

Pinja Eronen, Anne Hahl-Korpinen,

Virpi Lappi, Maarit Tirkkonen

MIKKELIN KOTIHOIDON
FYSIOTERAPEUTIN TOIMINTA
IÄKKÄIDEN KOTONA
SELVIYTYMISEN TUKENA
Asiakkaan näkökulma

Opinnäytetyö
Fysioterapian koulutusohjelma

Marraskuu 2009




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä 3.11.2009
Tekijä(t) Eronen, Pinja Hahl-Korpinen, Anne Lappi, Virpi Tirkkonen Maarit	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Fysioterapian koulutusohjelma	
Nimeke Mikkelin kotihoidon fysioterapeutin toiminta iäkkäiden kotona selviytymisen tukena – asiakkaan näkökulma		
Tiivistelmä Suomen väestön ikääntymisen johdosta valtion ja kuntien täytyy suunnitella vanhushuollon toiminnot vastaamaan lisääntyneitä tarvetta. Sekä valtakunnallisesti, että alueellisesti on tehty linjauksia vanhusten laitospaikkojen vähentämiseksi ja kotihoidon palvelujen tehostamiseksi siten, että iäkkäät henkilöt voisivat asua mahdollisimman pitkään kotona tai kevyemmän palvelun yksiköissä. Tämä edellyttää toimia, jotka tukevat kotona asumista. Fysioterapeutti on yhtenä osajana moniammatillisessa työtiimissä, joka mahdollistaa kotona selviytymisen. Hän voi omalla erityisosaamisellaan vaikuttaa muun muassa toimintakyvyn ylläpitoon, ADL-toimintojen helpottumiseen sekä kodin turvallisuuteen ja esteettömyyteen. Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus, jonka tarkoituksena oli selvittää mitkä asiat kotihoidon fysioterapeutin kotikäynneillä tukevat asiakkaan mielestä kotona selviytymistä. Näitä asioita voivat olla esimerkiksi palveluohjaus tai apuväline- ja toimintakyvyn kartoitus. Lisäksi tavoitteena oli tuoda esille millaisia vahvuuksia fysioterapeutin toiminnassa on asiakkaiden näkökulmasta, sekä mahdollisia kehittämiskohteita. Tutkimukseemme osallistui kuusi Mikkelin kotihoidon asiakasta. Keräsimme aineiston haastattelemalla asiakkaita käyttäen teemahaastattelurunkoa. Aineiston analysoimme aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimuksemme perusteella asiakkaat olivat tyytyväisiä kotipalvelun fysioterapeutin tarjoamiin palveluihin ja he kokivat fysioterapeutin tiedot ja taidot hyväiksi. He saivat tarvitsemansa avun ja he kokivat suoriutuvansa päivittäisistä toiminnoista paremmin, esimerkiksi saatujen apuvälineiden ansiosta. Tärkeinä asioina asiakkaat pitivät myös mahdollisuutta henkilökohtaiseen keskusteluun sekä saamaansa tiedollista antia. Näiden ansiosta kotona selviytyminen helpottui ja tuli turvallisemmaksi.		
Asiasanat (avainsanat) Kotona selviytyminen, toimintakyky, ikääntyminen, voimavarat, kotihoito, ehkäisevä kotikäynti, asiakkaan mielipide		
Sivumäärä 29s. + liitteet (4 kpl)	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Päivi Franssila	Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin kaupungin kotihoito	

DESCRIPTION

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Date of the bachelor's thesis 3.11.2009
Author(s) Eronen, Pinja Hahl-Korpinen, Anne Lappi, Virpi Tirkkonen, Maarit	Degree programme and option Degree Programme in Physiotherapy	
Name of the bachelor's thesis How can St. Michel's homecare's Physiotherapist help elderly people to cope at home – clients opinion		
Abstract <p>Because the population in Finland is ageing, the government and municipalities must design the procedures to meet the increased needs of elderly people. Both national and regional guidelines have been made to decrease the number of in-patients and to optimise homecare services so that elderly people can live at home as long as possible. This requires procedures that support living at home. A physiotherapist is a member of the multi-professional team, which supports coping at home. The contribution of the physiotherapist is to design for example measures that help maintain person's function, to ease ADL-functions and to improve safety or to improve the accessibility of home.</p> <p>This is a qualitative research and the aim was to research the homecare physiotherapist's house calls and to record the clients experiences of which services support their coping at home. We also wanted to know clients opinions about what they felt the physiotherapist's strengths were.</p> <p>We interviewed six elderly people, who the physiotherapist had just visited. She had given them for example advice about rehabilitation or had taken them aids. The data collection method was a themed-interview. The data-analysis was carried out by content based analysis.</p> <p>A result of this study was that clients were pleased to the service they received. They experienced that their coping at home was better than before, for example because of the aids they got. The possibility to discuss personally and information they got was also important.</p>		
Subject headings, (keywords) Coping at home, function, aging, resources, homecare, preventive house call, client's opinion		
Pages 29 pages + 4 appendixes	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendixes		
Tutor Päivi Franssila	Bachelor's thesis assigned by St. Michel, Homecare services	

SISÄLTÖ:

1	JOHDANTO.....	5
2	VANHUSPOLIITTISET LINJAUKSET	6
3	VANHENEMINEN JA VOIMAVARAT.....	7
3.1	Kotona asuminen; asuinympäristö ja oma koti ikääntyneen voimavarana.....	8
3.2	Sosiaaliset suhteet voimavarana.....	9
3.3	Terveys ja toimintakyky ikääntyneen voimavarana	10
4	TOIMINTAKYKY.....	10
5	KOTIHOIDON PALVELUT	12
5.1	Palveluohjaus osana kotihoidon palveluja	13
5.2	Ehkäisevä kotikäynti	14
6	MIKKELIN KOTIHOIDON FYSIOTERAPEUTIN TYÖ.....	14
6.1	Iäkkään henkilön huomioiminen terapiatilanteessa.....	16
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	17
7.1	Tutkimuksen tavoite.....	17
7.2	Eettisyyden huomioiminen.....	17
7.3	Aineiston hankinta.....	18
7.4	Kohdejoukko	20
8	AINEISTON TULOKSET	21
9	JOHTOPÄÄTÖKSET	24

	4
10 POHDINTA.....	25
10.1 Jatkotutkimukset	28
11 LÄHTEET	29
LIITE 1 Sopimus opinnäytetyön tekemisestä	
LIITE 2 Saatekirje	
LIITE 3 Suostumus	
LIITE 4 Teemahaastattelurunko	

1 JOHDANTO

Suomen väestön ikääntymisen johdosta valtion ja kuntien täytyy suunnitella vanhusuollon toiminnat vastaamaan lisääntyntä tarvetta. Sekä valtakunnallisesti, että alueellisesti on tehty linjauksia vanhusten laitospaikkojen vähentämiseksi ja kotihoidon palvelujen tehostamiseksi siten, että iäkkäät henkilöt voisivat asua mahdollisimman pitkään kotona tai kevyemmän palvelun yksiköissä. (Olsbo-Rusanen ym, 2003, 10.) Valtakunnallisena tavoitteena on, että pitkäaikaisessa laitoshoidossa olisi vain 3% yli 75-vuotiaista ja säännöllistä kotihoitoa on tarjolla 14 %:lle yli 75-vuotiaista (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011, 2008, 28).

Vuonna 2008 yli 75-vuotiaiden mikkeliäisten määrä on ollut 4176 henkilöä ja yli 85-vuotiaiden 952 henkilöä. Väestön ikääntyessä arvioidaan yli 75-vuotiaiden määrän nousevan vuoteen 2012 mennessä 4514 henkilöön ja yli 85-vuotiaiden 50 henkilöllä vuosittain 1158 henkilöön. (Mikkelin kaupungin Sosiaali- ja terveyslautakunnan käyttösuunnitelma 2009.)

Mikkelissä on toiminut vuoden 2007 alusta lähtien kotihoidon fysioterapeutti. Koska virka on melko uusi, kotihoito halusi tietää, miten asiakkaat kokevat fysioterapiapalvelujen laadun ja kuinka se vastaa asiakkaiden tarpeisiin. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää mitkä asiat kotihoidon fysioterapeutin kotikäynneillä tukevat asiakkaan mielestä kotona selviytymistä. Lisäksi tavoitteena oli tuoda esille millaisia vahvuuksia fysioterapeutin toiminnassa on asiakkaiden näkökulmasta, sekä mahdollisia kehittämiskohteita.

Valitsimme tämän aiheen sen ajankohtaisuuden takia. Väestön ikääntyminen ja pyrkimys laitospaikkojen vähentämiseen suuntaa terveydenhuoltoa panostamaan kotona selviytymisen tukemiseen. Jatkuvasti kehittyvä lääketiede nostaa odotettavissa olevaa elinikää, jolloin laitospaikkoja vapautuu hitaammassa tahdissa. Tästä johtuen huonokuntoistenkin ikääntyneiden tulee selviytyä kotioloissa joskus moniakni vuosia, ennen kuin he pääsevät esimerkiksi palvelutaloon tai laitospaikalle. Tästä johtuen fysioterapiaa tullaan tulevaisuudessa toteuttamaan yhä enenemässä määrin asiakkaiden kotona.

Odotettavissa olevan eliniän nouseminen aiheuttaa myös sen, että fysioterapian asiakkaiden keski-ikä nousee, jolloin ikääntyneet tulevat olemaan aina suurempi osa asiakaskuntaamme.

2 VANHUSPOLIITTISET LINJAUKSET

Olsbo-Rusasen ym. (2003) mukaan Lipposen II hallitus linjasi vuonna 2000 asuntopoliittisessa strategiassaan kotona asumisen kehittämissuunnitelman, jonka tavoitteena oli ikääntyvän väestön kotona asumisen, itsenäisen asioiden hoidon, lähipalvelujen ja omatoimisen liikkumisen edistäminen. 2003 valmistuneessa valtakunnallisessa sosiaalialan kehittämissuunnitelmassa korostetaan, että vanhus voi asua kotonaan ja saa sinne tarvitsemansa palvelut. Tästä johtuen palvelujärjestelmä tulee miettiä tästä näkökulmasta käsin.

Valtakunnallisesti suositellaan vanhuspoliittisen strategian tekemistä jokaiseen kuntaan. Strategia on kunnan pitkäkätymisen suunnitelma ikääntyvien ihmisten palvelutarpeeseen vastaamiseksi sekä toimenpide-ehdotukset heidän hyvinvointinsa laajalaiseksi tueksi. Mikkelin kaupunki ei ole vielä laatinut kunnallista vanhuspoliittista strategiaa, mutta se on todennäköisesti valmistumassa vuoden 2009 loppuun mennessä. (Yli-Karro, 2009.) Kunnan vastuulla on kunnan vanhustenhuollon koordinointi ja palveluketjun toimivuuden takaaminen. Vanhusten palveluja tuottavat kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto, järjestöt ja yksityiset palveluntarjoajat. (Olsbo-Rusasen ym. 2003, 10).

Stakesin kehittämisselvityksessä on ehdotettu, että Mikkelin vanhuspalveluja kehitetään siten, että yli 75-vuotiaista 90 % asuisi kotona tai kevyen palvelutason palveluasunnoissa ja näistä henkilöistä 25 % olisi kotihoidonpalvelujen piirissä. Omaishoidon piirissä olisi 5 %, tehostetuissa palveluasumisissa 5 % ja laitoksissa 5 %. (Junnila ym. 2004, 33.)

Mikkelissä vanhusten palveluissa lisäkarsinta on tehty talouden tasapainottamisohjelman linjausten mukaan laitoshoidon vähentämällä. Asumispalvelujen paikkoja vähennetään ja laitoshoidon ostopalveluja ostetaan suunniteltua vähemmän. Toiminnan tehostamiseksi ja kustannusten kasvun hillitsemiseksi Mikkelin kaupunki päätti tarkistaa

keskeiset palvelujen pääsykriteerit vanhusten palvelujen osalta. (Mikkelin kaupungin Sosiaali- ja terveyslautakunnan käyttösuunnitelma, 2008.)

Vanhushuollon painopistettä siirretään Mikkelissä laitoshoidosta avohoitoon, tavoite vuodelle 2009 on 3300 hoitopäivän väheneminen (Sosiaali- ja terveyslautakunnan käyttösuunnitelma, 2009, 51). Tämä asettaa suuria haasteita kotihoidon palveluille. Ikääntyvä asiakas siirtyy vanhushuollon palvelujen pariin siinä tapauksessa, että hän on eläkkeellä ja hän tarvitsee vanhushuollon palveluja ja tukea. Palvelutarpeiden selvittäminen ja hoidon toteuttaminen on helpompaa, jos työ organisoidaan moniammatillisesti ja sektorirajat ylittävien lähipalvelutiimien avulla. (Junnila ym. 2004, 17.)

Mikkelin kaupungissa toimii vanhusneuvosto, jolla ei ole päätäntävaltaa, mutta sen toiminta on määritelty seuraavasti: ”Vanhusneuvosto edesauttaa vanhusten osallistumista ja vaikuttamista kunnalliseen päätöksentekoon, se pyrkii edistämään vanhusten selviytymistä eri toiminnoissa, kuten asumisessa, sosiaali- ja terveyspalvelujen saamisessa sekä kulttuuri- ja vapaa-ajan toiminnoissa. Seuraa vanhusten näkökulmasta kaupungin päätöksentekoa erityisesti heille tarkoitettujen palvelujen, tukitoimien ja muiden etuuksien järjestämiseksi sekä niiden saatavuuden parantamiseksi. Vaikuttaa ympäristön suunnitteluun ja toteutukseen siten, että julkiset tilat soveltuvat myös vanhusten, vammaisten ja sairaiden tarpeisiin. Tekee esityksiä ja aloitteita sekä antaa lausuntoja kunnan viranomaisille vanhuksia koskevissa kysymyksissä sekä hoitaa muut neuvoston toimialaan kuuluvat ja kaupunginhallituksen sille antamat tehtävät.” (Mikkelin kaupungin vanhuspalvelut, 2009.)

3 VANHENEMINEN JA VOIMAVARAT

Harri-Lehtosen ym. (2005, 6) mukaan ”World Health Organization (WHO) (2002) on ottanut käyttöönsä käsitteen Active Ageing. Vanheneminen nähdään aktiivisena prosessina, jossa optimoidaan ihmisen mahdollisuudet fyysiseen, sosiaaliseen ja henkiseen hyvinvointiin, terveyteen, osallistumiseen ja turvallisuuteen. Myöhäisestä keskiästä siirrytään joustavasti vanhuuteen. Ajattelutapa korostaa itsenäisyyttä, vaikutusmahdollisuuksia ja elämän laatua ikääntymisen eri vaiheissa myös silloin, kun ihminen on hauras, toimintakyky rajoittunut ja hän tarvitsee muiden apua.” Vanheneminen voidaan myös määritellä Portinin (2008, 312) mukaan iän myötä tulevien fysiologisten

toimintojen heikentymisenä, joka johtaa lisääntyvään stressinsietokykyyn ja kasvavaan sairastumisalttiuteen.

Voimavaroilla eli resursseilla tarkoitetaan ihmisessä itsessään, ryhmässä tai yhteiskunnassa tarjolla olevia tekijöitä, jotka auttavat joko välttämään haitallisia kuormitustekijöitä tai selviämään niistä menestyksellisesti. Jokaisella yhteisöllä ja yksilöllä on monenlaisia eri tavoin käytössä olevia sisäisiä, ulkoisia, henkisiä tai aineellisia voimavaroja. Ihmisen voimavaroja kuvaavat terveys, toimintakyky ja osaaminen sekä arvot, asenteet ja motivaatio. Jotta ne voidaan ottaa käyttöön, vaikuttaa siihen yksilön tapasuhtautua itseensä, maailmaan ja toisiin ihmisiin. Elämän aikana voimavarat karttuvat, niitä voi löytyä lisää ja aikaa myöden niiden käyttötarkoitus monipuolistuu ja muuntuu jouhevammaksi. Usein ihmisellä voi olla voimavaroja, joita hän ei tiedä itsellään olevan ennen joutumistaan yllättävään, haastavaan tilanteeseen. Tunne elämän hallittavuudesta liittyy voimavarojen käyttöön ja toimivuuteen. (Herrala ym. 2008, 144-145.)

Voimaantuminen on ihmisessä itsessä tapahtuva prosessi, joka lähtee liikkeelle voimavarojen tunnistamisesta. Tästä seuraa voimavarojen käyttöönotto, jota voidaan tukea sekä vahvistaa ulkopuolelta. (Hokkanen ym. 2006, 12.) Voimaantumiseen on luonteenomaista oman elämän hallinta ja elämän salliminen muille. Oman elämän hallintaan vaikuttaa voimakkaasti itsetuntemus eli yksilön käsitys itsestä, minäkuva, joka koostuu fyysisestä, persoonallisesta, sosiaalisesta ja moraaliseettisestä minästä. Selkeä minäkuva on perusedellytyksenä henkiselle hyvinvoinnille, ja se auttaa ohjaamaan sekä jäsentämään toimintaa ja elämää. Itsensä tunteminen antaa mahdollisuuden toimia omien voimavarojensa rajoissa ja silloin voi tuntea aitoa iloa sekä innostuneisuutta toimistaan ja tehtävistään. Myös ristiriitojen käsittelyn tärkeänä edellytyksenä on oman itsensä tunteminen. (Herrala ym. 2008, 145.)

3.1 Kotona asuminen; asuinympäristö ja oma koti ikääntyneen voimavarana

Koskisen (2004, 71) mukaan yleensä asuinympäristössä kiinnitetään huomiota vain siihen, kuinka se vastaa fyysisesti ikääntyneen ihmisen toimintakykyä ja mahdollistaa siellä selviytymisen. Voimavara-ajattelun kannalta asuinympäristö on paljon muutakin. Kylä tai kaupunginosa voi olla ikääntyneelle merkittävä sosiaalinen voimavara. Elo (2006, 60) toteaa väitöskirjassaan, että lähiympäristön luontopaikoilla oli selvä

yhteys sosiaaliseen hyvinvointiin, koska vesistöt ja niiden ympärille rakennetut kävelyreitit, puistot sekä asuntojen piha-alueet houkuttelivat ikääntyneitä ulkoilemaan ja tapaamaan muita ihmisiä. Viihtyisäksi koettu fyysinen ympäristö tuki ikääntyneiden psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista hyvinvointia. Palvelut ovat yksi osa asumisviihtyvyyttä, jolloin tärkeäksi tekijäksi muodostui asuinpaikan sijainti suhteessa palveluihin sekä liikkumisen vaivattomuus. Koskinen (2004, 72) mainitsee, että tasapaino ikääntyvien kykyjen ja ympäristön haasteiden välillä antaa mahdollisuuden ikäihmisten hyvälle selviytymiselle.

Kodin merkitys on meille kaikille suuri ja jokainen kokee kodin yksilöllisesti. Koti merkitsee juuri eniten ikääntyneille ihmisille ja he perustelevat kotona asumisen ensisijaisuutta Koskisen (2004, 72) tekstissä muun muassa kokemuksella vapaudesta, omasta päätösvallassa, itsenäisestä elämästä, elämänhallinnasta ja omatoimisuudesta sekä sosiaalisten suhteiden säilymisestä, asuinympäristöstä ja turvallisuudesta. Monet ikääntyvät haluavat asua omassa kodissaan ja pitävät siellä asumista keskeisenä elämänhallinnan säilymiselle. Tunteet ja muistot osaltaan vahvistavat kotiin kiintymistä, ne voivat voimakkaasti tukea hyvinvointia, jolloin toimintakyvyn heikkenemiseen liittyvät tekijät jäävät ikääntyvälle itselleen toissijaisiksi asioiksi (Korkiakangas, 2002, 180-182).

3.2 Sosiaaliset suhteet voimavarana

Ikääntyneiden sosiaaliset voimavarat ovat muotoutuneet elämän aikana vuorovaikutuksesta ihmisten kanssa. Sosiaalisten voimavarojen kehittyminen ja ylläpitäminen edellyttävät ihmisen omaa jatkuvaa aktiivisuutta. (Koskinen, 2004, 72-73.) Iän myötä perheen ja suvun merkitys korostuu. Tämän päivän ikääntynyt arvostaa vielä perinteistä perhemallia ja sukua. Perheen ja suvun muodostama sosiaalinen verkosto tuottaa tyydytystä ja antaa voimia arkeen. Nykyinen ydinperhettä korostava yhteiskunta aliarvioi usein ikääntyneen suvun jäsenten vuorovaikutuksen merkitystä. Joskus ikääntyneen sosiaalinen verkosto voi myös aiheuttaa kuormitusta ja kuluttaa hänen voimavarojaan. (Heikkinen, 2002, 218-222, Koskinen, 2004,74.)

Ikääntynyt tuntee suurimpana ongelmana yksinäisyyden; ei ole ikätoveria kenen kanssa voi keskustella yhteisesti koetuista asioista. (Karisto, 2004, 95.) Toimintakyvyn

heikentyessä aktiivinen yhteydenpito ikätovereihin vähenee, ja tuen ja avun tarpeen lisääntyessä vuorovaikutus perheen ja ammattiauttajien kanssa tulee välttämättömäksi. Vanhus tarvitsee apua ja tukea muilta ihmisiltä, jotta hän pystyy ylläpitämään sosiaalista verkostoaan aktiivisesti ja saa siitä voimavaroja tulevaisuuteen. (Kasepalu, 2007, 107- 108.)

3.3 Terveys ja toimintakyky ikääntyneen voimavarana

Terveyden määritelmä vaihtelee eri tieteenaloilla ja se on käsitteenä monimutkainen. WHO:n määritelmän mukaan terveys on kokonaisvaltainen hyvinvointi, henkilökohtainen voimavara tai kyky, joka voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista. Terveys merkitsee eri asioita eri ihmisille. Eräiden hoitotieteen teoreetikkojen mukaan terveys voidaan määritellä vain suhteessa yksilöön ottaen huomioon hänen omat odotuksensa ja toimintakykynsä taso päivittäisessä elämässä. Kokonaisvaltaisuus ja arkielämälähettäisyys tulee ottaa myös huomioon. Terveyden kokemiseen vaikuttaa ikääntyneen elämäntilanne ja elämänhalu, sillä voimien pienentyessä elimistön kyky mukautua elimistön vaatimuksiin voi vähentyä. Yksilön terveydentila määrää sen, miten hän kykenee sopeutumaan elämässä kohtaamiinsa haasteisiin ja selviytymään niistä. (Rissanen, 1999. 23.) Terveyden voidaan ajatella olevan toimintakykyä tai toimintakyvyn edellytys. Terveys voidaan myös määrittää iänmukaiseksi toimintakyvyksi, mutta sitä saattavat rajoittaa vanhenemiseen liittyvät muutokset. (Vaarama, 2004, 136-138.) Toimintakyky on tärkeä kriteeri ikääntyneiden ihmisten arvioidessa terveydentilaansa sekä elämänlaatuaan ja elämän tarkoituksellisuuden tunnetta (Heikkinen, 2002, 24).

4 TOIMINTAKYKY

Ihmisten toiminnassa erotetaan yleensä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Ihminen on toimintakykyinen silloin, kun hän pystyy huolehtimaan itsestään ja selviytymään työstä, leikeistä ja vapaa-ajan toimista. Toimintakyky on myös osa elämisen laatua, kun ihminen kykenee selviytymään ja toimimaan haluamallaan tavalla erilaisissa elämäntilanteissa. Toimintakyky voi vaihdella ihmisten elämänkaaren eri vaiheissa. Tämä riippuu siitä, miten ja mitä toimintakyvyn osa-alueita erilaisilla toimenpiteillä kehitetään ja pidetään yllä. (Talvitie 2006, 39.)

Puhuttaessa vanhusten ja vajaakuntoisten henkilöiden toimintakyvystä tarkoitetaan pääsääntöisesti mitattua toimintakykyä. Yleensä mitataan ja arvioidaan selviytymistä päivittäisistä toimista ja askareista. Arviointi painottuu yleensä toimintakyvyn puutteisiin tai niiden aiheuttamaan haittaan, eikä henkilön voimavaroihin ja mahdollisuuksiin. (Talvitie 2006,122.)

Toimintakyky voi olla terveyden tai koetun terveydentilan osoitin. Koettu toimintakyky on yhteydessä terveyteen, ympäristöön, henkilön toiveisiin ja asenteisiin tai johonkin rajattuun ongelmaan, joka haittaa hänen suoriutumistaan. Heikentyntä toimintakykyä voi kompensoida esimerkiksi muuttamalla toimintatapoja, välttämällä vaikeita asioita, käyttämällä avustajaa tai apuvälineitä tai muuttamalla ympäristöä. (Talvitie 2006, 40.)

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön kykyä suoriutua sellaisista arkielämän toimista, joiden suorittaminen edellyttää fyysistä aktiivisuutta. Fyysinen toimintakyky on selviytymistä työstä, harrastuksista ja arkiaskareista. Terveystieteissä sitä tarkastellaan henkilön selviytymisenä päivittäisistä toimista. (Talvitie 2006, 40.)

Päivittäisistä toimista selviytymiseen vaikuttavat henkilön kodin ja ympäristön asetamat vaatimukset ja edellytykset, yksilön tarpeet, avun tarve ja saanti. Myös omasta itsestä ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, pukeutuminen ja ruokailu kuuluvat päivittäisiin toimiin. Liikkuminen yleisillä kulkuneuvoilla, pankissa ja ostoksilla käynti sekä kodinhoitoon liittyvät siivous ja ruuanlaitto vaativat edellisiä parempaa fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. (Talvitie 2006, 40.)

Toimintakykyä rajoittavista sairauksista tai vammoista huolimatta henkilö voi kokea itsensä fyysisesti täysin toimintakykyiseksi ja olla sitä myös ulkopuolisen arvioijan mukaan. Toisaalta jokin pieni sairaus tai vamma saattaa estää henkilöä selviytymästä itsenäisesti. Fyysinen toimintakyky heikkenee selvästi noin 75-vuoden iän jälkeen, kun taas fyysinen suorituskyky alenee iän lisääntyessä suhteellisen tasaisesti. Yksilölliset erot samanikäisten fyysisessä toimintakyvyssä ja suorituskyvyssä ovat suuret. (Talvitie 2006, 40-41.) Ne toiminnot, jotka kuuluvat arkielämään, säilyvät paremmin kuin muut toiminnot. Esimerkiksi henkilöt, joiden kodissa on portaita, selviytyvät niissä yleensä paremmin kuin portaattomassa asunnossa asuvat. (Talvitie 1999, 58.)

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, missä määrin henkilö pystyy eri elämänvaiheissaan käyttämään psyykkisiä voimavarojaan, taitojaan ja kykyjään työelämässä ja vapaa-aikana tavoitteidensa tai toiveidensa mukaisella tavalla. Psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita ovat kognitiiviset toiminnot, persoonallisuus ja psyykkinen hyvinvointi. Kognitiivisiin toimintoihin kuuluvat muisti, oppiminen ja havaintotoiminnot. Niiden jatkuva harjoittaminen tukee psyykkisen toimintakyvyn säilymistä hyvänä. Motivaatio, mielentila ja kyky tiedostaa omat vahvat ja heikot puolensa ovat tärkeitä persoonallisuuden ominaisuuksia. Psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät mielen-terveys ja elämän kokeminen tarkoituksenmukaisena. Psyykkinen toimintakyky on yhteydessä henkilön muihin toimintakyvyn osa-alueisiin. (Talvitie 2006, 41.)

Psyykkiseen toimintaan osallistuvat muisti, ajatustoiminta, motiivit ja päätöksenteko. Ne auttavat henkilöä luomaan mielikuvia niin ympäröivästä maailmasta kuin itsestään. Psyykkinen toimintakyky on myös kykyä muokata omia sisäisiä mielikuvia ja sopeuttaa niitä jo olemassa olevaan tai muuttuneeseen elämäntilanteeseen, kuten sairauden tai vammautumisen aiheuttamaan muutokseen, sopiviksi tai sitä tukeviksi. (Talvitie 2006, 41.)

Sosiaalista toimintakykyä voidaan kuvata henkilön mahdollisuuksina ja voimavaroina sekä kykyinä ja taitoina toimia erilaisissa sosiaalisissa ympäristöissä. Se kattaa erilaiset ja eritasoiset sosiaaliset suhteet niin yhteisöissä, kotona, koulussa, työssä kuin harrastuksissa sekä osallistumisen kulttuuri- ja harrastustoimintaan. Vaikka sosiaalinen toimintakyky edellyttää fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä, niin niiden lisääntyminen tai väheneminen ei aina aiheuta muutosta henkilön sosiaalisessa toimintakyvyssä. Kuitenkin fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn heiketessä henkilön sosiaalinen toimintakyky saattaa rajoittua, koska hän ei enää pysty toimimaan odotetulla tavalla. Joissakin tapauksissa voidaan esimerkiksi kuljetuspalveluiden ja tietotekniikan avulla parantaa henkilön mahdollisuuksia sosiaaliseen toimintaan. (Talvitie 1999, 59- 60.)

5 KOTIHOIDON PALVELUT

Kotihoidolla tarkoitetaan palvelukokonaisuutta, johon kuuluvat kotipalvelu (Sosiaalihuoltolaki 710/82), kotisairaanhoido (Kansanterveyslaki 66/72), kotipalvelun tukipal-

velut (Sosiaalihuoltoasetus 607/83) ja omaishoidon tuki (Sosiaalihuoltolaki 710/82, Asetus omaishoidon tuesta 1109/97). (Lukkaroinen 2002, 31.) Mikkelissä kotihoidon parissa työskentelee muistineuvoja, fysioterapeutti, diabeteshoidosta vastaavat hoitajat, psykiatriset sairaanhoitajat, kotiutustiimi ja sosiaaliamies (Mikkelin kaupungin ikäihmisten palveluopas, 2009).

Kotihoidolla tuetaan ikääntyvien ihmisten kotona asumista. Palvelua voi saada ensisijaisesti silloin, kun ikä, sairaus tai jokin muu syy estää jokapäiväisistä toiminnoista selviytymisen ilman ulkopuolisen auttajan apua. Lisäksi kotihoito tarjoaa sairauden- ja terveydenhoitoa henkilöille, jotka eivät pysty käyttämään oman terveystaseman palveluita. Mikkelissä palvelut on jaettu alueellisesti väestövastuun mukaan läntiseen, itäiseen, eteläiseen, Anttolan ja Haukivuoren alueeseen. (Mikkelin kaupungin ikäihmisten palveluopas, 2009, 5.)

5.1 Palveluohjaus osana kotihoidon palveluja

Palveluohjaus on asiakaslähtöistä ja asiakkaan etua korostava työmenetelmä. Palveluohjauksen tavoitteena on löytää asiakkaan tarpeet ja järjestää hänelle tarvittavat palvelut ja tuet. Palveluohjaus on yksilöllistä neuvontaa, koordinoitua ja asianajoa. Se voidaan jakaa viiteen osa-alueeseen: asiakkaiden valikointi, palvelutarpeiden arviointi, palveluiden ja tuen suunnittelu ja järjestäminen, palvelutavoitteiden toteutumisen seuranta ja tarvittaessa korjaaminen sekä palveluohjauksen päättäminen. Palveluohjaukseen valitaan kotihoidossa olevia vanhuksia, joiden selviytyminen kotona on vaaka- laudalla. Palveluohjaaja toimii hallinnollisten organisaatorajojen ylitse. (Eloranta & Punkanen 2008, 181.)

”Ikääntyneen palvelun tarpeen arvioinnin on perustuttava yksilölliseen harkintaan, yhteiseen keskusteluun ja ikääntyneen itsensä kuulemiseen. Tämä edellyttää laajaa tarpeiden käsittelyä, jossa huomioidaan ihmisen fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja taloudelliset tarpeet sekä asunnonmuutos- ja apuvälinetarpeet. Toimintakyvyn arviointimenetelmien täydentäminen fyysistä ja psyykkistä suorituskykyä, aistitoimintoja ja mielialaa mittaavilla standardoiduilla mittareilla on tärkeää.” (Olsbo-Rusanen ym, 2003, 35.)

5.2 Ehkäisevä kotikäynti

Prevention avulla voidaan ehkäistä sairauksia, ylläpitää toimintakykyä ja elämänlaatua, tukea itsenäisyyttä ja vähentää pitkäaikaista hoidontarvetta. Iäkkäiden terveyden edistäminen tukee hyvää vanhenemista, ehkäisee kroonisia sairauksia, tapaturmia, raihaantumista, ennen aikaista kuolemista ja edistää laadullisesti elämää ja kotona asumista. (Haarala ym. 2008, 422-423.)

Sosiaalihuoltolaki 40a§ velvoittaa kunnan järjestämään ei kiireellisessä tapauksessa seitsemäntenä arkipäivänä sosiaalipalvelujen tarpeen arvioinnin 75 vuotta täyttäneille, kun hän tai hänen omaisensa sitä pyytää. Ennaltaehkäisevien kotikäyntien tarkoituksena on tukea ikääntyvän aktiivista elämistä ja asumista kotona. Kotikäynneillä selvitetään mahdollisen tuen ja palveluiden tarve, sekä tiedotetaan niistä asiakkaille. Samalla tulee kiinnittää huomiota fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn sekä asunnon ja ympäristön turvallisuuteen ja esteettömyyteen. Kotona asumisen avaintekijöitä ovat asumismuoto, muisti, liikuntakyky, kotihoitopalvelut, lähiomaisten apu ja oma tahto kotona asumiseen. Hyvä sosiaalinen verkosto ja oma kokemus terveydestä ja turvallisuudesta edistävät kotona selviytymistä. (Haarala ym. 2008, 429-430.)

Mikkelissä tarjotaan ennakoivia kotikäyntejä 80 vuotta täyttäneille, jotka eivät ole säännöllisten sosiaali- ja terveystalvelujen piirissä. Palvelu sisältää mikkeliiläisille suunnattua palvelun tarpeen ennakoimista, palveluista tiedottamista ja kotona asumisen tukemista. Kotikäyntiä tarjotaan asiakkaille kirjeitse. Osallistuminen on vapaaehtoista ja maksutonta. (Mikkelin kaupungin ikäihmisten palveluopas, 2009, 4.)

6 MIKKELIN KOTIHOIDON FYSIOTERAPEUTIN TYÖ

Riitta Halonen on toiminut fysioterapeuttina noin 19 vuotta. Vuodesta 2007 lähtien hän on toiminut kotihoidon fysioterapeuttina. Fysioterapeutin tehtäväkuvaus on määriteltä seuraavasti: ”Fysioterapian tavoitteena on tukea kotihoidon (Mikkeli; Puumala ja Hirvensalmi terveydenhuollon osalta) asiakkaiden toimintakykyä ja mahdollisimman itsenäistä selviytymistä kotona. Hän esimerkiksi ohjaa asiakkaita heille sopivien kuntoutuspalveluiden piiriin, arvioi apuvälinetarvetta ja antaa palveluohjausta. Fysiotera-

peutti ohjaa ja kouluttaa henkilökuntaa arvioimaan asiakkaiden toimintakykyä ja apuvälinetarvetta sekä tukemaan asiakkaiden liikunnallista aktiviteettia. Moniammatillisissa tiimeissä fysioterapian asiantuntijana toimiminen.” (Halonen, 2008b.)

Oman kertomansa mukaan kotikäynnit ovat isoin alue hänen työnsä sisältöä. Asiakkaat asuvat kotona, pääosin kaupungin alueella. Suurin osa asiakkaista on iäkkäitä ja melko heikkokuntoisia. Heillä monella voi olla vaakalaudalla kotona pärjääminen, tai läheistään hoitava omainen alkaa olla uupunut. Heillä voi olla muun muassa turvattomuuden tunnetta, yksinäisyyttä, alentunut muisti, monisairautta tai ongelmia ADL-toiminnoissa. Halonen itse arvioi käyntiensä suurimmaksi hyödyksi apuvälineasioiden hoitumisen, jolloin asiakkaat saavat nopealla aikavälillä konkreettista apua. (Halonen, 2008a.)

Asiakkaat ohjautuvat hänelle pääsääntöisesti kotihoidon työntekijöiden kautta. Kotihoidon fysioterapeutin työ on varsin monipuolista, eikä aina tiedä mitä asioita tulee eteen kotikäynnin aikana. Useimmiten käyntien sisältönä on kuitenkin kotona selviytymisen tukeminen. Haastatteleamalla ja konkreettisesti kokeilemalla sekä testaamalla Halonen selvittää asiakkaan selviytymisen päivittäisistä toiminnoista. Näitä toimintoja ovat muun muassa pukeutuminen, ruokailu, lääkkeiden otto, wc:ssä toimiminen, porraskävely ja tuolista tai vuoteesta ylösnousu. Samalla hän myös arvioi mahdollisen lisäavun tarpeen. Myös kodin ulkopuolella asioimisesta selviytyminen on osa arviointia. Halosen mukaan asiakas on aina aktiivisesti mukana arvioinnissa ja jatkotoiminnan suunnittelussa. (Halonen, 2008a.)

Kotikäynnin kesto on keskimäärin 1,5-2 tuntia. Jos asiat jäävät kesken ensimmäisellä käynnillä, suorittaa Halonen uusintakäynnin asiakkaan luo. Uusintakäynti tehdään myös silloin, jos asiakas on ensimmäisen käynnin aikaan huonossa kunnossa, esimerkiksi juuri kotiutunut. Halonen kertoo, että hänen aikansa riittää hyvin kotikäynteihin, koska ne ovat tärkeimmät. Oman kertomansa mukaan hän haluaisi tehdä enemmän ennaltaehkäisevää työtä. (Halonen, 2008a.)

Palveluohjauksen fysioterapeutti Halosen kokee tärkeimmäksi osaksi kotikäyntejä. Hän muun muassa kertoo asiakkaalle erilaisista saatavilla olevista palveluista, tuista ja etuuksista, tai tarvittaessa ohjaa asiakkaan ”oikean” henkilön puheille. Palveluja, tukia

ja etuuksia ovat esimerkiksi kuntoutus-, ateria- ja kuljetuspalvelut, omaishoidon- ja toimeentulotuki sekä lyhytaikaishoito ja edunvalvonta. Jos asiakkaalla on esimerkiksi muistiin liittyviä ongelmia, on paikalla silloin myös esimerkiksi kodinhoitaja tai omainen, jolle tieto on enemmän suunnattu, ja joka voi jatkossa tarpeen mukaan muistuttaa asiakasta tai ohjata tätä eteenpäin. (Halonen, 2008a.)

Apuvälinetarpeen arviointi ja asunnonmuutostöissä avustaminen liittyvät myös Halon sen työhön. Hän arvioi apuvälineen tarpeen yksilöllisesti, ja valitsee tapauskohtaisesti sopivimmat vaihtoehdot. Halonen ei aina itse käy viemässä apuvälinettä asiakkaalle, vaan sen voi tuoda joku muu kotihoidon henkilö, joka on perillä kyseisen apuvälineen käytöstä. Asunnonmuutostöissä hän toimii asiantuntijana, antaen neuvoja ja ohjeita miten muutostyöt tulisi toteuttaa. Suurimpana esteenä muutostöiden toteuttamiseen Halonen näkee asiakkaiden omat tottumukset ja elämän historian tavat. Moni on esimerkiksi asunut samassa talossa 50 vuotta, joten he kokevat, että on vaikeaa muuttaa asioita. Herkkyys muutoksille heikkenee myös iän myötä, samoin kuin kyky ottaa vastaan uusia asioita, kertoo Halonen. (Halonen, 2008a.)

6.1 Iäkkään henkilön huomioiminen terapiatilanteessa

Terapiatilanteen tulisi olla aina ainutlaatuinen ja -kertainen tilanne. Siitä ei saisi koskaan tulla pelkästään vain rutiinia, velvollisuutta tai kohteliaisuutta. Ikäihmisen kohtaaminen vaatii terapeutilta oman arvomaailman, ihmiskäsityksen jopa oman maailmankatsomuksen pohtimista. Terapeutti myös peilaa omia näkemyksiään vanhuudesta, vanhuksista ja vanhaksi tulemista. Terapeutin oleellisena perusvalmiutena pidetään kohteliaisuutta, joka on asiakkaan kunnioittamista. (Pikkarainen 2002, 3-4.)

Välittämistä on pidetty yhtenä tärkeänä osana terapiatilannetta, ja sitä voidaan pitää muun muassa tunnelman tai ilmapiirin luomisena. Ilmapiiri tulee luoda niin, että asiakas kokee että hänen mielipiteitä kuunnellaan ja että terapeutti on läsnä tilanteessa. Vuorovaikutuksen luominen erityisesti ikääntyvien asiakkaiden kanssa vaatii terapeutilta jatkuvaa aktiivista oma-aloitteisuutta sekä ymmärrystä, että sen saavuttaminen vie aikaa. Iäkkäät asiakkaat ovat arempia tuomaan mielipidettään esille terapiasta tai kyseenalaistamaan sitä. Vanhuksen omien näkemyksien esille tulemista voi myös estää terapeutin liian hallitseva rooli. (Pikkarainen 2002, 5-6.)

Ikääntyneen ohjaamisen haasteita saattavat olla asiakkaan rajallinen näkö, fyysiset rajoitteet tai muistihäiriöt. Ikääntynyt voi tarvita useamman ohjauksen, jotka ovat lyhytkestoisia ja painottuvat ydinasioihin. (Kyngäs, 2007, 29.) Aikaisempia taitoja ja elämän aikana tullutta kokemusta tulisi käyttää opetustapoja valitessa (Era, 1997, 149).

Ikääntyneillä uusien taitojen oppimista saattaa hidastaa heikentyneet aistitoiminnot. Opetuksessa kannattaa käyttää kaikkia aistikanavia. Jos jokin aistitoiminto heikkenee ratkaisevasti, pitäisi käyttää korvaavia aistikanavia. Esimerkiksi uusia liikkeitä korjattaessa ohjataan kädestä pitäen eli käytetään kinesteettistä aistia. Tämä saattaa lisätä oman kehon tuntemista ja positiivisia oppimiskokemuksia. Opetusta voidaan eriyttää yksilöllisesti. Tämä vaatii tarkkoja tietoja yksilön toimintakyvystä ja oppimisvalmiuksista. (Era, 1997, 149.)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

7.1 Tutkimuksen tavoite

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, mitkä asiat kotihoidon fysioterapeutin kotikäynneillä tukevat asiakkaan mielestä kotona selviytymistä. Näitä asioita voivat olla esimerkiksi palveluohjaus tai apuväline- ja toimintakyvyn kartoitus. Tähän liittyen selvitimme myös sen, miten fysioterapeutin toiminta vastasi asiakkaan odotuksia ja tarpeita, sekä miten asiakkaat kokivat hyötyvänsä fysioterapeutin kotikäynnistä. Kotikäynnin ja haastattelun sijoittuminen ajallisesti lähemmäksi vaikutti siihen, ettei vaikutavuutta voitu vielä arvioida kunnolla. Lisäksi tavoitteena oli tuoda esille millaisia vahvuuksia sekä mahdollisia kehittämistarpeita fysioterapeutin toiminnassa on asiakaiden näkökulmasta. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Mikkelin kaupungin kotihoito ja sen esimies Ulla Yli-Karro (liite 1).

7.2 Eettisyyden huomioiminen

Opinnäytetyössämme eettisyyden ja ihmisoikeuksien huomioiminen oli erityisen tärkeää, koska olimme tekemisissä ihmisten kanssa. Tällöin kuuluu tutkijan selvittää (1)

osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit, sillä tavoin että he pystyvät ne ymmärtämään. Tutkittavien suojaan kuuluu (2) osallistuvien vapaaehtoinen suostumus: yksilöllä on oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää mukanaolonsa milloin tahansa tutkimuksen aikana, kieltää jälkikäteen itseään koskevan aineiston käyttö tutkimusaineistona ja tietää nämä oikeutensa. Tutkijan on varmistettava, että suostumusta antaessaan (3) osallistuja tietää, mistä tutkimuksessa on kyse. (Tuomi 2007, 145.)

Osallistujien oikeuksien ja hyvinvoinnin turvaaminen: (4) osallistujille ei saa aiheuttaa vahinkoa, heidän hyvinvointinsa on asetettava etusijalle. Tutkimustietojen on oltava (5) luottamuksellisia: tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja ei luovuteta ulkopuolisille, eikä tietoja käytetä muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Osallistujien on jäätävä (6) nimettömiksi, elleivät he ole antaneet lupaa identiteettinsä paljastamiseen. Tutkijoiden (7) on osoitettava vastuuntuntoa: heidän on noudatettava lupaamiaan sopimuksia, eikä tutkimuksen rehellisyyttä vaaranneta. (Tuomi 2007, 145-146.)

7.3 Aineiston hankinta

Aineiston hankintaan käytämme kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa. Sen hyvänä puolena voidaan pitää todellisen elämän kuvaamista ja kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Tuomi ym. 2004, 23.) Haastattelumuotona käytämme teemahaastattelua eli puolistrukturoitua haastattelumenetelmää. Vastauksia ei ole sidottu vastausvaihtoehtoihin, vaan haastateltavat saavat vastata omin sanoin. (Tuomi ym. 2004, 77-78.) Teemahaastattelussa yksityiskohtaisen kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Tämä vapauttaa pääosin haastattelun tutkijan näkökulmasta ja tuo tutkittavan äänen kuuluviin. Ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä. Samoin kuin se, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.)

Haastateltavien määrän ratkaisevat käytössä olevat tutkimusresurssit, kuten aika ja raha. Aineiston kokoa ei tule pitää opinnäytetyön merkittävimpänä kriteerinä. Lisäksi määritellyt sopivuuden kriteerit asettavat useimmiten tiedonantajien määrälle rajoitteita. (Tuomi 2004, 87.) Tämän tutkimuksen kohdalla merkittävin resurssi oli aika. Tästä

johtuen haastateltavien määrä rajattiin kuuteen henkilöön. Haastateltavien kriteereitä olivat itsensä ilmaisemisen taito sekä orientaatio paikkaan ja aikaan.

Tallennettu laadullinen aineisto litteroidaan eli kirjoitetaan puhtaaksi sanatarkasti. Tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytetään sisällön analyysiä, jolla voi analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Lisäksi sillä pyritään rakentamaan sellaisia malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. (Tuomi ym. 2002, 105.)

Opinnäytetyömme kannalta meidän tuli ensinnäkin ymmärtää Mikkelin kotihoidon toimintaa, ja etenkin sen fysioterapeutin toimenkuvaa. Ennen työmme varsinaista aloitusta haastattelimme kotihoidon esimies Ulla Yli-Karroa sekä fysioterapeutti Riitta Halosta. Näiden haastattelujen pohjalta saimme selkeämmän kuvan tutkimuksestamme. Haastattelusta saamamme aineiston pohjalta aloitimme teemahaastattelurungon (liite 4) laatimisen. Vaikeutena oli miettiä millä teemoilla lähestymme fysioterapeutin käynnejä, jotta saisimme tutkimuskysymykset selville. Teemoiksi valitsimme 1) asiakkaiden odotukset ja toiveet käynnin suhteen, 2) kanssakäyminen fysioterapeutin kanssa, 3) saatu tieto ja sen ymmärrettävyys, 4) fysioterapeutin käynnin merkitys, 5) läheiset ihmiset ja 6) jatkotoimenpiteet. Lisäksi hankimme teoriatietoa tukemaan haastatteluja, jotta ymmärtäisimme tätä aihepiiriä laajemmin.

Testataksemme laatimaamme teemahaastattelurunkoa teimme koehaastattelun tammi-kuussa 2009. Koimme tämän tärkeäksi, koska meillä ei ollut kokemusta haastatteluista tai teemahaastattelurungon tekemisestä. Koehaastattelun jälkeen meillä ei ollut tarvetta haastattelurungon muuttamiseen, joten tästä johtuen koehaastattelun materiaali oli käytössämme myös analyysissä.

Tutkimukseen osallistuminen oli asiakkaille vapaaehtoista. Fysioterapeutti oli kotikäynnillään kertonut opinnäytetyöstämme ja ottanut asiakkailta kirjallisen suostumuksen (liite 3) haastatteluun. Lisäksi asiakkaat saivat saatekirjeen (liite 2), jossa opinnäytetyömme tarkoitus oli esitelty. Fysioterapeutti antoi meille asiakkaiden yhteystiedot, jonka jälkeen sovimme haastatteluajat puhelimitse asiakkaiden kanssa. Tavoitteena oli haastatella asiakkaat mahdollisimman pian fysioterapeutin kotikäynnin jälkeen. Käytännössä haastattelut toteutuivat 1-4 viikkoa fysioterapeutin käynnin jälkeen. Haastat-

telun ajankohta venyi yhden haastateltavan osalta hänen ja haastattelijoiden aikataulujen yhteensovittamisen ongelmien takia.

Tammi-maaliskuun aikana haastattelimme varsinaisia kohdehenkilöitämme. Halusimme, että jokainen saa kokemuksen haastattelusta, joten haastattelimme kohdehenkilöitämme pareittain: toinen haastattelihoista toimi päähaastattelijana ja toinen esitti tarvittaessa tarkentavia lisäkysymyksiä. Haastattelut suoritettiin asiakkaiden kotona, koska koimme sen käytännössä helpoimmaksi järjestelyksi. Asiakkaan ei tarvinnut poistua kotoaan, ja hänelle koti oli luonnollinen sekä turvallinen paikka. Mielestämme kotona toteutettu haastattelu auttoi asiakasta muistamaan mistä asioista fysioterapeutin kanssa oli keskusteltu.

Haastattelujen jälkeen litteroimme nauhoitetun aineiston. Poimimme aineistosta ne asiat, jotka olivat tutkimuksemme kannalta olennaisia asioita. Tämän jälkeen ryhmittelimme ne aihepiireittäin, jonka jälkeen kirjoitimme auki aineistosta nousseet asiat, eli toisin sanoen analysoimme haastattelut. Viimeisenä teimme aineiston analyysin pohjalta johtopäätökset ja pohdimme muun muassa työmme laatua ja luotettavuutta.

7.4 Kohdejoukko

Haastattelimme opinnäytetyöhömmme kuutta asiakasta, jotka saimme Mikkelin kotipalvelun fysioterapeutti Riitta Halosen kautta. Hän valitsi haastateltavaksi henkilöitä, joiden hän arvioi pystyvän vastaamaan kysymyksiin. Haastateltavien joukossa ei ollut esimerkiksi vaikeaa muistisairautta sairastavia asiakkaita, koska tuolloin ongelmaksi saattaa muodostua asioiden muistaminen todenmukaisesti.

Asiakas 1: 68-vuotias nainen, joka toimii vaikeaa Alzheimeria sairastavan miehensä omaishoitajana. Asumat rivitalossa. Otti yhteyttä fysioterapeuttiin koska tunsu, ettei itse enää jaksanut miehen ja oman akuutin sairautensa takia.

Asiakas 2: 83-vuotias nainen, joka toimii 80-vuotiaan aivoinfarktin sairastaneen miehensä omaishoitajana. Asumat kolmannessa kerroksessa, hissittömässä kerrostalossa. Miehen liikkumiskyky on heikentynyt, hän ei pysty kulkemaan portaissa.

Asiakas 3: 81-vuotias rintasyöpäleikkattu nainen. Toivoo omatoimisia kotiharjoitteluharjoituksia kuntoutuakseen leikkauksen jälkeen. Asuu yksin rivitalossa.

Asiakas 4: Iäkäs nainen, joka toimii omaishoitajana alzheimeria sairastavalle iäkkäälle naiselle. Halusivat lisätietoa kuntoutuksesta. Asuvat hissillisessä kerrostalossa.

Asiakas 5: 78-vuotias mies, jonka fyysinen toimintakyky on heikentynyt. Asuu yksin omakotitalossa maaseudulla. Kaatunut kotona, kotiutunut juuri sairaalasta.

Asiakas 6: Iäkäs nainen, asuu yksin rivitalossa. Kotihoito suositteli fysioterapeutin kotikäyntiä.

8 AINEISTON TULOKSET

Laadullisissa tutkimuksissa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan muun muassa kuvaamaan ilmiötä tai tapahtumaan tai ymmärtämään tiettyä toimintaa (Tuomi 2004, 87). Tästä johtuen saamiamme tietoja ei voi yleistää kaikkiin kotihoidon asiakkaisiin, eikä asiakkaiden kertomia mielipiteitä voi myöskään yleistää tämän kohdejoukon sisällä.

Asiakkaat olivat saaneet tiedon fysioterapeutin kotikäyntimahdollisuudesta esimerkiksi kotisairaanhoidolta tai muistineuvojalta. Kaikilla asiakkailla ei ollut selkeitä odotuksia fysioterapeutin käynnin suhteen, koska heillä ei ollut tarkkaa kuvaa fysioterapeutin käynnin syystä. Nämä asiakkaat eivät itse olleet osanneet toivoa fysioterapeutin kotikäyntiä, vaan käynti toteutettiin esimerkiksi kotipalvelun ehdotuksesta.

”Niinku mie sanoin nii mie en suoranaisesti odottanu, et mie olin aivan niinku ’tabula rasa’ etten odottanu mitää. Mutta tuota mie olin oikein ilahtunu siis siitä hänen ensimmäisestä käynnistä, puhumattakaan siitä toisesta ku hän toi nää kaikki pelit ja vehkeet. Oikein tyytyväinen.”

Ne asiakkaat, jotka olivat itse toivoneet fysioterapeutin käyntiä, odottivat apua tai ratkaisua ongelmiinsa. He toivoivat apuvälineitä päivittäisiin toimintoihin, toimintakyvyn arviointia, lisää tietoa kuntoutuksesta sekä henkilökohtaista keskustelua. Lisäksi

fysioterapeutilta odotettiin ohjausta ja neuvontaa kuntoutumiseen, kotiharjoitteluun ja kotona selviytymiseen sekä omaishoitoon liittyvissä asioissa.

Asiakkaat olivat tyytyväisiä fysioterapeutin kotikäyntiin. Käynti koettiin miellyttäväksi ja tärkeäksi, koska he saivat keskustella omaan elämään liittyvistä asioista. Ne asiakkaat, jotka saivat uutta tietoa, kokivat sen käynnin tärkeimmäksi anniksi. Osa kohdehenkilöistä kertoi, että käynnillä saatu tieto oli osittain jo ennestään tuttua asiaa, mutta hekin kokivat saaneensa tietoa riittävästi. Apuvälineitä saaneet asiakkaat olivat tyytyväisiä, koska saivat tarvitsemansa apuvälineen, kuten esimerkiksi polkulaitteen tai suihkutuolin. Harjoitteluohjeita saaneet kokivat harjoitteet sekä kirjalliset ohjeet hyödyllisiksi.

Asiakkaat kokivat fysioterapeutin tiedot ja taidot yleisesti hyväiksi. Hän toimi asiakkaiden mielestä hienotunteisesti. Kotikäynti koettiin välttämättömäksi muun muassa jakamisen kannalta, ja fysioterapeutilla oli riittävästi aikaa asiakkaalle. Ohjauksen laatua arvioitiin esimerkiksi loistavaksi ja selkeäksi. Asiakkaat saivat fysioterapeutilta huolenpitoa ja he kokivat tullessa kuulluksi. Yksi henkilö koki että hänelle tyrkytettiin liikaa yhteiskunnan palveluja.

Fysioterapeutti koettiin luottamusta herättäväksi ja asialliseksi. Hän oli myös helposti lähestyttävä ja miellyttävä, johon asiakkaat kokivat voivansa ottaa yhteyttä tarvittaessa. Erään asiakkaan kertoman mukaan fysioterapeutti oli ”viejkeä” ja ”nainen paikallaan”. Fysioterapeutin antama ohjeistus oli asiakkaiden mielestä hyvä, koska tieto oli ymmärrettävää ja fysioterapeutti osasi ottaa asioita huomioon monipuolisesti. Jälleen kerran asiakkaat kokivat hyväksi sen, että saivat vastauksia kysymyksiinsä.

”...sehän tuli kuin emo huolehtii. Kuunteli ja katto kokonaistilannetta. Että missä täällä mennään. Ja sitten sillä lailla hirveän hienotunteisesti ja nätisti. Katto jutut ja teki omat ehdotukset ja yhdessä sitten suunniteltiin...”

Asiakkaat kokivat että heitä kuunneltiin. He pystyivät mielestään vaikuttamaan asioihin, muun muassa apuvälinehankintoihin. He saivat myös kertoa mielipiteensä, ja kokivat, että sillä oli painoarvoa. Asiakkaille oli tärkeää, että he suunnittelivat yhdessä

fysioterapeutin kanssa esimerkiksi omat kuntoutusasiansa. Kanssakäymisen ja kommunikoinnin he kokivat sujuvaksi, koska fysioterapeutin kanssa oli luontevaa ja helppoa keskustella.

Apuvälineitä saaneet haastatellut kokivat päivittäisten toimintojensa helpottuneen huomattavasti fysioterapeutin tuomien apuvälineiden ansiosta. Fysioterapeutti oli tuonut mukanaan esimerkiksi suihkutuolin, wc-korokkeen, nousutuen tai tukikaiteen kylpyhuoneeseen. Fysioterapeutti oli myös antanut neuvoja, joiden avulla muun muassa wc-hygieniasta huolehtiminen oli helpottunut. Jotkut kokivat käynnin perushyvinvoinnin kannalta hyväksi, koska heidän mielestä omaa oloa helpotti se, että oli joku joka kuunteli.

”Kyllähän miusta se ylösnousemuski on tuosta petistä hirveesti helpottunu ku on se, on tämä mihin tarttuu kiinni.”

Myös kotivoimistelun säännöllistyminen ja sen toteutuksen helpottuminen oli muutamien asiakkaiden mielestä kotikäynnin merkittävin hyöty. Säännöllistymistä edesauttoi fysioterapeutin ohjaus, sekä annetut kirjalliset ohjeet. Asiakkaat saivat myös vastauksia kysymyksiinsä, erityisesti kuntoutukseen liittyvissä asioissa. Osa sai tietää enemmän omatoimisesta kuntoutuksesta, kun taas toiset saivat tietoa laitospääntoutuksen mahdollisuudesta. Ainoastaan yksi ei osannut määrittellä, mitä hyötyä fysioterapeutin kotikäynnistä oli, ja miten tämä käynti olisi muuttanut hänen toimintaansa.

Kotikäyntien jatkotoimenpiteet määräytyivät fysioterapeutin tarvearvion, sekä asiakkaiden omien tarpeiden ja toiveiden mukaan. Suurimmalle osalle asiakkaista jäi selkeä mielikuva siitä, että he voivat tarvittaessa ottaa yhteyttä fysioterapeuttiin ja kysyä lisäohjeita tai pyytää tätä uusintakäynnille. Vain yhdellä asiakkaalla ei ollut selkeää kuvaa jatkotoimenpiteistä. Kaikkien asiakkaiden kohdalla ei ollut tarvetta jatkotoimenpiteille, koska he kokivat saaneensa kotikäynnin aikana kaiken tarvitsemansa avun ja tiedon.

Fysioterapeutti arvioi yksilöllisesti jokaisen asiakkaan jatkokuntoutuksen tarpeen ja sen toteutusmallin. Yhdelle asiakkaalle fysioterapeutti järjesti mahdollisuuden laitospääntoutukseen, ja muutamat jatkavat omatoimista harjoittelua kotonaan. Eräälle asi-

akkaalle fysioterapeutti toi kotiin polkulaitteen, jota asiakas kokeilee jonkin aikaa. Jos asiakas kokee laitteen hyödylliseksi, fysioterapeutti selvittää mahdollisuuden pitempiai-
kaiseen lainaan. Tämän asiakkaan kohdalla sovittiin myös uusintakäynnistä, jolloin
kokeillaan rappukävelyä. Tämä asiakas asuu hissittömän kerrostalon kolmannessa
kerroksessa, joten ei voi mennä ulos ilman portaissa kulkemista. Kotikäynti toteute-
taan, kunhan asiakkaan yleisvointi on kohentunut.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Fysioterapeutin työnkuva voi olla kotihoidon asiakkaille vieras, jolloin he eivät ole
tietoisia mihin eri asioihin fysioterapeutti voi omalla ammatillisella osaamisellaan
vaikuttaa, ja missä asioissa hän voi heitä auttaa. Tästä syystä asiakkaat eivät ole vält-
tämättä tunnistanee tarvetta fysioterapeutin käynnille.

Asiakas ei välttämättä tiedä minkälaisia eri apuvälineitä on olemassa, ja miten hän itse
voisi niistä hyötyä. Asiakas on myös voinut tottua omaan rajoittuneeseen toimintaky-
kyynsä, ja näin ollen keksiä omat keinot selviytyä ongelmatilanteista ilman apua. Nä-
mä keinot voivat kuitenkin olla joko turvallisuudeltaan ongelmallisia, tai ne aiheutta-
vat suhteetonta rasitusta. Tällöin oikein kohdennettu apuväline voi helpottaa asiakkaan
elämää ja tehdä siitä turvallisemman. Asiakas ei myös aina tunnista esimerkiksi vaaraa
aiheuttavia tilanteita, tai ei tiedä niihin ratkaisukeinoja. Tämän kaltaisissa tilanteissa
fysioterapeutin ammattitaito hyödyttää asiakasta.

Haastatteluista kävi ilmi, että asiakkaat suoriutuivat päivittäisistä toiminnoista saatu-
jen apuvälineiden ansiosta huomattavasti paremmin. Lisäksi saadut ohjeet ja neuvot
tukivat kotona selviytymistä. Näkemyksemme mukaan näillä asiakkailla ei kuitenkaan
ollut tällä hetkellä akuuttia hätää, jonka takia he eivät olisi selvinneet kotona ilman
fysioterapeutin käyntiä. Joissakin asioissa he kuitenkin tarvitsivat lisätukea, esimer-
kiksi apuvälineitä joilla helpottaa päivittäisiä toimintoja. Fysioterapeutin kotikäynti
lisäsi kodin turvallisuutta, muun muassa suihkutuolin ansiosta kaatumisen riskit suih-
kutiloissa voivat pienentyä.

Mikkelin kaupungilla on Ikäihmisten palveluopas, jossa kaupungin tarjoamat palvelut
on esitelty. He eivät välttämättä kuitenkaan osaa käyttää kaikkia oppaan palveluja

hyödykseen. Tästä johtuen on tärkeää, että iäkkäät saavat henkilökohtaista ja yksilöllistä palveluohjausta, sekä tarkennettua tietoa palvelujen sisällöstä. Osana tätä palveluohjausta asiakkaat saavat tietoa eri tahoista, joihin voi ottaa tarvittaessa yhteyttä, jos ongelmia ilmenee.

Asiakkaiden kertoman perusteella fysioterapeutin vahvuudeksi voidaan katsoa hyvä ammatillinen osaaminen, minkä katsomme olevan seurausta pitkästä työkokemuksesta fysioterapian alalta. Koska kotihoidon fysioterapeutti on toiminut myös apuvälineyksikössä, tämä erityisosaaminen apuvälineasioissa auttaa mielestämme havainnoimaan apuvälineiden tarvetta, sekä valitsemaan tarpeellisimmat ja hyödyllisimmät välineet toimintakyvyn ja kotona selviytymisen tueksi. Kotikäyntien lisäksi hän muun muassa ohjaa kotihoidon asiakkaiden itsehoidollisia ryhmiä. Koemme tämänkaltaisen toiminnan täydentävän hänen ammatillista osaamistaan iäkkäiden osalta.

Ihmisläheisessä työssä fysioterapeutti Halosen vuorovaikutustaidot ja yhteistyökykyisyys korostuvat. Hän osaa ottaa asiakkaiden yksilölliset tarpeet huomioon, toimien hienotunteisesti, kuunnellen asiakasta ja huomioiden tämän kokonaisvaltaisesti. Hän mahdollistaa asiakkaan aktiivisen osallistumisen, muun muassa kodin muutostöiden tai kuntoutusasioiden suunnitteluun sekä antaa tilaa myös asiakkaan omille mielipiteille. Fysioterapeutti Halonen esittää ja perustelee asiakkaalle oman ammatillisen näkemysensä esimerkiksi kotiavun tai apuvälineiden tarpeesta. Asiakkaalla on kuitenkin viime kädessä päätäntävalta, ottaako hän tarjotun avun vastaan.

Asiakkailta haastatteleamalla keräämästämme aineistosta ei noussut esiin kotihoidon fysioterapeutin työhön liittyviä kehittämiskohteita. Asiakkaiden kertoman perusteella voimme todeta sen, että fysioterapeutin toiminta vastaa tämän hetkistä kysyntää ja tarvetta.

10 POHDINTA

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen hyvissä ajoin. Saimme tehtyä haastattelut ja litteroinnit suunnitellun aikataulun mukaan, mutta sen jälkeen etenemistä hidasti epävarmuus siitä, kuinka analysoimme aineistoa. Kevään aikana saimme kuitenkin lisäneuvoja, joiden avulla pystyimme jatkamaan työstämistä varmemmin. Hidastavaksi teki-

jäksi koimme myös sen, että harjoitteluiden ja kesän aikana olimme eri paikkakunnilla. Vasta ryhmittelyvaiheessa tajusimme sen, minkälaista aineistoa olimme haastattelusta saaneet. Tästä oli helppoa lähteä jatkamaan tutkimuksen työstämistä. Koko prosessissa koimme selkeästi vaikeimmaksi johtopäätösten ja pohdinnan tekemisen. Johtopäätösten tekemistä kirjalliseen muotoon hankaloitti etenkin se, että kunkin asiakkaan kohdalla esiin nousi eri asioita.

Se, miten asiakas alustettiin aiheeseen, vaihteli jonkin verran. Meillä ei ollut valmista pohjaa asiakkaan informointiin haastattelutilanteessa, vaikka olimmekin keskustelleet asioista, jotka pitäisi tulla ilmi ennen haastattelun aloittamista. Tästä johtuen alkuinformaatio siitä, mitä haluamme asiakkaiden kertovan, saattoi joissakin tapauksissa olla epäselvä tai jopa liian pitkä. Vaikka tätä alkuinfoa ei ollutkaan paperilla, teemahaastattelurunko ohjasi silti asiakkaita kertomaan samoista asioista.

Laatimamme teemahaastattelurungon ansiosta haastattelutilanteet olivat vertailukelpoisia. Haastattelujen jälkeen litteroituamme tekstit huomasimme ajoittain kysyneemme liian suorilla kysymyksillä, joihin asiakas ohjautui vastaamaan lyhyesti, esimerkiksi ”kyllä” tai ”ei”. Esitettyjen kysymysten olisi pitänyt olla avoimempia, jotta asiakkaat olisivat vapaammin kertoneet aiheesta. Joidenkin asiakkaiden kohdalla ajautuimme esittämään suoria kysymyksiä, koska he eivät olleet esimerkiksi miettineet asioita tarkemmin, tai kysymysten asettelusta johtuen eivät ymmärtäneet mitä heidän olisi tarpeellista kertoa.

Jokainen meistä oli ensimmäistä kertaa tekemässä teemahaastattelua. Näiden haastattelujen jälkeenkin kokemuksemme teemahaastattelusta on edelleen vähäistä, koska otantamme oli niin pieni. Vähäisestä haastattelukokemuksesta johtuen emme aina huomanneet esittää tarkentavia jatko- tai lisäkysymyksiä, jolloin vastaukset jäivät liian avoimiksi. Haastatteluissa esiin tuleviin avainsanoihin tarttumalla ja tarkentavia lisäkysymyksiä esittämällä olisimme voineet saada selville syvempiä merkityksiä. Haastattelutilanteissa oli myös vaikeaa esittää kysymykset niin, ettei asiakasta johdattelisi liikaa.

Osa asiakkaista oli todella sosiaalisia, puheliaita, jolloin asian ydin saattoi kadota. Näissä tapauksissa saatoimme hämääntyä ”puhetulvan” edessä, emmekä välttämättä

saaneet sitä tietoa mitä haimme. Yhden asiakkaan kohdalla haastattelu oli haasteellista, koska hänellä oli vaikeuksia muistaa mistä asioista kotikäynnillä oli keskusteltu tai mitä asioita käyty läpi. Aluksi hän jopa sekoitti fysioterapeutin toiseen henkilöön. Tämä vaikutti aineiston luotettavuuteen tämän henkilön osalta. Muiden asiakkaiden kohdalla ei ollut ongelmia tämän asian suhteen.

Haastatteluympäristö, eli asiakkaan kotona tehty haastattelu, vaikutti haastatteluihin positiivisesti. Asiakkaille oli luontevaa olla kotona, ja he muistivat kotikäynnillä käsitellyt asiat paremmin, koska he pystyivät yhdistämään asiat kodin ympäristöön. Haastateltavien mielipiteiden esille tulemiseen saattoi vaikuttaa myös se, että heidän sukupolvensa on pääosin vaatimatonta ja tottunut tyytymään vähään. He eivät osaa vaatia, eivätkä he myöskään ”uskalla” kyseenalaistaa asiantuntijan arvovaltaa. Saimme kuitenkin sen käsityksen, että nämä asiakkaat ovat kaikesta huolimatta tyytyväisiä saamaansa palveluun.

Opinnäytetyömme toteutuksessa olemme huomioineet eettiset lähtökohdat. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat jääneet nimettömiksi, eikä heitä voi henkilöidä kirjoitettujen kuvausten perusteella. Asiakkaiden kertomia mielipiteitä ja vastauksia ei myöskään voi yhdistää osallistujiin. Prosessin aikana keräämäämme aineisto on säilytetty asianmukaisesti, ja opinnäytetyön valmistumisen jälkeen olemme tuhonneet kaikki asiakirjat ja tallenteet, jotta tiedot eivät päätyisi ulkopuolisille.

Luotettavuuteen voi vaikuttaa se, että me voimme kokea asiat toisin kuin asiakas, esimerkiksi ikäerosta tai elämäntilanteesta johtuen. Tästä johtuen olemme voineet tulkita asiakkaan kertomaa väärin.

Haastatteluaineistoa voi pitää luotettavana tallennuksen ja litteroinnin osalta. Kenenkään haastateltavan osalta tässä ei ollut ongelmia. Litteroinnin toteuttamiseen sovimme yhteisen linjan, minkä ansiosta ne on tehty yhtenevästi. Myös aineiston ryhmittely ja analysointi on yhtenäinen, koska teimme ne yhdessä. (Hirsjärvi ym. 2000, 185.)

Koska emme itse valinneet haastateltavia asiakkaita, jäimme miettimään onko tällä ollut vaikutusta tulokseen. Esimerkiksi jos asiakkaita ei olisi valikoitu vaan otettu järjestyksessä kuusi peräkkäistä, olisi joukkoon voinut sattua esimerkiksi asiakkaita, jotka

eivät olisi pystyneet vastaamaan kysymyksiimme muistiongelmien takia. Tällöin saatu aineisto ei olisi ollut luotettavaa.

Havaitsimme viimeistelyvaiheessa, että meidän olisi ollut tarpeellista pitää huomattavasti tarkempaa päiväkirjaa haastatteluiden ja muiden työvaiheista aikatauluista. Unohdimme myös ajoittain kirjoittaa lähdeaineiston tarkat tiedot muistiin, jolloin jouduimme tekemään ylimääräistä työtä niiden tarkistamiseksi.

Koska jokainen meistä on erilainen persoona, on myös tuotettu teksti aina tekijänsä näköistä. Tämän huomioiden muokkasimme tekstien ulkoasua aina vähän väliä, jotta sisältö olisi kirjoitusasullisesti yhtenäistä ja johdonmukaista.

10.1 Jatkotutkimukset

Jatkotutkimusta voisi tehdä esimerkiksi siitä, miten aktiivisessa käytössä asiakkaiden saamat apuvälineet ovat. Mitkä apuvälineet jäävät herkemmin käyttämättä, ja mikä on syy mahdolliseen käyttämättömyyteen. Lisäksi voisi syventää niiden merkitystä päivittäisten toimintojen helpottumisessa ja kotona selviytymisessä.

Koska tutkimuksemme toteutettiin melko pian fysioterapeutin kotikäynnin jälkeen, jäi fysioterapian vaikuttavuus ja asiakkaiden hyötyminen kotikäynnistä vähäiselle tarkastelulle. Pidemmällä aikavälillä toteutettu tutkimus voisi tuoda paremmin esiin fysioterapian vaikuttavuutta ja asiakkaiden hyötymistä kotikäynnistä.

Kotihoidon fysioterapeutti ohjaa asiakkailleen kotiharjoitteita, joita asiakas voi toteuttaa esimerkiksi kotoa löytyvillä välineillä. Tutkimuskohteena voisi olla se, mikä merkitys harjoitteiden aktiiviseen toteutukseen on sillä, että harjoitteet on ohjattu asiakkaan kotona. Tätä asiaa voisi tutkia esimerkiksi käyttäen verrokkiryhmää, jolle harjoitteet on ohjattu muualla kuin kotona.

11 LÄHTEET

- Aaltonen, Elli 2008. Kotihoidon muutoshaasteet. PDF-dokumentti. http://www.isonetti.net/vanhustyo/aaltonen_260106.pdf. Luettu 15.9.2008. Päivitetty 6.3.2006.
- Elo, Satu 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Väitöskirja. <http://herkules.oulu.fi/...isbn9514281950.pdf>. PDF-dokumentti. Luettu 27.10.2009. Päivitetty 17.10.2006.
- Eloranta, Tuija & Punkanen Tiina 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.
- Era, Pertti (toim.) 1997. Ikääntyminen ja liikunta, Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja. Jyväskylä: Likes.
- Haarala, Päivi, Honkanen, Hilikka, Mellin, Oili-Katriina, Tervaskanto-Mäentausta, Tiina 2008. Terveystieteiden osaaminen. Helsinki: Edita.
- Harri-Lehtonen, Oili, Isosaari, Immu, Laitinen, Petri, Luomaranta, Sirpa, Talvenheimo-Pesu, Anne, Tartia-Jalonen, Aila, Viippola, Aulikki 2005. Voimavaroja etsimässä. Ikäihmisten kuntoutusneuvoja. Helsinki: Kuntoutuksen edistämisyhdistys
- Portin, Petter 2008. Vanheneminen biologisena ilmiönä. Teoksessa, Heikkinen, Eino & Rantanen Taina (toim.) Gerontologia. Keuruu: Duodecim, 312.
- Halonen, Riitta 2008a. Haastattelu 12.11.2008. Kotihoidon fysioterapeutti. Mikkelin kaupunki.
- Halonen, Riitta 2008b. Sähköpostikeskustelu 3.10.2008. Kotihoidon fysioterapeutti. Mikkelin kaupunki.
- Heikkinen, Eino 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa, Marin Marjatta (toim.) Vanhuuden voimavarat. Vammala: Tammi, 24.
- Heikkinen, Riitta-Liisa 2002. Mielen voimavarat vanhetessa. Teoksessa, Marin Marjatta (toim.) Vanhuuden voimavarat. Vammala: Tammi, 218 – 222.
- Herrala, Helinä, Kahrola, Tytti, Sandström, Marita, 2008. Psykofyysinen ihminen. WSOY, Oppimateriaalit Oy.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hokkanen, Hannele, Häggman-Laitila, Arja & Eriksson, Elina 2006. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen -katsaus tutkimuskirjallisuuteen. Gerontologia 1, 12.

Junnila, Maijaliisa, Teräväinen, Ritva, Tuominen, Eeva-Liisa, Pekurinen, Markku, 2004. Väestölähtöinen toimintamalli. Stakes. Mikkelin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisselvityksiä 11/2004.

Kasepalu, Ulla 2007. Apu ja ystävät lähellä. Teoksessa Tulva, Taimi, Uusitalo, Ilkka & Harra, Kimmo (toim.) Vanhuuden monet kasvot. Saarijärvi: Okka-säätiö.

Korkiakangas, Pirjo 2002. Muistelusta voimavaroja vanhuuteen. Teoksessa, Marin Marjatta (toim.) Vanhuuden voimavarat. Vammala: Tammi, 180-182.

Koskinen, Simo 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa, Valtionneuvoston kanslian julkaisusarja 33. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Helsinki: Valtionneuvoston kanslia, 71.

Kyngäs, Helvi 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit.

Lukkaroinen, Riitta 2002. Vastuunjaon malli vanhusten kotona asumisen mahdollistamiseksi. Yli 75-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden asumismuodot sekä palvelurakennemallien kustannukset ja toiminnallinen sisältö. Oulun yliopisto. Lääketieteen tiedekunta, hoitotiede. Väitöskirja. PDF-dokumentti.
<http://herkules.oulu.fi/...isbn9514268334.pdf>. Luettu 24.10.2009. Päivitetty 9.10.2002.

Mikkelin kaupungin talousarvio 2009 ja taloussuunnitelma 2009-2012. PDF-dokumentti. http://www.mikkeli.fi/fi/liitteet/...vuoden_2009_talousarvioesitys.pdf. Päivitetty 15.10.2009. Luettu 22.10.2009

Mikkelin kaupungin Sosiaali- ja terveyslautakunnan käyttösuunnitelma 2009. PDF-dokumentti. http://www.mikkeli.fi/fi/liitteet/...kayttosuunnitelma_2009.pdf. Päivitetty 3.2.2009. Luettu 22.10.2009

Mikkelin kaupungin Sosiaali- ja terveyslautakunnan käyttösuunnitelma 2008. PDF-dokumentti. <http://www.mikkeli.fi>. Päivitetty 22.1.2008. Luettu 2.8.2008

Mikkelin kaupungin vanhuspalvelut 2009. WWW-dokumentti. <http://www.mikkeli.fi/fi/sisalto...vanhusneuvosto>. Luettu 30.10.2009. Päivitetty 11.3.2009.

Mikkelin kaupungin ikäihmisten palveluopas. 5. painos. PDF-dokumentti. http://www.mikkeli.fi/fi/liitteet...ikaihmissen_palveluopas_v_www.pdf. Päivitetty 16.6.2009. Luettu 29.10.2009.

Olsbo-Rusanen, Leena & Väänänen-Sainio, Rauni 2003. Ikäihmisten asuminen ja palvelut paremmaksi - selvitys ikääntyvien kotona asumisen kehittämiseen liittyvistä toimenpiteistä. Helsinki: Ympäristöministeriö, asunto- ja rakennusosasto.

Pikkarainen, Aila 2002. Iäkkään asiakkaan kohtaaminen ja ohjaaminen. Toimintaterapeutti 2, 3-6.

Rissanen, Lea 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Oulun yliopisto. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Väitöskirja. PDF-dokumentti.

<http://herkules.oulu.fi/...isbn9514254414.pdf..> Luettu 22.10.2009. Päivitetty 17.11.1999.

Sosiaalihuoltolaki 21.11.2008/751 WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>. Luettu 28.10.2009. Päivitetty 11.3.2009.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008. PDF-dokumentti.

http://www.stm.fi/c/documents... KASTE_2008_2011_fi.pdf. Päivitetty 29.5.2008. Luettu 30.6.2009

Talvitie, Ulla, Karppi Sirkka-Liisa & Mansikkamäki, Tarja 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita.

Talvitie, Ulla, Karppi Sirkka-Liisa & Mansikkamäki, Tarja 1999. Fysioterapia. Helsinki: Edita.

Tuomi, Jouni 2007. Tutki ja lue – Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vaarama, Marja 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa, Valtionneuvoston kanslian julkaisusarja 33. Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Helsinki: Valtionneuvoston kanslia, 136-138.

Yli-Karro, Ulla 2009. Haastattelu 3.11.2009. Kotihoidon esimies. Mikkelin kaupunki.

LIITE 1



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

Sopijaosapuolet:

Opinnäytetyön tilaaja: Mikkelin kaupungin kotihoidon esimies Ulla Yli-Karro
 ja Mikkelin ammattikorkeakoulun terveysalan laitoksen
 fysioterapian koulutusohjelman opiskelijat Anne Hahl-Korpinen, Pinja Eronen, Virpi Lappi ja
Maarit Tirkkonen

Opinnäytetyön aihe: Asiakkaan sekä omaisten kokemus fysioterapeutin toiminnan merkityksestä
ikäntyvän henkilön kotona selviytymisen tukena

Opinnäytetyön ohjaajat:

Ohjaava opettaja: Päivi Franssila
 Työelämäohjaaja: fysioterapeutti Riitta Halonen

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: marraskuu 2009

Muut sopimusehdot:

Ulla Yli-Karrolla valmis työ ja tietosuoja säädöksiä
on neuvoteltava asiakkaiden asioissa.

Mikkeli 7.10.2008

Aika ja paikka

pinja eronen - Anne Hahl-Korpinen

Opiskelijan/opiskelijoiden allekirjoitus

Ulla Yli-Karro ULLA YLI-KARRO

Toimeksiantajan allekirjoitus Kotihoidon esimies

LIITE 2

Anne Hahl-Korpinen
 Pinja Eronen
 Virpi Lappi
 Maarit Tirkkonen
 Mikkelin ammattikorkeakoulu
 Terveysalan laitos
 Fysioterapia

7.10.2008

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Olemme joulukuussa 2009 valmistuvia fysioterapeuttipiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä Mikkelin terveyskeskuksen kotihoidon esimiehen Ulla Yli-Karron toimeksiannosta.

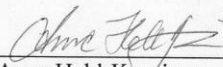
Kotihoidon fysioterapeutti tekee kotikäyntejä asiakkaiden luona. Vierailujen tavoitteena on tukea asiakkaiden toimintakykyä ja mahdollisimman itsenäistä selviytymistä kotona. Opinnäytetyömme pyrkimyksenä on selvittää asiakkaiden ja heidän omaistensa mielipiteitä fysioterapeutin toiminnan merkityksestä. Opinnäytetyön ohjaavana opettajana toimii fysioterapian yliopettaja Päivi Franssila ja työelämäohjaajana kotipalvelun fysioterapeutti Riitta Halonen.


Haastattelut ovat luottamuksellisia ja niitä käytetään vain tämän opinnäytetyön tekemiseen. Opinnäytetyössä ei esiinny haastateltavien henkilötietoja.

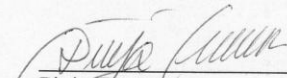
Opinnäytetyön avulla pyritään kartoittamaan kotihoidon fysioterapian laatua ja kehittämään toimintaa asiakkaiden tarpeiden mukaiseksi.


Tarvittaessa saatte lisätietoja opinnäytetyöstämme

Anne Hahl-Korpinen
 Pinja Eronen
 Virpi Lappi
 Maarit Tirkkonen


 Anne Hahl-Korpinen


 Virpi Lappi


 Pinja Eronen


 Maarit Tirkkonen

LIITE 3

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

Suostun osallistumaan Mikkelin ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelijoiden opinnäytetyön: Mikkelin kotihoidon fysioterapeutin toiminta ikääntyvien henkilöiden kotona selviytymisen tukemisessa - haastatteluun.

Haastattelusta saatuja tietoja käytetään Mikkelin kaupungin kotipalvelun fysioterapian kehittämiseen. Saatu haastatteluaineisto käsitellään nimettömänä ja tuhoaan opinnäytetyön valmistuttua.

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimen selvennys

LIITE 4

Teemahaastattelurunko**1) Taustatiedot asiakkaan itsensä kertomana****2) Mitä odotuksia/toiveita asiakkaalla oli käynnin suhteen**

- mitä ajattelitte käynnistä ennakkoon
- mitä aiheita käsiteltiin
- onko fysioterapeutin käynti/aika riittävä
- mikä oli käynnin tavoite asiakkaan mielestä

3) Kanssakäyminen fysioterapeutin kanssa

- koitteko, että pystyitte vaikuttamaan päätöksiin
- koitteko, että teitä kuunneltiin

4) Tieto ja sen ymmärrettävyys

- tuliko tietoa liikaa, jäikö kaipaamaan lisää tietoa
- mitä uutta tietoa asiakas sai
- mikä tieto oli tärkeää
- saiko kirjallisia ohjeita, miten asiakas koki ne

5) Mikä merkitys fysioterapeutin käynnillä on

- oliko käynti hyödyllinen? Miten/miksi
- mitä muutoksia on tapahtunut, missä
 - o haittaako/estääkö jokin asia muutoksia ja miksi
 - o mikä edesauttaa ja helpottaa muutoksia
- mitä on suunnitteilla jatkossa

6) Läheiset ihmiset

- avun tarve: missä toiminnoissa, onko avuntarve lisääntynyt/vähentynyt, miten uskoo avuntarpeen muuttuvan
- puolison avustamisen tarve yms.

7) Jatkotoimenpiteet

- mistä asiakas voi kysyä / haluaisi kysyä apua jatkossa