

VANHUKSEN FYYSISEN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN
KOTIHOIDOSSA

Afshin Jebrail
Opinnäytetyö, Syksy 2015
Diakonia-ammattikorkeakoulu,
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Jebrail, Afshin. Vanhuksen fyysisen toimintakyvyn tukeminen kotihoidossa.

Helsinki, Syksy 2015, 38 s., 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidtaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli löytää käyttökelpoisia toimintamenetelmiä, joiden avulla voidaan parantaa kotona asuvien vanhusten elämänlaatua ja fyysistä toimintakykyä. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli myös selvittää kotihoidon avuin kotona asuvien vanhusten fyysisistä toimintakykyä tukevia tekijöitä ja tuottaa tietoa kotihoidon työntekijöille siitä, miten he voivat omalla toiminnallaan tukea asiakkaiden fyysistä toimintakykyä. Tarkoituksena oli myös selvittää Helsingin Lauttasaaren lähialueen kotihoidon hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia kotona asuvien ikäihmisten fyysisen toimintakyvyn tukemisesta.

Tämä tutkimus on laadullinen. Aineistonkeruumenetelmänä hyödynnettiin avoimia kysymyksiä haastattelemalla viittä kotihoidon hoitajaa. Aineiston analysointi perustui teemoitteluun tutkimuskysymysten mukaan.

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että haastatellut hoitajat olivat tietoisia kotihoidon vanhusasiakkaiden fyysisen toimintakyvyn tukemisen periaatteista. He osasivat myös määritellä fyysisen toimintakyvyn tukemista ja sen toteuttamiseen liittyviä keskeisiä menetelmiä, kuten kuntoutuksen, ravitsemushoidon ja kivunhoidon. Lisäksi kävi ilmi, että hoitajien riittämätön aika ja joidenkin hoidettavien oma kiinnostuksen puute kuntoutumiseensa, olivat tärkeimmät esteet vanhusasiakkaiden fyysisen toimintakyvyn parantamiseksi.

Tämä tutkimus voisi auttaa kotihoidon hoitohenkilökuntaa ottamaan enemmän huomioon, miten voidaan parantaa hoidossa olevien vanhusasiakkaiden terveydentilaa ja fyysistä toimintakykyä tulevaisuudessa.

Asiasanat: kotihoito, fyysinen toimintakyky, liikkumiskyky, kuntoutus, vanhustyö

ABSTRACT

Jebrail, Afshin.

Promotion of functional ability of elders in home care.

38 p., 3 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2015.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing, Degree: Nurse.

The aim of this thesis was to find useful operating procedures that can be used to improve the quality of life and functional ability of elders living at home. Another aim of this thesis was also to clarify factors that support functional ability and provide information for home care workers about how they can promote the functional ability of customers. The aim was also to clarify the views and the experiences of home care workers of local service area of Lauttasaari in the City of Helsinki related to promotion of functional ability of elders living at home.

The method of this study was qualitative. As the research material five home care workers were interviewed using open questions, and the answers were analyzed using thematic analysis.

According to the results of the study, the interviewed home care workers were aware of the principles of factors that support functional ability of elder customers of home care. They could also define the promotion of functional ability and related essential methods such as rehabilitation, nutritional care and pain treatment. Also it was revealed that lack of time of workers and lack of interest of some of the elder customers related to their rehabilitation were the main barriers of performing procedures for improving functional ability.

This study can help medical staff of home care units to pay more attention to how to improve the state of health and functional ability of elder customers in the future.

Keywords: home care, functional ability, locomotion, rehabilitation, elderly care

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 VANHUKSEN KOTONA SELVIYTYMINEN.....	6
2.1 Vanhuksen päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen.....	6
2.2 Kotihoito vanhuksen kotona suoriutumisen tukena.....	8
3 FYYSISEN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN.....	9
3.1 Liikkumiskyvyn seuranta ja arviointi.....	11
3.2 Kuntoutus.....	12
3.3 Kuntouttava työote.....	14
3.4 Ravitsemuksen vaikutus toimintakykyyn.....	15
3.5 Unen ja levon vaikutus toimintakykyyn.....	18
3.6 Kroonisen kivun vaikutus toimintakykyyn.....	19
3.7 Ohjaus ja neuvonta.....	20
4 KAATUMISTAPATURMIEN EHKÄISY.....	21
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	22
6 OPINNÄYTETYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ.....	23
7 LAADULLINEN TUTKIMUS JA AVOIMET KYSYMYKSET.....	23
8 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI.....	24
9 HAASTATTELUN AINEISTON TULOKSET.....	25
9.1 Fyysisen toimintakyvyn tukeminen.....	25
9.2 Kotihoidon hoitajan kuntouttava työote.....	28
9.3 Omaisten huomioon ottaminen.....	28
9.4 Asiakkaiden kuntouttamisen haasteiden selvittely.....	29
10 POHDINTA.....	29
10.1 Tulosten pohdinta.....	30
10.2 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat.....	31
10.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	32
LÄHTEET.....	34
LIITE 1: Kotihoidon hoitajien avointen kysymysten runko	
LIITE 2: Informaatiokirje	
LIITE 3: Suostumus haastattelun nauhoittamiseen	

1 JOHDANTO

Vanhusten toimintakyvyn ylläpitäminen on erittäin tärkeää. Kuntouttavan hoitotyön avulla voidaan lykätä kuukausista vuosiin kotona asuvien vanhusten joutumista sairaaloihin ja hoitolaitosten pitkäaikaishoitoon. Näin voidaan vähentää sekä vanhusten, että kuntien hoitokustannuksia pitkällä aikavälillä. (Heinola & Luoma 2007, 42.)

Yhteiskunnan nykyisessä taloudellisessa tilanteessa säästöohjelmien ja leikkausten ohella tarvitaan myös rakenteellisia ja asenteellisia muutoksia ja uudistuksia, joilla yhteiskunnan varoja käytetään mahdollisimman järkevästi ja asianmukaisesti. Vanhusten hoidossa tämä edellyttää kaikkien jäljellä olevien voimavarojen mukaan ottamista jakamalla vastuuta ja parantamalla palvelujen muotoja. Tässä yhteydessä etenkin omaisten roolin korostaminen ja kotihoidon palvelujen tehostaminen ovat tärkeitä menetelmiä vahvistaa vanhusten voimavaroja.

Vanhusten kotona asuminen ja siellä mahdollisimman pitkään pärjääminen edellyttävät vanhusten toimintakyvyn tukemista. Toimintakyvyllä tarkoitetaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Tämän opinnäytetyön aiheeksi olen valinnut vanhuksen fyysisen toimintakyvyn tukemisen kotihoidossa. Työ on tehty yhteistyössä Helsingin kaupungin Lauttasaaren lähipalvelualueen kanssa.

Kiinnostuin vanhusten fyysisen toimintakyvyn tukemisesta kotioloissa suorittaessani sairaanhoitajaopintoihin kuuluvaa harjoittelua ja ollessani myöhemmin kesätöissä kotihoidossa. Huomasin, miten tärkeää on tukea vanhusten fyysistä toimintakykyä ja kotona selviytymistä kotihoidon avulla. Opinnäytetyössäni tarkastellaan ainoastaan kotihoidon vanhusasiakkaiden fyysisen toimintakyvyn tukemiseen liittyviä asioita.

2 VANHUKSEN KOTONA SELVIYTYMINEN

Suomessa on nykyään paljon kotona asuvia ikäihmisiä, joiden fyysinen kunto heikkenee iän myötä. Sosiaali- ja terveysministeriön linjauksen mukaan pyritään tulevaisuudessa hoitamaan vanhuksia mahdollisimman pitkään omissa kodeissaan. Tämä tuottaa uusia haasteita vanhuksille, omaisille ja hoitohenkilökunnalle. Kotihoidon rooli tulee korostumaan yhä enemmän edellyttäen palvelujen tehostamista hyödyntämällä parempia toimintamalleja, joiden avulla voidaan ylläpitää kotona asuvien vanhusten toimintakykyä. Kotihoidon tärkeä kehitysidea on se, että vanhus on itse keskeisessä roolissa ja hyvä toimintakyky tukee elämänlaatua viimeisinä elinvuosina. (Ikonen & Julkunen 2008, 134.)

2.1 Vanhuksen päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen

Vanhuksen päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen käsitteestä on olemassa monenlaisia määritelmiä, joiden keskeinen sisältö voidaan jakaa kahteen tasoon: päivittäisistä perustoiminnoista suoriutuminen ja päivittäisistä välineellisistä toiminnoista suoriutuminen. Päivittäisissä perustoiminnoissa suoriutumiseen tarvitaan fyysisiä voimavaroja suoriutua elämän perustoiminnoissa, joita ovat peseytyminen, pukeutuminen, WC:ssä käyminen, liikkuminen, pidätyskyky ja syöminen. Välineellisistä toiminnoista suoriutumiseen tarvitaan vanhuksen talouden ja hänen oman ympäristönsä hoitamisen kannalta välttämättömiä fyysisiä voimavaroja. Välineellisiä toimintoja ovat muun muassa ostosten tekeminen, ruoan valmistus, pyykin pesu, liikkuminen paikasta toiseen, omasta lääkityksestä huolehtiminen ja puhelimen käyttö. Näistä välineellisistä toiminnoista suoriutuminen vaatii kehittyneempiä ja monipuolisempia fyysisiä ja kognitiivisia voimavaroja verrattuna perustoiminnoista suoriutuminen. (Valta 2008, 17–18.)

Toimintakyvyn arviointia varten on monenlaisia mittareita, joista yksi yleisimmistä on RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument), jolla voidaan järjestelmällisesti mitata ja arvioida hoidettavan hoidon ja palvelujen laatua. RAI-järjestelmän kysymysten avulla arvioidaan ja määritellään hoidettavan monipuolisia tarpeita ja niiden mukaan suunnitellaan tarvittava hoitoa ja palveluja. RAI-järjestelmä käsittelee

hyvin laajasti ja monipuolisesti hoidettavan toimintakykyyn liittyviä osa-alueita, esim. arjesta suoriutuminen, psyykkinen, älyllinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Näistä etenkin arjessa suoriutumiseen liittyvät kysymykset käsittelevät hoidettavan fyysiseen toimintakykyyn liittyviä osa-alueita. RAI-järjestelmän BADL (Basic Activities in Daily Living) käsittelee näitä perusfyysisiä toimintoja. Lisäksi RAI-järjestelmästä on tehty erilaisia RAI-versioita riippuen hoidon ja palvelun muodosta ja toimintaympäristöstä. Myös kotihoidolle on oma RAI-versio, eli MDS-HC (Minimum Data Set for Home-Care) kysymyssarja, jossa RAI-järjestelmän perusrakenteen yhteiskysymysten lisäksi on kotihoidolle sovellettuja kysymyksiä. Hoitohenkilökunnasta se hoitaja, joka parhaiten tuntee asiakasta, tekee arvioinnin kysymällä asiakkaalta ja omaisilta tai läheisiltä, havainnoimalla asiakkaita, neuvottelemalla hoito- ja palvelutiimin jäsenten kautta. (Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas & Noro (toim.) 2006, 24–31.)

Kotihoidon RAI-version fyysistä toimintakykyä selvittävät kysymykset ovat päivittäiset toiminnot, eli ADL (Activities in Daily Living) osio. Siinä arvioidaan hoidettavan jokapäiväiseen elämään liittyviä välttämättömiä toimintoja ja toistuvat päivittäin useita kertoja seuraavasti: kyky vaihtaa asentoa ja liikutella itseään vuoteessa, kyky siirtyä tasolta toiselle, kyky liikkua paikasta toiseen kotona, pukeutuminen ja riisuutuminen, kyky liikkua paikasta toiseen kodin ulkopuolella, ruokailu, WC:n käyttö, henkilökohtainen hygienia, kylpeminen. (Finne-Soveri ym. 2006, 71.) Myös RAI-järjestelmän IADL (Instrumental Activities of Daily Living) käsittelee välineellisiä toimintoja (Heinola & Luoma 2007, 36).

Vanhusten fyysisen toimintakyvyn arviointia varten kotihoidon käytössä on myös toinen käytetympi mittari nimellä RAVA-mittari, jolla voidaan mitata vanhusten fyysistä- ja kognitiivista toimintakykyä ja päivittäisen avun tarvetta. RAVA-mittarin arvot voivat vaihdella 1,29–4,02 välillä. Siinä suurempi arvo tarkoittaa heikompaa ja pienempi arvo parempaa toimintakykyä. (Ikonen & Julkunen 2008, 99.)

2.2 Kotihoito vanhuksen kotona suoriutuminen tukena

Sosiaalihuoltolain (710/1982) 20 § mukaan kotipalveluilla tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista.

Kotisairaanhoidotyö on terveyskeskuksen valvonnassa ja kotisairaanhoidoyksikön avulla tapahtuvaa hoitoa sairaan asiakkaan kotona. Tämä hoito perustuu ennalta laadittuun hoitosuunnitelmaan. Sairaan ihmisen kotisairaanhoidon asiakkaaksi tulemisesta päättää terveyskeskuksen hoitava lääkäri yhdessä kotosairaanhoidajien kanssa. (Sanerma 2009, 50.)

Suomessa kotihoito-käsitettä ei ole tarkasti määritelty. Yleiset määritelmät hieman eroavat toisistaan johtuen osittain kotihoidon laajasta ja monipuolisesta asiakasryhmästä, hoidon antajasta, hoidon sisällöstä ja tavoitteista. Määritelmässä yhteistä on se, että kotihoito auttaa asiakkaita selviytymään kotona ja päivittäisissä toiminnoissa suoriutumisessa ja sisältää sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa. (Sanerma 2009, 41–43.)

Nykyään suurin osa kotihoidon asiakkaista on huonokuntoisia ja monisairaita vanhuksia, joiden etenkin fyysisen toimintakyvyn merkittävä heikkeneminen on johtanut ulkopuolisen tahon avun tarpeeseen päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseksi. Kotihoidon suurin asiakasryhmä on 75–84-vuotiaat. Näiden asiakkaiden toimintakyvyn vajavuuden taustalla on ikääntymisen lisäksi perussairauksia ja mielenterveysongelmia, muun muassa sydän- ja verisuonisairauksia, tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia ja muistisairauksia. (Ikonen & Julkunen 2008, 133.)

Ikäihmisten fyysisen toimintakyvyn tukeminen on kotihoidon tärkeimpiä tehtäviä ja sen vuoksi on tärkeää, että jokainen kotihoidon hoitaja on tietoinen tästä asiasta ja kuntouttavan työtteen tarpeellisuudesta. Kuntouttavassa hoidossa otetaan huomioon muun muassa hoidettavan kuntoutusohjelma, jonka säännöllisestä toteutumisesta huolehditaan. Myös terveellinen ja monipuolinen ruokavalio ja riittävä uni auttavat ja

vahvistavat vanhusten fyysistä toimintakykyä ja elämänlaatua. Kuntouttavan hoitosuunnitelman laatimiseksi on tärkeää sopia siitä vanhuksen ja omaisten kanssa yhteisymmärryksellä. Etenkin kotihoidon työntekijöiden ja omaisten hyvä yhteistyö auttaa vanhusasiakkaan tehokasta tukemista. Omaiset ovat tärkeitä voimavaroja vanhukselle ja yhteistyökumppaneita kotihoidolle sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisvaiheessa että toteutusvaiheessa. Kotihoidon nimetyn omahoitajan ja asiakkaan omaishoitajan tiivis yhteistyö mahdollistavat omaisten osallisuutta hoidon kehittämiseen. (Sanerma 2009, 78; Heinola & Tepponen 2007, 68–69.)

Ihmisten hoitaminen vaatii hoitajalta moniulotteista ja syvää tuntemusta hoidettavien hyväksi toimimisesta terveyden edistämisen näkökulmasta. Tämä tarkoittaa sitä, että hoitaja tunnistaa, milloin hoidettava on avun tarpeessa ja minkälaista apua hän tarvitsee ja vastaa siihen asianmukaisesti. Hoitajan roolissa vanhuksen tarpeiden tyydyttäminen ilman hyväksyttävää syytä hänen puolesta tekemällä ja hänen jäljellä olevien fyysisten voimavarojen hyödyntämättä jättäminen ajavat häntä yhä enemmän tulemaan riippuvaiseksi ulkopuolisen avusta ja menettämään jäljellä olevaa toimintakykyä. (Grönlund 2010, 98.)

3 FYYSISEN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN

Fyysiset voimavarat ovat ihmisen aineellisia ominaisuuksia tai ilmiöitä, joita ihminen voi käyttää päämääriensä saavuttamiseksi. Fyysiset voimavarat muodostavat perustan ihmisen toimintakyvylle. Päivittäisissä toiminnoissa suoriutuminen vaatii perusfyysisiä voimavaroja. Niitä ovat muun muassa hyvä tai riittävä näkö, kuulo ja fyysinen kunto. (Ikonen & Julkunen 2008, 93–94.)

Heinolan & Luoman (2007, 42) mukaan fyysisen toimintakyvyn tukemisella tarkoitetaan jäljellä olevien fyysisten voimavarojen tunnistamista ja hyödyntämistä sekä niiden vahvistamista esimerkiksi kuntoutuksella ja omatoimisuuden tukemisella. Tässä opinnäytetyössä fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoistaan, kuten syömisestä, pukeutumisesta, peseytymisestä, liikkumisesta, kotiaskareista ja asioinnista kodin ulkopuolella (Heinola & Luoma 2007, 36).

Kotona asuvien vanhusten fyysisen toimintakyvyn tukeminen vaikuttaa osittain myös heidän muihin toimintakyvyn osa-alueisiinsa, kuten psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Tällä tavalla voidaan parantaa vanhusten elämänlaatua kokonaisvaltaisesti. Kuntoutus on tärkeä ennaltaehkäisy menetelmä, joka vahvistaa vanhuksen voimavaroja ja lisää hänen lihaskuntoa. Jokainen näistä asioista ovat tärkeä, jotta kotona asuvan vanhuksen terveydentila ja toimintakyky säilyisi mahdollisimman pitkään aikaan. Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen vaatii hyvää ja monipuolista hoitoa ja tämä korostaa jokaisen vanhuksen toimintakykyä tukevan merkitystä ja vaikutusta. On tärkeää, ottaa huomioon, että onko kotihoitoyksikön laadullisena tavoitteena tukea asiakkaiden toimintakykyä ja voimavaroja vai ainoastaan fyysisiin tarpeisiin vastaaminen. Toimintakykyä tukevalla kotihoidolla voidaan pidentää vanhusten toimintakykyisyyden aikaa. Toimintakyvyn tukemisen toteuttaminen edellyttää ensin tunnistaa ja määrittää mistä osatekijöistä se muodostuu ja miten sitä voidaan arvioida (Ihme & Rainto 2008, 54; Heinola & Luoma 2007, 36.).

Vanhuksen tai hänen läheisensä tiedonpuute fyysisen kuntoutuksen tarpeesta estää sen toteuttamista. Sen vuoksi kotihoidon hoitajan rooli myös tiedottajana ja koordinoijana korostuu. Tämä toteutuu myös hoitotiimin yhteistyöllä ja yhteisen kokonaisnäkökuvan pohjan luomisella. (Mäntynen 2007, 39.)

Yleisin kotihoidon asiakkaaksi tuleminen peruste ja palvelun tarve on vanhuksen fyysinen avun tarve päivittäisissä toiminnoissa suoriutumiseksi ja kotona selviytymiseksi. Finne-Soverin tutkimuksen mukaan kotihoitoasiakkaiden mielestä kotihoidon suurin laatuongelma liittyy fyysisen toiminnan alueelle. (Finne-Soveri ym. 2006, 90–117.)

Vanhetessa ihmisen toimintakyky heikkenee kokonaisvaltaisesti, mutta myös eräät perussairaudet kuten Alzheimerin tauti ja nivelrikko nopeuttavat vanhusten toimintakyvyn rappeutumista. Lisäksi tietyt akuuttisairaudet, kuten aivohalvaus ja lonkkamurtuma saattavat romahduttaa toimintakykyä äkillisesti. (Itkonen, Kiviharju-Rissanen, Tolkki & Valvanne 2002, 19.)

Kotihoidon vanhusasiakkaiden fyysisen toimintakyvyn tukeminen on yksi kotihoidon tärkeimmistä tehtävistä, ettei vanhuksen vähäinen fyysinen aktiivisuus johtaisi

liikkumiskyvyn vajauksen palautumattomaan tilaan. Siinä kotihoidon ennaltaehkäisevät hoitotoimenpiteet joko vahvistavat tai ainakin ylläpitävät vanhuksen jäljellä olevia fyysisiä voimavaroja. (Häkkinen 2002, 24.)

Liikkumisvaikeuksien lisääntymisen myötä usein ihmisen fyysinen aktiivisuus vähenee ja rajoittuu, sen seurauksena lihasvoima heikkenee entisestään. Tämä noidankehä voi hoitamattomana johtaa yleiskunnan huomattavaan heikkenemiseen. Vanhus tarvitsee tukea ja ohjausta, ettei, lannistuisi liikkumisongelmien edessä vaan kotihoidon hoitajan avulla hyötyisi mahdollisimman paljon saatavilla olevista palveluista. (Hietanen 2003, 108.)

3.1 Liikkumiskyvyn seuranta ja arviointi

Useimmiten vanhus tulee kotihoidon asiakkaaksi, kun hänen fyysinen toimintakykynsä heikkenee merkittävästi ja päivittäisissä toiminnoissa suoriutuminen alkaa vaikeutua ja häiriintyä huomattavasti. Siis juuri vanhuksen liikkumiskyvyn heikkeneminen on kotihoidon asiakkaaksi tulemisen päätekijä. Tämä korostaa etenkin kotihoidon vanhuksen fyysisen toimintakyvyn tukemisen merkitystä ja vaikutusta, joten kotihoidon hoitajan on kiinnitettävä erityistä huomiota tähän osa-alueeseen. Kotihoidon vanhusasiakkaiden liikkumiskyvyssä tapahtuviin muutoksiin on kiinnitettävä huomiota. Siinä ensinnäkin vanhuksen liikkumisen tarkastelu ja ongelman havaitseminen hoitajan kautta ja tiedon välittäminen kotihoidon hoitohenkilökunnalle on ensiaskel kohti oireiden hoitoon tai hidastamiseen. Asian puheeksi ottaminen kotikäynnin aikana vanhuksen kanssa ja vanhuksen omien kokemusten ja havaintojen selvittäminen auttavat tilanteen kartoittamista. Liikkuminen voi väsyttää ja vanhus voi vähentää liikkumista siinä ilmaantuneiden vaikeuksien takia. (Hietanen 2003, 110.)

Kotihoidon vanhusasiakkaan fyysisen toimintakyvyn heikkenemisessä on erityisen tärkeä, että kotihoidon hoitaja puuttuisi tilanteeseen mahdollisimman varhain. Näin voidaan mahdollisimman nopeasti ehkäistä toimintakyvyn vajeista ja vahvistaa asiakkaan fyysisiä voimavaroja. Siis kotihoidon ennalta ehkäisevän toimintamallin hyödyntäminen voi estää huomattavasti vanhusasiakkaiden fyysisiä vajavuuksia. (Ikonen & Julkunen 2008, 97.)

Vanhuksen liikkumiskyvyn arviointia varten on monia keinoja, joista yksinkertaisimmat ovat kävelynopeuden mittaaminen, liikkumisen sujuvuus ja lihasvoimamittaus, joilla voidaan hyvin varhain arvioida liikkumiskyvyssä tapahtuvia muutoksia. Tässä yhteydessä on tärkeää myös se, että hoitaja voi selvittää liikkumisvaikeuksien syyn, esimerkiksi johtuuko se lihasheikkouksista, nivelrajoitteesta, kivusta tai tasapaino-ongelmasta? Sitten tarvittaessa kotihoidon lääkärin määräyksellä asiakasta voidaan ohjata jatkotutkimuksiin ongelman taustatekijän selvittämiseksi. Myös asiakkaan näön säännöllinen tarkastaminen ja mahdollisten silmäsairauksien hoitaminen on tarpeellista, koska ongelmat näkökyvyssä vaikuttavat liikkumiseen. Lisäksi asiakkaan lääkityksen tarkistus silloin tällöin on tarpeellista, koska monilääkityksen yhteydessä ja myös joidenkin lääkkeiden tasapainoon vaikuttavien sivuvaikutusten takia hoidettavan liikkuminen voi häiriintyä. (Hietanen 2003, 110.)

Monet yksinkertaiset liikkumiskyvyn arviointimenetelmät, kuten kävelynopeuden mittaaminen ja alaraajojen liikkumiskyvyn arviointi voidaan tehdä helposti ja nopeasti, ilman erikoisvälineitä ja laitteita. Lisäksi tällä tavalla kotihoidon hoitaja saa hyödyllisiä tietoja, joilla voidaan tunnistaa varhain vanhuksia, joiden liikkumiskyky on vaarassa merkittävästi heiketä. Silloin hoitaja pyrkii selvittämään, mistä liikkumiskyvyn heikkeneminen voi johtua ja tarvittaessa ryhtyä hyvissä ajoin ennaltaehkäiseviin hoitotoimenpiteisiin, kuten kuntoutukseen ja neuvontaan. (Hietanen 2003, 106.)

3.2 Kuntoutus

Vanhusten lihasmassan kutistumisen ja heikkenemisen ja tasapaino-ongelmien yhteydessä heidän liikkumisensa vaikeutuu ja hidastuu. Kuntoutus liikkumisharjoitusten avulla on liikkumiskykyä vahvistava tärkeä hoitomenetelmä. Kotihoidon hoitajien rooli sopivan kuntoutusohjelman laatimisessa ja toteuttamisessa yhteisymmärryksessä vanhuksen kanssa, on erittäin tärkeä. Vanhuksen liikkumiskyvyssä tapahtuvista muutoksista tiedottaminen kotihoidon vastaavalle lääkärille avaa mahdollisuuden kuntoutustarpeen määrittelyyn ja tarvittaessa lääkäri kirjoittaa lähetteen fysioterapeutin vastaanotolle. Vanhuksen fysioterapeutin kanssa suunnitteleminen liikkumisharjoitusten jälkeenkin kotihoidon hoitajan on huolehdittava jatkokuntoutuksen toteutumisesta

fysioterapeutin ohjeiden mukaisesti. Silloin kotihoitokäyntien yhteydessä hoitaja huolehtii kuntoutusohjelman suorittamisesta ohjaamalla, kannustamalla ja seuraamalla. On tärkeää, että vanhus tulisi tietoiseksi kuntoutustarpeesta ja sen toteutumisen tarpeellisuudesta. Lisäksi kuntoutusohjelman laatimisessa otetaan huomioon vanhuksen kiinnostuskohteet ja pyritään laatimaan kuntoutusohjelma, jonka tekeminen olisi mahdollisimman tehokasta ja mielekästä. Myös toimintaympäristön on oltava kannustava, hauska ja turvallinen, esimerkiksi vanhuksen suosikkimusiikin kuunteleminen ja tarvittaessa hoitajan kanssa liikkumisharjoitusten tekeminen yhdessä tuottavat parempia tuloksia. Voi olla myös niin, että vanhus tekee ennalta sovittua kuntoutusohjelmaa ennen hoitajan käyntiä itsenäisesti tai omaisten läsnä ollessa ja sitten kotihoidon hoitaja vain kysymällä varmistaa, että se on toteutettu. (Mäkinieniemi 2004, 37–39.)

Finne-Soverin (ym. 2006, 102) esittämässä tutkimuksessa kotihoidon 88 prosenttia asiakkaista, joilla oli kuntoutumismahdollisuus, kuntoutusta ei ollut tarjottu. Lisäksi joka kolmannella liikuntarajoitteisista toimintakyky ei ollut parantunut. Lisäksi Hietasen (2003, 109) mukaan viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että jopa hyvin iäkkäiden ja huonokuntoisten henkilöiden lihasvoimaa on mahdollista parantaa. Myös mikäli iäkkäiden terveydentila sallii säännöllisen ja riittävän tehokkaan kuntoutumisen, hengitys- ja verenkiertoelimistön kunto voi parantua.

Kuntoutuksesta voi hyötyä suurin osa vanhuksista, myös monisairaat ja huonokuntoiset iäkkäät. Myös liikkumisongelmista kärsivien vanhusten kuntouttaminen tuottaa erinomaisia tuloksia. Esimerkiksi ihmiset, jotka kärsivät liikkumisongelmista, mutta silti harrastavat liikuntaa, ovat huomattavasti vähemmän vaarassa joutua seuraavan kahdeksan vuoden aikana laitoshoitoon verrattuna heihin, jotka eivät harrasta liikuntaa liikkumisongelmien vuoksi. (Hietanen 2003, 107.)

Kotihoidon vanhusasiakkaan liikkumiskyvyn tukemisessa ja fyysisissä toiminnoissa suoriutumisen sopivien apuvälineiden tunnistaminen ja niiden hyödyntämisen suosittelu vanhukselle ja omaisille kuuluu kotihoidon tärkeimpiin tehtäviin. Nykyään apuvälineiden valikoima on laaja ja niitä voi hankkia monesta apuvälineyksiköistä. Näitä ovat muun muassa apuvälinekeskukset, kuntoutuslaitokset, järjestöt ja apuvälineyritykset. Oikean ja asianmukaisen apuvälineen tunnistaminen ja

hankkiminen vaatii hyvää apuvälineosaamista kotihoidon hoitajalta, mutta siinä auttaa myös asiasta neuvottelu alan ammattilaisten kanssa, esim. kotihoidon fysioterapeutin, toimintaterapeutin tai apuvälineitä tarjoavien yksiköiden ohjaus ja neuvonta. Kotihoidon hoitaja tarkkailee vanhusasiakkaan fyysistä liikkumista ja suoriutumista ja arvioi ajoissa mahdollisia apuväline tarpeita. Neuvoteltuaan asiantuntijan kanssa kotihoidon hoitaja suosittelee ja kannustaa vanhusta ja omaisia apuvälineiden hankkimiseen ja käyttöönottoon. Tarvittaessa kotihoidon hoitaja tai fysioterapeutti antaa ohjausta vanhukselle ja hänen omaisilleen sopivista saatavilla olevista apuvälinevaihtoehdoista. On myös mahdollista lainata välineitä apuvälinelainaamolta, jotta niitä voi kokeilla riittävän pitkään. (Ikonen & Julkunen 2008, 82–86.)

3.3 Kuntouttava työote

Hietasen (2003, 110) mukaan kuntouttavan työotteen käyttöön ottamiseksi ja hyödyntämiseksi vanhusten parissa työskentelevien hoitajien koulutuksella ja tietoisuudella on vaikutus kuntouttavan työotteen asiallisesta käsityksestä ja toteutuksesta. Lisäksi Itkosen (ym. 2002, 83) mukaan yksinkertaiset kotiaskareet kuten imurointi ja tiskaaminen voivat olla vanhukselle toimintaterapiaa. Tuttujen ja turvallisten toimintojen avulla vahvistetaan ja ylläpidetään vanhuksen liikkumiskykyä. Sanerman (2009, 72) esittämässä tutkimuksessa kotihoidon hoitomenetelmä ei ollut kuntouttava työote ja voimavaroja tukeva, vaan painottui asiakkaan puolesta tehtäviin toimintoihin.

Kotihoidon työntekijän tulisi soveltaa kuntouttavaa työotetta vanhuksen jäljellä olevien voimavarojen ja kiinnostuskohteiden mukaisesti, jossa vanhus otetaan mukaan omien voimiensa mukaan kotiaskareiden tekemiseen kannustamalla, ohjauksella ja tarvittaessa auttamalla. Tässä yhteydessä Lyyran mukaan yksi tehokas tapa aktivoida vanhuksen liikkumista on ruoan valmistaminen ja ruokaileminen, jotka samalla ylläpitävät vuorokausirytmää. Ruokaa voidaan tehdä yhdessä, sillä vaikka muuten hoidettavan toimintakyky ja muistihäiriö vaikeuttavat jokapäiväisestä elämästä selviytymistä, ruoanvalmistukseen liittyvät taidot säilyvät yllättävän pitkään. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen (toim.) 2007, 197.)

3.4 Ravitsemuksen vaikutus toimintakykyyn

Itä-Suomen yliopiston tuoreen tutkimuksen mukaan kotihoidossa olevista yli 75-vuotiaista asiakkaista lähes 86 prosenttia oli aliravitsemusriskissä tai aliravittuja. Tutkimuksen mukaan riskiryhmässä oli etenkin vanhuksia, joilla oli käytössään suuri lääkemäärä, heikentynyt muisti tai masennusoireita. Näiden vanhusten huono ravitsemustila aiheuttaa suuria riskiä joutua sairaalahoitoon ja hidastaa sairauksista toipumista. Tutkimusryhmä suosittelee ravitsemusongelmien ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi säännöllistä ravitsemustilan arviointia, päivittäistä ruokailun seuranta ja ruokailussa havaittujen ongelmien välitöntä korjausta. Tutkimusryhmän mukaan kotihoidon asiakkaille tarjottavien ruokien ravitsevuuden kannalta laadun lisäksi tulee kiinnittää huomiota myös ruokien makuun, ulkonäköön ja yksinkertaisuuteen. (Itä-Suomen yliopiston verkkojulkaisu 2015.)

Riittävä ja monipuolinen ruokavalio tuottavat elimistön kasvun ja toiminnan kannalta välttämättömät ravintoaineet ja näin ylläpitävät toimintakykyä. Usein vanhetessa ihmisen voimavarat ja motivaatio valmistaa ruokaa alenee, jonka vaikutuksesta virhe- ja aliravitseminen alkaa yleistyä. Tämä heikentää entisestään fyysistä suoriutumista ja liikkumiskykyä. Siis kotihoidon hoitajan on kiinnitettävä erityistä huomiota vanhusasiakkaan ruokailuun esimerkiksi ravitsemushoidolla ja tarkoituksenmukaisella kauppapalvelulla. Ravitsemushoidolla voidaan ehkäistä vanhusten painon laskua, sairauksia tai niiden pahenemista. Vanhetessa ihminen tarvitsee runsaasti vitamiineja, kivennäisaineita ja proteiinia. Myös riittävää energiaa sisältävä ravitsemus on välttämätön liikkumisessa. Etenkin vähän energiaa ja proteiinia sisältävä ruokavalio altistaa laihutumiseen ja lihaskatoon. Ikääntymiseen liittyy useita fysiologisia muutoksia, jotka heikentävät vanhusten ravitsemustilaa, muun muassa ruokahalun heikkeneminen, maku- ja hajuaistin heikkeneminen, sairaudet, puremis- ja nielemisongelmat, imeytymishäiriöt ja aktiivisuuden väheneminen. Lääkityksen haittavaikutuksia voivat olla ruokahalun heikentäminen tai syljen erityksen vähenemistä. Lisäksi psykologiset syyt kuten masennus ja dementia ja sosiaaliset syyt kuten yksinäisyys ja köyhyys voivat heikentää vanhusten ravitsemustilaa. Tämän vuoksi kotihoidon hoitohenkilökunnan tulisi seurata hoidettavan vanhuksen ruokailua ja tarvittaessa puuttua ongelmatilanteisiin yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa. (Lyyra ym. 2007, 184–189.)

Ravitsemushäiriöistä tärkeimmät ovat virheravitsemus ja aliravitsemus. Virheravitsemuksessa energian tai ravintoaineiden saanti ei vastaa tarvetta. Aliravitsemuksessa energian tai ravintoaineiden saanti on pienempi kuin niiden tarve. Ravitsemushäiriö lisää tulehdusriskiä heikentämällä vastustuskykyä. Se vähentää liikkumiskykyä sekä huonontaa hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaa. Lisäksi se altistaa muun muassa painehaavaumiin ja haavojen heikkoon paranemiseen sekä murtumiin. (Ikonen & Julkunen 2008, 174–176.)

Kotihoidon hoitajan ammattitaitoon liittyy ravitsemushoito, muun muassa ravitsemusohjauksella ja asianmukaisella kauppapalvelulla ja ruokatilauksella. Kotihoidon vanhusasiakkaiden ravitsemushoito on yksilöllinen ja siinä otetaan huomioon monia tekijöitä, muun muassa: hoidettavan kehon paino, terveydentila, fyysinen aktiivisuus, ruokailutottumukset ja erikoisruokavalion tarve. Ravitsemustilan arviointia varten on monenlaisia mittareita, joista yli 65-vuotiaille suositeltavin on MNA-testi (Mini Nutritional Assessment). MNA-testin avulla ikääntyneet luokitellaan kolmeen ryhmään: virhe- tai aliravitsemuksesta kärsiviin, virheravitsemusriskissä oleviin ja hyvässä ravitsemustilassa oleviin. MNA-testi auttaa löytämään varhaisessa vaiheessa vajaaravitsemuksesta kärsiviä vanhuksia, jotta voidaan järjestää parempaa ruokavaliota tai tarvittaessa tarjoamaan täydennysravintovalmisteita. Kotihoidon on seurattava vanhusasiakkaan painoa säännöllisesti, punnitsemalla kerran kuussa ja seuraamalla mahdollisia painonmuutoksia. Iäkkäille ihmisille suositeltava painoindeksi (BMI) on 24–29, joka on selvästi korkeampi kuin aikuisten normaalipainoindeksi, eli 20–25. (Lyyra ym. 2007, 190–191.)

Myös tarvittaessa laboratoriomäärityksellä voidaan selvittää hoidettavan ravitsemustilaan liittyviä tärkeitä laboratorioarvoja, muun muassa: seerumin albumiini, prealbumiini, natrium, kalium, B-, C-, D-vitamiini, kalsium, magnesium, ja veren hemoglobiini. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan julkaisun mukaan yli 60-vuotilaille suositellaan D-vitamiinilisä 10 mikrogrammaa loka-maaliskuussa. Kotihoidon vanhusasiakkaalle, joka ei liiku ulkona, D-vitamiinilisää suositellaan läpi vuoden. D-vitamiinin isojen annosten 17,5–20 µg/vrk on todettu myös ylläpitävän hyvää lihaskoordinaatiota ja ehkäisevän kaatumisia. Tutkimusten mukaan iäkkäiden kovan rasvan ja suolan käyttö on ollut liiallista, mutta hiilihydraattien, proteiinin, kuidun, D-vitamiinin ja folaattien kokonaissaanti ollut suosituksia pienempää. Ikääntyessä

ravinnon proteiinin hyväksikäyttö elimistössä heikkenee. Ikääntyneille proteiinisuositus on 1–1,2 g painokiloa kohti vuorokaudessa, eli vähän tavallista runsaammin. Vanhuksen energian saannin ja kulutuksen tulisi säilyä tasapainossa, muuten etenkin laihtumisen ja lihaskadon riski kasvaa. Ikääntyneen energiantarve määräytyy periaatteessa kehon painon ja fyysisen aktiivisuuden perusteella alla esitetyn mallin mukaisesti: Energiantarve henkilön painokiloa kohti yli 70-vuotiailla: Perusaineenvaihdunta (PAV) 20 kcal, Vuodepotilas, PAV + 30 % (26 kcal), Liikkeellä oleva, PAV + 50 % (30 kcal), Sairaudesta toipuminen, (36 kcal). (Lyyra ym. 2007, 190–191.)

Vanhetessa ihmisen ruokahalu vähenee, jonka takia nautitun ruoan annoksen määrä pienenee. Tämän vuoksi ruoan ravintoaineiden ja energian määrän tiheys tulisi olla suuri, jotta vanhus saisi pienestä annoksesta mahdollisimman paljon tarvitsemia ravintoaineita ja energiaa. Lisäksi runsaasti proteiinia ja energiaa sisältävien täydennysravintovalmisteiden ja pienten välipalojen valmistelu ja tarjoilu vanhukselle turvaa riittävää ravitsemusta. Riittävän ravitsemuksen ja kuntoutuksen yhdistäminen on todettu lisäävän lihasmassaa ja parantavan kävelykykyä. (Lyyra ym. 2007, 194–195.)

Mieliruokien valmistaminen mausteiden, yrttien ja tarpeen vaatiessa hieman enemmän suolan ja pehmeän rasvan lisäämisen avulla voidaan parantaa ruoan maistuvuutta ja vanhuksen ruokahalua. Myös pehmeä ruoka, herkullinen ulkonäkö ja sopiva tarjoilulämpötila parantavat ruokailun houkuttelevuutta. Vanhenemisen myötä ihminen altistuu enemmän kuivumiselle. Myös neste- ja elektrolyyttitasapainon säilyttäminen ennalta ehkäisee vanhuksen elimistön kuivumista ja elektrolyyttitasapainon häiriöitä. Normaali nestetarve on noin 30 ml painokiloa kohti vuorokaudessa. (Lyyra ym. 2007, 195–197.)

Lisäksi ruoanvalmistukseen on tarjolla monenlaisia apuvälineitä, jotka helpottavat muun muassa tarttumista, avaamista, leikkaamista, kiertämistä ja nostamista. Markkinoilla on tarjolla vajaakuntoisille tarkoitettuja ruokailua helpottavia apuvälineitä muun muassa paksumpivartisia tai taipuvia ruokavälineitä ja muotoillut juomamukit. (Ikonen & Julkunen 2008, 181.)

3.5 Unen ja levon vaikutus toimintakykyyn

Uni on elintärkeä ja välttämätön terveydelle ja hyvinvoinnille. Riittävä ja hyvä yöuni on perusedellytys toimintakyvyn säilymisen ja ylläpitämisen kannalta. Unen aikana elimistö lepää ja etenkin aivot elpyvät rasituksista ja varastoimalla energiaa ja voimavaroja valmistautuvat seuraavaan valvetilaan fyysisesti ja psyykkisesti. Ihminen nukkuu yleensä noin kolmasosan vuorokaudesta. Unentarve on yksilöllinen ja vaihteleva riippuen ihmisen ominaisuuksista, muun muassa ikä ja terveydentila. Uni vahvistaa elimistön vastustuskykyä infektioitauteja vastaan. Ikääntyessä uni muuttuu kevyemmäksi, katkonaisemmaksi ja huonolaatuisemmaksi, johtuen syvän unen vaiheiden vähenemisestä. (Järnstedt, Kaivolainen, Laakso & Salanko-Vuorela 2009, 103–105.)

Unettomuuden asianmukainen hoito on tärkeä vanhuksen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukemisen kannalta. Unettomuuden syyn selvittäminen auttaa tehokkaan hoitomenetelmän selvittämistä ja se on tarpeellinen, jos unettomuus on jatkunut 3–4 viikkoa. Univaikeuksien hoitoon on käytössä lääkkeettömiä menetelmiä ja myös lääkehoitoa. Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan elämäntapamuutoksia, joiden on todettu parantavan unen pituutta ja laatua. Periaatteessa suositellaan ensisijaisesti unettomuuden hoitoa lääkkeettömästi. (Järnstedt ym. 2009, 105–108.)

Monenlaisia lääkkeettömiä menetelmiä on olemassa. Vanhusten kohdalla on tärkeää pitää vaihtelevaa vuorokausirytmää, niin että valossa oleskeleminen, liikkuminen ja aktiivinen päivä ja sen jälkeen illalla rauhallisen ja pimeän elinympäristön järjestäminen helpottaa paremman ja pidemmän yöunen saamista. Tarvittaessa lyhyen päiväunen ottaminen iltapäivällä virkistää mieltä ja helpottaa jaksamista yöuneen asti. Myös makuhuoneen tulisi olla öisin hämärä ja mahdollisimman äänetön. Liiallisen kahvinjuonnin ja tupakoinnin välttäminen iltaa kohti helpottavat nukkumaan menoa. Stressi voi huonontaa unen laatua, joten stressin välttäminen ja hallitseminen saattavat parantaa unen syvyyttä. Myös on todettu, että masennuksen oireena voi olla unettomuus, siis mahdollisesti masennuksen selvittäminen voi olla tarpeellista. Lisäksi monet muut perussairaudet saattavat heikentää unen laatua, muun muassa, nivelkulumat, sydämen vajaatoiminta ja Parkinsonin tauti. Perussairauden hoidon tarkastaminen saattaa parantaa unen laatua. Huoneen sopiva lämpötila vanhukselle on

noin 22–24 astetta eli lämpimämpi kuin työikäisille, koska ikääntyessä ihmiskehon lämmöntuotanto hidastuu ja lämmönsäätelykyky heikkenee. Myös huoneen sisäilman tulisi olla raikas. Sopiva sänky, patja ja tyyny helpottavat kehon asentoa unen aikana ja parantavat unen laatua. Kotihoito voi antaa ohjausta ja tarvittaessa asiantuntijan yhteystietoja sopivat niiden valitsemiseksi, koska siinä monia yksilöllisiä asioita tulisi ottaa huomioon. (Järnstedt ym. 2009, 109–115.)

Unettomuuden hoitoon lääkärin määräämä lääkehoito on kuitenkin viimeisin vaihtoehto, jos muut unen tuloa helpottavat ja nukkumisen laatua parantavat keinot eivät riitä. Unilääkkeet on tarkoitettu pääsääntöisesti lyhytaikaiseen käyttöön, jotta unta antava vaikutus säilyisi ilman riippuvaisuuden kehittymistä. Kotihoidon hoitajan tulisi kiinnittää huomiota myös hoidettavan vanhuksen unen riittävyteen ja laatuun puheeksi ottamalla, seuraamalla ja havainnoimalla vanhuksen vireystilaa ja tarvittaessa neuvotella kotihoidon lääkärin kanssa, jos lääkkeettömät menetelmät eivät vaikuta. Kotihoidon hoitajan rooli on olla enemmän tiedonantajana ja ohjaajana hoidettavalle vanhukselle ja omaisille. (Järnstedt ym. 2009, 116–117.)

Kun unen laatu ja määrä huononevat ihmisen vanhetessa ja yölliset heräilyt yleistyvät, joskus vanhus joutuu turvautumaan unilääkkeisiin. Yli 80-vuotiailla on huomattavasti enemmän univaikeuksia verrattuna nuorempiin. Unilääkkeiden käyttö on yleisempää naisten keskuudessa kuin miesten. (Ikonen & Julkunen 2008, 97.)

3.6 Kroonisen kivun vaikutus toimintakykyyn

Yksi tärkeä etenkin fyysistä toimintakykyä rajoittava tekijä on krooninen eli pitkittynyt kipu. Vanhetessa ihmisen elimistö alkaa rappeutua ja elintoiminnot häiriintyvät johtaen erilaisten sairauksien ilmenemiseen. Tuki- ja liikuntaelimistöön ja verenkiertoelimistöön liittyvät kivut, kuten nivelrikko ja sydämen vajaatoiminta ovat yleisimpiä. Finne-Soverin (ym. 2006, 109–110 ja 78–80) esittämässä tutkimuksessa ilmeni, että kotihoidon asiakkaista neljäs osa kärsii päivittäin kovasta tai sietämättömästä kivusta ja joka neljännellä, kivunhoito oli riittämätöntä, joten päivittäisissä toiminnoissa suoriutuminen oli häiriintynyt tai rajoittunut. Lisäksi joka neljännellä asiakkaalla kipuja esiintyi vain yhdessä paikassa ja joka kolmannella useassa

paikassa. Tämä osoittaa, että kivun asianmukainen hoito on kotihoidon tärkeä kehittämiskohde. Sanerman (2009, 58) esittämän tutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaat kokivat nykyisen kivunhoidon riittämättömäksi ja toivoivat tehokkaampaa kivunhoitoa.

3.7 Ohjaus ja neuvonta

Kotihoidon vanhusasiakkaille tiedottaminen saatavilla olevista palveluista on tärkeää, jotta vanhus tulisi tietoiseksi ja hyötyisi hänelle sopivista tarjolla olevista palveluista. Kotihoidon hoitajan rooli myös tiedottajana ja kannustajana korostuu. Kotihoidossa ohjausta ja neuvontaa ei hyödynnetä riittävästi, vaikka monet asiakkaat tarvitsevat tietoa erilaisista palveluvaihtoehdoista, jotta voisivat osallistua heidän hoitoaan koskeviin päätöksiin (Hietanen 2003, 132; Sanerma 2009, 72.).

Erään tutkimuksen mukaan terveydenhuoltohenkilökunnalta saatu liikuntaneuvonta oli yksi merkittävimmistä tekijöistä vanhuksen uuden liikuntaharrastuksen aloittamiseksi. Etenkin fysioterapeutin ja lääkärin liikuntasuositus vaikutti vanhuksen uuden liikuntaharrastuksen aloittamiseen monikertaisesti verrattuna niihin vanhuksiin, jotka eivät saaneet liikuntaneuvontaa. Terveydenhuoltohenkilökunnan koulutuksella ja tietoisuudella on myönteinen vaikutus kotihoidon vanhusasiakkaiden suhtautumiseen liikunnan aloittamiseen. Kotihoidon hoitajan olisikin paneuduttava enemmän vanhusasiakkaan ohjaamiseen sopiviin yksilöllisiin liikuntaharjoituksiin tai liikuntaryhmiin. (Hietanen 2003, 71.)

Kotihoidon ohjaus ja neuvonta eivät kohdistu vain vanhukseen, vaan myös vanhuksen omaisiin ja läheisiin mahdollisuuksien mukaan. Kotihoidon on hyödynnettävä siis myös omaisia ja läheisiä vanhuksen tärkeinä voimavaroina. Kotihoito antaa omaisille mahdollisuuden osallistua vanhusasiakkaan hoitoon vapaaehtoisesti ja tämän yhteistyön ansioista pyritään parantamaan asiakkaan hyvinvointia. Siinä kotihoidon hoitaja ohjaa ja kannustaa omaisia ja läheisiä huolehtimaan vanhuksen terveellisten elämäntapojen toteuttamisesta, muun muassa terveellisestä ravitsemuksesta, kuntoutuksesta, omatoimisuuden tukemisesta ja asunnon esteettömyydestä. Tarpeen vaatiessa kotihoito ohjaa omaisia mahdollisten muutos- ja korjaustöiden järjestämiseksi, vanhuksen

liikkuvuuden helpottamiseksi ja turvaamiseksi. Myös tarvittaessa kotihoito ohjaa omaisia hankkimaan tarvittavia apuvälineitä. (Ikonen & Julkunen 2008, 25–26.)

Liikuntaneuvonta on tärkeä ja tehokas hoitomenetelmä, jolla pyritään vahvistamaan ihmisen liikkumiskykyä ja elämänlaatua tiedostamalla, kannustamalla ja tukemalla. Liikuntaneuvonnan avulla asiakas saa enemmän tietoja ja mahdollisuuksia tehdä liikkumiskyvyn vahvistamiseen liittyviä päätöksiä ja valintoja. Erään tutkimuksen mukaan terveydenhuollon ammattilaisilta, etenkin lääkäriltä ja fysioterapeutilta, saatu liikuntaneuvonta moninkertaisti vanhusten liikunnan aloittamisen todennäköisyyttä. Vanhuksille sopivat parhaiten sellaiset liikuntaohjelmat, jotka kehittävät lihasvoimaa, kestävyyttä, tasapainoa ja liikkuvuutta. Lisäksi liikuntaohjelman sisältö tulisi olla vanhukselle mahdollisimman mielekäs ja liikuntaohjeiden selkeät. Liikuntaneuvonnassa kotihoidon vanhusasiakkaiden omahoitajien tehtäviin kuuluu huolehtia hoidettavien riittävästä liikunnasta yhteistyössä kotihoidon lääkärin ja fysioterapeutin kanssa. Liikuntaneuvonnan toteuttamiseen kuuluvat vanhusasiakkaan kannustaminen turvallisen liikunnan harrastamiseen ja samalla varoittaminen liikkumattomuuden vaaroista. Myös omaisten rooli kannustajina on tärkeä voimavara. (Lyyra ym. 2007, 235–237.)

4 KAATUMISTAPATURMIEN EHKÄISY

Yleensä iän karttuessa liikkumiskyky heikkenee merkittävästi ja altistaa erilaisille tapaturmille kuten kaatumiselle. Yli 80-vuotiaista joka toinen kaatuu ainakin kerran vuodessa. Kaatumisista 5 prosenttia johtaa murtumaan. Kävelyn hidastuminen ja vaikeutuminen, portaissa liikkumisen vaikeutuminen, laihtuminen, lihasvoiman väheneminen ja tasapaino-ongelmat ovat esimerkkejä fyysisen toimintakyvyn merkittävästä heikkenemisestä. Yksi tärkeimmistä kotihoidon tehtävistä on kotona asuvan riskitekijöiden varhainen tunnistaminen ja ennalta ehkäiseminen. Kotihoidon fyysistä toimintakykyä tukeva ja ylläpitävä hoitomenetelmä voi vähentää kaatumistapaturmia. (Heinola & Luoma 2007, 39–41.) Tässä yhteydessä Ikonen & Julkunen (2008, 97) esittämän tutkimuksen mukaan yli 65-vuotiaista noin 4 %:lla tapahtuu ainakin kerran vuodessa sellainen kaatuminen, joka johtaa hoitoon lääkärin vastaanotolla.

Kotona asuvan vanhuksen fyysisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi on otettava huomioon myös vanhuksen kotiolosuhteet ja asuinympäristö. Asunnon esteettömyys edellyttää, että asunnon rakenne ja olosuhteet ovat turvalliset vanhuksen liikkumisen kannalta. Asunnon rakenteesta johtuvat liikkumisvaikeudet rajoittavat vanhuksen fyysistä toimintakykyä, joten liikkumisongelmien riski vanhukselle on kaksinkertainen näissä asunnoissa verrattuna esteettömissä asunnoissa. (Heinola & Luoma 2007, 37.)

Kotihoidon työntekijän on arvioitava vanhuksen asunnon vaaratekijöitä ja tarvittaessa tiedotettava mahdollisista palveluista. Työntekijä voi auttaa hakemaan kuntoarviota ammattilaisilta tarvittavien muutos- ja korjaustöiden arvioimiseksi ja suorittamiseksi, jotta mahdollisuuksien mukaan poistetaan liikuntaesteitä ja asuinympäristö saadaan vanhuksen liikkuvuuden kannalta turvallisemmaksi. (Ikonen & Julkunen 2008, 78.)

Kaatumisten ehkäisemiseksi on erittäin tärkeä selvittää vanhusten aikaisempia kaatumisia, sillä se ennustaa mahdollisia tulevia kaatumisia. Myös riskiryhmään kuuluvien vanhusten tunnistaminen on tarpeellista. Mahdollisten kaatumisesta johtuvien vammojen ehkäisemiseksi erilaisten suojainten käyttö (kuten lonkkahousut) on erityisen tärkeää etenkin riskiryhmään kuuluville. Myös kaatumisen taustatekijän tunnistaminen auttaa ongelman ratkaisuun, esimerkiksi tasapaino-ongelmasta tai alaraajojen lihasvoiman heikkenemisestä johtuvia kaatumisriskejä voidaan pienentää tasapainoharjoituksilla ja kuntoutuksella. Lisäksi sopivien ja turvallisten apuvälineiden hankkiminen pienentää apuvälineiden puutteista tai vajavuuksista johtuvia kaatumisia. (Lyyra ym. 2007, 203–209.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kotihoidon avuin kotona asuvien vanhusten fyysisistä toimintakykyä tukevia tekijöitä ja tuottaa tietoa kotihoidon työntekijöille siitä, miten he voivat omalla toiminnallaan tukea hoidettavien fyysistä toimintakykyä. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää Helsingin Lauttasaaren lähialueen kotihoidon hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia kotona asuvien ikäihmisten fyysisen toimintakyvyn tukemisesta. 1) Miten lähialueen kotihoidon hoitajat määrittelevät vanhusten fyysistä toimintakykyä tukevan kotihoidon? 2) Miten

lähipalvelualueen kotihoidon hoitajat toteuttavat vanhusten fyysistä toimintakykyä tukevaa kotihoitoa?

Tavoitteena oli löytää käyttökelpoisia toimintamenetelmiä, joiden avulla voidaan parantaa kotona asuvien vanhusten elämänlaatua ja fyysistä toimintakykyä. Esittelenkin opinnäytetyön tulokset lähipalvelualueen hoitajille kirjallisesti. Tämä voi tulevaisuudessa auttaa kotihoidon hoitohenkilökuntaa ottamaan enemmän huomioon, miten voidaan parantaa hoidossa olevien vanhusten fyysistä toimintakykyä ja terveydentilaa.

6 OPINNÄYTETYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Tämän opinnäytetyön työelämäyhteistyötaho on Helsingin Lauttasaassa oleva lähipalvelualue. Tämä lähipalvelualue on Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden, sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut -osaston, eteläisen kotihoitoyksikön alaisuudessa toimiva kotihoito. Lähipalvelualueen asiakkaiden määrä vaihtelee johtuen palvelutarpeessa olevien asiakkaiden vaihtuvuudesta. Asiakkaita toiminta-alueella on noin 115. Lukuun sisältyvät myös tukipalveluasiakkaat, joilla ei ole varsinaisia kotihoidon käyntejä. Lähipalvelualueen toiminta-alue on maantieteellisesti melko pieni, mutta asukkaissa on paljon yli 75-vuotiaita. Lähipalvelualueen käytössä on oma vanhustyön sosiaalityöntekijä, kotihoidon geriatri, muistikoordinaattori, haavahoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti sekä hygieniahoitaja. Lauttasaaren lähipalvelualueella on yhteensä 24 työntekijää, 3 sairaanhoitajaa, 4 kodinhoitajaa/perushoitajaa ja 17 lähihoitajaa. Lähipalvelualueen kotihoito pyrkii takaamaan asiakkailleen parhaan mahdollisen hoidon kotioloissa yhdessä yhteistyökumppaneiden kanssa ja tukipalvelujen avulla.

7 LAADULLINEN TUTKIMUS JA AVOIMET KYSYMYKSET

Laadullinen tutkimus on mikä tahansa tutkimus, jolla pyritään löydöksiin ilman määrällisiä ja tilastollisia menetelmiä. Laadullisessa terveystutkimuksessa monipuolisilla tiedonkeruumenetelmillä tuotetaan tietoa ihmisten terveyteen liittyvistä

todellisista asioista, jotka perustuvat yksilöiden, yhteisöjen ja kulttuurien näkökulmiin. Laadullisessa terveystutkimuksessa tavoitteena on tuottamalla tietoja edistää kansan terveyttä (Kananen 2014, 18; Kylmä & Juvakka 2012, 7–8.).

Opinnäytetyöni on laadullinen tutkimus, jonka aineisto kerättiin avointen kysymysten kautta. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluita, joissa haastattelin viittä kotihoidon hoitajaa esittämällä avoimia avainkysymyksiä saadakseni monipuolisia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Avoimet kysymykset perustuvat tutkimusongelmaan, johon halutaan saada vastaus. Haastattelut antavat mahdollisuuden tutkijalle vahvistaa, muuttaa ja laajentaa ennakoitua kuvaansa ilmiöstä. Haastattelussa avointen kysymysten avulla tutkija esittää ennalta tarkasti suunniteltuja kysymyksiä. Haastattelussa aloitetaan jostakin aiheesta yleisellä tasolla ja sitten edetään yksityiskohtaisempiin kysymyksiin (Kananen 2014, 73–79; Kylmä & Juvakka 2012, 78–79.).

8 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

Opinnäytetyössäni kirjallisten tietolähteiden lisäksi käytin aineiston keruuseen avoimia kysymyksiä haastatteluissa. Haastatteluja varten hain tutkimuslupaa Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden virastolta ja myönteisen päätöksen saamisen jälkeen sovin haastattelujen aikataulusta Lauttasaaren kotihoidon ohjaajan kanssa. Haastattelin lähipalvelualueen viittä hoitajaa. Tähän tarkoitukseen olin etukäteen laatinut avointen kysymysten haastattelurunkoa (Liite 1).

Haastattelua varten kutsuin lähipalvelualueen kotihoidon kaikkia hoitajia haastatteluun kirjallisesti kotihoidon ohjaajan kautta. Kutsussa (Liite 2) olin kirjoittanut etukäteen opinnäytetyöni aiheesta, tarkoituksesta ja ennalta laadituista kysymyksistä (Liite 1). Haastatteluun voisivat osallistua enintään viisi asiasta kiinnostunutta hoitajaa vapaaehtoisesti. Haastatteluun osallistui siis viisi hoitajaa. Haastattelin heitä erikseen ja yksilöllisesti. Haastattelut tehtiin hoitajien työajalla lähipalvelualueen työtiloissa. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina. Haastattelut nauhoitettiin. Jokainen haastattelu kesti noin puoli tuntia.

Aineiston keruun aikana ja myös sen jälkeen luin tarkasti ja huolellisesti litteroidun aineiston ja tein muistiinpanoja. Litteroinnin aikana kuuntelin nauhoitettuja haastatteluja ja kirjoitin kirjalliseen muotoon, eli tekstiksi. Teemoittelin litteroidun haastatteluaineiston tutkimuskysymysten mukaisesti. Analysointivaiheessa hain vastauksia opinnäytetyöni tarkoitukseen ja sen perusteella käsittelin asioita järjestelmällisesti. (Kylmä & Juvakka 2012, 113.)

Litteroinnin jälkeen saatuja tietoja tiivistin niiden oleellisuuden perusteella (koodaus). Sen jälkeen luokittelin keskeisiä asioita erilaisten teemojen mukaisesti, eli yhdistin samaa tarkoittavia asioita ja käsitteitä (teemoittelu). Sitten teemoiteltujen tietojen analyysi eteni tutkimuskysymysten vastausten selvittämiseksi tutkimusongelman ratkaisun löytämisen suuntaisesti. Tutkimusongelman ratkaisun löytäminen laadullisessa tutkimuksessa on haastavin vaihe ja vaatii intuitiota, eli ”näkemisen” taitoa. (Kananen 2014, 103–115.)

9 HAASTATTELUN AINEISTON TULOKSET

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen tulokset voidaan jakaa tulosten mukaisesti seuraavasti: kotihoidon vanhusasiakkaiden fyysisen toimintakyvyn tukemiseen liittyvät menetelmät, kotihoidon hoitajan kuntouttava työote, omaisten huomioiminen toimintakyvyn tukemisessa ja asiakkaiden kuntouttamisen haasteiden selvittely. Tulokset perustuvat Helsingin Lauttasaaren lähipalvelualueen viiden kotihoidon hoitajan haastatteluihin ja asiaa käsitteleviin kirjallisiin tietolähteisiin.

9.1 Fyysisen toimintakyvyn tukeminen

Haastatteluissa kysyttiin, miten kotihoidon hoitajat määrittävät ja toteuttavat fyysisen toimintakyvyn tukemista käytännön työssä asiakaskäyntien yhteydessä. Haastattelujen aikana pyrittiin selvittämään haastateltavien näkemyksiä ja kokemuksia tästä asiasta esittämällä monipuolisia kysymyksiä asiaan liittyen. Haastateltavien mielestä asiakkaiden fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan lähinnä liikkumiskyvyn tukemista kotona selviytymiseksi ja päivittäisistä perustoiminnoista suoriutumiseksi

mahdollisimman pitkään ja omatoimisesti. Haastateltavat kuvasivat hyvin toimintakyvyn tukemisen tarpeellisuutta ja tärkeyttä. Haastateltavilla oli tieteelliseen kirjallisuuteen perustuvia käsityksiä fyysiseen toimintakyvyn tukemiseen liittyvistä tekijöistä ja he kertoivat, että ottavat huomioon ne ja ajan salliessa yrittävät toteuttaa niitä sekä hoitosuunnitelmien laatimisvaiheessa että käytännössä käytien yhteydessä. Liikkumissopimuksen tekeminen tuli monesti esille haastattelujen aikana. Siinä sovitaan yksilöllisesti tietyistä toiminnallisista asioista asiakkaiden kanssa. Tällaisia ovat esimerkiksi viisi kertaa tuolilta ylös nouseminen rajoitetussa ajassa tai porraskävely. Asiakkaan kanssa tehdään lähtötesti ja sitten tehdään samat testit uudestaan kolmen tai kuuden kuukauden välein ja näin vertailemalla tuloksia seurataan mahdollisia liikkumiskyvyssä tapahtuvia muutoksia.

Haastateltavat määrittivät fyysistä toimintakykyä seuraavasti:

”...Meille se on semmoista tavoitteellista ja aktiivista kuntoutusta ja omatoimisuuden tukemista ja ne ovat meidän pääpointit...” [haastateltava 1]

”...Se on sitä, että yritetään säilyttää asiakkaan omia voimavaroja arkipäivän arjessa, näin myös asiakkaalla on mieluisampi olla kotona ja tavoitteena on, että asiakas pystyy elämään mahdollisimman täyttä ja normaalia elämää...” [haastateltava 3]

Kuntoutuksen merkitys ja vaikutus tuli hyvin esille haastatteluissa ja oli monien haastateltavien painopiste, josta oli eniten kerrottavaa. Haastateltavat kuvasivat hyvin kuntoutuksen tärkeyttä ja arvioivat positiivisesti kotihoidon kuntoutusohjelman toteutumista.

”...Meidän kuntoutusohjelmat on enimmäkseen liikuntasopimuksia, siis tavallaan kuntoutustahan on koko ajan joka päivä, mutta tällaisia erikseen ohjelmia ne on yleensä liikuntasopimuksia, ne hän voi olla liikuntasopimustuen arkiliikuntasopimuksia, ne voi olla vaikka tiskataan asiakkaan kanssa yhdessä tai siis ne hän voi olla ihan jumppatuokio ...” [haastateltava 1]

”...Tehdään ensin liikkumissopimus, esimerkiksi liikkeet tai sovitaan mitä asiakas tekee, vaikka puurokupin tiskaaminen voi olla se liikkumissopimus, että se ei ole aina liikuntaa...” [haastateltava 2]

Kotihoidon asiakkaiden apuvälineiden riittävydestä oli jonkin verran erimielisyyttä: viidestä kolme haastateltavaa oli sitä mieltä, että usealla hoidettavalla on selvästi puutteita tarpeellisista apuvälineistä.

”...Kyllä voi tulla vastaan, että ei ole jotain esimerkiksi kumimattoa kylpyhuoneen lattialle tai ammeen pohjalle tai sitten voi olla, että olisi oikein hyvä kahvan paikka mutta sitä kahvaa ei ole tai tarvittaessa joku wc-koroke ja sitä ei ole...” [haastateltava 4]

Haastatteluissa ravitsemushoitoa pidettiin tärkeänä hoitomenetelmänä ja esille tuli ravitsemushoitoon liittyviä keskeisiä asioita. Haastateltavat arvioivat positiivisesti kotihoidon ravitsemushoitoa. He myös suuntautuivat etenkin sen toteuttamiseen liittyviin haasteisiin.

”...Meillä asiakkaiden ruokavalio on hyvässä seurannassa, tietysti joskus tämä on haastava kotona, koska kotihoidossa ei varsinaisesti ruokaa asiakkaalle laiteta ja asiakas voi itse haluta esimerkiksi syödä eineksiä tai valmisaterioita, että tietysti meidän kädet on aika rajatut mutta, siinä vaiheessa mahdollisesti siihen rinnalle miettii jotain lisäravinteita, millä saataisi vähän sitä tilannetta korjattua ...” [haastateltava 5]

Haastateltavat pitivät tärkeänä myös asiakkaiden unen määrän ja laadun parantamista, mutta sen parantamiskeinoista useilla haastateltavalla oli niukasti kerrottavaa. Haastateltavista vain yksi kertoi unettomuuden hoitoon liittyvistä lääkkeettömistä menetelmistä:

”...Nukahtamislääkkeiden kanssa unen saanti, ei ole sama kuin nukkuisi ilman unilääkettä, eli silloin se on parempaa unta, jos saa nukkua väsymyksen kautta. Jos nukkuu unilääkkeen avulla se voi olla köykäisempää, eli ei ihan niin syvää unta...” [haastateltava 2]

Kivun hoidosta monet haastateltavat mainitsivat kivun hoidon riittämättömyyden ja asiakkaiden kroonisiin kipuihin liittyvät kärsimykset ja pitivät sitä kotihoidon yhtenä tärkeistä kehitystarpeista.

”...Jos niitä kipuasioita ei saada esimerkiksi kuntoon, niin voi syntyä tällainen oravanpyörä tässä ja vanhus kotona jää sängyn pohjalle, jolloin alkaa tietynlainen passivoituminen. Mitään asioita ei pysty enää kivun vuoksi tekemään, että se kaikki toiminta lakkaa. Ja kyllä silloin, kun vanhempi ihminen on kyseessä, jos ei tule enää tehtyä niitä pieniä asioita, jotka toimintakykyä on pitänyt yllä, niin se kierre alaspäin voi olla aika nopeakin ja siinä heti riskinä se, että lähtekö siitä tällainen valitettava kierre käyntiin, että sen kivun vuoksi joutuu sairaalaan. Syntyy tällaisista sairaala-kotiajelua siinä välissä, että se ei ole tarkoituksenmukaista...” [haastateltava 5]

9.2 Kotihoidon hoitajan kuntouttava työote

Kotihoidon hoitajan kuntouttavasta työotteesta useimmat haastateltavat olivat tietoisia ja olivat sitä mieltä, että yleensä pyritään ottamaan käyttöön kuntouttavaa työotetta, hoidettavan voimien mukaisesti, mutta välillä sen toteuttaminen on haastava:

”...Mä ohjaan tekemään itse niin paljon kuin on mahdollista, kuuntelen, tuen siihen, että hän itse niitä asioita tekisi ja sitten välillä ehkä myös avustan, jos tuntuu, että on liian vaikea...” [haastateltava 1]

”...Ei tee asiakkaan puolesta asioita vaan niin kuin rohkaistan siihen, että asiakas tekee omien toimintakykyjen rajoissa niitä asioita, niin se sitten edistää sitä hänen toimintakykyään ...” [haastateltava 1]

”...Joskus voi olla niin, että asiakas ei halua minkäänlaista harjoittelua, ei halua itse tehdä asioita ja tietysti se on aina haastava kun ollaan siellä asiakkaan omassa kodissa, niin toisilla voi olla sellaista ajatusta, että hän ei omassa kotonaan suostu harjoittelemaan, että hän halua, että asiat tehdään hänen puolesta mikä taas sotii sitä kuntouttavaa työotetta...” [haastateltava 5]

9.3 Omaisten huomioon ottaminen

Omaisten huomioon ottamisesta haastateltavat kokivat, että myös omaiset tarvitsevat ohjausta hoidettavan toimintakyvyn tukemisen tarpeellisuudesta ja toteuttamisesta. Haastateltavien mukaan todella usein omaiset tekevät asiakkaiden puolesta, koska he ajattelevat, että vanhus ei enää pysty tekemään itse ja heidän on vaikea kieltäytyä omaisen pyynnöstä:

”...Mä monesti annan omaisille ohjausta, että miten he voivat nimenomaan tukea. Esimerkiksi yksi asikas on semmoinen joka pystyy täysin vielä liikkumaan ja ulkonakin liikkumaan, niin mä olen ohjannut omaista, että hän voisi niin kuin ulkoillakin sen asiakkaan kanssa...” [haastateltava 1]

9.4 Asiakkaiden kuntouttamisen haasteiden selvittely

Haastateltavat kokivat fyysisen toimintakyvyn tukemisen käytännössä usein haastavaksi ajan puutteen ja joidenkin asiakkaiden kiinnostuksen puutteen vuoksi:

”...Asiakkaiden omapäisyys voi olla niin kielteinen ja voimakas, että vieraiden asioiden kokeminen koetaan vaikeaksi, kuten joku apuväline voi tuntua niin vieraalta...” [haastateltava 2]

”...Tässä voi olla tietysti monta asiaa. Se voi olla se haluttomuus esimerkiksi toteuttaa ja tehdä niitä asioita. Joskus voi olla resurssikysymys, on liian vähän hoitajaa suhteessa siihen asiakasmäärää, koska kotihoidossa ei ole sellaista asiakaskattoa niin kuin esimerkiksi osastoilla tietty vuodepaikkamäärä...” [haastateltava 5]

10 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön kirjoittaminen oli erittäin hyvä oppimistilaisuus, joten tämän opinnäytetyön tekemisen aikana harjoittelin näyttöön perustuvan tiedon hakua erilaisista luotettavista tietolähteistä ja tieteellisen tutkimuksen tuottamista. Myös opin haastattelun tekemistä ja haastattelujen kautta saatujen tietojen soveltamista kirjallisiin tietolähteisiin. Lisäksi sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen kasvun kannalta etenkin terveyden ja toimintakyvyn edistäminen ja ohjaaminen olivat opinnäytetyöhöni aiheeseen liittyviä keskeisiä osa-alueita.

Tämän opinnäytetyön ansiosta keräsin paljon hyödyllisiä ja tärkeitä tietoja vanhusten fyysisen toimintakykyyn liittyvistä menetelmistä, joita aion hyödyntää tulevana sairaanhoitajana käytännön vanhusten hoitotyössä. Huomattava osa tämän opinnäytetyön fyysistä toimintakykyä tukevista menetelmistä ovat käyttökelpoisia myös muissa vanhusten hoitotyön toimintaympäristöissä, muun muassa sairaaloiden vuodeosastoissa.

Opinnäytetyön kirjoittaminen vieraalla kielellä oli suurin haaste opinnäytetyöni eri vaiheissa, joka hidasti tekstin kirjoittamista. Tässä yhteydessä suomen kielen opettaja ohjannut mahdollisten kielellisten virheiden korjaamisessa.

10.1 Tulosten pohdinta

Haastattelujen perusteella kävi ilmi, että monet haastateltavat olivat teoreettisesti tietoisia kotihoidon vanhusasiakkaiden fyysisen toimintakyvyn tukemiseen liittyvistä menetelmistä, vaikka heidän tietoperustansa vaihteli selvästi. Kaikki haastateltavat mainitsivat, että ovat pyrkineet tukemaan hoidettavien fyysistä toimintakykyä, mutta kokivat ajanpuutteen ja hoitohenkilökunnan riittämättömyyden esteeksi joidenkin hoitomenetelmien hyödyntämisessä.

Opinnäytetyöni kirjallisten lähteiden perusteella selvisi, miten erilaisia toimintakykyä tukevia hoitomenetelmiä voidaan hyödyntää monipuolisesti ja tapauskohtaisesti käytännön työssä. Esimerkiksi kuntoutuksen toteuttaminen ei välttämättä vaadi kotihoidon hoitajan fyysistä läsnäoloa hoidettavan luona, vaan ennalta sovitun liikuntasopimuksen säännöllistä toteutumista voidaan seurata vaikka kysymällä hoidettavalta ja omaisilta tai muistuttamalla puhelimella.

Finne-Soverin (ym. 2006, 102–117) esittämässä tutkimuksessa todettiin että, kotihoidon suurin laatuongelma liittyy fyysisen toiminnan alueelle. Esimerkiksi tutkimuksen mukaan kotihoidon 88 prosenttia asiakkaista, joilla oli kuntoutumismahdollisuus, kuntoutusta ei ollut tarjottu. Lisäksi kotihoidon asiakkaista neljäs osa kärsii päivittäin kovasta tai sietämättömästä kivusta ja joka neljännellä, kivunhoito oli riittämätöntä, joten päivittäisissä toiminnoissa suoriutuminen oli häiriintynyt tai rajoittunut. Tämä osoittaa, että kivun asianmukainen hoito on kotihoidon tärkeä kehittämiskohde.

Itä-Suomen yliopiston tuoreen tutkimuksen mukaan kotihoidossa olevista yli 75-vuotiaista asiakkaista lähes 86 prosenttia oli aliravitsemusriskissä tai aliravittuja. (Itä-Suomen yliopiston verkkojulkaisu 2015). Myös Sanerman (2009, 72) esittämässä tutkimuksessa kotihoidon hoitomenetelmä ei ollut kuntouttava työote ja voimavaroja tukeva, vaan painottui asiakkaan puolesta tehtäviin toimintoihin. Siis aikaisempi tieto on ristiriidassa tämän opinnäytetyön haastattelun tulosten kanssa, joissa tutkimuskohteen kotihoidon fyysistä toimintakykyä tukeva toiminta on ylipäättään arvioitu positiivisesti

Mielestäni joidenkin vanhusasiakkaiden ja jopa joidenkin kotihoidon hoitajien vanhanaikainen ja väärä käsitys ja asenne kotihoidon roolista, että kotihoidossa palvellaan maksavia asiakkaita heidän omissa kodeissaan asiakkaan toiveiden mukaisesti, on antanut hoidettaville liiallista itsemääräämisoikeutta. Tämä tuli myös haastatteluissa selkeästi esille. Seurauksena on se, että käytännössä hoidettava päättää, mitä tehdään ja mitä ei tehdä, mikä voi vaarantaa toimintakykyä tukevaa hoitoa. Tässä yhteydessä on otettava huomioon, että vaikka kotihoidon asiakkaat maksavat kotihoidon palveluista, hoidettavien kuntoutumatta jättämisen seurauksena yhteiskunnalle ja myös vanhukselle koituu merkittäviä kustannuksia.

Tässä yhteydessä etenkin omaisen rooli vanhuksen voimavarana on erityisen tärkeä ja hänen asenne ja suhtautuminen vanhuksen toimintakyvyn tukemiseen vaikuttaa merkittävästi sen toteuttamiseen. Omaisten kannattaa välttää tarpeettoman avun tarjontaa vanhuksen päivittäisissä perustoiminnoissa, koska, jos tuotetaan liikaa hoivaa ikääntyneelle, viedään häneltä toimintakyvyn lisäksi toimijuuden tunnon mahdollisuutta. (Salonen 2014, 46.)

Siis mielestäni kotihoito ja kotipalvelu kannattaa erotella toisistaan, joten kotihoidon hoitajan tulee pysyä hoitajan roolissa ja mahdollisuuksien mukaan kannustaa ja voimakkaasti tukea vanhusta ja omaisia hyödyntämään toimintakykyä tukevaa kotihoitoa, muuten hoidettavan on maksettava huomattavasti enemmän kotipalveluista tulevaisuudessa.

10.2 Tutkimuksen eettiset lähtökohdat

Opinnäytetyössäni otin huomioon salassapitovelvollisuuden, joten en ole paljastanut haastatteluun osallistuneiden henkilökohtaisia tietoja, vaan olen käsitellyt aiheisiin liittyviä asioita yleisellä tasolla ja yrittänyt hyödyntää niitä löytämällä ja soveltamalla teoriaan. Olen järjestänyt haastattelut niin, että haastatteluun osallistujia ei voida tunnistaa. Lisäksi en ole nimennyt osallistujia missään ja otan huomioon salassapidon. Raportin kirjoitin siten, että yksittäiset osallistujat eivät ole tunnistettavissa. Raportoinnissa käsitelen asioita yleisellä tasolla. Tutkimuksessa ei ole kerätty

henkilöiden tunnistetietoja eikä yksittäisiä vastaajia voida tunnistaa. Tutkimuksen päätyttyä aineisto hävitettiin asianmukaisesti. (Kylmä & Juvakka 2012, 153–155.)

Lisäksi tässä tutkimuksessa kyseessä olevasta kotihoidon aiheesta kiinnostuneet hoitajat osallistuivat haastatteluihin vapaaehtoisesti. Ennen haastattelua ilmoitin kirjallisesti opinnäytetyöni aiheesta, tarkoituksesta ja luottamuksellisesta kulusta (Liite 2). Myös lähetin haastattelun rungon kysymykset haastateltaville kotihoidon ohjaajan kautta (Liite 1). Ennen haastatteluja pyysin haastateltavan suostumuksen haastattelun nauhoittamiseen. (Liite 3). (Kylmä & Juvakka 2012, 149–150.)

10.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen tekemiseksi hyödynsin luotettavia tietolähteitä, joiden tulokset perustuvat näyttöön. Yritin kerätä tarvittavia tietoja monipuolisesti erilaisista tietolähteistä ja viitata näihin lähteisiin tarkasti ja selkeästi. Vältin käyttämästä epäluotettavia tietolähteitä. Tutkimuksen aikana pysyin neutraalina, joten en puoltanut mitään erityisiä tuloksia vaan yritin vain olla tutkijan roolissa ja selvittää opinnäytetyöhöni liittyviä asioita puolueettomasti ja ennakkoluulottomasti. Yritin kerätä ja selvittää erilaisia tietoja erilaisista tietolähteistä, jotta saisin mahdollisimman totuudenmukaisia tuloksia. Opinnäytetyöni prosessin aikana hyödynsin mahdollisimman uusia tietolähteitä ja yritin välttää vanhoja tietolähteitä. (Kananen 2014, 150–153.)

Lisäksi mikäli saamani tieto perustui toisen kirjailijan teokseen, viittasin sekä tekstiin että lähdeluetteloon ilman käsiteltyjen asioiden muuttamista. Myös haastatteluihin perustuvien ilmauksien viittaamisessa huolehdin puolueettomuudesta ja luotettavasta viittaamisesta opinnäytetyöni eri vaiheissa. Etenkin raportoinivaiheessa pyrin asianmukaiseen viittaamiseen salassapitovelvollisuutta huomioon ottaen. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.)

Tämän opinnäytetyön haastatteluissa otin huomioon salassapitovelvollisuuden tärkeyden, joten en paljasta haastateltavien tai asiakkaiden henkilökohtaisia tietoja ulkopuolisille. En myöskään käyttänyt mitään asiakkaiden henkilökohtaisia tietoja, vaan

käsittelin aiheisiin liittyviä asioita yleisellä tasolla ja yritin hyödyntää niitä löytämällä ja yhdistämällä teoriaan. (Kylmä & Juvakka 2012, 154.)

Laadullisessa tutkimuksessa kuvataan todellista elämää ja pyritään siihen, että tutkimuksessa tutkitaan asiaa kokonaisvaltaisesti, siis tässä tutkimuksessa pyrin olemaan vain tutkijan roolissa ja etsimään ratkaisuja opinnäytetyöni kysymyksiin. Minulle oli tärkeää, että tutkimus viime kädessä tuottaisi hyödyllisiä tuloksia ja tietoja työelämään ja perustuisi näyttöön perustuvaan tietoon. (Kylmä & Juvakka 2012, 22.)

LÄHTEET

- Finne-Soveri, Harriet; Björkgren, Magnus; Vähäkangas, Pia & Noro, Anja (toim.) 2006. Ikääntyneiden kotihoidon laatu ja asiakasrakenne: RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki: Stakes.
- Grönlund, Rainer 2010. Pitkään kotona - kuntoutuksen avullako? Tutkimusryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Heinola, Reija & Luoma, Minna-Liisa 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Reija Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito -opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 36–51.
- Hietanen, Anne & Lyyra, Tiina-Mari (toim.) 2003. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Häkkinen, Hannele 2002. Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Ihme, Anu & Rainto, Satu 2008. Naisen terveys. Helsinki: Edita.
- Ikonen, Eija-Riitta & Julkunen, Seija 2008. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Itkonen, Tarja & Kiviharju-Rissanen, Upu & Tolkki, Pirjo & Valvanne, Jaakko 2002. Kodin hoitoa vai hoitoa kotona? Kotihoidon asiakaskysely vuonna 2001. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Itä-Suomen Yliopisto 2015. Aliravitsemusriski on vakava ongelma kotihoidon asiakkailla. Viitattu: 13.8.2015. Verkkojulkaisuna: <http://www.uef.fi/fi/-/aliravitsemusriski-on-vakava-ongelma-kotihoidon-asiakkailla>.
- Järnstedt, Pia; Kaivolainen, Merja; Laakso, Taina & Salanko-Vuorela, Merja 2009. Omainen hoitajana. Helsinki: Omaishoitajat ja Läheiset – Liitto ry.
- Kananen, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä: Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita
- Lyyra, Tiina-Mari; Pikkarainen, Aila & Tiikkainen, Pirjo (toim.) 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita.

- Mäkinieniemi, Marja 2004. Ikäihmisten arjessa selviytyminen. Arviointiraportti KuntoValtti-projektin toimeenpanosta ja vaikuttavuudesta Helsinki: Vanhustyön Keskusliitto.
- Mäntynen, Raija 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Kuopio: Kuopion Yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 18.12.2014. Verkkojulkaisuna: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0514-6/.
- Salonen, Mari 2014. Kotihoidon asiakkaan omaisen toimijuuden tunnistaminen – liikkumissopimusmalli omaisen näkökulmasta. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Sanerma, Päivi 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. Viitattu 18.12.2014. Verkkojulkaisuna: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710#L2P6>.
- Valta, Anja 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta kotisairaanhoidajien ja iäkkäiden näkökulmasta. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu: 18.12.2014. Verkkojulkaisuna: <https://tampub.uta.fi/handle/10024/66409>.

LIITE: 1

Kotihoidon hoitajien avointen kysymysten runko

1. Kerro omin sanoin mitä sinun mielestäsi on fyysisen toimintakyvyn tukeminen?
2. Miten mielestäsi kotihoidon hoitaja voi tukea hoidettavien vanhusten fyysistä toimintakykyä? Kerro jokin esimerkki.
3. Onko sinun hoidettavilla kuntoutusohjelmaa? Jos on, miten se toteutuu?
4. Millainen on mielestäsi vanhuksen terveellinen ruokavalio?
5. Kuinka unen määrä ja laatu voi vaikuttaa vanhusten fyysisen toimintakykyyn?
6. Kuvaa kroonisen kivun vaikutusta vanhusten fyysiseen toimintakykyyn.
7. Onko mielestäsi vanhusten käytössä riittävästi apuvälineitä? Jos on puutteita, millaisia?
8. Miten tuet vanhusten omatoimisuutta kotihoidon käyntien aikana?
9. Miten ohjaat omaisia tukemaan vanhuksen fyysistä toimintakykyä? Kerro jokin esimerkki.
10. Mitkä tekijät estävät hoidettavien vanhusten kuntoutumista?

LIITE: 2

INFORMAATIOKIRJE

Arvoisa kotisairaanhoidossa työskentelevä hoitaja

Opiskelen Diakonia-ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Teen opinnäytetyötäni vanhusten fyysisen toimintakyvyn tukemisesta kotioloissa.

Näet työssäsi paljon kotona asuvia ikäihmisiä, joiden fyysinen kunto heikkenee iän myötä. On erittäin tärkeää, että fyysistä kuntoa ylläpidetään ja vahvistetaan, jotta kotona asuminen mahdollisimman pitkään olisi mahdollista ja mielekästä. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää Lauttasaaren lähipalvelualueen kotihoidon hoitajien näkemyksiä ja kokemuksia kotona asuvien ikäihmisten fyysisen toimintakyvyn tukemisesta. Tavoitteena on löytää käyttökelpoisia toimintamenetelmiä, joiden avulla voidaan parantaa kotona asuvien vanhusten elämänlaatua ja fyysistä toimintakykyä. Opinnäytetyön valmistuttua esittelen kirjallisesti opinnäytetyön tulokset lähipalvelualueen hoitajille.

Opinnäytetyössäni aineiston keruu perustuu haastattelujen kautta saatuihin tietoihin ja aiheen käsitteleviin kirjallisiin tietolähteisiin. Pyydän ystävällisesti sinua osallistumaan lyhyeen haastatteluun tästä aiheesta, koska sinä olet asiantuntija ja sinun tietosi ovat tärkeitä. Haastattelen lähipalvelualueen viittä vapaaehtoista hoitajaa. Haastattelut ovat ehdottoman luottamuksellisia. Raportti kirjoitetaan niin, että ketään ei voida tunnistaa tuloksista. Haastattelut tehdään hoitajien työajalla lähipalvelualueen työtiloissa. Haastattelut toteutetaan yksilöhaastatteluina. Haastattelut nauhoitetaan. Yksi haastattelu kestää noin puoli tuntia.

Pyydän sinua ystävällisesti ilmoittamaan halukkuutesi haastatteluun osallistumisesta kotihoidon ohjaajalle haastatteluajan sopimisesta.

Jos sinulla on kysyttävää haastattelusta, vastaan mielelläni.

Nimi: Afshin Jebrail

LIITE: 3

Suostumus haastattelun nauhoittamiseen

Olen saanut riittävästi tietoa sairaanhoitajaopiskelijalta Afshin Jebrail opinnäytetyöhön liittyvästä tutkimuksesta koskien Vanhusten fyysisen toimintakyvyn tukemista kotihoidossa.

Suostun haastatteluun ja annan luvan käyttää haastattelumateriaalia opinnäytetyöhön siten, että minua ei voida tunnistaa tuloksien raportoinnista.

Paikka ja aika

Osallistuja _____

Opiskelija _____

Nimen selvennys