

Katri Kokkonen, Tanja Nieminen

Kohti merkityksellistä toimintaa

Kotikuntoutuksen asiakkaiden toiminnallinen osallistuminen arjen toimintaverkostossaan

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Toimintaterapeutti (AMK)

Toimintaterapian koulutusohjelma

Opinnäytetyö

13.4.2015

| | |
|--|--|
| Tekijät Otsikko | Katri Kokkonen, Tanja Nieminen Kohti merkityksellistä toimintaa |
| Sivumäärä Aika | 34 sivua + 6 liitettä Kevät 2015 |
| Tutkinto | Toimintaterapeutti (AMK) |
| Koulutusohjelma | Toimintaterapian koulutusohjelma |
| Suuntautumisvaihtoehto | Toimintaterapia |
| Ohjaajat | Yliopettaja Toini Harra Lehtori Anja Sario |
| <p>Väestön ikärakenteen muuttuessa tarvitaan uusien palvelumuotojen kehittämistä ja resurssien kohdentamista ennaltaehkäisevään ja tavoitteelliseen kotikuntoutukseen. Taustalla on ajatus siitä, että kotona tapahtuva kuntoutus vahvistaa asiakkaan toimintakykyä ja ehkäisee hakeutumista sairaalahoitoon. Helsingin kaupunki on lähtenyt kehittämään kotihoitoon moniammatillista kotikuntoutusmallia ”Kotikuntoutusmallista kotihoitoon”-kehittämishankkeessa, joka kestää syyskuusta 2013 kesäkuuhun 2015. Hanke toteutetaan etelän palvelualueen ja Kuntoutuksen osaamiskeskuksen yhteistyönä. Opinnäytetyömme on osa ”Kotikuntoutusmallin kriittiset tekijät” -kokonaisuutta, joka muodostuu kolmesta opinnäytetyöstä kehittämishankkeelle.</p> <p>Opinnäytetyömme noudattaa tapaustutkimuksen periaatteita, joiden tehtävänä on avata ja kuvata kotikuntoutuksen asiakkaiden toiminnallista osallistumista ja kotikuntoutuksen siihen tuomia muutoksia kolmen asiakasesimerkin kautta ja siten tuoda lisätietoa kotikuntoutuksen jatkokehittämiseen. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoiduin haastatteluin kolmelta kotikuntoutusprosessin läpikäyneeltä asiakkaalta, heidän kotikuntoutuksessa mukana olleilta lähihoitajilta ja kahdelta mukana olleelta toimintaterapeuttilta. Aineisto analysoitiin teoriaohjautuvan sisällönanalyysin keinoin. Teoreettisena viitekehysenä on sosiaalinen ympäristö kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallissa (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, CMOP-E) sekä inhimillisen toiminnan mallissa (Model of Human Occupation, MOHO).</p> <p>Opinnäytetyömme tuloksen muodostavat kolme asiakasesimerkkiä ja huomiot kotikuntoutuksen tuomista muutoksista asiakkaiden toimintakyvyssä. Opinnäytetyömme tuo esiin asiakkaan kokemuksen kotikuntoutuksesta opinnäytetöiden kokonaisuudessa, jossa Kotilainen ja Vuori ovat selvittäneet kotikuntoutuksessa käytettyjen arviointimenetelmien tarkoituksenmukaisuutta kotikuntoutusprosessiin ja Mäkelä on tutkinut kotikuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä moniammatillisen yhteiskehittelyn keinoin.</p> <p>Aineistosta nousseiden tulosten ja aiheeseen liittyviin tutkimuksiin ja mediakeskusteluun tutustuttuamme, ehdotamme että kotona kuntoutuvien ihmisten sosiaaliset verkostot ja sosiaalisen ympäristön vaikutus hyvinvointiin huomioidaan kotikuntoutuksen kaltaisissa interventioissa systemaattisesti.</p> | |
| Avainsanat | kotikuntoutus, toiminnallinen osallistuminen, sosiaalinen verkosto |

| | |
|---|---|
| Authors Title | Katri Kokkonen, Tanja Nieminen Towards meaningful occupational participation |
| Number of Pages Date | 34 pages + 3 appendices Kevät 2015 |
| Degree | Bachelor of Health Care |
| Degree Programme | Occupational therapy |
| Specialisation option | Occupational therapy |
| Instructors | Toini Harra, Principal Lecturer Anja Sario, Lecturer |
| <p>As the population of Finland is aging there is a growing need for development of new forms of preventive and goal-directed home reablement. Home based rehabilitation has been seen strengthening the performance of the client and preventing re-hospitalization. The Department of Social Services and Health Care of City of Helsinki is developing a multi-professional reablement-model for home care as a project with Rehabilitation Competence Center.</p> <p>This study is part of a triad of three theses called “Critical factors of Reablement-model” in collaboration with the project. The purpose of this case study is to bring new information by three client cases that open and describe the occupational participation and changes in it due to the reablement-process. The data was collected by semi-structured interviews with three clients after the reablement process, as well as with their home care nurses and occupational therapists taking part in the process. Social environment in the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement and Model of Human Occupation form the theoretical frame of reference.</p> <p>The result of the thesis is formed by the three client cases and the points made out of the changes in the performance of clients. The result claims its meaning by bringing up the lived client experience in the reablement process as referred to the two other theses: Kotilainen and Vuori examining the appropriateness of used assessment tools in the reablement process and Mäkelä finding out the critical factors in the multi-professional collaborative developing workshops.</p> <p>As conclusion, referring to the recent studies and news articles, the question cannot be avoided: should the social networks and the influence of social environment on home care clients well-being be considered more systematically within the interventions as reablement.</p> | |
| Keywords | Reablement, occupational participation, social network. |

Sisällys

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Johdanto | 1 |
| 2 | Tausta | 4 |
| 2.1 | Helsingin kaupungin moniammatillinen kotikuntoutusmalli | 5 |
| 2.2 | Käsitteet ja teoreettinen viitekehys | 6 |
| 3 | Opinnäytetyön toteutus | 9 |
| 3.1 | Tapaustutkimus | 9 |
| 3.2 | Aineiston keruun toteutus | 11 |
| 3.2.1 | Aineiston keruumenetelmät | 14 |
| 3.2.2 | Haastattelujen eettiset näkökulmat | 19 |
| 3.3 | Aineiston purku ja analyysi | 19 |
| 4 | Tulokset | 21 |
| 4.1 | Liisa | 21 |
| 4.1.1 | Liisan sosiaalinen verkosto | 21 |
| 4.1.2 | Kotikuntoutuksen tuoma muutos | 22 |
| 4.1.3 | Käyttämättä jäänyt toimintakyky | 22 |
| 4.2 | Anneli | 23 |
| 4.2.1 | Annelin sosiaalinen verkosto | 23 |
| 4.2.2 | Kotikuntoutuksen tuoma muutos | 23 |
| 4.2.3 | Käyttämättä jäänyt toimintakyky ja saavuttamatta jääneet tavoitteet | 24 |
| 4.3 | Martta | 24 |
| 4.3.1 | Martan sosiaalinen verkosto | 24 |
| 4.3.2 | Kotikuntoutuksen tuoma muutos | 25 |
| 4.3.3 | Saavuttamatta jääneet tavoitteet | 25 |
| 4.4 | Kotikuntoutuksen asiakkaiden sosiaaliset verkostot | 26 |
| 4.5 | Kotikuntoutuksen tuoma muutos asiakkaiden sosiaalisiin verkostoihin ja asiakkaan toimintaan | 26 |
| 4.6 | Kotikuntoutuksen asiakkaiden ja heidän kotikuntoutustiimiensä terapeuttien ja lähihoitajien näkemysten vastaavuus | 27 |
| 5 | Kotikuntoutuksella kohti merkityksellistä toimintaa | 30 |
| | Lähteet | 34 |
| | Haastattelulomake | 1 |
| | Liisan haastattelulomake | 1 |
| | Annelin haastattelulomake | 1 |

| | |
|--|---|
| Martan haastattelulomake | 2 |
| Sosiaalinen verkostokartta | 1 |
| Tiedote tutkimuksesta | 2 |
| Suostumuslomake kotihoidon asiakkaalle | 3 |
| Suostumuslomake kotihoidon ammattihenkilölle | 4 |

1 Johdanto

Väestön ikärakenteen muuttuessa myös huoltosuhde muuttuu: pienemmän työikäisen väestön voimin on pidettävä huolta suuremmasta määrästä vanhuksia. Maan taantuneessa taloustilanteessa tämä on aiheuttanut tarvetta optimoida palvelurakennetta ja tukea väestöä mahdollisimman itsenäiseen vanhuuteen, jossa hoito sekä kuntoutus painottuvat tulevaisuudessa yhä vahvemmin kotiympäristöön. Hallitusohjelman mukaisesti vanhusten laitoshoidosta säästetään ja kotihoitoa lisätään (A-studio 2015). Kotihoito ja kotihoidon resurssipula taas ovat olleet talvena 2014–2015 sekä maan johtavan sanomalehden sunnuntailiitteen aiheena (Niiranen — Nykänen 2015) että iltapäivälehtien lööpeissä, ja kotihoidon laadusta ja työntekijöiden jaksamisesta ollaan huolissaan. Helsingin kaupungin strategiaohjelmassa 2013–2016 on mainittu, että kotona asuvien osuutta 75 vuotta täyttäneistä kasvatetaan ja pienennetään laitoshoidon osuutta ympärivuorokautisesta hoidosta (Helsingin kaupunki 2013: 6, 8). Tämä edellyttää uusien palvelumuotojen kehittämistä ja resurssien kohdentamista ennaltaehkäisevään ja tavoitteelliseen kotikuntoutukseen.

Taustalla on ajatus siitä, että kotona tapahtuva kuntoutus vahvistaa asiakkaan toimintakykyä ja ehkäisee asiakkaan hakeutumista sairaalahoitoon. Oletuksena on, että näin kotikuntoutus säästää yhteiskunnan varoja, ja on siksi erittäin tärkeä aihe nykyisessä taloustilanteessa. Ilpo Vilkkumaa kirjoittaakin (Eräsaari — Lindqvist — Mäntysaari — Rajavaara toim. 1999: 71–72), että vaikka ”Kuntoutuksessa on helppo torjua karkeat pelkästään taloudelliset vaikuttavuuskriteerit yksipuolisina ja lyhytnäköisinä - - jokainen kuntouttaja ja kuntoutuja tajuaa, että juuri tuota taloudellisesti mitattavissa olevaa vaikutusta, aktiivisuutta, työllistymistä ja itsenäisyyttä kuntoutukselta odotetaan.” Vilkkumaa jatkaa (Eräsaari 1999: 72) että ”Kuntoutus ei ole tavoitteiltaan yhteiskunnallisesti neutraalia, vaan lähtökohtana on toimintakyvyyttömyyden ja huono-osaisuuden vähentäminen yhteiskunnassa.” Vaikka lainaus on vanha ja kohdistuu kuntoutukseen yleisesti, arvelemme, että tämä eettinen pohja lienee pysynyt ennallaan myös nyky-yhteiskunnassa ja osuu myös kotikuntoutuksen yhteyteen.

Helsingin kaupunki on lähtenyt kehittämään kotihoitoon moniammatillista kotikuntoutusmallia. Kokeilu kestää syyskuusta 2013 kesäkuuhun 2015, minkä jälkeen jatkosta päätetään vuoden 2015 aikana (Helsingin kaupunki 2015: 23). ”Kotikuntoutusmallista kotihoitoon”-projekti toteutetaan Etelän palvelualueen ja kuntoutuksen osaamiskeskuk-

sen yhteistyönä kaupungin omilla resursseilla. (Pekkanen 2014.) Opinnäytetyömme on osa ”Kotikuntoutusmallin kriittiset tekijät” -kokonaisuutta, joka muodostuu kolmesta opinnäytetyöstä kehittämishankkeelle. Toive yhteistyölle on noussut työelämäntarpeesta kehittää kotikuntoutusta. Opinnäytetyömme työelämän yhteyshenkilönä on toiminut itäisen, kaakkoisen ja keskisen Helsingin terveysasemien sekä kotihoidon, akuutti- ja päivystyssairaaloiden vastaava toimintaterapeutti Meri Pekkanen.

”Kotikuntoutusmallin kriittiset tekijät” -kokonaisuuden tarkoituksena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää hyödyksi kotikuntoutuksen suunnittelussa. Kotikuntoutus on näyttäytynyt prosessina, missä toimintaterapeutti on oleellinen osa moniammatillista työryhmää. Kotikuntoutuksen uskotaan olevan tulevaisuuden toimintatapa, mitä yhteistyökumppanimme haluaa aktiivisesti kehittää (Pekkanen 2014). Toimintaterapeutin ymmärrys yksilön ja ympäristön monimuotoisesta vuorovaikutuksesta mahdollistaa asiakaslähtöisen ja tavoitteellisen kuntoutuksen. Toimintaterapeutin yhtenä tehtävänä on tukea asiakkaan mahdollisuuksia osallistua omassa arjessa yksilöllisesti.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset kohdistuvat kotihoidon asiakkaan toiminnalliseen osallistumiseen arkitoinnoissa ja omassa sosiaalisessa verkostossaan. Mielenkiintoamme aihetta kohtaan vahvasti Ann Wilcockin ja kanadalaisen Elizabeth Townsandin kehittämä toiminnallisen oikeudenmukaisuuden teoria, jonka mukaan jokaisella on oikeus osallistua kohtuullisissa määrin erilaisiin ja vaihteleviin toimintoihin omassa sosiaalisessa ympäristössään (Stadnyk — Townsend — Wilcock 2010: 330). Myös toimintaterapeuttien ammattieettisissä ohjeissa sanotaan, että ”Asiakastyössä toimintaterapeutti toimii sen hyväksi, että hänen asiakkaansa voivat käyttää tasavertaisesti yhteiskunnan palveluja ja osallistua mahdollisimman omatoimisesti oman elämänsä eri tilanteisiin.”

Kaikki kotikuntoutusprosessiin osallistuneet asiakkaat olivat yli 65-vuotiaita, joten heidän hyvinvointia ja osallistumistaan voitaisiin tarkastella myös vanhuuden näkökulmasta. Vanhusten yksinäisyyden ja masennuksen esiintymisen yhteydestä on jatkuvasti uutisointia, minkä yhteydessä huomataan myös, että vanhusten mielialoireita kuten ahdistus- ja masennusoireita ei edelleenkään terveydenhuollossa helposti tunnisteta. (Akuutti 2.4.2015) Emme voikaan välttyä kysymästä, tulisiko kotona kuntoutuvien ihmisten sosiaaliset verkostot ja sosiaalisen ympäristön vaikutus hyvinvointiin huomioida myös kotikuntoutuksen kaltaisissa interventioissa systemaattisesti.

Tutkimuskysymyksiä työssämme on neljä: millaiset ovat kotikuntoutujien sosiaaliset verkostot, toiko kotikuntoutus muutosta kuntoutujan sosiaaliseen verkostoon, toiko kotikuntoutus kuntoutujan toimintaan muutosta ja jos toi, niin minkälaista ja vastasivatko kuntoutujan ja hänen kotikuntoutustiimensä terapeutin ja hoitajan näkemykset toiminnasta ja sosiaalisesta verkostosta toisiaan. Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoiduin haastatteluin kolmelta kotikuntoutusprosessin läpikäyneeltä asiakkaalta, heidän arjessaan mukana olleilta lähihoitajilta sekä kahdelta kotikuntoutuksessa mukana olleelta toimintaterapeutilta. Aineisto analysoitiin teoriaohjautuvan analyysin keinoin eli abduktiivisen päättelyn keinoin, eli ajattelussamme vaihtelivat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit (Tuomi — Sarajärvi 2009: 97). Haastatteluja varten loimme lomakkeen toimintaterapian inhimillisen toiminnan teorian, kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin sekä toimintaterapianimikkeistön pohjalta. Samalla muodostimme toiminnan osallistumisen asteikon, joka loi myös luokat asiakkaan toiminnallisen osallistumisen sosiaalisen luonteen tarkastelun puitteiksi.

Opinnäytetyömme raportti alkaa yhteistyökumppanin, käsitteiden ja taustateorioiden esittelyllä, minkä jälkeen esittelemme aineiston keräämisen kulun, aineiston analyysin sekä tulokset. Tulosten esittelyn jälkeen teemme johtopäätökset yhdistäen tulokset kotikuntoutukseen liittyvään uuteen tutkimukseen ja mediakeskusteluun, ja aivan lopuksi pohdinnassa arvioimme opinnäytetyöprosessia yleisesti ja annamme ehdotukset aiheen jatkokehittämistä varten.

2 Tausta

Taustana opinnäytetyöllemme on syksyllä 2013 Metropolia AMK:sta valmistunut opinnäytetyö: ”Kotikuntoutus - kuntoutusta kotiympäristössä: toimintaterapeutin rooli asiakkaan ja kotihoidon tavoitteellisessa yhteistyössä” (Einset – Krook 2013), jonka tuloksena muodostettiin kotikuntoutuksen määritelmä, kotikuntoutuksen prosessimalli sekä toimintaterapeutin roolin määritelmä. Opinnäytetyö toteutettiin teemahaastattelun ja kirjallisuuskatsauksen keinoin. Tuloksista ”Kotikuntoutus” on Einsetin ja Krookin käänös ulkomaisista termeistä, joita ovat mm.

- Hemrehabilitering/vardagsrehabilitering (Ruotsi, Ahvenanmaa)
- Hverdagsrehabilitering (Norja, Tanska)
- Reablement tai home care reablement (Iso-Britannia)
- Restorative home care program (Australia)
- Restorative home care (Uusi-Seelanti) ” (Einset – Krook 2013: 5.)

Einsetin ja Krookin opinnäytetyön valmistumisen aikaan asiakkaan kotona asumista sekä elämänlaatua ja elämänhallintaa tukevan kotiympäristössä toteutettavan kotikuntoutuksen kehittäminen oli käynnissä muissa pohjoismaissa (Einset – Krook 2013).

Helsingissä on ollut käynnissä kotikuntoutusta kehittävä Käpyrinteen ”Kotona kunnossa” -projekti vuosina 2008 – 2011. Käpyrinne on hyvinvointi- ja asumispalveluiden tuottaja, jolla on mm. palvelutalo Helsingin Käpylässä (Käpyrinne 2015). Käpyrinteen projektin tarkoituksena on ollut vastata kotona asuvien ikäihmisten kuntoutuksellisiin tarpeisiin. Projektin kohderyhmänä oli Helsingin kaupungin alueella asuvat 75 vuotta täyttäneet ikäihmiset, joilla oli fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintakyvyn vajausta, joka vaikutti heidän turvallisuuteen ja asumiseensa. Kohderyhmälle pyrittiin mahdollistamaan mielekäs ja turvallinen asuminen kotona, siellä tapahtuvan kotikuntoutuksen sekä ystävä- ja vapaaehtoistoiminnan keinoin. (Palonen — Pohjonen — Takala — Tiihonen 2011: 3,8.) Projektin myötä projektityöryhmällä vahvistui laajempi ymmärrys, jossa toimintakyky ymmärretään toimijuuden viitekehyksen mukaisesti aikaan, paikkaan sekä ihmisryhmään sidottuna aktuaalisena toimintakykynä. (Jyrkämä 2013: 421 — 425). Projektiryhmän mukaan on tärkeää, että toimintakyvystä siirrytään toimijuuteen eli toimintakyvyn sosiaalisuuteen, jolloin entistä tarkemmin tutkitaan miten ikäihmiset käyttävät tai eivät käytä käytössään olevaa toimintakykyään, ja painopiste on entistä vahvemmin toiminnassa, toimintatilanteissa. (Palonen 2011: 3, 8.)

Tutkimusta kotikuntoutuksen kustannustehokkuudesta on alettu tekemään Pohjoismaissa. Australiasta on valmistunut aiheesta tutkimus syksyllä 2014. Tutkimustulok-

sessä ilmeni että kotikuntoutus kotihoidon asiakkaille tulee maksamaan ajan mittaan vähemmän kuin, jos he vastaanottavat vain kotihoitoa (Lewin 2014: 328, 335). Suomessa systemaattista kotikuntoutuksen kehittämistä on meneillään Helsingin lisäksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus (Eksote) ja Tampereen perhe ja sosiaalipalveluissa (Eksote 2014; Tampereen kaupunki 2015).

2.1 Helsingin kaupungin moniammatillinen kotikuntoutusmalli

Helsingin kaupungin Etelän palvelualueella kehitetään kokeiluna moniammatillista kotikuntoutusmallia kotihoitoon. Projekti toteutetaan Etelän palvelualueen ja Kuntoutuksen osaamiskeskuksen yhteistyönä syyskuusta 2013 kesäkuuhun 2015 kaupungin omilla resursseilla Keskisen alueen kotihoidossa, Vallilan ja Kallion kotihoitotiimeissä. Metropolia ammattikorkeakoulun toimintaterapian koulutusohjelma on mukana kehitysprojektissa. Kotikuntoutustiimin muodostavat edellä mainittujen alueiden kotihoidon työntekijät sekä Kuntouksen (Kuntoutuksen osaamiskeskus, fysio- ja toimintaterapiapalvelut) alueelle nimeämät fysioterapeutit ja toimintaterapeutti. Tiimien käytössä on hankkeen ajan edellä mainittujen toimijoiden lisäksi yksi fysioterapeutti. (Pekkanen 2014.)

Kotikuntoutuksen kohderyhmän koko on 10 asiakasta kerrallaan, ja kotikuntoutusjakson kesto on 6-8 viikkoa. Tavoitteena on, että asiakkaiksi otetaan toipilasvaiheessa olevia, sairaalasta kotiutuvia, lievästi muistioireisia, kaatuilevia asiakkaita, joiden elämänhallinnassa on tapahtunut muutos ja joiden arvioidaan hyötyvän tehostetusta kotona tapahtuvasta kuntoutusjaksosta. Mallin mahdollisesta jatkamisesta ja laajentamisesta päätetään vuoden 2015 aikana. (Helsingin kaupunki 2015: 23). Opinnäytetyön tekemisen aikana on ilmennyt, että asiakkaiksi ei ole otettu sairaalasta kotiutuvia (Pekkanen 2015.)

Kotikuntoutusmallin tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja kohentuminen sekä kotona asumisen tukeminen moniammatillisen toimintakyvyn arvioinnin ja intensiivisen kuntoutusjakson avulla. (Kotikuntoutus -projekti 2013.)

Kotikuntoutusprosessi lähtee liikkeelle kotihoidon lääkärin tekemästä läheteestä. Ajatus kotikuntoutuksen tarpeesta on voinut herätä lääkärillä tai kotihoidon työntekijällä. Kotihoidon työntekijä tekee alkukartoituksen, jossa hän arvioi asiakkaan sopivuutta kotikuntoutukseen ja antaa asiakkaalle tietoa siitä, mitä kotikuntoutus pitää sisällään.

Asiakkaan motivoitumisella prosessiin on keskeinen merkitys. Mikäli asiakas on halukas aloittamaan kotikuntoutusjakson, on seuraavana vuorossa toiminta- ja fysiotera-

peutin tekemät alkuarviointikäynnit. Kuntoutuksen tavoitteet laaditaan yhteistapaamisessa, jossa ovat paikalla asiakas, toiminta- ja fysioterapeutti sekä kotihoidosta kotikuntoutukseen nimetty työntekijä. Tavoitteiden lisäksi tapaamisessa sovitaan prosessin kesto. Kuntoutusprosessi kestää keskimäärin 6-8 viikkoa ja sisältää 1-2 viikoittaista fysio- ja/tai toimintaterapiakäyntiä. Kuntoutusprosessin loppupuolella tehdään loppuarviointi. (Pekkanen 2014.)

2.2 Käsitteet ja teoreettinen viitekehys

Opinnäytetyömme keskeiset käsitteet ovat **kotikuntoutus, sosiaalinen verkosto, toiminnallinen osallistuminen ja toiminnallinen oikeudenmukaisuus**. Käsitteet on avattu seuraavissa kappaleissa.

Kotikuntoutuksella tarkoitamme interventio-prosessia, jota asiakkaan kanssa toteutavat ainakin toimintaterapeutista, fysioterapeutista ja sairaanhoitajasta koostuva moniammatillinen tiimi yhdessä kotikuntoutukseen koulutettujen kotihoitajien kanssa. Intervention keskimääräinen kesto on noin kuusi viikkoa ja se tapahtuu asiakkaan kotiympäristössä. Interventio koostuu toimintaterapeutin tekemästä alkuarvioinnista, tavoitteiden asettelusta, suunnitelmasta ja loppuarvioinnista. (Einset – Krook 2013: 40.)

Kotihoidolla tässä työssä tarkoitetaan Helsingin kaupungin palvelua, jolla tuetaan kotona asuvaa asiakasta niissä päivittäisissä toiminnoissa, joista asiakas ei suoriudu itse. Helsingissä kotihoidon tehtävänä on turvata vanhusten, yli 18-vuotiaiden vammaisten, toipilaiden ja pitkäaikaissairaiden hoito ja palvelut niin, että huolimatta toimintakyvyn heikentymisestä eläminen kotona on turvallisesti mahdollista. (Helsingin kaupunki 2014).

Käsite **sosiaalinen verkosto** on sosiaaliantropologi John Barnesin 1950-luvulla käyttönottama. Sosiaalinen verkosto kuvaa sukulaisuuden, ystävyden tai tuttavuuden kautta muodostuneita ihmisten välisiä suhteita ja käsittää yksilön kaikki sosiaaliset suhteet. Verkostoon voivat kuulua mm. perhe, ystävät, sukulaiset, työtoverit, opiskelutoverit, harrastustoverit, viranomaiset ja ammattiauttajat. (Seikkula 1994: 24.) Sosiaalisella verkostolla tarkoitamme asiakkaan suhteita toisiin ihmisiin ja yhteisöihin, joiden kanssa hän on tekemisissä ja jotka ovat hänelle merkityksellisiä. Vuorovaikutus eri toimijoihin voi tapahtua kasvokkain tai erilaisten apuvälineiden, kuten esimerkiksi puhelimen, sähköpostin tai internetin avulla.

Toiminnallinen osallistuminen on yksi toimintaterapian peruskäsitteistä. Maailman Terveysjärjestö WHO:n julkaisemassa Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisessä luokittelussa (ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health) osallistuminen (*participation*) määritellään lyhyesti henkilön osallisuudeksi elämäntilanteisiin, ja tämä edustaa toimintakyvyn yhteisöllistä näkökulmaa. Edellisen pohjalta kehitetyssä Inhimillisen toiminnan mallin (MOHO, Model of Human Occupation) määritelmässä toiminnallinen osallistuminen (*occupational participation*) viittaa työhön, leikkiin tai päivittäisiin toimintoihin osallistumista, jotka kuuluvat henkilön sosio-kulttuuriseen elämismaailmaan (*socio-cultural context*) ja jotka ovat joko toivottuja tai välttämättömiä henkilön hyvinvoinnille. Siten voimme siis ymmärtää, että osallistuminen (*participation*) ei tarkoita vain tapahtuvaa toimintaa vaan myös henkilökohtaista kokemusta yhteydestä. (Kielhofner 2008: 101–102.)

Toiminnallisella oikeudenmukaisuudella tarkoitamme asiakkaan oikeutta osallistua hänelle merkitykselliseen toimintaan. Toiminnallisuuden ja oikeudenmukaisuuden teoria (*occupational justice*) on australialaisen Ann Wilcockin ja kanadalaisen Elizabeth Townsendin kehittämä. Toiminnallisen oikeudenmukaisuuden teoria on kehitetty käyttäen pohjana sosiaalista oikeudenmukaisuutta kuvaavia käsitteitä. Näitä käsitteitä Townsend ja Wilcock ovat määritelleet erityisesti toiminnan näkökulmasta. Townsendin ja Wilcockin ehdotukset toiminnallisiksi oikeuksiksi kokea toiminta merkityksellisenä ja rikastavana ovat seuraavat: oikeus kehittyä osallistumalla terveyttä ja sosiaalista yhteyttä edistävään toimintaan, oikeus käyttää yksilöllistä ja väestön itsemääräämisoikeutta toiminnallisia valintoja tekemällä, oikeus osallistua kohtuullisissa määrin erilaisiin ja vaihteleviin toimintoihin omassa sosiaalisessa ympäristössään. (Stadnyk — Townsend — Wilcock 2010: 330.)

Kanadalainen toiminnallisuuden ja sitoutumisen malli (Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, CMOP-E) havainnollistaa ihmisen, ympäristön ja toiminnan välisen dynaamisen suhteen, toiminnan käsittäessä päivittäiset toiminnot liittyen itsestä huolehtimiseen, tuotteliaisuuteen tai vapaa-aikaan. Toiminta tapahtuu mallin mukaan ihmisen ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa sillä ihminen on yhteydessä ympäristöönsä. Mallissa ympäristö jaetaan kulttuuriseen, institutionaaliseen, fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön. **Sosiaalinen ympäristö** sisältää sosiaaliset verkostot kuten perheen tai ystävien antaman tuen, ammatilliset verkostot ja yhdistykset, työpaikan antaman tuen, yhteiskunnalliset resurssit ja voimavarat, muutokset val-

litseivissa käsityksissä yhteiskunnassa sekä sosiaaliset tapahtumat. (Baptiste — Law — Polatajko — Townsend 1997: 32–33.)

Inhimillisen toiminnan mallin (MOHO, Model of Human Occupation) mukaan ympäristö vaikuttaa henkilön toiminnalliseen osallistumiseen kahdella tavalla: tarjoamalla mahdollisuuksia ja resursseja sekä luomalla olosuhteita, jotka rajoittavat henkilön osallistumista. Mallissa ympäristö sisältää fyysisten tilojen ja objektien lisäksi sosiaalisia ulottuvuuksia. Sosiaaliseen ympäristöön kuuluvat inhimillisen toiminnan mallissa ihmisryhmät ja toiminnanmuodot joita ihminen toteuttaa. Sosiaaliset ryhmät myös tarjoavat ja määrittävät rooliodotuksia ja muodostavat ne sosiaaliset tilat, joissa henkilön roolit toiminnan kautta toteutuvat. Tunnelma, normit ja ryhmän ilmapiiri tarjoavat mahdollisuuksia ja vaatimuksia tietynlaisesta toiminnallisesta suoriutumisesta. (Forsyth – Parkinson 2008: 9.) Opinnäytetyössämme meitä kiinnosti kotikuntoutuksen asiakkaan sosiaalinen verkosto ja päivittäinen toiminta, jotka yhdessä muodostavat arjen toimintaverkoston.

Sosiaalinen toimintakyky käsittää kyvyn toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Sitä määrittävät suhteet omaisiin ja ystäviin, vastuu läheisistä, sosiaalisten suhteiden sujuvuus, osallistuminen ja elämän mielekkyys. Lisäksi vapaa-ajanvietto ja harrastukset yhdessä toisten kanssa kuuluvat sosiaalisen toimintakyvyn alueelle. (Toimia-tietokanta 2014.)

3 Opinnäytetyön toteutus

Tässä luvussa kerromme, kuinka opinnäytetyömme aineisto on kerätty ja analysoitu. Ensimmäisessä kappaleessa nimeämme lyhyesti tutkimuksen menetelmät ja vaiheet, jotka on selitetty tarkemmin seuraavissa kappaleissa. Opinnäytetyömme on laadullisen tutkimuksen piiriin kuuluva tutkielmamuotoinen **tapaustutkimus**. Tutkimusaineisto kerättiin **puolistrukturoiduin haastatteluin**. Aineisto kerättiin kolmelta kotikuntoutusprosessin läpikäyneeltä asiakkaalta sekä heidän lähihoitajiltaan ja prosessissa mukana olleilta toimintaterapeuteilta. Haastattelun tekemisen tueksi loimme **lomakkeen**, jonka avulla jäsensimme arjen toiminnot eri toimintakokonaisuuksien mukaan ja vastaukset eri luokkiin asiakkaan toiminnan sosiaalisen laadun mukaan. Testasimme lomakkeen käytettävyyttä tekemällä pilottihaastattelun. Arjen toimintoja koskevien kysymysten lisäksi kysyimme kaikilta yhdeksältä haastateltavalta kolme kysymystä: toiko kotikuntoutusprosessi muutosta asiakkaan toimintaan ja asiakkaan verkostoon sekä keitä ihmisiä asiakkaan sosiaaliseen verkostoon kuuluu. **Aineisto analysoitiin teoriaohjautuvan sisällönanalyysin keinoin**. Kysymyksiin annetuista vastauksista tehtiin käsin muistiinpanot, jotka purettiin kirjalliseen muotoon haastattelujen jälkeen. Taulukkomuodossa olevaa tietoa pystyttiin vertailemaan silmämääräisesti ja teksteistä poimittiin usein toistuvat teemat ja teoreettiseen viitekehykseen sopivat maininnat.

3.1 Tapaustutkimus

Alkuperäinen idea opinnäytetyöaiheemme pohjalla oli kotikuntoutuksen sosiaalisten vaikutusten arviointi, mutta koska arvioimme tämän olevan opinnäytetyöhön liian laaja aihe, rajasimme tutkimuskohteemme kolmen kotikuntoutuksen asiakkaan sosiaalisen verkoston hahmottamiseen ja niissä kotikuntoutuksen vaikutuksena tapahtuneen muutoksen kuvaamiseen. Opinnäytetyömme on menetelmiltään laadullista tutkimusta. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara ovat koonneet luetteloksi kirjallisuudesta laadullisen tutkimuksen piirteitä, joista useampi sopii myös opinnäytetyöhömmme: opinnäytetyömme aineisto on koottu luonnollisissa, todellisissa tilanteissa ja olemme suosineet ihmisiä tiedonkeruun instrumentteina ja haastattelua tiedonkeräämisen menetelmänä. Olemme käyttäneet induktiivista analyysiä tehdessämme huomioita yksittäisistä toiminnoista aineistossa ja avaamalla niiden laajempaa merkitystä teoreettisen viitekehyksen puitteissa. Lähtökohtanamme ei ollut teorian tai hypoteesien testaaminen, vaan aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Laadullisen tutkimuksen piirteiksi on nimetty myös se, että tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä, niin kuin

meille kävi ottaessamme mukaan asiakkaiden toiminnassa kotikuntoutusjakson vaikutuksesta tapahtuneiden muutosten tarkastelun. Tämä tuli ehdotuksena työelämän yhteistyökumppaniltamme, kun oli selvää, että aikataulu ei salli kahden haastattelun tekemistä asiakkaille ennen ja jälkeen kotikuntoutusprosessin. Vertailemme kuntoutujien ja ammattihenkilöiden tulkintoja ja puhetapaa asiakkaiden todellisuudessa tekemästä toiminnasta lähestyimme diskurssianalyysiä, mikä on myös laadullisen tutkimuksen piiriin kuuluva metodi ja tarkoittaa kielen käyttöön, merkityksiin ja niiden kulttuuriin yhteyksiin kohdistuvaa analyysitapaa. (Hirsjärvi ym. 2012: 164.)

Hahmottamalla kolme tapausesimerkkiä pyrimme saamaan esille jotain oleellista kotikuntoutuksen asiakkaiden sosiaalisista verkostoista tai toisin sanoen arjen toimintaverkostoista. Yinin mukaan (2009: 19–20) tapaustutkimusta voikin hyödyntää käyttämällä sitä valaisemaan niitä tilanteita, joissa arvioitavalla interventiolla ei ole valmiiksi selviää ja tarkkarajaista lopputulosta. Työmme voi myös kuvailla intervention ja sitä tosielämän kontekstia, missä interventio on toteutunut, sekä siten havainnollistaa tiettyjä arvioinnin aiheita, mitkä ovat myös Yinin (2009: 19–20) mukaan tapaustutkimuksen mahdollisuuksia. Tapaustutkimuksen haasteina voi pitää muun muassa sen tuottaman tiedon yleistettävyyttä ja sitä, että tutkimus ei jää vain kuvailemaan kohdettaan (Laine ym. toim, 132 — 133, Yin 2009: 15). Yin (2009: 15) huomauttaa, että tapaustutkimukset ovat yleistettävissä suhteessa teoreettiseen hahmotelmaan (*propositioon*), mutta eivät universaalisti tai suhteessa tiettyyn väestöryhmään. Siksi mekin erittelemme opinnäytetyössämme teoreettisen viitekehyksen, missä kotikuntoutuksen sosiaalista verkostoa tarkastelemme.

On myös huomattava, että emme pyri kuvaamaan tapausesimerkkimme avulla koko mahdollista kotikuntoutuksen asiakaskuntaa, missä kuntoutujilla voi olla verrattain erilaisia haasteita ja tavoitteita keskenään. Siten tapaustutkimus ei tieteellisen kokeen tavoin esittele näytekappaletta tai koetilannetta vaan sen tarkoitus on laajentaa ja yleistää teorioita analyyttisesti (Yin 2009: 15). Yinin (2009: 18) mukaan tapaustutkimus on empiirinen tutkimus, joka tutkii tai selvittää nykyistä ilmiötä syvällisesti tosielämän asiayhteydessä erityisesti silloin, kun raja ilmiön ja asiayhteyden välillä ei ole ilmiselvä. Tapaustutkimus voi tähdätä myös toiminnan merkityksen ymmärtämiseen tulkinnan kautta (Hirsjärvi ym. 2012: 166, taulukko 2.)

Tapaustutkimus voi toimia myös erikoislaatuisena arviointitutkimuksen osana, josta Yin (2009: 19–20) erittelee neljä erilaista soveltamistapaa. Näistä ensimmäinen on tapaus-

tutkimuksen mahdollisuus selittää oletettuja kausaalisia yhteyksiä tosielämän interventioidissa, jotka ovat liian moninaisia selitettäviksi survey- eli lomakekyselytutkimuksen tai kokeellisten menetelmien avulla. Parhaimmillaan opinnäytetyöstämme saattaisi olla hyötyä, jos kotikuntoutuksen vaikuttavuutta sosiaaliseen osallistumiseen tai sosiaalisiin verkostoihin myöhemmin tutkittaisiin. Ja ehkä myös toisinpäin, eli miten sosiaaliset suhteet ja osallistuminen vaikuttavat kuntoutumiseen?

3.2 Aineiston keruun toteutus

Testasimme luomaamme kysymyslomaketta sekä sosiaalisen verkostokartan piirtämistä asiakkaan kanssa tekemällä koehaastattelun iäkkäälle yksin asuvalle henkilölle. Koehaastateltavaksemme valikoitui 92-vuotias mies, joka asoi Kampin monipuolisessa palvelukeskuksessa. Päätimme kysyä häntä koehaastateltavaksemme, koska hän näytti iäkkäältä ja käytti rollaattoria ja kuulolaitetta. Koska koehaastateltava oli iästään huolimatta hyvin toimintakykyinen, hän pystyi suoriutumaan lähes kaikista lomakkeemme toiminnoista itsenäisesti eikä hän käyttänyt kotihoidon palveluita. Tästä syystä emme joutuneet koehaastattelussa harkitsemaan vastausten sijoittumista esimerkiksi vaihtoehtojen "joku apuna tekemisessä" ja "joku tekee puolesta", mikä kostautui suurempana pohtimisen tarpeena varsinaisia tutkimushaastatteluja tehdessä. Arvioimmekin, että olisi tärkeää, että tutkimuksen koehaastattelu olisi ollut parempi tehdä kotihoidon palveluita saavalle henkilölle.

Koehaastattelu oli meille kuitenkin tarpeellinen harjoitus, sillä saimme kokemusta siitä, kuinka haastateltava tahtoo helposti rönsyillä kertomaan ilmiöstä kysymysten ympärillä. Koehaastattelu kesti noin 45 minuuttia. Opimme, kuinka haasteellista on pitää haastattelu tiiviisti asiassa, jotta se ei veny liian pitkäksi ajallisesti ja rasita haastateltavaa, ja jotta me saamme vastaukset kysymyksiimme. Lisäksi haasteellista oli se, että myös meitä kiinnosti haastateltavan tarinat hänen elämänsä vaiheista, ja koehaastateltava olisi selvästi niistä mielellään kertonut enemmänkin. Kuitenkin itse kysymykset ja sosiaalisen verkostokartan laatiminen osoittautuivat ymmärrettäviksi ja toimiviksi tavoiksi kerätä tarvitsemaamme tietoa ikäihmisiltä.

Varsinaiset kolme haastateltavaamme saimme Helsingin kaupungin kotihoidon kautta. Saatuamme tutkimusluvan pyysimme kotihoidon ohjaajia kahdesta piiristä miettimään meille mahdollisia asiakkaita, jotka ovat käyneet läpi kotikuntoutusprosessin. Mahdollisten haastateltavien perusjoukko oli noin kymmenen yli 65-vuotiasta kotikuntoutuspro-

sessin läpikäynyttä asiakasta. Koska perusjoukko oli näinkin pieni, emme halunneet asettaa haastateltaville muita kriteerejä, kuin että heidän täytyy pystyä ymmärtämään arjen toimintoja koskevat kysymyksemme ja kuvaamaan asioitaan sanallisesti, joko suullisesti tai kirjallisesti. Koska haastattelumme vaati asiakkailta, että he jaksaisivat vastata kysymyksiin noin puolen tunnin ajan sekä kohdata kaksi uutta ihmistä, osa kotikuntoutusprosessin käyneistä henkilöistä rajautui pois alentuneen toimintakyvyn vuoksi. Harkinta siitä, keitä haastateltaviksi pyydetään, tehtiin kotihoidon hoitajien ja -ohjaajien kesken.

Kotihoidon ohjaajat pyysivät mahdollisten asiakkaiden lähihoitajia pyytämään heitä osallistumaan haastatteluumme. Jouduimme poikkeamaan alkuperäisestä tutkimussuunnitelmastamme ja tekemään haastattelut vain kerran kotikuntoutusjakson päätyttyä eikä sekä ennen ja jälkeen kotikuntoutusjakson, koska tutkimusluvan saaminen kesti odotettua kauemmin ja asiakkaiden tavoittaminen viivästyi kotihoidon hoitohenkilöstön työvahvuutta verottaneen flunssa-aallon takia. Kaksi mahdollista haastateltavaksi sopivaa kotikuntoutusasiakasta kieltäytyi osallistumasta haastatteluun omista syistensä. Haastattelut tehtiin kotihoidon asiakkaiden kodeissa. Kaikki haastateltavat ymmärsivät kysymyksemme hyvin ja pystyivät vastaamaan kysymyksiin sanallisesti.

Kaikki haastattelut kestivät lähes tunnin eli noin kaksi kertaa niin kauan kuin olimme suunnitelleet. Alkuperäisessä suunnitelmassamme olimme varanneet aikaa puoli tuntia ennen kuntoutusta tapahtuvaan haastatteluun, missä käytäisiin läpi sen hetkinen toimintaverkosto, sekä puoli tuntia kuntoutuksen jälkeen tapahtuvaan haastatteluun, missä käytäisiin läpi verkosto uudelleen ja siinä mahdollisesti tapahtuneet muutokset. Siinä vaiheessa, kun pääsimme haastatteluja tekemään, olimme sopineet yhteistyökumppanimme kanssa kysyvämme haastatteluissa myös kotikuntoutuksen seurauksena toiminnassa tapahtuneista muutoksista, mikä pidensi haastatteluihin tarvittavaa aikaa.

Haastateltavat ottivat meidät hyvin vastaan ja tunnelmasta tuli kaikilla haastattelukerroilla välitön. Kerroimme haastateltaville ennen kysymysten aloittamista vielä, että teemme toimintaterapian lopputyötä ja siihen haastattelun antaminen on meille tärkeä apu. Rakensimme luottamusta myös kertomalla, että meidän ei tarvitse ottaa nimiä ylös, ja että henkilökohtaisia asioita emme itsetarkoituksellisesti kysele, vaan kyse on arkisten toimintojen kanssa selviämisestä. Haastateltavaksi pääseminen voi olla monelle vanhalle ihmiselle asia, joka koetaan arvokkaaksi. Haastatteluja tehdessä myös meille näyttäytyi, että haastateltavat olivat kiitollisia saadessaan äänensä kuuluviin

opinnäytetyön kautta. Tämä voi kertoa myös siitä, että vanhat ihmiset kokevat asemansa yhteiskunnassa marginaaliseksi. Haastattelu voi myös tuoda vaihtelua ja ohjelmanumeron päivään kotona olevalle, yksin asuvalle ihmiselle. (Lumme-Sandt 2005: 128–129.)

Ensimmäisessä haastattelussa kotihoidon lähihoitaja oli läsnä haastattelun ajan, sillä hän oli sopinut haastatteluajan oman käyntinsä yhteyteen. Asiakashaastattelun jälkeen hän vastasi omasta puolestaan samoihin kysymyksiin asiakashaastateltavan ollessa läsnä. Koska hoitajan ja asiakkaan suhde näyttäytyi olevan luottamuksellinen, suora ja välitön, uskomme, että he vastasivat kysymyksiimme totuudenmukaisesti. Asiakkaan ja hoitajan tasavertainen ja luottamuksellinen suhde tuli myös esiin keskustelussa varsinaisen haastattelumme aikana ja sen jälkeen. Haastattelu kesti lähes tunnin, koska asiakas halusi miettiä vastauksensa tarkasti ja hänen puheentuottaminen oli hidasta.

Kahteen myöhempään haastatteluun olimme sopineet ajat suoraan asiakkaiden kanssa, eikä kotihoidon hoitaja ollut mukana. Kaikkien haastattelujen jälkeen haastateltavat jatkoivat juttelua näkemyksistään, kokemuksistaan ja elämäkokemuksistaan. Uskomme haastattelukäyntien olleen terapeuttisia ja voimauttavia siten, että haastateltavat saivat antaa omat henkilökohtaiset kokemuksensa ja mielipiteensä kotikuntoutuksen kehittämiseen Helsingin kaupungille kauttamme, ja se oli heille merkityksellistä. Lisäksi arvioimme sen olleen haastateltaville merkittävää, että meillä oli aikaa ja kiinnostusta kuunnella heitä ja joillekin uusien ihmisten tapaaminen oli mieluisaa vaihtelua.

Sosiaalinen verkostokartta piirrettiin puolistrukturoidun haastattelun jälkeen. Kaikkien haastateltavien kohdalla toinen haastattelijasta avusti verkostokartan piirtämisessä. Ennen verkostokartan täyttämistä haastateltaville kerrottiin sen täyttöperiaate ja mitä verkostokartan avulla tutkitaan. Vastaaja kertoi haastattelijalle mihin kohtaan hän kokee haluavansa kunkin verkostossaan olevan ihmisen laittaa. Ihmiset merkattiin karttaan haastateltavan ohjeiden mukaan. Valinta siitä, että haastattelijasta avusti haastateltavia piirtämisessä, tehtiin haastattelun sujuvuutta ajatellen.

Alkuperäisenä suunnitelmana oli, että vastaajalla teetetään sosiaalinen verkostokartta haastattelun yhteydessä ennen kotikuntoutusta ja sen jälkeen, jotta tulisi ilmi onko sosiaalisessa verkostossa ilmennyt muutoksia. Toteutuksen muuttuessa tutkimuksessa painotettiin siihen, millaisia sosiaalisia verkostoja kotikuntoutuksen asiakkaalla on ja

kuinka tiiviisti hän on niissä mukana. Haastateltavalta kysyttiin suoraan onko verkostoissa tapahtunut muutoksia kotikuntoutuksen myötä.

3.2.1 Aineiston keruumenetelmät

Keräsimme aineiston puolistrukturoiduin haastatteluin ja verkostokartan piirtämisen avulla. Haastattelu valikoitui opinnäytetyömme menetelmäksi siksi, että halusimme korostaa kotikuntoutuksen asiakkaita tutkimustilanteissa subjekteina, mikä on yksi haastattelun eduista (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2012: 205). Etsimme aineistonkeruuhaastattelujemme pohjaksi sopivaa haastattelurunkoa tai arviointimenetelmää, jolla voisimme tutkia mahdollisia muutoksia kuntoutujan sosiaalisessa verkostossa kotikuntoutusprosessin aikana ja sen jälkeen. Tarvitsimme arviointimenetelmän, joka tuottaa kohdennettua tietoa siitä, onko muutosta sosiaalisessa verkostossa tapahtunut ja millä tavalla ja minkä laatuista toiminnallinen osallistuminen arjen toiminnoissa on. Toimiatietokannasta, joka on toimintakyvyn mittaamisesta ja arvioinnista luotettavaa tietoa etsivien ammattilaisten työväline, löysimme sosiaalista toimintakykyä arvioivat mittarit Social Provision Scale sekä Yksinäisyys, koettu mittarin. Näillä mittareilla tuotettu tieto on hyvin subjektiivista, ja konkreettista muutosta on vaikea todentaa. (Toimia-tietokanta 2014.)

Harkitsimme haastattelukysymysten pohjana käytettäväksi myös OCAIRS-haastattelun osia. OCAIRS sisältää kysymyksiä liittyen kuntoutujan rooleihin sekä sosiaaliseen ympäristöön. Kysymykset ovat avoimia ja kohdistuvat sosiaalisten roolien laatuun, kuten suhteissa koettuihin odotuksiin, vaatimuksiin, rajoituksiin ja suhteista saatavaan tukeen, ja niiden avulla selkeitä muutoksia asiakkaan verkostossa olisi ollut vaikea todentaa. (Deshpande et al. 2002: 11,53,55). Sosiaaliset verkostot ja arjen toimintoihin osallistumisen yhdistävää mittaria tai haastattelurunkoa ei löytynyt, joten päätimme kehittää tämän itse käyttäen pohjana toimintaterapianimikkeistöä, Canadian Occupational Performance Measure (COPM) -mittaria sekä OCAIRS-haastattelun rooleihin ja sosiaaliseen ympäristöön kohdistuvia kysymyksiä. OCAIRS-haastattelun kysymyksistä käytimme verkostokartan piirtämisen yhteydessä kysymystä ”Ketkä ovat tärkeimmät ihmiset elämässäsi juuri nyt?” ja roolit-osioista kysymystä ”Kuulutko mihinkään ryhmään?” (Deshpande et al. 2002: liite Interview – Recommended Questions: 1, 3).

COPM on kanadalaisen toiminnallisuuden ja sitoutumisen mallin itsearviointimenetelmä. COPM on tutkimuksissa todettu luotettavaksi menetelmäksi toimintaterapeutin

toteuttamana tuomaan esille päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen haasteet asiakkaan näkökulmasta sekä asiakkaan oman kokemuksen toiminnoista suoriutumisesta ja hänen tyytyväisyytensä omaan suoriutumiseen. Menetelmä soveltuu muutosten mittaamiseen, ja sen toistettavuus on todettu riittävän hyväksi. (Toimia-tietokanta 2014.) COPM:a oli käytetty myös kotikuntouksessa asiakkaan tilanteen alkukartoituksessa arviointivälineenä ja tavoitteiden laatimisen tukena (Heinäharju 2015). COPM-haastattelun mallin mukaisesti otimme omaan haastattelulomakkeeseemme osiot, jotka kattavat itsestä huolehtimisen, päivittäiset arjen toiminnot ja vapaa-ajan viettämisen.

Haastattelulomaketta luodessamme muodostui myös käyttämämme käsite "arjen toimintaverkosto", joka kuvaa sitä, kuinka kaikkiin arkielämään liittyvissä toiminnoissa on sisäänrakennettuna ulottuvuus tekeekö henkilö niitä itsenäisesti yksin, jonkun ihmisen kanssa vai tekeekö toimintaa ollenkaan. Perustimme arjen toimintaverkosta seulovalle haastattelulomakkeemme toimintaterapian parissa tunnettuun nelikenttäjakoon työ - vapaa-aika - itsestä huolehtiminen - lepo, jotta saatoimme olla varmoja, että kaikki arkielämän osa-alueet tulivat huomioiduiksi. Lomakkeen arjen toimintoja koskevat kysymykset järjestettiin alkamaan aamutoimista ja etenemään itsestä huolehtimisen toiminnoista kohti kodinhoitoon ja sosiaaliseen elämään liittyviä toimintoja. Kysymykset myös koodattiin eri väreillä toimintakokonaisuuksittain, jotta niiden hahmottaminen on haastattelun aikana ja analyysivaiheessa helpompaa. Työ - vapaa-aika - itsestä huolehtiminen - lepo -nelikenttäjako on myös yksinkertaistettu versio Toimintaterapianimikkeistön (2003) toimintakokonaisuuksien hallinnan arvioinnin osa-alueista, jotka ovat seuraavat:

- Itsestä huolehtimisen arviointi
- Asioimiseen ja kotielämään liittyvien toimintojen arviointi
- Koulunkäynnin ja opiskelun arviointi
- Työkyvyn ja työssä selviytymisen arviointi
- Yhteiskunnallisen osallistumisen arviointi
- Vapaa-ajan viettämisen arviointi
- Leikkimisen arviointi
- Levon arviointi

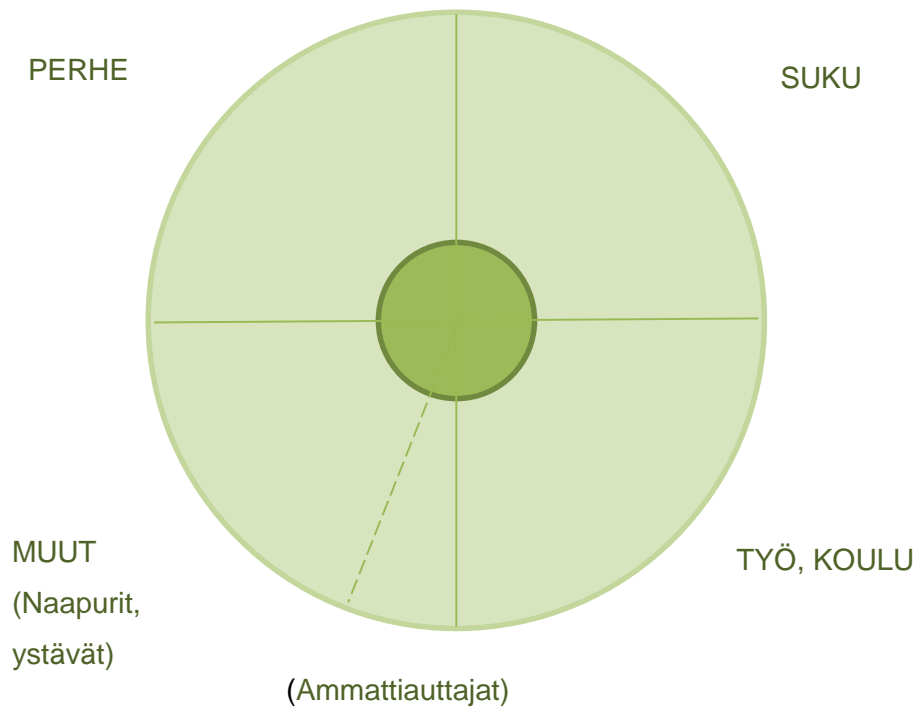


Kuvio 1. Nelikenttä

Haastattelulomake (Liite 1) muodostui sellaiseksi, että vasemmassa laidassa on arjen toiminnot allekkain riveittäin siten, että itsestä huolehtimiseen liittyvät on vihreällä, koti-työhön liittyvät punaisella, harrastuksiin ja vapaa-aikaan liittyvät oranssilla ja lepoon liittyvä yksi kysymys on sinisellä. Haastatteluja tehdessämme ja aineistoa analysoidessamme huomasimme, että olimme erheellisesti laittaneet toiminnoiksi sanat "wc", joka ei ole toiminto, ja "ruokailu", joka on epätarkka termi, millä tarkoitimme itsenäistä syömistä. Haastattelulomakkeen oikeassa laidassa on toiminnallisen osallistumisen asteikko, jossa on kuusi vastausvaihtoehtoa. Vastausvaihtoehdot toimivat myös luokkina, joiden perusteella vertailua voitiin tehdä eri haastateltavien antamien kuvausten välillä. Luokat toimivat käsitteellisinä työkaluina, joiden varassa voidaan kehitellä esimerkiksi teoriaa tai nimetä abstraktilla tasolla suuresta aineistomassasta tärkeät ja keskeiset piirteet (Hirsjärvi — Hurme 2010: 147). Ensimmäiset kolme luokkaa kuvaavat itsenäisempää suoriutumista ja ovat "tekee yksin", "tekee jonkun kanssa" ja "joku apuna tekemisessä". Jälkimmäiset kolme kuvaavat tilannetta, missä osallistumista ei ole tai se on vähäisempää. Nämä sarakkeet ovat "joku tekee puolesta", "ei tee toimintaa ollenkaan" ja "ei kuulu tapoihin". Jotta lomake olisi helppokäyttöisempi ja visuaalisesti selkeämpi, joka toinen sarake on tummempi ja joka toinen vaaleampi.

Haastattelimme vastaajia puolistrukturoidun haastattelumallin mukaisesti käyttäen apuna luomaamme haastattelulomaketta. Eskola ja Suoranta määrittelevät puolistrukturoidun haastattelun lyhyesti niin, että kysymykset ovat kaikille samat, mutta valmiita vastausvaihtoehtoja ei käytetä, vaan haastateltava saa vastata omin sanoin (Eskola — Suoranta 1998: 88). Me toteutimme haastattelun siten, että kysymykset olivat kaikille samat ja haastattelija pyrki etenemään lomakkeen kysymysten järjestyksessä. Myös vastauksille oli vaihtoehtoiset kirjaamiskohdat lomakkeessa, jotka selitettiin lyhyesti haastateltavalle ennen haastattelun aloittamista. Jos haastateltava kertoi laajemmin toiminnastaan, annoimme hänen kertoa asiansa loppuun, vaikka vastaus ei olisi suoraan liittyntykään kyseessä olevaan toimintaan. Toinen meistä johti kysymysten esittämistä ja kirjasi taulukkoon merkinnät eri toimintojen kohdalle. Samalla toinen haastattelija kirjoitti sanalliset muistiinpanot haastateltavan vastauksista ja tarvittaessa tarkensi kysymystä.

Sosiaalista verkostoa (Liite 3) tutkimme haastateltavan piirtämän verkostokartan avulla. Verkostokartasta on mahdollista yhdessä haastateltavan kanssa kartoittaa hänen tukiverkostojaan. Omassa sosiaalisessa verkostossaan haastateltava toimii eri ryhmissä joiden väliset yhteydet ovat tärkeitä. Keskushenkilö eli haastateltava on oman sosiaalisen verkostonsa tärkein voimavara. Hän toimii välittäjänä muiden verkoston jäsenten kesken. Verkostoa kuvataan yleensä nelilohkoisena kenttänä, jonka yhteen lohkoon kuuluvat perhe, toiseen sukulaiset, kolmanteen koulun, työpaikan tai esimerkiksi kuntoutusosaston päivittäin toistuvat ihmissuhteet sekä neljänteen lohkoon ystävät, naapurit ja muut. Ammattiauttajia tarkastellaan tässä neljännessä lohossa erikseen muista. Teimme valmiiksi pohjan mihin haastateltava voi merkitä verkostoonsa kuuluvat ihmiset. (Seikkula 1994: 21, 29, 32.)



Kuvio 2. Sosiaalinen verkostokartta

Perhe käsittää samassa taloudessa asuvat ihmiset, jolloin sosiaaliset suhteet ovat tiheästi päivittäin toistuvia. **Suku**-lohkossa suhteet eivät ole yhtä tiheitä kuin perhesuhteet. Vuorovaikutus tapahtuu pääasiassa tunnetasolla kuten perhesuhteissakin. Perhe- ja sukulaissuhteista ei ole mahdollista erota. **Työ ja koulu** -lohkossa suhteet ovat samankaltaisia perhesuhteiden kanssa siinä, että ne toteutuvat päivittäin. Tapahtuvat pääasiassa vastavuoroisuuden, yleisen työjaon tasoilla enemmän kuin tunnetasoilla. **Muut**-lohkon suhteet toteutuvat yksilön oman aktiivisuuden perusteella. Nämä suhteet edellyttävät muita suhteita enemmän yksilön omien sosiaalisten voimavarojen käyttämistä. (Seikkula 1994: 23, 31.)

Verkostokarttaa muodostaessa haasteltavaa voidaan pyytää ensin tekemään listan kuhunkin lohkoon kuuluvista ihmisistä, joiden kanssa hän on tekemisissä sitten piirtämään kutakin ihmistä vastaavan merkin (kolmio= mies, ympyrä= nainen) itsestään oikealta tuntuvan etäisyyden päähän ja lopuksi yhdistämään viivalla ne ihmiset, jotka ovat toistensa kanssa tekemisissä. Tutkimuksissa on todettu verkoston koon olevan

suhteessa hyvinvointiin isomman verkoston antaessa enemmän tukea. (Seikkula 1994: 23, 31.)

3.2.2 Haastattelujen eettiset näkökulmat

Tärkeimpiä eettisiä periaatteita ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa ovat muun muassa informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys (Hirsjärvi — Hurme 2004: 20). Huolehdimme, että annoimme haastateltaville kuntoutujille riittävästi ymmärrettävää tietoa tutkimuksemme luonteesta ja tarkoituksesta, jotta he ymmärsivät mihin he suostuivat. Näimme tarpeelliseksi kirkastaa myös itsellemme, että kyse on tutkimushaastattelusta, jonka tarkoitus on kerätä tietoa, eikä toimintaterapeuttisesta haastattelusta. Pyysimme kotihoidon henkilökunnan avulla haastateltavilta luvan haastatella myös kullekin haastateltavalle tärkeintä lähihoitajaa ja tärkeintä kotikuntoutuksessa mukana ollutta terapeuttia.

Tiedostimme kysymystemme henkilökohtaisen ulottuvuuden. Vaikka kysymyksemme kohdistuivat arjen toimintoihin, haastateltavat joutuivat silti kertomaan henkilökohtaisista tavoista toimia sekä nimeämään olemassa olevat ihmissuhteensa. Koska tutkimuksemme otantajoukko oli niin pieni, oli riskinä, että haastateltavat pystyittäisiin tunnistamaan raportoinnistamme. Säilyttääksemme haastateltaviemme anonymiteetin käsitelimme saamamme informaatiota kuten henkilöiden tai paikkojen nimiä peitenimillä aineiston keräämis-, purku- ja analysointivaiheessa sekä raportoinnissa.

3.3 Aineiston purku ja analyysi

Aineisto analysoitiin teoriaohjautuvan sisällönanalyysin keinoin. Haastatteluissa kysymyksiin annetuista vastauksista tehtiin käsin kahdet muistiinpanot: taulukko ja vapaasti kirjoitetut muistiinpanot. Analysoitava kirjallinen aineisto muodostui, kun purimme käsin kirjoitetut muistiinpanot kaikista haastatteluista tekstiasiakirjoiksi. Tekstiasiakirjat tarkistettiin siten, että varsinaisesti käsin muistiinpanoja kirjannut kirjoitti raakatekstin, mihin taulukkoa haastattelussa käyttänyt tekijä kirjoitti mahdolliset omat lisäyksensä, minkä jälkeen näkemyksistä vielä keskusteltiin, jotta varmistettiin, että olimme ymmärtäneet kuntoutujan kokonaistilanteen ja toiminnan mahdollisimman todenmukaisesti. Koska meitä kiinnosti, oliko kotikuntoutus tuonut muutosta asiakkaan toimintaan tai sosiaaliseen verkostoon, tekstit käytiin läpi ja etsittiin kohtia, jotka kertoivat kotikuntoutuksen

tuomasta muutoksesta ja suunnitelluista tavoitteista tai potentiaalisista muutoskohdista. Löydetyt kohdat alleviivattiin teksteistä eri väreillä, tapahtunut muutos keltaisella ja potentiaalinen muutos vihreällä. Poimitut muutoskohdat kirjoitettiin koosteiksi kuntoutuja-kohtaisesti. Tässä vaiheessa haastatelluille kuntoutujille annettiin peitenimet Anneli, Liisa ja Martta.

Lomakkeisiin kirjatut muistiinpanot kuntoutujan osallistumista eri toiminnoissa siirrettiin Excel-taulukkaan ensin kukin haastateltava omaan lomakkeeseensa. Sitten kuntoutujan, toimintaterapeutin ja lähihoitajan vastaukset koottiin yhteen lomakkeeseen siten, että eri vastaajien vastaukset oli merkitty eri värein ja eri kirjaimin samaan taulukkaan. Tämän jälkeen vertasimme silmämääräisesti kolmea sivua havaitaksemme yhtäläisyyksiä ja eroja merkintöjen yleisessä sijoittumisessa. Näistä havainnoista teimme huomioita ja tulkintoja teorian antaman viitekehityksen avulla ja esitimme aineistolle kysymyksen: miten toiminnallinen osallistuminen painottuu eri toimintakokonaisuuksissa? Huomasimme, että eniten merkintöjä "tekee yksin"-sarakkeessa oli nimenomaan itsestä huolehtimisen toimintakokonaisuuteen liittyvissä toiminnoissa. Toinen huomiomme oli, että "joku tekee puolesta"-sarakkeen merkinnät painottuivat selvästi työn toimintakokonaisuuteen eli kotitöitä koskeviin toimintoihin. Kolmas selkeä huomio oli, että vain Martalla, joka jakoi asuntonsa toisen henkilön kanssa, tuli yhtä useampi merkintä kategoriaan "tekee jonkun kanssa". Huomioimme myös, että Annelin ainoa "tekee jonkun kanssa" tarkoitti harrastuksiin menemistä Kelan rahoittaman henkilökohtaisen avustajan kanssa. Neljäs selkeä huomio oli, että "ei tee toimintaa ollenkaan"-sarakkeen merkinnät painottuivat vapaa-ajan toimintakokonaisuuden alueelle, ja koskivat ulkona liikumista, kyläilyä, kulttuurimenoja ja hiljaisia ja aktiivisia harrastuksia. "Ei kuulu tapoihin"-sarakkeessa merkintöjä tuli lähinnä "meikkaaminen, parran ajo" -toiminnan kohdalle.

Koska meitä kiinnosti tutkimuskysymyksemme mukaisesti vastaavatko kotikuntoutuksen työntekijöiden ja kuntoutujien näkemykset toiminnallisesta suoriutumisesta toisiinsa, kävimme systemaattisesti läpi jokaisen kuntoutujan taulukon rivi riviltä ja etsimme toiminnot, joissa vastaajat olivat antaneet eri arvion toiminnassa suoriutumisesta. Kohdissa, joissa vastaajien näkemykset erosivat toisistaan, pystyimme pohtimaan mistä oli kyse. Palasimme kirjallisiin muistiinpanoihimme ja mietimme, johtuiko ero vastaajien erilaisesta tavasta luonnehtia suoriutumista sanallisesti eli erilaisesta puhetavasta, vai oliko kyseessä todellinen ja tutkimuksellemme merkittävä näkemyselero toiminnassa suoriutumisesta. Koska aineisto oli niin pieni, pystyimme käymään läpi kaikki kohdat.

4 Tulokset

Tässä luvussa esittelemme tutkimustulokset. Tulokset vastaavat yhteensä neljään tutkimuskysymykseen, jotka ovat: millaiset ovat kotikuntoutujien sosiaaliset verkostot, toiko kotikuntoutus muutosta kuntoutujan sosiaaliseen verkostoon, toiko kotikuntoutus kuntoutujan toimintaan muutosta ja jos toi, niin minkälaista, ja vastasivatko kuntoutujan ja hänen kotikuntoutustiiminsä terapeutin ja hoitajan näkemykset toiminnasta ja sosiaalisesta verkostosta toisiaan. Esittelemme ensin tapaus kerrallaan jokaisen asiakkaan sosiaaliset verkostot ja kotikuntoutuksen toimintakykyyn tuomat muutokset. Tämän jälkeen käymme läpi tutkimuskysymys kerrallaan yleisesti sosiaalisiin verkostoihin tulleiden muutosten tulokset, sitten kotikuntoutuksen toimintakykyyn tuomiin muutoksiin liittyvät tulokset ja viimeisenä kuntoutujan ja kuntoutusammattihenkilöstön näkemysten vastaavuuteen liittyvät tulokset.

4.1 Liisa

4.1.1 Liisan sosiaalinen verkosto

Liisa piirrätti sosiaalisen verkostokartan perhelohkoon poikansa ja tyttärensä. Sukulohkoon hän piirrätti pojan tyttäret. Naapurin rouvan hän piirrätti muut -lohkoon, samoin kotihoidon työntekijän ammattiauttajien lohkoon. Naapurin rouvan, pojan ja tyttären sekä pojan tyttäret Liisa piirrätti lähelle itseään. Kodinhoidon henkilökunta piirrettiin keskipäiväin paikoille. Työ/opiskelu -lohkoon aivan verkostokartan ulkoreunalle Liisa piirrätti entisen naispuolisen työtoverinsa. Tämän rouva piirrätti, kun häneltä vielä tarkentavasti erikseen kysyttiin kokeeko hän, että työ -lohkoon kuuluu ihmisiä. Liisan kohdalla sosiaalista verkostokarttaa piirtäessä tuli esiin tärkeä tekijä hänen sosiaalisessa ympäristössään: naapurin rouvan kissa. Liisa kertoi kissan olevan hänelle intiimin ystävän korvike. Kävi myös ilmi, että hänellä oli aiemmin ollut enemmän tuttuja, joilla oli kissoja, joita hän oli käynyt tervehtimässä vielä kun pystyi. Aiemmin Liisalla oli ollut hoitokissoja, mutta enää hän ei uskaltanut niitä ottaa, sillä hän ei halunnut riskeerata kissan turvallisuutta, jos oma vointi heikkenee. Lähihoitaja kertoi, että sukulaisia oli tavattu käymässä kylässä kotihoidon käyntien aikana. Myös toimintaterapeutti mainitsi siskon pojan ja sukulaistyön, jotka olivat käyneet auttamassa. Hän arveli heidän käyvän noin kerran viikossa. Naapurin rouva ja hänen kissansa eivät tulleet esiin toimintaterapeutin eivätkä lähihoitajan haastattelussa.

4.1.2 Kotikuntoutuksen tuoma muutos

Liisa kertoi kotikuntoutuksen olleen hänelle erittäin positiivinen asia, ja hän mielellään olisi suonut kuntoutuksen toistuvan. Toimintaterapeutin mukaan Liisan kohdalla fyysistä toimintakykyä saatiin parannettua. Lihasvoimat olivat parantuneet, mutta hänestä ei tullut itsenäistä liikkujaa kodin ulkopuolella kotikuntoutuksen jälkeen. Ulkona liikkumisen esteenä olivat lähinnä psyykkiset syyt, kuten vakava masennus ja pelko. Toimintaterapeutin arvioinnin mukaan Liisalla olisi ollut fyysisesti täydet valmiudet liikkua itsenäisesti kodin ulkopuolella. Toimintaterapeutti oli liikkunut hänen kanssaan kodin ulkopuolella ja he olivat miettineet hänelle kodin ulkopuolista harrastusta. Liisa olisi halunnut mennä terveyskeskuksen fysioterapiajumppaan, mutta tähän ei myönnetty taksimatkoja, eikä Liisa onnistunut kulkemaan itsenäisesti.

Liisan mukaan yksi kuntoutusjakso ei vielä riittänyt, vaan kuntoutusta tulisi olla enemmän ja sen tulisi toistua. Tuloksia ei myöskään saisi liioitella, yksi kuntoutusjakso ei hänen mukaansa riittänyt pysyvemmän lopputuloksen aikaan saamiseksi. Liisa sanoi, että kuntoutukselle ei pitäisi asettaa liiallisia odotuksia. Hänen mukaansa kuntoutus on vain väliaikaista eikä palauta toimintakykyä, se vain estää ja hidastaa rappeutumista. Liisa kertoi, että kuntoutumiseen vaikuttaa paljon miten synkkaa terapeuttien kanssa. Hänen mukaansa vuorovaikutus toimintaterapeutin sekä fysioterapeutin kanssa oli ollut toimivaa. Liisa tarkensi vielä, että jos terapeutilla ja kuntoutujalle ei synkkaa, tämä ei ole kummankaan syy.

4.1.3 Käyttämättä jäänyt toimintakyky

Haastattelussa ilmeni, että Liisa ei juuri liikkunut kodin ulkopuolella. Hän itse koki, että ei siihen yksin kykene, mutta toimintaterapeutin arvion mukaan hän pystyisi liikkumaan lähialueella itsenäisesti. Toimintaterapeutin arvion mukaan syy saattoi olla masennuksessa ja psyykkisessä toimintakyvyssä. Kotikuntoutukseen oli kuulunut viikoittaisena toimintana kotiaskareiden harjoittelu, kuten tiskaaminen. Liisa kertoi, ettei tässä asiassa ollut kyennyt tottelemaan kotihoitajaa, koska ei jaksanut eikä pystynyt. Toimintaterapeutti oli purkanut tämän kotihoidolta tulleen tavoitteen, koska tämä ei ollut Liisalle mieleinen toiminto eikä hänen oma tavoitteensa ja vain alensi hänen toiminnallista aktiivisuuttaan.

4.2 Anneli

4.2.1 Annelin sosiaalinen verkosto

Annelilla oli kolme poikaa ja yhdeksän lastenlasta. Hänkin piirrätti poikansa perhelohkoon, vaikka poika ei asunut Annelin kanssa samassa taloudessa. Anneli piirrätti sosiaaliseen verkostoonsa muut -lohkoon kuntoutustaksien kuskit, jotka olivat olleet samat jo 20 vuotta. Hänellä oli Savonlinnassa läheinen ystävätär, jonka kanssa hän soitteli usein. Hänet Anneli piirrätti muut-lohkoon lähelle itseään. Sosiaalisessa verkostossa tärkeä rooli oli avustajapojalla (Kelan myöntämä henkilökohtainen avustaja) sekä Melunmäen liikuntaryhmäläisillä. Lähihoitaja mainitsi Annelin sosiaaliseen verkostoon kuuluvan hänen poikansa, ystävättäret sekä avustajat. Toimintaterapeutti vastasi Annelin sosiaaliseen verkostoon kuuluvan Annelin pojat sekä ystävät. Toimintaterapeutti kuvasi Annelia hyvin sosiaaliseksi ja että hän selvästi virkistyi tavatessaan uusia ihmisiä. Kotikuntoutusjakso ei varsinaisesti tuonut uusia henkilöitä asiakkaan sosiaaliseen verkostoon, mutta toimintaterapeutti mainitsi Annelin piristyneen. Kotikuntoutuksen aikana esimerkiksi kodin muutostöitä tehneet remonttimiehet olivat Annelille mieluisia kontakteja.

4.2.2 Kotikuntoutuksen tuoma muutos

Annelin kohdalla tärkein muutos tuli wc-toimintoihin. Kotikuntoutuksen jälkeen Anneli kykeni käymään itsenäisesti wc:ssä ja suoriutumaan wc-toiminnoista omatoimisesti, koska hänelle hankittiin pesevä ja kuivaava wc-istuinrenkas. Anneli itse oli erittäin tyytyväinen apuvälineeseen. Kotikuntoutuksen aikana toimintaterapeutilla oli suunnitelmassa hankkia päältä täytettävä kuivaava pesukone vammaispalvelusta, jotta pyykinpesu sujuisi itsenäisemmin. Haastatteluhetkellä Anneli laittoi pyykit itse koneeseen ja kotihoito tai avustajat laittoivat pyykit kuivumaan. Toimintaterapeutti kertoi, että pyykit saattoivat olla koneessa yön yli tai pidempään mikäli kotihoito tai avustajat eivät päässeet auttamaan. Anneli oli useasti kaatunut kuivaustelineiden päälle yrittäessään itsenäisesti ripustaa pyykkejä kuivumaan. Keittiötä järjestettiin kuntoutuksen aikana uusiksi, ja sinne hankittiin esimerkiksi pieni koroke. Anneli pystyi myös avaamaan tölkkejä itsenäisemmin, kun toimintaterapeutti oli hankkinut avaajahatun.

Annelilla oli ollut kiinnostusta kansalaisopiston kursseja kohtaan kuntoutusjakson aikana ja heidän oli pitänyt toimintaterapeutin kanssa käydä tutustumassa lähellä sijaitse-

van MS-liiton kerhotoimintaan, mutta se ei onnistunut aikataulujen päällekkäisyyksien vuoksi. Annelilla haasteita tuotti liikkuminen harrastuksiin, sillä taksimatkoja oli myönnetty 18 kuukaudessa ja osa niistä kului kaupassa käynteihin ja fysioterapiaryhmässä käymiseen.

4.2.3 Käyttämättä jäänyt toimintakyky ja saavuttamatta jääneet tavoitteet

Annelin kohdalla toimintaterapeutin arvion mukaan esimerkiksi kahvinkeitto olisi voinut onnistua itsenäisesti, vaikka haastatteluhetkellä kotihoito teki kahvinkeiton Annelin puolesta. Toisaalta Annelin toimintakyky vaihteli sairauden vaiheen mukaan ja toimintaterapeutti arveli, että Anneli todennäköisesti halusi mieluummin säästää energiaa muihin toimintoihin, kuin että kaikki fyysiset voimavarat menisivät kodinhoitoon liittyviin töihin.

Annelin kanssa toimintaterapeutti oli selvittänyt mahdollisia harrastustoimintoja, kuten lähistöllä MS-talossa oleva kerho yli 65-vuotialle. He eivät päässeet yhdessä tutustumaan kerhoon, koska samaan aikaan toisaalla oli fysioterapiaryhmä, jossa Anneli jo kävi. Annelilla oli haastattelun aikana kerhon yhteystiedot olemassa siltä varalta, että tilanne muuttuisi. Osallistuminen kerhoon saattaisi kuitenkin jäädä toteutumatta taksimatkojen riittämättömyyden vuoksi, koska Annelilla oli rajattu määrä vammaispalvelumatkoja. Toimintaterapeutin mukaan tutustuminen olisi kuntoutusajan puitteissa onnistunut, mikäli ei olisi ollut aikataulujen päällekkäisyyttä fysioterapiaryhmän kanssa. Yksi tavoite Annelin kuntoutuksessa oli, että hän kykenisi nousemaan itsenäisesti lattialta ylös, mikäli sattuisi kaatumaan. Tämä tavoite ei ollut vielä toteutunut. Tavoitteena oli ollut myös kävelykyvyn vahvistuminen. Anneli oli kävellyt rollaattorin avulla asunnon porrastasanteella vajaat 50 metriä, kun tavoite oli 100 metriä. Annelilla oli aikomuksena kävellä kesällä ulkona pihalla.

4.3 Martta

4.3.1 Martan sosiaalinen verkosto

Martta kertoi hänelle läheisimpiä sosiaalisia suhteita olevan samassa taloudessa asuva sisko ja lähikaupungissa asuva veljen ex-vaimo. Veljen ex-vaimon hän kuvasi olevan hänelle kuin sisko. Hän piirrätti molemmat lähelle itseään, siskon perhe -lohkoon ja veljen ex-vaimon suku -lohkoon. Martalle hänen sanojensa mukaan läheinen nuorempi veli oli kuollut kesällä. Veli oli asunut vastapäisessä rakennuksessa, ja he olivat pitä-

neet tiiviisti yhteyttä veljen hoitaessa siskojen raha-asiat ja siskojen valmistaessa ruoat. Edesmenneen veljen pojat olivat myös läheisiä Martalle. Veljenpojista toinen oli muuttanut asumaan veljen entiseen asuntoon. Toinen veljenpojista perheineen asui lähi-kunnassa, ja heitä Martta tapasi kertomansa mukaan harvemmin. Martta piirättikin lähellä asuvan veljenpojan vain hiukan kauemmaksi kuin veljen ex-vaimon ja kauem-pana asuvan veljen pojan keskivaiheille ympyrää.

Lähihoitajaa haastateltaessa tuli myös esiin Martan kiinteä perheyhteys. Hänen mu-kaansa Martan sosiaaliseen verkostoon kuului sisko, veljen ex-vaimo, veljen lapset sekä kesäisin mökkinaapurit silloin, kun hän vielä oli päässyt käymään mökillä. Edes-mennyt veli oli ollut tärkeä, ja lähihoitaja kertoi tämän tulevan usein esiin puheissa. Toimintaterapeutti mainitsi sosiaalista verkostoa mietittäessä siskon ja huolen veljestä, joka heidän viime tapaamisellaan oli vielä ollut elossa. Myös toimintaterapeutin mukaan Martalla oli läheiset perhesuhteet.

4.3.2 Kotikuntoutuksen tuoma muutos

Ennen kuntoutusjaksoa **Martta** ei ollut päässyt pyörätuoliin ilman apua, kun haastatte-lun aikaan hän pääsi siirtymään pyörätuoliin ja pyörätuolista pois itsenäisesti esimer-kiksi sängystä. Aiemmin Marttaa oli autettu Turner-kääntölevyllä sekä siirtymisissä sängystä. Martta kykeni kotikuntoutuksen jälkeen kävelemään fysioterapeutin hankki-mien polvitukien avulla rollaattorilla sisätiloissa ja pyörätuolilla ulkotiloissa. Ennen koti-kuntoutusta hän ei kaksi vuotta sitten olleen sairaalajakson jälkeen ollut kävellyt lain-kaan. Kotikuntoutuksen aikana wc invamitoitettiin ja kynnykset poistettiin Martan asun-nossa. Martalla wc-toiminnot ja wc:hen meno tulivat itsenäisiksi toiminnoiksi. Edelleen hän tarvitsi apua housujen takaisin pukemisessa. Kotikuntoutuksen jälkeen Martta ei ollut tarvinnut niin paljon samassa taloudessa asuvan sisarensa apua. Martta pystyi toimintaterapeutin mukaan kulkemaan sisätiloissa rollaattorilla ja ulkona pyörätuolilla. Martta oli lähihoitajan mukaan ollut hyvin motivoitunut kuntoutukseen ja hänellä oli ollut tavoitteita. Martta oli tehnyt kotikuntoutuksen aikana kaikki fysioterapeutin antamat har-jotteet. Siirtymiset olivat tulleet kotikuntoutuksen aikana turvalliseksi. Martta oli kokenut fysioterapeutin turvalliseksi ja vakaaksi yhteistyökumppaniksi.

4.3.3 Saavuttamatta jääneet tavoitteet

Martan tavoitteena oli päästä kulkemaan portaat, jotta hän olisi päässyt itsenäisesti ulos. Hän asui ensimmäisessä kerroksessa, mutta talon alaovelta oli portaat ennen ensimmäistä kerrosta, eikä talossa ollut hissiä. Haastattelun aikaan hän tarvitsi työntö-apua, eikä hän päässyt ulos ellei taksikuski tai joku muu auttanut häntä rappusissa. Martta kertoi, että itsenäinen harjoittelu oli jäänyt vähemmälle kuntoutusjakson loputtua. Martan kuntoutukseen oli suunniteltu jatkoa, mutta tämä oli jäänyt toteutumatta fysioterapeutin jäädessä sairauslomalle. Martta olisi mielellään halunnut jatkaa por-rasharjoittelua, mutta koki tarvitsevansa siihen avuksi toista henkilöä.

4.4 Kotikuntoutuksen asiakkaiden sosiaaliset verkostot

Tarkasteltaessa haastateltavien verkostokarttoja ilmeni, että kaikkien haastateltavien verkostokartoissa oli verrattain vähän henkilöitä. Vähimmillään verkostokartoissa oli neljä henkilöä ja enimmillään 16 henkilöä. Merkinnöissä saattoi näkyä myös henkilöiden erilainen käsitys sosiaalisesta verkostosta ja siitä, ketä he siihen mieltävät kuuluvan. Henkilöllä, jonka verkostoon kuului neljä henkilöä, yhteydenpito verkoston välillä oli kuitenkin tiivistä erityisesti suvun ja perheen välillä. Kun taas henkilö, jolla oli suurin verkosto, tapasi useimmin ja säännöllisimmin ammattiauttajia ja liikuntaryhmänsä jäseniä.

Haastateltavien merkinnät sijoituivat pääasiassa perhe- ja suku -lohkoihin. Haastateltavista he, joilla oli lapsia, merkitsivät erikseen lapsensa, mutta lastenlapsia he eivät merkinneet erikseen yksilöinä, vaan merkitsivät heidät ryhmänä samaan kohtaan. Muut-lohkoon ei yhdellä haastateltavista tullut lainkaan merkintää, kun taas kahdella haastateltavista näihin lohkoihin tuli molemmilla yhteensä kolme merkintää sisältäen ammattiauttajat. Vain yksi haastateltavista merkitsi yhden henkilön työ-lohkoon. Kaksi haastateltavista merkitsi ammattiauttajat osaksi verkostokartaansa, ja yksi haastateltavista jätti ammattiauttajien osuuden tyhjäksi. Haastateltavista Liisa ja Anneli kokivat kotihoidon osaksi sosiaalista verkostoaan. Martta kertoi pitävänsä kotihoitajastaan, joka hoiti Martan mukaan käytännön asiat ja oli mukava ja sosiaalinen, mutta ei mieltänyt tätä tai muuta ammattihenkilöstöä osaksi sosiaalista verkostoaan.

4.5 Kotikuntoutuksen tuoma muutos asiakkaiden sosiaalisiin verkostoihin ja asiakkaan toimintaan

Kaikki haastateltavien vastaukset olivat yhteneviä siinä, että pysyvää muutosta sosiaalisissa verkostoissa ei ollut tapahtunut. Hetkellisiksi muutoksiksi sosiaalisessa ympäristössään haastateltavat totesivat kotikuntoutuksen työntekijät kuten terapeutit ja kodin muutostöiden remonttimiehet, mutta heitä ei kukaan mieltänyt osaksi sosiaalista verkostoaan.

Kuntoutuksen aikaansaamat muutokset asiakkaiden arjen toimintoihin osallistumisessa tapahtuivat itsestä huolehtimisen toimintakokonaisuuden alueella sekä motorisissa taidoissa. Itsestä huolehtimisen toiminnot, joissa muutosta erityisesti tapahtui, olivat wc-toiminnot sekä siirtymiset wc-toimintojen yhteydessä. Muutokset toimintakyvyssä ja toiminnallisessa suoriutumisessa tapahtuivat asunnonmuutostöiden, apuvälineiden, fyysisten ja toiminnallisten harjoitteiden avulla. Kotikuntoutus aktivoi ja piristi kotihoidon kaikkia haastattelemiamme asiakkaita sekä toi rohkeutta toimintaan. Kaikille kuntoutus kokonaisuudessaan oli ollut mielekästä, ja asiakkaat olisivat toivoneet kuntoutuksen jatkuvan.

Yhdellä haastateltavista ei tapahtunut muutosta toimintoihin osallistumisessa, mutta hän kertoi fyysisen toimintakykynsä parantuneen. Hän olisikin fyysisen toimintakykynsä puolesta kyennyt suoriutumaan arjen toiminnoista, mutta psyykkiset haasteet toimivat estävänä tekijänä esimerkiksi kotielämään liittyvistä toiminnoista suoriutumisessa.

4.6 Kotikuntoutuksen asiakkaiden ja heidän kotikuntoutustiimiensä terapeuttien ja lähihoitajien näkemysten vastaavuus

Kotikuntoutuksen asiakkaiden ja terapeuttien näkemykset asiakkaiden toiminnasta vastasivat arkipuheen tasolla hyvin pitkälti toisiaan, mutta eri toimintojen toiminnallisen luonteen tulkinnoissa oli muutamia eroavaisuuksia. Varsinaisia näkemyseroja asiakkaan toimintakyvystä oli kahden asiakkaan kohdalla, yhden ei ollenkaan. Liisan tapauksessa sekä kuntoutuja että kuntouttajat tiesivät, että kuntoutuja syö ruuaksi mikrossa lämmitettäviä valmisaterioita. "Ruoan valmistus" -rivillä vastaukset kuitenkin erosivat toisistaan: Liisa itse vastasi, että ruuan valmistamisen tekee joku hänen puolestaan (kaupan valmisruoka on valmiiksi tehtyä), toimintaterapeutti ilmaisi että Liisa ei valmista ruokaa (ei valitse ja käsittele ruoka-aineita, ei tee monivaiheista prosessia) ja lähihoitaja vastasi, että Liisa valmistaa ruuan yksin (ottaa pakkauksen jääkaapista, avaa sen ja kuumentaa mikrossa). Kaikilla siis oli sama käsitys aktuaalisesta toiminnasta.

nasta suoriutumisesta, mutta tulkinta toiminnallisen osallistumisen asteesta oli erilainen kuin muilla.

Annelin tapauksessa taas eroavaisuuksia oli kolme. Anneli itse vastasi, että hän ei käy kyläilemässä eikä kulttuurimenoissa, mutta toimintaterapeutti ja lähihoitaja olivat sitä mieltä, että Anneli käy, kun hänellä on joku (henkilökohtainen avustaja) apuna. Vastatessaan näin toimintaterapeutti ilmeisesti tarkoitti, että ainakin ajoittain Annelin toimintakyky sallisi kyläilemisen. Tässä kohtaa toimintaterapeutti harhautui ajattelemaan toimintamahdollisuuksia, vaikka kyseessä oli tapahtuva toiminta. Anneli mietti kulttuurimenoihin osallistumista. Hän kertoi, että kävisi mielellään esimerkiksi teatterissa toimintakyvyn ollessa hyvä, mutta ettei hän voi mennä, koska taksimatkat eivät enää jumpan ja kuntoutuskäyntien jälkeen riitä. Anneli itse vastasi, että hänellä ei ole hiljaisia, kotona tehtäviä harrastuksia ja toimintaterapeutin mukaan ne eivät kuuluneet Annelin tapoihin, mutta lähihoitaja katsoi, että television katselu on hiljainen harrastus, jota Anneli tekee itsenäisesti. Tässä tapauksessa vaikutti, että lähihoitaja piti television katselua harrastuksena, mutta Anneli itse käsitti harrastamisen eri tavalla. Hän kertoi, että hänellä olisi ollut kiinnostusta lähteä työväenopiston kursseille silloin, kun toimintakyky sen olisi sallinut.

Huomasimme, että haastateltavat puhuivat asioista eri tavoin. Esimerkiksi yksi lähihoitaja käytti käyttöä fraasia "kotihoito on apuna toiminnassa" saman kuntoutujan osalta kolmesta eri toiminnasta, jotka kuntoutuja itse sekä toimintaterapeutti arvioivat kuuluvan kategoriaan "joku tekee puolesta". Toiminnot olivat kaupassa käynti, lakanoiden vaihto ja keittiön siivous. Tämä tarkoitti esimerkiksi keittiön siivouksen osalta sanallisten muistiinpanojemme perusteella sitä, että kotihoidon lähihoitaja teki keittiön siivoamisen kuntoutujan puolesta, kun kuntoutuja oli samassa tilassa läsnä, mutta ei motivoitunut osallistumaan, vaikka olisi fyysisen toimintakykynsä puolesta kyennyt. Koska kuntoutujan oma näkemys oli sarakkeessa "joku tekee puolesta", päätelimme, että henkilöiden näkemykset eroavat toisistaan.

Pohdimme taulukkoja verratessamme, kuinka tärkeää luotettavan tiedon saamisen kannalta on, että haastattelun aikana tutkija tuntee lomakkeensa tai haastattelurunkonsa hyvin ja osaa sijoittaa merkinnät oikeisiin kategorioihin. Toiminnan osallistumisen tasoerot etenkin "tekee jonkun kanssa", "joku on apuna toiminnassa" ja "joku tekee puolesta" vaativat tarkkaa toiminnan merkityksellisyyden ja osallistumisen kokemuksen analyysiä sekä vastaajalta että haastattelijalta. Tärkeää tutkimuksen luotettavuuden

kannalta on myös, että haastateltava ymmärtää eri vastausvaihtoehtojen erilaiset luonteet ja muotoilee vastauksensa tarkasti.

5 Kotikuntoutuksella kohti merkityksellistä toimintaa

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tutkia kotikuntoutuksen vaikutusta kotihoidon asiakkaan sosiaalisiin verkostoihin sekä arjen toimintoihin osallistumiseen. Tulos saa merkityksensä tuomalla esiin asiakkaan kokemuksen kotikuntoutuksesta ”Kotikuntoutusmallin kriittiset tekijät” opinnäytetyökokonaisuuteen, joka koostuu kolmesta samalle hankkeelle tehdystä vuonna 2015 julkaistusta opinnäytetyöstä. Piia Kotilaisen ja Anna-Leena Vuoren opinnäytetyössä on selvitetty kotikuntoutuksessa käytettyjen arviointimenetelmien tarkoituksenmukaisuutta kotikuntoutusprosessiin ja Leila Mäkelä on tutkinut kotikuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä moniammatillisen yhteiskehittelyn keinoin.

Opinnäytetyömme tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoiduin haastatteluin kolmelta kotikuntoutusprosessin läpikäyneeltä asiakkaalta, heidän kotikuntoutuksessaan mukana olleilta lähihoitajilta sekä kahdelta mukana olleelta toimintaterapeutilta. Kotikuntoutusprosessi oli ollut kaikille haastattelemillemme kotikuntoutujille merkittävä prosessi, jonka he olisivat suoneet jatkuvan. Haastateltavat kokivat tärkeäksi päästä kertomaan kokemuksestaan, jotta kotikuntoutusta voitaisiin kehittää edelleen.

Haastatellessamme kotikuntoutuksessa mukana ollutta kotihoidon toimintaterapeuttia Jenni Heinäharjaa hän kertoi, että hänen näkemyksensä mukaan kuntoutuksessa on huomioitu liian vähän asiakkaiden sosiaalista verkostoa. Heinäharjun mukaan läheiset ihmiset ja se, millaiset välit kuntoutujalla heihin on, vaikuttaa paljon ihmisen hyvinvointiin, terveyteen ja toimintakykyyn. Sosiaalinen verkosto voi olla ihmisen toiminnan estäjä, lannistaja tai mahdollistaja. Heinäharju on huomannut, että hän itse toimintaterapeutina sekä muut toimintaterapeutit kysyvät kovin vähän asiakkaalta hänen sosiaalisesta verkostostaan ja sosiaalisista suhteistaan. Näin siitä huolimatta, että esimerkiksi muistisairaiden kohdalla sosiaaliseen ympäristöön vaikuttaminen olisi tärkeää. Muistisairaalle ei voi opettaa uusia toimintamalleja, vaan muutoksen tulisi tapahtua sosiaalisessa verkostossa. Oireista huolimatta olisi tärkeää, että kognitiivisesti oireilevat ja muistisairaavat voivat osallistua toimintaan niin paljon kuin mahdollista. Kognitiivinen toimintakyky olisi tärkeä huomioida. Esimerkiksi muistisairaalla kotikuntoutuksen tulisi olla yhtäjaksoinen prosessi, eivätkä terapeutit saisi vaihtua, sillä ihmisten vaihtuminen ja uusiin ihmisiin tutustuminen kuormittavat muistisairasta. (Heinäharju 2015.)

Aineistostamme ilmeni, että haastattelemamme kotihoidon asiakkaat eivät osallistuneet joihinkin päivittäisiin toimintoihin mihin olisivat kyenneet. Pohjois-Ruotsissa on tehty toimintaterapia-alan tutkimusta siitä, miksi iäkkäät ihmiset eivät ole sitoutuneita päivittäisiin toimintoihin. Ennen tiedonkeruuta tutkijat olivat tehneet kyselyn, jossa ilmeni, että iäkkäiden ihmisten vapaa-ajan tutkimus olisi vastaajien mielestä merkityksetöntä. Tämä herätti tutkijoissa ajatuksia siitä, miten edellisen kaltaiset oletukset saattavat heijastaa yhteiskunnassa ja terveysalan ammattilaisilla olevan asenteissa hienoista ikäsyrjintää. Asenteet voivat edistää toiminnallista epäoikeudenmukaisuutta jättämällä iäkkäät ihmiset vaille tutkimusta, joka tutkisi ja tukisi heidän osallistumistaan vapaa-ajan toimintoihin. Tutkimus ei tuottanut todisteita siitä, että hyvin iäkkäät ihmiset haluaisivat elää arkeaan vain peseytymisistä, pukeutumisesta ja ruokailusta suoriutumalla, vaan päinvastoin harrastaminen ja sosiaalinen osallistuminen oli heille yhä tärkeää. (Nilsson – Townsend 2014: 66.) Heinäharju piti tärkeänä sitä, että kotikuntoutuksen ja kotihoidon henkilökunta tukisi asiakasta tekemään sitä, mikä hänelle itselleen on tärkeää. Heinäharjun mukaan olisi tärkeä kysyä, mihin asiakas haluaa energiansa käyttää (Heinäharju 2015).

Ajatus siitä, että vapaa-ajan toiminnot luokitellaan merkittäviksi hyvin vanhoille ihmisille voi tuntua omituiselta, mutta tutkimus osoittaa, että puutteet vapaa-ajan toiminnassa voi heikentää vanhojen ihmisten terveyttä ja hyvinvointia, ja että terveyspalvelut, jotka keskittyvät pääasiassa itsestä huolehtimiseen, eivät välttämättä ole merkityksellisiä siihen, mitä vanhat ihmiset oikeasti haluavat ja tarvitsevat. Olisi keskusteltava siitä, ovatko sosiaaliset ja taloudelliset kustannukset tärkeämmät syyt terveydenhuollon ammattilaisten olla nostamatta vapaa-ajan toimintoja esille toiminnallisena oikeutena vanhoille ihmisille, kuin mahdollistaa vanhojen ihmisten oikeus pysyä sekä yksilönä ja väestönä terveenä sekä aktiivisena osana yhteisöään. (Nilsson – Townsend 2014: 66 – 67.)

Norjassa tehdyssä tutkimuksessa selvisi, että tutkimukseen osallistuneet iäkkäät ihmiset kokivat ympäristöstään painetta keskittyä vain kaikkein tärkeimpiin päivittäisiin toimintoihin sen sijaan, että olisivat keskittyneet osallistumiseen. Tuki, jota tutkimukseen osallistuneet saivat perheeltään ja ystäviltään, osoittautui tärkeämmäksi osallistumisen kannalta kuin ympäristön esteettömyys. (Lilja – Nygård – Vik 2007: 86–95.) Myös Heinäharju mainitsi puheessaan esimerkkinä, että sosiaalinen tuki on ihmiselle tärkeämpää kuin se, että asunnosta poistetaan kynnykset. Tutkimuksen tulokset viittaavat sii-

hen että toimintaterapeuttien tulisi miettiä ovatko he myös osa sosiaalista ympäristöä, joka toimii osallistumisen (*participation*) estävänä tekijänä (Lilja 2007: 86).

Suomessa ja Helsingissä kehitettäessä kotikuntoutusta voitaisiin kiinnittää huomiota asiakkaan sosiaaliseen ja yhteiskunnalliseen osallistumiseen. Haastateltavistamme Anneli oli sosiaalinen ihminen ja olisi kaivannut arkipäiväänsä lisää sosiaalisia kontakteja. Liisa taas koki, ettei ollut sosiaalinen luonne, mutta olisi mielellään käynyt kodin ulkopuolella esimerkiksi kirjastossa tai fysioterapiajumpassa. Myös Martta ikävöi hartaasti tietyllä torilla ja tietyssä kauppahallissa käymistä, minne hän ei pystynyt ilman apua lähtemään portaista kulkemisen vaikeuden takia, ja koska taksikuskien avustamistaitoon ja -halukkuuteen hän ei voinut luottaa. Erityisesti Liisan kohdalla päivittäisistä toiminnoista suoriutumisesta oli tullut vaativaa, ja hänelle oli asetettu itsestä huolehtimisen tavoitteita kotihoidon työntekijöiden toimesta kuntouttavana hoitotyönä. Tämä oli aiheuttanut ikäviä ristiriitoja joidenkin kotihoidon työntekijöiden ja Liisan välille. Liisa ei ollut kyennyt suostumaan kotihoidon asettamiin tavoitteisiin, koska masennuksen takia hän ei kyennyt motivoitumaan ollenkaan esimerkiksi tiskaamiseen. Liisalle oli tärkeää, että häntä ja hänen tahtoaan kuunneltiin, ja hän ei halunnut kokea kotihoidon työntekijöiden ehdotuksia tai puhetta manipuloimiseksi.

Kotikuntoutuksessa olisi hyvä huomioida, että toiminnan vajavuuksiin vaikuttavat fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös psyykinen (esim. kognitio, mieliala, ahdistuneisuus) ja sosiaalinen toimintakyky (sosiaalinen aktiivisuus, sosiaaliset verkostot). Esimerkiksi Tampereen kotikuntoustiimiin kuuluu myös psykogeriatrinen hoitaja (Tampereen kaupunki 2015). Iäkkään ihmisen tila voi heiketä hyvin nopeasti, ja sitten kun hän jämähtää osaamattomuuteen ja uskaltamattomuuteen, tilannetta on enää vaikea korjata. Tästä syystä kuntoutuksen tulisi alkaa heti sairaalasta kotiuduttua tai kotihoidon asiakkaan kunnan heikentyessä. (A-studio 2015.)

Monen kotihoidossa olevan ikääntyvän ihmisen ongelmana on tyydyttämätön toiminnan tarve ja eristäytyminen kodin seinien sisäpuolelle. Gerontologian ja kansanterveyden professori Taina Rantanen on tutkinut myös säännöllisen ulkoilun vaikutusta ikääntyvien ihmisten hyvinvointiin (VAU -hanke). Elinpiirin supistuminen on usein merkki terveyden heikkenemisestä ja kertoo paljon ihmisen elämän kokonaisuudesta. Opinnäyte-työmme haastateltavien elinpiirit olivat haastatteluhetkellä pienemmät kuin ennen toimintakyvyn alentumista. Vain yksi haastateltavista kävi säännöllisesti kodin ulkopuolella. Taina Rantasen mukaan merkityksellisten harrastusten ylläpitäminen on vanhusten

hyvinvoinnille tärkeää. Tärkeistä harrastuksista luopuminen vasten tahtoa on ennakkoiva tekijä sille, että mieliala laskee ja toimintakyky heikkenee. (Kettunen 2015: 26–27.)

Mielekkääseen toimintaan osallistumisen ja aktiivisena pysymisen tiedetään edistävän fyysistä ja psyykkistä terveyttä, ehkäisemään sairauksia ja olevan tärkeää onnistuneen ikääntymisen taustalla (Tiikkainen — Heikkinen 2011: 6). Yhteiskuntaan osallistumisen on esitetty olevan kuntoutuspalvelujen pääasiallinen tarkoitus. Näin tehden osallistumisesta tulee päätavoite, jonka arvo on tunnistettu kansainvälisesti tutkimuksissa. Samanlaisia löydöksiä on tehty myös Englannissa ja Kanadassa. Lilja, Nygård ja Vik huomauttavat myös, että heidän kvalitatiivisen tutkimuksensa tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä kaikkiin populaatioihin, mutta voidaan kuitenkin olettaa, että sosiaalisen tuen tärkeys ja kokemus terveydenhuoltosysteemistä todennäköisesti ilmenevät samankaltaisina vanhoilla ihmisillä, jotka ovat tukitoimien piirissä samankaltaisissa yhteiskunnissa. (Lilja ym. 2007: 86, 94.)

Opinnäytetyömme tuloksena ilmeni että, kotikuntoutus tuotti kahdelle kotikuntoutujalle merkittäviä muutoksia itsestä huolehtimisen osa-alueella ja kolmannen haastateltavan fyysinen kunto koheni kotikuntoutuksen aikana. On jo tiedostettu, miten kotikuntoutus parhaimmillaan säästää yhteiskunnan varoja ja toisaalta parantaa asiakkaan elämänlaatua. Kuntoutuksen tulisi alkaa viipymättä ja siinä tulisi ottaa huomioon asiakkaalle itselleen tärkeät tavoitteet. Tavoitteiden asettamisvaiheessa tulisi huomioida systemaattisesti ja kokonaisvaltaisesti toimintakyvyn eri osa-alueet. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotamme yhteiskehittelyn menetelmin kotikuntoutuksen tavoitteen asettamisen tarkastelua yhteistoiminnallisena, kokonaisvaltaisena ja moniammatillisena toimintana asiakkaiden kanssa.

Opinnäytetyön toteuttaminen alueellisesti merkittävän yhteistyökumppanin kanssa oli mielekästä. Myös uusia käytäntöjä luovan projektin osana työskenteleminen oli innostavaa ja opettavaista, kun pääsimme tutustumaan laajaan organisaatioon. Vaikka selvisi, että taloudelliset resurssit eivät mahdollista ideaalisten toimintamallien toteuttamista, kannatamme vilpittömästi hankkeen edistämistä ja kotikuntoutuksen jatkokehittämistä myös tulevaisuudessa. Kiitämme yhteistyöstä koko projektiryhmää ja erityisesti yhteyshenkilöämme Meri Pekkasta sekä kotihoidon ohjaajia Jonna Helmistä ja Anne Toikkasta sekä haastattelemiamme toimintaterapeutteja ja lähihoitajia.

Lähteet

Alasuutari, Pertti 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

A-studio 2015. Jakso 10/1872. Yle TV1 Ajankohtaistoimitus. Toim. Jaakko Loikkanen. Esitetty 16.3.2015 YLE 1.

Akuutti 2015. Yksinäisyys voi masentaa vanhuksen. Yle. Julkaistu 2.4.2015 <<http://yle.fi/aihe/artikkeli/2015/04/02/yksinaisyys-voi-masentaa-vanhuksen>>. Luettu 6.4.2015.

Baptiste, Sue — Law, Mary — Polatajko, Helen — Townsend, Elizabeth 1997. Core Concepts of Occupational Therapy. Teoksessa Townsend, Elizabeth (toim.). Enabling Occupation. An Occupational Therapy Perspective. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.

Deshpande, Shilpa et al. 2002. A user's manual for the Occupational circumstances assessment interview and rating scale: version 2.0, OCAIRS ; The Model of Human Occupation. Chicago: University of Illinois at Chicago, College of Applied Health Sciences.

Einset, Elise — Krook, Pinja 2013. Kotikuntoutus — kuntoutusta kotiympäristössä: Toimintaterapeutin rooli asiakkaan ja kotihoidon tavoitteellisessa yhteistyössä. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma.

Eksote. 2014. Eksote hakee ikäihmisiä kuntoutuksen tutkimukseen. Verkkodokumentti. <<http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Ajankohtaista/Tiedotearkisto/Sivut/Eksote%20hakee%20ik%C3%A4ihmisi%C3%A4%20kotikuntoutuksen%20tutkimukseen.aspx>> Luettu 30.3.2015.

Eräsaari, Risto — Lindqvist, Tuija — Mäntysaari, Mikko — Rajavaara, Marketta (toimittaneet) 1999: Arviointi ja asiantuntijuus. Helsinki: Gaudeamus.

Eskola, Jari — Suoranta, Juhani 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Forsyth, Kirsty — Parkinson, Sue 2008. MOHOST Inhimillisen toiminnan mallin seulonta-arviointi, käsikirja. Helsinki: Psykologien kustannus Oy.

Heinäharju, Jenni 2015. Toimintaterapeutti. Kuntoutuksen osaamiskeskus Toimintaterapiapalvelut Herttoniemen toimintaterapia. Kotihoidon toimintaterapia. Haastattelu. Helsinki. 26.3.

Helsingin kaupunki 2013. Helsingin strategiaohjelma 2013–2016. Verkojulkaisu. <http://www.hel.fi/static/taske/julkaisut/2013/Strategiaohjelma_2013-2016_Kh_250313.pdf>. Luettu 5.4.2015.

Helsingin kaupunki 2014. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Verkojulkaisu. <<http://www.hel.fi/hki/terke/fi/terveyspalvelut/kotihoito>>. Luettu 5.4.2015.

Helsingin kaupunki 2015. Stadin ikäohjelma. Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen ikääntyneille. <www.hel.fi/static/sote/stadinikaohjelma/materiaali/Helsingin_sosiaali_ ja_terveyspalvelut_ikaantyneille_v09022015.pdf>. Luettu 5.4.2015

Hirsjärvi, Sirkka — Hurme, Helena 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, Sirkka — Remes, Pirkko — Sajavaara, Paula 2012. Tutki ja kirjoita. 15–17. painos. Helsinki: Tammi.

Jyrkämä, Jyrki 2013: Vanheneminen, arkitilanteet ja toimijuus. Teoksessa Gerontologia. Helsinki: Duodecim. 421–425.

Kettunen, Herttakaisa 2015. Elinpiiriin koko vaikuttaa ihmisen elämänlaatuun. Liikkuminen on ihmisen perustarve. Vanhustyö. 1/2015.

Kielhofner, Gary 2008. Model Of Human Occupation, Theory and Practice. 4. painos. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Kotikuntoutus-projekti. 2013. Perehdytysesite. PowerPoint-esitys. Helsingin kaupunki, sosiaali- ja terveystieteiden keskus. Toimintaterapiapalvelut.

Käpyrinne 2015. Käpyrinne ry edistää vanhusten hyvää elämää. Verrkodokumentti. <<http://www.kapyrinne.fi/yhdistys/>>. Luettu 12.4.2015.

Lewin, Gill BSc(Hons) Psych MSc Clin Psych MPH PhD 2014. A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians randomised to receive a restorative or a conventional home-care service. Health and Social Care in the Community 22 (3). 328–336.

Lilja, Margareta – Nygård, Louise – Vik, Kjersti 2007. The influence of the environment on participation subsequent to rehabilitation as experienced by elderly people in Norway. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 14(8). 86–95.

Lumme-Sandt, Kirsi 2005. Vanhan ihmisen kohtaaminen haastattelutilanteessa. Teoksessa Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Ruusuvuori, Johanna – Tittula, Liisa (toim.) Tampere: Vastapaino. 125–144.

Niiranen, Juhani – Nykänen, Anna-Stina 2015: Mitä vanhusten kotihoidossa oikeasti tapahtuu? Helsingin Sanomat. Sunnuntailite. 15.2.2015.

Nilsson, Ingeborg – Townsend, Elizabeth 2014. Occupational Justice—Bridging theory and practice. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 21. 64–70

Palonen, Minna — Pohjolainen, Pertti — Takala, Katri — Tiihonen, Arto 2011. Kotona kunnossa - Ikäihmisen toimintakyvyn tukeminen kotikuntoutuksen keinoin. Verkko-dokumentti. <<http://www.kapyrinne.fi/sites/default/files/tiedostot/Koku-raportti160910%5B1%5D.pdf>>. Luettu 12.1.2015.

Pekkanen, Meri 2014. Itäisen, kaakkoisen ja keskisen Helsingin terveysasemien sekä kotihoidon, akuutti- ja päivystyssairaaloitten vastaava toimintaterapeutti. Helsinki. Haastattelu 12.11.

Pekkanen, Meri 2015. Itäisen, kaakkoisen ja keskisen Helsingin terveysasemien sekä kotihoidon, akuutti- ja päivystyssairaaloitten vastaava toimintaterapeutti. Helsinki. Suullinen tiedonanto. 26.3.

Seikkula, Jaakko 1994. Sosiaaliset verkostot - ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Helsinki: Kirjayhtymä.

Stadnyk, Robin L. – Townsend, Elizabeth A. – Wilcock, Ann A. 2010. Occupational justice. Teoksessa Christiansen, Charles H. – Townsend, Elizabeth A. Introduction to occupation. The Art and Science of living. Upper Saddle River: Prentice Hall.

Tampereen kaupunki 2015. Kotikuntoutus. Verkkodokumentti.
<<http://www.tampere.fi/perhejasosiaalipalvelut/ikaihmiset/kotonaasuvulle/palveluja/kotikuntoutus.html>>. Luettu 30.3.2015.

Tiikkainen, Pirjo – Heikkinen, Riitta-Liisa 2011. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. Verkkodokumentti.
<www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/18/>. Luettu 5.4.2015.

Toimia 2014. Toimintakyvyn mittaamisen ja hyvinvoinnin laitos 2011–2014. Social Provision Scale Verkkodokumentti.
<www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittari/tulokset/?q=yksin%C3%A4isyys&p=1>. Luettu 18.11.2014.

Toimia 2014. COPM. Toimintakyvyn mittaamisen ja hyvinvoinnin laitos 2011–2014. Verkkodokumentti <www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/95/>. Luettu 18.11.2014.

Townsend E.A. – Polatajko H.J. 2007. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice Through Occupation. Ottawa: CAOT Publications ACE. Canada.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Yin, Robert K. 2009. Case Study Research. Design and Methods. Fourth edition. Sage Publications, Inc. United States of America.

Haastattelulomake

| Arjen toiminnot | Osallistumisen asteikko | | | | | |
|--|-------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------------|-------------------|
| | tekeekö yksin | tekeekö jonkun kanssa | onko joku apuna tekemisessä | tekeekö joku puolesta | tekeekö toimintaa ollenkaan | ei kuulu tapoihin |
| Pääsetkö sänkyyn /sängystä? | | | | | | |
| Pukeutuminen | | | | | | |
| Kahvin keitto | | | | | | |
| Aamiainen | | | | | | |
| WC | | | | | | |
| Lääkkeiden otto | | | | | | |
| | | | | | | |
| Peseytyminen | | | | | | |
| Hiusten kampaaminen/laittaminen | | | | | | |
| Hampaiden pesu | | | | | | |
| Kynsien leikkuu | | | | | | |
| Meikkaaminen, parran ajo | | | | | | |
| Ruokailu | | | | | | |
| Purkkien ja tölkkien avaaminen | | | | | | |
| Maidon/ mehun kaataminen tölkistä | | | | | | |
| Kaupassa käynti | | | | | | |
| Ruoan valmistus | | | | | | |
| | | | | | | |
| Siivoaminen | | | | | | |
| Imurointi | | | | | | |
| Lakanoiden vaihto | | | | | | |
| Pyykkien pesu | | | | | | |
| Roskien vieni | | | | | | |
| Keittiön siivous | | | | | | |
| Tiskaus | | | | | | |
| | | | | | | |
| Liikkuminen sisätiloissa | | | | | | |
| Liikkuminen ulkotiloissa | | | | | | |
| Kulttuurimenot? (kirkko, kahvila tms) | | | | | | |
| Käytkö kyläilemässä? | | | | | | |
| Käykö sinulla vieraita? | | | | | | |
| Ajanviete/harrastukset | | | | | | |
| | | | | | | |
| Aktiiviset harrastukset (kodin ulkopuolella) | | | | | | |
| | | | | | | |
| Hiljaiset harrastukset (kotona) | | | | | | |

Liisan haastattelulomake

| Arjen toiminnot | Osallistumisen asteikko | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|---------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|
| | tekee yksin | tekee jonkun kanssa | joku on apuna tekemisessä | joku tekee puolesta | ei tee toimintaa ollenkaan | ei kuulu tapoihin |
| x = asiakas, tt = toimintaterapeutti, lh = lähihoitaja | | | | | | |
| Pääsetkö sänkyyn /sängystä? | X tt lh | | | | | |
| Pukeutuminen | X tt lh | | | | | |
| Kahvin keitto | X tt lh | | | | X tt | lh |
| Aamiainen | X tt lh | | | | | |
| WC | X tt lh | | | | | |
| Lääkkeiden otto | X tt lh | | | | | |
| Peseytyminen | X | | X tt lh | | | |
| Hiusten kampaaminen/laittaminen | X tt lh | | | | tt | |
| Hampaiden pesu | X tt lh | | | | | tt |
| Kynsien leikkuu | X tt lh | | | | | |
| Meikkaaminen, parran ajo | | | | | | X lh tt eos |
| Ruokailu | X tt lh | | | | | |
| Purkkien ja tölkkien avaaminen | X tt lh | | | | X | |
| Maidon/ mehun kaataminen tölkestä | X tt lh | | | | | |
| Kaupassa käynti | | | lh | X tt | | |
| Ruoan valmistus | lh | | | X | tt | |
| Imurointi | | | | X tt lh | | |
| Lakanoiden vaihto | | X | lh | X tt | | |
| Pyykkien pesu | | | | X tt lh | | |
| Roskien vienti | | | | X tt lh | | |
| Keittiön siivous | | | lh | X tt | | |
| Tiskaus | | | | X lh | X tt | |
| Liikkuminen sisätiloissa | X tt lh | | | | | |
| Liikkuminen ulkotiloissa | X tt lh | | tt | | | X |
| Kulttuurimenot? (kirkko, kahvila tms) | | | | | X tt lh | X tt |
| Käytkö kyläilemässä? | kyllä, naapuri. Viime aikoina soittelet. | | | | X lh | |
| Käykö sinulla vieraita? | kyllä, naapuri ja lähimmät sukulaiset | | | | | |
| Aktiiviset harrastukset (kodin ulkopuolella) | | | | | X tt lh | |
| Hiljaiset harrastukset (kotona) | X tt lh | lukeminen, jumalanpalvelus radiosta. | | | | |

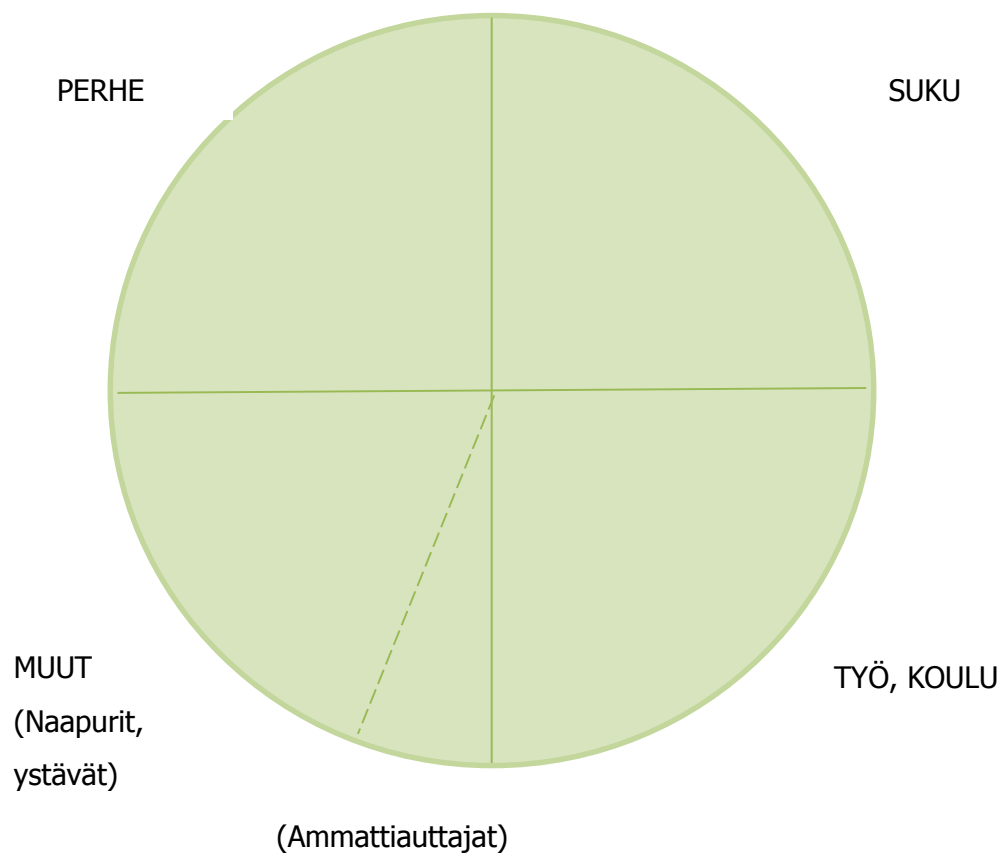
Annelin haastattelulomake

| Arjen toiminnot | Osallistumisen asteikko | | | | | |
|---|---------------------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|
| | tekee yksin | tekee jonkun kanssa | joku apuna tekemisessä | joku tekee puolesta | ei tee toimintaa ollenkaan | ei kuulu tapoihin |
| x = asiakas, tt = toimintaterapeutti, lh = lähihoitaja | | | | | | |
| Pääsetkö sänkyyn /sängystä? | X tt lh | | | | | |
| Pukeutuminen | | lh | X tt | | | |
| Kahvin keitto | tt | | | X lh | | |
| Aamiaisen | tt | | | X lh | | |
| WC | X lh | | X tt | | | |
| Lääkkeiden otto | X tt lh | | | | | |
| Peseytyminen | | | X tt lh | | | |
| Hiusten kampaaminen/laittaminen | X tt lh | | | | | lh |
| Hampaiden pesu | X tt lh | | lh | | | |
| Kynsien leikkuu | tt | | X lh | | | |
| Meikkaaminen, parran ajo | | | | | | X tt lh |
| Ruokailu | X tt lh | | | | | |
| Purkkien ja tölkkien avaaminen | X tt | | | | lh | |
| Maidon/ mehun kaataminen tölkistä | X tt | | | | | lh eos |
| Kaupassa käynti | | lh | X tt lh | X lh | | |
| Ruoan valmistus | tt | | | X lh | | |
| Imurointi | | | | X tt lh | | |
| Lakanoiden vaihto | | | | X tt lh | | |
| Pyykkien pesu | tt lh | | | X tt lh | | |
| Roskien vieni | | | | X tt lh | | |
| Keittiön siivous | | | | X tt lh | | |
| Tiskaus | X | | | X tt lh | | |
| Liikkuminen sisätiloissa | X tt lh | | | | | |
| Liikkuminen ulkotiloissa | | | X lh | | | |
| Kulttuurimenot? (kirkko, kahvila tms) | | | tt lh | | X | |
| Käytkö kyläilemässä? | | | tt | | XX | |
| Käykö sinulla vieraita? | Käy. Tarkoitti avustajia ja hoitajia? | | | | | |
| Aktiiviset harrastukset (kodin ulkopuolella) | | X | tt lh | | X | kirppis jumppa |
| Hiljaiset harrastukset (kotona) | lh | | | | X | tt tv |

Martan haastattelulomake

| Arjen toiminnot | Osallistumisen asteikko | | | | | |
|---|---|---------------------|------------------------|---------------------|----------------------------|-------------------|
| | tekee yksin | tekee jonkun kanssa | joku apuna tekemisessä | joku tekee puolesta | ei tee toimintaa ollenkaan | ei kuulu tapoihin |
| x = asiakas, lh = lähihoitaja. tt - ei täytetty lomaketta. | | | | | | |
| Pääsetkö sänkyyn /sängystä? | X lh | | | | | |
| Pukeutuminen | X lh | | X lh | | | |
| Kahvin keitto | | X | | lh | | |
| Aamiainen | X lh | X lh | | | | |
| WC | X lh | | X lh | | | |
| Lääkkeiden otto | | | | X lh | | |
| Peseytyminen | X lh | | X lh | | | |
| Hiusten kampaaminen/laittaminen | X lh | | | | | |
| Hampaiden pesu | X lh | | | | | |
| Kynsien leikkuu | X | | lh | lh | | |
| Meikkaaminen, parran ajo | X | | | | | lh |
| Ruokailu | X lh | | | | | |
| Purkkien ja tölkkien avaaminen | X lh | | | | | |
| Maidon/ mehun kaataminen tölkestä | X lh | | | | | |
| Kaupassa käynti | | X lh | | X lh | | |
| Ruoan valmistus | lh | X lh | | lh | | |
| Imurointi | X | X lh | | lh | | |
| Lakanoiden vaihto | | | | X lh | | |
| Pyykkien pesu | X | X lh | | | | |
| Roskien vieni | | | | X lh | | |
| Keittiön siivous | X | X lh | lh | lh | | |
| Tiskaus | | | | X lh | | |
| Liikkuminen sisätiloissa | X lh | | | | | |
| Liikkuminen ulkotiloissa | | | lh | | | X |
| Kulttuurimenot? (kirkko, kahvila tms) | | | | | | X |
| Käytkö kyläilemässä? | Eipä juuri. | | | lh | | X |
| Käykö sinulla vieraita? | Veljen vaimo ja heidän pojat | | | | | |
| Aktiiviset harrastukset (kodin ulkopuolella) | | | | lh | | X |
| Hiljaiset harrastukset (kotona) | Ei mainitse suoraan, TV, kukkien hoito..? | | | | | |

Sosiaalinen verkostokartta



Tiedote tutkimuksesta

Opinnäytetyökokonaisuus: Kotikuntoutuksen kriittiset tekijät

Osa: Kotikuntoutuksen vaikutukset kotihoidon asiakkaan sosiaaliseen verkostoon

Katri Kokkonen, opiskelija, p. 050 411 2597, katri.kokkonen@metropolia.fi

Tanja Nieminen, opiskelija, p. 040 820 8717, tanja.nieminen@metropolia.fi

Toimintaterapia

Hyvinvointi ja toimintakyky

Metropolia ammattikorkeakoulu

Kotihoidon asiakas

Pyyntö haastatteluun

Teemme opinnäytetyönä tutkimusta Kotikuntoutusprosessin vaikutuksesta kotihoidon asiakkaan sosiaaliseen verkostoon. Tarkoituksemme on hahmottaa kotikuntoutusprosessin läpikäyneen kotihoidon asiakkaan sosiaaliset verkostot ja muutokset siinä kotikuntoutusprosessin myötä. Pyydämme saada haastatella teitä.

Haastattelun toteutus

Haastattelu toteutetaan kotikuntoutusjakson jälkeen teille sopivana aikana esimerkiksi kotonanne. Arvioimme haastattelun kestoksi maksimissaan puoli tuntia ja pyrimme pitämään sen mahdollisimman kevyenä. Haastattelun kysymykset koskevat arkipäivän toimintoja ja sitä, toimitteko yksin vai jonkun muun kanssa. Tutkimukseen kuuluu myös jokaisen asiakkaan läheisimmän kotihoidon työntekijän sekä tärkeimmän terapeutin haastatteleminen samasta aiheesta saman kysymysrunгон avulla teidän suostumuksellanne kotikuntoutusprosessin jälkeen.

Haastateltavien ei itse tarvitse täyttää lomakkeita, emmekä nauhoita keskusteluita. Meillä itsellämme on haastattelun tukena käytössä haastattelurunko. Kirjaamme vastaukset lomakkeelle joka ohjaa kysymyksiämme. Lomakkeeseen ei tule haastateltavan tunnistetietoja.

Haastattelun luotettavuus

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelusta kieltäytyminen tai sen keskeyttäminen ei vaikuta millään tavalla hoitoon. Haastatteluissa saadut kirjalliset muistiinpanot säilytetään tutkimuksen ajan luottamuksellisesti tutkimuksen tekijöiden hallussa peitenimin ilman haastateltavien henkilötietoja. Yhteystiedot ovat yhteyshenkilön hallussa. Tutkimuksen päätyttyä tuhoamme muistiinpanot Metropolia ammattikorkeakoulun tiloissa paperisilppurilla.

Opinnäytetyömme on tarkoitus valmistua keväällä 2015 ja se on luettavissa Metropolia ammattikorkeakoulun kirjastossa sekä Theseus-tietokannassa.

Aihe on ajankohtainen ja merkittävä väestön ikärakenteen muuttuessa ja hoidon painottuessa tulevaisuudessa kotiympäristöön. On tärkeää kehittää kuntoutusta niin että se tukee ihmisen mielekästä kotona asumista. Haluamme tuoda esiin asiakkaan oman näkemyksen omasta osallistumisestaan arjen toimintaverkostoissa.

Vastaamme mielellämme kysymyksiinne, yhteystietomme löytyvät yläosasta.
Ystävällisesti,

Katri Kokkonen ja Tanja Nieminen

Suostumuslomake kotihoidon asiakkaalle

Opinnäytetyökokonaisuus: Kotikuntoutuksen kriittiset tekijät

Osa: Kotikuntoutuksen vaikutukset kotihoidon asiakkaan sosiaaliseen verkostoon

Katri Kokkonen, opiskelija, p. 050 411259, katri.kokkonen@metropolia.fi

Tanja Nieminen, opiskelija, p. 040820 8717, tanja.nieminen@metropolia.fi

Toimintaterapia

Hyvinvointi ja toimintakyky

Metropolia ammattikorkeakoulu

Suostun osallistumaan opinnäytetyön tutkimushaastatteluun koskien arjen toimintoja ja sosiaalista verkostoani. Haastattelu kestää noin puoli tuntia.

Haastattelun avulla kerätään tietoa kotikuntoutusprosessin vaikutuksesta kotihoidon asiakkaan sosiaaliseen osallistumiseen. Minä olen saanut sekä suullista että kirjallista tietoa opinnäytetyöstä ja mahdollisuuden esittää siitä opinnäytetyöntekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä keskeyttää haastatteluun osallistumisen ilman, että sillä on vaikutuksia hoitooni. Ymmärrän, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Suostun osallistumaan haastatteluun:

Aika ja paikka

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyöntekijät:

Aika ja paikka

Katri Kokkonen, opiskelija

Tanja Nieminen, opiskelija

Suostumuslomake kotihoidon ammattihenkilölle

Opinnäytetyökokonaisuus: Kotikuntoutuksen kriittiset tekijät

Osa: Kotikuntoutuksen vaikutukset kotihoidon asiakkaan sosiaaliseen verkostoon

Katri Kokkonen, opiskelija, p. 050 411259, katri.kokkonen@metropolia.fi

Tanja Nieminen, opiskelija, p. 040820 8717, tanja.nieminen@metropolia.fi

Toimintaterapia

Hyvinvointi ja toimintakyky

Metropolia ammattikorkeakoulu

Suostun osallistumaan opinnäytetyön tutkimushaastatteluun, joka kestää noin puoli tuntia.

Haastattelun avulla kerätään tietoa kotikuntoutusprosessin vaikutuksesta kotihoidon asiakkaan sosiaaliseen osallistumiseen. Minä olen saanut sekä suullista että kirjallista tietoa opinnäytetyöstä ja mahdollisuuden esittää siitä opinnäytetyöntekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä keskeyttää haastatteluun osallistumiseni. Ymmärrän, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Suostun osallistumaan haastatteluun:

Aika ja paikka

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyöntekijät:

Aika ja paikka

Katri Kokkonen, opiskelija

Tanja Nieminen, opiskelija