



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Toimintakyvyn ylläpitäminen hoitajien koke- mana Lahden kaupungin kotihoidossa

Mikkola, Mia

Salonen, Satu

2011 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Toimintakyvyn ylläpitäminen hoitajien kokemana Lahden kaupungin kotihoidossa

Mikkola, Mia
Salonen, Satu
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2011

Mikkola, Mia
Salonen, Satu

Toimintakyvyn ylläpitäminen hoitajien kokemana Lahden kaupungin kotihoidossa

Vuosi	2011	Sivumäärä	44
-------	------	-----------	----

Koska vanhusväestön määrä Suomessa kasvaa jatkuvasti, tulisi terveydenhuollon voimavaroja kohdistaa ikääntyvän väestön kuntoutukseen. Tänä päivänä Suomessa on yli 65-vuotiaita jo yli 15 prosenttia väestöstä ja vuonna 2020 ennusteiden mukaan joka viides suomalainen on täyttänyt 65 vuotta. Yli 75-vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu nykyisestä. Suomi ikääntyy nopeimmin Euroopan unionin jäsenmaista. 2020- ja 30-luvulla sodan jälkeen syntyneet suuret ikäluokat ovat siinä iässä, että hoivapaineet ovat pahimmillaan.

Keskeisimpiä muutoksia sosiaali- ja terveysalalla ovat viime vuosina olleet avohoidon lisääntyminen sekä kehittyminen ja laitoshoidon vähentyminen, ja tämä kehitys jatkuu edelleen. Myös ennaltaehkäisevä työ on korostunut. Sairastavuus lisääntyy ja toimintakyky heikkenee ikääntymisen myötä ja toimintakykyä tukevien palvelujen tarpeen määrä kasvaa. Siksi tavoitteena onkin ikäihmisten selviytyminen omassa elinympäristössään mahdollisimman itsenäisinä ja omatoimisinä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kotihoidon työntekijöiden toimintakykyä ylläpitävää työtä sekä hoidon laatua asiakastyössä Lahden kaupungin kotihoidossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa toimintakyvyn ylläpitämisestä ja hoidon laadusta kotihoidon henkilöstölle. Opinnäytetyön toimeksiannon saimme kotihoitopäällikkö Maren Olkkoselta.

Työntekijöiden näkemyksiä toimintakykyä ylläpitävästä työotteesta ja hoitotyön laadusta koottiin teemahaastatteluilla. Aineisto kerättiin haastattelemalla kymmentä kotihoidon työntekijää viidestä eri kotihoidon piiristä. Kuusi haastateltavista oli lähihoitajia, kolme perushoitajia ja yksi kodinhoitaja. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin sanatarkasti. Tulokset analysoitiin laadullista sisällönanalyysimenetelmää soveltaen.

Tämän aineiston tulokset osoittivat, että toimintakykyä ylläpitävää työtä toteutettiin mahdollisuuksien mukaan. Suurimmat haasteet ilmenivät ilta- ja viikonlopputyössä. Omaisten ja läheisten läsnäoloa kaivattiin enemmän. Hoidon laadun arvioinnissa tuli esiin asiakaslähtöisyys ja tyytyväisyys, myös hoitotyössä käytettävä aika ja hoidon jatkuvuus tulivat erittäin tärkeinä tekijöinä ilmi.

Asiasanat: kotihoito, toimintakyky, selviytyminen, asiakaslähtöisyys

Mikkola, Mia
Salonen, Satu

Maintaining the functional capacity of nurses in home nursing of the city of Lahti

Year	2011	Pages	44
------	------	-------	----

The number of elderly people is growing continuously in Finland, so health care's resources should be aimed to rehabilitation of aging citizens. Today 15 % of the population in Finland is over 65 years old and in the year 2020 20 % of Finns are over 65 years. The number of over 75 years old will also be doubled by that time. The growth of elderly people is faster in Finland than in any other EU country. In the 2020's and 2030's people who were born after the war will be in the age when the need of care is greatest.

Increasing and developing of outpatient care and decreasing of institutional care have been the most important changes in social and health care areas. This trend continues. The preventive work has also been emphasized. There are more health problems and decreasing of functional capacity when people get older. That is why the number of services which endorse functional capacity increases. The objective is to help elderly people to manage in their own environment as independently as possible.

The purpose of this thesis was to survey methods of maintaining functional capacity of the personnel in home care and quality of work in home care in the city of Lahti. The objective was produce information for the personnel of home care about maintaining functional capacity and quality of nursing. The assignment was received from manager of home care Maren Olkkonen.

The data were collected by theme interviews. Ten home care workers, six primary nurses, three practical nurses and one homemaker from five different home areas were interviewed. The interviews were recorded and transcribed word by word. The results were analyzed by applying qualitative content analysis.

The results showed that the approach to work by maintaining functional capacity was put into practice as much as possible. The greatest challenges were in evening and weekend work. Attendance of relatives and other close people was needed more. Customer oriented approach and contentment emerged when evaluating quality of care taking. Time used in nursing work and continuance of care were also important factors.

Keywords : home nursing, functional capacity, managing, customer oriented approach

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Kotona tehtävä hoitotyö.....	7
2.1	Kotihoidon historia.....	7
2.2	Kotihoito	9
2.3	Kotihoidon arki	9
2.4	Kotihoidon asiakasrakenne	10
2.5	Kotihoidon toiminnot	11
3	Toimintakyky	12
3.1	Fyysinen toimintakyky.....	13
3.2	Psyykinen toimintakyky.....	14
3.3	Sosiaalinen toimintakyky.....	15
3.4	Toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen	16
3.5	Toimintakykyä ylläpitävä työote	17
4	Kotihoidon laatu	18
4.1	Kotihoidon laadun mittaaminen	19
4.2	Laadun arvioinnin kriteerit	19
5	Tutkimuksen toteutus.....	21
5.1	Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	21
5.2	Tutkimusaineiston keruumenetelmä.....	21
5.3	Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi	22
5.4	Tutkimushenkilöiden valinta ja kuvaus.....	24
6	Tulokset	24
6.1	Toimintakyky.....	25
6.2	Laatu kotihoidossa	27
7	Pohdinta.....	28
7.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	28
7.2	Tutkimuksen johtopäätökset.....	29
7.3	Lopuksi	31
	Lähteet	33
	Liitteet.....	36

1 Johdanto

Koska vanhusväestön määrä Suomessa kasvaa jatkuvasti, tulisi terveydenhuollon voimavaroja kohdistaa ikääntyvän väestön kuntoutukseen (Huittinen ja muut 2003, 26). Tänä päivänä Suomessa on yli 65-vuotiaita jo yli 15 prosenttia väestöstä ja vuonna 2020 ennusteiden mukaan joka viides suomalainen on täyttänyt 65 vuotta. Yli 75-vuotiaiden määrä kaksinkertaistuu nykyisestä. Suomi ikääntyy nopeiten Euroopan unionin jäsenmaista. Naisten elinikä on keskimääräisesti viisi vuotta pidempi kuin miesten, mutta tulevaisuudessa miehet saavat naisia hieman kiinni. Vuonna 2020- ja 30-luvulla sodan jälkeen syntyneet suuret ikäluokat ovat siinä iässä, että hoivapaineet ovat pahimmillaan. (Andreev, Gothóni, Helminen, Karisto, Leinonen, Mikkola, Noppari, Näslindh-Ylispangar, Pitkälä, Routasalo, Salomaa & Topo, 2005, 11.)

Keskeisimmistä muutoksista sosiaali- ja terveysalalla ovat viime vuosina olleet avohoidon lisääntyminen sekä kehittyminen ja laitoshoidon vähentyminen ja tämä kehitys jatkuu edelleen. Myös ennaltaehkäisevä työ on korostunut. Väestön ikääntyminen tulee tulevina vuosina vaikuttamaan suomalaiseen yhteiskuntaan. Sairastavuus lisääntyy ja toimintakyky heikkenee ikääntymisen myötä ja toimintakykyä tukevien palvelujen tarpeen määrä kasvaa. Siksi tavoitteena onkin ikäihmisten selviytyminen omassa elinympäristössään mahdollisimman itsenäisinä ja omatoimisinä. (Ihalainen, Kettunen, Kähäri-Wiik & Vuori-Kemilä 2009, 6.)

Tähän työhön saimme tutkimuspyynnön Lahden Kaupungin kotihoidosta. Kotihoitopäällikkö Maren Olkkonen otti meihin yhteyttä ja kysyi tämän tutkimuksen mahdollisesta toteuttamisesta. Tällä hetkellä kotihoidossa on valtavat paineet kasvavien asiakasmäärien vuoksi, joten toimintakykyä ylläpitävää työtettä tulee vaalia ja myös kouluttaa henkilökuntaa toimintakykyä ylläpitävään työotteeseen. Tämän työn tarkoituksena on tutkia kotihoidon työntekijöiden toimintakykyä ylläpitävää työtettä työssään. Meille itsellemme kotihoidon työmenetelmät ja toiminta ovat tuttuja, koska olemme molemmat työskennelleet kotihoidossa useita vuosia ja nähneet käytännössä sen, kuinka hyvin toimintakykyä ylläpitävää työtettä voi kotihoidossa toteuttaa.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda esiin Lahden kaupungin kotihoidon työntekijöiden toimintakyvyn ylläpitäminen vanhuksilla. Toivomme, että tutkimuksesta on hyötyä kotihoidon henkilöstölle, että myös kotihoidon organisaatiolle, joka voi tarvittaessa käyttää tutkimustulosta hyödyksi esimerkiksi suunnitellessaan uusia laadunkriteereitä kotihoitoon. Tutkimuksesta selviää myös hoitohenkilöstön lisäkoulutuksen tarve toimintakykyä ylläpitävässä työotteessa ja hoidon laadun arvioinnissa.

2 Kotona tehtävä hoitotyö

2.1 Kotihoidon historia

Kotioloissa tehtävää hoitotyötä voi tarkastella useista eri näkökulmista. Koti on paikka, jossa hoivatyön historian näkökulmasta on hoidettu vanhastaan sairaita, lapsia ja iäkkäitä. Suuri merkitys on ollut omalla suvulla, pääasiassa suvun naisilla, he ovat kantaneet vastuuta heikoimmistaan. Jos suvun resurssit ovat olleet riittämättömät tai sukua ei ole ollut, ovat heikoimmat jääneet ilman hoitoa ja huolenpitoa. Tämän vuoksi on kehitetty läheisten ihmisten toisistaan huolehtimisen rinnalle yhteisövuorokautta. Nykyään Suomessa on moniulotteinen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio, jolla on lakisääteinen perusta. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 8.)

Kotiapua kehitettiin aluksi monilapsisille vähävaraisille perheille kotisairaanhoidon rinnalla, mutta myös vanhusten auttamiseen se laajeni 1950-luvulla. (Hägg ym. 2007, 9). 1952 aloitettiin Vanhustyön keskusliiton toimesta vanhusten kotipalvelu sekä alettiin kiinnittää huomiota enemmän vanhojen ihmisten avun tarpeeseen. Laki kunnallisesta kotihoitoavusta, terveydenhoitolaki ja terveydenhoitoasetus tulivat voimaan vuonna 1966, jota ennen vanhustenhuolto painottui laitoshuoltoon. Vasta uuden lain voimaan tulon jälkeen turvattiin se, että vanhuksetkin saivat apua. Vähävaraisuutta ei pidetty enää perusteena avun saannille, vaan perusteena oli avun tarve. Kotiapu muuttui tässä vaiheessa maksulliseksi. Kunnissa alettiin vähitellen kehittää kunnallista kodinhoitoapua. (Ikonen & Julkunen 2007, 36.)

1970-luvulla yritettiin painopistettä alkaa siirtämään voimakkaasti erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon sekä laitoshoidosta avohoitoon. Vuonna 1972 tuli voimaan kansanterveyslaki, joka toi mukanaan kotisairaanhoidon sekä tuolloin myös alettiin kehittää kotipalvelua ja sen tukipalveluita laajemmaksi. Lisäksi ryhdyttiin erityistä huomiota kiinnittämään vanhusasumisoloihin. Kotisairaanhoidossa ja kotipalvelussa toimi alansa asiantuntijoita ja niitä kehitettiin kumpaakin erillään. Kotisairaanhoidossa työskenteli sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja perushoitajia, kun taas kotipalvelussa kotiavustajia ja kodinhoitajia. (Hägg ym. 2007, 9).

1990-luvulla kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistäminen kotihoidoksi alkoi yleistyä. Toisen asteen koulutusta alettiin samanaikaisesti kehittää niin, että kodinhoitajan ja perushoitajan tutkinnot poistettiin ja lähihoitajan tutkinto tuli tilalle. Kehittämisen perusteena oli yhtenäse, että liian monta työntekijää kävi asiakkaalla päivittäin. Ikääntyvien määrän kasvun, hoitotapojen kehittymisen ja sairaaloiden hoitoaikojen lyhenemisen mukana kotihoidon tarve kasvoi ja mahdollisuus yhä useammalla oli saada hoivaa ja sairaanhoitoa kotiin. 1990-luvun lopulla kotihoitoa pyrittiin toteuttamaan monialaisena yhteistyönä. Samalla pyrittiin toimimaan

yhä enemmän asiakaslähtöisemmin ja ottamalla omaiset sekä läheiset hoitoon mukaan. Yleisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa vielä toimittiin kahdessa eri organisaatiossa, yhteistyötä korosti väestö- ja aluevastuuajattelu. Kodinhoitoon liittyvistä tehtävistä painokerroin siirtyi vähitellen henkilökohtaiseen hoivaan ja hoitoon. (Hägg ym. 2007, 10.)

Asiakkaat terveydenhuollossa ja heidän perheensä vaativat laadukasta palvelua ja yksilöllisempää hoitoa. Sosiaali- ja terveystieteiden palveluiden kehittämiseksi asetettiin uusia vaatimuksia asiakasnäkökulma ja perhetyö palvelutoiminnan perustana. 2000-luvulla on edelleen jatkettu sosiaali- ja terveystieteiden organisaatioissa kotihoidon tiimien muodostamista yhdistämällä kotipalvelu- ja kotisairaanhoidon. Erityisesti ongelmia tämä on aiheuttanut niille kunnille, joissa toimivat sosiaali- ja terveydenhuolto erillään ja eri lautakuntien alaisuudessa. Kokonaan ongelmitta ei ole selvitty muissakaan kunnissa, joissa kotihoito on yhdistynyt. Vaikka koettu työtyytyväisyys ja yhteistyö ovat joidenkin tutkimusten mukaan parantuneet tiimityön kehittämisen ansiosta, vastuu suoritua työtehtävistään ja henkilökunnan paineet ovat kasvaneet. (Hägg ym. 2007, 11-12.)

Kotihoidon näkökulmasta tärkeää on myös omaishoidon kehittyminen. 1990-luvulla sosiaalihuoltolaki ohjasi omaishoitajien tukemista. Omaishoitajan asemaa parantavia oikeuksia lisättiin siihen myöhemmin, vapaapäivät muun muassa. Omaishoitolaki tuli voimaan vuonna 2006 ja korvasi aiemmat asiaa koskevat säädökset. Asiakasmaksulailta vuonna 2001 parannettiin asiakkaan taloudellista asemaa. Terveydenhuoltoon säädettiin hoitotakuu vuonna 2005, jolla varmistettiin ja helpotettiin pääsyä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen piiriin. Vanhusten sosiaalipalveluntarpeen arviointi tuli sosiaalihuoltoon vuonna 2006. (Ikonen & Julkunen 2007, 39.)

Kotihoidon yhdistäminen on merkinnyt yhteisen työkalutuurin etsimistä ja yhteistyön rakentamista. Myönteisenä vaikutuksena yhdistämisessä on todettu parempi palvelujen koordinaatio ja kielteisinä ammattien välinen kilpailu sekä työyhteisöjen ristiriidat. (Björkgren, Heinola, Kattainen, Luoma, Matikainen, Paasivaara, Tepponen & Voutilainen 2007, 65.) Kasvavat asiakasmäärät, uudet asiakasryhmät, asiakkaiden odotukset sekä asiakkaiden hoitoisuuden lisääntyminen ovat tuoneet haasteita työhön kotihoidossa. Verkottumista, yhteistyötä ja työn sisältöjä kehitetään jatkuvasti kotihoidossa. Nopeasti kehittyvät myös työmenetelmät ja sosiaali-tekniikka. Tietoa kotihoidon työhön tuottavat moninainen tutkimus- ja projektityö. (Ikonen & Julkunen 2007, 39.)

2.2 Kotihoito

Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa tehdään ammatillista hoitotyötä asiakkaan kotona. Lisäksi kotona tehtävää hoitotyötä tehdään yksityisissä yrityksissä, vapaaehtoisjärjestöissä ja seurakunnissa. Kotihoito on tarkoitettu kaikenikäisille, mutta pääasiassa palvelua tarvitsevat ovat vanhuksia. Toisen koti on työympäristönä vaativa, ensisijaisesti se on asiakkaan ja hänen omaistensa koti, mutta myös samalla se on työntekijän työympäristö. Asiakkaan kotona toimitaan niin pitkälti hänen ehdoillaan, kuin se vaan on mahdollista, vaarantamatta hänen terveyttään, hyvinvointiaan ja turvallisuuttaan. On myös huomioitava työntekijän terveys, hyvinvointi ja turvallisuus. (Hägg ym. 2007, 16-17.)

2.3 Kotihoidon arki

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen tavoitteena on, että omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään voi mahdollisimman moni ikääntynyt elää itsenäisesti. Kotihoito on palvelukokonaisuus, jolla erikäisiä avun tarvisijoita avustetaan hoito- ja huolenpito keinoin ja joiden toimintakyky on huonontunut tilapäisesti tai pysyvästi. Toimintakyvyn heikkenemisestä ja sairauksista huolimatta tavoitteena on mahdollistaa hyvä ja turvallinen elämä. (Ikonen & Julkunen 2007, 14.)

Kotihoidon työtä tehdään työryhmissä eli tiimeissä, joiden koko vaihtelee kunnittain. Tiimi koostuu eri ammattiryhmistä, työntekijöinä on kotiavustajia, kodinhoitajia, perus- ja lähihoitajia sekä yksi sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja, jota kutsutaan tiiminvetäjäksi. Yhdelle tiimille kuuluu yleensä monta kymmentä asiakasta, joiden hoidosta he huolehtivat. Palvelutarve asiakkailla vaihtelee, joillakin asiakkailla käydään vain kerran päivässä ja jonkun luona voidaan käydä kolme tai neljäkin kertaa päivässä. Kotihoidossa tehdään aamu- ilta- ja yövuoroja kaikkina viikonpäivinä. Useissa kunnissa yöpartiot ovat erikseen, joissa on vakinaiset yöhoitajat, he huolehtivat esimerkiksi oman tai useamman kunnan alueella yöhoidosta, sekä usein heille kuuluu myös turvapalvelu. (Larmi, Tokola & Vätkkiö 2005, 12.)

Ammattitaito ja moniammatillinen osaaminen ovat ominaista kotihoidon työlle. Lääkäri, joka on perehtynyt vanhustyöhön, ohjaa lääketieteellistä näkemystä vaativaa toimintaa. Kotihoidon tiimiin kuuluu myös tarvittaessa fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja sosionomi. Vastuista, työnjaosta, tehtävistä sekä hoidon ja palvelun osuudesta sovitaan tiimin sisällä. (Ikonen & Julkunen 2007, 20.)

Työskenneltäessä moniammatillisessa yhteistyössä tulisi aina toimia tavoitteellisesti, asiakaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti. Moniammatillisella työllä voidaan kehittää palvelujen laatua, lisätä vanhuspalvelujen taloudellisuutta ja tehokkuutta, vahvistaa ikääntyneen ihmisen

roolia vanhustyön prosessissa sekä lisätä päätöksenteossa läpinäkyvyyttä. Työntekijöiden pitää pystyä moniammatillisessa yhteistyössä arvostamaan ryhmän yhteistä ja toistensa osaamista. Työntekijän oma osaaminen ja asiantuntijuus tulee lisäksi tuoda myös tiimin käyttöön asiakkaiden hyväksi. Kuuntelu ja toisen kunnioitus tulee jokaisen työntekijän myös omata. Näin saadaan yhdistymään eri ammattiryhmien ammattitaito kokonaisvaltaiseksi ja laajalaiseksi tiedoksi. On tärkeää, että avoin vuorovaikutus vallitsee toimijaryhmien ja toimijoiden välillä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 28-30.)

Vanhusten, vammaisten sekä pitkäaikaissairaiden selviytymistä kotona tuetaan kotihoidon avulla, jolloin vähenee pitkäaikaishoito laitoksissa. Kotiutuminen sairaalasta ja sairaalajakson jälkeinen jatkohoito mahdollistetaan kotihoidon avulla viiveettömästi. Päivittäisissä toiminnoissaan kotihoidon asiakasta tuetaan niin, että hän pystyy selviytymään arjesta omaisten ja muiden auttajien tuella. Kotihoidon painopiste on viime aikoina siirtynyt useissa kunnissa kodinhoidon tehtävistä henkilökohtaiseen hoitoon ja huolenpitoon rajallisten resurssien vuoksi. Pääasiassa kunnallinen kotihoito kohdennetaan vanhuksille, jotka tarvitsevat paljon hoitoa ja huolenpitoa. Tavoitteena kotihoidossa on, että asiakasta autetaan selviytymään mahdollisimman pitkään omassa kodissaan kotipalvelun, terveyden- ja sairaanhoidon, sosiaalityön ja kuntoutusohjauksen avulla. (Ikonen & Julkunen 2007, 16.)

Asiakkaan ja hänen perheensä tarpeiden mukaan muovautuu kotona tehtävä hoitotyön sisältö. Nykyisin kodeissa voi hoitaa jopa hyvinkin huonokuntoisia asiakkaita, koska hoitotavat, hoitovälineet ja asuinympäristöt ovat kehittyneet paljon. Arjen tukemiseen, ennaltaehkäisyyn ja kuntouttavaan työotteeseen panostetaan kotihoidossa. Keskeisenä työmuotona kotihoidossa ovat kotikäynnit. Tavoitteet, jotka ovat laadittu asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan, ohjaavat kotikäyntityötä. Ainoa kontaktimuoto ei ole kotikäynti, vaan asiakkaaseen ja hänen omaisiinsa voi olla yhteydessä puhelimen, tietokoneen sekä turvallisuutta valvovien laitteiden avulla. (Hägg ym. 2007, 18.)

2.4 Kotihoidon asiakasrakenne

Ikäihmiset eivät ole enää kotihoidon asiakkaina keskenään samanlaisia, vaan eroavaisuudet näkyvät monin tavoin, niin kuin muissakin ikäryhmissä. Toisistaan ikäihmiset eroavat toimintakykynsä, sukupuolensa, sairauksiensa, sen miten kukakin suhtautuu itsestä huolehtimiseen ja kulttuurisen taustansa mukaan. Erilaisuuden tunnistaminen auttaa laadukkaan kotihoidon suunnittelemisessa ja toteuttamisessa kullekin ikääntyneelle juuri hänen tarpeitaan vastaavaksi. (Björgren ym. 2007, 18.)

Suurin asiakasryhmä kotihoidossa ovat 75-84-vuotiaat, lähes puolet asiakkaista kuuluu tuohon ryhmään. Joka viides asiakkaista on 65-74-vuotias ja joka kolmas on täyttänyt 85 vuotta. Ko-

tihoidon asiakkaista yli 85-vuotiaiden osuus on kasvanut 2000-luvulla. Kotihoidon säännöllisinä asiakkaina on naisia enemmän kuin miehiä. (Björgren ym. 2007, 18.)

Akutteja sairauksia sairastavia asiakkaita hoidetaan yhä enemmän kotihoidossa. Haastavana asiakasryhmänä kotihoidossa ovat mielenterveysasiakkaat sekä päihdeongelmaiset ja heidän kaveripiirinsä. Myös monella tapaa vammautuneita ihmisiä on kotihoidon asiakkaina. Pääasias-
sa huonokuntoiset vanhukset käyttävät kotihoitopalveluita, ja yleensä avuntarpeen vanhuksil-
la aiheuttaa fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen. (Larmi ym. 2005,17; Ikonen & Julkunen
2007, 130-131.)

Suuri haaste tulevaisuudessa kotihoidolle on muistisairauksia sairastavien asiakkaiden hoito. Muistihäiriöitä sairastavia potilaita oli Suomessa vuonna 2005 noin 120 000, joista asui kotona yli 70 000. Noin 85 000 henkilöä sairasti keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta ja noin 35 000 henkilöä lievää muistisairautta. Yksin omassa kodissaan asui yli puolet kaikista sairastuneista. On arvioitu, että eniten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarvetta ikääntyneille aiheuttavat kaikista sairausryhmistä muistisairaudet. (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009, 165.)

Hoitajien, lääkärin ja terapeuttien, jotka tekevät kotihoitotyötä on osattava tukea, hoitaa, kohdata ja kuntouttaa laaja-alaisesti muistisairaita ja heidän läheisiään. Muistisairautta sairastavalle koti on tuttu ja turvallinen. Niin kuin muillakin ikääntyneillä, dementiaa sairastavallekin on tavoitteena, että pystyy asumaan mahdollisimman pitkään kotona. (Engeström ym. 2009, 170.)

2.5 Kotihoidon toiminnot

Kotihoidon työ on kuntouttavaa, terveyttä edistävää, sairautta ehkäisevää tai parantavaa ja kärsimystä lievittävää. Päivittäisten ja pidempikestoisten prosessien hallintaa sekä kokonaisuusien hahmottamista tarvitaan työssä. Työhön sisältyy myös arviointia ja suunnittelua hoito- ja palvelusuunnitelman avulla. Työntekijä kotihoidossa tarvitsee paljon tietoa vanhenemisestä, sairauksista, vammaisuudesta sekä niiden vaikutuksista terveydelle, koska hän seuraa asiakkaan vointia, sairauden oireita, terveydentilaa ja tarvittaessa esimerkiksi kutsuu lääkärin kotikäynnille, jos toimenpiteet sitä vaativat. (Ikonen & Julkunen 2007, 149.)

Asiakkaan tarpeiden mukaan määräytyy kotikäyntien sisältö. Sairaanhoidolliset ja kuntouttavat toimenpiteet korostuvat asiakkaalla, joka on ollut esimerkiksi jossakin leikkauksessa tai hoitotoimenpiteessä ja on toipilaana kotona. Mielenterveysasiakkaiden kohdalla painottuu taas psykososiaalisen tuen antaminen sekä henkilökohtainen ohjaus kodinhoidossa, päivittäisissä toiminnoissa, sosiaalisessa osallistumisessa ja asioinnissa. Samoin kuin muistisairautta

sairastavien asiakkaiden kohdalla, mielenterveysasiakkaidenkin hoidossa, turvallinen ja luotamuksellinen hoitosuhde on hoidon perusta. Kun dementoituvaa hoidetaan, painottuu arkipäivän toimintojen ohjaus sekä muistitoimintojen, tunne-elämän ja omaisten tukeminen työssä. Taas pitkäaikaissairaana ikääntyneen hoidossa painottuu tarvittavat kuntouttavat ja sairaanhoidolliset hoitotoimenpiteet sekä yhdessä asiakkaan kanssa tavanomaiseen arkielämään ja asumiseen liittyvien askareiden tekeminen. (Larmi ym. 2005, 20-21.)

Hoitaja tekee itsenäisesti ratkaisuja kotikäyntien yhteydessä. Kotihoidon työhön kuuluu sairaanhoidollisia toimenpiteitä esimerkiksi lääkehoitoa ja haavahoitoa sekä erilaisia kliinistä osaamista vaativia tehtäviä, kuten näytteiden otto, tutkimuksia ja mittauksia. Hoitajien käytössä on nykyään yhä enemmän erilaisia välineitä, laitteita ja tarvikkeita. Viime aikoina on kiinnitetty suurta huomiota turvalliseen lääkehoitoon, koska lääkkeiden annostelussa esimerkiksi virhe voi aiheuttaa asiakkaan menehtymisen. Lääkehoidon turvallinen toteutuminen vaatii lääkkeiden oikeaa annostelua sekä lääkkeiden, niiden vaikutusten ja haittavaikutusten tuntemista. Hoitajan kotihoidossa on hallittava myös asiakkaan päivittäisten toimintojen apuna olevat apuvälineet, niiden hankinta, käyttö ja huolto. (Ikonen & Julkunen 2007, 150-151.)

Kotihoidon työ on asiakkaan kokonaisvaltaista hoitamista. Työ nojautuu selkeästi humanistiseen ihmiskäsitykseen, jossa korostetaan ihmisen yksilöllisyyttä, kokonaisvaltaisuutta ja ihmisarvoa. Eettiset säännökset sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille määrittelevät, millaista on hyvä ja oikeanlainen työ kotihoidossa. Kotihoidossa terveydenhuollon eettiset periaatteet ovat, oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus sekä oikeudenmukaisuus. (Ikonen & Julkunen 2007, 158-159.)

Kotona asumista tuetaan henkilökohtaisen hoidon ja huolenpidon palveluiden lisäksi erilaisten tuki- ja turvapalveluiden avulla. Ensisijaisesti säännöllisen kotihoidon asiakkaille tarjotaan kaupungin järjestämiä tukipalveluja, mutta poikkeustapauksissa palveluja myönnetään myös muille asiakkaille, eli niin sanotuille tukiasiakkaille. Tukiasiakkaalla tarkoitetaan asiakasta, jolla kuntoutuminen on vielä kesken hänen kotiutuessaan sairaalasta. Tukipalveluihin kuuluvat ateriapalvelu, kauppapalvelu, saunapalvelu ja turvapuhelinpalvelu. (Lahden kaupunki 2010.)

3 Toimintakyky

Vanheneminen ei ole sairaus, eikä sitä voida millään tavoin estää. Sen sijaan vanhenemiseen liittyviä kroonisia sairauksia ja niistä aiheutuvia haittoja on kannattavaa ja mahdollista ehkäistä, kompensoida tai myöhäistää. Terveys on merkittävin ikäihmisten toimintakykyyn ja hyvinvointiin vaikuttava tekijä ja sillä on suuri merkitys ikäihmisen kotona selviytymiseen. Ikääntyneiden kokemaa hyvinvointia ja toimintakykyä määrittää voimakkaasti terveys, sillä se

on voimavara, jolla ikäihminen voi osallistua itseään koskeviin päätöksiin ja jonka avulla hän selviää päivittäisistä toiminnoista. Heikentynyt terveydentila voi vaikuttaa sekä välillisesti että suoranaisesti koettuun toimintakykyyn ja tällöin se rajoittaa mahdollisuuksia jatkaa aikaisempaa elämäntapaa. (Lähdesmäki & Vornanen, 2009, 16.) Kun ikääntynyt on toimintakykyinen, hän kokee selviävänsä jokapäiväisistä tehtävistä ja haasteista kotona ja vapaa-aikana (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2007, 13).

Ikääntyessä toimintakyky heikkenee asteittain. Alle 75-vuotiailla tavallisista perustoiminnoista selviytyminen on jokseenkin hyvää, mutta toimintakyky heikkenee tämän jälkeen selkeästi. Aluksi hankaloituvat perustoiminnoista selviytyminen ja asioiden hoitaminen, esimerkiksi pankissa ja kaupassa asiointi ja kodin kevyet työt. Kyky syödä säilyy pisimpään. Muutokset toimintakyvyssä näkyvät selvästi sosiaali- ja terveystalouden lisääntyneen kysyntänä 75 ikävuoden jälkeen. Stakesin hoitoilmoitusrekisterin mukaan noin 20 % 65-74-vuotiaista ikäihmisistä käyttää kotipalveluja säännöllisesti. (Eloranta & Punkanen, 2008, 9-10.)

Ikäryhmäkohtainen tavoite Terveys 2015-ohjelmassa on yli 75-vuotiaiden toimintakyvyn keskimääräisen paranemisen jatkuminen samaan tapaan kuin viimeisen 20 vuoden aikana. Useimpien ikäihmisten tavoitteena on pystyä asumaan omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. (Laurell, Nordman & Suvikas, 2007, 302.) Toimintakyky jaetaan yleensä fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Toimintakykyä voidaan määritellä myös itseisarvona, joka näkyy itseilmaisun, itsenäisen elämisen ja läheisten ihmissuhteiden vaalimisena. (Eloranta & Punkanen 2008, 10.)

3.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysisellä toimintakyvyllä kuvataan ihmisen kehon suoritusominaisuuksia. Fyysistä toimintakykyä tarvitaan ruumiillista ponnistusta vaativissa tehtävissä sekä päivittäisistä toiminnoista selviämässä. (Ihalainen ym. 2006, 91.) Ikääntymisen seurauksena kyky vastustaa sairauksia ja elimistön toimintakyky heikkenee. Yksilölliset erot elinajassa ja sairastavuudessa ovat suuria, koska ihmisillä on erilainen vastustuskyky ulkoisille uhille. (Eloranta & Punkanen 2008, 10-11.)

län mukana tapahtuu fysiologisissa toiminnoissa muutoksia, mutta niiden alkamisajankohdat vaihtelevat yksilöiden ja toimintojen välillä (Eloranta & Punkanen 2008, 10-11). Vanheneminen alkaa jo syntyessä. Ensimmäisiä merkkejä toimintakyvyn heikkenemisestä voidaankin havaita jo 50-vuotiaana. (Laurell ym. 2007, 82.) Lähes kaikissa aisteissa tapahtuu muutoksia. Silmän mykiön muuntautumiskyky heikkenee aiheuttaen ikänäköä. Kuulo heikkenee ja vanhuuden huonokuuloisuus etenee usein hitaasti ja huomaamattomasti. Perusaineenvaihdunta hidastuu ja kun vanhetessa myös fyysinen aktiivisuus heikkenee, energian tarve pienenee. Hajuaisti ja syljeneritys heikkenevät ikääntyessä ja nämä saattavat johtaa ruokahaluttomu-

teen ja ruuan yksipuolistumiseen. Hampaiden kunnolla on myös merkityksensä syömätavoissa, sillä hampaattomuus tai purentaongelmat johtavat myös ravinnon yksipuolisuuteen. Mahalaukun laajenemiskyvyn heiketessä kylläisyyden tunne tulee nopeammin ja lisäksi suolahapon erityis mahalaukussa vähenee, mikä voi heikentää raudan ja kalsiumin imeytymistä. (Eloranta & Punkanen 2008, 10-11.)

Verenkiertoelimistössä muutokset ikääntyessä näkyvät maksimaalisen hapenottokyvyn heikkenemisenä, joka taas johtuu sydämen iskutilavuuden ja syketaajuuden pienenemisenä. Keuhkoissa kaasujen vaihto heikkenee, koska keuhkorakkuloiden pinta-ala on vähentynyt. Myös rintakehä jäykistyy ja keuhkoputkien läpimitta pienenee ja nämä muutokset yhdistettynä vähäiseen fyysiseen aktiivisuuteen aiheuttavat keuhkotoiminnan heikkenemistä ikääntyessä. (Eloranta & Punkanen 2008, 12.) Sydämen syke kertoo verenkiertoelimistön kunnosta, leposyke on yksilöllinen ja normaalisti vaihtelee 60:stä 80 lyöntiin. Kohonnut leposyke voi olla merkki liiallisesta kuormituksesta, mutta myös muut tekijät kuten sydämen, keuhkojen ja verisuonten rakenteelliset muutokset sekä veren hiilidioksidiarvot. (Ihalainen ym. 2009, 106-107.) Merkittävä heikkeneminen lihaskestävyydessä ja -voimassa alkavat ilmetä 50. ikävuo- den jälkeen ja erityisesti naisilla tämä on selkeämmin havaittavissa kuin miehillä. Lihassoima heikkenee nopeammin alaraajoista. Koordinaatio ja tasapaino heikkenevät, liikkuminen hidastuu ja ketteryys vähenee. Rustokudos kuluu ja nivelien liikkuvuus heikkenee. (Eloranta & Punkanen 2008, 12.)

3.2 Psyykkinen toimintakyky

Psyykkinen toimintakyky kuvaa sitä, miten hyvin vanhuksen henkiset voimavarat riittävät arkielämän ja kriisitilanteiden haasteisiin. Psyykkinen vanheneminen on siis kypsymistä, siirtymistä ja muuttumista uuteen vaiheeseen elämässä. Persoonallisuus voidaan määritellä psyykkisten tekijöiden kokonaisuudeksi ja keskeisiä siinä ovat kognitiiviset tapahtumat, kuten ajattelu, muisti, kieli ja havaitseminen. Muita tekijöitä ovat motivationaaliset tekijät ja tunteet. (Eloranta & Punkanen 2008, 12-13.) Myös ongelmanratkaisukyky ja päätöksenteko kuuluvat psyykkiseen toimintakykyyn. Psyykkinen toimintakyky on yhteydessä sosiaaliseen ja fyysiseen toimintakykyyn. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 24.)

Myös identiteetti ja minäkuva liittyvät persoonallisuusnäkökulmaan. Ikäihmisen identiteetissä on olennaisinta se, mitä hän kokee saaneensa aikaan elämässään. Ihmisen vanhetessa yleinen sosiaalisuus heikkenee ja sisäänpäin kääntyvyys lisääntyy, reaktiot eri asioihin saattavat olla passiivisempia ja tyynempiä kuin nuoremmilla ihmisillä. Myös ihmisen minäkuva voi heikentyä vanhetessa. Tähän vaikuttavat vanhuutta aliarvioiva kulttuuri ja ikääntymiseen liittyvät asiat, kuten leskeytyminen, eläkkeelle jääminen ja oman kehon raihnaisuus sekä lisääntyvä avuntarve. (Eloranta & Punkanen 2008, 13.)

Vanhuksen ollessa tietoinen itsestään ja omista voimavaroistaan, tämä kykenee vuorovaikutukseen muiden ihmisten kanssa ja kokee hallitsevansa elämäänsä. Hallittavuudella on kyse siitä, kuinka hyvin vanhus kokee voivansa vaikuttaa elämänsä kulkuaan. Ikääntymisestä huolimatta monet kokevat olevansa samanlaisia kuin nuorempina. Persoonallisuus ei muutu samassa määrin vanhetessa kuin biologiset ja fyysiset ominaisuudet. (Eloranta & Punkanen 2008, 13.) Psykkinen toimintakyky onkin ihmisen hyvinvointia, elämäntilannetta ja mielenterveyttä. Tähän kokonaisuuteen kuuluvat voimavarat, mieliala, itsearvostus ja haasteista selviytyminen. (Teinilä 2007, 6.)

Vanhenemisen myötä muisti heikkenee jonkin verran ja normaalina vanhenemisen muutoksena se ei yleensä merkittävästi heikennä selviytymistä päivittäisistä toiminnoista, sillä jousto- ja muistivara muistissa on merkittävä. Ensimmäiset vanhenemismuutokset ilmenevät yleensä uuden oppimisessa ja nopeutta vaativissa tehtävissä. Pitkäkestoiset semanttinen muisti ja toimintatapa- ja tapamuisti sekä lyhytkestoinen toistomuisti eivät juuri heikkene vanhetessa. Lyhytkestoinen työmuisti ja pitkäkestoinen tapahtumamuisti heikkenevät jo kohtalaisen varhaisessa vaiheessa aikuisuudesta alkaen. (Eloranta & Punkanen 2008, 15.)

3.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen valmiuksia suoriutua yhteiskunnassa sekä toisten ihmisten kanssa. Yksilötasolla ihminen oppii tuntemaan mahdollisuutensa, sekä hahmottaa itsensä suhteessa ympäristöön. Ryhmätasolla tällä tarkoitetaan ihmisten välisiä suhteita, ystäviä, perhettä ja sukulaisia. Yhteiskuntatasolla se on ihminen sosiaalisessa organisaatiossa. Jotta sosiaalinen toimintakyky toteutuisi, siihen tarvitaan myös fyysistä ja psykkinen toimintakykyä. (Eloranta & Punkanen 2008, 17.)

Sosiaalisessa vanhenemisessä tapahtuu muutos ikäihmisen ja hänen ympäristönsä suhteissa ja odotuksissa. Tämä ilmenee rooliodotuksina, joita ympäristö on asettanut, sekä ikääntymisestä johtuvien aikaansaannoksien roolien muutoksina. Esimerkiksi eläkkeelle jääminen ja puolison kuolema ovat ikääntymisen tapahtumia, jotka asettavat ihmisen uusiin rooliodotuksiin. (Eloranta & Punkanen 2008, 17.)

Ikääntyvillä ihmisillä sosiaalinen toimintakyky on keskimääräisesti hyvä, sillä sosiaalinen kanssakäyminen on tiheää. Sukulais- ja ystävyyskontakteja on enemmän vanhemmilla ikäihmisillä kuin nuoremmilla. Naisilla on taas enemmän luotettavia ystäväkontakteja kuin miehillä. Naisilla on myös paremmat suhteet naapureihin kuin miehillä. Osallistuminen harrastuksiin ja erilaisiin tilaisuuksiin vähenee, jos ikäihmisen kunto on heikentynyt. Jos ikäihmisellä on muistihäiriöitä, tällöin ihmishuoneverkosto yleensä kapenee ja jäljelle jäävät vain lähimmät ihmiset ja oma perhe. (Eloranta & Punkanen 2008, 18.)

3.4 Toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen

Toimintakykyyn liittyvä avun tarve ei ole pysyvä tila, vaan siinä voi tapahtua muutoksia monista eri tekijöistä johtuen. Toimintakyky saattaa heikentyä hetkellisesti esimerkiksi akuutin sairauden tai kriisin seurauksena. Heikentynyt toimintakyky saattaa johtua myös psyykkisistä tai sosiaalisista tekijöistä. Toimintakyky voi myös parantua tavoitteellisen hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman ansiosta. (Eloranta & Punkanen 2008, 18.)

Toimintakykyä arvioitaessa se edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja laajaa osaamista, jossa hyödynnetään lääketieteen, hoiva- ja sosiaalityön, sekä kuntouttavan työn asiantuntemusta. Lisäksi asiakkaan ja hänen läheistensä arviointi toimintakyvyssä on keskeinen, sillä ilman asiakkaan motivaatiota ja halua toimintakyvyn kohenemista ei tapahdu. (Eloranta & Punkanen 2008, 18.)

Palvelutarpeen määrittämisessä toimintakyky on keskeisessä osassa. Kun käytetään monipuolisia arviointimenetelmiä, mahdollistetaan nopea puuttuminen ikäihmisten toimintakyvyn heikkenemiseen ja tuetaan sen säilymistä ja paranemista. Tällä ehkäistään myös palvelutarpeen kasvua ja osataan kohdistaa palvelut oikein. Toimintakyvyn arvioinnilla saadaan tietoa, jota voidaan hyödyntää yksilöllisellä ja yhteiskunnallisella tasolla. (Eloranta & Punkanen 2008, 18-19.)

Jotta toimintakyvystä saataisiin mahdollisimman kattava kuva, tulee toimintakykyä mitata mittareilla, jotka ottavat huomioon toimintakyvyn eri ulottuvuudet. Tämän lisäksi tulee ottaa huomioon myös asuin- ja elinympäristöön liittyvät tekijät. Toimintakykymittareita on tarjolla lukuisia, jotkut niistä keskittyvät vain tietyn osa-alueen mittaamiseen, kun taas osa mittareista mittaa toimintakykyä laajempina kokonaisuutena. (Eloranta & Punkanen 2008, 19-20.)

RAVA-mittari (Liite 6) on 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien avuntarpeen- ja toimintakyvyn mittari, joka on kehitetty vuosina 1990-1991 perinteisten toimintakykyä, mielialaa ja muisti-toimintoja mittaavien menetelmien pohjalta. Toimintoja joita RAVA-mittarilla arvioidaan, ovat kuulo, näkö, puhe, liikkuminen, rakon ja suolen toiminta, lääkitys, syöminen, peseytyminen, pukeutuminen, muisti ja psyyke. Asiakkaalle saadaan arvioinnin tuloksena niin sanottu RAVA-indeksi, joka on arvioitavien toimintojen painotettu keskiarvo, jonka minimiarvo on 1,29 ja maksimiarvo 4,02. Sitä suurempi on hoidon, hoivan ja avun tarve, mitä suuremman arvon asiakas RAVA-indeksistä saa. (Kangasharju, Mikkola, Mänttari, Tyni & Valta 2010, 7.)

Mittarilla arvioidaan päivittäisiä perustoimintoja (BADL) eli toimintakykyä ja kodinhoitoon liittyviä eli välinetoimintoja (IADL). Niin sanottuja vaativia päivittäisiä toimintoja (AADL) RAVA-mittari ei mittaa. Epätodennäköistä toisaalta on, että asiakkaan selviytyessä vaativista

päivittäisistä toiminnoista, hänellä olisi vaikeuksia selvittää perus- ja välinetoiminnoista. Sosiaalista toimintakykyä RAVA-mittari mittaa huonosti, mikä on tuloksia tulkittaessa tärkeää ottaa huomioon. Toisaalta RAVA-arviointi ei koskaan saa olla päätöksiä tehtäessä ainoa kriteeri, samoin kuin minkään muunkaan mittarin antama tulos. Kattava arvio asiakkaan palvelutarpeesta saadaan silloin, kun RAVA-mittarin lisäksi käytetään tarvittaessa muita mittareita ja tarkastellaan lisäksi esimerkiksi sosiaaliverkoston ja asumisolon. (Kangasharju ym. 2010, 7.)

Muistihäiriötä epäiltäessä yleisimmin käytetty perusterveydenhuollon ensivaiheen seulontamenetelmä on MMSE- eli Mini-Mental State Examination - asteikko (Liite 5). MMSE sisältää lyhyitä esimerkiksi muistia, hahmottamista ja keskittymistä arvioivia tehtäviä sekä kysymyksiä aikaan ja paikkaan orientoitumisesta. Potilaan mahdollisesta älyllisen toimintakyvyn heikentymisestä saadaan karkea yleiskäsitys MMSE:llä. Sekä väestötutkimuksissa että käytännön lääkärin työssä on kuitenkin osoittautunut, että MMSE-pistemäärä, maksimi 30 pistettä, on usein vielä normaalin rajoissa, vaikka tarkemmin tutkittuna potilaalla on havaittavissa selvä alka-vaan muistisairauteen liittyvä muistihäiriö. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 107.)

3.5 Toimintakykyä ylläpitävä työote

Kuntouttavan työotteen tarkoituksena on ikäihmisen toimintakyvyn ylläpitäminen niin, että ikääntyneen voimavarot tuetaan arkielämässä. Laatusuosituksen mukaan ikääntyvän hyvä hoito ja palvelu ovat ikäihmisen yksilöllisten voimavarojen tukemista kuntouttavan työotteen avulla niin, että vanhusta kannustetaan ja ohjataan tekemään itse, eikä tehdä tämän puolesta. Tavoitteena kuntouttavassa työotteessa on, ettei ikäihmisen toimintakyky- tai terveysongelma pahene, vaan se lievittyy, sen kanssa oppii elämään tai se häviää kokonaan. Palvelun tavoitteena on tukea itsemääräämisoikeutta, hyvää elämänlaatua ja omatoimista suoriutumista riippumatta vanhuksen toimintakyvystä. Kuntouttava työote edellyttää myös asiakaslähtöisyyttä, sillä ikäihmisten yksilöllistä toimintakykyä voidaan tukea erilaisin menetelmin, mutta toimintakykyä ei voida ylläpitää vasten vanhuksen tahtoa. Kuntouttavan työotteen esteiksi onkin todettu juuri motivaation puute ja hoitajien osalta voimavarojen huomiotta jättäminen ja vanhuksen puolesta tekeminen. (Eloranta & Punkanen 2008, 41.) Koska toimintakykyä ylläpitävä työote on tavoitteellista toimintaa, tulisi myös hoitohenkilökunnan saada koulutusta ja käytännön harjaantumista omaksuakseen toimintakykyä ylläpitävän työotteen osaksi työtään. Siihen tarvitaan myös hyvää yhteistyötä kuntoutuksen asiantuntijoiden kanssa. (Alanaatu 2009, 14.)

Kokonaisvaltaisena päämääränä kuntoutusta edistävässä työotteessa on asiakkaan voimaantuminen. Tämä kokemus syntyy kuntoutujan ja työntekijän vuorovaikutuksessa, kun asiakas kohdataan niin, että hän saa kokemuksia omasta arvostaan ja löytää yhteyden mahdollisuuk-

siinsa ja voimavaroihinsa. Tällöin asiakas alkaa tunnistaa valintoja sekä vaihtoehtoja, rohkautuu tekemään päätöksiä ja vaikutus omaan elämään alkaa aktiivisemmaksi. (Ihalainen ym. 2009, 23.) Toimintakykyä ylläpitävä työote näkyy tavassa kohdata asiakas. Kaikissa toiminnoissa tulisi noudattaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa, jossa on määritelty hoidon ja kuntoutumisen tavoitteita ja keinoja. (Pääkkö 2009, 37.)

Osa ikäihmisistä ajattelee hoivapalvelujen olevan toisen puolesta tekemistä, kun taas toisaalta palvelut liitetään arvostukseen, ja ikäihminen saattaa kokea, että hänellä on oikeus tulla palvelukseksi ikänsä puolesta. Motivaation puutteen taustalla saattaa olla myös masentuneisuutta. Konkreettinen yhdessä tekeminen, huumorin käyttö ja kannustaminen ovat apuvälineitä motivaation löytymisessä. Asioiden perusteleminen ja tiedon antaminen vanhukselle ja hänen omaisilleen vahvistavat vanhuksen motivaatiota ylläpitämään omaa toimintakykyään. Vanhuksen toimintakykyä ylläpitävän työotteen toteutuminen vaatii moniammatillista yhteistyötä, rohkeutta ja luovuutta sekä ajan antamista löytää yhdessä sopivia ratkaisuja ja toimintamalleja ikäihmisen ja hänen omaistensa kanssa. (Eloranta & Punkanen 2008, 41.)

4 Kotihoidon laatu

Asiakirjojen mukaan laadukas palvelutoiminta on asiakaslähtöistä, tavoitteellista, säännöllisesti arvioitua ja sitä toteutetaan kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman ohjaamana. Se myös perustuu kattavaan palvelutarpeen arviointiin, sekä kuntoutumista ja toimintakykyä edistävään toimintaan. Laadukasta palvelutoimintaa toteutetaan yhteistyössä asiakkaan, hänen omaistensa ja eri palveluntuottajien ohjaamana. (Björkgren ym. 2007, 14-15.)

Laatu on käsitteenä moniulotteinen, se on määriteltävä konkreettisesti arviointia varten. Määrittelyyn vaikuttaa olennaisesti se, jonka näkökulmasta laatua kulloinkin tarkastellaan. Tärkeitä osapuolia kotihoidossa ovat palveluiden käyttäjien ja tuottajien lisäksi tahot, jotka johtavat toimintaa ja tekevät poliittisia päätöksiä. Palvelujen käyttäjät, tuottajat tai joku näistä riippumaton ja ulkopuolinen taho voivat arvioida palvelujen laatua. Laadun kokonaisuuden kannalta mikään näistä näkökulmista ei ole yksinään riittävä. Arvioitaessa laatua kotihoidossa on otettava huomioon myös siihen liittyviä erityispiirteitä. Näitä ovat eri osapuolten odotukset, koska asiakkailla ja heidän omaisillaan, hoitavalla henkilökunnalla, sekä johtajilla ja poliittisia päätöksiä tekevillä ovat erilaiset odotukset ja yhteensovittaminen saattaa joskus olla hankalaa. Omaisten rooli arvioinnissa on erityisen tärkeä, koska kolmella neljästä asiakkaasta on kognitiivisen toimintakyvyn vajaus. Myös erilaisten asiakasryhmien tarpeisiin vastaaminen erilaisissa toimintaympäristöissä edellyttää monipuolista laadun arviointia. Siksi olisi tärkeää käyttää yhtenäistä laatuksiteeristöä, jonka avulla eri kotihoitoyksiköiden laatua voitaisiin vertailla keskenään. (Björkgren ym. 2007, 13-14.)

4.1 Kotihoidon laadun mittaaminen

RAI-järjestelmä on hoidon ja palveluiden laadun parantamisjärjestelmä, joka on tehty monenlaisten potilas- ja asiakasryhmien tarpeisiin eri palvelumuodoissa. (Björkgren, Finne-Soveri, Laine, Noro & Vähäkangas 2006, 24). Kotihoidon RAI on laatujärjestelmä, jota käytetään apuna hoidon ja palvelujen suunnittelussa sekä kotihoidon asiakkaiden arvioinnissa. Kotihoidon RAI sisältää MDS-HC kysymyssarjan, käsikirjan ja hoitosuunnittelun apuvälineen. Kotihoidon asiakkaan toimintakykyä kartoitetaan kysymyssarjan avulla fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja älyllisen toiminnan alueilta sekä hänen toiminnanvajavuutensa arvioidaan suhteessa asuinympäristöön. Myös asiakkaan läheisen tai omaisen hoitotaakkaa selvitetään havainnoimalla ja esittämällä kysymyksiä. Joissakin kunnissa RAI-arviointi- ja laatujärjestelmä on kotihoidossa käytössä, ja sen käyttö on tulevaisuudessa yleistymässä. (Vuori 2007, 40.)

Hoitohenkilökunnasta arvioinnin asiakkaalle tekee se hoitaja, joka hänet tuntee parhaiten. Tietoa kerätään eri lähteistä; asiakkaalta kysymällä, asiakasta havainnoimalla, havainnoimalla ja kysymällä asiakkaan omaisilta tai läheisiltä, kysymällä oman hoito- ja palvelutiimin jäseniltä sekä kaikista asiapapereista. Yleensä kolme edeltävää vuorokautta on arvioinnin kattama ajanjakso, ellei erikseen toisin kehoiteta. Arviot tehdään, kun henkilö on hakeutumassa kotihoidon asiakkaaksi, sekä sovituin määräväleihin ja silloin, jos asiakkaan vointi oleellisesti muuttuu. Mittarit ovat sitä käyttökelpoisempia, mitä ajanmukaisempia arvioinnit ovat. (Björkgren ym. 2006, 31.) RAI-järjestelmä on otettu käyttöön Lahdessa, Lahden kaupungin sairaalassa, mutta kotihoidossa se ei vielä ole käytössä.

4.2 Laadun arvioinnin kriteerit

Edellytyksenä laadukkaalle kotihoidolle on, että myös laadulliset tavoitteet on asetettu kotihoitotoiminnalle määrällisten tavoitteiden ohella. Laadulliset tavoitteet kotihoitoyksikössä suuntaavat kotihoidon palvelujen tarjontaa. Merkityksellistä kotona asuvan ikäihmisen näkökulmasta on, onko laadullisena tavoitteena kotihoitoyksikön toiminnassa asiakkaiden kokonaisvaltaisen toimintakyvyn, elämänlaadun ja voimavarojen tukeminen vai vastaaminen ainoastaan fyysisiin tarpeisiin. Ikäihmisen toimintakykyisyyden aikaa pidennetään laaja-alaista toimintakykyä ja elämänlaatua tukevalla kotihoidolla. (Björkgren ym. 2007, 36.)

Valtakunnallisessa Kotosa-hankkeessa, Kotipalvelu ja kotihoito osana kuntien palvelujärjestelmää, kehitettiin kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit. Kriteerit on työstetty yhteistyössä hankkeessa mukana olevien kuntien sekä Stakesin, sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön, Suomen kuntaliiton ja Vanhustyön keskusliiton kanssa. Kriteerit auttavat tarkastelemaan toiminnan laatua kotihoitoyksikössä. Laatu muodostuu kotihoidossa prosesseista, rakenteista ja vaiku-

tuksista. Näiden osa-alueiden arviointi ja seuranta antaa kotihoidon laadusta kokonaiskuvan. (Björkgren ym. 2007, 98-99.)

Rakenteellisten laatutekijöiden toteutumista arvioidaan kotihoidossa tarkastelemalla kotihoidon henkilöstötekijöitä, suunnitelmallisuutta ja sosiaali- ja terveystoimen välisen yhteistyön rakennetekijöitä. Suunnitelmallisuus muun muassa ilmenee siinä, ohjaavatko kotihoidon kehittämistä vanhuspoliittinen strategia ja palvelurakenteen kehittämisohjelma ja onko kattavuus- ja laatutavoitteet asetettu kotihoidolle. Myös se osoittaa suunnitelmallisuutta, että kotihoitoyksiköllä on käytössään jokin laadunhallinnan ja suunnittelun järjestelmä ja että suunnittelu perustuu riittävään kerättyyn tietoperustaan. Tärkeä rakenteellinen laatutekijä kotihoidossa on henkilöstö. (Björkgren ym. 2007, 98.) Kaikissa sosiaali- ja terveystoimissa henkilöstö on merkittävin voimavara ja tuotantotekijä. (Björkgren ym. 2006, 144). Henkilöstömitoituksen tulee perustua kuvattuun asiakasrakenteeseen, ympäristötekijöihin, joita ovat esimerkiksi välimatkat, kotihoidolle asetettuihin tavoitteisiin, käytössä oleviin työvälineisiin ja varahenkilöjärjestelmän olemassaoloon. Asianmukainen koulutus, työhyvinvoinnin seuranta ja ammattitaidon kehittämismahdollisuudet ovat lisäksi henkilöstön osalta tarkasteltavia asioita. (Björkgren ym. 2007, 98.)

Prosessien laatua kotihoidossa arvioidaan tarkastelemalla kotihoidon prosessikuvauksia, hoidon ja palvelun toteutusta, hoito- ja palvelusuunnitelmia, asiakkaan palvelutarpeen arviointia sekä asiakaspalautteen keräämistä. Hyvää kotihoidon laatua asiakkaan näkökulmasta kuvaa samoina pysyvät hoitajat, mikä tarkoittaa sitä, että asiakkaalle on nimetty vastuu- tai omahoitaja. Ja että kotihoito toteutetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen ja hänen voimavarojaan ja osallisuuttaan tukien. Hoidon ja palvelujen dokumentointi kertoo kotihoidon ammatillisesta laadusta. (Björkgren ym. 2007, 99.)

Vaikutuksia kotihoidossa arvioidaan tarkastelemalla tavoitteiden saavuttamista kotihoidon asiakkaiden, organisaation ja henkilöstön tasolla. Tavoitteiden saavuttamista organisaatiotasolla voidaan tarkastella laatu- ja kattavuustavoitteiden saavuttamisena, asiakaskunnan tyytyväisyytenä palveluihin ja välittömän asiakastyön osuutena kokonaistyöajasta. Tavoitteiden saavuttamista asiakastasolla arvioidaan esimerkiksi sillä, onko asunnonmuutostyöt tehty niitä tarvitseville, ovatko asiakkaalla tarkoituksenmukaiset apuvälineet käytössä, havaitsevatko työntekijät toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset ja puututaanko niihin tarvittaessa välittömästi. Tavoitteiden saavuttamista henkilöstössä arvioidaan tarkastelemalla esimerkiksi sairauspoissaoloja, työkyvyttömyyseläkkeitä, työtyytyväisyyttä, ammatillista osaamista ja henkilöstön vaihtuvuutta. (Björkgren ym. 2007, 99-100.)

5 Tutkimuksen toteutus

5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän työn tarkoituksena oli tutkia, miten kotihoidon työntekijät toteuttavat toimintakykyä ylläpitävää työtettä työssään. Tällä hetkellä vanhustenhoidossa on suuri paine, koska laitospaikkoja on vähän. Kotihoidon tarkoituksena on, että ikäihmiset pystyisivät asumaan kotona mahdollisimman pitkään. Myös kasvava vanhusten määrä asettaa paineita kotihoidolle. Jatkuvan kiireen keskellä voi työntekijöistä tuntua hankalalta hoitaa päivittäisten toimintojen avustamisen lisäksi myös toimintakykyä ylläpitävää työtettä. Tutkimuksessa haettiin vastaus kysymyksille: miten ymmärrät sanan toimintakyky, miten arvioit asiakkaan toimintakykyä, miten huomioit vanhuksen toimintakyvyn ylläpitämisen työssäsi, miten otat huomioon asiakkaan omaiset ja läheiset toimintakykyä ylläpitävässä työotteessasi ja miten ymmärrät sanan laatu kotihoidossa.

5.2 Tutkimusaineiston keruumenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimuksella on hoitotyölle ja hoitotieteelle monenlaisia merkityksiä. Eri tavoin koostettua tietoa terveyden ja sairauden kokemuksista, hoitokokemuksista ja ihmisten niille antamista merkityksistä tarvitaan hoitotyössä ja laajemmin terveydenhuollossa. Hoitotieteen alkuajoista asti on korostettu potilas- tai asiakaslähtöisyyttä ja sen tavoittamista tutkimuksin. Monin eri menetelmin voidaan saavuttaa tavoitteita, mutta kvalitatiivisella tutkimuksella mitä ilmeisimmin voidaan saavuttaa tietoa näistä asioista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57.)

Lähtökohtana kvalitatiivisessa tutkimuksessa voi olla uuden ilmiön kuvaaminen ja käsitteellistäminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57). Kohdetta tutkimuksessa pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Yleisesti todetaan, että pyrkimyksenä pikemmin kvalitatiivisessa tutkimuksessa on paljastaa tai löytää tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia totuusväittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 152.)

Tavoitteena laadullisessa tutkimuksessa ovat tutkittavan ilmiön ymmärtäminen, selittäminen ja soveltaminen. Tutkimuksessa on kyse erityistapauksesta eli jonkin ilmiön laadusta. Laadullinen tutkimusote etenee käytännön havainnoista ja ilmiöstä yleiselle tasolle eli empiriasta teoriaan. Ideana tutkimuksessa on kuvailla seikkaperäisesti jotakin ilmiötä ja saada ymmärrettäväksi jokin asia sekä kehittää uutta teoriaa todellisuutta vastaavasta aineistosta. (Anttila 2000, 135-136.)

Aineistonkeruumenetelmäksi opinnäytetyöhön valittiin haastattelu, koska vastaukset haluttiin saada hoitajilta omin sanoin vuorovaikutuksessa haastattelijan kanssa. Näin saatiin myös syvällistä, hoitajien kokemukseen pohjautuvaa tietoa. Haastattelumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua haastattelua eli teemahaastattelua. Teemahaastattelussa keskeiset asiat, joita kysytään, on sovittu etukäteen, mutta aineiston keruuseen liittyy myös vapauksia. Keskustelun aihepiirit tai teemat oli haastattelijalla laatinut valmiiksi. (Liite 3.) Sen sijaan haastattelun toteutusta ei ole strukturoitu, vaan tilanteessa voi tulla täsmennyksiä kysymysten muotoiluun ja kysymysten järjestys voi jopa vaihdella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97.)

Tämä antoi mahdollisuuden vaihdella kysymysten järjestystä sekä mahdollisti vapaamman keskustelun. Haastateltava sai vastata omin sanoin kysymyksiin, koska vastauksia ei ollut sidottu vastausvaihtoehtoihin. Ominaispiirteitä teemahaastattelulle ovat tieto haastateltavien kokemuksista aiheesta sekä se, että haastattelun tekijä on selvittänyt alustavasti tutkittavan asian tärkeitä rakenteita, osia, prosesseja ja kokonaisuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47-48.) Ihmisten asioille antamat tulkinnat ja merkitykset korostuvat tässä haastattelutyypissä. Teemahaastattelussa kuitenkin pitäydytään etsimään vastauksia tutkimustehtävän tai tutkimuksen ongelmanasettelun mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97.)

5.3 Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Laadullisessa tutkimuksessa on erilaisia lähestymistapoja. Kaikille on yhteistä kuitenkin se, että niiden tavoitteena on löytää tutkimusaineistosta toimintatapoja, samanlaisuuksia tai eroja. Perusprosessina laadullisessa, aineistolähtöisessä tutkimuksessa voidaan pitää sisällönanalyysiprosessia. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21.) Sisällönanalyysin avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja sekä samalla kuvata niitä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 133).

Aineistotutkimuksessa kuvataan tutkittavaa ilmiötä, ja analyysin tarkoitus on luoda selkeä ja sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä aineisto pyritään järjestämään selkeään ja tiiviiseen muotoon jättämättä pois sen sisältämää informaatiota. Tarkoituksena laadullisen aineiston analysoinnissa on informaatioarvon lisääminen, koska hajanaisesta aineistosta koetetaan luoda selkeää, mielekästä ja yhtenäistä informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 105-110.) Tavoitteena siis sisällönanalyysissä on kuvattavan ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluokituksia, malleja, käsitekarttoja ja käsitejärjestelmiä. Sisällönanalyysillä tuotetaan yksinkertaistettuja aineiston kuvauksia, koska sillä tavoitetaan myös seurauksia, merkityksiä sekä sisältöjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.)

Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa induktiivisena tai deduktiivisena, puhutaan aineistolähtöisestä ja teorialähtöisestä analyysistä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä sanoja luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Lähinnä se perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota ohjaa tutkimuksen ongelmanasettelu. Jos aikaisempi tieto on hajanaista tai asiasta ei juurikaan tiedetä, on induktiivista lähtökohtaa aiheellista käyttää. Tutkimusaineistosta pyritään induktiivisessa analyysissä luomaan teoreettinen kokonaisuus siten, että aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat eivät ohjaa analyysia. Yleisesti voidaan todeta, että tutkimustehävä ja aineiston laatu ohjaavat analyysiyksikön määrittämistä. Tutkimuksen raportointi on aineistolähtöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Lähtökohtana deduktiivisessa päättelyssä ovat teoreettiset käsitteet ja teoria, ja niiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä. Tutkija yleensä käyttää lomaketta tai analyysikehikkoa, jonka teoreettinen lähtökohta toimii aikaisemman tiedon ja tutkimuksen tarkoituksen suuntaisesti. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä käytetään tiettyä mallia, teoriaa tai aikaisemman tiedon perusteella laadittua teoreettista lähtökohtaa asian määrittelemiseksi. Näin raportoinnissa näkyy myös teorian ohjaava vaikutus. Aikaisemman tiedon perusteella luotu kehys ohjaa aineiston analyysia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135-136.)

Kvalitatiivinen aineisto analysoidaan sen keräämisen yhteydessä yleensä, ja se edellyttää tietynlaista alkutyöskentelyä (Kankkunen & Vehviläinen 2009, 132). Tutkimusaineiston analyysi etenee vaihe vaiheelta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111). Useimmiten aineistojen analyysi aloitetaan kirjoittamalla haastattelunauhojen materiaali tekstiksi eli litteroimalla. Suositeltavaa on, että nauhoitteet kuunnellaan mahdollisimman pian haastattelun jälkeen, jotta tauot, äänenpainot, haastateltavan ja haastattelijan roolit tulevat esille. (Kankkunen & Vehviläinen 2009, 132). Litteroinnin jälkeen haastattelut luetaan läpi ja perehdytään sisältöön, seuraavana litteroinnista etsitään pelkistettyjä ilmauksia ja ne alleviivataan. Tämän jälkeen pelkistetyistä ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Pelkistetyt ilmaukset yhdistetään ja niistä muodostetaan alaluokkia, jonka jälkeen alaluokat yhdistetään ja niistä muodostetaan yläluokkia. Yläluokat yhdistetään ja kokoava käsite muodostetaan, näin saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111-115.)

Haastattelujen toteuttamisen jälkeen aloitimme haastattelujen purkamisen heti. Haastattelut auki kirjoitettiin sanasta sanaan eli litteroitiin, sen jälkeen aineisto luettiin useaan kertaan läpi ja perehdyttiin sisältöön. Auki kirjoitetusta aineistosta alleviivattiin ilmauksia, jolla etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Ilmauksista kokosimme käsitekartan itsellemme havainnollistamista varten. Käsitekartan avulla aineistosta muodostettiin alakategorioita, ja tämän jälkeen alakategoriat yhdistelemällä saatiin yläkategoriat.

Tämän tutkimuksen aineiston analysoinnissa käytimme menetelmänä aineistolähtöistä sisälönanalyysiä. Analysointia ohjasi haastatteluissa käytettävä teemahaastattelurunko. (Liite 3.)

Kirjallista tutkimuslupaa opinnäytetyötä varten haettiin Lahden kaupungin sosiaali- ja terveysviraston eettiseltä lautakunnalta. (Liite 1). Lupa myönnettiin kirjallisena 15.10.2010 eli hyvissä ajoissa ennen haastattelujen toteuttamista. (Liite 2).

5.4 Tutkimushenkilöiden valinta ja kuvaus

Tutkimuksessa haastateltiin kymmentä hoitajaa Lahden kaupungin kotihoidon eri alueilta, kaikki haastateltavat olivat naisia, iältään 19-58-vuotiaita. Haastateltavista kuusi oli lähihoitajia, kolme perushoitajia ja yksi kodinhoitaja. Tutkimushenkilöt olivat työskennelleet Lahden kaupungin kotihoidossa puolesta vuodesta kahteenkymmeneen vuoteen. Kotihoidon ohjaajat valitsivat haastateltavat omilta alueiltaan eri kotihoitoyksiköistä, joita Lahdessa on viisi. He käyttivät valintakriteerinä sitä, kuinka kauan hoitajat ovat olleet työelämässä, koska voidaan olettaa, että vuosikymmeniä työskennelleillä hoitajilla on erilaiset toimintamallit kuin vasta valmistuneilla. Erillistä lisäkoulutusta haastateltavista oli saanut vanhusten toimintakyvyn tukemiseen kaksi, sekä toinen heistä oli käynyt kotihoidon oman fysioterapeutin järjestämässä koulutuksessa.

Tutkimusaineisto kerättiin helmikuun 2011 aikana. Kotihoidon ohjaajien kanssa sovittiin sähköpostitse haastatteluajankohdat, ja he välittivät tiedon haastateltaville sekä samalla antoivat saatekirjeen, jonka opinnäytetyöntekijät olivat laatineet. (Liite 4). Saatekirjeessä tuli ilmi, että haastattelut ovat luottamuksellisia sekä työntekijän oikeus yksityisyyteen turvataan. Haastattelut suoritettiin neljänä päivänä viidessä eri kotihoidon yksikössä. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina haastateltavien työaikana, heille parhaiten sopivana ajankohtana. Haastattelut jaettiin niin, että kumpikin opinnäytetyöntekijä haastatteli viittä eri hoitajaa. Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet kerrattiin haastateltaville vielä ennen haastattelujen aloittamista. Heille myös kerrottiin, että haastattelut nauhoitetaan digitaalisille tallentimille, mielipiteet pysyvät salaisina ja nauhat tuhotaan heti litteroinnin jälkeen. Jokaisen haastattelun kesto oli keskimäärin noin puoli tuntia.

6 Tulokset

Tämän opinnäytetyön tulokset muodostuvat kahdesta kategoriasta, jotka ovat toimintakyky ja laatu kotihoidossa. Molempien kategorioiden alle on liitetty apukysymyksiä. Nämä tulokset ovat Lahden Kaupungin kotihoidon henkilökunnan kokemuksia toimintakyvystä ja laadusta. Tulokset esitetään seuraavissa aliluvuissa teemoittain.

6.1 Toimintakyky

Haastateltavilta kysyttiin toimintakyvystä, joka oli jaettu kolmeen eri osaan; fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Kysyimme myös, kuinka haastateltavat arvioivat toimintakykyä, käyttävätkö he jonkinlaisia mittareita toimintakyvyn arvioinnissa ja ovatko omaiset mukana arvioinnissa. Lisäksi kysyimme, miten haastateltavat ottavat toimintakyvyn ylläpitämisen huomioon päivittäisissä toiminnoissa, virike- ja päivätoiminnassa sekä miten asiakkaiden omaiset ja läheiset otetaan huomioon toimintakykyä ylläpitävässä työtöteessä.

Haastateltavat kertoivat toimintakyvyn olevan päivittäisistä toiminnoista selviytymistä kaikilla eri osa-alueilla. Fyysisen toimintakyvyn haastateltavat kertoivat olevan liikkuminen, pukeutuminen, peseytyminen, ruoan valmistus, asioiden hoitaminen ja harrastukset, ylipäättänsä kaikki päivittäisiin toimintoihin liittyvät fyysiset tekijät. Psykkisen toimintakyvyn haastateltavat kertoivat olevan aloitekykyä, vireystilaa ja ymmärtämiskykyä. Tässä mainittiin myös asiakkaiden muistisairaudet, masentuneisuus ja psyykkiset sairaudet. Sosiaalisen toimintakyvyn haastateltavat kertoivat olevan seurallisuutta, kanssakäymistä, kommunikointia ja ihmisuhteiden hoitamista. Läheiset kontaktit omaisiin ja sukulaisiin tulivat esille hyvin voimakkaana.

”...se on asiakkaan arjessa selviytymistä, miten se selviää kotona, kaikilla osa-alueilla...”

”...se on semmoista vanhuksen tai asiakkaan itse tekemistä...”

”...toimintakyky on semmoinen fyysinen ja psyykinen selviytyminen niistä päivän askareista, mitä siihen päivään sitten liittykin...”

Toimintakyvyn arvioinnin haastateltavat kertoivat olevan jokapäiväistä. He kertoivat arvioivansa asiakkaan liikkumista sekä kuntoa ja sitä, kuinka asiakas toimii kotona. Asiakkaan haastattelu ja hoitajan silmämääräinen tulkinta koettiin erittäin tärkeiksi, samoin muistihoitajan ja geriatriin konsultaatio. Kotihoidon fysioterapeutin kerrottiin olevan myös hyvä apu arvioinnissa. Arvioinnin apuna käytössä olevia mittareita haastateltavat kertoivat olevan RA-VA-mittarin ja MMSE-testin, nämä molemmat tehdään asiakkaille puolivuositain. Lisäksi mainittiin myös masennustesti, toimintakykymittari ja ravitsemusmittari. Omaisten mukanaolo arvioinnissa oli haastateltavien mukaan melko vähäistä. Lähinnä asiakkaan kotona olevan viestivihon kautta omaiset pitivät yhteyttä. Lisäksi haastateltavat kokivat, että omaisten arvio asiakkaan toimintakyvystä oli lähes aina paljon huonompi kuin hoitajien. Omaisten mukanaolo koettiin haastateltavien mukaan kuitenkin erittäin tärkeäksi, koska heiltä olisi tul-

lut se tieto ja vinkit, kuinka asiakas oli ennen toimintakyvyn heikkenemistä tottunut toimimaan ja mitkä toiminnot olisivat tuottaneet asiakkaalle iloa.

”...asiakasta arvioidaan koko ajan, miten hän kotona pärjää. Hoitajan silmien ja tulkintojen varaan jää aika paljolti...”

”...se on vaan se päivittäinen arviointi, että miten niillä on se kunto, onko mennyt alaspäin tai onko tullut kohennusta...”

”...toimintakyvyn arvioinnissa omaiset on aina sitä mieltä, ettei se pärjää, kun meidän näkemys on, että se pärjää...”

Haastateltavat kertoivat toimintakyvyn ylläpitämisen työssään olevan asiakkaan omatoimisuuden tukemista. Ei tehdä puolesta, vaan kannustetaan omatoimisuuteen ja avustetaan tarvittaessa. Päivittäisissä toiminnoissa haastateltavat kertoivat antavansa asiakkaan toimia kaikilla osa-alueilla mahdollisimman itsenäisesti ja kiireettömästi. Haastateltavat kertoivat antavansa asiakkaalle apua vain silloin, kun tämä sitä tarvitsee. Muistamattomien asiakkaiden kohdalla haastateltavat kokivat tärkeäksi sanallisen ohjauksen. Tiukka aikataulu korostui haastateltavien puheesta varsinkin ilt- ja viikonlopputoissa, tällöin toimintakykyä ylläpitävää työtettä oli lähes mahdoton toteuttaa. Juuri näinä ajankohtina haastateltavat kertoivatkin sortuneensa puolesta tekemiseen. Haastattelussa tuli myös ilmi se, että jotkut asiakkaat jopa anelivat puolesta tekemistä.

Virike- ja päivätoiminnasta haastateltavat mainitsivat ensisijaisesti Harjulan päivätoiminnan, joka on tarkoitettu toimintakyvyltään heikentyneille ja muistihäiriöisille vanhuksille, veteraaneille ja omaishoidettaville. Päivätoiminta tuotetaan Lahden kaupungin ostopalveluna. He mainitsivat myös Wanhan Herran päivätoiminnan, joka tarjoaa fysioterapiaa ja liikuntapalveluja ikäihmisille, sekä liikuntakummit, jotka ovat Lahden seurakuntayhtymän vapaaehtoistyöntekijöitä. Heidän työtehtävänsä on ulkoilla ja voimistella kotona tai ryhmässä vanhusten kanssa. Lisäksi tuli esille kotihoidon tukiryhmä, joka tarjoaa ulkoilu ja saattoapua kotihoidon asiakkaille. Ja virikekassin, joka sisältää pelikortit, muistipelin ja lauluvihkosen. Haastateltavat kertoivat myös ajan niin salliessa ulkoilevansa asiakkaan kanssa, lukevansa asiakkailleen päivän lehteä, katselevansa asiakkaan kanssa valokuvia, keskustelevansa ja vaikka pitävänsä pieniä jumppatuokioita. Lisäksi haastateltavat kertoivat TV:n ja radion olevan asiakkaille hyvää viriketoimintaa.

Omaisten ja läheisten mukana olo toimintakykyä ylläpitävässä työotteessa on haastateltavien mukaan vähäistä ja toivomus olisikin, että omaiset saataisiin enemmän mukaan. Haastatelussa tuli ilmi, että niitä omaisia, jotka olivat mukana, neuvottiin ja ohjattiin asiakkaan toi-

mintakyvyn ylläpitämisessä. Omaisilta toivottiin myös saatavan neuvoja ja taustatietoa asiakkaasta.

”...no just se että mä en tee puolesta vaan annan mahdollisimman pitkälle tehdä itse ja sitten kun se pyytää avun, niin sitten mä annan sen...”

”...kiire vaikuttaa iltaisin ja viikonloppuisin, tehdään puolesta, että saa nopeammin tehtyä...”

”...itseä harmittaa, vaikka pitäis kuntouttavalla työotteella tehdä, niin ei välttämättä ole aikaa ja tehdään puolesta...”

”...ennen oli kiva, kun kerkesi käydä kesäisin ulkona mummujen kanssa ja ne tykkäs hirveesti...”

”...toivoisi, että omaisilla olisi enemmän aikaa asiakkaalle esimerkiksi käydä ulkona, että olis muutakin kuin se, että jutellaan sisällä...”

6.2 Laatu kotihoidossa

Haastateltavilta kysyttiin heidän näkemyksiään laadusta kotihoidossa. Apukysymyksinä käsitimme laadun arviointia sekä laadun arviointiin olevia apuvälineitä.

Haastateltavien mielestä laatu kotihoidossa on asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa ja sitä että asiakkaalla olisi hyvä ja turvallinen olo. Asiakkaalla olisi asiakasvastaava ja varavastaava, jotka pääsääntöisesti kävisivät asiakkaalla. Kiireettömyys ja selvät pelisäännöt nousivat myös esille haastatteluissa. Myös hoitajien ammattitaito koettiin haastateltavien mukaan erittäin tärkeäksi laadun kriteeriksi. Laadun arvioinnissa haastateltavat kertoivat jokapäiväisen arvioinnin olevan erittäin tärkeää, lisäksi kattava kirjaaminen ja hoitosuunnitelmien päivittäminen koettiin tärkeäksi. Haastatteluissa tuli myös ilmi, että hoitajien keskinäinen laadun arviointi toistensa työstä nähtiin tärkeänä. Myös suora palaute asiakkaalta ja omaisilta koettiin tärkeänä. Laadun arvioimisen apuvälineinä haastateltavat kertoivat olevan asiakastytytyväisyyskyselyn, työhyvinvointikyselyn, työaikaseurannan, kehityskeskustelut ja tarvittaessa myös työnohjaus. Myös työyhteisön kehittäminen ja työnkierto koettiin tärkeäksi.

”...laatua olis just se, että meillä olis aikaa olla asiakkaiden kanssa ja tehdä niiden kanssa ja keksiä heille kaikkea toimintaa...”

”...tehdään asiakaslähtöisesti, mutta se tietysti vaatii sitä, että tuntee asiakkaat. Jos hoitaja koko ajan vaihtuu, niin se ei tunnu kivalta asiakkaasta...”

”...että hoitajat osaa käyttää eri ammattiryhmiä ja tarjota asiakkaille niitä kaikkia asioita, mitä on mahdollista...”

”...jotkut asiakkaat, jotka eivät edes muista koko kotihoitoa, on vähän huono saada palautetta. Jotkut omaiset antavat myös palautetta, pääosin ovat tyytyväisiä, mutta sitten on niitä, jotka eivät ikinä ole tyytyväisiä, teki miten teki...”

7 Pohdinta

7.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä tarkastellaan laadullisen tutkimuksen kriteereitä soveltaen. Tarkasteltaessa tutkimuksen eettisyyttä, tärkeää on tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, haastateltavien henkilöllisyyden suojaaminen, luottamuksellisuus ja se, että tiedonkeruu ei vahingoita tiedonantajaa.

Luotettavuuskysymykset laadullisessa tutkimuksessa liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun ja analyysiin sekä tulosten esittämiseen, niin että aineisto kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Saatu tieto aineiston keruussa on riippuvaista siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön, näin aineiston laatu korostuu. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36, 39.)

Laadukkuutta tutkimuksessa voidaan etukäteen tavoitella sillä, että tehdään hyvä haastattelurunko. Eduksi katsotaan myös se, että mietitään ennalta, kuinka teemoja voidaan syventää ja pohditaan vaihtoehtoisia muotoja lisäkysymyksiin. Haastattelun laatuun vaikuttaa parantavasti se, että haastattelu litteroidaan mahdollisimman nopeasti, varsinkin jos tutkija itse haastattelee sekä litteroi. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184-185.)

Tutkimuksessa virheiden syntymistä pyritään välttämään, mutta tulosten pätevyys ja luotettavuus silti vaihtelevat. Tämän takia kaikissa tutkimuksissa tehdyn tutkimuksen luotettavuutta pyritään arvioimaan. Arvioidessa tutkimuksen luotettavuutta, voidaan käyttää useita erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. (Hirsjärvi ym. 2000, 213.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden systemaattiseen arviointiin on tutkijoiden tueksi esitetty omia lähtökohtia ja erillisiä suosituksia, vaikka joissakin menetelmäkirjoissa myös luotettavuuden yhteydessä puhutaan reliabiliteetista ja validiteetista. Yleensä kuitenkin hoito-

tieteellisessä kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmista. Kvalitatiivisen tutkimuksen kirjo tarjoaa erilaisia kysymysten tarkasteluja luotettavuudesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-166.)

Yleisiä laadullisen tutkimuksen kriteereitä luotettavuudessa ovat uskottavuus, siirrettävyys ja vahvistettavuus. Uskottavuus edellyttää sitä, että tulokset on niin selkeästi kuvattu, että lukija ymmärtää, kuinka analyysi on tehty sekä mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Uskottavuus kuvaa myös sitä, että kuinka hyvin tutkijan tekemät luokitukset tai kategoriat kattavat aineiston. Tärkeä luotettavuuskysymys on aineiston ja tulosten suhteen kuvaus. Se edellyttää sitä, että tutkija kuvaa mahdollisimman tarkasti analyysinsä. Siirrettävyyden varmistamiseksi edellytetään aina osallistujien taustojen ja valinnan selvittämistä, huolellista tutkimuskontekstin kuvausta sekä aineistojen keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta. Tämä on siltä varalta tarpeen, että prosessia haluaa seurata toinen tutkija. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Vahvistuvuus tutkimuksessa tarkoittaa sitä, että tehdyt tulokset saavat tukea toisista samankaltaista ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista. (Eskola & Suoranta 2003, 212.)

Laadullisen tutkimuksen raporteissa usein esitetään suoria lainauksia esimerkiksi haastatteluteksteistä. Näin tutkimuksen luotettavuus pyritään varmistamaan sekä antamaan mahdollisuus lukijalle pohtia aineiston keruun polkua. Etiikan näkökulmasta tutkijan on varmistettava, että tutkimukseen osallistuja ei ole tunnistettavissa esimerkiksi murreilmausten perusteella. Suositeltavaa onkin, että alkuperäislainaukset kuvataan muokattuina yleiskielelle. Voidaankin todeta, että laadullisessa tutkimuksessa sekä sen raportoinnissa on oltava selvillä tietyt perusasiat ja niiden mukaiset tulokset on oltava selvästi myös raportista luettavissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160-161.)

Tuloksissa halusimme tuoda esiin suoria lainauksia haastatteluteksteistä parantaakseen tutkimuksen luotettavuutta. Lainaukset kuitenkin kuvattiin niin, että teksti muokattiin yleiskielelle, ettei murreilmauksista tunnisteta haastateltavaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160-161.)

7.2 Tutkimuksen johtopäätökset

Kotihoidon asiakkaaksi päädytään yleensä siinä vaiheessa, kun asiakkaan toimintakyky on jollain sen osa-alueella heikentynyt. Lahden kaupungin kotihoito kohdentuu ikäihmisiin ja pitkäaikaissairaisiin, jotka tarvitsevat paljon hoitoa ja huolenpitoa selviytyäkseen kotioloissa. Kotihoito auttaa järjestämään palveluja yksityisiltä tai vapaaehtoisilta auttajilta, jos palvelujen tarve on vähäistä. Hoidon tarpeen arvioinnissa otetaan huomioon asiakkaan

kuntoisuus sekä sosiaalinen ja henkinen vireystaso. Jokaiselle kotihoidon asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa määritellään käyntikertojen määrä ja hoidon sisältö. Asiakkaan on itse haluttava palvelua ja sitouduttava siihen. (Lahden kaupunki 2011.)

Fyysistä toimintakykyä tarvitaan päivittäisistä toiminnoista selviämässä. Psykkinen toimintakyky taas kuvaa ihmisen henkisiä voimavaroja ja myös muisti liitetään psyykkiseen toimintakykyyn. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen valmiuksia suoritua ihmisten välisistä suhteista, joilla tarkoitetaan ystäviä, perhettä ja sukulaisia. (Eloranta & Punkanen 2008, 10-17.) Aineiston perusteella haastateltavat kertoivat toimintakyvyn olevan selviytymistä päivittäisistä toiminnoista kaikilla eri osa-alueilla. Fyysiseen toimintakykyyn liitettiin liikkuminen, pesut, pukeutumiset ja kodin askareista selviytyminen. Psykkinen toimintakykyyn haastateltavat liittivät voimakkaasti muistisairaudet ja erilaiset psyykenongelmat. Sosiaalisen toimintakyvyn haastateltavat kuvasivat seurallisuutena, kanssakäymisenä ja ihmissuhteiden hoitamisena.

Toimintakyvyn arvioimisessa tulisi käyttää monipuolisia arviointimenetelmiä ja se on moniammatillista yhteistyötä sekä laajaa osaamista. Arvioinnissa on myös keskeistä asiakkaan läheisten ja omaisten arviointi. (Eloranta & Punkanen 2008, 18-19.) RAVA-mittarilla mitataan 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien avuntarvetta ja toimintakykyä (Kangasharju ym. 2010, 7). Muistihäiriöitä epäiltäessä yleisimmin käytetty ensivaiheen seulontamenetelmä oli MMSE-testi (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 107). Haastattelujen tulosten mukaan toimintakyvyn arviointi oli jokapäiväistä moniammatillista arviointia. Omaisten mukanaolo arvioinneissa oli haastateltavien mielestä melko vähäistä ja omaisten mukanaoloa toivottiin enemmän. RAVA-mittari ja MMSE-testi olivat haastattelujen mukaan yleisimmin käytetyt mittarit toimintakyvyn arvioinnissa kotihoidossa.

Toimintakykyä ylläpitävän työotteen tarkoituksena on toimintakyvyn ylläpitäminen niin, että asiakkaan omia voimavaroja tuetaan arkielämässä. Vanhusta kannustetaan ja ohjataan tekemään itse, eikä tehdä puolesta. Tavoitteena on tukea itsemääräämisoikeutta, omatoimista suoriutumista ja hyvää elämän laatua riippumatta vanhuksen toimintakyvystä. Kuntouttava työote edellyttää myös asiakaslähtöisyyttä. Osallistuminen harrastuksiin ja sosiaalisiin tilaisuuksiin lisäävät ikäihmisen toimintakykyä. (Eloranta & Punkanen 2008, 18, 41.) Moniammatillisen työryhmän, joka tekee hoitotyötä kotona tulee osata tukea myös asiakkaiden omaisia (Engeström ym. 2009, 170). Haastattelujen tuloksista ilmeni, että toimintakyvyn ylläpitäminen päivittäisissä toiminnoissa oli asiakkaan omatoimisuuden tukemista. Työ tehtiin mahdollisimman kiireettömästi ja asiakkaan annettiin toimia mahdollisimman itsenäisesti kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla. Haastateltavien mukaan tämä oli haasteellista toteuttaa ilta- ja viikonlopputyössä tiukan aikataulun vuoksi. Haastattelujen perusteella tuli ilmi, että erilaisia päivätoimintoja ja virikkeitä käytettiin mahdollisuuksien

mukaan. Tulokset osoittivat, että omaisten ja läheisten mukana olo oli vähäistä, mutta niitä jotka osallistuivat, neuvottiin ja ohjattiin toimintakyvyn ylläpitämisessä.

Laadukas kotihoito on asiakaslähtöistä, säännöllisesti arvioitua, tavoitteellista ja sitä toteutetaan kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman ohjaamana. Laadukasta hoitotyötä toteutetaan yhteistyössä asiakkaan, hänen omaistensa ja eri palveluntuottajien ohjaamana. (Björkgren ym. 2007, 14-15.) Laadun arviointia tehtäessä tietoa kerätään asiakkaalta kysymällä, asiakasta havainnoimalla ja kysymällä asiakkaan omaisilta, kysymällä omalta työyhteisöltä sekä katsomalla asiakkaan asiapapereista (Björkgren ym. 2006, 31). Hyvää kotihoidon laatua asiakkaan näkökulmasta kuvaa samoina pysyvät hoitajat, mikä tarkoittaa, että asiakkaalle on nimetty oma asiakasvastaava. Myös hyvä hoidon dokumentointi kertoo kotihoidon ammatillisesta laadusta. Tärkeä laatutekijä kotihoidossa on henkilöstö. Asian mukainen koulutus, työhyvinvoinnin seuranta ja ammattitaidon kehittämismahdollisuudet ovat henkilöstön osalta tarkasteltavia asioita. (Björkgren ym. 2007, 98-99.) Tuloksien mukaan laadukas hoitotyö kotihoidossa on asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa niin, että asiakkaalla olisi turvallinen ja hyvä olo. Haastateltavien mukaan asiakkaalla tulisi olla asiakasvastaava ja varavastaava, jotka pääsääntöisesti kävisivät asiakkaalla. Selvät pelisäännöt ja kiireettömyys nousivat myös esille. Myös hoitajan ammattitaito koettiin erittäin tärkeäksi laadun kriteeriksi. Jokapäiväinen arviointi, kattava kirjaaminen ja hoitosuunnitelmien päivittäminen koettiin myös haastattelujen mukaan erittäin tärkeäksi. Laadun arvioinnin apuvälineinä kerrottiin olevan asiakastyytyväisyyskyselyn sekä työhyvinvointikyselyn. Myös työaikaseuranta ja kehityskeskustelut koettiin tärkeiksi.

7.3 Lopuksi

Opinnäytetyöprosessi alkoi kesällä 2010, jolloin tapasimme kotihoitopäällikkö Maren Olkkosen ja fysioterapeutti Päivi Nevalaisen. Kävimme yhdessä läpi tämän tutkimuksen sisältöä ja Lahden Kaupungin odotusta tältä tutkimukselta. Tämän tapaamisen jälkeen aloitimme aineiston keräämisen työtä varten. Opinnäytetyön ohjaavan opettajan Aila Murron kanssa olemme tavanneet useita kertoja työn eri vaiheissa ja saanut ohjausta opinnäytetyön tekoon. Tämä aihe tuntui mielekkäältä, koska olemme molemmat työskennelleet kotihoidossa lähihoitajina useamman vuoden ennen terveydenhoitaja opintojen alkua eli molemmille aihe oli tuttu entuudestaan. Aihe oli myös todella ajankohtainen, koska vanhusväestön määrä kasvaa koko ajan ja laitospaikkoja on vähän. Työtä tehdessämme saimme tietoa uusista tukipalveluista, kuten liikuntakummeista ja kotihoidon tukiryhmästä. Opinnäytetyöprosessi on kaiken kaikkiaan ollut melko työlästä, mutta sitäkin antoisampaa ja opettavaista aikaa. Yhteisen ajan etsiminen on ollut myös välillä haastavaa. Opinnäytetyön aloittaminen olisi molempien mielestä pitänyt aloittaa aikaisemmassa vaiheessa opintoja.

Kuten tutkimuksen johtopäätöksistä käy ilmi, teoria ja haastateltavien toimintamallit ovat melko yhtenäisiä. Kaikki haastateltavat toivat ilmi sen, miten toimintakykyä tulisi ylläpitää, mutta kiire viikonloppu- ja iltavuoroissa rajoittivat tämän toteuttamista. Myös omaisten huono osallistuminen asiakkaan toimintakykyä ylläpitävään hoitoon oli haastateltavien mukaan vähäistä, vaikka omaisten mukana olo voisi parantaa toimintakykyä ylläpitävän hoidon laatua. Haastatteluissa tuli ilmi myös epäkohta hoidon laadusta hoitajien vaihtuvuuden ja kiireen vuoksi.

Lahden kaupungin kotihoidossa on otettu käyttöön uusi tietojärjestelmä, joka ohjaa matkapuhelimien kautta työntekijöiden päivän kulkua ja aikataulutusta. Tämä järjestelmä oli aluksi pilottina yhdellä kotihoidon alueella, mutta nyt viime päivinä se on otettu käyttöön koko kotihoidossa. Koska järjestelmä on niin uusi, ajoittain myös työn tekemisessä ja tietojärjestelmässä esiintyy hankaluuksia. Joka alueella on yksi työnjakaja, joka järjestelee alueen asiakaspaikat tasapuolisesti kaikkien työntekijöiden kesken ja tämä saattaa aiheuttaa hoitotyön laadussa puutteita, koska asiakkailla vaihtuvat usein hoitajat. Myös asiakasvastaavuus saattaa kärsiä tämän seurauksena.

Yhteistyö Lahden kaupungin kotihoidon kanssa on ollut mielekästä ja sujuvaa. Olemme saaneet hyviä vinkkejä opinnäytetyöhön sekä kotihoitopäällikkö Maren Olkkoselta että fysioterapeutti Päivi Nevalaiselta. Haastatteluajankohdat saatiin sovittua joustavasti kotihoidon ohjaajien kanssa ja haastateltavista näkyi aito kiinnostus ja into laadun ja toimintakyvyn kehittämiseen kotihoidossa. Lisäksi opinnäytetyötämme ohjannut lehtori Aila Murto on tukenut meitä aina tarvittaessa ja ohjannut kärsivällisesti opinnäytetyömme teossa. Tämän opinnäytetyön tekeminen on antanut meille lisää valmiuksia toimia kotihoidossa tiiminvetäjinä sekä antanut enemmän ymmärrystä toimintakyvyn ylläpitämisen säilyttämiseen.

Lähteet

- Alanaatu, S. 2009. Ihminen ensin. Vanhainkotiasukkaan toimintakykyä edistävän toimintamallin kehittäminen. Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu.
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/4871/Alanaatu%20Sanna.pdf?sequence=1> (Luettu 6.5.2011.)
- Andreev, T. Gothóni, R. Helminen, P. Karisto, A. Leinonen, S. Mikkola, A. Noppari, E. Näslindh-Ylispangar, A. Pitkälä, K. Routasalo, P. Salomaa, V. Topo, P. 2005. Vanhustyö muuttuvassa hyvinvointivaltiossa. Teoksessa Koistinen, P. Noppari, E. (toim.) Laatu vanhustyöhön. Tampere: Tammer-Paino, 9-18.
- Anttila, P. 2000. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Taito-, taide- ja muotoilualojen tutkimuksen työvälitteet. Hamina: Akatiimi Oy.
- Björkgren, M. Finne-Soveri, H. Laine, J. Noro, A. Vähäkangas, P. 2006. Rai-Järjestelmä. Teoksessa Finne-Soveri, H. Björkgren, M. Vähäkangas, P. Noro, A. (toim.) Kotihoidon asiakasrakenteen ja hoidon laatu. Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 23-37.
- Björkgren, M. Finne-Soveri, H. Laine, J. Noro, A. 2006. Kotihoidon organisointi, henkilöstö ja tuottavuus. Teoksessa Finne-Soveri, H. Björkgren, M. Vähäkangas, P. Noro, A. (toim.) Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 139-150.
- Björkgren, M. Heinola, R. Kattainen, E. Luoma, M. Matikainen, K. Paasivaara, L. Tepponen, M. Voutilainen, P. 2007. Kotihoidon asiakkaat. Asiakasrakenteen. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino, 18-35.
- Björkgren, M. Heinola, R. Kattainen, E. Luoma, M. Matikainen, K. Paasivaara, L. Tepponen, M. Voutilainen, P. 2007. Kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino, 98-106.
- Björkgren, M. Heinola, R. Kattainen, E. Luoma, M. Matikainen, K. Paasivaara, L. Tepponen, M. Voutilainen, P. 2007. Laadun arviointi. Laadun arvioinnin haasteet. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino, 13-17.
- Björkgren, M. Heinola, R. Kattainen, E. Luoma, M. Matikainen, K. Paasivaara, L. Tepponen, M. Voutilainen, P. 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Toimintakyvyn ja elämänlaadun osatekijät. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino, 36-51.
- Eloranta, T. Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Otavan Kirjapaino.
- Erkinjuntti, T. Huovinen, M. 2008. Taudin varhainen määrittäminen. Teoksessa Paananen R. (toim.) Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell, 99-117.
- Eskola, J. Suoranta, J. 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 6.painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Hirsjärvi, S. Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 2000. Tutki ja Kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino.

Huittinen, V.-M. Hyvärinen, M. Karjalainen, P. Klippi, A. Korpijaakko-Huuhka, A.-M. Nuutila, A. Pietilä, M. Pitkälä, K. Routasalo, P. Saarenheimo, M. Stranberg, T. Tilvis, R. 2003. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Kuntoutushankkeen tausta ja suunnittelu. Tutkimusraportti 1. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino.

Hägg, T. Rantio, M. Suikki, P. Vuori, A. Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö asiakkaan kotona. Teoksessa Malmivaara, T. Saastamoinen, T. (toim.) Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY, 8-26.

Ihalainen, J. Kettunen, R. Kähäri-Wiik, K. Vuori-Kemilä, A. 2009. Johdanto. Teoksessa Malmivaara, T. (toim.) Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 5-8.

Ihalainen, J. Kettunen, R. Kähäri-Wiik, K. Vuori-Kemilä, A. 2009. Kuntoutumisen tukeminen avaa mahdollisuuksia. Teoksessa Malmivaara, T. (toim.) Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY, 21-46.

Ikonen, E-R. Julkunen, S. 2007. Kotihoito ja sen historia. Teoksessa Kokkonen, H. (toim.) Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima, 9-41.

Ikonen, E-R. Julkunen, S. 2007. Kotihoidon asiakkaat ja ammattilaiset. Teoksessa Kokkonen, H. (toim.) Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima, 130-167.

Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Hoitotieteellisen tutkimuksen lähestymistapoja. Teoksessa Linqvist, E. Sipilä, T. (toim.) Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro, 39-61.

Kangasharju, A. Mikkola, T. Mänttari, T. Tyni, T. Valta, M. 2010. 160 Vaikuttavuuden huomiioon ottava tuottavuus vanhuspalveluissa. Vatt tutkimukset. Helsinki: Oy Nord Print Ab. [PDF-dokumentti]
http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/kuntatalous/taloudenohjaus/tuottavuus/Documents/Vaikuttavuus-vanhuspalvelut_2010.pdf (Luettu 14.1.2011)

Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimusprosessi kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Teoksessa Lindqvist, E. Sipilä, T. (toim.) Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro, 63-149.

Kähäri-Wiik, K. Niemi, A. Rantanen, A. 2007. Toimintakyky mahdollistaa arjessa selviytymisen. Teoksessa Javanainen, M. Juttutoimisto, H. Saastamoinen, T. (toim.) Kuntoutuksella toimintakykyä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 13-17.

Lahden kaupunki 2006. Tukipalvelut.
<http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/subpages/sosiaalijaterveyspalvelutvanhuksetkotihoito>
 (Luettu 1.10.2010.)

Lahden kaupunki 2011. Asiakkaaksi pääsy.
<http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/9A7FEB766E74799BC2256F070040B2E7>

Larmi, A. Tokola, E. Väلكkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Latvala, E. Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell, 21-43.

Laurell, L. Nordman, P. Suvikas, A. 2007. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita Prima.

Niemelä, A-L. Isoaho, M. 2009. Muistisairauksien hoito - kotihoidon uusin haaste. Teoksessa Engeström, Y. Niemelä, A-L. Nummijoki, J. Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: WS Bookwell.


Pääkkö, M. 2009. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen -käsikirja vanhustyön arkeen. Tietoa, taitoa ja tahtoa vanhustyöhön - hanke. Sodankylän kunta.
<http://www.sodankyla.fi/media/tiedostot/kasikirja.pdf> (Luettu 4.5.2011.)

Teinilä, E. 2007. Gerontologinen soiaalityö erityisesti kotihoidossa ja sen rajapinnoilla. kehittämishanke 2005-2009. Tampereen kaupunki.
www.tampere.fi/tiedostot/5ebd535rj/Hanke-esittely.ppt (Luettu 29.4.2011.)

Tuomi, J. Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Vuori, U. 2007. Huolehdi alkuselvityksistä ja ohjaa tutkimuksiin. Teoksessa Vuori, U. Heimonen, Sl. (toim.) Tue muistisairaana ihmisen kotona asumista. Opas ammattihenkilöstölle. 4/2007 painos. Helsinki: Paintek Pihlajamäki, 31-43.

Liitteet

	TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimisto		
Tutkimuksen nimi	Ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitäminen Lahden kaupungin kotihoidossa		
Tutkijat (ensimmäiseksi tutkimuksesta vastaava, jos sellainen on nimetty)	Nimi Mia Mikkola Satu Salonen	Osoite Pohjolantie, 16730 Kutajärvi Vuorikatu 12 as 19, 15110 Lahti	Puh. 040-5870718 044-3065248
	Yhteyshenkilö Mia Mikkola ja Satu Salonen		
Tutkimuksen luonne (opin näyte tms, mihin tutkimtoon?)	Opinnäytetyö, terveydenhoitajan ammattikorkeakoulututkinto		
Tutkimuksen arvioitu toteutusaika	Syksy 2010-Kevät 2011		
Tutkimusmenetelmän kuvaus	Tarkoituksenamme on tehdä laadullinen tutkimus Lahden kaupungin kotihoitoon. Tarkoituksenamme on haastatella kymmentä työntekijää Lahden kaupungin kotihoidosta eri alueilta, menetelmänä käytämme kyselylomaketta.		
Tutkimuksen			

mahdollinen ulkopuolinen rahoitus	-	
Tutkimuksen ohjaajat	Nimi Aila Murto	arvo/ammatti/oppilaitos/osasto/tiedekunta Lehtori, Laurea Amk, sosiaali- ja terveysala
Tutkimus- suunnitelman lyhennelmä (tut- kimussuun- nitelma tulee olla liitteenä)	Tarkoituksenamme on tutkia Lahden kaupungin kotihoidon työntekijöiden työskentelytapaa, kuinka he käyttävät toimintakykyä ylläpitävää työtettä työssään.	
Tutkimuksen vastaava oh- jaaja	----- Allekirjoitus ja nimen selvitys: Aila Murto	
Vastaava tut- kija	----- Allekirjoitus ja nimen selvitys: Mia Mikkola ja Satu Salonen	
Tutkimus- luvan lähe- tysosoite ja tiedustelut	Lupahakemus lähetetään osoitteella: Lahden sosiaali- ja terveysvirasto / Kirjaamo, PL 116, 15101 Lahti. Käsittelyaikataulutiedustelut: puh. (03) 818 4011 tai sähköpostitse: virasto.sotevi@lahti.fi	
Tutkimuslupa myönnetty	Päiväys ja pykälä ____.____.200__, _____ §	

	----- Allekirjoitus ja nimen selvennys:
<p>Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimisto edellyttää, että valmistunut lopputyö toimitetaan paperiversiona osoitteeseen: Lahden sosiaali- ja terveystoimisto / Kirjaamo, PL 116, 15101 Lahti ja sähköisenä versiona osoitteeseen: virasto.sotevi@lahti.fi</p>	
<p>Liite</p> <p><input type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelman lyhennelmä on liitteenä.</p>	



VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Lahden kaupunki

Viranhaltija	Vanhusten avopalvelujen päällikkö	Pykälä	86
Päätöspäivä	15.10.2010	Määräpäivä	
Organisaatio	Sosiaali- ja terveystoimiala	Toimielin	
	Julkinen		
Valmistelija	Tiina Turkulainen	Päätöslaji	Tutkimuslupa
Hallintokunta	Sosiaali- ja terveystoimiala		
Asia	Tutkimuslupahakemus		

Päätösteksti

Myönnän terveydenhoitajaopiskelija Mia Mikkolalle ja Satu Saloselle tutkimusluvan terveydenhoitajan ammattikorkeakoulututkintoon (Laurea ammattikorkeakoulu, Hyvinkää) liittyvää opinnäytetyötä varten.

Tutkimuksen aiheena on tutkia Lahden kaupungin kotihoidon työntekijöiden työskentelytapaa, kuinka he käyttävät toimintakykyä ylläpitävää työtettä työssään. Erillinen tutkimuslupahakemus. Valmistunut lopputyö toimitetaan tutkimusluvan myöntäjälle.

Lisätietoja päätöksestä antaa allekirjoittaja, puh. 818 5571.

Peruste	
Nähtävilläolo	22.10.2010
Muutoksenhaku	
LTK tiedoksi	Sosiaali- ja terveyslautakunta
Saaja	Mia Mikkola, Satu Salonen
Tiedoksi	
Tiedoksi sähköpostilla	satu.salonen 15.10.2010 Pia Peltomaa 15.10.2010 Maren Olkkonen 15.10.2010 Kaarina Martiskainen 15.10.2010 Hannele Jarvela 15.10.2010 Pirkko Hyvarinen 15.10.2010
Asiakirjat	
Arkistosarja	
Arkistointi	Ei käytössä
Säilytyspaikka	
Säilytysmuoto	

Allekirjoitus

Vanhusten avopalvelujen päällikkö Pia Peltomaa

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustatiedot:

Ikäsi? Sukupuolesi?

Ammattiryhmä?

Kuinka kauan olet työskennellyt Lahden kaupungin kotihoidossa?

Oletko saanut erillistä koulutusta työssäsi vanhusten toimintakyvyn tukemiseen?

1. Miten ymmärrät sanan toimintakyky?

- fyysinen
- psyykinen
- sosiaalinen

2. Miten arvioit asiakkaan toimintakykyä?

- mitä mittareita käytät jos käytät
- onko omaiset mukana arvioinnissa

3. Miten huomioit vanhuksen toimintakyvyn ylläpitämisen työssäsi?

- päivittäiset toiminnot
- päivätoiminta ym. viriketoiminta

4. Miten otat huomioon asiakkaan omaiset ja läheiset toimintakykyä ylläpitävässä työtöotesasi?

- omaisten tukeminen

5. Miten ymmärrät sanan laatu kotihoidossa?

- miten arvioit
- kuinka usein
- käytätkö apuvälineitä arvioinnissa?

Saatekirje haastatteluun osallistuville

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää
Hoitotyön koulutusohjelma

HYVÄ KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÄ,

Opiskelemme Laurea -ammattikorkeakoulussa Hyvinkäällä hoitotyön koulutusohjelmassa. Teemme opinnäytetyötä ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämisestä Lahden kaupungin kotihoitoon. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tutkia kotihoidon työntekijöiden toimintakykyä edistävää työtettä kotihoidon asiakkailta.

Opinnäytetyötämme varten haluamme haastatella kotihoidossa työskenteleviä hoitajia. Haastattelu tapahtuisi työajallanne kotihoidon toimipisteessä.

Haastattelussa saamamme tiedot pidämme luottamuksellisina ja työntekijän oikeus yksityisyyteen turvataan. Loppuraportissa tulokset julkaistaan niin, että haastateltavaa henkilöä ei raportista pysty tunnistamaan. Toivomme, että haastattelu voidaan nauhoittaa aineiston käsittelyn ja analyysin helpottamiseksi. Kun aineisto on käsitelty, nauhat tuhotaan.

Ystävällisin terveisin:

Terveydenhoitajaopiskelijat

Mia Mikkola
mia.mikkola@laurea.fi
040-5870718

Satu Salonen
satu.s.salonen@laurea.fi
044-3065248

Ohjaava opettaja
Aila Murto
lehtori, TtM,SH,TH | Senior Lecturer,MSc,RN
046-8567635
aila.murto@laurea.fi
Laurea-ammattikorkeakoulu | Laurea University of Applied
Sciences
Uudenmaankatu 22, 05800 Hyvinkää, Finland

MMSE-testilomake

Täyttöohjeita MMSE-testilomakenipun alla

TUTKITTAVA: _____ SYNTYMÄAIKA: _____

TEKIJÄ: _____ PVM: _____

Seuraavassa on erilaisia pieniä muistiin ja älyllisiin toimintoihin liittyviä tehtäviä. Aloitamme kysymyksillä, kuten:

	Väärin	Oikein		Väärin	Oikein
1. Mikä vuosi nyt on?	0		13. Mitkä olivat ne kolme sanaa, jotka pyysin Teitä painamaan mieleenne. (Sanojen järjestyksellä ei ole merkitystä.)		
2. Mikä vuodenaika nyt on?	0		PAITA RUUSU	0	
(talvi=joulu,tammi,helmi kevät=maalis,huhti,touko kesä=kesä,heinä,elo syksy=syys,loka,marras; aina +/- 1 vko)			RUSKEA tai PALLO	0	
3. Monesko päivä tänään on? (+/- 1pv).....	0		VILKAS AVAIN	0	
4. Mikä viikonpäivä tänään on?.....	0		14. Nyt kysyn Teiltä kahden esineen nimeä.		
5. Mikä kuukausi nyt on?	0		a) Mikä tämä on? - näytetään <i>rannekelloa</i>	0	
6. Missä maassa olemme?	0		b) Mikä tämä on? - näytetään <i>lyijykynää</i>	0	
7. Missä läänissä olemme?	0		15. Nyt luen Teille lauseen. Pyydän Teitä toistamaan sen perässäni:		
8. Mikä on tämän paikkakunnan nimi?.....	0		EI MITÄÄN MUTTIA EIKÄ JOSSITTELUA	0	
9. Mikä on tämä paikka jossa olemme?	0		(Annetaan piste vain, jos lause on täysin oikein. Lauseetta ei saa toistaa.)		
(Sairaalan/terveyskeskuksen nimi, kotiosoite)			16. Seuraavaksi annan Teille paperin ja pyydän Teitä tekemään sille jotain. (Paperi asetetaan pöydälle tutkittavan eteen.)		
10. Monenessako kerroksessa olemme?	0		Ottakaa paperi vasempaan käteenne. Taivutkaa se keskeltä kahtia ja asettakaa polvienne päälle. (Ohjeita ja lauseita ei saa toistaa eikä henkilöä saa auttaa.)		
11. Seuraavassa pyydän Teitä painamaan mieleenne kolme sanaa, kun olen sanonut ne, toistakaa perässäni. (Kaksi vaihtoehtoista sarjaa.)			Ottaa paperin vasempaan käteen	0	
PAITA - RUSKEA - VILKAS			Taittaa sen	0	
RUUSU - PALLO - AVAIN			Asettaa paperin polville	0	
PAITA RUUSU	0		17. Näytän Teille tekstin "SULKEKAA SILMÄNNE". Pyydän Teitä lukemaan sen ääneen ja noudattamaan sen ohjetta.....	0	
RUSKEA tai PALLO	0		(Annetaan piste vain, jos sekä lukee tekstin että sulkee silmänsä.)		
VILKAS AVAIN	0		18. Kirjoittakaa kokonainen lyhyt lause mielenne mukaan.....	0	
(Merkitään ensimmäisellä kerralla muistetut sanat. Jos ensimmäisessä toistossa tulee virheitä, sanoja kerrataan, kunnes kaikki kolme sanaa on opittu. Toistoja ____ . Enintään 5 kertaa.)			(Yksi piste, jos lause on ymmärrettävä ja siinä on ainakin subjekti ja predikaatti. Kirjoitusvirheet eivät vaikuta.)		
12. Nyt pyydän Teitä vähentämään 100:sta 7 ja saamastanne jäännöksestä 7 ja edelleen vähentämään 7, kunnes pyydän Teitä lopettamaan.			19. Voisitko piirtää tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion. (kääntöpuolella).....	0	
93.....	0		(Annetaan piste, jos kaikki sivut ja kulmat ovat tallella ja leikkauspinta on nelikulmainen.)		
86.....	0				
79.....	0				
72.....	0				
65.....	0				
(Kysymys voidaan toistaa kerran, jos sitä ei heti ymmärretä. Jos henkilö tekee välillä virheen, mutta jatkaa siitä oikein vähentäen 7 virheellisestä luvusta, tulee vääriä vastauksia 1. Kynää ja paperia ei saa käyttää.)					

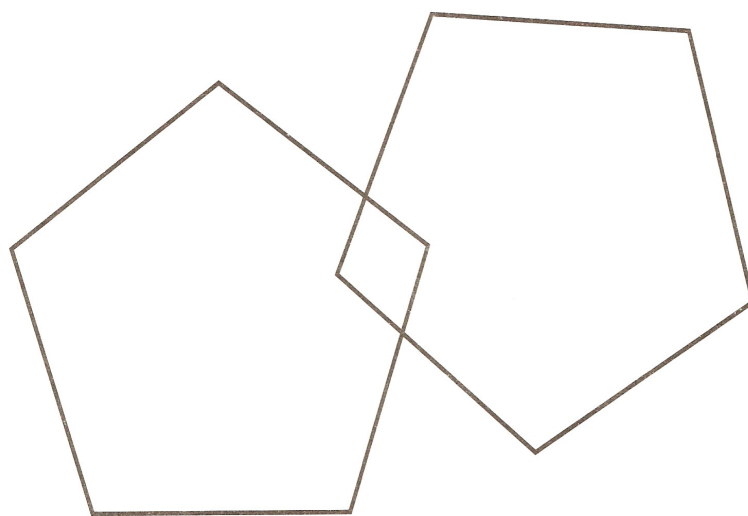
MMSE-TESTIN PISTEMÄÄRÄ

/ 30

Kirjoittakaa lause tähän.



Piirtäkää tämän kuvion alapuolelle samanlainen kuvio.



ARVIOINTILOMAKE (RAVA-INDEKSI)

© Suomen Kuntaliitto

Kunta: _____			Alue: _____			Aluekoodi: _____				
Ikä: 65-74	75-84	85-	Sukupuoli: M N		Palvelun tuottajan koodi: _____					
Asumismuoto:		Koti	Palvelutalo, tavallinen		Y	K	Palvelutalo, tehostettu		Y	K
		Vanhainkoti		Y	K	Hoiva-/pitkäaikaissairaala		Y	K	
Kotipalvelutunnit kuukaudessa		Y	tuntia/kk	Kotipalvelukerrat		Y	kertaa/kk	Omaisshoidon tuki €/kk		
Kotisairaanhoidotunnit kuukaudessa		Y	tuntia/kk	Kotisairaanhoidokerrat		Y	kertaa/kk			
		K	tuntia/kk	kuukaudessa		K	kertaa/kk			
Hoitoisuus:		rastita oman tuntemuksesi mukaan janelle								
		0	2	4	6	8	10			
		Helppo		Kohtalaisen helppo		Keskiraskas		Raskas		Erittäin raskas
1. Näkö	1	Normaali (silmälasien kanssa tai ilman), ei haittaa päivittäisiä toimia								
	2	Heikko, myös apuvälineitä käyttäen, tarvitsee opastusta oudossa ympäristössä								
	3	Sokea								
2. Kuulo	1	Normaali, kuulee normaalin puheen ilman apuvälineitä								
	2	Alentunut, apuväline käytössä tai kuulee vain korotetun, selkeän puheen								
	3	Kuuro								
3. Puhe	1	Normaali, tuottaa selvää, ymmärrettävää puhetta								
	2	Epäselvä, puuromainen, sammaltava, takelteleva, osia sanoista puuttuu								
	3	Afasia, sanojen merkitys väärä, ei löydä oikeita sanoja, puhekyvytön								
4. Liikkuminen	1	Normaali, kävelee omatoimisesti ilman apuvälineitä (kävelykeppi sallitaan)								
	2	Epävarma, horjahtelua, tarvitsee tukea esim. kolmipistekeppi								
	3	Telinekävelijä, tarvitsee liikkumiseen kävelytelineen tai kaksi tukikeppiä								
	4	Itsenäinen pyörätuolilla, omatoiminen pyörätuolilla, siirtyy omatoimisesti								
	5	Talutettava, ei löydä kohteita, ei pysty turvallisesti liikkumaan apuvälinein								
	6	Kaatuileva, apuvälineistä huolimatta kaatuilua toistuvasti								
	7	Nostettava pyörätuoliin, nostettava pyörätuoliin 1-2 henkilön avustamana								
	8	Vuodepotilas, potilas hoidetaan vuoteeseen								
5. Virtsa	1	Normaali, tunnistaa virtsaamistarpeen, ei kastele								
	2	Kasteleva, ei tunnista virtsaamisen tarvetta tai ei pysty pidättämään virtsaa								
	3	Katetri, virtsaa katetrin kautta								
6. Uloste	1	Normaali, tunnistaa tarpeen, ulostaminen WC:ssä/WC-tuolissa, ei tuhri								
	2	Alle, ei hallitse suoltaan, ei tiedosta tarvetta, uloste alle/vaippaan								
	3	Tuhri, puutetta pidätyskyvyssä, sotkee ulosteen kanssa paikkoja								
	4	Toimitettava, suoli toimii harvoin ilman lääkkeitä tai peräruiskeita								
7. Syöminen	1	Itse, tiedostaa nälkänsä, ottaa lautaselle, pilkkoo ja syö ruoan ilman apua								
	2	Autettava, tarvitsee ohjausta, ruoka asetettava ja pilkottava lautaselle								
	3	Letkuruokinta, syöminen ja nieleminen ei onnistu, nenämahaletkuruokinta								
	4	Syötettävä, Täysin autettava ruokailussa, saattaa tiedostaa nälän								
8. Lääke	1	Itse, ei tarvitse valvontaa, annostelee ja ottaa itse lääkkeensä								
	2	Autettava, lääkkeet jaetaan dosettiin/annosmukiin, joista potilas ottaa itse								
	3	Valvottava, lääkkeet jaetaan ja varmistetaan, että potilas ottaa ja nielee ne								
9. Pukeutuminen	1	Itse, tiedostaa pukeutumistarpeen, omatoimisesti pukeutuu asianmukaisesti								
	2	Autettava, osin tai täysin autettava pukeutumisessa								
10. Peseytyminen	1	Itse, tiedostaa peseytymistarpeen, omatoiminen pesuissa (apua esim. selkä)								
	2	Autettava, täysin tai osittain autettava pesuissa (mm. jalkojen pesussa apua)								
11. Muisti	1	Normaali, aikaan ja paikkaan orientoitunut, muistaa menneet ja nykyiset								
	2	Alentunut, muistaa vanhat asiat paremmin kuin nykyiset, tietää, missä ollaan								
	3	Muistamaton, ei orientoitunut aikaan/paikkaan, ihmisten tunteminen vaikeaa								
12. Psykeli/ käytös	1	Normaali, asiallinen, tasapainoinen, kommunikoi muiden kanssa								
	2	Masentunut, allapäin, haluton kaikkeen, eristäytyy, haluaa kuolla, itkee usein								
	3	Aggressiivinen, lyö, kiroilee, vastustaa hoitotoimenpiteitä yms.								
	4	Sekava, ei tiedä aikaa, paikkaa, harhainen, epäasiallinen käytös/puhe								
	5	Häiritsevä, äänekäs, häiritsee ympäristöään, herättää negatiivisia tunteita								
	6	Harhaileva, eksyy norm. ympäristössään, kuljeskelee jatkuvasti, karkailua								
	7	Kontaktikyvytön, henkilöön ei saa järkevää kontaktia, syvä dementia/tajuton								
13. Asuminen	1	Yksin								
	2	Yhdessä lähiomaisen, puolison tai muun henkilön kanssa								

Täyttöpäivä (ppkkvvvv): _____ .2000

Täyttäjän nimi: _____