

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveyden edistäminen

Kovanen Päivi

lääkään toimintakyvyn tukeminen kotihoidossa kuntoutusosastohoidon jälkeen

Opinnäytetyö 2016

Tiivistelmä

Kovanen Päivi

Iäkkään toimintakyvyn tukeminen kotihoidossa kuntoutusosastohoidon jälkeen,
93 sivua, 9 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Terveyden edistäminen

Opinnäytetyö 2016

Ohjaajat: Yliopettaja Liimatainen Anja, Saimaan ammattikorkeakoulu, lehtori

Tyyskä Eija, Saimaan ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli luoda asukaslähtöisempi julkisen kotihoidon mallinnus ≥ 75 -vuotiaiden Pieksämäen kaupungin kotihoidon piirissä olevien iäkkäiden oman aktiivisen toiminnallisuuden edistämiseksi kuntoutusosastolta kotiutumisen jälkeen. Opinnäytetyössä selvitettiin iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden arvioita palvelutarpeestaan ja kuinka kotihoidon palveluja tulisi kehittää. Kehittämistyöryhmän avulla koottiin keinoja kotihoidon palvelujen kehittämiseksi. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Pieksämäen kaupungin perusturva ja työ suunnattiin kotihoidon, fysioterapian ja kuntoutusosaston käyttöön.

Tietoa kerättiin ensin haastattelemalla kotona asuvia iäkkäitä (n=5) kotihoidon asiakkaita puolistrukturoidun kyselyn avulla. Lisäksi käytettiin osallistuvaa havainnointimenetelmää ja yksittäistä toiminnallista testiä. Haastattelujen jälkeen koottiin kehittämisryhmä, joka työskenteli Learning cafe -menetelmän avulla tuottaen kehittämissuunnitelman aineiston.

Haastattelu- ja havainnointiaineiston ja toiminnallisen testin tulosten mukaan kotihoidon palvelut pystyvät tyydyttämään hyvin asiakkaiden perustarpeista ravinnon saannin, peseytymisen ja hygienian. Suurinta avuntarvetta koetaan alakulon, masentuneisuuden ja toivottomuuden käsittelyyn. Esille nousevat myös harrastuksiin ja tapahtumiin osallistumisen mahdollistuminen sekä kodin ulkopuolella liikkumisen ja ulospääsemisen järjestyminen. Kehittämistyöryhmä oli samoilla linjoilla iäkkäiden kanssa ja kotihoidon tarjoamia palveluja tulee arvioida ja toteuttaa asukaslähtöisemmin. Iäkkään aktiivista arjesta selviytymistä on tarpeellista tukea niin, että samalla tunnustetaan hänen omat fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset ja sosiaaliset kykynsä ja tuetaan häntä niiden käytössä. Lisäksi on hyvä arvioida iäkkään toimintakykyyn ja hänen elämäänsä vaikuttavia ympäristötekijöitä. Uusi kymmenosainen iäkkään toimintakyvyn tukemisen mallinnus liitetään kotihoidon toimintatapaan.

Asiasanat: iäkäs, toimintakyky, kotihoito

Abstract

Kovanen Päivi

Disability support of elderly people by Home Care services after rehabilitation period, 93 pages, 9 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health care and social services, Lappeenranta

Master's Degree Programme in Health Promotion

Master's Thesis 2016

Instructors: Ms Liimatainen Anja, Principal Lecturer, Ms Tyyskä Eija, Senior Lecturer, Saimaa University of Applied Sciences

The purpose of this thesis was to develop a simulation to promote active functionality among elderly clients who have come home from their rehabilitation period and who will be supported by Pieksämäki home care services. The aim of the research was to find out the elderly home care clients' opinions on home care services and how to develop them. The development team put together ways to develop the services. This study was commissioned by Pieksämäki Health Care and it was aimed at home care, physiotherapy and rehabilitation ward at the health care center afterwards.

The data for this study were collected by using the semi-structured interviewing method at the homes of the elderly home care clients (n=5). The participant observation method and a functional ability test were also used. The development team worked using the Learning Cafe -method to find out data for developing home care services.

The results based on the opinions of elderly clients show that home care services can meet the clients' basic needs, like feeding, bathing and hygiene. Help is needed mostly to treat melancholy, depression and despair. Some people wish to participate in hobbies and happenings. The development team agrees with the elderly. In future home care services should be supported into taking account clients' physical, cognitive, psychical and social skills. They shall also be helped to use these skills. It is important to take care of the conditions influencing the ability of elderly people. The final result of this thesis was the new ten-part-simulation for home care in Pieksämäki.

Keywords: elderly functioning, home care, disability support

Sisälllys

1	Johdanto.....	5
2	Iäkkään toimintakyky ja julkinen kotihoito	7
2.1	Iäkäs henkilö.....	7
2.2	Toimintakyvyn määrittelyä	7
2.3	Kotihoito julkisena sosiaalipalveluna.....	12
3	Iäkkään kotiuttaminen kuntoutusosastolta ja toimintakyvyn tukeminen	14
3.1	Kuntoutusosastolta kotiuttaminen	14
3.2	Iäkkään toimintakykyisyyden tukeminen kotihoidossa	16
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	20
5	Opinnäytetyön toteutus.....	21
5.1	Kohderyhmä	21
5.2	Tutkimusasetelma ja mittarit	22
5.3	Aineiston keruu	27
5.4	Aineiston analysointi	30
6	Tutkimustulokset.....	32
6.1	Kotihoidon palvelut kotiuttamisen tukena.....	32
6.2	Kotihoidon palvelut toiminnallisuuden ja sosiaalisuuden tukena.....	33
6.3	Kotihoidon palvelut kotona arjesta selviytymisen tukena	34
6.4	Kotihoidon työn uudelleen organisointia iäkkään aktiivisuuden tueksi ..	37
7	Pohdinta.....	40
7.1	Opinnäytetyön prosessin arviointia	40
7.2	Tulosten tarkastelua	43
7.3	Mallinnus iäkkään toimintakyvyn tukemiseen kotihoidossa.....	50
7.4	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	54
	Lähteet.....	57

Liitteet

- Liite 1. Tutkimuksen saatekirje
- Liite 2. Suostumus tutkimukseen
- Liite 3. Haastattelun teemat
- Liite 4. Teemahaastattelulomake
- Liite 5. Timed "Up & Go -testi
- Liite 6. Havainnoinnin alueet
- Liite 7. The Barthel Index (BI) ja havainnointikaavake (Eng)
- Liite 8. Kehittämistyöryhmän näkemykset
- Liite 9. Sisällön analyysin eteneminen ja tutkimuskysymyksiin vastauksien hakeminen teemoittain

1 Johdanto

Ihmisen perusoikeuksiin kuuluu oikeus elää laadukasta elämää omissa ympäristöissään, joissa arjesta selviytyminen on mahdollista. Hyvä elämänlaatu, toimintakykyisyyden tukeminen ja turvattu arjen sujuminen ovat pohjana myös hyvälle elämälle iäkkäänä. (STM 2013.) Julkisissa yhteiskunta- ja ikäpolitiikka-keskusteluissa on korostunut ikääntyneen henkilön huomioimisen tärkeys. Globaalisesti väestön ikärakenne on muuttunut: pian on enemmän iäkkäitä ihmisiä kuin lapsia (WHO 2011,1). Kansallisen väestöennusteen (Tilastokeskus 2015a) mukaan 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa jatkuvasti.

Vanhuspalvelulaiksi kutsuttu laki edellyttää ikääntyneen hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemista laadukkaiden sosiaali- ja terveystalvelujen avulla. Lain avulla varmistetaan iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeiden laadukas selvittäminen ja tarpeisiin vastaaminen. Kuntien on laadittava suunnitelmia iäkkäille suunnattujen palvelujen kehittämiseksi. Suunnitelmista tulee näkyä kotona asumisen ja kuntoutumista edistävien toimenpiteiden painotusalueet. Iäkkäiden henkilöiden tulisi voida kokea elämänsä turvallisesti, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi sekä heitä tulisi tukea ylläpitämään sosiaalista vuorovaikutusta. Palvelujen tuottajilta edellytetään myös palvelujen laadun ja riittävyyden arvioimiseksi palautteiden keräämistä palveluja käyttäviltä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalveluista 2012, § 1-2, § 5-6, § 14.)

Kansallisen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteiden uudistuksien eräs lähtökohta on tukea iäkkäiden henkilöiden kotona selviytymistä. Iäkkäiden laitoshoidon korvaavien palvelujen kehittämiseksi on tarvetta. Hyvien ja laadukkaiden kotihoidon palvelujen järjestämiseen kotona selviytymisen tueksi kuuluvat myös tarttumiset iäkkäiden kokemaan yksinäisyyteen ja turvattomuuteen. Yleisiä syitä iäkkäiden laitoshoitoon hakeutumiselle ovat juuri yksinäisyyden- ja turvattomuuden tunteet. (THL 2014a.)

Kun iäkäs on joutunut kotihoidosta laitoshoitoon heikentyneen toimintakyvyn vuoksi, on kotiuttaminen tehtävä turvallisesti. Hänen tulee saada vaikuttaa itselleen järjestettävien sosiaali- ja terveystalvelujen sisältöihin ja toteuttamistapoi-

hin. Hänellä on oikeus olla mukana päättämässä eri palvelumahdollisuuksien valitsemisessa. Siksi iäkkään henkilön laitoshoidosta kotiuttamisesta on tehtävä hyvissä ajoin ennen kotiuttamista ilmoitus sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle. (Laki ikääntyneen väestön - - 2012, § 1, § 25.)

Pieksämäen kaupungin kotihoidon piirissä on aikaisemmin tehty tutkimus (Hietala 2011), jossa kartoitettiin henkilökunnan näkökulmia iäkkään toimintakyvyn tukemisesta ja kotihoidon organisaatorakenteesta. Tuloksien mukaan yhdeksi jatkotutkimuksen aiheeksi nimettiin kotihoidon asiakkaiden kokemusten kartoittaminen. (Hietala 2011, 68.)

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset pohjautuivat Itä-Suomessa (2011–2014) tehtyyn Hyvinvointipalveluiden järjestämisen uudet mahdollisuudet -hankkeen (Steffansson, Pulliainen & Lappi 2015) esille tuomiin avoimeksi jääneisiin kysymyksiin. Tutkimustuloksien mukaan pohdittaviksi asioiksi jäivät Pieksämäellä, miksi iäkkäät eivät itse halunneet valita saamiaan palveluita tai miten palvelujen tarjonnassa olisi voitu toimia toisin. Pohdittavaksi jäi myös, miten iäkkäiden toiminnallisuutta voitaisiin lisätä esimerkiksi ruokailujen yhteydessä tai miten kotihoidon organisointia ja tiedonkulkua pitäisi parantaa. Päällimmäisiksi kysymyksiksi muodostuivat, miten iäkkään toiminnallisuutta ja sosiaalisuutta voitaisiin lisätä ja miten iäkkään arjesta selviytymistä voitaisiin tukea. Nyt tässä tutkimuksessa näkökulmana ja kiinnostuksen kohteena oli selvittää iäkkäiden omia arvioita heidän omaan toimintakykyynsä sekä toiminnallisuuteensa ja sosiaalisuuteensa vaikuttavista asioista, joilla on vaikutuksia heidän kotihoidon palvelujen tarpeeseensa arjesta selviytymiseksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli luoda asukaslähtöinen julkisen kotihoidon mallinnus ≥ 75 -vuotiaiden Pieksämäen kaupungin kotihoidon piirissä olevien iäkkäiden toimintakykyisyyden edistämiseksi kuntoutusosastolta kotiutumisen jälkeen. Työn tavoite oli kehittää julkisessa kotihoidossa olevien iäkkäiden palveluja niin, että ne tukisivat asukaslähtöisesti iäkkään toiminnallisuutta ja sosiaalisuutta ja siten lisäisivät aktiivista arjesta selviytymistä.

2 Iäkkään toimintakyky ja julkinen kotihoito

2.1 Iäkäs henkilö

Vanhuspalvelulain (2012) mukaan iäkkäällä tarkoitetaan henkilöä, jonka fyysinen, psyykinen, sosiaalinen tai kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt pitkän iän seurauksena alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien ja/tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvien rappeutumisien myötä. (Laki ikääntyvän väestön - - 2012, § 3). Kivelä (2012, 14) on määritellyt käsitteen iäkäs tarkoittamaan 75–90-vuotiaita. Yli 90 vuotta täyttäneistä käytetään Kivelän mukaan ilmaisua vanhus.

Globaali käsitys ikääntyneestä, ”aging”, ihmisestä on se, että hän on 65 vuotta täyttänyt. Erilaisia tilastoja ja ennusteita ikääntyvien elämästä ja määrästä tehdään 65 ikävuodesta lähtien. Myös Maailman terveysjärjestö (WHO) käsittelee ihmiskunnan vanhenemista juuri 65 vuotta täyttäneistä alkaen (WHO 2011, 2-4). WHO (2011, 8) kuvaa esimerkiksi 85-vuotiasta tai sitä vanhempaa ihmistä sanalla ”oldest old”.

Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä iäkäs, Kivelän (2012, 14) mukaan, kuvaamaan tutkimuksen kohderyhmän henkilöitä, koska heidän ikänsä rajattiin ≥ 75 vuoteen. Vuonna 2014 väestöstä 75 vuotta täyttäneitä oli 475 901, joista miehiä oli 178 918 ja naisia oli 296 983 (Tilastokeskus 2015b).

2.2 Toimintakyvyn määrittelyä

Toimintakykykäsite on laaja kokonaisuus. Toimintakyky tarkoittaa ihmisen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja kognitiivista kykyä selviytyä toiminnoista joka-päiväisessä elämässään sekä selviytyä eteen tulevista haasteista ja mahdollisuuksista. Ihmisen toimintakykyisyyttä voidaan tukea mm. elin- ja asuinympäristöön liittyvien asioiden, eri palvelujen ja muiden ihmisten avulla siten, että hän voi hyvin yhteiskunnan täysvaltaisena jäsenenä vielä ikääntyneenäkin selvittää arjesta mahdollisimman itsenäisesti. (THL 2015a.) Iäkkäiden toimintakykyisyyttä voidaan ylläpitää erilaisten iäkkäiden kotona asumisen muotojen ja apujen avulla. Saksassa on toteutettu projektia nimeltä ”Wohnen für Hilfe”, asuminen apua

vastaan, jolloin eri osapuolet hyötyvät saamastaan avusta ja tilanteesta (Woh-
nen für Hilfe 2012).

Fyysinen toimintakyky on kykyä liikkua ja liikuttaa itseään fyysisten edellytyk-
siensä avulla. Fyysistä toimintakykyä ilmentävät itsenäinen liikkuminen, päivit-
täisistä toiminnoista selviäminen, harrastaminen, näkeminen, kuuleminen sekä
lihasvoima, kestävyys, nopeus ja nivelten liikkuvuus. Toiminnallisuuden ja osal-
lisuuden toteutumisen kannalta on tärkeää myös kehon hallinta esim. pysty-
asennon hallinta. Hyvän fyysisen toimintakyvyn edellytys on fyysisestä kunnos-
ta ja suorituskyvystä huolehtiminen hyötyliikunnan, liikunnan ja muun harjoitte-
lun avulla. (THL 2015b.)

Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen alkaa keskimäärin 30 vuoden iässä.
Elintavat voivat joko hidastaa tai nopeuttaa vanhenemiseen liittyvien muutoksi-
en vaikutusta fyysiseen toimintakykyyn. Hyvä sairauksien hoito, hyvä kunto ja
hyvät elintavat mahdollistavat hyvän fyysisen toimintakyvyn. (Lindholm 2013, 4.)

lääkäiden henkilöiden fyysistä toimintakykyä tuetaan liikunnan ohjauksen avulla.
lääkäiden liikuntaneuvontapalveluiden määrä on kasvanut. Liikuntaneuvontaa
toteutetaan senioriliikunnan pisteissä, palvelutaloissa, terveyskeskuksissa sekä
kotikäynneillä ja erilaisten tapahtumien yhteydessä. Kotona asuvia iäkkäitä oh-
jataan myös kuntosali-, voima- ja tasapaino-, kuntojumppa-, ulkoilu- ja vesivoi-
misteluryhmiin. Avustettua ulkoilutoimintaa järjestetään esimerkiksi Vie vanhus
ulos -kampanjan avulla, jossa ulkoiluystävä tarjoaa säännöllistä ulkoiluapua
iäkkäille, joilla on todettu toimintakyvyn heikkeneminen. (Ikäinstituutti 2014, 8,
12, 13.)

lääkäiden henkilöiden fyysistä toimintakykyä voidaan esimerkiksi mitata Lyhyt
fyysisen suorituskyvyn testistö (SPPB, Short Physical Performance Battery) -
testin avulla. Iäkkään toiminta- ja liikkumiskyky määräytyy pääasiassa alaraajo-
jen suorituskyvyn mukaan. SPPB-testillä saadaan testattua esimerkiksi tasapai-
noa, reisilihasvoimaa ja kävelynopeutta. (THL 2014b.) Yksinkertaisempi ja no-
peasti toteutettava, mutta karkeampi mittari on Timed "Up & Go" -testi (TUG-
testi). Tämä testi on myös kehitelty iäkkäiden liikkumiskyvyn ja tasapainon arvi-
ointiin. Suorituksen tekemiseen tarvitaan riittävää lihasvoimaa, nivelten liikku-

vuutta, koordinaatiota ja näkökykyä sekä ihmisen kehon eri järjestelmien yhteistoimintaa. (THL 2014c.) Liikkumiskyvyn seuraamisen ja testaamisen avulla voidaan arvioida toimintakyvyn heikkenemistä ja samalla arvioida ennalta ehkäisävissä olevia kaatumis- ja tapaturmariskejä (THL 2013). Tutkimuksien mukaan aiemman kaatumisen on havaittu altistavan kaatumisen uusiutumiseksi (Pajala 2012, 7).

Amerikkalaisessa tutkimuksessa 2013 (Sparrow) käytettiin hyväksi interaktiivista telekommunikaatiovälinettä fyysisen toimintakyvyn harjoitukseen ja mittaamiseen. Mitattavia kohteita olivat polven ojentajat ja koukistajat, seisominen yhdellä jalalla, tandemseisonta ja 6 minuutin kävelytesti. Tutkimuksen koehenkilöt (103 henkilöä) olivat veteraaneja, joista miehiä oli 71 ja naisia 32. Myös Kaipaisen (2014) väitöskirja selvitti verkko- ja mobiilisovellusten käyttöä päivittäisen hyvinvoinnin hallintaan. Tutkimuksen mukaan käyttö jää lyhytaikaiseksi ja siksi niiden käyttöä tulisi kehittää. Terveysteknologian kehittäminen vie aikaa, mutta se on tulevaisuutta. (Kaipainen 2014, 63–65, 70.)

Psyykkistä toimintakykyä ilmentävät mm. psyykkiset voimavarat, jotka ovat tärkeitä elämänhallinnan, mielenterveyden ja psyykkisen hyvinvoinnin vuoksi. Hyvän psyykkisen toimintakyvyn avulla ihminen pystyy tuntemaan ja ajattelemaan sekä suunnittelemaan elämäänsä ja tekemään elämäänsä koskevia valintoja. Itsensä arvostaminen ja kyky luottaa itseensä auttavat arjesta selviytymistä siten, että suhtautuminen tulevaisuuteenkin säilyy luottavaisena. Psyykkisen toimintakyvyn yhteyteen kuuluu kognitiivisia toimintoja, vaikka kognitiivinen toimintakyky määritellään omana toimintakyvyn osa-alueena. (THL 2015b.)

Psyykkisen toimintakyvyn arvioimiseen on kehitetty mittareita, joskin ne mittaavat lähinnä vajeita psyykkisen toimintakyvyn osa-alueella (THL 2014d). Suomessa toteutetuissa väestötutkimuksissa on käytetty mittareita, jotka perustuvat siihen, miten ihminen oman kokemuksensa mukaan käsittää asioiden olevan kohdallaan (Aalto 2011, 1). Lisääntyneet masennusoireet ja lisääntynyt alkoholin käyttö ovat merkkejä iäkkäiden henkilöiden psyykkisen toimintakyvyn muutoksista. Alkoholin tuomiin haittaongelmiin tulisi varhain puuttua. (THL 2013.)

Sosiaalinen toimintakyky sisältää sekä ihmisen vuorovaikutussuhteet että hänen aktiivisen toimintansa ja osallistumisensa niin eri yhteisöissä kuin häntä laajemmin ympäröivässä koko yhteiskunnassakin. Toimiminen yhdessä sosiaalisen verkoston, elinympäristön ja yhteisöjen kanssa vuorovaikutteisesti kuvaa sosiaalista toimintakykyä. (THL 2015b.) TOIMIA-tietokannan suositusten mukaan sosiaalisista toimintakykyä mittaavissa väestötutkimuksissa arvioidaan sosiaalista verkostoa ja sosiaalista eristyneisyyttä, sosiaalista yhteyttä, yksinäisyyttä, sosiaalista aktiivisuutta ja osallistumista sekä sosiaalisia taitoja (THL 2014e).

Sosiaalisen toimintakyvyn monimuotoisuutta voidaan selventää kuvion avulla (Kuva 1), josta näkyy sosiaalisen toimintakyvyn arvioimisen ja mittaamisen haasteellisuus. Usein sosiaalista toimintakykyä mitataankin hyödyntäen epäsuoria menetelmiä, jotka oletettavasti kuvaavat kykyä olla vuorovaikutuksessa ja kykyä selviytyä sosiaalisista tilanteista elin- ja asuinympäristössään yhteiskunnan jäsenenä. (Tiikkainen & Heikkinen 2011, 3.)



Kuva 1. Sosiaalinen toimintakyky (Tiikkainen ja Heikkinen 2011, 3)

Iäkkäiden henkilöiden sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen paras tapa on keskustelu. Keskustelun aiheina voivat olla iäkkäiden arjen sosiaaliset tilanteet ja verkostot sekä keskustelut näihin liittyvistä iäkkäiden voimavaroista. (THL 2013.)

Kognitiivinen toimintakyky on edellytys ihmisen suoriutumiseen arjesta ja sen haasteista. Kognitiiviset taidot sisältävät tiedon vastaanoton, käsittelyn ja säilytyksen sekä tiedon käytön toiminnot. Kognitiivisia toimintoja ovat esimerkiksi

ajatteleminen, muistaminen, oppiminen, orientoituminen, ongelmien ratkaiseminen ja kielellinen toimiminen. (THL 2015b.)

Kognitiivista toimintakykyä arvioidaan lähinnä neuropsykologisen tutkimuksen avulla. Väestötutkimuksissa esimerkiksi haastattelun ja havainnoinnin avulla saadaan tietoa muistista, keskittymiskyvystä ja uuden oppimisen kyvystä. Tulosten tulkinnassa on huomioitava vastaajien taustatiedot, vireystilat, mielialat ja sairaudet. (THL 2014f.) Niin sanotun koulutetun maallikon tekemissä tutkimuksissa, tutkimus perustuu tutkittavan omaan itsearvioon (Tuulio-Henriksson 2011, 2).

lääkäiden kognitiivisen toimintakyvyn muuttuminen tapahtuu usein niin, ettei hän itse kiinnitä tähän huomiota tai hän ei halua puhua tapahtuneista muutoksista muille. Toisaalta kognitiivisen toimintakyvyn heikkeneminen aiheuttaa huolta niin iäkkäässä kuin omaisissakin. (THL 2013.)

lääkäiden toimintakykyä, toimintarajoitteita ja terveyttä voidaan myös luokitella Maailman terveysjärjestön (WHO) kehittämän International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) mukaan, kun halutaan esimerkiksi luoda tai kuvata yksilöllisiä toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden profiileja. ICF:n avulla voidaan luoda tarvittava rakenne toimintakyvyn kuvaamiseksi asiakastyössä ja ymmärtää sosiaali- ja terveys- sekä yhteiskuntapolitiikan näkökulmalta keskeiseksi teemaksi väestön selviäminen kotona, asumispalveluissa tai laitoshoidossa. Arjessa selviytymisen tukeminen ja toimet sen edistämiseksi ovat yhteiskunnassa eri toimialojen yhteinen haaste. (ICF 2004, 3.)

lääkkään väestön toimintakyky on myös riippuvainen ympäristöstä, jossa hän toimii. ”Toimintakyvyn kartoitus iäkkään väestön hyvinvointia edistävissä palveluissa” -kysymys- ja testikokonaisuus huomioi toimintakyvyn ympäristötekijät ja ympäristön tuomat tukevat tai haittaavat tekijät. Asuin- ja elinympäristön turvallisuus ja esteettömyys sekä sosiaalinen ympäristö ja palveluympäristö vaikuttavat toimintakykyisyyteen. (THL 2013.)

2.3 Kotihoito julkisena sosiaalipalveluna

Kotihoito julkisena kunnallisena sosiaalipalveluna vastaa Sosiaalihuoltolain (2014) mukaan henkilön kokeman tuen tarpeeseen. Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta. (Sosiaalihuoltolaki 2014.) Terveystieteiden tutkimuskeskus (2010) sisällyttää kotisairaanhoidon kunnan järjestettäviin tehtäviin. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa määritellään kotisairaanhoidon tarve, johon vastataan moniammatillisena terveyden- ja sairaanhoidon palveluna. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010.) Iäkkäillä, ≥ 75 -vuotiailla on oikeus kunnan palveluna tehtävään palvelutarpeen arviointiin. Lisäksi kunta voi tarjota harkinnanvaraisia kotikäyntejä, joilla tuetaan kotona selviytymistä. Näiden käyntien tavoitteena on, että säännöllisiltä palveluilta vältyttäisiin. (Kehusmaa 2014, 36.)

Julkisen kotihoidon iäkkäitä asiakkaita koskevat potilaan oikeudet: laadukas hoito ja kohtelu, itsemääräämisoikeus, tietosuoja, hoito- ja/tai palvelusuunnitelma, valittamisoikeus ja Käypä hoito -suositukset. Näiden avulla huomioidaan yhdenvertaisuus, yhteisymmärrys ja iäkkäiden yksilölliset tarpeet. (STM 2015.) Hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät aina tue palvelujen toteutumista. Usein on todettu olevan ongelmia tiedonkulussa. (Kehusmaa 2014, 38.)

Vuoden 2014 lopussa säännöllisen kotihoidon piirissä oli 75 vuotta täyttäneitä henkilöitä 11,8 % vastaavan ikäisestä väestöstä (Sotkanet 2015a), mikä tarkoittaa kaikkiaan 56 066 henkilöä (Sotkanet 2015b). Henkilöistä oli miehiä 16 053 (Sotkanet 2015c) ja naisia oli 40 013 (Sotkanet 2015d). Kehusmaa (2014) selvitti väitöskirjatutkimuksessaan, että säännöllisen avun tarve keskittyy ≥ 75 vuotiaisiin. Avuntarvitsijoista naisia oli enemmän, koska naisten todettiin elävän pitempään ja heidät todettiin useammin yksinasujaksi. Tutkimuksen mukaan tyydyttämättömiä avun tarpeita ilmenee huomattavasti. Tutkimuksessa todettiin, että yli 75-vuotiailla fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn tuomat ongelmat aiheuttavat erityisesti avun tarvetta. (Kehusmaa 2014, 32, 60.)

Pieksämäellä esimerkiksi iäkkään kotihoidon palvelujen piiriin ottamisen eräänä lähtökohdانا on se, että palvelun suunnittelussa huomioidaan henkilön omaiset, lähipiiri, yksityiset palvelujen tuottajat ja vapaaehtoistoiminta. Säännöllisen koti-

hoidon piiriin otetaan silloin, kun henkilö ei selviydy arkielämän toiminnoista itsenäisesti, omaisten tai muiden palvelutuottajien avulla. Lisäksi kartoitetaan kotona selviytymistä, asunto-olosuhteita ja sosiaalista verkostoa sekä hoidon ja huolenpidon tarpeita, jotka edellyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamista. Henkilön omat voimavarat tulee huomioida yksilöllisesti suunnitellun hoidon toteuttamisessa. (Pieksämäki 2015.)

lääkäiden palvelutarvetta voidaan arvioida varhaisten ongelmien kartoituksen avulla. TOIMIA-tietokannan läkkäiden toimintakyky -asiantuntijat ovat laatineet ”Toimintakyvyn kartoitus iäkkään väestön hyvinvointia edistävissä palveluissa” -kysymys- ja testikokonaisuuden. Kokonaisuudessa on huomioitu suoriutuminen arkitoimista sekä fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, alkoholin käyttö sekä ympäristön toimintakykyä tukevat ja rajoittavat tekijät. Kysymyksien avulla voidaan kartoittaa erilaisia palvelutarpeita ja kehittämisenäkökohtia sekä auttaa ammattihenkilöitä kohdentamaan hyvinvointia edistäviä palveluja oikein. Kysymykset ja testit voidaan sisällyttää normaaliin kanssakäymiseen iäkkään kanssa ja esimerkiksi osaksi julkisen kotihoidon neuvontatapah- tumaa. (THL 2013.)

Julkisen kotihoidon tulisi tunnistaa iäkkäiden päivittäisen toimintakyvyn lasku ja vaikeus selvitä arkiaskareista sekä masennusoireet, kun arvioidaan koti-, tuki- ja asumispalvelujen tarvetta (Kehusmaa 2014, 43, 60). Palvelutarpeiden arvi- oinnin perusteella voidaan juurruttaa hyviä toimintatapoja iäkkäiden arkeen. Ikäinstituutin Voimaa vanhuuteen II - kohti toimintakykyä edistäviä toimintatapo- ja (2010–2015) -hanke on koonnut käyttökelpoisia tapoja myös kotihoidon pii- riin. Ateriapakettien mukaan voidaan jakaa voimisteluohjeita, iäkkäiden liikunta- kalenteria seurataan, ja iäkkäiden liikkumissuunnitelmien tekoon on saatu apua kunnan järjestämän liikuntaneuvonnan avulla. Kotihoidon ja päivätoiminnan iäk- käitä on myös ohjattu sosiaali- ja terveystapojen järjestämiin liikuntaryhmiin. (Ikäinstituutti 2014, 8, 13.)

3 Iäkkään kotiuttaminen kuntoutusosastolta ja toimintakyvyn tukeminen

3.1 Kuntoutusosastolta kotiuttaminen

Kuntoutusosastohoito on laitoshoidon hoitoa. Laitoshoidon hoito voi olla julkista tai jatkuvaa Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (2009, § 1) mukaisesti koskien kuntia sekä kuntayhtymiä niiden järjestäessä sosiaali- ja terveystalouksia (§.2). Kunnan järjestämää laitoshoidon hoitoa on hoito, joka on järjestetty sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla (asetuksen liite, kohta 1). Sosiaalihuollon laitokset ovat vastaavanlaisia. Laitoshoidon hoito on (asetuksen liite, kohta 1) päätöksen mukaisesti potilaan ottaminen terveyskeskuksen sairaansijalle, hoidon aloittaminen vuodeosastolla tai sosiaalihuollon laitoksessa sosiaalihuollon asiakkaana. Potilas kirjataan laitoshoidosta ulos hoidon päätyttyä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon - - 2009.)

Laitoshoidon joutuneiden ikä on yleensä korkea. Kehusmaa (2014) tuo tutkimuksessaan esille korkean iän yhteyden pitkäaikaishoidon käyttöön. Terveystalouksen palveluiden, etenkin laitospaikkojen käytön todettiin kohdistuvan viimeisiä elinvuosiaan eläviin iäkkäisiin. Pienituloisten todettiin käyttävän enemmän julkisia palveluja. (Kehusmaa 2014, 35, 36.)

Ennen iäkkään laitoshoidosta kotiuttamista tulee terveydenhuollon ammattilaisen ilmoittaa kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle henkilölle hänen kotiutumisen ajankohta, mikä on tehtävä hyvissä ajoin ennen kotiuttamista (Laki ikääntyneen väestön - - 2012, § 25). Iäkkään henkilön toimintakyvyn perusteella arvioidaan hänen palveluntarpeensa, jonka jälkeen tehdään palvelusuunnitelma. Palvelusuunnitelmaan kirjataan iäkkään omat näkemykset palvelujen vaihtoehtoja hänen hyvinvointinsa, toimintakyvynsä ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseen ja hyvän hoidon turvaamiseen. (Laki ikääntyneen väestön - - 2012, § 16.)

Pitkäaikaissairaalle hoidon ja kuntoutuksen toteutumiseksi tulee tehdä Terveystaloustalain (2010) mukaan palvelusuunnitelman lisäksi hoitosuunnitelma (§ 24). Terveystaloustalain tarkoituksena on esimerkiksi edistää toimintakyvyn ja

sosiaalisen turvallisuuden sekä asiakaslähtöisen toiminnan onnistumista (§ 2). (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Laitoshoidosta kotiutumisen yhteydessä tehtävä hoito- ja palvelusuunnitelma on pitkäaikaissairaahan omahoidon tukemiseen tarkoitettu työkalu. Suunnitelmista hyötyvät sekä potilas itse että ammattilaiset. (Innokylä 2015a.) Kuvassa 2 esitetään potilaalle koituvat olennaiset hyödyt auditointityökalun avulla. Nämä asiat tulisi huomioida myös kotihoidon piirissä olevien iäkkäiden asiakaslähtöisessä työssä, jolloin heidän omat käsityksensä palvelujen tarpeestaan näkyisivät kuuluksi tulemisen ja oman vaikuttamisen avulla. (POTKU-hanke 2013.) Suomalaisen tutkimuksen mukaan hyvinvoinnin tarpeista ja asukaslähtöisestä näkökulmasta oleva hoidon suunnitelma edistää laadukasta elämää, jolloin asukas tulisi kohdata ennen kaikkea ihmisenä (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 105, 111).



Kuva 2. Terveys- ja hoitosuunnitelma potilaan/asiakkaan näkökulmasta (POTKU-hanke 2013)

Kotiuttamiseen saattaa liittyä ongelmia, jolloin uudelleen laitoshoidon joutuminen on todennäköisempää. Australialaisen tutkimuksen (Allen, Hutchinson, Brown & Livingston 2014) mukaan varautuminen laadukkaaseen kotiuttamiseen tulee olemaan haaste länsimaissa. Iäkkäiden määrän ja samalla kroonisten sairauksien määrän lisääntyessä, laitoshoidosta kotiuttaminen vaatii entistä enemmän hyvää keskustelua kotiutumisvaiheessa iäkkään ja ammattilaisten välillä. Tutkimuksen mukaan kotiuttamisen ongelmia aiheuttivat laitoshoidossa tehdyt hoito- ja diagnoosivirheet. Myös leikkauksien jälkeiset tulehdukset ja hämmentävät tilanteet aiheuttivat ongelmia, etenkin iäkkäille, joilla oli toiminta-

kykyvaikeuksia tai pitkäaikaissairauksia. Hyvän hoitosuunnitelman puuttuminen tai iäkkään omaisten kanssa puutteellinen keskusteleminen lisäsivät ongelmien mahdollisuutta. Kotiuttamisen onnistumiseen vaikuttivat myös, miten hyvin oli kartoitettu ennen laitokseen joutumista olevat iäkkään aktiviteetit ja kotiutumisen jälkeiset tilanteet. Laitoshoitoon uudelleen joutumista aiheuttivat kotiuttamisen oikea-aikaisuuden ja yksilöllisyyden huomioimisen puutteet sekä iäkkään itsensä hoitamisen ohjauksen vähäisyys.

3.2 iäkkään toimintakykyisyyden tukeminen kotihoidossa

iäkkään aktiivisuuden laadukas, hyvä ja kokonaisvaltainen tukeminen (Kuva 3) toteutuu, kun iäkkään fyysiset, psyykkiset, kognitiiviset, sosiaaliset sekä myös hengelliset toimintakyvyn osa-alueet ovat tukemisen kohteina (Sufuca-projekti 2009a). Tämä toimintamalli sopii kotihoidon piirissä olevan iäkkään toimintakyvyn tukemiseen kokonaisvaltaisen aktiivisuuden huomioimiseksi Kuvan 3 mukaisesti. Iäkkäiden kokonaisvaltaista tukemista huomioidaan hoitohenkilökunnan koulutuksien avulla. Koulutuksista saadun tiedon avulla hoitajat osaavat kertoa monipuolisemmin myös liikunnan terveysvaikutuksista kotikäynneillä ja kotihoitoon saadaan liikuntaa iäkkäiden arkeen. (Ikäinstituutti 2014, 19, 49.)

TOIMINTAKYVYN TUKEMISEN MENETELMÄT JA AKTIVITEETIT		
FYYSINEN TOIMINTAKYKY	PSYKOSOSIAALINEN TOIMINTAKYKY	HENGELLINEN TOIMINTAKYKY
<u>Tasapaino</u>	<u>Vuorovaikutus</u>	<u>Kalenterivuoden juhlatapahtumat</u>
<u>Hengittäminen</u>	<u>Päätöksenteko</u>	<u>Elämä ja kuolema</u>
<u>Liikehoito</u>	<u>Oppiminen</u>	<u>Uskonnollisuus</u>
<u>Liikkuminen ja siirtyminen</u>	<u>Muisti</u>	<u>Arvot</u>
<u>Koko kehon liikuttaminen</u>	<u>Mieliala</u>	
<u>Asentohoito</u>	<u>Havaitseminen</u>	
<u>Ryhti</u>	<u>Sosiaaliset taidot</u>	
<u>Rentouttaminen</u>		
<u>Aistien harjoittaminen</u>		
<u>Lihasten vahvistaminen</u>		
<u>Lihasten venyttäminen</u>		
<u>Kävely</u>		
<u>Inkontinenssi</u>		
<u>Pukeutuminen</u>		

Kuva 3. Vanhusten toimintakyvyn tukeminen taidolla ja laadulla (Sufuca 2009b)

Fyysistä toimintakykyä tuettaessa hoitajan tulee tiedostaa fysiologisten toimintojen ylläpysyminen tai parantaminen, jolloin selviytyminen päivittäisistä toiminnoista sekä mahdollisesti myös ulkoilu onnistuu. Psyykkistä toimintakykyä huo-

mioidaan psyykkistä terveyttä ja hyvinvointia tukemalla, jolloin iäkkään omien voimavarojen käyttöä kannustetaan. Iäkkään elämänmuutoksiin liittyy usein läheisten menetykset ja yksinäisyys. Hoitaja voi käsitellä näitä asioita yhdessä iäkkään kanssa, jos iäkäs niin haluaa. Kognitiivisen toimintakyvyn tukemiseen liittyy muistin, ajattelun, mieleen painamisen tai aloitteellisuuden selvittäminen yhdessä iäkkään kanssa sekä niiden harjoittaminen. Sosiaalista toimintakykyä tuettaessa hoitajan tulee kannustaa iäkästä vuorovaikutukseen toisten ihmisten kanssa sekä ymmärtää läheisyyden ja yhteisöllisyyden tarve. Hengellisen toimintakyvyn tukemisen lähtökohta on se, että iäkästä arvostetaan. Hoitajan tulee tunnistaa iäkkään moraalisia ja hengellisiä tarpeita sekä varata aikaa riittävästi iäkkään elämäntarinan kuuntelemiseen. (Sufuca-projekti 2009a.)

Toimintakykyisyyteen liitetään yhtenä osa-alueena fyysinen aktiivisuus. Fyysisellä aktiivisuudella tarkoitetaan liikkumista, jolloin lihastyön avulla kulutetaan energiaa. Fyysinen aktiivisuus edistää terveyttä, kun liikkuminen on tarkoituksella tehtyä. Fyysinen inaktiivisuus eli liikkumattomuus ilmenee passiivisena paikallaan olona esimerkiksi makuulla olona tai istumisena, jolloin omaa lihasvoimaa ei juurikaan käytetä. (Pirkanmaan alueellinen terveystuennitelma 2014, 5.) Suomalaisen tutkimuksen mukaan päivän sisällön koostuminen lähinnä vain olemisesta ja toiminnan puuttuminen arjesta aiheuttavat huonoa elämänlaatua (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2011, 103). Iäkkään henkilön itsenäinen kotona asuminen vaatii jokapäiväisistä arkitoimista selviytymistä. Iäkkään kanssa työskentelevien ammattilaisten tulisi osata arvioida iäkkään toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia. (THL 2013.)

Toimintakyvyn laskua tapahtuu, kun ikääntymisen myötä fyysinen aktiivisuus vähenee (Äijö 2015, 40). Äijön (2015) tutkimuksen mukaan sydänsairauksia sairastavilla iäkkäillä on kolminkertainen riski fyysisen aktiivisuuden vähenemiselle. Tutkimuksessa todettiin myös muiden kroonisten sairauksien aiheuttaman riskin olevan merkittävä fyysisen aktiivisuuden vähenemiselle. Kuitenkin fyysisesti aktiivisten elinaika ennustettiin pidentyväksi seurantatutkimuksessa. Yleinen hyvä terveystuennäytymisen oli tukemassa fyysisesti aktiivista elämää ja aktiivisena pysymistä tutkimuksen mukaan. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että

tarvitaan lisäymmärtämistä sille, miten ja millainen fyysinen aktiivisuus tukee parhaiten iäkkäiden toimintakykyisyyttä ja terveyttä. (Äijö 2015, 60, 76, 78, 86.)

lääkäiden osallisuuden ja mielekkään tekemisen tukemiseksi sekä arjesta selviytymiseksi tulisi löytää sopivia keinoja. Iäkkäidenkin hyvä arki muodostuu siitä, että on mahdollisuuksia ja voimia tehdä mielekkäitä asioita. (Heinola & Helo 2012, 3.) Iäkkäiden oman äänen kuuleminen toimintojen kehittämisessä on tärkeää. Ikäihmisiä kuullaan esimerkiksi kuntien järjestämässä ryhmäkeskustelutilaisuuksissa, joissa iäkkäät pääsevät vaikuttamaan liikuntatoimintojen ja liikkumisympäristöjen kehittämiseen. (Ikäinstituutti 2014, 16.)

Paikallinen verkostoituminen auttaa kehittämään iäkkäille suunnattuja eri toimintamuotoja sekä parantaa iäkkäiden ja heidän läheistensä toimimisen laatua. Iäkkäitä tulisi ottaa mukaan toimintojen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Iäkkäiden toimijuutta arjen eri tilanteissa on kuvattu kuvassa 4. (Eloisa ikä -ohjelma 2015, 2,3.)



Kuva 4. Iäkkäiden toimijuus kuvattuna Eloisa ikä -ohjelman lähtökohdissa, tavoitteissa ja menetelmissä (Eloisa ikä -ohjelma 2015, 4)

Terveyshyötyä tuottavien palvelujen kehittämiseksi on tarvetta. Palvelujen avulla on tarkoitus tukea potilaan omahoitoisuutta (Kuva 5), siksi palvelujen valikoimassa tulisi olla monenlaisia omahoitoa tukevia keinoja. Toimintamallin tulisi olla potilas- ja tiimikeskeistä, jossa vuorovaikutus on potilasta voimaannuttavaa. (POTKU -hanke 2015.) Ruotsalaisessa Dahlin-Ivanoffin ym. (2010) tutkimuksessa päädyttiin samansuuntaiseen lopputulokseen, kun tutkimuksessa arvioitiin moniulotteisen ja -ammattillisen ryhmän pitämiä interventioryhmäkokoontumisia iäkkäille, ≥80-vuotiaille, joilla oli vaarana menettää toimintakyky. Tutkimus

oli satunnaistettu vertailututkimus. Tutkimukseen osallistuneet iäkkäät (450 henkilöä) asuivat kotona, eikä heillä ollut todettua muistihäiriötä. Tuloksien mukaan moniulotteiset ja -ammattilliset ryhmäkoontumiset olivat tehokkaampia kuin vain kotioiloissa annettu tiedonjako. Ryhmässä tapahtuva toiminta toi monipuolisempia näkökulmia esille. Terveysten edistämisen tehokkaimmaksi tavaksi todettiin se, että iäkkäät saivat olla itse kehittämässä ja suunnittelemassa ohjelmaa yhteistyössä ammattilaisten kanssa. Näin ammattilaiset saivat käsityksen siitä, mitkä olivat iäkkäiden tarpeet ja interventio osui oikeaan iäkkäiden erilaisten tarpeiden huomioimisessa.



Kuva 5. Hyvinvointiin vaikuttavia asioita omahoitolomakkeessa (POTKU -hanke 2014)

lääkkään yksilöllisyys ja hänen yksilölliset voimavaransa on tärkeä havainnoida. Turjamaa (2014, 48, 49) totesi väitöskirjatutkimuksessaan, että julkinen kotihoidon huomioi vain yleisellä tasolla iäkkäiden voimavarat. Voimavarojen ymmärtäminen koski lähinnä fyysisten voimavarojen ymmärtämistä, eikä kokonaisvaltaista iäkkään yksilöllisten mahdollisuuksien ymmärtämistä. Laadituista hoitosuunnitelmista ei näkynyt iäkkään koko tilanne. Kotihoidon työntekijöiden olisi huomioitava kaikki tarkoituksenmukaiset aktiviteetit, jolloin iäkkään omaa osallistumista lisättäisiin. Haasteellista on päivittäisten toimintojen yhdessä tekeminen ja se vaatii hyvää dialogia iäkkäiden ja kotihoidon välillä sekä aikaa. Iäkkäälle saattaa kehittyä myös virheellinen arvio omista taidoistaan (Pajala 2012, 15), jolloin esimerkiksi valokuvauksen avulla on mielekästä tarkastella vointia ja toimintakykyä. Tällaisissa valokuvissa on tarkoitus olla rennosti piittaamatta esimerkiksi ulkonäköseikoista ja tuoda itseään esille luonnollisessa ympäristössä (Koffert 2009, 95).

Kotihoidon piirissä olevan iäkkään toimintakykyisyyttä tukevat paljolti hänen omaisensa. Tutkimuksen mukaan iäkkäät saivat 73 % apua omaisilta päivittäisiin toimintoihinsa (Kehusmaa 2014, 75). Iäkkäillä ihmisillä on vielä lapsia ja lapsenlapsia, jotka tukevat heitä ja huolehtivat heistä, mutta tulevaisuudessa on toisin. Globaali suuntaus on, että perheenjäseniltä saatava tuki vähenee esimerkiksi joko syntyvyyden vähentymisen takia tai sen vuoksi, että asutaan erossa omaisista erilaisten perheyhteyksien katkeamisen vuoksi. Iäkkäiden yksin asuminen on lisääntynyt useimmissa eri maissa. Julkisen huolenpidon tarve on siten lisääntynyt. Entistä enemmän tulisi edistää terveyttä, viivästyttää tai ehkäistä toimintakyvyttömyyttä ja riippuvuutta enenevään avun tarpeeseen. (WHO 2011, 22–23.)

Iäkkään toimintakykyisyyden tukemiseen vaikuttavat myös toimintakyvyn ympäristötekijät ja toimintatavat. Ympäristötekijöistä yksi merkittävä osa on kodin ulkopuolella liikkumisen turvallisuus ja välimatkojen kulkemisen onnistuminen. Sosiaali- ja terveystoimen tai sen avulla järjestettyihin ryhmätoimintoihin kuljetuksien järjestäminen tapahtuu pääasiallisesti sosiaali- ja terveystoimen kustantamalla tai tukemalla taksikuljetuksilla tai kimppekyydeillä, mutta myös erilaisten projektien tai hankkeiden rahoituksien avulla. (Ikäinstituutti 2014, 9.) Kehusmaan (2014, 77) tutkimus selvitti, että sosiaali- ja terveystoimen hallinnollisten ratkaisujen sijaan vaaditaan uudenlaisia toimintatapoja vastatessa iäkkäiden palvelutarpeisiin.

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on luoda asukaslähtöinen julkisen kotihoidon mallinnus ≥ 75 -vuotiaiden Pieksämäen kaupungin kotihoidon piirissä olevien iäkkäiden toimintakykyisyyden edistämiseksi kuntoutusosastolta kotiutumisen jälkeen. Työn tavoite on kehittää julkisessa kotihoidossa olevien iäkkäiden palveluja niin, että ne tukisivat asukaslähtöisesti iäkkään toiminnallisuutta ja sosiaalisuutta ja siten lisäisivät aktiivista arjesta selviytymistä.

Työn taustalla on Pieksämäen kaupungin perusturvan koti- ja laitospalvelujohtajan esittämään työelämälähtöiseen tarpeeseen vastaaminen. Tarkoitukseni on tehdä opinnäytetyö fysioterapian asiantuntijana ilman työtettä kotihoitoon

tai kuntoutusosastoon. Palvelujen kohdentuminen yksilöllisten tarpeiden mukaan tukee iäkkäiden toimintakyvyn säilymistä ja vähentää toistuvan laitoshoidon tarvetta. Iäkkäiden omien käsityksien ja toiveiden avulla saatu tieto kehittämisen tarpeista auttaa kehittämään kotihoidossa työskentelevien työtä. Saadun tiedon avulla voidaan suunnitella uusia toimintatapoja ja palveluja sekä kohdentaa toimintoja tukien enemmän iäkkäiden omaa aktiivisuutta.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten julkisen kotihoidon palvelut vastaavat iäkkään tarpeeseen kuntoutusosastolta kotiuttamisen tukemisessa?
2. Miten julkisen kotihoidon palvelut vastaavat iäkkään tarpeeseen toiminnallisuuden ja sosiaalisuuden tukemisessa?
3. Miten julkisen kotihoidon palvelut vastaavat kotona asuvan iäkkään tarpeeseen oman aktiivisen arjesta selviytymisen tukemisessa?
4. Miten julkisen kotihoidon palvelujen organisointi edistää kotona asuvan iäkkään oman aktiivisuuden, sosiaalisuuden, toiminnallisuuden ja arjesta selviytymisen tarpeeseen vastaamista?

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin työelämän tarpeiden mukaan kotona tai kodinomaisessa paikassa asuvat ≥ 75 -vuotiaat kotihoidon piirissä olevat iäkkäät henkilöt, jotka olivat kotiutuneet Pieksämäen kaupungin perusturvan kuntoutusosastolta (jatkossa käytetään nimitystä kuntoutusosasto) vähintään kaksi viikkoa aikaisemmin. Kotiutumista oli edeltänyt vähintään kahden viikon kuntoutusosastohoitojakso. Kuntoutusosastolle joutumisen syynä oli ollut tilapäinen toimintakyvyn lasku, jonka vuoksi iäkkäät olivat saaneet fysioterapiaa. Tutkimuksesta rajattiin pois iäkkäät, joilla oli diagnosoitu muistisairaus.

Tutkimukseen sopivia henkilöitä löytyi viisi kuntoutusosaston osastonhoitajan seulottua potilaslistoja. Henkilöistä kaksi oli kuntoutusosastolla ja kolme oli ko-

tiutunut äskettäin. Kohderyhmänä olevien iäkkäiden yhteystiedot ja muut tiedot (ikä, osastolle joutumisen syy, kuntoutusosastolla oloaika, milloin kotiutunut tai milloin on kotiutumassa ja fysioterapian toteutuminen) saatiin tutkimusta varten samassa yhteydessä.

Kuntoutusosastolla olevien iäkkäiden kanssa sovittiin haastatteluajat heidän arvioidun kotiutumisensa ajankohdasta kahden viikon päähän. Samalla he saivat tutkimuksen saatekirjeen (liite 1) ja allekirjoittivat suostumuksensa tutkimukseen (liite2). Kolmeen muuhun iäkkääseen otin puhelimitse yhteyttä, jolloin haastatteluajat sovittiin. Jokaiselle soitin varmistussoiton ennen haastatteluajankohtaa. Yhden iäkkään kohdalla omainen toimi tiedon välittäjä. Jo osastolta kotiutuneet haastateltavat allekirjoittivat suostumuksensa haastattelun yhteydessä kotona, jolloin he saivat myös tutkimuksen saatekirjeen.

Tutkimukseen valikoituneiden henkilöiden (n=5) ikäjakauma oli 75-vuotiaasta 87-vuotiaaseen, joista miehiä oli kaksi ja naisia oli kolme siten, että nuorimmat olivat miehiä ja vanhimmat olivat naisia. Yksi iäkäs oli omaishoidettava näkökyvyn puutteen vuoksi ja hän asui omakotitalossa taajamassa. Muut henkilöt asuivat yksin joko kerrostalossa, rivitalossa tai omakotitalossa taajamassa tai taajaman ulkopuolella. Yksi iäkäs henkilö liikkui sisällä ilman apuvälineitä, mutta hän käytti ulkona rollaattoria tai kävelysauvoja kävelyn tukemiseen. Muut iäkkäät käyttivät liikkumisapuvälinettä, rollaattoria tai Eva-telinettä myös sisällä ja he liikkuivat yksin vain sisätiloissa, mutta autettuna myös ulkona jonkin verran. Yhden iäkkään omaiset asuivat kauempana, muiden tukena omaiset olivat tiiviisti.

5.2 Tutkimusasetelma ja mittarit

Kehittämistutkimuksessa kartoitettiin kuntoutusosastolta kotiutuneiden iäkkäiden omia käsityksiä ja arvioita toimintakykyä ylläpitävistä asioista arjesta selviytymiseksi teema-alueittain (liite 3) teemahaastattelukyselyn (liite 4) ja siihen liittyvän testin (liite 5) sekä havainnointialueittain (liite 6) havainnointilomakkeen (liite 7) avulla vähintään kahden viikon kuluttua osastojakson jälkeen. Lisäksi kootun kehittämistyöryhmän avulla kartoitettiin kehittämistoimenpiteet (liite 8). Opinnäytetyön tutkimusasetelma ja etenemisprosessi on kuvattu Taulukossa 1.

Prosessin kulku	Tutkimuskysymyksiin vastauksien hakemisen vaiheistus	Menetelmät tai keinot
	<p>Haastateltavien valikoituminen ja yhteistietojen keruu sekä suostumukset</p> <p>Tiedon keruu, vaihe I (iäkkäät)</p> <p>Vastauksien kokoaminen</p> <p>Tiedon keruu, vaihe II</p> <p>Mallinnuksen suunnittelu ja luominen</p> <p>Valmiin mallinnuksen esittäminen</p>	<p>Palaveri kuntoutusosaston-osastonhoitajan kanssa ja yhteydenotto iäkkäisiin</p> <p>Teemahaastattelu, toiminnallinen testi ja havainnointi</p> <p>Aineiston analysointi</p> <p>Kehittämistyöryhmän työskentely, Learning cafen avulla. Aineiston kokoaminen.</p> <p>Tiedon keruu I ja II aineiston perusteella kymmenosaisen suunnitelman löytyminen</p> <p>Mallinnuksen hyväksyminen esimiestasoisessa palaverissa maaliskuussa 2016</p>

Taulukko 1. Tutkimusasetelma ja etenemisprosessi

Tutkimuskysymyksiin vastauksia haettiin ensisijaisesti laadullisen tutkimuksen menetelmän, haastattelun avulla. Haastatteluun sisältyi yksittäinen määrällisen tutkimuksen menetelmäosio, Timed "Up & Go" (liite 5) -testi (jatkossa TUG-testi), joka oli tutkimuksen toinen menetelmä. Kolmantena menetelmänä oli havainnointi, jossa käytettiin The Barthel Indexiä (liite 7, jatkossa Barthel). Barthel tuotti määrällisiä vastauksia. Neljäs menetelmä oli Learning Cafe (Innokylä 2015b), jonka avulla kehittämistyöryhmä työskenteli.

Haastattelut toteutettiin puolistrukturoidun haastattelun (liite 4) avulla. Teemahaastattelulomakkeet esiteltiin yhden kuntoutusosastolla olevan iäkkään henkilön avulla, joka olisi täyttänyt tutkimukseen osallistuviin asetetut kriteerit. Lisäksi yksi omaishoitajana toimiva eläkkeellä oleva sairaanhoitaja testasi haastattelu lomakkeen toimivuutta. Lomakkeen pohjana oli mukailtu TOIMIA-tietokannan "Toimintakyvyn kartoitus iäkkään väestön hyvinvointia edistävissä

palveluissa” -kyselylomake (TOIMIA 2013). Vastauksien saamiseksi tutkimuskysymyksiin tein jokaiseen valmiiseen kysymykseen lisäksi strukturoituja ja avoimia lisäkysymyksiä ja -kohtia. Jokaista iästä varten oli oma monistettu haastattelulomake, jota täytin sitä mukaa, kun haastattelu eteni. Haastattelun yhdessä kysymyksessä oli toiminnallinen TUG-testi ja se toteutettiin siinä kohdin. Testin tuloksen kirjasin sille varatulle paikalle. Tutkimukseen kuuluva havainnointi toteutettiin Barthelin mukaan ja tulokset kirjasin haastattelun loputtua. Havainnointilomake oli jokaiselle haastateltavalle erikseen.

”Toimintakyvyn kartoitus iäkkään väestön hyvinvointia edistävissä palveluissa” -kysymys- ja testisarja on koottu toimintakyvyn varhaisten ongelmien kartoitusta varten. Mittari kattaa arkitoimista suoriutumisen (5 kysymystä), fyysisen (8 kysymystä), kognitiivisen (6 kysymystä), psyykkisen (2 kysymystä) ja sosiaalisen (6 kysymystä) toimintakyvyn sekä alkoholin käytön (3 kysymystä) ja toimintakyvyn ympäristötekijät (6 kysymystä) yhteensä 36 kysymyksen avulla. Kokonaisuudessaan mittarin käytöstä ei ole pätevyysosoitusta, mutta mittari kattaa toimintakyvyn osa-alueet hyvin, joten ilmi- ja sisältövaliditeetti on voitu arvioida hyväksi. Mittarin avulla voidaan painottaa iäkkäiden hyvinvointia edistäviä palveluja oikealla tavalla. (THL 2013.) Valitsin tämän mittarin, koska sen kysymykset ja testit peilaavat tutkimukseni teoriaa hyvin ja olivat muokattavissa tutkimuskysymyksiin sopiviksi. Lisäksi mittari on kehitelty palvelutarpeiden kartoittamiseksi ja juuri palvelutarpeiden kartoittamisen avulla tässä tutkimuksessa haluttiin kehittää kotihoidon toimintaa.

Haastattelut tallennettiin digitaalisen nauhurin avulla kirjaamisen lisäksi. Tallenteet purin teksteiksi eli litteroin. Litterointi koskee pääasiassa avoimia kysymyksiä. Kanasen (2012, 109) mukaan litterointi tarkoittaa haastattelujen purkamista teksteiksi. Haastatteleamalla iästä pyrin saamaan vastauksia iäkkäiltä paremmin kuin henkilön itsensä täyttämän kyselylomakkeen avulla.

TUG-testin (ajoitettu nouse ja kävele) avulla voidaan arvioida iäkkään toiminnallista liikkumiskykyä ja tasapainoa. Tämä testi sisältyy ”Toimintakyvyn kartoitus iäkkään väestön hyvinvointia edistävissä palveluissa” -kartoituskysymyksiin ja testien kokonaisuuteen. Testi voidaan toteuttaa kotona. Testattavan tulee ymmärtää ja noudattaa sanallisia ohjeita. Testattavan matkan voi kävellä myös

apuvälineen kanssa ja kävelyaikaa mitataan sekuntikellolla. Testi on 3 m matkan kävely edestakaisin, tuoilta ylösnousten ja tuoliin palaten. Kävelymatka mitataan mittanauhalla ja se merkitään näkyvästi. (THL 2014c.)

Testituloksen avulla saadaan kokonaiskuva henkilön liikkumiskyvystä, jolla on vaikutusta toimintakykyisyyteen. Testin avulla voidaan päätellä suoritusajan yhteyttä toiminnallisiin vaikeuksiin, kuten liikkumiskyvyn ongelmiin sekä lisääntyneeseen kaatumisriskiin. Testi kuvaa myös mahdollista tulevaa avun tarvetta. Jos suoritus aika ylittää 12 s, viittaa se liikkumiskyvyn ongelmiin, mutta lisääntyneeseen kaatumisvaaran ei ole tarkkoja raja-arvoja. (THL 2014c.)

Barthel on yleisen toimintakyvyn mittari, jonka avulla arvioidaan havainnoitavan tekemistä, ei sitä, mitä hän kykenisi tekemään. Mittarin avulla mitataan aikuisasiakkaiden itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa. Barthel on kehitetty pitkäaikaisen hoidon tarvitseville asiakkaille ennen ja jälkeen kuntoutusta suoritettavaa toimintakyvyn arviointia varten. Mittarin avulla voidaan arvioida tarvittavan hoidon määrää ja siksi se soveltuu iäkkäiden palvelutarpeen arviointiin. Barthelin avulla kartoitetaan itsensä siirtämistä ja kiipeämistä, peseytymistä ja pukeutumista sekä liikkumista kotona ja käymistä WC:ssä. (THL 2014g.)

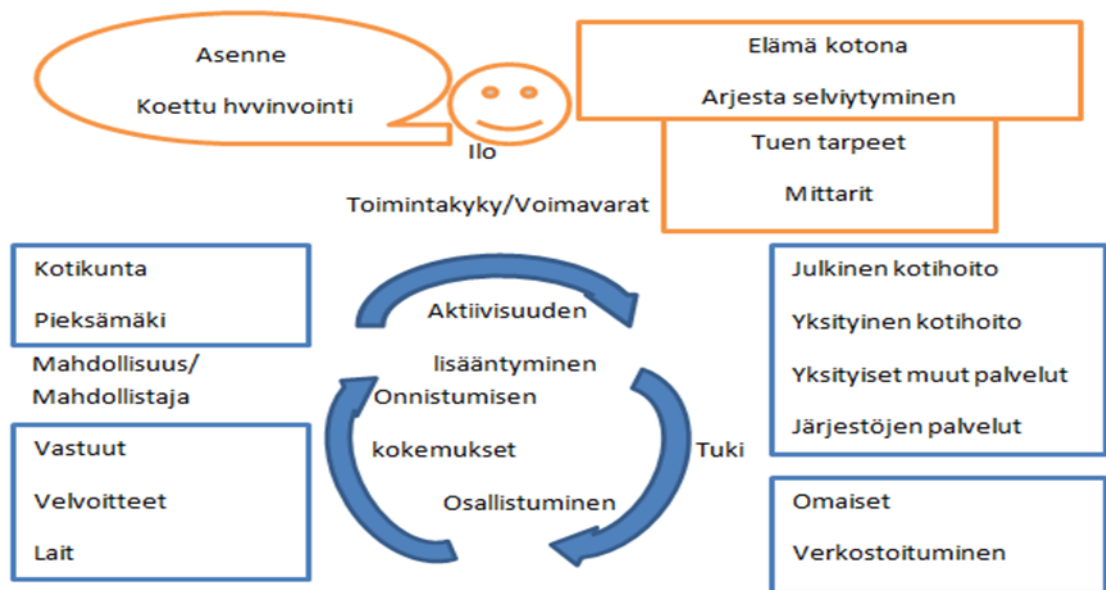
Mittarin kymmenen kohdan käsittävään kokonaisuuteen on laadittu tulkinta saadun kokonaispisteen mukaisesti. Kokonaispistemäärän mukainen tulkinta: pistemäärä 0-20 kuvaa täyttä riippuvuutta, pistemäärä 21–60 kuvaa suurta riippuvuutta, pistemäärä 61–90 kuvaa lievää riippuvuutta ulkopuoleista avusta ja pistemäärä 100 kuvaa riippumattomuutta ulkopuoleisesta avusta. (THL 2014g.)

Barthelin valintaperuste yhdeksi menetelmäksi tähän tutkimukseen oli sen antama viitekehys, jonka avulla voitiin tukea haastateltavien kerrontaa toimintakyvyn eri osa-alueista selviytymisestä. Haastattelut kestivät 55–65 minuuttia iäkkään kotona ja käytetty aika on suositusten mukainen havainnointiin käytettävä aika (THL 2014g). Havainnoinnin tuloksien kirjaaminen onnistui nopeasti haastattelutilanteen loppuksi.

Saatujen vastauksien analysoinnin ja kokoamisen jälkeen pidettiin kotihoitoon osallistuvien ja yhteistyössä kotihoidon kanssa olevien henkilöiden kanssa yh-

teinen kehittämistyöryhmätapaaminen Learning cafe -menetelmää käyttäen. Learning cafe eli oppimiskahvila on yhteistoimintamenetelmä. Menetelmässä keskustelun ja ideoinnin avulla etsitään yhteisymmärrystä siten, että pienryhmissä käsitellään edellisen ryhmän kirjaamia ideoita eteenpäin (Innokylä 2015b). Tämän Learning cafen aiheena oli kehittää uutta mallinnusta kotihoidon piiriin käyttäen saatuja tuloksia. Learning cafe -menetelmän valitsin tämän tutkimuksen kehittämistyöryhmän työskentelyyn, koska menetelmän avulla on mahdollista saada lyhyessäkin ajassa ideoita ja ajatuksia esille ja kehittämistyöryhmän kokouksen pitämiseen oli käytettävissä vain lyhyt aika. Kehittämistyöryhmään osallistui kuusi henkilöä, joista osa oli lähiesimiehiä ja osa kotihoidon, kuntoutusosaston ja fysioterapian työntekijöitä.

Kuva 6 esittää kotihoidon kehittämisen kontekstin tässä opinnäytetyössä iäkkään toimintakyvyn tukemisessa.



Kuva 6. Teemahaastattelun ja havainnoin vastauksien sekä kotihoidon kehittämisen konteksti tässä opinnäytetyössä

Lopuksi kokosin kehittämistyöryhmän ehdotuksien pohjalta uuden mallinnuksen kotihoitoon iäkkään toimintakyvyn tukemiseksi ja mallinnus tarkistettiin ja hyväksyttiin moniammatillisessa lähiesimiesjoukossa. Opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään tulevaisuudessa kotihoidon jatkokehittämisessä.

5.3 Aineiston keruu

Aineiston keruun tapaan vaikutti se, että Pieksämäen kotihoidon piirissä on aikaisemmin tehty tutkimus (Hietala 2011), jossa kartoitettiin henkilökunnan näkökulmia iäkkään toimintakyvyn tukemisesta ja organisaatorakenteesta, kun taas tässä opinnäytetyössä oli iäkkään oma näkökulma tutkimuksen aiheena. Tutkimus oli rajattu tutkimuskysymyksiä avulla teemoihin niin, että tutkittavien yksilölliset tarpeet tulivat esille. Iäkkäiden oman aktiivisen toiminnallisuuden lisääntymisen tavoitteena on laitoshoidon tarpeen vähentymien. Laitospaikkojen vähentyessä kotihoitoisuus korostuu (THL 2014a).

Aineiston keruun tapaan vaikuttivat myös tutkimuskysymykset, jotka pohjautuivat Pieksämäellä v. 2014 tehtyyn Hyvinvointipalveluiden järjestämisen uudet mahdollisuudet -osatutkimukseen (Steffansson 2014) ja sen tuomiin Pieksämäellä paikallisesti pohdittaviksi jääneisiin asioihin. Steffansson esitteli kotihoidon vaikuttavuudesta Pieksämäellä toteutuneen kyselyn tuloksia. Tutkimus oli osa PALMA-hanketta. Se oli kotihoidon asiakkaille suunnattu 50 kohtaa käsittävä kyselytutkimus. Tutkimuksen johtopäätöksien mukaan esille tuli ≥ 65 -vuotiaiden kotihoidon piirissä olevien henkilöiden toimintakyvyn heikkenemisen ongelmat, muuttuneisiin tilanteisiin sopeutumisen vaikeudet ja palveluiden valinnanvapauden vaikuttavuuden merkitykset.

Aineiston keruu aloitettiin tutkimukseen osallistuvien yhteystietojen ja osallistujilta saatujen suostumusten avulla ($n=5$). Teemahaastattelun tyyppisen kokonaisuuden (liite 4) ja havainnoinnin (liite 7) sekä suoritettujen testien avulla (liite 5) kerättiin aineisto iäkkäiden osalta. Haastattelut olivat intensiivisiä tuokioita ja ne kestivät digitaalisen nauhurin näytön mukaan 55–65 minuuttia.

Haastattelukysymyksiä avulla kerättiin iäkkäiden omat käsitykset ja arviot ($n=5$). Teemahaastattelun (liite 4) kysymykset oli laadittu siten, että ne vastasivat tutkimuskysymyksiin. Teemahaastattelun avulla haetaan ymmärrystä asianteiloihin esim. vaikuttavuuden arvioinnin osilta (Kananen 2012, 99). Jokainen kysymyskohta käsiteltiin huolellisesti siten, että iäkäs oli ymmärtänyt kysymyksen ja saanut aikaa vastaukseensa. Muutamien kysymyksiä osalta vastauksiin vaikutti jonkun omaisen tai läheisen piipahtaminen haastattelutilanteen ollessa

meneillään. Kysymyksien avulla haettiin vastauksia kaikkiin esitettyihin tutkimuskysymyksiin.

Havainnoinnissa (liite 7) käytettiin osallistuvan havainnoinnin menetelmää, koska itse tutkija oli fyysisesti läsnä tutkimustilanteessa. Kun käyttäytymistä tutkitaan luonnollisessa, aidossa ympäristössä, havainnointi on aito havainnointitilanne. (Kananen 2012, 95, 96.) Barthelia (liite 7) käytettiin havaintojen keruuseen. Barthelin kymmenosioisen kokonaisuuden avulla saatiin tietoa ruokailun (feeding), peseytymisen (bathing) ja siisteyden osalta, kuten hiusten hoitosta (grooming). Lisäksi saatiin tietoa pukeutumisen (dressing), suolen (bowels) ja rakon (bladder) toimimisen, WC:ssä käymisen (toilet use), siirtymisen paikasta toiseen (transfer, bed to chair and back), liikkumisen (mobility, on level surfaces) ja portaiden nousun (stairs) onnistumisista (n=5). (Barthel Index 2011.) Toimintojen onnistuminen kuvaa liikkumisen ja itsestä huolehtimisen osaluokkia, jotka kuuluvat kehon toimintoihin ja suoritukseen sekä osallistumiseen (THL 2014g). Havaintoja täydentämään jouduttiin tekemään muutama havainnointia täydentävä kysymys, kuten kuinka WC:n käyttö onnistuu. Käytäntö on suosituksen mukainen, mittaria käytettäessä voidaan haastatella ja havainnoida (THL 2014g). Barthelia käyttämällä haettiin vastausta tutkimuskysymykseen 3.

TUG-testin (liite 5) avulla saatiin kerättyä tietoa iäkkään liikkumiskyvystä ja tasapainosta sekä lihasvoimasta, nivelten liikkuvuudesta, koordinaatiosta ja näkökyvystä (n=5). TUG-testi kuvaa fyysisen toimintakyvyn ulottuvuutta sisältäen asennon vaihtamisen, kävelemisen ja liikkumisen paikasta toiseen. (THL 2014c.) Iäkäs sai valita tavan liikkua eli joko ilman apuvälinettä tai apuvälineen kanssa. Testin mukaan hän nousi ylös tuolista, käveli etukäteen merkattun 3 m matkan ja kääntyi takaisin ja istuutui tuoliin. Suorituksen aika mitattiin sekuntikellolla ja tulos merkattiin lomakkeeseen. Iäkäs sai tuloksen myös itselleen. TUG-testin avulla saatiin välillisesti vastauksia tutkimuskysymyksiin 1 ja 3.

Learning cafe -menetelmää käytettiin kehittämisnäkökulmien keruuseen kehittämistyöryhmän (n=5) kokoontumisessa. Samalla kerättiin tietoa tutkimuskysymykseen 4. Kehittämisryhmässä koottiin käytettävä kehittämisaineisto tutkimukseen ja tehtiin ehdotuksia jatkotoimenpiteinä myöhempää toteutusta varten.

Työryhmän työskentelyä varten olin laatinut työjärjestyksen ja tarkan aikataulun. Työryhmä oli kutsuttu koolle sähköpostiviestittelyn avulla. Kehittämistyöryhmän työskentelyn nopeuttamiseksi oli kierrätetty luettavana edellisen viikon ajan tutkimussuunnitelma ja tiedot käytetyistä menetelmistä sekä saadut tutkimustulokset, ja käsiteltävät aiheet kehittämistyöryhmän työskentelyyn. Kehittämistyöryhmän työskentelyä varten oli varattu 1 t 15 min. Työryhmä kokoontui sovitusti perusturvan fysioterapian tiloissa. Kehittämiskokouksen aluksi selvitin lyhyesti opinnäytetyön taustan ja sisällön sekä Learning cafe -menetelmän idean ja miten menetelmää sovelletaan tämän työryhmän työskentelyyn. Yksi kehittämistyöryhmään kutsuttu jäsen oli estynyt saapumasta kokoukseen, mutta hän oli tutustunut materiaaliin ja antoi kirjallisen vastineensa työryhmäkokousta varten.

Learning cafe -menetelmän käyttämistä varten kirjoitin A3-papereille aiheet valmiiksi etukäteen. Aiheina olivat arkitoimet sekä fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky ja ympäristötekijät siten, että kukin aihe oli omalla paperillaan. Kysymyksenä oli miten toimintaa kehitetään, kun on todettu kehittämistarpeita näillä alueilla ja miten kotihoidon palvelujen organisointi edistäisi iäkkään omaa aktiivisuutta, sosiaalisuutta, toiminnallisuutta ja arjesta selviytymistä. Iäkkäiden haastattelun tuloksista ilmeni aihetta keskusteluun monen asian yhteydessä, ja ne pyrittiin huomioimaan kehittämisen näkökulmina mallinnukseen.

Kehittämistyöryhmässä työskenneltiin pareittain. Aiheita oli kuusi, joten työryhmä käsitteli kahta aihetta samanaikaisesti. Aiheita oli aikaa pohtia 2-3 min kerrallaan, jonka jälkeen aiheita vaihdettiin. Työskentelyn ollessa puolessa välissä, tiivistettiin työskentelyä niin, että uusia näkökulmia ei enää etsitty, vaan keskityttiin pelkästään jo esillä olevien asioiden kehittämiseen eteenpäin. Lopuksi tiivistettiin valitsemaan jokaiselta paperilta kaksi tärkeintä asiaa, joihin etsittiin konkreettiset keinot ja vastuuhenkilöt sekä aikataulut ja onnistumisen kriteereitä (liite 8).

Ennen kokouksen päättymistä esitin omat ja kirjallisen vastineen antaneen henkilön mielipiteet, jotka kuuluivat osina fyysisen toimintakyvyn edistämiseen sekä kognitiivisen toimintakyvyn edistämiseen. Tämän jälkeen kehittämistyöryhmän kokous päätettiin etukäteen laaditun aikataulun mukaisesti.

5.4 Aineiston analysointi

Haastattelutulokset analysointiin abduktiivisen aineistoanalyysin avulla. Abduktiivista päättelyä käytetään, kun tutkimuksessa on valmiina teoreettisia pääideoita, joita pyritään rikastuttamaan saadun aineiston avulla (Kylmä & Juvakka 2007, 23) eli aineisto analysoitiin mukaillen induktiivisen sisällön analyysiä ja tulokset yhdistettiin teorian tuomaan viitekehukseen. Tutkimuskysymykset/teemahaastattelun kysymykset jaettiin kohdittain analysointia varten (liite 9). Kysymysten vastaukset merkittiin pelkistettyjen alkuperäisilmauksien mukaisesti analyysitaulukkoon. Nämä ilmaisut ryhmiteltiin ja ilmaisuista luotiin alakategoriat niin, että ne muodostivat seuraavassa vaiheessa yläkategoriat. Laadullinen tutkimusaineisto muodostuu monisisältöisestä materiaalista, jolloin sisällön analyysin avulla saadaan siitä tiivistetty kuvaus, joka luokitellaan (Kananen 2012, 116,117).

Aineiston kylläisyys eli saturaatio toteutui ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta. Muiden tutkimuskysymysten kohdalla aineistossa ei tapahtunut kylläisyyttä. Laadullisen aineiston yhteydessä käytetään kylläisyyskäsitettä, kun katsotaan milloin tutkimuskysymysten kannalta uuden tiedon saaminen loppuu ja samat asiat alkavat toistua haastatteluissa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 182).

Taulukossa 2 on kuvattu analyysin etenemistä teemasta ”Kotihoidon palvelut kotiuttamisen tukena”.

Pelkistetyt alkuperäisilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none">- en muista ainakaan, että olisi ollut puhe päivittäisten raha-asioiden hoidosta- ei siinä vaiheessa puhetta raha-asioiden hoidosta- ei ole tähän asti ollut puhetta raha-asioiden hoidosta- vain lääkärin kanssa neuvoteltiin, kysyi, pärjääkö raha-asioiden hoidossa - ruokarobottia tarjottu, jolloin mikrossa itse lämmitäisin ruoan, en vielä tässä vaiheessa ottanut- ruokapalveluista ollut puhetta eri vaiheissa, kotihoito osoitti palvelun- ruoan tuonti ja lämmitys, lääkäri sanoi, pitäisi saada vakituinen joka hoitaisi sen- ruoka-asioista oli puhe, pyydän, jos tarviin, tuttavat tuovat kaupasta, itse laitan ruoan- kauppa-asioista ei ollut puhe	<p>Olemattomat raha-asioiden huomioimiset</p> <p>Erilaiset ruokailu-asioiden huomioimiset</p>	<p>Niukka arkitöiden huomioiminen</p>

- kotipalvelun kautta järjestettiin kaupassa käynnit, apteekkiasiat		
---	--	--

Taulukko 2. Esimerkki aineiston pelkistämisestä ja ryhmittelystä

TUG-testi analysoitiin määrällisen tutkimuksen analyysikeinoin eli testistä selviytymisen suoritusaikojen mukaisesti. Lisäksi huomioitiin apuvälineen käyttö ja saatujen tulosten yhteys toiminnalliseen vaikeuteen.

Osallistuvan havainnoinnin (Kananen 2012, 95) tuomat vastaukset analysoitiin määrällisen tutkimusaineiston analyysin avulla käytettäessä valmista Barthelin mukaista arviointia (liite 7). Barthel analysoitiin saatujen kokonaispistemäärien mukaisesti ja siten, että jokaisen osa-alueen pisteet suhteutettiin prosentuaalisesti jokaisen osa-alueen maksimipistemäärään ja laskettiin omatoimisuuden aste. Vähäisempi omatoimisuuden aste kuvaa suurempaa ulkopuolisen avun tarvetta.

Toimintakykyisyyden ja palvelutarpeiden selvittämiseksi käytettiin haastattelutilanteessa valmista ”Toimintakyvyn kartoitus iäkkään väestön hyvinvointia edistävässä palveluissa” -kysely- ja testipohjaa, johon oli tehty täydentäviä osioita tämän työn tutkimuskysymyksien mukaisesti. Haastatteluihin vastasi viisi iäkkästä kotihoidon asiakasta. Strukturoituja haastattelukysymyksiä oli 36, mutta jokainen kysymys sisälsi useamman strukturoidun tai puolistrukturoidun alakysymyksen. Haastattelukysymykset koskivat arkitoimista suoritumista sekä fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä alkoholin käyttöä ja toimintakyvyn ympäristötekijöitä. Digitaalisen nauhoituksen avulla saatiin tarkat ilmaisut tukemaan vastauksien oikein ymmärtämistä haastattelulomakkeisiin kirjaamisien lisäksi.

Haastattelutulosten strukturoiduista osioista ilmenivät ei- (olen itse valinnut hoitajan/palvelun tuottajan, syy, ei koskaan, ei lainkaan ja ei kiinnosta lainkaan) tai kyllä- (miksi, mistä, miten kotiutumisen jälkeen, miten ilmenee, miten asiaa on hoidettu, mikä viimeisin, useus, tyytyväinen asteikolla 1-10, osallistun ja syy) vaihtoehdot, valmisruoka ja julkinen kotihoito, palvelutarve, kehittäminen ja/tai

millainen palvelu auttaisi, millainen palvelu kiinnostaisi. Lisäksi oli yksittäisiä kokonaisuuksia, kuten TUG testi, alkoholi, turvallisuus/turvattomuus, osallistuminen harrastusryhmään, tyytyväisyys asuntoon, kotihoidon palvelujen uudelleen organisoiminen, kotihoidon palvelujen huomiointi yksilötarpeisiin ja kotihoidon tuki omaan aktiiviseen tekemiseen.

6 Tutkimustulokset

6.1 Kotihoidon palvelut kotiuttamisen tukena

lääkäiden arvioiden mukaan kotihoidon palvelut olivat kotiutusvaiheessa niukasti tukeneet erilaisten arkitoimien hoitamista (liite 9). lääkäiden mielestä raha-asioiden hoidosta arjessa ei heidän muistinsa mukaan puhuttu ollenkaan ja muista arkitoimista suoriutumisesta oli ollut puhetta vaillinaisesti.

”En muista ainakaan, että olisi ollut puhe päivittäisten raha-asioiden hoidosta.”

”Ruokarobottia tarjottu, jolloin mikrossa itse lämmittäisin ruoan, en vielä tässä vaiheessa ottanut.”

Fyysisten kykyjen huomioiminen koettiin myös niukaksi. Erilaiset perusliikkumista tukevat apuvälineet oli aineiston mukaan annettu ja opastettu niiden käytössä ja yksinkertaiset kaatumisien ehkäisytoimenpiteet osoitettu. Toimintakykytestejä ei ollut tehty.

”Annettiin rollaattori osastolta kävelyn tueksi.”

”Tietääkseni ei tehty toimintakykytestiä.”

lääkäiden arvioiden mukaan kognitiivisten kykyjen huomioiminen oli niukkaa. Muistitestiä oli aineiston mukaan tehty vain yksittäistapauksessa. Muista taidoista, kuten lukemis- ja laskemistaidoista tai ilmaisuun liittyvistä taidoista, ei ollut keskusteltu ollenkaan.

”Tehtiin muistitesti, tulosta en tiedä, hyvä kai ja lääkityksestä itse voin vastata testin mukaan.”

”Ei kyllä ollut mitään puhetta siitä, saanko sanottua mitä haluan.”

Aineiston perusteella tulokseksi tuli myös niukka psyykkisten kykyjen huomioiminen. Mielialaan liittyvistä seikoista tai mielenkiinnon kohteena olevista asioista iäkkäiden arvioiden mukaan ei puhuttu.

”Mielialakysymyksistä ei ollut puhetta, eikä kiinnostuksen kohteista.”

”Ei silloin ollut puhetta alakulosta.”

lääkäiden mielestä sosiaalisten kykyjen huomioiminen oli niukkaa. Saadun aineiston mukaan vaillinaisesti huomioituja asioita olivat yksinäisyys ja turvallisuuden ja turvattomuuden tunteminen. Tuen ja avun saaminen koettiin niukaksi. Aineiston perusteella erilaisten sosiaalisten yhteyksien ja luottamuksellisten keskustelujen huomiointi puuttui.

”Ei ollut puhetta yhteyksistä tuttaviin tai sukulaisiin, ei se mitenkään tukenut.”

”Luottamuksellisista keskustelumahdollisuuksista ei ollut puhetta.”

”Taisi joku mainita jotain yksinäisyydestä.”

Toimintakyvyn ympäristön huomioimisen iäkkäät kokivat niukaksi. Asunnon ja tilojen sopivuudesta oli puhuttu vain vaillinaisesti. lääkäiden mielestä asuinympäristöstä ei ollut keskusteltu ja asuinalueesta oli keskusteltu vain niukasti. Turvallisuustekijöiden huomioiminen koettiin olemattomaksi. lääkäiden oman elämäntavan ja -tyylin jatkumisesta ei ollut keskusteltu.

”Ei huomioitu, kun kotihoito pyörii keittiössä, kaapit pettää, kaapit huonot.”

”Ei ollut mitään kysymyksiä elämäntapa- tai tyyliasioista.”

6.2 Kotihoidon palvelut toiminnallisuuden ja sosiaalisuuden tukena

Arkitoimien yhteydessä toiminnallisuuden tukeminen oli niukkaa. lääkäiden mielestä toiminnallisuuden tukeminen ruoka-asioiden hoidossa oli ollut neuvomista ja auttamista. Siivouksen yhteydessä toiminnallisuuden tukemista ei tullut, mutta pesujen yhteydessä tukemista tuli yksittäistapauksessa kävelyyn kannustamisena.

”Ei ole tuettu siivousasioissa neuvomalla.”

”Saunapalvelujen yhteydessä vähän kävelyä.”

Fyysisten kykyjen huomioimisen avulla toiminnallisuuden tukemista oli tullut vaillinaisesti. Kaatumisesta huolestuneisuutta ei ollut huomioitu, mutta kaatumisista oli ollut puhetta. Arkielämän liikkumisesta ei ollut keskusteltu kuin yksittäistapauksessa ja väsymisen tunteesta ei ollut puhetta. Toiminnallisuutta tukevia toimintakykytestejä ei ollut tehty.

”Ei ole tarjonnut apua kaatumisen huolestumiseen, vaikka miten keskustelisi, ei voi estää.”

”Se aika puuttuu että huomioitaisiin väsyminen kävellessä.”

Iäkkäiden arvioiden mukaan kognitiivisten kykyjen käytön tukemista toiminnallisuuden lisääntymiseksi ei tullut ollenkaan. Toiminnallisuutta ei tuettu lukemisen, uusien laitteiden tai itselle tärkeiden asioiden vähentymisen yhteydessä.

”Ei ole tuettu lukemista.”

”Ei tuettu uusien laitteiden kanssa.”

Sosiaalisuuden tukeminen koettiin niukaksi. Harrastemahdollisuuksien kartoittamista ei ollut tehty tukemaan sosiaalista toimintaa. Oman itsensä ilmaisua ei tuettu. Yhteyksien luomisesta tai eri osallistumisien mahdollisuuksista ei ollut keskustelua.

”Ei ole tukenut harrastuksia, harrastukset ja liikkuminen lyövät korville toisiaan.”

”Ei ole tuettu yhteyksissä sukulaisiin tai tuttaviiin.”

6.3 Kotihoidon palvelut kotona arjesta selviytymisen tukena

Kotihoidon palvelut kotona arjesta selviytymisen tukena tutkimuksen mukaan koettiin vaillinaisiksi. Vaillinainen aktiivisuuden tukeminen näkyi vastauksista raha-asioiden hoidossa, kuten myös aktiivisuuden vaillinainen tukeminen ruoka-asioiden hoidossa ja siivouksen toteutuksessa sekä pesujen yhteydessä. Aineiston mukaan apteekkiasia oli järjestetty yksittäistapauksessa ja apua oli saatu rakon ja suolen toiminnan tuomiin ongelmiin, kuitenkin niin, että ne olivat toteutuneet passiivisina apuina avuntarvitsijoille. Aktiivisuuden tukemisen esteiksi osoittautui iäkkäiden arvioiden mukaan kotihoidon kiireen tuomat rajoitukset ja iäkkäiden omien tulojen liian suuri määrä.

”Kyllä on kysytty ruoka-asioista ja kuka mitäkin neuvonut.”

”Jos ei ehdi sanoa ja pyytää apua arkipäivän askariin, on puhuttu.”

Fyysisten kykyjen ja aktiivisuuden tukeminen iäkkäiden kävelyn tai liikkumisen yhteydessä oli iäkkäiden mielestä vaillinaista. Kaatumisen pelon huomioimista ei ollut lainkaan.

”Kävelyn tukeminen, se aika puuttuu.”

”Kenen kanssa keskustelee kaatumisesta, eikä sieltä tule mitään.”

Kotihoidon palvelut eivät olleet tukeneet kognitiivisten kykyjen käyttöä arjesta selviytymiseksi. Aktiivisuuden tukeminen muistiasioden yhteydessä ja uusien laitteiden käytössä oli vaillinaista. Aktiivisuutta lukemisen ja kirjoittamisen yhteydessä ei tuettu ollenkaan.

”Muistitestejä tehty silloin tällöin, eri paikoissa.”

”Pitäisi puhua puhelimen käytöistä, toiminnoista.”

Psykkisten voimavarojen huomiointi oli vaillinaista. Iäkkäiden mielestä aktiivisuuden tukeminen mielialakysymysten yhteydessä oli vaillinaista.

”Alakuloa huomioitu, hänen kanssaan voisi lähteä, joku kotipalvelun ihminen ehdotti, viereiseen palvelutaloon mukaan kerhoon.”

”Kotihoidosta ei tukea mielialaan, seurakunnasta joku käynyt, soittanut ja tullut.”

Sosiaalisten kykyjen tukeminen oli niukkaa arjessa. Iäkkäiden mielestä aktiivisuuden tukeminen yksinäisyyden kokemisen huomioimisessa oli niukkaa.

”Ei ole ollut tukea yksinäisyyteen, en suo toiselle tällaista yksinäistä oloa.”

”Vähän takia täällä pitää käydä, käydään, kun soitat, sanoneet.

Keskustelu alkoholin käytöstä oli vaillinaista iäkkäiden mukaan. Alkoholia tämän tutkimuksen mukaan käytti neljä viidestä iäkkästä ja alkoholin käyttö kuului ensisijaisesti sosiaalisten tapahtumien yhteyteen.

”Alkoholi asiassa ei oikeastaan ole tukenut, on puhetta ollut.”

”Sen verran, että ei veisi minun tavaroita, pullon pistää raanasta.”

Aktiivisuuden tukeminen asuntoon liittyvissä asioissa oli aineiston mukaan vaihtelevaa ja aktiivisuuden olematon tukeminen näytti aiheuttavan katkeruutta.

”Ei sikäli, sanonut, pääsen johonkin toiseen paikkaan, jos en tässä pärjää.”

”Oli puhetta vähän pesutilasta.”

TUG-testin tulokset osoittavat, että jokainen tutkimukseen osallistunut iäkäs henkilö oli halukas TUG-testin tekemiseen ja jokainen pystyi tekemään testin ohjeiden mukaisesti ja turvallisesti. Kaikilla testattavilla oli riittävät lihasvoimat ja nivelliikkuvuudet sekä koordinaatio ja tasapaino testin tekemiseen. Testattavilta onnistui asennon vaihtaminen ja liikkuminen kävellen paikasta toiseen. Rollaattoria apuvälineenään käyttäviä iäkkäitä oli kolme. Yksi iäkäs tarvitsi Eva-telineen sekä saattajan huonon näön vuoksi ja yksi iäkäs selviytyi ilman apuvälineitä testistä. Arvioitu testin tekemiseen käytetty aika oli 2-4 minuuttia.

Mitattavana ollut suoriutumisaika vaihteli 12,7–72 s välillä. Ilman apuvälineitä testin tehnyt iäkäs suoriutui testistä 12,7 sekunnissa sekä Eva-telineen ja saattajan tarvinnut iäkäs selviytyi testistä 72 sekunnissa. Rollaattorin kanssa liikkuneet suoriutuivat testistä 36,4–47,6 sekunnissa.

TUG-testi osoitti, että kaikilla testattavilla on ainakin lievä riski liikkumiskyvyn ongelmiin ja lisääntyneeseen kaatumisriskiin, koska kaikkien testattavien testiin käyttämä suoritusaika ylitti 12 sekuntia. Tulokset osoittavat lievää yhteyttä alentuneeseen toimintakykyyn.

The Barthel Indexin tuloksien mukaan kokonaispistemäärät vaihtelivat 35–90 välillä eli suuren ja lievän ulkopuoleisen avun välillä (n=5). Kahdella iäkkäällä ilmeni vain lievää riippuvuutta ulkopuolisesta avusta (pisteet 90), yhden iäkkään ulkopuolisen avun tarve kuvasi kohtalaista avuntarvetta (pistemäärä 80) ja kahden iäkkään ulkopuolisen avun tarpeeksi ilmeni suuri riippuvuus.

Iäkkäiden saamat yhteenlasketut pistemäärät kertoivat kokonaiskuvasta tutkimukseen osallistuneiden osalta (Taulukko 3). Suurinta avuntarverippuvuutta ilmeni rakon toiminnan vuoksi, kun omatoimisuuden aste oli 50 % eli 25 pistettä yhteenlasketusta kokonaispistemäärästä 50. Seuraavaan avuntarvekategoriaan kuuluivat peseytyminen, pukeutuminen, WC:ssä käyminen ja portaiden nouse-

minen, joiden omatoimisuuden aste oli 60 %. Suolen toiminnan osalta omatoimisuusaste oli 70 % ja liikkumisen omatoimisuusaste 73 %. Ruokailun omatoimisuuden asteeksi osoittautui 80 %. Vähiten avuntarveriippuvuutta ilmeni siirtymisessä vuoteesta tuoliin.

Havainnointi (max pisteet)	yhteispisteet	omatoimisuus prosentteina (avuntarpeen järjestys)
Feeding (10) (ruokailu)	40/50	80%
Bathing (5) (peseytyminen)	15/25	60% (2.)
Grooming (5) (siisteys)	15/25	60% (2.)
Dressing (10) (pukeutuminen)	40/50	80%
Bowels (10) (suolen toiminta)	35/50	70% (3.)
Bladder (10) (rakon toiminta)	25/50	50% (1.)
Toilet use (10) (WC:ssä käyminen)	30/50	60% (2.)
Transfer (15) (siirtyminen vuoteesta tuoliin)	65/75	87%
Mobility (15) (liikkuminen)	55/75	73% (4.)
Stairs (10) (portaiden nousu)	30/50	60% (2.)

Taulukko 3. Barthelin avulla saadut havainnoinnin tulokset toimintakyvystä

Sekä TUG-testi että Barhel tukivat haastattelun tuomia iäkkäiden sanallisia arvioita toimintakyvystään ja palvelutarpeistaan tämän tutkimuksen tuloksien mukaan.

6.4 Kotihoidon työn uudelleen organisointia iäkkään aktiivisuuden tueksi

lääkkeitä haastatteleamalla tuli esille heidän näkökulmiaan kotihoidon työn uudelleen organisoinnista aktiivisuuden tueksi ja Learning cafe -menetelmän avulla kehittämistyöryhmä tuotti näkökulmiaan kehittämisen tarpeista iäkkäiden aktiivisuuden lisäämiseksi.

lääkäiden mielestä kotihoidon työn uudelleen organisointia apuna käyttäen saataisiin esille iäkkäiden kaipaamaa parempaa aktiivisuuteen tukemista (liite 9). Kotihoidon työn uudelleen organisoinnin avulla iäkkäiden parempi tukeminen muodosti yläkategorian aineiston ryhmittelyssä tässä tutkimuskysymyksessä. Kotihoidon työntekijöiden yksilön tarpeita enemmän huomioivat läsnäoloajat tukisivat paremmin iäkkäiden omaa aktiivisuutta. Lisäksi kaivattiin samoja hoitajia käymään kotikäynneillä, jolloin iäkkäiden arvioiden mukaan seuranta onnistuisi paremmin ja kohtaaminen kodissa onnistuisi helpommin. lääkäät toivoivat ohjausta omatoimisuuteen ja voimavarojensa käyttämiseen sekä positiivista asennetta tulevaisuuden kohtaamiseen.

”Jos joku tutuksi, olisi parempaa, jolloin helppo sanoa asioita ja hoitaja tuntee kodin.”

”Kahtoo, miten se ihminen pystyy.”

Kehittämistyöryhmän käyttämän Learning cafe -menetelmän avulla saadut tulokset (liite 8) kertoivat, että kehittämisen tärkeimmiksi lähtökohdiksi osoittautuivat fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueet, kun haluttiin lisätä tuen antamista iäkkään omaan aktiivisuuteen, toiminnallisuuteen ja sosiaalisuuteen ja arjesta selviytymiseen tutkimuskysymysten mukaisesti. Learning cafen teemat olivat samat kuin iäkkäiden haastattelujen teemat: arkitoimista suoriutuminen, fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky ja toimintakyvyn ympäristötekijät. Työryhmä valitsi kaksi tärkeintä teemojen tuomaa näkökulmaa jokaiselta osa-alueelta uuteen kotihoidon mallinnukseen.

Arkitoimien tukemisen osa-alueelta työryhmä kirjasi toimintamalliin apuvälineiden päivityksen ajan tasalle ja tilojen esteettömyyden huomioimisen. Työryhmä totesi, että kotifysioterapeutti on avainhenkilö asian hoitamiseen, mutta myös kotihoito osallistuu taitojensa mukaan apuvälineiden ja tilojen toimivuuden seurantaan sekä kaatumisien huomioimisiin. Lisäksi työryhmä mielti, että arkitoimien tukemisessa tuli olla yhtenäiset käytännöt ja eri tiimien tulisi tehdä niistä yhteinen päätös.

Työryhmä valitsi fyysisen toimintakyvyn osa-alueelta ensimmäiseksi kotihoidon uuteen toimintamalliin toimintakykytestin, TUG-testin. Kehittämistyöryhmän päätös oli, että TUG-testi juurrutetaan toimintatavaksi sekä kotihoitoon että palvelu-

taloihin asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tarkistamisen yhteyteen, ensimmäisen kerran kolmen kuukauden jälkeen ja jatkossa puolivuositain. Työryhmä valitsi fysioterapeutin opettamaan fysioterapian ja kotihoidon työntekijöitä tekemään testi. Lisäksi työryhmä päätti, että TUG-testin tekeminen valokuvataan, jos iäkäs niin haluaa. Työryhmä totesi, että valokuvan avulla iäkäs ja kotihoito voivat seurata kehon ja liikkumiskyvyn muutoksia. Toiseksi konkreettiseksi toimenpiteeksi työryhmä valitsi tasapaino-, lihaskunto- ja liikkuvuusliikkeet iäkkään kotiin tehtäviksi siten, että kotifysioterapeutti tekee ohjelmat ja kotihoito toteuttaa. Lisäksi työryhmä esitti, että kotihoidon toimintatavaksi juurrutetaan tapa, jonka avulla iäkäs saa jostakin harjoitteesta kotiläksyn, ja samalla keskustellaan kaatumisien ja tapaturmien ehkäisystä. Lisäksi työryhmä mietti henkilökohtaisen avustajan tai kuntoilun avustajan mahdollisuutta.

Kognitiivisen toimintakyvyn alueelta kehittämistyöryhmä valitsi ensimmäiseksi kotihoidon uuteen toimintamalliin koottavan viikoittaisen teemasuunnitelman. Työryhmän päätös oli, että kotihoitoon tulevat seuraavat opiskelijat kokoavat opiskelutyönään viikoittaisen teemasuunnitelman iäkkään ja kotihoidon keskustelujen pohjaksi, virikkeeksi tai menneitten muistelemiseksi vuodeksi eteenpäin. Lisäksi työryhmän mukaan työntekijöille tulee järjestää aikaa keskusteluun ja puhumiseen kotikäynnin yhteydessä, jolloin myös työntekijöiden omat vahvuudet tulevat käyttöön. Toiseksi kehittämiskohteeksi työryhmä valitsi iäkkään tukemisen oman päiväjärjestyksensä suunnittelussa. Työryhmä esitti, että iäkkäälle pitää antaa aikaa päättää itse, missä järjestyksessä hän haluaa syödä tai käydä pesuilla. Lisäksi työryhmän ajatuksena oli, että pesut, pukemiset ja WC-käynnit tehdään yhdessä omatoimisuutta tukien siten, ettei asioita tehdä iäkkään puolesta. Kognitiivisen toimintakyvyn tukemiseksi työryhmä vielä mietti erilaisten kerhojen, muistitestien ja eri yhteistyötahojen merkitystä.

Psyykkisen toimintakyvyn tukemiseksi työryhmä päätti, että yhteistyötä eri tahojen kanssa tulee tehostaa. Työryhmän mukaan omaisten kanssa tehty yhteistyö on tärkeää ja tämä yhteistyön seuranta on kotihoidon omahoitajan vastuulla. Lisäksi työryhmä osoitti, että on merkityksellistä tehdä yhteistyötä seurakunnan ja muiden asiantuntijoiden, oppilaitosten ja opiskelijoiden, omaisten ja vertaisoh-

jaajien kanssa. Toiseksi kehittämiskohteeksi työryhmä nimesi matalan kynnyksen puuttumisen psyykkisen toimintakyvyn osa-alueella.

Kehittämistyöryhmän valinnat sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen osa-alueelta koskivat erilaisten kuljetuksien tukemisen organisointia iäkkään kotoa lähtemisen helpottumiseksi. Työryhmä esitti, että taksikorttien käyttämistä tulisi enemmän tukea niin, että iäkäs lähtisi osallistumaan kyläkerhoihin ja tapahtumiin sekä erilaisiin ryhmiin. Työryhmän mukaan kotihoidon tulisi tiedottaa paremmin erilaisista tapahtumista.

Toimintakyvyn ympäristötekijöiden huomioimiseksi työryhmä valitsi tärkeimmäksi tuen kohteeksi iäkkään omaisten ja ystävien saamisen mukaan iäkkään arkeen. Työryhmä totesi, että omaisten, ystävien ja vapaaehtoisten avustajien turvin on helpompi selvitä ympäristön tuomista olosuhteista, kun esimerkiksi haasteina ovat iäkkään ulkona liikkumiseen tarvittava esteettömyys ja huilauksipaikat. Lisäksi työryhmä mietti ulkona liikkumisen turvallisuustekijöitä ja ulkona liikkumisen mahdollistavia tekijöitä, kuten ovien lukkojen, paikantavien rannekeiden, porrashissien ja turvapuhelimien merkitystä.

7 Pohdinta

7.1 Opinnäytetyön prosessin arviointia

Opinnäytetyön aihe pohjautui aikaisempiin tutkimuksiin, jotka oli tehty kotihoidon joko selvittämään työntekijöiden käsityksiä (Hietala 2011) tai kartoittamaan iäkkäiden mielipiteitä kotihoidon järjestämisestä (Steffansson, Pulliainen & Lappi 2015) iäkkäiden toimintakyvyn ja hyvinvoinnin ylläpysymiseksi. Aineiston koaamisessa ja käsittelyssä näkyy fysioterapeuttinen ote, koska olen tarkastellut kotihoidon palveluja omasta fysioterapeuttisesta viitekehystä käsin. Vähäinen kotihoidon toteutuksen asiantuntemus on saattanut tuoda epätarkkuuksia termien käyttöön ja ilmetä puutteina asioiden käsittelyssä, mutta toisaalta toiminnan kehittämisessä etuna voi olla uuden näkökulman ja erilaisen lähestymistavan tuominen kotihoidon tarkasteluun.

läkistä arvostava ja kunnioittava työtapa sekä hänen toimintakykensä tukemista sisältävä asukaslähtöisempi toiminta on tärkeä terveyttä edistävä malli, jossa ihminen on tärkeämpi kuin suoritteet. Iäkkään kuuntelemisen ja yhdessä tekemisen merkitys on huomattava hyvinvoinnin tukemisen lähde. Heinola ja Helo (2012, 3) totesivat, että iäkkäiden osallisuuden ja mielekkään tekemisen tueksi ja arjesta selviytymiseksi tulisi löytää sopivia keinoja. Iäkkään yksilöllisyys ja hänen omien mahdollisuuksiensa ja voimavarojensa tunnistaminen on tärkeää toimintakyvyn ylläpysymiseksi (Turjamaa 2014, 48). Lisäksi Eloniemi-Sulkava ja Savikko (2011, 105, 111) esittivät tutkimuksessaan, että hyvinvoinnin tarpeista ja asukaslähtöisestä näkökulmasta oleva hoidon suunnittelu edistää laadukasta elämää, jolloin asukas kohdataan ennen kaikkea ihmisenä.

Aikaisempien tutkimusten mukaan (Dahlin-Ivanoff ym. 2010, Ikäinstituutti 2014, Sufuca-projekti 2009a) parhaimpia keinoja iäkkäiden toimintakyvyn tukemiseksi ovat asiantuntijoiden käyttäminen ja moniulotteisen ja -alaisen yhteistyön organisoiminen sekä ryhmämuotoisten toteutuksien järjestäminen eri teemojen avulla. Iäkkään omaa aktiivisuutta tulee tukea kaikilla hänen elämänsä osa-alueilla ja siksi asiantuntija-avun ja vertaistuen saaminen sekä yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen on tärkeää. Opinnäytetyön mukaan iäkkäät toivoivat muun muassa mielialan, alakulon ja masentuneisuuden käsittelemistä varten keskustelu- ja vertaistukiryhmiä ja ystäväpalvelua. Kehittämistyöryhmä totesi, että kotihoidon työntekijät kokevat riittämättömyyttä monen asian edessä, jonka vuoksi yhteistyötä tarvitaan eri asiantuntijoiden kanssa.

Haastattelukysymysten määrä oli runsas, mutta niiden avulla saatiin paljon tarkoituksenmukaista tietoa, mutta myös paljon sellaista tietoa, jota tässä aineiston käsittelyssä ei osattu tai pystytty käyttämään. Tutkimuskysymyksiin vastauksien saaminen edellytti valmiin kysymys- ja testikokonaisuuden muokkausta, joka onnistui niin, että saatujen aineistojen avulla pystyttiin vastaamaan jokaiseen tutkimuskysymykseen. Synteesien teko eri aineistojen tuottamasta tiedosta oli haasteellista ja se jäi osin puutteelliseksi. Kuitenkin aineistojen käsittelyssä pyrittiin tarkkaan ja iäkkään äänen sille tuomaan tutkimusotteeseen. Ikäinstituutin mukaan on tärkeää iäkkäiden oman äänen kuuluminen toimintojen kehittämisessä (Ikäinstituutti 2014, 16).

Tutkimusmenetelmien valinta osoittautui lopputuloksen mukaan oikeaksi, joskin työstä tuli laaja ja pitkä kokonaisuus. Kokeneempi tutkija pystyisi ennakoimaan paremmin tutkimuksen kokonaisuuden. Oli kuitenkin mielenkiintoista ja opettavaista olla kokeilemassa eri menetelmiä ja niiden yhteensovittamista. Iäkkäät hyötyivät monipuolisesti tutkimuksen eri menetelmien tuomasta annista, kun saivat kertoa omin sanoin asioista ja tehdä toimintakykytestin. He kokivat tulensa kuulluiksi.

Iäkkään kohtaaminen arjen keskellä ja hänen äänensä tuominen näkyville oli haastava, mutta antoisa ja mieliinpainuva prosessi. Iäkkäiden monet värikkäät ja persoonalliset sekä toisaalta aidot ja syvälliset ilmaisut olivat rikastuttamassa haastattelutilanteita ja työn tekemistä. Toisaalta tutkimuksen aiheen muotouduttua työelämälähtöisenä tarpeena juuri kotihoitoon, vaati tutkimuksen tekeminen epämukavuusalueelle siirtymistä, koska työskentely kotihoidon piirissä ei ollut kuulunut omaan työskentelyhistoriaani perusterveydenhuollon fysioterapeuttina. Iäkkäiden palvelutarpeiden kartoittamisessa saatu tieto ja kokemus on hyödynnettävissä omassa, fysioterapeutin työssä sekä kuntoutusosastolla työskentelevien työtovereiden ja kotihoidon työntekijöiden työssä niin, että iäkkään ihmisen kohtaaminen olisi häntä arvostavaa hänen toimintakykynsä ja hyvinvointinsa tukemisessa.

Kymmenosaisen mallinnuksen suunnitelman kokoamisen jälkeen esitin sen lähiesimiestasoiselle joukolle. Mallinnus hyväksyttiin. Mielenkiintoista oli, että iäkkäiden ja kehittämistyöryhmän näkemyksistä toiminnan kehittämiseksi löytyi selvästi kymmenosainen kokonaisuus, kun iäkkäiden tuomia kehittämisenäkökulmia ja kehittämistyöryhmän pohdintoja tarkasteltiin aihealueittain. Kehittämistyöryhmän tekemiä päätöksiä ja ehdotuksia juurrutetaan kotihoitoon sekä palvelutalojen ja kuntoutusosaston toimintaan ja fysioterapiaan.

Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tehdä seurantatutkimus uuden kotihoidon mallinnuksen toteutumisesta ja siitä, miten iäkkäät ovat sen havainneet ja kokeneet. Tuloksia vertailemalla voitaisiin tarkastella kotihoidon työn kehittämisen onnistumista. Toisena jatkotutkimuksen aiheena voisi olla vain yhden yksittäisen kymmenosaisen kehittämissuunnitelman toteutumisen tutkiminen, kuten

esimerkiksi kuljetuksien järjestyminen tapahtumiin ja harrastuksiin iäkkään toiminnallisuuden ja sosiaalisuuden tukemiseksi.

7.2 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyö tehtiin haastattelemalla ≥ 75 -vuotiaita julkisen kotihoidon asiakkaita. Iäkkäät olivat kotiutuneet äskettäin kuntoutusosastolta, jonne he olivat joutuneet tilapäisen toimintakyvyn alenemisen vuoksi. Iäkkäiden kotona suoritettujen haastattelujen pohjautuivat kansallisen asiantuntijaverkoston laatimaan kysymys- ja testikokonaisuuteen. Tutkimuksen lähtökohtana oli selvittää iäkkäiden omia arvioita palvelutarpeistaan. Tutkimuksessa käytettiin myös osallistuvaa toimintakyvyn havainnointimenetelmää haastattelujen tueksi. Lopuksi moniammatillinen kehittämistyöryhmä suunnitteli kotihoidon kehittämistä iäkkäiden esille tuomien palvelutarpeiden ja kehittämistoiveiden avulla. Mallinnuksen kokoamisen ja kirjaamisen jälkeen esimiestasoinen työntekijäjoukko luki mallinnuksen ja hyväksyi sen, jolloin mallinnus voidaan pitää luotettavasti tehtynä. Kananen (2010, 70) mukaan kun se taho, jota asia koskee, on lukenut aineiston, voidaan aineiston tuottamaa tulosta pitää luotettavana.

Iäkkäiden vastaukset tuottivat sekä sisällön analyysin mukaisen ja taulukkomuotoon tuotetun aineiston ja kehittämistyöryhmä tuotti kehittämisen toimenpiteistä koostuvan aineiston. Lisäksi yksittäinen toiminnallinen TUG-testi tuotti toimintakykyä mittaavan aineiston ja Barthelin avulla tehty havainnointi tuotti iäkkäiden vastauksia tukevan aineiston. Tulosten dokumentaatio oli tarkkaa ja huolellista. Tulosten tarkan dokumentaation avulla tuetaan tutkimustulosten oikeellisuutta (Kananen 2010, 144) ja lisäksi tuloksien esittämiseen liitettiin suoria haastatteluotteita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 233).

Kotihoidon palvelut kotiuttamisen tukena eivät olleet hyvin kohdanneet iäkkäitä monipuolisesti, mutta palvelut olivat toimineet kuitenkin kotiuttamisen tukena niin, että iäkäs oli pystynyt kotiutumaan. Tuloksien mukaan palvelut olivat niukasti tukeneet arkitoimista suoriutumista ja fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä toimintakyvyn ympäristön huomioimista. Nämä kohdat muodostivat yläkategoriat aineiston ryhmittelyssä tutkimuskysymyksen teemassa kotihoidon palvelut kotiuttamisen tukena.

Kotiutumisen yhteydessä oli järjestetty perustarpeista ravinnon saanti, peseytyminen ja hygienia (suolen ja rakon toiminta) sekä perusapuvälineet tukemaan liikkumista, mutta iäkkään kokonaisvaltainen tukeminen oli ollut niukkaa. Ns. vanhuspalvelulaki edellyttää iäkkään hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemisen sekä hyvän hoidon turvaamisen. Nämä asiat tulisi huomioida jo ennen kotiutusta, kun kotiutuksesta on tehtävä ilmoitus kunnan sosiaalihuollosta vastaavalle henkilölle hyvissä ajoin ennen kotiutumista. (Laki ikääntyneen väestön - - 2012, § 16). Allen ym. (2014) tutkimuksessaan totesivat, että laitoshoidosta kotiuttaminen vaatii hyvää keskustelua kotiutumisvaiheessa iäkkään ja ammattilaisten välillä, jolloin iäkkään yksilöllisyys ja itsensä hoitamisen ohjaus toteutuvat. Myös Turjamaa (2014, 48, 49) totesi tutkimuksessaan, että laadituista hoitosuunnitelmista ei näkynyt iäkkään koko tilanne, mutta kotihoidon työntekijöiden tulisi kuitenkin huomioida kaikki tarkoituksenmukaiset aktiviteetit.

Kotihoidon palvelut toiminnallisuuden ja sosiaalisuuden tukena olivat niukasti olleet tukemassa iäkstä (liite 9). Toiminnallisuutta oli huomioitu lähinnä yksittäisinä sanallisina ilmaisuina ja sosiaalisuuteen liittyvistä asioista oli ollut puhetta vaillinaisesti. Iäkkäiden vastaukset kuvasivat lähinnä kotihoidon työntekijöiden tekemistä, ei heidän itsensä osallistuttamista toimintaan.

Iäkkäiden mielestä toiminnallisuuden tukemista arkitoimissa oli ollut vaillinaisesti ja fyysisten ja kognitiivisten kykyjen käytön kannustamista oli ollut niukasti sekä sosiaalisuuden tukemista oli ollut vähäisesti. Nämä kohdat muodostivat yläkategoriat aineiston ryhmittelyssä tutkimuskysymyksen teemassa kotihoidon palvelut toiminnallisuuden ja sosiaalisuuden tukena. Äijön (2015) tuoreen tutkimuksen mukaan toimintakyvyn laskua tapahtuu, kun ikääntymisen myötä fyysinen aktiivisuus vähenee. Siksi on tärkeää, että hoitaja tukee iäkstä käyttämään sekä fyysisiä että psyykkisiä voimavarojaan päivittäisten toimintojen yhteydessä ja sosiaalisten yhteyksien luomisessa tai ylläpitämisessä (Sufuca-projekti 2009a). Kotihoidon kireät aikataulut osoittautuivat iäkkäiden mielestä syyksi niukalle toiminnallisuuden ja sosiaalisuuden tukemiselle.

Kotihoidon palvelut kotona arjesta selviytymisen tukena oli laaja kokonaisuus, koska aineistoa tuottivat sekä haastattelut että toimintakykyä mittaava TUG-testi ja Barthelin mukaan tehty havainnointi.

Tulosten mukaan kotihoidon palvelut eivät olleet kohdanneet kotona asuvien iäkkäiden tarpeita oman aktiivisen arjesta selviytymisen tukena (liite 9). Tulosten mukaan palvelut olivat niukasti tukeneet aktiivisuutta arkitoimien yhteydessä ja aktiivisuutta fyysisten, kognitiivisten, psyykkisten ja sosiaalisten kykyjen käytössä sekä aktiivisuutta huomioiden ympäristön toimintakykyä tukevat ja haittaavat tekijät. Myös keskustelu alkoholin käytöstä arjessa oli vaillinaista.

Aineiston ryhmittelyssä pelkistettyjen alkuperäisilmaisujen avulla muodostuivat seuraavat yläkategoriat: aktiivisuuden niukka tukeminen arkitoimissa, aktiivisuuden niukka tukeminen fyysisten kykyjen käytössä, aktiivisuuden niukka tukeminen kognitiivisten kykyjen käytössä, aktiivisuuden niukka tukeminen psyykkisten kykyjen käytössä, aktiivisuuden niukka tukeminen sosiaalisten kykyjen käytössä ja alkoholista keskusteleminen sekä aktiivisuuden niukka tukeminen toimintakyvyn ympäristön huomioimisessa (liite 9). Muissa tutkimuksissa on saatu samansuuntaisia tuloksia. Turjamaa (2014, 48, 49) osoitti väitöskirjassaan, että kotihoidon työntekijät huomioivat vain yleisellä tasolla iäkkäiden omien voimavarojen käyttöä ja kokevat päivittäisten toimintojen yhdessä tekemisen haasteellisena. Hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät aina tue toimintojen ja palvelujen toteutumista, totesi myös Kehusmaa (2014, 36) väitöskirjassaan.

Arkitoimista suoriuduttiin apujen turvin. Tarvittavia apuja saatiin ensisijaisesti omaisilta tai läheisiltä ihmisiltä tämän tutkimuksen tuloksien mukaan. Rahaasioiden hoidosta selviytyi kaksi vastaajaa, toiset saivat apua itse valitsemaltaan taholta. Ruokakaupassa pystyi yksi iäkäs käymään, muut olivat itse valinneet sen, miten ruokailu onnistuu, ja kahdelle iäkkäälle tuli valmisruoka palveluna. Siivousten tekeminen oli kokonaan ulkopuolisen avun varassa, ja kaksi iäkäästä toivoi siivoukseen uutta sopivaa palvelua. Kaikki tutkimukseen osallistuneet iäkkäät olivat joutuneet vähentämään tärkeitä toimintojaan, esimerkiksi harrastuksiaan, ja kolme iäkäästä koki palvelutarvetta eri toimintoihin mukaan pääsemiseksi. Neljä vastaajaa koki tarvitsevansa heikentyneen toimintakyvyn

takia apua arkipäivän askareissa, ja heistä kolme sai apua julkisen kotihoidon kautta. Kolme iäkästä koki avun saamiseen sisältyvän lisäpalvelutarvetta.

Fyysisten kykyjen käyttöä aktiivisuutta lisäävänä tekijänä oli huomioitu niukaksi. Aineiston mukaan kaatumisien käsittely oli vaillinaista ja kaksi iäkästä vastaaja totesi, että kaatumisen käsittelyyn tarvitaan sopivaa palvelua. Kaksi iäkästä oli kaatunut viimeisen kuukauden aikana, ja kolme vastaajaa oli vähentänyt liikkumista kaatumisen pelon takia. Kaatumisen aiheuttamaa huolestumista koki neljä vastaajaa, joista kaksi koki palvelutarvetta kaatumisen aiheuttaman pelon käsittelyssä. Iäkkäistä vain yksi pystyi kävelemään noin puoli kilometriä ja kolme vastaajaa arvioi nousevansa yhden kerrosvälin. Kaikkiaan neljä iäkästä kertoi vähentäneensä sekä kävelemistä että portaiden nousua ja kolme koki väsyvää näissä suorituksissa.

Kognitiivisten kykyjen käyttöä tuettiin niukasti aktiivisuutta lisäämään. Muistites-tejä oli yksittäistapauksissa tehty, ja vastaajista kaksi koki huolestumista muistiin liittyvistä asioista. Iäkkäät arvioivat kykenevänsä lukemaan ja laskemaan ja sanomaan tai kirjoittamaan, mitä haluaisivatkin. Kolme totesi pystyvänsä oppimaan uutta, yksi koki tarvitsevänsä sopivaa palvelua avuksi. Kodin ulkopuolella liikkumisen epävarmuutta aineiston mukaan kokivat kaikki haastateltavat ja sopivaa palvelua tämän asian selvittämiseksi toivoi kolme iäkästä. Neljä iäkästä arvioi tärkeiden toimintojensa vähentyneen, kaksi heistä koki palvelutarvetta.

Psyykkisten kykyjen tukemista aktiivisuutta lisäävänä tekijänä aineiston mukaan oli ollut niukasti. Kolme iäkästä koki olevansa huolestunut alakulostaan ja masentuneisuudestaan, ja neljä vastaajaa koki sopivan palvelun tarvetta asian käsittelyä varten. Neljä iäkästä arvioi olleensa huolissaan kokemastaan mielenkiinnon puutteesta viimeisen kuukauden aikana. Aviopuolison tai omaisen menetys oli tuonut mielialaan muutoksia.

Aktiivisuuden tukemista sosiaalisten kykyjen käytössä oli myös ollut niukasti aineiston mukaan. Kaikki iäkkäät kertoivat olevansa yhteydessä tuttaviiinsa tai sukulaisiinsa. Useimmat vastaajista olivat tiiviisti päivittäin yhteydessä omaisiin tai ystäviin. Kolme viidestä iäkkästä koki lähellään olevan ihmisiä, joiden kanssa voi keskustella luottamuksellisesti asioista. Kaikkien vastaajien mielestä he

saivat tarvitessaan tukea joltakin läheiseltä ihmiseltä ja he olivat jokseenkin tyytyväisiä saamaansa tukeen ja apuun. He arvioivat tyytyväisyyden asteen olevan 6-9, kun käytettiin tyytyväisyysasteikkoa 1-10. Yksinäisyydestä kärsi neljä iäkasta ja kaksi heistä koki tarvitsevansa sopivan palvelun antamaa tukea asian käsittelyssä. Turvalliseksi olonsa koki neljä vastaajaa ja kolme heistä koki palvelutarvetta asian käsittelyssä. Harrasteryhmiin ei neljä iäkasta enää pystynyt osallistumaan aineiston mukaan ja he kokivat avun tarvetta harrastemahdollisuuksien kartoittamisessa.

lääkäiden arvioiden mukaan aktiivisuuden tukeminen toimintakyvyn ympäristötekijöiden huomioimisessa oli niukkaa. Lääkäät olivat arvioittensa mukaan tyytyväisiä nykyiseen asuntoonsa. Puutteita koettiin olevan kaappien sijainnissa ja asunnon lämpötilassa, ja asunnonmuutostöitä koettiin tarvittavan WC- ja pesutilojen ovien kapeuden takia. Lisäksi aineiston mukaan tarvittiin tukitankoja. Oman turvallisuuden puolesta kotona tai kodin ulkopuolella ei koettu olevan pelkoa. Kolme iäkasta arveli, että muutostöiden tekeminen asuinympäristöön ei olisi mahdollista, jos terveydentila heikkenee. Neljän iäkkään mielestä heillä ei näyttävän olevan ketään, joka voisi auttaa heitä päivittäisissä toimissaan, jos heidän vointinsa heikkenee. Kolme iäkasta totesi, että sopiva palvelu voisi auttaa asioiden käsittelyssä. Asuinalueen palvelut arvioi riittäväksi kolme iäkasta vastaajaa, ja kaksi koki tarvitsevansa sopivaa palvelua avuksensa asian käsittelyssä. Neljä iäkasta koki pystyvänsä jatkamaan omaa elämäntapaansa vanhelessaan.

Kodin ulkopuolella liikkumisen, ulos pääsemisen ja harrastuksiin osallistumisen tukeminen arvioitiin vaillinaiseksi. Suurimpana tukemisen vaillinaisuutena iäkkäät kokivat kuitenkin sen, että alakulon, masentuneisuuden ja toivottomuuden käsittelemistä oli niukasti. Iäkkään elämänmuutoksiin liittyy usein läheisten menetykset ja yksinäisyys (Sufuca-projekti 2009a). Yksinäisyys näkyi arjessa, vaikka omaisia ja ystäviä kävikin. Omaisten ja ystävien lähdettyä olo koettiin tyhjäksi, koska harrastemahdollisuudet puuttuivat. WHO:n (2011) mukaan globaali suuntaus on, että perheenjäseniltä saatava tuki ja läheisyys vähenevät. Iäkkäillä ihmisillä on vielä lapsia ja lapsenlapsia, jotka ovat heidän tukenaan, mutta tulevaisuudessa on toisin (WHO 2011, 22–23). Kotihoidon tulisi ymmär-

tää läheisyyden ja yhteisöllisyyden tarve sekä antaa aikaa iäkkään elämäntarinan kuuntelemiseen (Sufuca-projekti 2009a).

Kotihoidon työn uudelleen organisointia aktiivisuuden tueksi tarkasteltiin sekä iäkkäiden arvioiden (liite 9) että kehittämistyöryhmän työskentelystä tuotettujen suunnitelmien (liite 8) avulla. Iäkkäiden ja kehittämistyöryhmän näkemykset täydensivät toisiaan niin, että niistä muodostui kymmenosainen suunnitelmakokonaisuus iäkkäiden toimintakyvyn tukemiseksi kotihoidossa.

Asukaslähtöisemmin kohdentuvan kotihoidon palvelujen kehittämiseen vaikuttivat iäkkään toimintakyky ja voimavarat sekä hänen saamansa tuen laatu ja määrä sekä hänen toimintakykyään joko edistävät tai rajoittavat ympäristötekijät, ja kunnan tarjoamat palvelut, jotka toimivat viitekehysenä myös kotihoidon palveluille. Kehittämisen kohteena oli yksilöllisemmän ja asukaslähtöisemmän kotihoidonpalvelun toteutuminen. Ihmisen tarpeiden kuuntelun tulisi olla ensisijalla, sitten hoitajan tehtävien tärkeys. Terveyspalvelujen avulla on tarkoitus tukea ihmisen omatoimisuutta. Toimintamallin tulisi olla asiakas- ja tiimikeskeistä, jossa vuorovaikutus on asiakasta voimaannuttavaa. (POTKU-hanke 2015.) Terveystieteiden tutkimusten (2010) mukaisesti tulisi edistää asiakaslähtöisen toiminnan onnistumista (Terveystieteidenlaki, § 2).

Haastattelujen lopputuloksina olivat iäkkäiden käsitykset omista palvelutarpeistaan ja kotihoidon palvelujen kehittämisen mahdollisuuksista. Kehittämistyöryhmän esittämät konkreettiset kehittämistarpeet olivat yhteneviä iäkkäiden esille tuomien käsityksien kanssa tarpeittensa huomioimisesta eri palvelujen avulla.

Tutkimuksen mukaan tärkeimmiksi kehittämisen osa-alueiksi muodostuivat fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn tukeminen. Kehusmaan (2014, 32, 60) tutkimuksesta ilmeni myös, että tyydyttämättömiä avun tarpeita on juuri ≥ 75 -vuotiailla paljon ja avun tarpeet kohdistuvat erityisesti fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn heikentymisen tuomiin ongelmiin. Ikäinstituutti on korostanut jo useiden vuosien ajan kotona asuvien iäkkäiden kuntosalin-, voima- ja tasapaino-, kuntojumppa- ja vesivoimisteluryhmien tärkeyttä Voimaa vanhuuteen -ohjelman avulla (Ikäinstituutti 2014, 8, 12).

lääkkäiden mielestä suurinta avuntarvetta kohdistuu mielialan, yksinäisyyden aiheuttaman alakulon ja masentuneisuuden käsittelyyn. He toivoivat erilaisia heille suunnattuja keskustelu- ja vertaistukiryhmiä ja ystäväpalvelua. Myös Kehusmaan (2014) tekemästä tutkimuksesta ilmeni, että kotihoidon on tärkeää tunnistaa iäkkäiden masennusoireet (Kehusmaa 2014, 43, 60). Kehittämistyöryhmä totesi, että tarvitaan asiantuntijoiden apua kotihoidon työntekijöiden tueksi. Kotihoidon työntekijät kokevat riittämättömyyttä monen asian edessä. Dahlin-Ivanoffin ym. (2010) tutkimus osoitti sen, että iäkkäiden terveyden edistäminen on tehokkainta toteuttaa moniulotteisena ja -alaisena ryhmätoimintana niin, että iäkkäät itse saavat olla mukana suunnittelemassa toimintaa. Kansallisen Terveyden ja hyvinvointi laitoksen mukaan yleisin syy iäkkäiden laitoshoitoon ha- keutumiselle on juuri yksinäisyyden ja turvattomuuden kokeminen (THL 2014a).

lääkkäät arvioivat, että palvelutarvetta olisi myös osallistumisen mahdollistami- sessa eri harrastuksiin ja tapahtumiin. Suurimmaksi syyksi rajoittuneeseen osal- listumismahdollisuuteen koettiin kuljetuksien riittämätön ja hankala toteutumi- nen. Kehittämistyöryhmä piti tärkeänä, että iäkkäitä tuetaan enemmän muun muassa taksikorttien käytössä ja kuljetusapujen kartoittamisessa. Ikäinstituutti (2014) kartoitti kuljetuksien toteutumista sosiaali- ja terveystoimen tai sen avulla toteutuneihin ryhmätoimintoihin. Kuljetukset oli järjestetty pääosin sosiaali- ja terveystoimen kustantamilla tai tukemilla taksikuljetuksilla tai kimppakyydeillä, mutta myös erilaisten projektien tai hankkeiden rahoituksien avulla. (Ikäinstituut- ti 2014, 9.)

lääkkäät kokivat ulkona liikkumisen ja ulos pääsemisen vaikeiksi. lääkkäät toivoi- vat kaveria, ulkoiluttajaa avuksi, koska yksin apuvälineen kanssa ja heikenty- neen toimintakyvyn vuoksi uloslähtemiseen sisältyy liikaa pelkoa. Kehittämistyö- ryhmä totesi myös, että kehittyneempää järjestelmää iäkkäiden ulospääsemi- seksi tulee organisoida. Monet tutkimukset ja hankkeet ovat jo tuoneet esille ulkoilun merkityksen ikääntyneelle. Sufuca-projekti toi esille ulkoilun järjestämi- sen tärkeyden (Sufuca 2009a), kuten myös Ikäinstituutin konkreettinen Vie van- hus ulos -kampanja osoitti (Ikäinstituutti 2014,12,13).

Kotihoidon tarjoamia palveluja tulisi tämän tutkimuksen mukaan arvioida ja to- teuttaa asukaslähtöisemmin. lääkkään aktiivisesta arjesta selviytymistä tulisi tu-

kea niin, että samalla huomioidaan hänen omat fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset ja sosiaaliset kykynsä ja tuetaan häntä niiden käytössä. Lisäksi tulisi arvioida iäkkään toimintakykyyn ja elämäänsä vaikuttavia ympäristötekijöitä. Kehittämistyöryhmä totesi myös, että valokuvantamisen avulla voisi iäkäs itse ja kotihoidon työntekijät seurata vointia ja liikkumiskykyä. Usein ihmiselle saattaa kehittyä virheellinen käsitys omista taidoistaan ja liikkumiskyvystään (Pajala 2012, 15). Valokuvan avulla on mielekästä tarkastella asioita, kun valokuvassa on tarkoitus olla omana itsenään arjessa ja tuoda itsestään esille luonnollisessa ympäristössä (Koffert 2009, 95).

7.3 Mallinnus iäkkään toimintakyvyn tukemiseen kotihoidossa

Uusi kotihoidon mallinnus sisältää kymmenosaisen asukaslähtöisen iäkkäiden toimintakyvyn tukemisen suunnitelman (kuva 7), jossa on huomioitu tutkimuksen tuloksien mukaisesti iäkkäiden esittämiä palvelutarpeita ja kehittämistyöryhmän päätöksiä ja ehdotuksia. Mallinnuksessa on seuraavat kohdat:

1. Hoito- ja palvelusuunnitelman kolmen kuukauden jälkeisen tarkistamisen yhteyteen liitetään TUG-testi. Testiä uusitaan puolen vuoden välein ja testin tekee joko fysioterapeutti tai testiä tekemään koulutettu kotihoidon työntekijä ja palvelutalojen koulutetut hoitajat. Testin tekeminen valokuvataan, jos iäkäs niin haluaa. Valokuva annetaan iäkkäälle itselleen ja liitetään myös hoito- ja palvelusuunnitelman yhteyteen. (TUG-testi)

Perustelut: iäkkäiden kehittämisajatus oli: ”Kahtoo miten se ihminen pystyy”. Kehittämistyöryhmä piti tärkeänä toimintakykytestin tekemistä ja fyysisen toimintakyvyn tukemista ja valokuvausta sen tuoman visuaalisen viestin vuoksi.

2. Tasapaino-, lihaskunto- ja liikkuvuusharjoitukset yhdistetään kotikäyntien yhteyteen siten, että fysioterapeutti tekee ohjelmat ja kotihoito auttaa toteutuksessa. Iäkkäälle annetaan kotiläksy jonkin harjoitteen omatoimisesta tekemisestä. Tuetaan myös osallistumista ryhmäliikuntoihin, jolloin myös sosiaalinen toimintakyky harjaantuu. (Harjoitteet)

Perustelut: iäkkäiden esittämä kehittämisen ilmaisu oli, että ”kaveri ja harjoitus” toimisi. Kehittämistyöryhmän mielestä fyysisen toimintakyvyn tukemiseksi oli

tärkeää laatia suunnitelma konkreettisista harjoitteista jokaiselle kotihoidon asiakkaalle.

3. Laaditaan viikoittain teemasuunnitelma pohjaksi yhteisille keskusteluille kotikäyntien yhteyteen, ja varataan keskustelua varten aikaa. Teemasuunnitelman tekeminen toteutetaan kotihoidon opiskelijoiden opiskelutehtävänä siten, että he kuuntelevat iäkkäiden mielipiteitä suunnitelman teossa. Teemat vaihtelevat monipuolisesti. Teemasuunnitelman toteuttamista tarjotaan myös palvelutaloihin. (Teemasuunnitelma)

Perustelut: iäkkäillä osoittautui olevan tarvetta hyvin monenlaisten asioiden käsittelylle: suru, näkökyky, kirjojen tuoman sisältö, lasten menettäminen ja uusiin laitteisiin tutustuminen. Kehittämissryhmän näkökulmia olivat, että teemasuunnitelman avulla tulisi paremmin keskustelua ja yhteistä puhumista sekä aikaa yhteiselle hetkelle.

4. Arkitoimista suoriutumisen tukemiseksi kiteytetään kotihoidon eri tiimien välille yhtenäiset käytännöt. Yhtenäisiä käytänteitä ovat tukemisen tavat päivittäisissä askareissa ja omatoimisen suoriutumisen selvittelyt. (Yhtenäiset toimintatavat)

Perustelut: iäkkäiden toiveita kuvasi, että ”kannustetaan liikkumista, itsetekemistä, omatoimisuutta tulisi”. Kehittämistyöryhmä esitti, että tiimin yhteinen päätös sitouttaa ja auttaa työntekijöitä iäkkään oman aktiivisen arjesta selviytymisen tukemisessa.

5. Apuvälineiden ajan tasalle päivitys ja asuin- ja elinympäristön esteettömyyden tarkistus liitetään kotikäyntien yhteyteen kiinteästi. Fysioterapeutti ja kotihoidon työntekijä toimivat yhteistyössä apuvälineiden ja asunnonmuutostöiden tarpeen kartoituksessa ja toimintakyvyn ympäristön esteettömyyden selvittelyssä sekä tarpeellisissa eteen tulevilla muutoksilla. (Apuvälineet ja ympäristötekijät)

Perustelut: iäkkäiden arviot kertoivat, että he kokivat tarvitsevansa pieniä asunnonmuutostöitä ja turvallisuuden lisäämiseksi he toivoivat hissiä, ulkoportaisiin luiskaa, turvarannekkeen helpompaa mallia ja parempaa kuulolaitetta sekä vanhuksille tarkoitettua helppokäyttöistä puhelinta. Kehittämistyöryhmä piti tär-

keänä apuvälineiden ja asunnonmuutostöiden tarkistusta kaatumisien ja tapaturmien ehkäisevänä toimenpiteenä.

6. Kotihoidon työntekijöiden omien vahvuuksien esille tulemista ja käyttämistä tuetaan vahvuuksien kartoittamisen avulla. Työntekijöiden vahvuuksien tukeminen lisää motivaatiota yleisesti työn tekemiselle. (Työntekijöiden vahvuudet)
Perustelut: Iäkkäiden toiveet, kuten ”positiivista asennetta” ja ”tulevaisuus olemassa” osoittivat tarvetta työntekijöiden tukemiselle. Iäkkäät toivoivat myös yksilöllä kunnioitettavaa asennetta. Kehittämistyöryhmä osoitti, että työntekijöiden osaamisen vahvistaminen ja heidän omien vahvuksiensa huomioiminen auttaa jaksamaan työssä.

7. Yhteistyötä tehostetaan eri toimijoiden ja yhteistyötahojen kanssa käyttäen hyväksi saatavilla oleva asiantuntijuus. Omaisten kanssa tiivistetään yhteistyötä mahdollisuuksien mukaan. (Asiantuntijoiden käyttö)
Perustelut: Iäkkäät kaipasivat keskusteluterapeuttia ja -ryhmää, suru- ja käpyryhmää, ystäväpalvelua, kirjapiiriä, luentoja ja erilaisia kerhoja. Kehittämissyöryhmä totesi, että iäkkäillä on tarvetta, varsinkin psyykkisen toimintakyvyn osa-alueella, monenlaisten asioiden kohtaamiseen, joihin tarvitaan alan asiantuntijoita.

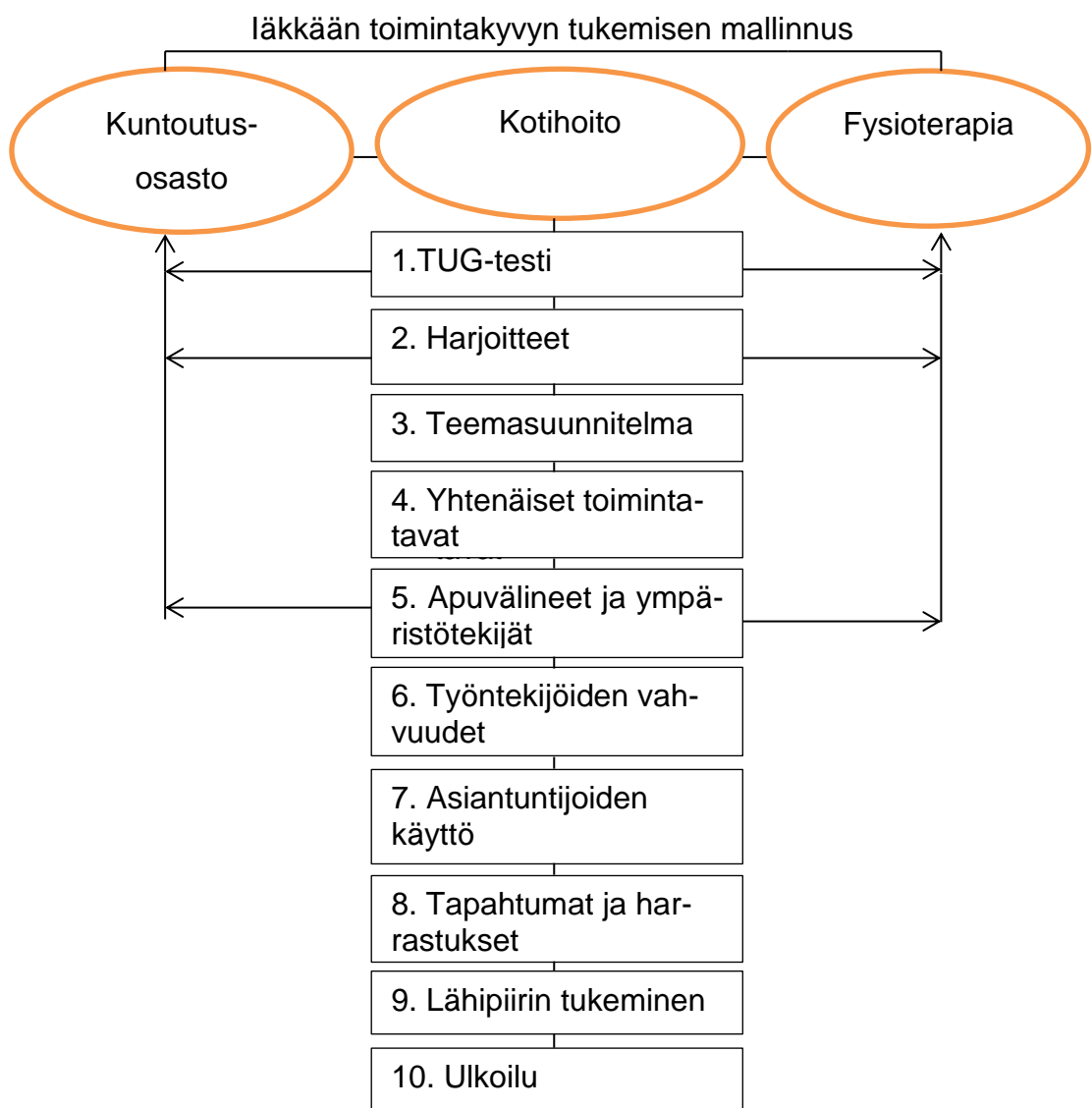
8. Tuetaan enemmän iäkkäiden aktiivista kuljetuksien käyttöä eri tapahtumiin joko omalle kylälle tai kantakaupunkiin ja tehostetaan tapahtumista tiedottamista. Taksikorttien hyödyntäminen ja kuljetuksien järjestyminen selvitetään. (Tapahtumat ja harrastukset)
Perustelut: Iäkkäiden arvioiden mukaan kyytien järjestyminen on vaikeaa. He toivoivat asioimiskyytejä kantakaupunkiin, parempia palveluliikenneaikoja, kyytisetelien saamista ja teatterimatkoja. Lisäksi iäkkäät toivoivat, että olisi saatavilla kotiin sisälle asti -palvelu. Kehittämissyöryhmä piti tärkeänä kyytiasioiden järjestymistä sosiaalisen toimintakyvyn tukijana.

9. Tuetaan omaisten ja ystävien liittämistä tiiviimmin iäkkään arkeen aktiivisen yhteistyön avulla toimintakyvyn ympäristötekijät huomioiden. (Lähipiirin tukeminen)
Perustelut: Iäkkäät toivoivat kodinhoitajan ja kotitalkkarin kaltaista apua sekä lisääpua ja intervallijaksoja. Iäkkäät toivoivat lisäksi nopeampaa avun saantia ja

varasysteemejä iltojen, öiden ja viikonloppujen ajalle. Kehittämistyöryhmä piti tärkeänä omaisten ja ystävien antamaa panosta iäkkään toimintakyvyn tukemisessa niissä ympäristöissä, joissa iäkäs elää.

10. Ulkona liikkumisen mahdollisuuden tukeminen liitetään oleellisesti kotihoiton palveluihin. (Ulkoilu)

Perustelut: iäkkäiden palvelutarve ulkoiluun oli huomattava, jota kuvaa sana ”ulkoilutus”. Kehittämistyöryhmä mietti ulkoiluun liittyvien turvallisuustekijöiden huomioimista ja esteettömyyden järjestämistä sekä riittävien lepopaikkojen saatavuutta.



Kuva 7. Iäkkään toimintakyvyn tukemisen mallinnus asukaslähtöisesti kotihoitossa

7.4 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön tekemiseen oli suullinen lupa (organisaation palvelujohtajan, kotihoidon esimiehen, fysioterapian esimiehen) jo tutkimusaiheen määrittelemisen jälkeen, koska tutkimus oli työelämälähtöiseen tarpeeseen vastaamista. Varsinaisen tutkimuslupa haettiin tutkimussuunnitelman hyväksymisen jälkeen ohjeiden mukaisesti, kuten myös tutkimukseen osallistujien suostumus kirjallisesti. Tutkittavat saivat myös tutkimuksesta kertovan saatekirjeen. Kotihoidon johtaja korosti lisäksi, että tutkimukseen osallistuville iäkkäille tulee kertoa se, että tämä tutkimus ei vähennä heidän saamiaan palveluja.

Luvat tutkimuksen tekemiselle täytyy olla kunnossa ennen tutkimuksen toteutusta. Ennen tutkimuksen aloittamista on tiedettävä kenen kanssa tutkimukseen liittyvistä järjestelyistä on neuvoteltava (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 178). Tutkimukseen osallistujien vapaaehtoisuus osallistumiseen ja kirjallinen suostumus ovat tutkimuseettisiä vaatimuksia, jotka tässä tutkimuksessa huomiointiin. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2009, 206) toteavat, että suunnitellut haastattelut saadaan yleensä mukaan haastattelun luonteen vuoksi. Luottamuksellisuus ja huolellinen asioiden käsittely tutkimuksen kaikkien eri vaiheiden toteutuksessa on kuitenkin eettisesti tärkeä (Kananen 2012, 173).

Saatujen yksilöllisten tietojen salassapito pitää varmistaa materiaalin hyvän säilytyksen (lukittu paikka) ja käsittelyn avulla. Hakalan (2008, 206) mukaan puutteellinen aineiston säilyttäminen aiheuttaa luottamuspulaa. Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyydet eivät tulleet ilmi tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimuksen loputtua varmistettiin äänitteiden ja muiden henkilöä koskevien materiaalien asianmukainen hävittäminen.

Eettistä toimintaa kuvaa se, että kuntoutusosaston osastonhoitaja seuloi potilaslisteristä ne henkilöt, jotka olisivat mahdollisia tutkimukseen osallistujia ja heistä valikoitui viisi iäkästä sillä perusteella, että heidän kohdallaan täytyivät kaikki asetetut kriteerit. Iäkkäiden nimet eivät tulleet muiden tietoisuuteen. Iäkkäillä oli myös mahdollisuus jättäytyä pois tutkimuksesta niin halutessaan. Myös sillä oli merkitystä, että tutkimuksesta suljettiin pois muistisairautta sairastavat, koska tutkimuksen luotettavuus olisi voinut kärsiä vähäisen kokemuksen vuoksi tutki-

muksen tekemisessä. Tutkimuksen tekijän on tunnistettava omat lähtökohtansa, joilla on vaikutuksia koko tutkimusprosessin aikana eli osattava arvioida eli reflektoida oman tekemisen vaikutuksia (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

Koko tutkimuksen ajan varmistettiin tarkan dokumentaation avulla luotettavuus, jolloin kaikki ratkaisut ja valinnat kirjoitettiin perustellen, kuten Kananen (2012, 173) toteaa ohjeissaan kehittämistutkimuksen tekemiselle. Samaa painottavat Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 24). Pidettyyn päiväkirjaan oli merkitty eri vaiheiden toteutuminen. Päiväkirjan pitämisen avulla tuetaan tutkimuksen uskottavuutta (Kananen 2010, 69, Kylmä & Juvakka 2007, 128). Uskottavuuteen kuuluu myös se, että tutkimustuloksien tulee ilmentää tutkimukseen osallistujien henkilöiden näkökulmia (Kylmä & Juvakka 2007). Iäkkäiden kanssa oltiin kasvotusten vuorovaikutustilanteessa haastattelujen yhteydessä ja lisäksi tilanteet tallennettiin nauhurille. Näin saatiin tarkka käsitys iäkkäiden näkemyksistä. Kehittämistyöryhmän päätöksistä ja ehdotuksista laadittiin mallinnus, jonka lähiesimiestasoinen joukko tarkisti ja hyväksyi. Lisäksi opinnäytetyön lukivat työn toimeksiantaja ja opinnäytetyön työelämälähtöinen ohjaaja sekä ohjaavat opettajat. Haastattelujen paikka ja haastatteluihin käytetty aika selvitettiin tutkimuksen toteutuksessa. Luotettavuutta lisätään haastattelututkimukseen siten, että kerrotaan haastatteluun käytetty aika ja paikka (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 232).

Tutkimuksen toteutumiseksi käytettiin eri menetelmiä, joilla pyrittiin vahvistamaan tutkimustuloksien oikeellisuutta ja uskottavuutta. Kananen (2010, 72) toteaa, että tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä eri menetelmien käyttämisen avulla, jolloin samalle tutkimustulokselle saadaan vahvistusta eri tavoin. Lisäksi tuloksien luotettavuuteen vaikuttavat aineiston keruu- ja analyysitavat. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikeuttaa se, että ihminen voi muuttaa ajatuksiaan ja näkemyksiään vapaasti. (Kananen 2010, 68–69.) Opinnäytetyössäni haastateltavat ihmiset olivat iäkkäitä ja vaikka heillä ei ollut todettua muistihäiriötä, saattaisivat vastaukset poiketa uusintana suoritettavassa haastattelussa. Toisaalta kehittämistyöryhmä pohti samojen kysymyksien avulla kotihoidon kehittämistä sekä lisäksi oli kerätty tutkimusaineistoa ja teoreettista viitekehystä niin, että ne kaikki täydensivät toisiaan. Kylmä ja Juvakka (2007, 129) toteavat,

että tutkimuksen uskottavuutta voidaan lisätä siten, että eri ryhmiltä kysytään samoja asioita tutkittavan ilmiön pysyessä samana.

Opinnäytetyön eri prosesseja ja niihin liittyviä henkilöitä on kuvattu ja niitä voi seurata kuvauksien avulla, jotka tukevat tutkimuksen vahvistettavuutta ja siirrettävyyttä. Aineiston avulla on kuvattu, kuinka päästiin tuloksiin ja iäkkäiden toimintakykyä tukevaan mallinnukseen kotihoidossa. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole usein tarkkaa etukäteissuunnitelmaa, vaan suunnitelma tarkentuu vähitellen, kun aineiston avulla kuvataan johtopäätöksiä. Toisaalta tutkimus tulee kuvata kokonaisuudessaan siten, että se on siirrettävissä vastaavanlaisiin tutkimustilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tämän tutkimuksen voi hyvin toistaa tarkkaan kuvatun materiaalin ja kuvauksien avulla vastaavalle ikäryhmälle kotihoidossa.

Tutkittava ilmiö on kuvattu opinnäytetyössä ja opinnäytetyön tarkoitus työelämälähtöisenä tarpeena on selvitetty. Opinnäytetyö on edistämässä iäkkäiden hyvinvointia ja terveyttä toimintakyvyn tukemisen avulla, kun kartoitettiin heidän omia arvioitaan palvelutarpeistaan ja kotihoidon kehittämisestä, ja ne saatiin liitettyä moniammatillisen kehittämistyöryhmän näkemysten kanssa uuteen toimintakykyä tukevaan mallinnukseen kotihoidossa. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset pohjautuivat aikaisempien tutkimuksien avoimiksi jääneisiin kysymyksiin. Tutkimusaineisto kerättiin niiltä henkilöiltä, joilla on omakohtainen kokemus tutkimuksen kohteena olevasta asiasta. Aineistoa voidaan pitää riittävänä laadullisessa tutkimuksessa, vaikka iäkkäitä oli vain viisi, oli kerätty aineisto kuitenkin laaja. Kylmä ja Juvakka (2007, 27) toteavat, että laadullisessa tutkimuksessa osallistujien määrä on tavallisesti vähäinen, mutta siitä huolimatta aineisto on usein laaja.

Lähteet

Aalto, A-M 2011. Suositus psyykkisen toimintakyvyn mittaamiseksi väestötutkimuksissa.

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S007_suositus_psykkinen_vt_110126.pdf. Luettu 15.10.2015.

Allen, J., Hutchinson AM., Brown R. & Livingston PM 2014. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. BMC Health Services Research 2014; 14: 346. BioMed Central. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4147161/>. Luettu 10.3.2016.

Barthel Index 2011. The Barthel index. <http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel.pdf>. Luettu 19.11.2015.

Dahlin-Ivanoff, S., Gosman-Hedström, G., Edberg, AK., Wilhelmson, K., Eklund, K., Duner A., Ziden, L., Welmer, AK. & Landahl, S. 2010. Elderly persons in the risk zone. Design of a multidimensional, health-promoting, randomised three-armed controlled trial for "prefrail" people of 80+ years living at home. BMC Geriatrics. 2010; 10: 27. BioMed Central.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2890010/>. Luettu 10.3.2016.

Eloisa ikä -ohjelma 2015. Eloisa ikä -ohjelma-asiakirja. <http://eloisaika-fi-bin.directo.fi/@Bin/8a3bb5ef024fccf86d7fe2a906db0caa/1444987688/application/pdf/141517/EloisalkaOhjelmaAsiakirja2015.pdf>. Luettu 16.10.2015.

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. (toim.) 2011. Mielen Muutos pitkäaikaishoidossa. Käytösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Mielen Muutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti 3. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://www.vahvike.fi/sites/default/files/dokumentit/mielenmuutos_raportti_3_indd.pdf. Luettu 18.3.2016.

Hakala, J.T. 2008. Uusi graduopas. Melkein maisterin entistä ehompi niksikirja. Helsinki: Gaudeamus University Press.

Heinola, R & Helo, K 2012. Eloisa ikä-ohjelma (2012–2017). Vanhustyön keskusliitto Ry.

https://www.ray.fi/sites/default/files/emmi_mediabank/Eloisa%20ik%C3%A4%202012-2017%20ohjelasuunnitelma%20VTKL.pdf. Luettu 4.10.2015.

Hietala, P. 2011. Toimintakykyä tukevaa kotihoitoa. Kehittämiskohteena hoito- ja palvelusuunnitelma sekä organisaatorakenne. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma, Ylempi AMK. Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala. Opinnäytetyö.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- ICF 2004. International Classification of Functioning, Disability and Health. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/99/9513311597_fin.pdf. Luettu 30.10.2015.
- Innokylä 2015a. Pitkäaikaissairaana terveys- ja hoitosuunnitelma. Auditointityökalu. <https://www.innokyla.fi/web/verstas128126>. Luettu 16.10.2015.
- Innokylä 2015b. Learning cafe. <https://www.innokyla.fi/web/malli109421>.
- Ikäinstituutti 2014. Voimaa vanhuuteen II -kohti toimintakykyä edistäviä toimintatapoja (2010–2015). Seuranta- ja arviointiraportteja 2013. Voimaa vanhuuteen -julkaisuja 9. Helsinki: Ikäinstituutti.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 111. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kaipainen, K. 2014. Design and evaluation of online and mobile applications for stress management and healthy eating. Väitöskirja. VTT Science 55. VVT: Espoo. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/science/2014/S55.pdf>. Luettu 10.3.2016.
- Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Väitöskirja. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135650/Tutkimuksia131.pdf?sequence=4>. Luettu 11.3.2016.
- Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia. Arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaja.
- Koffert, t. 2009. Valokuva ja kognitiiviset työskentelytavat depressiopotilaiden hoidossa. Teoksessa Halkola, U., Mannermaa, L., Koffert, T. & Koulumäki, L. (toim.) 2009. Valokuvan terapeuttinen voima. Helsinki: Duodecim, 95.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvakuista 28.12.2012/980. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Luettu 15.10.2015.
- Lindholm, H. 2013. Hyvinvointia työstä. Työterveyslaitos. http://www.kuntoutusportti.fi/files/attachments/k_paivat_2013/41kp_lindholm_hari.pdf. Luettu 15.10.2015.

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisen ehkäisy. Opas 16. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Pieksämäki 2015. Pieksämäen kaupunki. Koti- ja laitospalvelut. Kotihoito. <http://www.pieksamaki.fi/wp-content/uploads/Kotihoidon-palvelujen-piiriin-p%C3%A4%C3%A4syn-perusteet.pdf>. Luettu 19.11.2015.

Pirkanmaan alueellinen terveysliikuntasuunnitelma 2014. Liikuntaa terveydeksi. http://hlu-fi-bin.directo.fi/@Bin/0edd295fbee7ac6ad12a911022f18e5b/1444996578/application/pdf/403453/LiikuntaaTerveydeksi_PirkanmaanAlueellinenTerveysliikuntasuunnitelma.pdf. Luettu 16.10.2015.

POTKU-hanke 2013. Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointityökalu. <http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit/finish/74-terveys-ja-hoitosuunnitelma/460-terveys-ja-hoitosuunnitelman-auditointityokalu>. Luettu 16.10.2015.

POTKU-hanke 2014. Väli-Suomen Kaste-hanke 2010–2012. Omahoitolomake. <http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit/finish/74-terveys-ja-hoitosuunnitelma/604-omahoitolomake-valmis>. Luettu 16.10.2015.

POTKU-hanke 2015. Terveysyhtymämalli. <http://www.potkuhanke.fi/fi/terveysyhtymamalli-i>. Luettu 16.10.2015.

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>. Luettu 15.10.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista 29.12.2009. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20091806>. Luettu 15.10.2015.

Sotkanet 2015a. Tulostaulukko. Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä. https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_ZPBwA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rBQA=&gender=t&abs=f&color=f. Luettu 4.10.2015.

Sotkanet 2015b. Tulostaulukko. Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s3avAgA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rBQA=&gender=t&abs=f&color=f>. Luettu 4.10.2015.

Sotkanet 2015c. Tulostaulukko. Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet. Miehet. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s3avAgA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rBQA=&gender=m&abs=f&color=f>

Sotkanet 2015d. Tulostaulukko. Säännöllisen kotihoidon piirissä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet. Naiset.

<https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s3avAgA=®ion=s07MBAA=&year=sy4rBQA=&gender=f&abs=f&color=f>. Luettu 4.10.2015.

Sparrow, D. 2013 (toim.). Home-based Exercise Via a Telecommunications System. VA Boston Healthcare System. VA Office of Research and Development.

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT00248781?sect=Xg0156&term=functional+ability+AND+home+care&rank=82#outcome10>. Luettu 10.3.2016.

Steffansson, M., Pulliainen, M. & Lappi, R. 2015. Ikäihmisten hyvinvointia rakentamassa. Hyvinvointipalvelujen järjestämisen uudet mahdollisuudet -hanke. www.diak.fi/tyoelama/Julkaisut/Documents/C37_9789524932387.pdf. Luettu 16.10.2015.

STM 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1. Luettu 30.9.2015.

STM 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Potilaan oikeudet. <http://stm.fi/potilaan-oikeudet>. Luettu 10.3.2016.

Sufuca-projekti 2009a. Toimintakyvyn tukemisen menetelmät. http://www.sufuca.fi/fi/methods_and_activities_for_supporting_fi.html. Luettu 16.10.2015.

Sufuca-projekti 2009b. Menetelmät ja aktiviteetit. http://www.sufuca.fi/fi/methods_activities_fi.html. Luettu 16.10.2015.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu 15.12.2015.

THL 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyvyn kartoitus iäkkään väestön hyvinvointia edistävissä palveluissa. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/149/>. Luettu 15.12.2015.

THL 2014a. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Laitoshoitoa korvaavien palvelujen kehittäminen vanhustenhuollossa. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/ikapoliitikka-ja-palvelujarjestelma/laitoshoitoa-korvaavien-palvelujen-kehittaminen-vanhustenhuollossa>. Luettu 30.9.2015.

THL 2014b. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Liikkumis- ja toimintakyvyn kyvyn testaaminen. <https://www.thl.fi/fi/web/tapaturmat/iakkaat/kaatumisten-ehkaisy/liikkuminen-ja-toimintakyky/liikkumis-ja-toimintakyvyn-kyvyn-testaaminen>. Luettu 15.10.2015.

THL 2014c. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Timed "Up & Go" -testi. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/153/>. Luettu 10.3.2016.

THL 2014d. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Psyykkisen toimintakyvyn mittaaminen väestötutkimuksissa. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/11/>. Luettu 15.10.2015.

THL 2014e. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksessa. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/18/>. Luettu 15.10.2015.

THL 2014f. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/16/>. Luettu 15.10.2015.

THL 2014g. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Barthelin indeksi. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/84/>. Luettu 19.11.2015.

THL 2015a. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Mitä toimintakyky on? <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>. Luettu 7.10.2015.

THL 2015b. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyvyn ulottuvuudet. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>. Luettu 7.10.2015.

Tiikkainen, P. & Heikkinen, R-L. 2011. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S008_suositu_s_sosiaalinen_vt_110126.pdf. Luettu 15.10.2015.

Tilastokeskus 2015a. Väestö. Väestöennuste 2012. http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html. Luettu 30.9.2015.

Tilastokeskus 2015b. Väestö. Väestö iän mukaan, 2014 lopussa. http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html. Luettu 30.9.2015.

TOIMIA 2013. Toimintakyvyn kartoitus iäkkään väestön hyvinvointia edistävissä palveluissa. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/12/18/TOIMIA_kyselylomake_toimintakyvyn_kartoitus_iakkaan_vaeston_hyvinvointia_edistavissa_palveluissa.pdf. Luettu 20.11.2015.

Turjamaa, R. 2014. Older People's Individual Resources and Reality in Home Care. Väitöskirja. Hoitotiede. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1616-7/urn_isbn_978-952-61-1616-7.pdf. Luettu 10.3.2016.

Tuulio-Henriksson, A. 2011. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S006_suositu_s_vt_kognitio_110126.pdf. Luettu 15.10.2015.

WHO 2011. World Health Organization. Global Health and Aging.
http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf?ua=1. Luettu
9.3.2016.

Wohnen für Hilfe 2012. Teoksessa: Leben in Düsseldorf. Wegweiser für Ältere
und Junggebliebene. Landshauptstadt Düsseldorf Der Oberbürgermeister Amt
für soziale Sicherung und Integration, 38-39.

Äijö, M. 2015. Aktiivinen elää pidempään. Fyysinen aktiivisuus, sydänsairaudet
ja kokonaiskuolleisuus iäkkäillä ihmisillä. Väitöskirja. Liikuntatieteellinen tiede-
kunta. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/46573/978-951-39-6269-
2_vaitos21082015.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/46573/978-951-39-6269-2_vaitos21082015.pdf?sequence=1). Luettu 11.3.2016.



Saatekirje

Sosiaali- ja terveysala 2015
Terveysten edistäminen, ylempi ammattikorkeakoulututkinto, opinnäytetyö/Päivi Kovanen

Yhteystiedot: XX, fysioterapeutti XX
p. XX

Hyvä kotihoidon asiakas

Pyydän Teitä ystävällisesti osallistumaan kotipalvelujen kehittämistutkimukseen.

Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaiset kotihoidon palvelut tukisivat parhaiten iäkkään ihmisen kunnon ylläpysymistä. Tavoitteena on kehittää Pieksämäen kotihoidon palveluja niin, että ne tukisivat entistä paremmin kotona asuvan iäkkään ihmisen toiminnallisuutta ja sosiaalisuutta ja lisäisivät aktiivista arjesta selviytymistä.

Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimus toteutetaan haastattelemalla iäkkäitä kotihoidon asiakkaita. Heiltä kysytään, millaisia kotihoidon palveluja he mielestään eniten tarvitsisivat. Teidät on valittu tähän tutkimukseen kuntoutusosastojakson aikana.

Haastattelu, joka myös nauhoitetaan suoritetaan teidän kotonanne joulukuussa 2015. Haastatteluaika sovitaan kanssanne henkilökohtaisesti Teidän ollessanne kuntoutusosastolla tai hoitojakson jälkeen puhelimitse (ajanvaraus alaosassa). Sovittu aika vielä varmistetaan ennen haastatteluajankohtaa puhelimitse.

Osallistuminen on vapaaehtoista ja teillä on mahdollisuus keskeyttää missä tahansa vaiheessa. Osallistuminen on kuitenkin tärkeää kotihoidon palvelujen kehittämiseksi, ja juuri Teillä voisi olla hyviä ajatuksia ja näkemyksiä palvelutarpeesta. Tutkimukseen osallistuminen ei millään tavalla vaikuta vähentävästi Teillä jo olemassa olevien palvelujen käyttöön/saatavuuteen tai laatuun. Teidän henkilöllisyytenne pysyy vain tekijän tiedossa. Tuloksia julkaistaessa kenenkään henkilökohtaiset vastaukset ja tiedot eivät tule ilmi. Kaikki saatu tieto käsitellään luotamuksellisesta ja hävitetään tutkimuksen loputtua hyvä eettisiä tapoja noudattaen.

Haastattelua varten tulee varata noin 1 ½ tuntia aikaa siten, että varsinainen haastattelu kestää tunnin. Tekijänä täytän vastaukset lomakkeisiin ja kerään materiaalin mukaani.

Tutkimuksen tulokset tulevat Pieksämäen kaupungin kotihoidon ja fysioterapian käyttöön mahdollisten uusien palvelujen ja toimintojen kehittämiseksi. Tutkimusta mahdollisesti hyödynnetään laajemminkin Etelä-Savon alueella.

Teille varattu haastattelu-aika

Liite 2. Suostumus tutkimukseen



Sosiaali- ja terveysala 2015

Suostumus

Opinnäytetyön nimi: Toimintakykyisyys kuntoutusosastohoidon jälkeen – iäkkään kotihoidon asiakkaan arvioita palvelutarpeestaan

Päivi Kovanen

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan kotonani tähän opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen, tutkimuksessa toteutettavien menetelmien avulla (teema-haastattelu, havainnointi, digitaalinen äänitys).

Olen saanut riittävästi tietoa kyseisestä opinnäytetyöstä ja olen ymmärtänyt saamani tiedon. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut kysymyksiini riittävät vastaukset. Tiedän, että minulla on mahdollisuus keskeyttää osallistumiseni missä tahansa vaiheessa ilman että se vaikuttaa olosuhteisiin.

Aika ja paikka

Asiakas/potilas

Opiskelija

Liite 3. Haastattelun teemat

Teemahaastattelun teemat ovat:

1. Kotihoidon palvelut kotiuttamisen tukena

Kontekstuaaliset tekijät: arkitoimet, fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, alkoholi asenneympäristötekijät sekä toimintakykyyn ympäristötekijät

2. Kotihoidon palvelut toiminnallisuuden ja sosiaalisuuden tukena

Kontekstuaaliset tekijät kuten teemassa 1.

Toimintakykytekijät: toiminnot, suoritukset ja osallistuminen sekä suoritustaso ja suorituskky

3. Kotihoidon palvelut arjesta selviytymisen tukena

Kontekstuaaliset tekijät kuten teemassa 1 ja 2 sekä lisäksi yksilötekijät.

Toimintakykytekijät: kuten teemassa 2 sekä toimintavajavuus ja suoritusrajoite

4. Kotihoidon työn uudelleen organisointia iäkkään aktiivisuuden tueksi

Kontekstuaaliset tekijät kuten teemassa 1, 2 ja 3, mutta huomioiden toimintakyvyn ja toimintarajoitteisiin vaikuttavat ulkoiset tekijät sekä toimintakykyä edistävät tekijät.

Liite 4. Teemahaastattelukyselylomake

1. Pystyttekö hoitamaan päivittäisiä raha-asioitanne (laskujen maksaminen, käteisen rahan nostaminen)?

Ei, mutta olen itse valinnut hoitajan/palvelun tuottajan Kyllä, itsenäisesti

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehittää?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut mm. neuvomalla tai toteuttamalla? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko nämä asiat järjestetty kotiutumisen yhteydessä?

2. Pystyttekö käymään ruokakaupassa?

Ei, mutta olen itse valinnut palvelun tuottajan Kyllä, itsenäisesti

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehittää?.....

Tulee valmisruoka kotihoidon kautta, mutta ei toteudu sovittuna aikana, vaan.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut mm. neuvomalla tai toteuttamalla? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko nämä asiat järjestetty kotiutumisen yhteydessä?

3. Miten selviydytte nykyisin raskaasta siivoustyöstä, esim. mattojen kantaminen ja piiskaaminen tai ikkunoiden pesu?

Ei, mutta olen itse valinnut palvelun tuottajan Kyllä itsenäisesti

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehittää?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut mm. neuvomalla tai toteuttamalla? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko nämä asiat järjestetty kotiutumisen yhteydessä?

4. Oletteko vähentänyt Teille aikaisemmin tärkeitä toimintoja (esimerkiksi harrastuksia)?

Ei Kyllä, miksi?.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehittää?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut toiminnallisuutta? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle?

5. Tarvitsetteko ja saatteko heikentyneen toimintakykyne vuoksi apua arkipäivän askareissa?

Ei Kyllä, mistä.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehittää?.....

Julkisen kotihoidon kautta, mutta ei toteudu sovittuna aikana, vaan.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut mm. neuvomalla tai toteuttamalla arjesta selviämistä? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko nämä asiat järjestetty kotiutumisen yhteydessä?

6. Oletteko kaatunut viimeisten kuuden kuukauden aikana tai viimeisen tapaamisen jälkeen?

Ei Kyllä, miten..... Kyllä, kotiutumisen jälkeenkin

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut opastamalla tai muuten kaatumisen ehkäisyssä? keskustelua? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle?

7. Huolestuttaako kaatuminen Teitä?

Ei Kyllä, miten.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi?.....

Miten julkinen kotihoito on tarjonnut apua huolestumiseen? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko kaatumisriski huomioitu kotiutumisen yhteydessä? Oliko omaisten/läheisten kanssa keskustelua?

8. Oletteko vähentänyt liikkumista sen vuoksi, että pelkäätte kaatuvan?

Ei Kyllä, miten ilme-
nee.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttai-
si?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut opastamalla tai muuten? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko liikkumisen vähentyminen huomioitu kotiutumisen yhteydessä?

9. Kykenettekö kävelemään levähtämättä noin puoli kilometriä?

Ei Kyllä, mi-
ten.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttai-
si?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut kävelyn edistämistä? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle?

10. Kykenettekö nousemaan portaita yhden kerrosvälin levähtämättä?

Ei Kyllä, mi-
ten.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttai-
si?.....

Miten julkinen kotihoito on huomioinut portaissa liikkumista? Onko ollut kannustamista? Oliko porraskävely huomioitu kotiutumisen yhteydessä?

11. Oletteko vähentänyt kävelemistä tai portaiden nousua terveydentilanne tai kuntonne heikentymisen vuoksi?

Ei Kyllä, mi-
ten.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi?
si?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut liikkumista arkielämässä? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko nämä asiat huomioitu kotiutumisen yhteydessä? Oliko omaisten/läheisten kanssa keskustelua?

12. Tunnetteko väsyväne kävellessänne tai portaita noustessanne?

Ei Kyllä, miten nopeasti.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi?
si?.....

Miten julkinen kotihoito on ollut tukenanne? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle?

13. Testi: TUG (Timed Up and Go)

Testi ei onnistu itsenäisesti suoritettuna En halua lainkaan

Kyllä, miten..... ai-
ka.....

Kotiutumisen yhteydessä tehtiin toimintakykytesti Kotihoito tehnyt toimintakykytestin

14. Oletteko itse tai onko joku läheinen ollut huolestunut muistinne liittyvistä asioista?

Ei Kyllä, miten asiaa hoidettu.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehittää?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut asian käsittelyssä? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko tämä asia huomioitu kotiutumisen yhteydessä? Oliko omaisten/läheisten kanssa keskustelua?

15. Sujuuko Teiltä lukeminen ja laskeminen vaikeuksitta?

Ei Kyllä

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehittää?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut näissä asioissa? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko nämä asiat huomioitu kotiutumisen yhteydessä?

16. Saatteko yleensä puhuen tai kirjoittaen sanotuksi toisille ihmiselle sen, mitä haluatte sanoa?

Ei, syy.....

Kyllä

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehittää?.....

Miten julkinen kotipalvelu on tukenut sosiaalisuuttanne näissä asioissa? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko nämä asiat huomioitu kotiutumisen yhteydessä?

17. Onnistutteko yleensä oppimaan uusia asioita, esimerkiksi ottamaan käyttöön uusia laitteita?

Ei, syy.....
sin.....

Kyllä, mikä viimeisin.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut näissä asioissa? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko nämä asiat huomioitu kotiutumisen yhteydessä?

18. Tunnetteko itsenne epävarmaksi liikkuessanne kodin ulkopuolella?

Ei

Kyllä, miten.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut tässä asiassa? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko tämä asia huomioitu kotiutumisen yhteydessä? Oliko omaisten/läheisten kanssa keskustelua?

19. Oletteko vähentänyt Teille aikaisemmin tärkeitä toimintoja?

Ei Kyllä, mi-
ten.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttai-
si?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut tässä asiassa? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko nämä asiat huomioitu kotiutumisen yhteydessä? Oliko omaisten/läheisten kanssa keskustelua?

20. Oletteko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissanne tuntemastanne alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta?

Ei Kyllä, mi-
ten.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttai-
si?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut näissä asioissa? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko nämä asiat huomioitu kotiutumisen yhteydessä? Oliko omaisten/läheisten kanssa keskustelua?

21. Oletteko viimeisen kuukauden aikana ollut usein huolissanne kokemastanne mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?

Ei Kyllä, mi-
ten.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttai-
si?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut tilannettanne? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko nämä asiat huomioitu kotiutumisen yhteydessä? Oliko omaisten/läheisten kanssa keskustelua?

22. Kuinka paljon yleensä käytätte alkoholia?

En käytä
tän,.....

Käy-

23. Kuinka usein yleensä käytätte alkoholia?

Ei koskaan
tän,.....

Käy-

24. Kuinka usein juotte kerralla neljä tai useamman annoksen?

Ei koskaan
Juon,.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi?
si?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut tämän asian käsittelyssä? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko nämä asiat huomioitu kotiutumisen yhteydessä?

25. Kuinka usein olette yhteydessä tuttavienne tai sukulaisiinne?

Ei lainkaan, syy.....
us.....

Kyllä, use-

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehittää?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut tässä asiassa? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko tämä asia huomioitu kotiutumisen yhteydessä? Oliko omaisten/läheisten kanssa keskustelua?

26. Onko teillä joku tai joitakuuta läheisiä ihmisiä, joiden kanssa voitte keskustella luottamuksellisesti kaikista tai lähes kaikista ongelmistanne?

Ei lainkaan, syy.....

Kyllä

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehittää?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut tässä asiassa? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko tämä asia huomioitu kotiutumisen yhteydessä?

27. Onko teillä joku, jolta saatte apua tai tukea sitä tarvitessanne? Kuinka tyytyväinen olette siihen tukeen ja apuun jota saatte?

Ei, syy.....
teikolla 1-10...

Kyllä, tyytyväinen as-

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehittää?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut tässä asiassa? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko nämä asiat huomioitu kotiutumisen yhteydessä? Oliko omaisten/läheisten kanssa keskustelua?

28. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi? Kärsittekö yksinäisyydestä?

Ei Kyllä, mi-
ten.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehittää?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut tässä asiassa? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko tämä asia huomioitu kotiutumisen yhteydessä? Oliko omaisten/läheisten kanssa keskustelua?

29. Koetteko elämäne turvalliseksi vai turvattomaksi?

Turvalliseksi

Turvattomaksi

On turvapuhelin tai muu järjestelmä, mutta ei toimi sovittuun tapaan, vaan.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten kehittää?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut tässä asiassa? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko tämä asia huomioitu kotiutumisen yhteydessä? Oliko omaisten/läheisten kanssa keskustelua?

30. Osallistutteko johonkin harrastusryhmään (keskustelukerhoon, liikuntaryhmään, kuoroon, seurakunnan toimintaan yms.)? Olisiko teillä kiinnostusta osallistua sellaiseen toimintaan ja oletteko tietoinen paikkakunnallanne olevista mahdollisuuksista?

En, syy..... Ei kiinnosta lainkaan

Kyllä, osallistun....., mutta haluaisin lisätieto-
toa.....

Palvelutarve. Millainen palvelu kiinnostaisi? Miten voisi kehit-
tää?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut kanssakäymistä toisten ihmisten kanssa? Onko ollut kes-
kustelua/tarvetta keskustelulle?

31. Kuinka tyytyväinen olette nykyiseen asuntoonne?

En ole tyytyväinen lainkaan, syy..... Täysin tyytyväinen

Kotiutumisen yhteydessä huomioitiin kotiympäristö/apuvälineet, mutta puutteena
oli.....
.....

Tarvitsen lisääpuv välineitä/kodinmuutostöitä, mi-
tä.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttai-
si?.....

Miten julkinen kotihoito tuki kotiutumista osastolta huomioiden asuntonne, miten muuten on
tukenut asuntoasiassa? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle?

32. Pelkäätekö turvallisuutenne puolesta kotona/ kodin ulkopuolella?

Ei, syy..... Kyllä,
syy.....

Palvelutarve. Millainen palvelu auttasi? Miten voisi kehit-
tää?.....

Miten julkinen kotihoito tuki turvallisuuden tunnetta osastolta kotiutumisen yhteydessä, miten
muuten on tukenut tässä asiassa? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko omais-
ten/läheisten kanssa keskustelua?

33. Jos terveystilanteenne muuttuu, onko teillä mahdollisuus tehdä pieniä muutoksia asuin-
ympäristöönnne?

Ei, syy.....
ten.....

Kyllä, mi-

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehit-
tää?.....

Miten julkinen kotihoito voisi olla tukemassa tässä asiassa? Onko ollut keskustelua/tarvetta
keskustelulle?

34. Jos vointinne heikkenee, onko teillä joku, joka voi auttaa teitä päivittäisissä toimissanne?

Ei, syy.....
ten.....

Kyllä, mi-

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehit-
tää?.....

Miten julkinen kotihotio tuki kotiumisen yhteydessä tässä asiassa? Onko ollut
keskustekua/tarvetta keskustelulle? Oliko omaisten/läheisten kanssa keskustelua?

35. Onko asuinalueellanne, teidän saavutettavissanne, niitä palveluita, joita juuri te tarvitset-
te?

Ei, syy.....
ten.....

Kyllä, mi-

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehit-
tää?.....

Kotihoidon palvelujen järjestämistä pitäisi uudelleen organisoida, mi-
ten.....

Kotihoidon palvelujen tulisi huomioida enemmän yksilötarpeet, mi-
ten.....

Kotihoidon tulisi enemmän tukea omaa aktiivisuutta tekemisissä, mi-
ten.....

Miten julkinen kotihoito tuki kotiutumisen yhteydessä tai muuten tässä asiassa? onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle? Oliko omaisten/läheisten kanssa keskustelua?

36. Voitteko pitää yllä tai jatkaa omaa elämäntapaanne ja -tyyliänne vanhetessanne?

Ei, syy.....
ten.....

Kyllä, mi-

Palvelutarve. Millainen palvelu auttaisi? Miten voisi kehittää?.....

Miten julkinen kotihoito on tukenut tässä asiassa? Onko ollut keskustelua/tarvetta keskustelulle?

KIITOS

Haastattelukysymyksien lähde (mukailtu omaan käyttöön):

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2013/12/18/TOIMIA_kyselylomake_toimintakyvyn_kartoitus_ikkaan_vaeston_hyvinvointia_edistavissa_palveluissa.pdf

Liite 5. Timed "Up & Go" -testi



TIMED UP AND GO (TUG) TESTI

Testattavan nimi:				
Mittaustulos:		Testaaja	Pvm:	Apuväline
	sekuntia			
	sekuntia			
	sekuntia			
	sekuntia			

Välineistö:

- Käsinojallinen tukeva tuoli, normaalimitoitus (istuinkorkeus 42–44 cm, Istuinsyvyys 42–45 cm).
- Teippiä, jolla merkataan lattiaan kääntöpaikka.
- Mittanauha.
- Sekuntikello.

Valmistelut:

- Sijoitetaan tuoli siten, että se ei pääse kaatumaan taaksepäin tuoliin istuuduttaessa, eikä tuolin jalat luista lattialla (tarvittaessa tuolin jalkojen alle voidaan laittaa liukuestematto)
- Tarkistetaan, että testipaikan lattia ei ole liukas
- Merkataan teipillä näkyvästi lattiaan viiva 3 metrin päähän tuolin etureunasta

Suoritusohje testattavalle:

"Istuutukaa tuolille siten, että selkä on kiinni selkänojassa."

- Tarkistetaan, että testattavalla on testaukseen sopivat, tukevat ja luistamattomat kengät jalassa.
- Jos testattavan jalat eivät ylety lattiaan hänen istuessaan selkä kiinni selkänojassa, voidaan selän taakse laittaa ohut tyyny tai vaahtomuovi, ettei henkilön tarvitse pudottautua tuolilta alas lähtiessään testisuoritukseen.

"Kun sanon 'NYT' nousee tuolista ylös ja kävelkää tuon edessä näkyvän viivan yli, kääntykää ja kävelkää takaisin tuolille istumaan siten, että lopuksi selkä on taas kiinni tuolin selkänojassa.
Tehkää suoritus omaan tahtiin."

"Voitte nyt ensin rauhassa kokeilla suoritusta."

Kun testattava on tehnyt koesuorituksen, tehdään varsinainen testi.

"Aloitetaan nyt varsinainen testi. Valmiina-NYT."

Ajanotto aloitetaan, kun testattavan selkä irtoaa selkänojasta ja päättyy, kun hänen istuuduttuaan takaisin tuolille selkä on jälleen selkänojassa kiinni.

Mittaustulos kirjataan 0.1 sekunnin tarkkuudella.

Lähde: Podsiadlo, D. and Richardson, S. (1991). "The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons." *J Am Geriatr Soc* 39(2): 142–148.

Liite 6. Havainnoinnin alueet

Havainnoinnin alueet ovat:

Yleinen toimintakyky ja arjesta selviytyminen sekä kotihoidon tai ulkopuolisen avuntarpeen kohdentuminen Barthelin Indexin (liite 4) mukaan:

- ruokailu
- kylpeminen
- siisteys (hiukset, hampaat jne.)
- pukeutuminen ja riisuutuminen
- suoli,
- rakko
- WC:ssä käyminen
- siirtyminen vuoteesta tuoliin
- liikkuminen
- kävely portaissa

Liite 7. The Barthel index ja kyselykaavake (Eng.) (THL 2014g)

Barthelin indeksi

Lyhenne: BI

Nimi englanniksi: the Barthel Index

Mittarin tila: Lomake tulossa myöhemmin.

Alkuperäinen käyttötarkoitus: Indeksi mittaa aikuispotilaiden itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä perustoimissa. Se kehitettiin pitkäaikaispotilaiden ennen ja jälkeen kuntoutusta tehtävää toimintakyvyn arviointia varten ja osoittamaan tarvittavan hoivan määrää. Se oli tarkoitettu mm. halvausoireisille potilaille, ja sen avulla on mm. arvioitu kuntoutuspotilaiden hoitoajan pituutta ja tehty hoito-, kuntoutumis- ja kotiutumisen nusteita.

Tiedonkeruumenetelmät: Haastattelu, itse täytettävä kyselylomake, Havainnointi

Toimintakyvyn ulottuvuus: Yleinen toimintakyky (ADL/IADL)

ICF-koodit: Biosynteesitoiminnot [b520]
Itsensä siirtäminen [d420]
Kiipeäminen [d4551]
Kotona liikkuminen [d4600]
Peseytyminen [d510]
WC:ssä käyminen [d530]
Pukeutuminen [d540]

Käyttöoikeus ja maksullisuus: Rajoitettu: Copyright: The Maryland State Medical Society. Käyttöoikeus ei-kaupallisissa tarkoituksissa rajoittamaton, mikäli viitataan alkuperäiseen lähteeseen.
<http://strokecenter.org/trials/scales/barthel.pdf>

Mittarin ylläpitotaho: Ei tiedossa.

Aikatarve: 2–5 minuuttia lomakkeen täyttöön ja haastatteluun, itse täytettynä n. 10 minuuttia, havainnointiin 25 minuuttia–1 tunti

Tulkinnan avuksi (raja-arvot, viitearvot): - Shah ym. (1989) mukaan 10-osioisessa versioissa, jossa asteikko on 0–100, tulkitaan kokonaispistemäärää seuraavasti:

0–20 täysin riippuvainen ulkopuolisen avusta (total dependency)

21–60 suuri riippuvuus ulkopuolisen avusta (severe dependency)

61–90 kohtalainen riippuvuus ulkopuolisen avusta (moderate dependency)

91–99 lievä riippuvuus ulkopuolisen avusta (slight dependency)

100 riippumaton ulkopuolisesta avusta (independent of assistance from others)

THE BARTHEL INDEX (englannin kielinen)

Patient Name: _____

Rater Name: _____

Date: _____

Activity	Score
FEEDING (Ruokailu) 0 = unable 5 = needs help cutting, spreading butter, etc., or requires modified diet 10 = independent	_____
BATHING (Kylpeminen) 0 = dependent 5 = independent (or in shower)	_____
GROOMING (Siisteys: hiukset, hampaat jne) 0 = needs to help with personal care 5 = independent face/hair/teeth/shaving (implements provided)	_____
DRESSING (Pukeutuminen ja riisuutuminen) 0 = dependent 5 = needs help but can do about half unaided 10 = independent (including buttons, zips, laces, etc.)	_____
BOWELS (Suoli) 0 = incontinent (or needs to be given enemas) 5 = occasional accident 10 = continent	_____
BLADDER (Rakko) 0 = incontinent, or catheterized and unable to manage alone 5 = occasional accident 10 = continent	_____
TOILET USE (WC:ssä käynti) 0 = dependent 5 = needs some help, but can do something alone 10 = independent (on and off, dressing, wiping)	_____
TRANSFERS (BED TO CHAIR AND BACK) (Siirtyminen vuoteesta tuoliin) 0 = unable, no sitting balance 5 = major help (one or two people, physical), can sit 10 = minor help (verbal or physical) 15 = independent	_____

MOBILITY (ON LEVEL SURFACES) (Liikkuminen)

0 = immobile or < 50 yards

5 = wheelchair independent, including corners, > 50 yards

10 = walks with help of one person (verbal or physical) > 50 yards

15 = independent (but may use any aid; for example, stick) > 50 yards _____

STAIRS (Kävely portaissa)

0 = unable

5 = needs help (verbal, physical, carrying aid)

10 = independent _____

TOTAL (0–100): _____

The Barthel ADL Index: Guidelines

1. The index should be used as a record of what a patient does, not as a record of what a patient could do.
 2. The main aim is to establish degree of independence from any help, physical or verbal, however minor and for whatever reason.
 3. The need for supervision renders the patient not independent.
 4. A patient's performance should be established using the best available evidence. Asking the patient, friends/relatives and nurses are the usual sources, but direct observation and common sense are also important. However direct testing is not needed.
 5. Usually the patient's performance over the preceding 24-48 hours is important, but occasionally longer periods will be relevant.
 6. Middle categories imply that the patient supplies over 50 per cent of the effort.
 7. Use of aids to be independent is allowed.
- (Barthel Index s.a.)

Liite 8. Kehittämistyöryhmän näkemykset

Miten julkisen kotihoidon palvelujen organisointi edistää kotona asuvan iäkkään oman aktiivisuuden, sosiaalisuuden, toiminnallisuuden ja arjesta selviytymisen tarpeeseen vastaamista?

Kehittämistyöryhmän näkemykset					
Arkitoimet	Fyysinen toimintakyky	Kognitiivinen toimintakyky	Psyykkisen toimintakyky	Sosiaalisen toimintakyky	Ympäristötekijät
<p>-pesut yhdessä, ei tehdä puolesta: yhtenäiset käytännöt, mitä kuuluu mihinkin tehtävään, tiimin yhteinen päätös</p> <p>-kauppapalvelu: avustaminen kaupassakäyntiin, jos akuuttitarve, kotihoito käy</p> <p>-ateriapalvelu: vaihtoehto yhdessä ruoan laitto, kuka avustaa?</p> <p>-tilat: esteettömyys, kotifysioterapeutti (ft), kodinhoitaja</p> <p>-apuvälineet: päivitys ajan tasalle: kotift, kodinhoitaja</p> <p>-hoito- ja palvelusuunnitelman (hopa) tarkistaminen: asiakkaan kotona</p>	<p>-hopan tarkistus 3 kk: TUG-testi, kotift, hoitaja. Testin valokuvaus (vapaaehtoinen), jatkossa testi ½ v. välein</p> <p>-tasapaino-, lihaskunto- ja liikkuvuusharjoitteet, opastus: kotift tekee ohjeet, kotipalvelu toteuttaa, yhteistyö seutuopistoon ja liikuntatoimeen. Ohjelman tarkistus, kaatumiskysely, (kotitapaturmat): kotiläksy iäkkäille: esim. 5x ylösnousuharjoitus: avustajan rooli</p> <p>-kodin estetiikka: toiminnan rajoitteet, matot: asiakasta kunnioittaen työntekijä ja asiakas pohtivat turvallisempia vaihtoehtoja</p> <p>-peseytyminen: ohjaus</p> <p>-annetaan itse suoritua pukeemisesta, mm. napit, WC:ssä käymisestä: tuetaan omatoimisuuteen</p>	<p>-kotiläksy: viikoittainen teemasuunnitelma, yhteinen kotihoito, palvelutalot: opiskelijatyö (kotihoito)</p> <p>-kolmannen sektorin tuki: yhteys, ohjaaminen ja järjestäminen</p> <p>-lukea yhdessä päivän lehti, keskustelua, suunnitella päivän toimintajärjestys (syökö ensin vai käykö avustetusti saunassa, laiteaanko hiuksia). Oman kodin järjestyksen suunnittelu toimivaksi</p> <p>-keskustelut, puhuminen: hoitajalle aikaa tähän, tilanteet tulevat usein akuutisti eteen</p> <p>-muistitestit</p> <p>-kerhot, pelit, askartelut, ratkaisutehtävät</p>	<p>-menneteiden muistelu, lehtien lukua: töiden lomassa</p> <p>-matala kynnyksen puuttumiseen: osaamisen vahvistamista</p> <p>-työntekijän omat vahvuudet käyttöön: niiden kartoitus, motivoi, mieli-tiimi toimintaan</p> <p>-yhteistyö: seurakunta, asiantuntijat, muistihoitaja</p> <p>-mittarit psyykkisen toimintakyvyn selvittelyyn</p> <p>-ei tuuditauduta siihen, aina on ollut tällainen</p> <p>-yksinäiset yhteen</p>	<p>-fyysistä toimintakykyä tukevat ryhmät: sosiaalisia tapahtumia, valmiutta maksamaan ryhmästä</p> <p>-taksikorttien käyttäminen, kyytien järjestäminen: päivätoiminta</p> <p>-puhelin</p> <p>-kyläilyt, ulkoilut</p> <p>-tapahtumista tiedottaminen, kylätapahtumat, kyläkerhot</p> <p>-juttuseuraa kotihoidon järjestämänä</p> <p>-omaiset, ystävät, media</p>	<p>-kun asiakas kotiutunut, omaiset ja ystävät arkeen mukaan</p> <p>-ulkona liikkumisen mahdollisuus, kotoa haku, saatto takaisin, esteettömyys, huilauksipaikkoja</p> <p>-vapaaehtoiset avustajat, yhteistyö: mm. Neuvokas</p> <p>-opiskelijat: ikäihmisten tukena: yhteistyö koulut</p> <p>-porras-hissit, paikantavat rannekkeet</p>

Liite 9. Sisällön analyysin eteneminen ja tutkimuskysymyksiin vastauksien ha-
keminen teemoittain

1. Miten julkisen kotihoidon palvelut vastaavat iäkkään tarpeeseen kuntoutus-
osastolta kotiuttamisvaiheen tukemisessa?

Pelkistetyt alkuperäisilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none"> - en muista ainakaan, että olisi ollut puhe päivittäisten raha-asioiden hoidosta - ei siinä vaiheessa puhetta raha-asioiden hoidosta - ei ole tähän asti ollut puhetta raha-asioiden hoidosta - vain lääkärin kanssa neuvoteltiin, kysyi, pärjääkö raha-asioiden hoidossa - ruokarobottia tarjottu, jolloin mikrossa itse lämmittäisin ruoan, en vielä tässä vaiheessa ottanut - ruokapalveluista ollut puhetta eri vaiheissa, kotihoito osoitti palvelun - ruoan tuonti ja lämmitys, lääkäri sanoi, pitäisi saada vakituinen joka hoitaisi sen - ruoka-asioista oli puhe, pyydän, jos tarviin, tuttavat tuovat kaupasta, itse laitan ruoan - kauppa-asioista ei ollut puhe - kotipalvelun kautta järjestettiin kaupassa käynnit, apteek- kiasiat - kotitöiden teosta ei ollut puhe - siivouksesta ei ollut puhetta, eikä lääkäreidenkään kanssa - kotipalvelun kautta järjestettiin siivous - siivousasiat olivat jo aikaisemmin kunnossa - puhe avun tarpeesta arkipäivään vasta myöhemmin - puhetta oli sen verran, että mitenkä pärjää kotona - vain fysioterapeutit taisivat 	<ul style="list-style-type: none"> Olemattomat raha-asioiden huomioimiset Erilaiset ruokailuasioiden huomioimiset Vaillinainen siivouksen huomioiminen Vaillinaiset arkipäivän askareiden huomioimiset 	<ul style="list-style-type: none"> Niukka arki- toimien hu- mioinen

<p>mainita avuntarpeista arkipäivään</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - osastojakson jälkeen sain tarvittavan apuvälineen - annettiin rollaattori osastolta kävelyn tueksi - pitäisi saada kävelemään, ilman apuvälinettä ei kävelyä tule, kun ponnistaminen vaikeaa, mutta kädet ja yläkroppa vahvempi, mutta lisäksi tuntohäiriöitä - sanottiin, matot pois lattialta, mutta en ota mattoja pois, koska koti menee kolkoksi ja matot hyvin lattialla - matot otettu pois, kepinkin ottivat pois, käytännössä tarvitsisin sitä keppiä - porraskävelyä ei huomioitu osastollakaan - portaissa käveltiin osastolla, polin pyörää, kotihoito ei - tietääkseni ei tehty toimintakykytestiä - ei toimintakykytestejä - ei ollut mitään testejä - osastolla oli tasapainon ja kävelyn katsomista 	<p>Erilaiset liikkumisen apuvälineiden huomioimiset, yhteistyössä fysioterapian (ft) ja osaston (os) kanssa</p> <p>Yksinkertaiset kaatumisen ehkäisyt</p> <p>Osittainen porraskävelyn huomioiminen, yhteistyö ft ja os</p> <p>Olemattomat toimintakykytestien tekemiset</p>	<p>Niukka fyysisten kykyjen huomioiminen</p>
<ul style="list-style-type: none"> - muistista ei ollut puhetta, jostain todettu vain - tehtiin muistitesti, tulosta en tiedä, hyvä kai ja lääkityksestä itse voin vastata testin mukaan - lukemista ja laskemista eivät ole mitään kysyneet - lukemisesta tai laskemisesta ei ole ollut mitään puhetta - itsensä ilmaisusta ei ollut puhetta - ei kyllä ollut mitään puhetta siitä, saanko sanottua mitä haluan - uusien asioiden oppimisesta 	<p>Osittainen muistin huomioiminen</p> <p>Lukemis- ja laskemistaitojen huomioimattomuus</p> <p>Ilmaisu- ja oppimistaitojen huomioimattomuus</p>	<p>Niukka kognitiivisten kykyjen huomioiminen</p>

<p>ei ollut puhetta</p> <ul style="list-style-type: none"> - epävarmuutta kodin ulkopuolisesta liikkumisesta ei huomioitu - itselle tärkeiden toimintojen vähentymisestä ei ollut puhetta 	<p>Kodin ulkopuolisten epävarmuustekijöiden huomioimattomuus</p> <p>Itselle tärkeiden asioiden huomioimattomuus</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - mielialakysymyksistä ei ollut puhetta, eikä kiinnostuksen kohteista - ei silloin ollut puhetta alakoulusta - olin kertonut nukkumisongelmista, en tiedä kuunneltiin-ko, jos ne ottivat todesta, lääkäri sanoi lääkkeiden riippuvuusongelmasta 	<p>Mielialan huomioimattomuus</p> <p>Mielenkiinnon huomioimattomuus</p>	<p>Niukka psyykkisten kykyjen huomioiminen</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ei ollut puhetta yhteyksistä tuttaviiin tai sukulaisiin, ei se mitenkään tukenut - kotipalvelu ei tukenut (kanssakäymisessä toisten ihmisten kanssa) - luottamuksellisista keskustelumahdollisuuksista ei ollut puhetta - yksinäisyydestä ei ollut puhetta - kyllä ne ovat tietoisia yksinäisyydestä - taisi joku mainita jotain yksinäisyydestä - olon turvallisuudesta tai turvattomuudesta ei ollut puhetta - turvallisuus huomioitu sekä aiemmin että kotiutumisen yhteydessä - tuen ja avun saamisesta ei ollut puhetta - kerran päivässä käyvät hoita- 	<p>Erilaisten sosiaalisten yhteyksien huomioimattomuus</p> <p>Luottamuksellisten keskustelujen huomioimattomuus</p> <p>Vaillinaiset yksinäisyyden huomioimiset</p> <p>Vaillinainen turvallisuuden/turvattomuuden huomioiminen</p> <p>Vaillinainen tuen ja avun saamisen huomioiminen</p>	<p>Niukka sosiaalisten kykyjen huomioimien</p>

<p>jat katsomassa, apua käy, avun tarve huomioitiin</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - pesutiloista vähän puhetta - portaat huomioitiin, kylmyyttä ei - ei huomioitu, että kaikki komerot liian ylhäällä - ei huomioitu, kun kotihoito pyörii keittiössä, kaapit pettää, kaapit huonot - kodinmuutostöitä ei huomioitu, kun on kapeat ovet ja apuvälineen kanssa ei pääse WC- ja suihkutilaan - rollaattori, ei muuta - rollaattori ja turvapuhelin - apuvälineet huomioitiin - keppi otettiin pois, rollaattorin sain - ruokailusta oli puhe, lusikan käytöstä - ei kerennyt, ottaa sitten myöhemmin puheeksi turvallisuusasiat kotona ja ulkopuolella - turvaranneke annettiin - kodin ulkopuoleisia turvallisuuskysymyksiä ei huomioitu - kotihoito kyllä tuki ajatellen voinnin heikkenemistä - ei tukenut mitenkään, jos terveydentila heikkenisi - ei huomioitu asuinalue palveluita - huomioitiin asuinaluepalvelut - kotihoito ei tukenut oman elämäntavan ja -tyylin jatkamista - ei ollut mitään kysymyksiä elämäntapa tai tyylasioista 	<p>Vaillinaiset asunnon ja tilojen huomioimiset</p> <p>Erilaiset apuvälineasiat</p> <p>Olemattomat turvallisuustekijöiden huomioimiset</p> <p>Olematon asuinympäristön huomioiminen</p> <p>Vaillinainen voinnin heikkenemisen huomioiminen</p> <p>Osittainen asuinalueen huomioiminen</p> <p>Olematon elämäntavan ja -tyylin huomioiminen</p>	<p>Niukka toimintakyvyn ympäristön huomioiminen</p>

2. Miten julkisen kotihoidon palvelut vastaavat iäkkään tarpeeseen toiminnallisuuden ja sosiaalisuuden tukemisessa?

Pelkistetyt alkuperäisilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none"> - ei ole tarvetta ruoka-asioiden hoidon tukemiselle - ei tässä vaiheessa tuen tarvetta - kotihoito on tukenut ja neuvonut ruoka-asioissa, käyn taksilla itse ruokakaupassa ja muissa kaupoissa - ruoanlaitossa aina auttavat - ei ole tuettu siivousasioissa neuvomalla - ei ole siivousta tuettu, kuka neuvoo, en tiedä - ei siivoushommasta ole ollut erikoista - omaishoitajien kautta tuettu toiminnallisuutta - saunapalvelujen yhteydessä vähän kävelyä -ei ole tuettu toiminnallisuutta, tulevat pesemään - saan apua vaipan vaihtoon, niistä oli aluksi vaikeaa, mutta nyt tulevat mielellään - ft kehotti liikuntaryhmiin osastolta lähtiessä 	<ul style="list-style-type: none"> Toiminnallisuuden tukeminen ruoka-asioissa Olematon toiminnallisuuden tukeminen siivouksen yhteydessä Vaillinainen toiminnallisuuden tukeminen pesujen yhteydessä 	<ul style="list-style-type: none"> Niukka toiminnallisuuden tukeminen arkitoimissa
<ul style="list-style-type: none"> - ei ole tarjonnut apua kaatumisen huolestumiseen, vaikka miten keskustelisi, ei voi estää - sanottiin pitää muistaa, ei muistista kaatumiset johtunut - on ollut keskustelua kaatumisesta, apua ei ole tarjottu huolestumiseen - välineitä annettu - ei tukenut liikkumista arkielämässä - ei huomiota portaissa liikkumiseen - ei mitenkään ole tukenut kävelemistä - ei ole tukenut kävelyn edis- 	<ul style="list-style-type: none"> Vaillinainen kaatumisen huolestumisen huomioiminen toiminnallisuuden yhteydessä Vaillinainen arkielämän liikkumisen tukeminen toiminnallisuuden yhteydessä 	<ul style="list-style-type: none"> Fyysisten kykyjen avulla niukka toiminnallisuuden tukeminen

<p>tämistä</p> <ul style="list-style-type: none"> - on ollut puhetta porraskävelystä - liikkumista arkielämässä on tukenut, toiset enemmän, toiset vähemmän - ei ole tehty toimintakykytestiä, näyttivät kävelyn - testiä - ei ole huomioitu väsymisen tunnetta kävellessä - se aika puuttuu että huomioidaisiin väsyminen kävellessä 	<p>Olematon toimintakykytestien tekeminen tukemassa toiminnallisuutta</p> <p>Olematon väsymisen tunteen huomioiminen toiminnallisuuden yhteydessä</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - ei ole tuettu lukemista - ei tuettu uusien laitteiden kanssa - ei ole tukenut toimintojen vähentymisessä - ei ole ollut puhetta tärkeiden asioiden vähentymisestä - ei ole keskusteltu epävarmuudesta liikkua kodin ulkopuolella 	<p>Olematon lukemisen huomioiminen tukemassa toiminnallisuutta</p> <p>Olematon uusien laitteiden käytön huomioiminen tukemassa toiminnallisuutta</p> <p>Olematon toimintojen ja tärkeiden asioiden vähentymisen huomioiminen tukemassa toiminnallisuutta</p>	<p>Kognitiivisten kykyjen avulla niukka toiminnallisuuden tukeminen</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ei ole tukenut harrastuksia, harrastukset ja liikkuminen lyövät korville toisiaan - sanottiin, että mihin ryhmään vain voi mennä - voimisteluryhmiä tarjottu omaishoitajien kautta - mene, kannustettu, voit kokeilla eri ryhmiä - ei tukenut puhuen tai kirjoittaen asioiden sanomista - ei sillä tavalla kuin sairaalassa - ei ole tuettu yhteyksissä sukulaisiin tai tuttaviiin 	<p>Vaillinaiset harrastemahdollisuuksien huomioimiset sosiaalisuutta tukemassa</p> <p>Olematon ilmaisun huomioiminen</p> <p>Olematon yhteyksien ja osallistumisen huomioiminen</p>	<p>Niukka sosiaalisuuden tukeminen</p>

<ul style="list-style-type: none"> - en tiedä auttaisiko mitään yhteydessä sukulaisiin tai tuttaviiin - ei ole tukenut osallistumisissa - omaishoitajien kanssa ollut puhetta 		
--	--	--

3. Miten julkisen kotihoidon palvelut vastaavat kotona asuvan iäkkään tarpeeseen oman aktiivisen arjesta selviytymisen tukemisessa?

Pelkistetyt alkuperäisilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoriat
<ul style="list-style-type: none"> - ei ole tukenut raha-asioiden hoidossa - on puhuttu, mutta tultiin siihen tulokseen, että itse yritän vielä maksaa pankkiin - ei ole kysynyt raha-asioiden hoidosta - sitä kautta ei ole mitään raha-asioita hoidettu - valmisruoka tulee, toimii, lämmittävät ruoan, ei ole isoja heittoja ajoissa - kyllä on kysytty ruoka-asioista ja kuka mitäkin neuvonut - ruoka-asioissa tukenut ja neuvonut, tulee laatikko kotiin ja jälkiruoat, lisäkkeet ja maidot - ruokapalveluita tarjottu, ruokarobottia - on tukenut, ruoanlaitossa aina auttavat - ruoan lämmitys - ei ole siivoushommista ollut erikoista neuvomista - on puhuttu aikanaan, avio- puolison kuoleman jälkeen siivouksista - kuka neuvoo siivousasioissa, en tiedä - ei tarvetta siivousasioiden 	<p>Vaillinainen aktiivisuuden tukeminen raha-asioiden hoidossa</p> <p>Vaillinainen aktiivisuuden tukeminen ruoka-asioiden yhteydessä</p> <p>Vaillinainen aktiivisuuden tukeminen siivouksien yhteydessä</p>	<p>Aktiivisuuden niukka tukeminen arkitoimissa</p>

<p>neuvomiselle</p> <ul style="list-style-type: none"> - kotihoito hoitaa apteek- kiasiat, kyllä on pelannut - saan apua vaipan vaihtoon - saunapalvelu - tulevat pesemään - liian paljon tuloja, että saisi apua - jos ei ehdi sanoa ja pyytää apua arkipäivän askariin, on puhuttu - lisääpu, en saa oikein pal- jon apua - pahimmat riskit illat, yöt, viikonloput, apua ei saata- vissa - turvapuhelin, annettu mah- dollisuus soittaa milloin tarvii apua, yölläkin - turvaranneke on 	<p>Apteekkiasian järjestäminen</p> <p>Vaipanvaihdon tukeminen</p> <p>Vaillinainen aktiivisuuden tu- keminen pesujen yhteydessä</p> <p>Omien tulojen tuomat rajoi- tukset</p> <p>Kiireen tuomat rajoitukset</p> <p>Osittainen avun saamisen tukeminen</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - välineitä annettu - rollaattori lainattu - neuvottu, kulje nyt varo- vasti, nyt kotiutumisen jäl- keen, ei ennen sitä, kyllä ne kuulee, mutta ei kuuntele - pitäisi saada kävelemään - jyrkät raput, vähentynyt kävely, on ne antanut ky- kynsä mukaan tukea - ei mitenkään tukenut arki- elämässä liikkumista - kävelyn tukeminen, se aika puuttuu - niin, mutta eihän sieltä saa apua (kodin ulkopuolella liikkumiseen) - kenen kanssa keskustele kaatumisesta, eipä sieltä tule mitään 	<p>Apuvälineiden avulla aktiivi- suuden tukeminen</p> <p>Vaillinainen aktiivisuuden tu- keminen kävelyn/liikkumisen yhteydessä</p> <p>Olematon kaatumisen pelon huomioiminen</p>	<p>Aktiivisuuden niukka tukemi- nen fyysisten kykyjen käytös- sä</p>

<ul style="list-style-type: none"> - ei ole tukenut muistiasioissa - muistitestejä tehty silloin tällöin, eri paikoissa - ei ole tukenut lukemisessa, laskemisessa - uusien asioiden, laitteiden käyttöä ei ole tuettu, ei mitään puhetta - vain turvapuhelimesta huomio - pitäisi puhua puhelimen käytöistä, toiminnoista 	<p>Vaillinainen aktiivisuuden tukeminen muistiasioiden yhteydessä</p> <p>Olematon aktiivisuuden tukeminen lukemisen ja laskemisen yhteydessä</p> <p>Vaillinainen aktiivisuuden tukeminen laitteiden käytössä</p>	<p>Aktiivisuuden niukka tukeminen kognitiivisten kykyjen käytössä</p>
<ul style="list-style-type: none"> - alakuloa huomioitu, hänen kanssaan voisi lähteä joku kotipalvelun ihminen ehdotti viereiseen palvelutaloon mukaan kerhoon - kotihoidosta ei tukea mielialaan, seurakunnasta joku käynyt, soittanut ja tullut 	<p>Vaillinainen aktiivisuuden tukeminen mielialakysymysten yhteydessä</p>	<p>Aktiivisuuden niukka tukeminen psyykkisten kykyjen käytössä</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ei ole ollut tukea yksinäisyyteen, en suo toiselle tällaista yksinäistä oloa - vähän takia täällä pitää käydä, käydään, kun soitat, sanoneet - yksinäisyyttä seurakunnan työntekijä huomioinut, ei taida muita olla 	<p>Vaillinainen aktiivisuuden tukeminen yksinäisyyden kokemisen yhteydessä</p>	<p>Aktiivisuuden niukka tukeminen sosiaalisten kykyjen käytössä</p>
<ul style="list-style-type: none"> - alkoholi-asiassa ei oikeastaan ole tukenut, on puhetta ollut - ei ole tukenut alkoholi-asiassa, tuskinpa on tarvetta -kotihoito ottanut kantaa alkoholista, on keskusteltu - sen verran, että ei veisi minun tavaroita, pullon pistää raanasta 	<p>Vaillinainen tukeminen alkoholista puhumisessa</p>	<p>Alkoholista keskusteleminen</p>
<ul style="list-style-type: none"> - ei sikäli, sanonut, pääsen johonkin toiseen paikkaan, jos en tässä pärjää - oli puhetta vähän pesutilasta -kodinmuutostyötä ei vielä 	<p>Aktiivisuuden vaillinainen tukeminen asuntoon liittyvissä asioissa</p>	<p>Aktiivisuuden niukka tukeminen toimintakyvyn ympäristön huomioimisessa</p>

<p>huomioitu</p> <ul style="list-style-type: none"> - ilman muuta ammattilaiset näkee asuinympäristön, en saanut kunnalta tukitankoja, ½ tuntia aikaa pesuihin - useamman kerran päivässä pitäisi tulla, niin kauan kuin kotona voisi asua, nostaa sängystä - kun tarvii apua, ei ole heti saatavilla, kun on yksin - pitempi aika läsnä, eikä vain 15 min - aikoo pitäisi antaa, turha kiire, minuutin tarkkuudella - siinä tulee rahakysymyksiä päivittäisten toimintojen tukemisessa - ei kovin paljon hoitajien vaihtamista - yksilötarpeiden huomioiminen, yksilö on aina eri kuin ryhmä, huono ideoimaan - ehkä aika pitkä aika pois kotoa, pitäisi keskustella, kahtoo miten se ihminen pystyy - auttaako se niiden kanssa keskustelu, herroille pitäisi sanoa, ruvennut tulemaan katkera 	<p>Aktiivisuuden olematon tukeminen vähäisinä läsnäoloaikoina</p> <p>Aktiivisuuden olematon tukeminen kiireen näkymisenä</p> <p>Rahakysymyksen tuomat rajoitukset</p> <p>Samojen hoitajien toivomus</p> <p>Aktiivisuuden olematon tukeminen yksilö huomioiden</p> <p>Aktiivisuuden olematon tukeminen aiheuttamaa katkeruutta</p>	
--	---	--

4. Miten julkisen kotihoidon palvelujen organisointi edistää kotona asuvan iäkkään oman aktiivisuuden, sosiaalisuuden, toiminnallisuuden ja arjesta selviytymisen tarpeeseen vastaamista?

Pelkistetyt alkuperäisilmaisut	Alakategoriat	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> - organisoinnista ei äkkiä ole sanottu, ei äkkiä tule mieleen - aika hyvin työ on järjestetty 	Työn järjestäminen osin hyvää	Kotihoidon työn uudelleen organisoinnin avulla parempi tukeminen
<ul style="list-style-type: none"> - pitempi aika läsnä, eikä vain 15 min - ei kelloitettu aika, joutuvat tiukalle - aikoo pitäisi antaa, turha kiire pois, ei minuutin tarkkuudella - muutaman minuutin ovat, mutta keitä kuuntelevat 	Yksilöllisen tarpeen mukainen ajananto	
<ul style="list-style-type: none"> - ei kovin paljon vaihtamista (hoitajasta toiseen), seuraaminen parempaa 	Samojen hoitajien avulla parempi seuranta	
<ul style="list-style-type: none"> - jos joku tutuksi, olisi parempaa, jolloin helppo sanoa asioita ja hoitaja tuntee kodin 	Samojen hoitajien avulla parempi kohtaaminen kodissa	
<ul style="list-style-type: none"> - kaikkea ei ihan tuoda eteen, tulisi liikkumista, itse tekemistä, omatoimisuutta - ei passata, nyt teet itse 	Omatoimisuuden ohjanta	
<ul style="list-style-type: none"> -kahtoo, miten se ihminen pystyy 	Voimavarojen huomioiminen	
<ul style="list-style-type: none"> - positiivista asennetta, tulevaisuus olemassa 	Positiivisuuteen ja tulevaisuuteen kannustaminen	