

”Kotona pärjäämistä tukemassa”

Säännöllistä kotihoitoa saavien iäkkäiden
asiakkaiden toimintakyvyn tukeminen
Mikkelin kotihoidossa työntekijöiden
kuvaamana

Helmi Ahvenniemi

Opinnäytetyö
Toukokuu 2015

Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys-, ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Ahvenniemi, Helmi	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 17.4.2015
	Sivumäärä 82	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi "Kotona pärjäämistä tukemassa" Säännöllistä kotihoitoa saavien iäkkäiden asiakkaiden toimintakyvyn tukeminen Mikkelin kotihoitossa <u>työntekijöiden kuvaamana</u> Koulutusohjelma Kuntoutusohjauksen ja – suunnittelun koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Aila Pikkarainen		
Toimeksiantaja(t) Kotihoito, vammais- ja vanhuspalvelut, Mikkelin kaupunki		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa työntekijöiden näkökulmaa, kuinka toimintakyvyn tukeminen toteutuu asiakaskäynneillä Mikkelin kotihoitossa. Tutkimustehtävänä on kartoittaa miten toimintakyvyn tukemista toteutetaan tällä hetkellä hoitotyötä tekevien työntekijöiden toimesta, kuinka toimintakyvyn tukemista ja kuntouttavan työotteen käyttöä kuvaillaan ja mitkä ovat rajoitteet sekä mahdollisuudet tukea.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin sähköisesti Webropol -kyselytyökalun avulla. Opinnäytetyötä edelsi pilottitutkimuksena toimiva ryhmähaastattelu. Tutkimukseen osallistujat ovat koulutukseltaan hoitoalan ammattilaisia ja työskentelevät kotihoiton asiakastyössä, aluetiimeissä. Aineisto on analysoitu Webropol- ohjelman taulukoita käyttäen ja tulokset on esitetty prosentti- ja frekvenssilukuina sekä avointen kysymysten osalta sisällön analyysia käyttäen.</p> <p>Johtopäätöksinä tutkimuksen pohjalta fyysisen toimintakyvyn tukeminen onnistuu parhaiten kotihoiton työssä, ja siinä nähdään myös kehitettävää. Kiire ja ajanpuute nähdään kuntouttavan työn ongelmina. Hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö toteutuu vain joskus suosituksen mukaan käytännön työssä. Keväällä 2015 kyselyyn Vastaajien mielestä kuntouttavassa työssä on kehitettävää.</p> <p>Kehittämisehdotuksena kuntouttavan työn määrittäminen ajalliseksi työtehtäväksi on suositeltavaa. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla olisi paljon mahdollisuuksia sitouttaa asiakasta pohtimaan omaa toimintakykyään ja tavoitteitaan. Tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisyys tulisi laittaa keskiöön, mitä linjaa myös uusin laatusuositus. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan hyvien käytäntöjen keräämistä kuntouttavasta työstä sekä tutkimuksen uusimista vertailevana tutkimuksena.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Kotihoito, toimintakyky, ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen, kuntouttava työote		
Muut tiedot Sivuja 82 + liitteet 25		



Author(s) Ahvenniemi, Helmi	Type of publication Bachelor's thesis	Date 17.4.2015
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 82	Permission for web publication: x
Title of publication "Supporting coping at home" Supporting the functional ability of the aged clients of the Mikkeli Home Care Services as described by home care workers		
Degree programme Degree programme of Rehabilitation Counselling		
Tutor(s) Aila Pikkarainen		
Assigned by Home care, Services for the disabled and elderly, City of Mikkeli		
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this study was to identify from the employees' point of view how supporting clients' ability to function was implemented in Mikkeli home care. The research tasks were to identify how the ability to function was supported currently by the care workers, how the support of function and rehabilitative methods were described by the care workers as well as to identify the related limitations and opportunities.</p> <p>The study was carried out with a quantitative approach, and the data was collected by using an electronic questionnaire created with the Webropol –software. The study was preceded by a group interview that served as a pilot study. The respondents were nursing professionals and they worked in home care services in regional teams. The data was analyzed by using the tables provided by the Webropol software, and the results were presented in percentages and frequencies. The open questions were analyzed by using content analysis.</p> <p>As a conclusion, it can be stated that supporting physical ability is best achieved in homecare. However, also improvements are needed. According to the respondents, rush and lack of time were problems in rehabilitation. Moreover, care and service plans were carried out according to the recommendations only occasionally. The respondents, who answered the survey in spring 2015, stated that rehabilitative work needed improvement.</p> <p>It is recommended to assign rehabilitative work as one of the temporal tasks. Care and service plans would offer plenty of opportunities to involve the clients to think about their own functional capacity and targets. The study shows that client focus should be in the center of the approach as is recommended in the latest quality recommendations.</p> <p>As a further study recommendation it is suggested that collecting good practices in rehabilitative work would be useful, as well as a renewal of this study with a comparative research approach.</p>		
Keywords/tags (subjects) Home care, functional ability, support of elders functional ability, rehabilitative approach		
Miscellaneous Pages 82 + Appendices 25		

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	4
2	OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	6
2.1	Ikääntyvät ihmiset ja palveluiden tarve	6
2.2	Kotihoito	7
2.2.1	Säännöllisen kotihoidon ikääntyneet asiakkaat	9
2.2.2	Lainsäädäntö ja suositukset	11
2.2.3	Kotihoidon työntekijät	12
2.2.4	Hoito- ja palvelusuunnitelma	13
2.2.5	Mikkelin toimintamalli ja palvelut	14
2.3	Toimintakyky	16
2.3.1	ICF -luokitus	18
2.3.2	Toimijuus	20
2.3.3	Fyysinen toimintakyky	22
2.3.4	Psyykkinen toimintakyky	23
2.3.5	Sosiaalinen toimintakyky	25
2.3.6	Ympäristö	27
2.3.7	Toimintakyvyn arviointiin käytettävät mittarit	28
2.4	Toimintakyvyn tukeminen ja osallisuus	30
2.4.1	Kuntouttava työote	31
2.4.2	Asiakaslähtöisyys	32
2.4.3	Ikääntyneiden kuntoutuksen merkitys	34
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	35
4	TUTKIMUKSEEN VALMISTAUTUMINEN	35
4.1	Opinnäytetyön tausta	35
4.2	Aiemmat opinnäytetyöt	36
4.3	Pilottivaiheen kuvaus	38
4.4	Pilottivaiheen tulokset	40
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	43

5.1	Tutkimusmenetelmät	43
5.2	Kohderyhmän valinta ja rajausta	44
5.3	Aineiston keruu ja kuvailu	44
5.4	Aineiston analysointi	46
6	TUTKIMUSTULOKSET	48
6.1	Taustatiedot	48
6.2	Toimintakyvyn tukeminen kotihoidossa	49
6.3	Kuntouttava työ ja sen esteet	53
6.4	Toimintakyvyn tukemisen nykytila ja mahdollisuudet	60
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	66
8	KEHITTÄMISEHDOTUKSET	68
9	POHDINTA	70
9.1	Luotettavuuden arviointi	73
9.2	Jatkotutkimusaiheet	74
	LÄHTEET	75

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa	83
Liite 2. Saatekirje pilottitutkimus, ryhmähaastattelu	85
Liite 3. SWOT-analyysi pilottitutkimukseen, ryhmähaastatteluun perustuen	86
Liite 4. Saatekirje kysely	87
Liite 5. Webropol kyselylomake	88
Liite 6. Aineiston analyysi	98

KUVA 1. Mikkelin seutu kartalla, Seudullinen sosiaali- ja terveystoimen alue	14
--	----

KUVIOT

KUVIO 1. ICF – luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet	19
KUVIO 2. Vastaajien ikäjakauma	48
KUVIO 3. Vastaajien työvuosimäärä kotihoidossa	49

KUVIO 4. Asiakaskäynneillä tuen asiakkaiden toimintakykyä	49
---	----

KUVIO 5. Asiakkaan mukanaolo hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa ja päivittämisessä.....	50
Kuvio 6. Asiakkaan omaisen tai läheisen mukanaolo hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa ja päivittämisessä	50
KUVIO 7. Kuntouttavalla työotteella työskentely	53
KUVIO 8. Suunnitelma ja mittarit toimintakyvyn tukemisessa	59
KUVIO 9. Nykyisin työssä voi toteuttaa	60
KUVIO 10. Työn antamat mahdollisuudet havainnoida tuttujen asiakkaiden toimintakykyä, rajoitteita ja terveyttä	61
KUVIO 11. Työn mahdollistamat kuntouttavan työn ja yhteistyön asiat	62
KUVIO 12. Asiakkaan toimintakykyyn liittyvien palvelun tarpeiden selvittäminen.	63
KUVIO 13. Asiakkaan toimintakykyyn liittyvien asioiden eteenpäin vieminen.....	64

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Toimintakyvyn tukemisesta kertominen.....	52
TAULUKKO 2. Suullisesti ohjattavan tai konkreettisesti avustettavan asiakkaan puolesta tekemisen syyt.....	55
TAULUKKO 3. Omatoimisen asiakkaan puolesta tekemisen syyt.....	56
TAULUKKO 4. Kuntouttavaa toimintaa edistävät asiat.....	57
TAULUKKO 5. Mielestäni omassa työssäni on tärkeää.....	57
TAULUKKO 6. Tuen keinoja asiakkaiden arjessa suoriutumiseen.....	58

1 JOHDANTO

Ikääntyneen ihmisen kotona asumiseen vaikuttavat hänen terveydentilansa ja toimintakykynsä. Omatoimisuuden ylläpitäminen ja edistäminen varmistavat turvallisen ja mielekkään kotona asumisen, ja parantavat elämänlaatua. (laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013, 21, 24.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista on astunut voimaan 7/2013 (L 28.12.2012/980).

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton laatusuositus (2013) tuo esille, että vanhusten palveluilla ja kotihoidolla on kehittämistarpeita, jotta tulevaisuudessa palvelun tarpeeseen pystyisi vastaamaan. Suositus tukee vanhuspalvelulain toimeenpanemista kunnissa. Ensisijaisesti pitkäaikaisen hoidon tulee toteutua ikääntyneiden kotona tai kodinomaisessa asuinpaikassa.

Opinnäytetyöni käsittelee toimintakyvyn tukemista Mikkelin kotihoidossa. Teoriaosassa kuvaan oleellisilta osilta säännöllistä kotihoitoa ja kunnan järjestämisvastuulla olevaa kotihoidon palvelukokonaisuutta. Teorialähtöisesti kerron toimintakyvyn määritelmästä ja toimintakyvyn tukemisesta sekä kuntouttavasta työotteesta.

Tutkimustehtävänä oli kartoittaa, kuinka asiakkaiden toimintakyvyn tukemista toteutetaan hoitotyötä tekevien työntekijöiden toimesta tutkimusajankohtana. Tutkimuksellani pyrin myös selvittämään, mitkä ovat mahdollisuudet sekä rajoitteet tukea ikääntyneiden asiakkaiden toimintakykyä ja käyttää kuntouttavaa työotetta kotikäynneillä. Kohderyhmänä olivat säännöllisen kotihoidon tiimeissä työskentelevät hoitoalan ammattilaiset, joiden työnkuvassa on päivittäisiä kotikäyntejä asiakkaiden luokse, eri säännöllisistä tarpeista johtuen.

Opinnäytetyössä on hyödynnetty kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusotetta.

Opinnäytetyön aineisto on kerätty webropol – kyselylomakkeella helmi-maaliskuussa 2015. Kyselylomakkeen muodostamisen avuksi aineistoa keräsin työntekijöiden ryhmähaastattelulla marraskuussa 2014. Kyselyn aineisto on analysoitu Webropol- ohjelman taulukoita käyttäen, ja tulokset on esitetty prosentti- ja frekvenssilukuina sekä avointen kysymysten osalta sisällön analyysia käyttäen.

Tutkimustuloksena ilmeni fyysisen toimintakyvyn tukemisen onnistuvan työssä parhaiten, kuten myös siihen liittyvä yhteistyö sekä kuntoutuspalveluiden kartoitus. Eniten konkreettista kehittämistä nähdään fyysisen toimintakyvyn tukemisen alueella. Kiire ja ajanpuute nähdään kuntouttavan työn ongelmina. Johtopäätöksenä näyttää siltä, että hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö toteutuu suosituksen mukaan käytännön työssä vain joskus.

Kehittämisehdotuksena kuntouttavan työn määrittäminen ajallisesti työtehtäväksi on suositeltavaa. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla olisi paljon mahdollisuuksia sitouttaa asiakasta pohtimaan mm. omaa toimintakykyään ja tavoitteitaan. Tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisyys tulisi laittaa keskiöön, mitä linjaa myös uusin laatusuositus. Halua ja motivaatiota toimia asiakkaiden kuntoutumista edistään näyttää vahvasti olevan. Vastaajien mielestä kuntouttavassa työssä on kehitettävää ajankäytön, yhteisten toimintatapojen, kuntouttavan työotteen ja fyysisen toimintakyvyn tukemisen osalta.

Sain aiheen opinnäytetyölle Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspalveluiden kotihoidosta. Opinnäytetyön tuloksia voi käyttää organisaation omassa suunnittelu- ja kehittämistyössä. Kiitän yhteistyöstä opinnäytetyöni toimeksiantajan edustajia ja koko henkilökuntaa jonka kanssa tein yhteistyötä.

2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyössä kuvataan aluksi oleellisilta osilta tutkimuksen aiheeseen liittyvät teoreettiset lähtökohdat. Opinnäytettä määrittäviä teoriassa käsiteltäviä aihekokonaisuuksia ovat ikääntyneet ihmiset ja palveluiden tarve, kotihoito, toimintakyky, toimintakyvyn tukeminen ja osallisuus ja kuntouttava työote. Opinnäytetyön viitekehyksenä toimivaa ICF- luokitusta kuvaillaan toimintakyvyn alla.

2.1 Ikääntyvät ihmiset ja palveluiden tarve

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2012 noin joka viides suomalainen oli yli 65-vuotias. Väestön yli 65-vuotiaiden osuus nousee väestöennusteen mukaan niin, että heitä olisi 2040 joka neljäs. Ennusteen mukaan vuonna 2040 Suomen maakuntien väestön keski-ikä on korkein Etelä-Savossa, Suomen maakunnista. Etelä-Savossa tuolloin yli 65-vuotiaiden osuus olisi 36 %. Yli 85-vuotiaita koko maassa asuisi 2040 vuoteen mennessä 6 %, kun vuonna 2012 heitä oli 2 % väestöstä (Väestöennuste kunnittain 2012–2040 väestö 2013, 14–15, 123.)

Väestön nopeasti kasvava ikääntyminen on maailmanlaajuinen asia. Yhä useampi ihminen tulee elämään 80–90 vuotiaaksi. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan ikäihmisten riski tulla kaltoin kohdelluksi on myös lisääntymässä, ja siihen liittyvät riittämättömät palvelut, kustannuspaineineen. Vaikka ikääntyneet ovat keskimäärin terveempiä kuin aiemmin, ikääntyneiden määrän kasvusta johtuen palveluiden tarve kasvaa. (Facts about ageing, 2014.) Ikääntyvän väestön palveluiden tarpeeseen vaikuttaa ensisijaisesti väestön terveys ja toimintakyky (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen 2009, 13–14).

Heikkisen ym. (2013) mukaan päivittäisistä toimista selviytyminen alkaa heikentyä 70–75 vuoden iässä merkittävästi. Kettusen ym. (2009) mukaan noin 70–80 vuoden iässä alkaa suunnilleen toiminnan rajoituksista johtuva palveluntarve. Biologinen ikä vaihtelee hyvin paljon, jotkut yksilöt ovat kyseisessä iässä yhä työelämässä. Suomalaisten 65–79-vuotiaiden kyky selviytyä päivittäisistä toimista on useimmiten

hyvä. Kodin ulkopuolisissa toimissa ja ulkona liikkumisessa tarvitaan yleisesti eniten apua. (Heikkinen, Kauppinen & Laukkanen 2013, 291–293; Kettunen, Kähäri-Wiik, Vuori-Kemilä & Ihalainen 2009, 138.)

Eduskunnassa vireillä oleva sote- uudistus vaikuttaa tulevaisuudessa kuntien järjestämiin palveluihin. Tämä palvelurakenneuudistus käsittelee kaikkien sosiaali- ja terveysalan palveluiden järjestämistä uudella tavalla. Ratkaisu siirtyy seuraavalle vaalikaudelle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

2.2 Kotihoito

Kotihoito on luonteeltaan julkinen palvelu, jonka laatua ja määrää linjataan lainsäädännöllä, valtakunnallisilla tavoite- ja toimintaohjelmilla, suosituksilla ja muilla vastaavilla sosiaali- ja terveystieteellisillä asiakirjoilla. Laatu tulee arjen työstä ja sen kehittämisestä (Ikonen 2013, 57–58).

Kotihoidolla tarkoitetaan kunnan järjestämisvastuulla olevaa palvelua, jossa yhdistyvät kotisairaanhoidon, kotipalvelujen ja kotihoidon tukipalveluiden toiminnot. Kotihoidosta on puhuttu 90-luvulta alkaen, kun kotisairaanhoido ja kotipalvelut yhdistyivät. Kotihoidon asiakkaat voivat olla eri-ikäisiä ja erilaista apua tarvitsevia henkilöitä, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. (Ikonen 2013, 15.)

Kotihoidon toteuttamiseen tarvitaan asiakkaiden, omaisten, vapaaehtoisten, useiden eri ammattilaisten, eri organisaatioiden (kuten kotihoito, laitoshoido, julkinen ja yksityinen sektori) eli useiden eri toimijoiden yhteistyötä toimiakseen. Palveluiden hyvä koordinointi ja eheyttäminen ovat tärkeitä. (Tepponen 2007, 61.)

Kunnissa panostetaan kotihoitoon. Se lisää iäkkäiden elämänlaatua ja sitä pidetään kustannuksiltaan tehokkaana. Hallituksen rakennepoliittinen ohjelma tavoittelee laitoshoidon purkamista, jolloin yhä suurempi osa iäkkäitä saisi avopalveluita kuten kotihoitoa ja omaishoidontukea. Ohjelma linjaa mm. että toimintakykyä tukeva

toiminta on osa kaikkea palvelua. Kuntoutuksen tulee olla monialaista ja teknologiaa tulee hyödyntää monipuolisesti. (Iäkkäiden laitoshoidon vähennetään useilla erilaisilla toimenpiteillä 2014.)

Kotihoito laadukkaimmillaan tukee iäkkäiden itsenäisyyttä ja toimintakykyä. Eurooppalaisessa näkökulmasta puhutaan Integrated care eli ”yhdistetyn hoidon” käsitteestä. Se määritellään seuraavasti The Carmen network (Care and Management of Services for Older People in Europe Network) mukaan:

”Palvelujen yhteensovittaminen koostuu hyvin suunnitellusta ja organisoidusta palveluiden ja hoitoprosessin kokonaisuudesta, jonka kohteena on yksittäinen asiakas moninaisine tarpeineen ja ongelmineen tai sellaisten ihmisten muodostama ryhmä, joilla on samanlaisia tarpeita ja ongelmia”.

(Vaarama & Pieper 2005, 13; Hammar 2008, 28.)

Varsinaista näyttöä ei ole yhdistetyn hoidon kustannustehokkuudesta. Hyvien käytännön esimerkkien avulla on huomattu, että kotihoidon kustannukset voivat olla alhaiset verrattuna muulla tavoin järjestettyyn hoitoon, koska kotihoidon toimintamallissa olemassa olevia resursseja hyödynnetään tehokkaammin ja siten voidaan saavuttaa parempia tuloksia. Heikkojen iäkkäiden asiakkaiden monet tarpeet vaativat monia vastauksia ammattilaisilta. Palvelut järjestetään laadukkaasti niin, että niiden yhtymistä ja yhteistyötä voi kuvata saumattomaksi ketjuksi. Pitkällä aikavälillä kustannukset jäävät pienimmiksi, kun taas lyhyessä juoksussa kokonaiskustannukset ovat suuret. (Vaarama & Pieper 2005, 264–265.)

Kotihoidon tulee pysyä kehityksessä mukana. Se on merkittävin ja mittavin palvelu ikääntyneiden palvelurakenteessa. Kotihoito on kustannustehokkaampaa kuin pitkäaikainen laitosasuminen, jos kotihoidon käyntejä ei tarvita enempää kuin kolme tai neljä päivässä. Kunta tai kuntayhtymä on vastuussa palveluiden järjestämisestä joten kunta on maksuvastuussa lopulta. Säännöllisessä kotihoidossa asiakkaat maksavat palveluista tulojensa, perheen koon, palvelun laadun ja määrän mukaan kuukausittain. Siinä otetaan huomioon asiakkaan ja yhteistaloudessa elävien

maksukyky. On harvinaista että laitoshoidon kulut saadaan katettua asiakkaan omilla varoin (Finne-Soveri 2010; Kotipalvelu- ja sairaanhoitomaksut 2014).

Vuonna 2013 kuntien järjestämien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset olivat yhteensä 19,6 miljardia euroa. Tästä luvusta valtionosuudet kattoivat 30 % ja asiakasmaksuilla katettiin noin 5 % näistä lakisääteisten palveluiden menoista. Kunnille jäi kustannettavaksi loput. Suurimmat menoerät olivat 2013 erikoissairaanhoito 6,3 miljardia, vanhusten ja vammaisten palvelut 5,2 miljardia ja perusterveydenhuolto 4,3 miljardia (Palvelujen menot ja rahoitus 2014).

Kotihoidon laatua ovat tarkoituksenmukaiset palvelut, joita hoidetaan järjestelmällisesti. Palveluiden tulee olla vaikuttavia, säädösten mukaisia ja kustannustehokkaita (Ikonen 2013, 58).

"Asiakirjojen mukaan laadukas kotihoito:

- on asiakaslähtöistä*
- perustuu palveluntarpeen arviointiin*
- on tavoitteellista, säännöllisesti arvioitua ja toteutetaan kirjallisen palvelusuunnitelman ohjaamana*
- perustuu toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään toimintaan*
- toteutetaan yhteistyössä asiakkaan, hänen läheistensä ja eri palveluntuottajien ohjaamana*
- hyödyntää olemassa olevaa tutkimustietoa ja tietoa hyvästä käytännöstä"*

(Ikonen 2013, 58)

2.2.1 Säännöllisen kotihoidon ikääntyneet asiakkaat

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus 2013 tavoittelee, että vuonna 2017 säännöllistä kotihoitoa saavia yli 75-vuotiaita olisi 13–14% vastaavan ikäisestä väestöstä, kun vuonna 2011 heitä oli 12,2 % (2013, 37, 39) Kotihoidon asiakasmäärät ovat kasvussa, selviää johtopäätöksenä kirjallisuuskatsauksesta liittyen asiakaskuntaan (Hammar 2008, 41).

"Säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi määritellään kuuluvaksi ne, joille on toteutunut laskentakuukauden aikana kotisairaanhoidon ja/tai

kotipalvelun käyntejä joko voimassa olevan palvelu- ja hoitosuunnitelman perusteella tai jotka muutoin ovat saaneet käyntejä säännöllisesti vähintään kerran viikossa”

Terveysten – ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan (Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2013, 2014).

Suurin asiakasryhmä kotihoidossa ovat iäkkäät, pitkäaikaissairaat asiakkaat. Vammaiset asiakkaat sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ovat myös asiakasryhmiä kotihoidossa. Ikääntyneiden avuntarpeen aiheuttaa useimmiten fyysisen toimintakyvyn aleneminen. Ikääntyneillä henkilöillä voi olla useita asiakassuhteita palvelujärjestelmässä ja eri organisaatioissa, ja monesti näin onkin. (Ikonen 2013, 42–43.)

Kunnilla on käytössä kriteerit, myöntämisperusteet joiden perusteella asiakkaan vanhuspalveluiden, kotihoidon tarve määritellään. Mikkeliissä kotihoitoa myönnetään suositellusti kokonaisarvion perusteella jossa arvioidaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä haastattelemalla, testeillä ja havainnoimalla. Palvelutarpeen arviointi on maksutonta ja arvio tulee tehdä 7 arkipäivän aikana sosiaalihuoltolain 710/1982 ja ns. vanhuspalvelulain § 15 mukaan. (Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja 2014, 21.)

lääkkään asiakkaan kotihoidon tarve johtuu usein toimintakyvyn muutoksesta. Avuntarve liittyy aina päivittäisiin toimintoihin; se saattaa olla alun perin esimerkiksi

- fyysinen, kuten heikentynyt näkö, kuulo, tasapaino, lihasvoima
 - psyykinen, kuten ei ymmärrä tai halua suoriutua päivittäisistä toimista
 - sosiaalinen, eli asiakkaan ei anneta tehdä päivittäisiä toimintoja lähimmäisten tai viranomaisten määräyksen mukaan.
- lääkkään toimintakykyyn vaikuttavat monet tekijät ja hänen tahtonsa (Nummijoki 2009, 96–97.)

Omaiset ovat tärkeä voimavara, kun ikääntynyt alkaa tarvita apua toimitissaan.

Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksen mukaan (2013, 42) on eduksi kaikille että omaiset pysyvät toimintakykyisinä. Henkilöt joilla on auttavia omaisia, tulevat kotihoidon asiakkaiksi silloin, kun omaisapu ei enää riitä. Kotihoidon palvelun ollessa

osa henkilön arkea, on omaisten rooli yhä hyvin tärkeä. Osa kotihoidon asiakkaista on yksineläviä.

2.2.2 Lainsäädäntö ja suositukset

Sosiaalihuoltolaki, kansanterveyslaki ja terveydenhuoltolaki ovat tärkeimpiä kotihoitoa ohjaavia lakeja. Useita muita lakeja, asetuksia ja säädöksiä liittyy myös kotihoidon palvelukokonaisuuteen (Ikonen 2013, 23–28). Lait liittyen asiakkaan asemaan ja oikeuksiin, maksuja koskettava lainsäädäntö, lääkkeisiin ja sairausvakuutuksiin sekä lait yhteiskunnan toimintaan liittyen ohjaavat toimintaa (Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja 2014, 76).

Opinnäytetyöni aiheeseen nähden tärkein on Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista, joka astui voimaan 1.7.2013. Siihen perustuvat Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystalveluiden ja vanhuspalveluiden tavoitteet (Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja 2014, 5). Lailla säädetään, että kotiin annettavat talvelut ovat ensisijaisia. Laki määrittää yhteiset keinot kunnille, joiden velvollisuus on huolehtia ikääntyneiden asukkaittensa sosiaali- ja terveystalveluiden turvaamisesta, perustuen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn ja mahdollisimman itsenäisen suoriutumisen tukemiseen. Talveluiden tulee vastata tarvetta sekä olla laadukkaita. Kuntien tulee

- laatia suunnitelma talveluiden järjestämisestä ikääntyneen väestön terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukemiseksi.
 - Talveluiden laatua ja riittävyttä tulee arvioida säännöllisesti
 - Neuvontatalveluita tulee järjestää
 - talveluiden tulee olla saatavilla ja saavutettavissa yhdenvertaisesti
 - eri toimijoiden, jotka työskentelevät ikääntyneen väestön asioihin liittyen tulee tehdä yhteistyötä
 - Vanhusneuvosto tulee perustaa kuntiin joissa sitä ei vielä ole
 - Talveluiden pääsille tarpeen ilmentyessä on aikaraja, jonka kuluessa talvelut tulisi toteuttaa.
 - asiakassuhteen syntyessä ikääntyneelle on laadittava talvelu- ja/tai hoitosuunnitelma
- (28.12.2012/980, Vanhuspalvelulaki – pykälistä toiminnaaksi 2013)

Vuoden 2015 alusta ns. vanhuspalvelulaki muuttui siten, että pitkäaikaisena laitoshoitona toteutettava hoiva ja huolenpito voidaan järjestää vain, jos siihen on

lääketieteellisiä tai asiakas/potilasturvallisuuteen liittyviä perusteita. Siihen liittyen kunnan on selvitettävä mahdollisuudet vastata iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeisiin kotiin annettavilla ja avopalveluilla ennen pitkäaikaista laitoshoidtoa. Avopalveluiden kehittäminen mahdollistaa että nykyistä useammat ikääntyneet voivat asua omassa kodissaan ja samalla kustannusten kasvu hidastuu. Jatkossakin ikääntyneellä on oikeus saada tarvitsemansa sosiaali- ja terveystyöpalvelut. (Iäkkäiden mahdollisuutta asua kotona tuetaan, 2014.)

Palveluiden järjestämissuunnitelman on tarkoitus kertoa kuinka ikääntyneen väestön tukemiseen varaudutaan tulevaisuudessa. Ikääntyneiden näkökulmasta monenlaiset asiat vaikuttavat hyvinvointia tukevaan elinympäristöön. Ikääntyneiden asumismahdollisuuksia tulee kehittää ja huomioida yhdyskuntasuunnittelussa. Ihmisten oma ennakkointi ja varautuminen ovat tätä päivää, asunnon ja lähiympäristön valinta vaikuttaa tulevaan ikään liittyvään toimintakyvyn muutokseen (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013, 21).

2.2.3 Kotihoidon työntekijät

Kotihoidossa työskentelee lähihoitajia, kodinhoitajia, perushoitajia, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, sosionomeja, sosiaaliohjaajia, fysioterapeutteja, vanhustyön erikoisammattitutkinnon suorittaneita ja geronomin ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita ja lääkäreitä (Ikonen 2013, 172). Työssä vaaditaan joustavuutta ja luovuutta, sillä tilanteita taikka asiakkaan hoidon tarvetta ei voi ennakoida täysin. Asiakastyötä tehdään asiakkaiden kotona, jolloin työtä tehdään asiakkaan ehdoilla ja hänen kotiaan kunnioittaen. Kotihoidon työ on suunnitelmallista, käyntien määrä ja tarvittavat työtehtävät on ennakolta määriteltyjä. Asiakkaan tilannetta arvioidaan kokonaisvaltaisesti ja asiakaslähtöisesti, arviointi on jatkuvaa (Ikonen 2013,163).

Kotihoidon työntekijät voivat kuulua eri tiimeihin, esimerkiksi alueellisiin, asiakkaan palvelun ja hoidon järjestämisen perusteella jaettuihin tiimeihin. Opinnäytetyöni kohderyhmänä ovat säännöllisen kotihoidon asiakkaiden parissa työskentelevät

hoitoalan työntekijät jotka työskentelevät aluetiimeissä.

Moniammatillinen tiimi on todettu hoidon laatua parantavaksi tekijäksi. Kotihoidon tiimityön hyviä alueellisia piirteitä ovat

- yhteinen vanhuskäsitys
 - tiimin selkeä missio ja tavoitteet (alueen kotihoitoasiakkaiden elämänlaadun parantaminen ja tarpeisiin vastaaminen)
 - tietoisuus siitä miten oma työ vaikuttaa ja liittyy koko seudun vanhuspolitiikan toteutumiseen
 - selkeä tiimin rakenne ja tiedot miten tiimin toiminta vaikuttaa muiden tiimien toimintaan
 - selkeät yhteiset pelisäännöt
 - säännöllinen kokoontuminen
 - riittävä ja kahdensuuntainen tiedonkulku työntekijöiden ja johdon välillä
 - ristiriitojen käsittely välittömästi
 - erilaisuuden sietäminen ja moniammatillisuuden /toisten ammattilaisten arvostaminen
 - luottamus, avoin ja aloitteellisuutta arvostava ilmapiiri
 - keskinäisen tuen ja kiitoksen jakaminen sisällyttäen päivittäiseen toimintaan
- (Tepponen 2007, 67–68.)

Sosiaali- ja terveysalan ammatissa toimiminen vaatii jatkuvaa ammattitaidon kehittämistä ja yleisesti hyväksyttyjen menettelytapojen käyttämistä, jota lainsäädäntö ohjaa (Ikonen 2013, 174).

2.2.4 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Lainsäädäntö määrittää, että hoito- ja palvelusuunnitelma tulee tehdä kun henkilö on palvelun piirissä. Suunnitelma kotihoidon palvelusta laaditaan palvelutarpeen kokonaisvaltaisen arvioinnin perusteella. Ns. vanhuspalvelulain (17 §) ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (7 §) säädetyllä palvelusuunnitelmalla tarkoitetaan samaa asiaa. Kokonaisvaltainen arvio ja palvelutarpeen arviointi painottuvat enemmän sosiaali- kuin terveystieteille. Hyvä yhteistyö näitä alueita edustavien ammattilaisten kesken on tärkeää. (Ikonen 2013, 159; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013, 67–68.)

Suunnitelma tulee laatia yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Jos asiakas ei pysty osallistumaan suunnitteluun, asiakkaan tahtoa selvitetään yhteistyössä hänen omaisensa, laillisen edustajan tai muun läheisen kanssa. Suunnitelman lähtökohta on tukea asiakkaan kotona asumista, asiakaslähtöisyyttä ja kuntouttavaa työtettä sekä palvelujen tarpeen ja niiden arvioinnin kehittämistä. Tavoitteet kuuluvat palvelusuunnitelmaan, ja ne määritellään voimavaralähtöisesti. Suunnitelmaan kirjataan, mikä taho vastaa mistäkin. Suunnitelma on samalla sopimus palvelun järjestämisestä ja asiakkaan sitoutumisesta ja sitä päivitetään olosuhteiden muuttuessa. (Ikonen 2013,159; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013, 67–68.)

Kotihoidon palveluiden dokumentointi eli kirjaaminen on yhteydessä hyvään ammatilliseen työn laatuun. Järjestelmällinen kirjaaminen mahdollistaa palveluiden seurannan ja arvioinnin, tekee toiminnan näkyväksi ja auttaa huomioimaan, mikä tukee asiakasta palveluprosessissa. ”Suunnitelman avulla turvataan kotihoidon tavoitteellisuus ja yhdenmukaisuus myös työntekijän vaihtuessa.” (Heinola 2007, 26–27.)

2.2.5 Mikkelin toimintamalli ja palvelut

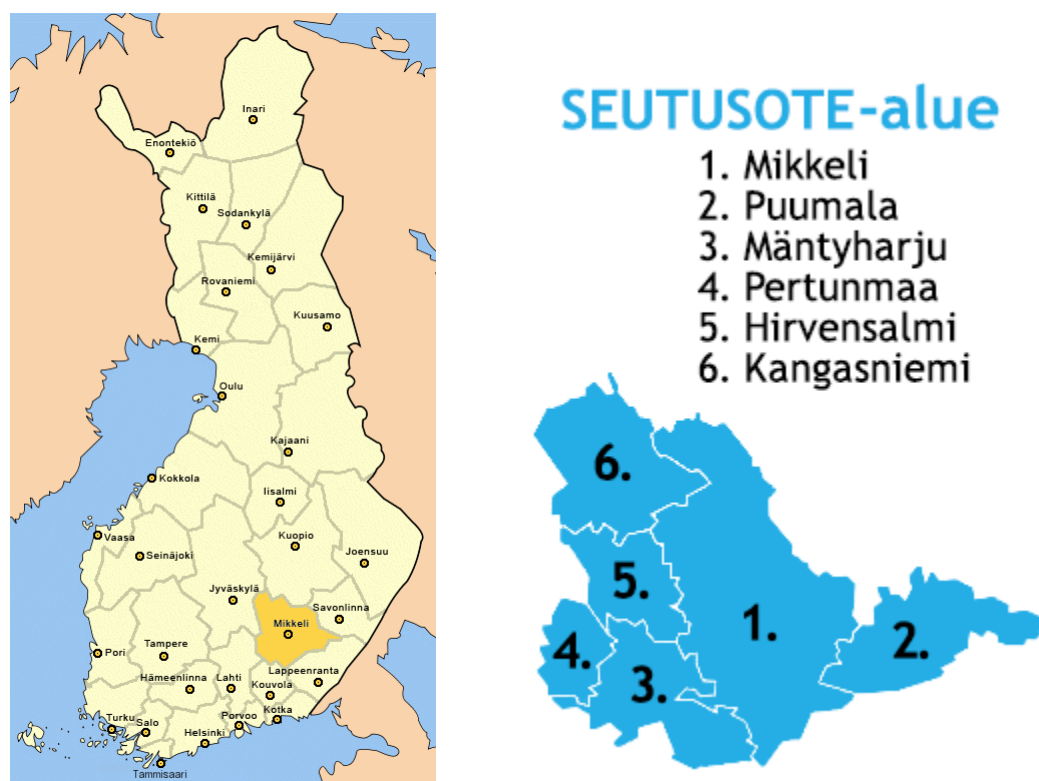
Kun yksilön avuntarve on kokonaisvaltaisesti arvioitu ja todettu, että toimintakyky siinä määrin alentunut että itsenäinen selviytyminen ei ole mahdollista, kotihoito ja/tai tarvittavat tukipalvelut tulevat avuksi asiakkaan arkeen. (Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja 2014, 21–22).

Kotihoidon palveluiksi lasketaan Mikkeliissä myös ikäihmisten päivätoimintaan keskitetyt tukipalvelut; kuljetus-, ateria-, saunotus, vaatehuolto ja jalkojenhoito, päivä kuntoutus lääkärin läheteellä sekä monipuolinen kuntouttava, hyvinvointia ja elämänlaatua tukeva toiminta. Sosiaalihuoltolain mukaisia tukipalveluja kotihoidossa ovat turva-, ateria- vaatehuolto-, kylvytys-, asiointi ja saattopalvelu. Nämä tukipalvelut ovat ensisijaisia asiakasta tukiessa, ja vasta niiden ollessa riittämättömiä tarjotaan asiakkaalle kotihoidon muita palveluita; kuten säännöllistä kotihoitoa.

Tällöin säännöllisen kotihoidon työntekijät; hoitohenkilökunta käy asiakkaiden luona tuen tarpeesta riippuen. (Mikkelin seudun vanhustalveluiden käsikirja 2014, 18, 21, 41.)

Mikkelin seudulla kotihoidon toimintamalli on seudullinen, mikä helpottaa palvelujen käyttäjiä ja palvelua tarjoavia tekemään kuntakohtaista vertailua (Kuva 1).

Yhteistoiminta-alueella on yhtenäiset vanhustalveluiden taksat ja maksut, sekä omaishoidon tukemisen ja vanhustalveluiden myöntämisen kriteerit.



KUVA 1. Mikkelin seutu kartalla, Seudullinen sosiaali- ja terveystoimen alue

Mikkelin seudun Sosiaali- ja terveystoimen alueeseen kuuluu kuusi kuntaa: Puumala, Mäntyharju, Pertunmaa, Hirvensalmi, Kangasniemi ja Mikkel. Palvelut tuotetaan pääsääntöisesti kunnittain, tosin Mikkel tuottaa palvelut myös Puumalan ja Hirvensalmen kunnille palveluntuotantoyksikössään (Kuva 1.) (Mikkelin seudun vanhustalveluiden käsikirja 2014, 4).

Kotihoito perustuu pitkälti perushoittoon ja päivittäiseen selviytymiseen kohdennettua toimintaan. Mahdolliset sairaanhoidolliset toimet kuuluvat kotihoidon palveluun. Tärkeä osa kotihoidon työtä on asiakkaan ohjaus ja neuvonta, sekä

jatkuva arviointi. Kuntouttava työote ja toimintakyvyn tukeminen ovat pääperiaatteena työssä. Kotihoidon siivouspalvelu on käytännössä ainoastaan pientä päivittäistä siistimistä perustuen mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen. (Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja 2014, 49.)

2.3 Toimintakyky

Toimintakyky ja terveys kulkevat käsi kädessä, eivätkä ne ole yksiselitteisesti määriteltävissä. Se mitä toimintakyvyllä tarkoitetaan suomen kielessä, riippuu tilanteesta ja tutkimusalasta (Rantanen 2007, 409). Toimintakyky voi suppeimmillaan tarkoittaa, kuinka henkilö selviää jostakin yksittäisestä tehtävästä ja laajimmillaan toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa, kuinka henkilö selviää itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisistä päivittäisistä toimistaan. Ikääntyessä toimintakyvyn vajavuus tai heikkeneminen johtuu osittain sairauksista, osittain normaalista ikääntymisestä. Toimintakykyyn ja terveyteen vaikuttavat muun muassa vanhenemismuutokset, elämäntapa ja elinolot ja perinnölliset muutokset. Asia on moniulotteinen, elämänkulussa vaihteleva kokonaisuus. (Eloranta, T. & Punkanen 2008, 9.)

Toimintakyky on laaja käsite, joka liittyy hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Usein ikääntyneitä koskevassa tutkimustiedossa toimintakyky on jaoteltu fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen. Kun arvioidaan ikääntyneiden henkilöiden toimintakykyä, keskeistä on huomioida miten he suoriutuvat päivittäisistä toiminnoista. (Heikkinen, Laukkanen & Rantanen 2013, 287.) Päivittäisiä toimintoja ovat esimerkiksi syöminen, liikkuminen, pukeutuminen, wc-toiminnot, peseytyminen ja asioiden hoitaminen. Kun arvioidaan toimintakykyä, perinteisesti korostuvat toimintakyvyn vajavuudet, joten huomio kiinnittyy siihen, mikä on huonosti. Fyysinen, psyykkinen ja kognitiivinen toimintakyky korostuvat päivittäisiä toimissa, ympäristön lisäksi. Ympäristöllä tarkoitetaan henkilön kotia ja sen esteettömyyttä, varustetasoa, muutostyön mahdollisuutta sekä lähiympäristöä ja sen mahdollisuuksia. Lähiympäristön esteettömyys ja toimivuus sekä lähipalveluiden saatavuus kuten kaupan, pankin ja postin sijainti vaikuttavat. (Voutilainen 2009, 125,129.)

Toimintakyvyn vajavuudet ikääntynyt voi kompensoida muulla toiminnalla. Kompensaatiolla tarkoitetaan sitä, kuinka jäljellä olevaa toimintakykyä hyödynnetään. Toimintakyvyn osa-alueet ovat vahvassa yhteydessä toisiinsa, ja osin ne ovat myös päällekkäisiä. Esimerkiksi heikentynyt liikkumiskyky (fyysinen) on yhteydessä sosiaaliseen, koska se saattaa vaikeuttaa erilaisiin sosiaalisiin tapahtumiin osallistumista. (Lyyra 2007, 21.) Toimintakyky määrittää keskeisesti vanhuuden ajan hyvinvointia. Toimintakyvyn heiketessä ikääntyneet tarvitsevat apua, että voivat osallistua heille tärkeisiin tilanteisiin. (Rantanen 2013, 414–415.) Terveystila vaikuttaa ratkaisevasti ikääntyneen ihmisen toimintakykyyn, heikentää voi esimerkiksi jokin rappeuttava pitkäaikaissairaus. (Hytinen 2009, 47–49.)

Järvikosken ja Härkäpään mukaan terveyden maallikkokäsityksiä tutkineissa tutkimuksissa terveys mielletään usein sairauden puuttumisena. Tulkintaa ”kun terveys on hyvä, siinä ei ole mitään vikaa” on yksioikoinen. (2011, 72.) Terveyttä ja toimintakykyä ikääntyessä voidaan tarkastella erilaisten terveyskäsitysten näkökulmasta. Gerontologinen lähestymistapa perustuu funktionaaliseen terveyskäsitykseen. Sen mukaan terveys on voimavara ja yksilön toiminta- ja suorituskkyä. Tässä toimintakyvyn selvittäminen on olennaista. (Kettunen ym. 2009, 135–137.)

Ikäihmisillä sairaudet ovat yleisiä, mutta niiden vaikutukset toimintakykyyn ja palveluiden tarpeisiin vaihtelevat. Diagnoosit eivät yksin kerro, miten ihminen selviytyy elämänsä haasteista. Ikääntyneiden ihmisten hyvinvoinnin ja sen edistämisen tarkasteluun on otettava aina myös ikääntyneen ihmiset omat kokemukset, odotukset ja selviytymisen keinot sekä sosiaalitoimen, omaisten ja vapaaehtoisten ja yksityissektorin voimavarat ja toiminta. (Helin 2002, 36.)

”Hyvä koettu fyysinen toimintakyky ja psyykkinen toimintakyky, myönteinen asenne omaan ikääntymiseen, riittävät sosiaaliset kontaktit, sekä elinympäristön myönteiset olosuhteet ts. kodin ja lähiympäristön esteettömyys sekä avun intensiteetti, koettu riittävyys ja tyytyväisyys saatuun apuun”

ovat Heinolan ja Luoman (2007, 43) mukaan kotihoitoa saavien elämänehtoja.

2.3.1 ICF -luokitus

Maailman terveysjärjestö WHO:n ICF- luokituksessa toimintakykyä lähestytään positiivisesta, voimavaralähtöisestä näkökulmasta. Siinä alettiin ensi kertaa puhua aktiviteettirajoituksista ja osallistumisen rajoituksista toimintakyvyn vajavuuksien sijaan. (Lyyra 2007, 21–22.)

ICF on toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, jonka maailman terveysjärjestö WHO on julkaissut 2001 ja laatinut käytettäväksi ICD-10 tautiluokituksen rinnalla. ICF on suomennettu 2004 ja sitä päivitetään jatkuvasti. (ICF kuuluu WHO:n luokitusperheeseen 2014.) ICF lyhenne tulee sanoista International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF-luokitus, 2004).

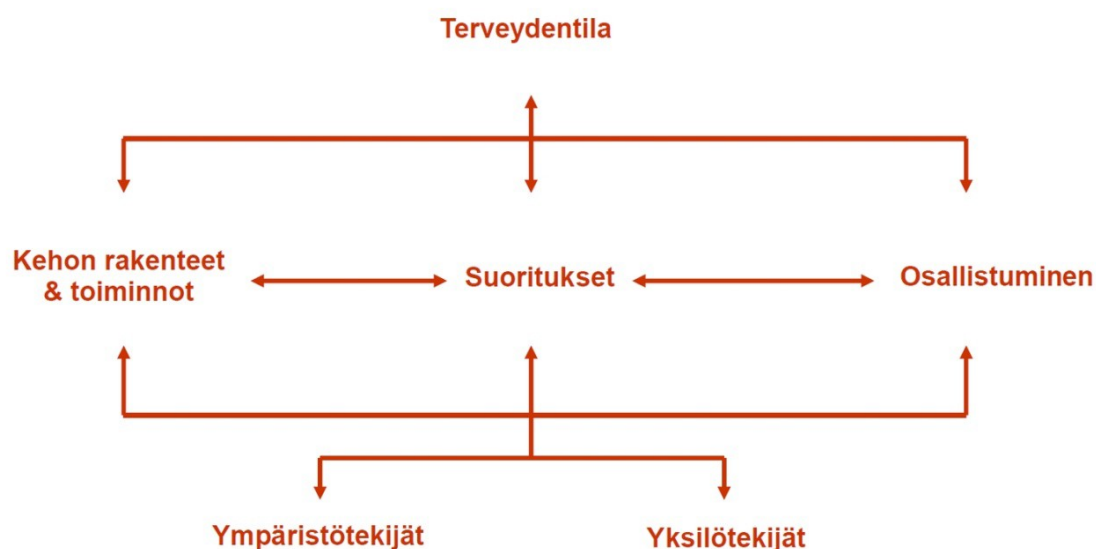
Kansainvälinen tautiluokitus ICD-10 antaa tietoa lääketieteellisestä tilasta, kun ICF – luokituksen tavoite on antaa tietoa toiminnallisesta tilasta, kuinka esimerkiksi näkövammaisen henkilö käyttää jäljellä olevaa näkökykyään eri tilanteissa. Rajoitteista huolimatta henkilö voi selvitä itsenäisesti kotona. (Kettunen ym. 2009, 10.)

ICF -luokitusta edelsi vuonna 1980 julkaistu ICIDH; vaurioiden, toiminnanvajavuuksien ja haittojen kansainvälinen luokitus. ICF kuvaa toimintakykyä ja sen vajavuuksia positiivisemmassa valossa kuin aiempi painoksensa ICIDH. Maailman terveysjärjestö kannustaa jäsenvaltioita käyttämään ICF- luokitusta soveltuviissa tapauksissa kuten tutkimuksessa, seurannassa ja raportoinnissa. (ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2004, 5, 21–25.)

ICF- luokitus soveltuu viitekehykseksi sisällön tarkasteluun opinnäytteessäni. Se kuvaa laajasti toimintakyvyn käsitystä terveyslähtöisesti ja antaa tieteellisen perustan toiminnallisen terveydentilan ymmärtämiseen ja tutkimiseen. Toimintakyky ja sen rajoitteet ovat moniulotteinen kokonaisuus, joka sisältää ICF-luokituksen mukaan

ruumin/kehon toiminnot ja ruumiin rakenteet, osallistumisen ja suoritukset (osa-alue 1) ja kontekstuaaliset tekijät, joita ovat ympäristötekijät ja yksilötekijät (osa-alue 2) (Kuvio 1.) (ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2004, 7-8; ICF kuuluu WHO:n luokitusperheeseen 2014.)

ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



KUVIO 1. ICF – luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet.

(Toimintakyky ICF- luokituksessa 2014)

ICF – luokitusta on kutsuttu toimintakyvyn yleiseksi sateenvarjoksi sen laajuuden vuoksi. ICF-luokitus määrittää toimintakykyä osallistumisen ja toiminnan, ei sairauksien tai vajavuuksien kautta. Mallin mukaan ihmisen aktiivinen osallistuminen kapeutuu kun sairaus tai muu häiriö aiheuttaa elimistössä muutoksia, kuten liikkumisvaikeuksia tai kipua. Avuntarve voi kasvaa, sekä omatoimisuus vähenee tämän seurauksena. (Lyyra & Tiikkainen 2009, 60–61).

Luokitus ajattelee toiminnan vajavuutta voimavarojen kautta, kuinka toimintakyky vaikuttaa osallistumiseen. Kuitenkin ICF on käytännön työssä nähty epäkäytännölliseksi ja aikaa vieväksi järjestelmäksi. Käytännön kliinisessä työssä ICF – luokitus ei ole käytössä tautiluokitus ICD10 rinnalla. (Laukkanen 2007, 301–303.) Tutkimus ja opetuskäytössä ICF viitekehyksenä on käytetty. Malli ei sinällään sovi

toimintakyvyn arviointiin, mutta antaa pohjan toimintakyvyn yksityiskohtaiselle ja laajalle tarkastelulle. (Kettunen ym. 2009, 10.)

2.3.2 Toimijuus

Jyrkämän mukaan sosiologiasta lähtöisin oleva toimijuuden käsite on vahvasti tulossa ikääntymisen tutkimukseen (2007, 195). Vanhustyö on erilaisia arjessa toistuvia toimintoja, toimintakäytäntöjä joissa ovat mukana ikääntyneet ja työntekijät. Toimijuuden viitekehyksen keskeinen merkitys tutkimuksen ja vanhustenhuollon kehittämisen kannalta on siinä, että painopiste toimintakyvyn tarkastelussa on enemmän tilanteissa, arkitoiminnoissa, toimintakäytännöissä ja yksilön ja ympäristön välisessä dynamiikassa perinteisemmän tarkastelukohteen: ikääntyvän yksilön henkilökohtaisten ominaisuuksien sijasta (Jyrkämä 2013, 424).

Toimintakykymittareilla saadaan erilaisia pistemääriä mikä on ikääntyneen potentiaalinen toimintakyky. Olennaista kuitenkin on, voiko ikääntynyt käyttää arjessa omaa potentiaalista toimintakykyään eli mikä on työntekijän, mikä on asiakkaan osuus tehtävästä? Suorittamiseen vaikuttaa myös ajalliset ja fyysiset olosuhteet sekä työntekijän arvio asiakkaansa toimintakyvystä. (Jyrkämä 2007, 196–201.) Sosiaaliset toimintakäytännöt nousevat keskeisiksi, kun tarkastellaan yleensä vanhuspalveluita. Toimintakäytäntöihin liittyvät säännöt, jotka ovat kirjoitetut ja kirjoittamattomat, ääripäässään mahdollisesti pehmeitä tuntumia siitä, miten asioita tehdään. (2007, 209–211.)

”Toimintakäytäntöihin liittyvät resurssit, valta, tieto, erilaiset taidot, erilaatuinen, niin fyysinen kuin muunkinlainen toimintakyky, toisin sanoen osallistujien, mukanaolijoiden toimijuus. Osallistujat ovat toimijoita, jotka ovat enemmän ja vähemmän tietoisia säännöistä ja soveltavat niitä, joilla on resursseja ja jotka käyttävät resurssejaan ja vihdoin antavat omalle ja muidenkin tekemiselle erilaisia merkityksiä ja tulkintoja. Toiminta on enemmän ja vähemmän toistuvaa, useinkin rutiinisoituvaa ja rutiinisoitunutta. Pitkällä aikavälillä se voi ihmisten mielikuvissa muotoutua esimerkiksi sääntöjensä osalta itsestään selväksi asiaksi, jota on vaikea, jollei

mahdoton kyseenalaistaa ja nähdä tässä ja nyt muotoutuvaa, uusinnettua luonnetta.” (Jyrkämä 2007, 210–211”).

Opinnäytteen aiheessani voidaan ajatella kotihoidon eri ammattilaisten, asiakkaiden omaisten ja lähimmäisten kohtaamisten muodostuvan toimintakäytännöistä, joihin vaikuttaa kotihoidon resurssit, toimijoiden näkökulmat, näkökulmien vuorovaikutus sekä tilanteen henkilöille antamat mahdollisuudet osata, kyetä, täytyä, voida, haluta ja tuntea. (soveltaen Jyrkämä 2007, 206)

Hoivan tarve, kun ikääntyneen toimintakyky heikkenee, on hyvin monitahoinen asia. Jokainen ikääntynyt on yksilö ja tapa millä toimintakyky muuttuu, on jokaisen kohdalla erilaista. Hoivaa saattaa antaa kunnan palveluiden lisäksi puoliso, omaiset ja läheiset joilla kaikilla voi olla oma logiikkansa hoitaa ja auttaa ikääntynyttä. Zechnerin ja Valokiven mukaan valitettavan usein näyttää siltä, että ikääntyneen oma toimijuus sivuutetaan hoivan suhteen, koska ikääntyneen ihmisen toimijuus nähdään heikkona. Tämä tarkoittaa sitä, että vanhuksen hoivan tarve muodostuu helposti ikääntynyttä määrittäväksi ominaisuudeksi ja hänen omia voimavaroja; toimintakyvyn vahvuuksia ei riittävästi huomioida. (2009, 174–175.)

Palomäen ja Toikon mukaan vanhustyön arjessa on vahva tekemisen kulttuuri, vaikka oppiteksteissä korostetaan kohtaamisen kulttuuria. Vanhustyössä käytännön kohtaaminen ja tekeminen tulee asettaa rinnakkain, ei vastakkain. Tärkeää on kohtuus, eettisyys mitä voi vaatia ikääntyneeltä asiakkaalta kuitenkaan tekemättä asioita puolesta? Jatkuva eettistä pohdintaa, onko tekemisestä haittaa vai hyötyä sillä ne voivat olla hyvin lähellä toisiaan. (2007, 271–273, 281.)

Tällä hetkellä vanhustyö toteutuu ristiriitaisten arvojen keskellä; kunnioitus ja arvonnanto liitetään vanhuuteen ja vanhaan ihmiseen mutta toisaalta vanhustyön yhteiskunnallinen arvostus ja resursointi siihen eivät ole riittävällä tasolla. Kohtaamisessa ikäihminen näkee ja tuntee arvostamisen. Huonon toimintakyvyn omaava ikääntynyt ei aina tule kohdatuksi tasa-arvoisesti ja hänen autonomiaansa ei

kunnioiteta. Kävelevään vanhukseen suhtautuminen on erilaista, kuin vuoteenomana olevaan. (Palomäki ym. 2007, 279–280.)

2.3.3 Fyysinen toimintakyky

Yleisesti fyysinen toimintakyky jaotellaan yleiskuntoon, lihaskuntoon ja motoriseen taitoon. Kyky selviytyä arkisista askareista ja päivittäisistä perustoiminnoista sekä liikkumiskyky ovat fyysistä toimintakykyä. Miten onnistuvat ruoanlaitto, kaupassa asiointi, siivoaminen, wc-toiminnot, liikkuminen kotona ja kodin ulkopuolella, oma sairauksien hallinta ja sairauksien vaatima hoito sekä lääkitys, aistitoiminnot ja niiden vajavuudet, ihon kunto, kipu, ravitsemustila ja suun terveysongelmat ovat toimintakyvyn arvioinnissa huomioitavia fyysisiä tekijöitä. (Voutilainen 2009, 125, 129.)

Toimintakykyyn vaikuttavat ikääntymisen muutokset, jotka ovat luonteeltaan palautumattomia. Fyysisen toimintakyvyn osalta ikääntymiseen liittyy elimistön toimintakyvyn lieväasteinen heikentyminen joka heikentää elimistön puolustuskykyä ja lisää haavoittuvuutta. Ikääntyessä useimmilla muun muassa ryhti menee etukumaraan, tulee jäykkyyttä ja liikkeet hidastuvat luonnostaan. Aistitoiminnot heikkenevät, tulee muun muassa ikänäköä jolloin viimeistään tarvitsee hankkia silmälasit. Unen rakenne muuttuu, perusaineenvaihdunta hidastuu ja fyysinen aktiivisuus vähenee joten myös energian tarve laskee. Hermotoiminnassa viestin välitys hidastuu, joka näyttäytyy reaktiokyvyn heikentymisenä. Myös lihaskudosmuutoksia ja verenkiertoon liittyviä muutoksia tulee iän myötä. (Hytinen 2009, 47–49; Kettunen ym. 2009, 138–139.)

Fyysisen toimintakyvyn muutokset ovat selviä ja niitä on tutkittu eniten. Ne koostuvat lähinnä hengitys- ja verenkiertoelimistön, tuki- ja liikuntaelimistön sekä keskus- ja ääreishermoston toimintakyvystä. Ravitsemus, riittävä uni ja lepo, sopiva liikunta ja liikuntakyvyn ylläpitäminen vaikuttavat merkittävästi fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon. (Eloranta, T. Ym. 2008, 10, 42)

Fyysinen toimintakyky ja kunto ovat resursseja, jotka mahdollistavat myös psyykkisen ja sosiaalisen osallistumisen. Siten liikuntakunnon ylläpitäminen on tärkeää koska se vaikuttaa kokonaisuuteen. Kun ihminen on estynyt toteuttamaan tai jatkamaan oman elämänsä tärkeitä asioita haitat ilmenevät. (Helin 2007, 431.) Mahdollisuus terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen esimerkiksi harrastuksien; kuten ulkoilun kautta on ikäihmiselle tärkeää. Ulkoilu parantaa myös psyykkistä toimintakykyä, koska se tarkoittaa monelle ikääntyneelle suhdetta luontoon. Kyky liikkua kodin ulkopuolella taas edistää sosiaalisia suhteita, joita tulee vastaan jo asioimistilanteissa. (Heinola ym. 2007, 43.)

Yleisimpiin ikääntyvää väestöä rasittaviin sairauksiin ja niiden riskitekijöihin pystytään vaikuttamaan fyysiseen aktiivisuuteen kannustamalla ja ohjaamalla. Samalla kun kunto ja toimintakyky kohoavat, myös ikääntyneen elinvoima ja itsenäisyys lisääntyvät. (Hirvensalo, Rasinaho, Rantanen ja Heikkinen 2013, 484.)

2.3.4 Psyykkinen toimintakyky

Psyykkistä hyvinvointia ei voida kuvailla pysyvänä tilana, vaan se on enemmänkin muuttuva ja jatkuva prosessi jota muovaavat ihmisen omat elämänaikaiset kokemukset ja niin biologiset kuin psykologiset ympäristöön liittyvät tekijät (Saarenheimo 2013, 373).

Ikääntyneen ihmisen pitkän elämän aikana on muodostunut mielenterveys, joka käsittää kokemuksia huolenpidosta, onnistumisesta, pettymysten ja ongelmien kohtaamisesta, rakastettuna olemisesta, tai rakkautta vaille jäämisestä, avun saamisesta ja antamisesta muun muassa. Psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttaa eri ihmisillä eri geneettiset tekijät, lapsuuden kokemukset, elämän aikaiset vuorovaikutussuhteet, mahdollisuudet psyykkiseen kasvuun ja niin edelleen. (Saarenheimo 2013, 373–374, 379.)

Ydin mielenterveyden ylläpitämisessä on psyykkinen itsesäätely, joka tähtää hyvään elämänhallintaan. Tämä itsesäätely käsittää monenlaisia taitoja ja valmiuksia liittyen

tiedonkäsittelyyn, tunne-elämään, toimintaan ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Niitä ovat muun muassa kyky rauhoitella itseä, kyky sietää ja rauhoitella epämiellyttäviä tilanteita ja tunteita, kyky käsitellä stressiä ja kyky rajoittaa liiallisia murehtivia ajattelua. Mielenterveys muodostuu yksilöllisistä tekijöistä ja tilanne voi alati muuttua. Ihminen eri ikä- ja elämänvaiheessa pyrkii säilyttämään henkisen tasapainonsa ja kriisien sekä muutosten jälkeen pyrkii palauttamaan sen. (Saarenheimo 2013, 373–374, 379.)

Henkilön persoonallisuus, selviytymisstrategiat, tunteiden ilmaisu ja käsittelytaito, voimavarat, mieliala, mahdolliset mielenterveyden häiriöt tai sairaus, käytösoireet ja turvallisuus ovat arvioitavia asioita psyykkisen toimintakyvyn kannalta. (Voutilainen 2009, 129.) Hyvät ihmissuhteet ovat tärkeitä, kokemus perusturvallisuudesta sekä vakaa taloudellinen toimeentulo vaikuttavat. Itsenäisyys, itsearvostus ja sopeutumiskyky kuuluvat mielenterveyteen. (Eloranta, T. ym. 2008, 104.) Ikääntyessä mielenterveydelle on tärkeää tiedostaa elämän keskeinen päämäärä ja muodostaa käsitys mitä se on ollut tähän mennessä, miten se toteutuu nyt ja kuinka se toteutuu tulevaisuudessa (Hyttinen 2009, 50).

Kognitiivinen toimintakyky voidaan laskea osaksi psyykkistä toimintakykyä, tai laskea omaksi alueeksi, kuten usein tehdäänkin ikääntyneitä koskevassa teorialiedossa. Kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvät: päättelytoiminnot, muisti ja muistitoiminnot, lyhyt ja pitkäkestoinen muisti, puheen tuottaminen ja ymmärtäminen, visuaaliset toiminnot kuten hahmottaminen, motoriset toiminnot, kuten nopeus ja näppäryys sekä dementoivat sairaudet ja niiden hoito. (Voutilainen 2009, 129.)

Kognitiivinen toimintakyky muuttuu yksilön kehittymisen ja ikääntymisen myötä. Muista vanhenemismuutoksista poiketen, kognitiiviset vanhenemismuutokset eivät ole palautumattomia, jollei kyse ole muistisairaudesta. Kognitiivisia taitoja on mahdollista harjoittaa, niiden heikkenemisen taustalla on usein erilaisia sairauksia. Lähtötaso mitä henkilön kognitiivinen toimintakyky oli, ennen kuin heikkeneminen alkaa, on ratkaiseva. Mitä suurempi reservikapasiteetti on ollut, sitä pitempään se riittää kohtuullisen itsenäiseen elämään. Ensimmäisiä näkyviä kognitiivisia ikämuutoksia ovat uuden oppimisen vaikeutuminen ja suoritusnopeuden vaatimat

tehtävät, näitä kutsutaan joustavaksi älykkyydeksi. Ikääntyessä muistissa tapahtuu muutoksia, mutta se ei vaikuta uuden oppimiseen tai muutoksiin sopeutumiseen – kuten usein luullaan. (Eloranta, T. ym. 2008, 15; Hyttinen 2009, 51.)

2.3.5 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalista toimintakykyä ei voi tarkastella pelkästään yksilön ominaisuutena, sillä siihen vaikuttaa myös ympäristö. Sosiaalinen toimintakyky on moniulotteinen asia, ja sitä on haastavaa arvioida. Yhteiskunnan, ympäristön, yhteisön ja sosiaalisen verkoston mahdollisuudet vaikuttavat. Osallisuuden käsitteellä tarkoitetaan mukanaoloa, vaikuttamista asioihin sekä huolenpitoa ja yhteisesti rakennetusta hyvinvoinnista osalliseksi pääsemistä. Osallisuus on tavoiteltavaa ajatellen hyvinvointia. (Tiikkainen 2013, 284–287; Osallisuuden edistäminen 2015.)

Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät

- selviytyminen arkipäivän tilanteista
 - suoriutuminen rooleista
 - osallisuuden kokeminen
 - kanssakäyminen ystävien, sukulaisten ja tuttavien kanssa
 - yhteisyyden kokeminen
 - vuorovaikutussuhteiden muodostaminen ja niiden ylläpitäminen
 - vastavuoroinen sosiaalinen tuki
 - harrastaminen ja osallistuminen elämän eri tilanteisiin.
- (Tiikkainen 2013, 284–287.)

Ikääntyneen sosiaalista toimintakykyä haastavat iän tuomat muutokset kuten heikentynyt näkö ja kuulo sekä muutokset fyysisessä, psyykkisessä ja kognitiivisessa toimintakyvyssä. Sosiaalinen vuorovaikutus tarkoittaa aina yhteyttä toisiin ihmisiin ja sosiaalisia taitoja. Vuorovaikutuksessa oleminen ylläpitää sosiaalisia taitoja. On todettu, kosketuksen tuoma turva ja läheisyys sekä mahdollisuus itse koskettaa toista on ikäihmisillä erityisessä vaarassa jäädä saamatta. (Tiikkainen 2013, 284–287.)

Sosiaalista toimintakykyä voidaan arvioida kykynä ilmaista itseään, kykynä käyttää puhelinta/muita kommunikointivälineitä, asumismuotoa (yksin vai muiden kanssa), sosiaalisia verkostoja ja osallistumismahdollisuuksia toimintaan kodin ulkopuolella

(Voutilainen 2009, 129). Sosiaalisen verkoston tulisi täyttää ihmisen odotukset ja tarpeet. Verkoston muuttumisen todennäköisyys kasvaa iän myötä. Sosiaalisuus on yksilöllistä ja kulttuurisidonnaista. Osallistumiseen vaikuttavat varallisuus, koulutus ja sosiaalinen asema. Sosiaalinen aktiivisuus pitää yllä itsearvostusta, tarpeellisuuden tunnetta, uskoa omiin kykyihin ja itsetuntoa. Osallistumalla sosiaalisiin tilanteisiin on mahdollista säilyttää sekä saada uusia ystävyssuhteita. Sosiaaliset roolit edistävät terveyttä ja ovat voimavaroja. (Lyyra & Tiikkainen 2009, 70–71, 79–80.)

Kehittyneitä ihmissuhdetaitoja ja sallivuutta pidetään ikääntyneiden sosiaalisina voimavaroina. Ikääntymiseen liittyy uusia rooleja, ja perheen merkitys kasvaa. Kaikilla ihmisillä on oma sukupolvensa, ja sukupolvikokemus vahvistuu ikääntyessä. (Hytinen 2009, 52–54.) Ystävyyden myönteinen vaikutus hyvinvointiin ja terveyteen on saanut tukea tutkimuksista enenevässä määrin (Tiikkainen 2013, 287–288.)

Luotettavat ihmissuhteet, ystävien ja perheen kanssa ovat ikääntyneille tärkeitä. Jos tällaisia ei ole, se voi aiheuttaa masentuneisuutta, yksinäisyyttä ja turvattomuutta. Yksinäisyyttä koetaan ikääntyneiden keskuudessa yleisesti tutkimusten mukaan. Jokainen ihminen kokee yksinäisyyden omalla tavallaan. Useimmiten yksinäisyydellä tarkoitetaan kielteistä kokemusta. Yksinäisyyttä pidetään yleisenä ikääntyneiden sosiaalisena ongelmana, ja se vaikuttaa myös psyykkiseen hyvinvointiin. (Tiikkainen 2013, 287–288.)

Yksinäisyys voi olla myös myönteinen kokemus, silloin kun se on toivottavaa, vapaaehtoista ja ihmistä rauhoittavaa. Yksin olo on myös hyvä asia. Kielteinen yksinäisyys on ei-toivottavaa ja ahdistavaa, eikä sen kokemuksesta pääse irti helpolla. Toimintakyvyn heikkeneminen, luopumiset; esimerkiksi läheisten kuolemat tai asumisolosuhteiden muutos liittyvät usein ikääntyneen kielteiseen yksinäisyyteen. Yksinäisyys myös heikentää toimintakykyä, joka johtaa avuntarpeen lisääntymiseen. Yksinäisyyden tunnistaminen voi olla vaikeaa, toisin kuin siihen usein liittyvien asioiden kuten masentuneisuuden ja sosiaalisen eristäytyneisyyden tunnistaminen. Yksinäisyyttä voi kokea, vaikka olisi paljon ihmisiä ympärillä jos ihmissuhteista ei saa itseä tyydyttävää tunnetta. Yksinäisyyttä hävetään, ja tämänhetkisen yksinäisyyden myöntäminen voi olla vaikeaa. (Routasalo 2009, 184–185, 187.)

2.3.6 Ympäristö

Ihminen on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa, joten ympäristö tulee ottaa aina huomioon toimintakykyä tarkastellessa. Toimintaympäristöllä tarkoitetaan niin fyysistä, kuin psykososiaalista ympäristöä. (Kettunen ym. 2009, 11.) Hoivaa tarvitseva ihminen voi tarvita apua muun muassa peseytymisessä, kävelemisessä, sängystä ylös nousemisessa ja syömisessä. Ikääntyneen ihmisen kohdalla nämä ovat usein toimintoja, joista hän on selvinnyt aiemmin itsenäisesti. Kodin tilaratkaisut vaikuttavat hoivan tarpeeseen, fyysiset tilat vaikuttavat millaisiin asioihin apua ja hoivaa tarvitaan, kuinka auttaminen onnistuu ja millainen on kokemus hoivasta kotona. Jos ympäristö tukee liikkumista, hoivan tarve on pienempi kuin ympäristössä, jossa on esteitä liikkumiselle. Varsinkin pesutilojen toimivuus on keskeistä hoivaa tarvitsevan ihmisen kotona selviytymisen kannalta. Jos verrataan laitospaiseen asumiseen, kodit ovat usein sokkeloisempia ja ahtaampia sekä mahdollisesti useassa kerroksessa. (Sointu 2009, 181–182.)

Turvallinen fyysinen ympäristö on osin ikääntyneen toimintakyvyn tukemista. Kartoittamalla tarvittavia asunnonmuutostöitä ja varmistamalla ikääntyneelle sopivat kulkureitit sekä tarvittavat muutokset kodin järjestelyissä, esteettömyydessä minimoidaan tapaturmariskit. Turvallinen ympäristön luominen tapahtuu yhdessä ikääntyneen asiakkaan kanssa, jonka tulisi ymmärtää miksi muutokset ovat tarpeellisia. (Lähdesmäki ym.2009, 41.)

Fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan rakennettua eli ihmisen rakentamaa ja muokkaamaa ympäristöä ja luontoa. Vuodenajat vaikuttavat fyysiseen ympäristöön, liikuntarajoitteinen ei voi samalla tavalla liikkua lumisella, jäisellä alustalla kuin vaikkapa asfaltilla. (Kettunen ym. 2009, 11,17.)

Laajasti ajatellen psykososiaaliseen ympäristöön kuuluu koko yhteiskunta rajoituksineen ja mahdolluuksineen. Tärkeimpinä vaikuttajina ovat ihmiset henkilön toimintaympäristössä kuten omaiset, läheiset, naapurit, kotihoidon työntekijät ja

muut ihmisen elämässä vaikuttavat ihmiset. Vuorovaikutuksella toisten kanssa on suuri merkitys ajattelevalle ja tuntevalle, yhteisölliselle ihmiselle. Normaaliin päivittäiseen vuorovaikutukseen kuuluvat väärinymmärrykset, tulkinnan erot ja epävarmuus, koska ihmiset ovat vain osittain rationaalisia, eli järjen varassa toimivia olentoja. (Kettunen ym. 2009, 13–15)

Kulttuuri on olennainen vaikuttaja psykososiaalisessa ympäristössä. Kulttuuri määrittää opittuja ja omaksuttuja käyttäytymis- ja toimintamalleja, tulkintaa, arvoja, asenteita ja käyttäytymissääntöjä. Sosiaali- ja terveysalaan liittyvä kulttuuri on sitä, että asiakas voi toimia sen mukaan, kuinka olettaa hänen odotettavan toimia. Ikääntyneet ihmiset ovat eläneet suomalaista historiaa ja läpikäyneet omat kehitysvaiheensa lapsuudesta vanhuuteen aina sen ajan mahdollisuuksien mukaan. (Kettunen ym. 2009, 13–15; Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 548–549.)

Minäkäsitys vaikuttaa ihmisen toimintaan, omaksutaan eri rooleja eri tilanteissa. Toimintakyvyn muuttuessa on opittava uudenlaisia toiminta- ja ajattelumalleja, jotka auttavat määrittelemään minäkäsityksen uudestaan ja auttaa toimeen tulemisessa. Tähän vaikuttavat kaikki elämän ihmiset ja yhteiskunta. Paikallisuus, yksilöllisyys ja kokemuksellisuus vaikuttavat tapaan vanheta. Vanhenemisen kokemus määrittyy ihmisen omalle vanhenemiselleen ja vanhuudelle yleisesti annettuihin merkityksiin. (Kettunen ym. 2009, 13–15; Koskinen ym. 2008, 548–549.)

2.3.7 Toimintakyvyn arviointiin käytettävät mittarit

Toimintakykyä mitataan erilaisin mittarein. Tuloksia käytetään palveluiden myöntämiseen, seuraamiseen ja arviointiin. Fyysiseen toimintakykyyn löytyy monia mittareita mutta psyykkisten ja sosiaalisten asioiden mittaaminen on vaikeampaa. Sosiaalisten kontaktien numeerisella määrällä ei voida sanoa sosiaalista toimintakykyä yleisesti hyväksi tai huonoksi. Aivan kaiken kattavaa toimintakyvyn mittaristoa ei todennäköisesti pystytä luomaan, mutta tarvitaan kuitenkin yhteisesti sovittuja sosiaali- ja terveydenhuollon työkaluja joilla voidaan arvioida ja seurata. (Laukkanen 2007, 261–262.)

Toimintakykyä mittaamalla ja havainnoiden arvioimalla haastattelun lisäksi on mahdollista huomata alkava toimintakyvyn häiriö jo ennen kuin se vaikuttaa päivittäisiin toimintoihin. Mittareiden tulee olla riittävän erottelukykyisiä ja tarkoituksenmukaisia. (Laukkanen & Pekkonen 2013, 313.)

Mikkelissä käytössä olevia mittareita kotihoidon tarvetta arvioitaessa ovat mm. RaVa-indeksi, MMSE- muistitesti ja GDS15- masennustesti. (Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja 2014, 21). Rava- mittarin avulla mitataan päivittäisiä perustoimintoja. Sen käyttötarkoitus on mitata toimintakykyä ja avuntarvetta, mittari on laajassa käytössä Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toimia.fi tietokannan mukaan Rava- mittari sopii varauksella tähän arviointiin, sillä pätevyydestä ja toistettavuudesta ei ole riittävästi luotettavaa tietoa. Toimia-tietokanta on toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallisessa asiantuntiverkostossa kehitetty. Rava- mittarin tueksi tulisi tehdä MMSE-muistitesti sekä GDS-15-masennustesti- suosittelee ylläpitotaho. Rava- mittarin omistaa Suomen Kuntaliitto ja se on FCG Finnish Consulting Group Oy:n lisensoima. (Soveltuvuus iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin: Arvioitu mittari: RAVA™ -mittari 2012; Tervetuloa toimia-tietokantaan 2014; Mikä on RAVA-mittari n.d.)

MMSE- muistitesti soveltuu luotettavasti arviointiin, esimerkiksi kun kotihoitoa myönnetään muistisairauden perusteella. Se on nopea ja kevyt sekä laajalti tunnettu mittari, jota käytetään kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin. (MMSE-testin käyttö iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä 2012.)

GDS15- masennustesti koostuu 15 kysymyksestä mielialaan liittyen, joihin vastataan kyllä, tai ei. Se soveltuu luotettavasti arvioimaan ikääntyneiden masennusoireita. (GDS-15, Myöhäisiä depressioseula 2013.)

2.4 Toimintakyvyn tukeminen ja osallisuus

Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja tukeminen harvoin keskittyvät vain yhteen näistä alueista tähtäävänä toimintana (Ruoppila 2002, 147). Asiakas ja hänen voimavaransa ovat lähtökohtana toimintakyvyn tukemisessa, ja hoitaja auttaa häntä vain tarvittaessa. Toimintakykyä edistävän toimintamallin käyttö vaatii enemmän työaika ja henkilöstön määrää kotihoidossa, sillä asiakkaan voimavarojen monipuolinen hyödyntäminen ja yhdessä tekeminen vie enemmän aikaa kuin passiivinen puolesta tekeminen. (Ikonen 2013, 61, 163.)

Kun toimintakyky heikkenee, ikääntyneen täytyy määrittää elämänlaatussa sisällöt uudelleen. Kotihoidon henkilöstön ja jokaisen hoitajan tulee voida arvioida, milloin asiakas selviää jossain itsenäisesti, milloin tarvitsee tukea ja milloin puolesta tekemistä. Toimintakyvyn tukeminen on prosessi, jossa toiminnat ja hoitotoiminnot liittyvät loogisesti toisiinsa. Moniammatilliset resurssit ovat tarpeen, että haluttuihin tuloksiin voidaan päästä. Toimintakyvyn kokonaisvaltainen arviointi vie laadukkaaseen toimintakyvyn tukemiseen, johon liittyy myös asiakkaan elämäntarinan kerääminen ja kirjaaminen, hoitosuunnitelman laatiminen ja monipuolisten tukemisen menetelmien ja aktiviteettien käyttöä. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 21–22.)

Kuntoutumista ajatellen yksilön omien toiveiden ja mahdollisesti hänen läheistensä tarinan kuunteleminen on keskeistä kartoittaessa toimintakykyä, se on onnistuneen toiminnan perusedellytys (Laukkanen 2007, 261–262). Omien voimavarojen käyttämisen mahdollisuus tuo ikääntyneille hyvää mieltä, sisältöä elämään ja tarpeellisuuden tunteen. Oleellista on se että työntekijät tukevat ikäihmisten omaisten ja läheisten arjessa mukana oloa, sillä se edistää asiakkaan yleistä toimintakykyä. (Heinola ym. 2007, 42.)

Ikäihmisten voimavarojen tukeminen voi tarkoittaa uudelleen organisointia kotihoidon työssä, mikä voi tarkoittaa aluksi lisää aikaa asiakkaalle. Kuitenkin pitkällä aikavälillä toimintakykyä ja voimavaroja tukeva työote voi vähentää laitospaikkojen ja muun ympärivuorokautista hoitoa vaativien paikkojen tarvetta. Keskeistä on myös

hoitajan ja asiakkaan luottamus ja molemmin puoleiseen vuorovaikutukseen perustuva suhde. Omahoitajan nimeäminen on tärkeää ja (nykyään) lakisääteistä, sekä tavoiteltavaa on asiakkaaseen tutustuminen, elämänhistorian sekä elämäntilanteen tunteminen. (Heinola ym. 2007, 42.)

2.4.1 Kuntouttava työote

Vanhuspalvelujen sisällöt ovat viime vuosikymmeninä laajentuneet hoivasta ja huolenpidosta ennaltaehkäisevään ja kuntouttavaan toimintaan. Gerontologinen tutkimus- ja kehittämistoiminta on laajentanut näkemystä vanhenemisesta. (Pikkarainen 2013, 130.) Kuntouttava työote on tapa tehdä työtä, joka eroaa kuntoutuksen käsitteestä. Kuntoutuksella tarkoitetaan kuntoutuspalveluita ns. täsmällistä kuntoutusta. Käsitteellisesti kaikki hyvinvointia ja toimintakykyä tukeva ja edistävä toiminta ei ole kuntoutusta. Kuntoutuspalvelut tulisi olla oikea-aikaisesti järjestettyjä niitä tarvitsevalle asiakkaalle, kuntoutustarpeet ovat rajattomat mutta resurssit rajalliset. (Monialainen kuntoutus -tilannekatsaus 2015, 16–17.)

Yleisesti kuntoutukseen erikoistunutta henkilöstöä on hoito- ja palveluhenkilöstöä vähemmän. Kotihoidon hoitava henkilöstö käy päivittäin asiakkaiden luona, ja näin ihminen saa tarkoituksenmukaista harjaannusta ja kuntoutusta päivittäisten toimintojen yhteydessä. Helin kuvaa, että kuntouttava työote tarkoittaa sitä, että perushoidon ja kuntouttavan toiminnan välille ei tehdä tarkkaa eroa. Kaikkien asiakkaiden kanssa olisi hyvä toimia niin, että ne edistävät juuri hänen omaa toimintakyvyn ylläpitämistä ja aktiivista kuntoutumista, ajatuksena että asiakas itse on aktiivinen toimija. (Helin 2002, 64.)

Eloranta S. väitteli vuonna 2009 aiheesta Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyö ikäihmisten kotona asumisen tukemisessa (Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration). Keskeisenä tuloksena ikääntyneiden ihmisten haastatteluista ja kyselystä ilmeni, että tunne oman elämän hallinnasta ja päätös pysyä aktiivisena eli selviytyminen mahdollisimman itsenäisenä oli hyvin tärkeää ikääntyneille kotihoidon asiakkaille. Tulos saatiin kyselystä, johon

vastasi 120 erään Länsi-Suomalaisen kunnan kotihoidon yli 65-vuotiaista asiakasta. (2009, 5,35.)

Asiakasta tulisi tukea hänen toimintakykynsä rajoissa selviytymään mahdollisimman itsenäisesti huomioiden suorituskyvyn rajat, niin että jäljellä oleva toimintakyky säilyy. Kotihoidon työntekijöiden tulee auttaa asiakkaita löytämään jäljellä olevat voimavarat ja saada ne maksimaaliseen käyttöön. Voimavaroja voisi kuvata toimintakyvyn ja suorituskyvyn erotuksena, mitä vanhus tekee päivittäisistä toiminnoista suoriutuakseen. Mahdollisesti viranomaisen tai läheisten asettamat säännöt tai ohjeet voivat estää asiakasta toimimasta. Esimerkiksi jos omatoimista pukemista kielletään tekemästä jostain syystä, vaikka hän siihen kykenisi, ikääntynyt voi toimia ohjeen mukaan. (Nummijoki 2009, 96–97.)

Työotetta ohjaavat etiikka, arvot, ihanteet ja periaatteet. Kotihoitotyössä ammattilaiset tekevät toisinaan asiakkaan, tai omaisten puolesta päätöksiä, joten ammattilaisen tulee tiedostaa omat, työyhteisön ja palvelujärjestelmän eettiset periaatteet. Asiakkaan ohjaamisessa etiikka on tärkeää, että voi punnita mikä todella on esimerkiksi kuntouttavaa ja toimintakykyä edistävää milläkin hetkellä. Kotihoidon eettisyyttä ohjaavat säädökset ja terveydenhuollon eettiset periaatteet; jotka on laatinut valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) (Ikonen 2013, 190, 192–193.)

2.4.2 Asiakaslähtöisyys

Asiakkaan tulee olla palvelun lähtökohta ydin vanhuspalveluissa. Kuinka toivoisin itseäni kohdeltavan? – toimii asiakaslähtöisyyteen pyrkiessä. Asiakkaita tulisi kuunnella jatkuvasti herkällä korvalla ja palvelut tulisi rakentaa heitä varten. On tutkittu, että suurin osa ikääntyneistä haluaa asua kotona mahdollisimman pitkään. Oma koti on elämänlaadun kannalta paras paikka, koska tukee itsemääräämisoikeutta, osallisuutta ja mielekästä tekemistä.

Vanhuspalvelulaissa ohjattiin kuntia perustamaan vanhusneuvosto päätäntäelimien tueksi. Kuntien tulee turvata vanhusneuvoston toimintaedellytyksiä sekä varmistaa sen roolin vaikuttajana. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013, 21, 79) Mikkeliissä vanhusneuvoston toimintasääntö on hyväksytty kaupunginhallituksessa 2001 ja se varmistaa vaikuttamismahdollisuuden ollen kaupungin johto- ja ohjesääntöjen mukaan yhteistyöelin (Mikkelin kaupungin vanhusneuvoston toimintasääntö, 2004).

Elämän mielekkyyteen vaikuttaa myös mahdollisuus harrastaa ja olla aktiivinen. Iän myötä harrastuksista vähitellen luovutaan ja toiminta keskittyy kotiin. Oleellista olisi selvittää, onko ikääntynyt tyytyväinen harrastuksiinsa ja aktiivisuuteensa, koska tilanteen kokeminen sopivaksi hänelle ennustaa parhaiten ikääntyneen aktiivisuutta myös tulevana vuosina. Kuntouttavaa kotihoitoa on tarjota ikäihmisille tuttuja toimintoja tai harrastuksia joko mukautettuna tai helpotettuna. Vaikka toiminto ei olisi yhtä omatoimista ja tehokasta kuin ennen fyysisiltä ominaisuuksiltaan, kokemus voi olla yhtä merkityksellinen. Jotta kotona asumisen tukeminen toteutuu, kotihoidon asiakkaan tulisi voida nähdä itsensä tutuissa rooleissa, eikä vain autettavana, vanhana, sairaana ja palveluista riippuvaisena. Esimerkiksi päiväkeskustoiminta ja tapahtumiin osallistuminen ovat yhteisöllisiä terveyden edistämisen muotoja. (Pikkarainen 2007, 95, 99, 105–107.)

Järvikosken ja Härkäpään (2011, 187–190) mukaan kuntoutuksen asiakastyössä voidaan karkeasti sanoa toteutettavan joko asiantuntijakeskeistä tai kuntoutujalähtöistä mallia. Ikäihmistä jolla on toimintakyvyn ja osallistumisen vaikeuksia voidaan ajatella kuntoutujaksi. Asiantuntijakeskeisessä mallissa keskitytään arviointiin ja työntekijä määrittelee etenemisen suunnan ja tahdin. Tällöin asiantuntijatieto saa korkeamman arvon, kuin asiakkaan oma tulkinta.

Asiakaskeskeisessä mallissa taas asiakas on itse aktiivinen ja osallistuva toimija, oman elämänsä asiantuntija. Kuntoutuja pyrkii itse hallitsemaan ja suunnittelemaan omaa elämäänsä ja määrittää omat tavoitteensa. Työntekijä on tällöin asiakkaan yhteistyökumppani jolloin vuorovaikutussuhde on tasa-arvoinen. Työntekijä tuo

asiakkaan käyttöön osaamisensa ja asiantuntemuksensa joka auttaa asiakasta päätöksenteossa. (2011, 187–190.)

Vanhuksen omat voimavarat hoidon resurssina on tärkeää Hollannissa, Ruotsissa ja Tanskassa. Järjestelmät ja sairaalat suunnitellaan potilaslähtöisesti niin, että vanhuksen etu on ensisijainen, joka nykyinen eurooppalainen käytäntö. Suunnitteluperiaatteena asiakaslähtöisyys ei yksinkertaista työtä, mutta vanhuksen omat resurssit hoidon toteuttajana on Suomessa aliarvioitu ja vanhusten huollon osaaminen ei ole tarpeeksi asiakaslähtöistä. (Vauramo 2013, 18,20.)

2.4.3 Ikääntyneiden kuntoutuksen merkitys

Kuntoutuksella on vaikuttavuutta, vaikka sitä tarjottaisiin asiakkaalle korkeassakin iässä. Tuloksia on mahdollista saada, vaikka kyseessä olisi huonokuntoinen asiakas, sillä tällöin kuntoutuksen tavoite on ylläpitää olemassa olevia voimavaroja. Vaikka ikääntyneen asiakkaan kuntoutuksen tulokset näyttäisivät vaatimattomilta, ovat ne merkityksellisiä hänelle ja hänen elämänlaadulleen. Riippumatta ikääntyneen kunnosta, kuntoutuksen mahdollistaminen on tärkeää, koska se edistää jo syntyneiden toimintakyvyn vajeiden korjaantumista ja toimii ehkäisevänä vanhustyönä. Tärkeintä on ylläpitää olemassa olevia voimavaroja. Tavoite ensisijaisesta kotona asumisesta ei toteudu ilman kuntoutusta. (Koskinen ym. 2008, 547–548.)

Yhteenvetona toimintakyvyn tukeminen, kuntouttava työote ja asiakaslähtöisyys ovat tärkeitä siksi, että avuntarpeeseen pystyttäisiin vastaamaan myös tulevaisuudessa. Näiden elementtien huomioiminen vanhustyössä ovat tärkeitä, vaikka resurssit ja kustannustehokkuus määrittävät mahdollisuudet. Kuntouttava toiminta tuo kieltämättä lisää kustannuksia, mutta se tuo myös säästöjä pitkällä aikavälillä onnistuessaan. On tärkeää jatkuvasti kehittää palvelurakennetta ja toimintatapoja. Kuntouttavalla toiminnalla on tärkeä rooli siinä, että ikääntyneet asiakkaat pärjäävät kotona. Elämänlaatu on tärkeä mittari arvioidessa laatua, jota palvelut tuottavat.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa miten ikääntyneiden toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukeminen toteutuu säännöllistä kotihoitoa saavien asiakkaiden arjessa, työntekijöiden näkökulmasta. Kartoitettiin miten, ja millaisissa asioissa kuntouttavaa työtä toteutetaan työntekijöiden toimesta. Kohderyhmän työ toteutuu päivittäisillä kotikäynneillä. Tutkimusaiheeni näkökulmasta kotihoidon työntekijä käy asiakkaan luona, tukee asiakkaan toimia ja käynnistää siitä seuraavia toimintakykyä ylläpitäviä toimenpiteitä ja palveluita.

Päättutkimuskysymyksinä olivat

- 1 Miten vastaajat kuvaavat kuntouttavaa toimintaa ja toimintakyvyn tukemista työssään?
- 2 Miten vastaajat perustelevat omaa kuntouttavaa työtapaansa ja sen esteitä?
- 3 Millainen on kuntouttavan työn nykytila ja millaista kehittämistä kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn edistäminen vaatii?

Opinnäytetyön tuloksien perusteella on tavoite nähdä, mitä asiakkaiden toimintakyvyn tukeminen on nyt ja kuinka sitä voisi kehittää tulevaisuudessa. Tuloksien tarkoitus on ilmentää, toteutuuko tällä hetkellä kuntouttava työote ja mitä hyötyä siitä näyttää olevan asiakkaille, kun toimintakykyä tuetaan. Kuvaan tulosten pohjalta, millaisia kehittämistarpeita näyttää olevan.

4 TUTKIMUKSEEN VALMISTAUTUMINEN

4.1 Opinnäytetyön tausta

Opinnäytetyön aihe tuli Mikkelin kaupungin kotihoidolta kesällä 2014. Olin aiemmin ilmaissut kiinnostukseni tehdä opinnäytetyö työelämälähtöisesti koskien iäkkäiden

asioita kaupungin sosiaali- ja terveystoimen rekrytointikoordinaattorille.

Opinnäytetyöni käynnistyi syksyllä 2014 aiheen muotoilulla ja rajauksella.

Suunnitelmaksi muodostui, että toteutin aluksi pilottitutkimuksena hoitotyötä tekeville työntekijöille ryhmähaastattelun. Tein sen osana työelämälähtöinen kehittämistoiminta- opintojaksoa, kehittämistyönä sisällyttäen opinnäytetyöhön. Tämän pilottitutkimuksen tuloksien avulla laadin kyselyn, jonka tarkoituksena oli saada määrällistä tietoa aiheesta. Opinnäytetyösuunnitelman hyväksymisen jälkeen alkoi työskentely marraskuussa 2014.

Tutkimusluvan sain Mikkelin vanhuspalvelujen johtajalta. 10.11.2014 (Liite 1.) Sopimus opinnäyteyhteistyöstä allekirjoitettiin opinnäytetyöni toimeksiantajan edustajien vs. osastonhoitajan ja kuntoutusohjaajan kanssa 6.11.2014. He työskentelivät 2014 kotihoidon palveluohjausyksikössä. Nykyisin 2015 organisaatiomuutoksena uudet asiakkaat ohjautuvat palveluiden piiriin palveluneuvon kautta, joka on uusi yksikkö.

Opinnäytetyön raportissa on tärkeä avata oleellisilta osin käsitteet jotka liittyvät aiheeseen. Teoriapohjaa muodostin ennen toiminnallisia osuuksia sekä muotoilin tekstiä raporttiin talven 2015 aikana. Teoriatietoa löytyi helposti ja keskityinkin lähdekritiikkiin, mikä on olennaista aineistoon nähden.

Työssä on pyritty noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä koko prosessin ajan. Olen pohtinut työn eettistä vastuullisuutta ja oikeaa toimintatapaa työn kaikissa vaiheissa. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 4-7.)

4.2 Aiemmat opinnäytetyöt

Perehdyin aiemmin tehtyihin ammattikorkeakoulutasoisiin opinnäytetöihin, ikääntyneiden toimintakyvyn tukemista on käsitelty AMK- ja YAMK – opinnäytetöissä aiemminkin.

Kuntoutuksen ohjaajiksi (AMK) valmistuneiden Ojansivun ja Pekkolan opinnäyte on aiheeltaan ”Edetään pikkuhiljaa, asia kerrallaan” Kotihoidon kuntouttava ja voimavaralähtöinen työote asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa. He tekivät vuonna 2012 Jyväskylän kaupungin kotihoidon työntekijöille lomakekyselyn jonka tuloksena oli määrällistä ja laadullista tietoa aiheesta. Keskeisenä tuloksena oli, että kuntouttava työote on käytössä, mutta kiire ja ajanpuute kuntouttavaan toimintaan nähden koettiin ongelmana.

Ketola on tehnyt vuonna 2012 hoitotyön (AMK) opinnäytetyön aiheesta kotihoidon asiakkaan toimintakykyä tukeva hoitotyö. Siinä käsitellään toimintakyvyn edistämistä kotihoidossa hoitotyön näkökulmasta. Keskeisenä tuloksena laadullista tietoa tavoittelevista teemahaastatteluista ilmeni, että tärkeintä toimintakykyä tukevassa työssä on olla tekemättä asiakkaan puolesta mitään, mitä hän itse kykenisi. Asiakaslähtöisyyttä, sekä omaisten tukemista ja ohjaamista toimintakyvyn tukemiseen pidettiin tärkeänä.

Knuutinen on tehnyt 2013 YAMK Kuntoutuksen koulutusohjelman opinnäytetyön aiheesta kuntouttavan työotteen mallin kehittäminen Pälkäneen kunnan kotihoitoon. Työ on tehty kehittämishankkeena jonka tarkoitus oli edistää tietoisuutta kuntouttavasta työotteesta ja sitä on viety käyttöön hankkeessa. Tässä toimintatutkimuksena aineisto kerättiin haastatteleamalla henkilökuntaa. Niistä saatujen tulosten perusteella laadittiin kuntouttavan työotteen malli. Sen avulla hoitajien tietoisuus asiasta lisääntyi, käytäntöjä kehitettiin ja luotiin konkreettisia työkaluja kuntouttavan työotteen käyttämiseksi.

Lisäksi perehdyin Mikkelin kaupungin kotihoidolle tehtyihin opinnäytetöihin. Viimeisimpänä opinnäytetyönä on sosionomiksi (AMK) valmistuneen Kaipaisen 2014 tekemä Mikkelin kotihoidon asiakastyytyväisyyskysely. Keskeisenä tuloksena siinä oli, että asiakkaat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä kotihoidon palveluun. Kyselyyn vastasi 100 asiakasta, 77,5 % otannasta. Kritiikkinä esille nousi se, ettei henkilökunnalla ole riittävästi aikaa käynneillä. Kolmannes asiakkaista vastasi, että hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei ole heille tehty. Omahoitajuutta pidettiin hyvänä asiana. Kouluarvosanalla kotihoito sai keskiarvoksi 8,2. (2, 21.)

4.3 Pilottivaiheen kuvaus

Pilottivaiheessa toteutin Mikkelin kotihoitohenkilöstön ryhmähaastattelun, jonka tavoitteena oli auttaa perehtymisessä opinnäytetyön aiheeseen. Tätä opinnäytetyötä voi kuvata 2-vaiheisena. Ryhmähaastattelun (1.vaihe) avulla valmistauduin varsinaisen opinnäytetyöhön, kyselyn laatimiseen (2.vaihe).

Kun lomakkeen tekemisen apuna käytetään pilottitutkimusta, lomakkeen laadintaan vaikuttavia näkökohtia voidaan tarkistaa. Se helpottaa kysymyksien muotoilua, selkeyttä, sanavalintoja ja kysymyksien määrän sekä järjestyksen pohdintaa. Tutkimuksen aihe on vastaamista ajatellen tärkein seikka. Kuitenkin lomakkeen laadinta ja kysymysten muodostus vaikuttavat tutkimuksen onnistumiseen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 198, 202–204.)

Etuna ryhmähaastattelussa on sen tehokkuus, saadaan samanaikaisesti vastauksia usealta osallistujalta. Ryhmän jäsenet myös voivat auttaa toista muistamaan jotain mikä ei sillä hetkellä tule mieleen. Onnistuneessa ryhmähaastattelussa ryhmähenki on usein myös rennompi, kuin yksilöhaastattelussa. On tyypillistä käyttää ryhmähaastattelua tutkimukseen orientoituessa ja tutkimuksen suuntaamisen apuna. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Ryhmähaastattelua käytettäessä aineistonkeruutapana on suositeltavaa, että haastattelijalla on siitä kokemusta, sekä koulutusta ryhmädynamiikan ja ryhmässä tapahtuvan vuorovaikutuksen hallinnasta. Aineiston käsittely on myös melko työlästä ja vaatii tekstiaineiston analyysitaitoja. (Ryhmähaastattelu n.d.)

Toiveissani oli kerätä aineisto haastatteleamalla ja toimeksiantajan toiveissa oli ryhmähaastattelu. Ajatellen AMK- opinnäytetyön vaatimuksia ja kokemattomuuttani ryhmähaastattelusta, se sopi aineistonkeruumenetelmänä pilotiksi. Sain tehdä ryhmähaastattelun osana työelämälähtöinen kehittämistoiminta- opintojaksoa (5op), kehittämistyönä sisällyttäen opinnäytetyöhön. Varsinaisen opinnäytetyön laajuus on

15 op. Ryhmähaastattelun tein kehittämistyön vaatimuksilla, joten tekstiaineiston analyysitaitoja ja kouluttautumista ryhmähaastattelun hallintaan ei vaadittu.

Tein ryhmähaastattelun osuudesta erikseen suunnitelman ja myöhemmin raportin työelämlähtöinen kehittämistoiminta- opintojakson vaatimusten mukaisesti. Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna. Ryhmäkeskustelun kysymykset perustuivat kokoamaani teoriaan.

Osallistujat työskentelevät Mikkelin alueella, eivät liitoskunnissa. Osallistuminen oli työaika kotihoidon vs. esimiehen luvalla. Kirjoitin saatekirjeen, jossa oli alustavat haastattelukysymykset mukana. Saatekirjeessä (Liite 2.) huomioin eettisesti osallistujien informoinnin (Kuula 2006, 102–103).

Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista itsemääräämisoikeutta kunnioittaen ja haastattelijana varmistan, että osallistujat jäävät anonymieiksi aineistossa. Salassapitovelvollisuutta noudatetaan, haastattelun aineiston hävitän asianmukaisesti, kun opinnäytetyöni on hyväksytty.

Haastattelu pidettiin marraskuussa 2014. Paikalla oli 8 kotihoidon työntekijää. Mikkelissä suurin osa säännöllisen kotihoidon asiakkaista on iäkkäitä, joiden toimintakyvyn tukemiseen haastattelussa sovittiin keskittyttävän aiheen mukaisesti. Osallistujat ovat koulutukseltaan lähihoitajia ja sairaanhoitajia, joiden työnkuva on asiakastyöltään yhtäläinen.

Teeman mukaan pyysin osallistujia kuvaamaan päivittäistä työtään toimintakyvyn tukemisen, kuntouttavan työotteen näkökulmasta. Kokosin haastattelun raportiksi, kuuntelin haastattelunauhoitusta läpi ja kirjoitin ylös aiheeseen liittyvät asiat yhteenvedoksi sekä jaottelin haastattelun tuotoksen SWOT – nelikenttäanalyysi taulukkoon, joka on käytännöllinen ja yksinkertainen työkalu kehittämiseen ja arviointiin sekä ongelmien tunnistamiseen. (Liite 3.)

Lyhenne SWOT tulee englannin sanoista Strengths (vahvuudet), Weaknesses (heikkoudet), Opportunities (mahdollisuudet) ja Threats (uhat). SWOT-analyysin

käyttö on suosittua useilla tieteenaloilla. Työkalun tarkoitus on tuottaa selkeä kokonaiskuva, tiivistelmä tilanteesta. Lähtökohtaisesti SWOT -analyysiä voidaan käyttää eri ajanjaksoihin, tässä käsittelen tämän hetken tilannetta. SWOT on aina subjektiivinen, ja olen jaotellut asiaa siten, kuinka sen tulkitsen haastattelun perusteella. Sama asia, esimerkiksi uusi toiminnanohjausjärjestelmä voi olla tekijästä ja näkökulmasta riippuen vahvuus tai heikkous, toisaalta sen kehittyminen on myös mahdollisuus. Organisaatio voi käyttää SWOT – analyysia hyväksi kehittämistyössään. (mukaillen Vuorinen 2014, 88–89.)

4.4 Pilottivaiheen tulokset

Ryhmässä osallistujat haastettiin keskustelemaan omasta työstään konkreettisten esimerkkien kautta. Kerrottiin esimerkiksi mitä on tehty sinä päivänä, tai viime vuorossa kotikäynnillä. Seuraavaksi esitän keskeiset tulokset, joiden perusteella laadin varsinaisen opinnäytetyön kyselypohjan.

Fyysinen toimintakyky nähtiin helposti tuettavaksi työssä. Psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä tuetaan kysymällä kuulumisia ja tekemällä asioita yhdessä. Haastateltavat pitivät toimintakyvyn tukemista tärkeänä osana työtään.

Asiakas saattaa passivoitua yleisesti toimintakyvyn aleneman vuoksi ja tarvitsee motivoimista kotona liikkumiseen sekä toimimiseen. Keinoja motivoimiseen löytyi ja osallistujat kuvasivat työnsä vaativan luovuutta. He hyödyntävät käyntiaikaansa tehokkaasti, esimerkiksi lounaan lämmittämisen aikana asiakas tekee fyysisiä harjoitteita.

Asiakkailla on hyvin erilainen toimintakyky toisiinsa nähden. Paljon enemmänkin voisi teetättää asiakkailla jos olisi aikaa ohjata, neuvoa ja havainnoida. Esimerkiksi tehdään voileipiä valmiiksi jääkaappiin, vaikka asiakas pystyisi tekemään itsekin jos häntä avustaisi. Kerrottiin, että valitettavasti kiireinen työrytmi laittaa hoitajia tekemään asioita asiakkaiden puolesta.

Muisti ja dementoivat sairaudet näkyvät kotihoidon työssä toimintakyvyn kannalta siten, että asiakkaalla saattaa olla kykyä tehdä asia, mutta hän tarvitsee muistutuksen sen tekemiseksi, jopa päivittäin. Niin kauan kun vanhus kokee hallitsevansa itse omaa elämäänsä ja arkeansa; on asiat hyvin, vaikuttaa se positiivisesti psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Kun menettää elämänhallinnan on riski tulla kuvioon esimerkiksi alkoholin käyttöä tai masennusta. Kun kotona pärjääminen vaikeutuu, tukemisen tarve nähdään erityisen suurena, jotta asiakkaan hoidettavuus ei lisääntyisi.

Ympäristön ongelmia tuotiin esille; esteettömässä talossa asuminen ei välttämättä poista ympäristön ongelmia. Liikkumisen kannalta helpon ympäristön lisäksi asiakkaat voivat tarvita silti tukea liikkumiseen kodin ulkopuolella, johon hoitajilla ei useinkaan ole aikaa.

Osallistujat perustelevat, miksi asiakkaiden annetaan tai pyydetään tekemään itse asioita, joihin vielä on kykyä. Kotihoidon maksullisuus tuo siihen sävyä, sekä osa asiakkaista perustelee, että kyllä muutkin hoitajat pesevät ja pukevat. Toisaalta taas osa asiakkaista ymmärtää omatoimisuuden tukemisen ja haluaa selviytyä itsenäisesti. Suuri osa asiakkaista haluaa asua kotona, tai pysyä kunnossa – joka motivoi.

Yhteistyökentällä kuten sairaalassa ei aina tunneta kotihoidon toimintatapaa ja resursseja – asiakkaita ei kotiuteta oikea-aikaisesti joka vaikuttaa kotihoidon työhön. Asiakas voi esimerkiksi soittaa jatkuvasti turvarannekkeen kelloa tarvitessaan apua ihan pienissäkin asioissa, koska ei pysty itse toimimaan kotioloissa kotiutumisen jälkeen.

Samassa tiimissä työskennellessä asiakkaita oppii tuntemaan, joka lisää luottamusta ja asiakastuntemusta. Yhteistyö tiimissä nähdään vahvuutena asiakkaan toimintakyvyn kannalta. Toimintakyvyn tukemisen onnistumisessa nousi esille opiskelijoiden ohjaamiset, opiskelijoiden ollessa mukana hoitajilla on enemmän aikaa varattu asiakaskäynteihin.

Kahden hoitajan hoidettavia ei pidetä kotikuntoisena ja kuntoutumisen tai toimintakyvyn tukemista ei tällaisissa tapauksissa nähdä olevan. Todetaan, että oikeaa asiakkaan kuntoa vastaavaa paikkaa taikka kuntoutusjaksoa harvoin järjestyy oikea-aikaisesti. Nähdään myös, että nykyään kärsimyksen kautta pääsee soveltuvaan asumiseen.

lääkäiden yksinäisyys näkyy kotihoidon työssä. Joillekin asiakkaille hoitaja saattaa olla ainut sosiaalinen kontakti. Yksinäisyydestä huolimatta esimerkiksi päivätoimintaan lähteminen voi tuntua asiakkaasta vaikealta.

Osallistujista näyttää, että koko ajan vähennetään virikkeistä jotka selvästi ehkäisevät hoidon tarpeen lisääntymistä. Osallistujat kokevat, että heillä ei ole työaikaa järjestää vastaavaa, nyt jo on resurssipula. Vapaaehtoiset ja avustajat toimivat esimerkiksi ulkoiluapuna. Vapaaehtoisia on osallistujien mukaan vain vähän.

Konkreettisena kehittämisideana tuli että pitäisi olla 15 minuuttia lisää käyntiaikaa, jotta hoitajalla olisi aikaa pikaiseen kuntoutustoimintaan. Koetaan että työtahdin on muututtava, että kotona asumisen yleistyminen onnistuisi laadukkaasti. Ihanteellista olisi, asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta silloin tällöin ehtiä jutella hetki pidempään, hakea lehti ja lukea se yhdessä, muistella, katsoa valokuvia tai viedä vanha esine muistelun avuksi. Sopivien kotitöiden tekeminen yhdessä tukisi myös asiakkaan elämän hallintaa.

Kehittämis ehdotuksena tuotiin esille suunniteltu toimistoiltapäivä, että olisi aikaa keskustella omaisten kanssa ja kirjata puhelu sekä mahdollisesti tehdä muitakin kirjallisia töitä, jotka kiireen vuoksi kärsivät ja toisaalta vievät aikaa perustyöltä ja omatoimisuuden tukemiselta.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmät

Kysely valikoitui varsinaisen opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi koska silloin otos voi olla suuri ja tulos on yleistettävissä, kun koko kohderyhmällä on mahdollisuus vastata. Kaikilla tutkimukseen osallistuvilla on työn puolesta sähköpostiosoite ja työhön kuuluu sähköistä viestintää sekä laitteiden käyttöä. Tästä johtuen Webropol – kysely oli luonnollinen valinta.

Kyselyn avulla voi kerätä tietoa tosiasioista, käyttäytymisestä ja toiminnasta, tiedoista, arvoista, asenteista, uskomuksista, käsityksistä ja mielipiteistä Hirsjärven ym. mukaan (2010,197). Kyselyllä tavoiteltiin määrällistä eli kvantitatiivista tietoa. Jotta kyselyn tulos olisi luotettavampi ja laadukkaampi, valinta- ja monivalintakysymysten lisäksi oli kolme avointa kysymystä. Kanasen mukaan usein käytetään laadullista ja määrällistä rinnakkain tulosten vahvistamiseksi, se tuo luotettavuutta. (2008, 10–11.) Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusotetta.

Kysely on keskeinen menetelmä tehdä survey-tutkimusta. ”Englanninkielinen termi survey tarkoittaa sellaisia kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, joissa aineistoja kerätään standardoidusti ja joissa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietyistä perusjoukosta. Standardoitu tarkoittaa sitä, että jos haluaa esimerkiksi saada selville, mikä koulutus vastaajilla on, asiaa on kysyttävä kaikilta vastaajilta täsmälleen samalla tavalla.” (Hirsjärvi ym.2010, 193.)

Kyselytutkimuksen etuna on, että sen avulla voi saada laajan tutkimusaineiston sillä siihen voi osallistua paljon henkilöitä ja voi kysyä erilaisia asioita. Kyselymenetelmä myös säästää tutkijan aikaa. Kyselyiden heikkouksia ovat muun muassa vastauskato, hyvän lomakkeen laatimisen vaikeus, ei voi varmistua ymmärtävätkö vastaajat asian ja ovatko he siihen perehtyneitä, väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida ja ei voi

varmistua siitä kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2010, 195.)

5.2 Kohderyhmän valinta ja raja

Kohderyhmä, joiden näkökulmaa tutkin opinnäytetyössäni on suurimmaksi osaksi koulutukseltaan lähihoitajia ja sairaanhoitajia. He työskentelevät aluetiimeissä, säännöllisen kotihoidon asiakastyössä. Heidän näkemyksiensä tutkiminen on perusteltua, sillä he tapaavat asiakkaita säännöllisesti ja enemmän kuin muiden kotihoidon ammattiryhmien edustajat.

Voisi kuvata, että arjen työssä tällä ammattiryhmällä on avaimet toimintakyvyn tukemiseen. Se on toki kaikkien yhteinen asia, ja myös asiakkaan ja hänen läheistensä tulisi osallistua siihen. Lisäksi asiakkailla voi olla muita asiakkuuksia säännöllisen kotihoidon asiakkuuden lisäksi, joiden kuuluu myös tukea toimintakykyä samoin perustein kuin kotihoidon. Opinnäytetyöni analysoinnin helpottamiseksi on selkeintä tutkia yhtä ryhmää ammattilaisia, jotka tekevät samaa työtä ja asiakasryhmä heillä kaikilla on säännöllisen kotihoidon piirissä.

Varsinainen opinnäytetyökysely (2. vaihe) kohdistettiin koko säännöllisen kotihoidon hoitotyön aluetiimien henkilöstölle, jotka työskentelevät asiakastyössä. He työskentelevät Mikkelin tiimeissä, jotka on jaettu alueittain; eteläinen, itäinen, läntinen ja pohjoinen sekä (kuntaliitoskuntien) Haukivuoren, Anttolan, Ristiinan sekä (itsenäisen kunnan) Puumalan tiimeissä. Otoksena oli 187 henkilöä, eli kaikki näissä tiimeissä työskentelevät yhteensä. Kyselyä välitettiin saatekirjeen yhteydessä (liite 4.)

5.3 Aineiston keruu ja kuvailu

Webropol- ohjelmistolla laadittu verkkokysely toimi kyselyalustana, sen käyttö on ilmaista Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijoille. Webropol – kyselytyökalulla voi tehdä sähköisiä lomakekyselyjä ja se antaa monipuoliset mahdollisuudet luoda sekä kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia kyselyitä. Kysymystyyppit ja kysymyksen asettelun

harkitsin, kun ryhmähaastattelun osuus työstä oli tehty ja purettu. Kysymyksen asettelussa on huomioitu tutkimuksen viitekehys ICF-luokitus ja muut teoreettiset lähtökohdat. Lomaketta hiottiin yhteistyössä ohjaavan opettajan Aila Pikkaraisen kanssa. (Liite 5.)

Oman osaamiseni varmistamiseksi pyysin kyselyn hiomisvaiheessa muutamaa opiskelukaveria vastaamaan koemielessä kyselyyn, jotta osaisin ennakoida millaisia kuvioita webropolin avulla voi esittää. Valmis kysely oli tarkoitus esitellä ennen julkaisemista muutamilla kotihoidon työntekijöillä, jotta se olisi ymmärrettävä. Hyvän palautteen perusteella kyselyn varsinainen esitestaus jätettiin tekemättä. Saatteen ja kyselyn hyväksyi nykyinen laitos- ja kotihoidon palvelupäällikkö.

Kyselyä välitettiin sähköpostitse kohderyhmälle. Sen hetkinen kotihoidon vs. esimies lähetti laatimani saatekirjeen ja ohjeet verkkokyselyn löytämiseksi 187 säännöllisen kotihoidon tiimeissä työskentelevälle hoito-alan ammattilaiselle.

Webropol- kysely oli avoinna 9.2–8.3.2015 välisenä aikana, jolloin kohderyhmän työntekijöiden oli mahdollista käydä vastaamassa kyselyyn työpaikan sähköpostissa lähetetyn viestin kautta. Kysely aukesi linkistä, joka oli saatekirjeessä. Kyselyyn oli 1.3. mennessä vastannut 20 henkilöä. Vähäisen vastausmäärän vuoksi järjestettiin muistutuskierrös ja kyselyn vastausaika jatkettiin 8.3. saakka. Kyselyyn vastasi 26 henkilöä ja vastausprosentti on 13,9.

Kysely koostui pääosin valinta- ja monivalintakysymyksistä, mutta avoimia kysymystyyppejä käytettiin myös. Avoimiin kysymyksiin vastaaminen ei ollut välttämätöntä vastaamisen loppuun saattamiseksi. Lähetä – kuvaa painamalla kyselyn vastaus rekisteröityi.

Kysymyksiä oli yhteensä 23. Niiden avulla pyrittiin saamaan tutkimuskysymyksiin pääosin määrällisiä vastauksia. Osa kysymyksistä kartoitti tutkimustehtävien mukaan, miten asiaa kuvaillaan, osa miten toimintaa perustellaan ja osa nykytilaa sekä kehitettäviä asioita.

Analysoitavia avoimia kysymyksiä oli neljä, ja yksi avoin jatkokysymys riippui siitä, kuinka henkilö vastaa edeltävään kysymykseen; teetkö työtä käyttäen kuntouttavaa työotetta? Vastausvaihtoehdot tässä olivat kyllä, ei ja en osaa sanoa. Joten jokainen vastaaja pystyi vastaamaan yhteensä kolmeen avoimeen kysymykseen. Osassa monivalintakysymyksistä oli mahdollisuus valita ”muu vastaus” johon sai kirjoittaa avoimen vastauksen. Näin varmistettiin mahdollisuus tuoda oma mielipide esille. Tällä tavoin menettelemällä annetaan mahdollisuus vastata jotain, mitä lomakkeen laatija ei ole osannut ajatella. Monivalintakysymyksien vastauksia on mielekästä vertailla ja helpompi analysoida. Ne myös helpottavat vastaajaa, auttavat tunnistamaan asian. (Hirsjärvi ym. 2010, 199, 201.)

Kyselyn aihe on paljon puhuttava, joten avointen kysymyksien muotoilun koin tärkeäksi, että vastaajalla on mahdollisuus saada oma mielipide ilmaistua. Avoin kysymys ei ehdota vastauksia ja antaa tietoa mikä on vastaajien mukaan keskeistä. Motivaatioon liittyvät seikat ja vastaajien viitekehykset ovat tunnistettavissa avoimista vaihtoehdoista. (Hirsjärvi ym. 2010, 201.)

Vastausprosentti vaikuttaa tutkimuksen yleistettävyyteen ja laatuun. Taanila toteaa, että kyselyn vastausprosentti jää valitettavan usein alhaiseksi, ja pitää alle 20 % vastaajamäärää huonona. Kato tulee huomioida jo otosta suunnitellessa, että vastaajia olisi riittävästi. (Taanila 2013.)

5.4 Aineiston analysointi

Tulokset analysoitiin määrällisesti Webropolin avulla sekä avoimet kysymykset laadullisesti sisällönanalyysia käyttäen (Kyselyohjelmisto Webropol N.d.; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–111).

Aineisto tallentui webropol- kyselykansioon. Webropol antaa mahdollisuudet raportoida tuloksia halutulla tavalla. Automaattinen peruseräraportti antoi reaaliaikaisen yhteenvedon tuloksista. Sen avulla selviää vastaajamäärä, vastausten

jakautuminen kokonaislukuina ja prosentteina, sekä vastausten keskiarvo.

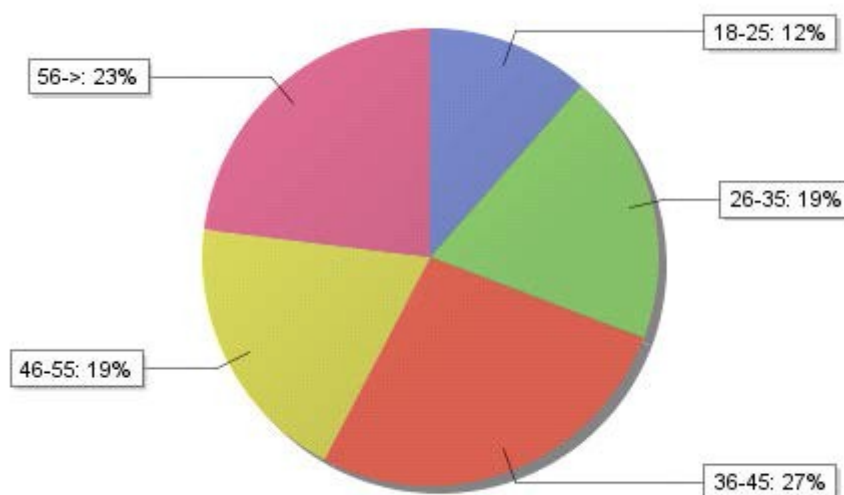
Perusraporttia voi muokata esittämistavan osalta. Tulosten käsittely Excel-, ja Word-muodossa on myös mahdollista webropol ohjelman kautta. (Webropol 2.0 raportointiopas 2013, 6-12.) Hyödynsin näitä tulosten esittämisessä.

Aineistoa on kuvattu erilaisten taulukoiden avulla frekvenssejä ja prosenttilukuja käyttäen. Sisällön analyysissä avointen kysymysten analysoinnissa ensiksi aineisto käydään tarkasti läpi. Kun alkuperäisilmaus on esimerkiksi *”asiakkaan päämiehisyyden huomioiminen, hän itse on päättävä asioistaan.”* pelkistää voi esimerkiksi -huomioiden asiakkaan oma tahto. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaukset jaoin alaluokkiin, joista asiat luokittelin pääluokkiin. Tällaisessa aineiston ryhmittelyssä pyritään löytämään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Samaa asiaa tarkoittavia yhdistellään luokiksi ja tällä tavalla aineisto tiivistyy. Käsitteitä yhdistelemällä aineistolähtöisessä sisällön analyysissa saadaan vastaus tutkimustehtävään. Johtopäätöksiä tehtäessä on tarkoitus tutkijan pyrkiä ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–113.) (Liite 6.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

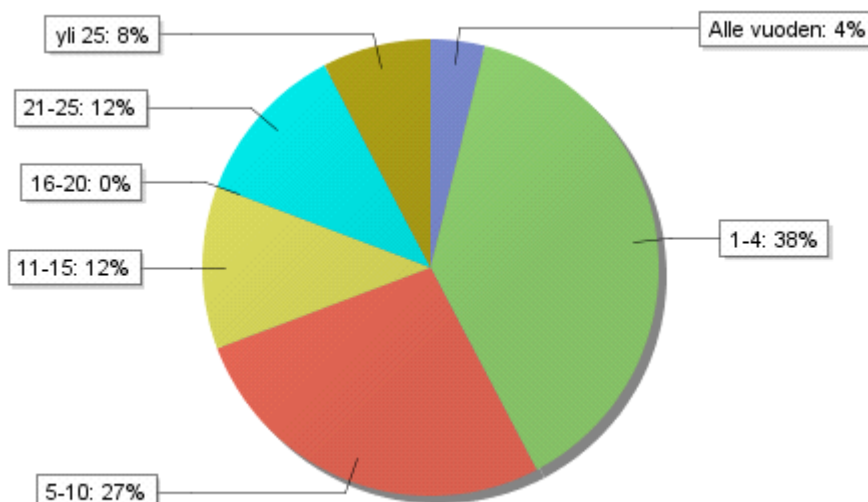
6.1 Taustatiedot

Kyselyssä taustatietona kysyttiin työvuosia kotihoidossa, koulutusta ja ikää. Suurin osa vastasi koulutukseensa lähihoitajan tutkinnon; 54 % eli 14 henkilöä. Vastaajista 23 % eli kuusi henkilöä on koulutukseltaan sairaanhoitajia. Perushoitajia kyselyyn vastasi kaksi. Vastaajista neljä ilmoitti koulutukseensa jonkun muun sosiaali- ja terveysalan ammatin.



KUVIO 2. Vastaajien ikäjakauma

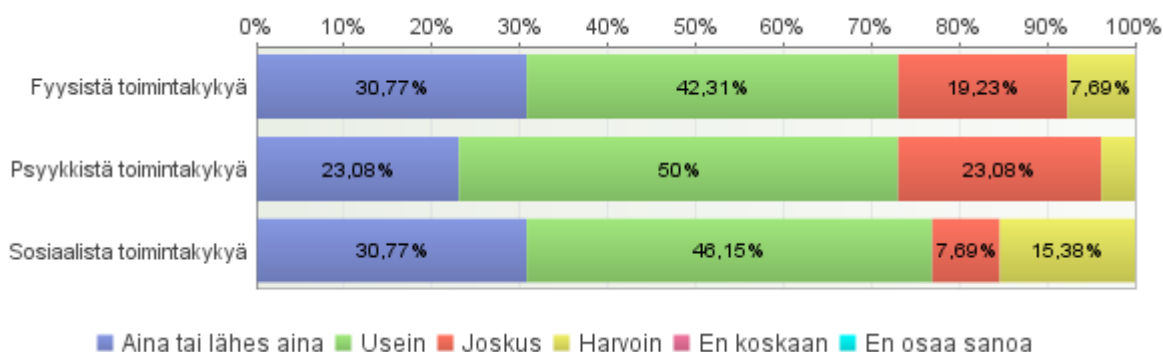
Kaikki 26 vastaajaa ilmoittivat ikänsä. Vastaajista suurin osa (27 %, n=7) oli 36–45 vuotiaita. Pienin osa vastaajia oli 18–25 vuotiaiden ikäluokasta (12 % eli n=3). 26–35 vuotiaita vastaajia oli 19 % (n=5), 46–55 vuotiaita vastaajia oli myös 19 % (n=5) ja yli 56 vuotiaita vastaajia oli 23 (n=6) (Kuvio 2.).



KUVIO 3. Vastaajien työvuosimäärä kotihoidossa

Seuraavaksi kartoitettiin vastaajien työssäolovuosia. (Kuvio 3) Suurin osa vastaajista (38 %, n= 10) ilmoitti kotihoidon työkokemuksekseen 1-4 vuotta. Vain 4 % (n=1) ilmoitti työskennelleensä kotihoidossa alle vuoden. Kukaan vastaajista ei ilmoittanut työvuosiensa määräksi 16–20 vuotta. 5-10 vuotta työskennelleitä vastaajista oli 27 % (n=7), 11–15 vuotta 12 % (n=3), 21–25 vuotta 12 % (n=3) ja yli 25 vuotta työkokemusta kotihoidosta on 8 % (n=2).

6.2 Toimintakyvyn tukeminen kotihoidossa

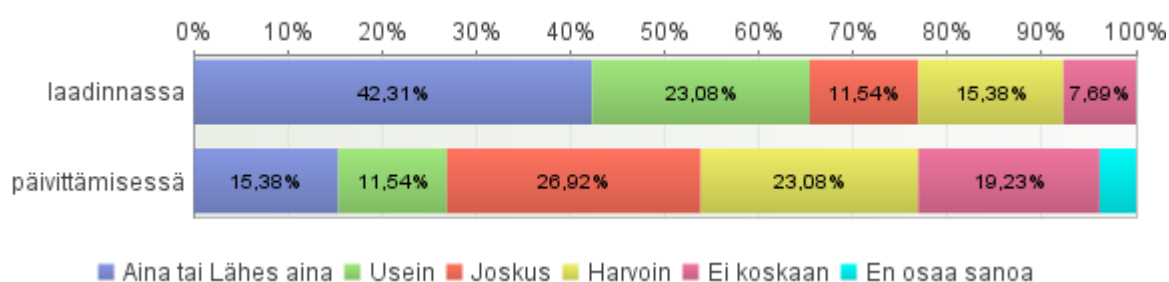


KUVIO 4. Asiakaskäynneillä tuen asiakkaiden toimintakykyä

Vastaajilta kysyttiin, miten he tukevat asiakaskäynneillä asiakkaiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Kuvio 4.) Väittämissä koskien sekä fyysisen

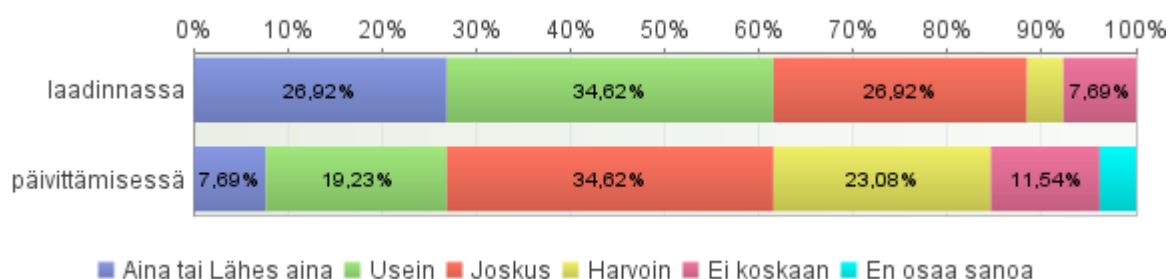
että psyykkisen toimintakyvyn tukemista yhteensä 73 % eli 19 henkilöä vastasi tukevana usein, aina tai lähes aina. Väittämässä koskien sosiaalisen toimintakyvyn tukemista 77 % eli 20 henkilöä vastasi tukevana usein, aina tai lähes aina. Toisaalta taas 15 % eli neljä henkilöä koki voivansa tukea sosiaalista toimintakykyä käynneillä vain harvoin.

Hoito- ja palvelusuunnitelma



KUVIO 5. Asiakkaan mukanaolo hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa ja päivittämisessä

Kysyttäessä onko asiakas mukana hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa vastasi 65 % vastaajista, että asiakas on mukana usein, aina tai lähes aina. Päivittäessä suunnitelmaa asiakas on mukana usein, aina tai lähes aina 27 % mukaan. (Kuvio 5.)



Kuvio 6. Asiakkaan omaisen tai läheisen mukanaolo hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa ja päivittämisessä

Erikseen kysyttiin, onko asiakkaan edustaja esim. omainen, läheinen tai edunvalvoja mukana onko asiakkaan edustaja esim. omainen, läheinen tai edunvalvoja mukana

tilanteessa jossa se katsotaan tarpeelliseksi hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa ja päivittämisessä. (Kuvio 6.) Omaisen tai läheisen mukanaolo suunnitelman laadinnassa tarvittaessa vastasi 61 % vastaajista, että omainen on mukana usein, aina tai lähes aina. Päivittäessä suunnitelmaa asiakkaan omainen tai läheinen on mukana usein, aina tai lähes aina 27 % mukaan.

Asiakas tai omainen on mukana hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa yli 50 % mukaan vähintäänkin usein. Päivittämisen tullessa kysymykseen asiakkaan tai omaisen mukana olo harveni. Avoimen kysymyksen avulla haluttiin tarkentaa, milloin asiakas tai hänen edustajansa eivät ole mukana hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa.

Sisällön analyysin avulla vastauksista nousi kuvailuja siitä, milloin koetaan mahdottomaksi käsitellä asiaa asiakkaan kanssa yhdessä, miksi asiakas tai omaiset eivät osallistu, ja millaisena työtehtävänä hoito- ja palvelusuunnitelma nähdään. Toisaalta ajatellaan suunnitelman olevan vain hoitajan työtehtävä, toisaalta taas hoitaja huomioi suunnitelman teossa asiakkaan ja omaiset tai tekee sitä asiakkaan kanssa yhteistyössä.

Asiakas ei osallistu suunnitelman laadintaan silloin, kun hän ei siihen pysty eri syistä. Omaiset eivät osallistu, jos he eivät halua, asuvat kaukana tai asiakas ei halua omaisten osallistuvan. Jos asiakkaalla on edustaja, tämä saa halutessaan osallistua, mutta tiedot muutoksista suunnitelmasta menevät hänelle joka tapauksessa. Kun julkisen tahon, kuten Kelan, etuudet on selvitettävä mahdollisimman nopeasti, ei ole mahdollista neuvotella asiakkaan ja omaisten kanssa. Kotihoidon ajankäyttö ja resurssit nousivat esille sanallisesti ainoastaan etuuksien kohdalla. (n = 12)

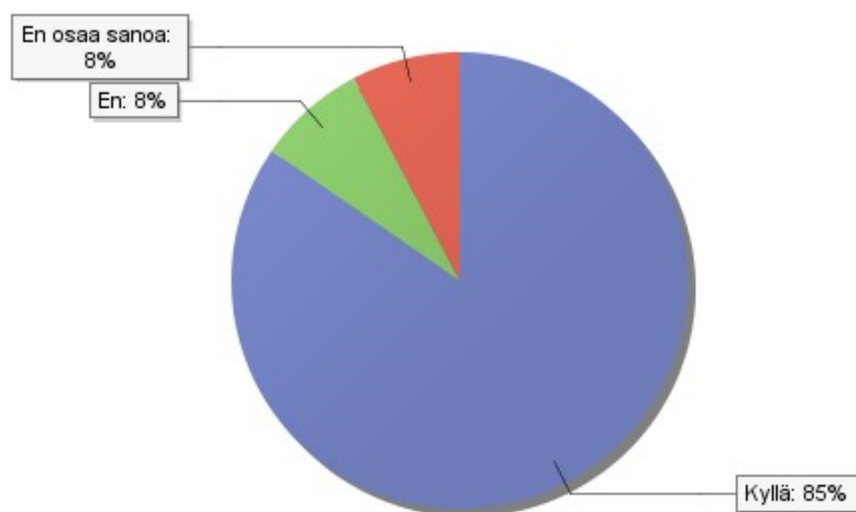
Kysyttäessä **kertovatko vastaajat mitä on toimintakyvyn tukeminen kotihoidossa** suurin osa vastasi kertovansa sekä asiakkaille, että omaisille (92,31 %). Myös useimmat vastasivat kertovansa opiskelijoille (76,92 %). Vastaajilla oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto. Tähän kysymykseen vastasivat kaikki 26 vastaajaa. Yhteensä erilaisia vaihtoehtoja koskevia vastauksia heillä oli 82. Keskimäärin vastaajat valitsivat 3,3 vaihtoehtoa (välillä 1-4) kun valittavia vaihtoehtoja oli 5. Yksi

näistä vaihtoehtoista oli - en työskentele kuntouttavalla työotteella. (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Toimintakyvyn tukemisesta kertominen

Toimintakyvyn tukemisesta kerron	%	n
Asiakkaille	92,31 %	24
Omaisille, lähimmäisille	92,31 %	24
Kollegoille	50 %	13
Opiskelijoille	76,92 %	20
En työskentele kuntouttavalla työotteella	3,85 %	1

6.3 Kuntouttava työ ja sen esteet



KUVIO 7. Kuntouttavalla työotteella työskentely

Suurin osa (85 %) kyselyyn vastaajista vastasi käyttävänsä kuntouttavaa työotetta työskennellessään asiakkaiden kanssa. Kaksi vastasi, että ei työskentele kuntouttavalla työotteella ja kaksi ei osannut sanoa. (Kuvio 7.)

Kyselyn vastauksista nousi esille, että käytännössä kuntouttavalla työotteella työskentely tarkoittaa sitä, että asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia, tuetaan asiakkaan omatoimisuutta ja tuetaan laaja-alaisesti asiakkaiden toimintakykyä. Tarkemmin asiaa kuvailevat kuntouttavaa työotetta käyttävät vastaajat (n=17) seuraavasti:

"Kuntouttava työote tarkoittaa, että asiakas tekee kaikki asiat itse, joita pystyy tekemään ja loput tehdään yhdessä, ohjauksen avulla tai joissakin tapauksissa hoitaja joutuu kokonaan auttamaan."

"En tee puolesta, mikäli asiakas pystyy itse tekemään, saa myös sen tehdä omaan tahtiinsa"

"Pyrin toimimaan ajan puitteissa siten että se edistää asiakkaan toimintakykyä jatkossa, pikkuaskareista jos selviytyy itsenäisesti asiakas tekee ne."

"Toimintatapoihin keksitään yhdessä asiakkaalle parhaiten soveltuvia juttuja. Aamupalan laittaminen, lääkkeiden ottaminen lääkekellostä tai dosetista, liikunnan tukeminen, nousut pöydän ääreen esim

verinäytteiden ottamista varten, sosiaalinen ja psyykkinen tukeminen, jos yksinäinen asiakas, ulkoiluavun järjestäminen, kotijumppa, venettylyt, rollaattorin käytön kannustaminen”

”Asiakkaan päämiehisyyden huomioiminen, hän itse on päättävä asioistaan.”

Toimet joita asiakas ei kykene itsenäisesti hoitamaan tehdään yhdessä hoitajan kanssa. Jos asiakas on autettava täysin tai joissain toimissa, häntä autetaan. Kuntouttavaa työtettä toteutetaan ajan sallimissa rajoissa. Vastauksista nousi esille, että pidemmille käyntiajoille olisi tarvetta että kannustava ja kuntouttava työote mahdollistuisi paremmin. Hoitajilla on halu kuntouttaa ja se nähdään tärkeänä, mutta resurssit vaikeuttavat. Yksi vastaajista totesi:

”Lähinnä haluaisin tehdä, mutta nykyisin ei ole aikaa.”

Asiakkailla tarjotaan kuntoutusta esimerkiksi päivä kuntoutuksessa ja laituskuntoutuspaikkaa tarvittaessa, myös kotikuntoutuksen mahdollisuuksia selvitetään. Ulkoiluavun ja muiden auttamistahojen mahdollisuutta selvitetään. Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan itsemääräämisoikeus huomioidaan työotteessa. Asiakkaan kanssa keksitään yhdessä soveltuvia toimia. Asiakkaita kannustetaan liikkumaan ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoon.

Vastaajat jotka eivät käytä kuntouttavaa työtettä työssä, tai eivät osaa sanoa käyttävätkö, kuvailivat ongelmiksi aikataulua ja resursseja, työ on sujuvampaa puolesta tehtäessä, yleistä pahoinvointia ja sitä että tahto kuntouttaa ei auta kiireessä. (n= 4)

”työ sujuu nopeammin kun tekee asiakkaan puolesta kaiken Asiakas voi pahoin samoin hoitaja, mikään ei riitä.”

”Aika ja resurssit ovat rajoitettuja. Ajallisesti se ei ole aina mahdollista toteuttaa, vaikka se olisi tärkeää.”

Kuntouttavan työtavan esteet

Kysyttäessä tekeekö vastaaja asiakkaan puolesta, vaikka tietää asiakkaan kykenevän toimeen suullisesti ohjattuna tai konkreettisesti avustettuna, vastasi 23 vastaajaa.

Yhteensä erilaisia vaihtoehtoja koskevia vastauksia heillä oli 46. Keskimäärin vastaajat valitsivat 2 vaihtoehtoa (välillä 1-4) kun valittavia vaihtoehtoja oli 12. Eniten vastauksia sai vaihtoehto: on kiire, 14 vastausta. Muiksi syiksi kirjoitettiin *”ei ole riittävästi aikaa”*, *”yritän saada asiakkaan itse tekemään”* ja *”en tee asiakkaan puolesta jos tiedän että asiakas kykenee”*. Vastaajat, jotka jättivät avoimen vastauksen kohtaan muut syyt, valitsivat vaihtoehtoista myös kiireen. (Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Suullisesti ohjattavan tai konkreettisesti avustettavan asiakkaan puolesta tekemisen syyt

Vaihtoehto	%	n
asiakas pyytää	3,85 %	1
asiakkaalla ei ole halua tai voimavaroja tehdä itse (motivaatio)	46,15 %	12
asiakas väsyy kovasti tekemisestä	26,92 %	7
asiakas on hidas	53,85 %	14
asiakas ei ymmärrä miksi tekisi itse	19,23 %	5
asiakkaan kanssa on sovittu niin	3,85 %	1
näin on aina tehty	0 %	0
pääsen helpommalla, kun ei tarvitse neuvotella asiakkaan kanssa	19,23 %	5
haluan helpottaa työtäni	7,69 %	2
en näe siitä hyötyä, koska seuraavalla kerralla toinen työntekijä tekee kuitenkin asiakkaan puolesta	7,69 %	2
on kiire	53,85 %	14
Muut syyt	11,54 %	3

Kysyttäessä tekeekö vastaaja asiakkaan puolesta, vaikka tietää asiakkaan kykenevän toimeen omatoimisesti vastasi 25 vastaajaa. Yhteensä erilaisia vaihtoehtoja koskevia vastauksia heillä oli 53. Keskimäärin vastaajat valitsivat 2,12 vaihtoehtoa (välillä 1-5)

kun valittavia vaihtoehtoja oli 12. Puolesta tekemisen syyt ovat muotoiltu ryhmähaastattelun tuloksia käyttäen ja ovat tässä samat kuin edeltävässä kysymyksessä. Eniten vastauksia sai tässäkin vaihtoehto: on kiire, 14 vastausta. Tässä monivalintakysymyksessä muut syyt valinneet vastaajat valitsivat ainoastaan tämän yhden vaihtoehdon. Sanallisesti asiaa kuvattiin ”*yrityn saada asiakkaan itse tekemään*” ja ”*en tee puolesta, jos on täysin kykenevä tekemään itse.*” (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Omatoimisen asiakkaan puolesta tekemisen syyt

Vaihtoehto	%	n
asiakas pyytää	15,38 %	4
asiakkaalla ei ole halua tai voimavaroja tehdä itse (motivaatio)	26,92 %	7
asiakas väsyä kovasti tekemisestä	26,92 %	7
asiakas on hidas	23,08 %	6
asiakas ei ymmärrä miksi tekisi itse	15,38 %	4
asiakkaan kanssa on sovittu niin	7,69 %	2
näin on aina tehty	3,85 %	1
pääsen helpommalla, kun ei tarvitse neuvotella asiakkaan kanssa	7,69 %	2
haluan helpottaa työtäni	3,85 %	1
en näe siitä hyötyä, koska seuraavalla kerralla toinen työntekijä tekee kuitenkin asiakkaan puolesta	7,69 %	2
on kiire	53,85 %	14
Muut syyt	11,54 %	3

Tärkeää kuntouttavassa työssä

Valittavaksi annettiin vaihtoehtoja tärkeistä asioista kuntouttavan toiminnan toteuttamisessa. kaikki 26 vastaajaa vastasivat ja yhteensä erilaisia vaihtoehtoja koskevia vastauksia heillä oli 107. Keskimäärin vastaajat valitsivat 4,1 vaihtoehtoa (välillä 1-7) kun valittavia kohtia oli 8. Eniten vastauksia sai vaihtoehto: minulla on tarpeeksi aikaa kuntouttavaan toimintaan muiden tehtävien lomassa 88,46 %. Toisena tuli ”asiakas suhtautuu myönteisesti kuntouttavaan toimintaan” (73,08 %) Kolmanneksi tärkein oli ”minulla on hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteet

tiedossa”(57,69 %), jonka jälkeen tasaväkisinä valittiin ”työyhteisöllä on yhteiset kuntoutumista edistävät toimintatavat” ja ”asiakkaan luona käyntiaika on mielestäni kuntoutustarpeisiin nähden riittävä”(53,85 %). (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Kuntouttavaa toimintaa edistävät asiat

Vaihtoehto	%	n
minulla on siihen muiden tehtävien lomassa aikaa	88,46 %	23
asiakas suhtautuu myönteisesti kuntouttavaan toimintaan	73,08 %	19
minulla on hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteet tiedossa	57,69 %	15
työyhteisöllä on yhteiset kuntoutumista edistävät toimintatavat	53,85 %	14
asiakkaan luona käyntiaika on mielestäni kuntoutustarpeisiin nähden riittävä	53,85 %	14
minulla on asiakkaan omat, hänen kertomansa tavoitteet tiedossa	46,15 %	12
toimintakyvyn tukemisesta on koulutusta tarjolla	19,23 %	5
asiakkaan käyntien lukumäärä/ vko on mielestäni kuntoutustarpeisiin nähden riittävä	19,23 %	5

Väittämissä mielestäni omassa työssäni on tärkeää koettiin kaikki väittämät joko hyvin tärkeiksi tai melko tärkeiksi kaikkien kyselyyn vastaajien mielestä.

Vastausvaihtoehdot neutraali, ei niin tärkeää, ei ollenkaan tärkeää ja en osaa sanoa eivät tulleet valituiksi. (taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Mielestäni omassa työssäni on tärkeää

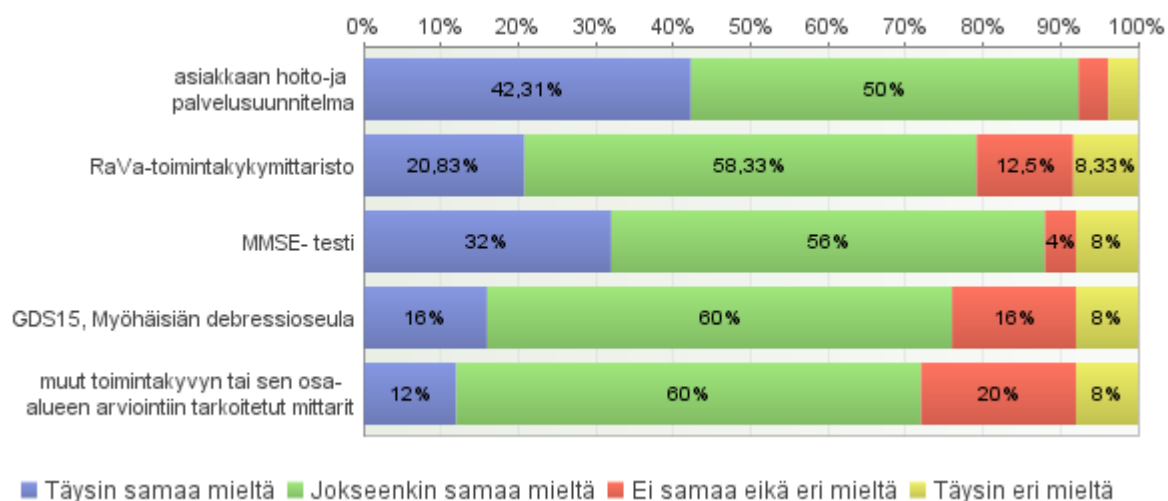
	Hyvin tärkeää	Melko tärkeää
asiakkaan toimintakyvyn tukeminen?	84,62 %	15,38 %
asiakaslähtöisyys?	92,31 %	7,69 %
asiakkaan omatoimisuuden tukeminen?	88,46 %	11,54 %

Monivalintakysymyksessä, jossa annettiin valittavaksi vaihtoehtoja millä keinoilla vastaaja tukee parhaansa mukaan asiakkaiden arjessa suoriutumista vastasi kaikki 26 vastaajaa. Yhteensä erilaisia vaihtoehtoja koskevia vastauksia heillä oli 195.

Keskimäärin vastaajat valitsivat 7,5 vaihtoehtoa (välillä 2-15) kun valittavia kohtia oli 18. Eniten vastauksia saivat vaihtoehdot: Kannustaminen (88,46 %), kuunteleminen (80,77 %) ja keskusteleminen (76,92 %). Taulukossa 6. kuvataan vastaukset. Arjella tarkoitettiin tässä kysymyksessä päivittäisiä perustoimintoja, arjen askareita ja ns. vapaa-ajanviettoa.

TAULUKKO 6. Tuen keinoja asiakkaiden arjessa suoriutumiseen

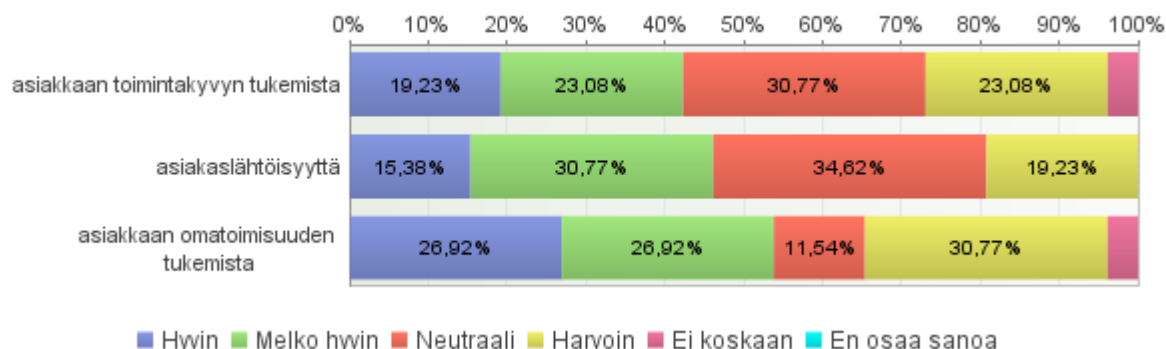
Vaihtoehto	%	n
Kannustamista	88,46 %	23
Kehumista onnistumisissa	65,38 %	17
Läsnäoloa/keskittymistä tilanteeseen	46,15 %	12
Kuuntelemista	80,77 %	21
Kysymistä	38,46 %	10
Keskustelemista	76,92 %	20
Arvostamista	42,31 %	11
Koskettamista luvattaessa	30,77 %	8
Koskettamista tilanteen sopiessa	57,69 %	15
Kiittämistä	42,31 %	11
Näytän esimerkkiä	19,23 %	5
Kerron esimerkkejä	50 %	13
Suunnittelemme tekemistä yhdessä	30,77 %	8
Teemme yhdessä	26,92 %	7
Harjoittelemme yhdessä	23,08 %	6
Valitsemme yhdessä	15,38 %	4
Arvioimme toiminnasta suoriutumista yhdessä	15,38 %	4
Muut keinot?	0 %	0



KUVIO 8. Suunnitelma ja mittarit toimintakyvyn tukemisessa

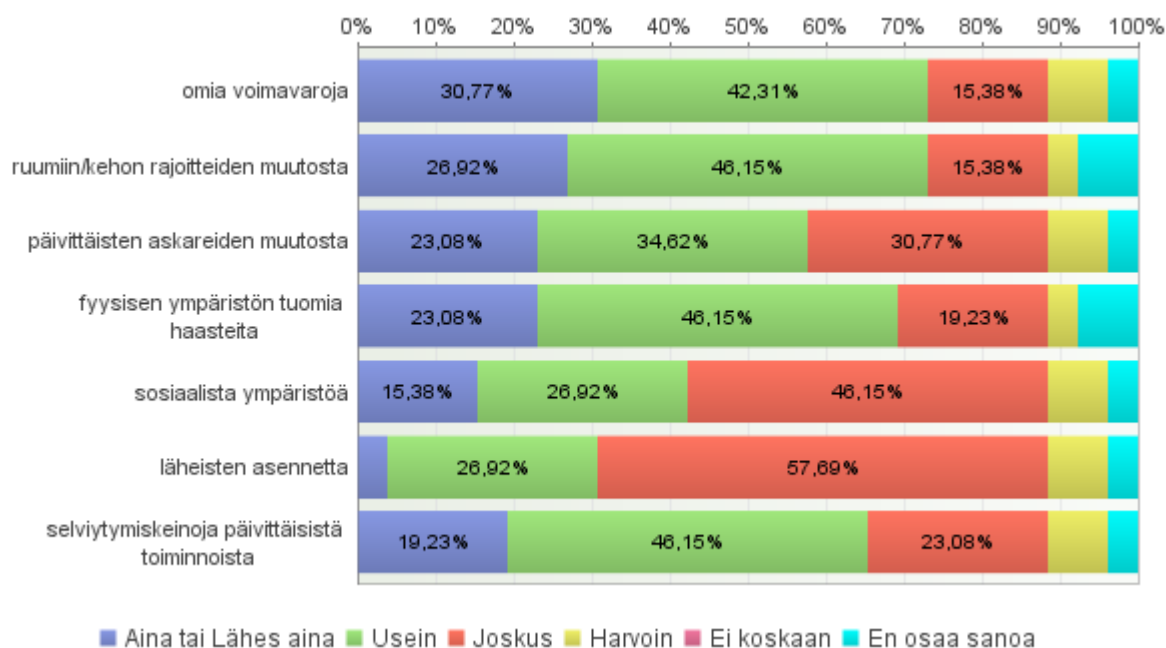
Asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa avuksi on usein hoito- ja palvelusuunnitelma sekä eri toimintakyvyn mittareiden nähdään auttavan. MMSE- muistitesti koetaan mainituista mittareista hyödyllisimpänä. (Kuvio 8.)

6.4 Toimintakyvyn tukemisen nykytila ja mahdollisuudet



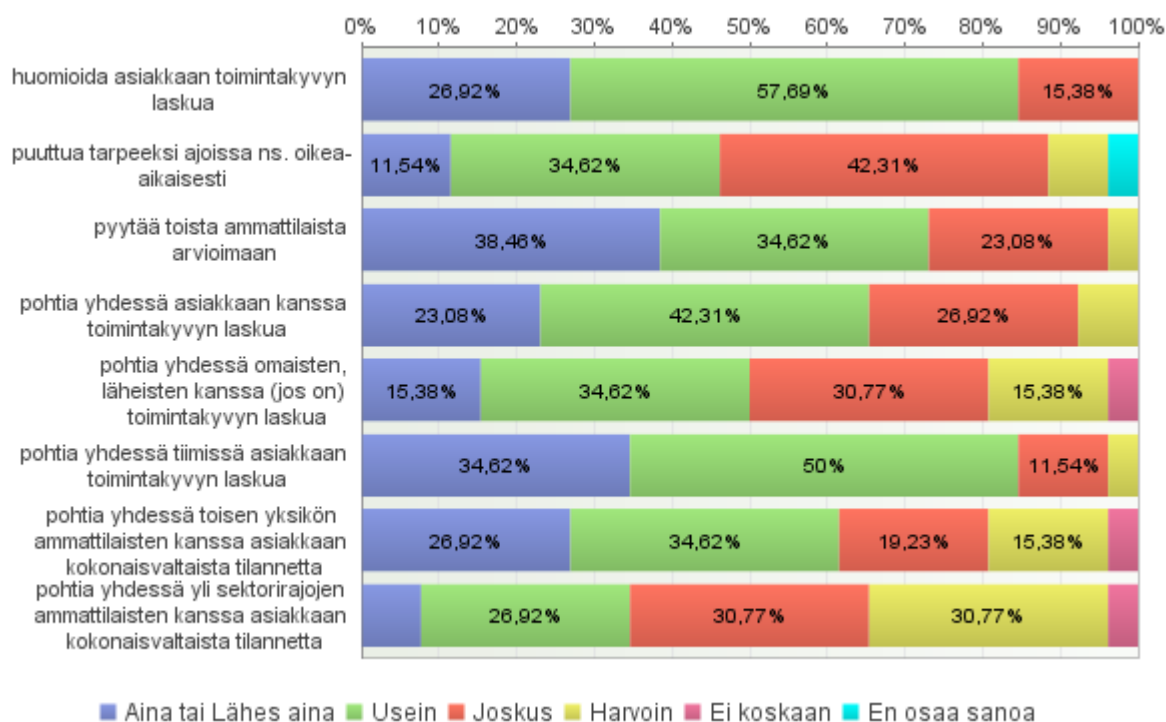
KUVIO 9. Nykyisin työssä voi toteuttaa

Kysyttäessä ”kuinka nykyisin työssä voi toteuttaa asiakkaan toimintakyvyn tukemista, asiakaslähtöisyyttä sekä asiakkaiden omatoimisuuden tukemista” hajonta oli suurta. Suurin osa kokee, että näitä voi toteuttaa hyvin tai melko hyvin, mutta noin kolmasosa valitsi neutraalin vaihtoehdon toimintakyvyn tukemisen ja asiakaslähtöisyyden kohdalla. Noin viidesosa vastaajista kokee voivansa tukea toimintakykyä ja toteuttaa asiakaslähtöisyyttä vain harvoin. Mitä tulee asiakkaan omatoimisuuden tukemiseen, yli puolet ajattelee sen onnistuvan ainakin usein, mutta vajaa kolmasosa vain harvoin. Vastaajista yksi henkilö (3,85 %) vastasi että asiakkaan toimintakyvyn tukemista ei voi nykyisellään toteuttaa koskaan. Myös asiakkaan omatoimisuuden tukemista yhden henkilön (3,85 %) mielestä ei ole mahdollista toteuttaa koskaan. (Kuvio 9.)



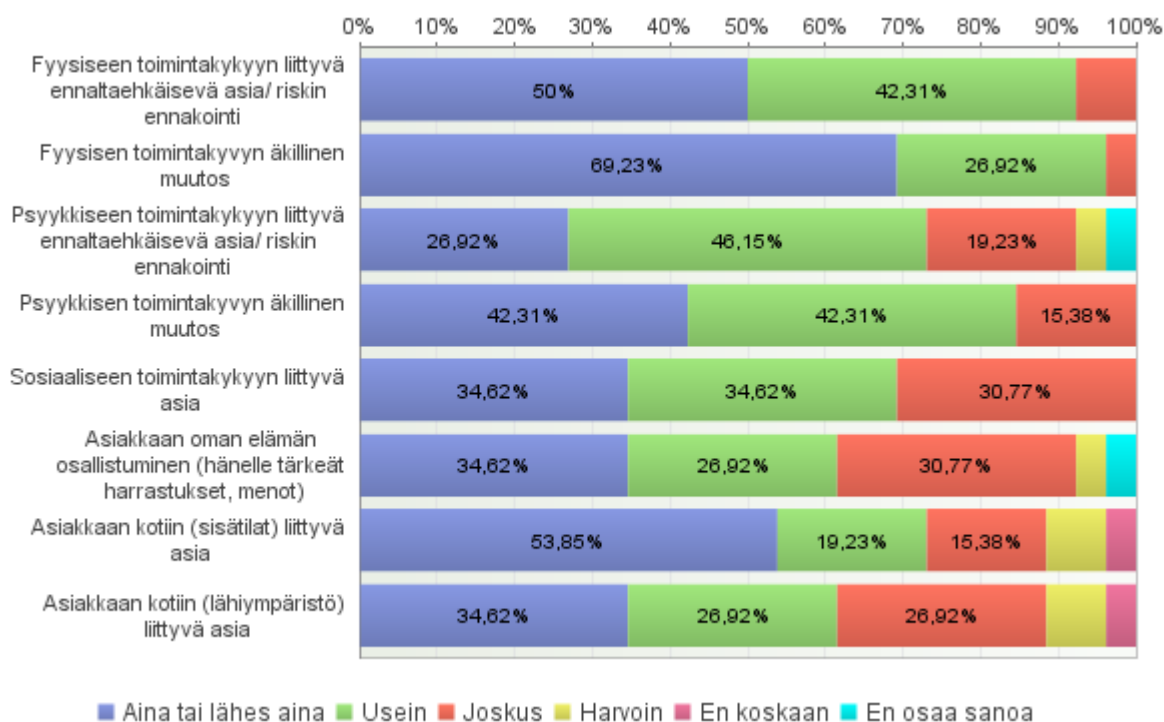
KUVIO 10. Työn antamat mahdollisuudet havainnoida tuttujen asiakkaiden toimintakykyä, rajoitteita ja terveyttä

Noin 70 % vastaajista kokee työn antavan mahdollisuudet havainnoida vähintään usein asiakkaiden omia voimavaroja, ruumiin/kehon rajoitteiden muutosta, fyysisen ympäristön haasteita ja selviytymiskeinoja päivittäisistä toimista. Esimerkiksi kysymyksessä onko mahdollista havainnoida asiakkaan omia voimavaroja 7,7 % valitsi vaihtoehdon harvoin ja 3,8 % valitsi; en osaa sanoa. Sosiaalisen ympäristön ja läheisten asenteen havainnointi koettiin vaikeimmiksi havainnoitaviksi. (Kuvio 10.)



KUVIO 11. Työn mahdollistamat kuntouttavan työn ja yhteistyön asiat

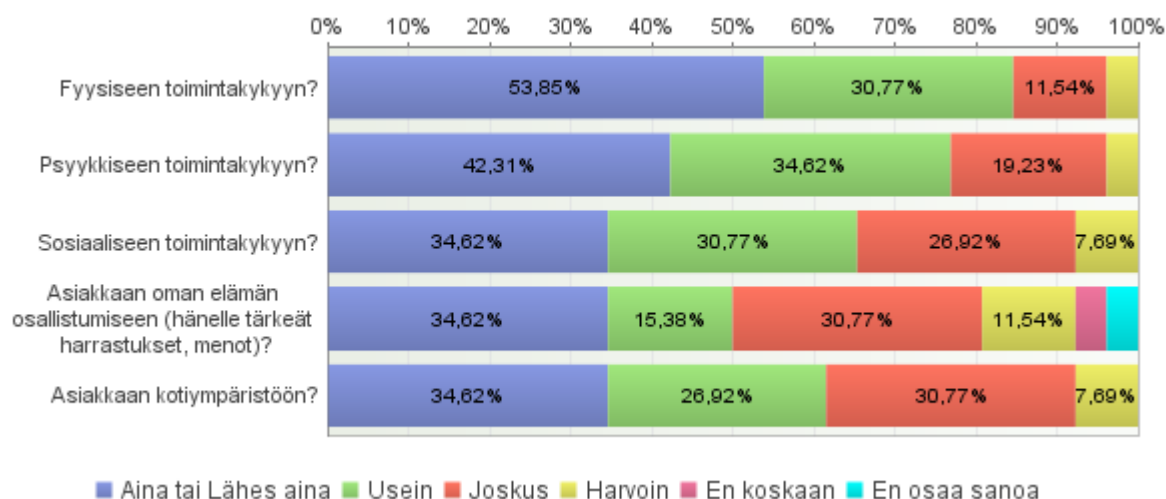
Kartoittaessa miten työ mahdollistaa kysytyt kuntouttavan työn ja yhteistyön asiat tulokset osoittavat että asiakkaan toimintakyvyn laskemisen havainnointi onnistuu työssä ainakin joskus. Huomionarvoista on, että hiukan yli puolet kokee voivansa puuttua ns. oikea-aikaisesti joskus tai harvemmin. Myöskään toista ammattilaista ei ole aina mahdollista saada arvioimaan vastaajien mukaan. Tiimissä näyttää olevan mahdollista pohtia toimintakyvyn asioita vastaajista 85 % mukaan ainakin usein, mutta sen mahdollistuminen työssä vähenee kun pohtia tulisi toisen yksikön ammattilaisten kanssa, ja yhä vähenee, kun olisi pohdittavaa yli sektorirajojen. (Kuvio 11.)



KUVIO 12. Asiakkaan toimintakykyyn liittyvien palvelun tarpeiden selvittäminen

Nykyisin toteutuvaa yhteydenpitoa ja palveluiden tuntemusta selvitettiin vastaajilta kysymällä tietävätkö, tai ottavatko vastaajat selvää keneen tai minne olla yhteydessä kun kyseessä on esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn äkillinen muutos.

Fyysiseen toimintakykyyn liittyvät palveluntarpeet koetaan selkeimmiksi viedä eteenpäin. Suurin osa vastasi psyykkisen toimintakyvyn kohdalla tämän onnistuvan myös. Sosiaalisen toimintakyvyn, tai asiakkaan oman elämän osallistumisen ollessa niin sanottu palveluntarpeen aiheuttaja, kolmas osa vastaajista ajattelee selvittämisen toteutuvan joskus omassa työssään. Asiakkaan kodin sisätiloihin liittyvät asiat ovat vastaajista selkeitä palveluntarpeita, lähiympäristöön liittyvät asiat eivät niinkään. (Kuvio 12.)



KUVIO 13. Asiakkaan toimintakykyyn liittyvien asioiden eteenpäin vieminen

Tarkemmin kysyttiin vielä ovatko vastaajat yhteydessä tarpeelliseksi katsomiinsa tahoihin liittyen asiakkaan toimintakykyyn. Vastaajista suurin osa on yhteydessä tarvittaviin tahoihin liittyen toimintakykyyn vähintään usein. Näistä fyysiseen toimintakykyyn liittyen ollaan eniten yhteydessä. 3,8 % vastasi olevansa harvoin yhteydessä liittyen asiakkaan fyysiseen sekä psyykkiseen toimintakykyyn, vaikka katsoisi sen tarpeelliseksi. Puolet vastaajista vie asiakkaan oman elämän osallistumiseen liittyvää asiaa eteenpäin, tämä väittämä keräsi eniten harvoin vastauksia sekä 3,8 % vastasi, ettei koskaan ole yhteydessä tarpeellisiin tahoihin asiakkaan oman elämän osallistumiseen liittyen, ja 3,8 % ei osannut sanoa. Suurin osa vie myös asiakkaan kotiympäristöön liittyviä asioita eteenpäin vähintään usein, kolmas osa joskus. (Kuvio 13.)

Nykyisestä kotihoidon kuntouttavasta työstä kerrottiin että tilanne on turhauttava, mutta toisaalta nykyinen koettiin myös hyväksi. Toiveissa on enemmän käyntiaikaa ja resursseja.

”Nykyisin on liian kiire ja liian tiukka tahti varsinkin illoissa ja viikonlopuissa, ajoittain nykyisin myös aamuissakin on kiire.”

”haluaisin hoitaa ihmisläheisesti, pois kellon kanssa kilpajuoksu”

Kehittämis ehdotuksiksi annettiin että asiakaslähtöisyys tulisi laittaa keskiöön ja kuntouttavan työn kehittäminen yhteistyössä olisi tarpeen. Työyhteisön yhteisiin

pelisääntöihin tulisi panostaa. Enemmän jatkuvuutta hoitosuhteisiin koetaan tarpeellisena varsinkin, jos hoitaja on vain lyhyen jakson asiakkaan hoidossa mukana. Kuntouttavan työotteen toteutumiseksi tarvittaisiin kuntouttavan toiminnan määrittäminen ajallisesti työtehtäväksi. Se tarkoittaisi enemmän käyntiaikaa että kuntouttava työote toteutuisi ja asiakkaan itse tekemisen ja omatoimisuuden tukemisen mahdollistuisi paremmin. Asiakkaan päivittäinen kuntouttava tukeminen ja toimintakyvyn edistäminen nähdään tärkeänä. Ulkoilu ja perusliikunnan ottaminen mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan parantaisi asiakkaan kokonaisvaltaista hyvinvointia ja lisäisi hoitotyön mielekkyyttä.

”otettaisiin ulkoilu asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. ulkopuolisen palkkaaminen turhaa ja kallista, erityisryhmät on asia erikseen. asiakkaan päivitt.kuntouttamisella asiakkaan elinikä, kotona selviäminen pitenee ja elämänlaatu paranee, sekä yhteiskuntakin siinä säästää, myös hoitajan työhyvinvointi paranee, voi tehdä työnsä hyvin ja mielekkäästi.”

”Etukäteen suunniteltua aikaa asiakkaan fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon ja mahdolliseen kehittymiseen.”

”Kuntouttava työote on ollut esillä ja käytössä vuosia, mutta kiireen ja resurssien vähyyden vuoksi ei aina pysty toteuttamaan.”

”Parannettavaa on ja fysioterapeutit kotihoidossa ohjaavat meitä myös”

”Enemmän aikaa asiakkaalle, jolloin kuntouttavan työotteen toteuttaminen mahdollistuisi paremmin.”

”Haluaisin panostaa aikaan, luovaan auttamiseen ja ulkoiluun.”

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Päätutkimuskysymyksiin saatiin vastauksia sekä kehittämis ehdotuksia nykyiseen toimintaan. **Fyysisen toimintakyvyn tukeminen työssä onnistuu parhaiten, kuten myös siihen liittyvä yhteistyö sekä kuntoutuspalveluiden kartoitus. Eniten konkreettista kehittämistä nähdään fyysisen toimintakyvyn tukemisen alueella.** Yhden toimintakyvyn osa-alueen tukeminen ei rajaa muita pois, kuten teoreettisissa lähtökohdissa avataan tarkemmin. Kehitettävää näyttää olevan enemmän psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn alueeseen liittyvien palveluiden saavutettavuudessa sekä yleisesti siinä, milloin on ennaltaehkäisyn tarve, tai milloin ennaltaehkäisevän asian varalta olisi sopivaa pyytää joku arvioimaan.

Hoito- ja palvelusuunnitelma tulisi tehdä yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa ja jos asiakas ei pysty osallistumaan suunnitteluun, asiakkaan tahtoa tulisi selvittää yhteistyössä hänen omaisensa, laillisen edustajan tai muun läheisen kanssa. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2013, 67–68)

Johtopäätöksenä näyttää siltä, että hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö suosituksen mukaan toteutuu vain joskus käytännön työssä, ehkä johtuen resurssipulasta ja koetaan nopeammaksi tehdä suunnitelma ilman asiakasta. Avoimissa vastauksissa nousi esille, että Kelan määrääjat koetaan lyhyinä sekä etuudet on tärkeää saada vireille mahdollisimman pian. Toisinaan ei ole mahdollista tehdä suunnitelmaa asiakkaan etua ajatellen ja yhteisymmärryksessä kiireisen aikataulun vuoksi. Hoito- ja palvelusuunnitelman nähdään usein olevan avuksi asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa.

Kuntouttavaa työtä estäviksi tekijöiksi kuvataan aikataulua ja resursseja, työ on sujuvampaa puolesta tehtäessä, yleistä pahoinvointia ja sitä että tahto kuntouttaa ei auta kiireessä. Puolesta tekemisen suurimmiksi syiksi nousivat tässä tutkimuksessa kiire, asiakas on hidas, asiakkaalla ei ole halua tai voimavaroja tehdä itse ja asiakas väsyä kovasti tekemisestä. Valitut puolesta tekemisen syyt olivat vähäiset, jonka

näen positiiviseksi asiaksi. **Tulkitsen, että useimmiten juuri kiire yhdistettynä toiseen kyselyssä esitettyyn tekijään laittaa tekemään puolesta.**

Asiakkaan alakuloisuus tai itse tekemisen vaikeus syystä tai toisesta näyttää olevan ajallisesti tehokkaampi kiertää puolesta tekemällä, kuin tukea esimerkiksi kannustamalla, kuuntelemalla ja keskustelemalla. Tätä henkivät myös suosikit monivalintakysymyksessä tärkeitä asioita kuntouttavan toiminnan toteuttamisessa ovat ”Kuntouttavaan toimintaan on muiden tehtävien lomassa aikaa”, jonka jälkeen eniten tärkeäksi nähtiin, että ”asiakas suhtautuu myönteisesti kuntouttavaan toimintaan”.

Kuntouttavaa työtä on myös yhteistyö muiden toimijoiden välillä. **Noin puolet kyselyyn vastaajista kokee voivansa puuttua ns. oikea-aikaisesti joskus tai harvemmin asiakkaan toimintakykyyn liittyviin asioihin.** Myöskään toista ammattilaista ei ole aina mahdollista saada arvioimaan. **Positiivista on, että tiimissä näyttää olevan mahdollista pohtia toimintakyvyn asioita,** mutta sen mahdollistuminen työssä vähenee, kun pohtia tulisi toisen yksikön ammattilaisten kanssa, ja yhä vähenee, kun olisi pohdittavaa yli sektorirajojen.

Parhaiten tiedetään tai otetaan selvää mihin olla yhteydessä liittyen asiakkaiden fyysisen toimintakyvyn asioihin. Niihin liittyen myös useimmiten ollaan yhteydessä tarpeellisiin tahoihin. Fyysiseen toimintakykyyn liittyvät asiat ovat selkeimmin havaittavissa. Näyttää siltä, että jaotellen fyysiseen toimintakykyyn yhdistetyt palvelut ovat helpoiten saatavissa ja saavutettavissa, niiden toimihenkilöt helpoiten lähestyttävissä ja tarve kuntoutukselle on selkein.

ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteisiin nähden vastaajat kuvaavat, että asiakkaan suorituksen tukeminen on keskeistä työssä ja siinä nähdään myös eniten kehitettävää. Työssä huomioidaan kokonaisvaltaisesti osa-alueiden vuorovaikutussuhteita (Kuvio 1.). Yksilötekijöiden huomiointiin haluttaisiin panostaa jotta asiakkaan suorituksen ja osallistumisen tukeminen olisi asiakaslähtöistä. **Aktiivinen osallistuminen (sairauksista ja rajoitteista huolimatta) on toisaalta asiakkaan ja läheisten vastuulla, toisaalta pyritään järjestämään osallistumisen**

mahdollistavaa toimintaa. Osallisuuteen tähtäävä toiminta näyttää olevan vaikeasti selvitettävissä vastaajien kuvaileman työn aikataulupaineen vuoksi.

8 KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Kuntouttavaa työtä toteutetaan tällä hetkellä aikojen sallimissa rajoissa, mutta siinä nähdään kehitettävää niin käytössä, kuin yleiseksi toimintatavaksi juurtumisessa. Yhteisissä työyhteisön pelisäännöissä on panostettavaa. **Jotta kuntouttava työote toteutuisi, tarvittaisiin kuntouttavan toiminnan määrittäminen ajallisesti työtehtäväksi.**

Saarenheimon (2013) mukaan elämänhallinnan ja psyykkisen hyvinvoinnin kohdalla korostetaan ajatusta siitä, että mielialaa ylläpitää keskeisesti fyysinen kunto, riittävä liikkuminen, terveellinen ravitsemus ja määrällisesti ja laadullisesti riittävä uni. Nykyään ajatellaan mielen ja kehon kietoutuvan näin yhteen. Ikääntyneiden mielenterveyttä voidaan edullisesti edistää liikunnalla, ja parhaiten se onnistuu säännöllisellä liikunnalla johon liittyy sosiaalinen ja vuorovaikutuksellinen vertaistuki. (Saarenheimo 2013, 374.)

Johtopäätöksenä tästä tutkimuksesta hoito- ja palvelusuunnitelmaa pidetään enemmän työntekijöiden välisenä työkaluna tällä hetkellä. Kyselyn tuloksista selvisi, että suurin osa vastaajista (92 %) kokee sen auttavan asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa. Kuntoutuksen ohjaaja- opiskelijana ajattelen, että suunnitelmaa voisi ja tulisi käyttää asiakkaan kanssa yhdessä tehtävänä tavoitteellisena sopimuksena.

Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla olisi paljon mahdollisuuksia sitouttaa asiakasta pohtimaan mm. omaa toimintakykyään ja tavoitteitaan. Kaikkien asiakkaiden kohdalla ei ole tarpeellista selvittää mikä on tämä suunnitelma ja miksi laki sen velvoittaa tekemään, vaan asiakkaiden kanssa voisi pohtia yhdessä tavoitteet jotka tukevat hänen toimintakykyään ja kotikuntoisuuttaan. Nämä tavoitteet hoitaja voisi viedä suunnitelmaan. **Tutkimustulosten perusteella uskon tähän löytyvän halukkuutta, sillä koetaan että asiakaslähtöisyydestä joutuu nipistämään.**

Ohjeistuksen tulisi olla selkeä ja tämän työn tekeminen määritetty työajaksi. Hoito- ja palvelusuunnitelman tulee perustua kokonaisvaltaiseen arvioon suositusten mukaisesti, joten laatua tuo siihen ajallinen panostaminen.

Vastaajien mielestä kuntouttavassa työssä on kehitettävää ajankäytön, yhteisten toimintatapojen, kuntouttavan työotteen ja fyysisen toimintakyvyn tukemisen osalta.

Asiakaslähtöisyys, asiakkaan toimintakyvyn tukeminen ja omatoimisuuden tukeminen ovat vastaajille tärkeitä työssä, mutta osan mielestä tällä hetkellä niitä ei ole useinkaan mahdollista toteuttaa, osan mielestä toteuttaminen onnistuu vähintään usein. **Tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisyys tulisi laittaa keskiöön,** mitä linjaa myös uusin laatusuositus. Halua ja motivaatiota toimia asiakkaiden kuntoutumista edistään näyttää vahvasti olevan.

Kuntouttavan yhteistyön asioissa näyttää olevan panostettavaa, sillä vastauksien perusteella näyttää siltä että aina ei voi saada oikea-aikaista kuntouttavaa palvelua tai toimintaa asiakkaalle. Tulkitsen, että ei ole selkeää kenen työ on hoitaa mikä milloinkin kuntouttavaan toimintaan liittyvä asia, ja voi olla raskasta lähteä selvittämään kenelle asia kuuluu kiireisen työn lomassa. Huomioitava on, että suurin osa vastaajista oli työskennellyt kotihoidossa 1-4 vuotta. Näyttää siltä, että yhdyshenkilö (kuntouttavalle toiminnalle) joka selvittelisi eteenpäin asiaa, myös yli sektorirajojen olisi tarpeellinen.

Kyselyn avoimista vastauksista tulleen ehdotuksen ”ulkoilu ja perusliikunta osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa” on mielestäni tavoiteltava ja tärkeä asia. Jokaisen asiakkaan kohdalla sen ei tarvitse tarkoittaa, että hoitaja vie aina ulos, vaan myös omainen, ystävä, avustaja tai vapaaehtoinen voi viedä ulkoilemaan – tätä tulisi kartoittaa.

Terveystieteiden työntekijät ovat avainasemassa tukemassa ikääntyneen ihmisen liikunnan harrastamista. Ammattilaisten antamien liikuntaneuvojen sisältöä tulee jatkuvasti tarkastella, kieltoja ja varoituksia tulee välttää. Apuna hyvän

vanhenemisen edistämisessä voisi olla Hirvensalon ym.(2013) mukaan esimerkiksi ikäihmisten liikunnan kansallinen toimenpideohjelma jonka on julkaissut yhteistyössä Opetus- ja kulttuuriministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriö ja ikäinstituutti vuonna 2011. Ikääntyvä väestö on jaettu ohjelmassa kolmeen ryhmään toimintakyvyn mukaan, ja ohjelma on suunnattu yli 60v. täyttäneille nykyisten liikuntasuosituksen mukaan liian vähän liikkuville ihmisille (Hirvensalo ym. 2013, 480; Ikäihmisten liikunnan kansallinen toimenpideohjelma 2011, 11–12.)

Kuntouttavaa toimintaa tulisi lisätä Mikkelin kotihoidossa, joka myös näyttäisi edellyttävän ajallista panostusta. **Asiakkaan tukemisen suosikkikeinoiksi nousivat kolme kovaa koota - kannustaminen, kuunteleminen ja keskusteleminen.** Se mikä on hyvä keino asiakastyössä, on varmasti hyvä keino myös kaikessa kehittämistyössä.

9 POHDINTA

Saatujen vastausten lisäksi jäin pohtimaan, työskentelevätkö kyselyyn vastanneet henkilöt kaupunkialueella vai taajamissa, ja miten se vaikuttaa vastauksiin. Koska Mikkelin seutu on asukasmäärältään pieni, joten se piti jättää kysymättä anonymiteetin säilymisen vuoksi.

Opinnäytetyön tekeminen opetti minulle aiheensa lisäksi paljon raportoinnista ja pitkäjänteisestä työskentelystä. Opinnäytetyöprosessin aikana käsitykseni syveni siitä, että ihminen on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kokonaisuus. Opin paljon kotihoidosta, hoito-alan työstä ja kuntouttavasta toiminnasta sekä teorialähtöisesti että aineistolähtöisesti joka sai minut pohtimaan yhteistyön merkitystä työssä.

Koulutukseni antaa valmiudet arvioida asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti ja asiakaslähtöisesti. Puhutaan sitten termillä palveluohjaus tai kuntoutusohjaus, on työ tavoitteellista ja perustuu asiakkaan ja työntekijän yhteistyöhön, jossa räätälöidään hänelle tarpeelliset palvelut. Palveluiden toteutumista myös seurataan ja arvioidaan yhdessä asiakkaan ja ammattilaisten kesken. Yleinen tavoite on löytää oikea-aikaiset ja vaikuttavat palvelut asiakkaalle niin, että hän pystyy sitoutumaan tavoitteisiinsa.

Asiakaslähtöisyys ja voimavaralähtöisyys ovat tärkeitä, että työ olisi myös tarkoituksenmukaista ja parhaimmillaan kustannustehokasta.

Vaarama ja Pieper toteavat toimittamassaan teoksessa (Managing Intergrated Care for Older Persons, European perspectives and good practises) että uusille ammattilaisille, joiden tarkoitus on yhdistää, olla siltana eri palveluiden ja toimijoiden välillä on tulevaisuudessa tarvetta (2005, 264–265). Opiskelemanani ammatti antaa avaimet juuri tällaiseen työhön, jonka tarkoitus on koordinoida palveluita ja räätälöidä niitä sopivaksi, asiakaslähtöisesti yli sektorirajojen ja huomioiden myös kolmannen sektorin mahdollisuudet. Tosin ei kukaan ammattilainen yksin onnistu takaamaan palveluiden laatua, joten jo todetuksi tullut yhteinen tavoite, tarkoitus ja vanhuskäsitys ovat tärkeintä työyhteisössä.

Uudessa kuntoutusselonteossa (2015, 14) valtakunnan tason ongelmaksi todetaan kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudessa se, että kokonaisjärjestelmän ohjaus ja koordinointi on puutteellista, eli osa asiakkaista jää vaille oikea-aikaista ja tarkoituksen mukaista kuntoutusta osajärjestelmissä. Tutkimustulokseni myös henkii tätä, kotihoidon asiakkaiden kotikuntoisuus heikkenee toisinaan, koska sopivaa kuntoutusta ei ole mahdollista saada eri syistä. Tutkittavien työssä on varmasti huolta heikkokuntoisten asiakkaiden pärjäämisestä, ja jos aikaa ei ole riittävästi, lienee turvallisempaa tehdä asiakkaan puolesta - kuin pyrkiä kuntouttavaan toimintaan.

Tärkeintä kuntoutuksessa on monialaisen kuntoutuksen tilannekatsauksen mukaan ikääntyneiden kohdalla omassa arjessa sekä toimintaympäristöissä selviytyminen. Näkökulmana on erityisesti toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Selonteossa todetaan kuntoutuksen sisältävän myös kotiin vietävät palvelut sekä osallisuuden ja sosiaalisten suhteiden parantamisen. (Monialainen kuntoutus – tilannekatsaus 2015, 14, 19.)

Sosiaalisen ympäristön havainnoinnin suurin osa vastaajista koki mahdolliseksi joskus. Mitä tulee tarpeelliseksi katsottujen palveluiden selvittämiseen ja asian eteenpäin viemiseen, sosiaalisen toimintakyvyn ja osallisuuden asiat koettiin

hankalimmiksi. Voi olla, että näitä asioita ei nähdä osana työtä eri syistä, tai tärkeämpiäkin asioita on. Toisaalta asiakkaiden yksinäisyys huolestuttaa. Pohdin 3. sektorin mahdollisuuksia, vapaaehtoisista ystävistä tiedetään, mutta muutakin toimintaa on, jota voisi selvittää asiakaskohtaisesti. Kun tarve on sosiaalisten asioiden ja osallisuuden parantamisessa, järjestöjen ja seurakunnan toiminta voisi olla asiakkaalle hyväksi, jos ne ovat saavutettavissa. Päättelen, että asiakkaalta odotetaan aktiivisuutta hoitaa ensisijassa itse sosiaalisen ympäristönsä asiat. Osallistumista voi vaikeuttaa jo se, että tarvitsee kyydin, johon ei ole varaa.

Opinnäytetyötä tehdessäni olen kiinnittänyt huomiota valtakunnalliseen uutisointiin kotihoidon tilasta. Suomen lähi- ja perushoitajaliiton Superin selvitys kotihoidosta kertoo kotihoidon olevan yhä pahenevassa kriisissä. Kyselyyn vastasi 2408, tähän liittoon kuuluu 86 000 sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista, jotka työskentelevät julkisella ja yksityisellä sektorilla. Kysely oli suunnattu kotihoidon työntekijöille. Vastaajista 95 % oli huolissaan hoidon laadusta. 70 % koki, että työyksikössä on liian vähän henkilökuntaa ja lisää lähi- ja perushoitajia toivoi 93 % vastaajista. Viidennes vastaajista koki hoito- ja palvelusuunnitelmien toteutuvan hyvin. (Tiedote: SuPerin selvitys kotihoidosta: Kotihoito on kriisissä – hoidon laadusta ollaan huolissaan aiempaa enemmän 2015.)

Päättelisin, että vaikka asiakkaiden toimintakyvyn tukeminen on tärkeä asia ja lailla säädetty, ovat kotihoidon ongelmakohdat tällä hetkellä yleisesti muualla. Työn tarkoitus on auttaa asiakasta parhaalla mahdollisella tavalla, joten ylimääräinen paperityö, kuten kyselyyn vastaaminen ei taida olla tärkeysjärjestyksessä ensimmäisiä.

Luotettavuuden arviointi

Kyselyn vastausprosentti on 13,9 joten tuloksen luotettavuutta on syytä pohtia. Saamissani vastauksissa ja ryhmähaastattelussa esille tullut kiireinen aikataulu jo perustyössä on uskoakseni vienyt vastaajia. Vastauskato tutkimuksessani on suuri, joten tulos ei ole yleistettävissä Mikkelin kotihoidon tavoiteltuun kohderyhmään.

Ojansivun ja Pekkolan Jyväskylän kotihoidon työntekijöille 2012 tehdyn opinnäytetyökyselyn vastausinnokkuus on samansuuntainen. Heidän opinnäytteensä tutki pääpiirteittäin samaa asiaa (miten voimavaralähtöinen ja kuntouttavaa työote näkyy kotihoidon hoitotyössä ja toimintakyvyn tukemisessa) ja kyselyn vastausprosentti oli 7.8. He myös saivat tulokseksi että kiire vaikeuttaa kuntouttavan työotteen käyttöä.

Kaipaisen 2014 tekemässä Mikkelin kotihoidon asiakastyytyväisyyskyselyssä keskeisenä kritiikkinä esille nousi se, ettei henkilökunnalla ole riittävästi aikaa käynneillä. Kolmannes asiakkaista vastasi, ettei heille ole tehty hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Tutkimustulokseni toivat nämä asiat myös esille.

Pilottitutkimusta ei vaadita opinnäytetyössä. Oli hienoa, että minulla oli mahdollisuus siihen, sillä ryhmähaastattelu helpotti aiheen lähestymistä. Uskon että ryhmähaastattelun sekä kyselyn tuloksissa onnistuin tuottamaan puolueetonta kokonaisvaltaista tietoa. Kotihoidon työ oli minulle ennalta lähes tuntematonta, joten lähestyminen tapahtui avoimin mielin. Pilottitutkimuksen avulla koin luontevaksi kyselyn laatimisen. Sen tavoite oli saada pilottitutkimuksen tulokset yleistettäviksi ja mitattaviksi, mutta siinä ei täysin onnistuttu vastauskadon vuoksi.

Voi olla, että tutkittavat käsittävät kysymykset eri tavalla kuin tutkija on olettanut (Hirsjärvi ym. 2010, 231). Kriittisesti ajatellen muutamat kysymyksistä saattoivat olla vaikeaselkoisia. Sanavalinnan onnistumista mietin erityisesti kysyttäessä voiko toimintakyvyn asioita pohtia tiimissä, toisen yksikön ammattilaisten kanssa sekä yli sektorirajojen. Ehkä pohtia oli huono sana, sillä voin vain olettaa, millä tavalla kyseisen ammattiryhmän edustajat viestivät eteenpäin huomioimiaan tärkeitä

asioita. Huomioiden sen, että kiireinen työrytmi tuskin antaa aikaa syvällisesti pohtia. Oletan, että useimmiten saattaa olla niin, että viestiä huomioidusta asiasta laitetaan eteenpäin sähköisten pikaviestimien kautta, tai soittamalla ja siinä vastuu viestin sisältöön reagoimisesta siirtyy toiselle. Vastaajien mukaan toista ammattilaista ei saa aina arvioimaan, joten pohdin onko sovittua yleistä käytäntöä keneen ottaa yhteyttä milloinkin, ja jos käytäntö on, onko se selkeää?

Jälkikäteen tuli ajatus, että palveluiden tarpeen selvittämistä ja yhteistyötä olisi voinut kartoittaa konkreettisimmilla esimerkeillä kuten tunnetko kuntoutuspalveluita, tai mielenterveyspalveluita sekä kysyä oletko sinne yhteydessä, kun nähdään tarpeelliseksi. Toisaalta yhteistyön syvällisempi kartoittaminen saattaisi olla yksinään jo opinnäytetyön aihe. Toisaalta taas palvelutarpeen selvittäminen on esimerkiksi kuntoutuksen ohjaajan osaamisaluetta, joten nyt tässä ehdotettu kysymyksen asettelu olisi ollut vaativaa. Tältä tuntumalta mitä olen tutustunut tutkittavien työhön, haluaisin helpottaa heidän perustyötään. Jos vaadittaisiin vielä palveluiden tuntemusta ja kuntouttavien asioiden laajaa selvittelyä jokaisen asiakkaan kohdalla, olisi kohtuutonta.

Vain kuusi henkilöä oli avannut lomakkeen lähettämättä vastauksia. Olen tyytyväinen saatujen vastausten laatuun. Väärinymmärryksiä siinä, mitä kysymyksillä tarkoitetaan tuli vain vähän. Pyrin olemaan tutkijana joustava, ja ajattelin vastattua vastaajien näkökulmasta. Avoimissa vastauksissa vastattiin laveasti ja ne osoittautuivat tärkeiksi johtopäätösten pohdinnassa.

Jatkotutkimusaiheena asiakkaiden näkemystä tästä aiheesta olisi varmasti myös mielekästä tutkia. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotan hyvien käytäntöjen keräämistä kuntouttavasta työstä kotihoidossa. Oma työni käsitteli laajasti kokemusta kuntouttavan työn mahdollisuuksia tällä hetkellä, joten positiivisten ja hyväksi havaittujen kokemusten kerääminen olisi varmasti kehittävää työtä, sillä se kertoisi asioista jotka onnistuvat tämän hetkisillä resursseilla. Myös opinnäytetyön tekeminen samalla sabluunalla eli vertailevana tutkimuksena voisi olla joidenkin vuosien päästä hyödyllistä, koska silloin voisi vertailla kuinka asiat ovat muuttuneet.

LÄHTEET

Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Turun yliopiston julkaisuja, sarja osa 869. Hoitotieteen laitos, Lääketieteellinen tiedekunta, Turun yliopisto, Turku
Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Otavan kirjapaino. 9, 10, 15, 42, 104

Facts about ageing. 2014. Maailman terveysjärjestö WHO. Artikkelin Who:n sivuilla, julkaistu 30.10.2014. Viitattu 5.2.14. <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/>.

Finne-Soveri, H. 2010. Ikääntyneiden pitkäaikaishoito. kustannukset ja asiakasmaksut. Teoksessa Geriatria. Toim. Tilvis, R. & Ebeling, P. Kustannus Duodecim. Viitattu 23.10.14.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049

GDS-15, Myöhäsiän depressioseula 2013. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkosto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.4.2015.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/>

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus vaikuttavuus. Tutkimuksia 179. Stakes. Vaajakoski: Gummerus. 28, 41

Heikkinen, E., Kauppinen, M. & Laukkanen, P. 2013. Iäkkäiden ihmisten selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Teoksessa Gerontologia. Toim. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 3. uud. p. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset 291–293

Heikkinen, E. Laukkanen, P. & Rantanen, T. 2013 Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa Gerontologia. Toim. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 3. uud. p. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset 287

Helin. 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Vanhuuden voimavarat. Toim. Heikkinen, E. & Marin, M. Helsinki: Tammi. 36, 64

Helin. 2007. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä, Toimintakykyä ylläpitävä työote Gerontologia. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2. uud.p. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino. 431

Heinola, R. 2007. Palvelujen dokumentointi. Teoksessa asiakaslähtöinen kotihoito. Toim. Heinola, R. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino. 26-27

Heinola, R. & Luoma, M-L. 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa asiakaslähtöinen kotihoito. Toim. Heinola, R. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino. 42–43

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15–16 p., uud. p. Kariston kirjapaino: Hämeenlinna. 193, 198, 199, 202–204

Hirvensalo, M., Rasinaho, M., Rantanen, T. ja Heikkinen, E. 2013. Liikunta. Teoksessa Gerontologia. Toim. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 3. uud. p. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset 480, 484

Ikäihmisten liikunnan kansallinen toimenpideohjelma. 2011. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:30. Liikunnasta terveyttä ja hyvinvointia. Karvinen, E., Kalmari, P. & Koivumäki, K. Viitattu 1.4.2015. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2011/liitteet/OKM30.pdf?lang=fi> 11–12

Zechner, M. & Valokivi, H. 2009. Hoivan tarve ja vanhan ihmisen toimintakyky. Julkaisussa Hoiva tutkimus, politiikka ja arki. Toim. Anttonen, A., Zechner, M. & Valokivi, H. Tallinna: Vastapaino 174–175

Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. Voutilainen, P & Tiikkainen, P. Helsinki: WSOY. 47–49, 50, 51, 53, 52–54

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. viitattu 9.3.2015. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf 4-7

ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 2004. Maailman terveysjärjestö WHO, Stakes. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino. 5, 7-8, 21–25

ICF-ydinlistat ja tarkistuslista. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 6.2.2015. <http://www.thl.fi/fi/aiheet/tietopakettit/icf-luokitus-ja-toimintakyky/icf-luokituksen-kaytto/icf-ydinlistat-ja-tarkistuslista>

ICF kuuluu WHO:n luokitusperheeseen. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 7.10.2014. Viitattu 6.2.2015. <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-kuuluu-who-n-luokitusperheeseen>

ICF –luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet. 2104. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.2.2015 <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyky-icf-luokituksessa> KUVIO 1.

Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. Porvoo: Bookwell. 15, 42–43, 57–58, 61, 159, 163, 174, 192–193

lääkäiden laitoshoidtoa vähennetään useilla erilaisilla toimenpiteillä. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 34/2014, 27.02.2014. Viitattu 4.11.14.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1875929>

lääkäiden mahdollisuutta asua kotona tuetaan. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote. Tiedote 318/2014. 30.12.2014 14:17. Viitattu 14.1.2015.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1899789#fi>

Jyrkämä, J. 2007. Toimijuus ja toimijatilanteet- aineksia ikääntyneen arjen tutkimiseen. Teoksessa vanhuus ja sosiaalityö. Toim. Seppänen, M. Karisto, A. & Kröger, T. Jyväskylä: PS-kustannus. 195, 196–201, 206, 209–211

Jyrkämä, J. 2013. Vanheneminen, arkitilanteet ja toimijuus. Teoksessa Gerontologia. Toim. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 3. uud.p. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset. 424

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5. uud. p. Helsinki: WSOY. Terveys ja sairaus, Kuntoutuksen asiakastyö ja prosessinohjaus 72, 187–190
Kaipainen, K. 2014. Mikkelin kotihoidon asiakastyöväisyysskysely. Opinnäytetyö. Diakonia- Ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Viitattu 26.1.2015.

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/73054/Kaipainen_Kirsi.pdf?sequence=1 2, 21

Kananen, J. 2008. Kvantti. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 89

Ketola, J. 2012. Kotihoidon asiakkaan toimintakykyä tukeva hoitotyö. Opinnäytetyö. Hämeen Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 26.1.2015.

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/43591/Johanna_Ketola.pdf?sequence=1 2

Kettunen, R. Kähäri-Wiik, K. Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. 4. uud. p. Helsinki: WSOYpro. 10,11, 13–15, 17, 135–137, 138–139

Knuutinen, T. 2013. ”Eihän ny kauan mee vartin rappukävelyyn” Kuntouttavan työotteen mallin kehittäminen Pälkäneen kunnan kotihoitoon. Opinnäytetyö. Lahden Ammattikorkeakoulu. Ylempi Ammattikorkeakoulututkinto. Kuntoutuksen koulutusohjelma. Viitattu 26.1.2015.

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/62247/Knuutinen_Tiina.pdf?sequence=1

Koskinen, S., Pitkälä, K. & Saarenheimo, M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa kuntoutus. Toim. Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2.p. Duodecim: Helsinki. 547–549

Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2013. 2014. Suomen virallinen tilasto, Kotihoidon laskenta 30.11.13. THL. 26.6.2014. Viitattu 27.1.2015.

<http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>

Kotipalvelu- ja sairaanhoitomaksut. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 8.4.2015. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiaksmaksut/kotipalvelut

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino. 102–103

Kyselyt. N.d. Webropol Oy. Viitattu 24.10.2014. <http://www.webropol.fi/ratkaisut/kyselyt/>

Kyselyohjelmisto Webropol. N.d. Jamk, Elmo opiskelijan intra. Viitattu 24.10.2014. <https://intra.jamk.fi/opiskelijat/Sivut/Webropol-kyselyohjelmisto.aspx> Ohjeita ja dokumentteja //

Kyselyohjelmisto Webropol 2015. Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijaintra Elmon tiedotteet. Kirjautuminen sivuille opiskelijan henkilökohtaisilla tunnuksilla. Viitattu 4.1.2015. elmo.jamk.fi

L 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 4.2.15. Valtion säädöstietopankki Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> ajantasainen lainsäädäntö.

L 1326/2010. Terveystietolaki. Viitattu 4.2.15. Valtion säädöstietopankki Finlex. [http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326?search\[type\]=pika&search\[pika\]=terveydenhuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326?search[type]=pika&search[pika]=terveydenhuoltolaki) ajantasainen lainsäädäntö.

L 812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 4.2.15. Valtion säädöstietopankki Finlex. [http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20000812?search\[type\]=pika&search\[pika\]=Laki%20sosiaalihuollon%20asiakkaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20000812?search[type]=pika&search[pika]=Laki%20sosiaalihuollon%20asiakkaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista) ajantasainen lainsäädäntö.

L 710/1982. Sosiaalihuoltolaki. Viitattu 4.2.15. Valtion säädöstietopankki Finlex. [http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1982/19820710?search\[type\]=pika&search\[pika\]=sosiaalihuoltolaki](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1982/19820710?search[type]=pika&search[pika]=sosiaalihuoltolaki) ajantasainen lainsäädäntö.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:11. Viitattu 4.2.15. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf 21, 24, 37, 39, 42, 67–68, 79

Laukkanen, P. 2007. Monidimensionaaliset mittarit. Teoksessa Gerontologia. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. Toimintakyvyn arviointimenetelmät. 2. uud. p. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino. 261–262, 301–303

Laukkanen, P. ja Pekkonen, A. K. 2013. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat menetelmät. Teoksessa Gerontologia. Toim. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 3. uud.p. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset 313

Lyyra T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa vanheneminen ja terveys. Toim. Lyyra, T-M. Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. Tampere: Tammer-paino 21, 22

Lyyra, T-M & Tiikkainen, P. 2009. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. Voutilainen, P & Tiikkainen, P. Helsinki: WSOY. 60–61, 70–71, 79–80

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Helsinki: Edita Prima 21–22, 41

Lähes joka viides suomalainen 65 vuotta täyttänyt. 2014. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne. vuosikatsaus 2013. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 4.2.15.
http://www.stat.fi/til/vaerak/2013/01/vaerak_2013_01_2014-09-26_tie_001_fi.html

Mikkelin kaupungin vanhusneuvoston toimintasääntö. 2004. Hyväksytty: kaupunginhallitus 22.1.2001 § 76. Muutos: 4 §/kaupunginhallitus 26.1.2004 / 30. Viitattu 3.2.2014. <http://www.mikkeli.fi/sisalto/vanhusneuvoston-toimintasaanto>

Mikkelin seudun vanhuspalveluiden käsikirja. 2014. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveyslautakunta. Viitattu 4.2.15.
http://www.mikkeli.fi/files/atoms/files/vapa_toimintakasikirja_2014_1.pdf 5, 8, 21–22, 41, 49, 76

Mikkelin seudun web-kamerat kartalla. 2015. Kuva webinfo.fi sivustolla, avoimessa verkossa. Viitattu 30.3.2015
http://www.webinfo.fi/index.php?keyword=allmap&camera=1&area_id=28 Kuva 1. Seudullinen sosiaali- ja terveystoimen alue

Mikä on RAVA-mittari. N.d. Finnish Consulting Group. Viitattu 8.4.2015.
<http://www.ravamittari.fi/mik%C3%A4-rava-mittari>

MMSE-testin käyttö iäkkään henkilön palveluntarpeen arvioinnin yhteydessä, Arvioitu mittari: Mini Mental State –asteikko 2012. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkosto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.4.2015.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/87/>

Monialainen kuntoutus – tilannekatsaus. 2015. Kuntoutusasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 30.3.2015. Sosiaali- ja terveysministeriön raporteja ja muistioita 2015:18 14–16. 19

Nummijoki J. 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa Lupaava kotihoito. Toim. Y. Engström Niemelä, A-L. Nummijoki, J. ja Nyman, J. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus 96–97

Ojansivu, M. & Pekkola, J. 2012. ”Edetään pikkuhiljaa, asia kerrallaan” Kotihoidon kuntouttava ja voimavaralähtöinen työote asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa. Opinnäytetyö. Kuntoutuksen ohjauksen ja suunnittelun koulutusohjelma. Viitattu 26.1.2015.

[http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47414/Ojansivu Mira Pekkola Jaan a.pdf?sequence=2](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47414/Ojansivu_Mira_Pekkola_Jaan_a.pdf?sequence=2) 2

Opinnäytetyön raportointi ohje. 2013. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu. Viitattu 8.4.2105. <http://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/>

Osallisuuden edistäminen. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 12.4.2015. http://www.stm.fi/hyvinvointi/osallisuuden_edistaminen

Palomaki, S-L. & Toikko, T. 2007. Tekemisen ja kohtaamisen ristiriita vanhustyössä. Teoksessa vanhuus ja sosiaalityö. Toim. Seppänen, M. Karisto, A. & Kröger, T. Jyväskylä: PS-kustannus. 271–273, 279–280, 281

Palvelujen menot ja rahoitus. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 8.4.2015. http://www.stm.fi/stm/toiminta_ja_talous/palvelujen_menot

Pikkarainen, A. 2007. Vapaa-aika ja harrastukset. Teoksessa vanheneminen ja terveys. Toim. Lyyra, T-M. Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. Tampere: Tammer-paino 95, 99, 105–107

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. osa 1. Jyväskylän ammattikorkeakoulu julkaisuja 159 – sarja. Viitattu 5.2.15. www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64864/JAMKJULKAISUJA1592013_web.pdf?sequence=1 130

Rantanen, T. 2007. Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämässä. Teoksessa Gerontologia. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. 2. uud. p. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino. 409

Rantanen 2013. Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämässä. Teoksessa Gerontologia. Toim. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 3. uud.p. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset 414–415

Routasalo, P. 2009. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. Voutilainen, P & Tiikkainen, P. Helsinki: WSOY. 184–185, 187

Ruoppila, I. 2002. Psyykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Vanhuuden voimavarat. Toim. Heikkinen, E. & Marin, M. Helsinki: Tammi. 147

Ryhmähaastattelu N.d. Tilastokeskus. Virtual statistics. Viitattu 3.11.14. <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/> Haastattelutavat

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto, verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 3.11.14. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/> 6.3.4 Ryhmähaastattelu. 6.3.2 Teemahaastattelu. 7.3.2. Sisällönanalyysi.

Saarenheimo, M. 2013. Mielenterveys. Teoksessa Gerontologia. Toim. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 3. uud.p. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset. 373–374, 379

Seutusote-alue. 2015. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi. Kuva avoimessa verkossa. Viitattu 30.3.2015 <http://www.mikkelinseutusote.fi/> Kuva 1. Mikkeli kartalla

Sointu, L. 2009. Koti hoivan tilana. Julkaisussa Hoiva tutkimus, politiikka ja arki. Toim. Anttonen, A., Zechner, M. & Valokivi, H. Tallinna: Vastapaino. 181–182

Sote- uudistus. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 9.3.15
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus

Soveltuvuus iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arviointiin: Arvioitu mittari: RAVA™ -mittari 2012. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkosto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.4.2015.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/arviointi/64/>

Taanila, A. 2013. Kato. Kirjoitus Akin menetelmä blogi –sivustolla. Kirjoituksia Akin Taanilan kvantitatiivisesta menetelmäpajasta. Viitattu 24.2.2015.
<https://tilastoapu.wordpress.com/tag/vastausprosentti/>

Tepponen, M. 2007. Yhteistyö. Teoksessa asiakaslähtöinen kotihoito. Toim. Heinola, R. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes. Oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino. 61, 67–68

Tervetuloa toimia- tietokantaan 2014. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin asiantuntijaverkosto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 1.4.2015.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>

Tiedote: SuPerin selvitys kotihoidosta: Kotihoito on kriisissä – hoidon laadusta ollaan huolissaan aiempaa enemmän. 2015. Tiedote 27.1.2015. Viitattu 10.3.2015.
<http://www.superliitto.fi/viestinta/tiedotteet-ja-kannanotot/tiedote-superin-selvitys-kotihoidosta-kotihoito-on-kriisissa-hoidon-laadusta-olla-huolissaan-aiempaa-enemman/>

Tiikkainen, P. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Gerontologia. Toim. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. 3. uud. p. Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven Offset. 284–287, 287–288

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 6. uud. p. Latvia: Livoprint. 110–113

Vanhuspalveluiden seudullinen toimintaohjelma vuosille 2014–2025. 2014. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi. Viitattu 3.11.2014.
http://www.mikkelinseutusote.fi/files/Vanhustenpalvelujen_seudullinen_toimintaohjelma_2014-2025.pdf

Vaarama, M. & Pieper, R. 2005. Issues of integrated care: summary and discussion. Julkaisussa Managing Intergrated Care for Older Persons, European perspectives and good practices. Toim. Vaarama, M. & Pieper, R. Stakes –National Research Development Centre for Welfare and Health & Ehma – European Health Management Association. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino. 264-265

Vanhuspalvelulaki – pykälistä toiminnaksi. 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja sosiaali- ja terveysministeriö. Ohjaus 14/2013. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Viitattu 28.1.15.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110437/URN_ISBN_978-952-245-966-4.pdf?sequence=1

Voutilainen, P. 2009. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. Voutilainen, P & Tiikkainen, P. Helsinki: WSOY. 125,129

Voutilainen, P., Routasalo P., Isola, A. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön perusta. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Toim. Voutilainen, P & Tiikkainen, P. Helsinki: WSOY. 13–14

Vuorinen, T. 2014. Strategiakirja. 20 työkalua. Talentum Media–Helsinki. 88–89

Väestöennuste kunnittain 2012–2040. Väestö 2013. Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto. 2. korjattu p. Helsinki 2013. Viitattu 4.11.2014.
http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yvrm_vaenn_2012-2040_2013_9843_net_p2.pdf

Webropol 2.0 Raportointiopas 2013. Viitattu 11.3.2015.
<https://www.webropol.fi/surveys.com/Manuals/Webropol.Raportointimanuaa-li.FIN.pdf>



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

1 (2)

Opiskelija/ tutkimuksen tekijä	Nimi ja opiskelijanumero Helmi Ahvenniemi G9379	Ryhmatunnus SRE12S1	
	Katuosoite Pohjolankatu 14 b 18	Postinumero 50120	Postitoimipaikka Mikkeli
	Puhelin 0400801650	Sähköpostiosoite Helmi.ahvenniemi@student.jamk.fi	
	Yksikkö ja koulutusohjelma Hyvinvointiyksikkö, kuntoutuksen ohjauksen ja suunnittelun koulutusohjelma		
Tutkimuksen ohjaaja	Nimi Aila Pikkarainen	Oppiarvo ja ammatti Kuntoutusalan lehtori, THM, KM	
	Toimipaikka ja osoite Piippukatu 2-3, 40100 Jyväskylä		
	Puhelin +358407604316	Sähköpostiosoite Aila.pikkarainen@jamk.fi	
Tutkimuksen toimeksiantaja	Toimeksiantaja Kotihoito - Mikkelin kaupunki, vanhuspalvelut		
	Tutkimusluvan myöntää Vanhuspalveluiden johtaja Niina Kaukonen Yhteystiedot Riitta Halonen, Kuntoutusohjaaja & Arja Rissanen, Osaston hoitaja Riitta.a.halonen@mikkeli.fi Arja.rissanen@mikkeli.fi 0447944361 044794381		
Toimeksiantajan edustajan edustaja tahtaa	Tutkimusluvan myöntäminen Tutkimuslupa myönnetään		
	D Tutkimuslupaa ei myönnetä		
	Myöntämisen ehdot D Hakijan tulee toimittaa valmis raportti tutkimuksen valmistuttua ja esitellä tutkimuksen tulokset suullisesti D Muut ehdot		
	Perustelut myöntämättä jättämiselle		
Paivays ja allekirjoitus	Paattajan nimi Niina Kaukonen, Vanhuspalvelujen johtaja, Mikkelin kaupunki		
	Paikka ja päivämäärä 10.11.2017		



Tutkimuksen tekija/ -t	Helmi Ahvenniemi, kuntoutuksen ohjaaja -opiskelija	
Tutkimuksen nimi	Saannollista kotihoitoa saavien kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn tukeminen arjessa - kartoitus kotihoidon työntekijöiden nakokulmasta	
Tutkimuksen tausta	Tutkimusaihe on noussut esille 7/2013 voimaan tulleen vanhuspalvelulain (laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista) ja Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystalveluiden, vanhuspalveluiden tavoitteista. Toimintakyvyn tukeminen on lakisaateinen asia ikäihmistien hoidossa. Kotihoidolla pyritään tukemaan asiakkaan kotona selviytymistä ja toimintakykyä. Kotihoidon asiakkaat, henkilökunta ja yhteiskunta hyötyvät toimintakyvyn tukemisesta.	
Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusongelmat	Opinnaytetyön tavoitteena on kartoittaa, miten asiakkaan toimintakyvyn tukeminen toteutuu Mikkelin kotihoidossa; millä lailla ja missä asioissa työntekijöiden nakokulmasta ja toimesta? Tutkimuskysymyksena on, kuinka toimintakyky -ja sen tukeminen ymmarretaan, mitä on kaytannossa tällä hetkellä kuntouttava ja voimavaralahtoinen työote. Miten asiakkaan toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukeminen toteutuu arjessa. Opinnaytetyön tuloksien perusteella toimeksiantajan tulisi voida paatella, miten asiakkaat hyötyvät toimintakyvyn tukemisesta ja kuinka sitä voisi kehittää tulevaisuudessa.	
Tutkimuksen aikataulu	Tutkimus on 2.vaiheinen. 1.Vaihe on ryhmahaastattelu kehittämistyona. 2. vaihe on varsinainen opinnaytetyö; kysely Webropol- ohjelmistolla. Ryhmahaastattelu 26.11.14. Alkukartoitus, osana opiskelijan työelämalahtoinen kehittämistoiminta -opintoja. Kysely kotihoidon henkilöstölle alkuvuodesta 2015.	
Tutkittavan organisaation rooli tutkimuksessa (vastuut, velvollisuudet ja hyöty)	Toimeksiantajan edustajat toimivat yhteistyossa opiskelijan kanssa aiheen ja tavoitteen maarittelyssa sekä kaytannon jarjestelyissa. Ryhmahaastatteluun osallistujat ovat lahi- ja sairaanhoitajia aluetiimeista. Kotihoidonohjaajia on pyydetty kysymään vapaaehtoisia osallistumaan . Varsinaista opinnaytetyötä, kyselyä (Webropol) tarkennetaan yhdessä, palveluohjausyksikön muutamaa työntekijää pyydetään esitestaamaan kysely. Kysely valitetaan kotihoidon henkilöstölle organisaatiossa toimivan työntekijän kautta. Sopimus opinnayteyhteistyöstä on tehty nimettyjen toimeksiantajan edustajien kanssa, liitteena. Opinnaytetyö kasittelee paikallista toimintaa ja nykytilannetta, sen tuloksien perusteella on mahdollista kehittää paikallista ja alueellista toimintaa.	
Paivays ja allekirjoitus	Paikka ja paivamaara 11/11/2014	Allekirj Helmi Ahvenniemi Sopimus 14/11/2014

D Liitteena hyväksytty tutkimussuunnitelma

Liite 2. Saatekirje pilottitutkimus, ryhmähaastattelu

Hei kotihoidonohjaajat!

Olen Helmi Ahvenniemi, opiskelen kuntoutuksen ohjaajaksi Jyväskylän Ammattikorkeakoulussa. Lähestyn teitä liittyen opinnäytetyöhöni, jonka toimeksiantajan edustajina ovat Arja Rissanen ja Riitta Halonen palveluohjausyksiköstä.

Kutsun lähi- ja sairaanhoitajia osallistumaan ryhmähaastatteluun. Haastattelu on osa opinnäytetyötäni; Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn tukeminen arjessa, -kartoitus työntekijän näkökulmasta. Tavoite on saada aikaan vapaamuotoista keskustelua siitä, millaista on asiakkaan toimintakyvyn ja osallistumisen tukeminen Mikkelin kotihoidossa. Tämän viestin liitteenä on alustava haastattelurunko. Haastattelussa on tarkoitus käydä läpi toimintakyvyn tukemista fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen jaottelun kautta.

Toiveena on, että haastatteluun osallistuvat työntekijät ovat kiinnostuneita aiheesta, ja että he työskentelevät eri säännöllisen kotihoidon tiimeissä.

Voitteko te kotihoidonohjaajat pyytää jokainen alueeltanne 2 henkilöä osallistumaan haastatteluun?

Aika: *** (marraskuu 2014)

Paikka: Pankalammen ruokasali

Sari Luukkoselta on saatu lupa, että haastatteluun osallistuminen on työaikaa. Osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Haastattelu nauhoitetaan. Haastattelija varmistaa että osallistujat jäävät anonymiksi aineistossa. Salassapitovelvollisuutta noudatetaan, vaikka tarkoitus ei ole käsitellä arkaluonteisia asioita.

Opinnäytetyöhöni kuuluu myöhemmin kysely koskien toimintakyvyn tukemista.

Haastattelun tulokset tulevat määrittämään kyselyä, joka kohdistetaan kotihoidon

työntekijöille alkuvuodesta 2015. Haastattelun aineiston lupaan hävittää

asianmukaisesti, kun opinnäytetyöni on hyväksytty. Opinnäytetyöni raportissa kerron otteita haastattelusta, mutta nimiä ei mainita.

Pyydän että ilmoitatte osallistujien nimet Riitta Haloselle, kun tiedossa.

Tätä viestiä saa välittää osallistujille mielihyvin.

Terveisin

Helmi Ahvenniemi

Kuntoutuksen ohjaaja -opiskelija, Jamk

puh. ***

sähköposti: ***

Liite 3. SWOT-analyysi pilottitutkimukseen, ryhmähaastatteluun perustuen

SISÄISET TEKIJÄT, Tämän hetken asiat	VAHVUUDET Positiivisten tekijöiden lista <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ammattitaito – Asiakkaiden kannustaminen, ohjaus ja neuvonta omatoimisuuteen tukeminen – Asiakslähtöisyys – Perustelutaito, miksi fyysisen ja yleisen toimintakyvyn ylläpitäminen tärkeää – Asiakkaiden rajoitteiden ymmärtäminen – Psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn huomioiminen käynneillä – Asiakkaan turvallisuuden ja jatkuvuuden tunteen varmistaminen – virikkeiden tarjoaminen mahdollisuuksien mukaan; kuten ristisanat ➤ Muu kuntouttava toiminta ➤ Luovuus keksiä keinoja asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja motivoimiseksi ➤ Käyntiajan hyödyntäminen ➤ Tiimityöskentely 	HEIKKOUEDET Negatiivisten tekijöiden lista <ul style="list-style-type: none"> ➤ Resurssipula – aika – työntekijöiden määrä ➤ Toiminnanohjausjärjestelmä uusi ➤ Omaisten kanssa ei ole aina hyvää aikaa käydä asioita läpi ➤ Asiakkaat joilla jatkuva avuntarve siirtymisessä, ravinnon otossa työ on lähinnä hoitotyötä, toimintakyvyn tukemista ei nähdä silloin kun lähes kaikessa tarvitsee apua ➤ Viriketoiminta on loppunut palveluasumisen paikoissa ➤ Vapaa-ehtoisia saatavilla vain rajoitetusti asiakkaiden seuraksi – ei tietoa mistä järjestyisi ➤ Asiakkaat eivät aina pääse oikean palvelun piiriin
ULKOISET TEKIJÄT, Tulevaisuuden haasteet	MAHDOLLISUUDET Lista mahdollisuuksista <ul style="list-style-type: none"> ➤ Jos olisi enemmän käyntiaikaa: – kuntoutumisen tukemiseen, toimintakyvyn edistämiseen & asiakslähtöisyyteen voisi keskittyä – olisi aikaa havainnoida käytettävissä olevaa toimintakykyä – enemmän arjen askareiden yhdessä tekemistä asiakkaan kanssa – mielialaa nostavat asiat toteutumaan asiakkaiden kanssa käynneillä; muistelu, virikkeet, ulkoilu liikkumisapua tarvitsevien kanssa ->positiivinen vaikutus toimintakykyyn ➤ Kuntouttavan työotteen juurtuminen ➤ Kuntouttavien palveluiden tuominen enemmän kotiin ➤ Toimistoiltapäivä asioiden järjestämiseen ➤ Toiminnanohjausjärjestelmän kehittyminen, säätäminen 	UHKAT Lista uhkatekijöistä <ul style="list-style-type: none"> ➤ Asiaksmäärän kasvu tulevaisuudessa ➤ Oman työmäärän lisääntymisen pelko – asiakasmäärä kasvuun nähden – asiakkaiden määrälliseen ja laadulliseen hoitoon nähden ➤ Asiakkaat eivät aina pääse oikean palvelun piiriin, kun kotikuntoisuus on heikko ➤ Virike- ja ”vapaa-ajan” toiminnoista tinkiminen - joka nähdään vaikuttavan hoidon määrän lisääntymiseen

Liite 4. Saatekirje kysely

Arvoisa kotihoidon aluetiimin työntekijä

Olen Helmi Ahvenniemi ja opiskelen kuntoutuksen ohjaajaksi (AMK). Teen opinnäytettä Mikkelin kotihoidolle yhteistyössä vs. osastonhoitaja Arja Rissasen ja kuntoutusohjaaja Riitta Halosen kanssa.

Kutsun teidät hoitoalan työntekijät osallistumaan kyselytutkimukseen, jona opinnäytetyöni toteutetaan. Aiheena on *Säännöllistä kotihoitoa saavien asiakkaiden toimintakyvyn tukeminen arjessa, -kartoitus työntekijän näkökulmasta*. Opinnäytetyötäni ohjaava opettaja on Aila Pikkarainen, Kuntoutusalan lehtori, THM, KM.

Opinnäytetyöni käynnistyi ryhmähaastattelulla, ja toimi tämän kyselyn alkukartoituksena. **Kyselyn tavoite on saada tietoa, miten ja millaisena koetaan tällä hetkellä säännöllisen kotihoidon iäkkään asiakkaan toimintakyvyn tukeminen ja osallistumisen edistäminen hänen arjessaan.**

Mikkelin kaupungin kotihoidon kehittämisen ja ikääntyneiden asiakkaiden kotona asumisen edistämisen kannalta vastaaminen on tärkeää. Kysymysten asettelussa on käytetty apuna aikaisempaa haastattelua ja kuntouttavan toiminnan teoreettista taustamateriaalia. Kysymykset ovat pääosin monivalintakysymyksiä. Kyselyyn vastataan nimettömänä. Aineiston analyysi ja raportointi toteutetaan niin, että anonymiteetti säilyy. **Jokaisen työntekijän mielipide on tärkeä kokonaiskuvan saamiseksi tämän hetken tilanteesta.** Kyselyn arvioitu kesto on noin 10 min. Vastausaikaa on 1.3 asti.

Kysely aukeaa alla olevasta linkistä:

<https://www.webropol-surveys.com/S/AB3971950CB3172C.par>

Lämmin kiitos osallistumisestasi!

Jos sinulla on kysyttävää, voit aina ottaa minuun yhteyttä

Helmi Ahvenniemi

Kuntoutuksen ohjaaja -opiskelija

puh. ***

sähköposti: ***

Liite 5. Webropol kyselylomake

Kysely säännöllistä kotihoitoa saavien iäkkäiden asiakkaiden toimintakyvyn tukemisesta arjessa -kartoitus työntekijöiden näkökulmasta

Hei!

Sait kutsun kyselyyn joka vie n. 10 minuuttia aikaasi. Kyselyn on laatinut kuntoutuksen ohjaaja (AMK) -opiskelija joka tekee opinnäytetyötä Mikkelin kotihoidolle. Kyselyllä kartoitetaan hoitoalan työntekijöiden näkökulmaa. Lomakkeella on kysymyksiä koskien **säännöllisen kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden toimintakyvyn tukemista** kotihoidon käynneillä. Kysymykset ovat pääosin monivalintakysymyksiä. Vastaat kyselyyn nimettömänä. Vastauksesi on tärkeä sillä kattavalla kyselyyn osallistumisella varmistetaan tulosten luotettavuutta ja käytettävyyttä.

Kiitos ajastasi!

1. Koulutus *

- ☐ Lähihoitaja
- ☐ Sairaanhoidtaja
- ☐ Terveystenhoitaja
- ☐ Perushoitaja
- ☐ Hoitoalan opiskelija
- ☐ Muu
- ☐ Ei ammatillista koulutusta

2. Ikä *

- ☐ 18-25
- ☐ 26-35
- ☐ 36-45
- ☐ 46-55
- ☐ 56->

3. Montako vuotta olet työskennellyt kotihoidossa? *

- ☐ Alle vuoden
- ☐ 1-4
- ☐ 5-10

11-15

16-20

21-25

yli 25

4. Asiakaskäynneillä tuen asiakkaan *

	Aina tai lähes aina	Usein	Joskus	Harvoin	En koskaan	En osaa sanoa
Fyysistä toimintakykyä						
Psyykkistä toimintakykyä						
Sosiaalista toimintakykyä						

5. Mielestäni omassa työssäni on tärkeää *

	Hyvin tärkeää	Melko tärkeää	Neutraali	Ei niin tärkeää	Ei ollenkaan tärkeää	En osaa sanoa
asiakkaan toimintakyvyn tukeminen?						
asiakaslähtöisyys?						
asiakkaan omatoimisuuden tukeminen?						

6. Nykyisin työssäni voin toteuttaa *

	Hyvin	Melko hyvin	Neutraali	Harvoin	Ei koskaan	En osaa sanoa
asiakaslähtöisyyttä						
asiakkaan omatoimisuuden tukemista						
asiakkaan toimintakyvyn tukemista						

Kysely säännöllistä kotihoitoa saavien iäkkäiden asiakkaiden toimintakyvyn tukemisesta arjessa -kartoitus työntekijöiden näkökulmasta

7. Onko asiakas mukana hoito -ja palvelusuunnitelman *

	Aina tai Lähes aina	Usein	Joskus	Harvoin	Ei koskaan	En osaa sanoa
laadinnassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
päivittämisessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. onko asiakkaan edustaja esim. omainen, läheinen tai edunvalvoja mukana (tilanteessa jossa se katsotaan tarpeelliseksi) hoito- ja palvelusuunnitelman *

	Aina tai Lähes aina	Usein	Joskus	Harvoin	Ei koskaan	En osaa sanoa
laadinnassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
päivittämisessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Milloin asiakas, tai hänen edustajansa **eivät ole** mukana hoito -ja palvelusuunnitelman laadinnassa?

5

6

10. Teetkö työtä käyttäen kuntouttavaa työotetta? *

- ☐ Kyllä
- ☐ En
- ☐ En osaa sanoa

Kysely säännöllistä kotihoitoa saavien iäkkäiden asiakkaiden toimintakyvyn tukemisesta
arjessa -kartoitus työntekijöiden näkökulmasta

11. Valitsit, että teet työtä kuntouttavalla työotteella. Kirjoita tähän vapaasti esimerkkejä, miten toteutat sitä

	5
	6

Kysely säännöllistä kotihoitoa saavien iäkkäiden asiakkaiden toimintakyvyn tukemisesta arjessa -kartoitus työntekijöiden näkökulmasta

12. Valitsit, että ET tee työtä kuntouttavalla työotteella, tai ET OSAA SANOA. Kirjoita tähän vapaasti omin sanoin, minkälaisia ongelmia näet siinä



1000 merkkiä jäljellä

Kysely säännöllistä kotihoitoa saavien iäkkäiden asiakkaiden toimintakyvyn tukemisesta arjessa -kartoitus työntekijöiden näkökulmasta

13. Pidän tärkeänä kuntouttavan toiminnan toteuttamisessa että (voit valita useamman väittämän) *

- ☐ minulla on siihen muiden tehtävien lomassa aikaa
- ☐ minulla on asiakkaan omat, hänen kertomansa tavoitteet tiedossa
- ☐ minulla on hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteet tiedossa
- ☐ asiakkaan käyntien lukumäärä/ vko on mielestäni kuntoutustarpeisiin nähden riittävä
- asiakkaan luona käyntiaika on mielestäni kuntoutustarpeisiin nähden riittävä
- työyhteisöllä on yhteiset kuntoutumista edistävät toimintatavat
- toimintakyvyn tukemisesta on koulutusta tarjolla
- asiakas suhtautuu myönteisesti kuntouttavaan toimintaan
- ☐ muu?

14. Minulle on avuksi asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa...

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RaVa-toimintakykymittaristo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MMSE- testi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GDS15, Myöhäisiän debressioseula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
muut toimintakyvyn tai sen osa-alueen arviointiin tarkoitetut mittarit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Kerrotko seuraaville henkilöille mitä on toimintakyvyn tukeminen kotihoidossa (perustellen miksi se on tärkeää) *

- ☐ Asiakkaat
- ☐ Omaiset, lähimmäiset
- ☐ Kollegat

Opiskelijat

En työskentele kuntouttavalla työotteella

Tarvitsen lisätietoa kuntouttavasta työotteesta kertoakseni siitä

En osaa sanoa

16. Vaikka tiedän asiakkaan kykenevän suullisesti ohjattuna tai konkreettisesti avustettuna tekemään asioita, asiakaskäynneillä saatan tehdä asioita hänen puolestaan, koska (Voit valita useamman vaihtoehdon) *

asiakas pyytää

asiakkaalla ei ole halua tai voimavaroja tehdä itse (motivaatio)

asiakas väsyä kovasti tekemisestä

asiakas on hidas

asiakas ei ymmärrä miksi tekisi itse

asiakkaan kanssa on sovittu niin

näin on aina tehty

pääsen helpommalla, kun ei tarvitse neuvotella asiakkaan kanssa

haluan helpottaa työtäni

en näe siitä hyötyä, koska seuraavalla kerralla toinen työntekijä tekee kuitenkin asiakkaan puolesta

on kiire

Muutsyyt

17. Vaikka tiedän asiakkaan kykenevän täysin omatoimisesti tekemään asioita, asiakaskäynneillä saatan tehdä asioita hänen puolestaan, koska (Voit valita useamman vaihtoehdon) *

asiakas pyytää

asiakkaalla ei ole halua tai voimavaroja tehdä itse (motivaatio)

asiakas väsyä kovasti tekemisestä

asiakas on hidas

asiakas ei ymmärrä miksi tekisi itse

asiakkaan kanssa on sovittu niin

näin on aina tehty

pääsen helpommalla, kun ei tarvitse neuvotella asiakkaan kanssa

haluan helpottaa työtäni

en näe siitä hyötyä, koska seuraavalla kerralla toinen työntekijä tekee kuitenkin asiakkaan puolesta

on kiire

Muutsyyt

20. Tiedätkö tai otatko selvää keneen/ mihin tahoon voit ottaa yhteyttä asiakkaan toimintakykyyn liittyvissä asioissa, kun kyseessä on *

	Aina tai lähes aina	Usein	Joskus	Harvoin	En koskaan	En osaa sanoa
Fyysiseen toimintakykyyn liittyvä ennaltaehkäisevä asia/ riskin ennakointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fyysisen toimintakyvyn äkillinen muutos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psyykkiseen toimintakykyyn liittyvä ennaltaehkäisevä asia/ riskin ennakointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psyykkisen toimintakyvyn äkillinen muutos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvä asia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan oman elämän osallistuminen (hänelle tärkeät harrastukset, menot)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan kotiin (sisätilat) liittyvä asia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan kotiin (lähiympäristö) liittyvä asia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Oletko yhteydessä näihin tarpeellisiksi katsomiisi tahoihin, liittyen asiakkaan *

	Aina tai Lähes aina	Usein	Joskus	Harvoin	En koskaan	En osaa sanoa
Fyysiseen toimintakykyyn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psyykkiseen toimintakykyyn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sosiaaliseen toimintakykyyn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan oman elämän osallistumiseen (hänelle tärkeät harrastukset, menot)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan kotiympäristöön?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Keinoina asiakkaiden arjessa suoriutumisen tukemisessa käytän parhaani mukaan (voit valita useamman vaihtoehdon) *

Arjella tarkoitetaan tässä päivittäisiä perustoimintoja, arjen askareita ja ns. vapaa-ajanviettoa

- ☐ Kannustamista
- ☐ Kehumista onnistumisissa
- ☐ Läsnäoloa/keskittymistä tilanteeseen
- ☐ Kuuntelemista
- ☐ Kysymistä
- ☐ Keskustelemista
- ☐ Arvostamista
- ☐ Koskettamista luvattaessa
- ☐ Koskettamista tilanteen sopiessa
- ☐ Kiittämistä

N
ä
y
t
ä
n
e
s
i
m
e
r
k
i
ä

tt Kerron esimerkkejä

tt Suunnittelemme tekemistä yhdessä

tt Teemme yhdessä

Harjoittelemme yhdessä

Valitsemme yhdessä

Arvioimme toiminnasta suoriutumista yhdessä

t Muut keinot?

23. Mitä muuta haluaisit kertoa nykyisestä kotihoidon kuntouttavasta työstä? Kehittämisehdotuksia, miten haluaisit tehdä kotihoitotyötä jos saisit itse päättää?

	5
	6

Liite 6. aineiston analyysi

9. Milloin asiakas, tai hänen edustajansa eivät ole mukana hoito- ja palvelusuunnitelman

laadinnassa?

Vastaajien määrä: 12

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääloukka
<p>hopasut yleensä laadittava/päivitetävä nopeasti (esim Kela vaatii) ettei ole aikaa odottaa/sopia yhteistä aikaa</p> <p>omaisten kanssa mikäli, ei ole lähellä tai ei ole omaisia</p> <p>asuvat kaukana</p> <p>Usein se tehdään toimistolla ja asiakas eikä omaiset ova silloin läsnä.</p> <p>Kun hoitotyössä huomataan asiakkaan fyysisen kunnan heikentyneen ja usein myös omainen on tämän havainnut.</p> <p>Jos asiakas ei sairautensa vuoksi pysty tällaisista asioista päättämään oman edun mukaisesti. Jos edustaja ei halua ottaa kantaa asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan,</p>	<p>Kelan määrääjat lyhyet kiireinen aikataulu, ei aikaa yhdessä tekemiseen</p> <p>Omaiset asuvat kaukana / ei omaisia</p> <p>Omaiset asuvat kaukana</p> <p>suunnitelman kirjaaminen toimistolla asiakkaita ja omaisia ei tavata toimistolla</p> <p>Kun asiakkaan fyysinen kunto heikko Usein omainen havainnut jo kunnan heikentyneen</p> <p>Asiakas ei pysty osallistumaan, että oma etu toteutuisi</p> <p>Asiakkaan edustaja voi ottaa kantaa halutessaan</p>	<p>Kelan etuudet selvitettävä ajankäyttö</p> <p>Omaiset eivät voi osallistua</p> <p>Hoitaja tekee suunnitelman itsenäisesti</p> <p>Asiakkaan ja omaisen osallistuminen ei välttämätöntä</p> <p>Asiakas ei pysty osallistumaan</p>	<p>Julkisen tahon etuudet selvitettävä nopeasti</p> <p>Omaiset eivät osallistu</p> <p>Ei ole omaisia</p> <p>Suunnitelman teko on hoitajan tehtävä</p> <p>Suunnitelman teossa hoitaja huomioi asiakkaan ja omaiset</p> <p>Asiakas ei pysty osallistumaan</p> <p>Edustajia tiedotetaan suunnitelman muutoksista</p>

yleensä näissäkin tapauksissa tieto hoito- ja palvelusuunnitelman muutoksista menee edustajalle.	edustaja saa tiedon muutoksista joka tapauksessa	muutokset suunnitelmassa menevät edustajalle tiedoksi	
Jos Hosu tarvitaan kiireellisesti esim.Hoitotukea varten	Kelan etuus asia kiireellinen	Kelan etuudet selvitettävä	
En tiedä.			
asiakkaan omainen ei ole paikkakunnalla tai omaista ei kiinnosta asiakkaan asiat, mikäli asiakas ei enää osaa/ymmärrä omista asioistaan sanoa mielipidettään tai asiakas on vaikeasti dementoitunut eikä omaisia ole.	Omaiset asuvat kaukana Omaisia ei kiinnosta	Omaiset eivät voi osallistua	
	Asiakas ei pysty osallistumaan eri syistä	Asiakas ei pysty osallistumaan	
	Ei ole omaisia		
	Asiakas ei pysty osallistumaan, ei osaa kuvailla avun tarpeitaan	Omaiset eivät voi osallistua	
Jos asiakas ei pysty itse kertomaan "järkevästi" avun tarpeitaan. Jos omaiset asuvat kaukana, eivätkä pääse tulemaan paikalle.	Omaiset asuvat kaukana Omaiset eivät pääse osallistumaan		
Asiakkaalla ei ole omaisia tai hän ei halua ketään paikalle. Hoitajien arviointiin luotetaan, ennalta käyty keskusteluja omaisten kanssa.	Ei omaisia		
	Asiakas ei halua, että omaiset osallistuvat	Asiakas ei halua omaisten osallistuvan	
	Hoitajien arviointiin luotetaan	Hoitaja tekee suunnitelman arvioinnin perusteella	
	Omaisten kanssa käydyt keskustelut otetaan huomioon tehdessä suunnitelmaa	Omaiset huomioitu suunnitelman teossa	

11. Valitsit, että teet työtä kuntouttavalla työotteella. Kirjoita tähän vapaasti
esimerkkejä, miten
toteutat sitä

Vastaajien määrä: 17

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
Ohjaan asiakasta tekemään itse esim. pukeutuminen, riisuuntuminen, hiustenpesu, hampaiden pesu ... Lähinnä haluaisin tehdä, mutta nykyisin ei ole aikaa.	Asiakkaan ohjaus, tuetaan itse tekemistä päivittäisissä toimissa Halu tehdä, mutta ei ole aikaa	Asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia Ei aikaa toteuttaa kuntouttavaa työotetta Asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia asiakkaan kanssa tehdään yhdessä Asiakkaan omatoimisuutta tuetaan	Asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia tehdään asiakkaan kanssa yhdessä Asiakkaan omatoimisuutta tuetaan Autettavaa asiakasta autetaan kuntouttavaa työotetta käytetään annetuissa aikarajoissa Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan itsemääräämisoikeus Kannustetaan liikkumaan ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoon Tarjotaan kuntoutuspalveluita tarvittaessa
Kuntouttava työote tarkoittaa, että asiakas tekee kaikki asiat itse, joita pystyy tekemään ja loput tehdään yhdessä, ohjauksen avulla tai joissakin tapauksissa hoitaja joutuu kokonaan auttamaan.	Asiakas tekee itse kaiken, mihin pystyy jos ei onnistu tehdä itse, tehdään yhdessä hoitajan kanssa tai hoitaja ohjaa tekemään omatoimisesti Asiakas voi olla myös autettava joko osin tai kokonaan	Autettavaa asiakasta autetaan aina tarvittaessa Asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia Asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia jotka onnistuvat käyntiajan puitteissa tuetaan hyvin	Keksitään asiakkaan kanssa yhdessä sopivia toimia Laaja-alaisen toimintakyvyn tukeminen
En tee puolesta, mikäli asiakas pystyy itse tekemään, saa myös sen tehdä omaan tahtiinsa	Asiakas tekee itse minkä pystyy, asiakas saa tehdä omaan tahtiinsa		
Pyrin toimimaan ajan puitteissa siten että se edistää asiakkaan toimintakykyä jatkossa, pikkuaskareista jos selviytyy itsenäisesti asiaks tekee ne.	Asiakasta tuetaan käyntiajan puitteissa mahdollisimman hyvin asiakas tekee itse ainakin asiat joihin kykyä on		

<p>tuen kuntoutuksen omia voimavaroja selviytyä kotona</p> <p>Annan asiakkaan esim. pukeutua itse niin pitkälle kunnes tarvitsee apua, samoin syömisessä; annan asiakkaan syödä itse omaan tahtiin. Suihkupesulla teen pesut mihin asiakkaan kädet eivät ulotu ja annan myös välillä suihkun asiakkaan käteen, että saa itse suihkutella välillä.</p>	<p>Asiakasta tuetaan kotona selviytymisen edistämiseksi</p> <p>Asiakasta tuetaan olemaan mahdollisimman itsenäinen, auttaminen tarvittaessa</p>	<p>Asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia</p>	
<p>En tee asioita asiakkaan puolesta jos hän on kykenevä tekemään niitä itse.</p>	<p>Asiakkaan tulee olla mahdollisimman omatoiminen,</p>	<p>Asiakasta tuetaan olemaan mahdollisimman omatoiminen</p> <p>Asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia</p>	
<p>Asiakkaan päämiehisyyden huomioiminen, hän itse on päättävä asioistaan.</p>	<p>huomioiden asiakkaan oma tahto ja itsemäärääminen</p>	<p>Asiakaslähtöisyys ja itsemääräämisoikeus</p>	
<p>Kaikki minkä asiakas kykenee tekemään itse, niin asiakas tekee.</p>	<p>Asiakkaan tulee olla mahdollisimman itsenäinen</p>	<p>Asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia</p>	
<p>Asiakas avaa itse oven, en tee kotona puolesta asioita. Kyselen tietyin väliajoin miten päivittäiset toiminnot onnistuvat ja liikkuko asiakas ulkona ja miten paljon. Muistuttelen liikunnan ja esim. porrastuksen tärkeydestä. Tarjoan kunt.jaksoja esim. päivä kuntoutuksessa, laitoksent. paikkaa</p>	<p>Asiakkaan tulee olla mahdollisimman omatoiminen, päivittäisten toimien onnistumista seurataan kyselyn avulla ohjataan ja kannustetaan liikkumaan tarjotaan kuntoutuspalveluita tarvittaessa</p>	<p>Asiakasta tuetaan olemaan mahdollisimman omatoiminen</p> <p>Asiakkaan toimintakykyisyyttä seurataan liikkumiseen kannustaminen</p> <p>Tarvittaessa tarjotaan kuntoutuspalveluita</p>	

<p>tarvittaessa, elixiirin palveluja tai tarv.selitän kotikuntoutus mahdollisuutta.</p> <p>Asiakkaat tekevät itse minkä pystyvät esim. päivitt. toimet En tee asiakkaan puolesta päivittäisiä toimintoja, joita tiedän että asiakas pystyy itse tekemään ja ohjeistan asiakasta itse tekemään mahdollisimman paljon, vaikkapa ihan pieniä asioitakin. Esim. aamupalan laitto edes osaksi, kahvinkeitto, alapesut..</p> <p>suurin osa asiakkaistani on joko osittain tai kokonaan avustettavia, mutta jokapäiväisissä asioissa pyrin siihen että asiakas tekee itse sen minkä pystyy ja loppu hoidetaan yhdessä, esim. aamupesut asiakas tekee hyvin pitkälle itse, pukee itse, valitsee mitä puetaan mikäli ymmärtää vielä vuodenaijan mukaisen pukeutumisen.</p> <p>Vedän 1kkerran tuolijumppaa asiakkaille, nousuja ja liikkumista harjoitellaan joka päivä asiakkaan kanssa, kannustan asiakasta myös omatoimiseen liikkumiseen ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoon. Haluaisinkin tässä sanoa että aikaa saisi olla enemmän asiakkaan kanssa jotta kuntouttava ja kannustava työote olisi mahdollinen, meillä hoitajilla suurimmalla osalla</p>	<p>Asiakkaiden tulee olla mahdollisimman omatoimisia asiakasta ohjataan tekemään itse kaikkia päivittäisiä toimia, mitkä onnistuvat</p> <p>Asiakasta tuetaan tekemään itsenäisesti huomioiden että asiakasta avustetaan aina tarpeen mukaan</p> <p>Asiakas tekee omia valintoja esimerkiksi pukeutumisessa</p> <p>Asiakkaille pidetään tuolijumppaa kerran kuussa ja liikkumista tuetaan päivittäin sekä kannustetaan omatoimiseen liikkumiseen kannustetaan sosiaalisten suhteiden ylläpitoon Pidemmällä käyntiajalla asiakkaan tukeminen</p>	<p>Asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia</p> <p>Asiakasta tuetaan olemaan mahdollisimman omatoiminen</p> <p>Asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia</p> <p>asiakkaan kanssa tehdään yhdessä tai avustetaan toimet jotka eivät suju itsenäisesti</p> <p>Liikunnan ohjaus säännöllisesti</p> <p>Kannustetaan liikkumaan</p> <p>Kannustetaan sosiaalisten suhteiden ylläpitoon</p> <p>Kuntouttavan ja kannustavan työotteen käyttö mahdollistuisi paremmin</p>	
---	--	---	--

<p>on halu kuntouttaa asiakasta kaikilla elämänosaalueilla mutta ne kotihoiton resurssit! Mielestäni liikuntakyky ja henkinen vireys on edellytys pärjäämisestä kotona kotihoiton turvin.</p> <p>Ohjaan asiakasta suullisesti mahdollisimman paljon tekemään itse tai teemme tarvittaessa yhdessä.</p> <p>Toimintatapoihin keksitään yhdessä asiakkaalle parhaiten soveltuvia juttuja. Aamupalan laittaminen, lääkkeiden ottaminen lääkellosta tai dosetista, liikunnan tukeminen, nousut pöydän ääreen esim verinäytteiden ottamista varten, sosiaalinen ja psyykkinen tukeminen, jos yksinäinen asiakas, ulkoiluavun järjestäminen, kotijumppa, venettylyt, rollaattorin käytön kannustaminen</p> <p>Odotan, että asiakas yrittää pukeutua itse ja autan vain tarvittaessa. Edellytän, että asiakas tulee ruokailemaan pöydän ääreen, en tarjoile ruokaa vuoteen vierelle. Pukeminen ja riisuminen -> vain silloin autetaan kun asiakas ei itse pysty.</p>	<p>kuntouttavalla ja kannustavalla työotteella mahdollistuisi. suurin osa hoitajista haluaa tukea laaja-alaista toimintakykyä mutta resurssit vaikeuttavat sitä</p> <p>Asiakasta ohjataan suullisesti tekemään itse tai tehdään yhdessä tarvittaessa</p> <p>Asiakkaan kanssa yhdessä keksitään hänelle laaja-alaista toimintakykyä tukevia toimia ja apuja Tuetaan asiakkaan laaja-alaista toimintakykyä, järjestetään tarvittaessa ulkoiluapua</p> <p>Asiakkaalta odotetaan mahdollisimman paljon itsenäisyyttä, auttaminen tarvittaessa</p>	<p>pidemmällä käyntiajalla</p> <p>Hoitajilla on halu kuntouttaa asiakasta, resurssit vaikeuttavat</p> <p>Asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia</p> <p>asiakkaan kanssa tehdään yhdessä</p> <p>asiakkaan kanssa yhteistyössä keksitään mikä sujuu itsenäisesti mikä autettuna</p> <p>Asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia</p> <p>laaja-alaisen toimintakyvyn tukeminen</p> <p>ulkoiluavun järjestäminen tarvittaessa</p> <p>Asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia</p> <p>Avustaminen, vain kun asiakas ei itse pysty</p>	
---	---	--	--

<p>Ruokailuun saattaminen, ei viedä ruokaa kotiin.</p> <p>Pesuissa ei auteta liikaa, minkä itse pystyy tekemään, tekee.</p> <p>Annan asiakkaan tehdä itse mahdollisimman paljon, en tee puolesta jne.</p>	<p>Tuetaan liikkumista kodin ulkopuolella</p> <p>Ei liikaa auttamista, tuetaan itse tekemistä</p> <p>Asiakkaan annetaan tehdä itse, ei puolesta tekemistä</p>	<p>Tuetaan liikkumista</p> <p>Asiakasta tuetaan tekemään itse päivittäisiä toimia</p>	
---	---	---	--

12. Valitsit, että ET tee työtä kuntouttavalla työotteella, tai ET OSAA SANOA. Kirjoita tähän

vapaasti omin sanoin, minkälaisia ongelmia näet siinä

Vastaajien määrä: 4

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Pääluokka
<p>ajanpuute Kaikki työt pitää mennä annetun ajan puitteissa</p> <p>työ sujuu nopeammin kun tekee asiakkaan puolesta</p> <p>kaiken Asiakas voi pahoin samoin hoitaja, mikään ei riitä.</p> <p>jatkuva kiire, ei ole aikaa riittävästi toteuttaa kuntouttavaa työtettä vaikka olisi tahtoa</p> <p>Aika ja resurssit ovat rajoitettuja.</p>	<p>ajan puute estää</p> <p>työ sujuu nopeammin asiakkaan puolesta tehtäessä</p> <p>Asiakas ja hoitaja voivat pahoin kun mikään ei riitä</p> <p>jatkuva kiire, ei aikaa toteuttaa kuntouttavaa työtettä, vaikka tahtoa on</p> <p>Aika ja resurssit ovat rajoitettuja</p>	<p>tiukka aikataulu</p> <p>työ on sujuvampaa kun tekee asiakkaan puolesta</p> <p>tiukka aikataulu aiheuttaa pahoinvointia</p> <p>tiukka aikataulu aika ei riitä kuntouttavaan toimintaan</p> <p>tiukka aikataulu aika ei riitä vaikka olisi tärkeää</p>	<p>Aikataulu ja resurssit rajoittavat</p> <p>Työ sujuvampaa kun tekee puolesta</p> <p>Voidaan pahoin</p> <p>Tahto kuntouttaa ei auta kiireessä</p>

Ajallisesti se ei ole aina mahdollista toteuttaa, vaikka se olisi tärkeää.	Ajan puute estää usein toteuttamasta vaikka se olisi tärkeää		
--	--	--	--

23. Mitä muuta haluaisit kertoa nykyisestä kotihoidon kuntouttavasta työstä?

Kehittämisehdotuksia, miten haluaisit tehdä kotihoitotyötä jos saisit itse päättää?

Vastaajien määrä: 14

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Päälouokka
haluaisin hoitaa ihmisläheisesti, pois kellon kanssa kilpajuoksu	halu hoitaa ihmisläheisesti liian kiireinen aikataulu	Enemmän käyntiaikaa on inhimillisempää	Enemmän käyntiaikaa ja resursseja
Ei ole enää eväitä hyvään hoitoon kotihoidossa	Ei ole enää eväitä hyvään hoitoon	Tämänhetkinen tilanne turhauttava	Tilanne turhauttava
Nykyisin on liian kiire ja liian tiukka tahti varsinkin illoissa ja viikonlopuissa, ajoittain nykyisin myös aamuissakin on kiire.	liian kiire ja tiukka tahti varsinkin ilta- ja viikonloppuvuoroissa, ajoittain myös aamuvuorossa kiire	Enemmän käyntiaikaa ja resursseja varsinkin ilta- ja viikonloppuvuoroihin	Enemmän jatkuvuutta hoitosuhteisiin
Olen lyhyen jakson asiakkaan hoidossa mukana, mutta jos hoitosuhde kestäisi pitempään niin asiaan voisi saada jatkuvuutta, se vaatii yhteistyötä tiimin jäsenten keskuudessa>jokainen sitoutuu samalla tavalla	lyhyen hoitosuhteen jatkuvuuden puute, vaatii yhteistyötä tiimin jäsenten kesken. Jokaisen tulee sitoutua kuntouttavaan työhön samalla tavalla	Enemmän jatkuvuutta	Enemmän käyntiaikaa että kuntouttava työote toteutuisi
kuntouttavaan työhön. kuntouttava työote unohtuu tässä kiireessä!	kuntouttava työote unohtuu kiireisen aikataulun vuoksi	Enemmän yhteistyötä	Kuntouttavan toiminnan määrittäminen ajallisesti työtehtäväksi
en osaa sanoa	ei osaa sanoa	Enemmän käyntiaikaa että kuntouttava työote toteutuisi	Asiakkaan itse tekemisen ja omatoimisuuden tukemisen mahdollistaminen
	Työajan suunnittelussa		Nykyinen toimii
			Ulkoilu ja perusliikunta hoito- ja palvelusuunnitelmaan

Etukäteen suunniteltua aikaa asiakkaan fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon ja mahdolliseen kehittymiseen.	aikaa asiakkaan fyysisen toimintakyvyn ylläpitoon joka voi mahdollistaa myös kehittymisen	Toimintakyvyn ylläpidon ja kuntouttavan toiminnan määrittäminen ajallisesti työtehtäväksi	Asiakkaan päivittäinen kuntouttaminen
Kotikäynteihin lisää aikaa, jotta ehditään havainnoimaan asioita ja asiakas voi tehdä asiat itsenäisesti vaikka sujuisi hitaamminkin.	Kotikäynteihin lisää aikaa, jotta ehtii havainnoida ja asiakkaalla on mahdollisuus tehdä asioita itsenäisesti hoitajan tukiessa asiakkaan omatoimisuutta	Enemmän käyntiaikaa, että itse tekemisen ja omatoimisuuden tukeminen onnistuisi	Työyhteisön pelisääntöihin tulisi panostaa
Nykyinen on hyvä.	Nykyinen on hyvä	Nykyinen toimii	asiakaslähtöisyys keskiöön kuntouttavan työn kehittäminen yhteistyössä
Haluaisin lisää aikaa asiakkaalle että voisi käyttää kuntouttavaa työotetta, voisin viedä asiakkaan esim.muutaman kerran viikossa ulos kävelylenkille,perustoiden lisäksi, säännöllisellä perusliikunnalla saadaan ihmeitä aikaan, miksi se hoitaja joka käy säännöllisesti asiakkaan luona auttamassa arjen askareissa voisi käydä hänen kanssaan myös ulkona!? otettaisiin ulkoilu asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. ulkopuolisen palkkaaminen turhaa ja kallista, erityisryhmät on asia erikseen. asiakkaan päivitt.kuntouttamisella asiakkaan	Lisää käyntiaikaa, että kuntouttava työote toteutuisi esimerkiksi ulkoilu perustöiden lisäksi koska perusliikunta on kokonaisvaltaisesti hyväksi asiakkaalle Halu käydä perustyön lisäksi asiakkaan kanssa ulkona. Ulkoilu hoito- ja palvelusuunnitelmaan Ulkopuolinen ulkoiluapu turhaa ja kallista, tosin erityisryhmät on asia erikseen Asiakkaan päivittäinen kuntouttaminen on perusteltua elämänlaadullisesti , yhteiskunta säästää ja hoitajan työhyvinvointi paranee, kun saa tehdä kuntouttavaa työtä hyvin, mikä on mielekästä	Enemmän käyntiaikaa kuntouttavan työotteen toteutumiseksi Ulkoilu ja perusliikunta hoito- ja palvelusuunnitelmaan Asiakkaan päivittäinen kuntouttaminen tavoitteeksi	

<p>elinikä, kotona selviäminen pitenee ja elämänlaatu paranee, sekä yhteiskuntakin siinä säästää, myös hoitajan työhyvinvointi paranee, voi tehdä työnsä hyvin ja mielekkäästi.</p> <p>Yhteiset pelisäännöt koko työyhteisöön. Varataan tarpeeksi aikaa asiakkaan kuunteluun ja yhdessä tekemiseen.</p> <p>Kuntouttava työote on ollut esillä ja käytössä vuosia, mutta kiireen ja resurssien vähyyden vuoksi ei aina pysty toteuttamaan.</p> <p>Parannettavaa on ja fysioterapeutit kotihoidossa ohjaavat meitä myös.</p> <p>Enemmän aikaa asiakkaalle, jolloin kuntouttavan työotteen toteuttaminen mahdollistuisi paremmin.</p> <p>Haluaisin panostaa aikaan, luovaan auttamiseen ja ulkoiluun.</p>	<p>Koko työyhteisön pelisääntöjä tarkistettava. Tulee varata aikaa asiakkaan kuunteluun ja yhdessä tekemiseen</p> <p>Kuntouttava työote ollut esillä ja käytössä pitkään, mutta vaikea toteuttaa kiireisen aikataulun ja vähien resurssien vuoksi</p> <p>Kehittämistä on kuntouttavassa työssä, fysioterapeutit ohjaavat myös</p> <p>Enemmän aikaa asiakaskäynneille kuntouttavan työotteen mahdollistamiseksi</p> <p>Panostusta aikaan, luovaan auttamiseen ja ulkoiluun.</p>	<p>Koko työyhteisön pelisääntöjen tarkistus</p> <p>Asiakaslähtöisyyteen tulisi panostaa</p> <p>Aikataulusuunnittelu ssa ei huomioida kuntouttavan työotteen mahdollistaminen</p> <p>Kuntouttavan työn kehittäminen, ehkä fysioterapeuttien kanssa yhteistyössä</p> <p>Enemmän käyntiaikaa kuntouttavan työotteen mahdollistamiseksi</p> <p>Aikataulusuunnittelu ssa huomioitavaksi luovat menetelmät ja ulkoilu</p>	
--	--	---	--