

6. Toimijuuden tukeminen päivittäisissä toiminnoissa

Toteuta kuntoutumista edistävää kotihoitoa myönteisellä ja kannustavalla työotteella sillä,

- **näyttö on epävarmaa, mutta viittaa iäkkäiden asiakkaiden kokevan kannustavan hoitotyöntekijän ja myönteisen ilmapiirin merkityksellisiksi. (C)**

Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden mielestä motivoiva kotihoidon ammattilainen oli merkityksellinen heidän terveytensä tukemisen kannalta. Motivaatiota luovat kotihoidon ammattilaiset olivat positiivisia, määrätietoisia ja kannustavia.

Iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden mielestä myönteistä ilmapiiriä luovalla kotihoidon ammattilaisella oli merkittävä rooli heidän terveytensä tukemisessa. Tällaiset ammattilaiset koettiin helposti lähestyttäväksi, kiireettömiksi ja yhteistä rytmiä herkästi huomioiviksi. Ammattilaisten toiminnassa korostui kyky keskittyä siihen, millaisena iäkäs henkilö koki kohtaamistilanteessa syntyvän tunnelman.

Ruotsalaisessa laadullisessa tutkimuksessa¹ selvitettiin iäkkäiden kotihoitoa tarvitsevien henkilöiden (n = 23, vähintään 65-vuotiaita) käsitteitä moniammatillisen tiimin hoitotaidoista, jotka tukevat terveyttä lyhytaikaisessa tavoitteellisessa kotikuntoutuksessa. Interventio sisälsi kolmen kuukauden kotikuntoutusjakson, jota toteutti moniammatillinen tiimi (n = 21 sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaista, sis. sairaanhoitaja (nurse), lähihoitaja (enrolled nurse), fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti). Aineisto kerättiin yksilöhaastatteluina kolmesta kuuteen viikkoa intervention toteutuksen jälkeen ja analysoitiin fenomenografisella analyysimenetelmällä.

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

Kommentti: Tässä tutkimuksessa: reablement (uudelleenmahdollistaminen) tulkittiin lyhytaikaisena, tavoitteellisenä kuntoutumista edistävänä hoitona, joka tähtää iäkkään itsenäisyyden ja toimintakyvyn palauttamiseen kotona. Rehabilitation (kuntoutus) tulkittiin laajempaan käsitteeseen, joka kattaa erilaisia toimenpiteitä henkilön toimintakyvyn parantamiseksi. Restorative (palauttava, kuntouttava) tulkittiin synonyyminä reablement-käsitteelle.

Hyödynnä kuntoutumista edistävän hoitotyön keinoja monipuolisesti iäkkään asiakkaan kotihoidossa, sillä

- **on vahvaa näyttöä, että kuntoutumista edistävä kotihoito edistää iäkkäiden asiakkaiden itsearvioitua toimintakykyä ja luottamusta toimia arjessa. (A)**

Moniammatillinen kuntoutumista edistävä kotihoito paransi osallistujien **itsearvioitua toimintakykyä** päivittäisissä toiminnoissa suoriutumisen kolmen kuukauden seurannassa (**COPM-P**: mean 4,33 (SD 2,59) vs. 3,01 (2,48); muutosero 1,32; $p = 0,043$).

Norjalaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa (RCT)² arvioitiin määräaikaisen kotikuntoutuksen ja perinteisen kotihoidon välisiä eroja erityisesti kustannusten näkökulmasta yhdeksän kuukauden seurannassa. Tutkimuksessa arviointiin ja verrattiin kotikuntoutusjaksole osallistuneiden ($n = 25$, joista naisia 76 % ja keski-ikä 79,9 v) ja perinteistä kotihoitoa saaneiden ($n = 21$, joista 66,7 % naisia ja keski-ikä 78,1 v) kotihoidon käyntien määrää ja kestoja sekä osallistujien itsearvioitua suoriutumista ja tyytyväisyyttä päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Itsearviointi toteutettiin Canadian Occupational Performance Scale (COPM) -mittarilla, joka on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Osallistujat arvioivat päivittäisten toimintojen tärkeyttä (COPM-P) ja tyytyväisyyttä suoriutumiseen (COPM-S) asteikolla 1–10. Korkeampi pistemäärä tarkoittaa suurempaa tärkeyttä tai suurempaa tyytyväisyyttä. Aineisto kerättiin tutkimuksen alussa sekä kolme kuukautta ja kuusi kuukautta alkumittauksesta. Aineisto analysoitiin kahden muuttujan t-testillä. Kustannusvaikuttavuutta arvioitiin Incremental Cost-Effectiveness Ration (ICER) avulla.

Kotikuntoutuksella tarkoitettiin tässä tutkimuksessa yksilöllistä ja moniammatillista interventiota. Interventioiden keskimääräistä kestoja ei ilmoitettu. Tiimiin kuului esimerkiksi toimintaterapeutteja, fysioterapeutteja, sairaanhoitajia, lähihoitajia ja avustajia. Terapeuttien tehtävissä painottuivat arviointi ja kuntoutussuunnitelman laatiminen. Hoitajien tehtävät puolestaan keskittyivät enemmän kotihoitokäynteihin ja osallistujien päivittäiseen hoitoon. He tukivat osallistujia kuntoutusprosessissa ja varmistivat, että he saivat tarvittavaa apua ja ohjausta. Kotikuntoutusta kuvattiin kuntoutusmuotona, joka keskittyy parantamaan osallistujien itsenäistä toimintakykyä iäkkäälle itselleen merkityksellisissä toiminnoissa. Kotikuntoutus sisälsi yksilöllisen suunnitelman mukaisesti esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn harjoittelua (esimerkiksi liikunta- ja kestävyysharjoittelua), päivittäisten toimintojen harjoittelua (esimerkiksi itsenäinen peseytyminen, ruokailu tai pukeutuminen) sekä kodin ulkopuolisen asioinnin harjoittelua (esimerkiksi kaupassa käyminen).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/13, puutteet kriteereissä 4, 5 ja 9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kymmenen viikon kotikuntoutus paransi kotona asuvien iäkkäiden kokemaa toimintakykyä itselle merkityksellisissä päivittäisissä toiminnoissa kontrolliryhmään verrattuna (COPM-suorituskyvyn kokonaispisteissä ero 1,5 pistettä, 95 % CI 0,4–2,6; $p = 0,01$; 3 kk: interventoryhmä: mean 6,9; 95 % CI 6,1–7,8 vs. kontrolliryhmä: mean 5,5; 95 % CI 4,4–6,3; Treatment effect: MD 1,5; 95 % CI 0,3–2,8; $p = 0,02$; 9 kk; interventoryhmä: mean 6,3; 95 % CI 5,0–7,6 vs. kontrolliryhmä: mean 4,8; 95 % CI 4,1–5,5; Treatment effect MD 1,4; 95 % CI 0,2–2,7; $p = 0,03$.)

Lisäksi kotikuntoutus paransi kotona asuvien iäkkäiden tyytyväisyyttä omaan suoriutumiseensa itselle merkityksellisissä päivittäisissä toiminnoissa kontrolliryhmään verrattuna (COPM-kokonaistyytyväisyys 1,2 pistettä; 95 % CI 0,1–2,3; $p = 0,04$; 3 kk: interventoryhmä: mean 6,7; 95 % CI 5,9–7,6 vs. kontrolliryhmä: mean 6,0; 95 % CI 5,3–6,8; Treatment effect: MD 1,0; 95 % CI -0,3–2,2; $p = 0,13$; 9 kk; interventoryhmä: mean 6,5; 95 % CI 5,2–7,8 vs. kontrolliryhmä: mean 5,2; 95 % CI 4,5–5,9; Treatment effect MD 1,4; 95 % CI 0,1–2,7; $p = 0,03$.)

Norjalaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa³ (RCT) selvitettiin kotikuntoutuksen vaikuttavuutta kotona asuvilla iäkkäillä verrattuna tavanomaiseen hoitoon päivittäisten toimintojen, fyysisen toimintakyvyn ja terveyteen liittyvän elämänlaadun näkökulmasta. Yhteensä 61 kotona asuvaa iäkästä, joilla oli toimintakyvyn heikentymistä, satunnaistettiin interventoryhmään ($n = 31$) tai kontrolliryhmään ($n = 30$). Interventoryhmä sai kymmenen viikon kotona toteutuvan kuntoutusjakson. Kotikuntoutusinterventio toteutettiin asiakaslähtöisesti. Toimintaterapeutti ja fysioterapeutti arvioi osallistujan tilanteen COPM-mittarin avulla ja laati yksilöllisen kuntoutussuunnitelman. He ohjasivat kotihoidon ammattilaisia tukemaan osallistujaa päivittäisessä harjoittelussa enintään kolmen kuukauden ajan. Interventio sisälsi sekä kaikille yhteisiä menetelmiä että osallistujan tarpeisiin muokattuja toimenpiteitä. Keskeisiä sisältöjä olivat arjen toimintojen harjoittelu, ympäristön tai tehtävien mukauttaminen sekä yksilölliset harjoitusohjelmat. Tavoitteena oli vahvistaa osallistujan omatoimisuutta. Kontrolliryhmä sai tavanomaista kotihoitoa, joka sisälsi osallistujan palvelutarpeen mukaisen henkilökohtaisen ja käytännön avun, turvapalvelut, ateriapalvelun tai apuvälineet. Joillekin osallistujille tarjottiin myös fysio- tai toimintaterapeutin antamaa kuntoutusta. Tavanomaisen hoidon kestoa ei rajattu, ja se jatkui tarvittaessa tutkimusjakson jälkeen. Itse koettua toimintakykyä ja tyytyväisyyttä mitattiin Canadian Occupational Performance Measure (COPM) -mittarilla. Mittarin tarkoituksena on selvittää, kuinka hyvin henkilö kokee suoriutuvansa hänelle merkityksellisissä päivittäisissä toiminnoissa. Arvioitavat osa-alueet ovat toimintakyky ja tyytyväisyys. Aineisto kerätään haastatellen ja molemmat osa-alueet arvioidaan 1–10, jossa kymmenen on erittäin tyytyväinen/eriomainen suoriutuminen. Lisäksi fyysistä suorituskykyä mitattiin Timed up and go -mittarilla (aika istumasta seisomaan nousu- kävely ja takaisin istuutuminen) ja käden puristusvoimamittauksella. Terveyteen liittyvää elämänlaatua mitattiin COOP/WONCA- itsearviointimittarilla. Mittari sisältää kuusi kysymystä, joihin liittyy piirroskuvia. Jokainen kysymys edustaa omaa elämänaluettaan (esim. fyysinen kunto, tunne-elämä, päivittäinen toiminta) ja vastaukset arvioidaan viisiportaisella järjestysasteikolla (1–5), jossa 1 = paras tila ja 5 = huonoin tila. Arvioinnit tehtiin lähtötilanteessa sekä kolmen ja yhdeksän kuukauden seurannoissa. Analyysimenetelminä käytettiin muun muassa

riippumattomien otosten t-testiä keskiarvojen vertailuun, χ^2 -testiä osuuksien vertailuun sekä sekamallianalyysellä ryhmien välisten erojen analysointiin.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/13, puutteet kriteereissä 4, 6 ja 11

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Moniammatillinen kotikuntoutus paransi osallistujien itsearvioitua tyytyväisyyttä päivittäisissä toiminnoissa suoriutumisessa verrattuna perinteiseen kotihoitoon (COPM-S interventoryhmä: mean 4,30; SD 2,40 vs. kontrolliryhmä: 2,58; SD 2,67; muutosero: 172; p = 0,030).

Norjalaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa² (RCT) arvioitiin määräaikaisen kotikuntoutuksen ja perinteisen kotihoidon välisiä eroja erityisesti kustannusten näkökulmasta yhdeksän kuukauden seurannassa. Tutkimuksessa arviointiin ja verrattiin kotikuntoutusjaksole osallistuneiden (n = 25, joista naisia 76 % ja keski-ikä 79,9 v) ja perinteistä kotihoitoa saaneiden (n = 21, joista 66,7 % naisia ja keski-ikä 78,1 v) kotihoidon käyntien määrää ja kestoja sekä osallistujien itsearvioitua suoriutumista ja tyytyväisyyttä päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Itsearviointi toteutettiin Canadian Occupational Performance Scale (COPM) -mittarilla, joka on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Osallistujat arvioivat päivittäisten toimintojen tärkeyttä (COPM-P) ja tyytyväisyyttä suoriutumiseen (COPM-S) asteikolla 1–10. Korkeampi pistemäärä tarkoittaa suurempaa tärkeyttä tai suurempaa tyytyväisyyttä. Aineisto kerättiin tutkimuksen alussa sekä kolme kuukautta ja kuusi kuukautta alkumittauksesta. Aineisto analysoitiin kahden muuttujan t-testillä. Kustannusvaikuttavuutta arvioitiin Incremental Cost-Effectiveness Ration (ICER) avulla.

Kotikuntoutuksella tarkoitettiin tässä tutkimuksessa yksilöllistä ja moniammatillista interventiota. Interventioiden keskimääräistä kestoja ei ilmoitettu. Tiimiin kuului esimerkiksi toimintaterapeutteja, fysioterapeutteja, sairaanhoitajia, lähihoitajia ja avustajia. Terapeuttien tehtävissä painottuivat arviointi ja kuntoutussuunnitelman laatiminen. Hoitajien tehtävät puolestaan keskittyivät enemmän kotihoitokäynteihin ja osallistujien päivittäiseen hoitoon. He tukivat osallistujia kuntoutusprosessissa ja varmistivat, että he saivat tarvittavaa apua ja ohjausta. Kotikuntoutusta kuvattiin kuntoutusmuotona, joka keskittyy parantamaan osallistujien itsenäistä toimintakykyä iäkkäälle itselleen merkityksellisissä toiminnoissa. Kotikuntoutus sisälsi yksilöllisen suunnitelman mukaisesti esimerkiksi fyysisen toimintakyvyn harjoittelua (esimerkiksi liikunta- ja kestävyysharjoittelua), päivittäisten toimintojen harjoittelua (esimerkiksi itsenäinen peseytyminen, ruokailu tai pukeutuminen) sekä kodin ulkopuolisen asioinnin harjoittelua (esimerkiksi kaupassa käyminen).

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 10/13, puutteet kriteereissä 4, 5 ja 9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kuntoutumista edistävä kotihoito oli yhteydessä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden parempaan suoriutumiseen kotiaskareista verrattuna tavanomaista kotihoitoa saaneiden kotiaskareista suoriutumiseen (mean 9,5; SD 2,9 vs. 9,2; 3,0; $p = 0,04$).

Amerikkalaisessa kontrolloidussa kliinisessä tutkimuksessa⁴ verrattiin kuntoutumista edistävää kotihoitoa saavien ($n = 712$) 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 kotihoitoa. 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. Tutkimuksessa käytettiin mittarina Outcome and Assessment Information Set (OASIS) arviointia, joka on yhdysvaltalaisessa kotihoidossa laajasti käytetty standardoitu mittari. OASIS sisältää useita osa-alueita, jotka kuvaavat muun muassa päivittäisistä toiminnoista (ADL) ja kotiaskareista (IADL) suoriutumista, terveydentilaa ja avuntarvetta. OASIS-mittarissa toimintakykyä arvioidaan luokittelevilla asteikoilla, joissa korkeammat pistemäärät kuvaavat suurempaa avuntarvetta ja heikompaa toimintakykyä. Kotiaskareista (esim. kevyiden aterioiden suunnittelu ja valmistaminen, liikkuminen ja kuljetusvälineiden käyttö, pyykinpesu, kodinhoito, ostosten tekeminen, puhelimen käyttämisen taito sekä suun kautta otettavien lääkkeiden hallinta) suoriutumisen pistemäärä on 0–14. Aineiston analysoinnissa käytettiin seuraavia tilastollisia testejä: McNemar-testi, parillinen t-testi, ehdollinen logistinen regressio, Signed Rank -testi, logistinen regressio, lineaarinen regressio ja Coxin regressio.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 9/9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

➤ **näyttö on epävarmaa, mutta viittaa siihen, että kuntoutumista edistävä kotihoito lisää iäkkäiden asiakkaiden omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. (C)**

Kotihoidon ammattilaiset arvioivat kuntoutumista edistävän kotihoidon interventioon osallistuneiden asiakkaiden olevan vähemmän riippuvaisia kotihoidosta (HC: mean 25,55; SD $\pm 1,57$ vs. 20,35; 2,01) verrattaessa heitä tavanomaista kotihoitoa saaneisiin (HC: mean 23,05; SD $\pm 2,65$ vs. 22,90; 2,38; $\beta = -0,505$; $p = 0,001$).

Sekä kotihoidon ammattilaiset että läheisauttajat arvioivat kuntoutumista edistävän kotihoidon interventioon osallistuneiden kotihoidon asiakkaiden omatoimisuuden lisääntyneen (*ammattilaiset*: HC, interventioryhmä: mean 42,05; SD $\pm 1,82$ vs. 48,35; 4,09; kontrolliryhmä: 41,05; 4,29 vs. 40,60; 4,03; $\beta = 6,75$; $p = 0,001$; läheisauttajat, interventioryhmä HC mean 43,94; SD $\pm 6,32$ vs. 44,76; 5,15; kontrolliryhmä 45,50; SD $\pm 5,40$ vs. 39,88; 4,13; $\beta = 6,44$; $p < 0,001$).

Taiwanilaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa⁵ kehitettiin ja arvioitiin kuntoutumista edistävän kotihoidon (Reablement Home Care) toimintamallia. Tutkimuksen kohteena olivat yli 65-vuotiaat kotihoidon asiakkaat ($n = 73$), heidän läheisauttajansa ($n = 73$) 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, läheisauttajan ja ammattilaisen välisen yhteistyön vahvistamisesta. Tuloksia mitattiin tutkimusta varten kehitetyllä *HC-mittarilla*. Kotihoidon asiakkaiden itsemnäisyyttä ja omatoimisuutta sekä kotihoidon ammattilaisten ja läheisauttajien yhtenäistä tukea mittaavassa osiossa oli 11 väittämää kotihoidon ammattilaisille ja asiakkaille sekä kymmenen väittämää läheisauttajille (asteikko 1–5, kokonaispistemäärä asiakkaille ja ammattilaisille 0–55, omaishoitajille 0–50). Itsearvioitua omatoimisuuden vaikeutta arvioivassa osiossa oli kymmenen päivittäistoimintoa: pukeutuminen ja riisuutuminen, peseytyminen, ruokailu, lääkkeiden ottaminen, henkilökohtainen hygienia, siirtymiset, suolen toiminnan hallinta, rakon hallinta, apuvälineiden käyttökyky sekä kyky suoriutua yleisistä päivittäisistä toiminnoista. Asiakkaille ja läheisauttajille oli omat väittämät. Jokainen kohta arvioitiin vaihtoehtoilla ei vaikeutta, hieman vaikea, erittäin vaikea tai ei mahdollista lainkaan (pisteytys: 0–3, kokonaispistemäärä 0–30). Aineisto kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla ennen ja jälkeen intervention toteuttamisen ja analysoitiin tilastollisin menetelmin χ^2 -testiä, t-testiä, GEE-testiä ja ANOVA-analyysiä 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. Läheisauttajille tärkeimmät tarpeet olivat peseytyminen, kävely ja ulkona liikkuminen. Kotihoidon ammattilaisten tärkeimmät oppimistarpeet olivat siirtymisten avustaminen, passiiviset liikelaitteharjoitukset ja apuvälineiden käyttö.

Kerro iäkkäälle kotihoidon asiakkaalle, mitä kuntoutumista edistävä kotihoito tarkoittaa, sillä

- **näyttö on epävarmaa, mutta viittaa siihen, että iäkkäät asiakkaat eivät koe päivittäistoimintojen tekemistä toimintakykyä edistävänä tai ylläpitävänä toimintana. (C)**

Iäkkäät kotona asuvat henkilöt kokivat, että harjoittelu tarkoittaa fyysisiä liikuntaharjoituksia, ei jokapäiväisiä askareita. Päivittäisten toimintojen kuten peseytymisen tai pukeutumisen harjoittelu ei koettu kuntoutukseksi, vaikka suurin osa heidän tavoitteistaan liittyi niistä suoriutumiseen.

Norjalaisessa laadullisessa kuvailevassa tutkimuksessa⁶ kuvattiin iäkkäiden (64–92-vuotiaiden) kotona-asuvien henkilöiden (n = 8) kokemuksia kotikuntoutukseen osallistumisesta. Iäkkäät olivat kotipalveluiden asiakkaita tai hakemassa asiakkuutta, ja osallistuivat laajemman tutkimuksen interventoryhmään. Moniammatillisen kuntoutustiimin jäseniä ei kuvattu tarkemmin. Kotikuntoutuksen kesto oli enintään kolme kuukautta ja sen sisältö vaihteli osallistujakohtaisesti, sillä se räätälöitiin jokaisen osallistujan tavoitteiden mukaan esimerkiksi päivittäisten toimintojen harjoittelun, aktiviteettien ja ympäristön muokkaustarpeiden sekä liikkumisharjoitusten osalta. Yleisesti interventioon kuului aktiivisuustavoitteiden mukainen kuntoutussuunnitelman laatiminen toimintaterapeutin tai fysioterapeutin kanssa, moniammatillisen tiimin antama ohjaus koko kuntoutusjakson ajan, harjoittelu kotihoidon ammattilaisten avustamana, harjoittelu fysioterapeutin ja/tai toimintaterapeutin kanssa vähintään tunnin ajan viikoittain. Lisäksi siihen sisältyi toistuvaa harjoittelua ja kotikäyntejä, joissa terveydenhuollon ammattilaiset olivat paikalla vahvistamassa osallistujan itsevarmuutta ja uudelleenoppimistaitoja. Koko terveydenhuollon henkilöstö kannusti osallistujia itsehoitoon ja -harjoitteluun. Aineisto kerättiin yksilöhaastatteluina: neljä osallistujaa haastateltiin kuukausi intervention aloittamisen jälkeen sekä intervention päätyttyä, neljä osallistujaa haastateltiin vain kerran kuukausi intervention päättymisestä. Aineisto analysoitiin induktiivisena 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

Sisällytä päivittäistoimintojen ja arkiaskareiden harjoittelu osaksi kotihoidon asiakkaan kanssa laadittavaa yksilöllistä kuntoutumissuunnitelmaa, sillä

- **on kohtalaista näyttöä, että päivittäistoimintojen ja arkiaskareiden harjoittelu osana kuntoutumista edistävää kotihoitoa parantaa iäkkäiden asiakkaiden päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. (B)**

Kotona asuvien iäkkäiden toimintakyky päivittäisissä toiminnoissa parani kotikuntoutuksessa, jossa harjoiteltiin arkitoimintoja kolme kertaa viikossa (mean 7,64; SD ±2,09) verrattuna tavanomaisen kotihoitoon (mean 5,03; SD ±2,11; p = 0,001).

Norjalaisessa ei-satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa⁷ verrattiin yksilöllisen, moniammatillisen kotikuntoutuksen vaikuttavuutta tavanomaisiin kotihoivapalveluihin kotona asuvilla iäkkäillä, joilla oli todettu toimintakyvyn heikkenemistä päivittäisissä toiminnoissa. Tutkimukseen osallistui 65 henkilöä (reablement-ryhmä n = 35, kontrolliryhmä n = 30). Kotikuntoutukseen osallistuneiden keski-ikä oli 80 vuotta (vaihteluväli 56–96) ja kontrolliryhmään osallistuneiden 78 vuotta (vaihteluväli 42–96). Kotikuntoutukseen osallistuneista oli miehiä 19 (54 %) ja naisia 16 (46 %) kun taas kontrolliryhmässä oli 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 haitta (MMSE < 18), palliatiivisen hoidon tarve tai puuttuva motivaatio 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 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-visual analog scale (EQ VAS), asteikko 0–100; korkeampi = parempi elämänlaatu) sekä kotihoitopalvelujen määrä viikkotunteina. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla ja suorilla mittauksilla ennen interventiota, intervention jälkeen ja kuuden kuukauden seurantamittauksissa. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin, riippumattomien otosten t-testejä, χ^2 -testiä sekä toistettujen mittausten yleistä lineaarista mallia (GLM) ja regressioanalyyssejä käyttäen.

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

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Kotihoidon iäkäs asiakas ja kotihoidon ammattilainen sopivat yhdessä säännöllisistä liikkumisharjoituksista (esim. tuolista nouseminen, roskien vieminen), jotka integroitiin arjen tehtäviin. Passiivista hoitoa korvattiin aktiivisella yhteistyöllä, jossa asiakas osallistui oman toimintakykynsä ylläpitoon. Liikkumisharjoitusten integrointi arkeen ja kotiympäristön muutokset tukivat iäkkäiden asiakkaiden kotona selviytymistä.

Suomalaisessa laadullisessa tapaustutkimuksessa⁸ tutkittiin, edistääkö kotihoidossa toteutettu liikkumissopimus iäkkäiden asiakkaiden liikkumista ja toimijuutta. Tutkimuksessa analysoitiin, miten kotihoidon ammattilaiset ja asiakkaat käyttivät artefakteja (esim. kalusteita, liikuntavälineitä, sopimusdokumenteja) sekä vuorovaikutustilanteita (kriittiset kohtaamiset) toimijuuden ja toimintakyvyn tukemisessa. Aineisto koostui 26 vuosina 2008–2011 videoituista kotihoidon käynneistä, joiden sisällöt litteroitiin. Analyysimenetelmänä käytettiin vuorovaikutustilanteiden kategorisointia teemoittain artefaktien käytön (rajoittava vs. laajentava) ja toimijuuden muodostumisen perusteella. Neljä tapausta valittiin edustamaan erilaisia artefaktien käyttötapoja (rajoittava vs. laajentava sekä satunnainen vs. suunniteltu). Aineiston analyysi tehtiin kriittisen kohtaamisen mallin avulla tunnistuen tahdonalaisten tekojen

ja käsitteellistämisyökkimysten konflikteja, toimijuuden ilmenemistä ja artefaktien roolia.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10, puutteet kriteereissä 6 ja 9

Sovellettavuus suosituksessa: Hyvä

Tulosten johdonmukaisuus ja yhtenevyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Aineiston rikkaus ja riittävyys: Ei huolia tai huolet hyvin vähäisiä

Kommentti: Liikkumissopimus tarkoittaa tässä tutkimuksessa uutta käytäntöä, jonka tavoitteena on integroida säännölliset liikkumisharjoitukset asiakkaan päivittäisiin rutiineihin. Liikkumissopimus neuvotellaan kotihoidon ammattilaisen ja asiakkaan välillä, ja se kirjataan asiakkaan hoitosuunnitelmaan.

- **on kohtalaista näyttöä, että kotihoidon ammattilaiset kokevat kuntoutumista edistävän kotihoidon lisäävän iäkkäiden asiakkaiden omatoimisuutta päivittäisissä toiminnoissa. (B)**

Kotihoidossa työskentelevät terveysalan ammattilaiset kokivat, että kuntoutumista edistävä kotihoito sai aikaan muutosta iäkkäiden toiminnassa, esimerkiksi lisäten omatoimisuutta arkiasiareissa, ja joissakin tapauksissa muutos oli pysyvää. He kokivat kuntoutumista edistävissä kotihoidossa työskentelyn palkitsevana, sillä he voivat kuntoutuksen interventtioiden avulla muuttaa iäkkäiden asiakkaiden arkea.

Norjalaisessa laadullisessa tutkimuksessa⁹ kuvattiin kotikuntoutuksessa työskentelevien kotihoidon ammattilaisten (n = 25, joista n = 11 sairaanhoitajaa, n = 2 toimintaterapeutteja, n = 5 hoitoapulaista/hoivaavustajaa (auxiliary tai specialist auxiliary nurse), n = 4 terveysalan työntekijää (health worker) n = 1 hoitoalan opiskelijaa, n = 1 terveysalan harjoittelijaa (trainee health worker) ja n = 1 sosiaaliskasvattajaa) kokemuksia kotikuntoutukselta. Aineisto kerättiin viidessä moniammatillisessa fokusryhmähaastattelussa, joissa fokusryhmien osallistujien keskimääräinen työkokemus vaihteli 2,5 vuodesta 13,6 vuoteen. Aineisto analysoitiin grounded theory -menetelmällä.

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

Kotihoidossa työskentelevät ammattilaiset kokivat kuntoutumista edistävän kotihoidon puolesta tehtävää hoitoa paremmaksi, koska sen avulla pyritään pitämään iäkkäät aktiivisina ja toimintakykyisinä.

Tanskalaisessa laadullisessa etnografisessa tutkimuksessa¹⁰ tutkittiin, miten kotihoidon ammattilaiset pyrkivät saamaan iäkkäiden piileviä voimavaroja käyttöön kotihoidossa. Tutkimukseen osallistui yli 50 vanhus-tenhuollon ammattilaista ja 31 iäkästä Kööpenhaminan kunnan kotihoidosta. Kotihoidon ammattilaiset osallistuivat tutkimukseen toteuttamalla kuntoutumista edistävää kotihoitoa iäkkäiden asiakkaiden kanssa. Tutkija havainnoi näitä tilanteita. Tutkimuksessa käytettiin

Patient-Specific Functional Scale (PSFS) -mittaria. Aineisto kerättiin osallistuvalla havainnoinnilla kotihoidossa (yli 150 tuntia) ja kotihoidon ammattilaisten puolistrukturoiduilla haastatteluilla. Aineisto analysoitiin temaattisella analyysillä.

Tutkimuksen menetelmällinen laatu: JBI 8/10, puutteet kriteereissä 6 ja 7

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 käsitettä "reablement" kuntouttava työote ja todettiin, että sitä kutsutaan myös toimintakykyä edistäväksi hoidoksi (enabling care), palauttavaksi hoidoksi (restorative care) tai arkikuntoutukseksi (everyday rehabilitation).

Lähteet

1. Gustafsson LK, Östlund G, Zander V, Elfström ML, Anbäcken EM. 'Best fit' caring skills of an interprofessional team in short-term goal-directed reablement: older adults' perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2019; 33: 498–506. DOI: 10.1111/scs.12650.
2. Kjerstad E, Tuntland HK. Reablement in community-dwelling older adults: A cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Economics Review* 2016; 6: 1–10. DOI: 10.1186/s13561-016-0092-8.
3. Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Førland O, Kjekken I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC geriatrics* 2015; 15: 145. DOI: 10.1186/s12877-015-0142-9.
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. 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.
6. Hjelle KM, Tuntland H, Førland O, Alvsvåg H. Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health and Social Care in the Community* 2017; 25: 1581–1589. DOI: 10.1111/hsc.12324.
7. 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.
8. Engeström Y, Kajamaa A, Nummijoki J. Double stimulation in everyday work: Critical encounters between home care workers and their elderly clients. *Learning, Culture and Social Interaction* 2015; 4: 48–61. DOI: 10.1016/j.lcsi.2014.07.005.
9. Liaaen J, Vik K. Becoming an enabler of everyday activity: Health professionals in home care services experiences of working with reablement. *International Journal of Older People Nursing* 2019; 14: e12270. DOI: 10.1111/opn.12270.
10. Bødker MN, Langstrup H, Christensen U. What constitutes 'good care' and 'good carers'? The normative implications of introducing reablement in Danish home care. *Health and Social Care in the Community* 2019; 27: e871–e878. DOI: 10.1111/hsc.12815.