

Tina Hägg, Tuula Heinonen, Hannele Niiniö

KOTOSA

Kotona asumisen tukeminen osaamista levittämällä



Copyright © tekijät
ja Laurea-ammattikorkeakoulu

ISSN 1796-7325
ISBN 951-799-105-3

Vantaa 2006

Sisällys

1	KOTOSA-HANKKEEN TAUSTA JA TARKOITUS	7
1.1	Kotihoito palvelumuotona	7
1.2	KOTOSA-hanke Vantaan kotihoidossa	9
1.2.1	Kuntoutumista edistävä työtapa	12
1.2.2	Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma työvälineenä	14
2	KOTOSA-HANKKEEN ARVIOINTI	15
2.1	Tutkimuskysymykset ja aineiston keruu	15
2.2	Aineiston analysointimenetelmät	16
2.3	Tulokset	17
2.3.1	Asiakkaiden suhtautuminen kuntoutumista edistävään työtapaan	17
2.3.2	Omaisten suhtautuminen kuntoutumista edistävään työtapaan	19
2.3.3	Keinot asiakkaan tai perheen omien voimavarojen löytämiseen	21
2.3.4	Omatoimisuuden vahvistaminen	24
2.3.5	Kuntoutumista edistävän työtteen konkretisoituminen	25
2.3.6	Yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa	27
2.3.7	Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien tekeminen ja käyttö	29
2.3.8	Lähivuosien kehittämistarpeet Vantaan kotihoidossa	31
	Tavoitteet	33
	Toimenpiteet	34
3	POHDINTA	38
3.1	Tulosten luotettavuus	38
3.2	Tulosten tarkastelu	38
	LÄHTEET	44

*Ohoh kultaista kotia,
maan parasta paikkastamme!
Nurmet alla, pellot päällä,
keskellä kylä välillä,
kylän alla armas ranta.*

*Ohoh kultaista kotia,
maan parasta paikkastamme!
Siellä on elo suloinen,
huoletonna huiskaella,
viatonna vieretellä."*

- J. K. Suonio -

Vantaa 2006



VANTAAN KAUPUNKI
VANDA STAD



Tina Hägg
Esh, TtM, lehtori
Laurea-ammattikorkeakoulu
Kotosa-hankkeen aluelehtori: analysoinut aineiston ja kirjoittanut arviointi-
raportin
1.6.2006 alkaen Hyvinkään, Järvenpään, Keravan, Mäntsälän, Nurmijär-
ven ja Tuusulan kuntien yhteisessä Tu-IKE –hankkeessa kokoaikaisena
projektikoordinaattorina
Tuula Heinonen
Eft, koulutussuunnittelija
Vantaan sosiaali- ja terveystoimen henkilöstökoulutus
Kotosa-hankkeessa toisena hankekoordinaattorina, laatinut arviointias-
etelmaa sekä kerännyt aineistoa arviointiraporttia varten
Hannele Niiniö
SHO, KM, lehtori, ulkoisen palvelutoiminnan koordinaattori
Laurea-ammattikorkeakoulu
KOTOSA-hankkeessa toisena hankekoordinaattorina ja aluelehtorina,
laatinut arviointiasetelmaa ja kerännyt aineistoa arviointiraporttia varten

1 KOTOSA-HANKKEEN TAUSTA JA TARKOITUS

1.1 Kotihoito palvelumuotona

Kotihoito on osa perusterveydenhuoltoa. Kotihoidolla tarkoitetaan palvelumuotoa, jossa asiakas on suurimman osan vuorokaudesta kodissaan erilaisten terveys- ja sosiaalipalvelujen turvin. Kotihoitoon sisältyvät kotihoidon perus- ja tukipalvelut, turvapalvelu, kotisairaanhoido ja hoitotarvikejakelu. Kotihoidossa asiakas saa päätöksen, josta myönnetty palvelut ilmenevät. Kotihoidossa on yhdistetty aiemmin erillään toteutunut kotisairaanhoido ja kotipalvelu. Integroiduissa palveluissa ei palveluja eritellä ikäryhmittäin omiksi erillisiksi palveluiksi, vaan palvelut järjestetään asiakkaan palvelutarpeen kokonaisuuden arvioinnin perusteella. Kotisairaanhoidoa ohjaa kansanterveyslaki (667/1972, § 14 ja § 17) ja kotipalvelua puolestaan sosiaalihuoltoasetus (607/83). Asiakkaan saamia kotisairaanhoidon palveluja on edeltänyt hoitoonottopäätös. Asiakkaan kanssa yhteistyösuhteessa toteutuva hoitotyö perustuu kirjattuun hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaan. (Kilpeläinen 2003, 18, 30; Pietikäinen 2004, 4.)

Vantaan kotihoidon palvelut on tuotteistettu kotisairaanhoidon tuotteiksi ja kotipalvelun tuotteiksi. Kotisairaanhoidon tuotteita Vantaan kotihoidossa ovat

- ensikäynti, jolla kartoitetaan potilaan hoidontarve (maksuton)
- lääkehuoltokäynti, joka sisältää ne tehtävät ja toimenpiteet, jotka takaavat asiakkaan asianmukaisen lääkityksen
- laboratorionäytteidenottokäynti, joka muodostuu lääkärin tai sairaanhoitajan näytteiden otosta, kuljetuksesta ja tutkimustulosten käytöstä asiakkaan jatko-hoitoa suunniteltaessa
- haavanhoitokäynti, jolloin käynti on fistellien, palo-, sääri-, decubitushaavojen, paleltumavammojen tai kirurgisten toimenpiteiden jälkeisten haavojen hoitoa
- perushoitokäynti, jolloin käynnillä huolehditaan sellaisista asiakkaan perustarpeista ja hoitotoimenpiteistä, jotka edellyttävät terveysalan koulutusta. Tällaisia ovat kynsien leikkaus, erittämiseen liittyvät hoitotoimenpiteet (suoliavannelevyn ja -pussin vaihto sekä ympäröivän ihon hoito, toistokatetrointi, kestopatet- rin huuhtelu, ummetuksen ehkäisy ja hoito jne.)
- toimenpidikäynti, jolloin suoritetaan sellaisia hoitotoimenpiteitä, jotka edellyttävät sairaanhoitajan koulutusta. Tällaisia ovat ompeleiden ja hakasten poisto, tarkkaa aseptista työskentelyä vaativat haavahoidot, komplisoituneiden suoli-

ja virtsa-avanteisiin sekä trakeostomiaan liittyvät hoitotoimenpiteet, laskimokannyyliin liittyvät toimenpiteet, kivun hoito, korvahuuhtelut, kestopatenttien laittaminen, pistokset

- seurantakäynti, jonka tarkoituksena on asiakkaan tilan seuranta (lääkkeiden vaikutus, RR, p, paino, hengitys, erityis, psyyke jne.) ja kotona selviytymisen tukeminen
- kahden hoitajan kotikäynti, kun asiakkaan tila, tarvittavien hoitotoimenpiteiden suorittaminen niin edellyttää tai työntekijän turvallisuus edellyttää kahta työntekijää
- konsultaatiokäynti, joka tehdään yhdessä asiakkaan kanssa toiseen hoitavaan yksikköön tai jonkun asiantuntijan kanssa asiakkaan kotiin
- sairaanhoitotarvikkejakelun vastaanottokäynti, jolloin selvitetään asiakkaan hoitotarvikkeiden tarve lääkärin lähetteen ja ongelman laadun perusteella
- sairaanhoitotarvikkejakelun kotikäynti, jolloin viedään hoitotarvikkeita, selvitetään hoitotarvikkeiden tarvetta, ohjataan ja seurataan hoitotarvikkeiden käyttöä. (Kotihoidon tuotteet – Vantaan kaupunki, 2003).

Kotipalvelun tuotteita ovat

- ensikäynti, jolloin arvioidaan asiakkaan kokonaistilanne ja palvelutarve
- hoivakäynti, joka sisältää esimerkiksi paljon asiakkaan peruselintoimintoihin liittyviä toimenpiteitä, ohjausta ja sairaalaan tai lyhytaikaishoittoon menoon liittyviä valmisteluita
- kodinhoitokäynti, joka käsittää asiakkaan ympäristöön liittyvät toimenpiteet esimerkiksi vuodevaatteiden vaihto ja tuuletus, lämmityksestä huolehtiminen, roskista ja jätteistä huolehtiminen, kukkien ja lemmikkieläinten hoito, lumityöt ja hiekoitus
- kauppakäynti alkaen aterioiden suunnittelusta ruokatarvikkeiden toimittamiseen
- asiointi- ja ulkoilutusikäynti kodin ulkopuolella yhdessä asiakkaan kanssa tai asiakkaan puolesta
- kahden työntekijän kotikäynti asiakkaan kunnon tai hoivan niin vaatiessa, esimerkiksi vaaralliset tai uhkaavat asiakkaat sekä vaikeat psyykeasiakkaat
- konsultaatiokäynti, jolloin käynnin tarkoituksena on saada asiakkaan hoivaan liittyvää uutta tietoa toisesta hoitoyksiköstä tai muilta asiantuntijoilta. Käynti tehdään yhdessä asiakkaan kanssa tai asiakkaan luo toiseen hoitavaan yksikköön tai asiantuntijan kanssa asiakkaan kotiin.

- sairaan lapsen hoitokäynti (??)

Kotipalvelun ostopalveluina hankittavia tukipalveluita Vantaalla ovat

- ateriapalvelut
- vaatehuoltokäynti
- siivouspalvelukäynti
- kylvetyspalvelu
- turvapalveluun liittyvä kotikäynti
- omaishoidon tukeen liittyvä kotikäynti (??)

Vantaalla kotihoidon palvelut on organisoitu alueellisesti viiden sosiaali- ja terveyskeskuksen ja kahden sosiaali- ja terveyspalveluiden tuloyksiköiden kautta. Alueellisissa sosiaali- ja terveyskeskuksissa on neljä palvelulinjaa: lasten- ja perheiden palvelut, päivähoido, sairaanhoitoa ja vanhus- ja vammaispalvelut. Kotihoito sijoittuu vanhus- ja vammaispalveluiden palvelulinjaan. Sitä johtaa palvelujohtaja. Lähiesimiehenä toimii joko terveyden- tai sosiaalihuollon ammattitutkinon suorittanut kotihoidon esimies.

Vantaalla kotihoidon henkilökunta koostuu eriasteisesta terveysalan henkilöstöstä ja sosiaalityöntekijöistä. Henkilökuntaa on kotihoidossa yhteensä 394. Moniammatillinen tiimi vastaa tietyn alueen väestön kotihoidosta.

1.2 KOTOSA-hanke Vantaan kotihoidossa

Kuntouttavan työtavan edistäminen on ollut jo 1990-luvun puolivälistä asti yksi kotihoidon kehittämistavoitteista. Myös Vantaalla järjestettiin kotihoidon henkilökunnalle 1995 koulutusta toimintakyvyn perusteista ikääntyessä: itsemääräämisoikeudesta, mielenterveyden merkityksestä toimintakykyyn, elämänkaariajattelusta, fyysisestä toiminta-kyvystä ja itsenäisestä selviytymisestä sekä virike-toiminnan ja liikunnan merkityksestä. Näihin koulutuksiin pääsi kotihoidon työntekijöitä aluekiintiöiden mukaan.

Esimiehille järjestettiin myöhemmin 1990-luvun lopulla koulutusta käsitteestä kuntouttava työtapa ja toimintakyvyn mittaamisesta. Tuolloin käytiin läpi erilaiset toimintakykyä kuvaavat mittarit: RAVA- ja FIM-toimintakykymittarit ja RAI-hoitoisuusmittari (kts. www.finrai.org). Silloin tavoitteena oli että alueet jatkavat kuntouttavan työtavan edistämistä omilla alueellisilla hankkeillaan ja koulutusta-

pahtumillaan. Näin ei kuitenkaan laajemmalti tapahtunut. Samanaikaisesti sosiaali- ja terveystoimen organisaatiota uudistettiin v.1997: muodostettiin palvelulinjat mm. vanhus- ja vammaispalvelut, kotisairaanhoido ja kotipalvelu yhdistyivät kotihoidoksi.

Ikääntyneiden ja pitkäaikaissairaiden hoidon palvelurakenne on muuttunut viimeisten kymmenen vuoden aikana aikaisempaa enemmän perusterveydenhuolto- ja avohoitopainotteisemmaksi. (Vaarama, Hakkarainen, Voutilainen & Päiväranta 2000). Ikääntyneiden ja pitkäaikaissairaiden kotona asumiseen vaikuttavat elinolosuhteet, terveydentila, toimintakyky, avuntarve ja palvelujen saanti. Kotihoidon palveluita tarvitsevien määrän lisääntyessä ja hoitoresurssien suhteellisen määrän vähentyessä on tarve löytää uusia ikääntyvien ja pitkäaikaissairaiden voimavaroista lähteviä kotona asumista tukevia palvelumuotoja. (Backman 2001.)

Uudelle vuosituhannele siirryttäessä sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisessa tavoite- ja toimintaohjelmassa yhtenä tavoitteena vuosiksi 2000 - 2003 oli linjattu itsenäisen suoriutumisen tukeminen: "Keskeistä vanhusväestön toimintakyvyn ylläpitämisessä on ehkäisevä, omatoimisuutta edistävä ja kuntouttava ote kaikissa palveluissa ja hoidossa." Kotona asumisen tukeminen on myös vuosien 2004 - 2007 tavoite- ja toimintaohjelman keskeisimpiä tavoitteita. Stakesin antamassa ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevassa laatusuosituksessa v.2002 ohjattiin näin: "Ikääntyvien hyvä hoito ja palvelu on heidän yksilöllisten voimavarojen ylläpitämistä ja tukemista. Kuntouttava työote otetaan käyttöön kaikissa ikääntyneiden hoito- ja palvelutoiminnassa (palvelutoiminnan tulee perustua kuntouttavaan työotteeseen)." Kotona asumisen tukeminen on myös vuosien 2004 - 2007 tavoite- ja toimintaohjelman keskeisimpiä tavoitteita, ja kuntoutumista edistävän hoidon tavoitteissa otetaan huomioon myös aiempaa vahvemmin omaisten rooli: "Omaiset saavat tukea ja osallistuvat toimintakykyä ylläpitävään ja kuntoutumista edistävään hoitoon" (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003).

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen kuntaliiton (2001) julkaisemassa ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa mainitaan myös valtakunnallinen tavoite ikääntyneiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn säilymisestä sellaisena, että mahdollisimman moni pystyisi asumaan omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Vanhuspoliittinen tavoite- ja strategiatuomio on asettanut tavoitteen, että yli 75-vuotiaista 90 % asuisi kotonaan, 3 - 5 % palveluasunnoissa ja 5 - 7 % vanhainkodeissa tai muissa hoitolaitoksissa. Tämän tavoitteen saavuttaminen edellyttää kuntien avopalveluiden kehittämistä. (Anttalainen-Kulmala & Tiilikka, 2001.)

Vantaan vanhustenhuollon strategiassa 2002 henkilöstöresurssien ja osaamisen turvaamiseksi asetettiin tavoitteeksi geriatrisen ja kuntouttavan työotteen osaaminen ja se, että kuntouttava työote näkyy käytännössä. Myöhemmin tavoite on muotoutunut ikääntyvien ja muiden kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen tukemiseen mahdollisimman pitkään. Aikaisempien tutkimusten mukaan (esim. Noro 1998; Paappanen 1998; Hammar, Raatikainen & Perälä 1999) myös ihmiset itse haluavat iäkkäinäkään asua omassa kodissaan. Kotona asuminen on monessa tapauksessa inhimillisin vaihtoehto ikääntyville sekä pitkäaikaissairaille (Backman 2001).

Vanhus- ja vammaispalvelujohtajat käsitelivät huhtikuussa 2002 kokouksessaan koulutussuunnittelijoiden tekemää esitystä koulutuskokonaisuudesta Kuntouttavan työtavan edistäminen kotihoidossa ja päättivät käynnistää koko kotihoidon henkilöstöä koskevan 2 - 3 vuotta kestävä koulutus- ja kehittämishankkeen yhteistyössä Laurea-ammattikorkeakoulun Vantaa-instituutin sosiaali- ja terveysalan kanssa (nykyisin Tikkurilan Laurea). Vanhus- ja vammaispalvelujohtajat ovat toimineet hankkeen ohjausryhmänä, joka on tehnyt kaikki merkittävät päätökset ja suunnitelmat yhdessä hankekoordinaattoreiden kanssa.

Kehittämishankkeen, joka sai nimekseen KOTOSA (Kotona asumisen tukeminen osaamista levittämällä), kaksi ensimmäistä käynnistyseseminaaria järjestettiin syksyllä 2002. Seminaareissa käsiteltiin kuntoutuksen ja kuntouttavan työotteen käsitteitä ja sitä, minkä pitäisi muuttua nykytyössä asiakkaiden toimintakykyä tukevampaan suuntaan. Seminaareihin osallistui kotihoidon työntekijöitä ja yhteistyökumppaneita joka alueelta n. 100. Vuonna 2003 käynnistyi alueellinen kehittämistyö alueseminaareilla, jotka toimivat kunkin viiden alueen paikallisen projektin aloituksena. Ne tarjosivat kaikille kotihoidon työntekijöille tietoa ja keskustelufoorumin kuntouttavasta työtavasta.

Syksyllä käynnistyivät KOTOSAn peruskoulutukset, joissa käsiteltiin toimintakykyä, hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmia sekä kuntouttavaa työtapaa. Nämä koulutukset olivat moniammatillisia ja kotihoidon asiakkaiden kanssa työskentelevät terapeutit ja sosiaalityöntekijät osallistuivat niihin n. 300:n kotihoidon työntekijän kanssa. Kouluttajina toimivat kunkin alueen aluerehitorit, mikä edisti yhteistyön kehittymistä alueellisissa projekteissa. Vuonna 2004 käynnistyivät erityisteemoihin keskittyvät koulutukset, kuten dokumentointi ja "Mielenterveyskuntoutuja kotihoidossa". Alueprojektit käynnistyivät vuoden 2004 aikana ja jatkuivat vuoden 2005 loppuun.

KOTOSA-hankkeen tavoitteena on ollut kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen mahdollistaminen kotihoidon henkilökunnan osaamista syventämällä ja laajentamalla. KOTOSA-hankkeessa on tavoiteltu myös työelämän ja koulutuksen uudenlaista verkostoitumista muun muassa yhteistyössä toinen toiselta oppien. Alueellisen kehittämistyön tukena on ollut 10 yhteistyölehtoria (lehtoripari/alue) Laurea-ammattikorkeakoulusta (8) ja Vantaan ammatillisen koulutuskeskuksen VAKESin sosiaali- ja terveystieteiden oppilaitoksesta (2). Koulun ja työelämän välistä yhteistyötä on toteutettu alueellisesti ja työelämälähtöisesti eri muodoissa. Alueprojekteissa on kehitetty erityisesti kuntoutumista edistävää päivätoimintaa, moniammatillista työtä ja hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmaprosessia. KOTOSA on pitänyt sisällään alueprojekteihin liittyviä toiminnallisia (esim. päivätoiminnan kehittäminen palvelutaloissa) ja tutkimuksellisia opinnäytetöitä (selvitysraportteja). Hankkeen edistymistä on arvioitu hankkeen puolesta välissä fokusryhmähaastatteluin ja esimiesten ja alueiden kehittämissäpäivillä.

1.2.1 Kuntoutumista edistävä työtapa

KOTOSA-hankkeen viitekehyksenä on ollut kuntoutumista edistävä työtapa. On lähdetty ajatuksesta, että kuntoutumista edistävän työtavan ennakkoehto on voimavaralähtöisyys. Voimavaralähtöisyyteen sisältyvät alakäsitteinä terveyden edistäminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen.

Terveyden edistämiseksi eli preventiossa koostuu ennalta ehkäisevä toiminta asiakkaan elämänlaadun edistämiseksi. Siinä on olennaista voimavarojen vahvistaminen ja itsenäisen selviytymisen tukeminen. Primaaripreventiossa keskeistä on terveyttä edistävien valintojen tekeminen sekä sairauksien ja terveysongelmien ennaltaehkäisy. Sekundaaripreventiossa on olennaista terveysongelmien varhainen tunnistaminen. Tertiaaripreventiossa painottuu kuntoutuminen ja voimavarojen vahvistuminen. (Kilpeläinen 2003, 14 – 15.) Vaikka kuntoutumista edistävä työote on terveyttä edistävää ja voimavaralähtöistä toimintaa, se ei sulje pois hoitohenkilökunnan kykyä tunnistaa asiakkaaseen liittyviä kuntoutumista estäviä tekijöitä, kuten masentuneisuus, pidätyskyvyttömyys ja ravitsemusongelmat (Routasalo & Lauri 2001).

Heikkisen (2002) mukaan toimintakyky mittarit eivät anna tietoa psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä, jolloin näihin ei myöskään puututa ennaltaehkäisevästä ja kuntoutumista edistävästä näkökulmasta. Kivelä (2001) puolestaan huomauttaa, että depressiosta kärsivät asiakkaat voivat kokea itsensä fyysisesti avuttomiksi ja toimintakyvyttömyyden tunteet saattavat olla voimakkaita. Mikäli tällöin ei tehdä tarkkaa fyysisen toimintakyvyn arviointia, voidaan avuttomuutta

pitää fyysisistä syistä johtuvina ja näin samalla jopa heikentää depression parantamisen mahdollisuuksia. Depression hoidon keskeisiä periaatteita Kivelän mukaan ovat surun salliminen sekä rohkaiseminen, kannustaminen ja tukeminen suoriutumaan. Työntekijä, joka tekee kaiken asiakkaan puolesta, saattaa tahtomattaan lisätä asiakkaan avuttomuuden ja alavireisyyden tunnetta.

Hirvosen (1995) mukaan asiakkaan omatoimisuus ja sen mahdollisimman monipuolinen tukeminen, toimintakyvyn mukainen asuinympäristö sekä toimiva sosiaalinen tukiverkosto olivat keskeisiä tekijöitä ikääntyneiden mahdollisimman pitkään kotona asumiseen. Kotona asuminen ja arkiaskareista selviytyminen lisäsivät vanhusten kokemusta elää kunnioitettua ja arvokasta elämää. Kokemus itsensä määräämisoikeuden toteutumisesta ja vapaudesta tuki arvokkuuden kokemusta. Sen sijaan kokemus omien voimien vähenemisestä lisäsi turvattomuuden ja avuttomuuden tunnetta (Hinkka, Karppi, Ollonqvist, Aaltonen, Grönlund, Punkka, Saarikkallio, Salmelainen & Vaara 2004). Kuntoutumista edistävän työotteen esteitä kotihoidossa ovat Raatikaisen (1992) mukaan tehtäväkeskeisyys, heikko hoidon jatkuvuus ja välinpitämätön asennoituminen kuntoutumiseen.

Kuntoutumista edistävän työotteen rinnakkais- tai alakäsitteenä voidaan pitää voimaantumisen (empowerment) käsitettä. Voimaantuminen viittaa mahdollisuuksiin ja itsensä toteuttamiseen. Voimaantumisessa keskitytään enemmän ratkaisuihin kuin ongelmiin. Ihmisen toimintaympäristön olosuhteet ovat merkityksellisiä voimaantumisen kannalta; ne voivat luoda mahdollisuuksia tai esteitä voimaantumiselle. Voimaantuminen on sosiaalinen prosessi. Tässä prosessissa tunnistetaan ja edistetään ihmisen kykyä tunnistaan tarpeitaan, ratkaista ongelmiaan ja saada käyttöönsä resursseja, joiden avulla ihminen voi hallita elämänsä. (Tikkanen 2001, 3 - 4.) Voimaantumisen seurauksena kotihoidon asiakkaiden omatoimisuus ja turvallisuuden tunne vahvistuu. Raatikaisen (1992) mukaan omatoimisuus tarkoittaa tahdonvoimaa ja tarmoa edetä kohti tavoitteita. Omatoimisuus konkretisoituu yksilöllisellä tavalla eri asiakkaiden kohdalla.

Aikaisempien tutkimusten perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että kuntoutumista edistävä työote vaatii asiakkaan yksilöllisten ominaisuuksien tuntemista sekä toimintakyvyn kartoitusta. Kuntoutumista edistävä työote edellyttää toteutukseen asiakaslähtöisyyttä; asiakkaiden yksilöllistä kuntoutumista voidaan yhteistyösuhteessa tukea erilaisin menetelmin, mutta ketään ei voida vasten tahtoaan kuntouttaa. Kuntoutumista edistävän työotteen toteutuksessa otetaan asiakas huomioon fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella tasolla. Asiakkaan palvelutarpeista riippuen voi jokin taso korostua, mutta kokonaisuus otetaan jokaisen asiakkaan kohdalla aina huomioon terveydenedistämisen näkökulmasta. Kun-

toutumista edistävän työtteen tavoitteena on asiakkaan elämänlaadun säilyttäminen subjektiivisesti koettuna hyvänä ja arvokkaana elämänä.

1.2.2 Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma työvälineenä

Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma on tiivistelmä asiakkaan yksilöllisestä tilanteesta ja hänen tarvitsemistaan palveluista. Suunnitelma koostuu asiakkaan voimavaroista, hoitotyön tarpeista ja niiden saavuttamiseksi tehtävistä toiminnoista. Hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman tavoitteet ja auttamismenetelmät perustuvat asiakkaan hoidon tarpeisiin ja voimavarojen määrittelyyn. Voimavarojen kartoituksen tarkoituksena on määritellä asiakkaan voimavarat, joiden avulla voidaan tukea asiakasta ylläpitämään terveydentilaansa ja elämänhallintaansa. Olennaista on myös määritellä asiakkaan toimintakyky ja sitä heikentävät tekijät. (Päivärinta & Haverinen 2002; Kilpeläinen 2003.)

Toimintakyvyn kartoituksen tavoitteena on saada tietoja kotihoidon asiakkaan elämänlaadusta ja elinympäristöstä sekä siitä, mitä asiakas kykenee tekemään itse ja mihin hän tarvitsee apua. Toimintakyvyn mittaamiseen on kehitetty erilaisia apuvälineitä, joiden käytön tavoitteena on antaa tietoa hoidon suunnittelun, seurannan ja arvioinnin tueksi. Mittareiden tarkoitus on myös auttaa kotihoidon moniammatillisen työryhmän keskinäistä kommunikointia määriteltäessä asiakkaan toimintakykyä ja palvelujen tarvetta. ADL (activities of daily living) -mittarin avulla voidaan arvioida asiakkaan toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa. FIM, RAI ja RaVa-mittareiden avulla saadaan myös tietoa asiakkaan kyvystä suorittaa arkiaskareistaan. Muistia, tasapainoa, mielialaa ja ravitsemustilaa arvioivia mittareita on myös kehitetty. (Rankin 1993; Kilpeläinen 2003, 15 - 16.)

Suunnitelman toteutukseen sisältyy aina tilanteen seuranta, asiakkaan omien kokemusten kirjaaminen ja toiminnan vaikutusten arviointi. Hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa antaa asiakkaalle mahdollisuuden osallistua itseään koskevan suunnitelman tekemiseen, toimeenpanoon ja arviointiin. Kun suunnitelma tehdään yhdessä, voidaan ehkäistä erilaisten tulkintojen syntymistä asiakkaan ja työntekijöiden välillä. Ajantasalla oleva hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma on perusta hoidon jatkuvuuden toteutumiseksi työntekijöiden tai palvelun tuottajan vaihtuessa. Tiedonkulku vähentää hoitovirheiden ja asiakkaan omien toivomusten väärin tulkinnan mahdollisuuksia (Päivärinta & Haverinen 2002.)

2 KOTOSA-HANKKEEN ARVIOINTI

2.1 Tutkimuskysymykset ja aineiston keruu

KOTOSA-hankkeen arviointia suunniteltiin hankkeen käynnistyessä. Työnimeksi arviointitutkimukselle tuli Mikä muuttui KOTOSAn myötä? Arvioinnin lähtökohdat nousivat hankkeen tavoitteista ja Pirkko Routasalon ja Sirkka Laurin (2001, 207 - 215) iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön mallista, jonka lähtökohdista ovat terveyslähtöisyys, tavoitteellisuus ja moniammatillinen yhteistyö. Mallin mukaan kuntoutumista edistävän toiminnan edellytyksinä ovat työntekijän sitoutuminen kuntoutumisen edistämiseen, hoidollinen päätöksenteko ja kuntoutumista edistävä työtapo. Kuntouttava työtapo edellyttää työntekijän omien asenteiden tunnistamista, hyvää ammatillista tietopohjaa ja taitoa toimia iäkkään kuntoutujan kanssa ohjaten ja motivoiden häntä.

KOTOSAn arviointi pohjasi myös Tupu Holman, Sirkkaliisa Heimosen ja Päivi Voutilaisen (2002) kuntouttavaa työtapaa käsittelevään artikkeliin, jossa he nostavat esiin kuntouttavan työtavan arviointiin liittyviä olennaisia seikkoja:

- asiakkaan omatoimisuuden vahvistaminen ja voimavarojen etsiminen
- kuntouttava työtapo kaikkien yhteisenä periaatteena myös toteutuksen tasolla
- asiakkaiden ja omaisten kuntouttavan työtavan hyväksyntä?

Lisäksi tulee kuntouttavaa työtapaa hoito- ja palvelusuunnitelmassa arvioida asetettujen tavoitteiden saavuttamisen ja kuntouttavan työn periaatteiden toteutumisen näkökulmista.

KOTOSA-hankkeen arviointitutkimuksen ensimmäiseksi tutkimuskysymykseksi muotoutui seuraava kysymys:

1. Millaisia muutoksia kuntouttavan työtavan käytössä on tapahtunut KOTOSA-hankkeen aikana?

Tutkimuskysymystä operationalisoitiin Holman, Heimosen ja Voutilaisen (2002) kuntouttavan työtavan arviointia koskevien periaatteiden mukaisesti:

- 1a) Millaisia keinoja käytetään asiakkaan tai perheen voimavarojen etsimiseen?
- 1b) Onko asiakkaan omatoimisuuden tukeminen ja omien voimavarojen etsiminen kaikkien tiimin jäsenten yhteinen periaate?
- 1c) Miten asiakkaat ja omaiset ovat suhtautuneet kuntouttavaan työtapaan?

KOTOSAn lähtötavoitteista tärkein oli kaikkien kotihoidon työntekijöiden kuntouttavan työtavan laajempi ja syvempi osaaminen. Hankkeen prosessin myötä tavoitteet laajenivat hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaprosessin kehittämiseen ja toimintakykyä edistävän päivätoiminnan kehittämiseen. Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma-prosessi moniammatillisena työnä on yksi kotihoidon keskeisistä prosesseista. Myös Routasalon ja Laurin ((2001) mukaan suunnitelmallisuus ja moniammatillinen yhteistyö ovat keskeisiä kuntoutumisen edistämässä. Suunnitelmaprosessin kehittämiseen paneuduttiin erityisesti KOTOSAn alueprojekteissa ja koulutuksissa.

Arviointikyselyssä suunnitelmaprosessissa tapahtuneita muutoksia kartoitettiin seuraavien tutkimuskysymyksien avulla:

2. Onko hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien tekeminen ja käyttö muuttunut KOTOSA-hankkeen aikana?
3. Onko tapahtunut muutoksia yhteistyössä muiden ammattiryhmien kanssa?

Lisäksi kyselyssä kartoitettiin vastaajien näkemyksiä kotihoidon lähivuosien kehittämiskohteista.

Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla (liite 1) syys-lokakuussa 2005 siten, että kuusi Vantaan kotihoidon 34 tiimistä vastasi tiiminä oman esimiehensä johdolla. Tiiminvetäjä toimi kirjurina. Esimiesten tapaamisessa ennen aineiston keruuta ja kirjallisessa ohjeessa (liite 2) painotettiin kaikkien mielipiteiden ja ajatusten kirjaamisen tärkeyttä. Aineistonhankinta tuki omalta osaltaan tiimi- ja aluekohtaista kehittämistyötä ja antoi mahdollisuuden kokemusten ja näkemysten jakamiseen. Seitsemänsivuisia lomakkeita palautui yhteensä 34 kappaletta (jokainen tiimi täytti yhden kyselylomakkeen). Kyselyyn osallistuneita työntekijöitä oli lähes 200 (liite 3).

2.2 Aineiston analysointimenetelmät

Analyysi alkoi aineistoon tutustumalla. Lomakkeiden sisältö kirjoitettiin puhtaaksi ja koodattiin. Koodit osoittavat alkuperäisilmaisun sijainnin. Aineiston analysointi oli induktiivista. Analyysiyksikkönä oli ajatuskokonaisuus, joka muodostui yhdestä sanasta tai useamman lauseen kokonaisuudesta. Usein kuitenkin yhden sanan ilmaisut olivat niin tulkinnanvaraisia, että ne on jouduttu jättämään analyysin ulkopuolelle tutkimuksen luottavuuden vuoksi. Analyysi eteni ryhmittelemällä

pelkistettyjä ilmaisia samaan yhdistävään kategoriaan. Kategoria on nimetty sen sisällöstä käsin. Aineiston käsittely muuttui käsitteelliseksi kategorioiden muodostamisessa ja yhdistämisessä yläkategorioiksi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3 - 12.) Käsitteellistämässä on käytetty apuna aikaisempia tutkimuksia kotihoidosta ja kotisairaanhoidosta, jotta käsitteet olisivat yhteisesti ymmärrettyjä. Analyysin tuloksena on kuvattu tiivistetyt alakategoriat ja niitä yhdistävät yläkategoriat.

Vastaukset luokiteltiin myös sen mukaisesti, oliko niissä kuvattu positiivista vai negatiivista muutosta. Myös ne vastaukset, joissa muutosta ei ollut havaittu tai oli projektien ja hankkeiden päällekkäisyyksien vuoksi vaikea nimetä juuri KO-TOSAn aikaansaamaksi muutokseksi, kvantifioitiin omaksi luokakseen. Näin saatiin siis vastauksia sekä muutoksen laadusta että määrästä.

2.3 Tulokset

2.3.1 Asiakkaiden suhtautuminen kuntoutumista edistävään työtapaan

Kolmea vastausta lukuun ottamatta kaikissa vastauksissa oli tuotu esille asiakkaiden tai omaisten negatiivista suhtautumista kuntoutumista edistävään työtapaan. Asiakkaat, jotka olivat tottuneet vuosiakin saamaan kotihoidon palveluita, odottivat puolesta tekemistä, ”palvelua”. ”Palvelua” rinnastettiin myös asiakkaiden taholta arvostukseen; kun tehtiin puolesta, se koettiin arvostuksena asiakasta kohtaan.

”Asiakkaat sanoneet ettei heitä arvosteta, kokevat että kun ei `palvella` heitä niin se ei ole arvostusta.” (1V082)

”Ennen tehty enemmän puolesta. Asiakkaiden vaikeaa ymmärtää `eivät tajua` miksi pitää tehdä [itse]. Suhtautuvat nyreästi, kun pitää itse tehdä ja mitäs te [kotihoidon työntekijät] täällä sitten teette.” (1V132)

”Asiakkaat haluavat että heitä hoidetaan ja he `vain nauttivat`. (1V164)

Ilvosen (2004) tutkimuksessa oli samankaltaisia tuloksia: kuntoutumista edistävän työtapen toteutumista esti asiakkaan motivaation puute. Jotkut asiakkaat saattoivat hoitajien tekemän tulkinnan mukaan ajatella, että vanhana on lupa leivä. Joidenkin asiakkaiden oli vaikea ymmärtää kuntoutumista edistävän hoitotyön tavoitteena olevan heidän oman elämänlaatunsa kohentaminen. Oman motivaation merkityksestä toimintakykyyn Backman (2001) viittaa Liljan ja Borellin

tutkimukseen toimintakyvyn yhteydestä päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Tutkimuksessa tuli esille, että osa kotona asuvista ikääntyvistä halusi suoriutua päivittäisistä toiminnoista, mutta heillä ei ollut riittävästi toimintakykyä suoriutuakseen niistä. Toisaalta tutkimustuloksena oli myös, että osalla tutkittavista olisi ollut kapasiteettia päivittäisistä askareista suoriutumiseen, mutta heillä ei ollut motivaatiota tehdä niitä, eivätkä he myöskään niitä tehneet.

Myös tämän arviointiraportin tiedonantajina olleet kotihoidon tiimit toivat esille asiakkaan oman motivaation tärkeyden kuntoutumista edistävän työtavan toteutumisessa. Asiakkaina oli sekä niitä, joilla oli motivaatiota, mutta ei riittävästi toimintakykyä jäljellä selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti, että niitä, joilta eri syistä johtuen motivaatio oman toimintakyvyn ylläpitämiseen puuttui.

"Usein asiakas haluaisi hoitaa enemmän asioita, vaikka hoitaja näkee ettei asiakas pysty (esim. lääkehoolto). (2V124)

"Mielenkiinto omasta terveydestä motivoi." (2V2910)

"Asia herätti kyllä paljon keskustelua erityisesti asiakkaiden oman motivaation merkitys. Työntekijöiden huomio motivaatiosta keskustelun aikana: katsokaa nyt kun pihalla on ambulanssi niin jopa ´asiakas A´ tulee itse noin reippaasti alas, kun muuten täytyy aina hakea kahville ja syömään, kun hän ei omasta mielestään yksin pääse." (2V323)

"Vaikea motivoida asiakkaita, jos eivät halua tehdä itse. Tällaisia on esim. masentuneet asiakkaat. Periaatteessa ei ole fyysisiä syitä, mutta vika on ´korvien välissä." (2V305)

"Joillakin asiakkailla on ´passuuttaminen´ perusasenteena, eivät haluakaan tehdä itse ja kokeilevat kaikkia työntekijöitä, josko joku tekisi puolesta." (1V075)

Negatiivinen suhtautuminen kohdistui kotihoidon työntekijöihin. Asiakkaat ja jotkut omaisetkin pitivät työntekijöitä laiskoina. Mainintoja työntekijöiden laiskuudesta oli aineistossa todella runsaasti, mitään muuta vastaustyyppiä ei ollut koko aineistossa löydettävissä samassa laajuudessa. Osa ajatteli, että hoitajilla oli kiire eivätkä sen vuoksi ehtineet "palvella".

"Laiska työntekijä kun ei tee mitään enää." (1V131)

"Asiakkaat ajattelevat/sanovat, että kodinhoitajat ovat tulleet laiskoiksi." (1V065)

"Omaisten mielestä ollaan laiskoja - - tässä minä [asiakas] kuntoutan itse itseäni" (1V091)

"Toiset asiakkaat ovat sitä mieltä, että jos ei tee asiakkaan puolesta, se on työntekijän ´laiskuutta´. (1V171)

Uusien asiakkaiden kanssa oli helpompi lähteä alusta asti toteuttamaan kuntoutumista edistävää työtapaa. Myös asiakkaiden ikä vaikutti suhtautumiseen; nuoremmat asiakkaat olivat motivoituneempia kuntoutumaan ja säilyttämään jäljellä olevaa toimintakykyään.

"Asiakkaat, jotka olleet pitempään eivät välttämättä ymmärrä muutosta. Uusille menee asiat paremmin." (1V126)

"Nuoremmat asiakkaat motivoituneet oppimaan uusia asioita esim. 40 v. mielen-terveysasiakas motivoitunut tekemään kotiaskareita yhdessä hoitajan kanssa." (1V136)

"Vanhoilla asiakkailla voi olla ´totuttuja tapoja´, joista he haluavat pitää kiinni. - - Uusien asiakkaiden kanssa keskustellaan heti kuntouttavasta työtoteesta." (1V201)

Myös taloudelliset asiat vaikuttivat kuntoutumista edistävään työtapaan suhtautumiseen. Asiakkaat ja omaiset halusivat vastineena maksamastaan kotihoidosta palvelua, joka tarkoitti heidän tapauksessaan nimenomaan asioiden puolesta tekemistä silloinkin, kun asiakas olisi itse pystynyt niistä suoriutumaan. Kun asiakas ja omaiset huomasivat, että kotihoidon käynnit vähenivät ja maksut siten pienenivät, muuttui suhtautuminen positiivisemmaksi.

"Teettää teidän töitä meillä. Mitäs te sitten teette? - - Koko ikä on veroja maksettu niin vanhana pitäisi saada levätä." (1V103)

"Kun palvelusta maksetaan niin sitä täytyy myös saada koko rahan edestä." (1V163)

"Palvelijoille maksetaan palkkaa siitä, että he tekevät." (1V313)

"Aikaisemmin hyvin passiivinen asiakas, joka on nyt osallistunut enemmän päivittäisistä toiminnoista huolehtimiseen. Sen myötä on kotihoidon käynnejä vähennetty." (1V209)

2.3.2 Omaisten suhtautuminen kuntoutumista edistävään työtapaan

Aikaisempien tutkimusten mukaan (Saarela & Valvanne 1999; Ilvonen 2004) omaiseen liittyviä estäviä tekijöitä olivat asiakkaan puolesta tekeminen, omaisen väsyminen ja omaisen toive pitkäaikaispaikasta. Sen sijaan omaisen antama kannustus ja positiivinen asenne kuntoutumiseen lisäsivät asiakkaan kuntoutusmotivaatiota. Tämän arviointitutkimuksen tulos on samankaltainen lukuunot-

tamatta aikaisemmissa tutkimuksissa (edellä mainitut) esiin tullutta omaisen toivetta pitkäaikaispaikasta.

"Kun omaiset ymmärtävät kuntouttavan työotteen merkityksen, asiakaskin ymmärtää sen paremmin." (1V206)

"On myös tärkeää omaisille kertoa kuntoutumista edistävästä toiminnasta, jotta myös omaiset ymmärtäisivät toimintatapojamme ja pystyisivät myös kannustamaan omatoimisuudessa." (3V193)

Omaisen rooli asiakkaan kuntoutumisen edistämisessä voi olla merkittävä voimavara (Benzein, Johansson & Saveman 2004). Kilpeläisen (2003) mukaan useat omaiset olivat aktiivisesti mukana kotihoidossa. Osalla omaisista oli kuitenkin vaikeuksia olla aktiivisesti mukana kotihoidossa ajan puutteen tai pitkien välimatkojen takia. Vastausten perusteella tämä on ilmeisesti arkipäivää myös Vantaalla.

"Omaisia näkyy hyvin vähän ja vähäistä on yhteydenotot ja yhteistyö." (1V275)

"On myös omaisia, jotka osallistuvat ja jakavat kotihoidon kanssa tehtäviä." (1V276)

"Jonkun asiakkaan omainen on mukana ja jakaa kotihoidon henkilöstön kanssa töitä esim. kuljetuksia, saatot, asiointi apua." (1V282)

Omaisten suhtautuminen kuntoutumista edistävään työotteeseen monilla alueilla muuttui ajan myötä positiivisemmaksi, kun toiminnan tuloksia oli havaittavissa.

"Aluksi asukkaiden ja omaisten taholta ihmettelyä, asiaa pidettiin 'HÖPÖ-HÖPÖ'inä ja olivat toisaalta sitä mieltä, että kun maksetaan, niin palveluakin on oltava. -- Muutosesimerkkinä mm. asukkaiden osallistuminen päivittäisiin toimintoihin (vuoteensijaus, roskien vieni, itsenäiset kauppareissut, pyykkien tuominen) on lisääntynyt, samoin kuin säännöllistynyt viriketoiminta (asukaskerho) on vaikuttanut kohottavasti palvelutalon yhteisöllisyyteen, asukkaiden osallistumiseen ja luonut leppoisuutta ilmapiiriin. Lämmennyt ilmapiiri on heijastunut ja välittynyt myös omaisille. Viimeksi pidetyssä omaisten illassa ei esiintynyt juurikaan soraääniä, kun jälleen kerran puhuimme kuntoutumista edistävästä työtavasta." (1V219)

Aineiston perusteella voidaan väittää, että kuntoutumista edistävän työtavan toteutuminen yhteistyösuhteessa asiakkaan kanssa vaatii aikaa, pitkiä asiakassuhteita, pitkän aikavälin tavoitteiden laatimista ja molemminpuolista kärsivällisyyttä.

2.3.3 Keinot asiakkaan tai perheen omien voimavarojen löytämiseen

Ilvosen (2004) mukaan kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista esti hoitajien osalta asiakkaan puolesta tekeminen ja voimavarojen huomiotta jättäminen. Asiakkaan perhe ja muut sosiaaliset suhteet voivat olla kotihoidon asiakkaan tärkeä voimavara, koska ne tuovat elämään sisältöä ja tunteen kuulumisesta yhteisöön. (Somerkivi 2000; Kilpeläinen 2003.)

Sen sijaan liiallisella holhoamisella asiakas asetetaan lapsen rooliin, jolloin häneltä ei odotetakaan itsenäistä selviytymistä. Jos tukea tarjotaan yli asiakkaan tarpeen, voi toimintakyky laskea. Koska toimintakyvyn laskun seurauksena voi olla itsetunnon heikentymistä, tarpeettomuuden ja kyvyttömyyden tunteita, on asiakkaan voimavarojen tunnistaminen tärkeää. (Somerkivi 2000.) Kokemus siitä, että saa verkostoltaan tukea myönteisessä ilmapiirissä ilman holhousmentaliiteettia lisää kotihoidon asiakkaan elämän laatua. (Somerkivi 2000; Ollonqvist 2004.)

”Pienten tehtävien ´antaminen´ ja asiakkaan niissä onnistuminen antaa itsevarmuutta ja onnistumisen tunnetta esim. perunoiden kuorinta, sängyn petaaminen, kaupassa käynti.” (3V192)

” – kun askareisiin pystyy ottamaan mukaan esim. pyykinlaitto. Ulkoileminen, syrjäytymisen esto esim. x:llä; on houkuteltu riisipuurolle, nyt syö ja seurustelee luontevasti. Alkoholin käyttö vähentynyt.” (1V223)

Asiakkaan oma motivaatio oli kuntoutumista edistävän työotteen lähtökohta, ja Turjan (2004) tutkimuksessa asiakkaan motivaation kartoittamisessa hoitohenkilökunta käytti havainnointia, keskustelua, kyselyä ja haastattelua arviointikeinoina. Samankaltaisia menetelmiä voimavarojen löytämiseksi käyttivät myös tämän aineiston tiedonantajat.

Aineistossa tuli esille, että voimavarojen löytyminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen tai jopa koheneminen tuottivat asiakkaalle ja hänen omaisilleen iloa. Onnistumiskokemusten myötä asiakkaalla kasvoi usko omiin voimavaroihin ja tämä motivoi asiakasta olemaan aktiivisena subjektina yhteistyösuhteessa kotihoidon kanssa. Monilla asiakkailla elämän laatu silminnähden kohentui ja vastauksissa tehtiin päätelmiä myös laitoshoidon tarpeen siirtymisestä tulevaisuuteen. Toisin sanoen voimavarojen kartoittaminen käynnisti positiivisen kehäilmion, jonka tuloksena oli asiakkaan voimaantuminen ja siten elämänlaadun kohentuminen (kuvio 1).

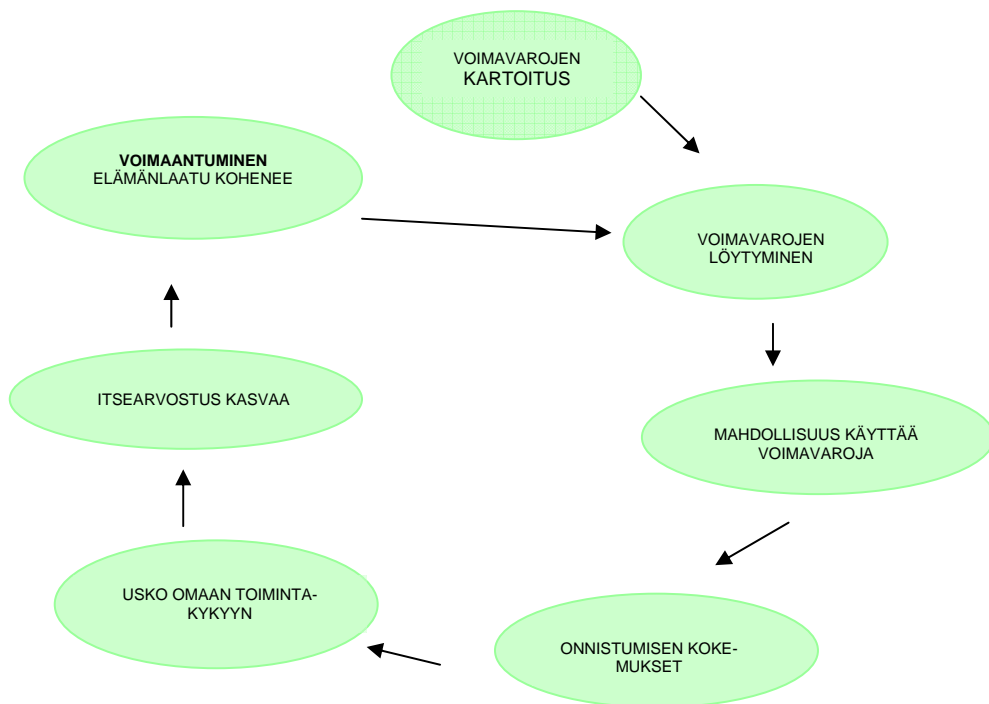
"Työntekijöiden kannustus; tulee päiväkeskukseen aterioille, alkuun vastustusta. esim. leipien voiteleminen, perunoiden kuoriminen omatoimisuus lisääntynyt. Asiakkaan sosiaalinen kanssakäyminen lisääntynyt. Omainen ollut tyytyväinen, kun 'äiti' on saatu liikkeelle; lähtee ruokailemaan päiväkeskukseen." (1V265)

*"—asiakas alkoi aamuisin seuraamaan TV:stä jotain sarjaa. Nyt jännitti miten hoitajan käynti sopii tv ohjelman kanssa, joten hän alkoi keittämään itse puuron-
sa ja otti lääkkeensä. Asiakas iloitsi kun sai itse keitettyä puuron. Saa uskomaan omiin voimavaroihinsa." (2V138)*

*"Jos teemme kaiken asiakkaan puolesta, viedään sisältöä asiakkaan elämästä, hänen kodistaan. Hyvä, kun on tekemistä ja tarpeellinen omassa kodis-
saan/elämässään." (6V041)*

*"toimintakyky paranee. Asiakkaalle tulee onnistumisen tunne. Voi olla pitem-
pään kotona. Oman elämän hallinta, ainakin jotenkin. – Positiivinen ketjureaktio." (6V061)*

*"Sitten kun omatoimisuuteen kannustamisessa on onnistuttu, asiakkaatkin koke-
vat sen hyvänä. Psykkisesti tulee hyvä mieli kun pystyykin (osaakin) tehdä asi-
oita itse, ja aikakin kuluu paremmin. – [Omatoimisen toiminnan] perustelua hel-
pottaa myös asiakkaan oma motivaatio omatoimisuuteen. (1V316)*



Kuvio 1. Voimavarojen kartoituksen käynnistämä voimaantuminen kotihoidon asiakkaan elämässä

Muurisen ja Raatikaisen (2005) tutkimuksessa asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaamisesta kotihoidossa tuli esille vastaavuus kotihoidon henkilökunnan ja asiakkaiden arvioinneissa auttamisesta nimenomaan fyysisissä toiminnoissa. Tämä saattaa näiden tutkijoiden mukaan selittyä sillä, että avun tarve fyysisissä toiminnoissa oli helppo tunnistaa. Paitsi kotihoidon asiakkaan avun tarve myös voimavarat voivat olla fyysisten voimavarojen lisäksi psyykkisiä, hengellisiä tai sosiaalisia. Pitkään jatkunut hoitosuhde, jonka avulla kotihoidon työntekijä oli oppinut tuntemaan asiakkaan, auttoi tunnistamaan asiakkaan voimavaroja (Muurinen & Raatikainen 2005).

"Voimavarat tulee esille ajan myötä kun asiakkaalla käydään." (2V125)

Voimavarojen kartoituksessa hyödynnettiin myös yhteistyötahoja.

"Hyvä keino voimavarojen etsimiseen on intervalli ja viikko-osasto jaksot. Sieltä saa yllättävää tietoa asiakkaan toimintakyvystä, kun pystyvät seuraamaan toi-

mintakykyä ympäri vuorokauden. Kotona työntekijät ovat vain lyhyen hetken.”
(3V317)

Voimavarojen kartoituksessa käytettiin apuna erilaisia toimintakykymittareita, RAVAA, RAIta ja MMSEä. Yhdessäkään vastauksessa ei kuitenkaan käytetty yksinomaan näitä mittareita voimavarojen kartoituksessa, vaan kotihoidon henkilökunta käytti monipuolisesti erilaisia menetelmiä kartoitustehtävässään. Tätä voidaan pitää kotihoidon asiakkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja voimavarojen ylläpitämisen ja tukemisen kannalta tärkeänä, sillä yksinomaan RAVA-indeksin käyttö ohjaisi toiminnan kohdentumista yksinomaan fyysiseen toimintakyvyn ylläpitämiseen ja sairaanhoidollisiin tehtäviin. (Anderson ym. 2004.)

2.3.4 Omatoisuuden vahvistaminen

Aikaisempien tutkimusten (Routasalo & Lauri 2001; Ilvonen 2004) mukaan kuntoutumista edistävän työtavan toteutumista esti hoitajien osalta rutiininomainen tapa toteuttaa hoitoa ja hoitajien sitoutumattomuus kuntoutumista edistävään työtapaan. Hoitajat kokivat joissakin tapauksissa kuntoutumista edistävän työtavan henkisesti raskaana. Se, että kotihoidon asiakas ei ollut enää toiminnan kohde, objekti, vaan toimiva subjekti, oli filosofinen lähtökohta kuntoutumista edistävälle työotteelle.

”Hoitajat uupuvat, kun ei mitään saa tehdä. Jää jatkuva huono omatunto”
(1V142)

”Ennen tehtiin enemmän puolesta, oli helpompaa ja nopeampaa – nyt päinvastoin, henkisesti rankempaa.” (3V151)

”Ajatusmaailma kaikilla työntekijöillä muuttunut.” (3V153)

Myös asiakkaan puolesta tekeminen, ohjauksen puute, voimavarojen huomiotta jättäminen, päätöksenteko asiakkaan puolesta ja tarvittavien apuvälineiden puuttuminen estivät kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista. Voimavaralähtöisen kotihoidon lähtökohtana on yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen kartoittaminen (Kilpeläinen 2003). Sopivien apuvälineiden löytäminen ja käytön opastaminen lisäsi ja aktivoi asiakkaan omien voimavarojen käyttämistä erilaisten toimintojen alueilla.

”Oikeilla apuvälineillä saatu itsenäisyyttä joidenkin asiakkaiden liikkumiseen.”
(1V173)

”Kun on ollut yksinäinen ja vetäytynyt. Tunteitten ilmaiseminen helpottunut. Niiku tulee lähelle ja aitojen tunteitten ilmaisu. Liittyykö kuulolaite? Pystyy osallistu-

maan keskusteluun ja musiikin kuunteluun. Tuntee kuuluvansa joukkoon, kun pystyy käyttämään kuulolaitetta.” (1V221)

Jotkut kotihoidon asiakkaista motivoituivat oman toimintakyvyn ylläpitämiseen ollessaan sairaalassa niin sanotulla intervallijaksolla.

”Nämä jaksot myös motivoivat asiakkaita, kun huomaavat miten paljon huonokuntoisempiakin ihmisiä hoidetaan kotona. Oman toimintakyvyn arvostus kasvaa.” (6V317)

Asiakkaan omien voimavarojen käyttö, ulkonäöstä huolehtiminen, aktiviteettien järjestäminen, sairauksien hoito, lääkitysten tarkistaminen ja sosiaaliset suhteet edistivät kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista. Aikaisempien tutkimusten mukaan asiakkaiden mielestä kannustus, positiivinen palaute ja huumorin käyttö mahdollisti kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumisen. (Kilpeläinen 2003; Ilvonen 2004.) Näitä menetelmiä käyttivät myös tämän arviointitutkimuksen tiedonantajina toimineet.

”Annetaan palautetta onnistumisesta ja kannustetaan niin asiakkaat uskaltavat tehdä itse paremmin kun tietävät onnistuneensa.” (2V317)

”Hoitajat vievät tietoa asukkaalle palvelutalon ulkopuolisista aktiviteeteista, jolloin voidaan huomata ehkä jonkin vanhan harrastuksen heräävän henkiin.” (2V2717)

Turjan (2004) tekemän tutkimuksen mukaan asioiden perusteleva ja tiedon antaminen esimerkiksi asiakkaan sairaudesta sekä asiakkaalle itselleen että hänen omaisilleen (kts. Benzein ym. 2004) lisäsivät asiakkaan omatoimisuutta. Asioiden perusteleva omatoimisuutta vahvistavana menetelmänä nousi esille myös tämän arviointitutkimuksen aineistosta.

”Työntekijöiltä vaaditaan ammattitaitoa perustella uusia työtapoja ja saada asiakas ymmärtämään kuntoutumista edistävän työtavan hyödyt.” (1V193)

”Jotkut ovat ihmetelleet toimintaa ja sitten kun saavat tietoa miksi asioita tehdään toisella tavalla ovat paremmin ymmärtäneet. -- Hyvin perusteltu on puoliksi tehty. Asia vaatii työntekijöiltä paljon perusteluja, asian kypsyttäminen vie asiakailta aikaa.” (1V314)

”Perustellaan toimintakyvyn säilymisen merkitystä, kun tekee itse pärjää kotona pitempää eikä tarvitse lähteä laitoshoitoon.” (3V315)

2.3.5 Kuntoutumista edistävän työotteen konkretisoituminen

Tässä aineistossa nousi esille myös konkreettinen ajankäyttö omatoimisuutta edistävänä ja edistävänä tekijänä. Kuntoutumista edistävän työotteen toteuttami-

nen asiakaslähtöisesti saattoi joissakin tilanteissa merkitä sitä, että asiakas tarvitsi enemmän aikaa osallistuakseen hoitotoimintoihin sen sijaan, että työntekijä olisi tehnyt toimintoja asiakkaan puolesta.

”Tiimin yhteisellä sopimuksella väljensimme saunotuspäivän aikataulua, jotta jokaisella asiakkaalla on aivan oikeasti aikaa pestä ja pukea itse kykyjensä mukaisesti.” (3V217)

”Asiakkaan mukaan ottaminen arkipäivän askareisiin; asiakas lajittelee itse pyykkinsä laittaa pyykit kaappiin. Vaatii enemmän hoitajalta kärsivällisyyttä ja aikaa, että asiakas suoriutuu itse.” (3V261)

Monet tiedonantajina toimineet tiimit toivat esille sitä, että kuntoutumista edistävä työtapana on asiakkaan kanssa yhdessä tekemistä asiakkaan voimavarojen mukaisesti. Yhdessä tekeminen oli paitsi omatoimisuuden vahvistamisen menetelmä, myös siihen liittyvä arviointi- ja ohjausmenetelmä. Asiakkaan kanssa tehtäessä yhdessä asioita käytettiin mallioppimiseen perustuvaa ohjausta; näytettiin konkreettisesti, miten jokin asia tehdään. Työntekijät olivat joidenkin asiakkaiden kohdalla KOTOSA-hankkeen myötä saaneet rohkeutta vaatia asiakasta osallistumaan yhdessä työskentelyyn.

”Yhdessä tekeminen, konkreettisesti näytetään miten joku asia onnistuu. Yhdessä tekemällä näkee myös voimavarat.” (2V316)

”Kotosan myötä on tullut enemmän uskallusta vaatia asiakkaita tekemään itse. Asiakkaita on otettu mukaan tekemään töitä, sellaisiakin joille ei aikaisemmin olisi ehdotettukaan. Annetaan asiakkaalle kuitenkin tuki ja turva eikä jätetä yksin tekemään.” (3V313)

Vastaukset osoittivat, että kotihoidon henkilökunnalta vaaditaan myös rohkeuden ohella luovuutta yksilöllisten, asiakaslähtöisten toimintatapojen löytämiseksi. Asiakkaan omien ideoiden tukeminen ja asiakkaan kannustaminen opettelemaan uusia asioita hänen omilla ehdoillaan tulivat esille kuntoutumista tukevan työotteen soveltamisena käytäntöön. Myös elämänhistorian huomioonottaminen kuntouttavan työotteen toteuttamisessa nousi esille.

”Tuemme ja kannustamme asiakkaiden omia ideoita. (Esim. asiakas halusi keilla itsenäistä ruoanlaittoa, koska ei ollut aiemmin elämässään ruokaa valmistanut. Kannustimme häntä siihen lupaamalla kädestä pitäen neuvoa sen sijaan, että olisimme tyrmänneet hänen ajatuksensa käyttäen perusteluna yhteisen ruokailun erinomaisuutta.) (2V219)

”Alzheimer-mies osallistui siivousten yhteydessä vuoteensijaukseen ja pölyjen pyyhintää. Keskustelussa kävi ilmi, että hän joskus armeija-aikoinaan oli pitänyt

keittiötöistä, joten pyysimme häntä keittiölle perunankuorimishommiin ja hän nautti tarpeellisuuden tunteestaan.” (3V215)

Kotihoidossa aineiston perusteella toteutui myös perhekeskeisyyden periaate. Voimavarat nähtiin perheen yhteisinä voimavaroina; jos perheenjäsenen voimavarat ehtyvät, tämä vaikuttaa negatiivisesti myös muiden perheenjäsenten voimavaroihin. Omatoimisuuden tukemisessa nähtiin myös tästä näkökulmasta pitkäaikaisten tavoitteiden tarkoituksenmukaisuus; miten tukea omatoimista selviytymistä päivittäisistä toiminnoista niin, että voimavarat myös säilyvät.

”Joskus tuntuu, että keinot on melko vähissä, etenkin kun on kyse pariskunnista. Parempikuntoisen puolison voimavarat ovat usein tosi vähässä. Eikä toinen puoliso ymmärrä asiaa. Ongelmatilanteita syntyy esim. kun toisen puolisoista pitäisi lähteä intervallihoitoon ja he kieltäytyvät lähtemästä. On annettu apua ja luvattu tulla lähettämään jaksoille.” (2V317)

2.3.6 Yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa

Kuntoutumista edistävän työtteen jatkuvuuden aikaansaamiseksi tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Moniammatillinen tiimityö ja verkostot ovat 1990-luvulla nousseet hyvinvointipalvelujen organisoinnin avainkäsitteiksi. Niiden kautta haetaan sektoroituneesti rakentuneeseen palvelujärjestelmään uudenlaista moniulotteisuutta. Tavoitteena on vastata laadukkaasti asiakkaan moninaisiin tarpeisiin tuomalla palvelutilanteisiin eri ammattiryhmien osaamista. Moniammatillinen yhteistyö vaatii ammattitaitoa; asioiden näkemistä kokonaisuutena, omaa toimintahorisonttia laajemmalle. Siinä tarvitaan oppivaa, tasa-arvoista ja vastavuoroista suhdetta yhteiseen työprosessiin. (Pohjola 1999.)

Aikaisemmissa tutkimuksissa (Salminen 2002; Turja 2004) sairaanhoitajat toivoivat fysioterapeuteilta enemmän osallistumista asiakkaiden jokapäiväiseen hoitoon. Kuntoutuspalavereissa sairaanhoitajat ovat Burtonin (2000) ja Routasalo (2002) mukaan kokeneet oman roolinsa fysioterapeutin roolia pienemmäksi ja osittain jopa mitättömäksi eivätkä muut ammattiryhmät pitäneet hoitohenkilökunnan työtä kuntoutumista edistävänä. Kuntoutus on nähty terapeuttisena erikoisalana, jolloin hoitohenkilökunnan on ollut vaikea määritellä omaa osuuttaan siinä.

Toisissa tiimeissä KOTOSA ei ollut tuonut muutosta hyvin toimivaan moniammatilliseen yhteistyöhön. Joillakin alueilla oli KOTOSAn myötä nimenomaan rohkaistuttu ottamaan yhteyttä eri ammattiryhmien edustajiin ja käyttämään heidän asiantuntemustaan hyväksi.

"Hoitajatasolla muutosta on tapahtunut myös siten, että otamme rohkeammin yhteyttä muihin ammattiryhmiin saadaksemme neuvoa ja tietoa. Hoitajilla on tunne, ettei tarvitse selviytyä kaikesta eikä kaikkea tarvitse tietää." (4V214)

"Pyydetään konsultaatioapua jos ei selvitä itse esim. fysioterapeutti. Toimii tosi hyvin." (4V221)

Joissakin vastauksissa tuotiin esille, että koska KOTOSA-hanke oli merkinnyt positiivista muutosta moniammatillisen yhteistyön toteuttamisessa, siihen olisi toivottu useampien ammattiryhmien osallistumista. Positiivisen muutoksen katsottiin osaltaan tuoneen nimenomaan se, että oli osallistuttu KOTOSA-hankkeessa toteutettuihin koulutuksiin ja tutustuttu henkilökohtaisesti eri ammattialojen edustajiin. Pohjolaa (1991) mukaellen asiakkaan palveluketjuun osallistuvien työntekijöiden toinen toisensa tunteminen henkilökohtaisella tasolla luo edellytyksiä asiakaslähtöiselle yhteistyölle esimerkiksi sairaaloiden ja kotihoidon välillä kotiutumistilanteissa.

"Sosiaalityöntekijöiden kanssa koemme yhteistyön olevan tärkeää, toivoisimme sen lisääntyvän ja olemme sitä mieltä, että ko ammattiryhmän olisi pitänyt olla mukana KOTOSAssa." (4V215)

"Jumppareiden kanssa yhteistyö on lisääntynyt. Ihmiset ovat saaneet kasvot, joten heitä on helpompi lähestyä. Tietoisuus yhteistyön tarpeesta kasvanut. KOTOSAn alkuvaiheissa sovittiin säännölliset tapaamiset esim. sosiaalityöntekijöiden kanssa, ei ole kuitenkaan toteutunut suunnitelman mukaisesti muualla kuin dementiayksikössä. Samoin kentän työntekijöiden tunteminen olisi tärkeää." (4V321)

Moniammatilliseen yhteistyöhön voidaan katsoa kuuluvan myös verkostoituminen kolmannen sektorin kanssa. Tämä nähtiin myös tärkeänä kehittämiskohteenä. Yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa toivottiin pystyttävän tarjoamaan niitä palveluita, joita virallinen palvelujärjestelmä ei pystynyt resurssien niukkuuden vuoksi tarjoamaan, mutta jotka kuitenkin nähtiin asiakkaan näkökulmasta tärkeinä kotona asumisen tukemisen kannalta. Myös aikaisempien tutkimusten (Paljärvi, Rissanen & Sinkkonen 2003; Anderson ym. 2004; Muurinen & Raatikainen 2005) mukaan kotihoidon asiakkaat kokevat tarvitsevansa nimenomaan sosiaaliseen tukeen liittyviä palveluita arjessa selviytymiseksi.

"Myös vapaaehtoisryhmien käyttö lisääntynyt, esim. eläkeläisten tanhuryhmä -- tulee esiintymään --, SPR:n ystäväpalvelu otetaan huomioon sekä vp.eht. musiikkiryhmä käy esiintymässä 2 – 3 krt/v." (4V213)

2.3.7 Hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien tekeminen ja käyttö

KOTOSA-hanke oli joillakin alueilla merkinnyt kirjaamisessa ongelmakeskeisyydestä siirtymistä voimavaralähtöisyyteen. Voimavaralähtöisen hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien laatimisessa painottuu asiakaslähtöisyys; asiakasta kuunnellaan ja hänen näkemyksensä kotihoidon tavoitteista, auttamismenetelmistä, hoidon seurannasta ja arvioinnista otetaan huomioon. Se vahvistaa asiakkaan tunnetta oman elämänsä ohjattavuudesta. Hoitotyön lähtökohtana on pitkään ollut ja on osittain edelleenkin ongelmakeskeisyys, jolloin asiakasta kuvataan ainoastaan fyysisen ja psyykkisen huonokuntoisuuden kautta. (Kilpeläinen 2003).

"Voimavaralähtöisyys hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmaa tehtäessä lähti liikkeelle KOTOSA -projektin myötä. Suunnitelmassa ongelmälähtöisyys pyritään muuttamaan voimavaralähtöisyydeksi. Aluksi se tuntui vaikealta, mutta nyt se tuntuu luonnollisemmalta. Passiivisen asiakkaan kohdalla ei enää tehdä asioita asiakkaan puolesta, vaan asiakas tekee itse voimavarojensa mukaan." (3V201)

"Muutosta on tapahtunut sekä HOPASUn tekemisessä että käytössä. HOPASUn laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa perustuu vastuuhoidajuuteen tiimien avustuksella/tuella." (5V211)

"Hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman laadinnassa lähdetään asiakkaan voimavaroista ja omaisten mahdollisuuksista ottaa jotain vastuuta. Vasta sen jälkeen sovitaan siitä, mitä apuja palvelutalosta annetaan." (2V331)

Turjan (2004) tutkimuksen mukaan kuntoutumista edistävä toimintatapa oli yhtenäistänyt toimintalinjoja henkilökunnan keskuudessa. Yhtenäiset toimintatavat auttoivat asiakkaan motivoinnissa. Samankaltainen tulos oli löydettävissä tämän arviointitutkimuksen aineistosta.

"Töiden rajaus, selkeys mitä itse tekee missä toimissa autetaan asiakasta kotona selviytymiseen." (3V141)

"Hoito- ja palvelusuunnitelmia tehdessä omatoimisuus arvioidaan perusteellisemmin. Rajat siitä mitä tehdään ovat selkeät, KOTOSA tukenut niiden asettamista." (3V064)

Tässä arviointiraporttia varten kerätyssä aineistossa tuli esille samoja asioita, jotka tulivat Turjankin (2004) tutkimuksessa esille kirjaamisen ongelmista; hoitajien kokemusten mukaan sekä hoitotyön kirjaaminen että tavoitteiden kirjaami-

nen oli vaikeaa eikä kaikkea olennaista tietoa aina kirjattu. Ongelmat olivat työntekijöillä tiedossa.

"Tietoisuus siitä, että asiat ovat rempallaan on olemassa." (5V062)

"Kirjallinen tuotos saattaa olla hankalaa. Paperille ja tietokoneelle pyritään tekemään hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmat ½ vuosittain." (5V051)

"Hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmien käyttö käytännössä on vielä melko vähäistä. Niitä ei aina muisteta pitää ajantasalla. Mietimme päivittäisen havainnoinnin käyttöä, siten HOPASUa voisi saada käytännön tasolle. Tavoitteiden pitäisi olla pieniä ja konkreettisia ja ne pitäisi muuttaa, kun ne on saavutettu." (5V201)

Kirjaamisen kehittämisessä oli monissa tiimeissä myös onnistuttu. Onnistumisen kokemuksia oli määrällisesti kuvattu vastauksissa enemmän kuin kirjaamisen ongelmia. Hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmista oli tullut osa päivittäistä hoitotyötä, kun ne aikaisemmin olivat lähinnä olleet ylimääräinen ja hoitotyöstä irrallaan oleva työtehtävä, joka tehtiin puolivuositain vain siksi, että näin piti tehdä. Aiemmin kirjallinen hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma muistutti lähinnä ideaalimallia kotona tehtävästä hoitotyöstä eikä ehkä myös siksi palvelut päivittäistä hoitotyötä.

"Kynnys HOPASU:iden tekemiseen on madaltunut ja on huomattu, ettei niissä ole tarkoitus kirjoittaa "hienoja lauseita" vaan aivan konkreettisia asioita. HOPASU:iden tekeminen on otettu enemmän osaksi hoitotyötä." (5V193)

"Sen [hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman] kokeminen paperiksi kansion välissä." (5V141)

Jotkut tiimit olivat kehittäneet kirjaamiseen myös uusia lomakkeita helpottamaan kuntoutumista edistävän työotteen toteuttamista yhdessä asiakkaan kanssa. Iivosen (2004) tutkimuksessa tuli esille, että tavoitteellisuus, kotihoitoa tukeva hoidon suunnittelu, oikea tavoitteen asettaminen, tavoitteen tarkistaminen ja tavoitteiden mukaan toimiminen olivat hoitohenkilökunnan mielestä kuntoutumista edistäviä tekijöitä.

"Olemme itse kehittäneet ns. 'kuntokortin', johon asukkaan kanssa sovitut päivittäiset/viikottaiset toimintatavoitteet on kirjattu ja sitä myös arvioidaan 3 kk:n väliajoin." (5V214)

"Olemme laatineet elämänkaarilomakkeen, josta saamme tietoa 'entisestä' elämästä ja siitä, voisiko sieltä löytyä lisää asukkaalle voimavaroja/unohtuneiden asioiden uudelleen virittelyä." (5V215)

Sähköinen kirjaaminen esti osittain hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmien käyttämisen työvälineenä, koska asiakkaan kotona työskenneltäessä ei käytettävissä ollut esimerkiksi kämmentietokonetta. Niin sanottuun ”viestivihkoon” kirjaaminen oli tärkeää myös yhteistyössä omaisten kanssa. ”Viestivihko” oli omaiselle dokumentti siitä, että asiakkaan luona oli käyty ja mitä asioita oli huomioitu asiakkaan voinnissa.

”Paperiversio kotona työväline.” (5V093)

”Muutokset kirjataan omiin suunnitelmiin, jotka ovat paperilla, ei koneelle.” (5V073)

”Puhuimme viestivihkon käytöstä, mitä siihen kirjataan. Voinnin seuranta on oleellista viestivihkon käytössä, ei niinkään se että mitä on tehty. Monet omaiset seuraavat viestivihkoa.” (5V205)

Joissakin tiimeissä oli osa henkilökunnasta kokenut kirjaamisen toteutuvan asiakaslähtöisen hoiva- ja hoitotyön kustannuksella.

”Osa henkilökunnasta kokee erilaisia mittauksia ja runsasta dokumentointia turhaksi. Kotona tehtävä hoivatyö on tärkein työ. Sitä asiakas arvostaa eniten.” (7V345)

Hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmat olivat työväline pitkäaikaisten yksilöllisten tavoitteiden laatimiselle, sopivien yksilöllisten menetelmien löytämiselle ja tavoitteiden saavuttamisen arvioinneille. Kirjaamisessa ja hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmien käyttämisessä oli monissa tiimeissä tapahtunut positiivisia muutoksia KOTOSAn myötä. Joillakin alueilla KOTOSA-hanke toteutui nimenomaan kotihoidon henkilöstön kirjaamiskoulutuksina. Vastauksista näkyi tarve ja motivaatio edelleenkehittää kirjaamista niin, että se paremmin palvelisi kotihoidon asiakkaita, työntekijöitä ja palveluketjun muita osallisia. Suurimmassa osassa vastauksista tuotiin esille hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmien laatimisessa, toteutuksessa ja arvioinnissa tapahtuneita positiivisia muutoksia.

2.3.8 Lähivuosien kehittämistarpeet Vantaan kotihoidossa

Ilvosen (2004) mukaan kuntoutumista edistävän hoitotyön toteutumista esti hoitajien osalta kiireinen työtahti vähäisestä henkilökuntamäärästä johtuen. Myös Andersonin, Haverisen ja Malinin (2004) tutkimuksessa tuli esille epäily siitä, onko työvoimapulasta kärsivän kotihoidon piiriin toiminta asiakaslähtöistä ja kuntoutumista edistävää. Varsinkin ikääntyneet kotihoidon asiakkaat hermostuivat kiireestä. Kuten jo aikaisemminkin tässä arviointiraportissa todettiin, kuntoutumista

edistävä työtapa vaatii ajan antamista asiakkaalle. Aineistossa nousi useiden tiimien kohdalla esille kysymys henkilöstömitoituksesta kotihoidossa lähivuosina.

"Tarpeeksi työntekijöitä: kuntouttava työote vie aikaa." (7V013)

"Asiakkaat tulevat entistä hoidollisemmaksi ja työvoimaresurssit pysyvät samana." (7V191)

Resursseihin toivottiin panostusta paitsi henkilökunnan määrällisenä lisääntymisenä, myös henkilökunnan työkyvyn ylläpitämisenä. Savikko ym. (2004) ovat tutkineet työn sisäistä hallintaa kotisairaanhoidossa sairaanhoitajien kokemana ja vaikka kotisairaanhoidossa työskentelevät kokivatkin omaa työtään arvostetavan enemmän kuin laitoshoidon sairaanhoitajat, lisääntyvä kilpailu työntekijöistä asettaa kaikki terveysalan organisaatiot uusien vaatimusten eteen. Jatkuva monipuolinen täydennyskoulutus on yksi mahdollisuus lisätä työpisteen nykyisen henkilökunnan osaamista ja näin myös jaksamista sekä tehdä työpisteestä veto-voimainen uusien työntekijöiden kannalta.

"Henkilöstön osaamisen ja jaksamisen turvaaminen on erittäin tärkeää huomioida." (7V192)

"Henkilökunnan hyvinvoinnin tukemista pidettiin myös tärkeänä, lähinnä henkilökunnan riittävyden, osaamisen, kouluttamisen ja jaksamisen kannalta." (7V212)

"Riittävä ammattitaito ja motivoitunut henkilökunta. Lisää palkkaa & henkilökuntaa, kuntoutusta, että voi tehdä kunnollista työtä. Työntekijän jaksaminen; koulutus, TYKY.—Lähihoitajan työn mainostaminen; riittävästi henkilökuntaa." (7V222)

Henkilökunnan pysyvyys nostettiin tärkeäksi kehittämiskohteeksi. Moniammatillisen yhteistyön onnistumisen kannalta henkilökunnan pysyvyys ja sitä kautta toisten työn tunteminen ja jatkuvuus yhteistyössä henkilötasolla on olennaista (Pohjola 1991). Henkilökunnan pysyvyys on tärkeä tekijä myös hoidon jatkuvuuden toteuttamisessa. Kotihoidossa hoidon jatkuvuus on suoraan yhteydessä hoidon laatuun. Jonnisen (1998) tutkimuksen mukaan saman hoitajan käydessä asiakkaan luona asiakkaat kokivat hoitonsa paremmaksi ja arvostivat enemmän saamaansa hoitoa. Myös yhteistyö omaisten kanssa oli aktiivisempaa ja omaisten saama kohtelu, tiedottaminen ja tuki koettiin paremmaksi tutun hoitajan taholta.

Pitkään jatkuvat hoitosuhteet mahdollistivat henkistä ja sosiaalista tukea tarvitsevien asiakkaiden, kuten masentuneiden, läheisensä menettäneiden ja yksinäisten tunnistamisen ja auttamisen (Muurinen & Raatikainen 2005). Myös Raa-

tikaisen (1993) tutkimuksessa tuli esille, että suurin osa (86 %, n = 178) kotihoidon asiakkaista toivoo, että sama kotihoidon työntekijä hoitaisi heitä jatkuvasti.

"Henkilökunnan pysyvyys; ei jatkuvia vaihdoksia." (7V227)

"Luoda hyvä puitteet vanhus- ja vammaistyöhön, että ne eivät ole liian haavoittuvaisia. – Jotta ihmiset pysyisivät hommissaan." (7V233)

"Kun yhteistyökumppanin tuntee niin häntä on helpompi lähestyä" (7V052)

Tiedon ja osaamisen lisääntyminen on johtanut palvelujen erikoistumiseen ja palvelujärjestelmän pirstaloitumiseen. Asiakkaiden tarpeet eivät kuitenkaan ole pirstaloituneet eikä niihin näin ollen pystytä välttämättä vastaamaan yhden sektorin tarjoamilla palveluilla. Tarvitaan hallintorajojen ylittävää palveluketjujen kehittämistä. (Hägg 2002.) Verkostomaisen yhteistyön ja saumattomien palveluketjujen kehittämistä pidettiin tärkeänä erittäin monissa vastauksissa. Erityisesti kotiutushoitajan työn kehittämisestä oli useita ehdotuksia. Myös muutamat tiimit toivoivat omaa lääkäriä kotihoitoon.

"Yhteistyöverkostojen ´linkittyminen´ palveluketjujen sujuvuus, kotiutus." (7V262)

"Yhteistyö sairaaloiden kanssa tehokkaammaksi. Kotiutushoitajan työn kehittäminen". (7V294)

"Kotiutushoitajan toiminta toisenlaiseksi järkevämmäksi." (7V122)

Kansallisessa tavoite- ja toimintaohjelmassa 2004 - 2007 tuodaan esille tavoitteet ja toimenpiteet, jotka koskevat asiakkaan hoidon kokonaisuuden hallintaa. Nämä ovat yhdenmukaisia Vantaan kotihoiton henkilökunnan näkemien kehittämistarpeiden kanssa lähivuosina:

TAVOITTEET

- Potilaan hoito perustuu saumattomaan hoito- ja palveluketjuun sekä asiakaslähtöiseen toimintatapaan.
- Asiakaslähtöisiä tiedonkulun käytäntöjä sekä hoito- ja palveluketjuja kehitetään eri sektorien ja ammattiryhmien sekä yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyönä.

TOIMENPITEET

Hoitotyössä toimiva

- on potilaan nimettynä oma- tai vastuuhuoltajana, joka vastaa asiakkaan hoidon ja palvelujen koordinoimisesta ja yhteensovittamisesta sekä tiedon ajantasaisuudesta hoitoketjun eri osissa.
- osallistuu moniammatillisiin työryhmiin, joissa kehitetään yhteistyön ja tiedonkulun käytäntöjä eri sektorien välillä.
- hankkii tietoja ja taitoja, joita tarvitaan hoitoketjuihin perustuvassa moniammatillisessa yhteistyössä ja laajentaa tehtäväkuvaansa seinättömän sairaalan ideologian mukaisesti.

Päihde- ja mielenterveysasiakkaiden kotihoitoa toivottiin kehitettävän täydennuskoulutuksen, yhteistyöverkoston kehittämisen ja palvelumuotojen lisäämisen avulla. Psykiatristen sairaansijojen vähentäminen on aiheuttanut päihde- ja mielenterveysasiakkaiden määrän lisääntymisen kotihoidossa. Kuitenkaan supistumisia vastaavia lisäresursseja ei ole kyetty siirtämään avohoitoon ja siten nykyiset avohoidon resurssit ovat riittämättömät kansallisellakin tasolla tarkasteltuna. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2003.) Vihannon (2001) tutkimuksen mukaan lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttö, yksinäisyys ja depressio luovat terveyden edistämisen tarpeita ikääntyvien kotihoidossa. Depressio sekä lääkkeiden ja alkoholin sekakäytön tunnistaminen ja hoito ehkäisevät toimintakyvyttömyyttä ja elämän kapeutumista sekä vähentävät muiden terveyspalvelujen tarvetta.

Vantaan kotihoidon henkilökunta koki kotihoidon resurssit erityisesti päihde- ja mielenterveysasiakkaiden auttamiseksi hyvin rajallisena. Osaltaan resurssien kokeminen riittämättömänä johtui ehkä siitäkkin, että kyseinen asiakasryhmä tuli kotihoidon piiriin vasta asiakkaan kokonaistilanteen ollessa todella vaikea.

"Enemmän mielenterveyspuolen kanssa yhteistyötä ja hoitohenkilöstöön alan ammattilaisia." (7V272)

"Psykiatristen potilaiden hoito, hoitokontakteja poliklinikalle. Konsultaatio, asiantuntijoiden käynnit alueella. Psykiatrisen puolen tiedon siirto, yhteistyö tehokkaammaksi." (7V302)

"Mielenterveysasiakkaisiin liittyvää asiantuntija-apua ja koulutusta." (7V325)

"Erittäin tärkeänä kehittämiskohteena Vantaan kotihoidossa ilmeni mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitomuotojen ja asumisvaihtoehtojen lisääminen sekä ko kohderyhmälle riittävien palveluiden saatavuus." (7V214)

"Pitäisi luoda systeemi yhteistyölle päihdeongelmaisten auttamisessa." (7V105)

"Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat kotihoito pystyy auttamaan vaan rajallisesti. Asiakkaat tulevat yleensä kotihoitoon kun asunnossa on kaaos ja auttaminen on ko silloin erittäin vaikeaa." (7V123)

Kotihoidon asiakkaiden päivätoimintaan panostaminen nähtiin tärkeänä kehittämistarpeena monestakin eri syystä. Päivätoiminnan kautta toteutuvan yhteisön tärkein terveyttä ja hyvinvointia tuova merkitys on sosiaalisessa tuessa. Sosiaalisesti tueksi kutsutaan ihmisten välistä vuorovaikutusta, jossa he antavat ja saavat henkistä, emotionaalista, tiedollista, toiminnallista tai aineellista tukea. Sosiaalisen tuen puutteen on osoitettu lisäävän sairastavuutta sekä heikentävän sairauksista tai muista vastoinkäymisistä selviytymistä. (Hägg 2002.) Andersonin ym. (2004), Paljärven, Rissasen ja Sinkkosen (2003) sekä Muurisen ja Raatikaisen (2005) tutkimuksissa tuli esille, että kotihoidon asiakkaat kaipaavat siivouksen lisäksi eniten palveluja, jotka liittyvät sosiaaliseen tukeen arjessa selviytymiseksi ja joita on paljon karsittu.

"Asiakkaiden päivätoiminnan lisääminen: saadaan asiakkaita pois kotoa muiden ihmisten pariin. Päivätoiminta tukee kotihoidon palveluita esim. lääkkeidenjaolla, RR ja pulssin mittauksella. Erilaista aktiviteettia toimintaan: esim. turinakerhot." (7V161)

Yhdistetty kotihoito on esimerkiksi Andersonin ym. (2004) tutkimuksessa tiedonantajina toimineiden kotihoidon työntekijöiden mielestä välttämätöntä yhä huonokuntoisempien asiakkaiden kotona hoitamiseksi ja merkitsee asiakkaalle turvallisempaa hoitoa kuin eriytetty kodinhoito ja kotisairaanhoido. Yhdistetyn kotihoidon tavoitteena on, että tiedonvaihto ja vuorovaikutus yhteisissä tiimeissä synnyttäisivät vähitellen myös yhteiseksi koettua ja yhtenäistä toimintakulttuuria. Kuitenkin tämän arviointitutkimuksen aineistossa oli myös tiimi, jossa tuotiin esille kehittämistarve siitä, että kodinhoito ja kotisairaanhoido eriytettäisiin omiin yksiköihin.

"Palataan entiseen kotipalvelu/KSH erikseen." (7V141)

Useimmissa vastauksissa kuitenkin kaivattiin nimenomaan yhdistetyn kotihoidon kehittämistä eteenpäin erilaisin menetelmin.

"Alueelliset työryhmät, tiiviimpi yhteistyö, yhtenäisempi kotihoito." (7V291)

"Mielestämme tärkein kehittämisen kohde kotihoidossa on tiimityö ja vastuuhoidotajuus. Eli kotihoidon sisältöä kehitetään, koska resursseja ei lähivuosina tule lisää." (7V201)

"Yhteinen vastuu vantaalaisesta asukkaasta. Tämä tarkoittaa kotihoidon laadun/sisällön parantamista palveluohjauksella/koordinoinnilla, joka pitää sisällään nykyisen palveluvalikon käyttämisen luovasti yhteistyössä muiden tahojen kanssa ja palveluvalikon lisäämistä ja kehittämistä uusien asiakassukupolvien myötä (vaatimusten kasvu, palvelusetelit, asiakkaille valinnanvaraa..). Edellytyksenä edellä esitettyihin ovat yhtenäiset ja tasavertaiset toimintaperiaatteet joka alueella Vantaalla." (7V211)

Vanhukset, vammaiset ja pitkäaikaissairaat tarvitsevat eniten erilaisia kotona selviytymistä tukevia palveluita, joiden suorittamiseen oma toimintakyky ei riitä. Kotihoidon asiakkaat toivoivat Andersonin ym. (2004) tutkimuksessa useampia käyntikertoja, enemmän siivousta sekä enemmän apua ulkoilussa ja asiointissa. Eniten apua tarvitaan raskaissa kotitöissä (Porre 2001.) Valtakunnallisessa tarkastelussa on nähty yhdistetyn kotihoidon kohdistuvan entistä iäkkäämmille ja muuttuvan yhä enemmän sairaanhoidon suuntaan. Hoitotyön lisääntyessä on kodinhoitotyötä jouduttu karsimaan pois. Tästä huolimatta tässä arviointitutkimuksessa monet tiimit toivat esille sen, miten he näkevät tärkeänä asiakkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin, josta ympäristö on yksi osa-alue. Kodinhoito nähtiin sekä ennaltaehkäisevänä että toisaalta välttämättömänä erittäin huonokuntoisten asiakkaiden kohdalla.

"Koko ajan tulee enemmän huonokuntoisia asiakkaita kotihoidon piiriin. Olisihan se mukavaa, jos voitaisiin antaa hoivaa ja siivousta jne. enemmän." (7V235)

"Ennaltaehkäisevää kotiapua – siivousta, ruoanlaittoa ja kodin kunnostusta." (7V173)

Toiset tiimit puolestaan näkivät kotihoidon työn keskittymisen hoitotyöhön tärkeänä tulevaisuudessakin.

"Henkilökunnan työn priorisointi hoito- hoiva- ja huolenpitotehtäviin, ei niinkään kodin siisteyteen." (7V344)

Kehittämisehdotuksia vastauksissa oli paljon ja sisällöltään ne jakaantuivat kokioiden erilaisia henkilökunnan resursseja ja yhteisöllisiä toimintatapoja: verkostoi-

tumista, saumattomien moniammatillisten palveluketjujen muodostamista, yhteistyötä omaisten kanssa ja monipuolisen palvelutarjonnan kehittämistä alueen väestön tarpeisiin vastaamiseksi. Kotihoidon kehittäminen ja uusien palveluratkaisujen löytäminen ovat haasteita myös kotihoidon johdolle. Kehittämishaaste on moniammatillinen, koska kotihoito jo sinällään on terveydenhuollon ja sosiaaliryöön yhteistyötä, mutta myös väestön tarpeet vaativat moniammatillista kotihoidon kehittämistä.

3 POHDINTA

3.1 Tulosten luotettavuus

Aineiston kerääminen vaikuttaa siihen, kuinka luotettavaa aineistoa saadaan tutkittavan ilmiön kannalta koottua. Tämän arviointitutkimuksen analyysoija ei ole vaikuttanut tutkimusaineiston sisällön syntymiseen tai luonteeseen. Myöskään aineiston kerääjät tai projektissa kouluttajina toimineet eivät ole olleet läsnä kyselylomaketta täytettäessä, eivätkä ole siten vaikuttaneet tutkimusaineiston sisältöön. Sen sijaan lomakkeen laatineet ja aineiston keränneet henkilöt kävivät henkilökohtaisesti kannustamassa kotihoidontiimin esimiehiä lomakkeen täyttämiseen niin, että kaikki aineisto, myös ristiriitaiset näkemykset, saataisiin tallennettua. Raunioon (1999) viitaten, onkin tutkimusaineiston luotettavuuden kannalta tärkeää, että laadullinen tutkimusaineisto on syntynyt vapaasti ja mahdollisimman autenttisissa olosuhteissa ilmaisten nimenomaan tiedonantajien näkökulmaa tutkittavasta asiasta.

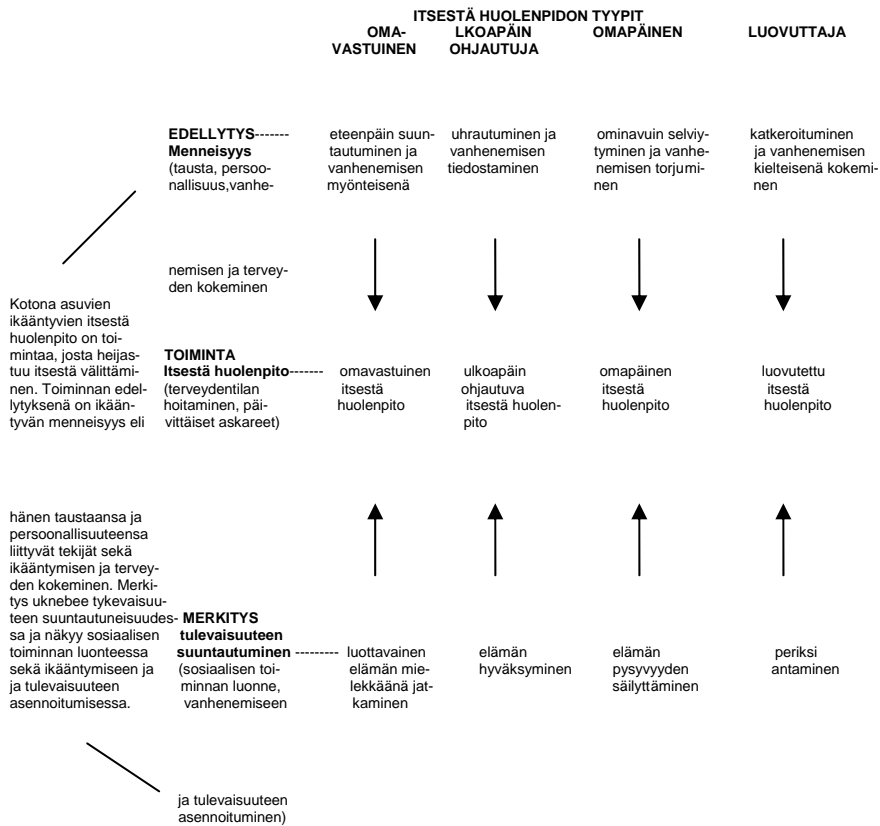
Aineiston edustavuus on myös luotettavuuden kriteeri (Nieminen 1997). Tähän arviointiraportin aineiston tuottamiseen osallistuivat kaikki Vantaan kotihoidon tiimit, joten aineistoa voidaan pitää hyvin edustavana. Luotettavuutta ehkä jonkin verran aineiston osalta heikensi se, että joissakin tiimeissä henkilökunta oli vaihtunut projektin aikana eivätkä kaikki siten pystyneet arvioimaan projektiin osallistumisen vaikutusta.

Tutkimusanalyysi on luotettava, kun tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tulosten ja aineiston välillä (Kyngäs & Vanhanen 1999) ja kun lukijalle annetaan edellytykset arvioida tutkijan tekemiä ratkaisuja (Mäkelä 1998). Tässä arviointiraportissa yhteys tulkintojen ja aineiston välillä on luettavissa tulosten sisällön kuvauksesta. Vaikka laadullisessa tutkimuksessa tutkittavasta ilmiöstä voi olla useita kuvauksia, jotka ovat yhtäläillä totuudenmukaisia, tässä arviointiraportissa oli olennaista saada vastauksia hankkeen arvioinnin kannalta olennaisiin kysymyksiin. Vastauksissa ei häivytetty ristiriitaisuuksia, vaan kaikki vastaukset olivat hankkeen arvioinnin kannalta yhtä arvokkaita.

3.2 Tulosten tarkastelu

Saadut tulokset olivat pääosin yhdenmukaisia aihetta sivuavien aikaisempien tutkimusten kanssa. Esimerkiksi Backmanin (2001) väitöskirjatutkimus tukee suurelta osin tämän arviointitutkimuksen tiedonantajien antamia vastauksia koti-

hoidon kehittämiskohteista mielenterveyspalveluiden kehittämisestä ja osaamisen syventämisestä kotihoidossa. Backman on luonut väitöskirjassaan kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpidon mallin (kuvio 2).



Kuvio 2. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpidon malli (Backman 2001)

Suuri osa kotihoidon asiakkaista myös Vantaalla on mitä ilmeisimmin "luovuttaja"-tyyppejä, joilla on muihin tyyppeihin verrattuna huonoin toimintakyky. Tässä tyypissä oli myös eniten depressiivisiä ikääntyneitä. Depression yleisyydestä ikääntyvillä kertoo Backmanin viittaama Arven tutkimus; miesten depressiivisyys on korkeinta 75 vuoden iässä - ikäryhmästä 30 % kärsii depressiosta, ja 85 vuotta täyttäneistä naisista 40 % on depressiivisiä. Luovuttamisen taustalla oli usein

akuutti sairastuminen ja Backman esittääkin, että kotiutuminen sairaalajakson jälkeen on haaste, johon vastaamalla voidaan ennaltaehkäistä ikääntyvien luovuttamista. Kuntoutumista edistävän työtteen toteuttaminen ”luovuttaja” -tyypin kanssa edellyttää luottamuksellista ja pitkäaikaista yhteistyösuhdetta kotihoidon henkilöstön kanssa. Tätä ei Backmanin mukaan viidentoista minuutin kotikäynti välttämättä mahdollista. (Backman 2001)

Kotona asuvien pitkäaikaissairaiden ja ikääntyvien päivätoimintaan panostaminen ja sen kehittäminen nähtiin tiedonantajien mukaan tärkeänä. Vaaraman (2004) mukaan ikääntyvien hyvinvointia merkittävimmin alentava tekijä onkin yksinäisyys ja vasta tämän jälkeen tulevat vaikeudet päivittäisissä perustoiminnoissa ja asuinympäristön liikuntaesteisyys. Kuitenkin 1990-luvulla päivätoimintaa yleisesti karsittiin taloudellisin perustein. Päivätoiminnan vaikuttavuudesta ei välttämättä voikaan löytää sellaista näyttöä, että tiedettäisiin täsmällisesti, kuinka paljon päivätoiminnan ansiosta säästetään muissa kustannuksissa. Kokonaiskustannukset eivät välttämättä vähene, mutta jos kriteeriksi asetetaan elämänlaadun ylläpitäminen ja kohentaminen, Kariston (2004) mukaan päivätoimintaa voidaan pitää hyvinkin kustannustehokkaana toimintana.

Päivätoiminta on esimerkki siitä, miten käsitys terveydestä, toimintakyvystä ja terveyden edistämisestä vaikuttaa käsitykseen palvelujen tarpeellisuudesta ja vaikuttavuudesta. Jos terveys ymmärretään WHO:n suositusten mukaisesti fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena toimintakykyisyytenä ja terveyden edistämisen tavoitteena asiakkaan elämänlaadun kohentaminen, voidaan ymmärtää päivätoiminnan merkitys yksilön näkökulmasta ja myös sen tarve yhteiskunnallisesta näkökulmasta. (Martelin, Sainio & Koskinen 2004.)

Saumattomien palveluketjujen ja erityisesti kotiutushoitajan toimintaa toivottiin kehitettävän edelleen. Esimerkiksi Kokkolassa on kehitetty ”sijoitussairaanhoidamallia” ikääntyneen hoitoon ohjautumisessa. Kyse on siis toiminnasta, jonka lähtökohtana on kokonaisvaltainen arviointi asiakkaan toimintakyvystä, terveydentilasta ja sosiaalisesta verkostosta. Toiminnan tarkoituksena on palveluketjun saumattomuus asiakaslähtöisesti. Tavoitteena on muun muassa tukea kotona selviytymistä yhteistyössä kotihoidon henkilökunnan kanssa. (Vähäkangas, Björkgren & Jävälä 2005.)

Vastauksista voidaan päätellä, että kotihoidon henkilökunta on omaksunut kuntoutumista edistävän työtavan ja sen moninaisen merkityksen palvelujärjestelmälle, työntekijälle ja kotihoidon asiakkaalle. Kuntoutumista edistävä työtapa nähtiin kokonaisvaltaisesti niin fyysistä, psyykkistä kuin sosiaalistakin toimintakykyä edistäväksi toiminnaksi ja toivottiin myös resursseista päättävien henkilöi-

den ottavan tämän huomioon kehittäessään kotihoitoa Vantaalla. Monissa vastauksissa nähtiin omaisissa tulevaisuuden resursseja ja omaisten osallistuminen kuntoutumisen edistämiseen sekä omaishoitajien tukeminen nähtiin myös tärkeinä tulevaisuuden kehittämiskohteina.

Kuntoutumista edistävää työtapaa on jossain muodossa toteutettu aikaisemminkin lähes kaikissa tiimeissä ja joissakin tiimeissä ei KOTOSA-hanke tuonut tähän muutosta. Useimmissa tiimeissä oli kuitenkin vastausten perusteella tapahtunut osaamisen syvenemistä KOTOSAn myötä. Osaamisen syveneminen oli merkinnyt monelle työntekijälle sitoutumista kuntoutumista edistävän työotteen filosofiiseen perustaan. Tämä merkitsi työntekijälle varmuutta siitä, että ”oltiin oikealla asialla” ja oli tuonut rohkeutta sekä pitkäjänteisyyttä yhteistyösuhteeseen asiakkaan kanssa asiakkaan alkuvastustelusta huolimatta. Suurin osa asiakkaista oli ilmaissut eri tavoin tyytyväisyytensä kuntoutumista edistävän työtavan toteutuksessa pidemmän aikaa.

Tenkanen (2003) on väitöskirjatutkimuksessaan tutkinut kotihoidon yhteistyömuotojen kehittämistä ja sen merkitystä vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Myös Tenkanen tutkimuksessa tulee esille avun antamisen ja tukemisen välinen jännite kotihoidossa, jota monet KOTOSA-hankkeen tiedonantajat kuvasivat vastauksissaan. Kotihoidon asiakkaan autonomisuus on tärkeä voimavara ja samalla haaste palvelujärjestelmille. Ristiriitoja aiheuttivat näkemuserot siitä, voidaanko asiakkaan autonomisuutta, itsemääräämisoikeus mukaan lukien, sekä omatoimisuutta toteuttaa samanaikaisesti ja samanarvoisina asioina päivittäisissä tilanteissa asiakkaan kanssa. Tenkanen esittääkin tutkimustuloksiinsa perustuvan väitteen, että ”kotihoidossa omatoimisuus asetettiin tärkeämmäksi kuin autonomia, mikä rajoitti vanhuksen itsemääräämisoikeutta”.

KOTOSA-hankkeen myötä tapahtuneita muutoksia voidaan sisällön kuvauksen rinnalla kuvata myös numeerisesti. Asiakkaan omatoimisuuden vahvistamisen suhteen positiivista muutosta KOTOSA-hankkeen myötä kuvasi vastauksissaan 25 tiimiä. Kuusi tiimiä oli sitä mieltä, että hanke ei tuonut mitään muutosta nimenomaan tähän asiaan. Kaksi tiimiä kuvasi tapahtuneen sekä positiivisia että negatiivisia muutoksia; KOTOSA-hanke oli merkinnyt positiivisia muutoksia kotipalvelun työntekijöiden toimintaan, mutta ei kotisairaanhoidon toimintaan. Yksi tiimi kuvasi positiivisia muutoksia tapahtuneen omatoimisuuden vahvistamisessa kauppapalvelun samanaikaisella käynnistämällä, ei niinkään KOTOSA-hankkeen myötä.

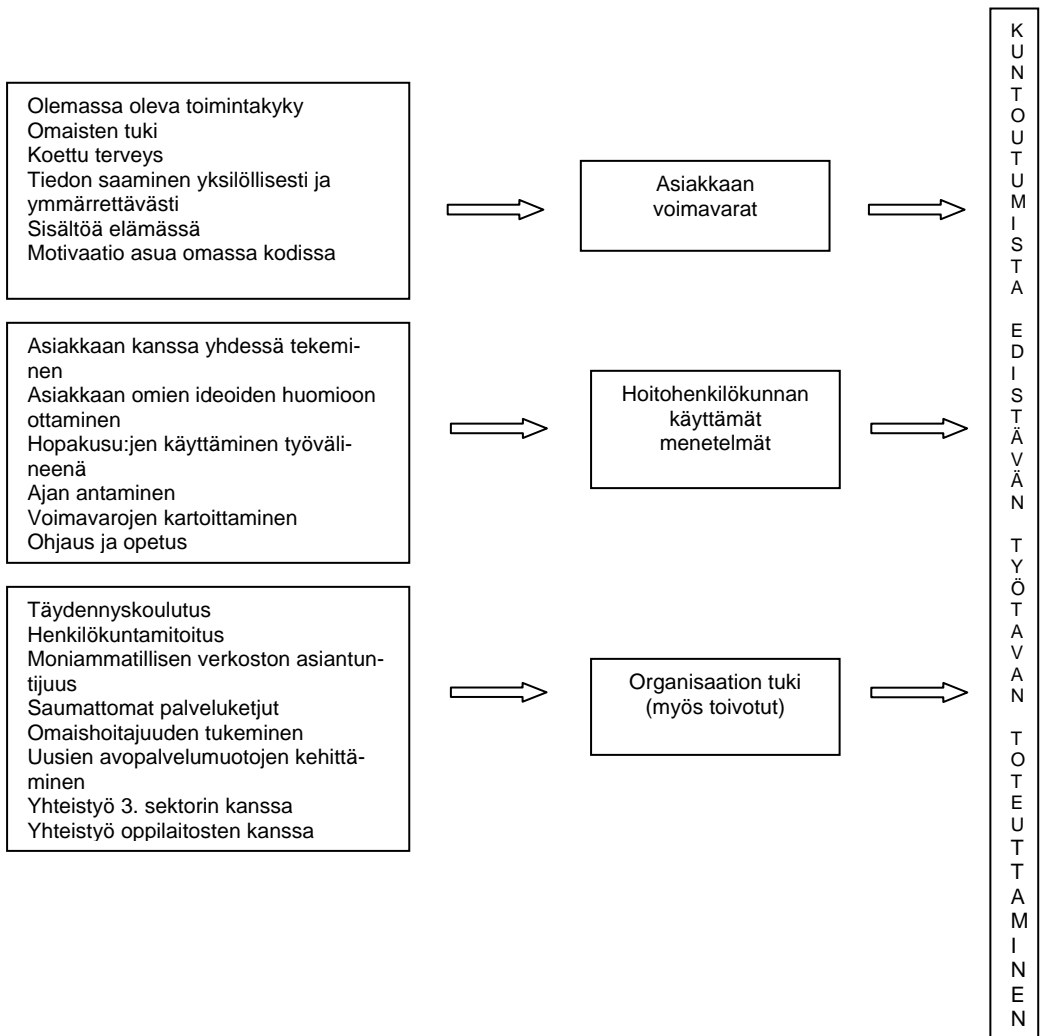
Positiivisia muutoksia moniammatillisessa yhteistyössä kuvasivat 25 tiimiä. Yhdessä tiimissä oli muutosta toivottu, mutta sitä ei ollut tapahtunut. Moniammatilli-

suus oli edelleen heidän kehittämistoiveensa. Viisi tiimiä kuvasi positiivista muutosta, mutta näissä vastauksissa tuotiin esille myös sitä, että muutos olisi tapahtunut myös ilman KOTOSA-hanketta. Kolmessa tiimissä ei ollut tapahtunut minkäänlaista muutosta moniammatillisessa yhteistyössä.

Kirjaamisessa ja erityisesti hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmien käyttämisessä työvälineenä kotihoidossa oli tapahtunut positiivista muutosta 23 tiimissä. Mitään muutosta ei ollut tässä asiassa tapahtunut kuudessa tiimissä. Viisi tiimiä tunnisti kehittämistarpeensa HOPAKUSUihin kirjaamisessa ja sen käyttämisessä työvälineenä, mutta erilaisista syistä johtuen he eivät vielä olleet KOTOSA-hankkeen aikana päässeet tavoitteisiinsa.

Tässä arviointiraportissa on esitetty, mitä ja minkälaista kehittymistä Vantaan kotihoidossa tapahtui KOTOSA-hankeessa vuosina 2003 - 2005. Pitkäaikaisia tuloksia on hankkeen loppumisvaiheessa vaikea arvioida. Nähtävissä kuitenkin on, että vaikka hanke onkin päättynyt, kehittäminen jatkuu.

Kuviossa 3 on esitetty induktiivisesti aineistosta käsin muodostetut alakategoriat ja niitä yhdistävät yläkategoriat kuntoutumista edistävän työtavan toteutumisesta Vantaan kotihoidossa.



Kuvio 3. Kuntoutumista edistävän työtavan toteutuminen Vantaan kotihoidossa.

Lähteet

Andersson, S., Haverinen, R. & Malin, M. 2004. Vanhusten kotihoito kolmesta näkökulmasta – vanhukset, työntekijät ja johto integroinnin ja asiakaskeskeisyyden arvioijina. Yhteiskuntapolitiikka 69 (5); 481 - 494.

Anttalainen-Kulmala, E. & Tiilikka, L. 2001. Yli 70-vuotiaiden asiakkaiden kokemukset kotihoidosta Sauvon kunnassa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Backman, K. 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. Acta Universitatis Ouluensis. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Benzein, E., Johansson, B. & Saveman, B-I. 2004. Families in home care – a resource or a burden? District nurses' beliefs. Journal of Clinical Nursing 13 (7); 867 - 875.

Burton, C. 2000. A description of the nursing role in stroke rehabilitation. Journal of Advanced Nursing 32 (1); 174 - 181.

Hammar, T., Raatikainen, R. & Perälä, M-L. 1999. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus: 60 - 65-vuotiaiden odotukset palveluista 80-vuotiaana. Gerontologia 4, 189 - 198.

Heikkinen, E. 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Vammalan kirjapaino.

Hinkka, K., Karppi, S-L., Ollonqvist, K., Aaltonen, T., Grönlund, R., Puukka, P., Saarikallio, M., Salmelainen, U. & Vaara, M. Geriatrisen kuntoutuksen arviointi – IKÄ-hankkeen menetelmät ja aineisto. Sosiaali- ja terveysturvakatsauksia 60. KELA. Helsinki.

Hirvonen, R. 1995. "Kuin köyhä hevonen, kaura-annokseen tyytyväne". Kotihoidon palveluja saavan vanhuksen arki. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Holma, T., Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2002, Kuntouttava työote. Teoksessa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Stakes, Oppaita 49, 43 - 48.

Hägg, T. 2002. Yhteisöllisyys – kaikkien yhteinen asia. *Sairaanhoitaja* 75 (11); 20 - 22.

Ilvonen, K. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö vanhusten lyhytaikaishoidon yksikön hoitohenkilökunnan kuvaamana. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopiston hoitotieteen laitos, Turku.

Jonninen, S. 1998. Kotisairaanhoitajan vaihtuvuus ja potilaan kokema hoito – haastattelu kotisairaanhoidonpotilaille. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos.

Karisto, A. 2004. Kolmas ikä - uusi näkökulma väestön vanhenemiseen teoksessa Kautto, M. (toim.) Ikääntyminen voimavarana - tulevaisuusselonteon liiteraportti n:o 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33. Helsinki.

Kilpeläinen, A. 2003. Kotihoidon naisvanhusasiakkaan voimavarat – hoito- ja palvelusuunnitelmien analyysi. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Preventiivisen hoitotieteen koulutus.

Kivelä, S-L. 2001. Iäkkäiden palveluiden tarpeeseen ja käyttöön vaikuttavat tekijät. Teoksessa Routasalo, P. & Suhonen, H. (toim.) ”Kyllä minä tiedän, mitä minä haluan!” Ikäihminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen viidakossa – ikäihmisten kanssa työskentely -seminaarin esitykset. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja A:34, 65 - 72.

Kotihoidon tuotteet

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* (11)1, 3 - 12.

Martelin, T., Sainio, P. & Koskinen, S. 2004. Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys teoksessa Kautto, M. (toim.) Ikääntyminen voimavarana - tulevaisuusselonteon liiteraportti n:o 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33. Helsinki.

Muurinen, S. & Raatikainen, R. 2005. Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoidossa. *Gerontologia* 1, 13 - 22.

Mäkelä, K. 1998. Kvalitatiivisen aineiston arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta., Helsinki: Gummerus, 42 - 61.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 215 - 221.

Noro, A. 1998. Long-term institutional care among Finnish elderly population: trends and potential for discharge. Department of Public Health, National Research and Development Centre for Welfare and Health, research 87. University of Helsinki.

Ollonqvist, K. 2004. Kuntoutuksessa tukea kotona selviytymiselle. Teoksessa Hinkka, K., Karppi, S-L., Ollonqvist, K., Aaltonen, T., Grönlund, R., Puukka, P., Saarikallio, M., Salmelainen, U. & Vaara, M. Geriatrisen kuntoutuksen arviointi – IKÄ-hankkeen menetelmät ja aineisto. Sosiaali- ja terveysturva katsauksia 60. KELA. Helsinki, 131 - 139.

Paappanen, E. 1998. Hoitotyön eettiset kysymykset kotisairaanhoidossa – kuvaus hoitotyön eettisistä ongelmista, ratkaisuksista ja perusteista kotisairaanhoidon kokemana. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellisen tiedekunnan hoitotieteen laitos.

Paljärvi, S., Rissanen, S. & Sinkkonen, S. 2003. Kotihoidon sisältö ja laatu vanhusasiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden arvioimana: seurantatutkimus Kuopion kotihoidosta. Gerontologia 2, 85 - 97.

Pietikäinen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Pohjola, A. 1991. Yhteistyöstä yhteiseen työhön. Teoksessa Honkanen, Kinnunen, Pohjola, Urponen, Väärälä. Palvelutilkuista yhteiseen työhön – Kemijärven hyvinvointipalvelujen osaraportti. Lapin yliopiston täydennyskeskuksen julkaisuja 32. Rovaniemi, 111 - 126.

Pohjola, A. 1999. Moniammatillinen asiantuntijuus – kuka kukin on? Teoksessa Virtanen, P. (toim.) Verkostoituvaa asiakastyötä. Helsinki: Lastensuojelun Keskusliitto ja Kirjayhtymä, 110 - 128.

Porre, P. 2001. Hoidon jatkuvuus kotihoidon yöpartiopalvelussa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma – opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. STAKES. Oppaita n:o 52. STM. Kuntaliitto. Helsinki.

Raatikainen, R. 1992. Self-activeness in domiciliary care. Acta universitatis ouluensis series D medica n:ro 243. University of Oulu, Faculty of Medicine, Department of Nursing. Oulu.

Raatikainen, R. 1993. Omatoimisuus kotisairaanhoidossa. Potilaiden avun tarve ja saama apu Helsingin kotisairaanhoidossa. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja, sarja B, 77/1993.

Rankin, A. 1993. Funtional Independence Measure. Physiotherapy 79; 842 - 843.

Raunio, K. 1999. Positivismi ja ihmistiede. Helsinki: Gaudeamus.

Routasalo, P. 2002. Sairaanhoidajat iäkkään potilaan kuntoutumisen edistäjinä. Gerontologia 3; 109 - 119.

Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön malli. Gerontologia 15, 207 - 216.

Saarela, M. & Valvanne, J. 1999. Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Duodecim 115, 1611 - 1618.

Salminen, J. K. 2002. Psykiatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Teoksessa Aalto, A-M., Hurri, H. & Järvikoski, A. (toim.) Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. STAKES, raportteja n:o 267. Helsinki.

Savikko, N., Hautala, L., Puukka, P., Leino-Kilpi, H. & Suominen, T. 2004. Työn sisäinen hallinta kotisairaanhoidossa ja terveyskeskusten pitkäaikaisosastoilla hoitajien kokemana. Tutkiva Hoitotyö 2 (4), 17 - 23.

Somerkivi, P. 2000. "Olen verkon silmässä kala" – vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan sosiaalitieteiden laitoksen vammaistutkimusyksikkö.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto. 2001. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001, 4. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2003

Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Acta Universitatis Lapponiensis n:ro 62. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Rovaniemi.

Tikkanen, E. 2001. Tavoitteena voimaantuminen – perheiden ja hoitohenkilökunnan yhteistyösuhde kotona toteutuvassa lastenpsykiatrisessa hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Mielenterveystyön asiantuntijan koulutusohjelma.

Turja, T. 2004. Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö – seurantatutkimus. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Vaarama, M., Hakkarainen, A., Voutilainen, P. & Päivärinta, V. 2000. Vanhustenpalvelut. Teoksessa Uusitalo, H. Parpo, A. & Hakkarainen, A. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2000. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja 250. Helsinki, 75 - 98.

Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut - nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Kautto, M. (toim.) Ikääntyminen voimavarana - tulevaisuusselonteon liiteraportti n:o 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33. Helsinki.

Vihanto

Vähäkangas, P., Björkgren, M. & Jävälä, T. 2005. Sijoittajasairaanhoidtamalli – kokemuksia mallin kehittämisestä ja käytöstä ikääntyneen hoitoon ohjautumisessa. Sairaanhoidtaja 78 (10), 28 - 31.

Liitteet

Liite 1

KOTOSAN ARVIOINTIKYSELY 2005

Kotosa-hankkeen kolmas ja viimeinen vuosi on meneillään ja tämä kysely kar-
toittaa kotihoidon työssä tapahtuneita muutoksia.

Ohje vastaajille:

Kyselyyn vastataan tiimikohtaisesti keskustellen ja kirjaten tiimin keskustelu
mahdollisimman monipuolisesti. Myös erilaiset mielipiteet ja mahdolliset soraää-
net kirjataan. Kirjaus toteutetaan mahdollisimman sanatarkasti, alkuperäisin il-
mauksin.

Vastaukset palautetaan syyskuun 2005 loppuun mennessä osoitteella:
Tikkurilan Laurea, Hannele Niiniö, Lummetie 2 a, 01300 Vantaa

Kysymykset:

Alue: _____

Tiimin työntekijöiden lukumäärä: _____

Tähän kyselyyn vastanneiden työntekijöiden lukumäärä: _____

1. Miten asiakkaat ja omaiset ovat suhtautuneet kuntoutumista edistävään työ-
tapaan? Kuvailkaa mahdollista muutosta esimerkein.
1. Millaisia keinoja käytätte asiakkaan tai perheen omien voimavarojen etsimi-
seen?
2. Kertokaa esimerkkejä omista asiakastyön tilanteistanne, joissa vahvistatte
asiakkaan omatoimisuutta enemmän tai toisella tavalla kuin ennen Kotosa-
hanketta:
3. Kertokaa, onko tapahtunut Kotosan aikana muutosta yhteistyössä muiden
ammattiryhmien kanssa. Jos on tapahtunut, niin millaisia?

4. Onko hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien tekeminen ja käyttö muuttunut viimeisen kahden vuoden aikana? Jos on, niin miten?
5. Kuvailkaa omin sanoin, mitä tarkoittaa seuraava periaate: Asiakkaan oma-toimisuuden tukeminen ja omien voimavarojen etsiminen on tärkeää kotihoi-don työssä?
7. Mikä on mielestänne lähivuosien tärkein kehittämisen kohde Vantaan koti-hoidossa?

Lämmin kiitos! Voitte myös käyttää paperin toista puolta.

LAUREA, Vantaa

Hannele Niiniö

31.8.2005

MIKÄ MUUTTUI KOTOSAN MYÖTÄ? – kysely Vantaan kotihoidon tiimeille

1. Kotosan tavoitteet

- kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen mahdollistaminen osaamista syventämällä ja laajentamalla; kuntouttava (toimintakykyä edistävä) työtapa
- herättää nuorten kiinnostus vanhustyöhön
- työelämän ja koulutuksen uudenlainen verkostoituminen
- toinen toiselta oppiminen
- jatkuvan yhteistyön käynnistäminen

2. Kuntouttavan työtavan arviointi (Routasalo & Lauri 2001 ja Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu 2002)

- asiakkaan omatoimisuuden vahvistaminen
- asiakkaan voimavarojen etsiminen asiakastyössä
- ovatko em. kaikkien yhteiset periaatteet?
- kuinka as. ja omaiset suhtautuvat?
- hpk-suunnitelmat ja niiden arviointi
- moniammatillinen työ

Ohje vastaajille:

Kyselyyn vastataan tiimikohtaisesti keskustellen ja kirjaten tiimin keskustelu mahdollisimman monipuolisesti.

KOTOSA-HANKKEEN ARVIONTIIN OSALLISTUNEET VANTAAN KOTIHOI-
DON TIIMIT

Alue/tiimi	työntekijöitä	kyselyyn osallistuneet
Tikkurila	11	8
Tikkurila	4	4
Tikkurila	9	6
Korso radan länsipuoli	10	6
Metsotien palvelutalo	10	9
Martinlaakso A-solu	6	4
Martinlaakso M-solu	10	8
Hakunila päiväkeskus+ Severiina	10	8
Hakunila kotihoito	12	9
Laukkarinteen palvelutalo	6	5
Hakunila fysioterapia	5	4
Koivukylän kotihoito tiimi 1	6	4
Koivukylä 1 kotihoito tiimi 2	5	4
Koivukylä 1 kotihoito tiimi 3	7	5
Myyrmäen kotihoito K-solu	11	11
Ma + Mb solut	11	8
Myyrmäki/kotihoito/H-solu	ei tietoa	6
Myyrmäen kotihoito V-solu	ei tietoa	8
Korso tiimi 3	7	6
Korso tiimi 2	6	5
Pyykujan palvelutalo	8	7
Hakunilan kotihoito/Kekokujan pt	15	8
Länsimäen kotihoito A- ja B-tiimi	12	9
Myyrmäki/Apaja PT	22	9
Myyrmäki/Apaja PT dementiayksiköt	8	4
Myyrmäki/Varisto PT	12	9
Koivukylä. länsi foibe, piiri 66	10	7
Koivutorin palvelutalo, Koivukylä	10	6
Martinlaakso	6	4
Martinlaakso M-solu	10	8

Martinlaakso Y-solu ja S-solut	8	6
Raikukujan palvelutalo	15	9
Tikkurilan kh ty 3, Veturipolun pt	16	16
Tikkurilan kh ty 3, C-solu	11	10
Yhteensä	176	195