



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

”EIHÄN NY KAUAN MEE VARTIN RAPPUKÄVELYYN”

Kuntouttavan työotteen mallin kehittäminen Pälkäneen kunnan
kotihoitoon

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kuntoutuksen koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Kevät 2013
Tiina Knuutinen

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kuntoutuksen koulutusohjelma

KNUUTINEN TIINA: ”Eihän ny kauan mee vartin rappukävelyyn”
Kuntouttavan työotteen mallin kehittäminen Pälkäneen
kunnan kotihoitoon

Sosiaali- ja terveystieteiden kuntoutuksen koulutusohjelman opinnäytetyö, 71 sivua, 7
liitesivua

Kevät 2013

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö toteutettiin työelämälähtöisenä kehittämishankkeena Pälkäneen kunnan kotihoitossa. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli vahvistaa Pälkäneen kunnan kotihoiton henkilökunnan yhtenäistä asennetta kuntouttavaan työotteeseen lisäämällä työntekijöiden tietoisuutta kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Tarkoituksena oli myös lisätä ja selkiyttää moniammatillista yhteistyötä kotihoiton sisällä asiakkaiden kuntoutumisen edistämiseksi. Kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda selkeä kuntouttavan työotteen malli Pälkäneen kunnan kotihoitoon.

Kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimuksena haastattelemalla kotihoiton henkilökunta ryhmä- ja teemahaastatteluiden avulla. Haastatteluiden saatujen tulosten perusteella hankkeen ohjausryhmä laati kuntouttavan työotteen mallin, jota toteutettiin Pälkäneen kotihoitossa talvella 2012 – 2013. Mallin arviointi tapahtui koko henkilökunnan yhteisissä arviointikeskusteluissa keväällä 2013.

Haastattelut teemoitettiin sisällönanalyysin avulla. Esiin nousseiden teemojen perusteella ohjausryhmä kokosi kehittämiskohteet, joiden pohjalta laadittiin kuntouttavan työotteen malli. Kehittämiskohteiksi nousivat kartoituskäynti uuden asiakkaan luo, tiedonkulku asiakkaan/ omaisen, hoitajan ja fysioterapeutin välillä, kirjaamis- ja palaverikäytännöt, hoitajien kouluttaminen kuntouttavaan työotteeseen sekä asiakkaille suunnattujen ryhmätoimintojen kehittäminen.

Mallin avulla hoitajien ymmärrys kuntouttavan työotteen tärkeydestä lisääntyi, kirjaamis- ja palaverikäytäntöjä kehitettiin tukemaan moniammatillista kuntouttavaa hoitotyötä, hoitajille laadittiin konkreettisia työkaluja kuntouttavan työotteen toteuttamiseksi asiakkaan kodeissa, hoitajien kouluttaminen otettiin jatkuvaksi käytännöksi sekä asiakkaiden ryhmätoimintoja muokattiin toimintakyvyn tasoa vastaaviksi. Malli sisällytetään kotihoiton perehdytyskansioon ja sitä tullaan myös käyttämään hyväksi Pälkäneen kunnan vanhuspalveluita kehitettäessä.

Avainsanat: kotihoito, kuntouttava työote, kuntouttava hoitotyö, moniammatillinen yhteistyö, toimintatutkimus

Lahti University of Applied Sciences
Master`s Degree of Social and Health Care
Degree Programme in Rehabilitation

KNUUTINEN TIINA:

Rehabilitative approach model for
Pälkäne municipal home care

Master`s Thesis in Rehabilitation, 71 pages, 7 appendices

Spring 2013

ABSTRACT

This diploma work was a working life development project at Pälkäne municipal home care. The aim of this thesis was to strengthen Pälkäne municipal home care staff`s uniform attitude to rehabilitative approach by enhancing the employees` awareness of rehabilitation nursing. The second aim was to increase and clarify the multi-professional co-operation within the home care unit to contribute to the rehabilitation of clients. The objective of this project was to create a clear model for rehabilitative approach at Pälkäne municipal home care.

The development project was conducted as action research by interviewing Pälkäne municipal home care staff with group and theme interviews. Based on the results of the interviews, the project steering group prepared a rehabilitative approach model, which was carried out at Pälkäne municipal home care during the winter 2012 – 2013. The model evaluation was carried out through discussions, where the whole staff was involved in the spring 2013.

The interviews were themed with content analysis. Based on the analysis of the themes that emerged, the steering group gathered development targets that resulted in a rehabilitative approach model. As development target emerged charting visits of the new client, the flow of information between client/ relative, caregiver and physiotherapist, recognition and meeting procedures, training of nurses in rehabilitative approach and development of group activities for clients.

The model enhanced home care staff`s increased understanding of the importance of rehabilitative care, recording and meeting practices were developed to support multi-professional rehabilitative care, there were prepared concrete tools for caregivers to implement rehabilitative care at client`s homes, caregivers` training was taken as a continuous practice and client group activities were edited to better respond to the level of functional capacity. The model will be included in the home care guidebook and it will also be used in the developing of Pälkäne`s elderly services.

Key words: home care, rehabilitative approach, rehabilitative care, multi-professional co-operation, action research

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	4
2.1	Kohdeorganisaatio	4
2.2	Kuntoutustoiminnan kehittyminen Pälkäneen kotihoidossa	7
2.3	Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoitteet	9
3	MONIAMMATILLINEN KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ KOTIHOIDOSSA	11
3.1	Kotihoito	11
3.2	Kuntouttava työote	13
3.3	Moniammatillinen yhteistyö	16
4	KEHITTÄMISHANKKEEN ETENEMINEN	21
4.1	Lähestymistapana toimintatutkimus	21
4.2	Kehittämishankkeen syklisyys	22
4.3	Aineiston keruu	24
4.4	Aineiston analysointi	26
5	HAASTATTELUIDEN TULOKSET	28
5.1	Hoitajien käsitys kuntouttavasta työotteesta	28
5.2	Asenne kuntouttavaan työotteeseen	31
5.3	Hoitajien käsityksiä moniammatillisesta yhteistyöstä	33
5.4	Organisaatiomuutoksen vaikutukset	34
5.5	Kuntouttavan työotteen kehittämisideat	35
5.6	Tulokset suhteessa aikaisempaan tutkimustietoon	37
6	KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN MALLI	44
6.1	Suunnitteluvaihe	44
6.2	Kuntouttavan työotteen malli	48
6.3	Kehittämishankkeen arviointi	51
7	POHDINTA	55
7.1	Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus	55
7.2	Kehittämishanke prosessina ja tulevaisuuden haasteet	57
	LÄHTEET	62
	LIITTEET	72

1 JOHDANTO

Valtakunnallisten linjausten mukaisesti myös Pälkäneen kunta on uudistamassa vanhusten hoidon palvelurakennetta. Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) laatiman Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan vanhusten pitkäaikaishoiva on järjestettävä iäkkään oman toiveen mukaisesti joko kotona tai kodinomaisessa asumisyksikössä. Tavoitteena on vähentää laitospaikkojen lukumäärää suhteessa kunnan järjestämän kotihoidon ja tehostetun asumispalvelun määrään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 28.) Myös uusi, 1.7.2013 voimaan astuva Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli ns. vanhuspalvelulaki edellyttää kuntien kiinnittävän huomiota erityisesti kuntouttaviin ja kotona asumista edistäviin palveluihin (Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980, 13 §).

Jotta näihin edellä mainittuihin tavoitteisiin päästään, myös Pälkäneen kunnassa panostetaan ennaltaehkäisevään ja kuntouttavaan vanhustyöhön sekä kotiin järjestettäviin palveluihin. Kehittämishankkeeni aiheena onkin kuntouttavan työn kehittäminen Pälkäneen kunnan vanhusten kotihoidossa. Lisäämällä kotihoidon turvin kotona asuvan ikäihmisen toimintakykyä kuntoutuksen ja ennaltaehkäisevän toiminnan avulla, voidaan laitoshoitoon joutumista siirtää tai jopa kokonaan välttää (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 22).

Myös Parjanteen (2004) mukaan ennaltaehkäisevän näkökulman tulisi olla ensisijalla suunniteltaessa ikäihmisten palveluita. Toimintakykyä edistävät, ennaltaehkäisevät ja kuntouttavat toimenpiteet lisäävät aluksi sosiaali- ja terveydenhuollon menoja, mutta ovat edullisempia pitkällä aikavälillä. Hoivamenojen kehitykseen vaikuttaa ratkaisevammin ikäihmisten hyvä toimintakyky kuin ikääntyvien ihmisten määrän kasvu. (Parjanne 2004, 105.)

Pälkäneellä yli 75 – vuotiaiden osuus koko kunnan väestöstä on suuri. Tilastokeskuksen (2013) ennusteiden mukaan 75 vuotta täyttäneiden osuus kuntalaisista kasvaa nykyisestä noin 10 %:sta 21 %:iin vuoteen 2040 mennessä. Hyvin iäkkäiden osuus vanhusväestöstä lisääntyy; eliniän arvioidaan pitenevän noin vuodella vuosikymmentä kohden (Virnes, Sahala, Majoinen & Laukkanen 2006, 10). Tä-

män suuntainen väestörakenteen kehitys tuo haasteita vanhustenhuollon järjestämiseen. Pälkäneellä ainoana ratkaisuna nähdään ennaltaehkäisevään vanhustyöhön panostaminen, jonka avulla hyvinkin iäkkäät kuntalaiset pysyvät toimintakykyisinä ja pystyvät asumaan pidempään omissa kodeissaan (Pälkäneen kunta 2010).

Kehittämishankkeen aihe on ajankohtainen työssäni vanhustyön fysioterapeuttina Pälkäneen kunnassa. Työnkuvaani kuuluu paitsi ennaltaehkäisevän geriatrisen ryhmäkuntoutuksen järjestäminen pälkäneläisille iäkkäille, myös kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn arviointi ja vanhustyön henkilökunnan ohjaus ja neuvonta kuntouttavassa työotteessa. Toimin myös kuntoutuksen asiantuntijana erilaisissa vanhuspalveluiden työryhmissä, joten kehittämistyö kunnan vanhuspalveluissa on tärkeä osa toimenkuvaani.

Pälkäneen kotihoito on koko kehittämishankkeen ajan elänyt muutosvaihetta. Kotisairaanhoidon siirtyä yhteistoiminta-alueen terveystalouksista Pälkäneen perusturvan alaisuuteen vuoden 2012 alusta. Tuolloin yhdistetystä kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta tuli yksi kotihoidon yksikkö. Lisäksi Pälkäneen kunnan maantieteellisen laajuuden takia kotihoitoon muodostettiin kehittämishankkeen aikana uusi, kolmas kotihoidon tiimi. Hankkeen aikana kotihoidossa otettiin myös käyttöön uusi sähköinen potilastietojärjestelmä, joten kotihoidossa eletään jatkuvaa muutosta. Tämä aiheuttaa haasteita järjestää palveluita reaaliaikaisesti, asiakkaan tarpeita vaativalla tavalla.

Valtakunnallisestikin on todettu, että kotihoidon palvelut ovat usein pirstaleisia ja kuntien tulisi pyrkiä palvelujen eheyttämiseen. Engeström, Niemelä, Nummijoki ja Nyman (2009) puhuvat kotihoidon palvelujen eheyttämisestä kolmesta eri näkökulmasta. He näkevät tärkeinä kehittämiskohteina vuorovaikutteisen työtavan luomisen kotihoidon asiakastyöhön, asiakkaan voimavarojen aktivoimista edistävien toimien sisällyttämisen kotihoidon rutiinitehtäviin sekä koordinoimisen eri palveluntuottajien välille. (Engeström ym. 2009, 271 – 272.) Kehittämishankkeeni tukikin voimakkaasti tätä eheyttämistrendiä.

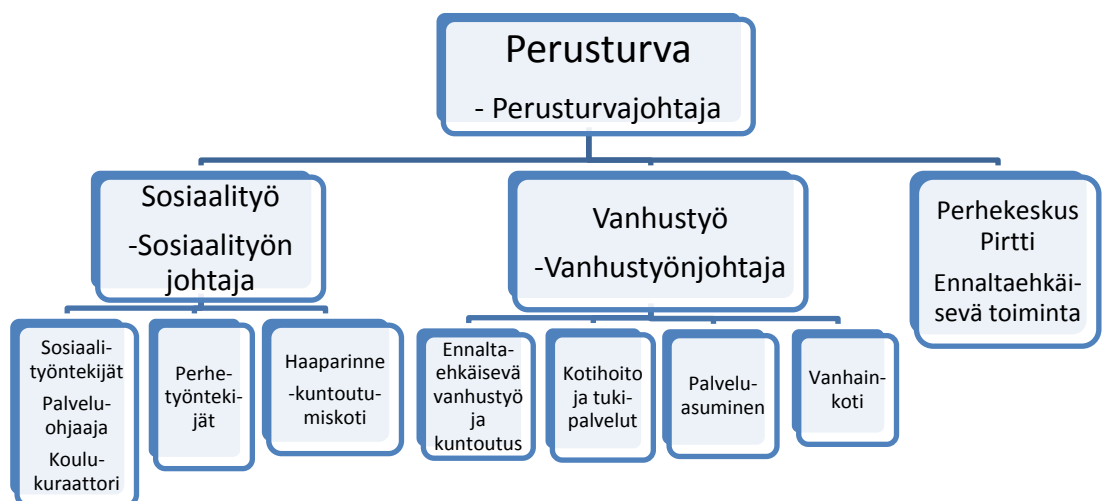
Kehittämishankkeen tarkoituksena oli vahvistaa Pälkäneen kunnan kotihoidon henkilökunnan yhtenäistä asennetta kuntouttavaan työotteeseen lisäämällä työntekijöiden tietoisuutta kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä sekä lisätä ja selkiyttää moniammatillista yhteistyötä kotihoidon sisällä asiakkaiden kuntoutumisen edistämiseksi. Hankkeen tavoitteena oli luoda selkeä kuntouttavan työotteen malli Pälkäneen kunnan kotihoitoon.

Kehittämishanke eteni kotihoidon työntekijöiden haastatteluista kuntouttavan työotteen mallin kehittämiseen ohjausryhmässä. Haastattelin vanhat kotihoidon työntekijät ryhmähaastatteluiden ja uudet kotisairaanhoidajat teemahaastatteluiden avulla vuoden 2012 aikana. Ohjausryhmä, johon kuului minun eli kehittäjä - fysioterapeutin lisäksi kotihoidon ohjaaja sekä kotihoidon tiimin vastaavat sairaanhoitajat, kokoontui syksyllä 2012 laatien alustavan kuntouttavan työotteen mallin Pälkäneen kunnan kotihoitoon. Mallin toimivuutta ja hankkeen etenemistä arvioitiin työn ohessa käydyissä arviointikeskusteluissa keväällä 2013.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kohdeorganisaatio

Pälkäneen kunnan vanhusten kotihoito on osa perusturvan alaista vanhustyötä, jonka esimiehenä toimii vanhustyönjohtaja (Kuvio 1). Kunnan vanhustyön muita toimintayksiköitä ovat yksi 38 paikkainen vanhainkoti, joka tarjoaa kodinomaista laitoshoidoa sekä kaksi tehostetun asumispalvelun yksikköä, joissa on yhteensä 37 asukaspaikkaa. Tehostetussa asumispalvelussa tarjotaan ympärivuorokautista hoidavaa vanhuksille, jotka eivät pysty asumaan omassa kodissaan. Tehostettua asumispalvelua ostetaan myös yksityisiltä palveluntuottajilta omassa kunnassa sekä lähialueella. Lisäksi kunta osallistuu Pälkäneen Palvelukotisäätiön toiminnan kustannuksiin. Säätiö tuottaa vanhusten asumis- ja päivätoimintapalveluita (Pälkäneen kunta 2013). Vanhustyön ennaltaehkäisevästä työstä sekä kuntoutuksesta vastaa vanhustyön fysioterapeutti yhdessä Palvelukotisäätiön fysioterapeutin kanssa (Koivisto 2013).



Kuvio 1. Pälkäneen kunnan perusturvan organisaatiokaavio (Koivisto 2013.)

Kotihoidolla tarkoitetaan yleensä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon muodostamaa palvelukokonaisuutta. Kotipalvelu ja kotisairaanhoido toimivat Pälkäneellä eri

yksikköinä vuoden 2011 loppuun saakka; kotipalvelu oli Pälkäneen kunnan järjestämää toimintaa, kun taas kotisairaanhoidon palvelut ostettiin yhteistoiminta-alueen terveystalvasta Kangasalta. Vuoden 2012 alusta kotisairaanhoido liittyi osaksi Pälkäneen kunnan kotipalvelua, joten voimme puhua valtakunnallisten linjausten mukaisesti *kotihoidosta* (vrt. Lukkaroinen 2002, 31).

Kotihoidon ensisijaisena tavoitteena on ikääntyneen kotona-asumisen turvaaminen mahdollisimman pitkään. Kotihoidon palveluja tuotetaan henkilöille, jotka alentuneen toimintakyvyn, sairauden, perhetilanteen tai muun syyn vuoksi tarvitsevat apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista. Kotihoidon palveluihin kuuluu asiakkaan jokapäiväisissä tarpeissa, kuten pukeutumisessa, peseytymisessä, aterioinnissa, ulkoilussa jne., avustaminen. Tukipalvelut, kuten siivousapu, kaupakassipalvelu ja pyykinpesupalvelu, ostetaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Asiakkaille myönnetään tietyn perustein näiden palvelujen ostamista varten palveluseleitä. (Pälkäneen kunta 2010.)

Kotihoidon piiriin kuuluu myös lapsiperheitä ja työikäisiä asiakkaita (n. 10 %), mutta tässä työssäni tarkoitan kotihoidon asiakkaalla säännöllistä kotipalvelua saavaa iäkästä, yli 75-vuotiaasta asiakasta. Pälkäneläisistä 75 vuotta täyttäneistä säännöllisen kotihoidon piirissä oli v. 2010 vain 11,2 %, kun se valtakunnallisen tavoitteen mukaan on 13 – 14 %. Laitoshoidossa pälkäneläisistä yli 75 – vuotiaista puolestaan on lähes 8 %, kun se laatusuosituksen tavoitteen mukaan on 3 %. Haastetta raskaan, laitospainotteisen vanhustenhuollon purkamiseksi siis riittää. (Pälkäneen kunta 2010.)

Pälkäneen kotihoito muodostui kehittämishankkeen käynnistyessä kahdesta tiimistä, yhdestä kummassakin kunnan keskuksessa, Onkkaalassa ja Luopioisissa. Kehittämishankkeen loppupuolella perustettiin vielä kolmas, Aitoon tiimi, tukemaan kotihoidon työskentelyä geografisesti haastavassa kunnassa. Lisäksi kotihoidon asiakkaille järjestetään päivätoimintaa kahdessa eri toimipisteessä. Päivätoiminnan järjestäminen kuuluu osittain kotihoidon vastuulle. Myös asumispalveluksiköissä asuvat vanhukset kuuluvat iltaisin, oman henkilökuntansa työajan päätyttyä, kotihoidon piiriin. (Salomäki 2013.)

Pälkäneen kotihoidon henkilökunta koostuu lähinnä lähihoitajista, mutta joukossa on vielä jokunen vanhan kodinhoitajan koulutuksen omaava hoitajakin. Työnkuvat heillä ovat lähes identtiset, joten tässä työssäni kutsun heitä kaikkia *hoitajiksi*. Kotihoidon tiimivastaavien rooleissa työskentelee kolme sairaanhoitajaa, jotka vastaavat mm. arvioivista kartoituskäynneistä ja uusien asiakkaiden palvelukokonaisuuksien suunnittelusta. Lisäksi kotihoidon kahdessa päätiimissä työskentelee erityisavustaja, jonka tehtäviin kuuluvat päivätoiminta-asiakkaiden kuljetukset sekä ateriakuljetukset. Kotihoidon esimiehenä toimii sosionomin koulutuksen omaava kotihoidon ohjaaja. (Salomäki 2013.)

Kaikille säännöllisen kotihoidon piirissä oleville asiakkaille laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma (HoPaSu) yhteistyössä asiakkaan/ omaisen kanssa. Yksilöllisen palvelusuunnitelman laatimista edellyttää myös 1.7.2013 voimaan astuva Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli ns. vanhuspalvelulaki (Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980, 16 §). Suunnitelmaan kirjataan asiakkaan tarvitsemat palvelut, kuvaillaan asiakkaan toimintakykyä sekä asetetaan hoidon tavoitteet. Kehittämishankkeen aikana HoPaSu kirjattiin vielä perinteisesti paperille, mutta tavoitteena on siirtyä sähköiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan lähitulevaisuudessa. (Salomäki 2013.)

Hoitotyön tavoitteiden asetteluun apuna Pälkäneen kotihoidossa on jo käytössä Resident Assessment Instrument (RAI) – järjestelmä. RAI-järjestelmä on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun arviointi- ja seurantajärjestelmä, jonka avulla mitataan hoidon laatua ja kustannuksia. RAI-järjestelmä koostuu kansainvälisesti testatuista mittareista ja sitä käytetään hoidon tulosten seurantaan ja arviointiin. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2013.)

RAI-järjestelmää on Pälkäneen kotihoidossa opeteltu käyttämään vuodesta 2011 alkaen asiakkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointiin sekä hoidon tavoitteiden asetteluun. Järjestelmän käyttöönotto on pitkä prosessi, joka tulee jatkumaan keväällä 2013. Tuolloin esimiehet saavat koulutusta siihen, miten järjestelmästä saatavia mittari- ja raportointitietoja voidaan käyttää hoitotyön kehittämiseen. (Ihalainen 2013.) Tätä kehittämishankettani ajatellen RAI:n hyödynnettä-

vyys tulee liian myöhään, mutta viitteitä on jo saatu siitä, että RAI tulee olemaan tärkeä työkalu kotihoidon asiakkaiden palvelutarpeen määrittelyssä.

2.2 Kuntoutustoiminnan kehittyminen Pälkäneen kotihoidossa

Vanhuspalveluiden fysioterapeutti on osa kotihoidon henkilökuntaa. Pälkäneen kuntaan on perustettu vanhustyön fysioterapeutin toimi jo 1980-luvulla, jolloin fysioterapeutin ensisijaisena vastuualueena oli lähinnä laitoksissa asuvien ikäihmisten kuntoutus. Tuolloin laitoksissa asui toimintakyvyltään parempikuntoisia vanhuksia, joiden toimintakyvyn säilymisen kannalta kuntouttava toiminta oli tärkeää. Koska vanhusten hoidon painopistettä on siirretty yhä enemmän koteihin tarjottaviin palveluihin, myös fysioterapeutin toiminnan vastuualue on siirtynyt enemmän kotihoitoon ja ennaltaehkäisevään kuntoutukseen. Vanhusten laitoshoidossa fysioterapeutin työn osuutta on vastaavasti vähennetty. Vanhainkodilla ja tehostetuissa asumispalveluyksiköissä työhön kuuluu lähinnä hoitohenkilökunnan neuvominen ja ohjaaminen kuntouttavaan työotteeseen. Vanhustyön fysioterapeutin tärkeänä tehtävänä on myös toimia kuntoutuksen asiantuntijana erilaisissa työryhmissä ja yhteistyöfoorumeissa. (Ihalainen 2013.)

Vuodesta 2006 alkaen Pälkäneellä on toiminut fysioterapeutin ohjaamia geriatria kuntoutusryhmiä kotona asuville ikäihmisille ja tuolloin myös tiiviimpi yhteistyö kotihoidon kanssa on alkanut. Fysioterapeutin kotikäynnit kotihoidon asiakkaiden luo alkoivat vuonna 2007. Kotikäyntien tarkoituksena on kartoittaa asiakkaan apuvälinetarve ja mahdollinen asunnonmuutostöiden tarve, arvioida asiakkaan toimintakykyä sekä antaa ohjeita ja motivoida omaehtoiseen tai kotihoidon tukemaan kotikuntoutukseen tai ryhmätoimintaan. (Ihalainen 2013.)

Vuoteen 2012 mennessä geriatristen kuntoutusryhmien määrä on kasvanut niin, että ryhmissä käy viikoittain yli 100 pälkäneläisvanhusta. Ryhmiä ohjaamaan on palkattu toinenkin fysioterapeutti, joka työskentelee Pälkäneen Palvelukotisäätiön alaisuudessa, Palvelutalo Kanervassa. Kotihoidon päivätoimintaan osallistuvia asiakkaita on kuntoutettu Kanervan seniorikuntosalilla vuodesta 2009 lähtien. (Ihalainen 2013.)

Päivätoiminta on tärkeä osa kotihoidon asiakkaiden kuntoutusta. Päivätoiminta koostuu kuntouttavasta toiminnasta seniorikuntosalilla, kylvetyspalvelusta, virike-toiminnasta, lounas- ja kahvituokioista sekä yhteiskuljetuksesta. Fyysisen toimintakyvyn edistämisen lisäksi päivätoiminnassa tärkeää on siis myös psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen. Suurin osa päivätoimintaan osallistuvista asiakkaista on yksin asuvia vanhuksia, jotka kokevat yksinäisyyden ahdistavana. Routasalon, Tilviksen, Kautiaisen ja Pitkälän (2008) tutkimuksen mukaan yksinäisyys aiheuttaa elämänlaadun heikkenemistä, terveydentilan heikkenemistä ja toimintakyvyn laskua. Tutkimuksessa todettiin, että suunniteltu ja hyvin toteutettu päivätoiminta ryhmässä lisää ikääntyneen koettua hyvinvointia ja antaa voimia selvitä yksinäisyyden tunteista myös ryhmätapaamisten ulkopuolella. (Routasalo ym. 2008, 297 – 303.) Pälkäneen kunnassa vanhusten ryhmätoiminta nähdään erittäin tärkeänä toimintakyvyn edistäjänä ja yksinäisyydentunteen lievittäjänä; näin asiakkaat saavat vertaistukea ja ryhmässä heillä on valinnanvapaus hakeutua samanhenkisten ihmisten seuraan (Ihalainen 2013).

Pälkäneen kunnan vanhusten hoidon painopisteenä on siis ennaltaehkäisevä työ (Pälkäneen kunta 2010). Vanhuspalveluiden ohjelmaa laatiessa, vuonna 2009, kävimme alustavia keskusteluja vanhustyönjohtajan ja kotihoidon ohjaajan kanssa kuntouttavaan työhön panostamisesta vanhusten kotihoidossa. Tuolloin monia kotihoidon tukipalveluita oli siirretty yksityisten palveluntuottajien tehtäväksi, jolloin kotihoidon henkilökunnalta vapautui työpanosta kuntouttavaan työhön.

Pälkäneen kunnan ja Palvelukotisäätiön vanhustyön fysioterapeutit olivat juuri käyneet Ikäinstituutin järjestämän VoiTas -kouluttajakoulutuksen ja yhteistyössä vanhustyön esimiesten kanssa päätimme aloittaa kotihoidon henkilökunnan Kunnan hoitaja -koulutuksen¹. Ensimmäiseen koulutukseen kotihoidon ohjaaja valitsi kuntoutuksesta erityisesti kiinnostuneet hoitajat, jotta sanoman eteenpäin viemi-

¹ Kunnan hoitaja -koulutuksessa hoitoalan ammattilainen oppii arvioimaan vanhuksen toimintakykyä ja näkemään kuntoutumisen mahdollisuudet sekä tukemaan iäkkään voimavaroja ja ohjaamaan asiakasta parantamaan toimintakykyään. Koulutus on laajuudeltaan 20 tuntia ja sisältää välitehtäviä suoritettavaksi työn ohessa. Kouluttajana toimii Ikäinstituutin kouluttama VoiTas-kouluttaja. (Ikäinstituutti 2008.)

nen työyhteisössä olisi jatkossa mahdollisimman helppoa. Vuosien 2009 ja 2010 aikana koulutettiin kaikki silloiset kotipalvelun hoitajat. (Salomäki 2013.)

Kunnan hoitaja -koulutuksen käyneille hoitajille on säännöllisesti, noin kaksi kertaa vuodessa, järjestetty tapaaminen kouluttaja-fysioterapeuttien kanssa. Näissä seurantatapaamisissa on päivitetty hoitajien kuntoutusosaamista sekä käyty läpi asiakastilanteita ja etsitty yhdessä ratkaisuja kunkin asiakkaan toimintakyvyn edistämiseen. Kotihoidon työlistoihin on merkitty kuntouttavat kotikäynnit erityisellä merkillä ja hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kirjattu merkintä kotikäynnin sisällöstä. (Salomäki 2013.)

Seurantalavereiden lisäksi kotihoidon henkilökunnalla on tarvittaessa aina mahdollisuus kysyä neuvoja fysioterapeutilta. Hoitajille on myös annettu konkreettisia työkaluja kuntoutuksen toteuttamiseen asiakkaan kotona. Asiakkaan kotona on joko fysioterapeutin laatima yksilöllinen kotikuntoutusohjelma tai vaihtoehtoisesti kotihoidon henkilökunta voi valita asiakkaalle soveltuvan ohjelman liikepankista, joka löytyy kotihoidon toimistolta tai sähköisenä netistä. Kotihoidon toimistoille on lisäksi hankittu kuntoutusvälineitä lainattavaksi asiakkaan kotiin. (Salomäki 2013.)

2.3 Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämishankkeen tarkoituksena on vahvistaa Pälkäneen kunnan kotihoidon henkilökunnan yhtenäistä asennetta kuntouttavaan työotteeseen lisäämällä työntekijöiden tietoisuutta kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Osallistumalla hankkeeseen aktiivisina toimijoina kaikki eri ammattiryhmät heräävät ajattelemaan kuntoutumiseen tähtäviä toimenpiteitä tärkeänä osana asiakkaan kotona-asumisen edistämistä.

Hankkeen tarkoituksena on myös lisätä ja selkiyttää moniammatillista yhteistyötä kotihoidon sisällä asiakkaiden kuntoutumisen edistämiseksi. Moniammatilliseen yhteistyötiimiin kuuluvat kotihoidon ohjaaja/ sosionomi, sairaanhoitajat, hoitajat sekä vanhustyön fysioterapeutti, joiden vastuualueita asiakkaan kuntoutusproses-

sisä on tarpeen selkiyttää, samoin erilaisten yhteistyötapojen juurruttaminen on tärkeää.

Kehittämistehtävän tavoitteena onkin luoda selkeä kuntouttavan työotteen malli Pälkäneen kunnan kotihoitoon. Malli sisällytetään kotihoidon perehdytyskansi-oon, jolloin uusille työntekijöille selkiytyy alusta alkaen kuntouttavan työotteen merkitys asiakkaan kotona-asumisen edistämässä.

Pälkäneen kunnan tuottaman kotipalvelun sekä yhteistoiminta-alueen järjestämän kotisairaanhoidon yhdistymistä suunniteltaessa nousi esiin tarve yhtenäisten toimintatapojen kehittämisestä. Kuntouttavan hoito- ja hoivakulttuurin yhtenäistäminen oli yksi näistä kehittämistarpeista. Kotipalvelun vielä toimiessa omana yksikönään, oli kuntouttavaa työotetta jo juurrutettu arjen työhön fysioterapeutin ja hoitajien yhteistyönä. Uuden organisaation myötä, sairaanhoidollisten palvelujen tullessa mukaan kotihoidon työnkuvaan, nousi tarve yhtenäistää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kuntouttavan työn kulttuurit yhtenäiseksi malliksi.

3 MONIAMMATILLINEN KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ KOTIHOIDOSSA

3.1 Kotihoito

Valtakunnalliset linjaukset ohjaavat kuntia vanhuspalveluiden järjestämisessä. Nykyiset linjaukset edellyttävät kuntia siirtämään vanhustenhoitoa laitoksista kotiin tarjottavia palveluita. 1.7.2013 voimaan astuva vanhuspalvelulaki (28.12.2012/980, 14 §) edellyttää, että kunnan on järjestettävä ikääntyneen pitkäaikaishoito ensisijaisesti kotiin tai muuhun kodinomaiseen asuinpaikkaan.

Kotihoito tarkoittaa usein kotipalvelun ja kotisairaanhoidon muodostamaa kokonaisuutta. Kotihoito voi toimia joko sosiaali- tai terveystoimen alaisuudessa. Nykyään kuitenkin nämäkin yksiköt ovat kunnissa ja yhteistoiminta-alueilla usein yhdistetty yhdeksi perusturvayksiköksi tai sosiaali- ja terveyskeskukseksi. (Laki sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta 1428/2004 12 c §; Lukkaroinen 2002, 31 - 32.) Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon organisaatioiden yhdistäminen onkin perusteltua, sillä yhä useampi kotihoidon asiakas tarvitsee sekä kotipalvelu- että sairaanhoitopalveluita. Asiakkaat ovat yhä iäkkäämpiä, toimintakyvyltään huonokuntoisempia ja monisairaita. Myös iäkkäiden lisääntyvät mielenterveyden ja alkoholinkäytön ongelmat lisäävät säännöllisen kotihoidon tarvetta. (Heinola 2007a, 9 – 10.)

Säännöllistä kotihoitoa tarvitseville asiakkaille laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma (Pälkäneen kunta 2010). Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman tulee olla asiakaslähtöinen ja yksilöllinen. Hoito- ja palvelusuunnitelman on turvattava iäkkään asiakkaan omien arvojen ja tavoitteiden toteutuminen. Iäkkään hoitoa ja palveluja järjestettäessä on erityisesti otettava huomioon ennaltaehkäisevän työn mahdollisuudet sekä kuntouttava työote. Hoitajan tärkeänä tehtävänä on toimia yhteistyökumppanina ja yhteyshenkilönä asiakkaan ja kotihoidon organisaation välillä. Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma rakentuu vaihteittain ja sitä arvioidaan koko asiakkuussuhteen ajan. (Päivärinta & Haverinen 2002, 13 – 35.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmassa on otettava huomioon asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen. Kotihoidon asiakkaista n. 10 %:lla psyykkissosiaaliset syyt aiheuttavat kotihoidon tarvetta. Tällöin kotihoito on tarpeen yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteen helpottajana. (Luoma & Kattainen 2007, 18 – 20.) Vanhusten kotihoidossa korostuukin hoiva- ja tukipalveluiden merkitys, koska usein nämä palvelut ovat päivittäin annettavia ja tällöin kotona käyvä hoitaja tulee asiakkaalle tutuksi ja läheiseksi henkilöksi. Kotihoidon hoiva-henkilöstö on usein se, jonka puoleen asiakas ja omaiset kääntyvät monissa arkipäivän kysymyksissä. Lukkaroinen (2002, 31 – 32) raportoi, että erään tutkimuksen mukaan yli 60 % kuntalaisista pitää omaisten lisäksi kunnan työntekijöitä vanhuksen keskeisinä avunantajina. Hoitajan käynnillä ja läsnäololla on siis asiakkaalle suuri merkitys myös henkisen hyvinvoinnin kannalta.

Verrattaessa kotihoitoa muuhun hoito- ja hoivatyöhön, voidaan siitä löytää muutamia erityispiirteitä, jotka vaikuttavat palvelujen laadun arviointiin ja kehittämiseen. Yksi näistä erityispiirteistä on asiakkaiden ja omaisten erilaiset odotukset suhteessa hoitajien ja päätöksentekijöiden asettamiin odotuksiin palvelun laadusta. Toinen erityispiirre on asiakasryhmien heterogeenisyys. Asiakkaat ovat yhä moniongelmaisempia ja tarvitsevat näin hyvin erilaisia palveluja, samoin kuin asiakkaiden kodit hoitoympäristöinä ovat hyvin vaihtelevia. Kotihoidossa myös korostuu vuorovaikutuksellisuus asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan välillä. Viimeisenä kotihoidon erityispiirteenä mainitaan yhtenäisen laatukriteeristön säännöllisen käytön puuttuminen, jotta tietoa palvelujen kehittämiseksi saataisiin esiin. (Voutilainen 2007, 13 – 14.)

Asiakkaan voimavarojen tukeminen on keskeinen osa kotihoidon työtä. Asiakkaan toimintakyvyn tukeminen voi alkuun vaatia työtehtävien uudelleen organisoimista. Toimintakyvyn ylläpitämisen ohjaus ja opastus saattavat vaatia lisää aikaa asiakkaalle, mutta pidemmällä aikavälillä tähän panostaminen voi vähentää laitoshoidon tarvetta ja parantaa edellytyksiä kotihoidon työlle. Voimavaroja tukeva työote vaatii hoitajalta hyviä yhteistyötaitoja ja osaamista verkostojen hyödyntämiseen. Asiakkaan sosiaalisten suhteiden ja ulkoilumahdollisuuksien ylläpitämisessä avustaminen on tärkeä osa kotihoidon työtä, samoin kaatumistapaturmien ennaltaehkäisy kodissa ja sen lähiympäristössä. Asiakkaan yksinäisyyden ehkäisy

järjestämällä ryhmätoimintaa, on myös keskeinen kotihoidon tehtävä. (Heinola & Luoma 2007, 42 – 43.)

Kotihoitoa tukeva tärkeä ryhmäkuntoutuksen muoto on päivätoiminta, joka mahdollistaa, paitsi asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämisen, myös asiakasta mahdollisesti kotona hoitavan omaisen vapaan järjestämisen. Tärkeää on myös huolehtia siitä, että eri sektorien yhteistyönä toimivat kotiutumispalvelut mahdollistavat asiakkaan saumattoman kuntoutuksen sairaalahoidosta kotihoitoon. Ikäihmisten hyvien, kuntouttavien palvelujen turvaamiseksi on myös huolehdittava riittävästä neuvonta- ja ohjauspalveluista, jotta eri sektorien tarjoamat palvelut voidaan yhdistää asiakaslähtöisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 27 – 28.)

3.2 Kuntouttava työote

Sosiaali- ja terveysministeriön (2008, 27) laatiman Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan asiakkaan kannustamista omatoimisuuteen sekä jäljellä olevien voimavarojen käyttämiseen arjen askareissa. Vanhuspalvelulaissa (28.12.2012/980, 9 §) edellytetään, että kunnan on osoitettava voimavaroja ikääntyneen väestön toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseen.

Holman, Heimosen ja Voutilaisen (2002, 43) mukaan kuntouttava työote on ”jokaisen hoitotilanteen toteuttamista asiakkaan toimintakyvyn ja voimavarojen huomioon ottavalla tavalla”. Myös Järvikoski ja Härkäpää (2011, 23) kuvailevat kuntouttavan työotteen olevan ammattilaisen työtapa, jonka periaatteena on ottaa huomioon asiakkaan osallisuus ja vaikutusmahdollisuudet. Tavoitteena siis on, että asiakas tekee itse hoitotilanteissa kaiken sen, mihin pystyy. Hoitotyöntekijän tärkeänä tehtävänä on toimia ohjaajana ja motivoijana. Näin ylläpidetään asiakkaan omatoimisuutta ja toimintakykyä jokapäiväisissä toiminnoissa.

Lähtökohtana kuntouttavalle työotteelle vanhustyössä on, että asiakkaalle annetaan mahdollisuus tehdä omia valintoja liittyen omaan elämäänsä. Asiakkaan tulisi voida toteuttaa arkisia toimiaan yhdessä hoitajan kanssa ilman, että hoitaja päättää toteutuksesta ja aikataulusta esimerkiksi kiireeseen vedoten. On huomattava, että

vaikka asiakasta kannustetaan omatoimisuuteen, ei häntä kuitenkaan jätetä yksin tai pakoteta suoriutumaan itsenäisesti. Arkitoiminnoista selviytymisen tueksi on aina oltava saatavilla apua ja ohjausta. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23.)

McElhaneyn ja Briggsin (2000) mukaan kuntouttavaa työtä voidaan toteuttaa kolmella eri tavalla kotihoidossa. Hoito voi olla toimintakykyä *korjaavaa*, jolloin tarkoituksena on parantaa asiakkaan toimintakykyä. Hoito voi olla myös *avustavaa*, jolloin pyritään tarjoamaan apua arjen toiminnoista selviytymiseen. Kolmanneksi hoito voi olla asiakkaan toimintakykyä *tukevaa*, jolloin otetaan huomioon asiakkaan omat voimavarat ja rohkaistaan häntä käyttämään niitä. Heidän mukaansa liika apujen tarjoaminen passivoittaa, eli tärkeämpää olisi tukea asiakkaan jäljellä olevaa toimintakykyä kuin avustaa häntä ”liikaa”. (McElhaney & Briggs 2000, 171 – 172.)

Helin (2003, 347) näkee kuntouttavan työotteen olevan asiakkaan toimintakykyä *edistävää* toimintaa arkitoimintojen yhteydessä tehtävien harjoitteiden avulla. Määritelmässä tulee siis esiin astetta pidemmälle viety näkökulma kuntouttavaan työotteeseen. Siinä huomioidaan iäkkään ihmisen mahdollisuudet toimintakyvyn parantamiseen, ei vain arjen toimintojen ylläpitämiseen. Nykyään jo tiedetään, että säännöllinen ja oikein kohdennettu harjoittelu myöhäiselläkin iällä on tuloksellista (Helin 2003, 347; Hinkka & Karppi 2010, 10; Kline Mangione, Miller & Naughton 2010, 1711; Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 548; Luk 2012, 58 – 59) ja siksi toimintakykyä parantavan harjoittelun tulisi olla osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Myös Valtioneuvoston kuntoutusselonteossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 18) todetaan, että ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee sisällyttää kuntoutuksellinen näkökulma.

Tilvis (2002) on artikkeliinsa koonnut tutkimusnäyttöä ikäihmisten kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Artikkelissa todetaan, että kotona tapahtuvalla ikääntyneiden kuntoutuksella voidaan vähentää laitoshoidon joutuvien määrää. Kotikuntoutuksen on todettu myös olevan kustannustehokasta. Sairaalassa toteutetulla kuntoutusjaksolla ei sen sijaan todettu olevan olennaista vaikutusta kotihoidon asiakkaiden toimintakykyyn. Kuntoutuksen on todettu olevan tehokkainta silloin, kun iä-

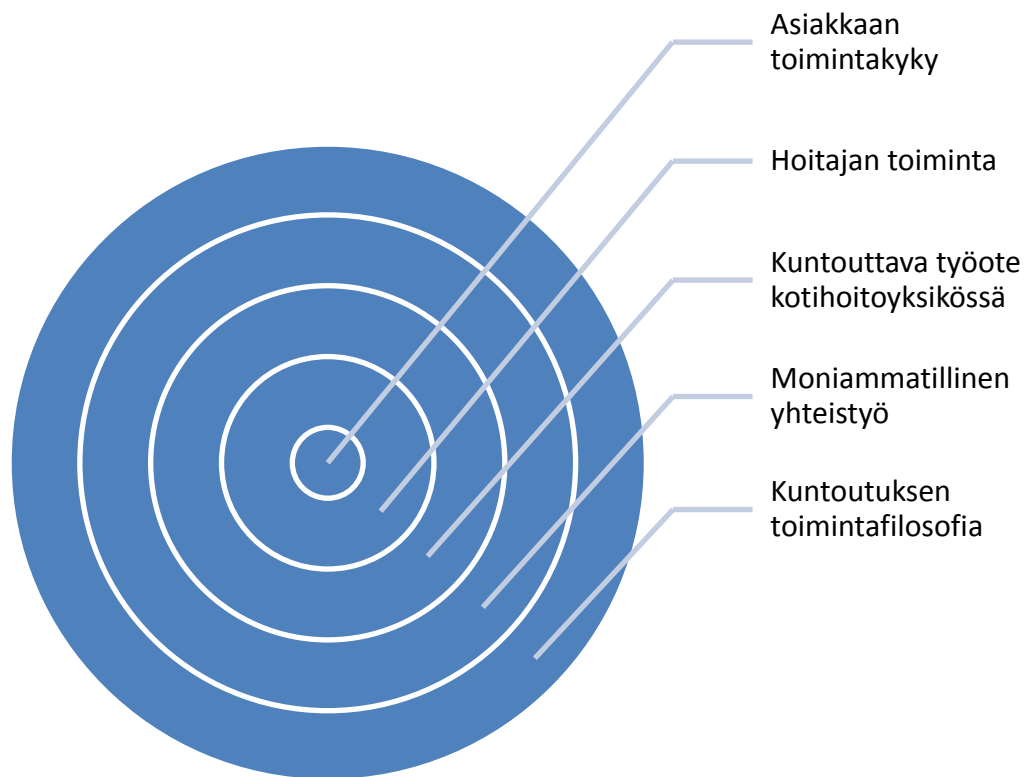
käs asiakas ei ole liian hyväkuntoinen eikä liian huonokuntoinen. Tavoitteen on oltava myös realistinen. (Tilvis 2002, 151 – 153.)

Kotihoidon asiakkaan kuntoutumiselle on siis asetettava realistinen tavoite ja kuntouttavan työotteen toteutumista on aktiivisesti seurattava hoitavassa yksikössä. Arviointi voi kohdistua niin hoito- ja palvelusuunnitelmassa asetettujen tavoitteiden saavuttamisen arviointiin kuin myös yhdessä sovittujen kuntouttavan työn periaatteiden toteutumisen arviointiin. (Holma ym. 2002, 47.) Myös Vähäkankaan (2010, 35) väitöksessä korostetaan kuntouttavan työotteen tavoitteellisuutta, jonka tulee näkyä hoitosuunnitelmaan kirjattuina mitattavina tavoitteina. Tavoitteiden toteutumista tulee arvioida säännöllisesti.

Kuntouttavassa työotteessa keskeistä siis on, että se on tavoitteellista toimimista asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja/ tai parantamiseksi. Jotta tavoitteet voidaan saavuttaa, vaaditaan yhteistyötä asiakkaan ja eri ammattiryhmien välillä. Sekä asiakkaan että hoitohenkilökunnan on sitouduttava yhteisten pelisääntöjen noudattamiseen. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 98.) Helinin (2003) määritelmässä tulee esille myös hoitohenkilökunnan sitouttaminen kuntouttavaan työhön. Tämä vaatii henkilökunnan koulutusta ja entistä tiiviimpää yhteistyötä kuntoutushenkilöstön kanssa. Kuntoutuksen ammattilaisten ohjaava rooli on erittäin keskeinen kuntouttavan työotteen omaksumisessa. (Helin 2003, 347 – 348.)

Kuntouttavan työotteen perusteita kotihoidossa kuvataan mukailien Mäntysen (2007) näkemystä (Kuvio 2). Kuntouttavan työotteen sujumisen ja sitä kautta asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämisen taustatekijänä on kuntoutuksen toimintafilosofia. Kuntoutuksen toimintafilosofian ymmärtämiseen liittyy hoitohenkilökunnan positiivinen asennoituminen kuntouttavaan työhön ja heidän ammatillinen asiantuntijuutensa sekä eri ammattiryhmien välisen yhteistyön sujuminen. Hoitotyön ammattilaisen oman ammatillisen roolin sisäistäminen luo pohjan moniammatilliselle yhteistyölle ja työyhteisön kuntoutuksellisen asenteen muodostumiselle. Vankka työyhteisön yhteinen tietoperusta kuntouttavasta hoitotyöstä sekä selkeät toimintaohjeet ja -mallit vahvistavat yksittäisen työntekijän osaamisen hyödyntämistä. Näin päästään tilanteeseen, jolloin hoitajan kuntouttavalla työotteella vai-

kutetaan asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseen tai jopa parantamiseen. (Mäntynen 2007, 43 – 45.)



Kuvio 2. Moniammatillinen kuntoutus kotihoidossa (mukaillen Mäntynen 2007, 43 – 45.)

3.3 Moniammatillinen yhteistyö

Lampi ja Roos (2009, 219 – 220) määrittelevät moniammatillisen yhteistyön siten, että ”eri ammattiryhmät työskentelevät asiakaslähtöisesti sekä yhdistävät tietonsa ja taitonsa yhteisen kohteen hyväksi”. Herranen, Valleala, Collin ja Paloniemi (2012) luonnehtivat yhteistyötä samansuuntaisesti siten, että työ, työkäytännöt ja asiakas tulisi nähdä kokonaisuutena yhdistäen eri alojen ammattitaitoa työyhteisössä. He kutsuvat moniammatillisuutta myös jaetuksi asiantuntijuudeksi tarkoittaen sitä, että asiakkaan hoitaminen ja kuntouttaminen on eri alojen ammattilaisten yhteinen tehtävä, joka edellyttää tehtävien yhteensovittamista. Moniammatillisen yhteistyön piirteinä nähdään yhteisesti sisäistetty työn tavoite, asiantuntijoiden keskinäinen riippuvuus ja tasa-arvoinen suhde sekä työryhmän jaettu päätöksenteko. (Herranen ym. 2012, 32 – 33.)

Hyvän yhteistyön pohjana on kunkin osallistujan vankka ammatillisuus ja sen pohjalta rakentuva näkemys asiakkaan tilanteeseen. Toisaalta jokaisen olisi kuitenkin huomioitava oman näkökulmansa rajallisuus ja arvostettava toisten osallistujien näkemystä. Kun asiakkaan ja eri ammattikuntien edustajien välille saadaan syntymään toimiva yhteistyö, oletetaan sillä jo sinällään olevan kuntouttava vaikutus. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 88.)

Myös Mäntysen (2007, 44) mukaan hoitoyksiköiden yhteiset näkemykset ja yhteinen tietoperusta kuntouttavasta hoitotyöstä luovat parhaat mahdollisuudet asiakkaan kuntoutumisen tukemiselle. Salmelaisen (2008) mukaan McDaniel ja Campbell (1997) ovat todenneet toimivan moniammatillisen yhteistyön edellytyksenä olevan se, että osapuolet tuntevat toisensa ja haluavat tehdä yhteistyötä. Tärkeää siis on, että ihmisten väliset vuorovaikutussuhteet toimivat. Keskustelemalla löydetään eri ammattiryhmien erityisosaamisalueet ja pystytään hyödyntämään niitä asiakkaan parhaaksi. (Salmelainen 2008, 20.)

Herrasen ym. (2012) sekä Sanerman (2009) mukaan onnistunut moniammatillinen yhteistyö edistää potilasturvallisuutta ja asiakaslähtöistä hoitoa. Yhteistyötä vahvistamalla pyritään myös taloudelliseen tuloksellisuuteen terveydenhuollossa. Toimivalla yhteistyöllä mm. vältetään päällekkäisyydet asiakkaan tarpeiden arvioinnissa ja terveydentilan tutkimisessa. Näin saavutetaan sekä palveluntuottajalle tärkeä taloudellinen toimintatapa että inhimillinen hoito asiakkaan näkökulmasta. (Herranen ym. 2012, 33; Sanerma 2009, 107 – 109.) Myös uusi, 1.7.2013 voimaan astuva vanhuspalvelulaki (28.12.2012/980, 4 §) edellyttää kunnilta toimivaa yhteistyötä eri toimialojen sekä muiden toimijoiden kesken.

Katajamäen (2010) väitöskirjassa todetaan Laurin (2007) ja Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (2004) mukaan, että moniammatillinen työskentely sosiaali- ja terveystalalla synnyttää uudenlaista osaamista. Työelämässä vaaditaan nykyään yhä enemmän hyviä kommunikaatiotaitoja, vastuun kantamista ja ammattitaidon jatkuvaa kehittämistä. Näiden taitojen hallinta tarkoittaa ammatillisen osaamisen soveltamiskykyä, asioiden perustelemistaitoa sekä kykyä

yhteistyöhön. Näin mahdollistuvat eri ammattiryhmien osaamisen yhdistelmät ja näin voidaan turvata tulevaisuuden osaaminen. (Katajamäki 2010, 27.)

Moniammatillisen yhteistyön toteutumisessa nähdään kuitenkin monia haasteita. Sosiaali- ja terveysalalla pidetään usein tiukasti kiinni omasta erityisosaamisesta, mikä vaikeuttaa tietojen jakamista ammattirajojen yli ja täten vaikeuttaa moniammatillista yhteistyötä. Luottamuksellisen yhteistyön vallitessa pinttyneitä rutiineja voidaan kyseenalaistaa ja tarkastella kriittisesti, ja näin saadaan muodostettua uudenlaisia, oikein kohdennettuja toimintatapoja. (Lampi & Roos 2009, 219 – 220.)

Kotihoidon asiakkaiden monisyiset arjessa selviytymisen haasteet ja monitautisuus edellyttävät usein monen eri alan asiantuntijan osallistumista hoitoon ja kuntoutukseen. Esimerkiksi toimintakyvyn arviointi vaatii usean ammattiryhmän yhteistyötä, jotta kaikki toimintakyvyn osa-alueet ja toiminnanrajoitukset tulisi havaittua ja selvitettyä (Helin 2002, 59 – 60). Myös Nummijoki (2009) korostaa moniammatillisen yhteistyön merkitystä arvioitaessa iäkkään ihmisen toimintakykyä. Yhteistyön sujuminen on tärkeää, koska ikäihmisen toimintakykyyn vaikuttavat moninaiset tekijät; niin henkilöön ja hänen kokemuksiinsa, ympäristöön kuin itse toimintaankin liittyvät. (Nummijoki 2009, 92.)

Moniammatillista yhteistyötä edellyttävät myös tiedonsiirtoon ja hoitoketjun sujumiseen liittyvät seikat. Vaikka hoito- ja kuntoutussuunnitelmat laaditaan jo nykyään yleensä yhteistyössä eri toimijoiden kesken, nähdään ongelmana usein vai tiolovelvollisuus ja siitä johtuvat tiedon siirtymisen haasteet. Tällöin on erityisen tärkeää, että yhteistyö eri tahojen välillä toimii. (Helin 2002, 60 – 61.) Myös Sannerma (2009, 108) toteaa, että pahimmillaan tiedonkulun katkokset ja todellisen yhteistyön puuttuminen voivat vaarantaa potilasturvallisuuden.

Erytisesti iäkkään ihmisen kuntoutumisen edistäminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen vaativat moniammatillisen yhteistyön sujumista. Kuntoutushenkilöstöä on usein käytettävissä hoitohenkilökuntaa vähemmän, mikä tarkoittaa, että kuntouttava työote on sisällytettävä päivittäiseen hoito- ja hoivatyöhön. Kuntouttavan hoitotyön onnistuminen vaatii tiivistä yhteistyötä kaikkien asiakkaan hoitoon osal-

listuvien tahojen, niin hoito- ja kuntoutushenkilökunnan kuin asiakkaan ja omaistenkin välillä. (Helin 2002, 61 - 62.)

Moniammatillinen yhteistyö vanhustyössä tulisi nähdä myös yhteisöllisenä toimintana. Yhteisöllisessä toiminnassa huomioidaan asiakkaan voimavarojen lähtöisyys, arvot ja yksilöllinen kokemusmaailma. Kolmannen sektorin toimijat, kuten yhdistykset ja seurakunta, ovat tärkeitä yhteistyötahoja, koska ne vastaavat toiminnallaan ikäihmisten yhteisöllisiin tarpeisiin. Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa on tarpeen myös siksi, että palveluissa on paljon yhteneväisyyksiä, mutta myös turhia päällekkäisyyksiä ja aukkoja. Sektorit ylittävällä yhteistyöllä näitä palveluja pystytään kehittämään asiakkaan parhaaksi. (Näslindh-Ylispangar 2012, 199 – 200.)

Koska iäkkäät ovat usein monisairaita ja heillä on ongelmia jokapäiväisistä toiminnoista selviytymisessä niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmasta, on erityisen tärkeää, että heitä hoidetaan ja kuntoutetaan moniammatillisesti ja sektorit ylittävällä yhteistyöllä. On kuitenkin tärkeää huomata, että hoidon ja kuntoutuksen tavoitteen asettelu tulee tehdä asiakaslähtöisesti. Jos tavoitteen asettelu tehdään ammattilaisten näkökulmasta, tehdään asiakkaasta usein avuton palveluiden vastaanottaja. Hänelle tarjotaan ”liikaa kaikkea”, vaikka vähempi palveluiden tarjoaminen nimenomaan tukisi hänen toimintakykyään. Moniammatillisuus onkin suuri voimavara iäkkään asiakkaan kuntoutumisen tavoitteen asettelussa, koska eri ammattiryhmien edustajat voivat ohjata toisiaan huomaamaan asiakkaan todelliset tarpeet. (McElhaney & Briggs 2000, 158 – 159.)

Kotihoidossa moniammatillinen yhteistyö korostuu, paitsi asiakkaan hoidossa ja kuntoutuksessa, myös yksikön toiminnan kehittämisessä. Engeström ym. (2009) puhuvat kotihoidon palvelujen eheyttämisestä yhteiskehittelyn keinoin. Yhteiskehittelyllä tarkoitetaan heidän mukaansa palvelua, joka ”ei tule koskaan valmiiksi”, joka on käyttäjän toimintaan sopeutuva ja joka vaatii jatkuvaa uudelleenkehittelyä asiakkaan ja palvelun tuottajan välisen vuoropuhelun keinoin. (Engeström ym. 2009, 271 – 272.) Myös Sanerman (2009, 107) tutkimuksessa todetaan, että mo-

niammatillinen yhteistyö näkyy paitsi asiakkaan yksilöllisenä palveluna, myös työyhteisön onnistuneena työnjakona sekä työmotivaation paranemisena.

McElhaney ja Briggs (2000) pitävät tärkeänä sitä, että kotihoidon yksiköllä on yhteiset tavoitteet asiakkaiden toimintakyvyn tukemiseksi. On tärkeää osata käyttää hyväksi esimerkiksi erikoisalojen tietotaitoa, kuten ravitsemusterapeutin tai fysioterapeutin osaamista asiakkaan kotona asumisen tukemiseksi. Koska hoito ja palvelu tapahtuvat asiakkaan kotona, on kuitenkin tärkeää, että hoitoon osallistuvien ammattilaisten määrä rajataan tarkoin. On muistettava, että toimimme asiakkaan kodissa, missä on kunnioitettava asiakkaan yksityisyyttä, arvoja ja toiveita. Jos hoitoon osallistuu liian monta ammattilaista, on vaarana, että hoitohenkilökunnan tavoitteet menevät asiakkaan omien tavoitteiden edelle ja tavoitteidenasettelusta tulee ongelmalähtöistä. Tällöin rajoitamme asiakkaan oma-aloitteisuutta ja toimintakykyä, emmekä suinkaan edistä sitä. (McElhaney & Briggs 2000, 171 – 172.)

4 KEHITTÄMISHANKKEEN ETENEMINEN

4.1 Lähestymistapana toimintatutkimus

Toimintatutkimus yhdistää teorian ja käytännön ja on siksi hyvä lähestymistapa työyhteisössä, arjen työn lomassa tapahtuvalle kehittämiselle. Heikkisen (2006) mukaan toimintatutkimus ei ole varsinaisesti tutkimusmenetelmä, vaan asenne tai lähestymistapa, jossa tutkimus liitetään työn tai toiminnan kehittämiseen. Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää niin laadullisia kuin määrällisiäkin tiedonkeruumenetelmiä. (Heikkinen 2006, 36 – 37.)

Toimintatutkimuksessa kehittämistoiminta nähdään jatkuvasti liikkeessä olevana spiraalimaisena syklinä. Spiraalimallissa toiminnasta saadut tulokset asetetaan aina uudelleen arvioitavaksi ja näin toimintaa kehitetään edelleen (Toikko & Rantanen 2009, 66). Heikkisen, Rovion ja Kiilakosken (2006) mukaan toimintatutkimuksen spiraalimaiseen sykliin kuluu sekä konstruoivia että rekonstruoivia vaiheita. Konstruoivalla vaiheella tarkoitetaan uuden luomista eli kehittämistehtävän suunnittelua ja toteutusta. Toiminnan suunnittelua ja toteutusta seuraa rekonstruoiva vaihe, jolla tarkoitetaan siis jo toteutuneen kehittämistoiminnan havainnointia ja arviointia. Kehittämishankkeen havainnoinnilla ja seurannalla varmistetaan toiminnan tavoitteellisuus, voidaan tarvittaessa muuttaa toiminnan painopistettä ja saadaan luotettavaa tietoa hankkeen eri vaiheissa. (Heikkinen ym. 2006, 78 – 79.)

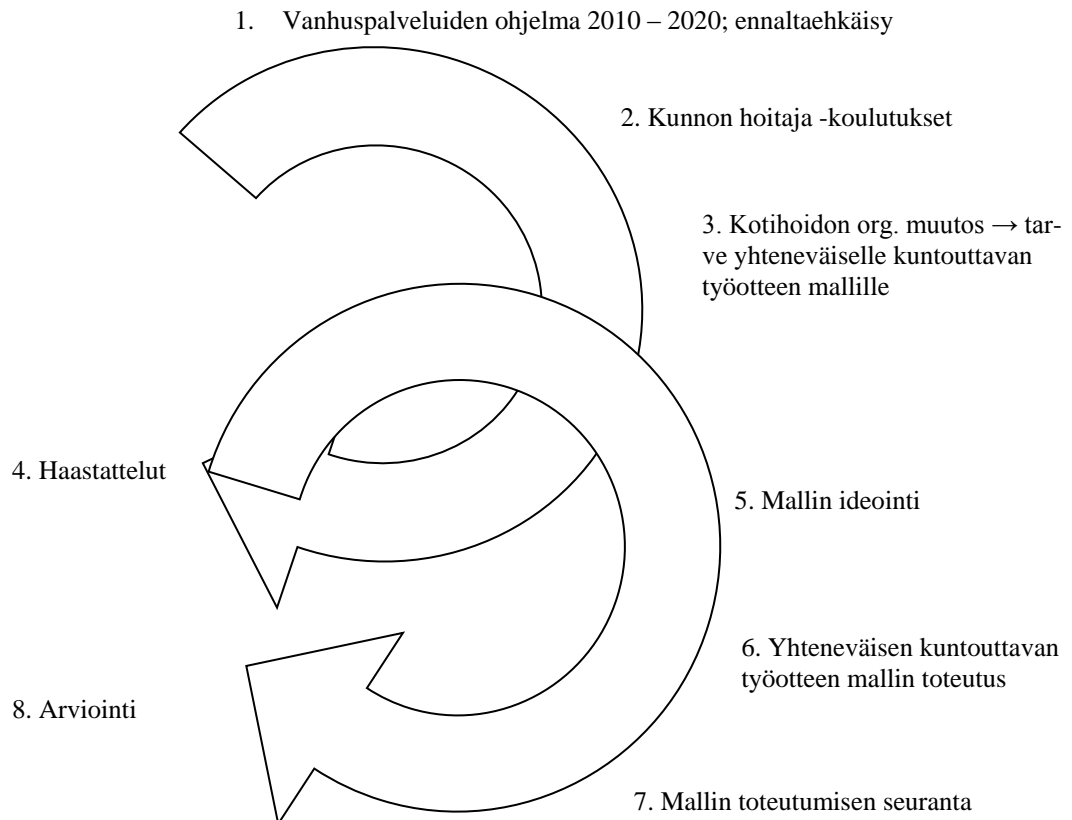
Toimintatutkimuksen ja muun työn kehittämisen raja on häilyvä. Toimintatutkimuksen, niin kuin muunkin tieteellisen tutkimuksen, tarkoituksena on kuitenkin tuottaa uutta, julkisen arvioinnin kestäväää tietoa (Heikkinen 2006, 30). Osallistavuus on yksi toimintatutkimuksen keskeisimpiä määreitä. Yhteisöperustaisessa toimintatutkimuksessa mahdollisimman moni työyhteisön jäsen osallistuu työn kehittämiseen alun suunnittelusta lähtien, edeten aineiston keruusta päätelmien tekemiseen. (Heikkinen 2006, 32 – 33.)

Toimintatutkimuksellisessa lähestymistavassa haasteena nähdään se, miten tutkijan toiminnasta erotetaan tutkimus ja muu toiminta. Rajanveto tutkimuksen ja

osallistumisen välille on vaikeaa, koska tutkija/ kehittäjä on tutkimuksen tekijän roolin lisäksi myös osallistujana toiminnan muutoksessa. (Eskola & Suoranta 1998, 130.) Omassa kehittämishankkeessani koen tämän asetelman olevan selkeämpi. Fysioterapeuttina työnkuvani on erilainen kotihoidon muuhun henkilökuntaan (hoitajat, sairaanhoitajat) nähden. Samalla olen kuitenkin osa työyhteisöä ja työskentelen samojen asiakkaiden kanssa. Olen siis yhtä aikaa sekä toimintaan osallistuva työntekijä että ulkopuolinen kehittäjä.

Oma roolini kehittämishankkeessa oli toimia kuntouttavan työotteen puolestapuhujana ja linkkinä eri ammattiryhmien välillä. Toimin haastattelijana, ohjausryhmän kokoonkutsujana ja kuntoutuksen asiantuntijana erilaisissa yhteistyöfoorumeissa. Kehittämistyöhön liittyivät myös koulutuksen järjestäminen kotihoidon henkilökunnalle liittyen kuntouttavaan työotteeseen, neuvominen ja ohjaaminen erilaisissa asiakastilanteissa sekä osallistuminen kotihoidon asiakaspalaverihin.

4.2 Kehittämishankkeen syklisyys



Kuvio 3. Kehittämishankkeen syklisyys

Seuraavissa kohdissa kehittämishankkeen eteneminen on kuvattu vaiheittain alkaen työn taustalla olevan Pälkäneen Vanhuspalveluiden suunnitelman valmistumisesta päättyen kehittämishankkeen seuranta- ja arviointivaiheeseen.

1. Pälkäneen Vanhuspalveluiden suunnitelma 2010 – 2020 valmistui v. 2009; ennaltaehkäisy otettiin vanhustyön painopisteeksi. Kotihoidon kuntouttavan työn suunnittelu alkoi vanhustyönjohtajan, kotihoidon ohjaajan ja kehittäjä-fysioterapeutin yhteistyönä. (ks. Luku 2.2)
2. Kunnan hoitaja -koulutukset kotihoidon henkilökunnalle toteutettiin vuosina 2009 - 2010. Kuntouttavan työn toteuttaminen kotihoidossa alkoi. Toteutuksessa oli mukana koko kotihoidon henkilökunta. Koulutuksesta saamansa tiedon perusteella hoitajat toteuttivat kotikuntoutusta valikoituille kotihoidon asiakkaille. (ks. Luku 2.2)
3. Vuonna 2011 valmisteltiin kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymistä → ilmaantui tarve luoda yhtenäinen toimintakulttuuri kotihoidon kuntouttavaan työhön. (ks. Luku 2.3)
4. Vuoden 2012 alussa kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistyivät yhdeksi kotihoidon yksiköksi. Toteutin ryhmähaastattelut kotihoidon henkilökunnalle sekä teemahaastattelut tiimien vastuusairaanhoidajille. (ks. Luku 4.3)
5. Syksyllä 2012 ohjausryhmän (kotihoidon ohjaaja, fysioterapeutti ja sairaanhoitajat) keskustelun perusteella tein alustavan valmistelun kuntouttavan työotteen mallista. Mallia työstettiin yksittäisissä keskusteluissa, erikseen jokaisen ohjausryhmän jäsenen kanssa. (ks. Luku 6.1)
6. Syksy 2012 – kevät 2013. Uutta kuntouttavaa työskentelytapaa toteutettiin vastuusairaanhoidajien johdolla yhdistyneessä kotihoidon yksikössä. Fysioterapeutti oli mukana asiakaspalaverissa, kirjaamiskäytäntöjä tehostettiin, tietopaketin kokoaminen sairaanhoitajan kartoituskäyntiä varten aloitettiin, uusia ryhmätoimintoja sekä hoitajien jatkokouluttamista kuntouttavaan työotteeseen suunniteltiin. (ks. Luku 6.2)
7. Talvi - kevät 2013. Uuden työskentelytavan seuranta toteutuksen rinnalla. Keskustelin alkuvuodesta vastuusairaanhoidajien kanssa ja maaliskuussa kotihoidon henkilökunta kokoontui seurantalaveriin. (ks. Luku 6.2)
8. Kevät 2013. Kehittämishankkeen arviointi ja jatkosuunnitelmien teko. Ohjausryhmän jäsenet pohtivat hankkeen onnistumista sekä paneutuivat jat-

kokehittämissuunnitelmiin keskusteluissa kehittäjä – fysioterapeutin kanssa. (ks. Luvut 6.3 ja 7.2)

4.3 Aineiston keruu

Aineiston keruu tapahtui helmi – marraskuussa 2012 haastatteleamalla Pälkäneen kotihoidon henkilökuntaa. Haastatteluja oli yhteensä kahdeksan; neljä ryhmähaastattelua hoitajille ja neljä teemahaastattelua tiimien vastuusairaanhoitajille. Pääsin haastattelemaan peräti neljä sairaanhoitajaa johtuen erilaisista sijaisjärjestelyistä vuoden 2012 aikana. Kolme sairaanhoitajaa haastattelin jo alkuvuodesta, neljäs pääsin haastattelemaan vasta syksyllä, kun hän valmistui sairaanhoitajaksi ja tuli valituksi äitiyslomalle jääneen sairaanhoitajan sijaiseksi.

Haastattelijana toimin minä, kehittäjä-fysioterapeutti. Haastattelin hoitajat pääasiassa kotihoidon toimistojen palaveritiloissa, osan sairaanhoitajista fysioterapeutin toimistossa. Äänitin sekä ryhmä- että teemahaastattelut kannettavan tietokoneen äänitystoiminnolla, mistä aukikirjoitus sujui vaivatta. Kaikki haastatteluihin osallistuneet hoitajat antoivat haastattelutilanteessa suullisen luvan äänittämiseen. Haastatellut hoitajat ja sairaanhoitajat halusivat ja saivat esiintyä nimettöminä; henkilöllisyys jäi ainoastaan haastattelijan tietoon.

Kirjoitin haastattelut auki kevään ja kesän 2012 aikana. Aukikirjoitettua materiaalia kertyi 17 sivua ryhmähaastatteluista ja 11 sivua teemahaastatteluista kirjoitettuna fonttikoolla 12, rivivälillä 1. Aukikirjoituksessa säilytin sanamuodot juuri siinä muodossa kuin ne oli sanottu. Silloin, kun ilmaisussa viitattiin asiaan, joka ei käy ilmi samassa lauseessa, lisäsin viitatus sanan ilmaisuun aukikirjoitusvaiheessa ja laitoin sen hakasulkeisiin []. Esimerkiksi: *”Palavereissa pitää ainakin puhua siitä [kuntoutuksesta] ...”*

Aineiston keruuseen haastattelun keinoin päädyin, koska esimerkiksi kyselylomakkeeseen verrattuna haastattelun etuna on joustavuus ja keskustelunomaisuus. Haastattelussa on mahdollista havainnoida sanatonta viestintää ja oikaista väärinkäsityksiä toistamalla kysymys ja keskustelemalla syvemmin juuri jostain tietystä aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72 – 73.) Pidän näitä aineiston keruun ominai-

suuksia erittäin tärkeinä, jotta koko henkilökunta saatiin aktivoitua mukaan kehittämishankkeeseen. Haastattelut tapahtuivat työajalla, joten kaikki työvuorossa olevat hoitajat olivat velvoitettuja osallistumaan haastatteluun; kyselylomakkeeseen olisi ollut helpompi jättää vastaamatta.

Ryhmähaastatteluihin osallistui helmi – toukokuun 2012 aikana yhteensä 15 hoitajaa kotihoidon 17 hoitajasta. Kussakin neljässä ryhmässä hoitajia oli 2 – 5. Laadin haastatteluihin rungon aihepiireineen (LIITE 1), mutta pyrin kuitenkin välttämään tiukan kysymyssarjan esittämistä, jotta haastattelusta syntyisi keskustelunomainen. Pyrin luomaan ryhmähaastatteluihin vapautuneen ilmapiirin, jotta kaikki rohkaistuisivat tuomaan oman mielipiteensä julki ja uusille ideoille annettaisiin tilaa syntyä. Eskolan ja Suorannan (1998, 95 – 96) mukaan ryhmähaastattelulla saadaan enemmän tietoa kuin yksilöhaastatteluilla tai kyselylomakkeilla, koska osallistujat voivat tukea toinen toistaan ja yhdessä muistella ja herättää mielikuvia keskusteltavista aiheista.

Näkemykseni mukaan keskusteleva ryhmähaastattelu oli hyvä tapa saada henkilökunta konkreettisesti mukaan oman työnsä kehittämiseen. Halusin selvittää, kokevatko hoitajat, että Kunnan hoitaja -koulutuksesta on ollut käytännön hyötyä kotihoidon työssä ja onko koulutus vaikuttanut hoitajien asenteisiin ja ajattelutapaan. Uskoin myös saavani tietoa hoitajien henkilökohtaisista käsityksistä liittyen kuntouttavaan työotteeseen sekä heidän kokemuksistaan asiakkaiden moniammatillisesta kotikuntoutuksesta Pälkäneen kotihoidossa. Halusin myös haastattelun avulla selvittää, miten organisaatiomuutos on vaikuttanut kotihoidon työhön. Uusien ideoiden ja ajatusten esille saaminen työn kehittämistä varten oli myös yksi ryhmähaastattelun tavoitteista.

Haastattelin kaikki neljä kotihoidon vastuusairaanhoitajaa teemahaastatteluina helmi - marraskuussa 2012. Haastatteluissa oli kerrallaan paikalla yksi sairaanhoitaja. Haastattelut etenivät keskustelunomaisesti noudattamatta mitään tiukkaa kysymyssarjaa, mutta pyrin kuitenkin pitämään keskustelun raiteillaan kehittämishankkeen tavoitteiden mukaisesti (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Vaikka teemahaastattelun tuleekin edetä melko vapaamuotoisesti, haastattelun pohjaksi laa-

ditaan kuitenkin ennalta teemat, joiden haastattelijä toivoo esiintyvän haastattelu-tilanteessa (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47 – 48).

Sairaanhoitajien haastatteluiden teemat muotoutuivat ryhmähaastatteluista esiin nousseita teemoja mukaillen sekä osittain perustuen perehtymääni kirjallisuuteen aiheesta (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Ennen haastatteluita perehdyin erilaisiin tutkimuksiin, joista nousi esiin ajatuksia kuntouttavan työotteen toteutumiseen vaikuttavista seikoista. Esimerkiksi Vähäkangas (2010) on tutkinut kuntouttavan työotteen kehittämiseen liittyviä hoitajan työn osa-alueita, Aarvan (2009) tutkimuksessa vertaillaan sosiaalialan peruskoulutuksen ja terveydenhuollon ylemmän koulutuksen saaneiden asenne-eroja ja Nikanderin (2003) artikkelissa pohditaan moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena.

Sairaanhoitajien haastatteluiden teemoiksi muodostuivat ryhmähaastatteluiden ja perehtymäni kirjallisuuden perusteella: kuntouttavan hoitotyön käsite (ks. luku 5.1), hoitajan asenne kuntouttavaan hoitotyöhön (ks. luku 5.2), moniammatillinen yhteistyö (ks. luku 5.3), organisaatiomuutoksen vaikutukset kotihoidossa (ks. luku 5.4) sekä kehittämisideat kuntouttavan työotteen kehittämiseen Pälkäneen kotihoidossa (ks. luku 5.5). Edellä mainittuja teemoja syvensin sairaanhoitajien haastatteluissa kysymällä esimerkiksi heidän koulutus- ja työtaustoistaan sekä ajatuksistaan liittyen tiimin vastuusairaanhoitajan rooliin (LIITE 2).

4.4 Aineiston analysointi

Kehittämishankkeen aineiston analysointimenetelmänä käytin sisällön analyysia. Sisällön analyysia voidaan käyttää aineiston analysointiin monenlaisissa tutkimuksissa. Kyngäksen ja Vanhasen (1999) mukaan tämä on erinomainen strukturoimattoman aineiston, kuten puheiden, raporttien ja artikkeleiden analysointitapa. Sisällön analyysillä pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa tuottamalla sitä kuvaavia kategorioita tai käsitteitä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4.) Tuomen ja Sarajärven (2009, 91 – 93) mukaan laadullisen tutkimuksen analyysin eteneminen tapahtuu aineiston aukikirjoituksen jälkeen luokittelemalla, teemoittamalla tai tyypittelemällä aineisto.

Aukikirjoitetun ryhmähaastattelu-aineiston lukemisen jälkeen pilkoin aineiston ensin yksittäisiksi ilmaisuiksi. Tämän jälkeen muutin aineiston pelkistetyiksi ilmaisuiksi, jotka puolestaan ryhmittelin alakäsitteiksi eri aihepiirien mukaan. Näistä edelleen muodostuivat varsinaiset yläkäsitteet eli teemat. Teemoittelussa, toisin kuin esimerkiksi luokittelussa, lukumäärillä ei ole merkitystä. Siinä korostuu se, mitä kustakin teemasta on sanottu. Näin muodostuu aineiston ryhmittely eri aihepiirien mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.)

Ryhmähaastattelujen sisällön analysoinnin perusteella teemoiksi nousivat luvussa 4.3 esittelemäni teemat. Teemoiteltuani ryhmähaastattelujen aineiston, sisällytin analyysiin teemahaastatteluista esiinnousset, kyseisiin teemoihin ja alaluokkiin liittyvät ilmaisut. Sisällön analyysistä olen koonnut esimerkkejä liiteosioon (LIITE 3). Sisällön analyysistä esiin nousseita teemoja ja hoitajien ajatuksia liittyen näihin teemoihin esittelen seuraavassa luvussa.

5 HAASTATTELUIDEN TULOKSET

5.1 Hoitajien käsitys kuntouttavasta työotteesta

Sekä ryhmä- että teemahaastattelut aloitettiin keskustelemalla siitä, miten hoitajat ja sairaanhoitajat ymmärtävät käsitteen *kuntouttava työote*. Useat vanhoista kotipalvelun työntekijöistä perustivat käsityksensä Kunnan hoitaja -koulutuksesta saamaansa tietoon. Monet olivat sitä mieltä, että kuntouttavaa työtä on aina ollut, mutta koulutuksen ja kehittämishankkeen myötä asioille on annettu nimiä ja kuntouttavasta työstä on tullut näkyvää.

Haastatteluissa kävi ilmi, että hoitajat näkivät kuntouttavan työn kotihoidossa *konkreettisemmalla* kannalta kuin sairaanhoitajat. Hoitajat näkivät kuntouttavan työotteen olevan asiakkaan kannustamista omatoimisuuteen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen arjen tilanteissa, liittyen esimerkiksi pukeutumiseen ja peseytymiseen. Tärkeänä seikkana toimintakyvyn ylläpitämisessä haastatellut hoitajat näkevätkin sen, että asiakasta ei ”passata” vaan häntä vaaditaan tekemään itse toimintoja, joihin hän vielä kykenee.

”Pääsääntöisesti annan itse tehdä ja vaadin, että pitää itse tehdä.”

Sairaanhoitajat myös näkivät tärkeänä sen, että asiakasta kannustetaan omatoimisuuteen. Heidän mielestään kuntouttava työote on tärkeää nähdä *koko työyhteisön yhteisenä toimintatapana*. Haastatellut sairaanhoitajat olivat sitä mieltä, että on tärkeää, että koko työyhteisöllä on samanlainen näkökulma kuntouttavaan työotteeseen ja kaikki sitoutuvat työskentelemään näiden periaatteiden mukaisesti. Heidän mielestään on myös tärkeää, että kuntouttava työote tehdään asiakkaalle selväksi heti asiakkuussuhteen alusta lähtien.

Haastattelemani hoitajat ja sairaanhoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että kuntoutus on *osa hoitotyötä*, eikä sen erillinen osa. Heidän mukaansa on tärkeää, että kuntoutus jatkuu katkeamattomana prosessina asiakkaan kotona esimerkiksi sairaalahoidon tai lyhytaikaishoitajakson jälkeen. Toisaalta kuntoutus arjen toimintojen osana nähdään siten, että siitä ei tehdä liian isoa numeroa, vaan pidetään itsestään

selvyytenä, että kuntoutus on osa jokapäiväisiä toimintoja. Haastateltujen hoitajien mielestä on tärkeää, että asiakkaille ja omaisille tehdään selväksi, että kuntoutus on osa kotihoidon työtä, mikä tarkoittaa sitä, että asiakkaalta vaaditaan oma-toimisuutta niin pitkään kuin se on mahdollista.

Haastatteluissa tuli esiin myös hoitajien *voimavaralähtöinen* ajattelutapa. Hoitajat olivat sitä mieltä, että asiakkaiden - ja joskus hoitajienkin - huomio kiinnittyy liikaa sairauksiin ja toimintarajoitteisiin. Olisi tärkeämpää kiinnittää huomiota asiakkaan jäljellä oleviin voimavaroihin ja niiden tukemiseen. Hoitajien mielestä on tärkeää tunnistaa kunkin asiakkaan yksilölliset voimavarat ja kannustaa niiden käyttämiseen.

”Otetaan asiakkaan voimavarat hyödyksi..., että kannustetaan häntä käyttämään niitä.”

Haastatteluissa kysyttiin Kunnan hoitaja -koulutuksen käyneiltä hoitajilta, mitä heillä on jäänyt päällimmäisenä mieleen *koulutuksesta*. Koulutuksen anti tulee esiin monessakin haastattelun kohdassa, mutta suoraan kysyttäessä hoitajat kokevat koulutuksen herättäneen huomaamaan kuntoutuksen tärkeyden asiakkaan toimintakyvyn kannalta. Joidenkin haastateltujen hoitajien mielestä koulutus sai heidät muuttamaan toimintatapojaan sekä antoi näkökulmaa asiakkaan toimintakyvyn arviointiin.

Kunnan hoitaja – koulutuksen myötä hoitajille on iskostunut mieleen, että kuntouttava työ kotihoidossa voi olla myös toimintakyvyn *edistämistä*, ei vain sen ylläpitämistä. Muutamien asiakastapausten myötä heille on konkretisoitunut se, että asiakkaan huono toimintakyky tai korkea ikä eivät ole este tavoitteelliselle harjoittelulle. He ovat myös käytännössä huomanneet, että tuloksiakin harjoittelulla voidaan saavuttaa.

”Yhdellä oli ainakin ne jalkapainot ja treenattiin ihan kolme kertaa viikossa... Tiedä vaikka se oli pidempään kotona sen avulla!”

Myös sairaanhoitajat pohtivat kuntouttavan työtöteen toteuttamista konkreettiselta kannalta, vaikka heidän työssään käytännön kuntoutustyötä asiakkaan luona on

vain vähän johtuen erilaisesta työkuvasta hoitajiin nähden. Sairaanhoitajat näkivät tärkeänä nimenomaan toimintakykyä edistävän harjoittelun osana *tavoitteellista* kotihoidon toimintaa. Lihasvoiman ja tasapainon harjoittaminen olivat sairaanhoitajien mielestä suorassa yhteydessä kotona asumisen sujumiseen. Tärkeänä haastatellut sairaanhoitajat näkivät myös sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sairaanhoitajat ottivat esiin sen, että kotihoidon toimintaa uudelleenorganisoidaan ja yhteensovittamalla kannustettaisiin asiakkaita omatoimisuuteen ja tätä kautta vahvistettaisiin heidän sosiaalista toimintakykyään.

”...aktivoisikin asiakasta lähtee käymään siellä laboratoriossa ja samalla ottaa vaikka kaupasta jotain ja tapaan muita ihmisiä...”

Sekä hoitajat että sairaanhoitajat miettivät myös kuntouttavan työskentelytavan toteuttamista käytettävissä olevan *työajan* puitteissa. Joidenkin asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin on kirjattu konkreettisen kuntoutusohjelman suorittaminen, esimerkiksi kotijumppa tai ulkoilu. Monet haastatellut hoitajat olivat sitä mieltä, että kuntouttava työ asiakkaan luona ei itse asiassa vie paljon aikaa, kun se on sisällytetty arjen toimintoihin. Eräs hoitaja pohti myös että silloin, kun poikkeuksellisesti on helpompi työtilanne, voisi aikaa käyttää asiakkaan toimintakyvyn parantamiseen.

Sairaanhoitajat näkivät asiakkaan kuntouttamiseen kuluvan ajan olevan organisoitavaksi kysymys. He olivat sitä mieltä, että asiakkaan kuntouttaminen on yksi kotihoidon tehtävistä, joka vie aikaa siinä missä muutkin työtehtävät. Ajankäytön suunnittelu on heidän mielestään avainsana suunniteltaessa asiakkaan kuntoutumiseen tähtäviä toimenpiteitä.

”Hoitaminen täytyy vaan organisoida niin, että ehtii [kuntouttaa].., onhan monia muitakin hoitoja, joihin menee aikaa...”

Haastatellut sairaanhoitajat ajattelivat kuntouttavaa työtä kotihoidossa *laajemmasta näkökulmasta*, tavoitteellisena ja asiakkaan koko loppuelämää koskevana prosessina. Kotona asumisen tukeminen nähtiin tärkeimpänä kuntouttavan työskentelyn tavoitteena kotihoidossa. Sairaanhoitajat näkivät tärkeänä luottaa omaan am-

mattitaitoonsa ja kykyyn tehdä tavoitteellisia, asiakkaan kokonaistilanteen huomi-
oonottavia ratkaisuja.

*”...nykyään puhutaan paljon siitä, että saa olla kauemmin koto-
na, niin ehkä sitä osaa ajatella järkevämmiin ja pitkäkestoisem-
min...luottaa enemmän omaan ammattitaitoonsa.”*

Sairaanhoitajat pohtivat myös asiakkaan toimintakyvyn heikkenemisen *seurauksia*
pitkällä aikavälillä. Vaikka kuntouttavaan työhön täytyy panostaa ja ehkä varata
enemmän aikaa asiakaskäynnille, niin pitkällä tähtäimellä se on kannattavaa niin
asiakkaan elämänlaadun kuin hoitajan jaksamisenkin kannalta. Haastatellut sai-
raanhoitajat olivat sitä mieltä, että kun asiakkaan toimintakyky säilyy pidempään,
niin hoitajankin työ helpottuu.

5.2 Asenne kuntouttavaan työotteeseen

Haastatteluissa nousi ”rivien välistä” esille työntekijöiden asenteita kuntouttavaan
työotteeseen kotihoidossa. Joissakin haastatteluissa asenteista keskusteltiin avoi-
memminkin, mutta oli myös mielenkiintoista löytää näitä ajatuksia ilmaisuihin,
jotka eivät suoranaisesti liittyneet kysymykseen hoitajan asenteesta. Seuraavassa
esimerkissä hoitajan positiivinen asenne ”paistaa läpi”; on ammatillista ylpeyttä
sekä positiivista, motivoivaa asennetta asiakkaan toimintakyvyn edistämiseen:

*”...siinähan se just tulee hoitajuus tosi vaativasti näkyville, että
osaa hakea sieltä ne linkit, että millä päästään tästä tilanteesta
eteenpäin.”*

Oman asenteen ja motivaation merkitys ja sen vaikutus kuntouttavan työskentely-
tavan onnistumiseen tuli voimakkaasti esille käymissämme keskusteluissa. Hoita-
jia mietitytti erityisesti asiakkaan *motivointi* kuntouttavaan toimintaan arjen työs-
sä. Motivointia mietittiin niin hoitajan oman työhön motivoitumisen, kuin asiak-
kaan motivoinninkin kannalta.

Hoitajat kokivat kuntoutukseen motivoinnin kompastuskivenä monen asiakkaan
kohdalla ja totesivat oman, positiivisen asenteen vaikuttavan myös asiakkaan mo-
tivointiin. Jos hoitaja itse kokee kuntouttavan työotteen tärkeänä ja hoitoon oleel-

lisesti kuuluvana asiana, on asiakkaitakin helpompi motivoida kuntoutumaan. Hoitajat totesivat myös, että työssä ei kannata liikaa korostaa asiakkaalle tai erotella, että ”tämä on nyt sitä kuntoutusta”. Pitäisi myös osata olla hieman ”ovela” ja ilmaista asiat niin, että vaikeammin motivoitavissa olevat asiakkaatkin lähtevät mukaan. Nähtiin myös tärkeänä osata erottaa ne asiakkaat, joilla on motivaatiota kuntoutumiseen ja panostaa enemmän heidän voimavarojensa tukemiseen.

Hoitajat miettivät asennekysymystä myös laajemmassa kontekstissa. Asenne on heidän mielestään jotain, mikä on enemmänkin *ominaisuus* hoitajan persoonassa ja tavassa ajatella asioista. Eräs hoitaja pohti, voiko ketään kouluttaa kuntouttavaan asenteeseen, jos hoitotyöntekijä ei ole sisäistänyt kuntouttavaa asennetta osaksi omaa hoitajan identiteettiään. Toisen hoitajan mielestä taas henkilön oma positiivinen ja terveyskeskeinen ajattelutapa on olennainen osa kuntouttavan työn onnistumista.

”...oma asennoituminen siihen, että se on sitä terveyskeskeisyyttä; ei haeta niitä, mitkä on huonosti siellä...”

Haastatellut sairaanhoitajatkin olivat sitä mieltä, että kuntouttavan työotteen onnistuminen on usein kiinni hoitajan asenteesta ja ajattelutavasta. Tärkeänä nähtiin oma positiivinen asenne, asiakkaan kannustaminen ja kuntoutukseen liittyvien asioiden perustelu asiakkaalle. Kun hoitajan oma asenne on kunnossa, asiakkaan motivointi helpottuu.

Sen lisäksi, että hoitajan omalla asenteella nähtiin olevan suuri merkitys asiakastilanteessa, sairaanhoitajat pitivät kotihoidon *yhtenäisen asenteen* merkitystä tärkeänä. Kuntoutukseen liittyvät asiat pitäisi huomioida ja ottaa esiin työyksiköiden kokoontumisissa. Tulisi korostaa kuntouttavan työotteen merkitystä, jotta kaikki hoitajat vaatisivat asiakkailta samoja asioita ja asiakaskohtaiset tavoitteet pysyisivät jokaisen hoitajan mielessä.

”Se asenne on hirveen tärkeä; kaikki on samalla mielellä...”

5.3 Hoitajien käsityksiä moniammatillisesta yhteistyöstä

Haastatteluissa nousi esille yhtenä teemana moniammatillisen yhteistyön merkitys kuntouttavan työotteen toteuttamisessa. Hoitajat näkivät kuntouttavan moniammatillisen yhteistyön *yhteistyönä fysioterapeutin kanssa*. Hoitajien mielestä yhteistyö kuntoutusasioissa toimii parhaiten silloin, kun fysioterapeutti on tavoitettavissa mahdollisimman vaivattomasti ja häneltä voi kysyä konkreettisia neuvoja koskien asiakkaan kuntoutussuunnitelmaa.

Haastateltujen sairaanhoitajien mielestä on tärkeää, että fysioterapeutti on mukana aina, kun mietitään asiakkaan toimintakykyyn liittyviä asioita. Erityisesti kotona pärjäämistä pohdittaessa yhteistyö on tarpeen ja fysioterapeutin arvioivat kotikäynnit nähdään tarpeellisena yhteistyömuotona. Sairaanhoitajat näkivätkin asiakkaan tilanteen laajana kokonaisuutena, jonka havainnointiin tarvitaan kuntoutuksen erityisosaajan näkemystä. Heidän mielestään hoitajan tai sairaanhoitajan koulutuksen omaava työntekijä ei osaa havainnoida esimerkiksi toimintakykyyn liittyviä ympäristötekijöitä samalla tavalla kuin fysioterapeutti.

”Sinulla on se asiantuntemus omalta alaltasi, että kyllähän sinä huomaat paljon sellaista, mitä me hoitajat ei huomatakaan...”

Fysioterapeutin rooli *asiakaspalavereissa* jakoi mielipiteitä. Joidenkin haastateltujen hoitajien ja sairaanhoitajien mielestä olisi tarpeellista, että fysioterapeutti on mukana asiakaspalavereissa herättelemässä hoitajia kuntouttavan työn tärkeyteen ja huolehtimassa, että asiakkaan toimintakykyyn liittyvät asiat otetaan esille. Eräs hoitaja näki myös moniammatillisen keskustelun tuottavan hyviä keinoja kuntouttavan työn kehittämiseen kotihoidossa. Toisten haastateltujen hoitajien mielestä asiakaspalavereissa taas käsitellään niin monia asioita, että kuntoutusasiat hukkuivat asiapaljouteen. Uusina työntekijöinä aloittaneille sairaanhoitajille oli vielä epäselvää, osallistuuko fysioterapeutti lainkaan kotihoidon asiakaspalavereihin.

Eräässä haastattelussa tuli esiin myös se, että *kunkin ammattiryhmän kykyjä* voisi pyrkiä hyödyntämään tehokkaammin yhteiseksi hyväksi. Olisi tärkeää, että jokainen työntekijäryhmä saisi äänensä kuuluviin. Näin työskentely olisi tehokkaam-

paa ja työntekijöiden työskentelymotivaatio kohoaisi saadessaan hyödyntää ammatillista osaamistaan maksimaalisesti.

”...niitä, jotka pitkään on tätä työtä tehny, niin hyödyntää sitä heidän ammatillista osaamistaan; sieltä ei välttämättä tuu sitä julki, mikä auttais kaikkia. Se on hiljaisena tietona ja osaamisena ihmisten selkärangassa..., mutta sais sen enemmän käyttöön, kun tuotais se keskustelun tasolle...”

5.4 Organisaatiomuutoksen vaikutukset

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyminen oli alkusysäys kehittämishankkeelle, joten olikin luonnollista, että organisaatiomuutoksen vaikutusten pohtiminen nousi esiin haastatteluissa. Sairaanhoidajat tulivat kotihoitoon uusina työntekijöinä erilaisista työympäristöistä, joten oletettavaa oli, että hoitajilla ja sairaanhoitajilla saattaisi olla erilainen näkemys kuntouttavaan työotteeseen. Suurin osa haastatelluista hoitajista oli käynyt Kunnon hoitaja -koulutuksen, sairaanhoitajat taas eivät lainkaan.

Haastatteluissa kysyin vanhoilta kotipalvelun työntekijöiltä, kuinka paljon organisaatiomuutos on vaikuttanut arjen työhön. Joidenkin mielestä yhdistymisprosessi oli ollut uuvuttava ja se oli vaikuttanut työssä jaksamiseen. Toisten hoitajien mielestä vaikutuksia ei enää, noin puolen vuoden jälkeen, ollut nähtävissä.

Organisaatiomuutokseen liittyen halusin myös tietää, millaisena työntekijät kokevat hoitajien ja sairaanhoitajien erot tiedoissa, taidoissa ja asenteessa kuntouttavaan hoitotyöhön. Suurimmalla osalla haastatelluista hoitajista oli käsitys, että sairaanhoitaja keskittyy enemmän asiakkaan lääkinälliseen hoitoon, jolloin kuntoutukseen liittyvät asiat jäisivät sivuseikaksi. Hoitajat olivat sitä mieltä, että he näkevät asiakkaan kokonaistilanteen paremmin, koska he näkevät asiakasta useammin kuin sairaanhoitajat, jotka käyvät asiakkaalla usein vain kerran viikossa.

”Kotihoidolla on aina ollut kokonaisvaltaisempaa se hoito..., ehkä he [kotisairaanhoidajat] eivät oo niin kiinnittäneet huomiota tähän kuntoutumispuoleen.”

Sairaanhoitajat puolestaan näkivät kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisessä mahdollisuuden *uudelleenorganisoida* kotihoidon tehtäviä järkevämmiksi kokonaisuuksiksi. Haastateltujen sairaanhoitajien mukaan uudelleenorganisoinnilla saadaan turhaan kotiin annetut palvelut karsittua ja asiakkaan omatoimisuutta vahvistettua.

”...ne [asiakkaat] on opetettu siihen, että siellä kotona käydään, siis vaikka ottamassa labrakokeita..., että sillain täällä sitten niin kuin mietitään, että onko ihan tarpeellista näitä vaan toistaa...”

5.5 Kuntouttavan työotteen kehittämisisideat

Haastatteluiden yhtenä tärkeänä tavoitteena oli innostaa kotihoidon henkilökunta miettimään uusia, toimivia tapoja kuntouttavan hoitotyön kehittämiseksi uudessa organisaatiossa. Kehittämisisideoita syntyi niin konkreettisen, asiakkaan kotona tapahtuvan kuntouttavan työn kehittämiseen kuin moniammatillisen kuntouttavan työotteen kehittämiseen kotihoidon työyksikössä. Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että kuntouttava työskentely asiakkaiden kodeissa sujuu nykyisellään hyvin, mutta uusia ideoitakin syntyi. Yksi innovatiivisimmista ideoista oli *intensiivisen*, kuntouttavan kotihoidon jakson järjestäminen asiakkaalle. Kuntouttavan jakson tavoitteena olisi saada asiakas huomaamaan kuntoutuksen vaikutukset omassa elämässään ja näin saada hänet motivoitua jatkamaan aktiivista toimintakyvyn edistämistä kotihoidon tukemana.

”...miksei sitä vois yrittää sellasta muutamien viikkojen aktiivisempaa jaksoa, niin kyllä sieltä sitten näkee ne jotka haluaa, jos ei niillä olisi sitten niitä tekosyitä...”

Vanhan organisaation aikana tiettyjen, säännöllistä kotihoitoa saavien asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin merkittiin erityisiä, kuntouttavia kotikäyntejä. Osoittautui kuitenkin, että nämä käynnit jäivät usein toteutumatta hoitajien kiireisen aikataulun takia. Haastatteluissa tuli kuitenkin esiin, että näitä *erillisiä kuntouttavia käyntejä* toivotaan edelleenkin, jos niiden toteuttamiselle olisi aikaa. Toivottiin myös esimerkiksi erillisen nimelistan ylläpitämistä kuntoutukseen motivoituneista asiakkaista, jotta heihin voitaisiin panostaa enemmän ja mahdolliset sijaisetkin osaisivat asennoitua erityisen kuntouttavalla työotteella heihin.

Haastateltujen hoitajien mielestä fysioterapeutin kartoituskäynnit asiakkaiden luona olisivat jatkossakin tarpeellisia. Hoitajat toivovat, että fysioterapeutin käynti ja kuntouttavan työotteen suunnitelma tehtäisiin *heti asiakkuussuhteen alussa*; näin asiakkaan motivointi kuntoutumiseen voisi olla helpompaa. Kuntoutussuunnitelmasta tulisi konkreettinen työväline ja ”ohjenuora” kotihoidon henkilökunnalle heti asiakkuussuhteen alusta lähtien.

”Varmaan olisi hyvä, että fysioterapeutti kävisi heti huomauttamassa ne [kuntoutus-]asiat., meiltä ehkä jää sellaiset asiat myöhäisempään; olisi ehkä parempi, että ne asiat tulisi heti siinä.”

Jotkut haastatellut hoitajat tarkastelivat omaa toimintaansa kriittisesti ja ajattelivat kuntouttavaan hoitotyöhön panostamisen olevan kiinni hoitajasta itsestäänkin, eikä aina käytettävissä olevasta ajasta. Kehittämistarvetta olisi heidän mukaansa siis hoitajien asenteissa ja motivaatiossa. Kun sattuu olemaan kiirettömämpi hetki, ajan voisi käyttää asiakkaan kuntouttamiseen.

”...täytyy myöntää, että pitäis itteekin motivoida ja vaan lähteä!”

Moniammatillisen yhteistyön kehittämistä pohdittaessa tuli esiin tarve yhteisille palaverille. Haastateltujen kotihoidon työntekijöiden mukaan moniammatillisuuden lisääminen asiakaspalaveriin onkin tärkeä kehittämiskohde. Fysioterapeutin rooli asiakaspalaverissa olisi tärkeä kuntouttavaan työotteeseen asennoitumisen kannalta; kuntouttavan työn tärkeys pysyisi paremmin hoitajien mielissä ja korostuisi uusille työntekijöille.

Eräs tärkeänä kehittämiskohteena haastatteluissa esille noussut asia oli kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen. Joku toivoi vielä ihan perinteistä palaverivihkoon ja viestilapuille kirjaamistakin, jotta tieto hoitajien ja fysioterapeutin välillä kulkisi saumattomasti. RAI – toimintakyvyn arviointimittaristo nähtiin myös yhtenä viestinnän ja yhteistyön välineenä, samoin Mediatri – potilastietojärjestelmään kirjaaminen.

Haastatteluissa nousi esiin toiveita *yhteisistä pelisäännöistä* koskien kuntouttavaa hoitotyötä. Haastateltujen hoitajien mielestä olisi tärkeää, että asiakkaan oman aktiivisuuden korostamista painotettaisiin jo ensimmäisellä käynnillä. Näin hoitajien olisi helpompaa jatkossa motivoida asiakasta toimimaan itsenäisesti. Asiakkaan toimintakyvyn edistämistä tulisi painottaa niin, että siitä tulisi koko työyhteisön yhteinen toimintatapa.

”Jos alusta saakka painotettaisiin jo kartoituskäynnillä, että pyritään siihen, että asiakas pystyy itse tekemään...”

Myös *lisäkoulutusta* kuntouttavaan työotteeseen ja uusien työntekijöiden *perhe-
dyttämistä* kuntouttavan hoitotyön periaatteisiin toivottiin. Haastateltujen kotihoi-
don työntekijöiden mielestä yhtenäistä, kuntouttavan työotteen asennetta tulisi korostaa uusille työntekijöille. Heille olisi hyvä järjestää koulutusta tai ainakin informoida uutta työntekijää asiakkaista, jotka tarvitsevat erityistä motivointia kuntoutumiseen.

5.6 Tulokset suhteessa aikaisempaan tutkimustietoon

Bouwen, De Lepeleire ja Buntinx (2008, 309) ovat tutkimuksessaan todenneet, että *kouluttamalla* hoitajia asiakkaan toimintakyvyn arviointiin, ylläpitämiseen ja parantamiseen, voidaan edistää iäkkäiden toimintakykyä. Haastatteluissa koulutuksen merkitys näkyikin siten, että Kunnan hoitaja -koulutuksen käyneet hoitajat kokivat pystyvänsä edistämään huonokuntoisen iäkkään toimintakykyä. Haastatellut hoitajat perustivat käsityksensä kuntouttavasta hoitotyöstä melko pitkälti koulutuksesta saamaansa tietoon. Heidän mukaansa koulutuksen jälkeen kuntouttavasta työstä oli tullut näkyvä ja luonnollinen osa kotihoiton työtä. He ovat oppineet arvioimaan asiakkaan toimintakykyä sekä saaneet tietoa iäkkään asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen tarvittavista toimista.

Peltari (2009) on opinnäytetyössään tutkinut Hatanpään puistosairaalan geriatriksen osaston hoitajien *käsityksiä* kuntouttavasta hoitotyöstä. Tutkimuksen mukaan jopa kolmasosa hoitajista on sitä mieltä, että hoitaminen ja kuntoutumista edistävä hoitotyö ovat eri asioita. Kaksi kolmasosaa hoitajista oli tutkimuksen mukaan sitä

mieltä, että fysioterapia on asiakkaan kuntoutumista edistävää toimintaa. (Pelttari 2009, 26 – 27.) Haastattelemani hoitajat olivat kuitenkin sitä mieltä, että kuntoutus on osa hoitotyötä, eikä sen erillinen osa.

Tutkimusten mukaan arjessa tapahtuva liikkuminen ja kotityöt *ylläpitävät* toimintakykyä (mm. Pajala 2012, 21). Haastattelemini hoitajien mukaan onkin tärkeää, että asiakasta vaaditaan tekemään itse esimerkiksi kodinhoitoon ja hygienian hoitoon liittyviä toimintoja, joihin hän vielä itsenäisesti kykenee. Heidän mukaansa on tärkeää kiinnittää huomiota asiakkaan jäljellä oleviin voimavaroihin. Koskisen (2004) mukaan voimavarat lisäävät ikääntyneen toimimista eri areenoilla, mikä puolestaan lisää koettua hyvinvointia ja elämänlaatua. Elämänlaadun kohentuminen puolestaan vapauttaa lisää voimavaroja ikääntyneen käyttöön, joten näin saadaan aikaan positiivinen ”kierre”. (Koskinen 2004, 45.)

Haastatteluissa nousivat esille myös Kunnan hoitaja -koulutuksessa opitut, asiakkaan toimintakyvyn *edistämiseen* liittyvät asiat. Hoitajat olivat oppineet, että huonokuntoisenkin iäkkään toimintakykyä voidaan parantaa oikeanlaisella harjoittelulla. Tutkimusten mukaan kotona asuvan iäkkään toimintakyvyn edistämisen kannalta on oleellista kohdistaa tavoitteellista harjoittelua voimaominaisuuksiin ja tasapainon hallintaan (Pajala 2012, 19 – 21; Heinonen, Mäkelä & Väänänen 2009, 60; Howe, Rochester, Neil, Skelton & Ballinger 2012, 29 - 30).

Clemsonin, Fiatarone Singhin, Bundyn, Cummingin, Manollarasin, O’Loughlinin ja Blackin (2012) tutkimusartikkelin mukaan tehokkainta kaatumista ehkäisevää harjoittelua ikäihmisille on juuri kotona, arjen askareiden lomassa tehtävä harjoittelu. Heidän mukaansa tavoitteellisella ryhmäharjoittelullakin saadaan aikaan hyviä tuloksia, mutta kotiharjoittelulla, mikä voidaan toistaa useasti päivässä, saadaan aikaan kaikkein parhaita tuloksia. (Clemson ym. 2012, 4.) Kotihoidon henkilökunta käy säännöllistä kotihoitoa saavien asiakkaiden luona päivittäin, usein montakin kertaa päivässä, joten hoitajat ovat avainasemassa tämäntyyppisessä harjoittelussa avustamiseen.

Vähäkankaan (2010, 81 – 82) tutkimuksessa on todettu että vanhustenhoidossa kuntouttavaa hoitotyötä saavien asiakkaiden hoitoaika lisääntyi kahdeksan mi-

nuuttia vuorokaudessa. Jaettuna aamu- ja iltavuoroon se tarkoittaa neljän minuutin lisäystä asiakasta kohden. Yleisessä keskustelussa vedotaan usein siihen, että hoitajilla ei ole aikaa kuntouttavaan hoitotyöhön. Haastatteluissa nousi kuitenkin esiin se, että ajan järjestäminen on yleensä organisointikysymys.

Yksi haastatteluissa esille noussut teema oli hoitajien asenne kuntouttavaan hoitotyöhön. Vähäkankaan (2010) väitöstutkimuksessa on todettu asiakkaan saavan enemmän kuntoutumista edistävää hoitoa silloin, kun hoitaja *usko*o asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuksiin. Tutkimuksen mukaan hoitajan usko asiakkaan toimintakyvyn paranemiseen lisää todennäköisyyttä saada kuntouttavaa hoitoa jopa 35 prosentilla. Hoitajan oma asenne kuntouttavaan työhön on siis yksi asiakkaan toimintakyvyn edistämiseen voimakkaasti vaikuttava tekijä. (Vähäkangas 2010, 78 – 79.) Haastatteluiden tulokset myötäilivätkin näitä tutkimustuloksia. Hoitajan oman asenteen merkitys ja sen vaikutus asiakkaaseen kohdistuvaan kuntouttavaan hoitotyöhön tuli voimakkaasti esille haastatteluissa.

Kuntouttava asenne vaatii hoitajalta positiivisuutta, tulevaisuusorientoituneisuutta ja uskoa asiakkaan kuntoutumisen mahdollisuuksiin (Vähäkangas 2010, 78 – 79). Salmelaisen (2008, 20) tutkimuksessa todetaan, että koulutuksella voidaan vaikuttaa ammattihenkilöiden arvoihin ja asenteisiin, mikä puolestaan lisää hoitajan uskoa ja tahtoa kuntouttavaan työhön. Haastatellessani hoitajia, eräs haastateltava mietti kuitenkin, että voiko ketään varsinaisesti kouluttaa kuntouttavaan työtöteeseen; hänen mielestään asenne joko on hoitajalla jo olemassa henkilökohtaisena ominaisuutena tai sitten ei ole. Asennoitumista kuntouttavaan hoitotyöhön osattiin haastatteluissa hienosti verrata myös terveyseskeisyyteen. Mm. Vähäkankaan (2010, 35) tutkimuksessa todetaan, että terveyslähttöisyys on yksi kuntouttavan hoitotyön onnistumisen edellytyksistä.

Haastatteluissa nousi esiin asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseen *motivoimisen* tärkeys. Hoitajat näkivät motivoimisen toteutuvan parhaiten omaa asennetta tarkistamalla sekä asiakasta kannustamalla ja asioita perustelemalla. Vaikka moni kotihoidon asiakas on muistisairas, niin kuntouttavan työtöteen perustelevinen saa asiakkaan kuitenkin ymmärtämään kuntoututtavan työn merkityksen hänelle itselleen (Luk 2012, 59).

Haastateltujen hoitajien mielestä paitsi hoitajan henkilökohtaisella asenteella, myös koko kotihoidon yksikön *yhtenäisellä asenteella* kuntouttavaan työotteeseen on suuri merkitys kuntouttavan hoitotyön onnistumiselle. Vähäkankaan (2010, 35) tutkimuksessa todetaan, että on ensiarvoisen tärkeää, että yksikön jokainen hoitaja toimii asiakkaalle asetettujen tavoitteiden mukaisesti ja vaatii asiakkaalta samoja asioita. Päivärinta ja Haverinen (2002, 44) korostavat myös, että kotihoidossa jokaisen hoitajan, jokaisessa työvuorossa on toimittava yhtenäisten tavoitteiden mukaisesti.

Moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa nousi esiin yhtenä kuntouttavan hoitotyön onnistumisen edellytyksenä. Suijker, Buurman, ter Riet, van Rijn, de Haan, de Rooij ja Moll van Charante (2012, 10) ovat tutkimusartikkelissaan todenneet, että moniammatillisella yhteistyöllä on suuri merkitys ehkäistessä ikäihmisten toimintakyvyn heikkenemistä. Samoin Tilvis (2002, 154) mainitsee artikkelissaan moniammatillisen työryhmän toiminnan yhtenä keskeisenä seikkana iäkkään kuntoutumisen onnistumiselle. Myös Vähäkangas (2010, 35) korostaa moniammatillisen yhteistyön merkitystä kuntoutumista edistävässä hoitotyössä. Moniammatillisen yhteistyön kivijalkana on systemaattinen toimintakyvyn arviointi ja sen pohjalta tehty yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma.

Hoitajien mielestä kuntoutuksen ammattilaisen osallistuminen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan sisällytetyn kuntoutussuunnitelman laatimiseen, toteuttamiseen ja arviointiin on erittäin tärkeää. Eri alojen ammattilaisilla on omat erityisosaamisalueensa, joita hyödyntämällä päästään parhaisiin tuloksiin asiakkaan kuntoutumisprosessissa (Salmelainen 2008, 19 – 20). Haastatellut hoitajat luottavat enemmän fysioterapeutin antamaan arvioon asiakkaan toimintakyvystä, kuin omaan, hoitajan näkökulmasta tehtyyn arviointiin.

Haastatteluiden perusteella voidaan todeta, että moniammatillisen yhteistyön alkaminen heti asiakkuussuhteen *alusta alkaen* on tärkeää, jotta yksilöllisen kuntoutussuunnitelman laatiminen päästään aloittamaan heti. Tässä kohdassa kehittämistarpeita onkin, sillä nykyisellään käytäntö on vaihtelevaa. Aina tieto uudesta asiakkaasta ei saavuta fysioterapeuttia ennen kuin asiakkuussuhde on jo kestänyt

jonkin aikaa. Tällöin kotihoidon toimintatavat ovat urautuneet ja asiakas on tottunut tiettyyn tapaan toimia, eikä välttämättä enää hyväksy kuntouttavia toimia luonnollisena osana kotihoidon työtä. Päivärinnan ja Haverisen (2002, 21) mukaan pätevästi laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma tukee palvelujen sujuvuutta, vaikka toimijoita onkin useita.

Kotihoidon henkilökunnan mielestä yksi tärkeimmistä moniammatillisen yhteistyön muodoista on *yhteiset asiakaspalaverit*. Nikander (2003) on artikkelissaan analysoinut eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä vanhustenhuollon kokouksissa. Hänen mukaansa vanhustyön ammattilaiset joutuvat tuottamaan eettisesti ja rationaalisesti oikeaan osuvia päätöksiä tasapainotellen taloudellisten paineiden, asiakkaiden erilaisten tarpeiden sekä päätöksenteon kriteereiden ristiaallokossa. Asiakaskunta tulee olemaan yhä moniongelmaisempaa, joten moniammatillisten yhteistyöfoorumien tehtävät tulevat olemaan yhä haasteellisempia. (Nikander 2003, 288.) Siksi kotihoidon asiakaspalavereissakin on entistä enemmän pidettävä huolta siitä, että mahdollisimman monta ammattiryhmää on edustettuna. Vain näin pystytään takaamaan moniongelmaisten asiakkaiden kokonaisvaltainen huomioiminen.

Kotihoidon organisaatiomuutokseen liittyen halusin haastatteluissa kysyä työntekijöiltä millaisena he kokevat *hoitajien ja sairaanhoitajien erot* tiedoissa, taidoissa ja asenteessa kuntouttavaan hoitotyöhön. Lähihoitajan työn kuvauksessa korostetaan hoito- ja hoivatyön lisäksi kasvatus- ja kuntoutustehtäviä (Opetushallitus 2010, 7), joten kuntouttavalla työotteella on suuri painoarvo jo hoitajan peruskoulutuksessa. Sairaanhoitajan työn kuvauksessa mainitaan terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen (Sairaanhoitajaliitto 2013), mutta kuntoutusta ei painoteta samassa mittakaavassa kuin lähihoitajan vastaavassa työn määritelmässä. Sairaanhoitajan koulutuksessa painotetaan enemmän moniammatillisen yhteistyön osaamista asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 12 – 14).

Esimerkiksi Aarvan (2009, 168) tutkimuksessa todetaan, että lähihoitajat ajattelevat kuntoutuksen kuuluvan enemmän heidän antamaansa hoivaan, kun taas sairaanhoitajat vastaavasti ajattelevat kuntoutuksen kuuluvan enemmän omaan sai-

raanhoidolliseen työhönsä. Kehittämishankkeeni haastatteluissa kävi ilmi, että hoitajat ajattelivat oman työnsä olevan kokonaisvaltaisempaa kuin sairaanhoitajien työn. He ajattelivat kuntouttavan hoitotyön olevan tärkeä osa hoitajan työtä sairaanhoitajan keskittyessä työssään enemmän lääkinnällisiin ja sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin. Haastattelemi sairaanhoitajat kuitenkin tuntuivat ajattelevan kuntouttavan hoitotyön olevan yhtäläillä tärkeä osa omaa työtään kuin hoitajatkin ja lisäksi he näkivät toimintakyvyn edistämisen laajempaan, asiakkaan koko elämänkaarta koskevana prosessina.

Haastatellut sairaanhoitajat näkivät kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisessä mahdollisuuden *uudelleen organisoida palvelut* järkevämmiksi kokonaisuuksiksi. Vanhan organisaation aikana saman asiakkaan luona saattoi samana päivänä käydä sekä kotisairaanhoidon, että kotipalvelun työntekijä. Tuolloin palvelut ja niiden myöntämisperusteet vaihtelivat suuresti. Sekä asiakkaan palvelutarpeen tyydyttämiseksi, että kotihoidon toiminnan tehostamiseksi on tärkeää laatia yhteiset ja asiakkaalle tasapuoliset linjaukset palvelujen myöntämiselle (Päivärinta & Haverinen 2002, 13). Myös Hammarin (2008, 103) väitöstutkimuksessa todetaan, että kotihoidon palveluja yhteen sovittamalla saavutetaan kustannustehokkuutta pitkällä aikavälillä.

Kehittämishankkeen aikana kotihoidossa otettiin käyttöön sähköinen potilastietojärjestelmä. Mediatrin hyödyntäminen *moniammatilliseen kirjaamiseen* nähtiin tärkeänä tiedonkulun kehittämiskohteena. Nykäsen, Viitasen ja Kuusiston (2010, 31) tutkimuksessa on todettu, että potilastietojärjestelmiä suunniteltaessa ei ole riittävästi otettu huomioon tiedon jakamisen ja moniammatillisen yhteistyön näkökulmaa. Yhteisten, toimivien kirjaamiskäytäntöjen löytäminen ei siis ole mikään helppo tehtävä yksittäiselle työyksikölle.

Yksi haastatteluissa esille noussut tiedonkulkuun liittyvä kehittämiskohde oli hoitajien *kouluttaminen* ja uusien työntekijöiden *perehdyttäminen*. Kunnan hoitaja -koulutusten tavoitteena on oppia arvioimaan ja parantamaan ikäihmisen toimintakykyä (Ikäinstituutti 2013). Bouwen ym. (2008) ovatkin tutkimuksessaan todenneet, että hoitajien kouluttaminen toimintakyvyn arviointiin on kannattavaa. Tutkimuksen mukaan iäkkäiden kaatumistapaturmat vähenivät hoitajien saatua koulu-

tusta asiakkaan liikkumisen ja ympäristön havainnointiin. (Bouwen ym. 2008, 310.) Kehittämishankkeessani haastateltujen hoitajien mukaan koulutus vaikuttaa myös kuntouttavaan työhön motivoitumiseen asennekasvatuksen kautta.

6 KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN MALLI

6.1 Suunnitteluvaihe

Kuntouttavan työotteen mallin suunnittelu tapahtui ohjausryhmässä, johon kuului kotihoidon ohjaaja, kolme tiiminvastaavaa sairaanhoitajaa sekä kehittäjä - fysioterapeutti. Ohjausryhmä kokoontui syksyllä 2012. Ohjausryhmän yhteisessä keskustelussa lähdettiin pohtimaan työn eri painopistealueita haastatteluista saadun tiedon perusteella. Haastatteluista esiin nousseisiin teemoihin liittyen keskusteltiin konkreettisista moniammatillisen kuntouttavan hoitotyön kehittämiskohteista kotihoidossa. Työ eteni mindmap-tyyppisesti. Keskustelussa esiin nousseet kehittämiskohteet kirjattiin tyhjälle paperille, minkä jälkeen niiden ympärille mietittiin kyseiseen kohteeseen liittyviä haasteita ja kehittämistavoitteita.

Yhtenä tärkeänä kehittämiskohteena ohjausryhmässä koettiin *ensikäynti* uuden asiakkaan luo. Kartoituskäynnillä tehdään ensiarviointi asiakkaan toimintakyvystä ja asetetaan alustavat kuntoutumistavoitteet. Päivärinnan ja Haverisen (2002, 36 – 37) mukaan ensikäynnillä on erityisen tärkeää keskustella asiakkaan kanssa kuntoutumisen mahdollisuuksista sekä esitellä tietopaketti mm. kuntoutusryhmistä sekä apuväline- ja kodinmuutostyöpalveluista. Tiiminvastaava sairaanhoitaja on vastuussa ensiarvioinnista ja asiakkaan informoinnista. Hän ottaa tarvittaessa yhteyttä fysioterapeuttiin oman kartoituskäyntinsä jälkeen.

Ohjausryhmässä pohdittiin myös *moniammatillisen kartoituskäynnin* tekemistä asiakkaan luo. Ryhmä tuli kuitenkin siihen tulokseen, että ensikäynnillä on tärkeää, ettei asiakasta hukuteta informaatiotulvaan, joten ensimmäinen käynti on syytä tehdä ainoastaan yhden työntekijän toimesta. Fysioterapeutin tehtävänä on päivittää tietopaketti (vrt. Päivärinta & Haverinen 2002, 37), jonka sairaanhoitaja jakaa asiakkaalle kartoituskäynnillä. Fysioterapeutin ja hoitajan yhteiset käynnit sen sijaan nähtiin ohjausryhmässä tärkeänä asiakkaan toimintakykyä ja hoitajan kuntouttavaa työotetta tukevana työskentelymuotona siinä vaiheessa, kun asiakkuutta on kestänyt jo jonkin aikaa.

Ohjausryhmässä nähtiin tärkeänä, että fysioterapeutti saa tiedon uudesta kotihoiton asiakkaasta *mahdollisimman pian*, jotta kuntoutussuunnitelman laatiminen päästään aloittamaan heti. Näin luodaan pohja kuntouttavan työn toteuttamiselle asiakkaan luona heti alusta alkaen; asiakas oppii ottamaan vastuuta toimintakykynsä ylläpitämisestä ja hoitajat saavat ”ohjenuoran” yhteneväisen kuntouttavan työotteen toteuttamiseen. Myös Heinolan (2007b) mukaan suunnitelman laatiminen on tärkeää, jotta kaikilla iäkkään hoitoon osallistuvilla on tiedossaan asiakkaan tarpeita vastaavat yhteneväiset palvelujen tavoitteet. Näin taataan hoidon tavoitteellisuus ja yhteneväisyys myös työntekijöiden vaihtuessa. (Heinola 2007b, 26 – 27.) Ohjausryhmän jäsenten mielestä asiakkaan kuntoutussuunnitelmasta ja sen tavoitteista tulee keskustella ensikäynnin jälkeen moniammatillisessa asiakaspalaverissa yhteistyössä sairaanhoitajan, hoitajien ja fysioterapeutin kanssa. Lopulliseen muotoonsa suunnitelma kirjataan yhteistyössä asiakkaan ja omaisen kanssa. Kuntoutussuunnitelma sisällytetään osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa.

Yhtenä kehittämiskohteena ohjausryhmä näkikin *hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämisen* niin, että kuntoutuksen osuus nousisi paremmin esille. Toistaiseksi kotihoito käyttää vanhaa paperiversiota hoito- ja palvelusuunnitelmasta, mutta tarkoituksena on ottaa käyttöön hoito- ja palvelusuunnitelma, joka laaditaan sähköiseen potilastietojärjestelmään, Mediatriin. Näin sama suunnitelma on näkyvillä asiakastiedoissa koko sosiaali- ja terveystieteiden alueella. Ohjausryhmässä nähdään tärkeänä, että asiakas vastuutetaan oman toimintakykynsä kohenemisesta (vrt. Päivärinta & Haverinen 2002, 40) ja että hoito- ja palvelusuunnitelman sisältämät kuntoutustavoitteet pilkotaan pieniksi, konkreettisiksi osatavoitteiksi. Tällöin asiakas on helpommin motivoitavissa kuntouttavaan toimintaan.

Tiedon jakaminen oli yksi sekä haastatteluissa että ohjausryhmässä esille nousseista kehittämiskohteista. Fysioterapeutti nähdään tärkeänä kuntoutukseen liittyvien asioiden ”sanansaattajana” ja hänen asiantuntemustaan kaivataan monella eri toiminnan tasolla. Asiakkaan luo ensikäynnille menevät sairaanhoitajat toivoivat fysioterapeutilta ohjeita ja muuta kuntoutukseen liittyvää materiaalia jaettavaksi asiakkaalle (vrt. Päivärinta & Haverinen 2002, 37). Sairaanhoitajat voisivat jo ensikäynnillä jakaa asiakkaalle tietoa toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen merkityksestä iäkkäälle. Näin lisättäisiin asiakkaan motivaatiota kuntouttavaan

toimintaan, mikä taas puolestaan helpottaisi hoitajien työtä myöhemmässä vaiheessa.

Ohjausryhmän ryhmä- ja yksilökeskusteluissa nousi esille myös se seikka, että usein *omaiset* toimivat jarruna asiakkaan kuntoutumiselle. Omaiset vaativat hoitajia ”passaamaan” vanhuksiaan, koska palvelusta maksetaan tai joidenkin asiakkaiden kotona on omaishoitaja, joka tekee asiat hoidettavan puolesta, vaikka kotihoidon työntekijät yrittävät tukea asiakkaan omatoimisuutta. Ohjausryhmässä nähtiin siis tärkeänä kehittämiskohtena tiedon jakaminen asiakkaan lisäksi myös omaisille. Ehdotuksena oli järjestää esimerkiksi omaisten iltoja, joihin fysioterapeutti tulisi kertomaan kuntouttavan työtteen merkityksestä asiakkaan toimintakyvylle.

Toinen tiedon jakamiseen liittyvä kehittämiskohde on työyksikön *sisäinen tiedonkulku*. Ohjausryhmä piti tärkeänä sitä, että fysioterapeutti on mukana asiakaspalaverissa ainakin silloin, kun käsitellään uusien asiakkaiden asioita. Ohjausryhmän jäsenten kokemusten mukaan palaverissa keskusteltavat aiheet koskevat enemmän asiakkaan toimintakykyyn liittyviä asioita, kun kuntoutuksen ammattilainen on mukana tapaamisissa. Näin kuntouttavan työn tärkeys pysyisi koko ajan kirkkaana kotihoidon työntekijöiden mielissä.

Sähköinen potilastietojärjestelmä Mediatri on otettu käyttöön kotihoidossa samaan aikaan organisaatiomuutoksen kanssa. Sähköisen kirjaamistavan hoitajat ovat omaksuneet hyvin ja ohjelman käyttö on sujuvaa. Mediatri onkin yksi tärkeä hoitajien ja fysioterapeutin tiedonkulun kanava, jonka hyödyt on nähty jo kehittämishankkeen aikana. Tietosuoja nähdään usein tiedonkulkua hankaloittavana tekijänä (vrt. Salmelainen 2008, 91), mutta tämä ei ole ongelma silloin, kun asiakkaalta on pyydetty kirjallinen lupa tiedonsiirtoon. Kartoituskäyntejä tekevä sairaanhoitaja ja fysioterapeutti näkevät toistensa kirjaukset, jolloin tieto kulkee molempiin suuntiin.

Kolmas tiedon jakamiseen liittyvä kehittämiskohde on *hoitajien kouluttaminen*. Suurin osa hoitajista on jo käynyt Kunnon hoitaja -koulutuksen (Ikäinstituutti 2013), mutta sairaanhoitajille kaivataan omaa koulutusta. Jo koulutuksen käyneille hoitajille kaivataan jatkuvaa aiheen päivittämistä, jotta kuntouttava työote säi-

lyy koko ajan osana arjen työtä. Erityisesti toimintakyvyn arviointiin liittyvää keskustelua kaivataan työyhteisössä.

RAI-järjestelmä nähtiin ohjausryhmässä tärkeänä palvelutarpeenarvioinnin välineenä. RAI:n tavoitteenahan on hoidon laadun varmistaminen järjestämällä asiakkaille heidän tarpeitaan vastaavaa hoitoa tuhlaamatta voimavaroja tuloksettomaan toimintaan (Finne-Soveri, Bjökgren, Noro & Vähäkangas 2005, 22). Järjestelmää on opeteltu käyttämään Pälkäneen kunnan vanhuspalveluissa, mutta vielä sitä ei ole päästy hyödyntämään parhaalla mahdollisella tavalla. Erityisesti kotihoidossa RAI:n hyödyntäminen on jäänyt taka-alalle organisaatiomuutoksen takia. Ohjausryhmässä mietittiin *moniammatillisen arvioinnin* kehittämistä siten, että hoitaja yhdessä fysioterapeutin kanssa täyttäisi RAI:n fyysisen toimintakyvyn arviointi- osion. Näin lisättäisiin arvioinnin luotettavuutta ja samalla hoitajan taidot toimintakyvyn arviointiin paranisivat työskennellessään yhdessä kuntoutuksen ammattilaisen kanssa.

RAI-järjestelmää hyödyntämällä pystyttäisiin myös paremmin *seuraamaan* asiakkaan toimintakyvyn kehittymistä. Hoitajat ovat oppineet Kunnon hoitaja - koulutuksessa testaamaan asiakkaan fyysistä toimintakykyä yksinkertaisella kotikäyttöön tarkoitettulla testillä. Testissä on samoja osatehtäviä kuin RAI:n fyysisen toimintakyvyn arvioinnin osiossa, joten tätä osaamistaan hoitajat voisivat enemmän hyödyntää yhteistyössä fysioterapeutin kanssa.

Eräänä kehittämiskohteena nähtiin *intensiivisen kuntoutuksen* järjestäminen kotihoidon asiakkaille tietyissä tilanteissa. Monissa tutkimuksissa on todettu kotona asuvan iäkkään intensiivisellä kotikuntoutuksella olevan merkitystä toimintakyvyn kohenemiseen (mm. Clemson ym. 2012, 3 – 4). Ohjausryhmä pitääkin tärkeänä intensiivisen kotikuntoutusjakson järjestämistä asiakkaalle pre- tai postoperatiivisena toimenpiteenä liittyen esimerkiksi tekonivelleikkauksiin. Tällöin yhteistyö fysioterapeutin kanssa on erityisen tärkeää.

Ohjausryhmän mukaan on myös tärkeää tarjota kotihoidon asiakkaille mahdollisuuksia osallistua erilaisiin *kuntoutus- ja virkistysryhmiin*. Ryhmämuotoisen kuntoutuksen on todettu edistävän iäkkään toimintakykyä lisäämällä elämänlaatua

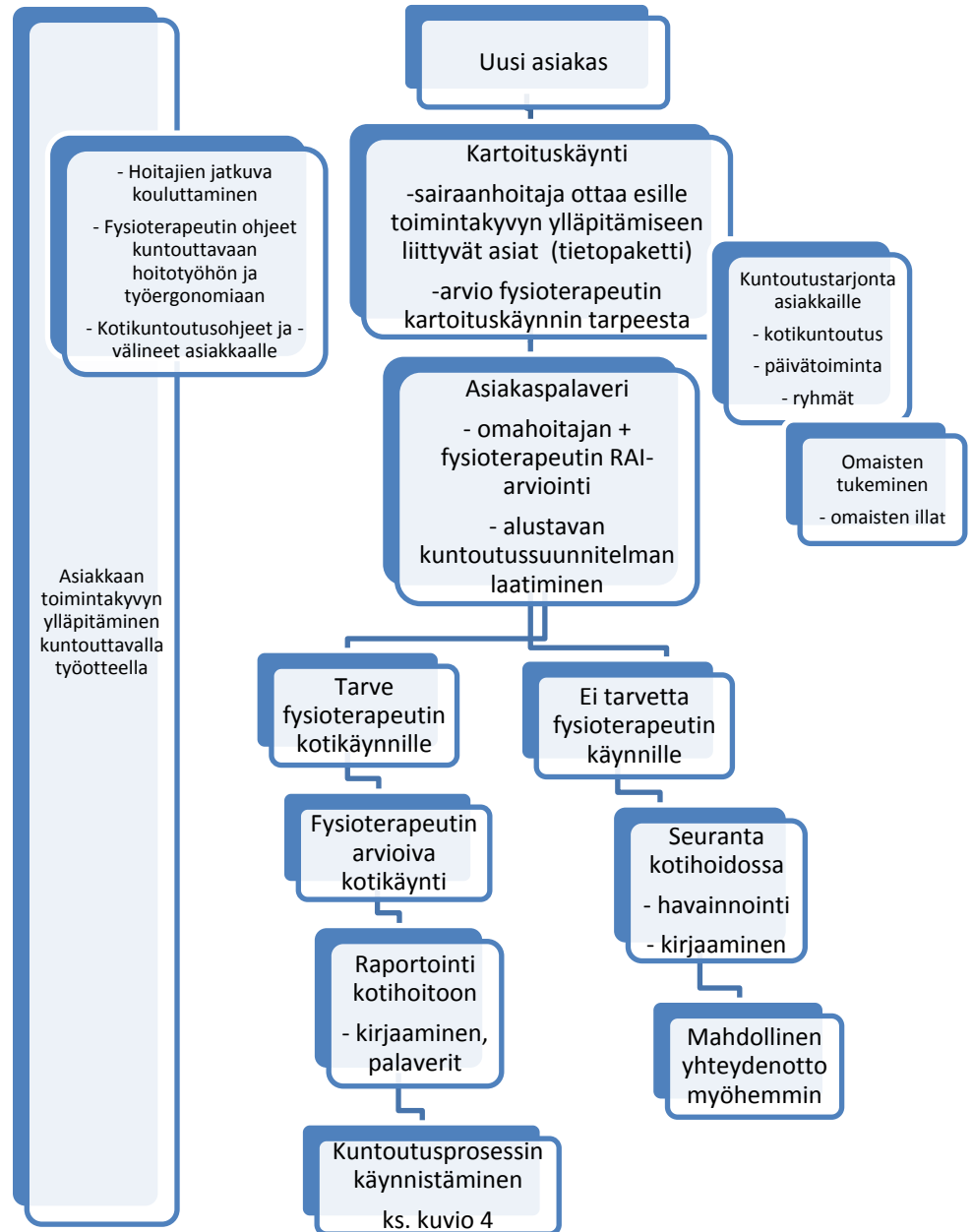
sekä yleistä aktivoitumista ja sitä kautta omatoimisuutta (Grönlund 2010, 175; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 31). Ryhmämuotoisen kuntoutuksen järjestämisen haasteina ohjausryhmä näkee kuljetusmahdollisuuksien ja saattaja-avun järjestämisen sekä ryhmien järjestämisen niin, että ne vastaavat asiakkaan toimintakyvyn tasoa.

6.2 Kuntouttavan työotteen malli

Ohjausryhmän keskustelussa syntyneen mindmapin pohjalta työstin alustavan kuntouttavan työotteen mallin, jota oli tarkoitus kehittää eteenpäin seuraavassa ohjausryhmän kokoontumisessa alkuvuodesta 2013. Toista tapaamista ei kuitenkaan saatu järjestettyä, koska vastuusairaanhoitajien työpanosta vaadittiin kotihoidon uuden, kolmannen tiimin käynnistämiseen. Päätinkin järjestää keskustelut jokaisen ohjausryhmän jäsenen kanssa erikseen, koska työssäni fysioterapeuttina toimin jokaisessa kotihoidon tiimissä ja tapasin vastuusairaanhoitajia mm. asiakaspalavereiden yhteydessä. Näin sain keskustelut luontevasti järjestettyä alkuvuoden 2013 aikana. Näiden yksilökeskusteluiden pohjalta saamieni kommenttien perusteella laadin lopullisen kuntouttavan työotteen mallin (Kuvio 3). Kuviossa 4 tarkentuu asiakkaan yksilöllinen kuntoutusprosessi.

Kuntouttavan työotteen mallissa on painotettu sitä, että asiakkaan toimintakyvyn arvioiminen ja tukeminen otetaan huomioon kotihoidon ensikäynnistä alkaen. Taustatekijöinä vaikuttavat hoitajien koulutustausta, fysioterapeutin antama ohjaus- ja neuvonta kuntouttavaan työotteeseen sekä konkreettiset välineet kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen (tietopaketti kartoituskäynnille, kotikuntoutusohjeet ja –välineet). Taustaresursseina ovat myös asiakkaan toimintakyvyn mukaan räätälöidyt kuntoutus- ja toimintaryhmät sekä omaisten roolia tukevat toimet. Mallissa painottuu myös moniammatillinen yhteistyö alun suunnittelusta prosessin arviointiin saakka. Fysioterapeutin ammattitaitoa käytetään hyväksi tarpeen mukaan; kartoituskäynnin perusteella arvioidaan, missä vaiheessa on tarvetta fysioterapeutin arvioivalle kotikäynnille. Jokaisen asiakkaan toimintakykyä ylläpidetään jatkuvasti kuntouttavan työotteen keinoin riippumatta siitä, onko juuri silloin tarvetta fysioterapeutin arviolle. Jokaisen asiakkaan kohdalla toimintakyvyn ylläpi-

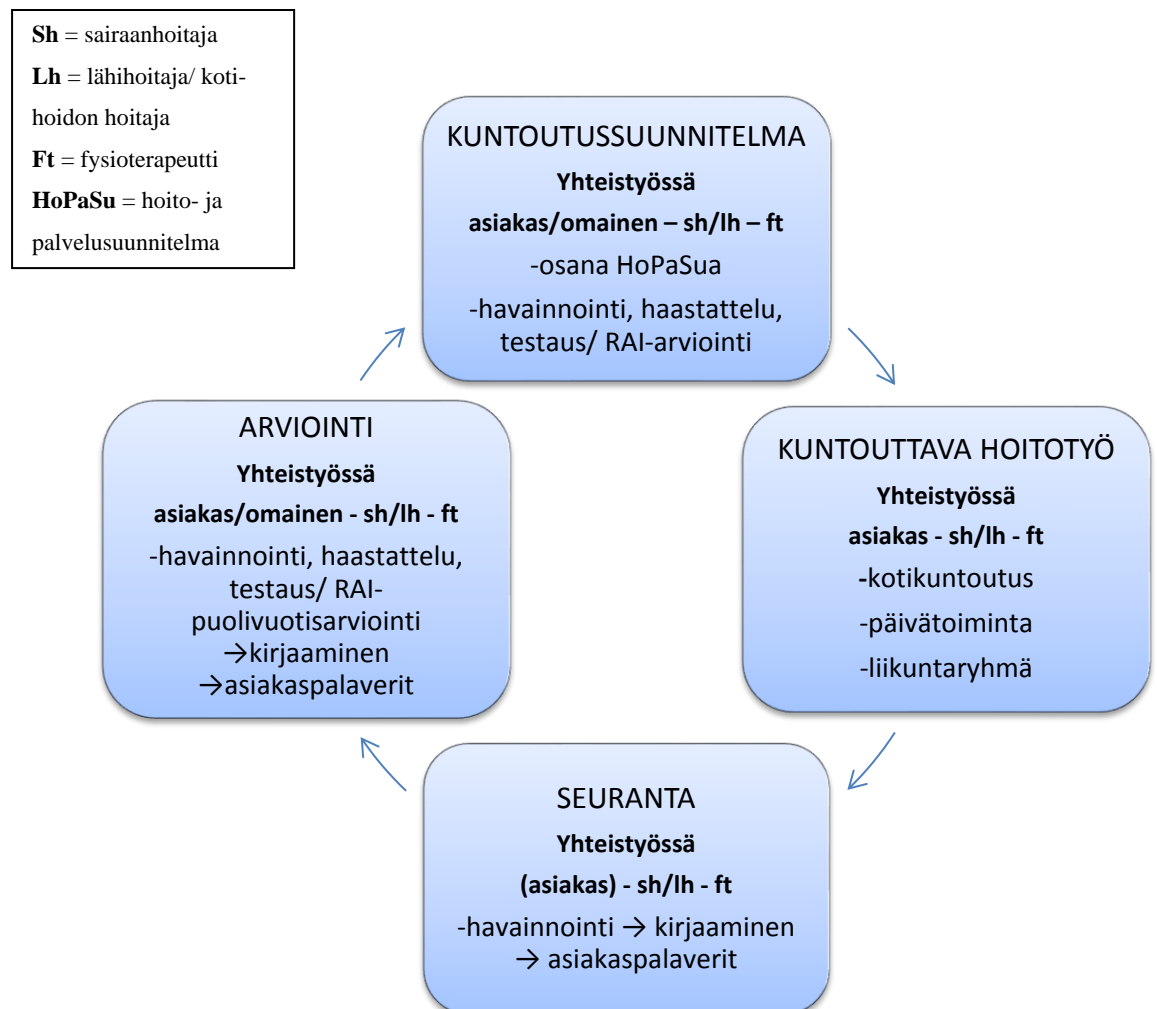
tämiseen ja/ tai parantamiseen liittyvät tavoitteet otetaan osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa.



Kuvio 3. Kuntouttavan työotteen malli Pälkäneen kunnan kotihoidossa

Kun moniammatillisen arvon jälkeen päädytään siihen, että asiakkaan varsinainen kuntoutusprosessi käynnistetään (Kuvio 4), laaditaan kuntoutussuunnitelma osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Suunnitelman pohjana käytetään toimintakyvyn

havainnointia ja testausta sekä asiakkaan ja/ tai omaisen haastattelua. Näihin kaikkiin arviointimuotoihin hoitajat ovat saaneet perehdytyksen Kunnan hoitaja - koulutuksessa. Kuntoutussuunnitelman mukaisesti asiakkaalle laaditaan yksilöllinen kotikuntoutusohjelma ja/ tai hänet ohjataan kuntouttavaan päivätoimintaan tai fysioterapeutin ohjaamaan kuntoutusryhmään. Kuntoutumisen seuranta ja arviointi tapahtuvat havainnoimalla ja/ tai testaamalla asiakasta, kirjaamalla havainnot ylös kaikkien hoitoon osallistuvien luettaviksi sekä käymällä asiakkaan toimintakykyä koskevat asiat läpi asiakaspalaverissa. RAI-puolivuotisarviointit ovat tärkeä työkalu arvioitaessa asiakkaan toimintakyvyn edistymistä. Arvioinnin perusteella tarkistetaan kuntoutussuunnitelma asiakkaan, omahoitajan ja fysioterapeutin yhteistyönä.



Kuvio 4. Kotihoidon asiakkaan kuntoutusprosessi

6.3 Kehittämishankkeen arviointi

Kehittämishankkeen arviointi tapahtui hankkeen aikana havainnoimalla ja koostamalla kotihoidon työntekijöiden keskusteluja asiakaspalaverissa talvella 2013 sekä kotihoidon tiimien arviointipalaverissa maaliskuun lopulla 2013. Toimintatutkimuksellisen lähestymistavan mukaan toiminnan arviointivaihe nähdään keskeisenä kehittymisen mahdollistajana. Arviointivaiheessa kaikki syklin aikana hankittu tieto kootaan yhteen ja pohditaan saatuja tuloksia ja kehittämistarpeita tulevaisuuden suhteen. (Toikko & Rantanen 2009, 67.)

Tämän hankkeen tavoitteiden saavuttamista pohdittaessa voidaan ainakin todeta, että tavoitteena ollut kuntouttavan työotteen malli saavutettiin. Tarkoituksenmukaista on myös pyrkiä saamaan ns. hiljainen tieto ja itse kehittämistoiminnan toteutus näkyväksi prosessiarvioinnin keinoin. On siis tärkeää arvioida sitä, *miten* asioita on tehty prosessin aikana, ei niinkään se, *mitä* asioita on tehty. (Vataja & Seppänen-Järvelä 2006, 217 – 219.) Kotihoidon tiimien asiakaspalaverit hankkeen aikana olivat minulle kehittäjä - fysioterapeuttina hyviä tilaisuuksia arvioida henkilökunnan sitoutumista kuntouttavaan työotteeseen ja kehittämishankkeeseen.

Asiakaspalaverissa havainnoin ja sain palautetta hoitajilta siitä, että kuntoutuksen ammattilaisen läsnäollessa näissä palaverissa, otetaan asiakkaan toimintakykyyn liittyviä asioita useammin esille ja kuntoutukseen liittyvistä asioista keskustellaan laajemmin. Roolinani asiakaspalaverissa, havainnoinnin lisäksi, oli muistutella hoitajia kuntouttavan työotteen tärkeydestä, pitää yllä keskustelua toiminnan kehittämistä ja ottaa vastaan muun henkilökunnan ajatuksia kehittämishankkeen sujumisesta.

Kotihoidon henkilökunnan mielestä kehittämishanke prosessina sujui hyvin, koska se eteni luontevasti arjen työn lomassa. Haastattelut jo sinällään tukivat henkilökunnan motivoitumista kuntouttavaan työhön ja lisäsivät kuntoutuksen tärkeyden ymmärtämistä kotihoidossa. Monen uudistuksen päällekkäisyys kuitenkin heikensi työntekijöiden jaksamista kehittämistyöhön. Samaan aikaan kehittämishankkeen kanssa kotihoidon työntekijät opettelivat käyttämään uusia sähköisiä järjestelmiä; RAI:ta ja Mediatria sekä tietenkin itse organisaatiomuutos erillisestä

kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta yhdistetyksi kotihoidoksi vaativat hoitohenkilökunnalta paljon. Nykyaikana on kuitenkin hyväksyttävä se tosiasia, että työssä tulee tapahtumaan aiempaa enemmän muutoksia ja siksi mielestäni hankkeen onnistumista arvioitaessa oli tärkeää huomata, että pieniä asennemuutoksia tapahtui prosessin aikana ja nämä pienet liikahtukset toivottavasti saavat aikaan suurempia asennemuutoksia tulevaisuudessa.

Järvikosken, Härkäpään ja Nouko-Juvosen (2001, 4) mukaan lopputulos- ja vaikuttavuusarviointi erotetaan prosessin arvioinnista. Tyypillisesti hankkeen arvioinnilla käsitetään kysymyksiä mm. siitä, saavutettiin tavoitteet ja käytettiinkö resurssit tehokkaasti (Vataja & Seppänen-Järvelä 2006, 217). Kehittämishankkeessa arvioitiin sitä, miten kotihoidon työskentelytavat muuttuivat aikaisemmasta ja miten kuntouttavan työotteen malli toteutui kotihoidon arjessa. Näitä tuloksia pohdittiin tiimien arviointikeskusteluissa hankkeen loppuvaiheessa. Järjestin arviointikeskustelut asiakaspalavereiden yhteyteen, jolloin mahdollisimman moni työntekijä oli paikalla.

Arvioinnin tuloksena voidaan todeta, että kuntouttavan työotteen malli on toimiva kotihoidon tämänhetkisessä tilanteessa ja monia toimintoja on hankkeen aikana kehitetty tukemaan kuntouttavan hoitotyön sujumista kotihoidossa. Arviointikeskusteluissa seuraavat kehittämiskohteet mainittiin kotihoidon kuntouttavaa työtä selkiyttäneiksi ja edistäneiksi seikoiksi:

1. Kirjaamis- ja palaverikäytäntöjä on kehitetty tukemaan moniammatillisuutta ja tiedonkulkua kuntouttavassa hoitotyössä. Sähköinen tiedonkulku eri ammattiryhmien välillä on parantunut ottamalla käyttöön aktiivinen Mediatri-ohjelman Tiedoksi – toiminnon hyödyntäminen. Asiakaspalaverit on erotettu tiimipalavereista. Tiimipalavereissa käsitellään kotihoidon henkilöstöasioita ja asiakaspalavereissa vain kotihoidon asiakkaita koskevia asioita. Näin palavereissa pystytään keskittymään laajemmin asiakkaan tilanteeseen, mm. toimintakykyyn liittyviin asioihin. Fysioterapeutin asiantuntemusta pystytään näin hyödyntämään paremmin ja tiedon kulku eri ammattiryhmien välillä helpottuu.

2. Erilaisten toimintaryhmien sekä päivätoiminnan sisältöjä on muokattu asiakkaiden toimintakyvyn tasoa vastaaviksi. Eritasoiset ryhmätoiminnot edistävät asiakkaiden kotona selviytymistä ja tehostavat kotihoidon palveluita. Kaikille asiakkaille ei tarvitse tarjota esimerkiksi samaa, ”raskasta” koko päivän kestävästä päivätoiminnasta, vaan vähemmällä resursseilla saadaan useampi asiakas palvelujen piiriin. Päivätoimintaan onkin hankkeen aikana räätälöity ”kevyempi versio”, lyhyt päivätoimintapäivä. Näiden asiakkaiden päivään ei kuulu peseytymispalvelua, vaan he saapuvat päivätoimintaan vasta juuri ennen lounasta, jolloin päivästä ei tule liian pitkä ja raskas. Näin toimintaan voivat osallistua myös huonompikuntoiset kotihoidon asiakkaat. Suunnitelmissa on myös aloittaa kevyt liikunta- ja keskusteluryhmä kotihoidon asiakkaille Turva-hankkeen² innoittamana. Tämän ryhmän tarkoituksena on tukea kotona asuvia muistisairaita ja motivoida heidät osallistumaan toimintakykyä edistävään sosiaaliseen yhdessäoloon järjestämällä ”matalan kynnyksen” ryhmätoimintaa.
3. Kotihoidon työntekijöiden jatkokouluttamista kuntouttavaan työotteeseen on suunniteltu aloitettavaksi syksyllä 2013. Suunnitelmaan sisältyy uusien työntekijöiden Kunnan hoitaja -peruskoulutus sekä vanhojen työntekijöiden jatkokoulutus. Jatkokoulutuspäivien aiheiksi on suunniteltu mm. ulkoilun merkitys iäkkäälle sekä toimintakyvyn arviointi- ja testaamisosaamisen vahvistaminen.
4. Kehittämiskohteena oli myös tietopakettien laatiminen vastuusairaanhoitajien kotikäyntikansioon. Olen hankkeen aikana yhteistyössä tiimien vastuusairaanhoitajien kanssa koonnut materiaalia jaettavaksi asiakkaalle ja omaiselle kartoituskäynnillä sekä tarkistuslistoja ja testauslomakkeita hoi-

² Turva-hanke on osa Työ- ja elinkeinoministeriön rahoittamaa alueellista koheesio- ja kilpailukykyohjelmaa, jonka avulla pyritään kehittämään alueellista yhteistyötä eri palvelualoilla. Turva -hankkeessa pyritään löytämään teknologiaratkaisuja tukemaan ikäihmisten kotona-asumista. Tavoitteena on kehittää mm. neuvontapalvelumalleja sekä keinoja järjestää ikääntyneen viriketoimintaa ja tukea sosiaalisia suhteita teknologian keinoin. (Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2011.) Pälkäneen kunnassa hankkeen puitteissa järjestettiin muistikerho-toimintaa syksyllä 2012.

tajien käytettäväksi. Tietopakettiin on koottu materiaalia mm. kaatumisen ehkäisystä ja liikunnan merkityksestä sekä erilaisista toimintaryhmistä pätkäneläisille ikäihmisille. Kotihoidon työntekijöiden käyttöön on koottu erilaisia lomakkeita ja tarkistuslistoja Ikäinstituutin koulutusmateriaalista (Salminen & Karvinen 2006).

7 POHDINTA

7.1 Kehittämishankkeen eettisyys ja luotettavuus

Kehittämishankkeeni kohdistui Pälkäneen kunnan kotihoitoon ja aineistonkeruumenetelmänä olivat kotihoidon henkilökunnan haastattelut. Eettiset kysymykset korostuvatkin tutkimus- ja kehittämistoiminnassa, koska tutkijan toiminnasta saattaa olla seuraamuksia tutkimuskohteelle ja sen toiminnalle. Tutkijalla tulee olla tiedonantajien luottamus ja suostumus aineiston keräämiseen ja tallentamiseen. Ihmisiin liittyvä tutkimus ja kehittäminen vaativat erityistä huomiota eettisten kysymysten huomioonottamisessa. (Vilka 2006, 56 – 63.)

Kehittämishanketta varten anottiin kirjallinen lupa toimeksiantajalta, Pälkäneen kunnalta. Perusturvalautakunta myönsi tutkimusluvan kokouksessaan keväällä 2011. Kaikki haastatteluihin osallistuneet hoitajat ja sairaanhoitajat antoivat suullisesti luvan haastatteluiden äänittämiseen. Suullinen suostumus on yhtä pätevää kuin kirjallinen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 4).

Haastateltuja henkilöitä informoitiin kehittämishankkeen aiheesta, aineistonkeruun toteutustavasta ja arvioidusta ajankulusta sekä aineiston käyttötarkoituksesta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 6). Yksityisyyden suoja huomioitiin lupaamalla haastatteluihin osallistuneille, että äänitteitä ei kuuntele kukaan muu kuin haastattelun tekijä. Haastateltujen henkilöllisyys ei tullut esiin äänitteissä; ainoastaan haastattelijan ja haastattelyryhmässä paikalla olleiden työntekijöiden tietoon jäi se, kuka mitäkin oli sanonut. Aukikirjoituksen jälkeen äänitteet tuhoitiin. Haastatteluissa mahdollisesti esiinnoitettuja ilmaisuja, jotka olisivat voineet vaikuttaa haastateltujen henkilöiden tai kotihoidon asiakkaiden tunnistettavuuteen, ei käytetty sisällön analyysissä.

Kehittämishankkeen luotettavuutta arvioitaessa puhutaan reliabiliteetista ja validiteetista. Reliabiliteetti tarkoittaa tulosten pysyvyyttä ja validiteetti puolestaan sitä, tutkittiinko hankkeessa tavoitteiden mukaisia asioita. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa kriteereinä voidaan pitää työn arvioitavuutta ja dokumentaatiota sekä tulkintojen ristiriidattomuutta suhteessa aiemmin tutkittuun tie-

toon. Hankkeen luotettavuutta ja arvioitavuutta voidaan lisätä perehtymällä tutkittavaan ilmiöön, hyvällä etukäteissuunnittelulla sekä työn huolellisella dokumentoinnilla. Tulkintojen ristiriidattomuus voidaan osoittaa esimerkiksi siten, että haastatteluista kerätty aineisto luetutetaan haastatelluilla henkilöillä. (Kananen 2012, 172 – 175.) Ennen kehittämishanketta ja sen aikana perehdyin hanketta koskevaan teoretiseen tietoon ja aiheesta aiemmin tehtyihin tutkimuksiin. Kehittämishankkeen aikana laadin kirjalliset rungot haastatteluille ja äänitettyjen haastattelujen jälkeen kirjasin lisäksi ylös tunnelmia ja mielikuvia haastatteluista. Yhteisistä suunnittelu- ja arviointipalavereista laadin muistiot. Sisällön analyysillä käsitellyn haastatteluaineiston esittelin haastatteluihin osallistuneille hoitajille ja sairaanhoitajille. Näillä keinoin pyrin turvaamaan kehittämishankkeen tutkimuksellisen luotettavuuden.

Tutkimuksellisen luotettavuuden lisäksi olen pohtinut myös työn kehittämisprosessiin liittyviä luotettavuusseikkoja. Kehittämishankkeelle alkusysäyksen antanut organisaatiomuutos sujui hyvin ja uudet toimintatavat löysivät hyvin paikkansa uudessa organisaatiossa. Se, että samaan aikaan kotihoidossa käytiin läpi muitakin muutoksia, kuten sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönotto ja kotihoidon kolmannen tiimin perustaminen, vaikuttivat organisaatiomuutosta enemmän kotihoidon arkeen. Kotihoidon henkilökunta koki, että heillä ei ollut aikaa ja energiaa mihinkään ”ylimääräiseen”, kuten kuntouttavan työotteen kehittämiseen. Siksi esimerkiksi RAI-järjestelmän käyttöönotto jäi toistaiseksi toteutumatta koko laajuudessaan ja henkilökuntaa oli vaikea saada kootuksi kuntouttavan työn kehittämistä koskeviin palavereihin ja koulutuksiin. Tämä tietenkin heikentää kehittämishankkeen luotettavuutta.

Hankkeen luotettavuutta lisää se, että haastateltujen hoitajien osuus koko Pälkäneen kotihoidon henkilökunnasta oli suuri (hoitajista 88 %, sairaanhoitajista 100 %). Pohdin myös sitä, heikensikö haastatteluiden keskustelunomaisuus hankkeen luotettavuutta. Joissakin haastatteluissa keskustelu lähti rönsyilemään pois varsinaisesta aiheesta. Toisaalta avoimissa, keskustelutyyppisissä haastatteluissa löytyi uusia polkuja, jonka varrelta nousi esille monia asioita, joita en ehkä olisi saanut esiin strukturoidummissa haastatteluissa.

Pyrin luomaan haastattelutilanteista mahdollisimman keskustelunomaisia, jotta kaikki osallistujat rohkaistuisivat sanomaan mielipiteensä. Kuitenkin, kuten oletettavaakin oli, toiset haastateltavat toivat mielipiteensä julki rohkeammin kuin toiset. Kaikissa haastatteluissa kuitenkin jokainen sanoi edes yhden asian ja pyrinkin kysymysten asettelulla ottamaan huomioon jokaisen haastateltavan. Mitä pienempi ryhmä kerrallaan oli haastateltavana, sitä varmemmin kaikki saivat äänensä kuuluviin. Jos siis olisi ollut ajankäytöllisesti mahdollista, olisi ryhmä kannattanut pitää korkeintaan 3-4 hengen suuruisena. Se, että kaikki haastateltavat eivät tuoneet mielipiteitään avoimesti julki, laski tutkimuksen luotettavuutta. Toki verrattuna siihen, että esimerkiksi kyselylomakkeeseen olisi ollut helppo olla kokonaan vastaamatta, sain kuitenkin jokaisen hoitajan sanomaan edes jotain asiaan liittyen. Ja silläkin, että lähes kaikki hoitajat olivat mukana haastattelutilanteessa, oli suuri merkitys heidän henkilökohtaisen kasvunsa ja oppimisensa kannalta.

7.2 Kehittämishanke prosessina ja tulevaisuuden haasteet

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli vahvistaa Pälkäneen kunnan kotihoidon henkilökunnan yhtenäistä asennetta kuntouttavaan työotteeseen sekä lisätä moniammatillista yhteistyötä kotihoidon sisällä. Tavoitteena oli luoda kotihoitoon kuntouttavan työotteen malli, jonka avulla asiakkaan kuntoutumista edistävään toimintaan liittyviä osa-alueita selkiytettäisiin. Eri ammattiryhmien työskentelytapa- ja kotihoidon kuntoutustoiminnassa oli tarpeen yhtenäistää, koska organisaatiomuutoksen myötä moniammatillisuus kotihoidossa lisääntyi. Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriön (2008, 25) laatiman Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen sekä uuden, 1.7.2013 voimaan astuvan vanhuspalvelulain (28.12.2012/980, 13 §) mukaan kaikkiin ikäihmisten palveluihin on sisällytettävä toimintakykyä ja kuntoutumista edistävä työskentelyote.

Yhtenäistä kuntouttavan työotteen mallia lähdettiin kehittämään kartoittamalla kotihoidon työntekijöiden käsityksiä ja asenteita kuntouttavaan työotteeseen sekä moniammatillisuuteen. Kartoitus tapahtui ryhmä- ja teemahaastatteluiden avulla. Haastatteluiden tarkoituksena oli myös saada esiin kotihoidon työntekijöiden omia kehittämisideoita kuntouttavan työotteen kehittämiseen.

Koko kotihoidon henkilökunta osallistuiakin aktiivisesti, vuorovaikutuksen kautta kuntouttavan työotteen mallin kehittämiseen. Hoitajat toivat ajatuksiaan kuntouttavan hoitotyön kehittämisestä julki ryhmähaastatteluissa ja sairaanhoitajat teema-haastatteluissa. Työn edetessä myös kuntouttavan hoitotyön toteutumisen seuranta tapahtui vuorovaikutuksellisesti koko henkilökunnan osallistuessa seurantapalaveriin. Parhaiten osallistavuus näkyy arjen työssä, jolloin jokaisella hoitajalla on keskeinen rooli asiakkaiden kuntoutumisen edistämässä.

Kehittämishankkeen taustalla oli kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyminen kotihoidoksi ja oletinkin haastatteluista käyvän ilmi hoitajien ja sairaanhoitajien erilaisia asenteita kuntouttavaan työotteeseen. Aarva (2009) on väitöstutkimuksessaan todennut, että hoitotyön ammattilaisten koulutustaustalla on merkitystä asenteisiin ja käsityksiin hoitotyön eri osa-alueista. Tutkimuksessa todetaan mm. että mitä koulutetumpi henkilö on, sitä tavoitteellisemmin hän suhtautuu hoitotyöhön. Alemman koulutuksen omaava hoitaja taas ajattelee yleisemmin, että hänen työssä on konkreettista toimintaa asiakkaan arjen sujumisen edistämiseksi. (Aarva 2009, 165 – 169.) Kehittämishankkeen haastatteluiden perusteella voidaan myös todeta, että hoitajat ajattelevat kuntouttavaa työtä konkreettisemmalta kannalta kuin sairaanhoitajat. Sairaanhoitajat taas suhtautuvat kuntouttavaan työhön tavoitteellisena, asiakkaan koko elämänkaaren mittaisena prosessina sekä koko työyhteisön kehittämiskohteena. Positiivista oli huomata se, että molemmat ammattiryhmät näkevät kuntoutuksen yhtä tärkeänä osana kotihoidon työtä.

Haastatteluissa nousi voimakkaasti esille kotihoidon henkilökunnan erilaisia asenteita kuntouttavaan hoitotyöhön. Hoitajat osasivat hienosti peilata omaa asennoitumistaan kuntouttavaan työotteeseen siihen, miten se vaikuttaa asiakkaan motiivointiin. Asennekysymyksistä keskustellessa havainnoin, että oli kovin henkilökohtaista, kuinka hyvin kukin pystyy pohtimaan omia asenteitaan. Helposti ajatukset kääntyivät puolustuskannalle eikä keskustelusta tullut aina kovin hedelmällistä. Toisten asenteita oli helpompi arvostella kuin omiaan. Päällimmäisenä jäi kuitenkin mieleen, että kotihoidon työntekijät ymmärsivät hyvin oman, henkilökohtaisen asenteen merkityksen kuntouttavan työn onnistumiselle.

Moniammatillisuus nousi myös hienosti esiin käymissämme keskusteluissa. Työyhteisö on pieni ja suurin osa henkilökunnasta on hoitajia, joten moniammatillisuus ei välttämättä tule kovinkaan voimakkaasti esille arjen työssä. Sairaanhoidajatkin tekevät pienessä työyksikössä paljon samankaltaisia työtehtäviä kuin hoitajat. Kuntoutuksen ammattilaisiakin on vain yksi, joten kuntoutusasioiden esille tuominen jää pitkälti yhden työntekijän vastuulle. Haastatteluiden tuloksissa näkyi kuitenkin se, että moniammatillista näkökulmaa osataan pohdinnan ja keskustelun kautta käyttää myös pienessä työyksikössä.

Haastatteluista saatujen tietojen perusteella hankkeen ohjausryhmä pohti kehittämiskohteita liittyen kuntouttavan työtteen mallin laatimiseen. Kehittäjä - fysioterapeuttina laadin kehittämiskohteiden perusteella alustavan mallin, josta jatkokeskusteluiden jälkeen muodostettiin lopullinen kuntouttavan työtteen malli. Malli otettiin käyttöön marraskuussa 2012 ja sen toimivuutta arvioitiin keväällä 2013 käydyissä arviointikeskusteluissa.

Haastattelut jo sinällään tukivat henkilökunnan positiivista asennoitumista kuntouttavaan työhön ja sen tärkeyteen kotihoidossa, mikä olikin hankkeen tarkoituksena. Hankkeen loppuarvioinnin perusteella näyttää siltä, että kuntouttavan työtteen malli on toimiva kotihoidon tämänhetkisessä tilanteessa. Useita toimintatapoja, kuten kirjaamis- ja palaverikäytännöt, on jo kehitetty, mutta kuntouttavan työtteen kehittäminen Pälkäneen kunnan kotihoidossa on tietenkin jatkuva prosessi, jota tulee jatkuvasti arvioida ja sille tulee asettaa uusia tavoitteita.

Kehittämishanke tuki omaa työtäni vanhustyön fysioterapeuttina Pälkäneen kunnassa. Olen mukana monissa erilaisissa yhteistyöfoorumeissa, mm. vanhuspalveluiden kehittämistyöryhmässä sekä vanhuspalveluiden esimiesten ja asiantuntijoiden työryhmässä. Näissä ryhmissä voin viedä eteenpäin hankkeesta saatua tietoa kuntouttavan työtteen merkityksestä kotihoidossa. Hankkeen tulokset tukevat myös arjen työtäni kotihoidossa; sain uutta tietoa siitä, mistä näkökulmasta kannattaa lähestyä kotihoidon henkilökuntaa kouluttaessani ja ohjatessani heitä kuntouttavaan työtteeseen.

Kuntouttavan työotteen mallia ehdittiin hankkeen puitteissa käyttää vain muutamana kuukauden ajan. Tämän hankkeen tavoitteena olikin ”vain” luoda malli kuntouttavan työotteen toteuttamiseen Pälkäneen kunnan kotihoidossa, joten varsinainen mallin toimivuuden arviointi on tarpeellinen jatkokehittämishankkeen aihe.

Yhtenä tarpeellisena jatkokehittämishankkeena voidaan mainita myös RAI – järjestelmän hyödyntäminen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin. Yhtenä valtakunnallisen KASTE 2012 – 2015 – ohjelmankin³ yhtenä tavoitteena on saattaa tietojärjestelmät sille tasolle, että ne tukisivat päätöksenteon hyödynnettävyyttä ja toiminnan kehittämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 28). Kun RAI-järjestelmä saadaan käyttöön kokonaisuudessaan, oletuksena on, että moniammatillinen yhteistyö lisääntyy yhteistyössä tehtävien arviointien myötä. Järjestelmän avulla tullaan saamaan myös tukea palvelutarpeen arviointiin ja asiakkaan toimintakyvyn seuraamiseen. Mielenkiintoista olisikin tutkia, minkälaisia vaikutuksia kuntouttavalla työotteella ja toimintakyvyn systemaattisella seuraamisella on asiakkaan toimintakykyyn pitkällä aikavälillä.

Eräs jatkokehittämiskohde voisi olla omaisten roolin vahvistaminen asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa. Kuntouttavan työotteen malliin suunnitellut omaisten illat ovat vielä lapsenkengissä, mutta olisi mielenkiintoista tutkia, miten nämä yhdessä omaisten neuvonnan ja ohjauksen kanssa tukisivat kotihoidon henkilökunnan kuntouttavaa työtä ja olisiko tällä vaikutusta asiakkaan toimintakykyyn.

Haastatteluissa nousi esiin kotihoidon henkilökunnan visio siitä, kuinka asiakkaan toimintakyvyn tukeminen helpottaa hoitohenkilökunnan työtä pitkällä aikavälillä. Yksi mielenkiintoinen tutkimuskohde voisikin olla se, miten kotihoidon henkilö-

³ KASTE 2012 – 2013 – ohjelma eli sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma on ohjelma, jossa luodaan ja arvioidaan uusia hyviä käytäntöjä. Ohjelma on laadittu alueellisten ja keskushallinnon asiantuntijoiden yhteistyönä, perustuen kansalaisten ja sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisten asiantuntijoiden esille nostamiin uudistustarpeisiin. Ohjelman tavoitteena on eriarvoisuuden vähentäminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen järjestäminen asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti kestävästi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 13.)

kunta kokee kuntouttavan työotteen parantavan heidän työssäjaksamistaan. Tämä toki vaatisi pitkän aikavälin laajaa tutkimusta.

Yhtenä kehittämistarpeena koko Pälkäneen kunnan vanhuspalveluiden kehittämistä ajatellen on tarpeen päivittää Vanhuspalveluiden ohjelma 2010 – 2020. Sitten ohjelman laatimisen v. 2009 on vanhustyön kentällä tapahtunut paljon muutoksia niin kehittämishankkeen myötä kuin muutenkin. Heinäkuussa 2013 voimaan astunut vanhuspalvelulaki (28.12.2012/980, 5 §) edellyttää, että kunnan on laadittava vanhuspalveluiden suunnitelma ja se on tarkistettava valtuustokausittain. Suunnitelmassa tulee korostaa vanhusten mahdollisuuksia kotona asumiseen sekä ennaltaehkäisevien ja kuntouttavien toimien merkitystä iäkkäiden toimintakyvylle ja elämänlaadulle. Kehittämishankkeen tuloksena syntyneitä kuntouttavan työotteen mallia voidaan hyödyntää Vanhuspalveluiden ohjelman 2010 – 2020 päivittämisessä.

LÄHTEET

Painetut lähteet

Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja.

Engeström, Y., Niemelä, A-L, Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Kohti yhteistoinnallista kotihoitoa. Teoksessa: Engeström, Y., Niemelä, A-L, Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 271 – 278.

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

Grönlund, R. 2010. Pitkään kotona – kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 111. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustaanusvaikuttavuus. Stakes. Tutkimuksia 179. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Heikkinen, H.L.T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon – Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16 – 37.

Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. (2006). Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa: Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon – Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 78 – 93.

Heinola, R. 2007a. Johdanto – Kotihoito muutoksessa. Teoksessa: Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes, 9 – 11.

Heinola, R. 2007b. Palvelujen dokumentointi. Teoksessa: Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes, 26 – 29.

Heinola, R. & Luoma, M-L. 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa: Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes, 36 – 47.

Heinonen, H., Mäkelä, T. & Väänänen I. 2009. Fyysinen toimintakyky. Teoksessa: Haapola, I. Fogelholm, M., Heinonen, H., Karisto, A., Kullaa, A., Mäkelä, T., Niiranen, T., Nummela, O., Pajunen, E., Ritsilä, A., Seppänen, M., Töyli, P., Uutela, A., Valve, R. & Väänänen, I. (toim.) 2009. Ikihyvä Päijät-Häme – tutkimus. Peruseraportti 2008. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymän julkaisuja 70. Lahden: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyhtymä, 53 – 61.

Helin, S. 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa: Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) 2002. Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 35 – 68.

Helin, S. 2003. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden edistäjänä. Teoksessa: Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2003. Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 336 – 350.

Herranen, S., Valleala, U., Collin, K. & Paloniemi, S. 2012. Moniammatillinen yhteistyö päivystys- ja infektio-osaston kierroilla. Teoksessa: Collin, K., Paloniemi, S. & Herranen, S. (toim.) 2012. Yhteistyö ja moniammatillisuus akuuttihoitossa. Ryhmätoiminnan ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen sairaalan päivystysalueella. Jyväskylän Yliopisto. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Työsuojelurahasto, 32 – 43.

Hinkka, K. & Karppi, S.-L. 2010. Ikäkuntoutus. Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus. Sosiaali - ja terveysturvan tutkimuksia. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu – Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press..

Holma, T., Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2002. Kuntouttava työote. Kirjassa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – Opas laatuun. Helsinki: Stakes, 43 – 48.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY-pro Oy.

Järvikoski, A. & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 80 – 93.

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Katajamäki, E. 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Väitöskirja.

Kline Mangione, K., Miller, A. H. & Naughton, Irene V. 2010. Cochrane Review: Improving Physical Function and Performance With Progressive Resistance Strength Training in Older Adults. *Physical Therapy* 2010 (12), 1711 - 1715.

Koskinen, S. 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa: Kautto, M. (toim.) 2004. Ikääntyminen voimavarana - Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/ 2004. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 25 – 90.

- Koskinen, S., Pitkälä, K. & Saarenheimo, M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 547 – 564.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol. 11, 99 (1): 3 – 12.
- Lampi, H. & Roos, M. 2009. Kotihoidon asiakkaan suun terveydenhoidon kehittäminen moniammatillisena yhteistyönä. Teoksessa: Engeström, Y., Niemelä, A-L, Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 217 – 233.
- Lukkaroinen, Riitta 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi: Yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja.
- Luoma, M-L. & Kattainen, E. 2007. Kotihoidon asiakkaat - Asiakasrakenne. Teoksessa: Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes, 18 – 21.
- McElhaney, J.E. & Briggs, M.C.E. 2000. Team approaches to geriatric rehabilitation. Teoksessa: Kumar, S. (toim.) 2000. Multidisciplinary approach to rehabilitation. Woburn, MA, USA: Butterworth – Heineman, 155 – 175.
- Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Väitöskirja.
- Nikander, P. 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2003 (40), 279 – 290.
- Nummijoki, J. 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen.

Teoksessa: Engeström, Y., Niemelä, A-L, Nummijoki, J. & Nyman, J. (toim.) 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 87 – 134.

Näslindh-Ylispangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita.

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Parjanne, M-L. 2004. Riittävätkö varat dementoituvien ihmisten hoitoon? Teoksessa: Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) 2004. Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Alzheimer-keskusliitto Ry, 101 – 108.

Pelttari, A. 2009. Kuntoutumista edistävän hoitotyön kehittäminen geriatrisessa hoitotyössä. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: Stakes.

Routasalo, P. E., Tilvis, R. S., Kautiainen, H. & Pitkälä K. H. 2008. Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 2009: 65(2), 297 – 305.

Salmelainen, U. 2008. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitospuolisessa kuntoutuksessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Salminen, U. & Karvinen, E. (toim.) 2006. Testaus tavaksi – tapoja testaukseen. Helsinki: Ikäinstituutti.

Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistymisestä. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Väitöskirja.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Ikääntyneiden ihmisten ohjatun terveystiimien laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:6.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012 – 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.

Tilvis, R. 2002. Geriatriksen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa: Aalto, A-M., Hurri, H., Järvikoski, A., Järvisalo, J., Karjalainen, V., Paatero, H., Pohjolainen, T. & Rissanen, P. 2002. Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Helsinki: Stakes, 141 – 158.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Livonia Print. Tammi.

Vataja, K. & Seppänen-Järvelä, R. 2006. Prosessiarviointi – mahdollisuus lujittaa kehittämisprojekteja. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) 2006. Kehittämistyön risteyskohtia. Helsinki: Stakes, 217 – 230.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Tammi.

Virnes, E., Sahala, H., Majoinen, K. & Laukkanen, H. 2006. Ikäpolitiikka kunnissa. Strategia johtamisen tukena. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Voutilainen, P. 2007. Laadun arviointi. Teoksessa: Heinola, R. (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Stakes, 13 – 17.

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.

Elektroniset lähteet

Bouwen, A., De Lepeleire, J & Buntinx, F. 2008. Rate of accidental falls in institutionalised older people with and without cognitive impairment halved as a result of a staff-oriented intervention. British Geriatrics Society. Age and Ageing 2008 (37), 306 – 310. [Viitattu 7.3.2013.] Saatavissa:

http://ot.creighton.edu/community/EBLP/Question3/2010_Update_Falls/Bouwen%202008.pdf

Clemson, L., Fiatarone, M. A., Bundy, A., Cumming, R. G., Manollaras, K. O’Loughlin, P. & Black, D. 2012. Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people: randomised parallel trial. British Medical Journal 2012, 345:e4547. 1 – 15. [Viitattu 22.2.2013.] Saatavissa:

<http://www.bmj.com/content/345/bmj.e4547>

Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Noro, A. & Vähäkangas P. 2005. RAI-järjestelmän esittely. Teoksessa: Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas P. (toim.) 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, 22 – 26. [Viitattu 17.04.2013.] Saatavissa:

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77767/RAIraportti.pdf?sequence=1>

Howe, T.E., Rochester, L., Neil, F., Skelton, D.A. & Ballinger, C. 2012. Exercise for improving in older people (Review). The Cochrane Collaboration. [Viitattu 7.3.2013.] Saatavissa:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004963.pub3/pdf>

Ikäinstituutti 2013. VoiTas-kouluttajakoulutus. [Viitattu 23.03.2013]. Saatavissa:

<http://www.voimaavanhuuteen.fi/fi/koulutus/kouluttajakoulutus/>

Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2011. TURVA - Turvallinen kotiasuminen ja interaktiivinen palveluyhteys. Projekti 1.10.2011 – 30.6.2013. [Viitattu 1.1.2013.] Saatavissa:

<http://www.jamk.fi/projektit/1381>

Laki sosiaalihuoltolain väliaikaisesta muuttamisesta 1428/2004. [Viitattu

23.03.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041428>

Luk, J.K.H. 2012. Rehabilitation in older people: know more, gain more. Hong Kong Medical Journal 2012 (18): 56 – 59. [Viitattu 18.3.2013.] Saatavissa:

http://www.hkmj.org/article_pdfs/hkm1202p56.pdf

Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamis-mallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittely-tieteiden laitos. Julkaisusarja D – Verkkojulkaisut. [Viitattu 17.04.2013.] Saatavissa:

<http://www.sis.uta.fi/cs/reports/dsarja/D-2010-7.pdf>

Opetushallitus 2010. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, lähihoitaja 2010.

Ammatillisen perustutkinnon perusteet. [Viitattu 14.3.2013.] Saatavissa:

http://www.oph.fi/download/124811_SoTe.pdf

Pälkäneen kunta 2010. Ikääntyminen on parasta aikaa Pälkäneellä. Vanhuspalveluiden ohjelma v. 2010 – 2020 ja toimenpidesuunnitelma v. 2010 - 2015. [Viitattu 23.03.2013]. Saatavissa:

http://www.palkane.fi/media/Sos._Ikaantyminen_on_parasta_aikaa.pdf

Pälkäneen kunta 2013. Asumispalvelut. [Viitattu 23.03.2013.] Saatavissa:

<http://www.palkane.fi/asumispalvelut>

Sairaanhoidajaliitto 2013. Sairaanhoidajan työ. [Viitattu 14.3.2013] Saatavissa:

http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/sairaanhoidajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoidajan_tyo/

Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Valtioneuvoston kuntoutusselonteko eduskunnalle 2002. [Viitattu 23.03.2013]. Saatavissa:

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>

Suijker, J. J., Buurman, B. M., ter Riet, G., van Rijn, M., de Haan, R. J., de Rooij, S. E. & Moll van Charante, E. P. 2012. Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in community-dwelling older persons: protocol of a cluster randomized trial. BMC Health Services Research 2012, 12:85. [Viitattu 22.2.2013.] Saatavissa:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/85>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013. RAI-vertailukehittäminen. Mikä on RAI? [Viitattu 23.03.2013]. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/tietoa/mika_on_rai

Tilastokeskus 2012. Väestöennuste iän ja sukupuolen mukaan 2012 – 2040. [Viitattu 23.03.2013]. Saatavissa:

http://193.166.171.75/Dialog/varval.asp?ma=020_vaenn_tau_102&ti=V%20est%20F6ennuste+2012+i%20n+ja+sukupuolen+mukaan+alueittain+2012+%2D+2040&path=../Database/StatFin/vrm/vaenn/&lang=3&multilang=fi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. [Viitattu 28.4.2013.] Saatavissa:

<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010. Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuuskertomukset 214/ 2010. [Viitattu 23.03.2013]. Saatavissa: http://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_netti.pdf

Vanhuspalvelulaki 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (Voimassa 1.7.2013 alkaen). [Viitattu 14.4.2013.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Suulliset lähteet

Ihalainen, L. 2013. Vanhustyönjohtaja. Pälkäneen kunta. Haastattelu 11.4.2013.

Koivisto, J. 2013. Perusturvajohtaja. Pälkäneen kunta. Haastattelu 2.4.2013.

Salomäki, M. 2013. Kotihoidon ohjaaja. Pälkäneen kunta. Haastattelu 4.4.2013

Muut lähteet

Ikäinstituutti 2008. VoiTas – kouluttaja. Koulutusmateriaali.

Haastattelurunko

RYHMÄHAASTATTELU

1. Kunnon hoitaja – koulutus

- mitä konkreettisia välineitä olet saanut työhösi?
- miten koulutus on vaikuttanut asenteisiin/ motivaatioon?
- muita ajatuksia koulutuksesta ja kuntouttavasta työotteesta

2. Mitkä seikat vaikuttavat kuntouttavan työotteen toteutumiseen kotihoidossa?

- asiakkaan näkökulma (omaiset, koti ympäristönä...)
- hoitajan näkökulma (asenne, osaaminen...)
- työyhteisön näkökulma (ajankäyttö, organisointi...)

3. Kuntouttava työote arjen työssä

- kuntouttava työ asiakkaan kotona, ryhmätoiminta jne.
- asiakkaan/ omaisen motivointi
- onko tarpeellisia välineitä riittävästi (materiaali, ohjeet, välineet)?

4. Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen kotihoidossa

- yhteistyö asiakkaan/ omaisen kanssa (hoito- ja palvelusuunnitelma)
- yhteistyö fysioterapeutin kanssa (tiedonkulku, saatavuus...)
- yhteistyö hoitajien kesken (kirjaaminen ym.)
- yhteistyö sairaanhoitajien kanssa (erilaiset työnkuvat...)

5. Organisaatiomuutoksen vaikutukset arjen työhön

- näkyvätkö muutosvaikutukset arjen työssä?
- positiivista/ negatiivista

6. Sairaanhoitajat uusina työntekijöinä työyhteisössä

- eroavaisuudet hoitajan ja sairaanhoitajan asenteissa ja käytännön työtehtävissä liittyen kuntouttavaan työotteeseen

7. Kehittämissideat kuntouttavan työotteen kehittämiseen kotihoidossa

- ideointia mindmap - tyyppisesti
- jos tarpeen, seuraavia aiheita voidaan ottaa esiin: kotikuntoutus, kartoituskäynti, kirjaamis- ja palaverikäytännöt, hoitajien koulutus, asiakkaiden ryhmäkuntoutus, fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta asiakkaalle, ergonomiohjaus...

Haastattelurunko

TEEMAHAASTATTELU

Ryhmähaastatteluista esille noussut teema	Tarkennus
Kuntouttavan työotteen käsite	<ul style="list-style-type: none"> • Miten ymmärrät käsitteen ”kuntouttava työote”? • Miten olet muodostanut ymmärryksesi kuntouttavasta työotteesta? • Onko aikaisemmalla koulutuksellasi tai työkokemuksellasi vaikutusta asiaan?
Asenne kuntouttavaan työotteeseen	<ul style="list-style-type: none"> • Henkilökohtainen asenne (koulutuksen ja kokemusten vaikutus) ja sen vaikutus asiakkaan toimintakykyyn • Työyhteisön asenteen vaikutus asiakkaan toimintakykyyn • Miten asenne heijastuu asiakkaan motivointiin • Pitkätähtäimen vaikutukset
Moniammatillinen yhteistyö kotihoidossa	<ul style="list-style-type: none"> • Miten olet kokenut yhteistyön sujumisen uutena työntekijänä? • Onko fysioterapeutin rooli kotihoidossa selkeä? • Aikaisemmat kokemuksesi moniammatillisesta yhteistyöstä
Organisaatiomuutoksen vaikutukset	<ul style="list-style-type: none"> • Miten olet kokenut organisaatiomuutoksen vaikutukset uutena työntekijänä? • Mitä mahdollisuuksia näet organisaatiomuutoksella olevan kotihoidon työnkuvaan • Minkälaisena näet oman roolisi kotihoidon tiimin vastaavana sairaanhoitajana?
Kuntouttavan työotteen kehittämisasiideat	<ul style="list-style-type: none"> • ideointia mindmap - tyyppisesti • jos tarpeen, seuraavia aiheita voidaan ottaa esiin: kotikuntoutus, kartoituskäynti, kirjaamis- ja palaverikäytännöt, hoitajien koulutus, asiakkaiden ryhmäkuntoutus, fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta asiakkaalle, ergonomiohjaus...

SISÄLLÖN ANALYYSI Hoitajien käsitys kuntouttavasta työtteesta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakäsite	Yläkäsite eli teema
"Semmonen mulla ainakin on tullu, että yritäs ny ensin itte, että aina pitää yrittää itte ennen kuin mä teen mitään"	Vaaditaan asiakasta tekemään itse		
"Pääsääntöisesti annan itse tehdä ja vaadin, että pitää itse tehdä"			
"Vaun kun muistais ettei tekis puolesta näissä pikkujutuissa... ei passattais, mikä kiireessä on paljon helpompaa!"			
"soitan aina ovikelloa ja odotan että se tulee ite avaamaan; saa liikuntaa siinä"			
"...se on periaatteessa sitä tuke- mista siihen kotona asumiseen, ettei tehtäis puolesta, vaan neuvotaan ja opastetaan ja autetaan ja pyritään siihen, että asiakas tekee itse"	Otetaan asiakkaan voi- mavarat käyttöön	Kuntouttava hoitotyö konkreettisenä toimin- tana	Hoitajan käsitys kun- touttavasta hoitotyöstä
"Tukea kaikin tavoin omatoimi- suutta, sitä arjen jaksamista..."			
"Yleensä ainakin pukemiset ja nää, että kiinnittää huomiota siihen, mihin se ihminen ite pystyy..."			
"...ei enää passaa niitä asiakkaita liikaa, että kiinnittää huomiota voimavaroihin, että mitä pystyis todella itse tekemään..."			
"Otetaan asiakkaan voimavarat hyödyksi..., että kannustetaan häntä käyttämään niitä"	Toimintakyvyn paranta- minen aktiivisen kuntou- tuksen keinoin		
"Mä oon aina yrittänyt, että kävelisit edes rappuset ylös ja alas..."			
"Yhdellä oli ainakin ne jalkapainot ja treenattiin ihan kolme kertaa viikossa... Tiedä vaikka se oli pidempään kotona sen avulla!"			
"...niin kulkis vaikka joka päivä rappuset ylös ja alas... huima tulos saattaa olla kuukauden päästä..."			
"...tasapainon harjoittamiseen, että pystyis siellä kotona asu- maan. Ettei tulisi niitä kaatumi- sia..."			
"Yritetään edes ylläpitää se kunto; se ei saisi mennä alaspäin..., aina sitä parempaa pitäisi tavoitella..."			
"...että saa olla kauemmin kotona, niin ehkä sitä osaa ajatella järke- vämmin ja pitkäkestoisem- min...luottaa enemmän omaan ammattitaitoonsa"	Kuntoutus on kokonais- valtainen osa hoitotyötä	Kuntouttava hoitotyö teoreettisessa viiteke- hyksessä	
"Kuntoutus ei saa missään nimessä loppua siihen laitoshak- soon, vaan sen pitää jatkaa..., siis siinä arjen työssä, ettei siitä tule mitään erillistä..."			
"...mistä tilanteesta lähdetään ja mihin pyritään..., otetaan huomi- oon kokonaistilanne"			
"Se on hoitajien työssä jatkuvaa, että pysyis se [toimintakyvyn] taso... ei sillä niin kuin alkua ja loppua ole, vaan se on jatkuvaa"			

SISÄLLÖN ANALYYSI Hoitajien asenne kuntouttavaan työotteeseen

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakäsité	Yläkäsité eli teema
"Täytyy myöntää, että pitäis itteekin motivoida ja vaan lähtee [asiakkaan kanssa ulos]"	Itsensä motivointi kuntouttavaan työhön	Motivaatio kuntouttavaan työhön	Asenne kuntouttavaan hoitotyöhön
"...[asiakasta] lakkaa kokonaan kiinnostamasta edes yrittää mitään..., niin siinä sitten kiukkuinen hoitaja yrittää saada liikettä"			
"Joku hoitaja saa puhuttua ympäri jonkun, jota toinen ei... Siihen tarvitaan aikaa; toinen luovuttaa helpommin, kun asiakas sanoo ei"			
"...kun oppii tuntemaan ne asiakkaat, että kuka suostuu lähtemään ulos... Se on vähän jostain narusta vedettävä"	Asiakkaan motivointi kuntouttavaan toimintaan		
"...siinä tarttis osata neuvoo sillain fiksusti, ettei se mielenkiinto katoo siitä"			
"...ettei siinä tilanteessa korosta, että se on mitään kuntouttavaa työtä..., vaan ihan niitä nousuja, pukemisia, koska siinähän se tulee ihan puoli-huomaamatta"			
"Ne asiat pitäis esittää niin, että sanoo vaikka, että mulla on niskat jumissa, että tee sääkin..."			
"En tiedä voiko ketään kouluttaa siihen [kuntouttavaan asenteeseen]"	Hoitajan henkilökohtainen asenne ja persoonalliset ominaisuudet	Hoitajan henkilökohtainen asennoituminen kuntouttavaan työotteeseen	
"... oma asennoituminen siihen, että se on sitä terveyskeskeytyttä, ettei haeta sitä, mikä on huonosti siellä..."			
"Pitää pysyä tiukkana koko ajan, että ymmärtää mitä siellä taustalla on ja asenne olla kunnossa itsellä..."			
"... aika paljon hoitajasta kiinni..., kun vaan jokainen siitä puhuis ja yrittäis houkutella, niin kyllä se joskus lähtis!"			
"...vaatii hirveesti hoitajalta tsemppaamista, että ei passaa tavallaan piloille, että yrittää silti vaikka asiakas sanoo ettei tee..., että yrittää kannustaa..."			
"...siinähän se just tulee hoitajuus tosi vaativasti näkyville, että osaa hakea sieltä ne linkit, että millä päästään tästä tilanteesta eteenpäin"	Opittu asenne kuntouttavaan työhön; osaa aktiivisesti muuttaa omaa toimintaansa ja perustella asioita asiakkaalle		
"...ja osata perustella myös asiakkaalle..."			
"Onhan sitä [kuntouttavaa hoitotyötä] ollut siellä ennenkin, mutta nyt niin kuin huomasi sen... Ja entistä tärkeempänä koki sen"			
"Se asenne on hirveen tärkeä; kaikki on samalla mielellä..."	Kaikilla hoitajilla samanlainen asenne	Yhtenäinen kuntouttavan työotteen kulttuuri työyhteisössä	
"...että kaikilla hoitajilla olisi suurin piirtein samanlainen kanta ja näkökulma siihen"			

SISÄLLÖN ANALYYSI Moniammatillinen yhteistyö

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakäsite	Yläkäsite eli teema
"kun tarvii juuri sille asiakkaalle ja sillä hetkellä jotain, kun on tavallaan akuutti se tarve...tosta saa sut kiinni..."	Tärkeää, että fysioterapeutti on helposti saatavilla	Yhteistyö fysioterapeutin kanssa	Moniammatillinen yhteistyö asiakkaan kuntoutumisen edistämiseksi
"...on puhelimen päässä ja saa kiinni..."			
"Sitä aina kysyy sulta, jos on jotain..., niin siitä saa ainakin aika suoran vastauksen"			
"Kun on tullut uusi asiakas, niin sä oot käynytkin [kotikäynnillä]. Mun mielestä se on ollut hyvä"	Fysioterapeutin rooli kotikäynnillä; ohjeiden antaminen asiakkaalle		
"Sinulla on se asiantuntemus omalta alaltasi, että kyllähän sinä huomaat paljon sellaista, mitä me hoitajat ei huomatakaan..."			
"...siinä ei hoitajana näe kaikkea, mitä tarvetta asiakkaalla on; ...olisi hyvä että siinä olisi joku, joka huomaisi ne kuntoutusasiat"			
"...ne on sellaisia yksinkertaisia kivoja liikkeitä, mitä on helppo tehdä kotona"			
"jos siellä olisi jotain, mikä voisi auttaa meitä asiakkaan kanssa toimimisessa"	Fysioterapeutin ohjeet hoitajalle	Yhteistyö fysioterapeutin kanssa	
"...voisit joskus lähteä mukaan, koska mä en ajattele omaa ergonomiaani ollenkaan"			
"Sieltä saadaan kotiin hyviä ohjeita ja tukea..."			
"Mietittäis, että kun säkin olisit mukana, että haloo; mietittäis liikuntakyvyn tai kuntoutuksen kannaltakin tätä asiakasta!"	Moniammatillinen yhteistyö ja ammattitaidon hyödyntäminen työyksikössä	Laaja-alainen yhteistyö	
"...en aina tule puhuneeksi siinä sellaisia asioita; tulee vaan sanottua ne tärkeimmät, mitkä koskee hoitajia.., ne toisenlaiset tärkeät asiat jää sitten sanomatta..."			
"Yhdessä kun mietitään, niin tulee ihan mahtavan hyviä keinoja!"			
"Vaatii monien tahojen yhteistyötä, esimerkiksi kotihoidon hoitajat ja fysioterapeutti, että monelta kantilta sitä asiaa kateltais..."			
"...niitä, jotka pitkään on tätä työtä tehny, niin hyödyntää sitä heidän ammatillista osaamistaan... Se on hiljaisena tietona ja osaamisena ihmisten selkärangassa..., mutta sais sen enemmän käyttöön, kun tuotais se keskustelun tasolle..."	Yhteistyö muiden tahojen kanssa	Yhteistyö fysioterapeutin kanssa	
"jos niitä omaisia, ystäviä, läheisiä on siinä, niin saada niitäkin mukaan siihen"			
"...vapaaehtoistyöstä lisävoimaa kotihoidon työhön"			

SISÄLLÖN ANALYYSI Organisaatiomuutoksen vaikutukset kotihoidossa

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakäsite	Yläkäsite eli teema
<p>"...tää yhdistyminen on vieny kauheesti.., ja kun on tullu niin paljon uutta..."</p> <p>"Nyt on ollu kyllä sitä härdeelliä."</p> <p>"Yleensä on aina kotihoidossa kiire, niin nyt on ainakin ollu tässä sellanen tilanne, että tässä ei oo semmosta hengenhätää..."</p> <p>"Nyt alkaa kyllä olemaan, tai mä ainakin koen, että ei oo enää siitä yhdistymisestä mitään.., että on kuin aina olis ollu..."</p>	<p>Organisaatiomuutoksen vaikutukset ovat vielä näkyvissä</p> <p>Organisaatiomuutos ei enää vaikuta arjen työhön</p>	<p>Organisaatiomuutoksen vaikutus arjen työhön</p>	
<p>"...se on enemmän sairaanhoidollisempaa niiden käynnit, ne tosiaan vaan jakaa lääkkeit..."</p> <p>"Meillä on se kokonaisuus."</p> <p>"...välillä käydään kolmekin kertaa päivässä, niin siinä tulee sen asiakkaan kanssa paljon enemmän oltuakin, niin näkee enemmän..."</p> <p>"Se voi olla koulutuksenkin puolelta, että se on enemmän kivun hoidon puolella kuin kuntoutuksen..."</p> <p>"Kyllä se sairaanhoitajalla on enemmän sitä lääkinnällistä."</p> <p>"Kotihoidolla on aina ollut kokonaisvaltaisempaa se hoito.., ehkä he [kotisairaanhoitajat] eivät oo niin kiinnittäneet huomiota tähän kuntoutumispuoleen."</p>	<p>Hoitajien käsitys sairaanhoitajan asenteesta/ taidoista kuntouttavaan työhön</p>	<p>Hoitajien ja sairaanhoitajien käsitykset kuntouttavan hoidon toteuttamisesta yhdistyneessä kotihoidossa</p>	<p>Organisaatiomuutoksen vaikutukset kuntouttamaan hoitotyöhön</p>
<p>"...ne [asiakkaat] on opetettu siihen, että siellä kotona käydään, siis vaikka ottamassa labrakokeita.., että sillain täällä sitten niin kuin mietitään, että onko ihan tarpeellista näitä vaan toistaa..."</p> <p>"...täytyy olla perusteltua, että ei passattais sitäkään asiaa sinne kotiin, jos ei oo täysin pakko"</p> <p>"Vaikka verinäytteiden otossa; miksi käydään edelleen kotona ottamassa, vaikka se asiakas pääsisi itekin käymään..."</p> <p>"...kun asiakkaat vaan on vuodesta toiseen.., että kiinnitetään siihen [toimintakykyisyyteen] jollakin tavalla huomio..."</p>	<p>Sairaanhoitajien ajatuksia töiden uudelleen organisoinnista yhdistymisen jälkeen</p>		

SISÄLLÖN ANALYYSI Kuntouttavan työotteen kehittämisideat

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakäsite	Yläkäsite eli teema
"...jos siihen [kuntoutukseen] haluais todella panostaa, niin pitäis olla toinen käynti."	Erillinen kuntouttava kotikäynti asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan	Kuntouttavan työn lisääminen asiakkaiden kodeissa	Kuntouttavan työotteen kehittäminen Pälkäneen kunnan kotihoidossa
"...semmonen käynti, jolloin vaan sisällä jumppa taikka..."			
"Siihen alkuun [fysioterapeutin] tarkistus olis tarpeen..."	Fysioterapeutin kartoituskäynti heti asiakkuussuhteen alkuun		
"Varmaan olisi hyvä, että fysioterapeutti kävisi heti huomaamassa ne [kuntoutus]asiat., meiltä ehkä jää sellaiset asiat myöhäisempään; olisi ehkä parempi, että ne asiat tulisi heti siinä"			
"Ja sellaset, jotka olis todella halukkaita... Pitäiskö se olla joku nimilista tai joku semmonen..."	Motivoituneiden asiakkaiden erityishuomioiminen		
"...miksei sitä vois yrittää sellasta muutamien viikkojen aktiivisempaa jaksoa, niin kyllä sieltä sitten näkee ne jotka haluaa, jos ei niillä olisi sitten niitä tekosyitä..."			
"...täytyy myöntää, että pitäis itteekin motivoida ja vaan lähtee!"	Oman ajattelutavan muutos ja motivoituminen kuntouttavaan työhön	Henkilökohtainen muutos	
"Sehän ei vie itse asiassa paljon aikaa!"			
"Silloin, kun ei oo niin kiire, niin silloinhan vois vähän enemmän keskittyä siihen fyysiseen puoleen."			
"Palavereissa pitää ainakin puhua siitä [kuntoutuksesta] ja tutustuttaa uusia ihmisiä siihen..."	Moniammatillisuuden lisääminen kotihoidon palavereihin		
"Kannattaa tosiaankin tulla tuonne jonnekin [palavereihin] ja muistutella niistä; jumpasta tai just tämmösestä fyysisestä..."			
"... voisi kirjata näitä kuntoutukseen liittyviä asioita palaverivihkoon, ja kirjoittaa viestejä fysioterapeutille, kun kaikkea ei muista sanoakaan..."	Kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen	Kuntouttavan työotteen kehittäminen koko työyhteisön yhteisenä tavoitteena	
"Olisiko siellä [Mediatrissa] joku otsikko, jonka alle aina kirjaisi kuntoutusasiat?"			
"Täällähän on käytössä RAI, siinähan voisi fysioterapeutti tehdä sen toimintakyvyn testaus – osuuden...."			
"Jos alusta saakka painotettais jo kartoituskäynnillä, että pyritään siihen, että asiakas pystyy itte tekeen..."	Koko työyhteisön asennemuutos koulutuksen ja yhteisten pelisääntöjen avulla		
"Painotetaanko sitä siinä vaiheessa [ensikäynnillä] tarpeeksi sille asiakkaalle, että teidän täytyy tehdä, me ei tehdä teidän puolesta..."			
"Kun on niitä asiakkaita, jotka mielellään passuuttaa itseään, niin sanoa [uusille työntekijöille] siitä..."			
"Voisiko olla joku tiivistetty info tai koulutus tai joku...?"			