

Karppinen Hanna & Karvonen Saana

Arviointijakson vaikutus fyysiseen toimintakykyyn laajalla ADL-mittarilla tarkasteltuna eräässä Kainuun soten kotihoidon yksikössä



Sairaanhoitaja (AMK)
Sairaanhoitajakoulutus
Syksy 2022



KAMK • University
of Applied Sciences

Tiivistelmä

Tekijä(t): Karppinen Hanna & Karvonen Saana

Työn nimi: Arviointijakson vaikutus fyysiseen toimintakykyyn laajalla ADL-mittarilla tarkasteltuna eräissä Kainuun soten kotihoidon yksiköissä

Tutkintonimike: Sairaanhoidtaja (AMK), hoitotyön koulutusohjelma

Asiasanat: ADL-mittari, arviointijakso, fyysinen toimintakyky, kotihoito, RAI-järjestelmä, vaikuttavuus

On tärkeää löytää keinoja ennustaa ja ehkäistä ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä, jotta voidaan edistää hyvää elämänlaatua ja itsenäistä selviytymistä. Myös kotihoidon palvelujen tarve lisääntyy ikääntymisen seurauksena. Kotihoidon palveluja on tärkeää kehittää, jotta ikääntyneille voidaan tarjota laadukkaita palveluja kotona.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten kotihoidon arviointijakso vaikuttaa asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa ja tuottaa tuloksia, joiden avulla toimeksiantaja voi kehittää arviointijakson ja kuntoutumisen vaikuttavuuskeinoja. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi yksi kotihoidon yksikkö, joka kuuluu Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään.

Opinnäytetyö toteutettiin pääasiassa kvantitatiivisesti. Ensimmäinen aineisto saatiin suoraan toimeksiantajalta. Aineisto sisälsi kotihoidon 10 asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tulokset ADL-mittarilla arviointijakson alussa ja lopussa. Aineistosta saadut tulokset taulukoitiin ja tuloksia käsiteltiin numeerisesti. Näitä tuloksia vahvistamaan tehtiin kysely, johon vastasivat ADL-arviointeja tehneet sairaanhoitajat. Kyselyssä osa kysymyksistä oli kvalitatiivisia, joten opinnäytetyössä käytettiin molempia tutkimusmenetelmiä. Tutkimusmenetelmien yhteiskäyttöä kutsutaan termillä triangulaatio.

Tutkittaessa 10 asiakkaan ADL-mittarilla saatuja tuloksia arviointijakson alussa ja lopussa havaittiin, että 70 prosentilla asiakkaista pistemäärät pysyivät samoina. 20 prosentilla toimintakyky parantui arviointijakson aikana. 10 prosentilla puolestaan fyysinen toimintakyky hieman heikentyi. Kyselyn vastauksista tuli ilmi, että asiakkaiden toimintakyvyssä oli tapahtunut itsenäistymistä päivittäisissä toiminnoissa. Tutkimuksen tulokset aineistojen perusteella osoittivat, että asiakkailla ei tapahtunut fyysisessä toimintakyvyssä arviointijakson aikana kovin suuria muutoksia ADL-mittarin osalta.

Opinnäytetyössä on kuitenkin noussut esiin käytössä olevien toimintakykymittareiden käytön hyvän osaamisen ja tarvittavien koulutusten jatkuvan saatavuuden tärkeys. Kehittämisehdotus on näin ollen se, että hoitajien osaamiseen ja koulutukseen mittareiden suhteen tulisi kiinnittää huomiota.

Abstract

Author(s): Karppinen Hanna & Karvonen Saana

Title of the Publication: The Effect of an Assessment Period Physical Functioning as Examined with a Broad ADL Measure in a Home Care Unit in Kainuu sote

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing

Keywords: ADL-meter, effectiveness, home care, physical functioning, RAI-system

It is important to find ways to predict and prevent the deterioration of the physical functioning among the elderly in order to promote their good quality of life and independent coping. The need for home care services also increases as a result of aging. It is important to develop home care services so that the elderly can be offered high-quality services at home.

The purpose of this thesis was to study how an assessment period affected home care clients' physical functioning. The aim was to obtain information and produce results which the commissioner could use to develop the effectiveness of assessment periods and rehabilitation. The commissioner of this thesis was one home care unit which operates under Kainuu Social Welfare and Health Care Joint Authority (Kainuun sote).

The thesis was mainly conducted quantitatively. The data, received directly from the commissioner, included the results of the physical functioning of 10 home care clients, assessed using the ADL measure at the beginning and end of the assessment period. The results obtained from this data were tabulated and the results were processed numerically. To confirm these results, a survey was conducted among nurses who had completed the ADL assessments. Some of the questions in the survey were qualitative, so both research methods were used in the thesis. The joint use of research methods is called triangulation.

When examining the results of 10 clients obtained with the ADL measure at the beginning and end of the evaluation period, it was found that the scores remained the same for 70 percent of the clients. 20 percent improved their physical functioning during the assessment period. 10 percent, on the other hand, had a slight decrease in their physical functioning. The results of the survey conducted among nurses showed that the clients did not experience very significant changes in their ability to function during the assessment period. For most clients, the results did not change at all. The responses to the survey revealed, however, that the clients had become more independent in their daily activities.

This thesis underlines the importance of competent use of functional independence measures and continuous access to education. Therefore, the development proposal is that attention should be paid to the competence and education of nurses in relation to these measures.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kotihoito ja sen merkitys ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn tukemisessa	3
2.1	Kuntouttava arviointijakso	4
2.2	Ikääntyneen fyysinen toimintakyky.....	6
2.3	RAI-järjestelmä	8
2.4	ADL-mittari	9
2.5	Palvelutarpeen arviointi	10
2.6	Hoito- ja palvelusuunnitelma	11
2.7	Kotihoidon asiakkuus ja palvelut.....	12
3	Kotihoidon kuntouttavan arviointijakson vaikutus	14
3.1	Kuntoutus.....	15
3.2	Kotikuntoutus.....	16
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä	18
5	Opinnäytetyön toteutus	19
5.1	Tiedonhaku.....	19
5.2	Tutkimusmenetelmä	20
5.2.1	Määrällinen tutkimusmenetelmä	20
5.2.2	Laadullinen tutkimusmenetelmä	21
5.3	Kyselylomakkeen laadinta.....	22
5.4	Aineiston analysointi	23
5.5	Opinnäytetyön prosessi.....	24
6	Tulokset	26
6.1	ADL-mittarin tulokset arviointijakson alkaessa ja päättyessä.....	26
6.2	ADL-mittarin tulokset arviointijakson alussa.....	28
6.3	ADL-mittarin tulokset arviointijakson lopussa	29
6.4	ADL-mittarin tulokset arviointijakson alussa ja lopussa asiakkaat yksilöitynä.....	30
6.5	Muutokset arviointijakson aikana	31
6.6	Palvelut arviointijakson jälkeen.....	32
6.7	Kyselylomakkeen tulokset.....	33

7	Tulosten tarkastelu	35
8	Johtopäätökset	38
9	Pohdinta	40
9.1	Eettisyys.....	41
9.2	Luotettavuus.....	42
9.3	Ammatillinen kasvu	43
9.4	Jatkotutkimusaihe	45
	Lähteet	46

Liitteet

1. Saatekirje
2. Kysely 10 asiakkaan fyysisestä toimintakyvystä
3. Laajan ADL-mittarin tulosten keskiarvo
4. Opinnäytetyön aineistonhallintasuunnitelma

1 Johdanto

Vuoteen 2050 mennessä yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on ennustettu kaksinkertaistuvan. Ikääntyneiden osuuden merkittävän kasvun taustalla on pidentynyt elinajanodote. Ikääntyessä myös kroonisten sairauksien esiintyvyys kasvaa, mikä vaikuttaa fyysiseen toimintakykyyn. Fyysisen toimintakyvyn voidaan ajatella olevan indikaattori nykyisestä ja tulevasta terveydentilasta. Heikentyneellä fyysisellä toimintakyvyllä on raportoitu olevan yhteyttä lisääntyneeseen sairastavuuteen, pitkäaikaishoidon tarpeeseen ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen. On tärkeää löytää keinoja ennustaa ja ehkäistä ikääntyneiden fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä, jotta voidaan edistää hyvää elämänlaatua ja itsenäistä selviytymistä. (Åström 2021.)

Vuonna 2018 11 % 75 vuotta täyttäneistä oli säännöllisen kotihoidon piirissä ja 85 vuotta täyttäneistä yli 21 %. Yleisin syy säännöllisten palvelujen käytölle ikäihmisillä on muistisairaus. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista noin puolella on jokin muistioire. Kotihoidon kautta saatavat palvelut perustuvat asiakkaan toimintakyvyn arviointiin sekä asiakkaalle tehtävään hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 16–19.)

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana oli selvittää, miten kotihoidon arviointijakso vaikuttaa asiakkaan fyysiseen toimintakykyyn. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä yhden kotihoidon yksikön kanssa, joka kuuluu Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymään. Opinnäytetyön aihetta etsittäessä haluttiin valita kiinnostava aihe, jolle on tarvetta työelämässä ja jota työelämä pystyy tulevaisuudessa hyödyntämään. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän opinnäytetöiden aihepankista löytyi mielenkiintoinen aihe, joka valittiin osittain myös tekijöiden aiempien työkokemusten perusteella. Opinnäytetyön avulla haluttiin kehittää tekijöiden ammatillista kasvua tutkimalla syy-seuraussuhteita ja niiden vaikutuksia. Työelämä halusi aiheesta uutta tutkittua tietoa ja tutkimustuloksista hyötyä työelämän toiminnan kehittämiseen. Toimeksiantaja voi mahdollisuuksien mukaan hyödyntää opinnäytetyön tuloksia kehittämällä arviointijakson ja kuntoutumisen vaikuttavuuskeinoja.

Opinnäytetyö perustuu Kainuun sotien kotihoidon yksikössä tehtäviin arviointijaksoihin, jaksoilla käytettäviin toimintakyvyn mittareihin sekä mittareiden avulla saataviin tuloksiin ikääntyneen fyysisestä toimintakyvystä. Kotihoidossa käytetään RAI-arviointia, jonka avulla saadaan kokonaisvaltainen käsitys iäkkään palvelutarpeista. RAI-arvioinnilla saadaan yhdenmukainen ja luotettava tulos asiakkaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä sekä voimavaroista ja elämäntilanteesta. Säännöllisesti tehtävä RAI-arviointi auttaa asiakkaan tilanteen ja suunnitelmien

toteutumisen seurannassa. (THL 2022). Tässä opinnäytetyössä tutkittiin laajalla ADL-mittarilla saatuja tuloksia. Laaja ADL-mittari on yksi RAI-arviointiin kuuluva mittari. Laajan ADL-mittarin tulosten avulla saadaan tietoa asiakkaan toimintakyvystä ennen arviointijaksoa ja sen päätyttyä. Mittaritulosten lisäksi tehtiin kysely kotihoidon yksikön sairaanhoitajille, minkä avulla saimme lisää näkemystä asiakkaiden fyysisestä toimintakyvystä arviointijakson aikana. Teoriatietoa hankittiin verkosta eri lähteistä ja eri hakusanoilla. Tietoa etsiessä hyödynnettiin luotettavia sivustoja ja pyrittiin käyttämään mahdollisimman uutta tietoa.

2 Kotihoito ja sen merkitys ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn tukemisessa

Kotihoidolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä palvelua, joka kattaa sekä kotisairaanhoidon että kotipalvelun. Palvelu voi olla sairaanhoidollista, lääkinnällistä tai henkilökohtaista apua tai tukea arjesta selviytymiseen. Kotihoidosta saatava palvelu voi olla hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista, tilapäistä tai säännöllistä palvelua. Kotihoidon palvelu voi toteutua muutenkin kuin kotikäyntinä, kuten puhelinkontaktina tai sähköisen yhteyden välityksellä. (Saukkonen, Mölläri & Puroharju 2021.)

Sosiaalihuoltolain (L 1301/2014) 19:n §:n mukaan ”Kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotipalveluun sisältyvinä tukipalveluina annetaan ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja.” Saukkosen ym. (2021) mukaan kotipalvelu on kotona selviytymistä tukevaa palvelua, jota annetaan henkilölle, joka tarvitsee päivittäisissä toiminnoissa apua. Kotipalvelua annetaan kotona, asuinpaikassa tai muussa vastaavassa paikassa.

Kotisairaanhoido on joko tilapäistä tai hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista, moniammatillisen tiimin toteuttamaa ja terveydenhuoltolain (L 1326/2010) perusteella toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua, jota annetaan asiakkaan kotona tai kotia vastaavassa paikassa (Saukkonen ym. 2021). Terveydenhuoltolain (L 1326/2010) 25:n §:n mukaan ”Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden kotisairaanhoido. Kotisairaanhoido on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua.”

Kun herää huoli ikääntyneen kotona pärjäämisestä, on mahdollista ottaa yhteyttä asiakasohjaukseen. Asiakasohjaukseen voidaan ottaa yhteyttä esimerkiksi silloin, kun ikääntynyt ei kuulu vielä kotihoidon piiriin. Yhteydenoton syitä voivat olla esimerkiksi muutokset toimintakyvyssä tapaturman tai sairauden seurauksena. Itsenäinen kotona asuminen voi olla myös jollain muulla tavalla vaarantunut. Asiakasohjauksessa selvitetään palvelutarve ja räätälöidään tarvittava tuki yksilöllisiin tarpeisiin kotona. Tilanteen arvioimiseen käytetään kuntouttavaa arviointijaksoa, joka on jatkoa asiakasohjauksen työlle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Keskitetyn neuvonnan ja asiakasohjauksen tavoitteena on, että yksi yhteydenotto riittää asiakkaan palvelutarpeiden selvittämiseksi ja palvelujen saamiseksi. Palvelujen keskittämisen tarkoituksena on yhtenäistää palvelujen myöntämisen kriteerejä maakunnan alueella. Palvelujen kohdentamista voidaan myös ohjata entistä paremmin. Kainuun maakunnassa toimii keskitetty neuvonta ja asiakasohjaus lukuun ottamatta Puolangan kuntaa, jonka sosiaali- ja terveyspalvelut eivät kuulu Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän alaisuuteen. (Kehusmaa, Alastalo, Marjeta & Mielikäinen, 2018.)

2.1 Kuntouttava arviointijakso

Kuntouttava arviointijakso on enintään neljän viikon pituinen jakso, jossa arvioidaan ikääntyneen toimintakykyä. Jakson lähtökohtana on konkreettinen avun- tai tuen tarve arkisista asioista selviämiseen. Arviointijakso on oleellinen osa asiakkaan integroitua palvelupolkua kotihoidossa, mikäli asiakas päätyy kotihoidon piiriin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.) Jakson aikana jokainen kotikäynti asiakkaan luona on asiakkaan omatoimisuutta tukeva ja toimintakykyä arvioiva. Toimintakykyä voi arvioida erilaisten mittareiden avulla. (Jämsén 2018, 12.)

Kuntouttavaan arviointijaksoon liittyy neljä eri vaihetta, jotka ovat ohjautumisvaihe, alkuarviointivaihe, tavoitteen asettamisvaihe ja jakson suunnitteluvaihe sekä enintään neljän viikon pituinen toteutusvaihe. Ohjautumisvaiheeseen kuuluvat edellä mainitun asiakasohjauksen tehtävät sen jälkeen, kun yhteys asiakasohjaukseen on otettu. Alkuarviointivaiheessa toteutetaan alkuarviointi asiakaslähtöisillä, näyttöön perustuvilla ja luotettavilla menetelmillä. Alkuarvioinnin tulokset kirjataan seurantaa varten. Ennen kuin kuntouttava arviointijakso käynnistetään, asetetaan asiakkaalle yksilölliset ja konkreettiset tavoitteet. Asetettujen tavoitteiden pohjalta valitaan sopivat kuntoutuksen menetelmät ja toteutustavat. Tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus mahdollistavat sen, että jakson toteutukseen osallistuvat tietävät omat tehtävänsä kuntoutumisprosessissa. Jakson kuluessa tavoitteita voidaan muuttaa tai tarkentaa tilanteen vaatiessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, 34.)

Arviointijakson aikana on tarkoitus saada kokonaiskäsitys asiakkaan arkisuoriutumuksesta sekä arvioida asiakkaan elinympäristöä ja toimintakykyä. Tarkoituksena on myös toteuttaa suunnitelmallinen ja tavoitteellinen kotikuntoutusjakso, mikä tapahtuu yhteistyössä asiakkaan, hänen läheistensä ja kotihoidon kanssa. Jakso sisältää kotikäyntejä, jotka edistävät hyvinvointia, kuntoutus-

työntekijöiden järjestämää kuntoutusta sekä monialaisen kuntoutuksen toteuttamista hoitohenkilökunnan toimesta. Jakson toteutus tapahtuu mahdollisten kotihoito- ja tukipalvelujen sijasta tai rinnalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.) Jakson tarkoituksena on palvelutarpeen arvioinnin lisäksi parantaa asiakkaan toimintakykyä ja lisätä turvallisuuden tunnetta, mikä edistää itsestä pärjäämistä kotona (Siira, Lotvonen, Saarela & Kyngäs 2021, 77).

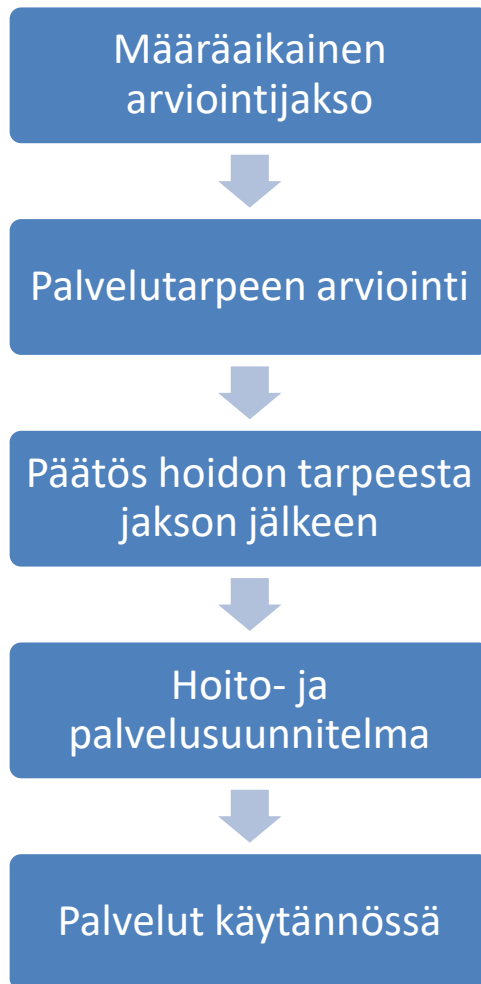
Moniammatillisesti toteutetulla toimintakyvyn ja terveydentilan arvioinnilla voidaan luotettavasti selvittää asiakkaan kokonaistilanne ottaen huomioon asiakkaan yksilölliset vahvuudet ja riskitekijät. Mikäli henkilö on jo kotihoidon asiakas, voidaan arviointijakso tehdä tarpeen mukaan asiakkaan toimintakyvyn tai tilanteen muuttuessa. Tällöin asiakkaan toimintakyvyn uudelleenarviointi ja palvelutarpeen kartoitus on tarkoituksenmukaista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Arviointijaksolla kuntouttavan työotteen olisi hyvä toteutua, jotta asiakkaan toimintakyky säilyisi ennallaan tai kehittyisi. Kuntouttava työote on liikuntakyvyn ja omatoimisuuden tukemista sekä edistämistä. Kuntoutumista edistävään työhön kuuluvat ikääntyneen toimintakyvyn arviointi ja kuntoutumistavoitteiden asettaminen. (Siira ym. 2021, 77.) Kuntoutuminen edellyttää kuntoutumistarpeen syiden huomioimista, yksilöllisten tavoitteiden asettamista, harjoitusten tai toimintamallin muutosten toteuttamiseen ammattilaisen ohjausta ja kuntoutuksen seuranta. Lisäksi asiakkaan motivaatiolla on vaikutusta kuntoutumisen vaikuttavuuteen. (Autti-Rämö 2021, 1369.)

Kotihoidon työntekijöiden käsitys kuntouttavasta työotteesta koostuu monesta eri osa-alueesta. Työntekijät mieltävät asiakkaan omatoimisuuden, arkiaskareet, psyykkisen ja fyysisen aktiivisuuden, kannustamisen, tukemisen ja ohjaamisen, suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden sekä yksilöllisten resurssien huomioinnin kuntouttavaan työotteeseen. Omatoimisuutta voidaan tukea antamalla asiakkaan tehdä itse kaikki se, mihin hän kykenee. Edistäviä tekijöitä kuntouttavan työotteen toteuttamiseen ovat koulutus, ammattitaito, moniammatillinen yhteistyö ja yhteiset toimintatavat ja niihin sitoutuminen. Estäviä tekijöitä puolestaan ovat suunnitelmattomuus, hoitajan kielteinen asenne ja puutteet työn organisoinnissa. (Jalkanen 2017, 26–29, 35.)

Arviointijakson tulokset tulisi suhteuttaa asiakkaan voimavaroihin, tarpeisiin ja elinympäristöön. Jakson päättyessä arvioidaan, onko tarvetta säännöllisen kotihoidon palvelulle tai vaihtoehtoisille tukipalveluille. On mahdollista myös sopia seuranta-ajankohta, jolloin toimintakykyä ja tilannetta tarkastellaan uudelleen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.) Mikäli arviointijakson jälkeen todetaan asiakkaan tarvitsevan kotihoidon säännöllisiä palveluita, laaditaan asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan, omaisten ja asiakkaan hoitoon osallistuvien kanssa. (Jämsén 2018, 12.) Kotihoidon palveluiden piiriin jäävän asiakkaan hoitopolku

alkaa määräaikaisella arviointijaksolla, joka johtaa palveluihin, jota asiakas käytännössä tarvitsee ja saa (Kuvio 1).



KUVIO 1. Kotihoidon asiakkaan hoitopolku.

2.2 Ikääntyneen fyysinen toimintakyky

Toimintakyky on käsitteenä moniulotteinen. Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, sosiaaliseen ja psyykkiseen osaan, jotka kuitenkin kytkeytyvät ympäristön luomiin edellytyksiin ja vaatimuksiin, yksilön terveydentilaan, henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, sekä toisiinsa. Usein toimintakyvyn osa-alueet täydentävät toinen toisiaan. Jonkin osa-alueen heikkeneminen voi vaikuttaa toisen osa-alueen toteutumisen heikentymiseen. Toimintakykyisyydellä tarkoitetaan ikääntyneen valmiuksien, toiminnan ja kykyjen vuorovaikutusta. (Lotvonen 2019, 30–31.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn. Fyysinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen fyysisiä edellytyksiä, joilla arkipäivän tehtävistä voi selviytyä. Se ilmenee esimerkiksi kävelykykynä. Fyysinen toimintakyky mahdollistaa asumisen kotona sekä osallistumisen yhteisöön ja yhteiskuntaan, mikä on tärkeää elämänlaadun kannalta. Fyysisen toimintakyvyn muutosta seurataan väestötasolla, mikä tuottaa tärkeää tietoa muutoksista. Seurannan avulla sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja palvelujärjestelmiä kehitettäessä voidaan ottaa huomioon väestössä tapahtuvia toimintakyvyn muutoksia. (Koponen, Borodulin, Lundqvist, Sääksjärvi & Koskinen 2018, 108.) Elimistölle tärkeitä fysiologisia ominaisuuksia fyysisen toimintakyvyn kannalta on monia. Näitä ovat lihasvoima ja kestävyys, nivelten liikkuvuus, kehon liikkeiden hallinta ja kaikkia näitä koordinoiva keskushermoston toiminta (Sainio, Valkeinen, Stenholm, Vaara & Rinne 2020, 8.) Lehto-Niskalan (2021, 16) mukaan myös aistitoiminnot voidaan käsittää osaksi fyysistä toimintakykyä.

Ikääntyneen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat aiemmat elämäkokemukset, viimeaikaiset tapahtumat, sairaudet sekä niiden hoito, ja kuntoutus sekä muutokset elämässä. Kulttuuriset erot, terveyserot, elämäntavat, geneettiset tekijät ja sosiaaliset tukiverkot vaikuttavat myös osaltaan eroihin ikääntyneiden toimintakyvyssä. Toimintakyky yhdessä toiminnan kanssa vuorovaikutuksessa voi joko ylläpitää, edistää tai heikentää toimintakykyä, kun taustalla vaikuttavat ympäristö, vanhenemisprosessi, geenit, elintavat, motiivit, tarkoitukset, tavoitteet ja sosiaalitaloudelliset tekijät. (Lotvonen 2019, 31–32.)

Ikäihmisen fyysistä toimintakykyä ja luiden lujuutta voidaan parantaa liikunta- ja ravitsemusohjauksella. Säännöllinen, monipuolinen ja intensiivinen liikuntaharjoittelu on merkityksellistä. Liikunnan olisi hyvä sisältää kestävyysharjoittelua, voima- ja tasapainoharjoittelua sekä toiminnallisia harjoituksia. Voima- ja tasapainoharjoittelu ehkäisee kaatumisia. (Jyväkorpi ym. 2020, 340.) Ikäihmisten fyysiseen toimintakykyyn vuodelepo vaikuttaa haitallisesti. Asiakkaita tulisi kannustaa aktiiviseen liikkumiseen. Kuntouttavaan hoitotyöhön on tärkeää panostaa, sillä se parantaa alaraajojen toimintakykyä, liikkumiskykyä ja omatoimisuutta. Kaikissa toimintaympäristöissä, joissa kohdataan ikäihmisiä, tulee kuntouttavan työotteen käyttämistä lisätä. Toimintakyvyn heikentyessä korostuu ympäristön virikkeellisyys ja ympäristön tarjoamat toimintakykyyn vaikuttavat mahdollisuudet. (Elo, Eloranta & Katajapuu 2022, 189–190.)

Fyysistä toimintakykyä arvioidaan, jotta huomataan mahdolliset vajeet lihasvoimassa, liikkumis- ja tasapainokyvyssä sekä havaitaan tarpeet liikkumisen apuvälineille (Finne-Soveri ym. 2020, 13). Kotihoidossa fyysistä toimintakykyä arvioitiin järjestelmällisesti yli 80 prosenttisesti vuonna 2018.

Eniten fyysisen toimintakyvyn arviointiin käytettiin kotihoidossa tuoliltanousutestiä. Toiseksi yleisimpänä käytettiin RAI-arviointia. Tutkimuksessa kotihoidon toimintayksiköistä 35 % kertoi asettavansa vähintään kahdelle kolmannekselle asiakkaista tavoitteita hoito- ja palvelusuunnitelmiin mittaritietojen perusteella. Ympäri vuorokautisessa hoidossa ja kotihoidossa toimintakykyä ja sen eri osa-alueita arvioidaan monialaisesti ja laajasti. Sosiaalista toimintakykyä arvioidaan vähiten, kognitiivista toimintakykyä puolestaan eniten. (Penttinen, Kolehmainen, Alastalo, Havulinna & Valkeinen 2020.)

Toimintakykymittarien käyttäminen on Suomessa vielä hajanaista. Jotta yhdenvertaisuus toteutuisi paremmin, tulisi toimintatapoja yhtenäistää. Toimintakyvyn arvioinnin pohjalta voidaan suunnitella tarpeenmukaisia palveluja ja arvioida toteutuneiden toimenpiteiden ja palveluiden vaikutusta. On tärkeää käyttää luotettavia mittareita yhdenmukaisesti, koska silloin voidaan tunnistaa hyvissä ajoin asiakkaan toimintakyvyn heikkeneminen ja hoidolle ja kuntoutumiselle voidaan asettaa tavoitteet oikein. Toimintakyvyn muutoksien seuraamiseksi edellytetään luotettavien mittareiden käyttöä. (Penttinen ym. 2020.)

2.3 RAI-järjestelmä

Toimintakykymittareiden avulla voidaan arvioida asiakkaan itsenäistä selviytymistä kotona, tarvetta kotihoidon tuelle tai tarvetta hoivakodissa tai palveluasunnoissa tuettuun asumiseen (Riukka ym. 2021). Toimintakykyä arvioimalla saadaan pohjaa asiakkaalle suunniteltaviin palveluihin, sekä mahdollistetaan palveluiden vaikutusten arviointia (Penttinen ym. 2020). Tässä opinäytetyössä keskitytään RAI-järjestelmään ja sen sisältämään laajaan ADL-mittariin asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn selvittämiseksi.

RAI-järjestelmä on kansainvälinen välineistö, jolla voidaan arvioida asiakkaan tarpeita. RAI-välineistö on käytössä palvelutarpeiden selvittämisessä sekä hoidon, avun ja kuntoutustarpeen arvioinnissa ja suunnittelussa vanhus- ja vammaispalveluissa. (Finne-Soveri ym. 2020, 14.) RAI-järjestelmän (Resident Assessment Instrument) tarkoituksena on kartoittaa laaja-alaisesti asiakkaan terveydentilaa, toimintakykyä ja ympäristötekijöitä sekä tarvetta avulle ja palveluille. RAI-arviointi on tarkoitettu iäkkäille ihmisille. RAI-arvioinnissa tiedonkeruumenetelminä käytetään haastattelua, havainnointia ja mittauksia. Toimintakyvyn ulottuvuuksia ovat fyysinen, kognitiivinen, psyykinen, sosiaalinen ja yleinen toimintakyky. Järjestelmä on tarkoitettu sosiaali- ja terveyden-

huollon ammattihenkilöiden käytettäväksi ja RAI-välineiden käyttö edellyttää koulutusta. (Havulinna 2019.) Rummukaisen (2013) mukaan RAI-järjestelmän avulla voidaan seurata hoidon vaikuttavuutta ja laatua sekä yksilö- että hoitotasolla.

RAI-järjestelmä auttaa muodostamaan tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja arkiselviytymisestä erimittareilla. Mittarit ovat kansainvälisesti testattuja, joten ne ovat luotettavia. RAI-järjestelmällä saadaan lisäksi tietoa resurssien käytöstä ja hoidon laadusta. (Vähäkangas, Niemelä, Mäkelä & Noro 2017, 21.) RAI-arviointi aloitetaan asiakkaalle, kun hän aloittaa kotihoidon määräaikaisten arviointijakson ja tehdään loppuun arviointijakson päättymiseen mennessä. RAI-arviointi tehdään vähintään 6 kuukauden välein tai jos asiakkaalla oleellisesti muuttuu toimintakyky tai terveydentila. (Kallio 1.2.2022.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (L 980/2012) määrää RAI-arviointivälineistön käyttämisestä. Tämän lain (L 980/2012) 15:n §:n mukaan ”Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen on huolehdittava siitä, että kunnilla on maksettua käytettävissä RAI-arviointivälineistö ja saatavilla koulutusta välineistön käyttöön.” Niin kutsutun vanhuspalvelulain (L 980/2012) mukaan ”Lain 15 a §:ssä tarkoitetun arviointijärjestelmän käyttö on aloitettava viimeistään 1 päivänä huhtikuuta 2023.” Hallituksen esityksessä eduskunnalle laiksi ikääntyneen toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta (2020, 83) kerrotaan lausunnoista RAI-järjestelmän käyttöönoton uudistuksesta, joiden mukaan ”...monet lausujat painottivat, että RAI:n käyttöönoton on oltava hyvin suunnittelua ja koordinoitua. RAI:n käyttö vaatii henkilöstöltä hyvää osaamista, mikä korostaa mittariston käytössä tarvittavan koulutuksen jatkuvan saatavuuden tärkeyttä.”

2.4 ADL-mittari

ADL tulee sanoista Activities of Daily Living. Katzin ADL-mittaria käytetään kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin. Tietoa kerätään haastatteleamalla, havainnoimalla ja itse täytettävällä kyseilylomakkeella. (Autio & Vesterinen 2011.) Arviointi perustuu asiakkaan todellisiin kykyihin ja taitoihin eikä sen tarkoituksena ole perustua arvioijan omiin luuloihin tai tulkintaan. Laaja ADL (Activities of Daily Living Long-Form Scale) on mittari, joka kuvaa asiakkaan arkitoimista suoriutumisista 7 perustoiminnon kautta. Näitä arkitoimintoja ovat henkilökohtainen hygienia, ylävartalon pukeminen, alavartalon pukeminen, liikkuminen, wc:n käyttö, liikkuminen vuoteessa ja syöminen. Laajan ADL-mittarin tulosten avulla voidaan tarkkailla asiakkaan toimintakykyä ja arvioida,

miten hoitotoimet ja kuntoutus vaikuttavat toimintakykyyn. Asteikko kyseisessä mittarissa on 0–28. Mitä suurempi mittarin arvo on, sitä enemmän asiakas tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa. (THL RAI-verkkokoulu n.d.)

TAULUKKO 1. Pisteytys laajalla ADL-mittarilla (mukaillen; Järvinen; Raisoft 2013).

Suoriutumiskyky	Pistemäärä
Suoriutuu itsenäisesti toiminnasta tai tarvitsee apua vain valmisteluissa	0
Ohjauksen tarve	1
Tarvitsee rajoitetusti apua	2
Runsas avun tarve tai maksimaalinen apu	3
Täysin riippuvainen avusta tai toimintoa ei tapahtunut havainnointijakson aikana	4

2.5 Palvelutarpeen arviointi

Palvelutarpeen arvioinnin lainsäädännölliseen perustaan liittyvät olennaisesti sosiaalihoitolaki (L 1301/2014), terveydenhuoltolaki (L 1326/2010) ja laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (L 980/2012), joka koskee erityisesti ikääntyneiden palvelujen tuottamista ja palvelutarpeen arviointia sekä päätöksentekoa. Palvelutarve täytyy selvittää kokonaisvaltaisesti yhdessä ikääntyneen ja muiden asiantuntijoiden kanssa. On tärkeä nähdä palvelutarpeen arviointi ja siihen liittyvä asiakasohjaus moniammatillisena toimintana, jossa hyödynnetään luotettavilla mittareilla saatua tietoa ja jossa asiantuntijat toimivat verkostomaisesti. Myös moniammatillista toimintaa säätelevät eri ammattiryhmiä koskevat kirjauksikäytännöt ja sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöt. (Vähäkangas ym. 2017, 16–20.)

Palvelutarpeen arvioinnissa voidaan todeta jonkin asteen palvelutarve, joka voi johtaa yksilöllisiin palveluihin ja palveluohjaukseen. Mikäli palvelutarve on vähäinen, voi olla, ettei asiakkaalle myönnetä palveluja. Tehty palveluarviointi ei siis tarkoita, että henkilö saisi subjektiivisen oikeuden saada palvelua. Palvelutarpeen arvioinnin päätöksentekoprosessissa keskeisessä roolissa

ovat asiakkaan tasavertainen kohtelu sekä asiakkaan osallistumis- ja tiedonsaantioikeus. Palveluohjauksessa palvelut räätälöidään asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Palveluohjauksessa asiakkaalle täytyy kertoa oikeudet, velvollisuudet ja eri vaihtoehdot palvelujen tuottamisesta sekä vaihtoehtojen vaikutukset. (Vähäkangas ym. 2017, 16–18.)

Palvelun tarve voi olla tilapäistä, jatkuvaa/toistuvaa tai pysyvää/pitkäaikaista. Palvelutarpeen ollessa tilapäistä hyödynnetään toimenpiteitä, joiden tarkoitus on ennaltaehkäistä pitempiaikaista palvelutarvetta. Jatkuvaan ja toistuvaan palvelutarpeeseen on olemassa palveluita, joiden tarkoitus on tukea itsenäistä selviytymistä sekä parantaa tuen tarpeen määräaikaaisuutta. Palvelutarpeen ollessa pysyvä tai pitkäaikainen on tärkeää turvata palvelujen kokonaisvaltaisuus ja jatkuvuus. Palveluista tehdään myös palvelusuunnitelma. (Vähäkangas ym. 2017, 18.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (L 980/2012) ja sen 15:n §:n mukaan ”Palveluntarpeiden selvittämisen yhteydessä on arvioitava iäkkään henkilön toimintakyky monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. Toimintakykyä arvioitaessa on selvitettävä, miltä osin iäkäs henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään, ja missä asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Arvioinnissa on otettava huomioon iäkkään henkilön fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisensa turvallisuuteen ja lähipalvelujensa saatavuuteen liittyvät tekijät.”

2.6 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Hoito- ja palvelusuunnitelman pohjalla on RAI-arviointi. Arviointitietojen pohjalta asiakkaalle laaditaan yksilöllinen suunnitelma, jolla varmistetaan asiakkaan tarpeen mukaiset palvelut. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan laaditaan tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa. Suunnitelman avulla toteutetaan hoitoa ja seurataan tavoitteiden saavuttamista. (THL 2022.)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 2000/812) ja sen 7:n §:n mukaan ”Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta.” Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on kuntouttavan työotteen ja asiakkaan voimavarojen hyödyntäminen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi

(Kariniemi, Siira, Kyngäs & Kaakinen 2020, 25). Lain (L 980/2012) 16:n §:n mukaan ”Palvelusuunnitelmassa on määriteltävä iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan arvion perusteella, millainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisuus tarvitaan hänen hyvinvointinsa, terveytensä, toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä hänen hyvän hoitonsa turvaamiseksi.”

Kotihoidossa hoito- ja palvelusuunnitelma pohjautuu asiakkaan toimintakyvyn arviointiin. Asiakkaan mukana olo omaa hoitoa ja toimintaa koskevassa päätöksenteossa on edellytys hyvälle hoidolle. Omien näkemysten ja toiveiden kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja niiden huomioiminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa ovat osa itsemääräämisoikeuden tukemista ja kunnioittamista. (Pulkkinen, Hammar & Jokinen 2022.)

2.7 Kotihoidon asiakkuus ja palvelut

Kotihoidon asiakkaaksi luetellaan ne henkilöt, joiden luokse on tehty vähintään yksi kotikäynti tarkasteltavana kalenterivuonna. Säännöllisenä kotihoidon asiakkaana pidetään henkilöä, jolla on tilastovuoden aikana toteutunut käyntejä vähintään kuutena päivänä 60 vuorokauden ajanjaksolla. Käyntitaajuus kertoo, kuinka usein asiakas saa kotihoidon järjestämiä palveluita kotiin. Kotihoidon jakson ajalle on laskettu käyntitaajuusluokat keskiarvona. (Saukkonen ym. 2021.)

Vuonna 2020 kotihoidon asiakkaiden määrä oli noin 208 000. Yli puolet asiakkaista (55 %) sai säännöllistä palvelua. 43 % asiakkaista eli lähes puolet olivat paljon palveluja käyttäviä. Maakunnittain esiintyy vaihtelua säännöllistä kotihoitoa saavien asiakkaiden osuudessa. Suurinta säännöllisen kotihoidon palveluita käyttävien asiakkaiden osuus väestöstä on Kainuussa, kun taas pienintä Päijät-Hämeessä. (Saukkonen ym. 2021.) Säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi määritellään ne henkilöt, jotka saavat kotisairaanhoidon ja/tai kotipalvelun käyntejä vähintään kerran viikossa säännöllisesti joko voimassa olevan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaan tai ilman sitä (Väyrynen & Kuronen 2014).

Kotihoidon palveluiden tarkoituksena on tukea asiakkaan kotona asumista. Palvelut sisältävät päivittäisissä toiminnoissa avustamista ja tukemista. Asiakkaan saama tuki perustuu yksilöllisiin tarpeisiin. Apu voi liittyä muun muassa hygieniasta huolehtimiseen, toimintakyvyn ylläpitoon ja lääkehoitoon. Kotihoidon asiakkaat voivat lisäksi saada ateriapalvelua, turvapuhelinpalvelua ja kun-

touuttavaa päivätoimintaa omien tarpeiden mukaisesti. (Kainuun sote n.d.) Kotihoidon piiriin kuuluvat pääsääntöisesti iäkkäät, pitkäaikaissairaat ja kehitysvammaiset. Kotihoitopalvelut määräytyvät asiakkaan toimintakyvyn ja sen pohjalta laadittavan palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 62–63.)

3 Kotihoidon kuntouttavan arviointijakson vaikutus

Vaikuttavuus tarkoittaa, että palvelu tuottaa tuloksia. Tulokset ovat muutoksia asiakkaan elämässä ja vaikuttavuus käsittää asetettujen tavoitteiden saavuttamisen. Vaikuttavuuden arviointi on selvittämistä, mitkä palvelumenetelmät ovat hyviä ja tuottavat tuloksia. Arviointia tarvitaan varmistamaan, jotta tiedetään, saadaanko palvelumenetelmän avulla asetetut tavoitteet saavutetuksi. Jotta vaikuttavuutta voidaan arvioida, on tiedettävä, mihin pyritään vaikuttamaan ja millä tavoilla. (Kettunen 2017, 6.) Vaikuttavuusketjun lähtökohtana on tarve. Tarpeen määrittämisen jälkeen tulee visio, joka tarkoittaa, että toiminnalla on oltava tavoite. Resurssit määrittävät tavoitteita. Toimenpiteiden jälkeen saadaan tuloksia, joista selviää, saavutettiin tavoitteet. (Ervasti ym. 2022, 10.) Ristolaisen, Tiilikaisen ja Rissasen (2018, 255) mukaan sosiaali- ja terveysalalla vaikuttavuus on tärkeä käsite, kun katsotaan ja tarkastellaan työn laatua sekä tuloksia. Kotihoidon arviointijaksolla voidaan selvittää palvelujen ja kuntoutuksen vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta. Vaikuttavuuteen liittyy monia eri asioita, jotka on otettava huomioon vaikuttavuutta ja vaikutuksia arvioitaessa (Kuvio 2).



KUVIO 2. Arviointijakson vaikutuksen seurannan ketju asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn osalta kotihoidossa.

3.1 Kuntoutus

Perustana ikäihmisten kuntoutumiselle on hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Suunnitelma kattaa hoidon tarpeen määrittämisen, tavoitteet, hoitotyön menetelmän valinnan, tulosten arvioinnin ja seurannan. Suunnitelmassa kuvataan kuntoutujan suoriutumisen tasoa erilaisia luotettavia mittareita käyttäen. Jotta hoito ja kuntoutuminen onnistuu, täytyy hoitajien ja ikääntyneen sitoutua tavoitteisiin ja kuntoutussuunnitelman toteuttamiseen. Kuntoutuksen tulee olla näyttöön perustuvaa, jatkuvaa ja säännöllistä, että se on vaikuttavaa. (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012, 19–20.)

Kuntoutus on monialaista tavoitteellista toimintaa. Kuntoutus kattaa kehon toiminnot, ympäristön, yksilön omat tavoitteet ja toiveet sekä voimavarat. Ikääntyneillä kuntoutus on systemaattista ja tavoitteellista, jolla pyritään tukemaan ja parantamaan toimintakykyä. Ikääntyneiden kuntoutuksella pyritään ennaltaehkäisemään palveluntarvetta. (Lehto-Niskala, Jolanki, Pulkki & Jylhä 2021, 50–51.) Josefsson ym. (2021) tutkivat kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon asiakkaiden itselleen asettamia tavoitteita omalle hoidolleen. Tulosten perusteella kotihoidon asiakkaiden itselleen asettamia yleisimpiä tavoitteita olivat arkiaskareiden sujuminen, kunnon paraneminen ja asumisjärjestelyt. 11 % toivoi kävelyn/liikkumisen paranemista.

Kotihoidossa henkilöstön kuntoutusosaamista tulisi vahvistaa. Vuonna 2016 Kainuussa oli maan paras kuntoutusta edistävän toimintatavan osaaminen kotihoidon toimintayksikköjen henkilöstön vertailussa. Kuntoutustavoitteiden toteutuminen ja seuranta on vähäistä. Kainuussa seuranta tehdään 40 %, joka on yksi parhaimmista tuloksista. Tavoitteellisen kuntoutuksen avulla pystytään vähentämään eri sairauksien aiheuttamaa toimintakyvyn laskua, joka mahdollistaa elämänlaadun ja aktiivisuuden säilymisen pidempään parempana. (Kehusmaa, Erhola & Luoma 2017.)

Kotihoidolla on yhä suurempi merkitys asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämisessä ja kuntoutuksessa, sillä iäkkäiden hoiva ja hoito tapahtuu enenevässä määrin kotona. Kotihoidossa asiakkaalle tehtävä kuntoutussuunnitelma perustuu asiakkaan omiin tarpeisiin ja voimavaroihin. Suunnitelma olisi hyvä tehdä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta asiakkaalle saatava hyöty kuntoutuksesta olisi paras mahdollinen. Kotihoidossa kuntoutumisen aktivoimisen keinoina voidaan käyttää pieniä konkreettisia arjen asioita. (Kehusmaa ym. 2017.) Kuntoutuksen vaikuttavuutta arvioitaessa on otettava huomioon kuntoutumista hidastavat, estävät ja mahdollistavat tekijät sekä asiakkaan voimavarat, toimintakyky, kuntoutuksen tavoite ja sisältö. Erittäin tärkeitä

ovat asiakkaasta tehdyt kirjaukset edellä mainituista asioista, jotta vaikuttavuutta voidaan arvioida. (Autti-Rämö 2021, 1369.)

3.2 Kotikuntoutus

Niskasen, Forman, Salmisen ja Ahon (2021, 14) mukaan kotikuntoutuksesta käytetään käsitteitä tehostettu kotikuntoutus, arvioiva kuntoutusjakso ja moniammatillinen kotikuntoutus. Kotikuntoutuksessa tuetaan kuntoutumista, joka tapahtuu iäkkään kotona. Kotikuntoutuksessa huomioidaan iäkkään toiveet ja tarpeet. Iäkäs itse asettaa tavoitteet kuntoutukselle ammattilaisen tukeamana. Kotikuntoutuksessa pyritään motivoimaan iäkästä fyysiseen aktiivisuuteen ja lisäämään omatoimisuutta päivittäisissä toiminnoissa. Kognitiivisen, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn paraneminen on kotikuntoutuksen tavoitteena. Kuntoutusta ohjaa kuntoutussuunnitelma, joka on laadittu iäkkään, hänen läheistensä ja kuntoutuksen ammattilaisten toimesta. Kotikuntoutus sisältää arkiaskareiden tekemistä, fyysisiä harjoitteita ja kuntoutujan terveyden edistämisen tukemista. Toimintakyvyn arviointi kotikuntoutuksen aikana tehdään vähintään kuntoutuksen alkaessa ja päättyessä. Arvioinnissa huomioidaan asiakkaan toimintakyvyn tukemisen ja tavoitteiden näkökulma. (Äijö ym. 2022, 10.)

Yksi kotikuntoutuksen muoto on arkikuntoutus. Fyysistä toimintakykyä tukevat harjoitteet, päivittäisten toimien toistaminen, toiminnan ja ympäristön muokkaaminen sekä asiakkaan voimaannuttaminen ovat arkikuntoutuksessa käytännössä hyödynnettäviä menetelmiä. Aiemmissä tutkimuksissa fyysiseen toimintakykyyn keskittyvissä arkikuntoutuksen harjoitteissa on käytetty kolmea erityyppistä harjoitetta. Nämä harjoitteet olivat voima- ja tasapainoharjoitteet, kestävyys- ja siirtymisharjoitteet ja kävely portaissa, kävely sisällä ja ulkona sekä kävely apuvälineen kanssa ja ilman apuvälinettä. Päivittäisiin toimintoihin kuuluvia harjoitteita aiemmissä tutkimuksissa ovat olleet pukeutuminen, ruoan valmistus, kodin siivous, sängyn petaaminen, henkilökohtainen hygienia ja peseytyminen. (Niskanen ym. 2021, 13, 22.)

Moniammatillisessa tiimissä työskentelee useita eri alojen ammattilaisia, joiden tehtävänä on saavuttaa asiakasta koskeva tavoite. Jokainen moniammatillisen työryhmän jäsen tuo ryhmään omaa asiantuntijuuttaan. Moniammatillinen tiimi tuo laajemman näkökulman asioihin. Kotiutus-tiimi, kuntoutustiimi ja kotikuntoutustoiminta ovat moniammatillisia tiimejä, jotka tukevat kotihoitoa. Suurimmalla osalla kotihoidon toimintayksiköistä on vähintään yksi näistä tiimeistä tukeaan. Moniammatillisten tiimien tuki näyttäytyy kotihoidon yksiköissä parempana osaamisena

kuntoutumista edistävässä työtavassa ja toimintakyvyn moniulotteisessa arvioinnissa. Lisäksi kuntoutussuunnitelmien laatiminen on systemaattisempaa. Yhden tai useamman moniammatillisen tiimin tuki kotihoidon yksiköissä näkyy myös kuntoutumistavoitteiden parempana saavuttamisena. (Penttinen, Kehusmaa, Havulinna & Alastalo 2018.)

Kainuussa toimii kaikkien Kainuun soteen kuuluvien kuntien alueilla kuntouttava päivätoiminta, joka on tarkoitettu yli 65-vuotiaille kotona asuville vanhuspalvelujen asiakkaille. Ohjatulla toiminnalla edistetään ja ylläpidetään asiakkaan toimintakykyä eri osa-alueilla. Päivätoiminta tuo asiakkaiden elämään sisältöä ja ehkäisee syrjäytymistä. Asiakkaille tehdään kuntoutumissuunnitelmat, joihin he saavat itse määritellä tavoitteet. Asiakas sopii yhdessä ohjaajan kanssa konkreettiset keinot tavoitteeseen pääsemiseksi. (Tolonen 2018, 23.)

Viisautta vanhuuden kodissa -hankkeessa tutkittiin kotihoidon säännöllisten asiakkaiden sekä kotihoidon piirissä olevien tukipalveluasiakkaiden toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia. Tutkimus kesti 12 viikkoa ja tutkimuksen alussa ja lopussa kerättiin mittaritietoa fyysisestä toimintakyvystä, kivun tuntemuksesta ja elämänlaadusta. Lisäksi tutkimuksessa seurattiin päivittäistä aktiivisuutta aktiivisuusrannekkeiden avulla. Osallistujille suunniteltiin 12 viikon liikuntasuunnitelma, joka sisälsi liikuntaharjoituksia. Säännöllisille kotihoidon asiakkaille kuntoutus jäi kotona tehtävien liikuntaharjoitusten varaan, koska liikuntaryhmiin osallistuminen ei ollut mahdollista. Säännöllisen kotihoidon asiakkailla fyysinen toimintakyky parani 9 prosenttia tutkimuksen aikana. Tuloksista selviää, että ikääntyneillä on mahdollisuus parantaa fyysistä toimintakykyään ohjatun ja ryhmämuotoisen kuntoutuksen avulla. Kotihoidon huonokuntoiset asiakkaat tarvitsevat paljon ohjausta ja tukea. Työntekijöillä on merkittävä rooli kuntoutuksen onnistumisessa ja ikääntyneiden motiivissa. (Rahikka 2017, 227–233.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää arviointijakson aikana tapahtuvia muutoksia asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn osalta yhdessä Kainuun soten kotihoidon yksikössä. Tavoitteena on tuottaa työelämästä saadun aineiston ja sairaanhoitajien näkemysten pohjalta tietoa, jonka avulla toimeksiantaja kehittää arviointijakson vaikutusta ikäihmisen fyysiseen toimintakykyyn.

Opinnäytetyön tutkimustehtävä on:

1. Millaisia muutoksia asiakkailla esiintyy fyysisessä toimintakyvyssä arviointijakson aikana?

5 Opinnäytetyön toteutus

Työelämän ohjaajan kanssa keskustellessa aihe päädyttiin rajaamaan fyysiseen toimintakykyyn, jotta opinnäytetyöstä ei tule liian laaja. Fyysistä toimintakykyä tutkittiin tässä opinnäytetyössä laajan ADL-mittarin avulla. Työelämän ohjaajan ehdotuksesta päädyttiin kyseisen mittarin käyttöön. Toimeksiantaja luovutti 10 asiakkaan tiedot laajalla ADL-mittarilla saaduista tuloksista määräaikaisen arviointijakson alusta ja sen päätyttyä. 10 asiakkaan otantaan ei määritelty sukupuoli- tai ikäjakaumaa, vaan toimeksiantaja antoi asiakkaiden tulokset aikajärjestyksen perusteella. Tiedot on kerätty keväällä 2022. Asiakkaiden ikää ja sukupuolta emme saaneet tietää missään vaiheessa tietosuojan vuoksi.

Toisten keräämästä aineistosta käytetään nimitystä sekundaariaineisto. Aina tutkimusongelman kaikkiin osiin ei saada vastausta valmiin aineiston pohjalta. Tällöin tutkijan tulee itse kerätä lisää aineistoa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 181.) Tässä opinnäytetyössä toimeksiantajalta saatiin aineisto, jonka he keräsivät meidän pyynnöstämme. Saadun aineiston lisäksi keräsimme tietoa kyselyn avulla sairaanhoitajilta, jotka osallistuivat asiakkaiden mittaustulosten keräämiseen. Kyselyn tarkoituksena oli saada lisää tietoa tutkimustehtävään vastaamiseksi.

5.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyötä varten tietoa etsittiin useista eri lähteistä. Tietokantoina käytettiin Google Scholaria ja Kamk Finna -palvelun Mediciä, Terveystieteen TOIMIA-tietokantaa ja Julkaria. Tietoa etsiessä hyödynnettiin myös manuaalista hakua etsimällä aiheeseen liittyviä lakeja Finlexistä. Toisten opinnäytetöistä ja pro graduista löytyviä lähteitä tutkittiin ja hyödynnettiin myös. Joitakin hakuja tehdessä tuloksia tuli niin paljon, että hakua päädyttiin rajaamaan tietyille vuosille. Valinnat tehtiin hakutulosten otsikoiden tai sisällön perusteella. Hakutuloksia valittaessa kiinnitettiin huomiota myös siihen, että ne olivat sähköisesti saatavilla. Lähteissä hyödynnettiin myös aiheeseen liittyvää kirjallisuutta.

5.2 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö on pääasiassa kvantitatiivinen eli määrällinen. Kyselyssä osa kysymyksistä oli kvalitatiivisia eli laadullisia, joten opinnäytetyössä käytettiin molempia tutkimusmenetelmiä. Tutkimusmenetelmien yhteiskäyttöä kutsutaan termillä triangulaatio. Monimetodinen lähestymistapa voi olla myös eri tutkimusaineistojen, lähestymistapojen tai tutkijoiden yhdistämistä. Triangulaation tavoitteena on lisätä tutkimuksen kattavuutta ja luotettavuutta. (Vilka 2005, 53.)

5.2.1 Määrällinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin suurimmaksi osaksi kvantitatiivisesti eli määrällisen lähestymistavan kautta, sillä toimeksiantajalta saatu tieto oli numeerista. Kvantitatiivista tutkimusta voidaan kutsua myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään prosenttiosuuksiin ja lukumääriin liittyviä asioita. (Heikkilä 2008, 16.) Vilkan (2005, 73) mukaan määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineisto voidaan kerätä kyselylomakkeella, systemaattisella havainnoinnilla tai käyttämällä valmiita rekistereitä ja tilastoja. Eri tahot keräävät ja tuottavat aineistoja rekistereihin, tietokantoihin ja tilastoihin. Ennen kuin käyttää toisten keräämää tutkimusaineistoa, on selvitettävä, mihin tutkimusongelmaan ja tarkoitukseen aineisto on aluksi kerätty. Lisäksi tulee selvittää, kuka sen on tehnyt, miten aineisto on kerätty, mikä on ollut perusjoukko ja miten otanta on toteutettu. (Vilka 2005, 76.)

Tilastoyksikkö eli havaintoyksikkö tarkoittaa kohdetta, jota tutkitaan. Tutkittava kohde voi olla esimerkiksi ihminen, tuote tai kuva. Perusjoukko tarkoittaa tutkimuksessa määriteltyä joukkoa, johon kuuluvat kaikki havaintoyksiköt. Otanta on menetelmä, jossa perusjoukosta valitaan otos. Otos muodostuu tutkittavasta kohteesta. Otantamenetelmiä on monia ja tutkijoiden tehtävänä on valita, mikä on tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukaisin menetelmä. Otantamenetelmää valittaessa tulee huomioida tutkimusongelma, tutkimuksen tavoite, resurssit, sekä havaintoyksiköiden ominaisuudet ja ilmenemistavat. (Vilka 2005, 77–78.) Jotta otantatutkimuksen tuloksia voidaan pitää luotettavina, tulee otoksen olla pienoiskuva perusjoukosta. Otoksen edustavuus tarkoittaa sitä, että otoksessa löytyy samoja ominaisuuksia kuin koko perusjoukossa. (Heikkilä 2008, 33–34.)

Keskeisiä asioita kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat aiemmista tutkimuksista tehdyt johtopäätökset, aiemmat teorit, hypoteesit ja käsitteiden määrittely. Lisäksi kvantitatiiviseen tutkimukseen kuuluu havaintoaineiston soveltuminen määrälliseen ja numeeriseen mittaamiseen, mikä tulee huomioida aineiston keruun suunnitelmassa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa muuttujat laitetaan taulukkomuotoon ja aineisto muotoon, jota voi käsitellä tilastollisesti. Määrällisessä tutkimuksessa päätelmien tekeminen pohjautuu havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 136.)

Tässä opinnäytetyössä toimeksiantajalta saatu aineisto esitetään tilastollisessa muodossa erilaisia kaavioita hyödyntäen. Tuloksia käsitellään numeerisesti ja niistä tehdään havaintoja ja päätelmiä. Tulokset esitetään prosenttiosuuksina. Aineisto on kerätty yhden Kainuun soten kotihoidon yksikön sairaanhoitajien toimesta laajaa ADL-mittaria apuna käyttäen. Mittaritulokset on kerätty kymmeneltä asiakkaalta tätä opinnäytetyötä varten. Perusjoukko tässä tutkimuksessa on yhden kotihoidon yksikön asiakkaat. Otos on 10 asiakasta, joiden mittaritulokset opinnäytetyöntekijät ovat saaneet. Otos on määrätynyt satunnaisesti, asiakkaat on otettu saapumisjärjestyksessä. Mittaritulosten lisäksi tekemämme kyselylomake sisälsi kysymyksiä, jotka liittyvät määrälliseen tutkimusmenetelmään.

5.2.2 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää tarkasteltavaa ilmiötä kohteena olevien henkilöiden näkökulmasta. Tutkijat ovat kiinnostuneita henkilöiden tunteista, ajatuksista ja kokemuksista. (Puusa & Juuti 2020, 9.) Kvalitatiivisen tutkimuksen perustana on todellisen elämän kuvaaminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole tarkoitus todentaa jo olemassa olevia totuuksia, vaan löytää tosiasioita. Tutkimuksen kohdetta pyritään tutkimaan kokonaisvaltaisuus huomioiden. (Hirsjärvi ym. 2007, 157.) Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineisto voidaan kerätä esimerkiksi havainnoimalla tai haastattelulla (Kananen 2019, 75). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti. Aineistoa ja tutkittavaa ilmiötä käsitellään ainutlaatuisesti. Aineiston tulkinnan vaiheessa muistetaan myös ainutlaatuisuus. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

Opinnäytetyötä varten kerättiin aineistoa myös laadullista menetelmää hyödyntäen. Tavoitteenamme oli tutkittavan ilmiön kokonaisvaltainen ymmärtäminen. Kyselymme sisälsi kolme laa-

dullista kysymystä. Laadullisten kysymysten avulla pyrimme saamaan opinnäytetyöstämme kattavamman. Monimetodisen lähestymistavan avulla halusimme lisätä myös opinnäytetyömme luotettavuutta.

5.3 Kyselylomakkeen laadinta

Kyselylomake on opinnäytetyön olennainen osatekijä. Virheiden syntymisen ehkäisemiseksi tulee kysymykset suunnitella huolellisesti. Kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja suunniteltaessa tulee miettiä ja selvittää, kuinka tarkat vastaukset kysymyksiin halutaan. Ennen kyselylomakkeen tekemistä tutkimuksen tavoite tulee olla täysin selvä. Hyvä tutkimuslomake on siisti ja selkeä, teksti ja kysymykset on aseteltu hyvin ja vastausohjeet ovat selkeästi ilmaistu. Numeroidut kysymykset, jotka etenevät loogisesti ja yhden asian kysyminen kerrallaan on myös hyvä huomioida. (Heikkilä 2008, 47–48.)

Käytimme kyselylomakkeessa sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä (Liite 2). Kysely- ja haastattelututkimuksissa käytetään usein jonkin verran avoimia kysymyksiä. Niissä kuitenkin pyritään rajaamaan vastaajan ajatuksia. Avoimet kysymykset ovat helppoja laatia, mutta ne eivät houkuttele vastaamaan. Avointen kysymysten vastauksilla voidaan saada hyviä ideoita, joita tutkijalle ei ole tullut mieleen. Avointen kysymysten olisi hyvä olla lomakkeen lopussa. (Heikkilä 2008, 49.) Avoimilla kysymyksillä halusimme selvittää sairaanhoitajien kehitysideoita arviointijakson vaikuttavuuteen liittyen ja asiakkailta tapahtuneita konkreettisia muutoksia arviointijakson aikana fyysisessä toimintakyvyssä. Sijoitimme avoimet kysymykset lomakkeen loppuun.

Muut kysymykset olivat strukturoituja eli suljettuja kysymyksiä. Suljetut kysymykset sisältävät valmiit vastausvaihtoehdot, joista valitaan sopiva. Strukturoituja kysymyksiä laadittaessa tulee huomioida, että vastausvaihtoehtoja ei saa olla liikaa ja niiden tulee poissulkea toisensa. Suljettuihin kysymyksiin vastaaminen ei vie paljon aikaa ja vastausten tilastollinen käsittely on helppoa. Kahden vastausvaihtoehdon kysymystä kutsutaan dikotomisiksi kysymykseksi. Useiden vastausvaihtoehtojen kysymystä sanotaan monivalintakysymykseksi. (Heikkilä 2008, 50–51.) Kyselylomakkeessa oli kolme kysymystä, joissa oli kaksi vastausvaihtoehtoa. Kysymykset liittyivät laajan ADL-mittarin käytön perehdytykseen, mittarin aiempaan käyttökokemukseen ja mittarin käytön lisäämiseen kotihoidossa.

Kyselylomakkeessa on loppuilla suljetuille kysymyksille käytetty Likertin asteikkoa, jota käytetään mielipideväittämissä. Se on järjestysasteikko, jossa on tavallisesti 4 tai 5 porrasta. Vastaajan tehtävänä on valita itselleen asteikolta sopivin vastausvaihtoehto. Likertin asteikkoa suunniteltaessa harkitaan, miten paljon eri arvoja asteikolle otetaan, miten asteikon arvot ilmoitetaan sanallisesti ja miten keskikohta asteikossa kirjataan vai jätetäänkö se kokonaan pois. On myös hyvä miettiä, aloitetaanko asteikko ”samaa mieltä” vai ”eri mieltä” vaihtoehdolla. (Heikkilä 2008, 53.) Kyselylomakkeessa ensimmäisen kysymyksen alla on viisi kysymystä, joissa olemme käyttäneet 5-portaista Likertin asteikkoa. Vastausvaihtoehdot ovat 1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3= en osaa sanoa, 4= samaa mieltä ja 5= täysin samaa mieltä. Kysymykset liittyivät laajan ADL-mittarin käyttöön ja asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn.

Kyselylomakkeeseen sisältyy varsinaisen kyselyn lisäksi saatekirje. Saatekirjeen tarkoituksena on motivoida vastaamaan kyselyyn ja selvittää tutkimuksen taustaa. Saatekirje ei saa olla liian pitkä, maksimissaan yksi sivu on sopiva pituus. Siitä tulisi käydä ilmi tutkimuksen toteuttaja, tavoite ja tutkimustietojen käyttötapa. Lisäksi on hyvä mainita mihin mennessä kyselyyn tulisi vastata. (Heikkilä 2008, 61–62.) Korostimme saatekirjeessä vastausaikaa, koska sitä oli vain viikko opinäytetyön kiireellisen valmistumisaikataulun takia. Mainitsimme saatekirjeessä, että kyselyn avulla saamme lisätietoa heidän aiemmin keräämien tietojen lisäksi. (Liite 1.) Kiireellisen aikataulun vuoksi emme ehtineet esitellä kyselyä muilla ennen kohdehenkilöitä.

5.4 Aineiston analysointi

Aineiston käsittely alkaa sen jälkeen, kun aineisto on saatu kerättyä ja tallennettua. Tuloksia tulee käsitellä siten, että saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin ja ratkaisu tutkimusongelmaan. Tutkimuksen empiiristä työtä ohjaavat tutkimusongelma ja sen kautta teoriasta luotu viitekehys. (Heikkilä 2008, 143.) Tilastollisessa tutkimuksessa selvitetään lukumääriä ja prosenttiosuuksia. Asiat kuvataan numeerisesti. Tuloksia havainnoidaan taulukoiden ja kuvioiden avulla. Aineistosta saatuja tuloksia pyritään yleistämään koskemaan suurempaa joukkoa. (Heikkilä 2008, 16.) Tässä tutkimuksessa 10 asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tulokset ja kyselylomakkeen strukturoidut kysymykset analysoitiin määrällisen tutkimusmenetelmän avulla.

Induktiivisessa sisällönanalyysissa päättelyn logiikka etenee yksittäisestä yleiseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Aineistolähtöiseen eli induktiiviseen sisällönanalyysiin liittyy kolme vaihetta. Ensimmäinen vaihe on redusointi eli pelkistäminen, jossa alkuperäisestä aineistosta karsitaan pois

kaikki epäolennainen. Toinen vaihe on klusterointi eli ryhmittely, jossa aineistosta poimitaan samaa tarkoittavia asioita, jotka yhdistetään samaan luokkaan. Kolmas vaihe on abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Abstrahoinnissa poimitaan tutkimuksen kannalta tärkeä tieto, jonka perusteella teoreettiset käsitteet muodostetaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–111.) Tässä tutkimuksessa kyselyn kolme laadullista kysymystä analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

5.5 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin syyskuussa 2021 aiheen valinnalla. Aiheen valinnan jälkeen opinnäytetyö aloitettiin lokakuussa 2021 aiheanalyysillä, jolloin olimme ensimmäistä kertaa yhteydessä toimeksiantajaan. Toimeksiantajan kanssa neuvottelimme lähestymistavasta aiheeseen. Aiheanalyysin teimme yhdessä ohjaavan ja koordinoivan opettajan johdolla. Aihe rajattiin sopivaksi ja määriteltiin alustavat tutkimuskysymykset. Opettaja hyväksyi aiheanalyysin 10/21, jonka jälkeen opinnäytetyösuunnitelman tekeminen alkoi.

Opinnäytetyön suunnitelmavaiheen aikana olimme yhteydessä toimeksiantajaan ja kävimme läpi asioita, joita toimeksiantaja haluaisi opinnäytetyön sisältävän. Tässä vaiheessa yhdessä toimeksiantajan kanssa sisältö päädyttiin rajaamaan koskemaan fyysistä toimintakykyä. Opinnäytetyön suunnitelmaa tehtiin tiiviiseen tahtiin 10–11/22 aikana. Työelämän edustajan kanssa pidettiin yhteyttä sähköpostitse suunnitelman tekemisen aikana. Opinnäytetyön suunnitelma palautettiin marraskuun lopussa 2021 opettajille ja työelämän ohjaajalle. 12/21 opettajat hyväksyivät suunnitelman. Joulukuussa pidettiin suunnitelman esitysseminaari. Ohjaavalta ja koordinoivalta opettajalta sekä vertaisarvioijilta saatiin hyvää palautetta sekä kehitysideoita suunnitelman parantamiseksi. Myös työelämän edustaja antoi lisää vinkkejä suunnitelman tekemiseen. Tammikuussa 2022 suunnitelmaa viimeisteltiin. 3/22 anottiin opinnäytetyölle tutkimuslupaa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymältä. Tutkimuslupa myönnettiin 4/22. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen odotettiin toimeksiantajalta aineistoa. Kesällä 2022 toimeksiantaja luovutti ADL-mittarilla kerätyt 10 asiakkaan pisteet arviointijakson alusta ja lopusta. Tämän jälkeen tutkittiin aineistoa ja tulkittiin tuloksia.

Toimeksiantajalta saatu aineisto ei sisältänyt tietoja siitä, mistä laajan ADL-mittarin kohdista pisteet olivat asiakkaille kertyneet. Aineistoa ei voitu analysoida sen niukkuuden vuoksi kovin paljoa. Asiasta keskustelimme ohjaavan opettajan kanssa, joka ehdotti lisäaineiston keräämistä. Olimme

tämän jälkeen yhteydessä myös toimeksiantajaan ja päädyimme tekemään sähköisen kyselyn sairaanhoitajille, jotka olivat keväällä keräämässä tietoja asiakkaista laajan ADL-mittarin avulla. Kysely lähetettiin sairaanhoitajille 9/22. Kyselyn vastaukset analysoimme 10/22 aikana. Lokakuun lopussa lähetimme opettajille ja toimeksiantajalle opinnäytetyön esitysversion. 11/22 pidimme opinnäytetyön esitysseminaarin. 11–12/22 teimme viimeistelyt työllemme. Opinnäytetyömme lopullinen versio valmistui joulukuun 2022 alussa.

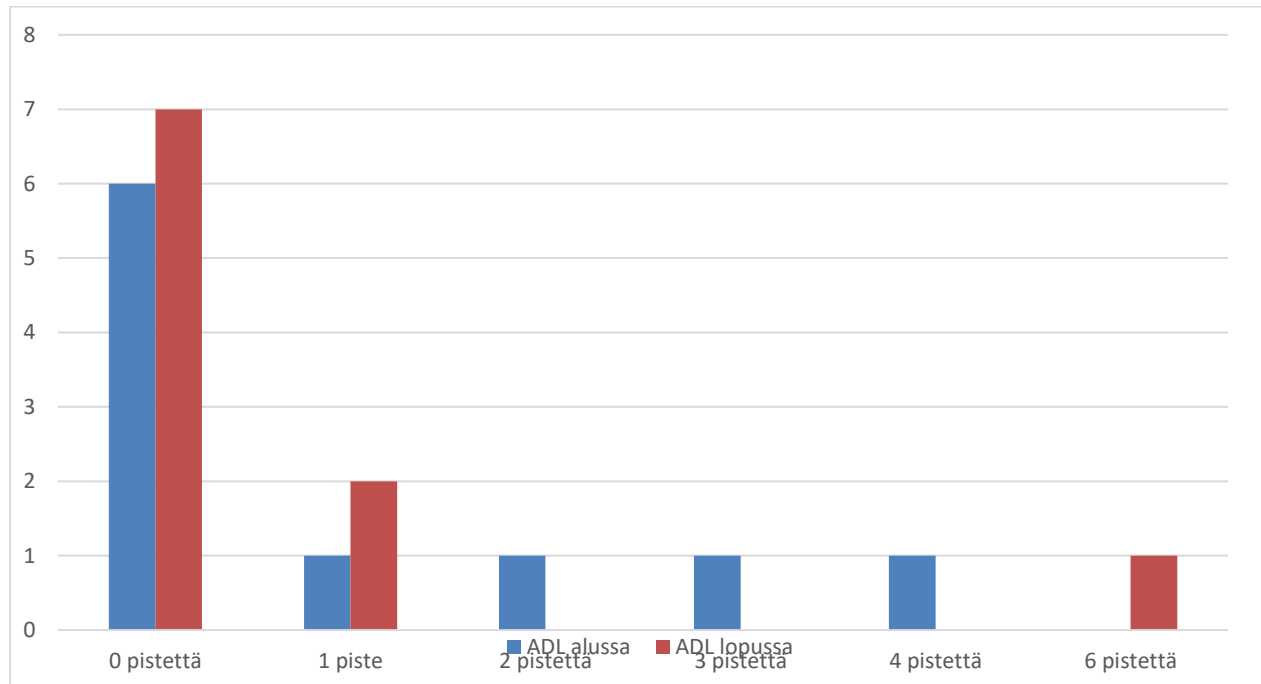
6 Tulokset

Kesällä 2022 saatiin toimeksiantajalta taulukko 10 asiakkaan tiedoista, mihin kotihoidon sairaanhoitajat olivat keränneet arviointijakson alkaessa ja päättyessä pisteet laajan ADL-mittarin tuloksista. Pisteet laajan ADL:n mukaan tehdyissä mittauksissa voivat olla 0–28 välillä. 28 pistettä tarkoittaa, että henkilö on täysin riippuvainen avusta, jolloin voidaan ajatella, että fyysinen toimintakyky päivittäisten toimintojen osalta on heikko. 0 pistettä puolestaan tarkoittaa, että henkilö suoriutuu itsenäisesti toiminnoista ja fyysinen toimintakyvyn voidaan ajatella olevan hyvä. (THL RAI-verkkokoulu n.d.)

Tulokset esitettiin graafisesti. Hyvin tehdyt kuviot ja piirrookset herättävät lukijassa mielenkiinnon. Kuvioden tehtävänä on esittää tärkeimmät tutkimuksen tulokset. (Heikkilä 2008, 155.) Tuloksia esitettiin pylväs- ja ympyräkuvioina käsiteltävän asian mukaan. Tuloksia pyrittiin esittämään mahdollisimman monesta eri näkökulmasta.

6.1 ADL-mittarin tulokset arviointijakson alkaessa ja päättyessä

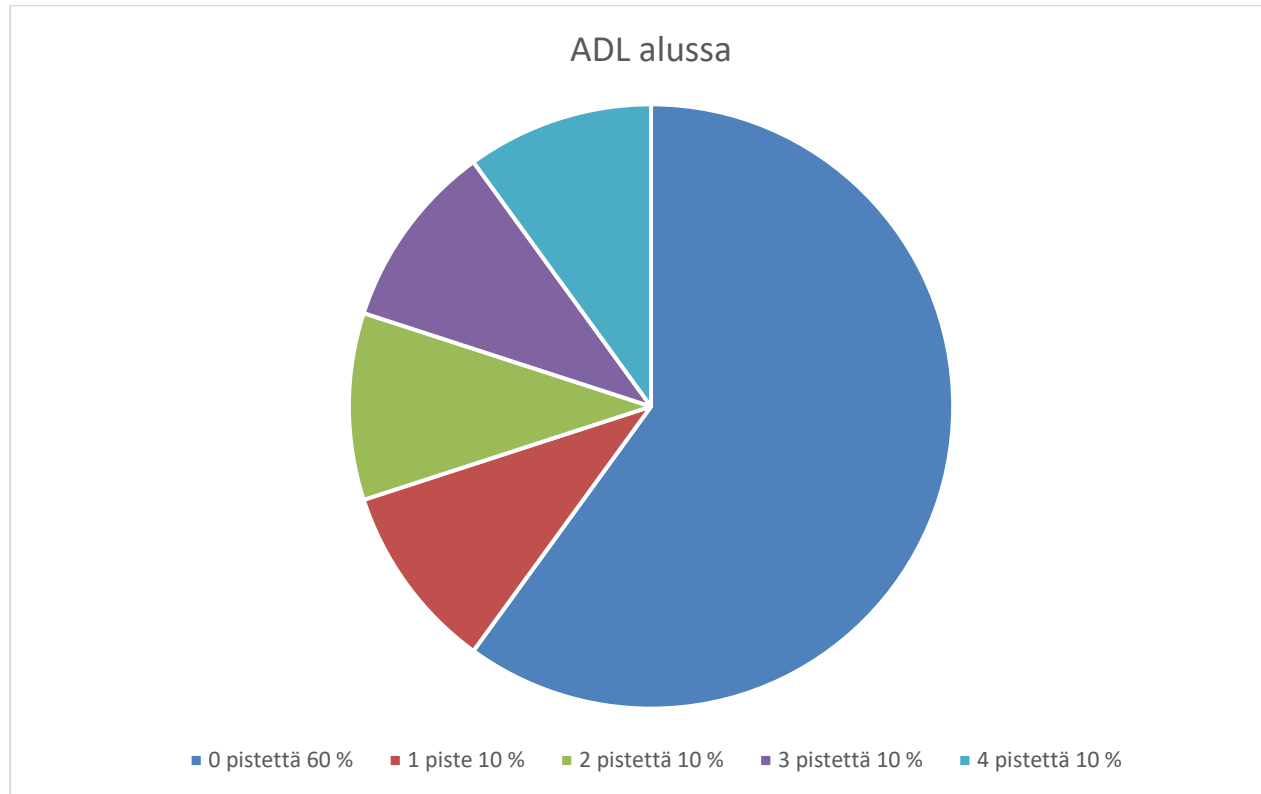
Kuviosta 3 nähdään asiakkaiden saamat ADL-mittarin tulokset arviointijakson alussa ja lopussa pylväskaavion muodossa. Vaakarivi kuvaa asiakkaiden mittaustulosten pistemääriä. Kaavioon on laitettu vain ne pistemäärät, joita asiakkailla esiintyi mittaustuloksissa. Pystyrivi kertoo, kuinka moni asiakas on saanut saman pistemäärän. Kaaviosta nähdään, että kenelläkään asiakkaalla ei ole kummassakaan mittauksessa täysiä pisteitä. Suurin pistemäärä on 6, pienin 0.



KUVIO 3. Asiakkaiden tulokset arviointijakson alussa ja lopussa pylväskaaviona.

6.2 ADL-mittarin tulokset arviointijakson alussa

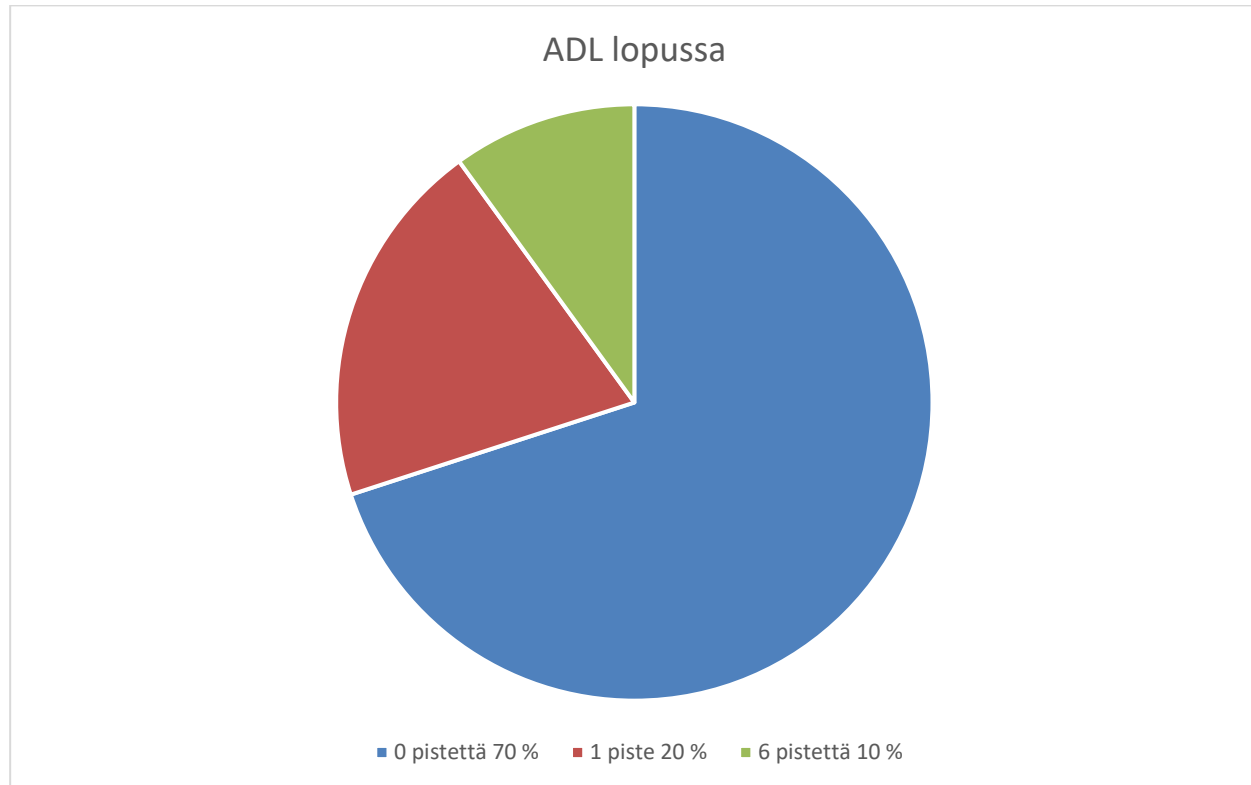
Arviointijakson alussa 60 prosentilla asiakkaista laajan ADL-mittarin pistetulos oli 0 pistettä. 1 pisteen, 2 pistettä, 3 pistettä ja 4 pistettä saivat 10 % asiakkaista. Kuviossa 4 kuvataan graafisesti pistetulosten jakautuminen prosentuaalisesti.



KUVIO 4. ADL-tulokset alussa prosenttiosuuksina.

6.3 ADL-mittarin tulokset arviointijakson lopussa

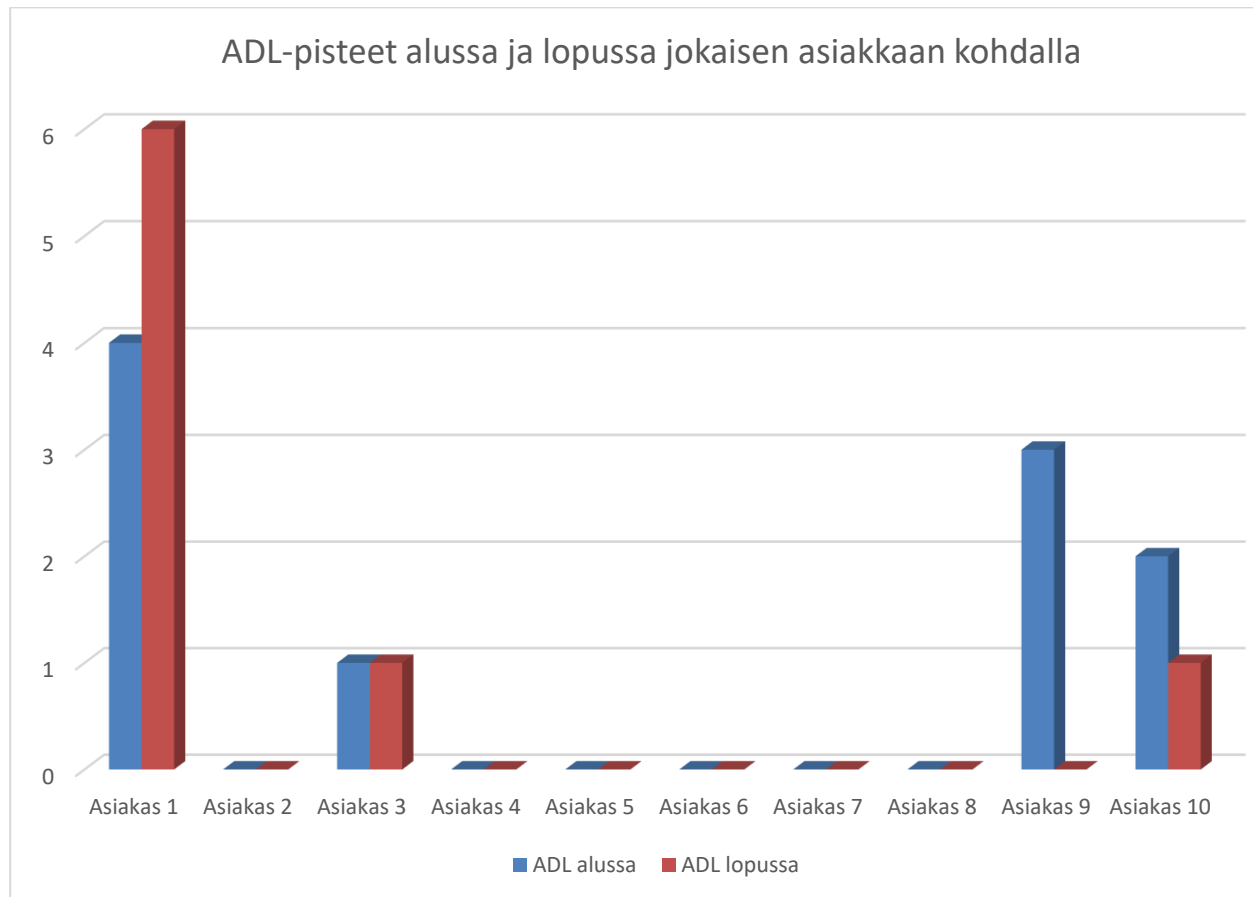
Arviointijakson lopussa 70 prosentilla asiakkaista tulos oli 0 pistettä. 1 pisteen sai 20 % asiakkaista ja 6 pistettä 10 % asiakkaista. Kuviossa 5 kuvataan graafisesti pistetulosten jakautuminen prosentuaalisesti.



KUVIO 5. ADL-tulokset lopussa prosenttiosuuksina.

6.4 ADL-mittarin tulokset arviointijakson alussa ja lopussa asiakkaat yksilöitynä

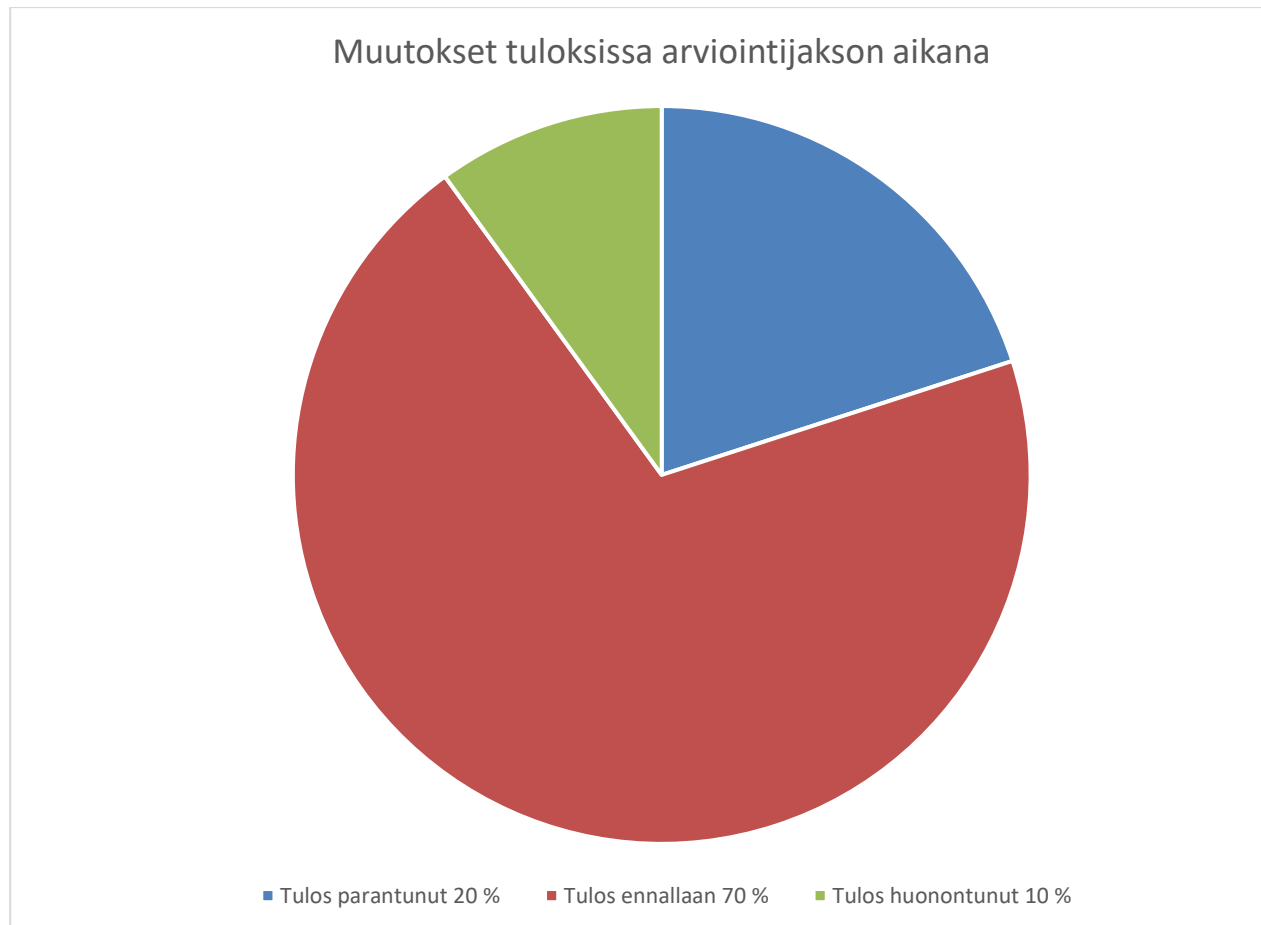
Asiakkailla 1, 9 ja 10 tapahtui muutoksia arviointijakson aikana. Asiakkailla 2–8 pistemäärät pysyivät samana. Kuvion 6 pylväskaaviossa kuvataan jokaisen asiakkaan ADL-tulokset yksilöitynä arviointijakson alkaessa ja päättyessä.



KUVIO 6. ADL-tulokset alussa ja lopussa jokaisen asiakkaan kohdalla yksilöitynä.

6.5 Muutokset arviointijakson aikana

Muutoksia havainnoitaessa asiakkaiden kohdalla havaitaan, että laajan ADL-mittarin tulokset parantuivat 20 prosentilla asiakkaista arviointijakson aikana. Tulos säilyi ennallaan 70 prosentilla asiakkaista. 10 prosentilla asiakkaista tulos huonontui arviointijakson aikana. Kuviossa 7 kuvataan graafisesti tuloksissa tapahtuneet muutokset prosentuaalisesti.



KUVIO 7. Muutokset arviointijakson aikana prosenttiosuuksina.

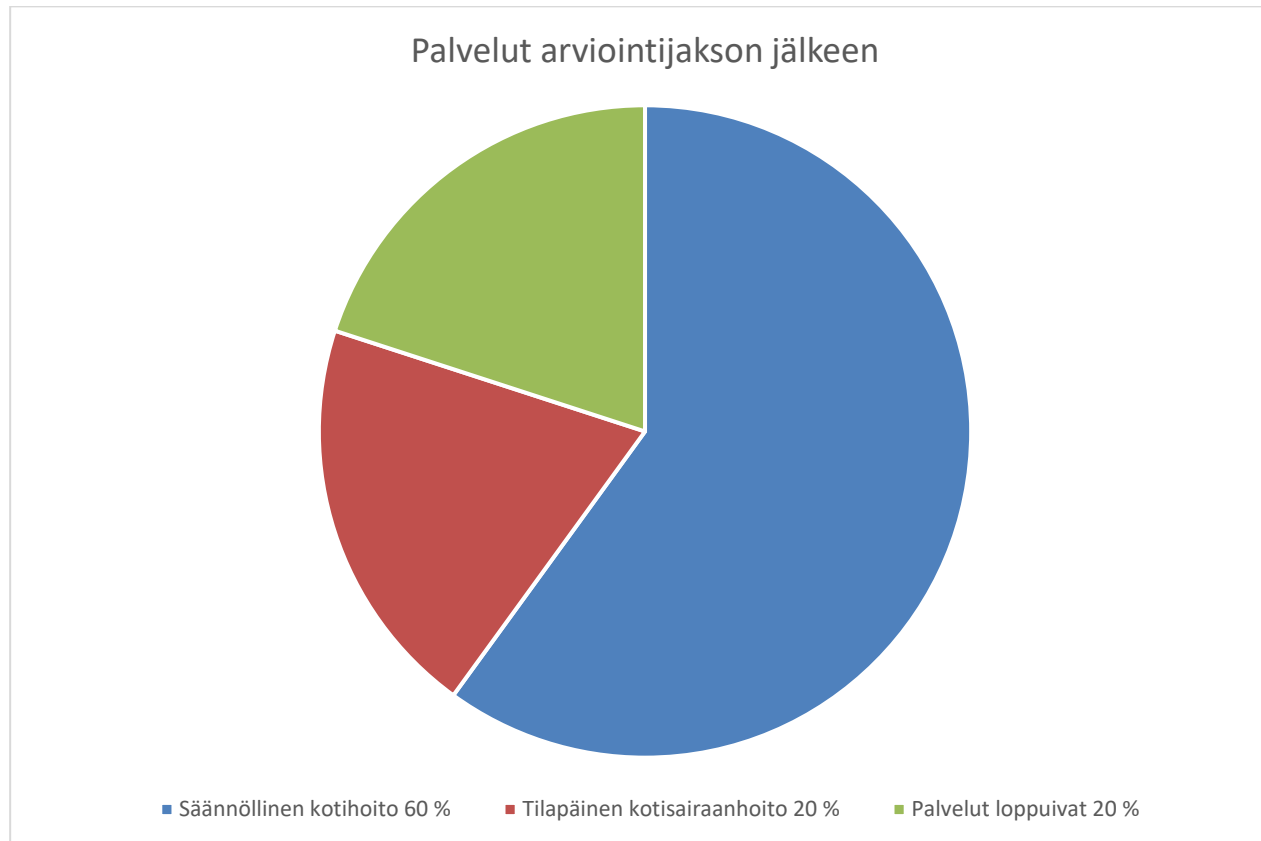
6.6 Palvelut arviointijakson jälkeen

Toimeksiantajalta saatiin myös sairaanhoitajien keräämä tieto siitä, millä palveluilla asiakkaat jatkavat kotihoidon piirissä arviointijakson jälkeen.

TAULUKKO 2. Palvelut arviointijakson jälkeen.

Asiakas	Palvelut arviointijakson jälkeen
1	Säännöllinen kotihoito
2	Säännöllinen kotihoito
3	Säännöllinen kotihoito
4	Tilapäinen kotisairaahoito
5	Palvelut loppuivat
6	Tilapäinen kotisairaahoito
7	Säännöllinen kotihoito
8	Palvelut loppuivat
9	Säännöllinen kotihoito
10	Säännöllinen kotihoito

Säännöllisen kotihoidon palveluilla jatkavat 60 % asiakkaista arviointijakson jälkeen. Tilapäisen kotisairaanhoidon palveluita käyttää 20 % asiakkaista. 20 prosentilla asiakkaista palvelut loppuivat arviointijakson jälkeen. Kuviossa 8 kuvataan graafisesti palvelut arviointijakson jälkeen prosentuaalisesti.



KUVIO 8. Arviointijakson jälkeen palvelut prosenttiosuuksina.

6.7 Kyselylomakkeen tulokset

Kotihoito luovutti yhden täytetyn kyselylomakkeen syyskuussa 2022, johon sairaanhoitajat olivat vastanneet yhdessä. Kyselylomakkeen ensimmäinen kohta koskee väittämää ”asiakkaiden fyysinen toimintakyky muuttui merkittävästi arviointijakson aikana”, josta vastaajat olivat täysin samaa mieltä. Vastaajat olivat samaa mieltä kohdissa ”oikeat pistemäärät olivat helppoa antaa/va- lita mittausta suoritettaessa” ja ”laajan ADL-mittarin käyttö oli helppoa minulle”. Vastaajat olivat eri mieltä väittämän ”laaja ADL-mittari antaa todenmukaisen kuvan asiakkaan fyysisestä toimin- takyvystä” kohdalla. Viimeisen väittämän ”arviointijakso on liian lyhyt aika fyysisen toimintakyvyn arvioimiseen” kohdalla vastaajat olivat täysin eri mieltä.

Kyselylomakkeesta ilmeni, etteivät vastaajat ole saaneet koulutusta ADL-mittarin käyttöön. Vastaajat olivat kuitenkin käyttäneet laajaa ADL-mittaria aiemmin. Vastaajien mielestä laajaa ADL-mittaria ei pitäisi käyttää kotihoidossa nykyistä enemmän.

Kyselylomakkeessa oli kolme avointa kysymystä, joista kahteen oli vastattu. Kyselylomakkeen kohdassa viisi kysytään, miten arviointijakson vaikuttavuutta voisi kehittää fyysisen toimintakyvyn osalta. Tämän kysymyksen vastauksesta ilmeni, että arviointijaksolle osallistuneista asiakkaista suurin osa tarvitsi tukea elämänhallintaan ja lääkehoitoon, joita laaja ADL ei mittaa. Lomakkeessa kysyttiin myös, millaisia konkreettisia muutoksia asiakkailla esiintyi fyysisessä toimintakyvyssä arviointijakson aikana. Vastauksen perusteella asiakkaiden fyysisessä toimintakyvyssä tapahtui itsenäistymistä vessassa ja pesulla käymisessä. Taulukossa 3 käsitellään avointen kysymysten vastauksia induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

TAULUKKO 3. Kyselyn avointen kysymysten vastaukset analysoituna induktiivisella sisällönanalyysillä (mukaillen; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–112).

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
"... jotka tarvitsivat tukea elämänhallintaan + lääkehoitoon..."	Elämänhallinta ja lääkehoito	Asiakkaan hoidon tarpeet	Asiakkaiden palveluntarve	Kotihoidon arviointijakso
"...näitä asioita ei ADL mittaa"	Mittari ja palveluntarpeet eivät sovi yhteen	Yhteensopimattomuus	Koettu ongelma	
"wc-avut -> itsenäistyi" "pesuapu -> itsenäistyi"	Itsenäistyminen wc:ssä ja peseytymisessä	Omatoimisuus päivittäisissä perustoiminnoissa	Vaikutus fyysisen toimintakyvyn	

7 Tulosten tarkastelu

Ensimmäinen saamamme aineisto, jonka sairaanhoitajat keräsivät meille tätä opinnäytetyötä varten ei antanut täysin selkeää vastausta tutkimuskysymykseen. Kyselyn avulla saimme konkreettimpaa tietoa asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn liittyen, mikä mahdollisti tutkimustehtävään vastaamisen.

Tutkimustehtävä oli:

Millaisia muutoksia asiakkailla esiintyy fyysisessä toimintakyvyssä arviointijakson aikana?

Kaavioita tutkittaessa havaitaan, että arviointijakson alussa yli puolella asiakkaista (60 prosentilla) pistemääräksi tuli 0. Nollan lisäksi arviointijakson alussa esiintyi pisteitä 1, 2, 3 ja 4. Jokaista näistä esiintyi 10 prosentilla asiakkaista. Pistemäärissä ei siis esiinny suuria eroja asiakkaiden keskuudessa. Laajan ADL:n pisteytyksen perusteella voidaan päätellä, että asiakkaat pärjäävät melko omatoimisesti päivittäisissä toiminnoissa, joissa tarvitaan fyysistä toimintakykyä. Vähäiset pisteet antavat viitteitä siitä, että asiakkaat tarvitsevat mahdollisesti vain hieman ohjausta päivittäisissä toiminnoissa.

Arviointijakson lopussa 70 prosentilla asiakkaista pistemäärä oli 0. Lisäksi esiintyi pisteitä 1 ja 6. 20 prosentilla asiakkaista oli yksi piste ja 6 pistettä 10 prosentilla. Pistemäärissä ei arviointijakson lopussakaan esiinny suuria eroja. Arviointijakson alkuun verrattuna huomataan, että pistemäärät 0 ja 1 ovat lisääntyneet 10 prosentilla asiakkaista. Pistemäärää 6 ei ollut arviointijakson alussa, joten se on tullut uutena. Arviointijakson alussa esiintyi lisäksi pisteitä 2, 3 ja 4, joita ei ollut yhdelläkään asiakkaalla enää arviointijakson loppuessa. Pisteytyksen perusteella voidaan päätellä, että arviointijakson aikana asiakkailla on fyysinen toimintakyky ollut hyvä ja osalla asiakkaista se on parantunut hieman.

Tutkittaessa jokaisen asiakkaan tuloksia arviointijakson alussa ja lopussa havaitaan, että 70 prosentilla asiakkaista pistemäärät pysyivät samoina. 30 prosentilla asiakkaista esiintyi muutoksia arviointijakson aikana. 20 prosentilla pistemäärä muuttui laskevasti eli heidän fyysinen toimintakykynsä parantui arviointijakson aikana. 10 prosentilla puolestaan pistemäärä nousi, jolloin fyysinen toimintakyky heikentyi hieman arviointijakson aikana.

Arviointijakson alussa pistemäärien keskiarvo oli 1 ja arviointijakson lopussa 0,8 (Liite 3). Tästä havaitaan, että keskiarvo on laskenut hieman arviointijakson aikana. Fyysisen toimintakyvyn kannalta ajateltuna keskiarvon laskun voidaan ajatella olevan positiivinen asia, sillä asiakkailla on tapahtunut fyysisessä toimintakyvyssä parannusta.

Kyselylomake laadittiin tukemaan sairaanhoitajien keräämää aineistoa ja siitä saatuja tuloksia. Yhden täytetyn kyselylomakkeen vastaukset eivät antaneet opinnäytetyötä varten merkittävästi lisää tietoa ja tuloksia. Kyselyn avulla saimme kuitenkin konkreettisempaa tietoa asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn muutoksista arviointijakson aikana. Kysely myös mahdollisti kattavamman vastauksen saamisen tutkimuskysymykseen.

Kyselylomakkeen avulla saatiin tietää sairaanhoitajien näkemyksiä asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn liittyen sekä heidän kokemuksiinsa laajan ADL-mittarin käytöstä. Kyselylomakkeen vastauksista selvisi sairaanhoitajien kokevan asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn muuttuneen merkittävästi arviointijakson aikana. Sairaanhoitajien keräämästä aineistosta kuitenkin selvisi, että suurimmalla osalla asiakkaista laajalla ADL-mittarilla kerätyt pistemäärät pysyivät samoina. Kyselylomakkeen perusteella voidaan havaita, että asiakkailla tapahtuneet muutokset toimintakyvyssä ovat olleet perushoidollisissa asioissa.

Juvonen ja Karhunen (2018) ovat opinnäytetyössään tutkineet arviointijakson asiakkaiden kokemuksia kuntouttavasta arviointijaksosta Varkauden kotihoidossa. Tuloksista selviää, että asiakkaiden itsensä kokemana 47 % koki liikuntakyvyn pysyneen ennallaan, 37 % parantuneen ja 8 % huonontuneen. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin tässä opinnäytetyössä, eniten fyysinen toimintakyky on pysynyt ennallaan ja vähiten huonontunut.

Tolonen (2022) on tehnyt maisterityönään tutkimuksen, jossa selvitetään ikääntyneiden pyörö-ovi-ilmiön yleisyyttä ja alueellisia eroja. Tutkimuksessa selvitetään myös tekijät, jotka ovat yhteydessä kotihoidon asiakkaiden toistuviin sairaalajaksoihin. Aineistona on käytetty RAI-järjestelmästä ja valtakunnallisesta sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonkeruu- ja raportointijärjestelmä Hilmosta saatuja tietoja, mistä vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Aineistosta on tutkittu kotihoidon asiakkaiden ADL-toimintakykyä. Tutkimuksessa on ADL-toimintakyvyn osalta saatu tulokseksi, että arjen perustoiminnoissa 38,1 % suoriutuu itsenäisesti. Vähän apua tarvitsee 34,9 %, runsaasti apua tarvitsee 23,1 % ja täysin autettavia on 3,9 %. Nämäkin aiemmat tutkimustulokset tukevat tämän opinnäytetyön tuloksia.

Arviointijakson jälkeen 80 prosentilla asiakkaista kotihoidon palvelut jatkuvat. 20 prosentilla kotihoidon palvelut päättyivät arviointijakson jälkeen. 60 % jatkaa säännöllisen kotihoidon palveluilla ja 20 % käyttää tilapäisen kotisairaanhoidon palveluita. 20 % asiakkaista, joilla palvelut eivät jatkuneet, voitaisiin mahdollisesti ajatella olevan sen verran hyväkuntoisia jokaisella osa-alueella, että arviointijakson aikana on huomattu, etteivät he tarvitse arjessaan apua ja palvelut on päätetty lopettaa. Myös 20 %, jotka jatkavat vain kotisairaanhoidon palveluilla, voidaan ajatella olevan vielä hyvässä kunnossa, koska he eivät tarvitse säännöllisiä kotipalvelun käyntejä.

Tätä opinnäytetyötä varten kerätyt laajan ADL-mittarin tulokset tukevat hyvin fyysisen toimintakyvyn muutosten seuraamista ja tulosten avulla pystytään arvioimaan asiakkaiden fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia arviointijakson aikana. Laajaa ADL-mittaria ei käytetä arviointijakson aikana säännöllisesti, vaan toimintakyky huomioidaan laajasti RAI-arvioinnissa (Kallio 1.2.2022). Laaja ADL-mittari antaa selkeitä vastauksia asiakkaan fyysisestä toimintakyvystä ja avun tarpeesta. Säännöllisesti mittaria käyttämällä voitaisiin hyvin selvittää fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia ja mahdollisesti ennakoida hyvissä ajoin fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä. RAI-arvioinnin yhteydessä voisi tehdä laajan ADL-mittauksen, jolloin nähtäisiin mihin suuntaan asiakkaan fyysinen toimintakyky on menossa. Fyysisen toimintakyvyn mahdollista heikentymistä havaittaessa voitaisiin aloittaa kuntouttavaa toimintaa kotihoidon fysioterapeutin toimesta. Saadun tuloksen perusteella asiakkaalle voitaisiin mahdollisesti myös asettaa tavoitteita seuraavaan RAI-arviointiin ja mittaukseen mennessä.

8 Johtopäätökset

Tutkimuksen tulokset työelämästä saadun aineiston perusteella osoittivat, että asiakkailla ei tapahtunut fyysisessä toimintakyvyssä arviointijakson aikana kovin suuria muutoksia. Suurimmalla osalla asiakkaista tulokset eivät muuttuneet ollenkaan, osalla hieman parantui ja osalla huonontui. Sairaanhoidajille tehdyn kyselyn tulokset osoittivat, että asiakkailla tapahtui itsenäistymistä päivittäisissä perustoiminnoissa. Kyselyn tuloksissa esiintyi ristiriitaa laajan ADL-mittarin tulosten kanssa. Kyselyn perusteella sairaanhoidajat kokivat, että asiakkaiden fyysisessä toimintakyvyssä esiintyi merkittävää muutosta. Kuitenkaan asiakkaiden mittaustuloksissa ei merkittävää muutosta ollut havaittavissa.

Vastaajat eivät olleet saaneet perehdytystä mittarin käyttöön, mutta he olivat käyttäneet mittaria aiemmin. Vastaajat kokivat mittarin käytön helppona, mikä antaa viitteitä siitä, että mittarin ohjeistus on selkeää. Opinnäytetyössä on kuitenkin noussut esiin käytössä olevien toimintakykymittareiden käytön hyvän osaamisen ja tarvittavien koulutusten jatkuvan saatavuuden tärkeys. Kehittämisehdotus on näin ollen se, että hoitajien osaamiseen ja koulutukseen mittareiden suhteen tulisi kiinnittää huomiota. Kyselyn vastausten perusteella sairaanhoidajat kokivat, että laaja ADL-mittari ei anna todenmukaista kuvaa fyysisestä toimintakyvystä. Vastaajat olivat sitä mieltä, että laajaa ADL-mittaria ei tulisi käyttää kotihoidossa enemmän. Voisiko sitä kuitenkin tulevaisuudessa hyödyntää yhdessä muiden toimintakykymittareiden kanssa, jolloin toimintakyvystä voisi saada kokonaisvaltaisemman käsityksen ja näin saada luotettavampia tuloksia asiakkaiden toimintakyvystä. Lisäksi kuntoutuksen ja kuntouttavan työotteen vaikutusta asiakkaiden fyysiseen toimintakykyyn voisi seurata paremmin.

Kyselyyn vastanneiden mukaan suurimmalla osalla asiakkaista laaja ADL-mittari ei mitannut niitä asioita, joissa asiakkaat tarvitsivat apua. Se voi mahdollisesti vaikuttaa siihen, että arviointijakson tuloksissa suurimmalla osalla ei muutoksia tapahtunut ollenkaan. Suurimmalla osalla asiakkaista jo arviointijakson alussa laajalla ADL-mittarilla saatu pistetulos oli 0. Se voi antaa viitteitä siitä, että kyseisillä asiakkailla fyysinen toimintakyky on ollut hyvä ja laaja ADL-mittari ei ole heidän kohdallaan ollut hyödyllisin mahdollinen mittari toimintakyvyn arvioinnissa.

Toimintakykymittareiden käyttöä lisäämällä ja osaamista vahvistamalla voidaan havaita nopeammin asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia, jolloin niihin voidaan reagoida pikaisesti. Mittarit antavat tarkempia tietoja asiakkaan toimintakyvystä kuin pelkkä havainnointi tai haastattelu. Toimintakykymittareita säännöllisesti toimintakyvyn arvioinnin yhteydessä käyttämällä ja

toimintakyvyn muutoksiin ennakoimalla ja puuttamalla voidaan ennaltaehkäistä palvelutarpeiden lisääntymistä asiakkailla.

Tässä opinnäytetyössä on kerrottu kuntoutusosaamisen vahvistamisen, kuntouttavan työotteen toteutumisen, moniammatillisuuden, mittareiden käytön osaamisen vahvistamisen ja tavoitteellisen toiminnan merkityksestä kuntouttavan arviointijakson vaikuttavuuden kannalta. Toimeksiantaja voi näihin asioihin huomiota kiinnittämällä ja niitä kehittämällä saada yksikön toiminnasta vaikuttavampaa. Myös vaikutusten seuranta olisi jatkossa helpompi tehdä kaikkia edellä mainittuja osa-alueita tarkemmin huomioimalla. Vaikutusten seurannan avulla toimeksiantaja voisi jatkuvasti kehittää omaa toimintaansa ja hyödyntää hyväksi havaittuja toimintatapoja yhä enemmän.

9 Pohdinta

Opinnäytetyön aiheesta kiinnostavan ja ajankohtaisen teki ikääntyneiden määrän jatkuva lisääntyminen Suomessa, mikä tulee väistämättä vaikuttamaan myös kotihoidon palvelujen tarpeeseen enenevässä määrin. Hoitotyö on ollut yleisesti esillä viime aikoina valtakunnan laajuisesti ja herättänyt paljon keskustelua. Hoitotyössä esiintyviä epäkohtia on tullut mediassa paljon julki ja myös kotihoito on ollut monesti uutisissa esillä.

Kotihoidolta saamamme aineisto sisälsi 10 asiakkaan pistetulokset asteikolla 0–28 arviointijakson alkaessa ja päättyessä laajalla ADL-mittarilla mitattuna. Aineisto sisälsi myös tiedon asiakkaiden saamista kotihoidon palveluista arviointijakson jälkeen. Aineisto jäi melko suppeaksi ja se teki tulosten tarkastelusta haastavampaa. Laajemman aineiston avulla työn tuloksia olisi ollut helpompi tulkita ja työstä olisi saanut kattavamman sekä enemmän hyödyllisen myös toimeksiantajalle. Kattavampi aineisto olisi myös lisännyt työn luotettavuutta. Työn olisi voinut tehdä koskemaan koko Kainuun soten kotihoitoa, jolloin aineiston keräämiseen olisi voinut ottaa mukaan sukupuolen ja iän, jolloin anonymiteetti olisi ollut helpompi varmistaa kuin pelkästään yhteen kotihoidon yksikköön opinnäytetyötä tehtäessä. Se olisi mahdollistanut tulosten vertailun sukupuolien ja eri ikäisten välillä. Yhden täytetyn kyselylomakkeen vastausten analysoinnin koimme myös haastavaksi, koska emme voineet verrata vastauksia keskenään.

Aiheeseen liittyen tarjolla oli hyvin tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa. Olisimme kuitenkin kaivanneet lisää tutkittua tietoa fyysistä toimintakykyä tukevista tai parantavista kuntoutusmenetelmistä, joita voisi kotihoidossa hyödyntää. Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä oli meille helppo tapa toimia ja edetä opinnäytetyön tekemisessä. Työskentelyssä noudatettiin määrällisen opinnäytetyön menetelmiä ja ohjeita pääasiassa Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaran (2007) Tutki ja kirjoita, Vilkan (2005) Tutki ja kehitä sekä Heikkilän (2008) Tilastollinen tutkimus -teosten avulla. Opinnäytetyössä sivuttiin myös kvalitatiivista menetelmää kyselyn kautta, jossa käytimme myös kirjallisuutta apuna.

Tekstiä kirjoitettaessa pyrittiin huomioimaan kieliasu, tekstin luettavuus ja kappalejaot. Etukäteen pohdittiin muun muassa oleellisia käsitteitä, jotka kuuluvat teoriaosuuteen ja ovat opinnäytetyön kannalta merkittäviä. Kirjoitustyylistä sovittiin jo opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa, jotta teksti on yhdenmukaista. Lisäksi huolehdittiin, että lähdeviitteet ja lähdeluettelo ovat samojen ohjeiden mukaisesti kirjattu.

Opinnäytetyö vaati paljon itseohjautuvuutta ja vastuunottoa. Ohjaavalta ja koordinoivalta opettajalta saimme tarvittaessa ohjausta. Ohjaavan opettajan kanssa pidimme yhteyttä sähköpostitse ja Teamsin välityksellä. Myös koordinoivalta opettajalta kysyimme välillä apua ja tapasimme hänenkin kanssaan Teamsissa.

9.1 Eettisyys

Kuten muihinkin tutkimuksiin, myös opinnäytetyön tekemiseen liittyy eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan tulee ottaa huomioon. Tutkimuseettisten periaatteiden tunteminen liittyen tiedon hankintaan ja julkistamiseen ovat yleisesti hyväksytyjä ja on jokaisen tutkijan vastuulla toimia niiden mukaan. Eettisesti hyvä tutkimus sisältää hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. (Hirsjärvi ym. 2007, 23.) Eettisiin periaatteisiin kuuluu myös, että toisten kirjoittamaa tekstiä ei plagioida eli esitetä omana. Toisen tekstiä lainattaessa on käytettävä asianmukaisia lähdemerkintöjä. (Hirsjärvi ym. 2007, 26.) Opinnäytetyössä teksti kirjoitettiin omin sanoin eikä toisten tekstejä esitetty omina. Kirjoitettaessa huolehdittiin siitä, että lähdeviitteet merkittiin oikein ja kaikki käytetyt lähteet löytyivät lähdeluettelosta.

Eettisenä asiana opinnäytetyöhön liittyi asiakkaiden anonymiteetti, joka huomioitiin tarkasti koko prosessin aikana. Arviointijakson tulokset saatiin toimeksiantajalta sähköisesti. Työn tekijät eivät saaneet missään työn vaiheessa tietää asiakkaiden nimiä, ikää, sukupuolta tai muitakaan yksilöiviä tietoja. Asiakkaista saatavat tiedot eivät näin ollen sisältäneet henkilötietoja, joilla tulokset olisi pystytty yhdistämään tiettyyn henkilöön, joten anonymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan. Asiakkaiden arviointijakson tulosten vertailussa käytettiin numerointia henkilöiden erottamiseksi, ettei tulokset menneet keskenään sekaisin. Myös kyselyyn vastaaminen tapahtui anonymisti, joten vastaajien henkilöllisyys pysyi salassa.

Ihmisarvon kunnioittaminen on tutkimuksen perusta. Pyrkimyksenä on itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen antamalla ihmisille mahdollisuus päättää, osallistuvatko he tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Opinnäytetyössä itsemääräämisoikeus nousi eettiseksi kysymykseksi, koska työn toteutusta varten saatavat asiakkaiden arviointijakson tulokset saatiin toimeksiantajalta ja asiakkaat määräytyivät tietyltä ajanjaksolta tehtävällä otannalla eivätkä opinnäytetyön tekijät lähettäneet asiakkaille suostumuslupaa tutkimukseen. Tässä opinnäytetyössä tutkijat kunnioittivat ihmisarvoa kirjoittamalla tuloksia asiallisesti, totuudenmukaisesti ja kunnioittavaan sävyyn.

Opinnäytetyötä varten tarvittavat toimeksiantajalta saatavat arviointijakson tulokset saimme, kun meillä oli tutkimuslupa. Tutkimuslupa anottiin Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymältä, kun opinnäytetyön suunnitelma oli valmis ja hyväksytty opettajien toimesta. Tutkimuslupa toimitettiin myös vielä kotihoidon esimiehelle ennen tulosten saamista.

9.2 Luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuus koostuu reliabiliteetista ja validiteetista. Reliabiliteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan tulosten tarkkuutta ja mittaustulosten toistettavuutta. Reliabiliteetti antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, joka tarkoittaa, että saman tutkitavan kohteen kohdalla mittausta toistettaessa tulee sama mittaustulos riippumatta siitä, kuka on tutkijana. (Vilka 2005, 161.) Tutkijan pyrkimyksenä on olla kriittinen ja tarkka koko tutkimuksen ajan. On tärkeää osata tulkita tuloksia oikein ja käyttää tuttuja analysointimenetelmiä. (Heikkilä 2008, 30.)

Validius on toinen tutkimuksen luotettavuuden mittari. Se tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä ja tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin selvittää. Jo tutkimusta suunniteltaessa tarkastellaan pätevyyttä. Suunnitteluvaiheessa määritellään tarkkaan perusjoukko, muuttujat, käsitteet ja aineiston kerääminen. Lisäksi suunnitellaan mittari huolellisesti ja varmistetaan, että mittarin avulla saadaan kattavasti koko tutkimusongelmaan vastaus. (Vilka 2005, 161.)

Tässä opinnäytetyössä hyödynnettävä laaja ADL-mittari tuki tutkimuksen luotettavuutta hyvin, koska mittaria on käytetty aiemminkin. Mittari on kansainvälinen, joten sillä saatuja tuloksia voidaan pitää pätevinä. Opinnäytetyössä pyrittiin selkeyteen ja luotettavuuteen. Tutkimuksen kaikki vaiheet selostettiin tarkasti. Tilastolliset taulukoinnit kirjattiin selkeään ja ymmärrettävään muotoon. Tuloksia tulkitessa pyrittiin esittämään perusteluja, miksi tutkijat ovat päätyneet tiettyyn tulkintaan.

Monet asiat voivat vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen heikentävästi. Satunnaisvirheitä voi syntyä, jos esimerkiksi vastaaja ymmärtää asian eri tavalla tai tutkija kirjaa vastauksen väärin. (Vilka 2005, 162.) Otoksen koosta riippuu tiettyyn rajaan saakka tarkkuus tuloksissa. Sattumanvaraisempia tuloksia saadaan, mitä pienempi otos on. (Heikkilä 2008, 187.) Tässä opinnäytetyössä saatiin tulokset 10 asiakkaalta, mikä sovittiin jo tutkimuksen suunnitelmavaiheessa. Analysoitavien tulosten määrä on pieni, mikä voi viitata siihen, että tulokset voivat olla sattumanvaraisia.

Myös kyselyn vastaukset olivat vähäisiä. Niukka aineisto voi vaikuttaa tulosten ja opinnäytetyön luotettavuuteen. Laajemmalla aineistolla opinnäytetyöstä olisi voinut saada tulosten osalta luotettavamman. Laajaa ADL-mittaria käyttävien henkilöiden osaamisen lisääminen voisi parantaa mittarilla saatujen tulosten luotettavuutta.

Tutkijan tulee pyrkiä kriittisyyteen lähteiden valitsemisessa ja niiden tulkitsemisessa. Lähdekriittikissä kannattaa kiinnittää huomiota kirjoittajan arvostukseen ja tunnettavuuteen sekä lähteiden ikään ja alkuperään. Tutkimuksessa tulisi pyrkiä käyttämään tuoreita lähteitä tiedon nopean muuttumisen vuoksi. Alkuperäisten lähteiden käyttöä tulisi suosia, koska tieto voi muuttua hyvin paljon tulkinta- ja lainausketjussa. (Hirsjärvi ym. 2007, 109.) Tässä opinnäytetyössä luotettavuutta arvioitiin yhtenä osana lähteiden kautta. Lähteinä käytettiin mahdollisuuksien mukaan mahdollisimman tuoretta tietoa ja tietoa pyrittiin etsimään luotettavista ja tunnetuista lähteistä. Lähteissä käytettiin vuodesta 2011 lähtien julkaistuja aineistoja, mutta kirjallisuudessa hyväksyttiin myös sitä vanhemmat lähteet. Lähteiden käytössä pyrittiin suosimaan lähteitä, joilla on pysyvä osoite. Jouduimme käyttämään joitakin lähteitä, joissa ei ollut julkaisuvuotta saatavilla. Niissä käytimme tarkkaa harkintaa ja koimme ne tärkeäksi osaksi opinnäytetyötämme.

9.3 Ammatillinen kasvu

Sairaanhoitajakoulutus sisältää ammatillisen osaamisen vaatimuksia ja kompetensseja, joiden tehtävänä on kehittää osaamista, joka ei ole organisaatio- tai tehtäväkohtaista. Kompetenssit ovat samat kaikissa ammattikorkeakouluissa. Sairaanhoitajakoulutuksen tarkoituksena on antaa välineitä oman asiantuntijuuden kehittämiseen ja toimintaympäristön ja yhteiskunnan ymmärtämiseen. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 13–14.) Ammatillinen osaaminen sairaanhoitajaopinnoissa ammattipätevyysdirektiivin mukaan muodostuu eri osa-alueista, joita on 9. Osa-alueita ovat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen ja sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja turvallisuus. (Eriksson ym. 2015, 7–8.)

Opinnäytetyöprosessin avulla sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen ja oman alan asiantuntijuus kehittyy. Opinnäytetyön aiheen mukaan osa kompetensseista vahvistuu prosessin aikana

enemmän kuin toiset. Olemme tehneet yhteistyötä prosessin aikana työelämän edustajan, ohjaavan opettajan ja koordinoivan opettajan kanssa. Tiimityöskentelytaidot ovat vahvistuneet opinnäytetyön tekemisen myötä.

Kotihoitoon tarkempi perehtyminen ja siihen liittyvän näyttöön perustuvan tiedon etsiminen vahvistivat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön ja näyttöön perustuvan toiminnan osaamista. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö on hyvin laaja. Vaikka meillä oli jo ennestään näkemystä ja tietoa kotihoidon toimintaympäristöstä, tuli moni asia uutena. Näyttöön perustuvan tiedon etsiminen ja löytäminen kehittyi opinnäytetyöprosessin aikana ja monet eri tietokannat tulivat tutuksi.

Opinnäytetyöprosessin organisointi kehitti johtamisen ja yrittäjyyden taitojamme. Parityöskentely vaati vastuun jakamista ja aikatauluttamista. Kokonaisuuksien hahmottaminen oli myös tärkeä osa opinnäytetyötä. Parityöskentely antoi uuden näkökulman prosessiin. Parilta pystyi pyytämään palautetta ja apua. Lisäksi yhdessä pystyimme pohtimaan haastavia tilanteita ja etsimään niihin ratkaisuja.

Opinnäytetyöprosessi oli kokonaisuudessaan vaativa. Opinnäytetyö vaati paljon pohtimista ja kirjallisuuteen perehtymiseen ja lähteiden etsimiseen kului runsaasti aikaa. Työn tekeminen tuntui välillä hankalalta, sillä prosessi ei aina edennyt suunnitelmien mukaisesti. Henkilökohtainen ajankäyttö ja yhteisen ajan löytäminen oli toisinaan hyvin haasteellista. Pääasiassa työskentely tapahtui etäyhteyksien kautta, koska opinnäytetyön tekijät asuvat eri paikkakunnilla. Toista tukemalla ja hyvällä työskentelyhengellä prosessia saatiin onnistuneesti tehtyä ja molemmilla tekijöillä onnistui hyvin myös itsenäinen työskentely. Tämä työ oli meidän ensimmäinen opinnäytetyömme, joten kaikkien uusien asioiden sisäistäminen ja opinnäytetyön vaiheiden omaksuminen tuntui välillä haastavalta.

Opinnäytetyöprosessi on ollut opettavainen ja ammatillisesti kehittävä. Prosessin avulla pääsimme tutkimaan monipuolisesti kotihoitoon liittyviä asioita ja fyysisen toimintakyvyn muutoksia ikääntyneillä. Tulosten kirjaaminen kaavioiksi oli mielenkiintoinen vaihe ja se antoi lisää ymmärrystä myös työn tekijöille tutkimuskysymykseen vastauksen saamiseksi. Lisäksi kyselyn vastausten läpikäyminen ja analysointi oli kiinnostavaa ja se opetti paljon uutta.

9.4 Jatkotutkimusaihe

Olisi mielenkiintoista, jos tähän aiheeseen liittyen tehtäisiin opinnäytetyö, jossa aineistoon otetaan mukaan asiakkaiden iät ja sukupuolet. Sen avulla voisi saada tietoa siitä, miten fyysinen toimintakyky muuttuu eri ikäisillä ja onko sukupuolten välillä eroja. Lisäksi tutkimus, jossa muutamalle kotihoidon uudelle asiakkaalle tehtäisiin laajaa ADL-mittaria hyödyntäen fyysisen toimintakyvyn mittaus, joka toistettaisiin samoille asiakkaille vuoden tai kahden kuluttua olisi mielenkiintoinen. Siinä näkisi millaisia muutoksia asiakkailta tapahtuu fyysisessä toimintakyvyssä kotihoidon palvelujen aloittamisen jälkeen pidemmällä aikavälillä.

Mielenkiintoinen tutkimus olisi myös sellainen, jossa selvitettäisiin, minkälaiset kuntoutusmenetelmät vaikuttavat fyysiseen toimintakykyyn. Kotihoidon ympäristössä fysioterapeutti voisi tehdä asiakkaille kuntoutussuunnitelmat, joista tutkittaisiin, mitkä menetelmät aidosti kehittävät ikäihmisten fyysistä toimintakykyä. Kuntoutussuunnitelman avulla voisi tutkia myös sitä, miten suuri merkitys moniammatillisella tiimillä on kotihoidossa.

Lähteet

Autio, T. & Vesterinen, P. (2011). *Katzin indeksi*. TOIMIA-tietokanta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Duodecim Terveysportti.

Autti-Rämö, I. (2021). *Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi*. Duodecim, Vuosikerta. 137, Nro 13, Sivut 1369–1374. <http://hdl.handle.net/10138/346214>

Elo, M., Eloranta, S. & Katajapuu, N. (2022). *Mikä on kuntouttavan työotteen jalansija ikäihmisten hoitotyössä?* Gerontologia, 36(2), 189–195. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.114677>

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisis, E-L. (2015). *Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen - Sairaanhoidajakoulutuksen tulevaisuus -hanke*. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Porvoo: Bookwell Oy.

Ervasti, J., Kausto, J., Leino-Arjas, P., Turunen, J., Varje, P. & Väänänen, A. (2022). *Työkyvyn tuen vaikuttavuus. Tutkimuskatsaus työkyvyn tukitoimien työkyky- ja kustannusvaikutuksista*. Valtioneuvoston kanslia. Helsinki: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-131-5>

Finne-Soveri, H., Äijö, M., Tolonen, E., Rehula, P., Vähäkangas, P., Patronen, M., Autio, T., Haimi-Liikkanen, S. & Havulinna, S. (2020). *Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä*. TOIMIA-suositus. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020060540983>

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä ikäikäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta. (2020). Saatavilla 22.10.2022. <https://finlex.fi/fi/esitykset/he/2020/20200004.pdf>

Havulinna, S. (2019). *RAI-järjestelmän yleiskuvaus*. TOIMIA-tietokanta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Duodecim Terveysportti.

Heikkilä, T. (2008). *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.

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

Jalkanen, P. (2017). *Kuntouttava työote kotihoidon työntekijän näkökulmasta*. Pro Gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20170754>

- Josefsson, K., Mäkelä, M., Gerasin, A., Ranta, O., Havulinna, S. & Noro, A. (2021). *Millaisia tavoitteita iäkäs kotihoidon tai ympärivuorokautisen hoidon asiakas asettaa hoidolleen?* Gerontologia, 35(3), 217–230. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.99232>
- Juvonen, T. & Karhunen, S. (2018). *Kuntouttava arviointijakso Varkauden kotihoidossa: Asiakkaiden kokemuksia kuntouttavasta arviointijaksosta.* AMK-opinnäytetyö. Savonian ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018121722053>
- Jyväkorpi, S. K., Strandberg, T., Urtamo A., Pitkälä, K., Suominen, M., Kokko, K. & Heimonen, S. (2020). *Ikääntyneiden terveys, elämänlaatu, toimintakyky ja mielen hyvinvointi.* Gerontologia 34(4), 339–344.
- Jämsén, A. (2018). *Arvokasta vanhuutta, turvallista arkea.* AVOT-hanke Pohjois-Karjalassa. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4018-5>
- Järvinen, H. (2013). *Mittarikäsikirja.* Raisoft. Oulu: RAI Screener.
- Kallio, M. (2022). RAI-erityisasiantuntija. Sähköposti 1.2.2022.
- Kananen, J. (2019). *Opinnäytetyön ja pro gradun pikaopas. Avain opinnäytetyön ja pro gradun kirjoittamiseen.* Jyväskylä: PunaMusta Oy.
- Kariniemi, K. S., Siira, H., Kyngäs, H. & Kaakinen, P. (2020). *”Vanhakin on ihminen” Ikääntyneiden kokemuksia vahvuuksistaan, voimavaroistaan ja kotihoidosta.* Gerontologia, 34(1), 25–42. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.80436>
- Kehusmaa, S., Alastalo, H., Marjeta, N. & Mielikäinen, L. (2018). *Asiakasohjaus päättää tulevaisuudessa iäkkään palveluista – työntekijöiden koulutusta pitää lisätä.* Tutkimuksesta tiiviisti 37, marraskuu 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-217-8>
- Kehusmaa, S., Erhola, K. & Luoma M-L. (2017). *Kotihoidon henkilöstön kuntoutusosaamista on vahvistettava.* Tutkimuksesta tiiviisti 20, elokuu 2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-901-9>
- Kettunen, P. (2017). *Vaikuttavuuden arviointi sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluissa.* Turun kaupunki. Kaupunkitutkimusohjelma. Saatavilla 24.10.2022. https://www.turku.fi/sites/default/files/atoms/files/tutkimusraportti_2-2017.pdf

Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. (2018). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa*. FinTerveys 2017 -tutkimus. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Kotihoito. N.d. Kainuun sote. Saatavilla 24.10.2022. <https://sote.kainuu.fi/kotihoito>

L 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

L 1326/2010. Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Lehto-Niskala, V. (2021). *Toimintakyky hoivapolitiikan ja hoidon arjen risteyksessä: Ikääntyneiden ympärivuorokautisen hoidon asukkaiden, heidän perheenjäsentensä sekä hoitajien käsityksiä toimintakyvystä ja kuntoutuksesta*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-2054-6>

Lehto-Niskala, V., Jolanki, O., Pulkki, J. & Jylhä, M. (2021). *Kuntoutus ikääntyneiden pitkäaikais-hoidossa asukkaiden ja hoitajien näkökulmasta*. Yhteiskuntapolitiikka, 86(1), 50–59. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202102164933>

Lotvonen, S. (2019). *Palvelutaloon muuttaneiden ikääntyneiden fyysinen toimintakyky, sen muutos ja toimintakykyyn yhteydessä olevat tekijät ensimmäisen asumisvuoden aikana*. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526222967>

Niskanen, S., Forma, L., Salminen, A-L. & Aho, A. L. (2021). *Kartoittava kirjallisuuskatsaus ikääntyneiden arkikuntoutuksen ominaispiirteistä*. Gerontologia, 35(1), 13–31. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.90116>

Penttinen, L., Kehusmaa, S., Havulinna, S. & Alastalo, H. (2018). *Kotihoitoon tarvitaan lisää kuntoutusosaamista*. Tutkimuksesta tiiviisti 34, joulukuu 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-214-7>

Penttinen, L., Kolehmainen, L., Alastalo, H., Havulinna, S. & Valkeinen, H. (2020). *Toimintakykyä arvioidaan kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa monialaisesti*. Tutkimuksesta tiiviisti 07/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-500-1>

Pulkkinen, P., Hammar, T. & Jokinen, S. (2022). *Muistisairaahan henkilön oma näkemys huomioitava paremmin kotihoidossa*. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-832-3>

Puusa, A. & Juuti, P. (2020). *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Helsinki: Gaudemus Oy.

Rahikka, A. (2017). *Yhteistoiminnallinen kehittäminen ikääntyneiden kuntoutuksessa*. Gerontologia, 31(3), 227–233.

Ristolainen, H., Tiilikainen, E. & Rissanen, S. (2018). *Kotona asuvien ikäihmisten palveluohjauksen vaikuttavuus – kuvaileva kirjallisuuskatsaus*. Gerontologia, 32(4), 252–274. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.75681>

Riukka, L., Rouvinen, M., Airaksinen, M., Puustinen, J., Lavonius, S. & Toivo, T. (2021). *Terveydentila- ja toimintakykymittareiden hyödyntäminen lääkehoidon toteutuksessa iäkkäiden kotihoidossa*. Dosis 37: 412–429. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202202011757>

Rummukainen, M-L. (2013). *Antimicrobial use and infections in Finnish long-term care facilities*. National institute for health and welfare. Helsinki. University of Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-917-6>

Sainio, P., Valkeinen, H., Stenholm, S., Vaara, M. & Rinne, M. (2020). *Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen ja arviointi väestötutkimuksissa*. TOIMIA-verkosto. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020092375554>

Saukkonen, S-M., Mölläri, K. & Puroharju, T. (2021). *Kotihoito 2020. Yli puolella säännöllisen kotihoidon asiakkaista palvelujen käyttö on päivittäistä*. Tilastoraportti 27/2021, 6.9.2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021090645178>

Siira, H., Lotvonen S., Saarela, K. & Kyngäs, H. (2021). *Kuntouttava työote 2.0 – Terapeuttilähtöisyydestä hoitajakeskeiseen kuntoutumista edistävään hoitotyöhön*. Gerontologia, 35(1), 76–81. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.91984>

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. (2020). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023*. Helsinki. AT-Julkaisutoimisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2017). *Sosiaalihuoltolain soveltamisopas*. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3959-2>

Sosiaali- ja terveysministeriö. N.d. *Kotisairaanhoidon ja kotisairaalahoidon*. Helsinki. Saatavilla 24.10.2022. <https://stm.fi/kotisairaanhoidon-kotisairaalahoidon>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2018). *Keski-Suomen kotikuntoutuskokeilun tulokset ja suositukset – Kukoistava kotihoito -hankeen osaraportti*. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4008-6>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. N.d. *RAI-arviointi*. RAI-verkkokoulu. Saatavilla 24.10.2022. <https://verkkokoulut.thl.fi/login/index.php>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2022). *RAI-välineistö iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnissa*. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022040126609>

Tolonen, E. (2022). *Ikääntyneiden pyöröovi-ilmiön yleisyys ja alueelliset erot: Mitkä tekijät ovat yhteydessä kotihoidon asiakkaiden toistuviiin sairaalajaksoihin?* Gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:hulib-202205182081>

Tolonen, E. (2018). *Ikäikäiden maakunnallinen palvelukokonaisuus Kainuussa*. Kajaani: Kainuun sote. Saatavilla 21.10.2022. https://stm.fi/documents/1271139/12617122/Kainuu_Ik%C3%A4ihmisten+palvelukokonaisuussuunnitelma_041218.pdf/5a69dcda-9b04-9b19-e446-7ae04d954c3e/Kainuu_Ik%C3%A4ihmisten+palvelukokonaisuussuunnitelma_041218.pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. (2005). *Tutki ja kehitä*. Helsinki: Tammi.

Vähäkangas, P., Niemelä, K., Mäkelä, M. & Noro, A. (2017). *Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen: RAI-tunnuslukuja hyödyntäen*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-981-1>

Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. (2012). *Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähihoitaminen – Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-688-5>

Väyrynen, R. & Kuronen, R. (2014). *Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2013. Tilastojulkistus*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2014062629515>

Åström, M. (2021). *Physical performance in older adults: Association with glucose regulation and telomere length*. Helsinki: Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-7453-6>

Äijö, M., Kauppinen, T., Niskanen, S., Rasmus, M., Unkeri, P., Tunkkari, A-M. & Havulinna, S. (2022). *Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointi kotikuntoutuksessa: TOIMIA-suositus*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022100361035>

Kansikuvan lähde: Pixabay. Saatavilla 11.12.2022. <https://pixabay.com/fi/photos/k%c3%a4det-vanha-vanhuus-vanhukset-2906458/>

Liite 1

Saatekirje

20.9.2022

Hei!

Olemme 3. vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Kajaanin ammattikorkeakoulusta.

Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Arviointijakson vaikuttavuus fyysisen toimintakyvyn osalta yhdessä Kainuun sotien kotihoidossa”.

Olemme jo aiemmin saaneet teiltä 10 asiakkaan tiedot laajan ADL-mittarin tuloksista arviointijakson alussa ja lopussa. Nyt haluaisimme tämän kyselyn avulla saada teiltä sairaanhoitajilta lisää tietoa näiden asiakkaiden fyysisestä toimintakyvystä.

Kysely on sähköisessä muodossa. Pyydämme ystävällisesti, että lähetätte täytetyn kyselyn meille vastaamisenne jälkeen. Vastaaminen tapahtuu anonyymisti.

Pyydämme, että vastaisitte kyselyyn **28.9.2022 mennessä**.

Ystävällisin terveisin,

Hanna Karppinen

hannakarppinen10@kamk.fi

Saana Karvonen

saanakarvonen3@kamk.fi

Liite 2

Kysely 10 asiakkaan fyysisestä toimintakyvystä**1. Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä? Laita rasti sopivaan vaihtoehtoon.**

1= täysin eri mieltä, 2= eri mieltä, 3= en osaa sanoa, 4= samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä

1. Asiakkaiden fyysinen toimintakyky muuttui merkittävästi arviointijakson aikana.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Oikeat pistemäärät oli helppoa antaa/valita mittausta suorittaessa.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Laajan ADL-mittarin käyttö oli helppoa minulle.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Laaja ADL-mittari antaa todenmukaisen kuvan asiakkaan fyysisestä toimintakyvystä.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Arviointijakso on liian lyhyt aika fyysisen toimintakyvyn arvioimiseen.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Oletko saanut perehdytyksen laajan ADL-mittarin käyttöön?

kyllä	en
-------	----

3. Oletko käyttänyt laajaa ADL-mittaria koskaan aiemmin?

kyllä	en
-------	----

4. Pitäisikö mielestäsi laajaa ADL-mittaria käyttää enemmän kotihoidossa?

kyllä	ei
-------	----

5. Miten mielestäsi arviointijakson vaikuttavuutta voisi kehittää fyysisen toimintakyvyn osalta?

6. Miten mielestäsi 10 asiakkaan fyysinen toimintakyky muuttui arviointijakson aikana? Kuvaile omin sanoin. Jos mahdollista, erittele asiakas kerrallaan numeroin 1–10 anonymiteetti huomioiden.

7. Millaisia konkreettisia muutoksia asiakkailla esiintyi fyysisessä toimintakyvyssä arviointijakson aikana?

Kiitos vastauksistanne!

Liite 3

Laajan ADL-mittarin tulosten keskiarvo

Tuloksia tarkastellessa huomataan, että pistemäärissä ei ole kovin suuria eroja. Tarkastellaan mikä keskiarvo mittaustuloksille tulee sekä arviointijakson alussa että lopussa. Keskiarvo lasketaan summaamalla kaikki mittaustulokset yhteen, jonka jälkeen luku jaetaan havaintojen lukumäärällä.

Aritmeettinen keskiarvo lasketaan seuraavalla kaavalla: $\bar{x} = \frac{x_1+x_2+\dots+x_n}{n} = \frac{\sum x_i}{n}$

ADL-tulokset alussa olivat 4, 0, 1, 0, 0, 0, 0, 0, 3 ja 2. Eli $x_1 = 4$, $x_2 = 0$, $x_3 = 1$, $x_4 = 0$, $x_5 = 0$, $x_6 = 0$, $x_7 = 0$, $x_8 = 0$, $x_9 = 3$ ja $x_{10} = 2$. Havaintojen lukumäärä eli $n = 10$.

$$\bar{x} = \frac{x_1+x_2+\dots+x_{10}}{10} = \frac{\sum x_i}{10} = \frac{4+0+1+0+0+0+0+0+3+2}{10} = 1$$

Arviointijakson alussa asiakkaiden keskiarvo laajan ADL-mittarin tuloksissa on siis 1.

ADL-tulokset lopussa olivat 6, 0, 1, 0, 0, 0, 0, 0, 0 ja 1. $x_1 = 6$, $x_2 = 0$, $x_3 = 1$, $x_4 = 0$, $x_5 = 0$, $x_6 = 0$, $x_7 = 0$, $x_8 = 0$, $x_9 = 0$ ja $x_{10} = 1$.

$$\bar{x} = \frac{x_1+x_2+\dots+x_{10}}{10} = \frac{\sum x_i}{10} = \frac{6+0+1+0+0+0+0+0+0+1}{10} = 0,8$$

Arviointijakson lopussa asiakkaiden keskiarvo laajan ADL-mittarin tuloksissa on 0,8.

Liite 4

Opinnäytetyön aineistohallintasuunnitelma**1. Aineistojen yleinen kuvaus**

Opinnäytetyössä käytetään kahta aineistoa, joista ensimmäinen on valmis aineisto, joka saadaan suoraan toimeksiantajalta. Aineisto koostuu asiakkaiden arviointijakson tuloksista. Opinnäytetyön tekijät saavat aineiston käyttöön tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Toisena tutkimusaineistona on sähköisesti toteutettu kysely.

2. Aineiston dokumentaatio ja laatu

Valmiista aineistosta ja kyselyn vastauksista saatavat tiedot ovat sähköpostissamme, josta ne analysoidaan mahdollisimman pian opinnäytetyön raporttipohjalle. Aineisto ja kysely eivät sisällä tunnistetietoja.

3. Säilytys ja varmuuskopiointi

Valmis aineisto ja kyselyn vastaukset säilytetään tietokoneella käyttäjätunnuksen ja salasanojen takana. Opinnäytetyötä säilytetään OneDriven pilvipalvelussa, jonne vain me pääsemme. Tutkimuksen aineistot hävitetään asianmukaisesti tiedostoistamme opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskyseymykset

Aineistot vastaanotetaan nimettömänä eikä valmiiseen aineistoon sisältyvien 10 kotihoidon asiakkaan arviointijakson tuloksissa ole mitään arkaluontoisia tietoja, jotka pystyttäisiin yhdistämään tiettyyn henkilöön eikä henkilöitä pysty tunnistamaan tietojen perusteella. Myöskään kysely ei sisällä mitään tunnistetietoja. Tutkimuslupa opinnäytetyötä varten on hankittu Kainuun sotelta.

5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys

Kyselyn vastaukset hävitetään prosessin loppuksi, joten kyselystä syntyviä tuloksia ei ole mahdollista käyttää alkuperäisessä muodossaan myöhemmin. Valmis aineisto on toimeksiantajan omistuksessa ja hallussa. Toimeksiantaja vastaa valmiin aineiston jatkokäytöstä.