viitattu 31.3.2020. <file:///C:/Users/Ilkka/Downloads/1996terveydenhuollonlaatuopas2019.pdf>

Timonen, K., West, R. & Riusala, A. 2014. Kuntouttava hoitotyö vähensi vuodepaikat kolmanneksen. Suomen Lääkärilehti 15/2, 1 163 - 1 164. Viitattu 31.8.2020. <https://www-laakarilehti-fi.ez.lapinamk.fi/pdf/2014/SLL152014-1163.pdf>

Tsang, E. 2008. Guide to patient counselling. Docplayer.net. Viitattu 19.10.2020. <https://docplayer.net/11326983-Guide-to-patient-counselling.html>

Uusimaa, P. 2020. Tilaaja-tuottajaraportti q 3/2020. Mehiläinen Länsi-Pohja Oy.

Valli, S. 2007. Sairaalan spontaanin vapaamuotoisen asiakaspalautteen sisällön analyysi terveydenhuollon laadunhallinnan viitekehyksessä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteellinen laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 20.10.2020. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/77936/gradu01770.pdf?sequence=1>

Valvira. 2018. Terveydenhuolto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 14.10.2020. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaraamisoikeus>

Valvira. 2015. Tyytymättömyys hoitoon. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 22.1.2021. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/tyyty-mattomyys_hoitoon

Vanhala, A., Niemi, H. & Ylinen, A. Kuntoutumista tukeva työote. 2016. Teoksessa I. Autti-Rämö, A-L. Salminen, M. Rajavaara & A. Ylinen. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 264.

Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980. Viitattu 3.2.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura. Viitattu 2.12.2020. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/305021/Kyselytutkimuksen-mittarit-ja-menetelmat-2019-Vehkalahti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Volmanen, P. & Alahuhta, S. 2015. Olemmeko potilasturvallisuuden edistämisen eturintamassa? Potilasturvallisuus on ennen kaikkea alan ammattilaisten käsissä. Finnanest. Viitattu 4.9. 2020. http://www.finnanest.fi/files/volmanen_alahuhta_olemmeko_potilasturvallisuuden_edistamisen_eturintamassa.pdf

Voutilainen, P. & Löppönen, M. 2016. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypä hoito. Viitattu 11.3.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nix01676>

Zibulski, K. 2014. potilaiden arviointeja hoidon laadusta terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastoilla. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 11.10. 2020. https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140596/urn_nbn_fi_uef-20140596.pdf

LIITTEET

- Liite 1. Hoidon laadun kyselylomake
- Liite 2. Valokuvat kyselyn toteuttamisesta

Liite 1

Pyydämme teitä vastaamaan tämän lomakkeen kysymyksiin asiakaskokemuksenne perusteelle. Antamanne palaute on erittäin tärkeää hoidon laadun kehittämiseksi. Lomakkeen vastauksia käytetään myös opinnäytetyöhön ”Hoidon laatu Keminmaan terveyskeskuksen vuodeosastolla potilaitten ja omaisten kokemana”. Kyselyyn voi vastata nimettömänä potilas ja/tai omainen.

1. Rastittakaa kyselyyn vastaaja

potilas itse

omainen

2. Rastittakaa potilaan ikäryhmä

18-64

65 tai yli

3. Arvioikaa asteikolla 0-5 kokemustanne hoidosta tämän hoitokertanne osalta.

0= täysin eri mieltä, 1= pääosin eri mieltä, 2= hieman eri mieltä, 3= melkein samaa mieltä, 4= pääosin samaa mieltä, 5= täysin sama

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Saamani hoito oli hyvää.

--	--	--	--	--	--	--

Henkilökunta kohteli minua hyvin.

--	--	--	--	--	--	--

Saamani tieto ja ohjaus hoitoani koskien

oli ymmärrettävää.

--	--	--	--	--	--	--

Hoitoani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani.

--	--	--	--	--	--	--

Koin oloni turvalliseksi hoidon aikana.

--	--	--	--	--	--	--

(Saamani kuntoutus hoidon aikana. Sisältää hoitohenkilökunnan kuntouttavan työotteen ja fysioterapian antaman kuntoutuksen.)

Hoitohenkilökunnalta saamani kuntoutus oli hyvää.

--	--	--	--	--	--	--

Fysioterapeuttien antama kuntoutus oli hyvää.

--	--	--	--	--	--	--

Yksityisyydensuojan säilymisestäni huolehdittiin hyvin.

--	--	--	--	--	--	--

Voin suositella tätä hoitopaikkaa läheisilleni.

--	--	--	--	--	--	--

Olisimme erittäin kiitollisia jos antaisitte lomakkeen kääntöpuolelle vapaamuotoista palautetta, ruusuja/ risuja ja parannusehdotuksia.

Liite 2

