

Emma Westman Sanna Veiskola

APUVÄLINEPALVELUPROSESSIN TOTEUTUMINEN KOTIHOIDOSSA OSANA KUNTOUTTAVAA HOITOTYÖTÄ

Opinnäytetyö
CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitaja, AMK
Elokuu 2021



TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Centria-ammattikorkeakoulu	Aika Elokuu 2021	Tekijät Sanna Veiskola Emma Westman
Koulutus Sairaanhoitaja	<input checked="" type="checkbox"/> AMK <input type="checkbox"/> YAMK	
Työn nimi APUVÄLINEPALVELUPROSESSIN TOTEUTUMINEN KOTIHOIDOSSA OSANA KUNTOUTTAVAA HOITOTYÖTÄ		
Työn ohjaaja Lehtori Arja Liisa Ahvenkoski	Sivumäärä 32	
Työelämäohjaaja Soiten kotihoidon palvelualuejohtaja Sari Kallinen		
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan käsityksiä apuvälinepalveluprosessin eri vaiheiden toteutumisesta Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskityksen Soiten kotihoidon alueella. Tavoitteena oli tuottaa tietoa apuvälinepalveluprosessin ja kuntouttavan hoitotyön kehittämiseen.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä lähestymistapaa. Tutkimukselle valittiin kvantitatiivinen lähestymistapa, sillä sen avulla voitiin muodostaa selkeä kokonaiskuva apuvälinepalveluprosessin toteutumisesta Soiten kotihoidossa. Tutkimus oli kokonaistutkimus. Tutkimuksen kohderyhmän eli perusjoukon (N=325) muodostivat kotihoidossa työskentelevät sairaanhoitajat (n=67) ja lähihoitajat (n=258).</p> <p>Opinnäytetyön aineisto kerättiin strukturoidun kyselyn avulla, jossa käytettiin Likertin viisiportaista asteikkoa. Kyselylomakkeen kehittämisessä käytettiin sosiaali- ja terveysministeriön apuvälinepalveluprosessin vaiheita, joiden toteutumista tutkittavat arvioivat sekä oman että koko työyhteisön näkökulmasta. Lisäksi kyselyssä oli yksi avoin kysymys, johon tutkittavat saivat halutessaan kertoa, mitä muuta heille tuli mieleen apuvälinepalveluprosessin toteutumiseen liittyen. Opinnäytetyö oli poikittaistutkimus, joka tarkoittaa aineiston keräämistä tietynä ajankohtana vain kerran. Kysely lähetettiin Webropol-kyselynä Soiten alueen kotihoidon hoitohenkilöstölle. Kyselyyn vastanneita oli 103, joten vastausprosentti oli 31,5 %. Vastajista 20 % oli sairaanhoitajia ja 80 % lähihoitajia/kodinhoitajia. Tutkimuksen aineisto analysoitiin Webropol-ohjelman avulla ja tulokset esitettiin frekvensseinä ja prosentteina. Avoimeen kysymykseen kokonaisuudessaan vastanneita oli yhteensä 11. Avoimen kysymyksen vastaukset ovat analysoitu sanallisesti omassa kappaleessaan.</p> <p>Apuvälineellä ratkeavan ongelman havaitseminen, palveluun ohjaaminen, apuvälineen tarpeen arviointi, käytön ohjaus, käytön seuranta sekä ohjaaminen apuvälineen huoltoon, korjaukseen ja palautukseen liittyvissä asioissa arvioitiin toteutuvan sekä yksilö- että työyhteisötasolla hyvin. Edellä mainitut apuvälinepalveluprosessin vaiheet nousivat henkilökunnan vahvuuksiksi. Kyselyyn vastanneista enemmistö arvioi apuvälineen sovituksen, kokeilun ja muutostöiden periaatteiden hallitsemisen, apuvälineen hankintaan ja valintaan vaikuttavien tekijöiden tunnistamisen sekä apuvälineen käyttöön luovuttajan ja apuvälineen käyttäjän vastuutehtävien tunnistamisen toteutuvan sekä yksilö- että työyhteisötasolla melko hyvin. Edellä mainitut apuvälinepalveluprosessin vaiheet nousivat henkilökunnan kehittämiskohteiksi.</p>		
Asiasanat apuvälinepalvelu, apuvälinepalveluprosessi, kotihoito, kuntouttava hoitotyö		

ABSTRACT

Centria University of Applied Sciences	Date August 2021	Author Sanna Veiskola Emma Westman
Degree programme Nursing		
Name of thesis IMPLEMENTATION OF THE AUXILIARY SERVICE PROCESS IN HOME CARE AS PART OF REHABILITATIVE NURSING		
Centria supervisor Lecturer Arja Liisa Ahvenkoski	Pages 32	
Instructor representing commissioning institution or company Soite Home Care Service Area Manager Sari Kallinen		
<p>The purpose of the thesis was to clarify the perceptions of medical staff regarding the implementation of various stages of the auxiliary service process in the Soite Home Care Region of Central Ostrobothnia. The goal was to produce information for the development of the auxiliary service process and rehabilitative nursing.</p> <p>The thesis used a quantitative approach. A quantitative approach was chosen for the study, as it allowed to form a clear overall picture of the implementation of the auxiliary service process in Soite's home care. The study was an overall study. The focus group of the study, namely the base set (N=325), was composed by nurses working in home care (n=67) and close care (n=258).</p> <p>The material for the thesis was collected through a structured survey using Likert's five-step scale. The development of the questionnaire used the steps of the Auxiliary Services Process of the Ministry of Social Affairs and Health, the implementation of which is assessed from the perspective of both their own and the working community at large. In addition, there was one open question in the survey, which subjects could tell them what else came to mind about the implementation of the auxiliary service process. The thesis was a transverse study, meaning the collection of material at a given time only once. The survey was sent as a Webropol survey to home care staff in the Soite area. The number of respondents to the survey was 103, giving a response rate of 31.5%. Of the respondents, 20% were nurses and 80% were close caregivers/home attendants. The data from the study was analyzed using the Webropol program and the results were presented in frequency and percentages. The total number of subjects who answered the open question was 11. The answers to the open question are verbally analyzed in their own paragraph.</p> <p>Detection of a problem with the aid, steering into service, assessing the need for an auxiliary device, control of use, monitoring of use, and guidance in matters related to the maintenance, repair and recovery of the aids were assessed as well as at the individual and working community level. The steps in the auxiliary service process rose to the strengths of the staff. The majority of respondents to the survey assessed the implementation of adapting the principles of experimentation and modification work, the identification of factors affecting the acquisition and selection of the aids, and the identification of the donor and auxiliary user's responsibilities as well as individual- that at a working community level quite well. The steps in the auxiliary services process emerged as staff development sites.</p>		

Key words

auxiliary services, competence, nursing, rehabilitative, utilities

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ KOTIHOIDOSSA	2
3 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ APUVÄLINEPALVELU	7
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	12
5.1 Toimintaympäristön kuvaus	12
5.2 Opinnäytetyön menetelmä, aineiston keruu ja analyysi	12
6 TULOKSET	15
6.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	15
6.2 Apuvälinepalveluprosessin toteutuminen yksilötasolla hoitajien arvioimana	16
6.3 Apuvälinepalveluprosessin toteutuminen työyhteisössä hoitajien arvioimana	17
6.4 Avoimen kysymysosion tulokset	19
7 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA	21
8 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN POHDINTA	23
8.1 Tulosten tarkastelua	23
8.2 Oman ammatillisen kasvun pohdinta	24
8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	25
LÄHTEET	26
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan käsityksiä apuvälinepalveluprosessin eri vaiheiden toteutumisesta Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus Soiten kotihoidon alueella. Tavoitteena oli tuottaa tietoa apuvälinepalveluprosessin ja kuntouttavan hoitotyön kehittämiseen. Opinnäytetyön tulosten pohjalta kotihoidon henkilökunta pystyy kehittämään apuvälinepalveluprosessin ja kuntouttavan hoitotyön toteutumista. Opinnäytetyössämme apuvälineet rajattiin liikkumisen ja siirtymisen apuvälineisiin, jotka ovat kotihoidon asiakkaiden omatoimisuutta lisääviä tai ylläpitäviä ja mahdollistavat asiakkaan kotona pärjäämisen.

Aiheen valinta liittyi vahvasti tietoisuuteen siitä, että tulevaisuudessa ikääntyvien hoito painottuu yhä enenevässä määrin kotiympäristöön, sillä ympärivuorokautiset hoitopaikat eivät tule riittämään suurille ikäluokille. Kotihoidossa apuvälineet liittyvät olennaisesti hoitotyöhön, ja hoito toteutetaan kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta. Kävimme Soiten kotihoidon palvelualuejohtajan kanssa keskustelun, jossa kävi ilmi kuntouttavan hoitotyön tärkeys ja työelämän halu ja tarve panostaa kuntouttavan hoitotyön kehittämiseen. Apuvälinepalveluprosessi on yksi kuntouttavan hoitotyön keskeisistä asioista.

Vanhuspalvelut ovat esillä jatkuvasti. Hoitajamitoituksesta sekä ikääntyneiden määrän kasvusta uutisoidaan usein. Kotihoidossa asiakkaat ovat entistä heikkokuntoisempia ja enemmän apua tarvitsevia, lisäksi joka toinen muistisairas asuu vielä kotonaan omaisten tai kotihoidon turvin. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos THL 2019.) Kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvaneet viime vuosien aikana ja kasvun ennustetaan nopeutuvan tulevina vuosina vielä aiempaa enemmän. Asiaksmäärien kasvaessa on kotihoidon riittävän henkilöstömäärän varmistaminen tärkeää. Vanhuspalvelulakiin on loppuvuodesta 2020 tullut lisäys, joka määrää henkilöstömitoituksen nousevan porrastetusti 0,5 hoitajasta asiakasta kohden seuraavasti: vuonna 2021 se on 0,55, vuonna 2022 0,6 ja 1.4.2023 0,7 hoitajaa yhtä asiakasta kohti. Tämä laki koskee vain tehostettua ympärivuorokautista hoitoa, mutta vanhuspalveluiden kehittämisen toisessa vaiheessa tullaan käsittelemään kotihoidon henkilöstömitoitusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2021.)

2 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ KOTIHOIDOSSA

Kuntoutus on suunnitelmallinen prosessi, joka käynnistyy kuntoutujan tarpeiden ja tavoitteiden määrittelystä. Kuntoutus pyrkii edistämään yksilön toimintakykyä ja omaa aktiivisuutta sekä itsenäistä selviytymistä ja osallistumismahdollisuuksia. Kuntoutus kuuluu monialaiseen palvelujärjestelmään, jossa kuntoutuksen ammattilaiset tukevat kuntoutujaa sekä hänen lähipiiriään. Kuntoutujan toimintaympäristö pyritään muokkaamaan kuntoutusta tukevaksi. (STM 2020.)

Kuntoutus voidaan jakaa neljään osa-alueeseen. Kuntoutuksen osa-alueita ovat ammatillinen, kasvatuksellinen ja sosiaalinen kuntoutus sekä toimintakykykuntoutus eli lääkinnällinen kuntoutus. Ammatillinen kuntoutus on suunnattu työikäisille ja sen tarkoituksena on työkyvyn ylläpitäminen tai työllistymisen tukeminen. Kasvatuksellinen kuntoutus on tavallisesti suunnattu vammaisille, pitkäaikaissairaille ja syrjäytyneille. Kasvatuksellinen kuntoutus pyrkii edistämään yksilön kehitysprosessia tuemalla kasvatuksessa ja koulutuksessa sekä elämönhallinnassa. Sosiaalinen kuntoutus on suunnattu syrjäytymisvaarassa oleville sekä sosiaalisista syistä apua tarvitseville. Sosiaalisella kuntoutuksella pyritään sosiaalisen toimintakyvyn edistämiseen sekä arkielämän toiminnoissa tukemiseen. Toimintakykykuntoutus on suunnattu kaikille, joilla on heikentynyt toimintakyky esimerkiksi sairauden tai vamman vuoksi. Toimintakykykuntoutus sisältää erilaiset terapiamuodot, ja se liittyy usein terveydenhuoltoon. Kuntoutuksessa yhdistyvät usein eri kuntoutuksen osa-alueet. (Terveyskylä 2019d, e, f, g.)

Voimavarat ja toimintakyky ovat kaksi kuntoutumisen keskeistä käsitettä. Voimavara-käsitteellä on useampi synonyymi, kuten selviytymistaito, kyky, toimintamahdollisuus tai keino. Voimavarat voidaan jakaa ympäristön voimavaroihin ja yksilön voimavaroihin. Ympäristön voimavarat jaotellaan fyysisiin ja sosiaalisiin voimavaroihin. Fyysisiä ympäristön voimavaroja ovat esimerkiksi taloudellinen tilanne, palvelut ja tilat. Sosiaalisia ympäristön voimavaroja ovat harrastukset, konkreettinen apu sekä emotionaalinen tuki. Yksilön voimavaroja ovat fyysiset voimavarat kuten ikä, terveys ja kunto. Psykososiaalisia voimavaroja ovat esimerkiksi luonne, kognitiiviset taidot, vuorovaikutustaidot ja tunnetaidot. Henkisiin voimavaroihin kuuluvat sekä maailmankatsomus että henkinen vakaumus. (Laurell, Nordman & Suvikas 2013, 112–114.)

Toimintakyky voi tarkoittaa ihmisen selviytymistä arkielämän tehtävistä. Toimintakykyä voidaan tarkastella sekä fyysisestä että psyykkisestä näkökulmasta. Liikkeiden hallintakyky, lihaskunto ja yleiskestävyys kuvaavat fyysisistä toimintakykyä. Psyykkistä toimintakykyä kuvaavat kognitiiviset kyvyt

sekä psyykkiset voimavarat ja kestävyys. Kuntoutuksen suunnittelun sekä kuntoutuksen tulosten arvioinnin avulla voidaan arvioida toimintakykyä. Toimintakyky kytkeytyy usein ikään, sukupuoleen ja koulutukseen. 65 ikävuoden jälkeen alkavat monet fyysiset toiminnot heikentyä. (Härkäpää & Järvi-koski 2011, 92–93.)

Maaailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 2001 ICF-luokituksen, ja se suomennettiin vuonna 2004. ICF-luokitus on kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus, joka kuvaa, miten vamman tai sairauden vaikutukset esiintyvät yksilön elämässä. ICF avaa toimintakyvyn käsitettä laajasti, ja se helpottaa toimintakyvyn kuvaamista asiakastyössä. Työ eri ammattiryhmien kesken helpottuu ICF-luokituksen avulla, kun ammattiryhmät voivat ymmärtää samoja termejä. ICF-luokitus myös helpottaa toimintakyvyn kuvaamista erilaisissa sähköisissä tietojärjestelmissä. Se sopii moneen eri käyttötarkoitukseen, tilanteisiin sekä eri tahojen yhteistyöhön. ICF luokitus jaetaan kahteen osaan, jossa osa 1 on toimintakykyä ja toimintarajoitteita kuvaava osa. Osassa 2 ovat kontekstuaaliset osat, eli ympäristö- ja yksilötekijät. (THL 2016.)

Toimintakykyä ja rajoitteita kuvaava osa on jaoteltu ruumiin/kehon toimintoihin ja rakenteisiin, sekä suoritukseen ja osallistumiseen. Nämä luokat taas jaotellaan kahdeksaan pienempään osaan, joissa kuvataan elinjärjestelmien fysiologisia ja psykologisia toimintoja. Ympäristötekijöissä on viisi aihealuetta, jotka sisältävät asenteet, hallinnon ja politiikan, tuen ja keskinäiset suhteet, tuotteet ja teknologiat sekä luonnonmukaisen ympäristön ja ihmisen tekemät ympäristömuutokset. Yksilötekijöitä taas ovat ikä, sukupuoli, elämäntyyli, tavat, koulutus sekä ammattitaito. (THL 2020.)

Kuntoutustarve on kuntoutuksen tukemisen lähtökohta. Kuntoutustarve voidaan jakaa spesifiseen ja ei-spesifiseen kuntoutustarpeeseen. Kuntoutustarve on spesifinen, kun kuntoutujalla voidaan nimetä esimerkiksi jokin sairaus tai vamma. Ei-spesifinen kuntoutustarve on vaikeampi todeta ja mitata. Voi esimerkiksi olla, että asiat eivät suju niin kuin aiemmin, kun tavallisen arjen asioita ei kyetä enää entiseen malliin hoitamaan. Kuntoutustarpeen voi havaita kuntoutuja itse tai joku hänen lähipiiristään. Hoitohenkilökunnalla on tärkeä rooli kuntoutustarpeen havaitsemisessa ja tarkentamisessa. (Laurell ym. 2013, 76–77.)

Kuntoutusprosessi kulkee suunnitteluvaiheen, erilaisten toimenpiteiden toteutuksen ja jatkuvan seurannan kautta kohti tavoitetta. Kuntoutussuunnitelma on vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ohjaama kuntoutuksen tarpeen arvio, joka laaditaan yhdessä potilaan, hoitavan lääkärin ja moniammatillisen tii-

min kanssa. Kuntoutussuunnitelma sisältää kuntoutustarpeen perustan, kuntoutukselle asetetut tavoitteet, suunnitellut toimenpiteet ja suunnitelman aikataulun. Lisäksi kuntoutussuunnitelmasta tulee käydä ilmi suunnitelman laatijat ja heidän roolinsa. Julkinen terveydenhuollon yksikkö tai erityishuoltopiiri arvioi asiakkaan kuntoutustarpeen, sekä vastaa kuntoutuksen suunnittelusta ja seurannasta, sekä tarpeenmukaisesta hoidosta kuntoutuksen aikana. Myös yksityinen palveluntuottaja voi laatia kuntoutussuunnitelman, jolloin se pyytää kunnalta hyväksynnän suunnitelmalle. Kuntoutus voidaan kuvata suunnitelmallisena ohjausprosessina tai toimenpiteiden prosessina. Keskeistä kuntoutusprosessissa ovat tavoitteet, jotka ohjaavat prosessin kulkua, ja niiden arviointi prosessin aikana on tärkeää. Tavoitteet voivat olla muutosprosesseja, joiden saavuttamiseen kuntoutusta käytetään. (Härkää & Järvi-
koski 2011,190–196.)

Kuntouttava hoitotyö on hyvän hoidon ja hoivan perusta, sillä sen avulla tuetaan asiakkaan omatoimisuutta, elämänhallintaa sekä selviytymistä. Tarkoituksena on asiakkaan omien voimavarojen huomioiminen, ja silloin yhdessä tekeminen korostuu ilman tunnetta siitä, että hoitaja tekee asiakkaan puolesta. Peruseriaatteena on ottaa huomioon asiakkaan vaikutusmahdollisuudet, asiakkaan omien mielipiteiden huomioiminen sekä osallisuus. Kuntouttava työote on keskeistä hoito- ja vanhustyössä, ja siinä tärkeää ei ole pelkästään fyysisten toimintojen tukeminen, vaan myös psyykkisten ja sosiaalisten seikkojen huomioon ottaminen. (Härkää & Järvi-
koski 2011, 23.)

Kuntouttavan työotteen avulla on todettu saavutettavan merkittäviä kustannussäästöjä kotihoidossa. Kotihoidossa kuntouttavan työotteen käyttäminen vähentää asiakaskäyntejä määrällisesti, vähentää sairaalahoidon tarvetta sekä lyhentää kotihoidon käyntien kestoja. Kuntouttavan työotteen käytöllä kotihoidon asiakkaiden omatoimisuus lisääntyy, henkinen hyvinvointi kasvaa, ikääntyneiden alaraajojen liikkuvuus lisääntyy sekä kotona asumisen mahdollisuus kasvaa. Kotihoidon asiakkaiden palveluntarve pienenee, kun hoitaja työskentelee kuntouttavaa työotetta hyödyntäen. Vanhuspalveluiden henkilöstöstä kolmasosa työskentelee kotihoidossa, ja kuntouttavan työotteen avulla mahdollista resurssipulaa voidaan laskea. (Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus 2010.)

Moni ikäihminen haluaisi asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Yli 75-vuotiaista noin 85–90 % asuu omassa kodissaan, minkä vuoksi kunnat, omaiset sekä kolmannen sektorin voimavarat ovat tarpeen tulevina vuosina. Vuonna 2013 voimaan tullut vanhuspalvelulaki edellytti kaikkien palveluiden pohjautuvan toimintakyvyn ja kuntoutumisen edistämiseen. Kunnat ovat velvollisia järjestämään ikäihmisille neuvontapalveluja, jotka toteutuvat kotikäynteinä. Kotikäyntejä, joilla pyritään tukemaan hyvinvointia, järjestetään sellaisten ikäihmisten luo, jotka eivät kuulu kotihoidon piiriin. Kotikäynnit

ovat vapaaehtoisia. Käynneillä tehdään yleisarvio lähinnä kotona pärjäämisestä. Kodin esteettömyys ja turvallisuus arvioidaan, sekä mietitään tulevia palvelutarpeita. Käynnit lisäävät ikääntyneen turvallisuuden tunnetta, kun he saavat tietoa tarjottavista palveluista. Kotikäynneillä arjen sujumista kartoitetaan havainnoimalla sekä keskustelemalla monipuolisesti esimerkiksi ravitsemuksesta, muistista, liikumisesta, yksinäisyydestä, harrastuksista, nukkumisesta sekä taloudellisesta tilanteesta. (Laurell, Nordman & Suvikas 2013, 360–363.)

Kotihoito voidaan määritellä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon muodostamaksi, kotiin annettavien palvelujen kokonaisuudeksi. Kotihoito perustuu asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin pohjalta tehtyyn palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Kotihoidon tarkoituksena on tukea kotona selviytymistä. Kunta voi yhdistää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Kotihoidon ja -palvelujen lainsäädännöstä, suunnittelusta ja ohjauksesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Kotipalvelu perustuu sosiaalihuoltolakiin, sen sijaan kotisairaanhoidon perustuu terveydenhuoltolakiin. Kotipalvelu tukee arjessa ja henkilökohtaisissa toiminnoissa selviytymistä. Kotipalvelua voi saada sairauden, synnytyksen tai muun toimintakykyä alentavan syyn tai erityisen perhe- ja elämäntilanteen vuoksi. Kotipalvelua voi täydentää tarvittaessa kotihoidon tukipalveluilla, joita ovat ateriapalvelut, siivous, sauna- ja kylvetyspalvelut tai turvapuhelinpalvelut. (STM 2018b.)

Kotisairaanhoidon on terveydenhuollosi katsottavaa toimintaa, esimerkiksi lääkehoitoa, joka tapahtuu asiakkaan kotona (Valvira 2015). Ikääntyvän ihmisen oikeuksia turvaa myös laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Yhtenä lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen ihmisen itsenäistä suoriutumista sekä toimintakykyä. Kuntia edellytetään käyttämään RAI-arviointivälineistöä (Resident Assessment Instrument) ikääntyneen toimintakykyä arvioitaessa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980, §15a.)

RAI-arviointivälineistö on ikääntyneen palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen tarkoitettu standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin järjestelmä. RAI-arvioinnin huolellinen käyttö on hyödyksi sekä hoitohenkilökunnalle että asiakkaalle itselleen. Arvioinnin avulla saadaan tietoa esimerkiksi asiakkaan toimintakyvystä ja arkisuoriutumisesta. RAI-arvioinnin avulla voidaan myös kartoittaa asiakkaan tukiverkostoa ja jo käytössä olevia palveluita. THL laatii RAI-arvioinneista tutkimuksia, joiden avulla vanhuspalveluiden laatua voidaan kehittää. (THL 2021.)

Kotihoidon palveluita voi hakea asiakas itse tai hänen läheisensä, ottamalla yhteyttä kotipaikkakunnan sosiaalitoimistoon, seniorineuvontaan tai vastaavaan palveluohjauksen yksikköön. Asiakkaalle voidaan tehdä myös kotihoidon arviointijakso, jonka pohjalta voidaan tarvittaessa aloittaa kotihoito. Kotihoidon kuukausimaksu määräytyy palvelujen määrän, asiakkaan talouden bruttotulojen sekä perheen koon mukaan. Kotihoidon ollessa tilapäistä veloitetään käyntimaksu. Kotihoitoa on mahdollista hakea myös yksityiseltä palveluntuottajalta, jolloin kustannukset voidaan vähentää verotuksessa kotitalousvähennyksenä. Kotihoidon keskeisiin tavoitteisiin kuuluu myös kuntoutumisen tukeminen ja kokonaisvaltaisesta perusturvallisuudesta huolehtiminen. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalouksista 28.12.2012/980, §15a.)

Kotihoidon piiriin hakeudutaan, kun toimintakyky heikentyy ja avuntarve lisääntyy. Kotihoidon palvelut määritellään yksilöllisen palvelutarpeen ja toimintakyvyn mukaan. Kotona asuvalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa määritellään päivittäisissä toimissa tukemisen ja avustamisen lisäksi keinoja, joilla omatoimista kotona suoriutumista ylläpidetään. Kun liikuntakyky heikentyy esimerkiksi sairauden aikana, se vähentää itsenäistä liikkumista ja aiheuttaa kaatumisen pelkoa. Kaatumisen pelon vuoksi toimintakyky saattaa heikentyä. Kaatumisen ehkäisy onkin yksi keskeinen ikäihmisten hoidon painopiste. Kaatumista voidaan ehkäistä esimerkiksi turvallisilla jalkineilla, sopivilla liikkumisen apuvälineillä, näön ja kuulon säännöllisellä arvioinnilla, monipuolisella ravitsemuksella sekä riittävällä nesteytyksellä, lääkehoidon seurannalla sekä perussairauksien hyvällä hoidolla. Apuvälineiden käytön opastuksella ja käytön ohjaamisella on suuri rooli onnistumisessa. (Laurell ym. 2013, 360–363.) Seuraavassa pääluvussa kuvataan kuntoutumista edistävää apuvälinepalvelua ja siinä toteutuvaa apuvälinepalveluprosessia.

3 KUNTOUTUMISTA EDISTÄVÄ APUVÄLINEPALVELU

Kotihoidossa käytettäviä apuvälineitä on useita erilaisia, ja niiden tarkoitus on parantaa asiakkaan mahdollisuuksia asua kotona mahdollisimman pitkään. Apuväline voidaan määritellä laitteeksi tai välineeksi, jolla pyritään edistämään ihmisen toimintakykyä silloin, kun toimintakyky on heikentynyt sairauden, vamman tai ikääntymisen vuoksi. Apuvälineet tukevat asiakkaan omatoimisuutta sekä kuntoutumista, ja ne parantavat potilasturvallisuutta ja -tyytyväisyyttä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala, Vuorinen 2019, 221.)

Asiakkaan liikkumisen ja liikkumisen avustamisen apuvälineet voidaan jakaa mekaanisiin ja pienapuvälineisiin. Mekaanisiin apuvälineisiin kuuluvat potilasnosturit. Nostureita on lattialla vapaasti liikuteltavia sekä kattoihin kiskoilla kiinnitettäviä. Nosturiin liitetään nostoliina ja -hihnat. Kävelyn apuvälineisiin kuuluvat Eva-telineet ja rollaattorit, joita on saatavilla ulko- ja sisäkäyttöön. Lisäksi saatavilla on erilaisia tukisauvoja, kuten kävelykeppi, kyynär- ja kainalosauvat. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 217–218.)

Pienapuvälineisiin kuuluvat kitkaa poistavat apuvälineet, käden ulottuvuutta pidentävät apuvälineet ja tukea antavat apuvälineet. Kitkaa poistaviin apuvälineisiin kuuluvat liukulakanat ja -laudat. Liukulakanan avulla asiakkaan on helppo vaihtaa asentoa omatoimisesti vuoteessa. Liukulakanan käyttö helpottaa myös hoitajan työskentelyä potilaan asennon parantamiseksi. Liukupatjalla voidaan siirtää liikuntakyvytön asiakas esimerkiksi suihkuvaunuun tai toiseen vuoteeseen. Liukulautoihin kuuluvat liukulauta ja liukulevy. Liukulevyn avulla asiakas voi siirtyä itse tai hoitajan avulla tasolta toiselle, esimerkiksi vuoteelta pyörätuoliin. Kääntölevy on väline, jonka avulla asiakas voi hoitajan avustuksella kääntyä pystyasennossa haluttuun suuntaan. Kääntölevyyn voi liittää tukitangon, josta asiakas voi pitää käsillä kiinni, kääntymistä helpottaen. Tätä kutsutaan nousutelineeksi tai Turneriksi. Pyörätuoli sekä geriatrinen pyörätuoli ovat istumista helpottavia apuvälineitä. Pyörätuoleja on saatavilla monenlaisia eri malleja, sähköpyörätuoli, kelattava pyörätuoli sekä työnnettävä pyörätuoli. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 213–214.)

Hoitajan käden ulottuvuutta pidentäviin apuvälineisiin kuuluvat erilaiset siirtohihnat, siirtolevyt, nostomatot ja talutusvyöt. Tukea antaviin apuvälineisiin kuuluvat vuoteeseen kiinnitettävät kolmioraudat, kohottautumistelineet, käsituki, köysitikkaat ja kohottautumishihna. Kolmioraudan avulla asiakas voi

nousta helpommin istuma-asentoon vuoteessa. Kohottautumistelineen avulla asiakas voi kohottaa ylävartaloaan hyödyntäen käsivoimiaan. Jalkopäähän kiinnitettävien köysitikkaiden ja hihnan avulla asiakas voi vetää itsensä istuvaan asentoon. (Rautava-Nurmi ym. 2019, 204–206.)

Apuvälinepalvelun tavoitteena on löytää apuvälineen käyttäjän tarpeisiin vastaava apuväline, joka soveltuu toimintaympäristöön ja on toimintakykyä tukeva. Apuvälineitä olisi hyvä olla riittävästi jo kokeiluvaiheessa, ja ne tulisi säätää käyttäjän tarpeisiin soveltuviksi kokeiluvaiheen aikana. (Terveyskylä 2017b.) Soitessa apuvälineen yksilöllinen tarvearviointi ja apuvälineen sovitukset sekä apuvälineiden mittojen otto tehdään ajanvarauksella Soiten apuvälinekeskukseen. Tällöin arvioidaan yksilöllisesti, tapahtuuko arviointi tai sovitus apuvälinekeskuksessa, asiakkaan kotona tai muussa asiakkaalle olennaisessa toimintaympäristössä. (Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystyöntekijäyhtymä Soite 2020.)

Apuvälinepalveluprosessin toteutus on usein osa asiakkaan kuntoutusta ja muuta hoitoa. Sosiaali- ja terveystyöntekijäministeriö on laatinut valtakunnalliset lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet oppaaksi apuvälineitä tekeville ammattilaisille. STM:n opas toimii terveydenhuollon ammattilaisten työn ohjeistuksena sekä apuvälineitä tarvitsevien henkilöiden tiedon lähteenä. STM on oppaassaan viitannut myös Terveyskylään, jossa apuvälinepalveluprosessin vaiheet on kuvattu tarkemmin. Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystyöntekijäyhtymä Soite noudattaa valtakunnallisia apuvälinepalveluprosessin vaiheita. Tarvittaessa valtakunnallisia apuvälinepalveluprosessin vaiheita on täydennetty Soiten apuvälinepalvelun mukaisesti. Kuvaamme apuvälinepalveluprosessia STM:n oppaassa mainittujen apuvälinepalveluprosessin vaiheiden mukaisesti. Apuvälinepalveluprosessin vaiheet ovat ongelman havaitseminen, palveluun hakeutuminen, tarpeen arviointi, apuvälineen sovitus, kokeilu ja muutostyöt, hankinta, käytön ohjaus, luovutus käyttöön, seuranta, huolto ja korjaus sekä palautus. (STM 2018a, b.)

Apuvälinepalveluprosessi käynnistyy ongelman havaitsemisella. Ongelman voi havaita asiakas itse tai hänen hoitoonsa osallistuva henkilö. (STM 2018a, 26.) Soitessa apuvälinepalveluprosessi käynnistyy esimerkiksi sillä, että asiakas, hänen läheisensä tai asiakasta hoitava terveydenhuollon ammattilainen tunnistaa apuvälineen tarpeen. Apuvälineen tarve kirjataan hoito- ja kuntoutus- tai palvelusuunnitelmaan. Soite noudattaa apuvälinepalvelun yksilöllisessä arvioinnissa valtakunnallisia lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutus päätöksiä. Apuvälineen luovutus päätöksen ollessa erityistä har-

kintaa vaativa luovutus päätöksen tekee apuvälinetyöryhmä. Apuvälinetyöryhmään kuuluvat apuvälineyksikön fysioterapeutti, kuntohoitaja, apuvälineteknikko, kuntoutussuunnittelija, vastuualuejohtaja sekä tarvittaessa kuntoutusylilääkäri. (Soite 2020a.)

Apuvälineen valinta tulisi tapahtua yhteisymmärryksessä sen käyttäjän tai tarpeen vaatiessa hänen läillisen edustajansa tai omaisensa kanssa. Apuvälineen valintaan liittyvät monet asiat liittyen käyttöympäristöön sekä käyttäjään. Apuvälineen turvallisen käytön varmistaminen on tärkeä tekijä valintavaiheessa. Joskus apuvälineen käyttäjä saattaa tarvita samaan tarkoitukseen kahta eri apuvälinettä, jos käyttöympäristö muuttuu päivän aikana. (Terveyskylä 2017a.) Soiten apuvälinepalveluun kuuluvat apuvälinelainaamo ja apuvälinekeskus. Apuvälinelainaamo on tarkoitettu perusapuvälineiden lainaamiseen, ja se toimii ilman ajanvarausta sovittuina aukioloaikoina. Apuvälinekeskuksessa toteutetaan perusapuvälineiden lainaamista sekä laajempaa, kokonaisvaltaista toimintakyvyn tai apuvälineen tarpeen arviointia, johon asiakkaalle varataan aika. (Soite 2020a.)

Apuvälineen käytön ohjauksella varmistetaan, että apuvälineen käyttö on tarkoituksenmukaista ja turvallista. Terveystenhuollon toimintayksikkö on vastuussa siitä, että apuvälineen käyttöä seurataan. Seurannalla mahdollistetaan turvallisuus, apuvälineen sopivuus sekä apuvälineen toimintakuntoisuus. Seuranta kuuluu apuvälineen käyttäjälle, lähipiirille sekä terveydenhuollon ammattilaiselle. (Terveyskylä 2018h.) Apuvälineen luovuttajan vastuuseen kuuluu ohjeistaa, miten toimitaan apuvälineen huoltoon liittyvissä tilanteissa, ja antaa tarvittavat yhteystiedot. Apuvälineen käyttäjän vastuuseen kuuluu apuvälineen päivittäinen puhdistus ja ylläpito sekä yhteyden ottaminen apuvälineen luovuttaneeseen tahoon, jos apuvälineessä ilmenee huolto- tai korjaustarvetta. (STM 2018a, 27–28.) Jos apuvälineen käyttäjä ei kykene itse huolehtimaan apuvälineen puhdistuksesta ja ylläpidosta, selvitetään, voisiko joku apuvälineen käyttäjän tukiverkoston kuuluva ottaa nämä tehtävät huolehdittavakseen (Terveyskylä 2018c).

Apuvälineillä on määräaikaishuoltovelvoite, joka on määritelty apuvälineen valmistajan ohjeissa ja jota tulee aina noudattaa. Määräaikaishuolto kirjataan myös apuväline- ja laiterekisteriin, ja siitä vastaa käyttönotossa sovittu tekniikan yksikkö. Terveystenhuollon yksikön vastuulla on tiedottaa apuvälineen käyttäjälle määräaikaishuollon tarpeesta. (Terveyskylä 2018c.) Apuvälineen palautustiedot täytyy käydä ilmi lainaustositteesta. Jos apuväline on valmistettu henkilökohtaiseen käyttöön eli asiakkaan omaksi, ei sitä yleensä tarvitse palauttaa. Joitakin apuvälineitä ei myöskään hygieniasyistä palauteta, koska niitä ei voi kierrättää käytössä. Apuvälineen luovuttava taho vastaa apuvälineen palautuksen ohjeistuksesta sekä apuvälineen käyttäjän lainaustietojen päivittämisestä apuvälinerekisterissä. Apuväli-

neen käyttäjä vastaa siitä, että apuväline palautetaan puhdistettuna, käyttötarpeen tai lainausajan päätyttyä. (Terveyskylä 2017c.) Soiten apuvälinepalvelusta tapahtuva lainaus on määräaikaista, ja apuväline on palautettava heti apuvälineen tarpeen päätyttyä. Apuvälineen voi palauttaa kaikkiin Soiten alueen apuvälinelainaamoihin. Soiten apuvälinepalvelu on asiakkaalle maksutonta. (Soite 2021.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYS

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan käsityksiä apuvälinepalveluprosessin eri vaiheiden toteutumisesta Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskitymässä Soiten kotihoidon alueella. Tavoitteena oli tuottaa tietoa apuvälinepalveluprosessin ja kuntouttavan hoitotyön kehittämiseen. Opinnäytetyössä apuvälineet oli rajattu liikkumisen apuvälineisiin sekä muihin apuvälineisiin, jotka ovat kotihoidon asiakkaiden omatoimisuutta lisääviä tai ylläpitäviä ja mahdollistavat asiakkaan kotona pärjäämisen.

Opinnäytetyössä haettiin vastausta seuraavaan tutkimuskysymykseen:

- Miten apuvälinepalveluprosessin eri vaiheet toteutuvat kotihoidossa hoitajien arvioimana?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvataan opinnäytetyön toimintaympäristöä, tutkimusmenetelmää, aineiston keruuta ja analyysiä.

5.1 Toimintaympäristön kuvaus

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvvelukuntayhtymä Soitessa kotihoito on yksilöllisesti suunniteltua ja toteutettua, asiakkaan voimavarat huomioivaa hoitoa, joka toteutetaan käynleinä asiakkaan luona. Asiakasta tuetaan selviytymään omatoimisesti tai tuettuna arjessa, ja asiakkuus myönnetään kotihoidon kriteerit täyttäneelle henkilölle. Kriteereitä kotihoidon myöntämiselle ovat esimerkiksi pitkä- tai lyhytaikainen toimintakyvyn vaje, muistisairaus, somaattinen tai fyysinen ongelma, kaatumisen riski sekä puutteet ravitsemustilassa. Asiakkaan kanssa tehdään yhdessä hoito- ja kuntoutumissuunnitelma, jonka mukaan hoito toteutuu. (Soite 2020b.)

Apuvälinepalvelu Soitessa toimii apuvälinekeskuksessa, johon on keskitetty yksilölliset ja vaativat arvioinnit, päätöksenteko, lainaus sekä huoltotoiminta. Soiten apuvälinekeskus sijaitsee Kokkolassa. Apuvälinelainaamoissa huolehditaan asiakkaan tarvitsemien perusapuvälineiden arvioinnista ja lainauksesta. Soitessa toimii viisi apuvälinelainaamoja, jotka sijaitsevat Kannuksessa, Tunkkarilla, Perhossa, Kruunupyssä sekä Toholammilla. (Soite 2020b.) Soiten kotihoidossa toimii seitsemän eri kotihoidon aluetta. Kotihoidon henkilökunta voi tarvittaessa olla asiakkaaseen yhteydessä myös videopuhelun avulla. Lääkehoidossa voidaan käyttää apuna myös lääkerobottia. Soiten alueella kotihoito toimii kahdessa vuorossa, seitsemänä päivänä viikossa. Asiakkaan hoidon ja avun tarvetta arvioidaan säännöllisesti, tavoitteena asiakkaan kuntoutuminen ja avun tarpeen väheneminen. Myös omaisten mahdollisuus auttaa hoidossa ja huolenpidossa huomioidaan. (Soite 2020b.) Opinnäytetyössämme apuvälineet ovat rajattu liikkumisen apuvälineisiin sekä muihin apuvälineisiin, jotka ovat kotihoidon asiakkaiden omatoimisuutta lisääviä tai ylläpitäviä, ja mahdollistavat asiakkaan kotona pärjäämisen.

5.2 Opinnäytetyön menetelmä, aineiston keruu ja analyysi

Opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä lähestymistapaa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa näkökulman ja lähestymistavan määrittää aihepiirin teoretieto eli deduktiivisuus. Kvantitatiivinen tutkimus voi perustua esimerkiksi muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön tai

muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 55.) Tutkimukselle valittiin kvantitatiivinen lähestymistapa, sillä sen avulla saatiin selkeä kokonaiskuva apuvälinepalveluprosessin toteutumisesta Soiten kotihoidossa.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkittavien valinnassa on tärkeää arvioida tutkittavien edustavuutta. Tutkittavien valinta pohjautuu otokseen suhteessa perusjoukkoon. Tutkimuksen tulokset voidaan yleistää ryhmään, jota kutsutaan perusjoukoksi. Perusjoukko kuvaa isompaa ryhmää, ja otannalla saadaan mahdollisimman hyvä käsitys perusjoukosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 104–105.) Perusjoukon on edustettava riittävästi tutkimuksen tarkoitusta. On mietittävä, onko perusjoukko kooltaan riittävä. On myös huomioitava mahdollinen vastaajakato, sillä on hyvinkin normaalia, että tutkitavista jopa 50 % jättää kyselyyn vastaamatta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 196.) Kokonaistutkimuksessa tutkimuksen kohderyhmän muodostavat kaikki perusjoukon edustajat, joita voidaan kutsua myös tilastoyksiköiksi. Kokonaistutkimusta voidaan käyttää tilastoimisessa ja laajemman kokonaiskuvan määrittämisessä. (STAT 2020.)

Tässä tutkimuksessa päädyttiin kokonaistutkimukseen, koska haluttiin saada kokonaiskuva Soiten kotihoidossa toteutuvasta apuvälinepalveluprosessista kehittämistarpeen kartoittamiseksi. Tutkimuksen kohderyhmän muodosti Soiten kotihoidon koko henkilökunta. Tutkimuksen kohderyhmän eli perusjoukon (N=325) muodostivat kotihoidossa työskentelevät sairaanhoitajat (n=67) ja lähihoitajat (n=258), jotka olivat vakituisia työntekijöitä tai pitkäaikaisia sijaisia. Opinnäytetyö oli poikittaistutkimus, joka tarkoittaa, että aineisto kerättiin vain kerran. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 56.)

Kvantitatiivinen kyselylomake perustuu teorian tietoon, jonka pohjana ovat luotettavat lähteet. Kyselylomakkeen tulee olla sisällöltään tutkimusilmiötä kattavasti mittaava ja riittävän täsmällinen. Hyvässä kyselylomakkeessa käsitteet on rajattu oikein. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 114–115.) Aineistonkeruun menetelmänä oli strukturoitu sähköinen Webropol kysely. Webropol on Pohjoismaiden laajimmin käytetty kyselytyökalu. (Webropol 2019.) Strukturoitu kyselylomake asettaa kaikille vastaajille samat kysymykset. Kysymykset eivät saa olla toisiaan poissulkevia. Kyselylomake kehitettiin perehtymällä olemassa olevaan teorian tietoon. Kysymyksiä laadittaessa huomioitiin kohderyhmä sekä yksilö- että työyhteisötasolla. Kysymysten perustana käytettiin sosiaali- ja terveystieteiden apuvälinepalveluprosessin vaiheita. Kyselylomakkeessa vastausvaihtoehdot esitettiin Likert-asteikon avulla, jossa vastausvaihtoehdot ovat valmiina. Lisäksi kyselylomakkeessa oli yksi avoin kysymys. Tutkimuksessa käytettiin 5-portaista Likert-asteikkoa. Asteikon toisessa päässä oli vaihtoehto 'erittäin

hyvin' ja toisessa päässä 'huonosti'. Likert-asteikkoon voi halutessaan lisätä vastausvaihtoehtoja, tai vastausvaihtoehtoja voi halutessaan vähentää. Tavallisesti vastausvaihtoehtoja on 5–7. 5-portaisen Likert-asteikon avulla pystyttiin selvittämään vastaajien mielipiteitä pakottamatta heitä kuitenkaan valitsemaan ääripäitä. (Peda.net 2021.) 5 portaisen Likertin-asteikon avulla tutkimuksen kokonaiskuva pystyttiin muodostamaan selkeämmin.

Kyselylomake esitettiin helmikuussa 2021, jolloin esitestaus toteutui ennen varsinaista kyselyä neljällä kotihoidon hoitajalla. Kyselylomake lähetettiin kotihoidon palvelualuejohtajalle, joka antoi kyselyn paperiversiona neljälle kotihoidon hoitajalle. Hoitajat täyttivät lomakkeen ja loppuun ehdottivat siihen muutoksia. Taustatietoja koskevassa kysymyksessä ”Tutkimukseen osallistuneiden palvelusuhteen kesto” käsite ’palvelusuhde’ aiheutti epäselvyyttä. Käsitteen ’palvelusuhde’ tilalle vaihdettiin käsite ’työsuhde’, joka kuvasi käsitettä paremmin. Kysely koettiin muutoin toimivaksi ja tarpeelliseksi. Esitestauksen avulla saatiin myös arvio kyselyn tekemiseen kuluva ajasta, joka oli keskimäärin 5–10 minuuttia. Kyselylomake (LIITE 1) ja tiedote (LIITE 2) lähetettiin Webropol-ohjelman avulla kotihoidon palvelualuejohtajalle, joka lähetti ne eteenpäin perusjoukolle. Tiedotteen perusteella kyselyn vastaanottaja sai valita, haluaako vastata kyselyyn. Varsinaiseen kyselyyn vastaamiseen tutkittavat käyttivät aikaa keskimäärin viisi minuuttia. Kyselylomake perustui STM:n apuvälinepalveluprosessiin, jota Soitessa käytetään.

Tutkimus olisi hyvä toteuttaa mahdollisimman lyhyessä ajassa, jotta mahdollinen vastaajakato saataisiin minimalisoitua. Pitkällä aikavälillä toteutetussa kyselyssä on mahdollista, että tutkittavien keskuudessa tapahtuu muutoksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 196.) Kysely toteutettiin maaliskuussa 2021. Tiedonkeruu-aika oli kaksi viikkoa, jonka jälkeen vastausaikaa jatkettiin kahdella viikolla vastausprosentin ja kyselyn luotettavuuden parantamiseksi. Vastaajakatoa pyrittiin vähentämään valitsemalla kyselylle oikea ajankohta. Kyselylle valittiin ajankohta, jolloin arveltiin enemmistön työntekijöistä olevan töissä. Kyselyä ei ajoitettu joulun- tai kesälomien ajalle.

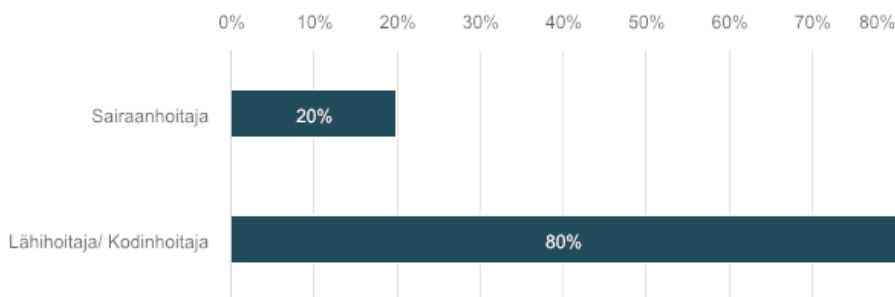
Kun aineisto oli kerätty, aineiston analyysia voitiin alkaa toteuttamaan, ja määrällisessä tutkimuksessa analyysi toteutuu numeraalisia menetelmiä käyttämällä. Tutkimuksen aineisto analysoitiin Webropol-ohjelman avulla ja tulokset esitettiin frekvensseinä ja prosentteina, eli tulokset voitiin kuvata esimerkiksi numeroina taulukossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015.) Tavoitteena oli saada opinnäytetyö valmiiksi vuoden 2021 keväällä.

6 TULOKSET

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen tuloksia Soiten apuvälinepalveluprosessin vaiheiden mukaisesti. Määrälliset tulokset on esitetty prosentteina ja frekvensseinä, avoimen kysymyksen tulokset yhteenvetona saaduista vastauksista.

6.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Kyselyyn vastanneita oli 103, joten vastausprosentti oli 31,5 %. Vastaajista 20 % oli sairaanhoitajia ja 80 % lähihoitajia tai kodinhoitajia. (KUVIO 1.)



KUVIO 1. Tutkimukseen osallistuneet koulutustaustan mukaan

Vastanneista noin kolmasosalla työkokemusta oli 0–5 vuotta (29 %). Vähän yli viidennes (22,3 %) oli työskennellyt 5–10 vuotta. Työkokemusta 10–1 vuoden ajalta oli 11,7 %:lla vastanneista. 15–20 vuotta työkokemusta oli 12,6 %:lla vastanneista. Noin neljäsosa oli ollut työsuhhteessa yli 20 vuoden ajan. (TAULUKKO 1.)

TAULUKKO 1. Tutkimukseen osallistuneiden työsuhteen kesto

Työsuhteen kesto	n	Prosentti
0–5 vuotta	30	29,1 %
5–10 vuotta	23	22,3 %
10–15 vuotta	12	11,7 %
15–20 vuotta	13	12,6 %
Yli 20 vuotta	25	24,3 %

6.2 Apuvälinepalveluprosessin toteutuminen yksilötasolla hoitajien arvioimana

Reilu kymmenesosa (12 %) koki havaitsevansa apuvälineellä ratkeavan ongelman erittäin hyvin, vastanneista lähes puolet koki havaitsevansa apuvälineellä ratkeavan ongelman hyvin (48 %), melko hyvin (39 %) ja melko huonosti (1 %) Vastanneista lähes viidennes koki osaavansa ohjata asiakkaan tai tämän läheisen apuvälinepalveluun erittäin hyvin (17 %), lähes puolet koki osaavansa ohjata asiakkaan tai tämän läheisen hakeutumaan apuvälinepalveluun hyvin (48 %), melko hyvin (32 %) ja melko huonosti (3 %). Vastaajista (13 %) koki osaavansa arvioida apuvälineen tarpeen erittäin hyvin, reilu puolet koki osaavansa arvioida apuvälineen tarpeen hyvin (54 %), melko hyvin, (32 %) ja melko huonosti (1 %) Vastaajista 2 % koki hallitsevansa apuvälineiden sovituksen, kokeilun ja muutostöiden periaatteet erittäin hyvin, (26 %) hyvin, melko hyvin (43 %) ja lähes kolmannes koki hallitsevansa apuvälineiden sovituksen, kokeilun ja muutostöiden periaatteet melko huonosti (29 %)

Vastaajista (6 %) koki tunnistavansa apuvälineiden hankintaan ja valintaan vaikuttavat tekijät erittäin hyvin, hyvin, (30 %), vastaajista reilu puolet (51 %), koki tunnistavansa apuvälineiden hankintaan ja valintaan vaikuttavat tekijät melko hyvin ja melko huonosti (13 %). Vastaajista (6 %) koki osaavansa ohjata asiakasta erittäin hyvin apuvälineen käytössä ja (57 %) hyvin. Vastaajista noin kolmannes koki osaavansa ohjata asiakasta melko hyvin apuvälineen käytössä (34 %) ja melko huonosti (2,9 %). Vastaajista (6 %) koki hallitsevansa apuvälineen käyttöön luovuttajan ja apuvälineen käyttäjän vastuutehtävät erittäin hyvin ja hyvin (29 %). Reilu kolmannes koki hallitsevansa apuvälineen käyttöön luovuttajan ja apuvälineen käyttäjän vastuutehtävät (37 %) melko hyvin. Vastaajista lähes kolmannes koki hallitsevansa apuvälineen käyttöön luovuttajan ja apuvälineen käyttäjän vastuutehtävät melko huonosti (28 %)

Vastaajista (9 %) koki hallitsevansa apuvälineen käytön seurannan erittäin hyvin ja hyvin (52 %). Vastaajista (36 %) koki hallitsevansa apuvälineen käytön seurannan melko hyvin ja (3 %) melko huonosti. Vastaajista (6 %) koki osaavansa ohjata asiakasta tai tämän läheistä apuvälineiden huoltoon tai korjaukseen liittyvissä asioissa erittäin hyvin ja lähes puolet koki osaavansa ohjata asiakasta/läheistä apuvälineiden huoltoon tai korjaukseen liittyvissä asioissa hyvin, (45 %). Vastaajista koki osaavansa ohjata asiakasta tai tämän läheistä apuvälineiden huoltoon ja korjaukseen liittyvissä asioissa melko hyvin

ja melko huonosti (13 %). Vastaajista lähes neljännes koki hallitsevansa apuvälineen palautukseen liittyvät asiat erittäin hyvin (23 %) ja puolet koki hallitsevansa apuvälineen palautuksen liittyvät asiat hyvin. Melko hyvin vastasi (22,8 %) ja melko huonosti (3,9 %). (TAULUKKO 2.)

TAULUKKO 2. Apuvälinepalveluprosessin toteutuminen yksilötasolla hoitajien arvioimana

Likertin asteikko	Erittäin hyvin		Hyvin		Melko hyvin		Melko huonosti		Huonosti	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Apuvälinepalveluprosessin vaihe										
Apuvälineellä ratkeavan ongelman havaitseminen	12	11,7	50	48,5	40	38,8	1	1	0	0
Apuvälinepalveluun ohjaaminen	18	17,5	49	47,6	33	32	3	2,9	0	0
Apuvälineen tarpeen arviointi	13	12,7	55	53,9	33	32,4	1	1	0	0
Apuvälineiden sovituksen, kokeilun ja muutostöiden periaatteet	2	2	27	26,2	44	42,7	30	29,1	0	0
Apuvälineiden hankintaan ja valintaan vaikuttavat tekijät	6	5,8	31	30,1	53	51,5	13	12,6	0	0
Apuvälineen käytön ohjaus	6	5,9	58	56,9	35	34,3	3	2,9	0	0
Apuvälineen käyttöön luovuttajan ja apuvälineen käyttäjän vastuutehtävät	6	5,8	30	29,1	38	36,9	29	28,2	0	0
Apuvälineen käytön seuranta	9	8,8	54	52,4	37	35,9	3	2,9	0	0
Apuvälineen huolto ja korjaus	6	5,8	46	44,7	37	35,9	14	13,6	0	0
Apuvälineen palautus	23	22,8	51	50,5	23	22,8	4	3,9	0	0

6.3 Apuvälinepalveluprosessin toteutuminen työyhteisössä hoitajien arvioimana

Vastaajista (14 %) arvioi apuvälineellä ratkeavan ongelman havaitsemisen toteutuvan työyhteisössä erittäin hyvin, hyvin (50 %), melko hyvin (33 %) ja melko huonosti (3 %). Vastanneista (13 %) koki asiakkaan tai tämän läheisen ohjaamisen apuvälinepalveluun toteutuvan työyhteisössä erittäin hyvin,

reilu puolet koki asiakkaan tai läheisen ohjaamisen apuvälinepalveluun toteutuvan työyhteisössä hyvin (51 %), melko hyvin (31 %), melko huonosti (5 %). Vastaajista (14 %) koki apuvälineen tarpeen arvioinnin toteutuvan työyhteisössä erittäin hyvin, (59 %) koki apuvälineen tarpeen arvioinnin toteutuvan työyhteisössä hyvin. Vastaajista neljännes koki apuvälineen tarpeen arvioinnin toteutuvan työyhteisössä melko hyvin (25 %), ja (2 %) melko huonosti. Vastaajista (3 %) koki apuvälineen sovituksen, kokeilun ja muutostöiden periaatteiden toteutuvan työyhteisössä erittäin hyvin, (33 %) hyvin, ja melko hyvin (46 %). Vastaajista melkein viidennes koki apuvälineen sovituksen, kokeilun ja muutostöiden periaatteiden toteutuvan työyhteisössä melko huonosti (19 %).

Vastaajista (5 %) koki työyhteisön tunnistavan apuvälineiden hankintaan ja valintaan vaikuttavat tekijät erittäin hyvin ja hyvin (36 %). Lähes puolet (47 %) koki työyhteisön tunnistavan apuvälineiden hankintaan ja valintaan vaikuttavat tekijät melko hyvin. Vastaajista kymmenesosa (10 %) koki työyhteisön tunnistavan apuvälineen hankintaan ja valintaan vaikuttavat tekijät melko huonosti. Vastaajista (6 %) koki apuvälineiden käytön ohjauksen toteutuvan työyhteisössä erittäin hyvin, reilu puolet koki apuvälineiden käytön ohjauksen toteutuvan työyhteisössä hyvin (52 %). Vastaajista (36,9 %) koki apuvälineiden käytön ohjauksen toteutuvan työyhteisössä melko hyvin ja melko huonosti (4,9 %). Vastaajista (5 %) koki työyhteisön hallitsevan erittäin hyvin apuvälineen käyttöön luovuttajan ja apuvälineen käyttäjän vastuutehtävät ja hyvin (27 %). Lähes puolet koki työyhteisön hallitsevan melko hyvin apuvälineen käyttöön luovuttajan ja apuvälineen käyttäjän vastuutehtävät (45 %). Vastaajista lähes neljännes koki työyhteisön hallitsevan melko huonosti apuvälineen käyttöön luovuttajan ja apuvälineen käyttäjän vastuutehtävät (23 %).

Vastaajista (5 %) koki apuvälineen käytön seurannan työyhteisössä toteutuvan erittäin hyvin ja yli puolet koki apuvälineen käytön seurannan työyhteisössä toteutuvan hyvin (53 %). Melko hyvin vastasi (37 %) ja melko huonosti (5 %). Vastaajista (6 %) koki työyhteisön osaavan ohjata asiakasta ja tämän läheistä apuvälineiden huoltoon/korjaukseen liittyvissä asioissa erittäin hyvin ja lähes puolet koki työyhteisön osaavan ohjata asiakasta/läheistä apuvälineiden huoltoon/korjaukseen liittyvissä asioissa hyvin (44 %). Vastaajista (37 %) koki osaavansa ohjata asiakasta ja tämän läheistä apuvälineiden huoltoon ja korjaukseen liittyvissä asioissa melko hyvin ja melko huonosti (13 %). Vastaajista reilu viidennes koki työyhteisön hallitsevan apuvälineen palautukseen liittyvät asiat erittäin hyvin (21 %). Vastaajista reilu puolet koki työyhteisön hallitsevan apuvälineen palautukseen liittyvät asiat hyvin (51 %). Vastaajista (20,8 %) koki työyhteisön hallitsevan apuvälineen palautukseen liittyvät asiat melko hyvin ja (6 %) melko huonosti ja (1 %) huonosti. (TAULUKKO 3.)

TAULUKKO 3. Apuvälinepalveluprosessin toteutuminen työyhteisössä hoitajien arvioimana

Likertin asteikko	Erittäin hyvin		Hyvin		Melko hyvin		Melko huonosti		Huonosti	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Apuvälinepalveluprosessin vaihe										
Apuvälineellä ratkeavan ongelman havaitseminen	14	13,6	52	50,5	34	33	3	2,9	0	0
Apuvälinepalveluun ohjaaminen	13	12,6	53	51,5	32	31,1	5	4,8	0	0
Apuvälineen tarpeen arviointi	14	13,6	61	59,2	26	25,3	2	1,9	0	0
Apuvälineiden sovituksen, kokeilun ja muutostöiden periaatteet	3	2,9	33	32,1	47	45,6	20	19,4	0	0
Apuvälineiden hankintaan ja valintaan vaikuttavat tekijät	5	4,8	39	37,9	49	47,6	10	9,7	0	0
Apuvälineen käytön ohjaus	6	5,8	54	52,4	38	36,9	5	4,9	0	0
Apuvälineen käyttöön luovuttajan ja apuvälineen käyttäjän vastuutehtävät	5	4,8	28	27,2	46	44,7	24	23,3	0	0
Apuvälineen käytön seuranta	5	4,8	55	53,4	38	36,9	5	4,9	0	0
Apuvälineen huolto ja korjaus	6	5,8	45	43,7	38	36,9	14	13,6	0	0
Apuvälineen palautus	21	20,8	52	51,5	21	20,8	6	5,9	1	1

6.4 Avoimen kysymysosion tulokset

Avoimien kysymysten antoi vastaajalle mahdollisuuden kertoa, jos hänelle tulee mieleen jotain muuta apuvälinepalveluprosessiin liittyvää. Avoimeen kysymykseen kokonaisuudessaan lausein vastanneita oli yhteensä 11. Avoimesta kysymysosion esille nousi toive apuvälineiden kuvallisesta luettelosta, josta löytyisi myös kriteerit apuvälineen saamiselle. Maakunnissa asuvien asiakkaiden apuvälineiden hankinta ja palautus koettiin haastavaksi, koska apuvälineiden hankinta ja palauttaminen jää helpommin hoitajan vastuulle. Osa koki Soiten apuvälinepalvelun toiminnan olevan joustavaa. Apuvälinelainaamon soittoaikaa kuvailtiin liian lyhyeksi, mikä tuottaa haasteita työhön. Osa koki kotikuntohoitajan konsultoinen

olevan hyvä apu. Apuvälineen tarpeen kirjaamisen hoito- ja palvelusuunnitelmaan koettiin olevan tärkeää. Osa koki kyselyyn vastaamisen hankalaksi, sillä apuvälinepalveluprosessi oli vieras, ja kokemusta oli vain käytännön työstä, jolloin hoitaja hakee itse apuvälineen asiakkaalle. Esiin nousi myös hoitohenkilökunnan huoli asiakkaista, joilla ei ole omaisia. Omaisten puuttuminen lisää asiakkaan tarvetta saada apua ulkopuolisilta tahoilta, esimerkiksi apuvälineitä hankkiessa, mikä taas vie resursseja kotihoidolta.

7 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA ETIIKKA

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa kaksi keskeistä tutkimuksen luotettavuutta kuvaavaa käsitettä ovat validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä ja reliabiliteetilla tutkimuksen pysyvyyttä. Validiteetilla viitataan siihen, että tutkimuksella saadaan selvitettyä juuri sitä tietoa, mitä on tarkoituskin selvittää. Kyselylomake pohjautui sosiaali- ja terveysministeriön apuvälinepalveluprosessiin, jota Soite noudattaa. Kyselylomakkeen pohjautuessa teorian tietoon reliabiliteetilla kuvattiin tutkimuksen pysyvyyttä. (Hautala 2016; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 189–190.)

Kyselylomake laadittiin niin, että sillä saatiin mitattua juuri niitä asioita, mitä oli tarkoituskin mitata, jolloin tutkimuksen validiteetti toteutui. Ennen varsinaista aineistonkeruuta kyselylomake esiteltiin neljällä Soiten kotihoidon hoitajalla, jolloin kysymysten ymmärrettävyyttä ja toimivuutta saatiin arvioidua. Kyselylomake laadittiin johdonmukaiseksi, jolloin tutkimuksen reliabiliteetti toteutui. Kyselyn vastaukset analysoitiin huolellisesti. Vastajakatota syntyi, vaikka kyselylle pyrittiin valitsemaan sopiva ajankohta. Vastajakadolla on vaikutusta tutkimuksen luotettavuuteen. Kerätyn aineiston pohjalta tutkimuskysymykseen apuvälinepalveluprosessin eri vaiheiden toteutumisesta saatiin vastauksia kolmasosalta Soiten kotihoidon henkilökunnasta, joten kokonaiskuvan hahmotus apuvälinepalveluprosessin toteutumisesta Soiten kotihoidossa kahden kolmasosan osalta jäi toteutumatta.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan eettisten periaatteiden mukaan etiikan keskeiset osa-alueet ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingon välttäminen sekä yksityisyyden ja tietosuojan vaaliminen. (Rajala 2017; Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2009, 4.) Tutkimukseen osallistuminen on tutkittavalle vapaaehtoista ja sen tulee perustua tutkittavan riittävään tietoon tutkimuksesta. (Hautala 2016; TENK 2009, 5–6.) Tutkimuksen kohderyhmälle lähetettiin tiedote, joka sisälsi tutkijoiden yhteystiedot, tutkimuksen aiheen, tutkimusmenetelmän, aineistonkeruun toteutustavan sekä vastaamiseen arvioidun ajankulun, kerättävän aineiston käyttötarkoituksen sekä tiedon aineiston säilytyksestä, jatkokäytöstä ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Opinnäytetyössä käytettävän Webropol-kyselylomakkeen avulla tietoa saatiin kerättyä ilman, että vastaajien henkilöllisyys selvisi. Vastaajilta ei kysytty esimerkiksi sitä, millä Soiten alueella he työskentelevät. Yksittäistä vastaajaa ei pystytty kyselyn perusteella tunnistamaan.

Plagioinnilla tarkoitetaan toisen henkilön tekstin lainaamista ilman lähdeviitettä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 224). Tutkimuksessa ei käytetty plagiointia, eli toisen kirjoittamaa tekstiä ei lainattu ilman lähdeviitettä. Tutkimuksessa aineiston säilyttämisestä ja hävittämisestä vastaavat yleensä tutkijat. Sähköisessä säilytyksessä tutkimuksen aineistolle luodaan oma kansio, aineisto varmuuskopioidaan ja arkaluontoinen materiaali suojataan salasanalla. Tutkimuksessa noudatettiin sähköisen säilytyksen ohjeita, eli aineistoa säilytettiin salasanalla lukitussa kansiossa. Aineiston hävittäminen toteutetaan suunnitelmallisesti. Aineisto hävitettiin lopuksi kansioista kopioineen, jolloin varmistettiin tietosuojan toteutuminen. Tutkimukselle haetaan aina tutkimuslupaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 226–227.) Tutkimuslupaa haettiin Soiten tutkimusluvan myöntävältä vastuuhenkilöltä.

Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys eli etiikka kulkevat käsi kädessä. Tutkimuksen eettisyyteen vaikuttaa tieteenalan luotettavuus ja totuudellisuus. (Hautala 2016; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 189–190.) Tutkijalle on laadittu kahdeksan eettisen vaatimuksen ohjeet, joita tulee noudattaa tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tutkijalla on oltava aito kiinnostus hankkia uutta tietoa. Tutkijan täytyy sisäistää omaan alaan liittyvää informaatiota, jotta pystyy sitä jakamaan myös muille. Tutkijalta odotetaan rehellisyyttä. Tutkimus ei saa aiheuttaa vaaraa tai vahinkoa. Tutkimuksen tulee kunnioittaa ihmisarvoa. Tutkijalla on vastuu eettisten vaatimusten toteutumiseen. Tutkijan tulee mahdollistaa tutkimuksen toteutuminen. Tutkijoiden tulee arvostaa toisiaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 211–212.) Kahdeksan eettisen vaatimuksen ohjetta toteutuivat tutkimusta tehdessämme hyvin. Kuntouttava hoitotyö kiinnostaa meitä, ja aiheen käsittely on tuonut uutta näkemystä ja tietotaitoa omiin työelämiimme. Olemme raportoineet tutkimustulokset tarkasti ja saadun aineiston pohjalta. Opinnäyte-työtä tehdessämme olemme ottaneet hyvin huomioon toisemme. Olemme saaneet paljon uutta tietoa apuvälinepalveluprosessista, kuntouttavasta hoitotyöstä sekä apuvälineistä, ja se on myös näkynyt työelämässämme hoitajina.

8 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen keskeisiä tuloksia, pohditaan ammatillista kasvua sekä kuvaataan tutkimuksen johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.

8.1 Tulosten tarkastelua

Kyselyn tulosten mukaan enemmistö kotihoidon henkilökunnasta arvioi apuvälinepalveluprosessin eri vaiheiden toteutuvan kotihoidossa hyvin tai melko hyvin. Seuraaviin kappaleisiin olemme koonneet apuvälinepalveluprosessin vaiheet, jotka toteutuivat kyselyn tulosten perusteella hyvin ja muodostuivat henkilökunnan vahvuuksiksi. Lisäksi olemme koonneet apuvälinepalveluprosessin vaiheet, jotka toteutuivat kyselyn tulosten perusteella melko hyvin ja nousivat apuvälinepalveluprosessin eri vaiheista kehittämiskohteiksi. Olemme lisäksi tehneet yhteenvedon avoimen kysymysosion keskeisistä vastauksista.

Kyselyyn vastanneista enemmistö arvioi apuvälineellä ratkeavan ongelman havaitsemisen, asiakkaan tai tämän läheisen ohjaamisen apuvälinepalveluun sekä apuvälineen tarpeen arvioinnin toteutuvan sekä yksilö- että työyhteisötasolla hyvin. Edellä mainitut apuvälinepalveluprosessin vaiheet hallittiin hyvin ja ne nousivat apuvälinepalveluprosessin vaiheista henkilökunnan vahvuuksiksi. Kyselyyn vastanneista enemmistö arvioi myös asiakkaan ohjaamisen apuvälineen käytössä ja asiakkaan tai tämän läheisen ohjaamisen apuvälineiden huoltoon ja korjaukseen liittyvissä asioissa toteutuvan sekä yksilö- että työyhteisötasolla hyvin. Lisäksi vastaajat kokivat apuvälineiden käytön seurantaan ja apuvälineiden palautukseen liittyvien asioiden toteutuvan sekä yksilö- että työyhteisötasolla hyvin. Nämä edellä mainitut apuvälinepalveluprosessin vaiheet nousivat myös henkilökunnan vahvuuksiksi toteutuessaan hyvin.

Kyselyyn vastanneista enemmistö arvioi apuvälineiden sovituksen, kokeilun ja muutostöiden periaatteiden hallitsemisen sekä apuvälineiden hankintaan ja valintaan vaikuttavien tekijöiden tunnistamisen toteutuvan sekä yksilö- että työyhteisötasolla melko hyvin. Kyselyyn vastanneista enemmistö arvioi myös apuvälineen käyttöön luovuttajan ja apuvälineen käyttäjän vastuutehtävien tunnistamisen toteu-

tuvan sekä yksilö- että työyhteisötasolla melko hyvin. Edellä mainitut apuvälinepalveluprosessin vaiheet toteutuivat kyselyn vastausten perusteella melko hyvin, mutta niissä koettiin olevan eniten kehitettävää verrattuna apuvälinepalveluprosessin muihin vaiheisiin, joiden koettiin toteutuvan hyvin.

Avoimesta kysymysosioista esille nousi toive apuvälineiden kuvallisesta luettelosta, josta löytyisi myös kriteerit apuvälineen saamiselle. Maakunnissa asuvien asiakkaiden apuvälineiden hankinta ja palautus koettiin haastavaksi, koska apuvälineen hankinta ja palauttaminen jää helpommin hoitajan vastuulle. Osa koki Soiten apuvälinepalvelun toiminnan olevan joustavaa. Apuvälinelainaamon soittoaikaa kuvailtiin liian lyhyeksi, mikä tuottaa haasteita työhön. Osa koki kotikuntohoitajan konsultoimisen olevan hyvä apu. Apuvälineen tarpeen kirjaamisen hoito- ja palvelusuunnitelmaan koettiin olevan tärkeää. Osa koki kyselyyn vastaamisen hankalaksi, sillä apuvälinepalveluprosessi oli vieras, ja kokemusta oli vain käytännön työstä, jolloin hoitaja hakee itse apuvälineen asiakkaalle. Esiin nousi myös hoitohenkilökunnan huoli asiakkaista, joilla ei ole omaisia. Omaisten puuttuminen lisää asiakkaan tarvetta saada apua muualta, mikä taas vie resursseja kotihoidolta. Hoitajan käydessä asiakkaan luona kotikäynnille on arvioitu kesto ajallisesti, hoidontarpeen mukaan. Jos apuvälinettä täytyy esimerkiksi hakea tai viedä korjattavaksi, hoitajan työaikaa kuluu asian hoitamiseen, jolloin seuraava asiakas saattaa jo odotella hoitajaa kotikäynnille.

8.2 Oman ammatillisen kasvun pohdinta

Ammattikorkeakoulututkinnon tarkoituksena on tukea opiskelijan ammatillista kasvua sekä edistää elinikäistä oppimista. Ammattikorkeakoulun tehtävänä on tuottaa korkeakouluopetusta, joka antaa opiskelijalle valmiuksia työelämässä toimimiseen sekä tutkimus- ja kehitystyön toteuttamiseen. (Centria-ammattikorkeakoulu 2019.)

Opinnäytetyön tekeminen osoittautui kokonaisuudessaan opettavaiseksi kokemukseksi, joka lisäsi valmiuksia tutkimustyön toteuttamiseen sekä työelämässä toimimiseen. Yhteydenpito työelämän edustajan kanssa kehitti vuorovaikutustaitoja sekä oma-aloitteisuutta. Opinnäytetyön tekeminen kehitti myös itsenäisen työskentelyn taitoa sekä taitoa arvioida oman työn jälkeä. Yhteistyö opinnäytetyön tekijöiden kesken oli luontevaa ja työnjako tasavertaista.

Opinnäytetyön tekeminen sekä aiheen valinta antoivat uutta näkökulmaa työelämän vahvuuksien ja kehittämistarpeiden tarkasteluun sekä lisäsivät tietoisuutta kuntouttavasta hoitotyöstä ja apuvälinepalveluprosessista. Luotettavan tutkimustiedon hankkiminen ja arviointi lisäsivät kykyä työskennellä lähdekriittisesti. Työn toteuttaminen kehitti tietoteknisiä taitoja. Opinnäytetyöprosessi kokonaisuudessaan antoi valmiuksia suunnitelmalliseen työn toteuttamiseen ja oman ammatillisen kasvun kehittämiseen sekä arviointiin.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän opinnäytetyön perusteella voidaan todeta, että

1. kotihoidon hoitohenkilökunta kokee apuvälineellä ratkeavan ongelman havaitsemisen, asiakkaan tai tämän läheisen ohjaamisen apuvälinepalveluun, apuvälineen tarpeen arvioinnin sekä ohjaamisen apuvälineen palautukseen liittyvissä asioissa toteutuvan sekä yksilö- että työyhteisötasolla hyvin. Nämä apuvälinepalveluprosessin vaiheet nousivat kyselyn tulosten mukaan hoitohenkilökunnan ja työyhteisön vahvuuksiksi.
2. kotihoidon hoitohenkilökunta kokee apuvälineiden sovituksen, kokeilun ja muutostöiden periaatteiden hallitsemisen sekä apuvälineiden hankintaan ja valintaan vaikuttavien tekijöiden tunnistamisen toteutuvan sekä yksilö- että työyhteisötasolla melko hyvin. Lisäksi kyselyyn vastanneista enemmistö arvioi apuvälineen käyttöön luovuttajan ja apuvälineen käyttäjän vastuutehtävien tunnistamisen sekä ohjaamisen huoltoon ja korjaukseen liittyvissä asioissa toteutuvan sekä yksilö- että työyhteisötasolla melko hyvin. Nämä apuvälinepalveluprosessin vaiheet nousivat kyselyn tulosten mukaan hoitohenkilökunnan ja työyhteisön kehittämiskohteiksi.

Tämän opinnäytetyön pohjalta voidaan suositella kotihoidon hoitohenkilökunnalle laadittavaksi apuvälinepalveluprosessin eri vaiheita ja erilaisia apuvälineitä kuvaava opas. Kotihoidon hoitohenkilökunta voisi saada oppaan avulla tietoa apuvälinepalveluprosessin vaiheista ja erilaisista apuvälineistä. Tietoa henkilökunta voisi hyödyntää apuvälinepalveluprosessin eri vaiheiden hallinnan ja sen myötä kuntouttavan hoitotyön kehittämiseen.

LÄHTEET

Centria-ammattikorkeakoulu 2019. Centria-ammattikorkeakoulun tutkintosääntö. Saatavissa: <https://web.centria.fi/opiskelijalle/opiskeluohjeet/tutkintosaaento-ja-muut-ohjeistukset>. Viitattu 24.5.2021

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/2012/20120980?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20ik%C3%A4%C3%A4ntyneen#L2P5>. Viitattu 20.1.2021.

Hautala, P. 2016. *Terveyskeskussairaalan henkilökunnan osaamisen kehittäminen*. Kokkola: Centria ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystalvvelalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. YAMK opinnäytetyö. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/111072/hautala_pasi.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 24.5.2020.

Hoitotyön tutkimussäätiö Hotus 2010. *Kuinka kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä voidaan vaikuttaa kotihoidon palveluiden käyttöön ja kustannuksiin sekä ikääntyneiden toimintakykyyn? Näyttövinkki 10/2010*. Saatavissa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2020/08/nayttovinkki-10-2020.pdf>. Viitattu 31.5.2021.

Härkäpää, J. & Järvikoski, A., 2011. *Kuntoutuksen perusteet*. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. *Tutkimus hoitotieteessä*. 3.–4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kela. 2019. Kuntoutussuunnitelman laatiminen. Saatavissa: <https://www.kela.fi/kuntoutumissuunnitelman-laatiminen>. Viitattu 17.2.2020.

Laurell, L., Nordman, P. & Suvikas, A. 2013. *Kuntouttava Lähihoito*. 7., uudistettu painos. Porvoo: Edita publishing Oy.

Peda.net. 2021. Likert. Saatavissa: <https://peda.net/ohjeet/ty%C3%B6v%C3%A4lineet/lomake/likert>. Viitattu 23.4.2021.

Rajala, T. 2017. *Muutoksen kahdet kasvot*. Kokkola: Centria ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystalvvelalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma. YAMK. Opinnäytetyö. Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/130851/rajala%20tanja.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Viitattu 24.5.2020.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2019. *Hoitotyön taidot ja toiminnot*. 6. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Soite. 2020a. Apuvälinetoiminta. Saatavissa: <https://www.soite.fi/apuvälinetoiminta>. Viitattu 12.2.2020.

Soite. 2020b. Kotihoito. <https://www.soite.fi/kotihoito>. Viitattu 24.5.2020.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2021. Henkilöstömitoitus iäkkäiden henkilöiden tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Saatavissa: <https://stm.fi/iakkaiden-palvelut/henkilostomitoitus>. Viitattu 8.4.2021.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018a. *Opas apuvälinetyötä tekeville ammattilaisille ja ohjeita asiakkaille*. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161068/rap%2035_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Viitattu 12.2.2020.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018b. Kotihoito ja kotipalvelut. Saatavissa: <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>. Viitattu 13.2.2020.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Kuntoutus. Saatavissa: <https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>. Viitattu 13.2.2020.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. 2015. Kotiin annettavat palvelut. Saatavissa: <https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/kotiin-annettavat-palvelut>. Viitattu 13.2.2020.

Terveyskylä. 2019a. Kunnallinen ja yksityinen kotihoito. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/apua-arkeen/kunnallinen-ja-yksityinen-kotihoito>. Viitattu 13.2.2020.

Terveyskylä. 2018a. Apuvälineen ja apuvälinepalvelun tarpeen arviointi. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaisille/apuvälineet/apuvälinepalvelun-prosessi-ohjeita/apuvälineen-ja-apuvälinepalvelun-tarpeen-arviointi>. Viitattu 12.2.2020.

Terveyskylä. 2017a. Apuvälinepalvelun tarpeen havaitseminen ja palveluun hakeutuminen. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaisille/apuvälineet/apuvälinepalvelun-prosessi-ohjeita/apuvälinepalvelun-tarpeen-havaitseminen-ja-palveluun-hakeutuminen>. Viitattu 12.2.2020.

Terveyskylä. 2017b. Apuvälineen sovitus, kokeilu ja valinta. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaisille/apuv%C3%A4lineet/apuv%C3%A4linepalvelun-prosessi-ohjeita/apuv%C3%A4lineen-sovitus-kokeilu-ja-valinta>. Viitattu 12.2.2020.

Terveyskylä. 2018b. Apuvälineen muutostyöt. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaisille/apuv%C3%A4lineet/apuv%C3%A4linepalvelun-prosessi-ohjeita/apuv%C3%A4lineen-muutosty%C3%B6t>. Viitattu 12.2.2020.

Terveyskylä. 2018c. Apuvälineen huolto ja korjaus. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaisille/apuv%C3%A4lineet/apuv%C3%A4linepalvelun-prosessi-ohjeita/apuv%C3%A4lineen-huolto-ja-korjaus>. Viitattu 17.2.2020.

Terveyskylä. 2017c. Apuvälineen palautus. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaisille/apuv%C3%A4lineet/apuv%C3%A4linepalvelun-prosessi-ohjeita/apuv%C3%A4lineen-palautus>. Viitattu 17.2.2020.

Terveyskylä. 2019b. Kuntoutuksen osa-alueet. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/tietoa/kuntoutuksen-eri-muodot/kuntoutuksen-osa-alueet>. Viitattu 10.2.2020.

Terveyskylä. 2018d. Ammatillinen kuntoutus. <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/tietoa/kuntoutuksen-eri-muodot/kuntoutuksen-osa-alueet/amatillinen-kuntoutus>. Viitattu 17.2.2020.

Terveyskylä. 2018e. Kasvatuksellinen kuntoutus. <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/tietoa/kuntoutuksen-eri-muodot/kuntoutuksen-osa-alueet/kasvatuksellinen-kuntoutus>. Viitattu 17.2.2020.

Terveyskylä. 2018f. Sosiaalinen kuntoutus. <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/tietoa/kuntoutuksen-eri-muodot/kuntoutuksen-osa-alueet/sosiaalinen-kuntoutus>. Viitattu 17.2.2020.

Terveyskylä. 2018g. Toimintakykykuntoutus. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/tietoa/kuntoutuksen-eri-muodot/kuntoutuksen-osa-alueet/toimintakykykuntoutus>. Viitattu 17.2.2020.

Terveyskylä. 2018h. Apuvälineen käytön seuranta. Saatavissa: <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaisille/apuv%C3%A4lineet/apuv%C3%A4linepalvelun-prosessi-ohjeita/apuv%C3%A4lineen-k%C3%A4yt%C3%B6n-seuranta>. Viitattu 25.2.2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. ICF-luokitus. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>. Viitattu 10.2.2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Vanhuspalvelujen tila. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila>. Viitattu 4.3.2020.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2021. Tietoa RAI-järjestelmästä. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>. Viitattu 10.2.2021.

Tilastokeskus. Kokonaistutkimus. Helsinki. 2020. Saatavissa: <https://www.stat.fi/meta/kas/kokonais-tutkimu.html>. Viitattu 3.7.2020.