

Saimaan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta  
Fysioterapeuttikoulutus

Marika Hyyryläinen, Maarit Kolehmainen, Elisa Vento

## **Ammattitaidon on väliä – Fysioterapeuttien kokemuksia pitkäkestoisesta kotikuntoutuksesta hauraus-raihnausoireyhtymäpotilailla**

## Tiivistelmä

Marika Hyyryläinen, Maarit Kolehmainen, Elisa Vento

Ammattitaidol on välii – fysioterapeuttien kokemuksia pitkäkestoisesta kotikuntoutuksesta haurausraihnausoireyhtymäpotilailla, 44 sivua, 3 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Fysioterapeuttikoulutus

Opinnäytetyö 2018

Ohjaaja: koulutuspäällikkö Sari Liikka, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote) KauKolKÄ-hankeessa kotikuntoutusta toteuttaneiden fysioterapeuttien kokemuksia hauraus-raihnausoireyhtymäpotilaiden (HRO) pitkäaikaisesta kotikuntoutuksesta. KauKolKÄ-hanke on satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jossa selvitetään lonkkamurtuma- ja HRO-potilaiden vuoden mittaisen kotikuntoutuksen vaikutusta palvelutarpeeseen ja toimintakykyyn. KauKolKÄ-hanke jatkuu vuoden 2019 loppuun. Ikääntyneiden kotiin tuotavat hoiva- ja kuntoutuspalvelut ovat lisääntyneet viime vuosina runsaasti laitoshoitopaikkojen vähennyttyä. Eksote on ollut Suomessa alusta asti vahvasti mukana kehittämässä kotikuntoutuksen mallia. Kotikuntoutusta on toistaiseksi tutkittu melko vähän ja fysioterapeuttien kokemuksia siitä ei aiemmin ole tarkasteltu.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena, ja se oli tosiaikainen, taakse suuntaava poikittaistutkimus. Tiedonkeruumenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin kirjallisuuskatsausta sekä teemahaastattelua. Haastatteluihin osallistui kolme fysioterapeuttia, kaikkiaan 24:stä KauKolKÄ-hankeessa kotikuntoutusta toteuttaneesta fysioterapeutista. Haastatteluista saatu materiaali analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin keinoin.

Haastatteluista nousi esiin yhteistyön merkitys niin fysioterapeutin, kuntoutujan, omaisten kuin hoitohenkilöstönkin välillä. Fysioterapeutit kokivat oman roolinsa erittäin tärkeänä suunnitellussa kuntoutusprosessissa yhteistyössä kuntoutujan kanssa. Kuntoutuja oli kuntoutuksen keskiössä ja hänen roolinsa oli tärkeä sekä kuntoutuksen tavoitteiden suunnittelussa että varsinaisessa kuntoutuksen toteutuksessa. Fysioterapeutit kokivat, että heidän ammattitaidollaan, ammatillisella suuntautumisella ja moniammatillisella yhteistyöllä oli suuri merkitys HRO-potilaiden toimintakyvyn kohentumisessa. Fysioterapeutin ja kuntoutujan välinen suhde koettiin tärkeäksi kuntoutusta edistäväksi tekijäksi. Koti kuntoutusympäristönä oli haastattelujen perusteella erittäin hyvä. Useimpia harjoitteita ei olisi pystytty simuloimaan toimipisteellä, ja usein kuntoutuksen alussa kuntoutujan toimintakyky oli haaste jo toimipisteelle siirtymisessä. Kuntoutuksen pitkäjänteisyys ja progressiivisuus koettiin oleellisina HRO-potilaan toimintakyvyn kehittymisen kannalta. Kuntoutuksen tulisi olla vähintään kuudesta kymmeneen kuukautta kestävä, jotta tuloksia on mahdollista saavuttaa.

Aihetta voisi jatkossa syventää tutkimalla ravitsemuksen merkitystä ikääntyneen kuntoutumisen edistäjänä. Myös tietoa moniammatillisuuden merkitystä kuntoutumiseen ja kustannusvaikuttavuuteen olisi hyvä selvittää.

Asiasanat: kotikuntoutus, HRO, ikääntynyt, fysioterapeutti, haastattelututkimus

## Abstract

Marika Hyyryläinen, Maarit Kolehmainen, Elisa Vento

Professionalism matters – physiotherapists' experiences about long lasting home rehabilitation of persons with frailty syndrome, 44 pages, 3 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Degree Program in Physiotherapy

Bachelor's Thesis 2018

Instructor: Ms. Sari Liikka, Degree Program Manager, Saimaa University of Applied Sciences

The health care and rehabilitation services for the elderly at home have been increased in the past years, because of the lack of institutional care places. The South Karelia Social and Health Care District (Eksote) has been developing the home rehabilitation model already from the start. The home rehabilitation has not been researched much from the physiotherapists' point of view. The KauKoiKÄ-project is a randomized controlled trial, which explores a year lasting home rehabilitation for hip fractured and frailty clients. The KauKoiKÄ-project will be continued until the end of the year 2019. The purpose of the study was to find out physiotherapists' experiences about long-lasting home rehabilitation of persons with frailty syndrome.

The information for this qualitative study was gathered from literature and focused interview. In the focused interview there were three physiotherapists out of 24 who were involved in the KauKoiKÄ -project. The material gathered from the interviews was analyzed by inductive content analysis.

The results of the focused interview reveal the meaning of strong collaboration between the physiotherapists, rehabilitator, relatives and nursing staff. Physiotherapists felt that their role is really important when the rehabilitation process was planned in collaboration with the client. The role of the client was essential when they were first planning the goals and in the actual rehabilitation. Physiotherapists also felt that their professional skills, professional orientation and multiprofessional cooperation had a major influence on the client's ability to function. The relationship between the physiotherapist and client was experienced as a promotive factor in a rehabilitation. The physiotherapists felt that the home was a good rehabilitation environment, because the daily activities are hard to simulate in the office and even getting to the office can be a big challenge at the beginning. The sustainability and progressiveness of the rehabilitation was experienced as an essential factor and the rehabilitation should last over six months to be successful. In the future it could be useful to research the importance of the nutrition in the elderly's rehabilitation, and also the multiprofessional aspect to rehabilitation and cost-effectiveness should be researched.

Keywords: home rehabilitation, frailty, elderly, physiotherapist, interview research

## Sisällys

1	Johdanto .....	5
2	Ikääntynyt .....	6
3	Hauraus-raihnausoireyhtymä .....	6
4	Toimintakyky .....	8
4.1	Toimintakyky ja sen kartoittaminen .....	8
4.2	Fyysinen toimintakyky .....	8
4.3	Psyykinen toimintakyky .....	9
4.4	Kognitiivinen toimintakyky .....	10
4.5	Sosiaalinen toimintakyky .....	10
4.6	ICF toimintakyvyn kehiksenä hauraus-raihnausoireyhtymässä .....	11
5	Ikääntyneiden kuntoutus .....	12
5.1	Kotikuntoutuksen yleispiirteitä .....	12
5.2	Monialainen kotikuntoutusmalli Eksotessa .....	14
6	Kokemuksellisuus kotikuntoutuksessa .....	16
7	KauKolkÄ-hanke .....	18
8	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat .....	19
9	Opinnäytetyön toteutus .....	19
9.1	Tutkimushenkilöt ja tutkimusmenetelmä .....	19
9.2	Aineiston analyysi .....	20
10	Tulokset .....	20
10.1	Fysioterapeutin rooli pitkäkestoisessa kotikuntoutuksessa .....	21
10.2	Asiakkaan rooli pitkäkestoisessa kotikuntoutuksessa .....	23
10.3	Terapian vaikuttavuuteen liittyvät tekijät .....	24
10.4	Toimintakyvyn kehitykseen vaikuttavat tekijät .....	26
10.5	Fysioterapeuttien kokemus pitkäkestoisesta kotikuntoutuksesta .....	29
11	Yhteenveto ja pohdinta .....	32
	Kuvat .....	39
	Lähteet .....	40

### Liitteet

- Liite 1 Saatekirje
- Liite 2 Suostumuslomake
- Liite 3 Haastattelurunko

# 1 Johdanto

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan fysioterapeuttien kokemuksia pitkäkestoisesta kotikuntoutuksesta hauraus-raihnausoireyhtymäpotilailla (HRO). Työ pohjautuu Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) KauKoiKÄ-hankkeeseen. KauKoiKÄ-hankkeen tarkoituksena on selvittää, onko vuoden kestoisella kotikuntoutuksella vaikutusta lonkkamurtumasta kuntoutuvien tai HRO:ää sairastavien toimintakykyyn, elämänlaatuun sekä palveluiden tarpeeseen. Eksote toimii Suomessa edelläkävijänä kotikuntoutuksen kehittämisessä. Yli 65-vuotiaiden määrä Suomessa oli vuonna 2015 yli 650 000 ja määrän odotetaan nousevan vuoteen 2030 mennessä 30% (Helminen, Vesala, Rehunen, Strandell, Reimi & Priha 2017, 19-21). Meneillään oleva sosiaali- ja terveystieteiden uudistus osaltaan kannustaa kehittämään palveluita mahdollisimman kustannustehokkaiksi sekä yhteiskunnan että yksilön kannalta. (Hupli, Kärmeniemi, Suikkanen, Kukkonen-Harjula, Pitkälä, Sipilä & Kääriä 2014; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019 2017, 10-13.)

Kartoittamalla fysioterapeuttien kokemuksia pitkäkestoisesta kotikuntoutuksesta saadaan lisätietoa kokonaisvaltaisesta toimintakyvyn muutoksesta HRO-potilailla. Kuntoutujan elämänlaadun kannalta on mielekästä ja taloudellista, että hänen toimintakykynsä säilyy mahdollisimman hyvänä ja hänen asuminen kotona mahdollistuu ja helpottuu. (Ranner, von Koch, Guidetti & Tham, 2015; Lehmus 2017.) Fysioterapeuteille ammattihenkilöinä opinnäytetyö tuo esiin kollegoiden käytännön kokemukset pitkäaikaisesta kotikuntoutuksesta.

KauKoiKÄ-hanke on osa Eksoten kotikuntoutuksen kehittämistä. Aiemmissä tutkimuksissa pääpaino on ollut potilaiden kokemusten selvittämisessä, mutta fysioterapeuttien kannanottoja ei ole tuotu juuri lainkaan esille. (Hupli ym. 2014; Kärmeniemi & Suikkanen 2017.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää fysioterapeuttien kokemuksia pitkäkestoisesta kotikuntoutuksesta HRO-kuntoutujilla. KauKoiKÄ-hankkeessa ei ole varattu resursseja fysioterapeuttien kokemusten kartoittamiseen, joten opinnäytetyön on tarkoitus vastata tähän tarpeeseen ja olla mukana kehittämässä Eksoten kotikuntoutusta (Kärmeniemi & Suikkanen 2017).

## 2 Ikääntynyt

Ikääntynyt voidaan määritellä lähteestä riippuen monin eri tavoin. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (2012/980) määrittää ikääntyneeksi 65-vuotiaan, jolloin henkilö on oikeutettu vanhuuseläkkeeseen. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) suosittaa iäkkäiden ennaltaehkäiseviä, terveyteen ja hyvinvointiin suunnattuja kotikäyntejä joko 75 tai 80 vuotta täyttäneille (STM2017a). Sairaanhoidopiirit voivat itse määritellä, minkä ikäisille terveyttä edistäviä kotikäyntejä suunnataan. Esimerkiksi Eksoten alueella tällaisia ennakoivia kotikäyntejä tarjotaan 75-vuotiaille, kun taas Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvvelukuntayhtymä, Soite tarjoaa käyntejä 80 vuotta täyttäneille (Eksote 2017; Soite 2017). KauKoiKÄ-hankkeeseen mukaan otetut hauraus-raihnausoireyhtymäpotilaat ovat vähintään 65-vuotiaita (Kärmeniemi & Suikkanen 2017).

## 3 Hauraus-raihnausoireyhtymä

Käsitteellä hauraus-raihnausoireyhtymä, HRO tai gerastenia (engl. frailty) tarkoitetaan sellaista ikääntyneen terveydentilan heikkoutta, joka ei ole suoraan yhteydessä mihinkään tiettyyn sairauteen. Tässä opinnäytetyössä käytetään tilasta lyhennettä HRO. Tyypikuva HRO:ta sairastavasta on iäkäs, laiha nainen, joka kulkee hitaasti rollaattorilla. Päivystystalvveluiden käyttö on lisääntynyt pienten tapaturmien tai vain sen vuoksi, ettei pärjää kotona yksin. (Strandberg, Viitanen, Rantanen & Pitkälä 2006; Strandberg, Pitkälä & Tilvis 2011.)

Vaikka HRO:n oirekuva viittaa elimistön vanhenemiseen, tulee se ymmärtää oireyhtymänä, jossa ihminen ikääntyy nopeammin kuin on oletettavaa. Oireyhtymä kulkee yhdessä sarkopenian eli lihaskadon, immunitetin heikentymisen, elimistön säätelyjärjestelmien sekä toimintakyvyn heikkenemisen kanssa. Ikääntyneen elinjärjestelmien varastot ja kapasiteetti ovat heikentyneet, lisäksi tämän myötä kehon stressinsietokyky on alentunut. Tämä puolestaan johtaa kohonneeseen kuoleman riskiin, elimistön vajaatoimintoihin sekä heikentyneeseen toimintakykyyn. Oirekuvaltaan hauraus-raihnausoireyhtymä voi olla hyvinkin yksilöllinen ja vaihteleva. (Strandberg ym. 2011; Milte & Crotty 2014.)

Vaikka HRO:n tyypiesimerkkinä voidaan käyttää laihaa ikäihmistä, ei ylipaino poissulje kyseiseen oireyhtymään sairastumisen mahdollisuutta. Tutkimuksissa on havaittu, että painoindeksin ollessa alle 20 tai yli 30 on ikääntyneellä suurempi riski oireyhtymän ilmentymiselle. Vyötärölihavuus kasvattaa myös riskiä hauraus-raihnausoireyhtymään. Strandbergin ym. (2011) mukaan HRO:n riskitekijät ovat tunnistettavissa jo keski-iässä. Näitä ovat inaktiivinen elämäntapa, ylipaino, huonolaatuinen ja liiallinen ravitseminen, kroonisten sairauksien ennaltaehkäisyyn laiminlyönti sekä alkoholin käyttö. (Strandberg ym. 2011; Milte & Crotty 2014.) Tikkanen (2015) tuli väitöskirjatutkimuksessaan siihen tulokseen, että keski-iässä aktiivisilla liikuntatottumuksilla on yhteys fyysisen toimintakyvyn säilymiseen ikääntyneenä.

HRO:n tunnistamisessa käytetään yleisimmin Friedin fenotyyppimallia, johon kuuluu viisi kriteeriä. Näistä kolmen on täytyttävä, jotta henkilöllä voidaan todeta olevan HRO. Kriteerit ovat uupumus, tahaton painonlasku, hitaus, heikkous sekä vähäinen fyysinen aktiivisuus. Mikäli ikääntyneellä esiintyy näistä viidestä kriteeristä vain yksi tai kaksi, voi hänellä olla niin sanottu esi-HRO. Toimintakyvyn mittareilla voidaan myös selvittää, onko henkilö raihnaistumassa tai jo raihnaistunut. (Fried, Tangen, Walston, Newman, Hirsch, Gottdiener, Seeman, Tracy, Kop, Burke & McBurnie 2001; Strandberg ym. 2011; Koivukangas, Strandberg, Leskinen, Keinänen-Kiukaanniemi & Antikainen 2017.)

Aiemmistä tutkimuksista tiedetään, että HRO vaikuttaa heikentävästi fyysiseen toimintakykyyn ja on mahdollisesti yhteydessä myös muistitoimintoihin. Kulmala, Nykänen, Mänty sekä Hartikainen (2014, 16-21) havaitsivat tutkimuksessaan muistitoimintojen heikkenemisen ja HRO:n välillä olevan voimakkaan yhteyden. Muistisairaus oli HRO:ta sairastavilla kahdeksan kertaa yleisempää kuin niillä, jotka eivät sairastaneet hauraus-raihnausoireyhtymää. HRO lisää myös riskiä kuolleisuuteen, yhteyden huomattiin olevan voimakkaampi naisilla. Kuntoutuksen varhainen suuntaaminen on tärkeää niille, joilla huomataan merkkejä toimintakyvyn alenemisesta, jotta HRO:n muodostumista voitaisiin hidastaa.

HRO:n hoidossa ilmeisesti vaikuttavinta on yhdistää oikeanlainen ja riittävä, proteiinipitoinen ruokavalio monipuoliseen liikuntaan, joka sisältää niin voima-, kestävyys-, tasapaino- sekä toiminnallista harjoittelua. Moniammatillinen yhteis-

työ sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kesken sekä riittävän pitkäkestoinen kuntoutus ovat tutkimuksissa tuottaneet parempia tuloksia kuin lyhytkestoinen kuntoutus, jossa ei ole moniammatillista tiimiä mukana. Koska HRO voi oirekuvaltaan olla hyvinkin monimuotoinen, tulee hoito räätälöidä aina potilaan mukaan sopivaksi. Yksittäiset toimenpiteet eivät ole sellaisenaan riittäviä. (Strandberg ym. 2011.; Chen, Mao & Leng 2014.; Milte & Crotty 2014.; Liikunta 2016.)

## **4 Toimintakyky**

### **4.1 Toimintakyky ja sen kartoittaminen**

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen (työssä myöhemmin lyhenteellä THL) mukaan toimintakyky koostuu fyysisestä, sosiaalisesta, psyykkisestä ja kognitiivisesta ulottuvuudesta. Kaikki neljä toimintakyvyn osa-aluetta ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. (THL 2015.)

Terveys 2011 -tutkimusta varten tehtyjen selvitysten mukaan suomalaisten toimintakyky on parantunut vuodesta 1970 lähtien ja useiden sairauksien määrien on todettu laskeneen. Ihmisen ikääntyessä liikuntarajoitteiden syntyminen on kuitenkin väistämätöntä ja ne saattavat vaikuttaa heikentävästi toimintakykyyn. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 216-217.)

Toimintakyvyn kartoittamiseen on laadittu erilaisia mittareita ja testistöjä, joilla voidaan tutkia ihmisen toimintakyvyn muutoksia esimerkiksi ikääntyessä. Näitä on koottu THL:n ylläpitämään TOIMIA-tietokantaan. Mittarit ja testistöt on jaettu toistettavuuden ja käyttökelpoisuuden mukaan luokkiin, jotka on värikoodattu. Tietokannasta löytyy yleisimmät käytössä olevat mittarit ja testistöt. (THL 2014.)

### **4.2 Fyysinen toimintakyky**

Fyysinen toimintakyky käsittää henkilön fyysisiä tekijöitä, joilla on vaikutusta siihen, kuinka henkilö selviää jokapäiväisessä elämässä ja toiminnoissa. Fyysisen toimintakyvyn kannalta oleellisia ovat lihaskestävyys, lihasvoima, kestävyyskuunto, nivelten liikkuvuus, kehon asennon- ja liikkeiden hallinta, keskushermoston toiminta sekä aistitoiminnot. (THL 2015.)

Ikääntyessä elimistössä tapahtuu runsaasti muutoksia, joilla on vaikutusta fyysiseen toimintakykyyn. Ne näkyvät esimerkiksi kestävyyskunnan, hapen kuljetuksen, lihasmassan sekä maksimivoiman laskuna. Ikääntyneet altistuvat usein kaatumisille ja liukastumisille, mikä johtuu reaktionopeuden sekä tasapainon- ja asennonhallinnan heikkenemisestä. (Sievänen 2011, 13-14.)

HRO aiheuttaa vajavuuksia päivittäisiin eli ADL-toimintoihin ikääntyneillä. Tämän seurauksena kävelyvauhti hidastuu, fyysinen aktiivisuus laskee ja paino putoaa sekä toimintakyky, lihasmassa ja tasapaino heikkenevät. (Vermeulen, Neyens & Rossum, Spreeuwenberg, & De Witte 2011.)

Alueellisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksen 2013 (ATH) tulosten perusteella voidaan todeta, että fyysisellä toimintakyvyllä on vaikutusta kaatumiin. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että vähän liikkuvalla henkilöllä on suurempi todennäköisyys kaatua kuin paljon liikkuvalla. Aktiivisesti liikkuvista miehistä joka viides kaatuu vuosittain ja naisista joka kolmas. Kaksi kolmesta kaatumistapauksesta sattuu vähän liikkuville miehille (68%), kun taas naisille kolmelle neljästä (77%). Liikuntaharjoittelun on todettu parantavan toimintakykyä, vähentävän kaatumisia ja kaatumisista aiheutuvia vammoja. Liikuntaharjoittelun ollessa oikeanlaista toimintakyvyn heikkeneminen hidastuu tai estyy. Kaatumisten ennaltaehkäisyyn suositellun liikuntamäärän on arvioitu olevan 3-4 tuntia reipasta liikuntaa viikossa. (Sievänen, Karinkanta, Tokola, Pajala, Vasankari & Kaikkonen 2013.)

### **4.3 Psyykinen toimintakyky**

THL määrittelee psyykkiseksi toimintakyvyksi tiedonkäsittelyn, vastaanottamisen, tuntemisen sekä kokemuksen omasta itsestään ja ympäröivästä maailmasta. Siihen katsotaan kuuluvan myös elämän valintoja koskeva suunnitelmallisuus. (THL 2015.)

Terveys 2011 -tutkimuksen tulosten mukaan monet ikääntyneet kertoivat kokeensa ahdistus- ja masennusoireita, mutta selvää diagnoosia heille ei voitu antaa. Ikääntyneet saattavat kokea itsensä masentuneeksi, mutta hakevat siihen harvoin apua. Masentuneisuutta aiheuttavat yksinäisyys, läheisten ihmisten sekä ympäristön tuen puute. Näitä asioita pystytään ennaltaehkäisemään li-

säämällä sosiaalista aktiivisuutta esimerkiksi harrastuksissa käymällä. (Koskinen ym. 2012, 100-101.)

Dublinissa tehtiin poikkileikkaustutkimus, jonka tavoitteena oli saada selville, onko HRO:lla, kliinisesti todetulla ahdistuneisuudella ja masennuksella yhteyttä toisiinsa. HRO:n mitattavuuteen käytettiin Friedin biologisen syndrooman mallia. Masennuksen oireet tulivat esille masennusseulan kautta ja ahdistuksen oireet käyttämällä sairaalan ahdistus- ja masennusseulaa. Tuloksista selvisi, että HRO:lla on yhteys lisääntyneisiin emotionaalisiin ahdistusoireisiin. HRO myös lisää masennuksen ja ahdistuksen riskiä. Näillä on merkittävä vaikutus ikääntyneen psyykkiseen toimintakykyyn. (Mhaolain, Fan, Romero-Ortuno, Cogan, Cunningham, Kenny & Lawlor 2012.)

#### **4.4 Kognitiivinen toimintakyky**

THL:n mukaan kognitiivinen toimintakyky sisältää ihmisen kyvyn tiedonkäsittelyyn, vastaanottamiseen, säilyttämiseen sekä käyttämiseen. Kognitiiviseen toimintakykyyn liitetään myös muisti, oppiminen, keskittyminen sekä hahmottaminen. (THL 2015.)

Terveys 2011 -tutkimuksen tuloksista selvisi, että ikääntyneet suoriutuivat CERAD (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) -testin Alzheimerin taudin varhaisvaiheiden arvioinnin tehtäväsarjan osatehtävistä heikosten. Tuloksiin vaikuttivat oleellisesti testattavan vireystaso, motivaatio, oma mieliala sekä ikä. Ikääntyneillä iän mukanaan tuoma mahdollinen muistisairaus vaikutti heikentävästi tuloksiin, esimerkiksi sanojen muistaminen saattoi olla erityisen haasteellista. Tuloksista kävi kuitenkin ilmi, ettei ikääntyneiden tulokset ole ainakaan huonontuneet vuoteen 2000 verrattuna. (Koskinen ym. 2012, 134-136.) HRO:n on todettu lisäävän riskiä kognitiivisten toimintojen heikkenemiselle ja tätä kautta riski dementian syntymiselle lisääntyy (Searle & Rockwood, 2015).

#### **4.5 Sosiaalinen toimintakyky**

Sosiaalisen toimintakyvyn THL määrittelee koostuvan henkilön sosiaalisesta verkostosta, vuorovaikutuksesta muiden ihmisten kanssa ja sosiaalisesta osal-

listumisesta. Yksinäisyyden kokemukset liitetään myös osaksi tätä toimintakyvyn osa-aluetta. (THL 2015.)

Terveys 2011 -tutkimuksessa kävi ilmi, että ikääntyneillä oman terveydentilan heikkeneminen ja heikentynyt toimintakyky vaikuttivat sosiaalisiin suhteisiin merkittävästi. Yhteisön asenne sekä sukupolvien väliset erot vaikuttivat heikentävästi vuorovaikutukseen muiden ihmisten kanssa. Ikääntyneillä voitiin todeta olevan enemmän vuorovaikutusongelmia sekä yksinäisyyden kokemuksia verrattuna muihin ikäryhmiin. (Koskinen ym. 2012, 139-140.)

Japanissa vuosina 2011-2012 tehdyn tutkimuksen kautta kävi ilmi, että sosiaalisista vaikeuksista kärsivillä HRO:ta sairastavilla oli suurempi riski toiminnallisten rajoitteiden syntyyn kuin henkilöillä, jotka eivät sairastaneet HRO:ta. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, jonka kysymykset pohjautuivat sosiaaliseen kanssakäymiseen. (Makizako, Shimada, Tsutsumimoto, Lee, Doi, Nakakubo, Hotta & Suzuki 2015.)

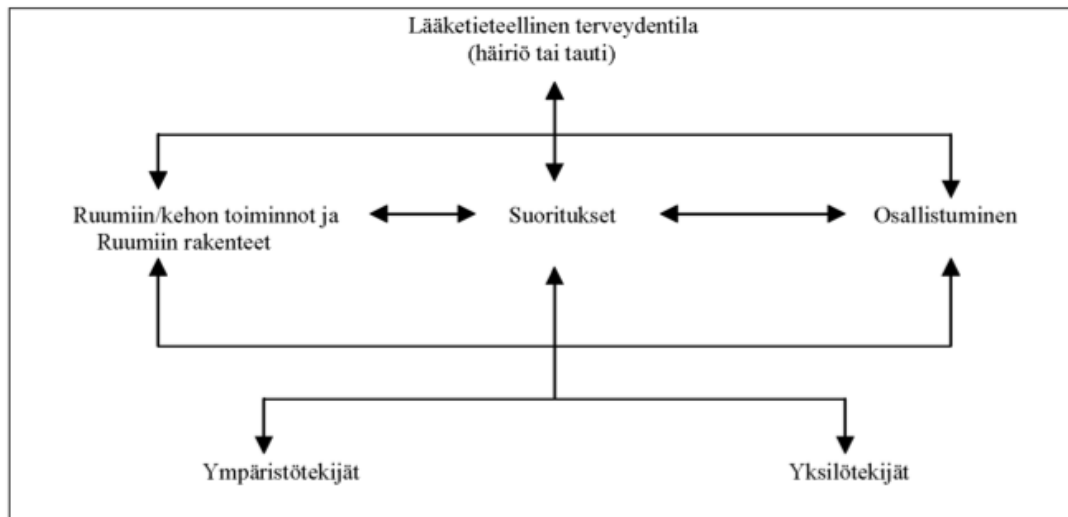
#### **4.6 ICF toimintakyvyn kehiksenä hauraus-raihnausoireyhtymässä**

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) on Maailman terveysjärjestö WHO:n 2001 julkaisema viitekehys kuvaamaan toimintaa ja terveydentilaa. ICF-luokituksen osa-alueet vaikuttavat toisiinsa muodostaen kokonaisuuden, joka voidaan käsittää toimintakykynä, kuten kuvassa 1.

Terveydentila on lääkärin antama diagnoosi, josta käy ilmi henkilöllä ilmenevä sairaus tai vamma. Terveydentila vaikuttaa osaltaan ruumiin tai kehon toimintoihin ja rakenteisiin, mutta toimintakykyä ei voida määrittellä pelkästään diagnoosin pohjalta. Toimintakyvyn määrittämiseen tarvitaan kaikkia ICF-luokituksen osa-alueita ympäristö- ja yksilötekijöiden myötävaikuttaessa. (ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2013, 3, 8.)

Hauraus-raihnausoireyhtymä voi olla oireiltaan hyvin vaihteleva. Sen vaikutus kuntoutujan toimintakykyyn on aina yksilöllinen. Sekä Liu (2017) että Fairhall ym. (2011) totesivat tutkimuksissaan, että HRO:ta sairastavilla voi ilmetä rajoitteita osallistumisessa. Oireyhtymän ollessa oirekuvaltaan vaihteleva ja yksilölli-

nen osallistumisen rajoittumiseen vaikuttavat tekijät kaikista ICF:n alaluokista. Liu (2017) käytti ICF:tä raamina tutkimuksessa, jossa selvitettiin eri tekijöiden vaikutusta osallistumisen rajoittumiseen. Hän havaitsi kaikkien ICF:n alaluokien vaikuttavan osallistumiseen, mutta erityisesti rajoitteet suorituksissa aiheuttivat rajoittumista osallistumiseen. Fairhall ym. (2011) olivat myös havainneet monien tekijöiden vaikuttavan osallisuuteen rajoittavasti HRO-potilailla. Azzopardi ym. (2016) tuovat katsauksessaan julki ongelman HRO:n diagnoosinnan vaihtelevuudesta. Useista hauraus-raihnausoireyhtymän diagnoosinnissa käytettävistä työvälineistä vain viisi kattaa kaikki ICF:n osa-alueet. (Fairhall, Sherrington, Kurrle, Lord & Cameron 2011; Azzopardi, Vermeiren, Gorus, Habbig, Petrovic, Van Den Noortgate, De Vriendt, Bautmans, & Beyer 2016; Liu 2017.)



Kuva 1. ICF-luokituksen rakenteinen malli (ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2013, 18)

## 5 Ikääntyneiden kuntoutus

### 5.1 Kotikuntoutuksen yleispiirteitä

Ikääntyneiden kuntoutuksesta puhuttaessa käytetään yleisesti termiä geriatrinen kuntoutus. Geriatrisella kuntoutuksella tarkoitetaan tavoitteellista ja laaja-alaista kuntoutusta ikääntyneille, jossa otetaan huomioon myös heidän lähipiirinsä. Kuntoutuja osallistuu itse kuntoutuksen suunnitteluun asettamalla tavoitteita omalle kuntoutumiselleen. Gerontologisessa kuntoutuksessa oleellista on huomioida yksilöllisyys ja kuntoutujan omat tavoitteet, kuten kuntoutuksessa

yleensäkin. Ikääntyneiden kuntoutus on pitkäjänteistä moniammatillista tiimityötä. (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2010.)

Kotikuntoutus on ikääntyneen kotona tapahtuvaa kuntoutusta, jossa pyritään lisäämään kuntoutujan omatoimisuutta arjen askareissa. Kuntoutus suunnitellaan kuntoutujan omien tavoitteiden pohjalta vahvistamaan kuntoutujan toimintakykyä niin, että arkitoiminnot sujuvat mahdollisimman itsenäisesti ja ikääntyneen kotona asuminen on turvallista. (Allen-Oikari 2018.) Kuntoutuksen voidaan ajatella olevan osa kuntoutumisen prosessia, kohdistuen tiettyyn lyhyempään ajanjaksoon. Tarkoituksena siinä on ottaa huomioon lisäksi kuntoutujan lähipiiritukien ja opastaen myös heitä jakson aikana. Kotikuntoutukselle on tarvetta silloin, kun ikääntyneen kotona pärjäämisestä herää huoli. (Era, Grönlund & Pikkarainen 2011.)

Ammattihenkilön tehtävänä on ohjata kuntoutujaa harjoittelemaan hänelle haasteellisia arjen toimintoja, kuten liikkumista, pukeutumista ja kotiaskareita. Kuntoutus voi sisältää monenlaisia tukitoimia riippuen kuntoutujan lähtökohdista ja tavoitteista. Se voi koostua esimerkiksi apuvälinepalveluista, asunnonmuutostöistä, terapeuttisesta harjoittelusta, päivittäisten toimintojen tukemisesta tai kaikista edellä mainituista. Lisäksi sosiaalihuollon palvelut ovat mahdollisia. Kuntoutustarvetta sekä tulosten saavuttamista arvioidaan kuntoutuksen edetessä. Arviointiin käytetään yleisesti hyväksytyjä ja sovittuja mittareita. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019 2017, 35.)

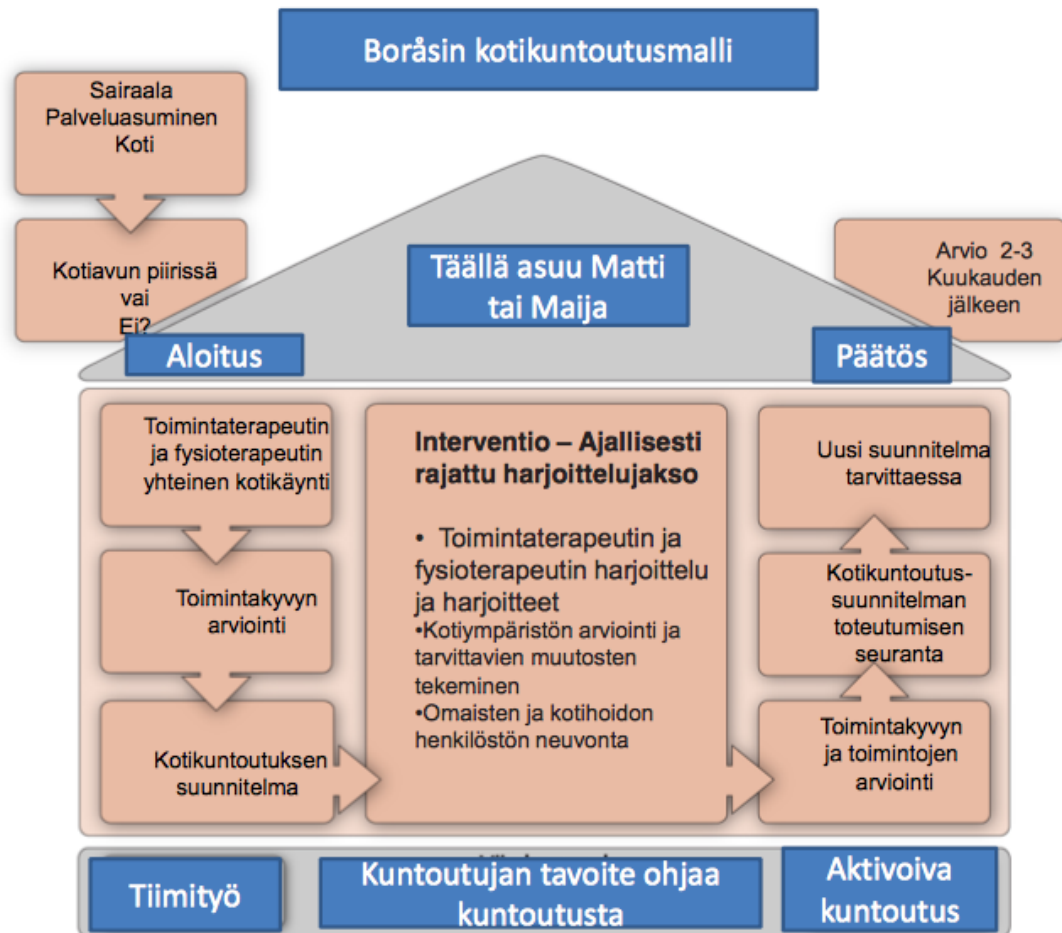
Lait ja asetukset määrittävät kehykset ikääntyneiden palvelujen kehittämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii lainsäädännön valmistelusta sekä valvoo uudistusten toteutusta. (STM 2017b.) Tällä hetkellä laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012/980). Lain 5§ velvoittaa kuntaa suunnittelemaan ikääntyneen väestön terveyspalveluita niin, että niissä tuetaan kotona asumista sekä kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. STM:n laatusuositus korostaa näiden kohtien lisäksi myös palvelujen oikea-aikaisuutta (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019 2017, 12-13,24).

Kotikuntoutusta on tutkittu yleisesti melko vähän. Vuonna 2011 julkaistussa ProMo-tutkimuksessa selvitettiin kotikuntoutuksen vaikuttavuutta lonkkamurtuman jälkeiseen liikkumiskykyyn. Tutkimus tehtiin satunnaistettuna kontrolloituna tutkimuksena, jossa interventioryhmä toteutti harjoitusohjelmaa, joka käsitti tasapainon, lihasvoiman sekä liikkuvuuden harjoittelua. Harjoitusohjelmassa oli huomioitu harjoitteiden eteneminen progressiivisesti kuntoutujan lähtökohdista tavoitteisiin. Kontrolliryhmä toteutti sen hetkistä vallitsevaa kuntoutuskäytäntöä. Tutkimuksessa vuoden pituinen interventiojakso alkoi välittömästi kuntoutujan kotiuduttua. Fysioterapeutin toteuttamia kotikäyntejä interventiojaksolla oli viidestä seitsemään. Kuntoutujat saivat lisäksi halutessaan keskustella kaatumisen pelosta sekä kivunhallinnasta. Apuvälineiden tarve ja kotiympäristön turvallisuus kartoitettiin myös jakson aikana. (Sipilä, Salpakoski, Edgren, Heinonen, Kauppinen, Arkela-Kautiainen, Sihvonen, Pesola, Rantanen & Kallinen 2011.)

Ikääntyneiden kotikuntoutuksesta on maailmalla useita hieman toisistaan poikkeavia malleja, mutta tarkoituksena niillä kaikilla on vähentää hoidon- ja palveluntarvetta jatkossa sekä pyrkiä tukemaan kotona asumista mahdollisimman pitkään. Suomessa jo useampi kunta toteuttaa kotikuntoutusmallia. Nämä kuitenkin poikkeavat hieman toisistaan. Espoo aloitti pilottihankkeen vuonna 2008. (Peiponen, Kristensen, Arvo, Tolkki, Pekkanen & Kara 2016, 14-21.)

## **5.2 Monialainen kotikuntoutusmalli Eksotessa**

Kotikuntoutusta on kehitetty Eksotessa vuodesta 2010 lähtien. Perustana sille on Ruotsin Boråsissa toteutettu kotikuntoutuksen malli (kuva 2). Eksoten malli poikkeaa hieman Boråsien mallista. Eroa on siinä, että Eksotessa kotihoito on mukana kuntoutuksen toteuttamisessa monialaisen kotikuntoutuksen kanssa. (Lehmus 2015.)



Kuva 2. Boråsin kotikuntoutusmalli Eksoten mukailemana (Tepponen 2015, 21.)

Monialainen kotikuntoutus on kotona tapahtuvaa, progressiivisesti etenevää kuntoutusta, jossa tuetaan kuntoutujaa pärjäämään arjen askareissa. Kuntoutuja asettaa itselleen arjen toimintoihin liittyvän konkreettisen tavoitteen, johon kuntoutusjakson aikana pyritään. Yksilöllinen kuntoutussuunnitelma laaditaan yhteistyössä kuntoutujan kanssa ja näin yhteistyöllä tavoitellaan kuntoutujan elinpiirin laajentumista. Kotikuntoutuksella pyritään myös vähentämään kuntoutujan palveluiden tarvetta pidemmällä aikavälillä. (Eksote 2017; Lehmus 2017.)

Eksote kehittää jatkuvasti kotikuntoutuksen toimintamallejaan. Tällä hetkellä on käytössä malli, jossa varhaisen puuttumisen palveluita tarjotaan kaikille 75 vuotta täyttäneille muun muassa hyvinvointia edistävien kotikäyntien muodossa. Mikäli kuntoutuja tarvitsee sairaalasta kotiututtuaan jatkohoitoa, keskitetty kotiutus tekee kuntoutujan kotona palvelu- ja kuntoutustarpeen arvioinnin. Siinä

selvitetään, millaista hoivaa ja kuntoutusta tarvitaan. (Lehmus 2015; Peiponen ym. 2016,13.)

Monialaista kotikuntoutusta voidaan tarvita tilanteissa, joissa henkilö on menettänyt äkillisesti toimintakykynsä esimerkiksi vakavan sairauden myötä ja tarvitsee tukea arjen sujumiseen. Näissä tapauksissa moniammatillinen yhteistyö henkilön lähipiirin, kotihoidon ja kuntoutuksen henkilöstön kanssa on oleellista. Kotikuntoutuksen kuntoutusjaksot suunnitellaan asiakkaan tavoitteiden mukaisesti ja ne kestävät neljästä kahdeksaan viikkoa. Tämän aikana kuntoutuskäynnejä on keskimäärin kolme kertaa viikossa. Kotikuntoutuksen toimintamalleihin kuuluu myös kotihoidon koordinointi, sillä tarkoitetaan muun muassa kotihoidossa työskentelevän hoitohenkilöstön koulutusta ja ohjausta. Säännöllisessä kotihoidon asiakassuhteessa olevien henkilöiden kuntoutustarpeen arviointi, suunnittelu ja kuntoutuksen toteutus kuuluvat myös monialaiselle kotikuntoutukselle. (Lehmus 2017.)

Aina ennen kotikuntoutuksen aloittamista kuntoutujalle tehdään kuntoutustarpeen arviointi, jonka toteuttaa moniammatillinen tiimi. Kuntoutustarpeen arvioinnin tekee fysioterapeutti yhdessä toimintaterapeutin tai sairaanhoitajan kanssa. Asiakkaat, joilla ei aiemmin ole ollut tarvetta kotihoidolle, aloittavat kuntouttavan arviointijakson. Tämän aikana fysioterapeutti, toimintaterapeutti, kuntohoitaja, kuntouttava lähihoitaja tai nämä yhdessä toteuttavat kuntoutusta ja arvioivat toimintakyvyn muutoksia. Neljän viikon pituisen kuntouttavan arviointijakson päätyttyä pohditaan jatkokuntoutuksen sekä kotihoidon tarve uudelleen. Ekso- tessa nähdään kuntouttava hoitotyö sekä hoitajien osaamisen kehittäminen tärkeinä, jotta asiakkaiden toimintakyvyn edistymistä voidaan tukea monin eri tavoin. (Lehmus 2015; Lehmus 2017; Peiponen ym. 2016,13.)

## **6 Kokemuksellisuus kotikuntoutuksessa**

Eri tietokantoihin tehtyjen hakujen perusteella fysioterapeuttien kokemuksia kotikuntoutuksesta ei ole juurikaan tutkittu aiemmin. Tietokannoista löytyi kvalitatiivisia tutkimuksia, joissa on tutkittu kuntoutumisprosessia kuntoutujan, hoitohenkilökunnan tai toimintaterapeutin näkökulmasta. Käytetyt hakusanat olivat: *physiotherapist, perspective, home-based, rehabilitation, elderly, näkökulma,*

*kvalitatiivinen tutkimus, ikääntyneet, kokemus, fysioterapeutti ja kotikuntoutus.* Theseus-tietokannasta ei löytynyt suomenkielisillä hakusanoilla yhtään opinnäytetyötä, jossa olisi kysytty fysioterapeuttien näkökulmaa kotikuntoutuksesta. Pubmed tietokannasta löytyi hakusanoilla *physiotherapist, perspective, home-based* kaksi artikkelia, jotka otsikon puolesta käsittelevät aihetta ammattihenkilöstön näkökulmasta. Hakujen perusteella vaikuttaa siltä, että opinnäytetyön aihe ei ole kovinkaan tutkittu ja että on hyvä avata myös fysioterapeuttien näkökulmaa aiheesta.

Laura Jokirannan (2017) Jyväskylän yliopistolle tekemä pro gradu -tutkielma käsittelee ikääntyneiden moniammatillisen kotikuntoutuksen merkityksiä työteki-  
jölle. Tutkimustuloksissa hän tiivistää eettisen asiakaslähtöisyyden olevan tärkein osa-alue kuntoutusta toteuttavien ammattilaisten näkökulmasta. Tärkeiksi nousi myös kuntoutuksen oikea-aikaisuus, jossa huomioidaan myös ennaltaehkäisevän kuntoutuksen rooli sekä moniammatillisen yhteistyön merkitys. Ikääntyneiden määrän kasvaessa koetaan tarpeellisenä toiminnan kehittäminen.

Pro gradu -tutkimuksessaan Holopainen ja Keskilä (2014, osa II) tutkivat, kuinka fysioterapeuttinen ohjaus rakentuu fysioterapeuttien näkökulmasta. Haastattelututkimuksen tuloksista käy ilmi, että ohjaus koostuu kolmesta isommasta kategoriasta, jotka ovat asiantuntijalähtöinen fysioterapeuttinen ohjaus, yksilöllisyyttä arvostava fysioterapeuttinen ohjaus sekä fysioterapeuttinen ohjaus osana potilaan kuntoutumista. Haastateltujen fysioterapeuttien käsitysten mukaan onkin pyrittävä ohjaamaan asiakasta osana kuntoutumista. Tässä ohjausmallissa toteutuvat asiakkaan sekä hänen lähipiirinsä monipuolinen huomioiminen. Moniammatillinen yhteistyö on nostettu tärkeäksi osa-alueeksi, ja kuntoutumisessa edetään asiakkaan etenemistaso huomioiden. Tällainen ohjausmalli tukee asiakkaan omaa aktiivisuutta ja mahdollistaa asiakkaan oman osallistumisen kuntoutumisprosessin suunnitteluun.

Wallinin (2009, 36-37) tutkimuksessa fysioterapeuttien haastatteluista kävi ilmi, että fysioterapeuttien ja asiakkaiden välinen vuorovaikutus oli ajoittain yksisuuntaista. Yksisuuntaisuus näkyi niin, ettei ikääntynyt ollut toimivana osapuolena, vaan niin sanottuna vastaanottajana. Terapiassa osa fysioterapeuteista keskittyi perehtymään ikääntyneen toimintakyvyn ongelmiin ja niiden ratkomiseen. Osa

taas keskittyi asiakkaiden sosiaalisten tarpeiden huomioimiseen. Fysioterapeutit korostivat asiakaslähtöisyyttä sekä kosketuksen ja läsnäolon merkitystä masentuneiden ja lievän motivaation omaavien ikääntyneiden kohdalla. Kaksisuuntaisuutta tuli myös esille tutkimuksen aikana terapiatilanteissa. Kaksisuuntaisuus näkyi niin, että asiakas oli terapiassa toteuttajana ja aktiivisena toimijana. Terapiassa pyrkimyksenä oli pohtia yhdessä ikääntyneen kanssa ratkaisuja arjen haasteisiin.

## **7 KauKoiKÄ-hanke**

KauKoiKÄ-hanke on satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, joka tutkii lonkkamurtuma- ja HRO-potilaiden saaman vuoden mittaisen kotikuntoutuksen vaikutusta potilaiden elämänlaatuun, palvelutarpeeseen ja toimintakykyyn. Lisäksi hankkeessa vertaillaan kustannusvaikutuksia kontrolliryhmään, joka saa hoitoa valitsevan käytännön mukaan. Hankkeeseen on rekrytoitu ensimmäiset tutkittavat joulukuussa 2014 ja viimeiset vuoden 2017 loppuun mennessä. HRO-tutkittavien osalta sisäänotto päättyi vuoden 2016 lopussa. Hanke on edelleen käynnissä, ja se päättyy vuoden 2019 loppuun. Varsinaisen kotona tapahtuvan kuntoutuksen toteuttaa 24 yksityissektorilla työskentelevää fysioterapeuttia, jotka Eksote on valinnut. (Hupli ym. 2014; Kärmeniemi & Suikkanen 2017.)

Tutkimukseen osallistujan tulee täyttää tietyt kriteerit, jotta hänet voidaan hyväksyä tutkittavaksi. HRO-tutkittavat on seulottu käyttäen modifioitua FRAIL-kysymyssarjaa, jossa on kysytty väsymyksestä, lihasvoimasta, lihaskestävyydestä, sairauksista sekä painon muutoksista. Diagnoosi on varmistettu sovelletuilla Friedin kriteereillä, jotka ovat olleet laihtuminen, liikunta-aktiivisuus, uupumus, puristusvoima sekä kävelynopeus neljän metrin matkalla. Sekä seulasta että diagnoosista on tutkittavan täytynyt saada vähintään yksi piste. Tutkimukseen osallistuvan tulee kyetä liikkumaan itsenäisesti omassa kodissaan ja hänen on täytynyt saada muistitestistä vähintään 17/30 pistettä. Tutkittavilla ei myöskään saanut olla vakavia sairauksia, jotka estäisivät fysioterapian toteuttamista, kuten vakava sydän- ja verenkiertosairaus. (Hupli ym. 2014.)

Tutkimukseen osallistuvat ja kuntoutusta toteuttavat fysioterapeutit ovat saaneet Eksoten toimesta koulutuksen kotikuntoutuksen toteuttamiseen sekä ohjeet fysioterapian suunnitteluun että toteutukseen. (Hupli ym. 2014.)

## **8 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää fysioterapeuttien kokemuksia pitkäkestoisesta kotikuntoutuksesta HRO-kuntoutujilla. KauKoiKÄ-hankkeen sisällä ei oltu varattu resursseja fysioterapeuttien kokemusten kartoittamiseen (Kärmeniemi & Suikkanen 2017), joten opinnäytetyön oli tarkoitus vastata tähän tarpeeseen ja osaltaan olla mukana kehittämässä Eksoten kotikuntoutusta.

Teemahaastatteluissa kysyttiin kokemuksia fysioterapeutin ja asiakkaan roolista sekä siitä, mikä tekee terapiasta vaikuttavaa HRO-kuntoutujilla. Haastatteluissa kysyttiin myös, miten fysioterapeutit kokivat pitkäkestoisen kotikuntoutuksen sekä mitkä tekijät vaikuttivat asiakkaan toimintakyvyn kehitykseen. Näiden kysymysten pohjalta syntyivät tutkimuksen tulokset.

## **9 Opinnäytetyön toteutus**

### **9.1 Tutkimushenkilöt ja tutkimusmenetelmä**

Kohderyhmänä tutkimuksessa olivat yksityiset fysioterapeutit, jotka Eksote oli valinnut KauKoiKÄ-hankkeeseen kotikuntoutuksen toteuttajiksi. Tutkimukseen haastateltiin kolmea (N=3) fysioterapeuttia, jotka olivat olleet toteuttamassa HRO-kuntoutujien pitkäaikaista kotikuntoutusta KauKoiKÄ-hankkeessa.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena, jossa tarkasteltiin aihetta fenomenologisella otteella, ja se oli tosiaikainen, taakse suuntaava poikittaistutkimus. Aiheeseen tutustuttiin aluksi kirjallisuuskatsauksella aiempiin tutkimuksiin, minkä jälkeen haastateltiin Eksoten KauKoiKÄ-hankkeeseen osallistuneita fysioterapeutteja.

Haastatteluja tehtiin kaikkiaan kolme. Ne toteutettiin yksilöllisinä teemahaastatteluina tammi-maaliskuussa 2018. Kahdessa haastattelussa olivat läsnä kaikki tutkijat ja yhdessä kaksi tutkijoista. Tutkijat pyrkivät olemaan haastattelutilan-

teissa objektiivisia ja kysymään kaikilta haastateltavilta kysymykset samalla tavalla, johdattelematta haastateltavaa. Haastattelut nauhoitettiin myöhempää aineiston analysointia varten ja nauhat tuhottiin tutkimuksen jälkeen. (Kylmä & Juvakka 2014, 80, 112-113.)

Haastattelurunko (liite 3) pyrittiin laatimaan siten, että sen avulla saatiin tietoa ja kokemuksia KauKoIKÄ-hankkeen puitteissa toivottuihin aihepiireihin (Kärmeniemi & Suikkanen 2017).

## **9.2 Aineiston analyysi**

Aineiston analysointivaiheessa kaikki haastattelut litteroitiin eli kirjoitettiin tarkasti tekstimuotoon. Haastattelunauhat sekä kirjoitettu teksti säilytettiin tutkimuksen loppuun saakka niin, etteivät tutkimuksen ulkopuoliset henkilöt päässeet niihin käsiksi. Litterointivaiheen jälkeen tekstin sisältö analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin keinoin. Ensimmäisessä vaiheessa tekstistä poimittiin ilmaisuja tai virkkeen osia, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Toisessa vaiheessa aineistoa pelkistettiin karsimalla ylimääräinen pois, jättäen jäljelle tärkeät ilmaisut. Aineistoa tiivistettiin käsittelyn kolmannessa vaiheessa. Samaa tarkoittavat ilmaisut ryhmiteltiin toinen toisensa poissulkeviin luokkiin, alaluokkiin. Abstrahointivaiheessa, joka oli neljäs analysoinnin vaihe, saman sisältöiset alaluokat yhdistettiin ja niistä muodostettiin yläluokkia. Yläluokat muodostivat tutkimuksen tulokset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112; Kylmä & Juvakka 2014, 110-120.)

## **10 Tulokset**

Fysioterapeuttien kokemuksia pitkäkestoisesta kotikuntoutuksesta HRO-kuntoutujilla lähdettiin selvittämään teemoitetulla haastattelulla. Teemahaastattelussa kysyttiin kokemuksia fysioterapeutin ja asiakkaan roolista sekä siitä, mikä tekee terapiasta vaikuttavaa. Haastatteluissa kysyttiin myös, miten fysioterapeutti koki pitkäkestoisen kotikuntoutuksen ja mitkä asiat vaikuttivat asiakkaan toimintakyvyn kehitykseen. Näiden kysymysten pohjalta syntyivät tutkimuksen tulokset. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina pienen osallistujamäärän sekä aikataulullisten syiden vuoksi. Haastatteluihin osallistui kaikkiaan kolme (N=3) fysioterapeuttia 24:stä. Kutsut haastatteluihin lähetettiin sähköpostitse,

aluksi kolmeen eniten kuntoutuskäyntejä toteuttaneeseen yritykseen. Yhtään yritystä ei ilmoittautunut haastatteluun pyydettyyn päivämäärään mennessä. Tämän jälkeen haastattelukutsut lähetettiin kaikkiin seitsemään kuntoutuskäyntejä KauKoiKÄ-hankkeessa toteuttaneeseen yritykseen.

### **10.1 Fysioterapeutin rooli pitkäkestoisessa kotikuntoutuksessa**

Kysyttäessä haastateltavien kokemusta fysioterapeutin roolista HRO-potilaiden pitkäkestoisessa kotikuntoutuksessa nousi esille viisi luokkaa. Näitä olivat: kokemus roolista, tilannekartoitus, ohjaustyö, henkinen tukipilari sekä moniammatillisuus ja yhteistyö.

Fysioterapeutit kokivat roolinsa suureksi ja haastavaksi kuntoutusprosessissa. Haastatteluissa tuotiin esiin, että fysioterapeutin tulee tehdä työnsä huolellisesti ja oikein. Koettiin, että fysioterapeutti oli tärkeässä roolissa kuntoutuksen käytännön toteutuksen ohjaajana. Koska kuntoutettavien ikä oli korkea, huomattiin, että fysioterapia ja fysioterapeutin työnkuva saattoivat olla joillekin asiakkaille vieraita. Kuntoutuja ei välttämättä ollut koskaan aiemmin tarvinnut fysioterapiaa.

*Mehä ollaan se käytännön toteuttaja, joka tuo sen kuntoutuksen sinne kottii. Muotoilee sen siihen pakettiin, mikä sopii asiakkaalle.*

*Meil on se haastavin rooli siinä mielessä, että myö niiku otetaan se asiakas ja kaikki hänen ulottuvuudet ja sit myö yritetään nivoo kasaan.*

Kuntoutuksen edetessä fysioterapeutin roolina oli tilannekartoitus asiakkaan elämästä, tarpeista ja tavoitteista. Fysioterapeutit totesivat, että kuntoutuksessa tulee ottaa kuntoutuja kokonaisvaltaisesti huomioon. Kuntoutujan kokonaistilanteen hahmottaminen ICF:n (kuva 1) mukaisesti koettiin tärkeänä, koska toimintakyvyn kehittymiseen vaikutti useampi tekijä. Tilannekartoitus oli usein haastavaa. Useaan otteeseen eri haastatteluissa tuli ilmi apuvälinetarpeen jatkuva seuranta, terapia- ja kuntoiluvälinetarpeen arviointi sekä kuntoutujan tilanteen seuraaminen, ravitsemustottumusten selvittäminen sekä paremman ravitsemuksen ohjaaminen. Lisäksi fysioterapeutin rooliin tilannekartoittajana kuului ongelmien ratkominen ja asioiden selvittäminen, mikäli asiakas joutui kuntoutusjakson aikana sairaalahoitoon tai elämässä tapahtui muita muutoksia. Kartoitukset ja tutkimukset eivät siis rajoittuneet vain kuntoutusjakson alkuun, vaan kestivät läpi koko kuntoutusjakson.

*Sitä tilanteen kartottamista, mitä taustavoimia, tausta-apuja on käytettävissä. Sen vuoden aikana tulee kaikkii elämänmuutoksia ihan perheisiin tai terveyteen.*

Fysioterapeutin rooliin liitettiin vahvasti myös ohjaustyö. Tämä koostui kannustamisesta, harjoitteiden ohjaamisesta sekä asiakkaan tilanteen huomioimisesta terapiassa. Haastateltavat kokivat, että fysioterapeutin oli tärkeää olla jatkuvasti tilanteen tasalla, jotta harjoitteet saatiin muunneltua kuntoutujan tilanteen mukaan. Tärkeänä fysioterapeutin roolissa nähtiin kannustava ote kuntoutuksessa sekä uusien näkökulmien ja perustelujen antaminen kuntoutujalle, jotta tämän asenteessa saattoi tapahtua muutosta. Fysioterapeutti oli kuntoutuksessa toimeenpanija, moottori ja ohjaaja, kun asiakas teki varsinaiset harjoitteet.

*Fysioterapeutin rooli oli hyvin tällane ohjeistava, kannustava ja rooli oli saada tää asiakas innostumaan myös näistä omatoimisista liikkeistä.*

*Sun pitää koko ajan perustella, miks tehdä ja miks on tämmönen liike. Nyt me tehään tätä, että sun kävelyssä näkyis vaikka tällanen ja tällanen varmuus ja sun tasapaino paranee. Sä pääset sinne saunan lauteille, ku me tehään tätä ja tätä.*

Fysioterapeutit kertoivat, etteivät ole yksin tekemässä kuntoutusta, vaan hyvä kuntoutus koostuu moniammatillisuudesta ja yhteistyöstä. Yhteistyö niin kuntoutujan, omaisten kuin hoitohenkilökunnankin kanssa koettiin tärkeäksi. Kotikuntoutuksen tiiviys ja kesto tarkoittivat fysioterapeuttien olemista henkisenä tukipilarina asiakkaalle. Molemminpuolisen luottamuksen luominen oli terapian etenemisen kannalta tärkeää. Koettiin, että kuntoutuksen aikana fysioterapeutin ja kuntoutujan välille muodostui tiivis yhteistyösuhde ja fysioterapeutista tuli tärkeä henkilö kuntoutuksen aikana. Omaisia ohjattiin tukemaan kuntoutujan ravitsemusta ja usein omainen huolehti kauppa-asioinnista asiakkaan puolesta. Omaisen oli hyvä tietää, mitä kuntoutujan tuli ravinnosta saada, jotta harjoittelulla saatiin tulosta lihasvoimaan ja sitä kautta toimintakyky paranisi. Fysioterapeutin oli myös hyvä olla tietoinen asiakkaan tilasta, lääkemuutoksista ja mitä oli tehty, jos asiakas oli joutunut sairaalaan.

*Me ei olla vaa semmonen ulkopuolinen pallo, joka tuodaa siihe ja sitä pitää sit pallotella.*

*Meiänki pitää hirveest yhteistyötä tehdä, et ei myö yksinää täs pärjätä. Se oli tosi tärkeätä, et meil oli lääkärit ja meil oli sairaanhoitajat, et ketä myö pystyttii konsultoimaan.*

## 10.2 Asiakkaan rooli pitkäkestoisessa kotikuntoutuksessa

Asiakkaan asennoituminen kuntoutukseen, itsenäinen toimija, asiakkaan tavoitteen asettaminen sekä suhtautuminen fysioterapiaan ja fysioterapeuttiin olivat neljä kategoriaa, jotka erottuivat haastattelumateriaalista kysyttäessä fysioterapeuteilta asiakkaan roolista pitkäkestoisessa kotikuntoutuksessa.

Asiakkaan rooliin kuului asennoituminen kuntoutukseen. Fysioterapeutit kertoivat kuntoutuksen vaativan asiakkailta kurinalaisuutta, heittäytymistä, napakkuutta sekä valtavaa sitoutumista. Kuntoutujalla saattoi olla fysioterapiasta ennakkokäsityksiä, joita piti muokata uudestaan. Asennoitumiseen vaikutti myös terveydentila. Vastuunottaminen omasta kuntoutuksesta esimerkiksi muistisairauksen vuoksi saattoi olla haastavaa.

*Hyö ku kuuli, että vuosi, et herran jestas, miten pitkä se on. Valtavaa sitoutumistahan heiltä vaadittiin siitä.*

*Kyl se vaatii hänelt vähän semmosta heittäytymistä ja sitä, että hän uskaltais luottaa meihin, et me osataan se, mitä me osataan.*

Asiakkaat kuvattiin itsenäisiksi toimijoiksi, sillä he tekivät itse varsinaisen harjoittelun, jota fysioterapeutti ohjasi ja opasti. Osa heistä teki harjoitteita myös fysioterapiakäyntien ulkopuolella ja hankki välineitä kotiharjoittelua varten.

*Kylhän hyö sen työn teki tietenkin itse kaikkine harjoitteluineen ja kaikkineen.*

Asiakkaan rooliin kuului fysioterapeuttien mukaan myös kuntoutustavoitteen asettaminen. Kuntoutujalta vaatii rohkeutta uskaltaa toivoa jostain sellaista, mitä haluaisi vielä pystyä tekemään. Oli tärkeää, että kuntoutuja uskalsi sanoa ääneen, mitä haluaa. Toisaalta eräs haastateltavista sanoi fysioterapeutin ja asiakkaan luovan tavoitteet yhteistyönä. Erityisesti muistisairaille asiakkaille tavoitteiden asettaminen koettiin vaikeaksi.

*Sitte tietysti rehellinen niistä omista tuntemuksista ja vaivoistaan, että osas sanoa omia toiveita tän kuntoutuksen suhteen.*

*Asiakkaan kanssa yhdessä mietittiin ne tavoitteet. Sit ku saavutettiin joku tavoite, sitte uutta tavoitetta mietittiin yhdessä. Tää lähti siitä asiakaslähtöisestä käsittelystä, että fysioterapeutti ei vaan ladellu niitä tavoitteita tai oman tutkimustulosten perusteella, vaan yhdessä tehtiin ne tavoitteet.*

Asiakkaan rooli HRO-potilaiden pitkäkestoisessa kotikuntoutuksessa oli merkittävä myös kuntoutuksen vaikuttavuuden kannalta. Suhtautuminen fysioterapeuttiin ja fysioterapiaan sisälsi paljon tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa joko edistävästi tai heikentävästi. Haastatteluissa tuotiin useaan otteeseen ilmi asiakkaan luottamusta niin fysioterapiaan, fysioterapeuttiin kuin kuntoutujaa itseäänkin kohtaan. Haastateltavat kertoivat myös asiakkaalla olevan moniulotteinen sekä haastava rooli.

*Sitä et uskaltaa luottaa, ja olla sen terapeutin kanssa oma itsensä. Mie pitäisin, et se on se avainasia, et sit me ylipäättää voiaa päästä hyvään kuntoutustulokseen.*

### **10.3 Terapian vaikuttavuuteen liittyvät tekijät**

Haastatteluissa kysyttäessä terapian vaikuttavuudesta pitkäkestoisessa kotikuntoutuksessa, tulivat esille: fysioterapeutin ja asiakkaan välinen suhde, terapeutin harjoittelun perusteet sekä terapeutin harjoittelu kuntoutujan omassa ympäristössä.

Fysioterapeutin ja asiakkaan välinen suhde koettiin erittäin tärkeäksi. Terapeutit nostivat esille luottamuksen, arvostuksen, uskaliaisuuden, kuuntelemisen, yhteistyön ja kunnioittamisen. Luottamus koettiin tärkeänä, koska se oli eteenpäin vievä voima, esimerkiksi ravitsemuksen ja harjoittelutottumuksien muutoksia tehdessä. Fysioterapeutin, asiakkaan ja omaisten yhteistyö koettiin tärkeäksi. Asiakkaan kuntoutuminen oli sujuvampaa, jos omaiset olivat mukana ja toimittiin tiiviissä yhteistyössä kaikkien kesken. Terapiajakson aikana saattoi tapahtua myös toimintakyvyn laskua tai sairastumisia. Tällaisissa tapauksissa piti fysioterapeutin suhteuttaa harjoitteet uudelleen kuntoutujan toimintakyvyn tasolle ja jatkaa sitkeästi yhdessä eteenpäin. Eräs fysioterapeuteista nosti arvostuksen ja kunnioittamisen esiin erityisesti muistisairaiden kohdalla. Myös asiakkaan kuunteleminen koettiin tärkeänä, koska se edisti terapian etenemistä.

*No se vaikuttavuus tulee siitä tekemisestä, että se menee sinne konkretiin ja sen ihmisen elämään. Et kyl meistä tulee kavereita tai jopa ystäviä näitten ihmisten kanssa. Me saadaan se luottamus ja sit sen kautta hän alkaa muuttamaan esimerkiksi ravitsemustaan, harjoittelutottumuksiaan, käy ulkoilemassa vähän enemmän ku yleensä.*

*Totta kai siel tulee niit pakkeja, mut sit pitää niistä sit taas päästä yli ja keskustella. Et milt tuntuu, mitä siun mielestä kannattas tehdä, ja miun mielest kannattas tehdä tätä. Sit se sovitetaan yhteen sillee, et kunnioitetaa sitä toista. Oikeestaa se kunnioittaminen ja toisen arvostaminen niinku. Toisaalta molemmin puolin, mutta ehkä me ku mennää ulkosena tekijänä sinne ihmisen kotii, et sitä asiakast kuunnellaa ja arvostetaa. Ja sitä kautta päästää sitte eteenpäin. Varsinki niillä muistisairaila.*

Terapeuttisen harjoittelun perusteet liittyvät oleellisesti terapian toteutukseen ja lopulta terapian onnistumiseen. Esille nousivat: harjoittelun progressiivisuus, seuranta, annostus, syklisyys, haastavuus, suunnitelmallisuus, sitoutuminen ja ravitseminen. Terapian tuli edetä asiakkaan tahtiin, toimintakyky ja tavoitteet huomioiden. Harjoitteet eivät saaneet olla liian vaikeita, mutta silti niiden piti olla tarpeeksi haastavia ja asiakkaalle mielekkäitä. Kaikki haastateltavat nostivat esiin sen, että vuoden harjoittelujakso oli HRO-kuntoutujille tarpeellinen. Mikäli kuntoutujalla oli muistisairautta, korostettiin perustelujen ja selkeiden sekä käytännönläheisten tavoitteiden merkitystä. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että terapia olisi saattanut olla tuloksellisempaa, jos asiakkaat olisivat olleet nuorempia. Näin kuntoutuksen oikea-aikaisuus olisi toteutunut. Ravitsemuksen merkitys nousi usein esiin. Monipuolinen ja riittävä ravitseminen oli oleellinen tekijä, että ikääntynyt jaksoi harjoitella ja tuloksia oli mahdollista odottaa.

*Mennää hetki kerrallaa ja pikkuhiljaa. Ei mennä niiku neljäntee kerroksee rappusii heti, vaa kuha nyt ensi päästää sängystä ylös ilman apuja.*

Terapeuttinen harjoittelu kuntoutujan omassa ympäristössä koettiin asiakkaalle tärkeäksi ja parhaaksi vaihtoehdoksi. Kotona tapahtuvan kuntoutuksen koettiin vaikuttavan parhaiten asiakkaan toimintakyvyn kohenemiseen. Osalla asiakkaista saattoi olla pelkoja esimerkiksi kaatumisen suhteen, johon piti löytää jollakin tavalla ratkaisu. Eräs fysioterapeutti mainitsi myös, että ikääntyneet eivät yleensä ole tottuneet kuntosaliin, jolloin kotona tapahtuva kuntoutus oli luonteva vaihtoehto.

*Kyl kotona se ympäristö mis hänen pitää selviytyä ja sit ku se viedään suoraan sinne konkretiaan, et tässä se nyt on ja tässä on ne sun rappuset, ni se on eri ku se, että ollaan miun rappusissa täällä.*

*Totta kai toimipisteelki saa erittäin tehokast kuntoutusta joillain kuntosalilaitteilla ja muilla, mut nyt puhutaa ehkä semmosest ikäryhmästä, joka ei oo ees tottunut mihinkää kuntosaliin hirveesti. Kyl se miun mielest on tosi tehokasta siellä kotona, heiän ympäristössä.*

## 10.4 Toimintakyvyn kehitykseen vaikuttavat tekijät

Tutkimukseen osallistuneilta fysioterapeuteilta kysyttiin heidän kokemustaan toimintakyvyn kehitykseen vaikuttavista tekijöistä HRO-kuntoutujilla. Tulokseksi muodostui seitsemän yläluokkaa, jotka olivat: taustalla vaikuttavat tekijät, palaute, terveydentila, ravitsemus, asennoituminen kuntoutukseen, fyysiset ominaisuudet sekä omaisten tuki.

Taustalla vaikuttaviksi tekijöiksi fysioterapeutit kuvasivat muun muassa ikäkauman, sosiaaliset taidot, menneisyyden, asiakkaan tärkeänä pitämät asiat ja tunnemaailman asioiden vietävissä olemisen. Nämä olivat yleisiä toimintakyvyn vaikuttavia tekijöitä. Iän ollessa korkea, riski sairastua kesken terapiajakson tai joutua sairaalaan oli todennäköistä. Asiakkaiden sosiaaliset taidot vaikuttivat esimerkiksi siihen, miten keskustelu sujui terapeutin kanssa. Menneisyydessä opitut toimintatavat vaikuttivat merkittävästi siihen, kuinka asiakas suhtautui terapiaan. Muistisairaat olivat tunnemaailman asioiden vietävissä, mikä vaikutti negatiivisesti asiakkaan terapiaan. Havainnointikyky ja keskittymiskyky saattoivat yhtäkkiä herpaantua kesken terapiahetken, jolloin jouduttiin luopumaan esimerkiksi fyysisistä harjoitteista.

*Ihmisten arvot, ihan mitä arvoja niil on siellä taustalla. Mitä ne pitää tärkeenä totta kai. Ja sit sosiaaliset taidotki esimerkiks, et miten tykkää keskustella.*

*Hän ei pysty ehkä olemaan ihan niin aktiivinen. Hän on enemmän ehkä sen oman tunnemaailman ja semmosten just nyt tulleiden asioiden vietävissä. Jotain tapahtuu, joku kolahtaa käytävällä, ni jumppa loppuu siihen. Keskittymiskyky, oma havainnointikyky tämmöset kaikki muuttuu ja arvot muuttuu ehkä lähemmäks semmosia ihan primitiivisiä arvoja niiku läheisyys, hellyys ja tämmönen. On kertoja, jolloin ei voi hirveest fyysisesti harjoitella, koska hänellä ei ole sellainen olo, et siel on joku, mikä kalvaa. Hää ei välttämättä osaa tunnistaa sitä, eikä pysty sivuuttaa sitä niin hyvin sivuun ku myö pystytää.*

Palaute oli fysioterapeuttien mukaan myös toimintakykyyn vaikuttava tekijä. Konkreettinen palaute on kuntoutuksen ja harjoittelun kautta näkyvä hyöty kuntoutujalle itselleen, hän esimerkiksi pystyykin kävelemään postilaatikolle ja takaisin. Haastateltavat toivat ilmi myös omaisten antaman palautteen tärkeyden verrattuna fysioterapeutin antamaan palautteeseen. Usein kuntoutujalle voi olla

tärkeämpää saada omaisilta positiivista palautetta onnistumisesta kuin fysioterapeutilta.

*Et se heidän arvostus ja sellanen palaute, ni se on tavallaa vielä tärkeempää ehkä, kun se minun palaute. Vaik mieki tavallaa tuun siihe niiku osaliseksi, mut tavallaan voidaan aatella, et minun kuuluukin kehua, et sit jotkut aina välillä sanooki, että älä nytte tuollee, et kui sie noi kovasti kehut, ku se tulee nii automaattisesti iteltäänki, ni se tuntuu heistä ylitsevuotavaiselta. Mut sitte, ku se on joku muu ulkopuoline, joka ei oo siinä ydinprosessissa mukana, kun minä ja asiakas jumpataan, niin kun se tulee ja sanoo, että sie käveletki paremmin niin ohan se mummolle ja papalle ihan niiku huikee palaute. Se on näkyvä, konkreettinen, joku muukin huomaa tän.*

Terveystila oli yksi yläluokista ja erityisesti haastatteluissa nousi esiin muistisairauksien vaikutus toimintakykyyn. Muistisairauden lisäksi terveystila käsittää ylipäätään sairaudet, sairaalajaksot, nivelvaivat sekä kaatumiset. Mitä parempana terveystila pysyy erityisesti kuntoutusjakson alkuvaiheessa, sitä parempi vaikutus kuntoutuksella on toimintakykyyn.

*Et se riippu sitte taas siitä, et oliko nivelvaivoja ja mitä muussa elämässä tapahtu ja näin, et jotku kuolemantapaukset esimerkiks saatto latistaa tunnelman useemmaks viikoks, ni siinä HRO-asiakkaalla, varsinki kuntoutuksen alkuvaiheessa, saattaa se kunto laskee iha reippaasti.*

*Muillakin ihmisillä voi joskus pysäyttää ja kysyä, et onks sul kaikki hyvin, mut he pystyy niiku elämään niitten heidän tunnontuskien kanssa paremmin. Jos he ei halua vaikka kertoo miulle, ni he pystyy vielä jatkaa sitä harjotusta, mut muistisairas ei välttämättä pysty.*

Ravitsemus tuli ottaa myös huomioon terapian aikana. Fysioterapeutit kokivat tärkeäksi sen, että asiakkaan kanssa käytiin yhdessä läpi, mitä jääkaapista löytyy. Myös jääkaapin täyttäminen koettiin oleelliseksi tekijäksi. Asiakkailla saattoi olla vanhoja syömistottumuksia, joihin piti saada hieman muutosta terveellisempään suuntaan. Terapeutit saattoivat joutua käymään myös heidän kanssaan läpi, miten ruokaa ylipäänsä tehdään.

*Ei se lihas liiku, jos ei oo polttoainetta. Ja sit vielä oikeenlaista polttoainetta. Et onhan siel semmosia ravitsemustottumuksia välillä, mitkä o ehkä aikase perinteisiä niiku just tämä kahvi ja pulla -kulttuuri, joka on kyllä hirveen kiva ja sen saa kyllä säilyttää, mutta voisko juoda vaikka lasin maitoa vielä sen kanssa?*

*Ja miten tehdä ruokaa, ostetaanko valmisruokaa ja onko totuttu syömää kasviksia, käyttämään öljyä, pehmeitä rasvoja?*

Asennoituminen kuntoutukseen vaikutti toimintakykyyn oleellisesti. Esille nousivat motivaatio, sisäinen motivaatio, yhdessä tekeminen, positiivinen asenne ja pelkotekijät. Fysioterapeutit kokivat kuntoutujan motivaation tärkeimmäksi toimintakykyyn positiivisesti vaikuttavaksi tekijäksi. Oli myös asiakkaita, jotka eivät motivoituneet harjoittelusta aina aivan toivotulla tavalla ja se laski toimintakykyä alaspäin tai vähintään hidasti sen kehittymistä. Osalla asiakkaista oli pelkotekijöitä aikaisempien kaatumisten vuoksi. Yhdessä tekeminen ja positiivinen asenne veivät kuntoutusta eteenpäin.

*Toki sitte motivaatio tietyl tavalla. Ne, jotka pystyy ja haluaa, tekee enemmän itse, tulee enemmän niitä päivittäisiä harjoittelui tai lähtee iteksee menemää ulos. Totta kai se kantaa tavallaan kauemmas se homma kun, että sit on se kaks kertaa viikossa, eikä tee mitään muuta ite sen jälkeen.*

*Luottaaks hän minuun, siihen hankkeeseen, tai ylipäättään siihen, et on mahdollista nostaa sitä kuntoa, kun olen tässä sohvalla jo istunut puolivuotta, vuoden, joskus enemmänkii. Voinko minä tästä vielä ulkoilevaksi ihmiseksi tulla. Siin on kuitenkin pelkotekijöitä ja kaatumisen pelkoa ja kaikkee aika paljon mukana.*

Fyysiset ominaisuudet vaikuttivat asiakkaan toimintakykyyn ja terapian etene- miseen. Esille nousivat lihasvoima, koordinaatiokyky ja tasapaino. Terapian alussa lihasvoima saattoi olla heikko, mutta kuntoutuksen edetessä lihasvoima parani ja lisäsi näin asiakkaan fyysistä toimintakykyä. Tämä näkyi esimerkiksi kävelyn varmentumisena sekä tasapainon parantumisena. Fyysisten tekijöiden lisäksi myös psyykkisillä tekijöillä oli merkitystä. Murheet ja menetykset sekä muut tunne-elämään vaikuttavat tekijät olivat taustalla vaikuttamassa harjoitte- lumotivaatioon ja sitä kautta toimintakyvyn kehitykseen.

*Monenkin kohalla, kun tasapaino ja lihasvoima parani, ni kävelylenkit pi- tenivät ja kävivät useammin lenkillä, kävelemässä ulkona ku ei enää niin pelottanu se, että kaatuuko vai eikö kaadu.*

*Vaikka tämä oma aktiivinen mieli ja positiivinen asenne, et haluaa tehdä itse asioita eikä heittäytyä toisten autettavaksi. Ja myös lihasvoima, koor- dinaatiokyky, tasapaino.*

Asiakkaan toimintakykyyn vaikutti selkeästi myös omaisten tuki. Se, että omai- set kävivät auttamassa, vaikutti asiakkaan asennoitumiseen kuntoutusta koh- taan. Omaiset myös kannustivat jatkamaan fysioterapiaa ja tekemään harjoittei- ta. Fysioterapeuttien mielestä asiakkailla meni huomattavasti paremmin, jos

omaiset tukivat kuntoutusta ja olivat siinä mukana. Osalle asiakkaista omaiset hankkivat kuntoiluvälineitä ja tukivat näin kuntoutujan omaharjoittelua. Eräs terapeutista toi esiin, että erityisesti muistisairaille oli tärkeää fysioterapeutin säilyminen samana koko kuntoutuksen ajan. Tämä tuki toimintakyvyn kehitystä kaikilla sen osa-alueilla.

*Mut sit just tää et ne tuo jumppavälineitä ja kysy oot sie jumpannu, oot sie käynny ulkoilemas, mitäs ohjeita se terapeutti on nyt sulle antanu tänne kotii. Nii ne tekee niitä yhdessä, et niiku tsemppaa ihan mahottomasti ja ne on totta kai heille tärkeitä, koska ne on ne lähimmät ihmiset.*

### **10.5 Fysioterapeuttien kokemus pitkäkestoisesta kotikuntoutuksesta**

Kysyttäessä fysioterapeuteilta heidän kokemuksiaan pitkäkestoisesta kotikuntoutuksesta HRO-potilailla nousi esiin neljä kategoriaa. Näitä olivat: fysioterapeutin henkilökohtainen tuntemus, ammatillinen suuntautuminen ja yhteistyö, pitkäkestoisuudella vaikuttavuutta ja kotona tapahtuvan kuntoutuksen edut.

Fysioterapeuttien henkilökohtaiset tuntemukset kuntoutusprosessista nousivat haastatteluissa esiin positiivisessa valossa. Fysioterapeutit kokivat pitkäkestoisen kotikuntoutuksen olevan erittäin tärkeää HRO-kuntoutujilla. Fysioterapeutit kuvailivat omia tuntemuksiaan kuntoutusprosessista huikeana, upeana sekä palkitsevana kokemuksena. Kuntoutujat olivat avoimia päästäessään fysioterapeutin kotiinsa, omaan elinpiiriinsä. Fysioterapeutit kokivat, että heistä tuli ikään kuin perheenjäseniä kuntoutuksen aikana, niin tiivistä yhteistyötä kuntoutusprosessi vaati. Osalle fysioterapeuteista oli yllätys, miten säännöllisellä ja progressiivisesti etenevällä kuntoutuksella voitiin päästä niin hyviin tuloksiin vielä iäkäänäkin.

*Miusta aivan upee siis kokemus. Mie oon ite geriatriseen fysioterapiaa erikoistunu, ni tää jotenki viel toi konkreettisemmin esiin se, et mitä tällä työllä voi saada aikaan ikäihmisten kanssa. Et tavallaa, vaik ois se yskymppinen tai ysikasi, et ku se ei oo se juttu, et on mittaris luvut täys, että sillä pystyttiin oikeesti sen ihmisen elämänlaatu lisäämään, kipuja vähemmän tai tämmöstä.*

Ammatillinen suuntautuminen ja yhteistyö nousivat vahvasti esiin haastatteluissa. Tärkeäksi koettiin, että fysioterapeutti oli aidosti kiinnostunut ja opiskellut lisää ikääntyneiden kuntoutuksesta. Tärkeiksi nousivat ymmärrys kuntoutujan

kokonaistilanteesta, monipuolinen tietämys ravitsemuksesta sekä lääkityksestä ja sairauksista. Fysioterapeutti on lääkinnällisen kuntoutuksen ammattilainen ja siksi oikea henkilö koulutuksen puolesta suunnittelemaan sekä toteuttamaan kotikuntoutusta. Pohdittiin myös, että mikäli kuntoutusta toteuttaisi jokin muu ammattiryhmä, tulisi fysioterapeutin kuitenkin olla taustalla vahvasti mukana. Tällaisessa tapauksessa fysioterapeutti kartoittaisi kuntoutujan alkutilanteen, suunnittelisi yhdessä asiakkaan kanssa kuntoutuksen tavoitteet ja ohjaisi harjoitusohjelman sitä toteuttavalle taholle. Fysioterapeutti toteuttaisi asiakkaan fyysisen toimintakyvyn testauksen tietyin väliajoin. Itse liikeharjoitteiden ohjauksen voisi mahdollisesti toteuttaa muukin ammattiryhmä.

*No kylhän se alkutilanteen kartottaminen ja sitten sen hoitosuunnitelman laatiminen ja kaikki tää, nii kyl se tarvitaa miu mielestä sitä fysioterapeutin ammattitaitoa ja näkemystä ja tietoa. Mutta sitten toki jatkon voi fysioterapeutti ohjata jonkuun tekemään, ohjeistaa, et mitä tehdään ja olla sit tämmöne kontrolloiva henkilö. Ei sitte enää, jos on selvät ohjeet liikkeistä ja miten edetään ni kyllä sen osaa sitten joku muukin tehä ku fysioterapeutti. Mut kyl fysioterapeutti on tämmöne kontrolloiva siinä kuiteki takana. Ja sitte just jos progressiota lisätään, ni siinä tarvitaan myös sitä fysioterapeutin näkemystä ja taitoa niissä testeissä ja kaikessa.*

Useaan otteeseen vastauksissa korostettiin tiiviin yhteistyön merkitystä omaisten kanssa sekä moniammatillisuutta ravitsemusterapeutin, toimintaterapeutin sekä kotihoidon henkilöstön kanssa. Koettiin, että kuntoutujan motivoitumisen kannalta omaisten tuki ja kannustus olivat kuntoutujalle vielä tärkeämpiä kuin fysioterapeutin antama palaute. Tämä tuli esiin myös kysyttäessä terapian vaikuttavuudesta sekä toimintakyvyn vaikuttavista tekijöistä. Koettiin, että kaksi kertaa viikossa fysioterapeutin kanssa toteutettuna kuntoutus edistyi hitaasti. Omaisten ja hoitohenkilöstön mukanaolo liikkumiseen kannustamisessa sekä ruokavalion tukemisessa olivat hyvin tärkeitä fysioterapeutin käyntien välillä. Tärkeänä pidettiin sitä, että hoitohenkilökunta kannustaisi käynneillään kuntoutujaa liikkumaan sekä tekemään harjoitteita. Omaisten apu ravitsemuksen hoidossa koettiin oleelliseksi asiaksi, koska usein omaiset huolehtivat kauppa-asioinnin.

*Me nyt ostettii mummolle uuet kengät. Omaiset niinku osti, et nyt se pääsee ulos, et eihän hänellä oo ollukkaa tosissaa talvikenkiä.*

*Ravinto on ihan nollissa. Et joku omainen ku vaikka lähti tukemaan sitä tosi napakasti ja otti asiakseen, ni tavallaa se koko paketti tulee sieltä paremmin. Että myös ikäihmisten taustojen merkitys oli täs kohtaa, mitä huomaa, että tuliko sitä tukee sieltä omaisilta minkä verran.*

*Tähä ruokapuolee, siin se niiku näytteli. Mie ainaki ite huomasiin, et siihen vaikuttaminen, että pysty niinku olemaan omaisten kans tekemis, jotka tuo sitä ruokaa. Tällee ni se sujui jotenki paremmin. Voin luottaa siihen, että siel otetaa myös tää puoli huomioon nyt erityisesti.*

Pitkäkestoisuus koettiin oleelliseksi HRO-kuntoutujan kotikuntoutuksessa. Haastatellut fysioterapeutit olivat yksimielisiä siitä, että lyhytaikaisella kotikuntoutuksella ei olisi saatu aikaan niin hyviä tuloksia kuin vuoden kestäväällä. Vastauksista kävi selkeästi ilmi, että puoli vuotta olisi ollut HRO-kuntoutujan kohdalla liian lyhyt aika fyysisen toimintakyvyn korjaantumiselle. Eräs fysioterapeuteista huomasi 10 kuukautta olevan sellainen rajapyykki, johon asti kuntoutujan fyysinen toimintakyky kehittyi, tämän jälkeen edistyminen oli hyvin hidasta ja saattoi jopa pysähtyä siihen. Toisaalta useampi fysioterapeutti kertoi, että kotona käytettävät painot loppuivat välillä kesken. Kuntoutuksen pitkäkestoisuudesta huomattiin olevan hyötyä myös sellaisissa tilanteissa, joissa kuntoutujan elämään tuli takapakkeja. Tällöin toimintakyky saattoi mennä hetkellisesti alaspäin, mutta takapakkien kohdatessa oli mahdollisuus muokata harjoitteita tilanteeseen sopiviksi. Säännölliset, ohjatut kuntoutuskäynnit vähintään kaksi kertaa viikossa olivat fysioterapeuttien mielestä tärkeitä HRO-kuntoutujilla, koska itsenäinen harjoitteiden tekeminen saattoi muodostua haastavaksi varsinkin, mikäli kuntoutujalla oli muistisairaus.

*Ei niillä saa lyhyellä ajalla miun näkemyksen mukaan aikaseksi mitää. Siin pistetää aika usein sitä ruokavaliota uusiks. Riippuen siit, paljo on kaatumisia ja semmosta niinku heiveröisyyttä, just sitä haurautta sinne tullu jo.*

Koska HRO-kuntoutujan fyysisessä toimintakyvyssä oli tapahtunut laskua, ei itsenäinen liikkuminen useinkaan tuntunut turvalliselta. Kotona tapahtuvan kuntoutuksen etuina koettiin nimenomaan se, että harjoitteet voitiin suunnitella toiminnallisiksi asiakkaan omaan ympäristöön. Kotona tapahtuvalla kuntoutuksella voitiin konkreettisesti vaikuttaa asiakkaan toimintakykyyn, hänelle haasteellisilla alueilla. Kotona käydessä voitiin paremmin vaikuttaa myös ravitsemukseen, yhdessä jääkaappia tutkimalla. Koettiin myös, että nimenomaan kotona tehtävä kuntoutus toi konkreettisesti esiin kuntoutustyön hyödyt tässä kuntoutujien koh-

deryhmässä. Fysioterapeutit kokivat, että kuntoutujalle pystyttiin kotona selkeästi perustelemaan harjoitteiden merkitys, kuten alaraajojen lihasvoiman ja tasapainon tärkeys päivittäisten toimintojen onnistumisen kannalta.

*Se, et sä laitat niiku ravitsemuksen kuntoon, sit sä alat harjottelemaan tiettyl tavalla. Vaik sä et harjotteliskaan, ku pelkästää sen terapeutin kans, ni seki menee jo hissukseen eteenpäin. Mut siin on sit just tää ravitsemuksen ja fyysisen rasituksen ristiriita. Saadaaks se tasapainoon, et oikeest niiku lihakset alkaa kehittymään, vaik sä syöt tosi vähän. Tavallaa ei voida harjotella, jos et sä oo syöny.*

## **11 Yhteenveto ja pohdinta**

Tässä opinnäytetyössä selvitettiin, millaisia olivat fysioterapeuttien kokemukset pitkäaikaisesta kotikuntoutuksesta HRO-potilailla Eksoten KauKoiKÄ-hankkeessa.

### **Toimintakykyä edistävät tekijät**

Fysioterapeuttien kokemuksen mukaan asiakkaan toimintakykyä edistää, jos fysioterapeutti on ammattitaitoinen ja suuntautunut ikääntyneisiin. Fysioterapeutin kannustava rooli on tärkeää kuntoutusprosessissa, jotta asiakasta voidaan tukea myös vastoinikäymisten kohdatessa. Kuntoutustyö on jatkuvaa tilanteen kartoittamista ja tilanteen tasalla pysymistä. Fysioterapeutti on kuntoutuksessa asiakasta varten ja edistää asiakkaan toimintakykyä välillisesti omalla asennoitumisellaan. Fysioterapeutin tulee työskennellä moniammatillisessa yhteistyössä hoitohenkilöstön sekä omaisten kanssa, jotta asiakkaan toimintakyvyn edistymistä voidaan tukea monesta suunnasta parhaalla mahdollisella tavalla.

Kuntoutujan oma rooli kuntoutuksen edistymisessä on myös merkittävä. Toimintakyvyn kehittyminen vaatii kuntoutujalta valtavaa sitoutumista ja luottamusta fysioterapeuttiin. Kuntoutujalle voi tavoitteiden asettaminen olla joskus vaikeaa. Tavoitteita täytyy kuitenkin uskaltaa itselleen asettaa, jotta kuntoutumiselle tulee päämäärä. Vuoden kestävä kuntoutus on pitkä ja vaatii kurinalaista sitoutumista, jotta toimintakyky kehittyy. Fysioterapeutin ja asiakkaan suhde voi vaikuttaa kuntoutuksen etenemiseen joko edistävästi tai heikentävästi. Kuntoutujan oma

motivoituminen harjoitteluun on avainasemassa. Kuntoutuja joutuu kohtaamaan oman toimintakykynsä, sen heikkoudet sekä vahvuudet ja motivoitua rakentamaan sitä joskus hyvinkin heikolta tasolta. Sisäinen motivaatio pitää lähteä kuntoutujasta itsestään. Fysioterapeutti voi tukea sitä ulkoisesti, mutta harjoittelu kuntoutujan on tehtävä itse. Tavoitteet voivat tukea motivoitumista harjoitteluun, kunhan ne ovat konkreettisia ja saavutettavissa olevia. Tavoite harjoittelulle on tärkeä asettaa myös siksi, että edistymistä voidaan seurata. Onnistumiset lisäävät motivoitumista harjoitteluun. Positiivisen palautteen saaminen omaisilta tukee kuntoutujan etenemistä omissa tavoitteissaan.

Holopainen & Keskilä 2014 pro gradu -tutkielmassaan nostavat esiin kolme fysioterapeuttisen ohjauksen tärkeää kategoriaa, jotka ovat: asiantuntijalähtöinen fysioterapeuttinen ohjaus, yksilöllisyyttä arvostava fysioterapeuttinen ohjaus sekä fysioterapeuttinen ohjaus osana potilaan kuntoutumista. Nämä näkyvät selkeästi myös tässä opinnäytetyössä tehdyissä haastatteluissa. Kuntoutujan sekä hänen lähipiirinsä monipuolinen huomioiminen nousivat niin ikään tärkeiksi osa-alueiksi. Holopainen & Keskilä totesivat tällaisen ohjausmallin tukevan kuntoutujan omaa aktiivisuutta ja osallistumisen kuntoutumisprosessin suunnitteluun.

### **Toimintakykyä heikentävät tekijät**

Asiakkaan toimintakykyyn voi vaikuttaa heikentävästi, jos fysioterapeutti ei tee työtään huolellisesti. Fysioterapeutti saattaa omalla huonolla asennoitumisellaan muuttaa asiakkaan asennetta ja motivaatiota kuntoutusta kohtaan. Kuntoutuksen aikana voi tulla takapakkeja, jotka voivat vaikuttaa kuntoutuksen eteneeseen. Fysioterapeutin tulee omalla asenteellaan muuttaa heikkoudet vahvuuksiksi. Moniammatillisen yhteistyön puute voi ajaa siihen, että ammattihenkilöt eivät ole tietoisia toistensa tekemästä työstä kuntoutujan hyväksi.

Asiakkaalla saattaa olla esteitä tai ennakkokäsityksiä omasta kyvystään tehdä asioita, mitkä johtavat siihen, että asennoituminen kuntoutukseen voi olla alhainen. Huonot ravintotottumukset tai syömättömyys vaikuttavat siihen, ettei kuntoutuja jaksa tehdä harjoitteita ja edistymistä ei tapahdu. Muistisairaus ja kuntoutusjakson aikana tapahtuva sairastuminen heikentävät toimintakykyä ja ai-

heuttavat sen, ettei asiakas pysty ottaa samalla tavalla vastuuta asioista. Asiakkaan varautuneisuus kuntoutukseen vaikeuttaa fysioterapeutin työtä ja vaikuttaa asiakkaan mahdollisuuksiin kuntoutua. Kuntoutujan korkealla iällä saattaa olla heikentävää vaikutusta toimintakyvyn kehitykseen, koska sairastumisriski ja muistisairaudet lisääntyvät iän karttuessa. Asiakkaan omassa elämässä olevat murheet ja menetykset vievät yleensä toimintakykyä alaspäin. Havainnointi- ja keskittymiskyvyn puute vaikuttavat jokapäiväiseen kanssakäymiseen ja elämässä selviytymiseen.

Wallin (2009) korostaa tutkimuksessaan, että masentuneen ja lievän motivaation omaavien asiakkaiden kohdalle tulee erityisesti huomioida asiakaslähtöisyys, läsnäolo ja kosketus. Myös tässä tutkimuksessa tuli ilmi läsnäolo ja asiakaslähtöisyys terapiatilanteessa lievän motivaation omaavien asiakkaiden kanssa, erityisryhmänä muistisairaat. Fysioterapeutin tulee olla läsnä jokaisen asiakkaan kanssa. Jokainen asiakas on oma yksilönsä. Parantaakseen heikosti motivoituneen asiakkaan asennetta tulee näitä tekijöitä korostaa. Asiakas aistii, jos terapeutti ei ole läsnä. Tällöin jo valmiiksi vain lievästi motivoitunut asiakas voi menettää hetkessä kiinnostuksensa terapiaan. Mikäli fysioterapeutti ei ole tilanteen tasalla, voi hän toiminnallaan aiheuttaa myös vaaratilanteen. Kaikki tutkimuksessa kyseisillä fysioterapeuteilla olleet kuntoutujat olivat suurimman osan kuntoutusjaksosta motivoituneita, vaikka takapakkeja välillä tulikin.

### **Kokemus pitkäkestoisesta kotikuntoutuksesta HRO-potilailla**

Tulosten perusteella kokemus HRO-potilaiden pitkäkestoisesta kotikuntoutuksesta on positiivinen ja hyvä. Fysioterapeutin rooli on merkittävä. Kuten Jokirantakin (2017) pro gradussaan on saanut tulokseksi, myös tässä opinnäytetyössä käy ilmi moniammatillisen yhteistyön merkitys kotikuntoutuksen laadun takaamiseksi. Tulosten perusteella voidaan tehdä myös johtopäätös, että kuntoutuksen tulisi olla vielä moniammatillisempaa. Kuntouttavaan tahoon voisivat kuulua fysioterapeutin lisäksi vielä ravitsemus- ja toimintaterapeutti. Mikäli yhteistyössä on mukana myös hoitohenkilöstö, on kuntouttavan hoitotyön merkitys oleellinen. Ravitsemuksen tärkeydestä ja haasteellisuudesta johtuen myös hoitohenkilöstön tai omaisten merkitys kuntoutuksen tuloksellisuuden takaamiseksi on tärkeää. Fysioterapeutin tulee olla ammattitaitoinen ja erityisesti ikääntyneiden kun-

toutukseen suuntautunut. Tällä taataan, että fysioterapeutti ymmärtää riittävän hyvin ikääntymisen tuomat muutokset sekä sairauksien ja lääkityksen merkityksen toimintakykyyn.

Pitkän kuntoutusjakson aikana asiakkaan ja fysioterapeutin suhde muodostuu tiiviiksi, näin kuntoutusote on asiakaslähtöistä. Asiakaslähtöisyys on samansuuntainen tulos, kuin Jokirannan (2017) saama tulos pro gradu -tutkimuksessaan. Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan kunnioittaminen korostuvat erityisesti muistisairaiden henkilöiden kuntoutuksessa, sillä heidän kohdallaan fysioterapeutin vastuu kasvaa.

Fysioterapeutit kertovat erityisesti omaisten ja asiakkaan yhteistyön merkityksestä. He kokevat omaisten mukanaolon ja tuen, esimerkiksi huolehtimalla ravitsemuksesta ja hyvälaatuisesta ruoasta, tekevän kuntoutuksesta tehokkaampaa. Fysioterapeuteilta ammattihenkilönä odotetaan kannustavaa otetta. Tärkeämpää kuitenkin on läheisten huomaama muutos kuntoutujan toimintakyvyssä, arjen askareiden hoitamisessa. Kun omaiset ottavat HRO-potilaan mukaan tapahtumiin ja vievät ulkoilemaan, tukee ja edistää se kuntoutumista paremmin kuin pelkkä harjoittelu fysioterapeutin ohjaamana. Omaisten tuki on myös konkreettista, he hankkivat kunnolliset talvikengät, tuovat kuntoiluvälineitä ja huolehtivat syömisestä. Yhdessä omaisten kanssa tekeminen kannustaa ja innostaa asiakasta tekemään ja liikkumaan enemmän.

Fysioterapeuttien kokemuksen mukaan kuntoutus HRO-potilaan omassa ympäristössä on erityisen tärkeää. Toimipisteellä ei pystytä simuloimaan todellisia tilanteita riittävän hyvin. Lisäksi esteenä voi olla, ettei kuntoutuja yksinkertaisesti pääse pois kotoa, jolloin kuntoutus on luontevaa aloittaa ja tehdä kotona. Tuloksista käy myös ilmi, että kotona käytettävät painot loppuivat välillä kesken. Näissä tilanteissa voisi harkita kuntoutuksen siirtämistä toimipisteelle, kuntosalille tai vastaavaan tilaan, jotta harjoittelua voisi jatkaa turvallisesti progressiivisuuden kärsimättä.

Haastattelujen tuloksia tarkasteltaessa voidaan tehdä johtopäätös, että kokonaisvaltaisemman kuntoutuksen kannalta on merkitsevää, että kuntoutusjakso on riittävän pitkä. Tällöin päästään perehtymään syvemmin ja kokonaisvaltai-

semmin kuntoutujan elämään. Myöskään vastoinkäymiset eivät tällöin pääse haittaamaan liiaksi kuntoutuksen tuloksellisuutta.

### **Tutkimuksen eettiset näkökohdat**

Kuten Helsingin julistuksessa on sovittu, haastateltavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti. Tutkittaville lähetettiin sähköpostitse ennakkoon saatekirje (liite 1), josta he saivat tietoa tutkimuksesta. Haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen (liite 2) ennen haastattelua. Heillä oli myös mahdollisuus keskeyttää haastattelu ja vetäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa, mikäli niin kokivat. Tutkimukseen osallistuneiden fysioterapeuttien henkilöllisyys sekä yritykset, joissa he työskentelevät, eivät tulleet julki missään tutkimuksen vaiheessa. Kaikkia haastateltavia on haastateltu samoin teemahaastattelun kysymyksin ja kaikki ovat saaneet kertoa kokemuksistaan vapaasti ja käyttää itselleen sopivaksi kokemansa ajan kokemusten kertomiseen. (Lääkäriliitto 2017.)

Suostumuksen pyytämisen yhteydessä toimitettiin fysioterapeuteille tarvittavat tiedot tutkimuksesta ja halutessaan heillä oli mahdollisuus saada lisätietoa tai perehtyä tutkimussuunnitelmaan. Missään tutkimuksen vaiheessa ei käynyt ilmi asiakkaiden tai fysioterapeuttien henkilötietoja tai muita seikkoja, joiden pohjalta heillä oli vaara tulla yksilöidyksi. (Lääkäriliitto 2017.)

Kaikki tutkittavat henkilöt kohdattiin tasavertaisina. Haastatteluihin kutsuttavat tekivät itse päätöksen osallistumisestaan tutkimukseen. Varsinaisessa haastattelutilanteessa haastattelijat olivat vastuussa siitä, että kaikilla oli yhtäläinen mahdollisuus tuoda julki kantansa aiheeseen. (Kulju, Lähteenmäki, Mesiäinen, Myyryläinen & Rautonen 2014; Kylmä & Juvakka 2014, 84-85.)

Haastattelutilanteessa painotettiin avoimuutta ja rehellisyyttä mahdollisimman todenmukaisen tiedon saamiseksi. Vaikka aiheita ei koettu kovinkaan araksi tai sensitiiviseksi, tuli ymmärtää ja huomioida, ettei aiemman tutkimustiedon puutteesta johtuen aiheesta tiedetty etukäteen riittävästi. Voi siis olla, että haastateltavien kokemus aiheesta oli herkempi kuin oletamus. Pitämällä haastattelurunгон mahdollisimman avoimena, pystyttiin välttämään tilanne, jossa haastattelija

olisi johdatellut tai manipuloinut haastateltavia. (Kylmä & Juvakka 2014, 78, 144-145, 151.)

Haastattelujen analysointivaiheessa pyrittiin toimimaan mahdollisimman avoimin mielin ja objektiivisesti. Haastattelujen tulokset tuotiin mahdollisimman autenttisesti julki, kuitenkin edelleen haastateltavien yksityisyyttä suojellen. (Kylmä & Juvakka 2014, 155.)

### **Tulosten luotettavuuteen vaikuttavat tekijät**

Koska haastatteluihin osallistui vain pieni joukko kuntoutusta KauKoiKÄ-hankkeessa toteuttaneista fysioterapeuteista, ei opinnäytetyöstä saatuja tuloksia voida yleistää. Haastatteluista saadut tulokset kuvaavat kuitenkin kolmen fysioterapeutin kokemuksia pitkäaikaisesta kotikuntoutuksesta HRO-kuntoutujilla KauKoiKÄ-hankkeessa.

Haastatteluista saatu materiaali on käsitelty objektiivisesti, eikä materiaalista litterointivaiheessa jätetty mitään pois. Koska haastatteluja ei videoitu, ei sanatonta viestintää ja eleitä ole aineistossa käsitelty. Äänenpainot on kuitenkin huomioitu sanojen merkityksissä. Haastatteluista saadut tulokset ovat myös saman suuntaisia kuin aiemmin kotikuntoutusta käsittelevien tutkimusten tulokset, mikä lisää tämän tutkimuksen luotettavuutta.

### **Jatkotutkimusaiheet**

Haastatteluista kumpusi myös ihmettelyä ja kysymyksiä, joita voisi tutkia ja pohdita tulevaisuudessa lisää. Erityisesti moniammatillisuus vielä laajemmin kotikuntoutuksen yhteydessä voisi tuoda mielenkiintoisia tuloksia ikääntyneiden kuntoutuksessa. HRO-kuntoutuksessa on jo aiemmin saatu tulokseksi, että kuntoutumisen kannalta ilmeisesti vaikuttavinta on yhdistää oikeanlainen ravitseminen monipuoliseen harjoitteluun. Tätä voisi syventää ottamalla moniammatilliseen tiimiin mukaan henkilön, jonka toimenä olisi huolehtia hyvästä ja oikea-aikaisesta ravitsemuksesta koko kuntoutusjakson läpi. Eräs haastateltavista kertoi, ettei olisi kokenut huonona asiana, jos kuntoutustiimissä olisi ollut mukana myös toimintaterapeutti. Millaisia tuloksia pitkäkestoisesta kotikuntoutuksesta HRO-potilailla voitaisiin saada, jos tiimissä olisi fysioterapeutin lisäksi sekä

ravitsemusterapeutti että toimintaterapeutti, vai olisiko tässä potilaalle jopa liikaa terapointia? Toisaalta olisi mielenkiintoista tietää, kuinka HRO:ta voitaisiin ennaltaehkäistä kuntouttamalla pitkäkestoisesti ikääntyviä, jotka ovat olleet HRO-riskiryhmässä jo keski-iässä. Tämä vaatisi jo esimerkiksi työterveyden ja perusterveydenhuollon interventiota tai hoitohenkilökunnan puuttumista ensimmäisen kaatumisen yhteydessä. Ennaltaehkäisy saattaa siinä hetkessä olla kallista ja kustannuksia tulla, mutta olisiko siitä taloudellista hyötyä yhteiskunnalle pidemmällä aikavälillä?

## **Kuvat**

Kuva 1. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, s. 9

Kuva 2. Boråsin kotikuntoutusmalli Eksoten mukailemana, s. 13

## Lähteet

Allen-Oikari, L. 2018. Tampere. Sosiaali- ja terveystalvetut. Ikäihmisten palvelut. Kotona asuvalle. Palveluja kotona asuvalle. Kotikuntoutus. [www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihminen-palvelut/kotona-asuvalle/palvelut/kotikuntoutus.html](http://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaihminen-palvelut/kotona-asuvalle/palvelut/kotikuntoutus.html). Luettu 16.6.2018.

Azzopardi, R.V., Vermeiren, S., Gorus, E., Habbig, A.K., Petrovic, M., Van Den Noortgate, N., De Vriendt, P., Bautmans, I. & Beyer, I. 2016. Linkin frailty instruments to the International Classification of Functioning, Disability, and Health: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association* 17 (11), 1066.e1-1066.e11. [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861016303012?via%3Dihub](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861016303012?via%3Dihub). Luettu 10.11.2017.

Chen, X., Mao, G. & Leng, S.X. 2014. Frailty syndrome: an overview. *Clinical Interventions in Aging* 9, 433-441. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24672230](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24672230). Luettu 10.11.2017.

Eksote 2017. Etelä-Karjalan Sosiaali- ja terveystalvetut. Terveystalvetut. Kotikuntoutus. Kotikuntoutus ja asumisen tuki. [www.eksote.fi/terveyspalvelut/kotikuntoutus/Sivut/default.aspx](http://www.eksote.fi/terveyspalvelut/kotikuntoutus/Sivut/default.aspx). Luettu 9.11.2017.

Era, P., Grönlund, R. & Pikkarainen, A. 2011. Gerontologinen kuntoutus. <http://kuntoutusportti.fi/tutkimus/>. Luettu 31.7.2017.

Fairhall, N., Sherrington, C., Kurrle, S.E., Lord, S.R. & Cameron, I.D. 2011. ICF Participation restriction in common in frail, community-dwelling older people: an observational cross-sectional study. *Physiotherapy* 97 (1), 26-32. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21295235](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21295235). Luettu 10.11.2017.

Fried, L., Tangen, C., Walston, J., Newman, A., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W., Burke, G. & McBurnie, A. 2001. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 56A, No.3, M146-M156. <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/56/3/M146/545770>. Luettu 30.11.2017.

Helminen, V., Vesala, S., Rehunen, A., Strandell, A., Reimi P. & Priha, A. 2017. Ikäntyneiden asuinpaikat nyt ja tulevaisuudessa. Suomen ympäristökeskuksen raportteja 20/2017, 19-21. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/195072/SYKEra\\_20\\_2017.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/195072/SYKEra_20_2017.pdf?sequence=1). Luettu 24.5.2018.

Holopainen, R. & Keskilä, A. 2014. "Tutkat päällä" Fysioterapeuttien käsityksiä lonkan tekonivelleikkauksen jälkeisestä fysioterapeuttisesta ohjauksesta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44862/URN-NBN-fi-jyu-201412123491.pdf?sequence=4>. Luettu 1.10.2017.

Hupli, M., Kärmeniemi, P., Suikkanen, S., Kukkonen-Harjula, K., Pitkälä, K., Sipilä, S. & Kääriä, S. 2014. Tutkimussuunnitelma KauKolkÄ –hanke. Eksote.

ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 6. painos. [www.julkari.fi/handle/10024/77744](http://www.julkari.fi/handle/10024/77744). Luettu 10.11.2017.

Jokiranta, L. 2017. Ikääntyneiden moniammatillisen kuntoutuksen merkityksiä työntekijöille. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu – tutkielma. <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/54549#>. Luettu 1.10.2017.

Koivukangas, M., Strandberg, T., Leskinen, R., Keinänen-Kiukaanniemi, S. & Antikainen, R. 2017. Vanhuksen gerastenia – tunnista riskipotilas. Suomen Lääkärilehti 7/2017, 425-430.

Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012. 100-101, 216-217, 134-136, 139-140. [www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068\\_2012\\_netti.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1). Luettu 4.10.2017.

Kulmala, J., Nykänen, I., Mänty, M. & Hartikainen, S. 2014. Association between Frailty and Dementia: a Population-Based Study. Gerontology 60, 16-21. [www.karger.com/Article/Abstract/353859](http://www.karger.com/Article/Abstract/353859). Luettu 9.11.2017.

Kulju, K., Lähteenmäki, M-L., Mesiäinen, H., Myyryläinen, R. & Rautonen, A. 2014. Fysioterapeuttien eettiset ohjeet. Suomen Fysioterapeutit. [www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/materiaalisalkku/hyvae-fysioterapiakaeytaentoe/eettiset-ohjeet/318-fysioterapeutin-eettiset-ohjeet-2014/file](http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/materiaalisalkku/hyvae-fysioterapiakaeytaentoe/eettiset-ohjeet/318-fysioterapeutin-eettiset-ohjeet-2014/file). Luettu 5.10.2017.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. Porvoo: Edita Publishing Oy.

Kärmeniemi, P., Projektipäällikkö, tutkija & Suikkanen, S. Tutkimusfysioterapeutti, tutkija. Eksote. Lappeenranta. Haastattelu 20.02.2017.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06\\_2017\\_Laatusuositusjulkaisu\\_fi\\_kansilla.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf). Luettu 12.5.2018.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. 2012/980. Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Luettu 31.7.2017.

Lehmus, R. 2015. Kotikuntoutus Eksotessa 2010-2015. Kuntoutus ikääntyneen tukena palvelupolun joka vaiheessa. Esittelymateriaali. Eksote. [www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/82274\\_78826\\_Lehmus\\_Peurunka3.pdf](http://www.jyvaskyla.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/jyvaskyla/embeds/jyvaskylawwwstructure/82274_78826_Lehmus_Peurunka3.pdf). Luettu 31.7.2017.

Lehmus, R. 2017. Kotikuntoutus Eksotessa. Kuntoutus ikääntyneen tukena palvelupolun joka vaiheessa. Esittelymateriaali. Eksote. <http://docplayer.fi/49007463-Kotikuntoutus-eksotessa.html>. Luettu 24.5.2018.

Liikunta 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito – johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi). Luettu 14.9.2017.

Liu, J. 2017. The severity and associated factors of participation restriction among community-dwelling frail older people: an application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO-ICF). *BMC Geriatrics* 17:43. <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0422-7>. Luettu 10.11.2017.

Lääkäriliitto 2017. Lääkäriliiton toiminta. Lääkärin etiikka. Helsingin julistus. [www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/](http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/). Luettu 3.10.2017.

Makizako, H., Shimada, H., Tsutsumimoto, K., Lee, S., Doi, T., Nakakubo, S., Hotta, R. & Suzuki, T. 2015. Social Frailty in Community-Dwelling older adults as a risk factor for disability. *Journal of the American Medical Directors Association* 11, 1003.e7-1003.e11. [www.jamda.com/article/S1525-8610\(15\)00563-0/fulltext](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(15)00563-0/fulltext). Luettu 30.10.2017.

Mhaolain, M., Fan, CW., Romero-Ortuno, R., Cogan, L., Cunningham, C., Kenny, RA. & Lawlor, B. 2012. Frailty, depression and anxiety in later life. *International Psychogeriatrics* 8, 1265-1274. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22333477](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22333477). Luettu 7.11.2017.

Milte, R. & Crotty, M. 2014. Musculoskeletal health, frailty and functional decline. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 28, 395-410. [www.bprclinrheum.com/article/S1521-6942\(14\)00078-3/fulltext](http://www.bprclinrheum.com/article/S1521-6942(14)00078-3/fulltext). Luettu 14.9.2017.

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. Helsingin kaupunki, Sosiaali- ja terveystoimen, 13. [www.hel.fi/static/sote/julkaisut/kotikuntoutus-loppuraportti-160422.pdf](http://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/kotikuntoutus-loppuraportti-160422.pdf). Luettu 15.9.2017.

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) *Geriatría*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 438-455.

Ranner, M., von Koch, L., Guidetti, S. & Tham, K. 2015. Client-centred ADL intervention after stroke: Occupational therapists' experiences. *Scandinavian*

Journal of Occupational Therapy 23 (2), 81-90.  
[www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/11038128.2015.1115549](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/11038128.2015.1115549). Luettu 8.11.2017.

Searle, S.D. & Rockwood, K. 2015. Frailty and the risk of cognitive impairment. *Alzheimer's research & therapy* 7:54.  
[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4523015/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4523015/). Luettu 30.10.2017.

Sievänen, H. 2011. Liikkumattomuus lisää lonkkamurtumariskiä, UKK-instituutti. 13-14. [www.ukkinstituutti.fi/filebank/621-terveysliikunta uutiset2011.pdf](http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/621-terveysliikunta uutiset2011.pdf). Luettu 4.8.2017.

Sievänen, H., Karinkanta, S., Tokola, K., Pajala, S., Vasankari, T. & Kaikkonen, R. 2013. Iäkkäiden toimintakyky, liikkuminen ja kaatumiset Suomessa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*.  
[www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116072/URN\\_ISBN\\_978-952-302-205-8.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116072/URN_ISBN_978-952-302-205-8.pdf?sequence=1). Luettu 1.8.2017.

Sipilä, S., Salpakoski, A., Edgren, J., Heinonen, A., Kauppinen, M., Arkela-Kautiainen, M., Sihvonen, S., Pesola, M., Rantanen, T. & Kallinen, M. 2011. Promoting mobility after hip fracture (ProMo): study protocol and selected baseline results of a year-long randomized controlled trial among community-dwelling older people. *BMC Musculoskeletal Disord* 12:227.  
[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3295703/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3295703/). Luettu 1.12.2017.

Soite 2017. Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystyöryhmä. Hoito ja hoiva: Ennakoivat avopalvelut ja palveluiden kriteerit.  
[www.soite.fi/sivu/media/Ennakoivat\\_avopalvelut\\_ja\\_kriteerit.pdf/format-pdf](http://www.soite.fi/sivu/media/Ennakoivat_avopalvelut_ja_kriteerit.pdf/format-pdf). Luettu 4.10.2017.

STM 2017a. Sosiaali- ja terveysministeriö. Iäkkäiden palvelut. Ehkäisevät palvelut iäkkäille ihmisille. <http://stm.fi/ikaantyneiden-ehkaisetvat-palvelut>. Luettu 12.5.2018.

STM 2017b. Sosiaali- ja terveysministeriö. Iäkkäiden palvelut.  
<http://stm.fi/iakkaiden-palvelut>. Luettu 12.5.2018.

Strandberg, T., Viitanen, M., Rantanen, T. & Pitkälä, K. 2006. Vanhuksen hauraus-raihnausoireyhtymä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*.  
[www.duodecimlehti.fi/lehti/2006/12/duo95803](http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2006/12/duo95803). Luettu 14.9.2017.

Strandberg, T.E., Pitkälä, K.H. & Tilvis, R.S. 2011. Frailty in older people. *European Geriatric Medicine* 2, 344-355.  
[www.europeangeriatricmedicine.com/article/S1878-7649\(11\)00190-2/abstract](http://www.europeangeriatricmedicine.com/article/S1878-7649(11)00190-2/abstract). Luettu 14.9.2017.

Tepponen, M. 2015. Eksoten kotikuntoutusmalli ja ikääntyneiden kotona asumisen tukeminen. [www.ymparisto.fi/download/noname/%7B8D9AB35A-736A-4DFC-8D84-606672BDD00B%7D/114705](http://www.ymparisto.fi/download/noname/%7B8D9AB35A-736A-4DFC-8D84-606672BDD00B%7D/114705). Luettu 15.9.2017.

THL 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. TOIMIA - Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. [www.thl.fi/toimia/tietokanta/](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/). Luettu 14.9.2017.

THL 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Aiheet. Mitä toimintakyky on? Toimintakyvyn ulottuvuudet. [www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakykyon/toimintakyvy-olottuvuudet](http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakykyon/toimintakyvy-olottuvuudet). Luettu 1.8.2017.

Tikkanen, P. 2015. Physical Functioning among Community-Dwelling Older People. Dissertations in health sciences. Publications of the University of Eastern Finland. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1733-1/urn\\_isbn\\_978-952-61-1733-1.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1733-1/urn_isbn_978-952-61-1733-1.pdf). Luettu 28.10.2017.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi. Gummerrus Kirjapaino Oy.

Wallin, M. 2009. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 103 Community-dwelling older people in inpatient rehabilitation, 36-37. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/7937/Tutkimuksia103.pdf?sequence=2>. Luettu 1.10.2017.

Vermeulen, J., Neyens, J. CL., Van Rossum, E., Spreeuwenberg, M. D. & De Witte, L. P. 2011. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: a systematic review. *BMC Geriatrics* 11:33. <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-11-33>. Luettu 30.10.2017



## Saatekirje

Sosiaali- ja terveysala

Hyvä tutkimukseen osallistuja,

Olemme Saimaan ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelijoita ja teemme opinnäytetyönämme tutkimusta fysioterapeuttien kokemuksista hauraus-raihnausoireyhtymän pitkäaikaisesta kotikuntoutuksesta. Haastattelemme 2018 alkuvuoden aikana fysioterapeutteja, jotka ovat osallistuneet Eksoten KauKolkÄ-hankkeessa kuntoutuksen toteuttamiseen. Opinnäytetyömme pohjaa Eksoten KauKolkÄ-hankkeeseen ja hanketta toteuttavilla tutkijoilla on mahdollista käyttää opinnäytetyöstämme saatavia tuloksia kotikuntoutuksen kehittämiseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaiset tekijät fysioterapeuttien kokemuksen mukaan vaikuttavat HRO:n pitkäaikaisessa kotikuntoutuksessa. Haluamme opinnäytetyössämme saada kokemuksia kotikuntoutuksesta fysioterapeuttien näkökulmasta.

Toivomme teidän osallistuvan opinnäytetyömme toteuttamiseen, koska aiemmissa tutkimuksissa fysioterapeuttien näkökulmaa ei ole tuotu esille. Osallistuminen on teille täysin vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää koska tahansa. Haastatteluihin osallistuvien henkilötiedot tulevat vain meidän käyttöömme, eikä haastateltavien henkilötietoja tuoda julki tutkimusraportissa. Myöskään kuntoutuksen osallistuneiden potilaiden henkilötietoja ei käsitellä haastattelussa. Haastattelut tallennetaan nauhoittamalla ja kirjoitetaan tämän jälkeen auki. Tallenteet ja materiaalit tuhoetaan opinnäytetyöprosessin päätteeksi. Toteutamme haastattelut Saimaan ammattikorkeakoululla. Toivomme teidän varaavan aikaa ryhmähaastatteluun n. 1,5 tuntia.

Vastaamme mielellämme mahdollisiin lisäkysymyksiin sähköpostitse [etunimi.sukunimi@student.saimia.fi](mailto:etunimi.sukunimi@student.saimia.fi)

Ystävällisin terveisin

Marika Hyyryläinen  
Maarit Kolehmainen  
Elisa Vento



Sosiaali- ja terveysala

## Suostumus

### **Hauraus-raihnausoireyhtymäpotilas kotikuntoutuksen asiakkaana – Fysioterapeuttien kokemuksia**

**Marika Hyyryläinen  
Maarit Kolehmainen  
Elisa Vento**

Olen saanut riittävästi tietoa kyseisestä opinnäytetyöstä ja olen ymmärtänyt saamani tiedon. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut kysymyksiini riittävät vastaukset. Tiedän, että minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni missä tahansa vaiheessa. Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tähän opinnäytetyöhön liittyvään haastattelututkimukseen.

---

Aika ja paikka

---

fysioterapeutti

---

---

---

Opiskelija/opiskelijat

## Haastattelurunko

Haastattelussa haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten kuvailisitte fysioterapeutin roolia kotikuntoutuksen prosessissa?
2. Miten kuvailisitte asiakkaan roolia kotikuntoutuksen prosessissa?
3. Mitkä ovat kokemuksenne pitkäkestoisesta kotikuntoutuksesta HRO-potilailla?
4. Mitkä tekijät fysioterapeutin näkökulmasta vaikuttavat asiakkaan toimintakyvyn kehitykseen?
5. Mikä tekee terapiasta vaikuttavaa pitkäkestoisessa kotikuntoutuksessa?