

Juho Pienimäki & Kasper Koskinen

”Eihän sitä enää tartte, eikä jaksakaan revitellä. Kato pienestäkin on kiinni, että pysyy vähän niin kuin... vetreenä.”

Kotikuntoutuksen pilottijakso asiakkaiden kokemana



sairaanhoitaja / terveydenhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Syksy 2018



KAJAANIN
AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Tiivistelmä

Tekijät: Pienimäki Juho & Koskinen Kasper

Työn nimi: *"Eihän sitä enää tarte, eikä jaksakaan revitellä. Kato pienestäkin on kiinni, että pysyy vähän niin kuin... vetreenä."* Kotikuntoutuksen pilottijakso asiakkaiden kokemana

Tutkintonimike: sairaanhoitaja/terveydenhoitaja AMK

Asiasanat: teemahaastattelu, kotihoito, kotikuntoutus, pilottijakso, toimintakyky

Kotona tapahtuva kuntoutus on tulevaisuudessa yhä enenevässä määrin tulossa osaksi terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Säästöjä täytyy löytää ja sairaaloiden osastopaikkoja vähennetään. Tällöin kotihoidon ja kotikuntoutuksen rooli asiakkaan hoitoprosessin osana kasvaa.

Tämä opinnäytetyö on toteutettu kvalitatiivisena tutkimuksena. Työn tilaajana on Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, terveyden ja sairaudenhoitopalveluiden kuntoutuspalvelut. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Sotkamon ja Kajaanin kotihoitojen kotikuntoutuksen pilottijaksolle osallistuneiden asiakkaiden kokemuksia. Tavoitteena on arvioida ja kehittää Kainuun soten kotona tapahtuvan kuntoutuksen toteutumista pilottijakson pohjalta. Tutkimuskysymykset ovat: millaiseksi kotikuntoutuksen pilottijaksolle osallistuneet asiakkaat kokivat jakson, sekä kuinka kotikuntoutusta olisi mahdollisuus kehittää Kainuun sotessa.

Aineiston keruu on toteutettu teemahaastattelulla. Saadun aineiston analysoinnissa on käytetty teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä, perustuen teemahaastattelurungon pääteemoihin. Tulokset ovat esitetty pääluokittain, jotka ovat asiakaslähtöisyys, turvallisuus ja sosiaaliset suhteet. Tulosten mukaan kotikuntoutuksen pilottijaksolle osallistuneet olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä jakson antiin. Asiakaslähtöisyys oli toteutunut mm. hoidon suunnittelun osalta. Turvallisuuden tunne oli myös koettu korkeaksi. Sosiaalisten suhteiden huomioiminen nousi asiakkailta itseltään esille haastatteluiden aikana. Kehittämiskohteina tulevaisuuden kotikuntoutukseen voidaan pitää palveluiden yhteensovittamista sekä yhteisöllisten aktiviteettien käyttämistä kuntoutuksen tukena.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kotikuntoutuksen kehittämisessä sekä sen vakiinnuttamisessa Kainuun soten normaaliksi toiminnaksi. Jatkotutkimuksena voidaan tehdä samankaltainen haastattelu tai kysely, kun kotikuntoutus on osa asiakkaan hoitoprosessin normaalia toimintaa.

Abstract

Author(s): Pienimäki Juho & Koskinen Kasper

Title of the Publication: *"No Need to Try Too Much. You See, It's Those Little Things That Keep You... Like Fresh"* - a home rehabilitation pilot period as experienced by clients

Degree Title: Bachelor of Health Care, Nursing / Registered Public Health Nursing

Keywords: theme interview, home care, home rehabilitation, pilot period, functional ability

Home-based rehabilitation will be an increasingly bigger part of the future social and healthcare system as service providers are looking for cutback and the number of hospital beds is decreasing. Therefore, the role of home care and home rehabilitation will be more significant in patients' treatment processes.

This thesis was conducted as qualitative research. The commissioner was the Department of Rehabilitation Services within Kainuu Social and Health Care Joint Authority. The main purpose of this thesis was to describe home care client's thoughts about the home rehabilitation pilot period organized in Sotkamo and Kajaani. The goal was to assess and develop the implementation of home rehabilitation provided by the Joint Authority based on the results of the pilot period. The research questions were the following: how clients experienced the pilot period and how home rehabilitation could be developed within the Joint Authority.

Material was collected through theme interviews and analyzed using content analysis and grounded theory on the basis of the themes of theme interview framework. The results presented in main categories, which are client-orientation, safety and social relations, show that clients were mainly satisfied with the pilot period. Client-orientation was realized, for example, in care planning. Clients also felt that safety was at a high level. Social relations were experienced as a significant part of rehabilitation. Development targets for future home rehabilitation are integration of services and use of communality-enhancing activities to support rehabilitation.

The results of this thesis can be used to develop home rehabilitation and make it part of the operational model of Kainuu Social and Health Care Joint Authority. Follow-up research could use a similar interview or questionnaire to study home rehabilitation as a normal part of clients' treatment processes.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tavoite, tarkoitus ja tutkimustehtävät	3
3	Kuntoutuminen kotona	4
3.1	Elämänlaatu ja toimintakyky	5
3.2	Kuntoutuminen, kotikuntoutus ja hoitoprosessi.....	7
3.3	Sotkamo - Kajaani kotikuntoutuksen pilottijakso	8
4	Opinnäytetyön toteutus	11
4.1	Laadullinen tutkimus	11
4.2	Aineiston keruu	12
4.3	Aineiston analysointi	13
5	Tulokset	16
5.1	Asiakaslähtöisyys.....	16
5.2	Turvallisuus	17
5.3	Sosiaaliset suhteet	19
6	Johtopäätöksiä ja pohdintaa.....	21
6.1	Tulosten tarkastelu.....	21
6.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	24
6.3	Eettisyys.....	26
6.4	Luotettavuus	28
6.5	Ammatillinen kehittyminen.....	29
	Lähteet.....	32

Liitteet

1 Johdanto

Suomen väestö vanhenee nopeaa vauhtia. Vuonna 1990 noin 15 % väestöstä oli yli 65-vuotiaita. 2016 vastaava osuus oli 20,9 %. Ennuste vuodelle 2050 kertoo yli 65-vuotiaiden osuuden olevan tuolloin jo yli 27 %. (Väestö 2017.) Väestön ikääntyminen luo painetta entistä laadukkaampaan, terveyttä edistävään sekä kuntouttavaan hoitotyöhön. Näin ihmiset pystyisivät asumaan toiveidensa mukaisesti mahdollisimman pitkään kotioloissa, ilman pitkiä ja kalliita sairaalajaksoja. Tätä tarvetta vastaamaan on luotu erilaiset kotipalvelut. Niiden avulla tuetaan henkilön selviytymistä kotioloissa, asiakkaan tarvitessa sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua päivittäisissä toimissaan. Kotipalveluihin pystytään myös yhdistämään muita saatavilla olevia tukitoimia, kuten ateria-, siivous- ja kuljetuspalveluja. Näillä palveluilla pystytään kohdentamaan asiakkaalle juuri hänen tarpeitaan vastaava tuentarve. (Sosiaali- ja terveysministeriö, sosiaalipalvelut, kotihoito ja kotipalvelut.) Kunnat pystyvät yhdistämään sosiaalihuoltalakiin perustuvan kotipalvelun sekä terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon yhdeksi kokonaisuudeksi, eli kotihoidoksi.

Kotipalveluiden ja kotisairaanhoidon laatu perustuu asiakkaan hyvään toimintakyvyn arviointiin. Esimerkiksi Kainuun alueella on jo jonkin aikaa ollut käytössä kotihoidon erillinen arviointijakso. Arviointijakson pohjalta luodaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma, joilla pyritään mahdollisuuksien mukaan palauttamaan asiakkaan toimintakyky sairautta/vammaa edeltävälle tasolle. Samalla saadaan asiakkaan tarvitsemat palvelut kohdistettua täsmällisemmin jatkoa ajatellen. Hoidon kokonaisuuden tavoitteena on asiakaslähtöinen ja asiakkaan voimavaroihin pohjautuva yksilöllisen avun ja hoidon tarve. Se pohjautuu asiakkaan omiin päivittäisiin valintoihin ja tavoitteisiin hänen arjessaan. Työntekijän roolissa korostuu asiakkaan tukeminen, ohjaus ja motivointi sekä kyky tuoda ammatillisesta näkökulmasta esille mahdollisuuksia entistä sujuvamman arjen puolesta. Puhutaan kuntouttavasta työotteesta. (Kotihoidon arviointijakso 2016.)

Kotihoidon merkitys ja vastuu kasvavat tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen sekä Kainuun alueella Uusi sairaala -projektin myötä. Hoitopäivät sairaalassa tulevat suunnitelmien mukaan vähenemään huomattavasti, kuntoutumisen, toimintakyvyn ylläpidon ja sen edistämisen keskittyessä asiakkaan kotona tapahtuvaan ja sitä tukevaan toimintamalliin. Tästä syystä kuntouttavan työotteen nykyistä parempi omaksuminen on erityisen tärkeää, kuntoutuksen tapahtuessa yhä suuremmissa määrin kotona.

Toimeksiantajana opinnäytetyöllemme toimii Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (jatkossa Kainuun sote) vanhus- ja kuntoutuspalvelut. Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata kotikuntoutuksen pilottijaksolle osallistuneiden asiakkaiden kokemuksia. Tavoitteena on arvioida ja kehittää kotikuntoutuksen toteutumista Kainuun sotessa. Tähän pyrimme haastattelemalla Sotkamon ja Kajaanin kotikuntoutuksen pilottijaksolle osallistuneita asiakkaita. Opinnäytetyömme tarjoaa mahdollisuuden Kainuun soten kotikuntoutuksen edelleen kehittämiseen sekä mahdollisuuden jatkotutkimuksille omamme pohjalta, ottaen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon meneillään olevan murrosvaiheen sekä Kainuun alueen kotikuntoutukseen keskittyneet harvat opinnäytetyöt.

2 Tavoite, tarkoitus ja tutkimustehtävät

Tavoitteenamme on arvioida ja kehittää Kainuun soten kotona tapahtuvan kuntoutuksen toteutumista pilottijakson pohjalta. Aineisto on kokemuspohjaista ja kerätty teemahaastatteluin pilottijaksolle osallistuneilta asiakkailta.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata kotikuntoutuksen pilottijaksolle osallistuneiden asiakkaiden kokemuksia.

Tutkimustehtävät:

Millaiseksi kotikuntoutuksen pilottijaksolle osallistuneet asiakkaat kokivat jakson?

Kuinka kotikuntoutusta olisi mahdollista kehittää Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymässä?

3 Kuntoutuminen kotona

Opinnäytetyömme yleisenä aiheena on kuntoutuksen tarpeessa olevan asiakkaan toimintakyvyn tukeminen hoitoprosessin ja kuntoutumisen eri vaiheissa. Ilmiönä tarkastelemme akuutin vaiheen kotikuntoutusta, arvioimme toimintamallien ja -tapojen asiakaslähtöisyyttä. Asiakasryhmänä opinnäytetyössämme ovat ikääntyneet.

Kuntouttavan työotteen katsotaan nykyään kuuluvan toimintatapana ja periaatteena kaikkien hyvään hoivaan ja hoitoon. Se tulisi pitää koko ajan mielessä jokaisella terveydenhuollon kentällä, niin vanhus-, kuin esimerkiksi mielenterveystyössäkin. Kuntouttavalla työotteella viitataan usein työntekijän tai ammattikunnan toimintatapaan, joka pohjautuu ajatukseen kuntoutujan tai potilaan omien mielipiteiden kunnioittamiseen sekä osallisuuden omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun. Tällöin asiakastyössä käytetään sellaisia toimintatapoja, jotka ovat asiakkaan omatoimisuutta sallivia sekä tukevat hänen omaa toimintakykyään. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23.)

Kuntouttavan työotteen tavoitteena on tukea ja antaa mahdollisuus asiakkaalle selviytyä mahdollisimman itsenäisesti arjessaan, omien voimavarojen ja toimintakyvyn mukaan. Yhdessä tekeminen on ominaista kuntouttavalle työotteelle. Tällöin hoitaja ei toimi asiakkaan puolesta, vaan tukee ja avustaa tarvittaessa. Lähtökohtana on, että asiakkaalla olisi itse mahdollisuus vaikuttaa omaan selviytymiseensä ja arkeensa, kuten päivärytmiin. Työntekijän aikataulujen ei olisi suotavaa määrätä toimintakyvyltään heikentyneen asiakkaan päivän kulkua. Kun asiakkaalle annetaan aikaa suoriutua itsenäisesti päivittäisistä perustoiminnoista, kuten pukeutumisesta, peseytymisestä tai ruuanlaitosta ja ruokailusta, tuetaan samalla hänen toimintamahdollisuuksiaan ja motivoidaan omatoimisuuteen. Edellä luetellut asiat eivät kuitenkaan tarkoita sitä, että vanhus tai esimerkiksi suuresta leikkauksesta kuntoutuva potilas pakotettaisiin suoriutumaan ilman apuja. Apua tulee olla saatavilla aina, kun asiakas kokee, ettei selviydy yksin. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23.)

3.1 Elämänlaatu ja toimintakyky

Elämänlaatu -käsitettä ei ole määritelty yhdellä, yleisesti hyväksytyllä tai virallisella määritelmällä. Elämänlaatu ja hyvinvointi käsitteitä on rinnastettu useimmissa lähteissä toisiinsa. Tässä yhteydessä käytämme elämänlaatu -käsitettä, joka kattaa myös hyvinvoinnin. Ikääntyneelle väestölle koemme elämänlaatu -käsitteen soveltuvan paremmin. Käsitteenä elämänlaatu on moninainen, kattava fyysisen, psyykkisen sekä sosiaalisen ulottuvuuden. Useissa määritelmissä myös ympäristö luetaan yhdeksi elämänlaadun osa-alueeksi, sen käsittäessä muun muassa taloudelliset ja turvallisuuteen vaikuttavat tekijät sekä palvelujen saatavuuden. Yhteistä kaikille määritelmille on yksilön oman inhimillisen kokemuksen kunnioittaminen. Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt elämänlaadun henkilön omakohtaiseksi kokemukseksi elämäntilanteestaan suhteessa yksilön päämääriin, tavoitteisiin ja odotuksiin, oman kulttuurin ja arvomaailman kontekstissa. Kohdistetun ja tarkemman tiedon saamiseksi, terveystutkimuksissa elämänlaatu -käsitettä on rajattu käsitteeseen terveyteen liittyvä elämänlaatu. Se käsittää yksilön kokemuksen niistä elämän osa-alueista, jotka hän kokee vaikuttavan terveyteensä. (Aalto, Korpilahti, Sainio, Malmivaara, Koskinen, Saarni, Valkeinen & Luoma 2016.)

Toimintakyky, kuten elämänlaatu, on moniulotteinen käsite, ja se voidaan jakaa useaan eri ulottuvuuteen. Hyvä toimintakyky auttaa selviämään arjessa aikuisiällä, mutta myös mahdollistaa vanhempana itsenäisen selviämisen pidempään ilman apua. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2015) mukaan toimintakyky jaetaan useimmiten fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Se määrittelee toimintakyvyn eri ulottuvuudet seuraavalla tavalla:

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä edellytyksiä päivittäisiin askareisiin ja liikkumiseen ylipäätään. Fyysisen toimintakyvyn kannalta tärkeitä ovat mm. lihasvoima ja kestävyys, kestävyyskunto, koordinaatio ja liikkuvuus. Myös aistitoiminnot luetaan usein fyysiseen toimintakykyyn. (Toimintakyvyn ulottuvuudet 2015.)

Psyykkisestä toimintakyvystä puhuttaessa tarkoitetaan ihmisen voimavaroja, joiden avulla hän kykenee selviytymään arjen haasteista. Se on kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa, kykyä tuntea ja kykyä suunnitella omaa elämää. Psyykkiseen toimintakykyyn luetaan myös persoonallisuus ja sosiaalisissa tilanteissa selviytyminen. (Toimintakyvyn ulottuvuudet 2015.)

Kognitiivinen toimintakyky voidaan usein lukea kuuluvaksi psyykkisen toimintakyvyn piiriin. Siihen kuuluu tiedonkäsittelyn eri osa-alueita, kuten muisti, oppiminen, keskittymiskyky ja orientaatio. Nämä mahdollistavat ihmisen suoriutumisen arjesta ja sen vaatimuksista. (Toimintakyvyn ulottuvuudet 2015.)

Sosiaalinen toimintakyky muodostuu yksilön ja ympäristön, yhteisön tai sosiaalisen verkoston välisessä dynaamisessa vuorovaikutuksessa ja se ilmenee sosiaalisena aktiivisuutena ja suoriutumisen vuorovaikutustilanteissa (Toimintakyvyn ulottuvuudet 2015).

Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto TOIMIA suosittelee ikääntyneiden henkilöiden toimintakyvyn mittaamista palveluarvioinnin yhteydessä siten, että jokaiselle toimintakyvyn osa-alueelle valitaan yksi oma mittari (lääkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä 2011).

Ikääntyneellä hyvä fyysinen toimintakyky on suoraan verrattavissa turvalliseen suoriutumiseen arkipäivän askareissa. Päivittäisissä perustoiminnoissa, kuten syömisessä, puukeutumisessa ja peseytymisessä, tarvitaan lähinnä riittävää fyysistä toimintakykyä. Omien asioiden hoitaminen ja kodin ulkopuoliset toiminnot taas vaativat myös muita toimintakyvyn ulottuvuuksia. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen, 2015, 27.)

Ikääntyvän ihmisen fyysinen toimintakyky alkaa usein heiketä jonkin sairauden johdosta, jolloin liikkuminen usein muuttuu varovaisemmaksi. Esimerkiksi kävelykyvyn heikentyessä mahdollisuus itsenäiseen selviytymiseen, kuten ruoanvalmistuksen onnistumiseen, vaarantuu. Tämä synnyttää fyysisen toimintakyvyn kannalta negatiivisen kierteen, koska vähenevä energian ja proteiinien saanti kiihdyttää lihaskatoa. (Kelo ym. 2015, 41.) Fyysisen toimintakyvyn aleneminen voi johtua myös muistakin seikoista, kuten tapaturmaa seuranneesta luunmurtumasta.

Koettu toimintakyky ja fyysinen aktiivisuus ovat positiivisessa yhteydessä ikääntyneen kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Jotta ikääntyneen toimintakyky pysyy yllä, täytyy liikunnan olla säännöllistä. Vähäiselläkin, mutta säännöllisellä liikunnalla on jo positiivisia vaikutuksia koettuun hyvinvointiin ja elämänlaatuun. (Kelo ym. 2015, 42.) Ikääntyneen voimaharjoittelu on yksi tärkeä osa-alue fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisessä ja kehittämisessä. Vuodelevossa ollessa lihasvoima heikkenee viikossa jo useita kymmeniä prosentteja. Kuntoutuksen yksi tärkeimmistä tavoitteista onkin saada kuntoutuja mahdollisimman nopeasti mobilisoitua ylös sängystä. Lihasvoimaa pystytään kehittämään vielä yli 90-vuoti-

aanakin ja hyvä lihaskunto vähentää merkittävästi esimerkiksi vanhuuteen liittyvän gerastienian (hauraus-raihnausoireyhtymä) riskiä. (Kelo ym. 2015, 43.) Tyypillisimpiä oireita ovat muun muassa uupumus, heikkous, hitaus ja inaktiivisuus. Gerasteniaa esiintyy arviolta 10 - 14 % kotona asuvista vanhoista ihmisistä. (Strandberg, Cederholm, Saksela & Goebeler 2015.)

3.2 Kuntoutuminen, kotikuntoutus ja hoitoprosessi

Kuntoutuminen on suunnitelmallista, tavoitteellista ja moniammatillisesti toteutettavaa toimintakykyä edistävää toimintaa. Kuntoutuminen on tarpeen, kun kuntoutujan jokin toimintakyvyn osa-alueista on siinä määrin heikentynyt, että se hankaloittaa arkea. Kuntoutuksen avulla pyritään tarvittavien osa-alueiden parantamiseen tai nykyisen tason ylläpitämiseen. Kuntoutukseen kuuluu erilaisia palveluita, kuten neuvontaa, terapiaa, koulutusta, apuvälinepalveluja ja asunnon muutostöitä. Kuntoutusta voidaan toteuttaa niin kotona, kuin laitoksessakin ennen kotiutumista. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2016.)

Elise Einset ja Pinja Krook ovat omassa opinnäytetyössään ”Kotikuntoutus - kuntoutusta kotiympäristössä” (2013, 40.) tutkineet **kotikuntoutusta** ilmiönä toimintaterapeutin näkökulmasta. Kirjallisuuskatsauksesta ja teemahaastatteluiden saatujen tietojen perusteella he antoivat määritelmän kotikuntoutuksen käsitteestä. Kotikuntoutusmalli saa lopullisen muotonsa aina paikallisesti. Asiakkuuden kriteerit voivat vaihdella eri paikoissa, mikä vaikuttaa kotikuntoutuksesta saatuihin tuloksiin. Kotikuntoutukselle ei voida tämän takia antaa yksiselitteistä määritelmää, vaan määritelmä on yleistävä.

Einset ja Krook (2013, 40.) määrittelevät kotikuntoutuksen olevan yleensä kunnallinen, kotihoidon vanhoille tai uusille asiakkaille suunnattu kuntoutuspalvelu. Jotta kotikuntoutusprosessi on asiakaslähtöinen, tulee sen sekä alkaa että loppua palvelutarpeenarvioinnilla. Intervention, eli tässä tapauksessa kotikuntoutusprosessin, kesto on noin kuusi viikkoa ja se tapahtuu kaikilta osin asiakkaan kotiympäristössä. Interventio koostuu aina alkuarvioinnista, tavoitteiden asettelusta, suunnitelmasta, toteutuksesta, ja loppuarvioinnista. Kotikuntoutus edellyttää jatkuvaa asiakkaan tavoitteiden toteutumisen seuranta, jotta se pystyy olemaan sekä ennaltaehkäisevää että tavoitteellista.

Einset ja Krook (2013, 40.) toteavat, että kotikuntoutuksen toteuttamiseen osallistuu moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat ainakin sairaanhoitaja, toimintaterapeutti ja fysioterapeutti, yhdessä kotikuntoutukseen koulutettujen kotihoitajien kanssa. Kotikuntoutuksen, kuten kuntoutuksen yleensäkin, tulisi olla kuntoutujan suhteen aktiivista, jolloin hoitaja ei tee asioita hänen puolestaan, vaan tukee kuntoutujan itsenäistä suoriutumista päivittäisistä toiminnoista.

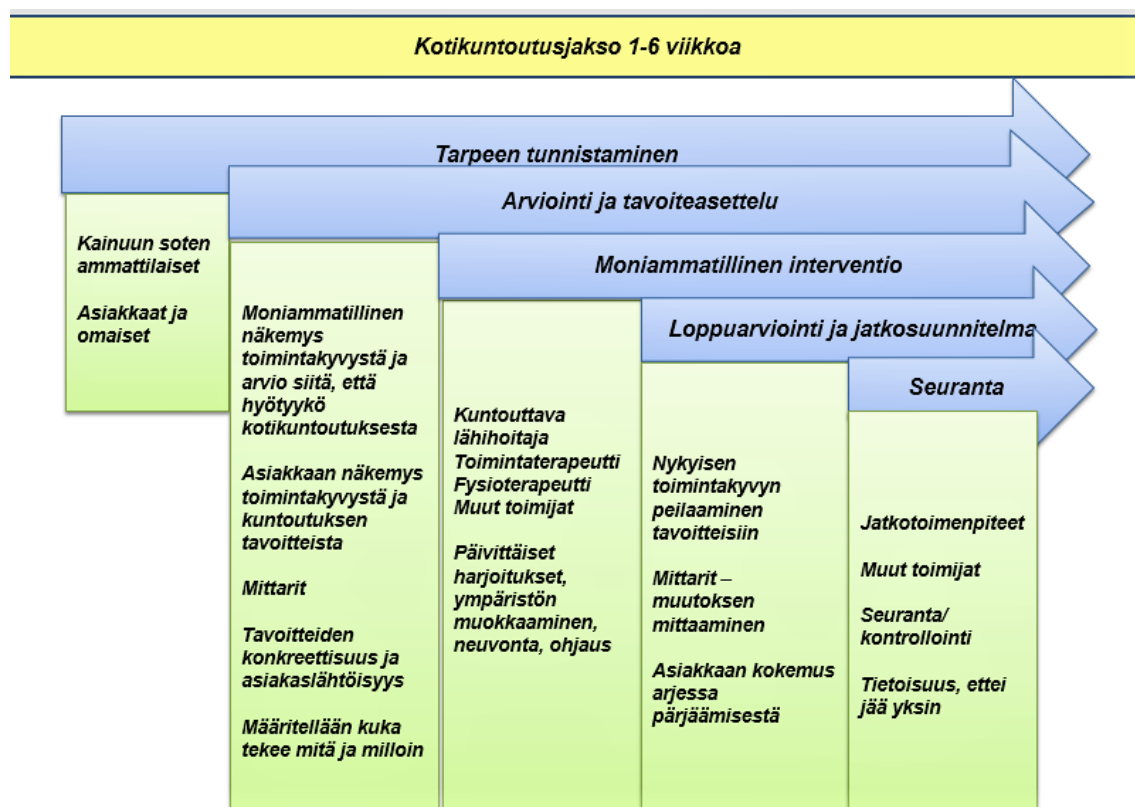
Kotikuntoutuksen määritelmänsä viimeisessä kappaleessa Einset ja Krook (2013, 40.) toteavat, että kotikuntoutus on toisaalta ideologia, mutta käytännössä myös työtapa ja palvelumalli. Kotikuntoutusmallin on tarkoitus vahvistaa kuntoutujaa toimijana omassa elämässään, sekä tehdä hänen arjestaan laadukkaampaa, mielekkäämpää ja itsenäisempää. Kuntoutujan kotihoidon tarpeen vähentäminen ja kotihoidon kustannusten hillitseminen ovat myös tavoitteena kotikuntoutuksen toteuttamisessa.

Hoitoprosessi on saman asiakkaan ongelmaan/vaivaan kohdistuvien hoitotapahtumien suunnitelmallinen toimintasarja. Hoitoprosessin vaiheita ovat muun muassa hoitotyön tarpeen arviointi, suunnittelu, toteutus ja tulosten arviointi. Hoitoprosessi voi edetä ennakoarviointien perusteella, mutta myös edellisten vaiheiden päätösten perusteella. (Vuoremaa 2005.)

3.3 Sotkamo - Kajaani kotikuntoutuksen pilottijakso

Sotkamossa ja Kajaanissa toteutettava pilottijakso aloitettiin joulukuussa 2017 Sotkamosta, josta se sittemmin laajeni Kajaaniin. Kotikuntoutus on tarkoitettu yleisesti yli 18-vuotiaille, Sotkamossa ja Kajaanissa asuville henkilöille, joilla on haasteita selvitä kotona arjestaan itsenäisesti. Pilottijakson aikana asiakkaalle tarjotaan tehostetumpaa ja kohdenetumpaa, akuutin vaiheen kuntoutusta, tarkoituksena ehkäistä tai ainakin vähentää pysyvän kotihoidon tarvetta. Jakso etenee asiakkaan ja kotikuntoutustiimin ammattilaisten yhdessä laatiman kuntoutussuunnitelman mukaan, joka tehdään alkuarvioinnin pohjalta. Kuntoutusjakson päätteeksi tehdään loppuarviointi ja jatkosuunnitelma, johon kuuluu muun muassa myöhemmin toteutettava kontrollikäynti. (Kotikuntoutuspilotin alkaminen Sotkamossa 1.12.2017; Kotikuntoutuspilotin laajeneminen Kajaaniin 16.4.2018.)

Kestoltaan jakso on 1 - 6 viikkoa, asiakaskohtaisesti vaihdellen. Suunnitelmana on, että pilottijaksoa toteutetaan enintään viidelle (5) asiakkaalle yhtäaikaaisesti. Jaksolle osallistuvia asiakkaita ei etukäteen valikoida. Mahdollisuuksien mukaan hyödynnetään jo nykyisiä kotihoidon asiakkaita, jonka lisäksi asiakkaat voivat siirtyä pilottijaksolle muun muassa vastaanotolta ja päivystyksestä sekä terveyskeskussairaalan tai Kainuun keskussairaalan vuodeosastoilta. (Kotikuntoutuspilotin alkaminen Sotkamossa 1.12.2017; Kotikuntoutuspilotin laajeneminen Kajaaniin 16.4.2018.)



(Kempainen, M. 2018)

Kuvio 1. Kotikuntoutusjakso

Kuntoutustiimiin kuuluvat fysioterapeutin ja toimintaterapeutin lisäksi kuntouttava lähihoitaja, joka on lisäkoulutautunut mm. ergonomian osalta. Nykyisellään esimerkiksi toimintaterapeutteja ei ole resursoitu kotihoidon vahvuuteen. Moniammatillista yhteistyötä teh-

dään lisäksi kotihoidon varsinaisen henkilökunnan kanssa sekä tarvittaessa muun muassa ravitsemusterapeutteja ja muistihoitajaa konsultoiden. Pilottijaksoa on tarkoitus jatkaa helmikuun 2019 loppuun saakka, jonka jälkeen tavoitteena on asteittain laajentaa siitä vakiintunut toimintamalli koko Kainuun soten alueelle vuoden 2019 aikana. (Kotikuntoutuspilotin alkaminen Sotkamossa 1.12.2017; Kotikuntoutuspilotin laajeneminen Kajaaniin 16.4.2018.)

4 Opinnäytetyön toteutus

Tässä luvussa selvitämme mikä on laadullinen tutkimus ja miksi valitsimme tämän tutkimussuuntauksen oman opinnäytetyömme toteuttamiseen. Käymme myös läpi aineiston keruun vaiheet, menetelmän valinnasta litterointiin. Lisäksi tarkastelemme kerätyn aineiston analyysin vaiheita.

4.1 Laadullinen tutkimus

Toimeksiantaja toi esille halun saada suoraa, yksilöllistä ja välitöntä palautetta pilottijakson kokemuksista. Opinnäytetyömme tavoitteeseen ja tutkimusongelmaan vastataksemme, valitsimme kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tutkimussuuntaukseksi. Laadullisessa tutkimuksessa voidaan erottaa erilaisia laadulliselle tutkimukselle tyypillisiä piirteitä. Esimerkiksi niin, että tiedonhankinta on kokonaisvaltaista ja aineisto kerätään todellisista tilanteista. Hankittua aineistoa analysoitaessa, tarkoituksena ei ole hypoteesin tai teorioiden testaaminen, vaan aineiston yksityiskohtainen ja monitahoinen tarkastelu. Tutkimusmetodina laadullisen tutkimuksen aineiston hankinnassa suositaan valmiista aineistosta, havainnointia sekä erimuotoisia haastatteluja. Aineiston hankinnan tavoitteena on saada esille tutkittavan kohdejoukon ääni ja tuoda heidän yksilölliset näkökulmansa paremmin tutkijan tietoisuuteen (vrt. suljetut kysymykset). Kohdejoukkoa ei valita satunnaisesti, vaan tarkoituksenmukaisesti, juuri tähän tutkimukseen sopivaksi. Tutkittavien joukko on laadullisessa tutkimuksessa usein pieni. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.)

Valitsimme laadullisen tutkimuksen oman työmme menetelmäksi, koska halusimme saada kotikuntoutuksen pilottijaksolle osallistuneiden asiakkaiden yksilölliset kokemukset jakson onnistumisesta esille. Lisäksi laadulliseen tyyliin ohjasi myös se, että tutkittava joukkomme oli melko pieni, yhteensä neljä henkilöä. Joukon pienen koon ansiosta pystyimme suorittamaan aineiston keruun haastattelun muodossa, jolloin saimme selvitettyä yhden ihmisen kokemukset tutkittavasta asiasta yksityiskohtaisemmin, kuin esimerkiksi rasti ruutuun -tyylisellä kyselyllä.

4.2 Aineiston keruu

Aineistonkeruussa käytimme teemahaastattelua. Teemahaastattelu on lomakehaastattelun ja strukturoimattoman haastattelun välimuoto, jota yleisemmin kutsutaan puolistrukturoiduksi tai puolistandardoiduksi haastatteluksi. Teemahaastattelussa haastateltavat ovat kohdanneet ja kokeneet tietyn tilanteen, joka on tutkimuksen aiheena. Enemmän kuin kysymykset, haastattelutilannetta ohjaavat ne muutamet pääteemat, jotka haastattelija on valinnut ja määritellyt aiheeseen liittyen. Teemojen ympärille haastattelija pohtii ja rakentaa tarvittavat tukikysymykset ja luo näihin pohjautuen haastattelurungon. Kysymykset, jotka haastattelija esittää ovat kaikille samat, mutta haastateltava saa vastata kysymyksiin omin sanoin, ilman sidottuja ja määriteltyjä vastausvaihtoehtoja. Haastattelun etenemisjärjestys on myös vapaamuotoinen. Kysymyksiä ja teemoja ei tarvitse olla useita. Haastattelutilanteessa liiallinen ennakoita laadittuihin kysymyksiin tukeutuminen ja papereihin turvautuminen päinvastoin voi tyypistää keskustelua ja haastateltavan omakohtaista kertontaa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47 - 48.)

Hirsjärvi ja Hurme (2001, 72 - 73) suosittavat esihaastattelun tekemistä ennen varsinaisten haastattelujen aloittamista. Heidän mukaansa esihaastattelu on teemahaastattelun välttämätön ja tärkeä osa, jossa testataan haastattelurunkoa, teemojen järjestystä sekä kysymysten muotoilua. Sillä saadaan myös selville haastattelujen keskimääräinen pituus.

Teemahaastattelumme haastattelurungon (Liite 1) teemat määrittelimme tutkimustehtävienne sekä kotihoidon ja pilottijakson henkilöstön ehdotusten ja toiveiden mukaan. Teemat olivat asiakaslähtöisyys, turvallisuus sekä pilottijakson jälkeinen kuntoutus. Alkuperäisen suunnitelmamme mukaan olisimme toteuttaneet esihaastattelun pilottijaksolle ensimmäisenä osallistuneen asiakkaan kanssa. Jakson aloitus kuitenkin siirtyi sen verran, ettei aikataulu antanut tälle enää myöten. Sotkamon kotihoidon alueella asiakkaita oli aluksi niin vähän, ettei varsinaisia haastatteluja olisi saatu tehtyä.

Tutkimusluvan (Liite 3) saimme Kainuun sotelta sähköpostiin 5.3.2018. Haastateltavat asiakkaat valikoituivat pilottijakson toimihenkilöiden toimesta ja tiedotteet opinnäytetyöstä tavoittivat asiakkaat ennakkoon heidän kauttaan. Haastatteluihin valitsimme ainoastaan sellaiset asiakkaat, joiden hoitoon oli pilottijaksoon liittyen osallistunut vähintään kahden eri ammattiryhmän edustajia, esimerkiksi fysioterapeutti ja toimintaterapeutti. Tämä siitä syystä, jotta pilottijakson moniammatillinen yhteistyö tulisi haastatteluissa jollain tavoin esille. Alustavat tiedot suostumuksista haastatteluihin saimme pilottijakson henkilöstöltä

ja haastattelutilanteessa pyysimme haastateltavan allekirjoituksen paperiseen lomakkeeseen, johon oli yhdistetty tiedote opinnäytetyöstä, suostumuslomake, sekä lupa haastattelun äänittämiseen. (Liite 2).

Asiakkaat olivat 72 - 86 vuotiaita miehiä ja naisia. Asiakkaiden asumismuodot vaihtelivat taajaman rivitalo asunnosta kaupungin keskustan kerrostalo huoneistoon. Yhteistä kaikille asiakkaille oli omassa huoneistossaan yksin asuminen. Varsinainen syy sairaalahoitoon ja sitä kautta pilottijaksolle päätymiseen vaihteli aivoverenkierronhäiriöstä leikkauksesta kuntoutumiseen.

Haastatteluajankohdat sovimme pilottijakson kotikäyntien mukaan, jolloin asiakkaan luona oli juuri käyty haastateltavien asioiden puitteissa. Ennen haastattelun aloitusta haastateltava sai vielä lukea tiedotteen sekä kysyä mahdollisista mieltään askarruttavista asioista. Haastattelutilanteisiin olimme varanneet aikaa noin 45 minuuttia. Aikataulu piti pääsääntöisesti hyvin, joskin joissain tilanteissa haastattelun loppumisen jälkeen jäimme joksikin aikaa juttelemaan asiakkaan kanssa muistakin asioista. Itse haastattelut kestivät keskimäärin noin 20 minuuttia.

Alkuperäinen suunnitelmamme oli saada haastattelut tehtyä helmi-maaliskuun aikana. Pilottijakson aloituksen sekä tutkimusluvan saannin viivästymisen takia, viimeiset haastattelut suoritimme kuitenkin vasta toukokuun lopussa. Haastattelut teimme asiakkaiden omissa kodeissa siten, että molemmat meistä osallistuivat tasavertaisina haastattelijoina. Toinen meistä käytti myös haastattelun aikana puhelinta, johon tallensimme äänitteen haastattelusta ääninauhuri sovelluksella. Pyrimme litteroimaan äänitetyt haastattelut heti haastattelujen jälkeen tai viimeistään seuraavana päivänä. Alustimme haastattelussa käytetyn puhelimen litteroinnin jälkeen. Litteroimme äänitteet sanatarkasti, jolloin murre sanat ja äännähdykset on kirjoitettu niin kuin ne äänitteessä kuuluvat (Kananen 2015, 161). Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 24 sivua, fontilla 14 ja rivivälillä 1,15.

4.3 Aineiston analysointi

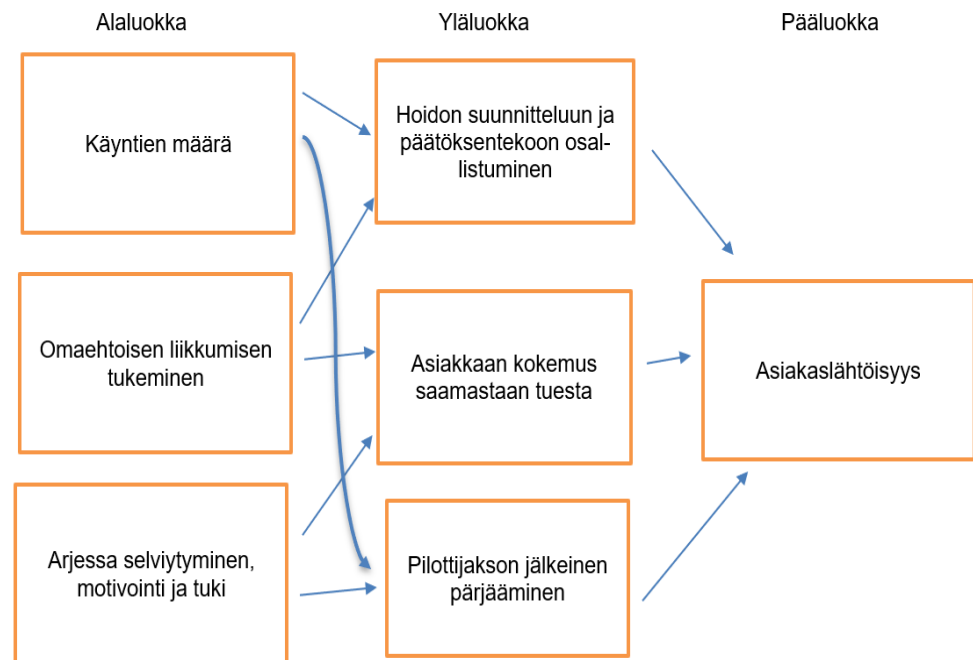
Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen tapauksissa. Sisällönanalyysillä aineistosta saadaan yleistetty ja tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Näin saadaan järjestettyä kerätty aineisto tiiviimpään ja selkeämpään muotoon, sen tiedollista sisältöä kadottamatta. Tämän pohjalta johtopäätösten

tekeminen tutkittavasta ilmiöstä selkeentyy ja niiden luotettavuus paranee. Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa kolmella eri tavalla: aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91 - 102.)

Teoriaohjaavassa analyysimallissa on yhtymäkohtia niin aineisto- kuin teorialähtöiseen sisällönanalyysiin. Teoriaohjaavan ja teorialähtöisen sisällönanalyysin tarkastelussa tuodaan esille tutkijan aiemmat perustat teorianäkökulmiin. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä teoreettiset näkökulmat ja faktat tuodaan esille ja ne toimivat apuna analyysiä tehtäessä. Teorialähtöisestä sisällönanalyysistä poiketen tavoitteena ei ole testata jo olemassa olevaa teoriaa, vaan saada sen avulla uusia tulkintoja ja ideoita aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108 - 118.)

Aineiston analyysivaihe noudattaa teoriaohjaavassa ja aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä osittain samaa kaavaa. Aineistolähtöinen ja teoriaohjaava sisällönanalyysi voidaan jaotella karkeasti kolmeen vaiheeseen: aineiston pelkistäminen (reduointi), ryhmitely (klusterointi) sekä teoreettisten käsitteiden luominen (abstrahointi). Erottavana tekijänä on teoreettisten käsitteiden muodostaminen. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä yläluokat ja kokoavat käsitteet muodostetaan jo olemassa olevan teorian pohjalta, toisin kuin aineistolähtöisessä. Alaluokkien muodostaminen sen sijaan on molemmissa aineistolähtöinen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 91 - 120.)

Aineiston analysointivaiheessa luimme tekstimuotoon litteroidut haastattelut kahdesta kolmeen kertaan. Luimme tekstit itsenäisesti, edeten haastattelu kerrallaan. Merkitsimme tekstiin eri värein tutkimuskysymyksiä ja haastattelun teemoja puhuttelevat katkelmat, joista tämän jälkeen yhdessä muodostimme pelkistetyt ilmaukset. Kun olimme saaneet jokaisesta haastattelusta listattua pelkistetyt ilmaukset, aloimme vertailla niitä.



Kuvio 2. Aineiston luokittelun havainnollistaminen

Kokosimme yhtenevät ilmaisut ja muodostimme niistä alaluokat. Alaluokista kokosimme samaa aihealuetta käsittelevät luokat yläluokiksi. Tässä vaiheessa yhdistimme aineistolähtöiset yläluokat teoriapohjaiseen tietoon, pääluokkiin. Pääluokkina meillä toimivat haastattelurungon mukaiset teemat, **asiakaslähtöisyys** ja **turvallisuus**. Lisäksi haastatteluja lukiessamme ja muodostaessa pelkistettyjä ilmaisuja, huomasimme perhe- ja ystäväsuhteiden tulevan ilmi jokaisessa haastattelussa. Tämän pohjalta valitsimme yhdeksi pääluokaksi **sosiaaliset suhteet**. Haastattelurungon yksi pääteema oli pilottijakson jälkeinen pärjääminen, joka aineiston analysointivaiheessa muodostui sen sijaan yläluokaksi.

Haastatteluissa kysyimme myös mielipidettä digitalisaation käytöstä sekä sen käyttö mahdollisuuksista kuntoutuksen osana. Alun perin digitalisaation käyttö ja sen mahdollisuudet muodostivat yhden haastattelurungon pääteeman, yhdessä asiakaslähtöisyyden, turvallisuuden ja pilottijakson jälkeisen kuntoutumisen kanssa. Haastateltavat toivat asiasta mielipidettään esille varsin vähäsanaisesti tai kommentoimalla ”se on hyvä juttu mutta en itse sitä halua”. Aineiston analyysivaiheessa päätimme jättää digitalisaation käsittelemättä tuloksissa vähäisten vastausten takia.

5 Tulokset

Opinnäytetyössämme halusimme selvittää, millaiseksi kotikuntoutuksen pilottijaksolle osallistuneet asiakkaat kokivat jakson ja miten kotona tapahtuvaa kuntoutustoimintaa voisi kehittää heidän kokemustensa pohjalta. Otsikkoina käytämme pääluokkia, jotka ovat johdettu teemahaastattelumme pääteemoista. Otsikoiden alla käsittelemme yläluokkia, jotka olemme lihavoineet selkeyttääksemme kappaleita.

5.1 Asiakaslähtöisyys

Hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon osallistuminen koettiin yhdeksi tärkeimmistä asiakaslähtöisyyteen vaikuttavista seikoista. Useampi haastateltava toi haastattelussa esille, että he olivat päässeet vaikuttamaan käyntien sisältöön, kuten alla olevista lainauksista käy ilmi.

”Ja muutaman kerran käytiin tuolla boccian peluussa, kun minä olin siellä aina kattomassa niin se että sinähän pelasit niin kuin muutkin, vaan ei tunnusta siltä mutta istutaan kun saan nakata niin mikäs siinä.”

”Pienistä lenkeistä lähditte liikkeelle ja olette suunnitellut pitempiä lenkkejä siellä ystävättären luona käyntejä? (Haastattelijat) – Niin joo kyllä.”

Käyntien määrään vaikuttaminen tuli myös joissain haastattelussa ilmi. Suurimmalla osalla haastateltavista oli pilottijakson lisäksi myös muita kotihoidon tai kotipalvelun käyntejä. Niiden yhteensovittaminen oli joissain tilanteissa ollut hankalaa.

”...mutta piti minun olla kielteinen. Piti vähentää. Siten joku pomo soitti, että ihanko toisissaan olet kieltäytynyt. No miksi minulle pitäisi käydä täällä, kun en tarvitse mitään. Siis ihan rehellisesti.”

Toinen asiakaslähtöisyyden alta esiin noussut ja siihen vaikuttava aihealue oli **asiakkaan subjektiivinen kokemus saamastaan tuesta**. Haastateltavien syyt pilottijaksolle osallistumiseen olivat erilaisia, joten tässä aihealueessa asioiden painotukset poikkesivat heidän välillään. Osalla painottui omaehtoisen liikkumisen mahdollisuus ja siihen saatu tuki.

”Joo ja on miellyttäviä ollut mitä on opetettu täällä. Ja on lähinnä ollut täällä minun kävelemään opettelua”

”Oikeastihan olen minä liikkumiseen saanut hyviä ohjeita.”

Toisilla haastateltavilla arkiaskareissa itsenäisesti pärjäämiseen saatu tuki nousi kokemuksissa useammin esille.

”No siinä on pöydällä niitä valkeita lappuja niin ne oli... se jo yhdet laput vei jo pois vaan sitten ne tehtävät merkitään miten on edistynyt.”

” Niin justiinsa semmoisia. Niin joo joo. Nehän on hyvin käytännönläheisiä hommia.”

Olipa sitten kyse kummasta tahansa, tuensaanti näihin tarpeisiin oli koettu riittäväksi. Tämän lisäksi oma sisäinen motivaatio kuntoutumiseen löytyi järjestään jokaiselta haastateltavalta.

Kolmas asiakaslähtöisyyden toteutumiseen vaikuttava asia oli asiakkaan kokemus **pilot-tijakson jälkeisestä pärjäämisestä**. Kuten aiemmin olemme jo maininneet, jokaisella haastateltavalla oli joko kotihoito tai kotipalveluita käytössä. Näiden jatkuminen toi usealle turvaa tulevaisuuteen katsottaessa. Joillain oli mahdollisesti tullut käyttöön myös uusia palveluita. Toinen asia joka tulevaisuuteen katsoessa oli tärkeää heille, joilla kotiapuja ei aiemmin ollut, oli arjessa pärjääminen. Heidän oli mahdollisesti tarvinnut opetella uusi tapa tehdä jokin entuudestaan vanha ja tuttu asia. Tällaisiin tilanteisiin oli tukea terapeuttien ja hoitajien toimesta tullut hyvin.

”Ja nyt minä olen kuitenkin niin paljon yrittänyt, ettei hoitajat käy, kun aamusella ja iltasella. Mutta päivällä ei käy. Minä olen itse tiskannut ja yrittänyt ja. No siivooja käy silloin kun pyydettään.”

5.2 Turvallisuus

Turvallisuus oli toinen päätemoistamme, jonka saimme otettua suoraan teemahaastattelurungosta. Sen alle muodostui kaksi yläluokkaa.

Ensimmäinen niistä oli ”**Turvallinen ympäristö (fyysinen)**”. Haastateltavat toivat omista kokemuksistaan esille turvallisen ja toimivan elinympäristön (mm. kodin) tärkeyden itseenäisen elämisen mahdollistajana. Osa haastateltavista oli joutunut ajattelemaan asiaa jo ennen pilottijaksolle osallistumista, toisilla tällaiset seikat tulivat uutena. Kotiympäristön toimivuuden haastateltavat kokivat pääsääntöisesti hyväksi. Useammalla oli kuitenkin pieniä huomauttamisen kohteita. Ulko-ovet olivat yleinen hankaluutta aiheuttava kohta monessa kodissa.

”Tuo ulko-ovi on semmoinen paha tässä kyllä, se on vanha ja se sitten. Ei tämä ovi vaan sisääntulo ovi. Se on hirveen jäykkä ja sitä ei saa pysymään siellä renkaassa vaan on. Ja tällä tavalla, kun työntää niin se vastaan panee ja pitää.”

Läheisten tarjoama apu nousi monessa haastattelussa esille. Huolimatta mahdollisista kotipalveluista, olivat omaiset yleensä heitä, joiden kanssa haastateltava teki mahdollisia muokkauksia kotiympäristöönsä.

”...on ja lapsethan on auttaneet. Nehän laitto tämän hökkelin siihen malliin, että pystyy tällä (rollaattori) kulkemaan. Matot poikkeen ja sohvakin pienennettiin, että sopii kulkemaan.”

Pilottijakson osuus turvallisesta kotiympäristöstä tuli useimmin esille apuvälineistä sekä toimintatavoista puhuttaessa. Apuvälineiden käyttöä oli opeteltu myös kotihoiton toimesta. Tästä aiheesta puhuttaessa pilottijakso ja kotihoito sekä kotipalvelut menivät usein sekaisin haastateltavien vastauksissa.

”Ja sitten on ollut tuo port.. ne sanoo, se pönttö yö ajaksi. Se on ollut hyvä apu ja turvallinen siinä mielessä. Sitä ei usko mitenkä joutuu unissaan nousemaan, niin on ihan jotenkin tokkurassa.”

Toinen yläluokka, jonka muodostimme turvallisuuden alle, oli ”**Turvallinen ympäristö (henkinen)**”. Toisin sanoen turvallisuudentunteen kokeminen. Fyysisen ympäristön toimivuus vaikutti suoraan turvallisuuden tunteeseen. Jos koti oli esimerkiksi rakennettu esteettömäksi, toi se heti tunteen turvallisesta elämisestä ja olemisesta. Myös tarkoituksenmukaiset apuvälineet, kuten jo edellä olevassa sitaatissa mainittu portatiivi, lisäsivät turvallisuuden tunnetta.

Omaisten ja muiden läheisten tarjoama turva oli pelkästään henkiseen turvallisuudentunteeseen vaikuttavista tekijöistä haastatteluiden mukaan tärkein. Suurimmalla osalla haastateltavistamme oli siinä mielessä hyvä tilanne, että vähintään yksi lapsi asui melko lähellä.

”Ja kun minulla on aika laaja ystäväpiiri ja seinänaapurin kanssa on sovittu aikoja, että terveenäkin ollessa kerran päivässä kysytään, että minkälainen vointi ettei häviä ja jää kitumaan.”

5.3 Sosiaaliset suhteet

Sosiaaliset suhteet eivät olleet teemahaastattelurungossa pääteemana, mutta asia nousi useasti esille haastatteluiden aikana. Sosiaalisten suhteiden merkittävyyden voi jollain tasolla linkittää myös turvallisuudentunteen kokemiseen. Asia oli kuitenkin niin tärkeä monelle haastateltavalle, joten päätimme muodostaa siitä kokonaan oman pääluokan.

Turvallisuudentunteen kokemiseen linkittyvä osa sosiaalisten suhteiden tärkeydestä on **läheisten merkitys kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin**. Haastateltavat kokivat läheistensä mukanaolon tärkeäksi voimavaraksi kuntoutumisen prosessissa. Aiemmin jo mainittu konkreettiset avut esimerkiksi lapsilta olivat tärkeitä, mutta myös yhdessäolo ja seurustelu ystävien kanssa koettiin voimavaroja ja mielialaa kohentaviksi seikoiksi.

”No paras asia on ollut, että ystävät ovat käyneet kanssa ja olleet tukena. Soittaneet ja kaikin puolin. Se on ollut lämmittävä ajatus. Ja että ne haluaa mukaan.”

Yhteisöllisyys ja yhdessä tekeminen oli toinen aihealue, joka tuli selkeästi haastatteluisissa esiin. Tähän aihealueeseen liittyi yhtenä tekijänä vertaistuen tarve ja halu. Emme kysyneet erikseen vertaistukeen liittyvistä asioista haastatteluiden aikana, mutta useampi haastateltava toi asian spontaanisti esille muista aihealueista keskusteltaessa. Vertaistukea pidettiin tärkeänä motivaation lähteenä oman kuntoutumisen toteuttamiseen. Vertaistuki saattoi olla läheisiltä saatua tai esimerkiksi yhteisissä tilaisuuksissa hankittua. Alla haastateltavan omia ajatuksia fyysisen kuntouttamisen tärkeydestä:

”Onhan mulla se motiivi, kyllähän minä tiedän, kun on ollut veljelläkin ja kavereilla vammoja ja muita, ettei se tule itsekseen, jos ei pidä vähä huolta. En ole liikunta ihminen enkä jumppa ihminen mutta ymmärsin sen, että jollain lailla pitää.

Yhteisöllisiin aktiviteetteihin osallistuminen koettiin myös tärkeäksi osa-alueeksi sosiaalisista suhteista puhuttaessa. Jokaisella haastateltavalla kodin ulkopuolella tapahtuvat aktiviteetit olivat eräitä päivän kohokohtia. Myös edellä mainittua vertaistukea oli saatu kuin huomaamatta yhteisen tekemisen kautta.

”Ja nuo on kanssa tärkeitä nuo yhteispiirit mitä on. Laulupiiriä ja virsipiiriä ja on kakkostalossa käyty. Rullatuolissa veivät silloin ja nythän minä olen jo itse tällä mennyt, kun sisään tällä pääsee.”

6 Johtopäätöksiä ja pohdintaa

Seuraavassa käsittelemme haastatteluiden pohjalta saadut tulokset ja tarkastelemme niitä suhteessa aiempiin tutkimuksiin. Käsittelemme tulokset käyttämiimme pääluokkiin pohjautuen, joita olivat asiakaslähtöisyys, turvallisuus sekä sosiaaliset suhteet.

Tämän lisäksi pohdimme tutkimuksemme eettisyyttä ja luotettavuutta. Lopuksi arvioimme opinnäytetyömme tuomaa lisää ammatilliseen osaamiseemme sekä kuinka opinnäytetyöprosessi eteni aiheanalyysistä aina valmiiseen raporttiin.

6.1 Tulosten tarkastelu

Asiakaslähtöisyyttä voidaan kuvata seitsemän eri osa-alueen avulla. Nämä ovat arvokkuus, itsemääräämisoikeus, luottamuksellisuus, joustavuus, peruspalveluiden laatu, valinnanvapaus sekä pääsy sosiaali- ja terveyden huollon palveluiden piiriin. (de Silva, n.d.) Haastatteluissamme tuli esiin useampia näistä seitsemästä ulottuvuudesta, tärkeimpänä ehkä itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Itsemääräämisoikeuden voisi opinnäytetyömme tapauksessa rinnastaa hoidonsuunnitteluun ja päätöksentekoon osallistumiseen.

de Silva (n.d.) määrittelee itsemääräämisoikeuden koskettavan esimerkiksi valintoja erilaisten hoitomuotojen välillä, sisältäen myös hoidosta kieltäytymisen. Haastattelujen perusteella asiat olivat kuntoutuksen pilottijaksolla kunnossa. Asiakkaat pystyivät vaikuttamaan hoitomuotoihin, joilla kuntoutusta heidän kohdallaan vietiin eteenpäin. Asiakkaat olivat olleet mukana suunnittelemassa, millaisia harjoitteita he haluaisivat jakson aikana tehdä sekä mitkä harjoitusmuodot olisivat heille mielekkäitä, esimerkiksi Boccian peluu. Myös yhdenlainen hoidosta kieltäytyminen tuli haastatteluissamme esille. Kyseinen hoidosta kieltäytyminen ei kuitenkaan koskenut vain pelkästään kotikuntoutuksen pilottijaksoa, vaan siihen liittyi myös muita palveluita. Asiakas koki ulkopuolisten kävijöiden liian tiuhat käynnit omaa rauhaa häiritsevinä. Liialliset käynnit eivät vastanneet asiakkaan tarpeisiin, eikä hän silloin tuntenut olevansa yhtä motivoitunut itsenäiseen tekemiseen.

Työssämme esiintyvän pilottijakson jälkeisen pärjäämisen voisi rinnastaa de Silvan (n.d.) määritelmässä kohtaan ”pääsy sosiaali- ja terveyden huollon palveluiden piiriin”. Osa

haastateltavistamme oli ollut jo erinäisten palveluiden piirissä ennen kuntoutuksen pilottijaksolle osallistumista. Osa kuitenkin oli päässyt kiinni palveluihin pilottijaksolle pääsyn jälkeen. Tämä koettiin tärkeänä asiakaslähtöisyyteen vaikuttavana osa-alueena. Samankaltaisia tuloksia oli saanut Hannu Hyvärinen (2011, 43.) pro-gradussaan ”Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä”. Asiantuntijoiden haastatteluissa oli organisaation toiminta noussut esiin yhtenä myönteisen palvelukokemuksen luojana. Hyvärisen tutkimuksessa itsestään selviltä tuntuvat asiat, kuten lääkäriin pääsy ja puheluihin vastaamisen tärkeys, nousivat esille. Tällaiset hoitoon pääsyn vaikuttavat asiat ovat myös yhteydessä opinnäytetyössämme esiin nousseeseen ”asiakkaan kokemus saamastaan tuesta” osa-alueeseen.

Turvallisuus ei ole käsitteenä yksiselitteinen tai tarkasti määriteltävissä oleva asia. Yleisesti turvallisuuden voidaan katsoa olevan vaarojen ja riskien poissaoloa, niin konkreettisesti esiintyvänä kuin myös henkilön psykologisesti kokemina. Yhdysvaltalainen psykologi Abraham Maslow on määritellytkin turvallisuuden tunteen ihmisen yhdeksi viidestä perustarpeesta. (Maslow 1943.)

Haastateltavien vastaukset ja kerronnat turvallisuudesta ja sen tunteesta olivatkin lähes poikkeuksetta kaksiulotteiset: kun konkreettista vaaraa ei ollut odotettavissa tai sitä ei osattu millään lailla osoittaa, tunsivat haastateltavat olonsa turvalliseksi. Ja kääntäen; tuntiesseen olonsa turvalliseksi, mahdollisia tulevia vaaroja ja riskejä ei koettu turvallisuuden tunnetta heikentäviksi. Andersson, Haverinen ja Malin (2004, 487 - 488.) tuovat omassa tutkimuksessaan esille erään tapauksen turvallisuuden tunteen kokemisesta: sairaalasta kotiutettaessa potilaalle oli yhdessä hänen kanssaan suunniteltu kotihoidon palveluita. Potilas ei itse tämäntapaisesta palvelusta ollut ollut tietoinen ja koki kotiin palattuaan olevansa tyytyväinen ja onnellinen saatuaan kotihoidon palveluita, jotka osoittautuivat välttämättömiksi. Kuten haastatteluista ja Andersson ym. (2004, 487 - 488.) esimerkki tapauksesta käy ilmi, antaa koettu turvallisuus myös voimavaroja sekä motivaatiota omatoimiseen tekemiseen ja pärjäämiseen. Sama ilmiö tulee esille Antfolkin ja Kallion (2017, 41.) opinnäytetyö tutkimuksen tuloksista. Tutkimuksessa kotihoidon asiakkaat pitivät ehdottoman tärkeänä kotihoidolta saamaansa tuen ja turvan tunnetta. Ilman kotihoidon apuja ei kotona asuminen olisi ollut mahdollista. Opinnäytetyössämme saamiin tuloksiin verraten, kotikuntoutuspilotilta asiakkaiden saama tuki ja turva lisäsivät ennemminkin motivaatiota, itseluottamusta ja pystyvyyden sekä pärjäämisen tunnetta kotona asumiseen.

Kodin ja lähiympäristön käytännöllisyys sekä esteettömyys vaikuttivat turvallisuuteen. Useampi haastateltava kertoi ulko-ovien olevan raskaat ja vaikeasti aukeavat. Tästä syystä apuvälinein liikkuminen ulos omasta kodista saattoi jäädä vähäisemmäksi, koska ei haluttu lähteä yksin ”rymyämään”. Samankaltaisia tuloksia saivat Antfolk ja Kallio (2017, 36 - 37.) omassa opinnäytetyössään. Vaikeakulkuinen ympäristö ja hoitajan tarjoaman liikkumisen tuen puute, vähensivät kodin ulkopuolella liikkumista. Pelkona ja turvallisuuden tunnetta heikentävänä tekijänä oli pelko kaatumisesta yksin liikuttaessa.

Andersson ym. (2004, 487 - 488.) tutkimuksesta käy ilmi vanhusten huoli käyntien riittävydestä. Huoli riittämättömästä avun tarpeesta vaikuttaa turvallisuuden tunteeseen negatiivisesti. Opinnäytetyössämme kaikki haastateltavat kokivat omaan tilanteeseensa nähden käyntien määrän riittäviksi. Yksi haastateltavista toi esille käyntien liiallisenkin määrän. Tämä on selvä ero tutkimustulosten välillä. Yksi merkittävä syy tulosten välillä lienee haastateltavien eroavat taustatekijät. Kuten jo tuloksia asiakaslähtöisyyden näkökulmasta tarkasteltaessa sivuttiin, opinnäytetyössämme vain osalla haastateltavissa oli kotihoidon palveluita ja käyntejä kuntoutusjakson lisäksi. Andersson ym. (2004) tutkimuksessa haastateltava joukko koostui pelkästään kotihoidon palveluiden piirissä olevista asiakkaista.

Kotikuntoutustiimin työntekijöiden käyntien lisäksi, useampi haastateltava kertoi turvallisuudentunnetta parantavaksi tekijäksi läheisten ihmisten käynnit ja yhteydenpidon. Sukulaiset, ystävät ja naapurit olivat apuna niin käytännön asioissa, muun muassa kodin siisteyden ja esteettömän liikkumisen ylläpidossa, kuin myös turvallisuudentunnetta lisäävänä tekijänä osana sosiaalisia suhteita.

Sosiaaliset suhteet olivat monella tapaa merkittävät. Emme olleet haastattelurunkoa tehdessämme aavistaneet sosiaalisten suhteiden nousevan yhdeksi pääteemaksi. Olimme lähestyneet pilottijaksoa ja kotikuntotutusta kenties liaksi käytännön hoidon ja fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta. Kuten aiemmista tulosten tarkastelu -kappaleista käy kuitenkin ilmi, sosiaaliset suhteet olivat merkittävässä asemassa myös asiakaslähtöisyyden ja turvallisuuden näkökulmasta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos määritteleekin sosiaaliset suhteet yksilöllisen hyvinvoinnin osatekijäksi (Keskeisiä käsitteitä 2018).

Sukulaiset ja ystävät nousivat haastatteluissa merkittävimmiksi sosiaalisten suhteiden osalta. Yhteyttä pidettiin paitsi kasvokkain tapaamalla, myös puhelimen välityksellä. Sukulaissuhteista haastateltavat nimesivät tarkemmin suhteensa lapsiin ja lapsenlapsiin. Heiltä saatiin apua käytännön toimiin ja arkiaskareisiin, kuten kaupassakäyntiin ja kodin

siisteyden ja järjestyksen hoitoon. Eräs haastateltavista toi esille lastenlasten näkemisen ja yhdessäolon tuoman mukavuuden tunteen ja mieltä piristävän vaikutuksen. Kaikki haastateltavat eivät maininneet sosiaalisissa suhteissa perhe- tai sukulaisuussuhteita. Tärkeäksi ja merkitykselliseksi koettiin ystävyysuhteet sekä yhdessä oleminen ja tekeminen, yhteisöllisyyden kokeminen. Esimerkiksi yhteiset tuokiot ja hetket eri teemojen parissa sekä lähistöllä asuvan ystävän luona vierailu, koettiin sosiaalisesti yhtä merkittäväksi kuin toisten mainitsevat perhe- ja sukulaisuussuhteet.

Kotikuntoutustiimin työntekijöitä haastateltavat kuvasivat osaaviksi ja mukaviksi. He olivat tyytyväisiä saamaansa tukeen kuntoutuksen osalta sekä yhteistyön sujuvuuteen asiakassuhteen aikana. Antfolkin ja Kallion (2017, 33.) opinnäytetyössä hoitajat ja heidän merkityksensä haastateltavien elämässä koettiin tärkeiksi, etenkin henkilöillä, joilla ei ollut omia lapsia tai lastenlapsia. Toisaalta Kaisu Jussilan (2013, 27.) opinnäytetyön tuloksissa nousee esille yksin elämisen ja olemisen hyödyt ja tarpeellisuus. Yksin oleminen koettiin tärkeäksi ja rauhalliseksi omien ajatusten parissa olemisen kannalta. Yleisesti onkin syytä muistaa sosiaalisten luonteidemme erilaisuus, ehkäisten kuitenkin syrjäytymistä ja yksinäisyyttä.

6.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulokset tulee suhteuttaa tutkimuksen taustatietoihin ja lähtökohtiin. Samalla verrataan saatuja tuloksia tutkimuskysymyksiin sekä mahdollisesti tehtyihin olettamuksiin ja hypoteeseihin. Näillä keinoin tutkija pohtii saamiensa tulosten merkittävyyttä, niistä heränneitä näkökulmia ja arvioi tulosten käytettävyyttä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 263 - 265.) Päädyimme esittämään johtopäätöksemme tutkimustehtävittäin kahdessa osassa.

Tutkimustehtävä 1, Millaiseksi kotikuntoutuksen pilottijaksolle osallistuneet asiakkaat kokivat jakson?

Selkeä viesti haastatteluiden perusteella oli se, että asiakkaat olivat pääsääntöisesti erittäin tyytyväisiä kotikuntoutuksen pilottijakson toimintaan. He olivat päässeet osallistumaan päätöksen tekoon, eikä jaksoa viety läpi asiakkaan ollessa pelkästään passiivisena suorittajana. Asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa tukeen. He olivat kuitenkin käyneet

läpi jopa loppuelämää muuttavan tapahtuman. Moni asiakas oli haastatteluiden perusteella saanut lisää motivaatiota omatoimiseen kuntoutumiseen mielekkäiden harjoitteiden kautta. Myös kotiin jätettävät tehtävä- ja harjoituslistat keräsivät asiakkailta kehuja.

Tulosten tarkasteluvaiheessa esiteltyt asiakaslähtöisyyden määritelmät (de Silva, n.d.) täyttivät suurilta osin pilottijakson aikana. Toiminta oli yksilöllistä, asiakkaita itseään kuunneltiin ja haastatteluista sai sellaisen kuvan, että asiakkaat luottivat pilottijakson henkilöstöön kuntoutumisen suunnitteluun liittyvissä asioissa.

Asiakkaiden tyytyväisyys kotona tapahtuvaan kuntoutukseen on positiivinen signaali Kainuun uutta sairaalaa silmällä pitäen. Uuden sairaalan myötä osastopaikat vähenevät, joka luo tarvetta lyhyemmille osastojaksoille. Kuntoutuksen pilottijakson tarkoituksena on testata yhtä osa-aluetta, jolla pyritään lyhentämään asiakkaiden osastoilla vietettyä aikaa. (Kotikuntoutuspilotin alkaminen Sotkamossa 1.12.2017.) Haastateltavat olivat kaikki tyytyväisiä siihen, että pääsivät aiemmin kotiin. Myös motivaatio kuntoutumiseen nousi kotioloissa. Asiakkaiden valinnassa tällaisen palvelun käyttäjäksi on kuitenkin oltava tarkkana. Osastohoitoa tarvitaan joka tapauksessa tulevaisuudessakin, joten kotihoidosta ja sen yhteydessä tapahtuvasta kuntoutuksesta ei saa tulla ”osastojen tyhjentämisen- automaattia”.

Tutkimustehtävä 2, Kuinka kotikuntoutusta olisi mahdollista kehittää Kainuun sotessa?

Haastatteluissamme tuli ilmi erityisesti kaksi kehittämistä tarvitsevaa osa-aluetta. Ensimmäinen oli kotikuntoutuksen käyntien linkittäminen mahdollisiin muihin käytössä oleviin palveluihin. Toinen esille noussut asia oli yhteisöllisten aktiviteettien käyttö kuntoutuksen tukena.

Käyntien päällekkäisyys tai asiakkaan kokemat liialliset käynnit olivat yksi haaste pilottijaksoon liittyen. Osa asiakkaista, joilla oli jo käytössä jotain kotihoidon palveluita, koki jotkin käynneistä turhiksi ja häiritseviksi. Pilottijakson käynnit olivat kaikille mieluisia ja odotettuja, mutta esimerkiksi jotkin kotihoidon käynnit, jolloin hoitaja kävi vain tarkastamassa asiakkaan voinnin, olivat osalle liikaa. Tällaisissa tapauksissa tulisi kotikuntoutuksen ryhmän ja ns. perinteisen kotihoidon toteuttajien välillä tieto kulkea riittävän hyvin. Tällöin

pystyttäisiin suunnittelemaan kotikuntoutuksen ajaksi sellainen määrä kotihoidon tai kotipalveluiden käyntejä, joilla asiakas kokee pärjäävänsä. Hyvällä suunnittelulla löydettäisiin varmasti sopivissa määrin yhteistä aikaa kotikuntoutustiimin sekä kotihoidon henkilöstön ja asiakkaan kanssa, jotta myös kotihoidon henkilöstö saa tietoonsa ja käyttöönsä juuri tälle asiakkaalle toimivimmat työtavat. Hyvä suunnittelu voisi myös vapauttaa aikaa muille kotona asuville asiakkaille, sekä tuoda säästöjä turhia tai päällekkäisiä käyntejä karsimalla.

Yhteisöllisiin aktiviteetteihin osallistuminen koettiin asiana, jota pilottijaksolla olisi voinut hyödyntää enemmän. Jokainen haastateltava, joka mainitsi yhteisölliset toiminnot, oli niihin tyytyväinen. Moni myös olisi halunnut niitä lisää. Kuten ”Tulokset”- osiossa kävi jo ilmi, sosiaaliset suhteet koettiin todella tärkeiksi niin kuntoutumiseen kuin muuhunkin elämiseen liittyen. Yhteisöllisillä aktiviteeteilla saadaan asiakkaalle sosiaalisia kontakteja ja sitä kautta kohotettua hyvin vointia. Toisaalta, jo tulosten tarkastelun aikaan käsiteltyyn Kaisu Jussilan (2013.) opinnäytetyöhön liittyen, kaikki ihmiset eivät kaipaa sosiaalisia kontakteja saman verran. Yhteisöllisiin aktiviteetteihin osallistumisen suunnittelu tuleekin tehdä tiiviissä yhteistyössä asiakkaan kanssa hänen toiveensa huomioon ottaen.

Jatkotutkimuksena voidaan esimerkiksi tehdä samankaltainen haastattelu kotikuntoutukseen liittyen, kun pilottijakson tapainen kotikuntoutus on vakiinnuttanut asemansa Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän toiminnassa. Myös haastatteluiden otantaa olisi hyvä saada jatkotutkimuksessa kasvatettua. Tällä saataisiin laajempi kuva asiakkaiden mielipiteistä ja toiveista kotikuntoutukseen liittyen. Lisäksi voitaisiin selvittää työntekijöiden suhtautumista kuntoutukseen ja kuntotuttavaan työotteeseen ylipäätään. Selvittämällä perusteellisesti työntekijöiden ajatuksen kuntouttavan työotteen toimimisesta käytännön tasolla, voitaisiin työntekijöiden tarpeet ottaa paremmin huomioon ja sitä kautta tehostaa asiakkaiden kuntoutumista.

6.3 Eettisyys

Arvot ilmaisevat sen mitä pidämme hyvänä ja oikeana. Ne ohjaavat tekemiämme toimia ja periaatteita. Esimerkkinä käy itsemääräämisoikeuden periaatteen kunnioittaminen. Se perustuu vapauden arvoon ja näin ollen arvoja voidaan pitää ensisijaisina periaatteisiin nähden. Kun ihminen toimii omaksumiensa arvojen ja periaatteiden mukaisesti ovat teot

ja puheet yhtä. Arvojen ja periaatteiden tulisi olla yhtenä ohjaavana tekijänä hoitotyön toimissa. Tämä koskee paitsi käytännössä toteutettavaa kliinistä hoitotyötä, myös välitöntä, ilman asiakas-/potilaskontaktia toteutettavaa työtä. (Voutilainen & Tiikkanen, 2010, 27.)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK määrittää tieteellisen tutkimuksen eettisesti hyväksyttäväksi ja luotettavaksi tutkimuksen ollessa suoritettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Se velvoittaa tutkijoilta rehellisyyttä, huolellisuutta sekä kunnioitusta toisia tutkijoita ja heidän töitään kohtaan. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, raportoitu ja toteutettu tieteelliselle tiedolle vaaditulla tavalla. Tähän kuuluu muun muassa lupakäytänteiden asianmukainen hoito, tutkimustulosten pohjautuminen tutkimusaineistoon sekä lähdemerkintöjen käyttö. (Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) 2018; Kananen 2015, 125 - 126; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23 - 27.) Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä velvoittaa myös jo omissa ohjeistuksissaan kaikelta tutkimustoiminnalta luvanvaraisuutta (Opinnäyte- ja tutkimustyöt 2018.) Eettisten hyvien käytäntöjen mukainen työskentely ohjaa opinnäytetyömme tekemistä, niin hoitotyön kuin tieteellisen tutkimuksen käytäntöjen osalta.

Kotikuntoutuksen pilottijakson asiakkaiden osallistuminen haastatteluihin perustui vapaaehtoisuuteen. Haastattelut tehtiin asiakkaiden kotona, meidän ollessa heidän vierainaan. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, eli tutkimuksen vapaaehtoisuus, sekä asiakkaiden oman kodin kunnioittaminen meidän ollessa siellä vierailijoita, olivat konkreettisin esimerkki eettisestä menettelystä. Haastateltavilta oli kotikuntoutustiimin työntekijöiden toimesta etukäteen kysyty suullinen suostumus haastatteluihin. Itse haastattelukäynnillä annoimme ennen varsinaista haastattelua ”Suostumus opinnäytetyöhön” -lomakkeen luettavaksi ja allekirjoitettavaksi. Samalla pyysimme lupaa haastattelujen nauhoittamiseksi.

Saimme suostumuksen käyttää haastatteluissa saamiamme tietoja opinnäytetyössämme mutta samalla meitä velvoittivat useat hyvän tieteellisen käytännön periaatteet. Haastateltavien anonymiteetti tulee säilyttää koko opinnäytetyöprosessin ajan. Luotettava ja rehellinen tutkimuskäytäntö antoi luvan käyttää haastatteluissa saamiamme tietoja vain opinnäytetyötämme varten.

Opinnäytetyöhömmme liittyvät aineistot hävitetään opinnäytetyöprosessin valmistuttua. Paperiset lomakkeet ja käsin kirjatut muistiinpanot hävitämme silppurin kautta. Puhelimeen nauhoitetut haastattelut poistimme puhelimen muistista, jonka jälkeen myös alustimme

kyseisen puhelimen. Koululta käyttöön saamamme Microsoft Officen OneDrive -sovellukseen tallensimme vain opinnäytetyön raportti- ja suunnitelmavaiheessa käytettävää aineistoa. Näissä aineistoissa ei ollut erityistä suojausta vaativaa tietoa.

6.4 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella totuudellisuuden, siirrettävyyden ja sovellettavuuden, riippuvuuden, vahvistettavuuden sekä saturaation avulla (Kananen 2015, 352). Työn kokonaisuus on kuitenkin myös muistettava ottaa huomioon arvioitaessa luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140).

Totuudellisuus tarkoittaa, kuinka hyvin tulokset vastaavat todellisuutta. Totuudellisuuden arvioinnin lähtökohtana on tutkimuksen prosessin riittävän tarkka dokumentaatio. Dokumentoidun päättelypolun pohjalta vertaisarvioijan tulisi päästä samaan lopputulokseen kuin tutkija itse. *Riippuvuus* ja todellisuus ovat hyvin lähellä toisiaan. Riippuvuutta voidaan arvioida vertaisten avulla. Tutkimustulokset on johdettu aineistosta oikein, jos ulkopuolinen arvioija saa saman tuloksen. Kuitenkaan oletus, että laadullisessa tulkinnassa on takana vain yksi ja ainoa oikea tulkinta, ei pidä kvalitatiivisessa tutkimuksessa paikkaansa. (Kananen 2015, 352 - 353.) Raporttia kirjoittaessa olemme pyrkineet avaamaan tarkasti opinnäytetyöprosessin etenemisen tutkimusmenetelmän valinnasta, aineiston keruun kautta analysointiin. Tällä tavoin vertaisarvioijalla on mahdollisuus seurata prosessia siten, että käyttämillämme menetelmillä myös hän pääsisi samoihin tuloksiin.

Siirrettävyys ja *sovellettavuus* laadullisessa tutkimuksessa tarkoittavat sitä, että mahdollistetaan omien tutkimustulosten siirrettävyys tuleviin tutkimuksiin. Laadullisessa tutkimuksessa siirrettävyys on loppukädessä aina siirtäjän vastuulla, mutta tutkija voi edesauttaa sitä kuvaamalla ilmiötä mahdollisimman syvällisesti, jolloin siirtäjä pystyy arvioimaan tutkimuksen soveltuvuuden suhteessa omaansa. (Kananen 2015, 353.) Otantamme oli pieni, joten tutkimustulokset voisivat olla toisella otannalla erilaiset. Opinnäytetyömme kuitenkin sopisi ainakin vertailukohdaksi samankaltaista tutkimusta tekeväälle.

Vahvistettavuus tarkoittaa aineiston ja tulkinnan luetuttamista henkilöllä, jota se koskee. Haastateltu lukee tekstin ja vahvistaa tulkinnan ja tutkimustuloksen, jolloin voidaan sanoa, että tutkimus on tutkittavan kannalta luotettava. Ongelmana voi joissain tapauksissa olla se, että tutkittava päätyy eri tulkintaan ja mahdollisesti kieltää tietojen julkaisun. (Kananen

2015, 354.) Emme luetuttaneet aineistoa tai tuloksia haastateltavilla. Kerätyn aineiston tekninen luotattavuus oli varmasti hyvä, koska äänitimme kaikki haastattelut. Litteroinnit toteutimme sanatarkasti. Aineiston luotettavuuteen vaikuttaa se, kuinka todenmukaisesti haastateltava vastaa. Uskomme kuitenkin haastateltavien puhuneen tilanteissa totta. Tätä puoltaa myös se, että pilottijakson työntekijät eivät olleet haastattelutilanteissa mukana, joten haastateltavilla ei ollut painetta antaa heitä miellyttäviä vastauksia.

Saturaatio eli kylläntyminen on aineiston itsensä toistamista. Tällöin aineistoa kerätään niin kauan kuin ne tuovat tutkimukseen jotain uutta. Kun asiat alkavat toistua, tutkimusaineisto on kylläntynyt. (Kananen 2015, 355.) Haastateltava joukkomme oli melko pieni, vain neljä henkilöä. Teemahaastattelun avulla saimme kuitenkin jonkin verran toistoa kysytyihin asioihin. Jos aineiston saturaatiota olisi vielä halunnut parantaa, olisi ratkaisuna ollut haastateltavan otoksen kasvattaminen, jolloin mahdollisuus saman kaltaisiin vastauksiin olisi kasvanut.

Haastattelut liittyvät aina menneeseen aikaan, jolloin ihmisen muistin rajallisuus ja asioiden kaunistelu saattavat vaikuttaa vastauksiin ja sitä kautta tutkimuksen luotettavuuteen (Kananen 2015, 340). Luotettavuutta pyrimme haastattelujen osalta parantamaan siten, että haastattelut suoritettiin mahdollisimman pian kyseisen asiakkaan päätettyä pilottijakso. Tässä asiassa onnistuimmekin hyvin. Asiakkaat, joita haastattelimme, olivat joko juuri lopettaneet jakson tai heillä oli enää muutama pilottijakson kotikäynti jäljellä. Heillä oli siis vielä tuoreessa muistissa jaksolla tapahtuneet asiat. Tarkoituksena oli myös päästä testaamaan teemahaastattelurunkoamme pilottijakson ensimmäisellä asiakkaalla, jotta huomaisimme mahdolliset muokkaustarpeet. Tämä olisi ollut myös hyvää harjoitusta meille molemmille, koska emme olleet tällaisia haastatteluja aiemmin suorittaneet. Pilottijakson aloituksen myöhästyttyä jouduimme kuitenkin jättämään esihaastattelun tekemättä.

6.5 Ammatillinen kehittyminen

Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio (2015, 7 - 8) määrittelevät sairaanhoitajan osaamisen koostuvan yhdeksästä eri osaamisalueesta. Nämä osa-alueet ovat olleet pitkin opintojamme käsittelyssä, niiden muodostaessa myös Kajaanin ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksen osaamistavoitteet, kompetenssit (Sairaanhoitajakoulutus

2018). Näihin osaamisalueisiin ja -tavoitteisiin verraten, arvioimme ammatillista oppimista ja kehittymistämme opinnäytetyö prosessin aikana.

Eniten olemme mielestämme kehittyneet tutkimuksen tekijöinä. Tutuksi ovat tulleet tieteellisen tutkimuksen peruskäytänteet ja yksi näkökulma siihen, mitä se merkitsee hoitotyössä, niin teorian kuin käytännön toteutuksenkin kannalta. Tiedonhaun eri väylät ja juuri meidän työhöme sopivimman lähdemateriaalin löytäminen, ovat etenkin suunnitelma vaiheeseen verraten paljon paremmin hallussa. Lähteet olemme todenneet tiedolliselta sisällöltään ajantasaisiksi ja ne pohjautuvat näyttöön perustuvaan toimintaan ja päätöksentekoon. Lähteitä kriittisesti arvioiden, AMK-tasoisten opinnäytetöiden käyttäminen ensisijaisina lähteinä, ei ole suotavaa. Lähteinä käyttämämme opinnäytetyöt arvioimme kuitenkin laadukkaiksi ja totesimme ne varsin hiljattain julkaistuiksi. Lisäksi opinnäytetöiden aiheet sivusivat läheisesti omaamme ja etenkin Tulosten vertailu -kappaleessa töiden vertailu antoi oivaa lisää ja toisenlaista näkökulmaa saamiimme tuloksiin. Kompetensseja tarkastellessa näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko on se kompetenssi, jota edellä mainitut opinnäytetyömme vaiheet ovat kehittäneet. Sen lisäksi hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus sekä asiakaslähtöisyys -kompetenssien sisältö soveltui niin tutkimuksen tekemisen kuin asiakkaiden kohtaamisen ja haastattelemisen osalta. (Sairaanhoitajakoulutus 2018.)

Ammatilliseen osaamiseen saimme erinomaista lisää työyhteisötaidoista sekä organisaatiosaamisesta. Opinnäytetyön kokonaisuus suunnitteluineen ja toteutuksineen oli vastuullamme. Yhteistyötä saimme tehdä niin kotikuntoutustiimin jäsenten, kuin myös Kainuun soten ylempien toimihenkilöiden kanssa. Tämä avasi myös hieman näkökulmaa meille tutumman ”kentällä” tehtävän työn ulkopuolelle, jota emme ole tähän mennessä juurikaan päässeet näkemään käytännön tasolla. Opinnäytetyökokonaisuuden järjestäminen ja organisointi kehittivät valmiuksiamme toimia tulevaisuudessa esimerkiksi tiiminvetäjän tai projektivastaavan tehtävissä. Tapaamisten ja käytännön asioiden toteutusten sopiminen useamman henkilön kanssa yhtäaikaisesti, kehitti osaamistamme johtaminen ja yrittäjyys sekä sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö -kompetenssien kohdalla. Näihin kompetensseihin sisältyvät muun muassa työyhteisötaidot ja -osaaminen sekä ammattilaisena työskenteleminen sosiaali- ja terveysalalla. (Sairaanhoitajakoulutus 2018.)

Sosiaali- ja terveyspalvelujen laatu ja turvallisuus kompetenssin sisältämät aihealueet, laatu ja laadunvalvonta sekä tietosuoja ja turvallisuus, olivat aiheita, jotka meidän tuli työmme aikana palauttaa paremmin mieleen ja katsoa niiden toteutuminen tarkasti. Nämä

aiheet tulivat alati esille ja huomioitavaksi muun muassa asiakkaiden tietoja ja haastatteluja tallennettaessa sekä arvioitaessa kotikuntoutus pilotin kehittämiskohteita haastattelujen pohjalta. (Sairaanhoitajakoulutus 2018.)

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyö kehitti osaamistamme siinä määrin, että mikäli alkaisimme nykyisellä osaamisellamme työtä uudestaan tekemään, olisi sen tekeminen huomattavasti sujuvampaa.

Lähteet

Aalto, A. & Korpilahti, U. & Sainio, P. & Malmivaara, A. & Koskinen, S. & Saarni, S. & Luoma, M. 2016. Elämänlaadun mittaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning, 71(36).

Andersson, S. & Haverinen, R. & Malin, M. 2004. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta. Yhteiskuntapolitiikka 69 (5), 481 - 494.

Antfolk, A. & Kallio, A. 2017. Hyvä vanhuus kotihoidon asiakkaiden kokemana. Voimavarat vanhuudessa. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö. Viitattu 2.8.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017122122437>

de Silva, A. n.d. A framework for measuring responsiveness. World Health Organization: GPE Discussion Paper Series: No. 32. Viitattu 2.8.2018 <http://www.who.int/responsiveness/papers/en/>.

Einset, E. & Krook, P. 2013. Kotikuntoutus - Kuntoutusta kotiympäristössä. Metropolia ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 21.7.2017 <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013112919078>

Eriksson, E. & Korhonen, T. & Merasto, M. & Moisio, E-L. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidajakoulutus tulevaisuus -hanke. <https://www.epressi.com/media/user-files/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimus haastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

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

Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). Viitattu 29.7.2018. <http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Hyvärinen, H. 2011. Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiologian pro gradu -tutkielma. Viitattu 3.8.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110374/urn_nbn_fi_uef-20110374.pdf

lääkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. 2011. TOIMIA. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/15/>

Jussila, K. Vanhusten sosiaaliset suhteet osana hyvinvointia. Diakonia-ammattikorkeakoulu, sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 3.8.2018. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201302242564>

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki. WSOYpro Oy.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kelo, S. & Launiemi, H. & Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki. Sanoma pro Oy.

Kempainen, M. 2018. Kotikuntoutusmallin kehittäminen Kainuun Sotessa. Sote Lean Master -kehitysprojekti. Diasarja. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Viitattu 30.8.2018

Keskeisiä käsitteitä. 2018. Hyvinvointi- ja terveyserot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 3.8.2018. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>

Kotihoidon arviointijakso. 2016. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Työohje.

Kotikuntoutuspilotin alkaminen Sotkamossa 1.12.2017. 2017. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Tiedote terveydenhuollon yksiköille.

Kotikuntoutuspilotin laajeneminen Kajaaniin 16.4.2018. 2018. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Tiedote terveydenhuollon yksiköille.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi STM ja Kuntaliitto. 2016. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013.

Maslow, A. H. 1943. A Theory of Human Motivation. Viitattu 2.8.2018. <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>

Opinnäyte- ja tutkimustyöt. 2018. Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Viitattu 2.8.2018. <https://sote.kainuu.fi/opinnayte-ja-tutkimustyot>

Sairaanhoitajakoulutus. 2018. Opinto-opas. Kajaanin ammattikorkeakoulu. 2018. Viitattu 7.8.2018. <http://opinto-opas.kamk.fi/index.php/fi/68146/fi/68088>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaalipalvelut. Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 23.8.2018. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut> Viitattu 23.8.2018

Strandberg, T., Cederholm, T., Saksela, E., & Goebeler, S. 2015. HRO:sta gerasteniaan. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 131(11). Viitattu 29.8.2018. <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2015/11/duo12298>

Toimintakyvyn ulottuvuudet. 2015. Toimintakyky. THL. Viitattu 18.7.2017. <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa 2013. Hansaprint Oy.

Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. 2010. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki. WSOYpro Oy.

Vuorenmaa, A. 2005. Hoitoprosessin ohjauksen kehittäminen. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä. Viitattu 21.7.2017. http://Users.Jyu.Fi/~Jorma/Kandi/2005/Kandi_Vuorenmaa.pdf

Väestö. 2017. Tuotteet ja palvelut. Tilastokeskus. Viitattu 28.9.2017 http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

Liitteet

Liite 1. Teemahaastattelurunko

Liite 2. Tiedote opinnäytetyöstä, suostumuslomake ja lupa haastattelun äänittämiseen

Liite 3. Tutkimuslupa

Liite 4. Aineistonanalysoinnissa syntyneet kaaviot

Teemahaastattelurunko

Yleiset kysymykset

Tausta (nimi, syntymäaika) ym. "lämmittely kysymykset"

Miksi olette olleet pilottijaksolla?

Asiakaslähtöisyys

Oletteko mielestänne päässeet osallistumaan hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon?

Mitä / minkälaista tukea koette saaneenne (myös itsenäiseen kuntoutukseen)?

Turvallisuus

Kotiympäristö → toimivuus / turvallisuus?

Turvallisuuden tunteen kokeminen → käyntien riittävyys?

Pilottijakson jälkeinen kuntoutus

Voimavarat & ajatukset omista valmiuksista pilottijakson jälkeiseen kuntoutumiseen?

Digitalisaation käyttömahdollisuudet kuntoutuksen/hoidon apuna?

Kuinka koette saaneenne tukea ja ohjausta jatkoon?

Mitä pilottijakson jälkeen?

Mielestänne tärkein tekijä pilottijaksolla / muu asia, mikä?

Tiedote opinnäytetyöhön osallistuvalla asiakkaalla

Kotikuntoutuksen pilottijakson asiakaskysely Sotkamon/Kajaanin kotihoidossa, Kajaanin ammattikorkeakoulu

Hei,

Olemme kaksi Kajaanin ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijaa. Teemme opinnäytetyötä Sotkamon/Kajaanin kotihoidossa toteutettavaan pilottijaksoon liittyen. Opinnäytetyömme tilaajana on Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän terveyden ja sairaudenhoitopalveluiden kuntoutuspalvelut. Tavoitteenamme on arvioida ja kehittää kotikuntoutuksen toteutumista Kainuun sotien alueen kotihoidossa, Sotkamossa/Kajaanissa toteutettavaa pilottijaksoa hyödyntäen. Tämä tiedote kertoo osallistumisestanne opinnäytetyöhömmme. Tiedotteen kääntöpuolella on suostumuslomake osallistumisestanne opinnäytetyöhön.

Pyydämme teitä ystävällisimmin osallistumaan tutkimushenkilöksi opinnäytetyöhömmme. Osallistuminen on vapaaehtoista eikä henkilötietojanne (nimi, syntymäaika) tulla käyttämään opinnäytetyömme raportissa. Toteutamme tutkimuksen haastattelu menetelmällä. Haastattelut toteutamme huhti- toukokuun, 2018, aikana. Mikäli osallistutte tutkimushenkilöksi, pyydämme teiltä lupaa käyttää haastateltaessa antamianne tietoja ja vastauksianne opinnäytetyössämme. Myös omainen voi halutessanne osallistua kanssanne haastatteluun. Tutkimuksen laatua ja luotettavuutta parantaaksemme, pyydämme myös lupaa haastattelun äänittämiseksi.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä on tarkistanut opinnäytetyömme suunnitelman ja antanut työllemme tutkimusluvan. Lisätietoja opinnäytetyöstä saatte allekirjoittaneilta, yhteystiedot löytyvät alta.

Kaspero Koskino, terveydenhoitajaopiskelija

etunimisukunimi@kamk.fi

p. xxx xxx xxxx

Juho Pienimäki, sairaanhoitajaopiskelija

etunimisukunimi@kamk.fi

p. xxx xxx xxxx

Suostumus opinnäytetyöhön

Suostun haastatteluun sekä annan luvan haastattelun äänittämiseksi

Aika ja paikka

Allekirjoitus



Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä

KAINUUN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄN lupa tutkimukselle/opinnäytetyölle

29-01-2018

Diari numero: Dno 141/13.01.2018

1. Tutkimus/opinnäytetyön luvan hakija(t) [Luvan hakijat täyttävä]	Suku- ja etunimet Koskinen Tommi Kasperin Kotiosoite	Nykyinen työnantaja / opiskelupaikka Koskinen Osmo Anttonen Postinro ja -paikka	Nykyinen virka/toimintopaikka OPM-kelija Sähköposti
	Suku- ja etunimet Pihimäki Jabe Sameli	Nykyinen työnantaja/opiskelupaikka Koskinen Osmo Anttonen Postinro ja -paikka	Nykyinen virka/toimintopaikka OPM-kelija Sähköposti
	Suku- ja etunimet Kotiosoite Puhelin työkoeli	Nykyinen työnantaja/opiskelupaikka Postinro ja -paikka Suoritettu / tekeillä oleva tutkinto Sairaanhoitaja	Nykyinen virka/toimintopaikka Sähköposti Suoritusvuosi ja -paikka 2015-2019 2019-2019

2. Tutkimus/opinnäytetyötä koskevat tiedot
[Luvan hakijat täyttävä]

Tutkimuksen/opinnäytetyön nimi ja aiheen kuvaus: **Kotikamutuksen pilottijaksen asiakaskysely**

Tutkimusaika:

Tutkimuksen taso/laatu

1. Väitöskirja 2. Lisensiaattitutkimus 3. Pro gradu 4. Kandidatin tutkimus
 5. Opinnäytetyö (Ylempi AMK) 6. Opinnäytetyö (AMK) 7. Muu, mikä

Tutkimuksen kohde: Asiakas Henkilökunta Asiakija

Tulos- ja vastausalue:

Hallinto
 Kuntayhtymän hallinto

Keskittynyt yhteiset tukipalvelut
 Yhteispalvelut
 Tietohallinto
 Henkilöstöpalvelut
 Talouspalvelut

Perhepalvelut
 Lapsiperheiden terveydenhuoltopalvelut
 Lapsiperheiden sosiaalipalvelut
 Aikuissosiaalipalvelut
 Vanhempainpalvelut

Vanhuspalvelut
 Kotona asumista tukevat palvelut
 Ympäristösovellykset
 Hoivapalvelut
 Palvelujous ja osallisuus

Terveyden- ja sairaanhoitopalvelut
 Aikuisen mielenkuvapalvelut ja riippuvuuden hoito
 Suvun terveydenhuolto
 Operatiivinen
 Konsultti
 Vastuu- ja hoivapalvelut
 Päihdytyspalvelut

Sairaanhoitopalvelut
 Radiologia
 Patologia
 Lääketieteellinen
 Ensihoito
 Lääkitys ja anestesia
 Telehoito
 Hoitotieteelliset tukipalvelut

Ympäristöterveydenhuolto
 Terveysvalvonta
 Eläinlääkintähoito

Aineiston keruumenetelmät
 Kysely Havainnointi Muu, mikä
 Haastattelut Asiakija-/Asiakasnäköys

3. Tutkimuksen/opinnäytetyön ohjaaja (oppilaitos)

Nimi: **Marja-Liisa Puntta-Saastamoinen**

Osoite: **KAMK**

Toimipaikka, oppilaitos:

Tutkimussuunnitelman hyväksymispäivä: **2.11.2017**

Virka-asema, ammatti: **lehtori**

Puhelinnumero: Sähköposti:

Oppilaitoksen ohjaajan allekirjoitus ja nimen selvennys: **Marja-Liisa Puntta-Saastamoinen**

Ohjaajat (työelämä)

Nimi: **KERJA HOISANEN**

Työyksikkö: **KOTONA ASUMISTA TUKEVAT PALVELUT / KUNTAKUNTOPILOTTI**

Työelämän ohjaajan allekirjoitus ja nimen selvennys: **Kerja Hoisanen NERVAHOISANEN**

Kainuun solen opinnäytetyökoordinaattori

Nimi: **Marja-Liisa Ruokkainen**

Tieto työn valmistumisesta on välitettävä Kainuun solen opinnäytetyökoordinaattorille.

<p>4. Tutkimuksen rahoitus-suunnitelma</p>	<p>Arvot (tutkimusasteopinnytyksen suoranaista kustannuksista Kainuun seutule) <input type="checkbox"/> ei ole mitään kustannuksia</p> <p><input type="checkbox"/> zehuuta kustannuksia, sekitys mitä? (esim. matkustatit, postitus, kirkutus) Utkupuolinen iohutus</p> <p><input type="checkbox"/> Ulkopuolisen rahoitus Rahoittaja</p> <p><input type="checkbox"/> Sotonaan <input type="checkbox"/> Osktain</p> <p>Muu rahoitus <input type="checkbox"/> EVO <input type="checkbox"/> KEVO <input type="checkbox"/> muu, mikä?</p>	<p>Sopimuksen ne</p> <p>Projektin numero (EVO, KEVO, TUKE)</p>
<p>5. Tutkimusluvan hakijan allekirjoitus, nimenosoitus ja päiväämäärä</p> <p>[Luvan hakijat täytettävä]</p>	<p>Päiväys 12.12.2017</p> <p>Allekirjoitus ja nimenosoitus Kasper Koski</p> <p>Allekirjoitus ja nimenosoitus Juha Piipponmäki</p>	<p>Allekirjoitus ja nimenosoitus</p>
<p>6. Lausunnot</p>	<p>Tarvitsevat lausunnot ja luvat <input type="checkbox"/> Ei tarvita</p> <p><input type="checkbox"/> Alueellisen eettisen luv <input type="checkbox"/> Eettinen kirkutus lausunnot</p> <p><input type="checkbox"/> FIMEA <input type="checkbox"/> SIMTHL <input type="checkbox"/> Vekira</p>	<p>Lähtelypöytä</p> <p>Vastaus saatu</p>
<p>7. Lupa</p>	<p>Tutkimusasteopinnytyksen lufosten, lufosten omistusoikeus <input type="checkbox"/> Sovi, lile sopimuksesta</p> <p>Lupa <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimusasteopinnytyksen hakemusten mukaisesti <i>vaatii ensin asialleluvan luvan,</i></p> <p><input type="checkbox"/> Hakemus jätetään korjattavaksi seuraavien muutosten</p> <p><input type="checkbox"/> Hakemus työstään, mikä</p> <p>Luvan myöntäjä <input type="checkbox"/> Luksuksen johtaja <input type="checkbox"/> vakuutuslaitoksen johtaja <input checked="" type="checkbox"/> tutkimusasteopinnytyksen johtaja</p> <p><input type="checkbox"/> hallintoyksikön johtaja <input type="checkbox"/> hallintoyksikön johtaja <input type="checkbox"/> tutkimusasteopinnytyksen johtaja</p> <p>Päivämäärä 20.2.2018</p> <p>Allekirjoitus ja nimenosoitus <i>Maria Anttonen</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ei tarvita mitään sopimusta</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> tutkimusasteopinnytyksen johtaja</p> <p><input type="checkbox"/> tutkimusasteopinnytyksen johtaja</p> <p>Lomakkeen säilytys</p> <ul style="list-style-type: none"> - luvan myöntäjä (alkuperäinen) - opetusasteopinnytyksen johtaja (kopio) - Kainuun seuran opinnäytetyötoimikunnan puolesta (kopio) - Kainuun seuran kirjasto (kopio)
<p>8. Asiakirjatiedot, joihin tässä hakemuksessa haetaan lupaa</p>	<p>Tarvitsevat selassa pidettävät asiakirjatiedot, mikä tieto ja mistä</p> <p>- potilaiden suostumus kirjain toimistot</p> <p>- laajentaminen muuhin luontin, koska asialleluvan luvan</p>	<p>Mihin jätettäväksi ja millo ajalla <i>luvan</i></p>
<p>9. Käytötoimikoude</p>	<p>Onto haettu tai haetaanko tutkimusta varten kyllä/koikeulla esien Goojajärjestelmään?</p>	<p>Mihin jätettäväksi ja millo ajalla</p>
<p>10. Muut tutkimusasteopinnytyksen täytettävät tiedot</p>	<p>Muut asiakirjatiedot, mikä, mistä ja milloin luvun</p>	
<p>11. Tutkimusrekisterin tietotyyppi</p> <p>Lähteet</p> <p>[Luvan hakijat täytettävä]</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Tutkimus ei sisällä henkilöiden tunnistetietoja. Ei synny rekisteriä</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Tutkimusrekisterin keräämistä luvun ja yksittäiset tiedot erikseen (myös kuva- tai videomateriaali, josla henkilö on tunnistettavissa, esitellyt tutkimusasteopinnytyksen)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tutkimusasteopinnytyksen suunnitelma</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Aineisten kirkutukseen liittyvät materiaalit</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tutkimusasteopinnytyksen jätettävä materiaali</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Toimintasuunnitelma</p> <p><input type="checkbox"/> Muu, mikä</p>	

Aineistonanalysoinnissa syntyneet kaaviot

