

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Sanna Eerikäinen

TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄN TYÖOTTEEN KÄYTTÖ KOTKAN ALUEEN  
KOTIHOIDOSSA

Opinnäytetyö 2012

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

#### Hoitotyön koulutusohjelma

EERIKÄINEN SANNA	Toimintakykyä edistävän työotteen käyttö Kotkan alueen kotihoidossa
Opinnäytetyö	71 sivua + 10 liitesivua
Työn ohjaaja	TtM Mirja Nurmi
Toimeksiantaja	Kotkan kaupunki
Joulukuu 2012	
Avainsanat	kotihoito, toimintakyky, toimintakykyä edistävä työote

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää toimintakykyä edistävän työotteen käyttöä Kotkan alueen kotihoidossa. Tarkoituksena oli saada tietoa siitä, mitkä tekijät edesauttavat ja toisaalta haittaavat toimintamallin käyttöä. Tehtävänä oli saada myös tietoa, miten hoitajat käyttävät motivoinnin keinoja: kannustamista, myönteisen palautteen antoa, pienten tavoitteiden asettamista ja epäonnistumisen pelon vähentämistä. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Kotkan kaupunki.

Tutkimus toteutettiin laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin kyselylomakkeilla neljältä kotihoidon tiimiltä Karhulan, Länsi-Kotkan ja Kotkansaa-  
ren kotihoidon toimipisteistä. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkimukseen osallistui sairaanhoitajia, lähihoitajia ja kodinhoitajia. Kyselylomakkeita jaettiin 28 kappaletta ja vastauksia palautui 17 kappaletta. Vastausprosentti oli 61 %. Tulosten perusteella toimintakykyä edistävä työotteen malli on sisäistetty hyvin ja sen hyödyt ymmärretään, vaikka muun muassa rajalliset resurssit hankaloittavat sen käyttöä. Keinoja kannustamiseen tutkimuksen mukaan on asiakasta arvostava kohtaaminen. Myönteisen palautteen antamisessa korostuivat asiayhteys ja kehujen käyttö. Pienten tavoitteiden asettamisessa korostetaan tavoitteiden konkreettisuutta sekä realistisuutta. Epäonnistumisen pelon vähentäminen tapahtuu poistamalla tai lievitämällä pelkoa tuottavia tekijöitä.

Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää koulutusten suunnittelussa kohdentamaan ne vastaamaan työelämän tarpeita. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää toiminnan kehittämisessä ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Jatkotutkimusaiheena voisi olla muun muassa alueelliset erot toimintamallin käytössä tai käytön vertaaminen johonkin toiseen alueeseen.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

EERIKÄINEN SANNA

Home care personnel's use of conductive methods of functional ability

Bachelor's Thesis

81 pages

Supervisor

Mirja Nurmi, MNSc

Commissioned by

City of Kotka

November 2012

Keywords

home care, functional ability, conductive methods of functional ability

The aim of this Bachelor's thesis is to investigate how the personnel of home care uses the conductive methods of functional ability in their work. The goal of this study is to obtain information about the factors, which contribute and disturb the use of that operations model. Furthermore, the goal is to investigate how the personnel of home care uses the different ways of motivating the elderly: encouraging, giving positive feedback, setting small goals and reducing the fear of fail. The commissioner of this study is the city of Kotka. The research is a qualitative one and the material was gathered by questinnaires to four home care teams in Karhula, western Kotka and Kotkansaari areas. The respondents were nurses, practical nurses and home aids. The research material was collected with 28 questinnaires and 17 returned. The answering percentage was 61.

Based on the results the conductive working methods of the functional ability were well internalized and their benefits understood. Nevertheless, the limited resources disturb the application of these methods.

The results of this study show that one important way of encouraging is to treat the client with appreciation. In positive feedback, the context and the use of praises were emphasized. Small goals should be realistic and concrete. The fear of failure can be reduced by eliminating or relieving factors that cause fear.

This study can be utilized for planning education in order to target education to meet the requirements of working life. Furthermore, this study can be used in developing activities and in orientation of new employees. A subject for the further research could be the regional differences in using various working methods or the use of the comparing methods in another region in Kotka.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	KEHITYSTEHTÄVÄN KULKU	7
	2.1 Kehitystehtävän piirteitä	8
	2.2 Kehitystehtävän arviointikriteereitä	9
	2.3 Kysely työntekijöille	10
	2.4 Tavoitteet	10
3	KOTKAN KOTIHOITO	11
4	HOITOTYÖ IÄKKÄÄN KUNTOUTUMISEN EDISTÄMISESSÄ	13
5	TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄ TYÖOTE	17
6	TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI	22
	6.1 Fyysinen toimintakyky ja mittarit	23
	6.2 Psykososiaalinen toimintakyky ja mittarit	25
	6.3 Kognitiivinen toimintakyky ja mittarit	27
7	TOTEUTUS	28
	7.1 Laadullinen kyselytutkimus	28
	7.2 Kyselylomake	29
	7.3 Otanta	29
	7.4 Aineiston analyysi	30
8	TULOKSET	31
	8.1 Vastaajien taustatiedot	31
	8.2 Toimintakykymittareiden käyttö	31
	8.3 Toimintakykyä edistävä työote	32
	8.4 Toimintakykyä edistävän työotteen hyödyt	34
	8.5 Toimintamallin käyttöä hankaloittavat tekijät ja parannusehdotukset	36

8.6 Toimintakyvyn arviointi	40
8.6.1 Fyysisen toimintakyvyn arviointi	40
8.6.2 Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi	42
8.6.3 Sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn arviointi	43
8.7 Motivointi	45
8.7.1 Kannustus	45
8.7.2 Positiivisen palautteen antaminen	47
8.7.3 Tavoitteellisuus	49
8.7.4 Epäonnistumisen pelon vähentäminen	51
8.8 Yhteistyö ja ohjaaminen	53
8.9 Yhteenveto ja johtopäätökset	56
8.10 Tulosten tarkastelu	60
9 ARVIOINTI	61
10 POHDINTA	62
LIITTEET	
Liite 1. Kyselylomake	
Liite 2. Tiedotus työntekijöille	
Liite 3. Tutkimustaulukko	
Liite 4. Tutkimuslupa	
Liite 5. Taulukot	

## 1 TAUSTA JA TARKOITUS

Vanhusväestö lisääntyy koko ajan voimakkaasti. Kasvava elinikä ja ikääntyneiden määrä nousee, joten palvelujen tarve myös kasvaa. (Vanhustenhuollon strategia 2008–2015, 4; Pitkälä 2003, 1; Rizzo & Rowe 2008). Palvelujen järjestäminen vaatii henkilökunnan lisäämistä, jotta palvelujen kysyntään voidaan vastata. Lisähaasteena palvelujen järjestämiseen tuo ikääntyneiden määrän kasvaessa myös hoitohenkilökunnan eläkkeelle siirtymisen kasvu. Palvelujen järjestämisen avuksi on kehitetty Vanhustenhuollon strategia 2008–2015, jolla pyritään kehittämään vanhustenhuoltoa. (Vanhustenhuollon strategia 2008–2011, 49–51). Strategiassa on eritelty vanhustenhuollon painopistealueita, joihin kuuluvat mm. vanhusten kotona pärjääminen mahdollisimman pitkään ja kuntouttavan työotteen toteuttaminen. (Vanhustenhuollon strategia 2008–2015, 1.)

Vanhuspalvelujen rakenne on tulevaisuudessakin avohoitopainotteinen, eli pyritään tukemaan kotona asumista kaikin tavoin. Valtakunnallisiin painoalueisiin kuuluu vanhusten asuminen kotona mahdollisimman pitkään, esim. apuvälineiden ja palvelujen turvin sekä palvelurakenteen muutos edelleen kohti avohoitopainotteisempaa muotoa. Ehkäisevä ja kuntouttava työote korostuu, mutta niiden toteuttamiseen vaadittaisiin lisää osaavaa henkilökuntaa. (Vanhustenhuollon strategia 2008–2015, 4–5.)

Vanhusväestön kasvava määrä aiheuttaa terveydenhuollon kuormittumista. Tämän ehkäisemiseksi olisi aiheellista kohdistaa voimavaroja ikääntyvän väestön kuntouttamiseen, jonka avulla voidaan ylläpitää vanhusväestön toimintakykyä mahdollisimman pitkään. Kuntoutuksen avulla voidaan parantaa ikääntyvien fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Kuntoutuksella voidaan siis hidastaa heikkenemistä siten, että ikääntyneet voivat asua mahdollisimman pitkään kodissaan itsenäisesti. (Pitkälä 2003.) Heikentynyt toimintakyky onkin yleisin peruste palvelujen käyttöön. Palvelun tarvetta lisääviä tekijöitä ovat myös sairaudet, kuten dementia, sekä vanhusten yksinäisyys, puutteelliset asuinolot, asuinympäristöt ja läheisten puute. (Vanhustenhuollon strategia 2008–2015, 1.)

Tulevaisuuden kehitysnäkymät viittaavat, että kuntoutus muuttaa painopistettään hie- man toiseen suuntaan. Vanhusten kuntoutus Suomessa keskittyy lähinnä fyysisen toi-

mintakyvyn kuntoutukseen, mutta lähitulevaisuudessa kaivataan sen rinnalle etenkin psyykkistä kuntoutusta. Tulevaisuuden iso asiakasryhmä ovat depressiiviset vanhukset, joiden psyykkiseen kuntoutustarpeeseen tulisi sen ajan terveydenhuolto vastata. Myös inkontinenssista kärsivät potilaat saattavat saada kuntoutusta, sillä lihasharjoitteluohjelmista on olemassa melko vahvaa näyttöä. (Pitkälä 2003, 10.)

Kunnissa tarvitaan kuntoutuspalvelujen sekä toimintakykyä edistävän ja ylläpitävän toiminnan koordinoitua. Käytettävissä olevat kuntoutusresurssit pitäisi hyödyntää tehokkaammin ikääntyneiden toimintakyvyn tukemiseksi. Kuntoutuksen kohdentaminen vaatii kuntoutustarpeiden ja -perusteiden määrittämistä, jotta kuntoutuksesta eniten hyötyvät saavat tarkoituksenmukaista palvelua. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 20–24.)

Suomen kuntoutusjärjestelmää ja sitä sivuavia keskusteluja tarkastellessa ilmenee, että 1990-luvulle tultaessa kuntoutusta käsittelevien aiheiden sisältö muuttuu. Uusina huomioina keskusteluihin tulivat mm. kuntoutuksen laatu ja arviointi, vaikuttavuus, väestön ikääntyminen ja asiakkaan asema. Samoihin aikoihin tehtiin myös lakiuudistuksia, esimerkiksi vammaispalvelulaki. (Miettinen 2011, 18–21.)

Itse valitsin kyseisen aiheen siksi, että sen on ajankohtainen. Erilaisia toimintakykyä edistäviä toiminatamalleja on kehitetty lähialueille, mutta niiden käyttöä ei ole alueellisesti tutkittu. Olen työskennellyt kotihoidossa usean vuoden ajan ja olen kiinnostunut liittämään opinnäytetyöni kotihoitoon. Se, että tulevaisuudessa ihmisten eliniän odote vain kasvaa ja vanhukset elävät kotonaan yhä pidempään, on mielestäni koko uuden sairaanhoitajapolven huolenaihe. Sen eteen pitää kehittää uusia ratkaisuja, jotta vanhenevat suuret ikäluokat saavat hyvää hoitoa ikääntyessään.

## 2 KEHITYSTEHTÄVÄN KULKU

Kehittämistehtävässä tutkitaan ihmisten toimintaa, tarkoituksena on tuottaa tietoa jolla kehitetään käytännön toimintaa entistä paremmaksi. Kehittämistehtävä kohdistuu yleensä vuorovaikutukseen pohjautuvaan sosiaaliseen toimintaan ja tutkimus on usein ajallisesti rajattu. Kehittämistehtävä on verrattavissa toimintatutkimukseen, johon liittyy olennaisesti syklisyys (havainnointi → reflektointi → suunnittelu → toteutus jne.).

Kehittämistehtävä on yksi syklin kierto. Kehittämistehtävässä tutkija tekee tutkimuskohteeseensa tarkoituksenmukaisesti intervention, jolla tähdätään muutokseen. Kehitystehtävässä on tarkoituksena kannustaa ihmisiä uskomaan omiin kykyihinsä ja toimintamahdollisuuksiinsa. Tutkijan tarkoituksena on käynnistää muutos ja rohkaista ihmisiä kehittämään asioita paremmaksi heidän omalta kannaltaan. Kehitystehtävässä tutkija ei katsele asioita niinkään ulkopuolelta, vaan kohderyhmänsä näkökulmasta ja tutkija osallistuu yhteisön elämään (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2007, 16–20.)

## 2.1 Kehitystehtävän piirteitä

- interventioon perustuva
- käytännön läheinen
- osallistava
- reflektiivinen
- sosiaalinen prosessi
- prosessimainen

Kehitystehtävä on *interventioon perustuva*. Kehitystehtävän tavoitteena on tuottaa käytännön hyötyä myös muille kuin tutkijalle itselleen. Intervention voi paljastaa mm. yhteisössä olevia tiedostamattomia toimintatapoja, sosiaalisia rakenteita, perinteitä tai vallankäyttöä. (Heikkinen ym. 2007, 27–28.)

Kehitystehtävä yhdistää teorian ja käytännön ja pyrkii olemaan *käytännönläheinen*. Tutkija tutustuu yhteisöön, sekä sen toimintatapoihin, työtehtäviin yms. Kehitystehtävässä tutkija pyrkii edistämään vuoropuhelua ja ottamaan kaikkien asianomaisten näkemykset ja mielipiteet huomioon. (Heikkinen ym. 2007, 29–30.)

Kehitystehtävässä on tärkeää, että siihen *osallistuvat* muutkin kuin tutkijat. Tavallisten ihmisten tulisi osallistua tutkimukseen ja heidän asioitaan koskevaan päätöksen tekkoon. Yhteisön jäsenet voivat osallistua kehittämiseen ja tutkimukseen aktiivisesti. He voivat olla mukana tutkimuksen suunnittelussa, aineiston keruussa ja tulkintojen sekä päätelmien teossa. Osallistavassa Kehitystehtävässä yritetään edistää eri osapuolien keskinäistä vuorovaikutusta. (Heikkinen ym. 2007, 32–33.)



*Reflektoinnilla* voidaan tarkoittaa totuttujen toiminta- ja ajattelutapojen perusteiden pohdintaa. Kun vanhoja tapoja tarkastellaan uudessa valossa ja eri näkökulmasta, voidaan löytää ja omaksua tuoreita ajattelu-, keskustelu ja toimintatapoja. (Heikkinen ym. 2007, 34.)

Kehitystehtävä voidaan nähdä *prosessina*, jossa ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät vähitellen. Toimintatutkimus on sosiaalisen toiminnan ketju, sosiaalinen toiminta ei ole pysäytettävissä vaan, sen ilmiöt ovat jatkuvassa muutoksessa. (Heikkinen ym. 2007, 36.)

## 2.2 Kehitystehtävän arviointikriteereitä

Tutkijan on tärkeää *reflektoida* omaa rooliaan tutkimuksessa. Tutkijan on tarpeellista tarkastella myös oman suhteensa kehittymistä tutkimuskohteeseensa. Reflektiivisyys on yksi toimintatutkimuksen syklien peruskäsitteistä. Jotta voidaan kehittää uutta, pitää reflektoida aikaisempaa toimintaa. Reflektio käynnistää aina uuden tutkimussyklin. Toimintaa arvioidaan, jotta voidaan kehittää uusia tutkimus- ja toimintatapoja. (Heikkinen ym. 2007, 152–154.)

*Dialektisuus* tarkoittaa totuuden rakentumista väitteiden ja vastaväitteiden tuloksena, niin, että lopputuloksena on synteesi. Synteesin tulee sisältää sekä väitteiden, että vastaväitteiden näkökulmat. Dialektisuudella pyritään siihen, että kehitystehtäväraportti sisältäisi monia eri näkökulmia. (Heikkinen ym. 2007, 154–155.)

*Toimivuuden* näkökulmasta Kehitystehtävää arvioidaan sen käytännön vaikutusten kannalta. Kehitystehtävässä saattaa myös käytännössä kokeiltu asia osoittautua toimimattomaksi. Epäonnistumisetkin voivat tuottaa hyödyllistä tietoa, niistä voi oppia ja ensi kerralla toimintaa voi parantaa. Tärkeätä on kuvata rehellisesti käytännön kokeilun vahvuudet ja heikkoudet. Onnistuneessa tutkimuksessa osallistujat saavat lisää uskoa omaan kykyihinsä ja taitoihinsa. (Heikkinen ym. 2007, 155–157.) Hyvä tutkimus voi *havahduttaa* ihmisiä ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla, se voi vaikuttaa ja koskettaa (Heikkinen ym. 2007, 159).

### 2.3 Kysely työntekijöille

Tutkimuksen aineiston keruumenetelmänä käytän kyselylomaketta, koska kyselyn on tarkoitus kartoittaa henkilökohtaisia asioita, ja tässä tapauksessa kysely käsittelee vastaajien omaa käyttäytymistä ja ajattelua. Kyselylomakkeen avulla vastaaja jää tuntemattomaksi ja tämä lisää oletettavasti vastausten määrää. (Vilka 2007, 74.) Teoria-tiedon pohjalta laadin kyselyn (liite 1), jonka avulla kartoitan tämänhetkistä toimintakykyä edistävän työotteen käyttöä kotihoidon työntekijöiden joukossa. Kyselylomake muodostuu pääasiassa avoimista kysymyksistä, sillä niiden avulla saadaan mahdollisimman hyvin spontaaneja mielipiteitä esille (Vilka 2007, 86).

### 2.4 Tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lähteä kehittämään toimintakykyä edistävää työskentelytapaa Kotkan alueen kotihoidossa. Työn avulla on tavoitteena lisätä tietotaitoa kuntouttavaan työotteeseen liittyen; sen vaikuttavuudesta ja siihen liittyvistä ongelmista.

1. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää kuntouttavan työotteen käyttöä Kotkan kotihoidossa. Tavoitteena on myös selvittää millä hoitotyön keinoilla työntekijät edesauttavat asiakkaan kuntoutumista tai toimintakyvyn säilyttämistä.
2. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä toimintakykyä ylläpitävää hoitoa alueen kotihoidossa.
3. Tavoitteena on herättää uutta ajattelua ja työntekijöiden motivaatiota kuntouttamista kohtaan.
4. Tarkoituksena on selvittää mitä ongelmia sen käyttöön liittyy.
5. Opinnäytetyön tavoitteena on kannustaa toimintakykymittareiden käyttöä.
6. Antaa tietoa kuntouttavan työotteen ja kuntouttamisen vaikutuksista. Antaa kattava kokonaisuus toimintakykyä ylläpitävästä työskentelytavasta ja antaa näyttöön perustuvaa tietoa siihen liittyen.

### 3 KOTKAN KOTIHOITO

Kotihoito perustuu sosiaalihuoltolakiin (17.9.1982/710, 17 §). Laki määrittää, että Kunta on velvollinen järjestämään asukkailleen kotipalvelua. Laissa kotipalvelulla tarkoitetaan tavanomaisen ja totunnaisen elämään kuuluvien tehtävien suorittamista ja niissä avustamista. (Sosiaalihuoltolaki 1982.) Kunta voi halutessaan yhdistää kotipalvelun ja kansanterveyslain määrittävän kotisairaanhoidon kotihoidoksi, mikäli kunta itse on tuottajana sekä sosiaalitoimen että perusterveydenhuollon palveluissa. (Kotihoito tukee kotona asumista 2011). Kotkassa kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty kotihoidoksi (Kotihoidon palvelualue 2012).

Kotihoito on kotona järjestettävää hoitoa, huolenpitoa ja palvelua, jossa eri-ikäiset avun tarvitsijat ovat suurimman osan vuorokaudestaan kotonaan erilaisten palvelujen piirissä. Palvelukokonaisuuden tavoitteena on asiakkaan mahdollisimman hyvä ja turvallinen elämä omassa kodissaan toimintakyvyn tai terveydentilan pitkäaikaisesta sairaudesta tai tilapäisestä heikentymisestä huolimatta. Kokonaisvaltaiseen kotihoitoon sisältyy perushoiva, terveyden edistäminen, sairaanhoido, kuntouttavien toimintojen suunnittelu ja toteutus. Kotihoidon avulla tuetaan kotona selviytymistä. (Ikonen & Julkunen 2007, 16–17; Etelä-Kymenlaakson kotihoidon kriteerit 2011–2012.)

Kotkan kaupungin vanhustenhuollon strategian (2008–2015) mukaan tällä alueella eniten toimintakykyä laskevat sairaudet ovat muistisairaudet, aivoverenkiertosairaudet, sydänsairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, diabetes sekä päihde- ja mielenterveysongelmat. Näihin sisältyvät siis lonkkamurtumat, aivoinfarktut ja niistä johtuvat halvaukset, uniongelmat ja depressio. Näiden sairauksien kirjo kattaa siis kaikki toimintakyvyn osa-alueet, joten niiden kartoittaminen jokaisen osa-alueen kohdalta on käsitelty seuraavissa kohdissa.

Kotihoidon merkityksestä laitoshoidon joutumisen ehkäisijänä on tehty tutkimuksia, mutta niiden tuloksista ei ole yksinkertaista tehdä johtopäätöksiä. Kuitenkin kiistatta voidaan sanoa, että kotihoidon avulla ikääntyneet pysyvät aktiivisempina ja siten pärjäävät kotona pidempään. Kotihoidon voidaan todeta parantavan toimintakykyä ja vähentävän riskiä laitoshoidon. Kotona asumiselle hyvän ennusteen antavat asiakkaan itsehoitokyky, tietoisuuden taso sekä hoidon antajien asenteet. Iäkkäät itse asettavat hoidoista kotihoidon etusijalle, sillä haluavat viettää myös viimeiset vuotensa kotona.

Kotia pidetään parhaana hoitopaikkana, vaikka vanhuksella olisi kognitiivisia häiriöitä, psyykkisten kykyjen vajavuutta tai dementiaa. Tällaisissa tilanteissa voidaan käyttää apuna erilaisia tukihenkilöitä. (Valta 2008, 15–16).

Vanhustenhuollon arvot ovat muunnelmia yleisistä arvoista, joissa on paljon yhtäläisyyksiä. Yleiset arvot, periaatteet sekä yleinen etiikka ohjaavat siten myös vanhustenhuollon arvoja. Yleisen etiikan ja hoitotyön etiikan yhteisiä eettisiä arvoja ovat huolenpito, välittäminen, vahingon välttäminen, hyvän tekeminen, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä oikeudenmukaisuus. Nämä arvot ja periaatteet tuli näkyä hoitotyötä tekevän henkilön toimintatavassa ja ajattelumaailmassa. (Sarvimäki & Stenblock-Hult 2010, 44; Sarvimäki 2009, 28.)

Kotkan vanhustenhuollon strategiassa korostettuja arvoja ja periaatteita vanhustyössä ovat ihmisarvo, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, terveys ja hyvinvointi, yksilöllisyys, jatkuvuus, kokonaisuhoito, turvallisuus, omatoimisuus, luottamus, vastuullisuus, ammatillisuus ja perhekeskeisyys. Nämä arvot ovat pohjana vanhustenhuollon toimintatavalle, ja niiden noudattaminen katsotaan jokaisen hoitotyötä tekevän velvollisuudeksi. (Vanhustenhuollon strategia 2008–2015, 19–21.)

Kotkan vanhustenhuoltoa ohjaavia periaatteita ovat hyvinvoinnin edistäminen, itsenäisen suoriutumisen tukeminen, palvelun laadun parantaminen ja teknologian hyödyntäminen. Kotkan toimintayksiköissä toteutetaan tutkivaa työtä ja näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Vanhuus on oleellinen käsitys, kun tarkastellaan poliittisia päätöksiä. Vallitseva vanhuuskäsitys ohjaa päätöksiä ja senhetkistä vanhuuspolitiikan sisältöä. Vanhuuskäsityksellä on myös vaikutuksensa siihen, miten ihmiset suhtautuvat omaan ja muiden ikääntymiseen. (Vanhustenhuollon strategia 2008–2015, 17.)

*"Itsemääräämisoikeus, jonka toteutuminen edellyttää, että ikääntynyt ihminen pystyy tekemään tietoisia valintoja että hän saa päätöksentekoaan varten tietoa ja muuta tukea. Itsemääräämisoikeutta voidaan edistää ikäihmisten voimavaroja tunnistamalla, vahvistamalla ja käyttämällä voimavaralähtöisyyden periaatteen mukaisesti."* (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 13.)

Koko Etelä-Kymenlaakson alueelle on kehitetty toimintamalli, joka ohjaa toimintakykyä edistävää työtä kotihoidossa. Siinä on yksityiskohtaisesti kuvattu, kuinka asiakkaan palvelukokonaisuus luodaan ja miten sitä päivitetään. Sen lisäksi siinä on kuvattuna tämän alueen toimintakykyä ylläpitävän työotteen prosessi. Toimintamallissa on käytetty jaottelua, jossa *tavoitteellisuus, moniammatillinen yhteistyö, henkilökunnan asenteet ja asiakkaan ja läheisten ohjaaminen* ovat pääkäsitteitä. (Toimintakykyä edistävä työote malli 2012, 3.)

#### 4 HOITOTYÖ IÄKKÄÄN KUNTOUTUMISEN EDISTÄMISESSÄ

Hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen alkaa asiakkaan voimavarojen kartoittamisella ja toimintakyvyn arvioinnilla, jossa käytetään apuna erilaisia testejä ja mittareita. Näiden kartoittamisen jälkeen luodaan suunnitelma, jossa kuvataan tarkasti asiakkaan voimavarat, hoidon tarpeet ja tavoitteet. Näiden lisäksi kuvataan myös keinot ja toiminnot, joilla tavoitteisiin pyritään. Tällaisessa voimavaralähtöisessä prosessissa tavoitteena on asiakkaan omatoimisuuden tukeminen erilaisten ongelmatilanteiden ratkaisujen kautta. Hoitajien toiminnan yhtenäistämiseksi ja palvelutarpeen määrittämisen tueksi on kehitetty Etelä-Kymenlaakson alueelle oma toimintamalli. (Toimintakykyä edistävä työote malli 2012, 4–5; Ikäihmisten toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi Etelä-Kymenlaaksossa 2012, 3–5.)

Asiakkaan vastuuhoitajana toimiva työntekijän tehtävä on ottaa yhteyttä eri ammattilaisiin, mikäli asiakkaan tilanne sitä vaatii. Näitä voivat olla esimerkiksi fysioterapeutti tai edunvalvoja. Tällaisen moniammatillisen yhteistyön avulla asiakkaan hoito on koordinoitua ja hoidon tarpeisiin vastataan sen vaatimalla tavalla. (Toimintakykyä edistävä työote malli 2012, 6.)

Toimintakykyä edistävä työote kotihoidossa -toimintamalli (2012, 7) sisältää tietoa työntekijöiden asenteiden vaikutuksesta toimintamallin käytön onnistumiselle. Asenteilla, käsityksillä ja etiikalla on suuri merkitys siihen, kuinka työntekijä suhtautuu vanhuksiin ja asiakkaisiin. Siihen suhtautuuko hän tasavertaisesti, kunnioittaen ja ammattitaidolla vai ei, on valtava merkitys prosessin onnistumisen kannalta. Toimintakykyä edistävä työote on ajattelutapa, miten työtä tehdään - vieläpä hyvin ja oikein. (Toimintakykyä edistävä työote malli 2012, 7.)

Asiakkaan ja läheisten ohjaaminen on tärkeä osa toimintamallin prosessia. Koko hoidon ajan on asiakkaan kanssa yhteistyössä tehtävä uusia päätöksiä ja ratkaisuja häntä koskevasta hoidosta. Motivointi ja kannustaminen ovat avainasemassa, kun työskennellään toimintakykyä ylläpitävällä otteella. Asiakkaan saaminen mukaan omaan hoitoonsa on tärkeää, sillä omahoidon ohjaus ja toteuttaminen auttavat sairauteen tai vammaan sopeutumista ja arjessa selviytymistä. Omaisten ottaminen mukaan asiakkaan hoitoon lisää toimintakykyä ylläpitävän hoitosuunnitelman onnistumista ja tavoitteisiin tähtäämistä. (Toimintakykyä edistävä työote malli 2012, 8; Kemppainen, Kiema & Kvist 2012, 52–54.)

Monesti kuntoutus mielletään fysioterapeuttien toiminnaksi, mutta kuitenkin hoitajat ovat avainasemassa tässä työssä, sillä he ovat potilaan tai asiakkaan kanssa vuorokauden ympäri. Muut kuntoutukseen liittyvät ammattiryhmät näkevät kuntoutujaa paljon vähemmän, joten kuntoutuminen vain heidän avullaan ei ole niin tehokasta. Tämän vuoksi hoitajien rooli kuntoutusprosessissa on oleellinen, mutta valitettavasti hoitajat ovat useimmiten passiivisia kuin aktiivisia. Lähtöajatuksena kuntoutuksessa on, että kuntoutuja nähdään aktiivisena, jolloin sekä hoitaja että kuntoutuja ovat prosessissa subjekteja. Kuntoutujaa siis tuetaan kuntoutumisessa hoitotyön keinoin. Tähän tuki-tiimiin hoitajan lisäksi kuuluvat tiiviisti myös omaiset, jotka hoitaja ottaa alusta pitäen mukaan. Omaisten avulla kuntoutuja myös sitoutuu tavoitteisiin tiiviimmin. (Routsalo, Arve, Aarnio & Saarinen 2003, 24.)

Kuntoutumisen edistäminen on prosessi, joka alkaa ennaltaehkäisevästä kuntoutuksesta, eli jo ennen kuin varsinaista toiminnanvajetta on edes havaittavissa. Tällöin kuntoutumista edistävä hoitotyöllä on tavoitteena ylläpitää toimintakykyä. Tämän jälkeen se jatkuu yksilön tukemisena muuttuneissa tilanteissa, jolloin kuntoutuksella pyritään palauttamaan toimintakykyä. Yleisenä tavoitteena on maksimaalisen toimintakyvyn tavoittaminen. (Routsalo & Lauri 2001, 209–210.)

Ensimmäisenä hoitaja kartoittaa kuntoutujan toimintakykyisyyttä ja terveyttä, eli niitä voimavaroja joita kuntoutujalla vajeesta huolimatta on jäljellä. Kartoittamisessa voidaan hyödyntää erilaisia mittareita, joiden avulla voidaan myös seurata edistystä. Sama testi voidaan toistaa tietyin aikaväleillä ja tuloksia voidaan verrata. Täten edistymistä tai taantumista voidaan seurata ja muutoksiin reagoida. Tavoitteellisuus on koko

kuntoutumisprosessin perusta. Tavoitteet asetetaan realistisesti siihen, mihin on mahdollisuus pyrkiä. Mikäli haittaa ei pystytä täysin korjaamaan, ei myöskään tavoitetta aseteta liian korkealle. Tavoitteiden asettamisessa on mukana moniammatillinen työryhmä, mukana voivat olla lääkäri, hoitaja, sosiaalihoitaja, omaiset ja kuntoutuja. Edellytyksenä on, että hoitaja on täysin sitoutunut tukemaan kuntoutujaa, ei tekemään sijasta. Sitoutuminen näkyy esimerkiksi kuntoutujan kannustamisena omatoimisuuteen ja motivointina jatkamaan eteenpäin. (Routsalo ym. 2003, 24–25; Routsalo & Lauri 2001, 207.)

Motivaatiota on tutkittu osana toimintakykyä. Motivaatiolla on positiivinen vaikutus toimintakykyyn, joten sen huomioiminen kuntouttavassa hoitotyössä on oleellista. Hoitotyön keinoilla, kuten kannustamisella ja myönteisen palautteen antamisella on tutkimusten mukaan vaikutusta vanhusten kykyyn saavuttaa ja ylläpitää toimintakykyään. Muita keinoja ovat muun muassa pienten tavoitteiden asettaminen ja epäonnistumisen pelon vähentäminen. Hoitajan persoonalla ja olemuksella on myös merkitystä vanhuksen motivaatioon. Iloisuus, ystävällisyys ja avuliaisuus ovat piirteitä, joilla toisten mielialaa voidaan kohottaa ja sitä kautta lisätä motivaatiota. (Kettunen 2010, 13.)

Tutkimuksia hoitohenkilökunnan tekemästä liikunnallisen toiminnan ohjauksesta on vähän, mutta niillä on pystytty selkeästi osoittamaan, kuinka merkittävästä asiasta on kysymys. Tutkimuksessa, jossa fysioterapeutti oli kouluttanut kotisairaanhoidajia ohjaamaan liikuntaharjoittelua, oli pystytty vähentämään tutkittavien yli 80-vuotiaiden vanhusryhmän kaatumisia 46 %. Tutkimukset osoittavat myös, että ajankäytön ei tulisi olla ongelma, sillä jo lyhyt ohjaus edistää tehokkaasti fyysisistä aktiivisuutta ja parantaa ikäihmisten toimintakykyä. Etenkin rohkaisevalla neuvonnalla kotihoidossa olisi vaikuttavuutta ikäihmisten aktiivisuuteen. (Kettunen 2010, 16–17.)

Kettusen (2010, 29–33) tutkimuksen mukaan henkilökunnan koulutuksella on olennainen merkitys kuntouttavan työotteen käyttöön. Koulutuksella voidaan lisätä kuntouttavan työotteen käyttöä ja sen avulla myös työntekijöiden motivaatio kuntoutukseen kasvaa. Tutkimuksen aikana työntekijöiden antama kuntoutus kasvoi siten, että koulutuksen jälkeen 58 % oli ohjannut liikuntaharjoitteita vanhuksille. Liikuntaharjoitteiden ohjaaminen vaatii molemminpuolista motivaatiota sekä työntekijöiltä että

asiakkaalta. Tutkimuksessa selvitettiin myös tekijöitä, jotka estävät harjoitteiden ohjaamisen, ja puolet vastaajista kertoi syyksi henkilökunnan motivaation puutteen.

Muutosvaiheessa oleva kuntoutuja tarvitsee tietoa ja tukea. Mikäli kuntoutuminen liittyy uuden sairauden kanssa elämiseen tai sairaskohtauksesta toipumiseen, tarvitsee hän tietoa itse sairaudesta, mutta myös uusista elämäntavoista ja yleisistä suosituksista. Kuntoutujan sitoutumiseen omaan kuntoutumiseensa vaikuttavat hänen asenteensa muuttuneeseen tilanteeseen ja se, miten hän ottaa vastuuta itsestään ja uudesta hoidosta sekä miten hän ja omaiset suhtautuvat ja luottavat hoitohenkilökuntaan. Hoitajan näkökulmasta toimintakykyä tukeva hoitotyö vaatii kärsivällisyyttä neuvoa, kannustaa ja odottaa, että kuntoutuja suoriutuu itse. Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä tulee myös tunnistaa riskejä, jotka saattavat estää kuntoutumisen onnistumista, kuten painehaavaumat, inkontinenssi tai masentuneisuus. (Routsalo & Lauri 2001, 207–209.)

Hoitaja voi vaikuttaa kuntoutumisen onnistumiseen myös ympäristön kautta. Kuntoutumista edistävän ympäristön tunnusmerkkejä ovat esteettömän liikkumisen mahdollistavat ja esteettiset tilat. Myös ihmissuhteet, hyvän olo tunteet ja turvallisuuden tunne ovat tärkeitä tekijöitä onnistuneen kuntoutumisen kannalta. Koti puutteineenkin on yleensä kuntoutujalle motivoivampi kuin laitos ja siellä on monesti myös virikkeitä enemmän. (Routsalo & Lauri 2001, 213.)

Hoitajan on hyvä tunnistaa omat piirteensä, sillä hoitajan omat asenteet vaikuttavat siihen, miten ja millaisena hän näkee iäkkään. Esimerkiksi erilaiset ennakoasenteet vaikuttavat kuntoutujaan suhtautumiseen, ja täten koko prosessin onnistumiseen. Hoitajan tulee myös ottaa selvää ja ymmärtää, miten kuntoutuja ja hänen omaisensa mieltävät elämänlaatunsa ja miten he suhtautuvat kuntoutumiseen. (Routsalo & Lauri 2001, 213.)

Tavoitteiden saavuttamista seurataan arvioimalla kuntoutuksen vaikuttavuutta. Arviointi on tärkeä osa prosessia ja sen avulla seurataan väli- ja päätavoitteiden saavuttamista. Arviointeja voidaan tehdä moniammatillisen työryhmän kanssa, jolloin saadaan usean ammattiryhmän näkemyksen kuntoutumisen etenemisestä. (Routsalo & Lauri 2001, 212.)



## 5 TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄ TYÖOTE

Kuntoutusta koskevissa asioissa on todettu, että kuntoutuksen määrittely on haastavaa ja käsite on epäselvä. Vuonna 1969 WHO määritteli kuntoutuksen ”lääkinnällisten sosiaalisten, kasvatuksellisten, ja ammatillisten toimenpiteiden koordinoituksi kokonaisuudeksi, jolla pyritään kohentamaan yksilön toimintakyky parhaalle mahdolliselle tasolle”. Myöhemmin vuonna 1981 WHO totesi kuntoutuksen olevan enemminkin kokonaisuus toimenpiteitä, joilla pyritään vähentämään vammauttavien olosuhteiden vaikutuksia tai saamaan vammaisen henkilö mahdollisimman kykeneväksi. (Kallanranta, Rissanen & Vilkkumaa 2001, 30–31.)

Kuntoutuksella voidaan parantaa ikääntyneen pitkäaikaissairaana tai vaikeavammaisen toimintakykyä sekä siirtää laitoshoidon joutumista. Sillä voidaan myös vähentää kuolleisuutta. On vahvaa näyttöä siitä, että kuntoutuksella on hyötyä suuressa laitoshoidon riskissä oleville kroonisesti sairaille vanhuksille. Liikunnalla ja eri kuntoutusmuodoilla on suojaava vaikutus sairauksia, kuten dementiaa ja masennusta vastaan. Sen positiiviset vaikutukset ovat riippumattomia iästä, joten jopa vanhainkodeissa liikunnalla ja kuntouttavalla työotteella on saatu parannusta vanhusten liikunta- ja toimintakykyyn. (Pitkälä, 2003, 8.)

Gerontologisella kuntoutuksella tarkoitetaan ikääntyneiden kuntoutusmuotoa, joka edustaa laajempaa näkemystä kuin pelkkä geriatrinen kuntoutus. Kuntoutus on haaste, sillä väestö ikääntyy monella tasolla. Elinajanodote kasvaa ja työikäisten keski-ikä nousee. Vanhukset elävät pidempään ja tarvitsevat elämänsä aikana kuntoutusta pysyäkseen olemaan toimintakykyisiä pidempään. Vanhuspalveluiden osalta on tapahtunut suuria muutoksia, kun laitospalveluista ollaan siirtymässä avopalveluihin. Tähän avopalvelujen piiriin kuuluu kotihoito. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 547–548.)

Geriatrisella kuntoutuksella tarkoitetaan yli 75-vuotiaiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kuntoutusta. Tämä käynnistyy kun vanhus sairastuu tai joutuu sairaalahoitoon. Geriatrinen kuntoutus on osa päivittäisten toimintojen ohjausta ja harjoittamista sekä mobilisoimista ja liikkumaan kannustamista. Vanhusten kuntoutuksessa sosiaalisten suhteiden ja vireyden tukeminen on tärkeää. Tähän kuntoutukseen kuuluu myös

asuinympäristön sekä apuvälineiden kartoitusta sekä niiden käyttöön perehdyttämistä. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 307–308.)

Kaikkein vahvinta näyttöä on lonkka- ja aivohalvauspotilaiden kuntoutuksesta. Näille potilasryhmille onkin järjestetty asiantuntevaa ja moniammatillista kuntoutusta etenkin suurimmissa kaupungeissa. Muille sairausryhmille on niukasti tarjolla kohdennettua kuntoutusta, vaikka juuri nämä monisairaavat suuressa laitoshoidon riskissä olevat vanhukset ovat kotipalveluiden ja sairaalapalveluiden suurkuluttajia. Näiden vanhusien arviointiin ja kuntoutukseen tulisi panostaa, jotta toimintakyky mahdollistaisi kotona asumisen. Nämä kodin ja laitoshoidon maastossa olevat vanhukset ovat juuri kotihoitoon asiakkaita, joiden kuntoutukseen kotihoidosta käsin kuntouttavalla työotteella voitaisiin panostaa. (Pitkälä 2003, 8.)

Kuntoutumisella on esteensä, kuten liian vähäiset henkilökuntaresurssit, koulutus ja asiantuntemus, mutta myös itse vanhuksista johtuvat syyt. Niitä voivat olla tunnistamattomat sairaudet, muistin heikentyminen, hiljaiset sekavuustilat, masennus, väsymys ja aliravitseminen. Ikävuosina 75–85 sairaudet alkavat kasaantua, mikä vähentää liikkumista kipujen, hengenahdistuksen ja varovaisuuden vuoksi. Vähäinen liikkuminen nopeuttaa lihaskatoa ja toimintakyky heikkenee, mikä puolestaan lisää avuntarvetta. (Pitkälä 2003, 9.)

Kuntouttava työote Routasalon (2002, 259–262) tutkimuksen mukaan vaatii sairaanhoitajilta tietoa ja kokemusta sekä antaa mahdollisuuden käyttää ammatillisia taitoja. Sairaanhoitajat, jotka olivat olleet mukana tutkimuksessa, olivat sitä mieltä, että kuntouttavalla työotteella tehty työ vaatii kestävyyttä ja luovuutta ja on antoisaa. Puolet tutkimukseen vastanneista hoitajista oli sitä mieltä, että työ koettelee kärsivällisyyttä. Tutkimuksessa tärkeä esille tullut huomio oli, että on oleellista on sopia asiakkaan kanssa toimintalinjat. Tämän avulla pystytään luomaan toiminnalle tavoitteet ja toiminnan vaikuttavuutta pystytään arvioimaan.

Kuntouttava työote on osa kuntoutusta ja tavoitteellista toimintaa yhdessä vanhuksen kanssa. Tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Päämäärät pohditaan yhdessä vanhuksen ja tämän omaisten kanssa. Toteutusta tulisi arvioida säännöllisin väliajoin. (Lotvonen 2002, 24.) Työntekijän tulee ottaa vanhus huomioon kai-

kessa tekemisessään toimiessaan kuntouttavalla työotteella. Työntekijä ei vain suorita esimerkiksi aamupesuja vanhuksen puolesta, vaan tämä ottaa vanhuksen aktiiviseksi toimijaksi aamupesujen teossa. Työntekijä opastaa ja tukee vanhusta toimimaan itsenäisesti ja niin kuin asiat normaalistikin arkielämässä tehdään. Aikaa kuntouttavan työotteen tekemiseen tulee varata enemmän kuin perinteisessä hoitotyössä. Kuntouttavaa työtettä voisi sanoa paremminkin ajattelutavaksi kuin toimintatavaksi. Kuntouttava työote on asiakaslähtöistä työskentelyä. (Uittomäki, 2003, 20–22.) Sosiaali- ja terveysalalla asenteilla ja persoonalla on merkityksensä työn tekoon, sillä työtä tehdään ihmisten parissa (Forss & Vatula-Pimiä 2011, 32).

Kuntouttava työote antaa mahdollisuuden vanhuksen kuntoutumiselle sekä kuntoutukselle. Se tarjoaa molemminpuolisesti keinoja elämän edellytysten parantamiseksi. Useassa lähteessä määritellään kuntouttava työote toimintaotteeksi, jopa asenteeksi, jonka tavoitteena on edistää ja ylläpitää omatoimisuutta, toimintakykyä, selviytymistä ja elämänhallintaa. (Järvikoski, Härkäpää 1995, 23; Toimintakykyä ylläpitävä työote 2012, 9.)

Kuntoutuksessa on tärkeää osata hyödyntää vanhuksen vahvoja osa-alueita ja voimavaroja heikentyneiden tai menetettyjen osa-alueiden tilalla. Tällä tavoin lisätään vanhuksen itsenäisyyttä, kunnioitetaan yksilöllisyyttä ja huomioidaan olemassa olevat voimavarat. Kuntouttavassa työotteessa pyritään tukemaan vanhuksen toimintakykyä vajauksista huolimatta niin, että hänellä on mahdollisuudet täysipainoiseen elämään. Työntekijän tehtävä on antaa vanhukselle tilaa ja mahdollisuuksia onnistumisiin, vaikka se veisikin enemmän aikaa. Mielihyvän kokemukset ja mahdollisuudet vuorovaikutteiseen osallistumiseen vaaditaan minäkuvaa tukevaa ja monimuotoista toimintaa. (Heimonen & Qvick 2002, 16–18.)

Kuntouttava työote -toimintamalli on käytössä koko Kotkan vanhustenhuollossa. Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan työskentelytapaa, jossa hoitohenkilökunta vahvistaa vanhuksen toimintakykyä yhteistyössä vanhuksen läheisten kanssa. Yhdessä sovitulla tavoilla pyritään säilyttämään omatoimisuutta ja hidastamaan toimintakyvyn laskua. Toimintakykyyn sisältyy fyysinen-, psyykinen-, sosiaalinen-, henkinen- ja hengellinen osa-alue. (Vanhustenhuollon strategia 2008–2015, 44–45.)

Kuntouttavan työtteen vaikuttavuutta voidaan mitata erilaisten mittareiden avulla, jotka mittaavat toimintakyvyn parantumista tietyllä aikavälillä. Lähtökohdat kuntoutuksessa ovat täysin erilaiset kuin keski-ikäisillä, mikä johtuu sairauksista ja erilaisista riippuvuussuhteista. Kuntoutusosastolle saapuvalla vanhuksella on usein ongelmia kotona pärjäämisessä akuuttisairaanhoidon jälkeen. Tavoitteena kuitenkin olisi kotona pärjääminen mahdollisimman pienin avuin. Yhteiskunnallisesti nämä tapaukset ovat merkittäviä, sillä nämä avun tarvitsijat vain lisääntyvät. Tutkimusten mukaan kuntoutustoimenpiteiden myönteiset vaikutukset näkyvät laitoshoidon tarpeen vähenemisenä. Vanhukset, jotka osallistuvat geriatriseen kuntoutukseen, ovat kotiuttamisvaiheessa ja sitä seuraavien lähiviikkojen ajan kontrolliryhmää verraten toimintakykyisempiä. Parhaimmillaan tämänkaltaiset toimintakyvyn nousut voivat kantaa jopa vuodesta kahteen vuoteen. (Tilvis 2002, 141–142.)

Ikääntyneiden kotiin vietävät kuntoutuspalvelut ovat lisääntyvä ja kehittyvä palvelumuoto. Kotikäynteinä toteutettava kuntoutus on toiminut jo kauan, mutta väestön ikääntyessä sen tarve kasvaa. Kotona kuntouttamisen suurena etuna on se, että harjoitukset voidaan sitoa kiinteästi arjen suoritteiden harjoittamiseen ja parempien toimintatapojen luomiseen. (Karppi 2011, 18.) Kotiin vietäviä kuntoutuspalveluja on kehitetty myös virtuaaliseen muotoon, kuten Karpin tutkimuksessaan (2011) käyttämä IKU (interaktiivinen etäkuntoutus). Tässä tutkimuksella IKUlla pystyttiin parantamaan kaikkien tutkimuksessa olleiden iäkkäiden henkilöiden toimintakykyä ja elämänlaatua huomattavasti aiempaan toimintakykyyn verrattuna.

Kotona kuntoutumiselle on kehitetty oma mallinsa, jossa on kriteereinä joko akuutti tila tai iän mukana tuomat muutokset. Mallissa on otettu huomioon kognitiiviset, psykososiaaliset ja fyysiset tekijät vanhuksen kotona pärjäämiseen. Tämä kotikuntoutussuunnitelma on lisätty Keski-Suomessa kotihoitoon, jolla pyritään tukemaan kuntoutumista kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla. (Tuetun kotona kuntoutumisen malli ikäihmisille 2010.)

Äkillinen kuntoutusprosessin katkaiseminen saattaa johtaa pysyvään toimintakyvyn laskuun. Etenkin ikääntyneiden liian aikainen intensiivisen kuntoutuksen katkaiseminen koetaan ongelmallisena, esimerkiksi lonkkaleikkausten jälkeen. (Karppi 2011,

16.) Tämän vuoksi kuntoutuksen jatkuminen kotona olisi tärkeää, jotta pysyvältä fyysiseltä haitalta voitaisiin välttyä.

Kotona kuntoutumisen etuna verrattuna laitospotilaiden kuntoutukseen on se, että kotona kuntoutuksessa asiat viedään konkreettiselle tasolle ja kuntoutus viedään yksilön arjen toimintakentälle. Tällöin kuntoutumisessa saavutettava hyöty liittyy juuri arjen toimintoihin ja niiden sujuvuuteen. (Karppi 2011, 17)

Kotona toteutettua kuntoutusta on tutkittu etenkin aivo- ja verenkiertopotilaiden sekä lonkkapotilaiden osalta. Tutkimuksessa on selvitetty, että kotona tapahtuvalla aivohalvaukspotilaiden kuntoutuksella on saatu tuloksia nopeammin ja se on myös taloudellisesti kannattavaa. Kotikuntoutuksella pystytään myös vaikuttamaan aktiivisuuteen, sillä kotikuntoutusta saaneet ovat tutkimusten mukaan ahkerampia kotiaskareissa. Puolestaan lonkkamurtumapotilaiden elämänlaadussa on kotikuntoutuksessa saatu parempia tuloksia kuin laitospotilaiden kuntoutuksessa. Esimerkiksi ulkoilu oli yleisempää sekä itsehoidosta selviytyttiin paremmin kotikuntoutuksella. (Karppi 2011, 18–19.)

Australialaistutkimuksessa selvitettiin taloudellisesta näkökulmasta nopeaa kotiuttamista ja kotona kuntouttamista verrattuna laitospotilaiden kuntoutukseen. Tulokset osoittivat selvästi, että kotikuntoutus on viisi kertaa laitospotilaiden kuntoutuksesta edullisempaa. Kotikuntoutukseseen liittyi myös muita edullisia seikkoja. (Anderson, Mhurchu, Rubenach, Clarc, Spencer & Winsor 2000.)

Ikääntyneiden kuntoutusta toteutetaan sairaalassa vain akuutin sairastumisen jälkeen. Akuutin tilanteen jälkeen potilas siirtyy kotiin tai jatkohoitopaikkaan. Kotiutumisen tai jatkohoitopaikkaan siirtymisen jälkeen kuntoutusta suoritetaan vaihtelevasti. (Karppi 2011, 17.)

Kuntoutus sairaalassa saattaa pohjautua liiankin perinteisiin kuntoutusmuotoihin, eikä näin tue riittävästi kotona selviytymistä, sillä tehdyillä harjoitteilla ei ole merkitystä yksilön arjen sujuvuuden kannalta. Tehdyt harjoitteet eivät riittävästi pohjautu arjen toimintoihin, joista kotona tulisi selviytyä kriittisimmän kuntoutusvaiheen jälkeen. Tavallisen laitospotilaiden kuntoutuksen ongelmana onkin tutkimusten mukaan juuri sen irrallisuus kotioloista, ja näin kuntoutuja ei hyödy yksilöllisesti siitä niin tehokkaasti. Lai-

toshoidon puolesta puhuvat tutkimukset, joilla ollaan pystytty todistamaan, että perinteisellä laitostuntoutuksella pystytään vähentämään kuolleisuutta ja laitoshoitoon joutumista. (Karppi 2011, 16–19.)

## 6 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI

Toimintakyky on käsite, joka voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Laajasti katsottuna sillä tarkoitetaan selviytymistä päivittäisistä toiminnoista, joiden suoriutumiseen on kaikilla osa-alueilla merkitystä. Hyvät kognitiiviset taidot edesauttavat päivittäisten toimien suorittamista, mutta mikäli tunne-elämässä tai ympäristössä on vaikeasti haittaavia tekijöitä, eivät hyvät fyysisetkään voimavarat riitä selviytymään niistä. (Rissanen 1999, 30–31.)

Toimintakykyä voidaan mitata joko voimavaralähtöisesti tai todettuina toiminnan vajaina. Toimintakykyyn vaikuttaa henkilön oma arvio terveydentilastaan ja toimintakyvystään tekijöiden kautta, jotka haittaavat päivittäisistä toimista suoriutumista. Mitä paremmaksi henkilö arvioi oman terveydentilansa, sitä paremmin tämä myös suoriutuu arjen askareista. (Rissanen 1999, 144; Vammaispalvelujen käsikirja 2006.)

Toimintakyvyn arvioiminen on oleellista, kun vanhukselle luodaan hoitosuhde kotihoidon kanssa. Palvelutarpeen arviointi alkaa asiakkaan toimintakyvyn kartoittamisella. Vanhuksen toimintakyky arvioidaan, kun selvitetään hänen hoidon ja palvelujen tarvettaan. Hoito- ja palvelusuunnitelma rakennetaan asiakkaan toimintakyvyn mukaan. Hyvän hoidon onnistuminen pohjautuu siihen, että tiedetään kuinka asiakas selviytyy päivittäisistä toimista. (Punnonen, 2012.)

Kuntoutumisessa on kyse myönteisestä muutoksesta, ja siksi kuntoutumisen tukeminen on aina tavoitteellista toimintaa. Lähtökohtana on kartoittaa kuntoutujan toimintakyky erilaisia mittareita käyttämällä. Siinä kartoitetaan niin voimavarat kuin tarpeetkin. Riippumatta kuntoutujasta olisi hyvä kartoittaa fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat ja tarpeet, sillä niillä kaikilla on yhteyksiä toisiinsa. (Kettunen, ym. 2009, 21–27.)

Alkukartoituksen eli *toimintakyvyn arvioinnin* jälkeen laaditaan *tavoitteet* yhdessä asiakkaan, omaisten ja hoitohenkilöstön avulla. Tärkeää olisi saada kuntoutuja motivoitua, jotta hän sitoutuu kuntoutumiseensa. Tavoitteita kannattaa jakaa pienemmiksi välitavoitteiksi, jotta kuntoutuminen pysyy mielekkäänä, vaikka suuria muutoksia ei hetkessä tapahtuisikaan. Pienillä askelilla on parempi lähteä liikkeelle, jotta välttyttäisiin pettymyksiltä. Tavoitteiden määrittelyä ohjaavat kuntoutujan tarpeiden ohella myös arvot. Tavoitteiden pohjalta laaditaan kuntoutumissuunnitelma. *Suunnitelmassa* voi olla viitteitä aikataulusta, tehtävistä harjoitteista ja muusta kuntoutumiseen liittyvästä, esimerkiksi ruokavaliosta. Välitavoitteiden ja tavoitteiden välissä suoritetaan *arviointia* yhdessä kaikkien asiakkaan kuntoutumiseen osallistuneiden kanssa. (Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 21–27.)

Kuntoutumisen tärkeänä osana jokapäiväisiä toimia on *kuntoutumista edistävä työote*. Se tähtää asiakkaan riippumattomuuden tukemiseen. Käytännössä se näkyy asiakkaan omatoimisuuden tukemisena siten, ettei kuntoutujan puolesta tehdä mitään, mistä hän voisi itse suoriutua. Kuntoutumisen ja kuntoutumista edistävän työotteen kokonaisvaltaisena päämääränä pidetään asiakkaan *voimaantumista* (empowerment). Voimaantumisen kokemus syntyy työntekijän ja kuntoutujan vuorovaikutuksesta silloin, kun asiakas tulee kohdatuksi arvostettuna, jolloin hän saa kokemuksen omasta arvostaa. Hänen tulee myös löytää yhteys voimavaroihinsa sekä mahdollisuuksiinsa. (Kettunen, ym. 2009, 21–27.)

## 6.1 Fyysinen toimintakyky ja mittarit

Fyysinen toimintakyky on näkyvin toimintakyvyn osa-alue. Ikääntyneiden terveydenhuollossa huomio kiinnittyy monesti fyysisiin voimavaroihin ja sen puutteisiin. (Wikstedt 2010, 18).

Päivittäisiin toimintoihin vaadittavan fyysisen aktiivisuuden merkitystä toimintakykyyn on tutkittu vähän. Kuitenkin tehdyillä tutkimuksilla on viittausta siihen, että 80-vuotiaille päivittäisten toimintojen suorittamisella on merkittävä harjoitteluvaikutus, sillä arkiaskareiden suorittaminen vaati lähes sataprosenttista fyysisten voimavarojen käyttöä. Tutkimuksissa on pystytty myös osoittamaan, kuinka päivittäisillä istumasta ylös nousu harjoituksilla on voitu parantaa yli 80-vuotiaiden tasapainoa. Tämän vuoksi

päivittäiset toimien suorittaminen on merkitystä ikääntyneille, sillä niiden avulla pystytään säilyttämään esimerkiksi jalan ojennusvoima, joka puolestaan liittyy kävelynopeuteen. Kotona suoritettua harjoittelua on osoitettu olevan kustannustehokasta, turvallista ja vaikuttavaa. (Kettunen 2010, 12, 14.)

Fyysistä toimintakykyä voidaan määrittää erilaisten mittareiden avulla. Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen tai päivittäisen suoriutumisen käsite tarkoittaa erilaisia ADL-toimintoja (Activities of Daily Living). Tällaisilla päivittäisiä toimintoja mittaavilla mittareilla pisteytetään toimintakykyindeksi, jonka avulla voidaan määrittää henkilön selviytymistä päivittäisistä toimista. (Tampereen kaupunki, 2002.) Iäkkäiden toimintakykyä voidaan kuvata päivittäisten perustoimintojen BADL-mittarilla (Basic Activities of Daily Living), jossa itsensä hoitaminen on jaoteltu kuuteen perustoimintoon, joita ovat peseytyminen, pukeutuminen, wc:ssä käyminen, liikkuminen, pidätyskyky ja syöminen. Näiden lisäksi välineellisistä toiminnoista voidaan mitata IADL-mittarin avulla (Instrumental Activities of Daily Living). (Valta 2008, 25.)

Näiden lisäksi toimintakykyä fyysisestä näkökulmasta voidaan arvioida RAVA-toimintakykymittarilla (Rajala ja Vaissi). Siinä arvioidaan asiakkaan avuntarvetta, johon liitetään motorisen toimintakyvyn lisäksi sanallinen ohjaus. Tämän vuoksi RAVA-mittari ei ainoastaan mittaa fyysistä toimintakykyä, vaan myös kognitiivista. Asiakas voi kyetä esimerkiksi peseytymään itse, mutta se ei tapahdu automaattisesti, vaan ainoastaan muistutuksen tai kehotuksen kautta. Mittari koostuu 12 osiosta, joista valitaan asiakkaan tilaa parhaiten kuvaavat vaihtoehdot. Tämän jälkeen lasketaan indeksi, joka kertoo osaltaan avuntarpeen. (RAVA-lomake 2012.)

Vanhuuden haurastumisesta johtuvat liikkumisvaikeudet, kuten alaraajojen suorituskyvyn lasku ja siitä johtuvat kävelyvaikeudet, lihasten heikkous, vähäinen liikunta, heikentynyt tasapaino, laihtuminen ja sarkopenia ovat myös osasyitä toimintakyvyn laskuun. (Timonen 2007, 17–18.) Kuitenkin vanhuuden haurastumisesta huolimatta Timosen väitöskirjassa on tutkimustuloksia siitä, kuinka lihasten harjoittelu iäkkäämilläkin on hyödyllistä, ja vaikutukset ovat samat kuin nuoremmillakin.

Myös Väänänen (2002, 185–189) on tutkinut ikäihmisten lihasharjoittelun vaikuttavuutta, ja tulokset osoittivat kiistatta, että pienilläkin valinnoilla voidaan saada paljon



aikaan lihahuollon kannalta. Hänen tutkimuksessaan päivittäinen keinutuolissa kiikkuminen kehitti vatsalihaksia tehokkaammin kuin kuntosaliharjoittelu vertailuryhmällä. Tämänkaltainen arkielämään ujutettu kuntoilu on oiva esimerkki siitä, kuinka arki liikuntaa voidaan lisätä luontevalla tavalla.

Toimintakykymittareiden luotettavuutta on tutkittu, ja niiden yksittäismittauksissa on todettu epäluotettavuutta. Mikäli toimintakykyindeksi lasketaan vain yhden mittauskerran perusteella, saattaa poikkeamat olla todellisuuteen verraten suuriakin. Aivohalvauksen sairastaneiden palvelukeskuksessa teetettiin toimintakykymittarin toistotutkimus, jossa huomattiin eri mittauskertojen välillä suuriakin eroja. Mittauksiin kuului esimerkiksi kävely-, istuutumis-, ja ylösnousutestit. Päätelmä tämän tutkimuksen perusteella on, ettei luotettavaa indeksiä saada yksittäisen mittauskerran perusteella. Mittauskertoja luotettavan indeksin saamiseen tuli olla kolme, joista kahden parhaan tuloksen ero saisi olla vain 10 %. Tutkijat korostavat, että tutkimuskertoja tulisi olla useampi, sillä ajallisesti se ei ole kovinkaan aikaa vievää. Yhteen toimintakykymittaukseen kuluu aikaa vajaa minuutti. (Nuutila 2007.)

## 6.2 Psykososiaalinen toimintakyky ja mittarit

Psykososiaalista toimintakykyä heikentäviä sairauksia ovat mm. Alzheimerin tauti ja depressio. Nämä sairaudet ovat lisääntymässä, joten niiden kartoittamista mittareiden avulla tulisi painottaa hoitotyössä. (Pitkälä 2003, 10; Vanhustenhuollon strategia.) Psykososiaalista toimintakykyä on vaikea kuvata irrallisena osa-alueena liittämättä sitä fyysiseen toimintakykyyn. Tavallisimmin psykososiaalista toimintakykyä tarkoitetaan kykyä tulla toimeen tavanomaiseen yhteisöelämään liittyvissä tilanteissa. Karkeasti ottaen siihen kuuluu selviytymiskyky arjen tilanteissa ja huolenpitotehtävissä, vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa, sosiaalisten suhteiden sitominen, ongelmanratkaisu arkitilanteissa ja toiminta omassa arkiympäristössä. Hyvä psykososiaalinen toimintakyky on sitä, että selviytyy näistä tehtävistä ja tilanteista itsenäisesti. Riippuvuus muiden antamasta tuesta ja avusta jokapäiväisissä toimissa sen sijaan heikentää elämänhallinnan kokemusta ja näin psykososiaalinen toimintakyky heikkenee. Monet pitkäaikaissairaudet tai vammat heikentävät elämänhallintaa, mikäli ihminen on riippuvainen toisista ihmisistä tai välineistä avuntarpeen vuoksi. Esimerkiksi apuvälineiden käyttö saattaa joillekin olla ongelma, sillä he eivät tule toimeen ilman sitä, mutta

sen käyttö kertoo näkyvästi kaikille toimintakyvyn vajeesta. Ihmiset haluavat olla mahdollisimman pitkään riippumattomia mistään. Hyvä psykososiaalinen toimintakyky ehkäisee syrjäytymistä. Psykososiaalista toimintakykyä ja elämänhallintaa voidaan kartoittaa esimerkiksi sosiaalisen verkoston kautta. (Kettunen ym. 2009, 47–58.)

Psykye vaikuttaa myös fyysiseen olemukseen. Tukahdetut tunteet saattavat painaa mieltä vuosia ja voivat ilmaantua ruumiin toimintojen kautta. Apea mieli laskee toimintakykyä ja lisää fyysistä oireilua. Surut saattavat olla masennuksen taustalla. Yksinäisyys ja yksin jääminen voivat olla vanhuuden suurimpia pelkoja, jotka voivat aiheuttaa ahdistusta. Yksinäisyys voi johtaa toimettomuuteen ja toimintakyvyn laskuun, joiden kautta jopa vanheneminen ja vanhenemisprosessi saattavat nopeutua. Tätä yksinäisyyden tunnetta voidaan ehkäistä kuulumalla esimerkiksi johonkin yhteisöön. Pelkkä tieto siitä, että kuuluu johonkin saattaa lievittää yksinäisyyden tunnetta tai että on edes yksi henkilö, johon voi ottaa yhteyttä. (Wikstedt 2010, 18–21.)

Vanhusten minäkuva eli se, miten he näkevät itsensä, saattaa vaikuttaa omaan vaatimustasoon. Tietoisuus siitä että on iäkäs, saattaa esimerkiksi heikentää hoito-ohjeiden noudattamista, kontrollikäynneille hakeutumista tai verenpaineen mittausta. Ajattelutapa muuttuu siten, ettei itseä koskevista asioista enää välitetä kuten ennen. Uusia oireita saatetaan myös salata, sillä halutaan kieltää vanheneminen ja kuuluminen "vanhusten joukkoon". Tämä voinnissa ilmenneiden muutosten kieltäminen voi jopa olla niin voimakasta, että se tapahtuu henkilön itsensä sitä tiedostamatta. Kuitenkin ne olisi hyvä tehdä silloin, kun henkilöllä itsellään on asian toimeenpanemiseksi vielä voimavaroja. Tällaisia toimia voivat olla esimerkiksi asunnon muutostöiden toimeenpano tai apuvälineen hankkiminen. Kuitenkin monesti vertaillaan itseään toisiin samanikäisiin, mutta heikkokuntoisempiin, josta saadaan positiivinen kuva omasta selviytymisestä. (Helin 2010, 4–7.) Psykososiaalista toimintakykyä voidaan mitata masentuneisuutta mittaavilla mittareilla. GDS (Geriatric Depression Scale) on mittari, jolla pystytään mittaamaan asiakkaan mielialaa, mikäli siinä havaitaan muutoksia. (RAVA-lomake 2012).

Myös päihteet vaikuttavat toimintakykyyn, joten päihteiden käyttöä mittaavilla mittareilla voidaan kartoittaa niiden vaikutusta psykososiaaliseen toimintakykyyn. (Kettunen, ym. 2009). AUDIT on kyselytesti, jolla voidaan kartoittaa alkoholin käyttöä. Tes-

tin tavoitteena on löytää ne henkilöt, joiden kohdalla juomisen aiheuttamat haitat ovat koholla. Tämä yksinkertainen kysely koostuu alkoholin käytön määrästä, sen tuomista tunnetiloista ja riippuvuussuhteesta alkoholiin. (Alkoholinkäytön riskit (AUDIT) 2011.)

### 6.3 Kognitiivinen toimintakyky ja mittarit

Kognitiivinen toimintakyky tarkoittaa älyllistä toimintakykyä, josta Valta esittää väitöskirjassaan lukuisilla tutkimuksilla, kuinka suuri merkitys sillä on fyysiseen päivittäiseen suoriutumiseen. Mitä parempi kognitiivinen suoriutumiskyky, sitä parempi on myös selviytymiskyky päivittäisistä toiminnoista. Kognitiivinen suoriutumiskyky toimii myös kuolleisuuden ennustajana, sillä kotona asuvista vanhuksista riippuvuus avustajista ja muistin alentuma ovat viitteitä korkeampaan kuolleisuusriskiin. Tämän vuoksi erilaisten mittareiden käyttö on aiheellista, sillä niiden avulla voidaan kartoittaa ja seurata kognitiivista tilaa, sekä kohdentaa tarvittavat interventiot. (Valta 2008, 25–28.) Masennuksella on tutkimusten mukaan vaikutusta toimintakykyyn. Masennusoireita kärsivillä on heikompi toimintakyky kuin oireettomilla, mutta toisaalta toimintakyvyttömämmillä on enemmän masennusoireita. (Valta 2008, 29; Helmes, Csapo & Short 2010.)

MMSE (Mini-Mental State Examination) on tarkoitettu kognitiivisten häiriöiden kartoitukseen ja kognitiivisen toimintakyvyn seurantaan. MMSE sisältää kognitiivisia toimintoja mittaavia tehtäviä, kuten orientaatiota aikaan ja paikkaan, lukemista, laskemista, muistamista, piirtämistä ja nimeämistä. Näiden tehtävien avulla lasketaan saadut pisteet. Tämän testin avulla voidaan seurata asiakkaan kognitiivista toimintakykyä ja tutkia esimerkiksi Alzheimerin taudin mahdollista alkua ja etenemistä. (Mäntty, Sihvonen, Hulkko & Lounamaa 2007.) CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) on testi, jolla voidaan arvioida ja seurata kognitiivisia toimintoja. (CERAD – kognitiivinen tehtäväsarja 2009–2011).

## 7 TOTEUTUS

### 7.1 Laadullinen kyselytutkimus

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on tarkoituksena kuvata todellista elämää. Pyrkimys on tutkia kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Yleisesti voidaan todeta, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä löytää tai paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.) Kun kysymykset ovat avoimia kysymyksiä, niillä pyritään saamaan spontaaneja mielipiteitä (Vilka 2007, 86).

Teoreettinen viitekehys määrittää millainen aineisto tulisi kerätä millainen analyysiä käyttää sen purkamisessa. Teoreettisen viitekehysten ja sen kanssa toimivan metodin valitseminen on oleellista. Laadulliselle tutkimukselle on omaista kerätä aineistoa, joka tekee mahdollisimman moniulotteiset tarkastelut mahdollisiksi. Omaista kvalitatiiviselle aineistolle on sen ilmaisullinen rikkaus. (Alasuutari 1999, 83, 84.)

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin vaan pyritään kuvaamaan ilmiöitä tai asioita. Tarkoituksena on ymmärtää toimintaa ja myös etsiä tulkintoja asioille. Täten laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimushenkilöt tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai että heillä on kokemusta asiasta. Täten tutkimukseen osallistuvien valinnan ei pidä olla satunnaista vaan harkittua ja tarkoituksenmukaista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 29.)

Tutkimuksen tavoite tulee olla selvillä ennen kyselylomakkeen laatimista. Tulee tietää, mihin kysymyksiin haetaan vastausta. Lomakkeen selkeys ja helppotajuinen ulkonäkö ovat perusedellytyksiä tutkimuksen onnistumiselle. Kysymykset eteneminen juonellisesti yleisistä asioista kohti yksityisempää tietoa selkeyttää siihen vastaamista. (Vilka 2007, 87.)

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi muodostui avoimista kysymyksistä koostuva kyselylomake. Kyselylomakkeessa on käytetty myös muutama strukturoitu kysymys. Aikaisempia tutkimuksia ei ole tehty alueellisesti kyseisestä aiheesta, joten päädyttiin tutkimaan sitä laadullisin menetelmin. Avoimilla kysymyksillä saatiin

myös sellaista tietoa, jota ei strukturoiduilla kysymyksillä olisi saatu esille. Tutkija jatkoi ja keräsi kyselylomakkeet kaikista kotihoidon toimipisteistä.

## 7.2 Kyselylomake

Kun tutkimussuunnitelman sisältöjä päätetään, ideointivaiheessa valitaan ensin menetelmä ja sen jälkeen aineiston keräämisen tapa. Tämän jälkeen pohditaan minkä kokoinen tutkimusaineisto tarvitaan kattamaan tutkimusongelma. (Vilka 2007, 77.)

Yksi laadullisen tutkimuksen yleisimmistä aineistonkeruumenetelmistä on kysely. Kyselytutkimuksen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto, kattava henkilömäärä ja voidaan kysyä monia asioita. Kysely on menetelmänä tehokas, ja se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. (Hirsjärvi ym. 2009, 73, 195.)

Kyselylomake on tähän tutkimukseen suunniteltu, avoimia sekä strukturoituja kysymyksiä sisältävä kyselylomake (liite 1). Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden kertoa omasta näkemyksestään. Ne eivät anna vastauksia vaan näyttävät vastaajien tietämyksen aiheesta sekä osoittavat, mikä on keskeistä heidän ajattelussa. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.) Taustakysymykset laitetaan nykytiedon mukaan lomakkeen loppuun (Vilka 2007, 87), mutta tässä työssä taustakysymykset sijoitettiin Vilkan (2007, 93) esimerkin mukaisesti lomakkeen alkuun.

Esitestauksen avulla voidaan tarkastella ja korjata kyselylomaketta varsinaista tutkimusta varten. Tällainen lomakkeen muotoilu on välttämätöntä. (Hirsjärvi ym. 2009, 204.) Kyselylomaketta muokattiin Kotkan kotihoidon kolmen alueen osastonhoitajien ja työntekijöiden avulla. Korjausehdotusten pohjalta kysymysten muotoilua viimeisteltiin ja kysymyksiä lisättiin toteutettavaan kyselylomakkeeseen. Kyselylomaketta ei varsinaisesti esitestattu, sillä se koettiin toimivaksi useiden korjausten jälkeen.

## 7.3 Otanta

Laadulliselle tutkimukselle ominaisia piirteitä ovat tutkimuksen pyrkimys kokonaisvaltaiseen tiedonhankintaan sekä se, että aineisto kootaan luonnollisessa ja todellisessa tilanteessa. Opinnäytetyöni kohderyhmänä olivat Kotkan kaupungin kotihoidon sai-

raanhoitajat, terveydenhoitajat, lähi- ja perushoitajat, kodinhoitajat ja kotiavustajat. Kysely jaettiin kaikille edellä mainituille ammattiryhmien edustajille, jotka valikoituivat tutkittaviin tiimeihin. Lomakkeita jaettiin siten 28 kappaletta, 7 lomaketta kuhunkin tiimiin. Otanta oli ryväsotanta. Tutkimukselle haettiin ja saatiin tutkimuslupa Kotkan kaupungin hyvinvointipalveluilta 17.10.2012. Tutkimuslupa on liitteenä (liite 4).

Kysely teetettiin paikan päällä. Otantamenetelmänä käytin siis ryväsotantaa ja ryppäät oli valittu satunnaisesti osastonhoitajien toimesta. (Vilka 2007, 79–80.) Kysely tehtiin Kotkan alueen kotihoidoissa kolmen eri alueen tiimeissä: kaksi tiimiä Karhulan kotihoidosta, yksi tiimi Länsi-Kotkan kotihoidosta ja yksi tiimi Kotkan kotihoidosta. (Vilka 2007, 75).

Vastaajia informoitiin tulevasta tutkimuksesta. Kerroin tutkimushenkilöille tulevasta tutkimuksesta paikan päällä kyselylomakkeiden jaon yhteydessä sekä informointikirjeillä, jotka oli liitetty kyselylomakkeisiin. Saatekirjeessä (liite 2) oli tiedot muun muassa tutkimuksen suorittajasta, tutkimuksen tavoitteesta, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, luottamuksella annettujen tietojen suojaamisesta sekä tutkittavilta kerättyjen tietojen käyttötarkoituksesta. (Kuula 2006, 102.) Saatekirjeellä pyrittiin myös motivoimaan vastaamaan (Hirsijärvi ym. 2009, 204).

#### 7.4 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi tapahtuu aineistolähtöistä sisällönanalyysiä käyttäen, sillä se sopii erinomaisesti strukturoimattomaan aineistoon. Tässä tutkimuksessa kaikki kysymykset taustatietoja ja toimintakykymittareita käsitteleviä kysymyksiä lukuun ottamatta olivat avoimia kysymyksiä. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida erilaisia dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sen avulla voidaan järjestää ja kuvailla tutkittavaa asiaa. Sisällönanalyysillä on tarkoitus saada tiivistettyä aineistosta, jonka jälkeen luodaan aineistoille kategorioita. (Kynäs & Vanhanen 1999, 3.)

Aineiston riittävyys on kvalitatiivisessa tutkimuksessa ongelmallista, sillä sen määrää ei pysty arvioimaan ennen tutkimuksen suorittamista. Kvalitatiivista tutkimusta tehdessä tutkija ei voi päättää tutkimuksen alussa kuinka suuren aineiston hän kerää. Tut-

kimuksen aikana tulisi seurata antaako aineisto uutta tietoa vai ei, ja tämän perusteella päättää aineiston koko. Mikäli uutta tietoa ei enää tule on aineisto saavuttanut kylläisyyden, eli riittävyyden. Kylläisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkija on kerännyt aineistoa päättämättä etukäteen sen määrästä, ja aineisto ei enää tuota uutta tietoa. Toisin sanoen se alkaa toistaa itseään, jolloin aineisto on kyllästynyt. (Hirsjärvi, Sajavaara & Remes 1997, 181.)

Tässä opinnäytetyössä tutkija luki kyselylomakkeet ensin useaan kertaan, jonka jälkeen niistä kirjoitettiin ylös pelkistetyt lauseet tai sanat. Taulukoiden alakategoriat syntyivät, kun samankaltaisia vastauksia kerättiin ryppäisiin. Näille ryppäille luotiin niitä parhaiten kuvaava yhteinen nimittäjä, yläkategoria. Tämän jälkeen usealle yläkategorialle mietittiin yhdistävä tekijä, eli yhdistävä kategoria.

## 8 TULOKSET

Kyselyssä kartoitettiin työntekijöiden omaa näkemystä toimintakykyä edistävänä työotteestaan. Kyselyn avulla pystyttiin kartoittamaan heidän omaa näkemystään toimintakykyä edistävästä työotteesta sekä sitä, ja sitä miten he todellisuudessa käyttävät toimintakykyä edistävää työotetta.

### 8.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajien joukkoon kuului Kotkan alueen kotihoitojen sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat, perushoitajat, kodinhoitajat. Kyselylomakkeita jaettiin 28 kappaletta ja palautettiin 17 kappaletta (N=17). Täten vastausprosentti oli 61 %.

Lomakkeen alussa kysyttiin vastaajien taustatietoja, työkokemusta ja ammattia. Vastaajien työkokemus kotihoidossa vaihteli alle vuodesta yli 20 vuoteen. Keskimäärin vastaajat olivat työskennelleet kotihoidossa 8 vuotta. Vastaajista sairaanhoitajia oli kaksi, lähi- tai perushoitajia 12 ja kodinhoitajia tai muita ammattiryhmiä kaksi.

### 8.2 Toimintakykymittareiden käyttö

Mittareiden käyttö on melko yleistä, ja suurinta osaa mittareista käytetään enemmän kuin viisi kerta vuodessa. Jakauma mittareiden käytössä oli paljon mittareita käyttävät

ja vain vähän mittareita käyttävät. Valtaosa vastaajista käytti siis mittareita joko viisi kertaa tai enemmän tai vain yhden kerran. Mittarista suosituimmaksi ilmeni RAVA, jota vastaajista suurin osa (n=12) oli käyttänyt viisi kertaa tai enemmän kuluneen vuoden aikana. Toiseksi suosituin oli MMSE ja Audit tasapistein. Kolmannella sijalla oli GDS, ja neljänneksi käytetyin testi oli GDS. Vähiten käytetty oli päivittäisten toimintojen mittarit ADL ja BADL. Käyttökertoja Ravalle kertyi viimeisen vuoden aikana vähintään 65 ja toiseksi käytetyimmille mittareille Auditille ja MMSE-testille kertyi 40.

Kyselyssä selvitettiin myös kokemuksia toimintakykymittareiden käytöstä. Kaikki vastanneet (n=17) olivat yksimielisesti sitä mieltä, että toimintakykymittareiden käyttö on helppoa. Suuressa osassa vastauksia (n=9) mittareiden **selkeys** osoittautui tekijäksi, miksi toimintakykymittareiden käyttö koettiin helpoksi. Vaikka käyttäjä olisi uusi, on käyttö helppoa selkeiden ohjeiden vuoksi. Vastaajat kokivat myös, ettei niiden tekoon ei tarvita paljon aikaa ja testit ovat tuttuja, sillä ovat olleet käytössä jo vuosia ja koulutusta on tarjottu riittävästi.

### 8.3 Toimintakykyä edistävä työote

Toimintakykyä edistävä työote määriteltiin toiminnan piirteillä. Niitä olivat yhdessä tekeminen, toimintakyvyn ylläpitäminen, omatoimisuuteen kannustaminen, ohjaaminen, voimavaralähtöisyys, keskusteleminen ja kirjallinen työ. Tämä käy ilmi taulukosta 1.

Taulukko 1. Toimintakykyä edistävä työote

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
avustetaan ja tehdään yhdessä --teen hänen (asiakkaan) kanssaan --vaan tehdään yhdessä otetaan asiakas mukaan tekemiseen tehdään yhdessä tehdään YHDESSÄ	Yhdessä tekeminen	Toimintamallin piirteitä
--eikä tehdä puolesta en tee asiakkaan puolesta ei tehdä asiakkaan puolesta ei puolesta tekemistä ei tehdä puolesta ei tehdä puolesta tehdään vain ne asiat, missä apua tarvitsee	Toimintakyvyn ylläpitäminen	



kannustetaan kannustaen asiakasta kannustan asiakasta omatoimisuuteen kannustetaan omatoimisuuteen kannustamista omatoimisuuteen säilyttämiseen ja parantamiseen asiakkaan omatoimisuuden ylläpitäminen, tekee itse mahd. paljon --tekemään, yrittämään itse tehdä eri asioita pyritään aktivoimaan asiakasta asiakas tekee itse kaiken mitä pystyy, motivoidaan , kannustetaan siinä tavoitellaan toimintakyvyn säilymistä	Omatoimisuuteen kannustaminen	
ohjaa, kehottaa neuvoo tarpeen mukaan ohjaava kannustava kannustaen tekemään mahdollisimman paljon itse motivoidaan, että sitoutuu toimintamallin toteuttamiseen kannustetaan yrittämään	Ohjaaminen	
asiakkaan omien voimavarojen tukemista tuetaan jäljellä olevia voimavaroja asiakkaan voimavarojen hyödyntämistä päivittäisissä toiminnoissa tuen asiakkaan omatoimisuutta tuetaan toimintakykyä käytetään asiakkaan omia voimavaroja fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia taitoja tukevaa	Voimavaralähtöisyys	
vuorovaikutusta kotikäynnillä dialogia asiakkaan kanssa hoitaja-asiakas suhde	Keskusteleminen	
kirjaamista voinnin muutoksista ja sellaisista kirjataan arviointia hopasuun liikuntasuunnitelma	Kirjallista työtä	

(n=16)

Suuri osa vastaajista (n=6) kertoi toimintakykyä edistävän työotteen olevan **kannustamista**, joka liitettiin useasti **omatoimisuuden kannustamiseen**. Toimintakykyä edistävän työotteen kerrottiin myös olevan paljon **yhdessä tekemistä**, ei siis tehdä asiakkaan puolesta (n=6) vaan otetaan asiakas mukaan tekemiseen ja näin **tuetaan asiakkaan voimavarot**. Toimintakyvyn ylläpitäminen on myös osa toimintamallia. Toimintakyvyn ylläpitämisessä korostuu se, ettei tehdä asioita puolesta vaan annetaan tukea asiakkaalle, jotta saa tilaa tehdä itse sen mihin pystyy. Näiden lisäksi se on myös **keskustelua** ja **kirjallista työtä**. Keskusteluun luodaan suhde asiakkaaseen sekä seurataan asiakkaan kokonaisvaltaista tilaa. Johtolause:

*"Tehdään vain ne asiat, missä asiakas todella apua tarvitsee. Ja tehdään yhdessä asiakkaan kanssa, ohjaten ja kannustaen. Ei tehdä mitään asiakkaan puolesta. Pyritään aktivoimaan ja motivoimaan asiakasta siten, että hänkin sitoutuu toimintakykyä edistävän työtteen toteuttamiseen."*

*"Pieniä tekoja: asiakas itse voitelee leipäpalan, ei tehdä puolesta, yrittää itse pukeutua pestä, autetaan missä ei itse onnistu."*

Toimintamalli on myös asiakkaan **tukemista** ja **ohjaamista**, jotta asiakas pystyisi tekemään mahdollisimman paljon itse ja voimavaroja pystyttäisiin säilyttämään. Kirjaaminen nähdään myös osana toimintakykyä edistävää työtettä, siinä korostuu voinnin muutosten huomiointi. **Keskustelu** nousi myös esille, se koettiin tärkeäksi osaksi hoitajan ja asiakkaan suhteen luomiselle:

*"Vuorovaikutus on tärkeää kotikäynnin aikana, sen avulla luodaan hoitajan ja asiakkaan välinen suhde. Hyvän suhteen avulla luottamus on molemminpuolista ja keskustelun avulla saa asiakkaan johdateltua tekemään itse tai yhdessä."*

#### 8.4 Toimintakykyä edistävän työtteen hyödyt

Toimintakykyä edistävän mallin hyödyiksi mainittiin ajankäytön tehokkuus, sisällön saaminen asiakkaan päivään, kotona pärjääminen, tekemisen ilo, asiakkaan itseluottamuksen ja minäkuvan vahvistuminen, ja työntekijöiden työmotivaation säilyminen. Huomioitiin myös, että malli perustuu lakiin. Työtteen hyödyt käyvät ilmi taulukosta 2.

Taulukko 2. Toimintakykyä edistävä työote – mallin käytön hyödyt

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
aika käytetään hyödyksi - saadaan tuloja resurssit rajalliset (mallin avulla pystytään paremmin hoitamaan työt) säästetään kun asiakas pystyy olemaan mahd. kauan kotona ei kuormiteta laitospaikkoja kotona asuminen mahdollista kotona asuminen mahdollista kotonaan mahdollisimman pitkään asiakas pystyy olemaan kotona	ajankäytön tehokkuus	Kustannustehokkuus
asiakkaan päivän mielekkyys (päivään sisältöä) itse tehdyt asiat tuntuvat asiakkaista tärkeämmiltä itse lämmitetty ruoka maistuu paremmin asiakkaan itsensä tiskaamat tiskit ovat hänen mielestään oikein tiskatut asiakkaat voivat paremmin hän saa aktiviteettia päivään	sisältöä asiakkaan päivään	
selviytymiskyky säilyy toimintakyky säilyy jotta kotona pärjätään mahdollisimman kauan jotta asiakas pärjää kotona mahdollisimman kauan asiakas selviää kauemmin kotona tukemalla omatoimisuutta asiakas yrittää enemmän saadaan ylläpidettyä asiakkaan toimintakykyä asiakkaan toimintakyvyn ylläpidon kannalta asiakkaan toimintakyky säilyy edistetään asiakkaan omaa toimintakykyä mieli pysyy virkeänä kun itse pystyy toimiin	kotona pärjääminen	
--muutoin asiakkaan tottavat että heidän puolesta tehdään, "palvellaan" toisen puolesta ei tehdä	Tekemisen ilo	
osallistuminen askareisiin vahvistaa asiakasta sisältä päin asiakkaan, jotka tekevät paljon itse, ovat hyväntuulisempia itse tehdystä työstä ei voi valittaa	asiakkaan itseluottamuksen ja minäkuvan vahvistuminen	
asiakkaan itsemääräämisoikeus asiakkaan edun mukaista	lainsäädäntö	
hoitajien motivaation kannalta hoitaja kuormittuu vähemmän>työkyky säilyy>sairaslomien ehkäisy>työssä viihtyminen	työmotivaation säilyminen	

(n=9)

Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että toimintakykyä edistävän työotteen toimintamalli on tarpeellinen. He perustelivat sen sillä, että mallin avulla **vähäinen aika kotikäynneillä saadaan tehokkaammin käytettyä**, joka kompensoi resurssien puutetta. Vastaajat korostivat myös vanhusten etua, heidän mielestään itse tekeminen tuo **sisältöä asiakkaan päivään**, joka toisaalta auttaa **pärjäämään kotona mahdollisimman pitkään** (n=6). **Puolesta tekeminen nähtiin jopa epärealistisena**, jolloin viedään tekemisen ilo vanhukselta. Itse tehtyjen asioiden kautta vanhusten **minäkuva ja itseluottamus** vahvistuvat:

*”Osallistuminen askareisiin vahvistaa asiakasta sisältä päin.”*

*”Mieli pysyy virkeänä, kun itse pystyy toimiin.”*

Tilan ja ajan antaminen asiakkaalle nähtiin myös **laillisesti asiakkaan oikeutena**. Itsemääräämisoikeuteen vedoten hoitajat näkivät toimintatavan asiakkaan edun mukaiseksi. Asiakkaiden edun lisäksi työote on hoitajien mielestä myös heidän etunsa, sillä työotteen avulla heidän työtaakkansa kevenee:

*”Työotteen avulla hoitaja kuormittuu vähemmän ja työkyky säilyy. Sairaslomia voidaan ehkäistä ja myös työmotivaatio säilyy.”*

## 8.5 Toimintamallin käyttöä hankaloittavat tekijät ja parannusehdotukset

Toimintakykyä edistävää työtettä hankaloittaviksi tekijöiksi on mainittu työolosuhteista, asiakkaista, omaisista ja henkilökunnasta johtuvia tekijöitä. Näitä ovat rajalliset resurssit, asiakkaiden ja omaisten huono asenne, ja hoitajien työmotivaation puute. Nämä seikat selviävät taulukosta 3.

Ratkaisuehdotuksia toimintamallin saamiseksi paremmin käyttöön olivat resurssivajauksen korjaus, koulutusten lisääminen, sitoutuminen, yhtenäinen hoitolinjaus, vastuuhoitajuus ja syyllistämisen vähentäminen. Tätä kuvaa taulukko 4.

Taulukko 3. Toimintakykyä edistävän työtteen käyttöä hankaloittavat tekijät

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
kiire työssä ja ajan puute rajallinen aika henkilökunnan vähyys ajan puute ajan puute ajoittain kiire kiire kiireinen työtahti hoitajien kiire kiire. on nopeampaa tehdä asiakkaan puolesta (kiire) silloin kyllä passataan iltavuorot ja viikonloput kiireisiä viikonloppuisin liian vähän henkilökuntaa nopeammin selviää kun hoitaja itse tekee työn nopeampaa tehdä asiat itse kuin "antaa" asiakkaan tehdä itse joskus ahtaat/epäkäytännölliset tilat asiakkaiden kotiolot > hoitajien työergonomia	Työskentelyolosuhteista johtuvat syyt:  rajalliset resurssit	Toimintakykyä edistävän työtteen käyttöä hankaloittavat tekijät
moni (asiakas) passauttaa asiakkaan oma suhtautuminen asiaan vanhat pinttyneet tavat vanhoilla asiakkailla asiakkaat ei ymmärrä miksei hoitajat tee pyydettyjä asioita asiakkaat eivät käsitä, miksi hoitaja pyytää kokeileman ja tekemään itse koska ovat niin vanhoja, tulisi passata ja palvella asiakkaan saaminen tekemään itse välillä hankalaa asiakkaiden asenne, että heitä palvellaan	Asiakkaista johtuvat syyt: asiakkaiden huono asenne	
omaiset (omaiset) haluavat omaisiaan passatavan vanhoja ihmisiä tulisi passata omaisten asenne	Omaisista johtuvat syyt: omaisten huono asenne	
vanhojen mallien pois oppiminen työntekijöiden laiskuus asenteet kaikki eivät puhalla yhteen hiileen tiimissä ei noudateta yhteisiä pelisääntöjä ellei tiimi vedä yhtä köyttä> joku tiimistä romuttaa "passaamalla" asiakasta	Työntekijöistä johtuvat syyt: työmotivaation puute	

(N=16)

Vastaajista (n=15) suuri osa oli sitä mieltä, että työskentelyolosuhteista resurssien, kuten **ajan** ja **henkilökunnan puutokset** ovat suurimpana esteenä mallin tehokkaam-

malle käytölle. Myös asiakkaiden kotiolot ja epäkäytännölliset kodin tilat ovat ajoittain esteenä:

*"Kiire. On nopeampaa tehdä asiakkaan puolesta kuin odottaa, että hän tekee itse."*

Asiakkaista johtuvia syitä olivat muun muassa asiakkaiden negatiivinen asenne toimintamallia kohtaan, jonka vuoksi sen käyttö on näissä tilanteissa vaikeampaa. Myös omaisten huono asenne mainittiin estävänä tekijänä, sillä myös omaiset saattavat suhtautua kielteisesti toimintamallia kohtaan.

*"Asiakkaiden saaminen tekemään itse on välillä hankalaa."*

Työntekijöistä johtuvat syyt, kuten vanhojen mallien poisoppimisen vaikeus ja huonot asenteet toimintamallia kohtaan ovat esteenä mallin käytölle. Nämä **työmotivaation puutteesta** johtuvat seikat saattavat liittyä osittain yhteisten toimintamallien puutteesta:

*"Jos tiimissä ei noudateta yhteisiä pelisääntöjä."*

*"Jos tiimi ei vedä yhtä köyttä. Joku voi romuttaa toimintamallia pissaamalla asiakasta."*

Taulukko 4. Ratkaisuehdotuksia toimintamallin saamiseksi paremmin käyttöön

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
lisää aikaa asiakkaan luona, kiireen vähentäminen hoitajien lisääminen rajallinen aika ja henkilökunnan vähyys korjattaisiin enemmän hoitajia hoitotyöhön asiakkaalle enemmän aikaa aikaa kotikäynteihin lisää henkilökuntaa	resurssivajaukset korjaus	vajauksen korjaaminen

koulutus koulutusta henkilökuntaa kouluttaa rakentava palaute työntekijöiden kesken kokemus kehittyminen	koulutukset ja palaute	
omaiset mukaan omaisille tiedottaminen	Potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden sitoutuminen	Hoidon organisointi
jokainen (hoitaja) sitoutuu hoitajien tuli toimia käynnillä samalla tavoin kaikkien henkilöstöryhmien sitoutuminen asennemuutosta		Hoidon organisointi
tarkemmat toimintaohjeet asiakaskäynneille asiakaskohtaisesti asiakkaiden suunnitelmat; mitä tehdään asiakkaalla jokaisesta asiakkaasta sovittaisiin, miten toimitaan	yhtenäinen hoitolinjaus	
vastuuhoitajuuden tukeminen vastuuhoitajien tehtävien tarkentaminen asiakkaitten jakaminen niin, että samat asiakkaat ja hoitajat	vastuuhoitajuuden korostaminen	
ei syyllistämistä tekemättömästä	syyllistämisen vähentäminen	

n=14

Vastaajista suuri osa (n=7) oli sitä mieltä, että mikäli **henkilökuntaresurssit** korjattaisiin, aikaa toimintamallin käytölle olisi enemmän ja näin se saataisiin paremmin käyttöön. **Vastuuhoitajuusmalli** nousi myös esille, ja siihen tarvittaisiin enemmän tukea ja sen kehittämisestä uskottaisiin olevan hyötyä. Työntekijöiden tavalla työskennellä on eroja, mutta **syyllistämistä** tulisi välttää. Syyllistämisen sijasta rakentava palaute antaisi työkaluja korjata toimintatapaa, ja täten vanhojen mallien poisoppiminen sujuisi luonnollisesti. **Koulutuksella** ja työntekijöiden keskinäisellä **palautteella** uskottaisiin myös olevan apua:

*"Asiakkaiden jakaminen niin, että samat tutu hoitajat kävisivät saman asiakkaan luona."*

*"Koulutusten avulla henkilökunnan osaaminen kasvaa. Rakentava palaute työntekijöiden kesken auttaisi myös toiminnan korjaamisessa."*

**Yhtenäinen hoitolinjaus** nähtiin myös ratkaisuna kohti toimintamallin tehokkaampaa käyttöä. Kotikäynnillä tehtäviä asioista ja toimintatavoista tuli tehdä tarkka kuvaus,

jotta kaikkien hoitajien kesken voitaisiin toimia samojen pelisääntöjen mukaisesti. Tällöin hoitajasta riippumatta käynnin sisältö olisi sama. Hoitoon osallistuvien henkilöiden tulisi siis **sitoutua** toimintamallin toteutukseen paremmin, jotta toimintamallin käytössä ei olisi eroja työntekijöiden välillä:

*"Jokaisesta asiakkaasta sovittaisiin yhdessä miten toimitaan, yhtenäinen hoitolinjaus."*

## 8.6 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arvioinnissa ja huomioinnissa korostuvat päivittäinen havainnoiminen, silmämääräinen arvioiminen ja keskusteleminen asiakkaan kanssa. Toimintakykytestejä tehdään säännöllisin väliajoin tai tarvittaessa. Niitä toki käytetään, mutta päivittäinen hoitajan arvioiminen korostui.

### 8.6.1 Fyysisen toimintakyvyn arviointi

Fyysistä toimintakykyä arvioidaan testeillä, havainnoimalla, päivittäisistä toiminta suoriutumisella, vertailulla sekä lisäävun tarpeella. Tältä asioita on kuvattu tarkemmin taulukossa 5.

Taulukko 5. Fyysisen toimintakyvyn arviointi

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
mittarit fyysisillä toimintakyky testeillä bergin tasapainotesti koti- ja kerhotesti erilaisten testien	testit	Nykyisen toimintakyvyn suhteuttamien aiempaan
arvioimalla silmämääräisesti liikkumista päivittäin huomioimalla havainnointi päivittäin seuraamalla asiakkaan toimintaa tutussa ympäristössä havainnoimalla asiakkaan toimintaa joka käynnillä muutosten huomiointi katson miten suoriutuu kotiaskareista liikkuminen ja siirtymiset katson miten tekee pyydetyt asiat havaintojen perusteella tarkkailen haastatteleamalla kyselemällä	havainnointi	



käveleekö pääseekö sängystä selviytyykö päivittäisistä toimista osaavat tehdä enemmän kuin tekevät pystyykö tekemään päivittäiset asiat arvioin mitä pystyy tekemään (hoitaja) pyytää tekemään asioita	päivittäisistä toimista suoriutuminen	
esim. aikaa ennen sairaalaan joutumista miten on aiemmin ollut ja miten pärjää sillä hetkellä kokemuksen perusteella asiakkaan tunteminen tärkeää	vertailu	
apuvälinetarpeen arviointi ottaako tukea seinästä, huonekaluista käyttääkö itse apuvälineitä	lisäavun tarve	

(n=14)

Toimintakyvyn arviointia tehdään jonkin verran **testien** avulla, mutta päivittäin sitä tehdään **havainnoimalla** asiakkaan toimintaa (n=11). Seurataan sivusta ja tarkkaillaan kuinka **suoriutuu päivittäisistä toimista**, kuten siirtyy paikasta toiseen ja suoriutuu askareista:

*"Päivittäin huomioimalla asiakkaan liikkumista, lihasvoimaa ja liikkeitä. Saako pestyä jalat itse tai saako hiukset kammattua."*

Päivittäin tulee huomioida mahdolliset toimintakyvyn muutokset. Muutosten huomiointia auttaa **vertailu** aiempaan toimintakykyyn. Vertailun avulla voidaan kartoittaa myös mahdollista lisäavun tarvetta. Mikäli asiakas liikkuu huonommin kuin aiemmin, voi olla tarpeellista kartoittaa lisäavun tarve:

*"Asiakkaan liikkumisessa ja siirtymisissä, erilaisin testeillä kun niiden käyttöön saanut perehdytystä."*

*"Arvioimalla silmämääräisesti tarvitseeko apuvälineitä; ottaako tukea seinistä, huonekaluista tai liikkuko ulkona. Apuvälineiden tarvetta harkitaan, mikäli liikkuminen huononee."*

*"Tarkkailen päivittäin asiakkaan liikkumista, asiakkaan tunteminen on tärkeää."*

## 8.6.2 Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi

Kognitiivista toimintakykyä arvioidaan testeillä, keskustelulla, havainnoimalla, päivärhythmillä ja ongelmanratkaisukyvyllä. Kognitiivisen eli älyllisen toimintakyvyn arviointi käy ilmi taulukosta 6.

Taulukko 6. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
mittarit MMSE, MMSE muistitesti testejä tekemällä tekemällä säännöllisesti testejä testeillä MMSE testillä MMSE-testillä MiniMental MMSE-testin avulla	Testit	Orientaatio
haastattelemalla kyselemällä asioita (päivä, ajankohtaiset asiat) keskustelemalla uutisista, muistelemalla, kyselemällä kyselen (päivää, vuotta, lasten nimet ja iät) kyselemällä muistin virkistäminen kyselyillä keskusteluissa ja ohjauksessa juttelemalla keskustelemalla pyytämällä kirjoittaa asian muistiin varmistamalla miten asiakas ymmärtänyt jutun jututtamalla, kyselemällä	Keskusteluin	
havainnointi havainnoimalla onko tässä ja nyt päivittäin tarkkailemalla	Havainnointi	
ajantaju, kello ajan ja paikan taju asiakkaan päivärhythmi nukkuuko asiakas päivisin onko sekaisin vuorokaudenajoista	Päivärhythmi	
kuinka osaa noudattaa ohjeita osaako käyttää mikroa, kaukosäädintä osaako ratkaista arjen pulmia	Ongelmanratkaisukyky	

(n=13)

Kognitiivista toimintakykyä kartoitetaan **havainnoimalla** ja käyttämällä **toimintakykymittareita**. Vastaajat kertoivat myös huomioivansa asiakkaan **päivärhythmiä**, joka kertoo osaltaan asiakkaan psyykkisestä tilasta. Esille nousi myös **ongelmanratkaisukyky**, eli miten asiakas kykenee suoriutumaan ja ratkaisemaan arjen pieniä ongelmia.

*”Vaikka mikron ja kaukosäätimen käyttö, että miten niitä osaa käyttää.”*

*”Että nukkuuko asiakas päivisin tai touhuaako öisin. Se kertoo aika paljon että miten ymmärtää kelloa.”*

*”MMSE-testin avulla sekä haastattelemalla asiakasta ja omaisia.”*

Suuri osa vastaajista kertoi arvioivansa kognitiivista toimintakykyä **keskustelemalla** (n=10). Sen avulla saadaan tietoa siitä, mitä asiakas ajattelee ja miten hän **orientoitunut aikaan ja paikkaan**. Myös kirjoitustaitoa käytettiin muistin arvioinnissa ja muistamisen tukena.

*”Keskustelemalla päivän uutisista, muistelemalla, kyselemällä asiakkaan elämästä, katselemalla ja keskustelemalla asiakkaan valokuvista, tauluista, entisestä ammatista tai asuinpaikoista..”*

*”Keskustelemalla ja pyytämällä kirjoittamaan jonkun asian muistiin.”*

### 8.6.3 Sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn arviointi

Sosiaalista ja psyykkistä toimintakykyä huomioidaan ja arvioidaan testeillä, keskustelemalla, kuuntelemalla, harrastuksia kartoittamalla, yhteisöllisyydellä sekä kontakteilla läheisiin. Näitä asioita kuvaa taulukko 7.

Taulukko 7. Sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn arviointi

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
testien avulla GDS 15 GDS 15 testi	testit	Toimintakyvyn kartoitus
keskustelemalla aktiiviset vanhuksat puhuvat paljon, kertovat omia juttuja käynnillä jututtamalla selviää paljon keskusteluilla keskusteluin keskustelujen keskustelemalla hänen kanssaan keskustelen asiakkaan kanssa keskustelen asiakkaan sekä hoitavien tahojen kanssa keskustellen asiakkaan kanssa hänen tarpeistaan	Keskustelu	vuorovaikutus

kuuntelemalla kuunnellen asiakkaan toiveita asiakkaat saattavat puhua mielellään vanhoista jutuista tunteeko asiakas itsensä yksinäiseksi kyselen kuulumisia	Kuuntelu	Vuorovaikutus
neulooko asiakas tekeekö ristikoita päivätoiminta	Harrastukset	
käykö kerhoissa tai muissa yhteisölli- sissä jutuissa (karhunkulma, päiväsa- raala) käykö asiakas missään ehdotetaan kerhoja kodin ulkopuolella liikkuminen ja osallistuminen kannustan ryhmiin tai lomajaksoille etsimme yhdessä tekemistä, ystävä- palvelu, ulkoilutusapu	Yhteisöllisyys	
puhuuko puhelimesta kontaktit omaisiin kontaktit muihin ihmisiin käykö vieraita kartoittamalla lähipiirin, ketkä käy, puhuuko puhelimesta omaisten yhteydenpito, vierailijat kehotan olemaan yhteyksissä omaisiin	Kontaktit läheisiin	

(n=13)

**Keskustelu** (n=10) on avainsana siihen, kuinka vastaajat kartoittavat asiakkaiden sosiaalista toimintakykyä. Mikäli asiakas on puhelias, on hän usein myös sosiaalisesti aktiivisempi. Hoitajat myös aktivoivat sosiaalisuutta keskusteluin. Vanhojen asioiden muistelu ja elämäntarinoista kyseleminen herättää aina keskustelua ja saa asiakkaan muistelemaan sosiaalista piiriään. Se myös virkistää ja piristää yksinäisiä päiviä, kun joku on kiinnostunut hänen asioistaan. Asiakkaan **kuuntelu** on siis tärkeää ja hänen asioistaan tulee olla aidosti kiinnostunut:

*”Kuinka paljon puhuu puhelimesta ja että kenen kanssa puhuu. Käynneillä keskustelen ja kyselen asiakkaan asioista, mikä toivottavasti luo asiakkaalle hyvää mieltä, että hänestä ollaan kiinnostuneita.”*

*”Vanhukset, joille on elämän varrella sattunut kaiken näköistä, kertovat tapahtumista mielellään. Mielestäni asiakkaan kuuntelu on tässä tilanteessa sosiaalisuuden arviointia. Pystyy siten peilaamaan mennyttä nykyiseen.”*

Asiakkaan sosiaalista piiriä voi kartoittaa kyselemällä ja selvittämällä asiakkaan menneisyydestä. Kartoituksessa on hyvä ottaa esille myös **harrastukset** sekä **kontaktit läheisiin** tai **yhteisöihin**. Sosiaalista aktiivisuutta arvioidaan puheluiden, vierailijoiden ja läheisten määrän perusteella. Sosiaalista toimintakykyä kartoitetaan harvemmin testien avulla, toisin kuin fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä. Testejä mainitsi käyttävänsä kolme hoitajaa:

*"Testien avulla. Keskustelemalla asiakkaan, omaisten tai hoitavien tahojen kanssa asiakkaan toimintakyvystä."*

*"Pyrin joka käynnillä istumaan alas ja kyselemään kuulumisia niin, että hyvä mieli tarttuu asiakkaalle."*

## 8.7 Motivointi

Motivointi on jaettu neljään osa-alueeseen, joiden toteuttamiskeinoista on haluttu tarkempaa tietoa. Näitä ovat kannustus, palautteen anto, tavoitteellisuus sekä epäonnistumisen pelon vähentäminen.

### 8.7.1 Kannustus

Kannustamisen keinoina hoitajat kertoivat käyttävänsä asennetta, toimintaa, tietoa, huomion ja palautteen antamista, hyvän tulevaisuudenkuvan luomista, vapaaehtoisuutta sekä ajan antamista. Tätä kuvaa taulukko 8.

Taulukko 8. Keinoja kannustamiseen ja asiakkaan saamiseen mukaan toimintaan

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
huumorilla leppoisa tunnelma	Huumori	Asiakasta arvostava kohtaminen
omalla (hoitajan)n asenteella positiivisella työskentelyasenteella kannustavalla asenteella positiivisella, reippaalla asenteella	Hoitajan asenne	

(hoitajan) toiminnalla kannustamalla (asiakasta) kokeilemaan itse keskustelemalla vaikeista asioista tekemällä yhdessä Kysymällä "mitäs jos teemme yhdessä?" osallistua (hoitaja) olen ystävällinen, kannustava, kunnioitava	Hoitajan toiminta	
kerron miten asiakas siitä hyötyy (itse tekemisestä) kertomalla positiivisia puolia kertomalla miksi on tärkeää että edes yrittää itse kotona asuminen motivaattorina, sen korostaminen potilaalle perustellaan toimintaa	Tiedon antaminen	
huomioimaan onnistumiset ja antamalla palautetta niistä	Huomion antaminen	
positiivinen palaute kehut vertailu (paremmin kuin...)	Palautteen antaminen	
luoda positiivista kuvaa huomises-ta/ensiviikosta kotona asumisen jatkuminen korostetaan että kotona parempi kuin laitoksessa toiminnassa on aina oltava jokin 'porkkana' (esim. kuntoutuminen, pääsy omaisille kylään, jne.)	Hyvä tulevaisuudenkuva	
yrittää edes, ei ole pakko jatkaa	Vapaaehtoisuus	
ajan ja tilan antaminen ei hoputeta ei päsmärointiä	Annetaan aikaa	

(n=14)

Asiakkaan kannustaminen voi hoitajien mielestä olla **huumoria** tai hoitajan asenteella luotua ilmapiiriä. Huumorilla ja iloisella suhtautumisella saadaan luotua leppoisa tunnelma, jossa uuden opettelu ja tuttujen asioiden tekeminen sujuu paremmin. Kannustaminen voi olla myös **hoitajan toiminnasta** huokuvaa kannustusta tai miellyttävää kohtelua asiakasta kohtaan. Asiakasta tulee kohdella tasavertaisena ja häntä tulee kunnioittaa. Asiakkaan aktivoiminen voi onnistua niinkin yksinkertaisesti kuin pyytämällä häntä mukaan tekemiseen. **Hoitajien asenne** tulee olla positiivinen ja lämminhenkinen. Kannustaminen on myös **huomion ja positiivisen palautteen antamista** sekä

**positiivisen tulevaisuudenkuvan luomista.** Hyvän tulevaisuudenkuvan luomisessa korostetaan kotona asumisen jatkumista, jos asiakas jaksaa jatkaa omatoimista toimintaa. Tämä on myös hyvä kannustin asiakkaan saamiseksi mukaan askareisiin. Asiakkaalle kannattaa kertoa ja **antaa tietoa** siitä miksi hänen tulisi tehdä itse ja miten hän siitä hyötyy:

*”Jos asiakasta on vaikea saada mukaan, kysyn usein ’Mitäs jos teemme yhdessä?’”*

*”Toiminnassa on aina oltava jokin ’porkkana’, jotta asiakaskin motivoituu tekemiseen. Se että kertoo asiakkaalle tekemisen pointin, että tämän tekemisen avulla pystyt ehkä jokin päivä vielä menemään pojan luo kylään.”*

*”Kannustamalla yrittämään, jos ei asiakkaasta tunnu hyvältä, ei ole pakko jatkaa toimintaa.”*

*”Olen itse ystävällinen, kannustava ja kunnioittava asiakasta kohtaan.”*

Asiakkaalle kannattaa antaa myös vaihtoehtoja ja korostaa että kokeilun jälkeen ei ole pakko jatkaa. Mikäli kokeiltu toimintatapa ei tunnu hyvältä tai toimivalta, ei sitä tarvitse jatkaa. Annetaan asiakkaalle päätäntävalta häntä koskeissa asioissa. **Annetaan riittävästi aikaa** ettei liiaksi hoputeta ja korostetaan että asiakkaalla on mahdollisuus myös kieltäytyä. Vapaaehtoisuutta kannattaa korostaa asiakkaalle, ettei tekemisestä tulisi pakonomaista ja epämiellyttävää. Toimimattomaksi koettua toimintatapaa voidaan muuttaa:

*”Tilan ja ajan antaminen on tärkeää, ettei pääsäröidä. Pyydetään asiakasta edes yrittämään, mutta kerrotaan ettei ole pakko jatkaa, jos toiminta ei tunnu hyvältä.”*

### 8.7.2 Positiivisen palautteen antaminen

Positiivisen palautteen antamisen keinoina hoitajat mainitsevat kehumisen, palautteenannon liittämisen asiayhteyteen, saavutusten korostaminen ja asiakkaan vakuuttami-

sen. Ongelmia palautteen annossa tuottavat asiakkaan huono motivaatio sekä vaihtuvat asiakkaat. Näitä asioita kuvaa taulukko 9.

Taulukko 9. Myönteisen palautteen antaminen

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
kehun reilusti kehumalla kehumalla: hienoa, mahtavaa, hyvä hyvä kehumalla kehumalla pienistäkin kehumalla ja kannustamalla kannustan	Kehuminen	palautteen antoa vahvistavia tekijöitä
annan palautteen heti välittömästi onnistuneen suorituksen jälkeen pyrin antamaan kannustinta asiakkaalle heti onnistumisen yhteydessä, samoin työtovereille	asiayhteydessä	
keskustelemalla opastan jatkamaan kertomalla miten hyvin on sujunut kertomalla hänen edistymisestään ja onnistumisistaan	saavutukset	
sanon asiat realistisesti perustelemalla asiat	asiakkaan vakuuttaminen	
jos asiakkaan motivaatio huono, voi palautteen anto tuntua turhalta pahantuulinen asiakas asiakkaan masentuneisuus asiakkaan negatiivisuus yleinen välinpitämättömyys itsestä asiakkaan huono asenne ja käyttäytymisen hoitajaa kohtaan	Asiakkaan huono motivaatio	Palautteen antoa vaikeuttavia tekijöitä
asiakkaat vaihtuvat päivittäin (n=13)	Hoitaja ei tunne asiakasta	

Palautteen antamisessa nousi esille palautteen anto heti **asiayhteydessä**, ettei palautteen anto viivästy liian pitkälle. Palaute voi olla **kannustavaa, kehuva** tai **ohjaavaa**. Palautteen antoa vaikeuttaa se, **ettei hoitaja aina välttämättä tunne asiakasta**, mikäli asiakkaat vaihtuvat päivittäin. Syy palautteen annon vaikeuteen saattaa olla myös **asiakkaan huono motivaatio** ja välinpitämättömyys itsestä. Tällöin hoitajasta voi tuntua, että palautteen anto on yhdentekevää:



*”Pyrin antamaan kannustinta asiakkaalle heti onnistumisen yhteydessä, samoin työtovereille.”*

*”Reilusti kehumalla pienistäkin onnistumisista. Tämä saa asiakkaan arvostamaan omia onnistumisen kokemuksia.”*

*”Mikäli asiakas on välinpitämätön omasta itsestään ja masentunut, voi palautteen anto olla haastavaa, kun ei palautteella tunnu koskaan olevan vastetta.”*

Palautteen annossa nousee esille myös keskustelut. Tässä tapauksessa tutkija tulkitsee **keskustelut** ikään kuin palautekeskusteluina, joissa käydään läpi niin risut kuin ruusut, eli annetaan palautetta **realistisesti**. Keskusteluissa käydään läpi **saavutuksia** ja annetaan saavutuksille arvoa. Asiakas tulee **vakuuttaa** perustelemalla asiat ja kertomalla niin kuin asiat ovat:

*”Kannustan asiakasta kertomalla miten hyvin on sujunut.”*

*”kerron asiakkaalle hänen edistymisestään ja onnistumisistaan. Kyllähän meistä jokaisesta kehuminen tuntuu hyvältä ja antaa lisäpotkua, etenkin jos kehuille on vielä aihetta.”*

### 8.7.3 Tavoitteellisuus

Suuri osa hoitajista kertoi asettavansa pieniä tavoitteita asiakkaan kanssa. Tavoitteiden asettamista auttaa tavoitteiden konkreettisuus ja realistisuus. Tavoitteiden asettamista vaikeuttavia tekijöitä ovat asiakkaan toimintakyvyn muutokset, asiakkaan haluttomuus, hoidon jatkuvuuden puute sekä ajan puute. Näitä asioita kuvaa taulukko 10.

Taulukko 10. Tavoitteiden asettaminen

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
vain asiakkaan mieli on rajana	tavoitteiden rajattomuus	Auttavat tekijät
esim. ensiviikolla pääset ulos esim. mikäli jatkat samaan malliin pääset kohta itse ylös sängystä esim. kävely kepin kanssa wc:hen pienet jutut: roskien vienti, tiskaus hissin käyttö tehdään yhdessä voileipiä, pieniä kotiaskareita	Konkreettisuus tavoitteissa	
tavoitteena toimintakyvyn säilyttäminen	Realistisuus	
asetetaan matalammalle, mikäli on satuttanut itsensä tarjota haasteita		
asiakkaan toimintakyvyn muutokset vaikeuttavat	Toimintakyvyn muutokset hankaloittavat	Hankaloittavat tekijät
asiakkaan oma haluttomuus saavuttaa tavoitteita asiakkaiden motivaation puute	Asiakkaan haluttomuus hankaloittaa	
mikäli ei pääse käymään asiakkaan luona pitkään aikaan vaihtuvat hoitajat	ei jatkuvuutta	
ei ole aikaa yhdessä harjoitella	ajan puute	

(n=8)

Pienten tavoitteiden asettamisessa positiivista on tavoitteiden rajattomuus, vain asiakkaan **oma mieli voi olla tavoitteiden katto**. Tavoitteiden asettamisessa tulee kuitenkin olla käytännönläheinen ja miettiä tavoitteita **konkreettisella tasolla**. Asiakkaan heikko toimintakyky voi olla haastava tavoitteiden asettamisessa, jos toive parempaan suuntaan ei ole kovinkaan realistinen. Tavoitteiden **realistisuus** on siis tärkeää. Tavoitteet tulee asettaa toimintakyvyn rajoissa, eli tavoitteena voi olla sen hetkisen toimintakyvyn säilyttäminen. **Toimintakyvyn muutokset** tuovat siis haasteensa tavoitteiden asettamiselle. Myös **asiakkaan haluttomuus** pyrkiä tavoitteisiin hankaloittaa asiaa, mutta tällöin tulisi saada asiakas motivoituneeksi:

*”Kaatumisen jälkeen asetetaan tavoitteet matalammalle.”*

*”Asiakkaalle voi tarjota uusia haasteita, esim. kävely kepin kanssa vessaan ennen jotakin kellonaikaa.”*

*”Kyllä asetan, esimerkiksi tehdään yhdessä voileipiä tai muita pieniä kotiaskareita.”*

Tavoitteiden asettamista vaikeuttaa myös hoitohenkilökunnasta tai hoidon organisoinnista johtuvat tekijät, kuten nopeat kotikäynnit. Lyhyessä ajassa hoitajat eivät ehdi tehdä kaikkia toimia, joita toimintakykyä edistävä työote vaatisi. Myös hoidon jatkuvuuden puute saattaa olla esteenä tavoitteiden asettamisessa, sillä hoitajien vaihtuessa arvioinnin toteuttaminen hankaloituu:

*"Ajanpuute hankaloittaa tavoitteiden asettamista, kun ei ole aikaa yhdessä asiakkaan kanssa harjoitella asioita."*

*"Kun asiakkaat vaihtuvat niin ei pääse käymään saman asiakkaan luona pitkään aikaan."*

#### 8.7.4 Epäonnistumisen pelon vähentäminen

Pelon vähentämisen keinoiksi hoitajat mainitsivat asiakkaan tukemisen keskustelun avulla, kannustamisen jatkamaan, muiden pelkojen lievittäminen, varoittelun, tavoitteiden päivittämisen, turvallisuuden luomisen sekä rauhallisen tilan järjestämisen. Epäonnistumisen pelkoa pyritään vähentämään pelkoja minimoimalla. Tämä selviää taulukosta 11.

Taulukko 11. Epäonnistumisen pelon vähentäminen

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
tukemalla tukemalla asiakasta tukemalla asiakasta keskustelemalla juttelemalla asioista keskustelemalla pelosta	Tukemalla keskustellen	Pelkoa tuottavien tekijöiden minimoiminen
kannustamalla silti jatkamaan rohkaisemalla olemalla itse kannustava kannustamalla kannustan eteenpäin --ettei kukaan heti onnistu päivät erilaisia, joka päivä ei ehkä jaksaa kehottamalla jatkamaan eteenpäin vaikka pelko onkin	Kannustamalla jatkamaan	
kehumalla osaamisia		
kiitoksella		

esim. selvittelemällä elämänhistoriaa lupaamalla ja muistuttamalla että apu lähellä ME-hengen luominen, auttaa eteenpäin (yhdessä on turvallisempaa)	Muiden pelkojen lievittäminen	
kertomalla kuinka käy, jos luovuttaa ja jää paikoilleen (ei pääse enää ylös) negatiivisen kuvan luominen mikäli luovuttaa	Varoittelu	
aloitetaan pienistä asioista, jotta ei tulisi pelkoa epäonnistumisesta laskea tavoitetasoa, jos se luo rima-kauhua "pienin askelin" aloittamalla korostaa pieniä asioita (asiakkaan) onnistuttuaan asetetaan realistiset tavoitteet, jotka helppo saavuttaa ettei voimavaroja ylitetä	Tavoitteiden päivittäminen	
turvallisuus apuvälineet tarkoituksenmukaisia hoitajan ammatillisuus, hyvä ammattitaito esim. ohjaan rollan käyttö enemmän (kaatumisen jälkeen)	Turvallisuuden luominen	
kiirettä ei saa näyttää olemalla itse rauhallinen rauhallisuus	Rauhallinen tilanne	

(n=13)

Asiasta **keskusteleminen** ja näin asiakkaan tukeminen on vastaajista kuudella ensisijainen apu pelon vähentämiseen. Keskusteluissa voi kannustaa jatkamaan, vaikka pieni pelko olisikin. Tietynlainen **varoittelu** voi olla osa keskustelua, asiakkaalle voi kertoa vaihtoehdoista, vaikkapa liikkumisen ja paikalleen jäämisen eduista ja haitoista. Asiakkaalle tulee kertoa, että pelon vuoksi paikalleen jääminen vie asiakkaan toimintakyvyn:

*”Asikkalalle voi kertoa, kuinka käy jos luovuttaa ja jää paikoilleen. Sit-  
ten ei enää pääse liikkeelle lainkaan.”*

*”Nostetaan kissa pöydälle. Mikäli vaikkapa kaatumisen pelotta, on siitä  
puhuttava.”*

*"Juttelemalla asioista. Moni pelkää esimerkiksi kaatumista. Kerron että olen tukena koko ajan."*

*"Kannustan ettei kukaan heti onnistu. Asetetaan realistiset tavoitteet, jotka helppo saavuttaa."*

Epäonnistumisen jälkeen kannattaa vahvistaa voimavaroja, jotta epäonnistuminen jäisi taka-alalle. Hoitajan ja asiakkaan välinen yhteishenki on tärkeä, se **luo turvallisuutta** ja auttaa jatkamaan. Myös asiakkaalle suotu kiitos saattaa olla apu lannistumisen estämiseksi. Epäonnistumisen pelkoa voidaan yrittää lievittää myös **kannustamalla jatkamaan** rohkaisin avulla. Mikäli asiakas kokee pelkoa epäonnistumisesta, kannattaa selvittää pelon syyt ja lievittää muita pelkoja. Selvittämällä asiakkaan elämänhistoriaa voidaan löytää syitä tai seurauksia peloille. Ohjaustilanteet, jotka liittyvät uuden oppeteluun tulee järjestää **rauhallisiksi** ja turvallisiksi. Turvallisuutta luo ammattitaitoisen hoitajan lisäksi asianmukaiset apuvälineet. Myös tavoitteet tulee olla ajankohittaisia ja asiakkaan **voimavaroja ei tule ylittää**:

*"ME-hengen luominen, auttaa eteenpäin, yhdessä on turvallisempaa."*

*"Lupaamalla ja muistuttamalla että apu on lähellä ja että päivätkin ovat erilaisia. Joka päivä ei ehkä jaksa tai pysty yhtä hyvin."*

*"Avustustilanteiden täytyy olla rauhallisia ja turvallisia, apuvälineiden tarkoituksenmukaisia. Siirtotekniikat ja apuvälineiden käyttö tulee olla hoitajalla hallinnassa, kiirettä ei saa näyttää."*

## 8.8 Yhteistyö ja ohjaaminen

Yhteistyöhön ja ohjaamiseen on liitetty asiakkaan lisäksi myös omaiset, sillä monesti he ovat iso osa asiakkaan arkea. Omaisia hoitajat kertovat ohjaavansa kertomalla toimintakykyä edistävästä toimintamallista, antamalla ravitsemusneuvontaa, vahvistamalla sosiaalista suhdetta asiakkaaseen ja antamalla toiminnanohjausta. Näitä asioita kuvaa taulukko 12. Asiakkaille hoitajat antavat ravitsemusneuvontaa, lääkehoidon ja sairauksien ohjausta, liikunnanohjausta ja päihdeneuvontaa. Nämä asiat on kuvattuna taulukossa 13.

Taulukko 12. Omaisten ohjaaminen

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
kerrottu toimintakykyä edistävästä työotteesta ovat sitä mieltä että vanhuksia tulisi palvella kun kerran maksavat palvelusta lihaskunnan ylläpitämisen tärkeydestä omaishoitajien kanssa on keskusteltu, ettei tehdä puolesta kertonut omaisille faktat ja perustelut toiminnasta	Toimintamallista tiedottaminen	Tiedon antaminen
ohjattu omaisia ostamaan ravitsevaa ruokaa, monipuolista kerrottu ateriapalvelusta ateriapalvelun monipuolinen kotiruoka	Ravitsemusneuvonta	
joskus pyytänyt omaisia käymään, jos asiakas alakuloinen	Sosiaalisten suhteiden vahvistaminen	
omaisille kerrottu onnistumiset pitämällä ajan tasalla asiakkaan voinnista kerrottu tavoitteista pyydetty heitäkin jatkamaan hyväksi koettua uutta mallia (tehdä jotain) kerrottu keinoista kuinka toimitaan ohjattu miten voivat osallistua kuntoutukseen opastanut pyörätuolin käytössä opastanut apuvälineiden käytössä näyttänyt jumppaliikkeitä keino opettaminen miten voivat auttaa asiakasta	Toiminnanohjaus	

(n=12)

Omaisten ohjaaminen on vastaajien (n=11) mukaan keskittynyt **toiminnanohjaukseen**, eli siihen mitkä konstit tai keinot on koettu toimiviksi. Tämän lisäksi omaisten ohjaus on koskenut **ravitsemusneuvontaa**, **toimintamallista tiedottamista** ja **sosiaalisten** suhteiden vahvistamista. Omaisten ohjaamista vaikeuttaa osin se, että osa heistä ei hyväksy toimintamallia, vaan ovat sitä mieltä, että ikäihmisiä tulisi palvella:

*"Omaiset tarvitsevat opastusta apuvälineiden käytössä. Esimerkiksi opetetaan nosturin käytössä ihan kädestä pitäen. Omaishoitajien kanssa on keskusteltu, ettei tehdä asiakkaan puolesta vaan annetaan asiakkaan tehdä itse."*

*"Olen näyttänyt muutamia jumppaliikkeitä omaisille, että voivat yhdessä asiakkaan kanssa tehdä kotona."*

*"Kertomalla myös omaisille asiakkaan kuntoutumisen tavoitteista ja keinoista kuinka toimitaan."*

Taulukko 13. Asiakkaan ohjaaminen

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
ravitsemusohjausta DM muistisairaana ravitseminen haastavaa ruokailusta (diabeetikoille, ylipainoisille) ruokavalio-ohjaus ruokavalioneuvontaa sairauteen liittyvästä ruokavaliosta ruokavaliota koskevissa asioissa ruokavalio-ohjausta keliaatikolle muistisairaana ravitsemuksesta esim. voi vaihdetaan margariiniin esim. vehnä vaihdetaan täysjyvään	Ravitsemusneuvonta	Tiedon antaminen
lääkkeiden oton ohjausta (astmalääkkeet) lääkeohjaus lääkeaineiden vaikutuksista lääkkeiden yhteisvaikutuksista joidenkin aineiden kanssa (luontaistuotteet, alkoholi, tietyt ruuat) lääkehoidosta vitamiinivalmisteet	Lääkehoidon ohjaus	
sairauksista diabeteksestä reuma ja Parkinson tablettihoitoisesta diabeteksestä	Sairauksista kertominen	
liikunnan vaikutus alaraajojen haavoihin apuvälineiden käytön ohjaus ohjaus päivätoimintaan	Liikkumisen ohjaus	
alkon ja tupakan vaaroista päihteet tupakoinnista	Päihdeneuvonta	

(n=12)

Asiakkaisiin kohdistuva ohjaus on suurelta osin **ravitsemusneuvontaa** (n=11), mutta myös **lääkehoidon** (n=6) ja **liikkumisen** (n=3) ohjausta. **Päihdeneuvonta** on myös ohjauksen aiheena kolmella vastaajalla:

*"Ravitsemusasioista tulee paljon ohjattua asiakkaita esimerkiksi hedelmien ja vihannesten käytöstä ruokavaliossa, D-vitamiinin ja kuitujen saannista."*

*"Diabeetikon kanssa ruokavalioneuvontaa, samoin alipainoisille ja matalista verenpaineista tai huimauksesta kärsiville."*

Edellisten lisäksi myös sairauksista ja niiden hoidosta annetaan tietoa ja ohjausta. Sairauksista mainituin oli diabetes:

*"Kyllä, esimerkiksi tablettihoitoisesta diabeteksestä, reuma ja Parkinson sairaudesta."*

## 8.9 Yhteenveto ja johtopäätökset

Tutkimuksen tulokset selvittivät, että kotihoidossa työskentelevät ovat perehtyneet siihen, mitä on toimintakykyä edistävä työote. Heidän vastauksissaan nousivat esille samat asiat kuin mitä teoria korostaa. Kotihoidon työntekijöiden mukaan toimintakykyä edistävä työote on yhdessä tekemistä, jossa vältetään puolesta tekemistä. Nähdään jopa epäreiluna, ettei anneta asiakkaalle mahdollisuutta tehdä asioita itse. Toimintakykyä edistävä työote on myös kannustamista, ohjaamista ja tukemista, jota tehdään keskustelujen avulla. Asiakkaan kanssa sovitut asiat tulee myös kirjata, jotta asiakaskäyntien sisältö olisi työntekijöiden kesken yhdenmukaista.

Toimintakykyä edistävän työotteen avulla saadaan työn tehokkuus parhaalla mahdollisella tavalla esiin. Siitä hyötyvät hoitajat ja asiakkaat. Sen avulla saadaan asiakkaiden päivään sisältöä ja hoitajien ei tarvitse siis tehdä kyseisiä asioita. Hoitajien näkökulmasta työn kuormittavuus vähenee toimintamallin avulla. Työotteen avulla saadaan myös työmotivaatiota pidettyä paremmin yllä. Asiakkaan kannalta taas itsenäinen tekeminen ja asioiden suorittaminen nähdään asiakkaan itseluottamusta ja minäkuvaava vahvistavina tekijöinä.

Toisaalta rajalliset resurssit haittaavat työskentelymallin parasta mahdollista käyttöönottoa. Työntekijöiden riittävän määrän takaaminen parantaisi mahdollisuuksia, jolloin saataisiin lisää aikaa asiakkaille ja kiire häviäisi. Tällöin myös puolesta teke-



minen kiireisinä hetkinä jäisi pois, ja asiakkaiden omatoimisuuteen tukemiseen jäisi paremmin aikaa. Resurssivajeiden korjaaminen olisi vastaajien mukaan selvin ratkaisu ongelmien korjaamiseen. Resurssivaje ei toki ollut ainoa toimintamallin käyttöä hankaloittava syy, sillä viitteitä tuli myös asiakkaista, omaisista ja itse työntekijöistä johdetuista syistä. Näitä olivat asiakkaat ja heidän omaisensa, jotka halusivat palvelua kotiin. Sellaista palvelua, ettei vanhuksen tarvitsisi tehdä itse juuri mitään, vaan kotiin tuleva apulainen tekisi kaiken mahdollisen asiakkaan hyväksi. Näiden asiakkaiden ja heidän omaistensa perehdyttäminen toimintamalliin olisi tarpeellista, mutta ehkäpä ajanpuutteen tai muun syyn vuoksi heitä ei ole saatu informoitua riittävästi sen vaikuttavuudesta. Myös työntekijät ovat yksi este toimintamallin täydelliselle toimimiselle. Osa työntekijöistä ei välttämättä asenteen tai koulutuksen puutteen vuoksi ole sisäistänyt toimintamallin sisältöä, joten myös sen toteuttamisessa on ongelmia. Ei siis välttämättä tiedetä keinoja toimintamallin toteuttamiseen. Syyt voivat olla moninaiset, toisaalta se voi olla koulutuksen puute, toisaalta uudemman toimintamallin sisäistäminen ja vanhan mallin poisoppiminen.

Toimintakyvyn arvioinnissa ja osa-alueiden huomioon ottamisessa oli paljon yhteneväisyyksiä. Fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä arvioidaan havainnoimalla ja toimintakykytesteillä. Lisäksi fyysistä toimintakykyä arvioidaan päivittäisistä toimista suoriutumisen avulla ja vertailun avulla. Vertailulla tarkoitetaan vertailua edeltävään toimintakykyyn, eli kuinka henkilö on suoriutunut toimista tai askareista aiemmin, esimerkiksi edellisviikkona tai kuukautena. Kognitiivista toimintakykyä arvioidaan seuraamalla asiakkaan päivärytmiä, eli kuinka hän on orientoitunut aikaan ja paikkaan. Myös ongelmanratkaisukyky on osa-alue, jonka perusteella hoitajat arvioivat asiakkaan älyllisiä taitoja. Ongelmanratkaisuun kuuluvat muun muassa erilaisten kodinkoneiden tai laitteiden käyttö sekä erilaisista pulmista suoriutuminen. Sosiaalista toimintakykyä arvioidaan keskustelun ja kuuntelun avulla. Otetaan myös huomioon asiakkaan harrastukset tai mielipuuhat. Näitä voivat olla muun muassa huonekasvit, kutominen tai tietyt tv-ohjelmat. Myös asiakkaan yhteisöllisyys vaikuttaa hänen sosiaaliseen toimintakykyynsä. Mikäli asiakas kuuluu johonkin yhdistykseen tai seuraan, on hänellä silloin paremmat edellytykset sosiaaliseen toimintaan. Tietysti myös kontaktit läheisiin ja perheenjäseniin ovat avainasemassa sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa. Hoitajat pyrkivät luomaan psyykkistä vireyttä ja hyvää mieltä keskustelujen avulla

käyntien yhteydessä. Jutellaan niin ajankohtaisista asioista kuin asiakkaan omistakin asioista.

Kannustamisessa ja asiakkaan aktivoimisessa käytettyjä keinoja ovat huumori ja positiivinen palaute. Näiden avulla hoitajat saavat asiakkaita mukaan toimintaan ja pois passiivisesta roolista. Hoitajan asenne ja toiminta ovat myös ratkaisevassa asemassa kannustamisessa. Hoitajan oma positiivinen asennoituminen auttaa ja rohkaisee asiakasta. Myös huomion antaminen asiakkaalle ja hänen kuuleminen ovat hoitajien mainitsemia keinoja kannustamiseen. Positiivisen tulevaisuudenkuvan luominen kannustaa asiakkaita eteenpäin, vaikka arki olisikin välillä vaikeaa. Muistetaan antaa aikaa uusien asioiden opetteluun ja annetaan asiakkaan lopulta päättää, mikä hänelle on parasta. Yrittämistä tärkeyttä korostetaan.

Palautteen antaminen tapahtuu kehujen ja kannustamisen kautta. Asiakkaan ohjaaminen ja rakentavan palautteen antaminen ovat keinoja hyvään palautteen antoon. Mikäli hoitaja ohjaa asiakasta uuden asian kanssa, on palautetta hyvä antaa heti siinä tilanteessa ja positiivisessa mielessä. Ei siis anneta huomiota väärin tehdyille asioille vaan näytetään ja kehoitetaan mieluummin toisenlaista menetelmää. Korostetaan oikein tehtyä ja ohjataan kannustaen. Toisaalta realistinen palaute nähdään toimivana, sillä sen avulla sekä hoitaja että asiakas tietävät samat tosiasiat. Yhteisymmärryksessä ja samalla viivalla toimiminen on helpompaa. Ongelmia palautteen annossa voivat tuottaa asiakkaan huono motivaatio tai se ettei hoitaja tunne asiakasta. Mikäli kyseessä on uusi asiakas, voi palautteen anto olla vaikeaa, sillä hoitaja ei vielä tunne asiakasta.

Tavoitteiden asettamisessa hoitajat kertoivat, että tavoitteiden asettamisessa ei ikään kuin ole ylärajaa. Rajana on ainoastaan asiakkaan oma tahto. Toki hoitajat korostavat myös, että tavoitteet tulee olla konkreettiset ja realistiset. Asiakkaan oma haluttomuus pyrkiä mihinkään hankaloittaa tilannetta huomattavasti. Tässä tilanteessa hoitajat kokevat olevansa avuttomia, tavoitteellisuuden periaate ei täyty, eivätkä he voi kuin jatkaa kannustavaa otetta ja saada siten asiakas mukaan kuntoutumiseen tai toimintakyvyn ylläpitämiseen. Toisaalta myös toimintakyvyn muutokset hankaloittavat tavoitteiden asettamista ja niistä kiinni pitämistä. Mikäli asiakkaan vointi heittelee, on vaikeampaa pyrkiä asetettuihin tavoitteisiin. Tällöin tavoitteita tulisi muokata voinnin mu-

kaan, mutta aikaa tällaiseen voinnin ja tavoitteiden vastaavuuden arviointiin ja uudelleenrakentamiseen on rajallisesti.

Tavoitteiden päivittäminen tulee esille myös epäonnistumisen pelon vähentämisessä. Mikäli asiakas on kokenut epäonnistumisen, tulisi hänen kanssaan miettiä tavoitteita uudelleen ja mahdollisesti madaltaa tavoitetta. Tällöin välttyttäisiin ainaisilta epäonnistumisilta ja saataisiin asiakkaalle onnistumisen kokemuksia epäonnistumisten tilalle. Tämän lisäksi epäonnistumisen pelon vähentämisen keinoiksi mainitaan kannustaminen ja voimavarojen vahvistaminen. Kannustamalla ja jäljellä olevia voimavaroja vahvistamalla saadaan asiakkaalla luotua positiivista kuvaa itsestään ja saadaan epäonnistumisen pelko vähenemään. Kiittäminen on yksi keino, jolla hoitajat pyrkivät luomaan positiivisempaa kuvaa. Myös yhteishengen luominen ja apuvälineiden käytön ohjaaminen ovat keinoja pelon vähentämiseen. Yhteishengellä tarkoitetaan hoitajien ja asiakkaan välistä me-henkeä. Se auttaa asiakasta ajattelemaan, ettei hän ole yksin pelon kanssa. Hänellä on aina hoitajien tuki ja huolia kuuntelevat korvat. Asiakkaan epäonnistuminen, vaikkapa kaatuminen, saattaa passivoida asiakkaan joksikin aikaan pelon takia. Tällöin asiakas tulisi saada takaisin aktiiviseen rooliinsa, mutta joskus se voi olla hyvinkin hankalaa. Tällöin asiakkaalle tulee kertoa, mitä vaikutuksia paikoilleen jäämisestä on. Tietynlainen varoittelu siitä, kuinka ihmiselle käy jos hän jää paikoilleen, saattaa olla joskus toimiva keino motivoida asiakas takaisin liikkeelle. Asiakkaalle voidaan kertoa, että mikäli ei itse enää nouse ja liiku, ei hän kohta enää pääse liikkeelle vaikka haluaisi.

Omaisten ohjaaminen ja asiakkaan ohjaamisessa hoitajat mainitsivat paljon yhtäläisyyksiä. Molemmille ryhmille ravitsemusohjaus on yleistä, sillä monesti omaiset ovat yhteydessä siihen, minkälaista ravintoa asiakkaalle tarjotaan. Toisaalta asiakas itse päättää, mitä hän syö ja minkälaista ruokaa hänelle tuodaan. Kuitenkin hoitajat ovat ohjanneet asiakkaita esimerkiksi ateriapalvelun piiriin. Tällöin varmistetaan monipuolinen ja terveellinen ravinto. Läheisten ohjaaminen ravitsemusohjauksen lisäksi on myös toimintakykyä edistävästä toimintamallista kertomista ja toiminnanohjausta. Omaisille kerrotaan, miksi hoitajat eivät tee asiakkaan puolesta ja miten asiakkaan toimintakykyä pystytään säilyttämään mahdollisimman pitkään. Heitä myös ohjataan joidenkin hyväksi todettujen toimintojen käytössä, kun he vierailevat asiakkaan luona. Tällaisia voivat olla esimerkiksi hyväksi todettu keino nousta vuoteesta tai tietyn ruo-

kailuasennon ohjaaminen. Omaisille kerrotaan myös onnistumiset, joita asiakkaan kanssa on koettu lähiaikoina. Omaisten ja asiakkaan sosiaalisia suhteita pyritään vahvistamaan. Asiakkaan ohjaamisessa korostuu terveyteen liittyvät asiat, kuten lääkkeisiin, liikuntaan ja päihteisiin liittyvä ohjaus.

## 8.10 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että toimintakykyä edistävän työotteen malli nähdään yksimielisesti tarpeellisena ja hyvänä keinona ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen. Toimintamallin käyttö toki tarvitsee enemmän aikaa kuin mitä asiakkaan puolesta tekeminen. Juuri tämän syyn vuoksi toimintamallin käytössä on ajoittain kiireen ja resurssipulan vuoksi aukkoja.

Tutkimustulokset osoittavat saman, minkä aiemmat tutkimukset niiltä osin, kuin tutkimuksia on tehty. Toimintakykyä edistävä työote on melko hyvin käytössä ja tietämys toimintamallista on hyvä. Toimintamallin käytön esteenä olevat asiat, kuten vähäinen henkilökunta ja suuri asiakasmäärä, ovat Kotkan alueella samat kuin mitä esimerkiksi Vanhustenhuollon strategiassa 2008–2015 on kerrottu.

Toimintamallin avulla annetaan asiakkaille enemmän tilaa omassa elinympäristössään ja mahdollisuus osallistua päivän pieniin askareisiin. Tämä luo sisältöä asiakkaan päivään, joka muutoin olisi vain toisen työskentelyn katselua ja tekemättömien asioiden huomauttamista. Tämä on tärkeää asiakkaan minäkuvan vahvistamisessa, kuten myös Heimonen ja Qvick (2002, 16–18) toteavat.

Kannustamisen keinot ovat samansuuntaisia kuin mitä Kettusen (2009) tutkimuksessa, muun muassa leppoisan tunnelman luominen huumorin keinoin. Hoitajan asenne oli yksi keino, jota korostetaan myös Toimintakykyä edistävän työotteen mallissa (2012).

Ohjaus asiakkaiden ja omaisten kanssa käsitteli ravitsemusohjausta, liikuntaan ja lääkkeisiin liittyvää ohjausta, päihdeohjausta ja toimintatavan- ja toiminnanohjausta. Ohjauksen keskeiset aiheet olivat asiakkaan hoitoon kannustavia kuten Loitonmaan ja Moisanen-Mustosen (2012, 4) mukaan ohjauksen tulisi ollakin. Ohjauksessa oli otettu

huomioon myös omaishoitajien ohjaaminen, mikä myös Lönnbäckin (2006) tutkimuksen mukaan on olennaista asiakkaan kuntoutumisessa.

Toimintamallin käytöllä on ollut vaikutusta hoitajien ja asiakkaiden välisiin suhteisiin. Yhdessä tekeminen ja me-hengen luominen on mahdollisesti jopa lähentänyt suhteita ja antanut yksinäisille vanhuksille turvaa. Yksinäisten vanhusten määrä on suuri kotihoidon asiakkaiden joukossa, joten turvallisuudentunteen luominen on yksi suurista kotihoidon tehtävistä, kuten Palkeinenkin (2005, 111–119) toteaa.

Tulosten kirjaamisessa kävi ilmi, että monet kannustamisen keinot ovat yhteyksissä toisiinsa. Esimerkkinä mainittakoon kannustaminen, jonka keinona on palautteen antaminen. Palautteen annon keinona mainitaan vastavuoroisesti kannustaminen. Tämnäkaltaisista yhteyksistä voidaan todeta, että monet keinot ovat samoja motivoinnissa, palautteen annossa ja tavoitteiden asettamisessa.

## 9 ARVIOINTI

Tutkijan on tärkeää *reflektoida* omaa rooliaan tutkimuksessa. Tässä opinnäytetyössä olen tutkijana pyrkinyt olemaan ulkopuolinen ja välttämään omien mielipiteiden tai kokemusten vaikuttamista tutkimustuloksiin. Analysointivaiheessa ja abstrahoinnissa pyrin mahdollisimman loogiseen ja todenmukaiseen lopputulokseen.

*Dialektisuus* tarkoittaa totuuden rakentumista. Tässä työssä vastauksia on kerätty kotihoidon työntekijöiltä. Vastauksien avulla on käyty vuoropuhelua ja niistä on muodostettu lopputulos. Lopputulokseen vastaajien lisäksi on vaikuttanut vastausten lukumäärä ja vastausprosentti. Tutkimuksen tavoitteet on saavutettu ja kysymyksiin on vastattu. Tulokset ovat yhdensuuntaisia aiempiin tutkimuksiin verrattuna, joten totuudenmukaisuus on saavutettu.

*Toimivuuden* näkökulmasta Kehitystehtävää arvioidaan sen käytännön vaikutusten kannalta. Tämä opinnäytetyö oli työelämälähtöinen, ja sen tarkoituksena oli kehittää toimintakykyä edistävän työotteen käyttöä Kotkan alueen kotihoidossa. Kyselylomakkeella pyrittiin tekemään ensimmäinen henkilökuntaa pysähdyttävä interventio, jonka avulla he joutuivat miettimään toimintamallia käytännönläheisesti. Kysymykset koh-

distuivat heidän omaan käytökseensä, joten he joutuivat miettimään sen vastaavuutta toimintamalliin kuuluvaan käytökseen. Kysely interventiona eteni toimintamallin mukaisesti.

Hyvä tutkimus voi *havahduttaa* ihmisiä ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Tämän työn avulla hoitajat joutuivat miettimään käyttäytymistään ja tavoitteena oli saada käyttäytymisen muutoksia parempaan suuntaan intervention avulla. Työn tulosten kuuleminen on yksi osa tutkimuksen havahduttavuutta. Opinnäytetyön avulla yksiköissä voidaan kehittää toimintaa ja kohdentaa koulutuksia tarvittaville osa-alueille. Myös tutkijana työn tulokset avarsivat näkemystä toimintakykyä edistävän työtöteen käytön näkökulmasta.

## 10 POHDINTA

Toikko ja Rantanen (2009) kirjoittavat, että kysymys luotettavuudesta kohdistuu tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. Tässä kehittämistehtävässä luotettavuus tarkoittaa kuitenkin ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Ei riitä, että syntyvä tieto on todenmukaista, vaan sen on oltava myös hyödyllistä työelämälle. Uskon työn tulosten antavan näkökulmaa tulevaisuuden palveluita ja koulutuksia suunniteltaessa. Kaikkia luotettavuuden näkökulmia eli reliabiliteettia ja validiteettia, vakuuttavuutta sekä käyttökelpoisuutta ja siirrettävyyttä voidaan soveltaa kehittämistehtävään. (Toikko & Rantanen 2009, 121 - 125.) Näitä luotettavuuden osa-alueita on käsitelty tarkemmin seuraavissa kappaleissa.

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Yleisesti tarkastellaan tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Tämän opinnäytetyön luotettavuutta tarkastellaan muun muassa validiteetin ja reliabiliteetin perusteella, laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereiden perusteella.

Reliaabelius tarkoittaa sitä, että mittaustulos on toistettavissa, ja validius puolestaan tarkoittaa, että kyselyä varten tehty mittari mittaa juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata. Tutkimuksen luotettavuus kärsii, mikäli tutkimuksen perusjoukko on pieni ja vas-

tausprosentti alhainen. Tässä tutkimuksessa perusjoukkoon kuului neljä ryvästä ja tutkimuksen vastausprosentti oli kohtalainen. Näiden perusteella tutkimuksen luotettavuus on hyvä. Lisäksi luotettavuuteen vaikuttaa miten hyvin mittari onnistuu mittaamaan tutkimusongelmaa. Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen kysymykset olivat selkeästi aseteltu, sillä kysymyksiin oli vastattu tutkijan haluamalla tavalla. Vaikka tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä, on niiden olemassaolo mahdollinen. Kuitenkin luotettavuutta lisää prosessin huolellinen kuvaaminen kaikista prosessin vaiheista. Huolellisen kuvaamisen perusteella tutkimus on toistettavissa toisen tutkijan toimesta. (Hirsjärvi, Sajavaara & Remes 2007, 226–227.)

Toteutin nykytilan kartoitusta varten kyselyn. Näiden reliabiliteettia voidaan tarkastella usealla tavalla. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Kyselytulokset olivat reliabiliteetteja, sillä kysymyksiin ei tullut sattumanvaraisia tuloksia. Osassa kysymyksistä vastausvaihtoehdot olivat ennalta määritetty ja kysymykset olivat kaikille samat. Validiteetti tarkoittaa kyselyn kykyä mitata juuri sitä mitä oli alun perin tarkoituskin. Kyselylomake oli ymmärrettävä, sillä vastaukset kohdentuvat niihin asioihin joita oli tarkoitus kysyä. Kysymykset olivat riittävän lyhyitä ja ne oli esitetty ymmärrettävällä suomen kielellä. Vaihtoehdot ovat strukturoiduissa kysymyksissä selkeitä ja vastasivat kysymyksen asettelua. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2010, 231.)

Lähdekriittisyys on tärkeää. Suurin osa lähteistä on ammatillista kirjallisuutta, joka on luotettavaa tietoa. Käytin uusinta tutkittua tietoa sekä kansallisia raportteja. Lähteissä on myös ulkomaankielistä materiaalia. Katsoin tekijän tunnettavuutta ja pyrin käyttämään lääkäreiden materiaaleja sekä kansallisesti hyväksytyjä suosituksia. (Hirsjärvi ym. 2010, 113–114)

Kvalitatiivisesti suoritettujen tutkimusten reliabiliteettiongelmat syntyvät aineiston analyysin aikana tehdyistä koodausvirheistä ja virhetulkintoista (Paunonen & Venviläinen-Julkunen 1997, 215). Tämän opinnäytetyön analyysin suoritti vain tutkija itse, jolloin virhetulkintojen mahdollisuus on suurempi, kuin jos analyysin olisi suorittanut useampi henkilö. Aineiston abstrahoinnissa yritin olla kriittinen ja miettiä erilaisia vaihtoehtoja, mietin myös omien mielikuvien vaikutusta lopputulokseen. Tutkijan aikaisempi kokemus ja työskentely, tässä tapauksessa kotihoidossa, on saattanut vaikuttaa analyysiin ja siten tuloksiin. Toisaalta hyvä ja kiinteä yhteistyö työelämäohjaajan

kanssa, sekä tarkoin suunniteltu aineistonkeruumenetelmä parantavat työn reliabiliteettia.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole tarkoitus pyrkiä yleistettävyyteen. Tutkimusaineisto tulee koota sieltä, missä tutkimusilmiö esiintyy. Aineiston valinnassa tulee noudattaa tarkoituksenmukaisuusperiaatetta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 216.) Työn aineisto kerättiin usealta kotihoidon tiimiltä, ja he kaikki työskentelevät tutkittavat asian kanssa. Heillä on siis tietoa tutkittavasta aiheesta, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2009) mukaan luotettavuuden arvioinnin kriteerejä ovat myös uskottavuus ja siirrettävyys. Uskottavuudella kuvataan sitä, että tulokset on esitetty ja kuvattu mahdollisimman selkeästi, jotta lukija ymmärtää tutkimuksen ja sen analyysin kulun. Uskottavuus kuvaa myös miten hyvin tutkijan muodostamat kategoriat kattavat aineiston. Aineiston ja tulosten suhteen kuvaus onkin tärkeää luotettavuuden kannalta. Siirrettävyyteen kuuluu huolellinen tutkimuskontekstin, aineiston ja analyysin kuvaus sekä osallistujien valinnan ja taustojen selvittäminen. Tämä on tärkeää, jotta toinen tutkija voi seurata prosessia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tässä opinnäytetyössä tämä tarkoittaa tarkkaa eri vaiheiden ja otannan valinnan kuvausta tekstiin.

Eettisyyden turvaamiseksi tähän tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuvilla oli oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen. Tutkimukselle haettiin ja saatiin tutkimuslupa Kotkan kaupungin hyvinvointipalveluista (liite 5). Kaikki vastaukset käsiteltiin luottamuksellisesti. Vastaajat pysyivät nimettöminä, eivätkä yksittäiset vastaajat tai työyksiköt ole tunnistettavissa tutkimusraportista. Tutkimukseen osallistujat olivat tietoisia mihin kysytyjä tietoja tarvittiin, sillä heitä oli informoitu saatekirjeellä. Saatekirjeessä oli tutkijan tiedot sekä muut tutkimusta koskevat tiedot. Tämän perusteella tutkimuksessa on noudatettu hyvää eettistä käytäntöä tutkimushenkilöitä kohtaan. Vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus olivat taattuina ja kyselylomakkeet hävitettiin analysoinnin jälkeen asiallisella tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 128–129.)



Raportin pitää olla selkeästi kirjoitettu, jotta lukija pystyy seuraamaan tutkijan päätelyä. Tutkijan pitää saada lukijansa vakuuttuneeksi luokitteluista sekä tutkimuksen kulun luotettavuudesta. Raportti on pyritty kirjoittamaan niin selkeästi, että lukijan on helppo seurata aineiston luokittelua. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 220.)

Tämän tutkimuksen kysymyksiin saatiin vastauksia kyselytutkimuksen avulla. Vastaukset olivat samansuuntaisia kuin mitä aikaisemmatkin tutkimukset osoittavat. Tutkimukset muut tavoitteet kuten tiedon antaminen toimintakykyä edistävästä työotteesta on toteutettu keräämällä tietoa työn teoriaosaan. Tätä osuutta voidaan käyttää kotihoiton omissa koulutuksissa ja uusien työntekijöiden perehdytyksissä. Tietoa on kerätty uusimmista tutkimuksista ja raporteista, jotka koskevat kuntoutumista, toimintakykyä edistävää työtettä ja niiden vaikuttavuutta. Tavoitteet on siis saavutettu ennalta suunnitelluilla menetelmillä.

Tätä opinnäytetyötä voidaan hyödyntää kotihoiton omissa koulutuksissa ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Se voi olla myös hyvä tiedonlähde opiskelijoille, jotka ovat menossa harjoitteluun kotihoitoon. Tämä opinnäytetyö on toteutettu työelämän toiveita vastaavaksi, joten sen tuottamaa tietoa tullaan hyödyntämään toimintakykyä edistävän työotteen kehittämisessä. Sen avulla koulutuksia saadaan paremmin vastaamaan työelämän tarpeita.

Jatkotutkimusaiheita voisi olla muun muassa asiakkaiden kokemukset toimintamallin käytöstä. Asiasta voitaisiin suorittaa kysely tai haastattelututkimus kotihoiton asiakkaalle, kuinka he kokevat toimintamallin omakohtaisesti. Toimintakykyä edistävästä työotteesta voisi tutkia myös alueellisia eroja toimintamallin käytössä.

## LÄHTEET

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Vastapaino.

Alkoholinkäytön riskit (AUDIT). 2011. Päihdelinkki-sivusto. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>. [Viitattu: 17.8.2012].

Anderson, C., Mhurchu, C., Rubenach, S., Clarc, M., Spencer, C. & Winsor, A. 2000. Home or Hospital for Stroke Rehabilitation? Results of a Randomized Controlled Trial. Saatavissa: <http://stroke.ahajournals.org/content/31/5/1032.full>. [Viitattu: 21.5.2012].

CERAD – kognitiivinen tehtäväsarja. 2009–2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/90/>. [Viitattu: 30.8.2012].

Etelä-Kymenlaakson kotihoidon kriteerit. 2011–2012. Kotihoiton työryhmä. Kaakon SOTE-INTO/ Etelä-Kymenlaakson osahanke.

Forss, P. & Vatula-Pimiä M-L. 2011. Sosiaalinen turva ja hyvinvointi. Helsinki: Edita. s. 32.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä L. (toim.). 2007. Toiminnasta tietoon – Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Heimonen, S. & Qvick, L. 2002. Ovi iloon ja onnistumiseen: kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Vanhustyö (2).

Helin, S. 2010. Iäkkään ihmisen selviytymiskeinot. Vanhustyö (2).

Helmes, E., Csapo K. & Short, J-A. 2010. Standardization and Validation of the Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES). Saatavissa: <http://geronj.oxfordjournals.org/content/42/4/395.short>. [Vitattu: 15.5.2012].

Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

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

Hirsijärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 3. STM: Suomen kuntaliitto. Helsinki. Yliopistopaino. s. 22, 24.

Ikäihmisten toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi Etelä-Kymenlaaksossa. 2012. Kaakon SOTE-INTO/ Etelä-Kymenlaakson osahanke.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 1995. Kuntoutusmotivaatio, suunnitelma ja prosessinohjaus. WSOY.

Kallanranta, T., Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. 2001. Kuntoutus. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro.

Karppi, M. 2011. Interaktiivinen etäkuntoutus ikääntyneiden toipilasajan tukena. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu05437.pdf>. [Viitattu: 21.5.2012].

Kempainen, V., Kiema M. & Kvist, T. 2012. Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjaus -hoitotyön suositus avuksi hoitotyöhön. Sairaanhoitaja -lehti. 8/2012.

Kettunen, R. 2010. Voima- ja tasapainoharjoittelu ikääntyneiden kotona asumisen tukena. Pro Gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Kettunen, R., Kähäri-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4. painos. Helsinki: WSOY.

Kotihoidon palvelualue. 2012. Kotkan kaupungin internetsivut. Päivitetty 2.1.2012. Saatavissa:

[http://www.kotka.fi/alltypes.asp?menu\\_id=3852&menupath=3714,3851,3852#3852](http://www.kotka.fi/alltypes.asp?menu_id=3852&menupath=3714,3851,3852#3852). [Viitattu: 10.1.2012].

Kotihoito tukee kotona selviytymistä. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Päivitetty 3.1.2011. Saatavissa:

[http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut). [Viitattu 10.1.2012].

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Vastapaino.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede no 1/1999.

Loitomaa, T. & Moisanen-Mustonen, V. 2012. Kotihoidon palvelusisältö ja myöntämisen perusteet. Rauman kaupunki. Saatavissa: [http://www.rauma.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/Sosiaalipalvelut/Vanhuspalvelut/kotihoito/Kotihoidon\\_palvelusisalto\\_ja\\_myontamisen\\_perusteet.pdf](http://www.rauma.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/Sosiaalipalvelut/Vanhuspalvelut/kotihoito/Kotihoidon_palvelusisalto_ja_myontamisen_perusteet.pdf). [Viitattu 8.11.2012].

Lotvonen, S. 2002. ITTE-projekti: Kuntouttava työote ikääntyneiden toimintakyvyn tueksi. Fysioterapia 49 (5).

Lönnbäck, R. 2006. Yksinäisyyden ahdas piiri – Kuntoutuksen vastauksia omaishoitajien tuen tarpeisiin. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.

Miettinen, S. 2011. Muutoksen mahdollisuus Suomen kuntoutusjärjestelmässä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Mänty, M., Sihvonen, S., Hulkko, T. & Lounamaa, A. 2007. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat - Opas kaatumisten ja murumien ehkäisyyn. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja.

Nuutila, A. 2007. Potilaan toimintakyvyn yksittäinen mittaaminen on epäluotettava. Duodecim. Saatavissa:

[www.terveysportti.fi/dkt/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo96764&p\\_haku=toimintakykymittarit](http://www.terveysportti.fi/dkt/ltk/koti?p_artikkeli=duo96764&p_haku=toimintakykymittarit). [Viitattu: 20.7.2012].

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Palkeinen, H. 2005. Yksinäisyys iäkkäiden ihmisten kirjoituksissa. Gerontologia – Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu, 3/2005.

Pitkälä, K. 2003. Vanhusten kuntoutuksen kehittämistarpeet. Vanhustyö -lehti 4/2003.

Punnonen, A. Osastonhoitaja. Haastattelu 29.5.2012. Kotka: Karhulan kotihoidon toimipiste.

RAVA-lomake. 2012. Ravatar. Saatavissa:

<https://www.ravatar.fi/RAVAHelp/ar01s04.html>. [Viitattu: 17.8.2012].

Rissanen, L. 1999. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystalvelujen koettu tarve. Pro gradu-tutkielma. Oulun Yliopisto.

Rissanen, P. Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2008. Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.

Routsalo, P. 2002. Sairaanhoidajan asennoituminen iäkkääseen kuntoutuspotilaaseen ja kuntoutumista edistävään työhön. Hoitotiede 14 (5).

Rizzo, V. & Rowe, J. 2008. Studies of the Cost-Effectiveness of Social Work Services in Aging: A Review of the Literature Saatavissa:

<http://rsw.sagepub.com/content/16/1/67.abstract>. [Viitattu: 15.5.2012].

Routsalo, P., Arve, S., Aarnio, M. & Saarinen, T. 2003. Sairaanhoidajien ja perushoitajien hoitotyö iäkkään potilaan kuntoutumisen edistämässä. Tutkiva hoitotyö -lehti. vol. 1. 2003.

Routsalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia -lehti. 3/2001.

Sarvimäki, A. 2009. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Sarvimäki, A. & Stenblock-Hult, B. 2010. Vanhuus, haavoittuvuus ja hoidon eettisyys. Teoksessa Sarvimäki, A., Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. Vanhuus ja haavoittuvuus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima.

Sosiaalihuoltolaki. 17.9.1982/710. Finlex. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>. [Viitattu 10.1.2012].

Suvikas, A., Laurell, S. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähohoito. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tampereen kaupunki. 2002. Esimerkki ADL-toimintakykymittaista. Saatavissa: <http://koulut.tampere.fi/materiaalit/sote2/lomakkeet/adl.html>. [Viitattu 20.7.2012].

Tilvis, R. 2002. Raportteja, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Teoksessa: Aalto, A-M., Hurri, H., Järvikoski, A., Järvisalo, J., Karjalainen, V., Paatero, H., Pohjalainen, T. & Rissanen, P. Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Helsinki: Stakes.

Timonen, L. 2007. Group-Based Exercise Training in Mobility Impaired Older Women. Doctoral dissertation. University of Kuopio.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 2. painos 2009. - 3. korjattu painos 2009. Tampere: Tampere University Press.

Toimintakykyä edistävä työote malli. 2012. Etelä-Kymenlaakson toimintamalli. Kotihoidon työryhmä. Kaakon SOTE-INTO: Etelä-Kymenlaakson osahanke.

Tuetun kotona kuntoutumisen malli ikäihmisille. 2010. Rintamaveteraanien ja sotainvalidien avo- ja kotikuntoutuksen kehittämishanke. Saatavissa:

<http://www.valtiokonttori.fi/public/download.aspx?ID=80409&GUID=%7BB5159181-DF10-495F-9837-88DF1EBE9580%7D>. [Viitattu: 21.5.2012].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1. – 4. painos. Jyväskylä: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Uittomäki, K. 2003. Kuntouttava työote lisää sisältöä ja vuosia elämään. Vanhustenhoidon uudet tuulet (2).

Valta, A. 2008. Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Vammaispalvelujen käsikirja. 2006. Toimintakyvyn arviointi. THL. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujen-kasikirja/tyovalineitat/arviointimenetelmia/toimintakyvyn-arviointi/>. [Viitattu: 22.5.2012].

Vanhustenhoidon strategia 2008–2015. Painettu versio. Kotkan kaupunki.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy.

Väänänen, I. 2002. Vatsalihasten aktiivisuus ja harjoittaminen keinutuolilla keinutuksessa. Gerontologia.

Wikstedt, K. 2010. Vanhusten mieli -koulut. Vanhustyö-lehti 7/2010.

**Kyselylomake**

## 1. Koulutus

Lähihoitaja/Perushoitaja Kodinhoitaja, muu  \_\_\_\_\_Sairaanhoitaja/terveydenhoitaja 

## 2. Työvuosia

Olen työskennellyt kotihoidossa \_\_\_\_\_ vuotta \_\_\_\_\_ kuukautta.

## 3. Olen käyttänyt seuraavia toimintakykymittareita viimeisen vuoden aikana.

TOIMINTAKYKY TESTI	1 kerran	2 kertaa	3 kertaa	4 kertaa	5 kertaa tai enemmän
CERAD					
GDS					
MMSE					
RAVA					
ADL/BADL					
AUDIT					

## 4. Koen toimintakykymittareiden käytön helpoksi?

Kyllä  perustelusi, miksi?En  perustelusi, miksi?

## 5. Mitä on mielestäsi toimintakykyä edistävä työote?

## 6. Onko se mielestäsi tarpeellista? Kerro perustelusi.



7. Mikä hankaloittaa toimintakykyä edistävän työotteen toteuttamista?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
8. Mitä parannusehdotuksia sinulla olisi, jotta toimintakykyä edistävä hoitotyönmalli saataisiin paremmin käyttöön?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
9. Miten arvioit asiakkaan fyysistä toimintakykyä työssäsi.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
10. Miten kartoitat asiakkaan kognitiivista eli älyllistä toimintakykyä (kuten muistia ja oppimista)?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
11. Miten huomioit asiakkaan sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn?

**Motivaatiolla on tutkitusti positiivinen vaikutus asiakkaan toimintakykyyn, joten sen huomioiminen kuntouttavassa hoitotyössä on oleellista.**

12. Millä keinoilla pyrit kannustamaan asiakasta? Miten saat asiakkaan mukaan toimintaan?

13. Miten annat myönteistä palautetta? Mikä vaikeuttaa myönteisen palautteen antamista?

14. Asetatko asiakkaiden kanssa pieniä tavoitteita, mikä vaikeuttaa tai hankaloittaa tavoitteiden asettamista? Kerro muutama esimerkki.

15. Epäonnistumisen pelko saattaa olla asiakkaalle yksi este kuntoutumiselle. Millä hoitotyön keinoilla olet yrittänyt sitä vähentää?

16. Omaisten mukaan ottaminen asiakkaan kuntoutumiseen voi olla asiakkaan kannalta tärkeä tekijä kuntoutumiseen. Miten olet ohjannut omaisia tai miten olet ottanut heidät mukaan kuntoutumiseen?

17. Oletko antanut tietoa ja tukea asiakkaalle suosituksista ja elämäntavoista tai hänen sairauttaan koskevista asioista? Kerro muutama esimerkki niistä.

18. Mitä muuta haluat sanoa?

*Kiitos*

*vastauksestasi!*

Hyvä kotihoidon työntekijä!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Teen opinnäytetyöni liittyen kotihoitoon aiheella "Kuntouttavan työotteen käyttö Kotkan alueen kotihoidoissa".

Opinnäytetyötäni varten tarvitsen tutkimusaineistoa, jota kerään kyselylomakkeella. Kyselyyn voivat osallistua kaikki kotihoidossa työskentelevät työntekijät; sairaanhoitajat, lähi- ja perushoitajat sekä kodinhoitajat.

Kyselylomakkeet tulen tuomaan ja esittelemään tiimeihin 22.10.2012. Toivon teidän osallistuvan kyselyyn, jonka avulla voidaan kehittää kotihoidon toimintaa ja kartoittaa koulutustarpeita. Kyselyssä kartoitetaan toimintaa, joka tapahtuu kotikäynnin aikana. Kysymyksillä kartoitetaan millä hoitotyön keinoilla työntekijät pyrkivät edistämään asiakkaiden toimintakykyä. Haen lomakkeet 26.10.2012.

Kyselylomakkeet jäävät ainoastaan tutkijan käyttöön ja analysoinnin jälkeen ne tuhoetaan. Analysointi tapahtuu sisällönanalyysillä, jonka jälkeen yksittäisen henkilön vastauksia ei pystytä tuloksista jäljittämään. Kysely on vapaaehtoinen ja se tehdään nimettömänä. Lomakkeet palautetaan suljettuun kirjekuoreen laitettuna. Suljetut kirjekuoret laitetaan A4 kirjekuoreen, josta tutkija noutaa ne.

Toivon teidän vastaavan kyselyyn, jotta tutkimuksen tulokset vastaisivat mahdollisimman hyvin tämänhetkistä tilannetta. Kyselyyn ei ole oikeita tai vääriä vastauksia, vaan kyselyllä kartoitetaan teidän kokemuksia ja näkemyksiä. Erilaiset kokemukset antavat tutkimukselle laajan kokonaiskuvan, jonka avulla teidän, kotihoidon työntekijöiden, tulevia koulutuksia ja työoloja voitaisiin kehittää.

Mikäli sinulla on kysyttävää, voit ottaa yhteyttä.

Sanna Eerikäinen

sairanhoitajaopiskelija  
Kyamk

[sanna.eerikainen@student.kyamk.fi](mailto:sanna.eerikainen@student.kyamk.fi)

## Tutkimustaulukko

Tutkijat	Tutkimuksen/ projektin tar- koitus	Osallistujat	N	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Lönn- bäck, R.	Tutkia kun- toutuksen antamaa tukea omaishoitajil- le	Omaishoi- tajat ja hoi- dettavat	11	Sisällönanalyy- si	Omaishoitajat tarvitsivat enemmän tukea ja tietoa hoidetta- vansa kuntoutuk- sesta ja kaipaavat tukea päätöksen- tekoihin.
Kettunen, R.  2010  Pro Gradu	(VOITAS)  Voima- ja tasapainohar- joittelu ikään- tyneiden ko- tona asumisen tukena - kun- touttavan työ- otteen toteu- tuminen koti- hoitotyössä  Voitas - koulutuksen jälkeen	työntekijöi- tä (keski- ikä 50, työ- vuosia kes- kim. 18)	54	kyselylomake  vastaus % 61, n=34	omatoimisuuden kannustaminen 4:lle asiakkaal- le/päivä, liikku- miseen kannus- taminen 5, voima- ja tasapainohar- joitteluun oli kou- lutuksen jälkeen ohjattu 3 asiakas- ta, 35% asiakkais- ta oli saanut voi- ma- ja tasapaino- harjoitteiden oh- jausta

<p>Timonen, L. 2007 Väitöskirja (eng)</p>	<p>Group-Based Exercise Training in Mobility Impaired Older Women</p>	<p>2 34 hengen ryhmää, toinen ryhmä harjoitteli kotona, toinen ohjattua ryhmäliikuntaa, kuntoutusta sairaalassa-olon jälkeen</p>	<p>68</p>	<p>Mittaamalla lihasvoimaa, kävelynopeutta, jne.</p>	<p>vanhuuden haurastumisesta huolimatta lihasten harjoittelu iäkäämmilläkin on hyödyllistä, ja vaikutukset ovat positiivisia.</p> <p>Ryhmäliikunta on tehokkaampaa kuin kotona tehdyt harjoitukset</p>
<p>Karppi, M. Pro Gradu</p>	<p>Interaktiivinen etäkuntoutus ikään-tyneiden toimipilasajan tukena</p>	<p>4 sairaalasta kotiutunutta iäkäs-tä</p>		<p>2kk ajan saivat yksilöllistä fysioterapiaa etälaitteen avulla, 1/2h kerrallaan x3/vk</p>	<p>Kuntoutujien arjessa selviytymisen parantui intervention avulla, tutkimuksen perusteella voitane päätellä, että IKUlla pystytään parantamaan toimintakykyä</p>

<p>Anderson, C., Mhurchu, C., Rubenach, S., Clarc, M., Spencer, C. &amp; Winsor, A.</p> <p>2000</p>	<p>Home or Hospital for Stroke Rehabilitation? Results of a Randomized Controlled Trial</p>	<p>2 australia-laissairaa-laa, satunnainen potilasjoukko, jotka jaettiin 2 ryhmään; perinteiseen sairaalakuntoutukseen (N=44) ja varhaisessa vaiheessa kotiutettuihin koti-kuntoutujiin (N=42)</p>	<p>86</p>	<p>Kontrolli 3 ja 6kk kuluttua tutkimuksen alusta,</p>	<p>Aivohalvauspotilaiden kohdalla aikainen kotiuttaminen ja koti-kuntoutus olivat kustannustehokkaampia keinoja kuin perinteinen sairaalakuntoutus.</p> <p>Kotikuntoutusjärjestelmällä saatiin pudotettua hinta viidesosaan laitostuntoutuksen hinnasta.</p>
<p>Rissanen, L.</p> <p>1999</p> <p>Oulu Yo</p>	<p>Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystalv-lujen koettu tarve</p>	<p>yli 65-vuotiaat N=158,</p>	<p>80 % N=127, 72 nais ta, 55 mie stä</p>	<p>kysely</p>	<p>Kartoittaa ikäihmisten toimintakykyä fyysisen, psykososiaalisen ja kognitiivisten osa-alueitten avulla, ikäihmiset kokivat terveytensä melko hyväksi</p>

## Tutkimuslupa

KOTKAN KAUPUNKI Hyvinvointipalvelut Vanhustenhuollon vastuualue Vanhustenhuollon johtaja	VIRANHALTIJAPÄÄTÖS §  17.10.2012	§  91	Sivu  1
---	--	-------------	---------------

Dnro SOTE: 54 /2012

**Tutkimuslupahakemus/Sanna Eerikäinen**

Valmistelija: Johdon sihteeri Pirjo Tamminen

Kymenlaakson ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija Sanna Eerikäinen hakee tutkimuslupaa "Toimintakykyä edistävän työotteen käyttö Kotkan alueen kotihoidossa". Tutkimus on laadullinen kyselytutkimus, joka on kertaluontoinen ja joka suoritetaan kaikissa Kotkan alueen toimipisteissä.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Kyamk:sta ohjaava opettaja Mirka Nurmi. Työelämän ohjaajana Karhulan kotihoidon osastonhoitaja Anneli Punnonen.

Tutkimuspaikka:  
Karhulan kotihoito, Toivelinnankatu 2, 48600 KOTKA  
Kotkansaaren kotihoito, Merikatu 1, 48100 KOTKA  
Länsi-Kotkan kotihoito, Mussalontie 428, 48310 KOTKA

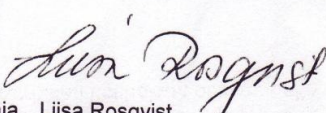
Tutkimuslupahakemus liitteenä.

Päätös: Tutkimuslupa myönnetään hakemuksen mukaisesti.

Toimeenpano:

Ote: Sanna Eerikäinen  
Mirja Nurmi  
Anneli Punnonen

Oikaisuvaatimusohjeet

  
Vanhustenhuollon johtaja Liisa Rosqvist

Tämä pöytäkirja on yleisesti nähtävänä 6.11.2012 kaupungintalo, 4. kerros



## LIITE 5

Taulukko 1. Hoitajien taustatiedot

KOULUTUS	TYÖVUOSIA
sairaanhoitaja /terveydenhoitaja III	18,8; 2, 7 9,2
perushoitaja/lähihoitaja IIII IIII II	23,2,7; 5,5; 0,5; 2, 3, 9,9; 5, 3; 1,5; 1, 3 keskiarvo 5,3 vuotta
kodinhoitaja/muu II	18, 1 9,5

(N=17)

Taulukko 2. Toimintakykykymittareiden käyttö

TOIMINTAKYKY TESTI	1 kerran	2 kertaa	3 kertaa	4 kertaa	5 kertaa tai enemmän	käyttökertoja vähintään/vuosi
CERAD	xx	x			x	9 4. sija
GDS	xx	xx		xxx	xxxx	38 3. sija
MMSE	xxx		xxx	xx	xxxxxx	40 2. sija
RAVA	x			x	xxxxxxxxxxxx	65 1. sija
ADL/BADL	x					1 5. sija
AUDIT	xxxx	xxxx		xx	xxxx	40 2. sija
> yht.	13	7	3	8	26	193

Taulukko 3. Kokemukset toimintakykykymittareiden käytöstä

Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
selkeys ohjeet selkeät selkeät ohjeet selkeät ohjeet vaikka uusi käyttäjä selkeät ohjeet selkeät ohjeet ohjeet olemassa helppokäyttöisiä ohjeistukset	Selvät ohjeistukset	Helppokäyttöisyys
käytössä jo vuosia	kokemus käytöstä	
nopeatekoisia	vie vähän aikaa	
on ollut koulutusta koulutukset saanut koulutusta	koulutus	

(n=14)