

7. Läheisauttajien huomioiminen ja tukeminen

Huomioi kuntoutumista edistävässä kotihoidossa iäkkään asiakkaan lisäksi läheisauttajat, sillä

- **näyttö on epävarmaa, mutta viittaa iäkkäiden asiakkaiden läheisauttajien kokevan, että kuntoutumista edistävä kotihoito vähentää läheisen hoidosta aiheutunutta kuormittuneisuutta. (C)**

Kuntoutumista edistävän kotihoidon interventioon osallistuneiden kotihoidon iäkkäiden asiakkaiden läheisauttajat arvioivat hoitotaakkansa vähentyneen (FCB mean 24,94; SD \pm 7,6 vs. 23,6; 7,7) verrattuna tavanomaista kotihoitoa saaneiden läheisauttajiin (FCB mean 20,30; SD \pm 8,5 vs. 21,7; 8,9; β = -2,79; p < 0,001).

Taiwanilaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa¹ kehitettiin ja arvioitiin kotikuntoutuksen toimintamalli (Reablement Home Care). 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 kotikuntoutusmalli 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 kotihoidon ammattilaisen välisen yhteistyön vahvistamisesta. Läheisauttajien kuormitusta mitattiin 14-kohtaisella *Family Caregiving Burden (FCB)* -mittarilla (asteikko 0–3, kokonaispistemäärä 0–42, jossa suurempi pistemäärä kuvaa suurempaa kuormittuneisuutta). Aineisto kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla ennen ja jälkeen intervention toteuttamisen ja 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: Kuntoutumista edistävästä kotihoidosta käytettiin käsitettä "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 liikelaiteharjoitukset ja apuvälineiden käyttö.

➤ **näyttö on epävarmaa, mutta viittaa kuntoutumista edistävän kotihoidon parantavan iäkkäiden asiakkaiden läheisauttajien fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia ja siten tukevan heidän jaksamistaan. (C)**

Kuntoutumista edistävä kotihoito, joka kohdistui läheisauttajien avun piirissä oleviin iäkkäisiin, paransi läheisauttajien fyysistä (treatment effect 1,67; 95 % CI -1,97–5,31; p = 0,02) ja psyykkistä (treatment effect 0,51; 95 % CI -4,97–3,95; p = 0,04) hyvinvointia SF-36 mittarilla mitattuna. Muut tilastolliset tunnusluvut osoittivat kuitenkin vain pieniä ja tilastollisesti ei-merkittäviä eroja.

Uusiseelantilaisessa satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa² (RCT; n = 113) tutkittiin kuntoutumista edistävän kotihoidon vaikutuksia kuolleisuuteen tai laitoshoitoon joutumisen riskiin tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Lisäksi tutkittiin kuntoutumista edistävän kotihoidon vaikutuksia läheisauttajien terveyteen ja hyvinvointiin. Kuntoutumista edistävän kotihoidon interventio koostui Community Flexible Integrated Responsive Support Team (FIRST) -mallista, joka on osa kuntoutumista edistävää kotihoitoa. Malli sisälsi kattavan geriatrisen arvioinnin, yksilöllisten tavoitteiden asettamisen sekä liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden integroinnin osaksi arkea. Olennainen osa toimintamallia oli tukihenkilö (an unregulated support worker), joka kävi asiakkaan kotona neljä kertaa päivässä, seitsemänä päivänä viikossa, tarvittaessa myös ilta-aikaan. Tutkimukseen osallistui 113 iäkkästä, joilla oli riski joutua pysyvään laitoshoitoon. Osallistujien keski-ikä oli noin 83 vuotta (SD 7,6) ja 61 % oli naisia. Osallistujat jaettiin interventoryhmään (n = 56) ja tavanomaista hoitoa saavien ryhmään (n = 57). Mittarina käytettiin laitoshoitoon joutumista tai kuolemaa. Lisäksi arvioitiin läheisauttajien fyysistä toimintakykyä, terveyttä, sosiaalista tukea ja palveluiden käyttöä interRAI Home Care –arvioinnilla (korkeampi pistemäärä kuvaa suurempaa tuen tarvetta) sekä läheisauttajien 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 terveyttä). Kaikki osallistujat analysoitiin alkuperäisen ryhmäjaon mukaisesti riippumatta siitä, suorittivatko he intervention loppuun. Analyysissä käytettiin Coxin suhteellisen riskin mallia sekä toistettujen mittausten 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.

➤ **näyttö on epävarmaa, mutta viittaa kuntoutumista edistävän kotihoidon toteutuksen vahvistavan kotihoidon ja läheisauttajien yhtenäistä tukea iäkkäälle asiakkaalle. (C)**

Kotihoidon työntekijät arvioivat kuntoutumista edistävän kotihoidon intervention lisännen kotihoidon ja läheisauttajien yhtenäistä tukea kotihoidon asiakkaille (HC: mean 43,35; SD \pm 2,29 vs. 52,25; 3,46) kontrolliryhmään verrattuna (HC: mean 47,95; SD \pm 5,99 vs. 47,95; 5,10; β = 11,70; p = 0,001).

Taiwanilaisessa kvasikokeellisessa tutkimuksessa¹ kehitettiin ja arvioitiin kotikuntoutuksen toimintamalli. 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 kotikuntoutusmalli 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 kotihoidon ammattilaisen välisen yhteistyön vahvistamisesta. Tuloksia mitattiin tutkimusta varten kehitetyllä **HC-mittarilla**. **Kotihoidon asiakkaiden itsenäisyyttä ja omatoimisuutta sekä kotihoidon ja läheisauttajien yhtenäistä tukea mittaavassa osiossa** oli 11 väittämää kotihoidon ammattilaisille ja asiakkaille sekä kymmenen väittämää läheisauttajille (asteikko 1–5, kokonaispistemäärä asiakkaille ja hoitajille 0–55, läheisauttajille 0–50). Itsearvioitua omatoimisuuden vaikeutta arvioivassa osiossa oli kymmenen päivittäistoimintoa: puukeutuminen ja riisuutuminen, peseytyminen, ruokailu, lääkkeiden ottaminen, henkilökohtainen hygienia, siirtymiset, suolen toiminnan hallinta, rakon hallinta, apuvälineiden käyttökyky sekä kyky suoriutua yleisistä päivittäisistä toiminnoista. Kotihoidon asiakkaille ja läheisauttajille oli omat väittämät. Jokainen kohta arvioitiin vaihtoehdoilla ei vaikeutta, hieman vaikea, erittäin vaikea tai ei lainkaan mahdollista (pisteytys: 0–3, kokonaispistemäärä 0–30). Kotihoidon ammattilaisten työtyytyväisyyttä mittaavassa osiossa oli 11 väittämää (asteikko 1–5) ja koettuja työn saavutuksia kuvaavassa osiossa kymmenen väittämää (asteikko 1–5). Kotihoidon ammattilaisille oli lisäksi *tieto- ja taitotesti* (asteikko 0–100). Asiakkaiden toimintakykyä mitattiin *Barthel-indeksillä* (pisteet > 91 itsenäinen, 62–90 kohtalainen avuntarve, 21–61 suuri avuntarve, < 21 täysin riippuvainen avusta). 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). Läheisauttajien kuormitusta mitattiin 14-kohtaisella *Family Caregiving Burden (FCB)* -mittarilla (asteikko 0–3, kokonaispistemäärä 0–42, jossa suurempi pistemäärä kuvaa suurempaa kuormittuneisuutta). Aineisto kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla ennen ja jälkeen intervention toteuttamisen ja analysoitiin tilastollisin menetelmin χ^2 -testiä, t-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: Kohtalainen

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. Läheisauttajien tärkeimmät tarpeet olivat peseytyminen, kävely ja ulkona liikkuminen. Kotihoidon ammattilaisten tärkeimmät oppimistarpeet olivat siirtymisten avustaminen, passiiviset liikelaiteharjoitukset ja apuvälineiden käyttö.

Lähteet

1. 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.
2. 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.