



**POTILAAN PÄIVÄN SISÄLTÖ JA
KUNTOUTUKSELLISTEN TAVOITTEIDEN
ILMENEMINEN SEN AIKANA
TERVEYSKESKUSVUODEOSASTOLLA**

Toimintaterapian koulutusohjelma,
toimintaterapeutti
Opinnäytetyö
10.11.2010

Hanna Pohjonen

Tekijä(t) Otsikko	Hanna Pohjonen Potilaan päivän sisältö ja kuntoutuksellisten tavoitteiden ilmeneminen sen aikana terveyskeskusvuodeosastolla
Sivumäärä Aika	46 sivua + 9 liitettä 11.11.2010
Tutkinto	Toimintaterapeutti
Koulutusohjelma	Toimintaterapian koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Lehtori Anja Sario Lehtori Tarja Keltto
<p>Opinnäytetyöni on osa laajempaa Espoon sairaalassa toteutettavaa kehittämistyötä. Liittyvä Voima – hanke on Espoon kaupungin ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteishanke, joka jakautuu kolmeen osaprojektiin. Tämä opinnäytetyö liittyy osaprojektiin 3: ”Potilaan toimintakyvyn edistäminen Espoon sairaalassa”. Projektin toteutus Espoon sairaalan kuuluvalla Jorvin sairaalan terveyskeskusvuodeosastolla 1 (TK 1).</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa TK 1:n nykyisistä toimintamalleista potilaan näkökulmasta tarkasteltuna, osastolla tapahtuvan kehittämistyön pohjaksi. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden päivän sisältöä ja selvittää miten potilaille asetetut kuntoutukselliset tavoitteet ilmenivät sen aikana. Työssä tarkastellaan potilaiden toimintaa, toiminnassa vaikuttavia yksilö- ja ympäristötekijöitä sekä potilaiden ajan jakautumista toimintojen kesken.</p> <p>Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään ikääntyneen potilaan toimintakykyä ja siihen liittyviä tekijöitä. Työn teoreettisina viitekehyksinä ovat sekä Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF) että toimintaterapian näkökulma Kanadalaisen toiminnallisen suoriutumisen mallin kautta tarkasteltuna.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin havainnoimalla viiden vuodeosastolla olleen potilaan toimintaa, kutakin kahtena peräkkäisenä päivänä, yhteensä kahdentoista tunnin ajan. Aineistoa analysoitiin sekä määrällisesti että laadullisesti käyttäen apuna teoreettista viitekehystä ja tutkimuskysymyksiä. Potilaiden ajankäyttö on kuvattu prosentteina. Potilaiden suorittamat toiminnot luokiteltiin ICF-luokituksen mukaisesti.</p> <p>Opinnäytetyön tulokset esitellään sekä potilaittain että yhteenvetona. Potilaat viettivät suurimman osan ajastaan omassa huoneessa. Eniten aikaa kului sängyllä lepäilyyn, nukkumiseen ja keskustelemiseen. Potilaat toimivat paljon yksin ja olivat aloitteellisia toimintojen valinnassa. Potilaiden kuntoutukselliset tavoitteet tulivat jossain määrin esille sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan toiminnassa. Opinnäytetyön tulokset on tarkoitettu TK-1 osaston käyttöön, eivätkä ne ole yleistettävissä.</p>	
Avainsanat	ikääntynyt potilas, ajankäyttö, toiminta, ympäristö, icf-luokitus

Degree Programme in Occupational Therapy		Degree Bachelor of Health Care	
Author/Authors Hanna Pohjonen			
Title The Content of a Patient´s day and the Occurrence of Rehabilitative Goals in a Health Centre Ward			
Type of Work Final Project	Date Autumn 2010	Pages 46 + 9 appendices	
<p>ABSTRACT</p> <p>This final project is part of a larger development work of the Espoo hospital. “Liittyvä Voima” - is a joint project between the city of Espoo and Helsinki Metropolia University of Applied Sciences. It is divided into three sub-projects. This final project belongs in sub-project 3: "The improving of a patient's functional capacity in the hospital of Espoo ."The project is carried out in care unit 1 (TK1) in the hospital of Jorvi.</p> <p>The aim of this final project was to produce information of TK 1's current procedures from the patient's point of view, in order to be used as the basis for development work. The purpose of the final project was to describe the content of a patient´s day and to find out how rehabilitative goals occurred during it. The final project examined patients' activities: both personal and environmental factors and also the interaction between the components and the time used for those.</p> <p>The theory section deals with the functional capacity of elderly patients and related factors. The theoretical framework of this study was the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and the perspective of occupational therapy as presented in the Canadian Model of Occupational Performance.</p> <p>The final project was carried out by observing the activities of five patients in the care unit. Each of them was observed one by one during two days running, a total of twelve hours. The data was analyzed both quantitatively and qualitatively using the theoretical framework and research questions. The patients' use of time was described as a percentage. The patients’ activities were classified according to the ICF.</p> <p>The results are presented per each patient and as a summary. The patients spent most of the time in their rooms. The most common activities were lying on the bed, sleeping and conversation. Patients were acting by themselves and had a lot of initiative in selecting activities. The rehabilitative goals were met to some extent both by the patients and the nursing staff. The results of this study are intended for the use of TK-1 only, and cannot be generalized.</p>			
Keywords elderly patient, using time, activities, environment, icf –classification			

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	IKÄÄNTYNYT POTILAS VUODEOSASTOLLA	2
2.1	Liittyvä Voima –hanke	3
2.2	Ikääntyneen potilaan toimintakyky ja ICF –luokitus sen kuvaajana	4
2.3	Kuntoutumista edistävä hoitotyö	6
2.4	Toimintaterapian näkökulma	8
2.5	Aikaisempia tutkimuksia	10
3	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS	12
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	13
4.1	Aineiston keruu	13
4.2	Aineiston analysointi	16
4.3	Tutkimuseettiset kysymykset	18
5	TULOKSET	19
5.1	Tulosten kuvauspotilaittain	19
5.2	Tulosten yhteenveto	31
5.2.1	Potilaiden päivän sisältö ja ajankäyttö	31
5.2.2	Potilaiden toimintaan liittyvät yksilötekijät	33
5.2.3	Potilaiden toimintaan liittyvät ympäristötekijät	34
5.2.4	Kuntoutuksellisten tavoitteiden ilmeneminen	36
6	POHDINTA	36
7	LÄHTEET	43

LIITTEET	Suoritukset ja osallistuminen / ICF –luokitus
	Kuntoutumisen A,B,C -huoneentaulu
	Tiedote henkilökunnalle
	Havainnointilomake
	Liittyvä Voima –tiedote ja suostumus
	Suostumuslomake
	Tutkimuslupa
	Potilaiden toiminta ja siihen liittyvät tekijät havainnointiaikana
	Yhteenveto potilaiden toiminnasta ja siihen liittyvistä tekijöistä

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni on osa laajempaa Espoon sairaalassa toteutettavaa kehittämistyötä. Liittyvä Voima –hanke on Espoon kaupungin ja Metropolia Ammattikorkeakoulun yhteishanke, jossa tuotetaan korkeakoulun ja työelämän välille kumppanuusmalli. Hankkeen pilotissa on tarkoitus kehittää Espooseen rakennettavan uuden sairaalan palveluajatuksen mukaisia toimintamalleja ja –menetelmiä. Pilotti jakautuu kolmeen osaprojektiin, jotka liittyvät 1) potilasturvallisuuteen ja erityisesti turvalliseen lääkehoitoon, 2) kotiutukseen ja 3) potilaan toimintakykyyn. Projekti toteutuu kolmivaiheisena toimintatutkimuksena ja kestää vuoden 2011 loppuun. Opinnäytetyöni sijoittuu osaprojektiin 3, joka on nimetty ”Potilaan toimintakyvyn edistäminen Espoon sairaalassa”. Osaprojektin tarkoituksena on kehittää vuodeosastolle hyvää kuntoutusta ja innovatiivisia toimintatapoja luova ja käyttävä toimintamalli, joka on tarkoitus juurruttaa myös Espoon uuden sairaalan muille osastoille hankkeen loppuvaiheessa. Opinnäytetyöni suunnitteluvaiheessa, tammikuussa 2010, projektissa oli meneillään ykkösvaihe: lähtötilanteen kartoitus ja tiedonhankinta sovellettavissa olevista näyttöön perustuvista ja/tai hyvistä käytänteistä. Tiedonkeruu kohdistui osaston palvelukulttuuriin sekä potilaiden toimintakykyyn. Liittyvä Voima –hankkeen osaprojekti 3 toteutetaan Espoon sairaalaan kuuluvalla Jorvin sairaalan terveyskeskusvuodeosastolla 1 (=TK 1) (Liittyvä Voima –hanke. Pilotin kehittämissuunnitelma 2009.)

Opinnäytetyöni on osa osaston lähtötilanteen kartoitusta. Sen tavoitteena on tuottaa tietoa TK 1:n nykyisistä toimintamalleista potilaan näkökulmasta tarkasteltuna osastolla tapahtuvan kehittämistyön pohjaksi. Tarkoitukseni on kuvata potilaiden päivän sisältöä ja selvittää, miten potilaille asetetut kuntoutukselliset tavoitteet ilmenevät sen aikana. Olen tarkastellut potilaiden päivän liittyviä toimintoja, toiminnassa vaikuttavia yksilö- ja ympäristötekijöitä sekä potilaan ajan jakautumista toimintojen kesken. Tutkimusjoukkona ovat osaston viisi potilasta. Opinnäytetyöni on luonteeltaan kehittämistyö, jossa sovellan laadullisen tutkimuksen periaatteita. Aineiston keruun menetelmänä olen käyttänyt tarkkailevaa havainnointia.

Opinnäytetyöni teoreettisessa viitekehyksessä käsittelen ikääntyneen potilaan toimintakykyä ja toimintaa ICF-luokituksen avulla (ICF 2004). Määrittelen myös

kuntoutumista edistävän hoitotyön keskeiset periaatteet, koska se on yksi keskeinen potilaan toimintaan vaikuttava ympäristön elementti. Teen opinnäytetyöni toimintaterapeutina ja sen vuoksi katson perustelluksi esitellä lukijalle niitä toimintaterapian keskeisiä lähtökohtia, jotka ohjaavat ajatteluani opinnäytetyön tekijänä. Tutkimukseni kohdistuu potilaan toiminnan tarkasteluun tietyssä ympäristössä, ja sen perusta on toimintaterapiassa laajasti käytössä oleva Kanadalainen toiminnallisen suoriutumisen malli (Townsend ym. 1997).

Opinnäytetyöni liittyy toimintaterapian AMK –tutkintoon johtavaan päivityskoulutukseeni. Olen työskennellyt noin kaksikymmentä vuotta toimintaterapeutina, josta suurimman osan ajasta työikäisten ja ikääntyneiden toimintaterapiassa perusterveydenhuollon avopalveluissa. Viimeisen vuoden aikana olen työskennellyt myös akuuttigeriatrisella lyhytaikaisosastolla. Siellä työni on sisältänyt etupäässä potilaiden kotiutukseen liittyviä kotikäyntejä, mutta jonkin verran myös osastolla tapahtuvia potilaiden toimintakyvyn arvioita. Nämä kokemukset ohjasivat minua hakemaan opinnäytetyön aihetta ikääntyneistä asiakkaista ja sairaalaympäristöstä. Miten toimintaterapian asiantuntijuutta voisi hyödyntää vuodeosastoympäristössä edistämään potilaiden toimintakykyä ja parantamaan kotona selviytymisen edellytyksiä? Mahdollisuus osallistua Metropolia Ammattikorkeakoulun Liittyvä voima –hankkeeseen sopi erittäin hyvin tavoitteeseeni. Uskon moniammatillisen hanketyöskentelyn mahdollistavan myös ammatillisen asiantuntijuuteni kehittymisen.

2 IKÄÄNTYNYT POTILAS VUODEOSASTOLLA

Opinnäytetyöni idea lähti työelämän tarpeesta, tässä tapauksessa Espoon sairaalassa toteutuvasta Liittyvä Voima –hankkeen projektista. Työni aihepiiri, ikääntyneen potilaan toimintakyky ja sen edistäminen laitospäristössä, liittyy myös laajemmin suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteisiin. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus ohjaa, että kaikissa ikääntyneiden palveluissa, ehkäisevistä palveluista pitkäaikaiseen laitoshoitoon asti, otetaan käyttöön toimintakykyä ja kuntoutumista edistävä työtapo (Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus 2008: 24).

2.1 Liittyvä Voima -hanke

Opinnäytetyöni yhteistyökumppani on Espoon sairaalassa toteutuva Liittyvä Voima -hanke. Tein työni Liittyvä Voima –hankkeen osaprojektiin 3, joka on nimetty ”Potilaan toimintakyvyn edistäminen Espoon sairaalassa”. Projekti toteutetaan Espoon sairaalaan kuuluvalla Jorvin sairaalan terveyskeskusvuodeosastolla 1 (=TK 1). Se toteutuu kolmivaiheisena toimintatutkimuksena ja kestää vuoden 2011 loppuun. Tulin mukaan projektiin sen ollessa ensimmäisessä vaiheessa, jossa päätehtäviksi oli määritelty lähtötilanteen kartoitus ja tiedonhankinta sovellettavissa olevista näyttöön perustuvista ja/tai hyvistä käytänteistä liittyen osaston palvelukulttuuriin sekä potilaiden toimintakykyyn. (Liittyvä Voima –hanke. Pilotin kehittämissuunnitelma 2009.) Opinnäytetyöni on osa vuodeosaston lähtötilanteen selvitystä ja siten luonteeltaan myös kehittämistyö.

TK 1 sijaitsee Jorvin sairaalan yhteydessä, toisin kuin useimmat Espoon sairaalan vuodeosastot, jotka ovat Puolarmetsän sairaalassa. Osastolla on 27 potilaspaikkaa. Potilashuoneita on 12, ja ne on tarkoitettu 2 - 4 potilaalle. Huoneet on varustettu pesunurkkauksella, ja lisäksi niissä on erillinen pieni wc. Lisäksi osastoon kuuluvat potilaiden yhteiseen käyttöön tarkoitettut tilat, suihkuhuoneet, päiväsalit ja aulatilat sekä henkilökunnan kanslia- ja taukotilat. Fysioterapeuteilla on osaston yhteydessä terapiahuone, toimintaterapiatila sijaitsee toisen osaston yhteydessä.

Vuodeosaston potilaat ovat suurimmaksi osaksi ikääntyneitä. He ovat tulleet osastolle useimmiten suoraan kotoa tavallisimmin yleistilan laskun, tapaturman tai pitkäaikaissairauden pahenemisen vuoksi. Vuodeosasto on ns. lyhytaikaisosasto, keskimääräinen potilaan osastolla oloaika on 14 vrk. (Salomaa 2010.)

Osastolla työskentelee osastonhoitaja, sairaanhoitajia, lähihoitajia, sairaala-apulaisia kaksi fysioterapeuttia ja kaksi lääkäriä sekä osa-aikaisesti toimintaterapeutti, joka antaa palveluja myös toiselle terveyskeskusvuodeosastolle. Kuntoutustyöntekijät antavat palveluja lääkärin läheteestä. Osaston toimintakulttuuriin kuuluvia keskeisiä rakenteita ovat päivittäiset lääkärikierrot, hoitajien raportit vuorojen vaihtuessa sekä kerran viikossa pidetyt moniammatilliset tavoitekokoukset. (Karlsson 2010.) Opinnäytetyöni tuloksissa käsittelen osaston henkilökuntaa yhtenä ryhmänä, koska tässä tutkimuksessa

henkilökunta nähdään potilaan toimintaan liittyvänä ympäristötekijänä eikä ammattiryhmien erottelu ole tutkimuskysymysten kannalta merkityksellistä. Opinnäytetyössä käytän hoitohenkilökunnasta samaa tarkoittavina ilmauksina henkilökunta, hoitohenkilökunta, hoitaja.

2.2 Ikääntyneen potilaan toimintakyky ja ICF –luokitus sen kuvaajana

Ikääntynyt ihminen on yli 65-vuotias (Lyyra – Pikkarainen –Tiikkainen 2007: 5; Laukkanen 2008: 271). Väestöennusteen mukaan heitä tulee olemaan vuonna 2030 neljännes väestöstä, mikä lisäänee palvelujen tarvetta ja painetta kehittää toimenpiteitä ikääntyneiden toimintakykyisten elinvuosien lisäämiseksi (Laukkanen 2008: 271). Toimintakyky liittyy ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen, ja se voidaan lyhyesti määritellä ihmisen kyvyksi selviytyä jokapäiväisestä elämästään (Lyyra 2007: 21). Toimintakyvyn käsite on perinteisesti jaettu neljään osa-alueeseen. Fyysinen toimintakyky säätelee yksilön selviytymistä päivittäisten toimintojen fyysisistä vaatimuksista. Kognitiivinen toimintakyky sisältää mm. muistitoiminnot ja kielelliset toiminnot sekä toiminnanohjauksen. Psykkinen toimintakyky liittyy elämänhallintaan ja mielenterveyteen. Sosiaalinen toimintakyky kuvaa yksilön kykyä toimia ja olla vuorovaikutuksessa. (Voutilainen 2009: 125 - 126.)

Liittyvä voima –hankkeen osaprojektissa 3 käytetään kansainvälistä ICF –luokitusta yhteisenä käsityksenä toimintakyvystä (Liittyvä Voima –hanke. Pilotin kehittämissuunnitelma 2009). Luokituksessa korostuu yksilön ja ympäristön välinen vuorovaikutus ja toimintakyky määritellään yksilön suoriutumisen ja osallistumisen kautta. Tämän, hyvin toimintaterapeutin ajatteluun yhdistyvän näkökulman vuoksi, luokitus sopii myös opinnäytetyöhöni yhdeksi viitekehikseksi .

Maailman terveysjärjestö WHO:n on kehittänyt ICF –luokituksen, joka on käännetty Stakesin toimesta suomeksi vuonna 2004. Se on Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health). Sen yhtenä tavoitteena on tarjota tieteellinen perusta ymmärtää ja tutkia toiminnallista terveydentilaa sekä terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa, niiden vaikutuksia ja niitä määritteleviä tekijöitä. (ICF 2004: 3 – 5.) ICF – luokituksessa toimintakyky on yläkäsite, joka kattaa ruumiin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet sekä suorituksen ja osallistumisen. Toimintakyvyllä tarkoitetaan

yksilön, hänen lääketieteellisen terveydentilansa ja yksilöön liittyvien kontekstuaalisten tekijöiden (ympäristö- ja yksilötekijöiden) välisen vuorovaikutuksen myönteisiä piirteitä. Vuorovaikutuksen kielteisiä piirteitä kuvataan toimintarajoitteina. (ICF 2004: 208-209.)

Ruumiin/kehon toiminnot ovat elinjärjestelmien fysiologisia toimintoja mukaan lukien mielentoiminnot. Näistä toiminnoista olen käyttänyt ”unitoiminnot” –käsitettä opinnäytetyöni analysoinnissa kuvaamaan havainnoitavan nukkumiseen käyttämää aikaa. Ruumiin rakenteet ovat kehon anatomisia osia kuten elimet tai raajat. Luokituksessa suoritus tarkoittaa tehtävää tai toimea, jonka yksilö toteuttaa, esimerkkinä vaatteiden pukeminen. Osallistuminen tarkoittaa yksilön osallisuutta elämän tilanteisiin esimerkkinä harrastustoimintaan osallistuminen. Luokituksessa Suoritukset ja osallistuminen – osa-alueen sisältö esitetään yhtenä luettelona, joka kattaa kaikki elämän alueet jaoteltuna yhdeksään pääluokkaan, aihealueeseen. Näitä ovat esimerkiksi kommunikointi, liikkuminen ja itsestä huolehtiminen. Kukin aihealue sisältää yksityiskohtaisempia kuvauskohteita ja osa kuvauskohteista on jaoteltu vielä alaluokkiin. Esimerkiksi Itsestä huolehtiminen - aihealue sisältää kuvauskohteen ”peseytyminen” ja se edelleen alaluokan ”kehon osien peseminen” . (ICF 2004: 10-11,147,153.) Opinnäytetyössäni en ole nähnyt tarkoituksenmukaiseksi erotella potilaiden toimintaa suorituksiin ja osallistumiseen vaan olen pitänyt ne yhdessä, minkä luokituksen käyttö sallii (ICF 2004: 16). Liitteessä 1 on lueteltuna ICF –luokituksen Suoritukset ja osallistuminen - osa-alueen pääluokat ja niiden pääluokkien osalta, jotka esiintyvät tämän tutkimuksen tuloksissa, tarkemmat kuvauskohteet.

Kontekstuaaliset tekijät ovat toinen osa ICF -luokitusta. Ne käsittävät ympäristötekijät ja yksilötekijät. Yksilötekijöitä, kuten sukupuoli tai elämäntavat ei luokitella, mutta niiden yhteys yksilön toimintakykyyn nähdään. Ympäristötekijät koostuvat siitä fyysisestä, sosiaalisesta ja asenneympäristöstä, jossa ihmiset elävät ja asuvat. Luokituksessa nähdään, että ne voivat vaikuttaa myönteisesti (edistävät tekijät) tai kielteisesti (rajoittavat tekijät) yksilön suoriutumiseen yhteiskunnan jäsenenä, yksilön kykyyn toteuttaa toimia tai tehtäviä sekä yksilön ruumiin/kehon toimintoihin tai ruumiin rakenteeseen. Yksilön välitön ympäristö käsittää ympäristön fyysiset ja aineelliset piirteet sekä sosiaalisen kanssakäymisen. Yhteiskuntatason ympäristö sisältää esimerkiksi yksilöön vaikuttavat yhteiskunnan palvelurakenteet tai lainsäädännön. Ympäristötekijät on jaoteltu viiteen pääluokkaan, jotka ovat 1)tuotteet ja teknologiat, 2)

luonnonmukainen ympäristö ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset, 3) tuki ja keskinäiset suhteet, 4) asenteet sekä 5) palvelut, hallinto ja politiikat . Esimerkkinä Asenteet –pääluokan kohdekuvauksesta on ”Terveystieteiden ammattihenkilön asenteet”.(ICF 2004: 16-17, 30, 188, 210.)

2.3 Kuntoutumista edistävä hoitotyö

TK 1:llä toimitaan kuntoutumista edistävän hoitotyön periaatteiden mukaisesti potilaan omia voimavaroja ja aktiivisuutta tukien (Salomaa 2010). Osaston toimintaperiaatteet on kirjattu näkyväksi ”Kuntoutumisen A,B,C” A3 –kokoiseen huoneentauluun, joita on sijoitettu sekä suomen että ruotsin kielisinä jokaiseen potilashuoneeseen ja yhteisiin tiloihin (liite 2).

Vähäkankaan (2009: 145) mukaan ikääntyneen toimintakykyä edistävän hoitotyön lähtökohdaksi on gerontologiseen tietämykseen perustuvat ikääntymisen muutokset, hoitotyön tietoperusta sekä moniammatilliseen yhteistyöhön pohjautuva tavoitteellinen kuntoutumisprosessi. Hoitotyön tavoitteena on ikääntyneen parhaan mahdollisen toimintakyvyn tason palauttaminen tai säilyttäminen sekä riskitekijöihin puuttuminen ja hyvän elämänlaadun saavuttaminen. Iäkkään mahdollisimman hyvän itsenäisen selviytymisen nähdään liittyvän ikääntyneen omanarvon tunteen ja itsetunnon säilymiseen. Sairaalassa ikääntyneen kuntoutumisen tavoitteena korostuu sairautta edeltävän toimintakyvyn tavoitteen saavuttaminen. Routasalon (2004: 87) mukaan kuntoutumista edistävä hoitotyö lähtee siitä ajatuksesta, että henkilö itse on ensisijainen terveystensä ja toimintakykynsä ylläpitäjä. Hoitotyö perustuu henkilön jäljellä olevien voimavarojen ja toimintakyvyn tuntemiseen. Toimintakykyä ylläpitävän hoitotyön keinoin tuetaan henkilön omaa toimintaa ja autetaan niissä toimissa, missä hän ei selviydy yksin. Toimintaympäristö ja sosiaalinen verkosto vaikuttavat myös ikääntyneen kuntoutumisen mahdollisuuteen esimerkiksi motivaatiotekijöiden kautta (Vähäkangas 2009: 148).

Routasalo (2002: 109 - 118) on tutkinut sairaanhoitajille suunnatulla kyselytutkimuksella miten he edistävät iäkkään potilaan kuntoutumista yliopistosairaalassa osastolla. Tutkimuksen mukaan sairaanhoitajilla oli selkeä kuva omasta toiminnastaan kuntoutustiimissä, potilaan motivoimisesta ja oman työnsä tavoitteellisuudesta. Hoitajat kokivat potilaan kuntoutumistavoitteet tärkeiksi ja

keskustelivat potilaan ja omaisten kanssa kuntoutuksen edistymisestä. Potilaan oma aktiivisuus ei perushoidossa aina toteutunut, vaan sairaanhoitajat toimivat potilaan puolesta, vaikka tiesivät potilaan oman suorituksen lisäävän motivaatiota. Potilaan kuntoutumistavoitteet eivät olleet aina ajan tasalla eivätkä kaikki sairaanhoitajat olleet niistä tietoisia. Routasalo toteaaakin, että se mitä sairaanhoitajat ajattelivat kuntoutumista edistävän hoitotyön olevan, ei aina toteutunut heidän toiminnassaan.

Kuntoutumista edistävä hoitotyö perustuu aina asiakkaan toimintakyvyn arviointiin, mikä ikääntyneen kohdalla tulee tehdä asiakasta ja hänen läheisiään tarkasti kuullen (Voutilainen 2009: 124). Vähäkankaan (2009: 147) mukaan toimintakykyä edistävän hoitotyön tavoitteellisuus ilmenee ymmärrettävinä, yhdessä sovittuina, konkreettisina ja realistisina pää- ja välitavoitteina, jotka edesauttavat myös ikääntyneen henkilön hoitoon sitoutumista. Muurinen ja Valvanne (2005) ovat tutkineet lyhytaikaista laitoshoidoa ja sen tavoitteellisuutta. He toteavat, että vain suunnitelmallisella asiakkaan, omaisen ja moniammatillisen tiimin yhteistyöllä voidaan auttaa asiakasta saavuttamaan kuntoutumisen tavoitteet.

TK 1 -osastolla potilaiden toimintakyvyn arvioinnissa käytetään haastattelun ja havainnoinnin lisäksi toimintakykymittareita kuten päivittäisistä toiminnoista selviytymistä kuvaavaa Barthel –indeksiä ja kognitiivista toimintakykyä arvioivaa MMSE –testiä. Tärkeää tietoa saadaan myös omaisilta ja potilaan muulta lähiympäristöltä kuten kotihoidon työntekijöiltä. Osastolla työskentelevillä terapeuteilla on omat potilaan toimintakykyä arvioivat menetelmänsä. (Karlsson 2010.) Opinnäytetyöni tarkoituksena ei ollut tutkimusjoukkoon kuuluneiden potilaiden toimintakyvyn arviointi, mutta joltakin osin sitä sivusin, kun havainnoin suorittiko potilas toimintaa yksin vai avustettuna tai kun kirjasin huomioita potilaan toiminnasta. Tulosten esittämisen yhteydessä kuvaan lyhyesti jokaisen potilaan toimintakykyä hoitajien ilmauksia lainaten.

Suurimmalla osalla osaston potilaista hoitojakson yleisenä tavoitteena on kotiutuminen paikkaan, josta hän on osastolle tullut. Potilaan arvioituun toimintakykyyn perustuen hänelle asetetaan hoitojakson kuntoutukselliset tavoitteet moniammatillisessa tavoitekokouksessa. Tavoitteet kirjataan potilaan sairaskertomustietoihin, jossa ne ovat kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien nähtävissä. (Salomaa 2010.) Opinnäytetyöni aineistonkeruun aikana osastolla otettiin käyttöön potilaan yöpöydällä pidettävä

tavoitepaperi, jossa on kirjattuna hoidon kuntoutukselliset tavoitteet myös potilaan ja omaisen nähtävänä. Tutkimusjoukkoon kuuluneiden potilaiden hoidon kuntoutukselliset tavoitteet olivat osa tutkimusaineistoani.

2.4 Toimintaterapian näkökulma

Opinnäytetyöni ensisijaisena tavoitteena ei ollut kehittää toimintaterapiaa vaan tuottaa tietoa muiden ammattiryhmien, tässä tapauksessa osaston henkilökunnan, käyttöön toimintaterapian asiantuntijuuden kautta. Seuraavaksi esittelen ensin etenkin toimintaterapia-alan ulkopuoliselle lukijalle toimintaterapian perusajatuksia ja sen jälkeen opinnäytetyöni toisena viitekehysenä olevaa, toimintaterapiassa laajasti käytettyä Kanadan toiminnallisen suoriutumisen mallia (Townsend ym. 1997). Suomen Kuntaliiton palvelunimikkeistöihin kuuluvan Toimintaterapianimikkeistön (2003) mukaan:

Toimintaterapia on kuntoutusta, joka perustuu toimintaterapeutin ja asiakkaan väliseen yhteistyöhön sekä toiminnan terapeuttiseen käyttöön. Toimintaterapian tarkoituksena on tehdä mahdolliseksi, että asiakas selviytyy hänelle merkityksellisistä ja tärkeistä päivittäisen elämän toiminnoista huolimatta toimintakykyyn vaikuttavista rajoituksista tai ympäristöllisistä esteistä. Tavoitteena on asiakkaan johdonmukainen ja tarkoituksenmukainen toiminnallinen suoriutuminen, jolloin asiakkaan roolien, toiminnan ja ympäristön vaatimukset ovat sopusoinnussa. (Launiainen – Lintula 2003: 7 - 8.)

Asiakkaan toimintamahdollisuuksien ja toiminnallisen suoriutumisen arviointi on toimintaterapiassa keskeistä. Siinä käytetään sekä strukturoituja arviointimenetelmiä että asiakkaan toiminnan havainnointia. Toiminta voidaan jakaa toimintakokonaisuuksiin, joita ovat esimerkiksi itsestä huolehtiminen, asioimiseen ja kotielämään liittyvät toiminnot sekä lepo. Toimintakokonaisuudet pilkkoutuvat teoiksi, jotka ilmenevät taitoina. Taidot jaotellaan motorisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin, eettisiin ja prosessitaitoihin. Taidot koostuvat valmiuksista tai kyvyistä. Asiakkaan toimintamahdollisuuksien arviointi muodostuu esiarvioinnista, asiakkaan elämäntilanteen selvittämisestä sekä toimintakokonaisuuksien hallinnan, ympäristössä selviytymisen, taitojen, toimintavalmiuksien ja muiden toimintaan mahdollistavien tekijöiden arvioinnista. (Harra 2003: 16 - 17.)

Toimintaterapian eri malleissa (Kielhofner 2008; Townsend ym.1997; Rigby – Letts 2003: 17-30) yksilön toiminta ja toiminnallinen suoriutuminen nähdään kiinteässä

suhteessa ympäristöön. Toimintaterapian lehtori Aila Pikkarainen (2007: 42 – 43) korostaa ympäristön merkitystä ikääntyneiden hyvinvoinnissa ja hänen mukaansa ympäristöt voivat toimia myös aktiivisesti hoidon ja kuntoutuksen välineenä.

The Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) eli Kanadalaisen toiminnallisen suoriutumisen malli on toimintaterapian asiakaskeksinen viitekehys, jonka keskeisenä ajatuksena on yksilön toiminnan mahdollistaminen. Toiminta nähdään yksilön perustarpeena ja se on tärkeä yksilön hyvinvointiin ja terveyteen liittyvä tekijä. Malli korostaa yksilön, ympäristön ja toiminnan välistä dynaamista vuorovaikutusta, minkä seurausta yksilön toiminnallinen suoriutuminen on (Law – Polatajko – Baptiste - Townsend 1997: 30.) Yksilön toiminnallinen suoriutuminen muuttuu, jos jossakin tekijässä tapahtuu muutoksia. Yksilön suoriutumisen valmiuksiin (hienomotoriikka) voidaan vaikuttaa, toimintaa (pukeutuminen) voidaan muuttaa tai ympäristöä (apuvälineen käyttö) muokata hänen toiminnallisen suoriutumisen edistämiseksi. Toisaalta yksilöön, toimintaan tai ympäristöön voi liittyä tekijöitä, jotka rajoittavat toiminnallista suoriutumista.

Mallissa yksilö nähdään ainutlaatuisena ja omaan elämäänsä vaikuttavana. Yksilöllä on kykyä toimintaan, jonka kautta hän vaikuttaa ympäristöönsä ja ympäristö häneen. Yksilön toimintaan vaikuttavina tekijöinä nähdään henkisyys (spirituality), sosiaalis-kulttuuriset kokemukset sekä suoritustekijät. Henkisyys ohjaa yksilön valintoja itsearvostuksen, tahdon ja motivaation kautta. Suoritustekijät voidaan jakaa affektiivisiin, kognitiivisiin ja fyysisiin tekijöihin. (Law ym 1997: 41 -44.). Opinnäytetyössäni painotan yksilötekijöiden havainnoinnin henkisyyteen liittyviin tekijöihin eli esimerkiksi potilaan toiveiden ilmauksiin ja niiden huomioimiseen, valintojen mahdollisuuteen tai potilaan aloitteellisuuteen. Suoritustekijät tulevat jossain määrin esille potilaan toiminnan tason luokituksessa, jonka jaottelen havainnointirungossa seuraavasti: 1) itsenäistä, 2) osin avustettua, 3) täysin avustettua ja 4) ei määriteltävissä.

Ympäristö on se konteksti, missä yksilön toiminnallinen suoriutuminen tapahtuu. Mallin mukaan ympäristö koostuu kulttuurisista, institutionaalista, fyysisistä ja sosiaalisista elementeistä. (Law ym 1997: 44-45.) Vuodeosaston kulttuurisia elementtejä ovat esimerkiksi lääkärikierron tai potilasvaatteet. Institutionaalisisina tekijöinä ovat terveydenhuoltoon liittyvät lait tai dokumentointiin liittyvät ohjeet. Vuodeosaston

fyysiseen ympäristöön kuuluvat mm. tilat, kalusteet, huonelämpötila ja valaistus. Osaston henkilökunta, toiset potilaat ja omaiset sekä heidän asenteensa, arvonsa ja roolinsa ovat yksilön sosiaalista ympäristöä. Aiemmin luvussa 2.2 esitellyssä ICF – luokituksessa ympäristö nähdään hyvinkin yhteneväisesti Kanadan toiminnallisen suoriutumisen mallin kanssa .

Mallissa toiminnalla tarkoitetaan jokapäiväisen elämän toimintoja ja tehtäviä. Toimintojen merkityksellisyys määräytyy yksilöllisesti ja kulttuurisesti. Toiminta on kaikkea mitä ihmiset tekevät ja se voidaan jaotella itsestä huolehtimiseen, vapaa-aikaan ja tuottavuuteen. Yksilön ajankäyttö jakautuu näiden toimintojen kesken ja tavoitteena on yksilön kokemus tasapaino niiden välillä. (Law ym. 1997: 33 – 41.) Yksilön toimintamahdollisuudet ovat riippuvaisia paitsi yksilötekijöistä myös ympäristöstä. Tämä korostuu sairaalaympäristössä, jossa potilaan toimintaympäristö on hyvin erilainen kuin kotona niin fyysisiltä puitteiltaan kuin päivittäisten rutiinien ja sosiaalisen vaatimusten osalta. Potilaan ajankäyttö painottuu lepoon ja itsestä huolehtimisen toimintoihin.

2.5 Aikaisempia tutkimuksia

Olen hakenut aineistoa seuraavista tietokannoista: MetCat, Nelli, Helka, CINAHL, GoogleScholar. Käytin hakusanoina mm. toimintaterapia, lyhytaikainen laitoshoido, ikääntynyt potilas, ajankäyttö, kuntouttava hoitotyö, ympäristö, havainnointi sekä occupational therapy, daily activities, time spent, elderly patient, environment, observation. Rajasin hakuni 2000-luvulla julkaistuihin tutkimuksiin. Lisäksi olen tehnyt käsihakuja Metropolian kirjaston lehdistä. Lyhytaikaisen laitoshoidon ympäristössä toteutettuja ikääntyneen potilaan päivän sisältöä ja siihen liittyneitä tekijöitä esitteleviä tutkimuksia löysin niukasti. Enemmän on tutkittu pitkäaikaista laitoshoidoa ja hoiva-asumista sekä toisaalta hoitajien työajan käytön jakautumista osastotyössä. Toimintaterapian alalta löysin muutamia tutkittavien päivän sisältöä ja ajankäyttöä käsitteleviä tutkimuksia, mutta vain yhden amerikkalaisen tutkimuksen, jossa tutkimusjoukkona oli laitoshoidossa olevat ikääntyneet potilaat. Potilaiden päivän sisältöä käsittelevät tutkimukset ovat yleisimmin havainnointitutkimuksia, joissa tulokset on kerätty usein tietokonepohjaisella menetelmällä ja analysoitu kvantitatiivisesti. Käytin tutkimusartikkeleita apuna myös opinnäytetyöni aineiston keruuseen ja analysointiin liittyvissä tutkimusmetodologisissa ratkaisuisissa.

Eskola (2006) on selvittänyt toimintaterapian opinnäytetyössään nuorten yhden vuorokauden ajankäytön jakautumista 20 minuutin tarkkuudella seuraaviin osaluokkiin: nukkuminen, päivän toimet ja työt, henkilökohtaiset tarpeet ja vapaa-aika. Tutkimusmenetelmänä käytettiin nuorten täyttämää ajankäyttöympyrää. Ruotsalaiset toimintaterapeutit Liedberg, Hesselstrand ja Henriksson (2004: 26–35) ovat tutkineet fibromyalgiaa sairastavien naisten päivittäisiä toimintoja ja ajankäyttöä käyttäen aineistona naisten ns. päiväkirja –menetelmällä kirjaamia tietoja. Tiedoiksi merkittiin toiminnan vaihtuessa edellisen toiminnan kesto, toteutettu toiminta omin sanoin, toiminnan toteutuspaikka, toimintaan liittyvät henkilöt, fyysiset ongelmat ja mieliala. Aineisto käsiteltiin ja analysoitiin määrällisesti tietokoneohjelmalla ja tulokset kuvattiin edellä mainittujen teemojen kautta.

Amerikkalaisten toimintaterapian professoreiden tekemässä tapaustutkimuksessa kartoitettiin Alzheimerin tautia sairastavien asukkaiden jokapäiväisen elämänlaadun sekä sosiaalisen ja fyysisen ympäristön välistä vuorovaikutusta kahdessa erilaisessa hoitoyksikössä. Elämänlaadun osoittimina käytettiin asukkaiden ajankäyttöä ja emotionaalista hyvinvointia. Tutkimusmenetelmänä käytettiin asukkaiden toiminnan havainnointia tutkijan toimesta 10 minuutin jaksoissa neljän päivän ajan klo 8.00–20.00. Havainnointia ei suoritettu intiimeissä tilanteissa. Aineisto kerättiin ACT –menetelmällä (the Activity in Context and Time), jossa yhdestä havainnointijaksosta kirjautui toimintatilanne, asukkaan asentoa/liikkuminen, katsekontakti, osallistuminen keskusteluun, osallistuminen toimintaan sekä asukkaan havaittava tunneilmaisu. Lisäksi havainnoija teki muistiinpanoja. Aineisto analysoitiin määrällisesti ja tuloksia kuvattiin myös narratiivisesti kahden esimerkkitapauksen kautta. Tutkimuksen mukaan asukkaiden aktiivinen sitoutuminen ja emotionaalinen vireys toiminnoissa oli vähäistä, minkä nähtiin johtuvan heidän dementoivaan sairauteensa liittyvistä tekijöistä yhdistyneenä riittämättömään ympäristön tukeen. Asukkaiden toiminnalliset tarpeet, aloitteet ja voimavarat jäivät liian vähälle huomiolle. Yleisimmiksi toiminnoiksi todettiin nukkuminen/ lepäily sängyllä ja ruokailu. Tutkijoiden mukaan päivittäisten toimintojen tilanteita tulisi hyödyntää enemmän asukkaiden elämän laadun kohentamisessa ja siinä voisi hyödyntää toimintaterapian asiantuntijuutta. (Wood – Womack – Hooper 2009: 337–349.)

Hoitotieteen alalla on tutkittu potilaiden ajankäyttöä psykiatriassa yksikössä (Norbergh – Asplund – Rasmussen – Nordahl – Sandman 2001: 215-221) ja aivohalvauspotilaiden hoitokodissa (Huijben–Schoenmakers – Gamel – Hafsteinsdottir 2009: 1145 – 1149.) Molemmissa tutkimuksissa havainnoijat kirjasiivat ylös 10 minuutin jaksoissa potilaan suorittaman toiminnan, suorituspaikan sekä sosiaalisen ympäristön (kenen kanssa). Tiedot analysoitiin määrällisesti ja yhteisinä tuloksina molemmissa tutkimuksissa tulee esille potilaiden sosiaalisen vuorovaikutuksen vähäisyys ja tarve löytää keinoja potilaiden aktivoimiseksi.

Bernhardt ym. (2007: 43-48) tutkivat potilaiden fyysistä aktiivisuutta australialaisissa aivohalvauspotilaiden akuuttihoitoyksiköissä. Aineisto kerättiin havainnoimalla potilaiden toimintaa 10 minuutin jaksoissa klo 8-17 huomioiden kuitenkin potilaiden yksityisyyden tarpeet tietyissä tilanteissa. Tutkija kirjasi ylös potilaan toiminnan ja toiminnan aktiivisuustason sekä sosiaalisen ja fyysisen toimintaympäristön, terapeutit kirjasiivat terapian sisällön tutkijan käyttöön. Aineisto analysoitiin määrällisesti. Tulosten mukaan hoitajat viettivät potilaiden kanssa selvästi enemmän aikaa kuin terapeutit ja olivat tärkeässä roolissa potilaiden liikkumisen mahdollistajina. Tutkimuksessa todettiin, että nekin potilaat, jotka kykenivät liikkumaan itsenäisesti, viettivät suurimman osan ajasta sängyssä maaten tai tuolissa istuen.

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyöni tavoitteena on ollut tuottaa aineistoa TK 1 -osaston toimintakulttuurin kehittämiseen potilaan näkökulmasta tarkasteltuna toimintaterapeutin asiantuntijuuden kautta. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata potilaiden päivän sisältöä ja pohtia miten potilaalle asetetut kuntoutukselliset tavoitteet ilmenevät sen aikana. Tarkastelen potilaiden päivän sisältöä, siihen liittyviä toimintoja, toiminnassa vaikuttavia yksilö- ja ympäristötekijöitä sekä potilaan ajan jakautumista toimintojen kesken.

Opinnäytetyökysymykset ovat seuraavat:

- mitä toimintoja potilas tekee päivän aikana?
- miten potilaan ajankäyttö jakaantuu näiden toimintojen välillä?
- mitä yksilötekijöitä liittyy potilaan toimintaan?
- mitä ympäristötekijöitä liittyy potilaan toimintaan?

- kuinka potilaalle asetetut kuntoutukselliset tavoitteet ilmenevät päivän aikana?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyöprosessini Liittyvä Voima –hankkeen osaprojektin 3:n kanssa alkoi opinnäytetyön aiheen rajauksella keskusteluissa projektipäällikkö Toini Harran kanssa sekä projektiryhmän kokouksessa (10.12.2009). Jatkoisin aiheen tarkentamista keskustelussa Espoon sairaalan TK 1:n osastonhoitaja Eija Salomaan kanssa (8.1.2010) sekä tutustumalla osaston toimintaan hoitajien aamu- että iltavuoron aikana (3. ja 5.2.2010). Lopullisesti opinnäytetyöni aihe ja tutkimuksen toteuttamistapa tarkentui osaprojekti 3:n opinnäytetyöpajoissa (10.2. ja 13.4.2010). Aineistonkeruun ja analysoinnin jälkeen palasin osastolle. Esittelin koosteen analysoimastani havainnointiaineistosta, lukuun ottamatta potilaiden kuntoutuksellisten tavoitteiden ilmenemistä, henkilökunnan osastotunnilla (17.8.2010). Esitykseni jälkeen kirjasin sen herättämät henkilökunnan kommentit muistiin ja esittelen niitä opinnäytetyöraporttini Pohdinta –luvussa.

4.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyöni tutkimusympäristö on Espoon sairaalan TK 1 –osasto, sen potilaat ja henkilökunta. Henkilökunta tarkoittaa kaikkia osastolla potilastyössä toimivia työntekijöitä. Olen kuvannut vuodeosastoa ja sen toimintaa tarkemmin luvussa 2. Aineiston keruu tapahtui 28.4. – 10.6.2010 välisenä aikana. Kerroin lyhyesti tutkimuksestani osaston henkilökunnalle pilottihavainnoinnin yhteydessä ja jätin samansisältöisen tiedotteen henkilökunnan taukokuoneen ilmoitustaululle (liite 3).

Opinnäytetyössäni sovellan laadullista tutkimusmenetelmää. Vilkan (2009: 49) mukaan tutkimusmenetelmä ja aineiston keruun tapa valitaan tiedonintressin mukaan. Laadullisin menetelmin tavoitellaan tietoa, joka auttaa ilmiön tai asian ymmärtämisessä, tässä tutkimuksessa potilaan toiminnasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä vuodeosastoympäristössä. Käytin aineiston keruun menetelmänä havainnointia. Se sopii opinnäytetyöhöni, joissa tutkitaan yksittäisen ihmisen toimintaa ja hänen vuorovaikutustaan ympäristön kanssa (Vilka 2006:38). Havainnointi oli myös yleisin

aineiston keruun tapa niissä tutkimuksissa, joihin perehdyin tutkimussuunnitelmavaiheessa.

Tieteellinen havainnointi on järjestelmällisempää, suunnitellumpaa ja kriittisempää kuin arkipäivän havainnointi. Havainnot ovat tutkimuskohde ja havainnointi aineiston keräämisen ja uusien havaintojen tuottamisen tapa. (Vilka 2006: 5.) Tutkimushavainnointi on ihmisen kokonaisvaltaista ja tietoista ilmiöiden, asioiden ja tapahtumien aistimista suhteessa siihen, missä ne ilmenevät määrittelee Vilka (2006: 9). Havainnoinnin tulee tapahtua aina tietoisesti valitun menetelmän avulla. Opinnäytetyössäni sovelsin tarkkailevaa havainnointia. Pyrin olemaan mahdollisimman passiivinen suhteessa potilaisiin ja henkilökuntaan. Kyseessä oli myös ennalta jäsenneily havainnointi, joka vaatii muistiinpanotekniikan, tarkistuslistojen, luokittelun ja mitta-asteikon tarkkaa suunnittelua. Edellytyksenä on ongelman asettelu ennen havainnointia ja tarkka tutkimuskohteen taustatietojen selvittely. (Vilka 2006: 38 – 43.) Ennen aineistonkeruuta olin TK 1-osastolla sekä aamu- että iltavuorossa tutustuakseni tutkimuskohteeseen.

Havainnoinnin jäsentämiseksi laadin tutkimukseni teoriataustan pohjalta havainnointirungon (liite 4), johon kirjasin omin sanoin havaitsemani potilaan suorittaman toiminnan sekä siihen liittyvät yksilö- ja ympäristötekijät. Lisäksi kirjasin kellonajan toiminnan vaihtuessa sekä tein muistiinpanoja muista huomioista. Yksilötekijöiden osalta tein merkintöjä potilaan toiminnan tasosta, aloitteellisuudesta, tahdon ilmauksista ja muusta vaikuttamisesta. Ympäristötekijöistä kirjasin toiminnan suorittamispaikan sekä toimintaan osallistujat ja heidän välisen vuorovaikutuksen suuntaa ja sisältöä. Havainnoitavien sosiaalisesta ympäristöstä kirjasin ylös jatkuvalla kirjauksella myös sosiaalisen ympäristön tapahtumia esimerkiksi seuraavasti:

” 3 pot , ei kontaktia” , ”potilaita lähtee huoneisiin, henkilökunta liikkuu edestakaisin”.

Havainnoin neljän eri potilaan toimintaa, kutakin kaksi kertaa (havainnointijaksoa) peräkkäisinä päivinä. Kunkin potilaan havainnointi toteutui toisena päivänä klo 7.30 – 14.00 (6h30min) sekä toisena klo14.00 –19.30 (5h30min) mukaellen osaston hoitajien aamu- ja iltavuoroja projektiryhmän toiveesta. Tavoitteenani oli myös saada tietoa potilaiden illan toiminnasta ja esimerkiksi vuorovaikutuksesta omaisten kanssa. Havainnoinnin aikana pyrin sijoittumaan siten, että kuulin potilaan puheen, mutta olemaan riittävän etäällä, jotta pysyin tarkkailijan roolissa. Vältin vuorovaikutusta

hakevaa katsekontaktia havainnoitavaan, mutta lähdin vuorovaikutukseen, jos tulkitsin havainnoitavan sitä selvästi odottavan. Pidin havainnointijakson aikana kaksi 10-15 minuutin mittaista havainnointitaukoa, jotka sijoituivat yleensä potilaan nukkumisen tai lepäilyn aikaan. Ennen ensimmäistä havainnointia toteutin pilottihavainnoinnin yhdelle potilaalle klo 9.25 –14.30 (5h5min) yhtenä päivänä. Tämän havainnointikokemukseni sekä saamani ohjauksen perusteella tein tarkennuksia havainnointirunkoon ja päädyin tekemään havainnointimerkintöjä jatkuvalla kirjauksella aina potilaan toiminnan tai siihen liittyvien tekijöiden vaihtuessa enkä 15 minuutin välein, kuten olin suunnitellut. Olen sisällyttänyt pilottihavainnoin myös opinnäytetyöni tuloksiin, koska se monipuolistaa aineistoa. Yhteensä tein havainnointia 53 tuntia 5 minuuttia.

Havainnoitavat potilaat valikoituivat osastonhoitajan toimesta tiettyjen ennalta määriteltyjen kriteerien perusteella. Potilaan tuli olla toipunut sairastumisensa akuutista vaiheesta ja hänelle tuli olla laadittuna hoidon kuntoutuksellinen tavoite/tavoitteet. Potilaan tuli olla suomenkielinen havainnoin luotettavuuden kannalta, koska havainnoijan äidinkieli oli suomi ja aineistonkeruu vaati kielellisten ilmausten huomioimista. Lisäksi havainnoitavien tuli olla keskenään erilaisia ja edustaa jotakin tyypillistä osaston potilasryhmää. Alustavasti ryhmät oli määritelty seuraavasti:

- 1) potilas, jolla on taustalla kaatumisen ja siihen liittyen kipuja; muistitoiminnot hyvät
- 2) potilas, joka odottaa paikkaa sairaalan kuntoutusosastolle
- 3) potilas, jolla on äkillinen yleiskunnon romahtaminen esim. tulehduksen seurauksena
- 4) potilas, jolla on selvät muistivaikeudet

Opinnäytetyön aikataulullisista syistä havainnoitavaksi ei saatu potilasta, joka olisi odottanut paikkaa sairaalan kuntoutusosastolle. Havainnoitavista kolme oli naista ja kaksi miestä. Iältään potilaat olivat 76- 94 -vuotiaita. Esittelen tutkimukseen osallistuneet potilaat hieman tarkemmin tulosten yhteydessä. Osaston henkilökunta kysyi tutkimukseen osallistuneilta potilailta alustavan suostumuksen havainnointiin ennen saapumistani osastolle. Kerroin havainnoitaville, suostumuslomakkeissa (liite 5 ja 6) olleiden tietojen lisäksi, että tarkoitukseni on seurata heidän päivänsä sisältöä osastolla. Lisäksi korostin, ettei läsnäoloni ole tarkoitus vaikuttaa heidän olemiseensa tai tekemisiinsä millään tavoin.

Opinnäytetyöni aineisto koostuu havaintoaineiston lisäksi havainnoitavien sairaskertomustietoihin kirjatusta merkinnöistä koskien heidän toimintakykyään ja hoidon kuntoutuksellisia tavoitteita. Pyysin nämä tiedot hoitajilta vasta kunkin havainnoitavan jälkimmäisen havainnoinnin jälkeen, jotta tiedot eivät olisi vaikuttaneet toimintaani havainnoijana.

4.2 Aineiston analysointi

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on selkiyttää ja tiivistää aineistoa ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta (Eskola – Suoranta 1998: 138). Analysoin aineiston deduktiivisesti käyttäen apuna opinnäytetyöni teoreettista viitekehystä ja tutkimuskysymyksiä Luokittelin omin sanoin kirjaamani potilaiden toiminnan ICF – luokituksen mukaan. (Taulukko 1.) Käytin luokituksessa tutkimukseni kannalta informatiivisempia, pääluokkien (itsestä huolehtiminen, kommunikaatio) tarkempia kuvauskohteita (pukeutuminen, keskustelu) ja niiden alaluokkia (kehon osien peseminen) tutkimukseni kannalta tarkoituksenmukaisella tarkkuudella.

TAULUKKO 1. Esimerkkejä toimintojen luokittelusta.

Havainnointimerkintä	ICF -luokitus	koodi
<i>potilas syö aamupalaa</i>	ruokaileminen,juominen	d550,560
<i>ajelee partaa selinmakuulla</i>	kehon osien hoitaminen	d520
<i>istuskelee pöydän ääressä ja katselee/lukee (?) Hesaria</i>	lukeminen	d166
<i>keskustelee pot.toverin kanssa</i>	keskustelu	d350

Tulosten esittelyssä tarkennan kunkin potilaan toiminnan sisältöjä havainnointimerkintöjäni hyödyntäen. Kerron esimerkiksi, että havainnoitavan kohdalla ”kehon osien hoitaminen” tarkoittaa parran ajoa tai liikkuminen tapahtuu rollaattorilla.

Potilaan ajan käyttöä eri toimintoihin käsittelin määrällisesti ja käytän kuvauksessa prosenttilukuja havainnollisuuden vuoksi. Havainnointitekniikkani rajoitukset tunnistaen lukuarvot tulee tulkita viitteellisinä, suuntaa antavina. Laskin ajat viiden minuutin tarkkuudella. Olen laskenut prosentit kokonaisajasta, joka oli aamupäivän havainnoinneissa 390min (6,5 h) ja iltapäivällä 330min (5,5h), potilaskohtainen

kokonaishavainnointiaika oli siis 720 min (12 h). Pilottipotilaan havainnointiaika oli vain 305 min, josta olen laskenut samalla tavoin prosenttijakaumat eri toimintoihin. En ole poistanut havainnointitaukoja havainnointiajasta, koska ajoitin tauot potilaiden nukkumisen tai lepäilyn aikaan.

Potilaan toimintaan liittyvät ympäristökijät luokittelin sekä toiminnan suorituspaikan että toimintaan osallistuneiden mukaan. Toimintojen suorituspaikkoja löytyi neljä erilaista: havainnoitavan oma huone (H), yhteiset tilat käsittäen päiväsalin ja käytävät (YT), yhteiskäytössä oleva suihkutila (ST) sekä fysioterapiatila (FT). Toimintaan osallistumisen luokittelin seuraavasti: potilas toimii yksin (1), potilas toimii yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa (2), potilas toimii yhdessä jonkun muun kanssa (3). Lisäksi luokittelin vuorovaikutustapahtumat siihen osallistuvien kesken ja hoitohenkilökunnan ja havainnoitavan välillä myös vuorovaikutustilanteen aloittajan sekä sisällön mukaan. (Taulukko 2.) Sisällön kuvaamisella pyrin tuomaan näkyväksi henkilökunnan työtappaa ja potilaan kuntoutuksellisten tavoitteiden ilmenemistä. Laskin selkeästi erillisten vuorovaikutustapahtumien määrän, mutta en niiden kestoja, koska sitä en pystynyt määrittämään havainnointimerkintöjeni perusteella. Siten esimerkiksi omaisen ja havainnoitavan välinen keskustelu noin puolen tunnin vierailulla kirjautui samalla tavoin yhdeksi tapahtumaksi kuin hoitajan ja potilaan välinen lyhyt keskustelu verenpaineen mittauksen yhteydessä.

TAULUKKO 2. Esimerkkejä vuorovaikutuksen luokittelusta.

Vuorovaikutus	Sisältö	Havainnointimerkintä
HOI → POT	hoitajan aloittama vuorovaikutus	
hoitotoimenpide	hoitoon liittyvä toimenpide	<i>lab.hoitaja tulee ottamaan verikokeen</i>
aktivointi	toimintakykyä edistävä	<i>seuraamista, sanallista ohjausta wc:ssä</i>
POT → HOI	potilaan aloittama vuorovaikutus	<i>potilas kyselee hoitajalta miksi kukaan ei tule hänelle</i>
POT ↔ POT	havainnoitavan ja toisen potilaan vuorovaikutus	<i>satunnaista keskustelua vierustoverin kanssa päiväsalin pöydän ääressä</i>
POT ↔ OMA	potilaan ja omaisen vuorovaikutus	<i>keskustelua omaisten kanssa heidän ollessa vierailulla; puhelu omaisen kanssa</i>
POT → HAV	potilas aloittaa keskustelun havainnoijan kanssa	<i>potilas kysyy havainnoijalta taksimaksuista</i>
POT ↔ MUU	kontakti johonkin muuhun	<i>potilas keskustelelee toisen potilaan omaisen kanssa</i>

Potilaan toimintaan liittyvistä yksilötekijöistä kuvasin potilaan iän, sukupuolen sekä sairaalaan joutumisen syyn hoitajien antamien tietojen perusteella. Potilaan aloitteellisuus päivään sisältyneiden toimintojen valinnassa perustuu seuraavaan luokitteluun: potilas aloitti toiminnan (PO), hoitohenkilökunta aloitti toiminnan (HO) , joku muu, kuten toinen potilas tai omainen aloitti toiminnan (M).

4.3 Tutkimuseettiset kysymykset

Sain opinnäytetyölleni tutkimusluvan Espoon kaupungin sosiaali- ja terveystoimen/esikunta/Kehittämisyksiköstä 23.4.2010 (liite 6). Olen pyrkinyt huomioimaan tutkimuseettiset kysymykset koko opinnäytetyöprosessin ajan. Jokaisen tutkimuksen tekijän tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, millä tarkoitetaan että tutkija noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. (Vilka 2009: 30.) Havainnoijan omat tunteet ja tuntemukset vaikuttavat aina havainnointiin muistuttaa Vilka (2006: 9) Grönforsia (1985, 182) lainaten.

Pidän tutkimustani eettisesti haastavana, koska tutkimusympäristönä oli sairaalan vuodeosasto ja aineiston keruuseen kuului potilaiden toiminnan havainnointia intiimeissäkin tilanteissa. Tutkimuskysymykseni edellyttivät myös tietojen saamista havainnoitavien potilaiden sairaskertomuksista. Vilka (2006:64) ehdottaa Grönforsia (2001) lainaten, että havainnointitutkimuksessa on hyödyllistä käyttää avainhenkilöä. Hän on henkilö, joka tuntee tutkittavan yhteisön ja auttaa niin, että tutkimuskohteen jäsenten luottamus herää sekä tutkijaan että tutkimukseen. Käytin opinnäytetyössäni avainhenkilönä vuodeosaston osastonhoitajaa, mikä oli perusteltua senkin vuoksi, että työni liittyy kiinteästi osaston kehittämisprojektiin. Osastonhoitaja ja osaston sairaanhoitaja sekä Liittyvä Voima -hankkeen projektiryhmä ovat olleet mukana opinnäytetyöni suunnittelukeskusteluissa jo aiemmin kuvaamallani tavalla. Kerroin tutkimuksestani osaston henkilökunnalle ennen aineiston keruuta sekä osastotunnilla että henkilökunnan taukotilan ilmoitustaululle laittamalla tiedotteella (liite 3). Havainnointini kohdistui myös henkilökuntaan potilaan ympäristön osana, mikä tuli huomioida. Henkilökunnan nimiä tai muita identifiointitietoja ei kirjattu aineistoon.

Tutkimukseen osallistuneet potilaat saivat Liittyvä Voima -hankkeen yleisen informaatiokirjeen osastolla toteutettavista tutkimushankkeista. Kerroin heille

havainnoinnin keston ja oman roolini tarkkailevana havainnoijana. Ilmaisin heille, että he voivat pyytää havainnoinnin keskeyttämistä joko tietyn tilanteen ajaksi tai kokonaan. He antoivat kirjallisen suostumuksensa sekä havainnointiin että tarkasti määriteltyjen sairauskertomustietojensa käyttöön (liite 5 ja 6). Suostumukset arkistoitiin osaston kansliassa säilytettävään henkilötietorekisterikansioon Liittyvä Voima –hankkeen ohjeistuksen mukaisesti. Potilaan nimi kirjattiin henkilörekisteriin ja hän sai koodin, jonka merkitsin häntä koskevaan aineistoon tunnistetiedoksi. Mitään potilasta koskevia identifiointitietoja ei viety osaston ulkopuolelle. Olen laatinut tutkimusraportin niin, ettei tutkimukseen osallistuneita voi siitä tunnistaa. Tulosten esittelyssä olen antanut havainnoitaville uudet nimet. Tulen hävittämään tutkimukseni aineiston opinnäytetyöni valmistumisen jälkeen.

5 TULOKSET

Esittelen ensin tulokset jokaisen havainnoitavan kohdalta erikseen ja sen jälkeen yhteenvetona. Tämä mahdollistaa tutkimussuunnitelman mukaisesti eri tyyppisten potilaiden toiminnan tarkastelun ja antaa monipuolisemmin tietoa TK 1 –osaston henkilökunnalle työnsä kehittämiseen, mikä oli opinnäytetyöni tavoite. Havainnoitavien määrä oli myös melko pieni ja lisäksi heidän toimintaansa vaikutti yllättäviä yksilö- että ympäristötekijöitä, jotka vaikuttavat tulosten yhteenvetoon.

5.1 Tulosten kuvaus potilaittain

Aloitan kunkin potilaan esittelyn kertomalla hänen iän, sukupuolen ja sairaalaan joutumisen syyn hoitajalta saamieni tietojen perusteella. Lisäksi kuvaan lyhyesti potilasta ja potilaan ympäristöä omiin havaintoihini perustuen. Havainnoitavan toimintakyky ja hänen hoitonsa kuntoutukselliset tavoitteet on kuvattu hoitajan puheen suorina lainauksina. Jokaisen havainnoitavan toiminta ja siihen liittyvät tekijät aamu- ja iltapäivään jaoteltuna löytyvät liitteestä 8.

Antti

Antti on 91-vuotias mies, joka on tullut osastolle kotona tapahtuneen kaatumisen ja siihen liittyvän lonkkakivun vuoksi. Antti on osastolla neljän hengen huoneessa.

Hänellä on liikkumisen apuvälineenä pyörätuoli. Hoitaja kuvaa Antin toimintakykyä seuraavasti:

”Antti on vähän muistamaton, haluaa aktiivisesti liikkua, pientä apua pesuissa tarvitsee, käyttää vaippoja. Vaimo avustaa Anttia kotona.”

Antin kuntoutukselliseksi tavoitteiksi on muotoiltu:

” Kotiutua, kun kävely rollaattorilla sujuu itsenäisesti. Toiminnalliset matkat avustettuna rollaattorilla tai fordilla (kävelyteline)”

Antti vietti aamupäivällä huoneessaan 72% ja iltapäivällä 89% ajastaan, lopun ajan hän oli yleisissä tiloissa. Kaiken kaikkiaan Antti vietti aikaansa potilashuoneessa 80% ja yleisissä tiloissa, päiväsalissa ja käytävällä, 20%.

Antin toiminnasta löytyy kahtatoista eri toimintaa (taulukko 3). ICF –koodeilla luokiteltuna Antti käytti eniten (32%) aikaa makuuasennon ylläpitoon eli lepäilyyn omalla sängyllä. Toiseksi eniten (21%) aikaa kului unitoimintoihin ja kolmanneksi eniten (13 %) kävelyyn/liikkumiseen joko pyörätuolilla tai kävelytelineellä. Vähiten Antti käytti aikaa kehon osien pesemiseen (1%) sekä kehon osien hoitamiseen (parran ajo,1%). Antin keskustelu –toimintaan sisältyi myös puhelimesta käydyt keskustelut. Puhuminen –toimintaan on luokiteltu Antin toiminta päiväsalissa, ruokapöydän ääressä lounaan jälkeen, kun hän yritti kiinnittää hoitajien huomion viittomalla ja ilmaisemalla sanallisesti useita kertoja, että tarvitsisi apua. Verrattuna muihin havainnoitaviin Antin päivään ei sisällynyt seuraavia ICF –luokituksen mukaisia toimintoja: kuunteleminen, koko kehon peseminen/kuivaaminen, vaatteiden pukeminen/riisuminen, kotitaloustöiden tekeminen (sängyn petaaminen).

TAULUKKO 3. Antin toiminta ja ajankäyttö.

ICF	Toiminta	Aamu		Ilta		Yht.	
		min	%	min	%	min	%
d4150	makuuasennon ylläpitäminen	105	27	125	38	230	32
b134	unitoiminnot	115	29	35	11	150	21
d450-469	käveleminen ja liikkuminen	55	14	40	12	95	13
d350	keskustelu	20	5	45	14	65	9
d550,560	ruokaileminen,juominen	30	8	25	8	55	8
d4153	istuma-asennon ylläpitäminen	15	4	25	8	40	6

d530	WC:ssä käyminen	15	4	25	8	40	6
d330,335	puhuminen,ei-kielell.viestien tuottam.	15	4	0	0	15	2
d166	lukeminen	10	3	0	0	10	1
d430-449	esineiden käsitteleminen 1)	0	0	10	3	10	1
d5100	kehonosien peseminen	5	1	0	0	5	1
d520	kehon osien hoitaminen	5	1	0	0	5	1
	Yhteensä	390	≈100	330	≈100	720	≈100

1) esineiden kantaminen, liikuttaminen ja käsitteleminen

Antti oli aina itse aloitteellinen seuraavissa toiminnoissa: makuuasennon ylläpito, unitoiminnat, lukeminen, puhuminen, istuma-asennon ylläpito, esineiden käsittely (yöpöydällä olevien tavaroiden siirtely) ja kehon osien hoitaminen. Vain kehon osien pesemisessä hoitajan oli aina aloitteellinen. Keskustelu –toiminnassa aloitteellinen oli myös joku muu eli tässä tapauksessa toinen potilas.

Antin kohdalla toimintoja, joihin osallistui muita toimijoita olivat keskustelu, käveleminen/liikkuminen, wc:ssä käyminen, ruokaileminen/juominen. Kehon osien peseminen oli toiminta, jota Antti suoritti vain hoitajan kanssa. Näihin toimintoihin liittyi sanallista vuorovaikutusta, jota on kuvattu taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Antin vuorovaikutustilanteet.

Kontakti	Aamu	Ilta	Yht./krt
POT→HOI	3	4	7
HOI→ POT	9	5	14
Yht.	12	9	21
<i>aktivointi</i>	9	4	13
POT↔POT	1	3	4
POT↔OMAI	0	3	3
POT→HAV	0	1	1
Yhteensä	13 krt	16 krt	29krt

Vuorovaikutuskertojen määrällä laskien eniten kontaktia tapahtui potilaan ja hoitajan välillä 21/29 kertaa. Hoitaja oli useammin aloitteellinen (14 krt) kuin Antti (7 krt) .

Potilaan ja hoitajien välisistä vuorovaikutustilanteista yli puolet (13/21 krt)sisälsi jonkinlaisen potilasta aktivoivan, kuntouttavaa työtettä ilmentävän ilmauksen tai teon.

”Verenpaineen mittaustilanteessa hoitaja kysyy pääseekö potilas istumaan sängyn laidalle ja antaa hänen yksin siirtyä siihen; pyytää että potilas riisuu takin hihan, antaa potilaan tehdä itse, kysyy pystyykö napittamaan (pot:kyllä) → antaa potilaan tehdä → sanoo pot, että jatkossa pitäisi pitäisi siirtyä käyttämään rollaattoria → kehottaa soittamaan, kun asiakas menee seur. kerran wc:hen”

Antin kuntoutuksellisen tavoitteen ilmenemisestä voidaan todeta, että hän käveli hoitajan avustamana Ford –kävelytelineellä sekä hoitajan että omasta aloitteestaan.

Bertta

Bertta on 94 –vuotias nainen, joka on tullut osastolle yleistilan laskun ja selkäkipujen vuoksi. Bertta on neljän hengen huoneessa. Bertan toipuminen ei edennyt hoitohenkilökunnan odotuksen mukaan vaan ensimmäisen havainnointijakson (aamupäivä) jälkeen hänen vointinsa heikkeni ja seuraavana päivänä hän ei ollutkaan enää ”lähipäivinä kotiutuja”. Havainnointia ei kuitenkaan keskeytetty, koska potilaiden kunnossa tapahtuvat äkilliset muutokset ovat osaston ikääntyneillä ja monisairaille potilailla tyypillisiä. Bertan tuloksia tarkasteltaessa voinnin heikkeneminen on kuitenkin merkittävä tekijä. Havainnointijaksojen aikana Bertan havaittiin oleskelevan vain sängyssä. Hoitaja kuvaa Bertan toimintakykyä seuraavasti:

”Bertta on vuodepotilas, vuodepesut, kovat kivut”

Bertan kuntoutukselliseksi tavoitteeksi on muotoiltu:

”Ensin kivun hoito sitten rollaattorikävelijäksi.”

Bertta oli siis koko havainnointiajan omassa huoneessaan. Hänen havainnoitiin suorittavan kahdeksaa eri toimintaa. Näistä eniten aikaa häneltä kului makuuasennon ylläpitoon (51%), keskusteluun (20%) sekä unitoimintoihin (16%).Keskustelu – toimintaan sisältyi omaisten puolen tunnin vierailu toisena havainnointikertana. Vähiten Bertta käytti aikaa istuma-asennon ylläpitämiseen (1%), käveleminen/liikkuminen-toimintaan (1%) sekä esineiden käsittelemiseen (1%). ICF – luokituksen käveleminen/liikkuminen –kuvauskohteeseen (d450-d469) sisällytettiin tässä tutkimuksessa myös istumaan nousu sängyssä ja sen vuoksi Bertalle , joka oli koko havainnoinnin ajan sängyssä tuli merkintä tähän luokkaan. Verrattuna muihin havainnoitaviin Bertan päivään ei sisältynyt seuraavia toimintoja: kuunteleminen, kehon

osien peseminen tai hoitaminen, koko kehon peseminen/kuivaaminen, wc:ssä käyminen, vaatteiden pukeminen/riisuminen, kotitaloustöiden tekeminen (sängyn petaaminen) Bertan päivään sisältyi eniten havainnoitavista puhuminen-toimintaa, johon sisällytin hänen useamman kerran toistuneen ääneen ajattelunsa.

” Puhuu itsekseen, kertoo kissasta ja luonnosta ”

”Puhuu itsekseen puutarhasta miettii mitä pitäisi laittaa maahan”

TAULUKKO 5. Bertan toiminta ja ajankäyttö

ICF	Toiminta	Aamu		Ilta		Yht.	
		min	%	min	%	min	%
d4150	makuuasennon ylläpito	170	44	195	59	365	51
d350	keskustelu	35	9	110	33	145	20
b134	unitoiminnot	115	29	0	0	115	16
d550,560	ruokaileminen,juominen	20	5	25	8	45	6
d330	puhuminen	20	5	0	0	20	3
d450-469	käveleminen/liikkuminen	15	4	0	0	15	2
d430-449	esineiden käsitteleminen1)	10	3	0	0	10	1
d4153	istuma-asennon ylläpitäminen	5	1	0	0	5	1
	Yhteensä	390	≈100	330	≈100	720	≈100

1)esineiden kantaminen, liikuttaminen ja käsitteleminen

Bertta oli aina itse aloitteellinen seuraavissa toiminnoissa: makuuasennon ylläpitäminen, unitoiminnot, puhuminen, esineiden käsitteleminen. Istuma-asennon ylläpitäminen tapahtui vain hoitajan aloitteesta.

Bertan kohdalla toimintoja, joihin osallistui muita toimijoita olivat: keskustelu, ruokailu/juominen, käveleminen/liikkuminen (istumaan nousu) sekä istuma-asennon ylläpitäminen. Istumista Bertta suoritti vain hoitajan kanssa. Toimintoihin sisältyvää vuorovaikutusta on kuvattu taulukossa 6.

TAULUKKO 6. Bertan vuorovaikutustilanteet.

Kontakti	Aamu	Ilta	Yht./krt
POT→HOI	3	4	7
HOI→ POT	7	3	10
Yht.	10	7	17

<i>aktivointi</i>	7	3	10
POT↔POT	1	3	4
POT↔OMAI	0	1	1
POT→HAV	0	2	2
Yhteensä	11 krt	13 krt	24krt

Bertallakin oli eniten vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan kanssa, 17/24 kertaa. Näissä kontakteissa hoitaja oli hieman aloitteellisempi (10krt) kuin Bertta (7 krt). Bertan toimintakykyä tukevia ilmauksia sisältyi kymmeneen kontaktiin seitsemästätoista.

”Hoitaja kysyy haluatko päiväsaliin”

”Ft kysyy kotiasioista, rollaattori, nousutuki, olitko kaatunut, selittää miksi toimii (perustelee sängystä nousemisen ja rollaattorin käytön harjoittelua)”

”Hoitaja motivoi/kannustaa syömään, hakee erikseen leipää pot. toiveesta”

Bertan kohdalla kuntoutuksellinen tavoite ilmeni kipujen kunnioittamisena ja lääkitsemisenä. Rollaattorikävelyä yritettiin, mutta koska istumaan nousukin oli Bertalle liian kivuliasta, siitä luovuttiin.

Selma

Selma on 83 –vuotias nainen, joka on tullut osastolle yleistilan laskun vuoksi. Hän liikkuu itsenäisesti rollaattorilla. Selma on sijoitettuna kahden hengen huoneeseen, josta jälkimmäisenä havainnointipäivänä toinen potilas siirrettiin bakteeritartunnan vuoksi pois ja huoneesta tuli eristyshuone. Tämän jälkeen Selma ei saanut poistua huoneesta ja hoitohenkilökunnan sekä havainnoijan tuli pukeutua suojavaatteisiin huoneessa ollessaan. Eristys vaikutti hyvin todennäköisesti Selman toimintaan jälkimmäisellä havainnointikerralla. Hoitajan kuvaus Selman toimintakyvystä:

”omatoiminen”

Selmalla oli yöpöydällä tavoitepaperi, jonka mukaan kuntouttava tavoite hoidossa on:

”Rollin kanssa kävellen, alkuun hoitajan kanssa. Vuodejumppa omatoimisesti.”

Selma vietti koko aamupäivän huoneessaan, mihin vaikutti osaltaan noin kymmeneltä alkanut eristys. Iltapäivälläkin Selma vietti suurimman osan (88 %) ajastaan potilashuoneessa. Hän oli 12 % ajastaan yhteisissä tiloissa, mikä sisälsi osallistumisen

osaston virikeryhmään päiväsalissa ja siihen liittyvät matkat rollaattorilla kävelen. Kaiken kaikkiaan Selma vietti ajastaan 94% potilashuoneessa ja 6% yhteisissä tiloissa.

Selman päivästä löytyy kahtatoista eri toimintaa. Myös Selma käytti eniten aikaa makuuasennon ylläpitämiseen (42 %). Seuraavaksi eniten häneltä kului aikaa ruokailemiseen/juomiseen (11%) ja unitoimintoihin (10 %). Vähiten Selma käytti aikaa kehon osien pesemiseen (1%) ja hoitamiseen (1%) sekä kotitaloustöiden tekemiseen (1%), mikä tarkoitti oman sängyn petaamista. Kukaan muu havainnoitavista ei tehnyt tätä toimintaa. Selman kohdalla aamupäivä (eristyspäätös) kului makuuasennon ylläpitoon (40%), unitoimintoihin (19%) ja ruokailu/juomiseen (14%). Iltapäivällä eniten aikaa kului edelleen makuuasennon ylläpitoon (47%), mutta seuraavaksi eniten keskusteluun (9%), kuuntelemiseen (9%) ja istuma-asennon ylläpitoon (9%). Kuunteleminen –toiminta sisälsi musiikin kuuntelua osaston virikeryhmässä.

TAULUKKO 7. Selman toiminta ja ajankäyttö

ICF	Toiminta	aamu		Ilta		yht.	
		min	%	min	%	min	%
D4150	Makuuasennon ylläpitäminen	155	40	150	45	305	42
d550,560	ruokaileminen,juominen	55	14	25	8	80	11
b134	unitoiminnot	75	19	0	0	75	10
d350	keskustelu	20	5	35	11	55	8
d530	WC:ssä käyminen	25	6	25	8	50	7
d4153	istuma-asennon ylläpitäminen	15	4	30	9	45	6
d450-469	käveleminen ja liikkuminen	5	1	25	8	30	4
d115	kuunteleminen	0	0	30	9	30	4
d540	pukeutuminen	20	5	0	0	20	3
d5100,5102	kehon osien peseminen,kuivaaminen	10	3	0	0	10	1
d520	kehon osien hoitaminen	5	1	5	2	10	1
d640	kotitaloustöiden tekeminen	5	1	5	2	10	1
	Yhteensä	390	≈100	330	≈100	720	≈100

Aamupäivällä Selma oli aloitteellinen kaikissa eri toiminnoissa. Keskustelu –toiminnassa aloite tuli toisinaan myös hoitohenkilökunnalta. Iltapäivällä hoitohenkilökunta oli aloitteellinen kuunteleminen –toiminnassa sekä toisinaan kävely/liikkuminen sekä keskustelu – toiminnoissa.

Selma toimi paljon yksin. Toimintoja, joihin osallistui muita toimijoita olivat keskustelu ja kuunteleminen. Selmankin kohdalla vuorovaikutustilanteita oli eniten hoitohenkilökunnan kanssa, 13/19 kertaa (taulukko 8). Aamupäivän eristystoimenpide näkyi siinä, että hoitotoimenpiteisiin liittyviä kontakteja oli selvästi enemmän kuin iltapäivällä, jolloin taasen korostui aktivointia ilmentävät ilmaukset.

”Hoitaja kysyy saako potilas vainapin auki itsenäisesti.”

”Hyvä katsekontakti, rauhallinen puhe, kotiutuskeskustelu, potilaan mielipidettä kysellään.”

Selma otti useita kertoja (6) kontaktia havainnoijaan iltapäivällä, jolloin huoneessa oli vielä toinen potilas ja Selmalla olisi myös ollut mahdollisuus mennä osaston yhteisiin tiloihin. Selman kontaktit olivat osittain ääneen ajattelua ja siten luokiteltavissa puhuminen –toimintaan, mutta toisaalta hän kohdisti puheen suoraan havainnoijalle ja odotti vastauksia, minkä vuoksi luokittelin alla olevan esimerkinkin keskusteleminen-toimintaan.

”Potilas kertoo kodistaan, pohtii kovasti kotiutumistaan, olosuhteita, pärjäämistä, kotihoidon varaan laskee; vastailen joo, niin.”

TAULUKKO 8. Selman vuorovaikutustilanteet.

Kontakti	Aamu	Ilta	Yhteensä / krt
POT→HOI	0	1	1
HOI→ POT	6	6	12
Yht.	6	7	13
<i>aktivointi</i>	1	4	5
POT↔POT	0	0	0
POT↔OMAI	0	0	0
POT→HAV	1	5	6
Yhteensä	7krt	12krt	19krt

Selman toimi vain osittain kuntoutuksellisten tavoitteidensa mukaisesti, vaikka hän oli havainnoitavista ainoa, jolla tavoitteet oli kirjattu paperille nähtäväksi. Selma liikkui kaikki matkat rollaattorilla itsenäisesti, mutta vuodejumppaa en nähnyt hänen tekevän.

Kalle

Kalle on havainnoitavista nuorin, 76 –vuotias mies, joka on hoidossa alaraajan tulehduksen (ruusu) vuoksi. Hän on neljän hengen huoneessa, jossa potilaat keskustelevat huomattavan paljon keskenään verrattuna muihin huoneisiin, joissa tein havainnoiteja. Kalle liikkuu ilman apuvälinettä. Hoitaja kuvaa Kallen toimintakykyä seuraavasti:

” Kalle liikkuu itsenäisesti, ohjattava ja valvottava wc-käynneillä, unohtelee.”

Kallen hoidon kuntoutukselliseksi tavoitteeksi on määritelty:

”Toiminnalliset matkat rollaattorilla, kannustus omatoimisuuteen.”

Kalle vietti aamupäivällä huoneessaan 81% ja iltapäivällä 82% ajastaan. Aamupäivällä Kalle oli 4% ajastaan osaston suihkutiloissa, jossa kukaan muu havainnoitavista ei havainnointien aikana ollut. Osaston muissa yhteisissä tiloissa päiväsalissa ja käytävällä Kalle oli aamupäivällä 15% ja iltapäivällä 18% ajastaan. Kaiken kaikkiaan Kalle vietti ajastaan 81% potilashuoneessa, 17% yhteisissä tiloissa ja 2% osaston suihkutilassa.

Kallen päivä sisälsi kolmeatoista eri, ICF –luokituksen mukaista toimintaa. Kalle käytti eniten aikaa makuuasennon ylläpitämiseen (37%) ruokailemiseen/juomiseen (17%) ja keskusteluun (13%). Vähiten Kalle käytti aikaa koko kehon pesemiseen/kuivaamiseen , kehon osien pesemiseen tai hoitamiseen (hiusten kampaaminen), pukeutumiseen ja puhumiseen, kaikkiin 1%:n kokonaisajasta. Verrattuna muihin havainnoitaviin vain Kallen toimintoihin sisältyi koko kehon peseminen/kuivaaminen eli suihkussa käynti. Kallen toimintoihin ei sisällynyt kuuntelemista, eikä kotitaloustöiden tekemistä (petaaminen).

TAULUKKO 9. Kallen toiminta ja ajankäyttö

ICF	Toiminta	Aamu		Ilta		Yht.	
		min	%	min	%	min	%
d4150	makuuasennon ylläpitäminen	165	42	75	23	240	33
d550,560	ruokaileminen,juominen	75	19	50	15	125	17
d350	keskustelu	15	4	95	29	110	15
d166	lukeminen	0	0	70	21	70	10
d450-469	käveleminen ja liikkuminen	20	5	30	9	50	7
b134	unitoiminnot	40	10	0	0	40	6

d530	WC:ssä käyminen	25	6	5	2	30	4
d4153	istuma-asennon ylläpitäminen	20	5	0	0	10	3
d5101,5102	koko kehon peseminen,kuivaaminen	10	3	0	0	10	1
d5100	kehon osien peseminen	5	1	0	0	5	1
d520	kehon osien hoitaminen	5	1	0	0	5	1
d540	pukeutuminen	5	1	0	0	5	1
d330,335	puhuminen,ei-kielellisten viestien tuottaminen	5	1	0	0	5	1
	Yhteensä	390	≈100	330	≈100	720	≈100

Kalle oli toisinaan aloitteellinen kaikissa muissa toiminnoissa paitsi koko kehon pesemisessä ja kuivaamisessa, mikä tapahtui vain hoitajan aloitteesta. Kalle oli aina aloitteellinen seuraavissa toiminnoissa: makuuasennon ylläpitäminen, ruokaileminen/juominen, lukeminen, puhuminen, kehon osien peseminen ja hoitaminen.

Kallen kohdalla toimintoja, joihin osallistui muita toimijoita olivat keskustelu, ruokaileminen/juominen, WC:ssä käyminen. Koko kehon peseminen ja kuivaaminen sekä pukeutuminen toteutuivat vain yhdessä hoitajan kanssa. Toimintoihin sisältyi vuorovaikutusta, jota on kuvattu taulukossa 10.

TAULUKKO 10. Kallen vuorovaikutustilanteet.

Kontakti	Aamu	Ilta	Yhteensä / krt
POT→HOI	2	2	4
HOI→POT	7	6	13
Yht.	6	8	14
<i>aktivointi</i>	4	5	9
POT↔POT	5	7	12
POT↔OMAI	0	0	0
POT→HAV	0	0	0
POT↔MUU	1	2	3
Yhteensä	12 krt	17krt	29 krt

Kallella oli havainnoitavista aktiivisimmin kontaktissa (15/29 krt.) muiden kuin hoitohenkilökunnan kanssa. Suurin osa vuorovaikutuksesta tapahtui muiden potilaiden

kanssa, mutta Kalle oli kontaktissa myös toisen potilaan omaisen kanssa useamman kerran. Hoitajat olivat selvästi aloitteellisempia (13/4 krt) vuorovaikutustilanteissa Kallen kanssa. Näissä kontakteissa esiintyi Kallea aktivoivia ilmauksia.

” Hoitaja käy kysymässä suihkuun ja sopivat ajan tunnin päähän.”

” Ohjaa (hoitaja suihkutilanteessa) pot. omatoimisuuteen, mutta pitää toiminnan ohjailun itsellään.”

” Hoitaja kehottaa käyttämään päivällä WC:tä (pullon sijaan), jotta pot. saisi liikuntaa.”

” Sairaanhoidaja kyselee kaikkien kuulumiset”

Kalle ei toiminut hänelle asetetun kuntoutuksellisen tavoitteet mukaisesti. Hän liikkui kaikki matkat itsenäisesti ilman rollaattoria, jota hänellä ei ollut potilashuoneessa ollenkaan. Hoitajat havaittiin kannustavan Kallea omatoimisuuteen koko kehon peseytymisessä ja pukeutumisessa.

Hilma

Hilma oli havainnoitavista ns. pilotti, jota havainnoin ensimmäiseksi ja testasin laatimaani havainnointirunkoa. Hilman havainnointiaika oli suunnitellusti selvästi muita lyhyempi ja toteutui vain yhtenä päivänä klo 9.25 –14.30 välisenä aikana. Päädyin esittämään myös Hilman päivää tuloksissa, koska se lisää ja monipuolistaa niukahkoa aineistoa. Vertailussa muihin havainnoitaviin rinnastan Hilman tulokset muiden potilaiden aamupäivään. Hilma on 86 -vuotias nainen, joka oli tullut sairaalaan kaatumisen vuoksi. Hänellä oli haava jalassa ja murtumia kasvoissa. Hän oli osastolla neljän hengen huoneessa. Hilma oli äidinkieleltään ruotsinkielinen, mikä selvisi vasta havainnoinnin aikana omaisen vierailun yhteydessä. Kielen vuoksi en pystynyt luotettavasti ymmärtämään kuulemiani keskusteluja. Hoitaja kuvasi Hilman toimintakykyä seuraavasti:

” Asiallinen ja orientoitunut rouva.”

Hilman kuntoutukselliseksi tavoitteeksi oli muotoiltu:

” Liikkuminen rollin tai kepin avulla, haavahoito, plastikakirurginen konsultaatio.”

Hilma vietti havainnoitavista vähiten aikaa huoneessaan (52%). Yhteisissä tiloissa hän oli 36% ja fysioterapiatilassa 11 % ajastaan. Fysioterapian sisältö painottui Hilman fyysisen toimintakyvyn testaamiseen, ja siksi luokittelin sen toimintana ICF – luokituksen kohtaan käveleminen/liikkuminen.

Hilman toiminnasta löytyy kahdeksaa eri toimintaa. Hän käytti lähes saman verran aikaa makuuasennon ylläpitoon (21%) ja kävelemiseen/liikkumiseen (20%). Seuraavaksi eniten hän käytti aikaa lukemiseen (16%). Vähiten Hilma käytti aikaansa WC:ssä käymiseen (3%) ja istuma-asennon ylläpitämiseen (3%). Verrattuna muihin havainnoitaviin Hilma käytti selvästi vähemmän aikaa makuuasennon ylläpitoon kuin muut. Havainnoinnin aikana hänen päiväänsä ei sisällynyt seuraavia toimintoja: kehon osien peseminen, kehon osien hoitaminen, koko kehon peseminen/kuivaaminen, pukeutuminen, kotitaloustöiden tekeminen (petaaminen), esineiden käsitteleminen, puhuminen ja kuunteleminen. Osan näistä toiminnoista Hilma oli mahdollisesti suorittanut aamulla ennen havainnoinnin alkua, joka alkoi vasta klo 9.25.

TAULUKKO 11. Hilman toiminta ja ajankäyttö

	Toiminta	Aamu	
ICF	Kuvauskohde	min	%
d4150	makuuasennon ylläpitäminen	65	21
d450	käveleminen ja liikuminen	60	20
d166	lukeminen	50	16
d550,560	ruokaileminen,juominen	40	13
d350	keskustelu	35	11
b134	unitoiminnot	35	11
d4156	istuma-asennon ylläpitäminen	10	3
d530	WC:ssä käyminen	10	3
	Yhteensä	305	≈100

Hilma oli aloitteellinen ainakin joskus kaikissa suorittamissaan toiminnoissa. Käveleminen/ liikuminen tai keskusteleminen tapahtuivat toisinaan joko hoitohenkilökunnan tai jonkun muun, tässä tapauksessa omaisen aloitteesta.

Hilman kohdalla toimintoja, joihin osallistui muita toimijoita olivat käveleminen/liikkuminen, ruokaileminen/juominen ja keskustelu. Näihin toimintoihin liittyvissä vuorovaikutustilanteissa Hilmalla selvästi enemmän kontakteja hoitohenkilökuntaan (8/11krt) kuin muihin potilaisiin tai omaisiin (taulukko 12).

Hoitajat olivat selvästi aloitteellisempia (7/1 krt) vuorovaikutustilanteissa ja kontakteihin sisältyi usein Hilman aktivointia.

*”Hoitaja tulee kysymään päiväsaliiin”
”Et ehdottaa fysioterapiaan lähtemistä”*

Hilma oli toinen havainnoitavista, jolla kävi omainen vierailulla. Vierailu kesti pitkään, mutta kirjasin sen kahdeksi kontaktiksi, koska potilaan ja omaiseen vuorovaikutukseen tuli välillä tauko potilaan toimiessa välillä hoitajan kanssa.

TAULUKKO 12. Hilman vuorovaikutustilanteet.

Kontakti	Aamu
POT→HOI	1
HOI→POT	7
Yht.	8
<i>aktivointi</i>	5
POT↔POT	1
POT↔OMAI	2
POT→HAV	0
Yhteensä	11

Hilman kuntoutukselliset tavoitteet ilmenivät havainnointiaikana vain osittain. Näin Hilman liikkuvan rollaattorilla sekä yksin että hoitohenkilökunnan avustamana. Haavahoitoa tai plastiikkakirurgista konsultaatiota en havainnut.

5.2 Tulosten yhteenveto

Seuraavaksi pyrin vastaamaan tämän opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin tekemällä yhteenvedon edellä esittelemistä viidestä potilastapauksesta (liite 9). Tässä luvussa siirryn käyttämään ICF –luokituksen käsitteiden ohella kuvauskohteiden arkikielisempiä ja osin kuvaavampiakin käsitteitä. Esimerkiksi koko kehon peseminen/kuivaaminen on mielestäni luontevampaa korvata käsitteellä suihkussa käynti tai peseytyminen suihkussa.

5.2.1 Potilaiden päivän sisältö ja ajankäyttö

Havainnoitavien päiviin Espoon sairaalan TK 1- osastolla sisältyi yhteensä kuuttatoista eri ICF-luokituksen mukaista toimintaa. Toiminnoista kuusi sisältyi kaikkien havainnoitavien päivään. Näitä toimintoja olivat: makuuasennon ylläpitäminen, keskustelu, unitoiminnot, ruokaileminen/juominen, käveleminen ja liikkuminen sekä istuma-asennon ylläpito. Toimintoja, joita sisältyi vain yhden potilaan päivään olivat kuunteleminen, koko kehon peseminen/kuivaaminen sekä kotitaloustöiden tekeminen. WC:ssä käyminen oli ainut toiminto, joka puuttui vain yhdeltä havainnoitavista, tässä tapauksessa vuodepotilas ”Bertalta”.

Kaikki havainnoitavat käyttivät selvästi eniten aikaa omalla sängyllä lepäilyyn, yhteensä 38 % kokonaishavainnointiajasta. Lepäily oli hieman yleisempää iltakuin aamupäivällä. Lepäilyyn käytetty aika vaihteli havainnoitavien kohdalla 20 – 51 % :iin havainnointiajasta. Lepäilyn aikana potilaat eivät siis tehneet mitään muuta havaittavaa toimintaa. Kokonaishavainnointiaikaan verrattuna potilaat käyttivät seuraavaksi eniten aikaa keskustelemiseen (13%) ja nukkumiseen (13%). Keskusteleminen painottui selvästi iltapäivään ja nukkuminen aamupäivään. Muun kuin lepäilyn osalta potilaiden ajankäytössä oli enemmän keskinäistä vaihtelua. Toiseksi eniten aikaa käytettiin ruokailemiseen (2/5), keskustelemiseen (1/5), liikkumiseen (1/5) tai nukkumiseen(1/5).

Kokonaishavainnointiaikaan verrattuna potilaat käyttivät vähiten aikaa kotitaloustöihin (sängyn petaaminen, <1%) ja suihkussa käymiseen (<1%). Seuraavaksi vähiten aikaa (1% kuhunkin) kului pikkupesuihin, hiusten ja parran hoitamiseen, tavaroiden käsittelyyn (yöpöydällä ja laatikossa), pukeutumiseen, puhumiseen sekä kuuntelemiseen. Näiden toimintojen suorittaminen painottui esineiden käsittelyä ja sängyn petaamista lukuun ottamatta aamupäivään. Muista havainnoitavista poiketen kahden potilaan päivään sisältyi vähiten istuma-asennon ylläpito -toimintaa. Toinen heistä oli vuodepotilas ja toinen itsenäisesti liikkuva ”Hilma”, jonka toimintaa havainnoitiin vain aamupäivän ajan.

Liikkuminen, esiintyi jollakin tavoin kaikkien havainnoitavien hoidon kuntoutuksellisissa tavoitteissa. Sen osuus oli 8% kokonaishavainnointiajasta . Potilaiden liikkumiseen käyttämä aika vaihteli 2% -20% :iin. Eniten aikaa liikkumiseen käytti ”Hilma”, jonka päivään sisältyi fysioterapia-arvio. Vähiten siihen käytti aikaa ”Berta”, jonka vointi heikkeni kesken havainnoinnin. Havainnoitavien liikkumiseen käyttämä aika painottui aamupäivään, mutta vaihtelua yksilötasolla siinäkin esiintyi.

Vuodepotilas Berttaa lukuun ottamatta kaikki havainnoitavat kykenivät liikkumaan itsenäisesti joko apuvälineen avulla tai ilman, joten liikkuminen ei ollut avun saannin mahdollisuudesta riippuvainen.

Potilaat keskustelivat eniten hoitohenkilökunnan kanssa. Seuraavaksi eniten potilaat keskustelivat keskenään. Omaisten kanssa keskusteli joko puhelimitse yksi potilas ja kasvokkain vierailuaikana kaksi potilasta. Vain yhden havainnoitavan huoneessa oli aktiivista keskustelua potilaiden kesken. Potilaat ottivat kontaktia havainnoijaan.

Vain yksi potilaista käytti aikaa kuuntelemiseen, mikä tapahtui virikeohjaajan tuokiossa. Radiota en havainnut yhdenkään kuuntelevan ensisijaisesti, en myöskään katsovan TV:tä. Päiväsalissa nämä molemmat olivat satunnaisesti auki esimerkiksi ruokailutilanteiden aikaan ja havainnoimani potilaat saattoivat syödessään toki kuunnella tai katsella, mutta tutkimukseni metodologisten valintojen vuoksi kirjasin ylös vain selkeästi havaitsemani toiminnan.

5.2.2 Potilaiden toimintaan liittyvät yksilötekijät

Potilaiden toiminta vuodeosastolla on sidoksissa kunkin yksilöllisiin tekijöihin, joita on esitelty tarkemmin opinnäytetyöni teoriaosuudessa. Havainnoitavat erosivat mm. sukupuolen, iän, sairaalaan joutumisen syyn ja toimintakykynsä suhteen. Nämä kaikki seikat vaikuttivat heidän toimintaansa samoin kuin henkiset tekijät (motivaatio, tahto, valinnat). Tässä tutkimuksessa yhtenä tarkoituksena oli selvittää miten potilaat itse vaikuttivat päivänsä sisältöön vuodeosastolla ja sitä havainnoitiin toimintojen valintaan liittyvän aloitteellisuuden ja oman tahdon ilmausten kautta.

Havainnoitavat olivat useimmiten aloitteellisia suorittamissaan toiminnoissa. Toimintoja, jotka tapahtuivat vain potilaiden aloitteesta olivat lepäily, nukkuminen, lukeminen, puhuminen, kehon hoitaminen (kampaaminen, parran ajo), tavaroiden käsittely ja potilassängyn petaaminen. Vain hoitohenkilökunnan aloitteesta toteutuivat suihkupesut ja kuunteleminen. Kuunteleminen tapahtui osaston virikeryhmässä, jonne hoitaja houkutteli havainnoitavan. Keskustelemisessä olivat aloitteellisia myös toiset potilaat ja omaiset samoin ruokailemisessa yhden havainnoitavan osalta. Ruokaileminen on toiminta, joka vuodeosastolla käynnistyy selkeimmin kulttuurisen

ympäristön, vuodeosaston päivärutiinin toimesta useita kertoja päivässä. Potilaalle jää valittavaksi syökö hän aterian.

Havainnoitavat tekivät valintoja aloittamalla erilaisia toimintoja, mutta lisäksi he ilmaisivat suoraan toiveensa tai hoitajan houkuttelemana. Usein valinnan mahdollisuus liittyi ruokaan, mutta myös eri toimintojen toteutumisen ajankohtaan potilas saattoi vaikuttaa. ”Antti” ilmaisi halunsa harjoitella kävelyä kävelytelineellä kelaamalla telineen luo ja nousemalla siten vasten seisomaan. Hoitaja huomioi potilaan halun ja lähti varmistamaan kävelyä.

5.2.3 Toimintaan liittyvät ympäristötekijät

Yksilötekijöiden lisäksi toimintaympäristö vaikuttaa merkittävästi potilaan toimintaan vuodeosastolla. Tässä tutkimuksessa selvitettiin potilaan päivään sisältyvien toimintojen fyysisiä ympäristöjä sekä sosiaalista ympäristöä toimintaan osallistuneiden ja toimijoiden välisen vuorovaikutuksen kautta. Lisäksi havaittiin sairaalan kulttuurisen ja institutionaaliseen ympäristön selkeä vaikutus havainnoitavien toimintaan. Osastolla oli tietty päiväohjelma, mikä rytmitti potilaiden ajankäyttöä, josta selkeimpänä esimerkkinä ruokailu. Havainnoitavat käyttivät sairaalan vaatteita ja selkeästi erillisiä päivä- ja yövaatteita ei käytetty. Päivällä oli käytössä aamutakki sairaalavaatekerraston päällä.

Havainnoitavat oleskelivat omassa potilashuoneessa (5/5), yhteisissä tiloissa (4/5), yhteisissä suihkutiloissa (1/5) tai fysioterapiatilassa (1/5). Kukaan potilaista ei käynyt osaston ulkopuolella tai vierailut toisessa potilashuoneessa. Potilaat viettivät huomattavan osan ajastaan (86%) huoneessaan. Huoneessa vietetty aika vaihteli havainnoitavien kesken 56%:sta 100 % :iin. Bertan yleistilan heikkeneminen ja Selman joutuminen eritykseen lisäsivät todennäköisesti potilashuoneessa vietettyä aikaa. Yhteisissä tiloissa, päiväsalissa ja käytävällä havainnoitavat olivat yhteensä 13 % ajastaan ja vain 1%:n fysioterapiatilassa tai yhteisissä suihkutiloissa. Potilaat viettivät hieman vähemmän aikaa omissa huoneissaan hoitajien aamuvuoron aikana.

TAULUKKO 13. Potilaiden fyysiset toimintaympäristöt.

Tila	Aamu		Ilta		Yht.	
	min	%	min	%	min	%
Oma potilashuone	1545	83	1185	90	2730	86

Yhteiset tilat	270	14	135	10	405	13
Yhteinen suihkutila	15	1	0	0	15	<1
Fysioterapiatila	35	2	0	0	35	1
Yhteensä	1865	100	1320	100	3185	100

Potilaat toimivat paljon yksin, kun yksin toimiminen määritellään toiminnan suorittamiseen osallistumisen kautta. Toimintojen aikana samassa tilassa oli lähes aina vähintään yksi toinen henkilö, mutta hän harvoin osallistui potilaan tekeillä olevaan toimintaan. Osittain tähän vaikutti havainnoitavien toimintakyvyn taso. He suoriutuivat lähes kaikista toiminnoista ilman apua ja suorittivat niitä ainakin toisinaan yksin. Aina yksin suoritettuja toimintoja olivat lepäily, nukkuminen, lukeminen, kampaaminen tai parran ajo, tavaroiden käsittely yöpöydällä sekä sängyn petaaminen. Suihkussa käyminen toteutui vain hoitajan kanssa. Yhdessä toimimiseen liittyi toimijoiden välistä vuorovaikutusta, jota tapahtui havainnoitavien ja hoitohenkilökunnan, toisten potilaiden, omaisten, jonkun muun (toisen potilaan omainen) tai havainnoijan kanssa (taulukko 14).

TAULUKKO 14. Potilaiden vuorovaikutustilanteet.

Kontakti	Yhteensä /krt
POT→HOI	20
HOI→POT	56
Yht.	76
<i>aktivointi</i>	42
POT↔POT	21
POT↔OMAI	6
POT↔MUU	3
POT→HAV	9
Yhteensä	112 krt

Eniten potilailla oli vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan kanssa (76/ 112krt). Näistä vuorovaikutustilanteista poimittiin teoriaosuudessa määriteltyä kuntouttavaa hoitotyötä ja potilaille asetettuja kuntoutuksellisia tavoitteita ilmentäviä ilmauksia ja tekoja tutkijan toimintaterapeuttisen näkökulman kautta tulkittuna osana potilaan sosiaalista

ympäristöä. Näitä löytyi yli puolesta (42 /76 krt) hoitajan ja potilaan välisistä kontakteista. Potilaita aktivoitiin seuraavasti:

- avustamisen porrastaminen potilaan toimintakyvyn mukaan
- sanallinen ohjaus puolesta tekemisen sijaan
- liikkumisen kannustaminen ja siinä avustaminen tarvittaessa
- päiväsaliiin ja virikeryhmään houkuttelu
- potilaan kotiolosuhteiden kysyminen
- potilaiden toiveiden kysyminen ruokaan tai toiminnan ajankohtaan liittyen
- potilaiden kuulumisten kysyminen

5.2.4 Kuntoutuksellisten tavoitteiden ilmeneminen

Kaikille havainnoitaville oli asetettu hoidon kuntoutuksellinen tavoite tai tavoitteet. Nämä tavoitteet olivat keskenään melko samansisältöisiä. Kaikissa tavoiteltiin liikkumista rollaattorilla myös potilas ”Kallen” kohdalla, jolla ei ainakaan havainnointi aikana ollut sitä liikkumisen apuvälineenä. Muiksi tavoitteiksi oli määritelty omatoiminen vuodejumppa, omatoimisuuteen kannustaminen, kivun hoito, haavahoito ja plastiikkakirurginen konsultaatio. Tavoitteet ilmenivät sekä hoitohenkilökunnan että potilaiden toiminnassa jossakin määrin. Osa tavoitteista oli toimintaterapeuttisesta näkökulmasta enemmän hoidollisia kuin kuntoutuksellisia

6 POHDINTA

Opinnäytetyöni tavoitteena oli tuottaa tietoa Espoon sairaalan TK1 –osaston nykyistä toimintamalleista potilaan näkökulmasta tarkasteltuna osastolla tapahtuvan laajemman kehittämistyön pohjaksi. Keräsin tietoa havainnoimalla viiden, eri syistä osastolle tulleen, potilaan toimintaa. Opinnäytetyöni tuloksena syntyi kuvauksia näiden potilaiden päivien sisällöstä vuodeosastolla, mitkä eivät ole millään tavoin yleistettävissä laajemmin. Opinnäytetyöni tulokset on tarkoitettu ensisijaisesti TK1 – osaston henkilökunnan sekä Liittyvä Voima –hankkeen osaprojekti 3:n käyttöön. Pohdin seuraavaksi ensin tutkimuksen tuloksia, sen jälkeen tutkimuksen toteutusta ja luotettavuutta sekä lopuksi koko opinnäytetyöprosessia.

Potilaiden päivään sisältyneiden toimintojen valikko vastasi ennakko-odotuksiani, toisin kuin potilaiden ajan jakautuminen eri toimintojen kesken. Omassa potilassängyssä vietettiin paljon aikaa, vaikka havainnoitavat, yhtä lukuun ottamatta suoriutuivat itsenäisesti liikkumisesta. Potilaat olivat makuuasennossa sängyllä enemmänkin kuin mitä tulostui havainnointikohtiin ”makuuasennon ylläpito” tai ”unitoiminnot”, koska osa keskustelemisesta ja lukemisesta toteutui sängyllä maaten. Havainnontien aikana näin myös muiden kuin tutkimusjoukkoon kuuluneiden potilaiden toimintaa, ja sängyllä lepäily tai nukkuminen oli heilläkin yleistä, mikä tukee tutkimukseni tulosta. Samoin opinnäytetyöni teoriaosuudessa esitetyissä tutkimuksissa saatiin samansuuntaisia tuloksia (Wood-Womack-Hooper 2009:337-349; Bernhardtin ym. 2007: 43 –48). Potilaiden korkea ikä ja sairauden tila toki vaikuttavat lepäilyn määrään, minkä osaston henkilökuntakin toi esille tutkimustuloksia pohtiessaan. Toimintaterapeutina näen, että vuodeosastolle joutuessaan yksilö siirtyy potilaan rooliin, mihin kuuluu hoidettavana oleminen ja lepääminen. Potilaan roolista kuntoutujan rooliin siirtymistä ei aina ehdi tapahtua lyhytaikaisosastolla, jossa akuutista sairastumisesta toipunut potilas pyritään kotiuttamaan mahdollisimman pian laitostumisen ehkäisemiseksi. Vuodeosastolla sänky on potilaan ainut oma paikka, ja sellaisena ehkä jonkinlainen turvapaikka vieraassa ympäristössä. Potilashuoneisiin ei mahdu kuin muutama tuoli potilassänkyjen lisäksi oleskelua varten. Toisaalta oleskelutilan puute omassa huoneessa saattaa ohjata potilaita paremmin osaston yhteisiin tiloihin ja sosiaaliseen kanssakäymiseen muiden potilaiden kanssa.

Potilaat keskustelivat selvästi vähemmän potilastovereiden kuin hoitohenkilökunnan kanssa, vaikka viettivät heidän kanssaan suuren osan päivästänsä samassa huoneessa. Tähän vaikuttanee monet asiat, mutta syinä voivat olla alentuneeseen kuuloon tai dementiaan liittyvät kommunikaation vaikeudet. Sairaana ollessa halukkuus ponnistelua vaativaan keskusteluun ei houkuta. Havaitsin hoitohenkilökunnan tärkeän roolin potilaiden välisen keskustelun käynnistäjänä ja ylläpitäjänä.

Osaston henkilökuntaa hämmästytti, miksi tutkimusjoukon potilaat käyttivät hyvin vähän aikaa kuuntelemiseen. He olivat ajatelleet, että potilaat kuuntelisivat enemmän radiota, koska se kuuluu jokaisen potilaspaikan varustukseen. Yhtenä syynä tähän saattaa olla se, että melko yksinkertaisetkin laitteet ovat vieraita ja liian monimutkaisia opittavaksi potilaille, joista usealla on jonkin asteinen muistihäiriö. Monella on myös kuulon alenemaa, jolloin saatetaan haluta levätä ponnistelua vaativasta kuuntelemisesta

tai käyttää jäljellä oleva kuulo ympäristön tapahtumien seuraamiseen radion sijaan. Hoitohenkilökunta mietti päiväsalin hankittujen musiikki- ja linnunlaululevyjen kuuntelumahdollisuuksien lisäämistä.

Havainnoimiltani potilailta kului yllättävän vähän aikaa itsestä huolehtimisen toimintoihin lukuun ottamatta ruokailua. Osittain tämä selittynee tutkimukseni metodologisilla seikoilla. Havainnoitavat olivat saattaneet suorittaa kyseisiä toimintoja havainnointiajan ulkopuolella. Vaatteiden pukeminen ja riisuminen olisi monipuolisia taitoja vaativaa ja siten monelle potilaalle kuntouttavaa, tarkoituksenmukaista toimintaa. Pukeutuminen on sarjallinen toiminta, joka vaatii kykyä tehdä valintoja, hahmottaa suuntia ja järjestystä motoristen taitojen lisäksi. Se on myös toimintaa, jota tukisi suoraan kotona selviytymistä. Pukeutumistilanteita potilaalle tulee vain kovin vähän, jos toiminta liittyy ainoastaan suihkutilanteeseen, joka ei toteudu päivittäin. Voisiko ainakin lähellä kotiutumista olevilla potilailla olla erikseen yö- ja päivävaatteet ja vaatteiden vaihtaminen kuuluisi vuodeosaston toimintakulttuuriin? Vain yksi havainnoitavista petasi oman sänkynsä, vaikka useammalla olisi ollut siihen luultavasti riittävät valmiudet. Petaaminen mahdollistaisi myös monipuolisen taitojen harjoittelun. Siinä yhdistyy tasapainon hallinta, liikkuminen, yläraajojen liikkeet, esineen käsittely sekä hahmotus.

Potilaan yksilölliset tekijät vaikuttavat hänen toimintaansa merkittävästi. Ikääntymiseen liittyvät muutokset etenkin fyysisissä ja kognitiivisissa toiminnoissa vaikuttavat toiminnoista suoriutumiseen, mutta myös toimintoihin hakeutumiseen potilaan sairauden oireiden lisäksi. Potilaat olivat usein aloitteellisia toimintojen valinnassa, mutta valitsivat enimmäkseen lepäilyä omassa huoneessa tai välttämättömiä itsestä huolehtimisen toimintoja (ruokailu, wc:ssä käyminen). En nähnyt yhtenkään potilaan ottavan uusia vaatteita potilashuoneen kaapista, vaikka siihen kannustetaan potilashuoneissa olevissa ”Kuntoutumisen ABC – huoneentaulussa”. Spontaanit oman tahdon ilmaukset olivat myös yllättävän vähäisiä. Moni potilas tarvitsee henkilökunnan ohjausta toimiakseen monipuolisemmin ja voimavarojaan paremmin hyödyntäen. Tämä koskee myös tahdon ilmaisemista ja valintojen tekemistä.

Havainnoitavan hakeutuminen vuorovaikutukseen toisten huoneessa olevien potilaiden kanssa tai lähteminen yhteisiin tiloihin saattoi estyä myös havainnoijan läsnäoloon liittyvillä syillä. Havainnoitava aloitti keskustelun havainnoijan kanssa, mikä toi

hetkellisesti toimintaa olemiseen, ei tullut tarvetta hakea virikkeitä muualta. Havainnointi oli havainnoitaville outo tilanne ja havainnoija ”perässä kulkijan” ominaisuudessa saattoi tuntua kiusalliselta, mikä johti mahdollisesti havainnoitavaa pysymään turvallisesti omassa huoneessa ja sängyssä.

Potilaat viettivät suurimman osan ajastaan omassa huoneessaan. Kukaan havainnoitavista ei käynyt osaston ulkopuolella, vaikka se olisi ollut periaatteessa mahdollista; kyseessä ei ollut suljettu osasto. Havainnoinnit sijoituivat loppukevääseen, jolloin ulkoilukin olisi ollut mahdollista säätilan puolesta. TK 1-sijaitsee sairaalan 2.kerroksessa, mikä osaltaan vaikeuttaa osaston ulkopuolella liikkumista. TK 1 -osaston fyysisissä puitteissa on tiettyjä tekijöitä, kuten ahtaus, hälyisyys ja rauhallisen oleskelutilan tai parvekkeen puute, jotka saattavat vähentää potilaiden hakeutumista oman huoneen ulkopuolelle. Espoon uuden sairaalan suunnittelussa tullaan toivottavasti huomioimaan vuodeosastojen fyysinen ympäristö yhtenä merkittävänä potilaiden toimintakykyä edistävänä tekijänä. Hoito- ja kuntoutushenkilökunnan kokemusta ja osaamista tulisi hyödyntää uudisrakennuksen suunnittelussa.

Potilaat toimivat paljon yksin, koska he valitsivat toimintoja, joista suoriutuivat itsenäisesti. Jättivätkö he tietoisesti valitsematta toimintoja, joihin olisivat tarvinneet hoitohenkilökunnan apua ajatellen ehkä heidän kiireistä työtahtiaan? Osaston henkilökunta ihmetteli, miksi vuodepotilas ”Bertalla” ei ollut ollenkaan havainnointimerkintää WC -toiminnoista, mikä tarkoitti, ettei hänen havainnointiaikaansa sisältynyt wc:ssä käymistä tai vaippojen vaihtoa. Toiminnoissa, joissa potilaat ja henkilökunta toimivat yhdessä, havaitsin erilaisia kuntouttavaa työtappaa ja potilaan toimintakykyä edistäviä ilmaisuja ja tekoja, joita olen yrittänyt saada näkyviksi opinnäytetyöraportissani . Muun heidän välisensä vuorovaikutuksen pidin sairauden hoitoon liittyvänä ”hoitotoimenpidepuheena” , jota en katsonut tarpeelliseksi analysoida sen tarkemmin. Ajattelen havainnointikokemukseeni pohjaten , että hoitohenkilökunta koostuu yksilöistä, jotka eroavat toisistaan paitsi koulutuksen ja ammattikokemuksen myös potilaaseen kohdistuvien asenteidensa suhteen. Nämä vaikuttavat kunkin valmiuksiin ja tahtoon toimia potilaan toimintakykyä edistävästi.

Potilaiden kuntoutukselliset tavoitteet olivat hyvin samansisältöisiä. Tutkimukseni aikana osastolla oltiin kehittämässä tavoitteiden asettamista ja niiden näkyväksi

tekemistä myös potilaalle ja omaisille (tavoitepaperi yöpöydällä). Myös tutkijat (Voutilainen 2009: 124; Vähäkangas 2009: 147) korostavat yhteistyötä potilaan ja omaisten kanssa tavoitteen asettelussa. Jäin miettimään, kuinka potilaat hahmottavat heille asetettuja tavoitteita. Miten he näkevät niiden yhteyden kotiutumiseen, joka oli kuitenkin monen potilaan toive. Näitä olisin halunnut heiltä kysyä. Potilaan sitoutuminen tavoitteen suuntaiseen toimintaan lienee heikkoa, jos potilas ei koe sitä omakseen. Potilaat, joilla toimintakyky on alentunut myös muistisairauden vuoksi, ovat erityinen haaste tavoitteiden asettelulle ja seurannalle. Voisiko tavoitteiden toteutumista ja potilaan motivoitumista vahvistaa jonkinlaisella konkreettisella välineellä vaikkapa seurantakortilla? Esimerkiksi potilas, jolle oli asetettu tavoitteeksi omatoiminen vuodejumppa, laittaisi korttiin merkinnän, kun on tehnyt kyseistä toimintaa. Liikuntakyvyn vahvistaminen on merkittävä tekijä potilaan toimintakyvyn edistämässä ja sinänsä tärkeä tavoite, mutta voisiko potilas tavoitella myös jotakin muuta? Esimerkiksi voisiko tavoitteena olla, että potilas syö kaikki ateriat päiväsalissa? Kuulin hyvin vähän puhetta kodista ja kotiutumisesta. Lähes kaikilla osaston potilailla on kuitenkin tavoitteena kotiutua. Voisiko potilaan ajatuksia suunnata kotiin vaikkapa suihkutilanteessa kysymällä, millaiset pesutilat hänellä on kotona tai kokeeko potilas pesutilanteet kotona mukavina ja turvallisina? Toimintaterapeutina ajattelen, että näin voisi löytyä yksilöllisempiä hoidon kuntoutuksellisia tavoitteita ja keinoja perustella potilaille aktiivisempaa toimintaa jo osastolla.

Olen käsitellyt opinnäytetyöhöni liittyviä tutkimuseettisiä kysymyksiä luvussa 4.3. enkä kertaakaan niitä tässä. Tutkimukseni eteni suurelta osin tutkimussuunnitelman mukaisesti aikataulua lukuun ottamatta. Aineistonkeruun viivästyminen tutkimusluvallisista syistä vaikutti kuitenkin tutkimuksen toteutukseen tutkimukseen valikoituneiden havainnoitavien osalta. Tarkoituksena oli havainnoida tietyn tyyppisiä potilaita, mutta aikataulullisista syistä havainnoijan aikataulut tulivat osin määrääviksi potilaiden valinnassa, mikä vaikutti aineiston sisältöön. Havainnointi aineistonkeruun menetelmänä oli vaativa ja olisi vaatinut enemmän harjoittelua. Toinen havainnoija olisi mahdollistanut havaintojen vertailun, mikä olisi lisännyt tutkimuksen luotettavuutta. Pohdin useaan kertaan havainnointien aikana, vaikuttiko läsnäoloni hoitajien tai potilaiden toimintaan. Olen kirjannut muistiinpanoihini :” *jättääkö hoitajat käyntejä väliin, kun tietävät että olen havainnoimassa.* ”Tutkimukseni luotettavuuden lisäämiseksi olen yrittänyt kuvata aineistonkeruun ja analysoinnin mahdollisimman tarkasti tässä raportissa. Mielestäni havainnointi tutkimusmenetelmänä sopi hyvin

selvittämään potilaiden päivän sisältöä ja siihen liittyneitä toimintoja. Toimintaan liittyneiden yksilö- ja ympäristötekijöiden osalta potilaiden ja henkilökunnan haastattelut olisivat laajentaneet näkökulmaa. Osastolla toteutetaan Liittyvä Voima-hankkeeseen liittyen muitakin opinnäytetöitä, joissa potilaan ja henkilökunnan ääni tulee näkyväksi.

Opinnäytetyöni teoriaosuus tuki tutkimuksen toteuttamista. ICF –toimintakykyluokitus oli itsestään selvä valinta, koska se oli osaprojekti 3:n yhteinen viitekehys, yhteinen näkemys toimintakyvystä. ICF –luokituksessa on paljon samoja elementtejä toimintaterapian keskeisten teorioiden kanssa. Tein opinnäytetyöni ensisijaisesti hoitohenkilökunnalle ja sen vuoksi katsoin tarpeelliseksi esitellä toimintaterapian keskeisiä ajatuksia ja tehdä näkyväksi, mistä näkökulmasta olen havaintojani tehnyt. Päädyin esittelemään Kanadalaisen toiminnallisen suoriutumisen mallin hieman tarkemmin, koska siinä korostuu ympäristötekijät. Olisin voinut ehkä esitellä myös Inhimillisen toiminnan mallia, jossa yksilötekijät tulevat paremmin esille. En halunnut kuitenkaan paisuttaa toimintaterapian osuutta, koska se ei ollut tutkimuskysymyksiin vastaamisen kannalta oleellista.

Tämän opinnäytetyön tekeminen oli minulle suuri ponnistus, mutta myös päivitysopintojeni merkittävin oppimiskokemus. Aiheen rajaus ja teoriaosuuden kokoaminen vaatii tiedonhaun taitoja, joista minulla oli aiemmin hyvin vähän kokemusta. Valitsin työni aiheen tietoisesti oman työpaikkani ulkopuolelta. Opinnäytetyöprosessiin suunnittelemani aikataulu ei pitänyt. Opintovapaani loppui aineistonkeruun vaiheessa ja sen jälkeen päivätyö ja elämän muut vaateet ovat vieneet aikaa ja ajatuksia tältä työltä. Ennalta ajattelin, että olisin opinnäytetyöni suhteen tiiviimmin yhteydessä hankkeeseen. Erityisesti aiheen rajauksen yhteydessä huomasin odottavani enemmän ajatuksia ja toiveita osastolta olinhan tekemässä heille alkutilanteen kartoitusta. Liittyvä Voima –hanke antoi tukea opinnäytetyöni eri vaiheissa. Suunnitteluvaiheessa sain mahdollisuuden käydä keskusteluja opinnäytetyöstäni projektiryhmän kanssa sekä projektin opinnäytetyöpajassa. Sain myös projektipäällikkö Toini Harralta työtäni suuntaavaa ohjausta, josta lämmin kiitos hänelle. Haluan kiittää myös osastonhoitaja Eija-Liisa Salomaata kannustavasta suhtautumisesta ja käytännön avusta tutkimusjärjestelyissä.

Opinnäytetyöni kautta pääsin näkemään Espoon sairaalan TK 1-vuodeosaston arkea yhteensä kymmenenä päivänä kevään 2010 aikana . Tarkastelin vuodeosaston toimintakulttuuria yksittäisten potilaiden näkökulmasta. Toimintaterapeutina näin, että potilaiden toimintakykyä edistäviä periaatteita toteutui potilaiden hoidossa. Toteutustavat vaihtelivat työntekijästä riippuen, mutta näin omatoimisuuteen tukemista, potilaan valmiudet huomioivaa avustamista, oman tahdon ilmauksiin ja valintoihin rohkaisua, liikkumiseen ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen kannustamista. Sen sijaan osaston fyysisessä ympäristössä on tekijöitä, jotka saattavat rajoittaa potilaiden toimintaa. Yhteiset tilat ovat ahtaat ja ääniympäristöltään usein meluisat. Rauhalliset tilat muutaman hengen kohtaamista varten puuttuvat samoin ulkoilua mahdollistava tila osaston läheisyydessä. Opinnäytetyöni perusteella uskon, että toimintaterapian asiantuntijuutta voisi hyödyntää nykyistä enemmän vuodeosastoympäristössä edistämään potilaiden toimintakykyä ja parantamaan kotona selviytymisen edellytyksiä. Toimintaterapeutti voisi auttaa potilaille mielekkäiden ja tarkoituksenmukaisten toimintojen toteutumisessa sekä osaltaan ylläpitää ”kotiä” potilaan mielessä. Jatkotutkimusaiheeksi esitän potilaiden kokemusten tutkimista liittyen heidän päivänsä sisältöön vuodeosastolla. Mitä he pitävät toimintakykyään edistävinä tai estävinä tekijöinä vuodeosastoympäristössä?

7. LÄHTEET

- Bernharddt, Julie – Chan, James – Nicola, Ilona – Collier, Janice M 2007: Little therapy, little physical activity: Rehabilitation within the first 14 days of organized stroke unit care. *Journal of Rehabilitation Medicine* 39. 43 – 48.
- Eskola, Anne 2006: ”Ajankäyttöympyrä helppo, ei kummonen, ihan ok” – yhdeksäsluokkalaisten ajankäytön kartoitus. *Opinnäytetyö*. Helsinki: Helsingin ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma.
- Eskola, Jari – Suoranta, Juha 1998: *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino
- Harra, Toini 2003: Toimintaterapianimikkeistön teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Holma, Tupu (toim.): *Toimintaterapianimikkeistö 2003*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 1.
- Huijben-Schoenmakers, Marleen – Gamel, Claudia – Hafsteinsdottir, Thora B 2009: Filling up the hours: how do stroke patients on a rehabilitation nursing home spend the day?. *Clinical Rehabilitation* 23(12). 1145 –1150.
- ICF. Toimintakyvyn, toiminnan rajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. WHO, 2001. Käännös Stakes. Jyväskylä: 2004.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto.
- Kielhofner, Gary 2008: *Model Of Human Occupation. Theory and application*. Fourth Edition. USA: Lippincott Williams &Wilkins.
- Karlsson, Mia 2010. *Sairaanhoitaja*. Espoon kaupunki. Jorvin sairaalan terveyskeskusvuodeosasto 1. Espoo. Suullinen tiedonanto 8.1.

- Laukkanen, Pia 2008: Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, Eino – Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Launiainen, Helena – Lintula, Leila 2003: Toimintaterapia ja toimintaterapeutit. Teoksessa Holma, Tupu (toim.): Toimintaterapianimikkeistö 2003. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 1.
- Letts, Lori (toim.) - Rigby, Patty (toim.) - Stewart, Debra (toim.) 2003: Using Environments to Enable Occupational Performance. USA: SLACK.
- Liedberg, Gunilla M. – Hesselstrand, Malin E. – Henriksson, Chris M. 2004: Time Use and Activity Patterns in Women with Long-term Pain. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 11. 26-35.
- Liittyvä Voima –hanke. Pilotin kehittämissuunnitelma 2.11.2009
- Lyyra, Tiina –Mari 2007: Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Lyyra, Tiina – Mari – Pikkarainen, Aila – Tiikkainen, Pirjo (toim.): Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.
- Muurinen, Seija – Valvanne, Jaakko 2005: Vanhusten lyhytaikainen laitoshoido. Gerontologia 2. 65 – 72.
- Norbergh, Karl-Gustav – Asplund, Kenneth – Rasmussen, Birgit Holritz – Nordahl, Gunnar – Sandman, Per-Olof 2001: How patients with dementia spend their time in a psycho-geriatric unit. Scandinavian Journal Caring Science 15. 215-221.
- Pikkarainen, Aila 2007: Ympäristö. Teoksessa Lyyra, Tiina – Mari – Pikkarainen, Aila – Tiikkainen, Pirjo (toim.): Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.
- Rigby, Patty – Letts, Lori 2003: Environment and Occupational Performance: Theoretical Considerations. Teoksessa Letts, Lori (toim.) - Rigby, Patty

(toim.) - Stewart, Debra (toim.) : Using Environments to Enable Occupational Performance. USA: SLACK.

Routasalo, Pirkko 2004: Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Heimonen, Sirkkaliisa – Voutilainen, Päivi (toim.): Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi.

Routasalo, Pirkko 2002: Sairaanhoidajat iäkkään potilaan kuntoutumisen edistäjinä. Gerontologia 3. 109 – 119.

Salomaa, Eija 2010. Osastonhoitaja. Espoon kaupunki. Jorvin sairaalan terveyskeskusvuodeosasto 1. Espoo. Suullinen tiedonanto 8.1

Townsend, Elizabeth (toim.) – Stanton, Sue – Law Mary – Polatajko, Helene – Baptiste, Sue – Thompson-Franson, Tracey – Kramer, Christine – Swedlove, Fern – Brintnell, Sharon – Campanile, Loredana 1998: Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective. Ottawa: CAOT Publications ACE.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vilkka, Hanna 2006: Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Vilkka, Hanna 2009: Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Voutilainen, Pia 2009: Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Voutilainen, Päivi – Tiikkainen, Pirjo (toim.): Gerontologinen hoitotyö. Helsinki. WSOY.

Vähäkangas, Pia 2009: Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Voutilainen, Päivi – Tiikkainen, Pirjo (toim.): Gerontologinen hoitotyö. Helsinki. WSOY.

Wood, Wendy – Womack, Jennifer – Hooper, Barbara 2009: Dying of Boredom: An Exploratory Case Study of Time Use, Apparent Affect, and Routine

Activity Situations on Two Alzheimer's Special Care Units. *The American Journal of Occupational Therapy* 63 (3). 337 – 349.

Suoritukset ja osallistuminen*Pääluokka 1 Oppiminen ja tiedon soveltaminen*

Tarkoitukselliset aistikokemukset

d115 Kuunteleminen

Perusoppiminen

Tiedon soveltaminen

d166 Lukeminen*Pääluokka 2 Yleisluonteiset tehtävät ja vaateet**Pääluokka 3 Kommunikointi*

Kommunikointi – viestien ymmärtäminen

Kommunikointi – viestien tuottaminen

d330 Puhuminen**d335 Ei-kielellisten viestien tuottaminen**

Keskustelu sekä kommunikointilaitteiden ja –tekniikoiden käyttäminen

d350 Keskustelu*Pääluokka 4 Liikkuminen*Asennon vaihtaminen ja ylläpitäminen (**d4100 Makuulle meno**)

Asennon ylläpitäminen

d4150 Makuuasennon ylläpitäminen**d4153 Istuma-asennon ylläpitäminen****Esineiden kantaminen, liikkuttaminen ja käsitteleminen (d430-d449)****Käveleminen ja liikkuminen (d450-d469)**

Liikkuminen kulkuneuvoilla

Pääluokka 5 Itsestä huolehtiminen

d510 Peseytyminen

d5100 Kehon osien peseminen**d5101 Koko kehon peseminen****d5102 Kuivaaminen****d520 Kehon osien hoitaminen****d530 WC:ssä käyminen****d540 Pukeutuminen****d550 Ruokaileminen****d560 Juominen**

d570 Omasta terveydestä huolehtiminen

d598 Itsestä huolehtiminen, muu määritelty

d599 Itsestä huolehtiminen, määrittelemätön

Pääluokka 6 Kotielämä

Välttämättömyyshyödykkeiden ja –tarvikkeiden hankkiminen

Kotitaloustehtävät

d640 Kotitaloustöiden tekeminen

Kotitalouden esineistä, kasveista ja eläimistä huolehtiminen ja muiden henkilöiden avustaminen

*Pääluokka 7 Henkilöiden välinen vuorovaikutus ja ihmissuhteet**Pääluokka 8 Keskeiset elämänalueet**Pääluokka 9 Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä*



ESPOO
ESBO

KUNTOUTUMISEN A, B, C

Kuntoutuminen edellyttää aktiivisuutta ja omien voimavarojen hyödyntämistä silloinkin kun ne ovat rajalliset. Tässä on kirjattuna osastomme keskeisiä toimintaperiaatteita, joiden avulla voitte vaikuttaa omaan kuntoutumiseenne ja toimintakykyne ylläpitoon sairaalaympäristössä.

- A. Liikkukaa päivittäin aina kun voitte ja pyrkikää olemaan pystyasennossa mahdollisimman paljon. Kuntoutumista edistävää hyötyliikuntaa kertyy kaikista päivittäisistä toiminnoista, jotka ovat välttämättömiä kotiympäristössännekin.
- B. Lounas (klo 11:30) ja päivällinen (klo 16) tarjoillaan osaston päiväsalissa. Hyvää ruokahalua!
- C. Hygienian hoitoon liittyviä tuotteita ja puhtaita päivä- ja yövaatteita sekä liinavaatteita löytyy huoneenne kaapeista. Nämä ovat vapaasti käytettävissänne. Kysykää henkilöökunnalta jos ette löydä tarvitsemaanne.

Jokainen askel on eteenpäin!



Hei osasto 1:n työntekijät !

Opiskelen Metropolia ammattikorkeakoulussa toimintaterapian AMK -tutkintoon johtavassa päivityskoulutuksessa. Teen opintoihini liittyvän opinnäytetyöni tällä osastolla Liittyvä Voima-hankkeeseen liittyen.

Opinnäytetyöni tavoitteena on tuottaa tietoa osaston nykyisistä toimintamalleista potilaan näkökulmasta tarkasteltuna Liittyvä Voima-hankkeessa tapahtuvan kehittämistyön pohjaksi.

Tarkoituksena on kuvata potilaiden päivän sisältöä ja kuntoutuksellisten tavoitteiden ilmenemistä päivän aikana.

Tutkimusjoukkona on osaston neljä potilasta, joiden toimintaa havainnoin tarkkailevan havainnoinnin menetelmällä. Suoritan kunkin potilaan havainnointia kahtena peräkkäisenä päivänä, toisena klo 7.30 -14.00 ja toisena klo 14.00 -19.30. Yhteensä tulen tekemään siis kahdeksan havainnointia.

Tavoitteenani on saada aineiston keruu valmiiksi 11.6. mennessä.

Opinnäytetyöni yhteyshenkilönä osastolla toimii osastonhoitaja Eija Salomaa. Mikäli sinulla on kysyttävää opinnäytetyöstäni minut tavoitat parhaiten sähköpostilla

hanna.pohjonen@metropolia.fi

Yhteistyöterveisin



Hanna Pohjonen

HAVAINNOINTILOMAKE

LITTE 4

pvm havainnointipäivä: A,B,C,D havainnointivan kuntoutukselliset tavoitteet:

KLO	TOIMINTA	TASO	YKSILÖTEKIJÄT	FYYS. YMP.	MUU YMP.	HUOMIOITA

pvm: havainnointipäivä (aamu/ilta)

havainnointiva: koodataan A,B,C,D (annetaan sama koodi samalle havainnointivalle molempina päivinä)

kunt.tavoitteet: saadaan havainnointivan sairaskertomustiedoista

klo: merkinnät tehdään toiminnan vaihtumisen mukaan, mutta väh. 15 min välein

toiminta: kuvataan toiminta IGF-luokituksen mukaan pääluokittain ja tarkemmin vapaamuotoisesti

taso(1-4): havainnointiva toimii 1)itsenäisesti, 2) osin avustettuna, 3) täysin avustettuna, 4) ei määriteltävissä

yksilötekijät: kirjataan vapaamuotoisesti havainnot havainnointivan aloitteellisuudesta, tahdon ja toiveiden ilmauksista jne.

fys.ympäristö: kirjataan toiminnan suorituspaikka (esim. potilashuone, päiväsaali, sairaalan kanttiin)

muu ympäristö: kuka mukana toiminnassa ? kenen kanssa vuorovaikutusta?

huomioita : havainnointivan toimintaan vaikuttavat merkittävät tekijät, havainnoinnin keskeytykset ym.

Arvoisa Espoon sairaalan potilas

Pyydämme Teiltä lupaa saada haastatella sekä havainnoida teitä sekä arvioida avullanne turvallista lääkehoitoa, kotiutumista ja toimintakykyä edistäviä ja estäviä tekijöitä.

Liittyvä Voima -hankkeen pilotissa on tarkoitus kehittää Espoon sairaalan turvallista lääkehoitoa, kotiutumista ja potilaiden toimintakykyä edistäviä toimintamalleja. Pilotti toteutetaan yhdessä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan kanssa aikavälillä 1.1.2010–31.12.2011.

Tulokset esitetään niin, että ketään ei voida yksilönä tunnistaa. Tulokset tullaan esittämään julkaisuissa ja seminaareissa. Kerätty aineisto tullaan hävittämään hankkeen päätyttyä.

Kiitos arvokkaasta avustanne!

Toini Harra
Liittyvä Voima -hanke
projektipäällikkö
p.040-3346102
toini.harra@metropolia.fi

Sirpa Immonen
Liittyvä Voima -hanke
projektipäällikkö
p. 050-5752257
sirpa.immonen@espoo.fi

Merja Reijonen
Liittyvä Voima -hanke
projektipäällikkö
p.040-7145154
merja.reijonen@metropolia.fi



Suostumus

Annan suostumukseni, että minua saa haastatella ja havainnoida sekä voin osallistua Liittyvä Voima -hankkeen pilottiin.

Espoo ____./____. 2010

Potilaan/ asiakkaan allekirjoitus



SUOSTUMUSLOMAKE

Allekirjoittanut suostuu Espoon sairaalan Jorvin sairaalan terveyskeskusvuodeosastolla 1 toteutuvaan opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen tutkittavaksi. Allekirjoittanut on saanut tutkimuksesta Liittyvä Voima –hankkeen kirjallisen tiedotteen sekä sanallista informaatiota tutkimuksen kulusta.

Allekirjoittanut antaa luvan tutkijalle havainnoida toimintaansa osastolla kahden päivän aikana. Allekirjoittanut antaa luvan tutkijalle pyytää hoitajalta seuraavat itseään koskevat tiedot:

- nimi ja ikä
- sairaalaan tulon syy
- hoitajan kuvaus tämän hetkisestä toimintakyvystäni
- hoitojaksolleni asetetut kuntoutukselliset tavoitteet

Allekirjoittanut tietää voivansa milloin tahansa peruuttaa suostumuksensa ja lopettaa osallistumisensa tutkimukseen.

Espoossa _____
pvm potilaan allekirjoitus

ESPOO
ESBO

TUTKIMUSLUPA



TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon sosiaali- ja terveystoimen esikunta/Kehittämisyksikkö myöntää tutkimusluvan
8.4.2010 päivätyn tutkimuslupa-anomuksen mukaisesti.

Hakija: Hanna Pohjonen

Aihe: Potilaan päivän sisältö ja kuntoutuksellisten tavoitteiden ilmeneminen sen
aikana

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja/t ei/vät käytä saamiaan tietoja asiakkaan/potilaan
tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan
pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä.
Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia
tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Edellytämme, että tutkija/t luovuttaa/vat sosiaali- ja terveystoimen Kehittämisyksikön käyttöön
maksutta lopullisen tutkimusraportin **kahtena kappaleena**.

Espoossa 23.4.2010

Lea Konttinen
kehittämispäällikkö

ANTIN TOIMINTA JA SIIHEN LIITTYVÄT TEKIJÄT HAVAINNOINTIAKANA

LIITE 8
1 (5)

Toiminta	Kuvauskohde	Aamu		Ilta		Yht.		Paikka		Toimijat		Aloite	
		min	%	min	%	min	%	aamu	ilta	aamu	ilta	aamu	ilta
d4150	makuuasennon ylläpitäminen	105	27	125	38	230	32	H	H	1	1	1	PO
b134	untitoiminnot	115	29	35	11	150	21	H	H	1	1	1	PO
d450-469	käveleminen ja liikkuminen	55	14	40	12	95	13	H,YT	H,YT	1,2	1,2	1,2	PO,HO
d350	keskustelu	20	5	45	14	65	9	H,YT	H,YT	1,2	2,3	PO,HO	PO,HO,M
d550,560	ruokaileminen,juominen	30	8	25	8	55	8	H,YT	H	1,2	1	PO,M	PO,M
d4153	istuma-asennon ylläpitäminen	15	4	25	8	40	6	H,YT	H,YT	1	1	PO	PO
d530	WC:ssä käyminen	15	4	25	8	40	6	H	H	1,2	1,2	PO,HO	PO
d330	puhuminen	15	4	0	0	15	2	YT		1		PO	
d166	lukeminen	10	3	0	0	10	1	YT		1		PO	
d430-449	esineiden käsitteleminen*)	0	0	10	3	10	1	H			1		PO
d5100,5102	kehon osien peseminen,kuivaaminen	5	1	0	0	5	1	H		2		HO	
d520	kehon osien hoitaminen	5	1	0	0	5	1	H		1		PO	
	YHTEENSÄ	390	100	330	102	720	101						

*) esineiden kantaminen, liikuttaminen ja käsitteleminen

Paikka:

H = potilashuone
YT = yhteiset tilat
ST = suihkutila
FT = fysioterapiatila

Toimijat:

1 = potilas yksin
2 = potilas yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa
3 = potilas yhdessä jonkun muun kanssa

Aloite:

PO = potilas
HO = hoitohenkilökunta
M = joku muu esim. toinen potilas tai omaishenkilö

BERTAN TOIMINTA JA SIIHEN LIITTYVÄT TEKIJÄT HAVAINNOINTIAIKANA

LIITE 8

2 (5)

Toiminta	Kuvauskohde	Aamu		Ilta		Yht.		Paikka		Toimijat		Aloite		
		min	%	min	%	min	%	aamu	ilta	aamu	ilta	aamu	ilta	
d4150	makuuasennon ylläpitäminen	170	44	195	59	365	51	H	H	1	1	1	PO	PO
d350	keskustelu	35	9	110	33	145	20	H	H	1,2,3	1	1	PO	PO
b134	unitoiminnot	115	29	0	0	115	16	H		1	1		PO	
d550,560	ruokaileminen, juominen	20	5	25	8	45	6	H	H	1	1	1,2	PO,M	PO,M
d330	puhuminen	20	5	0	0	20	3	H		1	1		PO	
d450-469	käveleminen ja liikkuminen	15	4	0	0	15	2	H					HO	
d430-449	esineiden käsitteleminen*)	10	3	0	0	10	1	H		1	1		PO	
d4153	istuma-asennon ylläpitäminen	5	1	0	0	5	1	H		2	2		HO	
	YHTEENSÄ	390	100	330	100	720	100							

*) esineiden kantaminen, liikutaminen ja käsitteleminen

Paikka:

H = potilashuone

YT = yhteiset tilat

ST = suihkutila

FT = fysioterapiatila

Toimijat:

1 = potilas yksin

2 = potilas yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa

3 = potilas yhdessä jonkun muun kanssa

Aloite:

PO = potilas

HO = hoitohenkilökunta

M = joku muu esim. toinen potilas tai omainen

SELMAN TOIMINTA JA SIIHEN LIITTYVÄT TEKIJÄT HAVAINNOINTIAIKANA

LIITE 8
3 (5)

Toiminta	Kuvauskohde	Aamu	%	ilta	%	Yht.	%	Paikka		Toimijat	Aloite		
ICF		min		min		min		aamu	ilta	aamu	ilta	aamu	ilta
d4150	makuuasennon ylläpitäminen	155	40	150	45	305	42	H	H	1	1	PO	PO
d550,560	ruokaileminen,juominen	55	14	25	8	80	11	H	H	1	1	PO,M	PO,M
b134	unitoiminnot	75	19	0	0	75	10	H		1		PO	
d350	keskustelu	20	5	35	11	55	8	H	H	2,3	2,3	PO,HO	PO,HO
d530	WC:ssä käyminen	25	6	25	8	50	7						
d4153	istuma-asennon ylläpitäminen	15	4	30	9	45	6	H	H	1	1	PO	PO
d450-469	käveleminen ja liikkuminen	5	1	25	8	30	4	H	H,YT	1	1	PO	PO,HO
d115	kuunteleminen	0	0	30	9	30	4		YT		2,3		HO
d540	pukeutuminen	20	5	0	0	20	3	H		1		PO	
d5100,5102	kehon osien peseminen,kuivaaminen	10	3	0	0	10	1	H		1		PO	
d520	kehon osien hoitaminen	5	1	5	2	10	1	H		1		PO	
d640	kotitaloustöiden tekeminen	5	1	5	2	10	1	H	H	1	1	PO	PO
	YHTEENSÄ	390	99	330	102	720	98						

Paikka:
H = potilashuone
YT = yhteiset tilat
ST = suihkutila
FT = fysioterapiatila

Toimijat:
1 = potilas yksin
2 = potilas yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa
3 = potilas yhdessä jonkun muun kanssa

Aloite:
PO = potilas
HO = hoitohenkilökunta
M = joku muu esim. toinen potilas tai omainen

KALLEN TOIMINTA JA SIIHEN LIITTYVÄT TEKIJÄT HAVAINNOINTIAIKANA

LIITE 8
4 (5)

Toiminta	Kuvauskohde	Aamu		Ilta		Yht.		Paikka		Toimijat		Aloite		
		min	%	min	%	min	%	aamu	ilta	aamu	ilta	aamu	ilta	
d4150	makuuasennon ylläpitäminen	165	42	75	23	240	33	H	H	1	1	1	PO	PO
d550,560	ruokaileminen,juominen	75	19	50	15	125	17	H,YT	H,YT	1	1	1	PO,M	PO,M
d350	keskustelu	15	4	95	29	110	15	H,YT	H,YT	1,2,3	1,2,3	1	PO,HO,M	PO,HO,M
d166	lukeminen	0	0	70	21	70	10		H,YT			1		PO
d450-469	käveleminen ja liikkuminen	20	5	30	9	50	7	H,YT	H,YT	1	1	1	PO,HO	PO,HO
b134	unitoiminnot	40	10	0	0	40	6	H		1	1	1	PO,HO	
d530	WC:ssä käyminen	25	6	5	2	30	4	H	H	1	1	2	PO	HO
d4153	istuma-asennon ylläpitäminen	20	5	0	0	20	3	H		1	1	1	PO,HO	
d5101,5102	koko kehon peseminen,kuivaaminen	10	3	0	0	10	1	ST		2	2	2	HO	
d5100,5102	kehon osien peseminen,kuivaaminen	5	1	0	0	5	1	H		1	1	1	PO	
d520	kehon osien hoitaminen	5	1	0	0	5	1	H		1	1	1	PO	
d540	pukeutuminen	5	1	0	0	5	1	ST		2	2	2	PO,HO	
d330	puhuminen	5	1	0	0	5	1	H		1	1	1	PO	
	YHTEENSÄ	390	98	325	99	715	100							

Palkka:

H = potilashuone

YT = yhteiset tilat

ST = suihkutila

FT = fysioterapiatila

Toimijat:

1 = potilas yksin

2 = potilas yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa

3 = potilas yhdessä jonkun muun kanssa

Aloite:

PO = potilas

HO = hoitohenkilökunta

M = joku muu esim. toinen potilas tai omainen

HILMAN TOIMINTA JA SIIHEN LIITTYVÄT TEKIJÄT HAVAINNOINTIAIKANA

LITTE 8
5 (5)

Toiminta	Aamu /Yht. min	%	Paikka	Toimijat	Aloite
ICF	Kuvauskohde				
d4150	makuuasennon ylläpitäminen	60	20 H	PO	PO
d450-469	käveleminen ja liikkuminen	60	20 H, YT, FT	PO, HO, M	PO, HO
d166	lukeminen	45	15 H, YT	PO	PO
d350	keskustelu	45	15 H, YT	PO, M	PO, HO, M
d550,560	ruokaileminen, juominen	35	11 H, YT	PO	PO
b134	untoinnit	35	11 H	PO	PO
d530	WC:ssä käyminen	15	5 H	PO	PO
d4153	istuma-asennon ylläpitäminen	10	3 H	PO	PO
	YHTEENSÄ	305	100		

Paikka:
H = potilashuone
YT = yhteiset tilat
ST = suihkutila
FT = fysioterapiatila

Toimijat:
1 = potilas yksin
2 = potilas yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa
3 = potilas yhdessä jonkun muun kanssa

Aloite:
PO = potilas
HO = hoitohenkilökunta
M = joku muu esim. toinen potilas tai omainen

YHTEENVETO POTILAIDEN POTILAIKSEN TOIMINNASTA JA SIIHEN LIITTYVISTÄ TEKIJÖISTÄ

LIITE 9

Toiminta	Aihealue	Kuvauskohde	pot	Aamu min	%	Ilta min	%	Yht. min	%	Aloite	Toimijat
d4150		4 makuuasennon ylläpitäminen	5	655	35	545	41	1200	38	PO	1
d350		3 keskustelu	5	135	7	285	22	420	13	PO,HO,M	2,3
b134	x)	unihoiminnat	5	380	20	35	3	415	13	PO	1
d550,560		5 ruokaileminen,juominen	5	215	12	125	9	340	11	PO,HO,M	1,2,3
d450-469		4 käveleminen ja liikkuminen	5	155	8	100	8	255	8	PO,HO	1,2,3
d530		2 WC:ssä käyminen	4	80	4	55	4	135	4	PO,HO	1,2
d166		1 lukeminen	3	55	3	70	5	125	4	PO	1
d4153		4 istuma-asennon ylläpitäminen	5	65	3	55	4	120	4	PO,HO	1,2
d330		3 puhuminen	3	40	2	0	0	40	1	PO	1,3
d115		1 kuunteleminen	1	0	0	30	2	30	1	HO	2,3
d540		5 pukeutuminen	2	25	1	0	0	25	1	PO,HO	1,2
d5100,5102		5 kehon osien peseminen, kuivaaminen	3	20	1	0	0	20	1	PO,HO	1,2
d520		5 kehon osien hoitaminen	3	15	1	5	0	20	1	PO	1
d430-449		4 esineiden käsitteleminen*	2	10	1	10	1	20	1	PO	1
d5101,5102		5 koko kehon peseminen, kuivaaminen	1	10	1	0	0	10	0	HO	2
d640		6 kottaloustöiden tekeminen	1	5	0	5	0	10	0	PO	1
		YHTEENSÄ		1865	99	1320	99	3185	101		

x) Ruumiinkehon toiminnot

*) esineiden kantaminen, liikuttaminen ja käsitteleminen

Toimijat:

1 = potilas yksin

2 = potilas yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa

3 = potilas yhdessä jonkun muun kanssa

Aloite:

PO = potilas

HO = hoitohenkilökunta

M = joku kuu esim. toinen potilas

