

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta  
Terveysten edistämisen koulutusohjelma  
Johtamisen suuntautumisvaihtoehto  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Hanna Järveläinen

## **Kuntoutumisen jatkuminen kotihoidossa**

Opinnäytetyö 2014

## **Tiivistelmä**

Hanna Järveläinen

Kuntoutumisen jatkuminen kotihoidossa, 68 sivua, 8 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Johtamisen suuntautumisvaihtoehto

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Opinnäytetyö 2014

Ohjaajat: yliopettaja Anja Liimatainen, Saimaan ammattikorkeakoulu, Kuntouttava kotiutuminen -pilotoinnin osahankkeen vastaava Tarja Simonen ja projekti-koordinaattori Tarja Viitikko, Eksote

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kotihoidon piiriin siirtyneiden asiakkaiden toimintakykyä ja kaatumisriskiä sairaalajakson aikana, kartoittaa kuntoutumisen edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä esittää kehittämissuhteita kuntoutusprosessin parantamiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää sairaalasta kotihoitoon siirtyvien asiakkaiden kuntoutusprosessin kehittämisessä.

Opinnäytetyö toteutettiin sekä laadullista että määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen. Määrällisen osuuden aineistona käytettiin Eksoten Kuntouttava kotiutuminen -pilotointiin osallistuneiden, kotihoidon palvelujen piiriin siirtyneiden asiakkaiden (N=26) toimintakykyarvojen ja kaatumisvaara-arvojen tuloksia. Laadullinen aineisto kerättiin haastattelemalla kotihoidon asiakkaita (n=2) ja kuntoutusvastaavia (n=5). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin sekä aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Tulosten perusteella suurin osa sairaalasta kotihoitoon siirtyneistä asiakkaista on toimintakyvyltään heikkoja, ja heidän kaatumisriskinsä on suurentunut. Kuntoutumisen jatkumista edistää henkilökunnan positiivinen suhtautuminen ja riittävä osaaminen, asiakkaan motivaatio ja sosiaalisen verkoston tuki, riittävät asiakaslähtöiset palvelut sekä yhteistyö eri toimijoiden välillä. Kuntoutussuunnitelma koettiin merkityksellisenä asiakkaan tavoitteellisessa kuntoutusprosessissa. Kuntoutumisen jatkumisen esteitä ovat henkilöstön, asiakkaiden ja omaisten kielteiset asenteet, kotihoidon erilaiset fyysiset ympäristöt sekä asiakkaiden niukka sosiaalinen tuki omaisilta ja ystäviltä. Kokonaisvaltaisen kuntoutumisen tukemiselle tuovat haasteita myös tiedonkulun ongelmat, henkilökunnan osaamisen puutteet sekä kotihoidon niukat resurssit. Lisäksi haasteita aiheuttaa se, että asiakkailla ja omaisilla on epärealistisia odotuksia kotihoidon palveluita kohtaan.

Riittäväillä resursseilla ja henkilöstön osaamista vahvistamalla voidaan parantaa asiakkaiden toimintakyvyn tukemista kotihoidossa. Hyvä tiedonkulku kuntoutusprosessiin osallistuvien kesken sekä kotihoidon kuntouttavista toimintatavoista tiedottaminen mahdollistavat kaikkien toimijoiden osallistumisen asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen.

Asiasanat: asiakaslähtöisyys, kuntoutuminen, kuntoutussuunnitelma, toimintakyky

## **Abstract**

Hanna Järveläinen

Continuation of rehabilitation in home health care, 68 Pages, 8 Appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Master's Degree Program in Health Promotion

Specialisation in Management and Leadership

Master's Thesis 2014

Instructors: Principal Lecturer Anja Liimatainen, Saimaa University of Applied Sciences, Person in Charge of the Project, "Kuntouttava kotiutuminen" Tarja Simonen, and the Project Coordinator Tarja Viitikko, South Karelia District of Social and Health Services (Eksote)

The purpose of the study was to describe the transition from hospital to home care for clients needing rehabilitation, especially regarding functional capacity, risk for falls, and factors affecting the success of rehabilitation, both positive and negative. The purpose was also to present development proposals for rehabilitation. The aim of the study was to produce information for the development of the rehabilitation process when clients are transferred from the hospital to home care.

This study was carried out using quantitative and qualitative research methods. Quantitative data consisted of home care clients performance metrics results (N=26). Qualitative material was collected by interviewing 2 clients needing rehabilitation from home care and 5 caregivers responsible for the rehabilitation in home care. The data was analyzed by the statistical method and using inductive content analysis.

The results of the study show most of those transferred from the hospital to home care have low functional capacity and an increased risk of falling. Rehabilitation was positively affected by the positive attitude of the caregiving staff as well as by their competence, by client motivation, the client's support network, client-centred services, and cooperation between the various care providers. A rehabilitation plan was experienced as good for the client rehabilitation process. Factors negatively affecting rehabilitation were incidences where staff, clients and their families had negative attitudes towards rehabilitation. Also, difficult conditions in the home care and clients low support from relatives and friends had negative consequences. Continuation of rehabilitation is affected by poor communication, low staff competence and home care with limited resources. The results show that clients and relatives have unrealistic expectations of home care services provided.

Development of sufficient resources and staff competence could support the functional capacity of clients in home care. Effective flow of information between those involved in the rehabilitation and adequate informing about rehabilitative home care practices promote the support of functional capacity in home care clients.

Keywords: client-orientation, rehabilitation, rehabilitation plan, functional capacity

## Sisältö

1 Johdanto .....	5
2 Kotihoitoon siirtyvän asiakkaan kuntoutuminen .....	7
2.1 Kuntouttava kotiutuminen -pilotoinnin esittely .....	7
2.3 Kuntoutumista edistävä toiminta .....	9
2.4 Kuntoutumisen esteitä ja riskitekijöitä.....	12
3 Iäkkään toimintakyky.....	14
3.1 Fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky .....	14
3.2 Toimintakyvyn arviointi .....	15
4 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet.....	17
5 Tutkimusasetelma .....	18
5.1 Tutkimusmenetelmä ja kohderyhmä.....	18
5.2 Aineistonkeruu .....	19
5.3 Aineiston analyysi.....	21
6 Tulokset .....	24
6.1 Asiakkaiden toimintakyky sairaalajakson aikana.....	24
6.2 Kuntoutumisen jatkuminen kotihoidossa .....	28
6.2.1 Teemahaastatteluihin osallistuvien taustatiedot .....	28
6.2.2 Kuntoutumista estävät tekijät.....	29
6.2.3 Kuntoutumista edistävät tekijät .....	39
6.2.4 Kehittämisehdotukset .....	46
6.2.5 Tulosten esittäminen.....	48
7 Pohdinta.....	51
7.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	51
7.2 Tutkimuksen eettisyys .....	57
7.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	58
7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	61
Kuvat.....	63
Taulukot.....	63
Lähteet.....	64

## Liitteet

- Liite 1 Aikaisempia aiheeseen liittyviä tutkimuksia
- Liite 2 Kuntoutusvastaavien teemahaastattelurunko
- Liite 3 Asiakkaiden teemahaastattelurunko
- Liite 4 Saatekirje asiakkaille
- Liite 5 Saatekirje kuntoutusvastaaville
- Liite 6 Suostumuslomake asiakkaille
- Liite 7 Suostumuslomake kuntoutusvastaaville
- Liite 8 Sisällönanalyysi

## 1 Johdanto

Ikääntyneiden osuus väestöstä kasvaa Suomessa nopeammin kuin EU:n maissa keskimäärin ja on ennustettu, että meillä on jo vuonna 2020 EU:n vanhin väestö. Siitä syystä tarvitaan erilaisia toimia, joilla voidaan vaikuttaa väestön toimintakykyyn. Terveiden ja toimeliaisuuden edistäminen sekä turvallisen elinympäristön järjestäminen ovatkin tärkeimpiä keinoja tavoitteen saavuttamiseksi, koska ikääntyneen väestön toimintakyvyn ylläpitäminen ja paraneminen myöhentää laitoshoidon tarvetta ja alentaa näin terveyden- ja vanhustenhuollon menojen kasvua. (Laine, Sinko & Vihriälä 2009, 32, 80.)

Vanhuspalvelujen meneillään olevan rakennemuutoksen tavoitteena on vähentää pitkäaikaista laitoshoidoa ja tukea ikääntyneiden kotona asumista mahdollisimman pitkään. Se edellyttää kotiin tuotettavien palveluiden kehittämistä ikääntyneiden olemassa olevia voimavaroja ylläpitäviksi ja kuntoutumista edistäviksi toimintatavoiksi. Kuntoutumisen tukemisessa ja palvelujen kehittämisessä olisi ensiarvoisen tärkeää tunnistaa erilaiset riskitekijät sekä löytää sellaiset toimintatavat, jotka ottavat huomioon yhtä aikaa sekä vanhuksen sairaudet että toiminnanvajaukset. Riskiryhmien tunnistamisen ja oikea-aikaisten interventioiden merkitys korostuu etenkin paljon sairaala- ja kotipalveluita käyttävien vanhusten kohdalla, koska heillä on suuri riski joutua laitoshoitoon. (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 548, 553–554, 558.) Väestön muistiongelmien lisääntymiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota palvelutarpeen suunnittelussa. Tälle asiakasryhmälle kohdennetut palvelut olisi suunniteltava siten, että pääpaino on ympärivuorokautisesti kotiin annettavissa palveluissa. Asiakaslähtöisten, hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen tulisi edistää ja ylläpitää monipuolisesti vanhuksen toimintakykyä ja kuntoutumista. (STM 2013.)

Alueellisesti tarkasteltuna Etelä-Karjalassa ikääntyneiden osuus on, ja ennusteen mukaan heidän osuutensa tulee olemaan, muuta maata korkeammalla tasolla. Arvion mukaan Etelä-Karjalassa yli 80-vuotiaiden osuus väestöstä lähes kaksinkertaistuu vuoteen 2030 mennessä, noin 6 prosentista 11 prosenttiin. (Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet). Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden strategisissa tavoitteissa oikea-aikainen ja tehokas kuntouttava jatkohoito onkin kirjattu yhdeksi strategiseksi tavoitteeksi, mikä edellyttää painopisteen siirtämistä

tä ennaltaehkäiseviin ja kuntouttaviin avopalveluihin (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2010). Tätä strategista tavoitetta tukee myös kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015 (STM 2012a), ikäihmisten laatusuositus (STM 2013) sekä 1.7.2013 voimaan tullut ns. vanhustalolaki (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloluista 1§).

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden strategisiin tavoitteisiin tukeutuvaa, puoli vuotta kestänyttä Kuntouttava kotiutuminen pilotointi -projektia. Pilotoinnin tavoitteena oli löytää uusia toimintatapoja kuntouttavaan kotiutumiseen eli asiakkaiden toimintakyvyn säilymiseen, paranemiseen ja kuntoutumisen jatkumiseen sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata sairaalasta kotihoidon piiriin siirtyneiden asiakkaiden toimintakykyä ja kaatumisvaaraa. Lisäksi kartoitetaan kuntoutumisen jatkumisen edistäviä ja estäviä tekijöitä sekä esitetään kehittämissuunnitelmia kuntoutumisen jatkumiseksi. Määrällisen osuuden tutkimusaineistona käytetään toimintakykymittareiden tuloksia ja opinnäytetyön laadullinen aineisto kerätään haastattelemalla kotihoidon asiakkaita ja kuntoutusvastaavia. Tutkimustulokset esitellään niiden valmistumisen jälkeen pilotointiin osallistuneille terveydenhuoltoalan ammattilaisille, ja tilaisuudesta kootaan opinnäytetyöraporttiin yhteenveto. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää sairaalasta kotihoitoon siirtyvien asiakkaiden kuntoutumisprosessin kehittämisessä.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen niin kansallisella kuin paikallisellakin tasolla. Aihe-ehdotus ja mahdollisuus tämän projektin perusteellisempaan tarkasteluun tulivat toteuttavan organisaation taholta. Tartuin siihen, koska työni kautta tullut kuntouttavan hoitotyön asiantuntijuus auttaa tarkasteltavan aiheen laajalaista ymmärtämistä. Toisaalta aiheen tarkasteleminen myös laajentaa osaamistani, etenkin kotihoidon toimintaympäristössä toteutettavan ja muistihäiriöistä kärsivien henkilöiden kuntoutumisen edistämisessä.

## **2 Kotihoitoon siirtyvän asiakkaan kuntoutuminen**

### **2.1 Kuntouttava kotiutuminen -pilotoinnin esittely**

Kuntouttava kotiutuminen -pilotointi toteutettiin 1.3.–31.8.2013 Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskusyksikössä, ja siihen osallistuivat Armilan sairaalan osasto 1:ltä keskusta-pohjoinen kotihoidon palvelujen piiriin siirtyneet asiakkaat. Keskusta-pohjoinen kotihoitoalueeseen kuuluu 5 tiimiä. (Simonen, Viitikko, Hupli, Heiskanen & Lehtonen 2013.) Kotihoito muodostuu kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta, ja sen tuottamia palveluja saavat vanhukset, vammaiset ja sairaat. Kotihoidon tarkoituksena on tukea henkilön, jolla on alentunut toimintakyky tai sairaus, kotona selviytymistä. (STM 2012b.)

Kuntouttavan kotiutumisen pilotointi kytkeytyy Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskusyksikössä kehitteillä oleviin ”Alueellisten toimintamallien kehittäminen ja jalkauttamisen vaatimat toimenpiteet kehittämisohjelma”- hankkeen ”Jatkohoito ja kotiutus”- alaprojektin toimintamalleihin, joilla pyritään tukemaan ikääntyneen väestön kotona asumista ja vähentämään laitokseen joutumista. Kuntouttava kotiutuminen -pilotoinnin tavoitteena oli löytää uusi ja tehokkaampi toimintamalli osastolla kuntoutuneiden, kotihoidon piiriin siirtyvien asiakkaiden toimintakyvyn tukemiseksi. (Simonen ym. 2013.)

Pilotoitavassa toimintamallissa osaston ja kotihoidon välistä moniammatillista yhteistyötä lisättiin, kirjaamista yhtenäistettiin ja selkiytettiin, laadittiin kaikille potilaille sairaalajakson aikana asiakaslähtöinen tavoitteellinen kuntoutussuunnitelma sekä pyrittiin ottamaan omaiset mukaan hoitoon. Näiden toimintatapojen tavoitteena on tukea kuntoutumista ja toimintakykyä asiakkaan siirtyessä kotihoitoon sekä ehkäistä uusia sairaalajaksoja tai pitkäaikaiseen laitoshoidon joutumista. (Simonen ym. 2013.)

### **2.2 Kuntoutumisen suunnittelu**

Kuntoutumisen suunnittelun tulee perustua kokonaisvaltaiseen arvioon kuntoutujan tilanteesta (Salmelainen 2009, 33), ja suunniteltaessa on otettava monipuolisesti huomioon iäkkään voimavarat. Suunnittelussa lähdetään usein liikkeelle olemassa olevista ongelmista ja pyrkimisestä niiden parantamiseen ja

kompensoimiseen. Kotihoidon asiakkaan fyysisen ja sosiaalisen elinympäristön asettamat mahdollisuudet ja haasteet täytyy arvioida, koska kotiympäristön esteettömyys, erilaiset apuvälineet, vanhuksen kokema elämänhallinta sekä sosiaalinen tuki auttavat kotona selviytymistä. Kuntoutumisen suunnittelussa tulee lisäksi huomioida kotona asuvan vanhuksen kotioloissa kehitetyt ja hänen hyväksi havaitsemansa selviytymiskeinot. (Koskinen ym. 2008, 555–557.)

Suunnitteluvaiheessa vanhuksen omien tavoitteiden selvittäminen on tärkeää, koska ne tekevät konkreettiseksi sen, mitä kuntoutumisella tavoitellaan (Pikkariainen 2013, 121). Kuntoutumista suunniteltaessa asiakaslähtöiseen palveluohjaukseen kuuluu neuvontaa ja/tai ohjausta, palveluohjauksellisen työotteen käyttöä sekä henkilökohtaista palveluohjausta. Keskeistä on, että asiakkaan voimavaroja tuetaan, pidetään toiveikkuutta yllä sekä yritetään suuntautua tulevaisuuteen. Vanhus tulee nähdä kokonaisuutena ja yksilöllisenä persoonana. (Hänninen 2007, 14.) Kuntoutumisen suunnittelu edellyttää terveydenhuoltoalan ammattilaisen riittävää osaamista asiakkaan kokonaisuuden hahmottamisessa, kuntoutumisessa, ohjaamisessa ja neuvonnassa sekä tietoa erilaisista kuntoutumisen tukemiseen liittyvistä mahdollisuuksista (Taipale-Lehto & Bergman 2013). Kotihoidossa laaditaan yhteistyössä asiakkaan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma, jota seurataan ja tarkistetaan säännöllisesti. Tukipalveluilla, kuten ateria-, siivous-, sauna- ja kuljetuspalveluilla, voidaan täydentää kotihoidon palveluita. (STM 2012b.)

**Kuntoutussuunnitelman** tarkoituksena on määritellä asiakaslähtöisesti ne tavoitteet ja keinot, joilla iäkkään toimintakykyä pyritään ylläpitämään ja parantamaan. Kuntoutussuunnitelman tulee kuvata myös asiakkaan senhetkinen toimintakyky, joka käsittää fyysisen toimintakyvyn lisäksi psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arviot. (Käypä hoito suositukset 2010.) Asiakaslähtöisen suunnittelun lähtökohtana ovat asiakkaan omat tarpeet, toiveet ja odotukset, erilaiset riskitekijät, toiminnanvajavuudet, sairaudet sekä sosiaalisen ja asuinympäristön asettamat vaatimukset (Koskinen ym. 2008, 559).

Suunnitelman tavoitteena on motivoida asiakasta ja hänen läheisiään omahoitoon sekä ehkäistä ennen aikainen toimintakyvyn heikkeneminen. Keinoiksi voidaan kirjata esimerkiksi fyysistä toimintakykyä ylläpitäviä päivittäisiä toimintoja,



erilaisia harrastuksia ja tapahtumia sekä yksilöllisesti suunniteltuja päivätoiminta- ja terapiakäyntejä. (Muistiliitto 2010.) Kuntoutussuunnitelmaan tulisi kirjata myös yhteyshenkilö, joka tarvittaessa ohjaa ja neuvoo palvelujen järjestämisessä ja koordinoinnissa ja jonka kanssa kuntoutussuunnitelma tarkistetaan vähintään 6-12 kuukauden välein tai asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa (Käypä hoito suositukset 2010).

Pilotoinnin aikana testatussa toimintamallissa kuntoutumisen jatkuminen asiakkaan kotiuduttua pyrittiin turvaamaan tekemällä hänelle osastohoidon aikana kuntoutussuunnitelma yhteistyössä fysioterapeutin tai kuntohoitajan ja hoitajien kanssa. Kuntoutussuunnitelma tarkastettiin ja käytiin läpi ennen potilaan kotiutumista osaston fysioterapeutin tai kuntohoitajan, toimintaterapeutin ja kotihoiton kuntoutusvastaavien kesken. Asiakkaan kotona kuntoutussuunnitelma pidetään näkyvällä paikalla, ja siihen merkitään suunnitelman mukaiset viikoittaiset kuntoutumista edistävät suoritukset. (Simonen ym. 2013.)

### **2.3 Kuntoutumista edistävä toiminta**

Toimintakykyä voidaan ylläpitää ja parantaa kuntoutumista edistävällä työotteella, joka on asiakkaan omia voimavaroja tukeva toimintatapa. Kuntoutumista edistävän työotteen tavoitteena on parantaa ja ylläpitää hänen selviytymistään arkipäivän toiminnoissa. Yksinkertaisimmillaan kuntoutumista edistävä toimintatapa tulee esille arkipäivän askareista suoriutumisessa, jolloin työntekijä yhdessä asiakkaan omatoimisuutta tukien tekee hänen kanssaan erilaisia arkipäivän askareita. (STM 2013.) Kuntoutumista edistävän toiminnan perustana on siis normaali elämä, joka tarkoittaa esimerkiksi sitä, että vanhus pukeutuu päiväksi ja yöksi eri vaatteisiin, kampaat tukkansa, on pystyasennossa päivittäin, syö mahdollisimman itsenäisesti, käy WC:ssä ja on vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. (Kivelä 2006, 17.) Kuntoutumista edistävän työtavan tulisikin näin ollen perustua asiakkaan ja työntekijän yhteistyöhön, jossa asiakkaan vastuun ottaminen omasta kuntoutumisestaan ja toimintakyvyn ylläpitämisestä korostuu (STM 2013).

lökkään kuntoutus on tavoitteellista ja moniammatillista toimintaa, jonka tarkoituksena on tukea heikentyneestä toimintakyvystä kärsivää vanhusta selviytymi-

sessä ja osallisuudessa hänen erilaisissa elämäntilanteissaan. Kuntoutus voi sisältää erilaisia palveluja, kuten neuvontaa, terapioiden, apuvälineiden hankkimista ja asunnon muutostöitä. Kotikuntoutuksen, joka toteutetaan vanhuksen omassa elinympäristössä, on tarkoitus ylläpitää ja edistää vanhuksen toimintakykyä ja liikuntakykyä. Se voi sisältää esimerkiksi yksilöllisesti räätälöityjä lihasvoimaa ja tasapainoa ylläpitäviä ja parantavia liikkeitä, jotka parantavat toimintakykyä ja auttavat sitä kautta arkipäivän toiminnoissa suoriutumista. (Käypä hoito suositukset 2010.) Moniammatillisella toiminnalla tarkoitetaan sitä, että asiakkaan hoitoprosessiin osallistuvat terveydenhuollon eri ammattiryhmät paneutuvat ja pyrkivät löytämään yhdessä asiakkaan elämäntilanteen kannalta toimivia tavoitteita ja kehittämään niiden toteutumiseksi soveltuvia toimintatapoja. Moniammatillisen yhteistyön sujuvuus edellyttää myös tavoitteiden saavuttamisen arviointia yhdessä. Eri näkökulmista tuotetun tiedon yhdistämisellä pyritään tukemaan monipuolisesti valmiuksia asiakkaan ongelmien kohtaamisessa sekä ratkaisussa ja edistämään näin hänen kuntoutumista. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 86.)

Muistisairaudesta kärsivän vanhuksen toimintakykyä ylläpitävässä ja parantavassa sekä sen heikkenemistä hidastavassa toiminnassa on huomioitava laajalaisesti erilaiset toimintakyvyn ongelmat. Kuntoutumista edistävien toimintatapojen tulisi kohdentua monipuolisesti ottaen huomioon yksilöllisesti niin fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset kuin kognitiivisetkin toiminnan vajavuudet ja vahvuudet. Muistisairaana vanhuksen kuntoutumisen onnistumisen edellytyksenä on hänen oman osallisuutensa lisäksi lähiomaisten tuki kuntoutumisen tukemisessa. (Käypä hoito suositukset 2010.) Asiakaslähtöisyyden huomioiminen korostui Kuntouttava kotiutuminen -pilotoinnissa. Pilotin aikana tehostettiin erityisesti muistiosajien palveluiden hyödyntämistä konsultoimalla herkästi kotihoidon muistihoitajaa ja muistikoordinaattoreita. Omaiset otettiin mukaan kuntoutumisen suunnitteluun. Jos kotiutuvalla vanhuksella oli kattavampi hoidon ja palvelujen tarve, pyrittiin palveluja räätälöimään asiakkaalle yksilöllisesti moniammatillisessa hoitoneuvottelussa. (Simonen ym. 2013.)

Kuntoutumista edistävän toiminnan lähtökohtana tulee olla vanhuksen oma käsitys kuntoutumisen merkityksestä ja hänen omasta tilanteestaan. Sen lisäksi on

huomioitava vanhuksen voimavarat sekä omaisten rooli kuntoutumista edistävien tavoitteiden asettamisessa ja saavuttamisessa. (Koskinen ym. 2008, 555.) Kotona selviytymistä ja kuntoutumista voidaan tukea ja edistää kuntouttavilla ja omatoimisuutta lisäävillä toiminnoilla sekä oikea-aikaisesti kohdennetuilla tuki-toimilla, joita voivat olla esimerkiksi kotihoidon palvelut, ateriapalvelu, turvapuhe- lin, kodin turvalaitteet ja erilaiset apuvälineet, sekä huolehtimalla kodin esteet- tömyydestä. Kuntoutumista edistävä toiminta edellyttää laajaa moniammatillista tietämystä ja toimintaan osallistuvien saumatonta yhteistyötä. (Käypä hoito suo- situkset 2010; Kivelä 2006, 17.) Moniammatillisen yhteistyön sujuvuuden kan- nalta on myös tärkeää, että potilastietojärjestelmiin kirjattu tieto saavuttaa ja on käytettävissä kaikilla hoitoprosessiin osallistuvilla terveydenhuoltoalan ammatti- laisilla (Nykänen, Viitanen & Kuusisto).

Koukkari (2010) on tutkinut kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntou- tuksesta ja kuntoutumisesta sekä niihin liittyvistä tekijöistä. Tulosten mukaan kokonaisvaltainen kuntoutus ja kuntoutuminen koettiin toimintakyvyn edistymi- sen, selviytymiskeinojen käyttämisen ja työn ja opiskelun tavoittelun ulottuvuuk- sina. Kuntoutumiseen liitettiin vahvasti fyysiseen toimintakykyyn liittyvät toimin- not, erityisesti fysioterapia. Kuntoutus ja kuntoutuminen koettiin myös omatoimi- sena kunnan kohottamisena, taitojen uudelleen opetteluna, tuen saamisena lä- heisiltä, ohjauksen ja neuvonnan saamisena ammattilaisilta arkipäivän toimin- noista suoriutumiseksi sekä normaalielämään osallistumisena. Omaisten merki- tys kuntoutumista edistävissä toimissa oli välttämätön. Koukkari (2010.) Liitteen 1 taulukossa on kuvattu aikaisempia aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Taulukkoon on valittu otsikon, tiivistelmän tai sisällön perusteella suomenkielisiä väitöskirjoja ja tutkimusartikkeleita, jotka liittyvät iäkkään henkilön toimintakyvyn ja kuntoutu- misen tukemiseen kotihoidossa.

Tepposen (2009) tutkimus kotihoidon integroinnista ja laadusta tarkastelee koti- hoidon palvelujen järjestämistä ja palveluiden yhteensovittamista. Tutkimustu- loksena esitetään hyvän kotihoidon malli, jonka mukaan vanhusta tulisi kohdella hänen omassa elinympäristössään elävänä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiokult- turisena kokonaisuutena. Laadukkaassa kotihoidossa vanhusta tuetaan selviy- tymisessä, ylläpidetään hänen elämänlaatuaan ja vahvistetaan olemassa olevia

voimavaroja. Tulosten perusteella palvelut tulee eheyttää integroiduilla organisaatioilla, verkostoilla, sopimuskäytännöillä sekä moniammatillisella kuntouttavalla ja ennakoivalla työotteella. (Tepponen 2009.)

## **2.4 Kuntoutumisen esteitä ja riskitekijöitä**

Vanhus ajattelee usein elämänvaiheensa olevan lähempänä loppua kuin alkua. Nykyhetki voidaan hahmottaa ”enää jäljellä olevana aikana”. Vanhuksen asenteet kuntoutumiseen ja kuntoutukseen saattavat muodostua tätä kautta, ja kuntoutumista edistävät toimintatavat koetaan tarpeettomina korkean iän vuoksi. Samantyyppinen asenne voi vaikuttaa ammattilaistenkin toimintaan. Myös toiminnan rytmin verkkaisuus saattaa terveydenhuoltoalan ammattilaisten mielestä viestiä siitä, ettei vanhus ole motivoitunut tai kykenevä kuntoutumiseen. Tästä syystä iäkkäät ihmiset tarvitsisivatkin enemmän aikaa sekä arvostavaa tukea kuntoutumisessaan. (Koskinen ym. 2008, 551–555.) Myönteisen palautteen puute ja riittämätön kannustus heikentävät vanhuksen psyykkistä hyvinvointia (Eloranta, Arve, Viitanen, Isoaho & Routasalo 2012, 19) ja saattavat estää halua kuntoutumiseen.

Vanhusväestön yleiset pitkäaikaissairaudet, kuten esimerkiksi sydän- ja verisuonisairaudet, krooniset keuhkosairaudet, nivelrikot, osteoporoosi, diabetes ja näkökykyä heikentävät silmäsairaudet vaikuttavat toimintakykyyn. Myös akuutit sairaudet, kuten virtsatietulehdus, keuhkokuume ja muut hengitystietulehdukset saattavat heikentää vanhuksen toimintakykyä. (Kivelä 2006.) Kuntoutumisen haasteena on se, että vanhusten sopeutuminen sairauksiin ja toiminnanvajauksiin saattaa kulkea tavalla, joka ei edistä hänen kuntoutumistaan. Toiminnanvajauksiin reagoidaan vähentämällä liikkumista tai eristäytymällä. (Koskinen ym. 2008, 553.)

Dementoivat sairaudet ovat yleisin toimintakykyä heikentävä tekijä. Toisaalta dementoituneet vanhukset voivat selviytyä omassa kodissaan melko pitkäänkin, koska tuttu ympäristö tukee heidän selviytymistään. Omaisten osallistuminen olisi tärkeää dementoituvien tukemisessa. Omaisten huoli kotona selviytymisestä ja asenteet kuntouttavaan kotihoitoon voivat olla kuitenkin este kuntoutumiselle.

le, koska he saattavat haluta vierittää vastuun vanhustenhuollosta yhteiskunnalle. (Laatikainen 2009, 20–22.)

lökkään henkilön kaatumisalttius lisää vaaraa joutua sairaalahoitoon. Vanhuk- sen keho ei kestä kaatumisesta aiheutuvaa traumaa samalla tavalla kuin nuo- rempien, ja vanhus toipuukin vammoistaan hitaammin. Suomessa saa vuosittain 7000 henkilöä lonkkamurtuman, joista yli 90 prosenttia johtuu kaatumisista. (Pa- jala 2012, 10.) Lisääntyneen kaatumisvaaran tunnistamiseksi on kehitetty arvi- ointilomake, jonka avulla voidaan havaita lisääntynyt kaatumisvaara mahdolli- simman ajoissa. Lyhyen kaatumisvaaran arvioinnilla kartoitetaan ne riskitekijät, jotka lisäävät kaatumisalttiutta. Arvioinnin tarkoitus on tunnistaa ne iäkkäät, joilla on huomattavasti lisääntynyt kaatumisvaara. Arvioinnin perusteella iäkkäälle suunnitellaan jatkotoimenpiteet, joilla kaatumisia pyritään ehkäisemään ja vä- hentämään. (THL 2013a.)

Lyhyt kaatumisvaaran arviointi tehtiin pilotin aikana kaikille asiakkaille. Tarvitta- essa heille tehtiin myös laajempi kaatumisvaaran arviointi. Asiakkaan tarpeista lähtevään kaatumisriskin ehkäisyyn eli tarvittavien toimenpiteiden suunnitteluun ja toteutukseen kiinnitettiin erityistä huomiota moniammatillisissa kuntoutuspala- vereissa. (Simonen ym. 2013.) Koska kaatumisiin altistavia tekijöitä on paljon (esim. sairaudet, heikentynyt muisti tai toimintakyky, heikko tasapainokyky tai lihasvoima, aistien puutokset, inkontinenssi, lääkkeiden sivu- ja haittavaikutuk- set, ravitsemuksen ongelmat tai nestehukka, kodin vaaranpaikat, kaatumispelko jne.), moniammatillisesti tehty arviointi antaa luotettavan ja kattavan arvion riski- tekijöistä (THL 2013a).

Monipuolisella liikuntaharjoittelulla voidaan ehkäistä kotona asuvien ikääntyvien kaatumisia. Kotona asuvan vanhuksen tasapainoa ja lihaskuntoa vahvistaa fy- sioterapeuttisten harjoitusten lisäksi se, että hän on pystyasennossa ja jalkeilla joka päivä mieluiten useita kertoja. Arjen toiminnot kuntoutumista edistävän toi- mintatavan mukaisesti, esimerkiksi siirtymiset WC-toimissa, vahvistavat tasa- painoa sekä lihaskuntoa ja ehkäisevät näin ollen kaatumisalttiutta. (Pajala 2012, 19–31.)

Vaapio (2009) on tarkastellut kaatumisten ehkäisytöiden vaikutusta elämänlaatuun. Elämänlaatu käsittää tutkimuksen mukaan mm. fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn. Tulosten mukaan fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä tavanomaisista toiminnoista suoriutuminen paranivat jonkin verran kaatumisten ehkäisytöiden vaikutuksesta. Myös erilaiset vaivat vähenivät ja sosiaalisuus lisääntyi. (Vaapio 2009.)

Valta (2008) on tutkinut iäkkään päivittäistä suoriutumista kotona. Tutkimuksen tavoitteena oli luoda malli kotona asuvien yli 75-vuotiaiden päivittäiselle suoriutumiselle. Tutkimuksessa yhdistyvät henkilökunnan ja iäkkäiden näkökulmat. Tutkimustulosten mukaan hyvä kognitiivinen toimintakyky, psyykinen tasapaino sekä sosiaaliset kontaktit edistävät iäkkäiden suoriutumista. Suoriutumisen esteitä ovat mielialan ongelmat, virtsaamisvaikeudet, liikkumisen ongelmat, ikäännyminen itsessään ja sairaudet sekä pelko esimerkiksi kaatumisesta. (Valta 2008.)

### **3 Iäkkään toimintakyky**

#### **3.1 Fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky**

Toimintakyky voidaan määritellä joko jäljellä olevan toimintakyvyn tasona tai todettuina toiminnan vajeina. Toimintakyky käsittää fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen ulottuvuuden, johon vaikuttaa vanhuksen asuin- ja elinympäristö. Fyysinen toimintakyky muodostuu siitä, miten henkilö suoriutuu päivittäisistä perustoiminnoista (syöminen, juominen, nukkuminen, pukeutuminen, peseytyminen, wc-käynnit, siirtymiset ja liikkuminen) ja arjen askareista sekä mielekkästä vapaa-ajan vietosta. Psyykkistä toimintakykyä määriteltäessä on otettava huomioon ihmisen voimavarat ja mieliala, itsearvostus sekä selviytyminen erilaisista arkipäivän haasteista. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön kykyä osallistua vuorovaikutukseen toisten ihmisten kanssa. Kognitiiviseen eli älylliseen toimintakykyyn taas kuuluu muistin, uusien asioiden oppimisen, ongelmanratkaisutaitojen, kielellisten taitojen, orientaation, keskittymisen jne. hallitsemista. (Toimintakyvyn arviointi 2013.)

### 3.2 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakykyä arvioitaessa tulisi huomioida asiakkaan selviytyminen hänen omassa elinympäristössään. Toimintakykyä voidaan arvioida havainnoimalla asiakkaan suoriutumista päivittäisistä toiminnoista ottamalla arviointiin mukaan hänen oma sekä tarvittaessa myös läheisen arvio toimintakyvystä. Henkilön oma arvio toimintakyvystä perustuu hänen kokemaansa terveydentilaan sekä toiveisiin ja asenteisiin. Kattava toimintakyvyn arviointi edellyttää osaamista ja moniammatillista yhteistyötä. (Toimintakyvyn arviointi 2013.)

Erilaiset toimintakykyä mittaavat testit ovat väline iäkkään toimintakykyä arvioitaessa. MMSE-testi (MiniMental State Examination) on muistihäiriöiden ja demencian vaikeusastetta suppeasti kartoittava testi, jonka tarkoituksena on muistihäiriöiden seulonta. Laajempaan kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin tarkoitettu CERAD-testi on tehtäväkokonaisuus, jolla arvioidaan sanojen mieleen painamista ja muistamista, visuaalista muistia, kielellisiä toimintoja sekä hahmottamista, suunnitelmallisuutta ja joustavuutta. FIM-toimintakykymittari (Functional Independence Measure) on kehitetty kuntoutuspotilaiden käyttöön, ja se mittaa motorisia ja kognitiivisia perustoimintoja. FIM-toimintakykymittaria käytetään pääasiassa hoitolaitoksissa. RAVA-mittarilla voidaan arvioida yli 65-vuotiaiden toimintakykyä ja avuntarvetta. Sen avulla kartoitetaan suppeasti näköä, kuuloa, puhetta, liikkumista, suolen ja rakon toimintaa, syömistä, lääkitystä, pukeutumista, peseytymisestä sekä muistia ja psyykettä. (Toimintakyvyn arviointi 2013.) Kansainvälinen RAI-arviointimittari (Resident Assessment Instrument) on vanhusten hoidon tarpeen, laadun sekä kustannusten arviointia ja seuranta varten kehitetty mittari. Sen avulla voidaan arvioida asiakkaan arjesta suoriutumista, psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista vointia ja toimintakykyä sekä terveydentilaa, ravitsemusta ja kipua. (THL 2013b.) Lyhyellä fyysisen suorituskyvyn testistöllä, SPPB, mitataan iäkkään alarajojen suorituskykyä, ja testin tarkoituksena on tunnistaa ne iäkkäät, joilla on kaatumisvaaraa lisäävä liikkumisvaikeus tai heikentynyt tasapaino (THL 2013a). Ikääntyneiden psyykkistä toimintakykyä mittaava GDS-mittari (GDS-15 myöhäisiän depressioseula) on ikääntyneiden masennusoireiden tunnistamiseen kehitetty mittari (THL 2011–2012).

Toimintakyvyn arvioinnilla voidaan täydentää arviota asiakkaan palvelutarpeesta. Arviointitulokset toimivat työvälineinä asiakkaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa. Toimintakykykymittareiden arviointituloksilla voidaan seurata ja arvioida toimintakyvyn parantamiseksi tehtyjen toimenpiteiden tai palvelujen vaikutuksia hänen toimintakykynsä. (STM 2006.) Kuntouttava kotiutuminen pilotin aikana käytettiin kaikkia edellä mainittuja toimintakykykymittareita asiakkaiden ja potilaiden toimintakyvyn arvioimisessa.

Hammar (2008) on tutkinut kotihoidon asiakkaiden avuntarvetta sekä arvioinut palveluja yhteen sovittavan kotiutumisen- ja kotihoitokäytännön, PALKO-mallin mukaisen intervention vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta. PALKO-mallin tavoitteena on edistää asiakkaan kotona selviytymistä ja itsemääräämistä sekä tuottaa asiakkaille yksilöllisesti räätälöityjä palveluja. Tutkimustulosten mukaan sairaalasta kotihoitoon siirtyvät asiakkaat olivat enimmäkseen yksinasuvia iäkkäitä naisia, joilla oli useita sairauksia ja heikentynyt toimintakyky. He suoriutuivat päivittäisistä perustoiminnoista kohtuullisesti, mutta vaativimmat arjen askareet, kuten kotitöiden tekeminen ja asioiden hoitaminen, olivat heille hankalia. PALKO-mallin mukaisen intervention vaikutus tuli tutkimuksen mukaan selvemmin esille palvelujen käytössä sekä niistä aiheutuviissa kustannuksissa, ei niinkään asiakkaan toimintakyvyssä. Asiakkaiden avuntarpeen mittaaminen on tutkimuksen tulosten mukaan arvioitu haasteelliseksi, koska ammattilaisten ja asiakkaiden näkemykset saattavat erota toisistaan. PALKO-mallin mukaisella toiminnalla pyritään parantamaan asiakkaan hoitoprosessia, hoitoon osallistuvien tahojen yhteistyötä ja edistämään siten palveluketjujen jatkuvuutta sekä yhtenäisyyttä tavoitteissa ja toiminnassa. (Hammar 2008.)

Kuvassa 1 on esitetty ikääntyneen henkilön kuntoutusprosessin kokonaisuus.





Kuva 1. Kuntoutusprosessi (mukailen Koskinen ym. 2008, 562)

#### 4 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Armilan sairaalan osasto 1:ltä kotihoidon piiriin siirtyneiden asiakkaiden toimintakykyä ja kaatumisriskiä sairaalajakson aikana sekä kartoittaa, mitkä tekijät edistävät ja estävät heidän kuntoutumisensa jatkumisen sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää sairaalasta kotihoitoon siirtyvien asiakkaiden kuntoutumisprosessin kehittämisessä.

Tutkimustehtävinä on

1. kuvata kotihoidon piiriin siirtyneiden asiakkaiden toimintakykyä ja kaatumisriskiä sairaalajakson aikana
2. kartoittaa, mitkä tekijät edistävät tai estävät kuntoutumisen jatkumisen koti-hoidossa
  - a) asiakkaan näkökulmasta

b) terveydenhuoltoalan ammattilaisen näkökulmasta

3. esittää kehittämisehdotuksia kuntoutumisen jatkumiseksi kotihoidossa.

## **5 Tutkimusasetelma**

### **5.1 Tutkimusmenetelmä ja kohderyhmä**

Opinnäytetyö toteutettiin sekä määrällistä (tutkimustehtävä 1) että laadullista (tutkimustehtävät 2 ja 3) tutkimusmenetelmää käyttäen. Laadullisen ja määrällisen tutkimusmenetelmän yhdistämisen tarkoituksena on täydentää ja antaa kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä. (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 76.)

Ensimmäisen tutkimustehtävän kohderyhmänä olivat Kuntouttava kotiutuminen -pilotointiin osallistuneet, kotihoidon palvelujen piiriin siirtyneet asiakkaat (N=26). Tutkimusaineiston ollessa pieni, on luotettavan tiedon saamiseksi järkevä käyttää kokonaisotantaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 105). Kuntouttava kotiutuminen -pilotointiin osallistui kaikkiaan 39 keskusta-pohjoinen kotihoidon piiriin kuuluvaa asiakasta. Asiakkaista 8 oli siirtynyt jatkohoitoon Etelä-Karjalan keskussairaalaan tai tehostetun palveluasumisen yksikköön ja 5 oli määrällisen aineiston analyysin aloittamisen aikaan edelleen Armilan sairaalassa. Tutkimusaineistoon otettiin mukaan opinnäytetyöprosessiin suunnitellun aikataulun vuoksi 15.11.2013 mennessä kotihoidon piiriin siirtyneet asiakkaat. Pilotoinnin loppumisesta oli tuolloin kulunut 2,5 kuukautta.

Toisen ja kolmannen tutkimustehtävän kohderyhminä olivat Kuntouttava kotiutuminen -pilotointiin osallistuneet, Armilan sairaala osasto 1:ltä kotiutuneet kotihoidon asiakkaat sekä pilotoinnin aikana keskusta-pohjoinen kotihoidon alueen kuntoutusvastaavina toimineet terveydenhuoltoalan ammattilaiset. Aineisto kerättiin haastattelemalla kahta (n=2) kotihoidon piiriin siirtynyttä asiakasta (tutkimustehtävät 2a ja 3) sekä viittä (n=5) kotihoidon kuntoutusvastaavaa (tutkimustehtävät 2b ja 3).

Projektikoordinaattori valitsi haastatteluihin sopivat kotihoidon asiakkaat yhdessä kotihoidon kuntoutusvastaavan kanssa. Sopivia haastateltavia olivat sellaiset

Kuntouttava kotiutuminen -pilotointiin osallistuneet asiakkaat, jotka olivat motivoituneita, halukkaita ja kognitiiviselta toimintakyvyltään kykeneviä osallistumaan. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 219) mukaan tutkimukseen osallistumisen täytyy perustua tietoiseen suostumukseen. Haastateltavaksi sopivien kotihoidon asiakkaiden valinta osoittautui haasteelliseksi, koska monien kotihoidon asiakkaiden kognitiivinen toimintakyky on heikko. Projektista vastaavilta henkilöiltä saatiin myös tietoa, että jotkut pilotoinnissa mukana olleista asiakkaista olivat joutuneet uudelleen sairaalahoitoon tai muuttaneet palveluasumisen yksikköön.

Projektikoordinaattori kutsui haastatteluihin myös kotihoidon (N=8) kuntoutusvastaavat. Hän lähetti kaikille pilotin aikana kuntoutusvastaavina toimineille kotihoidon työntekijöille tiedotteen opinnäytetyöstä ja haastatteluista, jonka jälkeen haastatteluihin halukkaat kuntoutusvastaavat ottivat minuun sähköpostitse yhteyttä haastatteluajan sopimiseksi.

Tietoa kerättiin kotihoidon asiakkailta, koska heillä on henkilökohtaista kokemusta tutkittavasta aiheesta. Terveystieteiden alan ammattilaisten näkökulman keräämiseksi tietoa kerättiin kotihoidon kuntoutusvastaavilta, koska heillä on paljon ammatin tuomaa tietoa aiheesta. Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen mukaan (2013,111) laadukasta tietoa saadaan sellaisilta tiedonantajilta, joilla on syvällistä ja laajaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Aineiston kerääminen eri tiedonantajilta mahdollistaa tutkimusilmiön syvemmän ja laajemman ymmärtämisen, millä pyrittiin lisäämään tutkimuksen luotettavuutta.

## **5.2 Aineistonkeruu**

Pilottiin osallistuneiden asiakkaiden toimintakyvyn sekä kaatumisvaaran arvioinnit oli tilastoitu sairaalajakson aikana. Opinnäytetyön määrällinen aineisto (tutkimustehtävä 1) muodostui näistä valmiiksi taulukkoon kootuista MMSE-, RAVA- ja SPPB-mittareiden sekä kaatumisvaaran arvioinnin tuloksista. Kuntouttava kotiutuminen projektin osahankkeen vastaava antoi valmiin tiedoston käyttöön tutkimusluvan saamisen jälkeen.

Laadullisen (tutkimustehtävät 2 ja 3) osuuden aineisto kerättiin yksilöhaastattelulla. Vilkan (2005, 101) mukaan yksilöhaastattelu soveltuu aineistonkeruume-

netelmäksi, kun halutaan tutkia tiedonantajien omakohtaisia kokemuksia tutkimusaiheesta, eivätkä tiedonantajat ehkä halua keskustella tutkimusaiheesta ryhmässä. Aineiston keruu toteutettiin teemahaastattelurungon mukaan. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumuoto, jossa haastattelun teemat ja kysymykset muotoillaan siten, että ne antavat vastauksen tutkimustehtäviin (Vilkkä 2005, 101). Kuntoutusvastaavien taustatiedoiksi otettiin mukaan heidän koulutuksensa ja työuransa pituus. Kuntoutusvastaavien (Liite 2) ja asiakkaiden (Liite 3) teemahaastattelurungot on esitetty liitteissä. Haastattelun viitekehys on suunniteltu Kuntouttava kotiutuminen -pilotointisuunnitelman (Simonen ym. 2013) pohjalta, ja valituilla teemoilla etsittiin vastauksia asiakkaan kuntoutumisen jatkumisen edistäviin ja estäviin tekijöihin (Tutkimustehtävät 2a, 2b). Kolmanteen tutkimustehtävään, kehittämisehdotusten esittämiseen, haettiin vastausta haastattelurungon viimeisellä teemalla (asiakkailla teema 7, kuntoutusvastaavilla teema 9). Haastattelun teemat ovat lähes samankaltaiset asiakkaiden ja kuntoutusvastaavien haastattelurungoissa. Haastateltavien näkökulmaerot on otettu huomioon teemahaastattelurungon muotoilussa.

Projektikoordinaattori lähetti joulukuun 2013 alussa kaikille pilotin aikana kuntoutusvastaavina toimineille kotihoidon työntekijöille tiedotteen opinnäytetyöstä ja haastatteluista. Saatua projektikoordinaattorilta kuntoutusvastaavien yhteystiedot lähetin kaikille saatekirjeen sähköpostilla. Tämän jälkeen haastatteluihin halukkaat kuntoutusvastaavat ottivat minuun sähköpostitse yhteyttä haastatteluajankohdan sopimiseksi. Seitsemän kuntoutusvastaavaa otti yhteyttä, mutta kaikkien kanssa ei sopivaa haastatteluajankohtaa löytynyt. Viiden kuntoutusvastaavan kanssa saatiin yhteiset aikataulut sovitettua siten, että haastattelut toteutuivat.

Kuntoutusvastaavien haastattelut toteutettiin joulukuun 2013 aikana. Haastatteluista kaksi pidettiin Armilan sairaalan tiloissa ja kolme kotihoidon tiimitiloissa. Kuntoutusvastaavilta kysyttiin haastatteluajankohtaa sovittaessa, missä he haluavat tulla haastatelluksi. Haastattelupaikat pyrittiin valitsemaan siten, etteivät ulkopuoliset häiriötekijät vaikuttaisi haastattelun kulkuun. Neljän kuntoutusvastaavan haastatteluille järjestyi tila, johon ulkopuoliset tekijät eivät vaikuttaneet. Yksi haastatteluista jouduttiin pitämään rakennuksen yleisessä tilassa, jossa

kaksi ohikulkijaa kysyi neuvoja. Kuntoutusvastaavien haastattelut kestivät puolesta tunnista tuntiin, ja ne toteutettiin heidän työajallaan.

Projektikoordinaattori valitsi haastatteluihin sopivat kotihoidon asiakkaat yhdessä kotihoidon kuntoutusvastaavan kanssa. Sopivia haastateltavia oli alun perin kolme, joista yksi oli kuitenkin joutunut uudelleen sairaalahoitoon. Häneen ei otettu yhteyttä. Haastatteluajankohdan sopimiseksi otettiin puhelimitse yhteyttä kahteen asiakkaaseen. Haastattelut toteutettiin tammikuun 2014 aikana. Molemmat haastattelut pidettiin asiakkaiden toiveesta heidän kotonaan. Kotihoidon asiakkaiden haastattelu paikaksi on perusteltua valita heidän oma asuntonsa, koska heidän toimintakykynsä saattaa olla heikko ja liikkuminen kodin ulkopuolelle voi olla haastavaa (ks. Hammar 2008). Asiakkaiden haastattelut sujuivat ilman ulkopuolisia häiriötekijöitä. Molemmat kotihoidon asiakkaat suhtautuivat haastatteluihin myönteisesti, ja he olivat hyvillään, kun heidän mielipiteistään oltiin kiinnostuneita. Toisen asiakkaan haastattelutilanteessa oli läsnä myös puoliso, mutta hän ei osallistunut keskusteluun. Kotihoidon asiakkaiden haastattelut kestivät noin tunnin.

Tutkimuksen tekijä toteutti kaikki haastattelut. Haastattelujen alussa esitännäydettiin ja kerrattiin opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet. Varmistettiin myös, että kaikki haastatteluun osallistuneet olivat ymmärtäneet osallistumisen vapaaehtoisuuden. Haastattelujen alussa haastatteluihin osallistuneille annettiin allekirjoitettavaksi suostumuslomake ja kysyttiin lupaa nauhoittamiselle. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen kokonaisuudessaan kirjalliseen muotoon. Auki kirjoitettua aineistoa koostui yhteensä 51 sivua, rivinvälillä 1,5 kirjoitettuna.

### **5.3 Aineiston analyysi**

Määrällinen aineisto koostui MMSE-, RAVA- ja SPPB-mittareiden sekä kaatumisvaaran arvioinnin tuloksista. Aineiston avulla kuvattiin asiakkaiden fyysistä (RAVA, SPPB), psyykkistä (RAVA) ja kognitiivista (MMSE, RAVA) toimintakykyä sekä kaatumisriskiä sairaalajakson aikana. Taustatiedoiksi otettiin mukaan asiakkaan ikä ja sukupuoli. Opinnäytetyössä käytettiin määrällistä tutkimusaineistoa, koska sen perusteella voidaan saada kokonaiskuva pilottiin osallistuneiden

asiakkaiden toimintakyvystä. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS Statistic 21ohjelmaa käyttäen. Havaintoyksiköiden muuttujien, eli asiakkaiden toimintakykymittareiden ja kaatumisvaaran tulosten arvoja kuvaillaan opinnäytetyöraportissa frekvensseillä ja prosenttiosuuksilla sekä tilastollisilla tunnusluvuilla, esimerkiksi keskiarvoilla ja vaihteluvälillä (ks. Heikkilä 2010, 82–85).

Haastattelujen tuottama aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä, jonka tuloksena saadaan aineistosta laajasti, mutta tiiviissä muodossa tutkimustehtävien kannalta tärkeitä käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–93). Aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla tutkimuksesta voidaan saada sellaista tietoa, jota aikaisemmat teoriat, käsitykset tai havainnot eivät ohjaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166). Kuntoutusvastaavien ja asiakkaiden aineistot analysoitiin erikseen.

Aineiston analyysissä edettiin Tuomi ja Sarajärven (2009, 109) esittämän aineistolähtöisen sisällönanalyysin mukaan. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja purettiin mahdollisimman pian haastattelujen jälkeen kirjalliseen muotoon. Aineiston aukikirjoittamisen jälkeen haastattelut luettiin useaan kertaan läpi, perehdyttiin niiden sisältöön ja etsittiin tutkimustehtävien kannalta merkittäviä ilmaisuja. Sisällönanalyysin tehtävänä on tunnistaa aineistosta sellaisia väittämiä, jotka kertovat tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Merkittävät alkuperäiset ilmaisut koottiin yhteen ja niistä muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja. Analyysissä edettiin etsien pelkistetyistä ilmaisuista erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Kylmän ja Juvakan (2007, 113) mukaan analyysi etenee siten, että samankaltaiset osat yhdistetään. Samankaltaisista pelkistetyistä ilmaisuista muodostettiin alaluokkia, jonka jälkeen sisällön kannalta samankaltaisista alaluokista muodostettiin yläluokkia. Tulosten informaatioarvon säilyttämiseksi on tärkeää arvioida, miten kauan aineiston ryhmittelyä kannattaa jatkaa (Kylmä & Juvakka 2007, 118). Yläluokat, kuntoutumista estävät tai edistävät tekijät ryhmiteltiin terveydenhuoltoalan henkilökunnasta, asiakkaasta, asiakkaan ympäristöstä ja toimintavoista johtuvien tekijöiden mukaan. Kuntoutumisen jatkumiseksi esitetyt kehittämissuositukset ryhmiteltiin samankaltaisuuksien mukaan, eikä analyysis-

sä edetty kovin pitkälle informaation säilymisen vuoksi. Kuvassa 2 on esitetty esimerkki analyysin etenemisestä kuntoutumista edistävästä tekijästä asiakkaan näkökulmasta.



Kuva 2. Esimerkki analyysin etenemisestä

## 6 Tulokset

### 6.1 Asiakkaiden toimintakyky sairaalajakson aikana

Opinnäytetyön ensimmäisenä tutkimustehtävänä oli kuvata kotihoidon piiriin siirtyneiden asiakkaiden toimintakykyä ja kaatumisvaaraa sairaalajakson aikana. Aineiston avulla kuvattiin asiakkaiden fyysistä (RAVA, SPPB), psyykkistä (RAVA) ja kognitiivista (MMSE, RAVA) toimintakykyä sekä kaatumisriskiä sairaalajakson aikana.

Tutkimuksen perusjoukoksi valikoitui 26 sairaalasta kotihoidon palveluiden piiriin siirtynyttä asiakasta, joista 21 oli naisia ja 5 miehiä. He olivat iältään 67- 95-vuotiaita. Enemmistö kotiutuneista oli 85-vuotiaita, tai sitä vanhempia (ka 85,2 vuotta, mediaani 87 vuotta). Taulukossa 1 on kuvattu sairaalasta kotiutuneiden ikäjakauma.

Potilaan ikäluokka	Lukumäärä	Prosentti
67–84 -vuotiaat	11	42,3
85–95 -vuotiaat	15	57,7
Yhteensä	26	100,0

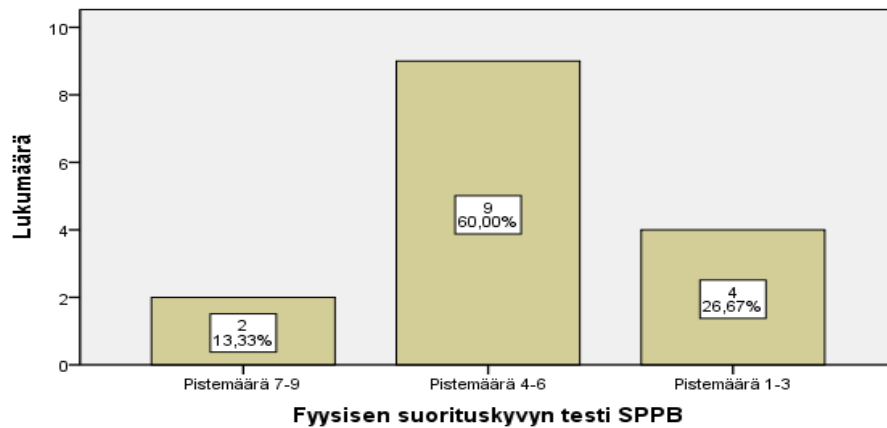
Taulukko 1. Sairaalasta kotiutuneiden asiakkaiden (N=26) ikäjakauma

### Fyysinen toimintakyky SPPB-testillä arvioituna

SPPB-testillä (Short Physical Performance Battery) mitataan alarajojen suorituskykyä ja sen avulla voidaan arvioida iäkkään henkilön tasapaino- ja kävelyongelmia. Alaraajojen suorituskykyä mitataan kolmella eri osiolla, joita ovat tasapaino, kävelynopeus ja ylösnousu tuolista. Kustakin osiosta voi saada enimmillään 4 pistettä, jolloin SPPB-testin paras tulos on 12 pistettä. Mikäli suorituspisteiksi on kirjattu 0, on testisuoritusta yritetty, mutta siinä ei ole onnistuttu. (THL 2010.)



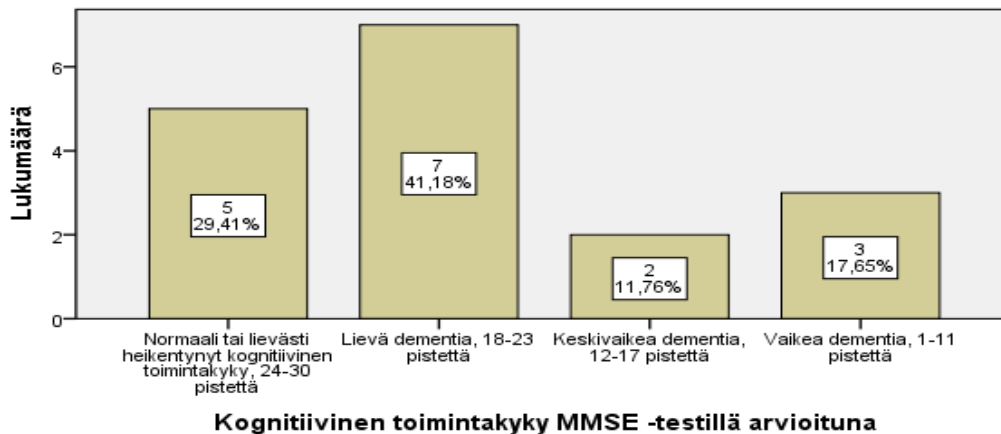
Toiminta- ja liikkumiskyvyn arvioimiseksi oli 15 kotihoidon piiriin siirtyneelle asiakkaalle tehty sairaalajakson aikana fyysisen suorituskyvyn SPPB-testi. Kaikilla testatuilla (n=15) oli SPPB-testin mukaan rajoitteita liikkumisessa, koska he saivat testistä vähemmän kuin 12 pistettä. Testin tulokset vaihtelivat 1 ja 9 pisteen välillä. Testatut saivat testistä keskimäärin 4 pistettä (moodi, mediaani, ka). Kuvassa 3 on esitetty fyysistä suorituskykyä mittaavan SPPB-testin pistejakauma.



Kuva 3. Alaraajojen fyysistä suorituskykyä mittaavan SPPB-testin pistejakauma (n=15)

### Kognitiivinen toimintakyky MMSE-testillä arvioituna

Kognitiivista toimintakykyä voidaan arvioida MMSE-testillä. Sairaalajakson aikana MMSE-testi oli tehty 17 kotihoidon piiriin siirtyneelle asiakkaalle, joista suurimmalla osalla oli jonkinasteisia muistiongelmia. Lievästä dementiaasta kärsiviä oli noin 41 prosenttia (n=7) testatuista. Vaikeasta tai keskivaikeasta dementiaasta kärsiviä oli vajaa kolmannes. MMSE -testien pistemäärät vaihtelivat 7 ja 27 pisteen välillä, testitulosten keskiarvon ja mediaanin ollessa noin 19. Kuvassa 4 on esitetty MMSE-testin tulosten pistejakauma ja sen perusteella arvioitu kognitiivinen toimintakyky.



Kuva 4. MMSE-testin tulosten pistejakauma ja sen perusteella arvioitu kognitiivinen toimintakyky (n=17)

### Fyysinen, psyykinen ja kognitiivinen toimintakyky RAVA-mittarilla arvioituna

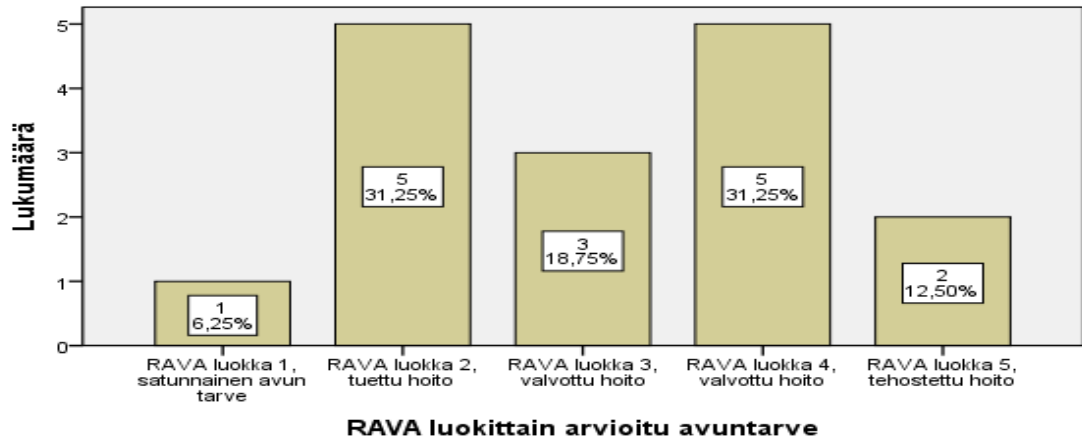
RAVA-arvioinnin avulla voidaan saada tietoa yli 65-vuotiaan henkilön fyysisestä, psyykkisestä sekä kognitiivisesta toimintakyvystä ja siihen liittyvästä avuntarpeesta. RAVA-mittarilla mitataan perustoimintoja, kuten aistitoimintoja, liikkumista, suolen ja rakon toimintaa, pukeutumista, peseytymistä, kykyä huolehtia syömisestä ja lääkityksestä sekä muistia ja käyttäytymistä. Taulukossa 2 on esitetty arvioitu avun tarve RAVA-luokittain. (Finnish Consulting Group.)

RAVA-luokka	RAVA-indeksi	Avun tarve
RAVA-luokka 1	1,29–1,49	Satunnainen
RAVA-luokka 2	1,50–1,99	Tuettu hoito
RAVA-luokka 3	2,00–2,49	Valvottu hoito
RAVA-luokka 4	2,50–2,99	Valvottu hoito
RAVA-luokka 5	3,00–3,49	Tehostettu hoito
RAVA-luokka 6	3,50–4,03	Täysin autettava

Taulukko 2. Arvioitu avuntarve RAVA -luokittain (Finnish Consulting Group)

RAVA-arviointi oli tehty sairaalajakson aikana 16 kotihoitoon siirtyneelle asiakkaalle. Arvioinnin tuloksena tietojärjestelmä laskee RAVA-indeksien pisteet, jot-

ka vaihtelivat testatuilla 1,29:n ja 3,1:n välillä. Kotiutuneiden asiakkaiden RAVA -indeksit olivat keskimäärin 2,33 (ka), ja testatuista puolet oli valvotun hoidon tarpeessa sijoittuen RAVA-luokkaan 3 tai 4. Kuvassa 5 on esitetty RAVA-mittarilla arvioitu avuntarve RAVA-luokittain.

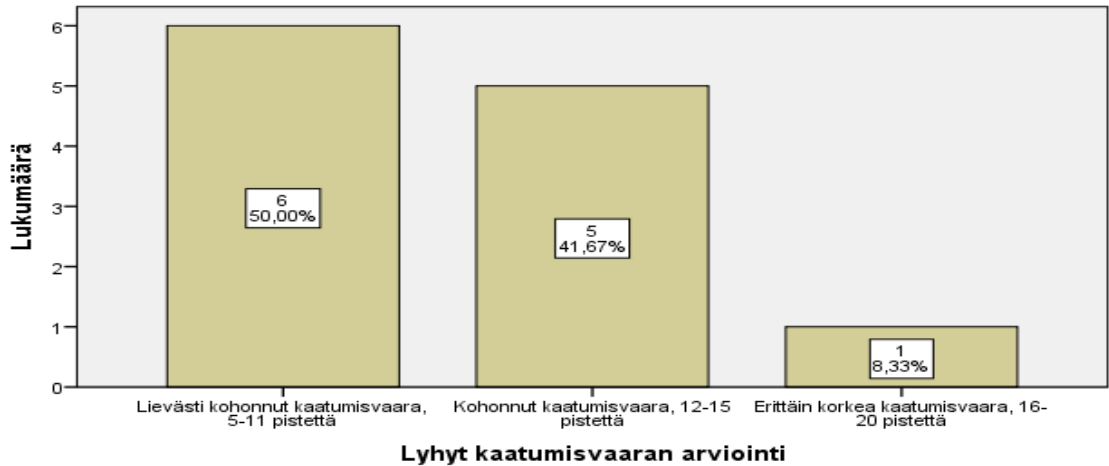


Kuva 5. RAVA -mittarilla arvioitu avuntarve RAVA-luokittain (n=16)

### Kaatumisriski Lyhyt kaatumisvaaran arviointi – testin perusteella

Lyhyt kaatumisvaaran arviointi -testin suurin pistemäärä on 20, joka kertoo erittäin suuresta kaatumisvaarasta. Mikäli testistä saa 5 pistettä tai enemmän, on kaatumisriski arvioinnin mukaan olemassa. (THL.)

Sairaalajakson aikana Lyhyt kaatumisvaaran arviointi-testillä oli arvioitu 12 kotihoitoon siirtyneen asiakkaan kaatumisriskiä. Tehtyjen arviointien pistemäärät vaihtelivat 8:n ja 16:n välillä, eli kaikilla testatuilla oli vähintään lievästi kohonnut kaatumisvaara. Puolella testatuista oli joko kohonnut tai erittäin korkea vaara kaatumisille. Kotihoitoon siirtyneet asiakkaat saivat kaatumisvaaran arvioinnista keskimäärin 12,1 pistettä (ka). Kuvassa 6 on esitetty Lyhyen kaatumisvaara-testin mukaan arvioitu kaatumisvaara ja testattujen pistejakauma.



Kuva 6. Lyhyt kaatumisvaara -testin mukaan arvioitu kaatumisvaara ja pisteja-kauma (n=12)

## 6.2 Kuntoutumisen jatkuminen kotihoidossa

Kuntoutumisen jatkumista estävät sekä edistävät tekijät on esitetty tulososiossa erikseen terveydenhuoltoalan ammattilaisten sekä asiakkaiden näkökulmista. Ammattilaisten ja asiakkaiden näkökulmat on ryhmitelty terveydenhuoltoalan henkilökunnasta, asiakkaasta, asiakkaan ympäristöstä sekä toimintatavoista johtuvien tekijöiden mukaan. Raportissa on käytetty haastatteluista suoria lainauksia, jotka on tekstissä *kursivoitu*.

### 6.2.1 Teemahaastatteluihin osallistuvien taustatiedot

Terveydenhuoltoalan ammattilaisten haastatteluihin osallistui 5 keskustapohjoinen alueen kotihoidossa työskentelevää henkilöä, jotka toimivat Kuntouttava kotiutuminen -pilotin aikana kotihoidon kuntoutusvastaavina. Kaikki työskentelivät lähihoitajan tehtävissä, ja heidän työkokemuksensa pituus vaihteli puolestaatoista vuodesta 19 vuoteen. Kuntoutusvastaavina he olivat toimineet ½-2 vuotta.

Asiakashaastatteluihin osallistui kaksi Kuntouttava kotiutuminen -pilotointiin osallistunutta kotihoidon asiakasta. Molemmat haastatellut ovat naisia, ja he olivat edelleen kotihoidon palvelujen piirissä. He arvioivat, että heidän kotiutumisestaan oli kulunut puoli vuotta tai vähän alle.

## 6.2.2 Kuntoutumista estävät tekijät

Kuntoutumisen jatkumista estävät tekijät on esitetty tulososiossa erikseen terveydenhuoltoalan ammattilaisten sekä asiakkaiden näkökulmista. Ammattilaisten ja asiakkaiden näkökulmat on ryhmitelty terveydenhuoltoalan henkilökunnasta, asiakkaasta, asiakkaan ympäristöstä sekä toimintavoista johtuvien tekijöiden mukaan. Estävät tekijät on esitetty taulukossa 3 tämän luvun lopussa.

### Terveydenhuoltoalan ammattilaisten näkökulma

**Terveydenhuoltoalan ammattilaisista johtuvat tekijät.** Asiakkaan kuntoutumisen jatkumisen haasteena ovat terveydenhuoltoalan henkilökunnan asenteet, mikä näkyy heikkona sitoutumisena kuntouttavaan toimintaan. Heikko sitoutuminen ilmenee hoitajien erilaisina ominaisuuksina ja toimintatapoina sekä asiakkaan puolesta tekemisestä. Kuntoutusvastaavien näkemysten mukaan hoitajat tekevät asioita eri tavalla, toiset auttavat enemmän kuin toiset. Koettiin, että tilanteista selviytyy nopeammin esimerkiksi laittamalla asiakkaalle sukat jalkaan tai voitelemalla leivät hänen puolestaan. Tullessaan kotihoidon palvelujen piiriin asiakkaalle saatetaan järjestää kaikki mahdolliset palvelut, kuten kauppapalvelu ja ateriapalvelu jne., ettei asiakkaan tarvitsisi lähteä kodistaan mihinkään. Asiakkaalle saatetaan hankkia myös sellaisia apuvälineitä, jotka estävät toimintakyvyn ylläpitämisen ja paranemisen.

*Sit mennää ja hommataa korokkeet vessapytty ja sänky ja joka ikisee paikkaa. Viedään tavallaa se viimekii ponnistus sieltä ja viimekii lihasvoima...*

Osa kotihoidon työntekijöistä kokee kuntoutumisen tukemisen turhanpäiväisenä, tarpeettomana ja aikaa vievänä. Jotkut kokevat, ettei asia kuulu heille ja ovat kyllästyneitä kuntouttavasta työotteesta puhumiseen. Kuntoutumisen tukemisen esteenä on myös se, että osa hoitajista luovuttaa joidenkin asiakkaiden kohdalla, etenkin jos asiakas on jo vanha. Lisäksi kuntouttavaan toimintatapaan sitoutuminen ja sopeutuminen vaativat henkilökunnalta aikaa, eikä asenteiden muutos tapahdu hetkessä.

*Tää on pitkä prosessi, tää ei niiku iha yhtäkkiä tuu, et kaikki käy tekee yhen listan mukaa.*

Osaamisen puutteet näyttäytyvät henkilökunnan erilaisina valmiuksina toimia vaihtelevissa tilanteissa. Tilannesidonnaisuuden ongelmat ilmenevät hoitajien erilaisina valmiuksina toteuttaa kuntoutussuunnitelmaa muina kuin kaikkein kii-reisimmillä aamukäynneillä tai sopeuttaa kuntouttavien työtapojen toteuttamista arkiaskareiden lomaan. Toimintatapoja ei osata muuttaa siten, että kuntoutus-suunnitelman mukaisia harjoituksia toteutettaisiin esimerkiksi sillä aikaa kun asi-akkaan puuro valmistuu.

Tiedon puute asiakkaiden ravitsemuksesta ja osaamattomuus kuntouttavien toimintatapojen toteuttamisessa vaikeuttavat asiakkaan kokonaisvaltaista toimin-takyvyn tukemista. Joillakin työntekijöillä on se käsitys, että pelkkä ateriapalvelu turvaa asiakkaan täysipainoisen ravitsemuksen. Kaikki eivät ymmärrä, että ate-riapalvelu on vain yksi ateria päivässä ja että osa asiakkaista tarvitsisi ateriansa rikastettuna. Kuntoutumisen tukemiseen liittyvien toimenpiteiden hyötyä ei osata nähdä tulevaisuuteen, esimerkiksi viikkojen tai kuukausien päähän.

Osaamattomuutta on myös kirjaamisessa ja asiakkaiden palveluohjauksessa. Osa kotihoidon työntekijöistä kokee kirjaamisen hankalana. Kokemattomuus palveluohjauksessa ilmenee esimerkiksi siten, etteivät kaikki kotihoidon työnteki-jät osallistu asiakkaan tarvitsemien palvelujen arvioimiseen tai järjestämiseen. Tutkimustulosten mukaan moniammatillista toimijaverkostoa ei tunneta riittävän hyvin.

*No mie en oo oikei päässy ees selville kui monta fysioterapeuttia on, et ne vaihtelee koko ajan. Et täs on nähtävästi, meil on keskusta-pohjosel kaks. Ainakii jossai vaihees oli.*

Henkilökunnan hoitajakeskeinen käsitys hoitotyöstä on esteenä asiakkaan toi-mintakyvyn tukemiselle. Osalla hoitajista on se vanha-aikainen käsitys, että hyvä hoitaminen on puolesta tekemistä ja töistä mahdollisimman nopeasti suoriutu-mista. Kuntoutusvastaavien näkemysten mukaan terveydenhuollon ammattilai-siksi hakeutuu sellaisia ihmisiä, jotka haluavat hoivata. Etenkin pitkään alalla olleiden hoitokulttuuri on hoivaavaa.

**Asiakkaasta johtuvat tekijät.** Asiakkaan heikko sitoutuminen on haasteena kuntoutumisen jatkumiselle. Osa asiakkaista on haluttomia, ja he kokevat kun-toutumisen tukemiseen tähtäävät toimenpiteet hyödyttöminä. Kuntoutusvastaa-

vien mukaan jotkut asiakkaat ovat luovuttaneet eivätkä siitä syystä halua tehdä yhtään mitään.

Asiakkaat vetoavat usein erilaisiin henkilökohtaisiin syihin, ettei tarvitsisi osallistua ehdotettuihin aktiviteetteihin. Asiakkaat saattavat vedota korkeaan ikäänsä tai erilaisiin vaivoihinsa, kuten esimerkiksi päänsärkyyn, mahakipuun tai pahaan oloon, ehdottaessa kuntoutussuunnitelman mukaisia harjoituksia. Myös mukavuudenhalu saattaa estää kuntoutumisen jatkumisen.

*Monet asiakkaat ei, vaikka niitä kysyis ulkoilemaa, ni hyö ei lähde. Vaikka kuinka yrität, että miulla olis nyt aikaa lähtee. Ni vastaus on usein, en minä, siel on kylmä, siel on märkää. Ne keksii vaikka mitä. Vaikka polvee kolottaa.*

Toiset asiakkaat haluavat säilyttää oman itsenäisyyden ja suhtautuvat siitä syystä epäilevästi kotihoidon henkilökunnan yrityksiin kuntoutumisen tukemisessa. Asiakkaat saattavat pelätä elämänhallinnan menettämistä, jos heitä tulee ohjaamaan joku vieras. Jotkut kotihoidon asiakkaista eivät halua vapaaehtoisista jatkuvaa suhdetta eivätkä siitä syystä halua käyttää vapaaehtoistyöntekijöiden tarjoamia palveluja.

Myös asiakkaiden varattomuus tai haluttomuus maksaa palveluista saattaa estää kuntoutumisen tukemiseen tähtäävien palveluiden vastaanottamisen. Asiakkaiden varallisuus vaikuttaa siihen, minkä verran he pystyvät palveluja ottamaan. Osalla asiakkaista ei ole halua maksaa yksityisistä palveluista, koska he odottavat niiden järjestyvän yhteiskunnan kautta.

Kotihoidon asiakkaiden heikko toimintakyky ja toimintakyvyn päivittäinen vaihtelu koettiin haasteeksi kuntoutumisen jatkumisessa. Monien kotihoidon asiakkaiden kunto on niin huono, etteivät he pääse liikkumaan asunnostaan mihinkään.

**Ympäristöön liittyvät tekijät.** Monet kotihoidon asiakkaista ovat yksinäisiä, ja heillä on niukasti kodin ulkopuolisia sosiaalisia kontakteja. Asiakkaiden ainut kontakti päivässä saattaa olla kotihoidon henkilökunta, ja monilta puuttuvat lähiomaiset ja ystävät. Läheskään kaikki omaiset eivät osallistu asiakkaan kuntoutumisen tukemiseen, koska asuvat toisella paikkakunnalla tai ovat muuten kiireisiä. Monien asiakkaiden ystävät ovat kuolleet tai heikossa kunnossa. Kuntou-

tusvastaavien mukaan asiakkaila on muutenkin hyvin vähän kodin ulkopuolisia aktiviteetteja tai virikkeitä, ja ainut virike saattaa olla huoneen nurkassa oleva televisio.

Omaisten kielteinen asenne vaikeuttaa asiakkaan kuntoutumisen tukemista. Osa omaisista ei usko asiakkaan voimavaroihin, ja he saattavat kieltää asiakasta tekemästä. Jotkut omaiset ovat sitä mieltä, että heidän äitinsä tai isänsä ei tarvitse enää tehdä mitään, koska on jo ikänsä töitä tehnyt. Toiset omaiset pyrkivät vaikuttamaan asiakkaiden mielipiteeseen mitätöimällä hyvin alkaneen hoitosuhteen tai painostavat henkilökuntaa tekemään asioita asiakkaan puolesta.

*...vaik asiakkaan kans oot keskustellu siitä ja ois jo jollakii tavalla niiku saatu aikaa semmone, et ehkä jo myönteisyyttä... ni sit omaine tulee, ja sitte muuttuu asenne.*

Omaisten välinpitämättömyys koettiin myös haasteena asiakkaan kuntoutumisen tukemisessa. Harvat omaiset haluavat osallistua kuntoutussuunnitelman tekemiseen tai asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen. Osa omaisista ei ole kiinnostunut lainkaan asiakkaan toimintakyvyn tukemisesta, ja he haluavat siirtää kuntouttamisvastuun hoitajille.

Fyysisestä ympäristöstä johtuvat tekijät, esimerkiksi asuntojen haasteelliset olosuhteet, aiheuttavat ongelmia asiakkaan kuntoutumisen jatkumiselle. Asiakkaiden asuntojen koko, kunto ja siisteys vaihtelevat, eivätkä tarvittavat apuvälineet välttämättä mahdu asuntoihin. Etenkin vanhoissa taloissa WC-tilat saattavat olla hyvinkin pieniä. Asuntojen ahtaus vaikeuttaa myös hoitajan ergonomista työskentelyä.

Ongelmaksi koettiin myös apuvälineiden riittämättömyys. Asiakkaille sopivia apuvälineitä ei ole riittävästi saatavilla, ja niiden koekäyttöön saamisessa on ongelmia. Esimerkiksi kunnollisen pyörätuolin, joka mahtuu asiakkaan asunnon WC:n oviaukoista sisään, löytäminen saattaa olla hankalaa. Kesäaikaan pyörätuoleja ei ole riittävästi saatavilla, eikä kaikkia tarvittavia apuvälineitä ole kuntoutusvastaavien mukaan edes saatavana apuvälinelainaamossa.

*...et en oo nähny ensimmäistäkään turneria, joka ois aika hyvä monellakii...sais vaik ees kokeilla...jos se ei sit ookkaa hyvä, ni ainaha sen vois palauttaa.*



**Toiminnasta johtuvat tekijät.** Joillakin asiakkailla ja omaisilla on epärealistisia odotuksia kotihoidon palveluja kohtaan. Asiakkaiden ja omaisten epärealistisia odotuksia aiheuttavat väärät uskomukset, ristiriitaiset käsitykset sekä tietämättömyys kuntouttavista toimintatavoista. Osa asiakkaista tai omaisista odottaa kotihoidon työntekijöiden olevan ”palvelijoita”, jotka käynneillään tekevät asiakkaan puolesta asioita. Asiakkaat ja omaiset saattavat jopa mieltää laiskuudeksi, jos hoitaja ohjaa asiakasta omatoimisuuteen esimerkiksi sukkien laitossa tai ehdottaa kotitöiden omatoimista tekemistä.

*Ne saattaa kokee sen sillee, et onpa tuo laiska hoitaja ku ei jaksa tiskata... et minunko pitäis itse tiskata.*

Varsinkin pitkään kotihoidon palvelujen piirissä olleiden asiakkaiden kuntoutumista edistävien toimintatapojen toteuttaminen nähtiin haastavana, koska aiemmin on saanut toisenlaista palvelua. Kuntouttavaan toimintatapaan siirtyminen ja asiakkaan omatoimisuuteen ohjaaminen herättävät hämmennystä niin asiakkaissa kuin heidän omaisissaankin.

Asiakkaiden kuntoutussuunnitelmissa oli puutteita, ja osalta asiakkaista puuttuu kokonaan kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmia on tehty vähän, ja kuntoutusvastaavat arvioivat kestävän kauan, ennen kuin kaikilla asiakkailla ovat näkyvillä olevat kuntoutussuunnitelmat. Kuntoutusvastaavien mukaan kaikkien asiakkaiden kuntoutussuunnitelmia ei ole myöskään päivitetty tai niitä ei noudateta

*Niit on aika vähä tehty. Et se tulee kestämään kyl kaua enneku niit saadaan jokaiselle se suunnitelma sinne seinälle.*

*...ni ei siit sit oo hyötyy jos yks aina sillo tällö ku käy ja teettää ne jumpat.*

Asiakkaan toimintakyvyn tukeminen ei ole kokonaisvaltaista, ja etenkin psyykkisen puolen huomiointi jää kotihoidossa vähäiseksi. Psykiatrisen sairaanhoitajan osaamista olisi mahdollisuus hyödyntää, mutta yhteydenpito jää vähäiseksi koska hänen työpisteensä on toisaalla. Myöskään muistisairaiden kokonaisvaltainen toimintakyvyn tukeminen ei aina toteudu. Muistisairas saatetaan eristää omaan kotiin heikentyneen muistin vuoksi, vaikka fyysinen toimintakyky mahdollistaisi myös kodin ulkopuolella liikkumisen saateltuna.

Tiedonkulkuun ja kirjaamiseen liittyvät ongelmat haittaavat asiakkaan kokonaisuuden huomioimista. Ongelmiksi mainittiin esimerkiksi erilaiset kirjaamiskäytännöt, hajallaan oleva tieto sekä puutteet asiakaslähtöisessä kirjaamisessa. Asiakkaan hoitokertomuksesta on vaikea hahmottaa kokonaisuutta, koska asioita kirjataan moneen eri paikkaan. Kuntoutusvastaavien mukaan kirjaaminen voi olla pelkkää listausta hoitajan tekemisistä.

Tiedonkulku ammattilaisten välillä koettiin haasteelliseksi kotihoidon toiminnassa. Tiedonkulku saattaa toteutua siten, että ”lennossa” kerrotaan asioita, eikä niitä kirjata asiakkaan hoitokertomukseen. Suullinen tieto ei siten tavoita niitä työntekijöitä, jotka ovat poissa. Saumattoman tiedonkulun esteenä on myös se, ettei lääkäri halua asioida lähihoitajien kanssa.

*...lääkärikii on kerra viikossa, mut hän on antanu ymmärtää, et hän asioi sairaanhoitajan kanssa. Et lähihoitajia hän ei juur oikeestaan kuuntele.*

Tutkimustulosten mukaan hoitokertomus ei ole avoin kaikille hoitoon osallistuville. Ongelmia aiheuttaa se, että lähihoitajilla ei ole oikeutta katsoa asiakkaan psyykkiseen puoleen liittyviä tietoja. Kuntoutusvastaavien mukaan se saattaa aiheuttaa kotihoidossa jopa riskitekijöitä.

*Yks osa on, et lähihoitajat ku ei nää kaikkia sivuja esimerkiks. Ni se on miun mielest aika vanha-aikasta. Et jos myö hoijetaa, ni kylhä mejän pitäs nähhä kokonaisvaltasest niiku myös kaikki ne.*

*Kyl tuol kotihoidossa näille psykiatrisille asiakkaille saatat mennä iha henkes kaupalla, ku eihä meil oo oikeutta kattoo heijän tietoja ja kirjauksia mistää.*

Kirjaamiseen liittyvien selkeiden ohjeiden puuttuminen vaikeuttaa tiedonkulkua. Kuntoutusvastaavien mukaan tieto asiakkaan kotiutumisesta saattaa tulla joskus hyvinkin myöhään, jopa saman päivän aikana. Yhteydenpito kotihoidon ja omaisten ja kotihoidon välillä ei myöskään ole järjestelmällistä, ja se saattaa olla hyvinkin vähäistä. Kuntoutusvastaavien mukaan kaikkia pikkujuttuja ei viitsisi lähteä aina soittelemaan.

Resurssien puute, esimerkiksi niukat toimintaterapia- ja päivätoimintapalvelut vaikeuttavat asiakkaan kuntoutumisen jatkumista. Kuntoutusvastaavien mukaan toimintaterapeutin antamia palveluja saavat vain harvat asiakkaat, eivätkä päivä-

toimintapalvelut ole riittäviä. Kaikki halukkaat eivät pääse päivätoimintaan ja monille kotihoidon asiakkaille kerran viikossa olevan päivätoiminnan odottaminen tuntuu pitkältä ajalta. Myös vapaaehtoisten vähäisyys vaikeuttaa asiakkaiden aktivointia.

Ajankäyttöön liittyvät ongelmat aiheuttavat haasteita asiakkaan kuntoutumisen tukemiselle. Kuntoutusvastaavien mukaan asiakkaan taustojen selvittämiseen ja kirjaamiseen on liian vähän aikaa, eikä asiakkaiden luona voi viipyä kovin kauan. Ongelmia aiheuttaa myös kotihoidon iltakäyntien karsiminen. Lisäksi kuntoutumisen tukemista vaikeuttavat asiakkaiden suuri määrä ja kiire, varsinkin suurissa tiimeissä. Palvelujen järjestämisen koettiin vievän aikaa kuntouttavalta työltä.

*Et se, et lähet soittamaan ja ettiin sitä numeroo. Et nytte lähet selvittämään... aina sen perustyön lisäksi ihan kaikki muu ylimääräne, tuntuu et se aika on siinä.*

Esimiehen kannustuksen, arvostuksen ja tuen puutteen koettiin heikentävän kuntouttavien toimintatapojen toteuttamista. Esimerkiksi sairaanhoitajan ohjeistus on joskus riittämätöntä uuden asiakkaan tullessa kotihoidon palvelujen piiriin. Myös tilapäisjärjestelyjen joustamattomuus, esimerkiksi äkillisissä sairauslomatapauksissa, vähentää mahdollisuuksia asiakkaan kuntoutumisen tukemiseen. Uuden teknologian tuoma ajankäytön valvonta aiheuttaa paineita suoriutua töistä nopeasti. Kuntoutumiseen tähtäävät kehittämisprojektit ovat liian suppeita, ja projektien mukaisten toimintatapojen koettiin kuihtuvan ajan mittaan pois.

*...tulee kaikkee uutta teknologiaa ja uusia ohjelmia. Sit tulee viel se tunne, et kokoajan joku niiku tuijottaa tai kattoo, et mis mennää.*

*Tänää on ollu täysin mahdoton tehtävä, tääl on ollu kaks aamuvuoros ku pitäs olla neljä. Ni sehä kaatuu siihe jo.*

## **Asiakkaan näkökulma**

**Terveystuolitoimikunnasta johtuvat tekijät.** Tutkimustulosten mukaan asiakkaan esittämiä ongelmia ei oteta todesta, eikä itsemääräämisoikeutta ja päätöksentekoa kuunnella ja tueta. Koettiin, ettei kotihoidossa pääse vaivojen

vuoksi lääkäriin, koska sairaanhoitaja määrää, tarvitseeko asiakas lääkäriä vai ei. Asiakkaan tarpeisiin ei myöskään ole aina vastattu. Asiakkaan mukaan esimerkiksi verenpaineita on mitattu, ja arvot ovat korkealla, mutta asian korjaamiseksi ei ole tehty mitään.

Henkilökunnan kuntouttavan toimintatavan osaamisen puutteet heikentävät asiakkaan kuntoutumisen jatkumista. Ongelmiksi mainittiin henkilökunnan heikot vuorovaikutustaidot, negatiivinen palaute ja riittämätön kannustus.

*Ni niissä hoitajissakii on monenlaista. Niiku varmaa kaikis ihmisissä. Mie oon omanlaine ja hyö on omanlaisiansa.*

Henkilöstön kykenemättömyys löytää asiakkaille mielekästä tekemistä saattaa vaikuttaa haluan osallistua kuntoutumista edistäviin aktiviteetteihin. Esimerkiksi päivätoiminnan mielekkyys riippuu ohjaajien ominaisuuksista ja taidoista löytää kaikille osallistujille mielekästä tekemistä.

**Asiakkaasta johtuvat tekijät.** Asiakkaat kokivat erilaisten fyysisten ongelmien, kuten infektioiden, kivun, univaikeuksien ja virtsaamisongelmien sekä heikon toimintakyvyn estävän kuntoutumista. Jatkuvien virtsatieinfektioiden mainittiin estävän kodin ulkopuolelle lähtemisen.

Heikko fyysinen kunto ja huono tasapaino vaikeuttavat osallistumista arjen askareisiin sekä kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin. Asiakkaan fysioterapia saattaa jäädä esimerkiksi sen vuoksi, ettei hän pääse siellä oleviin laitteisiin. Liukastumisen pelko estää talviaikaan kodin ulkopuolella liikkumisen.

Asiakkailla on ristiriitaisia odotuksia kotihoidon antamia palveluja kohtaan. He odottavat saavansa kotihoidolta enemmän palveluja ja puolesta tekemistä. Myös maksulliset kuljetuspalvelut saattavat estää kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin osallistumisen, koska asiakkailla ei ole varaa tai halua maksaa kuljetuksista. Esimerkiksi fysioterapiakäynnit saattavat jäädä, koska taksikyydeistä aiheutuneita kuluja ei haluta tai pystytäkään maksamaan.

*Mut mie en menny sinne Lehmuskottii, ku miun ois pitänyt mennä taksil aina. Ei taksilla kannata joka päivä, vaikka miul on se kortti...*

**Sosiaalisesta ympäristöstä johtuvat tekijät.** Asiakkaiden mukaan omaisilta saatu tuki on riittämätöntä. Omaiset eivät voi osallistua arkipäivän toimintojen tukemiseen, koska asuvat kaukana tai ovat kiireisiä. Toiset omaiset eivät taas uskalla tai halua puuttua asiakkaan asioihin. Avun pyytämisen omaisilta koetaan olevan joskus vaikeaa.

Yksin jääminen puolison kuoltua vähentää sosiaalista kanssakäymistä. Mainittiin myös, ettei iäkäs omainen jaksa osallistua kuntoutumisen tukemiseen esimerkiksi kuljetuksista huolehtimalla. Sosiaalinen kanssakäyminen ystävien kanssa ja heiltä saatu tuki on myös vähäistä, koska ystävät ovat heikossa kunnossa tai kuolleet.

**Toiminnasta johtuvat tekijät.** Asiakaslähtöisiä palveluita ei ole riittävästi ja tukipalvelut sekä palveluohjaus ovat osittain puutteellisia. Esimerkiksi kuljetuspalvelun hakeminen koetaan monimutkaisena. Asiakkaat eivät myöskään pääse liikkumaan haluamissaan kodin ulkopuolisissa paikoissa, koska saattaja puuttuu.

Asiakkaiden mukaan kuntoutussuunnitelman mukaisia harjoituksia ei tule toteutettua eikä kuntoutussuunnitelmia ole päivitetty. Epäiltiin, että hoitajat ovat jopa unohtaneet kuntoutussuunnitelman, koska kotiutumisesta on kulunut jo niin kauan aikaa. Kuntoutumisen jatkuvuutta haittaa myös se, ettei resursseja ole riittävästi. Koettiin, että hoitajilla on niukasti aikaa ja fysioterapiapalveluja on liian vähän.

*Ja tuliha ne sinä päivän taas kattomaa minnuu. Kyllä ne kävi tässä, mut ku niil ei oo aikaa.*

<b>Terveydenhuoltoalan ammattilaisen näkökulma</b>	<b>Asiakkaan näkökulma</b>
<b>Terveydenhuoltoalan henkilökunnasta johtuvat tekijät:</b> – asenteet *Henkilökunnan heikko sitoutuminen *Henkilökunnan kielteiset asenteet *Muutokseen sopeutuminen – puutteet osaamisessa *Puutteita tilannesidonnaisessa toiminnassa *Tiedon ja taidon puute kuntouttavista toimintatavoista *Hoitajakeskeinen käsitys hoitotyöstä	<b>Terveydenhuoltoalan henkilökunnasta johtuvat tekijät:</b> – puutteet osaamisessa *Ongelmat asiakkaan kuulemisessa *Ongelmat asiakkaan tarpeisiin vastaamisessa *Henkilökunnan puutteet osaamisessa
<b>Asiakkaasta johtuvat tekijät:</b> – heikko toimintakyky ja sitoutuminen *Asiakkaan heikko toimintakyky *Asiakkaan heikko sitoutuminen kuntoutumiseen *Oman itsenäisyyden säilyttäminen *Maksulliset palvelut	<b>Asiakkaasta johtuvat tekijät:</b> – heikko toimintakyky *Asiakkaan fyysiset ongelmat *Heikko toimintakyky – epärealistiset odotukset *Ristiriitaiset odotukset palveluja kohtaan *Maksulliset kuljetuspalvelut
<b>Ympäristöstä johtuvat tekijät:</b> – sosiaalisen ympäristön puutteellisuus *Yksinäisyys *Omaisten kielteinen asenne kuntoutumisen tukemiseen *Omaisten välinpitämättömyys *Kodin ulkopuolisten aktiviteettien vähäisyys – fyysisen ympäristön puutteellisuus *Apuvälineiden riittämättömyys *Asuntojen haasteellisuus *Kodin ulkopuolisten aktiviteettien vähäisyys	<b>Ympäristöstä johtuvat tekijät:</b> – Sosiaalisen ympäristön puutteellisuus *Vähäinen tuki omaisilta *Vähäinen tuki ystäviltä
<b>Toiminnasta johtuvat tekijät:</b> – toimintatapoihin liittyvät ongelmat *Epärealistiset odotukset kotihoidon palveluista *Puutteet kuntoutussuunnitelmassa *Puutteet asiakkaan kokonaisvaltaisessa toimintakyvyn tukemisessä – tiedonkulun ongelmat *Puutteet tiedonkulussa ja kirjaamiskäytänteissä *Niukka yhteydenpito omaisiin – resursseihin ja johtamiseen liittyvät ongelmat *Resurssien puute *Ajankäyttö *Esimiehen tuen puute	<b>Toiminnasta johtuvat tekijät:</b> – Asiakslähtöisten palvelujen puutteellisuus *Tukipalvelujen riittämättömyys *Palveluohjauksen puutteellisuus *Kuntoutussuunnitelma ei toteudu *Resurssit

Taulukko 3. Kuntoutumista estäviä tekijöitä asiakkaan ja terveydenhuoltoalan ammattilaisen näkökulmasta

### 6.2.3 Kuntoutumista edistävät tekijät

Kuntoutumisen jatkumista edistävät tekijät on esitetty tulososiossa, samoin kuin estävät tekijät, erikseen terveydenhuoltoalan ammattilaisten sekä asiakkaiden näkökulmista. Ammattilaisten ja asiakkaiden näkökulmat on ryhmitelty terveydenhuoltoalan henkilökunnasta, asiakkaasta, asiakkaan ympäristöstä sekä toimintavoista johtuvien tekijöiden mukaan. Kuntoutumisen jatkumista edistävät tekijät on esitetty taulukossa 4.

#### Terveydenhuoltoalan henkilöstön näkökulma

**Terveydenhuoltoalan henkilökunnasta johtuvat tekijät.** Henkilökunnan positiiviset ominaisuudet vaikuttavat myönteisesti asiakkaan kuntoutumisen jatkumiseen ja edistämiseen. Hoitajien positiivisia ominaisuuksia ovat hyvät vuorovaikutustaidot, kyky motivoida, perustella ja luoda luottamus asiakkaaseen. Miettimällä positiivisuuden kautta, mihin asiakas vielä pystyy, sekä perustelemalla asioita niin asiakkaille kuin omaisellekin, voidaan tukea asiakkaan omatoimisuutta ja kuntoutumisen jatkuvuutta.

Hoitajan kyky toimia luovasti ja innostavasti vaikuttaa myönteisellä tavalla asiakkaan kuntoutumiseen. Luovaksi ja innostavaksi toiminnaksi mainittiin esimerkiksi asunnon tarjoamien mahdollisuuksien hyödyntäminen ja kyky liittää kuntoutumisen tukeminen arkipäivän askareisiin. Asiakkaan kuntoutumista voidaan tukea esimerkiksi kokeilemalla rohkeasti, mihin asiakas vielä pystyy. Myös ajankäytön hallitseminen sekä kekseliäisyyden ja mielikuvituksen käyttäminen auttavat kuntoutumisen jatkumista. Joillakin hoitajilla on kyky järjestää aikaa asiakkaan kuntoutumisen tukemiselle.

*Pitäs vaa ruveta jotai tuolilt ylös nousua tekemää vaik päiväkäynneil tai vai-panvaihtojen yhteydessä.*

*Oli yks oli oikei tällane innokas ollut puutarhan kanssa ja muuta. Ni sitte mentii kävelemällä kukkakauppaa ja ostettii kukat ja multaa ja istutettii niitä.*

Asiakaslähtöisyyden osaaminen edistää kuntoutumisen jatkumista. Yksilölliset toiveet huomioimalla voidaan parantaa asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukemista. Yksilöllisten toiveiden huomioiminen on asiakkaan toiveiden ja mieltymyksien huomioon ottamista, mielekkään toiminnan löytämistä ja kiinnos-

tuksen kohteiden selvittämistä. Yksilöllisyyttä on myös se, että asiakkaalta kysytään hänen oma tavoitteensa kuntoutumiseen.

Yksilöllisten tarpeiden tuntemista on asiakkaan taustojen selvittäminen, asiakshistorian tunteminen, tietojen kirjaaminen, uusiin asiakkaisiin tutustuminen sekä keskustelu asiakkaan kanssa. Asiakaslähtöisyys on yksilöllisyyttä, jonka huomioimisessa on tärkeää, että hoitaja ainakin jossain vaiheessa pysähtyy ja miettii asiakkaan asioita. Varsinkin psyykkisen puolen asiakkaan elämänselitykseen syventyminen korostuu.

Asiakkaan voimavarojen tunnistaminen kokonaisvaltaisesti, ottaen huomioon ikä, sairaudet, yksilöllinen toimintakyky sekä ravitsemukseen liittyvät tekijät, edistävät asiakaslähtöisen kuntoutumisen jatkumista. Asiakkaan voimavarat on arvioitava yksilöllisesti, eikä kaikkien asiakkaiden luona voi toimia samalla tavalla. On esimerkiksi huolehdittava riittävästä ravitsemuksesta, jos asiakkaan lihaksia yritetään vahvistaa. Saattohoidossa olevan asiakkaan kuntoutumisen tukemista on myös läsnäolo ja kosketus.

*Kaikki pitää kyl niin yksilönä ottaa. Et kaikille ei voi toimii samal tavalla. Miun mielest pitäs vähä kuitekii kattoo, et jos on 95-vuotias tai äärimmäisen heikkokuntone tai sit 60-vuotias mielenterveyspotilas.*

*Et jos on jo saattohoidossa, ja jos jo kalkkiviiva häämöttää, ni ei tietenkää. Sillo se kuntoutumine on sitä, et sie istahat vaik alas ja otat käest kiinni ja kuuntelet sitä pelkoo mikä ehkä on asiakkaalla.*

Omatoimisuuden tukeminen auttaa asiakasta kuntoutumaan. Omatoimisuuden tukeminen on asiakaslähtöisten aktiviteettien järjestämistä, ajan antamista ja asiakkaan ohjaamista. Omatoimisuutta tuetaan ohjaamalla asiakasta esimerkiksi pukeutumisessa ja peseytymisessä. Kuntoutusvastaavat mainitsivat, että kun on malttia antaa asiakkaalle enemmän aikaa, saatetaan huomata, että asiakas pystyy tekemään moniakkin asioita omatoimisesti. Omatoimisuutta voidaan tukea myös auttamalla asiakkaita pitämään yhteyttä omaisiin.

Palveluohjauksella tuetaan asiakkaan selviytymistä kotona. Henkilökunnan osaaminen asiakaslähtöisten palveluiden järjestämisessä sekä arjen tukihenkilöiden hyödyntäminen vaikuttavat positiivisesti asiakkaan osallisuuteen. Hoitajat järjestävät asiakkaille palveluja, koska harvat asiakkaat pystyvät itse niitä tilaa-



maan. Asiakaslähtöisten palvelujen järjestämisessä on tärkeää, että kotihoidon työntekijä havaitsee esimerkiksi asiakkaan yksinäisyyden ja pyrkii järjestämään hänet päivätoimintaan. Asiakasta voidaan kannustaa kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin myös esimerkiksi järjestämällä hänelle avuksi keikkavapaaehtoinen.

*Jotkut, ketkä on järkevämpiä, ni heille pystyy sitte jonkun keikkavapaaehtosen pyytämään vaik jöhokii kirkkokonserttii tai jöhoki, jos hyö niiku ite haluuvat.*

Asiakaslähtöisyyden osaamista on se, että asiakkaan mahdolliset heikot kohdat havaitaan ja niihin puututaan. Asiakkaan ravitsemuksesta huolehditaan, ohjataan asiakasta lihaskunnon ylläpitämiseen tai parantamiseen, huolehditaan asiakkaan turvallisuudesta sekä harjoitellaan niitä asioita, joissa asiakkaalla on epävarmuutta. Joka käynnillä arvioidaan asiakasta kokonaisuutena.

*Aina ku meen asiakkaan luo, ni kiinnittää huomiota onko kynnykset ja onks tukikaiteet ku mennää vessaa ja onks se vessan koroke oikeel kohilla ja onko välttämättä tarvetta, vai hyötyskö enemmi et ponnistais vaikka alem-paa et jalat vahvistus. Ja et onko matot nytte semmoset, et on turvalliset.*

**Asiakkaasta johtuvat tekijät.** Asiakkaan oma halu ja motivaatio vaikuttavat kuntoutumisen jatkumiseen. Osa asiakkaista käy itse kaupassa, ulkoilee omatoimisesti tai tekee annettuja harjoituksia omatoimisesti. Asiakkaan oma halu on tärkein tekijä kuntoutussuunnitelman toteutumiselle. Asiakkaiden motivaatiota lisää se, kun he huomaavat toimintakyvyn paranevan harjoittelun tuloksena ja alkavat tekemään enemmän itse.

**Sosiaalisesta ympäristöstä johtuvat tekijät.** Omaisten osallistuminen ja ystäviltä saatu tuki vaikuttavat positiivisesti asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen. Jotkut omaiset käyttävät asiakkaita kodin ulkopuolella ja osallistuvat tarvittaessa kuntoutumisen tukemiseen. Kuntoutusvastaavan mukaan erään sairaalasta kotiutuneen asiakkaan omainen halusi esimerkiksi hankkia apuvälineet, vaikkei muuten ollutkaan halukas osallistumaan kuntouttamiseen. Asiakkailla arveltiin olevan asiat sitä paremmin, mitä enemmän heillä on ystäviä.

**Toiminnasta johtuvat tekijät.** Eri toimijoiden välinen yhteistyö, erityisesti moniammatillisen toimijaverkoston osaamisen hyödyntäminen, vahvistaa asiakkaan kuntoutumisen tukemista. Tiimityö, konsultaatiomahdollisuus, kuntoutussuunnitelman laatiminen sekä kuntoutuspalaverien toteutuminen moniammatillisesti

auttavat asiakkaiden kokonaisvaltaisen toimintakyvyn huomioimista. Kuntoutusvastaavien mukaan moniammatillinen verkosto antaa mahdollisuuden kysyä neuvoja, jos omat taidot eivät riitä esimerkiksi asiakkaan tarvitseman palvelun järjestämiseen. Moniammatillinen toiminta on lisääntynyt projektien myötä, ja yhteistyö etenkin fysioterapeutin kanssa on edistänyt asiakkaan kuntoutumisen jatkumista.

*Meil on fysioterapeutin kaa yhteistyötä kuuen viikon välein ja sit on kuntoutumispalaverit. Et siel käytäs näit asioita läpi ja hoitajat ois siin, mahdollisimman moni, paikalla siinä. Et sit jokane tietäs, et kenen kohal ollaa mis-säkii kohilla.*

Vertaistuen antaminen ja saaminen tiimin muilta työntekijöiltä auttaa toteuttamaan asiakkaan kuntoutusprosessia. Kuntoutusvastaavat tulevat jatkossa opettamaan myös muita tiimin työntekijöitä toimintakykytestien tekemisessä. Opiskelijoiden osuus, esimerkiksi päivätoimintojen järjestämisessä, koetaan tervetulleena lisäresurssina asiakkaiden aktivoinnissa.

Lähihoitajan työtä tekevät kuntoutusvastaavat kokivat, että esimiehen tuki ja etenkin sairaanhoitajan rooli korostuvat kuntouttaviin toimintatapoihin ohjaamisessa. Asiakkaan kuntoutumisen tukeminen toteutuu paremmin, jos sairaanhoitaja antaa lähihoitajalle riittävän yksityiskohtaiset ohjeet asiakkaan kuntoutumisen tukemisesta. Hyvä tiedonkulku sairaalan ja kotihoidon välillä, esimerkiksi riittävän ajoissa tullut tieto kotiutumisesta, auttaa myös asiakkaan kuntoutumisen suunnittelua ja jatkuvuutta.

On tärkeää, että kaikki terveydenhuollon työntekijät sitoutuvat kuntoutussuunnitelmaan ja kuntouttamiseen, ja että heillä on samantyyppiset toimintatavat ja yhteiset pelisäännöt. Tutkimustulosten mukaan pienissä tiimeissä tunnetaan työkaaverit paremmin ja yhteisiä pelisääntöjä noudatetaan.

Asiakkaan kuntoutumisen jatkumista edesauttaa se, että kaikilla osapuolilla, niin asiakkailla, omaisilla kuin terveydenhuollon henkilökunnallakin on yhteinen ymmärrys kuntoutumisen merkityksestä. Kuntoutumista edistävän toiminnan tavoitteellisuus, kotihoidon toimintatavoista tiedottaminen sekä kuntoutussuunnitelman merkityksen ymmärtäminen edesauttavat tässä. On huomattu, että tuloksia on syntynyt, kun asiakkaiden kuntoutukseen on kiinnitetty huomiota. Myöhem-

min kotihoidon palveluihin tulleita asiakkaita on helpompi ohjata kuntoutumista edistävään toimintaan.

*Niitä ketkä on tullu myöhemmi kotihoidon palveluihi, on helpompi ohjata siihen. Se pitää vaa tehdä nii selkeeks.*

Kuntoutussuunnitelman konkreettisuus helpottaa kaikkia osapuolia suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan asiakkaan kuntoutumista, ja sen avulla kuntoutumisen tukeminen tulee näkyväksi. Suunnitelmasta selviävät helposti asiakkaan toimintakyky, voimavarat ja heikkoudet. Se antaa ohjeet ja konkreettiset keinot asiakkaan kuntoutumisen tukemiseksi. Konkreettisuus ja kuntoutussuunnitelman näkyvällä paikalla pitäminen tuovat sekä asiakkaille että omaisille ymmärryksen kuntoutumisesta. Kuntoutussuunnitelman avulla asiakkaan on helpompi seurata omaa osallistumistaan, ja mukana olevaan harjoituspäiväkirjaan tehtävät merkinnät motivoivat asiakasta toteuttamaan kuntoutussuunnitelmaa.

Kuntoutussuunnitelman arviointia ja päivittämistä pidettiin tärkeänä asiakkaan kuntoutumisessa. Henkilökunnan arvioiva työskentely ja kirjaaminen, tilanneherkkyys, muutoksiin reagointi, apuvälineiden tarpeenmukaisuus sekä tilannesidonnainen toiminta parantavat asiakkaan kuntoutumisen jatkumista. Asiakkaan apuvälineiden tarvetta tulee arvioida tietyin väliajoin.

*Tietenkii se on kokoajan arvioivaa se työskentely. Et sitte nähhää, jos on muutosta. Et alkaa vaik parantuu, ni voijaa sit lisätä niit haasteita. Mut sit jos näkee, et näist ei nyt oo hyötyy, ni sit pitää vähä toisee suuntaan suunnitella uuestaan.*

## **Kotihoidon asiakkaan näkökulma**

**Terveydenhuoltohenkilökunnasta johtuvat tekijät.** Hoitajan positiiviset ominaisuudet edistävät kuntoutumisen jatkumista. Kannustava ja mukava henkilökunta sekä positiivinen palaute edesauttavat osallistumista kuntouttavaan toimintaan. Kuntoutumista edistävänä tekijänä pidettiin esimerkiksi sitä, kun hoitaja sanoo asiakkaan edistyneen. Palveluihin lähteminen on mielekästä, kun ohjaajat ovat mukavia. Henkilökunnan antama ohjaus ja kannustus edistävät asiakkaiden omatoimisuutta.

**Asiakkaasta johtuvat tekijät.** Asiakkaat mainitsivat osallistuvansa erilaisiin toimintoihin, kuten arjen askareisiin ja kuntoutussuunnitelman mukaisiin harjoituksiin. He laittavat ruokaa, keittävät kahvit ja tekevät niitä liikkeitä, joihin oli annettu ohjeet. Myös asiakkaan vahva motivaatio, henkilökohtainen päätös ja halu päästä sairaalasta kotiin edistävät kuntoutumisen jatkumista. Asiakas kertoi esimerkiksi kävelleensä sairaalassa ollessaan jatkuvasti, jopa yölläkin, että olisi päässyt sieltä mahdollisimman pian pois. Lisäksi asiakkaat olivat asettaneet itselleen tavoitteita kuntoutumisen jatkumiseksi.

*Mut kyl mie oon päättäny, et mie täst viel nousen. Mie alan käymää tuolla...*

*Jos mie elän viel ens vuonna, tai tänä vuonna, ni mie meen kuitekii sinne Kylpylää.*

**Ympäristöstä johtuvat tekijät.** Turvallisuus on selviytymisen kannalta merkittävä tekijä. Asuntojen esteettömyyteen on kiinnitetty huomiota esimerkiksi poistamalla matot, koska se helpottaa pyörätuolilla liikkumista. Myös apuvälineiden tarkoituksenmukaisuus on kartoitettu. Sänkyyn asennetun nousutuen avulla omatoimiset siirtymiset helpottuvat ja onnistuvat paremmin.

Sosiaalista tukea saadaan omaisilta ja ystäviltä. Omaiset järjestävät erilaisia aktiviteetteja sekä auttavat arkipäivän toiminnoissa, esimerkiksi käyttämällä kaupassa. Omaiset osallistuvat myös siivoukseen ja kuljetusten järjestämiseen sekä käyttävät ulkoilemassa. Koettiin, että ilman omaisten antamaa tukea kotona pärjääminen olisi heikkoa. Ystäviltä tai naapureilta saatu tuki edistää myös asiakkaiden selviytymistä. Asiakkaat mainitsivat esimerkiksi, että naapuri tulee mielellään auttamaan pyykinpesussa ja ystävä oli lähtenyt mukaan Helsinkiin kontrollikäynnille. Ystäviltä ja omaisilta saatavan tuen lisäksi vertaistuki edistää kuntoutumista. Erityisesti ryhmältä saatu tuki ja yhdessä tekeminen koetaan tärkeänä.

*...ku siel oli siel sairaalas oli, täs Armilassa. Semmone, nyt 100-vuotias, ku se täytti joulun aikoihi. Ni mie katoin siit oppia. Se oli hyvä malli.*

*Siel kerhossa sekii on ihan kiva ku yhes tehää...heitellä niitä ja kumarrellaa ja... se on yhtä hyvin jumppaa.*

**Toiminnasta johtuvat tekijät.** Asiakaslähtöiset palvelut tukevat asiakkaan kuntoutumista. Mielekkäiden asioiden tekeminen avustettuna koetaan tärkeäksi. Päivätoiminta on odotettu viikoittainen tapahtuma, jossa erityisesti erilaisia kilpailuja pidetään mukavina. Lisäksi asiakkaista on mielekästä, kun he pääsevät fysioterapeutin kanssa käymään esimerkiksi hautausmaalla tai kävelemään ulkona. Asiakkaat kokivat merkityksellisenä sen, että heille järjestyi heidän tarvitsemansa palvelu, esimerkiksi lääkäriaika järjestyi kotihoidon kautta ja kuntoutusajat oli tilattu sairaalasta valmiiksi ennen kotiutumista.

Mahdollisuus erilaisten tukipalveluiden käyttämiseen, esimerkiksi ystävä-, siivous- ja saunapalvelu, koetaan positiivisesti kotona selviytymisen ja toimintakyvyn säilymisen kannalta. Tutkimustulosten mukaan siivouspalvelua saadaan tarvittaessa ja ulkoilun mahdollistamiseksi käytetään ystäväpalvelua. Saunapalvelua on lisäksi mahdollisuus käyttää kerran viikossa.

Palveluohjaus koetaan tärkeänä. Asiakkaat ovat saaneet henkilökunnalta neuvontaa ja apua palvelujen tilaamisessa. Kotihoidon työntekijät olivat myös auttaneet etsimään tarvittavia palveluita. Kotihoidon antamat palvelut koettiin jokseenkin riittäviksi ja niihin oltiin tyytyväisiä.

Lähellä olevat palvelut tai palveluihin kulkemisen helppous auttavat niihin lähtemistä. Fysioterapiapalveluita, joihin olisi pitänyt mennä taksilla, ei haluttu käyttää. Mieluummin käytetään kodin lähellä olevaa fysioterapiayritystä. Samassa talossa olevaa ruokailumahdollisuutta myös käytetään, koska sinne on helppo mennä. Saunapalvelun käyttäminen koettiin vaivattomana, koska taksi hakee kotoa.

<b>Terveydenhuoltoalan ammattilaisen näkökulma</b>	<b>Asiakkaan näkökulma</b>
<b>Terveydenhuoltoalan henkilökunnasta johtuvat tekijät</b> – <b>positiiviset ominaisuudet:</b> *Hoitajan kyky toimia luovasti ja innostavasti *Hoitajan positiiviset ominaisuudet – <b>asiakaslähtöisyyden osaaminen:</b> *Yksilöllisten toiveiden huomioiminen *Yksilöllisten tarpeiden tunteminen *Asiakkaan voimavarojen tunnistaminen *Omatoimisuudessa tukeminen *Palveluohjaus *Asiakkaan heikkojen kohtien havaitseminen	<b>Terveydenhuoltohenkilökunnasta johtuvat tekijät:</b> – <b>myönteinen suhtautuminen</b> *Henkilökunnan positiiviset ominaisuudet *Henkilökunnan antama ohjaus
<b>Asiakkaasta johtuvat tekijät:</b> – <b>asiakkaan oma halu kuntoutumiseen</b> *Asiakkaan oma halu *Asiakkaan motivaatio	<b>Asiakkaasta johtuvat tekijät:</b> – <b>asiakkaan halu kuntoutumiseen</b> *Asiakkaan oma toiminta *Asiakkaan motivaatio
<b>Ympäristöstä johtuvat tekijät</b> – <b>sosiaalinen ympäristön tuki</b> *Asiakkaan sosiaaliset suhteet	<b>Ympäristöstä johtuvat tekijät</b> – <b>fyysisen ympäristön soveltuvuus</b> *Turvallisuus – <b>sosiaalisen ympäristön tuki</b> *Omaisten tuki *Ystävien tuki *Vertaistuki
<b>Toiminnasta johtuvat tekijät</b> – <b>yhteistyö eri toimijoiden välillä</b> *Moniammatillinen toimijaverkosto *Esimiehen tuki *Hyvä tiedonkulku – <b>kuntoutussuunnitelmaan sitoutuminen</b> *Kuntoutussuunnitelman konkreettisuus *kuntoutussuunnitelman arviointi ja päivitys *kuntoutussuunnitelmaan sitoutuminen *Yhteinen ymmärrys kuntoutumisen merkityksestä	<b>Toiminnasta johtuvat tekijät:</b> – <b>asiakaslähtöiset palvelut</b> *Miehekkäiden asioiden tekeminen avustettuna *Asiakaslähtöiset palvelut *Tukipalvelut *Palveluohjaus * Riittävät kotihoidon palvelut *Lähipalvelut

Taulukko 4. Kuntoutumista edistäviä tekijöitä asiakkaan ja terveydenhuoltoalan ammattilaisen näkökulmasta

#### 6.2.4 Kehittämisehdotukset

Terveydenhuoltoalan ammattilaisten mukaan asiakkaan kuntoutumisen jatkuvuutta voitaisiin tukea paremmin lisäämällä koulutusta, parantamalla tiedonkulkua ja huolehtimalla riittävästä resursseista. Kotihoidon asiakkaiden kehittämisehdotuksina mainittiin mielekkäiden ja helposti saavutettavien palvelujen järjes-

tyminen ja asiakkaan kuulemisen parantaminen. Kehittämisehdotukset on esitetty taulukossa 5.

### **Terveydenhuoltoalan ammattilaisten näkökulma**

Kuntoutusvastaavien mukaan asiakkaan kuntoutumisen jatkuvuutta voidaan parantaa henkilökunnan riittävällä koulutuksella. Kehittämisehdotuksena esitettiin henkilökunnan koulutuksen lisäämistä, esimerkiksi fysioterapeutin ammattitaidon hyödyntämistä kuntoutumista edistävien toimintatapojen käyttöönotossa. Esitettiin myös, että kotihoitoon siirtyvän asiakkaan toimintakykyä arvioitaisiin tarkemmin.

*Et tosiaan tärkein kehittämissuositus olis, et laitetaa niitä kotikuntosia vaan kotiin.*

Tiedonkulkua parantamalla edistetään asiakkaan kuntoutumisen jatkuvuutta. Kehittämissuositukseksi esitettiin hoitokertomuksen avoimuuden lisäämistä, sairaalan ja kotihoidon välisen tiedonkulun parantamista sekä yleisen tiedottamisen lisäämistä kuntouttavista toimintatavoista. Olisi tärkeää, että kotihoitoon siirtyviä asiakkaita ja heidän omaisiaan tiedotettaisiin kotihoidon toimintatavoista ja kuntoutumisen jatkumisesta jo sairaalassa.

*... ni osastolla vois olla jo semmosta, onks se nyt suullista informaatioo tai sitte ihan jotai materiaali et millä tavalla se jatkumo jatkuu sitte kotona.*

*Et varmaa jollakii tavalla enemmin pitäs tätä kuntouttamista just lehissä ja yleisesti keskustella ja median välityksellä.*

Riittävät henkilökunta- ja aikaresurssit parantaisivat asiakkaan kuntoutumisen tukemista. Kehittämissuosituksena esitettiin, että henkilökunnan mitoitus olisi oikein arvioitu ja aikaa järjestyisi kuntouttavaan toiminnan toteuttamiseen.

*...et sais sen oikeen mitoituksen, että pystyttäs siihe asiakaslähtösee...*

*Ja sitte ois todellakii hyvä, et varsinkii meille kuntoutusvastaaville, et ois välillä vaikka kuukaudessa tai yhdessä listassa muutama päivä, tai per viikokii, et sie antaisit vaa sen ajan siihe kuntoutukseen.*

## Kotihoidon asiakkaan näkökulma

Asiakkaiden mukaan kuntoutumisen jatkuvuutta parantaisi se, että heille järjestyisi mielekkäitä ja helposti saavutettavia palveluita ja että heidän toiveitaan kuunneltaisi paremmin.

*Ku olis sillee, et pääsis, niiku nyt saunaakii pääsee, sillä taksilla... vaikka sirkusesitystä kattomaa.*

*Mie oon niin kyllästytnt tähä, ... mie sanon, et miut on jätetty heitteille ku ei kuunnella...*

Terveystieteiden ammattilaisten näkökulma	Kotihoidon asiakkaiden näkökulma
<p><b>Riittävä koulutus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– koulutuksen lisääminen</li><li>– asiakkaan toimintakyvyn tarkempi arviointi</li></ul> <p><b>Tiedonkulun parantaminen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– hoitokertomuksen avoimuuden lisääminen</li><li>– tiedonkulun parantaminen</li><li>– tiedottamisen lisääminen kuntouttavista toimintatavoista</li></ul> <p><b>Riittävät resurssit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– riittävät henkilökuntaresurssit</li><li>– riittävästi aikaa kuntoutumisen tukemiselle</li></ul>	<p><b>Mielekkäiden ja helposti saavutettavien palveluiden järjestäminen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– mielekkään kodin ulkopuolisen toiminnan järjestäminen</li><li>– kuljetuksen järjestäminen kodin ulkopuoliseen toimintaan</li></ul> <p><b>Asiakkaan kuulemisen parantaminen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– asiakkaan esittämien toiveiden kuuntelemisen parantaminen</li><li>– asiakkaan esittämien tarpeiden huomioon ottaminen</li></ul>

Taulukko 5. Kehittämisehdotuksia asiakkaan kuntoutumisen jatkumiseksi

### 6.2.5 Tulosten esittäminen

Tutkimustulosten valmistuttua terveydenhuoltoalan henkilökunnalle järjestettiin tilaisuus, jossa esiteltiin opinnäytetyöstä saatuja tuloksia. Tilaisuus pidettiin 4.4.2014 Armilan kuntoutuskeskuksessa osasto 1:llä, ja siihen osallistui Armilan osasto 1:llä työskenteleviä sairaan- ja lähihoitajia, fysioterapeutteja, kuntohoitajia, toimintaterapeutti, osastonsihtööri sekä toimintayksikön esimies, tiimivastava ja tiiminvetäjä. Tilaisuuteen oli varattu aikaa 45 minuuttia. Alun perin oli tarkoituksena järjestää Kuntouttava kotiutuminen -pilotointiin osallistuneiden yksiköiden henkilökunnalle yhteinen tulosten esittämistilaisuus. Opinnäytetyön tekemiseen suunnitellun aikataulun vuoksi yhteisen tilaisuuden järjestäminen ei



kuitenkaan onnistunut opinnäytetyöprosessin aikana. Jatkossa on tarkoitus järjestää toinen tilaisuus, johon myös muiden Eksotessa työskentelevien on mahdollisuus osallistua.

Olin valmistautunut tilaisuuteen tekemällä opinnäytetyön tarkoituksesta, tavoitteesta, tutkimusasetelmasta sekä tuloksista lyhyen yhteenvedon paperille. Jaoin tilaisuuden alussa tekemäni muistiinpanot osallistujille. Muistiinpanojen avulla halusin varmistaa sen, että kuulijoiden on helpompi hahmottaa tutkimusprosessi ja -tulokset kokonaisuutena. Tilassa ei ollut mahdollisuutta käyttää esityksen tukena tietokonetta tai videotykkiä. Tutkimustulosten esittelyn jälkeen varattiin noin 15 minuuttia aikaa keskustelulle.

Tilaisuuteen osallistuneet vaikuttivat kiinnostuneilta esittämistäni tutkimustuloksista. Lähes kaikki osallistujat, muutamaa lukuun ottamatta, olivat työskennelleet yksikössä jo Kuntouttava kotiutuminen -pilotoinnin aikana, ja projekti oli heille tuttu.

Osallistujat tunnistivat tutkimustuloksista samoja kuntoutumisen edistäviä ja estäviä tekijöitä, joita olivat myös itse työssään kohdanneet. Havaitsin yleisössä hyväksyviä nyökkäyksiä esitellessäni tutkimustuloksia esimerkiksi henkilökunnan asenteista, osaamisesta ja omaisten osallistumisesta. Määrällinen tutkimusaineisto auttoi ymmärtämään kotihoitoon siirtyneiden asiakkaiden toimintakykyä, ja sen todettiin täydentävän tutkimuksen laadullista osuutta. Kuulijat vahvistivat pilotointiin osallistuneiden asiakkaiden olleen hyvin huonokuntoisia.

Tutkimustulosten kuulemisen jälkeen osallistujat vahvistivat saumattoman tiedonkulun olevan tärkeää kotihoidon ja osaston välillä. Varsinkin uudesta kotihoitoon palvelujen piiriin siirtyvästä asiakkaasta on tärkeä tiedottaa kotihoitoa riittävän ajoissa. Osaston henkilökunnan arvion mukaan kotihoidolle tutun asiakkaan, joka on ollut esim. virtsatieinfektion vuoksi osastolla hoidossa, kotiutumisen ajankohdasta ilmoittamisen ei tarvitse olla niin ennakoivaa. Armilan sairaala on muuttunut opinnäytetyöprosessin aikana Armilan kuntoutuskeskukseksi ja hoitajaksoja on pyritty tehostamaan ja lyhentämään. Osallistujien mukaan nykyisin jo kuntoutusjakson alussa pyritään suunnittelemaan kotiutumispäivä, josta myös kotihoitoa heti tiedotetaan.

Osallistujat vahvistivat yhteistyön tärkeyden osaston ja kotihoidon välillä, ja myös heidän mukaansa sitä tulee edelleen kehittää. Mainittiin esimerkiksi, että osastojakson aikana toimintaterapeutin tai fysioterapeutin tekemiin kotikäynteihin tulisi osallistua myös kotihoidon edustajan. Yhteistyössä tehty kotikäynti edistää ymmärrystä asiakkaan toimintakyvystä ja henkilökohtaisista ominaisuuksista. Myös toiminnanohjauksen (otettu kotihoidossa käyttöön pilotoinnin jälkeen) suunnittelun kannalta on tärkeää, että asiakkaan toimintakyky ja henkilökohtaiset ominaisuudet ovat kotihoidolla tiedossa etukäteen. Esimerkiksi hyvin hitaasti toimivan asiakkaan luona 15 minuutin pituiseksi suunniteltu käynti ei riitä hänen omatoimisuutensa tukemiseen.

Keskustelua aiheutti se, ettei asiakkaiden kuntoutussuunnitelmia noudateta. Kuntoutussuunnitelma olisi tärkeää tehdä niin yksikertaiseksi ja konkreettiseksi, että sen toteuttaminen olisi helppoa esimerkiksi arkiaskareiden lomassa. Keskustelun perusteella esitettiin jatkotutkimusehdotus. Kuntoutussuunnitelman toteutumista ja toteuttamista kannattaisi tutkia esimerkiksi seurantatutkimuksella. Osallistujien mukaan toimintatavat kuntoutussuunnitelman laadinnassa ovat muuttuneet pilotoinnin jälkeen. Kuntoutussuunnitelmia ei enää tehdä osastojakson aikana, vaan vasta kotihoidossa. Toisaalta siinäkin on ongelma asiakkaan kuntoutumisen jatkuvuuden kannalta, koska kotiutumisen jälkeen saattaa kulua melko pitkään, ennen kuin suunnitelma ehditään laatia.

Asiakaslähtöisten palvelujen puutteellisuuden todettiin olevan haasteena asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa. Osallistujat vahvistivat, että kuljetuspalvelun hakeminen on asiakkaalle vaikeaa ilman ohjausta ja että asiakkaiden varattomuus saattaa estää järjestettyihin palveluihin lähtemisen.

Tietämättömyys kotihoidon kuntouttavista toimintavoista saattaisi tilaisuuteen osallistuneiden mukaan ratketa siten, että kotihoitoon laadittaisiin omaisille ja asiakkaille jaettava ohjelehtinen kotihoidon toiminnasta. Lisäksi ehdotettiin tämän opinnäytetyön pohjalta lehtiartikkelin kirjoittamista, jossa kerrottaisiin kotihoidon kuntouttavasta toiminnasta.

Kotihoidon niukat resurssit olivat tiedossa ja osallistujat totesivat, että kotihoitoon olisi pitänyt lisätä henkilökuntaa jo paljon aikaisemmin. Toisaalta koettiin,

että asiakkaan kuntoutumisen tukeminen riippuu paljon terveydenhuoltoalan ammattilaisten asenteista ja henkilökohtaisista ominaisuuksista. Parhaiten asiakkaiden kuntoutumista edistää asennemuutos kohti uudenlaista toimintatapaa.

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Kuntouttava kotiutuminen -pilotointiin osallistuneista, kotihoidon piiriin siirtyneistä asiakkaista enemmistö oli naisia ja iältään yli 85-vuotiaita. Lähes kaikilla oli jonkinasteisia rajoitteita fyysisessä, psyykkisessä sekä sosiaalisessa toimintakyvyssä. Suurella osalla oli lisäksi muistiin liittyviä, kognitiivisia ongelmia. Vaikka tutkimusaineisto oli pieni, se antoi samansuuntaisia tuloksia myös aikaisempien tutkimusten kanssa. Hammarin (2008) sekä Muurisen ja Raatikaisen (2005) saamien tutkimustulosten mukaan enemmistö kotihoidon asiakkaista on iäkkäitä naisia ja heillä on rajoitteita toimintakyvyssä. Tutkimuksesta saadut tulokset ovat samansuuntaisia myös Paljärven (2012) seurantatutkimuksen tulosten kanssa, jossa tietoa kerättiin kotihoidon asiakkailta, omaisilta sekä työntekijöiltä vuosina 1994–2009. Kotihoidossa yli 75 -vuotiaiden osuus on kasvanut ja toimintakyvyn heikkenemistä kuvaa se, että asiakkaat kokivat iltakäyntien tarpeen kasvaneen (Paljärvi 2012, 65, 68).

Myös haastatteluaineistosta nousi esiin asiakkaiden heikko toimintakyky. Asiakkaiden erilaiset fyysiset vaivat, heikko tasapaino ja kaatumisen pelko estävät kodin ulkopuolella liikkumisen. Kaatumisen pelko korostui etenkin talviaikaan. Björkmann-Randström, Asplund ja Svedlund (2012) ovat tutkineet Pohjois- Ruotsissa erilaisten ympäristötekijöiden merkitystä iäkkään väestön toimintaan ja kotikuntoutukseen. Myös heidän saamistaan tutkimustuloksista selvisi, että talvi ja liukastumisen pelko haittaavat iäkkäiden liikkumista kodin ulkopuolella (Björkmann-Randström ym. 2012). Virtsaamisen ongelmat koetaan usein niin hankaliksi, että ne estävät kodin ulkopuolella liikkumisen. Myös Valtan (2008) mukaan fyysisistä vaivoista etenkin virtsaamis- ja liikkumisvaikeudet heikentävät päivittäisissä toimissa suoriutumista.

Heikon toimintakyvyn lisäksi kuntoutumisen jatkumiseen tuo haasteensa asiakkaan heikko sitoutuminen. Asiakkaan haluttomuus, erilaisiin henkilökohtaisiin syihin vetoaminen sekä mukavuudenhalu saattavat estää henkilökunnan yritykset asiakkaan aktivoinnissa. Grönlundin (2010, 124) mukaan innostumaton kuntoutuja antaa työntekijälle passiivisen viestin, jolloin työntekijä saattaa aistia oman työnsä menevän hukkaan. Opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan asiakkaan oma motivaatio kuitenkin kasvaa, ja hän innostuu siitä, kun huomaa toimintakykynsä parantuneen. Grönlundin (2010, 138) mukaan kuntoutujan omat onnistumisen kokemukset vahvistavat motivaatiota, mutta se edellyttää henkilöstön panostamista kuntoutujan motivointiin. Henkilökunnan myönteinen suhtautuminen ja positiiviset ominaisuudet ovatkin tärkeitä kuntoutumista edistäviä tekijöitä.

Kuntouttavien toimintatapojen osaaminen ja asiakkaan kuntoutumisen tukeminen riippuvat paljon terveydenhuoltoalan ammattilaisten asenteista ja henkilökohtaisista ominaisuuksista. Myös Elorannan, Arven ja Routasalon (2009) mukaan asiakkaan itsenäisen toiminnan tukeminen edellyttää kannustamista, ohjaamista ja toiminnan arviointia. Toimintakyvyn arviointi on tärkeää etenkin kotiutusvaiheessa, jolloin sitä tulisi arvioida tarkemmin. Tarkempi arviointi kotona pärjäämisen mahdollisuuksista parantaisi kuntoutumisen jatkuvuutta.

Tiedon ja taidon puutteet kuntouttavista toimintatavoista, hoitajakeskeisen käsityksen olemassaolo sekä ongelmat asiakkaan kuulemisessa ja tarpeisiin vastaamisessa uhkaavat kuntoutumisen jatkuvuutta. Asiakkaan kuulemista ja tarpeisiin vastaamista tulisikin kehittää kotihoitossa. Varhainen puuttuminen terveydentilassa tapahtuviin muutoksiin sekä tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen ovat tärkeitä tekijöitä iäkkäiden henkilöiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kannalta (ks. STM 2013, 25).

Kotihoitossa lähihoitajat järjestävät asiakkaille palveluja. Palvelujen järjestäminen vie aikaa perustyöltä. Hietalan, Malmströmin, Kämäräisen, Turtiainen ja Nummijoen (2012, 28) mukaan hoitajat keskittyisivät mieluummin asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen, mutta hoitajien työnkuvan laajuus vie aikaa asiakkaalta. Toisaalta palvelujen järjestämiseen tuo haasteensa myös osaamattomuus. Kotihoidon haasteena on se, että hoitajat joutuvat tekemään

sellaisia töitä, joihin heillä ei ole riittävästi koulutusta (Hietala ym. 2012, 29). Esimerkiksi kuljetuspalvelun hakeminen koettiin monimutkaisena, ja etuus oli jäänyt hakematta. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kannalta olisi kuitenkin tärkeää, että asiakas saisi riittävästi neuvontaa ja ohjausta tarvitsemistaan palveluista (ks. STM 2013, 28)

Vanhuspalveluiden avopuolelle määritetyt osaamistarpeet muodostuvat vanhus-ten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, osallisuuden tukemisen ja kotona asumista tukevan palvelutoiminnan osaamisesta (Taipale-Lehto & Bergman 2013, 26). Tämän opinnäytetyön sekä aikaisempien tutkimustuloksien pohjalta on perusteltua todeta, että henkilöstön osaamisen vahvistaminen on tarpeellista. Henkilöstön riittävän osaamisen varmistaminen ja kehittäminen on terveydenhuollon menestystekijä, josta esimies kantaa vastuun (Honkalampi 2009, 12–14).

Tiedonkulkuun liittyvät ongelmat tuovat haasteita asiakkaan tukemiseen. Yllättävä tulos oli se, ettei kotihoidon asiakkaan hoitokertomus ole avoin kaikille hoitoon osallistuville. Avoimuuden puute saattaa aiheuttaa asiakkaan kokonaisvaltaisen huomioimisen lisäksi suoranaisia turvallisuusriskejä henkilökunnan työskentelylle. Hoitokertomuksen avoimuuden ongelma on ollut tiedossa jo pitkään, mutta sen korjaamiseksi ei ole ryhdytty toimenpiteisiin. Raja-aitojen poistaminen parantaisi asiakkaiden kokonaisvaltaista toimintakyvyn tukemista. Hoitokertomus on tarkoitettu moniammatilliseksi työvälineeksi, jolloin on tärkeää, että kirjaaminen tukee hoitoon osallistuvien keskinäistä tiedonvaihtoa ja kirjattua tietoa voidaan käyttää siellä, missä sitä tarvitaan (Nykänen & Juntila 2012).

Haasteita aiheuttaa myös se, etteivät kotihoidossa lähihoitajina työskentelevät ole muun työryhmän kanssa tasavertaisessa asemassa. Kotihoidon toimintaympäristössä lähihoitajat työskentelevät eniten asiakkaiden luona, jolloin heillä on paljon reaaliaikaista tietoa asiakkaan asioista. Tieto asiakkaan asioista kulkee kuitenkin hierarkkisesti, lähihoitajalta sairaanhoitajalle ja sairaanhoitajalta lääkärille. Myös Eloranta ym. (2009, 141) mainitsevat kotihoidon hierarkkisen toimintatavan aiheuttavan ongelmia tiedonkulkuun. Yhteistyötä ja tiedottamista sairaalan ja kotihoidon välillä on myös pyrittävä parantamaan, koska tiedonkulku sairaalan ja kotihoidon välillä ei aina toimi. Riittävän ajoissa tuleva tieto asiak-

kaan kotiutumisesta helpottaisi kotihoidon toiminnan suunnittelua ja asiakkaan kuntoutumisen jatkumista. Puutteellinen viestintä voi vaikeuttaa tavoitteen toteuttamista (Honkalampi 2009, 14).

Moniammatillisen yhteistyön eri toimijoiden välillä koettiin parantavan asiakkaan toimintakyvyn tukemista. Eri ammattiryhmien yhteistyöllä ja toimintatavoilla tuetaan laadukasta ja asiakaslähtöisten palvelujen kokonaisuutta (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 10§). Moniammatillisuus ja toisen ammattiryhmän osaaminen korostuvat etenkin silloin, kun omat taidot eivät riitä esimerkiksi palveluiden järjestämiseen tai asiakkaan kuntoutumisen tukemiseen (ks. Eloranta ym. 2009). Moniammatillisen yhteistyön sujuminen edellyttää sitä, että kaikilla toimijoilla on tietoa siitä, keitä verkostoon kuuluu. Myös Hietala ym.(2012, 29) mainitsevat, että hoitajat kokevat palvelujen järjestämisen ja organisoinnin raskaana verkoston toimijoiden laajuuden, resurssien niukkuuden ja riittämättömän koulutuksen vuoksi.

Kuntoutussuunnitelmaa pidettiin keskeisenä tekijänä asiakkaan toimintakyvyn tukemisen kannalta. Konkreettiset tavoitteet ja niiden seuraaminen antavat luotettavan kuvan kuntoutuksen etenemisestä (Pikkarainen 2013, 121) ja sen avulla voidaan turvata mahdollisuudet mielekkääseen tekemiseen ja liikuntaan (ks. STM 2013, 33). Kuntoutussuunnitelma antaa toteuttamiseen konkreettiset ohjeet. Kuntoutussuunnitelman konkreettisuus auttaa asiakkaita, omaisia sekä hoitoon osallistuvia kuntoutuksen tavoitteellisuuden ymmärtämisessä. Eloranta ym. (2009, 141) toteavatkin, että yhtenäistä toimintatapaa asiakkaan itsenäisen toiminnan edistämässä uhkaa yhteisten konkreettisten tavoitteiden puuttuminen. Kuntoutussuunnitelmaan sitoutuminen edellyttää terveydenhuoltoalan ammattilaisten yhteisiä pelisääntöjä ja samanlaisia toimintatapoja. Myös Pikkaraisen (2013, 162) mukaan moniammatillisen työryhmien toimintaedellytykset muodostuvat yhteisesti sovituista toimintatavoista, jäsenten sitoutumisesta ja eri alojen asiantuntijuudesta.

Sosiaalisen ympäristön antamalla tuella on suuri merkitys asiakkaan toimintakyvyn. Omaisten osallistuminen arkipäivän toimintoihin ja vapaa-ajan virkistäytymiseen sekä ystäviltä saatu tuki helpottavat kotona selviytymistä. Myös Björkman-Randströmin ym. (2012, 783) mukaan sosiaaliset ympäristötekijät, kuten

omaisten, ystävien ja tuttavien antama tuki, vaikuttavat positiivisella tavalla iäkkäiden henkilöiden toimintaan ja kotikuntoutukseen osallistumiseen. Iäkkään henkilön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen kannalta on tärkeää, että hänen sosiaalisia verkostoja pyritään ylläpitämään (ks. STM 2013, 20).

Erilaiset kotihoidon fyysiset ympäristöt tuovat haasteensa asiakkaan toimintakyvyn tukemiselle. Asuntojen kunto, ahtaus sekä suuri tavaramäärä vaikeuttavat asiakkaan avustamista ja ovat esteenä hoitajan ergonomiselle työskentelylle. Sipiläisenkin (2011,80) mukaan asunnon ominaisuudet lisäävät asiakkaiden avun tarvetta ja vaikeuttavat kotihoidon työtä. Hänen saamistaan tutkimustuloksista selvisi, että hyvin usein tavallisten asuntojen WC-, peseytymis- ja makuutilat sekä liikkumisreitit ovat ahtaita avustamiseen ja apuvälineiden käyttämiseen (Sipiläinen 2011, 80).

Epärealistiset odotukset kotihoidon palveluja kohtaan haittaavat asiakkaan kuntoutumisen tukemista. Tieto kuntouttaviin toimintatapoihin siirtymisestä ei ole saavuttanut kaikkia, ja niin omaisilla kuin asiakkailakin on vääriä ja ristiriitaisia käsityksiä kotihoidon toiminnasta. Kehittämisen kannalta on tärkeää, että tietoa kuntouttavista toimintatavoista levitetäisiin tehokkaammin. Tietoa voisi jakaa esimerkiksi lehtikirjoitusten tai asiakkaille ja omaisille suunnitellun materiaalin avulla. Toimintatapojen muutos vaatisikin laajempaa tiedottamista ja yhteydenpidon parantamista omaisiin, jotta omaiset saataisiin kuntoutumista tukevaan toimintaan mukaan. Toimintatavat kotihoidossa ovat muuttuneet, ja muutoksesta kertoo se, että vielä Muurisen ja Raatikaisen (2005) tutkimustulosten mukaan ei yhteistoiminnallisuus omaisten kanssa ollut tyypillistä ja omaisten informoinnin arvioitiin onnistuneen heikosti.

Riittäväillä asiakaslähtöisillä palveluilla voidaan tukea asiakkaan toimintakykyä. Etenkin päivätoiminnot ovat tärkeitä asiakkaiden aktivoinnissa, ja se on monille asiakkaille viikon kohokohta. Päivätoiminta onkin hyvä keino aktivoida asiakkaita sosiaaliseen kanssakäymiseen, ja siihen voidaan lisätä myös fyysisiä aktiviteetteja. Grönlundkin (2010, 93, 123) mainitsee, että vertaistuella on piristävä ja hyvä vaikutus ja että kuntoutujien innostus syntyy sosiaalisessa vuorovaikutuksessa.

Suuri asiakasmäärä lisää kotihoidossa ajankäytön ongelmia. Sekä asiakkaat että kotihoidon työntekijät kokivat, että hoitajilla on aikaa rajallisesti. Riittämättömät resurssit estävät kotihoidossa kuntouttavalla työotteella työskentelemisen. Myös Elorannan ym. (2009) mukaan työntekijöiden kiire vaikuttaa siten, ettei asiakkaan voimavaroja pystytä hyödyntämään parhaalla mahdollisella tavalla. Riittävien henkilökuntaresurssien turvaaminen olisi tärkeä tekijä asiakkaan kuntoutumisen tukemisen kannalta.

Ajanpuute heikentää asiakkaan kuntoutumisprosessia myös siitä syystä, että kotihoidossa työskentelevät eivät ehdi esimerkiksi kirjata ja perehtyä asiakkaan taustoihin riittävästi. Paljärven (2012, 80) mukaan kirjallisiin tehtäviin menevä aika on lisääntynyt kotihoidossa. Kirjallisten töiden lisääntyminen vie siten aikaa varsinaiselta asiakkaiden luona tehtävältä hoitotyöltä. Elorannan ym. (2009, 141) mukaan päivittäinen dokumentointi sähköiseen tietojärjestelmään turvaa kuitenkin sen, että kaikilla hoitoon osallistuvilla on reaaliaikaista tietoa asiakkaan tilanteesta.

Johtamisella on merkitystä siihen, miten hyvin asiakkaan toimintakykyä pystytään tukemaan. Esimiehen tuen puute, johon liitettiin riittämätön kannustus, ohjeistus ja arvostuksen puute, heikentävät mahdollisuuksia työskennellä asiakkaan toimintakykyä tukevalla tavalla. Asiakkaan kuntoutumisen edistäminen edellyttää yhteisiä toimintatapoja ja yhteisiä pelisääntöjä, jolloin ryhmänjohtajan tehtävänä on ohjata tiimiänsä kohti yhteistä tavoitetta (ks. Taipale-Lehto & Bergman 2013, 28).

Tutkimustulosten mukaan kuntoutumisen jatkumista edistävissä ja estävissä tekijöissä oli havaittavissa samankaltaisuutta eri näkökulmista tarkasteltuna. Kuntoutusvastaavien ja asiakkaiden näkökulmien yhteneväisyys kuvaa hoitohenkilökunnan tärkeää tehtävää toimia asiakkaan puolestapuhujana. Koska hoitaja on vastuussa työstään asiakkaalle ja yhteiskunnalle, on hänen tehtävänä niin pitkälle kuin käytettävien resurssien mukaan mahdollista, toimia tehtävässään edistäen ja puolustaen asiakkaan oikeuksia, osallisuutta ja hyvinvointia (Super 2013, 5-6).



## 7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisiin vaatimuksiin kuuluu, että koko tutkimusprosessi toteutetaan hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (Kuula 2006, 29–39; Hirsjärvi ym. 2012, 23–24; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–228). Koko tutkimusprosessin ajan on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tallennettaessa, analysoidessa sekä esitettäessä tutkimustuloksia.

Aineiston keräämistä varten tarvittiin tutkimuslupa. Tutkimuslupaa haettiin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuslupaohjeiden mukaan. Tutkimuslupahakemuksen liitteeksi tarvittiin eettisen toimikunnan lausunto, koska tutkimusaineistoa kerättiin kotihoidon asiakkailta. Opinnäytetyölle myönnettiin tutkimuslupa 12.11.2013.

Kuulan (2006, 84) mukaan tutkimusaineiston keräämiseen täytyy olla rekisterinpitäjän lupa, kun aineisto kerätään viranomaisen toiminnan yhteydessä. Määrällinen tutkimusaineisto kerättiin terveydenhuoltoalan yksikössä, ja se sisälsi tutkimukseen osallistuvien henkilötietoja. Kuntouttava kotiutuminen-projektin osahankkeen vastaava käsitteli taulukon tiedot siten, ettei niistä selvinnyt tutkittavien henkilötietoja. Opinnäytetyössä ei yhdistetty määrällisen aineiston tietoja haastateltujen asiakkaiden antamiin tietoihin.

Sekä kotihoidon asiakkaiden että kotihoidon kuntoutusvastaavien osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista. Kotihoidon asiakkaille ja kuntoutusvastaaville annettiin saatekirjeet (liitteet 4 ja 5), ja lisäksi heille kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä mahdollisuudesta kieltäytyä haastatteluista ilman, että se aiheuttaa uhkia. Tutkimukseen haastateltavat kotihoidon asiakkaat valittiin siten, että heidän kognitiivinen toimintakykynsä mahdollisti tutkimukseen osallistumisen. Hyvän tutkimusetiikan mukaan osallistuminen perustuu tietoiseen suostumukseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Haastateltavilta kysyttiin lupa nauhoittamiseen (ks. Kuula 2006, 106) ja heidän kanssaan tehtiin kirjallinen suostumus osallistumisesta (liitteet 6 ja 7). Koska asiakkaiden haastattelut toteutettiin asiakkaiden kotona, ei niistä aiheutunut heille ylimääräistä fyysisistä tai taloudellista haittaa (ks. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218).

Teemahaastatteluihin valittiin teemat, joiden avulla tutkimustehtäviin etsittiin vastauksia. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusongelmien vastauksien saamiseen tarvitaan tutkittavien ajatuksia ja kokemuksia, eivätkä tutkijan näkemykset saa ohjata tutkittavien mielipiteitä. (Kuula 2006, 154–155.) Haastattelut toteutettiin siten, ettei niissä käytetty liian ohjaavia kysymyksiä eikä haastattelija ilmaissut avoimesti omia mielipiteitään. Tutkija pyrki koko tutkimusprosessin ajan tiedostamaan asenteensa ja toimimaan parhaalla mahdollisella tavalla estääkseen niiden vaikutuksen tutkimukseen. Objektivistista näkökulmaa paransi se, ettei opinnäytetyön tekijä työskentele tutkimuksen kohteena olevissa yksiköissä.

Tutkimustulosten analysoinnissa ja raportoinnissa kiinnitettiin huomiota siihen, ettei tutkittavien henkilöllisyys paljastu. Haastatteluista saatu tieto raportoitiin siten, ettei osallistujaa pysty tunnistamaan. Myös tilastollinen aineisto käsiteltiin siten, ettei yksittäistä henkilöä pysty tunnistamaan. Muuttujia yhdistelemällä ja uudelleen luokittelemalla voidaan turvata tutkimukseen osallistuneen henkilön anonymiteetti (Kuula 2006, 87, 129, 211). Tilastollinen aineisto, haastattelun äänitallenteet sekä litteroidut haastattelut hävitettiin asianmukaisesti opinnäytetyöprosessin lopussa.

### **7.3 Tutkimuksen luotettavuus**

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida käsitteillä validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin on pystytty mittaamaan juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Heikkilä 2010, 186.) Tutkimuksen määrällisen osuuden luotettavuutta lisäsi se, että asiantuntijat ovat kehittäneet tutkimuksessa käytetyt toimintakyky ja kaatumisvaaran arvioinnin mittarit ja niitä käytetään yleisesti terveydenhuoltoalan organisaatioissa mittaamaan asiakkaiden/potilaiden toimintakykyä ja kaatumisvaaraa. Mittareilla saatiin vastaus opinnäytetyön ensimmäiseen tutkimustehtävään. Tutkimuksen luotettavuutta heikensi tutkimusaineiston pieni koko sekä se, että toimintakyvyn ja kaatumisvaaran arviointien mukaisia testejä oli tehty melko vähän kotihoitoon siirtyneille asiakkaille.

Kylmän ja Juvakan (2007, 128) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi voidaan käyttää uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyy-

den ja siirrettävyyden kriteerejä. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että koko tutkimusprosessi on selostettu tarkasti lopullisessa raportissa (Hirsjärvi ym. 2012, 232) ja arvioitu kuinka totuudenmukaista tutkimuksesta saatu tieto on (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Opinnäytetyöraportissa on kuvattu haastatteluaineiston keruu ja siihen liittyvät olosuhteet, haastatteluihin käytetty aika sekä tutkijan omaa arviointia haastattelutilanteista ja aineiston analyysin etenemisestä.

Aineistoa kerättiin viideltä kotihoidon kuntoutusvastaavalta ja kahdelta asiakkaalta. Laadullisen tutkimuksen tiedonantajat on tärkeä valita harkitusti ja niin, että heillä on mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta (Kylmä & Juvakka 2007, 85). Aineiston kerääminen kuntoutusvastaavilta ja kognitiivisen toimintakykynsä perusteella kykeneviltä kotihoidon asiakkailta toi tutkimustehtävien asetteluun mukaista tärkeää tietoa kuntoutumista estävistä ja edistävästä tekijöistä. Tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa tutkimuksen kohteena olevan ilmiön tarkasteleminen eri näkökulmista (Kylmä & Juvakka 2007, 128).

Viiden kuntoutusvastaavan haastatteluista saatiin riittävästi tutkimustehtävien kannalta merkityksellistä tietoa. Aineisto on riittävä, kun samat asiat alkavat toistua tiedonantajien haastatteluissa (Hirsjärvi ym. 2012, 82). Asiakashaastatteluihin osallistui vain kaksi kotihoidon piiriin siirtynyttä asiakasta. Alun perin oli suunnitelmassa haastatella 4-5 kotihoidon asiakasta, mutta tutkimuksen edetessä sopivien tiedonantajien löytäminen osoittautui haasteelliseksi. Kahdella asiakashaastattelulla tutkimukseen saatiin kuitenkin arvokasta tietoa kotihoitoon siirtyneiden asiakkaiden kokemuksista. Kylmän ja Juvakan (2007, 86) mukaan laadullisen tutkimuksen tuloksilla ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan sen tarkoituksena on kuvata jotain ilmiötä.

Aineiston kerääminen yksilöhaastatteluilla soveltui tutkimuksen laadullisen osuuden aineistonkeruun menetelmäksi, koska se antoi tutkimukseen osallistuville mahdollisuuden tuoda omia mielipiteitään esille. Kuntoutusvastaavien tieto olisi tosin ollut mahdollista toteuttaa myös ryhmähaastatteluna, mutta yksilöhaastattelun etuna tämän opinnäytetyön aineistonkeruussa oli se, että kaikkien osallistujien kokemukset tulivat huomioiduksi ja se helpotti tutkimuksen tekijää haastattelujen nauhoitusten purkamisessa (ks. Hirsjärvi ym. 2012, 211). Haastattelut

osoittautuivat käyttökelpoiseksi aineistonkeruumuodoksi, koska niiden avulla oli mahdollisuus esittää tutkimustehtävien kannalta merkittäviin asioihin tarkentavia kysymyksiä ja käydä aiheista keskustelua tiedonantajien kanssa. Hirsjärven ym. (2012, 205) mukaan haastattelun etuna on, että aineiston keruuta voidaan säädellä joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla.

Teemahaastattelun käyttäminen aineiston keruussa oli perusteltua, koska sen avulla haastattelun aihepiirit eli teemat olivat etukäteen tiedossa. Teemahaastattelun teemat perustuvat tutkittavasta ilmiöstä olevaan aikaisempaan tietoon, ja sillä pyritään löytämään vastauksia tutkimustehtäviin (Tuomi & Sarajärvi 2009,75). Kuntouttava kotiutuminen -pilotointisuunnitelman (Simonen ym. 2013) mukaan rakennetun teemahaastattelurungon käyttäminen aineiston keruussa helpotti muistamaan ja huomioimaan kaikki tutkimustehtävien kannalta merkittävät asiat haastatteluja toteutettaessa. Teemoja ei käsitelty kaikkien haastateltavien kanssa samassa järjestyksessä eikä kysymyksiä esitetty samalla tavalla. Haastatteluissa edettiin tiedonantajien ehdoilla, joustavasti ja keskustellen. Tuomen & Sarajärven (2009, 75) mukaan on makukysymys, tuleeko suunnitellut kysymykset esittää kaikissa haastatteluissa samassa järjestyksessä ja tuleeko sanamuotojen olla samat.

Haastattelujen avulla kerätyn aineiston analysointi aloitettiin heti haastattelujen jälkeen tekemällä muistiinpanoja haastattelutilanteista. Muistiin kirjoitettiin arviointia haastatteluun osallistuneista henkilöistä, haastattelutilanteista, havaintoja haastatteluihin liittyvistä olosuhteista ja niihin käytetystä ajasta. Tutkimusraportissa on kuvattu näitä aineiston keruuseen liittyviä tekijöitä. Hirsjärven ym. (2012, 232) mukaan tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamiseen liittyvistä seikoista.

Induktiivisen sisällönanalyysin pyrkimyksenä on tarkastella tutkimusaineistoa aineistolähtöisesti. Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että tulkinat perustuvat aineistosta saatuun tietoon, eikä niitä saa ohjata tutkimuksen tekijän kokemukset. (Hirsjärvi ym. 2012, 164.) Tutkimustulosten esittämisessä on esitetty joitakin suoria lainauksia tiedonantajien kertomuksista. Suorilla lainauksilla pyritään osoittamaan tutkimusaineistosta saatujen tulosten oikeellisuus, ja niiden avulla halutaan saada tiedonantajien mielipiteet ja ääni kuuluviin. Tutkimuksen luotet-

tavuutta voidaan parantaa kertomalla tarkasti, miten tulkintoihin on päädytty (Hirsjärvi ym. 2012; 229, 233). Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty lisäämään esittämällä laadullisen aineiston analyysin (kuntoutumisen jatkumisen edistäväistä ja estävistä tekijöistä) eteneminen opinnäytetyöraportin liitteessä (Liite 8).

Tutkimuksen uskottavuutta on pyritty vahvistamaan keskustelemalla tutkimustuloksista Kuntouttava kotiutuminen -pilotoinnista vastaavien sekä siihen osallistuneen terveydenhuoltoalan henkilökunnan kanssa. Tulosten esittämistilaisuudessa tutkimuksesta saadut tulokset esiteltiin pilotointiin osallistuneille terveydenhuoltoalan ammattilaisille ja heitä pyydettiin arvioimaan ja kommentoimaan niitä. Tilaisuudessa keskusteltiin tutkimustuloksista ja osallistuneiden antamat kommentit vahvistivat saatuja tuloksia. Uskottavuutta vahvistaa myös se, että opinnäytetyöprosessin läpiviemiseen on mennyt aikaa. Aineiston induktiiviseen analyysiin käytetty pitkä aika auttoi ymmärtämään syvällisemmin tutkimukseen osallistuneiden näkökulmaa. (ks. Kylmä & Juvakka 2007, 128.)

#### **7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet**

Kuntouttava kotiutuminen -pilotoinnin tavoitteena oli löytää uusia toimintatapoja sairaalasta kotihoidon palvelujen piiriin siirtyneen asiakkaan toimintakyvyn säilymiseen, paranemiseen ja kuntoutumisen jatkumiseen. Tutkimustulosten mukaan pilotoinnin mukaiset toimintatavat, eli yhteistyö eri toimijoiden kesken, kirjaamisen selkiyttäminen ja kuntoutussuunnitelman laatiminen, edistävät hyvin toteutuessaan asiakkaan kuntoutumisprosessia. Kehittämisprojektien hyväksi havaittuja toimintatapoja tulisi vahvistaa ja jatkaa kannustamalla työntekijöitä niiden mukaiseen toimintaan.

lakkään väestön kotona asumisen ja toimintakyvyn tukemisen edellytyksenä on myös se, että resursseihin ja henkilöstön osaamiseen kiinnitetään enemmän huomiota. Kotihoidossa tulisi olla asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämisen ja parantamisen turvaamiseksi riittävästi resursseja eli henkilökuntaa ja asiakaslähteisiä palveluja. Kuntoutumisen tukemista voidaan vahvistaa huolehtimalla siitä, että henkilökunnalla on aikaa toteuttaa työtä kuntouttavalla työtavalla, myös muuttuvissa tilanteissa.

Henkilökunnan osaamista tulisi vahvistaa riittäväällä perehdyttämällä, järjestämällä kuntoutumisen tukemiseen suuntaavaa koulutusta ja mahdollistamalla niihin osallistuminen. Henkilökunnalla tulee olla esimerkiksi riittävästi tietoa ja taitoa vastata asiakkaiden erilaisiin tarpeisiin, havaita toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset sekä reagoida niihin. Moniammatillisen toimijaverkoston osaamista hyödyntämällä ja yhteistyötä lisäämällä voidaan edistää asiakkaan toimintakyvyn tukemista kokonaisvaltaisemmin. Yhteistyön sujumisen kannalta on tärkeää, että henkilökunnalla on riittävästi tietoa siitä, keitä verkostoon kuuluu.

Omaiset tulisi ottaa aktiivisemmin mukaan asiakkaan kuntoutusprosessiin. Omaisia voisi kannustaa osallistumiseen parantamalla tiedonkulkua kotihoidon ja omaisten välillä sekä lisäämällä yleistä tiedottamista kotihoidon toimintatavoista. Myös muihin tiedonkulkuun liittyviin tekijöihin kannattaa kiinnittää huomiota. Kirjaamisen selkeillä ohjeilla ja antamalla kaikille hoitoon osallistuville mahdollisuus saada tietoa asiakkaan taustoista voidaan edistää toimintakyvyn tukemista kokonaisvaltaisesti.

Kotihoidon asiakkaat ovat entistä heikkokuntoisempia, joten kuntoutumista tukevat toimintatavat vievät enemmän aikaa. Henkilökuntaresurssien tarvetta on arvioitava säännöllisesti, koska asiakkaat tarvitsevat enemmän tukea kuntoutumisen jatkumisen turvaamiseksi ja kotona selviytyäkseen. Johtamiselle haasteita tuo ikääntyneiden määrän kasvaminen. Vastaan tulevat taloudelliset reunaehdot, jotka luovat toteuttamiselle raamit. Haasteena onkin se, miten saada henkilökunnan osaamista ja sitoutumista parannettua niin, että tavoitteet saavutetaan. Ammattitaitoinen ja sitoutunut henkilöstö, mukaan lukien esimies, on olennainen voimavara kuntoutumista tukevassa hoitotyössä. Etenkin muutosvaiheessa esimieheltä saadun tuen merkitys korostuu, koska tavoitteiden saavuttamiseksi tulisi olla selkeät ohjeet ja toteutumista on arvioitava säännöllisesti.

Opinnäytetyöprosessin aikana on noussut esiin muutamia ehdotuksia jatkotutkimusaiheiksi. Jatkotutkimuksissa voisi seurata esimerkiksi kotihoidon asiakkaiden kuntoutussuunnitelmien toteutumista heidän kotonaan. Tarpeellista ja mielenkiintoista olisi myös selvittää kotihoidon asiakkaiden ja omaisten käsityksiä kotihoidon toimintatavoista. Toiminnallisena opinnäytetyönä voisi toteuttaa omaisille ja asiakkaille jaettavan kotihoidon esitteen.

## **Kuvat**

Kuva 1. Kuntoutusprosessi, s. 17

Kuva 2. Esimerkki analyysin etenemisestä, s. 23

Kuva 3. Alaraajojen fyysistä suorituskykyä mittaavan SPPB -testin pistejakauma, s. 25

Kuva 4. MMSE-testin tulosten pistejakauma ja sen perusteella arvioitu kognitiivinen toimintakyky, s. 26

Kuva 5. RAVA -mittarilla arvioitu avuntarve RAVA -luokittain, s. 27

Kuva 6. Lyhyt kaatumisvaara -testin mukaan arvioitu kaatumisvaara ja pistejakauma, s. 28

## **Taulukot**

Taulukko 1. Sairaalasta kotiutuneiden asiakkaiden ikäjakauma, s. 24

Taulukko 2. Arvioitu avuntarve RAVA -luokittain, s.26

Taulukko 3. Kuntoutumista estäviä tekijöitä asiakkaan ja terveydenhuoltoalan ammattilaisen näkökulmasta, s. 38

Taulukko 4. Kuntoutumista edistäviä tekijöitä asiakkaan ja terveydenhuoltoalan ammattilaisen näkökulmasta, s. 46

Taulukko 5. Kehittämisehdotuksia asiakkaan kuntoutumisen jatkumiseksi, s. 48

## Lähteet

Björkman-Randström K., Asplund K. & Svedlund M. 2012. Impact of environmental factors in home rehabilitation – a qualitative study from the perspective of older persons using the International Classification of Functioning, Disability and Health to describe facilitators and barriers. *Disability & Rehabilitation*, 34(9), 779–787.

Eloranta S., Arve S. & Routasalo P. 2009. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö – avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen. *Gerontologia* 1/2009, 136–145.

Eloranta S., Arve S., Viitanen M., Isoaho H. & Routasalo P. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa. *Hoitotiede* 24(1), 14–26.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskuslaitos 2010. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden strategia vuosille 2010–2013 Terveyttä ja hyvinvointia yhdessä. <http://www.ekshp.fi/Kiinteasivu.asp?KohdeID=0&Hakusanat=strategia&KiinteasivuID=30&NakymalD=8&PaluuNakymalD=1>. Luettu 15.6.2013.

Finnish Consulting Group. <http://www.ravamittari.fi/>. Luettu 17.3.2014.

Grönlund R. 2010. Pitkään kotona – kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. Helsinki, Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia111. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/17480/Tutkimuksia111.pdf?sequence=1>. Luettu 17.3.2014.

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa - Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystaloustiede. Terveystieteen laitos. Väitöskirja. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66403/978-951-44-7522-1.pdf?sequence=1>. Luettu 31.7.2013.

Heikkilä T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 7.-8.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hietala M., Malmström t., Kämäräinen V., Turtiainen A-M. & Nummijoki J. 2012. Kotihoidon palveluverkoston hallinnan haasteet –ratkaisuna integrointi ja koordinointi. *Premissi* (7)5, 24–31.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2012. Tutki ja kirjoita. 15.–17. painos, Hämeenlinna: Kirjayhtymä Oy.

Honkalampi T. 2009. Johtaminen avainasemassa muutoksessa. Tehyn näkemyksiä sosiaali- ja terveysalan johtamisesta. Tehyn julkaisusarja 2/09. <http://www.tehy.fi/@Bin/45463/Johtaminen+avainasemassa.pdf>. Luettu 20.3.2014.s



Hänninen K. 2007. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20/2007. Helsinki: Valopaino Oy. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75697/R20-2007-VERKKO.pdf?sequence=1>. Luettu 31.3.2014.

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

Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Kivelä, S. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. [http://www.med.utu.fi/yleislaak/kivela/STM\\_selvitys\\_2006\\_30.pdf](http://www.med.utu.fi/yleislaak/kivela/STM_selvitys_2006_30.pdf). Luettu 15.7.2013.

Koskinen, S., Pitkälä K. & Saarenheimo M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen A. (toim.) Kuntoutus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 547–563

Koukkari M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen -Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteen tiedekunta. Väitöskirja. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/67116/koukkari%20doria.pdf?sequence=1>. Luettu 31.7.2013.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Vastapaino

Kylmä J. & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Käypä hoito suositukset 2010. Muistisairaudet. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044#T17>. Luettu 15.7.2013.

Laatikainen T. 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 66/2009. Kelan tutkimusosasto. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/8156/Selosteita66.pdf>. Luettu 15.7.2013.

Laine V., Sinko P. & Vihriälä V. 2009. Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009. <http://vnk.fi/julkaisukansio/2009/j01-ikaantymisraportti-j04-ageing-report/pdf/fi.pdf>. Luettu 15.6.2013.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.

Muistiliitto 2010. Kuntoutusopas muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen.

Muurinen S. & Raatikainen R. 2005. Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoidossa. *Gerontologia*, 1/2005. 13–22.

Nykänen P. & Junntila K. (toim.) 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Raportti 40/2012.

THL.[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL\\_RAP2012\\_040\\_verkko.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1). Luettu 19.3.2014.

Nykänen P., Viitanen J. & Kuusisto A. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Yhteenvetoraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. [http://www.tsr.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=13109&name=DLFE-2064.pdf](http://www.tsr.fi/c/document_library/get_file?folderId=13109&name=DLFE-2064.pdf). Luettu 22.8.2013.

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Ikinä-opas.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/923b49af-ca1a-4c44-a14c-505319cac74e.pdf?sequence=1>. Luettu 15.7.2013.

Paljärvi S. 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0702-8/urn\\_isbn\\_978-952-61-0702-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0702-8/urn_isbn_978-952-61-0702-8.pdf). Luettu 30.3.2014.

Pikkarainen A. 2013. Osa II. IKKU-hankkeen toimintatutkimus: Gerontologisen kuntoutuksen alkutilanteen ja kehittämisprosessin kuvaus. Teoksessa Pikkarainen A., Vaara M. & Salmelainen U. (toim.) Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen Ikäntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Kelan tutkimusosasto. Helsinki: Juvenes Print. 39–195.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42029/IKKU.pdf?sequence=20>. Luettu 2.4.2014.

Salmelainen U. 2009. Ikäihmisten kuntoutuksesta välittyvä tieto. *Kuntoutus* 1/2009, 33–35.

Simonen T., Viitikko T., Hupli M., Heiskanen K. & Lehtonen M. 2013. Kuntouttava kotiutuminen. Pilotointisuunnitelma 1.3.2013–31.8.2013. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus.

Sipiläinen P. 2011. Kuntouttavan hoivatyön vaatimukset ikäihmisten asunnoille. Aalto-yliopisto. Insinööritieteiden korkeakoulu. Arkkitehtuurin laitos.

Aalto-yliopiston julkaisusarja 4/ 2011. Väitöskirja.

<http://lib.tkk.fi/Diss/2011/isbn9789526042268/isbn9789526042268.pdf>. Luettu 13.2.2014.

STM 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Tiedote 7.6.2006.

<http://www.sosiaaliportti.fi/File/308e7352-a0a2-44df-bd07-ef82c2fe4dc5/ik%C3%A4ihmisten+toimintakyvyn+arviointi+stm.pdf>. Luettu 22.6.2013.

STM 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf). Luettu 22.6.2013.

STM 2012b. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut). Luettu 18.4.2014.

STM 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf). Luettu 22.6.2013.

Super 2013. Lähihoitajan eettiset ohjeet. [http://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/9938\\_super\\_lahihoitajan\\_eettiset\\_ohjeet2013.pdf](http://www.superliitto.fi/site/assets/files/4599/9938_super_lahihoitajan_eettiset_ohjeet2013.pdf). Luettu 7.5.2014.

Taipale-Lehto U. & T. Bergman T. 2013. Vanhuspalveluiden osaamistarveraportti raportit ja selvitykset 2013:14. Opetushallitus [http://www.oph.fi/download/154602\\_Vanhuspalveluiden\\_osaamistarveraportti.pdf](http://www.oph.fi/download/154602_Vanhuspalveluiden_osaamistarveraportti.pdf). Luettu 4.4.2014.

Tepponen M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Väitöskirja. <http://wanda.uef.fi/ukuvaitokset/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1230-4.pdf>. Luettu 30.7.2013.

THL. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Lyhyt kaatumisvaaran arviointi. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9a4f3d43-9113-4039-9d74-2b937579923c>. Luettu 18.3.2014.

THL 2010. Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö. Short Physical Performance Battery (SPPB). <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/90ad548c-664b-4401-a67e-1fb6d357222b>. Luettu 17.3.2014.

THL 2011–2012. Toimia. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittari/tulokset/?&p=6>. Luettu 1.7.2013.

THL 2013a. Piste tapaturmille. Iäkkäiden kaatumistapaturmien ehkäisy. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy](http://www.thl.fi/fi_FI/web/pistetapaturmille-fi/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy). Luettu 1.7.2013.

THL 2013b. RAI. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai\\_vertailukehittaminen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai_vertailukehittaminen). Luettu 1.7.2013.

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu>. Luettu 15.6.2013.

Toimintakyvyn arviointi 2013. Vammaispalvelujen käsikirja. Sosiaaliportti. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen>

kasikirja/tyovalineitat/arviointimenetelmia/toimintakyvyn-arviointi/. Luettu 21.7.2013.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi

Vaapio S. 2009. Elämänlaatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, kliininen laitos, yleislääketiede. Väitöskirja. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/44658/AnnalesC280Vaapio.pdf>. Luettu 23.8.2013.

Valta A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66409/978-951-44-7521-4.pdf?sequence=1>. Luettu 31.7.2013.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimus	Tavoite/tarkoitus Tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Valta A. 2008</p> <p>lääkkäiden päivittäinen suoriutumisen kotona.</p> <p>Tampereen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on luoda malli, jossa yhdistyy hoitohenkilökunnan ja iäkkäiden näkökulmat. Tavoitteena on, että mallia voidaan hyödyntää iäkkäiden hoitotyössä (suunnittelu, toteutus, arviointi) sekä hoitotyön opetuksessa ja hoitotieteellisessä tutkimuksessa.</p> <p>Menetelmällinen triangulaatio. Puolistrukturoitu aineisto: kotisairaanhoidajien arviointi iäkkäiden päivittäisestä suoriutumisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä (N=204) ja haastatteluaineisto iäkkäiden kotona suoriutumisen kokemuksista (N=20)</p>	<p>Niillä vanhuksilla, joilla oli hyvä kognitiivinen toimintakyky, suoriutuminen oli parempaa. Hyvä psyykkinen tasapaino auttoi suoriutumista päivittäisistä toiminnoista. Sosiaaliset kontaktit edistivät suoriutumista. Virtsaamisvaikeudet, liikkumisen hankaluus ja ikääntyminen sekä siihen liittyvät sairaudet heikensivät suoriutumista. Myös turvattomuus ja pelko esim. kaatumisesta sekä mielialan ongelmat vaikuttivat heikentävästi suoriutumiseen</p>
<p>Hammar T. 2008</p> <p>Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avuntarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO – mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus.</p> <p>Tampereen Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena ja tavoitteena oli kuvata ja tutkia kotihoidon asiakkaiden avuntarvetta ja arvioida PALKO- mallin vaikuttavuutta ja kustannus – vaikuttavuutta.</p> <p>Poikkileikkaustutkimus: strukturoitu kyselylomake (N=1032, n=721), omahoitajan haastattelut, potilasasiakirjat, hallinnolliset rekisterit. Mukana 22 kuntaa, jotka jaettiin satunnaisesti koe- ja vertailuryhmiin poikkileikkaustutkimuksen jälkeen.</p> <p>Seurantatutkimus: haastattelut lähtötilanteessa (n=668), 3 viikon (n=580) ja 6 kk:n kuluttua kotiutumisesta. Määrällinen analyysi.</p>	<p>Sairaalasta kotihoitoon siirtyvät olivat yksinasuvia iäkkäitä naisia, joilla oli paljon sairauksia ja heikko toimintakyky. He suoriutuivat perustoiminnoista, mutta vaativammat työt, kuten kotitöiden hoitaminen tuotti hankaluuksia.</p> <p>Asiakkaat käyttivät eniten kotihoidon palveluja, joista muodostui eniten kustannuksia.</p> <p>Avuntarpeen arvioinnissa asiakkaiden ja omahoitajien arviot erosivat toisistaan, omahoitajat arvioivat avuntarpeen suuremmaksi.</p> <p>Paremmalla palvelujen yhteensovittamisella voidaan saavuttaa etuja niin asiakkaalle kuin yhteiskunnallekin.</p>

Tutkimus	Tavoite/tarkoitus Tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Koukkari M. 2010.</p> <p>Tavoitteena kuntoutuminen – Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta.</p> <p>Lapin Yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena on kuvata kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta sekä niihin liittyvistä tekijöistä.</p> <p>Laadullinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin teema-haastattelemalla 22 kuntoutujaa.</p> <p>Fenomenografinen tutkimusote.</p> <p>Haastateltavat olivat CP-vammaisia nuoria ja aikuisia sekä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita työikäisiä ja ikääntyneitä. Haastateltavat olivat 17–82-vuotiaita.</p>	<p>Kokonaisvaltainen kuntoutus koettiin toimintakyvyn edistymisen, selviytymiskeinojen käyttämisen sekä työn ja opiskelun tavoittelun ulottuvuuksina. Toimintakyvyn edistymisen koettiin kuuluvan mm. fysioterapia, kunnan kohottaminen, taitojen uudelleen opettelu, läheisten tuki, neuvonnan saaminen arjen askareissa, vertaistuki ja normaalielämään osallistuminen.</p> <p>Selviytymiskeinojen käyttämisenä kuntoutuminen ja kuntoutus koettiin hallinnan tunteen vahvistumisena, joka käsittää mm. omien voimavarojen tunnistaminen, vastuun ottamisen itsestään sekä luottamuksen tulevaisuuteen. Kuntoutus ja kuntoutuminen käsittävät tuen saamista toimimista rajoitteista huolimatta sekä rajoitteiden hyväksymistä.</p>
<p>Tepponen M. 2009.</p> <p>Kotihoidon integrointi ja laatu.</p> <p>Kuopion Yliopisto. Terveystalouden ja -talouden laitos. Väitöskirja</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa, arvioida, selittää ja tulkita kotihoidon integroinnin laajuutta ja toteuttamistapoja Suomessa, sekä integroinnin vaikutuksia kotihoidon sisältöön ja laatuun monesta eri näkökulmasta.</p> <p>Tavoitteena on rakentaa hyvän kotihoidon malli.</p> <p>Aineiston keruu: dokumenttiaineistot, aikaisemmat tutkimukset, kotihoidon johtajien haastattelut (56), kuntien internet sivut, kotihoidon asiakkaiden (n=130), omaisten (n=126) ja työntekijöiden (n=127) haastattelut. Määrällinen ja laadullinen analyysi.</p>	<p>Integroidussa kotihoidossa oli enemmän eheyttäviä prosesseja, kuten moniammatillista tiimityötä, yhteisiä asiakastietojärjestelmiä, tavoitteita ja visioita. Tutkimus tuotti hyvän kotihoidon mallin, jota voidaan hyödyntää käytännössä. Mallin mukaan vanhusta tulisi kohdella kokonaisuutena, ottamalla yksilöllisesti huomioon hänen voimavarojensa. Hyvän kotihoidon mallin mukaan moniammatillisuus, kuntouttavan työotteiden käyttäminen ja palvelujen räätälöiminen yksilöllisesti vahvistavat kotihoidon sisältöä ja laatua.</p>

Tutkimus	Tavoite/tarkoitus Tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Vaapio S. 2009.</p> <p>Elämänlatu ja iäkkäiden kaatumisten ehkäisy.</p> <p>Turun Yliopisto. Lääketieteellinen laitos</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata elämänlaatu kaatumisten seurausten vaikutavuuden mittarina, sekä kuvata iäkkäiden sosiaalisen elämänlaadun ulottuvuutta ja arvioida kaatumisten ehkäisyn vaikutukset iäkkäiden elämänlaatuun.</p> <p>Aineisto kerättiin 12 aikaisemmasta kaatumisten ehkäisy tutkimuksesta, teemahaastatteluilla (19), elämänlaatumittareilla (513) ja kyselylomakkeella (515).</p> <p>Aineisto analysoitiin määrällisillä ja laadullisilla menetelmillä.</p>	<p>Kirjallisuuskatsauksesta saatujen tulosten mukaan kaatumisten ehkäisy tuotti positiivisia vaikutuksia muutamassa tutkimuksessa, joissa mm. fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky paranivat.</p> <p>Tutkimusten tulosten mukaan tavantomaisista toiminnoista suoriutuminen parani, sosiaalisuus lisääntyi ja erilaiset vaivat ja oireet vähenivät</p>
<p>Hietala M., Malmström T., Kämäräinen V., Turtiainen A-M &amp; Nummijoki J. 2012.</p> <p>Kotihoidon palveluverkoston hallinnan haasteet – ratkaisuna integrointi ja koordinointi</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus on selvittää kotihoidon palveluverkoston hallinnan haasteita.</p> <p>Tapaustutkimus. Kotihoidon haasteiden kartoitus aloitettiin haastattelemalla Helsingin kotihoidon päälliköitä (n=5) ja kotihoidon ohjaajia (n=5), jonka jälkeen palveluverkoston haasteista tehtiin lomakekysely viidelle kotihoidon tiimille. Kotihoidon tiimien lomakekysely noudatti teemoiltaan teemahaastattelua, tiimit täyttivät lomakkeen yhdessä</p>	<p>Kotihoidon palveluverkosto muodostuu rakenteista ja prosesseista, rakenteet ovat syntyneet kunnan päätösten myötä ja mahdollistavat tietyt palveluprosessit. Kotihoidon työntekijät koordinoivat laajaa, monista eri toimijoista koostuvaa verkostoa tavoitteena asiakkaan tarpeiden tyydyttäminen. Eri toimijat ovat hyvin vähän yhteydessä toisiinsa, mutta esim. asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmia tehdessä tarvitaan moniammatillista osaamista.</p> <p>Kotihoidon haasteiksi nousi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-välimatkat vievät aikaa asiakkaan luona tehtävästä työstä</li> <li>-toiminnan koordinointi on hoitajien vastuulla, vaikka he haluaisivat keskittyä asiakkaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja hoitoon</li> <li>-hoitajat joutuvat tekemään töitä, joihin heillä ei ole koulutusta</li> <li>-kokonaisuuden organisointi on hankalaa toimijoiden suuresta määrästä, resurssien niukkuudesta ja koulutuksen epäsovpuudesta johtuen</li> <li>-työntekijöiden kiire ja työn mielekkäänä tunteminen on vähentynyt</li> </ul>

Tutkimus	Tavoite/tarkoitus Tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset
<p>Eloranta S., Arve S. &amp; Routasalo P. 2009.</p> <p>Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö avain iäkkään asiakkaan kotona asumisen tukemiseen</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden ja heitä hoitavien työntekijöiden kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä toteutetusta kotihoitosta. Tavoitteena on saada tietoa yhteistyön onnistumista edistävistä ja uhkaavista tekijöistä.</p> <p>Aineisto kerättiin haastattelulla kotihoidon asiakkaita (N=21) sekä kotihoidon työntekijöitä (N= 25). Asiakkaiden haastattelut toteutettiin yksilöhaastattelulla ja työntekijöiden ryhmähaastattelulla.</p> <p>Induktiivinen sisällönanalyysi.</p>	<p>Asiakkaiden ja työntekijöiden mukaan yhteistyön onnistumista edistävät ja uhkaavat tekijät liittyivät yhteiseen hoitovastuuseen, tiedonkulkuun ja yhtenäiseen toimintatapaan asiakkaan itsenäisen toiminnan edistämiseksi.</p> <p>Yhteinen hoitovastuu ilmeni vastuun jakamisena eri ammattiryhmien kesken ja eri ammattiryhmien osaamisen hyödyntämisenä. Yhteisen hoitovastuun toteutumista uhkaa työntekijöiden vastakkain asettuvat näkemyserot.</p> <p>Tiedonkulku kotihoidossa tapahtui asiakkaiden kotona säilytettävien viestivihkojen avulla, puhelimitse tai viikoittaisissa yhteisissä palaverissa. Tiedonkulkua uhkasi työntekijöiden mukaan hierarkkisuus ja yhteisen tietojärjestelmän puuttuminen, kotihoidossa tieto kulkee ammattilaisten kesken usein vain suusanallisesti.</p> <p>Yhtenäinen toimintatapa asiakkaan itsenäisen toiminnan edistämiseksi ilmeni asiakkaan itsenäisen suoriutumisen arvioimisena ja itsenäiseen toimintaa tukemisenä. Asiakkaan itsenäisen toiminnan tukeminen ilmeni asiakkaan motivaationa, kannustamisena, ohjaamisena, rohkaisemisena ja kehumisena. Yhtenäistä toimintatapaa uhkasi psykososiaalisen tuen puuttuminen, kiire, työntekijöiden asenteet ja konkreettisten yhteisten tavoitteiden puuttuminen.</p>
<p>Muurinen S. &amp; Raatikainen R. 2005.</p> <p>Asiakkaiden avutarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoidossa.</p>	<p>Tutkimuksen tehtävänä on tutkia sekä kotihoidon asiakkaiden kokemina että työntekijöiden arvioimina asiakkaiden fyysisistä, psyykkistä, sosiaalista ja hengellistä avuntarvetta, niiden vastaavuutta sekä kotihoidon perustetta ja sisältöä.</p> <p>Aineisto kerättiin haastattelulla eteläsuomalaisen kunnan kotihoidon asiakkaita ja lähettämällä henkilökunnalle kyselylomakkeet.</p>	<p>Haastatelluista kotihoidon asiakkaista kaksi kolmasosaa oli naisia, keski-ikä oli 76 vuotta, Valtaosa asui yksin. Viidesosa piti asuntoaan puutteellisenä kotona selviytymisen kannalta. Taloudellisia vaikeuksia oli viidesosalla. Vastaajilla oli paljon sairauksia ja monet asiakkaat kertoivat, että sairaus tms. oli aiheuttanut lähiaikoina muutoksia heidän elämäänsä. Asiakkaista yli puolet piti varmana, että saisivat tarvittaessa apua omaisilta, neljäsosa piti epävarmana. Neljäsosa asiakkaista ei halunnut vaivata omaisia avunpyynnöillä.</p> <p>Kotihoidolta saatu fyysinen apu vastasi hyvin avun tarvetta, sen sijaan asiakkaiden näkökulman mukaan psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen apu ei vastannut sen tarvetta. Auttaminen oli lähinnä fyysiseen toimintaan painottuvaa. Auttamistoiminnalle ei ollut tyypillistä yhteistoiminnallisuus asiakkaan ja omaisen kanssa, informaation antaminen eikä kuntoutus asiakkaan voimavarojen vahvistamiseksi.</p>



## Teemahaastattelun runko kuntoutusvastaavien haastatteluun

### 1 Vastaajan taustatiedot: koulutus ja työuran pituus

- ammatillinen peruskoulutus
- työuran pituus
- kuinka kauan toiminut kuntoutusvastaavana

### 2 Kuntoutumista edistävä toiminta

- mitä kuntoutumista edistävä toiminta tarkoittaa
- mitä kuntoutumista edistävään toimintaan sisältyy
- miten kuntoutumista edistävä toiminta toteutuu ja näyttäytyy käytännössä
- kuntoutumissuunnitelman merkitys kuntoutumista edistävässä toiminnassa
- mitkä tekijät aiheuttavat haasteita kuntoutumista edistävälle toiminnalle

### 3 Asiakslähtöisyys

- mitä asiakslähtöisyys tarkoittaa
- otetaanko asiakas/ omainen mukaan hoidon suunnitteluun
- miten asiakslähtöisyys huomioidaan kuntoutumisprosessissa
- asiakslähtöisyyden toteutuminen kuntoutumisprosessissa
- asiakslähtöisyyden toteutumisen haasteita

### 4 Palvelujen järjestäminen

- minkälaisia palveluja asiakkaat tarvitsevat ja käyttävät
- palvelujen saatavuus ja riittävyys
- palvelujen järjestäminen käytännössä
- miten erilaisia toimintakykymittareita hyödynnetään asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa
- palvelujen järjestämiseen liittyviä haasteita

### 5 Moniammatillisuus

- keitä kuuluu moniammatilliseen tiimiin
- miten moniammatillisuus tukee asiakkaan kuntoutumista
- moniammatilliseen työskentelyyn liittyviä haasteita asiakkaan kuntoutumisprosessissa

## 6 Asenteet: terveydenhuoltoalan ammattilaisten, asiakkaiden, omaisten

- terveydenhuoltoalan ammattilaisten suhtautuminen kuntoutumista edistävään toimintaan
- miten eri työntekijöiden asenteet näkyvät kuntoutumisen tukemisessa, (esim. tasalaatuisuus ja yhteiset pelisäännöt asiakkaan kuntoutumisen tukemisessa)
- kuntoutumista estäviä terveydenhuoltoalan ammattilaisten asenteita
- asiakkaiden asenne ja motivaatio kuntoutumiseen
- minkälaiset asiakkaan asenteet ovat haasteena kuntoutumiselle
- miten omaiset suhtautuvat asiakkaan kuntoutumisen tukemiseen
- omaisten asenteet, jotka estävät kuntoutumista edistävien toimenpiteiden toteutumista

## 7 Kirjaaminen ja tiedonkulku

- kirjaamisen yhtenäisyys, saavutettavuus, helppous
- tietojen riittävyys asiakkaan hoitokertomuksessa
- kirjaamisen lisäksi: millä muilla tavoin asiakkaan hoitoprosessiin liittyvä tiedonkulku toteutuu
- tiedonkulkuun ja kirjaamiseen liittyviä haasteita

## 8 Asiakkaan elinympäristö: fyysinen ja sosiaalinen

- elinympäristön soveltuvuus kuntoutumiselle: esteettömyys, apuvälineet
- omaisten osallistuminen
- kodin ulkopuoliset sosiaaliset suhteet
- asiakkaiden mahdollisuudet liikkua kodin ulkopuolella
- mitkä tekijät asiakkaan elinympäristössä aiheuttavat haasteita kuntoutumiselle

## 9 Kuntoutumiseen liittyviä kehittämissuhteita

- millä keinoilla asiakkaan kuntoutumista voitaisiin tukea paremmin

## Teemahaastattelun runko asiakkaille

### 1 Kuntoutumista edistävä toiminta

- mitä tarkoittaa kuntoutumista edistävä toiminta
- miten kuntoutumista edistävä toiminta toteutuu ja näyttäytyy käytännössä
- kuntoutumissuunnitelman merkitys kuntoutumisen tukemisessa
- mitkä tekijät aiheuttavat haasteita kuntoutumista edistävälle toiminnalle

### 2 Asiakslähtöisyys

- mitä asiakslähtöisyys tarkoittaa
- onko asiakslähtöisyys toteutunut kuntoutumista edistävässä toiminnassa
- onko otettu mukaan kuntoutumisen suunnitteluun
- mikä ei ole toteutunut asiakslähtöisesti, mitä asioita ei ole huomioitu

### 3 Palvelujen järjestyminen

- mitä palveluja asiakas käyttää
- palvelujen tarpeellisuus
- palvelujen riittävyys
- palvelujen järjestymisen käytännön järjestelyt, esim. kuljetusten järjestyminen
- mitkä tekijät aiheuttavat haasteita palvelujen järjestymiselle

### 4 Asenteet kuntoutumiseen: terveydenhuoltoalan henkilöstö, asiakas, omainen

- miten asiakas suhtautuu, kokeeko hän tarpeelliseksi kuntoutumiseen liittyvät toimenpiteet
- mitkä tekijät vaikuttavat motivaatioon
- miten terveydenhuoltoalan henkilöstö kannustaa/ motivoi kuntoutumisessa
- näkyvätkö kuntoutumista tukevat toimenpiteet eri tavalla eri työntekijöiden toiminnassa
- miten omainen suhtautuu kuntoutumista edistäviin toimenpiteisiin
- onko omaisen suhtautumisella merkitystä kuntoutumiseen

### 5 Tiedon kulku

- tiedon saanti kotiutumisesta, jatkohoidosta ja kuntoutumista edistävästä toimintatavoista
- miten on saanut tietoa eri palveluista, etuuksista
- kuka tietoa on antanut
- tiedon riittävyys ja ymmärrettävyys

## 6 Elinympäristö: fyysinen ja sosiaalinen

- elinympäristön soveltuvuus kuntoutumiselle: esteettömyys, apuvälineet
- omaisten osallistuminen
- kodin ulkopuoliset sosiaaliset suhteet
- mahdollisuudet liikkua kodin ulkopuolella

## 7 Kuntoutumiseen liittyviä kehittämissuhteita

- millä keinoilla kuntoutumista voitaisiin parhaiten tukea

Saimaan ammattikorkeakoulu

Saatekirje  
Syksy 2013

Hyvä kotihoidon asiakas

Olen sairaanhoitaja ja opiskelen Saimaan ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa, mitkä tekijät edistävät tai estävät kotihoidon asiakkaan kuntoutumisen jatkumisen sairaalasta kotihoitoon siirtymässä. Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää sairaalasta kotihoitoon siirtyvän asiakkaan kuntoutusprosessin kehittämisessä.

Kerään opinnäytetyöni aineistoa haastatteleamalla Armilan sairaalan osasto 1:llä 1.3.–31.8.2013 välisenä aikana olleilta, ja sieltä keskusta-pohjoinen kotihoidon palvelujen piiriin siirtyneiltä henkilöiltä. Pyydän Teitä osallistumaan haastatteluun. Haastattelut voidaan toteuttaa esimerkiksi teidän kotona tai tarvittaessa Armilan sairaalan tiloissa. Haastatteluun varataan aikaa noin 1-1,5 tuntia. Haastatteluun osallistumiseen on tärkeää, koska sen avulla voidaan saada arvokasta tietoa kuntoutumisen jatkumiseen liittyvistä asioista Teidän näkökulmastanne. Haastattelut ovat luottamuksellisia, eikä henkilöllisyytenne paljastu ulkopuolisille missään tutkimuksen vaiheessa. Haastatteluilla kerättyä tietoa käytetään vain tähän opinnäytetyön, joka julkaistaan työn valmistuttua ammattikorkeakoulun julkaisuarkistossa.

Haastatteluun osallistumiseen on vapaaehtoista. Voitte keskeyttää osallistumiseen missä vaiheessa tahansa, eikä kieltäytyminen vaikuta millään tavalla Teidän hoitoon tai kuntoutukseen.

Hanna Järveläinen sairaanhoitaja, sairaanhoitaja YAMK-opiskelija  
puh. työ xxxx, koti xxxx

Saimaan ammattikorkeakoulu

Saatekirje  
Syksy 2013

Hyvä kotihoidon kuntoutusvastaava

Olen sairaanhoitaja ja opiskelen Saimaan ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa, mitkä tekijät edistävät tai estävät kotihoidon asiakkaan kuntoutumisen jatkumisen sairaalasta kotihoitoon siirtäessä. Opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voidaan hyödyntää sairaalasta kotihoitoon siirtyvän asiakkaan kuntoutusprosessin kehittämisessä.

Kerään opinnäytetyöni aineistoa haastattelemalla keskusta-pohjoinen kotihoidon kuntoutusvastaavia. Pyydän sinua osallistumaan haastatteluun. Haastattelut voidaan toteuttaa Armilan sairaalan tiloissa ja niihin varataan aikaa noin 1-1,5 tuntia. Haastatteluun osallistuminen on tärkeää, koska sen avulla voidaan saada arvokasta tietoa kotihoidon asiakkaan kuntoutumisen jatkumiseen liittyvistä asioista terveydenhuoltoalan ammattilaisten näkökulmasta. Haastattelut ovat luottamuksellisia, eikä henkilöllisyytesi paljastu ulkopuolisille missään tutkimuksen vaiheessa. Haastatteluilla kerättyä tietoa käytetään vain tähän opinnäytetyön, joka julkaistaan työn valmistuttua ammattikorkeakoulun julkaisuarkistossa.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja voit halutessasi keskeyttää osallistumisen missä vaiheessa tahansa.

Ystävällisin terveisin

Hanna Järveläinen sairaanhoitaja, sairaanhoitaja YAMK-opiskelija  
puh. työ xxxx, koti xxxx

## Kotihoidon asiakkaan kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumisesta

Olen saanut riittävästi tietoa Hanna Järveläisen opinnäytetyön tarkoituksesta ja ymmärtänyt tiedon. Suostun osallistumaan vapaaehtoisesti haastatteluun. Minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni missä vaiheessa tahansa, ilman että se vaikuttaa minun hoitoon tai kuntoutukseen.

Suostun siihen, että haastattelut nauhoitetaan ja puretaan kirjalliseen muotoon. Olen tietoinen, että tutkimusraportissa saatetaan esittää lainauksia haastattelustani, kuitenkin niin ettei minua voi niistä tunnistaa. Tiedän, että haastattelussa esille tulleet tiedot pysyvät luottamuksellisina, eivätkä joudu ulkopuolisten käsiin. Tiedän, että minulla on mahdollisuus ottaa yhteyttä Hanna Järveläiseen opinnäytetyöhön liittyvissä asioissa.

---

Päivämäärä ja paikka

---

Tutkimukseen osallistuja

Hanna Järveläinen sairaanhoitaja, sairaanhoitaja YAMK-opiskelija  
puh. työ xxxx, koti xxxx

Kuntoutusvastaavan kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumisesta

Olen saanut riittävästi tietoa Hanna Järveläisen opinnäytetyön tarkoituksesta ja suostun osallistumaan vapaaehtoisesti haastatteluun. Minulla on oikeus keskeyttää osallistuminen missä tutkimuksen vaiheessa tahansa, niin halutessani.

Suostun siihen, että haastattelut nauhoitetaan ja puretaan kirjalliseen muotoon. Olen tietoinen, että tutkimusraportissa saatetaan esittää lainauksia haastattelustani, kuitenkin niin ettei minua pysty niistä tunnistamaan. Tiedän, että haastattelussa esille tulleet tiedot pysyvät luottamuksellisina, eivätkä joudu ulkopuolisten käsiin. Tiedän, että minulla on mahdollisuus ottaa yhteyttä Hanna Järveläiseen opinnäytetyöhön liittyvissä asioissa.

---

Päivämäärä ja paikka

---

Tutkimukseen osallistuja

Hanna Järveläinen sairaanhoitaja, sairaanhoitaja YAMK-opiskelija  
puh. työ xxxx, koti xxxx

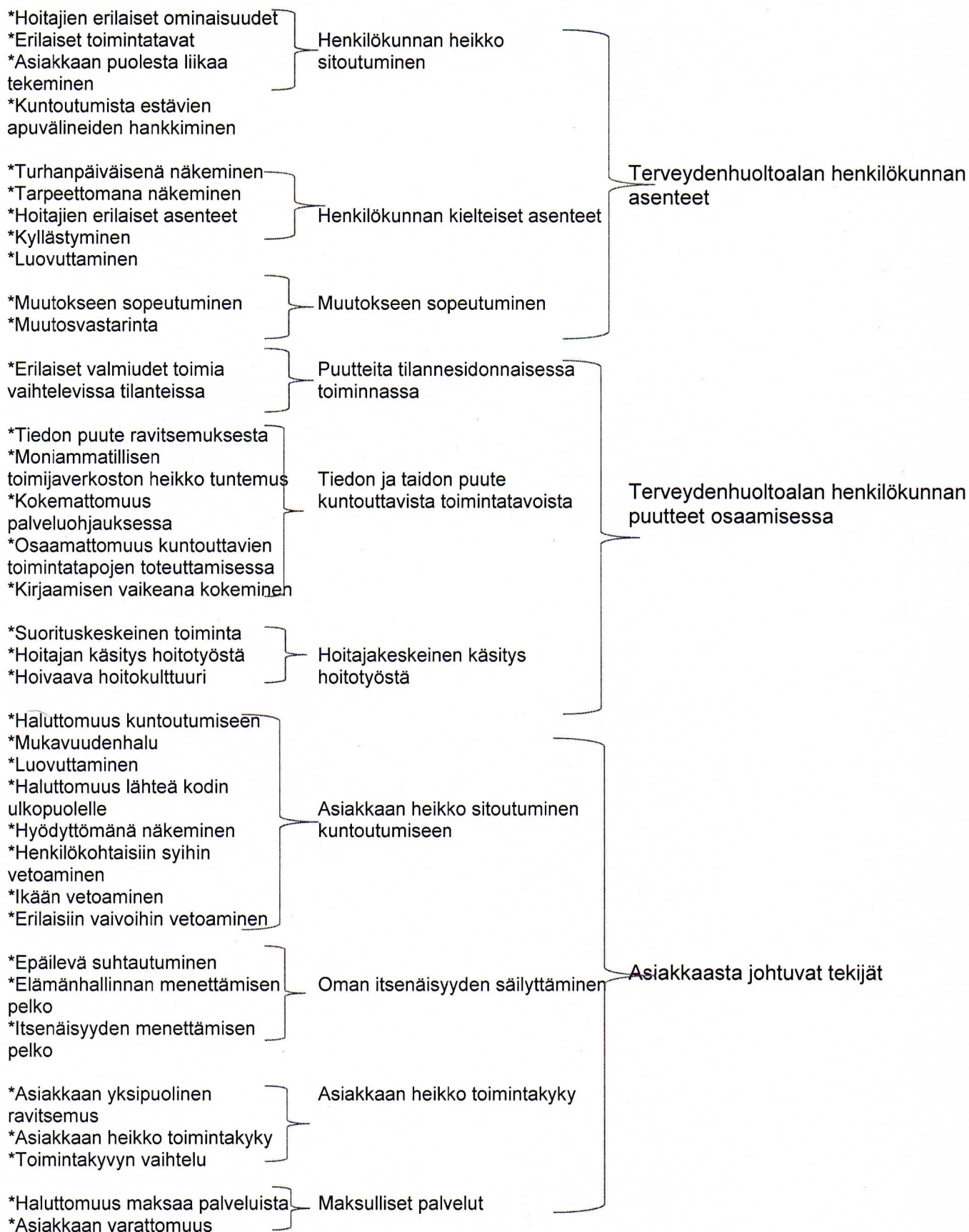


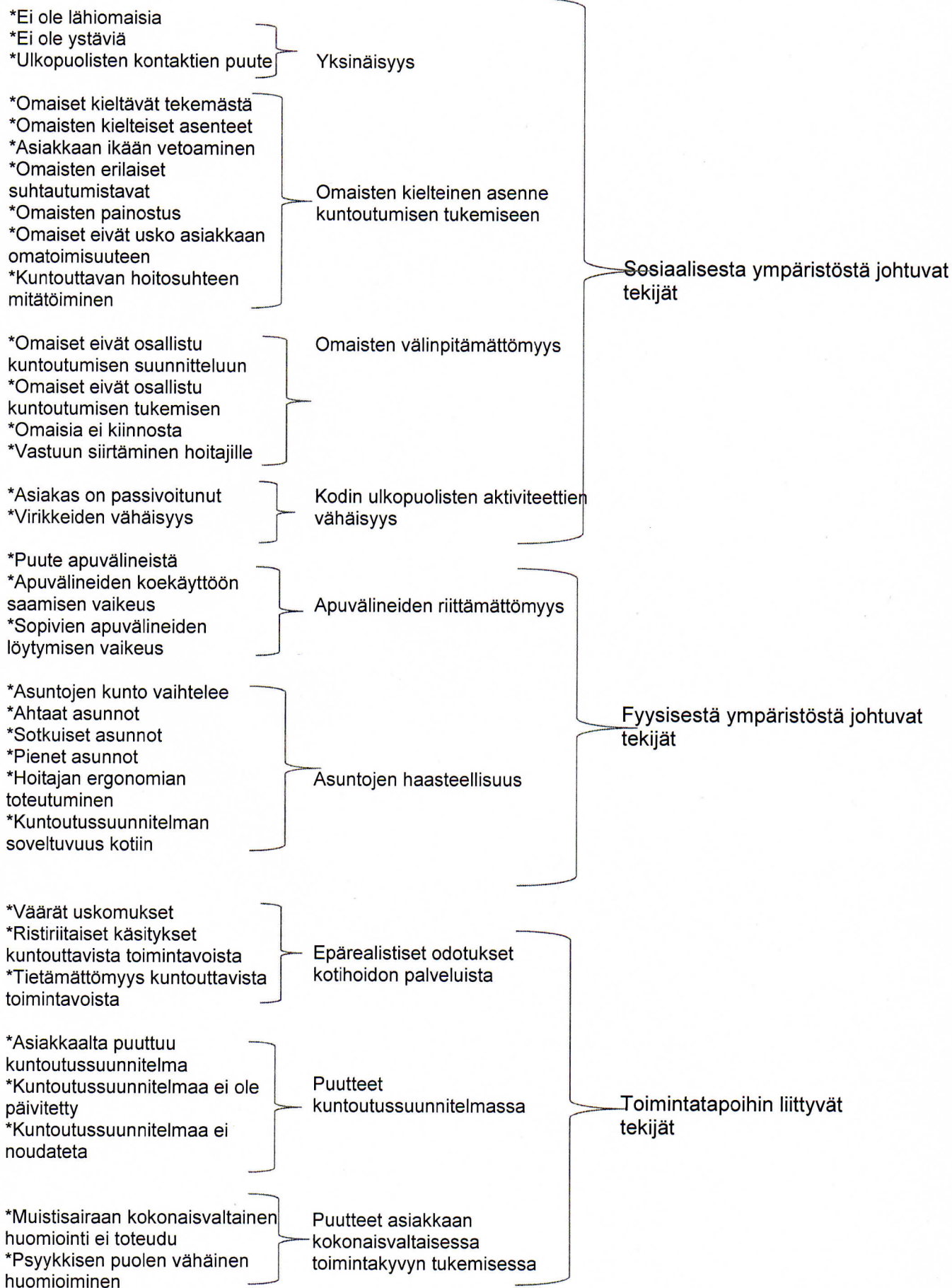
## Kuntoutumista estävät tekijät, terveydenhuoltoalan ammattilaisen näkökulma

## Pelkistetty ilmaisu

## Alaluokka

## Yläluokka







## Kuntoutumista estävät tekijät, kotihoidon asiakkaan näkökulma

**Pelkistetty ilmaisu**

\*Asiakkaan vaivoja ei oteta todesta  
 \*Asiakasta ei kuulla  
 \*Itsemääräämisoikeutta ei noudateta  
 \*Asiakkaan päätöksentekoa ei tueta

\*Ongelmiin ei ole puututtu  
 \*Ei ole saanut apua

\*Henkilökunnan negatiivinen palaute  
 \*Riittämätön kannustus  
 \*Heikot vuorovaikutustaidot  
 \*Mielekkään tekemisen löytäminen

\*Infektio  
 \*Kipu  
 \*Univaikeudet  
 \*Virtsaamisongelmat

\*Heikko fyysinen kunto  
 \*Huono tasapaino  
 \*Liukastumisen pelko

\*Asiakas odottaa enemmän palveluja  
 \*Odottaa puolesta tekemistä

\*Asiakkaalla ei ole varaa tai halua maksaa palveluista

\*Kuljetuspalvelun puuttuminen  
 \*Saattoapu puuttuu

\*Ei ole voimia hakea  
 \*Monimutkaisuus

\*Harjoituksia ei tule toteutettua  
 \*Kuntoutussuunnitelmaa ei ole päivitetty  
 \*Harjoitusten on tekeminen unohtunut

\*Hoitajilla ei ole aikaa  
 \*Fysioterapian vähäisyys

\*Omaiset asuvat kaukana  
 \*Omaiset ovat kiireisiä  
 \*Ei viitsi pyytää apua omaisilta  
 \*Omainen on vanha  
 \*Omainen ei halua  
 \*Omainen uskalla puuttua  
 \*Puoliso on kuollut

\*Ystävät ovat kuolleet  
 \*Ystävät ovat heikossa kunnossa  
 ystäviä tavataan harvoin

**Alaluokka**

Ongelmat asiakkaan kuulemisessa

Ongelmat asiakkaan tarpeisiin vastaamisessa

Puutteet osaamisessa

Asiakkaan fyysiset ongelmat

Heikko toimintakyky

Ristiriitaiset odotukset palveluja kohtaan

Maksulliset kuljetuspalvelut

Tukipalvelujen riittämättömyys

Palveluohjauksen puutteellisuus

Kuntoutussuunnitelma ei toteudu

Resurssit

Vähäinen tuki omaisilta

Vähäinen tuki ystäviltä

**Yläluokka**

Terveystieteiden alan henkilökunnan puutteet osaamisessa

Asiakkaan heikko toimintakyky

Asiakkaan epärealistiset odotukset

Asiakaslähtöisten palvelujen puutteellisuus

Sosiaalisen ympäristön puutteellisuus

## Kuntoutumista edistävät tekijät, terveydenhuoltoalan ammattilaisten näkökulma

**Pelkistetty ilmaisu**

- \*Asunnon tarjoamien mahdollisuuksien hyödyntäminen
- \*Hoitajan ajankäyttö
- \*Kodin ulkopuoliset toiminnot
- \*Luovuus ja kokeilunhalu
- \*Mielikuvituksen käyttäminen
- \*Kuntoutumisen tukemisen liittäminen arkiaskareisiin

- \*Hyvät vuorovaikutustaidot
- \*Kyky asiakkaan motivoimiseen
- \*Innostuneisuus
- \*Luottamuksen luominen
- \*Kyky perustella
- \*Voimavarojen tunnistaminen
- \*Positiivisuus
- \*Myönteinen suhtautuminen

- \*Asiakkaan toiveiden kuuntelu
- \*Mielekäs toiminta
- \*Kiinnostuksen kohteiden selvittäminen
- \*Asiakkaan henkilökohtaisen tavoitteen selvittäminen
- \*Mieltymyksen selvittäminen
- \*Kysytään mitä asiakas tahtoo

- \*Taustojen selvittäminen
- \*Asiakshistorian tunteminen
- \*Yksilölliset tarpeet
- \*Tietojen kirjaaminen
- \*Uusiin asiakkaisiin tutustuminen
- \*Keskustelu

- \*Kokonaisvaltuus
- \*Fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen kokonaisvaltaisuus
- \*Läsnäolo ja kosketus
- \*Yksilöllinen toimintakyky
- \*Ravitsemus
- \*Ikä
- \*Sairaudet

- \*Ajan antaminen
- \*Asiakaslähtöinen toiminta
- \*Asiakkaan ohjaaminen
- \*Tuetaan yhteydenpidossa omaisiin

- \*Palvelun järjestäminen
- \*Palvelun järjestäminen
- \*Arjen tukihenkilöiden hyödyntäminen

- \*Kokonaisvaltaisuus
- \*Ravitsemuksesta huolehtiminen
- \*Lihaskunnon ylläpitäminen tai parantaminen
- \*Voimavarojen huomioonottaminen
- \*Turvallisuus

**Alaluokka**

Hoitajan kyky toimia luovasti ja innostavasti

Hoitajan positiiviset ominaisuudet

Yksilöllisten toiveiden huomioiminen

Yksilöllisten tarpeiden tunteminen

Asiakkaan voimavarojen tunnistaminen

Omatoimisuudessa tukeminen

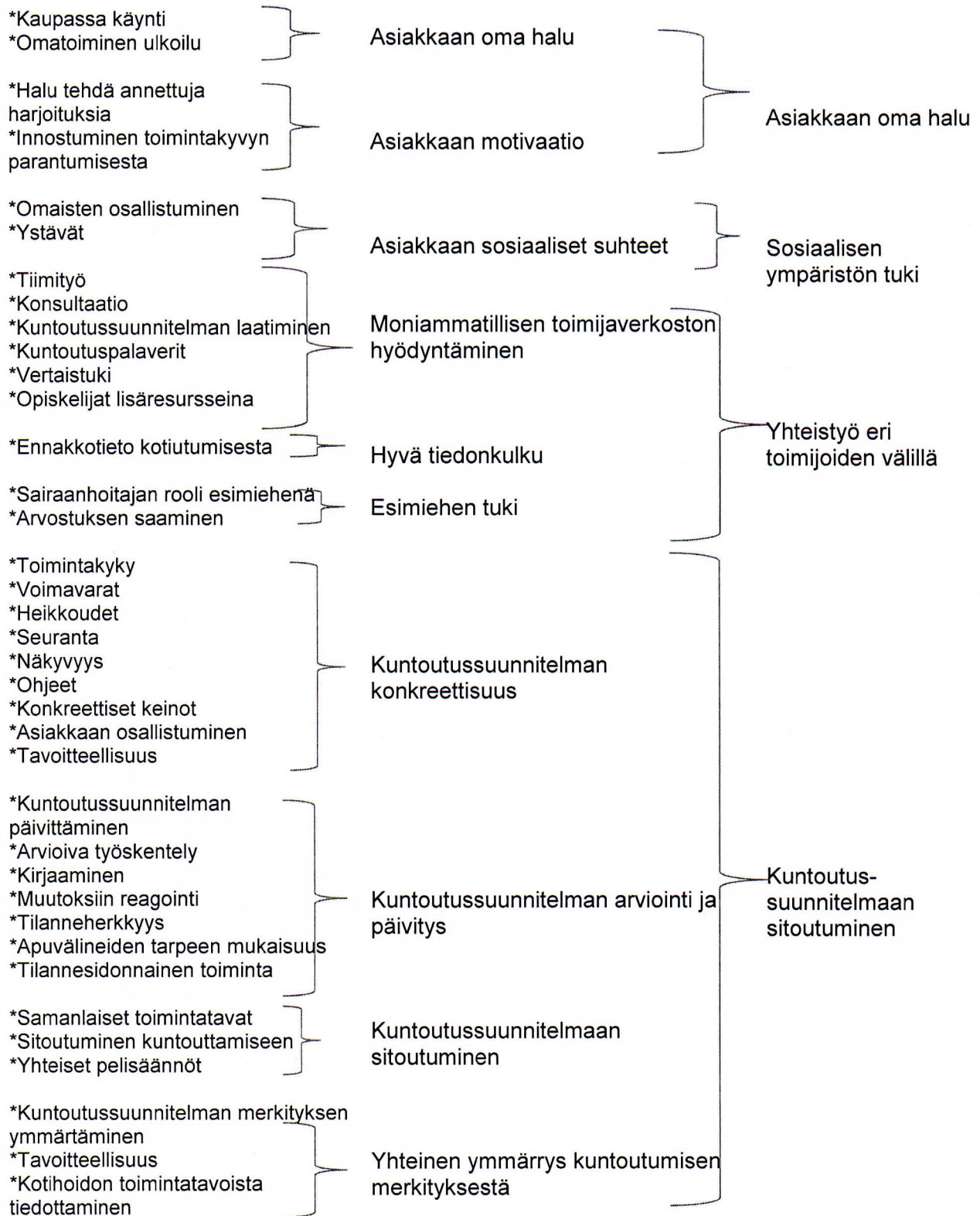
Palveluohjaus

Asiakkaan heikkojen kohtien havaitseminen

**Yläluokka**

Terveydenhuoltoalan henkilökunnan positiiviset ominaisuudet

Asiakaslähtöisyyden osaaminen



## Kuntoutumista edistävät tekijät, kotihoidon asiakkaan näkökulma

