

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Ikäosaaminen

Kareinen Päivi & Pursiainen Inka

IÄKKÄÄN ASIAKKAAN TOIMINTAKYVYN TUKEMISELLA KOHTI
AKTIIVISEMPAA ARKEA KOTIHOIDOSSA

Opinnäytetyö
Kesäkuu 2018



OPINNÄYTETYÖ
Kesäkuu 2018
Sosiaali- ja terveysala
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Ikäosaaminen
Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijät

Päivi Kareinen, Inka Pursiainen

Nimeke

lökkään asiakkaan toimintakyvyn tukemisella kohti aktiivisempaa arkea kotihoidossa

Toimeksiantaja

AVOT-hanke, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä Siun sote

Tiivistelmä

Ikääntyvän väestön lisääntyessä kotiin annettavien palveluiden sisältöä ja määrää sekä erityisesti toimintakykyä tukevia kuntoutuspalveluja tulee kehittää. Opinnäytetyömme oli osa AVOT-hankkeen toimiva kotihoito -kokonaisuutta, toimeksiantajana oli Siun sote. Työn tavoitteena oli kehittää kotihoidon asiakkaana olevan ikääntyneen toimintakykyä tukevia toimintatapoja. Opinnäytetyön tehtävinä oli tuottaa prosessikuvaus ikääntyneen asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen kotihoidon työntekijöiden toteuttamana sekä tuottaa tietoa siitä, mitkä tekijät vaikuttavat ikääntyneen kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen.

Opinnäytetyö toteutettiin osallistavana tutkimuksellisena kehittämistoimintana Kontiolahden alueen kotihoidossa. Kehittäminen toteutettiin työpajatoimintana osallistavia menetelmiä hyödyntäen sekä käytännön toiminnan pilotointina (ketterä-kokeilu). Työpajatoiminta toteutettiin sekä lähi- että etätyöpajoina, Collaboration-verkkoyhteyden kautta.

Opinnäytetyön tuotoksena tehtiin Miun aktiivinen arki -toiminnan prosessikuvaus. Tulosten mukaan asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen vaikuttavat yksilöllisyys, vuorovaikutus, ammatillinen osaaminen, tiedonkulku ja yhteistyö. Kuntouttavan toiminnan onnistuminen kotihoidossa vaatii asiakkaan osallistamista ja työskentelytapojen muuttamista tehtäväkeskeisyyden sijaan asiakas- ja voimavaralähtöisiksi. Prosessikuvausta käytetään AVOT-hankkeen työvälineenä toimintamallin jalkauttamisessa koko Siun soten kotihoidon alueelle keväällä 2018. Jatkossa kehittämisaiheina voisivat olla asiakasosallisuuden lisääminen ja kotihoidon palvelujen yhteistyöverkostojen kehittäminen.

Kieli
suomi

Sivuja 87
Liitteet 4
Liitesivumäärä 7

Asiasanat

Kotihoito, ikääntynyt ihminen, toimintakyky, kuntoutuminen



THESIS
June 2018
Master's Programme in Active Ageing
Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +350 13 260 600

Authors
Päivi Kareinen, Inka Pursiainen

Title
Towards Active Everyday Life by Supporting Functional Ability in Older Home Care Clients

Commissioned by
AVOT Project, Siun sote Joint Municipal Authority for North Karelia Social and Health Services

Abstract

As the aging population grows, the content and amount of home care services, including rehabilitation, need to be developed. This thesis was part of the AVOT Project, commissioned by Siun sote. The aim of the thesis was to develop methods which support functional ability in older home care clients. The purpose of the thesis was to produce a process description for home care workers for supporting functional ability in older clients. The aim was to provide information on factors affecting the supporting of functional ability in older clients.

The thesis was carried out as a participatory research development activity in the home care services of Kontiolahti area. The development activity was implemented through workshops using participatory methods and by piloting practical activities. Workshop activities were carried out both in interactive and distance workshops via the Collaboration network connection.

The process description of 'Miun aktiivinen arki' was produced as the output of the thesis. According to the results, factors affecting the supporting of functional ability in older clients were individuality, interaction, professional competence, information flow and collaboration. The success of rehabilitative activity in home care requires client involvement and change of work methods towards client and resource-oriented rather than task-oriented. The AVOT Project introduces the process description to the entire home care sector in the spring of 2018. Future development could focus on how to increase client involvement and enhance collaboration networks in home care services.

Language
Finnish

Pages 87
Appendices 4
Pages of Appendices 7

Keywords
Home care, older people, functional ability, rehabilitation

Sisältö

1	Johdanto	4
2	Ikääntyneen ihmisen toimintakyky	5
2.1	Toimintakyvyn muutokset ikääntyneellä ihmisellä.....	6
2.2	Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF.....	7
3	Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan kuntoutuminen	9
3.1	Kuntoutumisen prosessi	10
3.2	Kotihoidon toiminta	13
3.3	Kuntoutumista edistävä toiminta kotihoidossa	15
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät.....	17
5	Opinnäytetyön toteutus	17
5.1	Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta	18
5.2	Kehittämisen prosessin toimintaympäristö ja osallistajat	19
5.3	Kehittämisen prosessin vaiheet	20
5.4	Kehittämisen prosessin lähtökohdat	21
5.5	Työpajatoiminnan suunnittelu	23
5.6	Kehittämistyöpajatoiminta	24
5.6.1	Lähityöpaja I	24
5.6.2	Etätyöpajat II, III ja IV.....	27
5.6.3	Lähityöpaja V.....	31
5.7	Kehittämisen prosessin arviointivaihe.....	32
5.8	Aineiston kerääminen ja kehittämistehtävien tuottaminen	34
6	Opinnäytetyön tuotos ja tulokset	38
6.1	Miun aktiivinen arki -toiminnan prosessikuvaus	38
6.2	Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen vaikuttavat tekijät	44
7	Pohdinta.....	55
7.1	Tuotoksen ja tulosten tarkastelu	55
7.2	Toteutuksen tarkastelu	64
7.3	Eettisyys ja luotettavuus	69
7.4	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkokehittämisasiheet	70
	Lähteet.....	72

Liitteet

Liite 1	Opinnäytetyön aikataulu
Liite 2	Teemahaastattelurunko
Liite 3	Esimerkki teemoittelusta
Liite 4	Miun aktiivinen arki -toiminnan prosessikuvaus

1 Johdanto

Ikääntyneiden ihmisten osuus Suomen kokonaisväestöstä kasvaa tulevina vuosikymmeninä nopeasti. Tilastokeskuksen arvion mukaan vuonna 2050 joka neljäs suomalainen on täyttänyt 65 vuotta ja 80 vuotta täyttäneiden osuus on vuoteen 2016 verrattuna peräti kaksinkertainen (11 %). Suurimpia haasteita Suomen ikääntymispolitiikassa ovat ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitäminen ja sen heikkenemisen ehkäiseminen. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Väestön ikääntyessä myös palvelujen tarve tulee kasvamaan. Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen Kuntaliiton laatiman laatusuosituksen (2017) tavoitteena on luoda sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä palvelujärjestelmä. Tämä sisältää mahdollisimman tervettä ja toimintakykyistä ikääntymistä turvaavat toimet sekä vaikuttavat palvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 10.)

Vuoden 2020 alusta tulee voimaan maakunta- ja sote-uudistus, jonka myötä väestön palvelujen suunnittelu- ja järjestämistä vastuu siirtyy kunnilta maakunnille (Valtioneuvosto 2018). Sote-uudistukseen liittyvää muutostyötä tehdään Suomen hallituksen (2015–2019) I&O- kärkihankkeina. *Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa & vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa*-kärkihanke vastaa iäkkäille tarjottavien palvelujen uudistamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 6.)

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän (jäljempänä Siun sote) alueella ikääntyneiden palveluja kehitetään AVOT¹-hankkeen avulla. AVOT-hankkeen tarkoituksena on turvata alueen ikääntyneille yhdenvertaiset palvelut vahvistamalla kotona asumisen tukea, arjen hallintaa, turvallisuuden tunnetta ja elämisen mielekkyyttä (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä 2016a, 7). Hyvän elämänlaadun kannalta ikääntyvän ihmisen paras asumisen paikka on oma koti, joka tukee hänen itsemääräämisoikeuttaan, osallisuuttaan ja toimijuuttaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 21). Kotihoidon palveluiden kehittämisellä pyritään muun muassa ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämiseen ja voimavarojen hyödyntämiseen kotikuntoutusta

¹ Arvokasta vanhenemista omatoimisuutta tukemalla

vahvistamalla (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä 2016a, 21–22).

Opinnäytetyömme oli osa AVOT-hankkeen toimiva kotihoito -kokonaisuutta ja toimeksiantajana oli Siun sote. Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistoimintana Kontiolahden alueen kotihoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää ikääntyneen kotihoidon asiakkaan toimintakykyä tukevia toimintatapoja. Opinnäytetyön tuotoksena tehtiin prosessikuvaus ikääntyneen asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen kotihoidon työntekijöiden toteuttamana. Lisäksi tuotettiin tietoa ikääntyneen kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen vaikuttavista tekijöistä.

2 Ikääntyneen ihmisen toimintakyky

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä hänelle välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b, 45). Toimintakyvyn käsite liittyy laajasti yksilön hyvinvointiin ja sitä tulee tarkastella fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toiminnan näkökulmista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 36). Ikääntyneen ihmisen toimintakykyä voidaan tarkastella primäärisen ja sekundaarisen vanhenemisen näkökulmasta (Pikkarainen 2013, 28).

Primäärinen vanheneminen on ihmisen luonnollista, biologisten tekijöiden määrittelemää vanhenemistä. Se sisältää muun muassa erilaisiin fyysisiin elintoimintoihin, suorituskykyyn sekä kognitioon liittyviä muutoksia. Sekundaarinen vanheneminen on esimerkiksi ulkoisten tekijöiden, kuten sairauksien ja elämäntapojen tuomia vaikutuksia primäärin vanhenemisen rinnalla. (Pikkarainen 2013, 28–29.)

2.1 Toimintakyvyn muutokset ikääntyneellä ihmisellä

Toimintakykyä voidaan kuvata tasapainotilana ihmisen fyysisten, psyykkisten sekä sosiaalisten kykyjen, ominaisuuksien ja oman arkielämän vaatimusten välillä (Pohjolainen & Saltychev 2016). Toimintakykyyn ja sen vajauksiin, kuin terveyteenkin, vaikuttavat yksilö itse, elämäntavat, sosiaalinen ja kulttuurinen järjestelmä, sosiaaliset suhteet sekä ympäristö. Ihminen on sitä alttiimpi ympäristön vaikutuksille, mitä enemmän hänen toimintakykynsä heikkenee. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2016, 449.)

Toimintakykyä heikentäviä tekijöitä voivat olla ikääntyneen toiminnan vajaukset (disability), haurastuminen (frailty) ja monisairastavuus (comorbidity). Toiminnan vajaus määritellään vaikeudeksi tai avun tarpeeksi itsenäisen elämän toiminoissa. Se voi syntyä hitaasti edeten tai äkillisesti esimerkiksi sairauden alkaessa. Hitaasti etenevän toiminnan vajuksen aiheuttaa esimerkiksi etenevä sairaus, liikkumattomuus ja väsymys. Siihen liittyy usein myös eriasteista haurastumista. (Pitkälä ym. 2016, 449–450.)

Ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn heikentyminen ilmenee ensimmäisenä vaativampien päivittäisten toimintojen, kuten yhteiskunnallisen osallisuuden tai aktiivisen liikunnan, vähenemisenä. Tämän jälkeen toimintakyvyn heikentyminen näkyy haasteena hoitaa arkeen liittyviä toimintoja. Tällaisia toimintoja ovat muun muassa kaupassa käyminen, autolla ajaminen tai kotiaskareiden tekeminen. Lopulta alentunut toimintakyky johtaa raihnaistumiseen, joka vaikuttaa kaikkiin päivittäisiin toimintoihin esimerkiksi kävelemiseen, peseytymiseen, puukeutumiseen ja ruokailemiseen. (Pitkälä ym. 2016, 448.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa laatusuosituksessa (2017) tuodaan esille riskitekijöitä, jotka ennakoivat toimintakyvyn heikentymistä. Näitä riskitekijöitä ovat kaatumisalttius, ulkona liikkumisen väheneminen, ravitsemustilan poikkeamat, gerasteniaan (hauraus-raihnausoireyhtymä) viittaavat merkit sekä muistihäiriöt ja mielenterveyshäiriöt. Lisäksi toimintakykyä heikentäviä riskitekijöitä voivat olla myös runsas päihteiden käyttö, koettu yksinäisyys, runsas sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö, siirtymätilanteet kuten sairaalasta kotiutu-

minen sekä puolison menettäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 16–17.)

Ikääntyneen ihmisen toimintakyvyn hahmottamisen lähtökohtana on ymmärrys toimintakyvyn kokonaisuudesta, johon liittyy aina yksilön henkilökohtainen eletty elämä, kokemukset ja elinympäristö (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 90). Kaikki nämä osa-alueet tulee ottaa huomioon ikääntyneen toimintakyvyn kokonaisvaltaisuuden hahmottamisessa. Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden monikerroksisuutta voidaan jäsentää seuraavana esitetyn ICF-luokituksen mukaisesti.

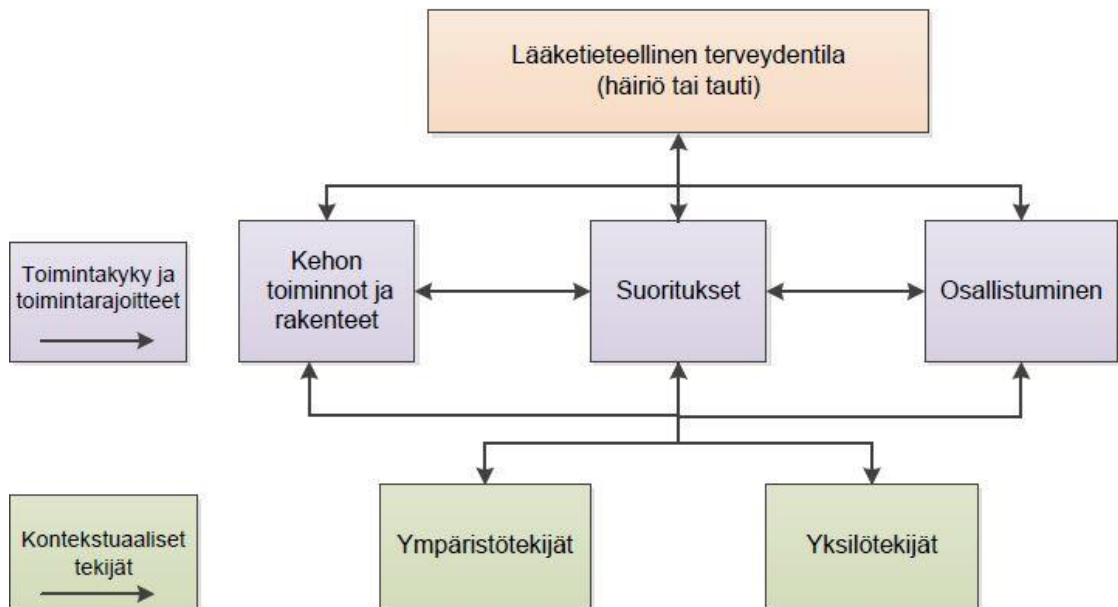
2.2 Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF

Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 2001 toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen ICF ², jonka tavoitteena on muun muassa kuvata väestön toimintakyvyn edellytyksiä (WHO & Stakes 2004, 3,5). ICF-luokitusta on soviteltu viime vuosina kuntoutuksen yleiseksi teoreettiseksi viitekehykseksi, vaikka se ei varsinaisesti ole kuntoutuksen teoria, vaan ensisijaisesti luokitusjärjestelmä. ICF:n avulla voidaan toimintakykyä kuvata laaja-alaisesti huomioiden fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset elementit yksilön toiminnassa sekä yhteiskunnallisessa toimintakontekstissa. (Salminen, Järvikoski & Härkäpää 2016, 26–27.)

ICF koostuu kahdesta osasta: toimintakykyä ja toimintarajoitteita kuvaavasta osasta sekä kontekstuaalisia tekijöitä kuvaavasta osasta. Toimintakyky ja toimintarajoitteet sisältävät seuraavat osa-alueet; kehon toiminnot ja rakenteet, suoritukset sekä osallistuminen. Kontekstuaalinen-osa sisältää ympäristötekijät ja yksilötekijät. (WHO & Stakes 2004, 7–8.)

² The International Classification of Functioning, Disability and Health

Luokitus kuvaa yksilön toimintakyvyn määräytyvän lääketieteellisen terveydentilan sekä ympäristö- ja yksilötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. Kaikkien osa-alueiden välillä vallitsevat dynaamiset vuorovaikutussuhteet siten, että yhteen alueeseen kohdistetut toimet saattavat vaikuttaa myös useampaan muuhun osa-alueeseen (kuvio 1). (WHO & Stakes 2004, 18.)



Kuvio 1. ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (mukailien WHO & Stakes 2004, 18.)

ICF on toimintakyvyn rakenteiden kuvaustapa, mutta se ei ole toimintakyvyn arviointi- tai mittausväline (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 38). Luokitus auttaa ilmentämään esimerkiksi, miten sairauden tai vamman vaikutukset näkyvät yksilön elämässä. ICF:n avulla voidaan korostaa asiakkaan omaa näkemystä siitä, millä tavoin hänen toimintakykynsä mahdollistaa tai rajoittaa hänen jokapäiväisen elämänsä suorituksia tai osallistumisia. (Valkeinen & Anttila 2014, 5, 9.)

ICF-luokituksen vahvuutena on, että eri ammattiryhmät pystyvät kuvaamaan henkilön toimintakykyä samoilla kriteereillä, toimintakyvyn rakenteinen kuvaaminen mahdollistuu sähköisissä tietojärjestelmissä ja tietojen vertailu onnistuu. Luokitus käännettiin suomeksi vuonna 2004, mutta sen käyttöönotto on edennyt hitaasti, huolimatta Kelan suosituksesta luokituksen käytöstä muun muassa

kuntoutuksen suunnittelussa, tavoitteiden asettelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa. (Paltamaa & Perttinen 2015, 15–20.)

Rantakömi-Stansfield, Valtamo, Piirainen & Sjögren (2015, 29) ovat tutkineet ICF-luokituksen koulutuksen ja juurruttamistoiminnan vaikutuksia tekemässään järjestelmällisessä kirjallisuuskatsauksessa. Sen mukaan ICF on terveydenhuollon ja kuntoutuksen toimintaa yhtenäistävä ja tehostava viitekehys, mutta sen laajempi käyttöönotto edellyttäisi kuitenkin kohdennettua systemaattista koulutusta. Koetuista hyödyistä huolimatta luokituksen käyttö koetaan edelleen monimutkaiseksi ja sen käyttöä olisi tärkeää kehittää yhdessä käyttäjien kanssa. (emt. 2015, 29.) ICF-luokituksen käyttö mahdollistaa yksilön vahvuuksien ja voimavarojen hyödyntämisen sekä auttaa huomioimaan ympäristön ja yhteiskunnan palvelujärjestelmän tuomat mahdollisuudet kuntoutumisprosessia edistävinä tekijöinä (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 38–39).

3 Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan kuntoutuminen

Ikääntyneen ihmisen kuntoutumisen keskiössä on selviytyminen omassa arjessa sekä sen toimintaympäristöissä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 19). Tulevaisuudessa ikääntyneiden monialaista kuntoutusta tullaankin toteuttamaan kodeissa (Pikkarainen Pyöriä & Savikko 2016, 191). Kotona asuminen tutussa ympäristössä, mahdollistaa ikääntyneelle pidemmän, itsenäisen elinajan. Toimintakyvyn heikentyessä ikääntynyt kehittää usein kompensatio- ja selviytymiskeinoja pärjätäkseen. Raihnaantuvan ikääntyneen kotona selviytymisen kokemusta edistää turvalliseksi koettu ja esteetön ympäristö. (Pitkälä ym. 2016, 449.)

Kotihoidon tehtävänä on asiakkaan tarpeiden mukainen toimintakykyä ylläpitävä ja kuntoutumista edistävä toiminta. Kotihoidon tehtävänä on tuottaa myös terveyttä edistävää ja ennaltaehkäisevää toimintaa, kuten neuvontaa ja palveluohjausta. Palvelujen avulla voidaan tukea omassa kodissaan asuvan asiakkaan tur-

vallista asumista. (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä 2016b, 3, 7.)

3.1 Kuntoutumisen prosessi

Ikääntyneen kuntoutuminen on, sekä sairauksista ja toimintakyvyn rajoituksista kuntoutumista, että koko elämäkulun ja ikääntymisen käsittelyä. Hänen oma kokemus arjen aktiivisuudestaan ja osallisuudestaan ovat merkittäviä tekijöitä osana hänen hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan. (Pikkarainen ym. 2016, 183–184.) Kuntoutumisen tulee olla asiakkaan tarpeista lähtevä, suunnitelmallinen prosessi, jossa asiakas ylläpitää ja edistää toimintakykyään ammattilaisten tuella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b, 44–45). Jotta kuntoutus olisi asiakaslähtöistä, tulisi sen olla tavoitteellinen yhteistyö- ja vuorovaikutusprosessi, joka perustuu sekä asiakkaan että työntekijän asiantuntemukseen (Paltamaa & Musikka-Siirtola 2016, 38–39).

Kuntoutumisen prosessi edellyttää kokonaisvaltaista tarpeiden ja toimintakyvyn arviota. Prosessin aikana kuntoutumista seurataan ja tavoitteiden toteutumista arvioidaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b, 40; Autti-Rämö, Mikkelsen, Lappalainen & Leino 2016, 57–58.) Kuntoutumisprosessia tukemaan tulee laatia suunnitelma, jossa on kuvattuna asiakkaan toimintakyky, tarpeet ja tavoitteet sekä kuntoutuksen toteuttamisen suunnitelma aikatauluineen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b, 40,58).

Toimintakyvyn arviointi toimii lähtökohtana asiakkaan kuntoutumistavoitteiden asettamisessa sekä tavoitteiden saavuttamiseksi valittavien toimenpiteiden suunnittelussa (Autti-Rämö ym. 2016, 57–58). Toimintakyvyn arvioinnin perustana on asiakkaan käsitys ja kokemus omasta toimintakyvystään. Tämän lisäksi voidaan asiakkaan suostumuksella kuulla myös hänen läheisiään. Asiakaslähtöisessä toimintakyvyn arvioinnissa vahvistetaan asiakkaan toimijuutta, kun hän arvioi omia voimavarojaan, tekee valintoja ja toimii niiden perusteella valitsemaallaan tavalla. (Sainio & Salminen 2016, 207.)

Toimintakyvyn arviointiin sisältyy myös ammattihenkilöiden tekemä arvio asiakkaan toimintakyvystä, muun muassa havaintojen ja tarkoituksenmukaisten mittausmenetelmien avulla (Sainio & Salminen 2016, 206–210). Luotettavaan toimintakyvyn mittaamiseen ja arviointiin tarvitaan päteviä ja luotettavia arviointimenetelmiä, joita tulee käyttää oikein ja oikeissa käyttötarkoituksissa (Valkeinen & Anttila 2014, 5).

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkosto (TOIMIA) laatii Suomessa toimintakyvyn mittaamista ja arviointia koskevia suosituksia. Arviointityö perustuu tutkimusnäyttöön eri menetelmien validiteetti-, reliabiliteetti- ja muutosherkkyystiedoista. (Valkeinen & Anttila 2014, 5.) Tässä opinnäytetyössä kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn mittaamisessa pilotointijaksolla käytettiin WHOQOL-BREF ja SPPB-mittareita. Mittarien valinta perustui siihen, että ne ovat Siun soten kotihoidon palvelutarpeen arvioinnissa käytettäviä mittareita (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä 2016b, 5).

WHOQOL-BREF mittari on lyhyt versio Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittarista, ja TOIMIA:ssa laaditun arvion mukaan se soveltuu aikuisten elämänlaadun mittaamiseen, esimerkiksi terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa. Suurin osa mittarin kysymyksistä liittyy toimintakyvyn neljään eri ulottuvuuteen: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen sekä elinympäristöön. Lisäksi mittarissa on mukana kysymys koetusta yleisestä terveydentilasta ja yleisestä elämänlaadusta. (TOIMIA... 2014a: TOIMIA... 2014b.)

SPPB-mittari on lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö, joka soveltuu hyvin toimintakyvyn arviointiin iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. Testistö koostuu tasapaino-, kävelynopeus- ja tuoliilta nousutesteistä. Testistön avulla saadaan tietoa testattavan tasapainon hallinnasta seisten, kävelystä ja alaraajojen lihasvoimasta. (TOIMIA... 2014c.)

Tavoitteiden asettaminen tulee aina tehdä yhteistyössä asiakkaan kanssa. Tavoitteen tulee olla mahdollisimman selkeä, asiakkaalle itselleen merkityksellinen ja realistisesti rajatussa ajassa saavutettavissa oleva. Tavoitteen asettelus-

sa on hyvä huomioida asiakkaan omat arvot sekä käsitys omista mahdollisuuksista. (Autti-Rämö ym. 2016, 67.) Kuntoutumisen vaikuttavuus on yhteydessä tavoitteisiin, joten asiakkaan kuntoutumisen tavoitteeksi tulee määritellä hänelle mielekkäitä, hyvinvointia ja toimivaa arkea tukevia tavoitteita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 22).

Tässä opinnäytetyössä kotihoidon asiakkaan tavoitteiden asettamisessa käytettiin pilotointijaksolla GAS-menetelmää (Goal Attainment Scaling). Se soveltuu kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin TOIMIA:ssa laaditun arviointimukan mukaan hyvin. GAS-menetelmää on käytetty vuodesta 2010 ja sen käyttö on laajentunut asteittain kaikkiin kuntoutuspalveluihin. (TOIMIA... 2014d.) Työntekijän tulee hallita GAS-menetelmän käyttö. Tiedonkeruumenetelmänä siinä käytetään haastattelua ja se perustuu yksilölähtöiseen tavoitteen asettamiseen. (Sukula & Vainiemi 2015, 13.)

Tavoitteet laaditaan yhteistyössä asiakkaan kanssa, ja laadinta vaatii tavoitteiden tunnistamista, nimeämistä sekä indikaattoreiden ja asteikon laatimista (Sukula & Vainiemi 2015, 13). Tavoitteen asettamisen apuna voidaan käyttää niin sanottua SMART-ideaa, jonka mukaan tavoitteen tulee olla spesifinen (specific), mitattavissa oleva (measurable), saavutettavissa oleva (achievable), realistinen (realistic) ja mahdollinen aikatauluttaa (timed) (Bovend 'Eerdts ym. 2009; Sukula & Vainiemi 2015, 14 mukaan).

Tavoitteita ja niiden toteutumista arvioidaan asiakkaan kanssa yhdessä ennalta sovittuna ajankohtana. Työntekijän ammattitaitoon kuuluu osata tarkistaa ja arvioida tavoitteiden toteutumista. (Sukula & Vainiemi 2015, 13.) Kuntoutumisen tuloksellisuus paranee, jos tavoitteet on laadittu mitattavaan muotoon ja niiden saavuttamista seurataan järjestelmällisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015, 22).

Kuntoutuminen voidaan nähdä mahdollisuutena muutokseen. Onnistunut kuntoutumisprosessi johtaa yleensä pysyviin toimintatapojen muutoksiin ja parantaa osallistumisen mahdollisuuksia. Muutos edellyttää ennen kaikkea asiak-

kaan, mutta myös työntekijän motivaatiota sekä sitoutumista suunniteltuihin muutosta tukeviin toimenpiteisiin. (Autti-Rämö ym. 2016, 67.)

3.2 Kotihoidon toiminta

Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain (1301/2014) 19 §:ään sisältyvien kotipalvelun tehtävien ja terveydenhuoltolain (1326/2010) 25 §:ään sisältyvien kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta. Sote-organisaatio myöntää kotihoidon palveluja yksilöllisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella alueensa asukkaille. Asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin perusteella tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma, joka laaditaan yhteistyössä asiakkaan ja palveluohjaajan kanssa. Palvelu- ja hoitosuunnitelman toteutumista seurataan ja sitä tarkennetaan palvelujen tarpeen muuttuessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017c.)

Kotihoidon palveluilla tuetaan kotona asumista. Palveluja voivat saada muun muassa iäkkäät ihmiset, vammaiset tai henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut. Kotihoidon tehtävänä on tukea ja auttaa kotona asuvaa asiakasta selviytymään arjen toiminnoista. Lisäksi erilaisilla tukipalveluilla, kuten esimerkiksi ateriapalvelulla, siivouspalvelulla tai asiointipalvelulla voidaan täydentää kotihoidon antamaa henkilökohtaista huolenpitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017c.)

Kotihoidossa työskentelee lähihoitajia, kodinhoitajia, kotiavustajia ja sairaanhoitajia. Vanhuspalvelujen tila -tutkimuksen (2017) mukaan kotihoidon palveluja on saatavilla päivisin, iltaisin ja viikonloppuisin. Useissa maakunnissa kotihoidon palveluja saa enenevässä määrin myös ympärivuorokautisesti. (Vainio, Alastalo & Kehusmaa 2017.)

Kotihoidon toimintaa ohjaa Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012). Niin sanottu vanhuspalvelulaki edellyttää, että iäkkään henkilön elämää tukeva pitkäaikainen hoito ja huolenpito toteutetaan ensisijaisesti hänen kotiinsa annettavilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla. Lisäksi kotihoidon toimintaa ohjaa valtakunnallinen Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantami-

seksi 2017–2019. Laatusuosituksella pyritään turvaamaan hyvää ikääntymistä ja parantamaan ikääntyneiden ihmisten palveluja.

Siun soten alueella kotihoidon toimintaa ohjaavat myös Siun soten strategia ja suunnitelmat. Siun soten määritelmän mukaan kotihoidon tarkoituksena on asiakkaan hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn tukeminen. Lisäksi kotihoidon tarkoituksena on tukea asiakkaan itsenäistä suoriutumista. Palvelujen lähtökohdina ovat asiakkaan kunnioittaminen, asiakkaan oikeus päättää omista asioistaan sekä asiakkaan ja omaisten osallisuus. Lisäksi korostuvat palvelujen oikea-aikaisuus ja turvallisuus. (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä 2016b, 3.)

Vuonna 2016 säännöllisen kotihoidon piirissä oli 11,3 % koko maan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä. Vastaava luku samana vuonna oli 16,2 % koko maan 80 vuotta täyttäneestä väestöstä ja 21,9 % 85 vuotta täyttäneestä väestöstä. (Sotkanet 2018a.) Monella ikääntyneellä avun tarve on vähäistä, mutta yhä useammalla ikääntyneellä säännöllisen avun tarve ja tuen määrä ovat kasvaneet (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2018).

THL:n tilastoraportin (2017) mukaan kotihoidon asiakasrakenne on muuttunut 2000-luvun aikana. Avun tarpeen määrän kasvusta kertoo se, että vuonna 2016 säännöllisen kotihoidon asiakkaista 31 %:n luokse tehtiin vähintään 60 käyntiä kuukaudessa. Tämän asiakasryhmän määrä on kasvanut noin yhden prosenttiyksikön (1 %) vuosivauhdilla, kun 2000-luvun alussa kyseisiä asiakkaita oli 19 %. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2017a.)

Kehusmaan (2014, 75) väitöskirjan mukaan heikkokuntoisten iäkkäiden ihmisten avun tarvetta aiheuttivat yleisimmin fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn rajoittuminen. Muistisairaiden kotihoidon säännöllisten asiakkaiden määrä oli 20,5 % vuonna 2015. Se on lisääntynyt vuodesta 2008 (17 %) lähtien puolen prosentin vuosivauhdilla. (Sotkanet 2018b.)

lääkkäiden hoiva, hoito ja kuntoutus ovat siirtymässä entistä enemmän kotona annettaviksi palveluiksi. Näin ollen kotihoidon merkitys asiakkaiden kuntoutuk-

sessä ja toimintakyvyn ylläpitämisessä kasvaa. (Kehusmaa, Erhola & Luoma, 2017.) Laatusuosituksen mukaan kotihoidon määrää ja sisältöä tulisi kehittää, sekä erityisesti kotiin tuotavia kuntoutuspalveluja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 25). Vuonna 2017 sosiaali- ja terveysministeriön asettama kuntoutuksen uudistamiskomitea on esittänyt maakunnallista kotikuntoutuksen toimintamallia osaksi ikääntyneille tarjottavia hyvinvointipalveluja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b, 40, 59).

3.3 Kuntoutumista edistävä toiminta kotihoidossa

Kuntoutumista edistävän työtavan tulee olla olennainen osa kotihoitoa ja ympärivuorokautista hoitoa. Kuntoutumista edistävän työtavan tavoitteena on parantaa asiakkaan elämänhallintaa ja tukea asiakkaan omia voimavaroja selviytyä arjessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 35.) Kuntouttava työote on tapa ajatella ja toimia arjessa yhdessä asiakkaan kanssa (Ahonen 2016,46).

Vaittisen, Helmisen & Laasosen (2017, 72) tekemän kotihoidon osaaminenkirjallisuuskatsauksen mukaan työntekijällä tulee olla laaja osaaminen ikääntyneen kotihoidon asiakkaan toimintakykyä ylläpitävässä ja edistävässä toiminnassa. Osaaminen muodostuu useasta osa-alueesta, joita ovat muun muassa asiakaslähtöisyys toiminnassa, toimintakyvyn arviointi- ja tunnistamisosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen sekä sairauksien tunnistaminen ja perustarpeisiin vastaaminen. Myös asiakkaan ja läheisten ohjaamisosaaminen, teknologian hyödyntäminen, vastuullisuus ja organisointitaidot sekä yhteistyö ja moniammatillisuus olivat työntekijöiltä vaadittavia osaamisalueita. (emt. 2017, 72.)

Työntekijän asiakaslähtöinen toimintatapa muodostaa perustan ikääntyneen asiakkaan kotona tapahtuvalle toimintakykyä ylläpitävälle ja edistävälle toiminnalle (Vaittinen, Helminen & Laasonen 2017, 73). Toimintakyvyn tukemisessa lähtökohtana tulisi aina olla ikääntyneen omat toiveet ja tavoitteet. Ikääntyneen käsitys toimintakyvystä voi olla hyvin erilainen kuin häntä hoitavan ammattilaisen. (Lehto, Jolanki, Valvanne, Seinelä & Jylhä 2017.)

Lehdon ym. (2017) tutkimuksen mukaan hoitajat kuvasivat toimintakykyä muodollisten käsitteiden tai päivittäisten toimintojen, kuten syöminen ja liikkuminen kautta. Ikääntyneet käsittivät toimintakyvyn monipuolisempänä kokonaisuutena ja siihen liitettiin päivittäisten toimintojen lisäksi muita itselle tärkeitä toimintoja, kuten esimerkiksi lukeminen. (emt. 2017.) Laadukkaita vanhustyön palveluita kehitettäessä, tulee vanhuksen oman asiantuntijuuden ja elämän kokemuksen olla keskiössä (Näslindh-Ylispangar 2012,12).

Kuntoutumista edistävä työtapaperustuu asiakkaan ja työntekijän yhteiseen toimintaan, jossa pyritään saamaan aikaan muutos asiakkaan toimintakyvyssä sekä elämäntilanteessa. Toiminnassa voidaan käyttää erilaisia selviytymistä ja elämäntilanteen hallintaa edistäviä työtapoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 35.) Ohjaamalla ja tukemalla ikääntyneen omaoimaisuuteen ja itsenäisyyteen mahdollistetaan hänen osallisuutensa omassa kodissaan ja aktiivisen arjen hallinnassa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017b).

Yhteistyö asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa vahvistaa tavoitteellista kuntoutustoimintaa kotihoidossa. Työntekijällä tulee olla osaamista ottaa asiakas ja omainen huomioon sekä kykyä osallistaa ja vastuuttaa heitä. Yhteistyön tekemisessä korostuvat työntekijän ohjaamistaidot. (Vaitinen ym. 2017, 74.)

Saajanahon (2016) väitöstutkimuksen mukaan ikääntyneen heikentynyt liikkumiskyky rajoitti mielekkään elämän kannalta tärkeiden tavoitteiden asettamista. Lisäksi yksinasuvissa oli enemmän niitä, joilla ei ollut tavoitteita elämässään lainkaan. Vanhustyössä tulisi kuunnella kunkin ikääntyneen yksilöllisiä tavoitteita ja rohkaista myös heitä toteuttamaan niitä. Pienistäkin tavoitteista voi saada elämään mielekkyyttä. (Saajanaho, 2016.)

THL:n Vanhuspalvelujen tila-tutkimuksessa (2017) selvitettiin kotihoidon toimintayksiköiden henkilöstön osaamista kuntoutusta edistävissä toimintatavassa. Tutkimuksessa selvitettiin myös tehtyjen kuntoutussuunnitelmien ja toteutuneiden kuntoutustavoitteiden kattavuutta. Kuntoutusta edistävän toimintatavan osaaminen oli pääosin hyvällä tasolla. (Kehusmaa, Erhola & Luoma, 2017.)

Lähes kaikissa maakunnissa oli kuitenkin kotihoidon yksiköitä, joissa kuntoutusta edistävän toimintatavan osaaminen oli vain kohtalainen tai henkilöstö tarvitsi lisäkoulutusta. Lisäksi kotihoidon asiakkaiden kuntoutussuunnitelmien kattavuus oli vielä melko heikko ja kuntoutuksen tavoitteiden toteutuminen sekä seuranta olivat vähäistä. (Kehusmaa, Erhola & Luoma, 2017.) Palvelusuunnitelmaan tulisi sisällyttää suunnitelma asiakkaan kuntoutuksesta (sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 19).

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ikääntyneiden kotihoitopalveluja. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää ikääntyneen kotihoidon asiakkaan toimintakykyä tukevia toimintatapoja.

Opinnäytetyön tehtävinä olivat:

1. tuottaa prosessikuvaus ikääntyneen asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen kotihoidon työntekijöiden toteuttamana
2. tuottaa tietoa siitä, mitkä tekijät vaikuttavat ikääntyneen kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen.

5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö oli luonteeltaan tutkimuksellista kehittämistoimintaa. Kehittämistoiminnan prosessi oli osa ketterä-kokeilujaksoa, joka toteutettiin yhteistyössä AVOT-hankkeen toimijoiden kanssa Kontiolahden alueen kotihoidossa. Kehittämistoimintaan osallistuivat Kontiolahden ja Lehmon kotihoidon työntekijät. Tässä opinnäytetyössä tutkimuksellista kehittämistoimintaa toteutettiin toimijoiden yhteisenä kehittämisenä ja prosessina, joka eteni vaiheittain spiraalimaises-

ti. Etenemistä tuettiin tiedontuotannolla, joka kohdistui niin kehittämisprosessiin kuin myös kehittämistehtäviin. Opinnäytetyön aikataulu on kuvattu liitteessä 1.

5.1 Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Toikon & Rantasen (2009) mukaan tutkimustoiminnan ja kehittämistoiminnan välistä yhteyttä nimitetään tutkimukselliseksi kehittämistoiminnaksi. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa kehittämistä ohjaavat aidosta käytännön toimintaympäristöstä lähtevät tarpeet ja ongelmat, tutkimuksellisten menetelmien toimiessa avustavassa roolissa. Tutkimuksellisella kehittämistoiminnalla tavoitellaan konkreettista muutosta kehitettävään asiaan, mutta samalla pyritään perusteltuun tiedon tuottamiseen. (emt. 21–23.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksellinen kehittämistoiminta näyttäytyi kehittämistoiminnan prosessina, joka toteutettiin yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Kehittämistoimintaan pyrittiin osallistamaan kaikki alueen kotihoidon työntekijät sekä kotihoidon kanssa läheisesti yhteistyötä tekevät fysioterapeutti ja palveluohjaaja. Näin kehittämistoimintaan saatiin monialaista asiantuntijuutta sekä erilaisia näkökantoja. Samalla se antoi mahdollisuuden asiakaslähtöisen yhteistyön kehittämiseen.

Osallistamisella tarkoitetaan sitä, että kehittämistoimintaan pyritään tietoisesti aktivoimaan eri toimijoita (Alasoini 2006, 45). Toimijalähtöisessä kehittämisessä yhdistetään kehittämistyöhön osallistuvien kuten ammattilaisten, asiakkaiden tai eri sidosryhmien osaamista (Arola & Suhonen 2014, 20; Heikkinen 2010, 20). Kehittämiseen on tärkeä osallistuttaa kaikki ne toimijat, joita toiminta koskee (Toikko 2012, 156). Näin kehittämistoiminnassa saadaan muodostettua uutta tietoa useasta näkökulmasta. Kehittämisen lopputulos voi olla toimivampi tai pysyvämpi, kun osallistumisen kautta voidaan lisätä sitoutumista kehittämiseen. Osallistumista edistetään dialogisten, tasavertaiseen osallistumiseen mahdollistavien välineiden avulla. (Toikko & Rantanen 2009, 90–91, 99.)

Kehittäminen toteutettiin työpajatoimintana osallistavia menetelmiä hyödyntäen sekä käytännön toiminnan pilotointina. Toteutustapa oli osallistava, koska oli

tärkeää, että kotihoidon työntekijät olivat mukana kehittämässä omaan työhönsä liittyviä toimintatapoja ja osaamista. Osallistavina menetelminä työpajoissa käytettiin ryhmä- ja parityöskentelyä, teemaryhmähaastattelua sekä yhteisiä reflektioivia keskusteluja, joihin oli ennalta laadittu keskustelua avustavia kysymyksiä. Lisäksi kehittämistoiminnan arvioinnissa käytettiin akvaariokeskustelumenetelmää. Työntekijöiden toteuttaman pilotoinnin tarkoituksena oli kokeilla työpajoissa käsiteltyjen asioiden toimivuutta käytännössä. Kokeiltua toimintaa ja saatuja kokemuksia refleктоitiin työyhteisön kanssa työpajojen yhteydessä.

Tutkimuksellisella kehittämistoiminnalla saadaan tietoa, joka tuotetaan käytännön toimintaympäristöissä ja sitä tuottavat erilaiset toimijat. Tietoa tuotetaan kehittämisaalueelle ja sitä voidaan testata käytännöllisyyden perusteella. Tieto voi perustua käytännön kokemuksiin, hiljaiseen tietoon tai tieteelliseen näyttöön. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa hyödynnetään ja tuotetaan tietoa, jolla on käytännöllinen perustelu ja jonka tehtävänä on tukea kehittämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 42; Arola & Suhonen 2014, 16–17.)

Työntekijöiltä saatiin tietoa heidän tämänhetkisestä käytännön työstään, asiakaskunnasta sekä työyhteisön yhteisistä ja yksilöllisistä työtavoista. Tietoa käytettiin opinnäytetyön kehittämistehtävien tuottamiseen. Lisäksi kehittämistoiminnasta saadulla tiedolla tuettiin toiminnan etenemistä. Ojasalon, Moilasen & Ritalahden (2014, 20) mukaan tutkimuksellinen kehittämistyö on usein prosessi- maista, joka alkaa ideoinnista ja päättyy useiden kehittäelyvaiheiden kautta ratkaisuun, jota sitten toteutetaan ja arvioidaan. Kehittämistyössä tärkeää on selvittää, muokata ja luoda uusia ratkaisuja. (emt. 2014, 20.)

5.2 Kehittämisprosessin toimintaympäristö ja osallistujat

Kehittämisprosessin toimintaympäristönä oli Kontiolahden kotihoidon alue ja kehittämistoimintaan osallistuivat Kontiolahden ja Lehmon kotihoidon tiimien henkilökunta. Molemmissa tiimeissä työskentelee lähihoitajia, kodinhoitajia tai kotiavustajia ja sairaanhoitajia. Lisäksi kotihoidon henkilökuntaan kuuluu yksi fysioterapeutti sekä alueen kotihoidon työtä hallinnoiva palveluesimies. Kotihoidon kanssa yhteistyötä tekee myös Kontiolahden alueen palveluohjaaja.

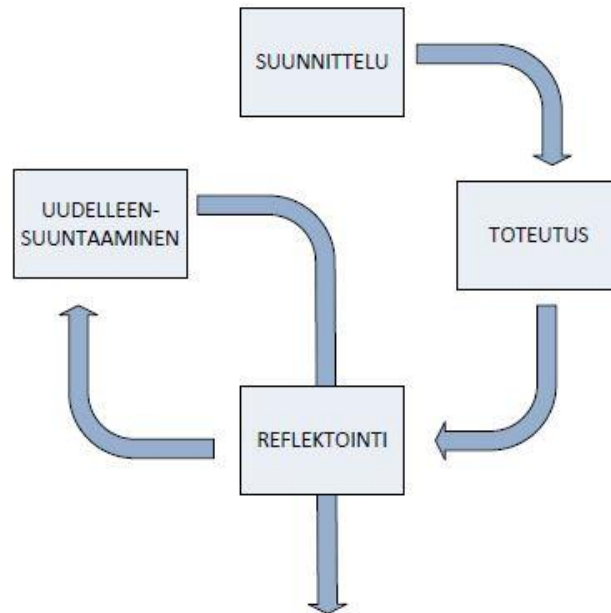
AVOT-hankkeen puolesta kehittämistoimintaan osallistui kolme hanketyöntekijää, jotka toimivat asiantuntijoina ja toiminnan organisaattoreina. Ketteräkokeilujakson päävastuu oli AVOT-hanketyöntekijöillä ja opinnäytetyöntekijät osallistuivat tasavertaisina jäseninä kokeilujakson työpajojen suunnitteluun ja toteutukseen. Sen lisäksi opinnäytetyöntekijöiden rooliin kuului opinnäytetyön kehittämisprosessin toteuttaminen, joka sisälsi toimintamallin prosessikuvauksen tuottamisen sekä tutkimustehtävän tulosten tuottamisen.

5.3 Kehittämisprosessin vaiheet

Tutkimuksellista kehittämistoimintaa voidaan kuvailla Arolan & Suhosen (2014, 17) jäsentämän käsityksen mukaan niin, että tutkimuksellinen kehittämistoiminta koostuu Toikon ja Rantasen (2009) esille tuomista kehittämistoiminnan tehtävistä (perustelu, organisointi, toteutus, levittäminen ja arviointi), tutkimuksellisesta tiedontuotannosta sekä kehittämisprosessin spiraalimaisesta etenemisestä.

Tämän opinnäytetyön kehittämisprosessin kokonaisuus muodostui neljästä eri vaiheesta; perustelusta eli lähtökohdista, suunnittelusta, toteutuksesta sekä arvioinnista. Kehittämisprosessi ei sisältänyt kehittämistoiminnan viimeistä tehtävää eli tuotoksen juurruttamista. Tuotoksen juurruttamisen toteuttaa toimeksiantaja.

Kehittämisprosessin sisällä eteneminen tapahtui niin, että suunnittelun, toteutuksen, reflektoinnin ja uudelleensuuntaamisen tehtävät seurasivat toisiaan muodostaen kehän. Ensimmäisen kehän jälkeen muodostui uusi kehä niin, että edellisen kehittämisen kehän päätös oli seuraavan kehän alku (kuvio 2). Työpajoissa paneuduttiin yhteen kehittämisaiheeseen kerrallaan. Jokainen työpaja muodosti siis oman suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kehän kehittämisprosessin sisällä ja nämäkin kehät kertautuivat jatkumona toisilleen muodostaen näin spiraalimaisen etenemisen.



Kuvio 2. Kehittämisen prosessin spiraalimainen eteneminen (mukaillen Toikko & Rantanen 2009).

Kehittämisen prosessin perusteluvaiheeseen kuului perehtyminen aihealueeseen sekä kehittämistoiminnan jäsentäminen konkreettisemmalle tasolle. Suunnitteluvaihe sisälsi muun muassa aika- ja toimijaresurssien organisointia sekä työpajatoiminnan konkreettista suunnittelua. Toteutusvaiheessa pääpainotus oli toimijoiden yhteisellä kehittämisellä ja pilotoitustoiminnalla. Toteutusvaihetta seurasi arviointi, jossa reflektointiin muodostunutta tietoa sekä toteutettua toimintaa. Reflektoinnin avulla suunnattiin kehittämistoimia ja tiedontuottamista uudelleen seuraavaa työpajatyöskentelyä varten.

5.4 Kehittämisen prosessin lähtökohdat

Ensimmäiset keskustelut opinnäytetyön tekemisestä AVOT-hankkeen toimeksiantona kävimme Karelia-ammattikorkeakoulun hankeosuuden projektipäällikön kanssa alkuvuodesta 2017. Keskustelun kautta kartoitettiin AVOT-hankkeen tulevia kehittämiskohteita ja mahdollisia opinnäytetyön aihealueita. Karelia-ammattikorkeakoulun hankeosuuteen kuului toimiva kotihoito -kokonaisuus ja muutamien opinnäytetyöaiheiden joukosta valikoitui kotihoidon

jokapäiväisen asiakastyön kehittäminen. Valintaan vaikutti aiheen mielenkiintoisuus sekä ajankohtaisuus.

Ideoinnin pohjalta opinnäytetyön aiheeksi tarkentui ikäihmisen toimintakykyä tukevan aktiivisen arjen toteuttaminen. Opinnäytetyön kehittämistoiminnan toteutuksessa oli tarkoitus osallistaa mukaan kehittämiseen henkilökuntaa, kotihoidon asiakkaita ja mahdollisesti myös heidän omaisiaan. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa kehittämisen tuloksena työväline aktiivisen arjen tukemiseen.

Aiheen tiimoilta oltiin yhteydessä Siun soten kotihoidon eri alueiden palvelujohtajiin. Tässä yhteydessä Kontiolahden alueen kotihoidon palveluesimies ilmoitti heidän olevan kiinnostuneita kehittämisprosessista. Kesäkuussa 2017 pidettiin yhteistyöpalaveri Kontiolahdella palveluesimiehen kanssa. Tuolloin sovittiin alustavasti opinnäytetyöprosessin aikataulusta ja toteuttamismuodosta.

AVOT-hanke järjesti kevään 2017 aikana kehittämistyöpajat kaikille Siun soten alueen kotihoidon työntekijöille sekä esimiehille. Niiden tarkoituksena oli kartoittaa ja kerätä tietoa Siun soten alueen kotihoidon yksiköiden toiminnan nykytilasta, hyvistä käytänteistä sekä havaituista kehittämisen tarpeista. Työpajoissa kerätyn tiedon avulla muodostettiin käsitys uudistuvan kotihoidon kehitettävistä toimintalinjoista sekä niiden sisällöistä. (Muona 2017.)

Kevään ja alkusyksyn 2017 aikana AVOT-hankkeen toimiva kotihoito -kokonaisuudessa työskenteli käsitettyryhmä, joka koostui Siun soten kotihoidon eri alueiden henkilöstöstä. Käsitettyryhmän tehtävänä oli jatkokehittää aikaisemmin keväällä työpajoissa muodostuneita kotihoidon toimintalinjoja sekä määritellä niille käsitteet. Syntyi kolme toimintalinjaa; tehostettu monialainen kotikuntoutus, arviointijakso sekä miun aktiivinen arki. Miun aktiivinen arki on kotihoidon henkilökunnan toteuttamaa ja kuntoutuksen asiantuntijoiden tukemaa toimintaa, jonka tarkoituksena on asiakkaan toimintakyvyn tukeminen tavoitteellisenä arkitoimintana. (Muona 2017.)

Syyskuussa 2017 AVOT-hankkeelle myönnettiin lupa käynnistää Toimiva kotihoito -kokonaisuuteen liittyvä ketterä-kokeilujakso Kontiolahden alueen kotihoi-

dossa. Ketterä-kokeilujakson tavoitteena oli kehittää kotihoidon työntekijöiden kanssa uutta Miun aktiivinen arki -toimintaa. Tämän opinnäytetyön sekä AVOT-hankkeen ketterä-kokeilujakson samankaltainen aihe ja ajankohdan osuminen samalle syksylle johti siihen, että opinnäytetyö sisällytettiin osaksi ketterä-kokeilujaksoa.

Ketterä-kokeilujakson aikataulu ohjautui AVOT-hankkeen puolesta siten, että kaikki työpajat sovittiin loppuvuoden 2017 aikana pidettäviksi. Toimeksiantajan kanssa sovittiin, että opinnäytetyön tehtävänä tuotetaan prosessikuvaus ikään-tyneen asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen kotihoidon työntekijöiden toteuttamana. Lisäksi tiedontuotannollista tehtävää tarkennettiin. Toimeksiantosopimus tehtiin AVOT-hankkeen edustajan kanssa ja Siun sote myönsi tutkimusluvan opinnäytetyölle lokakuussa 2017.

5.5 Työpajatoiminnan suunnittelu

Ketterä-kokeilujaksoon liittyviä ideointi- ja suunnittelupalavereja pidettiin kuusi kertaa, joihin osallistuivat AVOT-hanketyöntekijät ja opinnäytetyöntekijät. Työpajojen suunnittelu toteutettiin yhteistyössä. Jokaiseen työpajaan suunniteltiin oma aihe. Työpajojen aiheet olivat:

1. asiakkaan toimintakyvyn arviointi, toimintakyvyn mittarit ja tulosten tulkinta sekä tavoitteiden asettaminen GAS-menetelmän mukaisesti
2. aktiivinen arki -suunnitelman laatiminen
3. kirjaaminen osana aktiivinen arki -suunnitelmaa
4. verkostot asiakkaan toimintakyvyn tukena
5. toteutusten arviointi, motivointi ja prosessin kuvaus.

Työpajojen toteutus suunniteltiin siten, että jokainen työpaja sisälsi teoriaosuuden, osallistavaa keskustelua ja välitehtävänannon. Näiden avulla ohjattiin kehitettävän toimintamallin rakentumista ja pyrittiin lisäämään työntekijöiden osaamista. Suunnitteluvaiheessa sovittiin myös työnjaon toteutuksesta työpajoissa.

5.6 Kehittämistyöpajatoiminta

Työntekijöitä tiedotettiin sähköpostitse ja esimiehen kautta tulevan ketterä-kokeilujakson sisällöstä. Kokeilujakson aikana työntekijöille järjestettiin yhteensä kymmenen kehittämistyöpajapäivää loka-joulukuussa 2017. Jokaisesta viidestä aihealueesta järjestettiin aina kaksi samankaltaista työpajapäivää.

Molemmille kotihoidon tiimeille järjestettiin omat, erilliset työpajat. Tavoitteena oli, että jokainen työntekijä osallistuisi viiteen erilaiseen työpajapäivään. Työntekijät pystyivät tutustumaan työpajojen sisältöön myös jälkikäteen, joko sähköisen tai videoidun materiaalin kautta, mikäli osallistuminen ei työpajaan ollut mahdollista. Näin varmistettiin tiedonkulku työpajojen sisällöistä ja pilotointitoiminnan etenemisestä.

Työpajat toteutettiin sekä lähi- että etätyöpajoina molemmille tiimeille saman viikon aikana. Työpajoihin oli varattu aikaa kolme tuntia kahtena lähipäivänä ja kaksi tuntia kolmena etäpäivänä, jolloin työpajat toteutettiin Collaboration-verkkoyhteyden kautta. Osa työpajoista järjestettiin etäyhteyden kautta resursien säästämiseksi ja sekä siksi, että AVOT-hankkeen puolelta edellytettiin digitaalisten ratkaisujen kokeilemistä osana työpajatyöskentelyä.

Kehittämistoiminta eteni siten, että jokaisen työpajan jälkeen työntekijät kokeilivat työpajassa käsiteltyä toimintaa käytännön työskentelyssä omien resurssien puitteissa. Välitehtävät toimivat kokeilun harjoitteena. Työntekijät havainnoivat toiminnan käytännöllisyyttä ja vaikutusta omassa työssään. Kokeiluja toimintoja arvioitiin sekä refleктоitiin yhdessä seuraavassa työpajassa. Yhteisissä keskusteluissa jokainen työntekijä pystyi jakamaan omia kokemuksia ja ideoita sekä refleктоimaan omia työtapojaan. Kokemusten avulla pyrittiin löytämään yhteisiä toimivia käytännön ratkaisuja.

5.6.1 Lähityöpaja I

Ensimmäiset työpajat pidettiin Lehmassa ja Kontiolahdella lokakuussa 2017. Molemmat työpajat toteutettiin tiimien toimisto- ja taukutiloissa ja työpajoihin oli

varattu kolme tuntia aikaa iltapäivällä. Työpajat aloitettiin esittelyllä, AVOT-hanketyöntekijät kertoivat ketterä-kokeilujakson pohjana olleista aiemmista toimista AVOT-hankkeessa.

Me opinnäytetyöntekijät esittelimme itsemme ja kerroimme osuudestamme työpajatyöskentelyssä. Kerroimme suunnitellusta toimintamallin prosessikuvauksesta ja sen rakentumisesta työpajoissa tehdyn työskentelyn pohjalta. Työntekijöille korostettiin heidän osuuttaan toimintamallin kehittämisessä, koska oli tärkeää saada toimintamallin prosessikuvaukseen työntekijöiltä käytännön tietoa ja kokemuksia.

Ennen ensimmäistä työpajaa työntekijät saivat ennakkotehtävän, jossa heidän tuli valita työpareittain yksi kotihoidon asiakas, jonka arkiaktiivisuutta he tukisivat koko pilotointijakson ajan. Toisella työparista tuli olla käytynä koulutukset toimintakyvyn arvioinnin mittareiden WHOQOL-BREF (elämänlaatumittari) ja SPPB (lyhyt fyysisen suorituskyvyn testi) osalta. Ennakkotehtävässä työntekijöiden tuli perehtyä valitun asiakkaan elämänselämään ja varmistaa, että toimintakykytestit WHOQOL-BREF ja SPPB oli tehty viimeisten kolmen kuukauden sisällä.

Lehmon ensimmäisessä työpajassa paikalla oli seitsemän työntekijää ja esimies. Ennakkotehtävä oli toteutettu kahdelle asiakkaalle ja yhden asiakkaan osallistumista oli harkittu. Kontiolahden ensimmäisessä työpajassa paikalla oli kuusi hoitajaa, esimies ja fysioterapeutti sekä opiskelija. Siellä ennakkotehtävä oli toteutettu myös kahdelle asiakkaalle.

Työntekijät esittelivät valitsemaansa asiakkaat anonymisti, heidän elämänselämänsä ja nykytilaansa kuvaten sekä kertoivat saaduista toimintakyvyn arvioinnin tuloksista. Asiakkaan toimintakyvyn mittausten hyödyistä käytiin yhteistä keskustelua. Lisäksi keskusteltiin kokemuksista toimintakyvyn mittareiden käytöstä sekä mittaustulosten tulkinnasta. Näin pyrittiin varmistamaan, että työntekijät osasivat käyttää kokeiluun valittuja toimintakyvyn arvioinnin mittareita ja, että kaikki tulkitsivat mittareiden avulla saatuja tuloksia samalla tavoin. Lisäksi

kartoitettiin työntekijöiden muita mahdollisia keinoja asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa.

Molemmissa työpajoissa nousi esille keskustelua, millaista osaamista toimintakyvyn arviointimittareiden käyttö ja tulosten tulkinta vaatii. Sekä mittareiden käytössä että tulosten tulkinnassa oli eroja työntekijöiden välillä. Työntekijöiden mielestä mittareiden kertaaminen oli hyödyllistä oman osaamisen kannalta. Lisäksi yhteisten käytänteiden sopiminen mittarien käytössä koettiin aiheelliseksi. Yhtenäisten mittauskäytänteiden avulla virheet mittaustuloksissa saataisiin minimoitua, ja tulokset olisivat vertailukelpoisia riippumatta siitä, kuka työntekijöistä mittaukset asiakkaalle tekee.

Seuraavaksi työntekijät jakautuivat kolmen henkilön ryhmiin rooliharjoitusta varten. Heille jokaiselle annettiin oma rooli niin, että yksi työntekijöistä oli asiakkaan ja kaksi oli työntekijän roolissa. Tarkoituksena harjoituksessa oli saada kokemuksia siitä, miten toimintakyvyn mittaustuloksia voidaan tulkita asiakkaalle. Rooliharjoituksen jälkeen keskusteltiin, millä tavoin mittaustuloksia olisi hyvä asiakkaalle tulkita ja millaiset asiat voivat vaikuttaa hänen kykyynsä vastaanottaa mittaustuloksia.

AVOT-hanketyöntekijä perehdytti teoriaosuudessa työntekijöitä tavoitteen asetteluun GAS-menetelmän avulla. Teoriaosuudessa kerrottiin menetelmän toimintaperiaatteista ja tavoitteen asettelua harjoiteltiin esimerkkien avulla. Lopuksi työntekijät saivat uuden välitehtävän. Tehtävässä asiakkaan tuli nimetä omat toimintakyvyn ylläpitämisen tavoitteet GAS-menetelmän avulla. Työntekijän tuli ohjata ja tukea asiakasta tavoitteiden nimeämisessä.

Molemmissa työpajoissa oli havaittavissa hidas virittäytyminen aiheeseen. Muutama työntekijä oli tehnyt annetun tehtävän ennen ensimmäistä työpajaa, ja nimmennyt asiakkaan kehittämistoiminnan työpajoihin. Henkilökunta osallistui keskusteluun vaihtelevasti, mutta varsinkin ryhmissä toimiminen sai hiljaisemmatkin keskusteluun paremmin mukaan. Konkreettiseen tekemiseen työntekijät paneutuivat hyvin roolitehtävässä sekä tavoitteiden asettamisen tehtävässä.

Työntekijöiden mukaan asiakkaat olivat suhtautuneet mittareiden tekemiseen positiivisesti. Mittaukset oli koettu yhdessä tekemisenä sekä ylimääräisenä huomion ja ajan antamisena, vaikka ne tehtiin normaalin suunnitellun kotikäynnin yhteydessä. Lisäksi asiakkaat olivat olleet varsin kiinnostuneita omista mitaustuloksistaan ja ne olivat synnyttäneet asiakaskäynneillä luonnollista keskustelua asiakkaan ja työntekijän välillä.

5.6.2 Etätyöpajat II, III ja IV

Työpajat II, III ja IV toteutettiin collaboration-verkkoyhteyden kautta. Henkilökunta osallistui etätyöpajaan omassa toimistossaan yhden tietokoneen välityksellä. Työntekijät käyttivät keskusteluun tietokoneen mikrofonia, mutta kameratoimintoa heillä ei ollut käytettävissä. Opinnäytetyöntekijät sekä AVOT-hanketyöntekijät osallistuivat etätyöpajaan jokainen omalla tietokoneellaan, ja käytössä oli mikrofonin lisäksi kameratoiminto.

Yksi hanketyöntekijöistä hallinnoi verkkoistuntoja ja toimi näin ollen pääsääntöisesti etätyöpajojen vetäjänä. Jokaiseen työpajaan (II, III, IV) osallistui keskimäärin kuusi työntekijää. Esimies osallistui kaikkiin etätyöpajoihin (6) ja fysioterapeutti osallistui kolmeen teemoiltaan erilaiseen etätyöpajaan. Lisäksi Kontiolahden alueen palveluohjaaja osallistui Kontiolahden III työpajaan. Jokaiseen etätyöpajaan oli varattu aikaa kaksi tuntia iltapäivästä.

Tavoitteena II työpajassa oli aktiivinen arki- suunnitelman sisältöön perehtyminen. Lehmon työpajaan osallistui kolme hoitajaa ja esimies. Kontiolahden työpajaan osallistui viisi hoitajaa, fysioterapeutti ja esimies.

II työpajan alussa käytiin keskustelukierrosta edellisestä välitehtävästä kooten yhteen kokemuksia siitä, miten tavoitteen nimeäminen asiakkaan kanssa oli onnistunut. Ryhmäkeskustelussa pohdittiin, mitä voimavaralähtöisyys tarkoittaa kotihoidon käytännön arjessa ja mitä vaatimuksia asiakaslähtöinen tavoitteiden nimeäminen asettaa työntekijälle ja toisaalta koko työyhteisölle.

II työpajassa pohdittiin erilaisia arjen keinoja, joiden avulla asiakasta tuetaan saavuttamaan halutut tavoitteet. Ryhmäkeskustelun avulla kartoitettiin työntekijöiden omassa työssään tällä hetkellä käytössä olevia keinoja. Kartoituksen jälkeen hanketyöntekijä piti teorian pohjalta esityksen yleisesti hyväksi havaituista ja tutkituista toimintatavoista sekä keinoista asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa. Esityksessä kerrottiin muun muassa liikunnan ja ravitsemuksen hyödyistä ikäihmisille, raihaistumisesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn. Teoriaosuudella pyrittiin ohjaamaan, motivoimaan ja tukemaan työntekijöitä näkemään arjen työssä erilaisia asiakkaan toimintakykyyn vaikuttavia asioita, sekä käyttämään monipuolisesti tiedossa olevia toimintakykyä tukevia keinoja.

Lopuksi käytiin läpi seuraava välitehtävänanto. Välitehtävässä työntekijän tuli määrittellä yhdessä oman asiakkaansa kanssa ne toimintakykyä tukevat keinot, jotka otettaisiin käyttöön hänen arkitoiminnassaan tavoitteisiin pääsemiseksi. Tavoitteista ja siihen valituista keinoista muodostui asiakkaan aktiivisen arjen suunnitelma. Lisäksi työntekijöiden tehtävänä oli tarkastella asiakkaan jääkaappin sisältöä monipuolisen ravinnonsaannin näkökulmasta ja ohjata asiakasta tai omaista muun muassa proteiinipitoisten tuotteiden sekä monipuolisen ruokavalioiden käytössä.

Kolmannen työpajan alussa edellinen välitehtävä purettiin refleктоimalla työntekijöiden kokemuksia siitä, miten aktiivisen arjen suunnitelman tekeminen oli onnistunut oman asiakkaan kanssa. Työntekijät kertoivat onnistumisia ja koettuja haasteita siitä, miten toimintakyvyn tukemisen keinojen määrittelemisen asiakkaan kanssa oli sujunut ja millaisia keinoja oli tavoitteisiin pääsemiseksi otettu käyttöön. Lisäksi keskustelua käytiin asiakkaiden jääkaappien sisällöistä ja kotihoidon asiakkaiden yleisestä ravitsemuksesta.

III Työpajan teemana oli asiakaslähtöinen kirjaaminen. Lehmon työpajaan osallistui kuusi hoitajaa, fysioterapeutti ja esimies. Kontiolahdessa työpajassa oli mukana myös kuusi hoitajaa, palveluohjaaja ja esimies.

Päivittäisessä kirjaamisessa kotihoidon alueella oli hyvin erilaisia käytänteitä. Kotihoidossa jokaisen käynnin kirjaamisvelvoite oli ainoastaan sairaanhoitajalla.

Muut työntekijät kirjasivat asiakkaasta tietoja vaihtelevasti. Tehdyt kirjaukset olivat suurelta osin tehtäväkeskeisiä ja kirjauksia ei tehty säännöllisesti päivittäin.

Ketterä-kokeilujakson tavoitteena oli suunnata Kontiolahden alueen kotihoidon kirjaamiskäytäntöjä sekä asiakaslähtöiseksi että säännöllisesti tehtäväksi. Asiakaslähtöisessä kirjaamisessa asiakkaan rooli muuttuu passiivisesta aktiiviseksi, kun tavoitteena oli kirjausten tekeminen asiakaskäynnin yhteydessä ja yhdessä asiakkaan kanssa. Tuolloin kirjaamisessa mahdollistetaan asiakkaan oman äänen kuuluminen sekä päivittäisten toimintojen sujuvuuden että toimintakyvyn arvioinnissa.

Siun soten kotihoidon palvelupäällikkö oli mukana työpajassa kertomassa työntekijöille meneillä olevasta sosiaalialaa koskevasta Kansakoulu-kirjaamishankkeesta. Kansakoulu-hanke (2015–2017) on THL:n tukema ja Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy:n (Socom) hallinnoima sosiaalihuollon asiakasasiakirjalain toimeenpanohanke. Sen tavoitteena on yhdenmukaistaa sosiaalihuollon asiakasprosessit ja tiedontuotanto sekä kehittää sosiaalialan henkilöstön osaamista ja valmiuksia tuottaa asiakastietomallin mukaisia dokumentteja. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Hankkeen myötä kirjaamisen tulisi olla määrämuotoista ja tiedot tallennetaan valtakunnalliseen Kanta-arkistoon, josta ne ovat hyödynnettävissä siellä missä asiakas asioi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Hanke sai jatkoa valtionavustuksen myötä Kansakoulu II-hankkeena 2018–2019. Siinä muun muassa jatketaan sosiaalialan henkilöstön kirjaamisvalmennusta koko Suomen alueella. (Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus Oy 2018.)

Työpajassa työntekijöitä osallistettiin kirjaamisen kehittämiseen pari- ja ryhmäkeskustelun avulla. Keskusteluissa kartoitettiin työntekijöiden tämänhetkisiä käytäntöjä liittyen toimintakyvyn kirjaamiseen eli mitä ja milloin kirjataan, kuka kirjaa, mihin ja miksi. Erityisesti haettiin vastauksia työntekijöiltä siihen, kuvaanko asiakkaan toimintakykyä tehdyissä kirjauksissa, kenen vastuulla kirjaaminen käytännössä on ja mitä hyötyä on kirjaamisesta.

Keskusteluosuuden jälkeen me opinnäytetyöntekijät pidimme teoriapohjaisen esityksen asiakaslähtöisestä kirjaamisesta. Teoriaosuuden tarkoituksena oli tuoda esille asiakaslähtöisen kirjaamisen etuja ja harjoitella konkreettisesti asiakaslähtöistä kirjaamista esimerkkiasiakkaalla. Harjoituksessa käytettiin esimerkkitapauksena yhden kotihoidon asiakkaan (anonyymisti) käyntikirjauksia viikon ajalta. Työntekijöiden tehtävänä oli miettiä pareittain, miten kirjaamista voitaisiin muuttaa esimerkkitapauksessa asiakaslähtöisemmäksi ja toimintakykyä kuvaavammaksi.

Lopuksi käytiin läpi välitehtävänanto seuraavaan työpajaan. Työntekijöiden tehtävänä oli kirjata oman asiakkaan luona tehty käynti yhdessä asiakkaan kanssa toimintakykyä kuvaavasta näkökulmasta. Työpajan sisällöstä pyydettiin suullista arviota niin, että jokaisen työntekijän tuli kommentoida teemalla ”mitä jäi mieleen tästä päivästä”.

Annetusta välitehtävästä käytiin keskustelua seuraavan työpajan aluksi. Työntekijät kertoivat, miten kirjaaminen oli asiakaslähtöisesti onnistunut, mitä haasteita toimintakyvyn kuvaaminen kirjaamisessa asetti ja mitä hyötyjä uudenmallisessa kirjaamisessa nähtiin.

IV Työpajojen aiheina olivat aktiivisen arjen verkostot sekä mahdolliset järjestökumppanit. Lehmon työpajaan osallistui kuusi hoitajaa ja esimies. Me opinnäytetyöntekijät osallistuimme ainoastaan Lehmon tiimille järjestettyyn työpajaan omiin opiskeluihin liittyvän lähiovetuspäivän vuoksi ja katsoimme nauhoitetun työpajatoiminnan jälkikäteen.

IV työpajan tavoitteena oli luoda edellytyksiä verkostoyhteistyölle ja antaa työntekijöille ideoita verkosto- ja järjestökumppanuuksien luomiseen. Työpajoissa vieraili kolmen järjestön edustajat esittelemässä kukin omaa toimipaikkaansa. Turvaa maaseudulle-hankkeen edustaja kertoi heidän toiminnastaan Pohjois-Karjalan alueella ja toimintamahdollisuuksista yksittäisten asiakkaiden kanssa.

Kontiolahden kunnan alueen Ilona-kehittämishanketta oli esittelemässä vapaaehtoistyönkoordinaattori. Hän kertoi miten kunnan ja järjestötoimijoiden välistä

yhteistyötä vahvistetaan sekä millaista vapaaehtoistoimintaa Kontiolahdella on tällä hetkellä. Vieraana oli myös Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistyksen edustaja, joka kertoi erilaisten järjestöjen ja yhdistysten tavoitettavuudesta esimerkiksi Jelli-verkkosivuston kautta.

Esitysten jälkeen työntekijät pohtivat pareittain omien asiakkaidensa verkostokumppaneita, tarpeita verkostokumppanuuksille sekä sitä, miten verkostokumppaneiden avulla voitaisiin tukea asiakkaan aktiivinen arki -suunnitelmaa. Yleistä keskustelua käytiin käytössä olevista verkostoista ja kartoitettiin mahdollisia uusia verkostoja Kontiolahden alueella. Seuraavaa työpajaa varten välitehtävänä oli keskustella ja kartoittaa oman asiakkaan kanssa hänen verkostojaan laajemmin tässä työpajassa tulleiden tietojen valossa.

5.6.3 Lähityöpaja V

Lehmon viimeiseen työpajaan osallistui kahdeksan hoitajaa ja esimies. Kontiolahdella työpajaan osallistui kuusi hoitajaa, esimies ja fysioterapeutti. Viimeiset lähityöpajat toteutettiin samoissa toimisto- ja taukotiloissa, kuin ensimmäiset lähityöpajatkin.

Viimeisten työpajojen aluksi tehtiin esittelykierros kaikkien paikallaolijoiden kesken ja keskusteltiin työntekijöiden kokemuksista ketterä-kokeilujaksosta. Edellisessä työpajassa annetun välitehtävän mukaisesti työntekijät olivat keskustelleet oman asiakkaansa kanssa mahdollisista verkostokumppaneista ja toivat kokemuksiaan niistä esille. Sen jälkeen hanketyöntekijä esitteli työntekijöille YAMK-opinnäytetyönä tehtyä tutkimuksellista kehittämistoimintaa ja sen tuloksia. Opinnäytetyön aiheena oli kotikuntoutus ja siten työn esittelyn tarkoituksena oli motivoida työntekijöitä kotihoidon työn kehittämiseen toisaalla saatujen hyvien tulosten perusteella.

Viimeisissä työpajoissa meillä opinnäytetyöntekijöillä oli oma osuus, jossa kävimme läpi kokeilun aikana tuotetun prosessikuvauksen. Osallistamismenetelmänä tässä osuudessa käytettiin teemaryhmähaastattelua. Aikaa prosessin

esittelyyn oli varattu yksi tunti. Prosessikuvaus heijastettiin valkoiselle seinäaluelle ja esiteltiin kolmessa osiossa. Kuvausta käytiin läpi vaiheittain tehden samalla tarkentavia kysymyksiä työntekijöille. Prosessin esittelyn lisäksi tavoitteena oli saada työntekijöiltä palautetta kuvatun toiminnankulun selkeydestä, toimivuudesta käytännössä sekä mahdollisista lisäkehittämisen tarpeista.

Lehmon työpajassa jouduimme esittelemään prosessikuvauksen tietokoneen ruudulta, koska projektori meni työpajan alussa epäkuntoon. Tämä vaikutti hie-man kuvauksen seurattavuuteen, mutta pyrimme kuvailemaan prosessia sanallisesti mahdollisimman tarkasti. Kontiolahden viimeiseen lähityöpajaan tulostimme prosessikuvauksen paperille, jota olisimme voineet käyttää teknisten ongelmien ilmaantuessa.

Viimeisissä työpajoissa arviointikeskusteluun käytettiin akvaariokeskustelu -menetelmää. Keskusteluun osallistui kolme henkilöä, joista kaksi oli kotihoidon työntekijöitä ja yksi hanketyöntekijä. Keskustelijoille annettiin paperille kirjoitettuja keskusteluväittämiä, joiden pohjalta he kertoivat kokemuksiaan ja keskustelivat kyseisestä aiheesta. Keskusteluväittämät liittyivät ketterä kokeilu-jakson etenemiseen, työpajojen sisältöihin ja menetelmällisiin valintoihin sekä kokeilujakson vaikuttavuuteen tulevaisuutta ajatellen.

Muut työpajan osallistujat kuuntelivat ryhmän keskustelua, mutta eivät saaneet osallistua keskusteluun ennen kymmenen minuutin aikarajan umpeutumista. Sen jälkeen kaikki työntekijät saivat osallistua keskusteluun. Akvaariokeskustelussa mukana olleiden henkilöiden välille syntyi keskustelua jokaisesta aihealueesta, mutta aika kaikkien yhteiselle keskustelulle jäi vähäiseksi tiukan aikataulun vuoksi.

5.7 Kehittämisosprosessin arviointivaihe

Kehittämistoiminnan arvioinnin tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla kehittämissosprosessia voidaan ohjata ja suunnata. Prosessiarvioinnin kautta sekä kehittämistoiminnan tavoitteet että toimintatavat voivat muuttua toiminnan kuluessa. Toisena arvioinnin tavoitteena on tuottaa tietoa kehitettävästä asiasta. Arvi-

oinnissa analysoidaan, onko kehittäminen saavuttanut tarkoituksensa vai ei, onko kehittämisessä onnistuttu ja onko kehitetty asia toimiva. Arvioinnin avulla tietoa tuotetaan kehitetyn asian hyvydestä ja pyritään osoittamaan näyttöä kehitetyn asian toimivuudesta. (Toikko & Rantanen 2009, 61.)

Kehittämistoiminnassa arviointi toteutettiin prosessiarviointina. Arviointi koettiin tärkeäksi kehittämisprosessin etenemisen, tiedontuotannon sekä oman oppimisprosessimme kannalta. Työpajoissa syntynyttä, kehittämistoimintaan sekä tiedontuotantoon, liittyvää tietoa arvioitiin ja tarkasteltiin työpajojen välissä. Systemaattisesti toistettava arviointi kuuluu kehittämisprosessin spiraalimaiseen etenemiseen, jossa kehittämistoiminnan tulokset asetetaan aina uudestaan ja uudestaan arvioitavaksi (Toikko & Rantanen 2009, 66).

Arvioinnissa tarkasteltiin kehittämistoimintaa eri näkökulmista siihen osallistuneiden toimijoiden kanssa. Lisäksi arviointia hyödynnettiin prosessikuvauksen tuottamisessa. Arviointia kerättiin avoimella kyselyllä kehittämistoimintaan osallistuneilta työntekijöiltä kaksi kertaa ketterä-kokeilujakson aikana. Sen lisäksi arviointia pyydettiin pilotointitoiminnan etenemisestä palveluesimieheltä sekä fysioterapeutilta niin ikään sähköpostitse. Suullista palautetta työpajaan osallistuneilta työntekijöiltä kerättiin jokaisen työpajan lopuksi ja viimeisissä työpajoissa arviointitiedon tuottamiseen käytettiin akvaariokeskustelu -menetelmää. AVOT-hankkeen toimesta kaksi Karelia-ammattikorkeakoulun opiskelijaryhmää teki kokeiluun osallistuneelle henkilökunnalle loppuarviointikyselyn ja asiakkaille arviointihaastattelun.

Kehittämistoiminnan aikana arviointitietoa syntyi myös reflektoinnin avulla. Koko prosessin ajan reflektointia tehtiin kehittämistoiminnan prosessista sekä omasta oppimisesta. Parityöskentelynä tehdyn kehittämistoiminnan etuna oli, että yhteisissä keskusteluissa pystyttiin refleктоimaan muodostunutta tietoa sekä omia ajatuksia ja näkökulmia kehitettävästä aiheesta.

Reflektoinnin välineenä käytössä oli myös sähköinen päiväkirja, jota kirjoitettiin koko opinnäytetyön prosessin ajan. Päiväkirjaan tallennettiin aikajärjestyksessä kaikki kehittämistoiminnan vaiheet ja niihin liittyvät toteutukset. Päiväkirja antoi

mahdollisuuden oman oppimisen reflektoinnille ja sen avulla pystyttiin myöhemmin havainnoimaan omaa kehittymistä. Ketterä-kokeilujakson suunnittelu- ja toteutusaika sisälsi reflektoivia keskusteluja myös AVOT-hanketyöntekijöiden kanssa. Oman oppimisprosessin arviointiin hyödynnettävää palautetta haettiin toimeksiantajaltamme avoimen kyselylomakkeen avulla kehittämistoiminnan päätteeksi.

5.8 Aineiston kerääminen ja kehittämistehtävien tuottaminen

Aineiston kerääminen toteutettiin tässä työssä hyödyntämällä toimintatutkimuksellisia tiedontuotannon menetelmiä. Tiedontuotannollista aineistoa kerättiin molempia opinnäytetyön kehittämistehtäviä varten. Toikon & Rantasen (2009, 115) mukaan toimintatutkimuksellinen tiedontuotanto tukee prosessin spiraalimaista etenemistä, kun tietoa käytetään kehittämistoiminnan uudelleen suunnauttamisessa niin, että havaintojen reflektoinnin pohjalta täsmennetään toiminnan tavoitteita ja toimintamuotoja. (emt. 2009,115).

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelminä käytettiin sovelletusti osallistuvaa havainnointia ja teemaryhmähaastattelua. Lisäksi aineistoa kerättiin sähköpostikyselyillä, jotka sisälsivät avoimia kysymyksiä. Aineistonkeruumenetelmien valintaan vaikutti se, että menetelmien tuli mukautua kokeilujakson ennakkosuunnitelmaan. Menetelmävalintaan vaikuttivat myös aihealueen laajuus, toteutuksen tiivis aikataulu ja se, että suurin osa työpajoista toteutettiin etäyhteyden kautta. Näistä johtuen menetelmien tuli olla mahdollisimman vähän henkilöstö- ja aikaresursseja kuormittavia. Valittujen menetelmien avulla pyrittiin nopeaan ja täsmälliseen tiedontuottamiseen. Kehittämistoiminnassa tiedontuotannon avulla muun muassa ohjataan kehittämistä, jolloin aineistolta edellytetään nopeita vastauksia (Toikko & Rantanen 2009, 121).

Osallistuva havainnointi valittiin aineistonkeruumenetelmäksi, koska sen koettiin sopivan ketterä-kokeilujakson luonteeseen. Osallistuvalla havainnoinnilla saadaan monipuolisuutta tiedonkeruuseen tutkijan voidessa käyttää kaikkia aistejaan hyödyksi (Grönfors 2015, 152). Osallistuva havainnointi -menetelmän käyttö poikkesi tässä kehittämissuorituksissa perinteisestä tavasta, jossa tutkija pyrkii

osallistumaan tutkittavien käytännön toimintaan yleensä kenttätyöskentelyjaksoilla (Hirsjärvi, Remes & Saajavaara 2016, 216). Tässä opinnäytetyössä menetelmää käytettiin siten, että työpajoissa havainnoitiin osallistujien keskusteluja ja niistä tehtiin muistiinpanoja. Tarpeen mukaan keskusteluun osallistuttiin tehden tarkentavia kysymyksiä esille nousseista asioista.

Menetelmävalintaan vaikutti myös se, että havainnointia voitiin käyttää luontevasti opinnäytetyön molempien tehtävien tiedon tuottamiseen. Ketterä-kokeilujakso sisälsi kokeilevaa toimintaa ja osallistuvan havainnoinnin avulla kerättiin työntekijöiltä kokemusperäistä tietoa, jota käytettiin hyödyksi prosessikuvausten tuottamisessa. Kokeilevassa toiminnassa tiedonkerääminen perustuu usein mitattaviin asioihin, mutta tietoa voidaan kerätä myös subjektiivisesta näkökulmasta (Toikko & Rantanen 2009, 101). Osallistuva havainnointi mahdollisti myös sen, että tutkijan roolin lisäksi pystyttiin osallistumaan työpajojen toimintaan sekä niiden ohjaamiseen. Osallistuvaa havainnointia käyttävä tutkija onkin samanaikaisesti sekä osallinen että ulkopuolinen (Huovinen & Rovio 2010, 106).

Avoimia sähköpostikyselyjä tehtiin kotihoidon työntekijöille palveluesimiehen kautta ja niiden tarkoituksena oli saada tarkentavaa tietoa kehittämistoimintaan liittyvistä asioista. Esimies välitti kyselyn työntekijöille ja kokosi työntekijöiden vastaukset yhteiseen sähköpostiviestiin. Näitä avoimia sähköpostikyselyjä tehtiin kahdesti ketterä-kokeilujakson aikana.

Ensimmäisessä sähköpostikyselyssä kerättiin tietoa työntekijöiden kokemuksista liittyen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin, mittareiden käyttöön sekä koettuihin kehittämistarpeisiin ja haasteisiin. Toisessa sähköpostikyselyssä selvitettiin työntekijöiden kokemuksia tavoitteiden tekemisestä asiakkaan kanssa sekä kirjaamiskäytännöistä. Lisäksi käytiin keskustelua kokeiluun osallistuneen fysioterapeutin kanssa sähköpostin välityksellä kolmessa eri vaiheessa. Näiden keskustelujen avulla kerättiin tietoa fysioterapeutilta liittyen toimintakyvyn mittaamiseen sekä tavoitteiden asettamiseen.

Viimeisissä työpajoissa käytettiin aineistonkeruumenetelmänä sovelletusti teemaryhmähaastattelua osuudessa, jossa esiteltiin tuotettu prosessikuvaus. Tee-

mahaastattelussa on kyse vuorovaikutteisesta keskustelusta, jossa tutkija pyrkii selvittämään haastateltavalta tietoa liittyen tutkimuksen aihepiiriin. Teemahaastattelussa haastattelun aiheet tutkija on ennalta määritellyt, mutta kysymysten tarkkaa rajaa ja muotoa ei ole määritely. (Eskola & Vastamäki 2015, 27–29.)

Menetelmään päädyttiin, koska prosessikuvauksen esittelyn ohella tavoitteena oli kerätä tietoa kehitetyn toimintamallin toimivuudesta sekä mahdollisista lisäkehittämistarpeista. Lisäksi haluttiin kerätä tietoa tiedontuotannolliseen tehtävään liittyen työntekijöiltä. Käytettävissä ollut aikarajoite vaati sen, että menetelmän tuli olla vaivaton toteuttaa ja sopiva täsmälliseen tiedontuottamiseen. Toisaalta koettiin tärkeäksi osallistaa henkilökuntaa ja saada kokemustietoa mahdollisimman usealta työntekijältä. Teemaryhmähaastattelurunko on esitettyä liitteessä 2.

Havainnointiaineistoa kerättiin jokaisen työpajan yhteydessä muistiinpanoja tehden sekä tallentamista hyödyntäen niin, että työpajat videoitiin tai tallennettiin verkkotallenteena. Viimeisissä työpajoissa käytettiin oman osuuden tallentamiseen ääninauhuria. Tällä tavoin kerättyyn aineistoon pystyttiin palaamaan uudelleen. Jokaisen työpajan jälkeen muistiinpanot koottiin yhteen reflektoiden muodostunutta aineistoa sekä työpajan kokonaisantia. Havainnoinnin menetelmää käyttäessään tutkijan tulee tehdä tutkimuksen tehtäviin liittyvää täsmennyttä, arvioida tutkimuksen sisällöllistä etenemistä sekä laatia riittävästi muistiinpanoja aineiston analysointiin (Grönfors 2015, 148).

Aineiston analyysia varten teemaryhmähaastattelun ääninauhoitteet kuunneltiin läpi ja nauhoitteiden keskustelut kirjoitettiin auki. Kirjoittamista rajattiin siten, että tekstiksi kirjoitettiin vain tutkimustehtävään liittyneet ilmaisut ja keskustelut. Tämän lisäksi käytiin läpi muu kertynyt aineisto, etsien siitä tutkimustehtävän kannalta oleellisia asioita.

Tämän jälkeen esille nostettu aineisto järjesteltiin teemoittelun avulla. Eskola & Vastamäki (2015, 43) tarkoittavat teemoittelulla aineiston jäsentämistä teemojen mukaisesti. Tässä opinnäytetyössä teemoittelu tehtiin jaottelemalla aineiston ilmaisut ryhmiksi samankaltaisuutensa perusteella. Ryhmien sisältöä tarkasteltiin

yksityiskohtaisesti etsien sisällöstä keskeisiä merkityksiä, ominaisuuksia ja yhdistäviä tekijöitä, muodostaen niistä alateemat. Näitä tarkastelemalla muodostettiin yleisempää tasoa kuvaavat pääteemat. Teemat noudattelevat osittain ketterä-kokeilujakson työpajojen teemoja. Esimerkki teemoittelusta on esitetty liitteessä 3.

Toimeksiantona olleen tuotoksen tuottaminen tapahtui opinnäytetyöntekijöiden toimesta. Tuotoksen eli prosessikuvauksen tuottaminen aloitettiin heti ketterä-kokeilujakson alussa ja sitä työstettiin lokakuu–marraskuu 2017 välisenä aikana. Toimeksiantona alun perin oli tuottaa prosessikuvauksen lisäksi toiminta- ja menettelytapaohjeet, mutta lopulta tehtävämme rajautui prosessikuvauksen tuottamiseen.

Prosessikuvaus toteutettiin toimeksiantajalle ainoastaan graafisena kuvauksena, koska sanalliselle kuvaukselle ei koettu tarvetta toimeksiantajan puolelta. Tähän vaikutti se, että toimintaa kehitettiin vielä jalkauttamisen ohella. Sanallinen kuvaus päädyttiin kuitenkin tuottamaan tätä opinnäytetyötä varten, koska se koettiin merkitykselliseksi kokonaisuuden kannalta.

Prosessikuvauksen tekemisessä hyödynnettiin julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunnan prosessien kuvaamis-suositusta (JHS-suositus 152). Kuvauksen tekeminen aloitettiin määrittelemällä prosessin eri vaiheet ja prosessissa toimijat. Prosessin vaiheet muodostuivat työpajoissa käsiteltyjen teemojen pohjalta, näiden toimiessa perustana kuntoutumista edistävälle toiminnalle. Lisäksi prosessin vaiheiden muodostamisessa hyödynnettiin aiheeseen liittyvää teoria-tietoa.

Prosessikuvauksen sisältö rakentui kehittämistoiminnassa eri menetelmin tuotetun tiedon avulla. Lisäksi sisällössä hyödynnettiin opinnäytetyöntekijöiden välisen reflektoinnin kautta syntynyttä tietoa. Prosessikuvauksen sisältöä arvioitiin ja muokattiin kehittämistoiminnassa mukana olleilta saadun palautteen pohjalta. Prosessikuvauksessa käytetyistä asiasanoista ja kuvauksen ulkomuodosta haettiin systemaattisesti arviointia työstämisen eri vaiheissa AVOT-hanketyöntekijöiltä.

Lisäksi arviointia prosessikuvauksen kokonaisuudesta haettiin kahteen eri vaiheeseen Siun soten kotihoidon palvelupäälliköltä. Prosessikuvauksen valmistuttua se esiteltiin AVOT-hankkeen muille asiantuntijoille, jotka arvioivat kuvauksen kokonaisuutta ulkopuolisina asiantuntijoina. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunnan mukaan yhteisellä prosessikuvauksen kielellä mahdollistetaan olemassa olevien ja tavoiteltavien toimintamallien luotettava vertailu (JUHTA 2002,3).

6 Opinnäytetyön tuotos ja tulokset

Tämän opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa prosessikuvaus ikääntyneen asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen kotihoidon työntekijän toteuttamana. Tuotoksena syntyi Miun aktiivinen arki -toiminnan kulun prosessikuvaus. Toisena tarkennettuna tehtävänä oli tuottaa tietoa siitä, mitkä tekijät vaikuttavat ikääntyneen kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen. Prosessikuvaus rakentui työpajojen teemojen kautta niin, että kehittämiseen osallistuneet tuottivat siihen sisältöä ja opinnäytetyöntekijät muodostivat siitä prosessimaisen kokonaisuuden. Tiedontuotannolliset tulokset muodostuivat työntekijöiden kokemustiedosta ja heidän omista näkemyksistään sekä ketterä-kokeilujakson aikana syntyneistä käytännön kokemuksista.

6.1 Miun aktiivinen arki -toiminnan prosessikuvaus

Miun aktiivinen arki -toiminnan prosessikuvauksen tarkoituksena on kuvata kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen liittyvä toimintamalli. Prosessikuvaus on tehty ohjaamaan kotihoidon työntekijöiden toteuttamaa toimintaa. Toimintamallissa kotihoidon asiakkaan toimintakykyä ylläpidetään ja kohennetaan järjestelmällisesti eri vaiheiden kautta. Kuvaus sisältää kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen liittyvät toiminnot arvioinnissa, tavoitteiden nimeämisessä ja keinojen valinnassa, suunnitelman seurannassa ja uudelleen arvioinnissa.

Miun aktiivinen arki -toiminnan prosessikuvaus noudattelee julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunnan (JHS-suositus 152) prosessien kuvaamissuosituksia. Prosessien kuvaaminen on osa viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999, 18.1§) hyvän tiedonhallintatavan ja hallintolain (434/2003) hyvän hallinnon toteuttamista. Prosessikuvauksia käytetään toiminnan johtamisen, hallinnan ja kehittämisen välineenä. (JUHTA–Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2002, 1–3.)

Prosessien kuvaamisella pyritään muun muassa toiminnan tehostamiseen, toiminnan laadun ja palvelutason parantamiseen sekä kustannussäästöjen aikaansaamiseen. Prosessikuvaukset auttavat hallitsemaan kokonaisuuksia, jäsentämään prosesseja ja eri toimijoiden vastuita sekä työnjakoa. Prosessikuvauksia voidaan käyttää perehdyttämiseen, koulutukseen ja tietojärjestelmien kehittämiseen. (JUHTA–Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2002, 3.)

Miun aktiivinen arki -toiminnan prosessikuvaus on esitetty graafisessa muodossa liitteessä 4. Siinä kuvataan työvaiheet, toiminnot tai tehtävät sekä niistä vastaavat toimijat. Prosessikuvauksen grafiikassa käytimme JHS 152-suosituksen mukaisia symboleita.

Miun aktiivinen arki -toimintaan osallistuvat toimijat (asiakas, kotihoidon työntekijä, fysioterapeutti/toimintaterapeutti, omainen) ja heille kuuluvat toiminnot kuvataan prosessissa ”uimaratamalla”. Prosessiin osallistuvien toimijoiden välistä yhteyttä ja tarvittavaa vuorovaikutusta on kuvattu nuolilla eri toimijoiden välillä. Eri toimijoiden välistä informaation kulkua on kuvattu katkoviivanuolella. Kirjaamista vaativia toimintoja on kuvattu kaaviossa dokumenttikuvakkeella.

Prosessikuvauksessa kuvataan Miun aktiivinen arki -toiminnan kulku vaiheittain (kuvio 3). Prosessikuvaukseen sisältyy neljä eri vaihetta: 1. asiakkaan toimintakyvyn arviointi, 2. asiakkaan tavoitteiden nimeäminen ja keinojen valinta, 3. suunnitelman toteuttaminen ja seuranta sekä 4. tavoitteiden arviointi ja uudelleen nimeäminen.



Kuvio 3. Miun aktiivinen arki -toiminnan kulku vaiheittain

Miun aktiivinen arki -toiminnan kulun ensimmäinen vaihe on asiakkaan toimintakyvyn arviointi. Asiakkaan kokonaisvaltainen toimintakyky koostuu psyykkisestä, fyysisestä, sosiaalisesta ja kognitiivisesta toimintakyvystä. Tähän kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn arviointiin osallistuvat kaikki prosessissa mukana olevat toimijat.

Kotihoidon työntekijä ja fysioterapeutti tai toimintaterapeutti tekevät yhdessä ensimmäisen käynnin (ns. ensikäynti) asiakkaan luo. Monialainen, yhdessä toteutettu ensikäynti mahdollistaa asiakkaan oman näkemyksen lisäksi kahden ammattilaisen näkemyksen asiakkaan toimintakyvystä. Sen lisäksi varmistetaan toimintakyvyn mittauksiin käytettävien mittareiden oikea käyttö ja mittaustulosten tulkinta. Lisäksi tarvittaessa voidaan hyödyntää fysioterapeutin asiantuntijuutta esimerkiksi toimintakyvyn mittaamiseen liittyvissä asioissa.

Ensikäynnillä kartoitetaan keskustelun ja havainnoinnin avulla asiakkaan toimintakykyä ja arjessa selviytymistä. Keskustelun avulla pyritään saamaan tietoa asiakkaan omista käsityksistä ja kokemuksista liittyen hänen toimintakykyyn. Siitä miten hän kokee pärjäävänsä arjen jokapäiväisissä toiminnoissa ja missä asioissa hän kokee tarvitsevansa ulkopuolista apua. Myös omaisten näkemys asiakkaan toimintakyvystä ja hänen arjessa selviytymisestään on huomioitava toimintakyvyn arvioinnissa, varsinkin jos omaiset ovat säännöllisesti yhteydessä asiakkaan kanssa ja mukana hänen arjessaan.

Ensikäynnillä suoritetaan asiakkaalle hänelle soveltuvat toimintakyvyn mittaukset. Kotihoidon työntekijä ja fysioterapeutti tai toimintaterapeutti ohjaavat asiakasta mittausten suorittamisessa. Käytössä olevia mittareita ovat SPPB, WHOQOL-BREF, FRAT ja RAVA. Tarpeen mukaan voidaan käyttää myös MMSE, MNA tai GDS-15 mittareita. Kun asiakas on suorittanut ohjatut toimintakyvyn mittaukset, tulokset analysoidaan ja tulkitaan asiakkaalle selkokielisesti.

Mittausten tulkinnaissa voidaan käyttää esimerkiksi mittaustulosten yleisiä keskiarvoja selventämään asiakkaalle mittaustuloksia. Tukena tulosten tulkinnaissa voidaan myös käyttää asiakkaan tuloksen suhteuttamista ikäryhmänsä vastaviin tuloksiin. Kotihoidon työntekijä tai fysioterapeutti kirjaa mittaustulokset työyhteisössä yhteisesti sovittuun paikkaan sähköisessä tietojärjestelmässä. Tällä varmistetaan se, että kaikilla kotihoidon työntekijöillä on mahdollisuus tarkastella ja tarvittaessa verrata saatuja mittaustuloksia.

Toimintakyvyn mittausten jälkeen asiakkaan kanssa käydään keskustelu, jossa kartoitetaan hänen arjen toimintojaan. Asiakaslähtöisessä keskustelussa huomioidaan asiakkaan elinympäristö, tavat ja tottumukset sekä toiveet ja odotukset. Asiakkaan omainen pyritään ottamaan mukaan tähän keskusteluun, mikäli asiakas antaa siihen suostumuksen.

Keskustelussa omaiselle kerrotaan asiakkaalle tehdyistä toimintakyvyn mittauksista ja saaduista tuloksista, ikäihmisen toimintakyvyn tukemisen merkityksestä sekä tehdyn kartoituksen tuloksista. Jos omaisella ei ole mahdollisuutta osallistua keskusteluun, ottaa kotihoidon työntekijä häneen yhteyttä esimerkiksi puhelimitse. Yhteydenotoissa kartoitetaan myös sitä, minkälaisia mahdollisuuksia omaisilla on osallistua asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen.

Tiedottamisen avulla pyritään muodostamaan omaiselle ymmärrys hänen roolinsa tärkeästä merkityksestä asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa. Tällä tavoin pyritään osallistamaan hänet mukaan Miun aktiivinen arki -toimintaan heti alusta alkaen. Toimintakyvyn arvioinnin aikana käydyillä keskusteluilla ja toimintakyvyn arvioinnin mittauksilla pyritään muodostamaan asiakkaalle ymmärrys oman toimintansa merkityksestä toimintakyvynsä ylläpitämisessä.

Asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin lopputuloksena tulisi kaikilla prosessiin osallistuvilla toimijoilla olla yhteinen ymmärrys asiakkaan tarpeista toimintakyvyn tukemisessa. Toimintakyvyn tukemisen lähtökohtana tulee ymmärtää, mikä on asiakkaalle merkityksellistä hänen omassa arjessaan ja kuinka sitä voidaan tukea.

Toiminnan kulun toisena vaiheena on asiakkaan tavoitteiden nimeäminen ja keinojen valinta. Asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin ja tarpeiden tunnistamisen kautta asiakas nimeää itselleen tavoitteet toimintakyvyn ylläpitämiseksi tai parantamiseksi. Kotihoidon työntekijä tukee asiakasta tavoitteiden nimeämisessä. Tavoitteet nimetään käyttämällä GAS-menetelmän periaatteita. Tavoitteen on oltava yksilöllinen, mitattavissa oleva, saavutettavissa oleva, realistinen ja mahdollinen aikatauluttaa (SMART).

Fysioterapeutti tai toimintaterapeutti voi osallistua tarvittaessa tavoitteiden nimeämiseen, tukemalla asiakasta oman ammattitaitonsa avulla. Huomioitavaa on, että asiakkaan kanssa ei puhuttaisi tavoitteista, vaan esimerkiksi tavoiteltavista arjen asioista. Asiakas voi kokea vaikeana ymmärtää tavoite-sanaa, eikä osaa nimetä sen perusteella omasta arjestaan toimintoja, joita hän haluaisi tehdä.

Tavoitteiden nimeämisen jälkeen asiakkaan omaiseen ollaan yhteydessä ja hänelle kerrotaan asiakkaan nimeämät tavoitteet oman toimintakykynsä ylläpitämiseksi tai parantamiseksi. Omaisen, kotihoidon työntekijän ja fysioterapeutin tehtävänä on tukea asiakasta valitsemaan keinot kohti tavoitetta. Keinoja mietittäessä kotihoidon työntekijä kartoittaa myös verkostojen tarjoamat palvelut ja monialaisen yhteistyön tarjoamat mahdollisuudet asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen.

Tavoitteen nimeämisellä ja keinojen valinnalla luodaan asiakkaalle aktiivisen arjen suunnitelma. Kotihoidon työntekijä, fysioterapeutti tai toimintaterapeutti kirjaa suunnitelman työyhteisössä yhteisesti sovittuun paikkaan sähköiseen tietojärjestelmään. Kotihoidon työntekijä tekee asiakkaan kotiin huoneentaulun, johon on kirjattu tavoitteet ja keinot tavoitteisiin pääsemiseksi.

Huoneentaulu laitetaan asiakkaan luona hänen valitsemaansa paikkaan, kuitenkin niin että se on selkeästi näkyville. Huoneentaulun tarkoituksena on muistuttaa sekä asiakasta että kotihoidon työntekijöitä asiakkaan yksilöllisistä tavoitteista ja valituista keinoista. Huoneentaulun avulla tiedotetaan myös omaista ja muita läheisiä asiakkaan aktiivisen arjen suunnitelmasta. Tällöin omaisella on mahdollisuus osallistua asiakkaan toteuttamien keinojen tukemiseen sekä hänen kannustamiseen ja motivointiin omien vierailujensa yhteydessä.

Toiminnan kulun kolmantena vaiheena on suunnitelman toteuttaminen ja seuranta. Miun aktiivinen arki -toiminnan tavoitteena on, että asiakas toteuttaa aktiivisen arjen suunnitelmaa valittujen keinojen mukaisesti kohti nimettyjä tavoitteita. Kotihoidon työntekijän tehtävänä on tukea, seurata ja kannustaa asiakasta tehdyn suunnitelman toteuttamisessa.

On tärkeää, että asiakas sitoutuu suunnitelman noudattamiseen ja kykenee käyttämään suunnitelman mukaisia keinoja myös itsenäisesti omalla ajallaan. Kotihoidon työntekijä ohjaa asiakasta valitsemaan sellaisia keinoja, joiden käyttö ei ole liian monimutkaista tai vaadi ulkopuolista apua. Suunnitelman toteuttamisessa asiakasta tukevat kohti tavoitteita kotihoidon työntekijän lisäksi myös omainen, ja tarvittaessa fysioterapeutti tai toimintaterapeutti.

Aktiivisen arjen suunnitelman toteuttamista seurataan tehdyillä kirjauksilla. Kirjaukset tekee kotihoidon työntekijä yhdessä asiakkaan kanssa ajantasaisesti kotikäynnin yhteydessä. Kirjauksissa huomioidaan käytössä olleet keinot ja arvioidaan suunnitelman toteutumista asiakas- ja voimavaralähtöisesti.

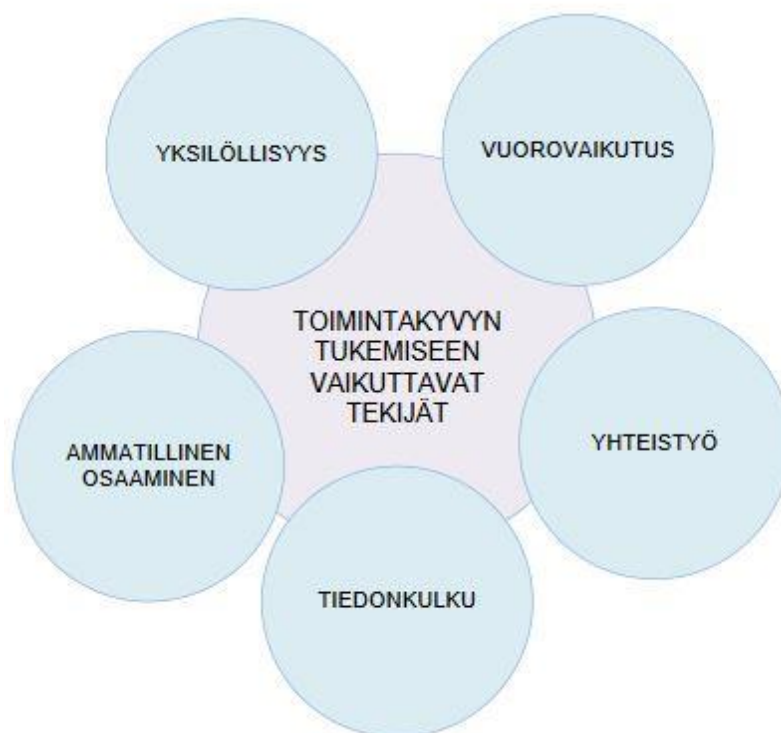
Kirjaukset tehdään jokaisen asiakaskäynnin yhteydessä työyhteisössä ennalta sovittuun paikkaan. Tällä tavoin varmistetaan tiedonsiirto ja turvataan kuntoutumista edistävän toiminnan jatkuvuus. Fysioterapeutti tukee kotihoidon työntekijän päivittäistä työtä ja antaa tarvittaessa asiakaskohtaista konsultaatioapua aktiiviseen arkeen liittyvissä toiminnoissa.

Toiminnan kulun neljäntenä vaiheena on tavoitteiden arviointi ja uudelleen nimeäminen. Miun aktiivinen arki -suunnitelma päivitetään jokaiselle kotihoidon

asiakkaalle kolmen kuukauden välein, jolloin tavoitteet voidaan nimetä uudelleen asiakaslähtöisesti. Omainen tulisi ottaa mukaan suunnitelman toteutumisen arviointiin sekä suunnitelman päivittämiseen, varsinkin jos asiakkaan toimintakyvyssä on tapahtunut muutosta. Toimintakyvyn arviointi mittauksineen uusitaan kuuden kuukauden välein jokaiselle asiakkaalle.

6.2 Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen vaikuttavat tekijät

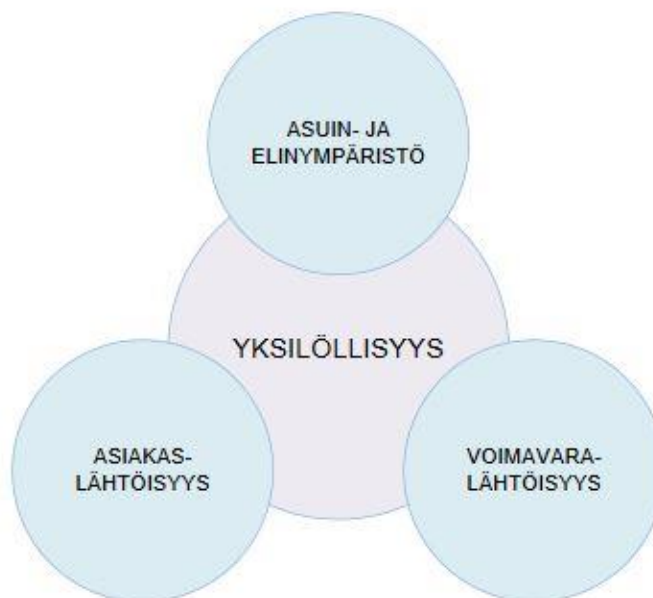
Tässä opinnäytetyössä tehtävänä oli tuottaa tietoa siitä, mitkä tekijät vaikuttavat ikääntyneen kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen. Tässä yhteydessä toimintakyvyn tukemisella tarkoitetaan kotihoidon työntekijän toteuttamaa ikääntyneen asiakkaan toimintakyvyn tukemista. Tulosten mukaan toimintakyvyn tukemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat asiakkaan yksilöllisyys, vuorovaikutus, ammatillinen osaaminen, tiedonkulku sekä yhteistyö (kuvio 4).



Kuvio 4. Toimintakyvyn tukemiseen vaikuttavat tekijät.

Yksilöllisyys

Asiakkaan yksilöllisyys oli lähtökohtana toimintakyvyn tukemisessa. Asiakasta kunnioitettiin omana itsenään tarpeineen ja toiveineen. Yksilöllisyyteen sisältyi asiakkaan asuin- ja elinympäristön huomiointi sekä toimintakyvyn tukemisen asiakaslähtöisyys ja voimavaralähtöisyys (kuvio 5).



Kuvio 5. Yksilöllisyydessä korostuvat asiat.

Kotihoidon asiakkaat asuivat erilaisissa asuin- ja elinympäristöissä ja sillä oli osittain vaikutusta toimintakyvyn tukemiseen. Osa asiakkaista asui taajamassa palveluiden läheisyydessä ja osa taas asui harvaan asutuilla seuduilla, pitkien välimatkojen tai huonojen kulkuyhteyksien päässä. Työntekijöiden mukaan asiakkaina oli paljon yksinasuvia ikääntyneitä.

Syrjäisen asuinpaikan vuoksi asiakas saattoi olla sosiaalisesti lähes eristyksissä. Osa heistä oli tyytyväisiä elämäänsä, huolimatta syrjässä asumisestaan ja osa taas kaipasi sosiaalista kanssakäymistä elämäänsä. Työntekijät tunnistivat asuin- ja elinympäristöön liittyviä, asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämisen haasteita. Niihin saattoi kuitenkin olla hankalaa löytää ratkaisuja. Esimerkiksi syrjäseudulla asuvien asiakkaiden kuljetusten järjestäminen koettiin ongelmalliseksi ja se saattoi siten rajoittaa asiakkaan sosiaalista elämää tai osallistumista.

Asiakkaan asuin- ja elinympäristö saattoi olla toimintakykyä rajoittava tekijä, mutta toisaalta taas joissain tapauksissa sillä saattoi olla toimintakykyä ylläpitävää vaikutusta. Kotihoidon työntekijöiden mukaan ne taajaman ulkopuolella asuvat asiakkaat, jotka olivat tyytyväisiä asuinoloihinsa, eivät olleet halukkaita muuttamaan omasta kodistaan edes yksin jäätyään, puolison kuoltua. Ikäihmiselle oman kodin tuoma turva ja tutut arjen puuhailut antoivat elämään sisältöä. Olemassa oleva fyysinen toimintakyky säilyi omatoimisen kodin ylläpidon tuoman toiminnan kautta. Usein syrjässä asuvien kodit olivat alkeellisempia, eikä niissä ollut nykytalojen mukavuuksia. Muun muassa halonhakkuu, puiden kantaminen ja pihatyöt pitivät asiakkaiden fyysistä kuntoa yllä ja saivat ajan kulu-
maan.

Asuin- ja elinympäristössä saattoi olla liikkumisen esteitä, kuten sisätiloissa kynnykset ja portaat tai pihan liukkaus ja lumisuus talvisin. Nämä saattoivat rajoittaa asiakkaan fyysistä toimintaa kotona, kaventaen hänen päivittäistä toimintaympäristöään ja itsenäisiä toimintamahdollisuuksiaan. Asuinympäristön muutostöillä tai apuvälineiden hankinnalla voitiin tukea asiakkaan olemassa olevaa toimintakykyä ja itsenäistä toimintaa kotiooloissa sekä edesauttaa asiakkaan turvallista liikkumista.

Kotihoidon asiakkaiden elämäntilanteet ja toimintakyvyn tukemisen tarpeet olivat erilaisia. Asiakaslähtöisyys näkyi kotihoidossa asiakkaan tarpeiden kartoittamisella heti asiakkuussuhteen alkuvaiheessa sekä toimintakyvyn tai elämäntilanteiden muuttuessa. Asiakkaan historian, luonteen ja hänen tapojensa tuntemisen kautta pystyttiin helpommin havaitsemaan asioita, jotka olivat asiakkaalle merkityksellisiä. Asiakkaiden elämänhistoriaa kartoitettiin esimerkiksi aiempien harrastusten osalta, auttaen asiakasta löytämään uusia tapoja itsensä ja haaveidensa toteuttamiseksi. Asiakaslähtöisyyden näkökulmasta haastavana koettiin muistisairaat ja muut sellaiset asiakkaat, jotka eivät jostain syystä osanneet ilmaista tarpeitaan tai itselleen merkityksellisiä asioita.

Asiakaslähtöisyyttä toteutettiin osallistamalla asiakas ja hänen omaisensa asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen sekä kolmen kuukauden välein tehtävään suunnitelman päivittämiseen. Pilotointijakson kokemusten mu-

kaan toimintakyvyn arviointimenetelmien avulla saatiin tietoa asiakkaan yksilöllisistä toimintakyvyn tukemiseen liittyvistä tarpeista. Toimintakyvyn mittareiden käyttöön koettiin liittyvän joitain haasteita. Työntekijät toivat ilmi kokemuksia siitä, kuinka asiakkaat kokivat WHOQOL-BREF mittarin seksuaalisuuteen liittyvän kysymyksen hämmentävänä. Lisäksi mittareiden vastausvalikko koettiin laajaksi ja mittareiden ei koettu toimivan tai antavan luotettavaa tulosta muistisairaiden asiakkaiden toimintakyvyn mittaamisessa.

Työntekijöiden mielestä oli tärkeää, että toimintakyvyn ylläpitämiseen tarkoitetut tavoitteet ja keinot nimettäisiin asiakkaan kanssa yhdessä. Käytännössä kuitenkin usein työntekijä mietti asiakkaan tavoitteita ja keinoja etukäteen asiakkaan puolesta, tuoden sitten esille vaihtoehdot omasta näkökulmastaan. Tavoitteiden nimeämisessä korostuivat fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseen liittyvät tavoitteet. Myös asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen valituista keinojen käytöstä puhuttaessa, nousi ensisijaisesti esille erilaisia fyysisten toimintojen harjoitteita. Psykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tarpeita kuvattiin, mikäli asiakas oli itse niitä tuonut esille tai jos ne näkyivät selkeästi asiakkaan toiminnassa.

Yksilöllisyys näyttäytyi myös voimavaralähtöisen toiminnan kautta. Työntekijät toivat esille voimavaralähtöisenä toimintana sen, että asiakkaita kannustettiin ja tuettiin tekemään mahdollisimman paljon itse. Pilotointijakson aikana tavoitteet nimettiin GAS-menetelmän avulla. Työntekijät kokivat, että menetelmän avulla toimintaa ohjattiin enemmän asiakkaan omatoimisuutta tukevaan suuntaan puolesta tekemisen sijaan. Tämän tuloksena osa asiakkaista alkoi tehdä itsenäisesti sellaisia asioita, joita työntekijä oli aikaisemmin tehnyt hänen puolestaan.

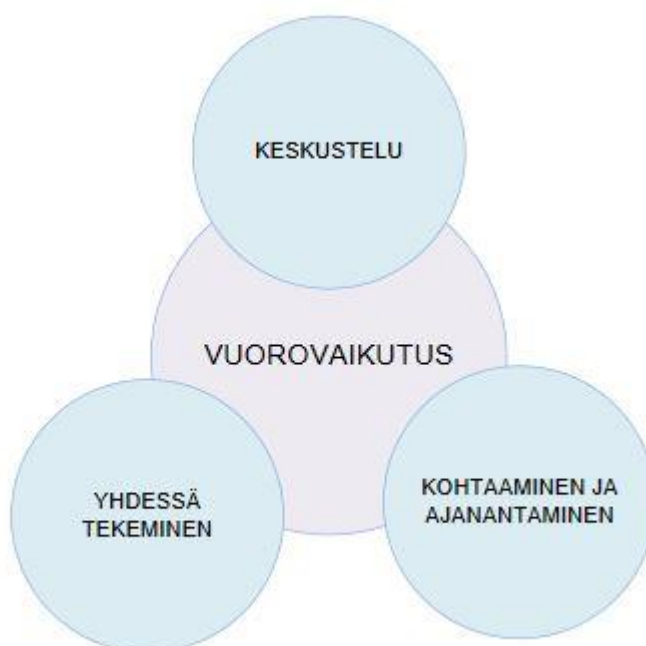
Työntekijöiden mukaan voimavaralähtöisessä toiminnassa tärkeää oli asiakkaiden vuorokausirytmien ja sen hetkisen vireystilan huomioiminen. Toimintakykyä tukeva toiminta pyrittiin ajoittamaan siten, että asiakas oli orientoitunut ja virkeä. Asiakkaalle nimetyn hoitajan eli niin sanotun ”omahoitajuuden” käyttö koettiin hyväksi käytänteeksi. Omahoitajuus toteutui käytännössä vaihtelevasti. Työntekijälle pyrittiin järjestämään nimettyjen asiakkaiden asiakaskäynnit, mutta se onnistui vaihtelevasti. Omahoitajuuden etuina mainittiin muun muassa asiakkaan ja tämän omaisten parempi tuntemus. Usein omahoitaja pystyi havainnoi-

maan paremmin asiakkaan kokonaisvaltaista toimintakykyä ja toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia. Pilotointijakson aikana asiakastuntemuksen merkitys korostui toimintakyvyn mittauksessa, mittaustulosten tulkinnassa ja tavoitteiden nimeämisessä.

Voimavaralähtöistä toimintaa heikensivät työntekijän kiire tai työntekijän oma käsitys roolistaan asiakaskäynnillä. Sekä asiakas että työntekijä saattoivat mieltää käynnin asiakkaan palveluna. Työntekijät kokivat haastavana myös sen, että he malttaisivat odottaa asiakkaan omatoimista toimintaa ja antaisivat asiakkaan toimia oman tahtinsa mukaan kiireestä huolimatta. Kiirettä aiheutti useimmiten ajallisesti lyhyt asiakaskäynti.

Vuorovaikutus

Vuorovaikutuksella ja sen onnistumisella koettiin olevan tärkeä merkitys asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa. Asiakkaan ja työntekijän välisessä vuorovaikutuksessa korostuivat keskustelu, kohtaaminen ja ajanantaminen sekä yhdessä tekeminen (kuvio 6).



Kuvio 6. Vuorovaikutuksessa huomioitavat asiat.

Keskustelu koettiin helpoimmaksi tutun työntekijän ja asiakkaan välillä. Keskustelussa pidettiin tärkeänä sitä, että asiakkaan kanssa puhutaan ”yhteistä kieltä”. Asiakkaalle tuli puhua selkokielisesti ja käyttäen sellaisia sanoja, joista asiakas ymmärtää mistä puhutaan. Pilotointijaksolla työntekijät kokivat, että asiakkaiden oli vaikea ymmärtää tavoite-sanan merkitystä.

Työntekijät toivat ilmi, että keskusteluissa tuli kuunnella asiakasta ja kommunikoida asiakkaan havainnointikyvyn vaatimalla tavalla. Usein työntekijät pystyivät myös tulkitsemaan tutun asiakkaan eleitä ja ilmeitä. Tällä tavoin pyrittiin havainnoimaan asiakkaan suullisen viestinnän lisäksi myös sanatonta viestintää, joka korostui erityisesti muistisairaiden asiakkaiden kohdalla.

Keskustelut toimivat keinona motivoida ja kannustaa asiakasta oman toimintakykynsä ylläpitämisessä. Työntekijät toivat esille kokemuksia siitä, kuinka osa kotihoidon asiakkaista koki oman toimintakykynsä ylläpitämisen jonkun muun tehtävänä. Yleensä odotukset toimintakyvyn ylläpitämisestä kohdistuivat kotihoidon henkilökuntaan. Työntekijöiltä myös odotettiin ammattilaisen näkemystä ja ohjeita siitä, mitä asiakkaan kuuluisi tehdä. Työntekijöiden kokemusten mukaan myös osa asiakkaiden omaisista oletti työntekijöiden olevan hoidollisesti vastuussa asiakkaan toimintakyvystä.

Keskusteluissa asiakasta motivoitiin tuomalla tietoa muun muassa siitä, miksi toimintakyvyn ylläpitäminen on tärkeää. Lisäksi toimintakyvyn mittareiden avulla saatuja tuloksia käytettiin keskusteluissa asiakkaan motivointiin. Työntekijöiden kokemusten mukaan mittautustulokset auttoivat todentamaan asiakkaille heidän toimintakyvyssä ilmenneitä kehittämisen alueita ja sitä kautta saamaan heidät kiinnostumaan oman toimintakykynsä ylläpitämisestä.

Asiakkaan motivoimisen lisäksi keskusteluilla pyrittiin sitouttamaan asiakas toimintakyvyn päivittäiseen ylläpitämiseen. Pilotointijakson aikana työntekijöille muodostui kokemuksia siitä, että asiakkaiden oli vaikea sitoutua tavoitteiden mukaiseen toimintaan. Asiakkaat olivat innostuneita toimintakyvyn ylläpitämisestä tavoitteiden mukaisesti, mutta eivät välttämättä toteuttaneet tavoitteiden mukaista toimintaa säännöllisesti. Lisäksi oli kokemuksia siitä, että asiakkaat

tekivät mielellään sovittuja toimintoja jonkun kanssa, kuten omaisen tai työntekijän, mutta eivät olleet motivoituneet suorittamaan niitä itsenäisesti.

Positiivisten asioiden esilletuonti, kannustus ja onnistumisen kokemukset edesauttoivat asiakkaan motivoitumista oman toimintakykynsä ylläpitämiseen. Työntekijöiden kokemusten mukaan asiakkaalle oli tärkeää, että joku osoitti kiinnostusta hänen tekemisiään kohtaan, esimerkiksi kysymällä päivän toiminnoista. Pilotointijakson aikana asiakkaan motivoitumista ja sitoutumista pyrittiin edistämään asiakkaalle tehdyn ”lukujärjestyksen” avulla. Lukujärjestyksellä seurattiin toimintakyvyn ylläpitämisen keinojen toteutumista ja se toimi kannustimeksi asiakkaan arkipäivän toiminnoissa. Usein myös työnjaosta ja toimintojen määrästä sovittiin; mitä asiakas tekee omatoimisesti ja mitä toimintoja kotihoidon työntekijän kanssa yhdessä sekä kuinka usein toimintoja toteutetaan.

Asiakkaiden kiireettömällä kohtaamisella ja ajan antamisella voitaisiin vaikuttaa edistävästi toimintakyvyn tukemiseen. Työntekijöiden mukaan asiakkaat kokivat tärkeänä, että työntekijät antoivat heille aikaa ja huomiota esimerkiksi toimintakyvyn mittaamisen yhteydessä. Työntekijöiden mukaan asiakkaat halusivat keskustella enemmän työntekijöiden kanssa muistellen omaa elämänsä kulkuaan. Haasteena koettiin kuitenkin, että rauhallisiin keskusteluihin jäi harvoin aikaa. Keskustelun ja läsnäolon tiedettiin olevan myös merkittäviä tekijöitä asiakkaan turvallisuuden tunteen kokemisessa kotona asuessa.

Kiireettömällä kohtaamisella ja asiakkaan kanssa yhdessä asioita tekemällä voitiin tukea päivittäisiä toimintoja ja edesauttaa toimintakyvyn ylläpitämistä etenkin muistisairaiden asiakkaiden kohdalla. Kokemusten mukaan työntekijät eivät tienneet miten muistisairaiden toimintakyvyn ylläpitäminen toteutui, jos työntekijä ei ollut paikalla tai asiakkaan kanssa toimintaa toteuttamassa. Työntekijät kokivat, että yhdessä tekeminen asiakkaan kanssa vahvisti myös toimintakyvyn ylläpitämisen jatkuvuutta. Esimerkkinä yhdessä tehty jumppatuokio saattoi kannustaa asiakasta jumppaamaan myös itsenäisesti.

Ammatillinen osaaminen

Pilotointijakson aikana työntekijät kokivat, että toimintakyvyn tukeminen vaatii henkilökunnalta pitkäjänteistä työskentelyä, koska asiakkaiden sitoutuminen omatoimiseen toimintakyvyn ylläpitämiseen vaatii aikaa. Oman ammatillisen asenteen muuttaminen nähtiin välttämättömänä, mutta haasteellisena. Haasteellisena se koettiin siksi, että työntekijän tuli muuttaa omaa työskentelyään tehtäväkeskeisen hoitamisen sijaan enemmän asiakasta tukevaan ja ohjaavaan suuntaan. Omaa henkilökohtaista persoonallisuutta käytettiin työnteossa, mutta asiakaslähtöinen ajattelumalli ja asiakkaan ohjaaminen puolesta tekemisen sijaan oli useimmille uutta.

Kotihoidon työntekijöissä oli sekä nuoria, uusia hoitajia että alalla jo pitkään olleita konkareita. Kokeneiden hoitajien näytti olevan helpompi havainnoida asiakkaan toimintakykyyn liittyviä asioita. Työntekijät kokivat, että ammatillista osaamista vaadittiin erityisesti asiakkaan toimintakyvyn muutostilanteissa, joissa työntekijän on nopeasti reagoitava muuttuneeseen tilanteeseen. Päivittäinen asiakkaan huolellinen havainnointi, epäkohtiin puuttuminen ja ongelmien ratkaisu edellytti hoitajalta monipuolista osaamista ja tietotaitoa.

Oman osaamisen ylläpitämiseksi toivottiin työnantajan järjestämiä lisäkoulutuksia muun muassa toimintakyvyn arvioimiseen käytettävien mittareiden käytöstä sekä GAS-menetelmän käytöstä. Työntekijät olivat aiemmin käyneet toimintakyvyn mittaukseen liittyvän koulutuksen, mutta pilotointijakson aikana nousi esille pieniä eroavaisuuksia työntekijöiden tavoissa toteuttaa mittauksia ja tulkitta mittaustuloksia. GAS-menetelmän käyttö ei ollut kaikille ennestään tuttua ja vaati työntekijöiden mielestä osaamisen vahvistamista tai kouluttautumista. Lisäksi toivottiin koulutusta päihde- tai psyykkisesti sairaan asiakkaan kohtaamiseen, näiden asiakasryhmien koko ajan lisääntyessä kotihoidossa.

Työntekijät kokivat saavansa yleensä työyhteisöltä tukea ja apua omaan työhönsä. Pilotointijakson aikana työntekijät kokivat, että kaikki työntekijät eivät sitoutuneet kokeiluun. Esille nousi myös kokemuksia siitä, kuinka työtä tehtiin eri tavoin työntekijästä riippuen. Yhteiseen toimintamalliin sitoutuminen ja yhteisesti

sovitut toimintatavat työyhteisössä koettiin ehtona asiakkaan toimintakyvyn tukemisen jatkuvuudelle.

Tiedonkulku

Kirjaamisessa ei ollut käytössä selkeitä, yhtenäisiä tapoja, vaikka sekä suullista että kirjallista raportointia pidettiin tärkeänä työntekijöiden kesken. Suullisella raportoinnilla kysyttiin tarkennuksia tehtyihin kirjauksiin tai konsultoitin työkaveria tuntemattoman asiakkaan kohdalla. Työntekijät toivat esille, että yhteiset kirjaamiseen liittyvät käytänteet helpottaisivat asiakkaan tietoihin perehtymisessä ja toimintakyvyn päivittäisessä arvioinnissa.

Asiakkaan käyntitietoja kirjattiin vähintään kerran viikossa, jolloin kirjattiin asiakkaan yleisvoinnin kuvaus. Yleensä tietoja kuitenkin kirjattiin useammin kuin kerran viikossa. Asiakkaan toimintakykyyn liittyvää tietoa kirjattiin vaihtelevasti. Toimintakykyyn liittyen kirjattiin muun muassa asiakkaan tuen tarvetta, omatoimisuutta, muutoksia toimintakyvyssä, arkisia puuhailuja sekä yhteydenpitoa muihin ihmisiin.

Kotihoidossa kirjaaminen päivittäisten asiakaskäyntimerkintöjen osalta oli vaihtelevaa. Osa työntekijöistä kirjasi asioita asiakkaan toimintojen näkökulmasta, mutta oli myös tehtäväkeskeistä kirjaamista. Tehtäväkeskeinen kirjaaminen kuvasi enemmän työntekijän työsuorituksia kuin asiakkaan toimintoja. Esille nousi ajatuksia siitä, että asiakaskäyntiohjeiden muokkaaminen asiakaslähtöiseksi voisi osaltaan ohjata työntekijän toimintaa. Esimerkiksi käyntiohjeena ollut ”keitä puuro” voitaisiin asiakaslähtöisesti kirjata ”ohjaa tai auta keittämään puuro”. Asiakaslähtöisen kirjaamisen muita etuja olivat tiedonkulun varmistaminen ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen.

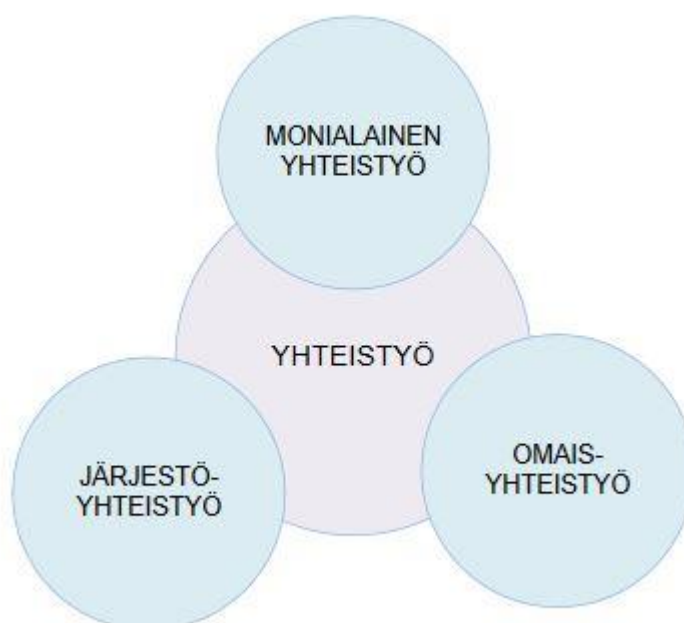
Pilotointijakson aikana työntekijät kokeilivat käynnin kirjaamista yhdessä asiakkaan kanssa. Yhteisillä käyntikirjaamisilla pyrittiin asiakaslähtöisyyteen, mutta ne koettiin myös keinoksi lisätä vuorovaikutusta, huomioimista sekä ajan antamista työntekijän ja asiakkaan välillä. Tästä huolimatta asiakaslähtöinen kirja-

minen koettiin haasteellisena, koska asiakkaista kaikki eivät olleet kirjaamisesta kiinnostuneita.

Yhteydenpito omaisten kanssa oli vaihtelevaa ja omaisista riippuvaa. Pilotointijakson aikana omaisiin oltiin yhteydessä ja heidät pyrittiin ottamaan mukaan asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen. Kokemukset näistä yhteydenotoista olivat positiivisia, omaiset olivat kiinnostuneita toiminnan kokeilusta. Työntekijät kokivat, että yhteydenotoilla voidaan lisätä omaisten osallisuutta asiakkaan arkeen.

Yhteistyö

Yhteistyön avulla tuettiin toimintakyvyn tukemiseen liittyvää työntekijän tekemää työtä. Lisäksi eri yhteistyöverkostojen toimintaa voitaisiin hyödyntää asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa. Yhteistyö muodostuu monialaisesta yhteistyöstä, omaisyhteistyöstä sekä järjestöyhteistyöstä (kuvio 7).



Kuvio 7. Asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen liittyvät yhteistyöverkostot.

Monialainen yhteistyö kotihoidossa koettiin asiakkaan toimintakykyä vahvistavana ja tukevana. Sairaanhoitajat, lähihoitajat ja kodinhoitajat tekivät läheistä yhteistyötä keskenään asiakkaan asioissa. Kotihoidon tiimissä työskenteli fysioterapeutti kokopäiväisesti. Fysioterapeutin ja työntekijän välistä yhteistyötä

tehtiin vaihtelevasti, lähinnä asiakkaan toimintakyvyn mittaamisessa ja apuvälinetarpeen arvioinnissa ja hankinnassa. Fysioterapeutti toi asiantuntijuutta työyhteisölle ja tuki ongelmatilanteissa kotihoidon työntekijän tekemää työtä. Sekä työntekijöiden että fysioterapeutin kokemusten mukaan fysioterapeutin asiantuntijuutta toimintakyvyn tukemisessa ei osattu hyödyntää kuitenkaan vielä riittävästi.

Pilotointijakson aikana työntekijä ja fysioterapeutti aloittivat yhteiset toimintakyvyn tukemiseen liittyvät ensikäynnit asiakkaiden luokse. Nämä yhteiset ensikäynnit koettiin merkitykselliseksi ja tärkeäksi, koska niiden avulla asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen saatiin monipuolisempi näkemys. Lisäksi käyntien koettiin motivoivan ja sitouttavan asiakkaita enemmän oman toimintakykynsä tukemiseen.

Työntekijöiden mukaan omaisten kanssa tehtävä yhteistyö koettiin tärkeänä. Omaisilta saatiin asiakasta koskevaa tietoa ja omaisen antama arjen apu koettiin asiakasta voimistavana. Pilotointijakson aikana omaisten kiinnostuksen ja sitoutumisen koettiin lisääntyvän työntekijän antaman tiedon avulla. Kun työntekijä informoi omaista heti alkuvaiheessa kertoen toiminnan kulusta ja tavoitteista, myös omaisen osasi osallistua toimintaan sekä seurata ja arvioida asiakkaana olevan omaisensa toimintakykyä. Omaisten kanssa yhteistyötä haluttiin kehittää siksi, että omaisten näkemys asiakkaan toimintakyvystä ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä saattoi olla eriävä työntekijän näkemykseen nähden.

Omaisten osallistaminen asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen koettiin kuitenkin haastavana. Haasteena koettiin omaisten ajanjärjestäminen asiakkaan asioihin liittyen. Työntekijät toivat esille kokemuksia siitä, kuinka hoito- ja palvelusuunnitelman päivitykseen kolmen kuukauden välein ei usein saatu omaisia mukaan. Työntekijät kokivat omaisten omana valintana sen, miten aktiivisesti nämä ovat mukana asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa. Muistisairaiden asiakkaiden kohdalla omaisten merkitys korostui.

Pilotointijakson aikana työntekijät toivat esille, että asiakkailla oli sellaisia toimintakyvyn tukemiseen liittyviä tarpeita, joihin oli voitu hyödyntää kolmannen sektorin toimijoita. Työntekijät kokivat, että moni asiakas pärjäisi paremmin kotonaan, jos hänellä olisi mahdollisuus saada esimerkiksi keskusteluseuraa. Erityisesti sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn osa-alueisiin liittyvissä tarpeissa olisi voitu hyödyntää kolmannen sektorin, kuten eri järjestöjen palveluita. Työntekijöiden mukaan järjestökumppaneiden kanssa oli tehty vähäisesti yhteistyötä. Työntekijöillä ei ollut tietoa siitä, mistä järjestökumppaneita voisi etsiä ja toisaalta oletettiin, että kotihoidon toimintaan sopivia järjestökumppaneita olisi alueella vähän.

7 Pohdinta

Tässä opinnäytetyön luvussa tarkastellaan opinnäytetyön tehtävien pohjalta muodostunutta tuotosta ja tuloksia. Lisäksi tarkastellaan opinnäytetyön toteutusta, joka sisältää kehittämisprosessin, valittujen menetelmien sekä opinnäytetyön prosessin tarkastelun. Luvun loppupuolella tarkastelussa ovat opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus sekä tulosten hyödynnettävyys ja jatkokehittämisaiheet.

7.1 Tuotoksen ja tulosten tarkastelu

Miun aktiivinen arki-toiminnankulun prosessikuvaus tuotettiin ketteräkokeilujakson aikana työpajojen ja pilotoidun toiminnan tuotoksena. Toiminnankulun kuvaamisella selkeytetään ja yhtenäistetään kotihoidon työntekijöiden toimintatapoja. Prosessikuvauksen tuottamiselle oli selkeä tarve. Kuvauksen avulla kotihoidon asiakkaan toimintakykyä tukeva toiminta saadaan systemaattiseksi osaksi kotihoidon toimintaa. Työntekijät kokivat, että prosessikuvaus jäsentää toimintoja, selkeyttää vastuunjakoja sekä toimii hyvänä oman työn muistilistana prosessin eri vaiheissa. Lisäksi prosessikuvausta voidaan käyttää työvälineenä uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. AVOT-hankkeelta saamamme palautteen mukaan tuottamamme graafinen kuvaus on selkeä ja sisäl-

löltään sellainen, että sillä on edellytykset toimia myös ilman sanallista kuvausta. Työntekijöiltä kuvaus sai positiivista palautetta ja selkeytti heidän mielestä toimintamallin kokonaisuuden hahmottamista.

Uuden toimintamallin mukainen toiminta on tavoitteellista ja säännöllisesti arvioitavaa. Lisäksi kotihoidon palvelun tasalaatuisuus ja läpinäkyvyys lisääntyvät. Toimintamallin kehittämisellä on merkitystä maakunnallisestikin, sillä sen avulla voidaan lisätä kotihoidon palvelujen kilpailukykyä sote-toimijoiden määrän kasvassa tulevaisuudessa.

Yleistä toimintamallin vaikuttavuutta voidaan arvioida vasta, kun kehitetty toiminta tavoittaa riittävästi asiakaskuntaa, toiminta-aika on ollut ajallisesti riittävän pitkä ja kaikki työntekijät ovat sisäistäneet uuden toimintamallin mukaisen työskentelyn. Jatkossa olisi tärkeää kerätä asiakkailta ja mahdollisesti omaisilta palautetta sekä kehittämisideoita mallin toimivuudesta. Uuden toimintamallin asiakas kohtaista vaikutusta arvioidaan puolen vuoden kuluttua toiminnan käyttöönotosta, jolloin asiakkaiden toimintakyvyn mittaukset uusitaan suunnitellusti.

Prosessikuvauksen tuottamisen ohella saatiin tietoa toimintakyvyn tukemiseen vaikuttavista tekijöistä. Tuloksia hyödyntämällä voidaan edesauttaa kuvauksen mukaisen toiminnan toteutumista. Opinnäytetyön tulosten mukaan toimintakyvyn tukemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat asiakkaan yksilöllisyys, vuorovaikutus, ammatillinen osaaminen, tiedonkulku sekä yhteistyö. Tulokset ovat samansuuntaisia aiempien kotikuntoutusta tai kuntoutumista edistävää toimintaa käsitelleiden tutkimuksien ja hankkeista saatujen tulosten kanssa.

Englantilaisia kotikuntoutuspalveluita käsittelevässä tutkimuksessa (2011) kuvattiin kotihoidon toteuttaman kuntoutuksen vaikuttavuuteen liittyviä tekijöitä. Edistäviä tekijöitä olivat asiakkaaseen liittyvät ominaisuudet kuten motivoituminen ja odotukset sekä henkilökunnan sitoutuminen, asenteet ja osaaminen liit-tyen toimintakykyä edistävään toimintaan. Lisäksi edistävinä tekijöinä kuvattiin muun muassa järjestelmällinen tiedonvälitys, yhteinen visio toiminnasta sekä mahdollisuus käyttää erikoisosaamista. (Rabiee & Glendinning 2011, 495–499.)

Mäkisen tutkimuksessa (2015) kuntouttava työote kuvattiin asiakaslähtöiseksi, toimintakykyä ja omatoimisuutta tukevaksi toiminnaksi, jossa huomioidaan asiakkaan yksilölliset sekä ympäristön toimintakyvylle asettamat rajoitteet ja mahdollisuudet (emt. 62, 64–65). Tämän työn tulosten mukaan asiakkaan yksilöllisyys tunnistettiin lähtökohtana toimintakyvyn tukemiselle. Asiakaslähtöisyyttä kuvasi se, että asiakkaan tarpeet ja toiveet huomioitiin osana toimintakyvyn tukemista. Lisäksi tunnistettiin asiakkaan asuin- ja elinympäristön vaikutuksia toimintakykyyn.

Kuntoutumisen prosessin asiakaslähtöinen ajattelumalli oli uutta työntekijöille. Työntekijät tunnistivat asiakkaan yksilöllisiä tarpeita, mutta heillä ei ollut osamista tukea asiakasta nimeämään itse kuntoutumisen tavoitteita. Lisäksi työntekijät toivat toimintakyvystä puhuttaessa useimmiten esille fyysisen toimintakyvyn tukemisen. Samankaltainen tulos saatiin IKKU-hankkeessa (2013) toteutetussa toimintatutkimuksessa. Asiakaslähtöisestä tavoitekeskustelusta huolimatta usein työntekijä määritteli omasta asiantuntijanäkökulmastaan kuntoutujan tarpeita, jotka ilmenivät esimerkiksi fyysispainotteisina ongelmina. Syynä tähän oli se, että omien kuntoutumistarpeiden määrittäminen oli asiakkaille hankalaa. (Pikkarainen, Vaara & Salmelainen 2013, 178.)

Toisaalta toimintakyvyn ilmentyminen useimmiten fyysisenä ulottuvuutena voi osoittaa sitä, että työntekijät näkevät asiakkaan lähinnä fyysisten tarpeiden ja voimavarojen kautta kuten Turjamaa (2014) väitöskirjassaan kuvaa. Väitöstutkimuksessa kotihoidon työntekijät näkivät asiakkaan yksilölliset tarpeet, mutta asiakkaiden elämäntilanteen tunnistaminen oli puutteellista ja kuvatut voimavarat keskittyivät lähinnä fyysisten voimavarojen kuvaamiseen (emt. 2014, 48).

Kuntoutumisessa merkittävässä roolissa on auttaa asiakasta tekemään mahdollisimman paljon itse sen sijaan, että tehdään tehtäviä hänen puolestaan (Rabiee & Glendinning 2011, 501). Pilotointijakson aikana saatiin positiivisia kokemuksia siitä, kuinka osa asiakkaista oli alkanut tehdä itse toimintoja, joita työntekijä oli ennen tehnyt asiakkaan puolesta. Tästä voidaan tehdä johtopäätös, että asiakkaan voimavaroja ei huomioitu tai hyödynnetty aiemmin riittävästi, vaikka voimavara- ja lähtöisyys koettiin tärkeänä.

Työntekijöiden työtapojen tehtäväkeskeisyys heikentävää voimavaralähtöisyyttä (Turjamaa 2014, 48). Työntekijöiden kuvaamien asioiden perusteella kotihoidon toiminnassa oli tehtäväkeskeisyyttä. Tehtäväkeskeisyys näkyi asiakkaan puolesta tekemisenä ja työtehtävälistöina. Lisäksi tuotiin esille, että tehtäväkeskeisyyttä ilmeni asiakaskäynteihin liittyvissä kirjauksissa. Syitä tähän olivat kiire sekä työntekijöiden erilaiset toimintatavat. Myös aiempien tutkimusten mukaan aika- tai henkilöstöressurssien vähäisyys ja asiakkaan puolesta tekeminen olivat toimintakykyä tukevaa toimintaa heikentäviä tekijöitä. (Turjamaa 2014; Mäkinen 2015; Hjelle, Skutle, Førland & Alvsvåg 2016; Rabiee & Glendinning 2011.)

Hjellen ym. (2016, 580) mukaan voimavaralähtöinen ajattelu voidaan yhdistää vahvasti työntekijän asenteisiin. Voimavaralähtöisyys vaatii työntekijältä oman ammatillisen katsontakannan muuttamista niin, että asiakas nähdään enemmän toimijana kuin sairauksien ja vajavuuksien kautta passiivisena. (emt. 2016, 580.) Työntekijöiden asenteet ovatkin yhtenä esteenä kuntouttavalle toiminnalle. (Pikkarainen 2016; Hjelle ym. 2016; Turjanmaa 2014; Mäkinen 2015; Rabiee & Glendinning 2011.) Tehtäväkeskeisyydestä poisoppiminen koettiin haasteellisenä, mutta välttämättömänä kehitetyn toimintamallin jatkuvuuden kannalta.

Kuntoutumista edistävän toimintamallin käyttö vaatii sekä yksittäiseltä työntekijältä että koko työyhteisöltä sitoutumista yhteisten toimintatapojen käyttöön (Rabiee & Glendinning 2011,499). Vähäkankaan (2010, 84) mukaan kuntoutumista edistävä toimintakulttuuri työyhteisössä vaatii muun muassa innostunutta ilmapiiriä ja toiminnan yhteistä päämäärää (emt. 2010, 84). Työyhteisössä ilmenneet työntekijöiden erilaiset tavat tehdä työtä sekä heikko motivoituminen tai sitoutuminen toimintamallin mukaiseen toimintaan voivat näin ollen heikentää asiakkaan toimintakyvyn tukemisen vaikuttavuutta ja jatkuvuutta.

Toisaalta taas kehittämiseen aktiivisemmin osallistuneet työntekijät toivat esille kehittämisideoita siitä, miten toimintaa saadaan asiakas- sekä voimavaralähtöisemmäksi. Tämä osoittaa, että halua toiminnan kehittämiseen on. GAS-menetelmän avulla tehdyt tavoitteet sekä asiakaskäyntiohjeiden sisällön muuttaminen nähtiin osaltaan tehtäväkeskeisyydestä poisohjautumisena.

Toimintakyvyn ja kuntoutumista tukevan toimintatavan omaksuminen voi olla haastavaa henkilökunnan lisäksi myös palveluja käyttäville kotihoidon asiakkaille (Rabiee & Glendinning 2011,501). Asiakkaat saattavat kokea hoitajien työn enemmän hoitamisena ja avustamisena kuin kuntoutuksena (Pikkarainen 2016, 35, 41). Myös tässä työssä tuli esille kokemuksia siitä, kuinka osa asiakkaista mielsi kotihoidon käynnin palveluna. Toisaalta työntekijät kuvasivat myös niitä tilanteita, joissa asiakas tai omainen koki asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämisen enemmän työntekijän kuin asiakkaan toimintana. Jotta kuntoutuminen onnistuu, tarvitsee henkilökunta osaamista ja resursseja asiakkaiden motivoimiseen sekä rohkaisemiseen (Rabiee & Glendinning 2011,501).

Vuorovaikutuksella on merkittävä rooli asiakkaan yksilöllisessä ja tuloksellisessa kuntoutumisen prosessissa (Pikkarainen 2015,13). Kuntoutuminen tulisikin nähdä ennen kaikkea ihmisten välisenä vuorovaikutuksena (Seppänen-Järvelä ym. 2015; 156). Myös kotihoidon asiakkaan ja työntekijän välisellä vuorovaikutuksella on merkitystä asiakkaan päivittäisten toimintojen kannalta (Turjamaa 2014,36).

Vuorovaikutuksen merkitys asiakkaan toimintakykyä tukevana tekijänä tuli esille tuloksissa varsin monimuotoisesti. Vuorovaikutus näkyi asiakkaan ja työntekijän välisenä keskusteluna, kohtaamisena, ajanantamisena sekä yhdessä tekemisenä. Näillä vuorovaikutuksen muodoilla pyrittiin motivoimaan asiakasta omatoimiseen toimintakyvyn ylläpitämiseen. Varsinkin kuntoutumisprosessin alkuvaiheessa asiakas tarvitsee työntekijöiden rohkaisua ja tukemista toimiakseen omatoimisesti (Hjelle, Tuntland, Førland & Alvsvåg 2017, 1587). Taylorin, Leen & Kielhofnerin (2009) tutkimuksessa toimintaterapeutit käyttivät asiakkaan kuntoutumisen tukena vuorovaikutuksellisia keinoja, kuten rohkaisemista ja yhdessä tekemistä (emt.2009,11–12).

Itsensä merkitykselliseksi tunteminen edistää asiakkaan kuntoutumista (Koukari 2010, 207). Hyvällä vuorovaikutuksella voidaan vahvistaa asiakkaan toimijuutta, joka keskeisesti vaikuttaa kuntoutumisen onnistumiseen (Holmqvist, Kamwendo & Ivarsson 2009; Harra 2014; Seppänen-Järvelä ym. 2015). Tämän työn tulosten perusteella asiakkaan kiireetön kohtaaminen ja ajan antaminen

nähtiin asiakkaan toimijuuteen kannustavana tekijänä. Rauhallisiin vuorovaikutushetkiin koettiin kuitenkin olevan harvoin aikaa käytettävissä.

Asiakkaan kohtaamiseen, keskusteluun ja hänen kanssaan yhdessä tekemiseen tulee työntekijällä olla riittävästi aikaa. Tämä vaatii kotihoitoon suunnattavien resurssien lisäämistä. Vuonna 2017 THL:n teettämässä tutkimuksessa kotihoidon työntekijät kokivat, etteivät kiireen takia pystyneet vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin tai tekemään työtänsä siten kuin olisi ollut tarkoituksenmukaista (Vehko, Sinervo & Josefsson 2017). Lähitulevaisuudessa asiakasmäärien kasvaessa kotihoitohenkilöstön riittävä resursointi on välttämätöntä (Alastalo, Vainio & Kehusmaa 2017).

Vuorovaikutuksessa sekä muissa kotihoidon asiakkaiden palveluissa voidaan hyödyntää teknologian tuomia mahdollisuuksia ja samalla lisätä asiakkaiden kotona asumisen turvallisuutta. Näitä mahdollisuuksia tulee hyödyntää tulevaisuudessa enemmän varsinkin yksinäisillä kotihoidon asiakkailla. I&O-kärkihankkeen avulla on pilotoitu teknologisten välineiden ja palvelujen käyttöönottoa maakunnissa. Esimerkiksi hoitajien välitöntä työaika lisäävä koneellinen lääkejakelu, poistumisvalvontateknologian turvaranneke ja videopuhelinyhteydet ovat vielä vaihtelevasti käytössä eri alueilla niistä saaduista hyvistä kokemuksista huolimatta. (Hammar, Vainio & Sarivaara 2017.)

Tämän työn tulosten mukaan omahoitajamallin koettiin tukevan asiakkaan kuntoutumisen prosessin eri vaiheita. Omahoitajuudella voidaan lisätä asiakas- ja voimavaralähtöistä toimintaa ja näin ollen myös asiakkaan yksilöllisyyden huomioimista. Omahoitajalla on keskeinen rooli asiakkaan hoidon koordinaattorina ja hoidon kokonaisuudesta vastaavana ammattilaisena (Isoherranen 2012, 116; Vähäkangas 2010, 92). Turjamaan (2014) tutkimuksessa asiakkaat pitivät omahoitajasuhdetta tärkeänä vuorovaikutussuhteena, johon liitettiin luottamus ja yhteinen päätöksenteko (emt.2014, 34). Lisäksi omahoitajuudella vastataan kuntoutuskomitean ehdotukseen vastuuhenkilöstä, joka kulkee kuntoutumisprosessissa asiakkaan rinnalla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b, 44).

Asiakkaan toimintakyvyn tukeminen vaatii työntekijältä laaja-alaista ammattitaitoa ja valmiuksia oman osaamisensa kehittämiseen (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012, 55). Tämän työn tuloksissa työntekijöiden kehittämistarpeita olivat muun muassa toimintakyvyn mittaamiseen ja tavoitteiden nimeämiseen liittyvä osaaminen. Toimintakyvyn eri ulottuvuuksiin liittyvää tietoa ja osaamista tulee lisätä. Lisäksi tiedonkulkuun liittyvät tekijät nähtiin kehittämistarpeina.

Hyvä tiedonkulku on tärkeää kuntoutumisen jatkuvuuden kannalta (Rabiee & Glendinning 2011,501; Isoherranen 2010; 128). Työntekijät kokivat, että asianmukaisella kirjaamisella voidaan vaikuttaa toimintakyvyn tukemisen jatkuvuuteen. Asiakaslähtöinen kirjaaminen koettiin vaikeana. Yhteisten kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen jatkuu kotihoidossa ja laajemmin valtakunnallisena hankkeena.

Monialaisella yhteistyöllä mahdollistetaan asiakkaan toimintakyvyn ja sen tarpeiden monipuolinen tukeminen (Vähäkangas 2010,96). Lisäksi monialaisella työskentelyllä tuetaan asiakasta saavuttamaan kuntoutumistavoitteensa (Hjelle ym. 2016, 579). Pilotointijakson aikana yhteistyötä fysioterapeutin kanssa kehitettiin suunnittelemalla fysioterapeutin ja työntekijän yhteinen ensikäynti asiakkaan luo. Ensikäynti antaa mahdollisuuden asiakkaan toimintakyvyn kokonaisvaltaisempaan näkemykseen.

Monialaisella yhteistyöllä tuetaan toiminnan muutosta ja työntekijöiden tehtäväkeskeisyydestä poisoppimista (Hjelle ym.2016, 582). Tuloksissa ilmenneisiin tavoitteiden nimeämisen haasteisiin, tehtäväkeskeisyyteen sekä pelkästään fyysisten tarpeiden näkemiseen voidaan vaikuttaa monialaisen yhteistyön avulla. Tulosten mukaan fysioterapeutin asiantuntijuutta toimintakyvyn tukemisessa ei hyödynnetty vielä kaikilta osin. Eksoten alueella kotikuntoutuksen toimintaa on kehitetty vuosien ajan. Yhtenä tärkeänä kotikuntoutuksen osa-alueena on kotihoidon koordinoiva toiminta, jossa fysio- ja toimintaterapeutit ohjaavat ja kouluttavat henkilökuntaa kotihoidon säännöllisiin asiakkaisiin liittyvissä asioissa. (Viitikko & Lehmus 2017, 25–26.)

Kotihoidon toiminnan muuttaminen kuntoutumista edistäväksi vaatii esimerkiksi esimieheltä systemaattista ja tavoitteellista työtä. Esimiehen on kyettävä ohjaamaan henkilökuntaa, arvioimaan kuntouttavaa toimintaa sekä seurattava, että sovituista asioista pidetään kiinni. (Vähäkangas ym. 2012, 52). Esimiehen toiminta kuntouttavia työtapoja tukevana nousee esille muissakin aiheita käsittelevässä kirjallisuudessa (esim. Pikkarainen ym. 2013, 185). Tämän työn tuloksissa esimiehen toiminta ei noussut vaikuttavaksi tekijäksi. Syynä saattoi olla se, että henkilökunta ei tuonut tähän liittyviä kokemuksia esille esimerkiksi esimiehen läsnäolon vuoksi tai esimiehen roolin merkitystä ei huomioitu toiminnan kehittämisessä.

Yhteistyötä kotihoidon ja eri toimijoiden välillä tulee tehostaa. Esimerkiksi kolmannen sektorin rooli on entistä tärkeämpi aktiivisessa ikääntymisessä (Hietanen & Fröjdö 2016, 62). Asiakkaiden toimintakyvyn tukemisen tarpeissa nousi esille sellaisia asioita, joihin kotihoidon resursseilla ei pystytty vastaamaan. Järjestökumppaneiden kanssa tehtävällä yhteistyöllä voidaan monipuolistaa asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen käytettäviä keinoja. Kotihoidon ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä tulee kehittää niin, että työntekijöillä on tietoa siitä, miten verkostoja voidaan hyödyntää asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa.

Lehtosen & Kaljusen (2017) tekemän Järjestösektorin ja kotitalouksien kuntouttavat toimintamallit–kirjallisuuskatsauksen mukaan kolmas sektori, kuten järjestöt, on nykyisin noussut merkittäväksi iäkkäiden palvelujen tuottajaksi julkisen ja yksityisen sektorin rinnalle. Lisäksi kirjallisuuskatsauksen tutkimusten perusteella omaiset ja viralliset sekä epäviralliset omaishoitajat olivat yksi tärkeimmistä ikääntyneen ihmisen kotona pärjäämistä turvaavista tekijöistä. (emt. 2017, 30–32.)

Omaisten tuki on tärkeä asiakkaan kuntoutumisen onnistumisen kannalta (Hara 2014, 134). Koukkarin (2010) väitöstutkimusten mukaan omaisten tuki tai sen puute heijastui kuntoutujan sisäiseen hallinnantunteeseen, jolla on merkitystä kaikkiin toimintakyvyn osa-alueisiin (emt. 2010 195). Omaiset nähtiin tärkeänä voimavarana, mutta toisaalta koettiin, että omaiset saivat itse päättää miten aktiivisesti he osallistuvat asiakkaan elämään. Yhteistyötä asiakkaiden omaisten

kanssa tulee kehittää omaista osallistavampaan suuntaan. Myös työntekijän ja omaisten välistä tiedonkulkua tulee lisätä ja kehittää.

Omaiset tarvitsevat tietoa siitä, mitä heiltä odotetaan ja miten he voivat osallistua läheisensä toimintakyvyn tukemiseen. Lisäksi omaisilla voi olla virheellistä tietoa läheisensä tilanteesta, jolloin tiedon lisäämisellä voidaan edesauttaa omaisen osallistumista toimintakyvyn tukemiseen. (Pikkarainen 2016, 49.) Omaisyhteistyön merkitys korostuu varsinkin muistisairaiden asiakkaiden toimintakyvyn tukemisessa. Muistisairaana asiakkaan ja omaisen osallistaminen kuntoutussuunnitelman tekemiseen kuuluu työntekijän perustehtävään (Vähäkangas ym. 2012, 52).

Muistisairaiden kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn tukemiseen liittyi monia haasteita. Muistisairaiden kotihoidon asiakkaiden kuntoutumisen haasteellisuus on todettu myös Helsinki kotikuntoutus-hankkeen loppuraportissa (Peiponen ym. 2016, 51). Työntekijän lyhyt käyntiaika hankaloitti muistisairaana asiakkaan toimintakyvyn tukemista ja muistisairaiden toimintakyvyn mittaamiseen koettiin liittyvän ongelmia. Haasteelliseksi koettiin myös muistisairaudesta johtuva sitoutumattomuus omatoimiseen toimintakyvyn ylläpitämiseen. Muistisairaiden kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn tukemiseen tulee kehittää omia toimintatapoja ja asiakaskäyntiaikaa tulee kohdentaa kuntoutumisen tukemiseen. Pitkälä ym. (2013, 123) osoittavat tutkimuksessaan, että kotiin vietävillä yksilöllisillä palveluilla voidaan hidastaa muistisairaiden fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn heikentymistä lisäämättä palveluiden kustannuksia.

Noro, Alastalo, Finne-Soveri & Mäkelä (2015) tuovat tutkimuksessaan esille Kotihoidon työntekijöiden osaamisen sekä kuntoutuksen lisäämisen erityisesti muistisairaiden asiakkaiden kohdalla, jotta kotona asuminen mahdollistuisi pidempään. Tarvittaessa kodin muutostöillä, ympäristön järjestämisellä sopivaksi ja toimintakykyä tukevilla harjoitteilla voidaan helpottaa muistisairaana hyvän arjen sujumista. Normaalin arjen eläminen on samalla toimintakykyä ylläpitävää harjoittelua. (Mönkäre 2016.)

7.2 Toteutuksen tarkastelu

Opinnäytetyön lähtökohdat muuttuivat hieman ennen kehittämisprosessin käynnistymistä. Alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoituksena oli kehittää Kontiolahden kotihoidon työntekijöiden toimintatapoja ikäihmisten hoidossa. AVOT-hankkeen kanssa sovittiin toimeksiannosta ja kevään sekä kesän 2017 ajan työstiin opinnäytetyösuunnitelmaa. Syyskuussa 2017 suunnitelma hyväksyttiin. Heti sen jälkeen saimme tiedon Siun soten päätöksestä toteuttaa ketteräkokeilujakso Kontiolahdella syksyllä 2017. Tämä tieto linjasi suunnitelmamme uusiksi opinnäytetyön kehittämistoiminnassa. Siun Soten ja AVOT-hankkeen suunnitteleman kokeilun ja oman opinnäytetyömme aiheen samankaltaisuuden vuoksi, päätimme tehdä yhteistyötä kehittämistoiminnassa Kontiolahdella.

Kehittämistoiminnassa tapahtuneet muutokset vaikuttivat osin heikentävästi osallistamis- ja tutkimusmenetelmällisiin valintoihin. Käytettävät menetelmät tuli sopeuttaa ketteräkokeilujakson muuhun toimintaan sopiviksi, jolloin ne eivät palvelleet opinnäytetyön kehittämisprosessia niin hyvin. AVOT-hankkeen ollessa merkittävässä roolissa resurssien käytön näkökulmasta, perustuivat valitut menetelmät sen suunnittelemiin aika- ja henkilöstöresursseihin. Ketteräkokeilujakso toteutettiin kokonaisuudessaan tiiviillä aikataululla syysjoulukuussa 2017. Lisäksi suurin osa työpajoista toteutettiin etäyhteyden kautta aikaresurssien säästämiseksi ja digitaalisten toimintojen testaamiseksi.

Työpajojen aihealueisiin perehdyttiin teoretiedon avulla etukäteen. Näin voitiin esittää työntekijöille tarkentavia kysymyksiä tiedontuotantoa varten. Teoretiedon avulla pyrittiin herättelemään työntekijöitä pohtimaan käytäntöjen kehittämistä sekä refleктоimaan nykyisiä omia toimintatapoja.

Osallistuva havainnointi oli menetelmänä haastava, koska havainnointimateriaalia muodostui paljon ja kaikki materiaali ei kohdentunut opinnäytetyön tehtäviin tai aiheeseen. Uuden menetelmän käyttö vaati harjaantumista ja alkuun havainnoidessa huomio kiinnittyi myös sellaisiin asioihin, jotka eivät olleet kehittämistyön kokonaisuuden kannalta merkittäviä. Vähitellen havainnointitaidot karttuivat ja työpajojen sisällöstä osattiin hakea asioita, jotka olivat yhteydessä opinnäytetyön tehtäviin.

Seppänen-Järvelän (2006, 25) mukaan ulkopuolisten asiantuntijoiden roolina on tuoda kehittämistoimintaan mukaan kehittämiseen liittyviä käsitteitä, tietoperustaa sekä kehittämisen toimintatapoja (emt.2006,25). Kehittämistoiminnan asiantuntijalta vaaditaan osallistumista konkreettiseen kehittämiseen niin, että kehittäjän ei tule ottaa pelkästään ulkopuolisen asiantuntijan roolia, vaan hänen tulee pyrkiä aitoon vastavuoroiseen dialogiin kehittämistyöhön osallisena olevien muiden henkilöiden kanssa (Toikka & Rantanen 2009, 10). Kehittämistoiminnan aikana pohdimme omaa rooliamme ulkopuolisina kehittämistoiminnan fasilitaattoreina. Meidän tuli olla kokoajan tietoisia siitä, että emme omalla toiminnallamme johdattele kehittämiseen liittyvää toimintaa liikaa. Oli myös mietittävä tarkkaan keskusteluissa käytettäviä kysymyksiä, jotta ne olisivat keskustelua avaavia mutta eivät kehittämisen suuntaa johdattelevia.

Työpajojen arvioinnissa ja työpajoissa tulleen tiedon tarkentamisessa päädyttiin sähköpostikyselyyn menetelmän helpon käytettävyyden ja nopean tiedontuotannon vuoksi. Menetelmänä sähköpostikysely avoimin kysymyksin ei kuitenkaan antanut toivottua sisältöä. Saadut vastaukset olivat lyhyitä ja suurimmalta osin ne eivät sisältäneet perusteluja tai vastausten tarkennuksia. Teemaryhmähaastattelu taas puolestaan soveltui hyvin tilanteeseen, jossa tarkoituksena oli yhdistää tiedonkerääminen, prosessikuvauksen esittely ja henkilökunnan osallistaminen.

Toimeksiantajalta saatiin selkeä tehtävä tuottaa prosessikuvaus. Tiedontuotannollista tehtävää olisi pitänyt rajata selkeämmäksi ja suunnata esimerkiksi tuotoksen tuottamiseen liittyvään aiheeseen. Tiedontuotannollisen tehtävän laajuuden vuoksi saadusta runsaasta tietomäärästä huolimatta, yksittäisten tulosten sisältö jäi melko pinnalliseksi. Tulosten analysoinnin perusteella tiedontuotannollista tehtävää muutettiin vastaamaan paremmin saatua aineistoa. Tuloksia on jäsennelly ja tarkennettu opinnäytetyön valmistumisen loppumetreille saakka.

Ajankohta kotihoidon kehittämistoiminnalle oli haastava ja se ei ajoittunut parhaalla mahdollisella tavalla suhteessa kotihoidon muuhun työtilanteeseen. Pilotointijakson aikana henkilökunta toi esille työn hektisyyden ja kehittämisproses-

sin etenemisen tiiviin aikataulun. Nämä seikat vaikuttivat osaltaan kehittämis- ja osallistumisinnokkuuteen. Osa työntekijöistä osallistui innokkaammin kehittämiseen ja toiminnan pilotointiin, kun taas osa työntekijöistä lähti varautuneemmin mukaan toimintaan. Oli myös niitä työntekijöitä, jotka näkivät pilotointitoiminnan vain lyhyen ajanjakson asiana, jonka jälkeen toiminta palaisi ennalleen.

Myös Pikkarainen ym. (2013) tuovat tutkimuksessaan esille, että kehittämistyöhön osallistuneet työntekijät tarvitsivat aikaa työnsä nykytilanteen ja muutostarpeiden analysointiin (emt. 2013,185). Muutosten tekeminen työpaikalla kannattaa ajoittaa siten, ettei henkilöstö ole jo valmiiksi uupunutta. Uupunut henkilökunta luo vähän uutta, eikä sillä ole voimia ottaa vastaan muutoksia. Vanhasta pois oppiminen vie voimavaroja ja kehitys pysähtyy. (Jabe 2015, 198.)

Henkilökuntaa enemmän osallistavat menetelmät olisivat voineet osaltaan lisätä kehittämisinnokkuutta ja motivoitumista. Koimme Collaboration-etäyhteyden välityksellä pidetyt työpajat haastavina osallistamisen ja vuorovaikutuksen kannalta. Sähköisen etäyhteyden käyttö oli uutta sekä työpajan pitäjille, että osallistuville työntekijöille. Kotihoidon työntekijät olivat kaikki saman tietokoneen äärellä ja heillä ei ollut videoyhteyttä käytettävissä. Digi-yhteyksien välityksellä tapahtuvassa kehittämistoiminnassa menetelmälliset valinnat korostuvat, eli se millaisia menetelmiä käyttämällä osallistujia saadaan toimintaan ja keskusteluun mukaan. Keskustelujen muodostumista oli myös haasteellista seurata etäyhteyden kautta ilman katsekontaktia.

Pari- ja ryhmäkeskustelut aiheeseen liittyvien kysymysten tukemana antoivat mahdollisuuden reflektoida asioita, mutta välillä osallistuminen näissä tilanteissa oli vähäpuheista. Konkreettisemmilla osallistamismenetelmillä olisimme voineet saada hiljaisimmatkin osallistujat tuomaan enemmän esille kokemustietoaan. Työpajatyöskentelyssä korostuivat dialogisuuden merkitys sekä se että asioista puhutaan helppotajuisesti ilman tieteellistä tai muuta ammattisanastoa käyttäen. Kaikissa lähityöpajoissa osallistujien vuorovaikutus oli luontevampaa kuin etätyöpajoissa. Henkilökunta osallistui keskusteluun vaihtelevasti eri työpajoissa, kuitenkin jakson loppua kohti runsaammin.

Tiivis aikataulus asetti haasteita työntekijöille toiminnan pilotoinnin aloittamiselle ja se käynnistyikin hitaasti. Alkuvaiheessa, toiminnan käynnistyessä henkilökunta olisi tarvinnut enemmän aikaa perehtyä aiheeseen ja toimintaan. Reagoimme hitaaseen käynnistymiseen ehdottamalla käyntiä kotihoitoon, mutta siihen eivät henkilökunnan aikaresurssit riittäneet. Käynnin tarkoituksena olisi ollut tukea työntekijöitä pilotointiin liittyvissä asioissa. Samalla olisimme voineet hyödyntää käyntiä tiedontuottamiseen esimerkiksi henkilökohtaisesti keskustelemassa ja haastattelemassa henkilökuntaa.

Haastavana osuutena kehittämisprosessissa koimme prosessikuvauksen tuottamisen. Haasteelliseksi sen tekivät tekijöiden kokemattomuus prosessien kuvantamisessa, toimijoiden hidas motivoituminen toimintaan sekä nopea aikataulu kuvauksen valmiiksi tuottamiseksi. Kehittämisprosessia heikentävänä tekijänä näemme asiakasosallisuuden puuttumisen.

Tiedontuotannollisena tehtävänä meillä oli alun perin tuottaa tietoa asiakkaiden kokemuksista kotihoidon työntekijöiden toteuttamasta toimintakykyä tukevista toimintatavoista. Asiakkaiden sekä mahdollisesti heidän omaistensa osallisuus olisi tuonut lisäarvoa toimintamallin kehittämiseen ja se olisi voinut lisätä myös heidän toimijuuttaan mallin käyttöönotossa. Alkuperäisessä suunnitelmassa olisimme keränneet tietoa asiakkailta kehittämisprosessin alkuvaiheessa kehittämisen lähtökohdaksi. Sen lisäksi olisimme toteuttaneet asiakashaastattelut pilotointijakson lopuksi kehittämistyön arvioinniksi.

Toteutuneen kehittämistoiminnan arvioinnin asiakashaastattelut oli suunniteltu jo etukäteen fysioterapeuttipiskelijöiden tehtäviksi. Olisimme voineet osallistua haastattelutilanteeseen ja esittää asiakkaille omaa kehittämistoimintaa koskevia kysymyksiä. Koimme kuitenkin haasteelliseksi haastattelun tekemisen tilanteessa, jossa useampi haastattelija olisi ollut samanaikaisesti tietoa keräämässä omista lähtökohdistaan. Pohdiskelimme myös vaihtoehtoa, että olisimme perehdyttäneet opiskelijat haastattelukysymyksiimme, jolloin he olisivat toimineet tiedonkerääjinä myös meille. Hylkäsimme kuitenkin sen vaihtoehdon mahdollisten tulkintavirheiden vuoksi. Toisaalta loppuvaiheessa kerätyllä asiakastiedolla emme olisi pystyneet enää vaikuttamaan toimintamallin lopputulokseen, koska

sen tuli olla esittelyä varten valmiina jo kehittämistoiminnan prosessin loppuvaiheessa.

Opinnäytetyön toteuttaminen oli ajallisesti tiivis prosessi. Oman työn suunnitelman nopeat muutokset ja prosessin tiivis aikataulu suunnitelmasta toteutukseen vaati organisointitaitoa. Myös kehittämistoiminnan suunnittelu-, toteutus- ja arviointivaiheiden osittainen päällekkäisyys vaati organisointitaitoa ja paineensietokykyä. Parityönä tehdyn opinnäytetyön etuna oli, että yhteiset refleктоivat keskustelut auttoivat jäsentämään asioita ja viemään prosessia eteenpäin. Reflektion avulla saimme toinen toisiltamme uutta näkökulmaa kehitettävään aiheeseen. Työskentelytapojen yhteensovittaminen ja yhdessä tekeminen on hionut tiimityöskentelytaitojamme.

Yhteistyötaitojen merkitys korostui kehittämisprosessissa. Yhteistyö eri toimijoiden kanssa oli merkittävä osa opinnäytetyöprosessia ja saimme paljon kokemusta hanketoiminnasta. Organisaation hallinnoima kehittämistoiminta toteutettiin sen asettamien tavoitteiden mukaisesti ja oma työmme oli sopeutettava siihen. Tämä heikensi osaltaan oman osaamisen lisäämistä kokonaisen kehittämisprosessin hallinnasta ja toteutuksesta. Toisaalta saimme paljon arvokasta kokemusta ja eri näkökulmia hankkeessa työskentelystä sekä asiantuntijana toimimisesta. Vaikka olimmekin mukana osana isompaa prosessia, saimme vastuuta ja kohtasimme myös itse haasteita, joihin meidän tuli löytää ratkaisuja.

Kokonaisuudessaan opinnäytetyön prosessin läpivieminen on antanut meille paljon uutta osaamista, vahvistaen koko opintojen ajan jatkunutta ammatillista kehittymistä. Ikäosaamisen Yamk opinnäytetyölle asetetut sisällölliset vaatimukset, kuntoutuksen ja ikäosaamisen näkökulmat, täyttyvät opinnäytetyösämme. Opinnäytetyön aihealue on yksi tämän hetken tärkeimmistä aiheista Suomen ikääntymispolitiikassa ja opinnäytetyömme kautta olemme saaneet valmiuksia kehittää tulevaisuudessakin ikääntyneiden palveluihin liittyviä kysymyksiä.

7.3 Eettisyys ja luotettavuus

Kaikessa tieteellisessä tutkimuksessa, myös tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa, tulee noudattaa hyvän tieteellisen toiminnan periaatteita. Periaatteiden noudattaminen luo toiminnalle luotettavan, eettisesti hyväksyttävän perustuksen ja tuloksia voidaan pitää uskottavina. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan etenemisen kaikissa vaiheissa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012,6.)

Tämän opinnäytetyön toteutus on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja asianmukaisesti. Menetelmälliset valinnat on kuvattu ja niitä on tarkasteltu totuudenmukaisesti. Kehittämistoiminta sekä tulokset kuvattiin avoimesti, mutta osallistujien yksityisyyttä kunnioittaen. Kehittämistoimintaan osallistuneet toimijat on kuvattu niin, ettei kenenkään henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa.

Tuloksissa on käsitelty työntekijöiden kokemustietoa toiminnasta kotihoidon asiakkaiden tai heidän omaistensa kanssa. Nämä tiedot on kuvattu yleisellä tasolla, niin ettei kenenkään henkilöllisyyttä voida todentaa. Tulosten kuvaaminen on toteutettu totuudenmukaisesti ja tulokset perustuvat osallistujien tiedonantoon. Tutkimustulosten tilastollinen merkittävyys on vähäinen, koska tiedonantajien lukumäärä oli pieni. Tulokset ovat kuitenkin yleistettävissä ja verrattavissa aihepiiriin liittyvien aiempien tutkimustulosten kanssa.

Kehittämisprosessissa käytettyjen menetelmien luotettavuutta pohdittiin prosessin aikana. Havainnointimenetelmää käyttäessään tutkija käyttää omaa persoonaansa tutkimuksensa välineenä. Hänen on tunnistettava persoonaansa liittyvät tekijät, jotka voivat vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. (Grönfors 2015,147.) Havainnointia tehdessä tuli erottaa tieto ja oma tulkinta siitä, jotta kerätty tieto oli totuudenmukaista. Havainnointimenetelmän luotettavuutta lisättiin tekemällä muistiinpanoja tarkasti tiedonantajien mukaisesti ja mahdollisimman laajasti.

Sähköpostimenetelmän käyttötapaa saattoi heikentää luotettavuutta. Lähetimme avoimet kysymykset sähköpostitse kotihoidon esimiehelle, joka kokosi työntekijöiden vastaukset yhteen koontisähköpostiin. Päädyimme tähän ratkaisuun, koska muuten riskinä olisi ollut se, että emme olisi saaneet riittävästi ja nopeasti

vastauksia. Sähköpostikyselyt olivat jatkumoa työpajatyöskentelylle ja niiden tarkoituksena oli tiedon tarkistaminen ja arviointitiedon kerääminen. Kyselyt eivät sisältäneet työntekijöiden henkilökohtaiseen työskentelyyn liittyviä kysymyksiä.

Olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman laajasti lähdemateriaalia ja aiempaan tieteellistä näyttöä hyödyksi. Aikaisempi tutkimustieto on esitetty asianmukaisella, tiedontuottanutta tutkijaa kunnioittavalla tavalla. Opinnäytetyömme noudattaa Karelia ammattikorkeakoulun YAMK- opinnäytetyöprosessia ja kirjallinen tuotos tehtiin Karelia ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjeen (Karelia-amk 2016) mukaisesti.

7.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkokehittämisaiheet

Miun aktiivinen arki -toiminnan prosessikuvaus esiteltiin 4.1.2018 Siun soten ikäihmisten palvelujen johtotiimille ja se sai hyväksynnän jatkolevittämistä varten. Prosessikuvausta käytetään AVOT-hankkeen työvälineenä toimintamallin jalkauttamisessa koko Siun soten kotihoidon alueelle keväällä 2018. Miun aktiivinen arki -toimintamalli on saanut valtakunnallista näkyvyyttä sosiaali- ja terveysministeriön tiedotteessa, jossa AVOT-hanke esitteli Siun soten alueella kehitettyjä kotihoidon toimintamalleja (STM 2018). AVOT-hanke on esitelletty prosessikuvausta myös Karelia-ammattikorkeakoulun ja Riveria ammattioppilaitoksen sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille.

Jatkossa kehittämisaiheina voisivat olla asiakasosallisuuden lisääminen ja kotihoidon palvelujen yhteistyöverkostojen kehittäminen. Kuntouttavan toiminnan onnistuminen kotihoidossa vaatii asiakkaan osallistamista ja työskentelytapojen muuttamista tehtäväkeskeisyyden sijaan asiakas- ja voimavara- lähtöisiksi. Asiakaslähtöisyyttä voitaisiin lisätä muun muassa kartoittamalla asiakkaiden odotuksia ja toiveita kotihoidon palveluista.

Yhteistyöllä erilaisten verkostojen kanssa voidaan tukea kotihoidon tekemää työtä. Verkostoyhteistyön kehittämisellä voitaisiin monipuolistaa keinoja asiakkaan toimintakyvyn eri osa-alueiden tukemisessa ja toisaalta vastata tulevaan

palvelutarpeiden kasvuun. Yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä tulee myös kehittää. Fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien kuntoutukseen liittyvää asiantuntijuutta tulee hyödyntää enemmän kotihoidossa. Lisäksi muistisairaiden asiakkaiden huomioiminen kotihoidon asiakasryhmänä nousi esille. Erityisesti heille kehitetylle kaikki toimintakyvyn osa-alueet huomioivalle, kuntouttavan toiminnan mallille on selkeä tarve.

Lähteet

- Ahonen, L. 2016. Loppuraportti. Seniorikaste- ikäihmisten arjen ja palvelujen parantamiseksi 2014–2016. <https://www.innokyla.fi/documents/935672/ee6fc7c6-0815-4cc5-86dc-e0cded91336a> 20.11.2017
- Alasoini, T. 2006. Osallistava ohjelmallinen kehittäminen tietoyhteiskunnassa. Teoksessa Seppänen- Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Helsinki: Stakes, 34–52.
- Alastalo, Vainio & Kehusmaa. 2017. Kotihoidon asiakasmäärät kasvussa, henkilöstön määrän kasvu ei kaikissa maakunnissa seuraa perässä. Tutkimuksesta tiiviisti 08/2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135119/TUTI2017_18_Kotihoidon%20asiakasm%20a4%20a4r%20a4t%20kasvussa%20henkil%20b6st%20b6n%20m%20a4%20a4r%20a4n%20kasvu%20ei%20kaikissa%20maakunnissa%20seuraa%20per%20a4ss%20a4_p%20a4ivitetty.pdf?sequence=1&isAllowed=y.2.4.2018
- Arola, M. & Suhonen, L. 2014. Osallistava tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Teoksessa Tiainen, A. (toim.) YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveysalan näkökulmia työhyvinvointiin. Joensuu: Karelia ammatti-korkeakoulu, 14–22.
- Autti-Rämö, I., Mikkelsen, M., Lappalainen, T. & Leino, E. 2016. Kuntoutumisen prosessi. Teoksessa Autti- Rämö, I., Salminen, A- L., Rajavaara, M., Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 56–73.
- Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS- kustannus.
- Eskola, J. & Vastamäki, J. 2015. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Valle, R. & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1–Metodin valinta ja aineistonkeruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalla. Jyväskylä: PS- Kustannus, 27–44.
- Grönfors, M. 2015. Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa Valle, R. & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1–Metodin valinta ja aineistonkeruu: Virikkeitä aloittelevalle tutkijalla. Jyväskylä: PS- Kustannus, 146–161.
- Hammar, T., Vainio, S. & Sarivaara, T. 2017. Kotihoidossa käytettävän teknologian kirjo on laaja, mutta kaikkia mahdollisuuksia ei vielä hyödynnetä. Tutkimuksesta tiiviisti 27/2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135240/URN_ISBN_978-952-302-912-5.pdf?sequence=1. 11.5.2018
- Harra, T. 2014. Terapeuttinen yhteistoiminta–Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen toimintaterapiassa. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. <http://lauda.ulapland.fi/handle/10024/61769>. 1.2.2018
- Heikkinen, L.T.H. 2010. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, L.T.H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toi-

- mintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: tekijät ja kansanvalistusseura, 16–38.
- Hietanen, A & Fröjdö, M. (toim.) 2016. Hemma bäst – Kotona paras. Tähtäimessä ikääntyneiden ihmisten turvallinen kotona asuminen. Serie r: Rapport, 6/2016. Vasa: Yrkeshögskolan Novia.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2016. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hjelle, K.M., Skutle, O., Førland, O. & Alvsvåg, H. 2016. The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2016:9 575–585. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5098780/pdf/jmdh-9-575.pdf>. 1.3.2018
- Hjelle, K.M., Tuntland, H., Førland, O. & Alvsvåg, H. 2017. Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and Social Care in the Community*. 2017 25 (5), 1581–1589. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hsc.12324>. 1.3.2018
- Holmqvist, K., Kamwendo, K. & Ivarsson, A.-B. 2009. Occupational therapists' descriptions of their work with persons suffering cognitive impairment acquired brain injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*(16) <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/11038120802123520?scroll=top&needAccess=true> 3.5.2018
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2010. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, L.T.H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: tekijät ja kansanvalistusseura, 94–113.
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf. 1.3.2018
- Jabe, M. 2015. Ikä voimavarana. Vantaa: Ketterät Kirjat Oy.
- JUHTA-Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2002. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. Versio: 5.10.2012. Valtiovarainministeriö. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>. 9.11.2017.
- Kaakkois-Suomen osaamiskeskus Oy, Socom. Kansa-Koulu-II-hanke. 2018. <http://www.socom.fi/kansa-koulu/hanke/>. 2.3.2018.
- Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä–Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Kehusmaa, S., Erhola, K. & Luoma, M-L. 2017. Kotihoidon henkilöstön kuntoutusosaamista on vahvistettava. Tutkimuksesta tiiviisti 20/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135121/TUT12017_20_Kotihoidon%20henkil%c3%b6st%c3%b6n%20kuntoutusosaamista%20on%20vahvistettava.29.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y 1.3.2018

- Koukkari, M. 2010. Tavoitteena kuntoutuminen – Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta.
<http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61643/Koukkari%20ORIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 14.4.2018
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalv palveluista. 980/2012
- Lehto, V., Jolanki, O., Valvanne, J., Seinelä, L. & Jylhä, M. 2017. Understanding functional ability: Perspectives of nurses and older people living in long-term care. *Journal of Aging Studies* 43C, 15–22.
- Lehtonen, M. & Kaljunen, L. Socom. 2017. Järjestösektorin ja kotitalouksien kuntouttavat toiminta-mallit–kirjallisuuskatsaus. Teoksessa: Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS) -hankkeen loppuraportti. Uudistuva palvelukokonaisuus–kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017. 30–33.
http://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/68_Kuntouttavat+toimintamallit+i%C3%A4kk%C3%A4iden+palveluissa_loppuraportti3010.pdf/81f00367-ead9-43c6-8c20-5bf26da1182f?version=1.0. 15.2.2018
- Muona, A. 2017. AVOT-hankkeen Kotikuntoutustyöryhmän muistio 11.10.17. Siun sote. Julkaisematon lähde.
- Mäkinen, L. 2015. Moniammatillinen yhteistyö ja kuntouttava työote Tampereen kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden määrittelemänä. Tampereen yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98123/GRADU-1446457835.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 1.5.2018
- Mönkäre, R. 2016. Muistisairaana hyvä arki. Muistisairaana kuntouttava hoito. Duodecim.
http://www.terveysportti.fi/dtk/pit/avaa?p_artikkeli=mkh00090. 3.4.2018.
- Noro, A., Alastalo, H., Finne-Soveri, H. & Mäkelä M. 2015. Kotihoidon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014– Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta-tutkimus. Tutkimuksesta tiiviisti 2/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125601/Tutkimuksesta%20tiiviisti_2_2015_09022015.pdf?sequence=3 15.3.2018
- Näslinhd-Ylispangar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Paltamaa, J & Musikka–Siirtola, M. 2016. ICF–luokitus. Teoksessa Autti–Rämö, I., Salminen, A–L., Rajavaara, M., Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 37–55.
- Paltamaa, J. & Perttinen, P. 2015. Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Peiponen, A., Kristensen, M., Arvo, T., Tolkki, P., Pekkanen, M. & Kara H. 2016. Kotikuntoutuksen toimintamalli Helsingissä. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kotikuntoutus – projekti Etelän palvelualueella 2013 – 2015 loppuraportti. Tutkimuksia ja raportteja 3/2016.

- Helsingin kaupunki.
<https://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/kotikuntoutus-loppuraportti-160422.pdf>. 3.4.2018
- Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja osa I. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 221. Jyväskylä. Suomen Yliopistopaino Oy–Juvenes print.
- Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. (toim.) 2013. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Pikkarainen, A. 2015. Ikääntyneiden ihmisten kuntoutus. Taustateksti oppaaseen työntekijöille. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. <http://www.kela.fi/documents/10180/751941/ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden+ihmisten+kuntoutus.pdf/5352d031-d2b1-4352-90fc-9eb77961f272>. 1.3.2018
- Pikkarainen, A. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuspolun mallinnus. Esimerkkinä perusturvaliikelaitos Saarikka ja Karstulan kuntoutusyksikkö. Keski-Suomen Sote 2020-hanke. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. https://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/82442_82240_lopullinen_ikaihmiesten_kuntoutuspolun_mallinnus_Aila_Pikkarainen_muoka.pdf 14.4.2018
- Pikkarainen, A., Pyöriä, O., Savikko, N. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuminen. Teoksessa Autti- Rämö, I., Salminen, A-L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 176–191.
- Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M., Laakkonen, M-L., Kautiainen, H., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus satunnaistettu vertailututkimus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 125. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2016. Toimintakyky vanhuudessa. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 448–453
- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä. 2016a. AVOT-Siun sote. Hankesuunnitelma. http://www.siunsote.fi/image/guest/Ajankohtaista/hankesuunnitelma_avot_310816.pdf. 1.2.2017
- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä. 2016b. Kotihoidon palvelujen myöntämisen perusteet ja sisältö 1.1.2017 alkaen. http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967711/siunsote_ikaihmiesten_kotihoito_myontamisperusteet2017.pdf/22e91a3a-2a6f-417e-9893-7ca4b142c06a. 10.10.2017
- Pohjolainen, T. & Saltychev, M. 2015. Toimintakyky. Teoksessa Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari- Juntura, E. (toim.) Fysiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. <http://www.oppiportti.fi/op/fys00002/do.30.3.2018>.
- Rabiee, P. & Glendinning, C. 2011. Organisation and delivery of home care reablement: what makes a difference? Health and Social Care in the Community: 19 (5), 495–503. <http://web.b.ebscohost.com/tietopalvelu.karelia.fi/ehost/pdfviewer/pdf>

- viewer?vid=4&sid=e79d7939-5e20-4781-b7fc-0b471aa5d05a%40sessionmgr101. 1.5.2018
- Rantakömi-Stansfield, S., Valtamo, A., Piirainen, A. & Sjögren, T. 2015. ICF:n juurruttaminen: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Paltamaa, J. & Perttinä, P. (toim.) Toimintakyvyn arviointi. ICF teoriasta käytäntöön. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 29–47.
- Saajanaho, M. 2016. Väitös: 12.2.2016 Tavoitteista mielekkyyttä vanhuuteen. Gerontologian tutkimuskeskus. <http://www.gerec.fi/ajankohtaista/vaitos-12.2.2016-tavoitteista-mielekkyytta-vanhuuteen>. 19.3.2018.
- Sainio, P. & Salminen, A- L. 2016. Toimintakyvyn arviointi ja menetelmät. Teoksessa Autti- Rämö, I., Salminen, A–L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 206–224.
- Salminen, A- L., Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2016. Teoriat, viitekehykset ja mallit kuntoutusta ohjaamassa. Teoksessa Autti- Rämö, I., Salminen, A–L., Rajavaara, M. & Ylinen, A. (toim.) Kuntoutuminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 20–36.
- Seppänen- Järvelä, R. 2006. Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin - Kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa Seppänen- Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyskäsiä. Helsinki: Stakes, 16–33.
- Seppänen-Järvelä, R., Syrjä, V., Juvonen-Posti, P., Pesonen, S., Laaksonen, M., Tuusa, M., Savinainen, M. & Henriksson, M. 2015. Yhteistoimintaa ja yksilöllisiä valintoja kuntoutumisen polulla. Kelan työhönkuntoutuksen kehittämishankkeen tapaustutkimus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 141. Helsinki. Kelan tutkimusosasto. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/158749/tutkimuksia141.pdf>. 1.3.2018
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja kuntaliitto. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Monialainen kuntoutus tilannekatsaus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:18. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70343/URN_ISBN_978-952-00-3509-9.pdf. 10.11.2017
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Kärkihanke–Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa hankesuunnitelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:41 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM_RAPORTTI.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 12.2.2017
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja kuntaliitto. 2017a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017b. Raportti 41/2017. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP_2017_41.pdf?sequence=2&isAllowed=y. 1.2.2017
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017c. Kotihoito ja kotipalvelut. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut> 20.10.2017

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Siun soten avot- hankkeen malleja voi hyödyntää koko maassa. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/siun-soten-avot-hankkeen-malleja-voi-hyodyntaa-koko-maassa 25.4.2018
- Sotkanet. 2018a. Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11.2016 olleet 75, 80, 85 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä. https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_ZPt9ZNKrJO9wUA®ion=s07MBAA=&year=sy4rt07U0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718. 14.4.2018
- Sotkanet. 2018b. Muistisairaat asiakkaat säännöllisessä kotihoidossa 30.11.2015, % asiakkaista. https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_b1BwA=®ion=s07MBAA=&year=sy6rsLbU0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718. 15.4.2018
- Sukula, S. & Vainiemi, K. 2015. 2.2 tavoitteiden laatiminen. Teoksessa Sukula, S., Vainiemi, K. & Laukkala, T. GAS–menetelmästä sovellukseen. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 13–15.
- Taylor, R. R., Lee, S. W. & Kielhofner, G. 2011. Practitioner' s Use of Interpersonal Modes within the Therapeutic Relationship: Results from a Nationwide Study. *Occupational Therapy Journal Research*, 31(1), 6- 14. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.3928/15394492-20100521-02>. 3.4.2018
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Kehittämiprojektit. <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tietojarjestelmapalvelut/sosiaalihuollon-tiedonhallinta/kehittamisprojektit/kansa-koulu>. 2.3.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Iäkkäiden toimintakyky. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/iakkaiden-toimintakyky>. 12.1.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017a. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2016. Tilastoraportti 19/2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134680/Tr19_17.pdf?sequence=3&isAllowed=y 3.3.2018
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2017b. Ikääntyminen. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja/kotihoito-ja-muu-kotiin-tarjottava-tuki>. 15.8.2017
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Ikääntyminen. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja>. 2.2.2018.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampere university press.
- Toikko, T. 2012. Sosiaalipalveluiden kehityssuunnat. Tampere: Tampere university press.
- TOIMIA–toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto.2014a. WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari - lyhyt versio. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/134/> 22.2.2018
- TOIMIA–toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto.2014b. WHOQOL-BREF-mittarin soveltuvuus aikuisten elämänlaadun mittaamiseen terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä ter-

- veys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/103/> 22.2.2018
- TOIMIA-toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto.2014c. SPPB, Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/154/> 22.2.2018
- TOIMIA-toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto.2014d. Soveltuvuus kuntoutuksen tavoitteiden asettamiseen ja arviointiin. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/104/> 22.2.2018
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki.
- Turjamaa, R. 2014. Older people's individual resources and reality in home care. Dissertations in health sciences. Kuopio: University of eastern Finland.
- Vainio S., Alastalo H. & Kehusmaa S. 2017. Kotihoitoa on aiempaa useammin saatavilla ympärivuorokautisesti. Tutkimuksesta tiiviisti 19/ 2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135120/TUTI2017_19_Kotihoi-toa%20on%20aiempaa%20useammin%20saatavilla%20ymp%C3%A4rivuorokautisesti_io.pdf?sequence=. 1.3.2018
- Vaittinen, P., Helminen, K. & Laasonen, K. 2017. Kotihoidon osaaminen-kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Teoksessa Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS) -hankkeen loppuraportti. Uudistuva palvelukokonaisuus-kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017. 72–76. http://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/68_Kuntouttavat+toimintamallit+i%C3%A4kk%C3%A4iden+palveluissa_loppuraportti3010.pdf/81f00367-ead9-43c6-8c20-5bf26da1182f?version=1.0 . 15.2.2018
- Valkeinen, H. & Anttila, H. 2014. ICF-luokitus ja toimintakykymittarit: mitä, miten ja miksi? Fysioterapia 2014 (4), 5–10.
- Valtioneuvosto. 2018. Maakunta- ja soteuudistus. <http://alueuudistus.fi/uudistuksen-yleisesittely>. 14.4.2018
- Vehko, T., Sinervo, T. & Josefsson, K. 2017. Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa – kotihoidon kehitys huolestuttava. Tutkimuksesta tiiviisti 11/ 2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134678/URN_ISBN_978-952-302-876-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 1.10.2017
- Viitikko, T. & Lehmus, R. 2017. Toimintakykyisenä kotona- iäkkään palveluprosessi. Teoksessa Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS) -hankkeen loppuraportti. Uudistuva palvelukokonaisuus-kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017. 19–29. http://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/68_Kuntouttavat+toimintamallit+i%C3%A4kk%C3%A4iden+palveluissa_loppuraportti3010.pdf/81f00367-ead9-43c6-8c20-5bf26da1182f?version=1.0 . 15.2.2018
- Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen

- tiedekunta. Väitöskirja.
<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514262319.pdf>. 1.3.2018
- Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. 2012. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Raportti 48/2012. Tampere. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90875/URN_ISBN_978-952-245-688-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 1.3.2018
- WHO & Stakes. 2004. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus: ICF. Stakes.

AJANKOHTA kk/ vuosi	TOIMINTA
02-04/ 2017	Perehtyminen: AVOT-hanke, siun sote, strategiat, aikaisemmat tutkimukset ja kehittämistoiminta.
05-08/ 2017	Organisointi: Tietoperustan kirjoittaminen, kehittämisprosessin suunnittelu ja organisointi.
09/ 2017	<p>19.9.17 Tapaaminen AVOT- hanketyöntekijöiden kanssa; Opinnäytetyösuunnitelman muokkaaminen vastaamaan toimeksiantoa.</p> <p>29.9.17 I työpajan suunnittelu AVOT- hanketyöntekijöiden kanssa.</p>
10/ 2017	<p>Toimeksiantosopimuksen teko ja tutkimuslupa.</p> <p>6.10.17 II työpajan suunnittelu AVOT- hanketyöntekijöiden kanssa.</p> <p>9.10.17 III työpajan suunnittelu AVOT- hanketyöntekijöiden kanssa.</p> <p>10–15.10.17 III työpajan sisällön tuottaminen</p> <p>I Työpajat 10.10.17 Lehmo ja 12.10.17 Kontiolahti → Aineiston reflektointi havaintojen ja muistiinpanojen pohjalta.</p> <p>16.10.17 III työpajan suunnittelu, edellisten työpajojen reflektointi AVOT- hanketyöntekijöiden kanssa.</p> <p>II Työpajat etäyhteyden kautta 24.10.17 Lehmo ja 26.10.17 Kontiolahti. → Aineiston reflektointi havaintojen ja muistiinpanojen pohjalta.</p> <p>Prosessikuvauksen hahmottelu.</p> <p>Sähköpostikysely henkilökunnalle ja fysioterapeutille (Tarkentavat kysymykset)</p> <p>25.10.17 IV työpajan suunnittelu, edellisten työpajojen reflektointi AVOT- hanketyöntekijöiden kanssa.</p>

11/ 2017	<p>III Työpajat etäyhteyden kautta 31.10.17 Lehmo ja 2.11.17 Kontiolahti. → Aineiston reflektointi havaintojen ja muistiinpanojen pohjalta.</p> <p>Sähköpostikysely fysioterapeutille (esille nousseet kehittämissideat)</p> <p>31.10–7.11.17 Prosessikuvauksen teko 31.10.17 V Työpajan suunnittelu AVOT- hanketyöntekijöiden kanssa. 7.11.17 Suunnittelutapaaminen AVOT- hanketyöntekijöiden kanssa: Edellisten työpajojen reflektointi, prosessikuvauksen 1 version esittely ja palautteen hakeminen.</p> <p>7–10.11.17 Prosessikuvauksen muokkaus-> 10.11. Kuvaus arvioitavaksi kotihoidon palvelupäällikölle</p> <p>IV Työpajat etäyhteyden kautta 14.11.17 Lehmo ja 16.11.17 Kontiolahti. → Aineiston reflektointi havaintojen ja muistiinpanojen pohjalta.</p> <p>Sähköpostikysely työntekijöille (Tarkentavat kysymykset sekä arviointitiedon kerääminen) 15–22.11.17 Prosessikuvauksen viimeistely 22.11.17 Tapaaminen AVOT- hanketyöntekijöiden kanssa; prosessikuvauksen esittely, edellisten työpajojen reflektointi ja V työpajojen suunnittelun viimeistely.</p>
12/ 2017	<p>Tiedontuotannollisen aineiston analysointi ja teemahaastattelurungon suunnittelu</p> <p>V Työpajat 12.12.17 Lehmo ja 13.12.17 Kontiolahti; Prosessikuvauksen läpikäyminen, teemaryhmähaastattelu. → Aineiston analysointi ja prosessikuvauksen muokkaus lopulliseen muotoon.</p> <p>18.12.17 Prosessikuvauksen esittely ulkopuoliselle AVOT- hanketyöntekijöiden ryhmälle. 18.2.17 prosessikuvaus hyväksyttäväksi kotihoidon palvelupäällikölle.</p>
01/ 2018	<p>4.1.18 prosessikuvauksen esittely Siun soten ikäihmisten palvelujen johtotiimissä. Prosessikuvauksen luovutus AVOT- hankkeen sekä siun soten käyttöön.</p>
01-03/ 2018	<p>Tiedontuotannollisen aineiston analysointi teemoittelemalla. Tulosten ja tuotoksen kirjallinen raportointi.</p>
04- 05/ 2018	<p>Opinnäytetyön kirjallisen raportin viimeistely. Opinnäytetyön tuotoksesta tehtävän artikkelijulkaisun kirjoittaminen.</p>
06/ 2018	<p>Valmiin opinnäytetyön esittäminen seminaarissa.</p>

Joulukuu 2017 / 5. Työpajat Lehmo ja Kontiolahti

Toimintakyvyn arviointi; millä tavoin, millaisia keinoja käyttäen? (Kokemukset)

Tavoitteiden nimeäminen; millä tavoin? (Kokemukset)

- Miten tavoitteet on tehty? (Työntekijä tehnyt/ asiakkaan kanssa tehty), oletko käyttänyt Gas menetelmää?
- Kokemukset Gas tavoitteen asettelumenetelmästä? (Jos tavoitteiden asettelu on tuntunut vaikealta niin millä tavoin sitä voitaisiin helpottaa?)
- Miten tavoitteita on nimetty asiakkaan kanssa?
- Minkälaisia tavoitteita asiakas on nimennyt?
- Millä tavoin asiakasta voi tukea nimeämään omat tavoitteet?
- Millä tavoin asiakasta voitaisiin sitouttaa omiin tavoitteisiinsa?

Keinot tavoitteiden toteuttamiseksi

- Millä tavoin asiakasta voi tukea löytämään keinoja?
- Millä tavoin voit itse löytää sopivia keinoja asiakkaalle?

Verkostot

-Oletteko käyttäneet verkostoja (esimerkiksi yhdistysten ja järjestöjen toiminta) apuna toimintakyvyn tukemisessa?

-Omaisten hyödyntäminen, Kuinka omaiset osallistetaan asiakkaiden toimintakyvyn tukemiseen? Kuinka omaisen osallistutettaisiin mukaan toimintaan jo heti alusta lähtien?

Suunnitelman toteuttaminen

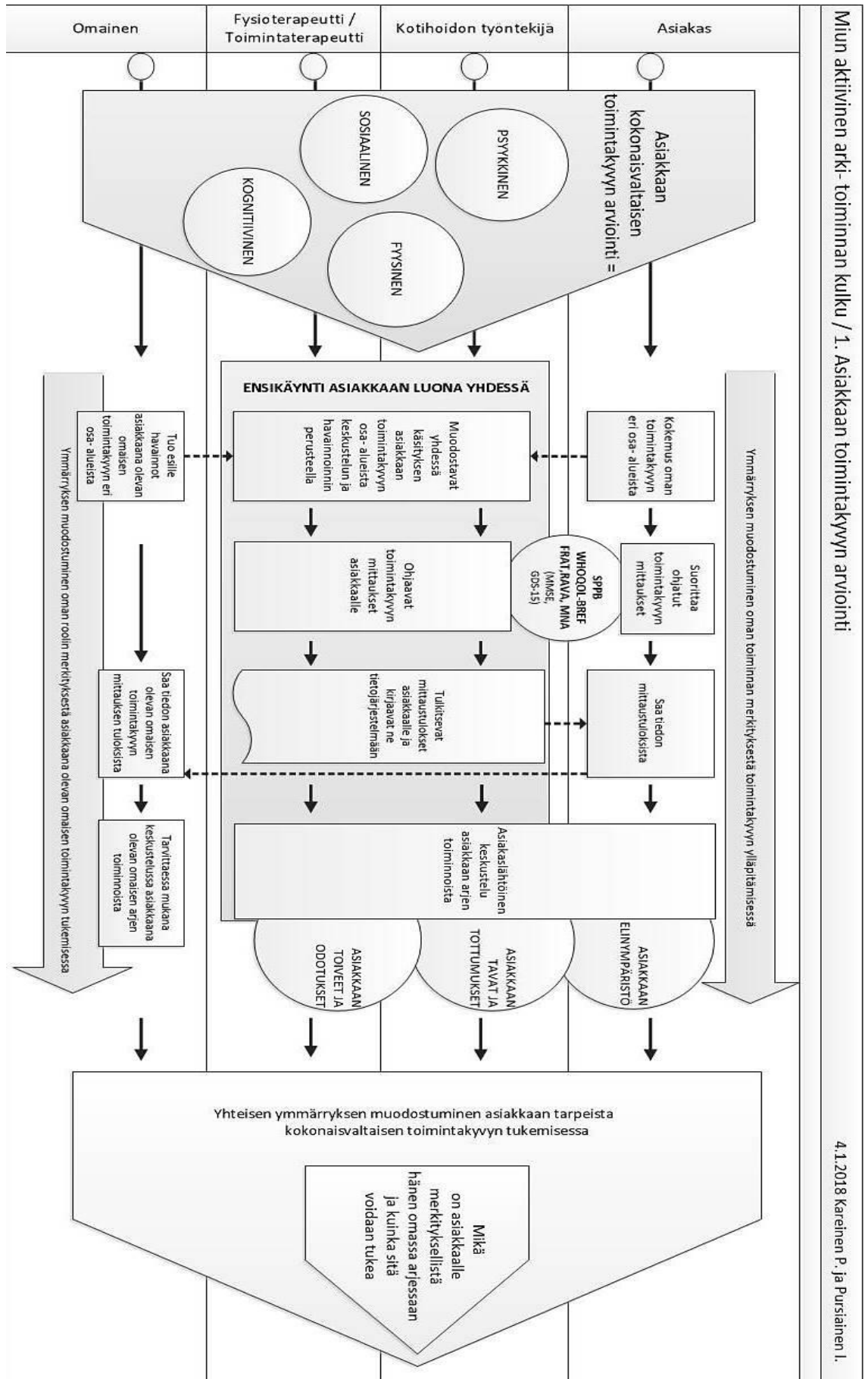
- Kokemukset tähän mennessä suunnitelman toteuttamisen kokonaisuudesta

Kuka päivittää suunnitelmaa? (Miten turvataan jatkuvuus?, kenen tehtävä?)

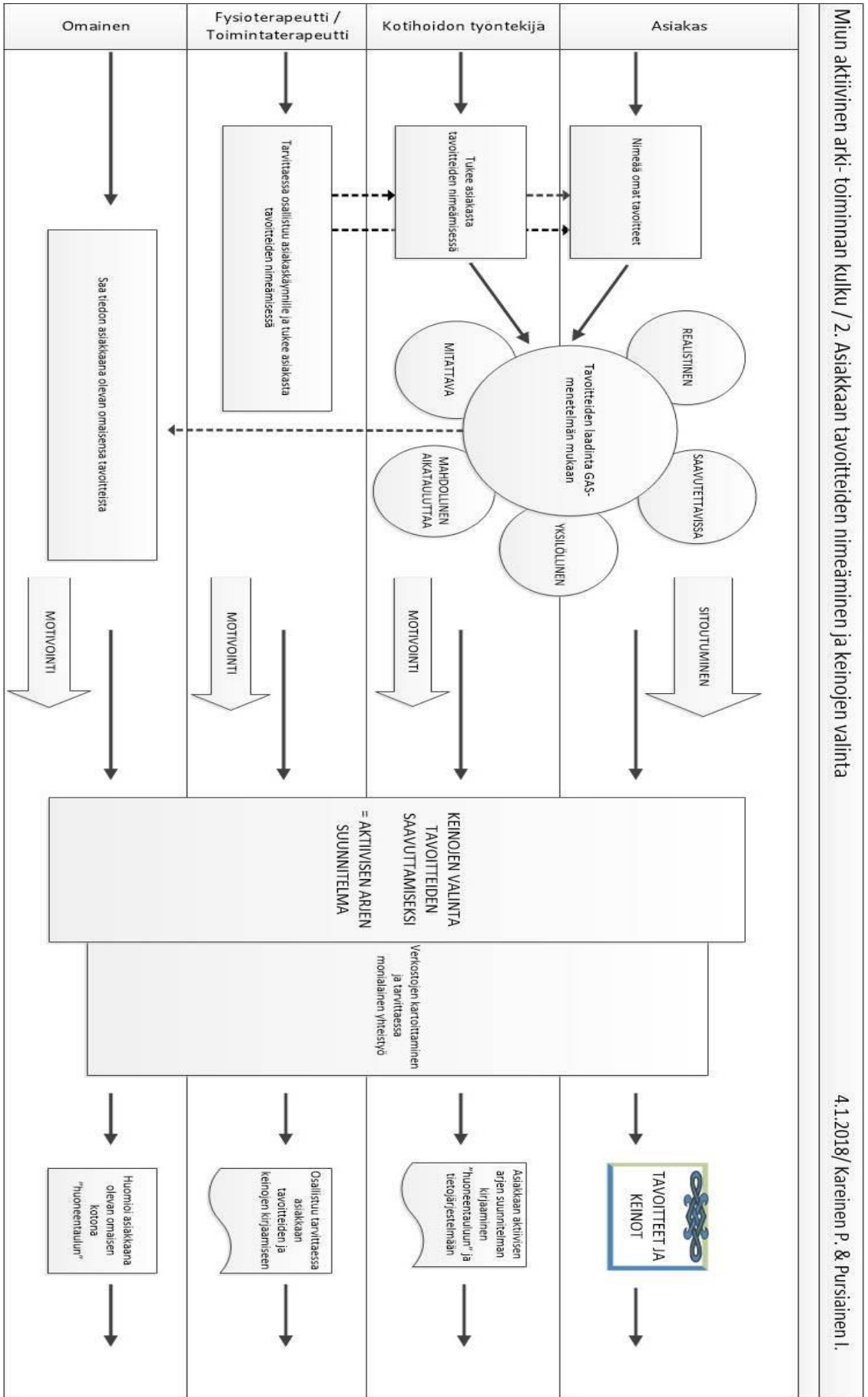
Miten tästä eteenpäin?

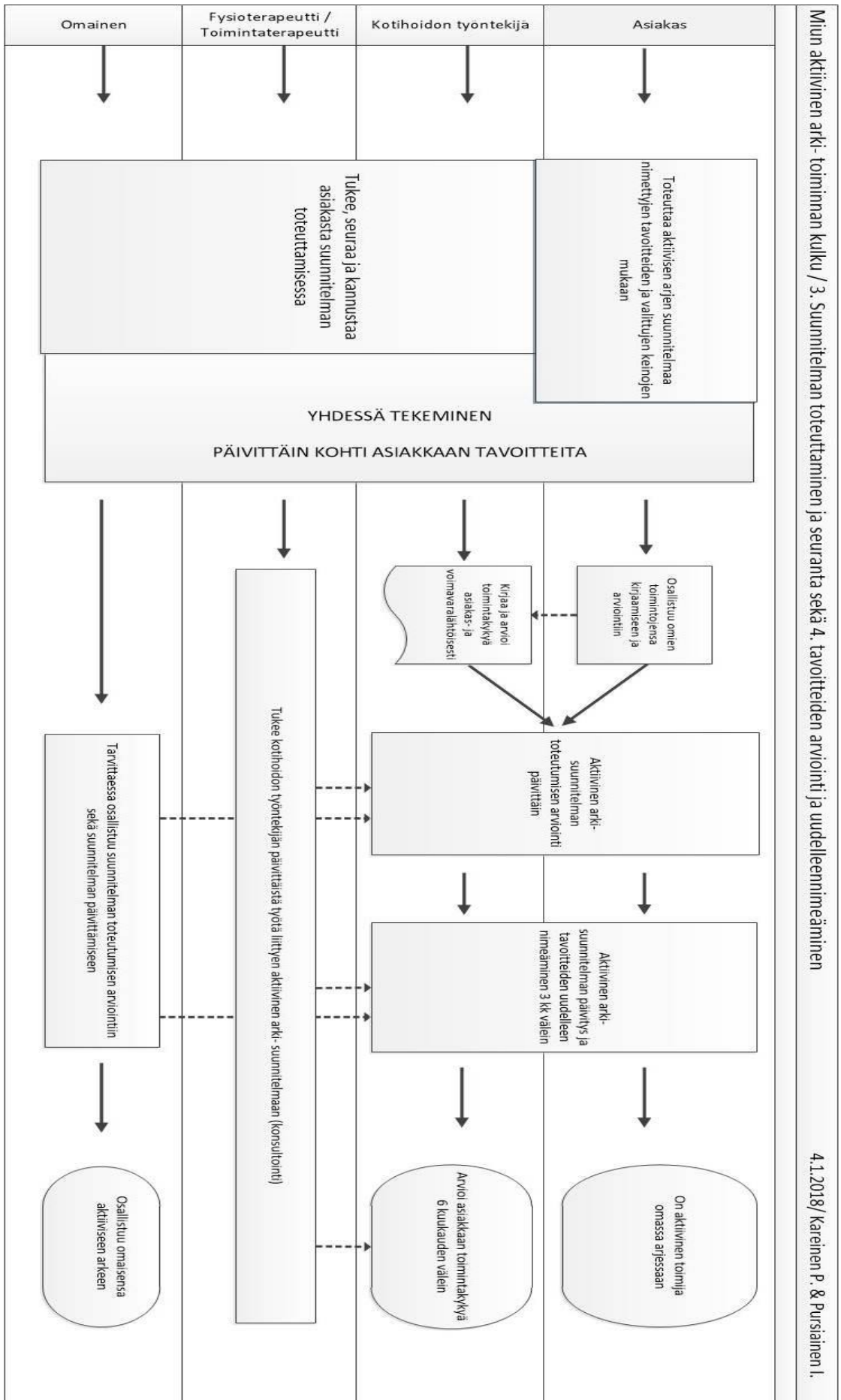
-Prosessikuvauksen mallisen toiminnan edellytyksiä?: Hyviä ja haastavia puolia, Onko jotain mitä siitä puuttuu, Omia oivalluksia työn toimivuudesta/ käytäntöjä joita voitaisiin hyödyntää?

Pääteema	Alateema	Ilmaisu
Yksilöllisyys	Asiakaslähtöisyys	<ul style="list-style-type: none"> - Asiakas tulee kuulluksi - Asiakas tulee osalliseksi omaan elämäänsä - Asiakkaan elämänlaatu, elämän toiveet tulee ottaa huomioon - Asiakkaalle merkitykselliset asiat - Asiakkaan tarpeet ja historia (esim. entiset harrastukset) - vuorokausirytmien vaikutus toimintakyvyn ylläpitämisessä - sairaudet ja ikä vaikuttavat asioiden ymmärtämiseen ja hahmottamiseen - GAS- tavoitteiden tekeminen yhdessä asiakkaan kanssa tukee mielestäni asiakaslähtöisyyttä myös hoitajan näkökulmasta. - Hopasu:n tekeminen asiakkaan ja omaisen kanssa
	Voimavaralähtöisyys	<ul style="list-style-type: none"> - Tartutaan siihen mihin asiakas pystyy, ei siihen että mitä ei pysty tekemään - Asiakas tekee mahdollisimman paljon itse, jaksetaan hoitajana odottaa että tekee itse - Asiakkaat tekevät itsenäisesti asioita tavoitteiden mukaisesti, kun aikaisemmin hoitaja teki puolesta - Kiire kyllä vaikuttaa siihen miten paljon asiakas tekee - Omahoitajuus: Omahoitajan/ tutun hoitajan merkitys toimintakyvyn tukemisessa - Asiakastuntemus korostuu esimerkiksi mittauksissa, tulosten kertomisessa, tavoitteiden laadinnassa ja kirjaamisessa - Mittaritulosten tulkinta ystävällisesti ”asiakkaan kielellä” - Omahoitajuus on käytössä ja se nähdään hyvänä. - Omahoitajuuden avulla voidaan tukea asiakkaan yksilöllisyyttä.
	Asuin- ja elinympäristön huomiointi	<ul style="list-style-type: none"> - Asuin- ja elinympäristö: esteiden poistaminen, apuvälineet, lääketieteelliset toimet tarvittaessa - Yksinäisyys suuri haaste - On muutamia asiakkaita joilla ei ole edes puhelinta saati- ka televisiota. Radio voi olla ainoa väline ja kotihoito ainoa ihmiskontakti. - Asiakkaissa sosiaalisesti eristäytyneitä asuinpaikkansa vuoksi ja osa myös omasta tahdostaan eivätkä kaipaa muuta. - Pitkät välimatkat ja asuminen taajaman ulkopuolella ovat haasteita. - Kyytiongelmat usein esteenä sosiaaliseen osallistumiseen.



Miun aktiivinen arki- toiminnan kulku / 1. Asiakkaan toimintakyvyn arviointi





Miun aktiivinen arki- toiminnan kulku / 3. Suunnitelman toteuttaminen ja seuranta sekä 4. tavoitteiden arviointi ja uudelleennimeäminen