

Anniina Seluska & Hanna-Mari Seppänen

**ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA OULUN KAUPUNGIN KOTIKUN-
TOUTUSPILOTISTA**

Asiakaslähtöisyyden toteutuminen kotikuntoutusjaksolla

ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA OULUN KAUPUNGIN KOTIKUN- TOUTUSPILOTISTA

Asiakaslähtöisyyden toteutuminen kotikuntoutusjaksolla

Anniina Seluska &
Hanna-Mari Seppänen
Opinnäytetyö
Kevät 2019
Fysioterapian tutkinto-ohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma

Tekijät: Anniina Seluska ja Hanna-Mari Seppänen

Opinnäytetyön nimi: Asiakkaiden kokemuksia Oulun kaupungin kotikuntoutuspilotista – asiakaslähtöisyyden toteutuminen kuntoutusjaksolla

Työn ohjaajat: Eija Mämmelä ja Marika Tuiskunen

Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Kevät 2019 Sivumäärä: 56

Suomen väestön ikääntyessä kuntoutuskäytäntöjen kehittäminen on tärkeää. Ikääntymisen myötä ihmisen toimintakyky laskee ja päivittäisistä arjen toimista selviytyminen voi muuttua haastavaksi. Ikääntyneen mahdollisimman pitkään kotona asuminen nähdään kannattavana niin yksilön, kuin yhteiskunnankin kannalta. Kotikuntoutus on lupaava toimintatapa, joka mahdollistaa iäkkäille mielekkään arjen ja kotona asumisen. Asiakaslähtöisyys on asiakasta kunnioittavan ja laadukkaan kuntoutustyön perusta. Fysioterapeuteilla on merkittävä rooli muun muassa kotikuntoutuksen koordinoinnissa.

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata, miten asiakaslähtöisyyden osa-alueet ja kotikuntoutusjakso onnistuivat Oulun kaupungin kotikuntoutuspilotissa asiakkaiden näkökulmasta. Työmme tutkimustehtävinä on kuvata asiakkaiden näkökulmasta asiakaslähtöisyyden toteutumista, koettua kuntoutuksen määrää sekä arkitoiminnoista selviytymisen muuttamista ja kolmannen sektorin palveluiden hyödyntämisen määrää. Työn tilaajana toimii Oulun kaupunki.

Kyseessä on määrällinen tutkimus. Tutkimuksen kohteena olivat Oulun kaupungin kotikuntoutuspilotin asiakkaat. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka pohjautuu sovelletusti asiakaslähtöisyyttä mittaavaan MPOC-20 mittariin. Aineiston analysoinnissa käytimme Webropol 2.0 ja 3.0 -ohjelmia sekä Excel 2016 -ohjelmaa.

Kotikuntoutuspilotin asiakkaat kokivat saaneensa hyvin kuntoutusta hoitajilta sekä terapeuteilta ja arkitoiminnoista selviytymisen koettiin muuttuneen paljon. Tulosten perusteella asiakaslähtöisyydessä on kuitenkin vielä kehitettävää, esimerkiksi asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia voitaisiin lisätä. Kolmannen sektorin palveluiden hyödyntäminen oli jäänyt jaksolla vähäiseksi.

Tuloksia voidaan hyödyntää Oulun alueella kotikuntoutuksen asiakaslähtöisyyden kehittämiseen. Jatkokehitysehdotuksena esitämme työntekijöiden kokemusten selvittämistä asiakaslähtöisyydestä ja selvityksen perusteella asiakaslähtöisen toimintatavan käytänteiden yhtenäistämistä. Myös asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksien lisääminen olisi tarpeellista. Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää, kummalla on asiakaslähtöisyyden kannalta suurempi merkitys, tiheästi toistuvilla kotikäynneillä vai harvemmin toteutuvien käyntien sisältöön panostamisella. Myös fysioterapeutin roolin yksityiskohtaisempi kartoitus Suomen kotikuntoutusmalleissa on tarpeen.

Asiasanat: kotikuntoutus, asiakaslähtöisyys, toimintakyky, fysioterapia, kuntoutus

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Physiotherapy

Authors: Anniina Seluska and Hanna-Mari Seppänen

Title of thesis: Clients experiences of a reablement in pilot project in the city of Oulu – implementation of the person-centered approach in reablement

Supervisors: Eija Mämmelä and Marika Tuiskunen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2019

Number of pages:56

Population in Finland is ageing so it's important to develop practices of rehabilitation. Coping with actions of daily living can get challenging with ageing. It's beneficial for the individual and for the society that elderly live at home if possible and reablement is a promising policy to enable this. Person-centered approach is the foundation of respecting the clients will and it measures the quality of the healthcare. Physiotherapists role in reablement is significant.

The aim of this study is to describe how the aspects of the person-centered approach and reablement itself succeeded in the client's point of view. Our research schemes are to describe the implementation of the person-centered care from client's view and how much they experienced that they got rehabilitation during reablement, as well as how much they experienced change in coping with activities of daily living. Also, we will describe how much the clients used the services of the community sector. This study was requested from us by the City of Oulu.

This is a quantitative study. Subjects of this study were the clients of the reablement pilot. Research material was collected by using a questionnaire. The questionnaire is based on MPOC-20 survey. To analyze the data that was obtained we used Webropol 2.0 and 3.0 online analysis programmes. We also used Excel 2016 in conducting the analysis.

Clients experienced that they received a good amount of rehabilitation from therapists and nurses and that there was a change in coping with activities in daily living. Based on the results there is still room for development what comes to person-centered approach. Utilizing the services of the community sector was minor.

The results can be utilized to improve the person-centered approach in reablement in Oulu area. For the further improvements we suggest examining the employee's experiences in person-centered approach. As well it might be needed to increase client's possibility to influence on rehabilitation. As further research it would be important to identify barriers of implementation of the person-centered approach. Comparison of the more frequent visits and a rare but more quality visits could be interesting. More thorough description on the role of physiotherapist in reablement in Finland is needed.

Keywords: reablement, person-centered approach, functional ability, physiotherapy, rehabilitation

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 KOTIKUNTOUTUS	8
2.1 Asiakaslähtöinen kotikuntoutus toimintakyvyn tukena	9
2.2 Kotikuntoutuksen vaikuttavuus.....	15
2.3 Oulun kaupungin tehostettu kotikuntoutusmalli	16
2.4 Kotikuntoutus muualla Suomessa sekä Pohjoismaissa	21
2.5 Fysioterapeutin rooli kotikuntoutuksessa ja ikääntyneiden kuntoutuksessa.....	25
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	28
4 TUTKIMUSMENETELMÄT	29
4.1 Aineistonkeruumenetelmät	29
4.2 Aineiston analysointi.....	31
4.3 Tutkimuksen eettisyys.....	33
5 TUTKIMUSKYSYMYKSET	34
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	35
6.1 Asiakaslähtöisyys.....	36
6.2 Asiakkaiden kokemukset kuntoutuksen määrästä, arkitoiminnoista selviytymisestä ja kolmannen sektorin hyödyntämisestä.....	39
6.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	41
7 POHDINTA	44
LÄHTEET	48

1 JOHDANTO

Suomen väestörakenne on muuttumassa merkittävästi ikääntyneiden määrän kasvaessa samaan aikaan, kun työikäisten määrä vähenee. Väestörakenteen muutoksen vuoksi on tärkeää huomioida entistä paremmin iäkkään väestönosan tarpeet ja suunnata palveluita kohti kotona tuettua asumista. (Eksote 2016, 4.) Kehittämällä kuntoutuskäytäntöjä, jotka tukevat liikkumiskykyä, ulkona liikkumista ja sosiaalista osallistumista, voidaan parantaa iäkkäiden elämänlaatua ja toimintakykyä (Niemelä 2011, 8). Kotihoidon kehittäminen ja laitoshoidon vähentäminen ovat yksi ajankohtaisimmista ikääntymispoliittisista linjauksista Suomessa ja kotihoidon toiminnan kehittäminen tavoitteellisemmaksi, vaikuttavammaksi ja asiakaslähtöisemmäksi ovat ehdottomasti tarpeen (Hiltunen 2015, 19). Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen (2019a, viitattu 13.2.2019) mukaan tavoite on, että enemmän kuin yhdeksän kymmenestä iäkkäästä asuu kotona vuonna 2030. Siksi onkin tärkeää, että iäkkään kotona selviytymisestä huolehditaan.

Jokapäiväisistä askareista suoriutuminen edellyttää toimintakyvyn ylläpitämistä. Toimintakykyisenä selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla arjen toimista ja haasteista, kuten kotitöistä ja ystävien tapaamisesta sekä itsestään huolehtimisesta. Hyvä toimintakyky mahdollistaa osallistumisen itselle merkityksellisiin toimintoihin sekä itsenäisemmän elämän ja sen ylläpitäminen on inhimillisesti tärkeää mutta myös yhteiskunnallisesti kannattavaa. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2018a, viitattu 10.12.2018.) Kuntoutuksen tavoitteena on muun muassa edistää ihmisen toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, hyvinvointia ja osallistumismahdollisuuksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018, viitattu 10.12.2018). Fysioterapeutit toteuttavat kuntoutusta ja edistävät yksilön aktiivista osallistumista yhteiskunnassa auttamalla asiakasta kehittämään, ylläpitämään ja palauttamaan omaa terveyttä, liikkumiskykyä, fyysistä aktiivisuutta ja toimintakykyä (Suomen fysioterapeutit 2019a, viitattu 18.3.2019).

Omassa kodissa mahdollisimman pitkään asuminen on usein myös ikääntyneen ihmisen oma toive. Kotihoidon resurssien lisäämistä ei kuitenkaan nähdä realistisena ratkaisuna, vaan työtapoja on muutettava ja kotihoidon on pystyttävä vastaamaan kasvavaan asiakas-

tarpeeseen ilman työvoiman lisäämistä kuitenkin laadusta, asiakaslähtöisyydestä ja henkilökunnan työhyvinvoinnista tinkimättä. Ikääntyneiden hoidossa tarvitaan uusia palvelumalleja, joilla kotona asumista mahdollistetaan. Yksi tällainen palvelumalli on kotikuntoutus. (Teerikangas 2017,1; Innokylä 2018, viitattu 10.12.2018.) Käsittelemme kotikuntoutusta ilmiönä asiakaslähtöisyyden, toimijuuden sekä moniammatillisuuden näkökulmista. Opinnäytetyömme tarkoituksena on analysoida Oulun kaupungin tehostetun kotikuntoutuksen pilotin asiakkailta kerättyä palautetta kotikuntoutusjaksosta ja analysoidun palautteen perusteella kuvata, miten asiakaslähtöisyyden eri osa-alueet toteutuivat kuntoutusjaksolla asiakkaiden näkökulmasta.

Tammikuussa 2018 lehtorimme välitti yhteistyöpyynnön asiakaspalautteiden analysointiin kotikuntoutuspilotin vastaavalta fysioterapeutilta. Aiheen ajankohtaisuus ja tarve kotikuntoutuksen kehitykselle sai meidät tarttumaan yhteistyöpyyntöön. Lisäksi halusimme perehtyä fysioterapeutin rooliin kotikuntoutuksessa, kartuttaa tutkimusosaamistamme ja tiedonhakutaitojamme. Haluamme tuoda fysioterapeutin roolin kotikuntoutuksessa esiin selkeästi, jotta tietoa voivat hyödyntää muutkin ammattikuntamme jäsenet. Uskomme myös opinnäytetyöprosessin lisäävän ymmärrystämme projektityöskentelystä tutkimustyömme ollessa osa isompaa projektia. Uskomme kotikuntoutuksen merkityksen korostuvan etenkin syrjäseuduilla, jossa kuntoutukseen hakeutuminen voi olla haastavaa pitkien välimatkojen vuoksi. Kokemuksemme mukaan useat ikääntyneet viihtyvät kotonaan ja haluavat pystyä asumaan siellä mahdollisimman pitkään. Siksi on hyvä, että heille voidaan tarjota yhä enemmän palveluita kotiin. Haluamme olla mukana tukemassa ja mahdollistamassa ikäihmisille mielekästä elämää.

2 KOTIKUNTOUTUS

Kotikuntoutus on kestoaltaan etukäteen rajattu interventio, joka on suunnattu kotihoidon uusille tai olemassa oleville asiakkaille. Yleensä kotikuntoutuksen kohderyhmänä ovat ikääntyneet. (Suomen fysioterapeutit 2017, viitattu 3.1.2019.) Ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2017, 34). Kotikuntoutukseen kuuluu alku- ja loppuarviointi, tavoitteiden asettelu, suunnitelma ja toteutus. Kuntoutusprosessi tapahtuu pääsääntöisesti asiakkaan kotiympäristössä. (Einset & Krook 2013, 25–27.) Kotikuntoutuksen tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn parantaminen ja säilyminen sekä elämänlaadun ja turvallisuudentunteen parantaminen niin, että asiakas voi asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Kotikuntoutuksen käsitteenä voi kuitenkin tarkoittaa sisällöltään erilaisia toimintatapoja eri organisaatioissa ja käsite vaihtelee myös maittain ja alueittain. (Suomen fysioterapeutit 2017, viitattu 3.1.2019.) Kotikuntoutuksen yhteydessä puhutaan usein arkikuntoutuksesta, etenkin Pohjoismaissa (Forss 2016, 35).

Vanhustyön johtaja Tuija Koivisto kertoo, että valtakunnallisena ikääntymispolitiikan tavoitteena on turvata ikäihmisten itsenäinen kotona asuminen mahdollisimman pitkään ja kotikuntoutus on yksi keskeisimpiä keinoja tähän tavoitteeseen pääsemiseksi (Pikkarainen 2016, 8). Sipilän hallitusohjelmaan on kirjattu, että vanhuslain toteutuminen varmistetaan kotihoitoa lisäämällä. Hallituskauden kärkihankkeisiin kuuluu ikäihmisten kotiin saatavien palvelujen painottaminen ja kehittäminen. (Valtionneuvoston kanslia 2015, 13, 20–21.) Pohjois-Pohjanmaalla tavoitellaan, että vuoteen 2030 mennessä vähintään 94% 75-vuotiaista asuu kotona itsenäisesti omaishoidon tai perhehoidon turvin (PoPSTer 2017,47). Suomen hallituksen tavoitteena on vahvistaa julkista taloutta muun muassa sosiaali- ja terveystieteiden palveluita uudistamalla (Valtionneuvoston kanslia 2015, 13, 20–21). Suomessa käynnissä olevan Sote-uudistuksen myötä arki-, lähi-, ja kotikuntoutuksen aihealueet ovat nousseet ajankohtaisiksi (Pikkarainen 2017, viitattu 13.9.2018).

Sote- ja maakuntauudistus tulee siirtämään sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden järjestämisen vastuun kunnilta ja kuntayhtymiltä maakunnille, sekä uudistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja rakenteita (Valtioneuvosto 2019a, viitattu 3.2.2019). Sote-

uudistuksen valmistelu on tällä hetkellä keskeytetty ja tuleva hallitus päättää jatketaanko uudistamiseen liittyvää työtä. Tarve sosiaali- ja terveystalouden uusitukselle on silti sama tai jopa suurempi kuin aiemmin. (Valtioneuvosto 2019b, viitattu 14.3.2019.) PoPS-Ter- hankkeessa (Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuolto osana tulevaisuuden maakuntaa) on luotu ehdotus siitä, miten sosiaali- ja terveystaloudet tullaan järjestämään ja tuottamaan Pohjois-Pohjanmaalla uudistuksen astuessa voimaan. Tavoitteena on, että tulevassa maakunnassa ikäihmiset asuvat kotonaan tarvitsemansa tuen ja palveluiden turvin. Kotona asumista aiotaan tukea kehittämällä moniammatillista, kuntoutumista edistävää, kotiin annettavaa apua ja tukea. Hankkeen tuloksena on ehdotettu kotikuntoutuksen lisäämistä erityisesti ikäihmisille. (PoPS-Ter 2017, 6,43,47.)

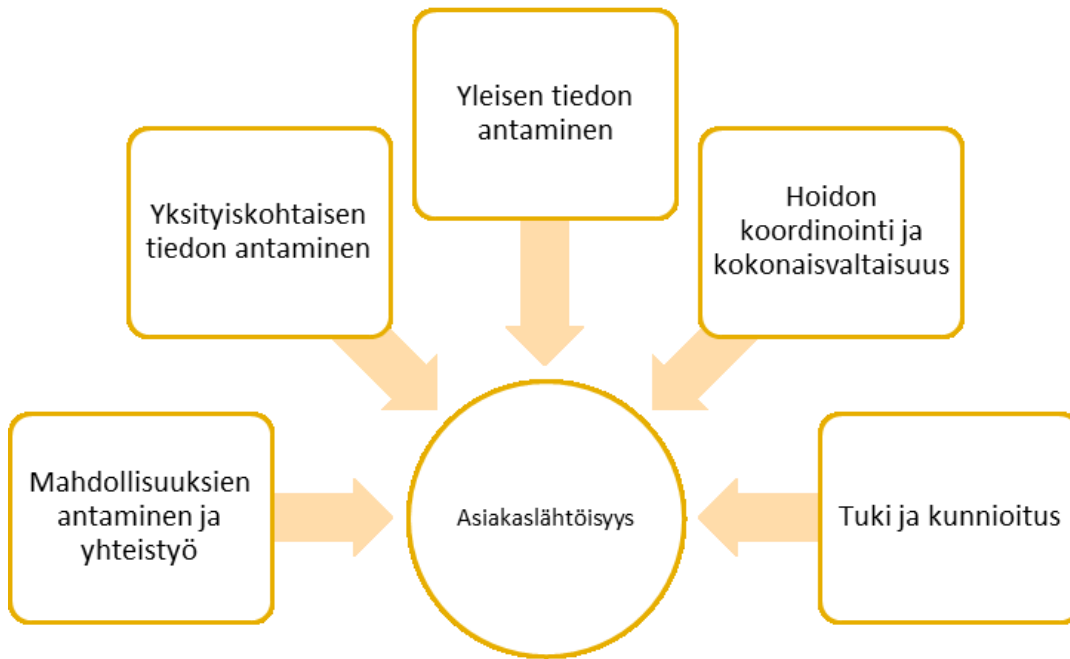
2.1 Asiakaslähtöinen kotikuntoutus toimintakyvyn tukena

Pikkaraisen määrittelyn mukaan kotikuntoutus tarkoittaa kotiin liittyvien paikkojen, tekemisten ja aikojen hyväksikäyttämistä kuntoutuksen toteuttamisessa. Perustan kotikuntoutukselle muodostaa kodissa asuvan ihmisen tai ihmisten kotikulttuuri elintapoineen ja tyylineen. Kodilla tarkoitetaan pysyvää asuin- ja elinpaikkaa, johon kuntoutuspalvelut tulevat asiakkaan lähelle, hänen arkeensa. Ikääntyneen asiakkaan arki- ja kotikuntoutuksen lisäarvo syntyy nimenomaan siitä, että kotiympäristössään asiakas tuottaa sellaista omaa kokemustietoaan, mitä hän ei esimerkiksi vastaanotolla halua, voi tai osaa tuottaa. Tämä kokemustieto on otettava huomioon kotikuntoutuksessa, jotta tästä uudesta toimintatavasta on mahdollista syntyä uutta toimintaa. Muutoin jatketaan vain instituutioiden tapojen siirtämistä koteihin. Pikkarainen kertoo kotikuntoutuksen olevan instituutioissa tapahtuvan kuntoutuksen vastakohta. (2016, 18, 88.) Kotikuntoutuksen tavoitteena ei kuitenkaan ole pelkästään kuntouttaa ihminen kotiin vaan myös mahdollistaa iäkkään henkilön selviytyminen hänen arkiympäristöissään, kuten pankissa ja kaupassa (Suomalainen 2016a, 4).

Kotikuntoutuksen toteuttamisessa on mukana moniammatillinen tiimi (Einset & Krook 2013, 25–27). Moniammatillisuus sosiaali- ja terveystaloudella on monenlaisia määritelmiä ja viitekehyksiä sisältävä käsite. Sitä voidaan kuvata asiakaslähtöiseksi työskentelyksi, jossa eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen yhteisessä tiedonkäsittelyssä. Vuorovaikutusprosessissa asiakkaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisusta rakennetaan tapauskohtainen tavoite ja yhteinen käsitys. Tieto kootaan yhteen

joustavasti sovituilla välineillä tai foorumeilla ja sovituin toimintaperiaattein. Asiakas ja hänen läheisensä ovat tarvittaessa mukana keskusteluissa. (Isoherranen 2012, 22.) Kotikuntoutuksen moniammatilliseen tiimiin voi kuulua yksi tai useampi fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijä. Lisäksi kotikuntoutuksen henkilöstöön kuuluvat johto ja muu henkilöstö. (Einset & Krook 2013, 25–27.)

Asiakaslähtöisyys on avainasemassa asiakkaiden erilaisten tarpeiden, kunnioituksen ja elämäntarinoiden huomioimisessa, ja niiden yhdistämisessä asiakkaiden toimintakapasiteettiin ja toiveisiin. Viime aikoina asiakaslähtöisyys on noussut myös oleelliseksi laadun mittariksi. (Teerikangas 2017, 2–3; The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care 2016, 15.) Asiakaslähtöisyys nähdään asiakaskeskeisyyden seuraavana vaiheena, jossa asiakas osallistuu palvelutoiminnan suunnitteluun itse pelkästään palveluiden kehittämisen kohteena olemisen sijaan. Asiakaslähtöisyyteen kuuluu, että palvelut organisoidaan asiakkaan tarpeiden ja kysymysten mukaan ja että toiminta on vastavuoroista. Tämä edellyttää vuoropuhelua ja yhteisymmärrystä palveluntarjoajan ja asiakkaan välillä. Asiakaslähtöisessä lähestymistavassa asiakas on aktiivinen toimija sekä yksilö, ja hän on yhdessä työntekijän kanssa tasavertainen kumppani ja yhdenvertainen toimija. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 18–19.) Asiakaslähtöinen kuntoutusprosessi koostuu Jeglinskyn (2012, 25) mukaan viidestä eri osa-alueesta, joita ovat mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö, yksityiskohtaisen tiedon antaminen, yleisen tiedon antaminen, hoidon koordinointi ja kokonaisvaltaisuus sekä tuki (kuvio 1).



KUVIO 1. Asiakaslähtöisen kuntoutusprosessin osa-alueet Jeglinskyn (2012,25) mukaan.

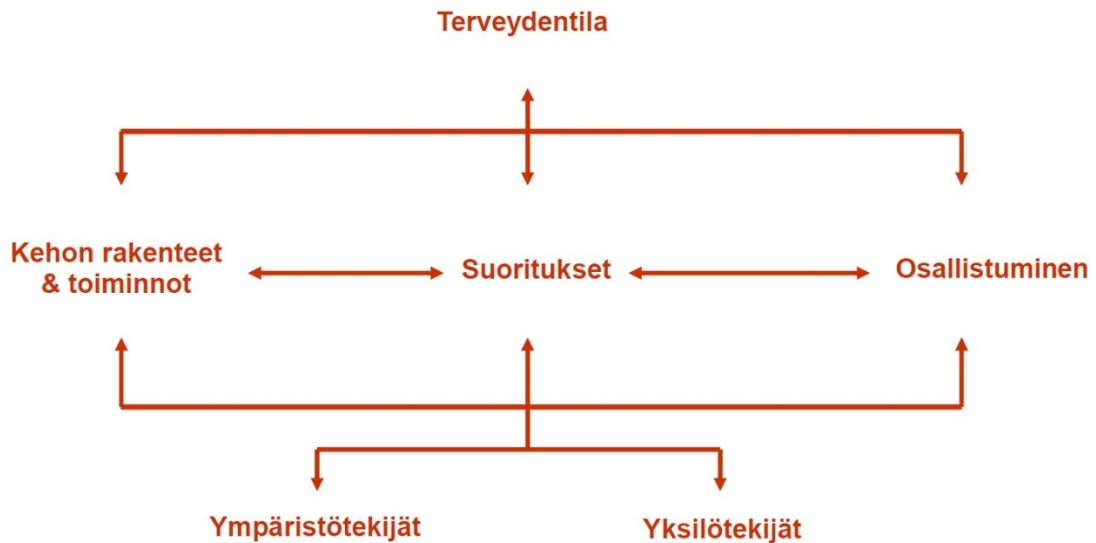
Terveydenhuollon palveluiden turvallisuus, laadukkuus ja järjestäminen sekä yksilön elämän laatu ovat iäkkäiden hoidon tärkeitä päämääriä. Asiakaslähtöisyys on nämä tavoitteet huomioon ottava lähestymistapa. Se varmistaa yksilön terveyden ja elämän tavoitteiden ensisijaisuuden hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Asiakaslähtöisyyden toteutumisen kannalta tärkeitä elementtejä ovat; 1) yksilöllinen ja tavoitesuuntautunut sekä asiakkaan toiveiden mukainen hoitosuunnitelma, 2) tavoitteiden ja hoitosuunnitelman jatkuva arviointi, 3) asiakas on kiinteä osa hoidon toteuttavaa moniammatillista tiimiä, 4) tietty yhteishenkilö hoitotiimissä, 5) terveydenhuollon ja muiden tukea antavien palveluiden yhteistyö, 6) jatkuva tiedon jakaminen ja kokonaisvaltainen kommunikaatio kaikkien osapuolten välillä, 7) ohjaus ja neuvonta tarvittaessa myös asiakkaalle ja hänen läheisilleen sekä 8) palveluiden kehittäminen asiakkaan ja hoitohenkilökunnan palautteiden pohjalta. (The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care 2016, 15–18.)

Asiakaslähtöisyyden toteutumista voidaan edistää muun muassa yhdenmukaistamalla terminologiaa. Yhdenmukainen terminologia mahdollistaa asiakaslähtöisyyden toteutumisen johdonmukaisemmin ja tekee aiheen tutkimisen, mittaamisen ja parhaiden käytäntöjen jakamisen helpommaksi. Asiakaslähtöisyyttä mittaavien tekijöiden tunnistaminen on

tärkeää, koska asiakaslähtöisyys on oleellinen hoidon laadun mittari. Asenteiden muuttaminen asiantuntijakeskeisestä hoidosta kohti asiakaslähtöisempää lähestymistapaa sekä lääkäreiden osallistuminen asiakaslähtöisen hoidon suunniteluun edistävät myös asiakaslähtöisen hoidon toteutumista. Asiakaslähtöistä lähestymistapaa voitaisiin kehittää myös aloittamalla hoidon suunnittelu ennen, kuin asiakas on kyvytön ilmaisemaan tahtoaan esimerkiksi muistisairauden edetessä. Itsemääräämisoikeus voi olla haasteena asiakaslähtöiselle lähestymistavalle, mikäli asiakas tahtoo jotain, joka ammattilaisen mielestä on hänelle selvästi haitallista. (The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care 2016, 15–18.)

Koti- ja laitoshoidon sekä ympärivuorokautisen hoivan tarvetta pyritään vähentämään ja siirtämään myöhemmäksi tukemalla asiakkaan toimintakykyä (Suomen fysioterapeutit 2017, viitattu 3.1.2019). Toimintakyky on moniulotteinen käsite. Se voidaan jäsentää eri osa-alueisiin, jotka ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b, viitattu 18.1.2019.) Toimintakyvyn kokonaisvaltaisen kuvaamisen helpottamiseksi on luotu kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus ICF (International Classification of Functioning). ICF on rakenteinen kirjaustapa, jonka kieli on neutraalia ja käsitteistönsä vuoksi sitä voidaan hyödyntää yhteisenä kielenä eri ammattialoilla. ICF-luokitus käsittää ihmisen toimintakyvyn ja toimintarajoitteet muuttuvana, moniulotteisena ja vuorovaikutuksellisena tilana, johon vaikuttaa terveydentilan lisäksi yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutus. ICF:n avulla voidaan saada toimintakyvystä biopsykososiaalinen, yksilöllinen ja laaja-alainen kuvaus sekä seurata siinä tapahtuvia muutoksia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016, viitattu 14.1.2019.) ICF kuvaa toimintakykyä kolmella tasolla (kuvio 2); kehon rakenteina ja toimintoina, suorituksina ja osallistumisena eri elämäntilanteisiin ja yhteisön elämään (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b, viitattu 14.1.2019). ICF:n käsitteitä käytetään myös valtakunnallisessa fysioterapianimikkeistössä, joka on fysioterapeuttien numerokoodein varustettu luokittelu fysioterapiapalveluista sekä työn sisällöstä (Savolainen & Partia 2018).

ICF-luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet



KUVIO 2. Toimintakyky ICF-luokituksen mukaan. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2014b, viitattu 14.1.2019)

Toimijuuden näkökulman kautta voidaan tarkastella toimintakyvyn perusteellista arviointia ja tukemista (Koivula 2009, 31, 33). Käsitteenä toimijuus on peräisin sosiologiasta ja se on noussut esille erityisesti ikääntymistutkimuksessa (Reunanen 2011, 183). Pikkarainen (2019, viitattu 9.1.2019) kuvailee toimijuutta ikääntyneen kuntoutujan konkreettiseksi tekemiseksi arjen eri ympäristöissä, mutta erityisesti myös kokemukseksi oman elämän hallinnasta. Tukemalla ihmisen valintoja ja päätöksentekoa sekä mahdollistamalla autonominen kokemus, voidaan hallinnan tunnetta vahvistaa.

Koivula (2009, 31–36) viittaa Jyrkämä (2003) ja Giddensiin (1984) pohtiessaan toimintakyvyn arviointia toimijuuden näkökulmasta. Toiminta tapahtuu aina tietyssä sosiohistoriallisessa kontekstissa ja ikääntyvän ihmisen toiminta rakentuu sen perusteella, mitä hän osaa, haluaa ja kykenee tekemään tai mitä hänen täytyy tehdä. Toimijuuden käsite nostaa esille fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kokemuksellisen toimintakyvyn rakentumisen sosiaalisena ilmiönä arjen toimintatilanteissa. Toimijuuden tarkastelussa olennaisempaa on todellisen toimintakyvyn käyttö ihmisen omassa elinympäristössä,

kuin erillisten toimintakyvyn osa-alueiden mittaaminen. Eli on kyse siitä, miten ja millaisissa arjen tilanteissa (ikäntyvät) ihmiset toimivat, ja mitä nämä tilanteet edellyttävät toimintakyvyltä. Toimijuus ei kuitenkaan aina tarkoita samaa, kuin aktiivinen. Käsitteinä toimintakyky ja toimijuus eivät sulje toisiaan pois tai kilpaile keskenään, vaan ovat erilaisia lähtökohtia tarkastella esimerkiksi ikääntymistä. Toimijuuskäsite painottaa enemmän ihmisen elämänsä elämisen, yhteiskunnallisten koordinaattien (kuuluminen johonkin sukupolveen, etninen tausta, luokka-asema, ikä yms.) ja tilanteellisten modalitaattien (halu, osaaminen, pakko yms.) sisäkkäisyyttä ja kietoutumista yhteen. Näkemys, että eläminen vanhana ihmisenä muokkautuu ja rakentuu ihmisen toiminnan mukaan, kuuluu toimijuuteen. (Jyrkämä 2013, 421–425; Jyrkämä 2014, 44.) Toimijuus siis muotoutuu tilanteellisesti erilaiseksi eri elinympäristöissä (Koivula 2009, 31, 33).

Kotikuntoutus on käsitteenä ja toimintana hyvin moniulotteinen riippuen siitä, mistä lähteistä tai keiltä toimijoilta asiaa selvittää. Jasu Forssin (2016, 34) mukaan Suomessa kotikuntoutusta ei ole määritelty yleisesti minkään tahon toimesta, vaan palveluja tarjoavat organisaatiot ja toimijat ovat voineet käyttää sitä tavallaan. Kotikuntoutukseksi on periaatteessa voitu määritellä useat irralliset palvelut tai yksittäiset käynnit asiakkaan luona sillä perusteella, että ne on toteutettu kotiympäristössä. Kotikuntoutus sanan alle kätkeytyy siis hyvin laaja kirjo hoiva- ja kuntoutuspalveluita. Pikkarainen kuvaa kotikuntoutuksen käsitteistöä käsiteviidakoksi ja pohtii arki-, koti- ja lähikuntoutuskäsitteiden käytön suurimmaksi riskiksi sen, etteivät kuntoutuspalvelut todellisuudessa muutu uusista käsitteistä huolimatta. Arki- ja kotikuntoutus teemaa käsitellään pääosin vanhus- ja hoitotyön alueella yleisellä tasolla, jolloin sisällöt ja perustelut jäävät määrittelemättä. (2017, viitattu 13.9.2018.)

Oulun kaupungin kotikuntoutuspilotissa tehostetun kotikuntoutuksen määritelmä on

Arviointi- ja kuntoutusjakso, jonka aikana selvitetään ja arvioidaan tarkemmin asiakkaan todellinen toimintakyky sekä hoidon- ja palvelutarve. Tavoitteena on palauttaa kuntoutujan toimintakyky optimaaliselle tasolle kuntoutusta tukevilla toimilla. Kotikuntoutus on kuntoutumista edistävä, asiakkaan itsenäisyyttä tukeva kotihoito toimintamalli. (Käsmä, sähköpostiviestit 2018–2019.)

2.2 Kotikuntoutuksen vaikuttavuus

Kotikuntoutukseen liittyvien käsitteiden pirstaleisuuden vuoksi on hankalaa vertailla palveluiden hyötyjä ja kustannustehokkuutta keskenään. Se voi johtaa myös virheellisiin johtopäätöksiin toimintatapojen ja –mallien toimivuudesta. (Forss 2016, 34.) Kotikuntoutuksen hyödyistä on vähän tieteellistä näyttöä (Cochrane, Furlong, McGilloway, Molloy, Stevenson & Donnelly 2016, 2–3,19–22; Aspinal, Glasby, Rostgaard, Tuntland & Westendorp 2016, 577). Tieteellinen näyttö on myös tällä hetkellä heikkolaatuista (Cochrane ym. 2016, 2–3,19–22). Käytännön kokemukset kuitenkin vaikuttaisivat tukevan näyttöä siitä, että kotikuntoutus on lupaava toimintatapa, joka voi parantaa toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa. Koska kotikuntoutus on suhteellisen uusi toimintatapa useissa maissa ja palvelumallit eroavat niin kansainvälisesti kuin alueittain, on tutkittua tietoa vaikeaa vertailla keskenään. (Aspinal ym. 2016, 576–577.)

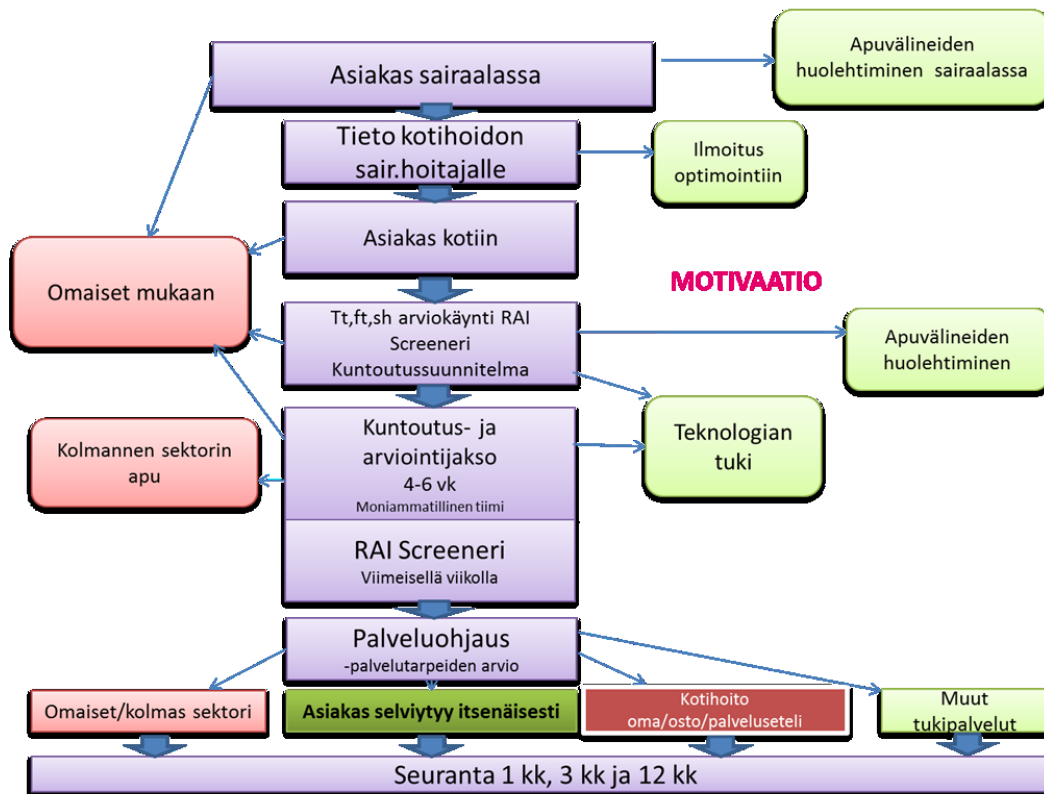
Norjassa 47 eri kunnassa toteutetun kokeilun tulokset viittaavat siihen, että kotikuntoutuksella oli merkittäviä vaikutuksia koettuun suoriutumiseen päivittäisistä toiminnoista sekä tyytyväisyyteen suoriutumisesta kuuden kuukauden jälkeen kotikuntoutusjakson loppumisesta. Lisäksi vaikutuksia oli näkyvissä kuuden kuukauden jälkeen myös muissa terveyteen vaikuttavissa tekijöissä, esimerkiksi fyysisessä toimintakyvyssä. 12 kuukauden jälkeen positiiviset vaikutukset alkoivat heikentyä. (Langeland, Tuntland, Folkestad, Førland, Jacobsen & Kjekken 2019, 1,8–9,11.) Kotikuntoutuksen kustannustehokkuudesta on jonkin verran näyttöä, mutta lisää pidempiaikaisia tutkimuksia aiheesta tarvitaan (Lewin, Alfonso & Alan 2013, 1279–1280).

Iso-Britanniassa sekä Pohjoismaissa on tehty useita raportteja kotikuntoutuspalvelujen pilottiprojektien vaikutuksista kuntien talouteen, asiakkaiden toimintakykyyn ja palvelutarpeeseen. Raporttien tulosten mukaan kotikuntoutuksella on saatu aikaan säästöjä, kotihoiton tarve on vähentynyt ja asiakkaiden toimintakyky, itsenäisyys ja elämänlaatu ovat parantuneet. Kotikuntoutus antaa myös työntekijöille mahdollisuuden soveltaa kuntouttavaa näkökulmaa työssään, minkä vuoksi työntekijät kokevat sen arvokkaaksi. (Einset & Krook 2016, viitattu 10.12.2018.)

Tehostetulla kotikuntoutuksella on saatu huomattavia tuloksia myös Keski-Pohjanmaalla, jossa moniammatillisen kotikuntouksen mallin katsotaan vaikuttaneen huomattavasti asiakkaiden toimintakykyyn. Tehostettu kotikuntoutumisyksikkö on aloittanut Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystaloustyöntekijä eli Soiten alueella toimintansa vuonna 2015. Soiten moniammatillisen kotikuntoutuksen mallissa kaikille asiakkaille tehdään kotikuntoutusjakson jälkeen seurantakäynnit 1-, 4, ja 12 kuukauden päästä kuntoutuksen loppumisesta. On todettu, että yhden kuukauden ja neljän kuukauden jälkeisillä seurantaikäynneillä 95 % asiakkaista on edelleen kotona. Asiakkaiden fyysisen kunnon lisäksi kuntoutumisjakso on vahvistanut myös asiakkaan psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. RAI Screener arviointimenetelmällä mitattuna 68%:lle asiakkaista kuntoutumisella oli selkeä vaikutus toimintakykyyn ja terveydentilaan, mikä on valtakunnallisesti huomattavan vaikuttava mittaustulos. (Valtioneuvosto 2018, viitattu 3.1.2019.)

2.3 Oulun kaupungin tehostettu kotikuntoutusmalli

Oulun kaupunki on tehnyt selvitystyötä kotikuntoutuksen edistämiseksi, minkä jälkeen se on aloittanut projektin tehostetun kotikuntoutusmallin määrittelemiseksi (Käsmä, sähköpostiviestit 2018–2019). Selvitystyötä kotikuntoutuksesta tehtiin muun muassa tutustumalla Eksoten ja Kokkolan kotikuntoutusmalleihin (Käsmä 2017). Tehostettua kuntoutusmallia (kuvio 3) pilotoitiin Haukiputaan, Kiimingin ja Ylikiimingin sekä Yli-Iin alueilla. Pilotoinnin toteutus alkoi 1.10.2017 ja se on päättynyt vuoden 2018 lopussa. (Käsmä, sähköpostiviestit 2018–2019.) Mallin tärkeiksi painopisteiksi oli määritelty asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus ja yhteistyö. Tehostetun kotikuntoutuksen asiakkaita olivat kaikki yli 65-vuotiaat, muistitestistä yli 20 pistettä saaneet (soveltaen) ja ei-akuutit neurologiset, uudet kotihoidon asiakkaat. Tavoitteena asiakkaan näkökulmasta oli, että asiakas selviytyy mahdollisimman itsenäisesti arjen toiminnoista kotikuntoutusjakson jälkeen ja on tyytyväinen selviytymiseensä arjen eri toiminnoissa. (Käsmä 2017.) Kokeilun arvioidut kustannukset olivat 220 000 euroa vuodessa (Oulun kaupunki 2017, viitattu 21.9.2018).



KUVIO 3. Oulun kaupungin tehostetun kotikuntoutusmallin prosessi. (Kaltakari & Käsmä 2018.)

Tehostetun kotikuntoutuksen uudet asiakkaat tulivat ensisijaisesti sairaalasta, josta otettiin yhteyttä kotihoidon sairaanhoitajaan. Sairaanhoitaja tarkisti asiakkaan soveltuvuuden kotikuntoutusasiakkaaksi ja otti yhteyttä kotihoidon fysioterapeuttiin ilmoittaakseen uudesta asiakkaasta. Asiakkaalle valittiin vastuuterapeutti, joka oli toiminta- tai fysioterapeutti. Vastuuterapeutti pysyi samana koko asiakkaan kotikuntoutusjakson ajan. Vastuuterapeutti osallistui sairaanhoitajan kanssa ensimmäiselle arviokäynnille, jolla sairaanhoitaja teki asiakkaalle RAI Screener arvioinnin. Terapeuttien tekemä toimintakyvyn arvio tehtiin myöhemmin. Arvioiden ja mittausten sekä testien ja asiakkaan toiveiden perusteella vastuuterapeutti laati alustavan kuntoutussuunnitelman. Kuntoutussuunnitelma viimeisteltiin yhteispalaverissa, jossa olivat paikalla sairaanhoitaja, vastuuterapeutti, asiakas ja omaiset. Tämän jälkeen toteutettiin moniammatillisesti suunnitellut kotikuntoutuskäynnit. Asiakkaan tarpeiden mukaan eri ammattihenkilöt tekivät yhteiskäyntejä asiakkaan luona, esimerkiksi lähihoitajan käynnille mukaan saattoi lähteä fysioterapeutti. Kukin ammattiryhmä oli vastuussa omasta alastaan, mutta ammattiryhmien välillä käytiin

keskustelua käyntien sisällöstä huomioiden asiakkaan tavoitteet. (Käsmä, sähköpostiviestit 2018–2019.) Moniammatillisuus ilmeni pilotissa myös eri ammattialojen osallistumisena asiakkaan kuntoutusta koskeviin palavereihin ja kommunikointina alojen välillä. Esimerkiksi, kun asiakas toi esille omia kuntoutumisen tavoitteitaan kotihoidon työntekijän käynnillä, ne otettiin esille moniammatillisen tiimin palaverissa. (Käsmä & Teerikangas 2018.)

Asiakkaan tavoitteista ja niiden toteutumisen aikataulusta keskusteltiin yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa hyödyntäen motivoivaa haastattelua ja huomioiden asiakkaan voimavarat (Käsmä & Teerikangas 2018). Asiakkaiden itsensä laatimat tavoitteet kannustavat aktiivisuuteen ja omatoimisuuteen, sekä sitouttavat mahdollisiin elämäntapamuutoksiin (Teerikangas 2017, 2–3). Terapeutti reflektoi kuulemaansa eli varmisti, että oliko hän ymmärtänyt asian siten kuin asiakas oli sitä tarkoittanut. Myös kotikuntoutusjakson pituus päätettiin yhdessä. Jakson pituus oli minimissään viikon ja maksimissaan kahdeksan viikkoa. Asiakas oli päättävässä asemassa siinä, minkä mittaiseen jaksoon hän oli valmis sitoutumaan. Mikäli asiakas päätti aluksi haluavansa lyhyemmän jakson, voitiin tarvittaessa myöhemmin yhdessä päättää kuntoutusjakson jatkamisesta kahdeksaan viikkoon saakka. (Käsmä & Teerikangas 2018.) Jakson alussa asiakas allekirjoitti osallistumissopimuksen, jonka tarkoituksena oli sitouttaa asiakas kuntoutusjaksoon. Sopimuksella pyrittiin myös yhtenäistämään kaikkien osapuolien käsityksiä (työntekijät, asiakas, omaiset) asiakkaan tilanteesta ja kuntoutusjakson sisällöstä. (Käsmä, haastattelu 11.12.2018).

Tavoitteiden asettamisessa asiakas oli tärkein tekijä, mutta kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä mukana saattoi olla myös asiakkaan arjessa läsnä oleva omainen. Kuntoutusjakson sisältö määrittyi aina yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan. Myös omaisille voitiin antaa omia tavoitteita tai tehtäviä, jotka erosivat asiakkaan tavoitteista. Omaisten tehtävät liittyivät esim. käytännön asioiden hoitamiseen. Kuntoutusjakson tavoitteet asetettiin GAS-menetelmää käyttäen. (Käsmä & Teerikangas 2018.) Kansainvälisesti kehitelty GAS -menetelmä (Goal attainment scaling) on tavoitteiden asettamisen ja arvioimisen työkalu. GAS -menetelmän mukainen tavoitteenasettelu on aina asiakaslähtöistä ja ottaa huomioon, että asiakas itse on oman elämänsä asiantuntija. Tavoitteiden tunnistaminen perustuu haastatteluun ja kuntoutujan tilanteen kokonaisvaltaiseen selvittämiseen GAS-

menetelmän mukaisesti. Tavoitteiden määrän tulee olla kohtuullinen ja keskimäärin kuntoutujalla voi olla 1-3 yhtäaikaista tavoitetta. (Sukula & Vainiemi 2018, 5–7.) Asiakkaiden tavoitteet olivat kotikuntoutuspilotissa hyvin konkreettisia ja mitattavissa olevia, esim. "ulkona käveleminen" tai "kaupassa käyminen". Tavoitteiden toteutumista arvioitiin ja tarvittaessa tarkennettiin kotikuntoutusjakson aikana. Jakson loppuvaiheessa asiakkaan kanssa keskusteltiin myös jatkosuunnitelmista ja selvitettiin muun muassa millaisia ajatuksia, toiveita ja tavoitteita asiakkaalla oli kotikuntoutusjakson jälkeen. Jakson loppukeskustelussa olivat mukana asiakas, hänen omaisensa, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sairaanhoitaja. (Käsmä & Teerikangas 2018.)

Varsinainen kuntoutus tehostetulla kotikuntoutusjaksolla oli sisällöltään asiakkaiden tavoitteiden mukaista arkikuntoutusta, jossa harjoiteltiin asiakkaan arkeen liittyviä toimia. Näihin toimiin liittyi usein myös esimerkiksi tasapainon ja lihasvoiman harjoittaminen. Kuntouttamiseen osallistuivat kaikki kotikuntoutuksessa mukana olevat ammattiryhmät. Terapeuttien ja sairaanhoitajien käyntejä ei ollut ajallisesti rajattu, mutta terapeuttien käyntiajat saattoivat olla pitkiäkin. Lähihoitajien käyntien pituus oli 45 minuuttia. (Käsmä, sähköpostiviestit 2018–2019.) Kuntoutuspilotin asiakkaalla oli mahdollisuus saada käyttöönsä jakson ajaksi tablettitietokone, jossa oli esimerkiksi muistiharjoituksia, verkkolehtiä ja mahdollisuus olla videoyhteydessä terapeuttiin tai muihin kuntoutuspilotin asiakkaisiin. Tabletin sisällöllä ja teknologian käytöllä pyrittiin osallistamaan asiakkaita. Laitteeseen asennettavia sovelluksia voitiin vaihdella asiakkaan tavoitteiden mukaan. (Käsmä & Teerikangas 2018.) Kuntoutuspilotissa painotettiin asiakkaan toimijuutta. Toimijuus ilmeni kuntoutusjaksolla niin, että kuntoutuja pyrittiin saamaan aktiiviseksi osallistujaksi hänelle mielekkäissä toiminnoissa huomioiden hänen aiemmat sekä nykyiset roolinsa ja toimintonsa. (Käsmä, haastattelu 11.12.2018; Tuohimaa, sähköpostiviesti 11.12.2018.)

Kotikuntoutuspilotissa tehtiin yhteistyötä omaisten, kolmannen sektorin ja muiden asiakastilanteeseen liittyvien tahojen kanssa hyvinvointikeskuksissa ja muualla hyvinvointipalveluissa asiakkaan tavoitteiden suuntaisesti. Toimintaterapian opiskelijat toteuttivat tässä pilotissa ryhmämuotoista kuntoutusta. (Käsmä & Teerikangas 2018; Käsmä 2017.) Yhteistyö on tavoitteellista yhdessä tekemistä ja se voi lähteä liikkeelle monenlaisista tavoitteista. Yhteistyö on vapaaehtoinen toimintatapa, jonka sen osapuolet valitsevat eril-

lään toimimisen sijaan. Toteutuakseen onnistuneesti, vaatii se kuitenkin yhteistyön osapuolilta panostusta ja vuorovaikutusta. Fyysinen läheisyys ei ole edellytys yhteistyön tekemiselle. Tilanteeseen sopivan yhteistyön määrän ja luonteen löytäminen on jatkuvaa tasapainoilua. (Aira 2012, 129.)

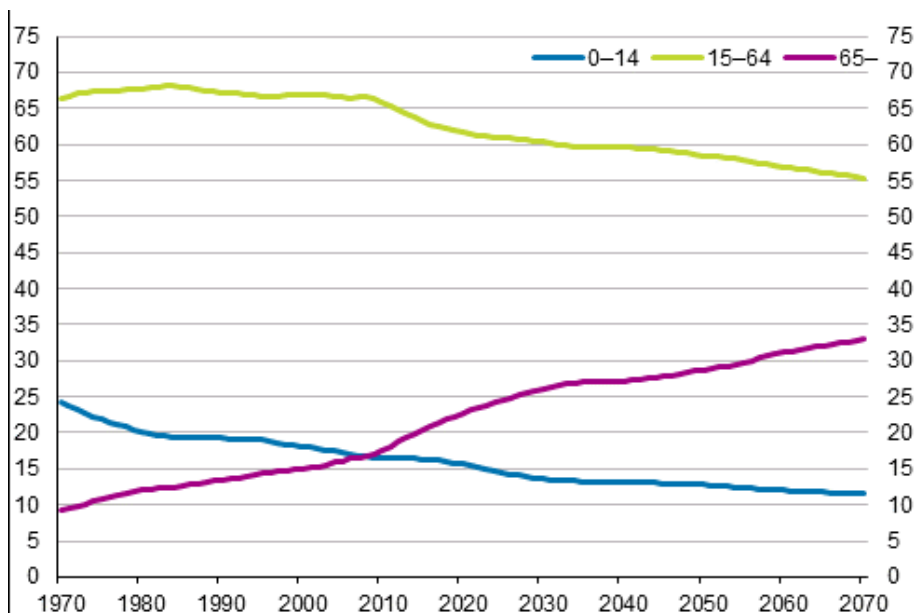
Asiakkaan toimintakykyä arvioitiin kotikuntoutusjakson aikana erilaisilla arviointimenetelmillä. Sairaanhoitaja käytti RAI Screener arviojärjestelmää. Fysioterapeutin käyttämiä menetelmiä olivat SPPB, puristusvoima, FROP-com ja VAS-kipujana. (Kaltakari & Käsmä 2018.) SPPB eli lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö koostuu kolmesta osiosta, joita ovat tasapaino-, kävelynopeus- ja tuolilta ylösnousu -testit (Toimia tietokanta 2014, viitattu 4.4.2019). Puristusvoimatestissä mitataan käden lihasvoimaa, joka yleensä kertoo myös mitattavan yleisestä lihasvoimasta (Toimia tietokanta 2013, viitattu 4.4.2019). FROP-com on iäkkäille suunnattu lyhyt kaatumisvaaran arviointimenetelmä (Pajala 2016, 106). Toimintaterapeutin arviointimenetelmät sisälsivät COPM, MOHOST, ASTA ja MINIASTA -testit. Edellä mainitut arviointimenetelmät tuottavat tietoa toimintakyvyn ja tuen tarpeen arvointiin. Muita tarvittavia arviointimenetelmiä olivat GDS-15 ja MNA ravitsemustesti. (Kaltakari & Käsmä 2018.) Jakson loppuksi RAI Screener ja muut arviointimenetelmät toistettiin (Käsmä, sähköpostiviestit 2018–2019).

Asiakkaan selviytymistä arjessa seurattiin yhden, kolmen ja kahdentoista kuukauden kohdalla kotikuntoutusjakson päättymisestä. Ensimmäinen seurantakäynti sovittiin asiakkaan kanssa loppupalaverin yhteydessä ja vastuuterauttin lisäksi mukaan käynnille saattoi lähteä sairaanhoitaja tai toimintaterapeutti. Kolmen ja kahdentoista kuukauden kohdalla seuranta toteutettiin soittamalla asiakkaalle. Tarpeen mukaan asiakkaan luo voitiin suorittaa vielä yksi seurantakäynti kolmen kuukauden kohdalla. Seurannassa heiltä kysyttiin muun muassa avun tarpeesta, tyytyväisyydestä, ulkoilun mahdollisuudesta ja kaatumisista. Mikäli seurantajaksolla huomattiin jotakin ongelmia, voidaan ryhtyä tarvittaviin toimenpiteisiin. (Käsmä, sähköpostiviestit 2018–2019.)

Tehostettua kotikuntoutusmallia hyödynnetään jo sovelletusti pilottialueen lisäksi yhdellä Oulun kaupungin alueella. Tarkoituksena on saada kotikuntoutusmalli käyttöön koko Oulun kaupungin kotihoidon alueelle, soveltaen mallia kullekin alueelle sopivaksi. (Käsmä, haastattelu 11.12.2018.)

2.4 Kotikuntoutus muualla Suomessa sekä Pohjoismaissa

Suomessa kotikuntoutusta toteutetaan jo useilla eri paikkakunnilla, suurista kaupungeista esimerkiksi Helsingissä ja Tampereella (Suomen fysioterapeutit 2017, viitattu 3.1.2019). Tilastokeskuksen tekemän väestöennusteen mukaan ikääntyneiden (yli 65 –vuotiaat) määrä kasvaa, samanaikaisesti kun työikäisten määrä (15-64 –vuotiaat) vähenee (kuvio 4) (Suomen virallinen tilasto 2018a; Suomen virallinen tilasto 2018b, viitattu 18.1.2019). Näiden ilmiöiden myötä Suomen väestöllinen huoltosuhde heikkenee. Väestöllisellä huoltosuhteella kuvataan työikäisten ylläpitovastuuta taloudellisesti passiivisiin ikäluokkiin kuuluvista, eli lapsista ja vanhuksista. (Suomen virallinen tilasto 2018c, viitattu 9.1.2019). Väestöllisen huoltosuhteen alueittaiset ja kunnittaiset erot ovat suuria maan sisällä. Kunnissa, joiden asukasmäärät ovat suurempia, huoltosuhteet ovat pääasiassa edullisempia kuin pienemmissä kunnissa (Suomen virallinen tilasto 2012, viitattu 15.4.2018). Kahdessa kunnassa väestöllinen huoltosuhde on noussut jo yli 100, mikä tarkoittaa, että lapsia ja vanhuksia on näissä kunnissa enemmän kuin työikäisiä. Vuonna 2017 väestöllinen huoltosuhde oli Oulussa 52 ja sen ennustetaan nousevan 62 vuoteen 2040 mennessä. (Suomen virallinen tilasto 2018d; PoPsTer 2016, dia 34, viitattu 11.1.2019).



KUVIO 4. Ikäryhmien osuus (%) väestöstä 1970–2017 ja ennustettu osuus 2018–2070 (Suomen virallinen tilasto 2018b, viitattu 18.1.2019).

Hyvä esimerkki onnistuneesta kotikuntoutuksesta on koko Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksoten) alueella toteutettava kotikuntoutusmalli, jota on kehitetty menestyksekkäästi vuodesta 2010 lähtien. Eksoten malli on saanut mm. Vanhustyön keskusliiton ja eläkevakuutusyhtiö Ilmarisen myöntämän Vanhusteko-palkinnon vuonna 2015. Toimintamalli on vahva esimerkki kuntoutuksen vaikuttavuudesta ja uudistustyön ansiosta kuntayhtymässä on saavutettu sosiaali- ja terveyspalvelujen osalta vuosien 2012–2014 aikana 2,3 miljoonan euron säästö. (Suomen fysioterapeutit 2017; Vanhustyön keskusliitto 2015, viitattu 10.12.2018.) Eksotessa saavutettiin jo vuonna 2012 kansallisen laatusuosituksen mukainen tavoite, jonka mukaan 92 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä asuisi kotona (Finne-Soveri, Mäkelä, Noro & Tepponen 2014). Mallissa kotikuntoutus on jaettu kolmeen sektoriin, joita ovat varhainen puuttuminen, kotihoitoa koordinoiva kuntoutus ja monialainen kotikuntoutus (Suomen fysioterapeutit 2017, viitattu 3.1.2019).

Varhainen puuttuminen Eksotessa sisältää muun muassa matalan kynnyksen vastaanottotoimintaa, muistisairaiden varhaisvaiheen tukea ja hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä. Varhaiseen puuttumiseen kuuluu oleellisena osana myös yhteistyö järjestöjen ja vapaaehtoisten kanssa. **Kotihoitoa koordinoivan kuntoutuksen** painopiste on sairaalasta kotiutuviissa uusissa kotihoiton asiakkaisissa. Asiakkaiden toimintakyky on usein laskenut hitaasti jo pidemmän aikaa. Kotihoiton hoitajat tekevät yhteistyötä fysioterapeutin ja moniammatillisen tiimin kanssa, mikä on olennaista asiakkaan kuntoutumisen kannalta, sillä kotihoiton hoitajat käyvät vanhusten luona päivittäin. Kotihoitossa käytetään kuntouttavaa työtettä. Fysioterapeutit ja kotihoito vastaavat yhdessä kuntoutuksesta. Fysioterapeutti on toiminnan koordinoija, mutta yhteistyö sairaanhoitajien, kotihoiton, kuntoutujan ja hänen omaistensa kanssa on erityisen tärkeää. **Monialaista kotikuntoutusta** toteutetaan asiakkaan tarpeiden mukaan silloin, kun toimintakyky on laskenut nopeasti esimerkiksi tapaturman tai aivoinfarktin jälkeen. Monialainen kotikuntoutus kestää 8-10 viikkoa ja sen toteuttavat fysioterapeutti ja toimintaterapeutti -työparit. Kuntoutus voi olla aluksi hyvin tiivistä, työparin käyntejä voi olla jopa 4 viikossa. Kotihoito on tiiviisti mukana myös monialaisessa kotikuntoutuksessa. (Suomalainen 2016a, 6-7.)

Myös Kansaneläkelaitos (Kela) on tunnustanut kotikuntoutuksen kehittämisen tärkeyden osallistumalla rahoittajana joihinkin kotikuntoutuksen kehittämishankkeisiin, vaikkei ko-

tikuntoutus lakisääteisesti Kelan tehtäviin kuulukaan. Kela osallistuu mm. Eksoten Kaukolkä-hankkeeseen, jota toteutetaan vuosien 2015-2019 aikana. Hankkeella pyritään selvittämään akuutin sairaalahoidon jälkeen toteutetun kotikuntoutuksen yhteyttä ikääntyneiden lonkkamurtuma- ja hauraus-raihnaisuusoireyhtymää sairastavien potilaiden toimintakykyyn, kaatumisriskiin, elämänlaatuun ja palvelutarpeeseen. (Suomalainen 2016b, 11; Kela 2017; Suomen fysioterapeutit 2017, viitattu 11.12.2018.)

Suomen lisäksi myös muissa Pohjoismaissa sekä Iso-Britanniassa ja Australiassa on jo pidempään kehitetty uusia palveluita tukemaan asiakkaan kotona asumista, elämänlaatua ja elämänhallintaa (Forss 2016, 35). Englanniksi kotiympäristössä tapahtuvasta kuntouttavasta toiminnasta käytetään termiä *reablement* tai *restorative care* (Australia, Uusi-Seelanti ja Yhdysvallat). Reablement määritellään määräaikaiseksi (yleensä 4-12 viikkoa kestäväksi), asiakaslähtöiseksi ja kotona tapahtuvaksi, usein moniammatilliseksi sekä tavoitteelliseksi interventioksi ikääntyville henkilöille, joiden toimintakykyä uhkaa aleneminen esimerkiksi sairauden seurauksena. Sen tavoitteena on auttaa ikääntyviä henkilöitä säilyttämään ja saavuttamaan mahdollisimman itsenäiseen arjessa selviytymiseen tarvittavia taitoja. (Aspinal ym. 2016, 576.)

Ruotsissa yleinen termi kotikuntoutukselle on *hemrehabilitering* (Suomen fysioterapeutit 2017, viitattu 3.1.2019). Pohjoismaissa puhutaan arkikuntoutuksesta (*hverdagsrehabilitering*). Arkikuntoutuksen käsite tulee erityisesti Norjasta, jota voidaankin pitää edelläkävijänä arkikuntoutuksen saralla. Siellä arkikuntoutusta on sisällytetty poliittisiin ohjelmiin ja sitä kehitetty systemaattisesti toiminta- ja fysioterapeuttiliittojen sekä sairaanhoidtajaliiton yhteistyönä. Kansainvälisiä termejä *reablement*, *restorative care* ja *hverdagsrehabilitering* yhdistää samanlainen tausta-ajatus. Niissä on kyse prosessista, jolla halutaan vahvistaa asiakkaan osallisuutta ja luottamusta omaan kykyihinsä. Forssin mielestä kansainväliset termit kuvaavat kyseisen kuntoutusprosessin ytimen osuvammin kuin Suomessa käytetty termi *kotikuntoutus*. (Forss 2016, 35.)

Arkikuntoutuksessa on kyse päivittäisessä elämässä tarvittavien taitojen uudelleen oppimisesta, toimintojen harjoittelusta ja näiden myötä vahvistuvasta elämänhallinnan tunteesta. Arkikuntoutus on aina ajallisesti rajattu jakso, jonka keskiössä on asiakkaan aktiivinen rooli ja osallistuminen sekä hänelle merkitykselliset toiminnot ja tavoiteasettelu.

Kuntoutusprosessi alkaa selvittämällä asiakkaan arjen tärkeät ja mielekkäät asiat. Prosessiin kuuluu selkeä suunnitelma tehtävälle työlle, joka toteutetaan asiakkaalle luonnollisessa toimintaympäristössä moniammatillisella yhteistyöllä. (Forss 2016, 35–37.) Arki-kuntoutus edellyttää, että kuntoutustyöhön osallistuvat sisäistävät arjenhallinnan tärkeyden (Niskanen 2018, 17). Forssin (2016, 37) mukaan ollaan hyvin lähellä arkikuntoutuksen ydintä, kun asiakkaan harjoittelu perustuu kysymykseen hänelle tärkeistä asioista ja hänelle mahdollistetaan merkityksellisten arjen taitojen harjoittelu turvallisesti ammatti-henkilöiden tuella.

Pohjoismaissa (Norja, Ruotsi ja Tanska) arkikuntoutusta organisoidaan ja toteutetaan useilla eri tavoilla eri maissa ja myös maiden sisällä on toteutuksessa alueellisia eroja. Arkikuntoutusmallien erot ilmenevät erityisesti siinä, kuinka tiiviisti terapeutit ja muu kotipalvelun henkilökunta työskentelevät yhdessä. Kaikissa malleissa on yhteistä varhainen puuttuminen, intensiivisyys ja moniammatillisuus. Yhteenvetona Pohjoismaisista arkikuntoutuksen toteutustavoista Niskanen kertoo, että arkikuntoutus voidaan integroida kotipalveluihin, kuntoutuspalveluihin, koti- ja kuntoutuspalveluihin tai voidaan muodostaa erillinen arkikuntoutus yksikkö. (Niskanen 2018, 15–17.)

Kotikuntoutus on pysyvä palvelumuoto Ruotsin kunnissa ja sen kehittyminen on jatkunut pitkään (Niskanen 2018, 15–16). Ruotsin Boråsissa kehitetty kotikuntoutusmallia on hyödynnetty Suomessa kotikuntoutusmallien kehittämisessä ja esimerkiksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskeisessä yksikössä (Eksoten) malli pohjautuu Boråsien malliin. Boråsissa on saatu niin hyviä tuloksia kotikuntoutuksella, että tehostetun palveluasumisen paikkoja on pystytty purkamaan. (Suomalainen 2016a, 7.) Boråsien kotikuntoutusmallin työtavat ovat jäsennellyjä. Kuntoutusjakso kestää ennalta määrätyn ajanjakson ja jaksolla käytetään tiettyjä valittuja arviointimenetelmiä ja kuntoutussuunnitelma luodaan asiakkaan omien tavoitteiden mukaisesti. Tässäkin mallissa tärkeää on kuntoutustoiminnan aloittaminen mahdollisimman ajoissa. Toiminta- ja fysioterapeutit ovat yhdessä päävastuussa kuntoutusjakson edistymisestä ja tiivis yhteistyö sisältää muun muassa suunnittelua ja seuranta. Kotikuntoutusta toteutetaan kuitenkin yhteistyössä moniammatillisen tiimin ja asiakkaan läheisten kanssa. Fysioterapeuttien vastuualuetta Boråsien kotikuntoutuksessa on kuntoutusasiakkaiden liikuntakyvyn ja liikuntäkäyttäytymisen edistäminen. Mallissa fysioterapian tarkoituksena on, että asiakas saavuttaa ja säilyttää niin hyvän liikkumis-, toiminta-

ja siirtymiskyvyn kuin mahdollista, jotta hän pystyy olemaan arjessaan osallinen ja itseenäinen. (Borås Stad 2009, viitattu 18.12.2018.)

2.5 Fysioterapeutin rooli kotikuntoutuksessa ja ikääntyneiden kuntoutuksessa

Fysioterapeutin tehtävänä on edistää, palauttaa ja ylläpitää asiakkaan terveyttä, liikettä, liikkumista ja toimintakykyä (Suomen fysioterapeutit 2019b, viitattu 11.3.2019). Gerontologisen fysioterapian, eli ikääntyneille suunnatun fysioterapian asiakaskunta on laaja ja kirjava terveyden ja toimintakyvyn osalta. Ikääntyneiden fysioterapialla pyritään edistämään iäkkäiden ihmisten terveyttä ja toimintakykyä sekä elämänlaatua. (Sipilä 2013, 466-467.) Fysioterapiassa keskeisiä toimintakyvyn osa-alueita ovat liikkumiskyky ja siihen yhteydessä olevat tekijät, kuten lihasvoima, tasapainon hallinta sekä nivelten liikkuvuudet. Liikkumiskyvyllä voidaan tarkoittaa siirtymisiä esimerkiksi vuoteesta aina ulkona liikkumiseen ja lenkkeilyyn. Gerontologinen fysioterapia sisältää myös ennaltaehkäisevää toimintaa, kivun hallintaan liittyvää ohjausta sekä liikkumisen apuvälineiden tarpeen arviointia ja ohjausta. (Sipilä 2013, 466-467.) Fysioterapeuteilla on merkittävä rooli myös ikääntyneiden kaatumisten ehkäisyssä. Kaatumiset ovat ikääntyneiden yleisin tapaturmatyyppi ja kaatumisen seuraukset voivat olla vakavia. Ikääntyneen henkilön yleisin tapaturmapaikka on oma koti. (Havulinna (Pajala), Piirtola, Karinkanta, Pitkänen, Punakallio, Sihvonen, Kettunen ja Häkkinen 2017, viitattu 13.2.2019.)

Kuntien vanhuspalveluiden henkilöstöön on viime vuosina palkattu erityisiä kuntoutuksen ammattilaisia, kuten fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja (Pikkarainen 2016, 8). THL:n tekemän Vanhuspalvelujen tila – tutkimuksen (2019b, viitattu 4.4.2019) tulokset kertovat, että fysioterapeuttien määrä kotihoidossa on kasvanut kymmenillä vuodesta 2016 vuoteen 2018. Fysioterapeuttien vakanssien määrä kotihoidossa on kuitenkin noussut odotettua hitaammin, mikä luo kasvavia paineita kuntoutuksen ammattilaisten osaiselle (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b, viitattu 4.4.2019). Fysioterapeutit ovat olleet aktiivisesti osana moniammatillisia työryhmiä kehittämässä ja toteuttamassa kotikuntoutusmalleja niin Suomessa kuin ulkomaillakin. Heidän roolinsa kotikuntoutusprosessissa on ohjaava ja koordinoiva erityisesti tavoitteiden asettamisessa ja kotikuntoutussuunnitelman laatimisessa. (Suomen fysioterapeutit 2017, viitattu 3.1.2019.) Fysioterapeutit myös muun muassa kouluttavat kotihoidon henkilökuntaa asiakkaan toimintakyvyn tukemiseen ja arviointiin (Eksote 2016; Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen &

Langeland 2017; Suomen fysioterapeutit 2017; Eliassen, Henriksen & Moe 2018, 3–5, viitattu 29.1.2019). Omaisten ohjaus on olennainen osa fysioterapeutin työtä, mutta se on myös kaikkien työntekijöiden yhteinen velvollisuus (Pikkarainen 2016, 68).

Fysio- ja toimintaterapeutit sekä sairaanhoitaja ovat usein vastuussa kuntoutussuunnitelman ja tavoitteiden laatimisesta, mutta varsinaisessa kuntoutuksessa asiakkaan apuna on usein hoitajia (Peiponen, Kristensen, Arvo, Tolkki, Pekkanen & Kara 2016, 4). Norjalaisen tutkimuksen mukaan kotikuntoutuksen työntekijöiden odotetaan raportoivan terapeuteille, mikäli he huomaavat asiakkaan tarvitsevan tarkempaa arviointia tai muutoksia harjoitteluun, asiakkaalla ilmenee kipuja tai hän on kaatunut (Eliassen ym. 2018, 3–5). Moniammatillisessa kotikuntoutuksessa työntekijöiden roolit saattavat myös ajoittain sekoittua keskenään. Esimerkiksi sairaanhoitaja voi tehdä työtehtäviä, jotka kuuluvat normaalisti fysioterapeutille ja toisinpäin. (Birkeland ym. 2017.) Pikkarainen (2016, 68) muistuttaa, että kaikki työntekijät ovat yhdenvertaisia kotikuntoutuksen toteuttajia, eikä kuntoutustehtäviä tulisi siirtää työntekijältä toiselle kiireeseen tai osaamiseen vedoten. Pikkarainen pohtii myös, että tulevaisuuden Sote-mallissa vuoro työ tulee olemaan kaikkien työntekijöiden toimintatapa ja näin ollen myös fysioterapeuttien tulisi toimia niin aamu- kuin iltavuoroissakin.

Esimerkiksi Uudessa-Seelannissa toteutettujen mallien pohjalta fysioterapeutin osaamisen keskeiset osa-alueet kotikuntoutuksessa liittyvät muun muassa tavoitteiden asetteluun, terapeuttiseen harjoitteluun sekä asiakkaan, omaisten sekä työntekijöiden ohjaukseen ja neuvontaan (Parsons, Mathieson & Parsons 2015, 26). Suomen fysioterapeuttien mukaan fysioterapeutin ydinosaaminen koostuu asiakkaan sekä hänen omaistensa ohjaus ja neuvontaosaamisesta, terapiaosaamisesta sekä tutkimis- ja arviointiosaamisesta (Suomen fysioterapeutit 2019b, viitattu 11.3.2019). Fysioterapeuttien keskeiset taidot kuntoutusinterventioiden arvioinnissa, suunnittelussa ja toteutuksessa tarjoavat huomattavasti potentiaalisia mahdollisuuksia kotihoidon mallien kehittämiseksi (Parsons ym. 2015, 28).

Fysioterapeutit arvioivat myös asiakkaan apuvälineen tarvetta ja ohjaavat asiakasta, hänen omaisiaan ja muita työntekijöitä niiden käytössä (Eliassen ym. 2018, 3–5; Eksote 2016; Pikkarainen 2016, viitattu 1.2.2019). Apuvälineellä tarkoitetaan välinettä, laitetta tai ratkaisua, joka edistää, tukee tai ylläpitää asiakkaan osallistumista ja toimintakykyä. Parhaimmillaan apuvälineet edistävät asiakkaan oman elämänsä hallinnan tunnetta, mikä

vahvistaa arjen hyvinvointia ja uskoa tulevaisuuteen. (Pikkarainen 2016, 73.) Kotikuntoutusjakson aikana kartoitetaan ja järjestetään myös tarvittavia asunnonmuutostöitä (Suomen fysioterapeutit 2017, viitattu 3.1.2019).

Oulun kotikuntoutuspilotissa fysioterapeutin rooli oli osallistua asiakkaan kuntoutussuunnitelman laatimiseen, kuntoutukseen ja tavoitteiden asetteluun sekä tehdä erilaisia arviointeja ja koordinoita kuntoutuksen etenemistä. Fysioterapeutin tehtäviin kuului muun muassa asiakkaan toimintakyvyn arviointi jakson alussa ja lopussa, tavoitteiden asettelu ja päivittäminen, omaisten ja kotihoidon henkilökunnan ohjaus, hoitajien koulutus sekä kodin muutostöiden ja apuvälineiden tarpeen arviointi. Hoitajia koulutettiin fysioterapeuttien toimesta huomioimaan psykofyysinen lähestymistapa kuntoutuksessa. Fysioterapeutti teki asiakkaan luo kotikäyntejä vähintään kerran viikossa ja loi yksilölliset ohjeet ja harjoitteet asiakkaalle. (Käsmä, sähköpostiviestit 2018–2019.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyömme tarkoituksena on analysoida asiakkailta kerättyä palautetta Oulun kaupungin kotikuntoutuspilotin tehostetuista kotikuntoutusjaksoista. Asiakasnäkökulma on oleellinen osa Oulun kaupungin kotikuntoutuspilottia ja sen tavoitteisiin kuuluu muun muassa, että asiakas selviytyy tehostetun kotikuntoutusjakson jälkeen mahdollisimman itsenäisesti eri arjen toiminnoista ja on itse tyytyväinen selviytymiseensä. (Käsmä, sähköpostiviestit 2018–2019.)

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata, miten asiakaslähtöisyyden osa-alueet ja kotikuntoutusjakso onnistuivat Oulun kaupungin kotikuntoutuspilotissa asiakkaiden näkökulmasta. Asiakaslähtöisyys on tärkeä osa laadukkaiden, yksilöllisten ja elämänlaatua parantavien palveluiden tuottamisessa.

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen eli määrällinen kyselytutkimus, joka toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Työmme taustalla vaikuttavat realismin ja positivismin tieteenfilosofiset viitekehykset. Realismin mukaan on olemassa todellisuus, riippumaton ihmismielestä ja kielestä, josta on mahdollista saada tietoa. Positivistisen näkemys mukaan tieteellinen tieto muodostuu havaintojen avulla tehdyistä yleistyksistä ja sen peruspiirteisiin kuuluu tutkimustulosten ilmaiseminen matemaattisessa muodossa. Lisäksi työmme taustalla vaikuttaa empiristinen käsitys siitä, että kaikki tieto perustuu kokemuksiin ja havaintoihin. (Kakkuri-Knuutila & Heinlahti 2006, 137, 213, 220.) Tutkimus toteutettiin kokonaistutkimuksena, sillä jokainen perusjoukkoon kuuluva havaintoyksikkö, eli kotikuntoutuksen asiakas kotikuntoutuspilotin alueella, otettiin mukaan tutkimukseen. Kokonaistutkimusta kannattaa käyttää tutkittavan perusjoukon ollessa pieni, yleensä alle sata yksikköä. Tutkimus on aikaperspektiiviseltä asetelmaltaan poikkileikkaustutkimus, eli se toteutetaan kertaluontoisesti samana ajankohtana useille eri havaintoyksiköille. (Heikkilä 2014, 31, 279.)

4.1 Aineistonkeruumenetelmät

Aineiston kerääminen aloitettiin pilotoinnin myötä 1.10.2017 ja lopetettiin vuoden 2018 loppuun mennessä. Aineisto on kerätty paperisella kyselylomakkeella, jonka asiakas täytti sairaanhoitajan viimeisellä käyntikerralla. (Käsmä, sähköpostiviestit 2018–2019.) Tutkimuksessamme käytetty kyselylomake on laadittu Teerikankaan gradun pohjalta kotikuntoutuspilotin fysioterapeutin sekä Teerikankaan yhteistyönä. Teerikangas on koulutukseltaan fysioterapeutti sekä yhteiskuntatieteiden maisteri ja työskentelee Oulun keskustan kotihoidon palveluesimiehenä. (Teerikangas 2019, haastattelu 7.1.2019.) Emme vaikuttaneet kyselylomakkeen sisältöön tai ulkonäköön, emmekä osallistuneet aineistonkeruuprosessiin.

Kyselylomakkeessa oli 16 suljetun kysymyksen lisäksi yksi avoin kysymys. Heikkilän (2014, 49) mukaan suljettujen kysymysten tarkoitus on yksinkertaistaa vastausten käsittelyä, mutta myös torjua tiettyjä, esimerkiksi vastauksen muotoiluun liittyviä, virheitä.

Suljettujen kysymysten etuja ovat vastaamisen nopeus ja tuloksien tilastollisen käsittelyn helppous. Haittoja ovat taas vastausten harkitsemattomuus, vastausvaihtoehtojen ja niiden järjestyksen mahdollinen johdattelevuus ja jonkin vastausvaihtoehdon puuttuminen. Lisäksi vastausvaihtoehtojen luokittelun epäonnistumista on vaikea korjata. Taustamuuttujina kysyttiin kuntoutusjakson kestoa sekä asiakkaan postinumeroa.

Pilotissa käytetty kyselylomake pohjautuu sovelletusti MPOC-20 -arviointimenetelmään. MPOC -arviointimenetelmä on alun perin vanhemmille suunnattu kysely ja sen tarkoitus on arvioida terveysalan ammattilaisten perhekeskeisiä toimintatapoja. MPOC-20 on lyhennetty versio alkuperäisestä (MPOC-56) mittarista. MPOC-20 -arviointimenetelmällä on hyvä reliabiliteetti ja validiteetti. (King, King & Rosenbaum 2004, 35–37,52; Can-Child 2019, viitattu 20.3.2019.) Kysymysten sanamuotoja on sovellettu tähän pilottiin sopivaksi ja kysymysten määrää on vähennetty, jotta kysely mittaisi Oulun kaupungin kotikuntoutuspilotille oleellisia asioita.

Kysymyslomakkeessa vastausvaihtoehdot on asetettu Likertin asteikolle. Likertin asteikko on järjestysasteikko, joka on erittäin käytetty mielipideväittämissä (Vilka 2014, 46). Kuten mielipidemittauksissa usein, tässäkin tutkimuksessa käytetty asteikko tulkitaan kuitenkin tasaväliseksi ja muuttujat näin ollen välimatka-asteikollisiksi. Keskiarvon käyttäminen ei ahtaasti tulkittuna olisi sallittua mielipidemuuttujien ollessa järjestysasteikon tasoisia muuttujia. (Heikkilä 2014, 240.) Käytetty asteikko on 5-portainen (*hyvin paljon – paljon – jonkin verran - vähän - ei lainkaan*) ja vastaamisohjeessa on ohjeistettu vastaajaa valitsemaan parhaiten omaa kokemustaan vastaava vaihtoehto. Likertin asteikon etuna on, että siinä pystytään pieneen tilaan saamaan paljon tietoa. Asenneasteikkojen heikkous on, että vastauksista ei pystytä päättelemään, mikä painoarvo vastausvaihtoehtoilla on eri vastaajille. Jälkimmäisten väittämien vastauksiin saattaa vaikuttaa se miten edellisiin kysymyksiin on vastattu vastaajan pyrkiessä lisäämään loogisuutta vastauksiinsa. (Heikkilä 2014, 51.)

4.2 Aineiston analysointi

Pilotoinnin oli määrä loppua vuoden 2018 lopulla, mutta päätimme aikataulullisista syistä ottaa analyysiin mukaan ainoastaan ne kyselylomakkeet, jotka oli palautettu kotihoidon fysioterapeutille 11.12.2018 mennessä. Syötimme kerätyt lomakkeet niiden käsittelyä varten manuaalisesti Webropol 2.0 ohjelmaan, jonne olimme etukäteen luoneet paperilomaketta vastaavan kyselyn. Kesken olevia jaksoja oli kahdeksan ja loppuun vietyjä kotikuntoutus jaksoja 48. Me saimme analysoitavaksemme täytettyjä lomakkeita 30 kappaletta ja näin ollen 18 lomaketta jäi analysoinnin ulkopuolelle. Luku ei kuitenkaan suoraan kerro vastausprosentista, sillä osa puuttuvista lomakkeista on voinut jäädä toimittamatta siitä huolimatta, että ne ovat täytettyjä.

Aineiston analysoinnissa käytimme Webropol 2.0 ja 3.0, sekä Excel 2016 -ohjelmia. Analysointi aloitettiin syöttämällä kaikki kyselylomakkeiden vastaukset Webropol -ohjelmaan sähköiseen muotoon. Viisi vastaajaa (N=30) oli jättänyt vastaamatta johonkin suljettuun kysymykseen. Päädyimme hyväksymään kaikki vastauslomakkeet osaksi analysointia. Muutamiaan lomakkeeseen oli kirjoitettu lisähuomioita ja tarkennuksia valitun vastausvaihtoehdon lisäksi. Päätimme jättää nämä merkinnät huomioimatta. Excel 2016 -ohjelmaa hyödynnettiin asiakaslähtöisyyden eri osa-alueiden tarkastelussa omina kokonaisuuksinaan.

MPOC-20 -arviointimenetelmän kysymykset jakautuvat viiteen asiakaslähtöisyyden osa-alueeseen (kuvio 1) (Teerikangas 2017, 30; Jeglinsky 2012, 25). Teerikangas (2017, 33–36) on soveltanut osa-alueita omaan työhönsä sopivaksi ja käyttänyt neljää osa-aluetta; tiedottaminen ja viestiminen, erityisen tiedon tarjoaminen, kunnioittava ja tukea antava hoito sekä mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö. Tarkastelimme asiakaslähtöisyyden toteutumista jakamalla pilotin kyselylomakkeen kysymykset pääluokkiin (taulukko 1) vertaamalla kyselylomakkeen kysymyksiä Teerikankaan tekemän analysoinnin tuloksiin. Pilotin kyselylomakkeessa oli ainoastaan yksi kysymys liittyen erityisen tiedon tarjoamiseen, minkä vuoksi päätimme yhdistää luokan osaksi tiedottamista ja viestintää luokkien samankaltaisuuden vuoksi. Näin ollen meille muodostui **kolme pääluokkaa**. Kaikille lomakkeen kysymyksille ei löytynyt vastaavaa kysymystä Teerikankaan sovelletusta MPOC-20 asiakaskyselystä, joten ennen aineiston analysoinnin aloittamista kävimme tapaamassa Teerikangasta. Keskustelun pohjalta luokittelimme nämä kysymykset sen osa-

alueen alle, jossa oli muita mahdollisimman samankaltaisia kysymyksiä. Kolme kysymystä (“Kuinka paljon sait kuntoutusta pilotin aikana?”, “Kuinka paljon arkitoiminnoista selviytyminen on muuttunut?” ja “Kuinka paljon olet hyödyntänyt 3. sektorin palveluita kotikuntoutusjakson aikana?”) jäivät muodostuneiden pääluokkien ulkopuolelle. Nämä kysymykset kertovat kotikuntoutusjakson onnistumisesta asiakkaan kokemuksen mukaan, sekä kolmannen sektorin hyödyntämisestä. Tarkastelimme näitä kysymyksiä omina kokonaisuuksinaan.

TAULUKKO 1. Asiakaskyselylomakkeista esiin nousseet asiakaslähtöisyyden osa-alueet ja kysymykset, jotka mittaavat kyseisen osa-alueen toteutumista.

OSA-ALUE	KYSYMYS (Kuinka paljon kotikuntoutus jakson aikana...)
Tiedottaminen ja viestiminen	<ul style="list-style-type: none"> - sait tietoa kotikuntoutuksen sisällöstä? - sait tietoa eri kuntoutusmenetelmistä? - sait tietoa testien ja arviointien tuloksista? - kanssasi on keskusteltu kuntoutussuunnitelmasta? - olet saanut kirjallista tietoa kotikuntoutuksen sisällöstä? - sait kirjallisia ohjeita? - omaisillesi annettiin tietoa kotikuntoutuksesta? - sait tietoa keneen ottaa yhteyttä, jos sinulla oli kysyttävää? - sait ohjausta ja neuvontaa mistä löytää tarvittavaa lisätietoa?
Kunnioittava ja tukea antava hoito	<ul style="list-style-type: none"> - huomioitiin sinun omat tavoitteesi? - sait tukea arjessa selviytymiseen?
Mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö	<ul style="list-style-type: none"> - sinulla oli mahdollisuus vaikuttaa kuntoutuksen sisältöön? - sait vaikuttaa käyntien ajankohtaan?

Kyselylomakkeen vastausasteikko oli viisiportainen (*hyvin paljon-ei lainkaan*). Webropoliiin syötettäessä vastausvaihtoehdot on muutettu numeerisiksi arvoiksi 1-5 (*1=hyvin paljon, 2=Paljon, 3=Jonkin verran, 4=Vähän, 5=Ei lainkaan*). Esitämme tulokset käyttäen aritmeettista keskiarvoa. Mitä pienempi keskiarvo on, sen paremmin osa-alue on toteutunut.

4.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä eli sen tavoitteet, kysymysten asettelu, aineiston kerääminen ja käsittely sekä tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä eivätkä hyvää tieteellistä tapaa. Tutkijoina olemme itse vastuussa tutkimuksessa tehdyistä valinnoista sekä niihin liittyvistä perusteluista. (Vilka 2014, 90.)

Tutkimukselle on myönnetty lupa Oulun kaupungilta ennen tutkimustyön aloittamista. Olemme saaneet luvan kaikkien meille pilotista toimitettujen materiaalien käyttöön. Meillä on myös lupa viitata työssämme pilotin osalta käymiimme keskusteluihin sekä sähköposteihin. Noudatamme työssämme tekijänoikeuslakia viittaamalla tekstissämme aina käyttämiimme lähteisiin (Kuula 2006, 68-69). Asiakkailta kerätyt palautteet on käsitelty anonyymisti ja heidän yksityisyyttään kunnioittaen ilman henkilötietojen keräämistä. Asiakkaita ei voi tunnistaa kyselylomakkeeseen annettujen tietojen (postinumero ja kuntoutusjakson kesto) perusteella. Tutkittavien anonymiteetin säilyminen on keskeinen tutkimuseettinen normi ja yksittäisten tutkittavien henkilön tunnistettavuus aineistosta ei ole tarkoituksenmukaista. Ihmisen yksityisyys korostuu etenkin asiakkaiden kokemuksiin ja ihmisten yksityiselämää tutkittaessa. Yksityisyyden kunnioituksessa oleellista on, että henkilöllä itsellään on oikeus määrittää mitä tietojaan he tutkimuskäyttöön antavat ja että yksittäiset tutkittavat eivät ole tunnistettavissa tutkimusteksteistä. (Kuula 2006, 75, 64.)

Tutkimuksen etiikkaan kuuluu myös asiakkaiden riittävä informointi tutkimuksesta ja kerätyn aineiston käyttötarkoituksista (Kuula 2006, 99). Tässä tutkimuksessa informointi on tapahtunut suullisesti lomakkeita jakaneen ja keränneen sairaanhoitajan toimesta. Sairaanhoitajilla ei ole ollut yhtenäistä ohjeistusta asiakkaiden informointiin. Kyselylomakkeen täyttäminen on ollut asiakkaille vapaaehtoista. Emme ole itse vaikuttaneet asiakkaiden antamiin vastauksiin tai olleet mukana aineiston keräämisessä, vaan olemme puolueettomasti analysoineet vastaukset. Palautteiden vastaukset syötettiin Webropol -ohjelmaan työn tilaajan tiloissa Kiimingin hyvinvointikeskuksessa, minkä jälkeen vastauslomakkeet on arkistoitu asianmukaisesti Kiimingin hyvinvointikeskuksessa. Kuvaamme raportissamme tutkimusprosessia avoimesti.

5 TUTKIMUSKYSYMYKSET

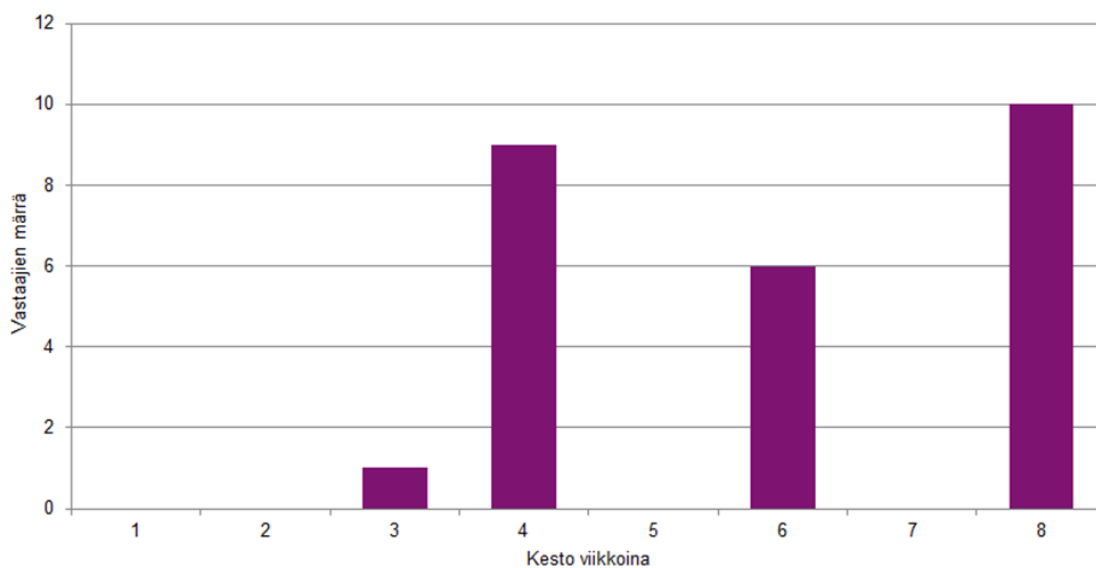
Työmme tutkimustehtäviä ovat:

1. Miten asiakaslähtöisyys toteutui kotikuntoutusjaksolla asiakkaiden näkökulmasta?
2. Kuinka paljon kotikuntoutusasiakkaat kokivat saaneensa kuntoutusta pilotin aikana?
3. Kuinka paljon asiakkaat kokivat arkitoiminnoista selviytymisen muuttuneen?
4. Kuinka paljon kotikuntoutuspilotin asiakkaat hyödynsivät kolmannen sektorin palveluita kotikuntoutusjakson aikana?

Olemme muotoilleet tutkimustehtävämme asiakkaille annetun kyselylomakkeen, Teerikankaan (2017) tutkielman sekä työn tilaajien toiveiden pohjalta. Asiakaslähtöisyyden toteutumista tarkastelemme kolmen palautekyselyssä ilmenevän pääluokan pohjalta. Pääluokat ovat **tiedottaminen ja viestiminen, kunnioittava ja tukea antava hoito** sekä **mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö**. Kyselylomake sisälsi myös kolme kysymystä, jotka eivät varsinaisesti liity asiakaslähtöisyyden eri osa-alueisiin. Näillä kysymyksillä kerätään tietoa siitä, miten asiakkaat kokivat kotikuntoutusjakson onnistuneen sekä kolmannen sektorin toimijoiden hyödyntämisestä. Näiden kysymysten tulokset kuvataan tässä raportissa.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Analysoitavia asiakaspalautteita oli 30. Analysoiduista palautteista 17 oli kerätty Kiimingin kotihoidon alueelta, kymmenen Haukiputaan kotihoidon alueelta, kaksi Ylikiimingin kotihoidon alueelta ja yksi Yli-Iistä. Kuntoutusjaksojen pituudet painottuivat neljään, kuuteen ja kahdeksaan viikkoon (kuvio 5). Vastaajista neljä oli jättänyt jakson pituuden ilmoittamatta. Kuntoutusjaksot olivat keskimäärin kuuden viikon pituisia. Emme kokeneet taustamuuttujien vertailua asiakaslähtöisyyden osa-alueiden kanssa järkeväksi niiden epätasaisen jakautumisen ja tutkittavien anonymiteetin säilymisen vuoksi. Kaikissa asiakaslähtöisyyden osa-alueissa vastausten keskihajonta oli vähäistä (=1). Tämä tarkoittaa, että havaintoarvot eli vastaukset yksittäisiin kysymyksiin ovat lähellä keskiarvoa (Heikkilä 2014, 277).

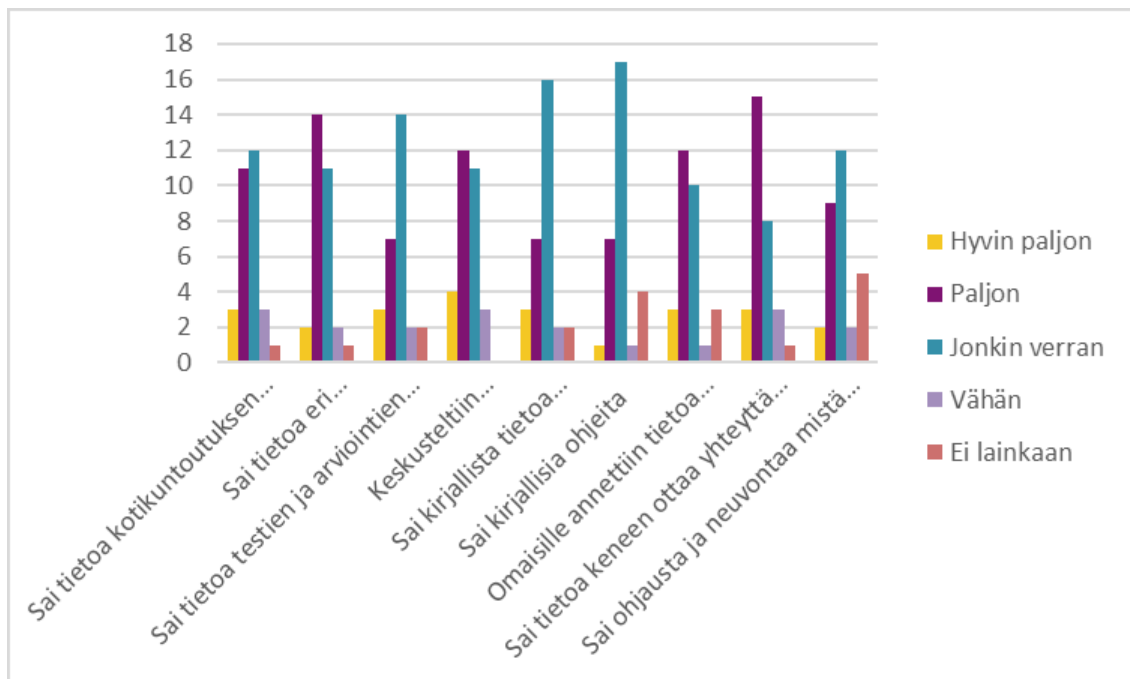


KUVIO 5. Kotikuntoutusjaksojen kesto viikkoina. (N=26)

6.1 Asiakaslähtöisyys

Tiedottaminen ja viestintä

Suurin osa vastaajista koki tiedottamiseen ja viestimiseen liittyviä toimintoja olleen paljon tai jonkin verran (kuvio 6). Vastausvaihtoehtojen hyvin paljon, vähän ja ei lainkaan valinta oli vähäistä. Vastausten keskiarvoksi tiedottamisen ja viestimisen osa-alueessa muodostui 3 (=jonkin verran). Osa-alueen yksittäisistä kysymyksistä parhaiten toteutuivat “kanssasi keskusteltiin kuntoutussuunnitelmasta” ja “sait tietoa keneen ottaa yhteyttä, jos sinulla oli kysyttävää”. Molempien kysymysten keskiarvo oli 2 (=paljon). Kaikki vastaajat kokivat, että kuntoutussuunnitelmasta on keskusteltu heidän kanssaan. Kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kysymykseen “sait tietoa testien ja arviointien tuloksista” ja yksi “omaisille annettiin tietoa kotikuntoutuksesta”.

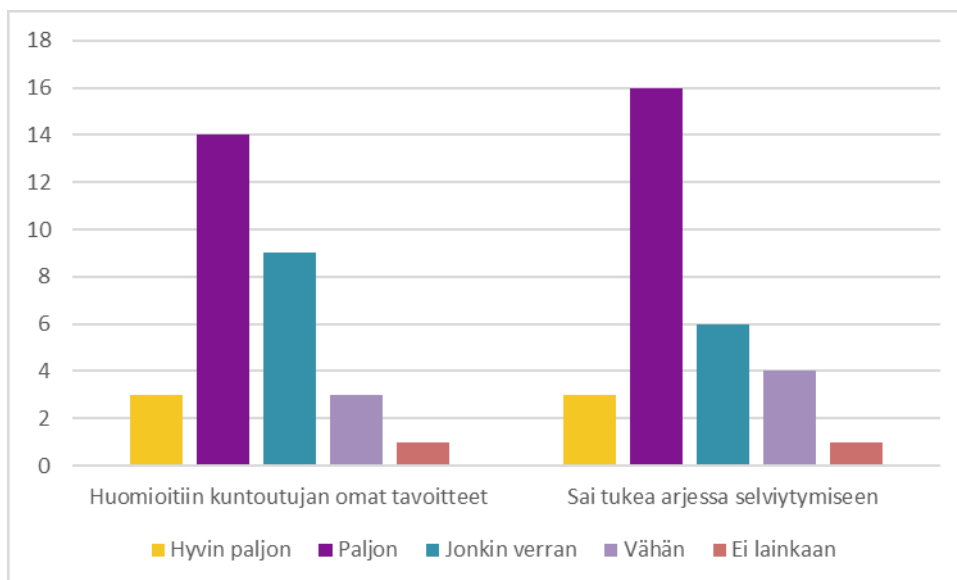


KUVIO 6. Vastausvaihtoehtojen jakautuminen tiedottamisen ja viestinnän osa-alueessa. (N=30)

Kysymyksissä “sai tietoa testien ja arviointien tuloksista”, “olet saanut kirjallista tietoa kotikuntoutuksen sisällöstä”, “sait kirjallisia ohjeita” ja “sait tietoa keneen ottaa yhteyttä, jos sinulla oli kysyttävää” näkyy selvimmin ero paljon ja jonkin verran –vastausten välillä. Kysymyksessä “sait tietoa keneen ottaa yhteyttä, jos sinulla oli kysyttävää” 50% (15) koki toimintoja olleen *paljon* ja 27% (8) *jonkin verran*. Kolmessa muussa kysymyksessä vastaukset jakautuivat päinvastaisesti vastausvaihtoehtojen välillä. Kysymyksessä “sai tietoa testien ja arviointien tuloksista” vastaajista 25% (7) vastasi *paljon* ja 50 % (14) *jonkin verran*, “olet saanut kirjallista tietoa kotikuntoutuksen sisällöstä” 23% (7) vastasi *paljon* ja 53% (16) *jonkin verran* ja “sait kirjallisia ohjeita” 23% (7) vastasi *paljon*, 57% (17) *jonkin verran*.

Kunnioittava ja tukea antava hoito

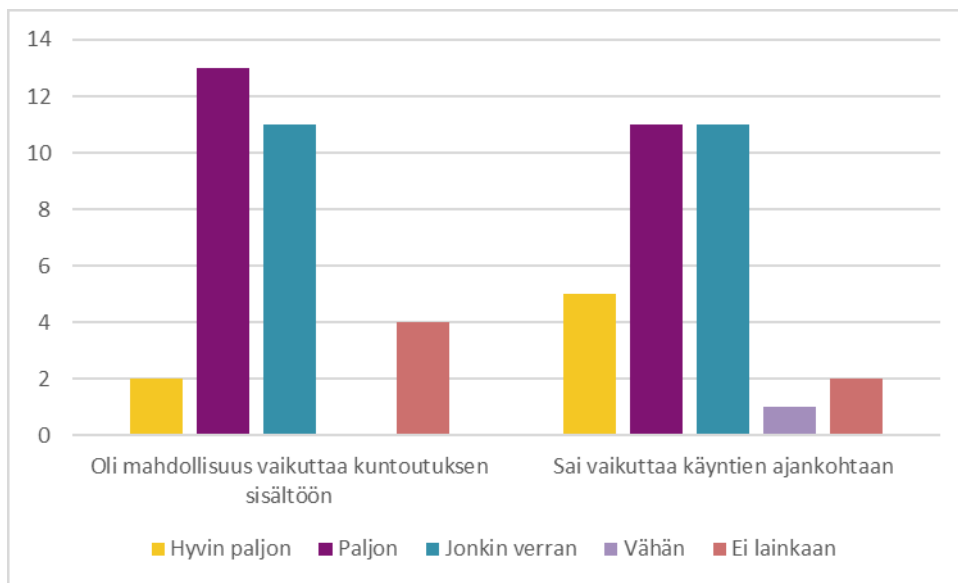
Kunnioittava ja tukea antavan hoidon osa-alue sisältää kysymykset “huomioitiin sinun omat tavoitteesi” ja “sait tukea arjessa selviytymiseen” (kuvio 7). Vastausten keskiarvoksi muodostui 3 (=jonkin verran). Kysymyksen “sait tukea arjessa selviytymiseen” keskiarvo oli 2 (=paljon), vastaajista 53% koki, että he saivat tukea *paljon*. Kysymyksen “huomioituun sinun omat tavoitteesi” keskiarvo oli 3 (=jonkin verran).



KUVIO 7. Vastausvaihtoehtojen jakautuminen kunnioittavan ja tukea antavan hoidon osa-alueessa. (N=30)

Mahdollisuuksien antaminen ja yhteistyö

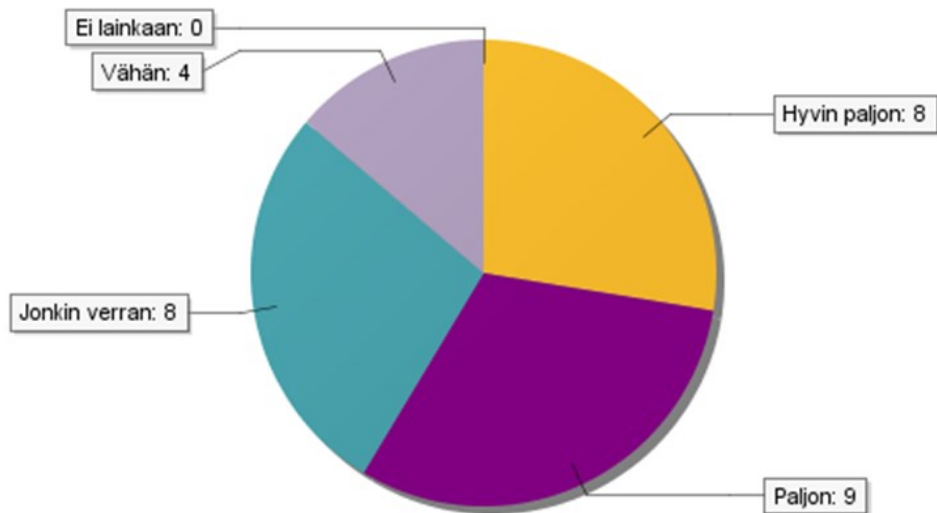
Mahdollisuuksien antamisen ja yhteistyön osa-alue sisältää kysymykset “sinulla oli mahdollisuus vaikuttaa kuntoutuksen sisältöön” ja “sait vaikuttaa käyntien ajankohtaan” (kuvio 8). Osa-alueen keskiarvo oli 3 (=jonkin verran). Kysymyksen “sait vaikuttaa käyntien ajankohtaan” keskiarvo oli 2 (=paljon) ja “sinulla oli mahdollisuus vaikuttaa kuntoutuksen sisältöön” keskiarvo oli 3 (=jonkin verran).



KUVIO 8. Vastausvaihtoehtojen jakautuminen mahdollisuuksien antamisen ja yhteistyön osa-alueessa. (N=30)

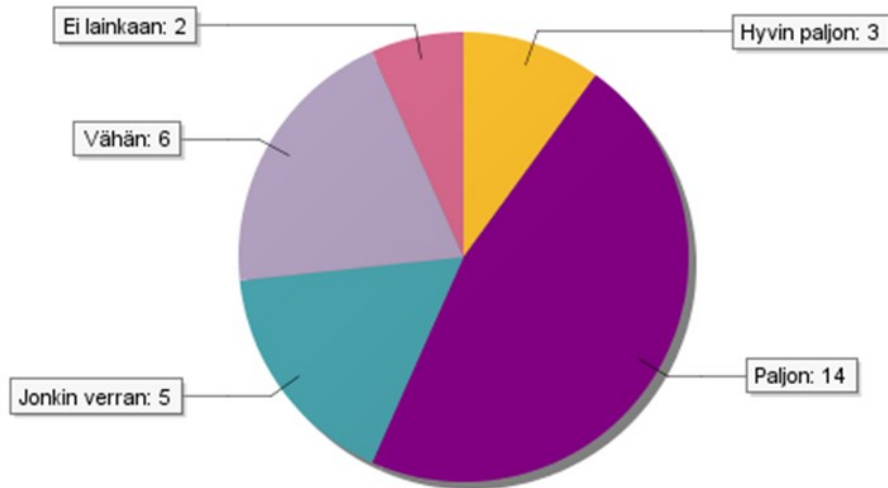
Asiakaslähtöisyyden toteutumisen kannalta kysymyksen “sinulla oli mahdollisuus vaikuttaa kuntoutuksen sisältöön” voidaan ajatella olevan hyvin tärkeä kysymyksen viitassa suoraan kuntoutuksen sisällön asiakaslähtöisyyteen. Vastaajista 13 (43%) oli sitä mieltä, että he saivat *paljon* mahdollisuuksia vaikuttaa kuntoutuksen sisältöön ja 11 (37%) koki vaikutusmahdollisuuksia olleen *jonkin verran*. Suurin osa kuntoutujista koki, että pystyivät vaikuttamaan käyntien ajankohtaan *paljon* (37%) tai *jonkin verran* (37%).

6.2 Asiakkaiden kokemukset kuntoutuksen määrästä, arkitoiminnoista selviytymisestä ja kolmannen sektorin hyödyntämisestä



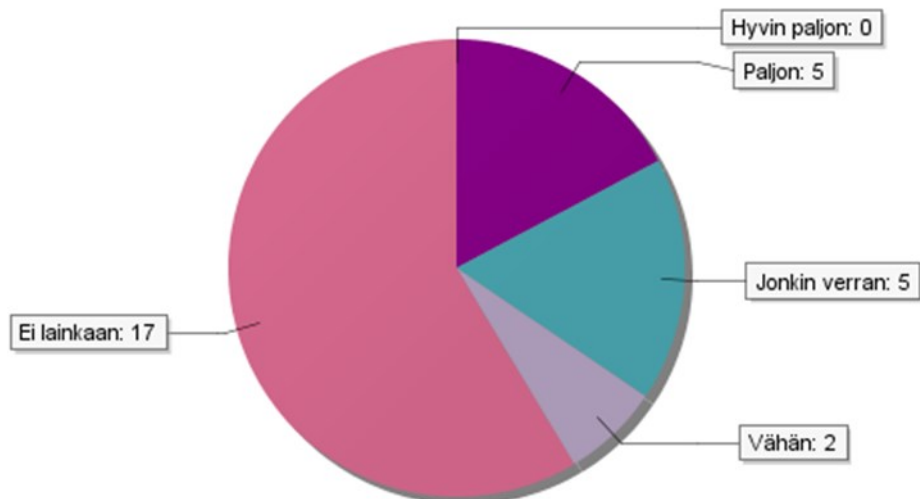
KUVIO 9. Kuinka paljon vastaaja koki saaneensa kotikuntoutusjakson aikana kuntoutusta (hoitajat, terapeutit). (N=29)

Kuntoutujat kokivat saaneensa hyvin kuntoutusta (kuvio 9). Vastanneista kahdeksan (28%) kertoi saaneensa kuntoutusta *hyvin paljon* ja yhtä moni oli valinnut vastausvaihtoehdon *jonkin verran*. Yhdeksän (31%) vastaajista koki saaneensa kuntoutusta *paljon*. Kukaan vastanneista ei valinnut vaihtoehtoa *ei lainkaan*. Jaksolla saadun kuntoutuksen määrä suunniteltiin henkilökohtaisesti asiakkaan tarpeen mukaan, minkä vuoksi hoitajien sekä terapeuttien käyntien määrät vaihtelivat.



KUVIO 10. Miten paljon asiakkaat kokivat arkitoiminnoista selviytymisen muuttuneen kotikuntoutusjakson aikana. (N=30)

14 vastaajaa, eli melkein puolet (47%) vastaajista koki arkitoiminnoista selviytymisen muuttuneen *paljon* (kuvio 10). Viisi vastaajaa (17%) koki muutosta tapahtuneen *jonkin verran*. Kaksi vastaajaa ei kokenut arkitoiminnoista selviytymisen muuttuneen lainkaan. Kysymyksessä ei oteta huomioon sitä, että mihin suuntaan arkitoiminnoista selviytyminen on muuttunut.



KUVIO 11. Kuinka paljon asiakkaat hyödynsivät kolmannen sektorin palveluita kuntoutusjakson aikana (N=29).

Kuntoutujat hyödynsivät kolmannen sektorin palveluita vähän, kuten kuviosta 11 on nähtävillä. Suurin osa (57%) vastaajista ei hyödyntänyt kuntoutusjakson aikana kolmannen sektorin palveluita lainkaan. Viisi vastaajaa (17%) vastasi hyödyntäneensä kolmannen sektorin palveluita paljon.

Asiakkaiden muita ajatuksia kotikuntoutuksesta

Vastaajista 11 (37%) oli vastannut kysymyslomakkeen avoimeen kysymykseen “muita ajatuksiasi kotikuntoutusjaksosta”. Vastaukset olivat pääsääntöisesti lyhyitä. Vastausten määrän ja niiden pituuden vuoksi emme kokeneet vastausten tarkempaa analysointia työn kannalta merkitykselliseksi. Suurin osa palautteista oli kannustavaa ja positiivista. Yksi vastaajista avasi kotikuntoutuksen aikana heränneitä kehittämiskohteita. Vastaaja koki, että hoitajat tarvitsevat lisää osaamista asiakkaan kohtaamiseen. Sama henkilö koki myös, että hoitajat vaihtuivat liian usein ja hoitaja oli eri lähes joka päivä.

6.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Kaikki osa-alueet saivat keskiarvokseen 3 (=jonkin verran), vaikka osa-alueiden sisällä olikin hieman vaihtelua ja jotkin yksittäiset toiminnot onnistuivat keskiarvoa paremmin. Tulosten perusteella vaikuttaisi siltä, että asiakaslähtöisen työskentelytavan kehittäminen olisi tarpeellista. Osa-alueiden toisiinsa vertaaminen ei ole yksiselitteistä kysymysten määrän jakautumisen vuoksi. Kysymykset painottuvat vahvasti tiedottamisen- ja viestinnän osa-alueeseen.

Tiedottamisen ja viestimisen osa-alue oli Teerikankaan työn tuloksista toiseksi heikoiten toteutunut asiakaslähtöisyyden osa-alue. Heikoiten oli toteutunut erityisen tiedon tarjoaminen. (Teerikangas 2017, 42.) Tässä tutkimuksessa taas nämä osa-alueet on yhdistetty yhdeksi kokonaisuudeksi. Vastaukset (kuvio 6) painoutuivat asteikon keskivaiheille (*paljon- jonkin verran*), kun taas Teerinkankaan (2017, 36, 42, 79) työssä suurin osa arvioi asiakaslähtöisyyden toteutuvan näillä osa-alueilla vähän (*jonkin verran- melko vähän- hyvin vähän- ei lainkaan*). Tiedon jakaminen ja kommunikointi osapuolten välillä on merkittävä asiakaslähtöisyyden tekijä. Ohjausta ja neuvontaa on tarjottava tarvittaessa asiakkaalle, mutta myös hänen läheisilleen. (The American Geriatrics Society Expert Panel on

Person-Centered Care 2016, 15–18.) Joillakin osa-alueilla asiakkaan ohjaaminen ja neuvonta olisi voinut toteutua paremmin. Omaisten tiedottaminen oli huomioitu pilotissa. Kuntoutujan tavoitteet asetettiin tehostetulla kotikuntoutusjaksolla käyttäen GAS- menetelmää (Käsmä & Teerikangas 2018). GAS -menetelmän mukainen tavoitteenasettelu on aina asiakaslähtöistä ja ottaa huomioon asiakkaan oman elämänsä asiantuntijuuden (Sukula & Vainiemi 2018, 5–7). Tehostetun kotikuntoutusjakson sisältö rakennettiin kuntoutujan tavoitteiden mukaan (Käsmä, sähköpostiviestit 2018–2019). Yleisesti ottaen asiakkaat kokivat, että heidän tavoitteensa oli otettu kuntoutusjaksolla huomioon jonkin verran. Yksilöllinen ja tavoitesuuntautunut työskentelytapa edistää asiakaslähtöisyyden toteutumista (The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care 2016, 15–18). Asiakkaat kokivat myös saaneensa tukea arjessa selviytymiseen. Teerikankaan työn tuloksissa kunnioittava ja tukea antava hoito oli kotihoidon asiakkaiden mielestä parhaiten toteutunut asiakaslähtöisyyden osa-alue (Teerikangas 2017, 42).

Asiakaslähtöisyyteen kuuluu, että asiakas osallistuu palvelutoiminnan suunnitteluun itse, ja että toiminta on työntekijän ja asiakkaan välillä vastavuoroista (Virtanen ym. 2011, 18–19; The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care 2016, 15–18.). Asiakkaat kokivat, että heillä oli jonkin verran mahdollisuuksia vaikuttaa itse kuntoutuksen toteutukseen. Vastaajat myös kokivat saaneensa kuntoutusta pilotin aikana hyvin ja arkitoiminnoista selviytymisen koettiin muuttuneen paljon. Norjassa toteutetussa kokeilussa huomattiin myös, että kotikuntouksella oli merkittäviä vaikutuksia arkitoiminnoista suoriutumisen kokemukseen (Langeland ym. 2019, 1,8–9,11). Oulun kaupungin tehostetun kotikuntoutuspilotin tavoitteena oli, että asiakas selviytyy mahdollisimman itsenäisesti arjen toiminnoista kotikuntoutusjakson jälkeen (Käsmä 2017). Oletettavaa on, että arkitoiminnoista selviytyminen on kuntoutuksen myötä parantunut kuntoutuksen ollessa sisällöltään asiakkaiden tavoitteiden mukaista arkikuntoutusta, jossa harjoiteltiin asiakkaan arkeen liittyviä toimintoja. Kyselylomakkeessa ei kuitenkaan otettu kantaa siihen, mihin suuntaan asiakas kokee suoriutumisen muuttuneen.

Kolmannen sektorin toimijoita hyödynnettiin vähän kuntoutusjakson aikana. Kolmannen sektorin toimijoiden kartoitus on tehostetun kotikuntoutuksen pilotissa määritelty osaksi sekä fysio- että toimintaterapeuttien työprosessia. Alueella toimivien kolmannen sektorin toimijoiden kanssa ei ole ennen pilottia ollut varsinaisesti tiivistä yhteistyötä ja kotikuntoutuksen työntekijöille ei ole ollut selvillä, minkälaisia kolmannen sektorin palveluita on

tarjolla. (Käsmä, sähköpostiviestit 2018–2019.) Tämän voidaan olettaa vaikuttaneen vähäiseen kolmannen sektorin palveluiden hyödyntämiseen. Terveystieteiden yhteistyö muiden tukea antavien palveluiden kanssa on asiakaslähtöisyyttä lisäävä tekijä (The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care 2016, 15–18).

7 POHDINTA

Tutkimuksemme tavoitteena oli analysoida asiakkailta kerättyä palautetta Oulun kaupungin kotikuntoutuspilotin tehostetusta kotikuntoutusjaksoista ja kuvata, miten asiakaslähteisyyden osa-alueet ja kotikuntoutusjakso onnistuivat asiakkaiden näkökulmasta. Tulokset on tarkoitettu pääasiassa Oulun kaupungin käyttöön, mutta niitä voivat hyödyntää myös muut kotikuntoutuksesta ja asiakaslähteisyydestä kiinnostuneet. Lisäksi halusimme työssämme tuoda esiin fysioterapeutin roolin kotikuntoutuksessa ja toimintakyvyn ylläpitämisessä. Asiakaslähteisyys toteutui tulosten perusteella melko hyvin, mutta parantamisen varaakin jäi. Asiakkaiden muut kokemukset kotikuntoutusjaksosta olivat pääasiassa hyviä.

Suoriuduimme tutkimuksen toteuttamisesta sekä tulosten selkeästä esittämisestä hyvin. Meillä ei ole aiempaa kokemusta aineiston analysoinnista, mikä hidasti prosessia ja tuotti meille haastetta. Työn valmistuminen kesti odotettua kauemmin. Jälkeenpäin ajateltuna, olisimme voineet perehtyä tutkimuskirjallisuuteen vielä tarkemmin ennen analysoinnin aloittamista. Huolellisempi suunnittelu ja aiheen rajaaminen olisivat myös edistäneet työn etenemistä. Opimme kuitenkin prosessin edetessä ja pystyimme kehittämään käyttämiämme metodeja sekä tuloksia tiedon ja ymmärryksen lisääntyessä. Meillä on kirjoittajina erityyppiset tavat lähestyä ilmiötä ja rakentaa ilmiön tietoperustaa. Huolimatta erilaisuuk-sistamme, pystyimme keskustelemalla rakentamaan yhteneväisen kokonaisuuden ja työtä koskevat päätökset olemme tehneet yhteisymmärryksessä. Molemmat ovat panostaneet työhön yhtä paljon, ja työtehtävät ovat jakautuneet tasaisesti.

Tutkimuksen reliabiliteetti eli luotettavuus kertoo tulosten tarkkuudesta. Luotettavuuden takaamiseksi tutkijan tulee käyttää vain sellaisia analysointimenetelmiä, jotka hän hallitsee hyvin ja joiden antamaa tietoa hän osaa tulkita oikein. (Heikkilä 2014, 28.) Meillä oli aiempaa kokemusta Webropol -ohjelman käytöstä ja kyseinen ohjelma soveltui hyvin tämän tutkimuksen tulosten analysointiin, joten sen käyttäminen oli paras vaihtoehto. Excel 2016 -ohjelma valikoitui analyysin menetelmiin sen helppokäyttöisyyden ja aiempien

käyttökokemustemme vuoksi. Tutkimuksen toistettavuus on yksi tutkimuksen luotettavuutta mittaava tekijä (Heikkilä 2014, 28). Samankaltaisten tulosten saaminen voi olla mahdollista, mikäli asiakaslähtöisyyden jaottelu on vastaava, kuin meidän työssämme. Asiakaslähtöisyyden osa-alueet olisi ollut mahdollista jakaa myös eri tavalla ja eri viitekehyksiin peilaten, mutta meistä oli järkevintä noudattaa kyselylomakkeen alkuperää mukailevaa jaottelua. Mielestämme jotkin kyselylomakkeen kysymykset kertovat myös useamman kuin yhden osa-alueen toteutumisesta. Esimerkiksi kysymys “Kuinka paljon sait vaikuttaa kuntoutuksen sisältöön” sisältää elementtejä mahdollisuuksien antamisen ja yhteistyön osa-alueesta, mutta vaatii myös työntekijältä asiakkaan kunnioitusta ja tukemista.

Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa sitä, että tutkimus selvittää sitä mitä oli tarkoituskin. Tutkimukselle on siis asetettava täsmällinen tavoite. (Heikkilä 2014, 27.) Työmme pää-tavoite oli kuvata asiakaslähtöisyyden toteutumista kotikuntoutusjaksolla ja käytetty kyselylomake perustuu asiakaslähtöisyyttä mittaavaan MPOC-20 -mittariin. Pätevyys varmistetaan etukäteen huolellisella suunnittelulla ja tarkoin harkitulla tiedonkeruulla. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulee yksiselitteisesti mitata oikeita asioita ja niiden tulee kattaa koko tutkimusongelma. Perusjoukon tarkka määrittely on oleellista validin tutkimuksen toteuttamisessa. (Heikkilä 2014, 27.) Tutkimuksemme perusjoukko, eli kotikuntoutukseen valittavien asiakkaiden tuli täyttää tarkkaan määritellyt kriteerit osallistuakseen kotikuntoutukseen.

Meistä olisi ollut mielenkiintoista osallistua kyselylomakkeen suunnitteluun. Olisimme saaneet arvokasta kokemusta kyselylomakkeen laatimisesta, ja voineet ottaa huomioon aineiston käsittelytavan jo suunnitteluvaiheessa. Myös kysymysten jaottelu ja merkitys olisivat voineet olla helpommin hahmotettavissa. Toisaalta se, että tulosten analysointi oli ainoa tehtävämme, voidaan katsoa luotettavuutta lisääväksi tekijäksi. Olemme puoleettomasti analysoineet tulokset, emmekä osallistuneet tutkimusprosessiin muutoin.

Opimme prosessin edetessä tarkastelemaan tutkimuksia, niissä käytettyjä metodeja sekä tuloksia kriittisemmin ja käytimmekin paljon aikaa asioiden pohtimiseen ja keskinäiseen keskusteluun. Keskustelua herättivät esimerkiksi kyselylomakkeeseen valikoituneet termit, jotka eivät aina olleet aivan yksiselitteisiä. Jäimme pohtimaan muun muassa, että kuntoutusta tai sen sisältöä ei lomakkeessa määritely sen tarkemmin. Näin ollen jokai-

nen vastaaja on voinut vastata sen mukaan, minkä on itse kokenut kuntoutukseksi. Vastaukset eivät siis suoraan kerro toteutuneiden kuntoutustoimenpiteiden määrästä, vaan niiden kuntoutustoimien määrästä, jotka asiakas on mieltänyt kuntoutukseksi. Sama ilmiö tuli vastaan kunnioittava ja tukea-antava hoito –osa-alueessa käytetyn tuki sanan kohdalla. Olisikin ollut mielenkiintoista verrata toteutuneiden kuntoutus- tai tukitoimien määrää asiakkaan kokeman kuntoutuksen ja tuen määrään ja näin selvittää onko näiden käsitteiden ymmärtämisessä eroja työntekijöiden ja asiakkaiden välillä.

Asiakaslähtöisyyden toteutumisen kannalta on tärkeää, että kaikki toimijat ymmärtävät asiakaslähtöisyyden merkityksen ja määritelmän ja toimivat sen mukaisesti. Siksi olisi hyvä, että asiakaslähtöistä toimintatapaa koskevat käytänteet olisivat yhtenäisiä ja kaikille työntekijöille selvillä. Asiakaslähtöisyyden parantamiseksi voitaisiin esimerkiksi selvittää kuinka kotikuntoutukseen osallistuvat työntekijät ymmärtävät asiakaslähtöisyyden sekä minkälaisia näkökulmia ja ajatuksia heillä on asiakaslähtöiseen työskentelyyn. Avoin keskustelu asiakaslähtöisyydestä, siitä mikä työntekijöiden mielestä on helppoa tai vaikeaa ja miten heidän mielestään asiakaslähtöistä toimintatapaa voisi kotikuntoutuksessa kehittää, auttaisi yhteneväisten toimintamallien luomisessa. Tarvittaessa työntekijöitä olisi hyvä ohjeistaa ja kouluttaa asiakaslähtöiseen työtapaan, jotta asiakaslähtöisyyden soveltaminen asiakkaiden kanssa helpottuu.

Pilotin alueella käynnissä oleva kolmannen sektorin palveluiden kartoitus on ilmeisen tarpeellinen hoidon ja tuen jatkuvuuden varmistamiseksi. Vastaajat kokivat ohjauksen tarvittavan lisätiedon pariin olleen puutteellista. Järjestöillä ja yhdistyksillä on varmasti arvokasta tietoa asiakkaille, joten asiakkaita olisi hyvä ohjata enemmän kolmannen sektorin toimijoiden pariin. Pohdimme voisiko vastuuterapeutin lisäksi asiakkaalla olla myös vastuuhoitaja. Vastuuhoitaja huolehtisi terapeutin kanssa yhteistyössä, että asiakkaan tavoitteet olisivat yhtenäisesti kaikkien asiakkaan kanssa työskentelevien tiedossa, eli varmistaisi tiedonkulun vastuuterapeutin, hoitajien ja asiakkaan välillä. Hoitajien vaihtuvuus oli nostettu avoimessa kysymyksessä yhdeksi ongelmaksi. Yksi asiakaslähtöisyyden osa-alueista Jeglinksyn (2012,25) mukaan oli hoidon koordinointi ja kokonaisvaltaisuus. Tämän osa-alueeseen liittyviä kysymyksiä ei tässä tutkimuksessa kartoitettu.

Asiakkaat kokivat saaneensa vaikuttaa kuntoutuksen sisältöön ja käyntiajankohtiin jonkin verran. Joukossa oli myös niitä, jotka kokivat, ettei vaikutusmahdollisuuksia ollut lainkaan. Asiakkaan rooli päätöksenteossa ja kiinteänä osana tiimiä on asiakaslähtöisyyden merkittävimpiä tekijöitä (Virtanen ym. 2011, 18-19; The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care 2016, 15-18). Siksi vaikuttamismahdollisuus olisi hyvä taata kaikille lisäämällä mahdollisuuksia vaikuttaa muun muassa käyntiajankohtiin ja kuntoutuksen sisältöön.

Jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää, kummalla on asiakaslähtöisyyden kannalta suurempi merkitys, tiheästi toistuvilla kotikäynneillä vai harvemmin toteutuvien käyntien sisältöön panostamisella. Kotihoidon asiakkaat, joiden luona käytiin useammin, kokivat mahdollisuuksien antamisen ja yhteistyön osa-alueen sekä tiedottamisen ja viestimisen osa-alueen, sekä erityisen tiedon tarjoamisen toteutuneen paremmin (Teerikangas 2017, 58). Asiakaslähtöisyyttä ja konkreettisia toimenpiteitä sen toteutumisen parantamiseksi tulisi tuoda lähemmäs käytännön kuntoutustyötä. Asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi olisi hyvä tehdä esimerkiksi opas käytännön työhön työntekijöiden hyödynnettäväksi. Aihe on hyvin moniulotteinen ja asiakkaiden omat kokemukset voivat poiketa huomattavastikin työntekijöiden ajattelutavasta, jolloin asiakaslähtöisyyden toteutuminen on todella haastavaa. Oppaassa tai opinnäytetyössä voitaisiin keskittyä esimerkiksi asiakaslähtöisyyden toteutumista haittaavien tekijöiden kartoittamiseen ja käytännön työssä käytettävien ratkaisujen esittämiseen.

Yksi raporttimme tavoitteista tutkimustulosten esittämisen lisäksi oli kuvata viitekehyydessämme fysioterapeutin roolia kotikuntoutuksessa. Kotikuntoutusmallien raporteissa oli kuitenkin kerrottu suoranaisesta fysioterapeutin roolista hyvin vähän ja hajanaisesti. Aiheesta löytyi myös vähän tutkittua tietoa. Tarkempi fysioterapeutin työnkuvan ja työtehtävien kartoittaminen Suomen kotikuntoutusmalleissa voisi olla tarpeellista niin ammattikuntamme hyödynnettäväksi kuin kotikuntoutuksen vaikuttavuuden, hyvien toimintamallien siirtymisen sekä toiminnan läpinäkyvyyden lisäämiseksi. Vaikuttaa siltä, että fysioterapeuttien roolit vaihtelevat hieman alueittain.

LÄHTEET

Aira, A. 2012. Toimiva yhteistyö. Työelämän vuorovaikutussuhteet, tiimit ja verkostot. *Jyväskylä Studies In Humanities* 179. 129. Viitattu 20.5.2018. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37743/9789513947088.pdf>

Aspinal, F., Glasby, J., Rostgaard, T., Tuntland, H & Westendorp, R. 2016. New horizons: Reablement- supporting older people towards independence. *Age and Ageing*. Volume 45 (5). 574–578. Viitattu 3.5.2018. <https://academic.oup.com/ageing/article/45/5/574/1712465>

Birkeland A., Tuntland H., Førland O., Jakobsen F.F., Langeland E, 2017. Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study. Viitattu 1.2.2019. <https://www.dovepress.com/interdisciplinary-collaboration-in-reablement-a-qualitative-study-peer-reviewed-fulltext-article-JMDH>

Borås Stad. 2009. Hemrehabilitering enligt Bårasmodellen. Program för arbetsterapi och sjukgymnastik. Viitattu 18.12.2018. <https://intranet.boras.se/download/18.3cf64a3d15598ea81b91344d/>

CanChild 2019. Measure of processes of care. Viitattu 20.3.2019. <https://canchild.ca/en/resources/47-measure-of-processes-of-care>

Cochrane, A., Furlong, M., McGiloway, S., Molloy, D., Stevenson, M & Donnelly, M. 2016. Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 10. 2–3,19–22. Viitattu 3.5.2018. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010825.pub2/epdf>

Einset, E & Krook, P. 2016. Kuntoutusportti. Uusi toimintamalli tuo kuntoutuksen kotiin. Viitattu 10.12.2018. <https://kuntoutusportti.fi/uusi-toimintamalli-tuo-kuntoutuksen-kotiin/>

Einset, E & Krook, P. 2013. Kotikuntoutus – kuntoutusta kotiympäristössä. Toimintaterapeutin rooli asiakkaan ja kotihoidon tavoitteellisessa yhteistyössä. 25–27. Viitattu

5.5.2018. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/66874/Einset_Elise_Krook_Pinja.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Eksote 2016. Kotikuntoutuksen käyttönoton käsikirja, Osallisuutta ikäihmisten arkeen ja kotihoitoon. Viitattu 27.2.2018. http://www.eksote.fi/eksote/julkaisut/Documents/eksote_kotikuntoutuksen_ka%CC%88sikirja_210x270mm_NETTI.pdf

Eliassen M., Henriksen M., Moe S. 2018. Physiotherapy supervision of home trainers in interprofessional reablement teams. 3–5. Viitattu 1.2.2019. <https://onlinelibrary-wiley-com.ezp.oamk.fi:2047/doi/epdf/10.1002/pri.1754>

Finne-Soveri, H., Mäkelä, M., Noro, A. & Tepponen, M. 2014. Kotihoitoon on panostettava, jotta huonokuntoinenkin voi voida hyvin ja kuntoutua omassa kodissaan – Case Eksote. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 25/2014. Viitattu 28.11.2018. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120382/THL_TUTI_25_2014korjattu%2019%2012%202014.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Forss, J. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuksessa arki on yhteinen viitekehys. Fysioterapia 63 (2), 34–37.

Havulinna (Pajala) S., Piirtola M., Karinkanta S., Pitkänen T., Punakallio A., Sihvonon S., Kettunen J. ja Häkkinen H. 2017. Kaatumisten ja kaatumisvammojen ehkäisyyn fysioterapiasuositus. Suomen fysioterapeutit. Viitattu 13.2.2019. https://www.terveysportti.fi/dtk/sfs/avaa?p_artikkeli=sfs00003

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9.painos. Edita Publishing Oy. 27–28, 31, 49, 51, 240, 277, 279.

Hiltunen, P. 2015. Hoitotyön tutkimussäätiö. Ikääntyneiden hoitotyö Suomessa - Katsaus kehittämistarpeisiin. 19. Viitattu 1.3.2018. http://www.hotus.fi/system/files/HOTUS-JULKAISU_Hiltunen_2015.pdf

Innokylä 2018. Kotikuntoutus. Viitattu 10.12.2018. <https://www.innokyla.fi/web/vers-tas1833684/etusivu/-/verstas/tarpeet-ja-tavoitteet>

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. 22. Viitattu

3.5.2018. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf

Jeglinsky, I. 2012. Family-centredness in services and rehabilitation planning for children and youth with cerebral palsy in Finland. Karolinska Institutet. Stockholm. 25. Viitattu 22.10.2018. https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/41129/Thesis_Ira_Jeglinsky.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Jyrkämä, J. 2013. Vanheneminen, arkitilanteet ja toimijuus. Gerontologia. 3.painos. Toim. Heikkinen, E. Jyrkämä, J & Rantanen, T. Kustannus Oy Duodecim. 421–425.

Jyrkämä, J. 2014. Vanheneminen muutosprosessina. Gerontologia 1/2014. 44. Viitattu 17.1.2019. <http://elektra.helsinki.fi.ezp.oamk.fi:2048/se/g/0784-0039/28/1/vanhenem.pdf>

Kakkuri-Knuuttila, M.L & Heinlahti, K. 2006. Mitä on tutkimus? Argumentaatio ja tieteenfilosofia. Gaudeamus Kirja. Oy Yliopistokustannus University Press Finland Ltd. Tammer-Paino. Tampere. 137, 213, 220.

Kaltakari & Käsmä. 2018. PowerPoint -esitys. Julkaisematon lähde.

King, S., King, G & Rosenbaum, P. 2004. Evaluating health service delivery to children with chronic conditions and their families: Development of refined measure of processes of care (MPOC-20). Children's health care 33(1). 35–37, 52. Viitattu 20.3.2019. https://www.researchgate.net/publication/233137915_Evaluating_Health_Service_Delivery_to_Children_With_Chronic_Conditions_and_Their_Families_Development_of_a_Refined_Measure_of_Processes_of_Care_MPOC-20

Koivula, R. 2009. Toimijuus ikääntyessä. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Oraita 1/2009. Toim. Pohjolainen, P & Heimonen, S. Ikäinstituutti. 31–36. Viitattu 20.2.2019. https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Oraita_1-2009-pdf.pdf

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka – Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus kirjapaino Oy. 64, 68–69, 75, 99.

Käsmä, T. 2017. Projektisuunnitelma. Julkaisematon lähde.

Käsmä, T & Teerikangas, M. 2018. Kotikuntoutuksen prosessit ja menetelmät. Tehtävä 2 Kuntoutujan omat tavoitteet. Julkaisematon lähde.

Käsmä, T. 2018. Fysioterapeutti. Kiimingin hyvinvointikeskus. Sähköpostiviestit 2018–2019.

Käsmä, T. 2018. Fysioterapeutti. Kiimingin hyvinvointikeskus. Haastattelu 11.12.2018.

Langeland, E., Tuntland, H., Folkestad, B., Førland, O., Jacobsen, F.F & Kjeklen, I. 2019. A multicenter investigation of reablement in Norway: a clinical controlled trial. *BMC Geriatrics*. 1, 8–9, 11. Viitattu 13.2.2019. <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-019-1038-x>

Lewin, G., Alfonso, H & Alan, J. 2013. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. 1279–1280. Viitattu 3.5.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3794867/>

Niemelä, K. 2011. Iäkkäiden tuettu kuntoutuminen. Viitattu 1.3.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0546-8/urn_isbn_978-952-61-0546-8.pdf

Niskanen, S. 2018. Arkikuntoutuksen toteutuminen pohjoismaissa. 15–17. Viitattu 4.1.2019. http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/site/assets/files/2625/toi_3-18_arkikuntoutuksen_toteutuminen.pdf

Oulun kaupunki 2017. Uudenlainen kotikuntoutus alkaa Haukiputaalla ja Kiimingissä. Viitattu 21.9.2018. https://www.ouka.fi/oulu/ajankohtaista/uutiset-ja-tiedotteet/-/asset_publisher/s8Z1/content/uudenlainen-kotikuntoutus-alkaa-haukiputaalla-ja-kiimingissa/112834?redirect=https://www.ouka.fi/etusivu%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_jUb%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3D_118_INSTANCE_B5w1__column-1%26p_p_col_pos%3D1%26p_p_col_count%3D2

Pajala, S. 2016. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. 4. painos. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Juvenes Print–Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere 2016. 106. Viitattu 17.4.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/THL_Opas_16_verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Parsons, J., Mathieson, S. & Parsons, M. 2015. Home Care: An opportunity for physiotherapy. *New Zealand Journal of Physiotherapy* 43(1). 26,28. Viitattu 13.2.2019. https://www.researchgate.net/profile/John_Parsons5/publica-

tion/274898262_Home_Care_An_opportunity_for_physiotherapy/links/5595f18a08ae5d8f39310ba9/Home-Care-An-opportunity-for-physiotherapy.pdf

Peiponen, A., Kristensen, M., Arvo, T., Tolkki, P., Pekkanen, M & Kara, H. 2016. Kotikuntoutuksen toimintamalli Helsingissä. Helsingin kaupunki. 4. Viitattu 1.2.2019. <https://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/kotikuntoutus-loppuraportti-160422.pdf>

Pikkarainen, A. 2016. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja, Osa II. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja –sarja. 8, 18, 68, 88.

Pikkarainen, A. 2017. Arki-, koti- ja lähikuntoutuksen käsitteet. Karelia ammattikorkeakoulu - ikäosaamisen verkkojulkaisu 1/2017. Viitattu 13.9.2018. <http://www.karelia.fi/ikanyt/2017/03/23/arki-koti-ja-lahikuntoutuksen-kasitteet/>

Pikkarainen, A. 2019. Ikääntyneiden ihmisten kuntoutus. Taustateksti oppaaseen työntekijöille. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 9. Viitattu 9.1.2019. <https://www.kela.fi/documents/10180/751941/Ik%C3%A4%C3%A4ntyneiden+ihmisten+kuntoutus.pdf/5352d031-d2b1-4352-90fc-9eb77961f272>

PoPSTer (Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuolto osana tulevaisuuden maakuntaa) 2017. Loppuraportti. 6,43,47. Pohjois-Pohjanmaan liitto. Viitattu 7.11.2018 <https://www.pohjois-pohjanmaa.fi/popster>

PoPSTer (Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuolto osana tulevaisuuden maakuntaa hanke) 2016. Yleistä tietoa Pohjois-Pohjanmaan maakunnasta. Dia 34. Viitattu 11.1.2019. <https://www.pohjois-pohjanmaa.fi/file.php?5133>

Reunanen, M. 2011. Aivohalvauskuntoutus ja toimijuuden mahdollisuudet. Kuntoutus muutoksessa. Toim. Järvikoski, A. Lindh, J & Suikkanen, A. Juvenes Print Tampere. 183.

Savolainen, T & Partainen, R. 2018. Fysioterapianimikkeistö. Viitattu 11.3.2019. http://shop.kuntaliitto.fi/product_details.php?p=3438

Sipilä, S. 2013. Gerontologinen fysioterapia. Gerontologia. 3. painos. Toim. Heikkinen, E. Jyrkämä, J & Rantanen, T. Kustannus Oy Duodecim. 466-467.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017-2019. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2017:6.

Helsinki. 34. Viitattu 3.4.2019. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö 2018. Kuntoutus. Viitattu 10.12.2018. <https://stm.fi/sote-palvelut/kuntoutus>

Sukula, S & Vainiemi, T. 2018. GAS -menetelmä. Käsikirja, versio 4. Kela. 5-7. Viitattu 8.5.2018. <https://www.kela.fi/documents/10180/0/Gas+-k%C3%A4sikirja/07692e5a-c6d0-48f0-97a1-0737c4add7f8F>

Suomalainen, T. 2016a. Kotikuntoutus onnistuu yhteistyöllä. Fysioterapia 63 (2), 4, 6–7.

Suomalainen, T. 2016b. Kotikuntoutus sote-uudistuksen ytimessä. Fysioterapia 63 (2), 11.

Suomen fysioterapeutit 2017. Ikääntyvien kotikuntoutus. Viitattu 3.1.2019. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammatin-kehittaminen/ikaantyyvien-kotikuntoutus/>

Suomen fysioterapeutit 2019a. Mitä on fysioterapia. Viitattu 18.3.2019. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/fysioterapia-ammattina/mita-on-fysioterapia/>

Suomen fysioterapeutit 2019b. Fysioterapian ydiosaaminen. Viitattu 11.3.2019. <http://www.suomenfysioterapeutit.com/ydiosaaminen/ammattillinen-osaaminen.html>

Suomen virallinen tilasto 2018a. Väestöennuste 2018-2070, 6. Viitattu 10.1.2019. https://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_fi.pdf

Suomen virallinen tilasto 2018b. Väestöennuste. Nuorten määrä uhkaa vähentyä huomattavasti syntyvyyden laskusta johtuen. Viitattu 28.11.2018. https://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018_2018-11-16_tie_001_fi.html

Suomen virallinen tilasto 2018c. Tilastokoulu. Väestörakenne. Viitattu 9.1.2019. https://tilastokoulu.stat.fi/verkkokoulu_v2.xql?course_id=tkoulu_tlkt&lesson_id=6&subject_id=5&page_type=sisalto

Suomen virallinen tilasto 2018d. Väestö. Väestöllinen huoltosuhde kunnittain, excel taukko. Viitattu 11.1.2019. https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#v%C3%A4est%C3%B6llinenhuoltosuhdekunnittain2017

Suomen virallinen tilasto 2012. Huoltosuhde aiheuttaa huolta. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 15.4.2018. https://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-06-04_001.html?s=0

Teerikangas, M. 2017. Asiakaslähtöisyyden ulottuvuudet kotihoidossa. Pro gradu –tutkielma. Kuntoutustiede. Lapin yliopisto. 1–3,30,33–36,42,58. Viitattu 25.3.2019. <https://lauda.ulapland.fi/handle/10024/63119>

Teerikangas, M. 2019. Vs. palveluesimies. Fysioterapeutti. YtM. Kontinkankaan hyvinvointikeskus, keskustan kotihoito. Haastattelu 7.1.2019.

The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care 2016. Person-centered care: a definition and essential elements. American Geriatrics Society 64 (1). 15–18. Viitattu 28.3.2019. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.13866>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a. ICF:n käyttötarkoitukset. Viitattu 14.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus/icf-n-kayttotarkoitukset>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b. Toimintakyky ICF-luokituksessa. Viitattu 14.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyky-icf-luokituksessa>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. ICF-luokitus. Viitattu 14.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/icf-luokitus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a. Ikääntyminen. Toimintakyvyn ylläpitäminen. Viitattu 10.12.2018. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/toimintakyvyn-yllapitaminen>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018b. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Viitattu 18.1.2019. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassa-olevien-osallisuus/hankkeet-ja-hanketuki/arviointi/tyo-ja-toimintakykymittareita/tyo-ja-toimintakyky/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a. Asunnot ja ympäristöt esteettömiksi. Viitattu 13.2.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/kotona-asumisen-ratkaisuja/asunnot-ja-ymparistot-esteettomiksi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b. Vanhuspalvelujen tila. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon toimintatavat 2018 (SlideShare-esitys). Viitattu 4.4.2019. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/toimivat-vanhuspalvelut/vanhuspalvelujen-tila>

Toimia-tietokanta 2014. SPPB, lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö. Viitattu 4.4.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>

Toimia-tietokanta 2013. Käden pursitusvoima. Viitattu 4.4.2019. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>

Tuohimaa, S. 2018. Toimintaterapeutti. Kiimingin hyvinvointikeskus. Sähköpostiviesti 11.12.2018.

Valtioneuvosto 2018. Maakunta- ja sote- uudistus. Tehostetulla kotikuntoutumisella huomattavia tuloksia Keski-Pohjanmaalla. Viitattu 3.1.2018. https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/tehostetulla-kotikuntoutumisella-huomattavia-tuloksia-keski-pohjanmaalla

Valtioneuvosto 2019a. Sote-uudistuksen tavoitteet. Viitattu 3.2.2019. <https://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>

Valtioneuvosto 2019b. Alueuudistus. Sipilän hallituksen maakunta- ja sote-uudistus ajetaan hallitusti alas - tehtyä työtä voidaan hyödyntää. Viitattu 14.3.2019. https://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/10623/sipilan-hallituksen-maakunta-ja-sote-uudistus-ajetaan-hallitusti-alas-tehtya-tyota-voidaan-hyodyntaa

Valtionneuvoston kanslia 2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. 13, 20–21. Viitattu 8.11.2018. https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf

Vanhustyön keskusliitto 2015. Vuoden vanhusteko 2015 palkinto Etelä-Karjalaan Eksoten kotikuntoutusmallille. Viitattu 10.12.2018. <http://www.vtkl.fi/fin/toimimme/ajankohtaista/2015/10/vuoden-vanhusteko-2015-palkinto-etela-karjalaan-eksoten-kotikuntoutusmallille/>

Vilkka, H. 2014. Tutki ja mittaa - määrällisen tutkimuksen perusteet. 46, 90. Viitattu 4.4.2019. <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Tekes-katsaus 281/2011. 18–19. Viitattu 20.5.2018. https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf?_t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3d%3d&_t_q=matkaopas+asiakas&_t_tags=language%3afi%2csiteid%3a53b34a16-7ce7-4ab0-8c7e-f06c83547e28&_t_ip=157.193.2.69&_t_hit.id=Finpro_Web_Features_MediaData_GenericMediaData/_970a54ea-ff2e-4643-838a-d9fc0bedb7c1&_t_hit.pos=1