



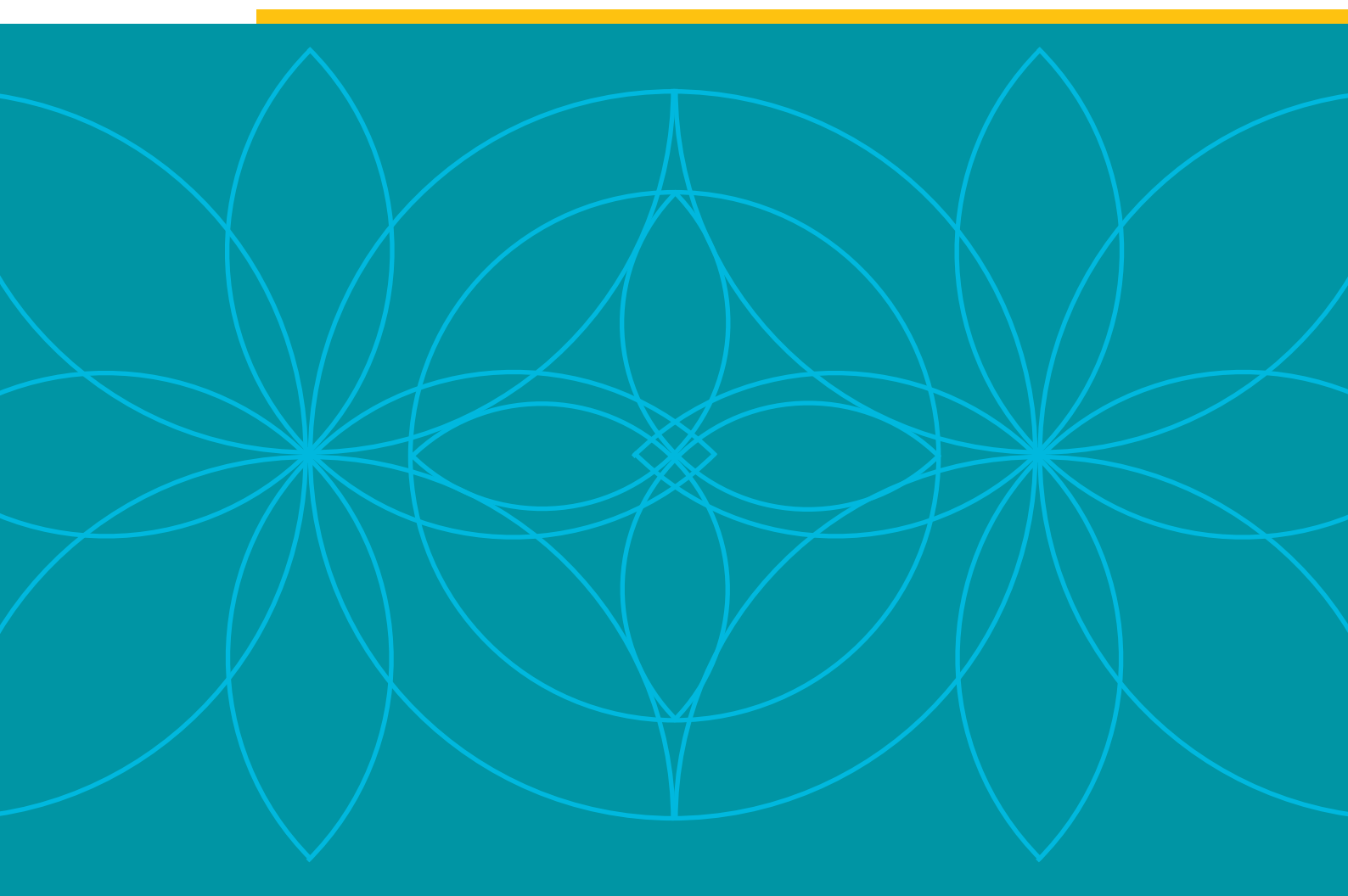
Tutkimuksia ja raportteja 3 / 2016

Kotikuntoutuksen toimintamalli Helsingissä

*Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kotikuntoutus
– projekti Etelän palvelualueella 2013 – 2015*

LOPPURAPORTTI

Peiponen Arja, Kristensen Maria, Arvo Tuija, Tolkki Pirjo, Pekkanen Meri,
Kara Helena





Tekijä(t) Peiponen Arja, Kristensen Maria, Arvo Tuija, Tolkki Pirjo, Pekkanen Meri, Kara Helena		
Julkaisun nimi Kotikuntoutuksen toimintamalli Helsingissä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kotikuntoutus – projekti Etelän palvelualueella 2013 – 2015		
Julkaisija Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysvirasto	Julkaisu-aika 2016	Sivumäärä, liitteet 80, 13
Sarja Sosiaali- ja terveysviraston tutkimuksia ja raportteja		Sarjan numero 3/2016
ISSN-numero 2341-8109	ISBN verkkojulkaisu 978-952-331-113-8	Kieli suomi

Avainsanat
kotihoito, kotikuntoutus, arkiliikunta, liikkumissopimus

Tiivistelmä

Kuntoutus voidaan määritellä suunnitelmalliseksi ihmisen ja ympäristön muutos-prosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja hy-vinvoinnin edistäminen. Sillä tavoitellaan ennen kaikkea kohennusta kuntoutu-jan elämänhallintaan ja toimintakykyyn. Se on monialaista ammatillista toimintaa.

Kuntoutuksen avulla voidaan merkittävästi edesauttaa sitä, että ikääntyneet voi-vat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Tärkeää on antaa kuntoutusta riittä-vän varhain, kyse on terveyden edistämisestä ja laitoshoidon tarpeen ennaltaeh-käisystä.

Tässä raportissa kuvataan Helsingin kotikuntoutushankkeen kokonaisuus. Kirjal-lisuuden pohjalta selvitetään kotikuntoutuksen käsitettä sekä kotikuntoutuksen tilannetta eri maissa ja Suomessa. Tutkimusten mukaan kotikuntoutus lisää kun-toutujien itsenäisyyttä, vähentää heidän hoidon tarvettaan ja saa heidät asumaan kotonaan pidempään verrattuna tavallisen kotihoidon asiakkaisiin. Kuntoutujat saavat mahdollisuuden harjoitella jokapäiväisiä arjen toimintoja siellä, missä niitä myöhemminkin tarvitaan eli kotona ja sen lähiympäristössä.

Kotikuntoutushankkeen tavoitteena oli kehittää Helsingin kotihoitoon sellainen moniammatillinen kotikuntoutusmalli, joka voitaisiin levittää koko kaupunkiin.

Tavoitteena oli myös määritellä kotikuntoutukseen soveltuva kohderyhmä sekä käytettävät mittarit ja kriteerit kotikuntoutukselle sekä eri ammattilaisten rooli koti-kuntoutuksessa. Tavoitteena oli myös selkeyttää arviointi- ja kuntoutusosastojen tehtävää suhteessa kotikuntoutukseen. Yleisellä tasolla voidaan todeta, että pilot-tihankkeessa onnistuttiin luomaan kotikuntoutuksen toimintamalli Helsinkiin.

Kotikuntoutuksessa oli hankkeen aikana asiakkaita 48, joista naisia oli 35 ja mie-hiä 13. Jaksot toteutuivat ajalla 1.3.14 - 31.3.15. Kokonaisia kotikuntoutusjaksoja toteutui 22, jakson pituus oli keskimäärin 12 viikkoa. Fyysisen toimintakyvyn mit-tausten perusteella kuntoutusjaksolle osallistuneilla tasapainokyky, käden puris-tusvoimat ja kävelynopeus olivat parantuneet. Toiminnallisia tavoitteita kuten it-senäinen wc-käynti, kodin ulkopuolella toimiminen, porraskävely, ruoanlaitto se-kä siivoaminen saavutettiin myös hyvin. Neljältä asiakkaalta pystyttiin kotihoidon käynnit lopettamaan kokonaan toimintakyvyn kohentuessa ja avun tarpeen vä-hentyessä.

Kotikuntoutuksessa käytettävät mittarit testattiin ja niistä laadittiin luettelo. Asiak-kaalle laaditaan jatkossa kotikuntoutuksen tavoitteet yksilöllisten tarpeiden mu-kaisesti ja sovitaan kuntoutustulosten seurannassa käytettävät mittarit.

SISÄLLYS

ESIPUHE.....	3
TIIVISTELMÄ	5
1. JOHDANTO.....	1
2. KOTIKUNTOUTUS TEORIAN VALOSSA	2
2.1. Onnistuneen kotikuntoutuksen tunnusmerkkejä	3
2.2. Psykososiaalinen kuntoutus	6
2.3. Teknologian hyödyntäminen kotikuntoutuksessa	8
3. KOTIKUNTOUTUS KOKEMUSTEN VALOSSA	10
3.1. Kotikuntoutus maailmalla.....	10
3.1.1. Englanti	10
3.1.2. Yhdysvallat	11
3.1.3. Australia	12
3.1.4. Ruotsi	13
3.1.5. Tanska.....	14
3.2. Kotikuntoutus Suomessa.....	14
3.2.1. Tampere	14
3.2.2. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri	16
3.2.3. Espoo	17
3.2.4. Iisalmi	18
3.2.5. Kokkola.....	19
3.2.6. Hamina.....	19
3.2.7. Turku	19
3.3. Yhteenveto teoriataustasta.....	21
4. HELSINGIN KOTIKUNTOUTUSHANKE 2013–2015	24
4.1. Tausta, tavoitteet ja kohdejoukko	24
4.2. Hankkeen organisointi ja aikataulu	26
4.3. Kotikuntoutushankkeen toimijat, yhteistyötahot ja rahoitus	27
4.4. Hankkeessa käytetyt mittarit.....	27
4.5. Kotikuntoutushankkeen kulku.....	31
4.5.1. Kotihoidon asiakkaiden avun ja tuen tarpeet.....	31
4.5.2. Kotikuntoutuksen toteutus pilotissa	31
5. Tulokset.....	34
5.1. Kotikuntoutuksen asiakkaat.....	34
5.2. Kotikuntoutuksen toteutus	35
5.3. Asiakaskohtaiset kotikuntoutustulokset	36
5.4. Käyttäjäkokemukset	38
5.5. Moniammatillisen tiimin roolit.....	40
5.6. Valittujen mittareiden toimivuus.....	41
5.7. Kriteerit kotikuntoutujille.....	44
5.8. Kotikuntoutusprosessi	45
5.9. Yhteenveto tuloksista	46

6. Helsingin kotikuntoutuksen toimintamalli.....	48
6.1. Ohjautuminen kotikuntoutuksen asiakkaaksi.....	48
6.2. Kotikuntoutuksen toteutus	48
6.3. Kotikuntoutuksessa käytettävät mittarit	49
7. Pohdinta ja johtopäätökset	51
8. Suositukset jatkotoimenpiteiksi.....	53
LÄHTEET	55
LIITTEET	61

ESIPUHE

Kotikuntoutuksen tarpeellisuudesta on keskusteltu Helsingissä jo vuosia, mutta systemaattista kotikuntoutuksen mallia ei Helsingissä ollut tämän hankkeen käynnistytessä. Arkiliikkumisen merkitystä on sen sijaan korostettu kotihoidon arjessa jo vuosien ajan ja Lupaava kotihoito –hankkeen (2009) yhteydessä kehitettiin kotihoidon asiakkaille liikkumissopimus –toimintamalli (Engeström ym. 2009). Sosiaali- ja terveystoimen yhdistyessä vuoden 2013 alussa, perustettiin Helsinkiin neljä, lähinnä ikääntyneiden palveluista vastaavaa palvelualueutta. Etelän palvelualueella haluttiin selvittää, millä tavoin kotikuntoutus toimii kotihoidon arjessa. Melko pian kävi ilmi, että on tarpeen kehittää systemaattinen kotikuntoutuksen malli kotihoidon asiakkaille, jossa fysio- ja toimintaterapeuttien panos on keskeinen yhdessä kotihoidon henkilöstön kanssa asiakkaan kotikuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Tämän etelän palvelualueen kotikuntoutuspilotin on tarkoitus valmistella kotikuntoutuksen toimintamalli koko Helsingin alueelle. Helsingissä Kuntoutuksen osaamiskeskukseen Kuntoon (aiemmin kaupungin sairaala) on keskistetty kotihoitoa palvelevat kuntoutusresurssit (fysio- ja toimintaterapeutit). Helsingin kotikuntoutuksen malli on rakennettu yhdessä Kuntion, Keskisen kotihoitoalueen ja kuntoutukseen osallistuneiden asiakkaiden kanssa.

Kotikuntoutus on herättänyt laajaa kiinnostusta eri tahoilla Suomessa viime vuosina ja monet kunnat ovat kehittäneet systemaattisesti ikääntyneille suunnattuja kuntoutuspalveluja ja kotikuntoutuksen toimintamalleja. Tämän hankkeen aikana on käyty tutustumassa mm. Jyväskylän, Lappeenrannan ja Espoon kotikuntoutusmalleihin ja hyödynnetty näistä saatuja oppeja sekä Helsingin kotihoidon aiempaa kuntoutustoimintaa uuden toimintamallin valmistelussa.

Kiitos hankkeen onnistuneesta toteutuksesta kuuluu ennen kaikkea hankkeen projektiryhmälle, joka on innostuneesti rakentanut kotikuntoutuksen toimintamallia ja löytänyt käytännön toteutustavat ja ratkaisut hankkeessa eteen tulleille pulmille. Projektiryhmään ovat kuuluneet seuraavat henkilöt: Pirjo Tolkki kotihoitopäällikkö, pj., Nina Laukkanen fysioterapian osastonhoitaja, Jonna Helminen kotihoidon ohjaaja, Jonna Heimonen toimintaterapeutti, Eija Haavisto fysioterapeutti, Anne Toikkanen kotihoidon ohjaaja, Jaana Syrjänen lähihoitaja, Katja Häppölä terveydenhoitaja, Tuula Pihkakoski lääkäri, Marketta Lappalainen lääkäri, Eija Antikainen-Juntunen erityissosiaalityöntekijä, Tarja Hietaniemi lähihoitaja, Meri Pekkanen vastaava toimintaterapeutti, Paula Aittamaa toimintaterapeutti, Anna-Maija Järvisalo fysioterapeutti.

Kotikuntoutusprojektin ohjausryhmään ovat kuuluneet seuraavat henkilöt: Arja Peiponen, palvelualuejohtaja, Etelän palvelualue (pj), Tuija Arvo jyh Kuntoutuksen osaamiskeskus (Kunto), Helena Kara johtava toimintaterapeutti Kunto, Nina Laukkanen, fys. oh, Kunto, Meri Pekkanen, vastaava toimintaterapeutti Kunto ja Pirjo Tolkki, kotihoitopäällikkö, Keskinen kotihoito.

Haluan kiittää myös kaikkia niitä yhteistyötahoja, jotka ovat osallistuneet hankkeen toteutukseen sen eri vaiheissa.

Suurin kiitos kuuluu kuitenkin niille rohkeille kotikuntoutusasiakkaille, jotka ovat uskaltaneet kehittää ja kokeilemaan kotikuntoutusta tässä kuvatussa kotikuntoutuksen pilottihankkeessa.

Kotikuntoutushankkeen puolesta

Arja Peiponen

Ohjausryhmän puheenjohtaja

TIIVISTELMÄ

Kuntoutus voidaan määritellä suunnitelmalliseksi ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja hyvinvoinnin edistäminen. Sillä tavoitellaan ennen kaikkea kohennusta kuntoutujan elämäntilanteeseen ja toimintakykyyn. Se on monialaista ammatillista toimintaa.

Kuntoutuksen avulla voidaan merkittävästi edesauttaa sitä, että ikääntyneet voivat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Tärkeää on antaa kuntoutusta riittävän varhain, kyse on terveyden edistämisestä ja laitoshoidon tarpeen ennaltaehkäisystä.

Tässä raportissa kuvataan Helsingin kotikuntoutushankkeen kokonaisuus. Kirjallisuuden pohjalta selvitetään kotikuntoutuksen käsitettä sekä kotikuntoutuksen tilannetta eri maissa ja Suomessa. Tutkimusten mukaan kotikuntoutus lisää kuntoutujien itsenäisyyttä, vähentää heidän hoidon tarvettaan ja saa heidät asumaan kotonaan pidempään verrattuna tavallisen kotihoidon asiakkaisiin. Kuntoutujat saavat mahdollisuuden harjoitella jokapäiväisiä arjen toimintoja siellä, missä niitä myöhemminkin tarvitaan eli kotona ja sen lähiympäristössä.

Kotikuntoutushankkeen tavoitteena oli kehittää Helsingin kotihoitoon sellainen moniammatillinen kotikuntoutusmalli, joka voitaisiin levittää koko kaupunkiin.

Tavoitteena oli myös määritellä kotikuntoutukseen soveltuva kohderyhmä sekä käytettävät mittarit ja kriteerit kotikuntoutukselle sekä eri ammattilaisten rooli kotikuntoutuksessa. Tavoitteena oli myös selkeyttää arviointi- ja kuntoutusosastojen tehtävää suhteessa kotikuntoutukseen. Yleisellä tasolla voidaan todeta, että pilottihankkeessa onnistuttiin luomaan kotikuntoutuksen toimintamalli Helsinkiin.

Kotikuntoutuksessa oli hankkeen aikana asiakkaita 48, joista naisia oli 35 ja miehiä 13. Jaksot toteutuivat ajalla 1.3.14 - 31.3.15. Kokonaisia kotikuntoutusjaksoja toteutui 22, jakson pituus oli keskimäärin 12 viikkoa. Fyysisen toimintakyvyn mittausten perusteella kuntoutusjaksolle osallistuneilla tasapainokyky, käden puristusvoimat ja kävelynopeus olivat parantuneet. Toiminnallisia tavoitteita kuten itsenäinen wc-käynti, kodin ulkopuolella toimiminen, porraskävely, ruoanlaitto sekä siivoaminen saavutettiin myös hyvin. Neljältä asiakkaalta pystyttiin kotihoidon käynnit lopettamaan kokonaan toimintakyvyn kohentuessa ja avun tarpeen vähentyessä.

Kotikuntoutuksessa käytettävät mittarit testattiin ja niistä laadittiin luettelo. Asiakkaalle laaditaan jatkossa kotikuntoutuksen tavoitteet yksilöllisten tarpeiden mukaisesti ja sovitaan kuntoutustulosten seurannassa käytettävät mittarit.

Avainsanat: kotihoito, kotikuntoutus, arkiliikunta, liikkumissopimus

1. JOHDANTO

Ihmisen keskimääräinen elinikä jatkaa pitenemistään. Ennusteiden mukaan saamme joka viides vuosi lisää 12 kuukautta elinaikaa. Lisävuosien määrä on kasvanut viimeiset sata vuotta ajasta, jolloin eurooppalaisten keski-ikä oli vielä 40 vuotta. Elinvuosiemme kasvu näyttää vain jatkuvan. Tänäpä Pohjoismaissa ja Japanissa syntyvät tyttölapset tulevat elämään keskimäärin satavuotiaiksi, itse asiassa sadan vuoden yli. Vuonna 2060 Euroopassa joka kolmas kansalainen tulee olemaan yli 65-vuotias. Numeroihin sidottu ikä ei enää voi olla ikääntymisen ja aikuisen ihmisen elämän oikea mittari, vanhuus ei ala 65-vuotiaana. Mitä vanhemmiksi tulemme, sitä vähemmän ihmisen kronologinen ikä merkitsee. Toinen 70-vuotias voi olla suorituskyvyiltään 50-vuotias ja toinen 70-vuotias voi tuntea itsensä sisäisesti vanhaksi ja näyttää lähes 90-vuotiaalta. (Turkki 2013).

Tulevaisuuden kuvat herättävät monenlaisia ajatuksia. Ikääntyvän yhteiskunnan vanhustenhoidon kustannuksiin ja hoivapolitiikkaan keskittyneen puheen sijasta pitäisi pohtia, miten mahdollistetaan aktiivinen, elämän kannalta laadukas vanheneminen. Miten toteutetaan uudentyyppinen, sosiaalisesti oikeudenmukainen ja hyvinvoiva yhteiskunta, jossa ihmisten lisävuodet nähdään potentiaalina ja yksilön kannalta rikkautena elää pidempään ja paremmin? Miten mahdollistetaan se, että ikääntyvät ihmiset voivat entistä enemmän vaikuttaa tarvitsemiaan palveluita ja hoitojärjestelyjä koskeviin ratkaisuihin? Miten mahdollistetaan se, että asiakkaan oma ääni kuuluu nykyistä paremmin?

Tässä raportissa kuvataan Helsingin kotikuntoutushankkeen kokonaisuus. Aluksi selvitetään kirjallisuuden pohjalta kotikuntoutuksen käsitettä sekä sen tilannetta eri maissa ja Suomessa. Seuraavaksi kuvataan hankkeen tavoitteet, toimijat ja kohdejoukko. Hankkeen kulku, käytetyt mittarit ja saavutetut tulokset on kuvattu omissa kappaleissaan. Kotikuntoutuspilotin johtopäätösten jälkeen esitetään vielä suunnitelma hankkeen tulosten juurruttamiseksi koko Helsingin alueelle.

2. KOTIKUNTOUTUS TEORIAN VALOSSA

Kuntoutus voidaan määritellä suunnitelmalliseksi ihmisen ja ympäristön muutosprosessiksi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn, itsenäisen selviytymisen ja hyvinvoinnin edistäminen. Sillä tavoitellaan ennen kaikkea kohennusta kuntoutujan elämäntilanteeseen ja toimintakykyyn. (Kuntoutusselonteko 2002.) Se voi sisältää toimenpiteitä, joiden avulla pyritään saavuttamaan tai palauttamaan toimintoja, tai kompensoimaan jonkin toiminnan menetystä (Harri, Lehtonen ym. 2005). Se on monialaista ammatillista toimintaa ja usein monialaisuus on jopa onnistuneen lopputuloksen edellytys (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003).

Kuntoutuksen avulla voidaan merkittävästi edesauttaa sitä, että ikääntyneet voivat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Tärkeää on antaa kuntoutusta riittävän varhain eikä vasta sitten, kun ihmisen kunto on niin heikentynyt, ettei hän enää pärjää kotonaan. Kyse on nimenomaan terveyden edistämisestä ja laitoshoidon tarpeen ennaltaehkäisystä. (Karvonen, Kälkäjä 2005.) Ehkäisevässä kuntoutuksessa pyritään vahvistamaan asiakkaan terveyttä sekä ennakoimaan näköpiirissä olevia toimintakyvyn rajoittumisen riskejä ja reagoimaan näin asiakkaan tilanteeseen joustavasti ja hyvissä ajoin (Harri, Lehtonen ym. 2005).

Kotona tapahtuva kotikuntoutus on alkanut herättää yhä kasvavaa kiinnostusta ympäri Suomea ja maailmaa, sillä se vastaa asiakkaiden tarpeisiin ja toiveisiin ja näyttäisi olevan kustannustehokasta. Sen keskeisenä ajatuksena on pelkkien sairauksien hoidon sijaan palauttaa ihmisten fyysinen toimintakyky ja auttaa heitä tekemään asioita itse eikä tehdä niitä heidän puolestaan. Tutkimusten mukaan kotikuntoutus lisää kuntoutujien itsenäisyyttä, vähentää heidän hoidon tarvettaan ja saa heidät asumaan kotonaan pidempään verrattuna tavallisen kotihoidon asiakkaisiin. (Francis ym. 2011.) Lisäksi palvelutarpeen arviointi voidaan tehdä todellisissa tilanteissa, mikä lisää asiakaslähtöisyyttä.

Kotia kuntoutuspaikkana puoltaa myös se, että kuntoutujat saavat mahdollisuuden harjoitella jokapäiväisiä arjen toimintoja siellä, missä niitä myöhemminkin tarvitaan, eli kotona ja sen lähiympäristössä. Iäkkäät harrastavat pääasiassa arkiliikuntaa, joten koti ympäristöineen on heille fyysisen aktiivisuuden perustekijä. Koska ympäristön olosuhteet usein joko lisäävät tai vähentävät ikääntyneiden fyysistä aktiivisuutta, niihin on hyvä kiinnittää huomiota sekä kuntoutusintervention ajan että sen jälkeen. (Niemelä 2011.)

Kotikuntoutuksen toimintatavat ovat vielä hyvin erilaisia eikä vakiintunutta kuntoutusmallia ole. Toiset kotikuntoutusmallit vastaanottavat kaikenlaisia kuntoutujia, kun taas toiset valikoivat tarkemmin sellaisia, joiden arvellaan hyötyvän kuntoutuksesta eniten. Suurimman hyödyn kotikuntoutuksesta näyttäisivät saavan ne ihmiset, joi-

den avuntarve ei vielä ole suuri eikä toimintakyky heikko. (Francis ym. 2011.) Tällaisten tulosten pohjalta voi olla perusteltua valikoida kotikuntoutukseen vain tietynlaisia kuntoutujia.

On muistettava, ettei ikääntyneen avuntarpeen taustalla aina ole heikko fyysinen toimintakyky, vaan joskus itsenäisen toiminnan esteinä ovat tiedon ja taidon puute. Ikääntyneet eivät välttämättä tiedä missä ja miten he voisivat hoitaa asioitaan eivätkä he osaa ottaa asioista selvää. Muistamattomuus ja puheen ymmärtäminen tai tuottaminen voi myös vaikeuttaa asioiden hoitamista huomattavasti. Tällöin kuntoutuja saattaa tarvita fyysisten harjoitteiden lisäksi myös palveluohjausta. (Palonen ym. 2011.)

2.1. Onnistuneen kotikuntoutuksen tunnusmerkkejä

Monilla onnistuneilla kotikuntoutusmalleilla on ollut tiettyjä yhteisiä piirteitä, joista tärkeimpinä on pidetty muun muassa tavoitteiden asettamista, kokonaisvaltaista arviointia sekä moniammatillisia tiimejä. Ikääntyneet kuntoutujat eivät aina ymmärrä kuntoutuksen tavoitteiden merkitystä, jolloin päädytään usein siihen, että terveydenhuoltoalan ammattilainen laatii tavoitteet yksin omista lähtökohdistaan. Tällöin kuntoutujalla voi olla ongelmia sitoutua niihin. Jotta kuntoutuja kiinnostuu tavoitteista, ne pitää laatia vuorovaikutuksessa kuntoutujan kanssa. Liikkeelle voidaan lähteä yksinkertaisesti kyselemällä, mitä kuntoutuja ei tällä hetkellä voi tehdä ja mitä hän haluaisi pystyä tekemään. (Cartwright ym. 2009.)

Kuntoutussuunnitelmien laadinnassa on tärkeää huomioida kuntoutujan koko elämäntilanne, jotta ikääntyneen tarvitsema apu ja tuki tunnistetaan. Kuntoutujan omia tärkeitä ongelmia ratkotaan näin hänen oman elämäntilanteensa lähtökohdista. Asiakas hyötyy psykososiaalisesta kuntoutusotteesta, jossa kuntoutujaa autetaan parantamaan elämänlaatuaan tukemalla häntä elämänhallintakeinojen oppimisessa ja vahvistamisessa. Tällöin kuntoutuja nähdään subjektina ja prosessissa korostetaan hänen omia voimavarojaan. (Grönlund 2010.) Kunkin ikääntyneen itsenäistä selviytymistä ja autonomista elämää uhkaavat yksilölliset tekijät, joihin kuntoutuksen on keskityttävä ollakseen tehokasta. (Luoma ym. 2013).

Arviointi on toinen avainasemassa oleva komponentti onnistuneissa kotikuntoutusmalleissa. Se on syytä tehdä sekä intervention aluksi että lopuksi. Käytetyt mittarit vaihtelevat suuresti hankkeesta toiseen, ja monesti kotikuntoutushankkeissa on kehitetty myös omia mittareita. Mittareiden tulisi olla monipuolisia ja monitieteellisiä, eli on syytä hyödyntää esimerkiksi sekä toimintaterapian että fysioterapian mittareita. (Cartwright ym. 2009.)

Kolmas tärkeä piirre kotikuntoutusmalleissa on moniammatillinen tiimi. Tiimien kokoonpanot vaihtelevat, mutta usein tiimi koostuu toimintaterapeutista, fysioterapeutista, sairaanhoitajasta sekä kotihoidon hoitajista. Joissakin kotikuntoutusmalleissa tiimiin on kuulunut myös lääkäri, joka on tehnyt kuntoutujalle esimerkiksi alkuarvioinnin (Kotihoito 2020). Toisinaan kotikuntoutustiimejä on muodostettu pelkistä fysio- ja toimintaterapeuteista, mutta jos hoito jää tavallisen kotihoidon harjoille, hoitajat saattavat tietämättään vaikeuttaa potilaan kuntoutumista: samaan aikaan kun kuntoutusterapeutit kehottavat asiakasta peseytymään ja pukeutumaan itse, asiakkaan hoitajan tehtävänä saattaa olla hoitaa juuri nämä asiat hänen puolestaan (Baker ym. 2001).

Toiminta- ja fysioterapeutit sekä sairaanhoitaja ovat usein vastuussa kuntoutussuunnitelman ja tavoitteiden laatimisesta, mutta varsinaisessa kuntoutuksessa asiakkaan apuna on hoitajia (Cartwright 2009). Hoitajat koulutetaan, jotta he osaavat orientoitua työhönsä eri tavalla. Taustaltaan erilaiset työntekijät tarvitsevat usein eri määrän koulutusta ja tukea työssään. Jos hoitaja on työskennellyt pitkään kotihoidossa, hänen voi olla vaikea päästää irti vanhoista tavoista ja katsoa vierestä, kun asiakas tekee asioita itse. (Francis ym. 2011.) Asiakkaan hidas tahti toimintojen suorittamisessa voi myös tuntua hoitajasta turhautavalta varsinkin jos hänen aika-aulunsa on kiireinen (Baker ym. 2001). Asenteen muuttamista helpottaa, jos hoitajille on tarjolla riittävästi kuntoutukseen liittyvää täydennyskoulutusta, ja kuntoutushankkeiden työntekijät ovatkin pitäneet koulutusta erittäin tarpeellisena ja hyödyllisenä. (Francis ym. 2011.)

Kuntouttava työote tuntuu erityisen vaikealta silloin, kun asiakas ei itsekään halua suoriutua tietyistä toiminnoista, vaan kokee hoitajan tehtäväksi tehdä asioita hänen puolestaan. Asiakas saattaa myös pelätä, että hän jää ilman apua toimintakyvyn kohentuessa. (Baker ym. 2001.) Tästä syystä vuorovaikutus asiakkaan ja hoitajan välillä on tärkeää. Asiantuntijavallasta luopumalla, vuorovaikutukseen rohkaisemalla ja vaikutusmahdollisuuksia tarjoamalla hoitaja saa entisestään lisättyä asiakkaan osallistumista ja motivaatiota (Mäkinen ym. 2005).

Kuntoutusjaksot sisältävät yleensä vähintään fyysisiä harjoitteita, jotka voivat olla erillisiä harjoitusliikkeitä tai joita voidaan tehdä tavallisten arkitoimien yhteydessä. Lisäksi jaksoihin on hyvä sisällyttää asiakkaan tarpeen mukaan kodin muutostöitä, apuvälineiden hankkimista, ruokavalion tarkistamista ja täydentämistä sekä harjoituksia kaatumisten estämiseksi. (Cartwright ym. 2009.)

Kuntoutujan terveydentilan lisäksi myös kuntoutujan oma motivaatio on ratkaisevan tärkeää kuntoutuksen onnistumisessa. Viime vuosikymmenien aikana sekä suomalaisessa että ulkomaisessa kuntoutuksessa on noussut esiin paradigma, joka korostaa kuntoutujan oman kokemuksen ja aktiivisen osallisuuden esiin nostamista (Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma 2003), ja tällaisen asiakaslähtöisen lähes-

tymistavan on usein huomattu edesauttavan kuntoutujan motivaatiota. Moni asiakas on kuitenkin tottunut kotihoitoon, eivätkä kaikki halua muutosta hoidon toimintatapaan. (Einset & Krook 2013.) Myös voimavarojen ehtyminen heikentää kuntoutukseen motivoitumista (Harri-Lehtonen 2005). Motivaation puute johtaa heikkoon sitoutumiseen, jolloin kuntoutuksella harvoin saavutetaan toivottuja tuloksia. Tutkimusten mukaan kuntoutujan sitoutumisella onkin kuntoutuksen lopputulokseen jopa suurempi vaikutus kuin ammattilaisten toteuttamilla tehokkailla interventioilla. (Pitkälä ym. 2005.)

Hyvä puoli asiassa on se, että kuntoutujan motivaatioon ja sitoutumiseen voidaan vaikuttaa. Asiakaslähtöinen ja neuvotteleva lähestymistapa on parempi keino motivointiin kuin ammatillisen aseman ja auktoriteetin turvin annettu neuvonta. Ihmisillä on voimakas autonomian tarve suhteessa omaan hoitoonsa ja ikääntyneillä tämä tarve vielä korostuu, kun sairastumiseen ja kunnon heikkenemiseen sisältyy todellinen uhka toisten armoille joutumisesta. Tällöin on tärkeää luopua ylhäältä alas tapahtuvasta tiedon jakamisesta ja suunnitella kuntoutusta yhdessä asiakkaan kanssa. (Savikko & Pitkälä 2005.) Ihmiset arvottavat elämänsä osa-alueita eri tavoin, ja siksi kuntoutussuunnitelman tekeminen yhdessä asiakkaan kanssa on asiakkaalle palkitsevaa. Kuntoutujan tilanne paranee usein vain niissä asioissa, joihin kuntoutuksessa kiinnitetään huomiota (Hinkka & Karppi 2010), joten asiakkaan on päästävä itse vaikuttamaan kuntoutuksen kohteisiin.

Toisaalta asiakaslähtöinenkin lähestyminen ei aina ole täysin ongelmaton. Vanhustyön keskusliiton asiakaslähtöisyyttä tavoittelevassa KuntoValtti -projektissa työntekijöiden oli koulutuksesta huolimatta vaikeuksia kuulla kuntoutujien tarpeita, kirjata niitä tai vastata niihin. Kuntoutujat esittivät ristiriitaisia toiveita eivätkä aina osanneet rohkaisemisesta huolimatta tuoda ääntään kuuluviin kuntoutussuunnitelmaa tehtäessä. Liian joustamaton organisaatio taas ei kyennyt vastaamaan kaikkiin kuntoutujien esittämiin toiveisiin kuten toivottuun määrään kuljetuksia. (Mäkinen ym. 2005.)

Tutkimusten mukaan lyhytaikaiseen hoitoon sitoudutaan usein paremmin kuin pitkäaikaiseen. Ikääntynyt saattaa kuntoutusjakson aikana olla hyvin kiinnostunut liikuntaohjelmiin osallistumisesta ja ravinnon terveellisyydestä, mutta intensiivisen jakson jälkeen jatkohoitoon sitoutuminen hiljalleen heikkenee. Erilaisin seurantamenetelmin voidaan lisätä kuntoutusjakson jälkeistä sitoutumista, ja esimerkiksi hoitajien puhelinseurannasta on saatu hyviä tuloksia. (Routasalo, Savikko & Pitkälä 2005.) Toinen vaihtoehto motivaation ylläpitoon voisi olla jonkinlainen säännöllinen ryhmätapaaminen. Kuntoutujia voitaisiin intervention jälkeen myös yrittää aktiivisemmin integroida mukaan kunnan toimintaan, sillä ikääntyneen motivaatio saattaa riittää toimintaan osallistumiseen, muttei enää sopivan toiminnan etsimiseen (Ollonqvist 2010).

Kuntoutusjakson aikana alkanutta aktiivisuutta voitaisiin mahdollisesti ylläpitää myös vapaaehtoisten avulla. Käpyrinne ry:n ja Ikäinstituutin Kotona kunnossa -projektissa ajateltiin, että vapaaehtoiset voisivat toimia kuntoutusjakson jälkeen muun muassa ikääntyneiden ulkoiluapuna. Suurin osa projektin asiakkaista ei kuitenkaan halunnut tai kokenut tarvitsevänsä vapaaehtoista avukseen, vaikka moni oli yksinäinen ja kaipaisi juttukumppania. Työntekijöiden näkökulmasta tarvetta vapaaehtoisille olisi kyllä ollut ja he arvelivat torjuvan suhtautumisen johtuvan siitä, etteivät ikääntyneet halunneet päästää täysin vieraita ihmisiä kotiinsa. Ratkaisuksi ehdotettiin vapaaehtoisten ottamista mukaan jo kuntoutusjaksoon siten, että kukin kuntoutuja voisi tavata vapaaehtoistoimijan muutaman kerran. Tällöin he tulisivat kuntoutujille tutuiksi ja kanssakäymistä olisi luontevampaa jatkaa myös kuntoutusjakson jälkeen. (Palonen ym. 2011.)

Viime vuosina on noussut esiin viitteitä siitä, että moni ikääntynyt kuntoutuja haluaisi sisällyttää fyysisen harjoittelun mieluummin päivittäisiin toimintoihinsa kuin tehdä erillisiä liikesarjoja. Tällaiset ”elämäntyyliohjelmat” (lifestyle programs) toteuttavat fyysiset harjoitukset taloustöiden, puutarhanhoidon tai vaikka kauppaan kävelyn avulla ja ne ovat kasvattaneet suosiotaan viimeisten vuosikymmenien aikana. Australialaisessa tutkimuksessa verrattiin elämäntyyliohjelman tehokkuutta tavalliseen kotikuntoutusohjelmaan, ja selvisi, että vaikka harjoitusmäärät olivat molemmissa ryhmissä samat, elämäntyyliryhmän tulokset olivat paremmat. Ryhmän suorituskyky parani 95 %:ssa mitatuista toiminnoista, kun taas tavallisen kuntoutusryhmän suorituskyky parani 70 %:ssa toiminnoista. Elämäntyyliryhmän suorituskyky myös nousi yksittäisissä toiminnoissa enemmän kuin vertailuryhmällä. Lisäksi elämäntyyliryhmään osallistuneiden itsevarmuus koheni ja heillä oli kuntoutuksen jälkeen vertailuryhmää paremmat valmiudet uskaltaa yrittää suoriutua haastavammistakin asioista kuten täpötäyden ostoskeskuksen läpi kävelemisestä. Tutkimusryhmä suosittelikin, että kaikkiin kotikuntoutusohjelmiin lisättäisiin tavallisten arkiaskareiden lomassa tapahtuvaa kuntoilua ja että se voisi olla jopa kuntoutuksen ensisijainen harjoittelumuoto. (Burton ym. 2013.) Tällainen lähestymistapa voisi myös helpottaa vastahaikoisten asiakkaiden motivointia, kun kuntoutus ei olisi jotakin ylimääräistä vaan osa arkea ja arjesta suoriutumista.

2.2. Psykososiaalinen kuntoutus

Ihmisen keho, mieli ja ympäristö ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa (Harri, Lehtonen ym. 2005). Näin ollen ei voida eikä ole tarkoituksenmukaista hoitaa vain yhtä aluetta. Holistinen kuntoutusnäkemys ei ole mikään uusi asia, mutta kuntoutustoiminnassa on perinteisesti painotettu biolääketieteellistä näkemystä ja ongelmien medikalisoimista. Ikääntyneen henkilön sosiaalsiin tarpeisiin ei tällöin kiinnitetä riittävästi huomiota. (Mäkinen, Routasalo & Pitkälä 2005.) Tyyppillistä esimerkiksi on dokumentoida tietoa kuntoutujan terveydentilasta ja fyysisestä

toimintakyvystä, mutta vain niukasti tietoa sosiaalisesta toimintakyvystä, kotona selviytymisestä ja elinympäristöstä (Salmelainen 2008). Kuntoutuksen psykososiaalisia tarpeita voi myös olla vaikea havaita, ja vielä vaikeampaa on reagoida niihin (Hinkka & Karppi 2010). Se olisi kuitenkin tärkeää, sillä yksinäisyys ja masentuneisuus ovat keskeisiä ikääntyneen elämänlaatua heikentäviä tekijöitä (Lind & Valaste 2011).

Sosiaalisessa kuntoutuksessa on kyse ikääntyneen sosiaalisten verkostojen vahvistamisesta. Kodin ulkoisten kontaktien tiedetään vähenevän merkittävästi ikääntymisen myötä samalla kun fyysisen toimintakyvyn heikentyessä sosiaalisten suhteiden ja ympäristön merkitykset korostuvat (Luoma ym. 2013). Yksinäisyyttä ja eristäytyneisyyttä voidaan yrittää vähentää ryhmätoiminnalla, jonka tulisi olla tarkasti kohdennettua ja tarpeeksi pitkäaikaista (Cartwright ym. 2009). Kotikuntoutukseen verrattuna laitostuntoutuksen etuna ovat laitoksessa syntyvät sosiaaliset kontaktit ja seura (Rajaniemi & Sarvimäki 2005). Kotikuntoutus ei tarjoa vertaisseuraa, mutta tuo rytmiä ja säännöllisiä kontakteja ikääntyneen elämään. Joskus ne riittävät, ja joissakin tutkimuksissa on jopa näyttänyt siltä, että kotikuntoutuksen hyödyt ovat ennen kaikkea sosiaalisia, sillä kuntoutujien mieliala tai elämänlaatu on kohentunut enemmän kuin fyysinen toimintakyky (Katajainen 2013, Niemelä 2011). Toisissa tutkimuksissa taas kotona tehdyt toiminnalliset harjoitteet ovat riittäneet edistämään fyysistä toimintakykyä, mutta vasta ryhmäharjoittelu on vaikuttanut positiivisesti elämänlaatuun (Helbostad ym. 2004).

Vaikka ryhmäkuntoutus lähtökohtaisesti tuntuu istuvan huonosti kotikuntoutukseen, sitä on hyödynnetty osana joitakin kotikuntoutusohjelmia (esim. Palonen ym. 2011). Ryhmien tarkoituksena on vahvistaa kuntoutujien sosiaalista toimintakykyä ja antaa mahdollisuus uusien sosiaalisten suhteiden luomiseen. Kotikuntoutukseen osallistuville voidaan joko muodostaa omia ryhmiä tai sitten kuntoutujat voivat osallistua muihin ryhmiin. Kuntoutujien omien ryhmien on todettu vahvistavan kuntoutujien sitoutumista projektiin, kun he pääsevät jakamaan kokemuksia muiden kuntoutujien kanssa (Palonen ym. 2011). Toisaalta isoja kuntoutumisryhmiä pidetään joskus hankalina ja niitä voi olla vaikea järjestää (ks. Ollonqvist 2010). Ratkaisuna voisivat olla pienet ryhmät, joissa opitaan tuntemaan toiset kuntoutujat paremmin, ja joiden järjestäminen on vaivattomampaa. Vaihtoehtoisesti ryhmäharjoittelua voisi järjestää myös kotoa käsin videoyhteyden avulla pienessä ryhmässä.

Psykososiaalisen kuntoutuksen kovasta tarpeesta kertoo se Käpyrinne ry:n ja Ikäinstituutin Kotona kunnossa -hankkeen aikana tehty havainto, että ikääntyneiden tarve tulla kuulluksi ja kohdatuksi saattaa suorastaan hankaloittaa varsinaista fyysisen toimintakyvyn kuntouttamista. Kuntoutusryhmä saattoi olla ikääntyneiden ainoa kontakti ulkomaailmaan koko viikon aikana, joten moni asiakas koki keskustelun tärkeämmäksi kuin liikuntaharjoitukset. Kuntoutujien tärkein tarve ei siis ollutkaan esimerkiksi kauppaan pääsy tai ruoanlaitto, vaan rauhallinen hetki sellaisen ihmisen kanssa, jolle voi kertoa elämästään. (Palonen ym. 2011.)

Koska kuntoutusinterventiot ovat lyhytkestoisia, voi tuntua mahdottomalta antaa tukea kuntoutujalle kaikilla niillä alueilla, joilla hän tukea tarvitsee. Fyysiseen suoriutumiskykyyn keskittyminen jättää helposti syrjään sosiaalisen kuntoutuksen, palveluohjauksen ja ikääntyneen kenties kovasti toivomat keskusteluhetket, mutta toisaalta asiakkaan ehdoilla etenemällä, fyysisen toimintakyvyn kehitys on usein vaatimattomaa (Palonen ym. 2011). Olisiko todellista asiakaslähtöisyyttä tässäkin asiassa noudattaa asiakkaan toiveita ja keskittyä asiakkaan sosiaalisiin tarpeisiin fyysisten kustannuksella? Toisaalta taas mieliala ja toimintakyky kulkevat usein käsikkäin. Kenties toimivin ratkaisu olisi yrittää yhdistää sekä sosiaalinen että fyysinen kuntoutus, mitä on kokeiltu onnistuneesti osana Vanhustyön keskusliiton Ikääntyneiden yksinäisyys -hanketta. Siinä lähdettiin rakentamaan kuntoutusta elämänlaadun ja henkisen hyvinvoinnin parantamisen ympärille. Hankkeessa tehtiin psykososiaalisia ryhmäliikuntainterventioita, joiden tavoitteena oli ennen kaikkea ikääntyneiden ystävystyminen ja yksinäisyyden lieventyminen. Liikunta toimi yhdessäolon innoittajana, muttei ollut tapaamisten päätavoite. Interventiot onnistuivat varsin hyvin, sillä kaikkien osallistujien yksinäisyyden tunne lieventyi ja sosiaalinen hyvinvointi lisääntyi. Moni osallistuja jatkoi yhteydenpitoa intervention jälkeen ja osa sai kipinän osallistua muihin paikkakunnalla järjestettäviin ryhmiin. Suurimmalla osalla myös liikuntakyky ja kunto paranivat, mikä osaltaan mahdollisti sen, että he pystyivät liikkumaan enemmän yhteisössään ja tapaamaan ihmisiä aktiivisemmin. (Hytönen ym. 2007.)

Yksi psykososiaalista kuntoutusta helpottava tapa voi myös olla sosiaalityöntekijän tai sosionomin osallistuminen kuntoutukseen. Kotona kunnossa -hankkeessa kotikäyntejä teki fysio- ja toimintaterapeutin lisäksi myös sosionomi. Hänen tehtävänsä oli edistää asiakkaan sosiaalista verkostoa ja osallisuutta sekä ohjata erilaisten sosiaalipalvelujen pariin. Hankkeen tutkimusraportissa todettiin, että sosionomi olisi myös voinut aktiivisemmin ohjata asiakkaita erilaisiin ryhmiin eikä jättää heitä ottamaan itse selvää kokoontuvista ryhmistä. (Palonen ym. 2011.) Tällainen malli voisi toimia hyvin asiakkaiden aktivoinnissa ja ryhmiin ohjauksissa. Mahdollisesti sosionomi tai sosiaalityöntekijä voisi myös järjestää asiakkaan kanssa muutamia elämäkertakeskusteluja, jolloin toiminta- ja fysioterapeutit saisivat paremmin keskittyä asiakkaan toimintakyvyn harjoittamiseen. Vaihtoehtoisesti myös vapaaehtoisia voisi hyödyntää elämäkertakeskusteluissa: keskustelun aikana tutustuttaisiin ja jatkossa ikääntynyt kenties uskaltaisi ja haluaisi lähteä tutun vapaaehtoisen kanssa vaikka kävelyille.

2.3. Teknologian hyödyntäminen kotikuntoutuksessa

Teknologian käytöstä kotikuntoutuksen apuvälineenä on jo saatu paljon hyviä kokemuksia. Yhdysvalloissa on hyödynnetty videoyhteyttä hoitajan ja kuntoutujan välillä, ja todettu käytäntö tehokkaaksi. Hoidon laatu ei ole kärsinyt, ja lisäksi videoyhteys säästää hoitajan aikaa, joten kuntoutukseen voidaan ottaa enemmän asiakkaita.

(Sanford ym. 2006.) Teknologian vahvuudet kotikuntoutuksessa ovat kustannustehokkuudessa ja vaivattomuudessa, ja oikeanlaisilla teknologisilla sovelluksilla rajalliset resurssit voidaan saada riittämään hieman useammalle.

Suomessa etäkuntoutusta on kokeiltu muun muassa Helsingin kaupungin InnoKusti-hankkeessa sekä Miina Sillanpään Säätiön kotikuntoutuspilotissa. InnoKusti-hankkeen IITA-projektissa asiakkaiden kotiin asennettiin laajakaistayhteys, kosketusnäyttö, kamera ja mikrofoni, joiden avulla he olivat yhteydessä kuntoutusyksikön kanssa. Etäkuntoutusryhmä kokoontui kahden kuukauden ajan viisi kertaa viikossa, ja erilaisia seisten ja istuen tehtäviä harjoituksia tehtiin aina puoli tuntia kerrallaan. Vaikka suurimmalla osalla etäkuntoutusryhmään osallistuneista ei ollut ollut aikaisempaa kokemusta tietokoneen käytöstä, videoyhteyden ja kosketusnäytön käyttäminen koettiin pääosin helpoksi. Tyytyväisiä oltiin myös siihen, että harjoitusryhmä toi päivään säännöllistä rytmiä, ja jopa 94 % tutkittavista olisi suositellut etäharjoitusryhmää muille ikääntyneille. (Vesterinen 2010.)

Vuonna 2015 käynnistyi Helsingissä Pohjoisella palvelualueella virtuaalikuntoutuskokeilu, jonka alustavat tulokset ovat lupaavia. Virtuaaliyhteyden avulla mahdollistetaan päivittäin mm. tuolijumppat kotona asuville asiakkaille. Virtuaalikuntoutus levietään jatkossa, laitteiden kehittymisen myötä koko kaupunkiin.

Miina Sillanpään Säätiön rahoittamassa kotikuntoutuspilotissa kokeiltiin yhteisöllistä kuvapuhelinta, jonka välityksellä osallistujat jumppasivat, keskustelivat ja kuuntelivat tietoisukuja. Ryhmää veti reaaliaikaisesti ohjaaja, ja kuvapuhelimena toimi tablet-tietokone, jolla oli mahdollista pitää yhteyttä muihin ryhmäläisiin myös ohjatun keskustelun ulkopuolella. Osallistujilta saatiin ryhmästä hyvää palautetta, eikä tabletin Pieni piiri -sovelluksen käyttöä koettu hankalana. Kuntoutuksen avulla onnistuttiin pienentämään kaatumisriskiä ja parantamaan fyysistä toimintakykyä. Erityisen positiivista oli, että tabletin avulla pystyttiin lievittämään ikääntyneiden yksinäisyyttä, jolloin jumppatuokio hoiti fyysistä toimintakykyä ja keskustelutuokio henkistä hyvinvointia. (Kilpikivi 2012.)

Kotikuntoutukseen yhdistetty psykososiaalinen kuntoutus ei siis välttämättä vaadi isojen ryhmien perustamista tai ryhmäkuntoutuksen järjestämistä, vaan positiivisia vaikutuksia voidaan saada aikaan pienilläkin investoinneilla. Teknologian hyödyntämisellä on paljon potentiaalia, mutta myös omat ongelmansa. Moni hyvä idea voi kaatua verkkoyhteysongelmiin tai laitteiden toimintahäiriöihin. Vastoinikäymisistä ei kannata kuitenkaan lannistua, sillä teknologia kehittyy koko ajan ja sen hyödyntämismahdollisuudet kasvavat jatkuvasti.

3. KOTIKUNTOUTUS KOKEMUSTEN VALOSSA

3.1. Kotikuntoutus maailmalla

Kotikuntoutukseen liittyviä tutkimuksia on alkanut ilmestyä maailmalla yhä tiuhempaan tahtiin vuosituhannen vaihteen jälkeen. Ensimmäisiä isoja tutkimuksia on Yhdysvalloissa vuonna 2002 tehty satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, jossa vertailtiin 691:tä kuntoutusinterventioon osallistunutta ikääntynyttä vastaavaan määrään sellaisia ikääntyneitä, jotka vastaanottivat tavallista kotihoitoa (Tinetti ym. 2002). Samoihin aikoihin Australiassa kehiteltiin itsenäisen kotona asumisen ohjelmaa (Lewin & Vandermeulen 2009), ja jo muutamaa vuotta aiemmin Englannissa oli kokeiltu pieniä kotikuntoutusinterventioita (Kent ym. 2000). Nämä kolme ohjelmaa ovat sittemmin toimineet malleina monille uusille kotikuntoutusmalleille.

Seuraavaksi esitellään tarkemmin eräitä kotikuntoutusmalleja Englannissa, Yhdysvalloissa, Australiassa, Ruotsissa ja Tanskassa.

3.1.1. Englanti

Englannin kotihoidossa kotikuntoutus (re-ablement) on suhteellisen uusi tapa kuten muuallakin maailmassa, mutta sen käyttö on lisääntymässä, koska kotikuntoutuskokeiluista on saatu hyviä kokemuksia. Kotikuntoutus järjestetään useimmiten julkisena palveluna. Osa kotikuntoutuksesta on rajattu hyvin tarkasti ja suunnattu esimerkiksi pelkästään sairaalasta kotiutuville tai onnettomuudesta toipuville, mutta on myös malleja, jotka hyväksyvät kaikki asiakkaat, joiden arvellaan hyötyvän kotikuntoutuksesta. (Glendinning ym. 2010.)

Leicestershiren kunnassa käynnistettiin vuosituhannen vaihteessa erilaisia ikääntyneiden itsenäisyyttä tukevia pilotteja. Yksi näistä oli kotikuntoutustiimin perustaminen. Moniammatillisen tiimin tavoitteena oli auttaa asiakkaita tekemään asioita enemmän itse ja kohderyhmänä olivat ikääntyneet, joilla oli vaikeuksia suoriutua päivittäisistä toimistaan. Intervention kesto oli 4–6 viikkoa, jonka aikana kuntoutujille asetettiin huolellisen arvioinnin perusteella selkeät tavoitteet, joiden toteutumista valvottiin tarkasti. Pilotista saatiin varsin hyviä tuloksia, sillä verrokkiryhmään verrattuna kotihoidon palveluille oli intervention jälkeen huomattavasti vähemmän tarvetta. (Kent ym. 2000.)

Toisessa englantilaisessa tutkimuksessa seurattiin kotikuntoutus-interventioon osallistuvia vuoden ajan. Kotikuntoutusjakson aikana asiakkaiden itsenäisyys, itseluottamus ja motivaatio lisääntyivät. Erityisesti he edistyivät itsestään huolehtimisessa kuten peseytymisessä sekä ruoan laitossa. Säännölliset kuntouttajan kotikäynnit loivat rutiineja, joita oli käyntien ansiosta helpompi pitää yllä. Eniten edistyi-

vät ne asiakkaat, joilla ei ollut hitaasti eteneviä sairauksia. Osa asiakkaista olisi toivonut enemmän apua liikkumiskykynsä kuntouttamiseen sekä sosiaaliin aktiviteetteihin kodin ulkopuolella. (Glendinning ym. 2010.)

Kotikuntoutus ei tässä tutkimuksessa tullut normaalia käytäntöä halvemmaksi. Kotikuntoutuksen asiakkailla oli kyllä kotikuntoutusjakson jälkeen usein vähemmän tarvetta palveluille kuin pelkän kotihoidon varassa olleella vertailuryhmällä, mutta kotikuntoutuksen vaatima alkuinvestointi nousi suunnilleen saman suuruiseksi kuin palvelujen luopumisesta koituneet säästöt. Koska kotikuntoutuksella kuitenkin oli normaalia kotikuntoutusta enemmän positiivisia vaikutuksia asiakkaiden elämänlaatuun, sitä voi pitää kustannustehokkaana mallina. (Glendinning ym. 2010.)

Kotikuntoutusta tekevien työntekijöiden taidoilla, tiedoilla ja sitoutuneisuudella näytti olevan valtavan suuri merkitys kotikuntoutuksen onnistumisessa. Kattava koulutus kotikuntoutukseen osallistuvalla henkilöstöllä on siis tarpeen. Erityisen tärkeää koulutus on niille, jotka ovat työskennelleet pitkään kotihoidossa, koska heillä todettiin olevan erityisiä vaikeuksia luopua vanhasta mentaliteetista, jossa asiat tehdään asiakkaan puolesta. (Glendinning ym. 2010.)

Tutkijat suosittelivat myös kohdistamaan enemmän huomiota kotikuntoutuksen tavoitteiden selittämiseen asiakkaalle. Mitä paremmin kuntoutuja ymmärsi kuntoutuksen tarkoituksen ja keinot, sitä paremmin hän kehittyi. (Glendinning ym. 2010.) Lisäksi tutkimuksessa selvisi, että ihmiset, jotka olivat toipumassa äkillisestä sairaudesta tai murtumista, hyötyivät kotikuntoutuksesta enemmän kuin kroonisesti sairaat ihmiset. Tarkasti kohdennettu kotikuntoutus näyttäisi siis olevan tehokkaampaa kuin yleisemmin suunnattu kotikuntoutus (Glendinning ym. 2010.)

3.1.2. Yhdysvallat

Yhdysvalloissa kotikuntoutuksesta puhutaan useimmiten termillä ”restorative care”. Maassa tehtiin 2000-luvun alussa iso kotikuntoutustutkimus, jossa tutkimus- ja verrokkiryhmään kuuluvia oli yli 1200. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat sellaiset ikääntyneet, joiden toimintakyky oli rapautumassa, mutta sen ulkopuolelle jätettiin täysin ulkopuolisen avun varassa olevat ihmiset. Tutkimusryhmä vastaanotti niin sanottua kuntouttavaa kotihoitoa, kun taas verrokkiryhmään kuuluvat saivat tavallista kotihoitoa. (Tinetti ym. 2002.)

Kuntouttavaa kotihoitoa saaneet pystyivät tutkimuksen mukaan asumaan kotonaan pidempään kuin verrokkiryhmä ja lisäksi heidän hoidontarpeensa oli kuntoutusjakson jälkeen huomattavasti pienempi kuin tavallista kotihoitoa saaneilla. Onnistuneen lopputuloksen taustalla oli moniammatillinen erillistä koulutusta saanut tiimi, joka laati kuntoutuksen tavoitteet yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa. Tiimi oli

myös kehittänyt selkeän kaavan, jonka mukaan kuntoutusprosessi eteni, ja se sisälsi muun muassa arviointia, tavoitteiden asettelua ja asiakkaan edistymisen tarkkaa seuranta. Kustannusanalyysiä ei tutkimuksessa tehty, mutta tutkimustiimi arvioi kotikuntoutusmallin olleen kustannustehokas. (Tinetti ym. 2002.)

Toisessa 2000-luvun puolivälin tutkimuksessa tutkittiin kotikuntoutusintervention tehokkuutta toimintakyvyn kohentamisessa. Kohderyhmänä olivat yli 70-vuotiaat, joilla oli vaikeuksia päivittäisten toimintojen suorittamisessa, mutta jotka eivät olleet oikeutettuja kotihoidon palveluihin. Interventio sisälsi neljä toimintaterapiakertaa ja yhden fysioterapiakerran, joiden aikana tehtiin pieniä kodin muutostöitä, harjoiteltiin tekniikoita päivittäisten toimintojen suorittamiseen sekä tehtiin tasapaino- ja lihasharjoituksia. Interventioon osallistuneiden fyysinen suorituskky kasvoi verrokki-ryhmään verrattuna, he pelkäsivät vähemmän kaatumista ja pystyivät toimimaan paremmin kotonaan. Nämä hyvät vaikutukset olivat useimmissa tapauksissa säilyneet vielä 12 kuukauden jälkeen interventiosta. (Gitlin ym. 2006.)

3.1.3. Australia

Australiassa alettiin kehittää erilaista kotihoidon mallia vuosituhanteen vaihteessa, kun kysyntä ylitti jatkuvasti tarjonnan eivätkä rajalliset resurssit tahtoneet riittää kaikkien asiakkaiden hoitamiseen. Silver Chain -nimisessä kotihoitopalvelujen tuottaja-organisaatiossa alettiin kehitellä uudenlaista mallia, jonka avulla saataisiin paremmin edistettyä asiakkaiden itsenäistä kotona asumista. Hankkeen tuloksena syntyi kaksi ohjelmaa: HIP (Home Independence Project) ja PEP (Personal Enablement Program). HIP oli tarkoitettu asiakkaille, joiden hoidontarve oli matala tai keskisuuri, ja ihmiset tulivat sen piiriin hakeutuessaan kotihoidon asiakkaiksi. PEP taas oli tarkoitettu sairaalasta kotiutetuille ikääntyneille. Molemmat olivat lyhyitä, korkeintaan kahden (PEP) tai kolmen (HIP) kuukauden interventioita, joiden tarkoituksena oli ehkäistä toimintakyvyn heikkeneminen tai viivyttää sitä. Ohjelmien puitteissa koottiin moniammatillinen tiimi, joka laati kuntoutuksen tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa. Kasvokkain tapahtuva kontakti kuntoutuksen kanssa minimoitiin ja esimerkiksi seurannat hoidettiin puhelimitse. (Lewin & Vanderbilden 2009.)

Tulokset olivat varsin rohkaisevia. Kolmen kuukauden jälkeen HIP:ssä mukana olleista 63 % ei tarvinnut minkäänlaisia kotihoidon palveluja, kun taas tavallista kotihoitoa saaneista vain 11 % pystyi elämään itsenäisesti. Vuoden päästä vastaavat luvut olivat 57 % sekä 19 %. HIP:ssä mukana olleet suoriutuvat paremmin myös kaikilla muilla mittareilla mitattuna, kuten esimerkiksi ADL -toiminnoissa. (Lewin & Vanderbilden 2009.)

Myöhemmin Australiassa on tutkittu HIP:n ja PEP:n vaikutuksia asiakkaiden elämään 57 kuukauden päästä kuntoutusinterventiosta. Ilmeni, että verrattuna taval-

lista kotihoitoa saaneisiin kuntoutukseen osallistuneet käyttivät vähemmän minikäänlaisia kotihoidon palveluita jopa kuntoutusta seuraavien kolmen vuoden aikana, ja HIP:ssä mukana olleet käyttivät vähemmän palveluita vielä lähes viiden vuoden päästä kuntoutusinterventiosta. Näin ollen kotikuntoutusmallit osoittautuivat myös kustannustehokkaiksi suuremmasta kertainvestoinnista huolimatta. (Lewin ym. 2013.)

3.1.4. Ruotsi

Boråsin kaupunki Ruotsissa alkoi vuosina 2007–2009 kehittää kotikuntoutusta tukeakseen ikääntyneiden kotona asumista. Kotikuntoutukseen hyväksyttiin asiakkaita varsin väljän seulan läpi: kuntoutukseen tultiin sairaalasta, lyhytaikaishoidosta tai suoraan kotoa. Ensimmäisellä käynnillä kuntoutujan luona kävivät sekä fysio- että toimintaterapeutti, jotka työskentelivät yhdessä moniammatillisen otteen varmistamiseksi. He arvioivat kuntoutujan toimintakykyä ja tekivät arvioidensa pohjalta kotikuntoutussuunnitelman. Varsinainen kotikuntoutusjakso oli kestoaltaan rajoitettu interventio, joka sisälsi fyysisiä harjoituksia, asuin- ja elinympäristön muutostöitä, apuvälineiden käytön opettelua sekä omaisten ohjeistusta. Kotikuntoutusjakson jälkeen kuntoutujalle tehtiin uusi arviointi, jonka perusteella todettiin, saavutettiinkö tavoitteet vai tarvitaanko uusi kuntoutussuunnitelma. 2–3 kuukauden kuluttua asiakkaalle tehtiin vielä jälkiarviointi. Usein jo pelkkä tieto jälkiarvioinnista motivoi asiakasta jatkamaan kuntoutusta, ja niissä tapauksissa, joissa asiakas ei ollut jatkanut harjoittelua, voitiin miettiä yhdessä, miten kadonnut motivaatio taas löydetäisiin. (Hemrehabilitering enligt Boråsmodellen 2009.)

Boråsin mallissa pidettiin tärkeänä keskittyä siihen, mitä kuntoutuja pystyi tekemään ennen loukkaantumistaan tai sairastumistaan, ja kuntoutuksella pyrittiin saavuttamaan sama toimintakyvyn taso. Olennaista oli myös keskittyä toimintaan ja toimintoihin, jotka ovat kuntoutujalle itselleen tärkeitä. Tällöin kuntoutujan elämänlaatua todella pystyttiin parantamaan kuntoutuksen myötä. (Hemrehabilitering enligt Boråsmodellen 2009.)

Elämänlaadun paranemisen lisäksi kotikuntoutuksella oli muitakin hyviä vaikutuksia. Ikääntyneiden itsenäisyys lisääntyi ja avuntarve väheni, he pystyivät asumaan kotonaan pidempään ja sairaalasta kotiutuneet pääsivät suoraan kotiinsa laitostuntoutusjakson sijaan. Kunta hyötyi, koska kotihoidon palveluja tarvittiin vähemmän sekä kotikuntoutusjakson aikana että sen jälkeen, joten kotikuntoutus oli kannattavaa myös taloudelliselta kannalta. (Hemrehabilitering enligt Boråsmodellen 2009.)

3.1.5. Tanska

Frederician kunnassa Tanskassa vanhuspalvelut oli järjestetty perinteiseen tyyliin niin, että hoito suunnattiin sairastuneille ja huonokuntoisille ikääntyneille. 2000-luvun puolivälin paikkeilla kunnassa kuitenkin ymmärrettiin, että ikääntyvän väestön myötä vanhalla mallilla ei enää voida jatkaa, sillä kustannukset ja työvoiman tarve nousisivat liian korkeiksi. Vuonna 2008 Fredericiassa muutettiin lähestymistapaa täysin ja päätettiin siirtyä sairauksien hoidosta niiden ehkäisyyn. Ikääntyneitä yritettiin saada palveluiden piiriin mahdollisimman varhain eikä päivästöin ja hoidon sijaan alettiin panostaa kuntoutukseen. Palveluja alettiin myös entistä enemmän räätälöidä vastaamaan ikääntyneiden omia tarpeisiin ja toiveisiin. (Heebøll 2012.)

Fredericiassa alettiin tarjota kiinnostuneille intensiivistä kuntoutusjaksoa, joka kestää 6–8 viikkoa ja jonka aikana kuntoutujia autetaan jälleen selviytymään päivittäisistä heille tärkeistä toiminnoista. Kuntoutusta toteuttavat uudelleen koulutetut hoitajat eli niin sanotut kotikuntouttajat (home trainers), joilla on tukena muun muassa moniammatillisen tiimin fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja ja sairaanhoitajia. Aiemmin hoitojaksojen jälkeen ikääntyneet tarvitsivat usein enemmän apua kuin ennen sairastumistaan tai loukkaantumistaan, mutta kuntoutusjakson jälkeen avuntarve väheni huomattavasti tai loppui jopa kokonaan. 45 % kolmestasadasta kuntoutujasta ei tarvinnut enää lainkaan apua ja 40 % tarvitsi vähemmän apua kuin ennen kuntoutusta. Myös elämänlaadun suhteen saatiin positiivisia tuloksia, sillä elämänlaatu koheni 85 %:lla kuntoutujista. Kuntoutajat pystyivät jälleen tekemään asioita, joista he itse nauttivat, ja elämään omannäköistään elämää. Lisäksi kuntoutusjakson vaatima rahallinen investointi saatiin takaisin pienentyneen palvelutarpeen aikaansaamina säästöinä jo noin kahden kuukauden kuluttua kuntoutusjakson päättymisestä. (Heebøll 2012, Vinding 2011.)

3.2. Kotikuntoutus Suomessa

3.2.1. Tampere

Kotikuntoutuksen ohjausryhmän jäsenet kävivät tutustumassa Tampereen kotikuntoutusmalliin syksyllä 2014. Tampereen Kotikuntoutusprojektin (2012-2013) tavoitteita olivat:

- Kehittää vakiintunut kotona kuntoutumisen toimintatapa osaksi ikäihmisten palveluja sekä asiakkuuksien määrittäminen, kuntoutuksen kesto ja sisältö, vaikuttavuuden mittaaminen
- Vahvistaa kuntoutusyhteistyötä yli organisaatiorajojen (päivystys- sairaala- kotiutustiimi- kotihoito- geripoli- avopalvelut). Toimijoilla oli yhteinen päämäärä: laaja-alainen kuntoutumisen tukeminen
- Kuntoutumissuunnitelman käyttöönotto ja hyödyntäminen Pegasos / hoitokertomus sekä hyvinvointiteknologian hyödyntäminen.

Tampereella kotikuntoutustoiminta on osa geriatrian poliklinikan toimintaa. Kotikuntoutuksen kohteena ovat säännöllisen kotihoidon ja omaishoidon tuen piirissä olevat, yli 65 v asiakkaat. Kotihoidon asiakkuus ei välttämätön.

Tavoitteena on toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen sekä omatoimisuuden tukeminen yhteistyössä asiakkaan, omaisen, kotihoidon omahoitajan ja / tai omaishoitajan kanssa. Oleellista on, että toimintakyvyn laskun syy on tiedossa: akuutti sairaus poissuljettu ja geriatrinen arviointi tehty.

Kotikuntoutuksen tavoitteena on lisäksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpito ja edistäminen kotiin kohdennettuna tai kodin läheisyydessä toteutettuna. Kotikuntoutus sisältää fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja lähihoitajien kotikäyntejä, viriketoimintaa ja psykogeriatrasta kotikuntoutusta, psykogeriatrinen sairaanhoitajien ja mielenterveyshoitajien kotikäyntejä.

Kotikuntoutustiimiin kuuluu henkilöstöä seuraavasti: 2 Apulaisosastonhoitajaa, 3 toimintaterapeuttia, 6 fysioterapeuttia, 8 lähihoitajaa, 3 psykogeriatrasta sairaanhoitajaa ja 3 mielenterveyshoitajaa. Kotikuntoutustiimi toimii alueellisesti kotihoidon alueita mukaillen (itä, etelä, länsi).

Tampereen kotikuntoutusprosessin kuvaus on liitteenä 1.

Asiakkaalle tehdään alkuun yhteinen arviointikäynti (RAI "mukana"). Käyntiin osallistuvat Asiakas, omainen, kotihoidon omahoitaja, tarvittaessa asiakasohjaaja, sosiaalityöntekijä jne. Ammatillinen yhteistyö toteutuu tietojen vaihtamisena sekä yhteisten tavoitteiden ja käytäntöjen sopimisena. Omahoitaja vie tavoitteet ja keinot hoitokertomukseen (HOIKE).

Asiakkaan kuntoutusjakso on määräaikainen, 3 – 12 viikkoa + seurantakäynti 2 – 3 kk jakson päättymisestä. RAI- arviointi tehdään jakson loputtua, viimeistään seurantakäynnin ajankohtana.

Omahoitajan ja/tai omaisen kanssa yhteisillä käynneillä harjoitellaan toimintoja ja kokeillaan niitä käytännössä. Kotikuntoutus ja kuntoutumista tukeva kotihoito on omatoimisuuteen ohjaamista ja kannustamista sekä yhdessä toimimista. Asiakkaalle annetaan tilaa ja mahdollisuuksia onnistua arjen toimissa itse. Asiakkaan tavoitteet ja tarpeet ohjaavat toimintaa. Tärkeää on asiakkaan motivaatio, sitoutuminen ja omaisten mukaan otto.

Asiakkaalle tehtävän kuntoutumissuunnitelman tavoitteena on asiakkaan osallisuus, oman elämän hallinta ja vaikuttamisen lisääntyminen. Toimintakykymittausten (mm. SPPB) ja RAI- arvioinnin perusteella käydään läpi asiakkaan tarpeet ja asetetaan kotikuntoutuksen tavoitteet. Käynnit kirjataan kotihoidon palvelu- ja hoitosuunnitelmaan.

Kuntoutusjakson alussa määritellään eri toimijoiden roolit, eli kuka tekee, mitä tekee ja koska ja lisäksi määritellään lääketieteellinen hoitovastuu.

Tampereella oli marraskuuhun 2014 mennessä tehty 2965 kuntoutuskäyntiä 284:lle eri asiakkaalle. Keskimääräinen käyntiaika oli fysioterapeutilla n. 60 min, toimintaterapeutilla n. 70 min ja psykogeriatrisella sairaanhoitajalla n. 50 min. Käyntejä oli keskimäärin 1 – 3 / viikko/ asiakas.

Tuloksena kotikuntoutuksesta oli seurantakäynneillä todettu toimintakyvyn säilyminen parempana kuin mikä asiakkaan lähtötilanne oli. Osalla asiakkaista kotihoidon käyntitarve oli vähentynyt ja monella elämänlaatu ja tyytyväisyys lisääntynyt, samoin omatoiminen ulkoilu/ asiointi. Onnistuminen lisää rohkeutta, ensin yhdessä sitten itse. Vielä ei tiedetä onko kyseessä pysyvä olotila. Lisää tutkimustietoa on tulossa 2015.

Pitkälle edenneen muistisairaahan toimintakyvyssä / selviytymisessä ei havaittu juurikaan muutosta. Tampereella todettiin, että ei ole tarkoituksen mukaista käyttää intensiivistä kuntoutusresurssia vakauden ylläpitoon.

Jatkosuunnitelmana on, että kuntoutusjakso kohdentuu säännöllisen kotihoidon piiriin tuleville asiakkaille, sairaalasta kotiutuville ja omaishoidon piiriin uutena tuleville. Lisäksi tavoitteena on saada kuvaa ja ääntä yhdistävät laitteet, kuvapuhelin yhteydet, jotka mahdollistavat yhteydenpidon omaisiin ja ystäviin sekä muihin käyttäjiin ja ”etähoitajaan”. Tällä hetkellä kotikuntoutustiimin käytössä oli kaksi sovellusta/ laitetta. Pieni Piiri -sovellus (tabletille) oli suunnitelmassa pilotoida projektivuoden aikana.

3.2.2. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä (EKSOTE) kotikuntoutukseen on otettu mallia Boråsista. Kotihoidon asiakkaille tehdään kotikuntoutussuunnitelma, joka koostuu harjoituspäiväkirjasta, ikääntyneen ravitsemussuosituksista proteiinin ja D-vitamiinin osalta sekä asiakkaan omasta arviosta sen suhteen, miten hän selviytyy päivittäisissä toimissaan.

EKSOTEN alueella kotona asuvien asiakkaiden kuntoutus jaetaan neljään tasoon. Ensimmäinen on *arkea ja toimintakykyä tukeva kotihoito*. (Kuva liite 2) Se on suunnattu niille asiakkaille, joiden toimintakyky on heikentynyt jo niin paljon, että he eivät tule enää pärjäämään ilman apua. Tavoitteena on ylläpitää toimintakykyä tai hidastaa sen heikentymistä. Toisella tasolla harjoitetaan *kotikuntoutusta*, (Kuva liite 3) joka on suunnattu hieman parempikuntoisille ikääntyneille, jotka hyötyvät arjen toimintojen harjoittelusta ja fyysisestä perusharjoittelusta. Heidän päivittäiset toimintonsa sujuvat lähes itsenäisesti tai sanallisen ohjauksen avulla, ja avun tarvetta on mahdollista vähentää kuntoutuksen avulla. Tavoitteena on ylläpitää arjen toimintakykyä tai jopa parantaa sitä.

Kolmas taso on *tehostettu kotikuntoutus*. (Kuva, liite 4) Se on suunnattu niille sairaalasta kotiutuville ja parempikuntoisille kotihoidon asiakkaille, jotka hyötyvät nousujohteisesta fysioterapiasta. Heidän päivittäiset toimensa sujuvat lähes itsenäisesti, ja kuntoutuksen avulla pyritään pääsemään kokonaan eroon ulkopuolisen avun tarpeesta tai vähentää sitä reilusti. Neljäs ja viimeinen taso on *tehostettu moniammatillinen kotikuntoutus*, (Kuva, liite 5) joka on suunnattu toimintakykynsä äkillisesti menettäneille asiakkaille tai sairaalasta kotiutuville. Kohderyhmä hyötyy nousujohteisesta, moniammatillisesta kuntoutuksesta. Tavoitteena on parantaa kuntoutujan toimintakykyä niin, että hän kuntoutuu vähintään toimintakyvyn laskua edeltävälle tasolle. Tällöin avun tarpeesta päästään joko kokonaan irti tai sitä pystytään vähentämään reilusti.

3.2.3. Espoo

Espoossa on vastattu kuntoutustarpeeseen perustamalla kotiutustiimi vuonna 2012. Sen tarkoituksena on turvata potilaiden ensivaiheen selviytyminen sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja se toimii joka päivä koko Espoon alueella. Tiimi koostuu sairaanhoitajasta, lähihoitajasta, fysioterapeuteista ja terveyskeskusavustajasta. Tarvittaessa myös toimintaterapeutti osallistuu kotikuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Työntekijöillä on käytössään auto, matkapuhelimet ja kannettavat tietokoneet, joten he pystyvät työskentelemään liikkeessä.

Espoossa kotikuntoutuksella tarkoitetaan iäkkään kotihoidon asiakkaiden kotona tapahtuvaa fysioterapeutin asiantuntija käyntiä (Liite 6). Toiminta käynnistyi pilottina vuonna 2008 Espoon eteläisen kotihoidon alueella ja laajentui 2009 koko Espooseen. Eteläisen ja pohjoisen kotihoidon alueella toimii yksi fysioterapeutti/ alue -> alueet ovat isoja sekä maantieteellisesti että asiakasmäärältään. Kotikuntoutusmallin taustalla ovat kaksi kehittämishanketta: Eeva-hanke 2005- 2007, jossa keskityttiin ennaltaehkäisevien vanhuspalvelujen kehittämiseen ja Elo-hanke 2008- 2010, joka tarkoittaa Elämää lisää osallistumalla = omaehtoisen ikääntymisen ja mahdollistavan toiminnan edistämiseksi.

Kotikuntoutuspilotissa vuodesta 2008 alkaen vanhuspalveluiden kuntoutuksen fysioterapiaosaamista integroitiin kotihoidon ympäristöön. Toiminta alkoi Etelä-Espoon alueella 2008 ja Pohjois-Espoon alueella 2009. Kotikuntoutus on osa Vanhusten palvelujen kuntoutuspalveluja.

Kotikuntoutus antaa palvelut avosairaanhoidon yksikköön (koti- ja päiväsairaala ja kotiutustiimi). Tavoitteena on tukea sairaalasta kotiutuvien potilaiden kotiutumista, tarjota alkuvaiheen fysioterapeuttinen ohjaus ja harjoittelu sekä jatkofysioterapian järjestäminen.

Asiakkaat ohjataan kotikuntoutustiimille suoraan sairaalasta ja päivystyksestä. Kotihoidon asiakkaille tiimin fysioterapeutit tekevät käyntejä yhdessä kotihoidon henkilökunnan kanssa. Tiimi kartoittaa asiakkaan asuin- ja elinympäristön, tekee tarvittavia muutoksia ja hankkii asiakkaalle tarvittaessa apuvälineitä. Asiakkaan toimintaa ja liikuntakyky arvioidaan, ja niitä kohennetaan erilaisin harjoituksin. Tärkeää on vuorovaikutus asiakkaan, hänen omaistensa ja hoitoon osallistuvien välillä.

Koekotiutuksen aikana potilaalla on mahdollisuus palata takaisin samalle osastolle, jos kotona ei pärjää. Tiimi tekee kotiutumisen jälkeiset tukikäynnit kotona pärjäämisen varmistamiseksi sekä jatkokuntoutuksen arvioimista ja sen järjestämistä tarvittaessa. Sairaalasta kotiutumisen jälkeen asiakasta aktivoidaan ja annetaan asiakkaalle ja omaiselle ohjausta asiakkaan liikkumiseen ja mm. apuvälineisiin liittyen. Kotikuntoutustiimi järjestää myös fysioterapian ohjaus- ja harjoituskäynnit sekä apuvälinearviot asiakkaille, joiden liikunta- ja toimintakyvyn lasku on uhkana kotona pärjäämiselle.

3.2.4. lisalmi

lisalmen Kotihoito 2020 -hankkeessa oli tavoitteena kehittää kotikuntoutuksesta koko kuntayhtymän alueelle lähipalvelu, josta on vastuussa paikallinen tiimi (asiakasneuvonta, kuntoutuksen henkilöstö ja kotihoidon työntekijä). Mallia kokeiltiin lissalmessa yhdellä kotihoidon alueella ja siinä kotikuntoutusta suunnattiin ikääntyneille, joiden toimintakyky uhkaa laskea tai on jo laskenut. Kotikuntoutuksen alkuvaiheessa kotihoidon lääkäri teki asiakkaalle geriatrisen arvioinnin ja määrittä terveydentilakontrollit tarpeen mukaan. Kuntoutushenkilöstö taas teki kodin muutostöiden arvioinnin kotikäyntien yhteydessä, ja kartoitti samalla apuvälineiden tarpeen. Kotikuntoutuksen kestoa ei määriteltä ennalta, vaan se arvioitiin tapauskohtaisesti. Kuntoutuksen vaihtoehtona oli osallistuminen kuntosaliryhmään. Malliin liittyi vahvasti kotihoidon henkilöstön kouluttaminen noudattamaan toimintakykyä tukevaa työtettä. (Kotihoito 2020.)

Pilotin jälkeen suoritetussa asiakastyytyväisyyskyselyssä kotikuntoutukseen oltiin hyvin tyytyväisiä. Ensimmäisessä pilottiryhmässä kuntoutukselle asetetuista tavoitteista toteutui 69 % ja toisessa pilottiryhmässä 50 %. Pilottiryhmien koot olivat kuitenkin niin pieniä (12 ja 10), että tulosten tilastollinen merkitsevyys jää pieneksi. Eri-tyisen tärkeäksi tekijäksi kuntoutuksen onnistumisen kannalta nousi asiakasvalinta, sillä liian huonokuntoisten asiakkaiden tulokset jäivät laihoiksi. Lisäksi asiakkaan omalla motivaatiolla oli suuri merkitys toimintakyvyn kohentumisessa. (Kotihoito 2020.)

3.2.5. Kokkola

Kokkolan kotikuntoutus-intervention tarkoituksena oli edistää kotihoidossa olevien muistisairaiden asiakkaiden kuntoutumista ja kotona selviytymistä. Interventiot kohdentuivat muistisairaiden hoidon suunnittelun sisällölliseen kehittämiseen, jossa pääpaino oli toimintakyvyn arvioinnissa, hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laatimisessa sekä muistitiimin tekemän kuntoutumista edistävän harjoitteluohjelman toteuttamisessa. Harjoitteluohjelma kesti kuukauden ja sisälsi muun muassa lihasvoima- ja kävelyharjoituksia, keskustelua sekä muistitoimintoja ylläpitäviä harjoituksia. Sen toteuttamisen edellyttämästä tuesta, ohjauksesta ja seurannasta vastasivat muistitiimin kaksi lähihoitajaa, joiden lisäksi tiimissä oli sairaanhoitaja, joka laati hoito- ja kuntoutumissuunnitelman. Lisäksi projektityöntekijät ohjasivat muistitiimiä kehittämistyön eteenpäin viemisessä. Kotikäyntejä tehtiin interventiorryhmässä mukana olleille kaksi kertaa viikossa kuukauden ajan, ja yhden käynnin kesto oli keskimäärin 1,5 tuntia. Intervention jälkeen siihen osallistuneiden mieliala oli kohonnut ja kivut vähentyneet. Lisäksi asiakkaat olivat päässeet ulos ja liikkeelle. Toisaalta kuukausi tuntui liian lyhyeltä ajalta saada todellisia muutoksia aikaan, ja intervention jälkeen itsenäisen harjoittelun toteuttaminen oli vähäistä. (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012.)

3.2.6. Hamina

Kotikuntoutusta tekevät kotihoidon fysioterapeutti sekä kuntoutukseen erikoistunut lähihoitaja. Ensin mainitun työajasta 50 % on kotikuntoutusta ja jälkimmäinen taas tekee pelkästään kotikuntoutusta. Fysioterapeutti auttaa asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa sekä kuntoutussuunnitelman tekemisessä, ja lähihoitaja toteuttaa kuntoutusjaksoja. Kuntoutukseen otetaan asiakkaita, joiden toimintakyky on tilapäisesti heikentynyt siten, että liikkuminen ja kotona pärjääminen ovat vaikeutuneet. Kuntoutujien ei tarvitse olla kotihoidon asiakkaita. Aiemmin lääkärin lähete oli välttämätön, mutta sittemmin siitä on luovuttu tarpeettomana. Kuntoutusjakson pituus määräytyy yksilöllisesti, maksimi on 15 käyntikertaa. Käyntejä on 1-2 tai jopa 3 viikossa. Kotikuntoutuksen vaikuttavuutta arvioidaan asiakkaille tehtävien alkua- ja loppumittausten perusteella. Kuntoutuksen sisällön pääpaino on liikkumisen, tasapainon ja alaraajojen lihasvoiman vahvistamisessa, mutta tarpeen mukaan se voi sisältää myös muita osa-alueita.

3.2.7. Turku

Turussa on järjestetty kotiin kuntoutumistoimintaa, jolla pyritään tukemaan vanhus-ten selviytymistä kotona. Se on tarkoitettu ikääntyneille, jotka eivät tarvitse lääketieteellistä hoitoa, mutta jotka hyötyvät fyysisestä, sosiaalisesta ja psyykkisestä kun-

toutuksesta. Asiakkaan voimavaroja ja toimintakyvyn osa-alueita kartoitetaan, arvioidaan ja tuetaan, jotta asiakas pärjäisi arjessaan mahdollisimman itsenäisesti. Asiakasta pyritään motivoimaan sillä, että kuntoutuksen tarpeesta ja tavoitteista keskustellaan yhdessä asiakkaan kanssa.

Kotikuntoutustoiminnan asiakkaaksi pääsee kotiuttavan osaston tai kotihoidon tekemällä läheteellä. Toimintaan kuuluu kotikuntoutustiimejä, geriatria päiväkuntoutusta sekä yöhoitoa. Kotikuntoutustiimit hoitavat asiakasta jopa ympäri vuorokauden eikä hoitojakson pituutta ole määritelty ennalta, vaan se määräytyy kuntoutujan tarpeen mukaan.

Tuoreen suomalaisen väitöskirjan mukaan (Tikkanen 2015) fyysisen toimintakyvyn säilyttämiseksi on tärkeää motivoida iäkkäät ihmiset joko lisäämään liikuntaa tai vähintään säilyttämään nykyiset liikuntatottumuksensa. Liikunnan tulisi olla osa päivittäistä rutiinia myös iäkkäillä ihmisillä ja sen vuoksi liikunnan määrän arviointi ja ohjaus pitäisi sisällyttää kaikkiin iäkkäiden ihmisten tutkimus- ja arviointitilanteisiin. Kotona asuvien iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn säilyminen tulisi varmistaa luomalla toimintamalli, jossa huomioitaisiin erityisesti ei-aktiiviset ja toimintakyvyn alentumisesta kärsivät iäkkäät. Geriatriksen arvioinnin ja yksilöllisesti räätälöidyn hoidon ja kuntoutuksen avulla voidaan auttaa iäkkäitä ylläpitämään fyysistä toimintakykyään ja ehkäisemään tulevia toimintakyvyn ongelmia. Toimenpiteet tulisi kohdentaa erityisesti niille, jotka ovat ei-aktiivisia tai joilla on HRO (hauraus–raihnaus –oireyhtymä) tai sen esiaste. Olisi tärkeää tunnistaa ajoissa HRO:n tai toiminnan rajoitusten syntymisen riskissä olevat iäkkäät ja ohjata heidät moniammatillisen geriatriksen tiimin toteuttamaan arviointiin, jonka perusteella heille räätälöitäisiin yksilöllinen hoito ja kuntoutus liikuntasuunnitelmien. Geriatriksen arvioinnin ja yksilöllisesti räätälöidyn hoidon ja kuntoutuksen toteutuminen edellyttäisi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen kehittämistä gerontologian ja geriatrian alueilla. (Tikkanen 2015)

Helsingin kotikuntoutushankkeeseen liittyneessä toimintaterapeuttipiskelija Leila Mäkelän (2015) opinnäytetyössä kuvataan arkikuntoutusta ja sen tavoitteita. Arkikuntoutuksen tavoitteena on tukea asiakkaan osallistumista yksilöllisesti omaan arkeensa. Tavoitteena on toimintakyvyn edistäminen sekä aktiivisuuden lisääntyminen omassa arjessa. Arkikuntoutus keskittyy tavoitteellisesti ja intensiivisesti arkiaskeisiin, joita kuntoutettava itse pitää merkityksellisinä. Arkikuntoutukseen kuuluu keskeisesti asiakkaan aktiivinen osallistuminen. Kuntoutuksen aluksi kuntoutettava määrittelee itse henkilökohtaiset tavoitteensa. Tällainen toiminnallinen tavoite voi olla esimerkiksi sukien vetäminen jalkaan itse tai lähikaupassa käynti omin avuin. Arkikuntoutus aloitetaan varhaisessa vaiheessa ja se kestää rajatun ajan asiakkaan kotona tai lähialueella. Se on tiivistä yhteistyötä toiminta- ja fysioterapeutin sekä kotihoidon henkilökunnan välillä. Sen tavoitteena on vahvistaa asiakkaan omatoimisuutta arjessa, että hän voi jatkaa asumista kotona, elää aktiivisesti ja osallistua sosiaaliseen elämään ja yhteiskuntaan.

Arkikuntoutus perustuu ajatukselle, että asiakas itse ohjaa osallistumistaan ja arjen hallintaansa. Malli antaa mahdollisuuden ottaa mukaan omaiset, muut läheiset ja vapaaehtoiset. Tavoitteet ja kuntoutussuunnitelma lähtevät yksilön toiveista, edellytyksistä ja tarpeista. Sitä, että asiakas itse määrittelee toimintatavoitteet, pidetään ratkaisevan tärkeänä menestymisen kriteerinä ja siitä voi olla apua, kun joudutaan selvittämään ammatillisia erimielisyyksiä tai eettisiä ongelmia. Monen eri ammattialan yhteistyö on yksi tärkeimmistä arkikuntoutuksen piirteistä. Yksi ammattikunta ei yksinään pysty vastaamaan kaikesta arkikuntoutukseen liittyvästä työstä. Tiimien tärkein tehtävä on laatia kuntoutussuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa laajan, moniammatillisen arvioinnin pohjalta. Vastuullisten ammattihenkilöiden tehtävä on neuvoa asiakkaan kanssa työskentelevää henkilökuntaa, perehdyttää arkikuntoutukseen ja varmistaa tuotettujen palveluiden laatu.

3.3. Yhteenveto teoriataustasta

Kotikuntoutuksen toimintamalleilla näyttää olevan merkittäviä etuja verrattuna perinteiseen kotihoitoon. Useimmiten kotikuntoutuksella on pystytty vähentämään asiakkaiden palveluntarvetta, mistä on koitunut kustannussäästöjä kotikuntoutusinvestoinnista huolimatta. (Ryburn ym. 2009.) Lisäksi kuntouttavaa kotihoitoa saaneet ovat pystyneet asumaan kotonaan pidempään (Tinetti ym. 2002). Kuntoutujien elämänlaatu on parantunut, itsenäisyys lisääntynyt ja avuntarve vähentynyt (Heebøll 2012).

Onnistuneen kotikuntoutuksen edellytyksenä näyttäisi tutkimusten perusteella olevan, että tavoitteet laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa, kuntoutuksen edistymistä arvioidaan kokonaisvaltaisesti eri mittarein ja kuntoutusta toteuttaa moniammatillinen tiimi. Yksi tärkeä elementti kuntoutuksen onnistumisessa on lisäksi kuntoutujan motivaatio, jota voidaan lisätä suunnittelemalla kuntoutusjakso yhdessä asiakkaan kanssa. Motivaatioon voidaan vaikuttaa positiivisesti myös sisällyttämällä fyysinen harjoittelu asiakkaan päivittäisiin toimintoihin, järjestämällä ryhmätapaamisia tai ohjaamalla asiakas ryhmätoimintaan. Ryhmätoiminta vastaa myös asiakkaan psykososiaalisen kuntoutuksen tarpeeseen. Sosiaalisen kuntoutuksen merkitystä korostetaan nykyään paljon ja sen yhdistämistä fyysiseen kuntoutukseen on syytä miettiä kotikuntoutusmalleja suunniteltaessa.

Kotikuntoutuksen kustannustehokkuudesta on saatu varsin vaihtelevia tuloksia. Yleisesti ottaen kotikuntoutuksen vaikutukset ovat olleet kuntoutujille positiivisia ja niistä on koitunut pitkällä aikavälillä säästöjä (esim. Kent ym. 2000; Tinetti ym. 2002; Lewin & Vanderbilden 2009.) Esimerkiksi eräässä Englannissa tehdyssä tutkimuksessa kotikuntoutusta saaneiden sairaalasta kotiutettujen potilaiden todennäköisyys joutua uudestaan sairaalaan oli kolmasosan pienempi kuin tavallista kotihoitoa saa-

neiden (Tinetti ym. 2012). Monissa tutkimuksissa kotikuntoutus on lisäksi vähentänyt tarvetta kotihoidon palveluille. Kuitenkin on myös tutkimuksia, joissa eroa vertailuryhmään ei juuri ole ollut, jolloin kotikuntoutus on tuonut pelkästään lisää kustannuksia. Tällaisissa tapauksissa kuntoutujat ovat tosin saattaneet jo alun perin olla huonompikuntoisia kuin vertailuryhmässä. (Francis ym. 2011.) Toisissa tutkimuksissa taas kotikuntoutuksen vaatima alkuinvestointi on ollut suunnilleen saman suuruinen kuin palveluista luopumisesta koituneet säästöt. Kotikuntoutuksen positiivisten vaikutusten ansiosta sitä voidaan kuitenkin tällaisissakin tapauksissa pitää kustannustehokkaana (Glendinnin ym. 2010). Kuntoutujien jakaminen eri ryhmiin kuntoutujan tarpeiden ja erilaisten ammattilaisten käyttö perusteella esimerkiksi Boråsin ja Eksoten tapaan näyttäisi olevan perusteltua mm. kotikuntoutuksen resurssien käytön ja kustannusten näkökulmasta.

Ei tiedetä tarkasti, riittääkö ihmisten itsenäisyyden lisääntyminen ja kotihoidon palvelujen käytön vähentäminen parantamaan heidän elämänlaatuun (Francis ym. 2011). Vaikka kuntoutuksella voidaan saada aikaan positiivisia muutoksia kuntoutujien toimintakyvyssä, kuntoutus ei aina näytä pidentävän kotona asumisen aikaa, ellei kuntoutus todella lähde kuntoutujan tarpeista ja hänen kotona selviytymistään haittaavista tekijöistä (Hinkka & Karppi 2010).

Kuntoutuksen yhtenä kompastuskivenä näyttäisi yhä olevan kuntoutuksen myönteisen vaikutuksen katoaminen ajan kuluessa. Tutkimuksissa on todettu kuntoutuksen vaikutuksen ikääntyneiden ihmisten toimintakykyyn häviävän vuoden tai jopa kolmen kuukauden päästä kuntoutuksen päättymisestä (Applegate ym. 1990, Landefeld ym. 1995). Toisaalta joissakin tutkimuksissa kuntoutuksen vaikutukset ovat kestäneet kolme tai jopa lähes viisi vuotta (Lewin ym. 2013). Vielä ei tiedetä, mistä ero johtuu. Suomessakin ikääntyneiden motivointi on koettu haastavaksi ja usein se on vaikeaa jo kuntoutusintervention aikana (Palonen ym. 2011). On iso haaste keksiä keinoja, joiden avulla ikääntyneet saataisiin motivoitua ylläpitämään toimintakykyään myös itsenäisesti. Suurena apuna voivat olla huolellisesti suunnitellut, ikääntyneiden tarpeista ja toiveista lähtevät palvelut sekä erilainen mieluinen toiminta, joka aktivoi ja rytmittää arkea.

Kotikuntoutustutkimusta on lopulta yhä vähän, tutkimusten otokset ovat pieniä eikä pitkäaikaistutkimuksia ole riittävästi. Vielä tarvitaan tutkimusta selittämään esimerkiksi sitä, mitkä asiakasryhmät hyötyvät kotikuntoutuksesta eniten, mitkä elementit kotikuntoutusmalleissa tuottavat parhaita tuloksia ja mikä on tehokkain intervention ajoitus ja pituus (Ryburn ym. 2009).

Kuntoutuksen on todettu olevan tehokkainta silloin, kun ikääntynyt saa sitä jo ennen näkyvää toimintakyvyn alenemaa. Kuntoutusinterventiot taas kohdistuvat usein sellaisiin ihmisiin, joiden toimintakyky on jo syystä tai toisesta laskenut huomattavasti. Pelkät kotikuntoutusinterventiot eivät siis riitä, vaan kuntouttava toiminta tulisi saada osaksi kotihoidon arkea. Kotihoidon työntekijöillä on usein kiire, joten monia asioita

tehdään asiakkaan puolesta, vaikka voisi olla hedelmällisempää rohkaista häntä tekemään niitä itse (Palonen ym. 2011). Tällaiseen toimintatapaan on Suomessa vielä matkaa, mutta pieniä askelia kohti ennakoivaa hoitoa voidaan ja on syytä ottaa koko ajan.

4. HELSINGIN KOTIKUNTOUTUSHANKE 2013–2015

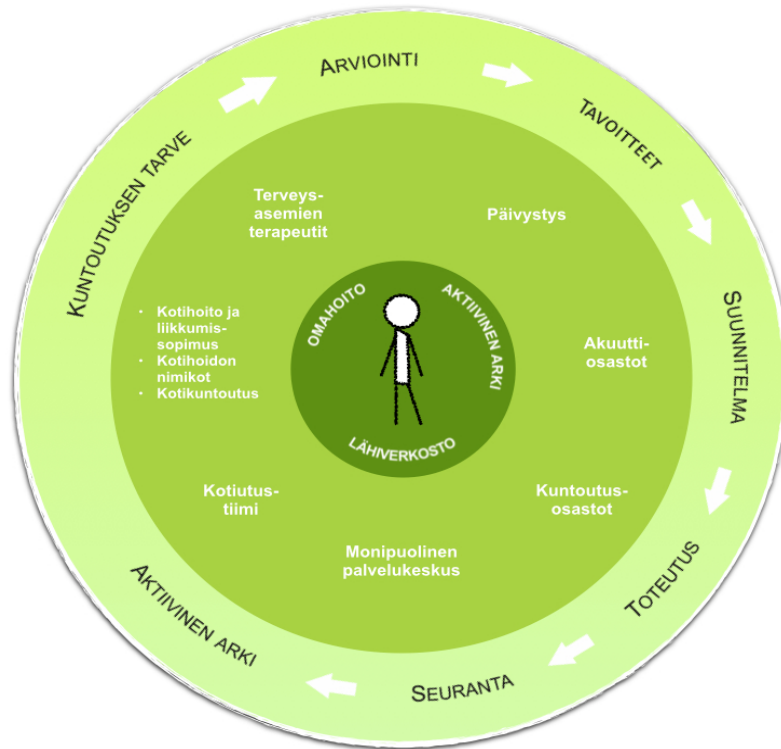
4.1. Tausta, tavoitteet ja kohdejoukko

Helsingissä kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn tukeminen kuuluu kotihoidon henkilökunnan perustyöhön. Hoitajia on koulutettu arkiliikkumisen ja ravitsemuksen huomioimiseen järjestelmällisesti vuodesta 2007 lähtien (muun muassa Arkiliikkumisen muutosagenttikoulutus). Yhdessä asiakkaan kanssa sovitaan, mitkä arkitoimet asiakas pystyy tekemään itsenäisesti tai tuettuna ja millä keinoin arkiliikkumista voitaisiin vielä lisätä. Näistä toimista ja mahdollisesti lisäharjoitteista tehdään liikkumissopimus (Liite 7). Nykyisin kotihoito toteutuu moniammatillisesti kotihoitoon alueellisesti nimettyjen toiminta- ja fysioterapeuttien kanssa.

Helsingissä keväällä 2015 toteutetun asiakastutkimuksen mukaan kotihoidon asiakkaista 41 % (N= 2204) vastaa, että heidän kanssaan keskustellaan arkiliikkumista parantavista harjoituksista ja 50 % asiakkaista ilmoittaa, ettei näin tehdä. Niistä asiakkaista, jotka olivat tehneet liikkumisharjoituksia, 43 % (N= 1891) ilmoitti harjoituksista olleen heille hyötyä ja 48 % kertoi, etteivät he olleet tehneet liikkumisharjoituksia. Kyselyyn vastanneista kotihoidon asiakkaista (N=2204) 16 % vastasi, että heidän kanssaan oli tehty liikkumissopimus, 40 % kertoi, ettei sopimusta oltu tehty ja 32 % vastaajista ilmoitti, etteivät he tiedä, mikä liikkumissopimus on. (Kotihoidon asiakastutkimus 2015)

Varsinainen toimintakyvyn kohentumiseen tähtäävä, nousujohteinen terapeutin toteuttama kuntoutus on käynnistynyt joko potilaan kotiutuessa sairaalasta tai kotihoidon tai terveysaseman lääkärin tai kotihoidon työntekijän pyynnöstä silloin, kun kotihoidon asiakkaan toimintakyky on yllättäen heikentynyt. Yksilöllisen terapian ja ohjauksen lisäksi terapiahenkilökunta on osallistunut kotihoidon työntekijöiden Arkiliikkumisen muutosagenttikoulutusten järjestämiseen ja toimintakykyä edistävän työotteen tukemiseen koulutuksilla, potilaskohtaisilla yksilöllisillä ohjaustilanteilla tai konsultaatioilla. Yhteistyö terapiahenkilökunnan kanssa on perustunut konsultaatioon ja lyhyisiin interventioihin, intensiivinen moniammatillinen asiakkaan arviointi ja kuntoutus on ollut vähäisempää.

Helsingin sosiaali- ja terveysviraston tämän hetkinen kuntoutuspalveluiden kokonaisuus on kuvattu ohessa (kuva 1).



Kuva 1. Kuntoutuspalvelujen kokonaisuus Helsinki sosiaali- ja terveysvirasto

Kotihoidossa ei aina tiedetä, missä määrin ja miten olemassa olevia kuntoutusresursseja voi hyödyntää ja lähipalvelualueiden välillä on huomattavia eroja fysioterapian ja toimintaterapian käytössä. Keskustelu kuntoutuksen tarpeesta kotihoidon asiakkailla on kuitenkin kaiken aikaa lisääntynyt ja paine kuntouttavampaan lähestymistapaan kasvaa jatkuvasti, eikä vähiten maailmalta ja muualta Suomesta kantautuvien positiivisten kotikuntoutuskokemusten vuoksi. Resurssien tiukentuessa ja väestön ikääntyessä ei ole varaa keskittyä pelkästään reagoivaan hoitoon, vaan toiminnan on muututtava kauaskantoiseksi ja ennakoivaksi.

Vuonna 2004 silloisella Helsingin terveystieteiden keskuksen kotihoitokeskuksessa kokeiltiin vuoden ajan kotikuntoutuspartio-mallia. Partio koostui fysioterapeutista, toimintaterapeutista ja terveydenhoitajasta ja se keskittyi kuntouttamaan sairaalasta kotiutuvia potilaita (Lähelehti ym. 2005). Vaikka yksittäisten potilaiden kohdalla saatiin hyviä tuloksia, partion potilasmäärä jäi vähäiseksi eikä toimintaa pystytty osoittamaan tehokkaaksi. Toimintatapa ei näin vakiintunut eikä kehittämishankkeesta syntynyt koko kaupunkiin levitettävää kotikuntoutusmallia.

Vuonna 2014 kotikuntoutusta alettiin jälleen kehittää kotihoidon yhteyteen, nyt vuonna 2013 yhdistyneessä Helsingin sosiaali- ja terveysvirastossa. Käsillä olevan hankkeen tavoitteena on kehittää kotihoitoon sellainen moniammatillinen kotikuntoutusmalli, joka voitaisiin levittää koko kaupunkiin. Päättävänä on auttaa asiakasta asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään. Lisäksi pyritään toteuttamaan

entistä selkeämmin asiakaslähtöistä kotona tapahtuvaa kuntoutumista sekä määrittämään kotihoidon asiakkaiden jatkokuntoutusmahdollisuudet, kotikuntoutuksen kohderyhmä ja kriteerit kotikuntoutukselle. Tavoitteena on myös määritellä eri ammattilaisten rooli kotikuntoutuksessa sekä selkeyttää vuodesta 2008 alkaen Monipuolisten palvelukeskusten (MPK) yhteyteen perustettujen arviointi- ja kuntoutusosastojen tehtävää suhteessa kotikuntoutukseen.

Asiakkaiksi kotikuntoutukseen haluttiin valita sellaisia ikääntyneitä, joiden arveltiin hyötyvän kuntoutuksesta eniten. Toisaalta haluttiin kuntouttaa sellaisia kotona asuvia, joiden toimintakyky on heikentynyt, sillä siten voitaisiin estää asiakkaan sairaalaan joutuminen. Tärkeänä pidettiin myös sairaalasta kotiutuneiden toipilaiden kuntouttamista, jotta voidaan estää asiakkaan joutuminen takaisin sairaalaan ja mahdollistaa optimaalinen toipuminen. Lopulta kehittämishankkeeseen päätettiin valita asiakkaita molemmista ryhmistä, mutta sairaalasta kotiutuvien kuntoutukseen pääsyä pidettiin kiireellisempänä. Karkeasti uusiksi asiakkaiksi poimittiin sellaiset sairaalasta kotiutuvat ja kotona asuvat, joiden elämänhallinnassa on tapahtunut muutos ja joiden arvioidaan hyötyvän tehostetusta kuntoutusjaksosta. Pois rajattiin vakavaa somaattista sairautta sairastavat sekä vaikeasti muistisairaavat, koska heidän ei uskottu hyötyvän kotikuntoutuksesta niin paljon kuin muiden asiakasryhmien. Viime kädessä hankkeeseen osallistuvien asiakkaiden valinnassa luotettiin kotihoidon työntekijöiden arviointiin ja kokemukseen.

Kehittämishanke käynnistyi vuonna 2013 olemassa olevan kotikuntoutuksen tilanteen arvioinnilla sekä aihepiiriin liittyvän kirjallisuuden ja mittareiden kartoituksella. Varsinaisen mallin kehittäminen ja kokeilu tapahtui etelän palvelualueella, keskisen kotihoidon lähipalvelualueilla Vallila 3 ja Kallio 2. Kohderyhmänä olivat näiden alueiden kotihoidon asiakkaat, ja kotikuntoutukseen asiakkaita otettiin kerrallaan korkeintaan 5 kummallakin alueella, eli yhteensä 10 kuntoutujaa samanaikaisesti. Kunkin asiakkaan kuntoutusjakson pituudeksi suunniteltiin 6–8 viikkoa.

4.2. Hankkeen organisointi ja aikataulu

Kotikuntoutuksen kehittämishankkeelle perustettiin työn käynnistyessä ohjausryhmä ja projektiryhmä. Ohjausryhmän puheenjohtajana toimi Etelän palvelualuejohtaja Arja Peiponen ja projektiryhmän puheenjohtajana Keskisen alueen kotihoitopäällikkö Pirjo Tolkki. Ohjausryhmä kokoontui vuoden 2014 aikana 7 kertaa ja vuonna 2015 neljä kertaa. Projektiryhmän kokouksia oli hankkeen aikana keskimäärin kerran kuukaudessa. Ohjausryhmän, projektiryhmän ja kotikuntoutushankkeeseen osallistuneiden eri tahojen yhteinen työpaja pidettiin 16.4.2015.

Kotikuntoutushankkeelle asetettu kokonaisaikataulu oli 11.9.2013- 30.6.2015, mutta tulosten raportointi ja hankeraportin kirjoittaminen jäi kesään ja syksyyn 2015. Pilot-taika, jolloin kotihoidon asiakkaita oli kotikuntoutuksessa, oli 1.2.2014 -31.3.2015.

Projektisuunnitelman mukaisesti kuntoutusjaksojen prosessin kuvaus ja mittareiden valinta tehtiin tammikuuhun 2014 mennessä. Kotikuntoutukseen osallistuva henkilökunta perehdytettiin helmikuussa 2014. Kotihoidon asiakkaiden kuntoutusjaksot käynnistyivät maaliskuussa 2014. Kotikuntoutuksen toimintamallin määrittelyä tehtiin koko hankkeen ajan. Kotikuntoutushankkeen loppuraportin kirjoittaminen venyi muista työkiireistä johtuen kesään ja syksyyn 2015 ja tulosten julkaiseminen ja toimintamallin jalkautumisen suunnittelu jäi syksyyn 2015.

4.3. Kotikuntoutushankkeen toimijat, yhteistyötahot ja rahoitus

Keskeisimpiä toimijoita ovat olleet kotihoidon asiakas ja hänen läheisensä, Etelän palvelualueen keskeisen kotihoitoyksikön henkilökunta, Kuntoutuksen osaamiskeskuksen Kuntion fysio- ja toimintaterapeutit, Metropolian toimintaterapian koulutusohjelman opiskelijat sekä kotihoidossa työskentelevät työhön kuntoutujat. Lisäksi kotikuntoutusjakson jälkeen asiakas saattoi jatkaa aktiivista toimintaa vapaaehtoistyöntekijöiden tukemana (esim. Diakonissalaitoksen Seniori-Vamos -hanke).

Projekti toteutettiin etelän palvelualueen (Etpa) ja kuntoutuksen osaamiskeskuksen (Kunto) yhteistyönä, kahdella keskeisen kotihoidon lähipalvelualueella, Vallila 3:ssa ja Kallio 2:ssa. Kotikuntoutustiimin muodostivat em. alueiden kotihoidon työntekijät ja Vallilan kotihoitotiimiin palkattiin projektin ajaksi fysioterapeutti. Kallion alueella toimi Kuntion nimeämä fysioterapeutti osa-aikaisesti. Kuntion toimintaterapeutti osallistui molempiin kotikuntoutustiimeihin. Kehittämishankkeeseen ei käytetty ulkopuolista resurssia tai rahoitusta.

4.4. Hankkeessa käytetyt mittarit

Kotikuntoutushankkeessa haluttiin hyödyntää monipuolisesti monitieteellisiä mittareita, sillä tutkimusten mukaan kokonaisvaltainen arviointi on kuntoutuksen onnistumisen kannalta hyvin tärkeää. Mittareiksi valittiin COPM, MOHOST, TOIMIA -testejä, BMI, RAI sekä kotihoidon liikkumissopimus. Testit tehtiin kuntoutusjakson alussa ja lopussa.

COPM

COPM (Canadian Occupational Performance Measure) on toimintaterapeuttien käyttöön suunniteltu asiakkaan toimintakykyä mittaava mittari, jolla saadaan selville ajan kuluessa tapahtuva muutos siinä, miten kuntoutuja suoriutuu päivittäisen elämän toiminnoista. Alun perin malli kehitettiin Kanadassa 1990-luvulla, ja sittemmin sitä on käytetty useassa kymmenessä muussa maassa. Malli perustuu asiakaslähteisen toiminnan teoriaan, jossa toiminta nähdään dynaamisena toimintaympäristön, käsillä olevan tehtävän ja yksilön ominaisuudet yhdistävänä ilmiönä. Menetel-

mässä toiminta jaetaan itsestä huolehtimiseen (henkilökohtaiset toiminnot, liikkuminen ja asioiden hoitaminen), tuottavuuteen (talouden ylläpito, kodista tai perheestä huolehtiminen, henkilökohtainen kehitys) ja vapaa-aikaan (harrastukset ja sosiaalinen toiminta). (Law ym. 2005)

Mittari koostuu haastattelulomakkeesta sekä pisteyttämisessä käytettävistä kolmesta jatkumokortista, joiden avulla pisteytetään toimintojen tärkeys, niistä suoriutuminen ja asiakkaan tyytyväisyys omaan suoriutumiseensa. Arviointi toteutetaan toimintaterapeutin ja asiakkaan välisenä haastatteluna, jossa terapeutti auttaa asiakasta tunnistamaan oman päivittäisen toimintansa haasteita. Asiakas saa itse määrittellä numeerisen jatkumon avulla toimintojen tärkeysjärjestyksen, ja tarkempaan arviointiin otetaan viisi tärkeintä toimintoa, joihin hän haluaa saada kuntoutuksella muutosta. Näiden toimintojen osalta asiakas pisteyttää oman suoriutumiseensa jatkumolla 1–10 sekä tyytyväisyytensä suoriutumiseensa. Arvioitavat teemat muotoutuvat näin yksilöllisesti. (Law ym. 2005)

COPM soveltuu useille erilaisille vamma ryhmille sekä hyvin eri kehitystasoisille asiakkaille, mutta se vaatii asiakkaalta kykyä käsitellä ja arvioida oman elämänsä toimintoja. Terapeutilta taas vaaditaan asiakaslähtöisyyden periaatteiden tuntemista ja haastattelutaitoa. (Parker & Sykes 2006)

MOHOST

MOHOST (Model of Human Occupation Screening Tool) on toimintaterapeuttien käyttöön tarkoitettu seulonta-arviointimenetelmä, joka perustuu inhimillisen toiminnan malliin ja täydentää muita siihen liittyviä toiminnan malleja. Se on teoriaperustainen toiminnan analyysi sekä toimintaterapian väline, jossa asiakkaan toiminnallista osallistumista mitataan itsestä huolehtimisen, tuotteliaisuuden ja vapaa-ajan osa-alueilla. Asiakkaan toimintaa havainnoidaan todellisessa toimintaympäristössä, mikä auttaa terapeuttia ymmärtämään, miten asiakas osallistuu päivittäisiin arkitoimiin. Malli korostaa asiakaslähtöisyyttä, sillä toimintaterapeutti pyrkii ymmärtämään asiakkaan näkökulman hänen omista kyvyistään, arvostamistaan asioista ja mielenkiinnonkohteistaan. (Forsyth & Parkinson 2008.)

Käytännössä mallissa pisteytetään toiminnallisia tilanteita pöytäkirjalomakkeisiin, ja tehdään lopullinen pisteytyslomake pöytäkirjalomakkeiden, havaintojen ja haastattelujen avulla. Varsinainen arviointi on jaettu kuuteen osa-alueeseen, jotka ovat toimintaan motivoituminen, toimintatapa, viestintä- ja vuorovaikutustaidot, prosessuaaliset taidot, motoriset taidot ja ympäristö. Asiakkaan toiminnallista osallistumista mitattaessa nämä osa-alueet suhteutetaan itsestä huolehtimiseen, tuotteliaisuuteen ja vapaa-aikaan. (Forsyth & Parkinson 2008)

MOHOST perustuu vahvasti asiakkaan havainnointiin, joten se ei ole riippuvainen asiakkaan viestintätaidoista. Havainnoinnin lisäksi toimintaterapeutti voi arvioida asiakkaan toiminnallista osallistumista myös keskustelemalla asiakkaan, hänen

omaistensa tai muiden työntekijöiden kanssa. Mallin avulla asiakkaasta saadaan hyvin kokonaisvaltaista tietoa, ja se auttaa havaitsemaan tarkempaa arviointia vaativat osa-alueet. Lisäksi eri osa-alueiden pisteyttäminen nostaa esiin myös asiakkaan vahvuudet ja voimavarat. (Forsyth & Parkinson 2008)

TOIMIA

TOIMIA on THL:n ylläpitämä tietokanta, joka yhteistyössä muiden kansallisten sosiaali- ja terveysalan toimijoiden kanssa julkaisee asiantuntijaryhmien laatimia mittariarvioita, soveltuvuusarvioita sekä suosituksia toimintakyvyn mittaamisesta eri käytötilanteissa. Se on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten apuvälineeksi toimintakyvyn mittaamiseen ja arviointiin.

Tähän kehittämishankkeeseen valittiin TOIMIA -tietokannasta sellaiset mittarit, jotka on todettu soveltuvan ikääntyneen väestön fyysisen toimintakyvyn arviointiin ja suoritettaviksi myös kotioloissa. Testit olivat Tuolilta ylösnousu, Puristusvoima ja Timed Up and Go –testi. Lisäksi valittiin Tandem-seisonta Bergin tasapainotestistöstä (myös TOIMIA-kannassa)

- Tuolilta ylösnousutestissä testattava nousee viisi (5) kertaa tuolilta istumasta seisomaan, suorituksesta mitataan aika. Kotihoidon henkilökunta tekee testin tehdessään liikkumissopimusta asiakkaan kanssa.
- Puristusvoima mitataan Jamar- mittarilla molemmista käsistä kynärpää varjalan vierellä koukistettuna 90 asteen kulmassa. Tulos Jamarissa kilopondeina.
- Timed Up and Go –testissä testattava nousee tuolilta, kävelee 3 m, kääntyy, kävelee takaisin tuolin luokse ja istuu. Suorituksesta mitataan aika.
- Tandem-seisonnassa testattava seisoo jalat peräkkäin, suorituksesta mitataan aika.

BMI

BMI (Body Mass Index) eli painoindeksi tuli terveydenhuollon käyttöön 1980-luvulla ja sitä käytetään määrittämään suhteellista sairastumisriskiä verrattuna normaali-painoiisiin. Mittari antaa raja-arvot alipainolle, normaalille painolle, lievälle lihavuudelle, merkittävälle lihavuudelle, vaikealle lihavuudelle sekä sairaalloiselle lihavuudelle. Yleisesti ihminen on terveimmillään BMI:n ollessa normaalialueella, mutta yli 65-vuotiailla voidaan lievästi suurentuneeseen BMI:hin suhtautua sallivammin. (Punakallio 2011)

RAI

RAI on kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä. RAI:n avulla mitataan ikääntyneen ihmisen toimintakykyä ja siinä tapahtuvia muutoksia. Sen tietopohja koostuu standardoidusta tiedosta, jonka käyttökelpoisuus perustuu lukuisissa maissa validoituihin kysymyslomakkeisiin. Järjestelmään sisältyvien laadun indikaattorien ja asiakasrakennetta kuvaavien tietojen avulla on

mahdollista verrata omaa toimintaa muihin samankaltaista asiakaskuntaa palvele-
viin organisaatioihin. Näin RAI -vertailukehittäminen auttaa organisaatioita löytä-
mään sekä omat kehittämiskohteensa että vahvuutensa.

DRS

DRS (Depression Rating Scale) -mittarissa asiakkaan toimintakykyä arvioidaan seit-
semän masennukseen liittyvän oireen avulla. Mittarin arvon perusteella voidaan ar-
vioida onko syytä epäillä, että asiakas olisi masentunut. Arvioitavia oireita ovat esi-
merkiksi asiakkaalla ilmenevä surullisuuden tai masennuksen tunne, epärealistisilta
vaikuttavat pelon ilmaukset ja toistuvat ahdistuneet valitukset/huolet. (RAI-HC Mit-
tarikäsikirja 2012)

CHESS

Terveystilan vakauden -mittari CHESS (Changes in Health, End-stage disease
and Symptoms and Signs) arvioi asiakkaan terveystilan vakautta. Mittari muo-
dostuu kolmesta muuttujasta, jotka ovat oireiden esiintyminen (mm. oksentelu, hen-
genahdistus ja turvotus), päätöksentekokyvyn huononeminen ja päivittäisten toimin-
tojen suorituskyvyn huononeminen sekä elinennuste 6 kuukautta tai vähemmän.
(RAI-HC Mittarikäsikirja 2012)

MAPLE_5

Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko (MAPLe_5) koostuu päivittäisten toimintojen ja
kognitiivisten toimintojen sekä käyttäytymiseen liittyvien oireiden ja ympäristön olo-
suhteiden arvioinnista. Lisäksi arvioidaan asiakkaan suoriutumista lääkityksestä ja
kirjataan ylös asiakkaan käyttämien lääkkeiden lukumäärä. Mittarin muuttujia ovat
myös haavaumat ja muut muuttujat, jotka pitävät sisällään esimerkiksi aterioiden
valmistamisen ja vaeltelun. Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko sisältää myös mittarit
koskien laitoshoidon joutumisen uhkaa (MAPLe Risk CAP) sekä asiakkaan itse-
näistä selviytymiskykyä (MAPLe Screener). MAPLe Risk CAP pitää sisällään kah-
deksan eri osa-aluetta, mm. aikaisempi pitkäaikaishoito, neurologinen diagnoosi ja
toimintakyky on huonontunut viimeisen 90 vrk:n aikana. MAPLe Screener (Geriatric
Screener) -mittari rakentuu kuudesta fyysiseen toimintakykyyn ja päivittäisten
toimintojen suorituskyyyn liittyvästä muuttujasta. Osa-alueita ovat esimerkiksi ate-
rioiden valmistaminen, kylpeminen ja tavalliset kotitaloustyöt. Asiakkaan suoriutu-
misen perusteella laskettu mittarin arvo kuvaa asiakkaan itsenäistä selviytymisky-
kyä. (RAI-HC Mittarikäsikirja 2012)

LIKKUMISSOPIMUS

Kotikuntoutusprojektiin valittiin myös Helsingin kotihoidossa käytössä olevan liikku-
missopimuksen haastattelulomake. Liikkumissopimus on työväline, jonka avulla ko-
tihoidon työntekijät kiinnittävät huomiota asiakkaan arkiliikkumiseen ja liikkumisky-
vyn säilymiseen. Työntekijät tukevat asiakkaan kotona toimimista ja liikkumista
suunnitelmallisesti kotihoitokäyntien aikana ja samalla vähennetään ylimääräistä

ikääntyneen puolesta tekemistä. Lisäksi asiakasta ohjataan ja rohkaistaan säännölliseen liikkumiskyvyn harjoittamiseen.

Liikkumissopimusta tehtäessä asiakas arvioi fyysisen toimintakykynsä osa-alueita, minkä jälkeen testaaja havainnoi samoja osa-alueita ja antaa niistä oman arvionsa. Asiakasta haastatellaan hänen päivittäisten arkiaskareidensa sujumisesta sekä liikunnan harrastamisesta. Tarkoituksena on selvittää erityisesti, missä toiminnoissa asiakas haluaisi harjaantua ja mistä liikuntamuodoista hän on kiinnostunut. Tämän jälkeen liikkumissopimukseen sisällytetään niitä arkielämän osa-alueita, jotka ovat työntekijän ja asiakkaan yhteisessä keskustelussa nousseet esille. Ne voivat vaihdella esimerkiksi arkiaskareista ja henkilökohtaisen hygienian huolehtimisesta ryhmäliikuntaan ja muihin liikuntamuotoihin. Haastattelulomakkeen avulla pystytään näin nostamaan esille asiakkaan omia toiveita ja tarpeita, jotka on ensiarvoisen tärkeää ottaa huomioon kuntoutussuunnitelmaa tehdessä.

4.5. Kotikuntoutushankkeen kulku

4.5.1. Kotihoidon asiakkaiden avun ja tuen tarpeet

Hankkeen alussa syksyllä 2013 kartoitettiin ikäihmisten ja kohdejoukon palvelutarpeita kotihoidon ja terapeuttien näkökulmasta. Hankkeen alussa toteutetun yleisen asiakastarvekartoituksen jälkeen hankkeessa lähdettiin täsmentämään kohdejoukosta olevien kuntoutujien tarpeita.

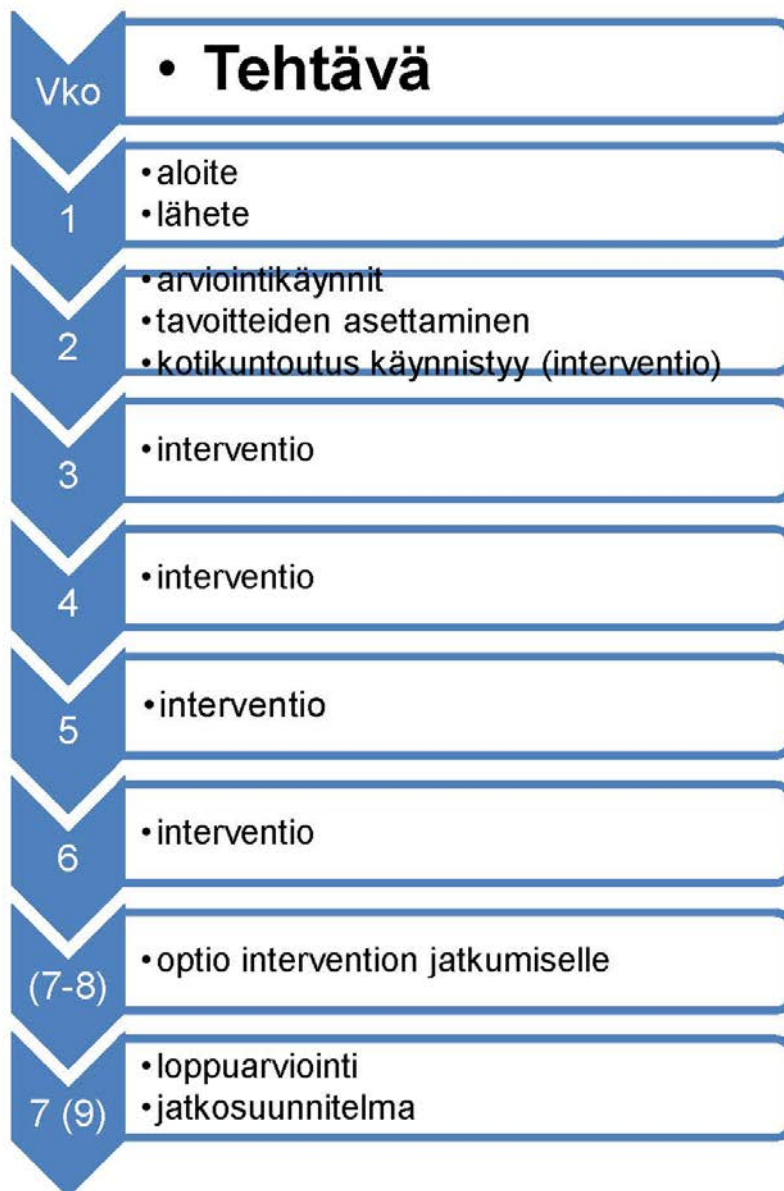
Hankkeen aikana toimintamallia kehitettiin. Asiakasvalinnan kriteereitä täsmennettiin kokemusten perusteella koko hankkeen ajan. Asiakkaille kotikuntoutuspilotti näyttäytyi kotihoidon palveluun kuuluvana tehostettuna moniammatillisena kuntoutusjaksona, eivätkä hankkeen aikana tehdyt muutokset toimintamalliin juuri näkyneet asiakkaille. Hankkeen aikana mm. kuntoutusjaksojen aloitus pyrittiin saamaan nopeammaksi ja asiakkaan motivoinnin ja sitouttamisen merkitys tiedostettiin paremmin.

4.5.2. Kotikuntoutuksen toteutus pilotissa

Kotikuntoutuksen sujuvan toteuttamisen kannalta on jatkossa tärkeää, että jokainen kotihoidon hoitaja tietää, miten menetellään, kun asiakkaalla havaitaan kotikuntoutustarve. Tätä varten laadittiin seuraava yksityiskohtainen menettelytapaohje:

Ohje kotikuntoutukseen

1. Työntekijä huomaa tarpeen asiakkaan intensiiviseen moniammatilliseen kuntoutukseen.
2. Työntekijä kertoo asiakkaalle kotikuntoutus-toimintamallista.
3. Jos asiakas on halukas osallistumaan kotikuntoutukseen, työntekijä tarkistaa lääkäriltä, onko intensiiviselle kuntoutukselle estettä.
4. Jos asiakas soveltuu kotikuntoutukseen, työntekijä on yhteydessä kotihoidon toiminta- ja fysioterapeuttiin ja järjestetään aloituspalaveri asiakkaan luona.
5. Toiminta- ja fysioterapeutti tapaavat asiakkaan ennen yhteistä palaveria ja tekevät arviointia (mittarit) ja keskustelevat asiakkaan omista toiveista kuntoutukselle. Mittarit valitaan tapauskohtaisesti asiakkaan tarpeen mukaan.
6. Aloituspalaverissa sovitaan yhteisesti asiakkaalle merkitykselliset kotikuntoutusjakson tavoitteet ja tehdään suunnitelma (vastuut).
7. Jakson intensiivisyys (käyntikerrat ja niiden tiheys) sovitaan yhteisesti asiakkaan tarpeiden ja jaksamisen mukaan.
8. Asiakkaalle jätetään viikko-ohjelma sekä tavoitteet.
9. Asiakkaan kotikuntoutusjakso toteutuu asiakaslähtöisesti ja tarpeen mukaan toimintaa muokaten.
10. Loppupalaverissa arvioidaan kuntoutusjakson onnistumista asiakkaan oman kokemuksen, mittareiden ja muutoksen perusteella.
11. Jakson päättyessä asiakkaan Liikkumissopimus muokataan tukemaan saavutettujen tavoitteiden ylläpysymistä ja edistymistä.
12. Tarvittaessa sovitaan uudesta kotikuntoutusjaksosta.
Kotikuntoutuksen pituus ja käyntien tiheys määräytyy sille asetettujen tavoitteiden mukaisesti.



Kuva 2. Kotikuntoutusmalli ajallisena jatkumona.

5. TULOKSET

5.1. Kotikuntoutuksen asiakkaat

Kotikuntoutukseen valittiin asiakkaat erilaisten kriteereiden perusteella. Alun perin oli suunnitelmassa valita sairaalasta kotiutuvat asiakkaat, mutta tämä asiakasryhmä on haastava, sillä kotiutuessa ja kotihoidon alkaessa on paljon järjestettäviä asioita ja asiakkaan energia menee alussa pitkälti paranemiseen. Alusta asti kotihoidosta tuli paljon aloitteita hoitajilta, että tämä ja tämä asiakas olisi hyvä kotikuntoutukseen. Pikkuhiljaa asiakasvalinnat jäsenyivät, etenkin kun terveydenhoitaja otti valinnassa isomman roolin. Pohdittiin asiakkaan motivoitumista ja mahdollisuuksia kuntoutua. Potentiaalisia asiakkaita olivat esim. sellaiset, joilla oli hoitajan näkemyksen mukaan paljon voimavaroja, mutta asiakas ei uskonut omiin voimavaroihinsa tai ei viitsinyt niitä käyttää. Joidenkin asiakkaiden kohdalla keskustelua/suostuttelua käytiin pitkäänkin, ennen kuin he motivoituivat kotikuntoutukseen.

Kotikuntoutuksesta rajattiin pois hyvin muistamattomat ja sellaiset asiakkaat, joilla oli jotain akuuttia tai melko akuuttia somaattista vaivaa. Näistä asiakkaista käytiin myös keskustelua lääkärin kanssa.

Pääosin asiakkaiksi valikoitui kotihoidon vanhoja asiakkaita, joiden toimintakyky oli laskenut kotona asuessa. Asiakasvalintaan vaikutti huomattavasti kotihoidon lääkäreiden suuri rooli kotikuntoutukseen lähettäjänä, josta syystä asiakkaat olivat hyvin huonokuntoisia. Terveysasemien lääkärit eivät olleet vielä tietoisia kotikuntoutuksen mahdollisuudesta, joten parempikuntoiset kotihoidon asiakkaat jäivät pitkälti pilotin ulkopuolelle. Myös kotikuntoutuksen työntekijöiden oma näkemys kotikuntoutukseen soveltuvista asiakkaista jäsenyi vähitellen projektin kuluessa.

Hanketta ja asiakasvalintaa arvioidessa yhdeksi tärkeäksi kriteeriksi muodostui riittävä kognitio. Kotikuntoutusjakson edellytys on, että asiakas pystyy itse osallistumaan tavoitteiden asetteluun. Tällöin asiakas sitoutuu kotikuntoutukseen ja kuntoutus onnistuu. Asiakkaan oma kyky arvioida toimintaansa ja siinä tapahtuvia muutoksia on välttämätöntä suunnitelmallisen kuntoutuksen onnistumiseksi. Kuntoutumisen edellytys on yleensä myös kyky oppia uutta, johon riittävä kognitio myös kytkeytyy.

Sairaalasta kotiutuvien ja äkillisesti toimintakyvyltään heikentyneiden lisäksi tärkeäksi kohderyhmäksi nousivat ns. hiljaa hiipuvat kotihoidon asiakkaat, jotka menettävät toimintakykyään vähitellen, mutta joilla on vielä voimavaroja. Näiden asiakkaiden huomaaminen vaatii kotihoidon työntekijöiltä erityistä taitoa arvioida hitaasti tapahtuvaa muutosta. Tästä syystä kotihoidon väliarviointikäynnit ovat välttämättömiä.

Hankkeessa huomattiin, että tehostettuun kotikuntoutukseen ei kannata valita hyvin huonokuntoisia asiakkaita, mikä näkyi esimerkiksi monen jakson keskeytymisenä asiakkaan joutuessa sairaalaan. Lisäksi kotikuntoutusasiakkaista osa kuoli kesken jakson, mikä indikoi enemmän asiakasvalinnan ongelmaa kuin kotikuntoutuksen liian tehokasta toteuttamista. Myös masentuneet, pelokkaat sekä lievästi päihdeongelmaiset ja omaishoitoasiakkaat nähtiin kohderyhminä, jotka voivat hyötyä kotikuntoutuksesta.

5.2. Kotikuntoutuksen toteutus

Kehitystyön kohteena olleessa kotikuntoutuksen pilotissa kotikuntoutusprosessi lähti liikkeelle kotihoidon lääkärin, hoitajan tai terapeutin tekemästä aloitteesta. Kotihoidon työntekijä teki alkukartoituksen, jossa hän arvioi asiakkaan sopivuutta kotikuntoutukseen ja antoi asiakkaalle tietoa siitä, mitä kotikuntoutus pitää sisällään. Asiakkaan motivoitumisella prosessiin oli keskeinen merkitys. Mikäli asiakas oli halukas aloittamaan kotikuntoutusjakson, oli seuraavana vuorossa toiminta- ja fysioterapeutin tekemät arviointikäynnit. Kuntoutuksen tavoitteet laadittiin mahdollisimman asiakaslähtöisesti yhteistapaamisessa asiakkaan luona, jossa olivat paikalla asiakas, toiminta- ja fysioterapeutti sekä kotihoidosta kotikuntoutukseen nimetty työntekijä. Tapaamisessa saattoi olla läsnä myös asiakkaan omaisia. Tavoitteiden lisäksi tapaamisessa sovittiin prosessin kesto. Tavoitteena oli, että kuntoutusprosessi kestää keskimäärin 6-8 viikkoa ja sisältää 1-2 viikoittaista fysio- ja/tai toimintaterapiakäyntiä. Tavoitteena oli myös, että kotihoidon työntekijät osallistuvat asiakkaan kuntoutukseen kotihoidon käyntien yhteydessä. Pääsääntöisesti viikon aikana toteutui vähintään kolme ns. kotikuntoutuskäyntiä. Jakson lopussa tehtiin loppuarviointi ja sovittiin jatkotoimenpiteistä.

Kotikuntoutusjakson asiakkaille suunniteltiin kuntoutusohjelma, joka sisälsi asiakkaan tarpeen mukaan fysioterapiaa, toimintaterapiaa tai molempia ja lisäksi kotihoidon henkilökunnan tai omaisten kanssa suoritettavia harjoituksia. Harjoittelu saattoi sisältää asiakkaan toimintakyvyn mukaan esimerkiksi kävelyharjoituksia kotona, portaissa ja ulkona, lihaskuntoharjoittelua, tasapaino- ja voimaharjoittelua istuen ja seisten, kotitöihin liittyviä harjoituksia, asiointikäyntejä kodin ulkopuolelle sekä apuvälineiden käytön opettelua. Harjoitusvälineinä käytettiin mm. vastuskuminauhaa, tarrapainoja tai pieniä punnuspainoja. Harjoittelu pyrittiin mahdollisuuksien mukaan toteuttamaan toiminnallisesti arkitoimien yhteydessä esimerkiksi ruoanlaiton, siivouksen, pyykkien ripustamisen tai kaupassa käynnin. Fysioterapia kohdentui enemmän liikuntakyvyn ja lihaskunnon kohentamiseen, toimintaterapiassa huomiointiin pääasiassa arkitoimintojen sekä kodin ulkopuolisen toiminnan harjoittelu. Kotihoito osallistui kuntoutuksen kaikkiin osa-alueisiin tarpeen ja mahdollisuuksien mukaan käyntiensä yhteydessä.

Jakson lopussa kaikkien asiakkaiden kanssa tehtiin yhdessä jatkosuunnitelma, esimerkiksi päivitettiin liikkumissopimus, sovittiin mahdollisesti Seniori Vamos -tukihenkilön (= Helsingin Diakonissalaitoksen kehittämishanke, jonka tavoitteena on tukea ikäihmisten mielekästä ja ihmisarvioista elämää kotona) kanssa ulkoilusta jne.

Tiedonkulku ja sen sujumisen varmistaminen nousi tärkeäksi onnistumisen edellytykseksi kotikuntoutukselle. Yhteydenpidon muotoja kehitettiin ja esimerkiksi ns. kotikuntoutuskokousta kokeiltiin pilottialueilla onnistuneesti. Kokous järjestettiin kerran kuukaudessa, ja siihen osallistuivat kaikki kotikuntoutuksessa mukana olevat. Kokouksessa käsiteltiin kaikkien kotikuntoutuksessa olevien asiakkaiden tilanne sekä potentiaaliset uudet asiakkaat.

Käytännön asiat kuten ovien avaaminen ja palveluiden järjestäminen vievät yllättävän paljon työntekijöiden aikaa. Jatkossa mietittäväksi tulee mm. sähkölukkomahdollisuus. Toteutuksen kannalta tärkeää on myös mahdollisimman pysyvä henkilökunta, jotta kuntoutusjakso näyttäytyy asiakkaalle loogisena kokonaisuutena. Jakamiseen liittyen hyvä työhyvinvointi on välttämätöntä.

5.3. Asiakaskohtaiset kotikuntoutustulokset

Kotikuntoutuksessa oli hankkeen aikana asiakkaita 48, joista naisia oli 35 ja miehiä 13. Jaksot toteutuivat ajalla 1.3.14 - 31.3.15. Kokonaisia kotikuntoutusjaksoja toteutui 22, jakson pituus oli keskimäärin 12 viikkoa. Kotikuntoutukseen osallistujat olivat huonokuntoisia, kuntoutusjaksot venyivät pitkiksi väliin tulleiden sairaalajaksojen vuoksi. (Taulukko 1)

Taulukko 1: Kotikuntoutuspilotin asiakastulokset

		Vallila	Kallio
Asiakkaita	48	25	23
-miehiä	13	10	3
-naisia	35	15	20
Kokonaisia kotikuntoutusjaksoja	22	10	12
Jakson pituus ka	12 vk (82,5 pvä)		
Kotihoito lopetettiin avun tarpeen vähentymisen vuoksi	4	3	1
Sairaalaan kesken jakson	9	7	2
A&K –osastolle kesken jakson	1		1
Kuoli kesken jakson	5	5	

Fyysisen toimintakyvyn alku- ja lopputestaukset pystyttiin tekemään seuraavasti:

- TUG 15:lle, kävelynopeus oli parantunut keskimäärin 11,4 sek (vaihteluväli +17 – -90sek)
- Tandem seisoa 14:lle, tasapaino oli parantunut keskimäärin 0,43 (vaihteluväli -1 – 3, maximipisteet 4)
- Oikean käden puristusvoima 15:lle, puristusvoima oli heikentynyt keskimäärin -1,1 kp
- Vasemman käden puristusvoima 13:lle, puristusvoima oli parantunut keskimäärin 1,8 kp.

Fyysisen toimintakyvyn mittausten perusteella kuntoutusjaksolle osallistuneilla tasapainokyky, käden puristusvoimat ja kävelynopeus olivat parantuneet. Toiminnallisia tavoitteita kuten itsenäinen wc-käynti, kodin ulkopuolella toimiminen, porraskävely, ruoanlaitto sekä siivoaminen saavutettiin myös hyvin.

Neljältä asiakkaalta pystyttiin kotihoidon käynnit lopettamaan kokonaan toimintakyvyn kohentuessa ja avun tarpeen vähentyessä. Joidenkin asiakkaiden kohdalla käyntimäärät eivät vähentyneet, mutta asiakkaan itsenäisen toiminnan määrä ja aktiivisuus lisääntyivät.

Kotikuntoutuksen tavoitteiden kohdentuminen ohessa, esimerkkinä Vallila:

Tavoitteet (Vallila)

Itsestä huolehtiminen	9
Perusliikkuminen	9
Keittiö- ja kotityöt	8
Portaat	5
Kotivoimistelu	1
Asiointi ja ulkona liikkuminen	10
Vapaa-aika	7
Sosiaalinen toiminta	3

Joistakin kotikuntoutusasiakkaista tehtiin case -kuvaukset (5), näistä kaksi kuvausta on tämän raportin liitteenä. Ensimmäinen case kuvaus (liite 8) on onnistuneesta kotikuntoutuksesta ja toinen (liite 9) on kuvaus kotikuntoutuksesta, jossa osa asetetuista tavoitteista jäi saavuttamatta.

5.4. Käyttäjäkokemukset

Kotikuntoutushankkeeseen liittyneessä toimintaterapiaopiskelijoiden opinnäytetyössä: ”Kohti merkityksellistä toimintaa” (Kokkonen, Nieminen 2015) pyrittiin vastaamaan yhteensä neljään tutkimuskysymykseen, jotka olivat: millaiset ovat kotikuntoutujien sosiaaliset verkostot, toiko kotikuntoutus muutosta kuntoutujan sosiaaliin verkostoon, toiko kotikuntoutus kuntoutujan toimintaan muutosta ja jos toi, niin minkälaista, ja vastasivatko kuntoutujan ja hänen kotikuntoutustiimensä terapeutin ja hoitajan näkemykset toiminnasta ja sosiaalisesta verkostosta toisiaan. Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoiduin haastatteluin kolmelta kotikuntoutusprosessin läpikäyneeltä asiakkaalta, heidän kotikuntoutuksessaan mukana olleilta lähihoitajilta sekä kahdelta mukana olleelta toimintaterapeutilta.

Kaikki haastateltavien vastaukset olivat yhteneviä siinä, että pysyvää muutosta sosiaalisissa verkostoissa ei ollut tapahtunut. Hetkellisiksi muutoksiksi sosiaalisessa ympäristössään haastateltavat totesivat kotikuntoutuksen työntekijät kuten terapeutit ja kodin muutostöiden remonttimiehet, mutta heitä ei kukaan mieltänyt osaksi sosiaalista verkostoaan. Kuntoutuksen aikaansaamat muutokset asiakkaiden arjen toimintoihin osallistumisessa tapahtuivat itsestä huolehtimisen toimintakokonaisuuden alueella sekä motorisissa taidoissa. Itsestä huolehtimisen toiminnot, joissa muutosta erityisesti tapahtui, olivat wc-toiminnot sekä siirtymiset wc-toimintojen yhteydessä. Muutokset toimintakyvyssä ja toiminnallisessa suoriutumisessa tapahtuivat asunnonmuutostöiden, apuvälineiden, fyysisten ja toiminnallisten harjoitteiden avulla. Kotikuntoutus aktivoi ja piristi kotihoidon kaikkia asiakkaita sekä toi rohkeutta toimintaan. Yhdellä haastateltavista ei tapahtunut muutosta toimintoihin osallistumisessa, mutta hän kertoi fyysisen toimintakykynsä parantuneen. Hän olisikin fyysisen toimintakykynsä puolesta kyennyt suoriutumaan arjen toiminnoista, mutta psyykkiset haasteet toimivat estävänä tekijänä esimerkiksi kotielämään liittyvistä toiminnoista suoriutumisessa. Kotikuntoutusprosessi oli ollut kaikille haastatelluille kotikuntoutujille merkittävä prosessi, jonka he olisivat suoneet jatkuvan. Haastateltavat kokivat tärkeäksi päästä kertomaan kokemuksestaan, jotta kotikuntoutusta voitaisiin kehittää edelleen. (Kokkonen, Nieminen 2015)

Kotikuntoutuksen asiakkaiden ja terapeuttien näkemykset asiakkaiden toiminnasta vastasivat arkipuheen tasolla hyvin pitkälti toisiaan, mutta eri toimintojen toiminnallisen luonteen tulkinnoissa oli muutamia eroavaisuuksia. Nämä erot liittyivät ruoan valmistukseen ja kulttuuriharrastuksiin. Haastateltavat puhuivat asioista eri tavoin. Esimerkiksi yksi lähihoitaja käytti fraasia ”kotihoito on apuna toiminnassa” saman kuntoutujan osalta kolmesta eri toiminnasta, jotka kuntoutuja itse sekä toimintaterapeutti arvioivat kuuluvan kategoriaan ”joku tekee puolesta”. Toiminnan osallistumisen tasoerot etenkin ”tekee jonkun kanssa”, ”joku on apuna toiminnassa” ja ”joku

tekee puolesta" vaativat tarkkaa toiminnan merkityksellisyyden ja osallistumisen kokemuksen analyysiä sekä vastaajalta että haastattelijalta. (Kokkonen, Nieminen 2015)

Tutkimuksessa mukana ollut toimintaterapeutti toi esille, että läheiset ihmiset ja se, millaiset välit kuntoutujalla heihin on, vaikuttaa paljon ihmisen hyvinvointiin, terveyteen ja toimintakykyyn. Sosiaalinen verkosto voi olla ihmisen toiminnan estäjä, lan-
nistaja tai mahdollistaja. Hän oli huomannut, että hän itse toimintaterapeutina sekä muut toimintaterapeutit kysyvät kovin vähän asiakkaalta hänen sosiaalisesta verkostostaan ja sosiaalisista suhteistaan. Näin siitä huolimatta, että esimerkiksi muistisairaiden kohdalla sosiaaliseen ympäristöön vaikuttaminen olisi tärkeää. Muistisairaalle ei voi opettaa uusia toimintamalleja, vaan muutoksen tulisi tapahtua sosiaalisessa verkostossa. Oireista huolimatta olisi tärkeää, että kognitiivisesti oireilevat ja muistisairaat voivat osallistua toimintaan niin paljon kuin mahdollista. Kognitiivinen toimintakyky olisi tärkeä huomioida. Esimerkiksi muistisairaalla kotikuntoutuksen tulisi olla yhtäjaksoinen prosessi, eivätkä terapeutit saisi vaihtua, sillä ihmisten vaihtuminen ja uusiin ihmisiin tutustuminen kuormittavat muistisairasta. (Kokkonen, Nieminen 2015)

Haastatellut kotihoidon asiakkaat eivät osallistuneet joihinkin päivittäisiin toimintoihin mihin olisivat kyenneet. Pohjois-Ruotsissa on tehty toimintaterapia-alan tutkimusta siitä, miksi iäkkäät ihmiset eivät ole sitoutuneita päivittäisiin toimintoihin. Tutkimus osoitti, että hyvin iäkkäät ihmiset eivät halua elää arkeaan vain peseytymisestä, pukeutumisesta ja ruokailusta suoriutumalla, vaan päinvastoin harrastaminen ja sosiaalinen osallistuminen on heille yhä tärkeää. Puutteet vapaa-ajan toiminnassa voivat heikentää vanhojen ihmisten terveyttä ja hyvinvointia ja terveystalve-
lut, jotka keskittyvät pääasiassa itsestä huolehtimiseen, eivät välttämättä ole merkityksellisiä sen kannalta, mitä vanhat ihmiset oikeasti haluavat ja tarvitsevat. (Kokkonen, Nieminen 2015)

Tutkimuksen tekijät toteavat johtopäätöksensä, että Suomessa ja Helsingissä kehitettäessä kotikuntoutusta voitaisiin kiinnittää huomiota asiakkaan sosiaaliseen ja yhteiskunnalliseen osallistumiseen. Kotikuntoutuksessa olisi hyvä huomioida, että toiminnan vajavuuksiin vaikuttavat fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös psyykkinen (esim. kognitio, mieliala, ahdistuneisuus) ja sosiaalinen toimintakyky (sosiaalinen aktiivisuus, sosiaaliset verkostot). Monen kotihoidossa olevan ikääntyvän ihmisen ongelmana on tyydyttämätön toiminnan tarve ja eristäytyminen kodin seinien sisäpuolelle. Opinnäytetyössä haastateltujen asiakkaiden elinpiirit olivat haastatteluhetkellä pienemmät kuin ennen toimintakyvyn alentumista. Tärkeistä harrastuksista luopuminen vasten tahtoa on ennakoiva tekijä sille, että mieliala laskee ja toimintakyky heikkenee. Kuntoutuksen tulisi alkaa viipymättä ja siinä tulisi ottaa huomioon asiakkaalle itselleen tärkeät tavoitteet. Tavoitteiden asettamisvaiheessa tulisi huomioida systemaattisesti ja kokonaisvaltaisesti toimintakyvyn eri osa-alueet. (Kokkonen, Nieminen 2015)

5.5. Moniammatillisen tiimin roolit

Toimintaterapiaopiskelijoiden (Kotilainen, Vuori 2015) opinnäytetyössä tehtyjen teemahaastattelujen tulosten mukaan, haastatellut kotikuntoutukseen osallistuneet työntekijät toivat esille moniammatillisesta yhteistyöstä erilaisia näkemyksiä. Yhteistyö koettiin ajoittain hyvinkin sujuvaksi, mutta esille nousi myös toive tiiviimmästä yhteydenpidosta. Esimerkiksi yhteisen ajan löytäminen moniammatillisiin tapaamiisiin asiakkaiden asioiden läpikäymiseksi koettiin haasteelliseksi, mutta tapaamisten hyötyä korostettiin. Kotikuntoutuksen aloittamisen myötä moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt ja kynnys yhteydenottamiseen on madaltunut. Projektin alkuvaiheessa tiedon kulkemisessa oli ongelmia ja esimerkiksi asiakasta oli mennyt tapamaan samanaikaisesti useampi työntekijä. Yhteisen kirjaamisjärjestelmän koettiin helpottavan tiedonjakamista, mutta toisaalta kirjausten pohjalta asiakkaan tilanteesta oli vaikea saada kokonaiskuvaa helposti ja nopeasti.

Moniammatilliseen yhteistyöhön tulisi luoda selkeät käytännöt, jotka omalta osaltaan helpottaisivat yhteistyön tekemistä, esimerkiksi tiedon jakamiseen, tiedon kulkuun ja eri ammattilaisten vastuualueisiin liittyen. Tiimin jäsenten tulisi olla tietoisia mm. kuntoutuskäyntien aikatauluista ja sisällöistä, jotta vältytään päällekkäiseltä työltä ja voitaisiin informoida asiakasta aikataulujen kokonaisuudesta. Moniammatillisen tiimin jäsenillä olisi hyvä olla selkeä kuva siitä, millaista tietoa eri arviointimenetelmien kautta saadaan asiakkaan toimintakyvystä. Kotihoidon rooli kotikuntoutuksessa olisi syytä selkiyttää, jotta kotihoidon työntekijät voisivat keskittyä napakammin kuntouttaviin toimenpiteisiin. (Kotilainen, Vuori 2015)

Kotikuntoutuspilottiin osallistuneiden työntekijöiden teemahaastatteluissa nousi kriittisenä tekijänä esille kotikuntoutusmallin moniammatillisen tiimin kokoonpano. (Kotilainen, Vuori 2015)

Kotikuntoutukseen osallistuneiden työntekijöiden kokemus oli, että mahdollisuus konsultoida mielenterveyspuolen ammattilaisia on jatkossa tärkeä. Psykososiaalisen tuen tarve osalla kotihoidon asiakkaista on ilmeinen. Tähän tarpeeseen kotikuntoutus pystyy vastaamaan tällä hetkellä vain osin.

Kotikuntoutuspilotti tiivistä moniammatillista yhteistyötä ja lisäsi ammattiryhmien välistä toisten osaamisen arvostusta. Käytännön toteutuksen suhteen nousi esiin, että terapeuttien on helpompi joustaa aikatauluissaan, joten suunnitelmat tulee tehdä kotihoidon tarpeiden ja mahdollisuuksien mukaan.

5.6. Valittujen mittareiden toimivuus

Helsingin kaupungin kotikuntoutushankkeen projektisuunnitelman mukaisesti keittämishankkeessa haluttiin käytännön kokemuksia kaikkien aiemmin kuvattujen mittareiden (BMI, COMP, Liikkumissopimukseen kuuluva toimintakykytesti, MOHOST, RAI-HC, TOIMIA) toimivuudesta kotikuntoutustilanteessa. Kotikuntoutusmalliin valittiin RAI-HC -järjestelmästä tietyt arjesta suoriutumisen -mittarit, jotka ovat CPS -kognitioasteikko, päivittäiset toiminnot, pitkä asteikko (ADL 28), välinetoiminnot asteikko (IADL 21), asiakkaan kuntoutumismahdollisuus hoitajan arvioimana (REHABPOT), terveydentilan vakauden asteikko (CHESS), hoidon ja palvelutarpeen asteikko (MAPLe 5) ja masennusasteikko (DRS) sekä kehon painoindeksi (BMI). Tavoitteena oli, että kotikuntoutuksen asiakkaat arvioidaan samoilla RAI-HC -mittareilla kahdessa tai kolmessa eri vaiheessa riippuen siitä, jatkaako asiakas vielä jakson jälkeen kotihoidon asiakkaana. Ensimmäinen arviointi tehdään viimeistään 14 vuorokauden kuluessa siitä, kun kotikuntoutus on alkanut. Näin pystytään dokumentoimaan asiakkaan lähtötilanne, ilman kotikuntoutuksen vaikutuksia. RAI -arviointi tehdään seuraavan kerran kotikuntoutuksen päätyttyä, noin 3 kuukauden kuluttua alkuarvioinnista. Tässä kohden tarkoituksena on arvioida kotikuntoutuksen vaikuttavuutta ja tarkastella, näkyvätkö vaikutukset RAI-HC -mittareissa. Kolmas RAI -arviointi tehdään noin 9 kuukautta jakson alkamisen jälkeen niille kotikuntoutukseen osallistuneille, jotka jatkavat kotihoidon asiakkaina. Kotikuntoutuksen näkökulmasta tässä vaiheessa tarkastellaan sitä, kuinka hyvin kuntoutuksella saavutettu toimintakyky on säilynyt. (Pentikäinen 2014)

Kotikuntoutustilanteessa asiakkaan toimintakyvyn arvioimiseen osallistuivat toimintaterapeutti, fysioterapeutti sekä kotihoidon työntekijät. Toimintaterapeutti käytti arvioinnissa COPM -arviointimenetelmää, fysioterapeutit tekivät asiakkaille liikkumista ja toimintakyvyn testit ja kotihoidon työntekijät arvioivat asiakkaan toimintakykyä kotihoidon RAI-HC -menetelmän ja liikkumissopimukseen sisältyvien toimintakykytestien, haastattelun ja havainnoinnin avulla.

Metropolia ammattikorkeakoulun toimintaterapiaopiskelijat Piia Kotilainen, Anna-Leena Vuori tarkastelivat käsillä olevassa kehittämishankkeessa käytettyjen mittareiden toimivuutta.

Arviointimenetelmien arvioinnin osa-alueet analysoitiin siltaamalla arviointimenetelmät ICF -luokitukseen Alarcos Ciezan ym. määrittelemien sääntöjen mukaan sekä CMOP-E -malliin teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla. Puolistrukturoitujen teemahaastattelujen avulla saatiin tietoa kotikuntoutuksen työntekijöiden näkemyksistä ja kokemuksista kotikuntoutuksessa käytössä olevista arviointimenetelmistä sekä arviointiprosessista. Opinnäytetyöstä saatujen tietojen avulla oli mahdollista vertailla kotikuntoutukseen valittujen arviointimenetelmien tarkoituksenmukaisuutta asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa. Tekijät toteavat, että tarkoituksenmukaiset arvioin-

tikäytännöt edistävät kotikuntoutuksen vaikuttavuutta ja toivovat, että kotikuntoutuksen vaikuttavuuden osoittaminen lisää yhteiskunnallisella tasolla kotikuntoutuksen toteuttamiseen myönnettäviä resursseja. (Kotilainen, Vuori 2015)

Kotikuntoutukseen osallistuneen henkilökunnan teemahaastatteluissa nousi esille asiakasvalintaan sekä asiakkaiden toimintakykyyn liittyviä asioita. Kotikuntoutuksen asiakkaiden toimintakyvyn taso oli pääsääntöisesti heikko, sillä suurin osa kotikuntoutukseen valikoituneista asiakkaista oli kotihoidon asiakaskuntaa, pieneltä rajalta maantieteelliseltä alueelta. Haastateltavat toivat esille, että intensiivinen kotikuntoutusprosessi soveltuu heikommin asiakaskunnalle, jonka toimintakyvyn taso vaatisi pidempikestoisen kuntoutuksen. Kotikuntoutuksen tulisi kohdentua ensisijaisesti ”uusille asiakkaille”, esim. sairaalasta kotiutuville lonkkaleikkauspotilaille, joiden toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen eivät vaadi pitkäaikaista kuntoutusta. Pohdintaa herätti myös mallin joustavuus asiakkaan tarpeiden mukaan. Pitäisikö asiakkaat valita tietynlaiseen malliin, vai kuntoutuskäytäntöjen olla siten joustavia, että malli soveltuisi toimintakyvyltään erilaisille asiakkaille? Lisäksi pohdittiin, tulisiko kuntoutus pystyä räätälöimään yksilöllisesti kunkin asiakkaan toimintakyvyn ja tarpeiden mukaisesti. (Kotilainen, Vuori 2015)

Kotikuntoutuksen toimintatapoihin liittyen teemahaastatteluissa nousi esiin kotikuntoutusprosessin aloituksen haasteellisuus suhteessa kuntoutusvaiheen käynnistymiseen. Kuntoutusprosessin napakka aloitus koettiin tärkeäksi erityisesti uudempien, parempikuntoisten asiakkaiden kohdalla, jotta saataisiin tehokkaasti hyödynnettyä kuntoutukseen käytössä oleva aika. Asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin koettiin painottuvan asiakkaan fyysiseen suorituskkyyn ja asiakkaan arjen kokonaisvaltaisen huomioimisen ei koettu toteutuvan nykyisessä mallissa tarpeeksi hyvin. (Kotilainen, Vuori 2015)

MOHOST arviointimenetelmän käyttö kotikuntoutuksessa nousi esille teemahaastattelussa. Menetelmän tarkastelu jäi arviointityön ulkopuolelle, koska sen käyttö kotikuntoutuksen arviointimenetelmänä oli ollut vain satunnaista. Arviointitiedon kerääminen MOHOST arviointimenetelmää käyttäen vaatii paljon aikaa ja tämän vuoksi sen käyttäminen nykyisessä kotikuntoutusmallissa koettiin haasteelliseksi. Haastateltavat toivat myös esille, että tiedon kerääminen kyseisellä menetelmällä liian tiukassa aikataulussa voi heikentää kerätyn arviointitiedon luotettavuutta. (Kotilainen, Vuori 2015)

Opinnäytetyön tekijät toivat esille, että arviointimenetelmien valintaan liittyviä kriittisiä tekijöitä ovat tuloksien mitattavuus ja menetelmien tarkoituksenmukaisuus ja valitseminen asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Arviointimenetelmän tulisi osoittaa pieniäkin muutoksia ja edistymistä toiminnallisessa suoriutumisessa. Esimerkiksi toimintakyvyn tason säilyminen on jo itsessään tulos, joka pitäisi joissakin tapauksissa huomioida kuntoutuksen vaikuttavuutena. Arviointimenetelmiä valittaessa olisi tarkoituksenmukaisempaa kohdentaa arviointi niille toimintakyvyn osa-

alueille, jotka ovat nousseet esille yleisemmässä toimintakyvyn arvioinnissa ja joita olisi asiakkaan toimintakyvyn edistämisen näkökulmasta tarkoituksenmukaista arvioida tarkemmin. Nykyinen kotikuntoutuksen arviointimenetelmien kokonaisuus näyttäytyä käytännön työssä liian kattavalta, koska useampi arviointimenetelmä tuottaa tietoa samalle toimintakyvyn osa-alueelle. Opinnäytetyön tekijät suosittelevat, että kotikuntoutusmalliin olisi hyödyllistä muodostaa ns. arviointimenetelmäpaketti, josta voitaisiin helposti ja luotettavasti valita kunkin asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin kannalta tarkoituksenmukaiset menetelmät. (Kotilainen, Vuori 2015) Luettelo kotikuntoutuksessa käytettävistä mittareista on liitteenä 10.

Kotikuntoutuspilotissa käytettyjen arviointimenetelmien tuottama tieto painottuu fyysisen suorituskyvyn osa-alueelle. Teorialähtöiset sisällönanalyysit osoittivat, että arjen toiminnoista itsestä huolehtimisen, tuottavuuden ja vapaa-ajan osa-alueilta saadaan kattavasti tietoa. Ympäristötekijöiden osalta arvioiminen jää puutteelliseksi ja sen osuus kotikuntoutuksen arviointimenetelmiä valittaessa tulisi huomioida jatkossa paremmin. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää sellaisten arviointimenetelmien valitsemiseen, joiden avulla fyysisen ja sosiaalisen ympäristön arvioiminen olisi mahdollista toimintakyvyn vaikuttavien tekijöiden näkökulmasta. (Kotilainen, Vuori 2015)

Arviointimenetelmien tulisi soveltua kotikuntoutuksen aikatauluun luotettavien arviointitulosten saamiseksi. Opinnäytetyössä saatujen tulosten mukaan esimerkiksi RAI-HC -menetelmä ei sovellu kokonaisuudessaan kovin hyvin tämän hetkiseen kotikuntoutusmalliin, koska sen toteuttamiseen ei ole riittävästi aikaa. Arviointimenetelmänä se tuottaa tietoa ihmisen toimintakyvystä kokonaisvaltaisesti huomioiden myös lääketieteellisen terveydentilan ja hoidollisen tarpeen. Kotikuntoutuksen käytössä menetelmästä olisi tarkoituksenmukaista käyttää vain niitä arvioinninosia, jotka ovat asiakkaan yksilöllisen toimintakyvyn kannalta keskeisiä. (Kotilainen, Vuori 2015)

Laadittaessa kuntoutukselle tavoitteita olisi tärkeää ottaa huomioon myös ympäristön ominaisuudet, jotta valittaisiin asiakkaan yksilölliseen tilanteeseen sopivat menetelmät. Kotikuntoutuksen arviointimenetelmien osa-alueet eivät tuota tietoa laajalaisesti ympäristötekijöistä. Koska kuntoutus tapahtuu asiakkaan kotona, olisi tarkoituksenmukaista huomioida asiakkaan arjen ympäristö. Asiakkaan tulisi olla keskiössä tavoitteiden laatisemassa ja hänen tulisi olla tietoinen omista toiminnallisista vahvuuksista. Asiakkaan motivoitumiseksi ja sitoutumisen vahvistamiseksi olisi tärkeää, että kuntoutusjaksolle valittujen, esimerkiksi fyysistä suorituskkyä edistävien harjoitteiden merkitys liitettäisiin selkeästi siihen, kuinka niiden tekeminen edistää asiakkaan osallistumista hänelle merkitykselliseen toimintaan. Asiakkaalle tulisi sanoittaa tämän kaltaiset yhteydet selkeästi. Eräs asiakas toi esimerkiksi esille COPM -arvioinnissa, että hän toivoisi voivansa käydä kahvilla ystävänsä Kertun kanssa ko-

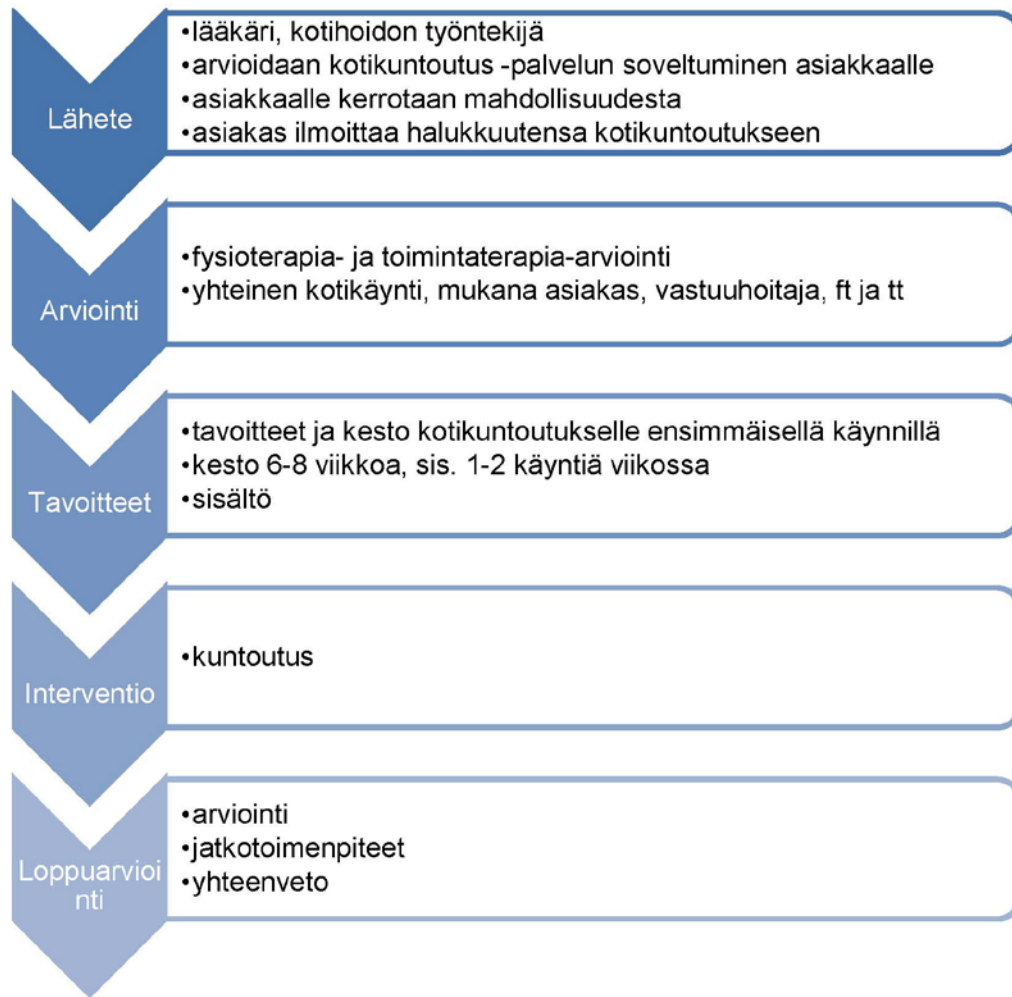
din lähellä sijaitsevassa kahvilassa. Tavoitteen toteutumiseksi asiakkaan tulisi motivoitua päivittäiseen tuolijumppaan alaraajojen lihasten vahvistamiseksi. Näiden asioiden välinen yhteys tulisi kertoa asiakkaalle selkeästi. (Kotilainen, Vuori 2015) Kotilaisen ja Vuoren (2015) mukaan kotikuntoutusmallin resurssit eivät vaikuta tällä hetkellä olevan riittävät kotikuntoutuksen toteuttamisessa. Koska kotikuntoutuksen työntekijät työskentelevät hankkeessa oman työnsä ohessa, heikentää se kuntoutukseen käytettävän ajan määrää. Kotihoidon työntekijöillä on päivän aikana useita asiakkaita, joiden hoidollisiin toimenpiteisiin kuluu suuri osa ajasta. Teemahaastattelussa nousi myös esille työntekijöiden epätietoisuus arvioinnin kokonaisuudesta sekä RAI-HC -menetelmän käyttämisen haasteet. Luotettavan arviointitiedon saamiseksi olisi ensiarvoisen tärkeää, että työntekijöillä on aikaa ja riittävä koulutus toteuttaa asiakkaan arviointia niillä välineillä, jotka malliin on valittu.

5.7. Kriteerit kotikuntoutujille

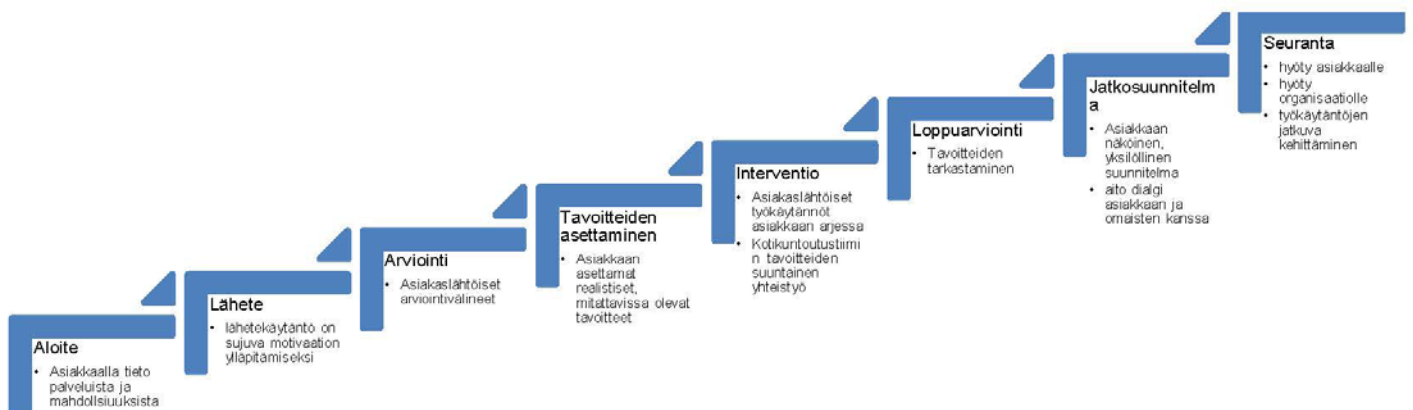
Kotikuntoutuksen asiakkaiksi poimittiin sellaiset sairaalasta kotiutuvat ja kotona asuvat, joiden elämänhallinnassa on tapahtunut muutos ja joiden arvioidaan hyötyvän tehostetusta kuntoutusjaksosta. Näin on tarkoituksenmukaista tehdä jatkossakin. Kotikuntoutuksesta on tarkoituksenmukaista rajata pois hyvin muistamattomat ja sellaiset asiakkaat, joilla oli jotain akuuttia tai melko akuuttia somaattista vaivaa. Käsillä olevasta kotikuntoutuspilotista saadut kokemukset osoittivat, että asiakasvalinnassa on tärkeää kuntoutujan kyky asettaa tavoitteita kuntoutumiselleen yhdessä tiimin kanssa. Samoin asiakkaan tulee myös itse tunnistaa toiminnalliset ongelmansa. Kotikuntoutukseen ei tule ohjata asiakasta, jolla on joku akuutti, kuntoutuksen estävä somaattinen sairaus. Lääkärin lähetettä kotikuntoutukseen ei tarvita, riittää, että kuntoutujan terveydentilasta on tarpeelliset tiedot. Asiakasta hoitavan lääkärin tulee olla tietoinen asiakkaalle suunnitellusta kuntoutusprosessista.

5.8. Kotikuntoutusprosessi

Kotikuntoutuksen prosessikuvaus ohessa, kuva 3. (Mäkelä 2015)



Kuva 3: Kotikuntoutusprosessi



Kuva 4. Kotikuntoutusmalli asiakaslähtöisenä prosessina. (Mäkelä 2015)

5.9. Yhteenveto tuloksista

Kotikuntoutuksessa oli hankkeen aikana asiakkaita 48, joista naisia oli 35 ja miehiä 13. Jaksot toteutuivat ajalla 1.3.14 - 31.3.15. Kokonaisia kotikuntoutusjaksoja toteutui 22, jakson pituus oli keskimäärin 12 viikkoa. Fyysisen toimintakyvyn mittausten perusteella kuntoutusjaksolle osallistuneilla tasapainokyky, käden puristusvoimat ja kävelynopeus olivat parantuneet. Toiminnallisia tavoitteita kuten itsenäinen wc-käynti, kodin ulkopuolella toimiminen, porraskävely, ruoanlaitto sekä siivoaminen saavutettiin myös hyvin.

Neljältä asiakkaalta pystyttiin kotihoidon käynnit lopettamaan kokonaan toimintakyvyn kohentuessa ja avun tarpeen vähentyessä. Joidenkin asiakkaiden kohdalla käyntimäärät eivät vähentyneet, mutta asiakkaan itsenäisen toiminnan määrä ja aktiivisuus lisääntyivät. Muutokset toimintakyvyssä ja toiminnallisessa suoriutumisessa tapahtuivat asunnonmuutostöiden, apuvälineiden, fyysisten ja toiminnallisten harjoitteiden avulla. Kotikuntoutus aktivoi ja piristi kotihoidon kaikkia asiakkaita sekä toi rohkeutta toimintaan. Kotikuntoutusprosessi oli ollut kaikille haastatelluille kotikuntoutujille merkittävä prosessi, jonka he olisivat suoneet jatkuvan. Lyhyt kuvaus keskisen kotihoitoalueen kotikuntoutushankkeesta on liitteenä 11.

lökkäät ihmiset eivät halua elää arkeaan vain peseytymisistä, pukeutumisesta ja ruokailusta suoriutumalla, vaan päinvastoin harrastaminen ja sosiaalinen osallistuminen on heille yhä tärkeää. Kuntoutuksen tulisi alkaa viipymättä ja siinä tulisi ottaa huomioon asiakkaalle itselle tärkeät tavoitteet.

Muistisairaalle uusien toimintamallien opettaminen on haasteellista ja muutoksen tulisi tapahtua sosiaalisessa verkostossa. Oireista huolimatta olisi tärkeää, että kognitiivisesti oireilevat ja muistisairaat voivat osallistua toimintaan niin paljon kuin mahdollista. Kognitiivinen toimintakyky olisi tärkeä huomioida. Esimerkiksi muistisairaalla kotikuntoutuksen tulisi olla yhtäjaksoinen prosessi, eivätkä terapeutit saisi vaihtua, sillä ihmisten vaihtuminen ja uusiin ihmisiin tutustuminen kuormittavat muistisairasta.

Kotikuntoutukseen osallistuvan henkilökunnan yhteistyö koettiin ajoittain hyvinkin sujuvaksi, mutta esille nousi myös toive tiiviimmästä yhteydenpidosta. Esimerkiksi yhteisen ajan löytäminen moniammatillisiin tapaamisiin asiakkaiden asioiden läpikäymiseksi koettiin haasteelliseksi, mutta tapaamisten hyötyä korostettiin. Kotikuntoutuksen aloittamisen myötä moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt ja kynnys yhteydenottamiseen on madaltunut.

Moniammatilliseen yhteistyöhön tulisi luoda selkeät käytännöt, jotka omalta osaltaan helpottaisivat yhteistyön tekemistä. Mahdollisuus konsultoida mielenterveyspuolen ammattilaisia on jatkossa tärkeä. Psykososiaalisen tuen tarve osalla kotihoidon asiakkaista on ilmeinen. Kotikuntoutuspilotti tiivistä moniammatillista yhteistyötä ja lisäsi ammattiryhmien välistä toisten osaamisen arvostusta.

Laadittaessa kuntoutukselle tavoitteita olisi tärkeää ottaa huomioon myös ympäristön ominaisuudet. Kotikuntoutuksen arviointimenetelmien osa-alueet eivät tuota tietoa laaja-alaisesti. Koska kuntoutus tapahtuu asiakkaan kotona, olisi tarkoituksenmukaista ympäristötekijöistä huomioida asiakkaan arjen ympäristö.

Onnistunut kotikuntoutus on asiakkaan arjessa tapahtuvaa asiakaslähtöistä ja tavoitteellista kuntoutusta, aidosti moniammatillista ja kotikuntoutustiimien koordinoitua yhteistyötä.

6. HELSINGIN KOTIKUNTOUTUKSEN TOIMINTAMALLI

6.1. Ohjautuminen kotikuntoutuksen asiakkaaksi

Helsingiläiset ohjautuvat kotihoidon kotikuntoutus-asiakkaiksi pääasiassa kahta reittiä: (1) kotihoidon kautta tai (2) sairaalasta.

Kotihoidosta ohjautuva asiakas voi olla joko uusi asiakas tai jo pidempään kotihoidon palveluja saanut helsinkiläinen, jonka toimintakyky on äkillisesti tai hitaammin pidemmän ajan kuluessa laskenut, ja jolla kotihoidon työntekijä (lääkäri, hoitaja, terapeutti) arvioi olevan kuntoutumispotentiaalia. Kotikuntoutuksen aloittamisessa on aina tärkeää asiakkaan oma motivaatio ja halu saada tehostettua moniammatillista kuntoutusta.

Kotikuntoutusprosessi voi alkaa myös asiakkaan kotiutuessa päivystys- tai akuuttisairaalasta. Tällöinkin asiakas voi olla joko uusi tai vanha asiakas kotihoidolle. Jatkossa aloite kotikuntoutuksen aloittamisesta voi tulla myös kotiutustiimiltä tai terveysaseman lääkäriltä tai hoitajalta.

Lääkärin lähetettä kotikuntoutukseen ei tarvita, riittää, että kuntoutujan terveydentilasta on tarpeelliset tiedot. Asiakasta hoitavan lääkärin tulee olla tietoinen asiakkaalle suunnitellusta kuntoutusprosessista. Toiminataohje työntekijälle kotikuntoutuksen aloittamisesta on kuvattu liitteessä 12.

6.2. Kotikuntoutuksen toteutus

Kotihoidon työntekijä tekee alkukartoituksen, jossa hän arvioi asiakkaan sopivuutta kotikuntoutukseen ja antaa asiakkaalle tietoa siitä, mitä kotikuntoutus pitää sisälleen. Asiakkaan motivoituminen kuntoutusprosessiin on tärkeää. Mikäli asiakas oli halukas aloittamaan kotikuntoutusjakson, on seuraavana vuorossa toiminta- ja fysioterapeuttien tekemät arviointikäynnit. Arvioinneissa on tärkeää soveltaa yksilöllisyyttä ja käyttää vain asiakkaalle sopivia arviointimenetelmiä.

Kotikuntoutuksen tavoitteiden asettamisvaiheessa tulisi huomioida systemaattisesti ja kokonaisvaltaisesti toimintakyvyn eri osa-alueet. Kuntoutusprosessin napakka aloitus on tärkeää erityisesti uudempien, parempikuntoisten asiakkaiden kohdalla, jotta saataisiin tehokkaasti hyödynnettyä kuntoutukseen käytössä oleva aika.

Tavoiteltava kotikuntoutusprosessi kestää keskimäärin 6-8 viikkoa ja sisältää 1-2 viikoittaista fysio- ja/tai toimintaterapiakäyntiä. Tavoitteena on myös, että kotihoidon työntekijät osallistuvat asiakkaan kuntoutukseen kotihoidon käyntien yhteydessä. Kotikuntoutusjakson kesto voi kuitenkin vaihdella asiakkaiden tilanteen mukaan. Jakson intensiivisyys ja kesto suunnitellaan ja toteutetaan asiakkaan mukaan joko lyhyempänä ja useammin toteutuvana kuntoutuksena tai pidemmälle jaksolle jakautuvana, mutta harvemmin toteutuvana.

Koska kuntoutus tapahtuu asiakkaan kotona, olisi tarkoituksenmukaista huomioida asiakkaan arjen ympäristö. Asiakkaan tulisi olla keskiössä tavoitteiden laatimisessa ja hänen tulisi olla tietoinen omista toiminnallisista vahvuuksista. Asiakkaan motivoitumiseksi ja sitoutumisen vahvistamiseksi olisi tärkeää, että kuntoutusjaksolle valittujen, esimerkiksi fyysistä suorituskkyä edistävien harjoitteiden merkitys liitettäisiin selkeästi siihen, kuinka niiden tekeminen edistää asiakkaan osallistumista hänelle merkitykselliseen toimintaan. Asiakkaalle tulisi sanoittaa tämän kaltaiset yhteydet selkeästi.

6.3. Kotikuntoutuksessa käytettävät mittarit

1. **Liikkumissopimus** on asiakkaan kotikuntoutukseen tulevien asiakkaiden perusväline, kuten kaikilla muillakin kotihoidon asiakkailla. Liikkumissopimus on työväline, jonka avulla kotihoidon työntekijät kiinnittävät huomiota asiakkaan arkiliikkumiseen ja liikkumiskyvyn säilymiseen.
2. **RAI-HC** on kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä osoittava laaja mittaristo, jota käytetään asiakkaiden hoidon suunnitteluun ja seurantaan periaatteessa kaikilla kotihoidon asiakkailla. Kotikuntoutuksessa käytetään RAI-HC -järjestelmästä arjesta suoriutumisen -mittareita, jotka ovat CPS -kognitioasteikko, päivittäiset toiminnot, pitkä asteikko (ADL 28), välinetoiminnot asteikko (IADL 21), asiakkaan kuntoutumismahdollisuus hoitajan arvioimana (REHABPOT), terveydentilan vakauden asteikko (CHESS), hoidon ja palvelutarpeen asteikko (MAPLe 5) ja masennusasteikko (DRS) sekä kehon painoindeksi (BMI).

Kotikuntoutuksen asiakas arvioidaan RAI-HC -mittareilla kahdessa tai kolmessa eri vaiheessa riippuen siitä, jatkaako asiakas vielä jakson jälkeen kotihoidon asiakkaana. Ensimmäinen arviointi tehdään viimeistään 14 vuorokauden kuluessa siitä, kun kotikuntoutus on alkanut. RAI –HC arviointi tehdään seuraavan kerran kotikuntoutuksen päätyttyä, noin 3 kuukauden kuluttua alkuarvioinnista. Kolmas RAI -arviointi tehdään noin 9 kuukautta jakson alkamisen jälkeen niille kotikuntoutukseen osallistuneille, jotka jatkavat kotihoidon asiakaina.

3. Fysioterapian mittareista käytetään kotikuntoutuksessa seuraavia mittareita: **Tuolilta ylösnousu, Puristusvoima ja Timed Up and Go –testi ja Tandemseisonta Bergin tasapainotestistöstä.**

4. Toimintaterapian mittareista käytetään seuraavia: **COPM. Tarpeen mukaan** hyödynnetään toimintaterapian **erilaisia arviointeja ja testejä** laajemmin, esim. yläraajan toimintakyvyn arviointi (tunto, nipistysvoima, näppäryys jne.), toiminnallinen kognition arviointi, tahdon arviointi sekä hahmottamisen arvioinnit.

On tärkeää suunnitella asiakkaille kuntoutusohjelma, joka sisältää asiakkaan tarpeen mukaan fysioterapiaa, toimintaterapiaa tai molempia ja lisäksi kotihoiton henkilökunnan tai omaisten kanssa suoritettavia harjoituksia. Kotikuntoutus-hankkeen yhtenä tuloksena sovittiin, että kaupungin sairaala tuottaa kaikille asiakkaille systemaattisesti fyysiset harjoitteet kotiutumisen jälkeistä kuntoutumista varten.

7. POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Käsillä olevan kotikuntoutushankkeen tavoitteena oli:

1. Kehittää Helsingin kotihoitoon sellainen moniammatillinen kotikuntoutusmalli, joka voitaisiin levittää koko kaupunkiin. Pää tavoitteena on auttaa asiakasta asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään.
2. Määritellä kotikuntoutukseen soveltuva kohderyhmä sekä käytettävät mittarit ja kriteerit kotikuntoutukselle.
3. Tavoitteena oli myös määritellä eri ammattilaisten rooli kotikuntoutuksessa sekä selkeyttää arviointi- ja kuntoutusosastojen tehtävää suhteessa kotikuntoutukseen.

Yleisellä tasolla voidaan todeta, että pilottihankkeessa onnistuttiin luomaan kotikuntoutuksen toimintamalli Helsinkiin. Toimintamallia on jo lähdetty toteuttamaan soveltuvien asiakkaiden kohdalla eri alueilla. Kinaporin monipuolisen palvelukeskuksen (MPK) kanssa sovittiin, että terapeuttien arviointi ja kuntoutus -osastolla laatimaa kuntoutusohjelmaa käytetään myös kotihoidossa harjoitteiden pohjana, jotta kuntoutumiseen tulee jatkuvuutta.

Pilottiin valikoituneiden kotikuntoutuksen asiakkaiden toimintakyvyn taso oli pääsääntöisesti heikko, sillä suurin osa kotikuntoutukseen valikoituneista asiakkaista oli kotihoidon asiakaskuntaa pieneltä rajatulta maantieteelliseltä alueelta. Tämä tilanne muuttuu kotikuntoutustoiminnan laajentuessa koko kaupungin alueelle, jolloin kotikuntoutus pystytään räätälöimään yksilöllisesti kunkin asiakkaan toimintakyvyn ja tarpeiden mukaisesti.

Nykyistä enemmän tulee huomiota kiinnittää asiakkaan sosiaaliseen ja yhteiskunnalliseen osallistumiseen. Kotikuntoutuksessa on hyvä huomioida, että toiminnan vajavuuksiin vaikuttavat fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös psyykinen (esim. kognitio, mieliala, ahdistuneisuus) ja sosiaalinen toimintakyky (sosiaalinen aktiivisuus, sosiaaliset verkostot). Iäkkäät ihmiset eivät halua elää arkeaan vain peseytymisestä, pukeutumisesta ja ruokailusta suoriutumalla, vaan päinvastoin harrastaminen ja sosiaalinen osallistuminen on heille yhä tärkeää. Kotikuntoutuksen onnistumisen edellytys on, että asiakas kykenee itse toimintansa arviointiin ja tavoitteiden asetteluun. Kotihoidon piirissä on kuitenkin yhä enenevässä määrin eritasoisesti muistisairaita, ja jatkossa onkin haasteellista miettiä keinot kotikuntoutuksen toteuttamiseen myös heidän osaltaan. Tällöin läheisten mukanaolo ja terapeuttien ja muun henkilökunnan pysyvyys on onnistuneen kotikuntoutuksen edellytys.

Nykyinen kotikuntoutuksen arviointimenetelmien kokonaisuus näyttäytyy käytännön työssä liian kattavana, koska useampi arviointimenetelmä tuottaa tietoa samalle toi-

mintakyvyn osa-alueelle. Kotikuntoutusmalliin olisi hyödyllistä muodostaa ns. arviointimenetelmäpaketti, josta voitaisiin helposti ja luotettavasti valita kunkin asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin kannalta tarkoituksenmukaiset menetelmät.

Kotikuntoutuksen aloittamisen myötä moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt ja kynnys yhteydenottamiseen eri ammattilaisten kesken on madaltunut. Kuntoutuksen osaamiskeskuksen (Kunton) terapeuttien työpanos on aiempaa enemmän kohdentunut kotihoidon asiakkaille laajemminkin kuin vain kotikuntoutuspilotin kohteena olleilla alueilla. Kotihoidon henkilökunnan tietoisuus kotihoidon asiakkaiden käytössä olevista terapiaresursseista on kasvanut. Kotikuntoutuspilotin aikana saatiin koko kaupunkiin määriteltyä kotihoidon lähipalvelualuekohtaiset nimikkoterapeutit.

Moniammatilliseen yhteistyöhön tulee luoda nykyistä selkeämmät käytännöt. Tiimin jäsenten täytyy tietää mm. kuntoutuskäyntien aikataulut ja sisältö, jotta välttyään päällekkäiseltä työltä ja voidaan informoida asiakasta aikataulujen kokonaisuudesta.

Kotihoidon henkilökunnan sisällä oleva osaaminen, arkiliikkumisen koulutus ja tukeminen on jatkossa tärkeää. Kotihoidon tiimien koonpanon täydentäminen kuntoutuksen suuntautuneella henkilöstöllä tukisi asiakkaiden arkiliikkumisen ja kotikuntoutuksen onnistumista.

Koska kotikuntoutuksen asiakaskunta on vaihtelevaa ja toiminnalliset haasteet moninaisia, olisi tarkoituksenmukaista että tiimiin kokoonpano olisi vielä moniammatillisempi. Esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan osallisuus tiimissä mahdollistaisi asiakkaan psyykkisen toimintakyvyn haasteisiin vastaamisen entistä tehokkaammin. Kotihoidon asiakkaiden psykososiaalisen tuen lisääminen onnistunee jatkossa aiempaa paremmin, kun Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa käynnissä oleva palvelujen uudistaminen esimerkiksi uuden Terveys- ja hyvinvointikeskus –konseptin (THK) myötä käynnistyy.

8. SUOSITUKSET JATKOTOIMENPITEIKSI

Asiakkaiden kotikuntoutustavoitteiden liittäminen asiakkaan arjen askareisiin ja hänen itsensä asettamiin tavoitteisiin on ensiarvoisen tärkeää kotikuntoutuksen onnistumiselle. Ympäristötekijöiden osalta arvioiminen jää nykyisin puutteelliseksi ja sen osuus kotikuntoutuksen arviointimenetelmiä valittaessa tulisi huomioida jatkossa paremmin.

Kotihoidon käytössä oleva terapiaresurssi on Helsingissä riittämätön verrattaessa tilannetta esimerkiksi niihin kuntiin, jotka ovat panostaneet voimakkaasti kotikuntoutuksen kehittämiseen. Kotikuntoutuksen toteuttaminen jatkossa edellyttää Helsingissäkin panostusta nykyistä enemmän kotihoidon käytössä oleviin terapiaresursseihin. Kotihoidon lähipalvelualueita on 72 kpl, tällä hetkellä esimerkiksi yhdellä fysioterapeutilla voi olla 5-6 lähipalvelualueita "vastuullaan", joten, jos vain muutama tiimi työskentelee fyysisesti samassa toimitilassa, ei tiimien tapaaminen joka puolella kaupunkia onnistu viikoittain. Fysioterapeuttien vuosityöpanosta kotihoitoon tulisi lisätä esimerkiksi seuraavan viiden vuoden aikana 17, jolloin heitä olisi yhteensä 30. Tällöin pystytään osallistumaan kotihoidon arviointijaksoihin, kotihoidon työntekijöiden täysipainoiseen tukemiseen asiakkaiden toimintakyvyn ylläpysymisessä ja parantumisessa ja tehostettuun kotikuntoutukseen.

Toimintaterapeuttien lisäystarve on kuusi toimintaterapeuttia, esimerkiksi ensi vuodelle + 2 ja seuraavana vuonna + 4, jolloin joka palvelualueelle tulisi 1 toimintaterapeutti lisää (alueiden koko huomioiden). Jatkossa on hyvä pohtia myös mahdollisuutta tarjota psykiatrian toimintaterapian palveluita kotihoidon asiakaskunnalle, kehittää tähän yhteiset toimintaprosessit.

Luotettavan arviointitiedon saamiseksi olisi ensiarvoisen tärkeää, että työntekijöillä on aikaa ja riittävä koulutus toteuttaa asiakkaan arviointia niillä välineillä, jotka malliin on valittu. Moniammatillisen tiedon jakamista voisi helpottaa esimerkiksi yhteinen kirjaamisjärjestelmä. Nykytilanteessa asiakasta koskevat tiedot kirjataan yhteiseen potilastietojärjestelmään, mutta kukin työntekijä tekee kirjaukset oman ammatiryhmän lehdelle.

Kehitettyjen kotikuntoutustoimintojen juurruttaminen

Tämän raportin tulosten perusteella esitetään, että jokaisen kotihoidon asiakkaan kotikuntoutustarve arvioidaan tässä raportissa esitetyn toimintamallin mukaisesti.. Asiakkaille tarjotaan kotikuntoutusta eri keinojen avulla, myös esimerkiksi etäkuntoutuksena, hyödyntäen uusinta teknologiaa. Tästä esimerkkinä Pohjoisella palvelualueella käynnistynyt virtuaalikuntoutuskokeilu, jonka toimintamalli tulee ottaa käyttöön koko kaupungin alueella.

Jokainen palvelualue kartoittaa kotikuntoutuskäytäntönsä ja sopii oman alueensa toimintamallista tässä raportissa esitettyjen toimintamallien mukaisesti. Palvelualueilla sovitaan alueen toimintamallin kartoituksen jälkeen kotikuntoutuksen käynnistämisestä systemaattisesti jokaiselle kotihoidon asiakkaalle osana moniammatillista tiimityötä.

Järjestetään jatkossa henkilökunnalle moniammatillista kotikuntoutusta jatkuvana täydennyskoulutuksena ja tuotetaan koulutusvideoita aiheesta.

Kotihoidon ohjaajat tehdessään työvuorosuunnittelua, mahdollistavat kotihoidon työntekijöille asiakaskohtaiseen kotikuntoutukseen tarvittavan ajan.

Käsillä olevasta kotikuntoutuspilotin raportista esitetään painettavaksi 50-100 paperijulkaisua, jotka jaetaan keskeisille toimijoille ja päätöksentekijöille, nettiversion lisäksi.

Raportista tehdään sen valmistuttua lehdistötiedote ja sovitaan sosiaali- ja terveysviraston tiedotuksen kanssa muistakin hankkeen tiedottamiseen liittyvistä toimenpiteistä.

LÄHTEET

Applegate, W. B., Miller, S.T., Graney, M. J., ym. (1990): A randomized, controlled trial of a geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *The New England Journal of Medicine*: 31, 322 (22), s. 1572–1578.

Baker D., Gottschalk M., Eng C., Weber S. & Tinetti M. (2001): The Design and Implementation of a Restorative Care Model for Home Care. *The Gerontologist*: 41 (2), s. 257–263.

Burton E., Lewin G., Clemson L. & Boldy D. (2013): Effectiveness of a lifestyle exercise program for older people receiving restorative home care service: a pragmatic randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*: 8, s. 1591–1601.

Cartwright C., Cosgrave C., Gooden J. & Carpenter L. (2009): Re-ablement of Older People in North Coast NSW. Department of Ageing, Disability and Home Care, Sydney.

Einset Elise & Krook Pinja (2013): Kotikuntoutus – kuntoutusta kotiympäristössä. Toimintaterapeutin rooli asiakkaan ja kotihoidon tavoitteellisessa yhteistyössä. Opinnäytetyö. Metropolia, Helsinki.

Engeström Y., Niemelä A-L., Nummijoki J., Nyman J: Lupaava kotihoito – Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. PS kustannus WS Bookwell oy Juva 2009

Forsyth Kirsty & Parkinson Sue (2008): MOHOST: inhimillisen toiminnan mallin seulonta-arviointi. Alkuperäisteos (2006): MOHOST: The model of human occupation screening tool. Psykologien kustannus, Helsinki.

Francis J., Fisher M. & Rutter D. (2011): Reablement: a cost-effective route to better outcomes. Social care institute for excellence, London.

Gitlin L., Winter L., Dennis M., Corcoran M., Schinfeld S. & Hauck W. (2006): A randomized trial of a multicomponent home intervention to reduce functional difficulties in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*: 54 (5), s. 809–816.

Glendinning C., Jones K., Baxter K., Rabiee P, Curtis L.A., Wilde A., Arksey H. & Forder J.E. (2010): Home Care Re-ablement Services: Investigating the long-term impacts (prospective longitudinal study). Social Policy Research Unit, York.

Grönlund Rainer (2010): Pitkään kotona – kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 111. Kela, Helsinki.

Harri-Lehtonen O., Isosaari I., Karjalainen T., Kauppi S., Laitinen P., Luomaranta S., Talvenheimo-Pesu A., Tartia-Jalonen A. & Viippola A. (2005): Ryhmätoimintojen TOP 5 ikäihmisten kuntoutusneuvolassa. Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry, Helsinki.

Heebøll Karen (2012): Life Long Living Maintaining Everyday Life as Long as Possible. Esitys seminaarissa "European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations 2012: Staying Active – What Does It Take?".
http://www.fredericia.dk/FFF_ny/LMIEL/presserum/Documents/LMIEL%20Karen%20Heebøll.pptx (Viitattu 3.7.2014.)

Helbostad JL., Sletvold O., Moe-Nilssen R. (2004): Home training with and without additional group training in physically frail old people living at home: effect on health-related quality of life and ambulation. *Clinical Rehabilitation*: 18 (5), s. 498–508.

Heebøll 2012; Hemrehabilitering enligt Boråsmodellen 2009

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystyökeskus, Kotihoidon asiakastutkimus 2015; 46-48. (Julkaisematon lähde)

Hemrehabilitering enligt Boråsmodellen. Program för arbetsterapi och sjukgymnastik. Rapport (2009).
<http://www.boras.se/download/18.6744cfc712ca27ae7cf80002427/Hemrehabprogram.pdf>

Hinkka Katariina & Karppi Sirkka-Liisa (2010): IKÄ-kuntoutus. Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 112. Kela, Helsinki.

Hytönen Elsa, Routasalo Pirkko & Pitkälä Kaisu (2007): Millä tavoin psykososiaalinen ryhmäinterventio vaikuttaa ikääntyneiden yksinäisyyteen? *Gerontologia*: 1, s. 17–26.

Karvonen-Kälkälä Anja (2005): Ikääntyneen henkilön oikeus saada kuntoutuspalveluja. Teoksessa Pitkälä Kaisu, Savikko Niina & Routasalo Pirkko (toim.): Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Vanhustyön keskusliitto, Helsinki.

Katajainen Ulla (2013): Kokemuksia ja tuloksia sotaveteraanien kotikuntoutuksesta Heinolassa. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Kent J., Payne C., Stewart M. & Unell J. (2000): Leicestershire County Council: External Evaluation of the Home Care Reablement Pilot Project. Centre for Group Care and Community Studies, De Montfort University, Leicester.

Kilpikivi Sofia (2012): Kuvapuhelin tuo kuntoutuksen kotiin. Artikkel. http://www.miinasillanpaa.fi/docu-ment.php?DOC_ID=286&SEC=ce70a8ea9190c90d92e2f9f8462b54d4&SID=1#kotikuntoutuspilotti.pdf (Viitattu 1.9.2014.)

Kokkonen Katri, Nieminen Tanja: Kohti merkityksellistä toimintaa; Kotikuntoutuksen asiakkaiden toiminnallinen osallistuminen arjen toimintaverkostossaan. Metropolia Ammattikorkeakoulu, Toimintaterapeutti (AMK) Toimintaterapian koulutusohjelma Opinnäytetyö 13.4.2015

Kotilainen Piia, Vuori Anna-Leena 2015: Kotikuntoutusmallia palvelevat arviointimenetelmät ja niiden tarkoituksenmukaisuus asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa. Metropolia Ammattikorkeakoulu, Toimintaterapeutti (AMK) Toimintaterapian koulutusohjelma Opinnäytetyö 2015

Kotihoidon asiakastutkimus 2015. Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto.

Kotihoito 2020 – 10 askeleen kaava kotihoitoon. Hankeraportti. Tekes, Helsinki.

Krokkfors Ylva (2009): Sosiaalityöntekijän toimijuus tapaamisessa iäkkään kuntoutujan kanssa: tapaustutkimus kuntoutuslaitoksesta. Lisensiaatintyö. Helsingin yliopisto, Helsinki.

Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003: 19. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Kuntoutusselonteko 2002. Sosiaali- ja terveysviraston julkaisuja 2002:6. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Landefeld C.S., Palmer R.M., Kresevic D.M., Fortinsky RH & Kowal J. (1995): A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *The New England Journal of Medicine*: 18, 332 (20), s. 1338–1344.

Law Mary, Baptiste Sue, Carswell Anne, McColl Mary Ann, Polatajko Helene & Pollock Nancy (2005): COPM Canadian Occupational Performance Measure. CAOT Publications, Ontario.

Lewin Gill & Vandermeulen Suzanne (2009): A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP) – an Australian restorative programme for older home care clients.

<http://www.silverchain.org.au/assets/GROUP/research/HSCC-HIP-Controlled-Trial-article.pdf>. (Viitattu 9.7.2014.)

Lewin G., Alfonso H. & Alan, J (2013): Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. *Clinical Interventions in Aging*: 8, s. 1273–1281.

Lind Jouko & Valaste Maria (2011): Kuntoutuksen vaikutus heikkokuntoisten ikäihmisten elämänlaatuun ja kotona asumiseen. Nettityöpapereita 30. Kela, Helsinki.

Luoma M-L., Vaara M., Röberg M., Mukkila S. & Mäki J. (2013): Gerontologisen kuntoutuksen vaikuttavuus, Teoksessa Pikkarainen A., Vaara M. & Salmelainen U. (toim.): Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Kela, Helsinki.

Läkelmä H., Salmi M., Laukkanen N., Nummijoki J., Stradén M. & Väänänen V. (2005): Kotikuntoutuspartio-kehittämishanke. Loppuraportti. Helsingin terveystakeskus, Helsinki.

Mäkelä Leila: Kotikuntoutusmalli - onnistumiseen vaikuttavat tekijät. Helsingin kaupungin Sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen kehittämisshanke. Metropolia Ammattikorkeakoulu, Toimintaterapeutti AMK, Toimintaterapian koulutusohjelma. Raportti 28.9.2015

Mäkinen Marja, Routasalo Pirkko & Pitkälä Kaisu (2005): Asiakaslähtöisyys kuntoutustyössä – ikäihmisen kuntoutuspolun solmukohtia. Teoksessa Pitkälä Kaisu, Savikko Niina & Routasalo Pirkko (toim.): Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Vanhustyön keskusliitto, Helsinki.

Niemelä Kristiina (2011): Iäkkäiden tuettu kuntoutuminen. Laitoskuntoutusjakson, kotikuntoutuksen ja keinutuoliharjoittelun vaikutukset iäkkäiden henkilöiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Kuopio.

Ollonqvist Kirsi (2010): Kuntoutus on vaihtelua ja tuo voimia ikäihmisten arkielämään. Teoksessa Hinkka Katariina & Karppi Sirkka-Liisa (toim.): IKÄ-kuntoutus. Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuksia 112. Kela, Helsinki.

Palonen M., Takala K., Pohjolainen P. & Tiihonen A. (2011): Kotona kunnossa – ikäihmisen toimintakyvyn tukeminen kotikuntoutuksen keinoin. Käpyrinne, Helsinki.

Parker Davina & Sykes Catherine (2006): A Systematic Review of the Canadian Occupational Performance Measure: a Clinical Practice Perspective. *The British Journal of Occupational Therapy*: 69 (4), s. 150–160.

Pentikäinen, Kirsi 2014. RAI-HC Keskisen kotihoitoalueen kotikuntoutusprojektissa -diasarja.

Pikkarainen A., Vaara M. & Salmelainen U. (2013): Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Kela, Helsinki.

Pitkälä Kaisu, Savikko Niina & Routasalo Pirkko (2005): Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Vanhustyön keskusliitto, Helsinki.

Punakallio Anne (2011): Kehon painoindeksi. TOIMIA-tietokanta.
<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/55/> (Viitattu 2.7.2014.)

RAI-HC Mittarikäsikirja 2012. Kotihoidon RAI. RAIsoft.

Ryburn B., Wells Y. & Foreman P. (2009): Enabling Independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. *Health and Social Care in the Community*: 17 (3), s. 225–234.

Salmelainen Ulla (2008): Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitospuoleisessa kuntoutuksessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98. Kela, Helsinki.

Sanford J.A., Griffiths P.C., Richardson P., Hargraves K., Butterfield T. & Hoenig H. (2006): The Effects of In-Home Rehabilitation on Task Self-Efficacy in Mobility-Impaired Adults: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*: 54 (11), s. 1641–1648.

Savikko Niina & Pitkälä Kaisu (2005): Mikä vaikuttaa hoitoon ja kuntoutukseen sitoutumiseen? Teoksessa Pitkälä Kaisu, Savikko Niina & Routasalo Pirkko (toim.): Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Vanhustyön keskusliitto, Helsinki.

Tikkanen Päivi: Physical Functioning among Community-Dwelling Older People (Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten fyysinen toimintakyky)

Itä-Suomen yliopisto, 2015 Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences., 277

Tinetti M., Baker D., Gallo W., 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. *The Journal of the American Medical Association*: 287 (16), s. 2098–2105.

Valkeinen, H., Stenholm S., Sainio P., Pajala S. & Vaara M. (2014): SPPB, lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö. TOIMIA-tietokanta.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/154/> (Viitattu 2.7.2014.)

Vesterinen Riitta (2010): Etäkuntoutus – mahdollisuus kuntoutua kotona kaksisuuntaisen videoyhteyden avulla. Pro Gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Vik Kjersti (2008): Older adults participation in occupation in the context of home based rehabilitation. Karolinska Institutet, Stockholm.

Vinding Frank (2011): Application to European Public Sector Award.

http://www.fredericia.dk/FFF_ny/LMIEL/presserum/Documents/EPISA%202011%20-%20engelsk.PDF (Viitattu 3.7.)

Vähäkangas P., Niemelä K. & Noro A. (2012): Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

LIITTEET

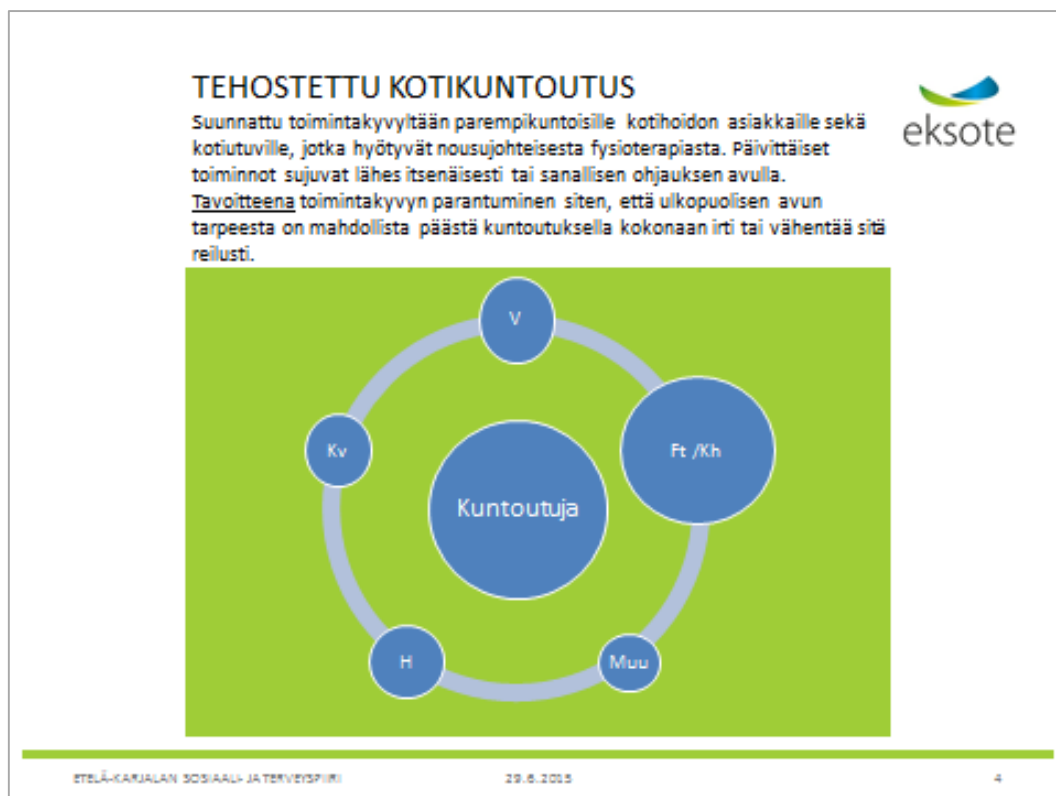
Liite 1. Tampereen kotikuntoutusprosessi



Liite 2.



Liite 3.



Liite 4

KOTIKUNTOUTUS

Suunnattu toimintakyvyltään hieman parempikuntoisille, jotka hyötyvät arjen toimintojen harjoittelusta sekä fyysisestä perusharjoittelusta. Päivittäiset toiminnot sujuvat lähes itsenäisesti tai sanallisen ohjauksen avulla. Avun tarvetta on kuntoutuksella mahdollista vähentää. Tavoitteena arjen toimintakyvyn parantuminen / ylläpysyminen.

eksote

ETELÄ-KARJALAN SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRI 29.6.2015 5

Liite 5.

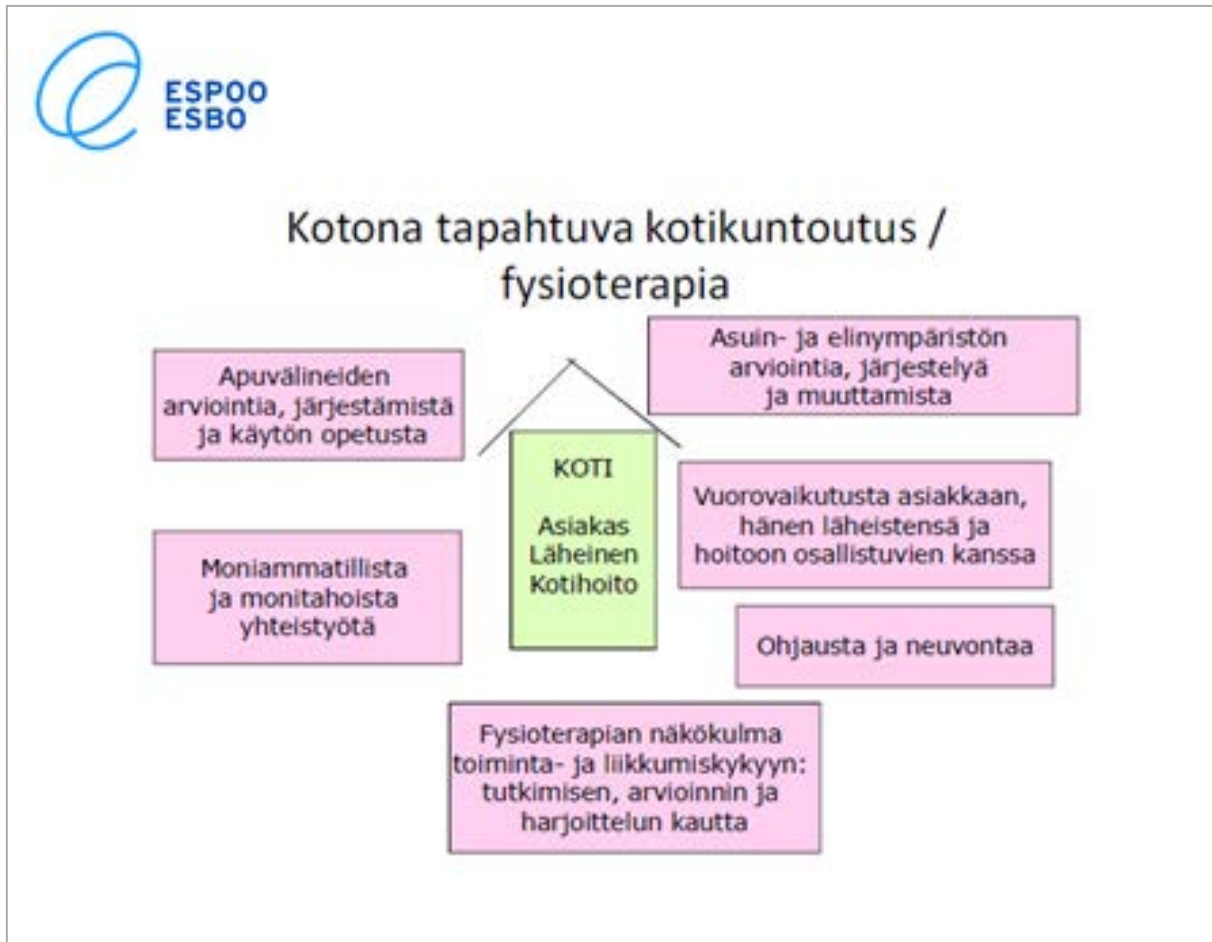
TEHOSTETTU MONIAMMATILLINEN KOTIKUNTOUTUS

Suunnattu ensisijaisesti toimintakyvynsä äkillisesti menettäneille asiakkaille / kotiutuville jotka hyötyvät nousujohteisesta, moniammatillisesta kuntoutuksesta. Tavoitteena on kuntoutujan toimintakyvyn parantuminen siten, että hän kuntoutuu vähintään toimintakyvyn laskua edeltävälle tasolle. Avun tarpeesta on tavoitteena päästä kuntoutuksella kokonaan irti / reilusti vähentää.

eksote

ETELÄ-KARJALAN SOSIAALI- JA TERVEYSPIIRI 29.6.2015 5

Liite 6.



Liite 7. Liikkumissopimus



LIKKUMISSOPIMUS

– kotihoidon asiakkaan ja kotihoiton työntekijän yhdessä tekemä sopimus arkkiliikkumisen ja liikuntaharjoittelun tukemisesta

Asiakkaan kannustaminen omien voimavarojen käyttöön

Kotiasukkaiden ja liikuntaharjoittelun tarkoituksena on parantaa lihasvoimaa, tasapainoa, liikkumisen ja toimintakykyä.

Kotihoidon työntekijä huolehtii sovitun liikuntaharjoittelun toteuttamisesta ja seurannasta kotikäynnillä.



+ mahdollisimman omatoimien arkkiasukkaiden toteutus

+ arkkiliikkuminen, kotiharjoittelu, ulkoilu, ryhmäharjoittelu

Voimavarojen kartoitus

- Tiedonkeruu
- Itsearviointi
- Rallia
- MIME

Arki-liikkumissopimus

Asiakkaan voimavarojen jatkuva arviointi

Arvio voimavaroista

Lihasvoimaa ja tasapainoa leikkuvalla haittoilla vähennetään ikäliikkeenherkkyyden tunteita 15–50% (Mäkelä et al. 2007)

Aikuntarejoitukset ja liikkumisen rajoitukset perustuvat ennustettuun liikuntavajaukseen ja liikuntavajauksen tarpeeseen (Lähtikangas j. m. 2000.)

Liikkumisen tasapainon saavuttaminen on 5–10 % vuorokaudessa (Routanen j. m. 2003)

Vastuuhoitoja konsultoi tarvittaessa hoitavaa lääkärin ja/tai terapeutin ja/tai lähipalvelualueen arkkiliikkumisen muutosagenttia.

Liikkumissopimus

Kirjaaminen ja raportointi

Seuranta

Liikkumissopimuksen päättökäytännöt ja -ohjeet

Seuranta

Liikkumissopimuksen päättökäytännöt ja -ohjeet

Seuranta

Liikkumissopimuksen päättökäytännöt ja -ohjeet

Pöytäkirja/hoitosuunnitelma, aktiviteetti

Liikkumissopimus

Pöytäkirja/hoitosuunnitelma, aktiviteetti

Pöytäkirja/hoitosuunnitelma, aktiviteetti

Liite 8. ASIAKASESIMERKKI (1) KOTIKUNTOUTUKSESTA

Kyseessä on 83 v. nainen joka on kotihoidon asiakas, kuten myös hänen kanssaan asuva muistisairas sisarensa. Asiakas kaatui 05/2013 kotonaan. Pitkän sairaala- ja kuntoutusjakson jälkeen hän kotiutui marraskuussa 2013. Liikkuminen onnistuu pyörätuolilla, ennen sairaalajaksoa hän liikkui rollaattorilla. Asiakas sairastaa monia liikuntaelinten sairauksia ja häntä on operoitu useasti mm. selästä ja polvista. Asiakas ja hänen sisarensa asuvat hissittömän talon 1.krs, josta on muutama porras katutasanteelle. Kotihoito käy 2x päivässä ja sisarta autetaan kerran päivässä. Kotiutuessa asiakas sai fysioterapiaa x9 ajanjaksolla 11/2013–02/2014, josta hän sai kotiharjoitteet. Kotikuntoutusprojektin myötä asiakkaan kotihoidon vastuuhoidtaja ajatteli asiakkaan hyötyvän moniammatillisesta kotikuntoutusjaksosta, johon hän oli itsekin motivoitunut.

Kotikuntoutuksen fysioterapeutti ja toimintaterapeutti tekivät omat arviointi ja mitauskäyntinsä 03-04/2014 ja yhteinen tavoitepalaveri pidettiin 16.4.2014, jossa oli mukana asiakas, kotihoidon vastuuhoidtaja terapeuttien lisäksi. Tavoitepalaverissa asiakkaan kanssa keskusteltiin ja sovittiin yhdessä tavoitteiksi seuraavaa.

1. Seisoma-asennon varmentuminen
2. Kävelyn varmentuminen apuvälineiden turvin
3. Housujen saaminen itsenäisesti ylös wc käynnin yhteydessä
4. Keittiötoimintojen helpottuminen
5. Pukeutuminen itsenäisesti

Fysioterapian osuus ajalla 26.3–17.6.14 oli yhteensä 20 kertaa ja toimintaterapeutin käyntejä oli 5 kertaa ajalla 1.4–13.6.14. Fysioterapeutin seisoma- ja kävelyharjoituksia toteutui 9 kertaa. Toimintaterapiassa järjestettiin asunnon muutostöitä (mm. kynnykset, wc oviaukon suurentaminen) ja apuvälineitä ja tehty lääkinällisen kuntoutuksen aloite toimintatuolia varten sekä polvien yliojennusta estävien polvitukien hankkiminen.

Kotihoidon käynnit olivat asiakkaalle 2xpv ja sisarelle 1xpvä. Kotihoidon käynnit sisälsivät lääkehoidossa, wc toiminnoissa, ravitsemuksessa, hygieniassa, siirtymissä ja pukeutumisessa, vaatehuollossa ja avustamista sekä toimintakyvyn tukemista.

Tavoitteet seisoma-asennon ja kävelyn varmentumisen osalta toteutuivat, kävely sujuu vain varmistettuna muutamia metrejä. keittiötoiminnot ja pukeutuminen parantuivat. Asunnonmuutostyöt ja polvituet ovat tukeneet asiakkaan kuntoutumista. Toimintatuoli ei sopinut asiakkaalle keittiötoimintoihin. Asiakas jatkaa kotivoimisteluohtelman toteuttamista itsenäisesti ja kotihoidon kanssa kävelyharjoituksia. Olkanivellet kipeytyvät pyörätuolissa ja askareissa, joten hänelle on ohjattu olkapään liikkuvuus ja lihasvoimaharjoitteita sekä kirjallinen ohje on kotona. Asiakas oli hyvin motivoitunut ja arvioi suoriutumisensa ja tyytyväisyytensä omaan suoriutumiseensa parantuneen. Jatkossa tavoitteena on harjoitella myös portaissa kulkemista.

Kotikuntoutus edisti toimintakyvyn paranemista ja ylläpitämistä terapeuttien mittaus-ten ja asiakkaan oman ja hoitajan arvion perusteella ja asiakkaalla on varsin paljon toimintakykyä vaikka toimiikin pyörätuolista käsin eikä pysty itsenäisesti liikkumaan kaikilta osin. Hän oli erittäin motivoitunut moniammatillisen kuntoutustiimin kanssa työskentelyyn ja koki avun ja tuen tärkeäksi. Fysioterapeutin ja toimintaterapeutin osaaminen ja ammattitaito liikkumisen tukemiseen ja apuvälineisiin sekä keittiötoimintoihin edesauttoivat kuntoutumista. Kotihoidon hoitajat oppivat ja rohkaistuivat toimintakyvyn tukemiseen ja harjoitteiden avulla ja kaikessa hoitotyössä huomioimaan ja tukemaan asiakkaan omaa toimintakykyä ja halua itse tehdä. Kotikuntoutusprojekti antoi uutta näkökulmaa yhteiseen tekemiseen ja toimintakyvyn arvioimiseen asiakkaan parhaaksi ja lähihoitajan ammattitaito kasvoi monella tavalla kuntoutumisen tukemisessa.

Asiakas laittaa ruokaa, pesee pyykkiä, silittää, hoitaa asioita, huolehtii sisaren ruokailusta ja muistuttaa lääkkeiden otosta yhdessä kotihoidon kanssa. Asiakas tukee ja kannustaa ja saa sisaren toimimaan ja aktiiviseksi. Sisar auttaa asiakasta antamalla pyydettäessä kaapeista tavaroita, nostaa asiakkaan housut wc:ssä tarvittaessa, työntää hoitajan kanssa ulkoilussa sisartaan pyörätuolissa jne. Kotihoito auttaa sisaruksia mm. peseytymisessä, vaatehuollossa, siistimisessä ja lääkehoidossa ja asiakasta wc toiminnoissa ja siirtymisissä sekä toteuttaa liikkumissopimusta, jotta toimintakyky edelleen säilyisi. Liikkumissopimus käsittää kävelyharjoituksia, tuolista ylösnousun ohjausta ja fysioterapeutin laatimia liikeharjoituksia, joita asiakas toteuttaa myös itse. Vaikka kotihoidon käynnit eivät vähentyneet eikä toimintakykymittarissa toimintakyvyn muutos suuresti näy, kotikuntoutuksella oli asiakkaalle monenlaista merkitystä. Tärkeimpinä asianmukaisten apuvälineiden ja toimintaympäristön parantaminen, lihasvoiman ja toimintakyvyn ylläpitäminen sekä henkinen tuki ja apu ammattitaitoisilta terapeuteilta ja lähihoitajalta. On tärkeää, että jokainen ihminen voi elää oman näköistä elämää omassa kodissaan mahdollisimman itsenäisesti tai autettuna. Kotikuntoutusta tarvitaan jatkossakin ja kuntoutusta edistävä kokonaisvaltainen hoitotyö on parhaimmillaan yhteistyötä asiakkaan, hoitajan, omaisen ja terapeuttien ja lääkärin kanssa.

Liite 9. ASIAKASESIMERKKI (2) KOTIKUNTOUTUKSESTA

Asiakas on 86-vuotias omaishoitajavaimonsa kanssa asuva mies. Aivoinfarkti 2005, vasemmanpuoleiset hemipareesioireet. 2009 aortassa todettu dissekaatio, siihen konservatiivinen hoito. Polvinivelrikkoa, vasemmassa polvessa proteesi. 2011 Alzheimerin taudin diagnoosi. MMSE kotikuntoutuksen alkaessa 20/30.

Asiakas liikkuu pikkukepin kanssa lyhyin askelin. Kävely töpöttävää, liikkeellelähdössä vaikeuksia. Ulkona ei ole liikkunut ainakaan vuoteen. Kaatuillut viime aikoina runsaasti. Tuoleilta ja vuoteesta nousee itsenäisesti ylös, käsillä avustaa noustessa. Wc:ssä käy omatoimisesti. Pukeutuu osin itse, vaimo auttaa nappien ja sukkien kanssa. Suihkussa tarvitsee apua. Asiakas ruokailee valmiiksi tarjoillun ruuan, ruokahalu huono. Mielellään heittää ruuan roskeen, jos vaimon silmä välttää. Paino laskenut, mutta saatu nousemaan tehostetulla ravitsemuksella. Vaimo antaa lääkkeitä valvotusti. Tukeutuu herkästi vaimon apuun kaikissa asioissa.

Asiakkaan arki on muodostunut varsin passiiviseksi. Aika kuluu tv:tä katsellen. Liikkuu ainoastaan vessaan ja keittiöön. Liikkumissopimuksessa asiakas on sopinut, että tekisi pieniä siivouksia rikkaimurilla sekä tiskien tiskaamista. Ei juurikaan ole toteutunut. Liikuntaharrastusta ei ole aiemmin ollut, eikä nytkään innostu liikkumisesta.

Asiakas asuu hissillisessä kerrostalossa. Asunto viihtyisä ja tilava kolmio. Kylpyhuoneessa tukikahvat sekä suihkutuoli. Asunnossa runsaasti paksuja mattoja kulkuväylillä, osassa liukuesteet alla.

Kotihoidon käynnit 1xvrk:ssa. Huolehditaan lääkityksen toteutumisesta, ravitsemuksesta, hygienian hoidosta, liikkumisesta sekä tuetaan omaishoitajaa.

Asiakas valikoitui kotikuntoutukseen, koska kaatuilu lisääntynyt liikkumattomuuden seurauksena. Asiakkaan kognition arvellaan riittävän kotikuntoutukseen, motivaation löytyminen suurin haaste. Asiakas olikin aluksi vastahakoinen, koki nykyisen tilanteen hyväksi. Keskusteltaessa löytyi kuitenkin tavoitteita, joihin asiakas on valmis sitoutumaan.

1. Kävelyn varmentuminen
2. Arkitoimintojen jatkuminen (imurointi rikkaimurilla, tiskaaminen, vuoteen peittäminen ja lakanoiden viikkaaminen vaimon apuna)
3. Ulkona liikkuminen saattajan kanssa
4. Porraskävelyn harjoittelu tuettuna
5. Ravitsemuksen kohentuminen (ruokahalun lisääntyminen)

Kotikuntoutusjakso toteutettiin ajalla 6.11.14-26.1.15. Tomintaterapia oli toteutunut kotikäynteinä asiakkaan luona yhteensä 6 kertaa. Fysioterapiaa asiakkaan luona 8 kertaa. Kotihoidon pahosuun lisätty aikaa harjoitteille 1xvko. Päivittäisillä käynnillä kävelyä.

Kotikuntoutusjakson loppupalaveri pidettiin asiakkaan luona 26.1.15. Todettiin, että osa kotikuntoutuksen tavoitteista oli toteutunut. Osin toteutuneet tavoitteet olivat:

1. Porraskävelyn harjoittelu tuettuna
 - harjoitellut fysioterapeutin kanssa porraskävelyä muutaman kerran
2. Ravitsemuksen kohentuminen
 - ravitsemukseen kiinnitettiin enemmän huomiota lähinnä kotihoidon ja vaimon toimesta. Asiakkaalla on edelleen huono ruokahalu.

Kokonaan toteutumatta jääneet tavoitteet olivat:

1. Kävelyn varmentuminen
 - Asiakkaan kaatuilu lisääntyi kotikuntoutusjakson aikana. Kaatumisen yhteydessä satutti olkapään. Omatoiminen kävelyn harjoittelu ei toteutunut. Istuu edelleen päiväkaudet tv:n ääressä.
2. Arkitoimintojen jatkuminen
 - passiivinen edelleen. Harvoin osallistuu kotitöihin, tiskaamiseen tai pyykin viikkaukseen. Ei noudata laadittua päiväohjelmaa.
3. Ulkona liikkuminen saattajan kanssa
 - Kieltäytynyt useaan otteeseen kodin ulkopuolella asioimisen harjoittelusta. Pelkää kaatuvansa ulkona.

Kotikuntoutusjakson suurimmat haasteet olivat asiakkaan motivaation puuttuminen ja heikko sitoutuminen harjoitteluun. Liikkuminen on ollut vähäistä jo vuosien ajan ja pysyvät muutokset toiminnoissa olisivat varmasti vaatineet pidemmän ajan. Muis-tisairaus sinänsä heikentää tilannetta.

Liite 10. Kotikuntoutuksessa käytettävät mittarit

Asiakkaan tarpeen mukaan kotikuntoutukseen voidaan valita esimerkiksi seuraavista mittareista sopivimmat:

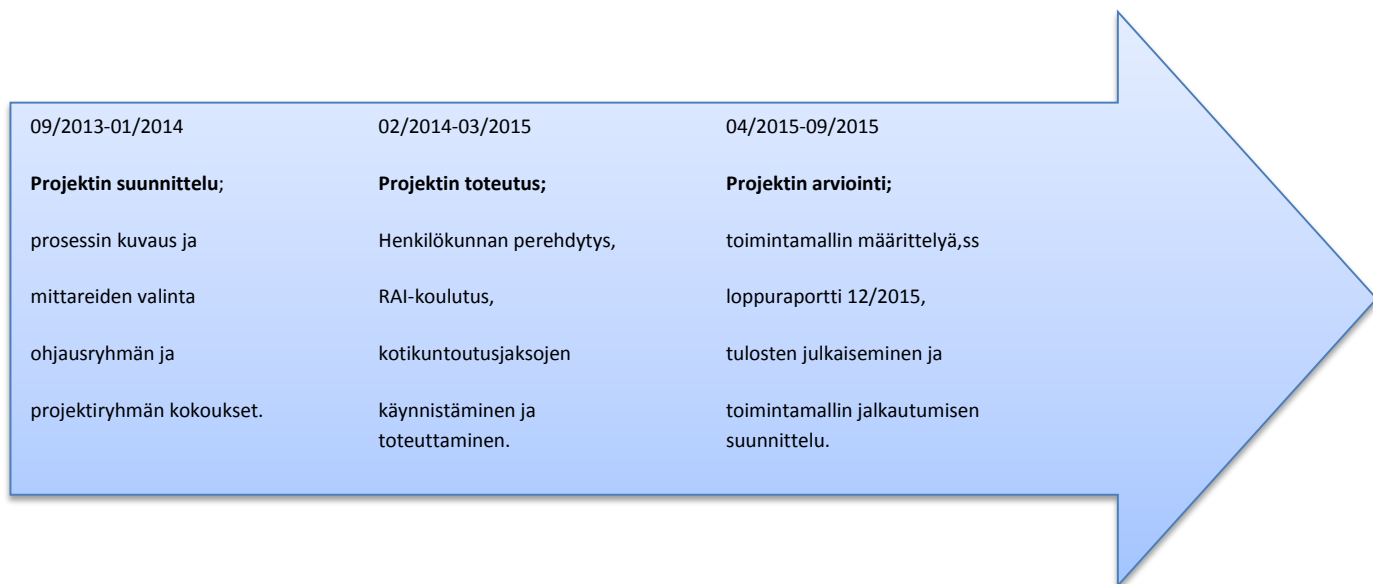
- Canadian Occupational Performance Measure COPM
- Model of Human Occupation Screening Tool MOHOST
- TOIMIA
- RAI-HC
- Liikkumissopimus
- SPPB, lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö
- Puristusvoimamittaus
- Bergin tasapainotesti
- Hienomotoriikkaa, karkeamotoriikkaa, näppäryyttä tai tuntoaistia arvioivat testit

Liite 11. KOTIKUNTOUTUS-pilottihanke Keskisessä kotihoidossa

Kotihoidon toiminta perustuu vanhustalvelulakiin ja ikäihmisten palvelujen laatusuositukseen. Kotihoidon perustehtävänä on järjestää vanhusten, toipilaiden, pitkäaikaissairaiden ja yli 18-vuotiaiden vammaisten terveydentilan ja toimintakyvyn tuen ja sairauksien hoidon sekä palvelut niin, että eläminen kotona on turvallisesti mahdollista. Visiona on, että asiakkaalla on hyvä ja turvallinen elämä aktiivisena toimijana omassa kodissaan.

Hankkeen tavoitteena oli moniammatillisen kotikuntoutusmallin kehittäminen kotihoitoon. Hankkeen toteuttajatahoina olivat asiakas ja hänen läheisensä, Etelän palvelualue, Keskinen kotihoitoyksikkö Vallila 3 ja Kallio 2 lähipalvelualueet, kuntoutuksen osaamiskeskus, fysio- ja toimintaterapiapalvelut, Etelän palvelualue, Kinaporin ja Koskelan arviointi – ja kuntoutusyksiköt, Metropolian toimintaterapian koulutusohjelma, vapaaehtoistyön koordinaattorit – vapaaehtoistyöntekijät sekä kotihoidon tukiryhmät.

Mallin kokeilu toteutettiin kotihoidossa Keskisellä alueella, lähipalvelualueilla Vallila 3 ja Kallio 2. Kohderyhmänä olivat 10 kotihoidon asiakasta kerrallaan ja kotikuntoutusjakso oli alustavasti suunniteltu 6-8 viikkoa/asiakas. Alkuperäinen ajatus oli poimia kotikuntoutukseen uusista asiakkaista toipilasvaiheessa olevat, sairaalasta kotiutuvat, lievästi muistamattomat, kaatuilevat asiakkaat, joiden elämänhallinnassa on tapahtunut muutos ja joiden arvioidaan hyötyvän tehostetusta kuntoutusjaksosta.



Testit ja mittarit kuntoutusjakson alussa ja lopussa:

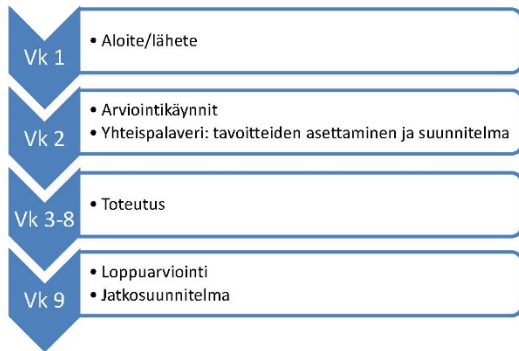
- COPM/ MOHOST
- Liikkumissopimus
- Toimiva-testit (SPPB)
- RAI-arvio
 - o CPS, ADL pitkä, IADL, CHES, MAPLe, BMI, kuntoutumisen mahdollisuus

ASIAKASTULOKSET

- Kotikuntoutuksessa oli pilottiaikana asiakkaita 48, joista naisia oli 35 ja miehiä 13.
- Kokonaisia kotikuntoutusjaksoja toteutui 22, jakson pituus oli keskimäärin 12 viikkoa.
- Kotikuntoutukseen osallistujat olivat huonokuntoisia, kuntoutusjaksot venyivät pitkiksi väliin tulleiden sairaalajaksojen vuoksi (20 %:lla). 10 % asiakkaista menehtyi.
- Neljältä asiakkaalta pystyttiin kotihoidon käynnit lopettamaan kokonaan toimintakyvyn kohentuessa ja avun tarpeen vähentyessä.
- Kokemukset osoittivat, että asiakasvalinnassa on tärkeää kuntoutujan kyky asettaa tavoitteita kuntoutumiselleen yhdessä tiimin kanssa. Samoin asiakkaan tulee myös itse tunnistaa toiminnalliset ongelmansa.
- Kotikuntoutukseen ei tule ohjata asiakasta, jolla on joku akuutti, kuntoutuksen estävä somaattinen sairaus
- Kuntoutuksen aikaansaamat muutokset asiakkaiden arjen toimintoihin osallistumisessa tapahtuivat itsestä huolehtimisen toimintakokonaisuuden alueella sekä motorisissa taidoissa. Itsestä huolehtimisen toiminnot, joissa muutosta erityisesti tapahtui, olivat wc-toiminnot sekä siirtymiset wc-toimintojen yhteydessä.
- Muutokset toimintakyvyssä ja toiminnallisessa suoriutumisessa tapahtuivat asunnonmuutostöiden, apuvälineiden, fyysisten ja toiminnallisten harjoitteiden avulla.
- **Kotikuntoutus aktivoi ja piristi kotihoidon kaikkia asiakkaita sekä toi rohkeutta toimintaan**

Liite 12. Ohje työntekijälle kotikuntoutuksen aloittamisesta.

Kotikuntoutusprosessi



Kotikuntoutus

Työntekijän ohje



Asiakaskriteerit

- oma halu kuntoutua
- tunnistaa toiminnalliset ongelmansa
- pystyy tavoitteiden asetteluun ja uuden oppimiseen
- ei akuuttia sairautta
- tarve intensiiviseen moniammatilliseen kuntoutukseen

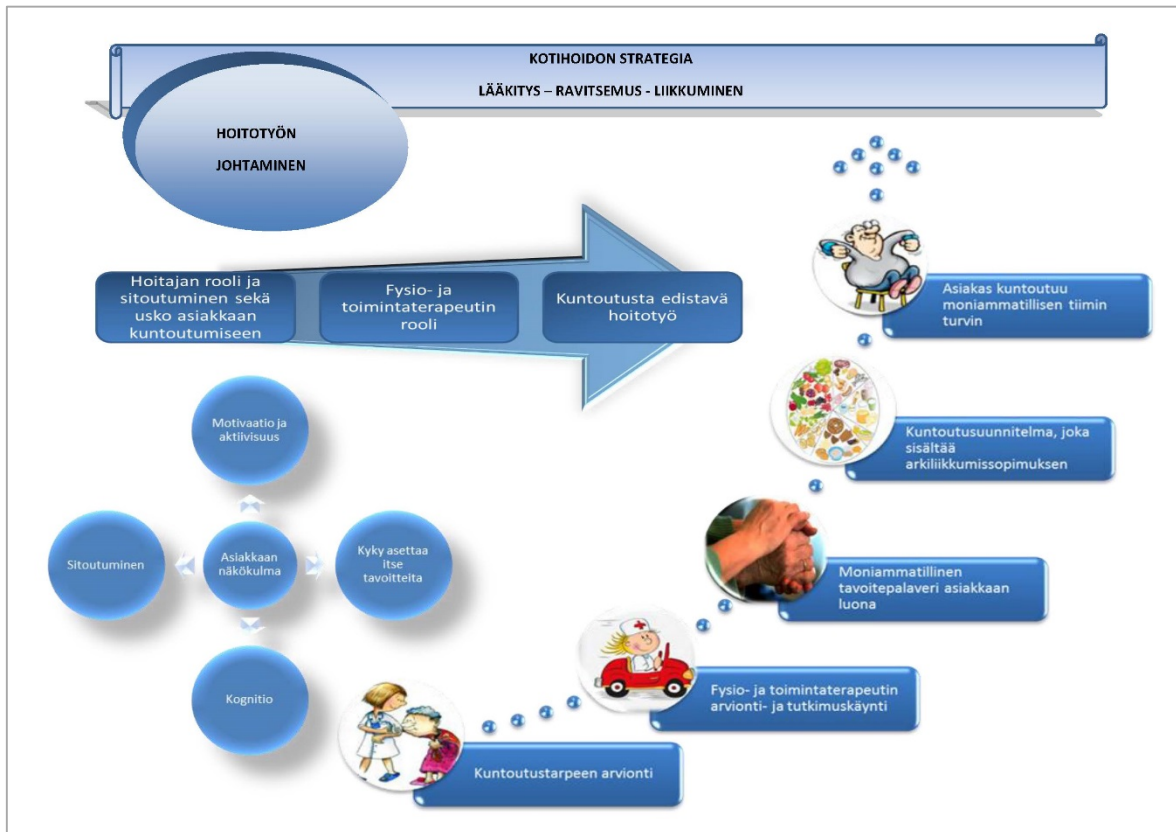
Kotikuntoutustiimi

- asiakas ja omaiset
- kotihoidon vastuuhoitaja ja koko tiimi
- toimintaterapeutti
- fysioterapeutti
- lääkäri
- sosiaalityöntekijä

Toteutus

1. Kerro asiakkaalle kotikuntoutuksesta.
2. Tarkista lääkäriltä, onko intensiiviselle kuntoutukselle estettä.
3. Ota yhteys toiminta- ja fysioterapeuttiin.
4. Järjestä aloituspalaveri asiakkaan luona.
5. Sovi asiakkaalle merkitykselliset tavoitteet ja tee suunnitelma.
6. Kirjaa suunnitelmaan käyntikerrat ja niiden tiheys.
7. Jätä asiakkaalle viikko-ohjelma sekä tavoitteet.
8. Toteuta kotikuntoutusjakso tiimin kanssa.
9. Arvioi loppupalaverissa tavoitteiden saavuttamista.
10. Tee jatkosuunnitelma → Liikkumissopimus muokataan tukemaan toimintakyvyn ylläpysymistä ja edistymistä.
11. Tarvittaessa sovitaan uudesta kotikuntoutusjaksosta.

Liite 13.

**KOTIKUNTOUTUS-pilottihanke Keskiössä kotihoidossa 11.9.2013-30.9.2015.**

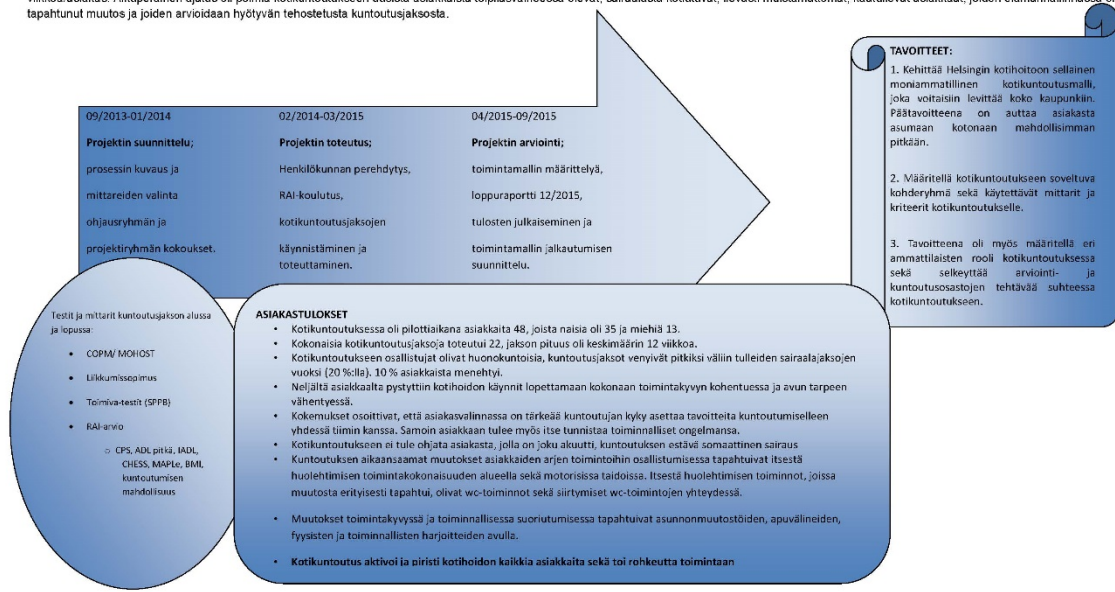
Kotihoidon ohjaajat Jonna Helminen ja Anne Toikkanen

Kotikuntoutushanke sisältyy Sosiaali- ja terveysviraston osastokohtaisiin käyttösuunnitelmiin vuodelle 2014.

Kotihoidon toiminta perustuu vanhustalouden palvelujen laatusuosiin. Kotihoidon perustehtävänä on järjestää vanhusten, toimivien, pitkäaikaissairaiden ja yli 18-vuotiaiden vammaisten terveydentilan ja toimintakyvyn tuen ja sairauksien hoidon sekä palvelut niin, että eläminen kotona on turvallisesti mahdollista. Visiona on, että asiakkaalla on hyvä ja turvallinen elämä aktiivisena toimijana omassa kodissaan.

Hankkeen tavoitteena oli moniammatillisen kotikuntoutusmallin kehittäminen kotihoidon. Hankkeen toteuttajajoina olivat asiakas ja hänen läheisensä, Etelän palvelualue, Keskinen kotihoidon yksikkö Vailla 3 ja Kallio 2 lähipalvelualueet, kuntoutuksen osaamiskeskus, fysio- ja toimintaterapiapalvelut, Etelän palvelualue, Kinaporin ja Koskelan arviointi- ja kuntoutusyksiköt, Metropolian toimintaterapian koulutusohjelma, vapaaehtoistyön koordinaattorit – vapaaehtoistyöntekijät sekä kotihoidon tukiryhmät.

Mallin kokeilu toteutettiin kotihoidossa Keskiössä alueella, lähipalvelualueilla Vailla 3 ja Kallio 2. Kohderyhmänä olivat 10 kotihoidon asiakasta kerrallaan ja kotikuntoutusjakso oli alustavasti suunniteltu 6-8 viikkoa/asiakas. Alkuperäinen ajatus oli poimia kotikuntoutukseen uusista asiakkaista toipilavaiheessa olevat, sairaalasta kotiutuvat, lievästi muistamattomat, kaatuneet asiakkaat, joiden elämäntilanteissa on tapahtunut muutos ja joiden arvioidaan hyötyvän tehostetusta kuntoutusjaksosta.



- 1/2013 Helena Soini, Susanna Hyvärinen, Hanna Torppa, Arja Peiponen ja Marja-Leena Vaittinen: Arjen luotauksesta räätälöityihin palvelupaketteihin – Kokemuksia henkilökohtaisen budjetin kokeilusta. Helsingin kaupungin vanhuspalvelujen Lauttasaaren asiakaskeskeinen palveluverkko-hanke 2010–2013. LOPPURAPORTTI
- 1/2016 Savuton Helsinki -ohjausryhmä, Tarja Saarinen, Marketta Kupiainen: SAVUTON HELSINKI, Tupakoinnin ehkäisy- ja vähentämisohjelma Helsinkiin 2007–2015. Loppuraportti
- 2/2016 Auri Lyly: Sosiaalinen raportointi asiakastiedon tuottajana. Esimerkkinä aikuissosiaalityö ja lastensuojelu.
- 3/2016 Peiponen Arja, Kristensen Maria, Arvo Tuija, Tolkki Pirjo, Pekkanen Meri, Kara Helena: Kotikuntoutuksen toimintamalli Helsingissä. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen kotikuntoutus – projekti Etelän palvelualueella 2013 – 2015. Loppuraportti