



TAMPEREEN  
AMMATTIKORKEAKOULU

# **INTERVALLIHOIDON ASIAKASLÄHTÖISEN PROSESSIN MALLINTAMINEN JA KEHITTÄMINEN**

**Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alueen vanhus-  
palveluiden kehittämishanke**

Katri Saartila

Opinnäytetyö  
Marraskuu 2016  
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen  
YAMK



## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen YAMK

SAARTILA, KATRI:

Intervallihoidon asiakaslähtöisen prosessin mallintaminen ja kehittäminen  
Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alueen vanhuspalveluiden kehittämishanke

Opinnäytetyö 112 sivua, joista liitteitä 7 sivua  
Marraskuu 2016

---

Intervallihoido on yksi vanhusten kotona asumisen tuen palveluista. Intervallihoidon asiakas asuu kotona, mutta on ennalta sovitun ajan palvelua tuottavassa laitoksessa tai palveluasumisyksikössä hoidettavana. Intervallihoidoa tuotetaan myös omaishoidontuen palveluna, jolloin jakso mahdollistaa omaishoitajan lakisääteisten vapaapäivien pitämisen. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä kokemustietoa omaishoidettavilta intervallihoidon asiakkailta ja palvelua tuottavalta henkilökunnalta ja kuvata sitä, minkälaista intervallihoido on heidän näkökulmastaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alueen vanhuspalveluita asiakaslähtöisemmiksi luomalla uusi intervallihoidon toimintamalli. Aiheena intervallihoido on ajankohtainen, sillä kuntien edellytetään järjestävän vanhusten pitkäaikainen hoiva ja huolenpito ensisijaisesti kotiin annettavien palvelujen avulla. Opinnäytetyön teoreettinen perusta koostuu vanhusasiakkuiden, asiakaslähtöisyyden ja intervallihoidon käsittelystä.

Opinnäytetyö muodostuu tutkimusosasta ja työn kehittämisosasta. Tutkimusosassa eläytymismenetelmällä kerätty kerronnallinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Tuloksissa kuvattiin asiakaslähtöisen intervallihoidon kokonaisuutta ja niitä seikkoja jotka vaikuttavat positiivisen tai negatiivisen asiakaskokemuksen syntymiseen. Teemoiksi muodostuivat voimavaralähtöinen hoitotyö, hoivatoiminnan puitteet, intervallihoidon laatu, viestintä ja tiedotus, intervallihoidon tavoitteellisuus ja yhteinen toimintamalli. Analyysissä muodostetuista teemoista työstettiin ryhmätöiden aiheet toimintatutkimuksellisesti toteutettuun kehittämisosaan. Työn kehittämiseksi käytettiin yhteistoiminnallista Learning Café -menetelmää. Ryhmätöissä tuotettu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Tuloksissa kuvattiin tavoitteellisen intervallihoidon prosessikuvaus sekä ryhmätöissä esiin tuotuja keinoja intervallihoidon kehittämiseksi.

Intervallihoidon asiakkuuden määrittelyn haasteellisuus, tiedonkulun ongelmat sekä hoidon tavoitteellisuuden ja vaikuttavuuden todentamisen vaikeudet kävivät ilmi opinnäytetyön tuloksista ja antoivat samoja viitteitä kuin aiemmat tutkimukset. Ongelmakohtien ratkaisemiseksi opinnäytetyön tuloksista työstettiin intervallihoidon tavoitteellinen prosessikuvaus, jonka tarkoituksena on toimia uuden toimintamallin perustana. Visuaalisen muodon lisäksi prosessi kuvataan kerronnallisen aineiston analyysin yhteenvedona kirjoitettuna ideaalina toimintatarinana onnistuneesta intervallijaksosta. Prosessikuvausten tarkoituksena on toimia hoitohenkilökunnan ja esimiesten työvälineinä arjen toiminnoissa ja intervallihoidon kehittämisessä.

---

Asiasanat: intervallihoido, vanhus, prosessi

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master's Degree in Management of Health Care and Social Services

SAARTILA, KATRI:  
Modeling and Developing the Client-Oriented Process of Institutional  
Respite Care  
Development Project of the Elderly Care in the Akaa and Urjala Cooperation Area

Master's thesis 112 pages, appendices 7 pages  
November 2016

---

Institutional respite care (=IRC) is a service for the elderly where the elderly live at home, but are in institutional care for periods of time in a facility or in an assisted living home. IRC is also provided as a service of informal care support.

The purpose of this study was to gather experiential knowledge from respite care recipients and professional caregivers and detail respite care from their viewpoint. The aim of the study was to develop the elderly care in the Akaa and Urjala cooperation area to be more client-oriented by creating a new operating model. The theoretical framework of this study was based on the clientship of the elderly, client-oriented approach, and IRC.

The study is divided into research part and development part. The research part consists of empathy-based stories which were analyzed using content analysis. Results described client-oriented IRC and matters that influence the client experience. These themes became the topics for the development part. The data were collected using Learning Café method and analyzed using content analysis.

The results indicate challenges in communication, in defining clientship, and in verifying the purposefulness and effectiveness of the IRC. To form the new operating model, the results were refined into a process description of IRC. In addition to the visual presentation, the process is described as a narrative of an ideal period in IRC. Process descriptions are tools for nursing staff and managers in their everyday work as well as for developing IRC.

---

Key words: institutional respite care, an elderly person, process

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET .....	9
3	INTERVALLIHOITO VANHUSHOIVAN KÄYTÄNTÖNÄ.....	10
3.1.	Intervallihoidon kotona asumisen tukena.....	10
3.2.	Intervallihoidon omaishoidon tukena.....	11
3.3.	Intervallihoidon prosessikuvaus Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alueella .....	13
4	ASIAKASLÄHTÖISYYS .....	15
4.1.	Asiakaslähtöisyys - osa laadukasta vanhusten palvelua.....	16
4.2.	Vanhus asiakkaana .....	19
4.3.	Asiakaslähtöisyyden edellytykset intervallihoidossa .....	21
4.4.	Asiakaslähtöisyyttä edistävät tekijät intervallihoidossa .....	25
4.5.	Asiakaslähtöisyyttä estävät tekijät intervallihoidossa .....	27
4.6.	Asiakaslähtöisyyden kehittäminen intervallihoidossa.....	30
5	OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSOSAN TOTEUTUS JA TULOKSET .....	36
5.1.	Opinnäytetyöprosessi .....	36
5.2.	Tutkimusosan aineisto ja sen keräämisen kuvaus .....	37
5.3.	Tutkimusosan aineiston analyysi.....	40
5.4.	Opinnäytetyön tutkimusosan tulokset .....	44
5.4.1	Voimavaralähtöinen hoitotyö.....	45
5.4.2	Hoivatoiminnan puitteet.....	48
5.4.3	Intervallihoidon laatu .....	49
5.4.4	Viestintä ja tiedotus.....	51
5.4.5	Intervallihoidon tavoitteellisuus.....	53
5.4.6	Yhteinen toimintamalli.....	55
5.4.7	Yhteenveto tutkimusosan tuloksista.....	56
6	OPINNÄYTETYÖN KEHITTÄMISOSAN TOTEUTUS JA TULOKSET .....	60
6.1.	Kehittävä toimintatutkimus .....	60
6.1.1	Learning Café työn ja toimintakulttuurin kehittämismenetelmänä.....	61
6.1.2	Prosessimallintaminen työn kuvaajana .....	63
6.2.	Opinnäytetyön kehittämisosan tulokset.....	67
6.2.1	Intervallihoidon asiakaslähtöisyyden kehittäminen .....	70
6.2.2	Intervallihoidon tavoitteet .....	72
6.2.3	Intervallihoidon tiedonkulun ja yhteistyön kehittäminen .....	74
6.2.4	Intervallihoidon tavoitteellinen prosessi .....	76
6.2.5	Yhteenveto kehittämisosuuden tuloksista .....	78
7	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	80

7.1. Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	80
7.2. Tutkimustulosten arviointi .....	84
7.3. Kehittämistyön arviointi .....	89
7.4. Opinnäytetyöprosessin arviointi .....	91
7.5. Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet .....	92
LÄHTEET .....	97
LIITTEET .....	106
Liite 1. Kirjoituskutsu intervallihoidon asiakkaille .....	106
Liite 2. Kirjoituskutsu henkilökunnalle .....	107
Liite 3. Kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen .....	108
Liite 4. Esimerkki ryhmätöiden aiheista 11.5.2016 .....	109
Liite 5. Esimerkki ryhmätöiden aiheista 31.5.2016 .....	110
Liite 6. Kysely ryhmätyöskentelyyn osallistuneille .....	111
Liite 7. Tutkimuslupa .....	112

## 1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä kokemustietoa omaishoidettavilta intervallihoidon asiakkailta ja heitä hoitavalta henkilökunnalta. Tavoitteena oli selvityksen avulla löytää konkreettisia kehityskohtia Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alueen vanhuspalveluissa. Opinnäytetyö koostuu sekä tutkimuksellisesta osuudesta että työn kehittämisen osuudesta. Tutkimuksen avulla saatua kokemustietoa käytettiin kehittämistyön pohjana. Olen työni puolesta kiinnostunut vanhustyön kehittämisestä. Työskenneltyäni alalla pitkään olen nähnyt tarpeen kehittää intervallihoidoa asiakaslähtöisemmäksi.

Intervallihoido on varsin ajankohtainen aihe, sillä vuonna 2012 voimaan tullut laki vanhusväestön hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn sekä itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi (nk. vanhuspalvelulaki 980/2012) edellyttää, että kunnat järjestävät pitkäaikaisen hoivan ja huolenpidon ensisijaisesti kotiin annettavien palvelujen avulla. Intervallihoido on yksi omaishoidon tuen palveluista. Sen tarkoituksena on tukea vanhuksen kotona asumista. Vanhusten pitkäaikaisen laitoshoidon systemaattinen alasajo kunnissa siirtää vastuuta ikääntyvien hoidosta omaisille ja kotihoidolle. Suomessa on omaisiaan päivittäin auttavia henkilöitä noin 58 000, joista noin 40 000 on omaishoidon tukea saavia omaishoitajia. Heidän toimintakykynsä ylläpitäminen ja tavoitteellinen tukemisensa on eduksi kaikille osapuolille. (STM 2013.) Nykyisin omaishoidon piiriin kuuluu 4,5 % 75- vuotta täyttäneistä. Tämän hetken tavoitteena on, että viisi prosenttia ikääntyneistä hoidettaisiin omaishoidossa vuoteen 2020 mennessä. Kunnilla on kuitenkin jo nyt liian vähän resursseja tuottaa omaishoidon tukipalveluita. (Juupaluoma 2016, 9.) Omaishoitajuudella on merkittävä vaikutus vanhustenhuollon rakenteeseen, sillä STM:n (2013) arvion mukaan noin puolet omaishoidon turvin hoidettavista olisi ympärivuorokautisessa hoidossa ilman omaishoitajaa. (STM 2013.)

Vanhusten hoidon painottuminen heidän koteihinsa on ollut jo vuosien ajan kasvava suuntaus, jota valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus kiihdyttää. Uudistuksen tavoitteena on muun muassa parantaa palveluiden yhdenvertaisuutta ja hillitä kustannuksia. Sen myötä sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuu siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä 18 maakunnalle vuonna 2019. Sote-muutoksen ”tavoitteena ovat nykyistä asiakaslähtöisemmät, vaikuttavammat, kustannustehokkaammat ja paremmin yhteen sovitettut palvelut” (STM 2016b). Uudistuksenkin kehittämiskohteena

oleva asiakaslähtöisyys on terveydenhuollon palveluissa määritelty rakentuvan kohtaamisen ja vuorovaikutuksen osaamisesta, ammattitaidosta, olosuhteiden tuntemuksesta, prosessien ja johtamisen suunnittelusta, asiakkaiden tarpeiden tunnistamisesta sekä asiakaskokemuksista ja asenteista (Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirso & Mattelmäki 2014, 12, 133).

Intervallihoidon asiakaslähtöisyyttä ei ole juuri tutkittu. Aiheeseen liittyvät tutkimukset käsittelevät suurimmaksi osaksi omaishoitajan kokemuksia ja intervallihoidon vaikutusta omaishoitajien jaksamiseen, mikä ilmeni tätä opinnäytetyötä varten tehdyssä kirjallisuuskatsauksessa. Intervallihoidon (engl. respite care) kontekstissa on vaikeaa määritellä asiakasta yksiselitteisesti. Salin (2008) on tutkimuksessaan kuvannut vanhuksen lyhytaikaisen laitoshoidon reaalimallia omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan näkökulmista. Jatko-tutkimusehdotuksenaan Salin esittää hoidettavien vanhusten haastattelua ja sen selvittämistä, miten lyhytaikainen hoito vaikuttaa hoidettavan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Salinin mielestä olisi tärkeää tietää, miten hoidettavat kuvaavat laitoshoitajaksoja. (Salin 2008, 81.) Tässä työkäytäntöjä ja asiakaslähtöisyyttä kehittämään tähtäävässä hankkeessani lähdin liikkeelle juuri siitä, mitä intervallijaksoilla hoidettavat vanukset itse kokemuksistaan kertovat. Tutkimuksessani määrittelin intervallihoidon asiakkaaksi hoidettavan vanhuksen.

Työyhteisön sosiaalisiin rakenteisiin ja toimintatapoihin suuntautuvassa tutkimuksessa on haastavaa kerätä aitoja kokemuksia pohjaksi työyhteisön kehittämiseksi. Aittoa tunnetta tavoitellessani käytin välineinä kerrontaa ja mielikuvitusta. Keräsin aineistoa sekä henkilökunnalta että intervallihoidon asiakkailta samalla kerronnallisella menetelmällä, joka mahdollisti tutkittavan aiheen vapaan kuvailun ja kuvittelun. Aineiston keräämiseen käytin kehyskertomusta, jonka avulla pyysin tutkimukseen osallistuneilta kirjoitusta onnistuneesta tai epäonnistuneesta intervallijaksosta. Kerronnallisen aineiston analyysi tuotti materiaalia työn kehittämiseksi, johon henkilökunnalle oli mahdollisuus osallistua ryhmittä tehden.

Tämän tutkimuksen kehittämiskohteen – intervallihoidon sisällön – kuvaan tavoitteellisenä prosessina. Prosessimallintaminen toimii työvälineenä, jonka lopputuloksen visuaalinen muoto havainnollistaa intervallihoidon kokonaisuuden. Opinnäytetyössäni olen kuvannut prosessin sisältöä myös kuvitteellisena toimintatarinana. Tarina antaa prosessille konkreettisemmän, inhimillisemmän ja helpommin ymmärrettävän muodon (Kalliomäki

2014, 54). Työprosessien kuvaaminen auttaa tehostamaan asiakastyötä sekä tunnistamaan prosessien toimivat käytännöt ja mahdolliset kehitystarpeet. Prosessikuvaukset tekevät työtehtävät näkyviksi, mikä selkiyttää ammatillisen työn tavoitteita. (Heinola & Paasi-vaara 2007, 52.)

Kirjoituksissaan henkilökunta esitti huolensa intervallihoidon puutteellisista toimintaohjeista ja palvelun koordinoimattomuudesta. Tuloksena esittämäni prosessikuvaus toimii työvälineenä henkilökunnalle mutta myös asumispalveluyksiköiden esimiehille, joiden toimenkuvaan kuuluu huolehtia siitä, että palveluperiaate toteutuu mahdollisimman hyvin palveluyksiköiden perustoiminnassa. Toiminnan tarkka kuvaus on eduksi laadun ja asiakkuuden toteutumisen arvioinnissa palvelun eri osa-alueilla myös koko Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alueella. Hyvä asiakastoiminta vaatii eettistä organisaatiokulttuuria ja jatkuvaa kehittämistä, jonka apuna prosessikuvausta voidaan myös käyttää.

Raporttini rakenne etenee teoriaosuuden kautta tutkimusosuuden kuvailuun ja edelleen kehittämistyön raportointiin. Opinnäytetyöni teoriaosuudessa kuvaan vanhusasiakkuutta, asiakaslähtöisyyttä ja intervallihoitoa vanhusten kotona asumisen tukena. Olen käsitellyt opinnäytetyön taustaa ja sen tärkeimpiä käsitteitä laajasti, sillä raporttia käytetään henkilökunnan kouluttamiseen ja työn kehittämiseen. Työn sisältämän teorian ja empirian avulla intervallihoito on mielletävissä osaksi asumispalveluyksiköiden perustehtävää, mikä on edellytys asiakaslähtöiselle toiminnalle. Teorian jälkeen esittelen opinnäytetyöni tutkimusosuuden toteutuksen ja tulokset teemoittain. Tutkimusosuuden tuloksista olen johtanut kehittämistyön aiheet. Lopuksi raportoin kehittämisosuuden toteutuksen ja tulokset sekä pohdin jatkotutkimushaasteita.



## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä kokemustietoa intervallihoidon palvelusta sekä asiakkailta että henkilökunnalta. Aineiston keruu kohdistuu asiakkaisiin, jotka ovat saaneet oikeuden käyttää Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alueen vanhuspuolen intervallijaksoja omaishoidon tukimuotona vuonna 2016 sekä intervallihoitoa tuottavien yksiköiden henkilökuntaan. Opinnäytetyön tarkoituksena on viedä tutkimuksen keinoin tiivistetty kokemustieto käytäntöön. Se tapahtuu ryhmätyöskentelyn keinoin.

Tutkimustehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

1. Minkälaista intervallihoito on asiakkaan kokemana?
2. Minkälaista intervallihoito on henkilökunnan kokemana?
3. Millainen on asiakaslähtöinen toimintamalli?

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alueen vanhuspalveluita asiakaslähtöisemmiksi luomalla uusi intervallihoidon toimintamalli. Yhteistoinnallisesti ryhmätyönä tehtävä asiakaslähtöisen palveluprosessi otetaan mahdollisuuksien mukaan käyttöön uutena käytäntönä kaikissa alueen intervallihoitoa tuottavissa yksiköissä. Tavoitteena on positiivisempi kokemus asiakkaalle. Prosessimallin käyttö sujuvoittaa työtä ja lisää sen myötä myös työtyytyväisyyttä. Työelämälähtöinen tutkimusaihe tukee myös omaa ammatillista kasvuani.

### 3 INTERVALLIHOITO VANHUSHOIVAN KÄYTÄNTÖNÄ

Suomalaisessa yhteiskunnassa hoivapolitiikan ja vanhustenhuollon juuret ovat köyhäinhoidossa ja laitoshuollossa. Vanhainkotipaikkojen määrä oli suurimmillaan 1970- ja 1980- luvuilla, mutta tämän jälkeen laitospaikat ovat vähentyneet kiihtyvällä tahdilla. (Anttonen 2009, 68–69.) 2010- luvulla suomalaisen vanhuspolitiikan tavoitteeksi on muodostunut kotona asuminen ja kotona tapahtuvan hoivan tukemisesta on tullut ensisijainen hoivapoliittinen tavoite niin Suomessa kuin muissakin Euroopan maissa (Anttonen 2009, 95; STM 2013). ”Terve ja toimintakyvyn mahdollisimman pitkään säilyttävä ikääntyminen mahdollistaa osaltaan iäkkäiden täysivaltaista osallisuutta yhteiskunnassa, parantaa heidän elämänlaatuaan ja vaikuttaa sosiaali- ja terveystalouden tarpeeseen” (STM 2013). Toimintakyvyn tukemiseen ja kotona asumisen mahdollistamiseen on kehitetty erilaisia tukimuotoja. Näistä yksi on lyhytaikainen laitos- tai palveluasuminen eli intervallihoito.

#### 3.1. Intervallihoito kotona asumisen tukena

Lyhytaikaisesta laitoshoidosta käytetään arkikielessä termejä intervallihoito, jaksohoito ja vuoroahoito (Salin 2008, 22). Tässä opinnäytteessä käytän termiä intervallihoito, joka on yleisessä käytössä yhteistoiminta-alueen hoitajien arkikielessä. Englanninkielisessä tekstissä intervallihoidolle ei ole suoranaista vastinetta, vaan se on yksi ”respite care” -käsitteen sisällöistä. ”Respite care” tarkoittaa helpottavaa hoitoa, joka voi olla omaishoitettavan kotona annettavaa hoitoa, päivähoitoa tai lyhytaikainen laitoshoidojakso esimerkiksi vanhainkodissa. Parhaiten suomalaista intervallihoidon käsitettä vastaa englanninkielinen termi ”institutional respite care”. (Muurinen 2003, 49–50.)

Intervallihoidossa koti- ja laitosjaksojen kesto sovitetaan asiakkaan ja omaishoitajan tarpeen mukaan. Hoitajakset toteutetaan vanhusten palveluasumisyksiköissä tai vanhainkodeissa. Arkikielessä omaishoitajalla tarkoitetaan usein henkilöä, joka saa omaishoidon tukea. Suurin osa perheenjäsentään hoivaavista omaisista tekee työtä kuitenkin ilman virallista asemaa vaikka hoidettavan kunto tuen saantia edellyttäisikin. Syynä on usein taloudellisen aseman heikkenemisen pelko. (Salin 2008, 17.) Intervallihoito on kotona asumista tukeva palvelu, jota Suomessa on toteutettu noin 30 vuotta. Vanhusten lyhytaikaista

laitushoitoa tai lyhytaikaista asumispalvelua koskevia tutkimuksia on tehty Suomessa vähän, eikä lyhytaikaisen hoidon tavoitteista ole juuri keskusteltu julkisuudessa. (Muurinen 2003, 14; Salin 2008, 29.)

### **3.2. Intervallihoito omaishoidon tukena**

Omaishoidon tukea säätelee laki omaishoidon tuesta (937/2005). Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Omaishoidon tuki on palveluiden kokonaisuus, johon kuuluvat hoidettavalle annettavat tarvittavat palvelut sekä omaishoitajalle maksettava hoitopalkkio, omaishoidon vapaa ja omaishoitoa tukevat palvelut. Omaishoidon tuen järjestämisestä vastaa hoidettavan kotikunta. Tuesta tehdään toimeksiantosopimus kunnan ja omaishoitajan välillä. Omaishoitajan tulee olla yli 18-vuotias ja riittävän terve, jotta hän pystyy antamaan hoivaa. (Anttonen 2009, 77; Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2011, 9; Miettinen & Röppänen 2011, 6; Akaan kaupunki 2014; Omaishoitajat.fi 2015.)

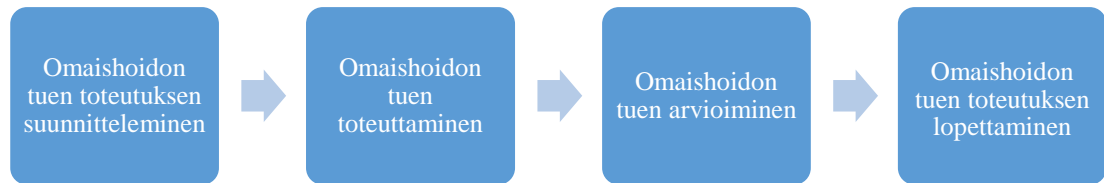
Omaishoidon tukea voidaan myöntää sekä pitkä- että lyhytaikaiseen hoidontarpeeseen, kun omaisen antama hoito on hoidettavan edun mukaista ja edellytykset omaishoidon toteuttamiseksi ovat olemassa. Tuen myöntämisperusteet ja hoitopalkkioiden suuruus vaihtelevat kunnasta toiseen. Omaishoidon tuki on talousarviossa määrärahasidonnainen palvelu, joten siihen ei ole subjektiivista oikeutta. (Järnstedt ym. 2011, 9; Omaishoitajat.fi 2015.) Saattaa käydä myös niin, että päätös omaishoidon tuen maksamisesta tehdään, mutta kunnalla ei ole rahaa maksaa sitä (Anttonen 2009, 77).

Omaishoitolain mukaan kunta voi myöntää omaishoidon tukea, jos:

- henkilö alentuneen toimintakyvyn, sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi tarvitsee kotiloissa hoitoa tai muuta huolenpitoa;
- hoidettavan omainen tai muu hoidettavalle läheinen henkilö on valmis vastaamaan hoidosta ja huolenpidosta tarpeellisten palveluiden avulla;
- hoitajan terveys ja toimintakyky vastaavat omaishoidon asettamia vaatimuksia;
- omaishoito yhdessä muiden tarvittavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kanssa on hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävä;
- hoidettavan koti on terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle sopiva;

- tuen myöntämisen arvioidaan olevan hoidettavan edun mukaista. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 3 §.)

Omaishoidon tuen tuottaminen asiakkaalle voi sisältää esimerkiksi asiointipalvelua, ateriapalvelua, päivätoimintaa, lyhytaikaishoitoa tai kuljetuspalvelua (Järnstedt ym. 2009, 137–140). Tuotettavasta palvelusta riippumatta tuottaminen voidaan vaihteistaa Miettisen ja Röppäsen (2011, 17) mukaan seuraavasti: (Kuvio 1).



KUVIO 1. Omaishoidon tuen tuottaminen asiakkaalle (Miettinen & Röppänen 2011, 17).

Omaishoidon tuesta kunnan kanssa toimeksiantosopimuksen tehneellä omaishoitajalla on oikeus vähintään kolmen vuorokauden pituiseen vapaaseen kuukaudessa, jos hän hoitaa omaistaan ympärivuorokautisesti. Myös omaishoitajalla, jonka hoidettava viettää kodin ulkopuolella vain vähäisen osan vuorokaudesta esimerkiksi päivätoiminnassa, kuntoutuksessa tai opiskelemassa, on oikeus vapaaseen. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 96; Omaishoitajat.fi 2015.)

Vapaat toteutetaan järjestämällä hoidettavalle hoito vanhainkodeissa, palvelutaloissa tai joissain tapauksissa omaishoitajan sijaisen avulla (Akaan kaupunki 2014). Osa omaishoitajista jättää vapaapäivät käyttämättä tai käyttää niistä osan epäsäännöllisesti. (Auranen 2015; Kähkönen 2015.) ”Palveluista, joita kunta järjestää hoidettavalle lakisääteisen vapaan ajaksi korvaamaan omaishoitajan antamaa hoitoa ja huolenpitoa, hoidettavan maksettavaksi voi tulla enintään 11,50 € vuorokaudessa. Tämä koskee myös palvelusetelillä ostettavaa sijaisapua.” (Omaishoitajat.fi 2015.)

Anttosen (2009, 79) mukaan omaishoidon tuki on käytännössä etuus, jonka avulla omaiset saadaan jatkamaan hoivatyötä, jota he ovat usein tehneet jo pitkään ilman tukea. Omaishoiva on siten vaihtoehto sekä laitospäivä- että kotihoidolle. Omaishoitajan työ on vaativaa. Hän on vastuussa, jos hoidossa sattuu virheitä tai hoidettava vahingoittuu (Mattila & Kakriainen 2014, 13). Auttamistyö saattaa johtaa Kelon ym. (2015) mukaan omaishoitajan ahdistuneisuuteen, syyllisyyden tunteisiin ja jopa vihaan. Tutkimusten mukaan myös masentuneisuus on omaishoitajilla huomattavasti yleisempää, kuin muilla saman

ikäisillä. Tärkeimmiksi omaishoitajan kuormitusta helpottaviksi tekijöiksi on havaittu riittävät tukipalvelut, jotka laskisivat myös hoidettavan riskiä joutua laitoshoitoon. Omaishoitaja ohittaa helposti omat tarpeensa. Hänen olisi välillä pysähdyttävä tarkastelemaan omaa selviytymistään. On myös hoidettavan etu, että omaishoitaja huolehtii itsestään. (Kelo ym. 2015, 102.) Kelan etuuksista Mattilan ja Kakriaisen (2014, 43) tutkimuksen mukaan tärkeimpiä omaishoitoperheiden kannalta olivat omaishoitajien kuntoutuskurssit ja pariskunnille suunnatut parikurssit.

Vuonna 2016 omais- ja perhehoitajia koskevaa lainsäädäntöä muutettiin. Muutokset astuvat kokonaisuudessaan voimaan vuoden 2018 aikana. STM:n tiedotteen mukaan ”muutosten myötä kuntien on kehitettävä sijaishoitokäytäntöjään omaishoidon vapaapäivien järjestämiseksi. Kunnille tulee velvollisuus järjestää omaishoitajille tarvittaessa myös valmennusta ja koulutusta sekä hyvinvointi- ja terveystarkastuksia.” (STM 2016a.)

### **3.3. Intervallihoidon prosessikuvaus Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alueella**

Tutkimukseni toimintaympäristö on Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alueella intervallihoidoa tuottavat kunnan omat vanhusten laitos- ja palveluasumisyksiköt henkilökuntiin. Tutkimuksen kohde on yhteistoiminta-alueen omaishoidontuen piiriin kuuluvien intervalliasiakkaiden hoito, jonka kehittämiseen tutkimustietoa hyödynnetään.

Kokonaisuuden kannalta on tärkeää selvittää ja nimetä palveluketjun oheistoimijat sekä sosiaali- ja terveysalan moniammatillisen verkoston kosketuspinnat kehitettävään palveluun. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää nimenomaan intervallijakson laatua, joten tämän takia on perusteltua rajata toimintaympäristön kuvaus juuri intervallipalvelun tuottajiin. Toimintaympäristön kuvaus perustuu osittain YAMK -opintojen osana tekemääni julkaisemattomaan kirjalliseen kuvaukseen Akaan kaupungin intervallihoidon nykytilasta. Kuvaus pohjautuu intervallihoidon avainhenkilöiden haastatteluihin ja kunnan asiakirjoihin.

Tehostetun palveluasumisen yksikkö Havulinna tuottaa intervallihoidtoa Toijalan taajamassa vuonna 2016. Mäntymäen yksikkö tuottaa palvelun Viialan taajamassa ja Tarpia koti Kylmäkosken taajamassa. Urjalan vanhainkoti toimii Urjalassa kaupungin omana

palveluntuottajana. Taajamissa toimii edellä mainittujen yksiköiden lisäksi yksityisiä palveluntuottajia. (Akaan kaupunki 2014, 2015.) Tämä tutkimus keskittyy tarkastelemaan kunnan omien yksiköiden ympärivuorokautisen hoidon palveluntuotantoa yhteistoiminta-alueella. Taulukkoon 1 on koottu tiedot asukas- ja intervallipaikoista sekä henkilöstömitoituksesta asumisyksiköittäin.

TAULUKKO 1. Yhteistoiminta-alueen intervallihoidon tuottavat yksiköt.

asumisyksikkö	Havulinna	Mäntymäki	Tarpiakoti	Urjalan vanhainkoti
asukaspaikat	42	48	36	40
intervallipaikat	3	3	1	1
henkilöstömitoitus	0,56	0,55	0,55	0,65

Intervallijakson pituus on ennalta sovittu ja se on useimmiten yksi tai kaksi viikkoa. Jokaisessa hoitoyksikössä intervalliasiakas sijoitetaan pitkäaikaisten asukkaiden osastolle. Intervalliasiakkaiden arki noudattelee osastojen normaalia arkea. Jakson aikana hoitoa toteutetaan yksilöllisen hoitosuunnitelman mukaan. Pyrkimyksenä on arvioida ja ylläpitää hoidettavan senhetkistä toimintakykyä. Hoidon toteutus ja arviointi kirjataan potilastietojärjestelmään. Jaksolla ollaan tarpeen mukaan yhteydessä oheistoimijoihin, kuten asiakkaan kotiin, kotihoitoon tai kuntoutukseen. Tämän prosessin olen esittänyt kuviossa 2.



KUVIO 2. Intervallihoidon prosessi Akaan kaupungissa.

## 4 ASIAKASLÄHTÖISYYS

Tässä luvussa esittelen tutkimukseni teoreettisen viitekehyksen. Kuvaan asiakkuutta, asiakaslähtöisyyttä ja sen merkitystä intervallihoidossa aiempien tutkimusten valossa. Olen laatinut löytämistäni aikaisemmista tutkimuksista yhteenvedot intervallihoidon asiakaslähtöisyyden edellytyksistä sekä siihen edistävästi ja estävästi vaikuttavista tekijöistä (Kuvio 3). Tutkimusten perusteella olen nostanut esiin myös näkökulmia asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi. Intervallihoidon asiakaslähtöisyyden synteesiä varten tein omat tiedonhaut, joita täydensin kohdennetuilla lisähauilla viitekehyksen vaatimalla tavalla.

Suoritin kirjallisuuskatsauksen tiedonhaut Aleksis, Melinda, Medic, CINAHL, SocINDEX ja PubMed tietokantoihin 26.12.2015 – 20.1.2016. Asiasanoja hain YSA ja MeSH tietokannoista. Elektronisten hakujen lisäksi suoritin manuaalisen tiedonhaun Google Scholarin avulla ja etsin artikkeleita jo löydettyjen julkaisujen lähdeluetteloista.

Rajasin haut suomen- tai englanninkielisiin ilmaisiin teksteihin vuosilta 2000–2015. Jätin pois maksulliset tutkimukset, opinnäytteet, muut kuin englannin- tai suomenkieliset julkaisut ja muut kuin vanhustenhoitoa koskettavat tutkimukset.

Katsauksen perusteella en saanut suoraa vastausta siihen, miten asiakaslähtöisyys hoidettavan näkökulmasta ilmenee intervallihoidossa. Omaishoitajan näkökulmaa on tutkittu enemmän ja osassa tutkimuksissa käsiteltiin hoidettavan näkökulmaa vain omaishoitajan kertomusten perusteella.



KUVIO 3. Asiakaskeskeisyyden teemat kirjallisuuskatsauksen perusteella.

#### 4.1. Asiakslähtöisyys - osa laadukasta vanhusten palvelua

Laadukas hoito on Suomessa lakisääteistä. Vanhuspalvelulain (980/2012) 19§ mukaan iäkkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveystalvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito. Asiakslähtöisyys voidaan käsittää sosiaali- ja terveydenhuollossa synonyyminä hyvälle hoidolle ja laadukkaalle palvelulle. Hyttisen (2008,46) mukaan asiakslähtöisessä hoidossa asiakas on keskipisteenä ja tarvittavat hoitotyön palvelut järjestetään vastaamaan hänen tarpeitaan.

Kunnan asiakaspalvelutoiminnan suunta määritellään kaupungin strategiassa. Mikäli kunnassa tavoitellaan asiakslähtöisyyttä, olisi perusteltua myös kirjata se yhteiseksi tahtotilaksi. (Rantanen 2013, 14.) Akaan kaupungin strategiassa (2013) todetaan, että kunnalla on pyrkimyksenä muuttaa vanhusten palvelurakennetta ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (STM 2013) mukaiseksi.

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (STM 2013) mukaan hyvälaatuinen palvelu on vaikuttavaa ja turvallista, asiakslähtöistä ja asiakkaan tarpeisiin vastaavaa sekä hyvin koordinoitua. Asiakslähtöisyyden perusta on ihmisestä välittäminen ja ihmisarvon kunnioittaminen, mikä voidaan humanilla hoitoalalla kokea jopa itsestänselvyytenä.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2013) määrittelee asiakslähtöisyyden seuraavasti:

”Asiakslähtöisyys on palvelutoiminnan tarkastelua ja erittelyä palvelua saavan asiakkaan näkökulmasta. Asiakslähtöisesti toimivan organisaation toiminta suunnitellaan siten, että palveluja saavan asiakkaan tarpeet ja voimavarat ovat keskiössä ja asiakas on voimiensa mukaisesti mukana palvelun tarpeiden arvioimisessa, palvelun suunnittelussa, toteutuksessa ja palvelun vaikutusten ja laadun arvioimisessa. Asiakkaiden mahdollisuus tehdä valintoja on osa asiakslähtöisyyttä.” (STM 2013.)

Kuntaliiton Terveystalveluun laatuoppaassa (2011) kuvataan asiakslähtöisyyden olevan yksi terveyden- sairaanhoitopalveluiden toimintaperiaate sekä laadun osatekijä ja se määritellään seuraavasti:

”Asiakas/potilas voi toiminnallaan, valinnoillaan ja päätöksillään vaikuttaa omaan terveyteensä tai sosiaaliseen pärjäämiseensä. Hänellä on mahdollisuus vaikuttaa saamiinsa palveluihin ja tehdä valintoja. Potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta ja merkityksestä tulee huomioon otetuksi. Hänen asiantuntijuuttaan oman terveyden- ja elämäntilanteensa tuntijana kunnioitetaan. Hoitosuhde perustuu vuorovaikutukseen hoitohenkilö-kunnan ja potilaan sekä hänen omaistensa ja läheistensä kanssa. Asiakskeskeisyys on



ammattillista potilaan tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin vastaamista hoidossa.” (Kuntaliitto 2011, 6.)

Näissä molemmissa määritelmässä asiakkaan osallisuus on pääasia. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2013) ottaa kantaa määritelmässään myös palvelujen suunnitteluun (STM 2013.) Asiakkaiden osallistuminen palvelutuotannon suunnitteluun ja toteutukseen edellyttää organisaatiolta muun muassa uutta tiedon jakamisen menettelyä ja avointa viestintäkulttuuria. Palvelujen käyttäjien ja asiakkaiden aito osallisuus perustuu avoimeen ja kaksisuuntaiseen vuorovaikutukseen. Koko organisaation asiakaslähtöisyys rakentuu kohtaamisista, joita jokainen palvelutapahtuma tuottaa. (Stenvall & Virtanen 2012, 163.)

Vuorovaikutustilanteissa hoitajan haasteena on tunnistaa vanhuksen elämysmaailma. Tunnistaminen edellyttää vanhuksen kuuntelemista ja läsnäoloa. Aitoa asiakaslähtöisyyttä ilmentää halu ja kyky eläytyä vanhuksen kertomaan tarinaan ja antaa hänelle mahdollisuus tulla sen kautta näkyväksi. Teoriatiedon lisäksi vanhuksien kanssa työskentelevä tarvitsee välittämisen, eläytymisen ja vastavuoroisuuden taitoja. Parhaimmillaan hoitaja ymmärtää vanhuksen kokemusmaailmaa mutta auttaa vanhusta tarkastelemaan asioita myös ammatillisen teoriatiedon valossa. Asiantuntijuus on tällöin ongelmanratkaisu- ja päätöksenteko-osaamista, jotka rakentuvat henkilökohtaisten tietojen, taitojen ja kokemuksen pohjalle. (Heimonen, Sarvimäki & Suni 2010, 158–159; Kelo ym. 2015, 281–282.)

Asiakaslähtöisyyden vastakohta ei ole tuotantolähtöisyys vaan asiakaslähtöisyyden puute (Reinboth 2008, 22). Asiakaslähtöinen toiminta vaatii taitoa ajatella kuin asiakas ja halua ymmärtää tämän todellisia tarpeita. Asiakkaalla saattaa olla tarpeita, jotka henkilökunnalle näyttäytyvät erilaiselta, mutta ovat hänelle täyttä totta. Ihmisten erilaisuuden takia henkilöstön vuorovaikutustaidot ja kyky ymmärtää erilaisuutta korostuvat. (Selin & Selin 2013, 124.)

Aaltonen, Henriksson, Tiilikka, Valokivi ja Zechner (2014) ovat tutkineet lakien ja politiikka-asiakirjojen arvopohjaa hyvän elämän käsitteen avulla ja reflektoineet sitä vanhusten haastattelupuheessa määrittävään hyvään elämään. Säädösteksteissä on tutkijoiden mukaan luettavissa sekä yhteisiä tavoitteita että ristiriitaisia lausumia käytännön toimeenpanon ja vanhusten kokemusten välillä. Julkisissa tavoitteissa lausutut ohjeet ja hyvän elämän arvot sekä toiminta, joka vanhustyössä on käytännössä mahdollista toteuttaa, asettavat vanhustyöntekijät varsin ristiriitaiseen tilanteeseen työssään. (Aaltonen ym. 2014,

266.) Järnström (2011) toteaa vanhusten asiakkuutta käsittelevässä tutkimuksessaan asiakaslähtöisyyden ideaalin olevan kenties liian abstrakti käsite. Asiakaslähtöisyyden tulisi toteutua myös käytännössä, ei vain retorisesti. Jos toimintayksikön kerrotaan toimivan asiakaslähtöisesti, sen pitäisi kyetä myös osoittamaan, mitä asiakaslähtöisyys on ja tarkoittaa kyseisessä yksikössä. (Järnström 2011, 263.)

Laatu liittyy vahvasti vuorovaikutustilanteessa syntyneeseen kokemukseen (Valvio 2010, 46; Stenvall & Virtanen 2012, 64). Grönroos (2010, 121–122) luettelee hyväksi koetun palvelun seitsemän kriteeriä, jotka perustuvat kansainvälisiin tutkimuksiin palvelun laadusta. Luettelo voi pitää Grönroosin mukaan myös hyvänä pohjana palveluiden ja asiakkuuksien johtamiselle.

TAULUKKO 2. Laadukkaaksi koetun palvelun kriteerit (Grönroos 2010, 122 ).

1.	<b>Ammattimaisuus ja taidot</b> (Liittyy lopputulokseen) Asiakkaat ymmärtävät, että palveluntarjoajalla ja sen työntekijöillä on sellaiset taidot ja tiedot, järjestelmät ja resurssit, joita tarvitaan heidän ongelmiansa ammattitaitoiseen ratkaisuun.
2.	<b>Asenteet ja käyttäytyminen</b> (Liittyy prosessiin) Asiakkaat tuntevat, että työntekijät kiinnittävät heihin huomiota ja haluavat ratkaista heidän ongelmansa yksilöllisesti ja spontaanisti.
3.	<b>Lähestyttävyys ja joustavuus</b> (Liittyy prosessiin) Asiakkaat tuntevat että palveluntarjoaja, tämän sijainti ja operatiiviset järjestelmät toimivat niin, että palvelua on helppo saada ja että yritys sopeutuu asiakkaan vaatimuksiin joustavasti.
4.	<b>Luotettavuus</b> (Liittyy prosessiin) Asiakkaat tietävät, että he voivat luottaa asiakkaan etujen mukaiseen toimintaan.
5.	<b>Palvelun normalisointi</b> (Liittyy prosessiin) Asiakkaat ymmärtävät, että aina kun joku menee pieleen, palveluntarjoaja ryhtyy toimenpiteisiin pitääkseen tilanteen hallinnassa ja löytääkseen uuden hyväksyttävän ratkaisun.
6.	<b>Palvelumaisema</b> (Liittyy prosessiin) Asiakkaat tuntevat, että fyysinen ympäristö ja muut ympäristöön liittyvät tekijät tukevat myönteistä palvelukokemusta.
7.	<b>Maine ja uskottavuus</b> (Liittyy imagoon) Asiakkaat uskovat, että palveluntarjoajan toimiin voi luottaa, että palvelun tarjoaja antaa rahalle vastineen ja sillä on toiminnassaan sellaiset arvot, jotka asiakaskin voi hyväksyä.

Laatu koetaan suurelta osin subjektiivisesti (Grönroos 2010, 105; Stenvall & Virtanen 2012, 63). Asiakkaan odotuksilla on merkittävä vaikutus heidän laatukokemuksiinsa. Jos asiakkaan odotukset ovat liian suuret, hän kokee saavansa huonoa palvelua. Koettua kokonaislaatua eivät määrää ainoastaan laadun teknillinen ja toiminnallinen ulottuvuus vaan paremminkin odotetun ja koetun laadun välinen kuilu. Tavoitellessaan asiakkaan hyvää

kokonaislaadun kokemusta, organisaation olisi parempi luvata vähemmän ja tarjota aina enemmän kuin lupaa. (Grönroos 2010, 106, 421–422; Valvio 2010, 45–46.)

#### 4.2. Vanhus asiakkaana

Vanheneminen ymmärretään nykyään ensisijaisesti biologisena prosessina mutta se näytetään jokapäiväisessä elämässä myös fyysisinä, psyykkisinä ja sosiaalisina prosesseina. Vanhuus on niiden kaikkien tulos. Vanheneminen on kaksijakoinen ilmiö tuottaessaan sekä myönteisiä että kielteisiä seurauksia. Voimavaroja ovat pitkä elämäkokemus, viisaus, sosiaaliset taidot sekä perinteen kantaminen, kielteisiä seurauksia taas fyysisen toimintakyvyn ja terveyden heikkeneminen sekä sosiaalisen statuksen ja ihmissuhteiden menetys. (Koskinen 2010, 440.)

Ikäihmiset eivät ole palveluntarvitsijoina ja -käyttäjinä ominaisuuksiltaan yhtenäinen ryhmä, vaan joukko hyvin eri-ikäisiä ja -kuntoisia, sosioekonomiselta taustaltaan erilaisia ihmisiä (Hyttinen 2008, 42). Asiakas on aina ensisijaisesti ihminen. Tulee muistaa, että asiakkailla on aina asiakasrooli, joka määräytyy esimerkiksi toimintaympäristön mukaan, ja se voi tarkoittaa jotain muuta kuin mitä termillä asiakas yleisesti tarkoitetaan. Asiakasrooleja ovat esimerkiksi asiakas, toimeksiantaja, kansalainen ja kuluttaja. Julkisen sektorin palveluiden käyttäjällä eri roolit voivat olla samanaikaisia. (Selin & Selin 2013, 15–17.) Kansalaisasiakkuudelle on ominaista sen pakonomaisuus. Ihminen syntyy kansalaiseksi suhteessa valtioon. Viranomaisperiaatteella toimiva julkinen valta ei toimi asiakaslähtöisesti eikä kansalaisasiakkaiden tyytyväisyyttä perinteisesti ole mitattu. Kansalaisasiakkaille on ominaista odottaa asiakassuhteeltaan kunnioittavaa ja tasavertaista kohtelua, luotettavuutta ja läpinäkyvyyttä sekä vastineen saamista maksetuille verorahoille. (Löytänä & Korteso 2011, 126–127.)

Vanhusasiakkuus rakentuu vanhuudesta omine kehitysvaiheineen ja kriiseineen. Vanhuus merkitsee oman elämän eheyttämistä ja oman minuuden kohtaamista. Vanhoilla ihmisillä on oma näkökulmansa elämään; muistot ja tarinat ovat ikäihmisten tärkeitä voimavaroja. Pitkä elämäkokemus muodostaa vanhusasiakkuuden erityisyyden perustan. (Hyttinen 2008, 52; Heikkilä & Larivaara 2009, 183; Koskinen 2010, 441.) Hyttisen (2008, 44) mukaan ”kokemus ikääntymisestä muodostuu suhteessa maailmaan, jossa yk-

silö elää. Jokainen elinympäristö tuottaa omanlaistaan vanhuutta.” Elämänhistoria sisältää menetyksiä ja vastoinkäymisiä mutta vastaavasti myös onnistumisia ja ilon aiheita. Tieto asiakkaan elämäkokemuksista auttaa työntekijöitä tukemaan häntä paremmin. (Heikkilä & Larivaara 2009, 184.)

Asiakas -sanankäyttöön terveydenhuollon sanastoon tukee Koivuniemen ja Simosen (2010, 93) mukaan ihmiskeskeisten toimintamallien käyttöönottoa. Ihmisarvo on kaikilla sama. Hyttisen (2008, 45) mukaan asiakas on aktiivinen toimija, jolla on voimavaroja ja mahdollisuuksia. Valkama (2012) on tutkimuksessaan analysoinut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuutta. Keskeisinä asiakkuutta määrittelevinä tekijöinä Valkaman aineistoissa korostuivat aktiivisuus, osallisuus sekä mahdollisuus valita ja vaikuttaa. Aktiivinen asiakkuus on tutkimuksen mukaan asiakkaille tärkein palvelunkäyttäjän rooli. Aktiivisuuteen liittyvät mahdollisuudet valita ja vaikuttaa, joiden kautta osallisuus ja sosiaalinen pääoma lisääntyvät. Osallistuminen edellyttää kuitenkin aina osallistumiskykyä, jonka yksilöllisyys tulisi huomioida, jotta jokaiselle halukkaalle löytyisi oikea keino osallistua ja vaikuttaa. Jokaisen ihmisen asiantuntijuus omien asioidensa hoitamisessa tulisi nähdä arvokkaana. (Valkama 2012, 78.)

Osallistumiskyvyn on todettu olevan myös riski tasa-arvoisuuden periaatteelle. Epätasa-arvoa saattaa syntyä niiden välille, joilla on oikeus ja kyky osallistua palveluiden kehittämiseen ja niiden, joilla siihen ei ole mahdollisuutta. Asiakasnäkökulma korostaa aktiivista vanhustoimijaa mutta voi jättää varjoon ne vanhukset, joiden toimintakyky on rajoittunut. (Valokivi 2008, 9; Aaltonen ym. 2009, 345.)

Koivuniemi ja Simonen (2010, 93) määrittelevät terveydenhuollon asiakkuuden eri osapuolten väliseksi, terveydenhuollon asiakkaiden koko tutkimus-, hoito- ja pärjäämisprosessin kattavaksi vuorovaikutustapahtumien joukoksi. Terveydenhuollon asiakkuutta määrittelevä toiminta liittyy kuntalaisten hyvinvointiin, työ- ja toimintakykyyn. Asiakkuus koostuu tavoitteellisista vuorovaikutustilanteista, joissa osapuolet vaihtavat keskenään erilaisia voimavaroja, tunteita, tietoa tai tekoja. Aito vuorovaikutus on asiakkuuden onnistumisen edellytys. (Koivuniemi & Simonen 2010, 93–95.) Terveydenhuollon asiakkaana olevan potilaan läheiset ovat myös osa asiakkuutta. Myönteisten asiakaskokemusten luomisessa tulee huomioida potilaan läheiset ja mahdollistaa heidän osallistumisensa hoitoprosessiin. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 58; Löytänä & Korteso 2011, 128.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuus perustuu hallinnollisiin käytäntöihin eli siihen, miten palveluiden käyttäjät kohtaavat palveluiden tuottajat asiakastilanteissa (Stenvall & Virtanen 2012, 146). Palveluiden lisääntynyt yksityistäminen ja ulkoistaminen viime vuosina, on vahvistanut palveluiden käyttäjien asemaa myös kuluttajina. Kuluttajanäkökulma nostaa palveluiden käyttäjät sekä valintojen tekijöiksi että palvelutuotannon kilpailun vauhdittajiksi. (Stenvall & Virtanen 2012, 148–150.)

Aaltonen ym. (2014) haastattelivat vanhuksia selvittääkseen palveluiden osuutta ja merkitystä vanhusten arjessa. Tutkijoiden haastatteleminen vanhusten omana tavoitteena oli selviytyä kotona mahdollisimman pitkään. Avuntarpeen lisääntyessä hyvä elämä alkaa olla palvelujen ja auttavien verkostojen varassa. Omatoimisuus on tällöin selviytymistä vanhuksen itsehallinnoimien verkostojen avulla. Perustarpeiden tyydyttyminen on vanhuksen sujuvan arjen perusta. Hyvän elämän edellytyksenä on ikääntyneiden omien valintojen ja toiminnan sekä ympäristön suomien edellytysten välillä vallitseva tasapaino. (Aaltonen ym. 2014, 263–265.)

### 4.3. Asiakaslähtöisyyden edellytykset intervallihoidossa

Kirjallisuuskatsauksen yhteenvedona voin todeta, että asiakaslähtöisen intervallihoidon tuottaminen edellyttää myönteistä organisaatiokulttuuria, hyvää johtamista ja asianmukaista hoitoympäristöä. Lisäksi asiakkuuden tulee olla määritelty ja hoidon kokonaisvaltaista. Käsittelem näistä kutakin osa-aluetta lyhyesti intervallihoitoa koskevaan tutkimustietoon perustuen.



KUVIO 4. Asiakaslähtöisyyden edellytykset intervallihoidossa.

*Organisaatiokulttuuri* on ihmisiä yhdistävä sosiaalinen voima, joka vaikuttaa siinä läsnä oleviin tunteiden, normien ja sosiaalisen arvostuksen kautta. Kulttuuri on organisaatioelämän ydin, joka ohjaa tekoja ja arvoja. Kulttuuria kuvataan usein jäävuorena. Sen huippu on kulttuurin ulospäin näkyvä ja tiedostettava osa. Suurin osa kulttuurista on kuitenkin pinnan alla tiedostamattomana; se mihin uskotaan, mitä arvostetaan ja miten ihmisiin suhtaudutaan. Kulttuuri on voima, joka antaa rajat yhteiselle toiminnalle, sekä hyvässä että huonossa. Jokaisessa terveydenhuollon organisaatiossa on läsnä monenlaisia kulttuureja; esimerkiksi eri osastoille ominaisia käytäntöjä. (Lämsä 2011, 123–124; Kuusela 2015, 9, 14, 17–18.)

Kulttuuri syntyy sosiaalisessa vuorovaikutuksessa, johon jokainen osallinen tuo mukanaan omat sääntönsä, määritelmänsä ja odotuksensa. Aito arvostus ja kiinnostus näkyvät yhtä selvästi kuin kriittisyys tai välipitämättömyys. Omalla käyttäytymisellään ihminen luo kulttuuria kaikissa vuorovaikutustilanteissa. (Kuusela 2015, 113.) Ihmisläheisessä hoitotyössä vuorovaikutussuhteet ovat moninaisia esimieheen, kollegoihin ja hoidettaviin asiakkaisiin. Ikääntyneiden hoitoon vaikuttaa oleellisesti myös se, mitä ikääntyneistä ajatellaan yhteiskunnassa ja millaisia odotusarvoja ikääntymiseen liitetään. Ikääntyneitä on pidetty suomalaisessa yhteiskunnassa enimmäkseen palveluiden kuluttajina ja jopa yhteiskunnallisena rasitteena, vaikka heillä olisi toimintakykynsä rajoitteista huolimatta voimavaroja yhteiskunnassa toimimiseen. (Kelo ym. 2015, 279.)

Yun-e, Norman ja While (2013, 1279) raportoivat hoitajien asenteita vanhuksia kohtaan kansainvälisesti kartoittaneessa tutkimuksessaan siitä, miten asenteet vanhuksia kohtaan vaihtelevat suuresti eri maiden välillä. Tämä johtuu tutkijoiden mukaan maiden kulttuurisista eroista. Myös Kydd ym. (2014) esittivät samantapaisia tuloksia useita maita koskevassa hoitajien ja opiskelijoiden vanhusten hoidon asenteita tutkivassa raportissaan. Tutkijoiden mukaan yksi syy hoitajien asenteellisuuden eroihin on maiden erilaiset koulutusohjelmat. (Kydd ym. 2014, 182.) Laadukkaalla ja oikein kohdennetulla koulutuksella voidaan lisätä hoitajien positiivista asennoitumista vanhuksiin ja lisätä vanhustyön vetovoimaisuutta (Yun-e ym. 2013, 1279; Kydd ym. 2014, 183).

*Ammatillinen osaaminen* rakentuu tiedoista, taidoista, kokemuksesta, asenteesta ja ihmis-suhteista. Asenne on suhtautumistapa työhön. Se on kiinnostusta ja tahtoa itsensä kehittämiseen ammatillisena. (Kelo ym. 2015, 279, 286.) Asenteet vanhuksia kohtaan ovat

tutkimusten mukaan positiivisimmat niillä hoitajilla, jotka haluavat työskennellä vanhus-  
ten parissa ja joilla on tietoa vanhenemisesta ilmiönä. (Yun-e ym. 2013, 1279; Kydd ym.  
2014, 182.) Positiivisen asenteen säilymiseen vaikuttavat myös toimiva tiimityö ja hoita-  
jien riittävät mahdollisuudet purkaa työhön liittyviä haasteellisia ja mieltä rasittavia tilan-  
teita työyhteisössään (Ericson-Lidman & Strandberg 2015, 222). Tutkimusten mukaan  
*johdon* käytännön työn tuntemuksella on merkitystä hoitotyön laatuun ja asiakkaan ko-  
kemaan laatuun. Näin ollen ikääntyneiden palveluiden hoitotyötä tulisi ohjata vahva ge-  
rontologinen näkemys, jolloin keskiössä olisi ikääntyneen asiakkaan elämänlaadun tuke-  
minen. (Kirkley ym. 2011, 438; Räsänen 2011, 181.)

Intervallihoidon tarve syntyy usein tilanteessa, jossa ovat osallisena sekä hoidettava että  
omaishoitaja. Svenssonin, Berghin ja Jakobssonin (2011, 161) mukaan sekä omaishoita-  
jan että hoidettavan voinnin heikkeneminen ovat syynä intervallihoidon tarpeeseen. Sali-  
nin (2008) tutkimuksen mukaan intervallihoidon on vastattava osaltaan yhteiskunnan  
vaatimuksiin, joiden mukaan vanhukset asuvat pääsääntöisesti omissa kodeissaan erilais-  
ten tukipalvelujen avulla. Lyhytaikaisen hoidon yhtenä tavoitteena on lykätä myöhem-  
mäksi vanhuksen siirtymistä pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Toisaalta palvelun ensisijai-  
sena tarkoituksena voi olla omaishoitajan mahdollisuus lepoon ja lakisääteisten vapaa-  
päivien pitämiseen. (Salin 2008, 29.) Voidakseen toimia asiakaslähtöisesti, organisaation  
on määriteltävä *asiakas* ja hänen tarpeensa. Lyhytaikaisen laitoshoidon järjestämistä ja  
asiakaslähtöisyyden toteutumisen arviointia vaikeuttaa kysymys siitä, kenen parhaaksi  
toimitaan: omaishoitajan vai hoidettavan vanhuksen? Omaishoitajan näkökulmaa on tut-  
kittu useammin kuin itse hoidettavan kokemuksia. (Svensson ym. 2011, 161, 169).

Jotta asiakaslähtöinen hoito ja voimavarat huomioiva työote voisivat toteutua, tulee *hoi-  
toympäristön* vastata vaatimuksia. Muurinen (2003) on tutkimuksessaan ”Hoitotyö ja hoi-  
tohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa” kuvannut lyhytaikaista  
laitoshoidoa ja tutkinut hoitohenkilöstön rakenteen yhteyksiä vanhusten hoitotyön laatuun  
ja kustannuksiin. Muurisen (2003) tulosten mukaan vanhainkodin fyysisen ympäristön  
kokivat kodikkaaksi asiakkaista noin puolet ja omaisista noin kaksi kolmasosaa. Ennalta  
suunniteltu ja säännöllinen päivärytmi oli useille asukkaille mieleinen. (Muurinen 2003,  
104.) Asiakaslähtöiselle toiminnalle intervallihoidossa antaa suuntaa Svenssonin ym.  
(2011, 171) tutkimuksen johtopäätös, että osalle asiakkaista intervallihoidon asiakkuus  
on miellyttävä ja osalle epämiellyttävä kokemus ja syyt tähän vaihtelevat. Annettavan

palvelun ei voida olettaa olevan jokaiselle asiakkaalle suuri kiitollisuuden aihe, eikä häneltä tule odottaa tämän mukaista palautetta. Tämän tiedostaminen ja sen mukaan toimiminen on organisaatiolle ja sen toimijoille ensiarvoisen tärkeää.

Vanhustyön suurimmat ongelmat ovat kiire, vähäinen itsenäisyys sekä palautteen riittämättömyys. Haasteena on tuottaa laadukasta hoitoa vähenevillä resursseilla. Vanhukset, omaiset ja yhteiskunta asettavat hoitajille odotuksia, joilla on omia vaatimuksiaan työlle. Riittämättömyyden tunne hyvän hoidon periaatteiden toteuttamisessa ja omiin ammatillisiin tavoitteisiin ja eettisiin periaatteisiin pääsemisessä kuormittaa ja uuvuttaa henkilökuntaa. Hoitajan hyvinvointi ja työyhteisön toimivuus heijastuvat suoraan hoidon ja palvelun laatuun sekä asiakkaisiin. (Heimonen, Sarvimäki & Suni 2010, 162–164; Kneafsey, Clifford & Greenfield 2013, 1627; Saarnio, Sarvimäki, Laukkala & Isola 2013, 65, 74.) Hoidon tuottamisen haasteista riippumatta vanhuksen yksilöllisen kohtelun, hänen arvonsa kunnioittamisen ja näkemyksiensä arvostamisen tulisi luoda pohja eettisesti kestäväälle hoidolle. Arvokkuuden ja elämän mielekkyyden kokemus rakentuvat vanhuksen oman äänen kuuntelemiselle, yksilölliselle ja tasavertaiselle kohtaamiselle ja yksilöllisiin tarpeisiin vastaamiselle. Toimintakyvyn ja kuntoutumisen tukeminen on kaikkien palveluiden ydintekijä. Asiakkaan tarvitsemat palvelut on järjestettävä asiakasta kunnioittaen, arvokkaasti, vaikuttavasti ja taloudellisesti kestävästi. (Sarvimäki & Heimonen 2010, 23–24.)

Toimiva palvelu määrittyy hyvin pitkälti työntekijöiden asenteista ja välittämisestä. Laadukas kokemus syntyy *kokonaisvaltaisesta* huolenpidosta ja tavasta kohdata asiakas. (Stenvall & Virtanen 2012, 65.) Muurisen (2003, 132) mukaan lyhytaikaisen hoidon hyvänä laatuna voidaan pitää erilaisten hoitotyön myönteisten piirteiden integroitumista eheäksi kokonaisuudeksi. Asiakkaan hoito on hyvää silloin, kun hänen fyysisistä tarpeistaan huolehditaan, hän kokee viihtyvänsä osastolla ja voimaantuvansa sekä fyysisesti, psyykkisesti että sosiaalisesti. Lyhytaikaisessa hoidossa tulee kiinnittää huomioita myös asiakkaan lähiyhteisön ja omaisten tukemiseen ja hyvinvoinnin edistymiseen. (Muurinen 2003, 132; Fjellun ym. 2009, 23.)



#### 4.4. Asiakaslähtöisyyttä edistävät tekijät intervallihoidossa

Kirjallisuuskatsaukseen valikoimieni tutkimusten perusteella intervallihoidon asiakaslähtöisyyttä edistäviä tekijöitä ovat riittävä tiedon saanti ja voimavaralähtöinen työskentelytapa. Hoidon tulisi olla osallistavaa ja omaiset huomioivaa. Asiakaslähtöisyyttä edistävät asiakkuuden tarkka määrittely, henkilökunnan hyvä asiakastietämys ja sen aktiivinen käyttö yksilöllisen hoidon perustana.



KUVIO 5. Asiakaslähtöisyyttä edistävät tekijät intervallihoidossa.

Asiakkailla on oikeus olla *tietoinen* omista asioistaan ja *osallisena* häntä koskevissa päätöksissä. Tutkimuksissa todettiin ikääntyneiden asiakkaiden saaneen liian vähän tietoa omaa hoitoaan koskevista asioista. (Muurinen 2003, 97, 100; Järnström 2011, 254.) Tiedon vaihtaminen on keskeistä myös hoitohenkilökunnan ja potilaan perheen välisessä kanssakäymisessä. Tieto auttaa *omaisia* jäsentämään hoidossa olevan perheenjäsenen tilannetta ja omaa rooliaan siinä. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 130.) Järnström (2011, 254) toteaa tutkimuksessaan, että vanhuksen itsemäärääminen ei toteudu, jos vanhus ei osallistu vointiaan koskeviin raportointitilanteisiin. Asiakkaiden *tiedonsaannilla* on itsemääräämisoikeutta vahvistava ja asiakaslähtöisyyttä lisäävä vaikutus. Tiedonsaannin haasteet lyhytaikaisessa laitoshoidossa johtuvat sekä ympäristöstä että asenteista. Jos asiakkaaksi määritellään kotona lepävä omaishoitaja, hoitajakson todellisen asiakkaan tiedonsaanti vaarantuu. (Svensson ym. 2011, 172). Tätä osa-aluetta voidaan parantaa *asiakkuuden* tarkalla määritelmällä, jonka edellä kuvasin myös yhtenä asiakaslähtöisyyden edellytyksenä.

Iäkkäillä ihmisillä on vastuu oman terveytensä ja toimintakykynsä ylläpitämisessä ja he tarvitsevat siinä motivointia, jossa ammattihenkilön toiminnalla on tärkeä merkitys. Kuntoutumista edistävä hoito, kuntouttava työote ja kuntoutus voivat parhaimmillaan voimaannuttaa henkilökuntaa, vanhuksia ja heidän omaisiaan. *Voimavaralähtöisessä* työskentelytavassa on lähtökohtana ikääntyneen ihmisen määrittely omasta tilanteestaan ja hänen sille antamansa merkitykset sekä ratkaisukeskeisyys. Tällöin vanhuksen elämäntilanne vahvuuksineen nostetaan keskeiseksi puutteiden tai rajoitteiden sijaan. (Hyttinen 2008, 47; Sarvimäki & Heimonen 2010, 23–24.) Onnistunut asiakassuhde perustuu voimavaralähtöisyyden lisäksi luottamukseen ja yhteistoiminnallisuuteen asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Näin on mahdollista tukea asiakkaan *osallisuutta* hänen elämäntilanteensa vaatimien ratkaisujen teossa. (Hyttinen 2008, 54–55.)

Intervallihoidossa korostuu *perheen* ja hoitohenkilökunnan välisen yhteistyön merkitys, jotta koti- ja laitosjaksoilla saavutettaisiin vanhusperheen hyvinvointia tukeva kokonaisuus ja hoidolle asetetut tavoitteet. (Muurinen 2003, 132; Salin 2008, 30; Åstedt-Kurki ym. 2008, 58.) Päätös hoitajaksolle hakeutumisesta tehdään usein yhteistyössä omaisten kanssa, mikä on peruste intervallihoidon perhelähtöisyydelle (Svensson ym. 2011, 169). Perheen odotukset avunsaannista saattavat olla ristiriidassa todellisten auttamismahdollisuuksien kanssa. Lisäksi vastuun epätasainen jakautuminen, perheen sisäiset ongelmat tai sairaudet voivat aiheuttaa hankaluuksia sujuvalle yhteistyölle. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 43.) Omaishoitajan ja henkilökunnan rooleja vanhuksen laitoshoidossa tutkineet Teixeira, Vieira, Andrade ja Mendes (2013) raportoivat, että olisi hyödyllistä luoda yhteiset pelisäännöt hoitajien ja omaisten välille. Hoitajien ja omaisten odotukset eivät aina kohtaa, kun on kyse hoidollisista oikeuksista ja velvollisuuksista. Nämä haasteet tulisi tunnistaa, ja niitä tulisi voida käsitellä. Tutkijoiden mukaan hoitajien tulisi pyrkiä selventämään omaisten roolia vanhuksen hoidon ja huolenpidon kokonaisuudessa. (Teixeira ym. 2013, 271.)

Parisuhteeseen kuuluvat odotukset ja velvoitteet korostuvat *puolisohoivatilanteessa*. Puolisohoivan haasteena on Mikkolan (2009) mukaan hoivaa antavan osapuolen lomapäivien pitäminen. Lomahoidon koetaan olevan ristiriidassa kotona asumisen tavoitteiden kanssa. Hoivan saaja ei välttämättä hyväksy hoitajakseen kuin puolisonsa, eikä velvollisuudentuntoinen hoivaaja halua pakottaa hoidettavaa pois kotoa. Puolisot ovat Mikkolan mukaan tietoisia siitä, että hoivan antajan uupuminen heikentää myös hoivan saajan hyvinvointia. Tutkimusten mukaan, jotta palvelua käytettäisiin tarvittaessa, tulisi sen olla houkuttelevaa

ja vastata sekä hoidettavan että hoitajan tarpeisiin. Lomahoitoon sopeutumiseen vaikuttavat suuresti myös hoitopaikan olosuhteet ja toiminta. (Fjelltn ym. 2009, 26; Mikkola 2009, 198.) Vanhus luultavasti hyötyy omaishoitajan jaksamisen parantumisesta, mutta toisaalta hänen elämänlaatunsa saattaa kärsiä koti- ja laitospaikojen vuorottelun aiheuttamasta levottomuudesta. (Muurinen 2003, 122; Fjelltn 2009, 23; Svensson ym. 2011, 172.)

Vanhusten kanssa työskentelevät hoitajat kokevat pitkäaikaiset hoitosuhteet positiivisena asiana (Carlson, Rängård, Bolmsjö & Bengtsson 2014, 764). *Asiakastietämyksen* parantuaessa hoitajat saavat työvälineitä vastata asiakkaiden tarpeisiin ja toiveisiin kokonaisvaltaisesti. Tämän voidaan ajatella olevan peruste myös omahoitajuuden asiakaslähtöisyyttä lisäävälle vaikutukselle. (Räsänen 2011, 177.)

#### 4.5. Asiakaslähtöisyyttä estävät tekijät intervallihoidossa

Kirjallisuuskatsauksen perusteella riittämättömät resurssit, ennakkoluulot sekä asiakaslähtöisyys -käsitteen sisällön merkityksen epäselvyys estävät asiakaslähtöisyyden toteutumista. Myös tiedonkulun puutteet, organisaatiolähtöisyys ja hoitajien ammattitaidottomuus heikentävät asiakaslähtöistä hoitoa. Asiakaslähtöisyyden toteutumiseen vaikuttavat heikentävästi myös asiakkaiden huono kohtelu ja hoivaympäristön sopimattomuus intervallihoidon toteuttamiselle.



KUVIO 6. Asiakaslähtöisyyttä estävät tekijät intervallihoidossa.

Työntekijöiden näkökulmaa selvittäneissä tutkimuksissa asiakaslähtöisyyden suurimmiksi esteiksi nimettiin *kiire* ja *ennakkoluulot* (McCormack ym. 2010a, 103; Leväsluoto & Kivisaari 2012, 24; Hanson 2014, 228). Tutkimusten mukaan asiakaslähtöisyyden käsite osoittautui työntekijöille hyvin *abstraktiksi termiksi* ja se miellettiin esimerkiksi segmentoinniksi, palvelujen koordinoinniksi, asiakkaan kuunteluksi ja tarpeisiin vastaamiseksi. (Kirkley ym. 2011, 442; Leväsluoto & Kivisaari 2012, 24). Keskeinen havainto Leväsluodon ja Kivisaaren (2012, 21) tutkimuksessa oli se, ettei kukaan haastatelluista sosiaali- ja terveystalouden asiantuntijoista asettunut kuitenkaan aktiivisesti vastustamaan asiakaslähtöisiä palvelumalleja.

Hoitotyön suunnitelman puuttuminen ja puutteellinen kirjaaminen vaarantavat asukkaan hoidon jatkuvuuden (Muurinen 2003, 128). Järnström (2011) toteaa tutkimuksessaan, että vanhuksen tulisi saada osallistua itseään koskeviin raportointitilanteisiin. Usein työskentelyn tarvemäärittelyt, tavoitteet ja jatkohoitosuunnitelmat ovat pelkästään työntekijöiden määräämiä. (Järnström 2011, 254.) Tutkimusten mukaan sosiaali -ja terveyden huollon irrallisuus, *tiedonkulun katkokset* ja yhteen sopimattomat tietojärjestelmät estävät asiakaslähtöistä toimintaa (Kirkley ym. 2011, 444; Leväsluoto & Kivisaari 2012, 24).

Järnströmin (2011) tutkimuksen mukaan palvelujärjestelmän tehokkuusajattelu ja joustamattomuus, *työntekijälähtöisyys*, *hierarkkisuus*, rutiininomaisuus ja medikalisaatiopainotteisuus asettavat vanhusten asiakkuudelle ja asiakaslähtöisyydelle haasteita geriatrisella osastolla. Omaisten vahva rooli sekä joidenkin vanhusten oma passiivisuus estävät Järnströmin mukaan asiakaslähtöisyyden toteutumista. Myös kaikkinaisen resurssien puute, *ammattitaidottomuus*, riittämätön kuntoutus, vähäiset aktiviteetit sekä henkilökunnan *asenteet* on raportoitu asiakaslähtöisyyttä estäviksi. (Järnström 2011, 7; Kirkley 2011, 438; Svensson ym. 2011, 171; Hanson 2014, 228.) Svenssonin ym. (2011, 171) raportin mukaan vanhuksat eivät uskalla valittaa hoidostaan henkilökunnalle, sillä pelkäävät sen vaikuttavan kohteluunsa.

Järnströmin (2011, 7) mukaan strategioiden ja linjausten *organisaatiolähtöisyys* ja tapa yhtenäistää asiakkaat samoihin linjauksiin sotivat asiakaslähtöisyyttä vastaan. Järnströmin tutkimus toteutettiin sairaalan geriatrisella osastolla, jonka voidaan olettaa olevan toiminnaltaan hierarkkisempi kuin vanhusten palveluasumisyksikkö. Asiakaslähtöisyydestä mielipiteensä kertoneet asiakkaat vastaavat kuitenkin kuntoisuudeltaan ja iältään hyvin lyhytaikaisen hoidon palvelua käyttäviä asiakkaita. Järnströmin tulokset antavat

siten aihetta kyseenalaistaa myös intervallihoidon linjausten organisaatiolähtöisyyttä erilaisissa vanhuspalveluyksiköissä.

Järnströmin (2011) tutkimuksen perusteella asiakasnäkökulma jää geriatrisella osastolla ainoastaan ideaaliksi. Tosiasiassa työntekijänäkökulma määrittelee vanhusten asiakkuutta. Jättäessään vanhuksen mielipiteen huomiotta määrittelevät hoitajat myös ihmisarvoisen vanhuuden hänen puolestaan. Tutkimusten mukaan työntekijöiden puutteellinen asiakastietämys vaikuttaa vanhusten hyvinvointiin liittyvien tarpeiden määrittelyyn negatiivisesti. (Bowers, Fibich & Jakobson 2001, 542; Järnström 2011, 261.) Sekä huomattava osa omaisista että lyhytaikaisen hoidon asiakkaista koki asiakkaan itsemääräämisen onnistuneen hoitajaksolla heikosti (Bowers ym. 2001, 542; Muurinen 2003, 101). Omaisista osa oli myös sitä mieltä, ettei asiakasta *kohdeltu* erittäin arvokkaana ihmisenä (Muurinen 2003, 101).

Intervallihoidon asiakkuuden määrittelyn vaikeuteen ja sen seurauksiin törmätään tehdyissä tutkimuksissa kerta toisensa jälkeen. Tutkijat kertovat tuloksissaan, että lyhytaikaisen laitoshoidon asiakaskeskeisyyttä heikentää toimintamalli, jossa palvelun sisältö suunnitellaan omaishoitajan tarpeista lähtien. Omaishoitajan ja hoidettavan vanhuksen tarpeiden vastakkainasettelun todetaan aiheuttavan hoitajille eettisiä ongelmia arjen hoitotyössä. (Muurinen 2003, 122; Salin 2008, 81; Fjellton ym. 2009, 23; Kirkley ym. 2011, 444; Svensson ym. 2011, 172. )

Sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavien yksiköiden fyysiset tilat vaikuttavat siihen, millaiseksi palvelun käyttäjä kokee palvelutapahtuman ja miten tervetulleeksi hän itsensä tuntee. (Stenvall & Virtanen 2012, 165.) Toimintaympäristöllä saattaa olla asiakaslähtöisyyttä heikentävä vaikutus, mikäli se estää voimavaralähtöisen hoidon toteutumisen. *Hoitoympäristön* tulisi mahdollistaa kuntouttava työote, jotta hoidettavan toimintakyky ei kärsisi laitostajaksolla. (Salin 2008, 43; Kneafsey ym. 2013, 1626.) Jotkut lyhytaikaisessa hoidossa olevat vanhukset kokevat laitostajaksolla ja kanssa-asukkaiden häiritsevän käytöksen epämiellyttävänä. Pohdinnassaan Svensson ym. (2011, 171) toteavat lyhytaikaisen ja pitkäaikaisen hoidon erottamisen omille osastoilleen todennäköisesti hyödyttävän kaikkia asiakkaita.

#### 4.6. Asiakaslähtöisyyden kehittäminen intervallihoidossa

Tutkimusten mukaan aktiivisella arvokeskustelulla ja hoitajien ammatillisella lisäkoulutuksella on myönteinen vaikutus asiakaslähtöisyyden kehittämiseen. Innovatiivinen ote, asiakkuuksien johtaminen ja resurssien optimointi ratkaisukeskeisesti työskennellessä toimivat työvälineinä palveluita kehitettäessä.



KUVIO 7. Asiakaslähtöisyyden kehittäminen intervallihoidossa.

Terveydenhuoltojärjestelmässämme asiakkaita hoidetaan hyvin, mutta kokonaisvaltainen näkemys uupuu. Asiakkaiden arjen tarpeiden, halujen ja kokemusten huomiotta jättäminen lisää palvelujen laadun ja saatavuuden eriarvoisuutta. Rantasen (2013, 14) mukaan kuntien palvelujen asiakaslähtöisyyttä ovat kauan ohjanneet luulot, säädökset ja asenteet. Tulevaisuuden haasteena olisi *innovoida* ja luoda palvelujärjestelmä, joka olisi asiakkaan näkökulmasta yksilöllinen palvelukokonaisuus ja tuottajan näkökulmasta selkeä, vaikuttava ja kustannustehokas toimintamalli. Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palvelut tulisi yhdistää asiakkaan parhaaksi toimivaksi kokonaisuudeksi. (Koivuniemi ym. 2014, 88–89; Kuusisto & Kuusisto 2015, 174.)

Asiakaslähtöisessä kehittämisessä voidaan puhua *asiakkuuden johtamisesta*. Organisaation asiakasymmärryksen vahvistaminen ja asiakaslähtöisen palvelutuotannon toteuttaminen ovat prosessi, jossa johtamisella on suuri merkitys. Ei riitä, että organisaation ylin johto edistää asiakaslähtöisyyttä, vaan samanlaisen ajattelumallin tulisi olla koko organisaatiota läpileikkaava strateginen päätös, johon henkilökunta olisi saatava sitoutumaan. (de Mooij ym. 2005, 22–23; Valvio 2010, 67; Stenvall & Virtanen 2012, 154–159; Kelo

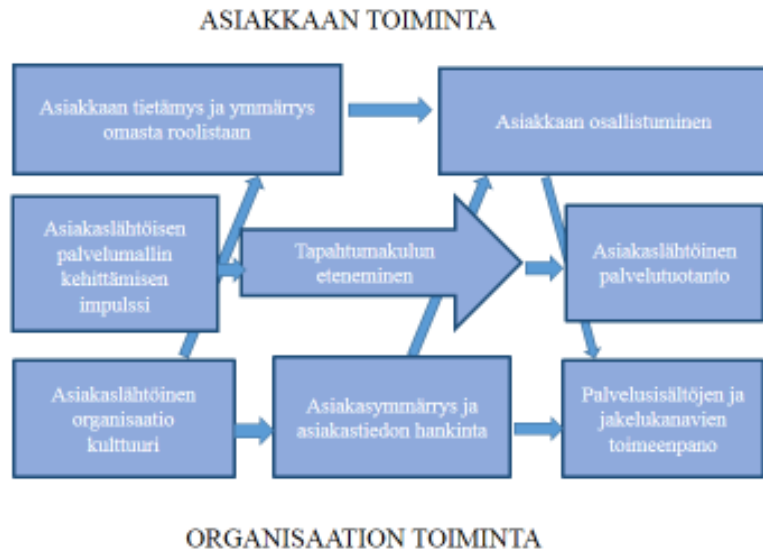
ym. 2015, 286.) Rokstad, Vatne, Engedal ja Selbæk (2015) toteavat asiakaslähtöisyyden implementointia käsitelleessä tutkimuksessaan, että johtajien on sekä toimittava aktiivisina roolimalleina henkilökunnalleen että mahdollistettava alaistensa jatkuva ammatillinen kehittyminen. Tutkijoiden mukaan johtaja, joka työskentelee kentällä alaistensa keskuudessa, näkee asiakaslähtöisyyden toteutumisen parhaiten. (Rokstad ym. 2015 15, 22.)

*Osallisuus* on osa asiakaslähtöisyyttä. Palveluja käyttävien asiakkaiden osallistuminen palvelutuotannon suunnitteluun mahdollistuu vuorovaikutuksen kautta. Asiakaslähtöinen uudistaminen edellyttää organisaatiolta uudenlaista ja avointa viestintäkulttuuria. Asiakas tulee tehdä tietoiseksi oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan. Henkilökunnan tulee huomioida, että asiakkaan turvallisuuden kokemukseen vaikuttaa esimerkiksi tieto hoitoprosessin kulusta. Huonon vuorovaikutuksen seuraukset näkyvät siinä, ettei luottamuksellista ilmapiiriä asiakkaan ja palveluntuottajan välille synny. (Stenvall & Virtanen 2012, 163–164.)

Palvelun käyttäjien kuunteleminen ja ymmärtäminen liittyvät tiiviisti asiakas- ja käyttäjälähtöisyyteen (de Mooij ym. 2005, 22). Stenvall ja Virtanen (2012) luettelevat asiakaslähtöisen kehittämisen ja toiminnan uudistamisen keskeisiä tekijöitä. Niihin kuuluvat organisaation asiakasymmärryksen vahvistaminen, asiakkaiden kuunteleminen ja *arvostaminen* sekä palvelun käyttäjien osallistuminen palvelutuotannon suunnitteluun ja toimeenpanoon (Kuvio 8). Asiakkaiden tarpeiden perusteella tulisi rakentaa integroituja palvelukokonaisuuksia ja niiden vaikuttavuutta ja tavoitteisiin pääsyä tulisi tarkastella kriittisesti. (Stenvall & Virtanen 2012, 189.)

Käyttäjälähtöisen innovoinnin ydin on palvelun käyttäjiltä oppiminen, jotta voitaisiin tarjota oikeasti arvokkaita palveluja. Mikäli palvelu ei ole arvokasta käyttäjälleen on tehokaskin palveluprosessi resurssien haaskausta. (Kuusisto & Kuusisto 2015, 175.) Loppukäyttäjän mukaan ottaminen palvelun kehittämiseen edistää Tuulaniemen (2011, 117) mukaan suunnittelua, tiedon kulkua ja arvon rakentumista. Asiakaslähtöinen kehittäminen perustuu ajatukseen, että asiakas on oman hyvinvointinsa asiantuntija ja voimavara, jota tulee hyödyntää osana palvelujen kehittämistä. Asiakkaita tulee kunnioittaa, vaikka terveydenhuollon ammattilaiset olisivat eri mieltä palvelujen käyttäjien kanssa. Asiakaslähtöisyys on *arvoperusta*, joka perustuu ihmisarvon tunnustamiseen, oikeudenmukaisuuteen ja hyvään kohteluun. (Stenvall & Virtanen 2012, 178.) Työprosessien vaativien

muutoksien vuoksi asiakaslähtöisten palvelumallien käyttöönotto on haasteellista. Työntekijät arvioivat tällaisen muutoksen vievän jopa vuosikymmeniä (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 29.)



KUVIO 8.

Asiakasymmärrystä vahvistava ja asiakaslähtöisen palvelutuotannon mahdollistava prosessi (Stenvall & Virtanen 2012, 155 mukailten).

Vanhusten palveluja on kehitetty pääsääntöisesti organisaatiolähtöisesti, sillä asiantuntevan hoitohenkilöstön on oletettu tunnistavan asiakkaiden tarpeet (Mikkola 2009, 198). Viime aikoina kehityssuunta on alkanut kuitenkin muuttua suuntaan, joka tukee asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Kehittämistyöstä huolimatta käytännöt muuttuvat hitaasti. (Mikkola 2009, 198; McCormack, Karlsson, Deving & Lerdal 2010, 620.) Yksilökeskeisen hoitotyön kehittäminen ei ole yksittäinen teko tai projekti, vaan pitkän linjan tavoite. Yksilökeskeisen hoidon perusta on henkilökunta, jolla on riittävät taidot siihen. Perustan voi hankkia opiskelemalla ja käytännön työskentely opettaa lisää. *Lisäkoulutuksella* osaamista voidaan kohdentaa edelleen. (McCormack ym. 2010b, 627–629; Kirkley 2011, 446; Coleman & Medvene 2013, 697.)



McCormack (2004) perehtyi kirjallisuuskatsauksessaan gerontologisen hoitotyön yksilökeskeisyyteen ja toteaa tuloksissaan, että yksilökeskeisten hoitotyön mallien käyttö auttaa vanhuksia muodostamaan vuorovaikutussuhteita henkilökunnan kanssa. Tutkijan mukaan henkilökunnan tulisi pyrkiä järjestelmällisesti yksilökeskeisempään työtapaan. (McCormack 2004, 37.) Yksilölähtöisyys tulisi ymmärtää osana suurempaa organisaatiokulttuurista kokonaisuutta, ei vain asiakas/potilas – hoitaja -suhteena. Tutkijoiden mukaan jo olemassa olevat hoitotyön mallit ja teorit voivat olla tässä apuna. (McCormack ym. 2010b, 627–629; Kirkley ym. 2011, 446.)

Muurisen (2003, 122) mukaan lyhytaikaisen laitoshoidon asiakkaat ovat heterogeeninen ryhmä, joka tarvitsee monen tyyppistä hoitoa. Kuntoutusta tarvitsevia asiakkaita palvelisi kuntoutusyksikkö ja muistisairaille olisi tarkoituksenmukaista järjestää hoitojakso muistiyksikössä. Joissakin tapauksissa vanhuksen elämänlaadun kannalta saattaisi olla parempi järjestää hoito omaan kotiin. (Muurinen 2003, 122; Fjelltnun 2009, 26.) Bowers ym. (2001, 539) määrittelivät tutkimuksessaan kolme erilaista kategoriaa vanhainkodin asukkaiden tavoista määrittellä laatua. Tutkimusryhmä kiinnitti huomiota, että laadunmäärittelyt vaihtelevat asukkaiden tarpeiden ja arvojen mukaan eikä näin ollen myöskään palveluita tulisi perustaa minkään kiinteän laadunmäärittelyn mukaan. Tämä tutkimustulos tukee asiakaslähtöisyyden ideaalia – arvot ja laadun määreet eivät ole useinkaan yleistettävissä.

Tulevaisuudessa, vanhusten määrän kasvaessa ja pitkäaikaisen laitoshoidon vähentyessä, on henkilöstön kyettävä hoitamaan entistä monipuolisemmin pitkäaikaissairaita ihmisiä ja kuntouttamaan heitä selviytymään kotona. Tutkimusten mukaan kouluttamattomien tai heikosti koulutettujen työntekijöiden käyttö laaja-alaista ammattitaitoa vaativissa tehtävissä ei ole vanhusten ihmisarvoa kunnioittavaa. Se ei ole myöskään taloudellisesti perusteltavissa, kun hoivaa tarkastellaan tuloksellisuuden näkökulmasta. (Muurinen 2003, 133; Kirkley ym. 2011, 438.) Tutkijat toteavat yksilölähtöisen hoitotyön toteuttamisen vaativan ammattitaitoa, sopivaa luonnetta ja työhön sitoutumista. *Ratkaisukeskeinen hoitotyönmalli* vaikuttaa merkittävästi yksilölähtöisen hoidon toteutumiseen ja edesauttaa pysyvien asiakassuhteiden syntymisessä. (Muurinen 2003, 133; Kirkley 2011, 445.) Yksilöä ei voi kuitenkaan irrottaa siitä kokonaisuudesta josta hän on kotoisin, joten hoitohenkilökunnalla on eettinen velvollisuus huomioida koko perhe sen jäsenen ollessa hoidettavana terveydenhuollon yksikössä (Åstedt-Kurki ym. 2008, 124).

Salin (2008) esittää tutkimustulostensa perusteella kehittämissuhteita, jotka kohdistuvat lyhytaikaisen hoidon käytänteisiin. Asiakkaan hoitopolkua tulisi kehittää koko perheen kannalta mielekkääksi kokonaisuudeksi. Intervallihoitoa tulisi Salinin (2008) mielestä kehittää omana hoitomuotona, johon tarvitaan myös lisäkoulutusta. Tärkeänä osa-alueena eri tutkimuksissa mainitaan vanhuksen hoidon tavoitteellisuuden kehittäminen. Tässä apuna voisivat olla omahoitajuuden kehittäminen ja omahoitajan kotikäynnit, jotta hoidettavan realistinen elämäntilanne selkeytyisi ja hoidon yksilölähtöisten tavoitteiden asettaminen helpottuisi. (Salin 2008, 80–81; Fjellun ym. 2009, 26; Kirkley ym. 2011, 445.) Koska myös omaishoitajien tuen tarpeet vaihtelevat, alalle tarvittaisiin enemmän tukipalvelutarjontaa, joka huomioisi sekä hoidettavan että hoitajan tarpeet. (Salin 2008, 80–81; Fjellun ym. 2009, 26; Kehusmaa 2014, 86.)

Parisuhteen dynamiikka tuo omat erityispiirteensä puolisohoivaan, mikä saattaa tehdä ikääntyneiden pariskuntien tukemisen haasteelliseksi. Palveluiden tulisi mahdollistaa pariskunnan yhdessä selviytyminen arjen velvoitteista ja työntekijöiden haasteena olisi löytää keinot siihen. (Mikkola 2009, 197.) Hoitohenkilökunta tarvitsee koulutusta perheen kohtaamisessa sekä säännöllistä työnohjausta vaikeiden vuorovaikutussuhteiden kohtaamiseen ja omien tunteidensa purkamiseen (Salin 2008, 80–81; Kirkley ym. 2011, 445). Coleman ja Medvene (2013, 697) totesivat pilottitutkimuksensa perusteella, että hoitajien työtapoja voidaan muovata yksilökeskeisemmiksi opettamalla heille syvällisempää ymmärrystä vuorovaikutustaidoista. McCormack ym. (2010a, 100, 106) kehittivät tutkimuksessaan hoitoympäristön toimintoja asiakaslähtöisemmiksi ja raportoivat tuloksinaan, että tehokkaan tiimityön kehittäminen, työtaakan, *resurssien* ja ajan hallinta sekä hyvät henkilöstön väliset suhteet luovat mahdollisuuksia yksilölähtöisen hoidon onnistumiselle.

Sosiaali- ja terveystalvelujen asiakkailta on vallitsevasti sellainen käsitys, ettei hänen henkilökohtaisia tarpeita oteta lainkaan huomioon. Ratkaisu tähän jännitteeseen on asiakkaiden äänen tuominen esiin. Samalla tulisi pyrkiä kohti kollektiivisempaa ja institutionaalisempaa tapaa vaikuttaa unohtamatta myöskään henkilökohtaista vaikuttamista. Asiakastiedon kerääminen, asiakasraadit, koulutukset ja foorumit ovat esimerkkejä kollektiivisesta vaikuttamisesta. Henkilökohtaisen vaikuttamisen keinoina ovat palvelutahtumien vuorovaikutustilanteet ja asiakkaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi. (Stenvall & Virtanen 2012, 184–185.)

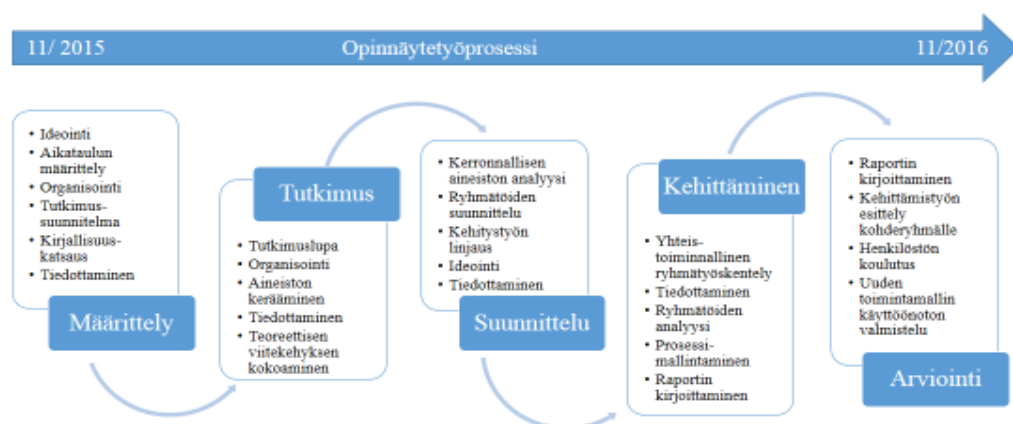
Niemisen (2014) mukaan sosiaali- ja terveystalvueluissa kokemusasiantuntijuuden käyttö on hyvä esimerkki ”kokemuksen politiikasta”, jolloin kokemuksia ja niiden sosiaalisia representaatioita määritellään ja säädellään. Pyrkimys asiakkaiden äänen kuulemiseen on aitoa, mutta Nieminen (2014, 25–26) esittää, ettei kansalaisten kokemusten kuuleminen säädelyjen palautemekanismissen kautta saisi korvata vapaata keskustelua. Larivaara ja Taanila (2009) toteavat, että julkisen terveystalvitiikan puheenvuoroissa on usein todettu ihmisläheisen, perhekeskeisen ja verkostomaisen palvelun olevan suomalaisen hyvinvointitalvitiikan keskeinen tekijä lähitulevaisuudessa, mutta sen konkreettinen toteutuminen on ainakin toistaiseksi kyseenalaista (Larivaara & Taanila 2009, 282).

## 5 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSOSAN TOTEUTUS JA TULOKSET

Opinnäytetyöni empiirinen osa koostuu kirjallisen aineiston analyysiin perustuvasta tutkimusosuudesta ja yhteistoiminnallisesti toteutetusta työn kehittämisosuudesta. Tutkimusosuuden tehtävänä oli vastata siihen, minkälaista intervallihoido on asiakkaiden ja henkilökunnan mielestä. Kehittämisosa perustuu tutkimuksen tuottamalle tiedolle. Tässä luvussa kuvaan opinnäytetyön prosessin ja tämän jälkeen tutkimusosuuden aineiston, käytetyt menetelmät sekä saadut tulokset.

### 5.1. Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön empiirinen osa koostuu sekä tutkimus- että kehittämisosista. Kehittämis-työssä käytin toimintatutkimuksellista otetta ja sen pohjaksi keräsin tietoa analysoitavaksi eläytymismenetelmän avulla sekä intervallihoidon asiakkailta että hoitajilta. Tutkimusosuuden kerronnallisesta aineistosta pyrin tunnistamaan erilaisia asiakastarpeita ja pohtimaan keinoja myös vastata niihin. Tämän lisäksi etsin aineistosta sujuvan ja laadukkaan intervallihoidon tuntomerkkejä, joita peilasin aiempien tutkimusten tuottamaan tietoon. Analyysistä johdin intervallihoidon kehittämisaiheet, joiden parissa työn sisältöä kehitettiin yhteistoiminnallisesti työskennellen kevään 2016 aikana. Esittelin uuden intervallihoidon toimintamallin sekä asiakkaille että toimijoille syksyllä 2016. Koko opinnäytetyön prosessin olen kuvannut kuviossa 9.



KUVIO 9. Opinnäytetyöprosessi

## 5.2. Tutkimusosan aineisto ja sen keräämisen kuvaus

Tutkimuksen aineisto muodostuu intervallihoidoa kuvaavista kirjoituksista. Keräsin aineiston omaishoidon tukea saavilta intervallihoidon asiakkailta ja heidän intervallijakson hoitoonsa osallistuvilta henkilökunnalta lähettämällä heille kirjoituspyynnön saatteineen (Liitteet 1, 2) ja suostumuslomakkeineen (Liite 3). Kirjoituspyyntöön toivoin vastausta tarinallisesti, joko mennyttä omakohtaista kokemusta kuvaillen tai annettuun aiheeseen eläytyen.

Tarinallisuus on tapahtumien muuttamista sanoiksi, kuviksi tai ääniksi ja työskentelymenetelmänä sitä käytetään ilmentämään asioita, välittämään tunteita sekä syventämään ymmärrystä. Kerronnallisen näkökulman ydinajatus on ihmisen oman elämänsä asiantuntijuus, joka korostaa ihmisen kunnioittamista ja arvostamista hänen luodessaan oman tarinansa. Tarinoiden avulla ammattilaisten on mahdollista tunnistaa ja kunnioittaa asiakkaiden arvoja ja eettisiä periaatteita sekä ymmärtää mikä on asiakkaalle merkityksellistä ja miksi se on sitä. (Koivuniemi ym. 2014, 133.) Mitä paremmin ihmisen elämän tarina tunnetaan, sitä yksilöllisempää ja laadukkaampaa hoitoa voidaan toteuttaa (Mäkisaloropponen 2007, 134).

Yhteistoiminta-alueen 22 omaishoidettavaa intervallihoidon asiakasta saivat postitetun kirjoituspyynnön saatteineen (Liitteet 1, 3) maaliskuussa 2016. Omaishoidon tuella vuoden 2013 aikana hoidettuja 75 vuotta täyttäneitä kuntalaisia oli Akaassa 45 ja Urjalassa 28 (Akaan kaupunki 2014). Vuonna 2015 vastaava luku oli Akaassa 33 ja Urjalassa 21. (Kähkönen 2015). Intervallihoidojaksoja omaishoidon tukimuotona käyttäneitä asiakkaita koko yhteistoiminta-alueella oli vuonna 2015 yhteensä 45 (Kähkönen 2016). Tutkimuksen valintakriteerinä oli se, että asiakkaalla oli kokemus kehittämistyöhön osallistuvan yksikön tuottamasta intervallihoidosta omaishoidon tukimuotona ja kyky ilmaista mielipiteensä suullisesti tai kirjallisesti, joko itsenäisesti tai avustettuna. Omaishoidosta vastaava palveluohjaaja ja kotiutushoitaja arvioivat omaishoidettavan mahdollisuuden osallistua tutkimukseen ja valitsivat asiakkaat, joille lähettivät kirjoituspyynnön. Vastausajan loppupuolella kotiutushoitaja soitti asiakkaille ja tiedusteli tarvitsivatko he apua tutkimukseen osallistumiseen. Yksi asiakas ilmoitti avun tarpeesta. Hänen pyynnöstään avustin häntä henkilökohtaisesti kertomuksen kirjoittamisessa. Kirjoitukset palautettiin postitse vastauskuoressa. Lomakkeita palautettiin 18 kappaletta.

Toimitin yhteensä 40 kappaletta kirjoituspyyntöjä intervallihoitoa tuottavien kunnan omien yksiköiden hoitajille. Päätin yhdessä jokaisen yksikön esimiehen kanssa, kuinka monta kirjoituspyyntöä henkilökunnalle toimitan. Valintakriteerinä oli intervalliasiakkaiden hoitoon osallistuminen. Sillä intervallipaikkojen määrä ja heidän hoitoonsa osallistuvien hoitajien määrä vaihtelivat yksiköittäin, myös eri yksiköistä tutkimukseen osallistumaan pyydettyjen hoitajien määrä vaihteli. Toimitin kirjoituspyynnöt saatteineen suoraan yksiköiden henkilökunnalle. Esimiehet lähettivät palautetut kuoret takaisin vastaajan päätyttyä. Kirjoituspyyntöön vastasi yhteensä 32 henkilökunnan edustajaa neljästä eri intervallihoitoa tuottavasta yksiköstä.

Tiedonkeruuvälineeksi valitsemani eläytymismenetelmä on aineiston hankinnan menetelmä, jossa vastaajia pyydetään kirjoittamaan pieni tarina. Tutkija laatii kehyskertomuksen eli lyhyehkön tarinan alun tai johdatuksen, jonka pohjalta osallistujat kirjoittavat tarinan. Kaikki vastaajat eivät eläydy samaan kehyskertomukseen, vaan tutkija muuttaa kertomuksessa yhtä seikkaa. Näitä erilaisia, toisistaan poikkeavia versioita on yleensä kahdesta neljään. Eläytymismenetelmän käytössä on keskeistä näiden erilaisten kehyskertomusversioiden tuottamien kertomusten tarkasteleminen ja vertailu. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Eskola 2010, 72–73.) Vaikka olemme ihmisinä yksilöitä, asiakkaiden kautta hahmotettuna meissä on yhteneväisyyksiä. Nämä yhtäläisyydet on mahdollista löytää tarinoiden kautta. (Koivuniemi ym. 2014, 134.) Valitsin tähän tutkimukseen kaksi eri näkökulmaa: positiivisen ja negatiivisen kokemuksen intervallihoidosta. Tällä valinnalla toivoin löytäväni kerättävästä aineistosta kuvauksia siitä, minkälaista laadukas ja asiakaslähtöinen intervallihoito on ja mitä se ei missään nimessä ole.

Saaranen-Kauppinen ja Puusniekan (2006) mukaan ”eläytymismenetelmä sopii hyvin tiedonkeruumenetelmäksi tutkimuksiin, joissa on tarkoituksena tarkastella ajattelun logiikkaa, asenteita ja representaatioita.” Kehyskertomuksen muotoiluun on kiinnitettävä huomiota, jotta taustalla olevaan tutkimusongelmaan saataisiin näkökulmaa antavia tarinoita. Kehyskertomuksessa voidaan johdatella esimerkiksi tietystä asiasta tai ilmiöstä kertomiin ja se voi olla kirjoitettu esimerkiksi tilannekuvauksen muotoon. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Hiltunen (2014, 117) toteaa, ettei työntekijöiltä ja asiakkailta kerätty tieto ole sisällöltään koskaan yhteneväistä, vaikka tutkittavana olisi täysin sama asia. Työntekijät pystyvät tarkastelemaan tutkimuskohdetta laajemmin ammatillisen ko-

kemuksensa perusteella ja myös pidemmällä aikajänteellä, kun asiakkaat tarkastelevat lähinnä vain omaa tilannettaan tai kokemustaan. Tällaiset tiedonkeruut täydentävät siis sisällöllisesti toisiaan.

Opinnäytteessä asiakkaille osoittamani kehyskertomukset olivat seuraavat:

1. Olet ollut intervallijaksolla, jonka päätyttyä Sinulla on tunne, että jakso on onnistunut. Kuvittele tai palauta mieleesi tällainen sinun mielestäsi onnistunut intervallijakso. Kerro miltä se tuntuu ja mitä sen aikana ja sen jälkeen on tapahtunut.
2. Olet ollut intervallijaksolla, jonka päätyttyä Sinulla on tunne, että jakso on epäonnistunut. Kuvittele tai palauta mieleesi tällainen sinun mielestäsi epäonnistunut intervallijakso. Kerro miltä se tuntuu ja mitä sen aikana ja sen jälkeen on tapahtunut.

Henkilökunnalle osoittamani kehyskertomukset olivat seuraavat:

1. Asiakas on ollut intervallijaksolla, jonka päätyttyä Sinulla on tunne, että jakso on onnistunut. Kuvittele tai palauta mieleesi tällainen sinun mielestäsi onnistunut intervallijakso. Kerro miltä se tuntuu ja mitä sen aikana ja sen jälkeen on tapahtunut.
2. Asiakas on ollut intervallijaksolla, jonka päätyttyä Sinulla on tunne, että jakso on epäonnistunut. Kuvittele tai palauta mieleesi tällainen sinun mielestäsi epäonnistunut intervallijakso. Kerro miltä se tuntuu ja mitä sen aikana ja sen jälkeen on tapahtunut.

Kehyskertomukset antoivat vastaajille varsin vapaat kädet. En rajannut niissä muita tekijöitä kun toimintaympäristön ja sen tunnetilan, jonka hoitojakso oli toteutuessaan saanut asiakkaassa tai hoitajassa aikaan. Tarkoitukseni oli selvittää mitkä tekijät saivat aikaan onnistumisen ja hyvän olon tunteen ja mitkä vastaavasti huonon olon ja epäonnistumisen. Eskolan (2010, 81) mukaan tutkija voi löytää uusia näkökulmia eläytymismenetelmällä kerätystä aineistosta, ei vain todentaa jo ennestään epäilemäänsä, kun vastaajat saavat vapaasti ilmaista käsityksensä tutkittavasta asiasta.

Työyhteisön kehittämisen haasteena on saada esiin ihmisten aitoja kokemuksia aineksiksi kehittämistyölle. Kartoitettaessa nykytilannetta ja etsittäessä uudistumisen suuntia ja tapoja on tärkeää luoda kokemus osallisuudesta, jotta välttyttäisiin välipitämättömyydeltä. Narratiivisuus eli kerronnallisuus on yksi keino auttaa tavoittamaan subjektiivista kokemusta, ja sitä voidaan käyttää apuna työn ja työyhteisön kehittämistyössä. Kerronnallisuuteen liittyvä reflektio, eli tulkinnat joissa tukeudutaan myös työyhteisön omaan tietoon itsestään, auttaa uudistamaan organisaatiota. (Aaltio 2011, 91–92.) Kun tutkimukseni tavoite oli ennen kaikkea kehittää ja uudistaa jo olemassa olevaa toimintaa, antoi kerronnallisen tekstin tulkinta hyvän mahdollisuuden tarkastella intervalliprosessiin liittyvien toimijoiden suhdetta ja toteutettavan hoidon kokonaisuutta sekä hoitajien että asiakkaiden näkökulmasta. Onnistunutta ja epäonnistunutta jaksoa koskevien kirjoitusten osuudet muodostuivat aineistossa lähes yhtä suuriksi. Kertomuksia onnistuneista jaksoista palautui asiakkailta 9 kappaletta ja hoitajilta 17 (yhteensä 26 kappaletta). Epäonnistunutta jaksoa kuvaavia kertomuksia palautui asiakkailta 9 ja henkilökunnalta 15 kappaletta (yhteensä 24 kappaletta).

### **5.3. Tutkimusosan aineiston analyysi**

Kertomusten tutkiminen on luonteva tapa tehdä tutkimusta, kun tahdotaan ymmärtää ihmisiä ja heidän toimintaansa (Heikkinen 2015, 149). Tarina on kertomuksen tapahtumarakenne, joka vastaa kysymykseen, mitä on tapahtunut (Heikkinen 2015, 151.) Yksinkertaisimmillaan narratiivinen aineisto on suullisesti tai kirjallisesti esitettyä kerrontaa, jossa ei välttämättä aseteta vaatimuksia eheiden, juonellisten kertomusten tuottamisesta (Heikkinen 2015, 159).

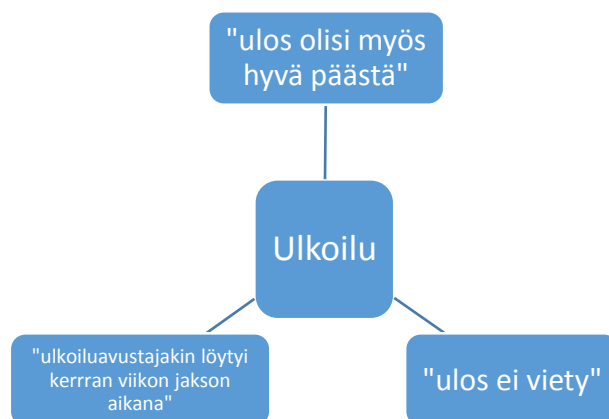
Laadullista aineistoa voidaan analysoida ja tulkita aineisto- tai teorialähtöisesti tai näiden yhdistelmällä (Kananen 2015, 171). Eläytymismenetelmäaineistoa voidaan analysoida Eskolan (2010, 85) mukaan kuin mitä tahansa laadullista aineistoa. Kertomusten analyysimenetelmänä voidaan käyttää esimerkiksi juonirakenteen tarkastelua tai tarinatyyppien muodostamista narratiivisen tutkimusperinteen mukaisesti (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Valitsin analyysimenetelmäksi induktiivisen sisällönanalyysin. Katsoin sen palvelevan kehittämistyötäni paremmin kuin esimerkiksi juoniin tai sanastoihin keskittymisen. Sisällönanalyysissä tavoitteena on pelkistää aineistoa etsimällä tekstistä sen olennaisimmat asiat ja koota nämä teemoiksi. Teemojen avulla pyritään tavoittamaan



tekstin merkityksen ydin. Aineistolähtöisessä lähestymistavassa etsitään aineistosta teemoja, joista tutkittavat puhuvat. Teemojen etsimisen jälkeen täsmennetään teemojen merkityssisältö sanallisesti, eli formuloidaan teemat. (Eskola & Vastamäki 2010, 42–43; Eskola 2015, 197; Moilanen & Rähä 2015, 61.) Etsiessäni teemoja alleviivasin aineistoa eri väreillä. Pelkistin alleviivattuja ilmaisuja, pelkistyksistä rakensin käsitekarttoja, joita yhdistelemällä ja muokkaamalla etenin niitä yhdistäviin alaluokkiin ja yläluokkiin. Teemoja muodostaessani luin jonkin verran myös tarinoiden tekstuaalisia vihjeitä niiden sisältöjen lisäksi. Metsämuurosen (2008, 51) mukaan käsitekartan tekeminen voi helpottaa sisällön analyysiä, sillä sen avulla tutkija voi hahmottaa yhtä aikaa kokonaisuuden ja sen osat. Käsitekartan visuaalinen muoto selkiyttää osien välisiä suhteita.

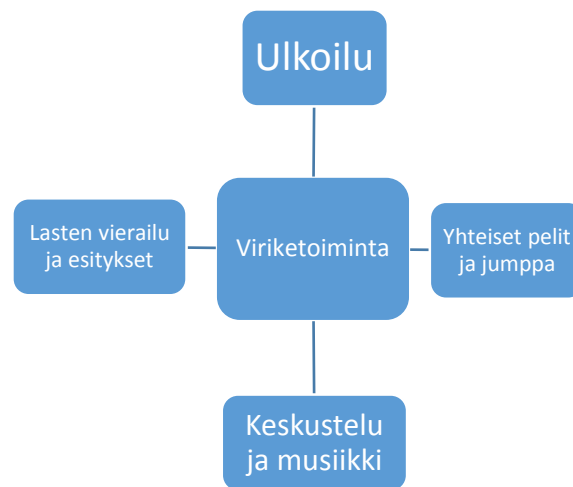
Sillä käytin tutkimusmenetelmänä käsitekarttoja, olen kuvannut aineiston sisällönanalyysin etenemisenkin niiden avulla. Olen lähtenyt liikkeelle alkuperäisistä ilmaisuista, sen jälkeen abstrahoinut eli pelkistänyt ne. Pelkistyksiä teemoittelemalla olen edennyt kohti ilmaisuja yhdistäviä ala- ja yläluokkia. Seuraavissa kuvioissa (Kuviot 10 – 14) olen esittänyt esimerkit pelkistämisestä ja teemoittelusta. Muodostettava käsite, alaluokka ja yläluokka löytyvät kunkin kuvion keskeltä.

Kuvioon 10 olen kirjannut kuvion ulkokehälle alkuperäisilmaisuja. Pelkistetty käsite joka yhdistää alkuperäisilmaisuja on *Ulkoilu* ja se asettuu kuvion keskelle.



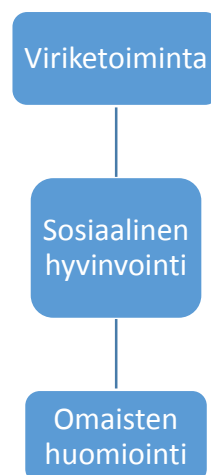
KUVIO 10. Esimerkki alkuperäisilmausujen pelkistämisestä käsitekartan avulla.

Kuviossa 11 pelkistetyt käsitteet ovat kuvion ulkokehällä. Alaluokka on kuvion keskellä. *Ulkoilu* on yksi alaluokkaan *Viriketoiminta* sisältyvistä pelkistetyistä ilmauksista.



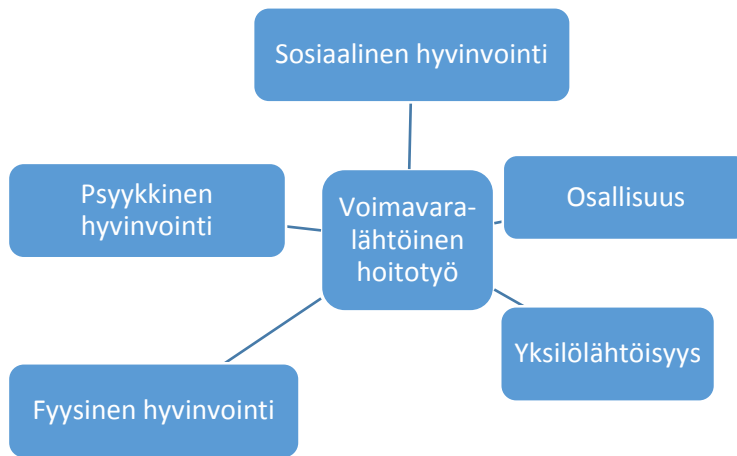
KUVIO 11. Esimerkki pelkistettyjen ilmaisujen yhdistämisestä alaluokaksi.

Kuviossa 12 alaluokat ovat kuvion ulkokehällä. Niistä muodostamani yläluokka on kuvion keskellä. *Viriketoiminta* on toinen *Sosiaalisen hyvinvoinnin* yläluokkaan kuuluvista alaluokista.



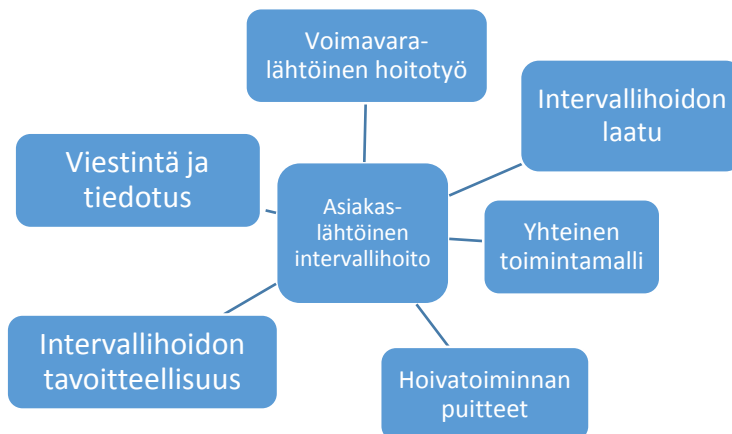
KUVIO 12. Esimerkki alaluokkien yhdistämisestä yläluokaksi.

Olen kirjannut muodostamani yläluokat kuvion 13 ulkokehälle. Näistä yläluokista – joista *Sosiaalinen hyvinvointi* on yksi – muodostuu teema *Voimavaralähtöinen hoitotyö*.



KUVIO 13. Esimerkki yläluokkien yhdistämisestä teemaksi.

Muodostin analyysin avulla kuusi teemaa. Olen kirjannut ne kuvion 14 ulkokehälle. Kun kaikki teemat – joista yksi on *Voimavaralähtöinen hoitotyö* – yhdistetään, saadaan käsite *Asiakaslähtöinen intervallihoito*.



KUVIO 14. Teemoja yhdistävä käsite: Asiakaslähtöinen intervallihoito.

Moilasan ja Rähän (2015, 62) mukaan analysoinnin vaarana saattaa olla, että tutkija tuo tekstiin sellaisia teemoja, joita siellä ei ole. Teemoittamisessa on maltettava pysyä uskollisena tekstille. Metsämuurosen (2008, 47) mukaan tutkijan on varottava, etteivät hänen

subjektiiviset ennakkokäsityksensä muuta analysoitavaa aineistoa. Jouduin ottamaan tämän huomioon analysoidessani opinnäytetyön aineistoa, sillä tutkijana minulla on käsitys tutkittavasta toimintaympäristöstä. Tällöin on vaara, että tekstit saavat uusia merkityksiä, joita ei niissä alun perin ollut.

#### **5.4. Opinnäytetyön tutkimusosan tulokset**

Tutkimusmetodini olivat laadullinen sisällönanalyysi ja käsittekartat. Tutkimukseni tarkoituksena oli kerätä kokemustietoa, kuulla tarinan kertojien omaa ääntä sekä kuvata heidän omia kokemuksiaan ja tunteitaan onnistuneesta ja epäonnistuneesta intervallihoidosta. Tässä luvussa käyn läpi sekä asiakkaiden että henkilökunnan kokemuksia intervallihoidosta analyysistä muodostamieni teemojen mukaan. Suorien lainausten perässä oleva (A+) -merkintä tarkoittaa, että ote on asiakkaan kirjoittaman onnistuneen intervallijakson kuvauksesta ja (A-) -merkintä viittaa epäonnistunutta intervallijaksoa kuvanneeseen asiakkaan kertomukseen. Vastaavasti lainauksen perässä oleva (H+) -merkintä tarkoittaa viittausta henkilökunnan kertomukseen onnistuneesta intervallijaksosta ja (H-) -merkinnällä viitataan henkilökunnan kirjoittamaan epäonnistuneen jakson kuvaukseen.

Aineistoa lukiessani ja analysoidessani muodostin kuusi eri teemaa, joita yhdistää asiakaslähtöisen intervallihoidon käsite. Näistä neljä, jotka olen otsikoinut ”voimavaralähtöinen hoitotyö”, ”hoivatoiminnan puitteet”, ”intervallihoidon laatu” sekä ”viestintä ja tiedotus”, muodostuivat sekä asiakkaiden että henkilökunnan aineistoista. Edellisten lisäksi henkilökunnan aineistosta muodostuivat teemat ”intervallihoidon tavoitteellisuus” ja ”yhteinen toimintamalli”. Teeman käsittelyn yhteydessä olen kuvannut sen ylä- ja alaluokat ja niiden muodostumisen. Aineisto-otteet ilmentävät alkuperäisilmauksia esimerkinomaisesti. Olen pyrkinyt valitsemaan ja esittelemään aineistosta sellaiset alkuperäisilmaukset, jotka kuvaavat luokan sisältöä parhaiten. Alkuperäisilmaukset on kursivoitu.

### 5.4.1 Voimavaralähtöinen hoitotyö

Teema	Voimavaralähtöinen hoitotyö				
Yläluokat	Osallisuus	Yksilölähtöisyys	Fyysinen hyvinvointi	Psyykinen hyvinvointi	Sosiaalinen hyvinvointi
Alaluokat	Itsemääräämisoikeus Yksityisyys	Tarvetta vastaava hoito Asiakkaan tottumusten huomiointi	Tarvetta vastaava hoito Perustarpeiden täytyminen Kuntoutus	Tarvetta vastaava hoito Turvallisuuden tunne	Viriketoiminta Omaisten huomiointi

KAAVIO 1. Teema: Voimavaralähtöinen hoitotyö.

Kertomusten mukaan asiakkaiden onnistuneen jakson kokemuksen edellytyksenä oli perustarpeiden tyydyttyminen, eli ravinnon saannin, levon ja hygienian toteutuminen. Avun saaminen tarvittaessa koettiin tärkeäksi, samoin tarvetta vastaavan ja turvallisen lääkeshoidon toteuttaminen.

Perustarpeiden tyydyttämiseen liittyvät puutteet aiheuttivat asiakkaille epäonnistuneen intervallijakson kokemuksen. Kodin käytännöistä poikkeava toiminta, esimerkiksi inkontinenssisuojien käytön suhteen, aiheutti myös pahaa mieltä. Hoidon toivottiin olevan tarvetta vastaavaa ja laadukasta. Asiakkaan yleiskunnon tai toimintakyvyn lasku hoitojaksoilla koettiin hyvin negatiivisena asiana. Fyysisen kunnon säilyminen tai parantuminen kuntoutuksen avulla kuvattiin ideaalina tavoitteena, johon asiakkaiden mukaan harvoin jakson aikana päästiin.

Henkilökunnan kirjoituksissa positiivista kokemusta vahvisti kokonaisvaltaisen ja voimavaralähtöisen hoitotyön toteutuminen. Kertomusten mukaan henkilökunta pyrki vastaamaan kunkin asiakkaan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin parhaalla mahdollisella tavalla. Siinä onnistuminen tuotti hoitajille myös onnistumisen kokemuksia ja työniloa, joka ilmenee esimerkiksi seuraavan lainauksen tapaan kertomuksissa: ”tärkeää

*on, että asukas tulee kuulluksi ja hänen tarpeisiinsa ja toiveisiinsa pystytään mahdollisimman hyvin ja ammatillisesti vastaamaan” (H+).* Myös omaisten ja perheen ottaminen huomioon katsottiin kuuluvaksi asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitamiseen.

Hoitojakson lyhyt kesto ja tiedonkulun toimimattomuus aiheuttivat henkilökunnan mukaan omat hankaluutensa voimavaralähtöisen hoidon toteutumiseksi. Asiakkaan tarpeiden laiminlyönti esimerkiksi tiedonkulun puutteiden vuoksi koettiin erittäin hankalana ja hoidon epäonnistumisena. Seuraava aineisto-ote kuvaa tiedonkulun puutetta: *”meillä ei ole tietoa ja viikon aikana opimme ns. kantapään kautta asiakkaan toimintakyvystä lisää” (H-).*

Itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden toteutuminen kuvasivat asiakkaiden onnistunutta intervallijaksoa. Omien mieltymysten, tapojen ja tottumusten huomioon ottamista asiakkaat pitivät erittäin positiivisena asiana, kuten seuraava ote osoittaa: *”pääsee sentään joskus tupakille” (A+).* Hyvän hoidon ja asiallisen kohtelun synnyttämä turvallisuuden tunne koettiin tärkeäksi. Puutteet niiden toteutumisessa aiheuttivat turvattomuutta ja tunteen epäonnistuneesta intervallijaksosta, mikä ilmenee tässä aineisto-otteessa: *”öisin kun olisin tarvinnut apua, kutsuuni ei vastattu” (A-).*

Henkilökunnan kertomuksissa asiakkaan itsemääräämisoikeuden toteutumattomuus johti epäonnistuneeseen kokemukseen. Itsemääräämisoikeuden koettiin olevan jotakin asiakkaalle kuuluvaa, mutta se saattoi jäädä resurssipulan ja kiireen vuoksi toteutumatta. Myös hoitoympäristö saattoi uhata itsemääräämisoikeuden toteutumista, jos asiakkaan toimintaa tai oleskelua jouduttiin rajoittamaan osastolla esimerkiksi hänen oman turvallisuutensa vuoksi. Asiakkaan yksilöllisyys ja siihen viittaaminen vaihtelivat hoitajien kertomuksissa. Osassa hoitajien kertomuksista asiakas esiintyi omana aktiivisena persoonana, kun taas osassa asiakasta kuvattiin organisaatiolähtöisesti passiiviseksi, persoonattomaksi hoidon kohteeksi

Intervallijakson riittävä virikkeellisyys oli asiakkaille tärkeää. Mielekäs tekeminen omien voimien mukaan oli jakson onnistumisen ehto, ja virikkeiden puuttuminen aiheutti tylsistymistä ja turhautumista. Seuraava lainaus kuvaa virikkeellisuuden tärkeyttä: *”toiminta on tärkeää, yhteistä tekemistä saisi olla enemmänkin” (A+).* Asiakkaiden toiveet, jotka kohdistuivat virikesisältöön ja aktiivisuuteen, vaihtelivat heidän kuvaamiensa fyysisen kunnan ja voimavarojen mukaan. Osa toivoi ensisijaisesti aktiivista seurustelua ja toiset

halusivat turvallista olemista. Hoivatoiminnan puitteiden sosiaalisella ympäristöllä ja asiakkaiden sosiaalisella hyvinvoinnilla on selkeä yhteys. Sopivat, asiakaslähtöiset puitteet mahdollistavat sosiaalista hyvinvointia.

Henkilökunnan mielestä virikkeiden tarjoaminen osana intervallihoitoa on onnistuneen kokemuksen tekijä, mikä tulee seuraavassa lainauksessa tulkintani mukaan esiin osallistumisen tuottajana ja siten positiivisena seikkana: *”mahdollistetaan osallistuminen talon sisällä oleviin tapahtumiin, jumppiin, tekemisiin jos vaan itsellä halu ” (H+)*. Asiakkaita pyritään motivoimaan ja kannustamaan heidän voimavarojensa mukaan osallistumaan asumisyksiköiden ja osastojen toimintaan ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Henkilökunta esitti kirjoituksissaan toiveita myös viriketoiminnan lisäämisestä. Siitä esimerkkinä on lainaus: *”onnistuneeseen jaksoon kuuluisi myös toiminnallisempaa, yksilöityäkin virike-toimintaa ja yhdessä ohjattua toimintaa luomaan viihtyvyyttä ja mielen kohotusta”(H+)*.

Toisinaan jakson tavoitteiden epäselvyys ja resurssipulan takia vähäiseksi jäävä virikkeellisyys aiheutti henkilökunnalle epäonnistuneen kokemuksen. Tämä ilmenee seuraavassa esimerkissä: *”hoitajat kokevat intervallijaksot ’säilytyspaikkoina’” (H-)*. Kertomuksista kävi ilmi, että hoitajat toivoivat asiakkailleen aktiivisempaa ja osallistavampaa intervallihoitoa ja itselleen myös parempia mahdollisuuksia sen toteuttamiseen. Hoitajan tyytymättömyys hänen puutteellisiin mahdollisuuksiinsa toteuttaa laadukasta hoitoa tulee esiin tulkintani mukaan seuraavassa lainauksessa: *”harmittaa, kun ei pysty tekemään kaikkea mitä haluaisi hyvän hoidon kannalta” (H-)*.

### 5.4.2 Hoivatoiminnan puitteet

Teema	Hoivatoiminnan puitteet		
Yläluokat	Fyysinen ympäristö	Sosiaalinen ympäristö	Toiminnan pätevyys
Alaluokat	Toiminnan sujuvuus Kodinomaisuus	Osaston muut asukkaat Ilmapiiri	Muistisairaiden asiakkaiden erityistarpeiden huomiointi Henkilökunta-resurssit

KAAVIO 2. Teema: Hoivatoiminnan puitteet.

Asiakkaat kuvasivat tyytyväisyyttään lyhytaikaisen hoidon toteuttamiseen sopiviin tiloihin ja riittäviin henkilökuntaresursseihin. Kodinomaisuus koettiin tärkeänä, samoin riittävä yksityisyys, mikä ilmenee seuraavassa lainauksessa: ”*onnistuneeseen intervallijaksoon kuului tärkeänä yksityisyys oman huoneen muodossa*” (A+). Asumisyksiköiden pitkäaikaisten asukkaiden tarjoama seura sekä ammattitaitoinen henkilökunta edesauttoivat positiivisen kokemuksen syntymistä. Arvostus osaavaa henkilökuntaa kohtaan kuvastuu tässä otteessa: ”*hoitajat olivat osaavia ja ystävällisiä*” (A+).

Intervallijakson toimintaympäristö eroaa aina asiakkaan kotiympäristöstä. Sopimattomiksi koetut ja ahtaat tilat, puutteelliseksi koetut resurssit ja pitkäaikaisasukkaiden selkeästi huonompi kunto ja toimintakyvyttömyys aiheuttivat asiakkaille epäonnistuneen jakson kokemuksen. Epämukavan ympäristön asiakkaalle aiheuttama negatiivinen kokemus ilmenee tulkintani mukaan seuraavassa esimerkissä: ”*hoidokit olivat kuin mykkiä*” (A-).

Hoitajien kertomuksissa lämminhenkinen ilmapiiri ja kodinomainen hoitoympäristö kuvasivat onnistuneen intervallihoidon puitteita. Hoitajien halu tehdä asiakkaan olo tervetulleeksi tulee esille seuraavassa lainauksessa: ”*ilmapiiri semmonen, että asiakas kokee itsensä tervetulleeksi*” (H+). Osaston toimiva sosiaalinen ympäristö synnyttää sosiaalista hyvinvointia. Niissä kertomuksissa, joissa pohdittiin ympäristön ja ilmapiirin vaikutusta asiakkaan kokemukseen, kuvattiin intervallijakson sisällön kokonaisuutta selkeämmin



asiakkaan kuin organisaation näkökulmasta. Ympäristöllä on kahdenlainen merkitys. Sen tulee olla sekä asiakasystävällinen että mahdollistaa henkilökunnan sujuva hoivatoiminta.

Osastojen puitteet eivät henkilökunnan kertomusten mukaan vastaa kaikkien intervalli-asiakkaiden tarpeita niin, että hoitajakso sujuisi hyvin. Haastavimpia ovat tilat, joissa hoidetaan erikuntoisia asukkaita. Myös asiakkaiden turvallisuus mietitytti hoitajia. Erityisesti vaikeasti muistisairaiden intervalli-asiakkaiden vaikutusta osaston ilmapiiriin ja pitkäaikaisasukkaiden hyvinvointiin kyseenalaistettiin henkilökunnan kertomuksissa. Intervalli-asiakkaiden haasteellisuuden vaikutusta hoitajien negatiiviseen kokemukseen on kuvattu seuraavassa esimerkissä: ”haasteelliset intervallit verottavat koko osaston asukkaita ja hoitajia”(H-). Tämän tyyppistä negatiivista kokemusta kuvanneissa kertomuksissa ratkaisuksi ehdotettiin usein omaa intervallihoito-osastoa.

### 5.4.3 Intervallihoidon laatu

Teema	Intervallihoidon laatu				
Yläluokat	Tasalaatuisuus	Ammattitaito ja osaaminen	Asiakas-kokemus	Kehittäminen	Organisaatio-kulttuuri
Alaluokat	Henkilökunnan mahdollisuudet vastata asiakkaan tarpeisiin  Asiakkaan oikeudet  Sopivat tilat	Yksilölähtöisen hoivan tuottaminen  Luottamuksen syntyminen  Hoidon jatkuvuus	Odotukset  Kokemukset  Toiveet  Luottamus	Yhteisesti todetut kehittämistarpeet  Ratkaisukeskeisyys	Negatiivinen puhe  Arvot ja asenteet  Yhteisöllisyys

KAAVIO 3. Teema: Intervallihoidon laatu.

Osassa asiakkaiden kirjoittamista kertomuksista verrattiin henkilökunnan toimintaa, sosiaalisen kanssakäymisen mahdollisuuksia ja eri toimintojen toteutumista yhteistoiminta-alueen intervallihoitoa tuottavien asumisyksiköiden välillä. Asiakkaiden tyytyväisyys hoitoon vaihteli eri jaksojen toteutumipaikkojen mukaan. He kokivat saaneensa jossakin yksikössä paremmin odotuksiinsa vastaavaa hoitoa kuin jossakin toisessa yksikössä. Paikkojen vertailu ilmenee esimerkiksi seuraavassa otteesta: ”jakso tuntuu suorastaan

*ihanalta verrattuna aikaisempaan jaksoon toisessa yksikössä*” (A+). Jakson onnistuminen saattoi olla asiakkaan mielestä kiinni sen toteutumispaikasta. Aiemmat hoitajaksot olivat synnyttäneet asiakkaille palvelukokemuksen, johon seuraavia jaksoja verrattiin. Monissa eri paikoissa hoidettavina olleet toivat esille mielipiteitään hoidon laadun vaihtelevuudesta ja toiminnan eroista eri asumisyksiköiden välillä. Asiakkailta ei ollut luottamusta palvelun tasalaatuisuuteen. Toisaalta negatiivisen kokemuksen parantamiseksi asiakas pohti hoitopaikan vaihdon mahdollisuutta seuraavasti: *”jään miettimään, onkohan seuraava jakso yhtä surkea, vai voisinko vaihtaa hoitopaikkaa*” A(-). Asiakkaat toivoivat, että jokaisessa hoitopaikassa asiat olisivat niin, kuin ne heidän mielestään parhaassa paikassa olivat olleet.

Intervallijakso poikkeaa aina asiakkaan normaalista arjesta ja aiheuttaa muutoksen rutineihin. Jakson aiheuttama muutos, siitä syntynyt asiakaskokemus ja sen jälkeinen paluu arkeen merkitsevät haastetta. Jotkut asiakkaat selvisivät siitä kertomansa mukaan nopeammin kuin toiset. Sopeutumisen ja jaksosta palautumisen kokemusta on kuvattu seuraavassa otteessa: *”kestää aina hetken aikaa kun taas sopeutuu kotona olemiseen*” (A+). Palautumisella on merkitystä asiakkaan intervallihoidon kokonaiskokemukselle.

Hoitajien kertomuksissa kyseenalaistettiin muistisairaiden intervalliasiakkaiden hoidon inhimillisuus ja asiakaslähtöisyys. Hoitajaksojen kerrottiin aiheuttavan lisää sekavuutta. Jakson vaikutusta muistisairaaseen asiakkaaseen kuvaa esimerkiksi seuraava aineistolainaus: *”tämä (jakso) on iäkkäälle vanhukseksi, jolla on pitkälle edennyt muistisairaus, valtava muutos, ehkäpä shokki*”(H-). Hoitajien kokemusten mukaan muistisairaalle asiakkaalle jakson aikana syntyvä kokemus tuskin oli positiivinen.

Henkilökunnan kertomuksissa palvelun sisällön yhdenmukaisuus ja tasalaatuisuus merkitsi yksiköiden yhteneväisiä resursseja ja käytettävissä olevaa ammattitaitoa. Hoitajien toive palvelun tuotannon tasalaatuisuudesta on luettavissa esimerkiksi seuraavassa sitaattissa: *”kaikki yksiköt tarvitsisivat oman kuntoutushoitajan, aikaa perehtyä tulijaan ja tilanteeseen kotona*”(H-). Hoitajat toivoivat, että kaikilla intervallipalvelua tuottavilla yksiköillä olisi sama henkilökuntamitoitus ja siihen suhteutettu intervallipaikkamäärä. Hoitajat kokivat asiakkaan ilmaiseman negatiivisen palautteen epäonnistumisena. Negatiiviseen palautteeseen tunnistettiin ja nimettiin syitä kuitenkin enemmän resursseista kuin omasta toiminnasta. Arvostelun kohteena ollessaan hoitajat kokivat olevansa ikään kuin toimimattoman systeemin uhreja.

Organisaatiokulttuurin ja vallitsevien arvojen ja asenteiden vaikutus välittyi hoitajien kertomuksista. Vaikka tulkitsin alkuperäisilmaisuja ennen kaikkea sisällöllisesti, kiinnitin huomiota myös yksittäisiin sanoihin ja lauseiden sijamuotoihin, mikäli se oli tulkinnan kannalta merkityksellistä. Negatiivisen puheen ja turhautuneisuuden aikaansaama viesti kertomuksissa kerrottiin usein indikatiivissa totuutena, kuten: ”kukaan ei ole tyytyväinen” (H-). Toiveikkuus paremmasta tulevaisuudesta ilmaistiin epävarmasti ja kirjoitettiin konditionaalissa. Tästä on esimerkkinä: ”toimintaa voisi kehittää” (H-). Hoitajien kertomuksista kävi ilmi, että todellisuus intervallihoidon tuottamisen kokonaisuudessa oli ongelmallinen ja siihen toivottiin parannusta. Ongelma koettiin kuitenkin yhteiseksi, ei vain yhden hoitajan vastuulla olevaksi. Sen ratkaisemiseksi toivottiin löytyvän keinoja yhteisöstä.

Henkilökunnan kertomuksista ilmeni ymmärrys intervallihoidon kehittämisen tarpeesta ja asiakkaan oikeudesta parempaan hoitoon. Intervallihoidon laadun yhtenäistämiseksi ja kehittämiseksi tuotiin esiin omia ratkaisuehdotuksia. Ehdotuksia kuvaavat otteet: *vas-taanottolomake olisi hyvä*” (H+) sekä *”intervallipalaverit yhteistyöfoorumiksi”* (H-). Kehittämisehdotuksia oli kirjattuna eniten henkilökunnan negatiivisen kokemuksen kertomuksissa.

#### 5.4.4 Viestintä ja tiedotus

Teema	Viestintä ja tiedotus		
Ylä-luokat	Potilas-turvallisuus	Vuorovaikutus	Työturvallisuus
Ala-luokat	Tiedonkulun oikea-aikaisuus Tiedonkulun sujuvuus Viestinnän sisältö Luottamus	Asiakas, omaiset ja yhteistyötahot Asiakkuuden määrittely Vuoro-vaikutuksen ja viestinnän moni-muotoisuus	Yhteiset säännöt Viestinnän sisältö Kollegiaalisuus ja yhteis-toiminnallisuus Luottamus

KAAVIO 4. Teema: Viestintä ja tiedotus.

Oikeaan aikaan tapahtuva tiedonkulku edesauttoi asiakkaan onnistuneen intervallijaksokokemuksen syntymistä. Tiedonkulun katkokset aiheuttivat mielipahaa, joka ilmenee muun muassa seuraavasta otteesta: *”ei vanhainkodilta ilmoitettu, että jumppari on lomalla”* (A-). Viestinnän puutteet aiheuttivat pettymyksiä ja epäonnistuneen jakson kokemuksen. Asiakkaat kokivat tärkeänä, että sovituista asioista pidettiin kiinni ja henkilökuntaan voi luottaa.

Henkilökunnan mukaan sujuva tiedonkulku on ehdoton edellytys onnistuneelle intervaalilihoidolle. Tiedonkulun tärkeyttä kuvattiin seuraavasti: *”vaikka työssä on ajoittain kiire, tiedon välittäminen hoitajalta toiselle on tärkeä ja olennainen osa hoitotyössämme”* (H-). Oikea-aikainen tiedotus takaa potilasturvallisuuden ja tekee työstä sujuvaa.

Intervallihoidon puutteellinen tiedonkulku koettiin hyvin hankalaksi asiaksi, joka aiheutti vaaratilanteita potilasturvallisuudelle ja kiusallisia tilanteita saattajien ja omaisten kanssa. Jokaisessa hoitajan kirjoittamassa epäonnistuneen hoitojakson kokemuksessa mainittiin ongelmia tiedonkulussa tai asioiden raportoinnissa. Suurin osa tiedonkulun ongelmista liittyi kertomusten mukaan intervalliasiakkaan jaksolle saapumiseen ja jaksolta lähtemisen tilanteisiin. Ongelmatilannetta kuvaa seuraava lainaus: *”aina ei edes tiedä kuka on tulossa”* (H-). Luottamuspuolan lisäksi tiedonkulun puutteet aiheuttivat hoitajien turhautumista ja heikensivät työssä viihtymistä.

Henkilökunnan kertomuksista kävi ilmi, että kollegiaalinen viestintä on ensisijaista ja tavoiteltavaa. Työskentely pelkästään omaishoitajalta saatujen tietojen varassa ei ollut mielekästä, ja liika kyseleminen omaisilta koettiin epämiellyttäväksi ja epäammattilliseksi. Tästä on esimerkkinä seuraava aineisto-ote: *”aiheuttaa hoitajalle inhottavan olon, kun joutuu varmistelemaan asioista omaisen/ saattajan kautta”* (H-).

Omaishoitajan ja asiakkaan kanssa keskustelu koettiin tulotilanteessa tärkeäksi lisäinformaation lähteeksi ja mukavaksi vuorovaikutustilanteeksi, silloin kun riittävät ja ajantaisat potilastiedot olivat virallista tietä henkilökunnan saatavilla. Onnistuneesta vuorovaikutuksesta omaisen kanssa tulkintani mukaan viestii seuraava lainaus: *”omaisen on saanut kertoa rauhassa kotikuulumiset”* (H+).

Henkilökunnan mielestä luottamus eri toimijoiden ja omaishoitajien välillä edesauttoi onnistuneen kokemuksen syntymistä. Luottamus toimi hoitajien mukaan myös potilasturvallisuutta ja hoidon jatkuvuutta lisäävänä tekijänä, jota on vaikea ylläpitää yksipuolisesti.

Luottamuspuola ja kokemus tahallisesta tiedon vääristelystä heikensivät onnistumisen kokemusta ja vaikeuttivat työn sujuvuutta. Esille nostettiin myös työturvallisuuteen liittyviä näkökulmia, mikäli vaativasta asiakkaasta ei saatu totuudenmukaisia tietoja hyvissä ajoin ennen jakson alkamista. Luottamuspuolan aiheuttamaa epävarmuutta kuvaa tulkintani mukaan seuraava sitaatti: ”asiakkaalla ilmenee aggressiivisuutta, josta ei ole kerrottu mitään” (H-). Luottamuspuola lisäsi kertomusten mukaan negatiivisen puheen määrää ja henkilökunnan turhautumista. Se vaikuttaa työssä viihtyvyyteen heikentävästi ja heijastuu hoitotyön laatuun.

#### 5.4.5 Intervallihoidon tavoitteellisuus

Teema	Intervallihoidon tavoitteellisuus		
Yläluokat	Hoidon tavoitteet	Yhteistyö	Hoidon jatkuvuus
Alaluokat	Asiakkaan määrittely Yksilöllähtöisyys Osallisuus Hoidon eettisyys	Moniammatillisuus Omaisten osallistuminen Avoin vuorovaikutus	Suunnitelmallisuus Hoidon arviointi Hoidon kehittäminen

KAAVIO 5. Teema: Intervallihoidon tavoitteellisuus.

Henkilökunnan kertomuksissa intervallihoidon tavoitteiden määrittely vaikutti positiivisesti jaksojen onnistumiseen. Yhteistyö, viestintä ja avoin vuorovaikutus kotihoidon työntekijän ja omaishoitajan kanssa nimettiin tavoitteellisuuden kannalta merkittäviksi tekijöiksi. Asiakkaan osallisuus hoidon tavoitteiden määrittämisessä nähtiin tärkeänä.

Tämä on luettavissa seuraavissa lainauksissa: *”asetamme jaksolle tavoitteita, esim. enemmän liikkumista” (H+)* sekä *”yksinasuva voi myös itse määrittää tavoitteen jaksolle” (H+)*.

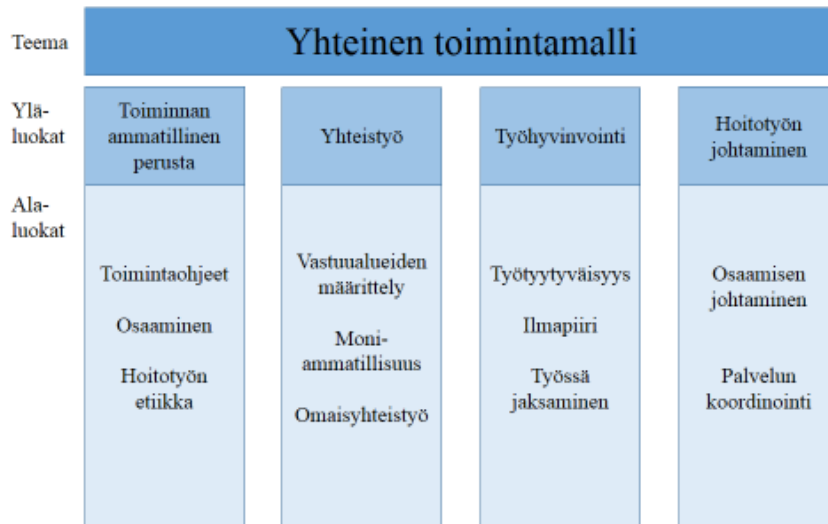
Viestintähankaluuksien ja puutteellisen yhteistyön vuoksi asiakkaan, omaishoitajan ja palveluntuottajien tavoitteet eivät ole yhteneväiset, mikä aiheuttaa epäonnistumisen kokemuksia henkilökunnalle. Tätä ongelmaa kuvaa seuraava aineistoesimerkki: *”asukkaan, omaishoitajan/ kotihoidon ja henkilökunnan tavoitteet eivät kohtaa” (H-)*. Tavoitteiden määrittelyssä kohdatut vaikeudet lisäsivät vaikeutta määrittellä intervallihoidon todellista asiakasta. Joissakin hoitajien kertomuksissa omaiset olivat vahvemmassa asiakkaan roolissa kuin hoidettava henkilö. Tällainen asetelma on kuvattuna seuraavassa otteessa: *”omaiset haluavat jutella omasta tilastaan ja voinnistaan hoitajille, vaikka kyse pitäisi olla itse intervallista” (H-)*. Tällainen tilanne koettiin epäeettiseksi ja vääräksi ja se lisäsi jakson epäonnistumisen kokemusta. Hoitajien kertomuksissa hoidettava miellettiin todelliseksi intervallihoidon asiakkaaksi, vaikka omaisen rooli osana hoitokokonaisuutta tiedostettiin hyvin.

Henkilökunnan mielestä tavoitteiden nimeäminen ja niistä avoimesti asiakkaan ja omaisen kanssa keskusteleminen edesauttaisivat jakson onnistumista ja ehkäisisivät epärealististen odotuksien syntymistä. Tavoitteiden asettaminen tekee hoitotyöstä mielekästä ja mahdollistaa hoidon arvioinnin ja kehittämisen. Hoidon arvioinnin mahdollisuus koettiin tärkeäksi osaksi onnistunutta intervallihoidoa. Tavoitteellisuuden tulisi henkilökunnan mielestä ulottua myös asiakkaiden kotiin, jotta intervallihoido olisi onnistunutta. Kun hoito on kokonaisvaltaista ja siinä on selkeä jatkumo, on hoitajille jaksosta muodostuva kokemus positiivisempi. Tätä kuvaa tulkintani mukaan seuraava sitaatti: *”omainen on tyytyväinen tapahtuneeseen muutokseen asiakkaassa ja lupaavat kotona myös pitää liikkumista yllä” (H+)*.

Vaikka intervallihoidossa oleva henkilö miellettiin jakson todelliseksi asiakkaaksi, hoitajien kertomuksissa mainittiin myös omaisen mahdollisuus lepoon yhtenä intervallihoidon tavoitteena. Omaisen levon toteutuminen koettiin tärkeänä ja positiivisena asiana. Tästä esimerkkinä on ote: *”jakso mahdollistaa läheisen lepäämisen” (H+)*. Toisaalta omaisen lomaviikko koettiin palveluksi, jota omaishoitajan tulisi tarjottaessa hyödyntää. Omais-

hoitajan jakson aikaisia vierailuja asumisyksikössä ei aina pidetty tarpeellisina. Tämä ilmenee seuraavasta lainauksesta: ”jos nyt omaisesta tuntuu, että pitää tietää miten menee, niin soittaa hoitajille, muuten nauttis lomasta” (H+).

#### 5.4.6 Yhteinen toimintamalli



KAAVIO 6. Teema: Yhteinen toimintamalli.

Henkilökunnan kertomuksissa onnistuneen jakson mahdollisti toimiva ja moniammatillinen yhteistyö. Kun toimintatavoista oli pystytty sopimaan onnistuneesti ennen intervallijakson toteutumista eri yhteistyötahojen kanssa, se edesauttoi onnistuneen kokemuksen syntymistä ja vaikutti positiivisesti myös yksikön ilmapiiriin. Positiivisesta ilmapiiristä kertoo seuraava aineisto-ote: ”hyvä fiilis tehdä töitä, kun yhteistyö pelaa” (H+).

Puuttuvat yhteiset toimintaohjeet ja epäselvä työskentelymalli johtivat epävarmuuteen ja epäonnistumisen kokemuksiin työntekijöiden näkökulmasta. Tämä ilmenee esimerkiksi seuraavassa lainauksessa: ”tulee tunne, että toimintamme ei ole ammatillista, kun ei ole yhteisesti sovittuja tapoja, johon kaikki olisi sitoutuneita” (H-). Epäselvyys siitä, mitä hoitajilta jakson toteutumisen suhteen odotettiin, aiheutti turhautumista ja heikensi työssä viihtymistä. Hoidon tavoitteiden ja toteutumisen ristiriitaa kuvaa tulkintani mukaan seuraava lainaus: ”tavoitteen puuttuminen tekee hoitajaksesta säilytystä, joka tuntuu epäeettiseltä, koska tarkoitus on tukea kotona pärjäämistä” (H-). Omaisilta saatu palaute saattoi

olla negatiivista, esimerkiksi yhteisten tavoitteiden puuttuessa. Tämä asetti hoitajat eettisesti vaikeisiin tilanteisiin ja sai pohtimaan, kenen tarpeisiin hoitajakson aikana tulisi vastata.

Hoitajien mukaan intervallihoidon koordinointi ja toimiva hoitotyön johtaminen auttoivat luomaan onnistuneen kokemuksen. Toimintojen nimeäminen ja vastuualueiden jakaminen nähtiin selkeyttävinä, positiivisina asioina. Tehtäväkuvauksen tärkeys kuvastuu seuraavassa otteessa: *”olisi hyvä jos intervalleille olisi omat nimetyt hoitajat”* (H-). Koordinoinnin ja palvelun johtamisen puutteet aiheuttivat hoitajille epäonnistuneen kokemuksen ja asettivat haasteita työssä jaksamiselle. Tämä ilmenee seuraavassa sitaatissa: *”turhauttavaa hoitoa, hoitajat eivät tule kuulluksi”* (H-). Huonosti toteutettu koordinointi sai hoitajat tuntemaan, että heidän työkuormansa ja vastuunsa on liian suuri. Tämä sai heidät toisinaan kyseenalaistamaan koko intervallijärjestelmän mielekkyyden. Hoitajien tyytymättömyys intervallihoidon järjestelmään kuvastuu tulkintani mukaan esimerkiksi seuraavissa lainauksissa: *”tekeminen on sirpaleista”* (H-) ja *”järjestelmä ei ole toimiva”* (H-).

#### 5.4.7 Yhteenveto tutkimusosan tuloksista

Kokoava käsite	Asiakslähtöinen intervallihoido					
Teemat	Voimavara-lähtöinen hoitotyö	Hoiva-toiminnan puitteet	Intervallihoidon laatu	Viestintä ja tiedotus	Intervallihoidon tavoitteellisuus	Yhteinen toimintamalli
Yläluokat	Osallisuus Yksilö-lähtöisyys Fyysinen hyvinvointi Psyykkinen hyvinvointi Sosiaalinen hyvinvointi	Fyysinen ympäristö Sosiaalinen ympäristö Toiminnan pätevyys	Tasa-laatuisuus Ammattitaito ja osaaminen Asiakas-kokemus Kehittäminen Organisaatio-kulttuuri	Potilas-turvallisuus Asiakas, omaiset ja yhteistyötahot Työ-turvallisuus	Hoidon tavoitteet Yhteistyö Hoidon jatkuvuus	Toiminnan ammatillinen perusta Yhteistyö Työhyvinvointi Hoitotyön johtaminen

KAAVIO 7. Teemat yhteen kokoava käsite: Asiakslähtöinen intervallihoido.



Lukiessani ja analysoidessani kerronnallista aineistoa muodostin siitä yhteensä kuusi eri teemaa, joita yhdistää asiakaslähtöisen intervallihoidon käsite. Näistä neljä ”voimavara-lähtöinen hoitotyö”, ”hoivatoiminnan puitteet”, ”intervallihoidon laatu” sekä ”viestintä ja tiedotus” muodostuivat sekä asiakkaiden että henkilökunnan aineistoista. Edellisten lisäksi henkilökunnan aineistosta muodostuivat teemat ”intervallihoidon tavoitteellisuus” ja ”yhteinen toimintamalli”. Kerronnallisen aineiston sisällönanalyysin avulla sain vastauksen tutkimustehtäviin 1 ja 2 (s.9). Teemoista on luettavissa sekä asiakkaiden että henkilökunnan kokemus toteutuneesta intervallihoidosta. Kehitystyön kannalta oli merkittävää saada tietoa epäonnistuneen jakson kokemuksista, jotta voitaisiin pohtia keinoja vähentää niitä. Onnistuneen jaksoiden kokemukset antoivat puolestaan näkökulmaa siihen intervallihoidon sisältöön, jota tulisi lisätä.

Sisällönanalyysillä muodostamani teemat sisältyvät kerronnallisesta tutkimusaineistosta yhteenvetona kirjoittamaani toimintatarinaan. Toimintatarina on asiakkaan näkökulmasta kirjoitettu tavoitteellinen prosessikuvaus onnistuneesta intervallijaksosta. Kuvaan siinä asiakkaan lähtötilanteen, saapumisen intervallijaksolle, intervallijakson kulun ja palaamisen jaksolta kotiin. Tarina antaa prosessikuvaukselle yhden näkökulman ja kuvaa asiakaskokemusta. Tarina on tutkijan mielikuvituksen synnyttämä ideaali tarina, eikä se sisällä suoria lainauksia kerätystä aineistosta. Tarinan henkilöt ovat kuvitteellisia.

Kalliomäen (2014, 15) mukaan tarinan avulla luodaan palveluun syy-seuraus-suhteita ja rakennetta. Se helpottaa palvelun kokonaisuuden hallintaa ja kehittämistä. Kehittämistyöni tuloksena esittämäni intervallihoidon prosessikuvaus (Kuvio 16 s. 79) on yhdenlainen palvelun strategia. Seuraavaksi kuvaamani toimintatarina on elävämpi, inhimillisempi ja konkreettisempi. Siitä on helpompi puhua ja se jää helpommin mieleen. Kalliomäen (2014, 54) mukaan tarinan muotoon tehty strategia on helpompi jalkauttaa organisaatioon.

### **Tarina onnistuneesta intervallijaksosta**

”Uuno on 80-vuotias omaishoidettava mies, jolla on perussairautena keskivaikea muistisairaus ja verenpainetauti. Uunon omaishoitajana toimii hänen 72-vuotias vaimonsa Kerttu ja he asuvat omakotitalossa. Kotihoito käy kerran viikossa auttamassa Uunon pe-suissa, mutta muita palveluita he eivät tarvitse. Uuno ja Kerttu ovat tyytyväisiä tilantee-

seensa. Omaishoidon vapaapäivät järjestetään kahdeksan viikon välein toteutuvana intervallihoitoviikkona tehostetun palveluasumisen yksikössä Onnelassa, jossa toimii oma muistisairaille asiakkaille perustettu intervallihoito-osasto.

Ennen ensimmäiselle intervallijaksolle lähtemistä Uno ja Kerttu saivat kotiin esitteen asumisyksiköstä yhteystietoineen. Intervallihoidon koordinoinnista vastaava hoitaja Sirpa oli käynyt Unon ja Kertun luona kotikäynnillä Liisa-hoitajan kanssa hoidon suunnittelua varten. Liisa on Onnelan intervallihoidosta vastaava hoitaja. Käynnin perusteella kirjattiin jakson tavoitteet ja välitön vuorovaikutus rakensi positiivista ja luottavaista hoitosuhdetta. Käynnillä tarjottiin myös mahdollisuutta käydä tutustumassa asumisyksikön tiloihin ennen intervallijaksoa. Tämä tuntui Unosta ja Kertusta mukavalta. Sovittiin intervallijaksolle saapumisaika ja kerrattiin, mitä piti muistaa pakata mukaan. Tarkistettiin voimassa oleva lääkitys, tietojen yhteneväisyys potilastietojärjestelmän kanssa ja tarvittavat apuvälineet. Unolla ja Kertulla oli sellainen olo, että heistä huolehditaan hyvin ja hoitajat ovat taitavia ammattilaisia. Asumisyksikön hoitajat pystyivät suunnittelemaan Liisan johdolla alkavaa jaksoa Unon tarpeista lähtien, sillä he olivat saaneet hyvissä ajoin reaaliaikaista ja paikkansapitävää tietoa Unon taustoista ja nykytilanteesta. Onnelan hoitajat olivat tyytyväisiä sujuvaan yhteistyöhön ja tiedonkulkuun niin omaisen kuin jaksoa koordinoivan hoitajankin välillä.

Uno saapui intervallijaksolle sovittuun aikaan vaimonsa saattamana ja Onnelan henkilökunnalla oli riittävästi aikaa ottaa heidät vastaan. Olli – Unon omahoitaja – kävi Unon ja Kertun kanssa läpi kotona valmiiksi täytetyn esitietolomakkeen. Hän kyseli viime aikojen kuulumiset sekä esitteli Unon oman huoneen. Tavaroiden purkamisen jälkeen Kerttu-vaimo lähti luottavaisin mielin vapaapäiviensä viettoon ja lupasi soittaa Unolle parin päivän päästä kysyäkseen kuulumisia. Unon vastaanottanut omahoitaja merkitsi tarkistuslistaan läpikäytyt asiat tiedonkulun varmistamiseksi ja raportoinnin helpottamiseksi sekä kirjasi Unon jaksolle saapuneeksi.

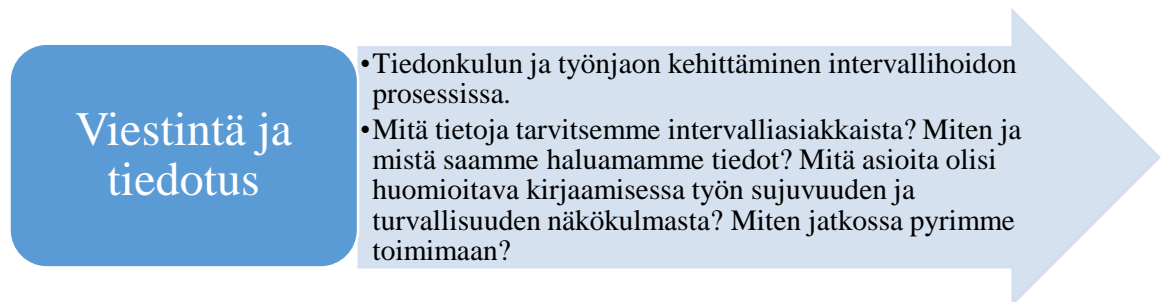
Onnelassa vietetty intervalliviikko vastasi Unon ja Kertun odotuksia. Henkilökunta vaikutti kiireettömältä ja oli ystävällistä. Omahoitaja Olli oli viikon aikana useamman vuoron töissä, ja hänen puoleensa Unon oli helppo kääntyä. Ruoka oli hyvää ja sitä oli riittävästi. Ensimmäisten päivien levoton olo helpottui viikon aikana päivärutiinien toistuksessa tutuiksi käyneiden hoitajien kanssa. Verenpaineikin tuli viikon aikana mitatuksi ja samoin kartoitettiin Unon toimintakykyä ja elämänlaatua eri mittaristoilla. Oma huone ja TV takasivat riittävän rauhan mutta osastolla järjestetty viriketoiminta tarjosi mukavaa vastapainoa omalle oleskelulle. Läheisen päiväkodin lasten vierailu ja musiikkiesitys piristivät mieltä. Viikon aikana pääsi ulos useamman kerran ulkoiluavustajan kanssa ja Unosta tuntui, että jalat kantoivat päivä päivältä paremmin. Intervalliosastolla oli hoidossa samassa tilanteessa olevia asiakkaita ja heidän kanssaan tuli juteltua kaikenlaista. Silloin kun koti-ikävä kaiheri mieltä, löytyi omahoitajalta aikaa istahtaa hetkeksi viereen. Joka pyyntöön vastattiin ja aina sai apua kun tarvitsi. Viikon aikana Uno pääsi myös avustettuna suihkuun ja partakin ajettiin joka päivä. Onnelan hoitajat toteuttivat voimavaralähtöistä ja yksilöllistä hoitotyötä, arvioivat jakson onnistumista ja suunnittelivat samalla jo seuraavan jakson sisältöä. Toteutuneen jakson perusteella he kirjoittivat hoitopalautteen myös kotiin viemisiksi. Palautteeseen kirjattiin vaimolle vinkiksi, että Uno innostui tuolijumpasta erityisen paljon. Sitä suositeltiin harrastettavaksi myös kotona ja mukaan annettiin kirjallinen ohje liikkeen tekemiseksi oikein.

Jakson päättyessä hymyilevä ja levännyt Kerttu-vaimo tuli noutamaan miehensä kotiin ennalta sovittuna aikana. Olli kävi heidän kanssaan kaikessa rauhassa läpi kirjallisen hoi-

topalautteen ja tiedusteli seuraavan jakson toiveita. Seuraava jakso oli jo sovittu, ja intervalliyksiköstä luvattiin ottaa puhelimitse yhteyttä ennen jakson alkua ja kysellä kuulumisia. Ennen lähtöä Olli tarkisti tulotilanteessa kirjatun luettelon mukaan, että kaikki Uunon tavarat oli pakattu mukaan. Lähdön jälkeen Olli arvioi ja kirjasi hoidon potilastietojärjestelmään sekä antoi puhelimitse palautteen intervallihoitoa koordinoivalle hoitajalle. Jakso oli vastannut odotuksia, ja osasto oli ollut Uunon tilanteeseen sopiva. Myös yhteistyö omaisen kanssa oli sujuvaa. Kerttu-vaimo koki saaneensa voimia jakson aikana ja Uuno koki toimintakykynsä kohentuneen. Seuraavalla kerralla Uunon olisi helppoa tulla tuttuun paikkaan hoitajaksolle. Uunon ja Kertun asuminen yhdessä kotona näytti säännöllisten intervallijaksojen turvin toistaiseksi hyvin realistiselta tavoitteelta. Uunon ja Kertun ollessa jo kotimatalla Olli pohti mielessään, kuinka hienolta tuntui nähdä oman työnsä tuloksia ' – Tällä työllä todella on merkitystä'. Myös Sirpa ja Liisa olivat tyytyväisiä. He tapasivat yhteistyöpalaverissa ja totesivat että, sujuvasta ja asiakaslähtöisestä toiminnasta hyötyvät ihan kaikki.”

## 6 OPINNÄYTETYÖN KEHITTÄMISOSAN TOTEUTUS JA TULOKSET

Opinnäytetyö koostuu tutkimuksellisesta osuudesta ja työn kehittämisosuudesta. Kyseenalaistin tutkimusosuuden analyysissa muodostamani teemat kehittämisosiota varten esimerkiksi sanoilla ”Mitä?”, ”Miksi?” ja ”Miten?”. Näin sain teemat toimimaan ja kehittymään ja tekemisen sanat mukaan kuvaamaan teeman sisältöä. Valitsin muodostuneista kysymyksistä osan ryhmätöiden aiheiksi.



KUVIO 15. Esimerkki tutkimusosuuden teeman työstämisestä kehittämisosion ryhmätöiden aiheiksi.

Tässä luvussa kuvaan opinnäytetyön kehittämisosuuden toteutusta ja esittelen keskeisimmät tulokset. Kehittämisosuuden tehtävänä oli vastata kysymykseen: Minkälainen on asiakaslähtöinen toimintamalli?

### 6.1. Kehittävä toimintatutkimus

Työn kehittämisosiossa käytin toimintatutkimuksellista otetta. Toimintatutkimuksessa tutkitaan ja kehitetään työyksikön vallitsevia käytäntöjä. Tutkimuksen avulla etsitään ratkaisuja ongelmiin – olivat ne sitten teknisiä, yhteiskunnallisia, sosiaalisia, eettisiä tai ammatillisia. Olennaista on se, että tutkittavat ammattilaiset osallistuvat itse tutkimuksen tekemiseen aktiivisella toiminnallaan. (Kuula 2006; Metsämuuronen 2008, 29; Suoranta & Rynänen 2014, 196.)

Toimintatutkimuksen lähtökohta on reflektiivinen ajattelu. Reflektoidessaan ihminen tarkastelee omaa subjektiviteettiaan, omia ajatustapojaan ja kokemuksiaan sekä itseään ta-

juavana ja kokevana olentona. Toimintatutkimusta voidaan kuvata itsereflektiivisenä kehänä, jossa toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleen suunnittelu seuraavat toisiaan. (Heikkinen 2010, 219–220; Suoranta & Ryyänen 2014, 202.)

Heikkinen (2010, 214) toteaa toimintatutkimuksen olevan tutkimusstrateginen lähestymistapa, joka voi käyttää välineenään erilaisia tutkimusmenetelmiä. Tunnusomaista on toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus sekä pyrkimys saavuttaa tutkimuksesta käytännöllistä hyötyä. Siten toimintatutkimuksen päämääränä ei ole vain tutkia, vaan myös kehittää ennen kaikkea sosiaalista toimintaa. Heikkisen (2010) mukaan toimintatutkimus voidaan määritellä arvosidonnaiseksi ja subjektiiviseksi lähestymistavaksi, jolloin tutkija on itse mukana työyhteisössä, jota tutkii. Myös yhteisöllisyys ja yhteistoiminnallisuus kuvaavat toimintatutkimuksen prosessia. (Heikkinen 2010, 223–224.)

### **6.1.1 Learning Café työn ja toimintakulttuurin kehittämismenetelmänä**

Terveessä ja hyvinvoivassa työyhteisössä toiminnan perustana on perustehtävä, joka yhdessä organisaation rakenteen ja toimintaympäristön kanssa luo pohjan organisaatiokulttuurille. Perustehtävän hyvä toteutuminen edellyttää työn ja työyhteisön jatkuvaa arviointia ja kehittämistä. Myönteinen organisaatiokulttuuri mahdollistaa kehittämisen vaatiman palautteen annon ja tukee työntekijöiden hyvinvointia. Nämä molemmat asiat ovat ehdottomia edellytyksiä perustehtävän laadukkaalle toteutumiselle. (Mäkisalo-Ropponen 2007, 167–168; Kuusela 2015, 30.)

Organisaatiokulttuuri on ryhmäilmiö ja sillä tarkoitetaan määrätyn organisaation jäsenten tapaa ajatella ja toimia. Kulttuuri opitaan vuorovaikutuksellisen toiminnan kautta joten siinä ilmenevät tavat ja säännöt ovat organisaation jäsenten yhdessä oppimia ja muodostamia. (Lämsä 2011, 123; Kuusela 2015, 111, 113.) Kulttuuri on kokonaisvaltainen ilmiö, joka on seurausta organisaatorakenteesta, johtamismenetelmistä ja strategiasta (Grönroos 2010, 494).

Organisaatiokulttuurin kehittäminen edistää yksikön eettistä vastuullisuutta ja sosiaalisesti kestäväää toimintaa. Lainsäädäntö ja organisaation viralliset säännöt ohjaavat toimintaa ja luovat normatiivista perustaa vastuullisuudelle, mutta ne eivät saa ketään viime

kädessä toimimaan millään tietyllä tavalla. Organisaatiokulttuuri on siksi sääntöjä voimakkaampi toimintaa rajoittava tai mahdollistava asia. (Lämsä 2011, 126–127.)

Kulttuurin kehittämisen lähtökohtana on tunnistaa ja palkita halutun mukaista toimintaa ja puuttua organisaatiolle tärkeiden arvojen ja toimintamallien vastaiseen toimintaan. Haluttua toimintaa voi kehittää organisaation sisäisellä vuoropuhelulla, joka mahdollistaa yhteisten tavoitteiden ja toimintamallien rakentamisen ja organisaation jäsenien näkemisen oman toimintansa tekijöinä. (Slocombe 2003, 319; Lämsä 2011, 125; Kuusela 2015, 163.)

Tietynlaiset ajattelu- ja toimintamallit ovat usein yhteisöllisesti opittuja. Mikäli yhteisössä vallitsee negatiivisten tarinoiden kertomiskulttuuri, tulee kerronnan tyyli ja malli muuttua. Tarinan on muututtava ennen kuin käyttäytyminen tai toiminta voi muuttua. (Mäkisalo-Ropponen 2007, 168.) Fischer (2012) on tutkimuksessaan todennut, että työntekijän kokemukset työilmapiiristä, työyksikön sisäisestä laatutasosta ja työntekijöiden henkilökohtaisesta työhön sitoutumisesta ovat yhteydessä asiakkaan kokemukseen ja arvioon palvelun laadusta (Fischer 2012, 156–157). Vuorovaikutus ja kommunikaatio ovat ratkaisevassa asemassa yhteisön ilmapiirin rakentumisessa, joten on varsin merkityksellistä, millainen puhumisen kulttuuri työyhteisössä vallitsee. Negatiivinen puhumisen kulttuuri heijastuu sekä työntekijöiden hyvinvointiin että ikäihmisten elämänlaatuun, joten puhumisen laatuun on kiinnitettävä tietoista huomiota. Keskusteleva ilmapiiri tukee toimivaa yhteistyötä, toiminnan arviointia ja uudistuksia sekä ehkäisee ristiriitojen syntymistä. (Slocombe 2003, 315–316; Heimonen, Sarvimäki & Suni 2010, 170–172.)

Hoitajien kerronnallisen aineiston analyysissä minulle muodostui näkemys siitä, että epäonnistuneen intervallijakson kokemukset kuvasivat vahvasti nykytilannetta ja onnistuneiden jaksojen kokemukset esitettiin idealistisina toiveina paremmasta tulevaisuudesta, usein konditionaalissa kirjoitettuna. Negatiivisten tarinoiden muuttamiseksi kohti positiivisempaa kerronnan kulttuuria valitsin vallitsevan toimintakulttuurin ja työn kehittämistä välineeksi yhteistoiminnallisen ryhmätyöskentelyn. Menetelmänä käytin Learning Caféta.

Learning Café on menetelmä, jonka avulla ryhmä saadaan toimimaan ja kehittämään uutta. Valitussa menetelmässä ryhmä jaetaan pöytäkuntiin ja jokaisessa pöydässä on puheenjohtaja, joka ylläpitää keskustelua ja kirjaa ryhmän ajatukset ylös. Jokaisesta kysy-

myksestä keskustellaan noin 20 minuuttia. Tämän jälkeen vaihdetaan pöytää. Puheenjohtaja tekee yhteenvedon aiheesta uudelle pöytäseurueelle. Seuraava ryhmä jatkaa siitä, mihin edelliset ovat päässeet. Lopuksi kaikkien pöytien puheenjohtajat tekevät yhteenvedon keskusteluista ja tuovat tulokset yhteiseen tarkasteluun. Learning café -menetelmällä voidaan tukea hiljaisempienkin osallistujien osallistumista. Menetelmä edesauttaa ratkaisujen löytymistä hankaliin kysymyksiin sekä helpottaa yhteisen ymmärryksen syntymistä. (Järvensivu, Nykänen & Rajala 2010, 68–69.)

Työn kehittämisessä on olennaista työntekijöiden motivaatio kehittämiseen ja heidän osallistumisensa mahdollistaminen. Valitsemani menetelmä tarjosi mahdollisuuden osallistaa työntekijöitä kehittämiseen. Järjestin toukokuussa 2016 kaksi yhteistoiminnallista ryhmätyötilaisuutta, jotka toteutettiin Learning Café -menetelmällä. Ryhmätyöskentely kokosi yhteisen aiheen äärelle useita eri toimijoita keskustelemaan intervallihoidon ja siihen liittyvän toimintakulttuurin kehitystarpeesta ja sen toteutuksesta. Tilaisuudet olivat oppimis- ja kehittämistilaisuuksia, joissa ryhmät inspiroituiivat omasta osaamisestaan ja innovoivat yhdessä uutta. Ryhmän voima on suunnaton, sillä hyvin toimiva ryhmä ei vain toimi, vaan myös vaikuttaa ympäristöönsä ja saa aikaan muutosta (Kuusela 2015, 111).

### **6.1.2 Prosessimallintaminen työn kuvaajana**

Kehittämiskulttuuri rakentuu organisaatiossa tietoisien toiminnan tuloksena. Se on organisaation asenne toiminnan uudistamiseen, se kytkeytyy työmenetelmiin, johtamiseen ja osaamiseen. Stenvall ja Virtanen (2012, 236–238) vakuuttavat teoksessaan, että organisaation uudistaminen on aina positiivinen asia ja sitä on mahdollista toteuttaa olemassa olevilla resursseilla. He toteavat, että käytännön kehittämistyössä tulisi aina edetä kokonaisvaltaisesti sekä järjestelmä-, työntekijä- että asiakaslähtöisen kehittämisen keinoin ja huomioida näiden menetelmien lisäarvoa tuottava vaikutus. Arvonäkökulma tarkoittaa Stenvallin ja Virtasen (2012, 238) mukaan sitä, että samalla kun kehitetään ja uudistetaan järjestelmää, otetaan huomioon, minkälaista lisäarvoa asiakkaille tai työntekijöille tuotetaan esimerkiksi parempana osaamisen hyödyntämisenä tai työmotivaationa.

”Palveluihin vaikutetaan analysoimalla niitä prosesseina” (Harisalo 2013, 46). Toimintatapojen kirjallinen kuvaaminen on siis edellytys toiminnan arvioinnille ja kehittämiselle. Hoitotyön prosessit ovat toisiaan seuraavien tai toisiinsa sidoksissa olevien toimintojen

ketjuja. Prosesseja on hoitotyön jokaisella tasolla; esimerkiksi asiakkaan hoidon ja hoidon johtamisen prosesseja. Jokainen työyksikkö muodostaa ajan mittaan omat toimintatansa, jolloin kehitystoiminnan tavoitteena on luoda asiakkaiden ja muiden sidosryhmien tarpeista lähtevät prosessit, joissa pyritään tekemään asiat tehokkaasti oikein. (Heinola & Paasivaara 2007, 52.)

Prosessit jaetaan usein ydinprosesseiksi ja tukiprosesseiksi. Ydinprosessit ovat toiminnan kannalta keskeisimmät ja asiakkaalle lisäarvoa tuottavat osa-alueet. Tukiprosessit avustavat ydinprosesseja ja luovat edellytykset niiden tehokkaalle toiminnalle. (JHS 152 2012; Harisalo 2013, 46.) Oleellista on yhteisymmärrys kunkin työyksikön prosesseista eli yhteisten toimintatapojen kuvauksista. Prosesseissa toimivien ihmisten on ymmärrettävä oman työnsä merkitys kokonaisuudessa ja eri asiakkaiden tarpeet, jolloin prosessien kriittinen arviointi onnistuu. Arviointi kohdistuu prosessin tavoitteiden saavuttamiseen sekä tuloksiin ja vaikutuksiin. Keskeistä on arvioida saadaanko ydinprosesseilla myönteistä vaikutusta asiakkaiden tilanteisiin. Hoidon ydinprosessien toimivuuden ja laadun arvioinnin keinoja ovat esimerkiksi asiakastyytyväisyyskyselyt, itsearviointi, auditointi ja tilastot. (Heinola & Paasivaara 2007, 52, 55; Stenvall & Virtanen 2012, 69.) Prosessi-johtamisessa on omaksuttu ajatus, jonka mukaan työn mielekkyyden ymmärtäminen lisää henkilökunnan tyytyväisyyttä. (Stenvall & Virtanen 2012, 69.)

Työprosessien kuvaaminen auttaa tekemään oikeita asioita asiakkaan hyväksi, tunnistamaan prosessien toimivat käytännöt ja mahdolliset kehitystarpeet. Prosessikuvaukset auttavat selkiyttämään ammatillisen työn tavoitteita ja tekevät työtehtävät näkyviksi. Ne toimivat myös perehdyttämisen ja koulutuksen välineinä. Lisäksi selkeät prosessikuvaukset auttavat perustelemaan toiminnan taloudellisia vaateita. (Heinola & Paasivaara 2007, 52.)

Asiakaslähtöisiä prosesseja tuottaessa tulee kartoittaa ja kuvata asiakkaiden odotukset ja vaateet prosesseille. Tämä jälkeen on mietittävä millä toimenpiteillä vaatimuksiin vastataan. Keskeistä prosessien kehittämisessä on, että siihen osallistuvat kaikki työntekijät, joita prosessi koskettaa. (Heinola & Paasivaara 2007, 53–54.) Työyhteisössä tapahtuva palveluprosessin kehittäminen voidaan ajatella myös työyhteisön yhteisenä oppimisprosessina. Siltala (2010, 32) tiivistää väitöskirjassaan: ”yhteisön oppiminen on enemmän kuin yksilöiden oppimisen summa ja yhteistoiminnallisen oppimisen mallin avulla on mahdollista ratkaista laajempia ja haastavampia ongelmia tehokkaammin ja nopeammin.” Prosessien kehittämisellä voidaan organisaatioissa saada aikaan merkittäviä parannuksia



esimerkiksi asiakastyytyväisyydessä, asiakaspalvelun tasossa, tuottavuudessa, laadussa ja työtyytyväisyydessä (TTK 2013, 30).

Prosessi on toisiinsa liittyvien toimintojen ja tehtävien kokonaisuus. Se alkaa asiakkaan tarpeesta ja päättyy asiakkaan tarpeen tyydyttämiseen. Asiakaslähtöisessä prosessissa lähtökohtana on tarpeiden jatkuva muuntuminen, jolloin prosessit joustavat asiakkaan tilanteen mukaan. (Stenvall & Virtanen 2012, 66–67.) Prosessiajattelu merkitsee sellaista työn suunnittelua, jossa tehtäville syntyy looginen suorittamisjärjestys. Prosessin tarkoituksena on kuvata miten ja millaisella työnjaolla organisaatio toimii tietyssä tilanteessa. Oletuksena on, että prosessit tuottavat haluttuja tuloksia ja tehokkuutta. (Stenvall & Virtanen 2012, 67, 69.)

Prosessiajattelun kannalta on merkittävää ymmärtää ero asiakkaan prosessin ja palvelutuotannon prosessien välillä. Asiakas käynnistää palveluprosessin tarpeellaan, mutta ei osallistu prosessin jokaiseen vaiheeseen palvelun käyttäjänä. (Stenvall & Virtanen 2012, 69.) Prosessiajattelussa toiminnan tehokkuuden ja asiakasvaikuttavuuden huomioiminen edistävät organisaation suorituskykyä. Asiakaslähtöiset prosessit edellyttävät palvelun tuottajien arvioivan oman toimintansa sujuvuutta ja tulosta. Tärkeää on asetettujen tavoitteiden ja aikaansaadun asiakashyödyn välinen suhde. Prosessien onnistumista voidaan arvioida sen perusteella, miten asiakastarpeiden tyydyttämisessä onnistutaan. (Stenvall & Virtanen 2012, 71.)

Palveluprosessin toimimattomuudesta organisaatiolle aiheutuu sosiaalisia, taloudellisia, teknisiä ja asiakashyötyä vähentäviä kustannuksia. Sosiaaliset kustannukset tarkoittavat organisaation sisäistä tai ulospäin suuntautuvaa yhteistyötä, joka ei ole kokonaisuuden kannalta merkittävää. Taloudelliset kustannukset viittaavat prosessin vaiheisiin, jotka eivät edistä asiakkaan saamaa loppuhyötyä. Tekniset kustannukset ovat johtamiseen ja kokonaisvaltaiseen suunnitteluun liittyvät kustannustekijät, jotka puutteellisina vaikeuttavat esimerkiksi toiminnan ennakoimista. Asiakashyötyä vähentävät kustannukset tarkoittavat sitä, että palveluprosessi tuottaa jotain muuta kuin oli tarkoitettu ja asiakaskokemus on heikko. Palveluprosessin tuotos voi olla yli- tai alilaatua; palvelua toimitetaan joko liikaa tai liian vähän asiakkaan tarpeeseen verrattuna. (Stenvall & Virtanen 2012, 72–73; Keskinen & Lipiäinen 2013, 143; TTK 2013, 31–32.)

Prosessimallintamisen tarkoituksena voi olla ymmärryksen lisääminen, kehittämisalueiden tunnistaminen, toiminnan yhdenmukaistaminen tai toiminnan seuranta. Prosessimallinnusta tehdään usein johtamisen ja päätöksenteon tueksi. Mallintaminen toimii työvälineenä kehittämishankkeissa, jonka lähtökohtana voi olla joko organisaation sisäinen muutostarve tai organisaation ulkopuolinen, esimerkiksi alueellinen tai valtakunnallinen kehittäminen. (JHS 152 2012; Luukkonen ym. 2012, 21–22, 27; Harisalo 2013, 46.) Prosessikuvaus toimii esimiehen viestinnän tukena, kun hän työyksikkönsä kanssaideoi sen kehittämistä (TTK 2013, 29).

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunnan antaman suosituksen, JHS 152:n, mukaan prosessit jaetaan neljään yksityiskohdiltaan erilaiseen kuvaustasoon: prosessikartta, toimintamalli, prosessin kulku ja työnkulku. Kuvaustaso valitaan prosessimallintamisen käyttötarpeen mukaan. (JHS 152 2012.) Luukkosen ym. (2012, 78–79) mukaan olemassa olevia malleja käytetään usein luovasti, ja useita erityyppisiä kuvaustapoja yhdistellään tarpeen mukaan. Mallin tulee kuitenkin antaa riittävä ymmärrys kuvattavasta kohteesta. Prosessi voidaan kuvata myös toimintatarinana eli skenaariokuvausena, joka on kuvitteellinen mutta realistinen kuvaus toiminta- tai palveluketjusta. Toimintatarina tuo toiminnan konkreettisemmaksi ja helpottaa sen ymmärtämistä. Toimintatarinassa toimintojen tarkkuuden kuvaaminen usein vaihtelee, sillä tarina sisältää monia eri prosesseja ja toimijoita palvelukokonaisuuden näkökulmasta. (Toivanen ym. 2007, 46; Luukkonen ym. 2012, 71.)

Prosesseja voidaan kuvata eri näkökulmista ja mallintamistyötä ohjaa aina tavoite. Työntekijän näkökulmasta tavoitteena on kuvata prosessia niin, että työntekijä prosessin suorittajana kykenee toimimaan prosessikuvausten perusteella, ymmärtää työtoiminnan sisällön ja pystyy nimeämään työhön liittyviä tietotarpeita. Asiakasnäkökulman mukaan prosessikuvausten tavoitteena on lisätä asiakkaan kompetenssia toimia palvelukokonaisuudessa oman tilanteensa edellyttämällä tavalla. Asiakas toimii prosessin arvon saajana, kohteena tai toimijana. Kehittämiskohteena asiakasnäkökulmasta on palvelutoiminta ja kuvaajina toimivat asiakasprosessin ja työn kulun kuvaukset. (Luukkonen ym. 2012, 26–27.)

Prosessijohtamisessa esimiestyön tavoitteena on ohjata työyksikkönsä jäsenet ottamaan vastuuta prosessien toimivuudesta ja osallistumaan niiden kehittämiseen (TTK 2013, 28).

Tämän opinnäytetyön kehittämisosuudessa käyttämieni menetelmien avulla työntekijöillä oli mahdollisuus osallistua työn kehittämiseen ja intervallihoidon palveluprosessin kuvaamiseen. Yhteistoiminnallisessa ryhmätyöskentelyssä kehiteltiin työnkulun kuvausta Post it-lapuilla uimaratakaaviolle. Kaavion merkittiin kuka tekee, mitä tekee ja milloin tekeminen tapahtuu. Samalla arvioitiin yhdessä prosessin sujuvuutta.

## 6.2. Opinnäytetyön kehittämisosan tulokset

Kehittämistyössä käytin palvelumuotoilulle ominaista tapaa lähestyä palveluiden kehittämistä. Palvelumuotoilun keskeisen ajatuksen mukaan eri osapuolet otetaan mukaan kehittämiseen ja palvelun tuottamiseen. (Tuulaniemi 2011, 116–117; Kalliomäki 2014, 200.) Työn kehittämismenetelmänä toimi Learning Café, jonka tuloksia kuvaan tässä luvussa.

Järjestin keväällä 2016 kaksi yhteistoiminnallista ryhmätyötilaisuutta työn kehittämiseksi. Kahden tunnin pituiset tapaamiset toteutuivat 11.5. ja 31.5.2016. Valitsin ensimmäisen tapaamisen ryhmätöiden aiheet kerronnallisen aineiston analyysin perusteella. Jälkimmäisen kerran aiheet valitsin ensimmäisen ryhmätyöskentelyn tulosten ja aiheesta käydyn keskustelun perusteella.

Ensimmäiseen ryhmätyötilaisuuteen oli sähköpostitse kutsuttu intervallihoidosta vastaavia työntekijöitä kaikista yhteistoiminta-alueen intervallihoidon tuottavista vanhusten asumispalveluyksiköistä sekä omaishoidosta ja intervallihoidon koordinoinnista vastaavia työntekijöitä. Ensimmäisellä kerralla 11.5. paikalla oli 20 osallistujaa, joista muodostui aiheiden alustuksen jälkeen neljä ryhmää. Aiheina Learning Café-menetelmällä toteutuissa ryhmätöissä olivat 1. Mitä on intervallihoidon asiakaslähtöisyys? 2. Kuinka voimme kehittää intervallihoidon asiakaslähtöisemmäksi? 3. Tiedonkulun ja työnjaon kehittäminen intervallihoidon prosessissa sekä yhteiset pelisäännöt. 4. Intervallihoidon tavoitteellisuus. Mitä ovat intervallihoidon tavoitteet, joihin olemme valmiit sitoutumaan? Esimerkki 11.5. ryhmätöiden alustuksesta ja tuotoksesta on kuvattu liitteessä 4.

Toiselle kerralle 31.5. intervalliyksiköiden henkilökunnan ja omaishoidosta ja intervallihoidon koordinoinnista vastaavien työntekijöiden lisäksi osallistui yhteistoiminta-alueen

vammais- ja vanhustyönjohtaja sekä työntekijöitä kotihoidosta ja kuntoutuksesta. Paikalla oli 30 osallistujaa – joista osa samoja kuin ensimmäiselläkin kerralla – ja toimintamenetelmänä oli edelleen Learning Café. Aiheina ryhmätöissä olivat 1. Mitä keinoja meillä on parantaa eri toimijoiden välistä yhteistyötä intervallihoidon tavoitteellisuuden ja asiakaslähtöisyyden parantamiseksi? 2. Mitä keinoja meillä on parantaa omaisyhteistyötä? 3. Tiedonkulun ja työnjaon kehittäminen intervallihoidon prosessissa. Yhteiset lomakkeet ja niiden sisältö, kirjaamiskäytänteet. 4. Minkälainen on intervallihoidon tavoitteellinen prosessikuvaus uimaratakaaviona kuvattuna? Kuka tekee, mitä tekee ja milloin tekeminen tapahtuu? Esimerkki 31.5. ryhmätöiden alustuksesta ja tuotoksesta on kuvattu liitteessä 5.

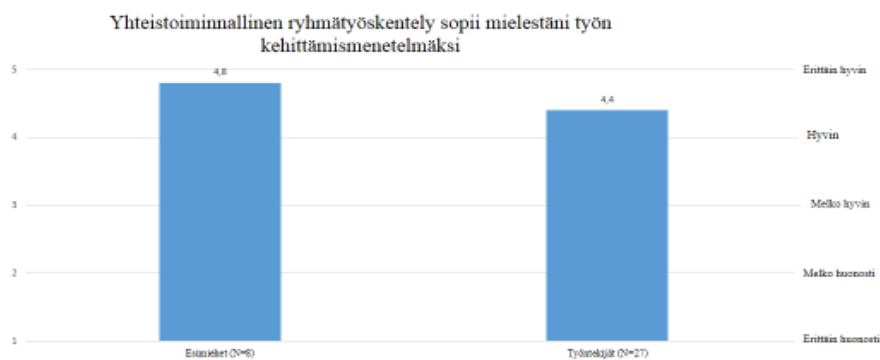
Ryhmätyöskentely oli molemmilla kerroilla sujuvaa. Keskustelu oli vilkasta, ilmapiiri vaikutti myönteiseltä ja käytetty tila oli ryhmätyöskentelyyn sopiva. Aihealueet oli jaettu suuressa salissa neljälle eri pöydälle. Työskentelymateriaalina oli suuria papereita ja tussuja. Jokaisessa pöydässä oli esillä myös sen teemaan liittyviä suoria lainauksia kerronnallisesta aineistosta tueksi aiheesta käytävälle keskustelulle. Jokaisen aiheen parissa työskenneltiin ryhmää kohden noin 15 minuuttia, jonka jälkeen paikkaa ja aihetta vaihdettiin. Jokaisessa pöydässä toimi yksi puheenjohtaja, joka johdatti uuden ryhmän kyseessä olevaan aiheeseen työskentelyn jatkamista varten. Tilaisuuden lopuksi kaikki puheenjohtajat esittelivät oman aiheensa osallistujille. Samalla aiheesta keskusteltiin rakentavasti. Tilaisuudet etenivät ja päättyivät suunnitellun aikataulun mukaan.

Ryhmätyötilaisuuksien jälkeen jokainen osallistuja (N=35) vastasi yhden kerran kyselyyn ryhmätyöskentelyn mielekkyydestä ja siitä kokivatko he tärkeänä oman osallisuutensa työn kehittämisessä (Liite 6). Kyselyn perusteella esimiesasemassa työskentelevät (n=8) kokivat oman osallistumisensa käytännön työn kehittämiseen erittäin tärkeänä (tulos 4,9 asteikolla 1–5, vaihteluväli 4–5). Työntekijät (n=27) kokivat oman osallistumisensa käytännön työn kehittämiseen tärkeänä (tulos 4,4 asteikolla 1–5, vaihteluväli 3–5). (Kaavio 8)



KAAVIO 8. Työn kehittämiseen osallistumisen tärkeys.

Kyselystä saadun palautteen mukaan esimiehet kokivat yhteistoiminnallisen ryhmätyöskentelyn sopivan erittäin hyvin työn kehittämisen menetelmäksi (tulos 4,8 asteikolla 1–5, vaihteluväli 4–5). Työntekijöiden mielestä menetelmä oli hyvä (tulos 4,4 asteikolla 1–5, vaihteluväli 3–5). (Kaavio 9)



KAAVIO 9. Ryhmätyöskentelyn sopivuus työn kehittämismenetelmäksi.

Olin valinnut 11.5.2016 pidetyn ryhmätyöskentelyn aiheet kehittämistyön kohteeksi kerroinnallisen aineiston analyysin perusteella. 31.5.2016 pidetyn tapaamisen aiheet valitsin ensimmäisen ryhmätyöskentelyn tulosten ja aiheesta käydyn keskustelun perusteella.

Analysoin Learning Café -menetelmällä saadun kirjallisen aineiston yhtenä kokonaisuutena sisällönanalyysillä, niin että ryhmätöihin nimetyt aiheet ja niistä johdetut kysymykset ohjasivat analyysiä. Analyysi eteni samaan tapaan kuin kerronnallisen aineistoni sisällönanalyysi. Alkuperäisilmaisujen pelkistämisen jälkeen etenin pelkistyksiä yhdistävään alaluokkaan, edelleen alaluokkia yhdistävään yläluokkaan ja yläluokkia yhdistävään teemaan.

Teemoja muodostui yhteensä neljä: ”intervallihoidon asiakaslähtöisyyden kehittäminen”, ”intervallihoidon tavoitteet”, ”intervallihoidon tiedonkulun ja yhteistyön kehittäminen” sekä ”intervallihoidon tavoitteellinen prosessi”. Seuraavaksi esittelen kehittämistyön tuloksia teemoittain. Jokaisen teeman käsittelyn yhteydessä olen kuvannut sen muodostaneet ylä- ja alaluokat.

### 6.2.1 Intervallihoidon asiakaslähtöisyyden kehittäminen

Ryhmätöiden yhtenä aiheena oli intervallihoidon asiakaslähtöisyyden määrittely ja sen kehittäminen. Ryhmissä pohdittiin miten asiakaslähtöisyys näkyy tällä hetkellä käytännön työssä ja miten hoitajat toivoisivat sitä kehitettävän. Tavoitteiden ja toiveiden lisäksi listattiin keinoja asiakaslähtöisyyden parantamiseksi ja mietittiin hoitajan perustehtävää intervallihoidossa.

Teema	Asiakaslähtöisyyden kehittäminen				
Yläluokat	Yksilöllisyyden huomioiminen	Yhteistyön kehittäminen	Uudet toimintamallit	Ympäristön kehittäminen	Suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden lisääminen
Alaluokat	Kokonaisvaltainen hoito  Omatoimisuuden tukeminen  Itsemääräämisoikeuden kunnioitus	Vuorovaikutus asiakkaan ja omaisten kanssa  Vuorovaikutus oheistoimijoiden kanssa  Selkokieli	Kotitilanteen tarkempi kartoitus  Sovitut kirjaamiskäytänteet	Turvallisuuden parantaminen  Sosiaalisten puitteiden kehittäminen	Palautteen kerääminen  Yhtenäinen hoitolinja  Resurssien kohdennus

KAAVIO 10. Teema: Intervallihoidon asiakaslähtöisyyden kehittäminen.

Ryhmätyöskentelyn tuloksiksi saatiin, että asiakaslähtöisyys syntyy asiakkaan kokonaisvaltaisesta ja yksilöllisestä huomioinnista. Hoitojakson tavoitteet tulisi määritellä kotitilanteen mukaan. Kotona käytössä olevat tukitoiminnot ja apuvälineet olisi oltava käytössä myös intervallijaksolla. Perustietojen, toimintakyvyn ja voimavarojen kartoittamiseksi ehdotettiin intervallijaksoja edeltävää kotikäyntiä uudeksi toimintamalliksi. Kotitilanteen tarkempi kartoitus edistäisi jakson tavoitteellisuutta ja hoidon kokonaisvaltaisuutta, lisäisi osapuolien välistä luottamusta ja mahdollistaisi myös hoidon arvioinnin. Kotikäynnillä voisi ottaa huomioon myös omaishoitajan ja hoidettavan välisen suhteen ja sen mahdollisen vaikutuksen hoitojakson asiakaslähtöiseen toteutumiseen.

Yksilöllisen vuorokausirytmien ottaminen huomioon osastolla, omatoimisuuden tukeminen, itsemääräämisoikeuden noudattaminen ja turvallisen hoitoympäristön tarjoaminen mainittiin ryhmätyöskentelyn tuloksissa asiakaslähtöisyyttä lisäävinä asioina. Intervallihoidon tuottavan osaston sosiaalisiin puitteisiin kiinnitettiin myös huomiota ja todettiin, että samankuntoisten asiakkaiden sijoittaminen samalle osastolle tukisi asiakaslähtöisyyden periaatetta. Ajan antaminen asiakkaalle, asiakkaan kuunteleminen ja riittävä vuorovaikutus omaisten kanssa edesauttoivat asiakaslähtöisen hoidon toteutumista. Sovitut kirjaamiskäytänteet, rakenteinen kirjaaminen ja huolellinen raportointi lisäsivät asiakaslähtöisen hoidon toteutumista.

Asiakaslähtöisyyden edellytyksenä pidettiin yhtenäistä hoitolinjaa ja hoidolle asetettuja tavoitteita. Intervallijakson jälkeen nähtiin tarpeelliseksi kerätä palautetta ja kehittää toimintaa saadun tiedon avulla. Asiakaslähtöisyyden lisäämisen todettiin vaativan yksiköiltä parempaa yhteistyötä sekä omaishoitajien että oheistoimijoiden, kuten kotihoidon ja kuntoutuksen, kanssa. Yhteistyön kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota selkeään ja selkokieliseen viestintään, yhteiseen termistöön ja konsultatiiviseen työskentelyyn yhteisen asiakkaan parhaaksi. Intervallihoidosta vastaavien hoitajien nimeäminen, virikeohjaajien lisääminen ja riittävät, oikein kohdennetut resurssit nimettiin myös asiakaslähtöisyyttä parantaviksi seikoiksi.

## 6.2.2 Intervallihoidon tavoitteet

Hoidon tavoitteellisuus nimettiin ryhmätyöskentelyssä työlle mielekkyyttä antavaksi asiaksi. Ryhmissä pohdittiin mitä intervallihoidon tavoitteet ovat, millä keinoilla niihin pyritään ja miten tavoitteisiin pääsemistä seurataan. Samalla mietittiin myös moniammatillisen yhteistyön merkitystä intervallihoidon yksilölähtöisten tavoitteiden asettamisessa.

Teema	Intervallihoidon tavoitteet			
Yläluokat	Kotona selviytymisen tukeminen	Toimintakyvyn ylläpitäminen	Yhteisten tavoitteiden määrittäminen	Työskentely tavoitteiden saavuttamiseksi
Alaluokat	Omatoimisuuden tukeminen Omaisien lepo	Asiakkaan motivointi Voimavara-lähtöinen hoitotyö	Tavoitteiden kirjaaminen Moniammatillinen yhteistyö Palvelun koordinointi	Asiakastietämyksen lisääminen Kuntoutussuunnitelma Puiteparannukset Palautteen kerääminen

KAAVIO 11. Teema: Intervallihoidon tavoitteet.

Ryhmätyöskentelyssä kävi ilmi, että asiakkaan, omaisen ja yhteistyötahojen kanssa yhteisesti sovitut tavoitteet palvelisivat asiakkaan kokonaisuhoitoa parhaiten. Henkilökunnan tulisi tietää intervallijaksolle saapumisen syy, asiakkaan taustatiedot, sairaudet ja lääkitys, jotta tavoitteiden määrittäminen onnistuisi. Tavoitteet tulisi kirjata potilastietojärjestelmään selkeästi ja ennalta sovittuun paikkaan, jotta tieto olisi vaivattomasti löydettävissä. Tavoitteiden laatimiseen ehdotettiin tarkistuslistaa, joka edesauttaisi suunnittelua ja helpottaisi tavoitteiden saavuttamisen arviointia.

Asiakkaan motivointi nähtiin tärkeänä tavoitteisiin pääsemisen keinona. Toimintakyvyn ja omatoimisuuden ylläpitäminen todettiin ensisijaiseksi – myös kotona pärjäämistä tukeväksi – tavoitteeksi. Asiakkaan puolesta tekemistä tulisi välttää ja hoitajan tulisi työskennellä aina voimavara-lähtöisesti omatoimisuuteen kannustaen. Tavoitteellisuuden lisäämiseksi todettiin tarvittavan henkilökunnan asiakastietämyksen lisäämistä. Ryhmissä pohdittiin keinoja myös siihen. Avoin vuorovaikutus, asiakkaan kiinnostuksenkohteiden



selvittäminen ja moniammatillinen yhteistyö todettiin hyviksi keinoiksi asiakastietämyksen lisäämiselle. Uusille intervalliasiakkaille ehdotettiin tutustumiskäyntiä asumisyksiköön ennen jakson alkamista. Kuntoisuuden arviointiin ja fyysisen kunnon ylläpitämiseen toivottiin suurempaa henkilökuntamitoitusta, parempaa ohjeistusta ja mahdollisuutta käyttää fysioterapeutin tai kuntohoitajan palveluita. Tavoitteeksi kirjattiin, että kaikilla intervalliasiakkaila tulisi olla käytössään voimassa oleva kuntoutussuunnitelma tai -ohjelma.

Tavoitteellisuuden parantamiseksi ehdotettiin myös parempia puitteita, kuten erillistä intervalliosastoa. Ideali tilanteessa intervallihoidon erikoistunut osasto hoitajineen hoitaisi pelkästään intervalliasiakkaista muodostuvaa määrääjain vaihtuvaa asiakasjoukkoa. Tällöin asiakastuntemus olisi laajempi ja intervalliasiakkaiden viihtyvyyteen ja virikkeellisyteen kyettäisiin vastaamaan paremmin. Intervalliyksikön asukkaat kokisivat olevansa yhdenvertaisia ja myös vertaistuen hyödyntäminen olisi helpompaa. Vaihtoehtoisesti mietittiin asiakkaiden segmentointia ja eri asumisyksiköiden erikoistumista vastaamaan ennalta määritellyn asiakaskunnan tarpeisiin. Tällöinkin arveltiin hoitotyön sujuvan parhaiten, jos osastolla olisi pelkästään lyhytaikaisia asiakkaita. Myös omaisen levon tarve mainittiin yhtenä intervallihoidon tavoitteellisuuteen vaikuttavana tekijänä, vaikka itse hoitajakson tavoitteet tulisikin ryhmätyöskentelyn tulosten mukaan perustaa hoidettavan voimavaroista ja tarpeista lähteviksi.

Tavoitteellisuuden parantamiseen ja kokonaisvaltaisempaan asiakkaan kohtaamiseen toivottiin päästävän kohdennetulla resursoinnilla ja palvelun suunnittelulla. Tarkempi koordinointi, jakson alkamis- ja päättymisajankohdista sopiminen ja niistä kiinni pitäminen mahdollistaisivat riittävät henkilökuntaresurssit siirtymätilanteissa ja parantaisivat myös potilasturvallisuutta. Tulotilanteessa pitäisi varata aikaa omaisen kanssa keskustelulle jaksokohtaisten tavoitteiden määrittelyä varten. Sopiva saapumisaika olisi sovittava etukäteen osastojen päivärutiineiden mukaan, jotta tämä olisi mahdollista. Asiakkaan ja omaisen kanssa olisi hyvä käydä myös palautekeskustelu kuluneesta jaksosta, ja intervallihoidon koordinoivaa henkilöstöä sekä kotihoitoa tulisi informoida jakson sujumisesta mahdollisimman pian. Jakson mahdollinen väliarviointi ja tärkeänä pidetty loppuarviointi tulisi kirjata reaaliajassa sovittuun kohtaan potilastietojärjestelmässä, jotta tieto olisi sujuvasti kaikkien käytössä. Tavoitteiden toteutumisen riittävän tarkka kirjaaminen helpottaisi myös seuraavan intervallijakson suunnittelua.

### 6.2.3 Intervallihoidon tiedonkulun ja yhteistyön kehittäminen

Tiedonkulun ja tiiviimmän yhteistyön kehittäminen asiakkaiden, omaisten ja eri toimijoiden välillä nostettiin ryhmätyöskentelyssä intervallihoidon kokonaisuuden tärkeimmäksi haasteeksi. Ryhmissä pohdittiin keinoja työnjaon selkeyttämiseksi, yhteisten pelisääntöjen luomiseksi ja työn sujuvuuden lisäämiseksi. Tiedonkulun ja yhteistyön puutteiden vuoksi moni asia vaikutti hankalalta toteuttaa sujuvasti tai asiakaslähtöisesti. Toisaalta tiedonkulun ja yhteistyön parantamisella uskottiin olevan suuri positiivinen vaikutus intervallihoidon laatuun.

Teema	Tiedonkulun ja yhteistyön kehittäminen			
Yläluokat	Tiedottamisen lisääminen	Asiakasymmärryksen lisääminen	Yhteistyöfoorumien perustaminen	Työn jaon selkeyttäminen
Alaluokat	Lomakkeet tiedonkeruun avuksi Reaaliaikainen kirjaaminen Omaisten ohjaus	Palautteen kerääminen Vuorovaikutuksen lisääminen	Kokonaisvaltainen kehittäminen Palautteen käsittely	Sovitut käytänteet Kirjalliset ohjeet Henkilökunnan koulutus

KAAVIO 12. Teema: Intervallihoidon tiedonkulun ja yhteistyön kehittäminen.

Edellytyksenä onnistuneelle, turvalliselle ja asiakaslähtöiselle intervallihoidolle ovat tarpeelliset, totuudenmukaiset ja reaaliaikaiset asiakastiedot. Jaksolle saapumiseen liittyvä paljon informaatiota ja tiedonlähteitä saattaa olla useita. Hoitajaksoille saapumiseen liittyen ehdotettiin vastaanottolomaketta johon kirjattaisiin kaikki tarvittavat tiedot. Tiedon vastaanottamiseen ja käsittelyyn esitettiin lomakkeen lisäksi myös yhteistä, ennalta sovitua ja rutiininmukaista toimintaa, joka omalta osaltaan takaisi toiminnan sujuvuuden. Vaikeutena tiedon reaaliaikaiselle välittymiselle todettiin potilastietojärjestelmän kankeus ja käyttäjien rajalliset oikeudet sähköisiin asiakastietoihin pääsyyn. Tietosuojan vuoksi omaishoidettavien asiakkaiden tiedot olivat vain omaishoidosta vastaavan henkilön käytettävissä, vaikka niiden todettiin sisältävän paljon tärkeää tietoa myös intervallihoidon toteutumisen kannalta. Tulevaisuudessa potilastietojärjestelmän työnsujuvuutta heikentävän vaikutuksen toivottiin vähenevän tai poistuvan kokonaan.

Omaisten paremmalla tiedottamisella uskottiin vaikutettavan positiivisesti tiedonkulkuun ja tietoisuuden lisääntymiseen. Keinoiksi ehdotettiin omaisten iltoja, kirjallista ohjeistusta ja esittelylehtistä omaisille jaettavaksi. Kirjallisessa materiaalissa tulisi olla tietoa asumisyksiköstä, tarjottavista palveluista ja osaston toiminnasta sekä ohjeet mukaan varattavista henkilökohtaisista tavaroista. Tiedottamisen toivottiin vaikuttavan positiivisesti siihen, miten omaiset kantavat vastuuta jaksojen onnistumisesta. Tiedottaminen nähtiin hyödyllisenä tekijänä myös hoitajien ja omaisten välisen yhteistyön kehittymiselle.

Toivottiin, että palautetta kerättäisiin sekä asiakkailta että omaisilta. Palautteen merkitys työn kehittämiseksi nähtiin tärkeänä yksilöiden ja kokonaisuuden kannalta. Kirjallisen palautteen antamisen tulisi olla mahdollista sekä nimettömänä että yhteystietojen kera, ja palautelomakkeen tulisi mahdollistaa vapaamuotoinen kerronta määritellyn struktuurin lisäksi. Asiakaspalautteen käsittelyä varten toivottiin omaa foorumia, joka antaisi laajemman – koko yhteistoiminta-alueita käsittävän – näkökulman kehittämistyölle. Myös omaisten ohjaukseen toivottiin opastusta; haluttiin tietoa siitä, miten uupunutta omaista ohjataan esimerkiksi hakeutumaan jatkohoitoon. Ratkaisukeinoksi ehdotettiin kirjallista ohjeistusta kaikkiin asumisyksiköihin aiheeseen liittyen.

Tiedon välittämiseksi intervallyyksiköstä asiakkaalle ja omaiselle, jaksoja koordinoivalle taholle ja kotihoidolle esitettiin suunnitelmallista toimintamallia, joka olisi jokaisessa hoitoyksikössä sama. Kirjallinen ohjeistus toiminnasta edesauttaisi oikeaa ja sujuvaa toimintaa ja parantaisi potilasturvallisuutta. Myös omaishoitajalle annettu realistinen palaute jakson sujumisesta palvelee potilasturvallisuutta ja hoidon tavoitteellisuutta.

Ryhmässä pohdittiin toimintakulttuurin vaikutusta yhteisten tavoitteiden määrittämiseen, yhteistyöhön ja hoidon suunnitelmallisuuteen. Sen kehittämiseksi ja yhteistyön parantamiseksi ehdotettiin yhteistyöryhmää, joka koostuisi eri asumisyksiköiden henkilökunnasta ja intervallihoitoa koordinoivasta henkilökunnasta. Tämä ryhmä voisi vastata intervallihoidon kehittämisestä, asiakaspalautteiden käsittelystä ja uusien toimintamallien käyttöönotosta koko yhteistoiminta-alueella. Ryhmä voisi olla yhteydessä myös intervallihoidon oheistoimijoihin ja parantaa osaltaan tavoitteellisemman hoidon järjestämistä.

#### 6.2.4 Intervallihoidon tavoitteellinen prosessi

Intervallihoidon prosessikuvausta mallinnettiin ryhmätöissä visuaalisesti käyttämällä pohjana suurta seinälle kiinnitettyä uimaratakaaviota ja lisäämällä siihen Post it- lapuille kirjoitettuja asioita siitä *kuka* tekee, *mitä* tekee ja *milloin* tekeminen tapahtuu. Ryhmätyöskentely tuotti toimintojen nimeämisen lisäksi kriittistä keskustelua kunkin toiminnon merkityksestä ja arvosta intervallihoidon prosessissa. Uimaratakaavion vasempaan reunaan merkittiin intervallihoidon nykytilan selvityksen yhteydessä tunnistetut ja nimetyt intervallihoidon toimijat ja tiedonsiirto. Tiedonsiirto on merkittävä osa toimivaa prosessia ja on siksi merkittynä omaksi toiminnokseen. Prosessin etenemisen kuvaamisessa käytettiin samaa kolmeen osaan jaettua toiminnan ajallista jatkumoa (*Tulo-Olo-Lähtö*), jonka avulla intervallihoidon nykytilanne oli aiemmin kuvattu. (Kuvio 2 s. 14.) Kehittämistyön yhteenvedona muodostettu intervallihoidon tavoitteellinen prosessikuvaus on esitetty sivulla 79 kuviossa 16.

*Tulo:* Intervallijakson suunnittelu ja jaksolle saapuminen sisältävät paljon tiedon välitystä ja siten myös virheiden riski on suuri. Ryhmissä oltiin yhtä mieltä siitä, että jakson alussa olisi oltava erityisen huolellinen työn ja tiedonsiirron sujuvuuden, oikeellisuuden ja tehokkuuden suhteen. Ennen jaksoa omaishoidosta vastaava hoitaja tekee hakemuksen perusteella päätöksen omaishoidon vapaista, jotka voivat toteutua intervallijaksona asumispalveluyksikössä. Omaishoidosta vastaava hoitaja ottaa yhteyttä jaksoja koordinoivaan kotiutushoitajaan, joka järjestää jakson asiakkaalle sopivaan asumispalveluyksikköön yhteistyössä asiakkaan, omaisen, kotihoidon yksikön ja intervallihoitoyksikön kanssa. Jaksoja järjestettäessä tiedotusvastuun on ryhmien mukaan säilyttävä henkilökunnalla, eikä sitä tule jättää asiakkaan tai omaisen vastuulle.

Ennen jakson alkua asiakas saa kirjallisen ohjeistuksen jaksolle saapumisesta. Lisäksi intervallihoitoyksikkö järjestää asiakkaalle mahdollisuuden tutustua tiloihinsa ja samalla vuorovaikutuksen lisääntyessä jakson suunnittelu helpottuu. Intervallihoitoyksikkö on tarvittaessa yhteydessä kotihoitoon ja kuntoutukseen toimintaohjeiden varmistamiseksi ja jakson tavoitteellisuuden turvaamiseksi. Yksiköissä pyritään omahoitajuuteen myös intervalliasiakkaiden kohdalla. Tiedot kirjataan ennalta sovitun rakenteen mukaan potilastietojärjestelmään.

*Olo:* Jaksolla olo muodostuu asiakkaan tarpeisiin vastaavasta, tavoitteellisesta ja voimavara- lähtöisesti toteutuvasta hoidosta. Päätoimijoina ovat asiakas ja intervallihoitoyksikkö henkilökuntineen. Kotihoidon ja kuntoutuksen roolit olisivat jakson aikana konsultatiivisia, jolloin niiden ammattitaito olisi intervalliyksikön käytettävissä tarpeen mukaan. Rakenteinen kirjaaminen ennalta sovitun mallin mukaan potilastietojärjestelmään sisältäisi myös RAVA<sup>TM</sup> - toimintakykyarviomittauksen (THL 2012) säännöllisesti. Toimintakykyä on arvioitava säännöllisesti selvittäessä ikääntyneen palvelutarvetta ja selviytymistä arjessa.

*Lähtö:* Jaksolta kotiutumiseen liittyy tiedon siirtoa, jonka reaaliaikaisuuteen ja oikeellisuuteen on kiinnitettävä huomiota. Jakson toteutunut hoito arvioidaan yhteistyössä asiakkaan, omaisen, intervallihoitoyksikön, jaksoja koordinoivan kotiutushoitajan ja kotihoidon kanssa. Arvio kirjataan potilastietojärjestelmään. Hoitopalaute toimitetaan asiakkaalle kirjallisena. Palautekeskustelujen yhteydessä suunnitellaan seuraavan jakson toteutumista ja tavoitteellisuutta. Esimerkiksi puolen vuoden välein kerätään asiakaskyselyllä kokonaisvaltaisempaa palautetta hoidon laadun arvioimiseksi ja kehittämiseksi.

Ryhmäyökeskustelussa otettiin esiin toimijoiden tehtävien hajanaisuus ja koordinoimattomuus. Selkeän prosessikuvauksen toivottiin vaikuttavan työn sujuvuuteen ja parantavan asiakaskokemusta. Henkilökunta tuntui olevan varsin samaa mieltä siitä, kuinka tärkeä ensimmäinen intervallijakso omaishoidon kokonaisuuden kannalta on. Epäonnistunut kokemus intervallijaksolta saattaa hankaloittaa myöhemmin omaishoidon vapaapäivien järjestämistä. Prosessikuvauksen avulla haluttiin tehdä intervallihoidon kokonaisuus hallitavammaksi, alusta loppuun asti paremmin asiakkaan tarpeita vastaavaksi kokonaisuudeksi. Prosessikuvauksen avulla työnkulun eri vaiheet on tehty näkyviksi ja sen avulla myös asiakkaalle ja hänen omaiselleen voidaan selvittää, miten hänen asiansa etenee ja kuka toimija vastaa mistäkin vaiheesta.

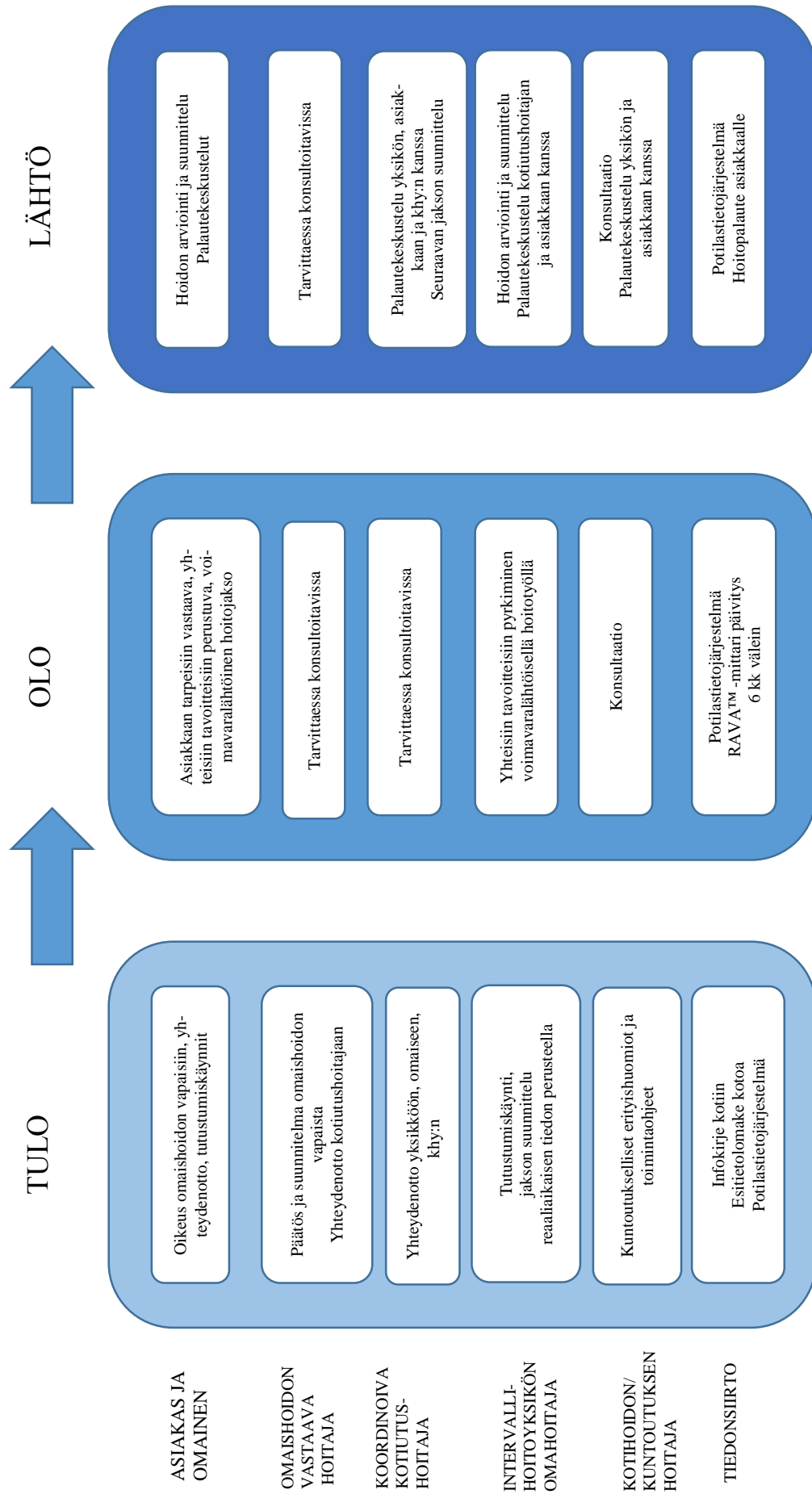
## 6.2.5 Yhteenveto kehittämisosuuden tuloksista



KAAVIO 13. Teemat yhteen kokoava käsite: Intervallihoidon kehittäminen.

Analysoin Learning Café -menetelmällä tuotetun kirjallisen aineiston yhtenä kokonaisuutena sisällönanalyysillä, niin että ryhmätöihin tutkimusosuuden analyysin pohjalta nimeämäni aiheet ja niistä johdetut kysymykset ohjasivat analyysiä. Teemoja muodostui yhteensä neljä: ”intervallihoidon asiakaslähtöisyyden kehittäminen”, ”intervallihoidon tavoitteet”, ”intervallihoidon tiedonkulun ja yhteistyön kehittäminen sekä ”intervallihoidon tavoitteellinen prosessi”. Nämä teemat kokoaa yhteen intervallihoidon kehittämisen käsite.

Intervallihoidon kehittämisen teemat sisältyvät kehittämisosuuden yhteenvetona esittämäni intervallihoidon tavoitteelliseen prosessikuvaukseen (Kuvio 16). Kehittämisosuuden tehtävänä oli vastata kysymykseen siitä, minkälainen olisi uusi toimintamalli. Vein tutkimuksellisen tiedon käytäntöön ryhmätöiden muodossa ja sain vastauksen asettamani kysymykseen. Uudessa prosessikuvauksessa on kehitetty asiakasnäkökulmaa, tiedonkulkua ja yhteistyötä. Uuden toimintamallin avulla on mahdollista lisätä henkilökunnan asiakastietämystä ja työskennellä asiakaslähtöisemmin. Tavoitteellinen prosessikuvaus toimii pohjana intervallihoidon jatkokehittämiselle.



KUVIO 16. Intervallihoidon tavoitteellinen prosessikuvaus

## 7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa pohdin tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta ja tarkastelen tutkimuksen tuloksia aiemman tutkimustiedon valossa. Lisäksi arvioin kehittämistyön onnistumista sekä esittelen kehittämissuhteet ja jatkotutkimushaasteet.

### 7.1. Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen uskottavuus riippuu tutkijan eettisistä ratkaisuista ja hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattamisesta (Tuomi & Sarajärvi 2011, 132; Kylmä & Juvakka 2012, 137). Hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattamiseen kuuluvat muun muassa tutkimustyön tarkkuus, rehellisyys, eettisesti kestävien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien käyttäminen sekä muiden tutkijoiden ja asiantuntijoiden työn kunnioitus asianmukaisilla lähdeviittauksilla. (Tuomi 2008, 145–146; Tuomi & Sarajärvi 2011, 132–133.)

Tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt toimimaan hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan. Tiedot olen hankkinut, analysoinut ja raportoinut tarkasti ja rehellisesti. Olen valinnut aineiston lähdekriittisesti kuvaamaan haluttua viitekehystä ja materiaalina olen käyttänyt myös kansainvälisiä julkaisuja. Käyttämäni lähdemateriaaliin olen viitannut asianmukaisin lähdemerkinnöin.

Minua motivoi sellaisen intervallihoidon kehittämistä tukevan uuden tiedon saavuttaminen, joka olisi hyödyllistä sekä asiakaskokemuksen että työhyvinvoinnin näkökulmasta. Valitsemani kehittämissaihe oli suuri kokonaisuus, jonka rajaamisessa piti käyttää harkintaa. Tutkimukseen päätin valita omaishoidettavat intervalliasiakkaat sekä heitä hoitavan henkilökunnan. Vastaajajoukoksi on saattanut valikoitua keskimääräistä parempikuntoisia intervalliasiakkaita, sillä heidän tuli kyetä kertomaan tai kirjoittamaan oma mielipiteensä tutkittavasta asiasta. En osallistunut asiakkaiden valintaan, vaan valinnan suorittivat omaishoidosta vastaava ja intervallijaksoja koordinoiva henkilökunta. Rajattu otanta saattoi vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin, mutta toisaalta rajauksella tavoitettiin juuri sellainen joukko, jolla oli oma kokemukseen perustuva mielipiteensä tutkittavasta asiasta. Henkilökunnan kokemusten lisäksi kuvaan tutkimukseni tuloksina rajatun asiakasjoukon kokemuksia intervallihoidosta. Tutkimukseen osallistunutta asiakasjoukkoa voidaan perustellusti nimittää kokemusasiantuntijoiksi. Analyysiä tehdessäni olen pyrkinyt ymmärtämään tutkimukseen osallistuneita heidän omasta näkökulmastaan.



Tutkimuksen aihe ja kohderyhmä ovat tutkijan tekemiä eettisiä valintoja. Tuomen ja Sarajärven (2011, 131) mukaan ihmisoikeudet muodostavat ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan. Toimintakyvyltään heikentyneet ja ikääntyneet intervalliasiakkaat voidaan määritellä sensitiivisiksi ja haavoittuviksi tutkimukseen osallistujiksi, jolloin tutkimuksesta aiheutuvaa mahdollista haittaa tulee arvioida erityisen tarkasti. (Kylmä & Juvakka 2012, 144–145.) Tutkimukseen osallistuneilta intervallipalvelun käyttäjiltä vaadittiin kykyä kertoa tai kirjoittaa itse oma mielipiteensä ja kokemuksensa tutkittavasta aiheesta. Näin ollen voidaan ajatella, että osallistujilla on ollut riittävä kompetenssi myös arvioida tutkimuksen heille mahdollisesti aiheuttamia vaikutuksia joko itsenäisesti tai omaishoitajan tukemana.

Tutkimukseen osallistuneet saivat tiedon saatekirjeessä (Liitteet 1, 2) tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta ja menetelmistä. Allekirjoitetussa suostumuslomakkeessa (Liite 3) mainittiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista eikä mahdollinen keskeyttäminen aiheuta heille mitään seuraamuksia. Tutkimukseen osallistuville kerrottiin tutkimustietojen olevan luottamuksellisia ja osallistujien nimettömyys taattiin koko tutkimusprosessin ajan. Yhteistoiminta-alueen perusturvajohtaja myönsi tutkimukselleni tutkimusluvan. (Liite 8)

Monet terveyteen tai yksityisyyteen liittyvät tutkimusaiheet voidaan nähdä sensitiivisinä tutkimuskohteina (Kylmä & Juvakka 2012, 145). Tutkimuksessa käyttämäni eläytymismenetelmä ohjasi tutkittavat herkän aiheen äärelle muistelemaan ja pohtimaan kokemuksia intervallihoidosta. Joillekin asiakkaille ainoastaan epäonnistuneesta jaksosta kirjoittaminen oli haasteellista. Epäonnistumisen kokemuksia lievennettiin kertomalla myös joidakin onnistuneen jakson kokemuksia. Näissäkin tapauksissa asiakas sai oman äänensä kuuluviin ja henkilökohtaisen tarinansa kerrottua, mutta tutkijana jäin miettimään oliko epäonnistuneen jakson muistelu joillekin asiakkaille liian ahdistava kokemus. Toisaalta joillekin ikääntyneille saattaa olla vieras ajatus kertoa vain negatiivisista kokemuksista, sillä pitkä elämän kokemus on jo sisältänyt varmasti paljon haasteita ja epäonnistumisia. Positiivisen palautteen antaminen voi olla helpompaa, vaikka kehittämistarpeita palveluissa tunnistettaisiinkin.

Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii ymmärtämään ilmiötä (Tuomi & Sarajärvi 2011, 28; Kananen 2015, 353). Tutkimuksessa käytetyt metodit on valittu niin, että yksilöiden ääni on

saanut kuulua, ja on voitu lisätä ymmärrystä tutkittavaa asiaa kohtaan. Narratiivista tutkimusta pidetään usein eettisesti laadukkaana, sillä se kunnioittaa ihmisen ominaislaatua ja antaa kohteilleen mahdollisuuden ilmaista itseään omalla äänellään. Oman tarinan kertominen voidaan kokea myös terapeutiksi ja palkitsevaksi. (Hänninen 2015, 181.) Kertomuksista muodostui laaja aineisto, jonka analyysissä nousi esille samankaltaisia havain-toja kuin aikaisemmissa vanhusten lyhytaikaista hoitoa käsitelleissä tutkimuksissa. Tämä lisää tutkimukseni luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi on Kylmän ja Juvakan (2012, 127) mukaan välttämätöntä tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Kerronnallisen menetelmän käyttö parantaa tämän tutkimuksen luotettavuutta, sillä tutkijan puolueettomuusnäkökulma voidaan kyseenalaistaa tutkijan oman, tutkimuksen kohteeseen liittyvän, ammatin ja työpaikan vuoksi. Laadullisen tutkimuksen tekijä on aina tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija (Tuomi & Sarajärvi 2011, 136). Näin ollen laadulliseen tutkimukseen liittyy objektiivisuuden ongelma, joka tulee tutkimusta tehdessä tiedostaa. Tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt olemaan analysoitavalle aineistolle uskollinen tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Olen halunnut tuoda asiakkaiden ja hoitajien äänen esille heidän omien kertomuksiensa kautta, mikä on mahdollistanut tutkittavien omien koke-muksien vapaan sanallisen kuvauksen.

Eettisesti laadukkaaseen narratiiviseen tutkimukseen liittyy myös ongelmia. Hännisen (2015, 181) mukaan tutkijan esittämät tulkinnat tarinasta ja tarinan asettaminen tulkittavaksi objektiksi saattaa tuntua tarinan kertojasta loukkaavalta. Raportointivaiheen ongelmana tulee myös huomioida mahdollinen kertomuksen kirjoittajan tunnistettavuus. Tässä tutkimuksessa olen tekstin elävöittämiseksi käyttänyt alkuperäisten ilmaisujen tekstisi-taatteja tulosten raportoinnissa, mutta tunnistamisen mahdollistavat yksityiskohdat, kuten nimet, on poistettu.

Sisällönanalyysin tarkoituksena on luoda selkeä sanallinen kuvaus tutkimuksenkohteena olevasta ilmiöstä. Analyysin keinoin aineistoa tiivistetään ja siitä pyritään luomaan yhte-näinen kokonaisuus. Teemojen avulla pyritään tavoittamaan ja kuvaamaan tekstin merki-tyksenantojen ydin. Aineistolähtöisessä lähestymistavassa tutkija etsii aineistosta tee-moja, joista tutkittavat puhuvat. Teemojen etsimisen jälkeen täsmennetään teemojen mer-kitysisältö sanallisesti, eli formuloidaan teemat. (Eskola 2015, 197; Moilanen & Rähkä 2015, 61.) Analysoin sekä kerronnallisen aineiston että ryhmätöiden kirjalliset tuotokset

induktiivisella sisällön analyysillä, jolloin pelkistin aineistoa etsimällä tekstistä sen olennaisimmat asiat ja kokosin nämä teemoiksi.

Sisällönanalyysiä ohjaa tutkimustehtävä (Tuomi & Sarajärvi 2013, 92, 95). Analyysin alkuvaiheessa totesin, että alun perin pelkästään intervallihoidon asiakaslähtöisyyden ilmenemistä kysynyt tutkimustehtäväni ei toiminut kerronnallisen aineistoni kanssa ja päädyin muuttamaan tutkimustehtäväni painotusta laajemmin intervallihoidosta kysyvään muotoon. Totesin, että asiakaslähtöisyyden ilmenemisen tutkiminen ja sen kehittäminen toteutuisivat paremmin opinnäytetyön kehittämisosuuksessa.

Laadullisen tutkimuksen perusvaatimuksena Tuomen ja Sarajärven (2013, 142) mukaan on, että tutkijalla on riittävästi aikaa. Sisällönanalyysi on runsaasti aikaa vaativa vaihe. Oman haasteensa sille aiheutti opinnäytetyöprosessin tiukka aikataulu. Pyrin etenemään opinnäytetyösuunnitelmani mukaan ja toteutin analyysin ennalta määritellyssä aikataulussa. Laadullisessa tutkimuksessa vaaditaan analyttistä tarkkuutta. Näin ollen sisällönanalyysin luotettavuuteen vaikuttaa se, kuinka hyvin tutkija on onnistunut luokittelemaan aineiston ja raportoimaan sen lukijoilleen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 163.) Olen pyrkinyt luotettavuuteen kuvaamalla tarkasti aineiston analyysimenetelmän ja tuloksiin päättymisen keinot.

Tutkimuksen validiteetti kuvaa, missä määrin tutkimuksessa on onnistuttu mittaamaan juuri sitä mitä on luvattu. Validius liittyy tutkimuksen teoriaan ja kuvattaviin käsitteisiin. Validoinnilla tarkoitetaan prosessia, jossa ymmärrys maailmasta muodostuu vähitellen kielen välityksellä tapahtuvan tulkinnan kautta. (Tuomi 2008, 150, 155.) Heikkinen (2015, 164) on esittänyt tulkinnalliseen ja konstruktivistiseen lähestymistapaan perustuvia kerronnallisen tutkimuksen validointiperiaatteita, joiden avulla voidaan varmistaa sekä kerronnallisen tutkimuksen että toimintatutkimuksen laatua. Historiallisen jatkuvuuden periaatteen mukaan kertomuksen ajalliset ja paikalliset yhteydet pyritään luomaan lukijalle tiettäväksi. Tässä tutkimuksessa tulosten raportoinnissa on kiinnitetty huomiota tutkittavien henkilöiden anonymiteettiin, eikä paikallisia yhteyksiä tai toimintaympäristöjä ole voitu kuvata erityisen tarkasti niiden tunnistettavuuden vuoksi. Tutkittavat pienyhteisöt ja asiakaskunta on kuitenkin kuvattu tarpeeksi tarkasti, jotta lukija tietää, mistä lähtökohdista kertomukset on kirjoitettu. Tutkimuksen historiallista jatkuvuutta olen kuvannut raportissa toiminnan funktiona, kun analyysi on edennyt tutkimusosioista kohti kehittämisosion raportointia.

Heikkinen (2015, 164) sekä Kylmä ja Juvakka (2012, 129) toteavat, että refleksiivisyyden periaatteen mukaan tutkijan tulee tarkastella omia ymmärtämysyhteyksiään suhteessa tutkimuksen kohteeseen. Dialektisuuden periaate tarkoittaa Heikkisen (2015) mukaan, että tulkinta on moniäänisyyden huomioiva vuorovaikutuksellinen prosessi. Tutkimuksen edetessä reflektoin omaa osaamistani ja tietoperustaani intervallihoidon kontekstissa tutkimuksen avulla saavuttamani tiedon ja jo olemassa olevan teorian valossa. Asiakasymmärrys ja substanssiosaaminen auttoivat ymmärtämään tutkittavien kertomuksia ja luokittelemaan saatua aineistoa. Toisaalta luin aineistoa omien kokemusteni valossa, mikä saattoi synnyttää samaistumista ja sitä myöden myös vahvistaa kokemuksen tärkeyttä. Tutkimuksen tekijänä olen kokematon, joten aineiston analyysi edellytti jatkuvaa tutkimusmenetelmän opiskelua ja opitun soveltamista. Ohjausprosessi ja seminaareissa annettu palaute antoivat aiheeseen arvokasta näkökulmaa ja vähensivät valikoivan havainnoinnin ja tulkinnan mahdollisesti aiheuttamaa tulosten vinoumaa. Lisäksi olen käynyt vuoropuhelua tutkimukseen osallistuneen henkilökunnan ja muiden ammattilaisten kanssa ja ottanut vastaan palautetta kehitystyön aikana.

Heikkisen (2015, 164) mukaan toimivuuden periaate vaatii tutkimusta tuottamaan jotain hyödyllistä ja käyttökelpoista ja havahduttavuuden periaate esittää tutkimukselle vaateen tuottaa lukijalleen uusi näkökulma maailmaan. Tutkimuskohteen ja aiheen valinnalla olen tavoitellut uuden näkökulman avaamista. Intervalliasiakkaiden kokemuksia lyhytaikaisesta hoidosta ei ole juurikaan tutkittu, vaan aihetta on käsitelty enimmäkseen omaishoitajien näkökulmasta. Tulokset rakentavat siis laajempaa tietoperustaa tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. Intervalliasiakkuuden määrittely ja äänen antaminen hoidettaville auttavat suunnittelemaan ja toteuttamaan lyhytaikaista hoitoa asiakaslähtöisemmin. Tutkimuksen ja kehittämistyön tuloksena esittämäni prosessikuvaus on käytännön työn kannalta hyödyllinen ja käyttökelpoinen kokeiltavaksi sellaisenaan. Tämän lisäksi prosessikuvaus tarjoaa pohjaa jatkossa tehtävälle vanhustyön eri osa-alueiden kehittämiseksi.

## **7.2. Tutkimustulosten arviointi**

Kanasen (2015, 355) mukaan ”laadullisessa tutkimuksessa tutkija voi hakea vahvistusta omille tulkinnoilleen kriteerivaliditeetista, joka pohjautuu muiden tutkijoiden tulosten hyödyntämiseen omien tutkimustulosten tukena.” Tässä luvussa käyn vuoropuhelua omien tulkintojeni ja viitekehityksessä esittämäni synteessin välillä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä ja kuvata sekä asiakkaiden että henkilökunnan kokemuksia intervallihoidosta. Koiviston, Sandelinin ja Perttulan (2014, 47) mukaan ihmisten hyvinvointipalveluihin liittyvän tutkimuksellisen kehittämistoiminnan tulee kohdentua juuri ihmisten subjektiivisiin kokemuksiin. Suhosen ym. (2013) mukaan hoitajien ja potilaiden arviot hoidon yksilöllisyydestä eroavat merkittävästi. Hoitajat arvioivat tutkijoiden mukaan yksilöllisyyden toteutumisen paremmaksi kuin potilaat. Mikäli tavoitteena on toimia asiakaslähtöisesti, tulisi heidän mukaansa huomiota kiinnittää erityisesti potilaiden arvioihin yksilöllisyyden toteutumisesta laatua ja hoitotyön prosesseja kehitettäessä. (Suhonen ym. 2013, 89.)

Gerdtin ja Korkeakosken (2016, 93) mukaan asiakaskokemus syntyy asiakkaan aiemmista kokemuksista, kun hän peilaa niitä omiin odotuksiinsa, haluihinsa ja toiveisiinsa. Tutuissa ympäristöissä ja toiminnoissa asiakkaan odotukset muodostuvat osin kokemuksista ja tarpeet ovat ennakoitavissa. Jos asiakas tekee jotain ensimmäistä kertaa tai uudessa kontekstissa, ei hänellä ole toimintoja ohjaavia rutiineja tiedossaan, eikä hän osaa arvata tilanteen vaatimia toimenpiteitä. Tällöin asiakas tarvitsee ohjeita toimiakseen. Jos palveluprosessi on heikosti suunniteltu, organisoitu ja kommunikoitu, se johtaa epäjatkuvuuksiin, heikkoihin asiakaskokemuksiin, kustannusten nousuun ja palveluntuottajan maineen heikkenemiseen. (Keskinen & Lipiäinen 2013, 143.)

Teoriatiedon valossa intervallihoidon prosessin tulisi olla siis määritelty selkeästi sekä henkilökunnalle että asiakkaille. Vaikka tässä opinnäytetyössä palveluprosessin näkökulmana on asiakas, voidaan prosessin organisoimattomuuden tuottama negatiivinen asiakaskokemus kääntää yhtä lailla henkilökuntaa koskeväksi. Mikäli hoitajat kokevat olevansa palvelun suunnittelemattomuuden vuoksi jatkuvasti epämukavuusalueellaan, vaikuttaa se väistämättä myös hoidon laatuun ja asiakaskokemukseen. Aiemmin on todettu, että vanhusten asumispalveluissa työskentelevät hoitajat kokevat pitkäaikaiset hoitosuhteet positiivisempina kuin lyhytaikaiset (Carlson ym. 2014, 764). Tutkimukseni mukaan intervallihoido on koettu haasteellisemmaksi kuin pitkäaikaisen hoidon toteuttaminen, minkä vuoksi sen toimintamallia tulisi selkeyttää ja henkilökuntaa perehdyttää palvelun tuottamiseen mahdollisimman hyvin. Prosessin sujuvuudesta hyötyvät siis sekä henkilökunta että palvelua käyttävät asiakkaat.

Opinnäytetyöni kirjoituspyynnöissä pyysin kuvaamaan onnistuneen tai epäonnistuneen intervallijakson aikaansaamaa tunnetta. Suurin osa kirjoituspyynnöistä palautettiin, joten

valittu menetelmä oli onnistunut ja tuotti tavoitellun määrän aineistoa ehkä araksikin luokiteltavasta aiheesta. Heimosen ym. (2010, 159–160) mukaan arjen kohtaamiset ovat aina hoitajalle haaste ja mahdollisuus, joissa hoitajan omat arvot heijastuvat kohtaamisen tapaan. Vanhustyössä korostuu omien tunteiden tiedostaminen ja niiden hallinnan taito sekä muiden ihmisten ilmaistemien tunteiden tunnistamistaito. Tunteet tarttuvat ja herättävät lisää tunteita. Ne välittävät informaatiota, synnyttävät mielikuvia, rakentavat yksilöllistä kokemustodellisuutta ja ohjaavat ihmisten toimintaa. (Nummenmaa 2010, 130–131; Myllyviita 2016, 19.) Tunteiden tunteminen on olennainen osa auttamistyötä mutta niistä kertominen saatetaan kokea vaikeaksi. Hoitajat kirjoittivat epäonnistunutta jaksoa kuvanneissa kertomuksissaan epäonnistumisen, pettymisen, turhautumisen ja pelon tunteista. Onnistuneen intervallihoidon kokemuksen aikaansaama positiivisuus, työn ilo ja yhteistyön voimaannuttava kokemus viestivät siitä, että työn kehittämisen kohentava vaikutus työssä jaksamiseen voi olla merkittävä.

Asiakkaat kuvasivat kirjoituksissaan turvallisuuden, pelon, tylsistymisen tai tyytyväisyyden tunteita. Tunteiden kuvaus liittyi usein perustarpeiden tyydyttymiseen tai tyydyttymättä jäämiseen. Ihmiset jäsentävät ja määrittelevät hyvinvointiinsa liittyviä kokemuksia ja tunteita eri tavoin. Kokemukset vaihtelevat kivun, ahdistuksen, tuskan ja väkivaltakokemuksen kaltaisista sensitiivisistä aiheista opittuihin käsityksiin hyvinvoinnista. Hyvä terveys, liikunta ja ravinto sekä sosiaaliset suhteet ovat monelle hyvinvoinnin perusasioita. (Koivisto ym. 2014, 47.) Voimavaralähtöisellä hoitotyöllä vastataan yksilöllisesti asiakkaan tarpeisiin ja sen lähtökohtana ovat ikääntyneen ihmisen määrittely omasta tilanteestaan ja hänen sille antamansa merkitykset sekä ratkaisukeskeisyys. (Hyttinen 2008, 47; Sarvimäki & Heimonen 2010, 23–24.)

Asiakkaiden kertomusten mukaan turvallisuuden tunne muodostuu hoidon kokonaisuudesta palvelun vastatessa asiakkaan odotuksia. Tulos on yhteneväinen Muurisen (2003, 132) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan lyhytaikaisen hoidon hyvänä laatuna voidaan pitää erilaisten hoitotyön myönteisten piirteiden integroitumista eheäksi kokonaisuudeksi. Asiakkaan hoito on hyvää silloin, kun hänen fyysisistä tarpeistaan huolehditaan, hän kokee viihtyvänsä osastolla ja voimaantuvansa sekä fyysisesti, psyykkisesti että sosiaalisesti. Ammattitaitoinen henkilökunta vastaa asiakkaiden tarpeisiin kokonaisvaltaisesti. Hoitajien riittävä ammattitaito on aiempien tutkimusten mukaan laadukkaan yksilöllähtöisen hoidon edellytys. Lisäksi oikein kohdennetulla lisäkoulutuksella voidaan vaikuttaa positiivisesti hoitajien asenteisiin ja osaamiseen. (McCormack ym. 2010b, 627–

629; Kirkley 2011, 446; Coleman & Medvene 2013, 697; Kneafsey ym. 2013, 1627; Yune ym. 2013, 1279; Kydd ym. 2014, 182–183.)

Henkilökunta tarvitsee koulutusta intervallihoidon kehittämiseksi. Uuden toimintamallin käyttöönotto vaatii perehdytystä, jotta asiakaslähtöisyyden implementointi onnistuu ja hoitajat pystyvät sitoutumaan siihen. Johtamisen merkitys korostuu koulutuksen mahdollistamisessa ja toiminnan puitteiden muokkauksessa. Kehittämistyö on pitkän linjan tavoite, joka vaatii yhtenäistä, koko organisaatiota läpileikkaavaa ajattelutavan muutosta. Ikääntyneen ihmisen hyvän elämänlaadun tuottamisessa ei ole kysymys ainoastaan resurssien määrästä, vaan siitä, miten hyvin ne on kohdennettu asiakkaiden parhaaksi. Hoidon tuottamisessa niin tiimityö, omahoitajuus kuin johtaminenkin ovat asiakkaan kokemaa elämänlaatua tukevia tekijöitä. (Räsänen 2011, 177.)

Intervallihoidon tavoitteellisuuden määrittely on tutkimukseni tulosten mukaan haasteellista. Asiakkuuden määrittelemisen ei ole yksiselitteistä, sillä hoidettava nähdään usein objektina ja omaishoitaja aktiivisena toimijana. Hoidettavan tarpeet on aktiivisesti nostettava esiin ja kehitettävä palvelua niiden perusteella. Omaishoitajan ja hoidettavan vanhuksen tarpeiden vastakkainasettelun todetaan aiheuttavan hoitajille eettisiä ongelmia arjen hoitotyössä. (Muurinen 2003, 122; Salin 2008, 81; Fjellun ym. 2009, 23; Kirkley ym. 2011, 444; Svensson ym. 2011, 172.) Tästä tulisi aktiivisesti pyrkiä eroon selkeyttämällä jakson tavoitteita avoimesti keskustellen.

Omaishoidon vapaapäivien järjestäminen lyhytaikaisen hoidon avulla on yksi palvelun tavoitteista, mutta hoitajakson varsinaisten tavoitteiden määrittäminen kotona pärjäämisen tukemiseksi tulisi lähteä hoidettavan omista voimavaroista. Aiemmat tutkimustulokset hoitajaksojen vaikutuksesta asiakkaan tai hänen omaishoitajansa elämään ovat ristiriitaisia. Vaikuttavuuden arviointi on vaikeaa muun muassa siksi, että käytetyt menetit eivät ole tarpeeksi herkkiä, palvelun optimaalista ajankohtaa ei voida määrittää ja asiakkaan toimintakyvyn lasku saattaa johtua iän vaikutuksesta. (Salin 2008, 29.) Aiemmissa tutkimuksissa tulokset intervallihoidon asiakasvaikuttavuudesta vaihtelivat. Mason ym. (2007) esittävät vuorohoidon vaikuttavuutta selvittäneessä tutkimuksessaan, että vuorohoidolla saattaisi olla positiivisia vaikutuksia omaishoitajien työtaakkaan ja terveyteen. Samat tutkijat toteavat tuloksissaan, että eivät löytäneet luotettavia viitteitä siitä, että lyhytaikaishoito viivästyttäisi laitoshoidon tarvetta tai toisaalta vaikuttaisi hoidettavan kun-

toon heikentävästi. (Mason ym. 2007, 298.) Lee, Morgan ja Lindesay (2007, 252) raportoivat tutkimuksessaan intervallijaksojen aiheuttavan muistisairaille merkittävästi uneen ja vuorokausirytmiiin liittyviä vaikeuksia. Univaikeudet mainittiin asiakkaiden intervallijaksokokemusta heikentäväksi tekijäksi myös omassa tutkimuksessani. Lisääntyneistä univaikeuksista tulisi asiakkaan ja omaisen kanssa keskustella ja pohtia miten niihin parhaalla mahdollisella tavalla voitaisiin intervallijakson aikana puuttua. Riittävä lepo on onnistuneen kokemuksen edellytys ja se vaikuttaa myös jakson jälkeiseen palautumiseen.

Asiakasymmärryksen parantamiseksi ja hoidon tavoitteellisuuden lisäämiseksi voitaisiin saatujen tulosten mukaan suositella tutustumis- tai kotikäyntejä, joita myös aiemmat tutkijat (Salin 2008, 80–81; Fjellton ym. 2009, 26; Kirkley ym. 2011, 445) ovat raportoineet kehittämisehdotuksinaan. Mason ym. (2007, 291) mainitsevat, että lyhytaikaisen hoidon eri palvelumallien kehittämisessä olisi aina arvioitava sen vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta sekä hoidettavan vanhuksen että omaishoitajan näkökulmasta.

Tiedonkulun toimivuus liittyy merkittävästi yhteistyön onnistumiseen ja työssä viihtymiseen. Kaikissa hoitajien kirjoittamissa epäonnistunutta jaksoa kuvanneissa kertomuksissa mainittiin tiedonkulun haasteet epäonnistumisen kokemusta lisäävänä tekijänä. Tiedonkulun ongelmat tekivät myös joidenkin asiakkaiden kokemuksesta huonon. Tiedotukseen tai sen puutteisiin liittyneet maininnat kertomuksissa kuvasivat hyvin henkilökunnan ja asiakkaiden näkökulman eroja intervallihoidon kokonaisuudessa. Hiltusen (2014, 117) mukaan työntekijät pystyvät tarkastelemaan tutkimuskohdetta laajemmin kokemuksensa perusteella ja pidemmällä aikajänteellä, kun asiakkaat itse taas tarkastelevat lähinnä omaa tilannettaan. Asiakkaiden maininnat tiedotukseen liittyen koskivatkin ainoastaan heidän itsensä kokemaa tiedonpuutetta, kun taas henkilökunnan näkökulmasta tiedotuksen ongelmat olivat sekä asiakkaiden että työturvallisuuden kannalta merkityksellisiä. Kertomusten perusteella voidaan todeta, että toimivalla tiedonkululla on merkittävä potilasturvallisuutta ja työssä viihtymistä lisäävä vaikutus, joten sen toteutumiseen olisi kiinnitettävä erityistä huomiota. Toimivamman tiedonkulun saavuttamiseen voidaan käyttää apuna tämän opinnäytetyön tuloksena esittämäni intervallihoidon tavoitteellista prosessikuvausta.



### 7.3. Kehittämistyön arviointi

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (STM 2013) mukaan hyvälaatuinen palvelu on tehokasta ja turvallista, asiakaslähtöistä ja asiakkaan tarpeisiin vastaavaa sekä hyvin koordinoitua. Intervallihoidon käytännön työssä havaitut kehittämistarpeet antoivat aiheen tälle tutkimukselle. Opinnäytetyössäni on toimintatutkimuksellinen ote. Työn ja toimintakulttuurin kehittämismenetelmäksi valitsin Learning café -menetelmän. Yhteistoiminnallisesta ryhmätyöskentelystä saatu välitön palaute ja osallistujien innokkuus kertoivat kehittämismenetelmän valinnan onnistumisesta. Ryhmätöiden jälkeen kerätyn kirjallisen palautteen (Kaaviot 8-9 s. 69) perusteella voin suositella ryhmätyöskentelyä työn kehittämisen menetelmäksi Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alueen vanhustenpalveluissa.

Asiakaslähtöisen kulttuurin sisäistämisen ehtona on kyky huomioida kunkin yksilön ainutlaatuisuus ja samalla hahmottaa asiakkuutta nimittäviä yhteisiä tekijöitä ja tiedostaa näiden merkitys kokonaisuuden kannalta. Näiden avainasioiden pohtiminen ryhmissä sai aikaan laadukasta keskustelua ja auttoi ryhmätöihin osallistuneita oppimaan toisiltaan. Gerdtin ja Korkeakosken (2016, 98) mukaan asiakaskeskeisen kulttuurin rakentaminen on prosessi, joka vaatii pitkäjänteisyyttä ja sitoutumista. Asiakaskeskeisyyden implementointi jää usein puolitiehen, vaikka asia esiintyy erilaisten toimijoiden puheissa paljon. Asiakas tulisi nostaa aidosti toiminnan keskiöön ja osaksi jokapäiväistä päätöksentekoa. Ryhmätöissä intervalliasiakkaan ääni oli vahvasti esillä, mutta käydyissä keskusteluissa korostui, että järjestelmän toimivuus olisi saatava kuntoon ennen asiakaskeskeisyyden implementointia. Tiedonkulun vaikeudet ja yhteistyön puute aiheuttavat henkilökunnalle toiminnallisia haasteita, jolloin hoitajan perustehtävä hämärtyy ja asiakaskeskeisyys vaarantuu.

Opinnäytetyöni tavoitteena oli kehittää intervallihoidtoa asiakaslähtöisemmäksi. Edellytyksenä sille on prosessin toimivuus. Prosessikuvauksella tavoitellaan sitä, että prosesseissa osallisina olevat ymmärtävät oman roolinsa ja tehtävänsä osana kokonaisuutta. Prosessijohtamisessa on omaksuttu ajatus, jonka mukaan työn mielekkyyden ymmärtäminen lisää henkilökunnan työtyytyväisyyttä. (Stenvall & Virtanen 2012, 69.) Aiempien tutkimustulosten (Muurinen 2003, 132; Fjellton ym. 2009, 23; Teixeira ym. 2013, 271) mukaisesti ryhmätyöskentelyn tulokset osoittivat, että toimiva yhteistyö asiakkaan perheen ja moniammatillisen hoitohenkilökunnan kesken edisti hoidon sujuvuutta ja tavoitteiden määrittämistä. Prosessimallintaminen koettiin työtä helpottavaksi tekijäksi ja

henkilökunta toivoi saavansa kehitettävästä mallista apuvälineen työn sujuvoittamiseen ja työnjaon selkeyttämiseen. Toimintatarinan koettiin helpottavan prosessin sisällön omaksumista. Kalliomäen (2014, 13) mukaan toiminnan tarinallistaminen on samalla myös sen tuotteistamista. Palvelu on helpommin toistettavissa, kun tarina kuvaa sen sisältöä. Tuotettava laatu ei ole enää niin riippuvainen esimerkiksi vaihtuvasta henkilökunnasta.

Sekä henkilökunnan kertomuksellisessa aineistossa että ryhmätöiden tuloksissa ehdotettiin kehittämiskohteita ja innovoitiin tulevaa, mikä todensi henkilökunnan halua muuttaa hoitoa laadukkaammaksi ja asiakkaiden tarpeita paremmin vastaavaksi. Valtaosa ehdotuksista on toteuttamiskelpoisia nykyisillä puitteilla ja resursseilla sekä perusteltavissa tämän opinnäytetyön tutkimusosan tuloksilla. Yhteistyön lisääminen, intervallityöryhmän perustaminen, toimintamallien yhtenäistäminen ja kirjaamiskäytänteiden selkiyttäminen ovat kaikki laadun parantamisen keinoja, jotka toteutuessaan hyödyttävät sekä intervallihoidon asiakkaita että henkilökuntaa. Ryhmätöiden parissa käydyissä keskusteluissa toivottiin intervalliasiakkaille myös jakson ulkopuolista kerhotoimintaa, joka tapahtuisi intervallihoidoyksiköissä. Toiminnan myötä hoitoympäristö olisi tutumpi myös intervallijaksoilla. Jatkossa olisi mietittävä myös muita keinoja siihen miten omaishoitoperheitä houkutellaan tutustumaan intervallihoidopaikkoihin.

Keskusteluissa esille nostettu ajatus omasta intervalliosastosta tai -yksiköstä on perusteltavissa tutkimusosan tuloksilla. Asiakkaat ilmaisivat olevansa tyytymättömiä, mikäli vakituisten asiakkaiden kunto poikkesi heidän omastaan. Hoitajat ilmaisivat huolensa joidenkin osastojen sopimattomuudesta muistisairaiden intervalliasiakkaiden tarpeisiin. Nämä tulokset ovat yhteneväisiä myös aiempien tutkimusten kanssa, joissa on todettu intervalliasiakkaan tarpeiden mukaan määritellyn hoitopaikan edistävän intervallihoidon tavoitteiden toteutumista. (Muurinen 2003, 122; Fjelltnun 2009, 26; Svensson ym. 2011, 172.) Tämä näkökulma olisi huomioitava tulevaisuudessa uusia intervallihoidopaikkoja suunniteltaessa.

Ryhmätöissä esille tullut henkilöstön työn kehittämispotentiaali tarvitsee ylimmän johdon tukea ja kannustusta tuottaakseen hedelmää. Grönroos (2010, 489) toteaa, että hyvän palvelun johtamista edistetään palvelukeskeisellä johtajuudella. Esimiesten on oltava kannustavia, annettava alaisilleen virikkeitä ja mukautettava johtamista heidän mukaansa. Todelliselle palvelukulttuurille ominaiset arvot eivät leviä organisaatioon eivätkä pysy

voimassa ilman kaikkien esimiesten tukea. Johtamisella on ratkaisevan tärkeä vaikutus, kun organisaatio haluaa viestiä työntekijöille palvelukeskeisiä arvoja – kuten asiakaskeksyyden merkitystä – ja saada ne osaksi yksikön toiminnan arkipäivää.

Koko yhteistoiminta-aluetta koskevan intervallihoidon kehittämishankkeen onnistumisen ydinkysymyksenä on sitoutuneisuus – miten esimiehet ja henkilökunta vastaavat haasteeseen laadun kehittämiseksi ja kuinka se tehdään heille mahdolliseksi. Kelon ym. (2015, 286) mukaan kaikessa kehittämisessä ja niin myös asiakaslähtöisyyden parantamisessa hoitohenkilökunnan olisi suotavaa ajatella sitä oikeutena oman ammattitaitonsa kehittämiseen – ei pelkkänä velvollisuutena. Koko työyhteisön kehittämisen kannalta olennaista on toimintatapojen kyseenalaistaminen. Ikääntyneidenkin hoitotyössä on mahdollista olla innovatiivinen arjen kehittämisessä ja keinoja moniammatillisuuden lisäämiseksi kannattaisi kartoittaa. Aiemman tutkimustiedon mukaan moniammatillisuus vaikuttaa vanhustyön prosesseihin ja hoidon vaikuttavuuteen positiivisesti (Trivedi ym. 2013, 122).

Palvelumuotoilun periaatteiden mukaan yhteiskehittämisen tavoitteena on, että kaikki palveluun liittyvät asiat ja näkökannat tulevat laaja-alaisesti huomioiduksi tiedon keräämis- ja analysointivaiheessa (Tuulaniemi 2011, 117). Tässä kehittämistyössä on pyritty toimimaan mahdollisimman hyvin tämän periaatteen mukaan.

#### **7.4. Opinnäytetyöprosessin arviointi**

Oma ammatillinen näkemykseni intervallihoidon kehittämisen tarpeesta motivoi minua tämän opinnäytetyön tekemiseen. Aihe oli ajankohtainen, ja kehittämistyöni sai kannustusta yhteistoiminta-alueen vanhustyön johtoportaalta. Vanhustyön johto osoitti myös kehittämistyölleni vaaditut resurssit, mikä mahdollisti yhteistoiminnallisten ryhmätöiden järjestämisen. Toijalan Seudun Vanhainkotiyhdistys koki opinnäytetyöni aiheen ja kehittämistyön tärkeäksi, vastasi yhteydenottooni myönteisesti ja lähti tukemaan opinnäytetyöni taloudellisia kustannuksia. Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry:n projektisuunnittelijan kiinnostus kehittämistyötäni kohtaan synnytti pohjaa myös tulevaisuuden yhteistyölle. Olin aktiivisesti yhteydessä kehitystoimintaani tukeneisiin tai sen sisältöön mielenkiintonsa ilmaiseihin tahoihin koko opinnäytetyöprosessini (Kuvio 9 s. 36) ajan.

Intervallihoidon prosessi nousi yhteistoiminta-alueen vanhushpalveluissa merkittäväksi kehittämiskohteeksi vuoden 2016 aikana. Perehdyin aiheeseeni kattavasti alan julkaisujen

avulla ja rakensin työn teoreettisessa osassa pohjaa tutkimus- ja kehittämisosuudelleni. Opinnäytetyöni aihe sai näkyvyyttä paikallislehden sivuilla ja eri vanhustyön foorumeissa. Esimiesten palaute ohjasi prosessiani ja sai osaltaan tutkimukseni kohdentumaan kehitystarvetta vastaamaan. Opinnäytetyöni ohjaajan ja opponoinjan antama palaute auttoivat rajaamaan aihetta ja lähestymään aineistoa tutkimustehtävien vaatimalla tavalla.

Toimintatutkimuksellinen ote työn kehittämiseksi oli mielenkiintoinen. Oli palkitsevaa tehdä yhteistyötä alan ammattilaisten kanssa. Yhteistoiminnallisessa työskentelyssä osoitettu innostus intervallihoidon kehittämistä kohtaan antoi opinnäytetyölleni arvoa niin työn sisällön kuin organisaatiokulttuurinkin kehittäjänä. Valitsemani kehittämismenetelmät koettiin onnistuneiksi ja niiden avulla päästiin opinnäytetyölle asetettuun tavoitteeseen.

## **7.5. Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet**

Intervallihoidon ympärillä käyty negatiivissävytteinen keskustelu on viestinyt henkilökunnan tyytymättömyydestä toiminnan suunnittelelemattomuuteen ja sen aiheuttamaan epävarmuuteen. Vanhuspalveluiden hoitajat ovat viime vuosina joutuneet toimimaan muuttuvassa ympäristössä yhä kasvavan vaatimustaakan alla. Akaan kaupungin vuonna 2014 kaupungin henkilöstöä koskettaneet lomautukset ja vuonna 2015 alkanut talouden tasapainotusohjelma ovat vaikuttaneet henkilöstön hyvinvointiin työssä. Henkilöstöä koskevilla säästötoimenpiteillä on välillisesti vaikutusta myös asiakastyön toteutumiseen ja hoitotyön laatuun.

Taloudellinen tilanne asettaa toiminnalle rajat, joiden sisällä palvelua tulee pystyä tuottamaan. Palveluiden tuottaminen kustannustehokkaasti minimiresursseilla ja tiukentuva talouskuri saattavat kuitenkin horjuttaa jopa inhimillisyyden rajoja vanhuspalveluissa. Vanhusten hoidon painottuminen kotiin on ollut jo vuosien ajan kasvava suuntaus, jota valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus kiihdyttää. Uudistuksen tavoitteena on muun muassa parantaa palveluiden yhdenvertaisuutta ja hillitä kustannuksia ja sen myötä sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä 18 maakunnalle vuonna 2019. (STM 2016b.)

Konsulttiyrityksen vuonna 2016 sosiaali- ja terveysministeriölle laatiman laskelman mukaan tulevaisuuden sote-uudistuksessa voidaan toteuttaa vuositasolla kolmen miljardin

säästöt vuoteen 2029 mennessä. Tästä summasta kolmannes – noin miljardi – aiotaan säästää vanhuspalveluista, joihin lasketaan kuuluvaksi vanhusten omaishoidon tuki, kotihoito, palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit sekä pitkäaikaishoito terveyskeskusvuodeosastoilla. (Nurmi 2016, 28–29.) Vanhusten hoidon painottuessa laitoksien sijasta heidän omiin koteihinsa olisi kuntien syytä kiinnittää erityistä huomiota kotona asumista tukevien palveluiden riittävyyteen ja laatuun. Tulevaisuuden muutossuunnitelmat vaikuttavat ristiriitaisilta suunniteltujen säästötoimenpiteiden valossa. Aihe saa sekä ikääntyneet että heidän hoitajansa mietteliäiksi, mikä on luettavissa aikakausi- ja päivälehtien runsaissa mielipidekirjoituksissa (Aaltonen ym. 2015, 1–2; Aaltonen ym. 2016, 199–200).

Löytänä ja Korkiakoski (2014, 82) ovat teoksessaan kuvanneet asiakaskeskeisen kehittämisen jatkumona, joka kuvaa hyvin johdon, henkilöstön ja asiakkaiden muodostaman jatkuvan kehityksen liikettä. Toiminnot ovat jatkuvassa muutoksessa, mutta toimijoiden pitää olla tietoisia tavoitteista, keinoista ja tuloksista. Näin saadaan aikaan systemaattisen kehittämisen jatkumo, jossa sekä henkilöstön että asiakkaiden ääni on kuuluuissa (Kuvio 17). Yksittäisten asiakasprosessien kehittämisen lisäksi olisi kiinnitettävä moniammatillisen yhteistyökulttuurin kehittämiseen, johon Heimosen ym. (2010, 175) mukaan tarvitaan aikaa, halua, suuntaa näyttävää johtamista, koulutusta ja kehittämistyötä. Yksi suurimmista asiakaskeskeisyyteen tähtäävän prosessin riskeistä on Grönroosin (2010, 489) mukaan puheiden ja tekojen välinen ristiriita. Johdon olisi suotavaa puhua hyvän palvelun ja palvelukulttuurin tärkeydestä ja osoittaa toiminnallaan uskovansa siihen.



KUVIO 17. Asiakaskeskeisen toiminnan systemaattinen ja jatkuva kehittäminen (Löytänä & Korkiakoski 2014, 82.)

Akaan vanhuspalveluiden pääprosesseja ovat muun muassa tehostettu palveluasuminen, intervallihoito, kotihoito ja palveluohjaus, joista jokainen sisältää lisäksi omia tai poikkihallinnollisia tukiprosessejaan. Yhdessä nämä kaikki muodostavat palveluiden kokonaisuuden, jonka arvomaailma heijastuu asiakkaiden kokemuksista ja kertomuksista. Hyvin hallitun kokonaisuuden ja moniammatillisen yhteistyön lähtökohtana tulee olla hoidettava vanhus. Toimiessaan ja toteutuessaan moniammatillisuus ja hyvä yhteistyö lisäävät Larivaaran ja Taanilan (2009, 292) mukaan tuotettavan palvelun laatua, vanhusten turvallisuuden tuntua ja ammattilaisten onnistumisen kokemuksia. Tämän lisäksi kaikessa avun antamisessa olisi kuultava vanhuksen omia toiveita ja arvoja ja otettava samalla huomioon vanhusta hoitavat omaiset ja heidän mahdollinen taakkansa. (Heikkilä & Larivaara 2009, 191.)

Kehittämisosuuden tuloksena todettiin intervallihoitokokonaisuuden todennäköisesti hyötyvän moniammatillisesta työryhmästä, joka keskittyisi arvioimaan ja kehittämään palvelua sekä yhtenäistämään yhteistoiminta-alueen palvelukonseptia. Vanhustyönjohtaja ja intervallijaksoja koordinoiva kotiutushoitaja ovat todenneet, että ryhmä voidaan perustaa, ja näin ollen suuri osa tämän tutkimuksen avulla löydettyistä kehittämistarpeista voidaan ohjata käynnistettävän ryhmän toimintasuunnitelman pohjaksi. Tiedotus ja tiedonkulku on saatava toimiviksi palveluprosessin laadun takaamiseksi. Hoivapalveluissa erityistä on se, että omaishoitajalla saattaa olla merkityksellinen rooli tiedon välittämisessä (Valokivi & Zechner 2009, 150). Tämä seikka korostuu intervallihoidossa. Asiakkaille ja heidän omaisilleen suunnattavan tiedotuksen tulisi olla hallittua ja sisällöltään yhteneväistä jokaisen asumisyksikön osalta. Tähän tarkoitukseen suositeltiin kotiin postitettavaa infolehtistä palvelunkuvauksineen ja yhteystietoineen. Myös kaupungin internet sivustoilla tulisi olla ajantasaista tietoa intervallihoidosta. Täytyy kuitenkin pitää mielessä, että aiemmin tutkitun tiedon mukaan asiakkaat ja heidän omaisensa kokevat kotihoidon palvelujärjestelmän monimutkaiseksi ja tiedon hankkiminen internetistä on iäkkäille hankalaa (Hautsalo ym. 2016, 7). On tärkeää pohtia, miten saadaan lisättyä omaishoitoperheiden tietoisuutta intervallihoitopaikoista ja niiden käytännöistä. Saattaisi olla hyödyllistä kysyä intervallihoidon asiakkailta ja heidän omaisiltaan, minkälaista tietoa he kokevat tarvitsevänsä. Palvelun sisältöihin vaikuttaminen lisää tutkitusti palvelun käyttäjien tyytyväisyyttä lopputuloksia kohtaan (Kuusisto & Kuusisto 2015, 187).

Tutkimusten mukaan ihmiset kuuntelevat eniten läheistensä mielipiteitä silloin, kuin heillä itsellään ei ole asiasta tietoa. Tiedon puute synnyttää riskin, että virheellinen ja

negatiivinen tieto leviää kokemuserustaisesti totuutena palvelunkäyttäjien keskuudessa. (Valvio 2010, 61–62.) Intervallihoidon tiedonkulun parantamiseksi suosittelen, että perustettavasta yhteistyöryhmästä nimetään intervallihoidon prosessin omistaja, joka vastaa omalla toiminnallaan prosessin ajantasaisuudesta, paikkansapitävyydestä ja palveluun liittyvästä tiedottamisesta.

Henkilökunnan toiveet yhteneväisestä prosessista ja työnkulun kuvauksesta on esitetty tavoitteellisena prosessikuvauksena (Kuvio 16 s. 79) ja ideaalina toimintatarinana (s. 58). Henkilökunta tulee jokaisessa yksikössä perehdyttää ja ohjata intervallihoidon uuden toimintamallin käyttöön. Tuloksellinen toiminta edellyttää Paasivaaran (2007, 84) mukaan, että jokainen henkilöstön jäsen tietää, miten hänen oma toimintansa tukee palvelulle määriteltyjä tavoitteita ja yhteistä strategiaa. Vastuu intervallihoidon toimintamallista tulisi antaa prosessin omistajalle ja intervallityöryhmälle, jotta kehitetty ohjeistus tavoittaisi koko toiminta-alueen ja toiminta säilyisi tarpeellisilta osin yhteneväisenä. Tutkimukseni tulosten perusteella voidaan suositella intervallihoidon edeltävien kotikäyntien suorittamista intervallihoidon tavoitteellisuuden parantamiseksi. Hoitajien mukaan asiakkaan kotioloihin tutustuminen lisäisi asiakastietämystä ja edistäisi intervallihoidon suunnitelmallisuutta. Mahdollisuuksien mukaan kotikäynti-hanke voitaisiin pilotoida yhdessä intervallihoidoyksikössä ja ottaa käyttöön myöhemmin koko yhteistoiminta-alueella, mikäli toiminta on kokeilun jälkeen perusteltavissa.

Prosessien kehittyminen edellyttää mittaamista. Prosessimittarit antavat jatkuvaa palautetta prosessien sujuvuudesta ja siihen tehtyjen muutosten vaikutuksista. (TTK 2014, 23.) Tulevaisuuden laadun arvioinnissa olisi kiinnitettävä huomiota erityisesti intervallihoidon tavoitteellisuuden toteutumisen arvioimiseen, jolloin palvelulle olisi myös määritettävä laadun arvioinnin kriteeristö. Muita mitattaviksi suositeltavia seikkoja ovat tämän tutkimuksen perusteella asiakastyytyväisyys ja henkilökunnan itsearvio prosessin sujuvuudesta. Työyhteisön itsearvioinnin avulla päästään selville asioiden tilasta ja voidaan päättää mahdollisista muutoksista. Toiminnan laatua ja vaikuttavuutta parannetaan vain arvioimalla sitä systemaattisesti. (Paasivaara 2007, 90.) Intervallihoidon prosessin toimivuuden tärkeinä mittareina ovat erilaiset ihmismittarit, kuten asiakaskokemus ja työilma- piiri. Edellä mainitut asiat kehitettävine mittaristoineen olisivat hyviä jatkotutkimuskoh- teita esimerkiksi erilaisin opinnäytetöin toteutettaviksi.

Aiempien tutkimusten (Mason ym. 2007, 298; Salin 2008, 29) mukaan intervallihoidon vaikuttavuuden arviointi on haasteellista. Osaltaan vaikuttavuuden mittaamista on hankaloittanut asiakkuuden määrittely, toisin sanoen onko intervallihoidon vaikutuksia pohdittu omaishoitajan vai -hoidettavan näkökulmasta. Sama asiakkuuden määrittelyproblematiikka tuli esiin myös tässä tutkimuksessa. Niin ikään Valokiven ja Zechnerin (2009, 127) mukaan omaishoitajien ja hoivaa saavien henkilöiden asema on kunnan palveluiden kentässä epäselvä. Yhtäältä he ovat erilaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kuluttajia mutta toisaalta toimivat osana palvelujen tuotantjärjestelmää. Eri näkökulmat ja asiakkuuksien ristiriitaisuus liittyy omaishoitoon. Tämän tutkimuksen perusteella on tavoitteet intervallijakson sisällölle määriteltävä hoidettavan asiakkaan lähtökohdista. Intervallihoidon olisi suositeltavaa kehittää ennaltaehkäisevänä hoitona kotihoidon tueksi. Mikäli intervallihoidon käytetään ainoastaan omaishoitajan väsymistilan hoitoon, jää asiakasvaikuttavuuden mittaamisen kehittäminen liian vähälle huomiolle. Toivottavasti tuleva soite-uudistus ei kavenna tätä näkökulmaa, vaan ottaa tehokkuuden ja vaikuttavuuden arvioinneissaan huomioon sekä omaishoitajan että -hoidettavan.

Intervalliasiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun kartoittaminen tarkoituksenmukaisilla ja yhteisesti sovitulla menetelmillä antaa henkilökunnalle tietoa palvelutarpeen muutoksista ja mahdollistaa palveluiden muokkaamisen vastaamaan asiakkaan tarpeita. Intervallihoidon käytön kohdentamiseksi yhteistoiminta-alueella, sekä omaishoidettavaa että -hoitajaa tukevana kokonaisuutena, on tärkeää tiedottaa palveluntuottajille ja käyttäjille asianmukaisella ja ammattitaitoisella tavalla palvelun sisällöstä, tavoitteista ja toteutuksesta. Valokiven ja Zechnerin (2009, 153) mukaan omaishoitaja ja -hoidettava toivovat palveluilta etenkin joustavuutta ja yksilöllistä huomiota ottamista. Tiedotuksen ja vuorovaikutuksen lisääminen lisää ajan myötä myös asiakasymmärrystä, joka johtanee parempaan yhteistyöhön – ja vie asiakaskokemusta lähemmäs tutkimustulosteni yhteenvedon esittämääni onnistuneen intervallijakson toimintatarinaa.



## LÄHTEET

- Aaltio, I. 2011. Kehittynyt sosiaalinen rakenne työyhteisön kehittämisen edellytyksenä: Arviointia kulttuuritutkimuksen ja kriittisen tutkimuksen näkökulmasta. Teoksessa Juuti, P. (toim.) Työyhteisön kehittäminen ja johtaminen. Kirkkonummi: JTO-palvelut Oy. 83–93.
- Aaltonen, T., Henriksson, L., Karttunen, A., Kivimäki, R., Palukka, H., Silvennoinen-Nuora, L., Tiilikka, T. & Valokivi, H. 2009. Toimijat vanhusten hyvinvointipalveluja ohjaavissa kehittämisohjelmissa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja* 37 (3), 336–352.
- Aaltonen, T., Henriksson, L., Tiilikka, T., Valokivi, H. & Zechner, M. 2014. Vanhuksen hyvä elämä asiakirjoissa ja haastattelupuheissa. Teoksessa Metteri, S., Valokivi, H. & Ylinen, S. (toim.) Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus. 244–270.
- Aaltonen, T., Henriksson, L., Tiilikka, T., Valokivi, H. & Zechner, M. 2015. Kodista laitokseen – vanhusten asumisen representaatiot mielipidekirjoituksissa. *Gerontologia* 29 (4), 1–14.
- Aaltonen, T., Henriksson, L., Tiilikka, T., Valokivi, H. & Zechner, M. 2016. Hoivasiivistystä etsimässä – omaishoivan rajapinta mielipidekirjoituksissa. *Aikuiskasvatus* 36 (3), 196–209.
- Akaan kaupunki. 2013. Akaan kaupungin strategia 2016. Valtuusto hyväksynyt 19.6.2013. Verkkojulkaisu. Luettu 10.5.2016. <http://www.aka.fi/@Bin/3267773/Strategia%202016.pdf>
- Akaan kaupunki. 2014. Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alue: Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi 2014–2016. Valtuusto hyväksynyt 12.11.2014. Verkkojulkaisu. Luettu 15.11.2015. [http://www.aka.fi/@Bin/3846284/Suunnitelma+22092014\\_strategia\\_hyv%C3%A4ksyty.pdf](http://www.aka.fi/@Bin/3846284/Suunnitelma+22092014_strategia_hyv%C3%A4ksyty.pdf).
- Akaan kaupunki. 2015. Tuettu asuminen ja palvelutalot. Verkkojulkaisu. Luettu 15.11.2015. [http://www.aka.fi/terveys-ja-perusturva/vanhusty/toettu\\_asuminen\\_ja\\_palvelutalot/](http://www.aka.fi/terveys-ja-perusturva/vanhusty/toettu_asuminen_ja_palvelutalot/)
- Anttonen, A. 2009. Hoivan yhteiskunnallistuminen ja politisoituminen. Teoksessa Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.) Hoiva - Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino. 54–98.
- Auranen, T. 2015. Palveluohjaajan haastattelu omaishoidon käytänteistä Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alueella. Suullinen tiedonanto. 18.10.2015. Haastattelija Saartila, K. Akaa.
- Bowers, B., Fibich, B. & Jacobson, N. 2001. Care-as-Service, Care-as Relating, Care-as-Comfort: Understanding Nursing Home Residents' Definitions of Quality. *The Gerontologist* 41 (4), 539–545.
- Carlson, E., Rämgård, M., Bolmsjö, I. & Bengtsson, M. 2014. Registered nurses' perceptions of their work in nursing homes and home-based care. A focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 761–767.

- Coleman, C. & Medvene, L. 2013. A Person –Centered Care Intervention for Geriatric Certified Nursing Assistants. *The Gerontologist* 53 (4), 687–698.
- Ericson-Lidman, E. & Strandberg, G. 2015. Learning to deal constructively with troubled conscience related to care providers' perceptions of deficient teamwork in residential care of older people – a participatory action research study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29 (2), 215–224.
- Eskola, J. 2010. Eläytymismenetelmän autuus ja kurjuus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. Jyväskylä: PS-kustannus. 72–87.
- Eskola, J. 2015. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2*. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 185–206.
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2010. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. Jyväskylä: PS-kustannus. 26–44.
- Fischer, M. 2012. Työntekijä- ja asiakaskokemusten väliset yhteydet yritysten välisessä palveluliiketoiminnassa - Kohti positiivisesti poikkeavia tuloksia. Akateeminen väitöskirja. Aalto yliopisto, tuotantotalouden laitos. Verkkojulkaisu. Luettu 21.4.2016. <https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/3515/isbn9789526044743.pdf?sequence=1>
- Fjellton, A., Henriksen, N., Norberg, A. Gilje, F. & Normann, H. 2009. Carers' experiences with overnight respite care. A qualitative study. *Vård i Norden* 29 (3), 23–27.
- Gerdt, B. & Korkiakoski, K. 2016. Ylivoimainen asiakaskokemus. Helsinki: Talentum Oyj.
- Grönroos, C. 2010. Palvelujen johtaminen ja markkinointi. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hanson, R. 2014. Is elderly care affected by nurse attitudes? A systematic review. *British Journal of Nursing* 23(4), 225–229.
- Harisalo, R. 2013. Palvelutiede – palveluyhteiskunnan uusi mahdollisuus. Teoksessa Laitinen, I., Harisalo, R. & Stenvall, J. (toim.) *Palvelutiede julkisten palveluiden uudistajana*. Tampere: TUP. 32–54.
- Hautsalo, K., Rantanen, A., Kaunonen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2016. Asiakkaiden ja heidän läheistensä kokemukset kotihoidosta. *Tutkiva Hoitotyö* 14 (1), 4–12.
- Heikkilä, T. & Larivaara, P. 2009. Perhekeskeinen moniammatillinen vanhusten hoito. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) *Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto*. Helsinki: Duodecim. 174–192.
- Heikkinen, H. 2010. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 214–229.

- Heikkinen, H. 2015. Kerronnallinen tutkimus. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 149–167.
- Heimonen, S., Sarvimäki, A. & Suni, A. 2010. Hoitaja haavoittuvuuden kohtaajana. Teoksessa Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leino, A. (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita. 156–180.
- Heinola, R. & Paasivaara, L. 2007. Kotihoidon prosessit. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes. 52–60.
- Hiltunen, K. 2014. Työntekijöiden kokemustieto asiakkaiden hyvinvoinnin edistämässä. Teoksessa Nieminen, A., Tarkiainen, A. & Vuorio, E. (toim.). Kokemustieto, hyvinvointi ja paikallisuus. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 177. Turku. 107–118.
- Hyttinen, H. 2008. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 42–55.
- Hänninen, V. 2015. Narratiivisen tutkimuksen käytäntöjä. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 168–184.
- JHS-suositukset 2008. 2012. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. Versio 5.10.2012. JUHTA - julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. Verkkojulkaisu. Luettu 26.4.2016. <http://www.jhs-suositukset.fi/suomi/jhs152>
- Juupaluoma, J. 2016. Viisi prosenttia vanhuksista halutaan kotihoitoon. Aamulehti 135 (188), A9.
- Järnstedt, P., Kaivolainen, M., Laakso, T. & Salanko-Vuorela, M. 2011. Omainen hoitajana. Helsinki: Kirjapaja.
- Järnström, S. 2011. “En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1635. Tampereen yliopisto. Tampere: TUP.
- Järvensivu, T., Nykänen, K. & Rajala, R. 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Versio 1.0 (30.12.2010) Muutosvoimaa vanhuustyön osaamiseen -hankkeen julkaisu. Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu. Verkkojulkaisu. Luettu 5.6.2016. <http://verkostojohtaminen.fi/wp-content/uploads/2011/01/VerkostojohtamisenOpas.pdf>
- Kalliomäki, A. 2014. Tarinallistaminen. Palvelukokemuksen punainen lanka. Helsinki: Talentum.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisen kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Akateeminen väitöskirja. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Keskinen, T. & Lipiäinen, J. 2013. Asiakkaan matkassa. Tuotekeskeisyydestä symbioosistrategiaan. Helsinki: Talentum Oyj.
- Kirkley, C., Banford, C., Poole, M., Arksey, H., Hughes, J. & Bond, J. 2011. The impact of organizational culture on the delivery of person -centered care in services providing respite care and short breaks for people with dementia. *Health and Social Care in Community* 19(4), 438–448.
- Kneafsey, R., Clifford, C. & Greenfield, S. 2013. What is nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1617–1629.
- Koivisto, K., Sandelin, P. & Perttula, J. 2014. Hyvinvointi subjektiivisina kokemuksena. Fenomenologisen erityistieteen näkökulma. Teoksessa Nieminen, A., Tarkiainen, A. & Vuorio, E. (toim.). Kokemustieto, hyvinvointi ja paikallisuus. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 177. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 42–53.
- Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirsso, P. & Mattelmäki, U. 2014. Terveysthuollon kompassi. Avain asiakkuuteen. Helsinki: Duodecim.
- Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.
- Koskinen, S. 2010. Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim. 437–448.
- Kuntaliitto. 2011. Koivuranta-Vaara, P. (toim.) Terveysthuollon laatuopas. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Verkkojulkaisu. Luettu 15.1.2016. <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>.
- Kuula, A. 2006. Toimintatutkimus. Luku 5.4. kokonaisuudesta Saaranen-Kauppinen, A., Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkojulkaisu. Luettu 10.1.2016. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_5.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_5.html)
- Kuusela, S. 2015. Organisaatioelämää. Kulttuurin voima ja vaikutus. Helsinki: Talentum Oyj.
- Kuusisto, A. & Kuusisto, J. 2015. Käyttäjälähtöinen palvelukehitys kuntasektorilla. Teoksessa Jyrämä, A. & Mattelmäki, T. (toim.) Palvelumuotoilu saapuu verkostojen kaupunkiin. Helsinki: Aalto-yliopiston taiteiden ja suunnittelun korkeakoulu. Aalto Arts Books. 173–188.
- Kydd, A., Engström, G., Touhy, T., Newman, D., Skela-Savič, B., Hvalič-Touzery, S., Zorc, J., Galatsch, M., Ito, M. & Fagerberg, I. 2014. Attitudes of nurses, and student nurses towards working with older people and to gerontological nursing as a career in Germany, Scotland, Slovenia, Sweden, Japan and the United States. *International Journal of Nursing Education*, 6(2), 177–185.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kähkönen, L. 2015. Kotiutushoitajan haastattelut intervallihoidon käytänteistä Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alueella. Suullinen tiedonanto. 8.10.2015, 19.10.2015. Haastattelija Saartila, K. Akaa.

Kähkönen, L. 2016. Intervallihoidettujen asiakkaiden lukumäärä. Suullinen tiedonanto. 22.9.2016. Palaverimuistio.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Vanhuspalvelulaki.

Laki omaishoidon tuesta 937/2005.

Larivaara, P. & Taanila, A. 2009. Moniammatillinen perhekeskeinen yhteistyö. Teoksessa Larivaara, P., Lindroos, S. & Heikkilä, T. (toim.) Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim. 280–297.

Lee, D., Morgan, K. & Lindsay, J. 2007. Effect of institutional respite care on the sleep of people with dementia and their primary caregivers. *JAGS*, 55, 252–258.

Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. Towards customer orientated social and health care service models. Espoo. VTT Technology 62. Verkkojulkaisu. Luettu 10.1.2016. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2012/T62.pdf>.

Luukkonen, I., Mykkänen, J., Itälä, T., Savolainen, S. & Tamminen, M. 2012. Toiminnan ja prosessien mallintaminen. Tasot, näkökulmat ja esimerkit. Itä-Suomen yliopisto ja Aalto-yliopisto. Kuopio. Verkkojulkaisu. Luettu 25.4.2016. <https://www2.uef.fi/documents/1020024/1020098/SOLEA-Luukkonen-ym-Prosessien-ja-toiminnan-kuvaaminen.pdf/95f666f7-5058-4ebc-82b0-7939c6c39b14>

Lämsä, A-M. 2011. Eettisyys organisaatiokulttuurin kehittämistä suuntaamassa. Teoksessa Juuti, P. (toim.) Työyhteisön kehittäminen ja johtaminen. Kirkkonummi: JTO-palvelut Oy. 123–130.

Löytänä, J. & Korkiakoski, K. 2014. Asiakkaan aikakausi. Helsinki. Talentum Oyj.

Löytänä, J. & Korteso, K. 2011. Asiakaskokemus. Palvelubisneksestä kokemusbisnekseen. Helsinki: Talentum Oyj.

Mason, A., Weatherly, H., Spilsbury, K., Golder, S., Arksey, H., Adamson, J. & Drummond, M. 2007. The Effectiveness and Cost-Effectiveness of respite for Caregivers of Frail Older People. *JAGS*, 55(2), 290–299.

Mattila, Y. & Kakriainen, T. 2014. Kunnan työntekijät arvioimassa omaishoitoa – kuntien omaishoidon työntekijöiden näkemyksiä omaishoitojärjestelmän toimivuudesta ja kehittämistarpeista. Teoksessa Tillman, P., Kalliomaa-Puha, L. & Mikkola, H. (toim.) Rakas mutta raskas työ. Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia. Kela Työpapereita 69/2014. Helsinki: Kela.

- McCormack, B. 2004. Person-centredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing* 13, (3a), 31–38.
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L. Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning M., Peelo-Kilroe, L., Tobin, C. & Slater, P. 2010. Developing person-centered practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing* 5, 93–107. (Tekstissä viitattu McCormack ym. 2010a)
- McCormack, B., Karlsson, B., Deving, J. & Lerdal, A. 2010. Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24, 620–634. (Tekstissä viitattu McCormack ym. 2010b)
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp Oy.
- Miettinen, A. & Röppänen, P. 2011. Omaishoidon tuen toimintaprosessit. Toimintaprosessien kuvauksia. Sosiaalialan tietoteknologiahanke. Itä-Suomen yliopisto. Verkkojulkaisu. Luettu 25.4.2016. [http://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/omaishoidon\\_tuen\\_prosessit.pdf](http://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/omaishoidon_tuen_prosessit.pdf)
- Mikkola, T. 2009. Sinusta kiinni- Tutkimus puoliso- ja omaishoidon arjen toimijuuksista. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A tutkimuksia, 21. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Moilanen, P. & Rähkä, P. 2015. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökumia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- de Mooij, M., Kortesmäki, T., Lammi, M., Lautamäki, S. Pekkala, J. & Sinkkonen, I. 2005. Kompassina asiakas. Näkemyksiä ja kokemuksia käyttäjälähtöisyydestä. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy.
- Muurinen, S. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 936, Tampereen yliopisto. Tampere: TUP.
- Myllyviita, K. 2016. Tunne tunteesi. Helsinki: Duodecim.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2007. Tarinat työn tukena. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Nieminen, A. 2014. Kokemustiedon määritelmä ja muodot - Kohti uutta kokemuksen politiikkaa? Teoksessa Nieminen, A., Tarkiainen, A. & Vuorio, E. (toim.). Kokemustieto, hyvinvointi ja paikallisuus. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 177. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. 14–30.
- Nummenmaa, L. 2010. Tunteiden psykologia. Helsinki: Tammi.
- Nurmi, L. 2016. Sote-säästölista: ”Vanhukset kotihoivaan.” *Aamulehti* 135 (186), A28–A29.

- Omaishoitajat.fi. Omaishoitajat ja läheiset -liitto ry. 2015. Omaishoidon tuki. Verkkojulkaisu. Luettu 19.10.2015. <http://www.omaishoitajat.fi/omaishoidon-tuki-0>
- Paasivaara, L. 2007. Kotihoidon johtaminen. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Helsinki: Stakes. 82–93.
- Rantanen, T. 2013. Kunnan asiakaspalvelu. Helsinki: Kuntaliitto.
- Reinboth, C. 2008. Johda ja kehitä asiakaspalvelua. Helsinki: Tammi.
- Rokstad, A., Vatne, S., Engedal, K. & Selbæk, G. 2015. The role of leadership in the implementation of person-centred care using Dementia Care Mapping: a study in three nursing homes. *Journal of Nursing Management* 23, 15–26.
- Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoidossa sekä hoidon ja johtamisen laadun merkitys sille. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Lapponiensis* 210. Lapin yliopisto. Rovaniemi: LUP.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkojulkaisu. Luettu 10.1.2016. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6\\_5.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_5.html).
- Saarnio, R., Sarvimäki, A., Laukkala, H. & Isola, A. 2013. Iäkkäiden muistisairaiden henkilöiden hoitotyössä toimivien hoitajien käsitys omastatunnosta. *Hoitotiede* 25 (1), 62–76.
- Salin, S. 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaali malli vanhuksen kotihoidon osana. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1346. Tampereen yliopisto. Tampere: TUP.
- Sarvimäki, A. & Heimonen, S. 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leino, A. (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita Publishing Oy. 14–32.
- Selin, E. & Selin, J. 2013. Kaikki on kiinni asiakkaasta. Avaimia asiakastyön hallintaan. Turku: SelinSelin.
- Siltala, R. 2010. Innovatiivisuus ja yhteistoiminnallinen oppiminen liike-elämässä ja opetuksessa. Akateeminen väitöskirja. *Annales Universitatis Turkuensis*. Turun yliopiston julkaisuja. Kasvatustieteiden tiedekunta. Sarja- Ser. C Toim. 304. Turku: Turun yliopisto.
- Slocombe, P. 2003. Using strengths-based practice to support culture change: an Australian experience. *Journal of Social Work in Long-Term Care* 2(3/4), 307–323.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveystieteiden uudistaminen. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- STM. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Verkkojulkaisu. Luettu 28.12.2015. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1).

STM. 2016a. Omais- ja perhehoitajien tukea lisätään. Sosiaali- ja terveystieteiden tiedote 104/2016. Verkkojulkaisu. Luettu 16.7.2016. [http://stm.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/omais-ja-perhehoitajien-tukea-lisata-1](http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/omais-ja-perhehoitajien-tukea-lisata-1)

STM. 2016b. Sote- ja maakunta uudistus. Sote-uudistuksen tavoitteet. Verkkojulkaisu. Luettu 16.7.2016. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Gustafsson, M-L., Tsangari, H. & Papastavrou, E. 2013. Yksilöllinen hoito - potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu. *Hoitotiede* 25(2), 80–91.

Suoranta, J. & Ryyänen, S. 2014. Taisteleva tutkimus. Helsinki: Into-Kustannus Oy.

Svensson, A., Bergh, I. & Jakobsson, E. 2011. Older Peoples' Descriptions of Becoming Respite Care Residents. *Journal of Housing For the Elderly*, 25, 159–174.

Texeira, L., Vieira, M., Andrade, J. & Mendes, D. 2013. Hospitalized elderly: the role of companions and expectations of the nursing team. *Cienc Cuid Saude*, 12 (2), 266–273.

THL. 2012. Toimia-tietokanta. RAVA™ -mittari. Verkkojulkaisu. Päivitetty 7.6.2012. Luettu 17.8.2016. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/93/>

Toivanen, M., Luukkonen, I., Ensio, A., Häkkinen, H., Ikävalko, P., Jaatinen, J., Kle-mola, L., Korhonen, M., Martikainen, S., Miettinen, M., Mursu, A., Röppänen, P., Sil-vennoinen, R., Tuomainen, T. & Palmén, M. 2007. Kohti suunnitelmallisia muutoksia. Opas terveydenhuollon tietojärjestelmien toimintalahtöiseen kehittämiseen. Kuopion yliopiston selvityksiä 39. Verkkojulkaisu. Luettu 27.6.2016. <http://www.oppi.uef.fi/uku/zipit/julkaisut/978-951-27-0880-2.pdf>

Trivedi, D., Goodman, C., Gage, H., Baron, N., Scheibl, F., Iliffe, S., Manthorpe, J., Bunn, F. & Drennan, V. 2013. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. *Health and Social Care in the Community* 21 (2), 113–128.

TTK. Työturvallisuuskeskus. 2013. Menestyvä työpaikka – tuottavuus ja hyvinvointi. 1. painos. Helsinki: TTK.

TTK. Työturvallisuuskeskus. 2014. Esimies ja ryhmä tekevät tulosta. Menestyminen jatkuvassa muutoksessa. 1. painos. Helsinki: TTK.

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Helsinki: Talentum Oyj.



Valkama, K. 2012. Asiakkuuden dilemma – Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Akateeminen väitöskirja. Acta Wasaensia 267. Vaasan yliopisto. Verkkojulkaisu. Luettu 10.1.2016. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-412-4.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-412-4.pdf).

Valokivi, H. 2008. Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkajien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1286. Tampere: TUP.

Valokivi, H. & Zechner, M. 2009. Ristiriitainen omaishoiva – läheisen auttamisesta kunnan palveluksi. Teoksessa Anttonen, A., Valokivi, H. & Zechner, M. (toim.) Hoiva - Tutkimus, politiikka ja arki. Tampere: Vastapaino. 126–153.

Valvio, T. 2010. Palvelutapahtuma ja asiakkaan kohtaaminen. Helsinki: Kauppakamari.

Yun-e, L., Norman, I. & While, A. 2013. Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1271–1282.

Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvä hoitamista. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

## LIITTEET

### Liite 1. Kirjoituskutsu intervallihoidon asiakkaille

Hyvä intervallihoidon asiakas

22.2.2016

Olen vanhustenpalveluissa työskentelevä sairaanhoitaja ja opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden johtamista. Teen opinnäytetyöni intervallihoidon kehittämiseksi ja kysyn intervallihoidon asiakkailta, jotka ovat hoitojaksolla vanhustenpalveluyksikössä omaishoitajan vapaapäivien aikana, heidän ajatuksiaan hoidosta. Tarkoituksena on selvittää, minkälaista on laadukas intervallihoido ja minkälaista se missään nimessä ei ole. Teidän kokemuksenne kehitettävän palvelun käyttäjänä on erittäin arvokas. Toivon Teidän osallistuvan ja kertovan ajatuksenne aiheesta.

Tietoa kerätään eläytymismenetelmällä. Tämä tarkoittaa, että Teille annetaan pieni kirjallinen johdatus aiheeseen, jonka jälkeen saatte kuvitella tilanteen itse ja kirjoittaa ajatuksenne ylös joko itse tai avustajan kanssa. Kertomuksen tyyli ja pituus on vapaa.

Akaan kaupungin perusturvajohtaja on myöntänyt opinnäytetyön toteuttamiseen asianmukaisen tutkimusluvan. Kertomuksen kirjoittaminen on vapaaehtoista. Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytenne tule ilmi missään opinnäytetyön vaiheessa. Ainoastaan opinnäytetyön tekijä ja opinnäytetyötä ohjaava opettaja käsittelevät tutkimusaineistoa. Allekirjoittakaa suostumuslomake osallistuessanne tähän tutkimukseen ja postittakaa se vastauksen mukana. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Tutkimuksen luonteen vuoksi osallistumiskutsun saava asiakasjoukko on jaettu kahteen eri ryhmään täysin sattumanvaraisesti. Ryhmien kirjalliset johdatukset aiheeseen ovat erilaiset. Toinen ryhmä kirjoittaa intervallihoidon liittyvästä epäonnistuneesta kokemuksesta ja toinen ryhmä onnistuneesta kokemuksesta.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte apua kertomuksen kirjoittamisessa, otattehan yhteyttä puhelimitse kotiutushoitajaan 2 - 4.3.2016, klo 8-15.

Kertomustekstin viimeinen palautuspäivä on 14.3.2016. Palautuskuori on mukana. Postimaksu on maksettu.

Ystävällisin terveisin ja kertomuksia odotellen,  
Katri Saartila  
[katri.saartila@health.tamk.fi](mailto:katri.saartila@health.tamk.fi)

## Liite 2. Kirjoituskutsu henkilökunnalle

Hei Sinä intervallihoidon ammattilainen!

22.2.2016

Olen vanhustenpalvelussa työskentelevä sairaanhoitaja ja opiskelen Tampereen ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden johtamista. Teen opinnäytetyöni intervallihoidon kehittämistä ja kerään tietoa kysymällä intervallihoidon osallistuvilta henkilökunnalta heidän ajatuksiaan hoidosta. Tarkoituksena on selvittää, minkälaista on laadukas intervallihoido ja minkälaista se missään nimessä ei ole.

Tietoa kerätään eläytymismenetelmällä. Tämä tarkoittaa, että saat pienen kirjallisen johdatuksen aiheeseen, jonka jälkeen kuvittelet tilanteen itse ja kirjoitat sen pohjalta kertomuksen aiheeseen liittyen. Kertomuksesi voi olla juuri sen mittainen ja tyylinen kuin itse haluat, käsin tai koneella kirjoitettu. Tärkeintä on vapaamuotoinen kerronta ja omat näkemyksesi.

Akaan kaupungin perusturvajohtaja on myöntänyt opinnäytetyön toteuttamiseen asianmukaisen tutkimusluvan. Kertomuksen kirjoittaminen on vapaaehtoista. Antamasi tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi tule ilmi missään opinnäytetyön vaiheissa. Ainoastaan opinnäytetyön tekijä ja opinnäytettä ohjaava opettaja käsittelevät aineistoa. Vastaamalla kyselyyn suostut samalla tutkimukseen osallistumiseen. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Opinnäytteen arvioitu valmistumisaika on marraskuussa 2016.

Sinun kokemuksesi kehitettävästä palvelusta on erittäin arvokas. Toivon Sinun osallistuvan ja kertovan ajatuksesi aiheesta.

Palautathan kertomuksesi suljetussa kuoressa yksikkösi vastaavalle hoitajalle viimeistään 14.3.2016 ja otathan yhteyttä mikäli haluat lisätietoja.

Ystävällisin terveisin ja kertomuksia odotellen,

Katri Saartila

[katri.saartila@health.tamk.fi](mailto:katri.saartila@health.tamk.fi)

### Liite 3. Kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumiseen

#### Opinnäytetyöhön osallistumisen suostumuslomake

Olen perehtynyt saatekirjeen avulla opinnäytetyön tarkoitukseen ja menetelmiin. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minulle mitään kustannuksia, tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja tutkimusta koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun siihen, että kertomaani tarinaa käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin. Voin halutessani keskeyttää yhteistyön tutkijan kanssa, ilman että siitä aiheutuu minulle mitään seuraamuksia.

Päiväys

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus ja nimen selvennys

---



## Liite 5. Esimerkki ryhmätöiden aiheista 31.5.2016.

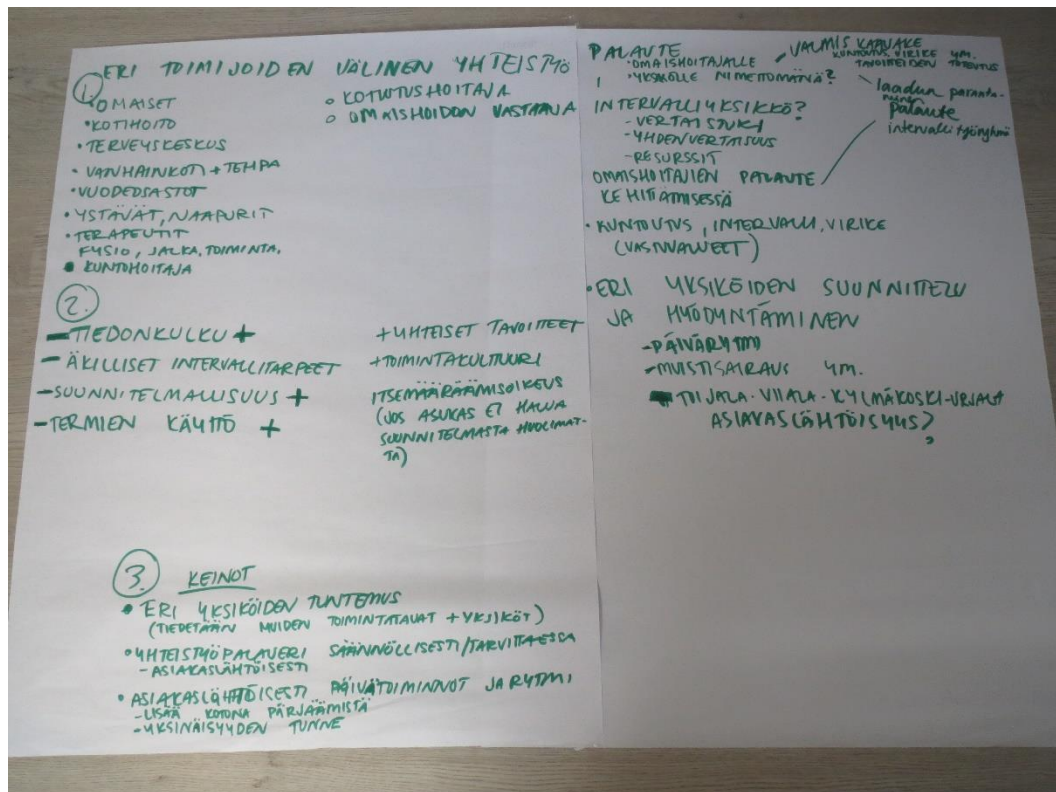
## AIHE 1. MITÄ KEINOJA MEILLÄ ON PARANTAA ERI TOIMIJOIDEN VÄLISTÄ YHTEISTYÖTÄ INTERVALLIHOIDON TAVOITTEELLISUUDEN JA ASIAKASLÄHTÖISYYDEN PARANTAMISEKSI?

Mitä eri toimijoita intervallihoidon kytkeytyy? Mitkä asiat hankaloittavat yhteistyötä? Mitkä asiat edistävät yhteistyötä? Mitä keinoja meillä on yhteistyön parantamiseksi? Miten voimme ne toteuttaa?

Ryhmätöiden tuloksia:

"moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa yhteiset tavoitteet ja ehkäisee epäselvyyksiä"; "yhtenäinen linja"; "yhteistyö kodin ja hoitopaikan välillä"; "jakson jälkeen palaute ja kehittäminen"; "yhdessä toimitaan asiakkaan parhaaksi"; "termien yhtenäinen käyttö"; "uusien ideoiden antaminen"; "vastuualueet hoitajille"

KUVA 3. Aiheen alustus diaesityksellä.



KUVA 4. Ryhmätöiden tulos

Liite 6. Kysely ryhmätyöskentelyyn osallistuneille

INTERVALLIHOIDON ASIAKASLÄHTÖISEN PROSESSIN KEHITTÄMINEN

YHTEISTOIMINNALLISET RYHMÄTYÖT 11.5 JA 31.5.2016

**Toimin esimiesasemassa:** Kyllä Ei

**Kuinka tärkeää Sinulle on itse osallistua käytännön työn kehittämiseen?**

Ympyröi sopiva vaihtoehto asteikolla 1–5

( 1=ei lainkaan tärkeää, 2= ei kovin tärkeää, 3= melko tärkeää, 4= tärkeää, 5=erittäin tärkeää)

1                    2                    3                    4                    5

**Kuinka hyvin yhteistoiminnallinen työskentely ryhmätöissä sopii mielestäsi työn kehittämisen menetelmäksi?**

Ympyröi sopiva vaihtoehto asteikolla 1–5

( 1=erittäin huonosti, 2= melko huonosti, 3=melko hyvin, 4= hyvin, 5=erittäin hyvin)

1                    2                    3                    4                    5

Onko Sinulla ideoita, jonkun muun menetelmän käyttämisestä, työn sisällön kehittämässä?

Kiitos osallistumisestasi ja vastauksestasi!

## Liite 7. Tutkimuslupa




AKAAN KAUPUNKI

perusturvajohtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA § 6/2016  
05.02.2016

Dno:D/114/13.00/2016

## Tutkimusluvan myöntäminen / Saartila Katri

Asiaselostus	<p>Sairaanhoitaja Katri Saartila on tällä hetkellä opintovapaalla. Hän opiskelee Tampereen ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan johtamisen koulutuksen linjalla.</p> <p>Opinnäytetyönään Saartilalla on lyhytaikaisen laitoshoidon asiakaslähtöinen prosessin suunnittelu. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Akaan ja Urjalan yhteistoiminta-alueen vanhuspalveluita asiakaslähtöisemmiksi, luomalla uusi lyhytaikaisen laitoshoidon toimintamalli.</p> <p>Saartila on pyytänyt Akaan kaupungin perusturvaltoimelta tutkimuslupaa opinnäytetyön tekemiseen liittyen.</p> <p>Opinnäytteen tarkoituksena on kerätä kokemustietoa palvelusta niiltä asiakkailta, jotka ovat saaneet oikeuden käyttää yhteistoiminta-alueella vanhuspuolen intervallijaksoja omaishoidon tukimuotona vuonna 2016. Lyhytaikaista laitoshoidtoa tuottavissa yksiköissä työskenteleviltä henkilökunnalta kerätään myös kokemustietoa.</p> <p>Eläytymismenetelelmällä kerätyt tiedot analysoidaan ja niitä jatkotyöstetään moniammatillisissa rytmätyötilaisuuksissa, joiden yhteenvetona voidaan lopuksi esittää asiakaslähtöisen palveluprosessin kuvaus.</p> <p>Kehittämistyönä tehtävä palveluprosessin kuvaus esitetään otettavaksi käyttöön uutena toimintamallina kaikissa lyhytaikaista laitoshoidtoa tuottavissa yksiköissä kunkin yksikön mahdollisuuksien mukaisesti.</p> <p>Akaan kaupunki saa kirjallisen työn käyttöönsä sen valmistuttua.</p>
Päätös/ perustelut	<p>Myönnän Katri Saartilalle tutkimusluvan edellä esitetyn mukaisesti opinnäytetyön tekemiseen.</p> <p>Yhteyshenkilönä kaupungin perusturvaltoimessa on kotiutusohittaja Leena Kähkönen.</p>
Päätösvallan peruste	Akaan perusturvalautakunta 26.1.2016 § 6
Pöytäkirjan julkisuus	Pöytäkirja on yleisesti nähtävillä 8.2.2016 viranhaltijan toimipisteessä.
Allekirjoitus	 Elina Anttila perusturvajohtaja