

Johanna Junno & Anniina Kaattari

**ONNISTUNUT KOTIUTUS TOIMINTATERAPEUTTIIEN KUVAAMANA**

# ONNISTUNUT KOTIUTUS TOIMINTATERAPEUTTIEN KUVAAMANA

Junno Johanna  
Kaattari Anniina  
Opinnäytetyö  
Kevät 2014  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Toimintaterapian koulutusohjelma, toimintaterapeutti

---

Tekijät: Johanna Junno & Anniina Kaattari

Opinnäytetyön nimi: Onnistunut kotiutus toimintaterapeuttien kuvaamana

Työn ohjaajat: Eliisa Niilekselä & Kaija Nevalainen

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Kevät 2014

Sivumäärä: 62+4

---

Jo parikymmentä vuotta terveydenhuoltoalalla on ollut tarve pienentää kustannuksia siirtämällä voimavaroja laitoshoidosta avohoitoon. Palvelujen kustannukset kasvaisivat vähemmän, jos asiakkaat sijoittuisivat enemmän avopalveluihin. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää riskiryhmiin, joista yksi on ihmiset siirtymätilanteissa, kuten kotiutustilanteissa. Onnistuneet kotiutukset vaikuttavat palveluiden kustannuksiin, sillä epäonnistunut kotiutus voi vaarantaa hoidon jatkuvuuden ja rasittaa terveydenhuoltopalveluja, jos potilas joutuu uudelleen sairaalaan.

Kotiutumisprosessin katsotaan alkavan jo asiakkaan saapuessa sairaalaan ja asiakas tulisi nähdä koko sairaalassaoloaikansa ajan omaan elinympäristöönsä siirtyvänä kuntoutujana. Kotiutusprosessissa arvioidaan moniammatillisesti asiakkaan toimintakyky, terveydellinen ja sosiaalinen tilanne, elämäntilanne, psyykkinen hyvinvointi, voimavarat ja elinympäristö. Kotiutumisen tukemisen tarkoituksena on auttaa asiakasta siirtymään turvallisesti sairaalasta kotiin ja mahdollistaa hoidon jatkuvuus. Toimintaterapeuteilla on osaamista arvioida asiakkaan kotikuntoisuutta ja toimintaa kotona ja heitä onkin usein mukana kotiutuksen päätöksenteossa.

Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla onnistunutta kotiutusta toimintaterapeuttien näkökulmasta. Tutkimuksen tehtävänä on kuvata, mitkä tekijät vaikuttavat onnistuneeseen kotiutukseen toimintaterapeuttien kuvaamana. Tutkimuksen toisena tehtävänä on kuvailla johtopäätöksissä, miten toimintaterapeuttien osaamista hyödynnetään tai tulisi hyödyntää kotiutuksessa. Tutkimuksen tiedonantajina oli 28 toimintaterapeuttia ja tutkimus toteutettiin sähköisenä Webropol -kyselynä. Aineisto analysoitiin käyttäen aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Tutkimuksen tulosten mukaan onnistuneeseen kotiutukseen vaaditaan sujuvaa moniammatillista yhteistyötä ja tiedonkulkua eri toimijoiden välillä. Onnistunut kotiutus on asiakaslähtöinen ja yhteistyötä tehdään asiakkaan lisäksi hänen omaistensa kanssa. Onnistunut kotiutus on suunniteltu hyvin ja arvioitu kokonaisvaltaisesti. Kotiutuessa asiakkaan tulee olla kotiutuskuntoinen. Apuväline-, asunnonmuutostöiden- sekä palveluiden tarve tulee olla kartoitettu ja tarvittavat muutokset tehtynä ennen kotiutusta. Ennen kotiutusta on voitu tehdä kotikäyntejä tai pitää kotilomia. Onnistuneessa kotiutuksessa jatkotoimenpiteet ovat järjestettynä asiakkaan kotiutuessa.

Tutkimustulosten mukaan toimintaterapeuttien ammattiosaamista kotiutuksen yhteydessä hyödynnetään juuri niissä asioissa, jotka ovat heidän mielestään kotiutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Heidän erityisosaamistaan voisi kuitenkin hyödyntää kotiutuksen yhteydessä vieläkin enemmän.

---

Asiasanat: ympäristö, koti, kotiutusprosessi, toimintaterapia, Webropol -kysely

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme of Occupational Therapy, Occupational Therapist

---

Authors: Johanna Junno & Anniina Kaattari

Title of thesis: Successful discharge from occupational therapists' point of view

Supervisors: Eliisa Niilekselä & Kaija Nevalainen

Spring 2014

Number of pages: 62+4

---

For over twenty years, a need to shift the service system's focus from institutional to non-institutional care has been acknowledged. Special attention should be given to risk groups, that is, people in transitional phase such as discharging. Successful discharging is known to have a positive impact on the total costs of services whereas unsuccessful discharging may jeopardize the continuation of care, and bring more charges for health care services in the case that the patient has to return to the hospital.

The discharge process begins when the client is hospitalised. From the very start, the client should be treated as a rehabilitee who is eventually going to return his or her home environment. During the discharge process, the client's functional ability, health, social circumstances and mental wellbeing, as well as his or her home environment are assessed through a multi-professional collaboration; this aims at assisting clients to safely return home from the hospital, and enabling the continuation of care in the future. Occupational therapists are able to assess the client's occupation at home and readiness to return home. Occupational therapists are often engaged with discharge processes and are thus involved in making decisions about discharging a client.

The aim of this qualitative research is to illustrate a successful discharge from an occupational therapist's point of view. The task of this study is to describe, from the occupational therapist's perspective, how occupational therapists' expertise is used, or should be used, in the discharge process. This study was carried out through a Webropol survey, a questionnaire sent to occupational therapists' electronic mailing list. Altogether 28 informants participated in the survey. The basis for analysing data in this study was formed by the method of content analysis.

The results of this study showed that fluent multi-professional cooperation and communication between different actors are both needed in order to create a successful discharge. Furthermore, in order to succeed, the discharge process ought to be client-centred. Collaboration with client's relatives is needed as well. Successful discharge should be planned carefully, and assessed comprehensively. Before discharging, the client needs to be ready to move home, and his or her needs for assisting devices, home modifications, and other services have to be evaluated. All modifications needed must be executed before the client can be discharged. Furthermore, pre-discharge home visits, or home leaves would be desirable. Further actions should be acknowledged and arranged by the time the client returns home.

According to the results of this study, occupational therapists' expertise is utilised especially in those actions which create successful discharge. Anyway, occupational therapists' expertise could be increasingly utilized in discharge process.

---

Key words: environment, home, discharge process, occupational therapy, Webropol survey

## SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ .....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO .....	6
2 TOIMINTATERAPEUTIT KOTIUTUKSESSA.....	9
2.1 Asiakaslähtöinen toimintaterapia.....	9
2.2 Moniammatillinen yhteistyö .....	10
2.3 Ympäristö toimintaterapiassa .....	11
2.4 Toimintaterapeuttinen arviointi.....	14
2.5 Kotiutus ja toimintaterapeutit kotiutuksessa.....	19
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT .....	22
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	23
4.1 Tutkimusmetodologia.....	23
4.2 Tutkimuksen tiedonantajat ja aineistonkeruumenetelmä.....	25
4.3 Aineiston analysointi.....	27
5 TUTKIMUSTULOKSET .....	31
5.1 Onnistunut kotiutus.....	32
5.1.1 Kotiutuksen yhteistyö on sujuvaa .....	33
5.1.2 Kotiutus on hyvin suunniteltu .....	34
5.1.3 Kotiutusprosessi on kokonaisvaltaisesti arvioitu .....	37
6 KESKEISTEN TULOSTEN TARKASTELO .....	39
7 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	44
8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	47
8.1 Eettisyys.....	47
8.2 Luotettavuus.....	48
9 POHDINTA .....	51
LÄHTEET .....	55
LIITTEET .....	63

# 1 JOHDANTO

Onnistuneita kotiutusprosesseja tarvitaan, jotta ihmiset voisivat asua kotona mahdollisimman pitkään. Tämä on myös yksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tavoitteista. Onnistunut kotiutusprosessi seurantoineen on hyvin suunniteltu. Epäonnistunut kotiutus voi vaarantaa hoidon jatkuvuuden ja rasittaa terveydenhuoltopalveluja, jos asiakas joutuu uudelleen sairaalaan. Jo parikymmentä vuotta sitten on huomattu tarve muuttaa palvelujärjestelmän rakennetta siirtämällä voimavaroja laitoshoidosta avohoitoon ja sama tavoite on olemassa edelleen terveydenhuollon kustannusten pienentämiseksi. Palvelujen kustannukset kasvaisivat vähemmän, jos asiakkaat sijoittuisivat enemmän avopalveluihin. Erityistä huomiota tulisikin kiinnittää riskiryhmiin, joista yksi on ihmiset siirtymätilanteissa, kuten kotiutustilanteissa. (ks. Piirainen 1997, 5, 8; Rantasalo 2007, 8, 21; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 26, 57-58.)

Piiraisen (1997, 4) mukaan kotiutusprosessin katsotaan alkavan jo asiakkaan saapuessa sairaalaan ja asiakas tulisi nähdä koko sairaalassaoloaikansa ajan omaan elinympäristöönsä siirtyvänä kuntoutujana. Kotiutusprosessin siirtymävaiheen voidaan katsoa kestävän kahdesta viikosta kuukauteen ennen ja jälkeen kotiutuspäivän. Kotiutusprosessissa arvioidaan moniammatillisesti asiakkaan toimintakyky, terveydellinen ja sosiaalinen tilanne, elämäntilanne, psyykinen hyvinvointi, voimavarat ja elinympäristö (Ahlroth & Huotari 2011, 9). Kotiutumisen tukemisen tarkoituksena on auttaa asiakasta siirtymään turvallisesti sairaalasta kotiin, samalla mahdollistaen hoidon jatkuvuuden (Rantasalo 2007, 16). Toimintaterapeutit ovat usein mukana kotiutuksen päätöksenteossa. Esimerkiksi sairaalassa työskentelevät toimintaterapeutit joutuvat kohtaamaan monimutkaisia kotiutus päätöksiä. (Moats & Doble 2006, 303; Moats 2007, 91.)

**Toimintaterapia** on kuntoutusta, joka perustuu asiakaslähtöiseen työotteeseen ja toimintaterapeutin ja asiakkaan väliseen yhteistyöhön sekä toiminnan terapeuttiseen käyttöön (Launiainen & Lintula 2003, 7-8). Kuntoutus on tukea, sitoutumista ja yhteistyötä, jonka tavoitteena on edistää kuntoutujan osallistumismahdollisuuksia. Tarkoitus on tukea yksilön itsenäistä selviytymistä ja hyvinvointia niin arkielämässä, kuin elämän eri siirtymävaiheissa. (Kuntoutusportti 2014, viitattu 24.5.2014.) Toimintaterapeutit työskentelevät yksilöiden, ryhmien ja organisaatioiden kanssa, joilla on vaikeuksia suoriutua erilaisista elämän toiminnoista kuten itsestä huolehtimisesta, työn, vapaa-ajan ja leikin toiminnoista. Toimintaterapian tavoitteena on

optimaalisen toiminnallisen suoriutumisen ja tyytyväisyyden saavuttaminen sekä jokapäiväisiin toimintoihin osallistumisen mahdollistaminen. Toimintaterapiassa mahdollistetaan asiakkaan tavoitteiden saavuttaminen auttamalla häntä pääsemään yli ongelmista, jotka rajoittavat toiminnallista suoriutumista. (Law, Baum & Dunn 2005, 1, 3.) Saavuttaakseen tämän, toimintaterapeutti tarkastelee yhdessä asiakkaan kanssa asiakkaan valmiuksia, taitoja, arvoja ja mielenkiinnonkohteita sekä analysoi, porrastaa ja soveltaa toimintaa sekä muokkaa ympäristöä (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä & Rusi-Pyykönen 2011, 10). Nämä ovat toimintaterapeutin osaamisalueita myös kotiutuksen yhteydessä.

Kotiutukseen liittyen on tehty paljon tutkimuksia. Tutkimusten mukaan onnistuneeseen kotiutukseen ovat vaikuttaneet sopiva ajankohta, asiakkaan riittävä tiedonsaanti, keskustelut kotiutumisesta ja kotona selviytymisestä sekä kotikuntoisuuden ja turvaverkoston kartoittaminen ennen kotiutusta (Ahlroth & Huotari 2011, 32-33; Linnosaari 2001, 18). Asiakas tulee myös osallistaa omaa kotiutustaan koskevaan päätöksentekoon (Atwal & Caldwell 2003, 249). Onnistuneeseen kotiutukseen vaikuttavat myös kotiutuksen aikainen suunnittelu ja suunnitelmallisuus yleensäkin sekä kotiutuksesta tiedottaminen kaikille osapuolille (Ahlroth & Huotari 2011, 33-34). Kotiutuksen hyvä suunnittelu vaikuttaa asiakkaan tyytyväisyyteen kotiutusprosessista sekä sairaalassaoloajan lyhentymiseen. Hyvä suunnittelu saattaa myös vaikuttaa positiivisesti jokapäiväiseen elämään kotiutuksen jälkeen. (Wressle, Filipson, Andersson, Jacobsson, Martinsson & Engel 2006, 204.) Erilaiset tukitoimet kuten asunnonmuutostyöt varmistavat turvallisen kotiutumisen ja tarvittaessa asiakkaalla tulee olla riittävästi kotiapua sairaalasta kotiuduttuaan. Moniammatillinen yhteistyö ja yhteiset tapaamiset eri ammattilaisten välillä on koettu hyvän kotiutuksen mahdollistajaksi. (Rantasalo 2007, 41; Ahlroth & Huotari 2011, 34-37.) Yhteistyötä tulisi tehdä myös asiakkaan ja asiakkaan omaisten kanssa jo kotiutuksen suunnitteluvaiheessa ja sen pitäisi olla osa kotiutuksen rutiinia (Lilja, Nygård, Borell 2000, 58). Lisäksi kotiutuksen onnistumiselle on tärkeää, että asiakkaalla on halu päästä kotiin ja selviytyä siellä (Rantasalo 2007, 41). Onnistuneeseen kotiutukseen vaikuttaa myös asiakkaan kuntoutuksen tarpeen arviointi kotiutuksen jälkeen sekä koko kotiutusprosessin dokumentointi. Toimintaterapeuttien täytyy kirjata huolellisesti koko toimintaterapiaprosessi. Näin saadaan linkki sairaalan toimintaterapeutin ja kotiin palveluja tarjoavan toimintaterapeutin välille. (Lilja, Nygård, Borell 2000, 51.)

Toimintaterapian tutkimuksia kotiutukseen liittyen on tehty verrattain vähän, varsinkin jos etsitään kotimaista tutkimusta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata toimintaterapeuttien

kokemuksia onnistuneesta kotiutuksesta. Tutkimuksen tehtävänä on kuvata, mitkä tekijät vaikuttavat onnistuneeseen kotiutukseen toimintaterapeuttien kuvaamana. Toisena tehtävänä on tutkimuksen johtopäätöksissä kuvata, miten toimintaterapeuttien osaamista hyödynnetään tai tulisi hyödyntää kotiutuksessa. Tutkimuksemme on laadullinen ja se toteutettiin kyselytutkimuksena Webropol –ohjelmaa käyttäen.



## 2 TOIMINTATERAPEUTIT KOTIUTUKSESSA

### 2.1 Asiakslähtöinen toimintaterapia

**Asiakslähtöisyys** on tunnustettu ja tärkeä osa toimintaterapian käytäntöjä. Viimeisen parinkymmenen vuoden aikana useat asiantuntijat ovat käsitelleet aihetta monissa julkaisuissa. (Falardeau & Durand 2002, 136.) Asiakslähtöisyys on aina ajankohtainen asia Suomessa; siihen viitataan useissa KELA:n julkaisuissa ja siitä puhutaan laajasti sosiaali- ja terveystalalla sekä mediassa. Myös lait ja säädökset ottavat kantaa asiakslähtöisyyteen. Esimerkiksi terveydenhuoltolain (1326/2010 1:2. 4 §) yksi tarkoitus on vahvistaa palvelujen asiakslähtöisyyttä.

CAOT (1997) eli Kanadan toimintaterapeuttien yhdistys määrittää toimintaterapian asiakslähtöisyyden tarkoittavan asiakkaan ja terapeutin välistä yhteistyötä ja kumppanuutta, jonka tarkoituksena on mahdollistaa asiakkaan osallistuminen erilaisiin toimintoihin. Asiakslähtöisesti työskentelevät toimintaterapeutit osoittavat kunnioitusta asiakasta kohtaan, osallistavat asiakasta päätöksentekoon, toimivat asiakkaan puolesta puhujina ja huomioivat asiakkaan oman elämänsä asiantuntijana. (CAOT 1997, 180.) Toimintaterapeutti määrittää yhteistyössä asiakkaan kanssa asiakkaan toiminnalliset ongelmat ja prioriteetit, asettaa tavoitteet ja mahdollistaa asiakkaan toiminnallisen osallistumisen tukemalla taitojen kehitystä. Toimintaterapeutti toimii myös ennaltaehkäisevästi mukauttamalla tehtäviä ja ympäristöjä. Asiakslähtöisyyttä on asiakkaan ainutlaatuisuuden huomioiminen ja kunnioittaminen sekä yksilöllisen terapian intervention luominen. Terapian ja sen tavoitteiden tulisi aina perustua asiakkaan toiveisiin ja tarpeisiin. (Cole & Tufano 2008, 26, 29.)

Esimerkiksi geriatrisessa kuntoutuksessa asiakslähtöinen lähestymistapa ja kotiutusprosessin hyvä valmistelu ovat suuressa arvossa. Nämä ovat myös toimintaterapian painopistealueita kotiutuksessa. (Wressle ym. 2006, 204.) Kotiutuksessa vastuun omaa elämää koskevista päätösten seurauksista tulisi aina olla asiakkaalla itsellään. Asiakkaat itse pitävät tärkeänä sitä, että heidät otetaan mukaan heidän kotiutustaan koskevaan päätöksentekoon. Asiakkaat haluavat olla mukana päättämässä myös omasta kotihoidostaan ja tarvitsemistaan palveluista. (Rantasalo 2007, 17.) Toimintaterapeuttien yleinen haaste onkin yrittää tasapainotella kotiutuksen päätöksenteossa siten, että asiakkaan itsemääräämisoikeus toteutuu, mutta asiakkaalle ei

aiheudu turvallisuusriskejä kotiutuessa (Durocher & Gibson 2010, 7). Toisinaan asiakkaat kuitenkin luottavat niin paljon ammattilaisten osaamiseen ja valintoihin, etteivät he itse edes halua vaikuttaa kotiutuksen päätöksentekoon (ks. Wressle ym. 2006, 207).

Toimintaterapian **ydinosaamisalueita** ovat minän tietoinen käyttö, yksilön valmiuksien, taitojen ja tarpeiden arviointi, toiminnan analyysi ja adaptaatio sekä ympäristön analyysi ja adaptaatio. Toimintaterapian kirjallisuudessa on yleisesti tunnustettu, että terapeutin ja asiakkaan välinen vuorovaikutussuhde on yksi tärkeimmistä terapian työvälineistä. Hyvän vuorovaikutussuhteen luominen vaatii toimintaterapeutilta minän tietoista käyttöä sekä asiakkaalta aktiivista omaan toimintaterapiaprosessiin osallistumista. Onnistunut vuorovaikutus on vähintään yhtä tärkeää kuin itse terapia. Minän tietoinen käyttö tarkoittaa terapeutin oman ammattiroolin käyttämistä terapian työvälineenä. (Hagedorn 2000, 17, 83-90.) Loput toimintaterapian ydinosaamisalueet on käsitelty kappaleessa 2.4 toimintaterapeuttinen arviointi.

## 2.2 Moniammatillinen yhteistyö

Toimintaterapeutit työskentelevät usein osana moniammatillista tiimiä. Isoherrasen (2008) mukaan **moniammatillisella yhteistyöllä** tarkoitetaan, että eri asiantuntijoilla on yhteinen työ tai tehtävä suoritettavana, päätös tehtävänä tai ongelma ratkaistavana. Jotta he pääsisivät tavoitteeseensa, täytyy heidän yhdistää tietonsa ja osaamisensa. Moniammatillisessa yhteistyössä on mukana useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia. Siinä tulisi olla mahdollisuus tarpeellisen tiedon kokoamiselle, prosessoinnille ja yhteisen tavoitteen rakentamiselle, jotta saataisiin mahdollisimman kokonaisvaltainen käsitys kyseessä olevan asiakkaan tilanteesta. Moniammatillista yhteistyötä toteutettaessa on huomioitava aina asiakaslähtöisyys, tiedon kokoamisen mahdollisuus, vuorovaikutustaidot, roolien muutokset ja verkostot. (Isoherranen 2008, 33-35.) Kriteereitä onnistuneelle moniammatilliselle yhteistyölle ovat muun muassa toimiva vuorovaikutus, keskustelut ja kuunteleminen, suunnittelu ja analysointi, tapaamiset, tiedottaminen, tavoitteiden esittäminen, palautteen antaminen ja saaminen, yhteiset pelisäännöt, avoimuus, rehellisyys ja luottamus sekä kiireettömyys. Moniammatillinen yhteistyö hyödyttää työntekijöitä, asiakkaita sekä koko organisaatiota. Moniammatillisella yhteistyöllä vähennetään päällekkäisten toimintojen tekemistä, jolloin voidaan saada aikaan kustannussäästöjä organisaation sisällä. Toimivan moniammatillisen yhteistyön voidaan katsoa myös tukevan henkilöstön työssä jaksamista. (Mikkonen 2009, 10.)

Moniammatillista yhteistyötä voidaan toteuttaa erilaisissa tiimeissä, jotka mahdollistavat asiakaslähtöisen ja joustavan rakenteen sekä tiedonkeruun ja -käsittelyn. Tiimissä työskentely mahdollistaa oman ammatillisen tietopohjan tunnistamisen ja yhdistämisen toisten asiantuntijoiden tiedon kanssa. Tiimityön avulla mahdollistuu kokonaisvaltaisen kuvan saaminen asiakastilanteesta. (Isoherranen 2008, 35-36.) Moniammatillisessa tiimissä työskentely vaatii oman ja muiden ammattilaisten roolien sisäistämistä. Joskus moniammatillisessa yhteistyössä syntyy ongelmia roolien epäselvyyksien ja ammattilaisten erilaisten prioriteettien vuoksi. Tämä voi johtaa jopa kommunikaation hajoamiseen ammattilaisten välillä, mikä taas vaikuttaa suoraan asiakkaaseen. Myös toimintaterapeuttien täytyisi pystyä määrittelemään oma roolinsa ja osaamisalueensa kotiutuksessa selkeästi arvioinnin luotettavuuden ja moniammatillisen työskentelyn onnistumisen vuoksi. (Atwal 2002, 446-447; Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry 2010, 12.)

Yhteistyötä on tärkeä tehdä myös verkostomaisesti ja samalla ylittää eri palvelusektoreiden rajoja. Tällöin moniammatillisen arvioinnin tuloksena saadaan vieläkin kattavampi ja kokonaisvaltaisempi kuva asiakkaan tilanteesta, eikä arvioinnin tuloksissa jäädä vain yhden palvelusektorin arvion varaan. (Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2010, 12.) Liljan, Nygårdin ja Borellin (2000, 51) mukaan vuorovaikutuksen ja yhteistyön onnistumista palveluketjun eri tasojen välillä onkin syytä tutkia. Jotta asiakkaan kotiuttaminen onnistuisi, kotiutukseen osallistuvat osapuolet tarvitsevat tietoa asiakkaasta, tämän saamasta hoidosta ja palveluista, sekä muiden osapuolien hoitomahdollisuuksista (Rantasalo 2007, 20). Vuorovaikutuksen eri ammattilaisten välillä tulisi olla toimivaa ja tiedon siirtymiseksi tarvitaan aikaa säästäviä rutiineja ja tapoja. Asiakkaan kuntoutuksen ja hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi informaation asiakkaasta täytyy siirtyä palveluketjussa eri sektoreiden ja eri ammattilaisten välillä. Siirretyn informaation tulisi olla kirjoitettua ja muodollista. (Lilja, Nygård, Borell 2000, 51, 57-58.)

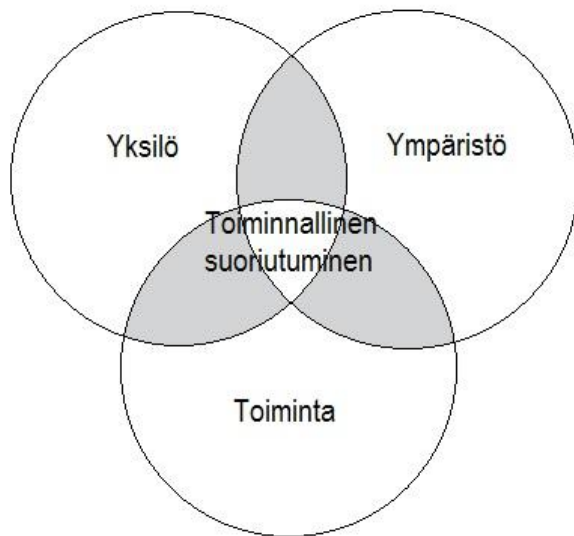
### 2.3 Ympäristö toimintaterapiassa

Ihmisen toiminta sekä yksilön ja ympäristön suhde ovat toimintaterapian keskeisiä teoreettisia käsitteitä (Iwarsson & Slaug 2008, 17). **Toiminta** on kaikkea sitä, mitä teemme päivittäisessä elämässä. Se sisältää erilaiset toiminnot, tehtävät, ajattelemisen ja olemisen. Toimintaan sitoutuminen auttaa ylläpitämään yksilön terveyttä ja hyvinvointia. **Toiminnallinen suoriutuminen** tarkoittaa toimintojen tekemistä inhimillisten tarpeiden tyydyttämiseksi. (Law & Baum 2005, 6-7.) Toimintaterapian kirjallisuudessa ja käytännöntyötä ohjaavissa malleissa

puhutaan paljon ympäristöistä (Moats & Doble 2006, 306). **Ympäristö** kaikessa monimuotoisuudessaan vaikuttaa suuresti ihmisen toimintaan. Toiminnan ja ympäristön sekä niiden yhteyden ymmärtäminen on osa toimintaterapeuttien ainutlaatuista ammattiosaamista.

Ympäristöllä on tiettyjä fyysisiä, sosiaalisia, kulttuurisia, ekonomisia ja poliittisia piirteitä, jotka vaikuttavat ihmisen motivaatioon, toiminnan organisointiin ja toiminnalliseen suoriutumiseen. Useat ympäristön ulottuvuudet voivat vaikuttaa ihmisen toiminnalliseen elämään. Näitä ovat objektit, joita ihminen käyttää toimiessaan ja tilat, joissa ihminen toimii. Lisäksi saatavilla olevien, odotettujen tai vaadittujen tehtävien/toimintojen toiminnallinen muoto sekä ihmisen sosiaaliset ryhmät, kulttuurin vaikutus ja poliittinen sekä ekonomisen konteksti vaikuttavat ihmisen toiminnalliseen elämään. (Kielhofner 2008, 86-88, 103.)

PEO –mallin eli Person-Environment-Occupation –mallin mukaan ihmisen toiminnallinen suoriutuminen on ihmisen, toiminnan ja ympäristön välisen dynaamisen vuorovaikutuksen tulosta. Malli kuvaa vuorovaikutusta ihmisen, toiminnan ja ympäristön välillä. Mallissa yksilö, ympäristö ja toiminta on kuvattu kolmena toisiaan sivuavana ympyränä (ks. Kuvio 1). Ympyröiden keskellä on toiminnallisen suoriutumisen alue. Kaikki kuvion osat ovat moniulotteisia ja dynaamisia ja ne kuvaavat jatkuvuutta elämän aikana. PEO –mallissa yksilö on kuvattu uniikkina olentona, joka omaksuu useita rooleja samanaikaisesti. Yksilö on dynaaminen, motivoitunut ja jatkuvasti kehittyvä olento, joka on koko ajan vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Ympäristö kuvataan toiminnallisen suoriutumisen kontekstiksi. Kulttuurinen, sosio-ekonominen, institutionaalinen, fyysinen ja sosiaalinen ympäristö ovat yhtä suuressa arvossa. Ympäristö vaikuttaa ihmisen käytökseen ja toisaalta myös ihmisen käytös vaikuttaa ympäristöön. Ympäristö voi mahdollistaa tai rajoittaa ihmisen toimintaa. Toiminta täyttää ihmisen sisäisen tarpeen oman itsen ylläpidolle, itsensä ilmaisulle ja täyttymyksen tunteelle omien roolien ja ympäristön kontekstissa. Toiminnallinen suoriutuminen on kuvattu PEO –mallissa monimutkaisena ja dynaamisena ilmiönä, johon vaikuttaa yksilön, ympäristön ja toiminnan välinen vuorovaikutus. Toiminnallisen suoriutumisen kokemus mahdollistuu, kun ihminen suorittaa merkityksellistä toimintaa ympäristönsä kontekstissa. (Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby & Letts 1996, 9, 14-17.)



KUVIO 1. Toiminnallinen suoriutuminen PEO –mallin mukaan (ks. Law ym. 1996, 19).

Hagedorn (2000, 12-13, 18) on määritellyt toimintaterapian vuorovaikutuksellisuuden koostuvan terapeutista, ihmisestä, toiminnasta ja ympäristöstä. Toiminnan ollessa terapeutista, tulee terapeutin työskennellä ihmisen kanssa tietyn toiminnan osa-alueen mukaan, tietyssä ympäristössä, tiettyjen tavoitteiden mukaan. Näiden kolmen osa-alueen tulisi olla jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään ja niiden tulisi olla sopivassa tasapainossa toistensa kanssa. Terapeutin tehtävänä on mukauttaa toimintoja, tehtäviä ja ympäristöä siten, että yksilö voi toimia mahdollisimman korkealla tasolla mahdollisimman sopivalla tuen määrällä.

**Koti** on se ympäristö, jossa vietämme suurimman osan ajastamme. Se on merkityksellinen ja yksityinen paikka. Kotona ihmisen ympärillä on henkilökohtaisia tavaroita, joilla on merkitystä identiteetille ja elämänhistorialle. Kun ihminen sairastuu, koti voi muuttaa merkitystään eikä se ole enää niin yksityinen. Siitä voi tulla toisten ihmisten työpaikka. (Larsson-Lund & Nygård 2004, 244.) Paikat joissa elämme, vaikuttavat siihen miten olemme sekä siihen miten osallistumme toimintaan ja koemme sen. Koti ympäristönä sisältää paljon tunteita ja erilaisia assosiaatioita. (Pierce 2003, 222, 161.)

Liljan & Borellin (2001, 55) Ruotsissa vuosina 1995-1997 tehdyn tutkimuksen mukaan **kotona toteutettava toimintaterapia** koostuu toimintaterapeuttisesta arvioinnista, terapiasta ja toimintojen harjoittelusta, apuvälineasioista, ympäristön arvioinnista ja adaptaatiosta,

ennaltaehkäisytyöstä sekä ohjauksesta ja neuvonnasta. Kotiympäristössä terapeutin on mahdollista nähdä asiakkaan päivittäisiä toimintoja juuri siinä ympäristössä, jossa hän niitä yleensä suorittaa. Kotiympäristö myös varmistaa sen, että valitut toiminnot ovat asiakkaalle merkityksellisiä. Kotiin tarjotussa toimintaterapiassa toimintaterapeutti keskittyy kehittämään ja rakentamaan asiakkaan taitoja siinä ympäristössä, jossa hän toimii ja suoriutuu. Hän voi edistää asiakkaan itsenäisyyttä päivittäisen elämän toiminnoissa myös muuttamalla asiakkaan omaa ympäristöä. (Lilja & Borell 2001, 52.) Mitä luonnollisemmassa ympäristössä toimitaan, sitä vaikuttavampaa terapia on. Näkemättä tilaa, jossa asiakas normaalisti toimii, on terapeutin ymmärrys asiakkaasta toimijana rajoittunut. (Pierce 2003, 222, 161.) On koettu, että asiakkaan roolien löytäminen, tukeminen ja vahvistaminen on helpompaa kodin toimiessa terapiaympäristönä (ks. Kosonen & Multanen 2009, 30; Pihkanen 2013, 35). Koti terapiaympäristönä voi lisätä myös asiakkaan turvallisuutta. Kotiutuksen jälkeisten seurankäyntien on koettu luovan turvallisuuden tunnetta niin asiakkaalle kuin terapeutille ja ne mahdollistavat sairaalassa alkaneen prosessin hallitun loppumisen. (Kosonen & Multanen, 34.)

## 2.4 Toimintaterapeuttinen arviointi

Arviointi on yksi tärkeimmistä osa-alueista toimintaterapiaprosessissa (Hinosoja & Kramer 1998, 1). **Toimintaterapeuttinen arviointi** auttaa asiakasta ymmärtämään oman tilanteensa ja kykynsä muutokseen (Hagedorn 2000, 17). Arviointiprosessissa toimintaterapeutilla on myös tavoitteena saada ymmärrys asiakkaasta toiminnallisena yksilönä, tunnistaen asiakkaan vahvuudet ja heikkoudet. Arviointi on toimintaterapiaprosessin ensimmäinen taso ja se mahdollistaa yksilöllisen terapian toteuttamisen. (Prior & Duncan 2009, 76.)

Arviointia voidaan toteuttaa toimintaterapiaprosessin eri vaiheissa, toiminnan eri tasoilla sekä erilaisissa ympäristöissä. Arvioinnin tavoitteena voi olla tulevaa terapiaa ohjaava arviointi, kliininen arviointi tai asiakkaan toiveiden ja tarpeiden sekä tyytyväisyyden arviointi. Arvioinnin tavoitteiden mukaan määräytyvät arvioinnissa käytetyt menetelmät ja arviointivälineet. (Hagedorn 2000, 138.) Arvioinnin tulokset auttavat määrittämään terapian tavoitteet ja käytettävät menetelmät. Huolellinen ja oikeudenmukainen toimintaterapian arviointiprosessi onkin hyvä perusta suunnitelmalliselle ja tavoitteelliselle toimintaterapialle sekä laajemmin kuntoutussuunnitelmalle sekä erilaisten etuuksien hakemiselle. (Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2010, 5; Hinosoja & Kramer 1998, 1.) Arvioinnin tulisi aina olla asiakaslähtöistä. Tämä tarkoittaa asiakkaan mukaan ottamista arviointiprosessiin, esimerkiksi itsearviointin avulla. (Hagedorn

2000, 144.) Asiakslähtöisessä toimintaterapeuttisessa arvioinnissa asiakas ja terapeutti työskentelevät yhdessä tunnistaakseen asiakkaan toiminnallisuuteen liittyvät ongelmat, voimavarat ja vahvuudet. Arvioinnin ollessa asiakslähtöistä, voidaan terapialla vastata asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin ja osoittaa niiden yhteyttä päivittäiseen elämään. (Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2010, 10.) Ilman tarkoituksenmukaista arviointia terapia ei välttämättä kohtaa asiakkaan tarpeita. Arvioinnin avulla terapeutti voi myötävaikuttaa asiakkaan terveyteen ja hyvinvointiin. Arviointia tehdään, jotta toimintakyvyn muutosta ja toimintaterapian tuloksellisuutta voidaan arvioida, mitata ja dokumentoida. (Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2010, 5; Prior & Duncan 2009, 76.)

**Toiminta ja sen arviointi** ovat osa toimintaterapeuttien keskeisintä ammattiosaamista. Toimintaterapeutit haluavat auttaa ratkaisemaan toimintaan liittyviä ongelmia. Pystyäkseen siihen, toimintaterapeuteilla tulee olla ymmärrystä siitä, mitä on toiminnasta suoriutuminen ja mitä se vaatii. Terapeutin tulee osata analysoida mitä eri toiminnot vaativat yksilöltä ja miten toimintoja voi muokata eli adaptoida yksilölle sopivaksi. Tätä kutsutaan **toiminnan analyysiksi ja adaptaatioksi**. Se on toinen toimintaterapian ydinprosesseista. Toiminnan analyysissä toimintaa tutkitaan yksityiskohtaisesti ja pilkotaan pienempiin osiin. Toiminnan adaptaatiossa terapeutti mukauttaa toimintaa asiakkaalle sopivaksi käyttäen hyväksi toiminnan analyysissä esille tulleita toiminnan vaatimuksia. (Hagedorn 2000, 17, 169-173.) Tutkimuksemme aineistossa toiminnan arviointi ja siten myös toiminnan analyysi ja adaptaatio olivat suuressa roolissa. Erityisesti toiminnan arviointi kotiympäristössä koettiin tärkeäksi kotiutumisen onnistumisen kannalta.

Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen (2007, 21) määrittävät **toimintakyvyn** tarkoittavan sitä, kuinka yksilö selviää jokapäiväisestä elämästään. Toimintakykyä voidaan tarkastella joko toiminnanvajavuuksina tai jäljellä olevana toimintakyynä. (Lyyra ym. 2007, 21.) Toimintaterapeutin arvioidessa **yksilön toimintakykyä** on tärkeää arvioida sitä, mitä yksilö haluaa tai mitä hänen tarvitsee tehdä sekä sitä, mikä hänen toimintakykynsä todellisuudessa on. Tavoitteena on arvioinnin kautta selvittää mitkä ovat tärkeitä asioita asiakkaan elämässä. (Dunn 2005, 27.) Toimintaterapiassa kiinnostuksen kohteena on asiakkaan merkityksellinen ja tarkoituksenmukainen toiminta hänen omissa ympäristöissään. Yksilöä arvioidessa arvioidaan asiakkaan toimintakokonaisuuksia, joita ovat itsestä huolehtiminen, kotielämä, työ, opiskelu, vapaa-aika ja leikki sekä lepo. Nämä toimintakokonaisuudet muodostavat elämän eri alueet, joista muodostuu tasapainoisen elämän kokonaisuus. (Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2010, 8.)

Yksilönarvioinnissa menetelminä voidaan käyttää asiakkaan haastattelua, sekä hänen omaistensa, ystäviensä ja hoitohenkilökuntansa haastattelua (Dunn 2005, 27). Haastattelun avulla voidaan selvittää asiakkaan subjektiivisia kokemuksia hänen omasta toiminnastaan sekä hänen näkemyksiään toimintaa estävistä ja mahdollistavista tekijöistä (Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2010, 14). Toiminnan havainnointi joko strukturoidusti tai strukturoimattomasti auttaa terapeuttia arvioimaan asiakkaan todellista toimintakykyä tämän omissa ympäristöissä (Dunn 2005, 27).

Toimintaterapeuteilla on valmiudet valita, käyttää ja tulkita standartoituja ja standartoimattomia testejä osana yksilön arviointia (AOTA 1991, 1081). Erilaisten testien käyttämistä kutsutaan mittaamiseksi. Mittaaminen tarkoittaa jonkin tietyn ominaisuuden, esimerkiksi käden puristusvoiman mittaamista, siihen tarkoitettulla menetelmällä. (Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2010, 14.) Standartoidussa arviointimenetelmässä on tavoitteena saada mahdollisimman yhtenäinen ja johdonmukainen, arvioijasta riippumaton arviointi. Menetelmissä on strukturoidut arvioinnin suorittamis- ja tulosten analysointitavat, kuten ohjeenanto- tai pisteytysmenetelmä. Standartoimattomissa menetelmissä on usein enemmän varaa tilannekohtaisille vaihteluille. Tällainen menetelmä on esimerkiksi vapaa haastattelu (Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2010, 14.) Grimmerin, Dawsonin, Mayn ja Peoplesin (2009, viitattu 24.5.2014) tutkimuksessa ilmeni, että terapeutit käyttivät muita ammattilaisia yleisemmin standartoituja arviointimenetelmiä.

Yksi toimintaterapeuttien alkuarviointimenetelmä on esimerkiksi The Canadian Occupational Performance Measure eli COPM. Se on standartoitu, näyttöön perustuva arviointimenetelmä, jonka tarkoituksena on tunnistaa toiminnallisen suoriutumisen osa-alueita. COPM alkaa keskustelulla asiakkaan toiminnallisesta suoriutumisesta jokapäiväisessä elämässä, mikä mahdollistaa tavoitteiden muodostamisen terapialle. (Law, Baptiste, Carswell, McColl, Polatajko & Pollock 2014, viitattu 20.5.2014.) COPM toimii terapeuttisen vuorovaikutussuhteen luomisen välineenä ja auttaa asiakasta ymmärtämään toimintaterapeutin työskentelevän yhdenvertaisena hänen kanssaan. COPM auttaa myös kohdistamaan terapian ja jatkuvan arvioinnin asiakkaan kannalta tarkoituksenmukaisiin ja merkityksellisiin asioihin. (Law, Baptiste, Carshwell, McColl, Polatajko & Pollock 2005, viitattu 20.5.2014.)

Toimintaterapeuttisessa arvioinnissa arvioitavia asioita voivat olla esimerkiksi asiakkaan taidot ja valmiudet. Yksilön valmiuksien, taitojen ja tarpeiden arviointi on toimintaterapian kolmas ydinprosessi (Hagedorn 2000, 17). **Taitojen** arviointi koostuu motoristen-, prosessi-, psyykkisten-,



sosiaalisten ja eettisten taitojen arvioinnista. Motoriset taidot ovat havaittavissa olevia toiminnan aikana tehtäviä tekoja. Näitä ovat muun muassa liikkumisen taidot ja koordinaatiotaidot. Prosessitaidot ovat havaittavissa olevia tekoja, joita asiakas tekee saadakseen jonkin suunnitellun tehtävän tehtyä loppuun saakka. Psykkiset taidot tarkoittavat asiakkaan taitoja tunnistaa, ilmaista ja hallita tuntemuksiaan ja tunteitaan. Sosiaaliset taidot tarkoittavat asiakkaan vuorovaikutustaitoja sosiaaliseen tilanteeseen sopivalla tavalla. Eettiset taidot tarkoittavat asiakkaan taitoja harkita toimintaansa ja sen seurauksia.

**Valmiuksien** arviointi koostuu sensomotoristen-, motoristen-, kognitiivisten-, psyykkisten-, sosiaalisten- ja eettisten valmiuksien arvioinnista. Sensomotoriset valmiudet tarkoittavat kykyä ottaa vastaan aistien kautta välittyvää tietoa. Näitä valmiuksia arvioitaessa voidaan testata esimerkiksi kiputuntoa. Motoriset valmiudet tarkoittavat kykyä käsitellä esineitä ja tuottaa motorisia liikkeitä. Näitä valmiuksia arvioidessa voidaan testata esimerkiksi pään hallintaa tai käden hienomotoriikkaa. Kognitiiviset valmiudet tarkoittavat tietoisuuteen liittyviä valmiuksia. Strukturoitujen tehtävien aikana voidaan havainnoida esimerkiksi muistia ja tarkkaavuutta. Psykkiset valmiudet tarkoittavat tunteisiin, tuntemuksiin ja tahtoon liittyviä valmiuksia. Sosiaaliset valmiudet tarkoittavat kykyä ymmärtää ja hallita viestin tuottamista sekä erilaisten kommunikointitilanteiden hallintaa. Viestit voivat olla eri muodossa, esimerkiksi puhuttuja, sanattomia tai kirjoitettuja. Eettiset valmiudet tarkoittavat kykyä ymmärtää ja hallita omia velvollisuuksia ja oikeuksia. Ne tarkoittavat myös kykyä tehdä erottelua esimerkiksi oikean ja väärän välillä. Eettisiä valmiuksia voidaan arvioida esimerkiksi keskustelemalla asiakkaan kanssa. (Suomen Kuntaliitto & Suomen Toimintaterapeuttiliitto 2003, 35-36.)

Toimintaterapeutit voivat arvioida yksilöitä ja ryhmiä myös toimintaterapiaryhmissä. Toimintaterapeutit käyttävät erilaisia ryhmätilanteita hyödyntääkseen ryhmän parantavia vaikutuksia (Finlay 1993, 7). Ryhmässä tavoitteet ovat samansuuntaiset kuin yksilöllisessä toimintaterapiassa, mutta vuorovaikutustaidot korostuvat (Salo-Chydenius 1992, 167). Toimintaterapeutin tulee **ryhmän arvioinnissa** kiinnittää huomiota ryhmän kokoamisvaiheeseen, arvioinnin tavoitteiden asettamiseen ja menetelmien valintaan, toiminnan analysointiin ja porrastamiseen, ryhmäprosessin vaiheisiin sekä ohjauksen laatuun ja määrään (Kokko, Laamanen & Leikas 2001, 3). Toimintaterapeutti arvioi sekä ryhmien toimintaa, että niiden toimintaympäristöjä (Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2010, 13).

Toimintaterapeuttiseen arviointiin kuuluu olennaisesti myös ympäristön arviointi. **Ympäristön arviointi** alkaa usein samanaikaisesti yksilönarvioinnin kanssa. Toimintaterapeutit voivat arvioida kaikkia niitä ympäristöjä, joissa asiakas toimii kuten kotia, koulua tai työpaikkaa. Ympäristö ja arvioinnin tavoitteet määrittävät käytetyt arviointimenetelmät. Usein voidaan käyttää myös monia menetelmiä samanaikaisesti. Näitä menetelmiä ovat asiakkaan ja/tai asiakkaan ja tämän ympäristöt tunnevan henkilön haastattelut sekä toiminnan havainnointi asiakkaan omissa ympäristöissä. Lisäksi voidaan arvioida jotain tiettyä ympäristön ulottuvuutta, esimerkiksi esteettömyyttä. Pääosin toimintaterapeuttien tulisi käyttää standartoituja ympäristön arviointimenetelmiä varmistaakseen arvioinnin luotettavuuden ja pätevyyden. Jatkuva ympäristön analyysi varmistaa sen, että yksilön toimintakykyyn vaikuttavat ympäristön ulottuvuudet tulee arvioitua. (Rigby, Stark, Letts, Ringaert 2009, 823, 827.)

Neljäs toimintaterapian ydinprosessi onkin **ympäristön analyysi ja adaptaatio**. Ympäristön analyysissa ja adaptaatiossa terapeutin täytyy asettaa ympäristölle rajat, jotta analyysi ja adaptaatio kohdistuvat tarkoituksenmukaisiin asioihin. Ympäristöä analysoitaessa toimintaterapeutti ottaa huomioon niin ympäristöstä havaittavissa olevat asiat, kuten kalusteet, kuin ympäristön subjektiivisen kokemuksen yksilölle, eli miten yksilö vastaanottaa, ymmärtää ja reagoi ympäristöstä tuleviin ärsykkeisiin. Ympäristöä voidaan adaptoida eli muokata tukemaan terapiaa tai lisäämään asiakkaan toimintakykyä. Ympäristöä voidaan muokata toiminnallisen suoriutumisen mahdollistamiseksi eri tavoin. Ympäristöstä voidaan poistaa tai siihen voidaan lisätä jotain ja ympäristön osia voidaan muokata, järjestellä tai parantaa. Ympäristöä voidaan muokata melko yksinkertaisin menetelmin, mutta toimintaterapeuttien ammattiosaamista onkin arvioida miksi ympäristöä muokataan, kuinka paljon sitä muokataan ja mitkä sen vaikutukset ovat yksilön toimintaan. Tämä vaatii hyvää kliinistä päättelyä ja ongelmanratkaisutaitoa. (Hagedorn 2000, 261-266.) Ympäristön muokkausta voi olla esimerkiksi kodinmuutostyöt tai järjestyksen vaihtaminen kotona siten, että tietty toiminta mahdollistuu.

Yksi ympäristön arviointimenetelmistä on Housing Enabler, jonka alkuperäinen tarkoitus oli toimia perustana esteettömälle asuin- ja julkisten tilojen suunnittelulle. Sen päämääränä on ennustaa missä määrin esteettömyysongelmia syntyy, kun yksilön toimintakyvyn rajoitukset ja fyysisen ympäristön esteet yhdistyvät. (Iwarsson & Slaug 2008, 8.) Menetelmässä kartoitetaan yksilön tai ryhmän toimintakyvyn rajoitteita. Asiakasta haastatellaan ja havainnoidaan liikunta- ja havaintokyvyn sekä liikkumisen apuvälineiden arvioimiseksi. Arvioinnin tuloksena saadaan asiakkaan toimintakykyprofiili, jonka lisäksi suoritetaan yksityiskohtainen asuinympäristön

arviointi. Lopuksi määritetään esteettömyysongelmien aste. Saatu tulos ennustaa kuormituksen, joka aiheutuu tietyn henkilön toimintakyvyn rajoitteiden ja hänen ympäristönsä yhdistelmästä, mikä ennustaa syntyvää esteettömyysongelmien vakavuutta. (Iwarsson 2008, 14-15.)

## 2.5 Kotiutus ja toimintaterapeutit kotiutuksessa

Wressle ym. (2006, 209) toteavat tutkimuksensa johtopäätöksissä, että toimintaterapeutit oletettavasti edesauttavat onnistunutta kotiutusta ja optimaalisten olosuhteiden luomista kotona selviytymiselle. Heidän mukaansa myös aiemmissa tutkimuksissa toimintaterapian on koettu olevan positiivista ja tärkeää kotiutuksen yhteydessä. Toimintaterapian ammattiosaamisen hyödyntäminen voi olla paikallaan esimerkiksi akuuttihoitosta kotiuttaessa. Toimintaterapeutti valmistaa asiakasta ja hänen ympäristöään, jotta optimaalinen kotiutus mahdollistuisi. Jokapäiväisten toimintojen harjoittelu ennen kotiutusta toimintaterapeutin kanssa lisää kykyä suoriutua näistä toiminnoista myös kotona. Kotiutuvat asiakkaat siirtyvät epätodennäköisemmin laitoksiin asumaan toimintaterapeutin ollessa mukana kotiutusprosessissa. Toimintaterapia kotiutuksen yhteydessä voi vähentää tarvetta primääriterveydenhuollolle jatkossa. (Wressle ym. 2006, 203, 208.)

**Kotiutuksesta** on tehty monen eri alan tutkimuksia. Kotiutusprosessi sekä onnistuneeseen kotiutukseen vaikuttavat tekijät eri tutkimusten mukaan on esitelty johdannossa. Tutkimusten mukaan kotiutumiseen voi liittyä myös monenlaisia ongelmia. Päätös asiakkaan kotiuttamisesta voi olla usein vaikea etenkin asiakkaan kognition, ymmärryksen, ollessa matala. Kotiuttamisessa ilmenevät riskit ja asiakkaan toiveet voi olla vaikea pitää tasapainossa keskenään. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset kiinnittävät usein enemmän huomiota asiakkaan turvallisuuteen kuin autonomiaan. Tästä syystä asiakkaat ja heidän läheisensä voivat jäädä ulos kotiutuksen päätöksenteosta eikä kotiutusta voi aina sanoa asiakaslähtöiseksi. Toisinaan asiakkaan läheiset tekevät päätöksiä hänen puolestaan ja tällöin voi olla vaarana, että hänen omat mielipiteensä eivät pääse kuuluviin ja asiakas itse unohtuu. Kotiutuminen voidaan katsoa epäonnistuneeksi, jos se tapahtuu liian aikaisin asiakkaan kuntoon nähden tai asiakas kotiutetaan vastentahtoisesti. Asiakkaat eivät aina uskalla näyttää pelkoa tai epäilyä kotiinpaluusta. He saattavat pelätä, ettei heidän tällöin anneta palata kotiin lainkaan. Epävarmuus kotona selviämisestä, turvattomuuden tunne ja yksinäisyys lisäävät epäonnistuneen kotiutuksen riskiä. Myös jos asiakas jätetään yksin ilman kotiapua, kodinmuutostöitä tai apuvälineitä joita hän tarvitsisi, voidaan kotiutuksen sanoa olevan epäonnistunut. Haasteita tuo myös yhteistyö eri organisaatioiden välillä.

Yhteistyökäytännöt toteutuvat hyvin vaihtelevasti ja omasta työpisteestä poistutaan vain harvoin. Jatkohoidon järjestäminen on ongelmallista, koska monipuolinen ja toimiva yhteistyö puuttuu. Tähän vaikuttavat muun muassa epäselvä työnjako ja toiminnan suunnittelemattomuus. (Moats 2006, 111, 113; Moats & Doble 2006; 304-306; Moats 2007, 91, 93; Rantasalo 2007, 14, 41; Durocher & Gibson 2010, 3.)

Toimintaterapeutit tekevät kotikäyntejä ennen kotiuttamista. **Kotikäynti** tarkoittaa työntekijän asiakkaan kotiin menemistä ja siellä asiakkaan kanssa toimimista. Kotikäynneiksi voidaan kutsua myös esimerkiksi asiakkaan kotona tapahtuvia palavereita, joissa on mukana eri asiantuntijoita ja asiakas. (ks. Mustonen 2001, 31-32.) Kotikäynnin perusteella voidaan arvioida voiko asiakas palata kotiin vai tulisiko hänen siirtyä asumaan laitospäristöön (Harris, James & Snow 2008, 85, 88). Ennen kotiutusta tehtävillä toimintaterapeutin kotikäynneillä toimintaterapeutti käy sairaalasta käsin asiakkaan kanssa tämän kotona ja arvioi hänen kykyään suoriutua tietyistä jokapäiväisen elämän toiminnoista omassa ympäristössään (Atwal ym. 2008, 52).

Toimintaterapeutin kotikäynnit voivat olla ajankohtaisia ennen sairaalasta kotiutumista. Ennen kotiutusta tehtävien kotikäyntien päätehtävänä on ottaa selvää milloin kotiutus on ajankohtaista ja turvallista. Kotikäynnillä terapeutti myös näkee miten asiakas toimii todellisessa ympäristössään ja millaisia asioita kotona täytyy ottaa huomioon ennen kotiutusta. (Atwal, McIntyre, Craik & Hunt 2008, 52, 57; Lannin, Clemson & McCluskey 2011, 172.) Käyntien tavoitteena on maksimoida asiakkaan toiminnallista suoriutumista omassa kontekstissään ja helpottaa siirtymistä sairaalasta kotiin sekä arvioida mitä ongelmia kotona esiintyy ja miten toimintatapoja pitäisi muuttaa ennen kotiutusta. (Atwal ym. 2008, 52; Drummond, Whitehead, Fellows, Edwards & Sprigg 2012, 396.) Kosonen & Multanen (2009, 18-19) viittaavat Thorsenin, Holmqvistin, Pedro-Cuestan ja von Kochin. (2005, 297) tutkimukseen ja Mayon, Wood-Dauphineen, Coñe'n, Caytonin, Carltonin, Butteryn ja Tamblyn (2000, 1016) tutkimukseen joiden tutkimustuloksissa kerrottiin, että ennen kotiutusta tapahtuneet toimintaterapeutin kotikäynnit ovat parantaneet asiakkaan toiminnallista suoriutumista, aktiivisuutta päivittäisissä toiminnoissa, fyysistä suorituskkyä ja sopeutumista muuttuneeseen elämäntilanteeseen.

Kotikäynnillä terapeutti näkee miten asiakas toimii todellisessa ympäristössään (Boutin-Lester & Gibson 2002, 153). Usein kotona arvioidaan ja harjoitellaan suoriutumista päivittäisistä toiminnoista (Drummond ym. 2012, 396). Ennen kotiutusta tehtävät kotikäynnit sisältävät myös ympäristön ja mahdollisten asunnonmuutostöiden tarpeen arvioinnin. Asiakkaat ovat kokeneet,

että ennen kotiutusta tehtävät kotikäynnit ja kodin toimintojen harjoittelu vähentävät ahdistusta kotiinpaluusta ja luovat varmuutta kotiutusprosessista. Kotikäyntien tarkoitus on siis lisätä asiakkaan itsenäisyyttä ja vähentää riippuvuutta muista ihmisistä. (Lannin ym. 2011, 172, 175.)

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen **tarkoituksena** oli kuvailla, millainen on onnistunut kotiutus toimintaterapeuttien kuvaamana. Tutkimuksen tarkoituksesta voitiin johtaa tutkimustehtävät. Tutkimuksen **tehtävänä** oli kuvata, mitkä tekijät vaikuttavat onnistuneeseen kotiutukseen toimintaterapeuttien kuvaamana. Tutkimuksen toisena **tehtävänä** oli kuvata, miten toimintaterapeuttien osaamista hyödynnetään tai tulisi hyödyntää kotiutuksessa nyt ja tulevaisuudessa. Tämän tutkimustehtävän tulokset olivat hyvin samankaltaisia ensimmäisen tutkimustehtävän tulosten kanssa. Ne tukevat tutkimuksen varsinaisia tuloksia johtopäätöksissä.

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 4.1 Tutkimusmetodologia

Tämä tutkimus on **laadullinen** ja **kuvaileva**. Tutkimusta tehdessä olemme pyrkineet noudattamaan tiettyjä laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen tunnuspiirteitä. Laadullista tutkimusta on kuitenkin vaikea määritellä selvästi, koska sillä ei ole täysin omaa teoriaa tai paradigmat (Metsämuuronen 2008, 9). Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen kokonaisvaltaisesti, eli ollaan kiinnostuneita asioista, joita ei voida määrällisesti tutkia. Laadullisen tutkimuksen tuloksena voi saada ehdollisia selityksiä johonkin paikkaan ja aikaan rajoittuen. Sen pyrkimyksenä onkin löytää tai paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Kuvaileva tutkimus esittää tarkkoja kuvauksia tilanteista, tapahtumista tai henkilöistä. Sen tarkoituksena on dokumentoida jostain tietystä ilmiöstä keskeisiä ja kiinnostavia piirteitä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 135.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma voi elää ja kehittyä tutkimushankkeen mukana. Tutkimussuunnitelmaa ja tutkimusongelman asettelua voidaan joutua tarkistamaan aineistonkeruun edetessä. Tämän tutkimuksen tarkoitusta ja tehtäviä muokattiin useita kertoja aineiston analyysin ja tutkimustulosten kirjaamisen yhteydessä. Avoin tutkimussuunnitelma korostaa koko tutkimusprosessin kietoutumista yhteen. Laadullisessa tutkimuksessa tulosten tulkinta jakautuu koko tutkimusprosessiin. Tutkimuksemme on elänyt ja muokkautunut prosessin aikana laadulliselle tutkimukselle ominaisella tavalla. (ks. Eskola & Suoranta 1998, 15-16.)

Tutkimuksen **metodologia** kertoo miten tiettyjä välineitä ja metodeja on käytetty tutkimuksen päämäärän saavuttamiseksi. Metodit perustelevat syntyneen tiedon, mutta metodologia vastaa siihen, ovatko käytetyt menetelmät järkeviä. Tutkimuksen metodologia voidaan tyypistää kahteen käsitteeseen: ontologiaan eli kysymykseen olemisen tavasta ja epistemologiaan, tietoteoriaan, eli kysymykseen tietämisen mahdollisuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 13, 62.)

**Epistemologia** käsittelee tietämisen alkuperää ja luonnetta sekä sitä, miten tieto muodostuu. Se kertoo, millainen suhde tutkijan ja tutkittavan kohteen välillä vallitsee ja mikä merkitys arvoilla on tutkittavan ilmiön ymmärtämisessä. (Koskenurmi-Sivonen 2007, viitattu 24.1.2014.) Tässä tutkimuksessa toimintaterapeutit toimivat tutkimuksen tiedonantajina. Heillä on kokemusta

tutkittavasta aiheesta ja heidän vastaustensa perusteella analysoimme aineiston ja muodostimme tutkimustuloksen, samalla tiedostaen omat esiyymmärryksemme mahdollisimman objektiivisesti. Tutkimusta tehdessä onkin tärkeää, että tutkija yrittää tunnistaa omat esioletuksensa ja arvostuksensa, jotka hän mainitsee tutkimusraportissaan. Tutkija voi pyrkiä olemaan mahdollisimman objektiivinen, jolla voidaan ääritapauksessa tarkoittaa sitä, että tutkija ei sekoita ollenkaan omia uskomuksiaan, asenteitaan tai arvostuksiaan tutkimuskohteeseen. Täydellinen objektivismi ei kuitenkaan liene mahdollista saati tarpeellista. (Eskola & Suoranta 1998, 17.) Tutkimuksessamme emme tutkijoina pyrkineet täyteen objektiivisuuteen. Tiedostimme kuitenkin esioletuksemme ja yritimme irrottautua siitä sekä omaksumastamme tietoteoriasta. Esioletuksenamme oli, että toimintaterapeuttien osaaminen on hyödyllistä kotiutuksessa, sillä toimintaterapeuteilla on paljon osaamista ja tietämystä ihmisen ympäristöistä, toimintakyvystä ja arjesta.

**Ontologisen** tutkimuksen kohteena on tutkittavan ilmiön luonne ja siinä tutkitaan mikä on todellista ja mitä voidaan pitää todellisena. Ontologisen tutkimuksen kohteena on ihminen ja erittelyn tuloksena on ihmiskäsitys. (Hirsjärvi ym. 2009, 129-130.) Ihmiskäsitys tarkoittaa käsitystä siitä, mikä ihminen on ja kuinka hänet voidaan erottaa muista ilmiöistä tai olioista ja mitä ovat ne ihmiselle tyypilliset piirteet, joita ei voida ohittaa puhuttaessa ihmisestä (Varto 1992, 31). Tämä tutkimus perustuu toimintaterapeuttiseen ammattifilosofiaan ja ihmiskäsitykseen. Toimintaterapiassa ihminen nähdään ainutlaatuisena kokonaisena yksilönä ympäristössään ja hänellä on sosiaalinen luonne sekä sisäinen motivaatio olla aktiivinen (Creek & Lougher 2008, 32-35). Toimintaterapia perustuu pragmatismiin, jolloin käsitys persoonallisuudesta on kokonaisvaltainen ja käytännöllinen. Siinä yhdistyy holistinen ihmiskäsitys ja humanismi. (Rusi-Pyykönen 2002, 8.) Toimintaterapian ihmiskäsitys on siis humanistinen ja ihmis-/asiakaslähtöinen. Pyrimme kuvaamaan ihmistä holistisesti ja näkemään yksilön aktiivisena, itsenäisenä ja uniikkina olentona. Uskomme ihmisen tekemisen ja toiminnan sisäiseen arvoon. Uskomme tarpeen toiminnalle olevan yksi ihmisen perustarpeista. (Finlay 1997, 17-18.) Oma ihmiskäsityksemme on linjassa toimintaterapian ihmiskäsityksen kanssa. Haluamme kohdata jokaisen ihmisen ainutlaatuisena yksilönä. Ymmärrämme ihmisen tarpeen olla aktiivinen toimija omissa ympäristöissään.



## 4.2 Tutkimuksen tiedonantajat ja aineistonkeruumenetelmä

Laadullisessa tutkimuksessa tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta, ei etsi keskimääräisiä yhteyksiä tai tilastollisia säännönmukaisuuksia eikä tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen. Tällöin aineiston koko ei määräydy näihin perustuen, vaan tiedonantajien määrän ratkaisee pääasiassa käytettävissä olevat resurssit, eli aika ja raha. Jos prosessiin ei ole käytettävissä määrättömästi näitä resursseja, on aineiston koko säädeltävä sen mukaan. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeintä tiedonantajissa on, että he tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. Tiedonantajien valinnan ei tule olla satunnaista, vaan harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 174-177; Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Valitsimme tutkimuksemme tiedonantajiksi toimintaterapeutit, jotka työskentelevät kotiutuksen parissa, koska heillä on uusinta kokemuksellista tietoa tutkimuksen aiheesta. Tämän tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta ne ovat suuntaa antavia ja niistä voi tehdä päätelmiä koskien onnistunutta kotiutusta.

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytetään usein kyselyä, haastattelua tai havainnointia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Kerätyn aineiston avulla pyritään kuvailemaan, vertailemaan ja selittämään käsiteltävää ilmiötä (Hirsjärvi ym. 2009, 134). Keräsimme kyselymme aineiston sähköisellä Webropol –kyselyllä, joka lähetettiin valtakunnallisen toimintaterapeuttiliiton sähköpostijakelulistan ToiNetin kautta suomalaisille toimintaterapeuteille, jotka ovat liittyneet listalle. Webropol –kysely on valmis online-kyselypohja, joka muokataan omaan tarpeeseen sopivaksi, julkaistaan internet -sivuilla ja lähetetään suoraan vastaajan sähköpostiin (Microsoft Partner, viitattu 18.2.2014).

Kysely on tehokas tutkimusmenetelmä, joka säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Hyvin suunniteltu lomake auttaa käsittelemään ja analysoimaan vastauksia nopeammin. Myös kustannukset ja aikataulu on mahdollista suunnitella tarkkaan. Kyselytutkimuksen heikkouksiin kuuluu sen pinnallisena ja teoreettisesti vaatimattomana pidetty maine. Kyselytutkimusta tehdessä ei myöskään voida tietää, miten vakavissaan vastaajat ovat kyselyyn suhtautuneet tai kuinka perehtyneitä he ovat aiheeseen. Myös kato voi olla suuri. (Hirsjärvi ym. 2009, 193, 195.) Webropol –kyselyn avulla oli mahdollista saada uutta tietoa suurelta joukolta toimintaterapeuteja, jotka työskentelevät eri puolilla Suomea. Kyselyn toimivuutta testattiin opinnäytetyötä ohjaavilla opettajilla ja vertaisarvioijilla. Kyselylomakkeessa oli avoimia kysymyksiä, jotka mahdollistivat kuvailevien ja laadullisten

vastausten saamisen. Lomake sisälsi myös tiedonantajien taustaa kartoittavia kysymyksiä. Kyselyyn liitettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen aihe (ks. Liite 1).

Saatekirjeen tulisi antaa vastaajalle tietoa tutkimuksen tavoitteesta, aineiston käytöstä ja säilytyksestä sekä anonymisoinnista. Siinä tulee näkyä kyselystä vastaavat tahot ja osoite, johon mahdolliset tiedustelut voi osoittaa. (Ronkainen, Mertala & Karjalainen 2008, 41.) Saatekirjeessä pyrimme informatiivisuuteen ja selkeyteen. Halusimme herättää tiedonantajien mielenkiinnon aihetta kohtaan. Mietimme sanamuodot ja lauseenasettelut tarkkaan ja halusimme saada saatekirjeestä mahdollisimman henkilökohtaisen, jotta kyselyyn vastaaminen tuntuisi mielekkäältä. Lisäksi motivoimme tiedonantajia vastaamaan kyselyyn kertomalla vastaamisen olevan anonyymia. Anonyymiyys tarkoittaa nimetöntä vastaamista eli henkilö voi esiintyä paljastamatta nimeään ja pysyen tuntemattomana (Sivistyssanakirja, viitattu 19.5.2014). Motivoimme tiedonantajia vastaamaan kyselyyn myös kertomalla saatekirjeessä, että kyselyssä on vain muutama avoin kysymys. Näin vastaajat tiesivät etukäteen, kuinka kauan kyselyyn vastaaminen suunnilleen veisi aikaa. Halusimme myös, että mahdolliset tiedonantajat tietäisivät tutkimuksen tarkoituksen, joten määrittelimme sen saatekirjeeseen mahdollisimman selkeästi. Kerroimme myös miksi tutkimusta tehdään ja missä se julkaistaan. Saatekirjeestä oli myös löydettävissä yhteystietomme.

Lähetimme kyselyn (ks. liite 2) suurelle määrälle toimintaterapeutteja, jotta tavoittaisimme mahdollisimman suuren joukon kotiutuksen parissa työskenteleviä toimintaterapeutteja. Rajasimme tutkimuksen tiedonantajat saatekirjeellä, jossa kyselyyn osallistumisen kriteerinä oli toimiminen nykyisessä työssä kotiutuksen parissa. Myös kyselymme ensimmäinen kysymys oli vastaajia rajaava. Siinä kysyttiin työskenteleekö vastaaja nykyisessä työssään kotiutuksen parissa. Jos vastaaja vastasi kysymykseen ei, siirtyi hän suoraan kyselyn loppuun, ja jätti vastaamatta kyselyn muihin kysymyksiin. Valitsimme rajaukseksi nykyisen työskentelyn kotiutuksen parissa, koska halusimme saada tietoa tämänhetkisestä tilanteesta. Vastauksia tuli neljän päivän aikana 13, jonka jälkeen muutimme vastauskriteeriä siten, että myös viimeisen kahden vuoden aikana kotiutuksen parissa työskennelleet toimintaterapeutit saivat vastata. Vaikka kriteeriä muutettiin, saatu aineisto pysyi tarpeeksi tuoreena tutkimuksen tarkoitusta ajatellen. Muistutimme kyselystämme ToiNetin kautta uudestaan ja tiedotimme uudesta kriteeristä (ks. Liite 3). Tämän jälkeen saimme lisää vastauksia ja lopullinen vastaajien määrä oli 28 henkilöä.

### 4.3 Aineiston analysointi

Aineiston käsittelyssä on kyse tiedon tallentamisesta ja aineiston keruun yhteydessä tutkijalle kertyy monenlaista tietoa tutkimusaineiston lisäksi. Aineisto kerätään tekstiksi ja pyritään säilyttämään todellisuus mahdollisimman tarkasti. Sen jälkeen aineisto analysoidaan tulosten saamiseksi esille. (Kylmä & Juvakka 2012, 110-112.) Tutkimuksemme aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. **Sisällönanalyysi** on laadullisen tutkimuksen perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysilla pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Ennen aineiston analysointia täytyy olla hyvin selvillä siitä, mikä on tutkimuksen kiinnostuksen kohde eli mitkä ovat tutkimuksen tehtävät. Aineiston läpikäynnissä erotetaan ja merkitään ne asiat, jotka vastaavat tutkimustehtäviin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91.)

Tutkimuksemme päättelyn logiikka eteni **induktiivisesti** eli yksittäisestä yleiseen. Induktiivista päättelyä voidaan myös kutsua aineistolähtöiseksi analyysiksi. Se tarkoittaa, että tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt valittiin aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Ajatuksena on, että analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja tai harkittuja. (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Tutkimuksemme analyysiyksikkö oli ajatuskokonaisuus eli aineistosta etsittiin toistuvia teemoja ja ajatuskokonaisuuksia, joita ei oltu määritelty valmiiksi. Tutkimustuloksia analysoidessa aikaisemmilla havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla ei pitäisi olla tekemistä itse analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa, koska analyysi lähtee tutkimuksen aineistosta (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Pyrimme tähän aineistoa analysoidessa, mutta myös aikaisempi tieto vaikutti jossain määrin aineiston analysointiin; olihan tämä ensimmäinen suorittamamme analysointiprosessi.

Tutkimuksemme aineiston kiinnostuksen kohteen määräsivät tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät. Etsimme aineistosta vastauksia niihin liittyen. Tutkimuksen aineiston analyysi aloitettiin siten, että tutkimukseen osallistuneiden vastaukset siirrettiin Webropol –ohjelmasta Wordiin ja tulostettiin paperille. Luimme aineiston läpi useasti ja alleviivasimme tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin vastaavat ilmaisut vastauksista. Kun aineistosta oli erotettu alleviivaamalla kaikki tutkimuksen tarkoitukselle ja tehtäville olennainen, tehtiin seuraavaksi aineistolähtöisen laadullisen eli induktiivisen aineiston analyysin kolmevaiheisen prosessin osat: redusointi, klusterointi ja abstrahointi.

**Redusointi** tarkoittaa aineiston pelkistämistä ja se voi olla joko informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Tutkimustehtävä ohjaa pelkistystä, sillä vain tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset koodataan erillisiksi ilmaisuiksi aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-110.) Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, millainen on onnistunut kotiutus toimintaterapeuttien kuvaamana, liittyviä pelkistyksiä (ks. taulukko 1, esimerkki 1) muodostettiin 189 kappaletta. Toiseen kysymykseen, miten toimintaterapeuttien osaamista hyödynnetään/tulisi hyödyntää kotiutuksessa liittyviä pelkistyksiä (ks. taulukko 1, esimerkki 2) muodostettiin 141 kappaletta. Toisen tutkimuskysymyksen pelkistykset sisälsivät hyvin paljon samankaltaista tietoa, kuin ensimmäisen. Sen tarkoitus onkin tukea ensimmäisen kysymyksen tuloksia ja selvittää toimintaterapeutin roolia kotiutuksessa. Siksi sitä ei käsitellä erikseen tutkimuksen tuloksissa vaan ainoastaan johtopäätöksissä. Pelkistysten muodostamista on kuvattu taulukossa 1. Siirsimme pelkistykset uuteen tiedostoon, jonka jälkeen tulostimme ne seuraavaa vaihetta eli ryhmittelyä varten.

*TAULUKKO 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.*

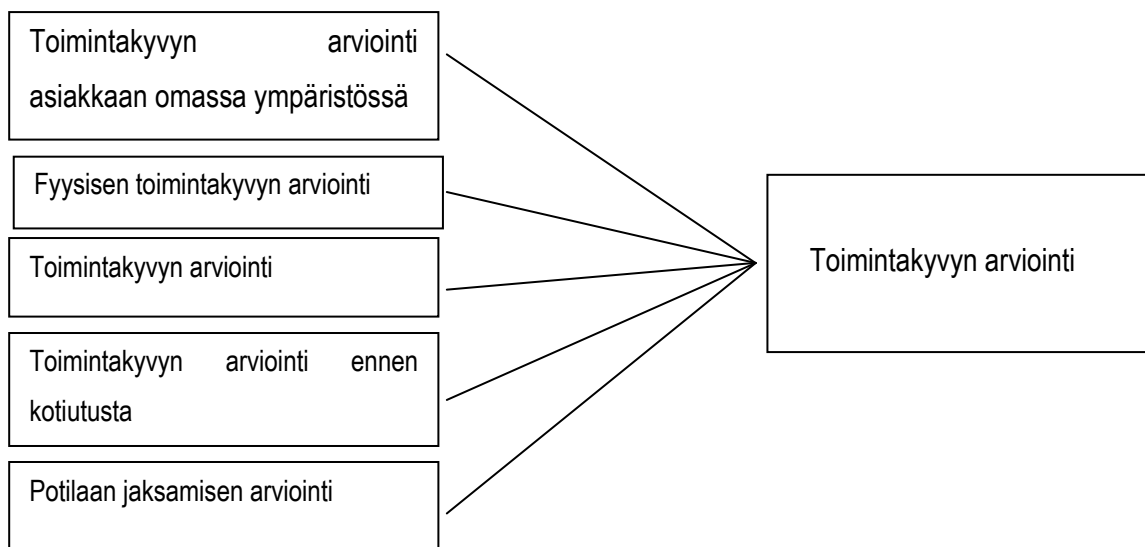
Alkuperäisilmaisu	Pelkistykset
<b>Esimerkki 1.</b> Onnistuneen kotiutuksen edellytyksenä on mielestäni hyvä suunnittelu. Potilaan vielä ollessa laitoksessa tehdään kotikäynti potilaan kotiin erityistyöntekijöiden toimesta (tt + ft/pt), jolloin arvioidaan potilaan selviytymistä omassa ympäristössä sekä kartoitetaan apuvälinetarvetta.	Kotiutuksen hyvä suunnittelu Kotiutusta edeltävä kotikäynti Moniammattillinen työskentely Toimintakyvyn arviointi asiakkaan omassa ympäristössä Apuvälinearviointi
<b>Esimerkki 2.</b> Toimintaterapeutilla on osaamista arvioida kotiutusta kokonaisvaltaisesti, esim. ottaa myös asiakkaan oma tahto ja kokemukset huomioon apuvälineiden ja palveluiden arvioinnin lisäksi.	Kotiutuksen kokonaisvaltainen arviointi Asiakkaan oman tahdon ja kokemusten huomiointi Apuvälinearviointi Palvelutarpeen arviointi

Laadullisen aineiston **klusterointi** tarkoittaa ryhmittelemistä erilaisten aihepiirien mukaan. Ryhmittelyssä aineiston alkuperäisilmaukset käydään läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaan asiaan liittyvät pelkistykset ryhmitellään ja yhdistetään luokiksi, jotka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmittelyssä aineisto

tiivisty, koska useat yksittäiset tekijät sisällytetään ylä- ja alaluokkiin (ks. kuvio 2). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110-111.) Induktiivisen analyysin etenemisen tapaan meillä ei ollut valmista teoriaa, jonka pohjalta olisimme etsineet aineistosta tiettyjä teemoja. Käsitteet muodostuivat aineistosta itsestään. Leikkasimme tulostetut pelkistykset irti toisistaan ja etsimme niistä samankaltaisuuksia. Kokosimme samaan asiaan liittyvät pelkistykset yhteen ja nimesimme luokat niitä kuvaavilla käsitteillä. Ensimmäisistä 189 pelkistyksestä muodostettiin yksi pääluokkaa, joka sisälsi 3 yläluokkaa ja 16 alaluokkaa.

Pelkistetty ilmaus

Alaluokka



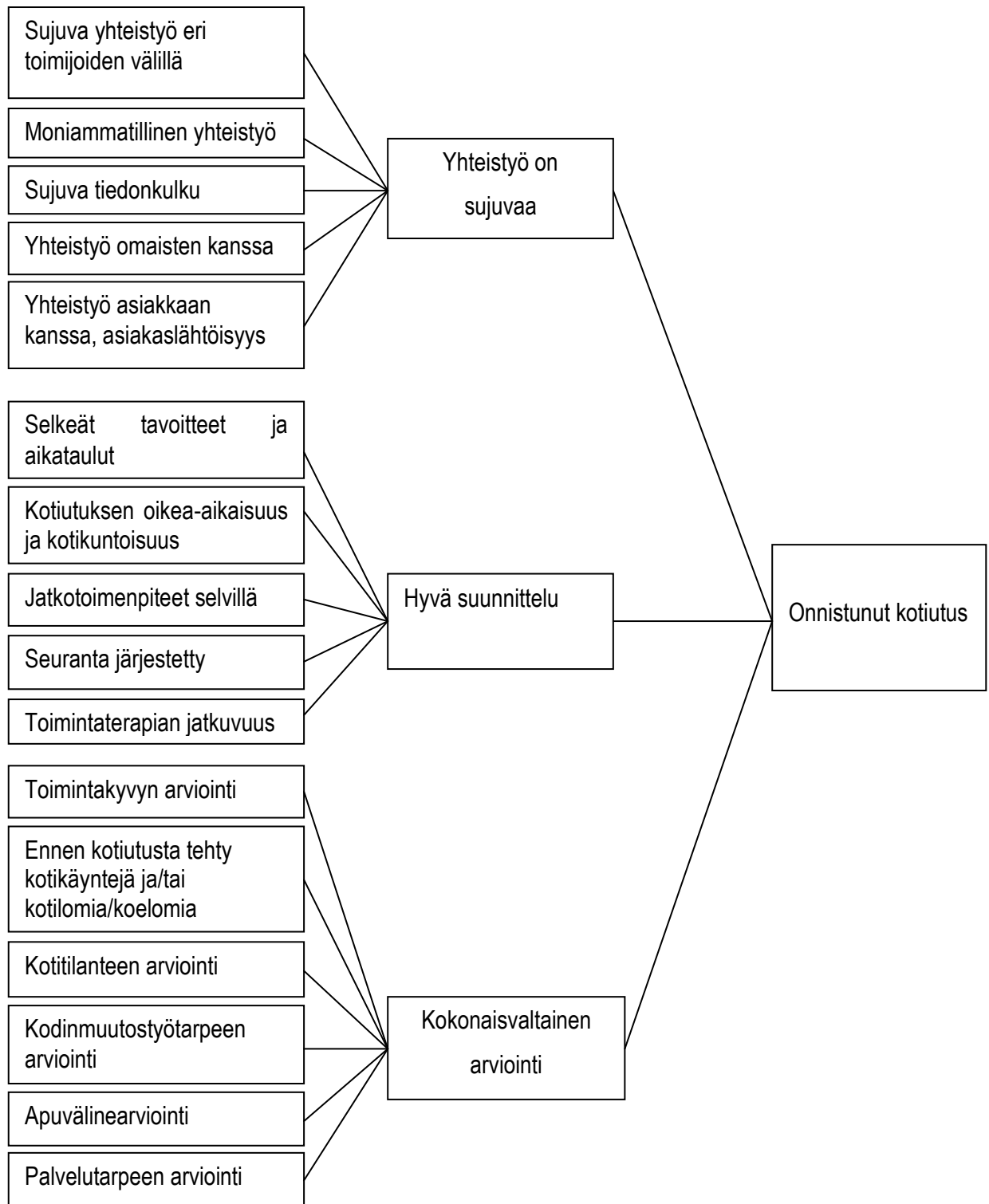
KUVIO 2. Esimerkki alaluokkien muodostumisesta.

Luokkien nimeäminen niitä kuvaavilla käsitteillä tarkoittaa teoreettisten käsitteiden muodostamista. Tämä tapahtuu klusteroinnin jälkeen ja sitä kutsutaan **abstrahoinniksi** eli käsitteellistämiseksi. Klusteroinnin voidaan sanoa olevan osa abstrahointiprosessia. Abstrahoinnissa edetään alkuperäisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Luokituksia yhdistetään niin kauan, kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111-112.) Kuvio 3 kertoo miten abstrahointia tehtiin. Pelkistetyistä ilmauksista luotiin ja nimettiin alaluokkia, joista muodostettiin ja nimettiin niitä yhdistävät yläluokat ja lopuksi nimettiin yksi pääluokka: Onnistunut kotiutus.

Alaluokka

Yläluokka

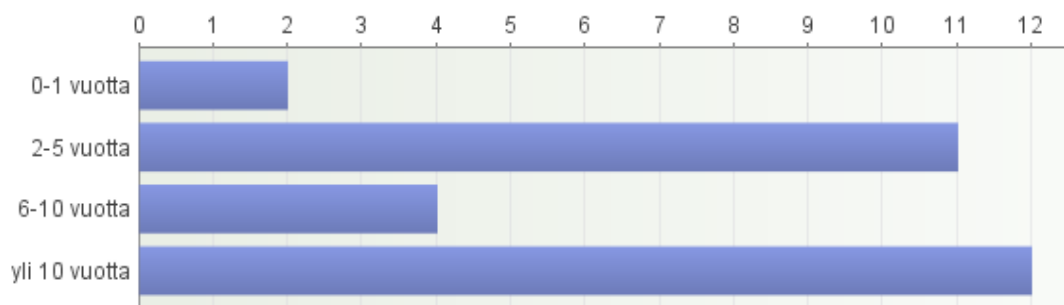
Pääluokka



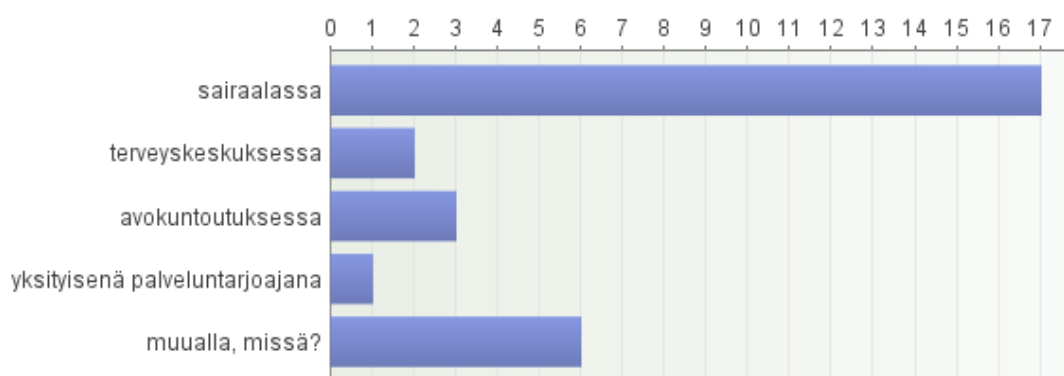
KUVIO 3. Pääluokan ja yläluokkien muodostuminen abstrahoinnissa alaluokkien kautta.

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimukseen vastasi 28 toimintaterapeuttia, jotka työskentelevät tai ovat työskennelleet viimeisen kahden vuoden aikana kotiutuksen parissa. Suurin osa vastaajista oli työskennellyt toimintaterapeutina yli 2 vuotta (ks. kuvio 4). Voidaan siis sanoa, että vastaajat ovat olleet tutkittavan ilmiön tai ainakin toimintaterapian kanssa tekemisissä riittävän kauan. Suurin osa vastaajista työskenteli sairaalassa. Loput työskentelivät avokuntoutuksessa, terveyskeskuksessa, palvelukeskuksessa, yksityisenä palveluntarjoajana, laitoshoidossa, kunnan kotiutustiimissä (kotihoito) ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä, kotihoiton ja sairaalahoidon välimaastossa kotona asumista tukevien palveluiden parissa ja järjestössä (ks. kuvio 5).



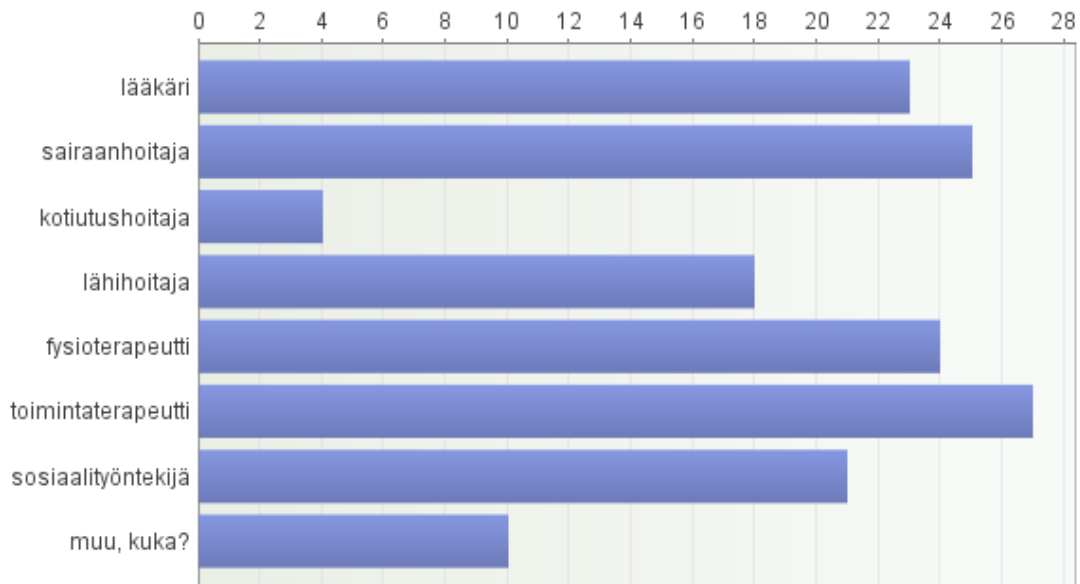
KUVIO 4. Vastaajien työkokemus vuosina (Webropol 2014, viitattu 11.4.2014).



KUVIO 5. Vastaajien työpaikkojen jakaantuminen (Webropol 2014, viitattu 11.4.2014).

Kysyimme tutkimuksen vastaajilta, keitä heidän kotiutustyöryhmäänsä/kotiutustiimiinsä kuuluu. Kotiutuksen työryhmissä moniammatillista työtä yhdessä teki toimintaterapeutteja, fysioterapeutteja, sairaanhoitajia, lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä ja lähihoitajia. Lisäksi

työryhmään saattoi kuulua osastonhoitaja, neuropsykologi, ravitsemusterapeutti, psykologi, puheterapeutti, diabeteshoitaja, sosiaaliohjaaja tai kotihoito. Kahdella vastaajista ei ollut varsinaista kotiutustiimiä/kotiutustyöryhmää työpaikallaan (ks. kuvio 6).



*KUVIO 6. Vastaajien kanssa kotiutuksen parissa työskentelevät muut ammattilaiset (Webropol 2014, viitattu 11.4.2014).*

Tutkimuksen tulokset on jaoteltu tutkimuksen tarkoituksen ja ensimmäisen tehtävän mukaan. Käytämme tutkimustulosten esittämisessä suoria lainauksia, jotta lukija voi arvioida tutkimuksemme luotettavuutta ja saada mahdollisimman selkeän kuvan tuloksista.

## 5.1 Onnistunut kotiutus

Tutkimuksen kyselyssä pyydettiin toimintaterapeutteja kuvailemaan onnistunutta kotiutusta. Onnistunut kotiutus on tulosten pääluokka ja se jakaantuu kolmeen yläluokkaan. Onnistuneeseen kotiutukseen vaaditaan vastaajien mukaan sujuvaa yhteistyötä, hyvää suunnittelua sekä kokonaisvaltaista ja huolellista kotiutusprosessin arviointia. Yläluokat sisältävät 16 alaluokkaa, jotka on mustattu tekstistä. Suorat lainaukset aineistosta on kursivoitu. Ne vastaavat kysymykseen ”Millainen on onnistunut kotiutus?”.



### 5.1.1 Kotiutuksen yhteistyö on sujuvaa

Kotiutus vaatii onnistuakseen **sujuvaa yhteistyötä** eri toimijoiden välillä. Päätöksenteon tulee olla yhdessä harkittua. Sujuva yhteistyö tarkoittaa hyvää tiedonkulkua sekä tiimityötä eri alan ammattilaisten, asiakkaan ja omaisten kanssa asiakaslähtöisyyttä unohtamatta. Vastauksista tuli ilmi, että onnistunut kotiutus on usean eri tekijän ja yhteistyön tulos.

*Kotiutus onnistuu yleensä hyvin silloin kun kotiutusneuvottelussa on asiakkaan lisäksi omaisia ja avohoidon edustajia (esim. kotisairaanhoidon edustaja, mtt:n työntekijä, kotiutuskoordinaattori) ja päästään yhdessä asiakasta tyydyttävään ratkaisuun.*

*Potilas, omainen ja sairaalan tiimi on mahdollisimman yhtä mieltä potilaan kotona pärjäämisestä.*

*Kotiutus tehdään yhteistyönä sairaalan, potilaan, omaisten, kotihoidon ym. toimijoiden kanssa.*

Onnistuneeseen kotiutukseen vaaditaan toimivaa **moniammatillista yhteistyötä**. Erityisesti aineistossa oli mainintoja toimintaterapeutin ja fysioterapeutin välisestä yhteistyöstä.

*Moniammatillinen työ ennen kotiutusta ja sen jälkeen.*

*Kaiken kaikkiaan onnistunut kotiutus on yksilöllisesti räätälöitävissä oleva moniammatillisen tiimin ja asiakkaan itsensä laatima suunnitelma, jonka toteutumiseen kaikki ammattiryhmät tähtäävät.*

*Riittävän hyvissä ajoin kotikäynti asiakkaan kanssa, kotikäynnillä mukana toiminta- ja fysioterapeutti.*

Jotta kotiutus olisi onnistunut, täytyy myös **tiedon kulkea sujuvasti**. Kaikkien kotiutusprosessin osallisten tulisi olla tietoisia prosessin kulusta.

*Tiedonkulku eri tekijöiden kesken toimii.*

*Pidetty säännöllisesti hoitoneuvotteluja potilaan, hänen lähiverkoston ja työntekijöiden kesken, tiedon siirtymiseksi ja tilanteen arvioimiseksi.*

Useissa vastauksissa mainittiin myös **omaisten kanssa tehtävän yhteistyön** tärkeys kotiutumisen onnistumisen varmistamiseksi. Omaisten tulisi olla mukana kotiutusprosessissa ja heidän tiedottamisestaan ja ohjauksestaan tulee huolehtia.

*Kuntoutuksen aikana tiivis yhteistyö asiakkaan omaisten kanssa, jotta omaiset ovat varmasti perillä asiakkaan toimintakyvystä ja tilanteesta. Lisäksi kartoitettiin minkä verran omaiset pystyvät olemaan tukena asiakkaan kotiutumisessa ja sopeutumisessa takaisin kotiympäristöön.*

*Mielenterveyskuntoutujan kohdalla kannattaa aina huomioida perhesuhteet ja mahdollisuuksien mukaan ottaa heidät mukaan prosessiin.*

Onnistunut kotiutus on myös **asiakslähtöinen**. Yhteistyön tulee olla sujuvaa myös asiakkaan kanssa. Se tarkoittaa esimerkiksi sitä, että asiakas saa olla vaikuttajana omassa kotiutusprosessissaan. Asiakkaan oma tahto täytyy ottaa huomioon. Kotiutumisen täytyy tuntua turvalliselta ja asiakkaalla täytyy olla motivaatio kotiutumiseen.

*Koko prosessin ajan tärkeä kuunnella asiakkaan omaa tahtoa ja mikä hänen oma tavoitteensa on.*

*Asiakkaan/potilaan pitää mahdollisimman paljon saada olla prosessissa mukana.*

*Asiakas motivoitunut kotiutumaan, kokee sen turvallisiksi.*

### **5.1.2 Kotiutus on hyvin suunniteltu**

Kotiutuksen hyvä suunnittelu vaikuttaa merkittävästi kotiutuksen onnistumiseen. Hyvin suunnitellulla kotiutuksella on selkeät **aikataulut ja tavoitteet**.

*Kotiutuspäivä on kaikilla ajoissa tiedossa ja työnjako (kuka hankkii apuvälineet, ilmoittaa kotihoitoon? jne.) siihen liittyen selvä.*

*Onnistuneessa kotiutuksessa työryhmän jäsenet yhdessä asiakkaan kanssa löytävät yhteisen ja soveltuvimman ratkaisun kotiutumisesta (omaan kotiin/tuetumpaan asumiseen) sekä määrittävät sille aikataulun.*

*Suunnittelu aloitetaan heti sairaalaan tultaessa ja se on yhteinen tavoite → kotiutumisen suunnittelussa kuullaan potilasta ja omaista. Riittävä tiedotus kotiutumisen aikataulusta ja tavoitteista potilaalle, omaisille*

Onnistunut **kotiutus on oikea-aikainen** ja asiakas on **kotikuntoinen**. Yksi vastaaja mainitsi, että nykyisessä kiireessä asiakkaat eivät aina ole kotiutuskuntoisia ja heidät kotiutetaan liian aikaisin. Myös muutamassa muussa vastauksessa painotettiin kotikuntoisuutta. Kotiutukselle tulee antaa riittävästi aikaa, jotta asiakas ehtii sopeutua.

*Kotiutuksen hyvä lähtökohta on, että asiakas on halukas menemään kotiin ja hän on riittävän hyvässä kunnossa kotiutumaan, jottei tule bumerangina takaisin sairaalaan.*

*Tietysti hoito ja kuntoutus ollut riittävää eli asiakas on kotiutuskuntoinen, joka viime vuosina heikentynyt sairaaloissa siten, että kotiutus tapahtuu liian aikaisin. Jos kyse vammautumisesta, toiminta- ja liikuntakykyä muuttaneesta sairaudesta, sopeutuminen tilanteeseen oltava jo ainakin alussa, ennen kuin kotiutuu, muuten valitsee potilaan roolin helposti kotonakin.*

Onnistuneen kotiutuksen jälkeen kaikki **jatkotoimenpiteet ovat selvillä** eli jatkohoito on varmistettu ja hoitopolun jatkuvuus turvattu. Tämä kuuluu hyvään suunnitteluun. Parasta kotiutuksen onnistumisen kannalta on, jos asiakas voidaan saattaen vaihtaa kotiin tekemällä kotikäyntejä, pitämällä kotilomia ja seuraamalla asiakkaan kotiutumista kotiutumisen jälkeen. Jos asiakas tarvitsee *kotihoitoa* tai *kotiapua*, sen tulisi olla valmiiksi järjestetty tai vähintäänkin suunnitteilla. Lisäksi kotiutumisen onnistuminen on todennäköisempää, jos kodin ulkopuolisten toimintojen mahdollisuutta on etukäteen selvitetty ja sovittu mahdollisesta päivätoiminnan aloittamisesta.

*Turvallisuuden tunne asiakkaalla sekä kotiuttavalla tiimillä eli kotiutus yhdessä kotiuttajatahon (esim. sairaala) ja jatkossa kotona pärjäämistä tukevan tahon (esim. kotihoito) kanssa, "saattaen vaihdetaan".*

*Osastojakson jälkeen teimme ennen kotiuttamista usein ennakoivan kotikäynnin johon pyysimme, jos mahdollista, lähiomaisen mukaan. Vaihtoehtoisesti järjestimme moniammatillisen neuvottelun jossa lähiomaiset ja avohoidon edustaja olivat mukana. Näin varmistimme onnistuneen kotiutuksen ja hoitopolun jatkumisen avohoidon puolella.*

*Ennen kotiutusta kartoitettu kotiapujen tarve asiakkaan kotona asumisen mahdollistamiseksi.*

*Yksinasuva AVH-kuntoutuja kotiutuu riittävän kotihoidon, avokuntoutuksen ja kodin ulkopuolisten aktiviteettien turvin.*

Monet vastaajat toivat esiin **seurannan** tärkeyttä. Eräät vastaajat olivat sitä mieltä, että kotiutumisen jälkeen olisi hyvä olla osastoseurantaa, arvioiva kotikäynti tai muita seurantakäyntejä.

*Riittävästi seurantakäyntejä, palveluja, ei liikaa, niitä vähennetään heti, jos voidaan, että aktiivisuus säilyy.*

*Arviointi jatkuu vielä kotiin pääsyn jälkeen, minkä jälkeisinä parina viikkona arvioidaan avuntarve ja minkälaisella tuella asiakas pärjää jatkossa.*

*Tulevaisuuden suunnittelu – osastoseurantaa*

Muutamissa vastauksissa kirjoitettiin myös **toimintaterapian jatkuvuuden** sekä neuvonnan ja ohjauksen tärkeydestä. On tärkeää, että toimintaterapia tarvittaessa jatkuu kotona. Olisi hyvä jos joku henkilö, esimerkiksi toimintaterapeutti, olisi pysyvä henkilö kuntoutuksessa. Myös esimerkiksi sosiaalisten taitojen, itsestä huolehtimisen taitojen ja asioimisen harjoittelu sekä itsetunnon vahvistaminen on tärkeää kotiutuksen onnistumisen kannalta. Hyvässä kotiutuksessa tulevat terapia-ajat olivat kaikilla tiedossa etukäteen.

*Lisäksi onnistuneessa kotiutumisessa tärkeää on, että kuntoutuja saa tarvitsemansa apuvälineet -- ja kotiin mennessä hänelle tulee kotiin toimintaterapiajakso, jotta apuvälineiden käyttöä voidaan harjoitella.*

*Erittäin hyviä kokemuksia kotiutuksista olemme saaneet, kun toimintaterapiaa on tarvittaessa jatkettu kotiutumisen jälkeen, mikä on mahdollistanut esim. itsenäisen asioimisen sairaalajakson jälkeenkin -- .*

*Toimintaterapiassa harjoittelimme itsestä huolehtimisen taitoja, joita hän tarvitsisi kuntoutuskodissa, kuten peseytymistä (hän ei osannut esim kunnolla pestä hiuksiaan), asioimista, sosiaalisia taitoja ja itsetunnon vahvistamista.*

### **5.1.3 Kotiutusprosessi on kokonaisvaltaisesti arvioitu**

Onnistuneessa kotiutuksessa koko kotiutusprosessi on huolellisesti ja kokonaisvaltaisesti arvioitu. Kokonaisvaltaiseen arviointiin kuuluu esimerkiksi **palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnit**. Palveluiden tulisi olla valmiiksi järjestettynä asiakkaan kotiutuessa.

*Potilaan kotiutuksessa on huomioitu kokonaisvaltainen tilanteen arviointi ja tulevaisuuden suunnittelu: lääkitys, toimintakyvyn arviointi, osastoseuranta, kotilomat, omahoitajakeskustelut sekä kotiin on tarvittaessa järjestetty tukea/apua tai ohjausta ja selvitetty mahdollisuus kodin ulkopuoliseen toimintaan huomioiden potilaan ikä, sairaus ja kuntoutuksen tavoitteet sekä avohuolto järjestetty hyvissä ajoin. Potilas on niin sanotusti saattaen vaihdettu sairaalasta kotiin, tehty kotikäyntejä yhdessä työntekijöiden kanssa ja koelomia kotiin.*

*Potilaan toimintakyky ja avuntarve on kartoitettu --.*

*Onnistuneita kotiutuksia ovat ne, joissa potilas kotiutuu kuntoutusjakson jälkeen omaan kotiinsa/laitokseen, johon on järjestetty etukäteen kaikki tarvittavat palvelut, apuvälineet.*

Kotiutuksen arviointia tehdään vastaajien mukaan usein **ennen kotiutusta tehtävillä kotikäynneillä ja kotilomilla**, jotka vastaajat katsoivat tärkeinä tekijöinä onnistuneelle kotiutukselle. Kotikäynnillä voidaan arvioida asiakkaan toimintaa ja turvallisuutta asiakkaan luonnollisessa ympäristössä. Kotikäynnillä arvioidaan myös **apuvälineiden ja kodinmuutostöiden** tarvetta. Onnistuneessa kotiutuksessa kodinmuutostyöt ovatkin valmiiksi tehty ja apuvälineet hankittu ja niiden käyttöä opeteltu. Lisäksi tulee selvittää onko koti kotiutumiskunnossa ja **kotitilanteen arviointi** tulee olla tehtynä ennen kotiutusta.

*Potilas on niin sanotusti saattaen vaihdettu sairaalasta kotiin, tehty kotikäynnejä yhdessä työntekijöiden kanssa ja koelomia kotiin.*

*Riittävän hyvissä ajoin kotikäynti asiakkaan kanssa, kotikäynnillä mukana toiminta- ja fysioterapeutti. Käynnillä arvioitiin kodinmuutostyö-, apuväline- ja palvelutarpeet, joista sitten tehtiin tarvittavat lausunnot ja hakemukset. Kotikäynti siis tuli tehdä riittävän ajoissa, jotta nämä myös ehdittiin toteuttaa. Lähempänä kotiutumista uusi kotikäynti, jolloin kokeiltiin että ratkaisut toimivat.*

*Tilanteissa, joissa asiakkaan kotona pärjääminen on epävarmaa ja siitä halutaan saada lisätietoa, kotilomakokeilut ennen varsinaista kotiutusta voivat olla järkeviä.*

*Jo asiakkaan tullessa osastolle kartoitetaan kotitilanne yhdessä hänen kanssaan.*

*Hyvissä ajoin laitoksesta käsin tehty kotikäynti, jossa arvioitiin yhteistyössä fysioterapeutin kanssa asiakkaan toimintakykyä ja liikkumista kotiympäristössä sekä apuväline- ja asunnonmuutostöiden tarvetta.*

## 6 KESKEISTEN TULOSTEN TARKASTELU

Onnistunut kotiutus vaatii **sujuvaa yhteistyötä** koko kotiutusprosessin ajan. Sujuvaa yhteistyötä vaaditaan kaikilta prosessiin osallistuvilta henkilöiltä. Sujuva yhteistyö pitää sisällään yhteistyön ja sujuvan tiedonkulun eri toimijoiden välillä, moniammatillisen tiimin yhteistyön sekä yhteistyön omaisten ja asiakkaan kanssa. Onnistunut kotiutus ei ole koskaan yhden ihmisen aikaansaannosta, vaan useiden toisistaan riippuvien tekijöiden ja yhteistyön tulos. Liljan ym. (2000, 51) mukaan kotiutuksen yhteydessä työskentelee yhteiskunnan eri tasoilla ja sektoreilla toimintaterapeutteja ja muita ammattilaisia. Sen vuoksi vuorovaikutuksen ja yhteistyön onnistumiseen tasojen välillä on syytä kiinnittää huomiota ja sitä voisi tutkia lisää.

**Moniammatillinen yhteistyö** on osa sujuvaa yhteistyötä. Myös Ahlrothin ja Huotarín (2011, 36) opinnäytetyön tutkimuksessa moniammatillisen tiimin yhteistyön tärkeys on tuotu esille. Heidänkin tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että moniammatillinen yhteistyö on tärkeää hyvän kotiutuksen mahdollistajana. Moniammatillinen yhteistyö pitää sisällään niin hoitohenkilökunnan keskinäisen yhteistyön, kuin asiakkaalle annettavan moniammatillisen tuen. Tutkimuksemme vastaajat toivat esiin etenkin hoitoneuvotteluiden, tiedonkulun ja moniammatillisten kotikäyntien tärkeyttä. Ammattilaisten näkemykset ja kokemukset moniammatillisessa yhteistyössä täydentävät toisiaan. Atwalin (2002, 447, 451) mukaan kaikilla työntekijöillä tulisi oman roolin moniammatillisessa tiimissä olla selvä. Epäselvyys ammatillisissa rooleissa sekä vastuun ja velvollisuuksien jaossa voi johtaa kommunikaation hajoamiseen, mikä vaikuttaa suoraan asiakkaaseen. Roolien selvyuden saavuttamiseksi myös toimintaterapeutin täytyy pystyä määrittelemään oma roolinsa tiimissä. Kun roolit ovat selvillä, syntyy vähemmän päällekkäisyyttä työtehtävissä. Kuntoutusprosessiin osallistuvien ammattilaisten välinen vuorovaikutus vaikuttaa merkittävästi myös hoidon jatkuvuuteen kotiutuksen jälkeen (Lilja ym. 2000, 51).

Sujuva yhteistyö vaatii myös sujuvaa tiedonkulkua. Tutkimuksemme tulosten mukaan tiedonkulku vaikuttaa kotiutuksen onnistumiseen. Sujuva **tiedonkulku** tarkoittaa sitä, että kaikki prosessiin kuuluvat henkilöt ovat tietoisia prosessin kulusta. Liljan ym. (2000, 57-58) tiedon siirtymiseksi tarvitaan aikaa säästäviä rutineja ja tapoja. Myös asiakkaan kuntoutuksen jatkumisen varmistamiseksi informaation asiakkaasta täytyy siirtyä eri sektoreiden ja eri ammattilaisten välillä hoitoketjussa. Tietoa voidaan siirtää kehittämällä systemaattisia rakenteita kotiutuksen suunnittelulle. Siirretyn informaation tulisi olla kirjoitettua ja muodollista. Lisäksi olisi hyvä luoda

palauteketju kommunikaation tueksi laitoshoidon ja avohoidon toimintaterapeuttien välille, sillä toisinaan tieto kulkee vain toiseen suuntaan. (Lilja ym. 2000, 57-58.) Jotta asiakkaan kotiuttaminen onnistuisi, kotiutukseen osallistuvat osapuolet tarvitsevat tietoa asiakkaasta, tämän saamasta hoidosta ja palveluista, sekä muiden osapuolien hoitomahdollisuuksista. Myös kirjallisen informaation välittäminen jatkohoidosta vastaavalle taholle on hoidon jatkuvuuden ja kotiutumisen onnistumisen kannalta tärkeää. (Rantasalo 2007, 20.)

Kotiutuksen onnistumiseksi yhteistyötä tulisi tehdä myös asiakkaan omaisten kanssa. Myös muissa tutkimuksissa **omaisten kanssa tehtävän yhteistyön** vaikutus kotiutukselle on huomattu. Toisinaan omaiset ovat voineet kokea olevansa ulkopuolisia kotiutuksen päätöksenteossa, kun taas joskus voi käydä niin, että omaisilla on päätöksentekovalta ja itse asiakas unohtuu. Joka tapauksessa omaisilla on suuri rooli kotiutuksen päätöksenteossa. (Moats 2006, 107; Moats 2007, 93.) Yhteistyö asiakkaan ja asiakkaan omaisten kanssa kotiutuksen suunnittelussa pitäisi olla osa kotiutuksen rutiinia. Se vaikuttaa kotiutusprosessin tehokkuuteen. (Lilja ym. 2000, 58.) Tutkimuksemme tulosten mukaan omaisten aktiivinen läsnäolo kotiutusprosessissa vaikuttaa kotiutumisen onnistumiseen positiivisesti.

Kotiutustutkimuksissa yksi eniten esillä olevista teemoista on kotiutuksen **asiakaslähtöisyys**. **Yhteistyö asiakkaan kanssa** on tärkeää kotiutuksen onnistumisen kannalta. Asiakkaat itse pitävät tärkeänä sitä, että he saavat olla mukana oman kotiutuksensa päätöksenteossa. He haluavat olla mukana päättämässä myös mahdollisen kotihoidon ja muiden palveluiden saannista. (Rantasalo 2007, 17.) Toimintaterapeuttien yleinen haaste on yrittää tasapainotella päätöksenteossa siten, että asiakkaan itsemääräämisoikeus toteutuu, mutta asiakkaalle ei aiheudu turvallisuusriskejä kotiutuessa (Durocher & Gibson 2010, 7). Moatsin (2007, 93) tutkimuksen mukaan osa toimintaterapeuteista on sitä mieltä, että kotiutuksen päätöksentekijät tekevät usein päätöksiä enemmän omiin, kuin asiakkaan arvoihin pohjaten. Näin käy etenkin silloin, jos asiakas ei ole itse kykenevä osallistumaan päätöksentekoon. Etenkin akuuttiosastoilla asiakaslähtöisyys on koettu haasteelliseksi. Terveystieteiden ammattilaisten taipumus hierarkkiseen ajatteluun, jossa ammattilaiset ovat asiakkaiden yläpuolella, on ongelmallista kun yritetään tehdä asiakaslähtöistä työtä (Moats 2006, 111, 113). Toisinaan asiakkaat eivät ehkä edes halua vaikuttaa kotiutuksen päätöksentekoon, vaan haluavat luottaa ammattilaisten osaamiseen ja valintoihin (Wressle ym. 2006, 207). Tässä tutkimuksessa osa vastaajista kertoi asiakkaan oman tahdon ja mielipiteiden huomioimisen tärkeydestä kotiutuksen onnistumiselle.



Kotiutuksen onnistumiseen vaikutti myös asiakkaan osallistaminen kotiutuksen tavoitteiden suunnitteluun ja päätöksentekoon.

Onnistuneeseen kotiutukseen vaikuttaa kotiutuksen hyvä **suunnittelu**. Kotiutuksen suunnitteluun kuuluu tutkimuksemme mukaan kotiutuksen oikea-aikaisuuden ja asiakkaan kotikuntoisuuden huomiointi, aikataulut ja tavoitteet, jatkotoimenpiteiden järjestäminen, seuranta sekä toimintaterapian jatkaminen kotiutuksen jälkeen tarvittaessa. Kaikkien kotiutukseen osallisten henkilöiden tulisi olla selvillä kotiutuksen **aikatauluista ja tavoitteista**. Hoidon suunnittelu on yksi hyvää kotiutusta tukeva tekijä ja sen puuttuminen voi viivästyttää kotiutumista (Ahlroth & Huotari 2011, 32-33). Kotiutuksen hyvä suunnittelu vaikuttaa osaltaan hoitoprosessin kehittymiseen, asiakkaiden tyytyväisyyteen ja sairaalassaoloajan lyhentymiseen, kuitenkin kuluja kasvattamatta. Kotiutuksen suunnittelu on osa toimintaterapiaa kotiutuksen yhteydessä ja se saattaa vaikuttaa positiivisesti jokapäiväiseen elämään kotiutuksen jälkeen. (Wressle ym. 2006, 208.)

Kotiutuksen **oikea-aikaisuus** ja asiakkaan **kotikuntoisuus** kotiutuessa vaikuttavat kotiutuksen onnistumiseen. Myös Linnosaaren (2001,18) tutkimuksen mukaan kotiutuksen sopiva ajankohta vaikutti merkittävästi kotiutuksen onnistumiseen. Kotiutuksen oikea-aikaisuus ja asiakkaan kotikuntoisuus esiintyivät jonkin verran myös tämän tutkimuksen tuloksissa. Oikea-aikaisuuden toteutuminen on vaarassa, jos kotiutus tehdään kiireellä. Myös muissa tutkimuksissa kotiutuksen oikea-aikaisuutta ja kotikuntoisuutta on pidetty tärkeinä kotiutuksen onnistumisen kannalta. Nykyaikana tehdään nopeita ammattilaislähtöisiä päätöksiä kotiutuksesta erityisesti akuuttiosastoilla. Kotiutuksessa ja kuntoutuksessa vallitsee jatkuva ajanpuute ja paine saada ihmiset kotiin. Tällöin päätöksenteossa ja kuntoutuksessa saatetaan oikoa ja arviointi voi olla rajallista. Joskus ihmiset laitetaan hoitokotiin, vaikka potentiaalia kuntoutukselle olisi. (Moats 2006, 110-111.) Tutkimuksemme mukaan kotiutus voi olla onnistunut vain, jos asiakas on kotikuntoinen. Sopeutumisen uuteen elämäntilanteeseen tulisi olla alkanut jo ennen kotiutumista ja sopeutumiselle tulisi antaa aikaa. Nykyinen resurssipula ja kiireen ilmapiiri on huolestuttavaa.

Kotiutuksen hyvään suunnitteluun kuuluu myös **jatkotoimenpiteiden järjestäminen**. Onnistuneessa kotiutuksessa jatkohoidon ja terapioiden tulisi olla valmiiksi arvioituina ja järjestettyinä. Asiakkaan ja omaisten tulisi olla selvillä saatavilla olevista palveluista, jotta kotiin meneminen tuntuisi turvalliselta ja varmalta. Linnosaaren (2001, 25) mukaan turvallisuuden tunnetta lisää omaisten, naapureiden ja ystävien apu ja tuki sekä tieto siitä, että apua voi saada

nopeasti. Jo asiakkaan ollessa sairaalassa täytyisi arvioida ja suunnitella yhdessä asiakkaan kanssa kuntoutuksen tarpeet kotiutuksen jälkeen. Silloin kotiutus olisi osa jatkuvaa hoitoprosessia. Sen vuoksi dokumentointi on erityisen tärkeää. Toimintaterapeuttien täytyy kirjata huolellisesti koko toimintaterapiaprosessi. Näin saadaan linkki sairaalan toimintaterapeutin ja kotiin palveluja tarjoavan toimintaterapeutin välille. (Lilja ym. 2000, 51.) Jatkohoitoon ohjaaminen on myös osa toimintaterapiaa kotiutuksen yhteydessä ja se voi vaikuttaa kotiutuksen jälkeiseen jokapäiväiseen elämään positiivisesti (Wressle ym. 2006, 208).

Hyvin suunniteltuun kotiutukseen kuuluu myös kotiutuksen **seuranta**. Olisi hyvä, jos asiakkaaseen oltaisiin vielä yhteydessä laitoksesta lähtemisen jälkeenkin. Osastoseuranta tai kotiutuksen jälkeiset tarkastuskäynnit mahdollistavat kotiutuksen onnistumista. Asiakkaalla tulisi olla myös tiedossa mihin ottaa yhteyttä, jos kotona kaikki ei suju suunnitelmien mukaan.

Kotiutuksen suunnittelua ja **kokonaisvaltaista arviointia** helpottaa, jos ennen kotiutusta tehdään **kotikäynnejä** yhdessä asiakkaan kanssa tai asiakas käy **kotilomalla**. Arvioinnin tekeminen vaikuttaa merkittävästi kotiutuksen onnistumiseen. Kotiutuksen arviointiin kuuluu tutkimuksemme mukaan toimintakyvyn arviointi, kotitilanteen arviointi, kodinmuutostöiden arviointi, apuvälinetarpeen arviointi sekä palvelutarpeen arviointi. Kotikäynnillä terapeutti voi nähdä, miten asiakas toimii todellisessa ympäristössään (Boutin-Lester & Gibson 2002, 153). Ennen kotiutusta tehtävillä kotikäynneillä toimintaterapeutti käy sairaalasta käsin asiakkaan kanssa tämän kotona ja arvioi hänen kykyään suoriutua tietyistä jokapäiväisen elämän toiminnoista omassa ympäristössään (Atwal ym. 2008, 52). Kotikäynneillä arvioidaan kotiutuksen turvallisuutta ja asiakkaan itsenäisyyttä (Harris ym. 2008, 85). Grimmerin ym. (2009, viitattu 24.5.2014) tutkimuksessa ilmeni, että yleisimmät kotiutuksen yhteydessä arvioitavat asiat olivat muun muassa asiakkaan kognitio, hygieniasta huolehtiminen, liikkuminen ja itsestä huolehtiminen. Harrisin ym. (2008, 85, 88) tutkimuksen mukaan toimintaterapeutin tekemien arvioivien kotikäyntien tulosten perusteella voidaan vaikuttaa päätöksentekoon siitä, voiko asiakas palata takaisin kotiin vai tulisiko hänen siirtyä asumaan laitospäristöön. Siksi toimintaterapeutin tekemät arvioivat kotikäynnit ennen kotiutusta ovat tärkeä osa kotiutuksen suunnittelua. Kotikäyntien tuloksena tehdään suosituksia liittyen kodin kuntoon, kodinmuutostöihin, huonekaluihin ja tavaroihin, muuttuneeseen palvelujen tarpeeseen, turvallisuusseikkoihin, ohjaukseen ja neuvontaan sekä kotiutuksen kannalta tarvittavien käytännöntaitojen harjoitteluun.

Myös tämän tutkimuksen vastaajien mukaan kotikäynnillä voidaan arvioida asiakkaan todellista selviämistä omassa ympäristössä ja samalla voidaan arvioida mahdollisten muutostöiden ja apuvälineiden tarvetta. Vastaajien mukaan asunnonmuutostöiden pitäisi olla kotona tehtynä ja tarvittavat apuvälineet tulisi olla valmiina kotona ennen kotiutusta sekä niiden käyttö opeteltuna. Kotilomalla asiakas ja mahdollisesti myös omaiset voivat kokeilla kotona selviämistä toimintakyvyn muututtua. Tutkimuksemme mukaan kotiutusta edeltävät kotikäynnit ovat tärkeitä kotiutumisen onnistumiselle.

Myös Kosonen & Multanen (2009, 18-19) viittaavat Thorsenin ym. (2005, 297) tutkimukseen ja Mayon, Wood-Dauphineen, Co^te'n, Caytonin, Carltonin, Butteryn ja Tambyn (2000, 1016) tutkimukseen, joiden tuloksissa kerrottiin, että ennen kotiutusta tapahtuneet toimintaterapeutin kotikäynnit ovat parantaneet asiakkaan toiminnallista suoriutumista, aktiivisuutta päivittäisissä toiminnoissa, fyysistä suorituskkyä ja sopeutumista muuttuneeseen elämäntilanteeseen. Atwalin ym. (2008, 52-53, 57) tutkimuksen mukaan toimintaterapeutin tekemät kotikäynnit ennen kotiutusta ovat tarkoitettu edistämään oikea-aikaista, turvallista ja onnistunutta kotiutusta. Turvallisuus on yksi kotikäynnin tärkeimpiä arvioinnin kohteita. Kotikäynti lisää terapeuttien kokonaiskuvaa asiakkaan todellisesta elämästä. Kotikäyntejä on pidetty tärkeinä myös siksi, että silloin terapeutti voi kommunikoida asiakkaan sosiaalisen verkoston ja omaisten kanssa. Myös tässä tutkimuksessa osa vastaajista kertoi, että omaisten olisi hyvä olla mukana kotikäynnillä.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksemme yhtenä johtopäätöksenä voidaan sanoa, että onnistunut kotiutus on monien eri tekijöiden summa. Kotiutusprosessissa on tehtävä yhteistyötä sekä asiakkaan, että asiakkaan omaisten kanssa siten, että heitä osallistetaan kotiutuksen päätöksentekoon ja heidän toiveensa ja tarpeensa huomioidaan koko kotiutusprosessin ajan. Yhteistyö asiakkaan ja asiakkaan omaisten kanssa kotiutuksen suunnittelussa pitäisi olla osa kotiutuksen rutiinia. Voidaankin ajatella, että kotiutuksen ollessa kyseessä asiakkaana on kotiutujan lisäksi hänen omaisensa. Kotiutus vaatii onnistuakseen toimivaa moniammatillista yhteistyötä, jossa jokaisella tiimin jäsenellä on selkeä rooli ja työtehtävät. Näin vältetään päällekkäisiltä tehtäviltä ja kotiutusprosessi on mahdollisimman tehokas ja kokonaisvaltainen. Onnistunut kotiutus vaatii myös eri toimijoiden välistä sujuvaa tiedonkulkua ja organisaatioiden rajat ylittävää yhteistyötä. On myös tärkeää, että kotiutus on oikea-aikainen ja asiakas on kotikuntoinen. Resursseja ei säästetä, jos asiakas kotiutetaan liian aikaisin, sillä tällöin asiakas voi todennäköisemmin joutua uudelleen sairaalaan.

Kotiutuksen onnistumiseen vaikuttaa myös sen hyvä suunnittelu ja kokonaisvaltainen arviointi. Erilaiset arvioinnit olivat esillä lähes poikkeuksetta jokaisessa aineiston vastauksessa, jolloin voidaankin johtopäätöksenä todeta, että se on yksi yleisimmistä toimintaterapeutin vastuualueista kotiutusprosessissa. Toimintaterapeuteilla on paljon ammattitaitoa ja tietämystä koskien sekä ympäristön-, että taitojen-, valmiuksien-, apuvälinetarpeen-, kodinmuutostyötarpeen- ja palvelutarpeen arviointia. Yksin tai yhdessä muiden ammattilaisten kanssa tekemiensä arviointien tuloksista toimintaterapeutti tiedottaa moniammatillista tiimiä ja antaa tiimille, asiakkaalle ja hänen omaisilleen arvokasta tietoa asiakkaan vahvuuksista ja heikkouksista sekä asiakkaan todellisesta toimintakyvystä tämän omissa ympäristöissä.

Yksi arvioinnin muodoista on asiakkaan kotona tehtävä arviointi. Arviointia helpottaa ennen kotiutusta tehtävä kotikäynti tai kotilomien pitäminen. Kotikäynnit olivat suuressa roolissa tutkimuksen aineistossa. Tästä voidaankin tehdä päätelmiä siitä, että toimintaterapeutti ei voi kokonaisvaltaisesti arvioida asiakkaan toimintakykyä, apuväline-, palvelu- tai kodinmuutostöiden tarvetta sekä selviytymistä kotona ilman kotikäyntiä. Näkemättä tilaa, jossa asiakas normaalisti toimii, on toimintaterapeutin ymmärrys asiakkaan kokonaisvaltaisesta tilanteesta rajoittunut.

Kyselymme toisessa avoimessa kysymyksessä haimme vastausta toiseen tutkimustehtäväämme. Pyysimme vastaajia kuvailemaan, miten toimintaterapeuttien osaamista **hyödynnetään** tai **tulisi hyödyntää** kotiutuksessa nyt ja tulevaisuudessa. Toimintaterapeuttien ammattiosaamista **hyödynnetään** tutkimustulosten mukaan kotiutuksessa jo monin eri tavoin. Toimintaterapeuttien osaamista hyödynnetään osana moniammatillista yhteistyötä. Useat vastaajista ovat mukana jonkinlaisessa kotiutustyöryhmässä tai kotiutustiimissä, jossa toimintaterapeutin rooli on suuri. He antavat arvokasta tietoa moniammatilliselle kotiutuksen työryhmälle asiakkaan toimintakyvystä, toimintamahdollisuuksista, vahvuuksista ja rajoituksista sekä voimavaroista. Toimintaterapeutit antavat palautetta edellä mainituista asioista muulle tiimille sekä asiakkaalle ja asiakkaan omaisille. He myös toimivat sekä ammattilaisten, että omaisten konsulttoijana, ohjaajana ja neuvojana kotiutukseen liittyvissä asioissa. Toimintaterapeutit tekevät yhteistyötä myös kotihoidon kanssa tukien ja ohjaten kotihoitoa.

Vastaajien mukaan toimintaterapeutteja hyödynnetään myös heidän asiakaslähtöisen työskentelytapansa vuoksi. Toimintaterapeutit ottavat työssään huomioon asiakkaan oman tahdon ja kokemukset ja tukevat asiakasta tämän toimintakyvyn ylläpidossa ja elämänhallinnassa. Toimintaterapeutit myös pyrkivät mahdollistamaan asiakkaan osallistumista ja miettivät yhdessä asiakkaan kanssa tälle sopivia ja mielekkäitä vapaa-ajan toimintoja, kuten esimerkiksi päivätoimintaa. Toimintaterapeutit auttavat asiakasta löytämään kompensatiokeinoja toimintakyvyn muututtua ja harjoittelevat niitä yhdessä asiakkaan kanssa.

Aineistossamme toimintaterapeuttien hyödyntäminen kotiutukseen liittyvässä arvioinnissa ja asiakkaan kotona selviämisen arvioinnissa korostui merkittävästi. Toimintaterapeutteja hyödynnetään kotiutuksen arvioinnissa ja erilaisten kotikäyntien toteuttajina. Kotikäyntejä tehdään joko yksin tai yhdessä jonkun muun sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen kanssa, kuten fysioterapeutin tai hoitajan kanssa ja niitä hyödynnetään kotiutuksen eri vaiheissa. Toimintaterapeutit voivat toimia myös saattajana sairaalasta kotiin ja tehdä lyhyitä toimintaterapiajaksoja kotiutuksen jälkeen. Toimintaterapeutin ollessa läsnä koko kotiutusprosessin ajan, voi asiakkaan turvallisuuden tunne kotiutumista kohtaan lisääntyä.

Tutkimuksessamme tuli esille, että toimintaterapeuttien osaamista **tulisi** kuitenkin **hyödyntää** kotiutuksessa nykyistä enemmän (aiemmin sekä laajemmin arvioinnissa ja seurannassa). Toimintaterapeutti voisi toimia asiakkaan rinnalla kulkijana koko prosessin ajan. Useat vastaajat toivat esille, että toimintaterapeutteja voisi nykyistä laajemmin hyödyntää kokonaisvaltaisen

kotona selviämisen arvioinnin tekijöinä. Toimintaterapeutti voisi myös toimia yhteistyölinkkinä muun muassa avohoidon henkilökunnan kanssa. Tarvetta toimintaterapeutille olisi myös asiakkaiden lähipiirin ja omaisten tukijana. Toimintaterapeutteja tulisi hyödyntää myös seurannassa, kotiutuksen jälkeisissä kotikäynneissä sekä arjen toimintojen harjoittelemisessa kotiutuksen jälkeen.

Tuloksista on nähtävillä, että toimintaterapeuttien osaamista hyödynnetään kotiutuksessa juuri niissä asioissa, jotka ovat heidän mielestään myös kotiutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä. Voidaan sanoa, että vaikka toimintaterapeuttien osaamista hyödynnetään kotiutuksessa jo laajasti, voisi heidän erityisosaamistaan hyödyntää vieläkin enemmän ja antaa heille enemmän vastuuta kotiutusprosessista.

## 8 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

### 8.1 Eettisyys

Tutkimuksella on aina eettisiä vaatimuksia, jotka tutkijan on otettava huomioon. Tutkijan tulee olla tietoinen tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvistä tutkimuseettisistä periaatteista, sekä toimia näiden periaatteiden mukaan. Eettisesti hyvässä tutkimuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä, mikä tarkoittaa, että tutkijat noudattavat tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joita ovat rehellisyys ja yleinen huolellisuus sekä tarkkuus tutkimustyössä ja tulosten tallentamisessa sekä esittämisessä. Tutkijoiden tulee myös soveltaa sellaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä jotka ovat eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen mukaisia. Tutkijoiden täytyy myös kunnioittaa muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia ja tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida asianmukaisella tavalla (Hirsjärvi ym. 2009, 23-24; Tuomi & Sarajärvi 2009, 132-133.) Varmistimme tutkimuksemme eettisyyden toimimalla tutkimuseettisten periaatteiden mukaan. Käytimme tutkimuksemme lähdekirjallisuutena kansainvälistä luotettavaa kirjallisuutta ja luotettavina pidettyjä julkaisuja. Webropol –menetelmän käyttö varmisti tutkimuksen eettisyyttä, koska se takasi vastaajien anonymiteetin säilymisen. Lisäksi vastaaminen oli vapaaehtoista ja avoimia kysymyksiä käyttämällä varmistimme vastaajien omien kokemusten kuvaamisen heidän omalla äänellään. Tutkimuksen eettisyyttä lisäsi myös tutkimuksen saatekirje, jossa kerroimme tutkimuksen tarkoituksen sekä sen, missä käytämme tutkimuksen tuloksia ja mistä ja milloin ne ovat löydettävissä tutkimuksen päätyttyä. Saatekirjeen lopussa olleet yhteystietomme varmistivat sen, että vastaajat voivat olla tahtoessaan yhteydessä meihin. Tutkimusaineiston keräsimme Webropol –ohjelmalla ja tulokset säilytimme asianmukaisesti muiden ulottumattomissa. Tutkimustulokset analysoituamme, tuhosimme vastaukset asiaankuuluvalla tavalla käyttämällä tietosuojapaperikeräystä. Tutkimustulokset esitimme raportissamme selkeästi ja johdonmukaisesti kuitenkin niin, että jätimme tunnistetiedot, kuten paikkakuntien nimet raportin ulkopuolelle. Tulosten esittämisen eettisyyttä lisäsimme käyttämällä suoria lainauksia, jotta lukija voi tarkistaa, ettemme ole tehneet aineistosta omia tulkintoja.

Eettisyyttä lisää myös tutkimusryhmän jäsenten tietoisuus asemastaan, oikeuksistaan, vastuustaan ja velvollisuuksistaan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002, 3). Olimme tietoisia omasta asemastamme tutkijoina ja ymmärsimme vastuamme esimerkiksi aineiston käsittelyssä.

Yleisten tutkimuseettisten periaatteiden lisäksi tutkimustamme ohjasi toimintaterapian ammattieettiset ohjeet (Suomen toimintaterapeuttiliitto ry 2011, viitattu 17.12.2013). Niiden mukaan toimintaterapeutin työskentely edellyttää jatkuvaa ammattitaidon kehittämistä ja näyttöön perustuvaa käytäntöä. Tutkimuksellamme pyrimmekin kehittämään omaa ammattitaitoamme ja tuomaan uutta näyttöön perustuvaa tietoa muille ammattilaisille. Halusimme tuoda alaamme ja osaamistamme näkyvämmäksi myös muiden kotiutuksen parissa työskentelevien ammattilaisten keskuudessa. Ammattieettisten ohjeiden mukaan yhteiskunnan rakenteiden muutosten vuoksi myös toimintaterapeuttien työkenttä on muutoksessa ja toimintaterapeutti voi työskennellä erilaisissa toimintaympäristöissä. Mielestämme aiheemme on ajankohtainen ja voimme tutkimuksellamme edistää ammattialamme kehittymistä.

## 8.2 Luotettavuus

Jotta tutkimus olisi luotettava, on teorian yhteydessä esitettävä ne perusteet, joiden avulla tutkimus katsotaan luotettavaksi. Tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa sen vapautta satunnaisista ja epäolennaisista tekijöistä. (Varto 1992, 103-104.) Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on sen myöntäminen, että tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse. (Eskola & Suoranta 1998, 211.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkka kertomus siitä, miten tutkimus on toteutettu. Tutkijan tulisi tuoda esille aineiston tuottamisen olosuhteet selkeästi ja totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 232.) Aineiston analyysin luotettavuutta lisää luokittelujen syntymisen esittely ja luokittelujen perusteiden kertominen. Tutkijan on myös kerrottava millä perusteella hän esittää tulkintoja ja mihin hän päätelmänsä perustaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 232-233.) Luotettavuutta lisää myös tutkimuksen toteuttaminen tiettyjen kriteerien mukaan. Siksi tutkimus toteutettiin Kylmän ja Juvakan (2007, 128-129) määrittelemien kvalitatiivisen tutkimuksen kriteerien mukaan, joita ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys.

**Uskottavuus** tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja niiden osoittamista tutkimuksessa. Uskottavuutta vahvistaa myös se, että tutkija on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Tutkijan olisi myös hyvä pitää tutkimuspäiväkirjaa, jossa hän kuvaa kokemuksiaan ja pohtii valintojaan ja käyttää näitä havaintoja hyödyksi toimintansa tiedostamisessa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Varmistimme tutkimuksemme uskottavuutta olemalla riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Aloitimme opinnäytetyön tietoperustan keräämisen syksyllä 2013 ja vaikka aihe oli silloin eri, toimintaterapia



kotiympäristössä, oli se silti osa samaa ilmiötä. Siitä saakka olemme työskennelleet tiiviisti tutkittavan ilmiön parissa. Tutkimuksemme uskottavuutta lisäsi myös tutkimuksen vastaajien anonymiteetin säilyminen. Tällöin voimme olettaa, että jokainen vastaaja on vastannut kysymyksiin rehellisesti. Korostimme anonyymina vastaamista saatekirjeessämme. Vahvistimme tutkimuksen uskottavuutta lisäämällä tutkimukseen vastaamiselle kriteerin. Kriteerinä oli kotiutuksen parissa työskentely tällä hetkellä tai kahden viimeisen vuoden aikana. Näin varmistimme, että tutkimukseen vastanneiden kokemukset kotiutuksesta olivat tuoreita.

**Vahvistettavuus** on läsnä koko tutkimusprosessin ajan ja edellyttää prosessin kirjaamista siten, että toinen tutkija voi seurata tutkimuksen kulkua pääpiirteissään. Tutkimuspäiväkirjan merkitys korostuu tässä vaiheessa, sillä laadullinen tutkimus pohjautuu avoimeen suunnitelmaan, joka tarkentuu tutkimusta tehtäessä. Raporttia kirjoittaessaan tutkijan tulisi kyetä hyödyntämään muistiinpanojaan tutkimusprosessin eri vaiheista. Ideana on tämän aineiston avulla pystyä kuvaamaan sitä, miksi ja miten tutkija on päätenyt tuloksiinsa ja johtopäätöksiinsä. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen raportoinnin tulee olla niin selkeää, että toinen tutkija voi ymmärtää sen samalla tavalla. (Kylmä & Juvakka 2007, 128-129.) Varmistimme tutkimuksemme vahvistettavuutta pitämällä tutkimuspäiväkirjaa koko tutkimuksen ajan ja kuvaamalla tutkimusraporttiin aineiston analyysin vaiheet mahdollisimman selkeästi, jotta toinen tutkija voisi halutessaan seurata siitä tutkimuksen kulkua pääpiirteissään. Aineiston analyysin havainnollistamisessa käytimme tarkoituksenmukaisia ja selkeitä kuvioita, jotta analyysin muotoutumisen hahmottaminen on lukijalle helpompaa. Raporttia kirjoittaessamme pyrimme asiakielisyteen, ja avasimme käyttämämme käsitteet käyttäen luotettavaa lähdekirjallisuutta. Lähteet merkitsimme tarkasti ja OAMK:n opinnäytetyöohjeiden mukaisesti. Näin varmistimme, että lukija ymmärtää lukemansa ja voi halutessaan palata alkuperäislähteelle.

**Refleksiivisyys** edellyttää tutkijan tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Hänen on arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava nämä lähtökohdat tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Varmistimme tutkimuksemme refleksiivisyyttä kirjaamalla ennako-oletuksemme ja lähtökohtamme tutkimuksen tekijöinä jo tutkimussuunnitelmaan sekä loppuraporttiin, jotta lukija on tietoinen tutkijoiden ennako-oletuksista ja lähtökohdista tutkimuksen tekijöinä. Lisäksi reflektoimme sekä omaa, että toistemme toimintaa tutkijoina ja tulimme näin tietoisiksi toiminnastamme ja valinnoistamme. Myös keskustelut ohjaavien opettajien kanssa lisäsivät tutkimuksen refleksiivisyyttä, sillä he haastoivat meitä ajattelemaan ja perustelemaan valintojamme ja tutkimuksemme suuntaa.

**Siirrettävyys** tarkoittaa tutkimusten tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin. Tutkijan on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tutkimuksemme tulokset eivät ole suoraan siirrettävissä, koska tutkimme toimintaterapeuttien kokemuksia onnistuneesta kotiutuksesta. Jo tutkimuksen tekoon ryhtyessämme, tiesimme, ettemme hae yleistettävissä olevaa tutkimustietoa. Aineistostamme voi kuitenkin tehdä päätelmiä siitä, millainen on onnistunut kotiutus ja miten toimintaterapeuttien osaamista kotiutuksessa hyödynnetään/tulisi hyödyntää.

## 9 POHDINTA

Kotiutus aiheena on aina ajankohtainen. Ihmisiä kotiutuu sairaalasta ja erilaisista laitoksista koko ajan. Tämän vuoksi tieto siitä, millainen on onnistunut kotiutus, on arvokasta. Kotiutusta on yleisesti tutkittu sosiaali- ja terveysalalla paljon, mutta emme löytäneet tutkimuksia siitä, millainen on onnistunut kotiutus toimintaterapeuttien kuvaamana. Tutkimuksemme tuloksista voi siis saada uutta tietoa, mikä voi auttaa toimintaterapeutteja tuomaan omaa ammattiosaamistaan entistä enemmän esille erilaisissa kotiutustiimeissä ja selkeyttää heidän rooliaan niissä. Lisäksi tutkimuksemme tulokset antavat moniammattilliselle työryhmälle tietoa siitä, miten ja miksi toimintaterapeuttien osaamista voitaisiin hyödyntää kotiutuksessa.

Yhteiskunnan kehityssuunta sairaalahoidon ja avohoidon välillä on selkeä. Nykyään painotetaan entistä enemmän avohoidon suuntaan. Laitostumista halutaan ehkäistä ja sairaalapaikkoja vähentää. Ihmisiä kotiutetaan usein mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jopa liian varhain. Palvelujärjestelmän painopisteen siirtäminen laitoshoidosta avohoitoon vähentää terveydenhuollon kustannuksia. Epäonnistunut kotiutus voi heikentää yksilön toimintakykyä entisestään ja johtaa sairaalaan paluuseen, mikä tulee yhteiskunnalle kalliimmaksi. Siksi kotiutuksen onnistuminen on tärkeää myös yhteiskunnallisesti. Nykyään puhutaankin jatkuvasti resurssipulasta. Tämä koskee kaikkia aloja, mukaan lukien sosiaali- ja terveysala. Tästä syystä kuulee joskus sanottavan, kuinka toimintaterapeuttien tekemiä kotikäyntejä leikataan, koska ne ovat liian kalliita. Haluammekin painottaa tutkimustuloksillamme kotikäyntien tärkeyttä kotiutuksen onnistumisen kannalta. Ne voivat pidemmällä aikavälillä pienentää kustannusten kasvua.

Muutamit vastaajat puhuivat saattaen vaihtamisesta kotiutuksen yhteydessä. Vastaajien ja oman käsityksemme mukaan saattaen vaihtamiseen kuuluu esimerkiksi se, että sairaalasta käsin tehdään moniammattillisia kotikäyntejä asiakkaan kotiin. Kotikäynneillä voidaan myös ohjata kotihoitoa tai omaisia. Saattaen vaihtamiseen voi kuulua myös se, että kuntoutuksessa olisi yksi pysyvä henkilö asiakkaan rinnalla koko kotiutusprosessin ajan ja vielä kotiutumisen jälkeenkin. Jos tämä ei ole mahdollista, olisi hyvä, että sairaalan ja avohoidon työntekijät kohtaisivat jossain vaiheessa kotiutusprosessia. Näin sujuva tiedonkulku mahdollistuu ja molemmat osapuolet ovat tietoisia asiakkaan kokonaisvaltaisesta tilanteesta. Yhteistyö eri yksiköiden välillä on kuitenkin koettu haastavaksi eri tutkimusten mukaan. Monesti työtä tehdään vain omissa yksiköissä, eikä omasta työpisteestä poistuta, mikä hankaloittaa yhteistyötä ja tiedonkulkua. Tämä taas voi

aiheuttaa päällekkäisiä toimia ja johtaa kustannusten kasvuun. Tässä asiassa olisi varmasti kehitettävää myös tulevaisuudessa.

Tutkimuksesta saamamme aineisto oli hyvin linjassa aikaisempien kotiutuksesta tehtyjen tutkimuksien kanssa. Kuitenkin asiakaslähtöisyyden huomiointi jäi aineistossa pienemmäksi teemaksi, kuin olimme odottaneet. Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan oman tahdon ja mielipiteiden huomiointi esiintyi vain muutamissa vastauksissa. Joissakin vastauksissa puhuttiin potilaasta ja siitä, että "potilasta tiedotetaan". Tämä tuo mielestämme esille sen, että asiakaslähtöisyydessä saattaa olla paikoin vielä parantamisen varaa. Tämän tutkimuksen perusteella emme tosin voi tehdä päätelmiä siitä, kuinka asiakaslähtöisesti toimintaterapeutit työskentelevät puhuttaessa kotiutuksesta ja aihe vaatisikin lisää tutkimusta.

Kyselystä saamamme aineisto oli kattava. Aineiston analyysivaiheessa pyrimme irrottautumaan kaikista ennako-oletuksistamme ja aikaisemmasta tiedostamme, jotta tutkimustulokset olisivat mahdollisimman aineistolähtöisiä. Varmasti opiskelun ja opinnäytetyöprosessin aikana kerääntynyt tieto silti vaikutti käsitteiden luomiseen. Aikaisempi tieto luultavasti vaikutti siihen, millaisia asioita aineistosta löysimme ja miten luokittelimme niitä. Aineiston analyysi ei ollut niin induktiivista, kuin se olisi parhaimmassa tapauksessa voinut olla. Kuitenkin jo alkuperäinen aineistomme oli valmiiksi hyvin pelkistetty, emmekä koe, että aineistosta olisi jäänyt löytymättä jotain tutkimuksen kannalta olennaista. Vastaajat käyttivät hyvin vahvasti toimintaterapian termistöä ja käsitteitä. Tämän vuoksi aineiston analyysissä muodostamamme käsitteet eivät ole kovin abstrakteja, vaan ne vastaavat toimintaterapianimikkeistön käsitteitä, vaikka pyrimmekin aineistolähtöiseen analyysiin. Tutkimuksemme tuloksia kuvaavat käsitteet ovat lähtöisin aineistosta, vaikka ne ovatkin yleisesti tunnustettuja toimintaterapian käsitteitä. Pääluokkamme vastaavat tutkimuksen tehtäviin hyvin ja sisältö koostuu aineiston tiedoista. Tulokset ja johtopäätökset on jäsennellyt tutkimuksen aineiston mukaan.

Käyttämämme lähteet ovat luotettavista julkaisuista ja kirjallisuudesta. Käytimme pääosin toimintaterapian kirjallisuutta ja tutkimusartikkeleita. Lähteemme ovat sekä kotimaisia, että kansainvälisiä. Käytimme myös muutamaa opinnäytetyötä ja pro –gradua lähteenä, koska meillä ei ollut pääsyä alkuperäisille lähteille. Hyödynsimme myös hieman näiden opinnäytetöiden tuloksia omassa työssämme. Näissä tapauksissa koimme opinnäytetyön käyttämisen lähteenä soveliaaksi.

Opinnäytetyön tekeminen oli vaativa prosessi, joka vei paljon resursseja. Jaksamistamme auttoi kuitenkin kiinnostus aihetta kohtaan sekä oppimisen halu ja toistemme tuki. Yhdessä tekeminen oli luontevaa ja helppoa. Meillä on molemmilla omat vahvuutemme ja heikkoukset sekä opinnäytetyön tekijöinä että tutkijoina. Työtapamme täydensivät hyvin toisiaan ja kannustimme sekä rohkaisimme toisiamme prosessin eri vaiheissa. Yhdessä käyty keskustelut avasivat näkökulmaamme ja toivat mielekkyyttä tekemiseen. Myös opettajilta saatu ohjaus ja vertaisarvioijilta saatu palaute ohjasivat työmme suuntaa ja selkeyttivät tutkimuksen suuntaa ja tulosten esittämistä.

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2012 ideaseminaarista, jossa päätimme opinnäytetyömme aiheen ensimmäisen kerran. Syksyllä 2012 vaihdoimme alkuperäisen aiheen, koska vanha aihe ei tuntunut meistä mielekkäältä eikä innostavalta, jolloin työntekoon motivoituminenkin oli haastavaa. Valmistavaan seminaariin uudeksi aiheeksi valitsimme kodin toimintaterapiassa. Olimme molemmat vaihdossa lukuvuonna 2012-2013, toinen syksyllä ja toinen keväällä. Nämä vaihdot katkaisivat opinnäytetyömme prosessin melkein vuoden ajaksi. Valmistavan seminaarin esitimme syksyllä 2013 ja tämän jälkeen esitimme tutkimussuunnitelman maaliskuussa 2014. Tutkimussuunnitelmaa tehdessä opinnäytetyömme aihe valikoitui ja rajautui lopullisesti nykyiseen muotoonsa. Opinnäytetyön loppuraportin valmistumisen aikataulu oli tiukka, mutta onnistuimme pysymään siinä. Lopullisen työn saimme valmiiksi kesäkuussa 2014. Prosessi oli kokonaisuudessaan pitkä ja olimme pitkän aikaa tekemisessä tutkimuksen ja sen pohjalla olevien ilmiöiden eli toimintaterapian, ympäristön ja kodin kanssa. Itse kotiutus tuli kuitenkin vahvemmin mukaan vasta valmistavan seminaarin jälkeen, joten sen kanssa olisi ollut varmasti hyvä olla tekemisessä pidemmän aikaa. Tutkimuksen loppuvaihe oli hyvin kiireinen ja loppujen lopuksi aineistoa olisi voinut analysoida pidempään ja tuloksia kirjata seikkaperäisemmin. Käytössä olevat resurssit olivat kuitenkin rajalliset ja prosessi täytyi osata myös lopettaa. Koemme kuitenkin onnistuneemme prosessissa itseämme tyydyttävällä tavalla.

Tutkimuskysymyksiimme olisi voinut saada vastauksen myös muita eri lähestymistapoja käyttämällä. Valitsimme Webropol –kyselyn, koska tavoitteenamme oli saavuttaa mahdollisimman monta toimintaterapeuttia. Kyselyn huonona puolena oli, että emme voineet tehdä tarkentavia kysymyksiä vastauksista, kuten esimerkiksi haastattelussa. Monet aineistomme vastauksista olisivat vaatineet tarkennusta, ja jos emme voineet olla varmoja niiden tarkoituksesta, ne jäivät tutkimusaineiston ulkopuolelle. Haastattelun avulla olisi ollut mahdollista saada vielä laadullisempia ja avoimempia vastauksia, mutta silloin vastaajien määrä olisi ollut huomattavasti

pienempi. Koska tällaista tutkimusta ei ole ennen tehty, koimme kyselyn tarkoituksenmukaisimmaksi menetelmäksi.

Tutkimuksemme tuloksista voi johtaa jatkotutkimusaiheita. Asiakslähtöisyyden toteutumisesta nykyaikaisessa suomalaisessa kotiutuksessa ja itse toimintaterapiassa olisi mielenkiintoista lukea kotimaista tutkimustietoa. Tällaisen tutkimuksen voisi toteuttaa esimerkiksi haastattelemalla asiakkaita heidän kokemuksistaan kotiutuksen asiakslähtöisyydestä. Vastaavasti voisi haastatella kotiutuksen parissa työskentelevien toimintaterapeuttien kokemuksia kotiutuksen asiakslähtöisyydestä. Tarkoituksena olisi saada laadullista tietoa siitä, miten asiakslähtöisyys näkyy ja toteutuu kotiutuksessa Suomessa. Mielenkiintoista olisi myös tietää, millaista on moniammatillinen yhteistyö ja tiedonkulku kotiutuksessa tällä hetkellä ja miten ne toteutuvat ja näkyvät käytännössä. Tällainen tutkimus voisi olla koko maan laajuinen kyselytutkimus tai sillä voisi etsiä tietoa juuri jonkin tietyn tiimin moniammatillisesta työskentelystä esimerkiksi haastatteluiden avulla. Ennen kotiutusta tehtävistä kotikäynneistä löytyi paljon tutkimuksia muualta maailmasta. Jatkotutkimuksena voisikin tutkia miten ne Suomessa käytännössä toteutuvat. Tällaisen tutkimuksen tulokset auttaisivat toimintaterapeutteja perustelemaan kotikäyntien merkitystä enemmän.

## LÄHTEET

Ahlroth, M. & Huotari, J. 2011. Turvallisesti kotiin – kotiutusmalli Oulun kaupungin sairaalaan ja kotihoitoon. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto: Opinnäytetyö.

AOTA. The American Occupational Therapy Association. 1991. Essential and Guidelines for an Accredited Educational Program for the Occupational Therapist. *The American Journal of Occupational Therapy* 45 (12), 1077- 1084.

Atwal, A. 2002. A World Apart: How Occupational Therapists, Nurses and Care Managers perceive each other in Acute Health Care. *British Journal of Occupational Therapy* 65 (10), 446-452.

Atwal, A & Caldwell, K. 2003. Ethics, occupational therapy and discharge planning: Four broken principles. *Australian Occupational Therapy Journal* 50 (4), 244-251.

Atwal, A., McIntyre, A., Craik, C. & Hunt, J. 2008. Occupational therapists' perceptions of pre-discharge home assessments with older adults in acute care. *British Journal of Occupational Therapy* 71 (2), 52-58.

Boutin-Lester, B. & Gibson, R.W. 2002. Patients' perceptions of home health occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal* 49 (3), 146-154.

CAOT. Canadian Association of Occupational Therapists. 1997. *Enabling Occupation: An Occupation Perspective*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Cole, M.B. & Tufano, R. 2008. *Applied Theories in Occupational Therapy. A Practical Approach*. Thorofare: SLACK Incorporated.

Creek, J. & Lougher, L. 2008. *Occupational therapy and mental health*. Philadelphia: Churchill Livingstone, Elsevier.

Drummond, A., Whitehead, P., Fellows, K., Edwards, C. & Sprigg, N. 2012. Occupational therapy pre-discharge home visits for patients with a stroke: what is national practice? *British Journal of Occupational Therapy* 75 (9), 396-402.

Dunn, W. 2005. *Measurement Issues and Practices*. Teoksessa Law, M., Baum., C. & Dunn, W. 2005. *Measuring Occupational Performance. Supporting Best Practice in Occupational Therapy*. United States of America: SLACK Incorporated. 21-32.

Durocher, E & Gibson, B. 2010. Navigating ethical discharge planning: A case study in older adult rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal* 57 (1), 2-7.

Eskola, J & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Falardeau, M. & Durand, M.J. 2002. Negotiation-centred versus client-centred: Which approach should be used? *Canadian Journal of Occupational Therapy* 69 (3), 135-142.

Finlay, L. 1993. *Groupwork in Occupational Therapy*. London: Chapman & Hall.

Finlay, L. 1997. *The Practice of Psychosocial Occupational Therapy*. Cheltenham: Stanley Thornes Ltd.

Grimmer, K., Dawson, A., May, E. & Peoples, C. 2009. Abstract. Informing discharge plans. Assessments of elderly patients in Australian public hospitals: a field study. Viitattu 24.5.2014, <http://web.b.ebscohost.com.ezp.oamk.fi:2048/ehost/detail?sid=2df157b6-0536-4a4b-b6a9-0c6dc99de4f0%40sessionmgr113&vid=1&hid=122&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2005118886>

Hagedorn, R. 2000. *Tools for Practice in Occupational Therapy. A Structured Approach to Core Skills and Process*. United Kingdom: Churchill Livingstone.

Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen, M. 2011. *Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä*. Helsinki: Edita Prima.



Harris, S., James, E. & Snow, P. 2008. Predischarge occupational therapy home assessment visits: Towards an evidence base. *Australian Occupational Therapy Journal* 55 (2), 85-95.

Hinosoja, J. & Kramer, P. 1998. Evaluation – Where Do We Begin? Teoksessa Hinosoja, J. & Kramer, P. 1998. Evaluation. Obtaining and Interpreting Data. Bethesda: The American Occupational Therapy Association.1-15.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Isoherranen, K. 2008. Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä – Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Iwarsson, S. 2008. OSA 1. Enabler – käsite. Perusta fyysisen ympäristön esteettömyysongelmien arviointiin ja analysointiin. Teoksessa Iwarsson, S. & Slaug, B. 2008. Housing Enabler. Arviointiväline asumisen esteettömyysongelmien arviointiin ja analysointiin. Lund: Vetén & Skapen HB & Slaug data management AB. 11-32.

Iwarsson, S. & Slaug, B. 2008. Housing Enabler. Arviointiväline asumisen esteettömyysongelmien arviointiin ja analysointiin. Lund: Vetén & Skapen HB & Slaug data management AB.

Kielhofner, G. 2008. Model of Human Occupation. Theory and Application. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Kokko, M., Laamanen, S. & Leikas, J. 2001. Ryhmäarviointi yksilöarvioinnin tueksi lasten toimintaterapiaryhmässä Palokan terveydenhuollon kuntayhtymässä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala. Toimintaterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Koskennurmi-Sivonen, R. 2007. Ontologia ja epistemologia. Viitattu 24.1.2014, <http://www.helsinki.fi/~rkosken/ontologia.html>

Kosonen, M. & Multanen, I. 2009. Asiakkaan ehdoilla. Toimintaterapiaa ikääntyneen kotiympäristössä. Metropolia Ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Kuntoutusportti. 2014. Yleistä kuntoutuksesta. Viitattu 24.5.2014, [www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/yleista\\_kuntoutuksesta/](http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/yleista_kuntoutuksesta/)

Kylmä, J & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

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

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: Kuntaliitto.

Lannin, N-A., Clemson, L. & McCluskey, A. 2011. Survey of Current Pre-discharge home visiting practices of occupational therapists. Australian Occupational Therapy Journal 58 (3), 172-177.

Larsson Lund, M. & Nygård, L. 2004. Occupational life in the home environment: The experiences of people with disabilities. Canadian Journal of Occupational Therapy 71 (4), 243-251.

Launiainen, H. & Lintula, L. 2003. Toimintaterapia ja toimintaterapeutit. Teoksessa Toimintaterapianimikkeistö 2003. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 7-9.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H.J. & Pollock, N. 2005. Questions and Answers. Canadian Occupational Performance Measure. Viitattu 20.5.2014. <http://www.caot.ca/copm/questions.html#1>

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M.A., Polatajko, H.J. & Pollock, N. 2014. About the COPM. The Canadian Occupational Performance Measure. Viitattu 20.5.2014, <http://www.thecopm.ca/about/>

Law, M. & Baum, C. 2005. Measurement in occupational therapy. Teoksessa Law, M., Baum., C. & Dunn, W. 2005. Measuring Occupational Performance. Supporting Best Practice in Occupational Therapy. United States of America: SLACK Incorporated. 3-20.

Law, M., Baum, C & Dunn, W. 2005. Measuring Occupational Performance. Supporting Best Practice in Occupational Therapy. United States of America: SLACK Incorporated.

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. 1996. The Person-Environment-Occupation –Model : A Transactive Approach to Occupational Performance. Canadian Journal of Occupational Therapy 63 (1), 9-23.

Lilja, M. & Borell, L. 2001. Occupational therapy practice patterns with older Swedish persons at home. Canadian Journal of Occupational Therapy 68 (1), 50-59.

Lilja, M., Nygård, L. & Borell, L. 2000. The transfer of information about geriatric clients in the occupational therapy chain of care: an intervention study. Scandinavian Journal of Occupational Therapy 7 (2), 51-59.

Linnosaari, U. 2001. Vanhuspotilaan sairaalasta kotiuttaminen potilaan ja omaisen kokemana. Helsingin yliopisto: Vantaan täydennyskoulutuslaitos. Helsinki: Kuntokallion Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus.

Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: International Methelp.

Microsoft Partner. 2014. Webropol. The intelligent way. Viitattu 18.2.2014, <http://www.webropol.fi/ratkaisut/kyselyt/>.

Mikkonen, T. 2009. Moniammatillinen toiminta työterveyshuollossa. Laurea ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö.

Moats, G. 2006. Discharge decision-making with older people: The influence of the institutional environment. Australian Occupational Therapy Journal 53 (2), 107-115.

Moats, G. 2007. Discharge Decision-Making, Enabling Occupations, and Client-Centred Practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 74 (2), 91-101.

Moats, G & Doble, S. 2006. Discharge Planning with Older Adults: Toward a Negotiated Model of Decision Making. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 73 (5), 303-311.

Mustonen, T. 2001. Kotikäynti ja asiakkaan koti. Jyväskyläläisten sosiaalityöntekijöiden näkemyksiä kotikäynnistä ja asiakkaan kodista sosiaalityössä. Jyväskylän Yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Pro Gradu –tutkielma.

Pierce, D.E. 2003. *Occupation By Design. Building Therapeutic Power.* Philadelphia: F.A. Davis Company.

Pihkanen, H. 2013. Kotini on linnani. Kokemuksia toimintaterapeutin akuuttipsykiatrisesta osastohoidosta käsin tekemistä kotikäynneistä. Metropolia ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Piirainen, M-L. 1997. Saattaen vaihdettava, toimintaterapeutti kuntoutujan tukena. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Prior, S. & Duncan, E.A.S. 2009. Assessment skills for practice. Teoksessa *Skills For Practice in Occupational Therapy.* Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier. 75-90.

Rantasalo, K. 2007. Sairaalasta kotiin – puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Pro gradu –tutkielma.

Rigby, P., Stark, S., Letts, L. & Ringaert, L. 2009. Physical Environment. Teoksessa Crepeau, E.B., Cohn, A.S. & Boyt Schell, B.A. 2009. *Willard & Spacman's Occupational Therapy.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 820-849.

Ronkainen, S., Mertala, S. & Karjalainen, A. 2008. Graafisen kyselylomakkeen suunnittelu. Teoksessa S. Ronkainen & A. Karjalainen (toim.) Sähköä kyselyyn! Web-kysely tutkimuksessa ja tiedonkeruussa. Rovaniemi: Lapin yliopisto. 31-41.

Rusi-Pyykönen, M. 2002. Draamaopetus toimintaterapeuttikoulutuksessa Helsingin sairaanhoitopiistossa vuosina 1972-2002. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu –tutkielma.

Salo-Chydenius, S. 1992. Toimintaterapia mielenterveystyössä. Helsinki: VAPK-Kustannus.

Sivistyssanakirja. 2013. Suomisanakirja. Viitattu 19.5.2014, <http://www.suomisanakirja.fi/anonyymi>

Suomen Kuntaliitto & Suomen toimintaterapeuttiliitto 2003. Teoksessa Toimintaterapianimikkeistö 2003. Helsinki: Suomen kuntaliitto. 33-37.

Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry. 2010. Hyvät arviointikäytännöt suomalaisessa toimintaterapiassa. Arvioinnin lähtökohdat ja suositukset. Viitattu 23.5.2014, <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/images/stories/arviointijulkaisu.pdf>

Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry. 2011. Toimintaterapeuttien ammattieettiset ohjeet. Viitattu 17.12.2013, <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/images/stories/ammattieettisetohjeet2011.pdf>.

Terveystieteiden laitos 30.12.2010/1326

Tuomi, J. & Sarajärvi, S. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 17.12.2013, [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva\\_Tieteellinen\\_FIN.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf).

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Wressle, E., Filipson, W., Andersson, L., Jacobsson, B., Martinsson, K. & Engel, K. 2006. Evaluation of Occupational Therapy Interventions for Elderly Patients in Swedish Acute Care: A pilot study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 13 (4). 203-210.

## LIITTEET

Liite 1: Saatekirje

Liite 2: Kyselylomakkeen kysymykset ja perustelut

Liite 3: Muistutusviesti vastauskriteerien muuttumisesta

Arvoisa Toimintaterapeutti,

Työskenteletkö kotiutuksen parissa? Haluaisitko jakaa kokemuksesi onnistuneesta kotiutuksesta toimintaterapian kehittämistyön mahdollistamiseksi?

Olemme kaksi pian valmistuvaa toimintaterapeuttiopiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulusta. Teemme tutkimusta onnistuneesta kotiutuksesta toimintaterapian näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, millainen on onnistunut kotiutus ja mitkä tekijät siihen vaikuttavat toimintaterapeuttien kuvaamana. Tutkimuksemme koskee sitä siirtymävaihetta, kun asiakas siirtyy tai on siirtynyt jostain laitoksesta kotiin. Voit toimia missä organisaatiossa hyvänsä ja millaisten asiakkaiden kanssa tahansa. Tärkeintä on, että työskentelet jollain tavalla kotiutuksen parissa nykyisessä työssäsi.

Uskomme, että työskennellessäsi kotiutuksen parissa, Sinulle on kertynyt paljon arvokasta kokemuksellista tietoa aiheesta. Toivomme Sinun osallistuvan kyselytutkimuksemme ja kuvailevan kokemuksiasi. Kyselylomake on helppo täyttää, se sisältää vain muutaman avoimen kysymyksen. Tutkimuksemme tarkoituksena on saada laadullista tietoa, joten toivomme kuvailevia vastauksia. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Käytämme vastauksiasi ainoastaan opinnäytetyömme loppuraporttiin. Vastausaikaa kyselyyn on viikko eli xx.xx.xx saakka. Osallistuminen tapahtuu vastaamalla seuraavasta linkistä löytyvään sähköisessä muodossa olevaan kyselyyn: <https://www.webropolsurveys.com/S/463C95681E1FECD8.par>

Tutkimuksen tulokset esitetään kesän 2014 aikana ja opinnäytetyö julkaistaan osoitteessa theseus.fi.

Jos Sinulla on jotain kysyttävää tutkimukseen liittyen, vastaamme mielellämme!

Aurinkoista kevättä toivottaen,

Johanna Junno  
toimintaterapeuttiopiskelija  
Oulun ammattikorkeakoulu  
xxxxxxx@students.oamk.fi

Anniina Kaattari  
toimintaterapeuttiopiskelija  
Oulun ammattikorkeakoulu  
xxxxxxx@students.oamk.fi



Kyselylomake tehtiin Webropol –ohjelmalla. Kysely sisälsi taustatietojen keräämisen sekä muutaman avoimen kysymyksen. Taustatietojen kerääminen valintakysymyksillä mahdollistaa aineiston lajittelun vastaajien mukaan.

**Kysymykset****Perustelut kysymykselle****Sivu 1. Taustatiedot.**

<b>Työskenteletkö nykyisessä työssäsi kotiutuksen parissa?</b> Kyllä En	Tutkimukseen vastaavat vain tällä hetkellä kotiutuksen parissa työskentelevät toimintaterapeutit.  En vastaus hyppäyttää vastaajan suoraan loppuun, eikä hän vastaa kyselyn muihin osiin.
<b>Kuinka kauan olet työskennellyt toimintaterapeutina?</b> 0-2 vuotta 3-5 vuotta 6-10 vuotta yli 10-vuotta	Tätä kysymällä tiedämme vastaajien työkokemuksen ja voimme lajitella vastauksia sen mukaan.
<b>Missä työskentelet tällä hetkellä?</b> Sairaalassa, Terveyskeskuksessa, Avokuntoutuksessa, Yksityisenä palveluntarjoajana, muualla, missä	Millaisissa tehtävissä vastaajat ovat? Valintakysymys mahdollistaa aineiston lajittelun vastaajien mukaan.

**Sivu 2. Toimintaterapeutti ja moniammatillinen tiimi.**

<b>Keitä kotiutustiimiinne/kotiutustyöryhmäänne kuuluu: (rasti ruutuihin)</b> Lääkäri, Sairaanhoidaja, Kotiutushoitaja, Fysioterapeutti, Toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, muu, mikä?	Saamme tietoa moniammatillisen tiimin jäsenistä. Mitkä ammattiryhmät päättävät kotiutuksesta?
--	--

**Sivu 3. Onnistunut kotiutus.**

<b>Kerro esimerkki onnistuneesta kotiutuksesta?</b>	Millaisia aitoja case-esimerkkejä vastaajilla on kertoa? Esiintyykö tarinoissa yhteisiä teemoja ?
---	---

**Sivu 4. Toimintaterapian hyödyntäminen kotiutuksessa.**

<b>Kuvaile omin sanoin miten toimintaterapian osaamista hyödynnetään/tulisi hyödyntää kotiutuksessa.</b>	Miten ja miksi toimintaterapeuttien osaamista kotiutuksessa hyödynnetään/tulisi hyödyntää? Miten toimintaterapeutit voivat vaikuttaa kotiutuksen onnistumiseen? Onko toimintaterapeuttien osaamisen hyödyntäminen kotiutuksessa tärkeää?
--	--

Vielä voit vastata kyselyyn onnistuneesta kotiutuksesta!

Hei,

Vastaanotit viime viikolla sähköpostin koskien tutkimusta onnistuneesta kotiutuksesta toimintaterapian näkökulmasta. Olemme saaneet jonkin verran vastauksia, kiitos niistä teille! Toivoisimme kuitenkin vielä lisää vastauksia, ja muokkasimme kyselyä siten, että voit vastata siihen jos olet työskennellyt kotiutuksen parissa viimeisen kahden vuoden aikana. Tällöinkin saamamme aineisto on tuoretta. Vastausaikaa on perjantaihin xx.x. saakka. Jos olet jo vastannut kyselyyn, vastauksesi ovat edelleen tallessa eikä sinun tarvitse vastata uudestaan. Kiitos vaivannäöstäsi!

Voit vastata kyselyyn tästä: <https://www.webropolsurveys.com/S/463C95681E1FECD8.par>

Tutkimuksen tulokset esitetään kesän 2014 aikana ja opinnäytetyö julkaistaan osoitteessa theseus.fi.

Jos Sinulla on jotain kysyttävää tutkimukseen liittyen, vastaamme mielellämme!

Aurinkoista kevättä toivottaen,

Johanna Junno  
toimintaterapeuttiopiskelija  
Oulun ammattikorkeakoulu  
xxxxx@students.oamk.fi

Anniina Kaattari  
toimintaterapeuttiopiskelija  
Oulun ammattikorkeakoulu  
xxxxx@students.oamk.fi