

Kotiin vietävät kuntoutuspalvelut Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alu- eella

Johanna Vuorinen

Opinnäytetyö
Helmikuu 2021
Terveys- ja hyvinvointialat
Kuntoutuksen ohjaaja (AMK)

Tekijä(t) Vuorinen, Johanna	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 2/2021
	Sivumäärä 47	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Kotiin vietävät kuntoutuspalvelut Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella		
Tutkinto-ohjelma Kuntoutuksen ohjaaja		
Työn ohjaaja(t) Anja Tanttu, Kaisa Lällä		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri		
Tiivistelmä <p>Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on Kukoistava kotihoito -hankkeen myötä kehitetty myös kotiin vietäviä kuntoutuspalveluista. Palveluiden nykytilanteesta ei ole selkeää kuvaa. Sosiaali- ja terveysministeriö on lausunnoissaan painottanut ikäihmisten kotiin vietävien kuntoutuspalveluiden tärkeyttä. Tavoitteena oli selvittää, millaista kotikuntoutusta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kunnissa on tarjolla ja millaisin resurssein sitä tuotetaan. Tarkoitus oli tuottaa materiaalia sairaanhoitopiirin Vuodeosastopotilaiden palveluohjauksen malli maakunnassa -hankkeeseen tältä osin.</p> <p>Tutkimus toteutettiin Webropol -kyselynä, joka lähetettiin kuntien kotihoidosta vastaaville henkilöille. Vastauksia kyselyyn saatiin kaikkiaan kahdeksasta Keski-Suomen kunnasta.</p> <p>Tuloksista käy ilmi, että kaikissa kunnissa on tarjolla kotikuntoutuspalveluita, mutta kuntoutusalan ammattilaisten määrä kotihoidon palveluksessa on vähäistä. Kukoistava kotihoito -hankkeen toimintamallit toimivat kunnissa osittain. Missään kunnassa ei toimintamalli toteudu kokonaisuudessaan. Myös kotihoidon hoitajien osaamisessa ja kuntouttavalle työlle varatussa ajassa on suuria vaihteluita kuntien välillä.</p> <p>Vastauksien vähäisen määrän vuoksi koko sairaanhoitopiirin kattavaa näkemystä ei saatu, mutta saadut vastaukset olivat saman suuntaisia. Muutamassa kunnassa kotikuntoutustoiminta on saatu hyvin vauhtiin. Osassa kuntia kehittämistä on kuitenkin selkeän kotikuntoutus -toimintamallin haltuun otossa niin kuntoutuksen ammattilaisten hyödyntämisessä kuin lähihoitajien kuntouttavan työotteen juurruttamisessa osaksi työtä. Myös kuntoutustyön kirjausmenetelmät vaatisivat kehittämistä.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Kotikuntoutus, arkikuntoutus, etäkuntoutus, kotiin vietävät kuntoutuspalvelut, kuntoutus, kotihoito		
Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Vuorinen, Johanna	Type of publication Bachelor's thesis	Date 2/2021
	Number of pages 47	Language of publication: Finnish
		Permission for web publication: X
Title of publication Home rehabilitation services in Central Finland hospital district.		
Degree programme Rehabilitation councillor		
Supervisor(s) Tanttu, Anja, Lällä, Kaisa		
Assigned by Keski-Suomen sairaanhoitopiiri		
<p>Abstract</p> <p>Home rehabilitation was one part of Kukoistava kotihoito -project for reforming the rehabilitation services in elderly people in Central Finland area. Home rehabilitation services has also been one of main topics of the Ministry of Social Affairs and Health in Finland. The situation in municipalities according to home rehabilitation services has not been clear for the Central Finland hospital district. The task was to find out what kind of home rehabilitation services there are and with what kind of personnel it has been provided.</p> <p>Webropol -questionnaire was sent to the home care managers of the municipals. Responses came from eight municipals.</p> <p>The results show that the municipals are in different levels doing the home rehabilitation. The rate of the use of rehabilitation professionals is low. The upcoming of Kukoistava kotihoito -project in only partly used in the municipals. Also, the results show that the rehabilitation skills of the home care practical nurses could be better. It is also shown that the practical nurses have a busy schedule and often do not have time to support the client's performance.</p> <p>With only eight responses the district wide summary was not possible. But the responses had same ideas. In a few municipals the home rehabilitation has started well, and they have had good experiences. In most of the municipals there are still work to do with using the rehabilitation professionals more effectively and also to change the practical nurses work from the traditional to more rehabilitative.</p>		
Keywords (subjects) Rehabilitation, reablement, home rehabilitation, telerehabilitation		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Kotikuntoutuksen kehitystyön lähtökohdat	3
2	Teoreettiset lähtökohdat	5
2.1	Tiedonhankinta.....	5
2.2	Etäkuntoutus	8
2.3	Kotikuntoutus	9
2.3.1	Kotikuntoutus Pohjoismaissa	10
2.3.2	Kotikuntoutuksen vaikuttavuus.....	11
2.4	Kotikuntoutuksen toimintamalleja Suomessa	13
2.5	Kukoistava kotihoito.....	15
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	17
4	Opinnäytetyön toteutus	17
4.1	Tutkimusmenetelmät ja aineiston keruu	17
4.2	Analyysi.....	20
5	Tulokset	21
6	Pohdinta.....	28
6.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	28
6.2	Keskeisten tulosten pohdinta.....	31
6.3	Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset.....	34
	Lähteet	36
	Liitteet.....	40
	Liite 1 Saatekirje.....	40
	Liite 2 Webropol-kysely	43

Kuviot

Kuvio 1	Kuntoutuksen sitoutuminen Kukoistava kotihoito -malliin.	22
Kuvio 2	Kuntoutusjaksojen toteutusmallit.....	24
Kuvio 3	Kuntoutuksen toteutuminen asiakkaan kotona.....	25
Kuvio 4	Kuntouttavan hoitotyön sisältö.....	26

Kuvio 5 Kotihoidon lähihoitajien osaaminen ja kuntouttavalle työlle varattu aika.....27

Taulukot

Taulukko 1. Tietokantahaun tulokset.....6

Taulukko 2 Kuntouttava henkilöstö kunnissa suhteessa yli 64 -vuotiaisiin kuntalaisiin.
.....23

1 Kotikuntoutuksen kehitystyön lähtökohdat

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella on toteutettu Kukoistava kotihoito -hanke, jonka tarkoituksena on ollut kehittää alueen kotihoitoa ja -kuntoutusta. Hanke päättyi vuonna 2018. Vuonna 2019 on aloitettu Vuodeosastopotilaiden palveluohjauksen malli maakunnassa -hanke, jossa selvitetään keskussairaalaan kotiutumista suoraan kotiin kulkematta oman terveysaseman vuodeosaston kautta. Hankkeeseen on selvitetty kuntien terveysasemien vuodeosastojen kuntoutusresurssit, mutta kotiin vietävien palveluiden järjestämisen tilannetta ei tarkalleen tiedetä.

Valtion tasolla kotiin vietävät palvelut on nostettu yhdeksi tärkeäksi kokonaisuudeksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa ”Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi” todetaan, että suomalaisessa vanhuspolitiikassa kotona-asumisen ensisijaisuus on keskiössä, vaikka ikääntynyt tarvitseekin säännöllistä tukea ja palvelua. Kotona-asumisen mahdollistamiseksi tarvitaan kuitenkin toimivaa ennaltaehkäisevää ja toimintakykyä ylläpitävää toimintaa, arkikuntoutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 12.)

Suomessa 65 -vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli vuonna 2018 oli noin 20 prosenttia ja vuonna 2030 osuus voi olla jo noin 26 prosenttia eli 1,5 miljoonaa. Myös yli 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmien osuus väestöstä kasvaa. Vuonna 2030 isossa osassa kunnista vähintään joka neljäs asukas on 75 vuotta täyttänyt tai vanhempi. Vastaavasti työikäisten määrä vähenee ja työurat pidentyvät. Vuonna 2018 väestötasolla 75 prosenttia vähintään 75 vuotta täyttäneestä ja 50 prosenttia vähintään 85 vuotta täyttäneestä ei vielä tarvitse säännöllisiä palveluita. Laskennallisesti 10 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista kerryttää 81 prosenttia kokonaiskustannuksista. Tästä joukosta 38 prosenttia oli sosiaali- ja terveydenhuollon sekä lyhytaikaisia että pitkäaikaisia palveluja käyttäviä iäkkäitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 14-15, 17.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa todetaan, että asiakaslähtöisen ajattelun tulee ohjata palvelujen tuottamista. Tällä tarkoitetaan sitä, että hoito ja palvelut ovat

asiakkaan tarpeita vastaavia, helppokäyttöisiä, lähellä olevia ja kestävästä hoito- ja palvelusuhdetta tukevia. Toiminnassa tulee huomioida, että asiakas on aidosti osallinen ja hänen mielipidettään on kuultava palvelun toteutuksessa. Palvelussa huomiota on kiinnitettävä asiakkaan toimintakyvyn ylläpysymiseen ja kuntoutumiseen sekä turvalliseen lääkehoitoon, sillä säännöllisten palvelujen piirissä olevilla iäkkäillä asiakkailla toimintakyvyn laskuun on suuri riski. Julkaisun suosituksissa todetaan, että palvelujen toteutus jakautuu palvelujen järjestäjille ja tuottajille, jotka vastaavat siitä, että iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeiden mukaisia palveluja on saatavilla ja että asiakkaiden palvelut muodostavat toimivan kokonaisuuden. Palvelujen järjestäjien tehtävänä on myös huolehtia siitä, että iäkkäiden asiakkaiden kuntoutustarve arvioidaan erityisesti siirtymävaiheissa sekä palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä ennen päätöstä säännöllisen palveluiden aloittamisesta (kuntouttavat arviointijaksot). Kuntoutus tulisi toteuttaa ensisijaisesti asiakkaan kotona hyödyntäen etäkuntoutuksen mahdollisuutta ja kuntoutusalan ammattilaisten asiantuntijuutta”. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, 43-46.)

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2016 komitean, jonka tehtävänä oli valmistella kuntoutusjärjestelmän uudistamista kokonaisvaltaisesti. ”Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020-2022” julkaistiin joulukuussa 2020 ja siinä muun muassa todetaan kotikuntoutuksen järjestäminen eri toimijoiden yhteistyönä. Kotikuntoutuksen tulisi olla kokonaisvaltaista ja tukea asiakkaan arjen toimintoja. Ammattilaisten voimavaralähtöinen ja kuntouttava ote hoito- ja kuntoutustyössä on nostettu merkittäväksi tekijäksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b, 63.)

Kukoistava kotihoito -hankkeessa kehitettiin kuntoutuspalveluita kotihoidon rinnalle (Kukoistava kotihoito 2018, 4-6), mutta hankkeen päätyttyä tulosten ja toimintojen yhtenäisen, koko sairaanhoitopiirin alueen kattava seuranta on jäänyt vähäiseksi. Vuodeosastopotilaiden palveluohjauksen malli maakunnassa -hankkeen seuraavassa vaiheessa on tarkoitus selvittää, miten kotikuntoutusta on järjestetty Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen kunnissa ja miten Kukoistava kotihoito -hankkeen toimintamallit ovat jääneet elämään.

Opinnäytetyön toimeksianto on saatu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Vuodeosastopotilaiden palveluohjauksen malli maakunnassa-hankkeesta.

Tässä opinnäytetyössä käytetään kotiin vietävistä kuntoutuspalveluista termiä kotikuntoutus riippumatta siitä, onko palvelu osa kotihoitoa vai erillinen, oma yksikönsä.

2 Teoreettiset lähtökohdat

Kotiin vietävistä kuntoutuspalveluista käytetään kirjallisuudessa ja tutkimuksissa termejä kotikuntoutus, arkikuntoutus ja lähikuntoutus. Lisäksi käsitteeseen liittyy vahvasti myös etäkuntoutus. Termeistä lähikuntoutus on vastine etäkuntoutukselle ja käsittää ajatuksen siitä, että kuntoutus toteutetaan kosketuksessa asiakkaan kanssa. Kuntoutus ei siis välttämättä toteudu asiakkaan kotona. Arkikuntoutus taas tähtää omassa kodissa asumiseen turvallisesti luoden asiakkaalle osallisuuden kokemuksen sekä oman elämän hallinnan tunteen. Kuntoutus kietoutuu asiakkaan arkeen ja pyrkimyksenä on soveltaa kuntoutus osaksi asiakkaan arjen toimintoja. Arkikuntoutus voi toteutua laajasti asiakkaan arjessa niin kotona, asioinneilla kuin työpaikallakin. Kotikuntoutus taas rinnastetaan yleensä perinteiseen kotihoidon tuottamaan palveluun ja kuntoutuksen ajatellaan sijoittuvan akuuttivaiheeseen, esimerkiksi sairaalasta kotiutumisen yhteydessä. (Pikkarainen 2017.)

KELA määrittää etäkuntoutuksen erilaisten etäteknologiaa (puhelinta, matkapuhelinta, tietokonetta ml. tablettitietokoneet, puhelimen ja tietokoneen yhteiskäyttöä sekä televisiosovelluksia) hyödyntävien sovellusten tavoitteellisena käyttönä kuntoutuksessa. (Salminen, Hiekkala & Stenberg 2016, 11.)

Hakusanoina on käytetty termejä: kotikuntoutus, arkikuntoutus, etäkuntoutus, reablement, home rehabilitation, telerehabilitation.

2.1 Tiedonhankinta

Taulukossa 1 on nähtävillä opinnäytetyön aihepiiristä tehtyjen hakujen tulokset. Kotikuntoutuksesta ja arkikuntoutuksesta on tehty useita opinnäytetöitä, jotka toimivat

pohjana tälle opinnäytetyölle. Myös etäkuntoutuksesta on tehty laajasti opinnäytetöitä, joissa todetaan etäkuntoutuksen olevan vaikuttavaa ja sitä voidaan hyödyntää kuntoutuksessa. Käytetyillä hakuehdoilla ei hakupalveluista löydy tutkimuksia etäkuntoutuksesta.

Taulukko 1. Tietokantahaun tulokset

Hakupalvelu	Hakulauseke	Tuloksia kpl	Rajaus	Tuloksia kpl	Relevantteja
Finna.fi	kotikuntoutus	3772	NOT mielen-terveys, laps*, nuor*; 2010-2021; opin-näyte; Nimeke	112	<p>Maho, P. 2019. Ikääntyvän kotikuntoutus.</p> <p>Koivikko, M. & Latvala, S. 2017. Kuntoutusosastolta kotiin: ikäihmisen kotiutuksen sujuminen kotihoiton turvin</p> <p>Kainulainen, S. & Karppinen, T. 2017. Kotikuntoutusmallin kehittäminen Kiteen kotihoitolle.</p> <p>Tarkkinen, K. 2019. Tehostetun kotikuntoutuksen vaikutus asiakkaan toimintakykyyn ja elämänlaatuun: Lohjan tehostetun kotikuntoutuksen pilottihanke.</p> <p>Ruoti, M. 2014. Ikääntyvien kotikuntoutuksen vaikuttavuus ja kuntoutujien kokemukset.</p> <p>Rajala, M. 2016. Moniammatillinen kotikuntoutusmalli Porin perusturvan kotihoitoon.</p> <p>Ojala, S. 2018. Tehostetun kotikuntoutuksen vaikutus ikääntyneiden fyysiseen aktiivisuuteen ja toimintakykyyn sairaalajakson jälkeen.</p>
Finna.fi	Arkikuntoutus	2344	NOT mielen-terveys, laps*, nuor*; 2010-2021; opin-näyte; Nimeke	28	<p>Hallström, K. 2019. Arkikuntoutus kotihoitossa.</p>
Finna.fi	Etäkuntoutus	242	2010-2021; opinnäyte	107	<p>Lindgrén, M. 2019. Etäkuntoutus kuntoutujan tukena.</p> <p>Aarnioja, A-P. 2019. Etäkuntoutus ikäihmisten hoitotyön tukimuotona.</p>

					<p>Karppi, M. 2011. Interaktiivinen etäkuntoutus ikääntyneen toipilasajan tukena</p> <p>Sakari, P. 2018. Etäkuntoutuksen haasteet, edellytykset ja suositukset</p> <p>Syrräkki, L. 2018. Etäteknologian hyödyntäminen ikääntyneiden kotiin tuotetuissa palveluissa</p>
finna.fi	Etäkuntoutus AND kotikuntoutus	0			
Medic	Kotikuntoutus; 2010-2021	5	Koko teksti	0	Forss, J. 2018. Kotikuntoutus Suomessa. Toimintaterapeutti, 37, 4, 10-12.
Medic	Arkikuntoutus; 2010-2021	3	Koko teksti	0	<p>Niskanen, S. 2017. Arkikuntoutustieteellisesti tutkittua pohjoismaista kuntoutusta. Toimintaterapeutti, 36, 4, 13-14.</p> <p>Kyllönen, S. 2017. Arkikuntoutus on kustannustehokasta. Toimintaterapeutti, 36, 4, 15-16.</p>
Medic	Etäkuntoutus; 2010-2021	20			-
CINAHL Plus with Full Text	Reablement	95	Full text; 2010-2019	9	Eliassen M., Henriksen N. & Moe S. 2019. The practice of support personnel, supervised by physiotherapists, in Norwegian reablement services. Physiotherapy Research International. 24 N.d.
CINAHL Plus with Full Text	Home rehabilitation; 2010-2019; Full text; english	293	Age 65+	110	Reunanen, M, Järvikoski, A., Talvite, U., Pyöriä, O., & Härkäpää, K. 2016. Individualised home-based rehabilitation after stroke in eastern Finland - the client's perspective. Health & Social Care in the Community, 24, 77-85
CINAHL Plus with Full Text	telerehabilitation or tele-rehabilitation or virtual rehabilitation or remote rehabilitation; Full text; 2010-2019; english	192	Age 65+	52	-

Medic-tietokannasta löytyi hyviä artikkeleita arkikuntoutuksen vaikuttavuudesta ja etäkuntoutuksen hyödyntämisestä osana kotikuntoutusta. Näitä lähteitä on hyödynnetty lähdeoteoksina opinnäytetyössä. Chinal-tietokannan hakutulokset eivät suurelta osin vastanneet opinnäytetyön taustaa. Rajauksena käytettiin koko tekstin saatavuutta, sillä opinnäytetyön materiaalihankinnan kannalta koko tekstin tulee olla saatavilla. Yhteenvedona on tietokantahakujen perusteella todettava, että koti- ja arkikuntoutusta on erityisesti opinnäytetyöissä tutkittu runsaasti eri näkökulmista. Tästä voitaneen päätellä, että kuntoutusmuotona kotiin vietävät kuntoutuspalvelut aiheuttavat runsaasti keskustelua.

2.2 Etäkuntoutus

Etäkuntoutus on Kelan määritelmän mukaan ammattilaisen ohjaamaa ja seuraamaa, ja sillä on selkeä tavoite sekä alku ja loppu, kuten muullakin kuntoutuksella. Se voidaan jakaa reaaliaikaisiin ja ajasta riippumattomiin menetelmiin. Reaaliaikaisessa menetelmässä asiakkaaseen ollaan yhteydessä esimerkiksi puhelinyhteyden, internetin tai videoyhteyden avulla kuntoutuksen tai sen arvioinnin toteuttamiseksi. Ajasta riippumaton menetelmä taas on jokin ammattilaisen suosittelema kuntoutus, jonka asiakas voi toteuttaa omatoimisesti esimerkiksi sähköpostin, videon tai tietokoneharjoitusohjelman avulla. Malleja voidaan myös yhdistää asiakkaan tarpeen mukaan ja siihen voi myös liittyä kasvokkain tapahtuvaa kuntoutusta. (Salminen, Hiekkala & Stenberg 2016, 11-15.)

Valtioneuvoston julkaisussa Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi todetaan, että kotihoidon käyntejä voidaan toteuttaa ns. etähoitokäynteinä joko kuva- ja/tai äänivälitteisinä. Etäkäynteinä voidaan tehdä lääkkeenoton ja suunhoidon muistutusta, ravitsemuksen seuranta ja valvontaa, voinnin seuranta ja liikkumisen tukemista ja harjoittelua. Etäkäynneillä voidaan vähentää kotikäyntien määrää ja tehdä niitä useammin ja tehokkaammin. Tablettitietokoneyhteyksiä voidaan hyödyntää myös hoi-

dontarpeen arviointiin. Etätoiminnalla voidaan myös mahdollistaa sosiaalista kanssakäymistä tukevia ryhmiä ja osallistumista monipuoliseen kulttuuritoimintaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020, 34.)

Kansaneläkelaitoksen ”Kokemuksia etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia” -julkaisussa (Salminen & Hiekkala 2019) todetaan hankkeessa mukana olleiden 13 projektin osalta etäkuntoutus tulokselliseksi ja pääosin kuntoutukselle asetetut tavoitteet saavutettiin. Projekteissa, joissa etäkuntoutusta verrattiin kasvokkain tapahtuvaan kuntoutukseen, sen todettiin olevan vähintään yhtä hyödyllistä. (Salminen ym. 2019, 289.)

Maaliskuun lopulla 2020 Kela päätti koronavirustilanteen vuoksi keskeyttää kaiken kasvokkain tapahtuvan kuntoutuksen viruksen etenemisen estämiseksi. Kuntoutusta suositeltiin jatkettavaksi reaaliaikaisena etäkuntoutuksena, mikäli mahdollista. Kasvokkain toteutettava kuntoutus mahdollistui jälleen kesäkuun alusta 2020 alkaen. (Kela 3/2020; Kela 5/2020.) Maija Joutjärvi toteaa Tehy-lehden artikkelissa *Koronan vaikutusta: Moni kuntoutusalan ammattilainen siirrettiin eri tehtäviin tai lomautettiin* (2020) uusien toimintatapojen, kuten etäkuntoutuksen, lisääntyneen koronan myötä voimakkaasti. Terapioita toteutettiin myös mm. ulkona. Suuri osa terapioista ja kaikki ryhmätoiminta kuitenkin peruttiin kokonaan niin vastaanotoilla, kotikäynneillä kuin hoivakodeissa. Lehden kyselyyn vastanneista 1356 henkilöstä noin 12 prosenttia kertoi tehneensä etäkuntoutusta ennen koronaepidemiaa. Koronatilanteessa luku nousi 39 prosenttiin. Kuntoutusalan asiantuntija Outi Töytäri kertoo artikkelissa tämän olleen koronan myönteinen vaikutus. Viruksen tarttumiselta pystyttiin välttymään ja lisäksi etäterapia on kustannustehokasta ja aikaa säästyy matkoissa. (Joutjärvi 2020.)

2.3 Kotikuntoutus

Suomen fysioterapeuttien verkkosivuilla (n.d.) todetaan kotikuntoutuksen tavoitteeksi asiakkaan toimintakyvyn parantaminen ja säilyminen sekä elämänlaadun ja turvallisuudentunteen parantuminen niin, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. He määrittelevät kohderyhmäksi ikääntyneet ja sitä suunnataan uusille kotihoiton asiakkaille, sairaalasta kotiutuville asiakkaille, lisääntyneen kotihoidon määrän

tarpeessa oleville asiakkaille ja joskus jopa kaikille kotihoidon asiakkaille. Kotikuntoutuksen toteutus sisältää Suomen fysioterapeuttien mukaan alkuarvioinnin, tavoitteiden asettelun, kotikuntoutussuunnitelman teon, kotikuntoutuksen toteutuksen, loppuarvioinnin sekä jatkosuunnitelman tekemisen ja toteuttamisen järjestämisen. Jakson aikana kartoitetaan ja järjestetään tarvittavat apuvälineet ja asunnonmuutostyöt. Kuntoutusjakson kesto on keskimäärin 4-6 viikkoa. Moniammatillinen ryhmä, johon kuuluu fysioterapeutti, toimintaterapeutti sekä hoitoalan ammattilainen, vastaa kuntoutusjaksosta. Fysioterapeutti ja toimintaterapeutti ohjaa ja koordinoi erityisesti kotikuntoutussuunnitelman laatimista ja tavoitteiden asettamista. Lisäksi he myös kouluttavat kotihoidon työntekijöitä arvioimaan ja tukemaan asiakkaiden toimintakykyä sekä kuntoutuksen vaikutusta. (Suomen fysioterapeutit n.d.)

2.3.1 Kotikuntoutus Pohjoismaissa

Kotikuntoutusta on alettu toteuttamaan vuoden 2000 paikkeilla Iso-Britanniassa, Australiassa, USA:ssa sekä Uusi-Seelannissa. Pohjoismaissa Ruotsin, Norjan ja Tanskan kotikuntoutuksen kehitys on ollut samansuuntainen. Kotikuntoutuksen kehittyminen alkoi Ruotsista vuonna 1999 ja levisi Tanskaan 2007. Nykyisin Tanskassa lähes jokainen kunta tarjoaa kotikuntoutusta asukkailleen (tilanne vuonna 2016). Norjassa kotikuntoutustoiminta alkoi Tanskan esimerkistä vuonna 2012 ja vuonna 2016 34 % Norjan kunnista tarjosi kotikuntoutusta osana palveluprosessiaan. (Kjerstad & Tuntland, 2016.)

Toimintaterapeutti Satu Niskanen kuvaa Toimintaterapeutti-lehden artikkelissa *Arkikuntoutuksen toteutumisen pohjoismaissa* (2018), miten Pohjoismaissa toteutetaan arkikuntoutusta. **Ruotsissa** 300 yli 65-vuotiasta kuntalaista kohti tulee olla 0,5 toimintaterapeuttia ja 0,5 fysioterapeuttia. Kotikuntoutus -yläkäsittelen alla toimii erityiskuntoutus ja arkikuntoutus. Erityiskuntoutus kohdistuu sairauden tai vamman hoitoon ja siitä kuntoutumiseen ja sitä toteuttavat pääasiassa fysio- ja toimintaterapeutit. Arkikuntoutus taas sisällytetään osaksi asiakkaan arkipäivää. Arkikuntoutusta luonnehditaan terveyttä edistäväksi toimintatavaksi ja sitä voivat toteuttaa kaikki terveydenhuollon henkilöstöstä. (Niskanen 2018, 15.)

Tanskassa tehtiin selvitys kuntien vanhuspalveluiden kuntoutuskokemuksista ja sen perusteella muodostettiin neljä arkikuntoutusmallia. Ensimmäisessä mallissa arkikuntoutus toteutuu kunnan kotipalvelun yhteydessä toimivien fysio- ja toimintaterapeuttien sekä lisäresurssien turvin. Toisessa mallissa kunnassa toimivat erityisyksiköt, jotka toteuttavat arkikuntoutusta. Arkikuntoutustiimiin kuuluu johtaja, suunnittelija, fysioterapeutti ja kaksi toimintaterapeuttia, jotka organisoivat prosessia sekä sairaanhoitaja ja 12 lähihoitajaa. Kolmannessa mallissa kotipalvelu toimii yhteistyössä muiden osastojen kanssa, jolloin arkikuntoutus organisoidaan esimerkiksi kuntoutusosaston kautta sen fysio- ja toimintaterapeuttien ohjaamana. Arkikuntoutusta toteuttavat asiakkaan kotona kotihoidon lähihoitajat, jotka ovat kuntoutukseen suuntautuneita. Neljäntenä mallina toimii terapeuttimalli, jossa fysio- ja toimintaterapeutti vastaavat kuntoutuksesta eikä toiminta edellytä muiden henkilöstöryhmien osallistumista. (Niskanen 2018, 16.)

Norjassa arkikuntoutus jakautuu kolmeen ryhmään. Arkikuntoutus tuotetaan kotipalveluun integroituna, kuntoutuspalveluun integroituna tai jaettuna organisaationa. Jaetussa mallissa terapeutit ovat kuntoutusyksikön palvelussa ja kuntoutukseen suuntautuneet lähihoitajat kotipalvelussa. Kuntoutuksen vastuu voidaan jakaa poikiammatillisesti, jolloin kunkin asiakkaan taustalla toimii moniammatillinen tiimi (fysio- ja toimintaterapeutti, sairaanhoitaja ja nimetyt kuntoutukseen suuntautuneet lähihoitajat). Tiimi vastaa arkikuntoutuksen selvittämisestä, suunnittelusta ja toteutuksesta. Toinen vastuunjaon malli on terapeuttitiimi, jossa terapeutit vastaavat asiakkaan arkikuntoutuksen selvittämisestä, suunnittelusta ja toteutuksesta. Lähihoitajat toteuttavat suunnitelman asiakkaan kotona. (Niskanen 2018, 17.)

2.3.2 Kotikuntoutuksen vaikuttavuus

Iso-Britanniassa ja pohjoismaissa on tehty useita raportteja kotikuntoutuspalvelujen taloudellisista ja asiakkaiden toimintakykyyn sekä palvelutarpeeseen kohdistuvista vaikutuksista. Tulokset osoittavat, että kotikuntoutuksen toteuttamisen myötä on saatu säästöjä aikaan. Kotihoidon tarve on vähentynyt ja asiakkaiden toimintakyky, itsenäisyys ja elämänlaatu on parantunut. Myös työntekijät ovat olleet tyytyväisiä. (Suomen fysioterapeutit n.d.)

Kotikuntoutuksen vaikuttavuudesta on tehty Norjassa tutkimus *Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial* (Kjerstad & Tuntland, 2016), jossa tutkijat toteavat kotikuntoutuksen olevan kustannustehokkaampaa kuin perinteisen kotihoidon. Sen on tutkimuksen mukaan todettu vähentävän kotihoidon tarvetta. Tutkimusaineisto kerättiin touku-kuun 2012 ja helmikuun 2014 välisenä aikana. Tutkimuksessa 31 tutkittavista sai koti-kuntoutusta enintään 3 kuukauden ajan. Kuntoutus toteutettiin kotihoidon hoitajien työnä fysio- sekä toimintaterapeuttien ohjauksessa. Verrokkiryhmä, 30 henkilöä, sai perinteistä kotihoitoa. Vaikuttavuutta seurattiin jakson alussa sekä 3 ja 6 kuukauden kohdalla kuntoutusjakson jälkeen Canadian Occupational Performance Measurement (COPM) -mittarilla. Mittarilla seurattiin asiakkaiden omaa näkemystä toimintakyvystä sekä tyytyväisyydestä omaan toimintakykyyn. Kustannuksia seurattiin kotihoidon käyntien perusteella 9 kuukauden aikana. 9 kk seuranta-ajan lopussa tutkittavien ryhmät olivat 29 kotikuntoutusta saanutta ja 23 perinteistä kotihoitoa saanutta. (Kjerstad & Tuntland, 2016.)

Kotikuntoutuksen todettiin tutkimuksessa olevan tavallista kotihoitoa kustannuste-hokkaampaa. Niiden asiakkaiden, jotka saivat kotikuntoutusta, todettiin olevan selke-ästi tyytyväisempiä toimintakykyynsä sekä suoriutumiseensa verrattuna niihin, jotka saivat perinteistä kotihoitoa. Tutkimuksessa todettiin, että myös jatkoseurannassa kotikuntoutusta saaneiden avuntarve oli vähäisempää ja kotihoidon käynnit lyhyem-piä kuin verrokkiryhmässä. Tutkijat kuitenkin toteavat, että kotikuntoutuksen inter-ventioissa asiakas itse päättää, mitkä ovat hänelle mielekkäät toiminnot, joita harjoi-tetaan. Näin ei välttämättä saada kuvaa asiakkaan laajemmasta toimintakyvystä. (Kjerstad & Tuntland, 2016.)

Kotikuntoutuksen vaikuttavuudesta on käynnissä väitöstutkimus Tampereen yliopis-tolla TtM Satu Niskasen tekemänä. Väitöstutkimus ei ehdi valmistua ennen tämän opinnäytetyön valmistumista.

2.4 Kotikuntoutuksen toimintamalleja Suomessa

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus toteuttaa kotikuntoutusta kaikissa sen kunnissa. Asiakas saa kotikuntoutusta, kun ilmenee avuntarvetta liikkumisessa tai kodin arkiaskareista selviytymisessä. Kuntoutuksen tarpeen havaitsee usein esim. palveluohjaaja, fysioterapeutti, kotihoidon hoitaja tai lääkäri. Uusille kotihoidon asiakkaille toteutetaan aina neljän viikon arvioiva jakso, jolloin heille tehdään kuntoutustarpeen arvio ja toteutetaan kuntoutusta tarpeen mukaan. Moniammatillinen työryhmä päättää kuntoutuksen toteutuksesta mm. asiakkaan tarpeen, tavoitteiden ja sitoutumisen mukaan. Palveluun ei tarvita lääkärin lähetystä. (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus, n.d.)

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden keskus toteuttaa kotikuntoutusta pitkälti samalla tavalla kuin Etelä-Karjalassa. Uusille kotihoidon asiakkaille järjestetään aina kuukauden pituinen arviointi- ja kuntoutusjakso. Kotikuntoutuksen tavoitteena on mahdollisimman omatoiminen arjessa suoriutuminen, esimerkiksi siirtymisten helpottuminen, uuden apuvälineen käytön harjoittelu, aterioiden valmistaminen tai itsestä huolehtimisen toiminnoista suoriutuminen. Alueella toimii 8 fysioterapeuttia sekä 2 toimintaterapeuttia. Osa toimintaterapiasta toteutetaan etäkuntoutuksena videoyhteyden kautta. Alueella toimii kuntoutuksen palveluohjaus, joka ohjaa myös kotikuntoutuksen palveluiden piiriin. (Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden keskus 2019; Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden keskus 2020.)

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystieteiden keskus toteuttaa kotikuntoutusta äkillisen toimintakyvyn heikentymisen jälkeen erityisesti sairaalasta tai terveysasemalta kotiutumisen yhteyteen. Jakson pituus on 1-4 viikkoa ja käyntejä toteutetaan 1-4 kpl päivän aikana. Tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn parantuminen ja kotona mahdollisimman omatoimisesti pärjääminen. Tehostetun kotikuntoutuksen tiimiin kuuluu lähihoitajia, sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, toimintaterapeutti ja lääkäri. Palvelu voi sisältää esimerkiksi lääkkeitä, haavanhoitoa, perushoidollisia toimia sekä kuntoutusta. (Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystieteiden keskus n.d.)

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymään kuuluvat Päijät-Hämeen kunnat lukuun ottamatta Sysmää ja Heinolaa. Lisäksi Itä-Uudeltamaalta alueeseen kuuluvat Myrskylä ja Pukkila. Kuntayhtymä tuottaa alueen kaikki sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut. Kotikuntoutusta on kahta eri tyyppiä. *Ylläpitävä kotikuntoutus* on kotihoidossa terapeuttien tuottamia yksilöllisiä kuntoutuskäyntejä noin 1-2 kertaa viikossa ja keskimäärin 3-6 käyntiä/asiakas. Työ sisältää henkilökunnan ohjaamista, asiakkaan fyysisen toimintakyvyn ylläpitoa ja apuvälineasioiden hoitamista. (Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2020; Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2018.)

Tehostetussa kotikuntoutuksessa toimii Päijät-Hämeessä 5 tiimiä (Keskinen, Eteläinen, Läntinen, Pohjoinen ja Itäinen), joissa kussakin työskentelee vähintään yksi fysioterapeutti, yksi toimintaterapeutti sekä useita kuntouttavaa työtä tekeviä lähihoitajia. Tiimit on jaettu maantieteellisesti asukasluvultaan noin yhtä suuriin alueisiin. Palveluun ohjautumiseen tarvitaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön arvio. Kotikuntoutustiimin toiminta on aina määräaikaista ja asiakkaalla tulee olla tilapäinen kuntoutuksen tarve päivittäisissä toiminnoissa selviämisen tukemiseksi esimerkiksi sairaalajakson jälkeen. Toiminnan tarkoituksena on arvioida ja tukea asiakkaan kuntoutumista sekä mahdollisimman itsenäisen toimintakyvyn saavuttamista arjen askareissa. Asiakkaalla tulee olla edellytykset ja sitoutumishalukkuus kuntoutumiseen. (Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2019.)

Kuntoutusjakso sisältää asuinympäristön, apuvälinetarpeen, elinympäristössä liikkumisen ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arvioinnin, kuntoutussuunnitelman teon ja arvion kuntoutuskäyntien tarpeesta. Kuntoutuskäynneillä tuetaan arjessa selviytymistä, ohjataan lihasvoima- ja tasapainoharjoitteita, sekä ohjataan ja seurataan ravitsemuksen ja lääkehoidon toteutumista ja tarvittaessa toteutetaan pienet hoitotoimenpiteet. Kuntoutuskäynnit toteuttavat pääasiassa lähihoitajat kuntoutusalan ammattilaisten ohjaamana. Jakson päätteeksi neuvotaan ja avustetaan tarvittavien palveluiden järjestämisessä, jotta saavutettu toimintakyky on mahdollista ylläpitää. (Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2019.)

2.5 Kukoistava kotihoito

Keski-Suomen Kukoistava kotihoito -hanke oli hallituksen kärkihanke kohdistuen ikäihmisten ja omaishoidon kehittämiseen. Hanke toteutui vuosien 2015 ja 2018 välisenä aikana. Hankkeen taustana oli Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän (SOTE) uudistus, jonka oli tarkoitus tulla voimaan vuonna 2020. Uudistus ei kuitenkaan toteutunut. Kukoistava kotihoito -hankesuunnitelmassa (2016) todetaan, että ikäihmisten määrän on ennustettu lähes kaksinkertaistuvan vuoteen 2040 mennessä, työikäisen väestön pysyessä nykytasolla. Keski-Suomessa 75 vuotta täyttäneen väestön määrän ennustetaan kasvavan 82 % ja 85 vuotta täyttäneen väestön jopa 146 %. Samalla työikäisen väestön määrän ennustetaan pienenevän 6 %. Kasvavien talouspaineiden lisäksi myös henkilöstön saatavuus heikkenee. Laadukkaan, riittävän ja oikea-aikaisen kotona pärjäämisen tuen turvin pyritään takaamaan jokaiselle ikäihmiselle turvallinen, arvokas ja omaehtoinen ikääntymisen. Hankkeen tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa asiakaslähtöinen, vaikuttava ja kustannustehokas kotihoito, joka toimii ympäri vuorokauden. Taustalla oli niin asiakkaiden kuin työntekijöidenkin hyvinvointi. Kotihoidon palveluiden sisällön, kohdentumisen ja johtamisen kehittämisen olivat hankkeen keskiössä. Esimerkiksi Jyväskylässä vuoden 2017 lopussa kotona asuvien yli 75-vuotiaiden osuus oli 92,7 % ikäluokasta. Vuoden 2020 lopussa yli 75-vuotiaita asukkaita on arvioitu olevan yhteensä 11 300, vuonna 2025 14 840 ja vuonna 2030 jo lähes 17 500. Myös yli 80-vuotiaiden ja yli 85-vuotiaiden asukkaiden määrät lisääntyvät voimakkaasti. Jyväskylässä tavoitteeksi on asetettu, että 75 vuotta täyttäneistä 93 % asuisi kotona tai kodinomaisessa asunnossa vuoteen 2025 mennessä riittävien palveluiden ja tukitoimien turvin. (Kukoistava kotihoito 2016, 9; Jyväskylä N.d.)

Keski-Suomen kotihoitoyksiköiden tehokkuus parantui Kukoistava kotihoito -hankkeen aikana kuusi prosenttia, eli yli kahden miljoonan euron säästö laskennallisesti. Myös asiakkaan luona vietetyn palveluajan määrä kasvoi kuusi prosenttia ilman henkilöstölisäyksiä työn organisointia sekä toiminnanohjausta kehittämällä. Lisäys näkyi lähes kaikissa Keski-Suomen kotihoidon yksiköissä, minkä vuoksi asiakastunnin hinta

laski Keski-Suomessa hankkeen aikana keskimäärin noin viisi prosenttia, parhaassa tapauksessa jopa 17 prosenttia. (Kukoistava kotihoito 2018, 5-6.)

Keski-Suomessa Kukoistava kotihoito -hankkeen kautta kehitettiin ikäihmisen palvelupolkua, jossa asiakas ohjautuu toimintakyvyn aleneman havaitsemisen jälkeen palveluohjaukseen, jossa tilanne arvioidaan. Selvitysten kautta pyritään siihen, että suurin osa pärjäisi kevyen tuen turvin kotona. Mikäli havaitaan tarve palveluille, järjestetään kuntouttava arviointijakso. Sen tavoitteena on saada kokonaiskuva asiakkaan arki-suoriutumisesta, toimintakyvystä sekä elinympäristöstä ja toteuttaa tavoitteellinen ja suunnitelmallinen kuntoutusjakso yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä sekä kotihoidon kanssa. Jakso toteutuu mahdollisten tuki- ja kotihoitopalvelujen rinnalla tai sijasta. Jakson pituus on enintään 4 viikkoa. Kuntouttava arviointijakso on aina edellytyksenä säännöllisten kotihoidon palvelujen alkamiselle, mutta sen rinnalla on mahdollista aloittaa kiireellisesti tarvittavat palvelut. (Kukoistava kotihoito 2018, 10-12.)

Kotihoidon tai kuntouttavan arviointijakson asiakkaalle voidaan tarpeen mukaan myöntää myös tehostetun kotikuntoutuksen jakso, mikäli tilanne vaatii intensiivisempää toimintakyvyn tukemista. Jakson tavoitteena on palauttaa asiakkaan toimintakyky sairastumista edeltävälle tasolle kotihoidon ja kuntoutustyöntekijöiden yhteistyönä. Kotona kuntoutumisen suunnitelma sekä tavoitteet ja arviointiajankohdat sovitaan yhdessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Jakson tavoitteena on varmistaa asiakkaan kuntoutuminen ja toimintakyvyn ylläpysyminen sekä omaehtoinen aktiivinen arki. Tehostettu kotikuntoutus voi olla osa asiakkaan kuntoutumisen yksilöllistä polkua sisältäen siirtymät esim. sairaalasta kuntoutusyksikköön, yksiköstä kotilomille ja kotilomilta kotiutukseen, jonka jälkeen kuntoutus jatkuu intensiivisenä ja ilman katkoksia asiakkaan omassa toimintaympäristössä. (Kukoistava kotihoito 2018, 12.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa tietoa kotiin vietävistä kuntoutuspalveluista kunnissa ja tuoda siten lisätietoa kotiutushankkeen valmisteluun. Opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata, millaisilla resursseilla kotikuntoutusta toteutetaan Keski-Suomen kunnissa. Opinnäytetyöllä haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin

- Miten asiakaskäynnit on organisoitu kotihoidossa?
- Millaisia työtapoja kotihoidon kuntoutuskäynneillä toteutetaan?
- Millaisella resurssilla kotikuntoutusta toteutetaan?
- Millaisia kehittämiskohteita Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kunnissa on kotikuntoutukseen liittyen?

Opinnäytetyön tuloksena syntyi Vuodeosastopotilaiden palveluohjauksen malli maakunnassa -hankkeen käyttöön taulukko, josta nähdään, miten Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntien alueella on tarjolla kotikuntoutusta ja miten se on järjestetty.

Opinnäytetyössä käytettiin muiden maakuntien kotikuntoutuksen malleja, joihin Keski-Suomen toimintaa tällä alueella verrattiin. Opinnäytetyössä esitellään kotikuntoutuksen vaikuttavuutta käsittelevän tutkimusten tuloksia taustoittamaan kotikuntoutuksen hyötyä ja kehittämisen tarvetta, mutta tässä opinnäytetyössä ei perehdytty tarkemmin sen vaikuttavuuteen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella.

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Tutkimusmenetelmät ja aineiston keruu

Opinnäytetyö oli kvantitatiivinen tutkimus, jossa pääasiallinen tutkimusaineisto hankittiin Webropol-kyselynä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntien kotihoidon vastaavilta henkilöiltä. Webropol-kysely sisälsi tutkimustiedotteen (liite 1) sekä varsinaisen kyselylomakkeen (liite 2). Kyselyyn haettiin tutkimusluvut 21 kuntaan ja lopulta lupa saatiin 17 kunnasta. Tutkimus lähetettiin näiden 17 kunnan kotihoidon vastaavalle henkilölle ja vastauksia saatiin aluksi seitsemästä kunnasta. Lisäksi kahden kunnan kotihoidon vastaavat henkilöt olivat aloittaneet vastaamisen, mutta eivät palauttaneet kyselyä. Kyselyn vastaanottajille lähetettiin muistutusviesti, jonka tuloksena

kyselyyn vastasi yhden kunnan edustaja. Kaikkiaan kyselyyn saatiin kahdeksan kunnan kotihoidon vastaavan henkilön näkemys kotikuntoutuksen tilanteesta kunnassa. Tutkimukseen haettiin lisäksi taustatietona kunnan väkiluvusta sekä yli 64 -vuotiaiden kuntalaisten määrästä Tilastokeskuksen verkkosivuilta (Tilastokeskus n.d.).

Kysely toteutettiin puolistrukturoidulla verkkolomakkeella. Kysely lähetettiin sähköpostilla eteenpäin käyttäen hyväksi kuntien verkkosivuilla olevia yhteystietoja. Kyselyssä ei kerätty henkilötietoja vastaajilta. Yksilöintitietona kerättiin ainoastaan kunta, jota vastaaja edustaa. Opinnäytetyössä selvitettiin kotikuntoutuksessa käytössä olevat henkilöresurssit ja miten kotikuntoutusta toteutetaan. Lisäksi pyrittiin kartoittamaan, minkä verran asiakas saa itsenäistä toimintakykyä tukevaa ja lisäävää ohjausta. Tässä opinnäytetyössä ei selvitetty kuntien toteuttaman kotikuntoutuksen vaikuttavuutta tai laatua.

Kysymyksissä on oleellista, että vastaaja ymmärtää kysymykset oikein ja ne ovat yksiselitteisiä. Lisäksi on oleellista selvittää, että vastaajalla on tarvittavat tiedot, jotta hän voi vastata kysymyksiin sekä haluaa antaa tietoa. (Kananen 2011, 23-30.) Opinnäytetyön kyselylomake testattiin lähettämällä se koekäyttöön kolmelle kuntoutusalan ammattilaiselle sekä kahdelle henkilölle, jotka eivät suoranaan toimi kuntoutuspalveluiden alalla, mutta kuitenkin terveydenhuoltoon liittyvissä tehtävissä. Tällä pyrittiin varmistamaan, että kyselyn saajat ymmärtävät kysymykset. Lomakkeen kysymyksiä muokattiin testikäyttäjien arvioiden perusteella. Korjauksia tehtiin lähinnä muutamia sanamuotoihin, jotta ne olisivat ymmärrettävämpiä. Testaajat totesivat aihealueisiin johdattelevat tekstit selkeiksi. Tosin vastaajat kommentoivat, että hitaammalla lukijalla arvioitu 10 minuutin vastausaika ei riitä. Näin ollen ohjeellista vastausaikaa muokattiin 15 minuuttiin. Kuntouttava toimintaote oli vieras termi vastaajalle, joka ei toimi kuntoutuksen kentällä. Opinnäytetyön tekijä muutti termin kuntouttavaksi toimintamalliksi. Lisäksi kysymystä 11 tiivistettiin poistamalla sanat fysioterapeutti/toimintaterapeutti ja ne korvattiin termillä kuntoutusalan ammattilainen. Lisäksi opinnäytetyön tilaaja kommentoi kysymystä 12, jossa alun perin kysyttiin kuinka monta tuntia asiakas saa kuntoutusta. Lopullisessa kyselyssä kysytään kuinka monta kertaa viikossa asiakas saa kuntoutusta.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tuomaan esiin absoluuttinen ja objektiivinen totuus ilmiöstä. Tutkittava aineisto koostuu määrällisestä tiedosta, eli luvuista. Tiedonkeruumenetelmänä voidaan käyttää myös haastattelua, mutta kysymykset ovat valmiita, strukturoituja tai avoimia kysymyksiä, joilla pyritään selvittämään ilmiöön, opinnäytetyössä kotikuntoutukseen, liittyviä ominaisuuksia. (Mts. 18-19.)

Kvantitatiivinen tutkimus lähtee tutkimusongelmasta, joka tämän opinnäytetyön osalta on se, ettei tiedetä miten ja millaisilla resursseilla kotikuntoutus toteutuu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen kunnissa. Tutkimusongelmasta johdetaan tutkimuskysymykset, jotka pyrkivät vastaamaan kysymyksiin mitä, miten, kuinka, miksi ja paljonko. Teoriapohjalla pyritään kuvaamaan se, mitä ilmiöstä tiedetään jo ennalta, eli tutkimuksen viitekehys ja sitä kautta voidaan tarkentaa tutkimuskysymyksiä. (Mts. 23-30.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan käyttää avoimia kysymyksiä, jotka voivat olla täysin avoimia tai suunnattuja/rajattuja kysymyksiä. Kysymyksen tarkoitus määrittää rajauksen. Toisaalta kysymys voi olla hyvinkin yleisluontoinen eikä se tuota varsinaista tutkimustietoa. Vastaavasti strukturoidut kysymykset antavat vastaajalle vastausvaihtoehdot valmiiksi. Vastaukset ovat numerokoodattuja ja niiden käsittely on avoimia kysymyksiä helpompaa. (Mts. 30-31.)

Webropol-kyselyssä pyydettiin vastaajilta suostumus mahdolliseen lisähaastatteluun, mikäli vastausten perusteella se katsotaan opinnäytetyön kannalta tarpeelliseksi. Asiantuntijoita haastatellaan, kun halutaan päästä selville asioiden tilasta tai yhteiskunnallisesta kehityskulusta. Asiantuntijatietaa voidaan hyödyntää myös historiallisten tapahtumaketjujen hahmottamisessa. (Hyvärinen, Nikander, Ruusuvuori 2017, 218.) Tässä opinnäytetyössä haastattelun tarve olisi voitu kohdistaa esimerkiksi kotikuntoutuspalvelun kehittämistä koskeviin suunnitelmiin, jolloin haastattelulla olisi voitu kerätä opinnäytetyön kannalta oleellista lisätietoa. Opinnäytetyössä ei tehty yhtään lisähaastattelua, sillä tutkimukseen osallistuneiden kuntien määrä jäi vähäiseksi. Katavaa näkemystä koko Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueesta ei näin saatu eikä

opinnäytetyön tekijä katsonut aiheelliseksi selvittää tarkemmin kuntien kehityssuunnitelmia kotikuntoutuksen osalta. Kahdesta kunnasta kommentoitiin avoimeen kysymykseen tarkemmin suunnitelmia kotikuntoutuksen kehittämistä.

Webropol-kyselyllä hankittu aineisto säilytettiin opinnäytetyön tekijän kovalevyllä salasanoilla suojattuna. Keski-Suomen sairaanhoitopiirille on toimitettu Webropolin vastauslomakkeet sähköisesti mahdollista jatkokäyttöä varten. Opinnäytetyön tekijä on tuhonnut hallussaan olevan materiaalin omista tiedostoistaan, kun opinnäytetyö on hyväksytty.

4.2 Analyysi

Kyselylomakkeiden vastaukset taulukoitiin Exceliä hyödyntäen. Taulukoinnin yhteydessä kuntien nimet poistettiin ja korvattiin numeroinnilla kunta 1, kunta 2 ja niin edelleen. Ammattilaisten määrä ja toteutuneet käynnit poimittiin vastauksista ja taulukoitiin. Taulukossa vertailuarvona käytettiin kunnan yli 64 -vuotiaan väestön määrä asukasluvusta. Tämä tieto laskettiin Tilastokeskuksen verkkosivuilta vuoden 2019 lopun tilanteesta (Tilastokeskus N.d.). Tilastokeskuksen verkkosivuilla ilmoitetaan kunnan asukasluku sekä yli 64-vuotiaiden asukkaiden prosentuaalinen määrä. Yli 64 -vuotiaiden lukumäärä laskettiin prosenttiosuuden mukaan taulukkoon. Opinnäytetyössä ei otettu kantaa sairastuvuuteen ja sitä kautta mahdolliseen kotikuntoutuksen tarpeeseen.

Kysymyksissä, joissa vastaajan oli mahdollista valita yksi tai useampi vastaus opinnäytetyön tekijä arvotti valinnat luvulla 1. Kyllä ja ei vastausvaihtoehdoista arvon 1 sai kyllä vastaus. Ei vastaus jäi ilman arvottamista. Näin vastaukset oli mahdollista esittää kaavioina. Kustakin kotikuntoutuksen toteutumista käsittelevästä kysymyksestä on koottu oma kaavio.

Kysymykset, jotka liittyivät lähihoitajien osaamiseen ja kuntouttavasta työstä suoriutumiseen koottiin yhteen kaavioon. Sen avulla havainnollistettiin sitä, kuinka lähihoitajien työ mahdollistetaan ajallisesti ja pyrittiin lisäksi kartoittamaan lähihoitajien osaamista kuntouttavan työn osalta. Lähihoitajien työn suoriutumista käsittelevää aineistoa käytettiin tukena pohdittaessa kotikuntoutuksen kehittämistä.

Avoimia kysymyksiä käytettiin kotikuntoutuksen kehittämisen ideoinnin tukena. Vastauksista nostettiin esiin kotikuntoutuksen tilannetta kuvaavat näkemykset sekä kuntien suunnitelmat kotikuntoutuksen kehittämiseksi.

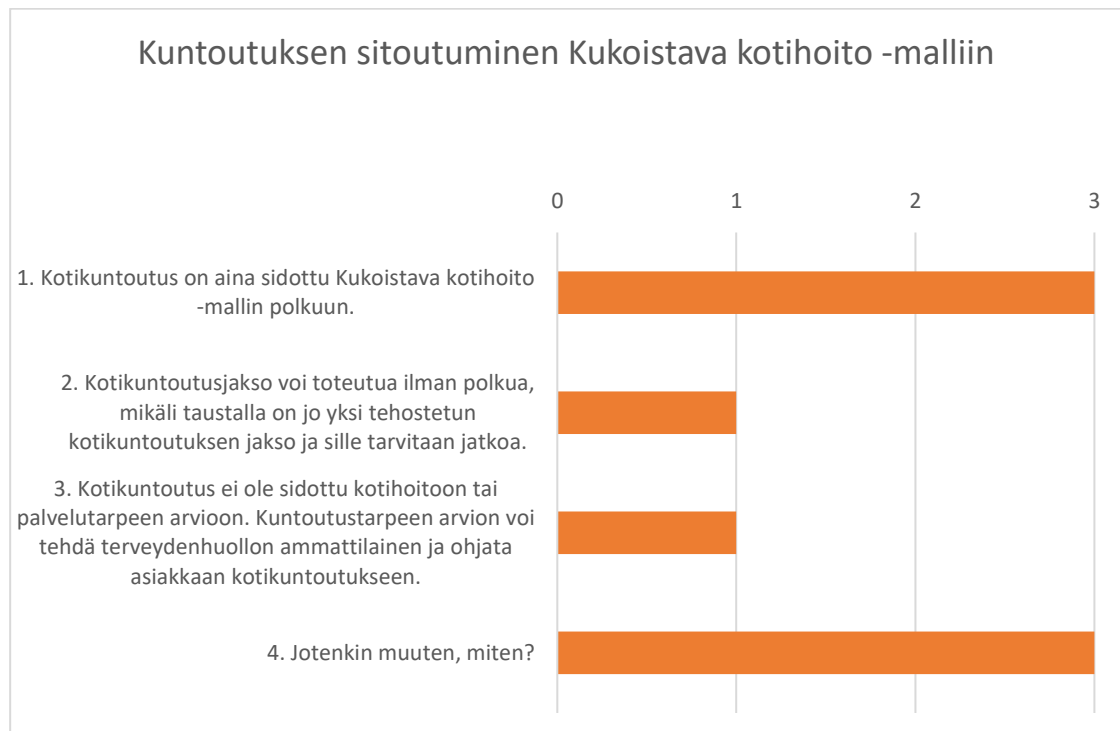
Kyselyn vastausten perusteella arvioitiin, toteutuuko kotikuntoutus Kukoistava kotihoito -hankkeen suuntaisesti. Tiedot antavat myös väylän pohtia erilaisia ratkaisuja kotikuntoutuksen tuottamiseksi muiden Suomen kuntien mallien mukaisesti.

5 Tulokset

Tutkimuksen kyselyyn vastasi kahdeksan kunnan kotihoidon vastaavat henkilöt. Vastauksista kävi ilmi, että kunnissa kotikuntoutusta toteutetaan osana kotihoitoa. Yhdessä kunnassa fysioterapiapalvelut ostetaan yksityiseltä palveluntuottajalta.

Vastauksien perusteella Kukoistava kotihoito -mallin mukainen polku ei toimi yhdessäkään kunnassa kokonaisuudessaan. 7 kunnassa jää toteutumatta tehostettu kuntoutusjakso. Yhden kunnan osalta kaikki mallin mukainen toiminta toteutetaan, mutta arviojakso ei kirjaudu varsinaisena arviojaksona vaan on osa normaalia kotihoitoa.

Kuviossa 1 on esitetty kotikuntoutuksen aloituksen sitoutuminen Kukoistava kotihoito -malliin. Pääsääntöisesti kotikuntoutuksen aloitus on sidottu Kukoistava kotihoito -malliin, mutta kuntien välillä on eroja. Jakso voi toteutua myös, mikäli taustalla on jo yksi vastaava jakso, tai asiakas voidaan ohjata kuntoutukseen ilman kotihoitoa tai erillistä palvelutarpeen arviota. Yhdessä kunnassa ei ole lainkaan kotikuntoutusta ja kahdessa kunnassa räätälöidään palvelu asiakkaan tarpeen mukaisesti.



Kuvio 1 Kuntoutuksen sitoutuminen Kukoistava kotihoito -malliin.

Tutkimuksessa selvisi, että yhtä kuntaa lukuun ottamatta kaikissa kunnissa on tarjolla fysioterapeutin palveluita kotikuntoutuksessa. Toimintaterapiaa sen sijaan on tarjolla ainoastaan kunnassa 7. Lisäksi kuntohoitaja on käytettävissä kunnassa 2. Viidessä kunnassa kaikki kotihoidon hoitajat tekevät kuntouttavaa työtä. Muissa kunnissa kuntouttavaa hoitotyötä tekevien määrä vaihteli 6 prosentista 90 prosenttiin. Kysymykseen, jossa selvitettiin asiakkaan saaman kuntoutuksen määrää, saatiin vastaus neljän kunnan edustajalta. Tarjotun kuntoutuksen määrä vaihtelee kerran viikossa toteutuvasta aina kuusi kertaa viikossa toteutuvaan kuntoutukseen. Taulukossa 2 kuvataan tutkimuksen tuloksia kuntoutuksen ammattilaisten määrästä sekä kuntouttavaa työtä tekevien hoitajien osuudesta kotihoidossa. Taulukossa on kuvattu lisäksi kunnan asukasluku sekä yli 64 -vuotiaiden kuntalaisten määrä. Taulukossa on esitetty myös yli 64 -vuotiaiden kuntalaisten osuus prosentteina kunnan asukkaista.

Kunnista kuudessa yli 64 -vuotiaiden osuus kuntalaisista on yli 30 %. Yli 64 -vuotiaiden osuus kunnan asukkaista vaihteli 20 ja 40 prosentin välillä.

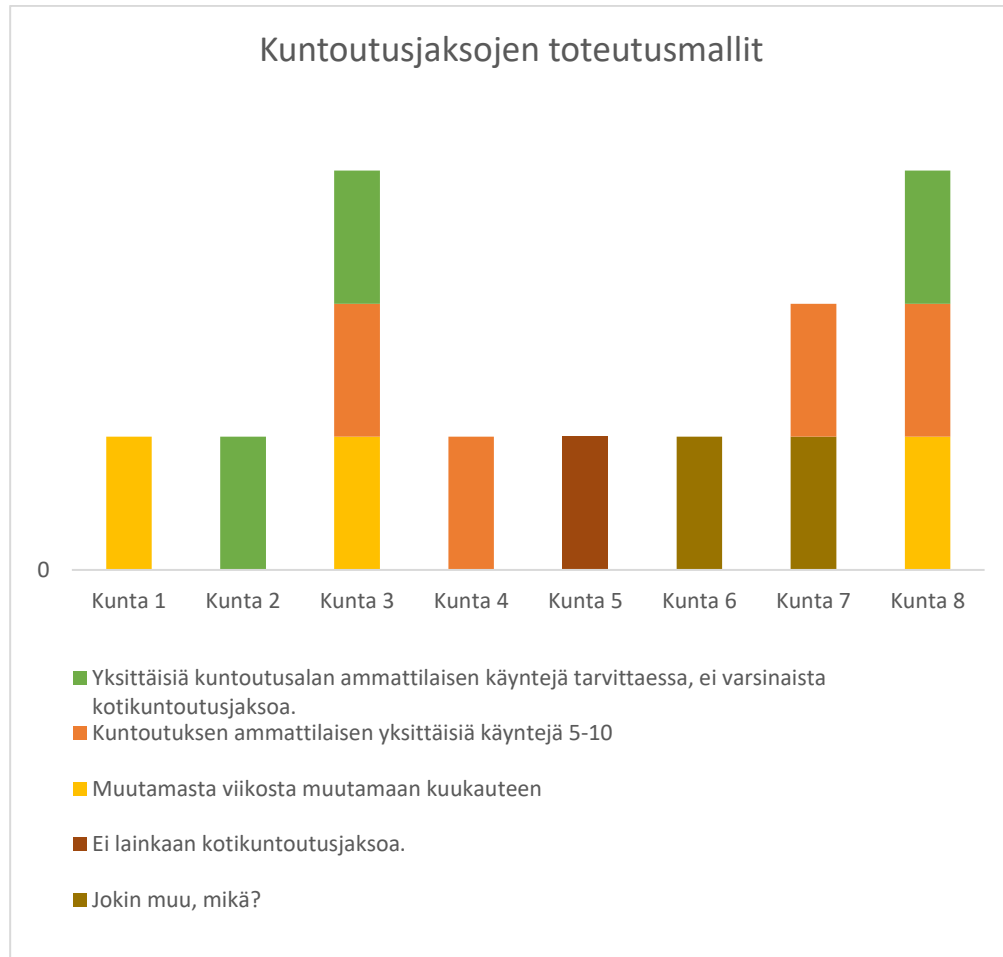
Taulukko 2 Kuntouttava henkilöstö kunnissa suhteessa yli 64 -vuotiaisiin kuntalaisiin.

Kunta	fysioterapeutti	toimintaterapeutti	muu, mikä?	Kuinka monta % hoitajista tekee kuntouttavaa työtä	kuntoutuksen määrä x/vko	asukkaita kunnassa	yli 64 v. kuntalaiset	yli 64 -vuotiaiden osuus asukkaista %
Kunta 1	0,25	0	0	90	1-2	3949	1335	33,8
Kunta 2	0,32	0	0,25 kuntohoitaja	100	ei vastausta	1620	523	32,3
Kunta 3	0,5	0	0	100	ei vastausta	2627	883	33,6
Kunta 4	1	0	0	6	6	690	292	42,3
Kunta 5	1	0	0	100	1	1566	554	35,4
Kunta 6	0	0	0	100	ei vastausta	10164	1860	18,3
Kunta 7	2	1	0	50	1	3841	941	24,5
Kunta 8	1	0	0	100	ei vastausta	4032	1250	31

Kuntien välillä on eroja terapeuttiressurssien osalta suhteutettuna kunnan yli 64 -vuotiaiden asukkaiden määrään. Kuntien yli 64 -vuotiaiden asukkaiden määrää ja fysioterapiaresurssia verrattaessa, on huomattavissa, että esimerkiksi kunnassa 1 ikäluokkaan kuuluvia asukkaita on yli 1300 henkilöä, mutta kotihoidossa on vain 0,25 fysioterapeutin resurssi. Vastaavasti kunnassa 4 kohteena olevan ikäluokan edustajia on alle 300 henkilöä ja kotihoidossa on yksi fysioterapeutti käytettävissä. Toisaalta kunnassa 6 on yli 64 -vuotiaita lähes 1900, mutta kotihoidossa ei ole lainkaan käytettävissä kuntoutusalan ammattilaisen resurssia. Noin 1000 yli 64 -vuotiaan asukkaan kunnassa 7 on vastaavasti kotihoidon käytettävissä 2 fysioterapeuttia ja yksi toimintaterapeutti.

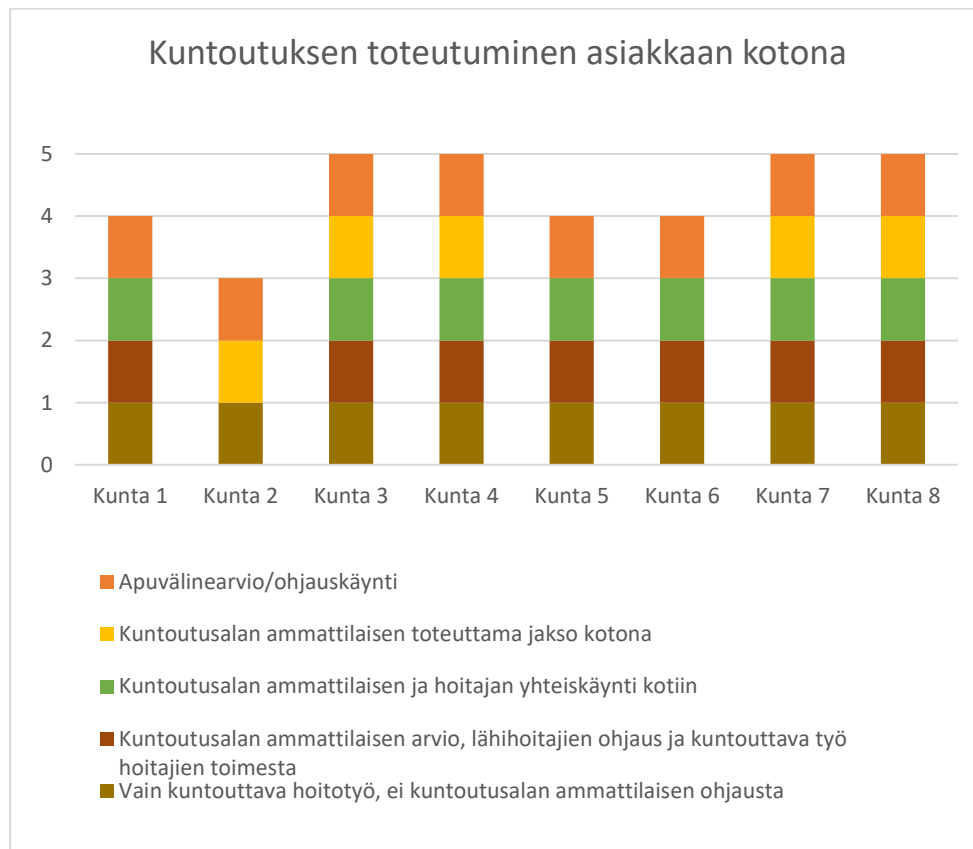
Kuntien välillä on vastausten perusteella runsaasti vaihtelua kuntoutusjaksojen toteutusmalleissa. Kahdessa kunnassa toteutetaan kaikkia mahdollisia malleja yksittäisistä kuntoutuksen ammattilaisen käynneistä lyhyeen 5-10 käynnin jaksoon ja aina pidempään kuntoutusjaksoon saakka. Muutoin kunnissa toteutetaan pääosin vain yhtä kyselyssä vaihtoehtona ollutta mallia. Jaksoja voidaan myös räätälöidä asiakkaan tarpeen mukaan yksilöllisesti. Yhdessä kunnassa ei kotikuntoutusta järjestetä lainkaan annettujen vaihtoehtojen puitteissa ja kunnan 6 osalta kotikuntoutusjakso on 4-

6 viikkoa ja toteutuu kotihoidon hoitajien toteuttamana ilman kuntoutusalan ammattilaisen tukea. Kuviossa 2 kuvataan, minkä tyyppisiä kuntoutusjaksoja kunnissa on käytössä.



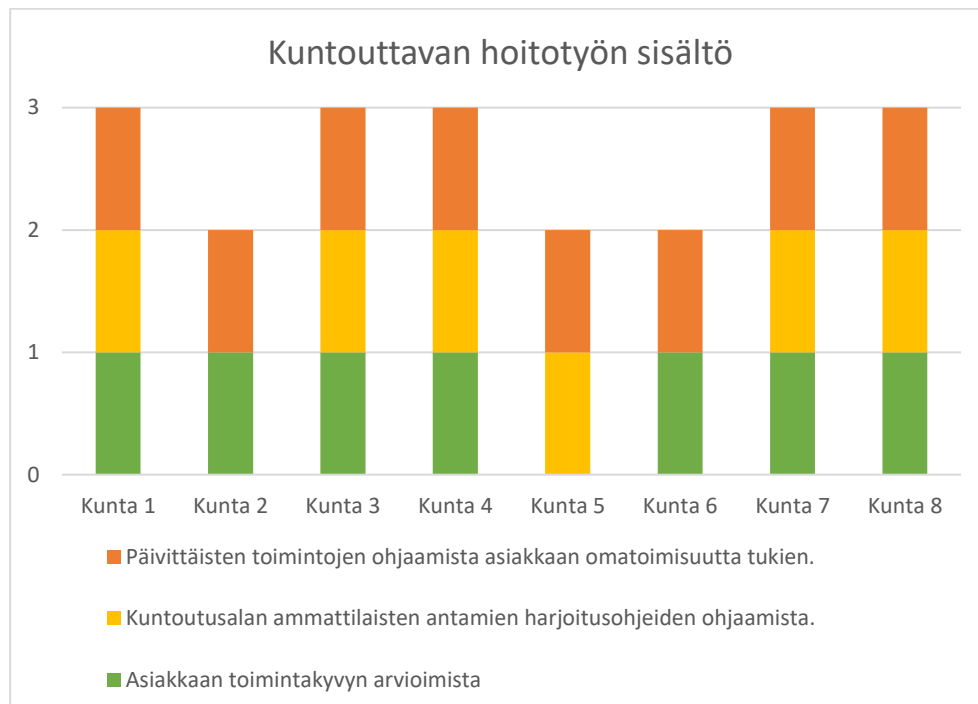
Kuvio 2 Kuntoutusjaksojen toteutusmallit.

Kaikissa kunnissa on tutkimuksen perusteella saatavilla kuntoutusalan ammattilaisen tekemä apuväline- tai ohjauskäynti asiakkaan luona. Lisäksi lähes kaikissa kunnissa toteutuu kuntoutusalan ammattilaisen ja kotihoidon hoitajan yhteiskäynnit tarvittaessa. Kuntoutusalan ammattilaisen toteuttama kuntoutusjakso toteutuu viidessä kunnassa. Kuntoutusalan ammattilaisen tekemä arvio, hoitajien opastus ja hoitajien ohjeen mukaan toteuttama kuntoutus työn ohessa toteutuu lähes kaikissa kunnissa. Kuntouttavaa hoitotyötä ilman kuntoutusalan ammattilaisen ohjausta toteutetaan kaikissa kunnissa. Kuviossa 3 kuvataan, miten kotikuntoutusta toteutetaan kunnissa.



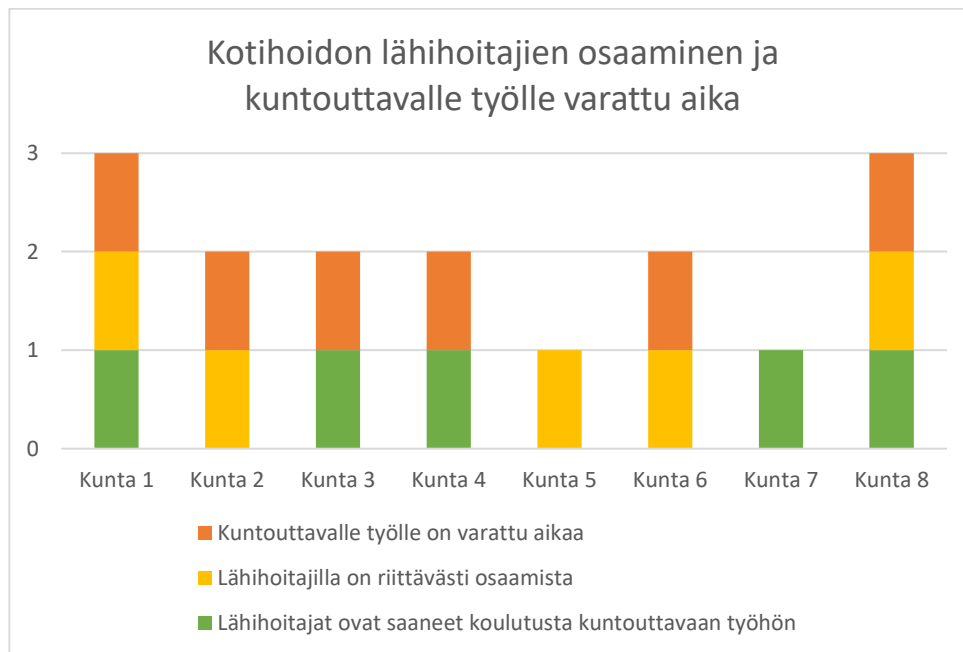
Kuvio 3 Kuntoutuksen toteutuminen asiakkaan kotona.

Tutkimusvastauksista kävi ilmi, että kuntouttavan hoitotyön sisällössä on tutkimukseen vastanneiden kuntien välillä eroja. Kahdessa kunnassa ei ole tarjolla kuntoutusalan ammattilaisten antamien harjoitteiden ohjaamista ja yhdessä kunnassa kotihoidon hoitajat eivät arvioi asiakkaan toimintakykyä. Lopuissa viidessä kunnassa kaikki toimenpiteet toteutuvat. Lisäksi kunnasta 4 tuotiin esiin, että osana kuntoutusta, kotihoidon hoitajat pyrkivät viemään asiakkaita ulos kävelemään. Kuviossa 4 kuvataan kotona kotihoidon hoitajien toteuttaman kuntouttavan työn sisältöä.



Kuvio 4 Kuntouttavan hoitotyön sisältö.

Tutkimuksessa selvitettiin kotihoidon työntekijöiden kuntouttavan hoitotyön osaamista sekä työlle varattua ajallista resurssia. Kyselyyn vastanneiden kuntien kotihoidon vastaavien mukaan kahdessa kunnassa on lähihoitajille varattu lisää aikaa kuntouttavan toimintamallin toteutukseen, ja he ovat saaneet työhön koulutusta, ja heillä on riittävästi osaamista työstä suoriutumiseen. Muutoin kuntien toimintamalleissa on eroja. Työlle on varattu aikaa ja lähihoitajilla on riittävästi osaamista, mutta heitä ei ole erikseen koulutettu työhön. Toisaalla koulutusta on tarjottu ja lisää aikaa annettu, mutta osaamisen ei koeta olevan riittävän hyvällä tasolla. Lähihoitajilla voi myös olla riittävästi osaamista, mutta ei koulutusta eikä lisää aikaa tai heitä on koulutettu, mutta aikaa ei ole annettu lisää ja eikä osaamisen tasoon olla tyytyväisiä. Kuviossa 5 kuvataan kotihoidon hoitajien edellytyksiä tehdä työtään kuntouttavalla toimintamallilla.



Kuvio 5 Kotihoidon lähihoitajien osaaminen ja kuntouttavalle työlle varattu aika.

Viimeisenä kysymyksenä tutkimuksessa selvitettiin, onko siirtyminen kuntouttavaan toimintamalliin sujunut ongelmitta. Enemmistö kuntien kotihoidon vastaavista totesi, ettei siirtyminen toimintamalliin ole sujunut ongelmitta. Kuntoutusalan ammattilaisen ja kotihoidon hoitajien välillä on ollut ongelmia siitä, kenelle mikäkin tehtävä kuuluu. Kahdessa kunnassa kuntoutumisen jalkauttaminen toimintaan on ollut hidasta ja vaihtelevaa muuttuvien tilanteiden vuoksi. Fysioterapeutin vaihtuvuus on myös tuonut ongelmia ja lisäksi fysioterapiaresurssia on välillä myönnetty ja välillä otettu pois kotihoidon palveluista. Kahdesta kunnasta todetaan lähihoitajien asenteen kuntouttavaa työtä kohtaan olevan haastavaa. Kaikki eivät koe kuntoutuskäyntejä tärkeinä ja perinteinen toimintamalli on tiukassa. Uusiutuminen ja uuden toimintamallin sisäistäminen vaatisi riittävästi toistoja sekä riittävää resurssia työntekijöiden ohjaamiseen pitkäjänteisesti. Lisäksi yhdessä kunnassa arviointijaksojen toteuttaminen on koettu haasteena. Vain yhdessä vastauksessa todetaan malliin siirtymisen sujuneen ongelmitta. Yhdessä kunnassa toimintamalli ei ole käytössä ja yhdestä kunnasta ei kysymykseen vastattu lainkaan.

Kyselyn lopussa oli varattu tilaa vapaalle kommentoinnille kunnan kotikuntoutustoitinnan tilanteesta ja sen kehittämistä. Kahdesta kunnasta kommentoitiin tilannetta ja kehittämissuunnitelmia tarkemmin. Ensimmäisestä kunnasta todettiin tämän hetken painotuskohteena olevan arviointijakson toteuttaminen kotihoidon ja vanhuspalvelujen kuntoutusyksikön yhteistyönä. Kotikuntoutuksen käytäntöjä on kehitetty monin eri tavoin, mutta jalkautuminen käytäntöön vaatii aikaa ja resursseja kuntoutuksen ammattilaisilta. Toisen kunnan tilanne on vastauksen perusteella keskenäinen. Fysioterapiaresursseja on välillä annettu kotihoidon käyttöön ja välillä siirretty muihin tarpeisiin. Fysioterapeutin panos on mennyt lähinnä apuväline- ja tilanearviointeihin, joskin muutama onnistunut kotikuntoutusjakso on tehty hyvin tuloksin. Ennen koronatilannetta kotihoitoon oltiin palkkaamassa fysioterapeutti, mutta taloustilanne heikkeni koronan myötä, eikä palkkaaminen ole tutkimushetkellä mahdollista. Kotikuntoutuksen kehittäminen on edelleen ajankohtaista ja mikäli kuntaan ei saada palkattua fysioterapeutteja, pyritään kuntoutustoimintaa viemään eteenpäin sairaanhoitaja vetoisesti. Pieni ja joustava verkosto on kunnan edustajan mukaan kuitenkin muuntautumiskykyinen ja kotihoidon henkilöstöllä on osaamista. Osalla on kuitenkin haasteita hyväksyä työn muutosta eivätkä he sitoudu kuntoutukseen. Tavoitteena on tulevaisuudessa lisätä koulutusta ja tukea lähihoitajille.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyöstä lähetettiin tutkimuslupahakemukset tutkimuksen kohdekuntiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa -ohjeen mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2010, 6.)

Tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. Myös syntynyt tietoaineisto on tallennettava vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Mts. 6.)

Tässä opinnäytetyössä ei tutkimuksen osalta kerätty henkilötietoja. Vastaajien sähköpostiosoitteet kerättiin kuntien julkisilta verkkosivuilta, eikä itse tutkimus käsittele

henkilötietoja millään tasolla. Tutkimuksessa ei myöskään selvitetä kenenkään työn tekemistä tai työstä suoriutumista. Lopputuloksessa kuntien palveluja tarkasteltiin ainoastaan kuntatasolla, ei henkilötasolla. Analyysivaiheessa tutkittavien kuntien nimet korvattiin numeroinnilla. Kyselyyn vastaajina ovat olleen kuntien kotihoidon vastaavat henkilöt. Tuloksissa ei yksilöidä vastaajia tai esimerkiksi terapiahenkilökuntaa.

Tutkittaville henkilöille lähetettiin Webropol-kyselyn yhteydessä tiedote tutkimuksesta (liite 1). Tiedotteessa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja toteuttaja. Tiedotteesta kävi ilmi, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkittavalla on oikeus keskeyttää vastaaminen, mikäli hän itse haluaa. Lisäksi tiedotteessa kerrottiin, tutkimuksen hyödyt ja mahdolliset haitat. Haittana kerrottiin se, että julkaistavassa opinnäytetyössä kerrotaan vastaajan kunta, mikä mahdollistaa vastaajan henkilöllisyyden selvittämisen kunnan verkkosivujen kautta. Opinnäytetyön raportoinnin aikana kuntien nimet päätettiin kuitenkin häivyttää, jolloin suora vastaajien tunnistaminen ei ole mahdollista. Vastaajien suostumus varmistettiin Webropol-kyselyn alussa pakotetuilla kysymyksillä, jotka toimivat suostumuslomakkeena. Vastaamatta jättämällä ei ollut mahdollista edetä kyselyyn saakka. Tällä pyrittiin varmistamaan, että kyselyyn vastaaja on ymmärtänyt oikeutensa. Lisäksi tiedotteeseen liitettiin tutkimuksen tekijän yhteystiedot mahdollisia lisätietokyselyjä varten. Tutkimukseen vastaajalle kerrottiin, että opinnäytetyön tekijä tuhoaa tutkimukseen liittyvät tiedostot, kun opinnäytetyö on valmistunut sekä sen, että heidän vastauslomakkeensa jäävät opinnäytetyön tilaajan käyttöön.

Tutkimuksessa tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimustulokset julkaistaan avoimesti ja vastuullisesti. Tutkimuksessa kunnioitetaan muiden tutkijoiden työtä ja saavutuksia viittaamalla asianmukaisesti heidän julkaisuihinsa, joita työssä on käytetty lähteenä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2010, 6.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty lähteenä niin kirjallisuutta kuin tutkimuksiakin ja lähdeviitteet on pyritty merkitsemään mahdollisimman tarkasti niin, että on mahdollista selvittää mistä lähteestä viittaukset on lainattu.

Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (Mts., 6.) Tämän opinnäytetyön tutkimuksen osalta pyritään mahdollisimman hyvään läpinäkyvyyteen ja julkaisemaan kerätty tieto sen mukaisesti kuin se on vastaajilta saatu.

Tutkimuksessa pyrittiin saamaan mahdollisimman luotettava ja totuudenmukainen kuva Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kotikuntoutuksen nykytilasta. Tutkimuksen validiteettia pyritään lisäämään sillä, että kysymykset on asetettu niin, että siitä saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin. Reliabiliteetin osalta oletus on, että tutkimukseen vastataan rehellisesti ja avoimesti, jolloin voidaan olettaa, että toistettaessa tutkimus, tulokset ovat samat. (Kananen 2011, 118-119.) Kotikuntoutus on kuitenkin toimintamalli, joka elää ja henkilöstömäärissä ja toimintatavoissa voi tulla muutoksia. Tämän vuoksi tutkimuksen tulokset ovat sellaisenaan pätevät ainoastaan tutkimushetkellä. Myöhemmin uudelleen toistettuna vastaukset kysymyksiin voivat vaihdella suurestikin.

Tutkimuksen haasteena oli alkuun tutkimuslupien saaminen. Tutkimusluvat saatiin lopulta 17 kunnasta. Neljästä kunnasta ei otettu kantaa tutkimuslupaun. 17 kunnasta kyselyyn vastattiin vain kahdeksasta kunnasta, mikä perusteella koko sairaanhoitopiirin kattavaa näkemystä ei saatu eikä yleistystä toiminnan laajamittaisesta toteutuksesta voida muodostaa. Saadut kahdeksan vastausta ovat kuitenkin hyvin saman suuntaisia, joten tuloksia voidaan pitää suuntaa antavina.

Kysymykset pyrittiin asettamaan mahdollisimman selkeiksi ja termit avattiin niin, että ne olisivat vastaajille selkeästi ymmärrettävissä. Tutkimuksesta tehtiin viidelle testi-vastaajalle esitestaus, jolla pyrittiin lisäämään kyselylomakkeen käytettävyyttä ja varmistamaan, että vastaukset vastaisivat kyselyn tavoitetta. Osassa vastauksia oli kuitenkin ristiriitaa eri kysymysten välillä. Vastauksista käy ilmi, ettei kuntoutusalan ammattilaista ole kunnan kotihoidon käytössä, mutta kuitenkin saman kunnan vastauksissa todetaan kotona toteutettavan kuntoutuksen ammattilaisen ohjaamia toimintamalleja. Kunnista ei kuitenkaan avattu tarkemmin toimintaa viimeisessä avoimessa

kysymyksessä. Osa vastaajista ei vastannut kaikkiin esitettyihin kysymyksiin. Haasteelliseksi koettiin erityisesti asiakkaan saaman kuntoutuksen määrä viikossa. Tältä osin jää epäselväksi, onko kysymyksen ymmärretty oikein tai onko niihin liittyvät, kysymystä suuntaavat ohjeet ja termien avaaminen luettu ajatuksella.

6.2 Keskeisten tulosten pohdinta

Tutkimuksen perusteella Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntien alueella kotikuntoutustoiminta on hyvin kirjavaa. Kuntouttavat asiakaskäynnit toteutuvat eri muotoisina asiakkaan tarpeen ja tilanteen vaatimusten mukaan. Kunnissa toteutuu erilaisia malleja kuntoutusalan ammattilaisten yksittäisistä käynneistä aina pidempiin kuntoutusjaksoihin. Suurelta osin toiminta kuitenkin perustuu vastausten perusteella perinteiseen kotihoitoon, jota pyritään toteuttamaan lähihoitajien työnä kuntouttavalla työotteella.

Muutamassa kunnassa on kotikuntoutusjaksoja saatu onnistumaan hyvin ja se on luonut lisää luottamusta toimintamalliin. Kotikuntoutuksen vaikuttavuuden esille saaminen ja sitä kautta toiminnan perustelu olisi tärkeää, jotta myös kuntien päättäjätaholla huomattaisiin toiminnan tuomat taloudelliset hyödyt. Vuonna 2018 kotipalvelun kustannukset olivat Suomessa 938,4 miljoonaa euroa ja palveluasumisen kustannukset (julkinen ja yksityinen yht.) 1625,3 miljoonaa euroa. Edellisenä vuonna kotihoidon kustannukset olivat 33,5 miljoonaa euroa ja palveluasumisen 17,8 miljoonaa euroa vähemmän. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020.) Tehostetun kotikuntoutusjakson tavoitteena on usein vähentää asiakkaan tarvitseman kotihoidon määrä ja siirtää esimerkiksi palvelutalon asiakkaaksi joutumista. Jo pienelläkin palvelujen piiriin joutumisen hidastamisella voidaan tehdä suuria taloudellisia säästöjä. Näin kuntoutusalan ammattilaisten lisärekrytoiminen olisi mahdollista perustella. Kuntoutusalan ammattilaisen toimenkuvana olisi nimenomaan antaa lähihoitajille tukea ja ohjausta, jotta he voivat taas tukea ja ohjata asiakkaan arkiselviytymistä niin, että toimintakyky pysyy ennallaan tai paranee.

Opinnäytetyön tuloksista kävi myös ilmi, ettei kuntouttavan työn käyntimäärää viikossa osattu kunnissa arvioida. Kuntouttavan työotteen esiin saaminen vaatisi tarkempaa työn kirjaamista ja näiden tehtävien irrottamista kirjatessa oman yksilöidyn otsikon alle. Näin kuntouttavaan työhön kuluva aika ja sen mahdolliset vaikutukset asiakkaan toimintakykyyn olisi mahdollista saada paremmin esille. Edellä kuvatussa Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän tehostetun kotikuntoutuksen mallissa kuntouttavan työn osuus on helposti osoitettavissa, sillä kotikuntoutustiimit toteuttavat ainoastaan kuntouttavaa työtä ilman perinteisiä kotihoitoon tehtäviä. (Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2019.)

Sosiaali- ja terveysministeriön vuoden 2017 julkaisussa Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019 todettiin tavoitteeksi ikääntyvien asuminen nykyistä pidempään omassa kodissa. Tavoitteeseen pääsy vaatii investointeja terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen edistämiseen sekä kuntoutuksen lisäämiseen ja monimuotoistumiseen. Yhtenä haasteena todetaan kotiin tuotavien kuntoutuspalveluiden järjestäminen. Kehittämissuosituksena esitetään kotiin annettavaa kuntoutuspalvelua, lääkärinkonsultaatiota ja esimerkiksi kotisairaalan palveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 24-25.) Kotikuntoutuspalveluiden tärkeys on siis havaittu myös valtion tasolla. Sen toteuttaminen kuitenkin vaihtelee suuresti eri puolilla Suomea.

Viimeisimmässä Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi todetaan, että Vanhuspalvelulain 12 § edellyttää kunnan järjestettäväksi ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja. Lisäksi kunnan on tarjottava hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä erityisesti niille ikääntyneeseen väestöön kuuluville, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan tutkimustiedon tai yleisen elämäkokemuksen perusteella liittyvän palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä. Kuntien toimintana tehtävää etsivää työtä on tarpeen lisätä, jotta löydettäisiin ne ikäihmiset, joiden toimintakyky on heikkenemässä ja jotka tarvitsevat toimintakykynsä ylläpitämisessä tukea. Myös huoli-ilmoitusten käyttö voi edesauttaa tiedon saantia iäkkäistä

henkilöistä, joiden toimintakyky on merkittävästi tai äkillisesti heikentynyt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020a, 23.)

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa ”Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020-2022” kotikuntoutuksen kehittäminen nivoutuu yhteen tulevaisuuden sote-keskus ohjelmaa osana koti- ja omaishoidon kehittämistä. Julkaisussa todetaan, että kotihoidossa työn tulee olla kuntouttavaa ja siinä on hyödynnettävä kuntouttavia toimintamalleja, esimerkiksi kotikuntoutusta ja etäkuntoutusta. Lisäksi kiireellisiä tilanteita varten tulee olla mahdollisuus lääketieteelliseen konsultaatioon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020b, 65.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on siis jo useamman vuoden painottanut ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämistä ja parantamista. Palvelutarpeen arvioita tehdään useimmissa kunnissa, mutta haasteena on löytää ne asiakkaat, joiden toimintakyky on heikentymässä ja palvelutarve lähitulevaisuudessa lisääntymässä. Oman toimintakyvyn heikkenemistä on vaikea havaita ja usein myös vaikea myöntää. Aina ei ole läheisiä, jotka tilanteen huomaisivat ja terveydenhuollon palveluihin hakeudutaan vasta, kun toimintakyky on jo selkeästi heikentynyt.

Tutkimustuloksissa esiteltiin taulukko, johon oli kerätty tutkimukseen vastanneiden kuntien yli 64-vuotiaiden asukkaiden määrä sekä käytössä olevan kuntouttavan henkilöstön määrää. Vastaavasti esimerkiksi Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa Juvan kunnassa on kotikuntoutuksen käytössä yksi fysioterapeutti sekä noin 0,25 toimintaterapeuttia. Juvalla asukkaita oli vuoden 2019 lopulla 6116 henkilöä, joista 35,2 % oli yli 64 -vuotiaita (2158 henkilöä). (Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden keskus 2019; Tilastokeskus N.d.)

Vastaavasti Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä eteläisellä toimialueella (Orimattila, Myrskylä, Pukkila) asukkaita oli vastaavana ajankohtana 19 745 henkilöä, joista yli 64 -vuotiaita oli 25,3 % asukkaista (5010 henkilöä). Fysioterapeutteja tehostetussa kotikuntoutuksessa alueella on vähintään yksi, jonka lisäksi myös kotihoidon fysioterapeutti toimii alueella. Toimintaterapeutteja on yksi ja alueella toimii kuntouttavaa työtä tekevien lähihoitajien tiimi (Tilastokeskus N.d.; Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä 2020.) Etelä-Savon sosiaali- ja terveystieteiden keskuksista sekä Päijät-Hämeen

hyvinvointikuntayhtymästä ei ole julkisesti saatavilla tarkempia tietoja kuntoutusta tuottavasta henkilömäärästä.

Vertailtaessa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen kuntiin, on havaittavissa, että Keski-Suomen kunnat ovat asukasluvultaan pienempiä. Näin kuntoutusalan ammattilaisen palkkaaminen voi tuntua ylimitoitetulta. Sekä Etelä-Savon sosiaali- ja terveyspalveluissa kuin Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässäkin kunnat toimivat yhden suuren toimijan alla ja näin fysio- ja toimintaterapeuttiресурssit voidaan jakaa laajemmän käyttäjäkunnan alueelle. Keski-Suomessa Perusturvaliikelaitos Saarikassa toimii tehostettu kotikuntoutus, jonka palveluksessa on yksi fysioterapeutti ja yksi toimintaterapeutti. Toiminta-alueena ovat Saarikan kunnat (Kannonkoski, Karstula, Kivijärvi, Kyyjärvi, Saarijärvi) jonka asukasluku oli vuoden 2019 lopulla yhteensä 17006 henkilöä, joista yli 64 -vuotiaita oli 33,2 % eli 5652 henkilöä. (Saarikka 2020; Tilastokeskus N.d.) Tästä voidaan päätellä, että kustannustehokkaan ja toimivan kotikuntoutuksen toteutus vaatii laajempaa asukas pohjaa, jolloin kuntien välinen yhteistyö on keskiössä. Tähän opinnäytetyöhön Saarikan kunnista saatiin vain yksi vastaus, josta kävi ilmi osittainen fysioterapeutin käytön mahdollisuus, mutta vastauksissa ei mainittu toimintaterapian mahdollisuutta.

Suomessa yleisin kotikuntoutuksen toimintamalli vaikuttaisi olevan kotihoidon yhteydessä toimiva fysio- ja toimintaterapeutti johtoinen resurssointi. Tässä mallissa haastavinta vaikuttaisi olevan lähihoitajien työnkuvan muuttuminen ja ohjautuminen pois vanhoista ajatusmalleista. Vastaavasti taas Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä käytössä on malli, jossa tehostetussa kotikuntoutuksessa on oma fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja kuntouttavaa työtä tekevien lähihoitajien tiimi. Tässä mallissa lähihoitajilla on aikaa keskittyä kuntouttavaan työhön, mutta epäselväksi jää, siirtyvätkö toimintamallit asiakkaan arkeen kuntoutusjakson päätyttyä.

6.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntien tilanne on kotikuntoutuksen osalta hyvin kirjavaa. Toimintaa toteutetaan monimuotoisilla malleilla ja kukoistava kotihoito -hankkeen toimintamallit ovat jääneet kyselyyn vastanneissa kunnissa elämään vain

osittain. Vastausten perusteella kuntoutusta toteutetaan lähinnä kotihoidon lähihoitajien kuntouttavan hoitotyön mallilla eikä kaikissa kunnissa ole kuntoutusalan ammattilaista ohjaamassa kuntoutustoiminnan toteutumista. Kunnissa on kuitenkin pääasiassa havaittu kotiin vietävän kuntoutuksen tarve ja sen kehittäminen. Pienissä kunnissa laajamittaisen kotikuntoutuksen tuottaminen on kuitenkin haastavaa niin taloudellisten kuin henkilöresurssienkin osalta. Lisäksi kotihoidossa perinteiset toimintamallit ovat syvällä ja lähihoitajien työn uudistaminen kuntoutuspainotteiseksi on aikaa vievää. Asenteet uutta toimintamallia kohtaan muuttuvat hitaasti. Uuden toimintamallin haltuun ottaminen vaatisi runsaasti kouluttamista ja lähihoitajien työn ohjaamista, mikä vaatisi myös kuntoutusalan ammattilaisten lisäresursseja.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuoda esiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen kuntien kotikuntoutuksen tilanne. Tutkimus tehtiin esimiestasolle, jolloin saatiin tutkimukseen osaa ottaneiden kuntien näkemys kotikuntoutuksen tilanteesta. Jatkotutkimuksen osalta olisi mielenkiintoista selvittää, miten kotihoidon lähihoitajat kokevat osaamisen ja ajankäytön kuntoutustoiminnan näkökulmasta. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää, miten nykypäivän lähihoitajakoulutus tukee kuntoutuspainotteista työtä.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, ettei kuntoutuksen osuutta muusta kotihoidon työstä pystytä erottelemaan. Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää, miten lähihoitajien kirjauksista tällä hetkellä erotellaan merkinnät kuntoutustoimenpiteistä tai miten kirjaamista olisi mahdollista kehittää, jotta jatkossa kuntoutukseen käytetty aika olisi mahdollista näyttää selkeästi kotihoidon perinteisistä tehtävistä erillisinä toimintoina. Näin myös kuntoutuksen tarvetta ja resurssointia olisi mahdollista perustella tarkemmin.

Lähteet

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvet. 2019. Kotikuntoutus. Viitattu 2.11.2020.

<https://www.essote.fi/asiakkaalle/palvelut/kuntoutuspalvelut/kotikuntoutus/>

Etelä-Savon sosiaali- ja terveystalvet. 2020. Kuntoutuksen palveluohjaus. Viitattu

21.2.2020. <https://www.essote.fi/asiakkaalle/palvelut/kuntoutuspalvelut/kuntoutuksen-palveluohjaus/>

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalvet. N.d. Kotikuntoutus ja asumisen tuki. Viitattu

1.2.2020. <http://www.eksote.fi/terveystalvet/kotikuntoutus/Sivut/default.aspx>

Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvoori, J. 2017. Tutkimushaastattelun käsikirja.

Tampere: Vastapaino

Joutjärvi, M. 2020. Koronan vaikutusta: Moni kuntoutusalan ammattilainen siirrettiin

eri tehtäviin tai lomautettiin. Tehy-lehti. Viitattu 17.9.2020. [https://www.te-](https://www.tehy-lehti.fi/fi/uutiset/koronan-vaikutusta-moni-kuntoutusalan-ammattilainen-siirrettiin-eri-tehtaviin-tai)

[hy-lehti.fi/fi/uutiset/koronan-vaikutusta-moni-kuntoutusalan-ammattilainen-siirrettiin-eri-tehtaviin-tai](https://www.tehy-lehti.fi/fi/uutiset/koronan-vaikutusta-moni-kuntoutusalan-ammattilainen-siirrettiin-eri-tehtaviin-tai)

Jyväskylä. N.d. Vanhuspalvelut 2019. Viitattu 7.4.2020. [https://www.jyvaskyla.fi/t-](https://www.jyvaskyla.fi/talousarviot/talousarvio-2019/kayttotalousosa/perusturva/vanhuspalvelut-2019#avaa)

[lousarviot/talousarvio-2019/kayttotalousosa/perusturva/vanhuspalvelut-2019#avaa](https://www.jyvaskyla.fi/talousarviot/talousarvio-2019/kayttotalousosa/perusturva/vanhuspalvelut-2019#avaa)

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön

opas. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Kela. 3/2020. Kelan kuntoutuspalvelujen järjestäminen koronavirusepidemian aikana.

Viitattu 17.9.2020. [https://www.kela.fi/lehdistotiedotteet/-/asset_ pub-](https://www.kela.fi/lehdistotiedotteet/-/asset_publisher/S3Q9IK5MESIT/content/kelan-kuntoutuspalvelujen-jarjestaminen-koronavirusepidemian-aikana)

[lisher/S3Q9IK5MESIT/content/kelan-kuntoutuspalvelujen-jarjestaminen-koronavirusepidemian-aikana](https://www.kela.fi/lehdistotiedotteet/-/asset_publisher/S3Q9IK5MESIT/content/kelan-kuntoutuspalvelujen-jarjestaminen-koronavirusepidemian-aikana)

Kela. 5/2020. Kasvokkainen kuntoutus jatkuu kuntoutuspalveluissa. Viitattu

17.9.2020. [https://www.kela.fi/lehdistotiedotteet/-/asset_ pub-](https://www.kela.fi/lehdistotiedotteet/-/asset_publisher/S3Q9IK5MESIT/content/kasvokkainen-kuntoutus-jatkuu-kuntoutuspalveluissa)

[lisher/S3Q9IK5MESIT/content/kasvokkainen-kuntoutus-jatkuu-kuntoutuspalveluissa](https://www.kela.fi/lehdistotiedotteet/-/asset_publisher/S3Q9IK5MESIT/content/kasvokkainen-kuntoutus-jatkuu-kuntoutuspalveluissa)

Keski-Pohjanmaan sosiaali- ja terveystalvvelukuntayhtymä. N.d. Tehostettu kotikuntoutuminen. Viitattu 21.2.2020. <https://soite.fi/kotikuntoutuminen>

Kjerstad, E. & Tuntland, H.K. 2016. Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. Health Economics Review 6, 15, 1-10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4864744/>

Kukoistava kotihoito. 2016. Keski-Suomen Kukoistava kotihoito hankesuunnitelma. Viitattu 9.2.2020. <http://www.ks2021.fi/uudistuksen-karkihankkeet/kotihoito/materiaalit/tulokset/>

Kukoistava kotihoito. 2018. Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Viitattu 9.2.2020. <http://www.ks2021.fi/uudistuksen-karkihankkeet/kotihoito/materiaalit/tulokset/>

Niskanen, S. 2018. Arkikuntoutuksen toteutuminen pohjoismaissa. Toimintaterapeutti 3/2018. Viitattu 26.11.2020. <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/toimintaterapia/arkikuntoutuksenorganisointi/>

Niskanen, S. 2019. Arkikuntoutuksen paikka suomalaisessa kuntoutusjärjestelmässä. Toimintaterapeutti 1/2019, 7-9. Viitattu 1.2.2020. <http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/toimintaterapia/arkikuntoutuksen-paikka-suomalaisessa-kuntoutusjarjestelmassa/>

Nuotio, T. 2020. Suomeen koulutetaan ennätysmäärä uusia lähihoitajia vanhustyöhön – löytyykö heitä isoja kolhuja saaneelle alalle? Turun Sanomat. Viitattu 21.11.2020. <https://www.ts.fi/uutiset/kotimaa/5134243/Suomeen+koulutetaan+ennatysmaara+uusia+lahihoitajia+vanhustyohonloytuyko+heita+isoja+kolhuja+saaneelle+alalle>

Pikkarainen, A. 2017. Ikä nyt! Arki-, koti- ja lähikuntoutuksen käsitteet. Viitattu 19.2.2020. <https://www.karelia.fi/ikanyt/2017/03/23/arki-koti-ja-lahikuntoutuksen-kasitteet/>

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. 2020. Kotikuntoutus. Viitattu 2.11.2020. <https://www.phyky.fi/fi/ikaantyneiden-palvelut-ja-kuntoutus/kuntoutus/kotikuntoutus-2/>

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. 2019. Tehostettu kotikuntoutus. Viitattu 9.2.2020. <https://www.phhyky.fi/fi/ikaantyneiden-palvelut-ja-kuntoutus/kuntoutus/kotikuntoutus-2/tehostettu-kotikuntoutus/>

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. 2018. Ylläpitävä kotikuntoutus. Viitattu 9.2.2020. <https://www.phhyky.fi/fi/ikaantyneiden-palvelut-ja-kuntoutus/kuntoutus/kotikuntoutus-2/yllapitava-kotikuntoutus/>

Saarikka. 2020. Kotiin annettavat palvelut. Viitattu 2.11.2020. http://www.saarikka.fi/fi-FI/Palvelut/Ikaantyvien_palvelut/Kotiin_annettavat_palvelut

Salminen, A-L., Hiekkala, S. & Stenberg, J-H. 2016. Etäkuntoutus. Viitattu 19.2.2020. <https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-kuntoutuspalvelut-kuntoutuksen-kehittaminen-kelan-hankkeet-etakuntoutus-hanke?inheritRedirect=true>

Salminen, A-L. & Hiekkala, S. 2019. Kokemuksia etäkuntoutuksesta. Kelan etäkuntoutushankkeen tuloksia. Viitattu 8.4.2020. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/302635>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Viitattu 21.11.2020 <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/80132>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Valtioneuvoston julkaisu 2020/29. Viitattu 21.11.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162455>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020b. Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020-2022. Viitattu 29.12.2020. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162622>

Suomen fysioterapeutit. N.d. Ikääntyvien kotikuntoutus. Viitattu 9.2.2020. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/fysioterapia/ammatin-kehittaminen/ikaantyvien-kotikuntoutus/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2018. Viitattu 2.11.2020. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>

Tilastokeskus. N.d. Kuntien avainluvut. Viitattu 2.11.2020. <https://www.tilastokeskus.fi/tup/alue/kuntienavainluvut.html#?year=2020&active1=SSS>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2010. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauseräilyjen käsittely Suomessa. Viitattu 21.5.2020. www.tenk.fi

Liitteet

Liite 1 Saatekirje

Kotikuntoutus Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kunnissa

Hyvä vastaaja,

Olen kuntoutuksen ohjaaja -opiskelija Jyväskylän ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötä, jossa selvitetään kotikuntoutuksen tilannetta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kunnissa. Opinnäytetyö tuottaa taustamateriaalia Vuodeosastopotilaiden palveluohjauksen malli maakunnassa -projektin käyttöön. Tutkimukseen vastanneille toimitetaan linkki opinnäytetyöhön sen valmistuttua. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat Jyväskylän ammattikorkeakoulun lehtorit Kaisa Lällä ja Anja Tantt.

Työn tarkoitus

Opinnäytetyössä tarkoituksena on selvittää ikäihmisten kotikuntoutuksen kuntoutushenkilöstön (fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puheterapeutit, psykologit/neuro psykologit) määrää ja sitä, miten työnjako kuntoutushenkilöstön ja kotikuntoutuksen lähihoitajien kanssa jakautuu. Lisäksi opinnäytetyössä pohditaan sitä, miten kotikuntoutusta olisi mahdollista tulevaisuudessa kehittää.

Osallistumisen vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Osallistumisesta ei makseta korvausta. Kyselyyn vastaamisen voit keskeyttää missä vaiheessa tahansa.

Tutkimuksen hyödyt ja haitat

Tutkimukseen liittyvä haitta on lomakkeen täyttämiseen kuluva aika, n. 15 min. Vastaaaja hyötyy tutkimuksesta opinnäytetyön valmistuttua saamalla tietoa Keski-Suomen kotikuntoutuksen toiminnasta ja kehittämisestä.

Tietosuoja

Tutkimuksessa ei kerätä henkilötietoja eikä opinnäytetyössä julkaista tutkimukseen vastanneiden henkilöiden nimiä. Tutkimuksesta kerätty tieto käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimusvastaukset toimitetaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirille, kun opinnäytetyö on tehty. Opinnäytetyön tekijä poistaa vastaukset omista tiedostoistaan, kun opinnäytetyö on hyväksytty. Opinnäytetyössä kerätty tieto julkaistaan kuntain, mutta opinnäytetyössä kerrotaan, että vastaukset on kerätty kuntien kotihoidosta vastaavilta henkilöiltä, jolloin opinnäytetyön lukijan on periaatteessa mahdollista halutessaan selvittää kunnan verkkosivuilta, kuka kunnasta on kyselyyn vastannut.

Päätöksesi osallistumisesta

Seuraavalla sivulla on suostumuslomake, jonka kysymyksiin vastaamalla annat suostumuksesi tutkimukseen osallistumisesta ja pääset etenemään varsinaiselle kyselylomakkeelle.

Lisätiedot

Mikäli sinulla on kysyttävää tutkimuksesta, ole yhteydessä opinnäytetyön tekijään, jonka yhteystiedot löydät alta.

Kiitos mielenkiinnostasi!

Ystävällisin terveisin,

Johanna Vuorinen

xxx@xxx.xx

p. xxx-xxxxxxx

Seuraavalla kyselyllä selvitetään Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Vuodeosastopotilaiden palveluohjauksen malli maakunnassa -projektiin taustamateriaaliksi kotikuntoutuksen kuntoutushenkilöstön (fysioterapeutit, toimintaterapeutit, puheterapeutit, psykologit/neuropsykologit) määrää sekä kotikuntoutuksen toteuttamistapaa alueenkunnissa.

Olen tutustunut tutkimuksen tiedotteeseen ja minulla on ollut mahdollisuus kysyä lisätietoja tutkimuksesta. Olen ymmärtänyt tutkimuksen tarkoituksen ja sen, mitä osallistuminen minulta edellyttää. Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus keskeyttää osallistuminen missä tahansa vaiheessa ilmoittamatta syytä.

Vastaamalla alla oleviin kysymyksiin annan suostumukseni vastauksieni käyttämisen opinnäytetyön tutkimusmateriaalina.

1. Olen lukenut ja ymmärtänyt edellä olevan tutkimustiedotteen *

Kyllä

Ei

2. Ymmärrän, että vastauksiani käsitellään luottamuksellisesti. *

Kyllä

Ei

3. Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja voin keskeyttää osallistumiseni koska tahansa syytä ilmoittamatta *

Kyllä

Ei

4. Suostun vapaaehtoisesti ja vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen *

Kyllä

Ei

Liite 2 Webropol-kysely

5. Minkä kunnan kotihoitoa/-kuntoutusta edustatte?

Valitkaa pudotusvalikosta oikea vaihtoehto.

6. Miten kotikuntoutus toteutetaan?

Valitse palvelua parhaiten kuvaava vaihtoehto.

Osana kotihoitoa.

Oma kotikuntoutusyksikkö toimii kotihoidon rinnalla.

Kunnassamme ei ole kotikuntoutustoimintaa.

Joku muu malli, mikä?

7. Toteutuuko kunnassanne Kukoistava kotihoito -mallin mukainen kotikuntoutuksen polku? (palvelutarpeen arvio, arviointijakso, kotihoidon aloitus, tehostetun kotikuntoutusjakson aloitus)

Kyllä

Ei

Osittain, miltä osin?

8. Toteutetaanko kotikuntoutusta kunnassanne ilman Kukoistava kotihoito -mallin polkua?

Kotikuntoutus on aina sidottu Kukoistava kotihoito -mallin polkuun.

Kotikuntoutusjakso voi toteutua ilman polkua mikäli taustalla on jo yksi tehostetun kotikuntoutuksen jakso ja sille tarvitaan jatkoa.

Kotikuntoutus ei ole sidottu kotihoitoon tai palvelutarpeen arvioon. Kuntoutustarpeen arvion voi tehdä terveydenhuollon ammattilainen ja ohjata asiakkaan kotikuntoutukseen.

Jotenkin muuten, miten?

Kotikuntoutuksen/-hoidon toteutus kunnassanne

Kotikuntoutuksessa ja -hoidossa työskentelee usein eri alojen osaajia. Kuntoutusalan ammattilaisten osalta fysio- ja toimintaterapeutit ovat usein osa kotiin vietävää kuntoutuspalvelua, mutta myös muita kuntoutusalan osaajia (puheterapeutti, ravitsemusterapeutti jne.) voidaan hyödyntää. Lisäksi hoitotyötä tekevät lähi- ja sairaanhoitajat ovat vahvasti osa kuntoutuksen toteuttajia asiakkaiden kodeissa.

Kotikuntoutuksen tavoitteena on usein asiakkaan toimintakyvyn parantuminen ja säilyminen sekä elämänlaadun ja turvallisuudentunteen parantuminen niin, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Usein kotona mahdollisimman omatoimisesti pärjääminen on kuntoutuksen keskiössä. Kuntoutuksen aluksi arvioidaan asiakkaan toimintakyky ja tavoitteet. Kotiin voidaan tehdä myös apuvälinetarpeen arvio. Varsinainen kuntoutus voi pitää sisällään fyysisiä harjoitteita (tasapaino, liikkuvuus, lihasvoima) sekä arjen toimintojen harjoittelua ohjattuna. Tavoitteena voi näin ollen olla, että asiakas pystyy itse suoriutumaan esim. aamupalan valmistamisesta ohjattuna tai täysin omatoimisesti.

Seuraavissa kysymyksissä on pyrkimyksenä selvittää, millaisella henkilöstöllä teidän kunnassanne kotikuntoutusta toteutetaan. Lisäksi kysymyksillä pyritään selvittämään, miten työn sisältö on jakautunut ammattikunnittain.

9. Mitä eri kuntoutusalan ammattilaisia kuntanne kotikuntoutuksessa/-hoidossa työskentelee ja kuinka monta heitä on?

Voitte valita useamman vaihtoehdon. Lisätkää henkilömäärä tekstiruutuun.

Fysioterapeutti

Toimintaterapeutti

Joku muu, mikä?

10. Kuinka suuri osa kotihoidon hoitotyötä tekevästä henkilöstöstä tekee kuntouttavaa työtä kotihoidossa/kotikuntoutuksessa?

Lisätkää arvio prosentteina alle.

11. Millaista kotikuntoutusta kunnassanne on tarjolla?

Rastittakaa sopivat vaihtoehdot. Voitte valita useamman vaihtoehdon.

Kuntoutusalan ammattilaisen tekemä apuvälinearvio/ohjauskäynti kotiin.

Kuntoutusalan ammattilainen arvioi kuntoutustarpeen ja toteuttaa kuntoutusjakson asiakkaan kotona.

Lähihoitajan ja kuntoutusalan ammattilaisen yhteiskäynti asiakkaan luona.

Kuntoutusalan ammattilainen arvioi kuntoutustarpeen, ohjaa lähihoitajia ja lähihoitajat toteuttavat kuntoutuksen asiakkaan kotona saamiensa ohjeiden mukaisesti. Kuntouttava työote jatkuu kotikuntoutusjakson jälkeen kotihoidossa.

Kuntouttava työote kuuluu lähihoitajien työhön ja he toteuttavat sitä työssään ilman kuntoutusalan ammattilaisen tekemää arviointia/ohjausta.

Joku muu, mikä?

12. Kuinka monta kertaa viikossa keskimäärin asiakas saa kuntoutusta lähihoitajien ja kuntoutusalan ammattilaisten toteuttamana?

Kirjaa alle arvio kertoina/viikko.

13. Kuinka pitkä kotikuntoutusjakso kunnassanne on?

Voitte valita useamman vaihtoehdon.

Kuntoutusjakso, joka sisältää kuntoutusalan ammattilaisen käyntejä ennalta sovitun määrän, esim. 5 tai 10 kertaa.

Tehostettu kotikuntoutusjakso toteutuu muutamasta viikosta muutamaa kuukautta.

Vain yksittäisiä kuntoutusalan ammattilaisen käyntejä tarvittaessa, ei varsinaista kotikuntoutusjaksoa.

Ei lainkaan kotikuntoutusjaksoa.

Jokin muu, mikä?

Lähihoitajien työ on usein hektistä ja asiakkaan luona käytetty aika on tarkkaan mitoitettu. Lisäksi siirtyminen perinteisestä kotiin vietävästä hoitotyöstä kuntouttavaan hoitotyöhön vaatii uutta osaamista. Seuraavissa kysymyksissä pyritään selvittämään lähihoitajien työtä tarkemmin.

14. Kuntouttava hoitotyö lähihoitajien toteuttamana sisältää

Voitte valita useamman vaihtoehdon

Päivittäisten toimintojen ohjaamista asiakkaan omatoimisuutta tukien.

Kuntoutusalan ammattilaisten antamien harjoitusohjeiden ohjaamista.

Asiakkaan toimintakyvyn arvioimista

jotakin muuta, mitä?

15. Mikäli lähihoitajat toteuttavat kuntoutusta käyntien yhteydessä, onko asiakkaan kuntoutustavoitteisiin tähtäävien, arjen omatoimisuutta tukevien harjoitteiden ohjaamiselle varattu lisää aikaa tavanomaisten kotihoidon töiden suorittamisen lisäksi?

Kyllä

Ei

16. Koetteko, että lähihoitajilla on riittävästi osaamista asiakkaan omatoimisuuden tukemiseen harjoitteiden ja arjen toimintojen ohjaamisessa?

Kyllä

Ei

17. Ovatko lähihoitajat saaneet koulutusta kuntouttavan toimintatavan toteutukseen työssään?

Kyllä

Ei

18. Koetteko siirtymisen perinteisestä kotihoidosta kuntouttavaan toimintamalliin, jossa fysioterapeutti/toimintaterapeutti/muu kuntoutusalan ammattilainen kouluttaa ja ohjaa lähihoitajia tukemaan asiakkaan toimintakykyä, sujuneen ongelmitta?

Kyllä

Ei, kuvailisittekö ongelmakohtia?

Kunnassamme ei ole kyseistä toimintamallia käytössä.

19. Haluatteko kertoa jotakin lisää kunnassanne toimivasta kotikuntoutus-mallista?

20. Voiko opinnäytetyön tekijä olla teihin tarvittaessa yhteydessä puhelimitse lisätietojen saamiseksi? Mahdolliset lisäkysymykset voivat koskea esimerkiksi kunnassanne tehtävää kotikuntoutuksen kehittämistä. *

Kyllä

Ei