

3. Tavoitteellinen kuntoutumista edistävän kotihoidon toteuttaminen

Aseta kuntoutumisen tavoitteet yhteistyössä iäkkään kotihoidon asiakkaan kanssa siten, että ne perustuvat hänen omiin toiveisiinsa, voimavaroihinsa ja elämäntilanteeseensa, sillä

- **näyttö on epävarmaa, mutta viittaa siihen, että kotihoidon ammattilaisten näemyksen mukaan yksilöllisesti asetetut tavoitteet tukevat kuntoutumista edistävän kotihoidon toteutumista. (C)**

Kotihoidon työntekijöiden kokemuksen mukaan kuntoutustarpeiden arvioiminen ja yksilöllisten tavoitteiden asettaminen tukivat kuntoutumista edistävän kotihoidon toteuttamista. Työntekijät käyttivät arviointivälineitä ikääntyneiden toimintakyvyn ja siinä olevien puutteiden arviointiin. Arviointivälineet koettiin hyödyllisiksi myös ikääntyneiden omien kiinnostuksen kohteiden ja päivittäisen elämän prioriteettien tunnistamisessa.

Norjalaisessa laadullisessa tutkimuksessa¹ tarkasteltiin, miten terveydenhuollon ammattilaiset ja johtajat edistävät kotona asuvien iäkkäiden kuntoutumista. Aineisto kerättiin yksilöhaastatteluilta johtajilta (n = 8) ja kahdeksalla fokusryhmähaastattelulla terveydenhuollon ammattilaisilta (n = 24). Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina teemahaastatteluina. Terveydenhuollon ammattilaisista suurin osa oli terapeutteja, mutta mukana oli myös muutama hoitotyöntekijä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/10, puute kriteerissä 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin

Kommentti: Kuntoutuksesta käytettiin termiä "reablement".

Kotihoidon ammattilaiset kokivat iäkkään henkilön omat tavoitteet keskeisiksi moniammatillisessa kuntoutumista edistävässä hoitotyössä. He pitivät moniammatillista yhteistyötä asiakkaan tavoitteiden saavuttamiseksi positiivisena ja palkitsevana työskentelytapana.

Norjalaisessa laadullisessa tutkimuksessa² tutkittiin moniammatillisen tiimin kokemuksia osallistumisesta kuntoutumista edistävään kotihoidon integroidussa tiimissä. Tutkimukseen osallistui yhteensä 14 moniammatillisen kuntoutustiimin jäsentä, joista kuusi oli terveydenhuollon ammattilaisia (fysioterapeutti, toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijä ja sairaanhoitajat) ja kahdeksan kotihoidon henkilöstön jäseniä ja hoiva-apulaisia ilman terveydenhuollon koulutusta. Aineisto kerättiin fokusryhmähaastatteluina ja analysoitiin sisällönanalyyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/10, puute kriteerissä 6

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Kommentti: Tutkimuksessa käytetään pääasiassa käsitettä "reablement", joka viittaa kuntoutukseen ja toimintakyvyn palauttamiseen.

➤ **näyttö on epävarmaa, mutta viittaa kotihoidon ammattilaisten kokevan yksilöllisesti asetettujen tavoitteiden tukevan iäkkään asiakkaan toimintakykyä. (C)**

Kotihoidon ammattilaisten kokemuksen mukaan iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden fyysistä aktiivisuutta tukivat selkeät ja heille merkitykselliset tavoitteet, hyvä motivaatio sekä aiemmat liikuntatottumukset.

Norjalaisessa laadullisessa tutkimuksessa³ kuvattiin kotihoidon ammattilaisten kokemuksia iäkkäiden fyysisen aktiivisuuden edistämistä helpottavista ja sitä estävistä tekijöistä kuntoutumista edistävässä kotihoidossa. Tutkimukseen osallistujat rekrytoitiin neljästä norjalaisesta kunnasta, joissa toteutettiin kuntoutumista edistävää hoitotyötä eri organisaatioiden kotihoidossa. Tutkimukseen osallistui sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia (n = 16), joihin kuului toimintaterapeutteja (n = 4), fysioterapeutteja (n = 4) sekä sairaanhoitajia (n = 2) ja kotihoidon työntekijöitä (n = 4). Aineisto kerättiin haastatteluilla, jotka nauhoitettiin ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Toteuta kuntoutumista edistävää kotihoitoa iäkkään asiakkaan tavoitteiden mukaisesti, sillä

➤ **on vahvaa näyttöä, että kuntoutumista edistävä kotihoito vähentää iäkkäiden asiakkaiden palvelujen tarvetta. (A)**

Kuntoutumista edistävän kotihoidon asiakkaiden hoitajaksot olivat lyhyempiä kuin tavanomaista kotihoitoa saaneiden hoitajaksot (mean 24,8; SD 26,8 vuorokautta vs. mean 34,3; SD 44,2; S = 17 821; p < 0,001).

Yhdysvaltalaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa⁴ verrattiin kuntoutumista edistävää kotihoitoa saaneiden iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden (n = 712) ja tavanomaista kotihoitoa saaneiden iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden (n = 691) toimintakykyä ja kotona asumista. Tutkimukseen osallistui kuusi kotihoitoyksikköä, joista viisi toteutti tavanomaista kotihoitoa ja yksi kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Kuntoutumista edistävä kotihoito perustui moniammatilliseen yhteistyöhön, geriatriaan, kuntoutukseen ja tavoitteenasetteluun. Kuntoutumista edistävän kotihoidon suunnitelma sisälsi liikuntaharjoituksia, käyttäytymisen muutoksia, asunnon muutostöitä, apuvälineiden hankintaa, neuvontaa ja ohjausta iäkkäälle ja hänen läheisilleen sekä lääkityksen tarkistamista. Sisäänottokriteerinä oli vähintään 65 vuoden ikä, riski toimintakyvyn heikkenemiseen akuutin sairastumisen tai sairaalajakson jälkeen, kuntoutumisen mahdollisuus ja kotihoidon asiakkuus. Mittarina käytettiin Outcome and Assessment Information Set (OASIS) hoitotietokantaa, jossa liikuntakyky on luokiteltu neljään luokkaan (1–4) ja korkeampi pistemäärä osoittaa parempaa liikuntakykyä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kotikuntoutusryhmässä kotihoidon tuntimäärä viikossa väheni lähtötilanteesta kuuden kuukauden seurannan aikana (T0: 4,13 ±3,19 h; T1: 2,57 ±2,20 h; T2: 0,38 ±1,07 h; yhteensä 4,16 h; $p = 0,001$), kun taas tavanomaisen kotihoidon ryhmässä palveluntarve kasvoi merkittävästi lähtötilanteesta kuuden kuukauden seurantaan (T0: 2,03 ±2,35 h; T1: 24,29 ±2,35; T2: 30,38 ±64,13 h; yhteensä 28,36 h; $p = 0,23$). Ryhmien välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ($F = 6,61$; $p = 0,013$). Efektikoko (Cohen's $\eta^2 = 0,10$) viittaa keskiuureen, mutta kliinisesti merkittävään vaikutukseen kotikuntoutusinterventiohyväksi.

Norjalaisessa ei-satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa⁵ verrattiin yksilöllisen, moniammatillisen kuntoutumista edistävän kotihoidon vaikuttavuutta tavanomaisiin kotihoitopalveluihin kotona asuvilla iäkkäillä, joilla oli todettu toimintakyvyn heikkenemistä päivittäisissä toiminnoissa. Tutkimukseen osallistui 65 henkilöä (reablement-ryhmä $n = 35$, kontrolliryhmä $n = 30$). Kotikuntoutusryhmän osallistujien keski-ikä oli 80 vuotta (vaihteluväli 56–96), kontrolliryhmässä 78 vuotta (vaihteluväli 42–96). Kotikuntoutusryhmässä oli miehiä 19 (54 %) ja naisia 16 (46 %), kontrolliryhmässä miehiä 10 (35 %) ja naisia 20 (65 %). Tutkittavat olivat kotihoidon palveluita hakevia, toimintakyvyltään heikentyneitä ikääntyneitä. Tutkimuksesta suljettiin pois henkilöt, joilla oli keskivaikea tai vaikea kognitiivinen häiriö (MMSE < 18), palliatiivisen hoidon tarve tai joilla ei ollut motivaatiota kuntoutukseen. Interventio koostui enintään 16 viikkoa kestävästä, yksilöllisesti räätälöidystä kotikuntoutusohjelmasta (3 x 45 min viikossa), joka sisälsi fysioterapeutin, toimintaterapeutin ja sairaanhoitajan tuen sekä tavoitteiden mukaisesti harjoitettuja arkitoimintoja. Kontrolliryhmä sai tavanomaista kotihoitoa. Ryhmät jaettiin asuinalueen perusteella, eikä sokkoutusta käytetty. Lopputulosmuuttujina arvioitiin iäkkäiden toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa (Patient-Specific Functional Scale, PSFS, asteikko 0–10; suurempi luku = parempi toimintakyky), fyysistä toimintakykyä (Short Physical Performance Battery, SPPB, asteikko 0–12; suurempi pistemäärä = parempi toimintakyky), koettua elämänlaatua (EuroQol-5D-5L-scale, EQ VAS, asteikko 0–100; korkeampi = parempi elämänlaatu) sekä kotihoitopalvelujen määrää viikkotunteina. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja suorilla mittauksilla ennen interventiota, intervention jälkeen ja kuuden kuukauden seurantamittauksissa. Aineiston analysoinnissa käytettiin riippumattomien otosten t-testejä, χ^2 -testiä sekä toistettujen mittausten yleistä lineaarista mallia (GLM) ja regressioanalyysia.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 7/9, puutteet kriteereissä 2 ja 8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Tavanomaisen hoidon ryhmässä neljä osallistujaa siirrettiin lyhytaikaishoitoon hoivakotiin T1-ajankohtana ja viisi osallistujaa T2-ajankohtana.

Kuntoutumista edistävän kotihoidon ryhmässä oli enemmän iäkkäitä henkilöitä, joille suositeltiin kotihoitotuntien vähentämistä tai kotihoidosta luopumista verrattuna kontrolliryhmään (29 % vs. 0 %; $p < 0,001$).

Uusiseelantilaisessa klusterirandomoidussa kontrolloidussa tutkimuksessa⁶ verrattiin kuntoutumista edistävän kotihoidon ja tavanomaisen hoidon vaikutuksia terveyteen liittyvään elämänlaatuun ikääntyneillä kotihoidon asiakkailla ($n = 186$, keski-ikä 79 vuotta, 74 % naisia). Tavanomaisessa kotihoidossa toteutettiin hoitoa asiakkaan suunnitelman mukaisesti ja hoito sisälsi muun muassa kodinhoitoa ja henkilökohtaista hoitoa ilman erityistä painotusta itsenäisyyden edistämiseen. Kuntoutumista edistävän kotihoidon interventio sisälsi ikääntyneiden itsenäisyyden optimointia ja hoitajille kohdennettua lisäkoulutusta, se tuki asiakkaiden henkilökohtaisten tavoitteiden asettamista ja niihin pääsemistä. Ensisijainen tulostittori oli terveyteen liittyvän elämänlaadun muutos Short Form 36 Health Survey (SF-36) -kyselyllä. Kysely sisältää 36 kysymystä, jotka kattavat kahdeksan eri terveyden osa-aluetta, kuten fyysinen toimintakyky, kipu ja yleinen terveys. Arviointi toteutettiin alussa sekä neljän kuukauden ja seitsemän kuukauden seurantakäynneillä. Yhden kuukauden aikana, ennen ja jälkeen arvioinnin, verrattiin hoitajien käyntien ja tuntien keskimääräistä määrää molemmissa ryhmissä. Analysointimenetelmänä käytettiin yleisiä lineaarisia sekamalleja toistuville mittauksille ja klusteroiduille tiedoille.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/13, puutteet kriteereissä 4, 5 ja 8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Seuranta-ajan analyysi osoitti, että kuntoutumista edistävää kotihoitoa saaneet iäkkäät asiakkaat käyttivät vähemmän kotihoitopalveluita sekä henkilökohtaista apua kolmen ensimmäisen vuoden aikana verrattuna tavanomaista kotihoitoa saaneisiin.

Australialaisessa retrospektiivisessä kohorttitutkimuksessa⁷ selvitettiin, vähentääkö osallistuminen kuntoutumista edistävään hoitotyöhön iäkkäiden henkilöiden jatkuvan tuen tarvetta ja kotihoidon kustannuksia 57 kuukauden (5 vuoden) seuranta-aikana. Vertailuryhmä sai perinteisen kotihoidon palveluita. Seurannat tehtiin kuuden kuukauden sekä 1, 2, 3, 4 ja 5 vuoden kohdalla palvelun aloituksesta. Tutkimuksen kohderyhmänä olivat yli 65-vuotiaat henkilöt, jotka tarvitsivat apua henkilökohtaisessa hoidossa ja täyttivät kotikuntoutuspalveluiden Home Independence Program (HIP) tai Personal Enablement Program (PEP) -kriteerit. Aineistosta jätettiin pois asiakkaat, joilla oli diagnosoitu muistisairaus tai jotka eivät olleet saaneet vähintään kolmea kotikuntoutuskäyntiä tai kolmea tuntia tavanomaista kotihoitoa.

Tutkimusaineisto kerättiin rekisteripohjaisesti yhdistämällä useita tietolähteitä. Ensisijainen lähde oli yksityisen organisaation asiakastietokanta, josta poimittiin tiedot henkilöistä, jotka olivat saaneet joko kuntouttavaa kotihoitoa (HIP tai PEP) tai perinteistä kotihoitoa vuosina 2004–2008. Mukaan otettiin vain ne henkilöt, jotka täyttivät kuntoutuspalveluiden kriteerit ja olivat saaneet vähintään kolme käyntiä tai kolme tuntia palvelua. Tämän jälkeen tiedot yhdistettiin muihin tietolähteisiin (iäkkäiden henkilöiden hoidon ja palveluiden tarve, palveluiden käyttö sekä kuolinsyrekisterin tiedot).

Tutkimukseen osallistui yhteensä 10 368 iäkästä henkilöä, jotka jaettiin kolmeen ryhmään sen mukaan, minkälaista kotihoitopalvelua he olivat saaneet. HIP-ryhmässä oli 2 586 osallistujaa (keski-ikä 79,33 vuotta; SD = 8,27), PEP-ryhmässä 5 450 osallistujaa (keski-ikä 75,8 vuotta; SD = 11,48) ja perinteistä kotihoitoa saaneessa vertailuryhmässä 2 332 osallistujaa. PEP- ja perinteisen kotihoidon ryhmien keski-ikä oli 82,1 vuotta (SD = 7,34). Koko tutkimusjoukon keski-ikä oli 78,1 vuotta (SD = 10,25). Asiakkaiden palveluiden käyttöä tarkasteltiin dikotomisella muuttujalla, oliko henkilö käyttänyt palvelua vai ei (kyllä/ei). Kustannuksia mitattiin Australian dollareina (AU\$) ja analysoitiin mediaanikustannuksina eri ajankohtina seurannan aikana.

Tutkimuksessa verrattiin kolmea ryhmää: 12 viikon mittaiseen HIP-kuntoutusohjelmaan osallistuneita yhteisöstä ohjattuja asiakkaita, kahdeksan viikon mittaiseen PEP-kuntoutusohjelmaan osallistuneita sairaalasta kotiutuneita asiakkaita sekä tavanomaista HACC-kotihoitoa saaneita sairaalasta kotiutuneita asiakkaita. Vertailu kohdistui palveluiden käyttöön ja kustannuksiin lähes viiden vuoden seuranta-ajalla. Molemmat kuntoutusohjelmat sisälsivät toimintakyvyn tukemista, apuvälineiden käytön ohjausta, liikuntaohjelmia, kaatumisten ehkäisyn ohjausta, ravitsemus- ja lääkeohjausta sekä sosiaalisen osallistumisen tukemista. PEP-ohjelma sisälsi tarvittaessa myös sairaanhoitoa. Molemmat ohjelmat perustuvat asiakaslähtöiseen, tavoitteelliseen ja kuntouttavaan työotteeseen. Perinteinen kotihoito oli jatkuvampaa ja hoi vapainotteisempaa, fokus asiakkaan päivittäisten toimintojen tukemisessä (henkilökohtainen hygienia, apu kotitaloustöissä).

Palveluiden käyttöä analysoitiin käyttäen yleistettyjä lineaarisia malleja, joissa tarkasteltiin osallistujien kotihoitopalveluiden käyttöä eri ajankohtina (3, 6, 12, 24, 36, 48 ja 57 kuukautta) dikotomisena muuttujana (kyllä/ei). Analyysit tehtiin sekä kokonaispalveluiden käytölle että erikseen palvelutypeittäin (esim. henkilökohtainen apu, kotipalvelu, omaishoito). Kumulatiivisten kustannusten vertailussa käytettiin kvanttiiliregressiota. Kaikki analyysit oli vakioitu mahdollisten sekoittavien tekijöiden osalta, kuten ikä, sukupuoli, asumismuoto, omaishoitajan saatavuus, aiempi palveluiden käyttö ja toimintakyvyn taso.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/11, puutteet kriteereissä 6 ja 10

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **on kohtalaista näyttöä, että kuntoutumista edistävä kotihoito tukee iäkkäiden asiakkaiden kotona asumista. (B)**

Moniammatillisesti toteutettua ja tavoitteellisesti kuntoutumista edistävää hoitoa saaneet iäkkäät kotihoidon asiakkaat pysyivät useammin kotona asuvina verrattuna tavanomaista kotihoitoa saaneisiin iäkkäisiin (n = 569; 82 % vs. 490; 71 %; OR 1,99; 95 % CI 1,47–2,69; p < 0,001).

Yhdysvaltalaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa⁴ verrattiin kuntoutumista edistävää kotihoitoa (n = 712) ja tavanomaista kotihoitoa saavien iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden (n = 691) toimintakykyä ja kotona asumista. Tutkimukseen osallistui kuusi kotihoitoyksikköä, joista viisi toteutti tavanomaista kotihoitoa ja yksi kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Kuntoutumista edistävä hoito perustui moniammatilliseen yhteistyöhön, geriatriaan, kuntoutukseen ja tavoitteenasetteluun. Kuntoutumista edistävän kotihoidon suunnitelma sisälsi liikuntaharjoituksia, käyttäytymisen muutoksia, asunnon muutostöitä, apuvälineiden hankintaa, neuvontaa ja iäkkäiden ja hänen läheistensä ohjausta sekä lääkityksen tarkistamista. Sisäänottokriteerinä oli vähintään 65 vuoden ikä, riski toimintakyvyn heikkenemiseen akuutin sairastumisen tai sairaalajakson jälkeen, kuntoutumisen mahdollisuus ja kotihoidon asiakkuus. Mittarina käytettiin Outcome and Assessment Information Set (OASIS) -hoitotietokantaa, jossa liikuntakyky oli luokiteltu neljään luokkaan (1–4) ja korkeampi pistemäärä osoitti parempaa liikuntakykyä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kuntoutumista edistävä kotihoito ei vaikuttanut ympärivuorokautiseen hoitoon joutumisen riskiin haurailta vanhuksilla verrattuna tavanomaisen hoitoon (HR 0,69; 95 % CI 0,4–1,16), mutta ympärivuorokautiseen hoitoon joutuminen oli silti vähäisempää kuntoutumista edistävää kotihoitoa saaneiden ryhmässä, verrattuna tavanomaista hoitoa saaneiden ryhmään (n = 17/56 vs. 22/57).

Uusiseelantilaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa⁸ (RCT; n = 113) tutkittiin kuntoutumista edistävän kotihoidon vaikutuksia kuolleisuuteen tai laitoshoitoon joutumisen riskiin tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Lisäksi tutkittiin kuntoutumista edistävän kotihoidon vaikutuksia omaishoitajien terveyteen ja hyvinvointiin. Kuntoutumista edistävän kotihoidon interventio koostui Community Flexible Integrated Responsive Support Team (FIRST) -mallista. Malli sisälsi kattavan geriatrisen arvioinnin, yksilöllisten tavoitteiden asettamisen ja fyysisen aktiivisuuden integroinnin hoitosuunnitelmaan. Tutkimukseen osallistui 113 ikääntynyttä, joilla oli riski joutua pysyvään laitoshoitoon. Osallistujien keski-ikä oli noin 83 vuotta (SD 7,6) ja 61 % oli naisia. Osallistujat jaettiin interventioryhmään (n = 56) ja tavanomaista hoitoa saavien ryhmään (n = 57). Mittarina käytettiin laitoshoitoon joutumista tai kuolemaa. Lisäksi arvioitiin omaishoitajien fyysistä toimintakykyä, terveyttä, sosiaalista tukea ja palveluiden käyttöä interRAI Home Care -arvioinnilla (korkeampi pistemäärä kuvaa suurempaa tuen tarvetta) sekä omaishoitajien terveyteen liittyvää elämänlaatua 36 Item Short Form Health Survey (SF-36) -kyselyllä (36 kysymystä mm. fyysinen toimintakyky, kipu, yleinen terveydentila ja mielenterveys, jossa korkeampi pistemäärä kuvaa parempaa terveyteen liittyvää elämänlaatua). Kaikki osallistujat analysoitiin alkuperäisen ryhmäjaon mukaisesti riippumatta

siitä, suorittivatko he intervention loppuun. Analyysissä käytettiin Coxin suhteellisen riskin mallia sekä toistettujen mittauksen mixed- method – mallia.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/13, puutteet kriteereissä 2, 4, 5 ja 6

Sovellettavuus suosituksessa: Kohtalainen

Kommentti: Suomalaisessa kotihoidossa ei ole käytössä toimintamallia, jossa tukihenkilö (an unregulated support worker) voisi käydä asiakkaan kotona neljä kertaa päivässä, seitsemänä päivänä viikossa, tarvittaessa myös ilta-aikaan.

➤ **on kohtalaista näyttöä, että iäkkäät asiakkaat kokevat kuntoutumista edistävän kotihoidon parantavan heidän elämänlaatuaan. (B)**

Kotikuntoutusinterventioon osallistuneet kotihoidon asiakkaat arvioivat elämänlaatunsa paremmaksi (BREF mean 76,5; SD ±12,2 vs. 84,61; 6,1) verrattuna tavanomaista kotihoitoa saaneisiin (BREF mean 76,4; SD ±11,6 vs. 76,68; 11,4; $\beta = 7,77$; $p < 0,01$).

Taiwanilaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa⁹ kehitettiin ja arvioitiin kotikuntoutuksen toimintamalli (Reablement Home Care). Tutkimuksen kohteena olivat yli 65-vuotiaat kotihoidon asiakkaat (n = 73), heidän läheisensä (n = 73) sekä kotihoidon ammattilaiset (n = 40). Osallistujat (n = 186) valittiin kahdesta eri kotihoidon yksiköstä, joista toinen toimi koe- ja toinen kontrolliryhmänä. Koeryhmän osallistujat saivat kehitetyn kotikuntoutusmallin mukaista kotihoitoa ja kontrolliryhmän osallistujat perinteistä kotihoitoa. Kehitetty kotikuntoutuksen interventio oli lyhytaikainen (3 kk) ja se koostui kotihoidon ammattilaisille toteutetusta moniammatillisesta koulutuksesta, asiakkaille laadituista yksilöllisistä kuntoutussuunnitelmista ja intensiivisestä arjen toimintojen tukemisesta sekä asiakkaan, läheisen ja hoitajan välisen yhteistyön vahvistamisesta. Asiakkaiden terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioitiin WHO Quality of Life - BREF -mittarilla (28 väittämää, asteikko 1–5, kokonaispistemäärä 0–140, jossa suurempi pistemäärä kuvaa parempaa elämänlaatua). Aineisto kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla ennen ja jälkeen intervention toteuttamisen. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin χ^2 -testiä, t-testiä ja ANOVA-analyysia käyttäen. Yleistettyä estimaatioyhtälöä (GEE) käytettiin interventioiden vaikutuksen tarkasteluun.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 6/9, puutteet kriteereissä 2, 6 ja 7

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kommentti: Kuntoutuksesta käytettiin termiä ”reablement”, jossa tavoitteena on vähentää pitkäaikaisen hoivan tarvetta auttamalla asiakkaita palauttamaan itseluottamuksensa ja oppimaan taidot, joita he tarvitsevat mahdollisimman itsenäiseen elämään. Kotihoidon asiakkaille tärkeimmät tarpeet olivat peseytyminen, auton tai junan itsenäinen käyttö, kotityöt ja pukeutuminen. Läheisille tärkeimmät tarpeet olivat peseytyminen, kävely ja ulkona liikkuminen. Kotihoidon ammattilaisten tärkeimmät oppimistarpeet olivat siirtymisten avustaminen, passiiviset liikelaitteharjoitukset ja apuvälineiden käyttö.

Kuntoutumista edistävä kotihoito, joka tuki henkilökohtaista tavoitteiden asettamista, paransi ikääntyneiden terveyteen liittyvää elämänlaatua tavanomaiseen hoitoon verrattuna seitsemän kuukauden seurannassa (SF 36: interventoryhmä: 0 kk mean 52,4; SE 1,4; 7 kk mean 59,5; SE 1,4 vs. kontrolliryhmä: 0 kk mean 54,6; SE 1,3; 7 kk mean 57,7 SE 1,4; muutos lähtötilanteesta 7 kk seurannassa: 3,8; 95 % CI -0,0–7,7; p = 0,05).

Uusiseelantilaisessa klusterirandomoidussa kontrolloidussa tutkimuksessa⁶ verrattiin kuntoutumista edistävän kotihoidon ja tavanomaisen hoidon vaikutuksia terveyteen liittyvään elämänlaatuun ikääntyneillä kotihoidon asiakkailla (n = 186, keski-ikä 79 vuotta, 74 % naisia). Tavanomaisessa kotihoidossa toteutettiin hoitoa asiakkaan suunnitelman mukaisesti ja hoito sisälsi muun muassa kodinhoitoa ja henkilökohtaista hoitoa ilman erityistä painotusta itsenäisyyden edistämiseen. Kuntoutumista edistävän kotihoidon interventio painotti ikääntyneiden itsenäisyyden optimointia, sisälsi hoitajille kohdennettua lisäkoulutusta sekä tuki asiakkaiden henkilökohtaisten tavoitteiden asettamista ja niihin pääsemistä. Ensisijainen tulostittari oli terveyteen liittyvän elämänlaadun muutos Short Form 36 Health Survey (SF 36) -kyselyllä. Kysely sisältää 36 kysymystä, jotka kattavat kahdeksan eri terveyden osa-alueita kuten fyysinen toimintakyky, kipu ja yleinen terveys. Arviointi toteutettiin tutkimuksen alussa sekä neljän kuukauden ja seitsemän kuukauden seurantakäynneillä. Yhden kuukauden aikana, ennen ja jälkeen arvioinnin, verrattiin hoitajien käyntien ja hoitajien käyttämien tuntien keskimääräistä määrää molemmissa ryhmissä. Analysointimenetelminä käytettiin yleisiä lineaarisia sekamalleja toistuville mittauksille ja klusteroiduille tiedoille.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/13, puutteet kriteereissä 4, 5 ja 8

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **näyttö on epävarmaa, mutta viittaa siihen, että kuntoutumista edistävä kotihoito vähentää iäkkäiden asiakkaiden päivystyskäyntien määrää sairaalassa. (C)**

Moniammatillisesti toteutettua ja tavoitteellisesti kuntoutumista edistävää kotihoitoa saaneet iäkkäät kotihoidon asiakkaat kävivät harvemmin sairaalapäivystyksessä verrattuna tavanomaista kotihoitoa saaneisiin iäkkäisiin (n = 70; 10 % vs. 140; 20 %; OR 0,44; 95 % CI 0,32–0,61; p < 0,001).

Yhdysvaltalaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa⁴ verrattiin kuntoutumista edistävää kotihoitoa (n = 712) ja tavanomaista kotihoitoa saavien iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden (n = 691) toimintakykyä ja kotona asumista. Tutkimukseen osallistui kuusi kotihoitoyksikköä, joista viisi toteutti tavanomaista kotihoitoa ja yksi kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Kuntoutumista edistävä hoitotyö perustui moniammatilliseen yhteistyöhön, geriatriaan, kuntoutukseen ja tavoitteenasetteluun. Kuntoutumista edistävän hoitotyön suunnitelma sisälsi liikuntaharjoituksia, käyttäytymisen muutoksia, asunnon muutostöitä, apuvälineiden hankintaa, neuvontaa ja ohjausta iäkkäälle ja hänen läheisilleen sekä lääkityksen tarkistamista. Sisäänottokriteerinä oli vähintään 65 vuoden ikä, riski toimintakyvyn heikkenemiseen akuutin sairastumisen tai sairaalajakson jälkeen, kuntoutumisen mahdollisuus ja kotihoidon asiakkuus. Mittarina käytettiin Outcome and Assessment Information Set (OASIS) -hoitotietokantaa, jossa liikuntakyky on luokiteltu neljään

luokkaan (1–4) ja korkeampi pistemäärä osoittaa parempaa liikuntakykyä. Aineiston analyysissä käytettiin McNemarin testiä, parittaisten otosten T-testiä, logistista regressioanalyysia ja Wilcoxonin testiä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Lähteet

1. Ambugo EA, Dar I, Bikova MS, Førland O, Tjerbo T. A qualitative study on promoting reablement among older people living at home in Norway: opportunities and constraints. *BMC Health Services Research* 2022; 22: 150. DOI: 10.1186/s12913-022-07543-z.
2. Hjelle K, Skutle O, Førland O, Alvsvåg H. The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2016; 9: 575–585. DOI: 10.2147/JMDH.S115588.
3. Mjøsund HL, Uhrenfeldt L, Burton E, Moe CF. Promotion of physical activity in older adults: Facilitators and barriers experienced by healthcare personnel in the context of reablement. *BMC Health Services Research* 2022; 22: 956. DOI: 10.1186/s12913-022-08247-0.
4. Tinetti ME, Baker D, Gallo WT, Nanda A, Charpentier P, O'Leary J. Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 2002; 287: 2098–2105. DOI: 10.1001/jama.287.16.2098.
5. Kjernsholen J, Schou-Bredal I, Kaaresen R, Soberg HL, Sagen A. A prospective intervention study with 6 months follow-up of the effect of reablement in home dwelling elderly: Patient-reported and observed outcomes. *Archives of Rehabilitation Research and Clinical Translation* 2024; 6: 100311. DOI: 10.1016/j.arrct.2023.100311.
6. King All, Parsons M, Robinson E, Jörgensen D. Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial. *Health & Social Care in the Community* 2012; 20: 365–374. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2011.01039.x.
7. Lewin G, Alfonso, Alan J. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. *Clinical Interventions in Aging* 2013; 8: 1273–1281. DOI: 10.2147/CIA.S49164.
8. Parsons M, Senior H, Kerse N, Chen M-H, Jacobs S, Anderson C. Randomised trial of restorative home care for frail older people in New Zealand. *Nursing Older People* 2017; 29: 27-33. DOI: 10.7748/nop.2017.e897.
9. Chiang Y-H, Hsu H-C, Chen C-L, Chen C-F, Chang-Lee S-N, Chen Y-M, Hsu S-W. Evaluation of reablement home care: Effects on care attendants, care recipients, and family caregivers. *International Journal of Environmental Research & Public Health* 2020; 17: 8784. DOI: 10.3390/ijerph17238784.