

KUVAUS OULUN KAUPUNGIN KOTIKUNTOUTUKSEN
TOTEUTUKSESTA SAATAVILLA OLEVAN TIEDON PE-
RUSTEELLA

Tainio Anna-Maria

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Terveystiedon edistäminen
Fysioterapeutti (ylempi AMK)

2020

Sosiaali-, terveystieteiden ja liikunta-ala
Terveystieteiden edistäminen
Fysioterapeutti (YAMK)

Tekijä	Anna-Maria Tainio	Vuosi	2020
Ohjaaja	Satu Elo		
Toimeksiantaja	Oulun kaupunki/Hyvinvointipalvelut		
Työn nimi	Kuvaus Oulun kaupungin kotikuntoutuksen toteutuksesta saatavilla olevan tiedon perusteella		
Sivu- ja liitemäärä	51 + 1		

Väestörakenteen muutos ja eliniän piteneminen haastavat Suomea. Kuntoutus on tärkeä kehityksen kohde tässä murroksessa ja kotikuntoutus on jo usein osa kotihoitoa. Kotikuntoutusta on tutkittu paljon ja interventioista on nähtävillä positiivisia tuloksia. Tutkimusta tulee edelleen jatkaa kotikuntoutuksen vaikuttavuuden edistämiseksi. Kotikuntoutuksella tavoitellaan ikääntyneiden toimintakykyistä ja laadukasta elämää kotona.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota yhteen Oulun kaupungilla jo olemassa olevat aineistot ja muodostaa niiden avulla kuvaus Oulun kaupungin kotikuntoutuksen toteutuksesta. Tavoitteena oli tuoda Oulun kaupungin kehittämistyöhön lisätietoa, jolla kotikuntoutuksen vaikutuksia voidaan arvioida ja seurata.

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisin menetelmin tilastoaineistoista. Opinnäytetyön toimeksiantajan yhdyshenkilö poimi Effica- ja RAI-tietojärjestelmistä aineiston, joka sisälsi valmiita keskiarvolukuja kotikuntoutuksen toteutuksesta ja jaksoon osallistuneiden asiakkaiden toimintakyvystä. Aineistosta laskettiin prosentteja ja analyysiä tehtiin ristiintaulukoinnin avulla.

Opinnäytetyössä tarkasteltavaan aineistoon saatiin kotikuntoutuksen asiakkaiden taustatietoja ja toimintakykyä kuvaavia tietoja. Aineistossa oli myös eri ammattiryhmien kirjaamat työtilastoinnit kuvaten toteutunutta kotikuntoutusjaksoa. Aineistossa oli kotikuntoutusjakson päätyttyä tiedot asiakasmäärittäin säännölliseen kotihoitoon jääneistä asiakkaista.

Kotikuntoutukseen osallistuneista suurin osa oli ikääntyneitä naisia. Yli 75-vuotiaita naisia oli 54 prosenttia (n=110) kaikista kotikuntoutujista. Kotikuntoutusjakson läpikäyneistä kuntoutujista 48 prosenttia (n=210) jäi pois säännöllisen kotihoidon palveluista. Palveluiden tarve kotikuntoutusasiakkailta nousee mm. välinetoiminnoista, sillä RAI-arvioinnilla 4 toiminnon arkisuuoriotuminen oli itsenäistä 72 prosentilla (n=167) kotikuntoutujista mutta palveluiden tarve runsasta. Hyötyä kotikuntoutusjaksosta selkeästi on, mutta kehitystyötä ajatellen RAI- ja Effica-tietojärjestelmien tietojen yhdistämisellä kuntoutusjakson vaikutuksia voisi analysoida syvällisemmin.

Health Promotion
Master of Health Care

Author	Anna-Maria Tainio	Year	2020
Supervisor	Satu Elo		
Commissioned by	Welfare Services in the City of Oulu		
Subject of thesis	Description of the Execution of Reablement in the City of Oulu – A Study Based on Current Available Information		
Number of pages	51 + 1		

The commissioner of this thesis was the Welfare Services in the City of Oulu. The purpose of this thesis was to collect already existing materials from the City of Oulu and form a general view of the execution of their current reablement activities. The objective was to compile additional information based on which the City of Oulu can estimate and follow up the effects of reablement.

This thesis was carried out with quantitative methods based on statistical data. The commissioner's contact person acquired the material from Effica and RAI databases where the material was ready in a form of average numbers from the execution of reablement in the city of Oulu. The material was processed with percentage calculations and cross-tabulation. The material used for this thesis included background information about the clients of the reablement as well as data reflecting their ability to function. In the material, there were also work statistics recorded by different occupational groups describing the reablement intervention. Information about the clients who have stayed in regular home care after the reablement had ended were included.

The biggest population of the clients who had participated in the reablement were elderly women. Out of all the reablement clients, 54 percent (n=110) were over 75-year-old women. 38 percent (n=166) of the clients who had gone through the reablement intervention stayed out of the scope of regular home care. The RAI indicator evaluation about the activities of daily living performance of four functions was independent in 72 percent (n=167) of the reablement clients, but the need for social welfare services was quite high. The need for services among the reablement clients may increase due to instrumental functions. In the future, by connecting the information of RAI and Effica, the effects of reablement intervention could be analysed more profoundly.

Key words reablement, elderly, functional capacity

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN	4
2.1	Ikääntyneen toimintakyky.....	4
2.2	Ikääntyneen toimintakyvyn arviointi	5
2.3	Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista	7
2.4	Sosiaali- ja terveystministeriön laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja komitea kuntoutuksen uudistamiseksi	8
2.5	Hallituksen kärkihankkeet ikäihmisten kotihoidon uudistamiseksi.....	10
3	KOTIKUNTOUTUS	12
3.1	Kotikuntoutuksen määritelmä.....	12
3.2	Kotikuntoutuksen vaikuttavuus	14
3.3	Kotikuntoutuksen kustannustehokkuus.....	16
3.4	Kotikuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät	17
3.5	Kotikuntoutuksesta hyötyvät kohderyhmät.....	19
3.6	Kotikuntoutus Oulussa	20
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
5	TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS	23
5.1	Tutkimuksen lähestymistapa.....	23
5.2	Tutkimuksen kohderyhmä.....	24
5.3	Tutkimusaineisto	24
5.4	Tutkimusaineiston analyysi	25
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
6.1	Tietojärjestelmistä saatavilla ollut aineisto	27
6.2	Kotikuntoutusjaksoon osallistuneiden asiakkaiden tiedot.....	27
6.3	Kotikuntoutusjakson kesto ja toteutukseen osallistuneet ammattiryhmät	
	32	
6.4	Kotikuntoutusjakson vaikutus asiakkaiden palveluiden tarpeeseen	33

7	POHDINTA	35
7.1	Tulosten tarkastelu	35
7.2	Johtopäätökset ja kehittämisideat.....	39
7.3	Luotettavuus ja eettisyys.....	41
	LÄHTEET.....	45
	LIITTEET	52

1 JOHDANTO

Suomen väestörakenne tulee muuttumaan syntyvyyden laskiessa ja eliniän edelleen pidentyessä. Eliniän pidentyessä myös eläkeläisten määrä kasvaa. Väestö elää pidempään terveempänä ja toimintakykyisempänä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020c.) Elettäessä pidempään sairaudet ja toimintakyvyn vaikeudet kuitenkin lisääntyvät, jolloin palveluiden tarve tulee entisestään kasvamaan (Hannikainen 2018). Palveluiden tarve kasvaa juuri viimeisimpinä elinvuosina, jolloin kotihoidon asiakkaat ovat ja tulevat olemaan entistä iäkkäämpiä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020c.)

Tilastokeskuksen (2019) tietojen mukaan vuonna 2018 väestöstä oli yli 65-vuotiaita 21,9 prosenttia. Väestöstä ennustetaan olevan yli 65-vuotiaita vuoden 2030 lopussa 26,2 prosenttia ja vuonna 2070 lähes 35 prosenttia. Suomen hallituksen yhden kärkihankkeen osan tavoitteena on päivittää lakia ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Hallituksen linjauksen mukaan vanhuspalvelujen laatua ja vaikuttavuutta halutaan lisätä. Ympäri vuorokautisen hoidon lisänä aiotaan edelleen kotihoidon resursseja ja laadua vahvistaa, koska suurin osa ikäihmisistä asuu kotona. (Valtioneuvosto 2019a, 148; Valtioneuvosto 2019b.) Kotihoidon kehittämiseen kuuluu vahvasti kotikuntoutuksen kehittäminen osana kotihoitoa (Noro & Karppanen 2019, 32).

Lain mukaan ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itseenäisen suoriutumisen tukeminen on kunnan eri toimialojen yhteistyön päämäärä (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980 2:4 §). Kuntien on laadittava suunnitelma näistä toimenpiteistä sekä otettava siinä huomioon iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palveluiden ja omaishoidon järjestäminen ja kehittäminen. Painotus suunnittelussa on oltava kotona asumista ja kuntoutumista edistävissä toimenpiteissä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980 2:5 §).

Vaikeudet toimintakyvyssä ovat yhteydessä sekä lisääntyneeseen kuolleisuuden että lisääntyneisiin sairaalakäynteihin, palvelutaloasumiseen ja kotihoidon palveluihin. Näin ollen toimintakyvyn lasku aiheuttaa huomattavan taakan ikääntyneille, heidän omaisilleen ja terveydenhuollon resursseille. Siksi on tärkeää

tehdä kuntoutusjaksoja, jotka ehkäisevät toimintakyvyn laskua. Kuntoutusjaksojen avulla voidaan saada suurta terveydenhuollon säästöä aikaiseksi. Samalla voidaan vaikuttaa myönteisesti tärkeiden fyysisten, emotionaalisten, sosiaalisten ja taloudellisten ongelmien vähentymiseen, jotka johtuvat toimintakyvyn heikentymisestä. (Gill, Baker, Gottschalk, Peduzzi, Allore & Byers 2002, 1068.)

Varhaisella puuttumisella, kotikuntoutuksella ja muulla hyvinvoinnin tukemisella pyritään ehkäisemään kustannusten kasvua ikäihmisten kohdalla (Tepponen ym. 2017, 4). Kotihoitoa ja kotikuntoutusta osana sitä on kehitetty sekä väestörakenteen muutosta, että hyvinvointitaloutta ajatellen. Kotihoidon palveluiden vaikuttavuutta on pystytty kehittämään panostamalla aktiivikuntoutukseen, jonka avulla asiakastarpeet ovat vähentyneet. (Groop 2014, 39.) Kotikuntoutus osana kotihoitoa on yleistymässä niin maailmalla kuin Suomessa ja tällä hetkellä se on jo useissa Suomen kunnissa käytössä. Kjerstadin ja Tuntlandin (2016, 4) mukaan muun muassa Isossa-Britanniassa, Australiassa ja Uudessa-Seelannissa kotikuntoutus on otettu käytäntöön jo 2000-luvun alussa.

Kotikuntoutuksella tavoitellaan asiakkaan toimintakyvyn, elämänlaadun ja turvallisuudentunteen parantumista, jotta kotona asuminen pidempään on mahdollista. Siten voidaan vähentää koti- ja laitoshoidon tarvetta sekä viivästyttää ympärivuorokautisen hoidon tarvetta. Iso-Britanniassa ja pohjoismaissa tehtyjen raporttien mukaan kotikuntoutuksen toteuttamisen kautta on aikaansaatu säästöjä, kotihoitoon tarpeen vähentymistä sekä asiakkaiden toimintakyvyn, itsenäisyyden ja elämänlaadun parantumista. (Suomen fysioterapeutit 2019.)

Oulussa on pilotoitu tehostettua kotikuntoutusmallia Haukiputaan, Kiimingin, Ylikiimingin ja Yli-lin alueilla vuosina 2017–2018 (Seluska & Seppänen 2019, 16). Pilotin jälkeen käytäntö on laajentunut muualle Oulun alueelle. Kotikuntoutusta tarvitsevia asiakkaita on paljon mutta resurssit ovat rajalliset. Oulun kaupungissa kirjataan Effica-tietojärjestelmään tiedot muun muassa kotihoitoon ja -kuntoutuksen työntekijöiden käyttämistä resursseista. Kotikuntoutuksen asiakkaiden toimintakykyä seurataan RAI Screener toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnilla. (Teerikangas 2020b.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on koota yhteen jo olemassa olevat aineistot ja muodostaa niiden avulla kuvaus Oulun kaupungin kotikuntoutuksen toteutuksesta. Tavoitteena on tuoda Oulun kaupungin kehittämistyöhön lisätietoa, jolla kotikuntoutusjakson vaikutuksia voidaan arvioida ja seurata. Tavoitteena on, että opinnäytetyön pohjalta voidaan nostaa esille tekijöitä, joihin datan seurannassa kannattaa jatkossa kiinnittää huomiota.

2 IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN TOIMINTAKYVYN TUKEMINEN

2.1 Ikääntyneen toimintakyky

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä ihmiselle itselleen merkityksellisestä ja välttämättömästä jokapäiväisestä elämästä omassa elinympäristössään. Sitä voidaan kuvata tasapainotilana kykyjen, elin- ja toimintaympäristön sekä omien tavoitteiden välillä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020b.) Toimintakykyä voidaan mitata objektiivisena ilmiönä tai se voi olla ihmisen subjektiivinen kokemus. ICF:n eli kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen mukaan toimintakyky kattaa kaikki ruumiin ja kehon toiminnot ja rakenteet sekä suoritukset ja osallistumisen. (Luoma, Vaara, Röberg, Munkkila & Mäki 2013, 201.)

Itsenäinen elämä mahdollistuu hyvän toimintakyvyn avulla. Hyvä toimintakyky mahdollistaa osallistumisen muun muassa harrastuksiin ja muihin ihmiselle tärkeisiin toimintoihin. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020e.) Sosiaalisten suhteiden ja ympäristön merkitykset korostuvat, kun fyysinen toimintakyky heikkenee. Tällöin tulisi kiinnittää huomiota riittävään avun määrään, asunnon toimivuuteen ja lähiympäristön esteettömyyteen, jotta ikääntyneen kokema elämänlaatu ei heikkenisi. (Luoma ym. 2013, 199.)

Ikääntyneellä riskit erilaisiin tapaturmiin, kuten kaatumisiin, kasvavat toimintakyvyn heikentyessä. Näin ollen etenkin ikääntyneen kohdalla tulee huolehtia turvallisesta ympäristöstä ja kaatumisten ehkäisystä, hyvästä ravitsemuksesta sekä toimintakyvyn ylläpitämisestä. Nämä tekijät vahvistavat edellytyksiä selviytyä jokapäiväisistä toiminnoista. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020e.) Ikääntyneen kohdalla vaikeudet liikkumiskyvyssä ennakoivat vakavia toiminnanvajavuuksia ja lisäävät laitoshoidon tarpeen riskiä (Luoma ym. 2013, 201). Pitkälä (2005, 33) viittaa Nagin kuvaukseen, jossa toiminnanvajaukset syntyvät prosessissa. Tässä prosessissa erilaiset sairaudet johtavat elinten toiminnan heikentymiseen ja fysiologisiin vaurioihin, jotka puolestaan johtavat toiminnanrajoitukseen ja toiminnanvajauksiin.

Ikääntyneen toimintakykyä voidaan edistää ehkäisemällä sairauksia ja hyvällä hoidolla, tukemalla liikunnallisuutta ja aktiivisuutta, varhaisella tunnistamisella ja

puuttumisella toimintakyvynongelmiin sekä muokkaamalla elinympäristö toimintakykyä tukevaksi. Menojen kasvua voidaan hillitä tukemalla ikääntyneen toimintakykyä ja kotona pärjäämistä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020d.) Ikääntyneiden toimintakykyyn voidaan vaikuttaa kuntoutuksella, jonka tulisi keskittyä sellaisiin ikääntyneen yksilöllisiin tekijöihin, jotka uhkaavat ikääntyneen itsenäistä selviytymistä ja autonomista elämää (Luoma ym. 2013, 199). Ikääntyneen aktiivinen rooli ja sitoutuminen ovat merkittäviä tekijöitä ikääntyneen terveyden, toimintakyvyn sekä hyvinvoinnin edistämiseksi ja ylläpitämisessä (Pitkälä 2005, 33).

2.2 Ikääntyneen toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arviointi on tärkeä tehdä, jotta voidaan muodostaa kokonaiskuva asiakkaan tilasta. Kokonaiskuvan muodostamiseksi tarvitaan erilaisia toimintakyvyn arviointi- ja mittaustuloksia sisältäen asiakkaan omaa, hänen läheistensä ja ammattilaisten arviota. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2019.) Iäkkäiden palveluntarpeiden selvittämiseksi on tehty suositus toimintakyvyn arviointia varten. Ammattilaiset voivat käyttää suositusta hyväksi luotettavia toimintakyvyn mittareita valitessaan. Palvelun tarpeen selvittämiseksi tarvitaan toimintakyvyn huomioimista monipuolisesti. Mittareiden avulla arviointi yhdenmukaistuu Suomessa eri toimijoiden välillä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020.)

Kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä ja palveluiden tarvetta arvioidaan usein RAI (Resident Assessment Instrument) -järjestelmällä. RAI-järjestelmä on standardoitu arviointijärjestelmä, jota käytetään hoidon, palvelujen laadun ja kustannustehokkuuden parantamiseksi. RAI-ohjelmisto tuottaa tunnuslukuja, joilla voidaan arvioida ja seurata toimintakyvyn tasoa. (Vähäkangas 2014.) RAI-järjestelmän avulla saadaan tietoa asiakkaan toimintakyvyn ja arkiselviytymisen tilasta sekä palvelutarpeista usealla eri mittarilla. Näiden mittareiden luotettavuus on testattu kansainvälisesti. RAI-järjestelmän avulla saadaan tietoa niin asiakkaista kuin myös laskennallista tietoa organisaatio- ja kuntatasolta palveluja käyttävien asiakkaiden palveluidentarpeista, resurssien käytöstä ja hoidon laadusta. (Vähäkangas, Niemelä, Mäkelä & Noro 2017, 21.)

RAI-järjestelmää käytetään välineenä arvioimaan vanhus- tai vammaispalvelun asiakkaan palveluntarvetta sekä laatimaan hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitel-

maa (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2018a). RAI-järjestelmää käytetään kokonaisvaltaiseen toimintakyvyn ja voimavarojen arviointiin ja tietoa kerätään esimerkiksi arkisuoriutumisesta, kognitiivisesta toimintakyvystä, psyykkisistä oireista, sosiaalisesta osallisuudesta ja kuntoutumisen voimavaroista sekä asiakkaan lähipiiriltä saamasta tuesta. RAI-arvioinnissa selvitetään keskeisimmät terveydentilaan, toimintakykyyn, hoitoon ja avun saantiin liittyvät osa-alueet. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2020d.) Myös iäkkään toimintaympäristö otetaan arviossa huomioon. Huomiota kiinnitetään muun muassa esteettömyyteen, asumisen turvallisuuteen ja lähipalvelujen saatavuuteen. (Vähäkangas ym. 2017, 20)

RAI-järjestelmässä on useita asiakkaan arviointivälineitä, jotka on tarkoitettu eri käyttötarkoituksiin ja eri kohderyhmille (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2020d). Oulu Screener on arviointivälineistö, joka on tarkoitettu moniammatilliseen palvelutarpeen arviointiin. Oulu Screener on mittarivalikoima, joka on muodostettu kotihoidon RAI-järjestelmästä. Kotihoidon RAI-arvioinnin kysymykset käsittelevät muun muassa toimintakykyä, terveydentilaa ja saatuja palveluita. Oulu Screener käsittää kysymyksiä liittyen henkilön kognitioon, fyysiseen suoriutumiseen, mielialaan, ravitsemukseen, lääkityksiin, omaisen jaksamiseen ja asuinympäristöön palveluiden tarpeen lisäksi. (Vähäkangas ym. 2017, 21–22.)

Oulun kotihoidossa käytetään toimintakyvyn ja palveluntarpeen arvioimiseksi RAI Screener-arviointia. Kotikuntoutusjaksoon osallistuvien asiakkaiden toimintakykyä arvioidaan sen lisäksi puristusvoimalla, lyhyen fyysisen suorituskyvyn testistöllä (SPPB, Short Physical Performance Battery) ja kaatumisvaaran arvioinnilla. (Teerikangas 2020a.) Käden puristusvoima kuvaa hyvin yleisesti asiakkaan yleistä lihasvoimaa testin tulosten korreloidessa useiden eri lihasryhmien voimatasojen kanssa (Stenholm, Punakallio & Valkeinen 2013). SPPB testistöllä saadaan puolestaan tietoa asiakkaan seisomatasapainosta, kävelystä ja alaraajojen lihasvoimasta (Valkeinen, Stenholm, Sainio, Pajala & Vaara 2014). Kaatumisvaaraa arvioitaessa kartoitetaan kaatumisalttiutta lisääviä tekijöitä ja pyritään tunnistamaan alttius kaatumisille (Kerminen, Jäppinen, Kiviniemi, Tikkanen & Havulinna 2019).

2.3 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista

Ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista pyritään tukemaan vanhustalvuluilla eli ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista säädetyllä lailla. Kuntien vastuulla on selvittää iäkkäiden henkilöiden talvuluiden tarpeet ja vastata niihin. Lisäksi laissa halutaan vahvistaa ikääntyvien mahdollisuutta vaikuttaa heille järjestettävien sosiaali- ja terveystalvulujen sisältöön ja toteuttamistalpaan. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 28.12.2012/980 1:1.1–1:1.3 §.)

Kuntien on laadittava suunnitelma toimenpiteistä, kuinka tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Suunnittelussa on erityisesti otettava huomioon kotona asuminen ja kuntoutumista edistävät toimenpiteet. Kuntien tulee arvioida ikääntyneen väestön hyvinvointia, tarjolla olevien talvuluiden riittävyttä ja laatua sekä talvuluntarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Arvioinnin lisäksi kuntien on määriteltävä tavoitteet, miten tukevat ikääntyneen väestön hyvinvointia, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä kehittää tarjottavien talvuluiden määrää ja laatua. Tavoitteiden asettamisen jälkeen on vielä määriteltävä toimenpiteet, joiden avulla tavoitteisiin päästään. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 28.12.2012/980 2:5.1–2:5.3 §.)

Vanhustalvululakia on päivitetty ja se astui voimaan 1.10.2020. Muutoksena laissa on nostettu esiin muun muassa toimintakyvyn arviointimittarin käyttöönotto. Ammattihenkilön arvioidessa iäkkään henkilön tarvitsevan säännöllisesti annettavia sosiaalitilvuluista on kunnan käytettävä toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä. RAI-arviointivälineistöä on käytettävä myös silloin kun ikääntynyt saa näitä talvuluista ja hänen olosuhteissaan tapahtuu merkittäviä muutoksia. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 28.12.2012/980 15 a §.)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (THL) on tehnyt vanhustalvuluiden tila -kyselyn kunnille vuonna 2018. Kyselyn mukaan kunnista 86 prosenttia oli tehnyt suunnitelman ikääntyneen väestön tukemiseksi. Kuntakyselyn perusteella iäkkään väestön hyvinvointiin ja terveyttä edistävään toimintaan panostetaan vähemmän

vuonna 2018 verrattaessa vuoteen 2016, jolloin kunnista 91 prosenttia oli tehnyt suunnitelman. Kyselyn perusteella määrärahojen riittävyys toimintakyvyn ja itseenäisen suoriutumisen tukemiseen ikäihmisillä on heikentynyt kunnissa. Vuonna 2014 rahat ovat riittäneet tai melkein riittäneet vastausten perusteella kunnista 86 prosentilla. Vuonna 2016 määrärahat olivat riittäneet 92 prosentilla kunnista ja vuonna 2018 puolestaan 83 prosentilla.

Vanhuspalveluista vastaavat henkilöt olivat vanhuspalveluiden tila -kyselyn perusteella aiempaa tyytymättömämpiä kotihoidon riittävyyteen. Vuonna 2018 vastaajista vähän yli 50 prosenttia oli sitä mieltä, että kotihoitoa oli tarjolla riittävästi ja vuonna 2016 luku oli yli 60 prosenttia. Vastanneista 21 prosenttia ajatteli, että kotikuntoutusta on riittävästi. Kyselyyn ovat vastanneet kuntien, kuntayhtymien sekä yhteistoiminta-alueiden vanhuspalveluista vastaavat henkilöt. Tutkimus kattaa lähes kaikki manner-Suomen kunnat. (Terveys- ja hyvinvoinninlaitos 2018b, 12, 22, 25, 27–29.)

Kunnissa on pyritty kotona asumisen tukemiseen ja lisätty kotiin annettavien palveluiden määrää. Palvelujen piirissä olevien asiakkaiden määrä on lisääntynyt. Samalla myös valvontaviranomaisille tulevat yhteydenotot ja epäkohtailmoitukset koskien palvelujen laatua ja sisältöä ovat lisääntyneet. (Valvira 2020, 12.) Tarkasteltaessa kotihoidon palveluja huomataan palveluiden määrän väheneminen, vaikka vanhusväestö on lisääntynyt ja laitospalvelut vähentyneet. Tarkasteluvälin 2008–2018 todettu palveluiden käyttöero johtuu hoitotarpeen vähenemisestä eli toimintakyvyn paranemisesta iäkkäillä. Siihen voivat vaikuttaa myös asumistason parantuminen ja mahdollisesti kaikkien palveluiden myöntämisen tiukentuminen ja rationalisoituminen. (Ryytänen, Vauramo, Malmi & Koikkalainen 2020, 47.)

2.4 Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja komitea kuntoutuksen uudistamiseksi

Sekä sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus, että kuntoutuksen komitea ottavat kantaa kuntoutukseen ja siihen, että sitä tulee kehittää osana ikääntyvien palveluita. Sosiaali- ja terveysministeriössä on laadittu laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 10). Uusi suositus on tehty ajalle 2020–2023 ja sen tavoitteena on ikäystävällinen Suomi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 9).

Toimet mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamiseksi on osa sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävästä järjestelmästä. Väestön ikärakenteen muutoksen vuoksi varautumistoimet palveluiden tarpeen kasvun hillitsemiseksi ovat ensiarvoisen tärkeitä. Yhtenä laatusuosituksen keskeisenä sisältönä on turvata mahdollisimman toimintakykyistä ikääntymistä. Terve ja toimintakykyinen ikääntyminen vaikuttaa iäkkäiden osallisuuteen yhteiskunnassa, parantaa heidän elämänlaatuaan ja vähentää sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta. Näiden lisäksi terveellä ja toimintakykyisellä ikääntymisellä voidaan vaikuttaa julkisen talouden kestävyteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 10, 15.)

Laatusuosituksen ikäystävällisellä palvelujen rakenteella yhdistetään asuminen ja palvelut uudella tavalla. Sen tavoitteena on lisätä kotona asumisen mahdollisuuksia. Suomessa on investoitava sekä terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen edistämiseen, että kuntoutuksen lisäämiseen ja monimuotoistamiseen. Näillä toimilla pyritään mahdollistaan kotona asuminen nykyistä pidempään. Laatusuosituksessa nostetaan esille muun muassa kotiin tuotavien kuntoutuspalveluiden kehittäminen siten, että niitä on riittävästi käytettävissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a, 24–25.)

Laatusuositukseen 2020–2023 on kirjattu yhtenä suosituksena, että iäkkäille suunnattujen palveluiden toteutuksesta vastuussa olevat järjestäjät ja tuottajat vastaavat oman roolinsa mukaan palvelutarpeiden mukaisten palveluiden saatavuudesta. Suosituksessa on nostettu esiin palveluiden järjestäjien ja tuottajien vastuu huolehtia iäkkäiden kuntoutustarpeen arvioinnista etenkin siirtymävaiheissa ja palvelutarpeiden arvioinnin yhteydessä ennen päätöstä aloittaa säännölliset palvelut. Suosituksessa mainitaan lisäksi kuntoutuksen toteuttamisesta asiakkaan kotona etäkuntoutusta ja kuntoutusalan ammattilaisten asiantuntijuutta hyödyntäen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 46.)

Kuntoutuksen uudistamiseen pyrkii myös Sosiaali- ja terveysministeriössä toiminut kuntoutuksen uudistamiskomitea. Komitea ehdottaa panostamaan ikääntyneiden kuntoutukseen. Komitean esityksenä on, että maakunnat ottaisivat käyttöön kotona asuvien ikääntyneiden henkilöiden kotikuntoutuksen. Komitea esittää myös, että kotikuntoutus on lisättävä osaksi asiakas- ja palveluohjausprosessia sekä tarvittaessa järjestettävä monialaista kotikuntoutusta tai terapiajaksoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017 b, 60)

2.5 Hallituksen kärkihankkeet ikäihmisten kotihoidon uudistamiseksi

Hallituksella on ollut yhden kärkihankkeen osana ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018. Pää tavoitteina hankkeessa olivat ikäihmisten, perhehoitajien ja omais- ja perhehoidettavien yhdenvertaisuuden lisääminen, palvelujen koordinaation parantuminen ja kustannusten kasvun hillitseminen. Toimivan kotihoidon kehittämisessä lähdettiin liikkeelle neljästä elementistä, joista yksi oli kuntouttavien toimintamallien käyttöönotto, esimerkkinä kotikuntoutus. Muut elementit toimivan kotihoidon kehittämiseen olivat henkilöstön mukaan ottaminen kotihoidon kehittämistyöhön, akuuttitilanteiden toimintamallin käyttöönotto, kuten lääkärinkonsultaatiot tai ensihoitoyhteistyö sekä kotihoidon saatavuus kaikkina vuorokauden aikoina, jokaisena viikonpäivänä. (Noro & Karppanen 2019, 11, 32.)

Hankkeella saatiin luotua kotiin annettavan kuntoutuksen malleja, kehitettyä etäkuntoutusta, lisättiin fysioterapeuttien määrää ja saatiin heidät mukaan kotikuntoutukseen. Uudistuksella on saatu aikaan yhdenvertaisuutta ikääntyneille sekä parempia ja joustavammin kohdennettuja palveluita. Uudistuksen avulla on pystytty vähentämään ympärivuorokautisen hoidon eli tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon tarvetta. Toimintakykyä ja kuntoutumista edistävä toiminta ja palvelujen lisääntyminen ovat olleet avainasemassa ympärivuorokautisen hoidon vähentymiseen. (Noro & Karppanen 2019, 16, 65.)

Lapissa on ollut hanke vuosina 2016–2018 liittyen ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistukseen. Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeen keskiössä olivat kotona asumista tukevat, varhaista tukea ja kuntoutusta tarjoavat sekä teknologiaa hyödyntävät palvelut, joita tuotetaan laajassa yhteistyössä eri toimijoiden kesken. Palveluissa huomioidaan myös saamenkieliset ikäihmiset ja heidän palvelutarpeensa. Hankkeen yhtenä pilottikohteena oli laajan kotikuntoutusmallin käyttöönotto. Tavoitteena oli luoda Lapin maakunnan yhtenäinen kotikuntoutuksen malli. (Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2018a.)

Lapin hankkeen yhtenä aikaansaannoksena on käsikirja, joka kuvaa hankkeessa tehtyä kehittämis-, tutkimus- ja selvitystyötä. Käsikirja toimii suunnittelun ja käyttöönoton tukena ja se on tarkoitettu muun muassa Lapin kuntien ja kuntayhtymien ikäihmisten palveluiden toimijoiden käyttöön. (Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2018b.) Hankkeessa tehtiin myös kotikuntoutuksen malli Lappiin

Seniorikaste-hankkeessa kehitetyn kotikuntoutusmallin pohjalta (Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2018c). Tämän myötä esimerkiksi Kemissä on aloitettu kuntouttavat arviointijaksot uusille kotihoidon asiakkaille, joiden arvioidaan hyötyvän kuntouttavasta arviointijaksosta. Asiakkaiden tulee olla motivoituneita kotikuntoutukseen jaksoon osallistumiseksi.

Oulussa on puolestaan Arki lähemmäs -hanke liittyen ikäihmisten palveluiden kehittämiseen. Hankkeessa kehitetään etäkuntoutuspalveluita 2018–2020. Hankkeen tavoitteena on kuntoutuspalveluiden saavutettavuuden edistäminen ja niiden tarjonnan monipuolistaminen harvaan asutuilla alueilla. Hankkeessa matalan kynnyksen etäpalveluiden tarjoamiseen kehitetään keinoja, ja tarkoituksena on tuottaa ne joustavasti ja kustannustehokkaasti muun muassa ikäihmisille. Hankkeen avulla myös pyritään varmistamaan alan ammattilaisten erityisosaaminen etäkuntoutuspalveluiden tarjoamiseksi. Etäkuntoutuksessa pyritään käyttämään sellaisia teknologisia ratkaisuja, joilla voidaan lisätä mahdollisuutta kotona asumiseen ja arjessa selviytymiseen. Asiakkaan lähiympäristöä, alueellisia erityispiirteitä ja voimavaroja hyödynnetään kuntoutumisen tukena. (Oulun yliopisto 2019; Oulun ammattikorkeakoulu 2020.)

Nykyisen hallituksen ohjelmassa on ikäystävällisyyden edistäminen. Tavoitteena on terveiden elinvuosien määrän lisääntyminen ja toimintakyvyn paraneminen. Hallituksen ohjelmalla pyritään palveluiden oikea-aikaiseen ja tehokkaaseen toimintaan. Hallituksen tarkoituksena on edelleen kotihoidon resurssien ja laadun vahvistaminen sekä omaishoidon kehittäminen. (Valtionneuvosto 2019a, 148.)

3 KOTIKUNTOUTUS

3.1 Kotikuntoutuksen määritelmä

Kotikuntoutuksella pyritään mahdollistamaan kuntoutujan turvallinen sairaalasta kotiutuminen tai kotona asuminen sekä vahvistamaan häntä toimijana omassa elämässään ja arjessaan. Kuntoutuksessa on keskitytty kuntoutujalle tärkeisiin päivittäisiin toimintoihin ja taitoihin sekä kannustettu kuntoutujaa osallistumaan omaan arkeen aktiivisena toimijana. (Lehmus 2016, 12.) Kotikuntoutus sisältyy kotihoitoon ja sitä toteuttavat kuntoutuksen ja kotihoidon henkilöstö yhdessä (Tepponen ym. 2017, 1). Kotikuntoutus käsitteenä voi sisältää erilaisia toimintatapoja ja käytäntöjä eri maissa ja organisaatioissa (Suomen fysioterapeutit 2019). Kotikuntoutusta on alettu jalkauttaa käytäntöön esimerkiksi Isossa-Britanniassa, Australiassa ja Uudessa-Seelannissa jo 2000-luvun alussa (Kjerstad & Tunland 2016, 4). Suomessa kotikuntoutusta on alettu kehittämään Eksotessa (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus) vuonna 2010 (Lehmus 2016, 12).

Kuntoutuminen on yksilöllinen prosessi ja sillä tavoitellaan optimaalista toimintakykyä ja selviytymisen tueksi löydettäviä keinoja (Tepponen ym. 2017, 1). Kotikuntoutuksen tavoitteena on ikääntyneen mahdollisimman pitkään kotona asuminen toimintakyvyn, elämänlaadun ja turvallisuuden tunteen parantamisella. Kotikuntoutuksella tavoitellaan asiakkaan osallistamista arkeen ja omatoimisempaa elämää vähentäen koti- ja laitoshoidon tarvetta. Yleensä kotikuntoutus suunnataan ikääntyneille uusille kotihoidon asiakkaille, sairaalasta kotiutuville ja lisääntyneen hoidon tarpeessa oleville. (Suomen fysioterapeutit 2019.) Organisaation näkökulmasta kotikuntoutuksella pyritään tunnistamaan todelliset kotihoidon asiakkuudet, lyhentämään käyntien kestoa ja viivästäämään raskaiden palveluiden aloittamista (Tepponen 2017, 24).

Kotikuntoutusinterventio koostuu alku- ja loppuarvioinnista, tavoitteiden asettelusta, kuntoutussuunnitelmasta ja kuntoutuksen toteutuksesta sekä jatkosuunnitelman laatimisesta. Tavoitteiden asettelussa asiakkaan omat ajatukset ovat ensiarvoisen tärkeitä kuntoutumisen onnistumiseksi, kuten myös moniammatillisuuden toteutuminen kuntoutusprosessin aikana. Toiminta- ja/tai fysioterapeutilla on moniammatillisessa ryhmässä ohjaava ja koordinoiva rooli. Myös läheiset huomioidaan kuntoutusprosessissa. Interventio saattaa sisältää myös apuvälineiden

järjestämisen ja asunnonmuutostöiden kartoittamisen. (Forss 2015, 2; Suomen fysioterapeutit 2019.)

Slaterin ja Hassonin (2018, 1) mukaan standardisoitua termiä tai kuvausta kotikuntoutukselle ei ole. Heidän mukaansa sitä kuvaillaan ajallisesti rajatuksi, yleensä 6–8 viikkoa kestäväksi, moniammatilliseksi palveluksi, joka toteutetaan asiakkaan kotona. Kotikuntoutuksella tavoitellaan omatoimisuuden edistämistä sairauden tai sairaalajakson jälkeen. Kotikuntoutuksen käyttöönotto vaatii asenteen ja tapojen muutoksen sekä haastaa aikaisemman kotihoidon palvelukulttuurin (Jokstad, Skovdahl, Landmark & Haukelien 2018, 914).

Kotikuntoutusta käsittelevissä tutkimuksissa on tarkasteltu kotikuntoutusintervention pituutta ja sisältöä. Langelandin ym. (2019, 4) tutkimuksessa intervention tuloksena oli pääsääntöisesti 4–6 viikkoa kestänyt interventio keskiarvon ollessa 5,7 viikkoa. Intervention aikana kuntoutusta toteutettiin viisi kertaa viikossa (48 prosentilla osallistuneista) ja kolmesta neljään kertaa viikossa (33 prosentilla osallistuneista). (Langeland ym. 2019, 4). Beresfordin ym. (2019a, 1441) tutkimuksessa intervention kesto oli tyypillisesti kuusi viikkoa (91 prosentilla) sisältäen keskimäärin 12 harjoitusta viikossa. Varsinaisen intervention kesto mainittiin olevan keskimäärin 3,9 viikkoa (Beresford ym. 2019a, 1441).

Ikääntyneen sairastumisesta tai loukkaantumisesta johtuvan äkillisen toimintakyvyn alenemisen vuoksi tulee aloittaa kuntoutus asiakkaan tason mukaisesti. Ihanteellisin paikka kuntoutumiselle on ikääntyneen koti. Kuntoutumiseksi koti on paras sekä ikääntyneen oman mieltymyksen, että hoidon järjestämisen kannalta keskittyen tunteelliseen (johon vaikuttaa tuttu kotiympäristö), sosiaaliseen ja yhteisölliseen kontekstiin. (Vega-Ramírez, López-Liria, Granados-Gámez, Aguilar-Parra & Padilla-Góngora 2017, 2.)

Oulussa kotikuntoutusjakso kestää 2–8 viikkoa ja se järjestetään mahdollisuuksien mukaan kaikille uusille kotihoidon asiakkaille (Teerikangas 2020a). Sillä tavoitellaan ikääntyneiden kotona asumisen mahdollistamista itsenäisesti ilman säännöllisiä kotihoidon palveluita tai palveluiden tarpeen vähenemistä. Kotikuntoutuksen toteutuksesta vastaa kotihoidon moniammatillinen tiimi. (Seppänen & Seluska 2019, 16.)

3.2 Kotikuntoutuksen vaikuttavuus

Kotikuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu paljon. Tutkimusten tuloksissa on nostettu esiin ikääntyneiden elämänlaadun, fyysisen toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisen suoriutumisen paranemista kotikuntoutusjaksolla. Monella yli 65-vuotiailla sairaalaan joutumisen syynä on akuutti tai krooninen tuki- ja liikuntaelimen vamma. Sairaalassa olon aikana usein tapahtuu toimintakyvyn alenemista, mikä vaikuttaa omatoimisuuden vähenemiseen, elämänlaadun heikkenemiseen, ja jopa uudelleen sairaalaan tai ympärivuorokautiseen hoitoon joutumiseen. Esimerkiksi lähes puolet lonkkamurtumapotilaista eivät pääse murtumaa edeltävälle tasolle liikkumisen suhteen. Vaikka ei ole vielä yksimielistä näyttöä, millainen kuntoutus tuottaa parhaiten tuloksia, niin viimeaikaisissa tutkimuksissa on kuitenkin osoitettu vaikutuksia fyysisen toimintakyvyn paranemisesta. Lisäksi asiakkaiden oman kokemuksen mukaan liikkumisen ja fyysisen aktiivisuuden parantamista on tapahtunut kotona annettavassa kuntoutuksessa. (Turunen ym. 2017, 2.)

Elämänlaadun muutoksia on mitattu useissa tutkimuksissa, ja tästä saatu tulos on ollut yhdenmukainen, eli kotikuntoutuksella saavutetaan parempaa elämänlaatua (Langeland ym. 2018, 8; Tessierin ym. 2016, 56; Beresford ym. 2019a, 1443). Langeland ym. (2018, 8) tutkimuksen mukaan terveyteen liittyvä elämänlaatu parantui interventioryhmällä merkittävästi liikkumisen, henkilökohtaisen hygienian, päivittäisten toimintojen ja sen hetkisen koetun terveyden osalta kuuden kuukauden seurantajakson aikana. Tessierin ym. (2016, 56) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa nostettiin esiin elämänlaadun paraneminen. Beresfordin ym. (2019a, 1443) tutkimuksessa kotikuntoutusjakson tuloksena oli myös elämänlaadun paraneminen verrattaessa kontrolliryhmään, mikä tukee jo aiemmin mainittuja tutkimuksia. Merkittävänä kyseisen tutkimuksen tuloksia ei voida kuitenkaan pitää suuren osanottajamäärän jäädessä pois seurannan aikana.

Kotikuntoutuksella pyritään erityisesti ikääntyneiden omatoimisuuteen. Tessier ym. (2016, 49–51) tuovat esiin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan, että yksi tärkein tekijä kotikuntoutuksessa on moniammatillisessa yhteistyössä asiakkaan kanssa suunniteltu kuntoutusjakso, joka on lyhytaikainen ja tavoitteellinen. Kotikuntoutuksella tavoitellaan itsenäisen toimintakyvyn edistämistä ja optimoimista terveysongelmien ratkaisemisen sijaan. Tutkimuksessa nostettiin erityisesti

esille asiakkaiden osallisuus päätöksentekoon. (Tessier ym. 2016, 49–51, 56.) Beresfordin ym. (2019b, xxviii) tutkimuksessa iäkkäiden toiminnallisuus oli parantunut. Tämän lisäksi tutkimuksessa viitataan myös sosiaalisen elämän kohentuneen intervention myötä. Tutkimuksessa havaittiin seurantajakson aikana tuloksien edelleen parantuneen, mikä puoltaa kotikuntoutuksesta saatavia pitkäaikaisia vaikutuksia ikääntyneen toimintakykyyn. (Beresford ym. 2019b, xxviii.)

Kotikuntoutuksen vaikutusta toimintakykyyn on tutkittu useissa tutkimuksissa. Toimintakyvyn paranemista sekä fyysisen toimintakyvyn, että päivittäisten toimintojen suoriutumisen osalta saatiin tuloksia, joista osa oli merkittäviä. (Slater & Hasson 2018, 3; Langelandin ym. 2019, 8; Parsons, Sheridan, Rouse, Robinson & Connolly 2013, 1015; Beresford ym. 2019a, 1443; Turunen ym. 2020, 8.) Toimintakyvyn paraneminen nostettiin esiin Slaterin ja Hassonin (2018, 3) tutkimuksessa, jossa viitattiin toimintakyvyn paranemisen johtaneen palveluiden käytön vähenemiseen. Tutkimuksessa ei kuitenkaan yksilöity tarkemmin parantuneita tuloksia.

Fyysinen toimintakyky parani merkittävästi Langelandin ym. (2019, 8) tutkimuksessa kuntoutusjakson aikana. Tulos oli merkittävä etenkin seisomaannousuissa koko seurantajakson aikana. Kävelyn ja tasapainon osalta merkittävät tulokset olivat 10 viikon kohdalla ja seurannassa kuuden kuukauden kohdalla. Tulos ei kuitenkaan ollut enää merkittävä seurantajakson aikana 12 kuukauden kohdalla. Kotikuntoutusintervention vaikutukset olivat lyhyt- ja pitkäkestoisia, sillä seisomaannousuissa oli vielä seurantajakson aikana 12 kuukauden kohdalla merkittävä ero interventio ja kontrolliryhmien välillä. (Langeland ym. 2019, 8–9).

Parsons ym. (2013, 1015) saivat tutkimuksessaan selville intervention parantavan merkittävästi fyysistä toimintakykyä SPPB mittarilla mitattuna. Beresfordin ym. (2019a, 1443) tutkimuksessa puolestaan päivittäisissä toiminnoissa ja liikkumisessa tapahtui parannusta, mutta tulosta ei voida pitää merkittävänä seurannan aikana tapahtuneen suuren osanottajamäärän poisjäännin vuoksi. Fyysisen toimintakyvyn osalta Turunen ym. (2020, 8) saivat tutkimuksessa selville porraskävelyn parantuneen intervention aikana verrattuna kontrolliryhmään.

Kjerstadin ja Tuntlandin tutkimuksessa (2016, 1) havaittiin kotikuntoutuksen parantavan iäkkäiden itsenäistä suoriutumista päivittäisissä toiminnoissa. Iäkkäiden

oma kokemus suoriutumisesta oli myös parempi verrattaessa kontrolliryhmään. Myös Langeland ym. (2019, 9) saivat samankaltaisia tuloksia, sillä heidän tutkimuksessaan päätuloksena oli kotikuntoutusta saavien toiminnallisen suoriutumisen paraneminen sekä heidän tyytyväisyytensä suoriutumiseen. Kyseiseen tutkimukseen otettiin kaikki norjalaiset yli 18-vuotiaat kotihoitoa tarvitsevat, joilla oli toimintakyky vastikään heikentynyt. Keski-ikä tutkimukseen osallistuneilla oli kuitenkin 78,4 vuotta, mutta tutkittavien iäkiä ei ollut tarkemmin artikkelissa eritelty.

3.3 Kotikuntoutuksen kustannustehokkuus

Kustannustehokkuus on yksi asia, joka ajaa kehittämään kotikuntoutusta. Kotikuntoutuksen järjestäminen vie enemmän resursseja, mutta hoidon tarpeen vähentyessä se puolestaan tuo säästöjä. Kustannustehokkuuden puolesta on jo useampia tutkimuksia. Muun muassa Lewin, Alfonso ja Alan (2013, 1273) saivat tutkimuksessaan selville, että yksilöt, jotka osallistuivat kotikuntoutukseen, selviytyivät todennäköisimmin ilman henkilökohtaisen avun tai kotihoidon palveluita seuraavat kolme vuotta, seurantajakson ollessa lähes 5 vuotta pitkä. Tinetti, Baker, Gallo, Nanda, Charpentier ja O'Leary (2002) tuovat tutkimuksessaan ilmi kotikuntoutuksen vaikutuksen pidempään kotona asumiseen ja ensihoidonkäyntien vähentymiseen. Nämä molemmat puoltavat näkökulmaa kustannustehokkuudesta.

Kotikuntoutuksen vaikuttavuutta on tutkittu kustannustehokkuuden näkökulmasta useissa tutkimuksissa. Kjerstadin ja Tuntlandin (2016, 1) tutkimuksessa kotikuntoutusjaksolla kotihoidon käyntimäärät vähenivät ja asiakkaan luona käytetty aika lyheni. Tämän lisäksi kustannukset olivat merkittävästi pienemmät interventiorryhmän osalta verrattuna kontrolliryhmään. Sinkkosen ja Palmun (2016, 4) tutkimuksessa taloudellisia vaikutuksia pidettiin merkittävänä. Tutkimuksen aikana osalla tutkittavista kotihoidon palvelun tarve poistui kokonaan ja osalla käyntimäärä väheni. Lisäksi osalla tutkittavista puolestaan tuettuun palveluasuntoon muuttaminen siirtyi ja he pystyivät jatkamaan kotona asumista.

Kotikuntoutukseen panostamalla myös Etelä-Karjalassa on pystytty leikkaamaan merkittävästi sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Kustannusten leikkaukseen on päästy muun muassa purkamalla laitoshoidon ja kehittämällä kotiin vietäviä palveluita (Tepponen ym. 2017, 27). Edellä mainittujen tutkimusten lisäksi

myös useissa muissa tutkimuksissa interventioiden tuloksena oli kotihoidon käyntimäärien väheneminen ja käynnin keston lyheneminen (Beresford ym. 2019a, 1444; Hattor, Yoshida, Okumura & Kondo 2019, 1; Paltamaa 2018, 58; Slater & Hasson 2018, 8; Tessier, Beaulieu, McGinn & Latulippe 2016, 56).

Bauer, Fernandez, Henderson, Wittenberg ja Knapp (2019, 1242–1243) tutkivat suoraan kustannuksia vertailemalla kahden ryhmän, kotikuntoutusta ja tavallista kotihoitoa saavan välillä. Kustannuksissa huomioitiin sairaalassa käynnit tutkimusjakson aikana. Tutkimuksessa otettiin eri näkökulmia huomioon, muun muassa missä iässä kotihoito ja kustannukset alkavat. Tutkimuksessa selvisi, että kustannussäästöjen mahdollisuus on kotikuntoutuksen ansiosta 94,5 prosenttia. Herkkyysanalyysissä mahdollisuus kustannussäästöihin kaikki näkökulmat huomioiden oli vähintään 85 prosenttia. Suurimmat säästöt tulivat kotihoidon kuluissa. (Bauer 2019, 1247.)

3.4 Kotikuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavat tekijät

Asiakkaan mukaan ottaminen kotikuntoutusjakson suunnitelmien ja tavoitteiden asetteluun sekä hänen motivaationsa on nostettu tärkeiksi tekijöiksi kuntoutumisen onnistumisessa. Sinkkonen (2017, 19–20) mainitsee asiakkaan oman motivaation ja kuvan tulevaisuudestaan olevan keskeisiä tekijöitä onnistuneeseen kuntoutumiseen ja edellytys toimintakyvyn parantumiseen. Pitkälä (2005, 38) puolestaan nostaa esiin asiakaslähtöisyyden vaikuttavan kuntoutuksen onnistumiseen. On tärkeää kiinnittää huomio ikääntyneen uskomusten, huolien, näkemysten ja toiveiden aitoon kuulemiseen ja huomioonottamiseen. Ikääntyneen tulee saada äänensä kuuluviin tavoitteiden asettelussa. Lisäksi myönteinen palaute tavoitteiden saavuttamisesta ja aktivoiminen ikääntyneen omien parhaiden voimavarojen käyttämiseen ja arvostamiseen edesauttavat pysyvämpien muutoksien saavuttamisessa. (Pitkälä 2005, 38.)

Beresford ym. (2019b, xxix) sekä Gustafsson, Östlund, Zander, Elfström ja Anbäcken (2019, 503) nostavat tutkimuksissaan esiin kuntoutujan ja työntekijän välisen suhteen vaikuttavan kotikuntoutuksen lopputulokseen. Luottamusta ja inhimillistä yhteenkuuluvuutta luova työntekijä vaikuttivat positiivisesti lopputulokseen. Rahikka (2017, 231) toi artikkelissaan esiin, että yksi tärkeä tekijä kuntoutuksessa on yksilöllisesti räätälöity kuntoutussuunnitelma, joka saadaan osaksi

asiakkaan omaa arkea. Artikkelin mukaan ikääntyneet kokivat ratkaisevana tekijänä olleen työntekijöiden roolin kuntoutuksen onnistumisessa ja ikääntyneiden motivoinnissa. (Rahikka 2017, 231.)

Kotikuntoutusta tarkastelleiden tutkimusten mukaan hyvin toimiva ja vuorovaikutteinen moniammatillinen työyhteisö vaikuttaa myönteisesti kotikuntoutuksen saavutuksiin. Tiivis yhteistyö ammattiryhmien kesken auttaa saavuttamaan paremmat tulokset kotikuntoutusintervention aikana (Eliassen, Henriksen & Moe 2018, 6). Vastavuoroinen tiedon jakaminen vahvistaa tiimityötä. Vastavuoroisuutta pidetään välttämättömänä, jotta voidaan vahvistaa luottamusta ja oppia tuntemaan toisensa. Hyväksyntä ja kunnioitus tiimin työntekijöiden kesken on tärkeää, jotta voidaan saavuttaa kehittynyt poikkitieteellinen tiimi (Moe & Brataas 2016, 179).

Henkilökunnan osaaminen ja motivaatio on nostettu tärkeiksi tekijöiksi kuntoutumisen onnistumiseksi. Henkilökunnan taidot ja tiedot kotikuntoutuksen periaatteista nousi Beresfordin ym. (2019b, xxix) tutkimuksen johtopäätöksissä avaimiksi menestyneeseen kotikuntoutukseen. Moe & Brataas (2016, 179) nostivat esiin motivoituneen ja innostuneen työyhteisön, jolla on positiivinen vaikutus kotikuntoutuksen saavutuksiin. Gustafssonin ym. (2019, 503) kotikuntoutusintervention jälkeisten haastatteluiden perusteella nousi esiin neljä menestystekijää onnistuneeseen kotikuntoutusinterventioon. Menestystekijät kuntoutuksen onnistumiseen olivat motivoiva ammattilainen, myönteisesti suhtautunut hoitaja, toveruuskeskeinen hoitaja sekä hoitaja, joka ylitti kykynsä pyrkiessään tukemaan kuntoutujaa.

Hattorin ym. (2019, 9) mukaan kuntoutukseen erikoistuneiden pitäisi olla tietoisia motivoivan haastattelun tärkeydestä. Motivoivaa haastattelua ei ole vielä hyväksytty osaksi tavallista hoitoa yksilöllisten tavoitteiden asettelemiseksi ja asiakkaiden omatoimisuuden saavuttamisen rohkaisemiseksi. Motivoivan haastattelun tai tietoisuuden edistämisen vaikutuksia toimintakykyyn on esitetty myös muissa tutkimuksissa. Tämän tuo ilmi Langeland ym. (2019, 9), jotka raportoivat tutkimuksessaan myös kontrolliryhmän positiivisista muutoksista toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Kontrolliryhmä kehittyi päivittäisissä toiminnoissa ja myös heidän oma arvionsa suoriutumisesta parantui tutkimuksen aikana. Tähän epäillään vaikuttaneen alkumittauksissa suoritettu COPM (Canadian Occupational Performance Measure) toiminnallisen suoriutumisen mittarin avulla tehty haastattelu- ja

pisteytysprosessi. COPM prosessilla on terapeutista vaikutusta tietoisuutta edistämällä ja motivoimalla asiakkaita etsimään itse ratkaisuja koettuihin ongelmiin. Näin ollen erot kontrolli ja interventioryhmän välillä pienenevät. Tällaisista viitteistä on raportoitu myös aiemmissa tutkimuksissa, kirjoitetaan Langelandin ym. tutkimuksessa. (Langeland ym. 2019, 9.)

3.5 Kotikuntoutuksesta hyötyvät kohderyhmät

Tessier ym. (2016, 56) nostivat esille systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan, että pitäisi tutkia ryhmää, jolle kuntoutus erityisesti kannattaa suunnata. Katsauksessa painotettiin, että tietyille kuntoutusryhmille kuntoutus on vaikuttavampaa. Kyseissä katsauksessa ei kuitenkaan selvinnyt tarkempaa erittelyä mille ryhmille kuntoutus olisi vaikuttavampaa. Myös Eliassen ym. (2018, 1) ovat samoilla linjoilla, että erilaiset kotikuntoutusta vaativat kohderyhmät pitäisi tunnistaa. Bauer ym. (2019, 1242) nostavat myös tutkimuksessaan esiin, että pitäisi tutkia kenelle kotikuntoutus tulisi kohdistaa ja kuinka kauan kotikuntoutuksen tulisi kestää.

Helsingin kotikuntoutushankkeessa 2013–2015 asiakasvalintaa arvioidessa yhdeksi tärkeimmäksi kriteeriksi nousi riittävä kognitio. Kotikuntoutusjakson onnistumisen edellytyksenä on, että asiakas pystyy itse osallistumaan tavoitteiden asetteluun. Tavoitteiden asettelun kautta asiakkaan sitoutuminen kotikuntoutukseen vahvistuu ja kuntoutus onnistuu. Hankkeessa havaittiin, että sairaalasta kotiutuvien ja äkillisesti toimintakyvyn heikentyneiden lisäksi vaikuttava kohderyhmä oli kotihoidon asiakkaat, jotka menettävät toimintakykyään pikkuhiljaa mutta joilla vielä olisi voimavaroja. Näiden asiakkaiden tunnistaminen vaatii puolestaan kotihoidon työntekijöiltä erityistä taitoa arvioida hitaasti tapahtuvaa muutosta. Huonokuntoisten asiakkaiden valinta kotikuntoutusjaksolle ei ole niin vaikuttavaa, sillä jaksot useimmiten keskeytyivät. (Peiponen, Kristensen, Arvo, Tolkki, Pekkanen & Kara 2016, 34–35.)

Vermeulen, Neyens, van Rossum, Spreeuwenberg ja de Witte (2011, 1) nostavat esiin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan tärkeäksi tunnistaa fyysiset heikkouden merkit, jotka ennustavat vaikeuksia päivittäisistä toiminnoista suoriutumisesta iäkkäillä. Tunnistettaessa nämä merkit kuntoutusinterventiot voidaan kohdistaa niille, joiden toimintakyvyn heikentyminen voidaan estää ja lisätä siten päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Kirjallisuuskatsauksen perusteella nämä

merkit olivat painon aleneminen, käden puristusvoiman heikkeneminen, liikuntakyvyn alentuminen, heikko tasapaino tai vaikeuksia alaraajojen toiminnassa. Kehusmaa (2014, 44) nostaa esiin tutkimuksessaan, että palveluiden tarvetta enustavina tekijöinä toimivat kävelynopeuden aleneminen, tasapainovaikeudet ja fyysisen toimintakyvyn lasku lyhyellä tähtäimellä, joten kuntoutusta tulisi kohdentaa näistä ongelmista kärsiville henkilöille.

Kotikuntoutusinterventioiden vaikuttavuustutkimuksissa oli muutamissa jätetty muistisairaat valitsematta tutkimusryhmään (Burton, Lewin, Clemson & Boldy 2013, 1593; Lewin ym. 2013, 1275; Hattori ym. 2019, 3), mutta Heikkisen, Elon, Lotvosen & Kaakisen (2019, 10) systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella kotiharjoitusinterventioilla saatiin muistisairaille positiivisia tuloksia. Koska kotihoidon ja kotisairaanhoidon asiakkaista vuonna 2015 muistisairaita oli koko maassa 20,5 prosenttia, Lapissa 15,7 prosenttia ja Pohjois-Pohjanmaalla 20,4 prosenttia (Sotkanet 2015), ei pitäisi aukottomasti jättää muistisairaita kotikuntoutuksen hyötyvistä kohderyhmistä pois. Heikkisen ym. (2019, 10) katsauksen perusteella kotiharjoitusinterventiot ylläpitävät tai parantavat muistisairaana päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Myös Beresford ym. (2019b, vi) selvittivät tutkimuksessaan, että dementiaa sairastavat ikääntyneet voivat hyötyä kotikuntoutuksesta.

3.6 Kotikuntoutus Oulussa

Oulun hyvinvointikertomuksessa 2017–2021 tuodaan ilmi, että yli 75-vuotiaiden määrä tulee kasvamaan Oulussa seuraavan 10-vuotiskauden aikana noin 60 prosentilla. Kotihoidon tarpeen kasvu on ollut Oulussa asetettua tavoitetta suurempaa. RAI-järjestelmän mukaan kotihoidon asiakkaiden toimintakyky oli 2016 vuonna laskenut jonkin verran edeltävän vuoden tasosta. Näihin vedoten hyvinvointikertomuksessa nostetaan kotona asumista tukevien sosiaali- ja terveystalveluiden sisällöllinen kehittäminen välttämättömäksi. Arkikuntoutus osana kotihoitoa on yksi tärkeimmistä periaatteista ja kotikuntoutus osana kotihoitoa on yksi tärkeä kehitettävä palvelu. Kotikuntoutuksen eli kotona toteutettavan aktiivisen kuntoutuksen tavoitteena on siirtää myöhemmäksi säännöllistä kotihoidon asiakkuutta. (Oulun kaupunginvaltuusto 2017, 16, 23.)

Kotikuntoutus Oulussa on aloitettu pilotoinnin kautta lokakuussa 2017 ja itse pilotti päättyi joulukuussa 2018. Pilotissa olivat mukana Haukipudas, Kiiminki, Yli-

Kiiminki ja Yli-Ii (Käsmä & Teerikangas 2018, 16), mistä se on laajentunut vuoden 2019 vuoden loppuun mennessä muualle Oulun alueelle (Teerikangas 2020b). Kotikuntoutuksessa työskentelevät sairaanhoitaja, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti yhteistyössä kotihoidon hoitajien kanssa. Kuntoutus- ja arviointijakso kesti pilotissa 4–6 viikkoa. Hoitajien käynnit pilotissa olleiden asiakkaiden luona suunniteltiin 45 minuutin mittaisiksi, jolla pyrittiin varmistamaan kuntoutumista tukeva toimintatapa. (Käsmä & Teerikangas 2018, 16.) Pilotin jälkeen asiakkaan luona käytettävä aika muutettiin toteutumaan tarpeen mukaan ja kotikuntoutusjakso voi kestää 2–8viikkoa. Kotikuntoutusta järjestetään alueittain Oulussa ja asiakasmäärä vaihtelee voimakkaasti alueittain. Toimintakykyä arvioidaan RAI Screener-menettelmällä jakson alussa ja lopussa kaikille, joiden kuntoutusjakso kestää yli kaksi viikkoa. (Teerikangas 2020b.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota yhteen jo olemassa olevat aineistot ja muodostaa niiden avulla kuvaus Oulun kaupungin kotikuntoutuksen toteutuksesta.

Tavoitteena on tuoda Oulun kaupungin kehittämistyöhön lisätietoa, jolla kotikuntoutuksen vaikutuksia voidaan arvioida ja seurata. Tavoitteena on, että opinnäytetyön pohjalta voidaan nostaa esille tekijöitä, joihin aineiston seurannassa kannattaa jatkossa kiinnittää huomiota.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Millaista aineistoa käytössä olevista tietojärjestelmistä on saatavilla?
2. Millaisille asiakkaille kotikuntoutusta toteutetaan?
3. Kuinka kauan kotikuntoutusjakso kestää ja mitkä ammattiryhmät osallistuvat toteutukseen?
4. Millaisia vaikutuksia kotikuntoutusjaksosta on asiakkaille?

5 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Opinnäytetyössä tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta, jota voidaan myös kutsua tilastolliseksi tutkimukseksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä ja asiat kuvataan numeerisesti. (Heikkilä 2014, 15.) Tämän opinnäytetyön aineistona käytettiin tekijälle valmiiksi toimitettuja tilastollisia aineistoja Oulun kaupungin hyvinvointipalveluiden käytössä olevista tietojärjestelmistä. Aineistoja käsiteltiin määrällisen analyysin keinoin tilasto-ohjelmaa hyödyntäen.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mitataan muuttujia, käytetään tilastollisia menetelmiä ja tarkastellaan muuttujien välisiä yhteyksiä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 41). Näiden tilastollisten menetelmien avulla pyritään löytämään kokemusperäisistä ilmiöistä systemaattisia, säännönmukaisia sekä myös satunnaisia tekijöitä. Lisäksi pyritään arvioimaan ilmiöiden välisiä yhteyksiä sekä erottamaan ilmiöt toisistaan. (Metsämuuronen 2002, 15.) Tilastollisessa tutkimuksessa on tavallista, että tiedot kerätään itse esimerkiksi kyselyiden tai haastatteluiden avulla (Heikkilä 2014, 16). Tässä opinnäytetyössä ei itse kerätty aineistoa vaan aineistot toimitettiin opinnäytetyön tekijälle toimeksiantajan yhteyshenkilön toimesta. Toimitettujen tilastotietojen perusteella ja niiden välisten yhteyksien avulla pyrittiin löytämään kehitettävät kohteet Oulun kaupungin kotikuntoutuksesta. Lisäksi pyrittiin löytämään sellaisia tekijöitä, joihin aineiston seurannassa kannattaa jatkossa kiinnittää huomiota.

Tutkimuksen kohteena oli kotikuntoutusintervention aikaiset tilastolliset merkinnot. Interventiotutkimus on yksi lähestymistapa kvantitatiiviseen tutkimukseen. Interventiotutkimuksen avulla voidaan tarkastella tutkimuksen kohderyhmässä esimerkiksi tietyn menetelmän vaikuttavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 44.) Kotikuntoutusinterventio kestää 2–8 viikkoa. Jo kahden viikon aikaisesta osallistumisesta tehdään toimintakyvyn muutoksen arvio RAI Screener-arvioinnilla. Nämä kahden viikon mittaiset interventiot otettiin tutkimuksessa myös huomioon.

5.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohteena oli kaikki Oulun kaupungin kotihoidon kotikuntoutukseen vuonna 2019 osallistuneet asiakkaat, joita vuoden aikana oli yhteensä 230 henkilöä. Tutkimus oli siis kokonaistutkimus, jossa tutkitaan koko perusjoukko ja se tehdään perusjoukon ollessa kohtuullisen pieni, alle sadan osallistujan, mutta myös 200–300 henkilön kyselytutkimuksissa (Heikkilä 2014, 31). Lisäksi kohderyhmässä osittain otettiin huomioon koko kotikuntoutuksen toteutuksen aikana asiakastietoihin tehdyt tilastoinnit kotikuntoutuksen toteutuksesta. Oulussa kotikuntoutukseen otettiin ensisijaisesti kaikki uudet kotihoidon asiakkaat. Toissijaisena kotikuntoutukseen voitiin ottaa jo kotihoidon piirissä olevat asiakkaat, joiden toimintakyky oli heikentynyt ja suunnitellaan palveluasumiseen muuttamista.

Tutkimuksen otoksena oli kaikki kyseisenä tutkimusaikana kuntoutusjaksoon yli kaksi viikkoa osallistuneiden asiakkaiden tilastolliset tiedot, jotka tallentuvat Effica-tietojärjestelmään ja RAI Screener-arviointiin. Asiakkaiden henkilötiedot eivät olleet tutkijan tiedossa vaan ne toimitettiin anonymisoituna.

5.3 Tutkimusaineisto

Tässä tutkimuksessa aineistona käytettiin kahdesta eri tietojärjestelmästä poimittua tilastotietoa. Rai Screener-arviointijärjestelmästä aineistoon saatiin kotikuntoutusjaksoon osallistuneiden asiakkaiden toimintakyvyn ja palveluntarpeen arvioinnit ajalta 1.1.2019–31.12.2019. Aineisto sisälsi sekä kotikuntoutusjaksoa ennen, että sen jälkeen tehdyt arvioinnit. Aineistossa ei ollut eriteltynä ennen ja jälkeen tehtyjä arviointeja, minkä vuoksi näiden perusteella voitiin tehdä yleiskatsaus kotikuntoutusjakson asiakkaiden toimintakyvystä ja palveluiden tarpeesta.

Effica-tietojärjestelmästä saatiin ajalta 1.1.2019–31.12.2019 ikäryhmittäin kotikuntoutusjaksoon osallistuneiden asiakkaiden määrä ja koko kotikuntoutuksen ajalta työntekijöiden tilastoinnit yhteenvetona, joka oli järjestelmästä poimittu 18.9.2020. Aineiston tietojärjestelmään olivat tallentaneet yksittäiset työntekijät, jotka osallistuivat kotikuntoutusasiakkaiden kuntoutusjakson toteutukseen. Tutkimus oli poikittaistutkimus, sillä tiedot aineistoa varten oli kerätty toimeksiantajan

toimesta ja aineisto oli kerätty kerran. Tutkimusta, johon aineisto on kerätty kerran, ja jota tarkastellaan tietyllä ajanjaksolla, kutsutaan poikittaistutkimukseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42).

Olemassa olevat tiedonlähteet kotikuntoutuksen toteutuksen kuvaamiseksi on selvitetty Oulun kaupungin hyvinvointipalveluiden palveluesimiehen kautta. Aineisto kerättiin Oulun kaupungin kotihoidossa käytössä olevista Efficatietojärjestelmästä ja RAI Screener-arvioinnista. Poiminnat tietojärjestelmistä teki toimeksiantajan yhteyshenkilö, joka toimitti opinnäytetyön tekijälle valmiit tilastoaineistot tallennettavaksi ja käsiteltäväksi. Tietokantapöimintään sisällytettiin tiedot asiakkaiden luona käyneistä ammattiryhmistä, käyntien määrät ja kestot, kuntoutusjakson pituus sekä tieto säännöllisen kotihoidon palveluihin jääneistä asiakkaista. Lisäksi tilastoista poimittiin asiakkaiden kotikuntoutukseen osallistuneiden asiakkaiden perustiedoista ikä ja sukupuoli.

Oulun kaupungin käytössä oleva Efficatietojärjestelmä on sähköinen potilastietojärjestelmäkokonaisuus, johon keskitetään kaikki tieto potilaista. Potilastietojärjestelmällä tallennetaan ja ylläpidetään potilasasiakirjoja ja niissä olevia tietoja. Kotihoidon työntekijät tilastoivat kaikki käyntinsä, minkä vuoksi Efficatietojärjestelmästä saadaan monipuolista tietoa. Tietojärjestelmässä on monipuoliset raportointi- ja analyysitoiminnot. (Tieto 2020.)

5.4 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimuksessa käytettiin tilastollista analyysiä. Opinnäytetyön tekijä sai valmiin aineiston, joka käsiteltiin Microsoft Office 365 Excel (versio 2010) -taulukkolaskentaohjelmaa hyödyksi käyttäen. Taulukkolaskentaohjelmistolla pienten muuttujamäärien käsittely onnistuu hyvin (Heikkilä 2014, 119). Aineisto käsiteltiin ja tiedot syötettiin siten, että saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Analyysin luovassa prosessissa suuri merkitys on aineiston graafisella tarkastelulla. Ensimmäisenä tehdään ajosuunnitelma, joka on perusta oikeiden johtopäätösten tekemiseen sekä muun muassa luotettavan ja selkeän tutkimusraportin kirjoittamiseen. Ajosuunnitelmaa varten mietitään, mitä käsitellään ja miten aineisto käsitellään tietokoneohjelmia hyödyntäen. (Heikkilä 2014, 139–140.) Aineiston syöttäminen ohjelmaan on tilastollisen analyysin ensimmäinen vaihe. Aineiston syöttämisessä tärkeää on muuttujien määrittely. (Metsämuuronen 2002, 437.)

Aineistoa tarkasteltiin prosenttijakaumilla ja laskemalla luvuista keskiarvoja. Analyysiä tehtiin ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukoinnilla voidaan havainnollistaa kahden tai useamman muuttujan välistä riippuvuutta. Ristiintaulukoinnista saadun tiedon avulla voidaan esimerkiksi päätellä joidenkin havaittujen asioiden vaikuttavan toisiinsa. Sen avulla mitataan kahden muuttujan välistä riippumattomuutta. (Metsämuuronen 2002, 311, 474; Vilka 2007, 120.)

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Tietojärjestelmistä saatavilla ollut aineisto

Oulun kaupungin kotihoidon tiedot olivat useammassa eri tietojärjestelmässä. Työntekijät olivat kirjanneet käyntinsä ja toteutuksen tiedot asiakaskohtaisesti Effica-potilastietojärjestelmään. RAI Screener-arvioinnin tehnyt työntekijä oli kirjannut puolestaan tiedot kyseiseen järjestelmään. Opinnäytetyötä varten saatiin tilastoja sekä Rai Screener-arvioinnista, että Effica-potilastietojärjestelmästä.

Rai Screener-arvioinnista saatiin käyttöön vuoden 2019 aikana kotikuntoutusjaksoon osallistuneille tehtyjen arviointien keskiarvoluvut ja jakauma. Näiden perusteella kotikuntoutukseen osallistuneiden asiakkaiden toimintakyvystä saatiin monipuolista tietoa. RAI-arvioinnista ei ollut eriteltynä ennen ja jälkeen tehtyjä arviointeja, jonka vuoksi toimintakyvyn ja palveluiden tarpeen muutosta ei voinut saadusta aineistosta arvioida.

Effica-tietojärjestelmästä saatiin summa ja keskiarvolukuja tilastointien perusteella. Aineisto sisälsi kotikuntoutukseen osallistuneiden asiakkuuksien määrän koko kotikuntoutuksen toteutuksen ajalta sekä eriteltynä osallistujat ikäryhmittäin ja sukupuolittain vuodelta 2019. Aineistosta selvisi kotihoidon säännöllisen palvelun piiriin jääneiden asiakkaiden määrä sekä kotikuntoutuksen aloittamispäivänä lopettaneet asiakkaat. Näiden lisäksi aineistossa oli määriteltynä kotikuntoutuksen aikana asiakkaan luona käyneet ammattiryhmät ja kotikuntoutuksen toteutukset ammattiryhmittäin. Effica-järjestelmästä saadusta aineistosta selvisi myös keskimääräinen kotikuntoutusjakson kesto.

6.2 Kotikuntoutusjaksoon osallistuneiden asiakkaiden tiedot

Effica- ja RAI-järjestelmistä saaduista tiedoista voitiin muodostaa taustatietoja (taulukko 1) kotikuntoutusjaksoon osallistuneista asiakkaista. Effica-tietojärjestelmästä oli käytettävissä pääasiassa kotikuntoutuskäynteihin liittyviä tilastoja. RAI Screener-arviointi sisälsi puolestaan tietoa asiakkaiden toimintakyvystä ja siitä muotoutuvasta palveluiden tarpeesta.

Effica-järjestelmästä selvisi ikäryhmittäin vuoden 2019 aikana kotikuntoutukseen osallistuneet asiakkaat sukupuolittain tarkasteltuna (taulukko 1). Asiakkaiden

taustatietoihin kerättiin taulukkoon 1. ikäryhmittelyn lisäksi RAI-arvioinnista asiakkaiden painoindeksi (BMI), kivun taso sekä itsenäinen suoriutuminen. Kuten taulukosta 1. ilmenee, naisia oli kotikuntoutusjaksoon osallistuneista enemmistö (64 %, n=130). Naisista yli 75-vuotiaita oli lähes 85 prosenttia (n=110) ja miehistä 60 prosenttia (n=45). Molemmat sukupuolet yhteenlaskettuna kuntoutujista 76 prosenttia (n=155) oli yli 75-vuotiaita, joista 40 prosenttia (n=83) oli yli 85-vuotiaita.

Taulukko 1. Kotikuntoutujien taustatiedot.

	nainen	mies	henkilöä
n=	130	74	204
Ikä	%	%	%
50–64	1,54	6,76	3,43
65–74	13,85	32,43	20,59
75–84	38,46	29,73	35,29
85–	46,15	31,08	40,69
YHTEENSÄ	100	100	100
n=			204
Sukupuoli			%
mies			36,27
nainen			63,73
YHTEENSÄ			100
n=			230
Itsenäinen suoriutuminen			%
Itsenäinen			36,96
Ei itsenäinen			63,04
YHTEENSÄ			100
n=			221
BMI			%
5–19			9,5
20–23			27,15
24–70			63,35
YHTEENSÄ			100
n=			230
Kivun taso			%
0 - Ei kipuja			36,52
1 - Kipua, mutta ei päivittäin			19,13
2 - Kohtalaista kipua päivittäin			30,00
3 - Ajoittain vaikea kipu päivittäin			14,35
YHTEENSÄ			100

Kaikista vuoden aikana arvioituista asiakkaista yli 60 prosentilla (n=146) oli jonkinasteista kipua toisinaan tai päivittäin. RAI-arvioinnin kipuasteikossa arvioitiin sekä kivun tiheyttä että kivun voimakkuutta (Raisoft 2013, 8). Kotikuntoutukseen osallistuneista asiakkaista ylipainoisia oli 63 prosenttia (n=146). Tässä ei kuitenkaan ollut tarkempaa rajausta kuin painoindeksin (BMI) raja yli 24. Alipainoisia kotikuntoutujista oli pieniosa (10 %, n=21).

RAI-arvioinnissa tarkasteltiin muun muassa itsenäistä selviytymistä, jossa tulosvaihtoehdot olivat joko itsenäinen tai ei itsenäinen (taulukko 1.) sekä laitoshoitoon joutumisen uhkaa. Itsenäisen selviytymisen arvioinnissa otettiin huomioon esimerkiksi fyysinen aktiivisuus, aterioiden valmistus ja henkilökohtainen hygienia sekä kuntoutujan päätöksentekokyky. Laitoshoitoon joutumisen uhkassa puolestaan huomioitiin muun muassa muutos hoidon tarpeessa tai päivittäisten toimintojen suorituskyvyn huononeminen ja tietyt aivoihin tai hermostoon vaikuttavat diagnoosit esimerkiksi dementia tai MS-tauti. (Raisoft 2013, 14.) RAI-arvioinnin perusteella 63 prosenttia (n=145) kotikuntoutusasiakkaista eivät olleet itsenäisiä (taulukko 1.) ja viidesosalla (20 %, n=47) oli suurentunut riski joutua laitoshoitoon.

RAI-arvioinnissa arkisuoriutumista (taulukko 2.) arvioitiin kotona liikkumisen, syömisestä, wc:n käytön ja hygienianhoidon osalta. Arvioinnin mukaan ohjauksen tai rajoitetun avun tarvetta arkisuoriutumisessa oli asiakkaista viidesosalla (20 %, n=46). Kohtalaista ja runsasta avun tarvetta oli asiakkaista 7 prosentilla (n=16). Suuriosa asiakkaista (73 %, n=167) oli itsenäisiä arkisuoriutumisen osalta.

Taulukko 2. Arkisuoriutuminen

n=	232
	%
0 - Itsenäinen	72,61
1 - Ohjauksen tarvetta	13,04
2 - Rajoitettu avun tarve	7,39
3 - Kohtalainen avun tarve	4,78
4 - Runsa avun tarve	2,17
5 - Autettava	0
6 - Täysin autettava	0
YHTEENSÄ	100

Palveluiden tarpeen luonnetta arvioitaessa (taulukko 3) tarkasteltiin kokonaisuutta asiakkaan toimintakyvystä ja palveluntarpeesta. Arvioinnissa otettiin huomioon aiemmin jo kertaalleen mainitut laitoshoidon uhka, itsenäinen selviytyminen, kognitiiviset toiminnot ja arkisuoriutuminen. Lisäksi palveluiden tarvetta arvioitaessa otettiin huomioon käyttäytymiseen liittyvät oireet, kuten häiritsevä käyttäytyminen ja hoitotoimien vastustelu, toimintaympäristön arviointi vaarallisen koti ympäristön näkökulmasta, lääkityksen osalta siitä huolehtiminen ja lääkkeiden lukumäärä, haavaumien tilanne sekä muita muuttujia kuten vaeltelu tai kaatuilu. (Raisoft 2013, 9.) Kotikuntoutuksen asiakkaista yli 71 prosentilla (n=163) palveluiden tarpeen luonne oli kohtalainen, suuri tai erittäin suuri. Tämä tarkoitti sitä, että asiakkaat tarvitsivat kohtuullisesti tai paljon kotihoidon palveluita.

Taulukko 3. Palveluiden tarpeen luonne

n=	230
	%
1 - Vähäinen	26,96
2 - Lievä	2,17
3 - Kohtalainen	25,22
4 - Suuri	32,61
5 – Erittäin suuri	13,04
YHTEENSÄ	100

Arkisuoriutumista (taulukko 2) verrattaessa palveluiden tarpeen luonteeseen (taulukko 3) voitiin todeta avun tarpeen syntyvän muusta kuin pelkästä arjesta selviytymisestä eli esimerkiksi kotona liikkumisesta tai syömisestä. Arkisuoriutumisessa asiakkaat olivat kohtalaisen itsenäisiä, mutta palveluiden tarpeen luonne oli kuitenkin kohtalaisen suuri. RAI-arvioinnissa tarkasteltiin myös vaikeuksia arkisuoriutumisessa välinetoiminnoista (taulukko 4.). Siinä arvioitiin asioiden hoitoon liittyvistä toiminnoista suoriutumista, missä huomioitiin aterioiden valmistus, tavalliset kotitaloustyöt ja puhelimen käyttö. RAI-arvioinnin mukaan hieman vaikeuksia yhdessä, kahdessa tai kaikissa toiminnoissa oli 40 prosentilla (n=92) kotikuntoutusasiakkaista. Paljon vaikeuksia arkisuoriutumisessa välinetoiminnoista yhdessä, kahdessa tai kaikissa toiminnoista oli kuntoutujista 44 prosentilla (n=102). Tämän mukaan kotikuntoutusasiakkailla oli siis vaikeuksia selviytyä välinetoiminnoista, esimerkiksi ruoanvalmistuksesta tai siivoamisesta. Tämä osaltaan selitti palveluiden tarpeen luonnetta.

Taulukko 4. Vaikeudet välinetoiminnoissa

n=	230
	%
0 - Ei vaikeuksia	15,65
1 - Hieman vaikeuksia yhdessä toiminnossa	15,65
2 - Hieman vaikeuksia kahdessa toiminnossa	21,3
3 - Hieman vaikeuksia kaikissa toiminnoissa	3,04
4 - Paljon vaikeuksia yhdessä toiminnossa	17,39
5 - Paljon vaikeuksia kahdessa toiminnossa	19,57
6 - Paljon vaikeuksia kaikissa toiminnoissa	7,39
YHTEENSÄ	100

RAI-arvioinnissa arvioitiin asiakkaiden kognitiivisia häiriöitä. Arvioinnin perusteella 41 prosentilla (n=94) kuntoutujista ei ollut kognitiivisia häiriöitä, viidesosalla (22 %, n=50) oli rajatilainen häiriö ja noin kolmasosalla (30 %, n=69) oli lievä häiriö. Eli kognitiivisia häiriöitä kotikuntoutukseen osallistuneilla asiakkailla oli vain vähän. Kotikuntoutusjaksolle oli aiemmin valittu muistitestistä yli 20 pistettä saaneet. 20 pisteen rajaa sovellettiin kuitenkin toimintakyky huomioiden. Tämä muutettiin Oulussa, eikä kyseistä rajaa enää ole käytössä.

Terveydentilan vakaus oli 28 prosentilla (n=64) kuntoutujista hyvä. Heikentynyt terveydentilan vakaus oli 32 prosentilla (n=73) ja lievästi epävakaa 28 prosentilla (n=65) kuntoutujista. Kohtalaisen ja varsin epävakaa terveys oli 12 prosentilla (n=27) kuntoutujista. Yhdellä kotikuntoutukseen osallistujista oli erittäin epävakaa terveys. Terveydentilan vakautta arvioitaessa otettiin huomioon muun muassa oksentelu, hengenahdistus, turvotus, normaalia vähäisempi nautitun ruuan tai juoman määrä, päätöksentekokyvyn huononeminen, päivittäisten toimintojen suorituskyvyn huononeminen ja jäljellä olevan elinajan ennusteen, mikäli sen oletettiin olevan 6 kuukautta tai vähemmän. (Raisoft 2013, 13.) Terveydentilan vakaus oli 87 prosentilla (n=202) asiakkaista korkeintaan vain lievästi epävakaa, joten asiakkaat olivat terveydentilaltaan kohtalaisen vakaita. Terveydentilan vakaus korreloi haurausilmiön kanssa.

Kotikuntoutukseen osallistuneilla oli pääasiassa hyvät arvot kuntoutumis- ja voimavaraluokituksessa. Erittäin runsaasti kuntoutumisen voimavaroja oli 41 prosentilla (n=94) ja runsaasti voimavaroja yli puolella (52 %, n=119) kuntoutujista. Alhaisin asteikko eli rajoitetusti voimavaroja oli 7 prosentilla (n=17) kuntoutujista. Kuntoutumisen voimavaraluokituksessa otettiin huomioon kuntoutujan kognitio ja

arkisuoriutuminen (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos 2020a). Arvion tehneistä hoitajista 97 prosenttia (n=224) uskoivat kotikuntoutukseen osallistuneiden kuntoutumismahdollisuuteen.

6.3 Kotikuntoutusjakson kesto ja toteutukseen osallistuneet ammattiryhmät

Kotikuntoutuksen kesto Effica-tietojärjestelmän mukaan oli keskimäärin 45,2 vuorokautta, eli 6,4 viikkoa. Kotikuntoutusjakson toteutukseen osallistui moniammatillinen työryhmä. Ryhmä koostui fysio- ja toimintaterapeuteista, lähi-/perushoitajista ja sairaanhoitajista.

Asiakkaiden luona käytiin kotikuntoutusjakson aikana eri ammattiryhmien toimesta keskimäärin 48 kertaa. Eniten käyntejä tuli alle 64-vuotiaille miehille, joille kertyi keskimäärin 65 käyntiä jakson aikana. Miehistä seuraavaksi eniten käyntejä kertyi yli 85-vuotiaille miehille, joille käyntejä tilastoitiin keskimäärin 53 jakson aikana. Vähiten käyntejä kertyi 65–74-vuotiaille, joille kirjattiin keskimäärin 37 käyntiä kotikuntoutusjakson aikana. Naisista eniten käyntejä kertyi 65–74-vuotiaille, joille toteutui keskimäärin 63 käyntiä. 75–84-vuotiaille ja yli 85-vuotiaille naisille toteutui lähes yhtä paljon käyntejä, sillä niitä kirjattiin ensiksi mainitulle ikäryhmälle 46 ja vanhimmalle ikäryhmälle 48 käyntiä keskimäärin.

Kotikuntoutuksen aloittamisen jälkeen kaiken kaikkiaan syyskuuhun 2020 mennessä perus- ja lähihoitajat olivat tehneet tunti ja asiakas määrältään eniten käyntejä (taulukko 5). Kotikuntoutuksen aikana kirjatuista tunneista 64 prosenttia (n=12142) oli perus- ja lähihoitajilta. He kävivät kotikuntoutusasiakkaista 95 prosentin (n=398) luona. Perus- ja lähihoitajien jälkeen seuraavaksi eniten toteutuksia oli sairaanhoitajilla, ja he kävivät lähes yhtä usean asiakkaan luona kuin perus- ja lähihoitajat. Kodinhoitajat ja kotiavustajat osallistuivat ammattiryhmistä vähiten kotikuntoutuksen toteutukseen.

Taulukko 5. Toteutukseen osallistuneet ammattiryhmät

n=	Asiakkaita, joi- den luona käyty	Käytetyt tunnit
	419 %	18896,37 %
Perushoitajat ja lähihoitajat	94,99	64,26
Kodinhoitajat ja kotiavustajat	48,93	4,11
Sairaanhoitajat	93,08	11,92
Fysioterapeutit	88,07	11,31
Toimintaterapeutit	66,83	7,87
Lähihoitajat, sairaanhoitajat ym.	10,74	0,53
Yhteensä		100

Fysioterapeutit osallistuivat kotikuntoutuksen toteutukseen toimintaterapeutteja enemmän ja kävivät useamman asiakkaan luona. Fysioterapeutteja on ollut käytävissä kotikuntoutuksen toimintaterapeutteja enemmän. Terapeuttien määrä oli noussut kotikuntoutuksen pilotoinnin jälkeen. Fysio- ja toimintaterapeuteilla oli kuntouttavan työn lisäksi ohjaava ja tukea antava rooli moniammatillisessa työyhteisössä. Terapeuttien määrä ja työn laatu vaikutti asiakkaiden määrään ja toteutettuihin tunteihin. Hoitajat käynneillään toteuttivat aktiivisesti kuntouttavaa työtä. (Käsmä & Teerikangas 2018, 15, 25.) Taulukossa 5 viimeinen rivi lähihoitajat, sairaanhoitajat ym. sisältää kyseisten ammattiryhmien kirjauksia. Käytetyistä tunneista kyseiset muuttaisivat prosenttiosuutta muutamalla kymmenyksellä, joten sillä ei kokonaiskuvassa ole merkitystä. Asiakkaiden luona vierailut sisältävät mahdollisesti samoja asiakkaita, jotka on jo sisällytetty edeltäviin tilastoihin. Siten ei voinut olla täysin varma lisääntyisikö asiakkaiden määrä vai ei, joten kyseiset kirjatukset jätettiin omaksi sarakkeeksi yhdistettynä.

6.4 Kotikuntoutusjakson vaikutus asiakkaiden palveluiden tarpeeseen

Kotikuntoutuksen Oulussa osallistui kaiken kaikkiaan 498 kuntoutujaa, joista 440 kuntoutus oli päättynyt. Kotikuntoutusjakson 440 läpikäyneestä kotikuntoutusasiakkaasta 210 (48 %) ei jäänyt säännöllisen kotihoidon palveluiden piiriin. Tämän perusteella toimintakyky ja palveluiden tarve väheni niin paljon, että he eivät tarvinneet enää kotihoidon palveluita jakson jälkeen. 35 asiakasta eli 7 prosenttia lopetti kotikuntoutuksen aloittamispäivänä. Kotikuntoutusjaksoon osallistumisen arvio siis tehtiin ja todettiin, että jakson aloittaminen ei siinä hetkessä ollut kannattavaa.

Kotikuntoutusjakson läpikäyneistä 440 asiakkaasta 230 asiakasta (52 %) jäi säännöllisen kotihoidon palveluihin jakson päättymisen jälkeen. Kotikuntoutusjakson jälkeen 44 asiakasta (10 %) oli hetken ilman palveluita, mutta palasi myöhemmin takaisin säännöllisen kotihoidon palveluiden piiriin. Näistä 44:stä henkilöstä 18 henkilöä palasi kotihoidon säännöllisiin palveluihin kuukauden sisällä kotikuntoutusjakson loppumisen jälkeen. 15 henkilöä oli puolestaan palannut 3–5 kuukauden kuluttua jakson loppumisesta kotihoidon palveluiden piiriin. 6–12 kuukauden kuluttua kotikuntoutusjakson loppumisesta 8 henkilöä oli palannut takaisin kotihoidon säännöllisiin palveluihin. Viimeinen tarkasteltava aika on yli vuoden jälkeen kotikuntoutuksen loppumisesta, jolloin kolme henkilöä oli palannut säännöllisen kotihoidon palvelun piiriin.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyössä tarkasteltiin Oulun kaupungin kotikuntoutusjakson kokonaiskuvaava käytössä olevista Effica- ja RAI-tietojärjestelmistä. Kyseisiin tietojärjestelmiin työntekijät tilastoivat paljon monipuolista tietoa asiakkaiden toimintakyvystä, palveluiden tarpeesta ja kotikuntoutusjakson toteutuksesta. Tiedot ovat kahdessa eri tietojärjestelmässä, eikä tietoja saa tällä hetkellä yhdistettyä. Näin ollen tarkkaa analyysiä vaikuttavista tekijöistä kuntoutumiseen oli mahdotonta tehdä. Yleisellä tasolla kotikuntoutusjakson vaikutuksia voitiin tarkastella. Lisäksi tilastojen poiminta tapahtui eri organisaatiossa, mikä osaltaan vaikutti tulosten saantiin. Tätä opinnäytetyötä varten aikamääreessä ei saatu toivottuja tilastoja haltuun, mikä vaikuttaa saatuihin tuloksiin. Tulokset eivät olleet niin kattavia kuin tavoitteena oli.

Opinnäytetyötä varten Effica-tietojärjestelmästä saatiin tilastoina käyttöön kotikuntoutusjaksoon osallistuneiden asiakkaiden määrä ja toteutukseen osallistuneet ammattiryhmät. Tilastossa oli eriteltynä, jäikö asiakkaille kuntoutusjakson jälkeen jäljelle säännöllisiä kotihoidon palveluita vai ei. Lisäksi tilastoissa oli kuukausitasolla tietoa asiakasmäärittäin, mikäli asiakas palasi säännöllisen kotihoidon palveluiden piiriin. Nämä olivat merkittäviä tietoja kotikuntoutusjakson vaikutuksesta palveluiden tarpeeseen. Kotikuntoutusjakson tavoitteista yksi oli säännöllisen kotihoidon palveluiden piiristä pois jääminen.

Effica-tietojärjestelmän raportista selvisi selkeästi ikäryhmiin ja sukupuoliin jaetuna kotikuntoutukseen osallistuneet asiakkaat. Kotikuntoutusasiakkaista enemmistö (64 %, n=130) oli naisia. Kaikista kuntoutujista 76 prosenttia (n=155) oli yli 75-vuotiaita. Tämä mukaili Suomen väestörakennetta, sillä Suomessa oli enemmän iäkkäitä naisia miehiin verrattuna ja naisten eliniänodote oli pidempi. Naiset tarvitsivat kotihoidon palveluita enemmän eliniänodotteen ollessa pidempi. Kuten jo aiemmin todettiin, pidempään eläessä viimeisinä vuosina tarvitaan enemmän palveluita (Terveysten ja hyvinvoinninlaitos 2020c). Väestörakenteen edelleen muuttuessa kotihoitoon ja kotikuntoutukseen on panostettava resursseja, jotta lisääntyvästä ikääntyvien määrästä voidaan vähentyvällä työikäisten resursseilla taloudellisesti selvitä hyvin. Ikääntyvien voimavarat tulee myös huomioida (Sosi- ja terveysministeriö 2020, 9).

Opinnäytetyön aineistoon ei saatu RAI Sreener-arvioinnin ennen kotikuntoutusta ja kotikuntoutuksen jälkeen tehtyjä arviointeja eriteltynä. Tämän vuoksi esimerkiksi taustatietojen painoindeksin, kivun ja itsenäisen suoriutumisen arvioinnin tarkkuutta ei voitu tuloksissa tarkastella. Kotikuntoutusjakson vaikuttavuutta voisi syvemmin tarkastella, mikäli käytössä olisi vertailtavana molemmat tulokset. Molempien arviointien avulla voisi tarkastella esimerkiksi kipua ennen ja jälkeen kuntoutusjakson. Kivulla on kuitenkin vaikutusta elämänlaatuun. Aiemmissa tutkimuksissa, joissa on kotikuntoutusjakson avulla saatu positiivisia vaikutuksia elämänlaatuun, kivun vähenemistä ei ole merkitsevästi kuitenkaan tapahtunut (Langeland ym. 2018, 9).

Kotikuntoutusjaksoon osallistuneista asiakkaista yli puolet (63 %, n=146) oli ylipainoisia. Tässä ei kuitenkaan ollut tarkempaa rajausta kuin painoindeksin (BMI) raja yli 24. Asiakkaista ei siten tarkemmin määritelty olivatko he lievästi ylipainoisia vai oliko heillä esimerkiksi merkittävä tai vaikea lihavuus, mikä olisi ikääntyneen terveyden kannalta merkittävämpää. On todettu, että BMI:n ollessa 23–32 välillä, on ikääntyneillä pienempi kuolemanvaara. Tähän nojaten olisi merkittävämpää tietää onko joukossa esimerkiksi vaikeaa lihavuutta BMI yli 35. Painonpudotusta pohtiessa tulisi ikääntyneen kokonaistilanne huomioida ja sen pohjalta arvioida, onko painonpudotuksella toimintakyvyn kannalta suurta merkitystä. (Käypä hoito 2020.)

RAI-arvioinnin perusteella reilusti yli puolet (63 %, n=145) kotikuntoutusasiakkaista eivät olleet itsenäisiä (taulukko 1.) ja viidesosalla (20 %, n=47) oli suurentunut riski joutua laitoshoitoon. Kotikuntoutuksen tarjoaminen on tärkeää toimintakyvyn parantamiseksi ja palveluiden tarpeen vähentämiseksi erityisesti silloin kun asiakkaat eivät ole itsenäisiä ja heitä uhkaa laitoshoitoon joutuminen. Kuntoutuksen avulla voidaan pyrkiä omatoimiseen suoriutumiseen ja siten siirtää laitoshoitoon joutumista. Suomen laissakin määrätään kuntia suunnittelemaan palvelut siten, että kotona asuminen pidempään on mahdollista esimerkiksi kuntoutuksen keinoin (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980 2:5 §).

Asiakkaiden toimintakyvystä ja palveluiden tarpeesta oli käytössä RAI-arvioinnin osioista muun muassa itsenäinen selviytyminen, arkisuoriutuminen ilman väline-

toimintoja ja välinetoimintojen kanssa. Arvioinnin tulosten tarkastelussa olisi kuntoutusjakson vaikuttavuuden arvioinnissa tärkeää tietää erikseen sekä ennen, että jälkeen jaksoa tehdyt arvioinnit. Tällöin saisi tarkemmin vastaukset kysymykseen millaisia vaikutuksia kotikuntoutusjaksolla on. RAI-arvioinnin perusteella kotikuntoutusasiakkailla arkisuoriutuminen oli itsenäistä suurimmalla osalla (72 %, n=167), mutta välinetoiminnoista selviytyminen ei (avun tarvetta hieman tai paljon 84 %, n=194). Muun muassa välinetoiminnoista heikosti suoriutuminen siten nosti palveluiden tarvetta. Tavoitteiden asettelussa huomioitiin kuitenkin asiakkaan kokonaisuus itsenäiseen suoriutumiseen. Kotikuntoutusjakson avulla pyrittiin siten parantamaan muun muassa kyseisistä välinetoiminnoista suoriutumista.

Keskivaikeita tai vaikeita kognitiivisia häiriöitä oli vain 7 prosentilla (n= 17) kuntoutusjaksoon osallistuneista asiakkaista. Tämä mukaillee aiempia tutkimuksia, joissa muistisairaita oli rajattu pois kotikuntoutusjaksosta (Burton ym. 2013, 1593; Lewin ym. 2013, 1275; Peiponen ym. 2016, 34; Hattori ym. 2019, 3). Kotikuntoutusjakson onnistumisen edellytyksenä pidettiin sitä, että asiakas kykenee osallistumaan itse aktiivisesti tavoitteiden asetteluun. Tämän vuoksi asiakkaat, joilla on vaikeita kognitiivisia häiriöitä, oli rajattu kotikuntoutusjaksoista usein pois. (Peiponen ym. 2016, 34.) Oulussa kotikuntoutus oli kuitenkin vuonna 2020 laajentunut siten, että valintakriteereitä ei enää ollut. Näin ollen Oulussa ei enää rajata muistitestistä alle 20 pistettä saaneita pois.

Terveystilan vakaus on yhteydessä ikääntyneen haurauteen. 60 prosentilla (n=138) asiakkaista oli joko heikentynyt tai lievästi epävakaata terveys ja sitä huonompi 12 prosentilla (n=27). Osa asiakkaista oli siis hauraita. Peiposen ym. (2016, 35) kotikuntoutushankkeessa useimpien heikkokuntoisten jaksot yleensä keskeytyivät. Tähän opinnäytetyöhön ei vastaavaa keskeytyneiden aineistoa ollut saatavilla. Näin ollen ei voitu tarkastella epävakaan terveydentilan vaikutusta kuntoutusjakson tulokseen. Käyttöön saadusta aineistosta tiedettiin, että 35 henkilöä (7 %) jätti arvioinnin jälkeen aloittamatta kuntoutusjakson.

Kuntoutumis- ja voimavaraluokitus sekä hoitajien uskomus osallistujien kuntoutumismahdollisuuteen olivat aineiston perusteella hyvät. Tällä oli merkitystä kuntoutusjakson menestykseen, joka siis oli 48 prosentilla (n=210) asiakkaista erinomainen heidän selvitessään kotikuntoutusjakson jälkeen ilman säännöllisiä kotihoitoa palveluita.

Kotikuntoutuksen keston keskiarvo oli 6,4 viikkoa. Kotikuntoutusjakso oli näin ollen kestoaltaan yhtäläinen muiden kotikuntoutusta järjestävien tahojen kanssa. Kuntoutusjakson pituus oli tutkimuksissa vaihdellut 4–6 (Forss 2015, 2; Langelan ym. 2019, 4) ja 6–8 (Slater & Hasson 2018, 1) viikon välillä. Beresfordin ym. (2019, 1441) tutkimuksessa kotikuntoutusjakso suunniteltiin 6 viikon mittaiseksi 91 prosenttia tapauksista. Oulun kotikuntoutusjakso oli siis kestoaltaan yhtäläinen ympäri maailmaa järjestettävien kotikuntoutusjaksojen kanssa, joita tutkimuksissa on käsitelty. Efficia-järjestelmästä saatiin tietoon ikäryhmittäin käyntien lukumäärä keskimäärin. Vaihtelua keskimääräisten käyntien välillä oli 37–65 ikäryhmittäin. Tuloksissa ei ollut mitään selkeää kaavaa, että jokin ikäryhmä tarvitsisi enemmän käyntejä. Palveluiden tarve oli kuitenkin se, joka käyntien tarpeen määrittää.

Efficia-tietojärjestelmästä analyysiä varten käytössä oli ammattiryhmittäin kotikuntoutusjakson aikana asiakkaiden luona käytetty aika. Perus- ja lähihoitajat tekivät käytetyistä tunteista kaikista eniten töitä (64 %, n=12142) kotikuntoutusasiakkaiden luona. Fysioterapeutit käyttivät kaikista ammattiryhmistä 11 prosenttia (n=2138) asiakkaiden luona vietetystä ajasta kotikuntoutusintervention aikana ja toimintaterapeutit 8 prosenttia (n=1487). Fysioterapeutit kävivät tilastojen mukaan asiakkaista 88 prosentin (n=369) luona ja toimintaterapeutit 67 prosentin (n=280), eli terapeutit eivät siis käyneet jokaisen asiakkaan luona tämän perusteella.

Ammattiryhmien välisen toteutuksen kokonaistulosta tarkastellessa oli kuitenkin otettu huomioon, että terapeuttien määrä tarkasteluvälin aikana oli kasvanut. Prosenttiosuudet tunteista ja asiakasmäärästä olivat yhteydessä työn laatuun ja terapeuttien määrään. Aiempien tutkimusten perusteella kotikuntoutusta toteutettiin moniammatillisesti, kuten Oulussakin. Moniammatillisuutta vahvuutena käytettäessä kotikuntoutusjaksosta saavutettiin positiivisempia tuloksia (Eliassen ym. 2018, 4). Fysio- ja toimintaterapeuteilla oli toimintakykyä arvioiva, kuntoutusjaksoa suunnitteleva ja kotikuntoutusjaksoa ohjaava rooli (Forss 2015, 2), mikä osaltaan vaikutti tämänkin tutkimuksen aineiston toteutusten määrään. Tiivis yhteistyö eri ammattiryhmien välillä oli tärkeää ja hoitajilla oli kuntoutuksen kannalta tärkeä rooli, mikä ilmeni myös Oulun kotikuntoutuksen tilastoinneista hoitajien toteutusten ollessa suurin sekä tunteista (64 %, n=12142) että asiakasmäärästä (95 %, n=398).

Oulun kotikuntoutusjaksolla oli aikaansaatu positiivisia tuloksia, koska kotikuntoutusjakson läpikäyneistä 48 prosenttia (n=210) selvisi ilman säännöllisiä kotihoitojen palveluita kuntoutusjakson jälkeen. Samankaltaisia tuloksia saivat muun muassa Lewin ym. (2013, 1273) tutkimuksessaan, sillä kotikuntoutukseen osallistuneet selvisivät todennäköisemmin ilman kotihoitojen palveluita jopa kolme vuotta. Sinkkosen ja Palmun (2016, 4) tutkimuksessa osalla tutkittavista säännöllisen kotihoitojen käyntimäärät vähenivät tai jäivät pois kokonaan.

Tämän tutkimuksen aineiston perusteella ei selvinnyt kuinka paljon käynnit vähenivät tai käyntien kestot lyhenivät, koska kyseistä aineistoa ei ollut käytettävissä. Sellaisen tiedon avulla mahdollisten kustannusten tehokkuutta kuin myös kotikuntoutusjakson vaikuttavuutta voisi arvioida tarkemmin. Useissa tutkimuksissa on kuitenkin tuotu esille käyntien väheneminen ja käyntien keston lyheneminen kotikuntoutusjakson ansiosta (Beresford ym. 2019a, 1444; Hattori, Yoshida, Okumura & Kondo 2019, 1; Paltamaa 2018, 58; Slater & Hasson 2018, 8; Tessier, Beaulieu, McGinn & Latulippe 2016, 56). Säännöllisten kotihoitojen käyntien vähenemisellä tai käyntien keston lyhenemisellä on kuitenkin kokonaistaloudellisia vaikutuksia.

7.2 Johtopäätökset ja kehittämissideat

Oulun kaupungin kotikuntoutuksesta tallennettiin paljon tietoa eri tietojärjestelmiin. Ongelmana oli, että tietojärjestelmien aineistoja ei saatu yhdistettyä, jolloin tarkempi tietojen analysointi kotikuntoutusjakson vaikutuksien arvioimiseksi ei ollut mahdollista. RAI- ja Effica-tietojärjestelmien aineistojen yhdistämisellä voisi tehdä syvällisempiä analyysejä kotikuntoutusjakson toteutuksesta, asiakkaiden kuntoutumisesta, toimintakyvyn muutoksista, palveluiden tarpeesta ja niihin vaikuttaneista tekijöistä. Tietojen tarkasteluun ja analyysiin toi myös ongelman se, että tiedon hankinta tapahtui eri organisaation toimesta. Tarkempi aineiston poiminta oli toisen organisaation takana, eikä tavoitellun aineiston saaminen tapahtunut ajoissa opinnäytetyön suorittamista varten.

Kotikuntoutusjakson vaikutuksien arvioimiseksi olisi hyvä tietää miten säännöllisten kotikuntoutuspalveluiden tarve muuttuu kotikuntoutusjakson aikana. Sen lisäksi, että tiedetään ketkä kotikuntoutusjakson jälkeen selviytyvät arjessaan ilman kotihoitojen palveluita. Ennen jakson alkua tapahtuvassa arviointitilanteessa

kotihoidon palveluiden tarpeen määrittämisellä ja vertailemalla jakson jälkeen tarvittavien palveluiden määrään voitaisiin selvittää mahdollisten kotihoidon käyntien väheneminen ja keston lyhentymisen. Näiden tietojen avulla kotikuntoutusjakson kustannusvaikutukset ja asiakkaiden palveluiden tarpeen muutokset korostuisivat. Tätä oli aiemmin Oulussa seurattu, mutta kyseisen kirjanpidon työläyden vuoksi siitä luovuttiin. Mikäli olisi mahdollista saada yksinkertainen, esimerkiksi minuuttimääräinen ja Effica-järjestelmään sidottu kirjanpito yhdistettyä, kirjanpidon tekeminen ei olisi niin työlästä. RAI-järjestelmän palveluntarpeiden luonne toki kuvaa alku- ja lopputilanteessa tapahtunutta toimintakyvyn ja palveluntarpeen muutosta, mutta tarkkaa kotihoidon palveluiden vähenemiseen liittyvää arviota sen pohjalta ei voi tehdä.

Tarkemmalla aineistolla ja järjestelmien tietojen yhdistämisellä voisi analysoida kotikuntoutuksen toteutusta huomattavasti syvällisemmin, mikä oli myös tämän tutkimuksen tavoite. Oulussa toimii monta eri kotikuntoutusta toteuttavaa työyhteisöä, jolloin myös näiden välisiä eroja toteutuksesta voisi tarkastella. Alueittain voisi tarkastella esimerkiksi ammattiryhmien välistä panosta kotikuntoutuksen toteutukseen. Sellaisen aineiston avulla voisi tarkastella eroaako kotikuntoutuksen toteutukseen osallistuvat ammattiryhmät alueittain ja onko kotikuntoutusjaksolla erilaiset vaikutukset alueittain.

Kotikuntoutusjaksosta hyötyvää ryhmää voisi tarkastella puolestaan usealta eri kantilta tietojärjestelmistä saatavilla aineistoilla. Hyötyvän ryhmän määrittely voi tulevaisuuden kannalta olla ratkaisevaa, kun ikääntyvien määrä suhteessa muuhun väestöön jatkaa kasvuaan. Esimerkiksi eri ikäryhmien välistä toteutusta tutkivilla raporteilla voisi analysoida eri ikäryhmien saavuttamia vaikutuksia kotikuntoutusjaksosta. Analysoinnin perusteella voisi tarkastella, onko kotikuntoutuksella vastaavia vaikutuksia esimerkiksi yli ja alle 85-vuotiaille. Eli aineistosta voisi analysoida hyötykö selkeästi joku ikäryhmä toista enemmän kotikuntoutuksesta. Myös eri sairausryhmien kohdalta toteutuksen tarkastelu voisi tuottaa tuloksia, joiden perusteella tiettyyn sairausryhmään panostaminen edesauttaa itsenäistä selviytymistä ja palveluiden tarpeen vähenemistä. Otetaan tähän esimerkkinä aivoverenkierronhäiriöt, alaraajan murtumat tai muusta sairaudesta johtuva äkillinen toimintakyvyn lasku. Mikäli kotikuntoutusjakson alussa määriteltäisiin kate-

gorioittain syy toimintakyvyn laskulle, voisi toteutuksen vaikutuksia sairausryhmittäin tarkastella. Tämä vaatisi Effica-järjestelmän taipumista näiden kategorioiden luomista varten.

Kuntoutumiseen on monta vaikuttavaa tekijää ja ikäryhmän ja toimintakyvyn laskun syyn lisäksi muun muassa yksilölliset ominaisuudet, motivaatio ja omaiset voivat olla vaikuttamassa kotikuntoutuksen onnistumiseen. Tämän vuoksi ei pelkkään ryhmittelyyn sidottua kotikuntoutuksen aloittamisen päätöstä ole kuitenkaan suotavaa tehdä vaan muita asioita on myös huomioitava.

Työn järkevyyden kannalta on toki pohdittava uusien kerättävien tietojen merkitystä kotikuntoutuksen vaikutuksien seuraamiseksi. Ajalliset muutokset palveluiden tarpeessa tai asiakkaiden ryhmittely kotikuntoutuksen hyödyn maksimimiseksi on arvioitava. Vaikutuksien seuraamiseksi on tietojen keräämisen lisäksi laitettava työpanosta. Tietojärjestelmien aineistojen yhdistäminen sekä aineiston käsiteltäväksi saaminen ovat tärkeitä kehityksen kohteita. Näiden avulla voidaan syvällisemmin tarkastella kotikuntoutuksen toteutusta ja vaikutuksia.

7.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksilla pyritään saamaan luotettavaa ja totuudenmukaista tietoa (Kananen 2011, 118). Tämän vuoksi luotettavuuden tarkastelu on tärkeä osa tutkimusta (Metsämuuronen 2002, 55). Hyvässä tutkimusraportissa arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta kokonaisuudessaan (Heikkilä 2014, 178). Validiutta on täytynyt tarkastella jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. Käsitteet perusjoukko ja muuttujat on täytynyt määritellä jo suunnitteluvaiheessa tutkimussuunnitelmaan tutkimusluvan hakemista varten. (Vilka 2015, 124.) Tätä opinnäytetyötä varten tehtiin tutkimussuunnitelma, johon yllä mainitut asiat määriteltiin.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetilla, eli tutkimuksen toistettavuudella sekä validiteetilla, jolla selvitetään, mitataanko tutkimuksessa sitä, mitä on tarkoitus mitata (Metsämuuronen 2002, 55). Tutkimuksen luotettavuutta voivat heikentää useat asiat, kuten satunnaisvirheet, esimerkiksi kirjaus tai tallennusvirheet (Vilka 2015, 124). Tämän opinnäytetyön luotettavuuteen vaikutti RAI Sreener-järjestelmän osalta kansainvälisesti tutkittu ja hyväksi todettu luotettavuus (Vähäkangas ym. 2017, 21). RAI-järjestelmä on Oulussa ollut jo pitkään käytössä, mikä lisäsi arvioinnin ja kirjausten luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuuden tarkasteluun vaikuttaa tutkimuskysymysten kattavuus suhteessa tutkimusongelmaan (Heikkilä 2014, 178). Tämän opinnäytetyön tutkimusongelma määriteltiin huolella, jotta tutkittiin sitä mitä oli tarkoitus. Opinnäytetyön analyysimenetelmä valittiin siten, että saatiin tutkimuskysymyksiin vastaukset. Luotettavuutta paransi huolellisuus havaintoyksikköjen muuttujia koskevien tietojen syötössä. Tehtyjen tiedostojen syöttö tarkistettiin virheiden välttämiseksi. Aineistojen tarkistuksella voitiin vähentää aineistossa olevia virheitä ja näin ollen parantaa aineiston laatua sekä tarkkuutta tutkimustuloksissa.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat sisäinen ja ulkoinen validiteetti. Ulkoinen validiteetti käsittelee, kuinka yleistettävä tutkimus on. (Metsämuuronen 2002, 56.) Luotettavuuden tarkastelussa on siis otettava huomioon otoksen edustavuus ja suuruus (Heikkilä 2014, 178). Tämän opinnäytetyön aineistossa otettiin huomioon tarkasteluväliltä kaikki kotikuntoutukseen osallistuneet asiakkaat (n=230 ja n=498), minkä vuoksi otos edustaa luotettavasti Oulun kotikuntoutusta. Kuitenkaan maan laajuisesti tutkimusta ei voinut yleistää, sillä esimerkiksi väestö rakenne oli mahdollisesti erilainen. Yleistettävyydessä huomioitiin, että itse kotikuntoutus voi eripaikkakunnilla koostua erilaisista käytännöistä ja erilaisista panoksista ammattiryhmien välillä. Tutkimuskysymykset puolestaan huomioivat kattavasti kotikuntoutukseen liittyvät tilastolliset merkinnät tietojärjestelmistä.

Validiteetin liittyy teoreettisten käsitteiden operationalisointi arkikielelle (Vilka 2007, 150). Käsitevaliditeettiin voidaan vaikuttaa hyvällä teoreettisella käsitteiden operationalisoinnilla ja tarkalla muuttujien valinnalla (Kananen 2011, 122). Opinnäytetyön muuttujien valintaan vaikutti se, mitä aineistoa oli saatavilla tietojärjestelmistä ja niistä valittiin tutkimuskysymykseen liittyvät asiat. Tässä tutkimuksessa luotettavuuden tarkastelussa otettiin huomioon se, että tutkimuksessa käytettyjä tilastokirjauksia olivat tehneet useat eri henkilöt. Luotettavuuteen vaikuttaa, kuinka oikein työntekijät olivat tutkimuksessa käytettävät tiedot tietojärjestelmiin kirjanneet. Kirjaaminen oli työntekijöille päivittäistä, joka vähensi virhekirjauksia.

RAI Screener-arvioinnista saatuja tuloksia voitiin vain yleisellä tasolla tarkastella, eikä niistä saatu luotettavasti kotikuntoutusasiakkaiden toimintakyvyn muutoksesta tietoa. Tuloksissa ei siis ollut eriteltyä ennen kotikuntoutusjaksoa ja sen

jälkeen tehtyjä arviointeja. Näin ollen ei voitu tietää, mikä vaikutus kotikuntoutusjaksolla oli ollut asiakkaiden toimintakykyyn, millainen se oli ennen jaksoa ja sen jälkeen.

Tieteellisen toiminnan keskiössä on tutkimusten eettisyys. Tutkimuseetiikalla pyritään vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita tutkimuksissa tulee noudattaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.) Tutkimuseettinen neuvottelukunta on hyvän tieteellisen käytännön edistäjä ja tieteellisen epärehellisuuden ennaltaehkäisijä. Tieteelliset tutkimukset tulee suorittaa hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, jotta tutkimus on eettisesti hyväksyttävä ja luotettava ja sen tuloksia voidaan pitää uskottavina. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 4, 6.)

Tutkimuksen eettisyyteen vaikuttaa tutkijan kiinnostus uuttaa informaatiota kohtaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172). Opinnäytetyön tekijällä oli aiheeseen kiinnostus ja aihe valittiin tekijän kiinnostuksen mukaisesti. Tekijä kysyi Oulun kaupungin kotikuntoutuksen kehitystarvetta. Opinnäytetyön tekijällä ei ollut henkilökohtaisia sidonnaisuuksia toimeksiantajaan. Näin ollen tutkimusta tarkasteltiin objektiivisesta näkökulmasta, joka puolestaan vaikutti tutkimuksen luotettavuuteen. Tarkempi tarkoitus ja tavoite tuli toimeksiantajalta, jolloin opinnäytetyö vastaa heidän kehitystarpeeseensa. Tarkoitusta ja tavoitetta miettiessä, otettiin kuitenkin huomioon tekijän kiinnostus kvantitatiivisen tutkimuksen tekemiseen. Tutkimuslupa haettiin Oulun kaupungilta ja lisäksi heidän kanssaan tehtiin toimeksiantositoumus. Tutkimuslupa myönnettiin hakijalle (liite 1).

Tietosuoja ja luottamuksellisuus huomioitiin koko tutkimusprosessin aikana. Aineistona käytettiin tilastollista tietoa, joten asiakkaiden henkilöllisyys ei tullut missään vaiheessa tutkijan tietoon. Aineisto poimittiin Oulun kaupungin hyvinvointipalveluissa työskentelevän palveluesimiehen toimesta ja se toimitettiin opinnäytetyön tekijälle anonymisoituna. Näin ollen tiedot käsiteltiin kokonaiskuvana, eikä yksittäisten asiakkaiden tasolla. Tutkimusaineisto oli ainoastaan tutkijan käytävissä, eikä siihen ollut pääsyä ulkopuolisilla. Tutkimusaineisto hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyön tuloksia kirjoittaessa vältettiin ilmaisutapoja, jotka ovat loukkaavia tai epäkunnioittavia. (Vilkkä 2007, 164.)

Hyvä tieteellinen käytäntö liittyy myös tiedonhankintaan, sillä hankitun tiedon tulee perustua tieteelliseen kirjallisuuteen. (Vilkkä 2015, 27.) Opinnäytetyön tietoperustaa varten haettiin aiheeseen liittyviä tutkimuksia alan tietokannoista. Tutkimuksista valittiin aihetta käsittelevät tutkimukset, joissa oli kotihoitoon liittyvää kotikuntoutusta. Muun muassa ryhmämuotoista kuntoutusta tutkineet artikkelit jätettiin aineistosta pois.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita hyvään tieteelliseen käytäntöön ja sen loukkausepäilyjen käsittelemiseen Suomessa noudatettiin työtä tehtäessä. Opinnäytetyötä tehdessä noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta niin tulosten tallentamisessa ja esittämisessä kuin tulosten arvioinnissa, mikä kuuluu tiedeyhteisön tunnustamiin toimintatapoihin. Opinnäytetyön tulokset raportoitiin avoimesti ja vastuullisesti. Muiden tutkijoiden töiden kunnioitus on tärkeää ja se huomioitiin työtä tehtäessä. Heidän julkaisuihinsa viitattiin tarkasti niitä lähteenä käytettäessä. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus, raportointi ja syntyneet tietoaineistot tallennettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

LÄHTEET

- Bauer, A., Fernandez, J.-L., Henderson, C., Wittenberg, R. & Knapp, M. 2019. Cost-minimisation analysis of home care reablement for older people in England: A modelling study. *Health Soc Care Community*. 2019: 27:1241–1250. DOI: 10.1111/hsc.12756.
- Beresford, B., Mayhew, E., Duarte, A., Faria, R., Weatherly, H., Mann, R., Parker, G., As-pinal, F. & Kanaan, M. 2019a. Outcomes of reablement and their measurement: Findings from an evaluation of English reablement services. *Health Soc Care Community*. 2019: 27: 1438–1450. DOI: 10.1111/hsc.12814.
- Beresford, B., Mann, R., Parker, G., Kanaan, M., Faria, R., Rabiee, P., Weatherly, H., Clarke, S., Mayhew, E., Duarte, A., Laver-Fawcett, A. & Aspinal, F. 2019b. Reablement services for people at risk of needing social care: the MoRe mixed-methods evaluation. *Health services and delivery research* 2019:7:16. DOI:10.3310/hsdr07160
- Burton, E., Lewin, G., Clemson, L. & Boldy, D. 2013. Effectiveness of a lifestyle exercise program for older people receiving a restorative home care service: a pragmatic rando-mized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*. 2013:8, 1591–1601. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S44614>.
- Eliassen, M., Henriksen, N. & Moe, S. 2018. The practice of support personnel, supervised by physiotherapists, in Norwegian reablement services. *Physiother Res Int*. 2019:24: e1754. DOI: 10.1002/pri.1754.
- Forss, J. 2015. Kotikuntoutus – pienin askelin käytäntöön. Essote. ESSO-hanke. Viitattu 30.7.2020. <https://www.essote.fi/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/liite-37-toimintamalli-kotikuntoutus.pdf>.
- Gill, T., Baker, D., Gottschalk, M., Peduzzi, P., Allore, H. & Byers, A. 2002. A program to prevent functional decline in physical frail, elderly persons who live at home. *The New England Journal of Medicine* 2002; 347 (14): 1068–1074.
- Groop, J. 2014. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Projektin julkaisu nro 1.
- Gustafsson, L.-K., Östlund, G., Zander, V., Elfström, M. L. & Anbäcken, E.-M. 2019. 'Best fit' caring skills of an interprofessional team in short-term goal-directed reablement: older adults' perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019; 33; 498–506. doi: 10.1111/scs.12650.
- Hannikainen, K. 2018. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalouden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Suomen

sosiaalinen tila 1/2018. Viitattu 26.11.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136061/URN_ISBN_978-952-343-067-9.pdf?sequence=1

- Hattori, S., Yoshida, T., Okumura, Y. & Kondo, K. 2019. Effects of Reablement on the Independence of Community-Dwelling Older Adults with Mild Disability: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019:16, 3954. Doi:10.3390/ijerph16203954.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Jokstad, K., Skovdahl, K., Landmark, B. & Haukelien, H. 2018. Ideal and reality; Community healthcare professionals' experiences of user-involvement in reablement. *Health Soc Care Community*. 2019; 27: 907–916. DOI: 10.1111/hsc.12708
- Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia, 131. Tampere. Viitattu 4.8.2020. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135650/Tutkimuksia131.pdf?sequence>.
- Kerminen, H., Jäppinen, A-M., Kiviniemi, K., Tikkanen, P. & Havulinna, S. 2019. Iäkkäiden henkilöiden lyhytaikaiseen sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn arviointi kuntoutumisen käynnistäjänä. Toimia-tietokanta. Terveysportti. Viitattu 14.11.2020. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>.
- Kjerstad, E. & Tuntland, H. K. 2016. Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Economics Review*, 2016:15. DOI 10.1186/s13561-016-0092-8.
- Käsmä, T. & Teerikangas, M. 2018. Oulun kotikuntoutus -pilotin arviointi. Kehittämistehtävä. Oulun ammattikorkeakoulu.
- Käypä hoito 2020. Ikääntyneiden ravitsemus, lihavuus ja laihdutus – yleisiä näkökohtia. Duodecim. Viitattu 12.11.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nix02720>.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980.
- Lehmus, 2016. Kotikuntoutuksen kehittämisen vaiheet Eksotessa 2010–2016. Teoksessa kotikuntoutuksen käyttöönoton käsikirja. Toim. Tiina Timperi. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri. Lappeenranta. Viitattu 7.8.2020. <https://docplayer.fi/25785548-Kotikuntoutuksen-kayttoonoton-kasikirja-osallisuutta-ikaihmissen-arkeen-ja-kotihoitoon-etela-karjalan-sosiaali-ja-terveyspiiri.html>.
- Lewin, G. F., Alfonso, H. S. & Alan, J. J. 2013. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. *Clinical Interventions in Aging*. 2013:8 1273–1281. DOI 10.2147/CIA.S49164.

- Luoma, M-L., Vaara, M., Röberg, M., Mukkila, S. & Mäki, J. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Tampere: Juvenes print. Teoksessa A. Pikkarainen, M. Vaara & U. Salmelainen (toim.) Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki, Kelan tutkimusosasto. Viitattu 9.9.2020. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42029/IKKU.pdf?sequence=20&isAllowed=y>.
- Mamia, T. 2005. SPSS –alkeisopas. Statistical Package for Social Sciences. Tampereen yliopisto. Viitattu 10.8.2020. http://groups.jyu.fi/sporticus/lahteet/LAHDE24_spss.pdf.
- Metsämuuronen, J. 2002. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 1. painos. Helsinki: Methelp Ky.
- Noro, A. & Karppanen, S. 2019. Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018. Tuloksia ja toimintamalleja. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:29. Viitattu 26.7.2020. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161532/29_2019_Ikaihmissenprosenttia20kotihoidonprosenttia20japrozenttia20kaikenikaistenprosenttia20omaishoidonprosenttia20uudistusprosenttia2020162018.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Oulun ammattikorkeakoulu 2020. Hankkeen tulokset. Viitattu 16.9.2020. <https://www.oamk.fi/c5/fi/tutkimus-ja-kehitys/hankkeet/arki-lahemmas-toeuttaminen/>.
- Oulun kaupunginvaltuusto 2017. Laaja hyvinvointikertomus 2017–2021. Viitattu 2.1.2020. <https://www.ouka.fi/documents/52058/1408043/Hyvinvointikertomus+2017-2021/d64746a4-2ce5-4ae0-a9ef-2e73c89cde7e>.
- Oulun yliopisto 2019. Tutkimusprojektit. Viitattu 15.9.2020. <https://www.oulu.fi/tuotantotalous/tutkimus/tutkimusprojektit>.
- Paltamaa, J., Pikkarainen, A. & Janhunen, E. 2018. Keski-Suomen kotikuntoutuskokeilun tulokset ja suositukset. Kukoistava kotihoito -hankkeen osaraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161256/R_52_2018_Kuntoutusko-kei_korj.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Parsons, G. M., Sheridan, N., Rouse, P., Robinson, E. & Connolly, M. 2013. A Randomized Controlled Trial to Determine the Effect of a Model of Restorative Home Care on Physical Function and Social Support Among Older People. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2013:94, 1015–1022. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2013.02.003>.
- Peiponen, A., Kristensen M., Arvo, T., Tolkki, P., Pekkanen. M. & Kara, H. 2016. Kotikuntoutuksen toimintamalli Helsingissä. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston tutkimuksia ja raportteja 3/2016. Viitattu 29.7.2020. <https://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/kotikuntoutus-loppuraportti-160422.pdf>.
- Pitkälä, K. 2005. Kuntoutukseen sitoutumisen merkitys. Teoksessa K. Pitkälä, N. Savikko & P. Routasalo (toim.) Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen

kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Vanhustyön keskusliitto. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 33–40.

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2018a. Kotikuntoutus. Viitattu 13.9.2020. <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/kotikuntoutus>.

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2018b. Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen Lapissa. Toimivan kotihoidon käsikirja. Viitattu 14.9.2020. <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/hankkeen-tulokset/toimiva-kotihoito-lappiin/kasikirja>.

Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus 2018c. Lapin kotikuntoutuksen malli. Viitattu 14.9.2020. <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/hankkeen-tulokset/toimiva-kotihoito-lappiin/hankkeen-tulokset/kotikuntoutuksen-malli>.

Rahikka, A. 2017. Yhteistoiminnallinen kehittäminen ikääntyneiden kuntoutuksessa. *Gerontologia* 2017:3. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/63176/26678>.

Raisoft 2013. RAI Screener Oulu. Mittarikäsikirja. Viitattu 27.9.2020. <https://docplayer.fi/104995562-Rai-screener-oulu-mittarikasikirja.html>.

Seluska, A. & Seppänen, H-M. 2019. Asiakkaiden kokemuksia Oulun kaupungin kotikuntoutuspilotista. Asiakslähtöisyyden toteutuminen kotikuntoutusjaksoilla. Oulun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Sinkkonen, J. 2017. Voimavarojen tukemisella vaikuttavuutta kotona asumiseen. *Memo: muistisairaiden ihmisten hoidon ammattilehti* 3/2017, 19–20. Viitattu 3.1.2020. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=397&issue=2017-03>.

Sinkkonen, J. & Palmu, T. 2016. Intensiivisellä tuella kohti itsenäisempää asumista. Järvenpään kaupunki. Kehittämistyön artikkeli 1/2016. <https://docplayer.fi/40504727-Johanna-sinkkonen-tiina-palmu-jarvenpaan-kaupunki.html>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Helsinki. Viitattu 3.1.2020. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2017b. Kuntoutuksen uudistamiskomitea. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:41. Helsinki. Viitattu 27.7.2020. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160273/RAP2017_41.pdf.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023. Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020/29.

- Sotkanet 2015. Muistisairaat asiakkaat säännöllisessä kotihoidossa 30.11., prosenttia asiakkaista. Viitattu 17.9.2020. https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_b1BwA=®ion=s07MtDYpjjcBAA==&year=sy4rAwA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201911131146.
- Slater, P. & Hasson, F. 2018. An evaluation of the reablement service programme on physical ability, care needs and care plan packages. *Journal of Integrated Care*. <https://doi.org/10.1108/JICA-11-2017-0042>.
- Stenholm, S., Punakallio, A. & Valkeinen, H. 2013. Käden puristusvoima. Toimia-tietokanta. Terveysportti. Viitattu 14.11.2020. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>.
- Suomen fysioterapeutit 2019. Ikääntyvien kotikuntoutus. Viitattu 30.12.2019. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammatin-kehittaminen/ikaantyyvien-kotikuntoutus/>.
- Teerikangas, M. 2020a. Kotikuntoutusjakson toimintakäytäntöjä. Oulun kaupunki. Palveluesimies. Powerpoint-esitys 2020.
- Teerikangas M. 2020b. Oulun kaupunki. Palveluesimies. Puhelinkeskustelu 20.1.2020.
- Tepponen, M., Viitikko, T., Lehmus, R., Heikkilä, H., Nurmiainen, S., Nummela, T., Suhola, T., Länsivuori, K., Lehtonen, M., Kaljunen, L., Kapulainen, K., Kanerva, J., Immonen, M., Koivuniemi, J., Mitikka, M., Vidén, M., Klemola, K., Villikka, M., Majoinen, V., Vaittinen, P., Helminen, K., Laasonen, K. & Behm, M-M. 2017. Uudistuva palvelukokonaisuus—kuntouttava kotihoito ja asiakaslähtöinen kotona asumisen tuki. Kuntouttavat toimintamallit iäkkäiden palveluissa (TEAS) -hankkeen loppuraportti. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 68/2017.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018a. Tutustu RAI-vertailukehittämiseen. Viitattu 23.2.2020. <https://www.slideshare.net/THLfi/raiesittely>.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018b. Vanhuspalvelujen tila, kuntakysely 2018, THL. Viitattu 7.9.2020. <https://www.slideshare.net/THLfi/vanhuspalvelujen-tila-2018>.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2019. Toimintakyvyn arviointi. Viitattu 14.11.2020. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi>.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020a. LTC EasyRAlder - vertailumittarien selitteet. Viitattu 12.11.2020. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-vertailutietokannat/rai-vertailutiedon-selitteet/ltc-easyraider-vertailumittarien-selitteet>.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020b. Mitä toimintakyky on? Viitattu 18.8.2020. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020c. Muuttuvat vanhuspalvelut. Viitattu 9.11.2020. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut>.

- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020d. Tietoa RAI-järjestelmästä. Viitattu 23.2.2020. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020e. Toimintakyvyn ylläpitäminen. Viitattu 18.8.2020. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/toimintakyvyn-yllapitaminen>.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2020f. Uusi suositus iäkkäiden toimintakyvyn arviointiin palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä. Viitattu 14.11.2020. <https://thl.fi/fi/-/uusi-suositus-iakkaiden-toimintakyvyn-arviointiin-palvelutarpeiden-selvittamisen-yhteydessa>.
- Tessier, A., Beaulieu, M-D., McGinn, C. & Latulippe, R. 2016. Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthcare policy*. Vol. 11, No 4. 49–59.
- Tieto 2020. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. Viitattu 16.5.2020. <https://www.tieto.com/fi/toimialat/sosiaali-ja-terveydenhuolto/terveydenhuolto/perusterveydenhuolto-ja-erikoissairaanhoido/>.
- Tilastokeskus 2019. Syntyvyyden lasku heijastuu alueiden tulevaan väestökehitykseen 2019. Viitattu 29.12.2019. https://www.stat.fi/til/vaenn/2019/vaenn_2019_2019-09-30_tie_001_fi.html.
- Tinetti, M.E., Baker, D., Gallo W.T., Nanda A, Charpentier P. & O'Leary J. 2002. Evaluation of Restorative Care vs Usual Care for Older Adults Receiving an Acute Episode of Home Care. *JAMA*. 2002;287(16):2098–2105. doi:10.1001/jama.287.16.2098.
- Turunen, K., Aaltonen, L., Kumpumäki, J., Portegijs, E., Keikkala, S., Kinnunen, M-L., Finni, T., Sipilä, S. & Nikander, R. 2017. A tailored counseling and home-based rehabilitation program to increase physical activity and improve mobility among community-dwelling older people after hospitalization: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 18:477 Viitattu 2.1.2020. DOI 10.1186/s12891-017-1825-5.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 2020. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
- Valkeinen, H., Stenholm, S., Sainio, P., Pajala, S. & Vaara, M. 2014. SPPB, Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö. Toimia-tietokanta. Terveysportti. Viitattu 14.11.2020. <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>.
- Valtioneuvosto 2019a. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, sosiaalisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. Helsinki. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:31. Viitattu 8.10.2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161931/VN_2019_31.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Valtioneuvosto 2019b. Suomi on entistä tasa-arvoisempi ja yhdenvertaisempi maa, jossa luottamus lisääntyy ja jokainen ihminen on arvokas. Viitattu

29.12.2019. <https://valtioneuvosto.fi/rinteen-hallitus/hallitusohjelma/oikeudenmukainen-yhdenvertainen-ja-mukaan-ottava-suomi>.

Valvira 2020. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2020–2023. Helsinki. Valvontaohjelmia 1:2020.

Vega-Ramírez, F., López-Liria, R., Granados-Gámez, G, Aguilar-Parra, J. & Padilla-Góngora, D. 2017. Analysis of home-based rehabilitation in patients with motor impairment in primary care: a prospective observational study. *BMC Geriatrics* 2017, 17:145. DOI 10.1186/s12877-017-0526-0.

Vermeulen, J., Neyens, J., van Rossum, E., Spreeuwenberg, M. & de Witte, L. 2011. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators. A systematic review. *BMC Geriatrics* 2011; 11: 33. Doi:10.1186/1471-2318-11-33.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-Kustannus.

Vähäkangas, P. 2014. Oulu Screener 1.1 toimintakyvyn ja palvelutarpeen selvittämisen apuna. Viitattu 28.3.2020. http://www.sosiaalikallega.fi/poske/tapahumat/vanhustyon-seminaari-2-3-9-2014-esitykset/020914_rovaniemi_pvhkangas.pdf.

Vähäkangas, P., Niemelä, K., Mäkelä, M. & Noro, A. 2017. Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen. RAI-tunnuslukuja hyödyntäen. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 13/2017. Tampere. Viitattu 18.10.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135810/URN_ISBN_978-952-302-981-1.pdf.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupapäätös



Oulun kaupunki
Vanhustyönjohtaja

Hyvinvointipalvelut
Ikäihmisten hyvinvointi

Tutkimuslupapäätös § 37/2020

25.06.2020 OUKA/5716/07.01.04.02/2020

Asia

Tutkimuslupa, Oulun kaupungin tietojärjestelmissä olevasta aineistosta tiedon kokoaminen kotikuntoutuksen kehittämistyötä varten

Asianosainen

Tainio Anna-Maria

Selostus asiasta

Tutkimuksen nimi:

Opinnäytetyö: Oulun kaupungin tietojärjestelmissä olevasta aineistosta tiedon kokoaminen kotikuntoutuksen kehittämistyötä varten

Tutkimuksen kuvaus:

Opinnäytetyön tarkoituksena on muodostaa Oulun kaupungin käytössä olevien aineistojen perusteella kokonaiskuva kotikuntoutuksen toteutuksesta ja vaikuttavuudesta sekä tuoda esille mahdollisen uuden tiedon tarpeet kotikuntoutuksen vaikuttavuuden arvioimiseksi.

Tavoitteena on tuoda lisätietoa Oulun kaupungin kehittämistyöhön kotikuntoutuksen vaikutusten seurantaan. Opinnäytetyön pohjalta kotikuntoutuksessa pystytään jatkossa kiinnittämään huomiota aineistosta esille nouseviin tekijöihin.

Tutkimus toteutetaan tietokantapöiminnöillä tietokannasta Effica ja RAI Screener -järjestelmistä ja menetelmä tilastoanalyysi SPSS ohjelmalla. Asiakkaiden henkilötiedot eivät ole tutkijan tiedossa vaan ne toimitetaan tutkijalle anonymisointuna.

Päätös perusteluineen

Päätän myöntää tutkimusluvan opinnäytetyötä varten Lapin ammattikorkeakoulussa Fysioterapeutin ylempää AMK-tutkintoa suorittavalle Anna-Maria Tainiolle liitteenä olevan tutkimuslupahakemuksen ja tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Tutkimusluvan yhdys henkilön toimii Oulun kaupungin, Ikäihmisten hyvinvoinnin, Kotona asumisen tuen palvelujen palvelupäällikkö [REDACTED] ja kotikuntoutuksen vs. palveluesimies [REDACTED].

Tutkimuksen valmistuttua tulee tutkimus tai tutkimuksen linkki lähettää Oulun kaupungin kirjaamoon.

Allekirjoitus



Oulun kaupunki
Vanhustyönjohtaja

Tutkimuslupapäätös § 37/2020

Hyvinvointipalvelut
Ikäihmisten hyvinvointi

25.06.2020

OUKA/5716/07.01.04.02/2020

Vanhustyönjohtaja
puh.

Valmistelija ja puh. puh.

Ilmoitus otto-oikeutetulle viranomaiselle

Ei Kyllä

Otto-oikeusviranomainen: Hyvinvointilautakunta