

Opinnäytetyö AMK

Fysioterapeuttikoulutus

AFYSIS14

2017

Johanna Paavola ja Suvi-Riikka Saarijoki

**FYSIOTERAPEUTIN TYÖN  
HYÖDYLLISYYDEN ARVIOINTI  
PÖYTYÄN KUNNAN  
KOTIHOIDOSSA —  
ASIAKKAIDEN JA  
HOITOHENKILÖKUNNAN  
NÄKÖKULMASTA**

Johanna Paavola ja Suvi-Riikka Saarijoki

## FYSIOTERAPEUTIN TYÖN HYÖDYLLISYYDEN ARVIOINTI PÖYTYÄN KUNNAN KOTIHOIDOSSA — ASIAKKAIDEN JA HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKÖKULMASTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida, hyötyvätkö Pöytyän kunnan kotihoidon asiakkaat sekä hoitotyöntekijät fysioterapeutin toiminnasta ja olisiko fysioterapeutin toimea kannattavaa jatkaa määräajan päätyttyä. Tutkimus on muodostunut tilaajan, Pöytyän kunnan kotihoidon toiveesta. Kotihoitoon perustettiin fysioterapeutin toimi, joka oli aluksi määrä- ja osa-aikainen, 20 tuntia viikossa vuoden 2016 loppuun. Hyödyn arviointi ja tutkimuksen tulokset perustuvat kotihoidon asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan subjektiivisiin kokemuksiin ja niiden tulkintoihin.

Tutkimus on laadullinen, mutta aineiston hankinnassa ja analysoinnissa käytettiin myös määrällisiä keinoja. Kvalitatiivisten ja kvantitatiivisten keinojen on tarkoitus täydentää toisiaan ja auttaa opinnäytetyön tekijöitä kokoamaan tuloksista laadullinen kokonaisuus. Tuloksia esitetään myös numeraalisessa ja graafisessa muodossa, mutta niiden tulkinnat esitetään merkityksinä.

Aineistonkeruumenetelminä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua, FSQfin-kyselyä ja strukturoitua kyselylomaketta. Aineistotriangulaatiolla lisättiin tutkimuksen luotettavuutta, koska aineistoa kerättiin usealla eri tavalla. Tutkimusjoukko muodostui kuudesta kotihoidon asiakkaasta ja neljästätoista hoitajasta. Tutkimus toteutettiin kesäkuun ensimmäisen ja lokakuun viimeisen päivän välillä vuonna 2016.

Tutkimustulosten perusteella fysioterapiaa saaneiden asiakkaiden fyysisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä ei tapahtunut merkittävää kehitystä kuin yksittäisten henkilöiden kohdalla. Merkittävin positiivinen muutos tapahtui asiakkaiden psyykkisessä toimintakyvyssä, jonka sekä asiakkaat itse, että hoitohenkilökunta arvioivat selvästi lisääntyneen. Kaikki kyselyyn vastanneet hoitajat kokivat fysioterapeutin tärkeäksi kuntouttavan kotihoidon tiimin jäseneksi. Kaikki tutkimukseen osallistuneet asiakkaat haluavat saada fysioterapiaa myös jatkossa. Hoitajat kokivat, että fysioterapia sekä kuntouttava hoitotyö ovat yhdessä tukeneet asiakkaiden kotona pärjäämistä ja asiakkaat ovat hyötynneet saamastaan kotikuntoutuksesta.

Tutkimuksen tulokset tuovat esille myös kehitystarpeita, joissa fysioterapeutin asiantuntijuutta voisi ja tulisi hyödyntää, kuten esimerkiksi yhteisten toimintamallien kehittämisessä ja kuntoutussuunnitelmien laadinnassa. Pöytyän kunnan kotihoito voi hyödyntää tutkimuksen tuloksia kehittäessään kotikuntoutusta ja moniammatillisen yhteistyön toimivuutta.

### ASIASANAT:

Kotikuntoutus, ikääntyminen, toimintakyky, toiminnan vajaus, kehittäminen, vanhuspalvelut.

Johanna Paavola and Suvi-Riikka Saarijoki

## EVALUATION OF THE USEFULNESS OF THE PHYSIOTHERAPIST'S WORK IN HOME CARE OF THE MUNICIPALITY OF PÖYTYÄ — FROM THE POINT OF VIEW OF THE CUSTOMERS AND OF THE NURSING STAFF

The purpose of this study is to estimate whether the customers and nursing staff benefit from the physiotherapist's action in the municipality of Pöytyä home care and whether it's needful to continue the action after the end of deadline. The study has consisted of the wish of municipality of Pöytyä homecare. The physiotherapist's action was periodic and part-time. The working hours per week were 20 hours and held until the end of the year 2016. The evaluation and the results of the study are based on the subjective experiences of the nursing staff and the customers and the interpretations have been done based on the ones.

The research is a qualitative study but in the acquisition and analysis of the material quantitative methods have also been used. The qualitative and quantitative methods have been used to supplement each other and to help the authors to collect a qualitative wholeness from the results. The results also are presented as numbers and in a graphic form but their interpretations are presented as significances.

The methods of the collecting of the data were the semi-structured theme interview, FSQfin inquiry and the structured questionnaire. The material triangulation increases the reliability of the study because the material was collected in several different ways. The investigation group consisted of the six customers in home care and fourteen of nursing persons. The study was carried out in 2016, between first of June and end of October.

This study showed that no significant developments was happened in the customers' physical ability to function or in social ability. The nursing staff estimated that the most significant positive change took place in the mental ability of function of the customers which distinctly has increased. The evaluation received from customers was been found similar results. All the nurses who had answered an inquiry experienced that the physiotherapist is the important member of the team. Each of the customer that belonged to the investigation group want to get the physiotherapy also in the future. The nurses have experienced that both the physiotherapy and the rehabilitating nursing have supported the customers' management at home and the customers have benefited from the home rehabilitation.

The results of the study give information and bring out needs for development of the home care in Pöytyä. The physiotherapist and work made by him are in the key position.

### KEYWORDS:

Home rehabilitation, ageing, ability to function, dysfunction, development, elderly services.

## SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>7</b>
<b>2 IKÄÄNTYMINEN JA PALVELUNTARVE</b>	<b>9</b>
2.1 Teoreettiset perusteet fysioterapialle kotihoidossa	9
2.2 Toimintakyky	10
2.3 Vanhuspalvelulaki ja seurantatutkimukset	13
<b>3 KUNTOUTUS KOTIHOIDOSSA</b>	<b>16</b>
3.1 KASTE-ohjelma	16
3.2 Kotihoito 2020-tutkimus	16
3.3 Eksote ja Boråsin toimintamalli	20
<b>4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT</b>	<b>24</b>
<b>5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS</b>	<b>25</b>
5.1 Opinnäytetyön kehittämisen malli, vaiheet ja aikataulu	25
5.2 Tutkimusjoukon valinta ja aineiston keruu	26
5.3 Aineistonkeruumenetelmät	27
5.3.1 FSQfin-kysely	28
5.3.2 Puolistrukturoitu teemahaastattelu	30
5.3.3 Hoitohenkilökunnan kyselylomake	31
5.4 Analysointimenetelmät	31
<b>6 TUTKIMUKSEN TULOKSET</b>	<b>36</b>
6.1 FSQfin-kyselyiden tulokset	36
6.2 Puolistrukturoidun teemahaastattelun tulokset	38
6.3 Hoitohenkilökunnan kyselylomakkeiden tulokset	41
6.3.1 Tulokset fyysisen toimintakyvyn muutoksista	42
6.3.2 Tulokset psyykkisen toimintakyvyn muutoksista	45
6.3.3 Tulokset sosiaalisen toimintakyvyn muutoksista	46
6.3.4 Tulokset kaatumista koskeviin kysymyksiin	47
6.3.5 Tulokset kuntouttavan työtavan ja moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta	47
6.3.6 Hoitohenkilökunnan ”vapaa sana”	54

<b>7 VASTAUKSET TUTKIMUSONGELMIIN, JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITYSEHDOTUKSET</b>	<b>55</b>
<b>8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>59</b>
8.1 Eettisyys	59
8.2 Toistettavuus ja luotettavuus	60
<b>9 POHDINTA</b>	<b>64</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>67</b>

## LIITTEET

- Liite 1. Saatekirje ja suostumus osallistumisesta tutkimukseen.  
 Liite 2. FSQfin-kysely (Toimia 2011-2014).  
 Liite 3. Puolistrukturoitu teemahaastattelurunko.  
 Liite 4. Kyselylomake hoitajille.

## KUVAT

Kuva 1. ICF-luokituksen rakenne (ICF 2013, 18).	11
Kuva 2. Kotikuntoutuksen toimintamalli (TEKES 2012—2014, 46).	19
Kuva 3. Boråsin kuntoutusmalli (Borås Stad 2009).	22
Kuva 4. Prosessikaavio opinnäytetyön toteutussuunnitelmasta.	25
Kuva 5. Teema 1. Ohjaus ja neuvonta.	48
Kuva 6. Teema 2. Fysioterapiaa saaneiden asiakkaiden toimintakyvyn muutokset.	49
Kuva 7. Teema 3. Fysioterapeutin osallistuminen kuntoutuksen suunnitteluun.	50
Kuva 8. Teema 4. Oikea-aikaisuus.	51
Kuva 9. Teema 5. Kuntoutuksen tavoitteet.	52
Kuva 10. Teema 6. Yhteistyön toteutuminen.	53
Kuva 11. Teema 7. Arvostus.	53

## TAULUKOT

Taulukko 1. Iäkkäiden asumis- ja palvelumuotojen kehitys vuosina 2000-2017 (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2013, 39).	10
Taulukko 2. Kotihoidon vakanssit ja työsuhteet ammattiryhmittäin vuonna 2014. (Noro ym. 2015, 2.)	14
Taulukko 3. Asiakkaiden palvelutarpeen ja/tai toimintakyvyn järjestelmällinen arviointi prosentuaalisesti (THL ja Valvira 2015).	15
Taulukko 4. Tiedonkeruumenetelmät.	28

Taulukko 5. FSQfin vastausvaihtoehdot ja pisteytys.	29
Taulukko 6. FSQfin-kyselyn tulokset seurantajaksolla 1.6. - 31.10.2016	36
Taulukko 7. Tulokset itsestä huolehtimisessa tapahtuneista muutoksista (n=14).	42
Taulukko 8. Tulokset liikkumisessa tapahtuneista muutoksista (n=14).	43
Taulukko 9. Tulokset kotielämään liittyvien toimintojen muutoksista (n=14).	44
Taulukko 10. Tulokset psyykkisessä toimintakyvyssä tapahtuneista muutoksista (n=14).	45
Taulukko 11. Tulokset sosiaalisessa toimintakyvyssä tapahtuneista muutoksista (n=14).	46

# 1 JOHDANTO

Pöytyän kunta päätti kehittää kotikuntoutusta fysioterapiapalveluilla, jota käsiteltiin myös Pöytyän kunnan vanhusneuvostossa 25.1.2016 (Pöytyän kunta 2016c). Toimeen valittu fysioterapeutti aloitti työnsä maaliskuussa 2016. Työsuhde solmittiin aluksi määräajaksi, vuoden 2016 loppuun ja viikkotyöajaksi sovittiin 20 tuntia. Kotihoidossa ei ole ennen määräaikaisen fysioterapeutin toimen alkamista ollut tarjolla fysioterapian erityispalveluita. Terveyskeskuksen fysioterapeutit ovat tarpeen vaatiessa käyneet arvioimassa vuodeosastolta kotiutuvien kotihoidon asiakkaiden kotioloita, tarvittavat apuvälinetarpeet ja kodin muutostyöt. Kotihoidon fysioterapeutin toimen myötä pyritään vähentämään myös terveyskeskuksen fysioterapeuttien kuormittamista. Aiemmin kotihoidon asiakkaiden fysioterapiapalveluiden tarve on arvioitu lääkärin vastaanotolla tai vuodeosastojaksolla, jonka perusteella asiakkaalle on tarjottu poliklinikkakäyntejä tai terveyskeskuksen tarjoamia ryhmäterapiapalveluita.

Opinnäytetyön tekijät tarjosivat vuoden 2016 alussa fysioterapeutin työnkuvaan liittyvää opinnäytetyön aihetta Pöytyän kunnan kotihoidon ohjaajalle sekä silloiselle perusturvaohjaajalle. Opinnäytetyön aihe "Fysioterapeutin työn hyödyllisyyden arviointi Pöytyän kunnan kotihoidossa – asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta" muodostui lopulta tilaajan toiveesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida, hyötyvätkö Pöytyän kunnan kotihoidon asiakkaat sekä hoitotyöntekijät fysioterapeutin toiminnasta ja olisiko fysioterapeutin toimea kannattavaa jatkaa määräajan päätyttyä. Opinnäytetyötä voikin kuvaila tulevaisuuteen suuntautuvana kehittämishankkeena, jonka tulos vaikuttaa kotikuntoutuksen asemaan ja jatkuvuuteen Pöytyän kunnan kotihoidossa. Kirjallisuudessa kehittäminen terminä tarkoittaa aktiivista toimintaa, jolla pyritään ja tavoitellaan jonkin asian kehittymistä positiiviseen suuntaan tai asiaan, jota tavoitellaan (Heikkilä ym. 2008, 23).

Pöytyän kotihoidon fysioterapiatoimen tavoite on tukea ikäihmisten kotona asumista ja näin kehittää kunnan tarjoamia palveluita asiakkailleen. Tavoitteisiin pyritään muun muassa KASTE-ohjelman toimintamallia mukaillemalla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Pöytyän kunnassa fysioterapeutin työnkuva on suunniteltu ensisijaisesti keskittyvän asiakkaiden kotiutumisen tukemiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen kotioloissa osastojakson jälkeen. Alustavan suunnitelman mukaan kotihoidon asiakkaat eivät voisi itse tilata

kunnan fysioterapiapalveluita, vaan kotihoidon hoitohenkilökunta sekä vuodeosaston moniammatillinen työryhmä arvioivat fysioterapiaa tarvitsevat asiakkaat.

Pöytyän kunta kuuluu Varsinais-Suomen maakuntaan ja Loimaan seutukuntaan. Pöytyän kunnassa on asukkaita 8559 (Pöytyän kunta 2016b). Pöytyän kunnan kotihoidon kolmessa eri tiimissä työskentelee yhteensä 32 vakituisessa virassa olevaa hoitajaa. Huhtikuussa vuonna 2016 kotihoidon piirissä oli noin 100 säännöllistä kotihoitoa saavaa asiakasta ja 30-40 tilapäistä kotihoitoa saavaa asiakasta. Kotihoito määritellään säännölliseksi, jos kotihoito käy asiakkaan luona kerran viikossa tai useammin. Pöytyän kunnan kotihoidon palveluihin kuuluvat asiakkaiden henkilökohtaisen huolenpidon ja hoidon tukeminen sekä päivittäisissä toiminnoissa avustaminen. Tukipalveluita ovat muun muassa ateriapalvelu, kylvetyspalvelu, kaupassa asiointi ja turvapuhelinpalvelu. Kotihoidon käyntien määrä arvioidaan yksilöllisesti sen mukaan, paljonko asiakas tarvitsee tukea kotona asumiseen. Fysioterapia luokitellaan kotihoidon erityispalveluiksi. Tavoitteena on, että asiakas saisi asua kotonaan mahdollisimman pitkään turvallisuus ja inhimillisyys huomioiden. Kotihoidon palvelut tulevat yleensä aiheelliseksi, jos toimintakyky on alentunut esimerkiksi sairauden tai vamman vuoksi. (Pöytyän kunta 2016a.)

Molemmat opinnäytetyön tekijät ovat työskennelleet muutamia vuosia ikäihmisten parissa. Työkokemusta opinnäytetyön tekijöillä on sekä kotihoidosta että ympärivuorokautisesta laitoshoidosta. Lisäksi toinen on virkasuhteessa Pöytyän kotihoidossa ja on työskennellyt lähihoitajana ikäihmisten parissa jo ennen fysioterapian opintojen aloittamista. Opinnäytetyö on ajankohtainen ja vastaa selvityksenä erittäin hyvin kotikuntoutuksen tulevaisuuden tarpeita paitsi Pöytyän kunnassa. Opinnäytetyön tutkimuksellisen osuuden tulosta voidaan pitää myös yleisenä linjauksena, sillä tavoitteena on, että ikäihmiset saisivat asua kotona mahdollisimman pitkään. Vanhuspalveluiden linjaus uudistuvassa ja myllerrysten SOTE-kentässä korostaa ikäihmisten itsemääräämisoikeuden ja valinnanvapauden toteutumista. Omassa kodissa mahdollisimman pitkään asumisen mahdollistaviin palveluihin sisältyvät muun muassa lähipalveluina tarjottavat terveys- ja kuntoutuspalvelut. Ikääntyneiden kotona asumista tukevan kuntoutuksen tarve tulee siis tämän perusteella lisääntymään. Toimintamalleja on kehitettävä ja resursseja suunnattava oikein, jotta optimaalisella toiminnalla saadaan optimaalinen vaikuttavuus.



## 2 IKÄÄNTYMINEN JA PALVELUNTARVE

### 2.1 Teoreettiset perusteet fysioterapialle kotihoidossa

Kotihoito on moniammatillista yhteistyötä, jossa fysioterapeutti toimii osana moniammatillista tiimiä. Tiimityö on yhteisesti sovittujen toimintatapojen mukaan toimimista yhteisen päämäärän eli asiakkaalle koituvan hyödyn vuoksi. Tiimin kukin työntekijä toimii omalla vastuualueellaan omaa osaamistaan optimaalisesti hyödyntäen. Moniammatillisessa yhteistyössä tiimin jäsenten valta tehdä itsenäisiä päätöksiä on kuitenkin vähäisempää mutta vastapainona on tiimin tuki ja vastuun jakautuminen. Keskustelutaitojen ja dialogisuuden kehittyminen tiimin jäsenten kesken auttaa yhteisen ymmärryksen saavuttamista kuntoutujan ongelmien selvittelyssä. (Talvitie ym. 2006, 95-96.)

Fysioterapeutin, kuten myös muiden tiimin työntekijöiden ihmiskäsitys vaikuttaa siihen, millä tavalla asiakas tulee kohdatuksi, kuunnelluksi ja kuulluksi. Ihmiskäsitys, asenteet ja terapeutin persoona vaikuttavat hänen valitsemiinsa terapia- ja työmenetelmiin, vuorovaikutuksen toteutumiseen ja kuntoutujan eli tässä tutkimuksessa iäkkään asiakkaan mahdollisuuksiin vaikuttaa omaan kuntoutukseensa ja motivaationsa kehittymiseen. (Talvitie ym. 2006, 89-90.)

Elämänlaatu on yksilöllinen ja subjektiivinen kokemus ja koostuu yleisestä tyytyväisyydestä elämään, tarpeiden tyydyttymisestä sekä koetuista onnellisuuden ja mielihyvän tunteista. Koettuun elämänlaatuun vaikuttavat kaikki elämän osa-alueet, kuten koettu terveys ja hyvinvointi, elintaso, sosiaaliset suhteet, elinympäristö ja sen toimivuus ja esteettömyys. Toimintakyky on osa elämänlaatua ja muodostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta osa-alueesta. Toimintakyvyn heiketessä ja sairauksien kohdatessa ihmisen on määriteltävä käsityksensä elämänlaadusta uudelleen. Asiakkaan suhtautuminen häntä kohdanneisiin sairauksiin ja toimintakyvyn heikkenemisiin riippuu siitä, kuinka mielekkääksi hän elämänsä kokee. (Talvitie ym. 2006, 39.)

## 2.2 Toimintakyky

Kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden ICF-luokitus kuvaa sairauksien ja vammojen vaikutuksia yksilön elämässä. Toimintakyky yläkäsitteenä kattaa ruumiin/kehon toiminnot, suoritukset ja osallistumisen. Toimintarajoitteet puolestaan kattaa vajavuudet ja rajoitteet edellä mainituilla kolmella osa-alueella. (ICF 2013, 3.) Ikään-tyvillä ja vanhoilla toimintarajoitteiden määrä kasvaa ja siksi heidän toimintakykynsä ylläpysyminen ja kohentuminen ovat tärkeitä yhteiskunnallisia haasteita.

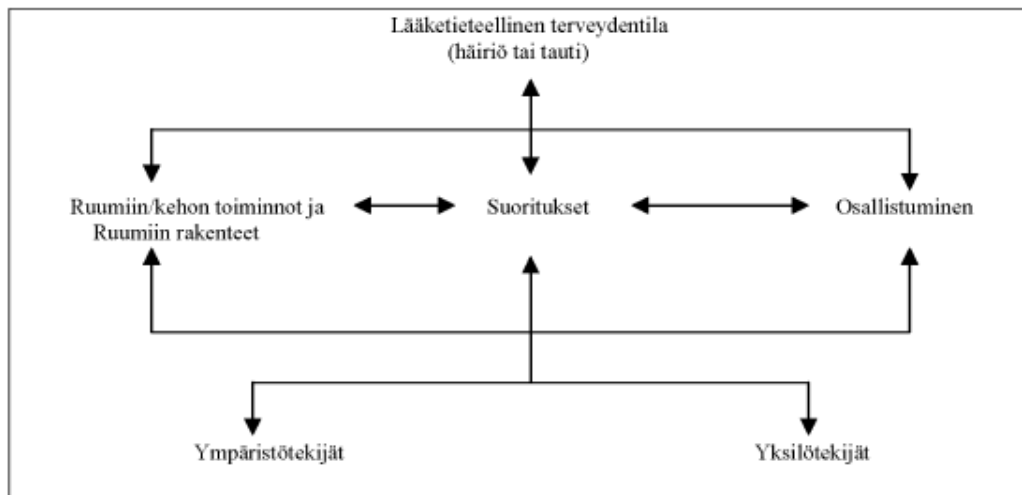
Iäkkäiden ja vanhusten osuus kasvaa lähivuosikymmeninä. Euroopan muihin maihin verrattuna Suomi sijoittui vuoden 2014 tilastoihin suhteutettuna kuudenneksi yli 65-vuotiaiden määrässä. (Tilastokeskus 2016.) Vuoden 2014 tilaston mukaan yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli 19,9 prosenttia. Vuonna 2030 sen arvioidaan kasvavan 26 prosenttiin ja yli 85-vuotiaita arvioidaan olevan noin 3,8 prosenttia koko maan väestöstä. (Tilastokeskus 2015.) Kuntien ja muiden iäkkäille sosiaali- ja terveystalvuuja tuottavien tahojen on huomioitava kehitysennuste, jonka mukaan kotona asuvien iäkkäiden määrä (Taulukko 1.) tulee lisääntymään ja laitoshoidon osuus vähenee. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2013, 39).

Taulukko 1. Iäkkäiden asumis- ja palvelumuotojen kehitys vuosina 2000-2017 (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2013, 39).

75 vuotta täyttäneet	2000	2005	2010	2011	2012	2017
Kotona asuvat 75 vuotta täyttäneet % vastaavanikäisestä väestöstä	89,7	89,6	89,5	89,6		91,0-92,0
Säännöllisen kotihoidon piiristä 30.11. olleet 75 vuotta täyttäneet asiakkaat % vastaavanikäisestä väestöstä		11,2	11,8	12,2		13,0-14,0
Omaishoidon tuen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat vuoden aikana % vastaavanikäisestä väestöstä	3,0	3,7	4,2	4,4	4,5	6,0-7,0*
Ikäntyneiden tehostetun palveluasumisen 75 vuotta täyttäneet asiakkaat 31.12. % vastaavanikäisestä väestöstä	1,7	3,4	5,6	5,9		6,0-7,0
Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa terveyskeskuksissa olevat 75 vuotta täyttäneet 31.12. % vastaavanikäisestä väestöstä	8,4	6,8	4,7	4,4		2,0-3,0

\* Kansallista omaishoidon kehittämissuohjelmaa laativa työryhmä antaa omaishoidon kehittämisehdotukset muilta osin vuoden 2013 loppuun mennessä.

ICF-luokituksen rakenne (Kuva 1.) ja sen mukainen toimintamalli auttavat kuntoutuksen ammattilaisia ymmärtämään, että toimintakyky ja toimintarajoitteet ovat moniulotteinen ja elävä, liikkuva ja muuttuva tila, johon yksilön terveydentila ja elinympäristö ovat kiinteässä vuorovaikutuksessa (ICF 2013, 18).



Kuva 1. ICF-luokituksen rakenne (ICF 2013, 18).

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä päivittäistoimista omassa elinympäristössään (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016a). Selviytymiselle haasteita asettavat kodin ja ympäristön vaatimukset, avun tarve ja saanti, kyky huolehtia itsestään kuten hygienian hoidosta, pukeutumisesta ja ruokailusta. Fyysisen toimintakyvyn tekijöistä liikkumiskyky on itsenäisen kotona selviytymisen edellytys. Kotona asuvan iäkkään ihmisen on kyettävä kodissaan liikkumaan. Vanhuspalvelulain seurantaan liittyneeseen, vuonna 2013 tehtyyn tutkimukseen, yli 80-vuotiailla on jo huomattavia vaikeuksia itsensä huolehtimisessa, kävelyssä ja asunnossa liikkumisessa. Lähes kolmannes 63-vuotta täyttäneistä koki puolen kilometrin kävelemisen vaikeaksi. Arkitoiminoista selviytymisen koki vaikeaksi joka kymmenes 70 - 79 -vuotias mies, mutta saman ikäryhmän naisista vaikeuksia arkitoimissa koki jo joka neljäs. Yli 80-vuotiaista naisista 63 % koki arkitoimet vaikeaksi ja miehistäkin 35 %. (Murto ym. 2013, 1—2.)

Psyykinen toimintakyky muodostuu kognitiivisista toiminnoista, kuten muisti, oppiminen ja puhe sekä persoonallisuudesta ja psyykkisestä hyvinvoinnista. Mielenterveys liittyy läheisesti psyykkiseen hyvinvointiin. Elämänhallinnan kokeminen, mielialan ja onnellisuuden tuntemukset muuttuvat ikääntymisen myötä. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016a.) Terveys 2000- ja terveys 2011-tutkimusten mukaan naisilla onnellisuuden kokeminen heikkenee ikääntyessä, mutta miehillä pysyy samana iästä huolimatta. Molemmat sukupuolet kokevat elämänlaadun heikkenemistä ikääntyessä ja yli 80-vuotiaista naisista vain noin kolmannes kokee elämänlaatunsa olevan hyvä. Masennus

lisääntyy iän myötä ja 80-vuotta täyttäneistä joka kolmas kärsii masennusoireista naissukupuoleen painottuen. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016b).

Sosiaalinen toimintakyky kuvaa ja arvioi henkilön kykyä toimia ja selviytyä erilaisissa sosiaalisissa ympäristöissä huomioiden henkilön mahdollisuudet ja voimavarat. Sosiaalinen ympäristö muodostuu henkilön lähikentästä kuten omaisista ja ystävistä sekä laajemmalti yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutuksesta. Iäkkään ihmisen sosiaalinen toimintakyky muodostuu sosiaalisista verkostoista ja vuorovaikutuksesta lähipiiriin esimerkiksi lähiomaisten, ystävien sekä muiden yhteisöjen kanssa. Muita ulottuvuuksia ovat esimerkiksi avun saannin mahdollisuus, sosiaalinen osallistuminen ja yksinäisyyden kokeminen. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016a.) Terveys 2000- ja Terveys 2011-tutkimuksiin perustuvan vertailun mukaan yli 80-vuotiaista naisista 20% koki yksinäisyyttä jatkuvasti tai melko usein. Suurimpia yksinäisyyden syitä ovat sosiaalisten verkostojen kaventuminen, fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen ja lähiomaisen sairaus tai kuolema. Lähipiiriin olemassaolo ja yhteydenpito sukulaisiin ja ystäviin luo turvallisuutta ja takaa avunsaantimahdollisuudet. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016c).

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton yhteistyönä julkaistiin vuonna 2013 uudistettu laatusuositus, jonka pääteemana on Ikäystävällinen Suomi. Suosituksen tarkoituksena on tukea vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Laatuopas antaa suosituksia ja tavoitteita kuntapäätäjille, sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajille terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen, osallisuuden ja toimijuuden turvaamiseksi. Laatusuosituksia annetaan myös asumisen ja elinympäristön kehittämiseen, palvelujen oikea-aikaiseen kohdentamiseen, palvelujen rakenteen kehittämiseen, hoidon ja huolenpidon turvaamiseen eli henkilöstö-resurssien määrään ja saatavuuteen sekä johtajuuden laatuun. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2013, 16.) Laatusuositus nostaa lääkinnällisen kuntoutuksen ja psykososiaalisen kuntoutuksen tarpeen osaksi kaikkea palvelua. Kuntoutuksen keinoin on tuettava iäkkään henkilön toimintakyvyn palautumista, ylläpysymistä ja edistymistä. Kotikuntoutuksen sisältö on yksilöllisesti suunniteltu ja sisältää esimerkiksi lihasvoimaa, tasapainoa ja koordinaatiota kehittäviä liikkeitä, jotka tukevat kotiaskareissa selviytymistä. Psykososiaalinen kuntoutus tukee vuorovaikutuksen, mielialan, osallistumisen ja sosiaalisen elämän toteutumista esimerkiksi keskustelun, kuuntelemisen, harrastuksiin ja ryhmiin ohjaamisen avulla. Kuntoutus tulee toteuttaa oikea-aikaisesti kuntoutukseen perehtyneen asiantuntijan

avulla koti-, avo- tai laitostuntoutuksena. Kuntoutuksen tarve ja turvaaminen korostuvat erityisesti kotiutusten aikana. Sairaalajaksolta kotiuduttaessa on järjestettävä kuntoutustarpeen arviointeja ja tarpeenmukaisia kuntoutuspalveluita ja kotona selviytymisen apuvälineitä on oltava saatavilla ja tarvittavat kodin muutostyöt on käynnistetty. Osallistumista ja sosiaalista kanssakäymistä tukevaa psykososiaalista kuntoutusta on lisättävä ennakoivana palveluna. Kuntoutumista ja toimintakykyä edistävän ja ylläpitävän toiminnan tueksi kuntouttavien työtapojen käyttöä on lisättävä koti- ja laitoshoidossa ja palveluasumisen yksiköissä. Kuntoutusalan ammattilaisten rooli ja tarve korostuu ohjauksen ja neuvonnan antajana kuntouttavia työtapoja lisättäessä. Muistisairaiden kuntoutusta on lisättävä ja kuntoutuksen saatavuus on oltava oikea-aikaista ja toimintakykyä tukevaa. Muistisairauksiin perehtyneiden kuntoutuksen ammattilaisten asiantuntemusta on käytettävä kuntoutuksen suunnittelussa ja tarpeen arvioinnissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2013, 33—34; 63—64.)

### 2.3 Vanhuspalvelulaki ja seurantatutkimukset

Vanhuspalvelulaki 980/2012 tuli voimaan 1.7.2013. Lailla pyritään turvaamaan ikääntyneen väestön hyvinvointi sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelujen saanti. Laki painottaa kotihoidon ensisijaisuutta iäkkäiden palveluissa. THL ja Valvira kokosivat tutkimustietoa ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden senhetkisestä tilasta, asiakkaiden toimintakyvystä ja koetusta palvelutarpeesta ja lain aiheuttamista kustannuksista kuntakyselyillä keväällä 2013 ja syksyllä 2014 eli kyselyt tehtiin ennen lain voimaantuloa ja sen jälkeen. Kyselylomakkeita lähetettiin kotihoidon, ympärivuorokautisen hoidon toimintayksiköille, tavallisen ja tehostetun palveluasumisen, vanhainkotien ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon yksiköille ja osastoille, kunnille ja kuntayhtymille. Kotihoidon osalta tehdyn seurantatutkimuksen tulokset on julkaistu helmikuussa 2015 (Noro ym. 2015). Tutkimusten yhteenvedossa todetaan muun muassa, että suuria muutoksia vuosien 2013 ja 2014 välillä ei ole kotihoidon palvelussa havaittavissa. Säännöllistä kotihoitoa saavien osuus oli yli 91 prosenttia. Hoidettavien keski-ikä oli 81 vuotta ja puolella heistä palvelutarve oli suuri tai erittäin suuri. Puolella kotihoitoyksiköistä on toimintaa tukemassa palveluohjaustiimi, kotiutustiimi ja ikä- ja seniorineuvola. Seurantatutkimus osoitti, että kotihoidon osaaminen etenkin muistisairaiden ja saattohoidossa olevien asiakkaiden hoidossa tulee lisääntymään ja jotta tämä toteutuisi, kuntoutusta ja yöaikaista hoitoa on lisättävä. Kotihoidon suurin ammattiryhmä muodostuu lähi- ja perushoitajista, fysioterapeuttien osuus on häviävän pieni, suunnitelman mukaan fysioterapeutteja olisi

1 prosentti koko henkilöstöstä (Taulukko 2.). Toteutunut henkilöstömäärä oli kaiken kaikkiaan pienempi kuin suunniteltu ja fysioterapeuttien määräksi tuli laskennallisesti vain 0,3 prosenttiin koko henkilöstömäärästä Toimintayksiköistä 22 prosentilla arvioitiin olevan lisäkoulutustarvetta toimintakyvyn moniulotteisessa arvioinnissa, 15 prosentilla muistisairaahan tukemisessa, 13 prosentilla kivun hoidossa ja 39 prosentilla saattohoidossa. (Noro ym. 2015, 1—4.)

Taulukko 2. Kotihoidon vakanssit ja työsuhteet ammattiryhmittäin vuonna 2014. (Noro ym. 2015, 2.)

	Suunniteltu henkilöstörakenne		Toteutunut henkilöstörakenne	
	Lkm	%	Lkm	%
Osaston- ja apulaisosastonhoitajat, tiimivastaavat	547	3	346	3
Sairaanhoitajat, terveydenhoitajat	2075	12	1667	12
Lähihoitajat, perushoitajat	11538	68	9488	70
Kodinhoitajat ja kotiaavustajat	1838	11	1404	10
Hoiva-avustajat	104	1	53	0
Fysioterapeutit	128	1	50	0
Puheterapeutit	0	0	0	0
Toimintaterapeutit	14	0	6	0
Sosiaaliohjaajat ja -kasvattajat	29	0	21	0
Geronomit	26	0	17	0
Sosionomit	72	0	55	0
Muu sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus	103	1	56	0
Muu henkilöstö (ei sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusta)	387	2	325	2
<b>Eri ammateissa toimivia yhteensä, lkm</b>	<b>16861</b>	<b>100</b>	<b>13488</b>	<b>100</b>

Vuonna 2014 toteutettu vanhuspalvelulain seurantatutkimus kartoitti myös kotihoidon toimintayksiköissä tapahtunutta hoitoyksikön asiakkaiden palvelutarpeen ja toimintakyvyn säännöllistä arviointia (THL ja Valvira 2014). Arvioinnin kohteina olivat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky sekä arkitoimista selviytyminen. Lisäksi kysyttiin millä mittarilla arviointia suoritettiin. Kyselyn tulos (Taulukko 3) osoittaa, että kotihoidon julkisella sektorilla arkitoimista selviytymistä ja kognitiivista toimintakykyä arvioitiin ylivoimaisesti eniten, 93-95 prosenttisesti. Fyysistä toimintakykyä arvioitiin toiseksi vähiten, 66 prosenttisesti. Vähiten arvioitua oli sosiaalinen toimintakyky, 42 prosenttia. Tutkimukseen osallistuneista kunnista kuudella prosentilla ei ollut käytössään minkäänlaista mittaria.

Taulukko 3. Asiakkaiden palvelutarpeen ja/tai toimintakyvyn järjestelmällinen arviointi prosentuaalisesti (THL ja Valvira 2015).

Asiakkaiden palvelutarpeen ja/tai toimintakyvyn järjestelmällinen arviointi, %		Kotihoito			Tavallinen palveluasuminen			Kotihoito ja tavallinen palv.as. yhteensä		
		Julkinen	Yksityinen	Yhteensä	Julkinen	Yksityinen	Yhteensä	Julkinen	Yksityinen	Yhteensä
Fyysinen toimintakyky	2014	66	38	59	58	25	44	65	34	56
Psyykkinen toimintakyky	2014	78	35	67	61	45	54	75	38	65
Kognitiivinen toimintakyky	2014	93	69	87	89	84	87	93	73	87
Sosiaalinen toimintakyky	2014	42	18	36	37	6	24	41	15	34
Arkitoimista suoriutuminen	2014	95	47	83	93	75	85	95	55	84

Vanhuspalvelulain seurantatutkimuksen tulokset osoittavat, että kuntoutustarpeen lisääntyessä huomio on kohdistettava muun muassa fyysisen toimintakyvyn tukemiseen ja ylläpysymiseen. Niiden seuraamiseksi on panostettava toimintakyvyn säännölliseen arviointiin, jonka perusteella kuntoutustoimet osataan kohdentaa oikea-aikaisesti ja tarpeeseen. Fyysisen toimintakyvyn ylläpysyminen lisää sosiaalista toimintakykyä ja mahdollistaa osallistumisen ja tukee itsenäisyyttä. Näin ollen sosiaalisen toimintakyvyn pitäisi korreloida fyysisen toimintakyvyn kanssa ja olisikin mielenkiintoista seurata, miten sosiaalinen toimintakyky muuttuu fyysisen toimintakyvyn muuttuessa (Murto ym. 2014, 4.)

## 3 KUNTOUTUS KOTIHOIDOSSA

### 3.1 KASTE-ohjelma

KASTE-ohjelma on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, jonka tavoitteena on järjestää kaikki palvelut asiakaslähtöisesti ja taloudellisesta näkökulmasta kestävästi eriarvoisuutta vähentäen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 13). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehitysohjelma KASTE 2012-2015 ohjelman tarkoituksena on ollut keskittyä sekä terveydenhuollon asiantuntijoiden, että kansalaisten esittämiin uudistuksiin, jotka edesauttaisivat hyvinvointia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 4). Lain mukaan kunta on velvollinen järjestämään sosiaali- ja terveyspalvelut koko väestölle. Tämä palveluinnovaatiohanke on pyrkinyt vastaamaan uusien toimintamallien kehittämiseen, koska haasteita tulevaisuudessa tulee olemaan muun muassa määrällisesti suuren väestön ikääntymiseen liittyen. (Heikkilä, A. ym. 2008, 14–15.)

KASTE-ohjelma määrittelee sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden tavoitteet sekä keinot niiden saavuttamiseksi ja se toimii sosiaali- ja terveyshuollon pääohjelmanä. Sen tarkoituksena on edistää muutosten valmistelua ja niiden viemistä käytäntöön. Ohjelmassa on yhdistettynä sosiaali- ja terveysministeriön toimintamallin mukainen resurssi-, säädös- ja vuorovaikutusohjelma sekä hallitusohjelma. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 13).

KASTE-ohjelmaa päivitetään joka neljäs vuosi. Vuosiksi 2012-2015 tehdyssä ohjelmassa yksi sen kuudesta osaohjelmasta oli ikäihmisten palveluiden rakenteen ja sisällön uudistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 4.) Ohjelman tavoitteena oli lisätä ikäihmisten kuntoutuksen sekä muiden terveyttä ja hyvinvointia edistävien palveluiden osuutta. Erityisesti kotihoidon asiakkaiden sekä heitä hoitavien omaisten palveluiden saatavuuteen pyrittiin kiinnittämään huomiota. Toimenpiteenä ohjelmassa oli myös ikäihmisten liikuntasuosituksen käytön lisääminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 24–25.)

### 3.2 Kotihoito 2020-tutkimus

Nykytoimintatavoilla ei enää ole mahdollista toteuttaa kotihoitoa vuonna 2020 (TEKES 2014, 1). Kotihoidon kasvavat asiakasmäärät ja niukkenevat resurssit ja kokonaistoimintamallin puute olivat syitä lähteä organisoimaan kotihoitoa Ylä-Savossa, Kalajoella ja



Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa, johon kuuluvat Alavieskan, Nivalan, Sievin ja Ylivieskan kunnat. Tekesin rahoittamassa kehitysprojektissa olivat yhteistyökumppaneina myös Mediaverkko Hoivapalvelut ja Nordic Healthcare Group, joka toimi asiantuntijatuena roolissa. Projekti alkoi vuonna 2012 ja päättyi 2014. Projektin päätavoite oli luoda kattava kymmenen askeleen kehitysohjelma tuottavuuden, laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi kotihoidossa. Kehittämisohjelmalla testattiin pilottikokeiluina projektiin kuuluvien kuntien kotihoitopiireissä. Jatkossa kehittämisohjelma on avuksi myös muille kunnille kotihoitoon kehittämismallina. (TEKES 2014, 5–8.)

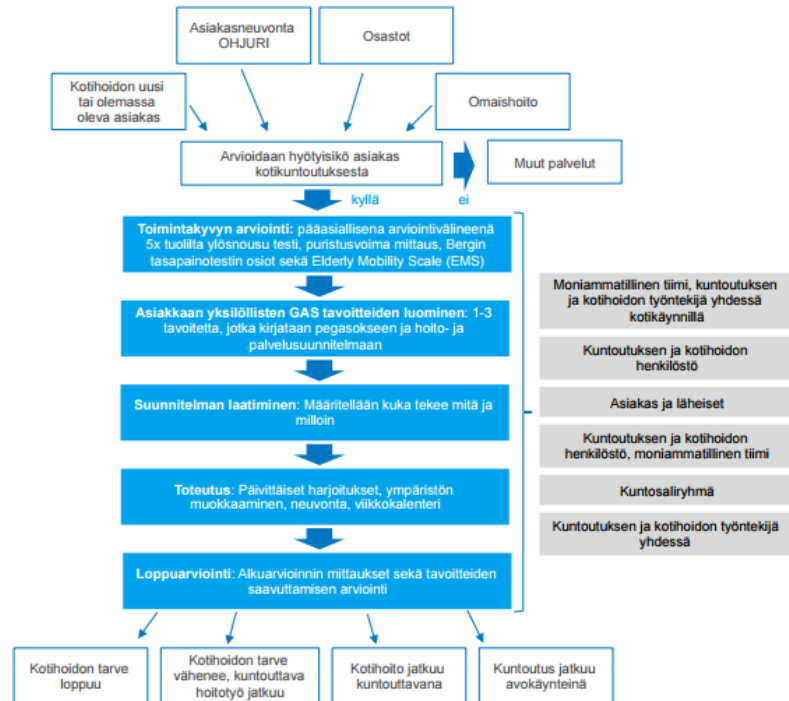
Kotihoidon kehittämistä johti tavoite, joka Kotihoito 2020-tutkimuksessa määriteltiin kotihoidon asiakkaan mahdollisuudeksi asua mahdollisimman pitkään ja arvokkaasti kotonaan. Lähtötilanneanalyysillä saatiin tieto toiminnan tilasta. Tavoitteiden saavuttamiseksi arvioitiin palvelujen laatua, vaikuttavuutta ja tuottavuutta ja arviointityökaluina käytettiin erilaisia mittareita. Tuottavuutta arvioitaessa keskityttiin kustannuksiin. Tuottavuuden mittareina käytettiin tuntihintaa, välittömän työajan ja ulkopuolisen työvoiman prosentuaalista osuutta ja työvuoron aloituksen ja ensimmäisen kotikäynnin välistä viivettä. Laadun mittausta varten tarvittiin asiakkaan mielipide eli se minkä asiakkaat kokivat hoidossa tärkeäksi. Subjektivista kokemusta mittaavaa haastattelua pidettiin haastavana ja työläänä toteuttaa. Sen vuoksi laatua päädyttiin mittaamaan suunnitellun palveluajan toteutumisenä ja tutun hoitajan käyntien osuutena kaikista asiakaskäynneistä. Hoitajat per asiakas rajattiin viiteen tutuimpaan hoitajaan sekä vastuuhoitajaan. Hoitajien vaihtuvuus oli koettu yhtenä suurimmista asiakkaiden valituksen aiheista. Vaikuttavuutta arvioitiin raskaimpiin hoitomuotoihin siirtymistarpeen tarpeena, päivystyksen käytön ja vuodeosastojaksojen pituudessa ja määrissä. Kaikille mittareille asetettiin suositustaso, jonka jälkeen tutkittiin, kuinka kaukana kotihoitoyksikkö on näiden mittareiden suositustasosta. (TEKES 2014, 11–12.)

Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa keskityttiin taloudellisen tuottavuuden kehittämiseen. Aikatauluja järjestettiin uudelleen ruuhkahuippujen tasaamiseksi ja resursseja suunnattiin selvemmin ja suunnitellummin sinne, missä niitä kulloinkin tarvittiin. Tuloksena oli, että tuottavuus nousi 4 prosenttia ja lyhytaikaisten sijaisten tarve väheni 34 prosenttia, joka näkyi kustannussäästöinä ja asiakkaiden tyytyväisyytenä. Sairauspoissaolot vähenivät 1,1 prosentti. (TEKES 2014, 42.) Kalajoen kaupungin ja Ylä-Savon SOTE-kuntayhtymän alueella keskityttiin vaikuttavuuteen kehittämällä neuvonta ja palveluohjausjärjestelmää. Kehittämisen tuloksena päädyttiin eriyttämään kotihoidon asiak-

kaiden palvelutarpeen selvittäminen ja arviointi omaksi toiminnakseen, jonka vuoksi asiakkaan tarpeisiin on pystytty vastaamaan oikea-aikaisesti, nopeasti ja varhaisemmassa vaiheessa. Ennakoivat toimenpiteet ja varhainen tuki mahdollistavat toimintakyvyn ylläpysymisen, jolloin kotona asuminen pidempään on mahdollista. Neuvonnan ja palveluohjauksen keskittäminen yhdelle luukulle myös vähentää asiakkaan pompottelua eri toimipisteiden ja palvelutarjoajien välillä. Asiakas oman elämänsä asiantuntijana huomioidaan paremmin palvelutarpeita suunniteltaessa. (TEKES 2014, 45—46.)

Ylä-Savon SOTE-kuntayhtymän ja Vetrea Terveys Oy:n yhteistyönä kehitettiin Kotihoito 2020 hankkeen puitteissa uusi kotona kuntoutumisen toimintamalli (Kuva 2.). Mallin tavoitteena on tarjota ennaltaehkäisevää kuntouttavaa tukea kotona asuvan ikäihmisen toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Kotihoidon asiakkaan kotikuntoutuksessa korostuu tiivis yhteistyö kotihoidon henkilöstön välillä. Kuntouttava ja toimintakykyä tukeva työote kuntoutustoiminnan rinnalla mahdollistaa parhaan ja pitkäaikaisen tuloksen saavuttamisen. Vaikuttavuuden haasteina nähtiin kotihoidon asiakasta osallistavan toiminnan puute ja oikea-aikaisen, kotona asumista tukevan kuntouttavan toiminnan liian myöhäinen saantimahdollisuus. Kotihoidossa tehdään paljon asioita asiakkaan puolesta kiireeseen ja ajanpuutteeseen vedoten. Esimerkiksi käynnille tuleva hoitaja ei ehdi odottamaan, että asiakas tulee itse avaamaan oven tai rappukävely jää kerta kerralta toteutumatta. Ohjaamalla ja neuvomalla omaisia, miten he voivat omilla toimillaan tukea kotona asuvan ikäihmisen liikkumis- ja toimintakykyä jää myös usein kiireen vuoksi toteutumatta. Ikääntyneen heikentynyt toimintakyky onkin suurin haaste kotona selviytymiselle. Kuntoutuksella voidaan hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä, jolloin kotona asuminen mahdollistuu mahdollisimman pitkään ja joka vaikuttaa asiakkaan elämänlaatuun parantavasti. Toimintakyvyn alennuttua on tarve siirtyä raskaampiin hoitotoimenpiteisiin, jotka puolestaan vaativat suurempia resursseja kotihoidon turvaamiseksi. Asiakas voi ohjautua vastuusterapeutin tekemään toimintakykyarvioon esimerkiksi lääkärin lähetteellä, osastolta kotiutuessaan tai kotihoidon tai omaisen ilmoituksen perusteella. Toimintamalli ohjeistaa kotihoidon henkilökunnan ilmoittamaan nimetylle yhteyshenkilölle niistä kotihoidon asiakkaista, joiden toimintakyvyssä on tapahtunut laskua tai havaitaan uhka toimintakyvyn laskulle. Tällainen muutos voi olla esimerkiksi kotikäyntien määrän yhtäkkäinen lisääntyminen, asiakkaan akuutti sairastelu, terveyspalvelujen lisääntynyt käyttö tai toistuvat päivystyksessä käynnit. Yhdessä asiakkaan kanssa laadittuun kuntoutussuunnitelmaan asetetaan GAS-menetelmällä 1-3 realistista tavoitetta, jotka voivat esimerkiksi olla kävelymatkan pidentyminen ja tiettyjen päivittäistoimien itsenäinen suju-

minen. Tavoitteeseen pääsemistä asiakas harjoittelee itsenäisesti ja ohjatusti kuntoutuksen henkilöstön kanssa. Harjoitteet sulautetaan osaksi arkitoimintoja, joita toteutetaan hoitohenkilökunnan käyntien aikana toimintojen lomassa. (TEKES 2014, 49—51.)



Kuva 2. Kotikuntoutuksen toimintamalli (TEKES 2014, 46).

Kuntoutuksen kehittämistoiminnalla pystyttiin parantamaan kotona asumista tukevien palveluiden, lääkäri ja kuntoutuspalveluiden saatavuutta. Kuntoutuksen suunnitelmallisuus, ennaltaehkäisevä ja kuntouttava toiminta vahvistui ja yhteistyö eri toimijoiden välillä lisääntyi. Asiakkaat myös sitoutuivat paremmin sovittuihin tavoitteisiin. Työnjako kotihoidon työntekijöiden kesken selkiytyi ja lääkärin resurssit pystyttiin kohdentamaan selkeämmin kotohoitoon. Vuodeosastolla vietettyjen aikojen muutoksia ei ole vielä raportoitu ja niihin kohdentuneet muutokset selviävät vasta pidemmällä aikavälillä. (TEKES 2014, 45; 53.) Kuntoutuksen toimintamallia arvioitiin asiakaskyselyllä helmikuussa 2014. Kyselyn tulos osoitti, että kuntoutuksen pilotointiin oltiin hyvin tyytyväisiä ja siihen osallistuneet asiakkaat toivovat kuntoutuspalveluiden jatkuvan. Kyselyyn vastanneista 75 prosenttia aikoi jatkaa kuntoutusta myös jakson jälkeen. Suurin osa vastaajista koki kuntouttavan hoitotyön näkyneen myös kotihoidon henkilöstön toiminnassa. (TEKES 2014, 51.)

Tutkimuksen tuloksena todetaan, että kotona asuvan toimintakykyä ja kotona selviytymisen edellytyksiä voidaan ylläpitää ja parantaa tarjoamalla tarpeita vastaavia kuntouttavia palveluita oikea-aikaisesti ja yksilöllisesti. Muutokset esimerkiksi päivystyskäynneissä kertovat reaaliaikaisesti kotihoidon ja muiden kotona asumista tukevien toimien onnistumisesta tai epäonnistumisesta. Lyhyellä aikavälillä vaikuttavuutta voidaan mitata myös asiakastyytyvyydenä. Mikäli turvallisuuden tunne kotona heikkenee, asiakas hakee turvallisuutta päivystyksestä. (TEKES 2014, 49.)

### 3.3 Eksote ja Boråsin toimintamalli

Fysioterapeuttien ammattilehdessä *Fysioterapia* 2/2016 teemana oli kotikuntoutus. Lehden ensimmäisessä artikkelissa kerrottiin Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden eli Eksoten kotikuntoutuksen kehityksestä, jota on toteutettu vuodesta 2010 lähtien sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettamien suositusten ja tavoitteiden mukaisesti. Kotikuntoutuksen tarve on perusteltua silloin, jos asiakas tarvitsee apua päivittäisiin toimintoihin, kuten liikkumiseen tai arkiaskareista selviytymiseen. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, T. 2016, 4.) Eksoten kotikuntoutuksessa toimii vastaavana fysioterapeuttina Riikka Lehmus, joka kertoo artikkelissa, että kehitysprojektin alkaessa viisi vuotta sitten Eksoten kotikuntoutuksessa oli kolme fysioterapeuttia, mutta nyt fysioterapeutteja ja kuntohoitajia on yhteensä 24 ja toimintaterapeutteja seitsemän. (Suomalainen, T. 2016, 4–6.)

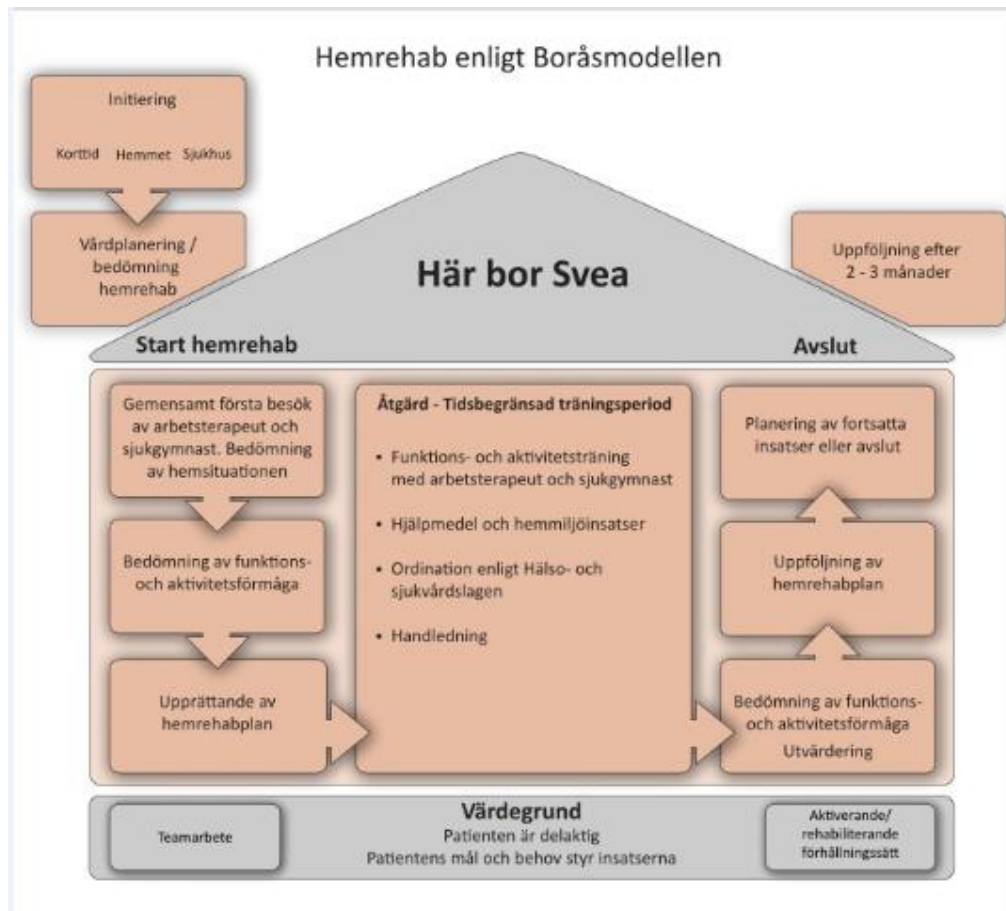
Eksoten kotikuntoutuksen tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn kohentuminen sekä palvelutarpeiden vähentäminen ja se jakautuu niin sanotusti kolmeen sektoriin: varhainen puuttuminen, kotihoitoa koordinoiva kuntoutus ja monialainen kotikuntoutus. Varhainen puuttuminen Eksoten kotikuntoutuksessa sisältää muun muassa Hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä, tukea palvelutarpeiden arviointeihin sekä omaishoitajien tuen ja kuntoutuksen. Kotihoidon koordinoivassa kuntoutuksessa tavoitellaan muun muassa fysioterapeuttien varhaista puuttumista asiakkaiden tarpeisiin, kotihoidon palveluiden käynnistämistä uusien asiakkaiden kohdalla fysioterapeuttien ja hoitohenkilökunnan kuntouttavaa ammattitaitoa hyödyntäen sekä suunnitellun neljän viikon arviointijaksoa hyödyntäen jokaisen uuden asiakkaan kohdalla. Monialaisessa kuntoutuksessa pääpaino on siinä, että fysioterapeutti ja toimintaterapeutti toimivat työpareina, hyödyntäen toistensa ammattitaitoa. Lisäksi tavoitteena on, että kotihoito on tiiviisti mukana asiakkaiden kuntoutuksessa. (Suomalainen, T. 2016, 6–7.)

Maaliskuussa 2015 Eksoten kotikuntoutus keskitettiin sairaalasta kotiutuviin kotihoidon asiakkaisiin. Heidän kotiutustiiminsä koostuu kolmesta fysioterapeutista, kolmesta ja puolesta sairaanhoitajasta sekä kolmesta lähihoitajasta. Asiakkaan kuntoutussuunnitelma laaditaan alkukartoituksen jälkeen ja sen laatimiseen osallistuu sekä kotikuntoutus että kotihoito. Asiakas kuitenkin itse määrittelee tavoitteet, joiden toivotaan olevan mahdollisimman konkreettisia, kuten itsenäisen pukeutumisen onnistuminen. Alkukartoituksen jälkeen fysioterapeutti käy asiakkaan luona mahdollisuuksien mukaan viikoittain, joka sisältyy kotihoidon neljä viikkoa kestäväään arviointijaksoon. Arviointijakson loputtua arvioidaan, onko säännölliselle kotihoidolle tarvetta. (Suomalainen, T. 2016, 6–7.)

Eksote on Kelan kanssa yhteishankkeessa, joka on alkanut vuonna 2014, kestäen noin vuoden. KauKoiKÄ -hankeessa tutkitaan 300 sairaalasta kotiutuvaa lonkkamurtumapotilasta sekä 300 hauraus-raihnaus-oireyhtymän oireita omaavia kotona asuvia ikäihmisiä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, minkälaisia vaikutuksia saadaan ja pystytäänkö pitkäkestoisella, noin vuoden kestäväällä fysioterapialla vaikuttamaan asiakkaiden toimintakykyyn, elämänlaatuun, kaatumistapaturmiin, kotona selviytymiseen sekä sosiaali- ja terveystalouden käyttöön vaikuttamaan. Tutkimuksessa puolet asiakkaista saavat normaalisti Eksoten palveluita ja puolet tehostettua kotikuntoutusta, joka sisältää kaksi kertaa viikossa toteutettavaa fysioterapiaa ja ravitsemusohjausta. Tutkimuksen arvioidaan tuottavan tuloksia vasta vuonna 2018, koska tutkittavien valinta on vielä kesken. Alustavasti on kuitenkin arvioitu, että jos jo 150 ikäihmisen kotona asumisaikaa voidaan pidentää, niin säästöt olisivat 2,1 miljoonaa. (Suomalainen, T. 2016, 7–8.)

Lehmus kertoo artikkelissa, että Eksoten vaikutus on ollut merkittävää fyysisen toimintakyvyn osalta ja se on näkynyt etenkin kotihoidon tarpeen määrän vähenemisenä sekä sen sisällön muutoksina. Verrattuna vuosiin 2012-2014 sosiaali- ja terveystalouden käytönmäärä on vähentynyt ja niihin käytetyt menot ovat olleet jopa 2,3 miljoonaa euroa alhaisemmat. Vanhustyön keskusliitto ja eläkevakuutusyhtiö Ilmarinen myönsivätkin Vuoden vanhusteko-palkinnon Eksoten kotikuntoutusmallille viime vuonna. Eksoten monialaiseen kotikuntoutukseen on otettua mallia Ruotsin Boråsin monialaisesta kotikuntoutusmallista, jossa tulokset ovat olleet niin merkittäviä, että tehostettua palveluasumista ei ole tarvinnut määrällisesti lisätä ja niitä on jopa purettu. Tällä hetkellä Boråsissa 100 000 asukasta kohden työskentelee 26 fysioterapeutti-toimintaterapeuttiparia. (Suomalainen, T. 2016, 7–8.)

Ruotsin Boråsin kunta on keskittynyt kotikuntoutukseen ja etenkin siihen, että ikäihmiset saisivat tarjolla olevia palveluita kohtuullisessa ajassa. Olipa ikäihminen jo koihoidon piirissä tai ei, niin kunnassa on pyritty siihen, että jokainen sosiaali- ja terveysalan ammattilainen osaisi arvioida, milloin ikäihminen tarvitsee lisäapua ja mihin silloin kuuluu ottaa yhteyttä. Tavoitteena on ollut, että esimerkiksi ikäihmisen ollessa sairaalassa, sairaalan hoitohenkilökunta osaisi arvioida ikäihmisen avun tarpeen ja he ottaisivat aktiivisesti yhteyttä kotihoitoon. (Borås Stad 2015.)



Kuva 3. Boråsin kuntoutusmalli (Borås Stad 2009).

*Hemrehab enligt Boråsmodellen* – kuvassa on tuotu hyvin esille, millä tavoin kotikuntoutus prosessi etenee Boråsin kunnassa. Eksote on ottanut esimerkkiä kotikuntoutusmalliin juuri tätä kaaviota mukailemalla (Borås Stad 2009; Hupli, M. 2016, 25)

Fysioterapeutti ja toimintaterapeuttiparin käynti ikäihmisen luona pyritään toteuttamaan kohtuullisessa ajassa, jotta toimintakyvyn arviointi ja kotikuntoutuksen suunnitelma saataisiin alkuun. Fysioterapeutti ja toimintaterapeutti -parin arvioiva kotikäynti on erittäin

merkittävässä roolissa muun muassa silloin, kun ikäihmisellä on taustalla kaatumisia tai suuri kaatumisen riski, päivittäisissä toiminnoissa ja tasapainossa esiintyy heikkoutta sekä silloin kun lihasvoimissa ja –kestävyydessä on alkanut esiintyä alenemaa. Erittäin tärkeää on ottaa yhteyttä myös silloin, jos ikäihminen tarvitsee jonkin apuvälineen, apuvälineen käyttö on epäselvää tai se on epäkuntoinen. Näihin asioihin fysio- ja toimintaterapeutit kiinnittävät huomiota myös ennalta määrätyn arviointijakson aikana. Arviointijakson jälkeen arvioidaan, minkä verran ikäihminen tarvitsee jatkossa kotiin tarjottavia apuja. (Borås Stad 2015.)

## 4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tavoitteena on arvioida fysioterapeutin työn kannattavuutta Pöytyän kunnan kotihoidossa asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tulos perustuu heidän subjektiivisiin arvioihinsa fysioterapeutin tekemästä työstä ja fysioterapian vaikuttavuudesta. Opinnäytetyön tutkimuksellisessa osiossa selvitetään, millä tavoin tutkimusjoukkoon kuuluneet kotihoidon asiakkaat kokivat fysioterapian vaikuttavan heidän toimintakykynsä ja miten hoitohenkilökunta koki asiakkaiden toimintakyvyn muutosten vaikuttavan hoitajien työhön. Lisäksi selvitetään, millä tavoin fysioterapeutin asiantuntijuus on vaikuttanut työyhteisöön esimerkiksi ohjauksen ja neuvonnan kautta, kuntoutuksen suunnitteluun, kuntoutuksen tavoitteiden ja oikea-aikaisuuden toteutumiseen, yhteistyön toteutumiseen fysioterapeutin ja hoitohenkilökunnan välillä sekä ja fysioterapeutin tekemän työn arvostukseen. Tutkimuksella halutaan saada selville myös fysioterapiaan kohdistuvia kehitystoiveita.

Opinnäytetyön tulos ohjaa fysioterapeutin toimen sijoittumista Pöytyän kunnan kotihoidossa.

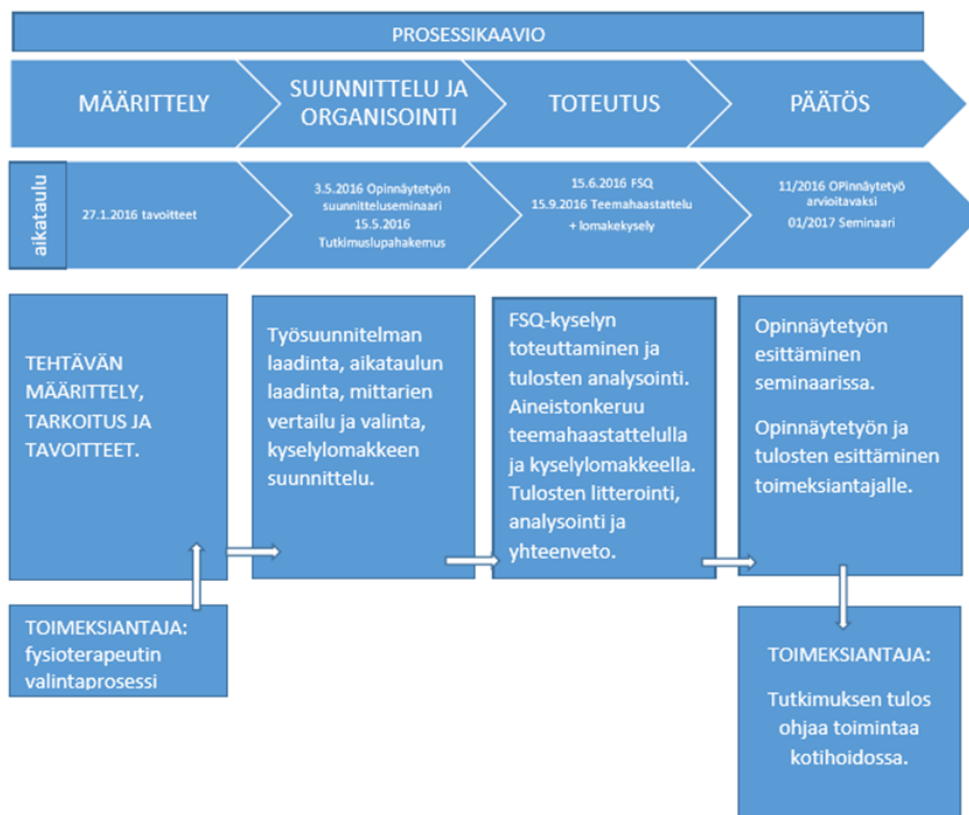
Tutkimusongelmat, joihin opinnäytetyöllä etsitään vastauksia ovat; 1) Ovatko asiakkaat ja kotihoidon henkilökunta hyötynet fysioterapeutin toiminnasta, 2) Jos he kokevat hyötynensä, millä tavoin? 3) Miten he haluaisivat fysioterapiaa ja kotokuntoutusta kehitettävän.



## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 5.1 Opinnäytetyön kehittämisen malli, vaiheet ja aikataulu

Opinnäytetyö on kehittämistehtävä, joka sisältää projektille tunnusomaiset vaiheet tavoitteen määrittelyn, suunnittelun, päättämisen ja arvioinnin. Opinnäytetyön etenemistä kuvailee parhaiten lineaarinen malli, jossa prosessin vaiheet jakautuvat alavaiheisiin (Kuva 4). Tällöin kehittämisprosessia on mahdollista kuvata monitasoisesti. (Toikko & Rantanen 2009, 64; 70.) Opinnäytetyöllä on fysioterapeutin työn hyödyllisyyden arviointiin keskittyvä tavoite, jota arvioidaan mittaamalla ja haastatteleamalla asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan subjektiivisia kokemuksia. Suunnitteluvaiheen aikana prosessi muotoutui pikkuhiljaa toteutettavaan muotoon. Kehittämisestä tutkimuksellinen osuus ajoitui vuoden 2016 kesäkuun alkuviikolle ja marraskuun alkuviikolle. Raportoinnin osalta aikataulu kuitenkin venyi ja raportointi siirtyi vuoden 2017 maaliskuulle alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen.



Kuva 4. Prosessikaavio opinnäytetyön toteutussuunnitelmasta.

Ensimmäinen tapaaminen toimeksiantajan kanssa ajoittui vuoden 2016 tammikuun loppuun. Tuolloin määriteltiin ja rajattiin tutkittavaa aihetta toimeksiantajan johdolla. Toimeksiantajan tarve selvittää asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan hyötyminen fysioterapeutin kuntouttavasta toiminnasta määritti opinnäytetyön näkökulman. Toimeksiantaja esitti tuolloin toiveen, että fysioterapeutin työn vaikutuksia arvioitaisiin asiakkaiden toimintakyvyn muutosten lisäksi myös hoitajien näkökulmasta. Tuolloin keskusteltiin alustavasti myös tutkimusjoukon valinnasta ja tutkimukseen osallistuvien määrästä. Fysioterapeutin valintaa ei ollut vielä tuolloin tehty. Toimeen valittu fysioterapeutti aloitti työnsä Pöytyän kunnan kotihoidossa vasta 17. maaliskuuta 2016. Tutkimussuunnitelma ja mittarit esiteltiin toimeksiantajalle puhelinkeskustelussa huhtikuussa 2016. Tutkimuslupa saatiin toukokuussa 2016. Hoitajille suunnattuun kyselylomakkeeseen haettiin vielä erillinen hyväksyntä toimeksiantajalta lokakuussa 2016, koska kesän aikana kysymyksiä vielä muokattiin ja tarkennettiin.

Opinnäytetyön teoreettista viitekehystä varten etsittiin, luettiin ja valittiin laajasta artikkelitarjonnasta ja tutkimusmateriaalista tarkoituksellisimmat ja perustelluimmat tiedot opinnäytetyötä tukemaan. Ajatustyöhön ja keskusteluun aiheesta käytettiin paljon aikaa. Vähitellen opinnäytetyön kokonaisuus alkoi hahmottua. Keväällä 2016 kirjoitettiin teoriaosuus, laadittiin työsuunnitelma ja aikataulu, joka haastattelujen ajankohdan ja raportoinnin osalta kuitenkin venyi alkuperäisestä. Mittarivalintaa varten tutkittiin ja vertailtiin erilaisia subjektiivista toimintakykyä mittaavia mittareita ja koska Pöytyän kotihoidossa ei ole ollut käytössä toimintakykyä mittaavaa tai arvioivaa mittaria, haluttiin FSQfin -kysely ottaa kokeiluun asiakkaiden toimintakyvyn arvioimiseksi.

Huhtikuussa 2016 oli tapaaminen myös toimeen valitun fysioterapeutin kanssa, jolloin hän sai tietoa opinnäytetyön toteutuksesta. Tapaamisessa hän puolestaan kertoi, miten on työssään päässyt alkuun. Tapaamisessa ei ohjeistettu fysioterapeutin toimintaa. Opinnäytetyössä ei tuoda esille fysioterapeutin näkökulmaa. Arviointi, mittaukset ja tulokset perustuvat täysin asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan subjektiivisiin kokemuksiin ja mielipiteisiin fysioterapeutin työn hyödyllisyydestä.

## 5.2 Tutkimusjoukon valinta ja aineiston keruu

Fysioterapeutin vastuualueena ovat kotihoidon kolme laajaa kotihoitopiiriä, josta jokaisesta toimeksiantaja yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa valitsi tutkimukseen kaksi ko-

tihoidon asiakasta,  $n = 6$ . Fysioterapeutti ei osallistunut tutkimusjoukon valintaan. Tutkimukseen osallistuneet asiakkaat asuvat kodeissaan kotihoidon turvin. Osalla asiakkaista aviopuoliso toimii omaishoitajana, osa on täysin kotihoidon varassa. Tutkimukseen nimetyistä kuudesta kotihoidon asiakkaasta yksi joutui loppukesästä keskeyttämään tutkimukseen osallistumisen sairaalahoitoon joutumisen vuoksi, eikä pystynyt enää palaamaan kotiinsa.

Tutkimukseen osallistuminen oli kotihoidon asiakkaille vapaaehtoista. Asiakkaille jaettiin etukäteen tiedote (LIITE 1), jossa esiteltiin opinnäytetyön tekijät, opinnäytetyön tarkoitus ja toteutusaikataulu. Allekirjoittamalla tiedotteen asiakas vahvasti osallistumisensa tutkimukseen ja antoi luvan haastattelujen nauhoittamiseen. Lisäksi toinen opinnäytetyön tekijöistä oli puhelimitse yhteydessä kuhunkin asiakkaaseen henkilökohtaisesti ja sopi heidän kanssaan kyselyjen ja haastattelujen toteutuksen päivämäärät ja kellonajat. Kotihoidon asiakkaiden haastattelut ja kyselyt tehtiin heidän kotonaan. Marraskuussa yhden asiakkaan haastattelu ja FSQfin-kysely tehtiin palvelukeskuksessa, jossa hän oli tuolloin intervallijaksolla. Seurantajakson pituus oli viisi kuukautta, alkaen kesäkuun ensimmäisestä viikosta ja päättyen lokakuun viimeiselle viikolle.

### 5.3 Aineistonkeruumenetelmät

Lähestymistapa tutkimusongelmaan oli ensisijaisesti kvalitatiivinen eli laadullinen, mutta aineistokeruussa käytettiin sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä (Taulukko 4). Kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia menetelmiä ei ole tarkoitus käyttää toistensa vastakohina, vaan niiden avulla pyrittiin muodostamaan tosiaan täydentävä kokonaisuus. Tällöin esimerkiksi laadullisesti kerätty aineisto voidaan esittää määrällisesti eli numeraalisesti tai tilastoina ja numeraalinen eli määrällisesti kerätty aineisto voidaan esittää merkityksinä. (Hirsjärvi ym. 2009, 136 — 137.)

Mittareiksi asiakkaille valittiin FSQfin-kysely, joka mittaa subjektiivista toimintakykyä sekä puolistrukturoitu teemahaastattelu (TOIMIA 2011-2014). Hoitajia varten laadittiin kyselylomake, jolla kerätyt määrälliset tiedot täydentävät haastattelemalla saatuja laadullisia merkityksiä. Laadullista aineistoa kerättiin kyselylomakkeen avoimella kysymyksellä, jolla kartoitettiin kehitystoiveita.

Taulukko 4. Tiedonkeruumenetelmät.

Kohdejoukko	Mittari	Mitä mittarilla selvitetään	Analysointimenetelmä
Tutkimusjoukkoon valitut kotihoidon asiakkaat	FSQfin-kysely	Subjektiiivinen toimintakyky	FSQfin indeksin laskeminen
Tutkimusjoukkoon valitut kotihoidon asiakkaat	Puolistrukturoitu teemahaastattelu	Asiakkaiden subjektiiivinen arvio. Kokemus saadusta fysioterapiasta	Teoriaohjaava sisällönanalyysi
Kotihoidon henkilökunta	Itse laadittu kyselylomake; avoimet ja suljetut kysymykset, jotka perustuvat FSQfin-kyselyn aiheisiin	Työntekijän subjektiiivinen arvio. Kokemus asiakkaiden toimintakyvyn muutoksista ja vaikeuksista hoitohenkilökunnan työhön seurantajaksolla	Exel-pohjainen vastausten analysointitaulukko Teoriaohjaava sisällönanalyysi

### 5.3.1 FSQfin-kysely

Tutkimukseen valituille kotihoidon asiakkaille tehtiin subjektiiivista toimintakykyä mittaava FSQfin-kysely (LIITE 2) tutkimuksen alussa ja lopussa. Toimintakykyä arvioivista mittareista valittiin FSQfin-kysely, koska se soveltui konkreettisimmin opinnäytetyön tutkimusongelmien selvittämiseen eli subjektiiivisen toimintakyvyn arviointiin eikä kysely vaatinut erillistä koulutusta. FSQ-kysely on alun perin englanninkielinen, lyhenne sanoista Functional Status Questionnaire ja mittaa subjektiiivista toimintakyvyn arviointia. Sen kehittäjänä on Lääkäri Alan M Jette. Ensimmäinen suomenkielinen versio, FSQfin-kysely, on

tehty vuonna 1993 Erja Aholan, Satu-Mari Kokon ja Jaana Paltamaan toimesta. Jaana Paltamaa päivitti suomenkielisen version vuonna 2000, jossa hän käytti viitekehyksenä ICF-luokitusta. ICF-luokituksen kautta kyselyyn on muodostettu kolme aihealuetta, 1. Itsestä huolehtiminen, 2. Liikkuminen ja 3. Kotielämä, joissa jokaisessa on viisi kysymystä. Alkuperäinen englanninkielinen versio on sisällöltään laajempi, mitaten niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisenkin toimintakyvyn alueita. FSQfin -kyselyyn on koottu alkuperäisestä kyselystä ainoastaan fyysistä toimintakykyä mittaavat arviot, mutta kysymyksiä on spesifioitu ICF-luokituksen perusteella. FSQfin-kysely on päivitetty viimeksi vuonna 2012 Paltamaan toimesta. (TOIMIA 2011-2014.)

Kyselyssä on yhteensä 15 kysymystä ja vastausvaihtoehtoja viisi (Taulukko 5.). Vastauksissa tutkittava arvioi omaa selviytymistään päivittäisistä toiminnoista viimeisen kuukauden aikana. Jos toimintakyvyssä esiintyy paljon muutoksia, niin vastausvaihtoehto valitaan sen mukaan, mikä vastaa parhaiten suurinta osaa ajasta.

Taulukko 5. FSQfin vastausvaihtoehdot ja pisteytys.

<b>Yleensä ilman vaikeuksia/ Itsenäisesti</b>	<b>Jonkin verran vaikeuksia/ Itsenäisesti, mutta väsyvyyttä, hitautta tms.</b>	<b>Kohtalaisia vaikeuksia/ Ei aina onnistu, käytän apuvälinettä tai ajoittain tarvitsen apua</b>	<b>Paljon vaikeuksia/ En voi tehdä. Tarvitsen toisen henkilön apua</b>	<b>En tee muun syyn takia</b>
4	3	2	1	0

Vastausvaihtoehto ” En tee muun syyn takia (0)” valitaan silloin, kun tutkittava ei tee jotakin toimintoa muun syyn kuin oman vamman tai sairauden vuoksi, esim. Aja autoa, koska ei omista autoa. Kyselyn jokaisessa kohdassa on mainittava käyttääkö tutkittava apuvälinettä toiminnosta suoriutumiseen ja/tai saako hän jotakin muuta apua. Lisähuomiokenttään tulee lisäksi mainita mitä apuvälinettä missäkin toiminnossa käyttää ja keneltä ulkopuoliselta henkilöltä saa päivittäisiin toimintoihin apua, esim. Omainen tai kotihoito. (TOIMIA 2011-2014.)

Kotona tehdyillä FSQfin-kyselyillä pyrittiin myös lisäämään tutkimuksen validiutta, sillä vastausten tueksi oli mahdollista havainnoida asiakkaan toimintaa hänen omassa elinympäristössään. Metsämuuronen kirjoittaa kirjassaan, että ihmistieteissä juuri havainnoinnin on esitetty olevan paras menetelmä mitata erinäisiä ilmiöitä (Metsämuuronen 2005, 58). Havaintoihin ei kuitenkaan suunniteltu turvaututtavan kuin siinä tapauksessa, että ne selventäisivät mahdollisesti epäselvää haastattelua.

### 5.3.2 Puolistrukturoitu teemahaastattelu

Tutkimukseen valituille kotihoidon asiakkaille tehtiin seurantajakson päätyttyä marraskuun alussa puolistrukturoitu teemahaastattelu. Samalla kerralla asiakkaille tehtiin myös FSQfin-kysely. Molemmat opinnäytetyön tekijät olivat niitä tekemässä. Haastattelut nauhoitettiin, jotta vastauksiin pystyttiin aina tarpeen tulleen palaamaan ja näin tulkinnanvaraisuudet minimoitiin.

Puolistrukturoidun teemahaastattelun runko käsitti kaksi teemaa, jotka koskivat toimintakykyä sekä toiminnan kehittämistä (LIITE 3). Puolistrukturoidussa teemahaastattelussa kysymykset on ennalta laadittu, mutta vastauksia ei ole sidottu valmiisiin vastausvaihtoehtoihin. Haastateltavat voivat siten vastata omin sanoin. Puolistrukturoidulle haastattelulle on tunnusomaista, että se etenee keskeisten teemojen mukaan ja huomioi haastateltavien tulkinnat ja heidän asioille antamat merkitykset. (Hirsjärvi & Hurme 2014, 47.)

Puolistrukturoidulla teemahaastattelulla selvitettiin asiakkaiden kokemuksia ja mielipiteitä heidän kotona saamastaan fysioterapiasta, millä tavoin fysioterapia oli vaikuttanut heidän toimintakykyynsä, haluavatko he saada fysioterapiaa myös jatkossa ja miten he toivovat fysioterapiaa kehitettävän. Teemoihin liittyneet apukysymykset osoittautuivat erittäin tärkeiksi itse haastattelutilanteissa, mutta liian kapea-alaisiksi. Haastateltavat kokivat haastattelutilanteen ja mikrofonin puhumisen hyvin jännittävänä ja virallisena, jonka vuoksi heidän vastauksensa saattoivat jäädä hyvin suppeiksi, joskus vain muutama sanaan. Opinnäytetyöntekijöiden kokemattomuus ohjata haastattelua heikensi osaltaan haastattelun onnistumista. Haastatteluilla kerätty aineisto jäi kaiken kaikkiaan suppeaksi, mutta riittäväksi, sillä tutkimuksen tulos ei ole riippuvainen pelkästään haastatteluiden tuloksista.

### 5.3.3 Hoitohenkilökunnan kyselylomake

Hoitohenkilökunnan kokemusten mittarina käytettiin kyselyä (LIITE 4). Kyselyllä kerättiin tietoa siitä, millä tavoin fysioterapeutin tekemä työ on heidän mielestään vaikuttanut kotihoidon asiakkaiden toimintakykyyn, sen muutosten vaikutuksia hoitohenkilökunnan työmäärään, fysioterapeutin asiantuntijuuden hyödyntämistä ja yhteistyön toteutumisesta kotihoidon henkilökunnan ja fysioterapeutin välillä. Kyselylomake oli kaksiosainen. Ensimmäinen osio perustui FSQfin-kyselyn kysymyksiin ja vastaajan tehtävänä oli arvioida, oliko hänen mielestään fysioterapiaa saaneiden asiakkaiden toimintakyky itsestä huolehtimisessa, liikkumisessa ja kotielämään liittyvissä suorituksissa lisääntynyt, vähentynyt vai eikö ole tapahtunut muutosta lainkaan. Lomakkeella kysyttiin myös muutosta kaatumisten määrässä ja oliko fysioterapiaa saaneilla asiakkailla ollut sairaalahoitoon johtaneita kaatumisia seurantajaksolla. Lomakkeen toisella osiolla kartoitettiin fysioterapeutin ja hoitajien yhteistyön toteutumista kuntouttavan kotihoidon eri osa-alueilla. Kysymykset esitettiin väittäminä, joiden vastausvaihtoehtoina olivat ”toteutuu / tosi” tai ”ei toteudu / epätosi”. Väittämät perustuvat teoreettisesta viitekehystä esiin nousseisiin kuntoutuksen ydinasioihin ja toimintamalleihin. Haastattelulomakkeen loppuun varattiin vastustilaa hoitajan omille ehdotuksille kuntouttavan kotihoidon kehittämiseksi.

Kyselylomakkeen laadinnassa pyrittiin huomioimaan, että kysely on selkeä ja spesifi eli mittaa haluttuja asioita. Kysymyksissä vältettiin yleistävyyttä ja epämääräisyyttä, eikä käytetty esimerkiksi sanoja ”tavallisesti”, ”useimmiten” tai ”yleensä”. Kysymyksissä ei käytetty myöskään liiallista ammattisanastoa ja vaikeita termejä, joilla pyrittiin vähentämään kysymysten tulkintavirheitä ja kaksoismerkityksiä. Vastaajalle ei kuitenkaan annettu ”ei mielipidettä” vastausvaihtoehtoa, vaikka se mahdollistaisikin vastaamisen ilman valinnan pakkoa. Rajaamalla vastausmahdollisuudet myöntävään ja kieltävään vaihtoehtoon otettiin tietoinen riskin siitä, että vastaajalla on selkeä mielipide. (Hirsjärvi ym. 2009, 202—203.)

## 5.4 Analysointimenetelmät

### **FSQfin indeksin laskeminen**

FSQfin-kyselyn indeksiä laskettaessa kaikkien kolmen aihealueen, itsestä huolehtiminen (kysymykset 1-5), liikkuminen (kysymykset 6-10) ja kotielämä (kysymykset 11-15), pisteet lasketaan erikseen ja jokaiselle lasketaan oma FSQ-indeksi  $x/100$ . Indeksissä huomioidaan hyväksytyjen kysymysten lukumäärä eli kuinka moneen kysymykseen tutkittava henkilö on vastannut pistein 1-4. Jos tutkittava on vastannut johonkin kysymykseen pistein 0, ei tätä huomioida indeksin laskemisessa. FSQfin-kyselyn indeksi lasketaan seuraavasti:  $(\text{yhteenlasketut pisteet} - \text{hyväksytyjen kysymysten lukumäärä}) / \text{hyväksytyjen kysymysten lukumäärä} \times 33.3$ . (TOIMIA 2011-2014.)

FSQfin-kyselyn maksimi pistemäärä (FSQ-indeksi) on 100, jolloin kyselyyn vastannut henkilö on täysin itsenäinen itsensä huolehtimisen, liikkumisen ja kotielämän tilanteissa. Hän ei koe subjektiivisesti vaikeuksia edellä mainituilla osa-alueilla. Pistein 67-99 vastannut henkilö on pääsääntöisesti itsenäinen, mutta subjektiivisesti arvioiden hänellä on vaikeuksia selviytyä yhdessä tai useammassa toiminnossa edellä mainituilla osa-alueilla. Pistein 34-66 vastannut henkilö sen sijaan tarvitsee apuvälineen tai toisinaan toisen henkilön apua yhdessä tai useammassa toiminnossa. Pääsääntöisesti autettava henkilö on vastannut kyselyyn pistein 1-33 ja kokonaispistemäärän ollessa 0, tutkittava on täysin avustettava. (TOIMIA 2011-2014.)

### **Puolistrukturoidun teemahaastattelun analysointimenetelmä**

Sisällönanalysointia voidaan tehdä aineistolähtöisesti, jolloin analyysi ja luokittelu perustuvat aineistoon tai sisältöä voidaan analysoida teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti, jolloin analyysi ja luokittelu perustuvat teoreettiseen viitekehykseen. Sisällönanalyysillä voidaan eritellä sekä laadullista että määrällistä aineistoa ja niitä molempia voidaan hyödyntää samaa aineistoa analysoidessa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109 - 116.) Tässä opinäytetyössä haastatteluaineiston analysointia toteutettiin sekä aineisto- että teoriaohjaavasti. Aineiston teoriaohjautuvuus perustuu opinäytetyössä esitettyyn teoreettiseen viitekehykseen. Aineistolähtöisen analysointimenetelmän "puolueettomuuden" tueksi turvauduttiin myös teoriaohjaavaan analyysiin, joka tukee kehittämistyön aineistolähtöisen materiaalin analysointia. Tällöin aikaisemman tiedon vaikutus on tunnistettavissa, mutta tieto ei testaa teoriaa vaan avaa uusia näkökulmia (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95 - 100). Haastattelun teemat ja kysymykset pohjautuvat tutkimuksen teoreettisen viitekehykseen ja tutkimusongelmiin.



Haastattelut litteroitiin sanasta sanaan, myös haastattelijan ja haastateltavien naurahdukset, hymähdykset ja puheessa ilmenevät tauot litteroitiin. Aineistolähtöistä analysointia aloittaessa opinnäytetyön tekijät lukivat tahoillaan kaikki litteroinnit. Litteroinneista poimittiin toimintakyky- ja kehittäminen -teemoihin liittyviä sanoja ja lauseita. Toimintakykyteeman alle muodostui selkeästi neljä alaluokkaa. Ensimmäiseen alaluokkaan poimittiin fysioterapian useutta ja harjoitteluun liittyvää tietoa. Toiseen alaluokkaan poimittiin tietoja fysioterapian vaikuttavuudesta eli asiakkaiden kokemasta fyysisen toimintakyvyn muutoksista ja millä tavoin harjoitteluvaikutus on asiakkaan mielestä näkynyt hänen arjessaan. Kolmanteen luokkaan poimittiin aktiivisuutta ja omaehtoista harjoittelua, harjoittelun mielekkyyttä, motivaatiota ja intoa koskevia seikkoja. Neljänneksi alaluokaksi muodostui, kuin tahtomattaan, fysioterapian sisältö eli millaisia harjoitteita asiakkaat olivat fysioterapeutin opastuksella tehneet. Toiminnan kehittäminen -teeman alle muodostui myös neljä alaluokkaa. Ensimmäiseksi alaluokaksi muodostui fysioterapian tarpeellisuus ja tärkeys. Toiseen alaluokkaan poimittiin fysioterapian psyykkisiä vaikutuksia, jotka koskivat fysioterapian vaikutuksia mielialaan ja harjoittelumotivaatioon. Kolmanteen alaluokkaan poimittiin jatkotoiveita eli asiakkaiden näkemyksiä ja toiveita fysioterapian jatkuvuudesta. Neljänteen alaluokkaan koottiin ”esittämättömiä toiveita” eli asiakkaiden haastattelun aikana esiintuomia toiveita fysioterapian sisällöstä, mutta joita he eivät olleet rohjenneet kertoa fysioterapeutille. Tässä luokitteluvaiheessa ei vielä etsitty kokemusten eroavaisuuksia tai yhtäläisyyksiä eikä negatiivisia tai positiivisia kokemuksia. Kaikki tutkimusongelman selvittämiseksi merkityksellinen aineisto luokiteltiin edellä kuvatulla tavalla. Koska tutkimusjoukko oli pieni ja haastatteluaineisto oli suppea, analysointiin ei kulunut niin paljon aikaa kuin laajan aineiston analysointiin ja vastauksia pystyttiin sen vuoksi analysoimaan ensin asiakkaittain ja lopuksi tarkastelemaan luokituksia kokonaisuutena. Lopputulosta päätellessä tarkasteltiin luokittelun avulla löytyneitä yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia ja niistä tehtiin johtopäätöksiä.

Johtopäätöksiä ja tutkimuksen lopputulosta varten haastattelun antia peilattiin myös FSQfin-kyselyn tuloksiin, jolloin laadullisesti hankittu aineisto eli merkitykset ja määrällisesti hankittu aineisto täydensivät ja selittivät toinen toisiaan. Tällä tavalla haluttiin saada tutkimuksesta laajempi kuva kuin keskittymällä pelkästään laadulliseen tai määrälliseen tulokseen.

### **Hoitohenkilökunnan kyselylomakkeella saatujen vastausten analysointimenetelmät**

Ensimmäisen osion vastauksia analysoitiin ensin määrällisesti eli kuhunkin kysymykseen tulleet vastaukset laskettiin ja tulokset merkattiin taulukkoon. Saatuja tuloksia tarkasteltiin sekä itsenäisinä tuloksina että verrattiin niitä asiakkaille tehtyjen FSQfin-kyselyjen tulosten kanssa.

Kyselyn toisen osion vastauksia analysoitiin sekä määrällisesti että laadullisesti. Kyselylomakkeella olevat väittämät luokiteltiin seitsemään teemaan. Tulosten laskennassa huomiottiin kuhunkin väittämään saatujen vastausten määrä. Laadullisessa analysoinnissa etsittiin yksittäisistä vastauksista merkityksiä teemoittain. Teemaan sisältyvien vastausten määrän ja laadun avulla pyrittiin löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin. Määrälliset tulokset esitetään graafisesti Excel-tilukkolaskentaohjelmalla laadituilla kuviolla. Laadullisina arvioina tuodaan esille tulkintoja ja johtopäätöksiä määrällisistä tuloksista. Tulosten yhteenveto sisältää määrällisten ja laadullisten tulosten päälinjat ja mahdolliset kehitysehdotukset. Yleisesti tarkasteltuna synteetit kokoavat tulokset yhteen ja synteetien perusteella voidaan muodostaa selkeät vastaukset tutkimusongelmiin. Synteetien perusteella tutkija voi tehdä johtopäätöksiä ja pohtia tulosten merkitystä paitsi omalla tutkimusalueellaan, myös laajemmalti tarkasteltuna. (Hirsjärvi ym. 2009, 230.)

Teema 1. Ohjaus ja neuvonta. Väittämät a, b ja c sekä u ja v koskevat fysioterapeutin antamia neuvoja ja ohjausta muun muassa asiakkaan osallistamisesta ja hoitajien työergonomiasta.

Teema 2. Asiakkaiden toimintakyvyn muutosten vaikutukset. Väittämät d, e, f ja g koskevat fysioterapian ja kuntouttavan hoitotyön toteutumista asiakkaan arjessa ja siitä koituneen toimintakyvyn muutoksen aiheuttamia vaikutuksia asiakkaille ja hoitohenkilökunnalle.

Teema 3. Kuntoutuksen suunnitteluun osallistuminen. Väittämät h-n ja s koskevat fysioterapeutin osallistumista muun muassa kuntoutussuunnitelmien laadintaan ja kuntoutuspalveluiden käynnistämiseen uusien asiakkaiden kanssa. Kysymyksillä kartoitetaan lisäksi, onko kotihoidossa käytössä yhteinen toimintamalli, kartoitetaanko asiakkaiden toimintakykyä säännöllisesti ja mikä on fysioterapeutin rooli niissä.

Teema 4. Oikea-aikaisuuden toteutuminen. Väittämät o ja p koskevat asiakkaan tarvitseman kuntoutuksen arviointia ja saatavuutta.

Teema 5. Kuntoutuksen tavoitteet. Väittämät q ja r koskevat asiakkaan kuntoutuksen tavoitteiden toteutumista ja tavoitteiden selkeyttä.

Teema 6. Yhteistyön toteutuminen. Väittämät t ja w - y koskevat yhteistyön toimivuutta ja työnjaon selkeyttä hoitohenkilökunnan ja fysioterapeutin välillä.

Teema 7. Työn arvostus. Väittämällä z kartoitetaan fysioterapeutin tekemän työn tärkeyttä kotihoitotiimin jäsenenä.

Hoitohenkilökunnasta kyselyn ensimmäiseen ja toiseen osioon saivat vastata ne hoitajat, jotka osallistuivat tutkimusjoukkoon kuuluneiden asiakkaiden hoitoon. Lisäksi muillakin hoitajilla oli mahdollisuus vastata kyselylomakkeen kakkososiioon. Kyselylomakkeen viimeisessä osiossa vastaajalla oli mahdollisuus kertoa omin sanoin kehitysehdotuksia kuntouttavalle kotihoidolle, ensisijaisesti fysioterapian osalta. Osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Kyselyyn vastaamiseen sai käyttää työaika. Henkilökunnalle suunnattuja kyselylomakkeita jaettiin lokakuun lopussa kuhunkin kotihoitopiriin 9 kappaletta eli yhteensä 27 kappaletta. Vastausaika oli marraskuun loppuun saakka. Lomakekyselyn vastausaika jouduttiin pidentämään joulukuun loppuun, koska määräaikaan mennessä vastauksia oli tullut vain kolme kappaletta. Kyselyyn oli joulukuun loppuun mennessä vastannut 14 työntekijää.

## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 6.1 FSQfin-kyselyiden tulokset

Seurantajakson alussa ja lopussa tehtyjen FSQfin-kyselyn tuloksista lasketut indeksiluvut on koottu alla olevaan taulukkoon (taulukko 6). Kokonaisindeksien muutosten perusteella on pääteltävissä, että kolmen asiakkaan mielestä heidän toimintakykynsä laski viiden kuukauden mittaisen tutkimusjakson aikana. Yhden asiakkaan mielestä hänen toimintakykynsä nousi ja yksi asiakas koki toimintakykynsä pysyneen ennallaan. Kaikki tutkimukseen osallistuneet asiakkaat saivat fysioterapiaa kerran viikossa. Kotihoidon käyntimäärissä ei tapahtunut muutosta kenelläkään asiakkaalla seurantajakson aikana.

Taulukko 6. FSQfin-kyselyn tulokset seurantajaksolla 1.6. - 31.10.2016

ASIAKAS nro	SUKUPUOLI	FSQfin- KYSELYN pvm	KYSELYN KOKONAI- INDEKSI			KOTIHOIDON KÄYNTIKERRAT		FYSIOTERAPIAKERRAT SEURANTAJAKSOLLA
			ITSESTÄ 0-100	HUOLEHTIMINEN, indeksi 0-100	LIKKUMINEN, indeksi 0-100	KOTIELÄMÄ, indeksi 0-100	SEURANTAJAKSOLLA	
<b>1</b>	<b>mies</b>	26.5.2016	12/100	27/100	7/100	0/100	3-4 x vrk	1 x viikossa
		1.11.2016	12/100	27/100	7/100	0/100		
		Muutos *	0	0	0	0		
<b>2</b>	<b>mies</b>	26.5.2016	27/100	40/100	33/100	0/100	3 x vrk	1 x viikossa
		keskeytti tutkimuksen						
		Muutos *						
<b>3</b>	<b>nainen</b>	26.5.2016	22/100	47/100	0/100	17/100	2 x vrk	1 x viikossa
		2.11.2016	17/100	40/100	0/100	8/100		
		Muutos *	--	--	0	--		
<b>4</b>	<b>nainen</b>	26.5.2016	26/100	60/100	0/100	13/100	2 x vrk	1 x viikossa
		2.11.2016	19/100	40/100	0/100	13/100		
		Muutos *	--	--	0	0		
<b>5</b>	<b>nainen</b>	2.6.2016	40/100	73/100	25/100	20/100	5 x viikossa	1 x viikossa
		1.11.2016	29/100	47/100	25/100	13/100		
		Muutos *	--	--	0	--		
<b>6</b>	<b>nainen</b>	2.6.2016	18/100	53/100	0/100	0/100	1 x viikossa	1 x viikossa
		1.11.2016	22/100	60/100	0/100	7/100		
		Muutos *	+	+	0	+		

\* toimintakykyä kuvaavan indeksin muutos kussakin osiossa on merkitty seuraavasti: + = toimintakyky on lisääntynyt  
 -- = toimintakyky on heikentynyt  
 0 = toimintakyvyssä ei muutosta

Tutkimusten tuloksissa ei huomioida miesasiakasta, joka joutui keskeyttämään tutkimuksessa mukana olemisen. Tuloksissa ei tuoda esille asiakkaiden apuvälineiden käyttöä, koska niiden käyttötarpeet eivät muuttuneet yhdenkään asiakkaan kohdalla tutkimusjakson aikana. FSQfin-kyselyn tulosten vertailussa ei ole huomioitu myöskään asiakkaiden

luonnollisen ikääntymisen aiheuttamia muutoksia tai pitkäaikaisten sairauksien aiheuttamia toimintakyvyn heikentymisiä, jotka saattavat vaikuttaa viiden kuukauden seuranta-jakson lopputulokseen.

Asiakkaan 1 toimintakyvyssä ei tapahtunut muutoksia millään mitatuista osa-alueista. Kokonaisindeksi oli sekä alku- että loppumittauksissa täsmälleen sama eli 12/100. Asiakkaan arjessa se merkitsee, että asiakas tarvitsee pääsääntöisesti toisen henkilön apua itsestä huolehtimisessa, liikkumisessa ja kotielämän tilanteissa.

Asiakkaalla 3 kokonaisindeksi oli laskenut muutaman pisteen verran. Kokonaisindeksin perusteella asiakas on pääsääntöisesti autettava ja tarvitsee toisen henkilön apua useimmissa itsestä huolehtimisessa, liikkumisessa ja kotielämän tilanteissa. Asiakkaan subjektiivisen arvion mukaan toimintakyky oli heikentynyt itsestä huolehtimisen ja kotielämän osa-alueilla. Liikkumisen osa-alueella ei tapahtunut muutoksia. Asiakas tarvitsee itsestä huolehtimisen osa-alueella apuvälineen tai ajoittain toisen henkilön apua. Kotielämän osa-alueen toiminnoissa asiakas on pääsääntöisesti autettava ja tarvitsee toisen henkilön apua. Liikkumisen osa-alueella asiakas on täysin autettava.

Asiakkaan 4 kokonaisindeksi oli laskenut myös muutaman pisteen verran. Kokonaisindeksi arvion mukaan asiakas on pääsääntöisesti autettava ja tarvitsee toisen henkilön apua useimmissa itsestä huolehtimisessa, liikkumisessa ja kotielämän tilanteissa. Liikkumisen ja kotielämän osa-alueilla ei tapahtunut muutosta seurantajakson aikana, asiakas arvioi toimintakykynsä samanlaiseksi sekä toukokuussa että marraskuussa. Liikkumisen osalta asiakas on täysin autettava. Kotielämän osalta asiakas on pääsääntöisesti autettava tai tarvitsee toisen henkilön apua. Itsestä huolehtimisen osa-alueella toimintakyky oli laskenut. Asiakas tarvitsee apuvälineen tai ajoittain toisen henkilön apua itsestä huolehtimisen osa-alueella.

Asiakkaan 5 toimintakyky oli kyselyn perusteelle laskenut eniten. Kesäkuussa asiakkaan toimintakykyä mittaava kokonaisindeksiksi oli 40/100, joka tarkoittaa, että asiakas tarvitsee apuvälineen tai ajoittain toisen henkilön apua yhdessä tai useammassa arkielämän toiminnossa. Marraskuussa asiakas arvioi toimintakykynsä uudelleen, jolloin kokonaisindeksiksi tuli 29/100. Tulos tarkoittaa, että asiakas on pääsääntöisesti autettava ja tarvitsee toisen henkilön apua useimmissa kyselyssä esitetyistä arkielämäntoiminnoissa. Kolmesta toimintakykyä mittaavasta osa-alueesta itsestä huolehtimisen indeksipisteet olivat kesäkuussa 73/100, jonka mukaan asiakas on pääsääntöisesti itsenäinen, mutta hänellä on subjektiivisia vaikeuksia kyseisellä osa-alueella. Marraskuussa asiakas arvio itsestä

huolehtimisessa oli indeksipisteinä 47/100, jonka mukaan asiakas tarvitsee apuvälineen tai ajoittain toisen henkilön apua. Heikentymistä on tapahtunut tällä toimintakyvyn osa-alueella paljon. Liikkumisen osa-alueella ei toimintakyvyssä tapahtunut muutosta, mutta kotielämästä suoriutumisen asiakas koki heikentyneen. Liikkumisen ja kotielämän osa-alueilla asiakas on pääsääntöisesti autettava ja tarvitsee toisen henkilön apua.

Asiakkaan 6 toimintakyky oli hieman lisääntynyt seurantajakson aikana, sillä kokonaisindeksi oli muutaman pisteen suurempi seurantajakson lopussa kuin alussa. Marraskuun alun arvioon perustuvan kokonaisindeksin mukaan asiakas on kuitenkin pääsääntöisesti autettava ja tarvitsee toisen henkilön apua useimmissa itsestä huolehtimisen, liikkumisen tai kotielämän tilanteissa. Tarkasteltaessa erikseen toimintakyvyn eri osa-alueita sekä itsestä huolehtimisen, että kotielämän osa-alueilla asiakas koki toimintakykynsä hieman lisääntyneen. Itsestä huolehtimisen osa-alueella asiakas tarvitsee apuvälineen tai ajoittain toisen henkilön apua ja kotielämän osa-alueella asiakas on pääsääntöisesti autettava ja tarvitsee toisen henkilön apua. Liikkumisen osa-alueella ei seurantajakson aikana tapahtunut muutosta ja tuloksen perusteella asiakas on täysin avustettava.

## 6.2 Puolistrukturoidun teemahaastattelun tulokset

Asiakas 1. Asiakas kertoi saaneensa fysioterapiaa viikoittain ja koki määrän riittäväksi. Asiakas oli saanut fysioterapeutilta kotiharjoitteita sekä ylä- että alaraajoille. Saamastaan fysioterapiasta huolimatta, asiakas ei kokenut toimintakyvyssään tapahtuneen muutoksia. Kuitenkin asiakas koki fysioterapian tarpeelliseksi ja toivoi saavansa fysioterapiaa myös jatkossa. Kehitysehdotuksia tai toiveita asiakkaalle ei ollut.

Strukturoidun teemahaastattelun tulos tukee FSQfin-kyselyllä saatua tulosta.

Asiakas 2. Asiakasta ei haastateltu. Asiakas joutui keskeyttämään tutkimuksen jo loppukesällä 2016, jouduttuaan osastohoitoon. Asiakas siirtyi osastohoidosta suoraan ympärivuorokautisesti valvottuun palvelukeskuksen asuntoon.

Asiakas 3. Asiakas kertoi saaneensa fysioterapiaa, mutta ei pystynyt kertomaan tai ei tarkkaan muistanut, kuinka usein fysioterapeutti hänen luonaan oli käynyt. Asiakas muisteli saaneensa fysioterapiaa kotonaan kerran viikossa. Asiakas kertoi fysioterapian sisältäneen ainakin alaraajaharjoitteita ja saaneensa myös kotiharjoitteita, joita hän kertoi tehneensä satunnaisesti. Asiakas koki toimintakykynsä heikentyneen saamastaan fysioterapiasta huolimatta.

*”Kyl mää tykkään, että huonompaan suuntaan.”*

Asiakas ei osannut kertoa, millä tavalla toimintakyky oli heikentynyt.

*” No, ei jaksakaan oikein mitään, huimaan ruppee, jos nouseekin ylös seisomaan.”*

Asiakas kuitenkin koki fysioterapeutin käynnit tärkeiksi ja tarpeellisiksi ja toivoi saavansa fysioterapiaa myös jatkossa.

*”Kyl mä aina odotan, että fysioterapeutti tulee.”*

Jatkossa asiakas toivoi pääsevänsä fysioterapeutin kanssa ulkoilemaan, mutta ei ollut suoranaisesti toivettuaan fysioterapeutille esittänyt.

*” Mää olen kertonut sille (fysioterapeutille), että mää olen meinannut mennä tonne ulos, ottaa kaiteesta kiinni ja mennä liuskaa alas ja sitten toista puolta takasi, mutta fysioterapeutti on varottanu, että älä semmosta tee”.*

Strukturoidun teemahaastattelun tulos tukee FSQfin-kyselyllä saatua tulosta.

Asiakas 4. Asiakas kertoi onnokkaasti saaneensa fysioterapiaa säännöllisesti, kerran viikossa ja yhden terapiakerran kestoksi noin 45 minuuttia. Asiakas koki fysioterapian mielekkäänä ja kertoi olevansa tyytyväinen saamaansa kotikuntoutukseen. Fysioterapian sisältöön asiakas kertoi olevansa tyytyväinen, hän koki sen monipuoliseksi ja kävelykykyä tukevaksi.

*”On käveltyki tol rollaattoril ja hän (fysioterapeutti) laittaa ne tuet sitten molempiin jalkoihin ja sit on lähdetty kävelemään.”*

*”Sit semmonen pallo laitetaan jalkojen väliin ja lutistetaan rikki. Ja sit laitetaan kuminauha ja venutetaan jalkoja leviäks. Ja sitten laitetaan kuminauha tonne kantapäähän taakse ja vedetään. Sit on se paino, se painaa kaks kiloo ja sitä pitäis nostaa ylös ja kaks toistoo.”*

Asiakas kertoi tekevänsä kotiharjoitteita myös hoitajien avustamana.

*”Kotihoidon kanssa on joka päivä kierretty sen lenkki (noin 15 metriä), 18 kertaa on suurin määrä, mut joskus ko on huono päivä ni jää tonne kymmeneenki.”*

Asiakas kokikin toimintakykynsä parantuneen ainakin kävelyn osalta. Varsinaisia kotiharjoitteita asiakas ei kertomansa mukana ollut saanut, mutta hän kertoi tekevänsä joka aamu samoja harjoitteita, joita oli fysioterapeutin käynnin aikana tehnyt. Asiakas koki

fysioterapian tarpeelliseksi ja haluaisi saada fysioterapiaa myös jatkossa, ainakin kerran viikossa. Fysioterapian sisältöön asiakas toivoi aika ajoin vaihtelevuutta, mutta ei ole esittänyt toiveitaan suoraan fysioterapeutille. Kehittämisehdotuksia kysyttäessä asiakas toivoi saavansa jonkinlaisia käsille tarkoitettuja harjoitteita, jos aikaa riittäisi.

*”Eiii.ei kyl tämä sama on...ni.kyl vähän vois niin ku käsiä. Ko kädet on sellaset huonot.nii niihin vähä sit lisää. Et jos jää aikaa.”*

Strukturoidun teemahaastattelun tulos on hieman eriävä FSQfin-kyselyllä saadun tuloksen kanssa. Haastattelussa asiakas kertoi toimintakyvyssään tapahtuneen kehittymistä ainakin kävelyn osalta, mutta FSQfin-kyselyn liikkumista arvioivassa osiossa asiakas ei kokenut muutosta tapahtuneen. Tosin, hän ei myöskään arvioinut liikkumisen heikentyneen, vaikka heikentymistä toimintakyvyn muilla osa-alueilla tapahtuikin.

Asiakas 5. Asiakas kertoi saaneensa fysioterapiaa viikoittain. Asiakas koki toimintakyvynsä parantuneen ainakin tasapainon hallinnan osalta. Fysioterapeutin opastuksella tehdyt harjoitteet sekä fysioterapeutilta saadut kotiharjoitteet asiakas koki tärkeiksi ja tasapainoa kehittäviksi. Asiakas on tietoinen harjoittelun tärkeydestä liikkumiskyvyn ylläpysymisessä. Asiakas kertoi tekevänsä kotiharjoitteita aktiivisesti, päivittäin.

*”hän laittaa mut siihen tyynyn pääl ni mää pysyn paremmin pystyssä, nyt ei huimaa...mä pystyn pitämään paremmin tasapainon.”*

*”Hän pani semmoset köyretkin tohon ja mä kävelin siinä eres takas ja laitto vähän mutkaakin joukkoon. ”*

*”et toinen käsi ja toinen jalka nostetaan yhtä aikaa ja vaihretaan toistapäin, semmosta kuus seittemän kertaa joka päivä, seisten ja selinmakuulla myös.”*

Asiakas koki fysioterapeutin käynnit tärkeiksi myös mielialan kohottajana ja hyvää mieltä luovana tapahtumana.

*” .... ja mielenterveyrellekin ihan hyvä.”*

*”No, hän (fysioterapeutti) osaa mulle puhua mukavasti, et mul on mieli paljon parempi, ku hän lähtee.”*

Asiakas toivoi saavansa fysioterapiaa myös jatkossa ainakin kerran viikossa. Fysioterapian menetelmiin ja harjoittelun vaihtelevuuteen asiakas oli tyytyväinen ja koki fysioterapeutin keksineen riittävästi uusia ideoita harjoittelumotivaation ylläpysymiseksi.



Strukturoidun teemahaastattelun tulos on ristiriidassa FSQfin-kyselyllä saadun tuloksen kanssa. Haastattelussa asiakas kertoi toimintakyvyssään tapahtuneen kehittymistä ainakin tasapainonhallinnan osalta, mutta esimerkiksi FSQfin-kyselyn liikkumista arvioivassa osiossa asiakas ei kokenut tapahtuneen muutosta. Asiakkaan kokemus tasapainon hallinnan kehittymisestä ei myöskään näy itsestä huolehtimisen ja kotielämän toimintojen kehittymisenä. Päinvastoin FSQfin-kyselyyn tulokset osoittavat toimintakyvyn niiden osalta heikentyneen.

Asiakas 6. Asiakas kertoi saaneensa fysioterapiaa kerran viikossa, jonka aikana hän teki erityisesti liikkumiskykyä tukevia ja ylläpitäviä harjoitteita fysioterapeutin opastuksella. Asiakas kertoi saaneensa myös kotiharjoitteita, joita kuitenkin oli tehnyt vain satunnaisesti. Asiakas kertoi aviopuolison silloin tällöin auttavan häntä kotiharjoitteiden teossa. Asiakas koki harjoitteet liian yksipuolisina ja toivoisi monipuolisempia ja vaihtelevampia harjoitteita.

*” Et enemmän kaikenlaista liikettä vaan niin... että tota noin ... ettei se (harjoitteet) o ihan sama joka kerta”.*

Asiakas ei kokenut liikkumis- tai toimintakyvyssään tapahtuneen muutoksia parempaan tai huonompaan suuntaan. Asiakas kuitenkin koki hyötynensä fysioterapiasta, koki sen tärkeäksi ja haluaisi saada fysioterapiaa myös jatkossa. Asiakkaalla on ollut suuremmat odotukset fysioterapian suhteen kuin mitä lokakuun loppuun mennessä oli tapahtunut.

*” Se on se, että on mahrollista niinko tämä (viittaa fysioterapeuttiin) sano silloin alkuunsa, että hän pistää mut käveleen .... mut se taitaa olla vähän vaikeeta”.*

Asiakas kertoi toivovansa enemmän spesifejä harjoitteita jalkojensa kuntouttamiseksi mutta ei ole kertonut toiveistaan fysioterapeutille. Myös harjoittelun intensiteettiin asiakas toivoi parannusta tulevaisuudessa.

Strukturoidun teemahaastattelun tulos tukee FSQfin-kyselyllä saatua tulosta. Molemmilla mittareilla mitattuna asiakkaan toimintakyvyssä voidaan osoittaa kehittymistä.

### 6.3 Hoitohenkilökunnan kyselylomakkeiden tulokset

Vastauksia saatiin yhteensä 14, n=14. Kyselylomakkeiden vastausmäärät jakautuivat tiimeittäin siten, että kahdesta tiimistä saimme kuusi vastausta kummastakin ja kolman-

nesta tiimistä vain kaksi vastausta. Tuloksia ei voitu analysoida tiimeittäin, koska kolmannen tiimin arvio olisi jäänyt suppeaksi vähäisen vastausmäärän vuoksi. Vastaukset analysoitiin yhtenäisesti, mutta samalla mahdollisuus kohdentaa arviot asiakaskohtaisesti menetettiin. Hoitajien vastauksista saadut tulokset ovat siis keskiarvo heidän havaitsemistaan muutoksista tutkimusjoukkoon kuuluneiden asiakkaiden toimintakyvyssä. Lisäksi hoitajien arvioita verrataan asiakkaiden FSQfin-kyselyn indeksituloksiin.

### 6.3.1 Tulokset fyysisen toimintakyvyn muutoksista

Hoitajilta kysyttiin, millaisia muutoksia he ovat havainneet fysioterapiaa saaneiden asiakkaiden fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuneen seurantajakson aikana. Taulukko 7 sisältää tulokset itsestä huolehtimisessa tapahtuneista muutoksista.

Taulukko 7. Tulokset itsestä huolehtimisessa tapahtuneista muutoksista (n=14).

Arvioitava suoritus	Fyysinen toimintakyky on lisääntynyt	Ei muutosta	Fyysinen toimintakyky on heikentynyt	Vastaus puuttuu
a. syöminen	6	8	-	-
a. pukeminen ja riisuminen	8	5	1	0
b. wc-toiminnot	5	6	1	2
c. henkilökohtaisen hygienian hoitaminen (hiukset, parta)	1	11	1	1
d. peseytyminen, suihkussa käynti	3	10	0	1

Hoitajien vastaukset painottuvat ”ei muutosta” -sarakeeseen (taulukko 7), mutta tarkasteltaessa yksittäisistä suorituksista saatuja arvioita, asiakkaiden toimintakyvyssä on kuitenkin tapahtunut kehittymistä. Eniten toimintakyvyn edistymistä on hoitajien mielestä tapahtunut ruokailun, pukemisen ja riisumisen sekä wc-toimien osa-alueilla. Henkilökohtaisen hygienian hoitamisen sekä peseytymisen ja suihkussa käynnin osa-alueilla asiakkaiden toimintakyvyn on arvioitu pysyneen ennallaan. Toimintakyvyn heikentymistä on tapahtunut kokonaisuuteen nähden hyvin vähän, vain kolme hoitajaa neljästätoista arvioi asiakkaiden toimintakyvyssä tapahtuneen heikentymistä. Tulokset herättivät kysymyksen, ovatko asiakkaat saaneet ohjausta itsenäisempään suorittamiseen, esimerkiksi pararanajon suhteen.

Edellä mainittuja tuloksia verrattiin asiakkaiden antamiin arvioihin itsestä huolehtimisesta ja havaittiin, että FSQfin-indeksin tulokset ovat päinvastaiset hoitajien vastausten kanssa. Asiakkaiden FSQfin-indeksin tulosten mukaan yhden asiakkaan toimintakyky on lisääntynyt, yhden asiakkaan toimintakyvyssä ei ole muutosta ja kolmen asiakkaan mielestä heidän toimintakykynsä on heikentynyt. Tuloksissa tulee ottaa huomioon, että asiakkaiden subjektiiviseen kokemukseen vaikuttaa merkittävästi psyykinen toimintakyky. Asiakas saattaa myös kokea itsestä huolehtimisen osa-alueet aiempaan kuormittavampana, vaikka suoriutuisi toiminnosta fyysisesti ensimmäisellä FSQfin-kyselyllä saatuihin tuloksiin nähden paremmin tai samalla tavalla. Hoitajien vastausten perusteella ei myöskään pystytä arvioimaan asiakkaan kokemaa psyykkistä rasitusta suorituksesta.

Toinen fyysisen toimintakyvyn arviointikohteista koski liikkumista (taulukko 8). Kymmenen hoitajaa neljästätoista arvioi, että selkeästi eniten edistymistä asiakkaiden toimintakyvyssä on tapahtunut huoneesta toiseen kävelyssä. Kaikki arvioidut suoritukset huomioiden, suurin osa hoitajista on kuitenkin sitä mieltä, että asiakkaiden liikuntakyvyssä yleensä ei ole tapahtunut muutoksia. On tosin huomioitava, että muut paitsi huoneesta toiseen kävelyä, muut liikkumista arvioivat kohteet ovat melko haastavia eivätkä ole olleet asiakkaille mahdollisia edes tutkimuksen alussa. Merkillepantavaa kävelyn kehittymisen ohella on se, että yhdenkään hoitajan mielestä asiakkaiden liikkumiskyky ei ollut seurantajaksolla heikentynyt.

Taulukko 8. Tulokset liikkumisessa tapahtuneista muutoksista (n=14).

Arvioitava suoritus	Fyysinen toimintakyky on lisääntynyt	Ei muutosta	Fyysinen toimintakyky on heikentynyt	Vastaus puuttuu
e. Kävely kotona huoneesta toiseen	10	3	0	1
f. Portaissa kulkeminen	2	11	0	1
g. ½ km kävely ulkona ilman lepotaukoja	1	11	0	1
h. Omalla autolla liikkuminen	0	11	0	1
i. Julkisilla kulkuneuvoilla liikkuminen	0	13	0	1

FSQfin-kyselyllä asiakkailta saadut vastaukset eivät ole täysin yhtenevät hoitajien vastausten kanssa. FSQfin-kyselyllä saatujen tulosten perusteella kaikki viisi asiakasta ko-

kivat, että heidän liikkumiskyvyssään ei ole tapahtunut muutosta. Kävelyä huoneesta toiseen ei yksikään asiakas kokenut helpompana, vaikka haastattelulla saatujen tulosten mukaan yksi asiakas kokikin kävelyssään tapahtuneen kehittymistä ja toisen mielestä tasapainon hallinta oli lisääntynyt. Tulosten ristiriitaisuuksiin saattaa vaikuttaa sekä asiakkaiden psyykinen kokemus sekä se, että hoitajat ovat mahdollisesti arvioineet kävelyn laatua tai apuvälineen määrän tarvetta kävelyn aikana.

Kolmas fyysisen toimintakyvyn arviointikohteista koski kotielämään liittyvien toimintojen sujumista ja siinä tapahtuneita muutoksia (taulukko9).

Taulukko 9. Tulokset kotielämään liittyvien toimintojen muutoksista (n=14).

Arvioitava suoritus	Fyysinen toimintakyky on lisääntynyt	Ei muutosta	Fyysinen toimintakyky on heikentynyt	Vastaus puuttuu
j. Kauppa-asioiden hoitaminen	0	12	1	0
k. Ruoanlaittaminen	5	8	1	0
l. Pyykinpesu	1	12	1	0
m. Siivoaminen	2	11	1	0
n. Pihatytöt	0	13	1	0

Tulosten mukaan kotielämään liittyvissä toiminnoissa asiakkaiden fyysinen toimintakyvyn koettiin pysyneen ennallaan, kuten hoitajien vastausten selvä painottuminen taulukossa 9 osittaa. Hoitajat arvioivat, että kolmella kotielämän osa-alueella on kuitenkin tapahtunut kehittymistä. Viisi hoitajaa neljästätoista arvioi, että asiakkaiden ruuanlaittaminen on lisääntynyt. Joidenkin hoitajien mielestä asiakas / asiakkaat myös siivoavat ja osallistuvat pyykinpesuun aikaisempaa enemmän.

Verrattaessa hoitajien arviota asiakkaiden FSQfin-indeksiin, tulokset ovat melko yhteneväiset eli kokonaisarviossa, kaikkien kotielämää koskevien toimintojen osalta, asiakkaiden toimintakyvyssä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia. FSQfin-indeksin mukaan yhden asiakkaan toimintakyky on lisääntynyt, kahden asiakkaan osalta ei ole tapahtunut muutosta ja kahden asiakkaan mielestä heidän toimintakykynsä on heikentynyt.

Tuloksissa ja johtopäätösten tekemisessä on huomioitava kysymysten tulkinta. Emme ole ennakkoon määritelleet tarkemmin arvioitavaa toimintoa, kuten minkälaisesta ruoanlaittamisesta on kyse. Tämä jää asiakkaan ja hoitajan tulkinnan varaan. Esimerkiksi

ruuan laittamiskykyä arvioidessaan, asiakas on saattanut arvioida kykyään kuoria tai keittää perunoita, kun taas hoitaja on ruuan laitolla arvioinut asiakkaan kykyä tehdä voileipä tai lämmittää valmis ateria.

### 6.3.2 Tulokset psyykkisen toimintakyvyn muutoksista

Psyykkisen toimintakyvyn arvioimiseksi hoitajilta kysyttiin, millä tavoin he kokevat fyioterapiaa saaneiden asiakkaiden psyykkisen toimintakyvyn muuttuneen seurantajakson aikana (taulukko 10).

Taulukko 10. Tulokset psyykkisessä toimintakyvyssä tapahtuneista muutoksista (n=14).

Arvioitava suoritus	Kohentunut, lisääntynyt	Ei muutosta	Heikentynyt, vähentynyt	Vastaus puuttuu
a. Elämänhallinta (esim. itsenäinen selviytymiskyky)	8	5	0	1
b. Elämänlaatu	10	3	0	1
c. Tyytyväisyys, onnellisuus	9	3	1	1
d. Masennus	1	7	5	1
e. Aktiivisuus, omaehtoinen tekeminen	10	3	0	1

Psyykkistä toimintakykyä arvioivien tulosten perusteella asiakkaiden elämänhallinta, elämänlaatu, tyytyväisyys ja onnellisuus ovat selkeästi lisääntyneet. Hoitajat kokevat myös asiakkaiden aktiivisuuden ja oma-aloitteisuuden lisääntyneen. Myös asiakkaiden masentuneisuuden arvioitiin vähentyneen. Psyykkisen toimintakyvyn muutokset nousevat selvästi fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muutosten edelle ja ovat mahdollisesti myöhemmin vaikuttamassa lisääntyneen motivaation ja aktiivisuuden kautta fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kehittymiseen.

Asiakkaille tehdyssä FSQfin-kyselyssä arvioitiin ainoastaan fyysistä toimintakykyä, joten tuloksia ei kyetä suoraan vertaamaan hoitajille tehtyyn kyselyyn. Asiakkaiden FSQfin-kyselyn ja teemahaastatteluiden tulosten perusteella asiakkaat pääsääntöisesti kokivat omaehtoisen tekemisen ja aktiivisuuden alentuneen, mutta fysioterapeutin käynnit suurin osa koki piristävänä ja jopa mielenterveyttä edistävänä.

### 6.3.3 Tulokset sosiaalisen toimintakyvyn muutoksista

Sosiaalisen toimintakyvyn arvioimiseksi hoitajilta kysyttiin, millä tavoin he kokevat fysioterapiaa saaneiden asiakkaiden sosiaalisen toimintakyvyn muuttuneen seurantajakson aikana (taulukko 11).

Taulukko 11. Tulokset sosiaalisessa toimintakyvyssä tapahtuneista muutoksista (n=14).

Arvioitava suoritus	Sosiaalinen toimintakyky on lisääntynyt	Ei muutosta	Sosiaalinen toimintakyky on vähentynyt	
a. Avun tarve	4	9	0	1
b. Yksinäisyys	2	11	1	1
c. Sosiaalinen kanssakäyminen hoitohenkilökunnan kanssa	6	7	0	1
d. Sosiaalinen kanssakäyminen kodin ulkopuolella	3	10	0	1
e.				

Sosiaalisen toimintakyvyn muutoksista hoitajat kokivat asiakkaiden sosiaalisen kanssakäymisen hoitohenkilökunnan kanssa lisääntyneen eniten. Vastaukset jakautuivat kuitenkin lähes tasan ”ei muutosta” vastausvaihtoehdon kanssa. Tulos saattaa olla suoraan verrannollinen hoitajien arvioon psyykkisen toimintakyvyn osa-alueiden kohentumiseen. Asiakkaiden aktiivisuus ja omaehtoinen tekeminen on saattanut vähentää hoitajien konkreettisia työtehtäviä, jolloin yhteinen keskustelu-aika on saattanut lisääntyä. Muutama asiakas kertoi fysioterapeutin käyntien piristävän ja kohentavan mielialaa, joka on saattanut vaikuttaa siihen, että asiakas on saanut enemmän itseluottamusta omaehtoiseen tekemiseen.

Hoitajien arvioiden perusteella eniten edistymistä on havaittu asiakkaiden psyykkisessä toimintakyvyssä. Fyysisessä ja sosiaalisessa toimintakyvyssä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia, mutta niiden ei myöskään arvioida heikentyneen.

### 6.3.4 Tulokset kaatumista koskeviin kysymyksiin

Kysymys 4. Onko fysioterapiaa saaneilla kotihoidon asiakkailla ollut sairaalahoitoon johtaneita kaatumisia seurantajaksolla?

Kyllä vastauksia 0                Ei vastauksia 14.

Saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, että fysioterapiaa saaneilla kotihoidon asiakkailla ei ole ollut yhtään sairaalahoitoon johtaneita kaatumisia seurantajaksolla.

Kysymys 5. Ovatko kotihoidon asiakkaiden kaatumistapaturmat seurantajaksona määrällisesti?

Vastaukset (n=14):                Lisääntyneet 0 kpl

Pysyneet ennallaan 9 kpl

Vähentyneet 3 kpl

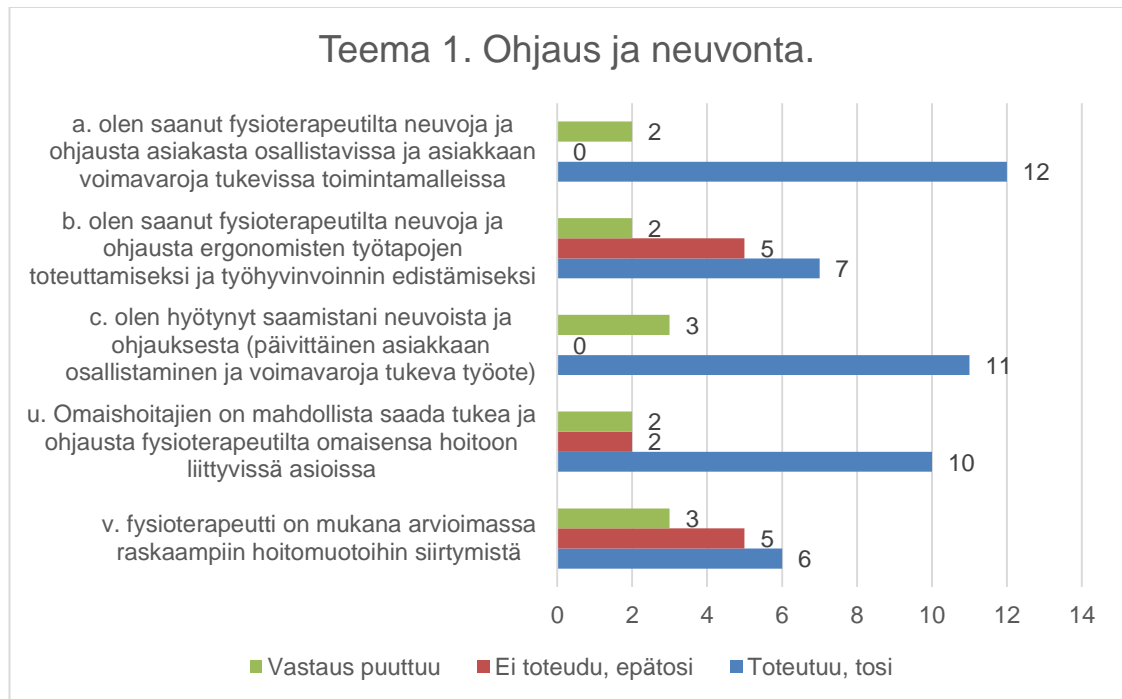
Vastaus puuttuu 2 kpl

Kaatumistapaturmien määrien on arvioitu suurimmalta osalta pysyneen ennallaan, mutta ¼ vastanneista arvioi määrien vähentyneen. Vastausten määrällinen jakautuminen edellä mainitusti on merkittävästi riippuvainen siitä, keitä kotihoidon asiakkaita hoitajat ovat vastatessaan arvioineet. Kysymys ja kysymykseen saadut vastaukset eivät kuitenkaan kerro sitä, kuinka paljon määrällisesti kenelläkin asiakkaalla on ollut kaatumisia seurantajakson aikana tai onko kaatumistapaturmia esiintynyt. Kaatumistapaturma, joka ei ole johtanut sairaalahoitoon on kuitenkin voinut vaikuttaa asiakkaan eri toimintakyvyn osa-alueisiin. Kaatumistapaturma on voinut aiheuttaa kipua sekä pelkoa ja peilata näin suoraan asiakkaan subjektiiviseen kokemukseen omaa toimintakykyä arvioitaessa.

### 6.3.5 Tulokset kuntouttavan työtavan ja moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta

Fysioterapeutin ammattitaidon hyödynnettävyyttä kuntouttavassa työtavassa arvioitiin 26 eri väittämällä, jotka ryhmiteltiin teemoiksi. Vastausvaihtoehdot väittämiin olivat To-teutuu - Ei toteudu. Väittämien tarkoituksena oli arvioida yleisesti kaikkien kotihoidon asiakkaiden kuntoutusta moniammatillisesti fysioterapeutin ja hoitajien kesken. Väittämillä pyritään saamaan vastauksia onnistuneista osa-alueista sekä arvioimaan, millä

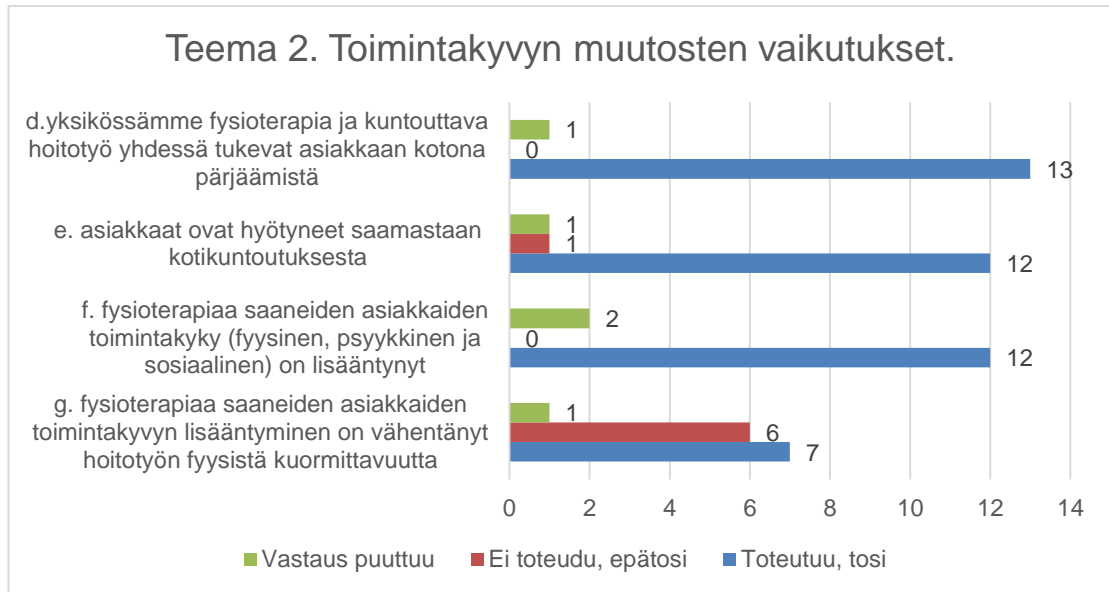
osa-alueella toimintaa voisi kehittää. Väittämillä pyritään lisäksi tuomaan esille, millä eri tavoin fysioterapeutin ammattitaitoa voitaisiin työyhteisössä hyödyntää, mutta joita ei mahdollisesti saavuteta fysioterapeutin rajatun työajan vuoksi. Vastauksia tuli 14 kpl. Saadut tulokset on esitetty pylväsdiagrammeina.



Kuva 5. Teema 1. Ohjaus ja neuvonta.

Teema 1 käsitteli fysioterapeutin antamaa ohjausta ja neuvontaa. Tulokset osoittavat, että suurin osa hoitajista on saanut ja hyötynyt fysioterapeutilta saamastaan ohjauksesta ja neuvonnasta. Vastausten perusteella voidaan todeta myös, että kehittämistarpeena on ergonomisiin työtapoihin ja raskaisiin siirtymisiin kohdistuva ohjaus ja neuvonta. Fysioterapeutin osaamista kaivataan myös siirryttäessä raskaampiin hoitomuotoihin. Kuntoutuksen ammattihenkilön arviointi koskee tässä kohdin esimerkiksi asiakkaan toimintakyvyn arviointia ja sen perusteella suositeltavien liikkumista tai siirtymistä helpottavien apuvälineiden käyttöönottoa ja niiden käytön opastusta. Hoitajien arvioiden mukaan myös omaishoitajat ovat hyötäneet fysioterapeutilta saamistaan ohjauksesta ja tuesta omaisen hoidossa.





Kuva 6. Teema 2. Fysioterapiaa saaneiden asiakkaiden toimintakyvyn muutokset.

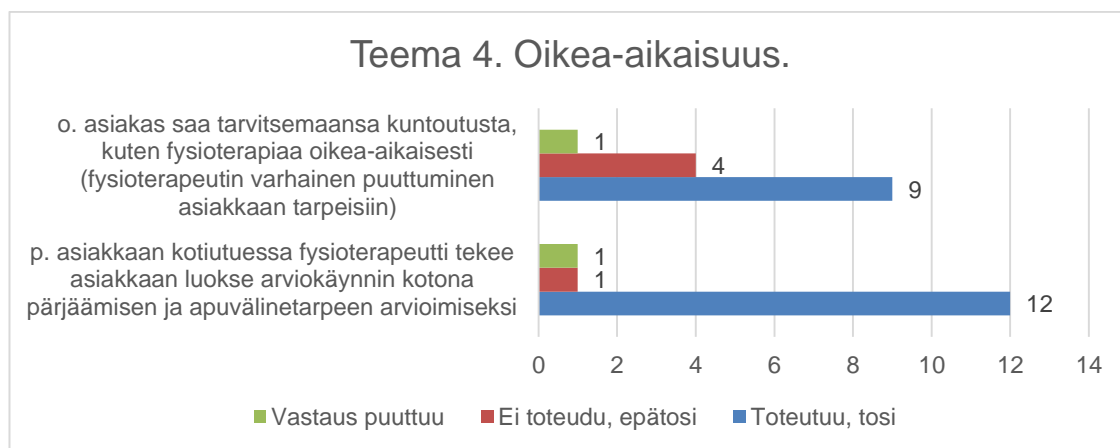
Teema 2 käsitteli fysioterapiaa saaneiden asiakkaiden toimintakyvyn muutoksia ja sitä, millä tavoin muutokset ovat näkyneet hoitohenkilökunnan arjessa. Hoitajat ovat kokeneet, että sekä fysioterapia että kuntouttava hoitotyö ovat yhdessä tukeneet asiakkaiden kotona pärjäämistä ja hyötäneet saamastaan kotikuntoutuksesta. Kyselyn väittämiin hoitajien tuli vastata niin, että he ottavat huomioon kaikki fysioterapiaa saaneet asiakkaat, eivätkä ainoastaan tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden toimintakykyä arvioiden. Jokainen väittämään vastannut hoitaja on vastannut, että fysioterapiaa saaneiden asiakkaiden niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinenkin toimintakyky on lisääntynyt. Vastaus on ristiriidassa asiakkailta saatujen toimintakykyarvioiden kanssa. Asiakkaat arvioivat, että vain psyykkisen toimintakyvyn osalta on tapahtunut selkeitä muutoksia. On mahdollista, että hoitajat ovat vastatessaan arvioineet vain niitä asiakkaita, joiden toimintakyvyssä kokonaisuudessaan on ollut merkittäviä muutoksia. Vastauksia analysoidessa pohdittiin, olisivatko tutkimustulokset olleet tutkimusasiakkaiden kohdalla erilaiset, jos fysioterapeutti olisi saanut päättää tutkimukseen osallistuvat asiakkaat. Olivatko tutkimukseen valitut asiakkaat jo lähtökohtaisesti toimintakyvyltään muita fysioterapiaa saavia asiakkaita heikkokuntoisempia, joiden toimintakyvyn hoitajat olisivat toivoneet kohentuvan. Vaikka hoitajat olivat kokeneet asiakkaiden toimintakyvyn yleisesti lisääntyneen, niin kuitenkin lähes puolet vastanneista ei kokenut fyysisen kuormittavuuden hoitotyössä vähentyneen. Toki hoitajat ovat työnkuormittavuuden vastatessaan voineet pohdita ergonomisia näkökulmia, joka vastaakin suoraan edellisen taulukon ergonomisten ohjausten ja neuvojen puutteeseen.



Kuva 7. Teema 3. Fysioterapeutin osallistuminen kuntoutuksen suunnitteluun.

Teema 3 käsitteli fysioterapeutin osallistumista kuntoutuksen suunnitteluun. Tuloksissa huomio kiinnittyy erityisesti moniammatillisen kuntoutussuunnitelmien laadinnan ja yhteisen kuntoutumismallien puuttumiseen. Nämä vastaukset osaltaan selittävät tutkimustulosten vähäisen muutoksen seurantajakson aikana. Kuntoutussuunnitelmien laatiminen ja hoitohenkilökunnan perehdyttäminen kuntoutuksen tukemiseen ovat selkeitä kehityskohteita. Kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn arviointi tulisi olla säännöllistä, mutta vastausten perusteella siinäkin on kehitettävää. Fysioterapeutti tekee pyydettyä kuntoutustarpeen arviointia pyydettyä ja säännöllisesti. Vain alle puolet vastaajista kokee, että fysioterapeutin antamat ohjeet sisältyvät osaksi arkitoimintoja. Tämä vastaus selittää osaltaan vähäiseksi jääneet tulokset arkielämän toimintojen helpottumisesta.

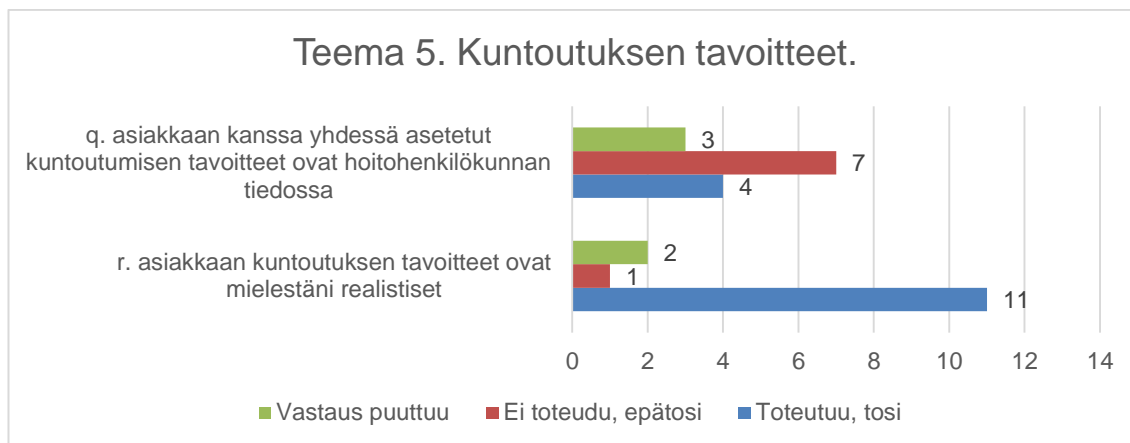
Toimintakyvyn ylläpysymisen ja kehittymisen kannalta tätä on kehitettävä. Kerran viikossa saatu fysioterapia ei realistisesti tuota merkittävää kehittymistä fyysisessä toimintakyvyssä, ellei sitä tueta jatkuvasti, kuten päivittäisten hoitajien käyntien aikana tai asiakkaan omaehtoisella harjoittelulla. Harjoitteet on suunniteltava niin, että on mahdollista toteuttaa osana päivittäistoimia, ohjeistus on selkeä ja siitä tiedotetaan kyseisen asiakkaan hoitajille ja asiakkaalle itselleen. Yhteiset toimintamallit voisivat olla apuna ja toimia runkona kotikuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa ja siksi niitä tulisi kehittää.



Kuva 8. Teema 4. Oikea-aikaisuus.

Teema 4 käsitteli oikea-aikaisuutta, jolla arvioitiin asiakkaiden mahdollisuuksia saada tarvitsemaansa kuntoutusta, toimintakyvyn arviointia ja apuvälinepalveluita oikea-aikaisesti. Tulokset osoittavat, että asiakkaiden mahdollisuudet saada tarvitsemaansa kuntoutusta ajoissa toteutuu, mutta siinä on myös kehittämistarve. Asiakkaan kuntoutustarpeen arviointi on pitkälti hoitajien vastuulla. Hoitajien tulisi aina kotikäynneillä arvioida yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti, kuka tai ketkä asiakkaista hyötyisivät fysioterapiasta ja ilmoittaa havainnoistaan fysioterapeutille. Arviointia saattaa kuitenkin olla vaikea tehdä, koska hoitajilla ei välttämättä ole ammattitaitoa arvioida esimerkiksi asiakkaiden liikkumisen eri osa-alueiden vaikeuksia. Kehittämistarpeena nousevatkin jälleen esille asiakaslähtöiset kuntoutussuunnitelmat sekä fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta, mitä eri osa-alueita asiakkaiden toimintakyvyssä kannattaa arvioida ja havainnoida.

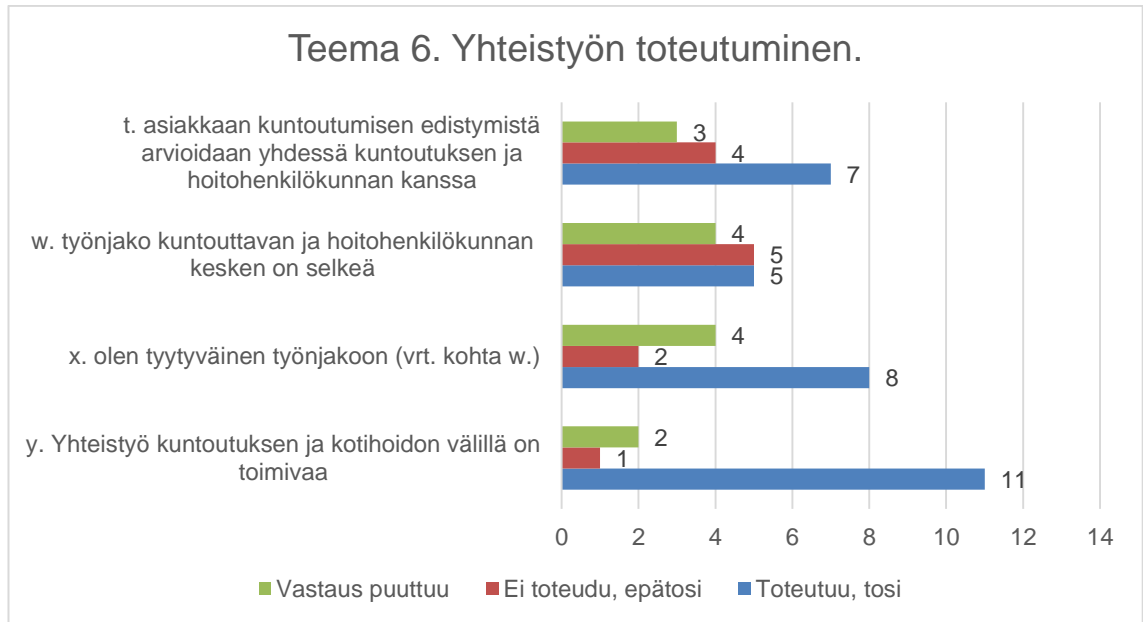
Asiakkaan kotiutuessa osastojaksolta fysioterapeutti on vähäisestä viikkotuntimäärästään huolimatta onnistunut järjestämään arviointikäynnin kotihoidon asiakkaan luokse. Yksi fysioterapeutin työn päätavoitteista Pöytyän kotohoidossa olikin, että fysioterapeutti paneutuisi kotiutuvien asiakkaiden apuvälineiden- ja avuntarpeiden määrittämiseen.



Kuva 9. Teema 5. Kuntoutuksen tavoitteet.

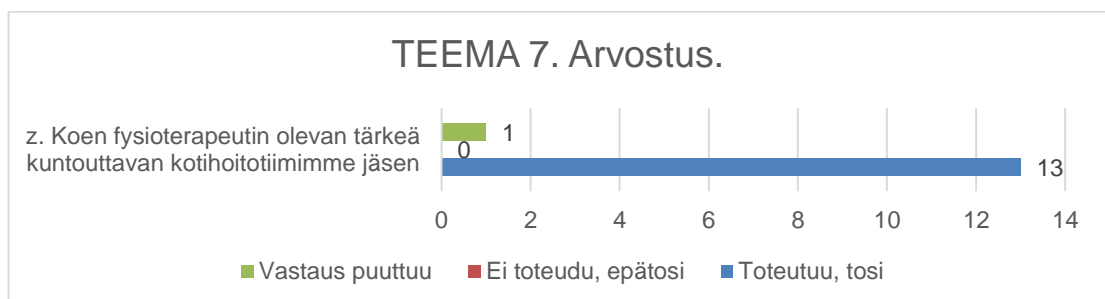
Teema 5 arvioi asiakkaiden kuntoutuksen tavoitteiden selkeyttä. Vastaukset ovat ristiriidassa keskenään, koska ainoastaan 4 henkilöä on vastannut tavoitteiden olevan tiedossa, kun taas 11 vastannut tavoitteiden olevan realistiset. Onko fysioterapeutti tuonut suullisesti esille asiakkaiden kuntoutuksen tavoitteita, koska konkreettiset kuntoutussuunnitelmat ja tieto tavoitteiden sisällöstä kuitenkin puuttuvat. Tulokset osoittavat, että asiakkaille asetetut kuntoutumisen tavoitteet pitäisi tuoda aikaisempaa selkeämmin hoitohenkilökunnan tietoon. Tavoitteiden epäselvyys heikentää kuntouttavan kotihoidon vaikuttavuutta ja kuluttaa resursseja. Selkeät ja kaikkien tiedossa olevat tavoitteet ohjaavat kohti yhteistä päämäärää ja ovat kaiken kuntouttavan toiminnan perusta. Tavoitteet määritellään kuntoutussuunnitelmassa, mutta koska kuntoutussuunnitelmia ei ole tehty yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa kuten teema 3 tulokset jo aikaisemmin osoittivat (kuva 7), se asettaa haasteet myös niiden toteutumiselle. Hoitohenkilökunta on siitä huolimatta kuitenkin arvioinut asiakkaiden kuntoutuksen tavoitteiden olevan realistiset.

Asiakkaan kuntoutumisen edistymisen seurannassa ja arvioinnissa on kehitettävää, kuten kuvassa 10 pylväsdiagrammeilla esitetyt tulokset yhteistyöstä osoittavat. Kuntoutuksen edistymisen arvioimiseksi tarvitaan jokin tavoite ja lähtökohdat. Tavoitteiden selkiyttäminen ja hoitajien tietoon saattaminen on tärkeää myös kuntoutumisen arvioinnin toteutumiselle. Tässäkin korostuvat jälleen kuntoutussuunnitelmien laatiminen, toimintamallien ja toimintakyvyn säännöllisen arvioinnin kehittäminen.



Kuva 10. Teema 6. Yhteistyön toteutuminen.

Työnjako hoitohenkilökunnan ja kuntouttavan henkilökunnan eli tässä tapauksessa fysioterapeutin välillä arvioidaan olevan epäselvä, mutta työnjakoon ollaan tyytyväisiä. On mahdollista, että kuntouttava työote, kuten asiakkaan osallistaminen arjen askareisiin jää toteutumatta, koska sitä ei koeta tärkeäksi osaksi asiakkaan toimintakyvyn ylläpysymistä. Osa hoitajista saattaa kokea kuntoutuksen olevan vain fysioterapeutin ohjaamaa harjoittelua. Kuntouttavalle kotihoidolle onkin tarpeen laatia selkeä ohjeistus. Tässäkin asiassa auttaa tavoitteiden selkeys ja niiden esille tuominen hoitohenkilöstön tietoon. Työnjaon ja toiminnan selkiyttämistä pystytään varmasti kehittämään, koska yhteistyö fysioterapeutin ja hoitohenkilökunnan välillä on toimivaa.



Kuva 11. Teema 7. Arvostus.

Lähes kaikki kysymykseen vastanneista hoitajista kokee fysioterapeutin tärkeäksi kuntouttavan kotihoidon tiimin jäseneksi, kuten kuvassa 11 esitetty tulos osoittaa.

### 6.3.6 Hoitohenkilökunnan ”vapaa sana”

Vain kahdessa vastauslomakkeessa oli kehitysehdotuksia ja palautetta kuntouttavan kotihoidon kehittämiseksi. Kehitysehdotukset ja ajatukset on tässä esitetty sanasta sanaan kirjoitettuna.

*”Omahoitajan ja fyssarin yhteisiä pikku palaverieja. Pysyy ajan tasalla + osaa toimia käynneillä kuntoutusta edistävästi”*

*”Tällä hetkellä, kun kotihoidolla on ”oma” fysioterapeutti, se on ollut oikein hyvä asia. Niin asiakkaat kuin kotihoidon väkikin on hyötynyt suuresti fysioterapeutista, sillä terveyskeskuksen fysioterapeuttien kanssa yhteistyötä ei juuri ole”*

Kehitysehdotusten ja ajatusten perusteella voidaan todeta, että asiakaskohtaisia kuntoutussuunnitelmia ei vielä ole kotihoidon tiimeissä, joita ensimmäisessä kehitysehdotuksessa kuitenkin toivotaan.

## 7 VASTAUKSET TUTKIMUSONGELMIIN, JOHTOPÄÄTÖKSET JA KEHITYSEHDOTUKSET

### Vastaukset tutkimusongelmiin ja johtopäätökset

Kysymys 1. Ovatko asiakkaat ja kotihoidon henkilökunta hyötäneet fysioterapeutin toiminnasta?

Kokonaistuloksen mukaan asiakkaat sekä kotihoidon hoitohenkilökunta kokevat hyötäneensä fysioterapeutin toiminnasta seurantajakson aikana. FSQfin-kyselyllä saatujen tulosten mukaan asiakkaat kokivat toimintakykynsä heikentyneen tutkimusjaksolla. Kahdella muulla mittarilla eli puolistrukturoidulla teemahaastattelulla ja hoitajakyselyllä saadut tulokset kuitenkin osoittavat, että asiakkaiden toimintakyvyssä on tapahtunut kehittymistä ainakin joillakin toimintakyvyn osa-alueista. Asiakkaiden kaatumiset eivät myöskään ole lisääntyneet seurantajakson aikana. Fysioterapeutti koetaan hoitajien mielestä tärkeäksi kotikuntoutustiimin jäseneksi, jonka asiantuntijuutta on pystytty hyödyntämään sekä asiakkaiden toimintakyvyn tukemisessa, että kuntouttavien työtapojen ja ammatillisen yhteistyön kehittämisessä.

Kysymys 2. Jos he (asiakkaat ja hoitajat) kokevat hyötäneensä, millä tavoin?

Hoitajien arvioimana asiakkaiden liikkumista mittaavassa huoneesta toiseen kävelyssä on tapahtunut kehittymistä. Asiakkaiden itsensä arvioimana heidän liikkumiskyvysään ei ole tapahtunut muutosta, paitsi yhden asiakkaan kohdalla, joka kokee liikkumiskykynsä kehittyneen. Asiakkaille tehdyn puolistrukturoidun teemahaastattelun tulokset osoittavat, että asiakkaat kokevat psyykkisen toimintakykynsä kehittyneen selvästi enemmän fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn verrattuna. Myös hoitajat kokevat asiakkaiden psyykkisessä toimintakyvyssä tapahtuneen kehittymistä. Psyykkisen toimintakyvyn kehittyminen tässä tutkimuksessa tarkoittaa, että asiakkaat kokevat mielialansa ja elämänlaatunsa paremmaksi, he kokevat olevansa aikaisempaa motivoituneempia ja iloisempia. Psyykkisen toimintakyvyn kehittyminen voidaan tulkita myös niin, että asiakkaat kokevat olevansa kyvykkäämpiä, mutta fyysisellä tasolla muutokset ovat kuitenkin niin pieniä, että tutkimuksessa käytetyt mittarit eivät olleet riittävän herkkiä mittaamaan muutoksia. Hoitajat kokevat hyötäneensä fysioterapeutin asiantuntijuudesta muun muassa ohjauksen ja neuvonnan osalta. Hoitajien mielestä myös omaishoitajat ovat hyöty-

neet fysioterapeutin antamasta ohjauksesta. Fysioterapeutti koetaan tärkeäksi tiimin jäseneksi ja yhteistyö hoitohenkilökunnan ja fysioterapeutin välillä koetaan toimivaksi. Hoitajat kokevat, että fysioterapeutin toimen myötä asiakkaiden mahdollisuudet saada tarvitsemaansa fysioterapiaa oikea-aikaisesti lisääntyi. Fysioterapeutti koetaan tärkeäksi myös asiakkaiden toimintakyvyn arvioinnissa sairaalasta kotiutumisen yhteydessä.

Kysymys 3. Miten asiakkaat ja hlökunta haluaisivat toimintaa kehitettävän?

Kaikki asiakkaat toivoivat saavansa fysioterapiaa myös jatkossa. Osa asiakkaista toi esille haluavansa hieman vaihtelevuutta harjoitteisiin. Yksi asiakkaista toivoi myös tehtävän harjoitteita ulkona.

Kehitettäviä asioita, joissa fysioterapeutin asiantuntijuutta ja ammattitaitoa tulisi hyödyntää, ovat yhteisten kuntoutusmallien kehittäminen, asiakkaan toimintakyvyn arviointi, kuntoutussuunnitelmien tekeminen, kuntoutumisen tavoitteiden selkiyttäminen, arviointi ja ohjaus raskaampiin hoitomuotoihin siirryttäessä. Hoitohenkilökunnan vastauksista nousi esiin myös fysioterapeutin asiantuntijuus apuvälineiden hankinnassa, sillä apuvälinetarpeet ovat aiemmin olleet hoitajien vastuulla.

Hoitohenkilökunnalta saadut kehittämis ehdotukset jäivät määrällisesti hyvin vähäisiksi. Esille nousi toive yhteisistä palavereista fysioterapeutin ja asiakkaiden omahoitajien kesken. Pohdimme, miksi hoitohenkilökunta ei esittänyt kehittämistarpeita. Kyselyn väittämät kartoittivat toimintaa laaja-alaisesti ja niihin vastaaminen saatettiin kokea liikaa aikaa vieväksi, jolloin he eivät enää jaksaneet vastata kirjallisesti. On toki mahdollista, että he kokevat yhteistyön fysioterapeutin kanssa jo nykyisellä tavalla riittäväksi, vaikka kyselyn kakkososion tulosten perusteella kehittämistarpeita löytyykin.

Vähäisistä toimintakyvyn muutoksista huolimatta sekä kotihoidon asiakkaat, että hoitohenkilökunta kokivat fysioterapeutin työn hyödyllisenä osana kotikuntoutusta. Jäimme miettimään syitä, miksi opinnäytetyömme tutkimusjoukkoon kuuluneiden asiakkaiden fyysisessä toimintakyvyssä ei tapahtunut kehittymistä. Syitä on varmasti monia ja niiden selvittämiseksi olisi varmasti hyvä tehdä jatkotutkimuksia. On kuitenkin selvää, että tavoitteiden ja kuntoutussuunnitelmien puuttuessa asiakkaan itsenäistä toimintakykyä on haastavaa tukea ja edistää. Olisi myös hyvä selvittää, onko asiakas saanut tarvittavaa ohjausta fyysisen toimintakyvyn edistämiseen, jotta muutoksia voitaisiin kyseisillä osaluilla odottaa. Fyysisen toimintakyvyn kohentuminen edellyttää asiakkaiden pitkäjänteistä ja johdonmukaista ohjausta ja suorituksia asiakkaan itsensä tekemänä. On mahdollista, että monia tehtäviä tehdään asiakkaan puolesta eikä yhdessä asiakkaan



kanssa. Aikaresurssien vähyys saattaa olla siihen osasyynä, mutta asiakkaan tarvitsemaa aikaa suoriutua tehtävistä saatetaan myös yliarvioida. Olisikin hyvä tutkia esimerkiksi mittaamalla aika, joka asiakkaalta kuluu mahdollisimman itsenäiseen päivittäistoi-  
mintojen suorittamiseen ja miettiä, miten käytettävissä olevat aikaresurssit voitaisiin hyö-  
dyntää asiakkaan toimintakykyä tukevaksi. Fyysisen toimintakyvyn puutteet ja heikkou-  
det peilaavat suoraan psyykkiseen sekä sosiaaliseen toimintakykyyn ja päinvastoin. Esi-  
merkkinä heikosta ja vajavaisesta asiakkaan ohjauksesta on asiakas, joka ei ole saanut  
henkilökohtaisen hygienian hoitamiseen ohjausta, jolloin ei myöskään voida odottaa ke-  
hittymistä kyseisen toiminnan osalta. Kyvyttömyys hoitaa hygieniaa lisää henkilön avun  
tarvetta, joka puolestaan tarkoittaa sosiaalisen toimintakyvyn heikentymistä.

Fyysisen toimintakyvyn kehittyminen edellyttää myös muun muassa riittävää aerobista  
kapasiteettia ja lihasvoimaa. YLE:n uutisten internetsivuilla esitettiin 24.11.2016 (YLE  
2016) tuore Jyväskyläläinen väitöstutkimus, jossa osoitettiin, että ikäihmiset hyötyvät  
säännöllisesti voima- ja tasapainoharjoittelusta. Eeva Aartolahden vuonna 2016 julkai-  
semassa tutkimuksessa ”Long-Term Strength and Balance Training Prevents Mobility  
Decline Among Community-Dwelling People Aged 75 and Older” seurattiin kahden vuo-  
den ajan yli 75-vuotiaita ikäihmisiä, jotka harjoittelivat kerran viikossa. Kahden vuoden  
seurantajakson aikana kontrolliryhmän ikäihmisten lihasvoima lisääntyi, mutta tutkimus-  
jakson päätyttyä suorituskyky alkoi nopeasti heikentyä. Tutkimuksessa säännöllisen  
voima- ja tasapainoharjoittelun hyötyä vertailtiin koeryhmään, jotka eivät aloittaneet kun-  
tosaliharjoittelua, mutta joiden toimintakykyä tuettiin tarjoamalla muutoin hyvää hoitoa.  
Kehitys oli päinvastainen. Vertailuryhmäläiset pystyivät tutkimuksen päätyttyä ylläpitä-  
mään tasapainoa ja liikkumiskykyä, mutta lihasvoimassa havaittiin heikentymistä. Kont-  
rolliryhmällä sen sijaan kaikki ominaisuudet heikentyivät, joka todentaa sen, että harjoit-  
telun on oltava säännöllistä. Jo kerran viikossa toteutettu harjoittelu lisää lihasvoimaa,  
kävelynopeutta ja nopeutta tuolilta ylösnousussa.

Opinnäytetyön viisi kuukautta kestänyt seurantajakso on toimintakyvyn muutosten arvi-  
oimiseksi fysiologisilta perusteiltaan riittävä, sillä esimerkiksi lihasvoiman lisääntymistä  
ja lihasten kasvua eli lihassyiden pinta-alan kasvamista ja lihasten aineenvaihdunnan  
tehostumista on mahdollista tapahtua jo kuuden viikon säännöllisellä harjoittelulla. Her-  
mostollisella tasolla muutoksia tapahtuu jo varhaisemmin, jo muutaman ensimmäisen  
harjoitteluviikon aikana, jolloin keskushermosto ottaa käyttöön useampia motorisia yksi-  
köitä, lisää niiden syttymistaajuutta eli aktiopotentiaalien määrää ja johtumisnopeutta.

Välittömiä, jo yhden harjoittelukerran jälkeen, on nähtävissä harjoitusvasteita solun aineenvaihdunnan ja hermoston aktivoitumisen lisääntymisenä. On kuitenkin huomioitava, että vaikka harjoittelun alussa ikääntyneiden lihasvoima kasvaa lähes samalla tavalla kuin nuorillakin, ikääntyneiden lihas-hermojärjestelmän mukautuminen pitkäaikaiseen voimaharjoitteluun on heikentynyt ja annos – vaste-suhde on harkittava yksilöllisesti. (Sunj, J. & Taulaniemi, A. 2012, 97—98; 198—200.) Aerobisen kapasiteetin kehittymistä iäkkäillä ± 65-vuotialilla on tutkittu esimerkiksi harjoittelemalla 40 %:n tehokkuudella sykereservistä 6 kuukauden ajan. Tuloksena oli maksimaalisen hapenkulutuksen lisääntyminen 12 %. Vastaavanlaatuisia harjoitusvaikutuksia on havaittu myös 70 – 79 -vuotiailla. Iäkkäillä harjoittelun aiheuttama terveysvaikutus tulisi saavuttaa mahdollisimman optimaalisella rasituksella, joka tarkoittaa viikkotasolla noin 1500-2000 kcl energiankulutusta. Fyysiseksi aktiivisuudeksi muutettuna tämä tarkoittaa noin 30 minuutin päivittäistä keskitehoista liikuntaa. (Vuori ym. 2011, 193—194.)

### **Kehitysehdotukset**

Fysioterapeutin ja hoitajien olisi hyvä järjestää esimerkiksi yhteisiä viikkopalavereja, jotka olisivat eränlaisia viikko- ja tilannekatsauksia. Hoitajat raportoivat keskenään päivittäin, mutta fysioterapeutti ei ole niissä useinkaan mukana. Kuntoutuksen tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi tulisi olla kaikkien tiedossa, sillä ainoastaan tavoitteiden laatiminen ei lisää asiakkaan toimintakykyä. Fysioterapeutin ohjausta ja neuvontaa tulisi hyödyntää enemmän kuntouttavien työtapojen suunnittelussa, jotta asiakkaan toimintakykyä tukevat harjoitteet voidaan sulauttaa osaksi asiakkaan päivittäistoimintoja. Tällöin asiakkaan osallistaminen toteutuisi nykyistä paremmin. Asiakkaiden toimintakykyä tulisi säännöllisesti arvioida. Asiakkaiden kotona asumisen tueksi olisi tarpeellista kehittää yhtenäisen käytäntö, jossa hoitajat päivittäin havainnoivat ja arvioivat asiakkaiden arkielämän toimintojen sujumista ja raportoivat fysioterapeuttia havaittuaan asiakkaan toimintakykyssä heikentymistä. Tällä tavalla on mahdollista puuttua nopeasti tilanteeseen ja fysioterapialla sekä kuntouttavalla hoitotyöllä vaikuttaa toimintakyvyn palautumiseen. Toimintakykyarviointia varten tarvitaan selkeä ohjeistus ja opastus, joiden laadinnassa ja ohjauksessa kannattaa hyödyntää fysioterapeutin asiantuntijuutta. Yhteisen kuntoutus- ja toimintamallien kehittäminen takaa laadun jokaiselle kotihoidon asiakkaalle ja kuntoutusmalli toimii toimintaohjeena kotikuntoutuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Kuntouttavan kotihoidon täysipainoinen kehittäminen edellyttää myös kokoikäisen fysioterapeutin työpanosta.

## 8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

### 8.1 Eettisyys

Kotihoidon asiakkaiden valinnassa jouduttiin heti opinnäytetyön alussa eettisen valinnan eteen, sillä muistisairaus oli poissulkukriteeri tutkimukseen osallistumiselle. Tässä opinnäytetyössä arviointi perustuu muistamiseen, kykyyn arvioida ja hahmottaa lähimenneisyyden tapahtumia ja toimintaa.

Eettisyys nousee opinnäytetyössä merkittävästi esille myös asiakkaiden haastattelujen osalta, koska aineiston keruu tapahtui heidän kotonaan. Asiakkaat antoivat opinnäytetyön tekijöille tärkeän ja arvokkaan mahdollisuuden toteuttaa kyselyt ja haastattelut asiakkaiden omissa elinympäristöissä. Aineiston keruussa toimittiin asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen. Ennen aineiston keräämistä asiakkailta pyydettiin kirjallinen suostumus käyttää heidän antamiaan vastauksiaan opinnäytetyön tutkimusaineistona. Asiakkaille tuotiin selkeästi esille, että heidän henkilöllisyytensä ei tule missään opinnäytetyön vaiheessa paljastumaan. Asiakkaille selvitettiin sekä suullisesti että kirjallisesti opinnäytetyön tavoitteet ja vastausten käyttötarkoitus. Heille tuotiin selkeästi esille, että osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää milloin tahansa.

Tutkimukseen osallistuvien asiakkaiden henkilö- ja osoitetiedot hankittiin henkilötietojen salassapitovelvollisuutta noudattaen. Hoitotiimien hoitajat toimittivat tutkimusjoukkoon kuuluneille asiakkaille suostumuslomakkeet, joiden yhteydessä kysyttiin asiakkaan nimeä, osoitetta ja puhelinnumeroa. Tällä tavoin varmistettiin, että asiakas itse luovutti henkilötietonsa. Suostumuslomakkeita säilytettiin kotihoidon toimistolla koko tutkimusjakson ajan. Asiakkaille soitettiin kotihoidon toimiston matkapuhelimella ja sovittiin haastatteluajat. Tässä vaiheessa asiakkaat myös koodattiin numeroilla, jotta pystyttiin myöhemmin käsittelemään asiakaskoodina, ei nimellä. Tällä tavoin analysoitavat vastauslomakkeet pysyvät anonyymeina koko tutkimuksen ajan. Suostumus- ja kyselylomakkeet tuhotaan opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen kotihoidon toimistolla.

Eettisyys huomioitiin asiakkaille esitettyjen kysymysten asettelussa ja haastattelun kullussa. Kysymykset esitettiin selkeästi, jotta niiden tulkinnanvaraisuus olisi mahdollisimman pieni. Tällöin myös saatujen vastausten tulkinnanvaraisuus väheni, asiakkaiden mielipiteet tulivat selkeämmin esille ja tutkimustulosten luotettavuus lisääntyi.

Opinnäytetyön tekijän sidonnaisuus Pöytyä kotihoitoon täytyi huomioida eettisyyteen vaikuttavana tekijänä, sillä toinen opinnäytetyön tekijöistä on vakituudessa virkasuhteessa Pöytyän kotihoidossa. Hän oli opinnäytetyön tutkimuksellisen osion toteutuksen aikana kuitenkin opintovapaalla.

Eettisyys huomioitiin koko ajan myös toimeksiantajan näkökulmasta. Toimeksiantoa pyrittiin noudattamaan mahdollisimman objektiivisesti ja ennakkoluulottomasti eli tutkittiin sitä, mistä toimeksiantaja halusi tutkimuksella selvittää. Toimeksiantajaan oltiin yhteydessä seurantajakson aikana muutamia kertoja, mutta toisaalta pyrittiin myös välttämään liiallista yhteydenpitoa ja heidän työaikansa häirintää. Opinnäytetyö pystyttiin toteuttamaan suurimmaksi osaksi itseohjautuvana prosessina.

## 8.2 Toistettavuus ja luotettavuus

Opinnäytetyön laadun ja luotettavuuden tarkentamiseksi päädyttiin monimetodiseen lähestymistapaan eli metodiseen triangulaatioon, joka tarkoittaa että, samassa tutkimuksessa käytetään useita menetelmiä tutkimusongelman ratkaisemiseksi. Käytettyjä menetelmiä tässä opinnäytetyössä olivat aineistotriangulaatio ja tutkijatriangulaatio. Aineisto- ja tutkijatriangulaatio toimivat analysoinnin, tulosten ja johtopäätösten luotettavuuden tukena, joka myös parantaa tutkimuksen laadullisuutta. (Hirsjärvi ym. 2009, 233.) Aineistotriangulaatio tarkoittaa, että tutkimusongelman ratkaisemiseksi kerätään useita erilaisia tutkimusaineistoja. Tutkijatriangulaatio tarkoittaa, että tutkimusaineistoa on keräämässä analysoimassa ja tulkitsemassa useampi tutkija (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tässä tutkimuksessa molemmat opinnäytetyön tekijät osallistuivat yhdessä aineiston keruuseen, mutta analysointia tehtiin aluksi omilla tahoilla, mutta tuloksia vertailtiin, analysoitiin ja yhteenvedot tehtiin yhdessä.

Analysoitava aineisto kerättiin eri menetelmiä käyttäen ja analysoitiin ja tulkittiin kahden tutkijan toimesta. Tulosten analysoinnin ja tulkinnan luotettavuutta lisättiin nauhoittamalla haastattelut, jolloin saatua materiaalia on mahdollisuus palata tutkimaan jälkeenpäin. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusprosessin dokumentointi ja kuvaaminen, esimerkiksi aineiston hankkimisen ja analysoinnin vaiheiden avaaminen ja tutkimuksen kulun eri vaiheiden selostaminen tarkasti sekä tutkijoiden toiminnan "läpinäkyvyys" ovat tärkeitä tutkimuksen laadun ja luotettavuuden osoittimia (Hirsjärvi ym. 2009, 232). Tässä opinnäytetyössä on pyritty tarkasti selittämään olosuhteet ja tavat, millä tavoin aineisto

on kerätty ja analysoitu. Tulosten osalta on pyritty tuomaan esille yhteenvedot tulkinnoista ja niiden pohjalta tekemistä johtopäätöksistä, peilaten niitä luvuissa 2. ja 3. esitettyyn teoreettiseen viitekehykseen. Laadullinen tutkimus ja sen tulokset ovat toisaalta kuin kristalliin katsomista. Se mitä katsoja näkee, riippuu katsomistavasta (Hirsjärvi ym. 2009, 233).

Laadullisessa tutkimuksessa mittarin reliabiliteettia eli toistettavuutta on vaikea arvioida, koska mitattavana arvona on subjektiivinen kokemus. Laadullinen mittaus ei ole siis toistettavissa. Määrällinen tutkimus on toistettavissa, koska kysymys ja vastaustapa ovat rajattuja, mutta siinäkin on huomioitava, että sama henkilö voi eri päivinä vastata eri tavalla.

Useamman mittarin käyttämisellä pyrittiin saamaan monipuolinen, asiakkaiden kokemuksiin perustuva tutkimusaineisto, joka johti luotettavampaan lopputulokseen kuin pelkästään yhdellä tavalla kerätty. Valmismittarin luotettavuus on sen käyttöhistoriassa ja sen käytettävyydessä. Tulosten analysoinnin ja tulosten luotettavuutta lisää se, että FSQfin-toimintakyvyn mittarin vastausten tulkintaan on olemassa oma pistelaskukaava ja niiden perusteella asiakkaan toimintakyky luokituu tiettyyn luokkaan. Kysely on yleisesti tunnettu ja käytössä perusterveydenhuollossa. Jotta mittarin avulla saadut vastaukset olisivat reliaabeleja ja valideja, ei valmiiksi määriteltyjä analysointimenetelmiä mittarin osalta tule varioida. Kyselyiden saadut vastaukset pisteytettiin ja esitettiin taulukkona. Tällöin opinnäytetyön lukijalla on mahdollisuus perehtyä ja mahdollisesti tehdä myös omia tulkintojaan tuloksista. Tuloksia ja johtopäätöksiä tehdessä kyselyn saatuja tuloksia yhdisteltiin haastattelun tuloksiin ja peilattiin niitä toinen toisiinsa. FSQfin-kyselyn tuloksista ei kuitenkaan yksinään tehty johtopäätöksiä tutkimusongelman ratkaisemiseksi.

Puolistrukturoidun teemahaastattelun luotettavuutta voidaan arvioida haastattelussa ja kyselyssä käytettyjen teemojen ja kysymysten asettelun kautta. Niiden tuli pohjautua teoreettiseen viitekehykseen ja kattaa tutkittava asia tarpeeksi laajasti. Lisäksi tuli huomioida, että haastateltavalle annettiin mahdollisuus vastata omin sanoin. Tuloksien analysoinnissa oli huomioitava, että vastaajaan liittyvät seikat saattoivat vääristää tulosta, sillä haastateltava on saattanut ymmärtää kysymyksen tai teeman väärin, hän ei mahdollisesti vastannut totuudenmukaisesti tai ymmärrettävästi. Vastausten analysoinnin luotettavuutta arvioitaessa oli huomioitava opinnäytetyön kirjoittajiin liittyvät tekijät, kuten heidän ennakkokäsityksensä ja mahdollinen halunsa ohjata tutkimusta tiettyyn suuntaan,

kielellinen merkitys, vastausten tulkinta ja sanojen merkitysten ymmärtäminen ja huomiointi. (Hirsjärvi ym. 2009, 160—161).

Kyselytutkimuksen heikkouksia ovat kysymyksiin, vastaajaan ja tulkitsijaan liittyvät tekijät. Hyvän lomakkeen laatiminen edellyttää sen tekijältä aikaa, taitoa, tietoa ja kokemusta. Vastaajien osalta vastausten luotettavuus voi kärsiä esimerkiksi siitä, ovatko vastaukset rehellisiä ja onko vastaaja ymmärtänyt kysymykset oikein ja onko kysymykset laadittu vastaajan näkökulmasta. Kato eli vastaamattomuus saattaa nousta suureksi edellä mainituista syistä. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Itse laaditun kyselylomakkeen ongelmana on sen validiteetti. Validiteetilla määritellään tutkimuksen luotettavuutta siltä osin, että mittaako ja arvioiko kysely juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata (Metsämuuronen 2005, 64). Etukäteen oli vaikea arvioida, onnistuttiinko laatimaan mittari, joka mittaa sitä mitä mittarilla haluttiin selvittää. Itsetehdyn mittarin toimivuus olisi pitänyt testata ennen sen käyttöä. Yleisenä ohjeena pidetään, että lomakkeen testaaminen, ns. pilottikokeilu on lähes välttämätön, josta saadun palautteen perusteella kysymyksiä pystyy muotoilemaan ja varmistamaan siten vastausten laatua (Hirsjärvi ym. 2009, 204). Tässä opinnäytetyössä kyselylomake oli kuitenkin onnistunut ilman ennakkotestausta. Kysely tuotti suunnitellun ja riittävän määrän vastauksia tutkimusongelmien ratkaisemiseksi. Analysointivaiheessa huomattiin kuitenkin kahden kysymyksen olleen epätarkkoja ja epäspesifejä. Toinen niistä koski ykkösosion kohtaa 1.2, jolla kartoitettiin asiakkaiden kykyä kävellä puolen kilometrin matka ulkona ja toinen kakkososion väittämää u, joka koski omaishoitajien fysioterapeutilta saamia ohjeita ja neuvoja. Nämä kaksi kysymystä olisi pitänyt jättää pois, sillä jo asiakkaille aikaisemmin tehtyjen FSQfin-kyselyjen aikana selvisi, että kukaan asiakkaista ei kyennyt liikkumaan itsenäisesti ulkona puolta kilometriä. Lisäksi kävelymatkaa koskeva kysymys olisi tarvinnut vertailupohjaa, koska vastausvaihtoehtoina oli monivalinnat ”lisääntynyt” ”ei muutosta” ja ”vähentynyt”. Kysymystä fysioterapeutin antamista ohjeista ja neuvoista omaishoitajille olisi ensisijaisesti pitänyt kysyä omaishoitajilta, ei kotohoidon hoitajilta. Kysymyksellä oli alun perin tarkoitus kartoittaa omaishoitajien, fysioterapeutin ja hoitohenkilökunnan yhteistyötä, mutta kysymyksen asetteleminen saattoi olla epäselvä. Saatujen vastausten perusteella voidaan kuitenkin päätellä, että hoitajat ovat saaneet positiivista palautetta omaishoitajilta päivittäiskäyntiensä aikana.

Lomakekyselyn jakaminen hoitajille ja vastausten keräämistapa vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen ja eettisyyteen. Hoitajien kyselylomakkeet vietiin kuhunkin kotihoitoti-

miin saatekirjeen kera. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen ja vastausten käyttötarkoitus. Hoitajien täyttämät lomakkeet kerättiin yhteen nippuun kussakin yksikössä hoitajien toimesta ja palautettiin toiselle meistä tutkijoista. Kyselyä Pöytyän kotohoito voi hyödyntää myös jatkossa, jolloin kysely on reliaabeli. Tässä opinnäytetyössä esiintuotujen kehitysehdotusten huomioimista ja toiminnan kehittämistä ehdotusten pohjalta voidaan Pöytyän kotihoidossa arvioida tekemällä kysely uudestaan esimerkiksi puolen vuoden kuluttua.

Toinen opinnäytetyön tekijöistä oli hoitotyön kautta tuttu kahdelle tutkimukseen osallistuneista kotihoidon asiakkaista ja hänellä oli ennakkotieto asiakkaiden toimintakyvystä. Se oli otettava huomioon opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä. Asiakkaiden luona suoritettujen kyselyjen ja haastattelujen osalta pyrittiin toimimaan mahdollisimman objektiivisesti niin, että molemmat opinnäytetyön tekijät olivat kaikissa asiakastapaamisissa paikalla. FSQfin-kyselyjen ja haastattelujen aikana toisen haastattellessa toinen oli tarkkailijana ja esitti lisäkysymyksiä käsiteltävästä teemasta. Tällä tavoin pyrittiin välttämään tilanteita, joissa aikaisempi tieto asiakkaiden toimintakyvystä voisi vaikuttaa FSQfin-kyselyn tulokseen tai haastattelun aikaisten kysymyksen tarkentamiseen.

Arvolähtökohdat, kuten opinnäytetyön tekijöiden ja / tai yhteiskunnan toimeksiantajan arvot muovaavat ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Objektiivisuuden saavuttaminen on lähes mahdotonta, sillä se mitä asiasta jo tiedetään ja opinnäytetyöntekijöiden oma tietämys yhdistyvät tiiviisti eikä rajaa niiden välille pysty vetämään. Sen vuoksi kvalitatiivinen tutkimus on enemmänkin asioiden ja näkökulmien löytämistä kuin jo olemassa olevien väittämien todentamista. (Hirsjärvi ym. 2009, 161) Määrällinen tutkimus on helpompi suorittaa ja tulkita, koska se perustuu sääntöihin ja numeraalisesti saadut tulokset pystytään helposti asettamaan paremmuusjärjestykseen. Laadullisesti saatu aineisto perustuu tutkittavan subjektiivisiin kokemuksiin kuten myös kerätyn aineiston analysointi ja tulkinta perustuvat nekin subjektiiviseen kokemukseen, joka on tutkijasta riippuvainen. Kukaan opinnäytetyötä lukeva arvioi ja tulkitsee tuloksia oman tietämyksensä ja arvomaailmansa mukaan. Tähän opinnäytetyöhön kehittämishankkeen tulokset ja siitä johdetut päätelmät ovat opinnäytetyön tekijöiden näkemys tutkittavasta ilmiöstä.

Jatkuva itsearviointi ja oman toiminnan kriittinen tarkastelu lisää luotettavuutta. Aika ajoin ja etenkin tilanteissa, joissa opinnäytetyön eteneminen tuntui pysähtyneen, palattiin ydin-kysymysten äärelle eli tutkimusongelmiin. Selkeästi muotoillut tutkimusongelmat auttoivat löytämään vastaukset kysymyksiin ja pääsemään tavoitteeseen.

## 9 POHDINTA

Mielestämme opinnäytetyömme on onnistunut kokonaisuus. Keräsimme laadukkaan ja opinnäytetyötämme tukevan teoreettisen viitekehyksen, jonka varaan pystyimme rakentamaan laadukkaan, luotettavan ja kattavan tutkimuksellisen osion. Kerätystä aineistosta löysimme vastaukset tutkimusongelmiin ja tuotimme toimeksiantajallemme tietoa kehitettävistä asioista Pöytyän kotihoidossa. Opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys todentaa kotikuntoutuksen hyödyt ja esittää fysioterapeutin ammattitaidon ja fysioterapian tarpeen tärkeänä osana kotikuntoutusta. Teoreettisen viitekehyksen osoittamien positiivisten vaikutusten vuoksi odotimme, että tutkimusjoukkoon kuuluneiden asiakkaiden toimintakyky olisi kohentunut tutkimusjakson aikana enemmän kuin lopputulokset osoittivat. Arvelemme, että asiakkaiden toimintakyvyn vähäisiin muutoksiin on osaltaan vaikuttanut fysioterapeutin vähäinen tuntimäärä viikotasolla ja se, että hän joutui aloittamaan toimintansa täysin alusta. Kotihoitopiirejä on kolme ja etäisyydet ovat pitkiä, jolloin siirtymiseen paikasta toiseen vie työaika. Hänellä ei kenties ole ollut aikaa paneutua riittävän laajasti asiakkaiden liikkumisen, arkielämän ja päivittäistoimista selviytymisen ongelmiin. Se näkyy mielestämme esimerkiksi kotiharjoitteiden jäämisenä rakenteen tasolle, suorituksen ja osallistumisen osa-alueiden sijaan. On huomioitava myös opinnäytetyömme tutkimuksellisen osion ajoitus mahdollisena tulosta heikentävänä tekijänä. Fysioterapeutti oli aloittanut työnsä Pöytyän kunnan kotihoidossa vain kaksi kuukautta ennen arvioitavan tutkimusjakson alkamista. Kotikuntoutuksen tarpeen ja tapojen hahmottaminen oli tuolloin vasta alkutekijöissään. Fysioterapeutin toimenkuvaa ei myöskään oltu etukäteen selkeästi määriteltä. Kehitysehdotuksemme olikin, että fysioterapeutti ja kotihoidon henkilökunta tekisivät enemmän yhteistyötä ja laatisivat asiakkaiden kanssa yhdessä toimintamallit ja selkeät, kaikkien tiedossa olevat tavoitteet, joiden perusteella kotikuntoutusta olisi helpompi tukea. Tämä edellyttäisi konkreettista työajan lisäystä ja ko-koaikaisen fysioterapeutin toimen perustamista.

Pohdimme jälkeenpäin, olisiko meidän pitänyt kuitenkin arvioida konkreettisia muutoksia asiakkaiden fyysisessä toimintakyvyssä käyttämällä esimerkiksi tasapainoa tai kävelynopeutta mittaavia mittareita. Millaisia tuloksia olisimme mahtaneet saada? Fyysistä toimintakykyä konkreettisemmin mittaavat tulokset olisivat saattaneet tuoda esille fysioterapian vaikuttavuuden määrällisenä tuloksena, jota olisi voinut jatkossa hyödyntää kehityksen seurannassa. Olisi ollut myös mielenkiintoista selvittää, miten esimerkiksi kävelynopeutta mittaavalla mittarilla ja haastattelulla saadut tutkimustulokset olisivat tukeneet



toisiaan, vai olisivatko tulokset olleet ristiriidassa keskenään. Olemme kuitenkin tyytyväisiä, että emme ottaneet tutkimukselliseen osioon enempää toimintakykyä mittavia mittareita, koska jo nyt käytimme opinnäytetyön tekemiseen suunniteltua enemmän aikaa. Mittareihin tutustuminen ja tutkimukseen sopivien mittarien valinta vei meiltä enemmän aikaa kuin olimme suunnitelleet. Ajankäyttöä lisäsi oman mittarin kehittäminen.

Pohdimme, että jos saisimme nyt aloittaa alusta opinnäytetyömme tutkimuksen, haluaisimme saada tutkimukseen osallistuvien asiakkaiden toimintakyvystä etukäteen tietoa, joka helpottaisi sopivan mittarin valintaa. FSQfin-kyselyssä oli muutama kysymys, joita asiakkaat eivät olleet tehneet mahdollisesti jopa kymmeneen vuoteen, esimerkiksi siivoaminen, portaissa kävely, autolla ajaminen tai julkisella kulkuvälineellä liikkuminen. On epärealistista ajatella, että kerran viikossa saatavalla fysioterapialla voitaisiin vaikuttaa esimerkkinä esitettyihin toimintoihin. Saatavilla on useita muita subjektiivisen toimintakyvyn mittareita, joiden avulla olisi kenties voinut tarkemmin arvioida asiakkaiden toimintakykyä. FSQfin-kyselyn käyttäminen asiakkaiden subjektiivisen toimintakyvyn mittarina on saattanut vaikuttaa tutkimustulokseemme heikentävästi, sillä se ei ollut riittävän herkkä.

Emme ole aikaisemmin toteuttaneet teemahaastatteluja ja oma kokemattomuutemme vuoksi laajan aineiston analysoinnin validiteetti on saattanut kärsiä ja antaa liian niukkoja tai rajattuja vastauksia fysioterapeutin työn kannattavuudesta. Litterointiin ja tekstin analysointiin kului aikaa. Hoitajille tarkoitetun kyselylomakkeen tekeminen oli vaikeaa ja siihenkin kului aikaa suunniteltua enemmän.

Yleisesti jatkotutkimusta kaivataan ainakin fysioterapian hyödyistä muistisairauden osalta kotona selviytymisen tukemiseksi. Yksi Pöytyän kotihoidon sairaanhoitajista siirtyi loka-kuussa 2016 Muistiliiton tarjoamaan kahden vuoden projektiin, jonka tarkoituksena on yhtenäistää muistisairaiden kuntoutussuunnitelmien laatiminen Akseli-kuntayhtymän alueella. Projektin tarkoituksena on arvioida kotona esiintyviä riskitekijöitä sekä suunnitella, millä tavoin kotona esiintyviin riskitekijöihin voidaan puuttua ennaltaehkäisevästi. Projektin tarkoituksena on lisäksi yhtenäistää kuntoutussuunnitelmat kuntayhtymän alueella ja laatia niin sanottu tarkistuslista, jonka perusteella asiakkaiden kotiolot, hoidolliset ja kuntoutus tarpeet arvioidaan, ottaen huomioon asiakkaiden subjektiiviset arviot. Työryhmä koostuu moniammatillisesta ryhmästä, johon kuuluvat fysioterapeutit, sairaanhoitajat ja lähihoitajat. Pöytyän kotihoidon toiveena tietysti on, että sairaanhoitaja tuo projektin päätyttyä heidän kotihoidon piiriin muutosehdotuksia kuntoutussuunnitelmien laatimiseen, joissa fysioterapeutti on myös merkittävässä roolissa.

Opinnäytetyömme teorettinen viitekehys ja tutkimuksellinen osuus tuovat esille positiivisen suunnan fysioterapeutin tarpeellisuudesta kotihoidossa. Opinnäytetyömme teorettinen viitekehys osoittaa, että iäkkäiden kotona selviytymisen edellytyksenä on kotikuntoutuksen kehittäminen, jossa tarvitaan kuntoutuksen asiantuntijoita, kuten fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja ammattitaitoisen hoitohenkilökunnan rinnalle.

Pöytyän kotihoito jatkoi fysioterapeutin määräaikaista työsopimusta jo ennen kuin ehdimme esittää tutkimuksemme tulokset heille. Toivomme, että Pöytyän kunnan kotihoito pystyy hyödyntämään opinnäytetyötämme kehittäessään kotikuntoutusta ja toimintatapoja asiakkaan ja hoitohenkilökunnan näkökulmat huomioiden.

## LÄHTEET

Aartolahti, Eeva 2016. Long-Term Strength and Balance Training Prevents Mobility Decline Among Community-Dwelling People Aged 75 and Older, Väitöskirja. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Viitattu 5.3.2017 2017 [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/51867/978-951-39-6816-8\\_vai-tos\\_20161126.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/51867/978-951-39-6816-8_vai-tos_20161126.pdf?sequence=1).

Borås Stad. 2009. Hemrehabilitering enligt Boråsmodellen. Viitattu 22.4.2016 <https://intranet.boras.se/download/18.3cf64a3d15598ea81b91344d/1467184029536/Hemrehabprogram.pdf>

Borås Stad. 2015. Rutin för äldreomsorgen. Viitattu 22.4.2016 [www.boras.se> sök fysioterapi> vårdinventering> arbetsterapeut-fysioterapeutkontakt> rutin för äldreomsorgen](http://www.boras.se/sök/fysioterapi/vårdinventering/arbetsterapeut-fysioterapeutkontakt/rutin-för-äldreomsorgen).

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Kotikuntoutus. Viitattu 19.4.2016 <http://www.eksote.fi/terveyspalvelut/kuntoutus/kotikuntoutus/Sivut/default.aspx>.

Heikkilä, A.; Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. 1. painos. Avaimia Tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hirsjärvi S. & Hurme, H. 2014. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

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

Hupli, M. 2016. Kuntoutus Eksotessa – Miten tuetaan kuntoutujan kotona asumista. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 22.4.2016 <http://www.luc.fi/loader.aspx?id=cb4c35d3-cd53-4e73-8b15-fa398010bf56>

ICF. 2013. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. 6. painos. Terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki. Viitattu 21.4.2016 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>.

Metsämuuronen J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Murto J.; Pentala O.; Junnila, M.; Kaikkonen, R.; Koponen, P.; Koskela T.; Koskinen, S.; Luoma, M-L. & Sainio P. 2013. Tutkimuksesta tiiviisti 2013:9. Ikääntyneiden kokemukset toimintakyvystään ja palveluiden saamisesta ennen vanhuspalvelulakia. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 19.4.2016 [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110590/Tutkimuksesta\\_tiiviisti\\_9\\_2013.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110590/Tutkimuksesta_tiiviisti_9_2013.pdf?sequence=1).

Murto, J.; Kaikkonen R.; Sainio, P.; Pentala, O.; Koskela, T.; Luoma, M-L.; Koponen, P. & Koskinen, S. 2014. Tutkimuksesta tiiviisti 2014:31. Ikääntyneiden kokemukset terveydestään, toimintakyvystään ja palveluiden saamisesta erityisvastuualueittain. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 19.4.2016 [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125352/URN\\_ISBN\\_978-952-302-406-9.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125352/URN_ISBN_978-952-302-406-9.pdf?sequence=1).

Noro, A.; Mäkelä, M.; Finne-Soveri, H. & Alastalo, H. 2015. Tutkimuksesta tiiviisti 2015:2. Kotihoitoon toimintamallit ja henkilöstö vuonna 2014. Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta tutkimus. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 19.4.2016 [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125601/Tutkimuksesta%20tiiviisti\\_2\\_2015\\_09022015.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125601/Tutkimuksesta%20tiiviisti_2_2015_09022015.pdf?sequence=3).

Pöytyä kunta 2016a. Kotihoito ja tukipalvelut 2014-2016. Viitattu 19.2.2016 <http://www.poytya.fi/index.php?sivu=kotihoito-ja-tukipalvelut>.

Pöytyän kunta 2016b. Tietoja kunnasta 2014-2016. Viitattu: 19.2.2016 <http://www.poytya.fi/index.php?sivu=tietoja-kunnasta>.

Pöytyän kunta 2016c. Vanhusneuvoston pöytäkirjat. 2014-2016. Viitattu 19.2.2016 <http://www.poytya.fi/index.php?sivu=vanhusneuvoston-poeytaekirjat>.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 30.3.2016 [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_2\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_4.html)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Viitattu 19.4.2016 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1).

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Viitattu 19.4.2016 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3328-6>.

Suni, J. & Taulaniemi, A. 2012. Terveystieteen testaus. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Suomalainen, T. 2016. Kotikuntoutus onnistuu yhteistyöllä. Fysioterapia 2/2016, 4— 8.

Talvitie, U; Karppi, S-L; Mansikkamäki, T. 2006. Fysioterapia. Helsinki: Edita Prima Oy.

TEKES 2014. Kotihoito 2020 -hankkeen loppuraportti. Viitattu 21.4.2016 <http://www.tekes.fi/globalassets/global/ohjelmat-ja-palvelut/ohjelmat/innovaatiot-sosiaali-ja-terveyspalveluissa/kotihoito-2020---10-askeleen-ohjelma-kotihoitoon.pdf>.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2016a. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Viitattu 20.4.2016 [https://www.thl.fi/Aiheet/Toimintakyky/Mita\\_toimintakyky\\_on?Toimintakyvyn\\_ulottuvuudet](https://www.thl.fi/Aiheet/Toimintakyky/Mita_toimintakyky_on?Toimintakyvyn_ulottuvuudet).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b. Psyykinen toimintakyky. Viitattu 22.4.2016 [https://www.thl.fi/Aiheet/Toimintakyky/Vaeston\\_toimintakyky\\_lakkaiden\\_toimintakyky\\_Psyykinen\\_toimintakyky](https://www.thl.fi/Aiheet/Toimintakyky/Vaeston_toimintakyky_lakkaiden_toimintakyky_Psyykinen_toimintakyky).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016c. Psyykinen toimintakyky. Viitattu 22.4.2016 [https://www.thl.fi/Aiheet/Toimintakyky/Vaeston\\_toimintakyky\\_lakkaiden\\_toimintakyky\\_Sosiaalinen\\_toimintakyky](https://www.thl.fi/Aiheet/Toimintakyky/Vaeston_toimintakyky_lakkaiden_toimintakyky_Sosiaalinen_toimintakyky).

Tilastokeskus 2015. Liitetaulukko 2. Väkiluku ja väestöllinen huoltosuhde vuoden 2030 lopussa eri vuosina laadituissa ennusteissa. Viitattu 25.1.2017 [https://www.stat.fi/Tilastot/Vaesto/Vaestoenuste/2015/Liitetaulukko\\_2\\_Vakiluku\\_ja\\_vaestollinen\\_huoltosuhde\\_vuoden\\_2030\\_lopussa\\_eri\\_vuosina\\_laadituissa](https://www.stat.fi/Tilastot/Vaesto/Vaestoenuste/2015/Liitetaulukko_2_Vakiluku_ja_vaestollinen_huoltosuhde_vuoden_2030_lopussa_eri_vuosina_laadituissa).

Tilastokeskus 2016. Väestörakenne 2015. Viitattu 25.1.2017 <https://www.stat.fi/Tilastot/Vaesto/Vaestorakenne/2015>.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämissuunnitelmaan, osallistumiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

TOIMIA 2011-2014. FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä. Viitattu 19.3.2016 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittari/tulokset/?q=^F>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

THL ja Valvira 2015. Vanhuspalvelulain (980/2012) toimeenpanon seuranta 2014. Yhteenvetotulokset Manner-Suomi, aluehallintovirasto ja maakunta-tasoilla vuosien 2013 ja 2014 seurannoista. Verkkoaineisto. Viitattu 19.4.2016 <http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/kotihoito/2014/K14B.html>.

THL ja Valvira 2014. Vanhuspalvelulain (980/2012) toimeenpanon seuranta 2014. Kotihoidon toimintayksikkökyselyn lomakkeet. Verkkoaineisto. Viitattu 27.1.2017 [http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/kotihoito/2014/KotihoitoTHL\\_2014\\_fi\\_numvaihtoehdot.pdf](http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/kotihoito/2014/KotihoitoTHL_2014_fi_numvaihtoehdot.pdf).

Vuori, I.; Taimela, S. & Kujala, U. 2011. Liikuntalääketiede. 3. – 5. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

YLE. 2016. Väitöstutkimus: Vanhukset hyötyvät säännöllisestä voima- ja tasapainoharjoittelusta. Viitattu 4.3.2016 <http://yle.fi/uutiset/3-9312492>.

## Saatekirje ja suostumus osallistumisesta tutkimukseen



### ARVOISA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJA

Olemme keväällä 2017 valmistuvia fysioterapeuttiopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä ”Fysioterapeutin työn kannattavuuden arviointi Pöytyän kunnan kotihoidossa – Asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta”. Ohjaavana opettajanamme toimii fysioterapian lehtori Niina Katajapuu. Tavoitteenamme on selvittää minkälaisia vaikutuksia fysioterapialla on ollut toimintakykyynne ja kuinka tärkeäksi koette fysioterapian myös jatkossa. Arvoimme teidän toimintakykyänne FSQfin-kyselyn avulla sekä touko-kesäkuussa että syys-lokakuussa. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin tunnin. Lisäksi tulemme haastattelemaan teitä syys-lokakuussa myös erillisellä haastattelulla, joka nauhoitetaan. Tähän on hyvä varata aikaa noin kaksi tuntia. Otamme teihin yhteyttä sopiaksemme tapaamisajankohdat. Haastattelusta saatuja tietoja pyritään käyttämään Pöytyän kunnan kotihoidon kehittämiseen.

Allekirjoittamalla tämän lomakkeen suostutte osallistumaan Turun ammattikorkeakoulun fysioterapeuttiopiskelijoiden tekemään haastatteluun sekä FSQfin kyselyyn kotonanne. Osallistumisenne on vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksessa osana olemisen missä tahansa vaiheessa. Henkilöllisyytenne ei tule paljastumaan tutkimuksen aikana ja haastattelun materiaalit tuhoetaan välittömästi tutkimuksen päätyttyä keväällä 2017.

*Kiitos osallistumisestanne tutkimukseemme!*

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Osoitetiedot ja puhelinnumeronne

Fysioterapeuttiopiskelijat, Suvi-Riikka Saarijoki & Johanna Paavola, Turun Ammattikorkeakoulu

suviriikka.saarijoki@edu.turkuamk.fi, johanna.paavola@edu.turkuamk.fi

# FSQfin-kysely (TOIMIA 2011-2014)

## FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä (Paltamaa 5/2010)

Pvm \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_

sivu 1

Nimi :

Henkilötunnus :

Seuraavat kysymykset koskevat selviytymistäsi päivittäisiin askareitasi. Anoi kunkin kysymyksen kohdalla omaa selviytymistäsi **viimeisen kuukauden aikana** ja ympyröi parhaiten omaa tilannettasi kuvaavan vastausvaihtoehdon numero. Jos toimintakyvyssäsi on vaihtelua, niin vastaa sen mukaan, mikä kuvastaa suurinta osaa ajasta. Jos et tee jostain toimintaa muun syyin kuin sairautesi tai vamman takia (esim. siirtä joutua, koska ei rikota autoa), niin ympyröi numero 0. Jos käytössäsi on apuväline tai saat apua toiselta henkilöltä, niin laita rasti lisätietoja sarakkeeseen sen mukaan käytätkö apuvälinettä ja/tai saatko apua. Kirjoita myös mikä apuväline on kyseessä ja keneltä saat apua.

Huomioi, että vastaat paperin molemmilla puolilla oleviin kysymyksiin!

Viimeisen kuukauden aikana	Yleensä ilman vaikeuksia	Jonkin vähän vaikeuksia	Kontalalaisia vaikeuksia	Pajon vaikeuksia	En tee muun syyn takia	Lisätietoja: Jos käytössäsi on apuväline tai saat apua toiselta henkilöltä, niin laita rasti sen mukaan käytätkö apuvälinettä ja/tai saatko apua.  Kirjoita myös mikä apuväline on kyseessä ja keneltä saat apua.
	Ihänäisesti	Ihänäisesti, mutta vasvyyttä, hituttia, lms.	<input type="checkbox"/> aina onnistu, käytän apuvälinettä tai joltain tarvitsen apua	En voi tehdä / tarvitsen toisen henkilön apua		
1. Syöminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
2. Pukeutuminen ja riisuuntuminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
3. WC-toiminnot	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
4. Henkilökohtaisen hygienian hoitaminen (hiukset, parta, ym.)	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
5. Peseytyminen suihkussa tai saunassa	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:

ID 087 / 28.5.2013



TOIMIA

**FSQfin – Kysely itsestä huolehtimisesta, liikkumisesta ja kotielämästä**  
(Pallamaa 2012)

sivu 2

Viimeisen kuukauden aikana...	Yleensä ilman vaikeuksia	Jonkin verran vaikeuksia	Kohtalaisia vaikeuksia	Pajon vaikeuksia	En ole muuttanut syytä	Liikittäjä: Jos käytössäsi on apuväline tai saat apua toiselta henkilöltä, niin luo rasitteen mukaan käytännön apuvälineitä ja/tai esitä apua.  Kirjoita myös mikä apuväline on kyseessä ja keneltä saat apua.
	Itsenäisesti	Itsenäisesti mutta, väsyvyyttä, hitautta, tms.	Ei aina onnistu, käyn apuvälineitä tai ajoittain tarvitsen apua	En voi tehdä / tarvitsen toisen henkilön apua		
6. Kävely kotona huoneesta toiseen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
7. Portaissa kulkeminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
8. 1/2 km:n kävely ulkona ilman lepolaukoja	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
9. Omalla autolla ajaminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
10. Julkisilla kulkuneuvoilla kulkeminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
11. Kauppa-asioiden hoitaminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
12. Ruoanlaittaminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
13. Pyykinpeseminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
14. Siivoaminen	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:
15. Pihatyöt (lumityöt tai puutarhan hoito)	4	3	2	1	0	<input type="checkbox"/> apuväline: <input type="checkbox"/> apu:

FD-037 / 28.5.2013





## **Puolistrukturoitu teemahaastattelurunko**

### TEEMA 1 TOIMINTAKYKY

- Oletteko saaneet fysioterapiaa seurantajakson (1.6. – 30.10.2016) aikana?
- Jos et ole saanut fysioterapiaa. miksi?
- Kuinka usein olet saanut fysioterapiaa?
- Onko toimintakyvyssä tapahtunut muutoksia parempaan vai huonompaan suuntaan vai onko tapahtunut muutoksia lainkaan?
- Oletteko saaneet fysioterapeutilta kotiharjoitteita (toimintakykyne kohentumiseksi)?
- Jos olet saanut harjoitteita, millaisia harjoitteet ovat olleet?

### TEEMA 2 TOIMINNAN KEHITTÄMINEN

- Koitteko saamanne fysioterapian tarpeelliseksi?
- Haluaisitteko saada fysioterapiaa myös jatkossa? -> jos ette halua, miksi ette?
- Haluaisitteko saada samanlaista fysioterapiaa vai olisiko teillä kehittämistoiveita?
- Haluaisitteko kertoa vielä jotakin saamastanne fysioterapiasta, mitä emme ole osanneet teiltä kysyä?

## Kyselylomake hoitajille, osa 1

FYSIOTERAPIAA SAANEIDEN KOTIHOIDON ASIAKKAIDEN ARVIOINTI SEURANTAJAKSOLLA 1.6.- 30.10.2016

**TOIMINTAKYKY** (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky)

1. Millaisia muutoksia olet havainnut fysioterapiaa saaneiden **asiakkaiden fyysisessä toimintakyvyssä** tapahtuneen seurantajakson aikana?

### 1.1 ITSESTÄ HUOLEHTIMINEN (rasti ruutuun)

Arvioitava suoritus	Fyysinen toimintakyky on lisääntynyt	Ei muutosta	Fyysinen toimintakyky on heikentynyt
b. syöminen			
o. pukeminen ja riisuminen			
p. wc-toiminnot			
q. henkilökohtaisen hygienian hoitaminen (hiukset, parta)			
r. peseytyminen, suihkussa käynti			

### 1.2 LIIKKUMINEN (rasti ruutuun)

Arvioitava suoritus	Fyysinen toimintakyky on lisääntynyt	Ei muutosta	Fyysinen toimintakyky on heikentynyt
s. Kävely kotona huoneesta toiseen			

t. Portaissa kulkeminen			
u. ½ km kävely ulkona ilman lepotaukoja			
v. Omalla autolla liikkuminen			
w. Julkisilla kulkuneuvoilla liikkuminen			

## 1.3 KOTIELÄMÄ (rasti ruutuun)

Arvioitava suoritus	Fyysinen toimintakyky on lisääntynyt	Ei muutosta	Fyysinen toimintakyky on heikentynyt
x. Kauppa-asioiden hoitaminen			
y. Ruoanlaittaminen			
z. Pyykinpesu			
å. Siivoaminen			
ä. Pihatyöt			

2. Millä tavoin fysioterapiaa saaneiden **asiakkaiden psyykinen toimintakyky** on muuttunut seurantajakson aikana?

Arvioitava suoritus	Kohentunut, lisääntynyt	Ei muutosta	Heikentynyt, vähentynyt
f. Elämänhallinta (esim. itsenäinen selviytymiskyky)			
g. Elämänlaatu			
h. Tyytyväisyys, onnellisuus			
i. Masennus			
j. Aktiivisuus, omaehtoinen tekeminen			

3. Millaisia muutoksia olet havainnut fysioterapiaa saaneiden **asiakkaiden sosiaalisessa toimintakyvyssä** tapahtuneen seurantajakson aikana

Arvioitava suoritus	Sosiaalinen toimintakyky on lisääntynyt	Ei muutosta	Sosiaalinen toimintakyky on vähentynyt
f. Avun tarve			
g. Yksinäisyys			
h. Sosiaalinen kanssakäyminen hoitohenkilökunnan kanssa			
i. Sosiaalinen kanssakäyminen kodin ulkopuolella			
j.			

4. Onko fysioterapiaa saaneilla kotihoidon asiakkailla ollut sairaalahoitoon joutaneita kaatumisia seurantajaksolla?

KYLLÄ

EI

5. Ovatko kotihoidon asiakkaiden kaatumistapaturmat seurantajaksonea määrällisesti

LISÄÄNTYNEET

PYSYNEET ENNALLAAN

VÄHENTYNEET

## Kyselylomake hoitajille, osa 2

### KUNTOUTTAVAN TYÖTAVAN JA MONIAMMATILLISEN YHTEITYÖN TOTEUTUMINEN

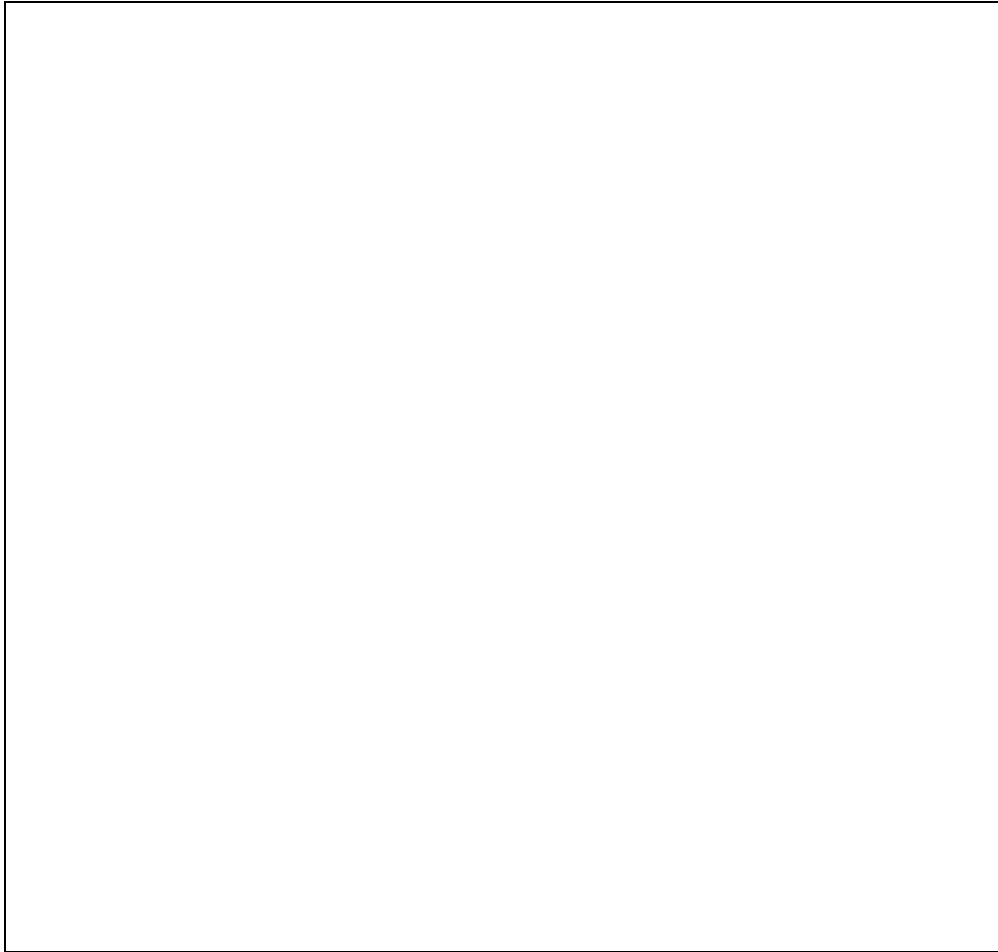
Fysioterapeutin ammattitaidon hyödynnettävyys kuntouttavassa työtavassa	Toteutuu, Tosi	Ei toteutuu, Epätosi
a. olen saanut fysioterapeutilta neuvoja ja ohjausta asiakasta osallistavissa ja asiakkaan voimavaroja tukevilla toimintamalleilla		
b. olen saanut fysioterapeutilta neuvoja ja ohjausta ergonomisten työtapojen toteuttamiseksi ja työhyvinvoinnin edistämiseksi		
c. olen hyötynyt saamistani neuvoista ja ohjauksesta (päivittäinen asiakkaan osallistaminen ja voimavaroja tukeva työote)		
d. yksikössämme fysioterapia ja kuntouttava hoitotyö yhdessä tukevat asiakkaan kotona pärjäämistä		
e. asiakkaat ovat hyötäneet saamastaan kotikuntoutuksesta		
f. fysioterapiaa saaneiden asiakkaiden toimintakyky (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen) on lisääntynyt		
g. fysioterapiaa saaneiden asiakkaiden toimintakyvyn lisääntyminen on vähentänyt hoitotyön fyysistä kuormittavuutta		
h. fysioterapeutti osallistuu asiakkaan kuntoutussuunnitelman laadintaan yhdessä kotisairaanhoidotiimin sairaanhoitajan ja lähihoitajien kanssa		

i. yksikössämme on käytössä yhteinen kuntoutumismalli		
j. kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä arvioidaan säännöllisesti		
k. fysioterapeutti osallistuu yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa kotihoidon palveluiden käynnistämiseen uusien asiakkaiden kanssa		
l. fysioterapeutti tekee tai osallistuu kuntoutussuunnitelmaan liittyvän alkuarvioon		
m. fysioterapeutti tekee kuntoutuspalveluiden tarpeen arviointeja säännöllisesti		
n. fysioterapeutti tekee kuntoutuspalveluiden tarpeen arviointeja pyydettyä (pyyntö kotihoidon henkilökunnalta)		
o. asiakas saa tarvitsemaansa kuntoutusta, kuten fysioterapiaa oikea-aikaisesti (fysioterapeutin varhainen puuttuminen asiakkaan tarpeisiin)		
p. asiakkaan kotiutuessa fysioterapeutti tekee asiakkaan luokse arviokäynnin kotona pärjäämisen ja apuvälinetarpeen arvioimiseksi		
q. asiakkaan kanssa yhdessä asetetut kuntoutumisen tavoitteet ovat hoitohenkilökunnan tiedossa		
r. asiakkaan kuntoutuksen tavoitteet ovat mielestäni realistiset		
s. asiakkaan harjoitteet on sulautettu osaksi arkitoimintoja ja ne toteutetaan hoitohenkilökunnan käytien yhteydessä		

t. asiakkaan kuntoutumisen edistymistä arvioidaan yhdessä kuntoutuksen ja hoitohenkilökunnan kanssa		
u. Omaishoitajien on mahdollista saada tukea ja ohjausta fysioterapeutilta omaisensa hoitoon liittyvissä asioissa		
v. fysioterapeutti on mukana arvioimassa raskaampiin hoitomuotoihin siirtymistä		
w. työnjako kuntouttavan ja hoitohenkilökunnan kesken on selkeä		
x. olen tyytyväinen työnjakoon (vrt. kohta r.)		
y. Yhteistyö kuntoutuksen ja kotihoidon välillä on toimivaa		
z. Koen fysioterapeutin olevan tärkeä kuntouttavan kotihoitotiimimme jäsen		



KEHITYSEHDOTUKSIA KUNTOUTTAVALLE KOTIHOIDOLLE (ensisijaisesti fysioterapian osalta)



KIITOS VASTAUKSESTASI!