



Maria Hämäläinen
Hanna Tupamäki

Omaishoitajien näkemyksiä
akuuttisairaanhoidon
kuntoutuksesta ja sen haasteista
sairaalassa

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Fysioterapeutti
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
18.12.2010

Tekijät Otsikko	Maria Hämäläinen ja Hanna Tupamäki Omaishoitajien kokemuksia akuuttisairaanhoidon kuntoutuksesta ja sen haasteista sairaalassa
Sivumäärä Aika	37 sivua + 3 liitettä 18.12.2010
Tutkinto	Fysioterapeutti (AMK)
Koulutusohjelma	Fysioterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Fysioterapia
Ohjaajat	Lehtori Ulla Härkönen Lehtori Sirpa Ahola Tuntiopettaja Minna Muhonen
TIIVISTELMÄ <p>Opinnäytetyömme tarkoitus oli selvittää omaishoitajien näkemyksiä akuuttisairaanhoidon kuntoutuksesta sairaalassa sekä selvittää heidän ideansa sen kehittämiseksi. Työmme on osa Liittyvä voima -hanketta, jonka pilottihankkeessa kehitetään Espooseen suunnitteilla olevan uuden sairaalan toimintamalleja sekä osaamisen ja asiantuntijuuden kehittämisen menetelmiä. Suunnitteilla on myös opas- ja perehdytysvideo potilaiden, omaisten- ja henkilökunnan käyttöön.</p> <p>Opinnäytetyömme on luonteeltaan laadullinen. Haastattelimme omaishoitajaryhmää focus group -menetelmää käyttäen ja haastattelujen analysoinnissa käytimme teemoittelua. Haastatteluun osallistui seitsemän 77–87-vuotiasta omaishoitajaa, jotka olivat toimineet virallisesti tai epävirallisesti omaishoitajina 4-20 vuotta.</p> <p>Omaishoitajat kokivat, että hoitohenkilökunnalla on usein liian kiire. Laitostumisen uhka koettiin sairaalassa suuremmaksi kuin kotona. Fysioterapeutteja pidettiin tärkeinä potilaiden liikuttajina sekä hoitajien ohjaajina. Kuntouttava hoitotyö koettiin tärkeäksi, samoin kuin potilaan oma panos kuntoutumiseensa. Hoidossa arvostettiin kivuttomuutta sekä hoitajien huolehtivaa asennetta. Sairaalan osastolle vastaanottamista pidettiin tärkeänä. Potilaaseen sekä hänen omaisiinsa pitäisi tutustua heti vastaanotto-tilanteessa. Potilaan asioista pitäisi kysyä omaisilta aiempaa enemmän. Tiedon kulkua esimerkiksi potilassiirtojen pidettiin erittäin tärkeänä.</p> <p>Haastateltavien mielestä opasvideo voisi sisältää perustietoa osaston käytännöistä ja periaatteista sekä muista yleisistä asioista. Fysioterapeuttien ja hoitajien käyttämistä mittareista haluttiin lisää tietoa, samoin kuin hoidon etenemisestä sekä jatkohoito-suunnitelmasta. Opasvideon lisäksi saatava paperiversio osaston yleistiedoista koettiin hyväksi, mutta kaikkein tärkeimpänä pidettiin inhimillistä kohtaamista. Omaishoitajat tulisi ottaa tulevaisuudessa aiempaa suurempaan rooliin akuuttisairaanhoidon osastolle tultaessa ja siellä ollessa, sillä he ovat usein parhaita asiantuntijoita läheisessä toimintakyvyn suhteen.</p>	
Avainsanat	omaishoitaja, akuuttisairaanhoidon kuntoutus, toimintakyky, kuntouttava hoitotyö

Authors	Maria Hämäläinen and Hanna Tupamäki
Title	The Experiences of Family Caregivers in the Rehabilitation of Acute Healthcare in Hospital
Number of Pages	37 pages + 3 appendices
Date	Autumn 2010
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Physiotherapy
Specialisation	Physiotherapy
Instructors	Ulla Härkönen, Principal Lecturer Sirpa Ahola, Principal Lecturer Minna Muhonen, Lecturer
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this study was to gather experiences and ideas from family caregivers to improve the rehabilitation of acute healthcare. The study was part of a project which aimed at creating patterns for a new hospital planned to be built in Espoo. In addition, there are also plans to make a guidance video, intended to be shown in the hospital.</p> <p>The study is qualitative and focus group method was used to interview the family caregivers. Seven family caregivers aged from 77 to 87 years took part in this study.</p> <p>The family caregivers thought that the threat of institutionalization is experienced more often in hospital than at home. The role of physiotherapists was considered very important, not only as activators for the patients to improve their functional capacity, but also as guides to the nurses. The rehabilitative nursing was considered important, as well as the caring approaching of the nurses. The family caregivers thought that when coming to the hospital of the acute health care, the welcoming should be warm and open. They also thought that the personnel of the hospital should ask them about the patients as much as possible. The family caregivers thought that in the guidance video there should be information about the ward and instructions for the policies and principles used in the hospital. They also wanted to know who they can contact if they have something to ask about their family member, the visiting times or other practical matters.</p> <p>The results lead to the conclusion that there is a need for the guidance video. The family caregivers should be given a more important role in the acute health care because they really are the experts who know their family member's condition and resources.</p>	
Keywords	family caregiver, rehabilitation, acute health care, functional capacity, rehabilitative nursing

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	2
3 YHTEISTYÖKUMPPANEIDEN ESITTELY	2
3.1 Liittyvä voima -hanke	2
3.2 Espoon ja Kauniaisten Omaishoitajat ja Läheiset ry	3
4 AKUUTTISAIRAANHOIDON KUNTOUTUS ESPOOSSA	4
6 IKÄIHMISTEN TOIMINTAKYVYN JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN	7
7 TERVEYDEN EDISTÄMINEN SAIRAALASSA	11
8 OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERÄYS	12
8.1 Tiedonhankintamenetelmä	13
8.2 Opinnäytetyön luotettavuus	16
8.3 Eettiset kysymykset	18
8.4 Omaishoitajaryhmän haastattelut	19
8.4.1 Haastattelujen suunnittelu	19
8.4.2 Ensimmäisen haastattelun toteutus	20
8.4.3 Toisen haastattelun toteutus	21
8.4.4 Haastateltavien kuvaus	22
8.4.5 Haastatteluaineiston analysointi	22
9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	23
9.1 Omaishoitajien käsityksiä akuuttisairaanhoidon kuntoutuksesta	23
9.1.1 Hoitohenkilökunnalla on usein liian kiire	23
9.1.2 Sairaaloissa uhka laitostumiselle on suuri	25
9.1.3 Kivuttomuus sekä huolehtiva ja kuntouttava työote tärkeitä asioita	26
9.2 Omaishoitajien ehdotuksia akuuttisairaanhoidon kuntoutuksen kehittämiseksi	27
9.2.1 Tiedonsaanti ja -kulku on tärkeää	28
9.2.2 ”Potilaan vastaanottaminen osastolle on kaiken a ja o”	29
9.2.3 Perehdytys- ja opasvideon avulla nopeasti perusinformaatio	30
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	31
11 POHDINTA	33
LÄHTEET	35

LIITTEET

Liite 1. Jäsenlehti-ilmoitus

Liite 2. Haastattelurunko

Liite 3. Info- ja lupalomake

1 JOHDANTO

Omaishoidolla on tulevaisuudessa suuri merkitys Suomen väestön eläkeikäisten osuuden kasvaessa nopeasti. Erityisen nopeasti tulee kasvamaan paljon hoitoa tarvitsevien yli 80-vuotiaiden vanhusten määrä, kun 2020-luvulla suuret ikäluokat alkavat tarvita intensiivistä hoitoa, joko laitoksessa tai kotona (esimerkiksi omaishoito ja kotiapu). (Luoma – Rätty ym. 2003: 80).

Omaishoitajan työ on monin tavoin raskasta: psyykkisesti, sosiaalisesti ja fyysisesti mennään monissa tapauksissa ääri rajoilla. Monet puoliset huolehtivat usein liikaakin läheisensä toiminnoista ja auttavat häntä tilanteissa, joissa hän ei edes varsinaisesti apua tarvitsisi. Samalla he tekemisellään kaventavat hänen toimintamahdollisuuksiaan. Kaikella potilaan toiminnalla on yleensä kuntouttava merkitys; oma aktiivisuus ylläpitää jäljellä olevia voimavaroja. (Kuikka – Pulliainen – Hänninen 2001: 36.) Saamalla omaiset ja potilaat mahdollisimman varhain ymmärtämään omatoimisuuteen kannustavan hoidon merkityksen toimintakyvyn ylläpitämisessä, saatetaan tulevaisuudessa kenties saada helpotusta omaishoitajien työtaakkaan.

Mikäli ikäihmistä kannustaa mahdollisimman aktiiviseen elämään ja omatoimiseksi, vähentyvät samalla omaishoitajan kuormitustekijät: omaishoitaja pystyy pitämään sosiaalisia suhteita paremmin yllä ja voi henkisesti paremmin, kun hänen hoitamansa ikäihminen on hyväkuntoinen ja jaksaa liikkua. Mikäli ikäihminen pystyy itse tekemään mahdollisimman paljon esimerkiksi siirtymisissä, pukemisissa, pesuissa ja ruokailussa, vähentyy myös omaishoitajan fyysinen kuormitus.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli olla mukana kehittämässä akuuttisairaanhoidon kuntoutusta sairaalassa. Tarkoituksenamme oli selvittää omaishoitajien käsityksiä akuuttisairaanhoidon kuntoutuksesta ja heidän kokemuksiansa ja mielipiteidensä kautta yhdessä pohtia, miten sitä voisi kehittää. Tarkoitustamme varten otimme maaliskuussa 2010 yhteyttä Espoon ja Kauniaisten Omaishoitajat ja Läheiset ry:n puheenjohtajaan saadaksemme yhteyden edelleen itse omaishoitajiin. Syksyllä 2010 suoritimme omaishoitajien ryhmähaastattelut, jotka nauhoitimme, purimme ja tämän jälkeen ryhmittelimme tulokset keskeisiksi teemoiksi. Lopullista tuotostamme oli myös tarkoitus hyödyntää tulevaisuudessa Liittyvä Voima -hankkeeseen liittyvässä opas- ja perehdytysvideossa.

Tutustumalla muihin omaishoitajista tehtyihin tutkimuksiin, opinnäytetöihin sekä muuhun aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen, teimme arvokasta pohjatyötä omien pohdintavalmiuksiemme kannalta. Lisäksi kävimme tutustumassa akuuttisairaanhoidon osaston toimintaan keväällä 2010. Ilman tätä pohjatietoa meidän olisi ollut lähes mahdotonta osallistua haastatteluihin ja pohdintaan. Myös aiheen tarkka rajaaminen vaatii hyvää ymmärrystä asioista.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tavoitteena on toimia mukana Liittyvä voima -hankkeen kolmannessa osaprojektissa (toimintakyvyn edistäminen) ja antaa oma panoksemme Espoon sairaalan akuuttisairaanhoidon toimintakulttuurin kehittämiseksi. Tavoitteenamme on myös lisätä ymmärrystä ja tietoisuutta koskien akuuttisairaanhoidon kuntoutusta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on järjestää Espoon ja Kauniaisten Omaishoitajat ja Läheiset ry:n kautta ryhmätapaamisia ja selvittää focus group -tyyppisillä haastatteluilla omaishoitajien mielipiteitä akuuttisairaanhoidosta ja sen käytännön haasteista. Haluamme myös saada heiltä ideoita Espoon sairaalan akuuttisairaanhoidon kuntoutuksen kehittämiseksi. Tarkoituksenamme on myös palvella suunnitteilla olevan perehdytys- ja opastusvideon sisällön suunnittelussa ja antaa ideoita videon sisällön kokoamiseen. Yhtenä videon sisältönä potilaille ja heidän omaisilleen kerrotaan omatoimisuuden ja aktiivisuuden merkityksestä kuntoutumiseen ja kunnon ylläpitoon.

Opinnäytetyömme tarkennetut tehtävät:

1. Mitkä ovat omaishoitajaryhmän käsitykset akuuttisairaanhoidon kuntoutuksesta?
2. Miten omaishoitajien mielestä akuuttisairaanhoidon kuntoutusta pitäisi kehittää?

3 YHTEISTYÖKUMPPANEIDEN ESITTELY

3.1 Liittyvä voima -hanke

Liittyvä voima -hankkeen (2008 – 2011) tavoitteena on tuottaa korkeakoulun ja työelämän välinen kumppanuusmalli. Kumppanuusmalli kehitetään Espoon kaupungin ja

Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteisenä toimintatutkimuksena. Hankkeessa ovat osatoteuttajina mukana Metropolian Hyvinvoinnin ja toimintakyvyn sekä Terveiden ja hoitotyön klusterit sekä Espoon sairaala ja rekrytointiyksikkö. (Liittyvä voima -hankkeessa luodaan yhdessä toimiva kumppanuus.)

Hankkeen alkuvaiheessa kumppanuus konkretisoituu Espoon sairaalan ja Metropolia Ammattikorkeakoulun pilottihankkeessa, jossa kehitetään Espooseen suunnitteilla olevan uuden sairaalan palveluajatuksen mukaisia toimintamalleja sekä niiden edellyttämiä osaamisen ja asiantuntijuuden kehittämisen menetelmiä. Kehittämistyön toteutuksen lähtökohtana on osaprojekteissa toimivien osastojen sen hetkinen tilanne ja kehittämistarpeet sekä Espoon uuden sairaalan palveluajatus ja toimintamalli. Pilotin kehittämistyö toteutuu toiminnallisen tutkimuksen menetelmällä. Pilotti koostuu kolmesta osaprojektista: 1) potilasturvallisuus ja erityisesti turvallinen lääkehoito 2) kotiutus ja 3) potilaan toimintakyvyn edistäminen. (Liittyvä voima -hankkeessa luodaan yhdessä toimiva kumppanuus.) Opinnäytetyömme keskittyy kolmanteen osaprojektiin.

Kolmannen osaprojektin kehittämistoiminta tähtää potilaan toimintakyvyn edistämiseen ja sen tarkoituksena on luoda toimintamalli, joka kehittää hyvää kuntoutusta ja edesauttaa uusien innovatiivisten toimintatapojen syntymistä. Lopputuloksena tavoitellaan toimintamallia, jossa potilas kokee saaneensa yksilöllistä ja hänen tarpeensa huomioon ottavaa hoitoa. Tavoitteena on, että potilaiden toimintakyky arvioidaan sekä tulo- että lähtötilanteissa vähintään yhdellä toimintakykymittarilla. Tulotilanteen arvioinnin tuloksia hyödynnetään tavoitteiden asettelussa sekä hoidon ja kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Toisena tavoitteena on, että henkilökunta on kehittymismyönteinen ja työskentelee päivittäisissä tilanteissa moniammatillista osaamista hyödyntäen. Henkilökunnalla on lisäksi potilaan toimintakykyä kokonaisvaltaisesti ja innovatiivisesti edistämään pyrkivä asenne. Lisäksi kolmas osaprojekti tavoittelee osaston muokkaamista niin, että sen ympäristötekijät (sosiaaliset ja fyysiset) edistävät potilaan toimintakykyä. (Osaprojekti 3 – Toimintakyvyn edistäminen.)

3.2 Espoon ja Kauniaisten Omaishoitajat ja Läheiset ry

Espoon ja Kauniaisten Omaishoitajat ja Läheiset ry on joulukuussa 2003 perustettu yhdistys, joka on valtakunnallisen keskusjärjestön, Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry:n jäsen. Yhdistyksen tarkoituksena on tukea espoolaisia ja kauniaislaisia ihmisiä, jotka

ovat erilaisissa elämäntilanteissa: ihmisiä, jotka pitävät huolta läheisestään tai hoitavat pitkäaikaissairasta, ikääntynyttä tai vammaista omaistaan tai läheistään. Yhdistyksen yhtenä tehtävänä on saada jäsenistöjensä äänet kuuluviin. Yhdistyksen tehtävänä on myös tehdä sellaisia esityksiä ja aloitteita päättäjille, joissa keskiöissä ovat läheistään hoitavat ja heidän hoidettavansa. Yhdistys järjestää itse, sekä yhteistyössä muiden järjestöjen ja toimijoiden kanssa, omaishoitoa ja omaishoitoperheitä tukevaa toimintaa, kuten omaishoitajien tukiryhmiä. (Espoon ja Kauniaisten Omaishoitajat ja Läheiset ry.)

4 AKUUTTISAIRAANHOIDON KUNTOUTUS ESPOOSSA

Espoon sairaalan akuuttisairaanhoidon osastoilla hoidetaan akuutisti sairastuneita aikuisikäisiä espoolaisia, joiden sairaus ei vaadi erikoissairaanhoidoa. Pääsääntöisesti potilaat tulevat akuuttisairaanhoidon osastoille päivystyksen kautta. Lisäksi osa potilaista tulee osastoille ennalta suunniteltuihin tutkimuksiin tai jatkohoitoon erikoissairaanhoidosta. Keskimääräinen hoitoaika on kaksi viikkoa. Osastojen tavoitteena on yksilöllinen hoito ja kuntoutus. Näitä toteuttamassa ovat moniammatillinen tiimi yhdessä potilaan ja hänen omaistensa ja läheistensä kanssa. (Jorvin osastot.)

Akuuttisairaanhoidon tuleva on useimmiten ikääntynyt henkilö. Yleisimpiä syitä osastolle joutumiseen ovat yleiskunnon lasku johtuen esimerkiksi virtsatie- tai muusta infektiosta, kaatuminen ja toisinaan myös huonosti paranevan haavan jatkohoito. (Salomaa 2010.)

Akuuttisairaanhoidon osaston toimintatapa on potilaslähtöistä ja kuntoutumista edistävää. Potilaiden hoitoa suunnitellaan moniammatillisessa tiimissä. Moniammatilliseen tiimiin osallistuvat lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti ja mahdollisuuksien mukaan myös toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Jokaviikkoisessa tavoitekokouksessa suunnitellaan ja pohditaan moniammatillisesti potilaan jatkohoitoa sekä laaditaan potilaalle hoidon kokonaistavoite ja kuntouttava tavoite aina viikoksi kerrallaan. Samalla arvioidaan edellisten tavoitteiden toteutumista. (Salomaa 2010.)

Akuuttisairaanhoidon osastolla on moniammatillinen kierto joka toinen päivä. Kiertoon osallistuvat lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti, potilas sekä mahdollisuuksien mukaan myös toimintaterapeutti. Kiertoon kuuluu, että käydään jokaisen potilaan luona keskustele-

massa hänen kanssaan hänen hoitonsa tavoitteista, sekä keinoista, joiden avulla saavutettaisiin tavoitteet. Keskustelun tulokset kirjataan samalla hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Päivystyspoliklinikalla toimiva hoidonjärjestelijä osallistuu myös tarvittaessa moniammatillisiin tiimeihin ja kokouksiin. Tarvittaessa pidettävään hoitokokoukseen osallistuvat moniammatillisen tiimin lisäksi omainen ja mahdollisesti myös potilas. (Salomaa 2010.)

Asiakkaiden itsenäistä selviytymistä sekä omatoimisuutta edistetään erityisesti kaikissa päivittäisissä toimissa kuten vuoteesta nousuissa, wc-käynneissä ja ruokailuissa. Potilaalle suunnitellaan fysioterapeuttien toimesta yksilöllinen hoito- ja kuntoutusohjelma, jota kaikki hoitotyöntekijät ohjataan noudattamaan. Kuntoutukseen kuuluu myös arkiaskareista selviytymisen harjoittelua. Fysio- ja toimintaterapeutit arvioivat asiakkaiden apuvälineiden tarpeen ja sopivuuden sekä opastavat apuvälineiden käytössä. Potilaiden kanssa tehdään usein yhdessä kotikäynti, jolloin arvioidaan kodin varustus ja mahdollinen kodin muutostöiden tarve. Potilaille pyritään myös tarvittaessa löytämään päivätoimintaa tai muuta viriketoimintaa hoitajakson jälkeen kotona asumisen tueksi ja heidän toimintakykynsä ylläpitämiseksi. Potilaan lähtiessä yksiköstä, suunnitellaan hänen jatkohoitonsa. Hoidon jatkuvuus varmistetaan olemalla tiiviissä yhteydessä kotihoitoon ja muihin mahdollisiin jatkohoitotahoihin. (Sarvimäki – Muurinen 2003: 3.)

5 OMAINEN, OMAISHOITAJA JA OMAISHOITAJUUS

Laajimmillaan omaiskäsite kattaa oman perheen jäsenet: vanhemmat ja lapset, sekä samassa taloudessa asuvat isovanhemmat, lasten puoliset, lastenlapset ja muut heidän kanssaan pysyvästi asuvat henkilöt. Laajaan määritelmään kuuluvat myös sukulaiset, jotka polveutuvat yhteisistä esivanhemmista ja heidän puolionsa, sekä hyvin läheiset tuttavat. Merkityksellisiä käsitteitä, jotka kuvaavat omaishoitajuutta, ovat suhteen pysyvyys ja jatkuvuus, luottamuksellisuus, läheisyys, yhdessä asuminen sekä verisukulaisuus. (Arhovaara 1989: 23.)

Hoidollisesta näkökulmasta ja lainsäädännön perusteella omainen voi olla muukin kuin biologinen sukulainen tai aviopuoliso. Yksilö voi itse, mikäli vain kykenee, määritellä itselleen tärkeät perhe- ja omaissuhteet. (Reponen 1994: 51.) Sairastuneella täytyy olla oikeus määritellä kuka hänen omaisensa tai läheisensä on. Sairauden eri vaiheissa tule-

vat tärkeiksi joskus lähiomaiset, joskus tukihenkilöt ja joskus uudet läheiset ihmiset. (Arhovaara 1989: 20; Järnstedt ym. 2009: 7.)

Alun perin omaishoitajaksi on kutsuttu henkilöä, joka hoitaa perheenjäsentään tai muuta läheistään kotona ja huolehtii hänen hyvinvoinnistaan sekä päivittäisistä tarpeistaan ja toiminnoistaan, mikäli hän ei selviydy niistä omatoimisesti. (Omaishoito; Reponen 1994: 51.) Omaishoitajalaissa omaishoitaja määritellään henkilöksi, joka on tehnyt kunnan kanssa sopimuksen omaishoidon tuesta. Näitä omaishoitolaissa määriteltyjä omaishoitajia on Suomessa noin 30 000, mutta Suomen omaishoidon verkoston määrittelemällä tavalla omaistaan Suomessa hoitaa jopa 300 000 henkilöä, joiden hoidettavista noin 60 000 olisi laitoshoidossa ilman omaishoitajaansa. Jokainen voi kokea itsensä omaishoitajaksi, vaikka tilanne ei ulkopuolisen silmin niin sitovalta vaikuttaisikaan. (Järnstedt ym. 2009: 7.)

Omaishoitajien työtä ja siihen vaikuttavia asioita on tutkittu melko paljon ja pääpaino on oman kartoituksemme mukaan ollut nimenomaan psyykkisessä jaksamisessa ja työn kokonaisvaltaisuudessa ja sitovuudessa. Omaishoitajilla on suuri merkitys ikäihmisten toimintakyvyn ylläpysymisessä; mitä pidempään ikäihminen saa asua kotonaan, sen paremmin hänen toimintakykynsä pysyy yllä. Monet omaishoitajat kokevat avunpyytämisen vaikeaksi. He saattavat olla pettyneitä sosiaali- ja terveydenhuollon tarjoamaan apuun ja sieltä saamaansa tietoon. Heille saattaa myös olla epäselvää, kenelle heidän läheisensä hoito ylipäättään kuuluu. Omaishoitajat voivat lisäksi kokea läheisensä hoitamisen olevan heille ”kunnia asia” ja saattavat joko tästä syystä tai tiedonpuutteesta johtuen pyytää apua vasta aivan kotihoidon loppuvaiheessa. Useat omaishoitajat haluavat jatkaa läheisensä hoitoa mahdollisimman pitkään kotona. Tähän vaikuttaa usein pitkä yhdessä eletty elämä sekä kiitollisuus, jota hoidettava omaishoitajalle osoittaa. Rahalla ei usein ole merkitystä omaishoitajan tarjoaman kotihoidon jatkumiselle. On tutkittu, että niin kauan kuin ihminen asuu kotonaan, hänen tarpeensa nähdään monimuotoisempina, kuin laitoksessa asuessaan. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että potilas voisi asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. (Topo ym. 2007: 69, 120; Viitakoski 1995: 23–25, 35.)

Monessa laitoshoitopaikassa omaishoitajat voivat kokea, että heidän läheisilleen annetaan liikaa lääkkeitä, jotka eivät välttämättä kotiolosuhteissa olisi välttämättömiä. Potilaiden mukaan sovitettua toiminnallisuutta tulisi lisätä ympärivuorokautisessa laitoshoidossa.

hoidossa, mutta tähän liittyy monia ongelmia: hoitajien suuri työtaakka vaikuttaa usein hoidon laatuun, jolloin kiire ajaa heidät usein esimerkiksi syöttämään potilasta, joka pystyisi syömään itsekin. Omaishoitajille vaikeita asioita ovat myös henkilökunnan vähydestä johtuvat sairaalassa käytettävät fyysiset rajoitteet, kuten sängynlaidat ja ovien lukitseminen. Kuntouttava työote saattaa monelle omaishoitajalle näyttää pakonomaiselta liikuttamiselta, eivätkä he kaikki välttämättä ymmärrä sen merkitystä heidän läheisensä toimintakyvyn ylläpysymisessä. (Topo ym. 2007: 120; Viitakoski 1995: 32–36.)

6 IKÄIHMISTEN TOIMINTAKYVYN JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Sekä ikääntyneen ihmisen itsensä että yhteiskunnan kannalta olennainen kysymys on, millaisiksi hänen elämänsä viimeiset vuodet muodostuvat elämänlaadun kannalta. Siihen vaikuttavat olennaisella tavalla terveys ja toimintakyky. Iän mukana lisääntyvä sairastavuus sekä elämäntavan muutokset heikentävät toimintakykyä vähitellen ja lisäävät toiminnanvajavuuksia ja avun tarvetta. Toimintakyvyn osa-alueet eivät välttämättä heikkene samassa suhteessa iän lisääntymisen kanssa. Ikääntymiseen liittyvien muutosten alkamisikä, nopeus sekä vaikutukset elämänlaadun ja itsenäisen selviytymisen kannalta vaihtelevat toimintakyvyn osa-alueiden ja yksilöiden välillä. Riittävä fyysinen aktiivisuus, terveellinen ravinto ja henkisen vireyden ylläpito aktiivisella elämäntavalla ovat tärkeitä keinoja vaalittaessa toimintakykyä, terveyttä ja elämänlaatua. Ennaltaehkäisyn ja kuntoutuksen tehostamisella voidaan ikääntyneen väestön keskuudessa saavuttaa hyviä tuloksia. Terveiden ja toimintakyvyn edistäminen on siis perusteltua ulottaa etenkin vanhimpiin ikäryhmiin. (Heikkinen 2005.)

Valtioneuvosto hyväksyi toukokuussa 2001 periaatepäätöksen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta, joka linjaa Suomen terveystaloutta pitkällä aikavälillä. Ohjelmassa painotetaan terveyden edistämistä, mikä tarkoittaa laadukkaiden elinvuosien lisääntymistä; terveyden ja toimintakyvyn aiempaa parempaa säilymistä läpi elämän. Tämä ohjelma jatkaa Suomen kansallista Terveystä kaikille vuoteen 2000 mennessä -ohjelmaa ja sen taustana on Maailman terveysjärjestön WHO:n Health for All -ohjelma. Terveys 2015 on yhteistyöohjelma, jonka pyrkimyksenä on terveyden tukeminen ja edistäminen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Koska väestön terveyteen vaikuttavat paljon myös terveydenhuollon ulkopuoliset asiat, kuten elämäntavat, ympäristö, tuotteet-

den laatu sekä muut terveyttä tukevat tai vaarantavat tekijät, on tämä ohjelma tarkoitettu myös muille hallinnonaloille. (Terveys 2015 kansanterveysohjelma.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän mukaan terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia ja edellytyksiä huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä (Terveyden edistäminen). Ikääntyneen ihmisen terveyden ja toimintakyvyn edistämisen tavoitteena on henkilön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn säilyminen sellaisella tasolla, että henkilö pystyy asumaan omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Tämä tavoite on ollut kirjattuna jo vuodesta 1996 lähtien sosiaali- ja terveysministeriön vanhuspoliittiseen tavoite- ja strategiamietintöön. Komiteamietintö sai jatkoa vuonna 2001 kun sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi ikäihmisten palveluja ja hoitoa koskevan laatusuosituksen. Laatusuosituksen tavoitteeksi asetettiin tuolloin, että mahdollisimman moni ikääntynyt henkilö pystyisi elämään itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään. Valtakunnallisiksi tavoitteiksi asetettiin, että vuoteen 2010 mennessä yli 75-vuotiaiden itsenäistä selviytymistä tuettaisiin riittäväällä avulla ja huolenpidolla siten, että 91–92 % tästä ikäryhmästä voisi asua tavallisissa asunnoissa ja 5–6 % palveluasunnoissa. Vain 3 % asuisi vanhainkodeissa tai muissa laitoksissa. (Routasalo 2002: 110; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.) Laatusuosituksen keskeisen sisällön mukaisesti ja sen innoittamina useat kunnat ovat laatineet palvelurakenteen kehittämishoelmia ja vanhuspoliittisia strategioita. Jo vuonna 2002 yli 80 % kunnista oli laatinut strategian ja tulos oli vuonna 2006 tehdyn tutkimuksen mukaan edelleen samansuuntainen (365 kunnasta 82 %:lla oli ajantasainen vanhuspoliittinen strategia). Määrän uskotaan edelleen lisääntyvän. (Voutilainen 2007: 19–20.)

Laatusuosituksen tavoitteiden saavuttaminen ei ole helppoa, sillä ikääntymiseen liittyy usein sairauksia ja toiminnanvajavuuksien esiintymistä. Tavoitteiden saavuttamiseksi tulisi valtion huomioida myös usein unohdettujen, hiljaista työtä tekevien, omaishoitajien työn tärkeys: ilman heitä moni nykyään vielä kotona asuva ikäihminen olisi laitoshoidossa. Läheisten menetykset, yksinäisyys, sairauksien lisääntyminen ja toiminnanvajavuuksien aiheuttama avun tarve vähentävät elämänlaatua ikäihmisillä. Fyysisen ja usein myös psyykkisen toimintakyvyn heikkeneminen rajoittavat korkeassa iässä elämänpiiriä ja vaikeuttavat itsenäistä selviytymistä. (Heikkinen 2005.)

Terveyden edistämällä pyritään lisäämään ikääntyneen ihmisen kokemia terveitä ja aktiivisia elinvuosia ja lyhentämään mahdollista avuttomuuden sekä omais- ja laitoshoidossa olemisen aikaa. Toimintakyvyn rajoitukset vähentävät henkilön autonomiaa ja elämänlaatua ja kuormittavat palvelujärjestelmää sekä läheisiä ihmisiä. Onkin tehtävä kaikki mahdollinen, jotta nopeasti kasvavan ikääntyneen väestön toimintakyky edelleen paranisi. Omaiset ja läheiset tuntevat ja tietävät ikääntyneen henkilön toimintakyvyn ja terveyden yleensä todella hyvin, jopa paremmin kuin he itse. Etenkin aviopuolisot tuntevat ja tietävät toistensa kyvyt usein lähes yhtä hyvin kuin omansa. Siinä vaiheessa, kun suhde muuttuu avun tarvitsijaksi ja avun antajaksi, vastuunkantava osapuoli saattaa väsyä ajan kuluessa. (Koskinen ym. 2008; Routasalo 2002: 113.) Omaishoitaja ja potilas tulisi saada jo varhain ymmärtämään potilaan aktiivisuuden ja itse tekemisen merkitys. Potilaan toimintakyvyn pysyessä hyvänä mahdollisimman pitkään, vähentyy omaishoitajan kuormittuminen monella osa-alueella.

Omaishoitajia tulisi tukea monin tavoin omaishoidon haasteissa. Omaishoitajien työ on rankempaa kuin sairaanhoitajien, koska he tekevät työtään 24 tuntia vuorokaudessa ja seitsemän päivää viikossa. Valtion ja kuntien tulisi taata laadukkaat ja monipuoliset sairaalapalvelut, järjestää tarvittava kuntoutus, huolenpito ja hoiva sekä antaa tukea etenkin ikäihmisille terveyden ja hyvinvoinnin ylläpidossa. Entistä suurempi osa ikäihmisistä odottaa voivansa elää aktiivista elämää ja he vaativat, että yhteiskunnassa on saatavilla heidän tarvitsemiaan erilaisia palveluja. Ikääntyneille tulisi turvata mahdollisuus osallistua aktiivisesti yhteiskunnan toimintaan ja opastaa heitä tieto-, taito- ja itsehoitovalmiuksissa. Erityisen tärkeää on tukea heidän itsemääräämisoikeuttaan, hyvää elämänlaatuaan ja itsenäistä suoriutumistaan toimintakykyynsä katsomatta. Näin voitaisiin auttaa ikääntyneitä jatkamaan heidän itsenäistä, mielekästä ja laadukasta elämäänsä. (Heikkinen 2005; Routasalo 2003: 109, 113.)

Terveyden ja toimintakyvyn edistämisessä on tärkeää ikääntyneen henkilön, hänen omaistensa ja ammattihenkilöiden sitoutuminen yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Henkilön oma kokemus terveydestään ja siinä mahdollisesti olevista ongelmista sekä muiden kokemus hänen terveydestään määräävät sen, miten henkilöä lähdetään auttamaan ja tukemaan. Avun tarjoaminen tulee hoitaa hienotunteisesti, jotta ikääntynyt henkilö ei kokisi itsemääräämisoikeuttaan loukatuksi. Jotta toiminta ikääntyneen henkilön terveyden edistämiseksi olisi yhtenäistä ja määrätietoista, täytyisi kaikkien toimintaan osallistuvien tietää tavoitteet ja olla sitoutuneita niiden toteuttamiseen. Sitoutumi-

nen tarkoittaa käytännössä sitä, että toimintatavoista on sovittu yhdessä ammattihenkilöiden, ikääntyneen henkilön ja hänen omaistensa kanssa. (Routasalo 2003:114–115.)

Kun tiedetään, mihin henkilö pystyy ja kykenee, hänen toimintakykynsä edistämiseen sitoutunut ammattihenkilö ja läheiset eivät tee hänen puolestaan liikaa asioita. Potilaan oma aktiivisuus tavoitteen saavuttamisessa on erittäin tärkeää. Hänen aktiivisuuttaan voidaan tukea antamalla hänelle mahdollisuus toimia mahdollisimman paljon itse, samalla kannustaen ja rohkaisten häntä, jotta hän ei tuntisi itseään unohdetuksi ja hylätyksi. Etenkin omaisille auttamatta jättäminen saattaa tuntua pahalta. He tarvitsevat usein ammattihenkilöiden rohkaisua, jotta he eivät tekisi liikaa potilaan puolesta, vaan antaisivat tämän itse yrittää. Ammattihenkilöiden tulisi selvittää omaisille potilaan aktiivisuuden tärkeys; miten se vaikuttaa toimintakyvyn ylläpitoon ja parantumiseen, ja miten liika puolesta tekeminen aiheuttaa fyysisten voimavarojen katoamista ja sitä kautta toimintakyvyn heikkenemistä. (Routasalo 2002: 114–117; Toimintakyvyn edistäminen.)

Tärkeää kuntoutumisessa on se, että harjoittelu on motivoivaa ja että se tähtää kuntoutujaa kiinnostavan toiminnan helpottamiseen. Toimintakyvyn edistyminen on usein hidas prosessi ja siksi onkin tärkeää, että ammattihenkilö, joka huomaa sen paremmin, antaa rohkaisevaa ja kannustavaa palautetta ikääntyneelle henkilölle positiivisesta toimintakyvyn muutoksesta. Ikääntynyt henkilö ei itse välttämättä huomaa muutosta, ainakaan jos se on kovin pieni. Motivaatio itse tekemiseen syntyy siitä, mitä henkilö haluaa saada, kokea ja tehdä, millainen usko hänellä on itseensä ja tilanteeseensa sekä millaisia onnistumisen kokemuksia hänellä on. Tuloksen konkreettinen esittäminen ja rohkaiseminen yrittämisen jatkamiseen motivoivat henkilöä aktiiviseen omaan tekemiseen paremman toimintakyvyn saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi. (Routasalo 2002: 114–117; Toimintakyvyn edistäminen.)

Pelkkä fyysinen toimintakyky ei takaa sitä, että iäkkään henkilön elämä olisi täysipainoista ja mielekästä. Myös psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky on otettava huomioon. Toimintakyvyn edistämässä pelon ja kivun poistaminen antavat rohkeutta ja varmuutta yrittää itse. Laitoshoidon tarvetta ennakoivat fyysisen toimintakyvyn, aisti-toimintojen sekä kognitiivisen kyvykkyyden heikkeneminen ja depressiivisyys, sillä ne huonontavat ikääntyneen ihmisen kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista. Myös pieni sosiaalinen verkosto ja vähäinen sosiaalinen tuki ennakoivat laitoshoidon tarvetta. Psykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn hoidossa, etenkin ikäihmisten kohdalla, on

tärkeää tunnistaa masentuneisuus ja hoitaa se pois, jotta ikääntynyt jaksaa toimia aktiivisesti ja tehdä päätöksiä ja ottaa vastuuta omasta elämästään. Sosiaalisen verkoston on todettu ehkäisevän yksinäisyyttä ja masentuneisuutta. Sosiaalisen verkoston tuki on sekä motivaatiota tukevaa että ylläpitävää. Liian aktiiviset ja innokkaat läheiset, ammattihenkilöt tai omaiset, jotka yrittävät ylipuhua ja tyrkyttävät omia neuvojaan ja sääntöjään, voivat heikentää iäkkään motivaatiota yrittää itse. Itsemääräämisoikeutta tulisi kunnioittaa ja henkilön pystyvyyden tunnetta tulisi lisätä elämänhallinnan ja mielekkyyden tukemiseksi. (Heikkinen 2005; Routasalo 2002: 115–116.)

7 TERVEYDEN EDISTÄMINEN SAIRAALASSA

Terveyttä edistävän sairaalan mallissa tarkastellaan sairaalayhteisöä neljästä eri näkökulmasta; potilaiden, väestön ja henkilökunnan terveyden edistäminen sekä terveellinen organisaatio. Hallman-Keiskoski (2002) on tuonut esille sairaaloiden terveyttä edistävät peruseriaatteen. Ne pohjautuvat keväällä 1997 Wienin kolmannessa kansainvälisessä HPH -verkoston koordinaattoreiden kokouksessa kirjattuihin ”The European Pilot Hospital” -projektin antamiin kokemuksiin. (Hallman-Keiskoski 2002: 96–97.)

Terveyttä edistävissä sairaalassa ajetaan ihmisarvon, ammattietikan, oikeudenmukaisuuden ja solidaarisuuden asiaa, ottaen kuitenkin huomioon eri väestöryhmien erilaiset tarpeet, arvot ja kulttuurit. Se tähtää myös laadun parantamiseen, potilaiden, omaisten ja henkilökunnan hyvinvointiin ja terveyteen sekä suuntautuu ympäristönsuojeluun ja hyödyntää mahdollisuutta kehittyä oppimiskeskukseksi. Terveyttä edistävissä sairaalassa ei tarkastella terveyttä vain parantavasta näkökulmasta, vaan otetaan huomioon kokonaisvaltainen kuva terveydestä. Terveyttä edistävän sairaalan malli on ihmiskeskäinen ja pyrkii tuottamaan terveystalveta parhaalla mahdollisella tavalla potilaiden ja heidän omaistensa näkökulmasta edistäen parantumisprosessia sekä auttaen potilaiden oman arvon ja kykyjen löytymisessä. Resursseja käytetään tehokkaasti ja kannattavasti ja kohdentaen ne parhaiten lisäämään terveyttä. Terveyttä edistävä sairaala luo kiinteät, toimivat ja läheiset suhteet muihin terveydenhuollon tasoihin ja yhteiskuntaan. (Hallman-Keiskoski 2002: 96–97.)

Monissa Suomen sairaaloissa on jo käytössä edellä mainittuja hyvän hoidon peruseriaatteita, mutta aina löytyy parantamisen varaa. Periaatteet on kirjattu perustuslakiimme

ja eettisen toiminnan ohjeisiin sekä kansallisiin suosituksiin, kuten Kansalliseen terveysterveysprojektiin – Terveys 2015. (Hallman-Keiskoski 2002: 96–97) Terveystta edistävän sairaalan mallissa on varmasti monia sellaisia periaatteita, joita omaishoitajat toivovat sairaalan noudattavan. Lähinnä heidän sydäntään on tietenkin potilaiden terveyden ja toimintakyvyn edistäminen.

Liittyvä voima -hankkeessa, osaprojektissa kolme, kehittämistoiminta tähtää nimenomaan potilaan toimintakyvyn edistämiseen. Kehittämistyön lopputuloksena tavoitellaan toimintamallia, jossa potilas kokee saavansa yksilöllistä ja hänen tarpeensa huomioon ottavaa hoitoa. Toimintamalli tähtää siihen, että henkilökunta on kehittymismyönteinen ja työskentelee moniammatillisesti ja innovatiivisesti hoito- ja kuntoutustilanteissa potilaan voimavarojen käytön mahdollistamiseksi. Toimintamalli pyrkii myös siihen, että osaston ympäristötekijät, sekä sosiaaliset että fyysiset, edistävät potilaan toimintakykyä. (Osaprojekti 3 – toimintakyvyn edistäminen.)

8 OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KERÄYS

Opinnäytetyömme eteni prosessimaisesti syyskuulta 2009 marraskuulle 2010. Tarve omaishoitajien mielipiteiden ja kehittämisideoiden selvittämiseksi lähti Espoon sairaalan akuuttisairaanhoidon osastolta ja sen osastonhoitajalta. Kävimme tutustumassa osaston toimintaan 10.3.2010, jolloin tarkoituksenamme oli päästä seuraamaan käytännössä kuntouttavaa hoitotyötä. Osastolla tapasimme hoitohenkilökuntaan kuuluvia henkilöitä ja heidän työtään tarkkailemalla ja heidän kanssaan keskustelemalla saimme ideoita opinnäytetyömme tarkennettujen tehtävien suunnitteluun. Henkilökunnan mukaan osaston kuntouttavasta toimintatavasta ollaan kiinnostuneita, mutta heidän mukaansa potilaat ja omaiset tarvitsisivat havainnollisempaa selvitystä asiasta: Miten heidät saisi ymmärtämään kuntouttavan työotteen suuren merkityksen kuntoutumisen kannalta? Mitä tietoa tarvitaan ja kaivataan ja miten sen voisi ymmärrettävästi ja konkreettisesti esittää? Tällä hetkellä osaston käytävien ja huoneiden seinillä on kuntoutumisen A, B, C -ohjelappuja, joissa on kirjattuna osaston keskeisiä toimintaperiaatteita, joiden avulla potilaat voivat vaikuttaa omaan kuntoutumiseensa ja toimintakykynsä ylläpitoon sairaalaympäristössä.

Maaliskuussa 2010 otimme sähköpostitse yhteyttä Espoon ja Kauniaisten Omaishoitajat ja Läheiset ry:n puheenjohtajaan saadaksemme yhteyden omaishoitajiin. Laitoimme yhdistyksen jäsentiedotteeseen ilmoituksen (Liite 1), jossa akuuttisairaanhoidon kuntoutuksesta ja sen kehittämisestä kiinnostuneita omaishoitajia pyydettiin ottamaan meihin yhteyttä haastatteluajkojen sopimiseksi. Emme saaneet yhtään vastausta ilmoitukseemme, mistä johtuen sovimme yhdistyksen puheenjohtajan kanssa haastattelujemme ajankohdan siirtämisestä syksyyn 2010, jolloin omaishoitajien vertaistukiryhmien ohjelmiin oli vielä mahdollista vaikuttaa. Toteutimme haastattelut Espoossa 27.9.2010 ja 11.10.2010 ja purimme, analysoimme ja teemoittelimme ne välittömästi haastattelutilanteiden jälkeen.

8.1 Tiedonhankintamenetelmä

Opinnäytetyössämme on piirteitä sovelletusta laadullisesta tutkimuksesta. Mielenkiinnon kohteena laadullisessa tutkimuksessa on todellisuus subjektiivisesta, sosiaalisesta tai kulttuurisesta näkökulmasta (Kylmä – Juvakka 2007: 23–24). Opinnäytetyössämme keskityimme selvittämään, mikä on todellisuus ja tutkittava ilmiö tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen suunnitelma on yleensä joustava, avoin ja kehittyvä (Kylmä – Juvakka 2007: 41). Huomasimme tämän myös oman opinnäytetyöprosessimme kuluessa; suunnitelmamme muuttui ja tarkentui koko ajan.

Käytimme aineistonkeruumenetelmänä focus group -haastattelua, joka on yksi ryhmähaastattelun erityismuoto. Ryhmähaastattelu ja erityisesti focus group -haastattelu sopi hyvin opinnäytetyömme tarkoitusta varten. Ryhmähaastattelu on haastattelu, jossa on paikalla useita haastateltavia samalla kertaa. Mahdollisesti haastattelijoitakin on useampi. Tavoitteena on ryhmäkeskustelu tutkijan haluamasta aiheesta tai teemoista. Ryhmähaastattelu on käyttökelpoinen etenkin silloin, kun ollaan kiinnostuneita haastateltavien mielipiteistä, näkemyksistä, kokemuksista ja asenteista. Focus group -haastattelu on peräkkäisiä haastatteluita sisältävä joustava menetelmä, jolloin edellisessä haastattelussa esille tulleita ongelmia syvennetään seuraavissa haastatteluissa. Ensimmäisellä kerralla kartoitetaan ongelmia ja tema-alueita, joita syvennetään ja tarkennetaan seuraavien haastattelujen aikana (Eskola – Suoranta 1998: 97–98; Pötsönen – Pennanen 1998: 2; Raike 2005.)

Luonteeltaan ryhmähaastattelu on osallistuvan havainnoinnin eli luonnollisen ryhmätilanteen tarkkailun ja strukturoidun yksilöhaastattelun välimaastossa. Focus group -haastattelu ei ole strukturoitu, vaan tavoitteena on vapaamuotoinen, mutta kuitenkin asiassa pysyvä keskustelu. Tavoitteena on erilaisten näkökulmien esille saaminen. Focus group -haastattelulla on lääketieteessä tiettyjä vakiintuneita käyttöalueita, kuten esimerkiksi potilaiden näkökulman ja kokemusten ymmärtäminen ja terveydenhuollon ammattilaisten ajattelutavan ja toiminnan tutkiminen. Haastattelutilaisuuden luonne on päätettävä etukäteen: onko kyseessä keskustelu vai nimenomaan haastattelu? Edellisen aikaansaaminen on usein vaikeaa; vaikka osallistujat viittaavatkin toistensa puheisiin, niin aidon vuoropuhelun syntyminen on harvinaista. Ohjatussa haastattelussa haastattelijahenkilö ohjaa ryhmää keskustelemaan ennalta valituista teemoista kun taas vapaassa keskustelunomaisessa haastattelussa haastattelijahenkilö on enemmänkin havainnoitsijana. Haastattelussa käydään läpi osittain ennalta suunniteltuja, keskeisiä aiheaiheita, eli teemoja. (Eskola – Suoranta 1998: 97–98; Mäntyranta – Kaila 2008; Pötsönen – Pennanen 1998: 2–3.)

Focus group -menetelmässä kutsutaan tavallisesti 5–10 edustajaa keskustelemaan esimerkiksi uudelle tuotteelle asetettavista vaatimuksista. Toimiva haastatteluryhmän koko on samankokoinen kuin toimiva opetusryhmäkin. Tietenkin määrää joutuu muuttamaan tutkimuksen tarkoituksesta riippuen. Mikäli haastateltavat ovat kovin ujoja, on hyvä pitää määrä pienenä. Myös haastattelujen purkaminen helpottuu määrän ollessa vähäinen. Liian suuri osallistujien määrä estää haastateltavien riittävän osallistumisen. Haastateltavien joukon pitäisi olla melko homogeeninen ryhmä, jotta kaikki ymmärtäisivät esitetyt kysymykset ja käsitteet samalla tavalla, se on yhteiskeskustelun edellytys. Etenkin jos haastateltavia yhdistää jokin yhteinen harrastus tai jäsenyys, niin ryhmän kontrolloiva vaikutus voi olla tärkeä. Useimmat ihmiset keskustelevat mieluummin ryhmässä kuin kahden kesken haastattelijan kanssa, joten ryhmäkeskustelu saattaa innostaa myös hiljaisia jäseniä mukaan keskusteluun. Ryhmässä keskustelu voi olla myös spontaanimpaa kuin yhden ihmisen teemahaastattelu. Ryhmähaastattelua voidaan käyttää yksilöhaastattelun sijasta, jolloin saadaan yhdessä istunnossa haastateltua useita ihmisiä samalla kertaa, ryhmähaastattelu on siis tehokas menetelmä. Haastateltavat saattavat myös yhdessä muistella ja rohkaista sekä tukea toisiaan ja näin tietoa saadaan paljon enemmän kuin mitä yksilöhaastattelulla olisi saatu. Toisaalta ryhmähaastattelua käytetään yksilöhaastattelun ohella, jolloin aihetta päästään syventämään, kun haastateltavilta kysytään samasta teemasta uudelleen ja heillä on muita ihmisiä heidän kanssaan pohti-

massa asiaa. Focus group -haastattelu tuottaa monipuolisen ja rikkaan aineiston, jota ei olisi saatavissa muilla tutkimusmenetelmillä. Saadut tulokset esitetään tavallisesti tekstinä, luokituksina ja suorina lainauksina. (Eskola – Suoranta 1998: 95–98; Mäntyranta – Kaila 2008.)

Etukäteen tulee päättää myös haastattelijoiden määrä ja roolit. Tavoitteena on avoin ja vapaa ilmapiiri, jotta kaikki uskaltavat sanoa todelliset ajatuksensa. Keskustelunohjaajat esittävät haastattelun teema-alueisiin liittyviä kysymyksiä ryhmälle, joka keskustelee vapaasti teemaan liittyvistä asioista. Keskustelunohjaajien osuus haastattelussa saattaa vaihdella varsin paljon ryhmästä riippuen, mutta pääpaino on siinä, että he huolehtivat keskustelun pysymisestä sovituissa teemoissa ja rohkaisevat myös hiljaisempia osanottajia osallistumaan. Heidän tehtävänsä on myös sammuneen keskustelun uudelleen viritäminen sopivan kehotteen avulla niin, etteivät he kuitenkaan ole liian johdattelevia. Keskustelijat eivät saa kuvitella, että keskustelunohjaajat odottavat jotain tiettyä vastausta. (Pötsönen – Pennanen 1998: 7-8.)

Ryhmähaastattelujen ongelmatilanteet liittyvät dominoivien keskustelijoiden kontrolloimiseen ja hiljaisien osallistujien rohkaisemiseen (Eskola – Suoranta 1998: 98; Raike 2005). Haastatteloille ryhmätilanteen hallitseminen ja kontrollointi on vaikeampaa kuin yksilöhaastattelussa. Haastatteluajankohdan sopiminen saattaa tuoda ongelmia, koska ryhmähaastattelussa on saatava samaan paikkaan useita ihmisiä samalla kertaa. Myös kieltäytymiset ovat yksilöhaastatteluihin verrattuna ongelmallisempia, sillä jo yhden ihmisen poisjäänti vaikuttaa ryhmän dynamiikkaan. Mikäli haastateltavat tuntevat toisensa entuudestaan, saattaa tutun henkilön poisjäänti vaikuttaa siten, että henkilö itsekkin kieltäytyy haastattelusta. Toisilleen tutut osallistujat saattavat myös muuttaa mielipiteitään toisten mielipiteiden mukaisiksi. (Eskola – Suoranta 1998: 98–99; Pötsönen – Pennanen 1998: 4.)

Haastattelusta sopiessa on kysyttävä myös lupa haastattelun tallentamiseen. Ryhmähaastatteluissa on ongelmana saada äännet nauhalle siten, että niistä saa nauhaa kuunnelllessa selvää. Mikrofoniala on usein vaikea sijoittaa puhujien lähelle niin, että kaikkien äännet kuuluvat, ja useita mikrofoneja ei välttämättä ole käytössä. Nauhojen litteroinnissa on usein haasteena saada selvä puheesta, varsinkin kun useampi ihminen saattaa puhua yhtä aikaa. Myös kunkin puhujan tunnistaminen saattaa olla haastavaa. Tältä ongelmalta vältytään, jos on mahdollisuus videoida tilanne. Videointi saattaa kuitenkin

monimutkaistaa teknistä toteutusta ja lisätä osallistujien jännitystä. Puheenvuorojen jakaminen helpottaa haastattelujen purkamista. (Eskola – Suoranta 1008: 99.)

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen (kvalitatiivinen) tutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida yhtä selkein kriteerein kuin määrällisen (kvantitatiivinen) tutkimuksen luotettavuutta. Arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto ei pyri olemaan edustava otos perusjoukosta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan oma näkemys, jossa ovat mukana hänen omat intuiotensa ja tunteensa. (Nieminen 1997: 215–216.) Näin ollen tämänkään opinnäytetyön tulokset eivät ole suoraan siirrettävissä eivätkä toistettavissa muuten kuin samanlaiseen kontekstiin ja ryhmään liittyen.

Osa tutkijoista on sitä mieltä, että laadullisen tutkimuksen arviointiin tarvitaan kriteerit, joita ovat esimerkiksi uskottavuus, vahvistettavuus, siirrettävyys ja refleksiivisyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista tutkimuksessa; tutkijan on tarkastettava vastaavatko hänen käsityksensä ja tulkintansa tutkimusaineistosta tutkittavien käsityksiä. Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin: tutkijan tulee kuvata prosessin kulku niin, että ulkopuolinen tutkija ymmärtää prosessin kulun pääpiirteissään. Vahvistettavuutta arvioitaessa tutkijan on esiteltävä, miten hän on päätenyt saatuihin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Tehtyjen tulkintojen tulee saada tukea toisista vastaavista ilmiöistä tehdyistä tutkimuksista. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Refleksiivisyyden edellytyksenä on, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen suorittajana. Osa tutkijoista on sitä mieltä, että laadullisen ja määrällisen tutkimuksen arviointikriteerit eivät eroa oleellisesti toisistaan. Heidän mielestään arviointikriteereitä ovat tutkimuksen valideetti eli pätevyys ja reliabiliteetti eli luotettavuus. (Kylmä – Juvakka 2007: 127–129; Nieminen 1997: 215–216; Eskola – Suoranta 1998: 212–213.) Haastattelujen lopuksi teimme yhteenvedon omaishoitajien keskusteluista, jolloin omaishoitajat olivat yhtä mieltä keskustelujen tuloksista. Opinnäytetyömme tulosten raportoinnissa pyrimme lisäämään tulkintojen arvioitavuutta ja uskottavuutta aineistoesimerkein, jotka ovat lainauksia havainnollisista ilmaisuista teemaan liittyvistä keskusteluista.

Laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteetilla tarkoitetaan aineiston käsittelyn ja analyysin luotettavuutta. Reliabiliteetikysymykset liittyvät ensisijaisesti siihen tutkimuksen vaiheeseen, jossa siirrytään empiirisestä aineistosta analyysin kautta tulkintaan. Aineiston tulkinta on reliabeeli kun se ei sisällä ristiriitaisuuksia. Reliabiliteettia voidaan tarkistaa muiden muassa siten, että käytetään useampaa havainnoitsijaa ja useampaa havainnointikertaa. Myös haastatteluissa saman asian kysyminen eri muodoissa on keino tarkistaa reliabiliteettia. (Pötsönen – Pennanen 1998: 14, Eskola – Suoranta 1998: 214.)

Olimme molemmat mukana kummassakin haastattelussa, mikä osaltaan parantaa opinnäytetyömme reliabiliteettia. Kahden haastattelijan läsnäolo varmasti rentoutti ilmapiiriä ja toi turvallisuuden tunnetta osallistujille. Yhteistyömme haastatteluissa ja niiden aineistojen analysoinneissa oli hedelmällistä. Havainnoitsijana ja kirjaajana toimiva tarkkailija saattoi täydentää ja syventää haastattelijan työskentelyä. Yhteiset keskustelut ensimmäisen haastattelun jälkeen auttoivat jäsentämään seuraavan haastattelukerran teemaa ja kysymyksiä.

Ryhmähaastattelun validiteettia pidetään yleisesti hyvänä kirjallisuudessa, kunhan ryhmähaastattelua käytetään siihen soveltuvissa ja tarkoin valituissa tutkimusaiheissa. Ryhmähaastattelun sisäinen validiteetti liittyy siihen, miten luotettavasti ja oikein saadaan tietoja tutkittavista; miten intensiivisesti haastattelijat ja haastateltavat sitoutuvat haastatteluun. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tehtyjen tulkintojen ja johtopäätösten sekä aineiston välisen suhteen pätevyyttä; tutkimushavainnon tulisi kuvata tutkimuskohdetta täsmälleen sellaisena kuin se on. Validiteettia voi parantaa antamalla haastateltavien itse arvioida antamaansa kuvaa tutkimusaiheesta. Esimerkiksi haastattelun lopuksi voi tehdä yhteenvedon keskustelusta haastateltavien kanssa tai lähettää heille jälkikäteen kotiin kommentoitavaksi keskustelujen yhteenvedon. (Pötsönen – Pennanen 1998: 13–14; Eskola – Suoranta 1998: 214.)

Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää se, että haastatteluaineistossa oli mukana sellaisia henkilöitä, jotka kykenivät ilmaisemaan itseään ja halusivat osallistua haastatteluun. Haastateltavat olivat todella innokkaita osallistumaan Liittyvä Voima -hankkeen kautta Espoon sairaalan akuuttisairaanhoidon kuntoutuksen kehittämiseen. He osasivat odottaa meitä saatuaan etukäteen tiedon, että olemme tulossa keskustelemaan heidän kanssaan akuuttisairaanhoidon kuntoutuksesta. Haastattelun luotettavuutta lisää myös se, että puurimme haastattelut heti niitä seuraavina päivinä tilanteen ollessa vielä tuoreessa muistis-

sa. Kumpikin meistä mielti ensin itse haastatteluista nousseita teemoja ja vasta sitten pohdimme niitä yhdessä. Ennen haastattelujen suunnittelua, toteuttamista ja analysoinnin aloittamista tutustuimme laadulliseen tutkimukseen, ryhmähaastatteluun ja teemoitteluun kirjallisuuden avulla.

Ihmiset avautuvat ja jakavat mielipiteensä ryhmähaastatteluissa usein herkemmin kuin yksilöhaastatteluissa tai kirjallisessa kyselyssä. Ryhmähaastattelussa toisilta osallistujilta tulee puhujan vastauksia täydentäviä virkkeitä, joita yksilöhaastattelussa ei ole. Lisäksi tutkija pystyy jo haastattelutilanteessa saamaan tietoa siitä, ymmärtävätkö haastateltavat kysymykset oikein. Haastattelijalla on lisäksi mahdollisuus selvittää vastausten sisältöä tarkentavilla kysymyksillä. (Pötsönen – Pennanen 1998: 14.)

Focus Group -haastattelu ei ole luonnollinen tilanne, mikä varmasti osaltaan vaikuttaa keskustelun syntyyn ja vuorovaikutukseen. Ryhmähaastattelun etuna pidetään vuorovaikutuksellisuutta ja ongelmana voivat olla liian puheliaat henkilöt. Nämä seikat tulivat hyvin esille myös meidän haastatteluissamme. Vuorovaikutus ryhmäläisten kesken parani mielestämme koko ajan haastattelun edetessä, vaikka mukana olikin muutamia puheliaampia henkilöitä, jotka hallitsivat keskustelua ajoittain. Vuorovaikutusta arvioitaessa täytyy todeta, että mukana oli hyvin erilaisia haastateltavia. Osalle heistä olisi varmasti paremmin sopinut yksilöhaastattelu, jolloin he olisivat ehkä rohkeammin ilmaisseet itseään ja kertoneet kokemuksiaan ja mielipiteitään. Ryhmää arvioidessa tuli tunne, että he ymmärsivät toisiaan hyvin, mutta ilmaisivat sujuvasti myös eriävät mielipiteensä tai käsityksensä asioista.

8.3 Eettiset kysymykset

Haastattelun alussa kerroimme osallistujille haastattelun tarkoituksesta ja kulusta, mitä haastatteluun osallistuminen vaati heiltä ajallisesti sekä mihin saatua tietoa tultiin lopulta käyttämään. Painotimme heille myös haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuutta. Ennen videokuvaamista vahvistimme vielä jokaiselta haastateltavalta suullisen ja kirjallisen suostumuksen haastattelun taltioimiseen videokameralla. Kaikki haastateltavat antoivat suostumuksensa videokameran käyttöön. Painotimme tiedonantajien anonymiteetin säilymistä ja videoimamme ja äänittämämme aineiston hävittämistä opinnäytetyön valmistuttua. Jälkikäteen pohdittuna pelkkä äänitys olisi riittänyt haastattelujen sisällön analysointiin, videointi ei olisi ollut välttämätöntä. Lisäksi eettisesti epäilyttä-

vää olisi ollut videointiluvan kysyminen vasta haastattelutilanteen aluksi, mutta me olimme kertoneet asiasta haastatteluista tiedottavalle henkilölle, joka oli välittänyt tiedon haastateltaville.

Omaishoito on aiheena hyvin sensitiivinen ja tiedonantajina ikääntyneet omaishoitajat voivat olla haavoittuvaisia. Aiheen sensitiivisyys korostuu etenkin ikääntyneiden omaishoitajien kohdalla, sillä omaishoitajana toimiminen sisältää läheisen sairauden kokemisen ja sairastumiseen liittyviä ahdistaviakin ajatuksia ja muistoja. Haastattelujen alussa esittäytymiskierroksilla monet toivatkin esiin omaisensa menehtymisen ja siihen liittyviä tunteita. Muutama omaishoitajista oli ollut leskenä vasta vähän aikaa ja he halusivatkin kertoa oman tilanteensa ryhmälle. Heille oli tärkeää saada puhua heitä syvästi koskettaneista asioista ja annoimme heille tähän aikaa. Haastateltavien rohkeus puhua arkaluontoisista ja henkilökohtaisista asioista vieraiden ihmisten läsnä ollessa oli suuri luottamuksen osoitus ja kertoi haastattelutilanteen aidosta vuorovaikutuksesta. Ryhmän tuki ja tutuus varmasti helpottivat arkaluontoisista asioista puhumista.

8.4 Omaishoitajaryhmän haastattelut

Sovimme Espoon ja Kauniaisten Omaishoitajat ja Läheiset ry:n puheenjohtajan kanssa, että haastattelut toteutettaisiin omaishoitajien vertaistukiryhmässä Espoossa. Haastatteluista oli laitettu omaishoitajille tiedote, jossa kuvattiin aiheeksi ”keskustelua akuutti-hoidosta” ja lisäksi luvattiin ”kehon huoltoa”. Olimme sopineet, että pidämme ensimmäisen haastattelukerran lopuksi tuolijumpan, jonka jälkeen kysymme, mitä omaishoitajat haluaisivat toisella kerralla lopputoiminnaksi. Haastattelut sovittiin pidettäväksi maanantaina 27.9.2010 kello 14–16 sekä tästä kahden viikon kuluttua 11.10.2010 kello 14–16.

8.4.1 Haastattelujen suunnittelu

Ensimmäistä haastattelua suunnitellessamme koimme tärkeäksi sen, että saamme syntymään keskustelua mahdollisimman monipuolisesti aiheemme ympärillä. Näin meillä olisi mahdollisuus toisella haastattelukerralla syventyä aiemmin esille nousseisiin teemoihin. Haastattelun aluksi pyrimme saamaan osallistujat tuntemaan olonsa mahdollisimman tervetulleiksi ja sen jälkeen etenemme laatimamme haastattelurungon (Liite 2) mukaisesti.

Haastattelun alkuun pyrimme kertomaan mahdollisimman selvästi opinnäytetyömme aiheen ja sen yhteyden suurempaan kokonaisuuteen (Liittyvä voima -hanke). Tulemme tekemään myös ehdottoman selväksi sen, että olemme erittäin kiinnostuneita kuulemaan kaikenlaisia mielipiteitä ja että omaishoitajien ajatukset aiheesta ovat todella tärkeitä. Muistutamme heitä myös tarjoamastamme hyvästä mahdollisuudesta vaikuttaa asioihin tällä tapaa, meidän kauttamme.

Aloitamme keskustelun esittelykierroksella, jossa on tarkoitus, että jokainen esittelee itsensä mahdollisimman lyhyesti. Tämän jälkeen kysymme omaishoitajilta kokemuksia, joita heille on akuuttisairaanhoidon osastolla kertynyt. Todellisuudesta esiin nousevat ajatukset saavat mielestämme keskustelun kaikkein parhaiten liikkeelle. Suunnittelemme haastatteluja varten valmiiksi myös esimerkkitapauksia, joiden idea on, että paikallislehteen on kirjoitettu kaksi mielipidekirjoitusta hoidon toteutumisesta akuuttisairaanhoidon osastolla: toinen esimerkkitapauksista negatiivissävytteinen, toinen positiivinen ja kiittävä. Tarkoituksenamme on herättää keskustelua siitä, miksi positiivista tai negatiivista palautetta olisi voitu antaa, mitä osastolla olisi voinut tapahtua?

Toisessa haastattelussa tavoitteenamme on syventää ensimmäisessä haastattelussa esille nousseita teemoja ja saada mahdollisesti myös täysin uusia aiheita. Käymme toisella haastattelukerralla läpi ensimmäisellä kerralla esille nousseet pääteemat ja jatkamme keskustelua niistä edelleen aiheen ympärillä. Näin varmistamme asioiden mieleen palautumisen ja toisaalta saamme mahdollisille uusille jäsenille puheenaiheet ja haastattelun tarkoituksen selväksi.

8.4.2 Ensimmäisen haastattelun toteutus

Toteutimme ensimmäisen focus group -haastattelun Espoossa 27.10.2010. Istuimme, sekä haastattelijat että haastateltavat, pitkän pöydän ympärillä niin, että kaikki näkivät toisensa. Ryhmähaastattelu taltioitiin kahdella videokameralla: toinen tallensi pelkän äänen ja toinen tallensi äänen lisäksi myös kuvan. Kerroimme haastattelijan videoinnista ja jokainen haastateltava antoi luvan videointiin. Laitoimme videokameran päälle heti alussa esittäytymisestä lähtien ja ilmoitimme sen haastateltaville. Aloitimme ryhmähaastattelun omalla esittäytymisellä ja kahvitarjoilulla. Aloitimme kahvin juonnilla, koska heillä on omissa ryhmätapaamisissaan ollut tapana juoda kahvit tapaamisten alussa.

Kerroimme aluksi haastattelun etenemisestä ja tarkoituksesta, saadun aineiston hyödyntämisestä ja taustalla olevasta Liittyvä Voima -hankkeesta. Korostimme, että haastatteluun osallistuminen on täysin vapaaehtoista, ja että emme julkaise heidän nimiään tai muita tietoja, mistä heidät voitaisiin jälkeempään tunnistaa. Jokainen haastatteluun osallistuva vahvisti halukkuutensa osallistua tutkimukseen palauttamalla allekirjoitetun suostumuslomakkeen (Liite 3). Painotimme heti haastattelun alussa, että kysymyksiin ei ole olemassa oikeita tai väärä vastauksia, vaan haluamme heidän kertovan omista kokemuksistaan ja käsityksistään.

Etenimme haastattelussa laatimamme teemahaastattelun rungon (Liite 2) mukaan. Omaishoitajille oli todella tärkeää puhua omista kokemuksistaan ja elämästään. Jo esittäytymiskierroksella tuli esille monia haastateltavien kokemuksia, joita he olivat omaishoitajina ollessaan saaneet. Ryhmä keskusteli todella aktiivisesti; toiset olivat puheliampia kuin toiset, mutta kaikki olivat mukana keskustelussa. Keskustelun pitäminen rajatussa aiheessamme oli todella haastavaa ja jouduimme esittämään saman teeman useasti keskustelujen aikana. Aiheessa pysymisen vaikeuteen vaikutti osaltaan se, että ennestään toisensa tuntevilla omaishoitajilla oli ymmärrettävästi paljon kerrottavaa toisilleen myös yleisistä kuulumisistaan. Omaishoitajat kertoivat meille että kuulluksi tuleminen on heille todella tärkeä asia ja että vertaistukiryhmä auttaa heitä todella paljon raskaan työn hoitamisessa. Osalla tosin omainen oli jo kuollut, mutta ryhmätapaamiset olivat heille edelleen todella tärkeitä. Keskustelu olikin hyvin vilkasta, eikä hiljaisia hetkiä ollut.

8.4.3 Toisen haastattelun toteutus

Suunnittelimme toisen haastattelun ensimmäisessä haastattelussa esille nousseiden teemojen ympärille, mutta omaishoitajille annettiin myös mahdollisuus nostaa uusia asioita esille. Haastattelu toteutettiin 11.10.2010 Espoossa. Ensimmäisen haastattelun tapaan aloitimme toisenkin haastattelukerran kahvinjuonnilla ja esittäytymiskierroksella. Koska ensimmäisellä kerralla kaikki olivat jo esittäytyneet melko laajasti, toisella kerralla esittäytyminen ei vienyt enää niin paljon aikaa ja pääsimme nopeasti itse keskusteluun.

Kerroimme lyhyesti Liittyvä voima -hankkeesta ja korostimme, että keskusteluaiheisiimme ei ole olemassa oikeita tai väärä vastauksia vaan vain heidän mielipiteensä ja kokemuksensa ovat meille tärkeitä. Painotimme anonymiteettiä. Pyysimme kirjallisen

suostumuksen uudelta mukana tulleelta haastateltavalta ja varmistimme vielä kaikilta muiltakin osallistujilta suullisesti luvan haastattelun videointiin. Keskustelu oli toisella haastattelukerralla todella vilkasta, eikä hiljaisia hetkiä syntynyt. Keskustelu pysyi aiheessamme toisella kerralla mielestämme paremmin kuin ensimmäisellä kerralla.

8.4.4 Haastateltavien kuvaus

Ainoat haastatteluun osallistuville asetetut kriteerit olivat, että he olivat kiinnostuneita keskustelemaan tiedotteessa mainitusta aiheesta ja että he olivat toimineet tai toimivat parhaillaan omaishoitajina.

Haastatteluihin osallistui seitsemän henkilöä: kuusi naista ja yksi mies. Toisessa haastattelussa oli viisi samaa henkilöä kuin ensimmäisellä haastattelukerralla sekä lisäksi yksi uusi haastateltava. Iältään haastateltavat olivat 77–87-vuotiaita. He kaikki hoitivat tai olivat hoitaneet puolisoaan. Osa haastateltavista toimi omaishoitajana virallisesti omaishoitajalaissa säädetyn määritelmän mukaisesti ja osa epävirallisesti. Haastateltavien toiminta-aika omaishoitajana vaihteli suuresti (4–20 vuotta).

8.4.5 Haastatteluaineiston analysointi

Haastattelut tapahtuivat prosessimaisesti, jolloin ensimmäisellä kerralla keskustelussa esille nousseet teemat toimivat pohjana toiselle haastattelukerralle. Näin varmistimme, että saamme omaishoitajilta mahdollisimman hyvin pohdittua tietoa juuri tätä opinnäytetyötä varten, välttämällä kuitenkin johdattelemasta keskustelua liikaa. Annoimme toisella haastattelukerralla omaishoitajille mahdollisuuden kertoa myös uusia asioita aiheen ympäriltä ja saimme näin syntymään täysin uusiakin teemoja.

Äänitysten purku tapahtui pääosin heti haastatteluja seuraavina päivinä tilaisuuksien tunnelmien ja yksityiskohtien muistamiseksi. Äänitykset kuunneltiin useaan kertaan kokonaisvaltaisen tilannekuvan saamiseksi, mutta sanatarkkaan litterointiin ei ollut ajallista mahdollisuutta. Päädyimme tekemään haastattelusta mahdollisimman tarkan yhteenvedon, jossa keskustelussa esille nousseet aihealueet oli ryhmitelty tarkoituksenmukaisiksi teemoiksi ja keskeiset puheenvuorot ja lausahdukset, käsitteet ja sanavalinnat liitettiin sitaatteina kunkin teema-alueen alle.

Videokamerat, joita aineiston keräämiseen käytimme, olivat pitkän pöydän eri päissä, mikä osoittautui hyödylliseksi ratkaisuksi: osa haastateltavista puhui hyvin hiljaa, jolloin heidän ääntään ei kuulunut kauempana olevan kameran ääninauhasta, mutta lähempänä oleva kamera oli tallentanut äänen hyvin. Näin varmistimme kaikkien osallistujien ajatuksien taltioinnin.

9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Haastatteluissa esille nousseet omaishoitajien mielipiteet ja kokemukset eivät keskity mihinkään tiettyyn sairaalaan tai osastoon, mutta pääasiassa ne ovat Espoon alueelta. Kokemukset eivät sijoitu tietylle aikavälille, vaan ne ovat kertyneet omaishoitajille vuosien kuluessa.

9.1 Omaishoitajien käsityksiä akuuttisairaanhoidon kuntoutuksesta

Halusimme haastatteluilla selvittää omaishoitajien käsityksiä akuuttisairaanhoidosta ja sen kuntoutuksesta. Pyrimme rohkaisemaan heitä kertomaan omia kokemuksiaan ja jatkoimme yleistä keskustelua esille nousseista teemoista.

9.1.1 Hoitohenkilökunnalla on usein liian kiire

Omaishoitajien mukaan aikaisemmin hoitohenkilökunnalla on ollut mantrana, että potilas on ”yksilöllinen kokonaisuus”. Nykyään potilas hoidetaan omaishoitajien mielestä niin sanotusti pakettina sänkyyn. Hoitajien toiminta nähtiin hyvin kaavamaisena ja rutiinointuneena työnä.

”Kaikki on nykyään niin kaavamaista ja rutiinimaista, eikä siitä jousteta yhtään mihinkään”.

”---toiset hoitajat oli kyllä hyvin, ei ne puhu eikä pukaha...ei ne omaisillekaan päivää sanonu...tai mitenkään reagoinu---”

Eräessä esille nousseista tapauksista kukaan ei ollut auttanut potilasta, vaikka tämä ei itse pystynyt syömään. Omaishoitaja kävi syöttämässä omaistaan joka päivä. Joskus jos hän myöhästyi ruoka-ajasta, potilaan ruoka oli lautasella usein koskematon, tai ”korkeintaan ehkä vähän sorkittua”. Toinen ruokailun toimimattomuudesta esille noussut esimerkki oli kun koske-maton ruokalautanen oli viety eräältä potilaalta pois, koska hän

ei ollut itse sitä pystynyt syömään. Näin ollen hän ei saanut lainkaan ruokaa. Ruokailuista huolehtiminen koettiin yhdeksi tärkeimmistä asioista osastolla. Eräs omaishoitajista nosti esille tapauksen, jossa hänen puolisonsa oli ollut sairaalassa, eikä ollut pystynyt itse syömään. Hoitaja oli käynyt hakemassa koskemattoman ruokalautasen ja tokaissut: ”*Jaha, ruoka ei kelvannutkaan.*”

Haastatteluissa nousi esille kokemus siitä, että juomisestakaan ei aina huolehdita tarpeeksi: sairaalassa kaksi päivää ollut potilas, joka ei osannut puhua halvauksensa takia, osoitti omaishoitajalleen vesihanaa tämän tullessa käymään osastolla. Potilaalla ei ollut lainkaan vesilasia pöydällään. Omaishoitaja kysyi potilaana olevalta puolisoiltaan, eikö tämä ollut saanut juomista ja potilas oli ilmaissut ei-vastauksen pyörittämällä päätään. Kun omaishoitaja oli pitkän etsimisen jälkeen löytänyt lasin ja antanut puolisolleen vettä, oli tämä juonut sitä kaksi lasillista. Omaishoitaja oli kysynyt eräältä hoitajalta, miksi hänen puolisolleen ei ollut annettu juomista ja hoitaja oli tässä tapauksessa vain kohauttanut hartioitaan.

”Kyl omaisten käynnit näis sairaaloissa omaistensa luona o helkutin tärkeitä. Justiin nää ruuat ja juomiset ja kaikki katsoa.”

Ryhmässä tuli pohdintaa myös siitä, että nykyään sairaanhoitajilla on liikaa töitä. Tämän takia esimerkiksi potilaan ruokailusta huolehtiminen voi olla joskus epätarkkaa. Haastateltavat muistelivat, että ennen sairaalassa toimi erikseen sairaala-apulaisia, jotka kylvettivät, vaihtoivat lakanat, laittoivat pyykit kaappiin ja hoitivat muita käytännön asioita, jotka kaikki ovat nyt hoitajien vastuulla. Omaishoitajat pohtivat kokemuksiansa pohjalta sitä, että nykyään saattaa yksi ihminen tuoda potilaalle ruoan ja toinen hakea sen ruoka-ajan jälkeen pois. Kukaan ei tällöin välttämättä huolehdi hänen syömisestään ja juomisestaan. Omaishoitajat pohtivat kaavamaisuutta, jolla hoitotyötä toisinaan toteutetaan. Aiheesta syntyi myös risteävää keskustelua, jossa pohdittiin ammattitaitovaatimuksia, joita esimerkiksi potilaan kylvettämiseksi vaaditaan; vain koulutetut hoitajat osaavat avustaa potilasta hänen voimavarojaan hyväksikäyttäen.

Ryhmä pohti myös sairaalan sisäisten välimatkojen vaikutusta hoitajien kiireeseen ja heidän ajankäyttöön: pitkät välimatkat lisäävät kiirettä ja välimatkoihin menevää aikaa, mutta toisaalta potilaat kuntoutuvat paremmin, kun joutuvat liikkumaan pidempiä matkoja siirtyessään esimerkiksi yleisiin virkistystiloihin tai ruokailemaan sille varattuun tilaan.

”Nyt nykyään siellä on hirveen epäkäytännöllistä just kaikkien näitten välimatkojenkin takia.”

”Sekin jo lisää sitten jo taas henkilökunnan aikaa kun ei mene aikaa niihin kauheisiin juoksuihin ympäri siellä pitkin.”

9.1.2 Sairaaloissa uhka laitostumiselle on suuri

Omaishoitajat pitivät tärkeänä asiana sitä, ettei potilaan tarvitsisi olla laitoshoidossa, vaan hän saisi olla mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Ryhmäläiset kokivat, että pitkäaikaisen sairaalahoidon myötä potilaille tulee psyykkisiä muutoksia, eli he laitostuvat. Tähän vaikutti omaishoitajien mielestä se, että sairaalassa ympärillä ei ole elämää: perhettä, lapsia, ystäviä jne. Ryhmässä kuitenkin koettiin, että kun hoitamisesta kotona tulee liian raskasta, niin sitten sitä ei kannata enää tehdä.

”Jos on siin kunnossa että pystyy kotona hoitamaan, mutta ei kukaan jaksa sitä loputtomiin.”

Ryhmäläiset kokivat tärkeäksi, että moniammatillinen tiimi hoitaa potilasta. Esille nousi toimintaterapian, puheterapian ja fysioterapian tarve perushoidon lisäksi. Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen sairaalassa, jossa ollaan yleensä paljon paikoillaan sängyssä ja makuuasennossa, herätti paljon keskustelua ryhmässä. Fysioterapiaa koettiin olevan liian vähän sairaalassa. Fysioterapeuttien tulisi alussa kartoittaa potilaan lähtötilanne ja voimavarat ja ohjata kaikkia potilaan kuntoutukseen osallistuvia henkilöitä käyttämään niitä. Näin passivoitumista voitaisiin välttää. Ryhmän mielestä hoitohenkilökunnan tulisi tuntea potilaat läpikotaisin.

”Jokainenhan tietää et jos ihmine – ihan terve ihmineki – makaa viikon tai kaks tai kolme sängyssä vaan, ni sä et pääse kävelemään...sitä varte justii tää fysioterapia on mahdottoman hyvä.”

”---nimenomaan just tämä rooli teikäläisellä (me fysioterapeuttiopiskelijat), ei vaan se, että te kävelytätte niitä ihmisiä, teette sitä---”

”Vaan ohjataan?”

”Justii, hirveän tärkeä minusta.”

Omaishoitajat miettivät, että potilaalla pitäisi olla avustaja, joka tukisi hänen liikkumistaan. Ulkoiluttamista pitäisi haastateltavien mielestä olla enemmän, mutta he ymmärsivät, että hoitohenkilökunta ei ehdi tehdä kaikkea. Ryhmässä pohdittiin myös ulkopuolis-

ten henkilöiden palkkaamista ulkoiluttajiksi, kuten kesällä joissakin paikoissa tapahtuukin, mutta taloudellinen puoli koettiin haastavaksi. Haastateltavien mukaan osastolla ei välttämättä ole mahdollisuutta liikkua tarpeeksi. Ryhmäläiset kannattivat sairaalan käytävien hyödyntämistä liikkumisen harjoittelussa, osa heistä oli niitä jo hyödyntäneitäkin.

”Mekin kierrettiin rollaattorilla sitä (osastoa) ympäri.”

9.1.3 Kivuttomuus sekä huolehtiva ja kuntouttava työote tärkeitä asioita

Omaishoitajaryhmä koki nopean kivunlievityksen erittäin tärkeäksi osaksi hyvää hoitoa: lääkkeitä kipuihin tulisi saada heti niitä pyydettyä. Eräs haastateltavista toi esille kokemuksen, jossa hän oli osastolla ollessaan kysynyt ohimenevältä hoitajalta milloin hänen puolisonsa saa hoitoa koviin kipuihinsa. Kiireinen hoitaja oli kuitenkin vain tiuskaissut: *”no kyllä ne tulee sieltä.”*

Myös hoitajien huolehtiva asenne oli omaishoitajien mielestä tärkeää: hoitaja voisi kysyä nopeasti potilaan vointia ja että tarvitseeko hän esimerkiksi vettä. Omaishoitajat olivat sitä mieltä, että on asennoitumiskysymys, miten hoitaja potilaaseen suhtautuu ja toteuttaa hoitotyötään. Hoitajat voivat itse vaikuttaa yksilöllisen hoidon toteuttamiseen.

”---Jokainenhan persoonallaan tekee sitä työtä, et miten eri tavalla sen voi ottaa ja sit se just että se ei vie yhtään kauemman aikaa jos tuota, tekee sen niin taikka näin---”

Ryhmässä koettiin nykyään tekniikan korvaavan useita töitä, joissa hoitajien rooli oli aiemmin merkittävä: monitorit ja mittarit kertovat, ovatko esimerkiksi potilaan hapensaanti ja sydämentoiminta kunnossa. Ennen potilaan yksilöllinen huomiointi toimi paremmin, sillä hoitohenkilökunnan oli pakko keskittyä katsomaan ja kuuntelemaan potilasta. Ryhmä pohti, että teho-osasto on nykyään lähes ainoa paikka, missä joku on koko ajan lähellä ja neuvoa voi kysyä milloin haluaa.

”Oletetaan et tää tekniikka vaan pelaa. Ennen ei ollut tätä tekniikkaa, silloin ihmisten piti osata hoitaa muuten, mä oon sitä mieltä että hyvin hoidettiin. Se on kokonaan pois siitä se, se ihmisen huomiointi, tästä hommasta.”

”---ihminen pitäis huomioida ja olla lähellä – teho osasto on ainoa. Kun ihminen makaa tehossa, siellä on aina joku hoitaja lähellä, vieressä ja

voit kysyä ihan mitä vaan, he vastaavat. Aina saat jonkun kiinni. Tuntuu turvalliselta vaikka se teho-osasto on aika paha osasto---

Ryhmässä pidettiin tärkeänä kuntouttavaa työtettä. Keskustelussa tuli ilmi, että omaishoitajat kokivat hoitohenkilökunnalla olevan suuri vastuu potilaan kuntoutumisessa. Mutta vaikka oletetaan että potilas tekee itse niin paljon kuin pystyy, tarvitsee hän tukea ja valvontaa koko ajan.

”Siinä pitää kuitenkin olla hoitajan koko ajan, tän hoitavan henkilön, niinku silmät auki siinä että mihin hän pystyy ja mitä hän tekee...se vastuu on kuitenkin sillä hoitavalla henkilöllä...se on melkeen heitteille jättöä siten joskus, koska luotetaan vaan siihen, ja sanotaan että itse tehkää.”

”Se vastuu ei oo kuitenkaan tällä potilaalla enää itsellään.”

Omaishoitajat olivat sitä mieltä, että usein kotona opitut tavat toteutuvat myös sairaalassa: jos esimerkiksi kotona on tehty paljon asioita potilaan puolesta, vaikka hän itse pystyisi ne tekemään, niin hän odottaa samanlaista kohtelua myös sairaalassa. Omaishoitajat pitivät potilaan omaa panosta kuntoutumiseensa tärkeänä. Keskustelussa nousi pohdintaa siitä, että potilaan olisi hyvä kävellä itse ruokailemaan yhteiseen ruokasaliin, mikäli hänen toimintakykynsä mahdollistaa liikkumisen itsenäisesti tai avustettuna.

”--paljonhan se riippuu siitä tilanteesta, mikä kotona on ollu; jos siellä on paapotettu niin se on ihan selvä että hän odottaa sitä et tää jatkuu täällä (sairaalassa).”

”se vaatis kyllä aktiivisuutta aika paljon siltä potilaaltakin, että hän tekee tosiaan näitä juttuja että hän kuntoutus.”

9.2 Omaishoitajien ehdotuksia akuuttisairaanhoidon kuntoutuksen kehittämiseksi

Saadaksemme omaishoitajaryhmän pohtimaan kehityskohteita koskien akuuttisairaanhoidoa ja sen kuntoutusta, annoimme heille sekä positiivisia että negatiivisia esimerkkejä sairaalassa tapahtuneista asioista. Näillä kehyskertomuksilla saatoimme havainnollistaa eri tilanteita ja omaishoitajat pystyivät osittain samaistumaan niihin.

9.2.1 Tiedonsaanti ja -kulku on tärkeää

Omaishoitajaryhmä koki tiedonkulun erittäin tärkeäksi asiaksi. He halusivat varmuuden, että voivat luottaa henkilökunnan ottavan yhteyttä suoraan heihin, mikäli tarvetta tulee. Potilaan tilanteen muuttumisesta olisi omaishoitajien mielestä tiedotettava heille heti: esimerkiksi potilassiirrot paikasta toiseen koettiin tärkeiksi saada tietää välittömästi. Eräs haastateltavista toi esille kokemuksen, jossa tieto hoitohenkilökunnan jäsenten välillä ei ollut kulkenut: Omaishoitaja oli mennyt tapaamaan puolisoaan osastolle, mutta tämän sängyn paikka olikin ollut tyhjä. Kukaan osaston henkilökunnasta ei ollut tiennyt, missä hänen puolisonsa oli, mutta lopulta eräs hoitaja oli osannut kertoa hänelle, että hänen puolisonsa oli viety tutkimuksiin toiseen sairaalaan.

”Joku ois voinu saaha siinä jo vaikka sydärin kun ois ollu vähä erilainen henkilö kattomassa sitä tyhjää paikkaa.”

”Oisko se sitten liikaa pyydetty että jollakin tavalla ottais vastuulleen tää henkilö sen asian ja jotenkin koittais sitä viedä eteenpäin---”

Toinen tiedonkulun hitaudesta esille noussut kokemus oli, kun eräälle omaishoitajalle ei ollut kerrottu hänen puolisonsa sairaudesta heti. Vasta lääkemääräyksen kuultuaan omaishoitaja oli alkanut epäillä sairautta ja lääkäriltä asiasta kysytyään hän oli saanut diagnoosin varmistavan vastauksen.

Ryhmä koki myös potilaan sekä omaisten henkisen puolen huomioinnin tärkeäksi. Heidän mielestään hoidon jatko- ja toteutussuunnitelman pitäisi olla selvästi tiedossa kaikilla osapuolilla. Hoidon kulun tiedottaminen selvästi myös potilaalle, vaikka hänellä olisikin dementoiva sairaus, koettiin tärkeäksi. Ryhmässä mietittiin, että esimerkiksi virtsatieinfektion vuoksi sekava potilas saattaa pelätä outoja paikkoja ja epätietoisuus aiheuttaa ahdistusta.

”Yks kaks vaan hurautetaan ambulanssilla ja viedään johonki muualle...ja varsinki jos on jo esimerkiks dementiaa ni se on aikamoinen juttu, et työnnetään autoon ja viedään ihan vieraaseen paikkaa...et, et, mitä tapahtuu?”

9.2.2 ”Potilaan vastaanottaminen osastolle on kaiken a ja o”

Omaishoitajat pitivät vastaanottamista sairaalan osastolle erittäin tärkeänä, kuten myös sitä, että he saisivat tietää potilaan omahoitajan mahdollisimman pian. Lisäksi omaishoitajat nostivat esille henkilökunnan tuntemisen tärkeyden: on tärkeää tietää keneltä voi kysyä asioista ja kuka on vastuussa ja hoitaa hänen omaistaan. Haastateltavien mielestä hoitohenkilökunnan pitäisi tutustua potilaaseen jo vastaanottotilanteessa ja keskustella omaishoitajan ja potilaan kanssa. Heidän mielestään määrätty perusinformaatio ja perehdytys osaston toimintaan pitäisi antaa heti vastaanottotilanteessa, eikä omaishoitajan pitäisi välttämättä edes joutua kyselemään mitään.

”Kun osaa kysyä, niin tietoa saa kyllä. Se on sitten ittestä kiinni osaatko sä kysyä”.

”Meillä ainakin kävi että muutama päivä jo varmaan mieheni oli ollut siellä kun ei kukaan oikein tiennyt että kuka on se omahoitaja, minä en tiennyt kenelle vois puhua ja kysyä.”

”Ja välillä saa onkii sen tiedon, että kuka se omahoitaja on.”

Ryhmässä keskusteltiin paljon omaishoitajan haastattelemisen ja perehdyttämisen tärkeydestä, kun hän saapuu potilaan mukana osastolle. Eräs omaishoitajista oli odottanut monta tuntia potilaan kanssa, eikä kukaan ollut kertonut heille mitään yleisistäkään asioista. He eivät olleet edes tienneet tulisivatko jäämään osastolle yöksi vai pääsisivätkö kotiin. Omaishoitaja oli joutunut nykäisemään lääkäriä hihasta ja tiedustelevaan tältä tilannetta. Haastateltavat kokivat, että kaikkien kannalta olisi paljon helpompaa, että heti osastolle saapumisen jälkeen käytettäisiin edes pieni hetki uusien tulijoiden perehdyttämiseen, kuin että hoitohenkilökunta joutuisi kiireessä kesken muiden töiden paneutumaan heidän tilanteeseensa.

”Se häiritsee paljon enemmän kuin se, että siinä se pieni hetki varattais sille asialle ja sillo olis jo valmiina tiedossa, mitkä tosiaan niiku sä sanoit ne asiat on mitkä sisältyy tähän perusasiaan.”

”Akuuttisairaanhoidossa, jossa ollaan usein vain vähän aikaa, tämä potilaaseen omaisen kautta tutustumisen tärkeys korostuu.”

Toinen omaishoitajan alkuhaastattelun ja perehdytyksen tärkeydestä esille noussut kokemus oli, että eräs omaishoitaja oli kuullut puolisonsa hengityksestä alkavan keuhko-kuumeen. Päivystyksessä oli heidän onnekseen ollut keuhko-osaston lääkäri, joka oli

kuullut hengityksestä saman mitä omaishoitaja: alkavalle keuhkokuumeelle tyypillisen piirteen. Yleislääkäri ei aiemmin samana päivänä ollut tehnyt asialle mitään. Nopealla hoidon aloittamisella tauti meni viikossa ohi.

”Heidän pitäis kuunnella sitä omaista joka on hoitanut ja tuntee niinku jo hengityksestä, että tässä on nyt jotain vikaa...eikä oo tarkoitus niinku kommennella niitä sairaalan henkilökuntaa ja sanoa, että minä tiedän paremmin, vaan sanoa vaan oman mielipiteensä, ja se voi olla väärä kanssa...tietenkin.”

Ryhmässä koettiin hankalaksi se, ettei nykyään hoitohenkilökunnalla ole nimilappuja, joista kävisi ilmi heidän nimensä ja ammattinsa. Haastateltavista tuntui turhauttavalta puhua niin sanotusti turhaan hoitohenkilökunnalle ja saada vastaukseksi, että kyseinen henkilö ei tiedä heidän asioistaan mitään.

”Mä haluaisin tietää kuka tää ihminen on, missä tehtävässä hän siellä on. Silloinhan mä heti voin päättää että puhunko mä hänelle vai en.”
”Sama mulla, mä en tunne niistä ketään oikeestaan.”

9.2.3 Perehdytys- ja opasvideon avulla nopeasti perusinformaatio

Omaishoitajaryhmän mielestä, että osastolla oleva video olisi hyvä keino tiedottaa osaston toiminnasta ja periaatteista potilaalle sekä hänen läheisilleen heidän vieraillessaan osastolla potilaan luona.

”Se ois ihan hieno idea koska sillon rauhassa sais sen itse katso ja siihen vois sillon panna enemmän tietoa kun sitten mitä siinä ensitilanteessa pystyy suullisesti antamaan.”

Ryhmässä pohdittiin, että videossa voisi alussa olla lyhyt ja lämminhenkinen tervetulo-toivotus, josta tulisi tervetullut ja turvallinen olo ja katsojat tuntisivat, että *”tää on hyvä paikka”*. Konkreettisia asioita, joita videossa olisi omaishoitajien mielestä hyvä olla, olivat muiden muassa tieto siitä, mihin aikaan saa tulla osastolle vierailulle ja mitä tarkoittaa omahoitaja: mitä häneltä voi odottaa ja kysyä sekä miten saa puhelimella yhteyttä henkilöihin, joilta voi kysyä neuvoa asiassa kuin asiassa. Ylipäättään osaston tai yksikön käytännöt tulisi haastateltavien mielestä selvittää videosta. Omaishoitajat toivoivat myös tietoa fysioterapeuttien ja hoitajien käyttämistä mittareista. Näin he kokivat saa-

vansa arvokasta tietoa läheisensä toimintakyvystä ja sen kehittymisestä ja mahdollisesti myös siitä, miten he itse voisivat siihen vaikuttaa.

”---jokainenhan halua tietää justiin, et minkälainen potilas on ja mitä hänelle tehdään ja miten se on vaikuttanu... kyllä nää on tärkeitä.”

Vaikka keskustelun kohteena oleva video olisikin osastolla, niin silti haastateltavat kokivat hyväksi saada perusasioita sisältävän informaation myös paperiversiona. Paperin voisi viedä kotiin ja siitä näkisi selvästi puhelinnumerot, joihin voisi tarvittaessa soittaa. Eräs omaishoitajista oli saanut sairaalasta infolapun ja oli kokenut sen hyväksi alkuvaiheen tiedotteeksi.

”Mulla oli sitten hyvä tuuri ku mä sain heti sen lapun käteen missä oli ruoka-ajat, et ihan kaikki”.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyömme antaa arvokasta tietoa omaishoitajien kokemuksista sekä heidän käsityksistään koskien akuuttisairaanhoidon ja sen kuntoutusta. Tulokset antavat tietoa siitä, miten akuuttisairaanhoidon tulisi uudistaa ja kehittää, jotta kaikille pystyttäisiin tarjoamaan parempaa hoitoa ja palvelua sairaalassa. Tutkimustuloksia voivat hyödyntää muiden muassa sosiaali- ja terveysalan opiskelijat, hoito- ja kuntoutustyöntekijät, terveydenhuoltohenkilökunnan koulutuksesta vastaavat sekä viranomaiset, jotka ovat mukana päättämässä terveyspalvelujen kehittämisestä.

Omaishoitajien ja hoitotyöntekijöiden yhteistyötä tulisi kehittää avoimempaan ja yhteistoiminnallisempaan suuntaan. Terveystieteiden työntekijöiden tulisi kriittisesti arvioida omia tietojaan ja taitojaan kohdatessaan omaisen ja potilas, sekä kykyään keskustella heidän kanssaan syvällisesti. Hoitotyöntekijöillä tulisi olla kiireestä ja henkilökunnan vähydestä riippumatta aikaa ja halua pysähtyä aidosti kuuntelemaan omaishoitajaa ja kohdata hänet ja hänen läheisensä huolehtivalla ja lämpöisellä asenteella. Potilaalta itseltään ja hänen omaisiltaan tulisi kysyä potilaan toimintakykyyn liittyviä asioita nykyistä enemmän. Potilaan omaisen tai omaishoitajan huolellinen haastattelu on erityisen tärkeää akuuttisairaanhoidon osastolla, jossa ollaan usein vain vähän aikaa. Tällöin potilaaseen pitää tutustua mahdollisen nopeasti ja usein omaishoitaja on paras asiantuntija läheisensä voimien suhteen.

Tiedon jakamisessa tulisi kiinnittää huomiota sen laatuun, sisältöön ja kulkuun. Myös oikea-aikaisuus on tärkeää: etenkin hoitoon tullessa tiedon saanti on tärkeää. Yksi keino tiedottamisen parantamiseksi olisi luoda potilaan vastaanottotilanteeseen uusi käytäntö, jossa heti osastolle saavuttaessa kerrottaisiin perusinformaatio osaston toiminnasta ja käytännöistä. Omaishoitaja ja potilas tulisi ohjata ottamaan yhteyttä johonkin tiettyyn henkilöön lisäkysymysten varalta. Näin säästettäisiin myös hoitotyöntekijöiden aika-resursseja.

Haastatteluissamme tuli selkeästi esille omaishoitajien huoli omasta läheisestään ja he olivat kiitollisia tarjoamastamme mahdollisuudesta tulla kuulluiksi. Haastatteluissa nousi esille omaishoitajien hyväksyvä asenne koskien suunnitteilla olevaa opas- ja perehdytysvideota. Omaishoitajat olivat tyytyväisiä paperiversionakin saatavaan ohjeistukseen, mutta tärkeintä olisi inhimillinen kohtaaminen omaishoitajan ja osaston työntekijöiden välillä. Ennen kuin omaishoitaja voi keskittyä läheisensä toimintakykyä edistävään toimintaan tullessaan katsomaan häntä sairaalaan, on hänen voitava olla varma, että hänen läheisensä perustarpeet ovat hoidettu hyvin. Tärkeintä olisi kehittää potilaiden perushoitoa niin akuuttisairaanhoidon kuin pitkäaikaishoidon osastoilla niin, että omaishoitajien ei tarvitsisi epäillä läheisiensä perustarpeiden täyttymistä. Tällöin he voisivat täysipainoisemmin keskittyä läheisiensä toimintakyvyn ylläpitämiseen liittyviin pieneen pieniinkin tekoihin ja jaksaisivat vaatia heiltä enemmän omatoimisuutta arjen tilanteissa.

Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen osastoilla on tärkeää omaishoitajien sekä heidän läheisiensä hyvinvoinnin lisäämiseksi. Hoito- ja kuntoutustyöntekijöiden tulisi rohkaista omaishoitajia toimintakykyä edistävän hoidon toteuttamisessa eli kannustaa heitä aktivoimaan läheistään tekemään mahdollisimman paljon itse kuntoutuakseen. Potilaan aktivointi ja itse tekemiseen kannustaminen tuovat omaishoitajalle helpotusta hänen työhönsä. Tämä omaishoitajien henkistä, fyysistä ja sosiaalista jaksamista edistävä käytäntö tulisi olla paitsi kaikkien hoitotyöntekijöiden, myös omaishoitajien tiedossa, ja sen olisi toteuduttava käytännön työssä osastoilla. Näin voidaan ehkäistä myös laitostumisen vaaraa.

11 POHDINTA

Työmme eteni mielestämme selkeään prosessimaisesti, vaikka suunnitelmamuutoksiakin tuli. Haastavimpana pidimme työn aloittamista, koska kumpikaan meistä ei ollut tehnyt opinnäytetyötä aiemmin: kaikki käytännöt ja yleiset asiat olivat meille vieraita. Myös työn aiheen rajaaminen ja tarkennettujen tehtävien asettaminen oli erittäin hankalaa. Saimme moniin mieltä painaviin asioihin ohjeistusta ja ideoita lukuisista tapaamisista niin omien opinnäytetyöohjaajiemme, työelämän yhteistyökumppaneidemme kuin Liittyvä voima -hankkeessa mukana toimivien henkilöiden kanssa. Työmme lomassa loimme kontakteja työelämään monin eri tavoin: Liittyvä voima -hankkeessa toimiminen johti toisen meistä työllistymiseen ja Espoon ja Kauniaisten Omaishoitajat ja Läheiset ry:n kautta tuli niin ikään ideoita yhteistyön jatkumiseksi.

Pidämme omaishoitajien työtä ja heidän äänensä kuuluviin saamista erittäin tärkeänä. Olemme tutustuneet ikääntyneisiin harjoittelujaksoilla sekä eri kurssien yhteydessä ja siksi meille oli luontevaa työskennellä ikääntyneiden omaishoitajien kanssa.

Terveyskeskuksen akuuttisairaanhoidon osastolle tutustuminen käytännössä (10.3.2010) oli työmme toteutuksen kannalta todella tärkeää, koska meille kummallekaan esimerkiksi hoitajien työn sisältö ei alussa ollut itsestäänselvyys. Osastolle tutustuminen ja hoitajien kanssa keskusteleminen avasivat hyvin kuntouttavan hoitotyön sisältöä ja sen tärkeyttä. Saimme tutustumiskäynnistä paljon ideoita oman haastattelumme sisällön suunnitteluun. Lisäksi hoitajien työhön tutustuminen oli hyödyllistä fysioterapeuttina toimimisen kannalta. Jotta voisimme toteuttaa moniammatillista yhteistyötä, on eri ammattiryhmien erityisosaamisalueiden tunteminen tärkeää.

Mielestämme ryhmähaastattelu soveltui hyvin tutkimusmenetelmäksi selvittäessämme omaishoitajien käsityksiä akuuttisairaanhoidon kuntoutuksesta, sekä heidän ideoitaan sen kehittämiseksi. Akuuttisairaanhoidon kuntoutus ja kokemukset siitä ovat sensitiivinen aihe mutta omaishoitajat keskustelivat avoimesti ja vilkkaasti aiheesta. Pidimme kahittelua mukavana ja rentona tapana aloittaa haastattelu, koska se loi rauhallisen ja turvallisen ilmapiirin, mikä auttoi aktiivisen keskustelun syntymisessä. Aktiivisen keskustelun syntymistä edisti haastatteluissamme myös se, että haastattelupaikka oli kaikille haastatteluihin osallistuneille tuttu: heillä on siellä syksy- ja kevätkaudella kahden viikon välein ryhmätapaaminen. Kaikki haastateltavat tunsivat toisensa entuudestaan,

joten he uskalsivat puhua omista kokemuksistaan avoimesti. Myös se seikka, että lähestyimme omaishoitajia virallisesti heille tutun järjestön kautta, saattoi osaltaan luoda turvallisuuden tunnetta ja lisätä luottamusta haastattelua kohtaan. Haastattelun ohjauksessa vaikeinta oli mielestämme aiheessa pysyminen sekä liian johdattelevien kysymysten välttäminen. Myös sen arvioiminen, olivatko kaikki sanoneet jo tarpeeksi keskustelun alla olevasta teemasta, vai voisiko sitä pienillä vinkeillä vielä syventää ja saada mahdollisesti uusia teemoja, osoittautui haastavaksi.

Jatkotutkimuksena voisi toteuttaa lisää haastatteluja omaishoitajilla: ryhmähaastatteluja sekä myös yksilöhaastatteluja. Omaishoitajia on Espoon alueella varmasti paljon enemmän, kuin yhteistyössä mukana olleella omaishoitajayhdistyksellä on jäseniä. Useampien omaishoitajien haastattelu antaisi laajemman kuvan heidän käsityksistään ja kehittämisehdotuksistaan koskien akuuttisairaanhoidon osastolle saapumista, toimintaa siellä ja sen kuntoutusta. Yksilöhaastattelussa on mahdollisuus tutustua haastateltavaan paremmin ja luoda läheisempi haastattelija-haastateltava -suhde, mikä voisi osaltaan auttaa pääsemistä yksityiskohtaisempaan ja avoimempaan keskusteluun aiheesta.

Opinnäytetyöprosessi oli meille molemmille hyvin antoisa: Kuntouttavan hoitotyön käsite selventyi meille käytännössä ja lisäksi meillä on nyt aiempaa laajempi tietopohja, jota voimme hyödyntää toimiessamme ikääntyneiden toimintakyvyn edistämiseksi. Saimme lisäksi valmiuksia kohdata potilaiden omaiset ja omaishoitajat aiempaa paremmin ja ymmärrämme heidän huolensa ja pelkonsa läheisistään. Meille avautui tutkimuksen kulku käytännössä. Saimme kokemusta ryhmähaastattelun suunnittelusta, toteuttamisesta ja analysoinnista. Meitä molempia on alkanut entisestään kiinnostaa tutkimus- ja kehittämistyö, johon on opinnäytetyöprosessimme antamien valmiuksien myötä helpompi lähteä mukaan myös työelämässä.

LÄHTEET

- Arhovaara, Sinikka – Rinne, Raili 1989: Omaisen ääni – omaisnäkökulma hoito- ja auttamistyöhön. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.
- Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1998: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Espoon ja Kauniaisten Omaishoitajat ja Läheiset ry. Verkkojulkaisu. <<http://www.eska.autta.fi/>>. Luettu 10.10.2010.
- Hallman-Keiskoski, Maria 2002: Terveyden edistäminen vanhusten palveluissa. Teoksessa Koivisto, Taru (päätoim.): Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveyden edistäminen. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 95–108.
- Heikkinen, Eino 2005: Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Duodecim, terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049>. Luettu 19.11.2010.
- Jorvin osastot. Verkkojulkaisu. <<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;11866;97332;97344;98240;106895&voucher=61DFB42A-EAD3-4CA0-8BD5-7E5021A422CF>>. Luettu 6.10.2010.
- Järnstedt, Pia – Kaivolainen, Merja – Laakso, Taina – Salanko-Vuorela, Merja 2009. Omaisen hoitajana. Omaishoitajat ja Läheiset Liitto. Saarijärvi: Kirjapaja.
- Koskinen, Seppo – Sainio, Päivi – Heliövaara, Markku 2008: Väestön toimintakyvyn edistäminen on suomalaisen yhteiskunnan keskeinen haaste. Verkkodokumentti. Päivitetty 27.11.2008. <http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2008/nro_9_2008/vaeston_toimintakyvyn_edistaminen_on_suomalaisen_yhteiskunnan_keskeinen_haaste>. Luettu 20.11.2010.
- Kuikka, Pekka – Pulliainen, Veijo – Hänninen, Ritva 2001: Kliininen neuropsykologia. WS Bookswell Oy Porvoo.
- Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Liittyvä voima -hankkeessa luodaan yhdessä toimiva kumppanuus. Verkkodokumentti. <<http://tietohallinto.metropolia.fi/display/liittyvavoima/Esittely>>. Luettu 9.11.2010.
- Luoma, Kalevi – Rätty, Tarmo – Moisio, Antti – Parkkinen, Pekka – Vaarama, Marja – Mäkinen, Erkki 2003: Seniori-Suomi. Ikääntyvän väestön taloudelliset vaikutukset. Sitran raportteja 30. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Mäntyranta, Taina – Kaila, Minna 2008: Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Verkkodokumentti. <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97349.pdf>>. Luettu 31.8.2010.

- Nieminen, Heli 1997: Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, Marita - Vehviläinen-Julkunen, Katri: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY. 215–221.
- Omaishoito. Suomen omaishoitajien verkosto. Verkkodokumentti. <<http://www.omaishoidonverkosto.fi/omaishoito.php>>. Luettu 13.10.2010.
- Osaprojekti 3 – Toimintakyvyn edistäminen. Verkkojulkaisu. Liittyvä voima. <<http://tietohallinto.metropolia.fi/pages/viewpage.action?pageId=15272726>>. Luettu 10.10.2010.
- Pötsönen, Riikka – Pennanen, Pirjo 1998: Ryhmähaastattelu ja sen käyttömahdollisuudet terveystutkimuksessa. Teoksessa Pötsönen, Riikka – Välimaa, Raili: Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. 2-14.
- Raike, Antti 2005: Löytäjät elokuvantajua rakentamassa. Verkkodokumentti. <http://www.uiah.fi/ISBN/951-558-172-9/2_2_3.html>. Luettu 20.3.2010.
- Reponen, Helena 1994: Omaishoitajan tehtävä vanhustenhuollossa. Teoksessa Voutilainen, Päivi – Nikkonen, Merja – Merjola-Partanen, Tuula (toim.): Kissa ja kiikkutuoli?? Näkökulmia vanhusten hoitotyön kehittämiseen. Stakesin raportteja 160. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy. 50-66.
- Routasalo, Pirkko 2002: Terveiden edistäminen vanhusten palveluissa. Teoksessa Koivisto, Taru (päätoim.): Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveiden edistäminen. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 109-118.
- Salomaa, Eija M. 2010. Osastonhoitaja. Haastattelu. Jorvi, TK 1. Espoo. Haastattelu 22.9.2010.
- Sarvimäki, Anneli – Muurinen, Seija (toim.) 2003: Kotiinkuntoutustoiminnan arviointi. Verkkodokumentti. <http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/9d0fd5004a176e2694e6fc3d8d1d4668/kkt_-arviointi.pdf?MOD=AJPERES>. Helsingin kaupunki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008: Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Julkaisuja 2008: 3. Verkkodokumentti. Päivitetty 13.2.2008. <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089#fi>. Luettu 24.8.2010.
- Terveiden edistäminen. Järvisuon seutukunta. Verkkodokumentti. <<http://www.jarvisuon.fi/Default.aspx?id=358652>>. Luettu 20.11.2010.
- Terveys 2015 kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<http://www.terveys2015.fi/tietoa.html>>. Luettu 19.11.2010.
- Toimintakyvyn edistäminen. Kuntoutus Orton. Verkkodokumentti. <http://www.kuntoutusorton.fi/fysioterapia_toimintaterapia/toimintaterapiapalvelut/fi_FI/toimintakyky/>. Luettu 19.11.2010.

- Topo, Päivi – Sormunen, Saila – Saarikalle, Kristiina – Räikkönen, Outi – Eloniemi-Sulkava, Ulla 2007: Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakes. Vaajakoski.
- Viitakoski, Kaija 1995: Omaishoitajien kokemuksiin perustuvia käsityksiä dementoituneen läheisen hoidosta. Ituja vanhustyöhön. Vanhustyön keskusliiton raportti nro 1/1996. Vanhustyön keskusliitto: Jyväskylä.
- Voutilainen, Päivi (toim.) 2007: Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Helsinki: Stakes. Verkkodokumentti. <<http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/raportit/R2-2007-VERKKO.pdf>>. Luettu 24.11.2010.

Hyvä omainen/omaishoitaja.

Olemme kaksi fysioterapeuttipiskelijää ja teemme opinnäytetyötämme osana Liittyvä Voima –hanketta. Hankkeen tavoitteena on tuottaa työelämän ja korkeakoulun välinen kumppanuusmalli. Kumppanuusmalli kehitetään toimintatutkimuksena pilottihankkeessa, jossa on mukana Espoon sairaala ja Metropolia ammattikorkeakoulun eri klustereita. Pilottihankkeen yhtenä tavoitteena on kehittää Espoon sairaalaan uusi hoitotyön malli potilaan toimintakyvyn edistämiseksi.

Omalla opinnäytetyöllämme pyrimme kartoittamaan omaishoitajien näkökulmaa kuntouttavasta hoidosta ja selvittämään mistä Te kaipaatte tietoa tullessanne sairaalan akuuttiosastolle: Miten toivoisitte läheisenne otettavan vastaan ja mikä olisi mielestänne tärkeää nopean kuntoutumisen kannalta? Liittykö läheisen akuuttisairaanhoidon joutumiseen esimerkiksi pelkoja, jotka olisi hyvä käsitellä hyvissä ajoin? Onko Teillä oma-kohtaisia kokemuksia akuuttisairaanhoidon osastosta? Mielipiteenne ovat ensiarvoisen tärkeitä viemään tätä kehityshanketta eteenpäin ja olemme erittäin kiinnostuneita kuulemaan Teidän kokemuksianne ja ajatuksianne aiheesta.

Ottakaa meihin yhteyttä mikäli teillä on kiinnostusta tuoda ajatuksianne julki asiaa koskien. Voimme yhdessä miettiä miten saisimme äänenne kuuluviin. Soittamalla tai sähköpostia lähettämällä ette sitoudu mihinkään, mutta voitte olla mukana viemässä tärkeää asiaa eteenpäin.

Pyydämme Teitä ottamaan meihin yhteyttä mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään 15.6.2010.

Keväisin terveisin,

Maria Hämäläinen ja Hanna Tupamäki
maria.hamalainen@metropolia.fi
hanna.tupamaki@metropolia.fi

HAASTATTELURUNKO

Aiheen alustus

Kokevatko omaishoitajat mielipiteensä merkitykselliseksi ja uskovatko vaikutusmahdollisuuksiinsa: miksi uskovat, miksi eivät usko?

Keskustelu:

- Minkälainen tilanne kullakin omaishoitajalla on: miten kauan on omaishoitaja toiminut, ovatko heidän hoidettavansa elossa, miten hoito käytännössä toimii?

Pääteemat:

- Tuleeko mieleen asioita, kokemuksia aiheeseen liittyen: ovatko lähiaikoina käyneet terveyskeskuksen vuodeosastolla, mieleen painuvia muistoja?
 - Käsitukset akuuttisairaanhoidosta ja osaston toiminnasta?
 - Esimerkkitapaukset: hyvät (ESIM 1) ja huonot (ESIM 2) palautteet:
 - Mitä mennyt pieleen, mitä onnistunut, mitä kenties ylipäättään tapahtunut?
 - ESIM 1:
 - ”omaisellani oli virtsatieinfektio, jonka takia jouduimme päivystyksen kautta terveyskeskuksen vuodeosastolle. Olemme todella kiitollisia osaston hoitajille ja muulle henkilökunnalle hyvästä hoidosta ja siitä, että pääsimme nopeasti kotiin!”
 - Mitä tässä on tapahtunut kenties? Mitkä asiat ovat saattaneet vaikuttaa positiiviseen palautteeseen? Miten asioiden pitäisi mennä?
 - ESIM 2:
 - Nainen, joka asui aiemmin kotonaan omaishoitajamiehensä kanssa, joutui sairaalaan yleistilan laskun takia ja siksi, että itekin ikääntynyt mies ei kyennyt avustamaan huonosti liikkuvaa vaimoaan tämän ollessa huonommassa kunnossa. Mies kävi osastolla päivittäin vierailuajkojen puitteissa ja sätti hoitajia vaimonsa vajaan hoidosta ja hääräsi itse hänen ympärillään ja vaati jatkuvaa huomiota kiireisiltä hoitajilta.
 - Herääkö tästä ajatuksia? Miksi mies toimi kuten toimi?
 - Mitä oleellisia asioita haluttaisiin tietää akuuttisairaanhoidon osastolle tullessa?
 - Minkälainen ohjeistus osastosta toimisi parhaiten: Elektroninen tuotos, joka olisi osastolla katsottava vai lainattava? Paperiversio, jonka voisi ottaa kotiin? Miksi?
 - Miten eri asiat voitaisiin esittää mahdollisimman havainnollisesti?
- Lopetus:**
- Toiminnallinen osio: tuolijumppa sekä rentoutuminen sekä hieronta.

Toinen haastattelukerta etenee rungon mukaisesti avoimilla kysymyksillä, mutta uusien ajatusten lisäksi syvennyttään ensimmäisellä haastattelukerralla esiin tulleisiin teemoihin.

Arvoisa omaishoitaja,

Opiskelemme Helsingin Ammattikorkeakoulussa Metropoliaa fysioterapiaa ja olemme tekemässä opinnäytetyötä. Työmme aihe on ”omaishoitajien näkemykset akuuttisairaanhoidosta”. Työmme on osa Liittyvä Voima –hanketta (2008 – 2011), jonka tavoitteena on tuottaa korkeakoulun ja työelämän välinen kumppanuusmalli. Kumppanuusmalli kehitetään Espoon kaupungin ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteisenä toimintatutkimuksena. Tämä haastattelu on yksi osa tästä toimintatutkimuksesta.

Tavoitteena on toimia Liittyvä-voima hankkeen kolmannessa osaprojektissa ja antaa oma panoksemme Puolarmetsän sairaalan TK1–osaston toimintakulttuurin kehittämiseksi. Tavoitteenamme on selvittää kokemuksianne akuuttisairaanhoidosta ja saada ideoita, kuinka sitä tulisi kehittää.

Tarkoituksemme on haastatella Teitä ryhmässä. Ryhmähaastattelupaikka on Omenatarha Espoossa ja ajankohdat ma.27.9 ja ma.11.10 klo.14.00-16.00.

Haastattelu taltioidaan videokameralla ja se on luottamuksellinen. Tietoja ei tulla käyttämään muuhun kuin tämän opinnäytetyön tarkoitukseen. Tallenne hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Opinnäytetyössä ei tulla käyttämään Teidän nimiänne. Haastattelussa ei ole eikä kysellä oikeita tai vääriä vastauksia, vaan ainoastaan kokemuksianne.

Pyydämme kohteliaimmin lupaa haastatella Teitä opinnäytetyötämme varten.

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Aika

Paikka

Ystävällisin terveisin

Maria Hämäläinen
puh. 040 xxxxxxxx

ja

Hanna Tupamäki
puh. 040 xxxxxxxx