

Tarja Jaskari ja Helena Kurvinen

NÄKÖVAMMAISTEN IKÄIHMISTEN KOKEMUKSIA KOTONA
TEHDYSTÄ KUNTOUTUSOHJAUksesta

Kuntoutusohjauksen – ja suunnittelun koulutusohjelma
2011

NÄKÖVAMMAISTEN IKÄIHMISTEN KOKEMUKSIA KOTONA TEHDYSTÄ KUNTOUTUSOHJAUksesta

Jaskari Tarja, Kurvinen Helena

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Kuntoutusohjauksen- ja suunnittelun koulutusohjelma

Marraskuu 2011

Ohjaaja: Sallinen, Merja

Sivumäärä: 40

Liitteitä: 1

Asiasanat: näkövammainen, ikäihminen, kuntoutusohjaus, kotikäynti, kokemus

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten näkövammaiset ikäihmiset kokivat kuntoutusohjaajan kotikäynnin. Opinnäytetyö toteutettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella haastatteleamalla viittä iästä näönkuntoutuksen asiakasta heidän kotonaan. Aikaisemmin ei oltu tällaista haastattelua tehty tällä alueella. Tällaisen selvityksen tarve oli ajankohtainen, koska ikäihmiset ovat kasvava ryhmä kuntoutuksen piirissä. Varsinkin iän tuomat sairauksien aiheuttamat näköongelmat, kuten macula degeneraatio, diabetes ja glaucoma, ovat autettavissa hyvällä kuntoutusohjauksella. Haastateltavat olivat iältään 70 - 98-vuotiaita sekä miehiä että naisia. Heille oli jo aikaisemmin tehty vähintään yksi kuntoutusohjauksen kotikäynti. Haastateltavat asuivat itsenäisesti omakotitalossa tai kerrostalossa.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena ja tutkimusta tullaan esittelemään erilaisissa näönkuntoutuksen tapahtumissa.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että haastateltavat olivat kokeneet kuntoutusohjaajan kotikäynnin tarpeellisena sekä myönteisenä. Palveluiden saatavuus sekä henkilökohtaisen ohjauksen tuominen kotiin koettiin hyvänä. Suurin osa oli saanut vaikuttaa kuntoutuksen suunnitteluun ja päättää itse kuntoutuksestaan. Seuranta ei koettu kovin tarpeellisena. Mieluummin haastateltavat ottivat itse yhteyttä kuntoutusohjaajaan tarpeen mukaan. Kuntoutusohjaus Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella haastattelujen mukaan onnistunut oikein hyvin.

REHABILITATION COUNSELORS' HOME VISITS AS EXPERIENCED BY ELDERLY PATIENTS WITH VISION IMPAIRMENT

Jaskari, Tarja and Kurvinen, Helena

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Rehabilitation Counseling and Planning

November 2011

Supervisor: Sallinen, Merja

Number of pages: 40

Appendices: 1

Key words: vision impairment, rehabilitation, home visit, experience

The purpose of this thesis was to study how elderly low-vision persons feel about home visits paid by a rehabilitation counselor. This study was carried out in collaboration with the Eye Diseases Outpatient Clinic of the University Hospital of Turku on a sample consisting of five elderly patients. They all had vision problems, such as Age Related Macular Degeneration, Diabetes-induced eyesight deterioration or Glaucoma. The interviewees were visited by the rehabilitation counselor at least once before the study. They also had some optical visual aids at home for activities such as reading and watching TV. The patients consisted of both females and males between the ages from 70 to 89 years. We found it very important to carry out this study, firstly because no similar research has been made in this area before, and secondly because elderly people with vision problems are an ever increasing group of customers in the rehabilitation sector .

The survey was made by interviewing the patients at their homes and by tape-recording the conversations. The customers were very willing to co-operate and answered spontaneously and naturally. The main method applied was a qualitative research.

The results were as follows: The patients interviewed were very pleased and satisfied with a rehabilitation counselor paying a visit to their homes. It made it easier for them to learn and try in practice how to use the vision aids they had at home. Also knowledge of social security matters was easier to communicate to the patients. For some old people it was difficult to understand the significance of rehabilitation at all. It was also difficult for some to assess the quality of their own health and to acknowledge the need for rehabilitation.

Finally, it could be stated that, as a whole, the elderly patients with low-vision problems considered it important and positive that a rehabilitation counselor comes and visits their homes.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	NÄKÖVAMMAINEN IKÄIHMINEN.....	7
2.1	Näkövammaisuuden esiintyvyys ja luokittelu.....	7
2.2	Tavallisimmat silmäsairaudet ikääntyneillä.....	10
2.2.1	Makula degeneraatio.....	10
2.2.2	Glaukooma.....	11
2.2.3	Diabeteksen aiheuttamat silmämuutokset.....	12
2.2.4	Verkkokalvon perinnölliset rappeumat.....	13
2.3	Heikentyneen näön ongelmat ja riskit.....	13
2.4	Näkövammaisen apuvälineet.....	16
3	NÄKÖVAMMAISEN IKÄIHMISEN KUNTOUTUSOHJAUS.....	17
3.1	Näkövammaisen kuntoutusohjaus.....	17
3.2	Ikäihmisen näönkuntoutus.....	20
3.3	Kuntoutusohjauksen lainsäädäntö.....	22
3.4	Hyvä kuntoutusohjauksen käytäntö ja asiakaslähtöisyys.....	23
3.5	Kotikäynnin merkitys ikäihmisen toimintakyvyn arvioinnissa.....	25
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	26
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	27
5.1	Tutkimusmenetelmä ja kysymysten laadinta.....	27
5.2	Kohderyhmä ja aineiston keruu.....	27
5.3	Aineiston analyysi ja tulosten esittäminen.....	28
5.4	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	29
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	30
6.1	Taustatiedot.....	30
6.2	Haastatteluaineiston tulokset.....	31
7	POHDINTA.....	34
	LÄHTEET.....	37
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomessa menettää näkönsä vuosittain noin 3000 – 4000 ihmistä. Heistä valtaosa on yli 65 – vuotiaita. Suomessa käytetään Maailman terveysjärjestön (WHO) näkövammaisluokitusta vuodelta 1973. Sen mukaan näkövammaisen on henkilö, jolla on näkökyvyn alentumisesta huomattavaa haittaa päivittäisissä toiminnoissaan. Mikäli näkö voidaan korjata normaaliksi silmä- tai piilolaseilla, niin kyseessä ei ole näkövamma. (Saari 2001, 440.) Näkövammaiseksi luokitellaan kaikki, joiden paremman silmän laseilla korjattu näöntarkkuus on alle 0,3 tai joiden näkö on muuten vastaavasti heikentynyt. (Kallanranta, Rissanen & Vilkkumaa, 2008, 279.) Sokeaksi henkilö luokitellaan, mikäli paremman silmän laseilla korjattu näöntarkkuus on alle 0,05 tai näkökenttä supistunut halkaisijaltaan alle 20 asteeseen tai mikäli toiminnallinen näkö on jostain muusta syystä vastaavalla tavalla heikentynyt. (Näkövammaisten Keskusliiton www-sivut.)

Kun ihminen menettää näkönsä joko kokonaan tai osittain, se muuttaa sekä hänen että hänen läheistensä elämän. Näkövammaisen on opittava käyttämään muita aistejaan ja apuvälineitä voidakseen liikkua, toimia itsenäisesti ja saadakseen tietoa. Edessä on monenlaisia haasteita riippuen siitä, missä iässä ja elämäntilanteessa vammautuminen tapahtuu. (Näkövammaisten www-sivut.)

Näkövammaisen vammautumisikä, vamman kesto, psyykkinen sopeutumiskyky ja uusien asioiden omaksumiskyky vaikuttavat, miten hän sopeutuu uuteen tilanteeseensa. Hänen elämäntapansa ja näkökyvylle asettamat vaatimukset ja mahdolliset ympäristössä tapahtuneet muutokset vaikuttavat suoritukseen. Sokeutta tai heikkoa näköä ei voida korvata, mutta tilannetta voidaan helpottaa monin eri tavoin apuvälineiden ja asunnomuutostöiden avulla. Näkövamma on haitta, muttei kuitenkaan este normaalin elämän saavuttamiseksi. (Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 143.)

Oikein ajoitetulla ja kohdennetulla kuntoutuksella on erittäin suuri merkitys. Näkövammaisten kuntoutus tukee psyykkistä, sosiaalista ja fyysistä toimintakykyä sekä parantaa omatoimista suoriutumista ja elämänlaatua, mikä taas vähentää muiden palveluiden tarvetta. Näkövammaisten kuntoutuksella tähdätään kuntoutujan toimintakyvyn, työkyvyn paranemisen ja säilymisen sekä mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen elämässä. Kuntoutus täydentää ja on osa lääketieteellistä hoitoa sekä muita työ- ja toimintakykyä täydentäviä palveluita. Tärkeä osa kuntoutumisprosessia on aktiivinen osallistuminen, sitoutuminen kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Kuntoutuja voi joutua hakemaan palveluita monelta eri taholta. (Näkövammaisten keskusliiton www-sivut.)

Näkövammaisten kuntoutusohjauksen tarkoituksena on opastaa näkövammaista ja hänen kanssaan toimivia henkilöitä löytämään tarkoituksenmukaisia ratkaisuja erilaisissa elämäntilanteissa kotona, työpaikalla, vapaa-aikana ja muissa toiminnoissa. Kuntoutusohjauksen tehtävät suuntautuvat yksilöön ja hänen lähiympäristöönsä sekä yhteiskunnan eri palvelujärjestelmiin ja toimintoihin. Näkövammaisten ikäihmisten kuntoutuksessa etsitään ratkaisuja näkövamman aiheuttamiin ongelmiin. Näkövammaista kuntoutujaa ohjataan, kannustetaan ja tuetaan käyttämään muita aisteja liikkeessaan, arkiaskareissaan sekä lukiessaan ja muistiinpanoja tehdessään. Lisäksi selvitetään arkipäivän asioihin ja toimeentuloon liittyviä kysymyksiä. Kuntoutusohjaajalla on hyvin tärkeä asema näkövammaisen ikäihmisen ja hänen omaistensa tukemisessa sekä ohjaamisessa. (Näkövammaisten keskusliiton www-sivut.)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan Turun yliopistosairaalan silmäklinikan näkövammaisten ikäihmisten kokemuksia kotona toteutetusta kuntoutusohjauksesta. Tutkimuksessa selvitetään myös sitä, mikä on kuntoutujien mielestä hyvää kuntoutusohjausta. Tavoitteena on tuottaa tietoa, mitä voidaan hyödyntää kehitettäessä näkövammaisten ikäihmisten kuntoutusohjausta.

2 NÄKÖVAMMAINEN IKÄIHMINEN

2.1 Näkövammaisuuden esiintyvyys ja luokittelu

Yhteiskunnan arvomaailma ja yhteisön jäsenilleen asettamat vaatimukset määrittelevät vammaisuuden ja näkövammaisuuden. Vammaisuus on myös yksilön suorituskyvyn ja yhteiskunnan välistä ristiriitaa, jolloin näkövammaisuuden raja riippuu siitä, millaista näkökykyä yhteiskunta edellyttää jäseniltään. Näkövammaisena pidetään henkilöä, jolla on näkökyvyn alentumisesta huomattavaa haittaa jokapäiväisessä elämässään ja toimissaan. Vammautumiseen ja siitä aiheutuneeseen haittaan vaikuttavat monet tekijät, kuten vammautumisikä, vamman kesto, henkilön psyykkinen sopeutumiskyky sekä uusien asioiden oppimiskyky. Haittaan vaikuttavat myös henkilön elämäntapa sekä hänen tehtäviensä näkökyvylle asettamat vaatimukset, samoin ympäristöolosuhteiden ja yksilön oman toimintakyvyn välinen mahdollinen epäsuhtaisuus. (Ojamo 2009, 1.)

Näkövammaisuuden esiintyvyys suomalaisväestössä on noin 1,5 %, mutta 65- vuotta täyttäneillä esiintyvyys on jopa 10 - 12 %. Näkövammaisten määrä lisääntyy selvästi väestön ikääntyessä ja tavallisimpia näkövammaisuuden aiheuttamia syitä ovat vaikeat silmäsairaudet ja aivojen toimintahäiriöt. Verkkokalvon keskiosan ikärappeuma aiheuttaa kolmanneksen kaikista näkövammoista ja yli 50 % eläkeikäisten vammoista. Kaikkiin ikärappeuman muotoihin ei ole varsinaista hoitoa. (Kallanranta, Rissanen, Vilkkumaa 2003, 279.)

Suomessa käytetään Maailman terveysjärjestön (WHO) näkövammaisuusluokitusta vuodelta 1973. Näkövammaisen on henkilö, jolla on näkökyvyn alentumisesta huomattavaa haittaa päivittäisissä toiminnoissaan. Näkövammasta ei ole kyse, mikäli näkö voidaan korjata normaaliksi silmä- tai piilolaseilla. (Saari 2001, 440.)

Heikkonäköinen on henkilö, jonka paremman silmän näöntarkkuus on lasikorjauksen jälkeen alle 0.3 tai jonka näkö on muusta syystä vastaavalla tavalla heikentynyt. WHO:n luokituksessa heikkonäköisiin luetaan luokat 1 (heikkonäköinen) ja 2 (vaikeasti heikkonäköinen). Sokeana pidetään henkilöä, jonka paremman silmän

näöntarkkuus on lasikorjauksen jälkeen alle 0.05 tai jonka näkökentän halkaisija on alle 20 astetta. WHO:n luokituksessa sokeita ovat luokat 3 (syvästi heikkonäköinen), 4 (lähes sokea) ja 5 (täysin sokea). (Ojamo 2009, 2.)

Taulukko 1. Näkövammojen luokitus WHO:n määritelmän mukaan

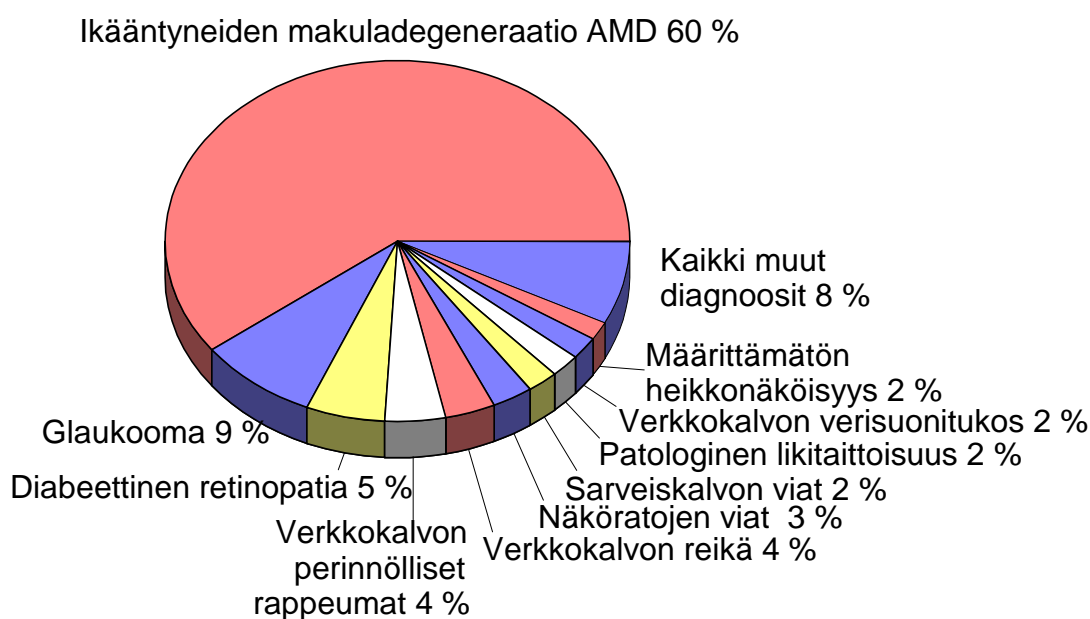
Näkövamman vaikeusasteluokka	Näöntarkkuus eli visus (v)	Näkökentän halkaisija (\emptyset)	Toiminnallinen kuvaus
1 Heikkonäköinen	$0.3 > v \geq 0.1$		Lähes normaali toiminta näön turvin mahdollista optisin apuvälinein.
2 Vaikeasti heikkonäköinen	$0.1 > v \geq 0.05$		Näön käyttö sujuu vain erityisapuvälinein, lukunopeus on hidastunut.
3 Syvästi heikkonäköinen	$0.05 > v \geq 0.02$	$\emptyset \leq 20^\circ$	Yleensä ei näe lukea kuin lukutelevisiolla. Suuntausnäkö puuttuu. Liikkuminen tuottaa vaikeuksia. Muiden aistien apu on tarpeen.
4 Lähes sokea	$0.02 > v - 1/\infty$	$\emptyset \leq 10^\circ$	Toiminta pääasiassa muiden aistien kuin näköaistin varassa.
5 Täysin sokea	$v = 0$ ei valon tajua		Näöstä ei ole apua. Toiminta muiden aistien (erityisesti kuulo- ja tuntoaistin) varassa.

Näkövammaiseksi luokitellaan kaikki, joiden paremman silmän laseilla korjattu näöntarkkuus on alle 0,3 tai joiden näkö on muuten vastaavasti heikentynyt. (Kallanranta ym. 2003, 279). Sokeaksi henkilö luokitellaan, jos paremman silmän laseilla korjattu näöntarkkuus on alle 0,05 tai näkökenttä supistunut halkaisijaltaan alle 20 asteeseen, tai jos toiminnallinen näkö on jostain muusta syystä vastaavalla tavalla heikentynyt. (Näkövammaisten keskusliiton www-sivut 2010).

Näkövammautumisen prosessi vaihtelee yksilöllisesti paljon ja on myös psyykkisenä prosessina hyvin monimuotoinen ja vaihteleva. Vammautumisikä, näkövamma-aste ja prosessin nopeus saattavat olla syinä yksilöllisiin eroihin. Näkötilanne saattaa hoitojen ansiosta osittain ja väliaikaisesti parantua, mutta toisaalta näön heikkeneminen voi tapahtua yhtäkkiä hyvinkin nopeasti. Tilanteiden vaihtelut aiheuttavat turhautumista ja motivaation puutetta kuntoutujassa, jolloin kuntoutuksen täytyy olla oikea-aikaista ja yksilöllisesti oikein suunnattua. (Somerkivi 2000, 87.)

2.2 Tavallisimmat silmäsairaudet ikääntyneillä

Ikääntyneiden (65- vuotta täyttäneiden) ylivoimaisesti yleisin näkövamma aiheuttaja on verkkokalvon keskeisen osan ikärappeuma. Se kattaa jo yli 60 % kaikista diagnooseista. Seuraavina ovat glaukooma (9 %) ja diabeettinen retinopatia (5 %), jossa ei-proliferatiivinen tyyppi on vallitseva. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Näkövamma-diagnoosi, rekisteröidyt ikääntyneet 65v+ (Näkövammarekisterin vuositilastot 2009.)

2.2.1 Makula degeneraatio

Macula degeneraatio eli silmänpohjarappeuma (AMD, ARM) on sairaus, joka on yleinen ikääntyneillä. Silmän(pohjan) tarkkan näön alueelle kehittyvät solujen toimintahäiriöt, jotka johtavat keskeisen näön heikkenemiseen. Silmänpohjan ikärappeuma on silmän verkkokalvon keskeisen osan sairaus, jossa tarkkan näkemisen alueen solut tuhoutuvat vähitellen. Silmänpohjan ikärappeumaa on kahdenlaista eli kuivaa ja kosteaa muotoa. Kuivassa ikärappeumassa verkkokalvon keskiosassa olevat solut tuhoutuvat vähitellen ja keskeinen näkö heikkenee yleensä silloin

hitaasti. Joissakin tapauksissa tauti saattaa kuitenkin kehittyä ikärappeuman vaikeammaksi muodoksi eli kosteaksi rappeutumaksi. Ikärappeuman kosteassa muodossa verkkokalvon tarkan näkemisen alueelle syntyy uusia, normaalista poikkeavia verisuonia, jotka sijaitsevat verkkokalvon ja suonikalvon välisessä tilassa. Nämä suonet tiheuttavat verkkokalvon kerroksiin nestettä tai verta aiheuttaen muutoksia, jotka estävät verkkokalvon aistinsolujen normaalin toiminnan. Tämän seurauksena potilaan keskeinen näkö huononee varsin nopeasti ja keskelle näkökenttää saattaa ilmestyä tumma läiskä. (Ojamo 2009, 14. Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 88.)

Silmänpohjan ikärappeuman aiheuttajaa ei tarkkaan tunneta, mutta korkea ikä on merkittävä riskitekijä. Useiden tutkimusten mukaan myös perimällä on osuutta taudin puhkeamiseen. Sairaus yleistyy huomattavasti 70- ikävuoden jälkeen. (Ojamo 2009, 14. Hietanen, Hiltunen & Hirn 2005, 88.) Ikärappeuman oireita ovat näön heikkeneminen, suorien viivojen vääristyminen, kirjainten katoaminen sanoista, värien näkemisen häiriintyminen ja keskelle näkökenttää ilmestyvä harmaa alue. Keskeisestä silmänpohjan turvotuksesta saattaa olla kysymys, jos lipputankoon tulee mutka tai muihin suoriin viivoihin tulee vääristymiä ja mutkia vuorosilmin katsottaessa. Tällöin potilaan tulisi mennä pikaisesti silmälääkärin vastaanotolle tarkistuttamaan silmänsä. Normaali lukunäkö saatetaan menettää kokonaan ikärappeuman vuoksi, mutta potilas näkee kuitenkin lukea ja liikkua verkkokalvon reunaosien avulla. Täydellisen sokeutumisen vaaraa ei tämän sairauden seurauksena ole. (Hietanen ym. 2005, 88.)

2.2.2 Glaukooma

Glaukooma on näköhermotauti, josta aiemmin on käytetty harhaanjohtavia nimityksiä "silämpainetauti" ja "viherkaihi". Taudin luonnetta ei vielä tarkkaan tunneta. Kahdella kolmasosalla potilaista silmänpaine on kohonnut. Korkea silmänpaine voi johtaa näköhermon surkastumiseen ja näkökentän kaventumiseen. Yleisimmät glaukoomatyypit ovat avokulmaglaukooma, sulkukulmaglaukooma ja kapsulaariglaukooma. (Ojamo 2009, 14-15.)

Glaukoomaa esiintyy kaikenikäisillä, mutta on harvinainen alle 35 - vuotiailla. Ihmisellä on lisääntynyt riski saada sairaus, jos hänen lähisuvussaan on glaukoomaa sairastavia. Muita riskitekijöitä ovat korkea ikä, likitaitteisuus, sokeritauti, verenpainetauti, hyvin alhainen verenpaine, verisuoniston sairaudet ja aterosklerosis. Glaukooma on hitaasti etenevä krooninen näköhermon sairaus. Kyseessä ei ole yksi erillinen sairaus, vaan tautiryhmä, johon kuuluu kaikkiaan noin 50 eri glaukoomamuotoa. Nämä poikkeavat toisistaan taudin alkamisiän, vaikeusasteen, silmänpainetason, neuropatiaan johtaneen syyn ja silmän rakenteen suhteen. Kaikissa muodoissa näköhermon pää, papilla, kovertuu näköhermosäikeiden tuhoutumisen seurauksena. Aluksi vaurioituvat näköhermon pään ylä- ja alaosan säikeet, jotka osallistuvat näkökentän äärialueiden näkemiseen. Glaukooma pääsee etenemään salakavalasti juuri siksi, että keskeinen näön tarkkuus ja lukunäkö säilyvät hyvinä pitkään. Hoitamattomana glaukooma aiheuttaa näkövammaisuutta, jopa sokeutta. (Hietanen ym. 2005, 99.)

2.2.3 Diabeteksen aiheuttamat silmämuutokset

Diabetes on tavallisin sokeuteen johtavista yleissairauksista ja se voi aiheuttaa silmämuutoksia silmän eri osissa. Sokeritasapainon vaihteluista johtuva näöntarkkuuden vaihtelu on tavallista. (Saari 2001, 361.) Diabeteksen aiheuttamat silmäongelmat ilmenevät yleensä hitaasti. Muutosten todennäköisyys kasvaa diabeteksen keston myötä. Pitkään korkealla oleva verensokeri lisää silmänpohjamuutosten riskiä. Veren suuri sokeripitoisuus vahingoittaa silmänpohjan verkkokalvoa ja sen verisuonia sekä häiritsee niiden toimintaa. Muita riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, muutokset veren rasvoissa eli kolesteroliarvot sekä tupakointi. Verkkokalvomutoksia todetaan lähes kaikilla nuoruustyyppin eli tyypin 1 ja puolella tyypin 2 diabeetikoista, kun tauti on kestänyt 20 vuotta. Tyypin 2 diabetes alkaa yleensä vaivihkaa, joten retinopatiamuutoksia todetaan osalla jo diabeteksen diagnoosivaiheessa. Diabetes vaurioittaa verisuonten seinämiä silmässä. (Hietanen ym. 2005, 92.)

Diabetespotilaiden retinopatiaa on kahta eri tyyppiä: ei proliferatiivinen ja proliferatiivinen. Diabeettinen retinopatia (ei proliferatiivinen) on tavallisimmin aikuisiällä alkaneen diabeteksen aiheuttama verkkokalvon vaurio, johon ei liity uudissuonten muodostumista. (Ojamo 2009, 14.) Diabeettinen retinopatia alkaa verkkokalvon pienten hiussuonten vaurioitumisena niin sanottuna mikroangiopatiana ja leviää myöhemmin suurempiin verisuoniin. (Hietanen ym. 2005, 92).

Diabeettinen retinopatia (proliferatiivinen) on tavallisimmin insuliinihoitoisen, nuoruusiässä alkaneen diabeteksen aiheuttama verkkokalvon vaurio, johon liittyy uudissuonten muodostumista. Tällöin esiintyy helposti silmänsisäisiä verenvuotoja ja kehittyy sidekudosta. Tämä voi johtaa verkkokalvon irtaumaan ja näön menetykseen. (Ojamo 2009, 14.)

2.2.4 Verkkokalvon perinnölliset rappeumat

Perinnöllisille verkkokalvon rappeumille ovat tyypillisiä näkökentän puutokset, hämäräsokeus ja lisääntynyt valontarve, häikäistymisalttius sekä kontrastien ja värien erotuskyvyn aleneminen. (Näkövammaisten keskusliitto 1996, 17.)

Verkkokalvon perinnölliset rappeumat on diagnoosiryhmä, johon kuuluvat muun muassa retinitispigmentosa, Usherin syndrooma ja retinoskiisi. Näille on tyypillistä näkökentän alueellinen asteittainen hämärtyminen tai kaventuminen, joka voi johtaa mm. "putkinäön" syntymiseen. (Ojamo 2009, 14.) Tavallisin verkkokalvon rappeutumissairauksista on retinitis pigmentosa, jolle on tyypillistä hämäränäön heikkeneminen, näkökentän puutosten hidas kehittyminen ja häikäistymisherkkyys. Hämäränäön heikkeneminen alkaa usein jo ennen kouluikää. (Hietanen ym. 2005, 97).

2.3 Heikentyneen näön ongelmat ja riskit

Näköjärjestelmän vaurioituessa näkeminen voi muuttua monin eri tavoin vaikeuttaen liikkumista ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Ikäihmisille heikentynyt näkö haittaa lukemista, ruuanlaittoa, asioiden hoitoa, liikkumista sekä osallistumista.

Näöntarkkuuden heikennyttä yksityiskohtien erottaminen vaikeutuu, jolloin esimerkiksi kulkuneuvojen aikataulujen ja opasteiden lukeminen voi käydä mahdottomaksi. (Näkövammaisten keskusliitto 1996, 16.)

Näkökyvyn heikkenemistä ei välttämättä itse heti huomaa, jos ympäristö on tuttu. Tutussa ympäristössä päivittäiset toiminnot sujuvat helpommin, vaikka näkö olisi alkanut heikentyäkin. Huono näkö voi ilmetä muun muassa itsensä huolehtimisen vaikeutena ja liikkumisen vähentymisenä. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 172.) Heikkonäköisistä henkilöistä yli kaksi kolmasosaa on eläkeikäisiä, mutta vaikea näön vammautuminen on onneksi harvinaista. Ikäihmisillä näkövamma aiheuttaa useammin vaikeuksia erottaa kasvonpiirteitä ja tunnistaa ihmisiä kuin muilla. He tarvitsevat korkeamman kontrastin kuin nuoremmat erottaakseen esimerkiksi valokuvia toisistaan. (Saari 2009, 464.)

Aistivammat, erityisesti näkövamma, aiheuttavat ikääntyneelle myös tasapaino-ongelmia. Tasapainon aistiminen koostuu viesteistä, joita saamme näön, tasapainoelimen ja erityisesti alaraajojen asentoa aistivien hermojen välityksellä. Huonosti näkevät ikäihmiset kokevat liikkumisen epävarmaksi, ja tämän vuoksi he voivat alkaa välttämään itsenäistä liikkumista. Osallistuminen ja sosiaalinen eristäytyminen on yleinen aistivammaisuuteen liittyvä uhka myös ikääntyneillä. Aistivammaisuuden aiheuttamat liikunta- ja kommunikaatiovaikeudet, sekä muihin sairauksiin liittyvä fyysisen toimintakyvyn lasku, altistavat kotiin jäämiselle ja yksinäisyydelle. Tämä voi puolestaan johtaa mielenterveyden laskuun ja jopa masennukseen. (Lupsakko 2000, 17, Warnecke 2003, 12-5). Tärkeätä olisi saada ikäihmiselle tarvittaessa saattaja- tai henkilökohtaista apua, että hän pystyy osallistumaan aikaisempiin aktiviteetteihin ja sosiaaliset kontaktit säilyvät edelleen. (Saari 2001, 466).

Heikentynyt näkö vaikeuttaa liikkumista ja altistaa törmäilyille ja kaatumisille, joten tapaturmariski lisääntyy ikääntyneillä aistivammaisilla. Huonoon näköön liittyvä tasapainon heikkeneminen on omiaan lisäämään tapaturma-alttiutta. Ikääntyneiden kaatumisilla on usein kohtalokkaat seuraukset esimerkiksi lonkkamurtumat. Kaatumisriskiä voidaankin pitää yhtenä merkittävänä terveyttä uhkaavana tekijänä. Ikäihmisille aistivammaisuus aiheuttaa usein myös kommunikaatiovaikeuksia.

Kauppa- ja pankkiasioiden hoito tulevat vaikeiksi ja ne lisäävät myös avun tarvetta. Silloin on ulkopuolisen avun tarve välttämätöntä jopa päivittäisten perusasioiden sujumiseksi. (Lupsakko, 2000, 17.)

Näkövammaisen ikäihmisen on hyvin vaikea havaita ja tunnistaa yksityiskohtia kauas katsoessaan. Ikäihmiselle tuottavat vaikeuksia etäisyyksien, syvyys- ja tasoerojen arvioinnit, sekä luotettavan käsityksen muodostaminen ympäröivästä tilasta. Näkövammaisen joutuu katsomaan kohteita huomattavan läheltä. Usein ikäihmiset kohdistavat katseensa vinosti haeskellen ja tavallista enemmän silmiään ja päätään käännellen. (Kallanranta ym. 2003, 331.)

Valontarve lisääntyy iän myötä ja adaptoituminen matalille valotasolle hidastuu, jolloin lopullinen adaptaatiotaso on huomattavasti korkeampi kuin nuorilla. Häikäistyminen on keski-ikäen jälkeen melko tavallinen häiritsevä tekijä ja pahenee mykiösamentumien lisääntyessä ja toisaalta verkkokalvodegeneraation edistyessä. Hidas häikäisystä toipuminen on ongelmana muun muassa valoisasta ulkoilmasta sisään hämäämpään tullessa ja myös vaaratekijä ajettaessa autoa hämärällä. Vaaralliseksi liikenteessä tilanteen tekevät vastaan tulevien autojen häikäisevät valot. Yöllä ja sateisella ilmalla ajamista ei voida ikäihmisille yleensä suositella. (Saari 2001, 465.)

Heikkonäköinen ikäihminen pystyy tutussa ympäristössään usein selviämään ällistyttävän hyvin, mikäli tarpeelliset asunnonmuutostyöt on tehty. Varmistetaan, että ikäihmisen liikkuminen porraskäytävässä ja ulko-ovien läheisyydessä on turvallista, valaistus on riittävä ja sopiva. Portaiden reunojen merkitseminen selväkontrastisella tarranauhalla tai teipillä helpottaa ikäihmisen liikkumista. Putoamisvaaran vuoksi portaiden kaide ei myöskään saa loppua liian aikaisin. Näkövammaisen kotona on yleisvalaistuksen oltava riittävä (5 -10 W/m²) ja sopivasti suunnattu, sillä liiallinen valon määrä häikäisee tai liian vähäinen valaistus ei riitä näkemiseen. Keittiön työpöydän yläpuolella pitäisi olla hyvin suunnattu työvalaisin, jossa valon määrä on riittävä valaisemaan työskentelytilan. Hellan katkaisijoiden tulisi olla hyvin näkyvät tai sitten ne pitäisi merkitä kohotarroin, jotta niiden asennon voi tuntea sormin. Samoin valaistus hellan yläpuolella pitäisi olla hyvä, että eriväriset merkit pystyisi mahdollisimman hyvin erottamaan myös

näönvaraisesti. Keittiön kaapissa olevat tavarat olisi hyvä säilyttää samoilla tutuilla paikoilla ja ne voidaan sijoittaa selvästi toisistaan poikkeaviin purkkeihin löytämisen helpottamiseksi. Maustepurkit voidaan merkitä selkeämmin esimerkiksi paksulla mustalla tussilla kirjoitetulle lapulle. Tärkeät puhelinnumerot kirjoitetaan tussilla tai tehdään tietokoneella riittävän suurella fonttikoolla puhelimen viereen, josta ne ovat helposti löydettävissä. Ruokapöytää katettaessa on muistettava kontrastien merkitys näkemiseen eli tarjotaan vaalea ruoka tummalta lautaselta ja tumma ruoka vaalealta lautaselta. Käytetään myös värillisiä juomalaseja apuna, jos pöydän pinta on vaalea. (Näkövammaisten keskusliiton www-sivut.)

2.4 Näkövammaisen apuvälineet

Näkövammaisen perusteella ikäihmisen on mahdollista saada tiettyjä apuvälineitä lääkinnällisenä kuntoutuksena, jolloin terveyskeskus ja keskussairaala kustantavat ne. Lääkäri tekee näkövammarekisteri-ilmoituksen sekä lähetteen lääkinnälliseen kuntoutukseen. Terveyskeskuksesta näkövammaisen saa yksinkertaisia apuvälineitä kuten esimerkiksi valkoisen tukikepin sekä merkkikepin. Kalliita apuvälineitä esimerkiksi suurennuslaseja sekä lukutelevisiota varten näkövammaisen saa lähetteen keskussairaalan silmähoitoyksikköön. (Hietanen ym. 2005, 144.) Apuvälineet sovitetaan yksilöllisesti yhteistyössä näönkäytön ohjaajan kanssa, silloin myös kokeillaan apuvälineen käyttöä käytännössä. Myös kotikäynneillä on mahdollisuus testata ja saada apuväline kotikokeiluun. Kontrollikäynneillä voidaan arvioida apuvälineen toimivuutta lukutestauksen avulla. (Saari 2001, 498.)

Ikääntyneiden apuvälinevalikoima poikkeaa jossain määrin nuorten näkövammaisten käyttämästä. Keskeisellä sijalla ovat päivittäistoimintojen, kuten lukemisen ja asioinnin apuvälineet. Vahvojen lukulasien käyttöön liittyy lyhyet katseluetäisyydet, joihin tottuminen voi olla hyvin vaikeaa. Suurennuslasit, suurentavat valaisimet ja muut hyvät kohdevalaisimet ovat parhaita ikääntyneiden näönkäytön apuvälineitä. Optisten apuvälineiden käyttöä saattaa ikäihmisillä vaikeuttaa käsien ja pään vapina. Luettavien tekstien päällä siirreltävät suurennuslasit sekä kohotasot ja -telineet vähentävät tätä ongelmaa ja parantavat samalla katseluasentoa. Lukutelevision käyttö

on perusteltua, jos itsenäinen lukeminen on optisten välineiden avulla työlästä tai mahdotonta. Atk-laitteet helpottavat fyysisten rajoitusten lisääntyessä vaikeutuvaa asiointia ja kommunikointia. (Kallanranta ym. 2008, 337, Rinnert ym. 1999, 305-10.)

Lieden ja pesukoneen säätimet, maustepurkit ja lääkepakkaukset voi merkitä kohotekstein tai pistemerkinnoin, jotka voi kiinnittää esimerkiksi tarroilla tai etikettimuovilla. (Hietanen ym. 2005, 145). Kodin arkiaskareiden hoitoon löytyy moniin tarkoituksiin suunniteltuja puhuvia ja pistemerkinnoin varustettuja välineitä esimerkiksi kelloja, laskimia, päiväyreitä, vaakoja sekä erilaisia muita mittareita. Päivittäisistä toimista suoriutumisen helpottamiseen voi käyttää myös muun muassa säätöteräistä leikkuuveistä ja monilokeroista lompakkoa. (Kettunen ym. 2009, 174, Saari 2001, 499.)

Valkoista keppiä käyttävät sekä sokeat että heikosti näkevät. Keppi on merkki käyttäjänsä näkövammasta myös muille kulkijoille. Kepin avulla on helpompi havaita kuopat ja muut tasoerot sekä esteet, joihin voisi törmätä ilman keppiä. Valkoisia keppejä on useita eri malleja ja kokoja, joten se valitaan aina yksilöllisesti. Valintaan vaikuttavat muun muassa henkilön pituus ja kepin käyttötarkoitus. (Hietanen ym. 2005, 148.) Opaskoira on erinomainen sokean ja lähes sokean apuväline, joka mahdollistaa itsenäisen liikkumisen. Se myönnetään, kun toiminnallisesti sokea henkilö on saanut riittävästi liikkumistaidon ohjausta ja oppinut liikkumaan valkoisen kepin avulla. (Saari 2001, 499, Hietanen ym. 2005, 148.)

3 NÄKÖVAMMAISEN IKÄIHMISEN KUNTOUTUSOHJAUS

3.1 Näkövammaisen kuntoutusohjaus

Kuntoutustapahtuma on aina ainutlaatuinen prosessi. Siinä keskeistä on kuntoutujan ja kuntoutuksen ammattilaisen välinen yhteistyö ja vuorovaikutus. (Kallanranta ym. 2003, 87). Ikäihmiselle kuntoutustapahtuma merkitsee oppimisprosessia ja oman

elämänsä miettimistä uudelleen. Ikäihmisen täytyy miettiä tapoja miten selviää muuttuneessa elämäntilanteessa sekä tulee toimeen päivittäisistä toimistaan näkövammastaan huolimatta. (Kallanranta ym. 2003, 91.)

Kuntoutusohjauksella tarkoitetaan kuntoutusohjaajan toimesta tapahtuvaa ohjausta, neuvontaa sekä tukea näkövammaiselle. Kuntoutusohjaajan työnkuvaan kuuluu myös kertoa eri mahdollisuuksista sekä tukimuodoista mitä näkövammaisella ikäihmisellä on mahdollisuus saada vammansa perusteella. Kuntoutusohjaaja kulkee vammautuneen vierellä ja tukee häntä muuttuvissa elämäntilanteissa. Kuntoutusohjaukseen kuuluu myös vammautuneen perheen, omaisten ja lähiyhteisön tukemista sekä neuvomista vammautumiseen liittyvissä asioissa. (Holma 2003, 7-8.)

Kuntoutusohjauksen tavoitteena on auttaa ja edistää näkövammaista ja hänen lähiympäristöään saavuttamaan mahdollisimman hyvä toimintakyky sekä elämänhallinta. Kuntoutusohjaus auttaa näkövammaista ikäihmistä saavuttamaan ja toteuttamaan omia elämänprojektejaan. Kuntoutusohjaus on myös konkreettisia toimia kuntoutumisen rakenteellisten esteiden poistamiseksi siten, että turvataan kuntoutumisprosessin tarkoituksenmukainen eteneminen. Sillä lisätään näkövammaisen ikäihmisen mahdollisuuksia mahdollisimman itsenäiseen elämään. Tavoitteisiin pyritään asiakaslähtöisesti ja yksilölliset tarpeet ja toiveet huomioiden siten, että kuntoutujan elinympäristö otetaan kokonaisvaltaisesti huomioon. Kuntoutusohjauksen tavoitteena on itsenäinen elämä, osallisuus yhteiskunnassa, omatoiminen selviytyminen, arkielämän sujuvuus, toimintamahdollisuuksien tuki, tarpeettoman ja uusiutuvan laitoshoidon ehkäisy. (Holma 2003, 7-8.)

Kuntoutusohjauksen tulee olla asiakaslähtöistä, yksilöllisesti määriteltyä ja tavoitteellista toimintaa. Kuntoutusohjaus poikkeaa muusta erikoissairaanhoidossa tapahtuvasta toiminnasta siten, että se suuntautuu voimakkaasti hoitoyhteisön ulkopuolelle ja siihen vaikuttavat monet yhteiskunnan ilmiöt. Kuntoutusohjaus verkostoituu sairaalan ulkopuolelle, perusterveydenhuoltoon, työpaikoille, järjestöihin ja kunnan eri palveluihin, mikä mahdollistaa kuntoutujan tukemista oman elämänsä parempaan hallintaan ja vastuunottoon. (Holma 2003, 7-8.) Kuntoutusohjauksen toiminta-ajatuksena on luoda edellytyksiä vammaisten ja pitkäaikaisesti sairaiden asiakkaiden kuntoutumiselle tukemalla toimintakyvyn ja

elämänhallinnan paranemista muuttuneessa tilanteessa. Kuntoutusohjaus on asiakkaiden, heidän läheistensä ja heidän kanssaan toimivien ohjaamista ja neuvomista löytämään tarkoituksenmukaisia ratkaisuja kuntoutumisen edistämiseksi. Kuntoutusohjaus on erikoissairaanhoidossa lääkinnällistä kuntoutusta ja se toteutetaan joko asiakkaan omassa elinympäristössä, palvelutalossa tai sairaalassa. (Mattsen 2002, 11.) Näkövammaisen ei tarvitse lääkinnällistä kuntoutusta varten erillistä lähetettä vaan kuntoutujan oma tai hänen läheisensä suora yhteydenotto keskussairaalan silmätautien yksikköön riittää. Usein kuitenkin näkövammaisen lähettää kuntoutukseen hänen oma silmälääkäriensä tai terveyskeskuksen lääkäri. (Saari 2001, 492.)

Yliopisto- ja keskussairaaloitten kuntoutusohjaajat huolehtivat sairaanhoitopiirin näkövammaisten kuntoutusohjauksesta. Kuntoutusohjaajien tehtävänkuvat vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin ja joissakin sairaanhoitopiireissä myös näönkäytönohjaaja huolehtii kuntoutusohjauksesta. Kuntoutusohjaajien tehtävänä on perehtyä kuntoutettavien elinolosuhteisiin ja muodostavaa tärkeän tukiverkoston, jonka puoleen näkövammaiset voivat kääntyä käytännön ongelmissaan. Kuntoutusohjaajilla on tärkeä asema kuntoutussuunnitelmien laadinnassa, toteutuksessa ja seurannassa. (Kallanranta ym. 2003, 332.)

Kuntoutusohjaaja toimii yhteydenpitäjänä terveydenhuollon ja sosiaalitoimen sekä avuntarvitsijan elinympäristön (perhe, päiväkotia, koulu, työpaikka) välillä. Kuntoutusohjaajan tehtäviin kuuluu kuntoutujan kokonaistilanteen selvittäminen ja arviointi. Kuntoutusohjaaja tekee arviota myös apuvälineiden tarpeellisuudesta kuntoutujan omassa toimintaympäristössä. Samalla kuntoutusohjaaja huolehtii omalta osaltaan apuvälineiden toimintakunnosta sekä käytön opetuksesta. Kuntoutusohjaaja voi myös olla kouluttamassa ja ohjaamassa kuntoutujia esimerkiksi vanhainkodissa ja palvelutaloissa. (Kallanranta ym. 2003, 342.)

3.2 Ikäihmisen näönkuntoutus

Näönkuntoutuksella pyritään tehostamaan ja harjaannuttamaan jäljellä olevan näön käyttöä kaikkia jokapäiväisen elämän eri toimintoja ajatellen. Näönkuntoutus aloitetaan mahdollisimman pian vamman toteamisen jälkeen. Näönkuntoutustoimenpiteet ovat osa kuntoutumisprosessia, jonka aikana vammautunut oppii tuntemaan näkönsä rajoitukset, opettelemaan uusia näönkäytäntötapoja ja kehittämään korvaavia toimintoja. Myös psyykkisesti näkövamman hyväksyminen on helpompaa, kun on käytetty kaikki keinot jäljellä olevan näön tehostamiseksi. (Saari 2001, 443.)

Näönkuntoutustoimenpiteisiin kuuluu heikkonäköisten näöntutkimus, optisten ja muiden apuvälineiden sovitus ja niiden käytönopetus, näönkäytönohjaus samoin kuin erityisten näönkäytönharjoitusohjelmien järjestäminen. Huomioidaan myös ympäristön selkiyttäminen sopivalla valaistuksella ja selkeillä kontrasteilla. Samaten huolehditaan hyvien ergonomisten olosuhteiden järjestämisestä. Näönkuntoutustoimenpiteiden perustana on näkövammaisen näkötilanteen mahdollisimman perusteellinen selvitys. Tärkeätä tietoa saadaan vammaisen omakohtaisesta ongelmien kuvauksesta ja hänen toiminnallisen näkönsä tarkkailusta. (Saari 2001, 443 - 444.) Eri-ikäisten kohdalla huomioidaan heidän erilaiset tarpeensa ja tavoitteensa. Ikäihmisten kuntoutuksella edistetään heidän omatoimisuuttaan sekä tuetaan omassa kodissa selviämisen mahdollisuutta ja elämän laadun säilymistä mahdollisimman pitkään. (Saari 2001, 444.)

Ikäihmisten näönkuntoutus edellyttää erityisen runsaasti motivointia, ohjausta, harjoittelua, toistoja ja seurantaa. Kuntoutuksen myötä on varmistettava myönnettyjen apuvälineiden säännöllinen käyttö. Kuntoutusohjaajan ja mahdollisesti myös näönkäytöohjaajan kotikäynnit ovat usein tarpeen. Kotikäynneillä heikon näön aiheuttamat ongelmat tulevat paremmin esiin kuin sairaalassa tutkittuna. Kotikäynneillä tarkistetaan toimintaympäristön selkeys ja parannetaan tarvittaessa myös valaistusta. Ikäihminen voi myös halutessaan ottaa yhteyttä kuntoutusohjaajaan, joka ohjaa tarvittaessa lisätutkimuksiin kulloinkin tarkoituksenmukaisimpaan paikkaan esimerkiksi Näkövammaisten Keskusliittoon. (Kallanranta ym. 2008, 337.) Kuntoutuksen avulla näkövammaisen hankkii

toiminnalliset taidot sekä itseluottamusta selviytyäkseen mahdollisimman itsenäisesti päivittäisessä elämässä näkövamman aiheuttamista haitoista huolimatta. (Kallanranta ym 2003, 331.) Näkövammaistenkin kuntoutus on moniammatillista, siihen tarvitaan laaja-alaista lääketieteellistä ja muiden alojen asiantuntemusta. Eri alojen sujuva yhteistyö edellyttää yhteistyömuodoista sopimista, yhteistyötaitojen kehittämistä ja yhdistävää koulutusta. (Kallanranta ym 2003, 331.)

Kuntoutuksen tarkoituksena on luoda edellytyksiä sille, että ihmiset ”voivat muuttaa elämäänsä itsenäisempään suuntaan”. Kuntoutus mahdollistaa näkövammaiselle ikäihmiselle sen, että hän voi elää mahdollisimman normaalia elämää mahdollisimman pitkään. Lähdetään kuntoutujan omista tarpeista ja lähtökohdista. Näkövammaisen ikäihmisen perustarpeet ovat samat kuin kaikilla muillakin ihmisillä. Ensimmäinen tarve on pyrkiä itse elämään omaa elämäänsä ja tekemään siitä mielekkään. (Karjalainen & Vilkkumaa, 2004, 85.) Kuntoutuja itse on oman elämänsä ja kuntoutumisensa paras asiantuntija. Kuntoutujalle annetaan riittävästi tietoa, ohjausta sekä mahdollisuuksia itse päättää kuntoutumistarpeistaan. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 7.)

Kuntoutusprosessin lähtökohtana pidetään kuntoutujan ja hänen ympäristönsä vuorovaikutuksellista ja tavoitteellista muutosta, jolloin puhutaan kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta. Kuntoutuksessa pyritään kuntoutujan kokonaisvaltaisen elämäntilanteen edistämiseen. Kuntoutumisen lähtökohtana nähdään kuntoutujan autonomia oman toimintakykyisyyden tunnistamisessa ja kuntoutustarpeen määrittämisessä. Tavoitteena on kokonaisvaltainen ymmärrys kuntoutumisesta fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina. Kuntoutuksessa on lähtökohtana yksilö ja kuntoutujan tavoitteiden mukainen eteneminen. Kysymys on laaja-alaisesta kuntoutuksesta. (Koukkari 2010, 11.)

Yliopisto- ja keskussairaaloiden silmätautien yksiköt järjestävät lääkinnällisen kuntoutuksen sairaanhoitopiirinsä näkövammaisille. Näkövammaisten Keskusliitto ry järjestää sairaanhoitopiirien kuntoutusta täydentäviä palveluita, joihin ikäihminen voi halutessaan hakeutua. Näkövammaisten keskusliitossa järjestetään esimerkiksi peruskuntoutumisen kursseja sekä teema- ja erityiskursseja. (Kallanranta ym. 2003, 332.)

3.3 Kuntoutusohjauksen lainsäädäntö

Kansanterveislain mukaan kunnan velvollisuutena on järjestää asukkaidensa lääkinällinen kuntoutus. Erikoissairaanhoitolain mukaan lääkinällinen kuntoutus kuuluu erikoissairaanhoitoon. Sen järjestäminen ja yhteensovittaminen toimivaksi kokonaisuudeksi kansanterveystyön kanssa on sairaanhoitopiirin tehtävä. (Saari 2001, 491.) Kuntoutusohjaus perustuu nykyisessä lainsäädännössä kolmeen lakiin: erikoissairaanhoitolakiin (1062/89 - 606/91), kansanterveyslakiin (66/72 - 605/91) sekä vammaispalvelulakiin (380/87). Vammaispalvelulain toissijaisuus myös terveydenhuollon lainsäädäntöön merkitsee sitä, että yleisvelvoite ja päävastuu kuntoutusohjauksesta ja sen järjestämisestä kuuluu terveydenhuollolle. (Holma 2003, 7-8.)

Asetuksessa lääkinällisestä kuntoutuksesta (1015/91) kuntoutusohjauksella tarkoitetaan kuntoutujan ja hänen lähiympäristönsä tukemista ja ohjausta sekä kuntoutujan toimintamahdollisuuksiin liittyvistä palveluista tiedottamista. (Holma 2003,7-8.)

Asetuksessa määritellään myös, että kunta tai kuntainliitto huolehtii siitä, että lääkinällisen kuntoutuksen palvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa tai kuntainliiton alueella edellyttää. (1015/91). Tämän johdosta keskussairaaloiden silmätautien yksiköille lankeaa käytännössä vastuu lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä silmätautien alalla. Keskussairaaloilla on näin myös velvoite selvittää kuntoutuksen tarve alueellaan ja löytää kuntoutuksesta hyötyviä potilasryhmiä. (Saari 2001, 491.)

Vammaispalveluasetuksen (759/87) toimintaperiaatteen mukaan kunnan tulee ehkäistä ja poistaa vammaisten henkilöiden toimintamahdollisuuksia rajoittavia esteitä ja haittoja siten, että he voivat toimia yhteiskunnan tasavertaisina jäseninä. Vammaisten henkilöiden tarvitsemat palvelut ja tukitoimet järjestetään siten, että ne tukevat heidän omatoimista suoriutumistaan. Vammaispalveluasetuksessa kuntoutusohjaukseen kuuluu vammaisen henkilön ja hänen lähiyhteisönsä

ohjaaminen sekä vammaisen henkilön toimintamahdollisuuksien lisäämiseen liittyvistä erityistarpeista tiedottaminen.

3.4 Hyvä kuntoutusohjauskäytäntö ja asiakaslähtöisyys

Hyvä kuntoutusohjaus on asiakaslähtöistä, kuntoutuksen suuntaaminen kuntoutujan arkielämän helpottamiseksi, moniammatillista yhteistyötä, kuntoutussuunnitelman tekoa yhdessä asiakkaan kanssa, kansainvälisten luokitusten käyttöä ja kuntoutuskäytännön perustuminen näyttöön. Sille on tyypillistä oikea-aikaisuus, prosessinomaisuus ja pitkäkestoisuus, uuden oppiminen, oikein kohdennettu kuntoutus ja yksilöllisyys. Kuntoutumisen seuranta ja alueellinen tasa-arvon noudattaminen ja saavuttaminen ovat tärkeitä. Tarvittavien apuvälineiden ja terapioiden joustava saatavuus on tärkeätä kuntoutuksen onnistumisessa. (Kelan [www-sivut/julkaisut](http://www.sivut/julkaisut).)

Hyvällä kuntoutuskäytännöllä tarkoitetaan sitä käytäntöä, mitä kansaneläkelaitos ja julkisen terveydenhuollon kuntoutuksessa yleisesti hyväksyttynä noudatetaan. Hyvä kuntoutuskäytäntö perustuu tutkimusnäyttöön, jonka perusteella tehdään diagnoosi- ja terapia-alakohtaiset suositukset. (Kelan [www-sivut/julkaisut](http://www.sivut/julkaisut).)

Hyvässä kuntoutuskäytännössä on toimiva kuntoutusketju, oikea-aikaisuus, saatavuus, toimintakyvyn, kuntoutustarpeen ja vaikuttavuuden arviointi (ICF-luokitus), moniammatillinen tiimityö, asiakas- ja perhelähtöinen työskentely, yksilöllisyys, näyttöön perustuva kuntoutus. (Kelan [www-sivut/julkaisut](http://www.sivut/julkaisut), Etene-kuntoutusselonteko 2002).

Hyvä kuntoutusohjaaja kuuntelee asiakasta, puhuu vähän, mutta ymmärtää paljon. Hän tekee itsensä tarpeettomaksi tietyssä ajassa ja saa kuntoutujan tuntemaan, että työ on tehty yhdessä. (Vance Paevy 2006, 58). ”Miten voin olla auttamatta liikaa?” Kuinka kuntoutusohjaaja voi tukea kuntoutujaa niin, että hän kuntoutustoiminnallaan vahvistaa asiakasta, eikä itseään. (Järvikoski 2002, 255). Kuntoutusohjaajan ammattitaito, ikä, työkokemus, elämäkokemus ja koulutus, ohjaajan saama työnohjaus ja tuki, ajanhallinta ja kärsivällisyys ovat keskeisessä roolissa kuntoutuksen prosessissa. (Järvikoski 2002, 256).

Ikäihmistien hoidossa ja palvelussa asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että hoitoa ja palveluja saava ikääntynyt asiakas on ”ytimessä”: kaiken lähtökohta, keskeinen ja tärkeä. Hoitoa ja palvelua tarkastellaan asiakkaan kannalta. Asiakaspalautteen kerääminen ja hyödyntäminen ovat keinoja varmistaa asiakaslähtöinen toiminta. Asiakaslähtöisen hyvän hoidon ja palvelun turvaaminen edellyttää, että käytettävissä on tietoa siitä, mitä asiakkaat pitävät hyvänä ja tavoiteltavana. Tutkimusten mukaan ikääntyneet haluavat asua omissa kodeissaan niin pitkään, kuin se vain on mahdollista. He toivovat saavansa tarvitsemansa terveystalvelut nopeasti ja ammattitaitoisesti ja haluavat parantua sairauksistaan ja tulla sairaalasta kotiin. He haluavat kuntoutusta omatoimisuuttaan tukemaan. Tarvittaessa kotiin toivotaan apua julkiselta tai yksityiseltä palvelujärjestelmältä, sillä ikääntyneet eivät halua olla taakkana omaisilleen tai läheisilleen. He arvostavat kotihoidon asiakkaina varmaa, luotettavaa ja turvallista apua sekä yksityisyyttä kunnioittavaa kohtelua. (Voutilainen ym. 2002, 38.)

Asiakkaat arvioivat hoito- ja palvelutilanteita oman kokemuksensa kautta. Asiakaslähtöisen toiminnan perustana ovat viime kädessä aina asiakkaiden oikeuksien tunnustaminen ja niiden toteutumisen mahdollistaminen toiminnassa. Ikääntyneen ihmisen oikeudet muodostavat perustan hyvälle hoidolle ja palvelulle sekä avo- että laitoshoidossa. (Voutilainen ym. 2002, 40.) Monesti ikääntyneen oma mielipide ja toiveet ohitetaan, asioista päätetään ja toimitaan hänen ylitseen ja ohitseen. Ikääntyneen oman elämäkokemuksen merkitystä on alettu korostaa asiakkuuden perustana. (Voutilainen ym. 2002, 14.)

Aito asiakaslähtöisyys vahvistaa asiakkaan riippumattomuutta ja itsenäisyyttä sekä mahdollistaa hänen toimimisensa oman elämän subjektina. Ikääntyneen omat voimavarat ovat vanhustyön tärkein energian lähde, ja ikääntyneen henkisten toimintojen tukeminen on yhtä tärkeää kuin fyysistenkin. (Voutilainen ym. 2002, 14.)

3.5 Kotikäynnin merkitys ikäihmisen toimintakyvyn arvioinnissa

Kotikäynnillä tarkoitetaan käyntiä, jonka sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö tekee asiakkaan kotiin tai siihen verrattavaan paikkaan. Kotikäynti voidaan tehdä myös esimerkiksi vanhainkotiin, palvelutaloon tai asuntolaan. (Stakes [www-sivut/julkaisut](#).) Kotikäynnillä kuntoutusohjaaja saa laajemman kuvan ikäihmisen kokonaistilanteesta ja avun tarpeesta kuin vastaanotolla on mahdollista. Kuntoutusohjaaja näkee käytännössä, miten ikäihminen on jaksanut huolehtia kodistaan ja itsestään. Myös apuvälineen käytön ohjaukseen voidaan paremmin paneutua ikäihmisen kotona. Ikäihmisen kotona tapahtuvan kotikäynnin tavoitteet määräytyvät ikäihmisen tarpeiden mukaan. Kotikäynneillä on tärkeitä rakentaa luottamuksellinen suhde ja luoda kiireetön, kuunteleva sekä hyväksyvä ilmapiiri, jossa voidaan rauhassa keskustella vaikeistakin asioista. Aloitusvaiheessa tavoitteena on ihmisen kokonaisvaltainen kohtaaminen, kuuntelu ja sitä kautta avun tarpeen kartoitus; minkälaisia asiantuntijoita tarvitaan, mitä tarvitaan ja kuinka usein. Ikäihmisen kanssa tulisi voida puhua odotuksista ja toiveista, joita hänen kotikäyntiinsä liittyy. (Havukainen, Litmanen, Nummela & Viitanen 2010, 8-9.)

Iäkkäille suunnatun ehkäisevän toiminnan yksi konkreettinen käytännön työmuoto on ehkäisevä kotikäynti. Ehkäisevällä kotikäynnillä tarkoitetaan kotona asuvalle ikäihmiselle suunnattua sosiaali- ja/tai terveydenhuollon työntekijän käyntiä. Käynnin vastaanottaminen on vapaaehtoista, ja sen aikana arvioidaan ikääntyneen fyysistä, psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä monipuolisesti sekä mahdollisia palvelutarpeita. Arvioinnin perusteella etsitään yhdessä ikääntyneen kanssa keinoja, joilla toimintakykyä ja kotona asumista voidaan tukea ja edesauttaa. Työntekijällä on useimmiten keskustelun tukena strukturoitu haastattelulomake sekä tietopaketti kunnan palveluista. Käynnin tavoitteena on tukea ikäihmistä selviytymään mahdollisimman pitkään omassa elinympäristössään. Lisäksi tavoitteena on antaa ikäihmiselle tietoja ja neuvoja erilaisista kunnan ja muiden palveluntuottajan toiminnoista ja tukimuodoista. (Häkkinen, Holma 2004, 24. Heinola, Voutilainen, Vaarama 2003, 7.)

Kotona asuminen on ikäihmisille hyvin tärkeää ja useimmat haluavat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Kotona asumisen merkitykseen ikäihmisen liittävät tunteen

vapaudesta olla oma itsensä. He kokevat saavansa olla kotonaan omassa rauhassa ja tehdä toimiaan omassa tahdissa. Kotona asuminen mahdollistaa ikäihmisille mielihaluisten toteuttamisen ja itsenäisyyden kokemisen. Ikäihmisten kotona asumiseen liittyy vapauden ohella voimakas kokemus itsemääräämisoikeuden toteuttamisesta, minkä itsenäinen asuminen mahdollistaa vapaan ajankäytön ja asioiden tekemisen itsenäisen järjestelyn ansiosta. Rajoittunut toimintakyky ja sen aiheuttama avun tarve vähentävät ikäihmisten itsemääräämistä. Ikäihmisille on tärkeää saada päättää omista asioistaan. (Laitinen-Junkkari, Isola, Rissanen, Hirvonen 1999, 39-40.)

Ikäihmisen omassa elinympäristössä toteutuva tapaaminen, jonka tavoitteena on perehtyminen ikäihmisen koti- ja elinympäristöön, tukea ikäihmisen selviytymistä arkipäivän tilanteissa sekä arvioida lisätuen tarvetta yhteistyössä muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Kuntoutusohjaaja arvioi käynnillään esimerkiksi asunnonmuutostöiden tarpeellisuutta, apuvälineiden ajankohtaisuutta sekä käytönohjausta päivittäisissä tilanteissa, kommunikaatiota tukevien menetelmien käytönohjausta, neuvontaa ja tukea antavaa keskustelua, lähiomaisten ohjausta ja neuvontaa. (Mattsen 2002, 15.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, miten näkövammaisen ikäihminen kokee kotona tehdyn kuntoutusohjauksen. Haastattelun avulla pyrittiin selvittämään mahdolliset ongelmat ja kehittämään kotona tapahtuvaa kuntoutusohjausta.

Tutkimusongelmat ovat

- 1 . Miten kuntoutuja on kokenut kotona tehtävän kuntoutusohjauksen?
- 2 . Mikä on hyvää kuntoutusohjausta?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä ja kysymysten laadinta

Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Laadullinen tutkimus sopii hyvin, koska se pyrkii kuvaamaan ja ymmärtämään ilmiöitä ja niiden välisiä suhteita tutkittavan näkökulmasta ja niiden luonnollisessa yhteyksissä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 20; Lauri & Elomaa 1999, 77-78; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 155). Samalla kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen tavoitteena on saada tulokseksi yksittäisiä päätelmiä tutkimuskohteesta. (Hirsjärvi ym. 2004, 155). Kuntoutujia haastateltiin ja käytettiin avointa eli strukturoimatonta haastattelua. Strukturoimaton haastattelu ei ole johdettua ja aihe, ajatukset, mielipiteet ja tunteet voivat muuttua keskustelun kuluessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75; Hirsjärvi ym. 2004, 198). Haastattelujen apuna käytettiin kysymysten ja vastausten äänittämistä. Kuntoutujille esitettiin viisi edeltäkäs in sovittuja kuntoutukseen liittyvää kysymystä, joihin he saattoivat vapaasti vastata. Haastateltavilta kysyttiin seuraavia asioita: ”miten on kokenut kotona tehtävän kuntoutusohjauksen, mikä on hyvää kuntoutusohjausta, miten on ymmärtänyt kuntoutusohjauksen, onko kuntoutuja saanut olla osallisena ja saanut vaikuttaa kuntoutustoimenpiteisiin ja seurannan merkitys”. Haastattelutapa oli teemahaastattelu eli haastattelu tapahtui keskustellen, mutta kysymykset oli tehty strukturoidusti etukäteen. (Ruusu vuori & Tiitula 2005, 11-12). Pieniä apukysymyksiä jouduttiin joskus käyttämään, jotta keskustelu saataisiin jatkumaan tai pysymään asiassa. Voidaan jopa puhua tarkoituksenmukaisuusotannasta, koska haluttiin keskittyä tietyntyyppisiin vastaajiin. (Ruusu vuori ym. 2005, 11-12).

5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuslupa haettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin operatiivisen hoidon tulosryhmän johtajalta. Tutkimukseen valittiin satunnaisesti Silmäklinikan Näönkuntoutuksen viisi iäkästä potilasta, joille oli jo aikaisemmin tehty

kuntoutusohjauskotikäynti. Haastattelut tehtiin kuntoutujien kotona yksilöhaastatteluna äänittämällä ja haastateltavien osallistuminen oli vapaaehtoista.

Haastattelujen ajankohdat sovittiin hyvissä ajoin etukäteen puhelimitse. Toisaalta jouduttiin haastattelulupa esittämään uudelleen haastatteluhetkellä. Tällöin selitettiin uudelleen, mitä haastateltiin, miksi haastateltiin ja miten haastateltiin. Selvitettiin myös anonymiteetti ja muut turvallisuusasiat, esim. äänitteiden tuhoaminen.

Haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluna, vaikka omaisten ja muiden osallistuminenkaan ei ollut varsinaisesti kiellettyä. Yksilöhaastattelu on useimmiten käytetty haastattelumuoto ja helpoin tapa suoriutua haastattelusta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61). Haastattelupaikaksi sovittiin kuntoutujan koti ja haastattelu tapahtui pöydän ääressä kasvokkain. Näin myös molemmat saattoivat nähdä toistensa kasvot ja haastateltava saattoi kuulla paremmin esitettävät kysymykset. Kasvotusten istuttaessa syntyi enemmän keskinäistä luottamusta, kuin jos olisi istuttu vierekkäin ilman katsekontaktia. (Hirsjärvi ym. 2000, 73-74, 89-91).

Haastatteluihin käytettävä aika vaihteli suuresti kuntoutujasta riippuen. Haastattelija oli ajantasalla kysymysten ja tekniikan kanssa, mutta haastateltavan puhe saattoi ajoittain irrottautua aiheesta. Haastattelija koki kysymyksiin palaamisen ajoittain epäkohteliaaksi. Tutkija ei saa käyttää haastattelussaan liian ohjaavia kysymyksiä, koska haastateltavan vastauksen luotettavuus kärsisi. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeätä pystyä saamaan tutkittavan aidot kokemukset esille. (Kylmä & Juvakka 2007, 93). Haastattelun jälkeenkin, sille varattu aika, saattoi pidentyä vapaamuotoisen keskustelun vuoksi. Haastattelijalta vaadittiin hienotunteisuutta ja kykyä aistia haastateltavan tunnetila ja luonteenlaatu. (Ruusuvuori ym. 2005, 144).

5.3 Aineiston analyysi ja tulosten esittäminen

Aineiston analyysissä on käytetty aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, koska se soveltuu hyvin toisistaan poikkeavien tutkimusaineistojen analysointiin.

Tutkimuksessa sisällönanalyysi toteutettiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusprosessi, jonka avulla analysoidaan kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja tarkastellaan asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21-43). Sisällönanalyysissä on keskeistä aineiston tiivistäminen sisältöä kuvaaviin luokkiin. (Weber, 1990, 49). Aineiston pelkistäminen eli redusointi, ryhmittely eli klusterointi ja teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi on kolmivaiheinen laadullisen aineiston analyysiprosessi, jossa tutkimusaineiston analyysi etenee vaiheittain. (Tuomi ym. 2003, 110-111). Tutkimuksen haastattelut on kuunneltu ja aukikirjoitettu sana sanalta käyttäen Word Office-ohjelmaa. Sen jälkeen on haastattelut luettu ja sisältöön perehdytty. Sitten on aineisto pelkistetty ja karsittu tutkimukselle epäolennainen aineisto pois. Aukikirjoitetusta aineistosta on etsitty tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja ja taulukoitu ne. Haastattelun viisi kysymystä on jaoteltu taulukoihin haastateltavien vastausten mukaan ja haettu analyysiyksikkö. Sen jälkeen on haettu aineistosta pelkistettyjä ilmaisuja ja listattu ne taulukkoon. Aineiston ryhmittelyssä on samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia etsitty pelkistetyistä ilmaisuista. Tämän jälkeen on tehty yhteenvetoa vastausten samankaltaisuuksista ja erilaisuuksista ja yhdistetty käsitteitä ja ala- ja yläluokkien muodostamista. Yläluokkien yhdistämisen jälkeen kokonais käsitteen muodostaminen tutkimuksesta. Tulokset esittiin kirjallisena käyttäen Word-Office-ohjelmaa. Tuloksia ei kvantifoida eli tuloksissa ei esitetä vastauksien määriä, vaan pyritään laadulliseen eli kvalitatiiviseen lähetymistapaan.

5.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä, uskottavuutta ja etiikkaa. ”Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa tiedeyhteisöjen tunnustamien toimintatapojen noudattamista, yleistä huolellisuutta ja tarkuutta tutkimustyössä ja tulosten esittämisessä, muiden tutkijoiden työn ja saavutusten asianmukaista huomioonottamista, omien tulosten esittämistä oikeassa valossa sekä tieteen avoimuuden ja kontrolloitavuuden periaatteen kunnioittamista.” (Tuomi ym. 2003,

130). Tutkimuksen haastateltavat olivat satunnaisesti valittuja näönkuntoutuksen iäkkäistä asiakkaista ja tutkittavien määrä oli avoimesti ilmoitettu tutkimuksessa. Haastattelut oli tehty edeltä sovitulla kysymyksillä ja pieniä apukysymyksiä hyväksi käyttäen. Haastateltavat oli valittu satunnaisesti, niistä kuntoutujista, joilla oli jo yksi aikaisempi kotikäynti tehty. Kuntoutujille oli kerrottu avoimesti haastattelun tekotapa ja käyttötarkoitus. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastateltavien henkilöllisyys pysyi salaisena. Tulokset on esitetty avoimesti, rehellisesti ja alkuperäisinä, kuten teemahaastattelussa pitääkin. (Hirsjärvi ym. 2004, 216-218).

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Taustatiedot

Haastateltavat olivat TYKS:n näönkuntoutuksen asiakkaita, joille oli ainakin yksi aikaisempi kuntoutusohjauksen kotikäynti tehty. Heillä oli myös olemassa näönkäytönapuvälineitä, esim. erilaisia suurennuslaseja, TV:n katselun apuvälineitä, Celia-kirjaston jäsenyys ja osalla myös eläkkeen saajan hoitotuki haettuna ja asunnon muutostöitä tehtynä. Iältään kuntoutujat olivat 70- 98-vuotiaita. Haastateltavina oli molemman sukupuolen edustajia. Muutama heistä asui itsenäisesti omakotitalossa ja osa kerrostalossa. Muutamalla omaiset kävivät auttamassa mm. kauppa-asioissa ja siivouksessa ja osalla kävi kunnan kodinhoitaja tai itse hankittu siivooja. Haastateltavien silmäsairauksista yleisempiä olivat macula degeneraatio ja osalle oli injektiohoitoja annettu. Osa sairasti diabetesta ja glaukoomaa.

Jokainen kuntoutuja suhtautui hyvin myönteisesti haastatteluun ja vastasi avoimesti esitettyihin kysymyksiin. Haastattelun äänittäminen ei häirinnyt haastateltavia. Toisaalta tuntui, että iän tuoma kiitollisuus ja haastateltavien puheliaisuus vaikeutti haastattelua. Haastateltavat olivat yleensä yksin haastatteluhetkellä ja vain yhdellä oli omainen käymässä. Haastattelutilanne ja -paikat olivat hyvin rauhallisia. Kuntoutuja saattoi rauhassa vastata kysymyksiin. Haastatteluun meni noin puoli tuntia, riippuen miten hyvin kuntoutuja pysyi haastattelun aiheessa. Keskustelu saattoikin siirtyä hyvin helposti muihin asioihin kuin haastattelussa oleviin kysymyksiin.

Haastattelijan piti olla tarkkaavainen ja hienotunteinen, ettei loukannut asiakasta, pyrkiessään palaamaan haastattelukysymyksiin. Haastattelutilanteessa toteutettiin hyvää kuntoutusohjaus käytäntöä ja asiakaslähtöisyyttä, kuin myös laadullisen tutkimuksen eettisyyttä. (Tuomi ym. 2003, 129-131, Ala-Kauhaluoma, 2000, 13-17, Kiikkala 2000, 116-117, Sorsa 2002, 68 ja Särkelä 2001, 31).

6.2 Haastatteluaineiston tulokset

Kysyttäessä kuntoutujan kokemuksia kotona tehdystä kuntoutusohjauksesta saatiin hyviä vastauksia. Yleensä haastateltavat olivat kokeneet kuntoutusohjaajan kotikäynnin myönteiseksi asiaksi. Joskus saattoi olla, ettei asiakas ollut ymmärtänyt kysymystä ja vastasi kysytyyn kysymykseen, niin ettei vastaus liittynyt mitenkään aiheeseen. Kuitenkin haastateltavat olivat hyvin iloisia kuntoutusohjaajan kotikäynnistä.

Muutamia esimerkkejä myönteisyydestä:

”Kyl tää ny hyvältä tuntuu, ku kottii tullaa, ku ei tartte itte lähte.”

” Kiva, oli oikein mukava ohjaaja, olen hyvin kiitollinen”

”On ollut hyvää aina ja on auttanut”

”Miellyttävinä, mukavia ihmisiä ja annatte paljon tietoa, olette ystävällisiä ja elämässä mukana”

Apuvälineet ovat tärkeä osa kotona tehdystä kuntoutusohjauksesta. Niiden käytönohjaamisen käytetään paljon aikaa ja kuntoutujat kokevat ne elämänlaatunsa parantajiksi. Tutkimuksessa kuntoutujat ovat kokeneet apuvälineet yleensä hyödyllisiksi, tarpeellisiksi ja hyväiksi. Ilman kuntoutusohjaajan kotikäyntiä olisi apuväline jäänyt vähemmälle käytölle. Muutamalla iäkkäällä apuvälineen käytön uudelleen ohjaus on ollut tarpeellista.

Kysyttäessä, mikä on hyvää kuntoutusohjausta ja oletteko saaneet tarpeeksi haluamianne palveluja, usein syntyi hiljaisuus. Tällöin piti kysymys toistaa uudelleen tai selittää pienillä apukysymyksillä. Jotkut vanhukset asiaa kunnolla ymmärtämättä vastasivat, ettei ole ollut tarvetta kuntoutusohjaukseen, eikä palveluihin. Kysymystä ei ollut ymmärretty apukysymyksistä huolimatta. Useimmat vastaajista oli kokenut ohjauksen oikea-aikaiseksi, opastus ollut hyvää ja apuvälineet tarpeellisia. Joskus ei oltu voitu kysyä suoraan tätä kysymystä, vaan erillisillä pikkukysymyksillä, joista tulee esiin kuntoutusohjaajan ammattitaito ja olemuksen merkitys, tiedonsaannin tärkeys, palveluiden saatavuus ja seurannan tärkeys.

Kuntoutusohjauksen merkityksen ymmärtäminen oli toisille haastateltaville helppo kysymys, kun taas toiset eivät oikein ymmärtäneet koko kysymystä. Yleensä haastateltavat arvostivat kotikäyntiä ja palveluiden helppoutta. Ei tarvinnut itse lähteä sairaalaan hankkimaan apuvälineitä tai soitella tietoja näkövammaisten sosiaaliturvasta. Toisaalta taas kuntoutujien iän huomioiden, he eivät osanneet vastata, miten ymmärtävät kuntoutusohjauksen. Toisaalta löytyi myös älyllisesti virkeitä vanhuksia, jotka osasivat selittää hyvin, mitä kuntoutusohjaus heille merkitsi. He korostivat kuntoutusohjaajan luotettavuutta, tutuutta, kotikäynnin tärkeyttä ja apuvälineiden, tiedon ja ohjauksen hyviä puolia.

”On kiva, kun on ihminen, jonka puoleen voi kääntyä”

”Selviää, mitä apuvälineitä voi käyttää, ohjaus”

”En ole ajatellut”

”Ei oo paljon ollutkaan, kun mää oon ollut sentään hyväkuntoinen”

”Tykkään kun käydään kotona, tulee paljon hyviä asioita”

Haluttiin ottaa kysyttäväksi myös asiakkaan osallistumisen kuntoutukseen. Yleensä haastateltavat olivat saaneet mielestään päättää itse kuntoutuksestaan ja olla mukana kuntoutusta suunnittelemassa. Saattoi olla myös, etteivät kaikki ymmärtäneet, mitä kysymyksellä tarkoitettiin. Kuntoutujat eivät kaikki tienneet tällaista olevan olemassakaan ja ylipäättään olivat kiitollisia kaikesta huolenpidosta, mitä oli tarjolla.

Viimeisenä kysymyksenä esitettiin seurannan tarpeellisuus, koska vanhustyössä kuntoutusohjaus perustuu tarpeenmäärittelyyn. Yleensä ei automaattisesti tehdä uutta

kotikäyntiä, vaan odotetaan, että kuntoutuja ottaa itse yhteyttä. Haastattelussa iäkkäät kuntoutujat saattoivat pitää itseään, niin hyväkuntoisina, etteivät tarvitseet kuntoutusohjausta eikä seurantaan ollenkaan. Haastatteluista tuli esiin myös kiitollisuutta ja tyytyväisyyttä kaikkeen kuntoutusohjaukseen liittyvään.

Haastateltavat olivat myös sitä mieltä, että tarpeen mukaan ja ottavat mielellään sitten itse yhteyttä. Toisaalta arvostettiin kotikäyntiä, jolloin saa puhua tarvitsemistaan asioista. Pelkkä puhelinsoitto ei riitä tilanteen tarkistamiseksi.

Haastateltavien yksinäisyys ilmeni myös kiitollisuutena, iloisuutena siitä, että kotiin tultiin käymään. Kahvia mielellään olisi tarjottu ja keskustelu siirtyi useasti muihin asioihin kuin kuntoutuksellisiin tai haastattelukysymyksiin. Heikon näön aiheuttama tekemisen rajallisuus, avuttomuus, liikkumisen vaikeus loi kiitollisuutta, kun kotiin tultiin auttamistarkoituksessa. Toisaalta kuntoutusohjaajalle tarjotui oiva tilaisuus nähdä, miten ikäihminen pärjäisi esim. kahvinkeitossa ja sen tarjoilemisessa.

7 POHDINTA

Kuntoutusohjaus on asiakaslähtöistä ja sairaalasta ulospäinsuuntaavaa ohjausta apuvälineissä, sosiaaliturva-asioissa ja muuta tarpeellista kuntoutujan tarvitsemaa ohjausta. Kuntoutusohjaus voi tapahtua myös sairaalan sisällä tai puhelimitse ja myös sähköpostin välityksellä. Haastattelujen perusteella kävi ilmi, että kuntoutujat arvostivat kuntoutusohjaajan kotikäyntiä. Syitä siihen voivat olla palveluiden helppo saatavuus sairaaloiden jonoista huolimatta. Näkövammaiset ikäihmiset arvostivat kotiin tuotettua ohjausta, tiedon välitystä ja apuvälineitä. Ei tarvitse itse lähteä ja nähdä vaivaa. Toisaalta heidän aikaansa säästyy, kun odottavat kotona palveluja sen sijaan kun jonottaisivat poliklinikalla tai yrittäisivät puhelimitse tavoitella kuntoutusohjaajaa. Ikäihmisten muistin ja muun toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi asioiden ja apuvälineiden käytön kertaaminen on tärkeitä. Apuvälineistä luovutaan helposti, jos niitä ei osata käyttää. Huonon näön vuoksi muistia ja tuntoaistia käytetään apuna apuvälineiden päälle laittamisessa, pattereiden vaihtamisessa yms. (Dubois, E., Pesenti, C. & Mauget-Faysse, M. 2002, 1057-60, Lamoureux ym. 2007, 1476-82.) Seurannan tärkeys korostuu ikäihmisillä, vaikka haastattelun perusteella kaksi viidestä haluaa kuntoutusohjaajan pitävän yhteyttä säännöllisesti. (Rinnert ym. 1999, 305-10, Stoll, S., Sarma, S. & Hoeft, WW. 1995, 32-8). Toivomus säännöllisestä yhteyden pidosta voi kertoa myös ikäihmisen yksinäisyydestä, masentuneisuudesta ja turvattomuudesta. (Warnecke. 2003, 12-5, Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2003, 23-29). Omaiset ja kotiapu saattavat käydä viikottain, mutta hekään eivät välttämättä osaa käyttää apuvälineitä, jos eivät ole saaneet ohjausta. Haastateltavista yhdellä viidestä oli omainen paikalla haastatteluhetkellä. Kotiavustajaa ei näkynyt kenelläkään haastatteluhetkellä.

Asiakaslähtöisyys kotikäynnillä merkitsi sitä, ettei menty toisen kotiin ilman lupaa. Annettiin mahdollisuus tulla myös poliklinikalle ja kuntoutusohjaajan tapaamisen sijaan saattoi tavata näönkäytönohjaajan. Kunnioitetaan kuntoutujan itse määräämisoikeutta, ei ole pakko ottaa palveluja vastaan. (Jääskeläinen. 2006, 84). Kuntoutusohjaajan ohjaustyössä hän ohjaa kuntoutujaa palveluiden saamisessa ja apuvälineissä. Hyvä kuntoutusohjaaja puhuu vähän, mutta kuuntelee paljon. (Vance Paevy, 2006, 58), ei aina toteutunut. Ikäihmisille selitettiin asiat moneen kertaan ja

saattoi olla, ettei silloinkaan tieto mennyt perille ymmärretysti. Toisaalta ikäihminen saattoi ymmärtää asian, mutta hän ei välttämättä jaksanut omaksua kaikkea. Kuntoutusohjaajan herkkyyttä asiakkaan tarpeille ja ominaisuuksille on tärkeä aistia. Tällöin kotikäyntejä tulisi tehdä useampia kertoja, jolloin tietomäärän kerta-annos pienenesi. Riittävän ajan antaminen ja kiireettömyys iäkkäälle kuntoutujalle on hyvää kuntoutusohjausta. (Lahikainen 2000, 268).

Tutkimuksen eettisyys ikäihmisten haastattelussa kotona asettaa haastattelijan erikoisasemaan. Osaako haastattelijä kunnioittaa toisen kotia, vanhuksen mielipiteitä, tarpeita. Mikäli kuntoutuja ei ymmärrä kysymystä tai ei halua ymmärtää, niin onko eettisesti oikein toistaa kysymys tai muotoilla kysymys uudelleen. Pitäisikö tyytyä vain ensimmäiseen vastaukseen ja olla käyttämättä apukysymyksiä. Toisaalta vaikuttaako tutkimustulokseen, jos kieltäydytään juomasta kahvia kuntoutujan luona. Toisaalta vaikuttaako, ettei haluta kuulla asiaan kuulumattomia, vaan rajataan keskustelua.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää näkövammaisten ikäihmisten kokemuksia kuntoutusohjauksesta Varsinais-Suomen alueella. Toisaalta haluttiin myös selvittää, mikä on hyvää kuntoutusohjausta. Kuntoutusohjaus, kuten myös monet muutkin sosiaalialan palvelut ovat lakiin perustuvia ja niiden tuottajia kontrolloidaan erilaisin menetelmin. Kotiin tuotetun palvelun laatua on tietysti vaikeampi mitata, kun palvelun saajat ovat iäkkäitä. Monet muutkin sairaudet kuin alentunut näkökyky vaikuttavat kuntoutuksen onnistumiseen. Iäkkään ihmisen henkinen vireys ja uuden oppimisen vastaanottokyky ovat tärkeitä huomioida kuntoutuksessa. Sen vuoksi kuntoutusohjaaja on tärkeässä asemassa iäkkään kuntoutusprosessissa. Haastattelujen ja tutkimusten avulla saadaan myös ikäihmisten ääni kuuluville. Haastattelijan kyvykyys saada tutkimuksen kannalta tärkeä informaatio esille saattaa olla monesti hyvin aikaavieppää. Ikäihmisten yksinäisyys tai toisaalta pitkän elämän tuoma erilainen elämänfilosofia saattavat aiheuttaa päänvaivaa haastattelijalle. Haastattelijan on tärkeätä kohdata haastateltava tämän tasolla, inhimillisenä olentona, jolla on ihmisarvo. Toisen ihmisen kunnioittaminen ja kuunteleminen on eettisesti oikein. Haastattelun tulokset olivat hyvin positiivisia. Sinällään jo haastateltavan kotiin meneminenkin koettiin iloiseksi asiaksi. Toisaalta kaikkia kysymyksiä ei ymmärretty heti tai ei haluttu ymmärtää. Kuitenkin jonkinlainen vastaus tuli joka

kysymykseen. Yhtesistyöhalukkuus oli hyvin havaittavissa haastateltavissa. Toisaalta tuotiin esille selkeästi, mikäli jokin apuväline tai palvelu ei miellyttänyt.

Hyvä kuntoutusohjaus on asiakaslähtöistä, jossa kuntoutuja on aktiivinen osallistuja. Hän oman elämänsä paras asiantuntija, jolloin kuntoutusohjauksessa hänen kanssaan neuvotellaan ja tehdään yhteistyötä häntä kunnioittaen ja kuunnellen. (Ala-Kauhaluoma 2000, 13-17, Kiikkala 2000, 116-117, Sorsa 2002, 68.) Asiakaslähtöisyyteen luovat paineita lakien lisäksi nykyaikaisen ihmisen laatutietoisuus myös terveydenhuollossa. Tavoitteena on, että asiakkaan annetaan ottaa vastuu omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. (Kujala, 2003, 31). Ikäihmisen äänen kuuleminen vaatii haastattelijalta ja kuin myös kuntoutusohjaajalta ammattitaitoa ja ymmärrystä. Pitkän elämän tuoma elämäkokemukset ja muistot, kun taas sairauksien heikentämät toiminnot luovat ristiriitaa vanhuksen kohtaamisessa. Ei osata varmasti sanoa, mitä ikäihmiset hallitsevat, ymmärtävät henkisesti. Ihan kuin ei osata varmasti sanoa, mitä he kuulevat ja näkevätkään, joten yllätyksiä saa aina kokea heidän kanssaan.

Tutkimus oli mielenkiintoinen ja antoisa kokemus tutkittaessa näkövammaisten ikäihmisten kokemuksia kuntoutusohjauksesta. Tutkimusta helpotti se, että yleensä suhtauduttiin positiivisesti haastatteluun. Haastateltavat olivat hyvin yhteistyökykyisiä ja antoivat aina jonkin vastauksen kysytyyn kysymykseen. Aivan selvästi halusivat saada äänensä kuuluville.

Suomessa on hyvin vähän tutkittu näkövammaisten ikäihmisten elämänlaatua ja kuntoutusohjauksen merkitystä arkielämän toiminnoissa selviytymisessä. Ulkomaisia tutkimuksia sen sijaan löytyy eri näkökulmista tehtyinä. Olisi varmasti hyvä tutkia suomalaisessa ympäristössä, miten näkövammaisuus vaikuttaa ikäihmisen esim. mielenterveyteen, elämässä selviytymiseen ja kuinka kuntoutusohjaus on parantanut elämänlaatua.

LÄHTEET

Ala-Kauhaluoma, M. 2000. Asiakastyön alkulähteillä. Ajatuksia ja kokemuksia asiakaslähtöisyydestä. Kuntoutus 23 (3), 13-18

Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta 28.6.1991/1015. <http://finlex.fi>

Dubois, E., Pesenti, C. & Mauget-Faysse, M. 2002. Value and practice of in-home “low-vision” rehabilitation in Rhone-Alp region of France. Journal Fr Ophtalmol. Dec; 25 (10). Ranska

Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062. <http://www.finlex.fi>

Etene. 2000. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. STM

Havukainen, E., Litmanen, P., Nummela, I. & Viitanen, I. 2010. Diakoninen kotikäyntityö. Helsinki: Kirkkopalvelut ry.

Heinola, R., Vuotilainen, P & Vaarama, M. 2003. Apua ja iloa pienellä vaivalla. Ehkäisevät kotikäynnit viidessä kunnassa. Stakes. Helsinki

Hietanen, J., Hiltunen, R. & Hirn, H. 2005. Silmähoidon käsikirja. Helsinki. WSOY.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä. Gummerus.

Holma, T. 2003. Kuntoutusohjausnimikkeistö – opas sisältöön ja käyttöön. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Häkkinen, H. 2002. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Kuntakyselyn tuloksia sekä kotimaisia ja ulkomaisia käytäntöjä. Suomen kuntaliitto. Helsinki

Järvikoski, A. 2002. Kuntoutujakeskeinen lähestymistapa kuntoutuksen asiakastyössä. Kirjassa Onnismaa, J. Pasanen, H. & Spangar, T. Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2. Ohjauksen toimintakentät. PS-kustannus

Jääskeläinen, A. 2006. Teoksessa: Vanhuksen äänen kuuleminen. Toim. Kankare, H. & Lintula, H. Helsinki. Tammi.

Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. 2003. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.

Kallanranta, T., Rissanen, P. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. Keuruu. Otava.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. <http://www.finlex.fi>

Karjalainen, V. 2004. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Teoksessa Kuntoutus kanssamme. Vilkkumaa, I (toim.). Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Kelan www-sivut. Viitattu 18.01.2010. <http://www.kela.fi>

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K. Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 2009. WSOY.

Kiikkala, I. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P & Kiikkala, I. Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tammer Paino Oy. Tampere

Koukkari, M. Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. 2010. Lapin yliopisto. Tampere. Juvenes Print.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tampere. Tampereen yliopiston paino.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Publishing Oy.

Lahikainen, S. 2000. Ohjaus- ja neuvontatyön lähtökohtia ja näköaloja kuntoutuksessa. Teoksessa Onnismaa, J., Pasanen, H. & Spanger, T. (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2 – ohjauksen toimimintakentät. Porvoo. PS-kustannus.

Laitinen-Junkkari, P., Isola, A., Rissanen, S. & Hirvonen, R. 1999. Moninainen vanhusten hoitotyö. Porvoo: Wsoy.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällön analyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. Wsoy.

Lamourex, EL., Pallant, JF., Pesudovs, K., Rees, G., Hassell, JB. & Keeffe, JE. 2007. The effectiveness of low-vision rehabilitation on participation in daily living and quality of life. Invest. Ophthalmol Vis. Sci Apr.; 48 (4). Australia

Lauri, S. & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. Juva. Wsoy.

Lupsakko, T. 2000. Toiminnallinen kuulo- ja/tai näköhaitta ikääntyneillä, sen vaikutus toimintakykyyn ja palvelutarpeeseen. Kuurojen Palvelusäätiö. Helsinki.

Mattsen K. 2002. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2002. Kuntoutusohjaus ja kuntoutusohjauksen prosessit Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Näkövammaisten keskusliiton työryhmä. 1996. Selkeä ympäristö. Näkövammaisille soveltuvan toimintaympäristön suunnittelu. Helsinki. Rakennusalan kustantajat RAK.

- Näkövammaisten Keskusliiton www-sivut. Viitattu 6.1.2011. <http://www.nkl.fi>
- Ojamo, M. 2009. Näkövammarekisterin vuosikirja 2009. Helsinki. THL 2010.
- Ojamo, M. 2009. Näkövammarekisterin vuosikirja 2009. Helsinki. Stakes. Näkövammaisten keskusliitto ry. Viitattu 18.1.2011. <http://www.nkl.fi/julkaisu/nvrek/index.htm>
- Ojamo, M. 2005. Näkövammaisen sosiaalinen asema vuonna 2000. NKL:n julkaisuja 1/2005. Stakes ja NKL. Helsinki
- Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.
- Rinnert, T., Lindner, H. & Behrens-Bauman, W. 1999. At home utilization of low – vision aids by the visually impaired. Klin. Monbl. Augenheilkd. Nov; 215(5). Saksa
- Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2003. Ikääntyvien yksinäisyys-miten sitä on tutkittu gerontologiassa? Gerontologia 1.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä. Gummerus.
- Saari, K.M. 2001. Silmätautioppi. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.
- Somerkivi, P. 2000. ”Olen verkon silmässä kala” Vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Valopaino Oy, Helsinki.
- Sorsa, M. 2002. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystalveissa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Tampere
- Stakes www-sivut. Viitattu 5.11.2011. <http://sty.stakes.fi>
- Stoll, S., Sarma, S. & Hoefft, WW. Low vision aids training in the home. 1995. Journal Am Optom Assoc. Jan; 66(1). USA.
- Särkelä, A. 2001. Yhteisökuntoutuksen toteutuksesta. Teoksessa Andersson, M. (toim.) Tartu hetkeen. Apua ja hoitoa päihteitä käyttäville vauvaperheille. Helsinki. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 27.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.
- Vammaispalvelulaki 3.4.1987/380. <http://www.finlex.fi>
- Vance Paevy, R. 2006. Sosiodynaamisen ohjauksen opas. Helsinki. Psykologien kustannus Oy.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy

Warnecke, P. 2003. A caregiver's eye on elders with low vision. *Caring Jan*; 22 (1): 12-5. USA.

Weber, RP. 1990. *Basic content analysis*. Sage Publications. California, 2th.



TULOSRYHMÄN JOHTAJA/tk

14.12.2010

Päätös O100/10

TUTKIMUSLUPA
(Toimintasääntö 15 §)

Nro O100

Tutkimuksen nimi: *Miten aikuinen näkövammainen kokee kotona tehdyn kuntoutusohjauksen?*

Eettisen toimikunnan puoltavaa lausuntoa ei haettu (kyseessä on haastattelututkimus).

Tutkimuksen ajoitus 2011

Vastuullinen tutkija Helena Kurvinen

Tutkittavien lukumäärä 5

Tutkimuspalvelut Sairauskertomuskeskus

Kustannusvastuu Luvansaajan yksikkö 591

Myönnän luvan yllä mainittuun tutkimukseen silmätautien klinikassa. Edellytän, ettei tutkimuksesta aiheudu haittaa yksikön normaalille toiminnalle eikä muita kustannuksia sairaalalle.

Timo Ali-Melkkilä
Operatiivisen hoidon tulosryhmän johtaja

JAKELU Vastuullinen tutkija
Silmäklinikan ylilääkäri Risto Nieminen
Silmäklinikan tutkimusvastaava Eija Vesti
Sairauskertomuskeskus
Tutkimuspalvelut