

# ”Edetään pikkuhiljaa, asia kerrallaan”

Kotihoidon kuntouttava ja voimavaralähtöinen  
työote asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa

Mira Ojansivu  
Jaana Pekkola

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2012

Kuntoutusohjauksen koulutusohjelma  
Terveys-, sosiaali- ja liikunta-ala





Tekijä(t) OJANSIVU, Mira PEKKOLA, Jaana	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 09.05.2012
	Sivumäärä 70	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi "Edetään pikkuhiljaa, asia kerrallaan" Kotihoidon kuntouttava ja voimavaralähtöinen työote asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa		
Koulutusohjelma Kuntoutusohjauksen ja - suunnittelun koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) MINKKINEN, Leena ROIVAS, Terttu		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Marjatta Salminen		
Tiivistelmä Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää miten kuntouttava ja voimavaralähtöinen työote näkyvät kotihoidon työntekijöiden hoitotyössä, sekä miten he pystyvät työssään vaikuttamaan asiakkaan toimintakyvyn ja omatoimisuuden edistämiseen. Lisäksi haluttiin myös tietää, millaisia kehittämistarpeita ja toiveita kohdistuu hoito- ja palvelusuunnitelmaan, sekä kuntouttavaan ja voimavaralähtöiseen työotteeseen.  Opinnäytetyömme on sekä laadullinen että määrällinen tutkimus. Aineisto on kerätty sähköisen lomakekyselyn avulla ja saatu aineisto on käsitelty Webropol – sähköisen ohjelman avulla sekä avointen kysymysten osalta sisällönanalyysin avulla. Työntekijöiden kyselyt teimme 2012 alkuvuodesta. Analysoimme tutkimustyömme aineiston aineistolähtöisen sisällönanalyysi-menetelmän avulla sekä teemoittelulla.  Kotihoidon työntekijöiden vastauksista ilmeni, että he käyttävät kuntouttavaa ja voimavaralähtöistä työotetta työskennellessään asiakkaiden kanssa. Työn tekemisen ongelmina koettiin kiire ja ajanpuute. Vastauksissa todettiin, että palvelusuunnitelman tulisi sisältää sen hetkiset asiakkaan voimavarat sekä tavoitteet ja keinot asiakkaan toimintakyvyn tukemiseksi. Saamamme keskeisimmät koulutustoiveet liittyivät kuntouttavaan työotteeseen ja apuvälineiden hallintaan sekä laadukkaaseen saattohoitoon.  Kehittämisehdotuksemme on asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman täydentäminen kuntoutumissuunnitelmalla. Suunnittelua varten tulisi perustaa kehittämissuunnitelmaa. Kehittämisehdotuksena nousi esille myös koulutuksen järjestäminen kuntouttavasta työotteesta ja apuvälineiden hallinnasta sekä laadukkaasta saattohoidosta.  Jatkotutkimusaiheena ehdotetaan tutkimuksen uusimista myöhemmin vertailevana tutkimuksena. Tutkimus tehdään ja palautteet kerätään Jyväskylän kotihoidon työntekijöiltä sekä lisäksi toisen kunnan kotihoidon työntekijöiltä.		
Avainsanat (asiasanat) Kyselytutkimus, kotihoito, kuntouttava työote, voimavaralähtöisyys ja toimintakyvyn tukeminen		
Muut tiedot 48 sivua, liitteitä 22 sivua		



Author(s) OJANSIVU, Mira PEKKOLA, Jaana	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 09.05.2012
	Pages 70	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until	Permission for web publication <input checked="" type="checkbox"/> ( X )
Title " Let's Proceed Little by Little, One Thing at a Time" – Rehabilitative and Resource-based Home Care Working Method to Support the Customer's to Function		
Degree Programme Rehabilitation Counselling		
Tutor(s) MINKKINEN, Leena ROIVAS, Terttu		
Assigned by Mrs. Marjatta Salminen, Manager of the Services for the Elderly and Disabled of the City of Jyväskylä		
Abstract <p>The purpose of our study was to examine the manner in which rehabilitative approach is shown in home care workers' nursing methods. Also their ability to influence the customer's ability to work and to promote the client's independence was assessed. We also wanted to find out what kind of development ideas and wishes workers had for the Care and Service Plan as well as for rehabilitative working methods.</p> <p>Our study was both qualitative and quantitative. The data were collected using a web-based questionnaire for employees and the resulting material was content-analysed with Webropol software. The questionnaires had themed items and included also open questions. Free-text answers were classified and examined using content analysis. The employee survey was conducted in early 2012.</p> <p>The home care workers' responses revealed that they are already using a rehabilitative and resource-oriented approach when working with clients. The main issues in the work seemed to be constant hurry and the lack of time. The responses also stated that the service plan should include valid and recent customer resources and objectives as well as the means to support the client's functional capacity. The most essential educational aspirations related to rehabilitative approach, managing aiding devices, and high-quality terminal care.</p> <p>Our suggestion for further development would be to include the rehabilitation plan in the customer care and service plan in the future. A developmental working group should be set up for the planning process. Other suggestions for development also mentioned were training in the rehabilitative approach, in the management of aiding devices, as well as in high-quality terminal care.</p> <p>As a topic for further study, we propose that the survey would be renewed later to create a comparative study. The survey could be conducted and feedback collected from Jyväskylä home care workers as well as home care workers in another municipality.</p>		
Keywords Survey query , home care, rehabilitative support to work, recourse orientation and , functionality support		
Miscellaneous  48 pages, appendices 22 pages		

## Sisältö

1 JOHDANTO.....	3
2 KOTIHOITO.....	6
2.1 Hyvä kotihoito.....	6
2.2 Kotihoidon asiakkaat.....	7
2.3 Kotihoidon työntekijät .....	9
2.4 Hoito- ja palvelusuunnitelma .....	10
2.5 Apuvälineet.....	10
3 KOTIHOIDON HENKILÖSTÖN TYÖTÄ OHJAAVAT PERIAATTEET .....	12
3.1 Kuntoutuksen jatkuvuus .....	12
3.2 Itsemääräämisoikeus .....	13
3.3 Turvallisuus.....	13
3.4 Yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys .....	14
4 TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN JA OSALLISUUS.....	15
5 KUNTOUTTAVA TYÖOTE .....	18
6 VOIMAVARALÄHTÖINEN TYÖOTE.....	20
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	21
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	22
8.1 Tutkimusote.....	22
8.2 Aineiston keruu.....	23
8.3 Aineiston analysointimenetelmä ja toteutus .....	24
8.4 Luotettavuuden arviointi, yleistettävyyys ja eettisyys .....	25
9 TUTKIMUSTULOKSET .....	27
9.1 Taustatiedot.....	27
9.2 Työtä ohjaavat periaatteet.....	29
9.3 Kuntouttava työote asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa .....	30
9.4 Hoito- ja palvelusuunnitelma .....	32
9.5 Apuvälineet.....	33
9.6 Kuntouttavan työn kehittäminen .....	36
10 POHDINTA.....	40
LÄHTEET .....	45
LIITTEET.....	49

Liite 1. Tutkimuslupa.....	49
Liite 2. Kotihoidon ja vammaispalvelutyön yhteispalaveri .....	50
Liite 3. Saatekirje .....	52
Liite 4. Haastattelu lomake .....	53
Liite 5. Aineiston analyysi.....	61

## KUVIOT

KUVIO 1. (ICF) Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden käsitteellinen malli (Järvikoski & Härkäpää 2011, 97).....	16
KUVIO 2. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma.....	27
KUVIO 3. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt kotihoidossa?.....	28
KUVIO 4. Kuntouttavassa työtteessä asiakas tekee omien voimavarojensa mukaan hoitajan avustaessa tarvittaessa.....	30
KUVIO 5. Hoito- ja palvelusuunnitelma on mielestäni yleensä tehty realistisesti ja sen tavoitteiden noudattaminen on helppoa.....	32
KUVIO 6. Asiakkaalla on apuvälineitä, joiden käyttöä en osaa ohjata esim. kommuni- kaattori, sähkösätky, rollaattori, kuulokoje. ....	34

## TAULUKOT

TAULUKKO 1. Tiedän työpaikkaani ohjaavat periaatteet.....	29
TAULUKKO 2. Haluan lisäkoulutusta kuntouttavasta työtteestä.....	36

## 1 JOHDANTO

Hedman, Johansson ja Rosenqvist (2007) ovat tutkineet Ruotsin ikääntyneiden kotihoitoon rakenteellista integrointia. Heidän mukaansa kansainvälisenä suuntauksena on siirtyminen sairaalasta avohuollon palveluihin. Olisi kuitenkin tärkeää vähentää laitoshoidon tarvetta lisäämällä kotihoidon palveluja. Myös Euroopan poliittiset päättäjät suosittelvat kotihoidon palveluja laitoshoidon tilalle. Nykyään myös kuntoutusta ja vakavasti sairaiden hoitoa voidaan tarjota ihmisten koteihin. (Hedman, Johansson & Rosenqvist 2007, 1–2.)

Omaisten mielestä Sims - Gouldin ja Martin - Matthews (2010) tutkimuksessa tuli ilmi, että kotihoidossa oleville asiakkaille olisi tärkeää, että kotihoidon työntekijät tietäisivät, ymmärtäisivät ja näkisivät asiakkaan henkilönä. Omaisista yli puolet oli huolissaan työntekijöistä, jotka "vain juoksivat ja tekivät työnsä", eivätkä nähneet asiakkaan yksilöllisyyttä. Ikääntyvien omaiset olivat korostaneet myös kotihoidon vuorovaikutuksen ja suhteen laatua, sekä saadun hoidon laadun varmistusta. Laadun varmistuksessa olisi tärkeää, että ikääntyneitä kohdeltaisiin yksilöllisesti ja heidän yksilöllisiä tarpeitaan, sekä toiveitaan kunnioitettaisiin. (Sims - Gould & Martin - Matthews 2010, 420, 421.) Voimavaraorientoituneessa kuntoutuksen palveluohjauksessa tuetaan asiakkaan toimintavoimaa ja valtaistumista, jossa keskeistä on asiakkaan vahvuuksien ja itsemääräämisen huomioiminen ja jossa myös työntekijän ja asiakkaan suhde on olennainen ja ensisijainen asia. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 239.)

Jyväskylän kaupungin kotihoito selvittää palvelujen tarpeen silloin, kun asiakas tarvitsee sairauden, alentuneen toimintakyvyn, vanhuuden tai vammaisuuden vuoksi apua jokapäiväisiin toimiin (Kotihoito 2012). Osa kotihoidon palvelujen piirissä olevista asiakkaista saavat palveluja myös Jyväskylän kaupungin vammaispalveluilta. Koskisen, Pitkälän ja Saarenheimon (2008) mukaan kuntoutuksen kannalta tärkeitä erityisryhmiä ovat iäkkäät vammaiset, kehitysvammaiset sekä näkö- ja kuulovammaiset. Oman ryhmänsä kuntoutuksessa muodostavat mielenterveyskuntoutujat.

(Koskinen ym. 2008, 556.) Tässä opinnäytetyössä kaikista asiakasryhmiin kuuluvista asiakkaista käytetään yhteistä nimitystä kotihoidon asiakas.

Jyväskylän sosiaali- ja terveystaloudissa valmistaudutaan organisaation muutokseen vuoden 2013 alussa. Uuden sukupolven organisaation (USO) eräänä tavoitteena organisaation uudistuksessa on siirtyä kuntalaisten hyvinvointia tukeviin, asiakaskeskeisiin rakenteisiin ja toimintatapoihin. Tavoitteena on myös siirtyä hyvin toimiviin palveluketjuihin, jossa korostetaan asiakaslähtöisyyttä ja vahvistetaan kuntalaisen omatoimisuutta. (Uuden sukupolven organisaation valmistelutoimikunnan pöytäkirja, 2011.) Organisaation muutoksessa on tarkoitus myös häivyttää eri palvelujen rajapintoja, jotta ajatusmallia ”teidän ja meidän asiakkaat” ei enää olisi. Myös Koskinen, Pitkälä ja Saarenheimo (2008) toteavat, että viimeaikoina asiakaslähtöisyyden ja yhteistyön periaatteet ovat nousseet keskeisiksi sekä vanhustyössä että monitoimijaisessa yhteistyössä, jossa asiakkaan oma rooli korostuu. Yhteistyön syventäminen on siis tarpeellista, ja on oleellista pohtia miten erilaiset tehtävät ja asemat kuntoutusyhteistyössä jakautuvat asiakkaan ja ammattilaisten kesken. (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 556–557.)

Uusia linjoja tulevalle yhteistyölle ja kotihoidon työntekijöiden työn sisällön ja työotteen muutokselle haettiin myös 11.4.2011 pidetyssä Jyväskylän kotihoidon ja vammaispalvelun sosiaalityön yhteisessä palaverissa (liite 2). Palaverissa koettiin tärkeäksi selvittää kotihoidon työntekijöiden ja vammaisavustajien roolit ja työnkuvat. Tärkeänä pidettiin myös kotihoidon työntekijöiden työn sisällön kehittämistä esimerkiksi koulutuksen kautta.

Muutosta työotteeseen ja asiakkaan kohtaamiseen haettiin myös 2011 pidetyssä Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystaloudien henkilöstölle ”Ihmisestä lähtöisin -koulutuksessa”, jossa yksi tärkeämmistä aiheista oli ”minä toimintakulttuurin muuttajana”. Koulutuksessa luennoitsijoina toimivat Jyväskylän ammattikorkeakoulun yliopettaja TtT Pirjo Tiikkainen sekä TtM Riitta Saarinen Jyväskylän aikuisopistolta. Koulutuksen tavoitteena oli elämänlaatua edistävän työotteen käyttöönotto. Henkilöstökoulutuksen rinnalle järjestettiin vertaismentorointi - koulutus, joka aloitettiin viikkoa ennen yhteiskoulutuksen alkua. Mentoreiksi valittiin työntekijöitä,

jotka ovat motivoituneita ja kaipasivat haasteita omaan työhönsä. Koulutukseen valitut mentorit kokivat työn kehittämisen tärkeänä tai kokivat arvostiriitaa nykyisen työkultuurin ja hoitotyön arvojen sekä periaatteiden kesken. Mentoreiden tarkoituksena on toimia Jyväskylän sosiaali- ja terveystieteiden kotihoidossa työhyönteisössään vertaistukena toisille työntekijöille.

Työntekijän kuntouttavassa ja voimavaralähtöisessä työskentelyssä korostuvat sekä asiakkaan oma psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky, että yhteistyö omaisten sekä yhteistyötahojen kanssa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, millä tavalla Jyväskylän kaupungin kotihoidon työntekijät näkevät asiakkaiden yksilöllisyyden ja kuntouttavan sekä voimavaralähtöisen hoidon kuntouttavassa hoitotyössään. Opinnäytetyössä hyödynnetään sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tutkimusotetta. Lähtötiedot opinnäytetyöhön kerättiin sähköpostin kautta työntekijöille lähetetyn kyselylomakkeen avulla. Toive tähän opinnäytetyöhön on lähtenyt Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalvelujen palveluyksikön johtajalta Marjatta Salmiselta.



## 2 KOTIHOITO

### 2.1 Hyvä kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalveluja, kotisairaanhoidoa ja erilaisia tukipalveluja. Kotipalvelun tehtävänä on auttaa henkilöitä ja perheitä silloin, kun he tarvitsevat apua kotiin sairauden, vamman tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi suoriutuakseen arkipäivän toiminnoissa. Sosiaalihuoltolaissa on säädetty koti- ja tukipalvelut, joita ovat esimerkiksi ateriat, siivous ja turvapalvelut. Kansanterveyslain mukaan kunnan tulee järjestää asukkailleen kotihoidon sairaanhoidoa, joita ovat lääkärin suorittama tutkimus, hänen antamansa tai valvomansa hoito sekä lääkinnällinen kuntoutus. Kunnissa, joissa peruskunta vastaa sekä perusterveydenhuollosta että sosiaalitoimesta, kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty organisaatiossa kotihoidon yksiköksi. (Kotihoito, 2012.)

Hyvän kotihoidon tavoitteena on tarjota eri asiakasryhmille asiakkaan tarpeisiin ja toiveisiin perustuvaa palvelua. Vammaisille suunnattuja kotihoitopalveluja voidaan liittää muun kotihoidon yhteyteen, jolloin moniammatillista erityisosaamista voidaan hyödyntää kotihoidon vammaisasiakkaiden parhaaksi. Kotihoitopalveluiden painopiste on siirtynyt kodinhoidon tehtävistä henkilökohtaiseen hoitoon ja huolenpitoon. (Ikonen & Julkunen 2007, 16.)

Hyvä kotihoito käsittää sellaisen huolenpidon, jolla luodaan turvallisuutta ja edistään ikäihmisten hyvää elämää. Hyvä hoito tulee taata jokaiselle riippumatta iästä, sukupuolesta, kielestä, asuinpaikasta tai avuntarpeen syistä. Hyvä kuntouttava ja voimavaralähtöinen hoito vaatii hoitoon osallistavalta eettistä herkkyyttä, inhimillisyyttä, kunkin arvomaailman ymmärtämistä, aitoa välittämistä ja osaamista. (Kivelä & Vaapio 2011, 22.)

## 2.2 Kotihoidon asiakkaat

Kotihoidon suurimpana asiakasryhmänä ovat vammaisasiakkaat, ikääntyneet, päihdeongelmaiset, mutta pitkäaikaissairaat sekä mielenterveyskuntoutujat ovat tyypillisiä kotihoidon asiakkaita. (Ikonen & Julkunen 2007, 16.)

### *Vammaisasiakkaat*

Kun määritellään "vammaisuuutta" tai vammaista henkilöä tulisi niitä Rädyn (2010, 32) mukaan käsitellä yksilön tilana ja kokemuksena sekä yhteiskunnallisena että sosiaalipoliittisena kokemuksena. Yhteiskunnallisen mallin mukaan ihmiset, joilla on vaurio tai sairaus, ovat vajaakuntoisia, koska yhteiskunta ei pysty vastaamaan heidän tarpeisiinsa. Yhteiskunnallinen malli on tuonut esiin myös vammaisen kokemuksellisuutta, sekä kulttuurisia tekijöitä mm. aineelliset olosuhteet, tulot, koulutuksen ja sosiaalisen ympäristön laadun. (Suikkanen & Lindh 2008, 65.)

Maailman terveysjärjestö WHO:ssa on kehitetty vammaisuuden ja sen aiheuttamien haittojen porrastus, jossa vammalla tarkoitetaan psykologisten tai fysiologisten toimintojen tai anatomisen rakenteen poikkeavuutta. Vajaatoiminnalla tarkoitetaan ihmiselle normaaleissa toiminnoissa olevia, vammasta johtuvia, rajoituksia tai puutoksia. Haitalla puolestaan tarkoitetaan vammasta, tai vajaatoiminnasta johtuvaa huono-osaisuutta, joka rajoittaa tai estää henkilöä suoriutumasta: ottaen huomioon hänen ikänsä, sukupuolensa, sosiaalisen asemansa ja kulttuuritaustansa. Huono-osaisuus näkyy haittana yksilön ja yhteiskunnan välisessä vuorovaikutuksessa. (Räty 2010, 32.)

Vammaispalvelulain mukaan vammaisella henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla vamman tai sairauden johdosta on erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista pitkäaikaisesti (L 3.4.1987/380). Vaikeavammaisuuuden kriteerit täyttää esimerkiksi henkilö, jolla on neliraajahalvaus, tai joka on kokonaan sokea. Määrittely vaikeavammaisuuudesta tulee aina tapahtua yksilöllisesti. Määrittelyssä vammaista henkilöä, edellytetään, että henkilöllä on vammasta tai sairaus-

desta aiheutuvia rajoituksia, jotka estävät, tai vaikeuttavat suoriutumista tavanomaisista päivittäisistä toiminnoista. (Räty 2010, 33–34.)

Tässä opinnäytetyössä vammaisuudella tarkoitetaan sellaista vammaisuuden astetta, jossa henkilö tarvitsee apua, tukea ja kuntoutusta päivittäisissä arjen toiminnoissaan. Arjen toiminnot koostuvat esimerkiksi henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisesta, ruokailusta, asioinneista ja lääkehoidosta. Vaikeasti vammaisen henkilö tarvitsee huomattavasti enemmän apua ja tukea kuin lievästi vammaisen. Lievästi vammaisen henkilö selviää arjen toiminnoistaan lähes itsenäisesti. Hän ei tarvitse apua henkilökohtaisissa toiminnoissa, kotitaloustöissä eikä asioinneissa kodin ulkopuolella päivittäin.

### *Ikääntyneet*

Yhä useammat ihmiset saavuttavat korkean iän ja osa on hyvin vanhoja, noin 90 vuotiaita. Näin ollen pitkäikäisyydellä on vaikutuksia yhteiskuntaan ja yksittäisen ihmisen elämään. Suomalaiset jäävät pois töistä noin 60 vuotiaina ja vanhuuden rajaksi määritellään yhä useimmin 80 tai 85 ikävuotta. Ikääntymistä tarkastellaan yleensä sosiokulttuurisesti laaja-alaisesti, jossa painotetaan iäkkäiden ihmisten vahvuuksia ja voimavaroja, samalla vanhuus nähdään normaalina elämänvaiheena, ei sairautena. Käytännön vanhustyössä nämä kaksi käsitystä aiheuttavat usein vastakkainasettelua. (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2010, 548 -549.) Opinnäytetyössämme käytämme käsitettä ikääntyneet, joka käsittää yli 65 -vuotiaat kotihoiton asiakkaana olevat henkilöt. Järvikosken ja Härkäpään (2011, 75) mukaan pitkäaikaiset sairaudet ja vammat ovat yhteydessä ikään.

### *Pitkäaikaissairaat*

Arviot omasta terveydestä perustuvat esimerkiksi psyykkiseen hyvinvointiin, elämäntapaan, toimintakykyyn sekä pitkäaikaissairauksiin (Lyyra & Tiikkanen 2008, 67). Pitkäaikaissairauksiksi määritellään muun muassa sydän- ja verisuonitaudit, aivohalvaus, syöpä, hermoston rappeutumissairaudet kuten dementia, mielenterveyden häiriöt sekä ikääntymiseen liittyvät sairaudet (Vakavat ja krooniset sairau-

det, 2012). Järvikoski ja Härkäpää (2011, 76) puolestaan kirjoittavat, että väestön pitkäaikaissairauksista sydän- ja verisuonitaudit ovat yleisiä, mutta mielenterveysongelmat, vakava masennus ja alkoholiriippuvuus ovat vielä näitäkin yleisempiä.

Sihvosen, Matrelin, Koskisen, Sainion ja Aroma (2003) mukaan pitkäaikaissairaita ovat henkilöt, jotka ovat vastanneet myöntävästi kysyttäessä onko heillä työ- ja toimintakyky vähentävä pitkäaikainen sairaus, vika, vaiva tai vamma. Pitkäaikaissairauksien suhteellinen osuus miehissä ja naisissa oli lähes yhtä suurta kaikissa ikäluokissa. Eläkeikäisistä yli 80 % ja 30–34 vuotiaista 20–30 % ilmoitti sairastavansa jotain pitkäaikaissairautta. (Mts.51.)

### 2.3 Kotihoidon työntekijät

Kotihoidossa työskentelee pääasiassa lähihoitajia, kodinhoitajia sekä kotiavustajia. Kotihoidon työntekijöiden työtehtäviin kuuluvat esimerkiksi asiakkaan tukeminen ja auttaminen arkipäivän askareissa sekä henkilökohtaisista toiminnoista suoriutumisessa. Työntekijät neuvovat asiakkaita, sekä heidän omaisiaan palveluihin liittyvissä asioissa ja he seuraavat asiakkaan vointia. Kotisairaanhoidossa työntekijät ovat koulutukseltaan lähinnä sairaanhoitajia. Kotisairaanhoidossa työntekijöiden tehtäviin kuuluu lääkärin määräämien sairaanhoidollisten toimien suorittaminen, kuten esimerkiksi näytteiden otto, lääkkeidenoton valvominen sekä asiakkaan voinnin seuranta. (Kotihoito tukee kotona selviytymistä, 2011.)

Jyväskylän kaupungin kotihoito on jakautunut 13 alueeseen, joissa toimii erikokoisia tiimejä. Tiimeissä työskentelee yhteensä 153 lähihoitajaa, 89 kodinhoitajaa, 32 sairaanhoitajaa, 21 terveydenhoitajaa, 8 perushoitajaa, 6 kotiavustajaa ja 4 erityisavustajaa. Turva- ja vuorohoidon alueella on esimerkiksi kolme tiimiä. Palvelupäälliköitä tiimeissä on yhteensä 8. (Kiviniemi 2012.)

## 2.4 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Kotipalvelun tehtäviin kuuluu asiakkaan voinnin seuranta ja asiakkaan sekä hänen omaistensa neuvonta muihin palveluihin. Kotihoidosta tehdään palvelua tarvitsevan henkilön kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelma. Tämän suunnitelman toteutumista seurataan ja suunnitelmaa tarkastetaan palvelujen tarpeen muuttuessa. (Kotihoido tukee kotona selviytymistä, 2011.)

Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävän lain mukaan palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma on pääsääntöisesti laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa, tai yhteistyössä hänen laillisen edustajansa, omaisensa tai muun läheisen kanssa. Suunnitelma laaditaan yhteistyössä jos asiakas sairauden, henkisen toimintakyvyn vajaavuuden, tai muun vastaavan syyn vuoksi, ei pysty osallistumaan ja vaikuttamaan palvelujensa suunniteluun ja toteuttamiseen. (L 22.9 2000/812.)

Jyväskylän kaupungin kotihoidon ja vammaispalvelujen sosiaalityön yhteispalaverissa todettiin, että sekä kaupungin kotihoidon työntekijät että vammaispalvelun sosiaalityöntekijät tekevät asiakkaiden kanssa palvelusuunnitelmia omilla tahoillaan ilman, että olisivat toisiinsa yhteydessä (liite 2). Päivärinnan ja Haverisen (2002) mukaan palvelusuunnitelman tavoitteena on kuitenkin tukea ja edistää kuntouttavaa asiakaslähtöistä työtä ja työtettä, joka edistää kotona asumista sekä kehittää palveluja ja niiden arviointia kattavasti ja paikallisesti koko palvelujärjestelmässä (Haverinen & Päivärinta, 2002, 5).

## 2.5 Apuvälineet

Apuvälineiden tehtävänä on tukea henkilöitä, joiden toimintakyky on alentunut sairauden, vamman tai ikääntymisen aiheuttamien muutosten vuoksi. Apuvälineet esimerkiksi mahdollistavat liikkumisen ja suoriutumisen päivittäisistä toiminnoista, tai ne ovat apuna kuulemisessa, näkemisessä ja muissa elämän toiminnoissa lisäten toimintakykyä ja hyvinvointia. Apuvälineet säästävät myös käyttäjiensä voimia jolloin he pystyvät toimimaan monipuolisemmin. (Konola, Töytäri & Kallanranta 2008,

565.) Kotona asuvan ympäristön turvallisuus ja esteettömyys, sekä apuvälineet ja elämänhallinnan kokemus pidentävät kotona asumista ja itsenäistä selviytymistä (Koskinen, Pitkälä & Saarenheimo 2008, 560).

Apuvälineiden tarpeen havaitseminen käynnistää Konolan ym. (2008) mukaan prosessin, jonka aikana suunnitellaan tarpeen mukainen apuväline. Yleensä henkilö itse tai hänen lähipiiriinsä kuuluva henkilö voi todeta apuvälineen tarpeellisuuden. Apuvälinettä tarvitseva henkilö voi olla itse yhteydessä apuvälinelainaamoon, useimmin kuitenkin lääkäri, terapeutti tai kotihoidon henkilökunta tekee suosituksen tai lähetteen apuvälinetarpeesta. (Konola ym. 2008, 569 – 570.)

Tarve apuvälineelle on harvoin kiireellistä toimintaa. Ensisijaisena tavoitteena on turvata apuvälineet, joiden avulla henkilö pystyy ylläpitämään välttämättömiä ja keskeisimpiä toimintojaan omassa päivittäisessä arjessaan. Jos apuvälinetarvetta ei huomioida, se voi johtaa esimerkiksi toimintakyvyn heikkenemiseen, muiden hoitojen ja palveluiden tarpeen lisääntymiseen tai henkilön turvallisuuden heikkenemiseen. Vaativampia apuvälineitä kokeillaan tulevassa toimintaympäristössä juuri sen vuoksi, että saadaan selville apuvälineen sopivuus. Tällaisia apuvälineitä ovat muun muassa sähköpyörätuoli sekä kommunikoinnin apuvälineet. (Konola ym. 2008, 571.)

Konola ym. (2008) toteavat, että vastuu apuvälineiden huoltamisesta ja korjauksesta on apuvälineen luovuttaneella taholla, tämä ei kuitenkaan poista käyttäjän omaa vastuuta. Apuvälineen käyttäjälle pyritään turvaamaan mahdollisimman turvallinen, käyttökuntoinen, tarkoituksenmukainen ja sopiva apuväline. Tämän vuoksi apuvälineen käyttöä tulee seurata. Seuranta kuuluu niin käyttäjälle itselleen kuin myös kaikille niille henkilöille, jotka ovat tekemisissä apuvälinettä käyttävän henkilön kanssa. Tämä tarkoittaa apuvälineen käyttäjän läheisiä, avustajia sekä kotipalveluhenkilöstöä. (Mts., 570–572.)

### 3 KOTIHOIDON HENKILÖSTÖN TYÖTÄ OHJAAVAT PERIAATTEET

Lindqvist (1989, 118) kuvaa kirjassaan, että ammatillisesti tärkeitä asioita ovat avoimuus, inhimillisyys ja empaattinen kuunteleminen sekä hoidettavan houkuttelevuus yhteistyöhön. Tuomi (2005) puolestaan painottaa, että hoitotyöntekijällä tulee olla kriittinen asenne työhönsä ja sen ehtoihin, eikä pelkkä ”haluan auttaa” -asenne tai ajatus riitä, että asiakas tulee hoidetuksi (Tuomi 2005, 22–23).

Ongelmatilanne saattaa syntyä silloin, kun työntekijät ovat erimieltä siitä, miten menetellä, ja mihin asioihin puuttua kotikäyntien yhteydessä. Sen vuoksi työntekijöiden on hyvä käydä keskenään keskustelua, kuinka pitkälle asiakkaiden yksilöllistä elämäntyyliä ja heidän tapojaan ja tottumuksiaan voi sallia, ja missä tilanteessa on välttämätön puuttua tilanteeseen. (Vuori-Kemilä, Lidroos, Nevala & Virtanen 2005, 124–125.)

#### 3.1 Kuntoutuksen jatkuvuus

Järvikoski ja Härkäpää (2011) eivät pidä kuntoutusta pelkästään jo syntyneiden haittojen korjaavana toimintana, vaan siihen on myös sisällytetty ennaltaehkäisyn näkökulma. Kuntoutukselle on tyypillistä tavoitteellisuus, jossa tavoitellaan ihmisen elämäntilanteen muutosta ja parempaa selviytymistä arkielämässä, tai omassa toimintaympäristössään. Tavoitteellisuuteen liittyy tiiviisti suunnitelmallisuus. Eli kuntoutus perustuu harkintaan siitä, millaisia muutoksia halutaan nykyiseen tilanteeseen ja millaisia keinoja tarvitaan muutokseen pääsemiseksi.

Kuntoutukseen kuuluu myös prosessinomaisuus. Haasteena voidaankin pitää prosessinomaisuuden katkeamattomuutta. Toiminnan monialaisuus, sekä moniammatillisuus sisältyvät kuntoutusprosessiin erilaisten hoidollisten, ohjaavien, valmentavien, sopeuttavien sekä opettavien toimenpiteiden kautta. Kuntoutus on siis toimenpiteiden prosessi, sekä suunnitelmallinen ohjausprosessi, joka etenee prosessinomaisesti suunnitteluvaiheen kautta erilaisiin toimenpiteiden toteutuksiin, ja jatkuvan seurannan kautta kohti tavoiteltua tilaa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 33–34, 190.)

### 3.2 Itsemääräämisoikeus

Asiakslähtöisessä työtöteessä turvataan asiakkaan kuuleminen sekä hänen osallistuminen suunnitelman laatimiseen, tarkastamiseen ja muuttamiseen. Asiakas voi halutessaan liittää omat toiveensa ja tahdonilmaisunsa hoito- ja palvelusuunnitelmaan niistä asioista miten hän toivoo itseään hoidettavan, esimerkiksi jos hänen toimintakykynsä alenee. (Päivärinta & Haverinen 2002, 14–15.)

*Asiakslain 1§.n mukaan lain tarkoituksena on edistää asiakslähtöisyyttä ja asiakkuussuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa" (Räty 2009, 22–23).*

Lain tavoitteena on toteuttaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta niin, että otetaan huomioon asiakkaan tarpeet, toivomukset ja mielipiteet siten, kun asiakas ne itse ilmaisee. Tällä säännöksellä pyritään lisäämään asiakkaan omaa aktiivisuutta, sekä edistämään asiakkaan myönteistä kohtelua sosiaalihuollossa. (Räty 2009, 23). Myös iäkkäillä ihmisillä on oikeus tehdä tietoisia valintoja ja päätöksiä omasta hoidostaan ja palveluistaan (Kivelä & Vaapio 2011, 18).

### 3.3 Turvallisuus

Yhteiskunnan tulee huolehtia, että jokaisella on mahdollisuus turvalliseen elämään ja vanhuuteen. Turvallisuus -periaatteen tulee Kivelän ja Vaapion (2011) mukaan toteutua niin fyysisellä, psyykkisellä kuin sosiaalisellakin alueella. Asukkaiden turvallisuuden tunnetta lisää kuntalaisten luottamus palvelujen järjestäjiin ja tuottajiin. (Kivelä & Vaapio 2011, 20.)

Tiikkanen (2011) toteaa, että viikonloppuna kotihoidossa työskentelee vähemmän työntekijöitä kuin arkipäivinä, tällöin hoitotyö ei ole asiakslähtöistä ja se voi aiheuttaa turvattomuutta kotihoidon asiakkaille (Tiikkanen 2011). Jos henkilökuntaa on liian vähän esimerkiksi viikonloppun, lomien, koulutusten tai muiden poissaolojen vuoksi, hoitotyössä syntyy kiire. Kotihoidon asiakkaan hoitamisen tavoitteena on



turvallinen hoito ja hoiva, ja siinä on edettävä asiakkaan itse määräämässään tahdissa. (Saarnio & Isola 2008, 283–284.)

Lehtosen, Sorsan ja Heinosen (2007) mukaan kotona asumisen turvallisuutta on mahdollista tarkastella eri näkökulmista. Sisäisestä turvallisuudesta puhuttaessa riskitekijöiksi luetellaan heikentyneet aisti- ja lihastoiminnot, henkilön sairaudet sekä lääkkeiden käytöstä aiheutuvat riskit. Ulkoinen turvallisuus käsittää esimerkiksi asuin- ja elinympäristön esteettömyyden. Väestön turvallisuuteen liittyviä keskeisiä lakeja ovat pelastuslaki, kansanterveyslaki, terveydenhuoltolaki sekä työturvallisuuslaki. (Lehtonen, Sorsa & Heinonen 2007.)

### 3.4 Yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys

Jokainen vanhus on ainutlaatuinen ja heillä on vapaus tehdä valintoja, mutta he ovat itse vastuussa omasta elämästään. Esimerkiksi ikäihmisten kohtelu yksilönä tarkoittaa sitä, että heidän omia arvojaan, näkemyksiään, tarpeitaan ja toiveitaan kunnioitetaan. Hoidossa ja palveluissa tulee ottaa huomioon jokaisen yksilöllinen elämäntyyli, -tapa ja -kokemus. Pitkäaikaisen hoidon perustana on kodinomaisuus ja mahdollisuus toteuttaa tavanomaisia päivittäisiä toimintoja. (Kivelä & Vaapio 2011, 21.)

Yksilöllisyyttä voidaan myös tarkastella asiakaslähtöisyyden kautta. Tiikkasen (2011) mukaan asiakaslähtöisyys lähtee ihmisestä, jossa oleellisena asiana on ymmärrys asiakkaan tarpeista ja kyvyistä. Asiakaslähtöisyydessä asiakas on itse oman elämänsä asiantuntija. Työntekijällä tulee olla valmentava ote ja asiakas on aktiivinen kumppani. (Tiikkanen 2011.)

Tepponen (2009) epäilee väitöskirjassaan, että onko kotihoito asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna asiakkaan tarpeiden mukaista. Hän pitää samalla tätä tarkastelua kotihoidon asiakaslähtöisen tarpeen arviointina. Kun arvioidaan laatua, tulisi kriteereinä olla asiakkaan kokemat tarpeet, odotukset ja toiveet, eikä ammattilaisen määrittelemät laadun kriteerit. (Tepponen. 2009, 31.)

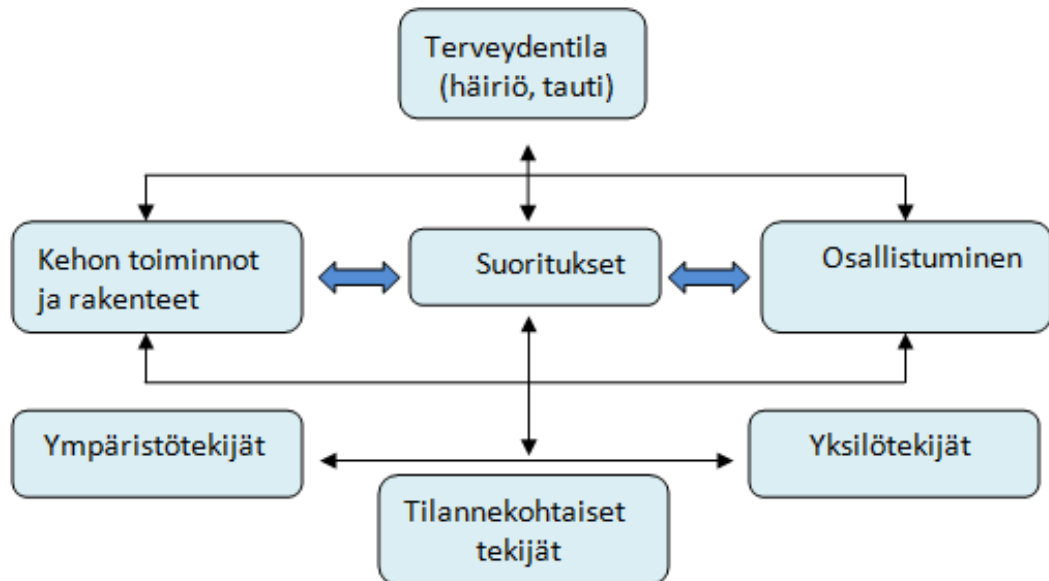
## 4 TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN JA OSALLISUUS

Ihmisen hyvinvointiin liittyy laajasti toimintakyky. Toimintakykyä voidaan määrittää jäljellä olevan toimintakyvyn tasoisesti eli voimavaralähtöisesti. Määriteltäessä toimintakykyä laajemmin, tarkoitetaan henkilön selviytymistä itselleen tärkeistä ja välttämättömistä jokapäiväisistä elämäntoiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän elää. Kattavan kuvauksen saamiseksi vammaisen ja pitkäaikaissairaana toimintakyvystä, palvelutarpeen perustasta, tulee arvioinnissa huomioida henkilön toimintakyvyn eri ulottuvuudet, jotka ovat fyysinen -, kognitiivinen -, psyykkinen - ja sosiaalinen toimintakyky. (Toimintakyvyn arviointi, 2011.)

Ihmisarvoon sisältyy oikeus osallistua yhteisöön ja yhteiskuntaan heikentyneestä toimintakyvystä riippumatta. Ikäihmisten toiminnan tukeminen ja kanssakäyminen toisten nuorempien ihmisten kanssa parantaa heidän hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan. Toimintakykyä tulee tukea niin, että oikeus osallisuuteen on mahdollista. (Kivelä & Vaapio 2011, 21.) Toimintakyky on yhteydessä mm. koulutukseen, sukupuoleen ja ikään. Yksi keino ikääntyvälle väestölle on kuntoutus, jolla voidaan vähentää henkiöiden ikääntymiseen liittyviä toimintakyvyn pulmia. Arjessa selviytymistä voidaan parantaa muun muassa toiminnanrajoitusten ja sairauksien vaikeutumisten ehkäisyllä ja tarpeenmukaisella kuntoutuksella. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 93–94.)

Järvikoski ja Härkäpää (2011) esittävät kirjassaan vuonna 2001 julkaistun toimintakyvyn ja terveyden luokitusjärjestelmän (ICF), International Classification of Functioning, Disability and Health (ks. kuvio 1). Tilannetekijät määrittävät elämän ja elämäntilan keskeisiä piirteitä. Niillä viitataan sekä yksilöä kuvaaviin ominaisuuksiin että ympäristöön, jossa ihminen elää. Ympäristö- ja yksilötekijät määrittävät yhdessä ihmisen toimintakykyä ja mahdollisuuksia osallistua, sekä suoriutua erilaisista tehtävistä yhteiskunnassa. Olennainen piirre ICF- mallissa on vuorovaikutussellisuus eli terveydentila vaikuttaa suoriutumiseen ja osallistumiseen samoin, kuin ihmisen toiminta vaikuttaa terveydentilaan. Yksilölliset ja ympäristötekijät vaikutta-

vat kehon toimintoihin, suorituksiin sekä osallistumiseen ja samalla ihmisen toiminta muuttaa ympäristöä ja muokkaa hänen henkilökohtaisia ominaisuuksiaan. Kuntoutustyössä ICF - mallia voidaan käyttää kuntoutujan elämäntilanteen ja toimintaympäristön vahvuuksien analysoinnissa sekä selviytymisen ongelmien paikallistamisessa. Malli voi toimia yhteisenä muistilistana eri ammattiryhmille, jonka mukaan voidaan jäsentää yhteistyön kohteita ja mahdollista työnjakoa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 97–99.)



KUVIO 1. (ICF) Toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden käsitteellinen malli (Järvikoski & Härkäpää 2011, 97).

Lyyra ja Tiikkanen (2009) puolestaan toteavat, että WHO:n kehittämää ICF - luokitusta on kutsuttu laajuutensa vuoksi toimintakyvyn yleiseksi sateenvarjoksi, koska se antaa yhtenäisen viitekehyksen kuvaamaan toiminnallisen terveydentilan ja terveydentilaan liittyvät toiminnalliset vaikutteet. Tämä mallin mukaan toimintakyky ja sosiaalinen osallistuminen ovat ihmisen ja ympäristön välistä vuorovaikutusta. Jos mallissa sairaus tai muu häiriö aiheuttaa kehossa muutoksia, esimerkiksi kipuja ja liikkumisvaikeuksia, asiakkaan aktiivinen osallistuminen kapenee. Osallistumisen kaventuessa omatoimisuus vähenee ja silloin avun tarve kasvaa. (Lyyra & Tiikkanen 2009, 61.)

WHO:n uusi toimintakyvyn luokitus luo Autti-Rämön (2008) mukaan selkeän ja yhteistä ymmärrystä tukevan viitekehyksen ihmisen elämänlaadulle ja toiminnalle.

Luokituksen mukaan ihmisen toimintakyky sisältää myös hänen henkilökohtaiset ominaisuutensa ja ympäristön, jossa hän elää. Ympäristö ja henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat henkilön kehon rakenteeseen, suoritukseen ja osallistumiseen, jotka puolestaan vaikuttavat toinen toisiinsa. (Autti-Rämö 2008, 481.)

Mielestämme kotihoidon kuntouttavassa hoitotyössä ja asiakkaiden toimintakyvyn tukemisessa on tärkeää tiedostaa yksilö- ja ympäristötekijöiden merkitys. Asiakkaan elämänhallinnan tukeminen on mahdollista arvioimalla ammattilaisten työtapoja ja -menetelmiä. Kotihoidon asiakkaan fyysisen terveydentilan seuraaminen ja motiivointi omatoimisuuteen, sekä itsensä hoitamiseen, on osa matalankynnyksen toimintaa.

## 5 KUNTOUTTAVA TYÖOTE

Kuntouttava työote katsotaan kuuluvan toimintatapana ja periaatteena kaikkeen hyvään hoitoon ja hoivaan. Kuntouttavaa työtettä painotetaan mm. vanhustyössä ja mielenterveystyössä, jossa asiakastyössä käytetään elämänhallintaa ja selviytymistä, sekä asiakkaan omatoimisuutta sallivia työtapoja. Vanhustyössä kuntouttava työote tukee ja kannustaa asiakasta selviytymään mahdollisimman itsenäisesti omien toimintakyvyn ja voimavarojen mukaan, jossa ominaista on yhdessä tekeminen, ei puolesta tekeminen. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 23.)

Kuntouttava työote näkyy myös asiakkaan kohtaamisessa. Esimerkiksi miten hoitohenkilökunta auttaa potilasta selviytymään päivittäisistä toimista, kuten peseytymisestä ja ruokailusta. Kuntouttava työote näyttäytyy myös tavassa, jolla hoitajat antavat tietoa, ohjaavat ja motivoivat potilasta toimimaan itse, sekä ehkäisevät erilaisten komplikaatioiden syntymistä. Käytännössä hoitotyöntekijä toimii arjen tilanteiden ohjaajana ja motivoi asiakasta tekemään kaiken sen itse, mihin suinkin pystyy. (Holma, Heimonen & Voutilainen 2005, 44–45.)

Nummijoki (2009) toteaa puolestaan, että Palomäen ja Toikon (2007) mukaan kotihoidon työntekijä joutuu kotikäynneillä tasapainoilemaan kohtaamisen ja tehtävien suorittamisen välillä, koska häneltä vaaditaan sekä halua että aikaa paneutua hoidon varassa olevan asiakkaan tilanteeseen. Kotihoidon tekemisen kulttuuri keskittyy usein suorittamiseen, jota kuvaa työn teknisyyden, kohteliaisuus asiakkaita kohtaan, kiire ja tehokkuuden tavoittelu. Keskittyminen tehtävien suorittamiseen saattaa tuoda työntekijälle tyydytystä, mutta se ei välttämättä tuota hyvää esimerkiksi ikääntyneelle ihmiselle. Puolesta tekemisen välttäminen voi alkaa kuntouttavan työotteen soveltamisesta, kun hoidetaan asiakasta hänen kotonaan, eli asiakas tekee kaiken sen itse mihin pystyy. Kuntouttava työote edistää asiakkaan omatoimisuutta ja toimintakykyisyyttä, sekä samalla tukee hänen itsenäisyyttään. (Nummijoki 2009, 100–101.)

Kuntouttavan työotteen, sekä tavoitteiden suunnitelmallinen totuttaminen edellyttää Holman, Heimosen ja Voutilaisen (2005) mukaan jatkuvaa ja järjestelmällistä kirjaamista. Hoitajan tulee kirjata kuntoutumisen edistyminen ja arvioida kuntoutustiimin kanssa, millä tavalla kuntoutuminen on lähtenyt sujumaan ja miten tavoitteisiin on päästy. He informoivat asiakkaan omaisia ja kuntoutujaa kuntoutumisen edistymisestä ja tukevat kuntoutujaa prosessissa sekä rohkaisevat omatoimisuuden päivän toiminnoissa. Kuntoutumisen arviointi antaa samalla palautetta myös hoitajille heidän oman työnsä tuloksista ja mahdollisista kehittämistarpeista. (Holma ym. 2005, 43–45.)

Kuntouttavan työotteen toteutumisen edellytyksenä on myös, että hoitajilla on taito toimia asiakkaiden ja omaisten kanssa vuorovaikutuksessa. Koska vuorovaikutuksen avulla hoitaja valitsee asiakkaan tukemistekniikan ja asiakaslähtöisen tavan tukea asiakasta. Edellytyksenä on myös se, että hoitohenkilökunta tunnistaa omat asenteensa asiakkaisiin ja että heillä on hyvä ammatillinen tietopohja. Taitoa kertyy kyllä kokemuksen kautta, mutta ammattitaidon ylläpitäminen ja vahvistaminen vaatii myös opiskelua. (Holma ym. 2005, 43–44.)

## 6 VOIMAVARALÄHTÖINEN TYÖOTE

Koskisen, Pitkälän ja Saarenheimon (2008) mukaan ikääntyneen kuntoutuksen voimavaralähtöisessä työotteessa korostuu ikääntyneen oman tilanteen ja määrittelyn ja merkityksen ensisijaisuus. Ikääntyneen ihmisen kuntoutusarviossa tulisi tarkastella hänen elämäntilannettaan, jossa huomioidaan asiakkaan elämähistoria, yksilölliset elämäntavat, arjen kokonaisuus ja elämäkokemukset. (Koskinen, Pitkälä & Nummijoki 2008, 550–551.)

Ikääntynyttä tulisi Nummijoen(2009) mielestä motivoida hänen kuntoutumisprosessissaan, samalla kun huomioidaan hänen voimavaransa ja arjessa selviytymisen mahdollisuudet. Motivoitumista lisää myös se, kun arvioidaan hänen toimintakykyään ja seurataan sekä mitataan voimavarojen ja arjessa selviytymisen mahdollisuuksien kehittymistä. Toimintakykyä voidaan arvioida esimerkiksi päivittäisessä arkielämässä, jolloin samalla voidaan havainnoida toimintakykyyn liittyviä ongelmia ja voimavaroja. Toimintakyky kuvaa ikääntyneen selviytymistä päivittäisistä toiminnoista suorituskykynsä rajoissa, eli ikääntynyt käyttää voimavarojaan suorituskykynsä ylläpitämiseksi. Voimavarat ovat positiivisia asioita ja ne auttavat ikääntynyttä selviytymään päivittäisissä toiminnoissa. Ikääntyneen toimintakykyä tukevien kotihoitoon työntekijöiden tulisi auttaa asiakastaan löytämään jäljellä olevat voimavaransa, ja auttaa häntä ottamaan ne mahdollisimman tehokkaaseen käyttöön. (Nummijoki 2009, 92,97.)

Kun arvioidaan asiakkaan toimintakykyä arkielämässä, tulisi myös huomioida elinympäristön viihtyvyys ja esteettömyys. Viihtyisä ympäristö vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin ja toimintamahdollisuuksiin. Siistillä kodilla, sosiaalisella, esteettisellä ympäristöllä voidaan vaikuttaa fyysiseen aktiivisuuteen sekä psyykkiseen hyvinvointiin. (Elo 2008, 96.)

## 7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää kotihoidon henkilöstön näkemyksiä kuntouttavan ja voimavaralähtöisen työtteen merkityksestä, asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa. Tavoitteenamme on huomioida kyselyssä mukana olleiden mielipiteet kuntouttavan ja voimavaralähtöisen työtteen sisällöstä ja palvelusuunnitelmasta, sekä huomioida heidän kehittämissä näiden paranantamiseksi. Tavoitteena on myös selvittää, millä tavalla asiakkaan voimavaroja hyödyntämällä vaikutetaan asiakkaan toimintakyvyn kuntoutumiseen.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

- 1 Mitä kuntouttava ja voimavaralähtöinen työote tarkoittaa asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa kotihoidon henkilöstölle?
- 2 Miten kotihoidon henkilöstö toteuttaa työssään kuntouttavaa ja voimavaralähtöistä työtettä?
- 3 Mitä kehittämistarpeita kotihoidon henkilöstö näkee kuntouttavassa ja voimavaralähtöisessä työtössä, palvelusuunnitelmassa ja apuvälineiden hallinnassa?



## 8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 8.1 Tutkimusote

Opinnäytetyössämme lähestymistapa on sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen nähdään toisiaan täydentävinä suuntauksina, joita on vaikea erottaa toisistaan tarkkarajaisesti. Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen ideana on hankkia objektiivista tietoa. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa kysely sisältää avoimia kysymyksiä, jolloin vastausten ainutlaatuisuus tulee esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 129, 136.) Kananen (2010) mukaan kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta voidaan käyttää samassa tutkimuksessa, jolloin on kyseessä eräänlaisesta monimenetelmäisestä tutkimuksesta eli triangulaatiosta. (Kananen 2010, 134.)

Kvantitatiivisessa tutkimusotteessa perusjoukosta poimitaan otos. Otanta voidaan tehdä usealla tavalla, puhutaan yksinkertaisesta satunnaisotannasta, systemaattisesta otannasta, ositetusta otannasta ja ryväotannasta. (Hirsjärvi ym. 2009, 140, 180.) Ryvä on keino, jota voidaan soveltaa monilla laadullisen tiedon tasoilla esimerkiksi yksittäisten toimijoiden tapauksissa. Ilmiö yritetään ymmärtää paremmin ryhmittämällä ja sen jälkeen käsitteellistämällä kohteen mallit ja ominaisuudet. (Miles & Huberman 1994, 249.) Opinnäytetyössämme kotihoidon henkilöstö eli lähihoitajat, kodinhoitajat sekä sairaanhoitajat ovat useamman perusjoukon alkioiden muodostama ryhmä eli ryvä.

Ristiintaulukointi on yksinkertaisin esittämis- ja tulkintatapa suorien jakaumien ohella. Ristiintaulukoinnissa tarkastellaan kahta muuttujaa yhtä aikaa, niiden ominaisuuksien saamia arvoja ristikkäin esimerkiksi ammattia ja sukupuolta. (Kananen 2010, 105.) Käytämme opinnäytetyössämme ristiintaulukointia selvittämään, millä tavalla vastaajien ikä näkyy kuntouttavan työtteen sisällön hallinnassa ja kehittämistavoissa. Käytämme ristiintaulukoinnissa muuttujana ikää sen vuoksi, ettei vastaajan henkilöllisyys paljastuisi, koska vastaajia eri ammattiryhmistä oli vähän ja siten he olisivat olleet helposti tunnistettavissa.

## 8.2 Aineiston keruu

Jyväskylän kaupungin kotihoito on jakautunut 12 alueeseen, jonka sisällä toimii määrältään erilaisia tiimejä. Tiimeissä työskentelee muun muassa lähihoitajia, kodinhoitajia ja sairaanhoitajia. Kyselyssä mukana olleiden kotihoidon tiimien määrä on 11 ja kyselyt lähetettiin näiden tiimien 313 työntekijälle. Rajasimme opinnäytetyön koskemaan kotihoidon tiimien sairaan-, lähi- ja kodinhoitajia, koska he tekevät asiakkaiden kanssa päivittäin tiivistä kuntouttavaa yhteistyötä. Lisäksi haastattelulomakkeessa oli myös vaihtoehto muut ammattiryhmä, joka koskee esimerkiksi terveydenhoitajia tai perushoitajia. Opinnäytetyössä käytämme heistä käsitettä henkilöstö.

Keräsimme aineiston sähköisillä haastattelulomakkeilla ja apuna käytimme Webropol- kyselyohjelmaa, joka on Internet -pohjainen sovellus. Webropol- ohjelman avulla voidaan suunnitella ja toteuttaa erilaisia kyselyjä Internetin kautta, sekä luoda monivalintakysymyksiä, rasti ruutuun -kysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. (Webropol 2012.) Kyselytutkimuksen etuna on, että kyselyjen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto, jossa on useita henkilöitä ja voidaan kysyä monia asioita (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195). Webropol- ohjelman käyttöön saimme maksullisen lisenssin ja käyttäjätunnuksen sekä salasanan. Pyysimme ohjelman käyttöön ohjeistusta Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalveluiden projektipäälliköltä Ulla Haloselta ja kävimme hänen opastuksessaan kolme kertaa.

Webropol -ohjelmaa hyödyntämällä laadimme kyselytutkimuksen Jyväskylän kaupungin kotihoidon henkilöstölle. Kyselyä ei lähetetty turva- ja vuorohoitotiimille, koska tutkimuksen kohteemme oli päivä- ja iltavuorossa tekevät tiimit. Lähetimme kyselyn työntekijöiden sähköpostiin vastattavaksi. Sähköpostiviestissä oleva saate (liite 3) sisälsi lyhyen selostuksen, jossa oli kerrottu, millainen kysely on luvassa ja mihin saatuja vastauksia tullaan hyödyntämään. Kyselyyn vastaaminen tapahtui klikkaamalla hiirellä sähköpostiviestissä ollutta suoraa linkkiä, joka avasi Webropol- kyselyn uuteen selainikkunaan.

Käytimme kyselylomakkeessa sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Strukturoidut eli vaihtoehtoja antavat kysymykset ovat vastaajalle nopeampia ja helpompia täyttää. Vastausvaihtoehtoina käytimme seuraavia vaihtoehtoja: täysin eri mieltä, osittain eri mieltä, en osaa sanoa, osittain samaa mieltä, täysin samaa mieltä. Avoimet kysymykset puolestaan vaativat vastaajalta enemmän paneutumista aiheeseen. Halusimme antaa vastaajille mahdollisuuden tuoda esiin omia mielipiteitään ja kehittämissuhteita koskien kuntouttavaa työtettä ja apuvälineiden hallintaa sekä heidän toiveitaan lisäkoulutuksista.

Vastaukset jakautuvat seuraavien teemojen alle:

1. Työtä ohjaavat periaatteet, kysymykset 5–9.
2. Kuntouttavan ja voimavaralähtöisen työtteen tarkoitus asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa, kysymykset 10–15.
3. Miten toteutat työssäsi kuntouttavaa ja voimavaralähtöistä työtettä, kysymykset 16–21.
4. Hoito- ja palvelusuunnitelma, kysymykset 22–28.
5. Apuvälineet, kysymykset 29–34.
6. Kuntouttavan ja voimavaralähtöisen työn kehittäminen, kysymykset 35–37.

Kyselymme koostui 37 kysymyksestä, joista avoimia kysymyksiä oli 8 (liite 4).

### 8.3 Aineiston analysointimenetelmä ja toteutus

Webropolin avulla toteutimme myös opinnäytetyöhön saadun aineiston tilastollisen ja laadullisen analyysin, sekä saimme esitettyä tutkimuksesta saadut tiedot taulukkomuodossa. Ydinasioita tutkimuksessa ovat tutkimusaineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Tutkijalle selviää analyysivaiheessa minkälaisia vastauksia hän saa tutkimusongelmiin. Joskus voi käydä myös niin, että tässä vaiheessa selviää, miten tutkimusongelmat olisi pitänyt asettaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 216.)

Aineiston analysoinnissa käytimme sisällönanalyysia. Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistellen (liite 5). Sisällönanalyysissä tarkastellaan jo valmiiksi tekstimuotoisia, tai sellaisiksi muutettuja aineistoja. Sen avulla pyritään muodostamaan tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin. Tutkimuksen laadullisessa sisällönanalyysissä aineisto ensin pirstotaan pieniin osiin, jonka jälkeen ne käsitteellistetään ja lopuksi järjestellään uudelleen uudenlaiseksi kokonaisuudeksi. (Saaranen, Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Aineiston analyysissä apuna käytimme teemoittelua, jossa vastaukset analysoidaan mahdollisimman hyvin. Tuomen ja Sarajärven mukaan (2011) teemoittelussa painotetaan sitä mitä kustakin teemasta on sanottu, lukumäärällä on tai ei ole merkitystä. Teemoittelussa on kyse laadullisen aineiston pilkkomisesta ja ryhmittelystä erilaisten aihepiirien mukaan, se mahdollistaa vertailun tiettyjen teemojen esiintymisestä aineistossa. Ennen teemojen etsimistä aineisto voidaan ryhmitellä esimerkiksi vastaajien sukupuolen ja iän mukaan. Ryhmittelyn jälkeen aineistosta etsitään teemoja eli aiheita, tarkoituksena on etsiä aineistosta tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2011, 39.) Luimme vastaukset huolellisesti useaan kertaan lävitse ja jaottelimme vastaukset teemojen mukaan eri aihepiireihin. Keräsimme vastauksista suoria lainauksia eli sitaatteja, joita olemme käyttäneet värittämään tekstiä ja nostaaksemme esiin vastaajien tärkeiksi näkemiään asioita.

#### 8.4 Luotettavuuden arviointi, yleistettävyyden ja eettisyys

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan mittarin johdonmukaisuutta. Tällä tarkoitetaan sitä, että mittari mittaa kokonaisuudessaan aina samaa asiaa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetti on suomennettu sanoilla, "luotettavuus", "käyttövarmuus" ja "toimintavarmuus". Validiteetti taas tarkoittaa pätevyyttä. Eli miten hyvä mittari on siinä, mitä sen on tarkoitus mitata ollakseen tarpeeksi tehokas ja kattava. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Yleistämisestä ei puhuta kvalitatiivisessa tutkimuksessa sen tilastollisessa merkityksessä. Tutkittaessa yksittäistapausta mahdollisimman perusteellisesti saadaan esille ilmiössä oleva merkittävyys sekä myös mahdollinen toistaminen yleisemmän tason tarkastelussa. Suoraan aineistosta ei voida tehdä yleistyksiä, vaan se on tehtävä aineistosta tehdyistä tulkinnoista. Tarkoituksenmukainen aineiston kokoaminen onkin yksi yleistettävyyden kriteereistä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran mukaan (2009, 233) laadullisessa ja määrällisessä tutkimuksessa voidaan tarkentaa tutkimuksen luotettavuutta käyttämällä tutkimuksessa useita menetelmiä, joiden yhteiskäytöstä käytetään termiä triangulaatio. Laadullisen ja määrällisen menetelmän yhteiskäytöllä halusimme saada kotihoidon henkilöstön vastauksista mahdollisimman luotettavan tuloksen.

Eettisesti tarkasteltuna tutkimuksen lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen, jossa ihmiselle annetaan mahdollisuus päättää osallistuuko hän tutkimukseen vai ei. Tutkimukseen osallistujan anonyymisyys on myös yksi eettisyyden periaate. Tietoa ei voi kerätä sellaisella menetelmällä, joka loukkaa tutkittavien yksityisyyttä tai identiteettiä, joten tutkimusmenetelmissä tulee myös huomioida eettiset kysymykset. (Hirsjärvi ym. 2009, 25,27 186.) Pyrimme toimimaan eettisten periaatteiden mukaisesti opinnäytetyötä tehdessämme. Osoitimme lainaukset asianmukaisin lähdemerkinnöin, emmekä esittäneet toisten tekstejä ominamme. Käsittelimme kyselystä saatuja tietoja luottamuksellisesti. Keräsimme ja analysoimme tietoa niin, ettei kenenkään vastaajan henkilöllisyys paljastunut missään vaiheessa.

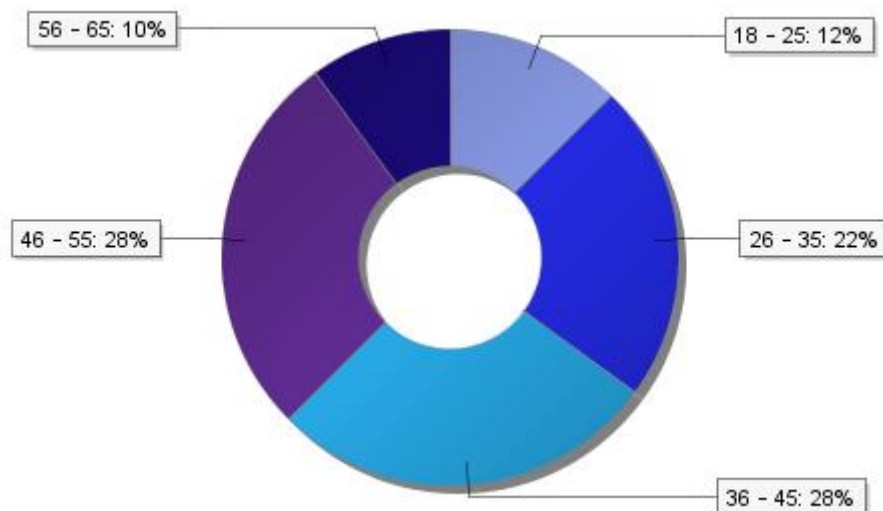
## 9 TUTKIMUSTULOKSET

Webproppi-kysely oli avoinna 23.3.2012–8.4.2012 välisenä aikana, jolloin kotihoiton työntekijöiden oli mahdollista käydä vastaamassa kyselyyn työpaikan sähköpostissa. Kyselyyn oli 8.4.2012 mennessä vastannut 32 henkilöä. Kyselyä päätettiin jatkaa vielä 13.4.2012 saakka, koska vastaajien määrä oli vähäinen. Esitämme kyselyn vastausten keskiarvot sekä prosentteina että lukumääränä. Keskiarvo lukumääränä 5 tarkoittaa opinnäytetyössämme erittäin hyvää, 4 hyvää, 3 keskinkertaista, 2 välttävää ja 1 huonoa.

### 9.1 Taustatiedot

Kyselyn saaneista 313 työntekijästä, vastasi kaiken kaikkiaan 40 työntekijää, joten vastanneiden keskiarvo 7,8 % näyttyy vähäisenä. Kysyttäessä koulutuksesta, vastaajista 67,5 % oli koulutukseltaan lähihoitajia, sairaanhoitajia oli 17,5 % ja kodinhoitajia sekä muita alan työntekijöitä oli yhteensä 15 %.

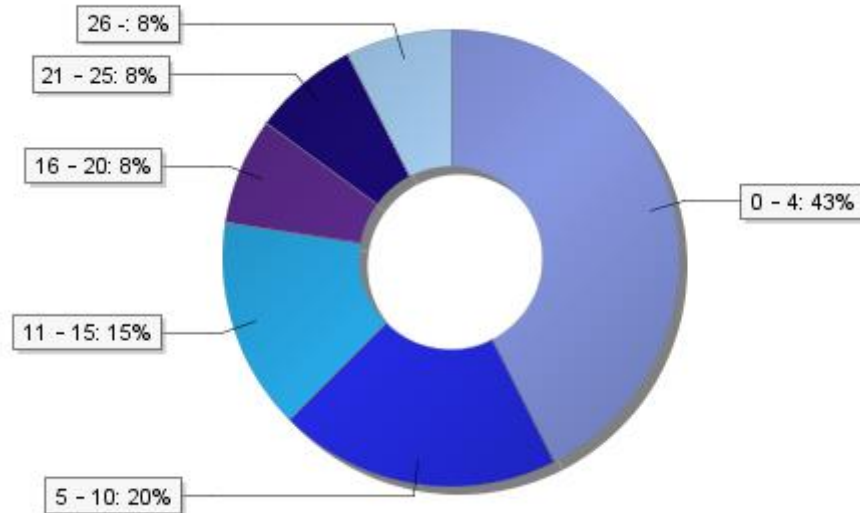
Ikä jakautui melko tasaisesti ikäryhmien 26–35, 36–45 ja 46–55 välillä. Kuvio 2 osoittaa millä tavalla vastaajat (N = 40) jakautuvat ikäryhmittäin.



KUVIO 2. Kyselyyn vastanneiden ikäjakauma

Neljstäkymmenestä vastaajasta 28 % oli iältään 36–45 vuotiaita ja 46–55 vuotiaita. 26–35 vuotiaita oli 22 % ja 18–25 vuotiaita vastaajia oli 12 %. Vastaajista 10 % oli 56–65 vuotiaita.

Kuviosta 3 näkyy, kuinka työvuodet ovat jakautuneet vastaajien kesken.



KUVIO 3. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt kotihoidossa?

Suurin osa kyselyyn vastanneista, eli 42,5 %, on työskennellyt kotihoidossa 0–4 vuotta, 5–10 vuotta on työskennellyt 20 % ja 11–15 vuotta työskennelleitä on 15 %. 7,5 % on työskennellyt kotihoidossa 16–26 vuotta

## 9.2 Työtä ohjaavat periaatteet

*"Kokonaisvaltainen asiakkaan huomioonottaminen..."*

Halusimme nähdä ikäryhmittäin ristiintaulukoinnin avulla, kuinka hyvin vastaajat tietävät työtä ohjaavien periaatteiden merkityksen. Väittämän yleiskeskisarvo on 3,85 mikä on hyvä. Taulukon 1 avulla nähdään miten väittämään on vastattu ikäryhmittäin. Väittämissä ei ollut suuria eroja ikäryhmien välillä.

TAULUKKO 1. Tiedän työpaikkaani ohjaavat periaatteet

Arvio seuraava väittämä	Vastaukset ikäryhmittäin				
	18 – 25 (N=5)	26 – 35 (N=9)	36 – 45 (N=11)	46 – 55 (N=11)	56 – 65 (N=4)
täysin eri mieltä	0 %	11,11 %	0 %	18,18 %	0 %
osittain eri mieltä	0 %	11,11 %	0 %	0 %	25 %
en osaa sanoa	20 %	11,11 %	9,09 %	18,18 %	25 %
osittain samaa mieltä	40 %	33,33 %	54,55 %	27,27 %	50 %
täysin samaa mieltä	40 %	33,33 %	36,36 %	36,36 %	0 %
Keskisarvo	4,2	3,67	4,27	3,64	3,25

Väittämien yleiskeskisarvo ikäryhmässä 18–26 on 4,2 ja ikäryhmässä 26–35 3,67. Ikäryhmässä 36–45 yleiskeskisarvo on 4,27 ja ikäryhmässä 46–55 3,64. Yleiskeskisarvo 56–65 ikäryhmässä on 3,25.

Kotihoidon työntekijät pitivät tärkeimpinä työtä ohjaavina periaatteina asiakkaan asiakaslähtöisyyden, itsemääräämisoikeuden, turvallisuuden ja omatoimisuuden tukemisen.

*"Yksilöllisyyden kunnioitus..."*

*"Kotihoidon arvot ja kirjaamista ohjaavat periaatteet..."*

*"Asiakasta ei auteta avuttomaksi"*

*... "tasavertainen kohtaaminen, ihmisläheisyys, joustavuus tarvittaessa..."*

*... "voimavaralähtöisyys..."*

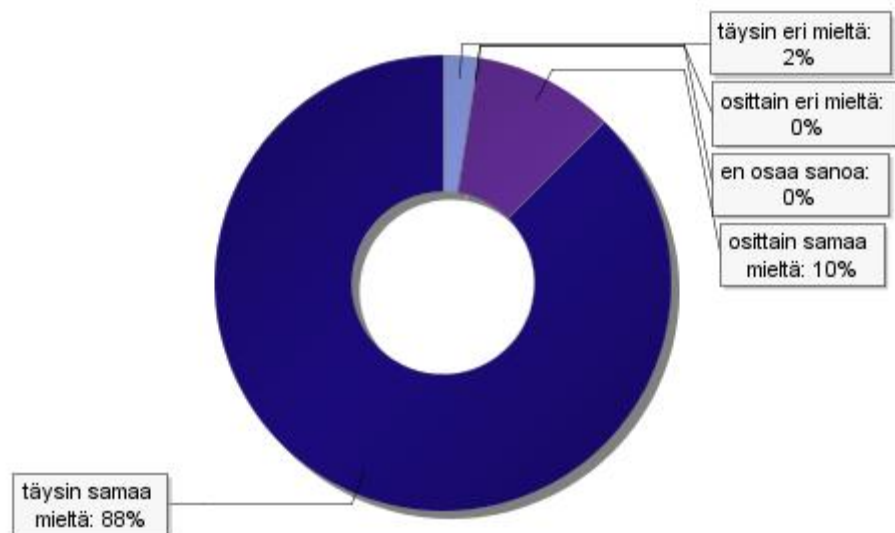


Ristiintaulukoinnissa jokaisessa ikäryhmässä vastauksissa oltiin keskiarvon yläpuolella. Työntekijät hallitsevat suurelta osin työpaikkansa työtä ohjaavat periaatteet. Laadullisen kysymyksen vastaukset tukevat ristiintaulukoinnin tulosta. Asiakslähtöisyys nostettiin useassa vastauksessa ensisijaiseksi työtä ohjaavaksi periaatteeksi. Laadullisen kysymyksen vastauksessa ei tullut esille ikäjakaumaa, joten vastauksia ei voinut analysoida ikäryhmittäin. Tämä olisi ollut mielenkiintoista tutkia, vastaavatko ristiintaulukoinnin tulokset ikäryhmissä laadullisen kysymyksen vastauksia.

### 9.3 Kuntouttava työote asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa

*”Asiakas tekee itse mitä pystyy, hoitaja auttaa/opastaa tarvittaessa. Tehdään asioita yhdessä, ei puolesta!”*

Väittämän ”Kuntouttavassa työotteessa asiakas tekee omien voimavarojensa mukaan hoitajan avustaessa tarvittaessa” yleiskeskisarvo on 4,8, joka on erittäin hyvä. Alla oleva kuviosta 4 näkyy miten vastaajat ovat vastanneet väittämän vaihtoehtoihin. Suurin osa vastaajista on väittämän kanssa samaa mieltä.



KUVIO 4. Kuntouttavassa työotteessa asiakas tekee omien voimavarojensa mukaan hoitajan avustaessa tarvittaessa

Vastaajista 88 % oli *täysin samaa mieltä* siitä, että asiakas tekee mahdollisimman paljon itse ja hoitaja auttaa vain, jos asiakas tarvitsee. *Osittain samaa mieltä* väittämän kanssa oli 10 % ja *täysin eri mieltä* väittämän kanssa oli 2 % (yksi vastaaja).

Kotihoidon työntekijät pitivät kuntouttavan työotteen tärkeimpinä työtapoina asiakkaan kuntoutumisessa omatoimisuuden tukemista, voimavaralähtöisyyttä ja laadukasta hoitoyötä.

*"Autetaan siinä mihin asiakas ei tosiaan pysty ja tuetaan ja kannustetaan tekemään kaikkea minkä itse vielä pystyy"*

*"Asiakas tekee tai ainakin osallistuu kaikkeen mahdolliseen tekemiseen kotona"*

*"Kuntouttava työote merkitsee asiakkaan kuntoutumisessa sitä, että me työntekijät teemme itsestämme tarpeettomia.."*

*"Huomioidaan myös asiakkaan henkinen puoli ja sosiaalinen verkosto."*

*"Hoitaja kannustaa asiakasta tekemään mahdollisimman paljon itse ja asiakas pyrkii tekemään voimavarojensa mukaan"*

*..."asiakkaan toimintakyky säilyy, elämänlaatu paranee..."*

*"Asiakkaan elämäntapaohjantaa"*

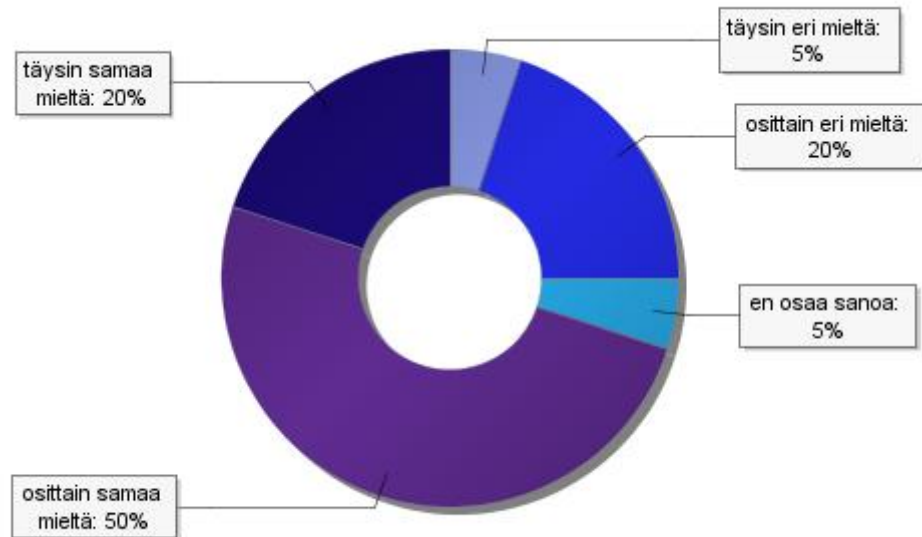
Myös asiakkaan elämänlaadun paraneminen oli vastaajien mielestä kuntouttavan työotteen tavoite. Useassa vastauksessa korostettiin vuorovaikutusta ja sosiaalisen verkoston merkitystä.

Avoimen kysymyksen vastaukset tukivat väittämien antamaa tulosta, jossa 88 % väittämiin vastanneista oli samaa mieltä väittämän kanssa. Useassa laadullisen kysymyksen vastauksista korostettiin asiakkaan itsensä tekemisen tärkeyttä. Asiakkaan omien voimavarojen tukeminen nähtiin tärkeänä asiakasta kuntouttavana ja hänen toimintakykyään ylläpitävänä työotteena.

#### 9.4 Hoito- ja palvelusuunnitelma

*”Selkeät erottelut asiakkaan voimavaroista sekä missä tarvitsee apua”*

Kysymykseen ” Hoito- ja palvelusuunnitelma on mielestäni yleensä tehty realistisesti ja sen tavoitteiden noudattaminen on helppoa” vastasi 40 työntekijää. Väittämän keskiarvo on 3,8 mikä on keskinkertainen. Kuvion 5 avulla nähdään, miten kyselyyn osallistuneiden vastaukset ovat jakautuneet väittämän vaihtoehtojen välillä.



KUVIO 5. Hoito- ja palvelusuunnitelma on mielestäni yleensä tehty realistisesti ja sen tavoitteiden noudattaminen on helppoa

Vastaajista 20 % oli *täysin samaa mieltä* ja 50 % vastaajista oli *osittain samaa mieltä*. Vastaajista 5 % vastasi väittämään, *en osaa sanoa*. *Osittain eri mieltä* oli 20 % vastaajista ja 5 % vastaajista oli väittämän kanssa *täysin samaa mieltä*.

Vastaajien mielestä palvelusuunnitelmien tavoitteiden ajantasaisuutta ja konkreettisuutta tulisi tarkentaa ja huomioida paremmin, sekä niiden tulisi lähempänä asiakkaan arkea.

*... ”on kirjattu ainoastaan käynnin sisältö eli ”ottaa aamulääkkeet ohjatusti, RR-mittaus”, jolloin käynnit jäävät vain irrallisiksi suoritteiksi eikä tiimissä ymmärretä MIKSI verenpaineen mittaus on tärkeää”*

*”Tavoitteiden pitäisi olla konkreettisempia, pienempiä ja selkeästi saavutettavissa olevia/mitattavia”*

*”Hoito ja palvelusuunnitelmat eivät ole ajan tasalla kun ei niitä ehditä päivittää aina niin nopeasti kun tarve vaatii”*

*”Tavoitteet voisii tehdä enemmän arkea kohtaaviksi ja näin tavoitte*

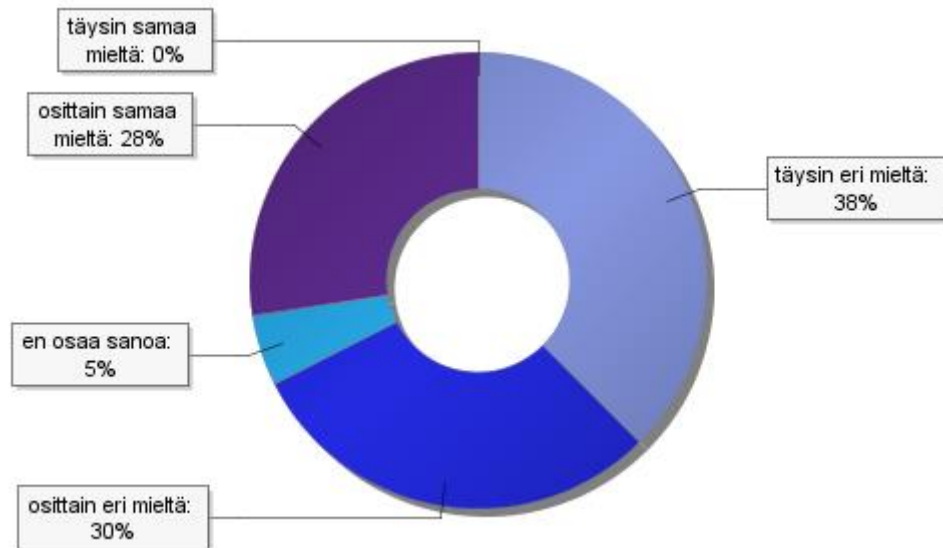
*... ”suunnitelmat ovat useita vuosia vanhoja”*

*”Mikään taho ei myöskään varmista, että hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat ajantasalla”*

Eniten hajontaa oli hoito- ja palvelusuunnitelman väittämien vastauksissa, verrattaessa kaikkia määrällisten väittämäjoukkojen vastauksia keskenään. Laadullisessa kysymyksen vastauksissa oli kuitenkin havaittavissa paljon samansuuntaisia vastauksia. Eniten huomiota kiinnitettiin tavoitteisiin. Hajontaa vastauksissa oli vähemmän kuin mitä määrälliset väittämät antavat olettaa.

## 9.5 Apuvälineet

Väittämään ”Asiakkaalla on apuvälineitä, joiden käyttöä en osaa ohjata esimerkiksi Kommunikaattori, sähkösätky, rollaattori, kuulokoje”, vastasi 40 henkilöä. Yleisarvosana väittämästä oli 2,2, joka kertoo, että vastaajat osaavat ohjata asiakkaita apuvälineiden käytössä.



KUVIO 6. Asiakkaalla on apuvälineitä, joiden käyttöä en osaa ohjata esim. kommunikaattori, sähkösätky, rollaattori, kuulokoje.

Heistä 27 % vastasi *osittain samaa mieltä*, 4 % vastasi *en osaa sanoa*, 30 % oli *osittain eri mieltä* ja 37 % oli *täysin erimieltä* väittämän kanssa. Kukaan vastaajista ei ollut *täysin samaa mieltä*.

Hankalina tai vaikeina apuvälineinä koettiin esimerkiksi kuulokoje ja sen käytön ohjaaminen. Vastaajien mielestä myös ALS potilaiden apuvälineiden käyttö sekä nostolaitteiden käyttö koettiin vaikeina.

*"...esim kuulokojeiden käytön ohjaus on vaikeaa, koska koje säädetään kuulopolilla tms paikassa, jossa kotihoidon työntekijä ei ole aseuksia näkemässä"*

*"Kuulolaitteen käytössä epävarmuutta"*

*"ALS potilaan hoito kotona apuvälineineen on vierainta: kommunikaattorit"*

*"KOMMUNIKAATTORI"*

Työntekijöiltä kysyttiin koulutustoiveita tai opastusta erilaisten apuvälineiden hallintaan. Useassa vastauksessa toivottiin nostolaitteen ja uusimpien apuvälineiden käytön opastusta sekä koulutusta. Myös apuvälineiden turvallisesta käytöstä haluttiin koulutusta.

*"Nykyaikaisiin" ja harvinaisempiin apuvälineisiin opastusta"*

*"Uusimmat versiot olisi hyvä opettaa"*

*"miten käytän apuvälinettä turvallisesti (sekä asukkaan että hoitajan kannalta), miten siitä saa täyden hyödyn"*

*"Kaikki käy"*

*"Aina on ohjeistus tervetullutta"*

*"Mikäli tulee jokin uusi laite, henkilökunta tulee kouluttaa sen osajaksi. Teknologia edistyy kokoajan"*

*"Apuvälineitä tulee jatkuvasti uusia, joten kaikki tieto ja ohjaus on tervetullutta"*

*"No, HÖH, tarkoitin tietenkin silloin, jos kohdalle osuu joku sellainen väline jota ei ole koskaan käyttänyt tai jota ei ole käyttänyt aikoihin"*

*"Nostolaitteen käytön opastusta"*

*"kaipaen muistin virkistämiseksi ohjausta esim. nosturien käytössä"*

*"esim. tulee nostureita ym. koneita joiden käyttöön olisi hyvä saada aluksi ohjausta"*

Määrällisten ja laadullisten kysymysten tutkimustulokset tukevat toisiaan. Laadullisen kysymyksen vastauksissa nousee esille toive uusimpien apuvälineiden käytön koulutuksesta. Tämä vastausmuoto antaa ymmärtää, että jo käytössä olevia apuvälineitä osataan käyttää. Tämä tulee myös esille määrällisten vastausten prosenttijaumassa, jossa 38 % vastaajista on väittämän kanssa täysin eri mieltä ja 30 % osittain eri mieltä. Mielenkiintoista olisi ollut myös tutkia iän vaikutusta apuvälineiden käytön osaamiseen.

## 9.6 Kuntouttavan työn kehittäminen

*”Konkreettisia esimerkkejä kotihoidon henkilöstölle siitä, kuinka kuntouttavaa työtettä toteutetaan asiakaslähtöisesti”*

Ristiintaulukoinnin avulla tarkastelemme ikäryhmittäin haluavatko vastaajat lisäkoulutusta kuntouttavasta työtteestä. Kysymykseen ”Haluan lisäkoulutusta kuntouttavasta työtteestä” vastasi 39 vastaajaa. Saadun tuloksen mukaan koulutusta toivottiin ikäryhmissä 18 – 25 ja 36 – 65 vuotta lähes yhä paljon. Ikäryhmässä 26 – 35 vastanneiden keskiarvo oli huomattavasti alhaisempi kuin muiden ryhmien vastausten keskiarvo. Kaikkien vastausten keskiarvo on 3,38. Tuloksen mukaan vastaajat haluavat lisäkoulutusta kuntouttavasta työtteestä.

TAULUKKO 2. Haluan lisäkoulutusta kuntouttavasta työtteestä

Arvio väittämä	Vastaukset ikäryhmittäin				
	18 – 25 (N=5)	26 – 35 (N=9)	36 – 45 (N=10)	46 – 55 (N=11)	56 – 65 (N=4)
täysin eri mieltä	0 %	0 %	10 %	18,18 %	0 %
osittain eri mieltä	0 %	44,44 %	20 %	0 %	0 %
en osaa sanoa	40 %	22,22 %	20 %	18,18 %	25 %
osittain samaa mieltä	40 %	33,33 %	20 %	45,45 %	75 %
täysin samaa mieltä	20 %	0 %	30 %	18,18 %	0 %
Keskiarvo	3,8	2,89	3,4	3,45	3,75

Eniten lisäkoulutusta toivottiin ikäryhmissä 46–55 (N=11), jossa *osittain samaa mieltä* oli 45.45 % ja *täysin samaa mieltä* 18.18 % ja ikäryhmässä 56–65 vuotiaat (N=4), joissa 75 % *oli osittain samaa mieltä*.

Väittämien keskiarvo ikäryhmässä 18–25 (N = 5) on 3,8 ikäryhmässä 26–35 (N = 9) keskiarvo on 2,89. Ikäryhmässä 36–46 (N= 10) keskiarvo on 3,4 ja ikäryhmässä 46–55 3,45(N = 11). Ikäryhmässä 56–65(N = 4) keskiarvo oli 3,75.

Vastaajien koulutustoiveina olivat kuntouttavan työtteen käytännön esimerkit sekä kuntouttavaan työtteen kertaaminen. Koulutusta toivottiin myös mielenterveyskuntoutujien kuntouttavasta työotteesta ja työntekijöiden työergonomiasta.

*"Kertaus ja tarkennus kuntouttavaan työotteeseen liittyvistä teemoista voisi olla paikallaan"*

*"Kotihoitoon voisi tuoda koulutusta jatkuvasti kuntouttavasta työotteesta, koska työntekijät vaihtuvat ja ko. asia on keskeistä työssä"*

*"Käytännön ideoita"*

*"Koulutusta tarvitaan ylipäättänsä kuntoutuksen mahdollisuuksista"*

*"Vinkkejä joista hyötyä juuri omalla työpaikalla"*

*"Aina kaikki kiva työtä tukeva koulutus on tervetullut 😊"*

*"Psykepotilaan kuntouttava työote"*

*"Ergonomia ja ylipäättänsä työotteiden päivitys ei ole koskaan pahasta"*

Määrällisissä väittämissä ikäryhmä 26 – 35 -vuotiaat jäivät merkittävästi alle keskiarvon. Laadullisen kysymyksen vastauksissa ei tule esille sitä, miksi juuri tässä ikäryhmässä keskiarvo on näin alhainen 2,89. Laadullisissa vastauksissa koetaan esimerkiksi liian vähäisen henkilökunnan olevan esteenä koulutukselle. Onko mahdollista, että nämä vastaajat ovat tästä ikäryhmästä? Tätä emme pystyneet todentamaan.



## Yhteenveto tuloksista

Tiimien työntekijöitä on kaikkiaan noin 313. Kyselyymme vastasi 40 työntekijää. Kyselyn tuloksissa kävi ilmi, että suurin osa vastanneista oli 36–55-vuotiaita, vähiten vastanneita oli 56–65 vuotiaiden ikäryhmässä. Ne työntekijät jotka olivat työskennelleet kotihoidossa 0–4 vuotta, vastasivat lyhyistä työvuosista huolimatta aktiivisemmin.

Terveystieteiden ja sosiaalitoimen ammattieettiset periaatteet ja yleiset ihmisoi-  
keudet määrittävä myös hoidon ja palvelujen eettistä perustaa (Kivelä & Vaapio,  
2011, 17). Kyselyn tuloksissa tuli esille, että keski-ikäiset työntekijät tiesivät heidän  
työpaikkaansa ohjaavat periaatteet keskimääräisesti muita vastaajia paremmin.  
Eniten osittain eri mieltä sekä en osaa sanoa vastaajia oli 55–65 vuotiaissa. Tär-  
keimmiksi työtä ohjaaviksi periaatteiksi nousivat vastaajien mielestä yksilöllisyyden  
kunnioitus sekä voimavaralähtöisyys.

Avoimien kysymysten joukosta nousi esiin, ettei asiakasta tule auttaa avuttomaksi,  
vaan asiakkaan kanssa tehdään yhdessä asioita, asiakkaan omien voimavarojen  
mukaan. Tämä kuvastaa tämän kyselyn tuloksien mukaan voimavaralähtöistä työ-  
otteiden toteutumista. Vastaajista jopa 88 % oli samaa mieltä. Tämä tulos on erittäin  
hyvä ja kuvastaa kotihoidon työntekijöiden hyvää ammattiosaamista. Avointen ky-  
symysten vastauksissa tuli esiin myös se, ettei kuntouttavaa työtä ole mahdollista  
tehdä ajanpuutteen sekä kiireen vuoksi. Soidinmäki (2010) totesi opinnäytetyönsä  
johtopäätöksissä, että kotihoitoon tarvittaisiin lisäresursseja ja lisää aikaa yhteis-  
työlle ja asiakkaalle. Useammassa kotihoidon työntekijän vastauksissa, kiire ja ajan  
vähyyksiä asiakkaan kohtaamisessa, on myös noussut esiin tässä kyselytutkimuksessa.

Kotihoidon työntekijät toivat esille useanlaisia koulutustoiveita. Päälimmäisiä kou-  
lutustoiveita olivat käytännön ideat oman työn tekemiseen, sekä konkreettiset  
esimerkit asiakaslähtöisen kuntouttavan työotteiden toteuttamisesta. Jatkuva kou-  
lutusta kuntouttavasta työotteesta pidettiin tärkeänä, koska kuntouttavaa työotet-  
tä pidettiin keskeisenä hoitotyön toteuttamisessa. Toivottiin, että kuntouttavaa  
työotetta koulutettaisiin non-stop – periaatteella, koska työntekijät vaihtuvat use-

asti. Näin ollen jokaisella kotihoidon työntekijällä olisi mahdollisuus toteuttaa kuntouttavaa työtettä samanlaisella tietopohjalla. Koulutusta toivottiin myös apuvälineiden hallintaan, apuvälineiden turvalliseen käyttöön sekä saattohoidon laatuun. Useassa vastauksessa toivottiin nostolaitteen ja uusimpien apuvälineiden käytön opastusta sekä koulutusta.

Osa vastaajista oli toisaalta sitä mieltä, ettei tarvita kuntouttavan työtteen koulutusta. He perustelivat, ettei tällä hetkellä ole aikaa toteuttaa kuntouttavaa työtettä. Syyksi mainittiin muun muassa työntekijäpula. Myös muita asioita pidettiin tärkeämpinä koulutuskohteina kuin kuntouttavaa työtettä.

Kysyttäessä hoito- ja palvelusuunnitelman realistisuudesta ja toimivuudesta, suurin osa vastanneista halusi kehittää hoito- ja palvelusuunnitelmaa, tavoitteiltaan ja sisällöltään, toimivammaksi ja enemmän asiakkaan arkea kohtaavammaksi. Keskiarvoksi palvelusuunnitelman realistisuus ja arkilähtöisyys sai 3,8 hyvän. Enemmistö, 50 % vastaajista vastasi osittain samaa mieltä ja 20 % oli osittain eri mieltä ja 5 % eri mieltä. Palvelusuunnitelma oli vastaajien mielestä liian hoitopainotteinen. Hietala (2011) on laatinut opinnäytetyönään kehittämissryhmän kanssa hoito- ja palvelusuunnitelmaan liitettävän kuntouttavan hoitosuunnitelman, johon kootaan asiakkaan toimintokykyyn liittyvät tärkeät asiat.

## 10 POHDINTA

Opinnäytetyöllemme aiheen saimme Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalveluiden johtajalta. Tällä hetkellä puhutaan paljon kuntouttavasta työtteestä ja voimavaralähtöisyydestä, niin kotihoidossa, kuin muuallakin sosiaali- ja terveystalveluissa. Kiinnostuimme opinnäytetyömme aiheesta muun muassa siksi, että halusimme tarkastella kotihoidon kuntouttavaa ja voimavaralähtöistä työtettä kuntoutuksen ohjaajan näkökulmasta. Mielestämme kuntouttava työote ei ole "kulu- nut" käsite. Kuntouttavan työtteen rinnalle on tullut "voimavaralähtöinen työ- ote". Vai voisiko sanoa, että voimavaralähtöisyys sisältyy kuntouttavaan työttee- seen. Mielenkiintoamme aiheeseen lisäsi se, että toinen meistä oli ollut noin vuosi sitten ammattitaitoa edistävässä harjoittelussa Jyväskylän kaupungin kotihoidossa. Toinen opinnäytetyön tekijä taas tekee työssään tiivistä yhteistyötä oman kunnan kotihoidon henkilöstön kanssa.

Metodeina käytimme sekä laadullista että määrällistä tutkimusotetta. Näillä tutki- musotteilla halusimme saada mahdollisimman luotettavan tuloksen kotihoidon työntekijöille suunnatusta kyselystä. Teimme kyselylomakkeen Webropol- ohjel- malla, jossa oli sekä väittämiä että avoimia kysymyksiä. Ennen kyselylomakkeen lä- hettämistä kotihoidon työntekijöille, testasimme sitä Laukaan psykiatrian poliklini- kan lähihoitajalla ja sairaanhoitajalla. Saimme palautteeksi, että kysely oli selkeä ja siihen oli myös helppo vastata.

Kyselyymme vastasi 313 työntekijästä 40 työntekijää. Vastaukset saatuamme ih- mettelimme, mistä tämä pieni vastauksien määrä voisi johtua. Pohdimme olisiko mahdollista, että työntekijöillä ei ollut aikaa vastata kyselyymme.

*" Tällä hetkellä jokainen työntekijä räpäii kasaan mitä osaa ja tiimin työntekijät sinkoilevat kiireessä asiakaskäynniltä toiselle, eikä kenellä- kään ole käsitystä kokonaisuudesta. "*

Mielestämme kato oli todella suuri. Päätelimme, että syy vähäiseen vastausmäärään saattoi olla myös se, että kuntotuttavasta työotteesta on puhuttu kuluneen vuoden aikana paljon. Muun muassa viime syksynä pidettiin koko Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalvelujen henkilöstölle "Ihmisestä lähtöisin" koulutus. Koulutuksessa kerrottiin asiakaspalautteista tulleiden esimerkkien kautta, miten sosiaali- ja terveystalvelujen asiakkaat olivat kokeneet työntekijöiden kohtelun ja kuntouttavan hoitotyön. Tulleissa esimerkeissä oli mukana hyvää palautetta. Mutta palautteiden mukaan hoitotyössä ja asiakkaan kohtaamisessa oli myös paljon kehitettävää. Mietimme, että onko kuntouttavasta työotteesta jo ehkä puhuttu liikaa.

Pohdimme myös oliko kadon syynä se, että kyselylomakkeessa saattoi olla liikaa kysymyksiä (ks. liite 3). Kyselylomaketta oli käynyt katsomassa 104 työntekijää, mutta vastaajia oli vain 40. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 195–196) mukaan kato voi nousta suureksi, ja suurelle yleisölle lähetty lomake ei yleensä tuota kovin korkeaa vastausprosenttia. Mietimme myös voiko näin pienen vastausprosentin 7.8 % mukaan tehdä luotettavia tutkimustuloksia. Päädyimme siihen, että tulokset eivät ole yleistettävissä koko kotihoidon henkilöstölle, vaan vain tähän kyselyyn osallistuneille.

Analysoimme aineistoa *sisällönanalyysin* avulla ja käytimme apuna *teemoittelua*. Alkuun oli vaikea hahmottaa millä tavalla ryhdymme työstämään tutkimuksen tuloksia. Hankalana koimme myös sen, missä muodossa tuotamme opinnäytetyön empirisen osuuden. Haimme saaduista avointen kysymysten ilmaisuista yhteneväisyyksiä, jonka jälkeen poimimme yhdistävät tekijät olleiden teemojen alle. Lopulta analyysi ja tuloksien kirjallinen tuottaminen syntyi vaivattomasti.

Opinnäytetyötä tehdessämme, koimme tärkeänä uuden tiedon saamisen ja omaksumisen. Opimme myös tuntemaan paremmin kotihoidon työn sisältöä opinnäytetyömme aikana. Koimme myös tärkeäksi hankkia monipuolista teoriatietoa kotitalvelusta ja kuntouttavasta voimavaralähtöisestä työotteesta. Haimme tietoa sekä ammattikirjallisuudesta että sähköisistä tietolähteistä kuten Ebsco:sta. Ebscossa on tuoreita ulkomaalaisia tieteellisiä lehtiä ja artikkeleita, joissa keskeisiä aihealueita ovat muun muassa humanistiset- ja yhteiskuntatieteet sekä hoitotiede (Hirsjärvi,

Remes ja Sajavaara 2009, 102, 104). Tiedon hankkiminen englanniksi esimerkiksi hakusanoilla home care (kotihoito), rehabilitation (kuntoutus) ja recourse orientation (voimavaralähtöisyys), oli työlästä. Mutta onnistuimme löytämään muutaman tieteellisen lehden tutkimuksemme opinnäytetyön tueksi.

Tuloksen mukaan kotihoidon työntekijät tukevat asiakkaan toimintakykyä kuntouttavalla työotteella. Samoin asiakkaan voimavarat tulivat useassa ilmaisussa esille. Nummijoen (2009) mukaan esimerkiksi iäkkään ihmisen kanssa työskennellessä kotihoidon työntekijöiden tulisi tunnistaa asiakkaan voimavarat. Heidän olisi oivallettava iäkkään ihmisen toimintakyvyn vahvistamisen merkitys edellytyksenä kotona selviytymiselle. (Nummijoki 2009, 98–99.) Niin iäkkäiden, kuin muidenkin kotihoidon asiakkaiden voimavarojen vahvistaminen tulisi olla kotihoidon kuntouttavaa työtettä.

Tuloksissa tuli ilmi auttaminen, ohjaaminen, tukeminen ja asiakkaan omatoimisuus: asiakas tekee niin paljon itse kuin pystyy. Kuntouttavaan työotteeseen kuuluu myös asiakkaan auttaminen niissä asioissa, joita hän ei itse pysty tekemään. Esimerkiksi esteetön ja viihtyisä ympäristö on psyykkisen toimintakyvyn tukemista. Niin sanottu kuntouttava ympäristö auttaa asiakasta voimaan hyvin. Jos asiakas ei pysty itse esimerkiksi kastelemaan kukkia tai pyyhkimään lattiaa huonekalujen alta, voitaisiin nämä asiat tehdä asiakkaan kanssa yhdessä. Asiakkaan elämänlaatu paranee.

*"Asiakas pyrkii itse tekemään mahdollisimman paljon omassa arjessaan, hoitajan tehtävä on vain tukea toimintaa ja avustaa esimerkiksi silloin, jos asiakas ei ylety ottamaan maustepurkkia ylimmältä hyllyltä.."*

Mielestämme asiakkaan kohtaamisessa olisi myös kehitettävää. Asiakas tulisi kohdata kiireettömästi, kun selvitellään asiakkaan asioita. Kotihoidon asiakkaalle on tärkeää tulla kuulluksi ja nähdyksi. Joskus voi olla, että kotihoidon työntekijä on ainoa ihminen, joka käy asiakkaan luona.

Keskeisiksi tekijöiksi kotihoidon asiakkaiden hoidossa nousivat palvelu- ja hoitosuunnitelma ja voimavaralähtöinen työote sekä eri organisaatioiden välinen viran-

omaisyhteistyö. Pitää tehdä yhteistyötä ja hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa tulee olla mukana asiakkaan työntekijäverkosto ja omaiset, jotta jokainen mukana oleva tietää tehtävänsä ja vastuunsa. Palvelusuunnitelman tulisi olla konkreettisempi, lähempänä asiakkaan arkea ja siinä tulisi olla myös kirjattuna asiakkaan kuntoutumisen tavoitteet ja keinot kuntoutumiselle.

Tehdessämme opinnäytetyötä saimme paljon tietoa voimavaralähtöisyydestä ja kuntouttavasta työtteestä sekä toimintakyvyn tukemisesta, jotka liittyvät sekä kuntoutusohjaajan että kotihoidon työntekijöiden työtapoihin. Toijasen (2003) mukaan kuntoutusohjauspalvelu tukeekin kuntoutustoimintaa, esimerkiksi perusterveydenhuollossa ja sosiaali- ja kehitysvammahuollossa. Kuntoutusohjaukseen kuuluu asiakkaan ja hänen läheistensä ohjausta, neuvontaa ja tukemista, jossa tuetaan käytännönläheisesti asiakkaan elämää poistamalla muun muassa mahdollisia esteitä. Tällä tavalla asiakkaalle on mahdollista itsenäinen elämä ja omatoiminen selviytyminen kotona. Kuntoutuksenohjauksen tavoitteena on myös asiakkaan mahdollisimman itsenäinen elämä, omatoiminen selviytyminen, arkielämän sujuvuus ja toimintamahdollisuuksien tuki sekä vuorovaikutuksellisuus. (Toijanen 2003, 8.)

Hankitun tiedon omaksuminen auttoi meitä paremmin käsittelemään ja ymmärtämään kotihoidon työntekijöiden kuntouttavaa työtä. Saimme tästä opinnäytetyöstä myös hyvää tietoa omaan työhömmе. Opinnäytetyömme teoriaosuus sekä työntekijöiden vastaukset, toiveet ja kommentit tekstissä, antavat meille tilaisuuden vaikuttaa kotihoidon kuntouttavan työtteen kehittämiseen. Haastavuutta opinnäytetyölle toi se, kun opinnäytetyön aikana saimme lisää toiveita opinnäytetyön sisältöön. Sen myötä myös opinnäytetyön nimi muuttui pariin otteeseen. Toisaalta, opinnäytetyömme sisältö ja tutkimustulokset ovat nyt monipuolisemmat.

Palvelujen tarjonnassa on tärkeää yksilöllisyyden huomiointi, kaikki kotihoidon asiakkaat ovat erilaisia. Asiakkailla on erilaisia toiveita ja tarpeita kuntoutumiseensa. Asiakasta itseään on kuunneltava yhä enemmän ja häntä olisi kohdeltava ainutkertaisena. Tavoitteena on, että kotihoidon asiakas voisi asua omassa kotonaan mahdollisimman pitkään. Mutta kykeneekö kotihoidon henkilöstön määrä vastaamaan lisääntyneeseen suurten ikäluokkien palvelujen tarpeeseen.

Kehittämisehdotuksemme liittyy hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Ehdotuksemme on, että perustetaan kehittämistyöryhmä. Kehittämistyöryhmässä suunniteltaisiin hoito- ja palvelusuunnitelmaan lisättävä asiakkaan kuntoutumissuunnitelma. Kehittämistyöryhmään kutsuttaisiin niitä kotihoidon työntekijöitä, jotka tekevät erilaisen asiakkaiden kanssa kuntouttavaa työtä ja sosiaalityöntekijä vammaispalveluista sekä omaishoidon palveluohjaaja. Asiakkaan kuntoutumissuunnitelma olisi kaikkien toimijoiden ja asiakkaan yhteinen työväline.

Toisena kehittämisehdotuksemme on koulutusten järjestämistä kotihoidon henkilöstölle. Kyselyyn vastanneiden koulutustoiiveena oli lisäkoulutusta kuntouttavaan työotteeseen ja apuvälineiden hallintaan. Lisäkoulutusta toivottiin myös laadukkaaseen saattohoitoon, näillä koulutuksilla edistetään myös kotihoidon laadun varmistusta. Kotihoidon vertaismentorointia tulee myös jatkaa. Vertaismentorit voivat omassa tehtävässään huolehtia tasapuolisen ja ajantasaisen voimavaralähtöisen kuntouttavan työotteen tiedon siirtymisen uusille työntekijöille.

Jatkotutkimusaiheena esitämme tämän opinnäytetyön jatkotutkimusta. Tutkimuksessa verrattaisiin Jyväskylän kaupungin kotihoidon kuntouttavaa ja voimavaralähtöistä työtä toisen kunnan, esimerkiksi Laukaan, kotihoidon vastaavanlaiseen työhön. Vertailevalla tutkimuksella saataisiin koottua yhtäläisyyksiä ja eroja kuntien kotihoidon kuntouttavasta ja voimavaralähtöisestä työotteesta sekä toimintakyvyn tukemisesta. Samalla saadaan tietoa, onko kotihoidon henkilöstön voimavaralähtöisessä työotteessa tapahtunut muutoksia ja millä tavalla koulutusten sekä kehittämisehdotusten toteuttaminen on lisännyt henkilöstön tietoja ja taitoja asiakkaan toimintakyvyn tukemisessä.

*”asiakkaan elämänmielekkyyden lisäämistä toivottavasti =)”*

## LÄHTEET

- Autti-Rämö, I. 2008. Lasten ja nuorten kuntoutus. Teoksessa Kuntoutus. Toim. Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2.p. Keuruu: Otavan Kirjapaino, 481.
- Elo, S. 2009. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa gerontologinen hoitotyö. Toim. Voutilainen, P & Tiikkanen, P. 1.p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 9.
- Hedman, N., O., Johansson, R. & Rosenqvist, U. 2007. Clustering and inertia: structural integration of home care in Sweden elderly care. International Journal of Intergrated Care. (12.9.2007)7, 1–2. Viitattu 11.4.2012. <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/113/226>.
- Hietala, P. 2011. Toimintakykyä tukevaa kotihoitoa. Kehittämiskohteena hoito- ja palvelusuunnitelma, sekä organisaatorakenne. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali-, terveys- ja liikunta- ala, sosiaali- ja terveysalan johtamisen koulutusohjelma, ylempi AMK. Viitattu 9.4.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>. , Ja-Net.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud.painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. 6–7 .painos. Helsinki: Tammi.
- Holma, T., Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2005. Kuntouttava työote. Teoksessa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Toim. Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi - Sulkava, U. & Finne - Soveri, H. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy., 43–45.
- Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa gerontologinen hoitotyö. Toim. Voutilainen, P & Tiikkanen, P. 1.p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita Prima.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.
- Jyväskylän kaupungin luottamushenkilöorganisaation toimielinrakenne 2013. Uuden sukupolven organisaation valmistelutoimikunnan pöytäkirja 43. Pöytäkirja 29.8.2011, 17.00. Viitattu 17.9.2011. <http://www3.jkl.fi/paatokset/usovtmk/2011/29081700.0/frmtxt43.htm>.



Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5 uud. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu 111. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenis Print.

Kivelä, S-L. & Vaapio, S.2011. Vanhana tänään. Senioriliike ry. Eesti: Raamatutruki-koda.

Kivinemi, J. 26.4.2012. Jyväskylän kaupunki. Sosiaali- ja terveysterveyspalvelut. Kotihoito.

Konola, P., Töytäri, O & Kallanranta.T. 2008. Apuvälineiden järjestäminen. Teoksessa Kuntoutus. Toim. Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2.p. Keuruu: Otavan Kirjapaino, 565, 569–572.

Koskinen,S., Pitkälä, K. & Saarenheimo, M. 2008. Gerontologinen kuntoutus. Teoksessa Kuntoutus. Toim. Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2.p. Keuruu: Otavan Kirjapaino, 548–549, 550–551, 556–557, 560.

Kotihoito 2012. Kunnat.net. Viitattu 19.4.2012.

[Http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/kotihoito/Sivut/default.aspx](http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/kotihoito/Sivut/default.aspx).

Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Sosiaali- ja terveysministeriö. 3.1.2011. Viitattu 3.6.2011.

[Http://www.stm.fi/sosiaali\\_ ja\\_ terveysterveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ ja_ terveysterveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut).

Kvalimot, 7.3 Analyysi ja tulkinta. Viitattu 10.9.2011.

[Http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3.html)

L 22.9.2000/812 7 §. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Viitattu 17.9.2011. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

L 3.4.1987/380. Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista: Viitattu 2.6.2011. Valtion säädöstietopankki Finlex. [Http://www.finlex.fi](http://www.finlex.fi), ajantasainen lainsäädäntö.

Lehtonen, A., Sorsa, P. & Heinonen S. 2007. Turvallisuustyö kotipalvelussa. Itä - Suomen lääninhallituksen julkaisu. Julkaisupäivämäärä 5.12.2007. Viitattu 20.4.2012.

[Http://www.laaninhallitus.fi/lh/biblio.nsf/37FBC643071E5D48C22573BE002BBC6A/\\$file/Turvallisuustyö\\_kotipalveluissa\\_2007\\_nro144.pdf](http://www.laaninhallitus.fi/lh/biblio.nsf/37FBC643071E5D48C22573BE002BBC6A/$file/Turvallisuustyö_kotipalveluissa_2007_nro144.pdf).

Lyyra, T- M. & Tiikkanen, P. 2009. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa gerontologinen hoitotyö. Toim. Voutilainen, P & Tiikkanen, P. 1.p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 61, 67.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. 1994. Qualitative data analysis. 2 nd. ed. California: Sage.

Nummijoki, J. 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa Lupaava kotihoito, uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Toim. Engeström, Y., Niemelä, A - L., Nummijoki, J, & Nyman, J. Juva: WS Bookwell Oy. 100–101.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisen hoito- ja palvelusuunnitelma, opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Helsinki: STAKES. Viitattu 17.9.2011.

[Http://www.oamk.fi/sote/hankkeita/aktiivinenvanhuus/suosituksset/OPPAAT/opas\\_2002\\_hoito\\_ja\\_palvelusuunnitelma.pdf](http://www.oamk.fi/sote/hankkeita/aktiivinenvanhuus/suosituksset/OPPAAT/opas_2002_hoito_ja_palvelusuunnitelma.pdf).

Räty, T. 2010. Vammaispalvelut. Vammaispalvelujen soveltamiskäytäntö. Vaasa: Arkimedia Oy.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto, Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 16.4.2012.

[Http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_2.html).

Saarnio, R. & Isola, A. 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö- onko vaihtoehtoja. Teoksessa gerontologinen hoitotyö. Toim. Voutilainen, P & Tiikkanen, P. 1.p. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 283–284.

Sihvonen, A-P., Martelin, T., Koskinen, S., Sainio, P. & Aromaa, A. 2003. Sairastavuus ja toimintakykyinen elinaika. Teoksessa Gerontologia. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. Tampere: Tammer-paino Oy., 51, 331.

Sims-Gould, J. & Martin-Matthews, A. 2010. We share the care: family caregivers' experiences of their older relative receiving home support services. Health and Social Care in the Community (2010)18, 415 -. Viitattu 16.4.2012.

[Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto). , Nelli-portaali, EBSCO.

Suikkanen, A. & Lindh, J. 2008. Yksilön ja yhteiskunnan vuorovaikutus kuntoutuksessa. Teoksessa Kuntoutus. Toim. Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. 2.p. Keuruu: Otavan Kirjapaino, 65.

Soidinmäki, Pirkko. 2010. Kotihoito - kokeilusta käytäntöön. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma terveydenhoitaja. Viitattu 9.4.2012. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto)., JaNet.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet 171. Väitöskirja. Viitattu 24.4.2012.

[Http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-951-27-1301-1/urn\\_isbn\\_978-951-27-1301-1.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1301-1/urn_isbn_978-951-27-1301-1.pdf).

Tiikkanen, P. 2011. Minä asiakaslähtöisen toimintakulttuurin muuttujana. Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalvveluiden ja Jyväskylän yhteistoiminta-alueen tervetvskeskussairaalan henkilöstökoulutus. Pirjo Tiikkasen (JAMK) luento koulutus-päivässä Asiakas- ja potilaslähtöisyyttä vahvistamassa, 22.11.2011. Jyväskylän kau-pungin pääkirjasto, Minnansali.

Toijanen, M. 2003. Kuntoutusohjaus ja kuntoutusohjaaja. Teoksesta Holma, T. (toim.) Kuntoutusohjausnimikkeistö- opas sisältöön ja käyttöön. Suomen kuntaliit-to. Helsinki: Kuntasalon paino.

Toimintakyvyn arviointi. Vammaispaalvelujen käsikirja. sosiaaliportti. sosiaalialan ammattilaisille. Viitattu 15.3.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>., Nelli-portaali, So-siaaliportti.

Tuomi, J. 2005. Hoitotyön teoreettiset ja käytännölliset perusteet. Helsinki: Kustan-nusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi: Helsinki. Kustannusyhtiö Tammi.

Uuden sukupolven organisaation valmistelutoimikunta 2010–2012. Lauta-, johto- ja toimikunnat 2009–2012. Viitattu 10.9.2011 [www.jyvaskyla.fi](http://www.jyvaskyla.fi).

Vakavat ja krooniset sairaudet. Kansanterveys. Viitattu 14.4.2012. [http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/diseases/index\\_fi.htm](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases/index_fi.htm).

Vuori - Kemilä, A., Lidroos, S., Nevala, S. & Virtanen, J. A. 2005. Ihmisen hyvä - Etiik-ka hoitotyössä. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Webropol 2012. Yliopistot ja korkeakoulut. Viitattu 15.4.2012. <http://w3.webropol.com/finland/kaeyttoalueet/yliopistot-ja-korkeakoulut>.

## Liite 2. Kotihoidon ja vammaispalvelutyön yhteispalaveri

### Kotihoidon ja vammaispalvelun sosiaalityön yhteispalaveri

Aika: Ma 11.4.11 klo 12.30- 14.00

Paikka: Matarankatu 4, 3 Krs neuvottelutila

Läsnä: Satu Salovaara, palvelupäällikkö, kotihoito, pj.  
 Riitta Matikainen, palvelupäällikkö, kotihoito  
 Tea Tuhkalainen, palvelupäällikkö, kotihoito  
 Taru Aarnipelto, sosiaalityöntekijä, vammaispalvelu  
 Terhi Tiitta, sosiaalityöntekijä, vammaispalvelu  
 Jaana Pekkola, palveluohjaaja, vammaispalvelu  
 Marjatta Salminen, palveluyksikön johtaja, vammaispalvelu  
 Marita Mäkinen, palvelupäällikkö, kotihoito (+ opiskelija)  
 Tiina Pietikäinen, sosiaalityöntekijä, vammaispalvelu  
 Silja Rossi, sosiaalityöntekijä, vammaispalvelu  
 Sari Antila, palvelupäällikkö, vammaispalvelu, siht.

Poissa: Hilja Rynänen  
 Emmi Hanhikoski  
 Ritva Parkkinen

#### Muistio

1. Toiveita tämän palaverin käsiteltäviksi asioiksi:
  - Yhteiset kotikäynnit ja niiden elvyttäminen
    - hoito- ja palvelusuunnitelmien tekeminen yhteistyössä
  - Työkuvat: erityisavustajat, henkilökohtainen avustaja, kotihoito
  - Sairaanhoidolliset toimet kotikäynneillä

Käydyissä keskustelussa tuli esille seuraavaa:

- USO:a suunnitellessa on suunniteltu, että kaikki kotiin annettavat palvelut ovat samassa yksikössä, jossa eroteltuina erilaisia profiloituja palveluita.
- Todettiin, että profiloitintarve ja erityisosaamistarve on olemassa esim. vammaiset, päihdetyö, mielenterveystyö. Rajapinnat näissä eri asiakasprosesseissa nousevat tulevaisuudessa tärkeämmäksi. Kun erityisavustajat ovat omassa tiimissään, jossa vertaistuki ja mm. tietotaidon ylläpysyminen varmistetaan paremmin.
- Yhteisten kotikäyntien uudelleen virittäminen ja suunnittelu koetaan erittäin tärkeiksi. Tällöin saadaan laadittua yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma ja sen toteuttaminen onnistuu paremmin. Tässä päästiin alkuun 2009 syksyllä, mutta hyvin alkanut yhteistyö ei jostain syystä jatkunut. Muun muassa työntekijöiden vaihtuminen on vaikuttanut asiaan.
- Tärkeä on sopia ja kirjata, mitkä kotihoidon palveluista ovat sairaanhoitoa, mitkä työt taas ns. kotihoitoon kuuluvia tehtäviä (esim. katetointi ei ole sairaanhoitoa, vaan kotihoitoa). Tämä vaikuttaa mm. maksuun eli jos pystytään eriyttämään sairaanhoito kotihoidosta, niin sairaanhoidosta voidaan periä maksua (jos on sairaus, joka ei liity vammaan, mutta joka vaatii hoitoa, niin ei olisi maksutonta). Päätöksessä

- täytyy myös mainita/eritellä mitkä ovat ilmaisia palveluita, mitkä maksullisia. Emmiä pyydetään kokoamaan, mitä vammaispalvelulaki määrittelee kotihoidosta.
- Keskusteltiin esimerkkitapauksesta, jossa asiakas pyrkii määrittelemään kotihoitoa, aikataulua, tehtäviä jne. Kyseessä on erittäin haastava asiakas. Työsuojeluasiaksikin voi nostaa asioita tarvittaessa – joskus se on erittäinkin perusteltua!
  - Profiloinnissa työntekijät täytyy miettiä uudelleen eli mikä työntekijäryhmä antaa palveluista mihinkä aikaan, mitä mahdollisesti ostetaan. Esim. aikaisin aamulla annettava palvelu: yöpartio, vuorohoito, kotihoito, kotihoidon vammaisavustajat, kuka?
  - Todettiin, että asiakkaiden tarvitsemat palvelut täytyy järjestää, mutta asiakas ei voi määrittellä kuka antaa palvelua.
  - Huomioidaan, että toisen puolesta ei voida tehdä päätöksiä eli esim. tällä hetkellä, kun vammaispalvelu ja kotihoito ovat eri palveluyksiköissä, ei vammaispalvelu voi tehdä päätöksiä kotihoidon puolesta.
  - Tällä hetkellä kotihoidossa on vammais- tai mielenterveystyöhön suuntautuneita lähihoitajia vain joitakin. Tämänhetkinen malli ei todennäköisesti ole kiinnostanut näihin sektoreihin suuntautuneita työntekijöitä. Nähtiin, että ehdotettu profiloitu malli toisi varmasti kysyntää.
  - Tällä hetkellä alueellisia eroja palvelujen kysynnässä on paljon ja tilanteet elää koko ajan, joten sosiaalityöntekijöiden kannattaa aina selvittää tilanne kotihoidosta, kun vammaisilla on kotihoidon tarvetta. Kotihoidossa on tällä hetkellä kaksi työntekijää vammaisten erityistyöntekijöinä.
  - Profilointi vaatii keskitettyä esimiestyötä, joka toisi myös työtehtävien suunnitteluun ja resurssien käyttöön tehokkuutta.
  - Huomioitavaa: kuntaliitosten yhteydessä alueilla, joissa vammaiset ovat olleet aiemmin jo kotihoidossa alueella, asiat pelittävät hyvin
  - Tulevaisuudessa tulee pohdittavaksi myös kaksivuorotyö, viikonlopputyö

#### Miten edetään:

- Jaana Pekkola menee harjoitteluun toukokuussa kotihoitoon. Hän tekee opinnäytetyötä vammaisten kotihoidosta ja yhdessä Sari Antilan kanssa he kartoittavat kotihoidossa tällä hetkellä olevien asiakkaiden määrät, alueet ja palvelut. Lisäksi kartoitetaan vammaispalvelusta tehtävät ostopalvelut sekä vammaispalvelusta henkilökohtaisena apuna ostettavat muutaman tunnin kotiavun tarvitsijat, (joita voitaisiin mahdollisesti tulevaisuudessa hoitaa kotihoidon toimesta).
- Laaditaan tämän jälkeen suunnitelmaa ja resurssien laskentaa tulevaisuutta varten
- Yhteiset kotikäynnit aloitetaan uudelleen niissä tapauksissa, kun asiakas tarvitsee kotihoitoa. Pyritään suunnitelmallisemmin ennakoimaan yhteiset kotikäynnit: Yhteydenotto puhelimitse palvelupäällikköön tai palveluohjaajaan uusien asiakkaiden kohdalla – ei sähköpostilla. Tämä korostuu mitä kiireellisempi pyyntö on kyseessä.
- Ateriapalveluiden suhteen on myös sovittava yhteisesti milloin ateriat tehdään asiakkaan luona (asiakas osallistuu), milloin ruoka tuetaan ateriapalveluista.

#### Seuraava palaveri:

Maanantaina 6.6.11 klo 13- 15 Kuokkala, Vammaispalvelu

### Liite 3. Saatekirje



WWW.JAMK.FI

#### **HYVÄ VASTAAJA**

Olemme kaksi kuntoutuksenohjaaja opiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Opintoihimme kuuluu opinnäytetyö. Opinnäytetyön aiheemme on ”Kotihoidon henkilöstön kuntouttava työote asiakkaan arjessa selviytymisessä”.

Toivoisimme, että Sinulla olisi hetki aikaa (n.5-10 minuutta) vastata kysymyksiimme. Kysymykset ovat monivalintakysymyksiä ja mukana on myös muutama avoin kysymys. Aineistoa tullaan käsittelemään ja lopulliset tulokset esitetään siten, että työntekijöiden henkilöllisyys ei tule missään opinnäytetyön vaiheessa näkyviin.

Alla olevasta linkistä pääset kyselyymme.

<https://www.webropolsurveys.com/S/C15B169B2FCEDD67.par>

Tule mukaan kertomaan oma mielipiteesi, miten haluaisit itse kehittää kotihoidon kuntotuttavaa hoitotyötä.

Opinnäytetyön sisällön luotettavuuden varmistamiseksi jokaisen työntekijän osallistuminen kyselyyn on tärkeää.

Vastaathan kyselyymme mahdollisimman pian, mutta kuitenkin 8.4.2012 mennessä.

Tulethan mukaan vaikuttamaan kotihoidon kehittämiseen. KIITOS AJASTASI !

Terveisin Mira Ojansivu ja Jaana Pekkola

Annamme tarvittaessa lisätietoja

Hoitotyön lehtori Leena Minkkinen p. 050 – 568 5361

Mira Ojansivu p. 040 – 505 7073 ja Jaana Pekkola p. 040 – 76 96 172.

## Liite 4. Haastattelu lomake

Kysymykset kotihoidon työntekijöille

Vastaisitko ystävällisesti kaikkiin alla oleviin kysymyksiin. Mieltipiteesi on meille tärkeää.

**TAUSTATIEDOT****1. Työnantajasi**

- Jyväskylä
- 

**2. Koulutuksesi**

- lähihoitaja
- kodinhoitaja
- sairaanhoitaja
- muu

**3. Ikäsi**

- 18 – 25
- 26 – 35
- 36 – 45
- 46 – 55
- 56 – 65

**4. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt kotihoidossa**

- 0 – 4
- 5 – 10
- 11 – 15
- 16 – 20
- 21 – 25
- 26 -

Kysymykset kotihoidon työntekijöille

**TYÖTÄ OHJAAVAT PERIAATTEET****5. Tiedän työpaikkani työtä ohjaavat periaatteet**

	täysin eri mieltä	osittain eri mieltä	en osaa sanoa	osittain samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Arvio seuraava väittämä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**6. Kirjoita tähän työpaikkasi työtä ohjaavat periaatteet****7. Mielipidettäni on kysytty laadittaessa työtä ohjaavia periaatteita**

	täysin eri mieltä	osittain eri mieltä	en osaa sanoa	osittain samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Arvio väittämä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**8. Olen saanut olla keskustelemassa/suunnittelemassa työtä ohjaavien periaatteiden valinnassa**

	täysin eri mieltä	osittain eri mieltä	en osaa sanoa	osittain samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Arvio väittämä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**9. Olen saanut vaikuttaa työtä ohjaaviin periaatteisiin**

	täysin eri mieltä	osittain eri mieltä	en osaa sanoa	osittain samaa mieltä	täysin samaa mieltä
Arvio väittämä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN TARKOITUS ASIAKKAAN TOIMINTAKYVYN TUKEMISESSA

**10.** Asiakkaan toimintakykyä kuntouttavaan työotteeseen kuuluu, että teen asiakkaan tarvitsemat asiat hänen pyynnöstään.

Arvio väittämä      täysin eri mieltä      osittain eri mieltä      en osaa sanoa      osittain samaa mieltä      täysin samaa mieltä

**11.** Kuntouttavassa työotteessa asiakas tekee omien voimavarojensa mukaan hoitajan avustaessa tarvittaessa

Arvio väittämä      täysin eri mieltä      osittain eri mieltä      en osaa sanoa      osittain samaa mieltä      täysin samaa mieltä

**12.** Kirjoita tähän mitä kuntouttava työote asiakkaan kuntoutumisessa sinun mielestäsi merkitsee

**13.** Asiakkaan rohkaiseminen on osa kuntouttavaa työotetta

Arvio väittämä      täysin eri mieltä      osittain eri mieltä      en osaa sanoa      osittain samaa mieltä      täysin samaa mieltä

**14.** Otan kokonaisvaltaisesti huomioon asiakkaan toimintakyvyn (sosiaalisen, fyysisen ja psyykkisen)

Arvio väittämä      täysin eri mieltä      osittain eri mieltä      en osaa sanoa      osittain samaa mieltä      täysin samaa mieltä

**15.** Jos mahdollista, olen yhteistyössä asiakkaan sosiaalisen piirin mm. omaiset ja naapurit kanssa

Arvio väittämä      täysin eri mieltä      osittain eri mieltä      en osaa sanoa      osittain samaa mieltä      täysin samaa mieltä

## Kysymykset kotihoidon työntekijöille

## MITEN TOTEUTAT TYÖSSÄSI KUNTOUTTAVAA TYÖTETTA

16. Kuntouttavaan työotteeseen mielestäni kuuluu, että teen asiakkaan pyynnöstä kaikki toimenpiteet, joita hän pyytää

Arvio väittämä      täysin eri mieltä      osittain eri mieltä      en osaa sanoa      osittain samaa mieltä      täysin samaa mieltä

17. Kannustan asiakasta suoriutumaan joistakin päivän askareista itsenäisesti

Arvio väittämä      täysin eri mieltä      osittain eri mieltä      en osaa sanoa      osittain samaa mieltä      täysin samaa mieltä

18. Tuen asiakasta sanallisesti motivoitumaan oman toimintakykynsä kuntoutumiseen

Arvio väittämä      täysin eri mieltä      osittain eri mieltä      en osaa sanoa      osittain samaa mieltä      täysin samaa mieltä

## Kysymykset kotihoidon työntekijöille

19. On nopeampaa tehdä asiat itse kuin asiakkaan kanssa yhdessä

Arvio väittämä  täysin eri mieltä  osittain eri mieltä  en osaa sanoa  osittain samaa mieltä  täysin samaa mieltä

20. Kokeilen uusia keinoja saadakseni asiakkaan motivoitumaan omaan kuntoutumiseensa

Arvio väittämä  täysin eri mieltä  osittain eri mieltä  en osaa sanoa  osittain samaa mieltä  täysin samaa mieltä

21. Mielestäni asiakkaan tarvitsee tietää, miksi en tee asioita hänen puolestaan

Arvio väittämä  täysin eri mieltä  osittain eri mieltä  en osaa sanoa  osittain samaa mieltä  täysin samaa mieltä

## Kysymykset kotihoidon työntekijöille

**HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA**

22. Olen mukana asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman teossa

Arvio väittämä  täysin eri mieltä  osittain eri mieltä  en osaa sanoa  osittain samaa mieltä  täysin samaa mieltä

23. Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää mm. asiakaslähtöisen kuntouttavan työtteen tavoitteet

Arvio väittämä  täysin eri mieltä  osittain eri mieltä  en osaa sanoa  osittain samaa mieltä  täysin samaa mieltä

24. Minusta on tärkeää noudattaa hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattuja tavoitteita

Arvio väittämä  täysin eri mieltä  osittain eri mieltä  en osaa sanoa  osittain samaa mieltä  täysin samaa mieltä

25. Kotikäynnillä tarkistan asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmasta asiakkaan tavoitteet ja keinot kuntoutumisen toteuttamiseksi

Arvio väittämä  täysin eri mieltä  osittain eri mieltä  en osaa sanoa  osittain samaa mieltä  täysin samaa mieltä

26. Hoito- ja palvelusuunnitelma auttaa minua tekemään asiakkaan toimintakykyä tukevaa työtä

täysin eri mieltä   osittain eri mieltä   en osaa sanoa   osittain samaa mieltä   täysin samaa mieltä  
Arvio väittämä

27. Hoito- ja palvelusuunnitelma on mielestäni yleensä tehty realistisesti ja sen tavoitteiden noudattaminen on helppoa

täysin eri mieltä   osittain eri mieltä   en osaa sanoa   osittain samaa mieltä   täysin samaa mieltä  
Arvio väittämä

28. Haluaisin kehittää hoito- ja palvelusuunnitelmaa, miten?

## Kysymykset kotihoidon työntekijöille

### APUVÄLINEET

29. Asiakkaalla on apuvälineitä, joiden käyttöä en osaa ohjata esim. kommunikaattori, sähkösäänky, rollaattori, kuulokoje

Arvio väittämä      täysin eri mieltä      osittain eri mieltä      en osaa sanoa      osittain samaa mieltä      täysin samaa mieltä

30. Haluaisin ohjausta ja opastusta apuvälineiden käytöstä.

Arvio väittämä      täysin eri mieltä      osittain eri mieltä      en osaa sanoa      osittain samaa mieltä      täysin samaa mieltä

31. Jos vastasit "samaa mieltä" kirjoita tähän, millaista apuvälineohjausta haluat

32. Asiakkailta on mielestäni tarpeettomia apuvälineitä?

Arvio väittämä      täysin eri mieltä      osittain eri mieltä      en osaa sanoa      osittain samaa mieltä      täysin samaa mieltä

33. Asiakkailta puuttuu tarpeellisia apuvälineitä?

Arvio väittämä      täysin eri mieltä      osittain eri mieltä      en osaa sanoa      osittain samaa mieltä      täysin samaa mieltä

34. Asiakkaan liikkumisen tukeminen kuuluu mielestäni fysioterapeutin toimenkuvaan

Arvio väittämä      täysin eri mieltä      osittain eri mieltä      en osaa sanoa      osittain samaa mieltä      täysin samaa mieltä

## Kysymykset kotihoidon työntekijöille

**KUNTOUTTAVAN TYÖN KEHITTÄMINEN**

**35.** Haluan lisäkoulutusta kuntouttavasta työotteesta

Arvio väittämä       täysin eri mieltä     osittain eri mieltä     en osaa sanoa     osittain samaa mieltä     täysin samaa mieltä

**36.** Jos vastasit "samaa mieltä", niin kirjoita tähän mitä koulutusta haluaisit

**37.** Jos vastasit "eri mieltä", miksi?

Kiitos ajastasi.

Aineisto ja lopulliset tulokset tullaan käsittelemään siten, että työntekijöiden henkilöllisyys ei tule missään opinnäytetyön vaiheessa näkyviin.

Oikein hyvää ja aurinkoista loppukevään jatkoa, ja kesän odotusta!

Jaana ja Mira

## Liite 5. Aineiston analyysi

ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p><i>"Kokonaisvaltainen asiakkaan huomioonottaminen..."</i></p> <p><i>"Asiakaslähtöinen työote..."</i></p> <p><i>"Asiakkaan kunnioitus..."</i></p> <p><i>"Yksilöllisyyden kunnioitus..."</i></p> <p><i>..." itsemäärämisoikeuden kunnioittaminen..."</i></p> <p><i>"Tuemme ...itsemäärämisoikeutta ..."</i></p> <p><i>Tänä päivänä kaikkea ohjaa raha. Hoito huonontuu ja kiire lisääntyy..."</i></p> <p><i>"...työyksikön omat periaatteet..."</i></p> <p><i>"Sijaisia ei palkata. Säästää pitää"</i></p> <p><i>"Kotihoidon arvot ja kirjaamista ohjaavat periaatteet..."</i></p>	<p>Asiakaslähtöisyys</p> <p>Itsemäärämisoikeus</p> <p>Työpaikan pelisäännöt</p>	<p>Työntekijän näkemys työtä ohjaavista periaatteista</p>	<p>Työtä ohjaavat periaatteet</p>

ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p><i>"Ihmisarvoisen elämän mahdollistaminen omassa kodissa"</i></p> <p><i>"Asiakasta ei auteta avuttomaksi"</i></p> <p><i>"Yritetään tehdä yhdessä nuun palson kun voidaan"</i></p> <p><i>...kuntouttava työote = uusi toimintakulttuuri...</i></p> <p><i>... "kuntouttava työote. psyykkinen, fyysinen ja sosiaalinen kokonaisuus..."</i></p> <p><i>... "asiakkaan puolesta ei tehdä, sitä mihin hän itse pystyy..."</i></p> <p><i>... "tavoitteellisuus..."</i></p> <p><i>... "tarjota laadukasta hoitoa niin, että tuntevat olonsa turvalliseksi ja arvostetuksi yhteistyössä omaisten ja muiden tahojen kanssa"</i></p> <p><i>... "tasavertainen kohtaaminen, ihmisläheisyys, joustavuus tarvittaessa..."</i></p> <p><i>... "voimavaralähtöisyys..."</i></p> <p><i>... "asiakkaan voimaroista lähtevä hoitotyö..."</i></p> <p><i>, ... "asiakkaan voimavarojen huomioiminen (kokonaisvaltainen asiakkaan hoito..."</i></p>	<p>Omatoimisuuden tukeminen</p> <p>Kuntouttava työote</p> <p>Laadukas hoitotyö</p> <p>Voimavarat</p>	<p>Työntekijän näkemys työtä ohjaavista periaatteista</p>	<p>Työtä ohjaavat periaatteet</p>



ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p><i>"Asiakas tekee itse mitä pystyy, hoitaja auttaa/opastaa tarvittaessa. Tehdään asioita yhdessä, ei puolesta!"</i></p> <p><i>... "asiakkaan toimintakyky säilyy, elämänlaatu paranee..."</i></p> <p><i>"Autetaan siinä mihin asiakas ei tosiaan pysty ja tuetaan ja kannustetaan tekemään kaikkea minkä itse vielä pystyy"</i></p> <p><i>"Asiakas tekee tai ainakin osallistuu kaikkeen mahdolliseen tekemiseen kotona"</i></p> <p><i>"Kuontouttava työote merkitsee asiakkaan kuntoutumisessa sitä, että me työntekijät teemme itsestämme tarpeettomia..".</i></p> <p><i>"...asiakas tekee asiat joihin pystyy avustajan tukemana, ohjaamana silloin kun hän tarvitsee ohjausta, muistutusta jne."</i></p> <p><i>" Asiakas pyrkii itse tekemään mahdollisimman paljon omassa arjessaan, hoitajan tehtävä on vain tukea toimintaa ja avustaa esimerkiksi silloin, jos asiakas ei ylety ottamaan maustepurkkia ylimmältä hyllyltä.."</i></p> <p><i>... "edetään pikku hiljaa, esim. asia kerrallaan..."</i></p>	<p>Omatoimisuus</p> <p>Omatoimisuus</p> <p>Työntekijän tarpeettomuus</p> <p>Avustaja tukee ja ohjaa</p> <p>Asiakas tekee itse hoitaja tukee</p>	<p>Työntekijän näkemys kuntouttavasta työtteestä asiakkaan kuntoutumisessa</p>	<p>Kuntouttavan työotteen tarkoitus asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa</p>

ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p><i>"Asiakkaan omien voimavarojen aktivoimista päivittäisissä toimissa, voimavaralähtöistä ajattelua."</i></p> <p><i>"Asiakkaan pienenkin osallistumisen mahdollistamista ja tukemista, niin päätöksenteossa kuin "hoitotoimenpiteissäkin".</i></p> <p><i>"Kuntouttavassa työtöteessä asiakas tekee omien voimavarojensa mukaan hoitajan avustaessa tarvittaessa."</i></p> <p><i>" Hoitaja kannustaa asiakasta tekemään mahdollisimman paljon itse ja asiakas pyrkii tekemään voimavarojensa mukaan"</i></p> <p><i>"Huomioidaan myös asiakkaan henkinen puoli ja sosiaalinen verkosto."</i></p> <p><i>... "asiakkaan toimintakyky säilyy, elämänlaatu paranee..."</i></p> <p><i>"asiakkaan elämänmielekkyyden lisäämistä toivottavasti =)"</i></p> <p><i>"Asiakkaan elämäntapaohjantaa"</i></p>	<p>Voimavarat</p> <p>Asiakkaan osallistumisen mahdollistaminen</p> <p>Kannustus</p> <p>Elämänlaatu</p>	<p>Työntekijän näkemys kuntouttavasta työtöteestä asiakkaan kuntoutumisessa</p>	<p>Kuntouttavan työtöteen tarkoitus asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa</p>

ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p><i>... "on kirjattu ainoastaan käynnin sisältö eli "ottaa aamulääkkeet ohjatusti, RR-mittaus", jolloin käynnit jäävät vain irrallisiksi suoritteiksi eikä tiimissä ymmärretä MIKSI verenpaineen mittaus on tärkeää."</i></p> <p><i>"Tavoitteiden pitäisi olla konkreettisempia, pienempiä ja selkeästi saavutettavissa olevia/mitattavia."</i></p> <p><i>... "suunnitelmat ovat useita vuosia vanhoja"</i></p> <p><i>"Hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät ole ajan tasalla kun ei niitä ehditä päivittää aina niin nopeasti kun tarve vaatii"</i></p> <p><i>"Mikään taho ei myöskään varmista, että hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat ajantasalla"</i></p> <p><i>"Tavoitteet voisi tehdä enemmän arkea kohtaviksi ja näin tavoitteet olisi realistisemmat toteuttaa".</i></p>	<p>Tavoitteet</p> <p>Konkreettiset tavoitteet</p> <p>Päivitys/tavoitteet</p> <p>Realistiset tavoitteet</p>	<p>Työntekijän ehdotukset hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämiseksi</p>	<p>Hoito- ja palvelusuunnitelma</p>

ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p><i>"Nykyään hopasut tehdään vain, kun ne on tehtävä niillä ei todellisuuden kanssa ole mitään tekemistä"</i></p> <p><i>"Hoito- ja palvelusuunnitelmista puuttuu hoidon "pitkän tähtäimen suunnitelma"</i></p> <p><i>"Ohjelma, jolla hoito ja palvelusuunnitelma tehdään voisi olla selkeämpi"</i></p> <p><i>"Esim. siinä voisi olla monivalintoja tms."</i></p> <p><i>"Hoitosuunnitelmassa on usein vain palvelusuunnitelma"</i></p> <p><i>"Hoitajilla pitäisi olla aikaa tehdä huolellisesti suunnitelma, jolloin siitä hyötyisivät kaikki"</i></p> <p><i>"Selkeät erottelut asiakkaan voimavaroista sekä missä tarvitsee apua"</i></p>	Sisältö	Työntekijän ehdotukset hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämiseksi	Hoito- ja palvelusuunnitelma

ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄVALIKKO
<p><i>”Tällä hetkellä jokainen työntekijä rääpii kasaan mitä osaa ja tiimin työntekijät sinkoilevat kiireessä asiakaskäynniltä toiselle, eikä kenelläkään ole käsitystä kokonaisuudesta”</i></p> <p><i>”Asiakas voisi olla enemmän mukana sen laatimessa ja arvioinneissa.”</i></p> <p><i>”Tavoitteet voisi tehdä enemmän arkea kohtaviksi ja näin tavoitteet olisi realistisemmat toteuttaa.”</i></p> <p><i>... ”siten, että ylipäätä olisi aikaa toteuttaa hoito ja palvelusuunnitelmaa.”</i></p> <p><i>”Hoito- ja palvelusuunnitelmista unohtuu yleensä voinnin seuranta ja arviointi...”</i></p> <p><i>”Kaupungin pitäisi järjestää koulustusta kaikille kotihoidon työntekijöille hopasuiden laatimisesta.”</i></p> <p><i>”Järjestelmänä toivoisin, että se saataisiin sisältymään terveysefficaan, olisi päivittäisessä käytössä paljon enemmän kuin mennä kotihoidon kautta.”</i></p> <p><i>”HOPASUN päivitystä on tehtävä koko ajan”</i></p>	<p>Toteutus</p>                <p>Arviointi</p>                <p>Koulutus</p>	<p>Työntekijän ehdotukset hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämiseksi</p>	<p>Hoito- ja palvelusuunnitelma</p>



ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p><i>"Nykyaikaisiin" ja harvinaisempiin apuvälineisiin opastusta."</i></p> <p><i>"Uusimmat versiot olisi hyvä opettaa."</i></p> <p><i>"Miten käytän apuvälineitä turvallisesti (sekä asukkaan että hoitajan kannalta), miten siitä saa täyden hyödyn"</i></p> <p><i>"Kaikki käy."</i></p> <p><i>"Aina on ohjeistus tervetullutta."</i></p> <p><i>"Mikäli tulee jokin uusi laite, henkilökunta tulee kouluttaa sen osaajaksi. Teknologia edistyy koko ajan."</i></p> <p><i>"Apuvälineitä tulee jatkuvasti uusia, joten kaikki tieto ja ohjaus on tervetullutta."</i></p> <p><i>"No, HÖH, tarkoitin tietenkin silloin, jos kohdalle osuus joku sellainen väline jota ei ole koskaan käyttänyt tai jota ei ole käyttänyt aikoihin."</i></p>	<p>Muut koulutustoiveet</p> <p>Uudet apuvälineet</p> <p>Kertaus</p>	<p>Koulutustoiveet</p>	<p>Apuvälineet</p>





ILMAISU	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
<p><i>"Kuntouttavan työtteen käyttäminen vaatisi enemmän henkilökuntaa, päivät ovat erilaisia eikä usein pysty antamaan tarvittavaa aikaa vaikka haluaisikin kun "jonossa" odottaa toiset asukkaat"</i></p> <p><i>"Olisihan se hienoa (ja ennen kaikkea kuulostaa..)jos pystyisi kuntouttavaa työtä käyttämään tässä jokapäiväisessä arjessa, mutta ei tällä työtaakalla ja kiireellä kerkeä mihinkään syventymään tai panostamaan"</i></p> <p><i>"Kuntouttava työote on mielestäni yksi perusarvoja/toimintatapoja omassa työyhteisössä ja asukaslähtöisyys. En koe tarvitsevani siihen koulutusta, on muitakin tärkeämpiä teemoja, kuten mm. saattohoidon laadun lisääminen."</i></p>	<p>Vähäinen henkilökunta määrä</p> <p>Muut syyt</p>	<p>Ei tarvetta koulutukselle</p>	