



Ikääntyvän kuntoutujan aktiivisen roolin tukeminen kotikuntoutuksessa

Maria Kuoksa

Sanna Lähdekorpi

Opinnäytetyö, AMK

Lokakuu 2022

Terveys- ja hyvinvointialat

Toimintaterapeutti

Kuoksa, Maria & Lähdekorpi, Sanna

Ikääntyvän kuntoutujan aktiivisen roolin tukeminen kotikuntoutuksessa

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Lokakuu 2022, 83 sivua

Toimintaterapian tutkinto-ohjelma. Opinnäytetyö AMK.

Julkaisun kieli: suomi

Julkaisulupa avoimessa verkossa: kyllä

Tiivistelmä

Suomessa väestö ikääntyy nopeasti verrattuna muihin Pohjoismaihin. Ikääntyvien asiakkaiden määrän kasvu ja lisääntynyt tuen tarve ovat merkittäviä tekijöitä suunniteltaessa ikääntyvien asiakkaiden kotona selviytymisen palveluita. Kotikuntoutus-malli on moniammatillinen kuntoutusinterventio, jonka tavoitteena on vahvistaa ikääntyvän kuntoutujan toimintakykyä ja elämänlaatua sekä mahdollistaa kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Opinnäytetyön tehtävänä oli selvittää, miten moniammatillinen kotikuntoutus voi tukea ikääntyvää kuntoutusasiakasta tämän siirtyessä kuntoutusosastolta omassa kodissaan asuvan aktiivisen kuntoutujan rooliin.

Kehittämistyössä haettiin vastausta kysymykseen, mitkä ovat aktiivisen kuntoutujan roolia vahvistavia tekijöitä ja siihen liittyviä riskitekijöitä kotikuntoutuskontekstissa. Tavoitteena oli toimintaterapeuteille tehdyn kyselyn ja kuvailevan kirjallisuuskatsauksen pohjalta rakentaa monipuolinen näkemys ikääntyvän kuntoutujan kotikuntoutukseen vaikuttavista tekijöistä ja löytää tilaajaorganisaation käyttöön tutkittuun tietoon pohjautuvia asiakaslähtöisiä kuntoutusinterventiomalleja. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen artikkelihaku suoritettiin CINAHL-, PubMed- ja ProQuest Central sekä OTSeeker-tietokantoja käyttäen. Kyselytutkimuksen vastausten pohjalta pääteemoiksi nousivat asiakaslähtöisyys, motivaatio, kuntoutuksen tavoitteet, aktiivisen kuntoutujan roolin rakentuminen, kuntoutuksen toimijoiden moniammatillinen yhteistyö, omaiset ja läheiset, koti toimintaympäristönä sekä resurssit ja tuki. Näihin löydettyjä tieteellisiä artikkeleita ja tutkittuun tietoon pohjautuvia interventioita kuvataan raportissa sekä tilaajalle toimitetussa tietopakettissa. Johdospäätöksenä voidaan todeta, että kotikuntoutuksen onnistumisen kannalta on tärkeää kiinnittää huomiota aidon asiakaslähtöisyyden toteutumiseen ikääntyvien kuntoutujien kotikuntoutuksessa, huomioida mielenterveyteen ja elämänlaatuun liittyvät tekijät nykyistä vahvemmin sekä varmistaa moniammatillisen kuntoutustyön resurssit ja tuki.

Avainsanat (asiasanat)

Kotikuntoutus, ikääntyvä, toimintaterapia, kuntoutusinterventio, toiminnallinen identiteetti, rooli, transaktionaalinen malli (TMO)

Muut tiedot (salassa pidettävät tiedot)

-

Kuoksa, Maria & Lähdekorpi, Sanna

Supporting the active role of the elderly rehabilitator in home rehabilitation

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, October 2022, 83 pages

Degree Programme in Occupational therapy. Bachelor's thesis.

Permission for open access publication: Yes

Language of publication: Finnish

Abstract

In Finland, the population is ageing more rapidly than in other Nordic countries. The increasing number of elderly clients and the needs for support are important factors in planning the services addressed to support the elderly clients' coping at home. The home rehabilitation model is a multidisciplinary rehabilitation intervention which aims to strengthen the functional capacity and quality of life of the older persons and enable living at home for as long as possible. The aim of the thesis was to find out how a multidisciplinary home rehabilitation team can support an elderly rehabilitation client to transition from the rehabilitation department to a role of an active rehabilitant living in his/her own home.

The development work sought to answer the question of what are the factors that strengthen the role of the active rehabilitation client and the associated risk factors in the home rehabilitation context. Based on a survey of occupational therapists and a descriptive literature review, the aim was to build a multifaceted understanding of the factors influencing home rehabilitation for older people and to find client-oriented rehabilitation intervention models based on researched knowledge for use by the client organization. A descriptive literature review article search was conducted using CINAHL, PubMed, ProQuest Central and OTSeeker databases. The main themes based on the questionnaire responses were client orientation, motivation, rehabilitation goals, building the role of the active rehabilitant, multi-professional cooperation of rehabilitation operators and families, home as an environment, and resources and support available. The scientific articles and evidence-based interventions identified in these areas have been described in the report and in the information pack provided to the commissioner.

In conclusion, it is important for the success of home-based rehabilitation operators to pay attention to the implementation of a genuine person-centered approach to home-based rehabilitation for older people, to pay more attention to mental health and quality of life factors, and to ensure sufficient resources and support for multi-professional rehabilitation work.

Keywords/tags (subjects)

home rehabilitation, elderly, occupational therapy, rehabilitation intervention, functional identity, role, transactional model (TMO)

Miscellaneous (Confidential information)

-

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Ikääntyvän asiakkaan kuntoutus	4
2.1	Kuntoutus kunnan palveluna	6
2.2	Ikääntyvän asiakkaan kuntoutuksen ominaispiirteitä	8
2.3	Ikääntyvän asiakkaan asiakaspolku	9
2.4	Roolit, elämänkaari ja ikääntyminen.....	10
3	Kehittämistoiminnan teoreettiset lähtökohdat	12
3.1	Toimintaan vaikuttavat sisäiset tekijät ja toiminnan vuorovaikutteisuus	12
3.2	TMO ja toiminnan ulottuvuudet	13
3.3	Toiminnan osatekijät.....	14
3.4	Yhteistyö kuntoutumisen tukena: Sitoutumisen ja aktiivisuuden korostuminen	15
3.4.1	Toimintakeskeinen ja voimavaralähtöinen työtapo kuntoutusprosessissa	15
3.4.2	Päätöksenteon asiakaslähtöisyys	16
3.4.3	Soveltuvuus toimintaympäristöön ja toimintaperusteisuus	17
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät.....	18
5	Kehittämistoiminnan menetelmät	20
5.1	Tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineisto	21
5.2	Kyselytytkimus.....	22
5.3	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	23
5.4	Tutkimusaineiston analyysi	25
6	Tutkimuksen tulokset	27
6.1	Aktiivisen kuntoutujan roolin rakentuminen: Asiakaslähtöinen tavoitteenasettelu, osallistaminen ja motivaatio	27
6.2	Kuntoutuksen toimijoiden moniammatillinen yhteistyö	32
6.3	Omaiset ja läheiset osana kotikuntoutusta	38
6.4	Kotiympäristö turvallisen kuntoutumisen ja osallisuuden mahdollistajana.....	41

7	Kotikuntoutuksen interventiot.....	46
8	Pohdinta.....	57
8.1	Tulosten tarkastelu.....	57
8.2	Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi.....	61
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimustarpeet.....	64
	Lähteet	67
	Liitteet	74
	Liite 1. Kysely kuntoutustyöryhmässä työskenteleville toimintaterapeuteille.....	74
	Liite 2. Listaus kuvailevan kirjallisuuskatsauksen artikkeleista	76
	Kuviot	
	Kuvio 1 Toimintatutkimuksen spriaalimalli (Toikko & Rantanen 2009, 67)	20
	Taulukot	
	Taulukko 1 Opinnäytetyön kehittämistoiminnan vaiheet	22
	Taulukko 2 Tiedonhaun sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	24
	Taulukko 3 Esimerkki aineiston analyysistä	26

1 Johdanto

Suomessa väestö ikääntyy verrattuna muihin Pohjoismaihin nopeammin ja syntyvyys on alhaisempi kuin muualla Pohjoismaissa. Lisäksi suomalaisten kansalaisten terveiden vuosien määrä elämän aikana on selvästi vähäisempi, kuin muiden Pohjoismaiden kansalaisten ja niiden määrä on myös laskenut viimeisen kymmenen vuoden aikana. (Nordic Council of Ministers 2020, 28, 67.) Lisääntyvä ikääntyvien asiakkaiden määrä ja terveydentilasta johtuva lisääntynyt tuen tarve ovat merkittäviä tekijöitä suunniteltaessa ikääntyvien asiakkaiden kotona selviytymisen palveluita ja kuntoutusta. Aikaisemmin tehdyt tutkimukset ikäihmisten kotikuntoutuksesta ovat osoittaneet kotikuntoutuksen taloudelliset ja yksilön elämänlaatuun liittyvät hyödyt. (Kjerstad & Tuntland 2016, 7; Tessier, Beaulieu, McGinn & Latulippe 2016, 49.) Onnistunut asiakkaan kuntoutus ja toimiva asiakaspolku siis ovat sekä kunnan taloudelle että asiakkaan elämänlaadulle merkittävä asia, joka on huomioitu vahvasti myös palveluita ohjaavissa asiakirjoissa.

Ikääntyvien asiakkaiden kuntoutusta ohjaavat useat lait ja laatusuositukset, kuten laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 ja sosiaalihoitolaki 1301/2014. Valtioneuvosto on julkaissut toimintamallin ikäihmisten kuntoutukselle 2020–2022. Tämä toimintamalli pohjautuu Kuntoutuskomitean uudistuksen suositukseen (2017), jossa yksi tavoite on ikääntyvien asiakkaiden toimintakyvyn ja toimijuuden säilyttäminen. Pääpainon kuntoutustyössä tulisi olla ennakoivassa työssä ja ennaltaehkäisyssä, asiakkaan toimintakyvyn edistämisessä, asiakkaan ja omaisten osallisuuden vahvistamisessa sekä iäkkään roolin oman toimintakyvyn ja toimijuuden säilyttämisessä. Nämä tavoitteet löytyvät saman sisältöisinä myös Ikääntyneiden laatusuosituksista (Ikääntyneiden laatusuositus 2020, 23–24). Ikääntyvien kuntoutusasiakkaiden palveluiden suunnittelun ja toteuttamisen lähtökohtana tulee olla asiakkaan oman osallisuuden ja toimijuuden tukeminen.

Asiakkaan elämäntilanteessa ja toimintakyvyssä tapahtunut muutos vaikuttaa asiakkaan käsitykseen itsestään ja mahdollisuuksistaan elämässään. Onnistunut kuntoutusprosessi vahvistaa vähitellen asiakkaan toiminnallista identiteettiä, eli hänen käsitystään omasta aktiivisesta ja itsenäisestä toimijuudestaan, mahdollisesti suuresta elämänmuutoksesta huolimatta. (Hautala, Hämäläinen, Mäkelä & Rusi-Pyykönen 2016, 66.) Toimintaterapeutilla ja muilla kotikuntoutuksen moniammatillisen työryhmän jäsenillä on tässä roolin muutoksessa ja sen tukemisessa merkittävä asema.

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan ikääntyvien kuntoutujien tukemista aktiivisen roolin tukemista kotikuntoutuksessa.

Opinnäytetyön idea syntyi kesällä 2021 toimintaterapian ammatillisiin opintoihin liittyvän harjoittelun aikana Laukaan kunnan kotikuntoutuksen työryhmässä, jossa oli mahdollisuus tutustua paikalliseen kotikuntoutuksen asiakaspolkuun ja asiakkaille kotiin tarjottaviin kuntouttaviin palveluihin. Opinnäytetyön tilaajana on Laukaan kunnan vanhus- ja vammaispalveluiden kotikuntoutusyksikkö. Laukaan kunta oli mukana hallituksen kärkihankkeessa vuosina 2016–2018 (Kukoistava kotihoito on tahdon asia! 2018), kehittämässä ja rakentamassa ikääntyvien asiakkaiden kuntoutuksen palvelujärjestelmää. Hankkeen tavoitteena oli kehittää ikäihmisille sekä omais- ja perhehoitajille yhdenvertaisia, koordinoituja ja kustannusten kasvua vähentäviä palveluita. (Kukoistava kotihoito on tahdon asia! 2018, 4.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on löytää tutkittua tietoa ikääntyvän kuntoutujan aktiivisen roolin tukemisesta. Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää, miten moniammatillinen kotikuntoutus voi tukea ikääntyvää kuntoutusasiakasta tämän siirtyessä kuntoutusosastolta omassa kodissaan asuvan aktiivisen kuntoutujan rooliin. Opinnäytetyöprosessissa rakentuu näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuen tilaajaorganisaatiolle ehdotus hyvistä käytännöistä, jotka tukevat ja vahvistavat ikääntyvän kuntoutujan aktiivista roolia kotikuntoutuksessa.

2 Ikääntyvän asiakkaan kuntoutus

Kuntoutuksella tarkoitetaan asiakaslähtöistä moniammatillisen kuntoutustyöryhmän yhdessä kuntoutujan kanssa suunnittelemaa ja toteuttamaa, tavoitteellisesti etenevää prosessia. Tähän prosessiin vaikuttavat tärkeät kuntoutujan elämään liittyvät tekijät, kuntoutujan oma aktiivinen rooli, motivaatio ja sitoutuminen sekä hyvä vuorovaikutus ja yhteistyö kuntoutumisen ammattilaisten kanssa sekä kuntoutuksesta vastaavien hallinnonalojen kesken. (Autti-Rämö 2021, 1369.) Kuntoutuksen tavoitteena on edistää asiakkaan toimintakykyä, itsenäistä selviytymistä, osallistumisen mahdollisuuksia, työ- tai opiskelukykyä, työllistymistä ja työssä jatkamista (Kuntoutus N.d.; Tapa- turma- ja liikennevakuutuksen kuntoutuslaki 626/91, 2§).

Perinteisesti kuntoutus (rehabilitation, rehabilitering) on jaoteltu lääkinälliseksi, sosiaaliseksi, ammatilliseksi tai kasvatukselliseksi kuntoutukseksi (Vilkkumaa 1994, 1394). Nykyään kuntoutus nähdään laajempaan, asiakaslähtöisenä ja moniulotteisena prosessina ja esimerkiksi niin sanottuun yhteisöpohjaiseen kuntoutuskäsitteeseen (CBR eli community-based rehabilitation) on tullut näiden neljän perinteisen osatekijän rinnalle viidenneksi kuntoutuksen osatekijäksi valtaistuminen (empowerment). Valtaistumisessa halutaan korostaa kuntoutujan omaa osallisuutta ja aktiivisuutta suhteessa omaan kuntoutumiseensa ja kuntoutusprosessiinsa. (Järvikoski 2013, 18–19.)

Kuntoutus voidaan määritellä myös oppimisprosessina, jossa yksittäiset kuntoutustoimenpiteet eivät takaa kuntoutumista, vaan kuntoutuminen edellyttää sekä kuntoutujan että kuntoutuksen ammattilaisten kasvu- ja oppimisprosessia (Autti-Rämö 2021, 1369–1370; Pikkarainen 2013, 17). Vastaavasti kuntoutus voidaan määritellä ympäristön ja yksilön väliseksi muutosprosessiksi (Järvikoski 2013, 13). Kuntoutusprosessi sisältää kuntoutujan ongelman syiden tunnistamisen, eli kuntoutuksen tarpeen ja kuntoutujan elämälle mielekkään tavoitteen määrittelyn, ja näiden pohjalta tutkittuun tietoon ja teoreettiseen perustaan pohjautuvan kuntoutusmenetelmän, eli intervention valinnan. Kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamista seurataan ja arvioidaan sekä prosessin aikana että sen lopuksi. Tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat valitun intervention lisäksi kuntoutujan yksilölliset ominaisuudet ja ympäristön mahdollistavat tai estävät tekijät sekä kuntoutujan motivoituminen itsenäiseen harjoitteluun. Prosessin lopuksi on tärkeä huolehtia myös kuntoutumisen seurannasta, jotta kuntoutujan toimintakyvyn ylläpitäminen onnistuisi myös varsinaisen kuntoutusprosessin päättymisen jälkeenkin. (Autti-Rämö 2021, 1370–1372.)

Kuntoutumisen vaikuttavuutta arvioitaessa keskeisiä osatekijöitä ovat Autti-Rämön (2021) mukaan ongelman syiden tunnistaminen, valitun menetelmän tai intervention teoreettinen perusta, kuntoutujan motivaatio, merkityksellisen tavoitteen asettaminen, kuntoutujan sitoutuminen kuntoutumiseen, säännöllinen kuntoutusammattilaisen tuki ja kuntoutusprosessin seuranta sekä ympäristön kuntoutusta mahdollistavien ja estävien tekijöiden tunnistaminen. (Autti-Rämö 2021, 1372.) Näiden lisäksi kuntoutuksen vaikuttavuuteen liittyvät iäkkään kuntoutujan voimaantuminen, hänen omahoito- ja ongelmanratkaisutaitojensa tukeminen sekä toivo ja voimavaralähtöisyys (Pitkälä 2012, 46).

Tässä opinnäytetyössä käytetään Pikkaraisen (2013) laajaa määritelmää gerontologisesta kuntoutuksesta, koska hän on ollut mukana Kukoistava Kotihoito - hankkeessa, jonka pohjalta on kehitetty myös tilaajaorganisaation kotikuntoutusta ja kuntoutuksen asiakaspolkua ja kotikuntoutuspalveluita. Pikkaraisen (2013) määritelmän mukaan gerontologisen kuntoutus muodostuu ikääntyneen kuntoutujan menneen elämän ja nykyisen elämänvaiheen ja -tilanteen pohjalta siten, että kuntoutujan yksilölliset tarpeet ovat monialaisen kuntoutuksen perustana. Kuntoutustilanteessa tulee ottaa huomioon vanhuuden ikävaihe erityisenä kuntoutuksen peruslähtökohtana. (Pikkarainen 2013, 19.)

2.1 Kuntoutus kunnan palveluna

Ikääntyvien asiakkaiden kuntoutusta ohjaavat Suomessa useat lait ja kuntoutusta ohjaavat asiakirjat. YK:n ihmisoikeudet ja Suomen perustuslaki luovat vahvan velvoitteen julkiselle vallalle, eli valtiolle ja kunnille, huolehtia kaikista ihmisistä ja turvata jokaiselle oikeus välttämättömään huolenpitoon. Tämä on jokaiselle yksilölle perustuslaissa säädetty subjektiivinen oikeus, jonka tavoitteena on turvata ihmisarvoisen elämän edellytykset ja riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistää väestön terveyttä (Suomen perustuslaki 731/ 1999, 19§.) Iäkkäiden ihmisten sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään ensisijaisesti sosiaalihuoltolain (1301/ 2014) ja terveydenhuoltolain (1326/ 2010) nojalla. Näiden lisäksi ikääntyvän asiakkaan sosiaali- ja terveyspalveluista on säädetty muun muassa niin sanotussa vanhuspalvelulaissa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/ 2012). Pikkaraisen (2013) mukaan vanhuspalvelulaki on hengeltään kuntoutusmyönteinen ja siinä korostetaan toimintakykyä, osallisuutta ja hyvinvointia. Laissa palvelutarpeen lähtökohtana on ihmisen toimintakyky, ei ikä tai olemassa olevat diagnoosit. Lisäksi laissa korostetaan henkilöstön monipuolisuutta, riittävyyttä ja koulutuksen monialaisuutta. (Pikkarainen 2013, 12.) Lakiin on tehty tarkennuksia koskien muun muassa henkilöstömitoituksia, henkilöstön koulutusvaatimuksia ja RAI-arviointijärjestelmän käyttöönottoa viimeistään 1.4.2023. Siirtymäajan jälkeen henkilöstömitoitus tulee olla vähintään 0,7 työntekijää asiakasta kohden. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 565/ 2020, 15§ a, 20§.)

Lakien lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton säännöllisesti laatimat laatusuositukset (Laatusuositus 2020) hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi ohjaavat

kuntia ja yhteistoiminta-alueita väestön ikääntymiseen varautumisessa ja palveluiden kehittämisessä ja toteuttamisessa sekä palveluiden valvonnassa ja arvioinnissa. Laatusuosituksissa käsitellään iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn edistämistä, vapaaehtoistyön lisäämistä, teknologian hyödyntämistä, asuinympäristöjen kehittämistä, palveluiden toteuttamista ja järjestämistä sekä ikäihmisten palveluissa työskentelevän henkilöstön ammattitaitoa ja hyvinvointia, asiakas- ja palveluohjausta ja palveluiden laadun varmistamista. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2020–2023.) Kuntatasolla kuntien omat kuntastrategiat ja seudulliset palvelustrategiat vaikuttavat kuntalaisille tarjolla oleviin kuntoutuspalveluihin (esim. Seudulliset vanhuspalveluiden strategiset linjaukset vuoteen 2030 ja toimeenpano-ohjelma, 2008, Laukaan kunnan ikäihmisten hyvinvointistrategia 2018–2025, 2018).

Ikärakenteen muutos vaikuttaa merkittävästi ikääntyvien asiakkaiden palvelutarpeen määrään ja palveluiden toteuttamisen resursseihin. Ikääntyneiden henkilöiden osuus koko väestöstä on edelleen kasvussa. Vuonna 2018 yli 65-vuotiaita oli noin 20 prosenttia ja ennuste vuodelle 2030 on noin 26 prosenttia. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2020–2023, 21, 16). Myös eliniänodote on kasvanut (Hussi, Mäkinen & Vauramo 2017, 65). Tällä hetkellä Suomessa yli 65-vuotiaiden eliniänodote on naisilla 87,2 vuotta ja miehillä 83,7 vuotta (Väestöennuste 2022). Samaan aikaan työntekijöiden saatavuus kotikuntoutuksen työtehtäviin on vaikeutunut. Aikaisempiin vuosiin verrattuna tilanne on ollut selvästi haastavampi toukuusta 2021 alkaen. (Kehusmaa & Alastalo 2022, 5–6.)

Mahdollisimman pitkään kotona asuminen on sekä ikääntyvien henkilöiden oma toive ja palveluita tuottavien tahojen tavoite. Kotona asuminen on merkittävästi taloudellisempaa kuin asumispalveluiden järjestäminen ja tästä syystä laatusuosituksissa, hyvinvointistrategioissa ja hankkeissa pyritään etsimään kustannustehokkaita keinoja kotona-asumisen tukemiseksi. Kotona asumisen edellyttää ikääntyvien ihmisten sekä heidän omaishoitajiensa toimintakyvyn ylläpitoa ja vahvistamista. Onnistunut ikääntyvän asiakkaan kuntoutus ja kotikuntoutuksen kehittäminen ovat sekä elämänlaadun kannalta että taloudellisesti perusteltuja (Pitkänen 2012, 29). Ikääntyvien henkilöiden oma toive on mahdollisimman pitkään kotona asuminen (Laatusuositus 2020, 40). Vuoden 2013 laatusuosituksessa tavoitteeksi asetettiin, että vuonna 2017 yli 75 - vuotiaista asuu kotonaan 91–92 %. Vuoden 2018 tilastojen mukaan Suomessa yli 75 - vuotiaista 91,3 % asui omassa kodissaan. (Asuminen ja yhdyskunnat 2019.)

2.2 Ikääntyvän asiakkaan kuntoutuksen ominaispiirteitä

Vaikka ikääntyvän väestön määrä suhteessa työikäiseen väestöön kasvaa, on arveltu, että eläkkeelle jäävien henkilöiden toimintakyky on parempi kuin aikaisemmin. Ikääntyvät kuntalaiset ovat aktiivisia ja voivat olla yhteiskunnassa nykyistä merkittävämpi voimavara sekä yhteiskunnallisen osallisuuden että talouden kannalta. Laatusuosituksissa (2020) korostetaan, että toimintakyvyn ylläpitämisen mahdollistamisen ja sen heikkenemisen ennaltaehkäisyyn tulisi olla tärkeimpiä tavoitteita ikäihmisten palveluja suunniteltaessa (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2020–2023, 22).

Ikääntyneen väestömäärän lisääntyessä ja eliniänodotuksen noustessa on kuitenkin mahdollista, että myös yhä useampi ikääntyvä kuntoutuja tulee olemaan toimintakyvyltään heikommassa kunnossa ja tulee tarvitsemaan kotikuntoutuspalveluita. Laatusuosituksissa (2020) suurimmaksi yksittäiseksi syyksi toimintakyvyn muutoksessa ikäihmisten säännöllisessä palvelutarpeessa on mainittu muistisairaus. Säännöllisten palveluiden asiakkaista suurimmalla osalla on muistihäiriö tai muistisairaus muiden sairauksien lisäksi. Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat erityisesti apua välillisissä päivittäisissä toiminnoissa (IADL) kuten kauppasioinnissa ja kodin ulkopuolella liikkumisessa. Toinen merkittävä ikääntyneen henkilön toimintakykyä alentava riskitekijä on yksinäisyys. Yksinasuminen ja yksinäisyyden kokemus lisäävät palveluiden käyttöä. Ikääntyvän ihmisen kokema puolison kuolema on yksi merkittävä riskitekijä. Muita mahdollisia toimintakykyyn vaikuttavia haasteita ovat uniongelmat, päihde- ja muut riippuvuudet, vajaaravitsemus, masennus, heikentynyt liikuntakyky ja omaishoitajana toimiminen omalle läheiselle. Kaikki nämä tekijät vaikuttavat ihmisen toimintakykyyn ja mahdollisuuteen osallistua itselle tärkeisiin asioihin. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2020–2023, 21, 24.)

Ikääntyvän asiakkaan kuntoutuksen erityispiirteitä tarkasteltaessa on Pikkaraisen (2013) mukaan otettava huomioon asiakkaan oma henkilökohtainen kokemus vanhenemisestaan. Numeerisen tai kronologisen iän rinnalla ikääntyvät kuntoutujat kokevat yksilöllisesti oman kehollisen tai biologisen iän, sosiaalisen iän ja kokemuksellisen iän sekä toimintakykyisen iän. Toimintakykyinen ikä sitoo kaikki ikäulottuvuudet yhteen ja luo subjektiiviselle vanhuuden kokemukselle sekä ikääntyvän kuntoutujan kuntoutukselle vahvan perustan. (Pikkarainen 2013, 25–27.)

Pikkarainen (2021) on omassa väitöskirjassaan luonut käsitteen toimijuuteen perustuva kuntoutus, joka korostaa toimintakykylähtöistä kuntoutusta vahvemmin ikääntyvän kuntoutujan yksilöllisen elämänkulun merkitystä. ”Aktiivinen toimijuus”-käsite sisältää mahdollisuuden saada aikaan vaikuttavia ja toivoa sisältäviä resursseja kuntoutujan elämään ja kuntoutukseen liittyviin oppimis-, muutos- ja luopumisprosesseihin. (Pikkarainen 2021, 101.)

Monialaisen gerontologisen kuntoutuksen tavoitteena Pikkaraisen (2013) mukaan on auttaa ikääntyvää kuntoutujaa jäsentämään ja hyväksymään oman elämänsä erilaiset vaiheet, auttaa kuntoutujaa sopeutumaan kehonsa, terveytensä ja toimintakykynsä sekä osallisuutensa muutoksiin, mahdollistaa kuntoutujan minuuden käsittelyn vanhuuden eri vaiheissa, tukea kuntoutujan itsemääräämisoikeutta, koskemattomuutta ja yksilöllisyyttä sekä mahdollistaa oman elämän päätymiseen liittyviä pohdintoja. (Pikkarainen 2013, 18–19.)

Ikääntyvän kuntoutujan ikä määritellään eri lähteissä eri tavoin. Käsitys vanhuudesta ja ikääntyvistä kuntoutujista on muuttunut paljon eri vuosikymmeninä. Tässä opinnäytetyössä ikääntyväksi kuntoutujaksi määritellään yli 65-vuotiaat. Samaa ikärajaa käyttävät WHO:n, THL:n ja OECD:n tilastot. Etenkin varsinaisen vanhuuden ikävaiheessa (yli 80-vuotiaat) terveydenhuollolla ja muilla palveluilla on tärkeä rooli. (Hussi ym. 2017, 29, 68.) KELA:n IKÄ-hankkeen geriatriseen kuntoutukseen osallistuneiden keski-ikä oli tutkimuksen alkaessa 78,4 vuotta (Hinkka & Karppi 2010, 21).

2.3 Ikääntyvän asiakkaan asiakaspolku

Lakimuutoksiin ja laatuvaatimukseen vastaaminen, sosiaali- ja terveystalouden palvelujärjestelmän muutos ja väestörakenteen muutokset sekä jo useita vuosia jatkuneet kotikuntoutuksen työntekijöiden rekrytointihaasteet edellyttävät kuntoutuspalveluiden toteuttajilta paljon uusia ratkaisuja ikäihmisten kuntoutuksen järjestämiseen.

Yhtenä pyrkimyksenä vastata tulevaisuuden haasteisiin ja kehittää Suomessa ikääntyvien ihmisten palveluja on Suomen hallituksen Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa -kärkihankkeen (I&O-kärkihanke), joka toteutettiin vuosina 2016–2018. Kärkihanketta ohjasi sosiaali- ja terveysministeriö. Hankkeen tavoitteena on ollut varmistaa iäkkäille ihmisille ja heidän omaishoitajilleen yhdenvertaisia, koordinoituja ja laadukkaita palveluita. Uudistetuissa palveluissa ja niiden järjestämisessä ensisijaisina ovat ikääntyvien ihmisten kotiin annettavat palvelut

ja niiden kehittäminen. (I&O kärkihankkeen arviointi 2019, 4.) Keski-Suomen kunnissa toteutettiin tähän kärkihankkeeseen liittyen Kukoistava Kotihoito -hanke, jonka tavoitteena oli asiakaslähtöisen kotihoidon toimintamallien, prosessien ja johtamisen kehittäminen, jotta palvelut olisivat sekä vaikuttavia että kustannustehokkaita. Tavoitteena oli lisäksi kartoittaa asiakaslähtöisiä toimintakyvyn arviointimenetelmiä ja laatia yhtenäisiä arviointisuosituksia ja vahvistaa yksilöllisten tavoitteiden asettamista ja tavoitteiden toteutumisen seuranta. (Paltamaa, Pikkarainen & Janhunen 2018, 9.)

Vuorinen (2021) on tehnyt opinnäytetyössään kyselyn Kukoistava Kotihoito -hankkeessa mukana olleille Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kunnille. Hänen opinnäytetyönsä tavoitteena oli selvittää kuntien asiakkaille kotiin vietävien palveluiden järjestämisen tilannetta ja resursseja. Vastausten mukaan lähes puolet Kukoistava Kotihoito -hankkeessa mukana olleista kunnista ei ole pystynyt toteuttamaan hankkeessa rakennettua kuntoutusasiakkaan kuntoutuspolkua Kukoistava Kotihoito -hankkeen mallin mukaisesti. Suurimmat haasteet kotikuntoutusmallin käyttöön ottamiseen liittyvät työnjakoon ja kuntoutustyöntekijöiden ja kotihoidon työntekijöiden epätietoisuuteen siitä, mitkä tehtävät kuuluvat kenelle työntekijälle. Työntekijöiden vaihtuvuus, asenteet kuntouttavaa työtä kohtaan, irrottautumisen vaikeus perinteisestä toimintamallista sekä kuntoutustyöntekijöiden (fysioterapeutti ja toimintaterapeutti) saatavuuden haasteet koettiin myös mallin käyttöönottoa vaikeuttavina tekijöinä. (Vuorinen 2021, 27.)

2.4 Roolit, elämänkaari ja ikääntyminen

Tarkastelemme ikääntyvän kuntoutujan toiminnallisuutta ja osallisuutta pääosin roolien kautta. Potilaan tai kuntoutujan roolit pitävät tyypillisesti sisällään eri asioita kuin itsenäisen arjen toimijan rooli. Roolilla sanana voidaan tarkoittaa asiayhteyden mukaan eri asioita. Esimerkiksi opettajaan kohdistuu työroolissaan joukko yleisesti tunnettuja, erilaisia olettamuksia siitä, mitä hän tekee, miten tekee, milloin tekee ja mihin päämäärään hän pyrkii. Hautala ja muut (2016) puhuvat myös ns. sisäistetyistä rooleista, jolloin opettajuus sulautuu osaksi henkilön persoonaa. Tällaisten tunnistettavien roolien kautta henkilö voidaan myös nähdä osana yhteisöä ja yhteiskuntaa ja sen hierarkiaa. (Hautala ym. 2016, 33, 238.)

Henkilöllä on arjessaan useita erilaisia rooleja. Näitä voidaan jaotella esimerkiksi Role Checklistin avulla. Role Checklist on Inhimillisen toiminnan mallin (Model of Human Occupation, MOHO) pohjalta toimintaterapeuteille suunniteltu työväline asiakkaan toiminnallisten roolien tarkastelua varten. Toiminnalliset roolit on siinä jaettu kymmeneen kategoriaan, jotka ovat opiskelija (student), työntekijä (worker), vapaaehtoinen (volunteer), hoivaaja (caregiver), kodista huolehtija (home maintainer), ystävä (friend), perheenjäsen (family member) uskonnollinen osallistuja (religious participant), harrastaja (hobbyist/amateur) ja järjestötoimija (participant in organizations). (Scott, McKinney, Perron, Ruff & Smiley 2019, 56.) Ikääntyvän kuntoutujan arjessa nämä kaikki roolit voivat olla mahdollisia ja asiakaslähtöisessä kuntoutuksen suunnittelussa tulisi mahdollisimman laajasti huomioida myös ikääntyvän kuntoutujan kohdalla toiminnallisten roolien monipuolisuus.

Roolit nähdään toimintaterapiassa yksilön väylänä osallisuuteen ja sitä kautta tyytyväisyyteen, identiteetin vahvistumiseen ja hyvinvointiin (Hautala ym. 2016, 33; Scott ym. 2019, 56). Roolit kehittyvät ihmisen elämänkaaren myötä. Esimerkiksi kuusivuotiaan esikoululaisen, 25-vuotiaan yksin asuvan työssäkäyvän ja ikääntyneen, perheellisen eläkeläisen arjen roolit ja rooleihin kohdistuvat odotukset ovat erilaisia. Ihmisen elämälle ja arjessa selviytymiselle voi aiheutua vakavaa haittaa roolien muokkautuessa yllättäen uusiksi, esimerkiksi vammautumisen seurauksena (Scott ym. 2016, 56). Käytännössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi roolin muutosta puolisoista tai vanhemmasta hoivattavaksi. Muita ikääntymisen seurauksena tapahtuvia fyysisen tai kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisestä johtuvia muutoksia voivat olla tärkeän harrastuksen ja sosiaalisten suhteiden menettäminen. Ja koska roolit ovat tärkeä osa ihmisen identiteettiä (Hautala ym. 2016, 238), tällaiset muutokset voivat vaikuttaa merkittävästi yksilön elämään ja hänen kokemaansa elämänlaatuun.

Useille ikääntyville ihmisille suuri elämän ja arjen roolien murroskohta on eläköityminen. Mieli Ry:n artikkelissa eläköitymistä kuvataan joko uhkana tai mahdollisuutena. Työn koettu merkityksellisyys, palkkatulon tuoma taloudellinen turva sekä käytettävissä olevan rahan sallimat valinnan mahdollisuudet voivat olla hyvinkin suuria tekijöitä yksilön hyvinvoinnille. Jos työelämästä eläkkeelle siirtyessä ei löydy uutta, merkityksellistä elämänsisältöä, tämä voi olla riski psyykkiselle hyvinvoinnille ja esimerkiksi masennus ja päihteiden käyttö voivat yleistyä. (Mieli ry. 2021.) Samalla tavalla voidaan nähdä äkillisen sairastumisen tai muun kuntoutustarpeen vaikuttavan ikääntyvien asiakkaiden arkeen, osallisuuteen ja rooleihin (Pikkarainen, Pyöriä & Savikko 2016, 182–183).

3 Kehittämistoiminnan teoreettiset lähtökohdat

Tähän opinnäytetyöhön valittu toiminnallisuuden määrittelyn pääteoria perustuu toimintaterapian the Transactional Model of Occupation -malliin (TMO). TMO:n avulla pyritään tuomaan esille kuntoutujan toiminnallisen roolin kannalta merkittäviä sisäisiä tekijöitä ja toimintaympäristön vaikutusta yksilölliseen kuntoutusprosessiin. Toiminnan transaktionaalinen malli kuvaa kuntoutujan toiminnan sekä ympäristön vallitsevien olosuhteiden (kontekstin) välistä vuorovaikutusta ja tämän vuorovaikutuksen merkitystä toiminnallisuuteen ja toiminnallisen roolin muotoutumiseen. (Fisher & Marterella 2019, 16–17.) Interventioprosessia ohjaavana ja jäsentävänä teoreettisena viitekehysenä voidaan käyttää Inhimillisen toiminnan malliin (Model of the Human Occupation, MOHO) pohjautuvaa OTIP-mallia eli OTIPM:ia (The Occupational Therapy Intervention Process Model, (Fisher & Marterella 2019). OTIP-mallin vahva näkemys toimintaterapian asiakaslähtöisyydestä vastaa myös ikääntyvien asiakkaiden kotikuntoutuksen lähtökohtia.

3.1 Toimintaan vaikuttavat sisäiset tekijät ja toiminnan vuorovaikutteisuus

Yksilön sisäisistä tekijöistä, toimintaan vaikuttavista tekijöistä sekä ympäristötekijöistä muodostuu vuorovaikutuksellisesti toiminnan ja kokemusten kautta sekä hänen **toiminnallinen identiteettinsä** että **toiminnallisen pätevyyden** kokemuksensa. Toiminnallinen identiteetti tarkoittaa sitä, millaisena toimijana yksilö kokee itsensä. Toiminnallinen identiteetti vaikuttaa siihen, millaisia tulevaisuuden suunnitelmia yksilö tekee ja millaista elämää hän haluaa elää. Toiminnallinen pätevyys on pohjana sille, miten yksilö pystyy toteuttamaan toiminnallista identiteettiään eri tilanteissa arjen toimintaympäristössään. Toiminnallisen identiteetin ja toiminnallisen pätevyyden pohjalta syntyy **toiminnallinen mukautuminen**, joka tarkoittaa yksilön kykyä mukauttaa omaa toimintaansa erilaisissa toimintatilanteissa ja toimintaympäristöissä. (Taylor 2017, 107–108.)

Toimintaterapian Transactional Model of Occupation -malli (TMO) kuvaa ihmisen toiminnan vuorovaikutteisuutta ympäristönsä ja vallitsevien olosuhteiden eli toiminnan kontekstin kanssa. Fisher ja Marterella (2019) tukeutuvat Cutchinin ja Dickien (2012, 2013) määritelmään, jonka mukaan ihminen ei ole toimijana irrallinen yksikkö. Yksilön toimintaan vaikuttavat paitsi kyseinen hetki ja senhetkinen toimintaympäristö sinällään myös se, mitä hän on kokenut menneisyydessä, mitä hän odottaa tulevalta sekä esimerkiksi erilaiset sosiokulttuuriset ja geopoliittiset tekijät. Sosiokulttuurisia tekijöitä ovat esimerkiksi säännöt, normit, asenteet, odotukset, uskomukset, arvot ja tavat.

Geopoliittisiin tekijöihin kuuluvat maantiede, politiikka, talous ja historia. (Fisher & Marterella 2019, 16–17.)

Tässä opinnäytetyössä keskitytään TMO:ta mukaillen siihen näkökulmaan, miten erilaiset tekijät vaikuttavat yksilön motivoitumiseen ja sitoutumiseen omaan kuntoutumiseensa. Lisäksi pyritään huomioimaan, miten kuntoutujan itsensä lisäksi myös ammattilaisten ja läheisten näkemykset ja käsitykset voivat vaikuttaa kuntoutujan toimintaan tai toimimatta jättämiseen.

3.2 TMO ja toiminnan ulottuvuudet

TMO-mallissa yksilön toimintaan vaikuttavat tekijät on jaettu seitsemään eri kategoriaan eli toiminnan ulottuvuuksiin. Asiakas itsessään muodostaa yhden näistä ulottuvuuksista. Tämä pitää sisällään yksilöön liittyvät tekijät, kuten henkilön tavat, asenteet ja uskomukset sekä roolit. Yksilö elää aina jossakin häntä ympäröivässä sosiaalisessa yhteisössä. Tähän liittyen mallissa esitetään sosiokulttuurisiksi tekijöiksi kutsutut yhteisön säännöt, normit, asenteet ja odotukset sekä jaetut moraalikäsitteet ja arvot sekä yhteisön jäsenten omaksumat yhteiset eettiset periaatteet. (Fisher & Marterella 2019, 17.)

Ympäristötekijät on mallissa jaoteltu kahteen kategoriaan, sosiaalisiin ja fyysisiin tekijöihin. Sosiaalisiin tekijöihin sisältyvät muut ihmiset omine piirteineen ja odotuksineen ja yksilön suhteet heihin. Fyysinen ympäristö taas tarkoittaa esimerkiksi tilaa ja siellä olevia esineitä. Muita ihmisiä ja ympäristöä voidaan katsoa myös laajemmasta, yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Geopoliittisista tekijöistä kuntoutuksen kannalta merkittävimpiä ovat jo aiemmin mainitut taloudelliset ja poliittiset tekijät. Näitä ovat käytössä olevat kuntoutusresurssit, rahoitus sekä lisäksi maantieteellinen sijainti, joka myös vaikuttaa kuntoutuspalveluiden saatavuuteen ja tarjolla oleviin palveluresursseihin. (Fisher & Marterella 2019, 17, 24.)

Jäljelle jäävät kaksi ulottuvuutta ovat ajalliset ja tehtävään liittyvät tekijät. Ajallinen ulottuvuus käsittää menneen, nykyisen ja tulevan elämän sekä esimerkiksi tietyn toiminnan keston tai toistuvuuden. Tehtävään liittyvät tekijät ovat esimerkiksi materiaaleihin ja tarvikkeisiin sekä toiminnan odotettuun tulokseen liittyviä seikkoja. (Fisher & Marterella 2019, 17.)

3.3 Toiminnan osatekijät

TMO-mallissa yksilön toiminta on jaettu kolmeen osa-alueeseen, jotka ovat tiivisti yhteydessä toisiinsa. Nämä kolme toiminnan osatekijää ovat **toiminnallinen suoriutuminen** tai toiminnallisuus (occupational performance, näkyvä tekeminen), **toiminnallinen kokemus** (occupational experience, yksilöllinen kokemus toiminnasta) ja **osallisuus** (participation). Näillä kaikilla osa-alueilla on tärkeä merkitys ulospäin näkyvässä toiminnassa. (Fisher & Marterella 2019, 18.) Toiminnallinen suoriutuminen on näkyvää ja sen laatua voidaan arvioida (Fisher & Marterella 2019, 18–19).

Fisher ja Marterella (2019, 21–22) mainitsevat käyttävänsä osallisuutta (participation) ja toiminnallista sitoutumista (occupational engagement) samassa merkityksessä. Myös tässä työssä käytetään heidän määritelmäänsä, jonka mukaan henkilön osallisuus muodostuu sellaisen asian tekemisestä, joka on heille merkityksellistä. Tämän ”merkityksellisyyden” arvolatauksen ei tarvitse välttämättä olla myönteistä ja tekemisen itsessään palkitsevaa (”Teen tätä, koska nautin tästä”), vaan esimerkiksi velvollisuus, auttamisen halu, hyväksynnän haku tai sosiaalinen kanssakäyminen voi olla sellainen henkilölle merkityksellinen arvo, joka johtaa toimintaan ja sitä kautta osallisuuteen. (Fisher & Marterella 2019, 22.)

On hyvä huomioida myös, että sen toiminnan lisäksi, jonka voimme nähdä, on olemassa myös sellaista toimintaa, joka ei välttämättä näy aktiivisina tekoina, mutta johon tekijä on sitoutunut (Fisher & Marterella 2019, 21). Esimerkki tästä voi olla isoisä, joka istuu tuolissaan ja vain katselee lastenlastensa leikkiä, lasten vanhempien huolehtiessa heidän tarpeistaan. Henkilökohtainen arvo tälle toiminnalle voi olla isoisän läsnäolo tarvittaessa tai hänen kokemansa sukupolvien ketjuun kuuluminen. Sosiaalisten suhteiden ylläpito on mielen hyvinvoinnille hyvin tärkeää. Henkilön roolit muodostuvat ja saavat vahvistusta hyvissä, sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa, joista on myös mahdollista saada turvallisuuden ja tarpeellisuuden kokemuksia ja kokea olevansa merkityksellinen muille. (Hautala ym. 2016, 33; Tamminen, Pasanen, Martelin, Mankinen & Solin, 2020, 6.)

Taustateorianä tässä opinnäytteessä käytettävä Fisherin ja Marterellan esittelemä ”the Occupational Therapy Intervention Process Model”, (OTIPM) painottaa asiakaslähtöisyyttä sekä arvioinnin että interventiovaiheen aikana ja tarjoaa työkaluja myös toimintaterapeutille asiakaslähtöisen ja toimintakeskeisen työskentelyotteen varmistamiseksi (Fisher & Marterella, 2019, 34–37, 63–89).

Kun tämän opinnäytetyön myöhemmässä vaiheessa tuodaan esille erilaisia interventiomenetelmiä, niidenkin käyttökelpoisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta on jo valitsemisvaiheessa peilattu OTIPM:n periaatteisiin.

3.4 Yhteistyö kuntoutumisen tukena: Sitoutumisen ja aktiivisuuden korostuminen

Toimintaterapian pääperiaatteista tärkeimpiä on asiakaslähtöisyys. Hautala ja muut (2016) kiinnittävät huomion asiakkaaseen terminä: Ei puhuta potilaasta tai kuntoutettavasta, vaan asiakkaasta tai kuntoutujasta, mikä jo sinällään korostaa asiakkaan aktiivista roolia ja osallisuutta. Tällöin hän ei ole vain passiivinen kuntoutuksen kohde. (Hautala ym. 2016, 89.) Kuntoutujalla on omat toiveensa ja tarpeensa ja näkemyksensä siitä, millaisiin tavoitteisiin hän voi ja haluaa sitoutua. Terapiaprosessi muotoutuu asiakkaan ja terapeutin tasavertaisen yhteistyön pohjalle. Kuntoutuja tuo tilanteeseen oman elämänsä asiantuntijuuden ja terapeutti ammatillisen osaamisensa asiakkaan tueksi. (Fisher & Marterella, 2019, 64–65; Hautala ym. 2016, 90–92.) Asiakslähtöisen työskentelyotteen ja sitä kautta kuntoutujan aktiivisen roolin tukemiseen on olemassa erilaisia menetelmiä, periaatteita ja työvälineitä, joita esitellään seuraavaksi.

3.4.1 Toimintakeskeinen ja voimavaralähtöinen työtapa kuntoutusprosessissa

”True Top-Down” on OTIP-toimintaterapian prosessimalliin kokonaisuutena, mutta etenkin terapiaprosessin alkuvaiheeseen ja alkuarviointiin liittyvä neli- tai viisivaiheinen lähestymistapa. True Top-Down-lähestymistavassa arvioinnin ja alkukartoituksen ensimmäisessä vaiheessa muodostetaan aluksi yhteisymmärrys asiakkaan toiminnallisista vahvuuksista sekä niistä seikoista, jotka mahdollisesti huolettavat häntä. Toiseksi on tarkoitus miettiä yhdessä keskustellen, mitkä toiminat ovat asiakkaalle merkityksellisimpiä ja tavoiteltavimpia. (Fisher & Marterella, 2019, 34, 40.) Näiden myötä asiakas voisi kokea osallisuutta ja elää omien arvojen ja mukaista elämää niissä rooleissa, jotka ovat hänelle tärkeitä. Voidaankin nähdä, että tämä lähestymistapa on hyvin asiakas- ja voimavaralähtöinen.

Kolmannessa vaiheessa analysoidaan asiakkaan toimintaa. Havainnoinnin ja arvioinnin apuna voidaan käyttää erilaisia toiminnan analyysimenetelmiä. Toiminnan analyysi keskittyy toiminnallisen suoriutumisen laatuun: vaatiiko toiminta paljon ponnistelua, saadaanko toiminta vietyä sujuvasti

loppuun vai katkeaako tekeminen kesken jostain syystä? Onko tekeminen turvallista? Tämä vaihe on erittäin tärkeä, jotta kuntoutuksen toimintakeskeisyys varmistuisi. (Fisher & Marterella 2019, 41–43.)

Neljännessä vaiheessa keskitytään erilaisiin toimintaan vaikuttaviin tekijöihin, toiminnan ulottuvuuksiin. Tarkoituksena on selvittää esimerkiksi, miten eri tekijät vaikuttavat asiakkaan toimintaan, niin toiminnallisen suoriutumisen, toiminnallisen kokemuksen kuin osallisuudenkin tasoilla. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi asiakkaan totuttuja tapoja ja rutiineja, hänen uskoaan omaan pärjäämiseensä, hänen arjen roolejaan, häneen muiden taholta kohdistuvia odotuksia ja sosiaalisia suhteitaan ym. Esimerkiksi keholliseen vammaan keskittyminen on eri asia kuin toimintakeskeinen, osallisuuden ja asiakkaan toiminnallisen kokemuksen huomioiva, voimavaralähtöinen lähestyminen, johon True Top-Down -malli pyrkii. (Fisher & Marterella 2019, 40–42.)

3.4.2 Päätöksenteon asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöinen päätöksenteko toimintaterapiassa tarkoittaa tilannetta, jossa asiakas ja terapeutti tekevät päätökset hyvässä yhteistyössä keskenään. Tämän vastakohta on tilanne, jossa joko terapeutti tai asiakas tekee päätökset yksin. Käytännössä tällöin joko asiakas jää vaille tarvittavaa ammatillista tukea tai terapeutti päättää hänen puolestaan, jolloin asiakkaan ääni, tarpeet ja halut eivät pääse kuuluviin. Haasteeksi voi muodostua esimerkiksi tilanne, jossa terapeutin ja asiakkaan näkemykset turvallisuuden ja riskinoton halun välillä eroavat toisistaan. Toimintaterapian tarkoituksena on mahdollistaa asiakkaalle hänen arvojensa mukainen merkityksellinen arki ja tukea hänen osallisuuttaan. Koska merkityksellisyys pohjautuu asiakkaan omaan kokemukseen ja arvomaailmaan, on hänellä oltava rooli myös itseään ja arkeaan koskevassa päätöksenteossa. (Fisher & Marterella 2019, 64–67.)

Toiminnan Voimaa -teoksessa (Hautala ym. 2016) esitellään Colen & Tufanon (2008) asiakaslähtöisen ajattelumallin keskeiset tekijät, joissa asiakkaan rooli voi parhaimmillaan olla aktiivinen, tukea hakeva ja omaa vastuuta kantava. Toisessa ääripäässä taas asiakkaalla on jokin toimintarajoite, joka vaikuttaa negatiivisesti hänen kokemukseensa itsestään toimijana, jolloin hänen elämäänsä osallistumisensa pahimmillaan estyy. Toimivassa yhteistyössä asiakas tuo yhteiseen keskusteluun oman näkemyksensä elämäntilanteistaan ja haasteistaan, yhdessä luodaan kuntoutustavoitteet ja terapeutti tarpeen mukaan porrastaa toimintaa asiakkaan kykyjen mukaiseksi. Näin ammattilainen

pyrkii varmistamaan asiakkaalle onnistumisia ja tukee tämän toiminnallista identiteettiä. Tämänkaltaisen yhteistyö vaatii asiakkaan ja hänen tilanteensa hyvää tuntemusta, niin terapeutin kuin asiakkaan itsensä osalta. Asiakas tarvitsee tietoa esimerkiksi sairaudestaan, kuntoutusmahdollisuuksista sekä siitä, miten jatkaa uudenaikaisessa arjessa eteenpäin. Ilman tätä tietoa hän ei voi täysipainoisesti osallistua päätöksentekoon. (Hautala ym. 2016, 90, 92–93.)

Asiakkaan arvomaailma on kuitenkin vaarassa unohtua, jos terapeutti ajaa läpi vain omaa näkemystään siitä, mikä olisi asiakkaalle parasta. Fisher ja Marterella (2019) käyttävät esimerkkinä sosiokulttuurisia arvoja: jos terapeutin ja asiakkaan sosiokulttuurinen tausta ja lähtöoletukset eroavat toisistaan, voi heillä olla näkemuseroja myös siitä, mitä tavoitteita halutaan asettaa (Fisher & Marterella 2019, 66). Opinnäytetyöhön valittu käsite ”ikäntyvät” on sinällään jo esimerkki tietyn iän ja elämänvaiheen saavuttaneiden ihmisten yleistämisestä yhtenäiseksi asiakasryhmäksi, johon voi liittyä erilaisia ennako-oletuksia arvomaailmaan, toiveisiin ja tavoitteisiin nähden.

On myös mahdollista, että asiakkaan on vaikea ilmaista itseään ja mielipidettään tai hän ei vaikuta kiinnostuneelta ja motivoituneelta yhteenkään tarjolla olevaan vaihtoehtoon. (Fisher & Marterella 2019, 67–68). Tällöin olisi helppoa tukeutua vain terapeutin tai perheenjäsenten näkemyksiin asiakkaan parhaasta. Fisher ja Marterella (2019) painottavat kuitenkin vahvasti asiakaslähtöisyyttä motivaation tukena. Molempien mukaan terapiaan sitoutumista tukee se, jos tähtäimessä on jokin asiakkaalle tärkeä tavoite ja terapia nähdään välineenä sen saavuttamiseen. (Fisher & Marterella 2019, 68–70.)

3.4.3 Soveltuvuus toimintaympäristöön ja toimintaperusteisuus

Tärkeä arviointimenetelmien ja interventioiden käyttökelpoisuuteen liittyvä näkökulma koskee asiakkaan tekemien tehtävien tai toimintojen ”aitoutta” terapian ja kuntoutuksen aikana. Toisin sanoen asiakas tekee jotakin itselleen merkityksellistä, mahdollisimman aidossa ympäristössä. Tällöin toiminnan konteksti on todellinen ja merkityksellinen ja toiminta asiakkaan todelliseen toimintaympäristöön soveltuvaa (ecologically relevant). Parhaassa tapauksessa asiakas toimii kotonaan, käyttää omia välineitään ja toimii kuten toimisi arjessaan terapiatilanteen ulkopuolellakin. Esimerkiksi soveltuu vaikkapa kahvin keittäminen kotona. Jos asiakas näyttää, miten hän keittäisi kahvia, mutta tämä tapahtuu muualla kuin kotona ja itselle vierailta työvälineillä, tilanne ei vastaa

enää täysin aitoa arkea. Epätarkoituksenmukaista kuntoutus voi olla silloin, kun asiakkaalla teetetään kahvin keittämisen sijaan esimerkiksi hienomotorisia harjoitteita sorminäppäryyttä mittaavia arviointimenetelmiä käyttäen tai vaikkapa pelkästään tiettyjä lihaksia vahvistavia harjoitteita. Tällöin myös intervention ja tehtävän toimintaperusteisuus (occupation-based) jää toteutumatta. (Fisher & Marterella 2019, 73–74). Hautala ja muut (2016) käyttävät merkityksellisyyden määritelmänä Piercen (2001, 2003) käsitettä ”toiminnan vetoavuus”, jonka mukaan toiminta on sitouttavaa silloin, kun siitä saa mielihyvää sellaisenaan, tavoitteeseen suuntautuneisuuden kautta tai se on tekijänsä jaksamista tukevaa (Hautala ym. 2016, 118). Tämä tukee myös Fisherin ja Marterellan (2019) käsitystä siitä, että asiakkaalle annetun tehtävän pitää olla aidosti toimintaperusteista, jotta asiakas sitoutuisi tekemiseen ja kokisi sen mielekkäänä (Fisher & Marterella 2019, 76–80, 95).

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät

Keski-Suomen kunnat olivat mukana Kukoistava kotihoito -hankkeessa, jonka tavoitteiden mukaisesti kuntien vanhus- ja vammaispalveluissa on kehitetty ikääntyvien asiakkaiden kotikuntoutusta, sen organisointia, palveluohjausta ja toimintatapoja. Hankkeen tavoitteena oli löytää ja vahvistaa kotikuntoutuksen ratkaisuja, jotka parantavat ikääntyvien asiakkaiden elämänlaatua ja mahdollistavat heidän toiveidensa mukaista mahdollisimman pitkään tapahtuvaa kotona asumista. (Paltamaa ym. 2018, 9.) Onnistunut kotikuntoutus on myös taloudellisesti vaikuttavaa ja myös tämä aktivoi kuntien vanhus- ja vammaispalveluita edelleen kehittämään palvelujaan väestön ikääntyessä ja työntekijäresurssien uudelleen organisoinnissa. Tässä opinnäytetyössä selvitetään moniammatillisen kotikuntoutustyöryhmän keinoja tukea ikääntyvää kuntoutujaa ja etsitään hyviä käytäntöjä sekä kuntoutusinterventioita, jotka tukevat ja vahvistavat kuntoutujan aktiivista roolia. Aihe on ajankohtainen ja merkittävä, koska kotikuntoutusta kehitetään aktiivisesti tällä hetkellä useissa kunnissa ja uusilla sotealueilla. Tehostetun kotikuntoutuksen odotetaan vahvistavan ikääntyvien kuntoutujien toimintakykyä ja elämänlaatua. Tätä kautta kotihoidon tarve todennäköisesti vähenee ja kotihoidon resurssit voidaan hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla. (vrt. Gustafsson, Anbäcken, Elfström, Zander & Östlund 2019, 6.)

Tässä opinnäytetyössä esitelty kehittämistoiminta on Laukaan kunnan kotikuntoutuksen tilaama työ, joka toteutettiin tutkimuksellisenä kehittämistoimintana. Kehittämistoiminta on Toikon ja

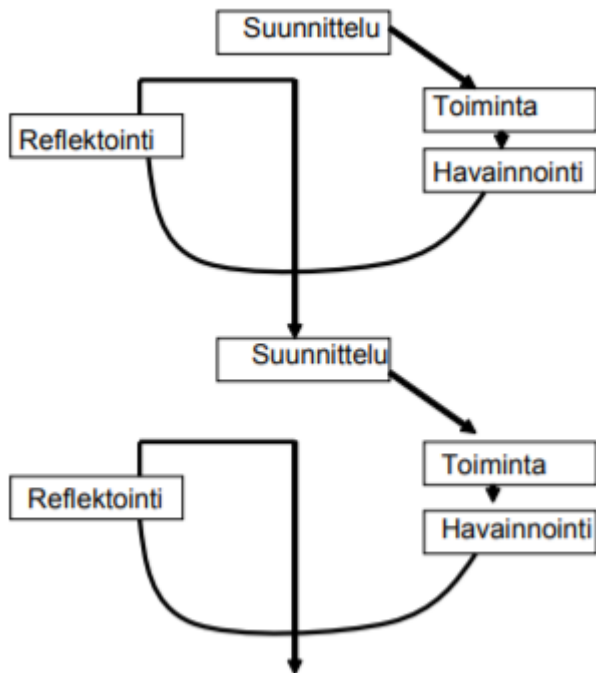
Rantasen (2009) mukaan kehittämistä, jossa hyödynnetään tutkimustietoa ja tutkimuksen logiikkaa. Kehittämistoiminnassa korostetaan tiedonkeruun systemaattisuutta, huolellista dokumentointia ja kerätyn tiedon analysointia sekä tehtyjen johtopäätösten perusteltua ja läpinäkyvyyttä. Tavoitteena on tarkka tavoitteen määrittely ja tulosten arviointi sekä kehittämistoiminnan prosessimaisuus kuten kehitysprojekteissa. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta on näin tieteellisen tutkimuksen ja projektityön välimaastossa. (Toikko & Rantanen 2009, 157.)

Työelämän soveltavan tutkimustyön tavoitteena voi Vilkan (2015) mukaan olla esimerkiksi ammatin alan asiakastyön käytäntöjen tai palveluiden kehittäminen (Vilka 2015, 19). Myös Anttilan (2004) mukaan ammatillinen tutkimus- ja kehittämistoiminnan tavoitteena on muodostaa täysin uusia tai aikaisemmasta käytännöstä kehitettyjä käytäntöjä (Anttila 2004, 135). Kehittämistoiminnassa on Toikon ja Rantasen (2009) mukaan kuitenkin tavoitteena saada aikaan uutta ja yleistettävää tietoa laajemminkin kuin pelkästään yhden yrityksen tai työyhteisön kehittämistoiminnan tuksi (Toikko & Rantanen 2009, 34).

Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013) mukaan tutkimuksella tulee olla tarkoitus (purpose), tavoitteet (aims) ja tutkimusongelmat (research problems), jotka voidaan kuvata myös tutkimustehävinä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 99). Tässä opinnäytetyössä kuvatun kehittämistoiminnan **tarkoituksena** on tunnistaa työntekijöiden käsityksiä ikääntyvän kuntoutujan aktiivista kuntoutujan roolia vahvistavista ja heikentävistä tekijöistä. **Tavoitteena** on löytää tilaajaorganisaation kuntoutustyöryhmälle tutkittua tietoa, kehittämismenetelmiä ja interventioita kuntoutustyön kehittämiseksi. Kehittämistoiminnan **tehtävänä** oli selvittää, miten moniammatillinen kuntoutustyöryhmä voi tukea ikääntyvää asiakasta omassa kodissaan asuvan aktiivisen kuntoutujan rooliin, huomioiden sekä vahvistavat että riskitekijät.

5 Kehittämistoiminnan menetelmät

Opinnäytetyössä kuvattu kehittämistoiminta eteni tutkimusavusteisen kehittämistoiminnan periaatteiden mukaisesti toimintatutkimuksen spiraalimallia (kuvio 1) mukailleen siten, että uusi saatu tieto ja yhteiset keskustelut tilaajan ja opinnäytetyön tekijöiden kesken suuntasivat opinnäytetyön etenemistä (vrt. Toikko & Rantanen 2009, 67, 115).



Kuvio 1 Toimintatutkimuksen spiraalimalli (Toikko & Rantanen 2009, 67)

Toimintatutkimuksen spiraalimallin ensimmäisen vaiheen mukaisesti suunnitteluvaiheessa tilaajalle esitettiin useita erilaisia mahdollisia opinnäytetyön teemoja sekä niiden toteuttamisen mahdollisuuksia. Näistä tilaaja valitsi ensin yhden, jonka pohjalta kirjoitettiin opinnäytetyön ensimmäinen tutkimussuunnitelma, johon kerättiin jo tutkimusteemaan liittyvää alustavaa tutkimustietoa ja teoriataustaa. Tutkimussuunnitelma lähetettiin tilaajalle luettavaksi ja kommentoitavaksi. Yhteisessä palaverissa tutkimussuunnitelma tarkentui ja rajautui edelleen. Myös opinnäytetyön taustalla oleva teorettinen viitekehys tarkentui.

Toikko ja Rantanen (2009) korostavat, ettei tutkimusavusteinen lähestymistapa työn kehittämistoiminnassa ole sitoutunut mihinkään tarkkaan teoriaan tai tutkimusmenetelmiin (Toikko & Rantanen 2009, 34). Tässä opinnäytetyössä viitekehystenä toimivat aikaisemmin esitellyt OTIP-malli

sekä TMO. Kehittämistyössä käytetyt tutkimusartikkelit valikoituivat kuitenkin vasta kuntoutustyössä työskenteleville toimintaterapeuteille tehdyn kyselyn vastausten teemojen pohjalta. Spiraalimallin mukaisesti toinen toiminta vaihe opinnäytetyössä oli tämä kyselytutkimus ja sen vastausten analysointi. Vastausten analysoinnissa löytyneet teemat ohjasivat tieteellisten artikkelien hakua.

Tieteellisten artikkeleiden pohjalta kirjoitettiin tilaajalle tietopaketti tutkimustietoon pohjautuvista asiakkaan toiminnalliseen identiteettiin vaikuttavista tekijöistä. Tutkimusartikkeleista löydettyjen tietojen ja kuntoutustyössä asiakkaan toimijuutta vahvistavien tai heikentävien tekijöiden yhteinen läpikäyminen tilaajan kanssa oli opinnäytetyön kolmannen spiraalin reflektointivaihe. Toikon ja Rantasen (2009) mukaan kehittämistoimintaan sisältyvien tutkimuksellisten osuuksien tarkoituksena on vahvistaa työyhteisön kehittämisprosessia. Saatuja tuloksia ja aineiston analyysiä hyödynnetään yhteisen reflektion herättelijöinä (Toikko & Rantanen 2009, 117).

Spiraalimallin reflektointi vaiheessa opinnäytetyön raportissa koottiin yhteen tehty kehittämistoiminta ja sen tulokset. Opinnäytetyöstä pyydettiin ja saatiin palaute tilaajalta.

5.1 Tutkimusmenetelmät ja tutkimusaineisto

Kehittämistoiminnassa ei ole mahdollista keskittyä yhtä systemaattiseen tai syvälliseen tiedon keräämiseen kuin tieteellisessä tutkimuksessa, mutta tietoa pyritään keräämään valitun kehittämistoiminnan kannalta perusteltu ja riittävä määrä. Kehittämistoiminnan prosessin eri vaiheissa haetaan ja tarvitaan erilaista tietoa tavoitteiden tarkentamisessa ja kehittämistoiminnan suuntaamisessa. Tästä syystä kehittämistoiminnassa tarvitaan mahdollisesti myös erilaisia tiedonkeruun menetelmiä. (Tuokko & Rantanen 2009, 115, 119–120.) Tässä opinnäytetyössä kuvatussa kehittämistoiminnassa on käytetty tiedonkeruumenetelminä kyselytutkimusta ja kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Nämä tutkimusmenetelmät vastaavat kehittämistoimintaprosessin eri vaiheiden tutkimuskysymyksiin seuraavan sivun (sivu 22) taulukossa 1 esitetyllä tavalla.

Taulukko 1 Opinnäytetyön kehittämistoiminnan vaiheet

Kehittämisen prosessin vaihe	Kehittämiskysymys	Aineistonkeruutapa	Aineiston koko	Tavoite
Suunnitteluvaihe	Mikä on tilaajalle merkityksellinen kuntoutustyön kehittämiskohde?	Haastattelu, suunnittelupalaveri	Kaksi tapaamista tilaajan kanssa, sähköpostiviestit ja muistiinpanot	Kehittämistoiminnan tavoitteiden määrittely, valmis suunnitelma
Tiedonkeruuvaihe	Mitkä tekijät vahvistavat ja heikentävät ikääntyvän kuntoutujan aktiivista roolia kuntoutusosastolla ja kotiympäristössä?	Kyselylomake kuntoutustyössä työskenteleville toimintaterapeuteille	Kyselylomakkeen lähettäminen suoraan kuntoutusyksiköiden toimintaterapeuteille (16 kpl), avoimet vastauspyynnöt Facebookin kuntoutus- ja toimintaterapia ryhmissä (4 ryhmää)	Yhdentoista kirjallisen vastauksen saaminen toimintaterapeuteille lähetettyyn kyselyyn
Tiedon analysointivaihe	Mitkä ovat vastaajien mielestä kuntoutujan aktiiviseen rooliin vaikuttavia tekijöitä?	Kyselylomakkeen vastausten analysointi	Yksitoista vastaajaa vastasi neljään eri kysymykseen, vastausten pituus vaihteli muutamasta sanasta pidempiin vastauksiin	Kuntoutujan rooliin vaikuttavien pääteemojen löytäminen
Tiedonkeruuvaihe	Mitä tutkittua tietoa vastauksista löydetyistä pääteemoista löytyy?	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	Pääteemoja on seitsemän. Näiden pohjalta kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 37 tieteellistä artikkelia ja 12 kuntoutusinterventiota.	Tutkimustiedon, konkreettisten toimintamallien ja interventioiden löytäminen kuntoutujan aktiiviseen rooliin vaikuttavista tekijöistä.

5.2 Kyselytutkimus

Kyselytutkimuksella voidaan kerätä tietoa erilaisista ilmiöistä, ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, arvoista ja asenteista (Vehkalahti 2014, 11). Tiedonhankintamenetelmänä kyselytutkimus soveltuu hyvin silloin, jos tavoitellaan hajallaan olevia vastaajia (Vilkkä 2015,94). Tässä kehittämistoiminnassa kyselytutkimuksen tavoitteena oli hankkia tietoa eri puolella Suomea kuntoutustyötä tekevien toimintaterapeuttien käsityksistä kuntoutusasiakkaan rooliin vaikuttavista tekijöistä. Tavoitteena oli löytää kuvailevaa kirjallisuuskatsausta varten ydinteemoja, joita toimintaterapeutit pitivät tärkeinä. Tätä varten laadittiin kyselylomake (Liite 1), jossa esitettiin vastaajille neljä avointa

kysymystä, joihin vastaajat kirjoittivat vastauksensa. Avoimia kysymyksiä on tärkeää käyttää sellaisessa tilanteessa, jossa vaihtoehtoja ei voida tai ei haluta etukäteen antaa vastaajille (Vehkalahti 2014, 25).

Tietoa kerättiin yhden kategorian asetelman (single category design) mukaisesti tietyn ominaisuuden suhteen homogeeniselta ryhmältä (vrt. Toikko & Rantanen 2009, 119). Tavoitteena ei ollut tavoitella otanta-asetelman mukaisesti mitään rajattua perusjoukosta systemaattisesti valittua otosta vaan kyseessä on sattumanvarainen näyte tai itsevalikoituva näyte (vrt. Vehkalahti 2014, 47). Kyselyllä tavoitettiin akuutti- tai kuntoutusosastolla sekä kotikuntoutuksessa työskenteleviä toimintaterapeutteja. Kysely lähetettiin sekä suoraan sairaaloiden ja terveyskeskusten kuntoutusosastojen toimintaterapeuteille (16 sähköpostia) että avoimena tutkimuspyyntönä Facebookin toimintaterapeuttien ryhmille (4 ryhmää). Kyselylomakkeeseen vastasi 11 ikääntyvien kuntoutujien kanssa työskentelevää toimintaterapeuttia. Saadut vastaukset muodostavat opinnäytetyön tutkimusaineiston ensimmäisen osan.

Tämän kyselytutkimuksen haasteena on vastausmäärän pieni koko ja vastaajien osittain sattumanvarainen valikoituminen. Pieni vastausprosentti on Vilkan (2015) mukaan tyypillisimpiä haittoja (Vilka 2015, 94). Ilman otanta-asetelmaa saaduista vastauksista ei myöskään pysty tekemään yleistettäviä johtopäätöksiä (Vehkalahti 2014, 47). Tämän kehittämistoiminnan tarkoitukseen tiedonhaun kohdentamisena vastauksia voidaan kuitenkin pitää ilmiötä riittävästi kuvaavina ja tiedonkeruumenetelmää perusteltuna.

5.3 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Vilkan ja Airaksisen (2003) mukaan toiminnallisessa opinnäytetyössä ei yleensä ole tavoitteena laajan aineiston ja tiedon kerääminen, vaan kyseessä on toimeksiantajan toiveiden, kohderyhmän tarpeiden ja resurssien perusteltu kompromissi. Lisäksi tutkimuskäytäntöjä käytetään väljemmässä merkityksessä kuin tutkimuksellisissa opinnäytetyöissä. (Vilka & Airaksinen 2003, 56–57.) Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii tässä opinnäytetyössä esitellyyn kehittämistoimintaan systemaattista kirjallisuuskatsausta paremmin, koska kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on muodostaa yleiskäsitys tutkittavasta ilmiöstä sekä löytää kyselyn vastauksista löytyneistä pää teemoista aikaisempia tutkimuksia ja interventioita (vrt. Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2013, 92).

Hakusanoina käytettiin: Occup* OT, elderly, reablement, rehabilitation, care ward, home care, elderly, roles, occupational roles. Näitä täydennettiin kyselytutkimuksen pääteemojen hakusanoilla.

Tietokantoja, joista tutkimusartikkeleita ensisijaisesti haettiin, olivat Cinahl Plus Full Text (Ebsco), ProQuest Central, Pubmed ja OTSeeker.

Tieteellisten artikkeleiden tiedonhakua rajatessa käytettiin sisäänotto- ja poissulkukriteereinä taulukossa 2 esitettyjä tekijöitä. Rajausperusteena valittiin aikarajaus 2016–2021, koska lähivuosien aikana toteutetut ikäihmisten palveluiden käytäntöjen kehityshankkeet ja päivitetty laatusuosituksset sekä ns. vanhuspalvelulain uudistus ovat vaikuttaneet ikääntyvien asiakkaiden kuntoutuksen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Toimeksiantajaorganisaatio Laukaan kotikuntoutus on ollut vuosina 2016–2018 mukana Kukoistava Kotihoito-hankkeessa, jonka tuloksena rakentui ikäihmisten kuntoutuksen palvelupolku. Tämä kuntoutusmalli on vastaava kuin Pikkaraisen (2021) esittämät Pohjoismaissa, Tanskassa ja Iso-Britanniassa kehitetyt toimintamallit. Tästä syystä tutkimushakua rajattiin koskemaan pääasiassa eurooppalaisiin tutkimusartikkeleihin ikääntyvien asiakkaiden kuntoutuksesta.

Taulukko 2 Tiedonhaun sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Suomen- tai englanninkielinen julkaisu	Julkaistu muulla kuin suomen tai englannin kielellä
Vuonna 2016 tai myöhemmin julkaistu artikkeli	Ennen vuotta 2016 julkaistu artikkeli
Koko teksti saatavilla	Vain abstrakti saatavilla
Vertaisarvioitu tiedeartikkeli	Ei vertaisarvioitu muu julkaisu
Tutkimus käsittelee ikäihmisille tarkoitettuja kotikuntoutuksen palveluita, joissa osana on toimintaterapia	Tutkimus ei käsittele ikäihmisille tarkoitettuja kotikuntoutuksen palveluita
Raportoitujen tutkimusten kohderyhmänä on yli 65-vuotiaan	Raportoitujen tutkimusten kohderyhmänä on alle 65-vuotiaat

Näiden kriteereiden perusteella valittiin tämän kehittämistoiminnan kirjallisuuskatsauksen artikkeliaineistoksi 37 tutkimusartikkelia. Valitut artikkelit muodostavat opinnäytetyön tutkimusaineiston toisen osan. Artikkeleista tehty koontitaulukko on esitetty liitteessä 2.

5.4 Tutkimusaineiston analyysi

Kyselyn vastausten analyysi: Kyselyyn vastasi 11 vastaajaa. He kaikki kirjoittivat sähköiseen lomakekyselyyn neljä vastausta. Lyhyimmillään vastauksena oli vain viittaus aikaisempaan vastaukseen esimerkiksi: "ks. ed." ja pisimmillään vastaus sisälsi useita eri tekijöitä ja lauseita.

Kyselyn tulosten tulkitsemiseksi käytettiin sisällönanalyysin periaatteita. Tuomen ja Sarajärven (2021) mukaan sisällön analyysi etenee aineistoon perehtymisestä ja muokkaamisesta pelkistettyjen ilmaisujen etsimisen (redusointi) kautta niiden listaamiseen. Tämän jälkeen pelkistetyistä ilmaisuista etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Nämä ryhmitellään ja yhdistetään luokiksi (klusterointi), joista muodostetaan ensin alaluokkia ja näistä syntyy yläluokkia. Yläluokat yhdistetään pääluokiksi tai kuten tässä opinnäyteprosessissa, pääteemoiksi. Lopuksi muodostuva yhdistävä luokka/teema sisältää vastauksen tutkimuskysymyksen. Tämä on tutkimusaineiston abstrahointia eli käsitteellistämistä, jonka tavoitteena on erottaa aineistosta tutkimuksen kannalta merkityksellinen tieto ja tämän pohjalta muodostaa teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2021, 122–123.)

Vastausten analysoinnin ensimmäisessä vaiheessa saadut vastaukset lajiteltiin kukin yhtä kysymystä koskeviin, yhteisiin tiedostoihin. Tämän jälkeen vastaukset luettiin huolellisesti useaan kertaan läpi. Vastauksille annettiin pelkistetyt ilmaukset. Osa vastauksista sisälsi useita eri pelkistettyjä ilmaisuja. Pelkistetyistä ilmauksista muodostettiin alaluokkia ja yläluokkia. Yläluokista pyrittiin löytämään pääluokkaa, mutta usein tätä ei erikseen enää nimetty. Vastauksissa yhdistävänä tekijänä oli kyselylomakkeessa esitetyn kysymyksen sisältö. Seuraavan sivun taulukossa 3 (sivu 26) on kuvattu esimerkki tehdystä aineiston analyysistä.

Taulukko 3 Esimerkki aineiston analyysistä

Kysymys: Mitkä tekijät mielestäsi parhaiten vahvistavat kuntoutusosastolla olevan asiakkaan roolin muuttamista erikoissairaanhoidon potilaan ja toipilaan roolista aktiivisen kuntoutujan rooliin?				
Alkuperäisilmaus (vastaajan numero)	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka/pääteema	Yhdistävä luokka/ tekijä
Taustatiedot ja aiempi toimintakyky ovat tärkeitä siksi, että ei lähdetä asettamaan tavoitteita liian ”korkealle”. Esim. nyt minulla on kuntoutuksessa iäkäsrouva, jolla on molemmissa olkapäissä isot kulumat vaikeuttaen jo ilman pareettista yläraajaakin erilaisia pukeutumiseen liittyviä toimintoja. Mietitään yhdessä keskustellen tilannetta, mitkä arjen toiminnot kja arvottaa itselleen tärkeiksi? Hänen kanssaan päätimme luopua pukeutumistreeneistä ja keskittyä harjoitteluun vessassakäymistä. (7)	Asiakkaan taustojen tunteminen tärkeää Asiakas mukana tärkeän toiminnon valinnassa Tavoiteltavien toimintojen tärkeysjärjestys	Realistinen tavoite Asiakaslähtöinen tavoitteen asettaminen Merkityksellinen/motivoiva tavoite	Kuntoutuksen tavoite	Asiakaslähtöinen, konkreettinen ja motivoiva kuntoutuksen tavoite (vahvistaa potilaan ja toipilaan roolin muuttamista aktiiviseen kuntoutujan rooliin)

6 Tutkimuksen tulokset

Opinnäytetyössä esitelty kehittämistoiminnan tutkimusaineisto koostuu kahdesta osasta: Ensimmäinen tutkimusaineisto muodostuu tehdyn kyselytutkimuksen vastauksista. Kyselytutkimuksen vastaukset on analysoitu ja teemoiteltu systemaattisesti sisällönanalyysin keinoin. Löydettyjen pääteemojen ohjaamana on tehty kuvaileva kirjallisuuskatsaus, johon valitut artikkelit muodostivat toisen tutkimusaineiston. Valituista tieteellisistä artikkeleista on tehty kirjallinen koonti. Tässä opinnäytetyössä kuvataan saadut tulokset lyhyesti ja tilaajalle on toimitettu yhteenveto tutkimustietoon perustuvista interventioista ikääntyvän kuntoutujan toiminnallisen roolin vahvistamiseen vaikuttavista tekijöistä. Kehitystehtävän tuloksena syntyi kirjallisuuskatsauksen ja kyselylomakkeen tulosten pohjalta käsitys ikääntyvän kuntoutujan roolin vahvistamisen haasteista ja mahdollisuuksista kotona tapahtuvan kotikuntoutuksen aikana.

Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tuloksena löytyivät seuraavat ikääntyvän kuntoutujan roolia koskevat pääteemat: Asiakaslähtöisyys, motivaatio, kuntoutuksen tavoitteet, aktiivisen kuntoutujan roolin rakentuminen, kuntoutuksen toimijoiden moniammatillinen yhteistyö, omaiset ja läheiset, koti toimintaympäristönä sekä resurssit ja tuki. Tulosten raportoinnissa nämä on yhdistetty siten, että asiakaslähtöisyys sisältää motivaation ja asiakaslähtöisen tavoitteen asettelun sekä aktiivisen kuntoutujan roolin rakentumisen. Lisäksi olemme yhdistäneet kuntoutuksen moniammatillisen yhteistyön ja resurssit ja tuen, koska nämä sekä vastauksissa että löydettyissä tutkimusartikkeleissa liittyivät tiiviisti toisiinsa.

6.1 Aktiivisen kuntoutujan roolin rakentuminen: Asiakaslähtöinen tavoitteenasettelu, osallistaminen ja motivaatio

Kyselytutkimuksen vastausten mukaan aktiivisen kuntoutujan rooliin liittyy vahva asiakaslähtöisyys kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa. Asiakaslähtöisyyteen sisältyviä tekijöitä olivat vastausten mukaan ikääntyvän kuntoutujan elämäntilanteen tunteminen, asiakaslähtöinen tavoitteen asettaminen ja kuntoutujalle merkityksellisten tavoitteiden valitseminen, yksilöllisten tekijöiden huomiointi, ikääntyvän kuntoutujan osallisuuden varmistaminen, kuntoutujan minäpystyvyyden tukeminen sekä motivaatioon vaikuttavat tekijät.

Asiakaslähtöisiin tavoitteisiin liittyi vastausten mukaan kuntoutujan kuuleminen, hänen elämäntilanteensa sekä elämänhistorian tunteminen sekä tavoitteiden merkityksellisyys kuntoutujalle.

Aktiivisen kuntoutujan rooliin muuttumista tuetaan selvittämällä kjan taustatiedot ja aiempi toimintakyky, sekä elämässä merkitykselliset asiat. Taustatiedot ja aiempi toimintakyky ovat tärkeitä siksi, että ei lähdetä asettamaan tavoitteita liian "korkealle... Ennen kotiutumista hän (kuntoutuja) kertoi tottuneensa hieman meikkaamaan ennen ulos asioille lähtemistä ollen huolissaan siitä, miten esim. ripsivärin laittaminen jatkossa onnistuisi... Tässähän meikkaaminen tukee kjan sosiaalista elämää, ollen siten mielestäni tosi tärkeä tavoite.

Osallisuutta vahvistavia tekijöitä oli vastausten mukaan kuntoutujan kuulluksi tuleminen, mielipiteiden aito huomioiminen ja kuntoutujan mahdollisuus vaikuttaa omaan kuntoutumiseensa sen kaikissa vaiheissa. Vastauksissa tuotiin esille ikääntyvän kuntoutujan oma käsitys itsestään aktiivisena toimijana. Tähän vaikuttaa ikääntyvän kuntoutujan minäpystyvyyden ja arjessa tärkeiden roolien tukeminen muuttuneesta elämäntilanteesta huolimatta.

Osastolla pitäisi jutella kodista ja ihmisistä jotka liittyvät kotielämään: "Jokohan naapuri on sinua odottanut, jäikö sinulta verhojen vaihtaminen kesken.." jne. Näin ei ylläpidetä potilaan roolia vaan luodaan siltä kotiin ja vahvistetaan ihmisen omaa roolia kotona asuvana toimijana.

... kuntoutuja kokeili FIX-lautaa omenan pilkkomiseen, vaikka ei juurikaan keittiössä ole tottunut puuhailemaan. Ilahtui laudan näppäryydestä ja kertoi, että voisi kotona jatkaa sen avulla yksikäsitestikin kiviharrastustaan.

Vastausten mukaan yksi merkittävimmistä tekijöistä ikääntyvän kuntoutujan aktiivisen rooliin liittyen on kuntoutujan oma motivaatio ja sen ylläpitäminen (yhdeksän vastaajaa yhdestätoista). Motivaatioon vaikuttavat edellä mainittujen tekijöiden lisäksi kuntoutujan terveydentila ja sairaudet sekä hänen käsityksensä omasta roolistaan kuntoutujana. Tärkeäksi tekijäksi nousi asiakkaan kokemus sosiaalisesta tuesta ja turvallisuudesta. Ikääntyvä kuntoutuja voi nähdä oman roolinsa aktiivisen kuntoutujan sijaan hoitoa ja palvelua vastaanottavana potilaana. Näin kuntoutujan oma käsitys kuntoutuksesta ei vahvista aktiivisen kuntoutujan roolin sisäistämistä. Kuntoutuja saattaa kokea yksinäisyyttä ja turvattomuutta eikä hän luota omaan selviytymiseen kotiarjessaan. Nämä tekijät vähentävät motivaatiota sitoutua kuntoutukseen ja sen tavoitteisiin.

Asiakkaan oma suhtautuminen osastoon saattaa olla "hoivaa haluava". Esim taustalla oleva yksinäisyys saa asiakkaan tukeutumaan hoitajiin ja odottamaan passausta.

Asiakkaan haluavat liiotellusti näyttää työntekijöille ja arviointia tekeville terapeuteille, miten huonossa kunnossa ovat, koska toivovat pääsevänsä pitkäaikaiseen hoivakotiin ehkä kotiin siirtyminen ja yksinäisyys omassa arjessa myös pelottavat.

Muita aktiivisen kuntoutujan rooliin heikentävästi vaikuttavia tekijöitä vastauksissa olivat asiakkaan terveydentila, vääristynyt käsitys omasta pystyvyydestä ja kuntoutuksen vastustaminen. Kuntoutuja ei myöskään aina kerro realistisesti omasta tilanteestaan eikä pyydä apua tai myönnä avuntarvettaan. Yhdessä vastauksessa tuotiin esille, että passiiviseen rooliin jääminen on tehty liian helpoksi.

Asiakkaan mielenterveyden ongelmat/sairaudet tai muistisairaus vaikuttanut vahvasti kuntoutujan rooliin tai edistymiseen.

Kognitiivisessa oirekuvassa varsinkin oma oiretiedostus ja pystyvyys voivat olla alentuneita mutta kja kykenee vakuuttavasti kertomaan, että arki sujuu hyvin esim. kotihoidolle/kotiutustiimille eikä nähdä tarvetta arjen tukeen.

Asiakaslähtöisyys sanana korostaa kuntoutujan omaa tärkeää roolia: Hän ei ole passiivinen kohde, vaan aktiivinen, osallinen, sitoutunut ja mukana kuntoutuspolkuaan koskevassa päätöksenteossa. Kehittämistoimintaa varten kootun kyselyn vastaukset tukevat näitä näkemyksiä. Vastausten mukaan kuntoutuksen asiakaslähtöisyys tukee ikääntyvän kuntoutujan toiminnallisen roolin vahvistamista. Tähän pääteemaan liittyviä vastauksista muodostuneita alateemoja olivat kuntoutujan osallisuuden mahdollistaminen ja varmistaminen, kuntoutujan mielipiteen ja toiveiden huomioiminen sekä kuulluksi tuleminen tunne. Vastausten mukaan tärkeää kuntoutuksen suunnittelulle on myös ikääntyvän kuntoutujan elämäntilanteen, kotiympäristön, aikaisemman osaamisen ja taitojen tunteminen sekä fyysisten ja psyykkisten mahdollisuuksien huomioiminen.

Moe, Ingstad ja Brataas (2017) ovat selvittäneet asiakaslähtöistä tavoitteenasettelua edistäviä sekä estäviä tekijöitä. Esimerkiksi asiakaslähtöisyyttä tukemaan tarkoitettua työvälineen käyttö (esimerkkinä Canadian Occupational Performance Measure, COPM) ei heidän mukaansa yksinään takaa asiakkaan osallisuutta ja sitoutumista tavoitteenasetteluun. Kuntoutustyöntekijän ja kuntoutujan välinen hyvä vuorovaikutus, luottamus, työntekijän asiakaslähtöinen asenne sekä aktiivinen

dialogin kehittäminen esimerkiksi avoimia kysymyksiä käyttämällä tukevat kuntoutujan aidompaa osallisuutta. Suljettuihin kysymyksiin asiakkaan on helpompi vastata hyvin lyhyesti ja mahdollisesti myös myötäillä haastattelijan oletettuja odotuksia. Tällöin kuntoutujan osallisuus ja sitoutuminen voivat jäädä pinnallisiksi ja sen seurauksena tavoitteet perustuvatkin kuntoutustyöntekijän näkemyksiin. On myös mahdollista, että iäkkään kuntoutujan läheisten toiveet ja mielipiteet asiakkaan kuntoutustarpeista menevät hänen oman näkemyksensä edelle. (Moe ym. 2017, 2, 4–7.)

Eräs keskeinen näkökulma tavoitteenasettelussa on tavoitteen perusta: tavoite voi pohjautua joko vammaan/sairauteen tai toiminnalliseen haittaan, tai vaihtoehtoisesti kuntoutujalle tärkeään toimintaan. Vammaan tai haittaan keskittyvä tavoite ei ymmärrettävästi ole kuntoutujalle yhtä mielekäs kuin toimintakeskeinen tavoite. (Tuntland, Kjekken, Folkestad, Førlund & Langeland 2020, 249.) Tuntland ja muut (2020) käyttävät esimerkkinä tasapainon parantamista vs. itsenäistä suihkussa käyntiä. Näistä jälkimmäinen on toiminnallinen tavoite, jossa tarvitaan myös tasapainoa. Tässä tavoitteessa tasapaino on vain pieni osa kohti kuntoutujalle tärkeää, motivoivaa tavoitetta. (Tuntland ym. 2020, 249.)

Kuntoutujan valinnanvara tavoitteenasettelussa saattaa myös olla rajallinen. Tuntland ja muut (2020) tuovat esiin, että kustannustehokkuusajattelu ja kotona pidempään pärjäämisen tavoite voivat suunnata kuntoutusta voimakkaasti ja kapea-alaisesti arjen perustoimintoihin (Activities of Daily Living, ADL-toiminnot). Pyrkimyksenä on näin myös vähentää kotiin suunnattavien palveluiden tarvetta. Toisaalta taas on kohtuullisen vähän aikaisempaa tutkimustietoa siitä, mitä ikääntyneet kuntoutujat tyypillisesti haluaisivat priorisoida. Vapaa-ajan toiminta, sosiaaliset suhteet ja kodin ulkopuoliset aktiviteetit jäävät kuitenkin hyvin vähäiselle huomiolle. (Tuntland ym. 2020, 249.) Hjelle, Tuntland, Forland ja Alvsvåg (2017) sivuavat tutkimuksessaan mielenterveyttä, viitaten UNECEF:n (2015) näkemykseen siitä, että fyysisen ja sosiaalisen osa-alueen lisäksi myös asiakkaan henkinen vointi vaikuttaa siihen, mitä terveydenhuollon palveluilta vaaditaan. Samassa tutkimuksessa ikääntyville kuntoutujille annettiin mahdollisuus valita toiminnallinen tavoite kuntoutukselle ilman rajoituksia. Tällöin sosiaaliset suhteet ja yhteys muihin sekä esimerkiksi ulkoilu olivat iäkkäille kuntoutujille tärkeitä tavoitteita. (Hjelle ym. 2017, 1582, 1587.)

lääkään kuntoutujan tukemisessa ja hänen sitoutumisessaan kuntoutumiseen on tärkeä tunnistaa, mikä häntä motivoi. Hjelle ja muut (2017) avaavat motivaation ”sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä”. Sisäistä motivaatiota edustivat heidän tutkimuksessaan asiakkaan ”tahdonvoima ja vastuullisuus”, ulkoisiin tekijöihin taas sisältyivät asiakkaan oma kotiympäristö, läheiset, tutut tavarat ja kotikuntoutuksen henkilökunta. Eräs tutkimukseen osallistuneista henkilöistä kuvasi tuntemustaan: *”You must have the drive to come ahead in life.”* (Hjelle ym. 2017, 1581, 1585.) Kyseinen lausahdus kuvaa hyvin asiakkaan perspektiiviä ja sisäisen motivaation syntyä: Edessä on oltava jollain tavalla merkityksellinen tulevaisuus, johon pyrkiä. Sisäinen ja ulkoinen motivaatio toimivat kuitenkin vuorovaikutuksessa keskenään ja niiden sopiva suhde vaihtelee yksilöstä toiseen. Osa tutkimukseen osallistuneista henkilöistä ei lainkaan motivoitunut kuntoutukseen itsenäisesti, vaan he tarvitsivat jatkuvan tuen ulkopuolelta (Hjelle ym. 2017, 1587).

Ulkoisista motivaatiotekijöistä hyvin tärkeäksi koettiin oma kotiympäristö läheisineen. Kotona itsenäisesti tehtävät kuntoutustoimet eivät vaadi aikatauluttamista ja niitä voi tehdä silloin, kun se omaan arkeen sopii, osana omaa, mahdollisimman tavanomaista arkea. Hyvin suuri painoarvo annettiin ikääntyvien kuntoutujien näkemyksissä myös kuntoutustiimille: Tiimin tärkeintä antia ikääntyvälle kuntoutujalle oli asiakkaan itseluottamuksen ja sitä myötä rohkeuden ja itsenäisyyden tukeminen. Erilaisia toimintoja porrastamalla ikääntyvät kuntoutujat luottavat vähitellen itseensä ja kuntoutustiimin jäsenten läsnäoloa tarvittiin asteittain vähemmän. Tällöin kuntoutuja rohkaistui toimimaan itsenäisesti ja jatkamaan harjoittelua myös yksin ollessaan. (Hjelle ym. 2017, 1585–1586.)

Kuten jo aiemmin mainittiin, käytetyillä termeillä on merkitystä: potilaan sijasta on rakentavampaa puhua kuntoutujasta. Hjellen ja muiden (2017) tutkimuksessa nousi esiin myös sanan ”harjoittelu” (training) käyttö. Asiakkaat kokivat, että ”harjoittelu” viittaisi sanana fyysiseen harjoitteluun, kuten voimaan, liikkuvuuteen, ja tasapainoon. (Hjelle ym. 2017, 1857.) Tämä näkökulma suuntaa ajattelua toiminnallisista tavoitteista kohti kehon toimintoja ja myös kohti mahdollisia rajoitteita. Erään asiakkaan mukaan: *”I didn’t train showering... I have showered all my life that is no exercises or training for me. It was one of my goals to manage showering,”* (Hjelle ym. 2017, 1587). Voi myös olettaa, että suomenkielisessä kontekstissa on merkitystä sillä, mitä sanoja ammattilainen käyttää puhuessaan ikääntyvälle kuntoutujalle kuntoutumiseen liittyvistä toimista.

6.2 Kuntoutuksen toimijoiden moniammatillinen yhteistyö

Arkikuntoutus tai reablement-kuntoutus (kotikuntoutus), on terveydenhuoltoon kehitetty toimintamalli kotona tapahtuvalle moniammatilliselle kuntoutukselle. Kotikuntoutus-malli otettiin käyttöön Englannissa ja joissakin muissa länsimaissa noin vuonna 2000. Pohjoismaissa tämä malli yleistyi vuodesta 2010 eteenpäin. Kotikuntoutus on määritelty seuraavasti: kotikuntoutus on asiakaslähtöinen, kokonaisvaltainen lähestymistapa kuntoutukseen, jonka tavoitteena on parantaa yksilön fyysistä ja/tai muuta toimintakykyä vahvistamalla tai ylläpitämällä itsenäisyyttä ja omatoimisuutta mielekkäissä arjen toiminnoissa omassa kotiympäristössä. Tavoitteena on myös vähentää pitkäaikaista palvelujen tarvetta. (Ambuko, Dar, Bikova, Forland & Tjerbo 2022, 1.)

Kotikuntoutus perustuu moniammatillisen kuntoutustyöryhmän työskentelyyn. Moniammatillinen työryhmä määritellään samalla hierarkkisella tasolla työskentelevien kuntoutustyöntekijöiden muodostamaksi työryhmäksi, joka työskentelee yhdessä sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi. (Birkeland, Tuntland, Førland, Jakobsen & Langeland 2017, 195.) Keski-Suomen kunnille tehdyn kyselyn mukaan kotikuntoutuksen moniammatillisessa kuntoutustiimissä työskentelee usein kotikuntoutuksen kotihoitajien lisäksi fysioterapeutti. Tämän lisäksi kotikuntoutustiimissä voi olla kuntohoitaja ja/ tai toimintaterapeutti. (Vuorinen 2021, 27.) Toimintaterapeuttien ja muiden kuntoutustyöntekijöiden, esimerkiksi sosiaalikasvattajien ja sairaanhoitajien määrä ikääntyvien kuntoutujien kotikuntoutuksen moniammatillisessa työryhmässä on kuitenkin vähäinen verrattuna esimerkiksi Norjan vastaavasta kotikuntoutus-mallista tehtyihin tutkimuksiin (vrt. Hjelle, Skutle, Forland & Alvsvåg 2016, 575).

Kyselytutkimuksessa nousi esiin toimintaterapeuttien käsityksiä moniammatillisen yhteistyön vaikutuksista ikääntyvän kuntoutujan aktiivisen roolin mahdollistamisessa. Lisäksi vastaajat kertoivat yhteistyöhön liittyviä haasteita. Vastaajien kokemusten mukaan ympäristön toimijoiden yhteistyö vahvistaa ikääntyvän asiakkaan toiminnallista roolia. Tärkeää on riittävä yhteistyö sekä kotihoidon työntekijöiden ja kuntoutusosaston työryhmän välillä että kuntoutujan omaisten ja läheisten kanssa.

Ohjataan omaisia tukemaan kuntoutumista. Otetaan sovitus mukaan toimintaterapiaan ja näytetään jotakin arjen toimintoa. Monesti iäkkäät puoliset haluaisivat pas-

sata puolesta, lisäksi heitä voi pelottaa kovasti antaa sairastuneen puolison tehdä jotain tiskaamista tms. Tähän on auttanut, että omainen näkee tämän tapahtuvan minun tukemana.

Onnistunut yhteistyö moniammatillisessa kuntoutustiimissä koettiin tärkeäksi ja merkittäväksi tekijäksi kuntoutujan toiminnallisen roolin vahvistumisessa. Tähän liittyivät yhteisesti sovitut toimintaohjeet ja tavoitteet, tiedonkulku työntekijöiden välillä ja yhteisesti jaettu käsitys kuntouttavasta työotteesta.

Moniammatillinen tiimi (kotihoito, fysioterapeutti, toimintaterapeutti) työskentelee, ohjaa ja tukee asiakasta samansuuntaisesti yhteisesti sovittujen tavoitteiden mukaan.

Kotihoidon työntekijöiden olisi tärkeä olla mukana keskustelemassa asiakkaan tavoitteista, sovituista harjoitteista ja tekemisistä.

Toimijoiden yhteistyön haasteina vastauksista nousivat esille asenteet suhteessa kuntoutukseen, työntekijöiden vaihtuvuus, eri toimijoiden tiedonsiirtoon liittyvät ongelmat, epäselvät ja ristiriitaiset toimintaohjeet kuntoutukseen liittyen sekä epäselvät odotukset. Yksi vastaaja toi esille johtamiseen ja palveluiden organisointiin liittyvät haasteet.

Moniammatillisen kotikuntoutuksen onnistuminen edellyttää vastaajien mielestä riittävää tukea ja resursseja. Suurimmat haasteet liittyvät vastaajien mukaan riittämättömiin työntekijäresursseihin, kotihoidon työntekijöiden määrään ja kiireeseen sekä työntekijöiden kuntoutusosaamisen puutteeseen.

Kodinhoitajien työaika olisi lisättävä aktiivisen kuntoutuksen vaiheessa (vie paljon enemmän aikaa auttaa asiakasta itse keittämään puuro kuin tehdä se asiakkaan puolesta).

Varsinkin alkuvaiheessa asiakas tarvitsee aktiivista yhdessä tekemistä useasti viikossa, kerran viikossa terapeutin käynti ei riitä ylläpitämään asiakkaan omaa motivaatiota tai tekemisen toistoja.

Kognitiota ei osata riittävästi huomioida kentällä jolloin kjan tilanne voi nopeastikin kriisiytyä kotiutumisesta.

Samat opinnäytetyötä varten tehdyn kyselytulosten teemat liittyen moniammatilliseen kuntoutustyöhön ja sen edellyttämiin resursseihin tulivat esille myös löydetyistä tutkimusartikkeleista. Esimerkiksi Ambukon ja muiden (2022) tutkimuksen mukaan kotikuntoutus-mallin käyttöönotto on lisännyt yhteistyötä hoitoyksiköiden ja kuntoutuksessa työskentelevien työntekijöiden välillä. Tämä edellyttää säännöllisiä tapaamisia, joissa on aikaa keskustella kuntoutustyöstä ja jakaa tietoja ja kokemuksia työryhmän kesken. Tärkeää on yhteisen työn toiminta-ajatuksen ja perusperiaatteiden sekä näkemysten jakaminen. Moniammatillisen kuntoutustiimin yhteistyö vahvistaa kotihoitoon henkilöstön kuntouttavien työmenetelmien käyttöä kotihoidon käynneillä ja eri ammattiryhmien yhteinen kotikuntoutuksen kehittäminen tehostaa kuntoutuksen suunnittelua ja organisointia ja näin vähentää päällekkäistä työskentelyä ja kohdentaa resursseja paremmin. (Ambuko ym. 2022, 7.)

Kotikuntoutuksen moniammatillista työskentelyä käsittelevissä tutkimuksissa on todettu, että moniammatillisessa kotikuntoutuksessa työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten vaihtuvuus on vähentynyt ja työtyytyväisyys parantunut verrattuna aikaisempaan tavalliseen kotihoidon työryhmässä työskentelyyn (Hjelle ym. 2016, 576). Moniammatillisen kuntoutustyöryhmän jäsenet myös kokivat tiedon määrän ja luottamuksen lisääntyneen sekä yleisesti kotikuntoutuksen, että erityisesti oman ammattiosaamisensa ja ammattiroolinsa vahvistumisen osalta (Gustafsson ym. 2016, 6). Kotikuntoutus -mallin käyttöönoton onnistuminen oli tutkimuksen mukaan riippuvainen moniammatillisen kuntoutustyöryhmän vahvasta yhteisestä tavoitteesta, eri asiantuntijoiden osaamisen saatavuudesta ja kotihoidon mahdollisuuksista tarjota jatkuvaa tukea kotikuntoutuksen asiakkaille (Hjelle ym. 2016, 576.)

Toimivan kuntoutustyöryhmän piirteitä ovat luottamus, työryhmän jäsenten ammatillisen osaamisen arvostaminen, vastuun jakaminen, keskinäinen kunnioitus ja tasa-arvo, sitoutuminen, myönteisyys ja hyvinvointi. Vuorovaikutus, yhteinen keskustelu ja tiedonkulku ovat keskeisiä tekijöitä moniammatillisessa yhteistyössä. Tämä mahdollistaa myös työryhmän jäsenten osaamisen kasvun. (Birkeland ym. 2017, 195; Hjelle ym. 2016, 576.) Työryhmän jäsenten keskinäinen toisten ammattiosaamisen tunteminen, yhteisten rutiinien ja toimintamallien muodostuminen ovat myös merkittäviä kuntoutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä (Kraft, Blomberg & Hedman 2013, 4).

Kotikuntoutus-mallin käyttöönottoon liittyviä haasteita norjalaisen tutkimuksen (Ambuko ym. 2022) mukaan olivat uuden työskentelytavan omaksumisen haasteet, henkilöstö- ja aikapula, kotihoidon työntekijöiden kokema raskas työkuorma, henkilöstön suuri vaihtuvuus, riittämättömät ja alimitoitettut resurssit ja kotikuntoutukseen liittyvän koulutuksen puute. Lisäksi vastaajat kokivat, että kotihoidon palvelut olivat huonosti koordinoituja ja organisoituja. Kuntoutustyöntekijöiden työvuorot eivät mahdollistaneet kuntouttavan työtavan mukaista kotihoitoa. Myös tiedonkulku kuntoutustiimin ja kotihoidon välillä oli riittämätöntä. Tämä lisäsi ristiriitaisen tiedon välittämistä kuntoutusasiakkaille, jolloin esimerkiksi kotikuntoutustiimin työntekijät ohjasivat kuntoutujan tekemään asioita itse ja kotihoidon työntekijät tekivät niitä asiakkaan puolesta. (Ambuko ym. 2022, 7.)

Näiden haasteiden lisäksi toisessa tutkimuksessa (Liaaen & Vik 2019) tuli esille, että kuntoutustyöryhmän jäsenet kokivat kuormittavia ristiriitaisia tunteita oman uuden mahdollistajan roolin ja aikaisemman auttajan tai puolesta tekijän roolin kanssa. He kuvasivat vastauksissaan, miten vaikea on nähdä iäkkään kuntoutujan kamppailevan tavoitteeksi valitun toiminnon suorittamisessa ja olla tekemättä puolesta tai auttaa liikaa asiakasta. Myös omaisten ja kuntoutujien omat odotukset avusta ja palvelusta eli kuntoutuksesta toivat paineita työntekijöille. Vastaajat kokivat myös, että kotikuntoutus keskittyi liikaa vain kuntoutujan henkilökohtaiseen hygieniaan ja ruoanvalmistukseen eikä se huomionnut laajemmin kuntoutujan arkielämän tukemista, kuten esimerkiksi sosiaalisten suhteiden vahvistamista ja toimintoja kotiarjen ulkopuolella. (Liaaen & Vik 2019, 5–6.)

Kotikuntoutus -malliin siirtymisen haasteet Keski-Suomessa ovat liittyneet mm. kuntoutusalan ammattilaisten ja kotihoidon hoitajien työnjakoon ja henkilöstön vaihtuvuuteen. Lisäksi fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien työpanoksen saatavuus kotihoitoon ja kotihoidon hoitajien asenteiden muuttuminen kuntouttavaa työtä kohtaan ovat olleet haastavia tekijöitä. Perinteisestä toimintamallista luopuminen ja uuden omaksuminen on ollut hidasta. Uuden toimintamallin sisäistäminen vaatisi vastaajien mukaan riittävästi työntekijä- ja aikaresursseja. Vain yhdessä kunnassa todettiin uuteen toimintamalliin siirtymisen onnistuneen ilman ongelmia. Keski-Suomen kotikuntoutuksesta tehdyn kyselyn mukaan yhdessäkään vastauksen lähettäneessä kunnassa ei kotikuntoutuksen malli toteudu alkuperäisen tarkoituksen mukaisesti. (Vuorinen 2021, 30.)

Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan (Elo, Saarnio, Rautasalo & Isola 2012) kuntoutusosaston sairaanhoitajien ja lähihoitajien tulisi olla aktiivisemmassa roolissa osana kuntoutustyöryhmää. He työskentelevät kuntoutujien kanssa vuorokauden ympäri ja pystyvät omassa työssään huomioimaan kokonaisvaltaisesti kuntoutuksen tavoitteet. Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan, että hoitohenkilöstön täydennyskoulutuksen tulisi keskittyä hoitajien itsenäisen päätöksenteon vahvistamiseen ikääntyneiden kuntoutujien kuntoutuksen edistämiseksi ja edistymisen arvioinnissa. Lisäksi tulee varata riittävästi aikaa moniammatillisen kuntoutustyöryhmän keskusteluille ja yhteisten kuntoutusasiakkaiden tavoitteiden sopimiselle. (Elo ym. 2012, 54.)

Ruotsissa tehdyssä moniammatillisen kuntoutustyöryhmän työntekijöiden haastattelututkimuksessa (Randström, Wengler, Asplund & Svedlund 2014) vastaajat kokivat kuntouttavan työskentelevän työskentelevän työkulttuurin vahvuudeksi asiakaslähtöisyyden. Vastaajien mukaan tämä tarkoitti, että kuntoutuminen tapahtui asiakkaan omassa kodissa ja arkiympäristössä ja kotikuntoutuksen työntekijät jakoivat yhteisen käsityksen kuntouttavasta työotteesta eli asioita ei tehdä asiakkaan puolesta, vaan asiakkaan toimintakykyä arjessa tukien ("hands-off" tai "kädet selän takana" työskentely). Toinen vastauksista muodostunut pääluokka liittyi kuntoutustyöryhmän yhteistoimintaan. Vastaajat kokivat moniammatillisen työskentelyn hyväksi, koska tämä mahdollisti tehokkaamman resurssien koordinoinnin ja ammatillisen osaamisen vahvistumisen toisilta oppien. (Randström ym. 2014, 15.) Näiden lisäksi Liaaen ja Vikin (2019) tutkimuksen mukaan kotikuntoutuksen työntekijät kertoivat, että ikääntyvien kuntoutujien osallisuuden lisääntymisen mahdollistaminen ja muutoksen luominen oli kuntouttavassa työotteessa palkitsevinta. He jakoivat tutkimushaastattelussa näitä menestystarinoita. Näitä tarinoita käytettiin asiakkaiden motivoinnissa ja työryhmän motivaation vahvistamisessa. (Liaaen & Vik 2019, 5.)

Myös Hjellen ja muiden (2016) tekemän haastattelututkimuksen mukaan työntekijöiden kokemukset moniammatillisesta kotikuntoutuksesta ovat myönteisiä. Tutkimuksessa nousi esille kolme pääteemaa, jotka vahvistavat moniammatillista kuntoutustyöryhmän työskentelyä. Nämä olivat yhdessä keskustellut asiakaslähtöiset kuntoutustavoitteet, muutos kotihoidon työskentelevässä ja parempien resurssien varmistaminen yhteistyölle, ammatillisen asiantuntemuksen ja harkinnan käyttämiselle. (Hjelle ym.2016, 584.) Moniammatillisen kuntoutustyöryhmän yhdessä jaetut tavoitteet, ryhmän jäsenten kommunikaatiotaidot ja ryhmän jäsenten eri roolien ymmärtäminen vaikuttavat myönteisesti kuntoutuksen toteutumiseen (Randström ym. 2014, 15). Myönteisesti

vaikuttavia tekijöitä ovat myös usean eri ammattiryhmän edustus, vuorovaikutukseen ja tiedon välittämiseen käytetty riittävä aika sekä työryhmän yhteinen suunnittelu ja päätöksenteko. Lisäksi moniammatillisen kuntoutustyöryhmän työskentelyä paransi mahdollisuus organisaatio- ja ammattirajat ylittävään kuntoutukseen: Kuntoutustiimin jäsenet olivat opettaneet toisilleen omaan ammattiosaamiseensa liittyviä työtapoja, ja tämä mahdollisti joustavan työntekijöiden käytön tiimin sisällä samojen asiakkaiden kuntoutuksessa. (Kraft ym. 2013, 3–4.)

Moniammatilliseen kotikuntoutukseen liittyy tiiviinä osana myös kuntoutusosaston ja kotikuntoutuksen onnistunut yhteistyö. On myös huomioitava, että ellei tiedonkulku erikoissairaanhoidosta kuntoutujan jatkokuntoutukseen toimi toivotulla tavalla, asiakkaan jatkokuntoutuksen suunnittelu ja toteutuminen vaikeutuvat (Kraft ym. 2013, 6–7). Organisaation taholta tulevat paineet vaikuttavat toimintaterapiaan ja moniammatillisen kuntoutustiimin toimintatapoihin. Näitä ovat esimerkiksi ajan ja resurssien saatavuuteen liittyvät haasteet. Moniammatillisen työryhmän haastattelututkimuksessa (Godfrey, Cornwell, Eames, Hodson, Thomas & Gillen 2019) kävi ilmi, etteivät kuntoutuksen muut työryhmän jäsenet kokeneet riittävästi tietävänsä, mitä toimintaterapeutin kotikäyntiin ja siihen liittyvään toimintakyvyn arviointiin liittyy. (Godfrey ym. 2019, 250.)

Kuntoutusosastolta tai sairaalasta kotiutumisen yhteydessä tehtyjen toimintaterapeutin kotikäyntien ja niihin liittyvien kuntoutujan toimintakyvyn ja kotiympäristön arvioinnin hyötyjä on tutkittu paljon. Kotiutumista edeltävien toimintaterapian tekemien kotikäyntien ja arviointien on todettu parantavan kuntoutujan osallistumista päivittäiseen elämään, vähentävän sairaalaan paluuta ja kaatumisia. Kotiutusta edeltävä kotikäynti parantaa luottamusta ja vahvistaa kuntoutujan autonomiaa ja itsenäistä selviämistä sekä toimintakykyä. Kotikuntoutusasiakkaiden määrä kasvaa jatkossa eikä kaikille ole mahdollista toteuttaa samanlaista kotikuntoutusjaksoa. (Godfrey ym. 2019, 250.)

Moniammatilliseen kuntoutustyöryhmän työskentelyyn liittyviä haasteita on tutkimuksissa mainittu seuraavasti: Vanhan toimintamallin vaikutus kuntoutuskäytäntöihin ja kuntoutustyöryhmän toimintatapoihin on vahva ja sen muuttaminen hidasta (esimerkiksi vanha ammatillinen hierarkia ja päätöksentekokäytännöt). Vastaajat kokivat, ettei heillä ollut oman ammatillisen koulutuksen pohjalta riittäviä taitoja moniammatilliseen kuntoutustyöryhmätyöskentelyyn. Myös oma ammatti-identiteetti ja sen varmuus/ epävarmuus vaikuttivat yhteistyöhön. (Kraft ym. 2013, 4.) Tie-

don ja osaamisen jakamiseen liittyviä haasteita oli eri ammattiryhmien erilaiset toiveet raportointitavoista. Kuntoutustyöryhmän jäsenet pitivät tärkeinä kuntoutuspalavereita, joissa käytäisiin läpi kunkin asiakkaan kuntoutuksen vaihe ja tavoitteet sekä toimintatavat. Kuntoutukseen vaikuttaviksi tekijöiksi vastaajat nimesivät kolme näkökulmaa, joiden tasapaino oli vastaajien mukaan ratkaiseva kuntoutuksen onnistumisessa. Nämä kolme näkökulmaa olivat kuntoutujan terveys, kuntoutusta ohjaavat lait, asiakirjat ja kuntoutusjärjestelmän resurssit sekä päivittäinen harjoittelu ja päivittäistoiminnot. Ongelmia syntyy, jos jokin näistä määrittää yksinomaan kuntoutuksen suunnittelua ja toteutumista. Yhteisen vuorovaikutuksen ja keskustelun puute työryhmässä on yksi merkittävimmistä kuntoutukseen heikentävästi vaikuttavista tekijöistä. (Kraft ym. 2013, 6–7.)

6.3 Omaiset ja läheiset osana kotikuntoutusta

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan (World Health Organization 2015) ikääntyvien kuntoutujien palveluiden suunnittelussa tulisi ottaa kuntoutujan omaiset aktiivisesti mukaan kuntoutukseen sekä antaa tietoa omaisten terveydentilasta ja huolehtia, että omaiset tietävät olemassa olevista terveydenhuollon palveluista sekä tarjota omaisille koulutusta ja tukea (World Health Organization 2017, 140).

Opinnäytetyössä raportoidun kyselyn vastauksissa tuotiin esille, että omaisten ja läheisten asenteet ja suhtautuminen kuntoutujaan on yksi merkittävistä tekijöistä kuntoutujan aktiivisen roolin rakentumisessa ja vahvistumisessa. Vastausten mukaan toiminnallista roolia vahvisti se, että omaiset ja läheiset ovat alusta saakka aktiivisesti mukana kuntoutuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Vastauksissa toivottiin myös, että omaisille ja läheisille kerrottaisiin heidän merkittävä roolinsa kuntoutuksessa.

Asiakkaan omaiset ja läheiset otetaan mahdollisuuksien mukaan heti kuntoutukseen mukaan.

Asiakkaan ja läheisten ohjaaminen asiakkaan aktiivisuuden merkityksen ymmärtämiseen.

Vastauksissa tuli myös esille, että joissakin tilanteissa omaisten ja läheisten toiminta vaikeuttaa toiminnallisen roolin vahvistumista. Joskus omaisilla ja läheisillä on epärealistiset käsitykset kuntoutuksesta. Toinen haaste vastausten mukaan oli, että omaiset tekevät liikaa asioita asiakkaan

puolesta peläten ehkä vaaratilanteita ja vahinkoja tai omaiset eivät luota kuntoutujan toimintakykyyn.

Puolison/omaisten ymmärtämättömyys kjan toimintakyvystä. Odotukset vääränlaisia suuntaan taikka toiseen.

.. tai toisaalta omaiset voivat tehdä liikaa puolesta tai varoa. Tämä estää itse tekemisen.

Kuntoutuksen onnistumiseksi tarvitaan riittävästi aikaa myös kuntoutujan omaisten kanssa tehtävään yhteistyöhön ja mahdollisuus harjoitella yhdessä asiakkaalle merkityksellisiä toimintoja, työntekijöitä ja osaamista sekä tukimahdollisuuksia ja apuvälineitä. Kuntoutujille ja omaisille tulee antaa tietoa tukipalveluista, apuvälineistä ja muutostöistä sekä näihin liittyvien palveluiden saatavuudesta. Seuraavaksi esitellään löydettyjä tutkimusartikkeleita omaisten ja läheisten merkityksestä kuntoutusprosessin onnistumisessa.

Kuntoutuksen toteutuessa kuntoutujan kotona voi läheisillä ja omaisilla olla laitospäästä suurempi vastuu kuntoutujan auttamisessa ja tukemisessa (Hjelle, Alvsvåg & Førland 2017, 1). Kotikuntoutuksen vaikuttavuutta selvittävässä tutkimuksessa on yhtenä osana tarkasteltu myös omaisten ja läheisten kokemuksia kotihoidosta ja omaisten kokemaa kuormitusta (Lee, Yau, Yim & Lee 2018). Tutkimuksen tulosten mukaan omaiset hyötyivät kotikuntoutusinterventiossa merkittävästi kuntoutujan toimintakykyyn liittyvästä koulutuksesta ja tiedonsaannista, tukiverkoston saamisesta kotikuntoutuksen ja arjen tueksi sekä tarvittavien jatkolähetteen järjestymisestä kuntoutujalle. Omaisten tukeminen on tärkeää kuntoutusasiakkaiden kotikuntoutuksen kannalta. (Lee ym. 2018, 1735.)

Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan (Hjelle ym. 2017) kotikuntoutuksen tärkeimmät omaisten ja läheisten kokemuksiin liittyvät teemat olivat 1) toive antaa ja saada tietoa ja olla aktiivisia osallisia kuntoutuksessa, 2) toive tulla huomioiduksi kuntoutuksen aktiivisena resurssina, 3) ristiriitaiset odotukset, 4) mahdollisuus saada lisää vapaa-aikaa itselle ja 5) seurantajakson tai kuntoutuksen puute varsinaisen kotikuntoutusjakson jälkeen. Tutkimuksen yksi tärkeimmistä tuloksista oli, että omaiset kokevat, ettei heitä kutsuta mukaan kotikuntoutuksen suunnitteluun ja yhteistyöhön. Osa omaisista olisi toivonut mahdollisuutta olla mukana kuntoutusjakson tavoitteiden asettamisessa.

Omaisten mukaan kuntoutujan itse määritellyt tavoitteet ovat erittäin tärkeitä, mutta ne saattavat olla epärealistisia ja tästä syystä olisi tärkeä kuunnella myös omaisten näkemyksiä. Toinen tutkimuksessa noussut teema liittyi myös omaisten toiveeseen olla aktiivisesti osallisia kuntoutuksen toteuttamisen resurssina. Omaiset kertoivat auttavansa kuntoutujaa tekemään sovittuja harjoitteita ja motivoimalla kuntoutujia. Omaiset kokivat esimerkiksi puhelinkeskustelut kuntoutustyöryhmän jäsenten kanssa erittäin tärkeinä. Omaisille oli myös helpotus, että kotikuntoutusjakso alkoi ja vastuu omaisen kotona selviämisestä ei ollut pelkästään heillä. Tieto siitä, että kuntoutujan kotona selviämisestä ovat vastuussa myös muut, lisäsi omaisten jaksamista ja vähensi huolta. Kotikuntoutus mahdollisti myös omaisille omaa aikaa. He tiesivät, että kotikuntoutuksen työntekijät huolehtivat kuntoutujasta ja omaisilla oli mahdollisuus hetkeksi lähteä pois kotoa. Omaiset kokivat tämän mahdollisuutena palautua ja saada lisää jaksamista arkeen. (Hjelle ym. 2017, 5–7.)

Jakobsen, Vik ja Ytterhus (2019) selvittivät omassa tutkimuksessaan miten ikääntyvän kuntoutujan aikuiset lapset kokevat kotikuntoutukseen liittyvän yhteistyön omien vanhempiensa ja kuntoutustyöryhmän ammattilaisten kanssa. Ikääntyvän oman vanhemman arjen sujumisesta huolehtiminen ja yhteistyö kotikuntoutustyöryhmän kanssa sisältää omaisten haastatteluiden mukaan neljä pääteemaa: 1) Tehdään sitä, mikä on omille vanhemmille parasta (Doing what is best for one's parents), 2) ikääntyvien vanhempien ja omaisten päivittäiset neuvottelut arjen haasteista (Negotiating dilemmas in everyday life), 3) kotikuntoutuksen järjestelyistä huolehtiminen (Managing parents' reablement) ja 4) arkipäivän sujumisen varmistaminen (Ensuring the flow of everyday life). (Jakobsen ym. 2019, 273.)

Omaiset kokivat olevansa ensisijaisesti vastuussa kotikuntoutuksen järjestämisestä ja toteutumisesta. He olivat toisaalta huolissaan siitä, että kotikuntoutuksen työntekijät kokivat heidät vaativina ja painostavina, mutta halusivat varmistaa, että vanhemmat saavat tarvitsemansa avun ja tuen. Omaiset arvostivat mahdollisuutta tavata kotikuntoutuksen työryhmän jäseniä henkilökohtaisesti ja olla heihin puhelimitse yhteydessä aina, jos jotain kysyttävää liittyen vanhempien kotona selviytymiseen tuli mieleen. Omaiset pohtivat omaa osallisuuttaan kotikuntoutuksen toteuttamiseen. Odotukset olivat, että kotikuntoutuksen alkaminen mahdollistaisi ja helpottaisi heidän oman perhe-elämänsä sujumista ja he voisivat siirtää ikääntyvän vanhemman hoito- ja kuntoutusvastuuta kotikuntoutuksen työryhmälle. Omaiset pohtivat miten heidän aktiivinen oman vanhemman

arjen tukemisensa ja asioiden tekemisensä vääristää ikääntyvän kuntoutujan todellista arjen tilannetta ja toimintakyvyn haasteita. Omaiset kokivat yhteistyön kotikuntoutuksen moniammatillisen työryhmän, sairaalan palveluiden ja kotihoidon työntekijöiden kanssa erittäin tärkeäksi. He saivat vinkkejä ja apua kodin muutostöihin, ulkopuolista vahvistusta oman vanhemman aktiivisuuden tukemiseksi ja motivaation herättämiseksi sekä konkreettisia neuvoja arjen tilanteisiin. (Jakobsen ym. 2019, 274–276.)

Yhteistyön haasteita omaisten ja kuntoutustyöryhmän kanssa voi aiheuttaa ristiriitaiset odotukset ja ajatukset kotikuntoutusta kohtaan. Osa kuntoutujien omaisista ja läheisistä hakevat kuntoutujille palvelua, apua ja hoitoa eivätkä tästä syystä ole ehkä sitoutuneita aktiivisen roolin vahvistamiseen kotikuntoutuksessa. Omaisilla voi olla myös huoli turvallisuudesta ja riskeistä, joita kuntoutujan eri toimintojen itse tekeminen saattaa aiheuttaa. (Rabiee & Glendinning 2011, 500.) Lisäksi ristiriitaisia odotuksia voi liittyä omaisten toimintaan ja kuntoutuksen sisältöön liittyen. Omaiset kokivat kuntoutustyöryhmän odotukset joskus raskaina: Esimerkiksi toive paikallaolosta kotikuntoutustapaamisissa tai palavereissa ja vastuun ottaminen kuntoutustavoitteiden toteutumisesta. Omaiset toivoivat, että saivat mahdollisuuden olla aktiivisesti mukana kuntoutuksessa, mutta toivoivat, että he saivat päättää kuinka paljon ja milloin. Ristiriitaiset odotukset rajoittavat omaisten mukaan heidän mahdollisuuttaan osallistua kotikuntoutuksen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Kotikuntoutusjakson jälkeen omaisilla oli huoli heidän läheisensä selviämisestä kotona. Omaiset kokivat jäävänsä yksin kotikuntoutusjakson päättymisen jälkeen. (Hjelle ym. 2017, 6–7.) Omaiset toivoivat kotikuntoutusjaksolle jonkinlaista henkilökohtaista seuranta, esimerkiksi puhelinoitoa tai lyhyttä kotikäyntiä kuntoutustyöryhmän taholta. Useat omaiset toivat esille, että tämä motivoisi sekä kuntoutujaa että omaisia jatkamaan aktiivista kuntoutumista ja harjoitteiden tekemistä. (Hjelle, ym. 2017, 7; Jakobsen ym. 2019, 275.) Joskus sisaruksilla ja ikääntyvillä vanhemmilla ja lähiomaisella oli eri käsitykset siitä, mikä on ikääntyvälle kuntoutujalle parasta. Ikääntyvät kuntoutajat eivät aina halua myöntää ulkopuolisille kuntoutustyöryhmän työntekijöille, etteivät he enää pärjää kotona ilman tukea. (Jakobsen ym. 2019, 276.)

6.4 Kotiympäristö turvallisen kuntoutumisen ja osallisuuden mahdollistajana

Kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan aktiivinen osallistuminen ja toimiminen omassa toimintaympäristössään. Maailman terveysjärjestö WHO suosittelee kokonaisvaltaisen kuntoutusmallin

käyttöä, jossa huomioidaan ympäristön ja yksilön vuorovaikutus. Toimintaympäristöllä tarkoitetaan sekä fyysistä että sosiaalista ympäristöä, joka sisältää useita eri ulottuvuuksia esimerkiksi koti ympäristön, naapuruston, harrastusympäristön ja yhteiskunnalliset palvelut sekä ympäristön toimijoiden asenteet ja arvostukset. (Kylén, Ytterberg, von Koch & Elf 2021, 1934.)

Opinnäytetyön kyselytutkimuksessa vastaajat toivat esiin sekä kuntoutusosaston kodinomaisuuden että kotiympäristön merkityksen ikäänntyvän kuntoutujan kuntoutuksen mahdollistajina. Kuntoutusosaston päivärytmin säilyminen samankaltaisena kuin kotona, tuttujen esineiden ja esimerkiksi valokuvien tuominen kuntoutusosastolle ja kotona tarvittavien toimintojen harjoittelu jo kuntoutusosastolla liittyivät kuntoutusosaston kodinomaisuuteen. Myös yhteistä kotikäyntiä ennen kotiutumista pidettiin tärkeänä sekä motivaation että turvallisuuden tunteen lisäämisen kannalta.

Mahdollisimman samankaltainen päivä rytmi ja toimet kuin kotona. Jos asiakas on tehnyt aamupuuron itse kotona ja on tarkoitus tehdä sitä myös kotiuduttuaan, tulisi tämä myös mahdollistaa osastolla.

Eräs kja joutui muuttamaan uuteen asuntoon ja kotilomalla käydessään huomasi lähistöllä olevan ruokakaupan, jonne meni ikäihmisiä rollaattorilla. Hän ilmoitti haluavansa kuntoutua käymään itsekin rollaattorilla kaupassa.

Kotiympäristöön liittyvissä vastauksissa korostui ympäristön tuttuus, turvallisuus sekä kotiin tarvittavien muutostöiden arvioinnin tärkeys. Vastaajista kaksi toi esille kotiympäristön ulottuvan myös kodin sisätilojen ulkopuolelle.

Ylipäättään kotiin pääsy vahvistaa asiakkaan roolin muutosta, koska toiminta muuttuu usein helpommaksi. Jotkin asiat ovat vaikeampia suorittaa osastolla vieraassa ympäristössä (esim terapiakeittiö), mutta kotona tutussa ympäristössä toiminta usein helpottuu.

Kotoa ulospäin houkuttelevat asiat (mahdollisuus tehdä samoja asioita esim. käydä kylässä, kaupassa tai harrastuksissa) muuttuneesta tilanteesta huolimatta.

Vastauksissa tuotiin myös esille, ettei kotiympäristö aina ole enää ikääntyvälle riittävän turvallinen tai tuttu. Esimerkiksi muistisairauksien yhteydessä oma tuttu koti voi olla vieras ja turvaton fyysisistä muutostöistä huolimatta. Kuntoutusosastolla toimintakyky voi näyttäytyä todellisuutta parempana, koska saatavilla on riittävä sosiaalinen tuki ja turva.

Myös tutkimusartikkeleissa nämä edellä mainitut tekijät tulevat esille. Ristiriita kuntoutujan toimintakyvyn ja ympäristön vaatimusten välillä vaikuttaa kuntoutujan mahdollisuuteen suoriutua itsenäisesti arkiympäristössään ja osallistua aktiivisesti jokapäiväiseen elämään. Ympäristötekijät voivat vaikeuttaa tai edistää yksilön kuntoutumista ja hänen toimintakykynsä vahvistumista. Toimintakykyä rajoittavia asioita voivat olla esimerkiksi eri palveluiden saannin vaikeus, tuen riittämättömyys ja sopimattomat välineet sekä läheisten ja yhteiskunnan kielteiset asenteet. (Paltamaa & Anttila 2015, 18.) Nämä ympäristötekijöihin liittyvät haasteet voivat heikentää kuntoutujan terveyttä ja vähentää elämänlaatua (Kylén ym. 2021, 1934). Lisäksi turvallisuuden tunne tai sen puute kotiympäristössä vaikuttaa merkittäväällä tavalla ikääntyvän kuntoutujan hyvinvointiin ja itsenäiseen asumisen mahdollisuuksiin omassa kodissaan (Petersson, Lilja & Borell 2012, 792).

Ruotsissa tehty tutkimus (Kylén ym. 2021) kotikuntoutuksen asiakkaiden ympäristön yhteydestä kotikuntoutuksen suunnitteluun osoitti, että suurimmalla osalla kuntoutujista kuntoutussuunnitelma oli hyvin yleistasoinen ja keskittyi pääasiassa asiakkaiden heikentyneeseen kävelykykyyn tai käsivarren toimintaan. Tästä seurasi kotikuntoutuksen interventioiden keskittyminen motoristen taitojen kuntoutukseen, mikä johti kotiympäristön rajoittuneeseen hyödyntämiseen. Tyypillisiä interventioita vastaajien mukaan olivat kävely lähiympäristössä ja portaissa sekä päivittäisten toimintojen havainnointi (ruuanlaitto ja kahvinkeitto). Kuntoutujat kertoivat, etteivät he useinkaan tienneet miksi juuri näitä toimintoja tehtiin. Kuntoutujilta kysyttiin apuvälineiden tarpeesta sekä miten he arvioivat selviytyvänsä päivittäisistä toiminnoista. Lisäksi heitä muistutettiin varovaisesta liikkumisesta kodissa. Kotiutumisen yhteydessä oli kysytty ympäristön esteettömyydestä esimerkiksi esteistä tai mahdollisuudesta käyttää hissiä. Liikkumisesta kodin ulkopuolella tai mahdollisuudesta päästä kuntoutujille tärkeisiin paikkoihin ei kuntoutujilta kuitenkaan juuri kysytty. Esimerkiksi oman puutarhan hoito, ystävien luona käyminen tai harrastuksiin osallistuminen eivät kuuluneet kotikuntoutuksen sisältöihin. Suurin osa haastatelluista koki, että heille annettiin tietoa ja he vastasivat esitettyihin kysymyksiin, mutta he eivät olleet osallisia kuntoutuksen sisältöjä tai

tavoitteita pohdittaessa. (Kylén ym. 2021, 1937–1938.) Kotikuntoutus sisältää usein myös kuntoutujan terveyteen liittyvän tiedon jakamista ja lisäämistä sekä kuntoutujalle että tämän omaisille ja läheisille (Lee ym. 2018, 1727).

Omassa tutkimuksessaan Struckmeyer, Morgan-Daniel, Ahrentzen ja Ellisson (2021) tutkivat millaisia kodinmuutostöihin liittyviä arviointimenetelmiä on käytetty kuntoutujan kotiutumiseen liittyen. Tutkimukseen valittiin vuosien 2000–2017 väliseltä ajalta 26 tutkimusartikkelia ja näissä oli käytetty yhteensä 33 eri arviointimenetelmää. 18 menetelmää arvioi tarvittavia kodin muutostöitä, kolme keskittyi saavutettavuuteen ja käytettävyyteen, 26 arviointimenetelmää liittyi päivittäistoimintoihin tai kuntoutujan toimintakykyyn liittyviin tekijöihin, viisi arviointimenetelmää sisälsi osioita kuntoutujan tyytyväisyydestä tai viihtyvyydestä liittyen tehtyihin kodin muutostöihin. Yksikään arviointimenetelmä ei kiinnittänyt huomiota kotiympäristön esteettisyyteen. (Struckmeyer ym. 2021, 316–318.) Tämä vastaa muiden tutkimusten tulosta siitä, että kotiutumiseen liittyvä arviointi ja myös interventiot liittyvät vahvasti kuntoutujan kotiympäristön turvallisuuteen ja sen muutostöihin ja kuntoutujan päivittäistoimintojen varmistamiseen.

Peterssonin ja muiden (2012) tutkimuksen mukaan kotona asumisen turvallisuutta lisäävät ikääntyvillä kuntoutujilla kokemus omasta terveydestä ja omiin kykyihin luottaminen fyysisistä ja henkistä rajoituksista huolimatta. Toinen turvallisuutta vahvistava asia on tieto siitä, että on joku henkilö, johon voi luottaa ja joka tarvittaessa tulee avuksi. Kolmas turvallisuuteen vaikuttava asia on tunne siitä, että on omassa kodissa. Tähän kokemukseen sisältyvät kontrolliin, itsemääräämiseen ja autonomiaan liittyvät kokemukset. Kotona on turvallista, koska siellä tietää missä omat tavarat ovat ja omasta päivittäisestä ohjelmasta ja asioiden tekotavasta voi itse päättää. Turvallisuuden tunteeseen liittyy myös oman lähiympäristön kokeminen tuttuna ja hallittavana. (Petersson ym. 2012, 798–801.)

Ikääntyvät kuntoutujat käyttävät erilaisia strategioita turvallisuuden tunteen saavuttamiseksi. Näitä ovat toimintojen rajaaminen ja vähentäminen, aikaisempien toimintatapojen jatkaminen muuttuneesta toimintakyvystä huolimatta ja toimintojen mukauttaminen ja muuttaminen. Kuntoutujilla, joilla ei ollut luotettavia läheisiä ja joilla oli negatiivinen kokemus omasta terveydestään ja jotka asuivat turvattomilla asuinalueilla, oli useimmin käytössä toimintojen rajaamisen ja vähen-

tämisen strategia. Tämä strategia lisäsi turvallisuuden tunnetta, mutta saattoi vähentää kuntoutujalle tärkeiden toimintojen tekemistä. Strategia, jossa ikääntyvä kuntoutuja jatkaa toimintapaansa kuten ennenkin lisääntyneistä toimintakyvyn haasteista huolimatta sisältää terveyteen ja turvallisuuteen liittyviä riskejä. Usein tätä strategiaa käyttävä henkilö ei hyväksy tai ota käyttöön tarvittavia muutostöitä tai toimintaa helpottavia apuvälineitä ja palveluita. Asioiden jatkuminen samalla tavalla kuin aikaisemminkin tuo turvallisuuden tunteen, vaikka samalla sisältää riskejä. Kolmas vastaajien käyttämä strategia on toimintojen sovittaminen ja mukauttaminen muuttuneeseen elämäntilanteeseen ja toimintakykyyn. Näillä kuntoutujilla on positiivinen asenne suhteessa omaan terveydentilaan ja heillä on useita läheisiä, joiden apuun voi turvautua, sekä toimintaa tukeva kotiympäristö. Tätä strategiaa käyttävät kuntoutujat arvostivat itselleen merkityksellisten toimintojen jatkumista, mutta hyväksyivät toimintoihin ja omaan toimintakykyynsä liittyvät muutokset. (Petersson ym. 2012, 802–803.)

Kuntoutujan oma osallistuminen ja mahdollisuus aktiivisesti vaikuttaa kotiutumiseen sekä siihen liittyvien tukitoimien arviointiin ja suunnitteluun lisää sitoutumista ja muuttuneen elämäntilanteen hyväksymistä. Osallisuuden vahvistaminen alkaa jo kotiutumista suunniteltaessa esimerkiksi kuntoutujan, läheisen ja toimintaterapeutin yhteisen kotikäynnin yhteydessä. Lockwoodin, Hardingin, Boudin ja Taylorin (2020) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin kotikäynnin merkitystä kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamiseen. Toimintaterapeutin toteuttama kotikäynti yhdessä kuntoutujan ja omaisen kanssa sisälsi fyysisen ympäristön arvioinnin kodin lähiympäristöstä ja sisäänkäynneistä, oleskelutiloista, istuimista, makuuhuoneesta ja kylpyhuoneesta. Näiden lisäksi kotihoidon tarve, esimerkiksi ruokailun järjestyminen ja muut kotityöt ja kodin yleinen turvallisuus kuuluivat toimintaterapeutin arvioon. Toimintaterapeutin suositukset sisälsivät ehdotukset mahdollisista apuvälineistä ja kodin muutostöistä sekä tarvittavista tukipalveluista. Toimintaterapeutti myös antoi ohjeita kuntoutujalle ja läheisille kotiin siirtymisen turvallisuuden vahvistamiseksi. Kuntoutusosaston moniammatillinen työryhmä teki toimintaterapeutin arvion ja osaston kuntoutustyöntekijöiden havaintojen pohjalta kotiutussuunnitelman. Tutkimustulokset osoittavat, että kuntoutujat, joiden kotiutumiseen liittyi toimintaterapeutin ja heidän yhteinen kotikäyntinsä ennen varsinaista kotiutumista sitoutuivat annettuihin kuntoutussuosituksiin paremmin. Toimintaterapeutin kotikäynti lisäsi kotiutumiseen liittyvien suositusten määrää esimerkiksi kodin muutostöihin ja apuvälineiden hankintaan liittyen ja uusien toimintatapojen harjoitteluun. Nämä vähensivät kuntoutujien paluuta sairaalaosastolle ensimmäisen 30 päivän aikana ja paransi kuntoutuksen tavoitteiden toteutumista. (Lockwood ym. 2020, 5, 8.)

Konkreettisia apuvälineitä, joita toimintaterapeutit esittävät hankittavaksi kuntoutujan kotiin olivat wc-istuinkoroke, suihkutuoli, säädettävä istuin/ seniorituoli, käsisuihku ja tartuntapihdit. Kodinmuutostöihin liittyviä ehdotuksia ovat mattojen siirtäminen, sisäänkäyntiin liittyvät muutokset, sängyn paikan vaihtaminen ja tukikaiteiden asentaminen suihkuun. Lisäksi toimintaterapeutit ohjasivat pienapuvälineiden käytössä ja eri päivittäistoimintojen tekemistä uudella, turvallisemmalla tavalla (itsestä huolehtiminen, pukeutuminen, peseytyminen, ruuanlaitto). (Lockwood ym. 2020, 5.) Muita mahdollisia apuvälineitä ovat älypuhelimet, hälyttimet ja turvajärjestelmät, sähköovet ja muistuttimet. Tutkimuksen mukaan erilaiset apuvälineet voivat lisätä ikääntyvän kuntoutujan kotona selviytymistä, mutta vain siinä tapauksessa, että kotona asumisen perusedellytykset ovat kunnossa. Näitä perusedellytyksiä ovat kokemus omasta terveydestä, läheisten apuun luottaminen ja omassa kodissa kotoisaksi olon tunteminen. (Petersson ym. 2012, 804.)

Kotikuntoutuksen toimintaterapiainterventio-ohjelmista mielenkiintoiselta vaikutti kotikuntoutuksen kehitetty ja tutkittu the FIT-at-Home fall prevention program. (Müller, Lautenschläger, Dörge & Voigt-Radloff 2021), jossa kuntoutusasiakkaan kanssa tehtiin päivittäiseen arkeen sopivia tasapaino ja voimaharjoituksia sekä kotiturvallisuuteen liittyviä muutostöitä, jotka kotikuntoutuksen toimintaterapeutti ohjeisti ja teki yhdessä kuntoutujan kanssa. (Müller ym. 2021, abstrakti.)

7 Kotikuntoutuksen interventiot

Tiiviin kotikuntoutusjakson aikana kuntoutustyöryhmän jäsenet tekevät kuntoutuksellisia interventioita, joiden tavoitteena on vahvistaa kuntoutujan itsenäistä selviytymistä omassa kotiympäristössään. Kuntoutustyöryhmään kuuluu usein toimintaterapeutti ja fysioterapeutti, mutta on vielä vähän tutkittua tietoa, millaisia kuntoutuksellisia interventioita kotikuntoutuksessa käytetään. (Zingmark, Evertsson & Haak 2020, 1011.)

Opinnäytetyön kyselytutkimuksessa kuntoutustyöryhmän toimintaterapeutit toivat esiin seuraavia mahdollisia ikääntyvien kuntoutujien kanssa käytettäviä kuntoutusinterventioita: kotilomat ja kotiutumista ennakoivat kotikäynnit, ohjaava ja motivoiva keskustelu, mielikuvien käyttö kuntoutuk-

sessä, kotona tarvittavien taitojen harjoittelu kuntoutusosastolla, apuvälineiden ja tukimahdollisuuksien sekä saatavilla olevien palveluiden esittely sekä osallistuminen kuntoutusosaston ohjattuun ryhmätoimintaan ja muihin kuntoutujiin tutustuminen.

Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan (Din, Williams, Hawkes, Charles, Hoare, Morrison, Alexander, Lemmey, Sackley, Logan, Wilkinson, Rycroft-Malone & Williams 2017) selvitettiin kuntoutusinterventioiden erilaisia malleja. Tutkimuksen tuloksena löytyi kolme eri interventiotyyppiä, jotka vahvistavat ikääntyvien kuntoutujien kotikuntoutusta ja itsenäistä kotona selviämistä. Näitä olivat potilaan sitoutumisen parantaminen räätälöimällä interventio vastaamaan hänen henkilökohtaisia tarpeitaan, kaatumisen pelon vähentäminen ja minäpystyvyyden vahvistaminen ja kotikuntoutuspalveluiden koordinointi. (Din ym. 2017, 8.)

Tutkimuksessa (Zingmark ym. 2020) kävi ilmi, että toimintaterapeuttien ja fysioterapeuttien käyttämät interventiot erosivat merkittävästi toisistaan. Toimintaterapeuttien kuntoutukselliset interventiot keskittyivät pääasiassa kävelyn vahvistamiseen kodin sisätiloissa ja itsestä huolehtimisen taitoihin. Fysioterapeuttien interventiot keskittyivät kävelyn vahvistamiseen sisätiloissa ja kehon toimintojen kuntouttamiseen. Molempien kuntoutusammattiryhmien interventiot kohdistuvat vähiten sosiaalisiin suhteisiin ja vuorovaikutukseen. Toimintaterapeuteilla näihin liittyviä interventiota oli kuitenkin jonkin verran enemmän kuin fysioterapeuteilla. Yleisimmät kotikuntoutuksen interventioiden sisällöt liittyivät molemmilla ammattiryhmillä teknisten apuvälineiden käytön opastukseen ja neuvontaan. Yhteisiä interventioiden sisältöjä molemmilla ammattiryhmillä olivat eri toimintojen harjoittelu ja kaatumisen ehkäisy sekä ohjaus ja opastus. Toimintaterapeuttien toteuttamien kuntoutusinterventioiden sisällöt liittyivät useimmin ympäristön ja toiminnan muokkaamiseen ja fysioterapeuttien interventioiden sisällöt liittyivät kävelyn ja kehon toimintojen vahvistamiseen. (Zingmark ym. 2020, 1015.)

Tutkittaessa (Whitehead, Drummond, Parry, & Walker 2018) toimintaterapeuttien kotikuntoutuksessa käyttämiä interventiota havaittiin, että kotikuntoutukselle yleisimmin asetettu tavoite liittyi kylpemiseen ja suihkussa käyntiin (62 %). Toiseksi yleisin tavoite liittyi keittiötoimintoihin (46 %). Muut asiakaslähtöiset tavoitteet liittyivät muun muassa pesulappujen avulla peseytymiseen, liikkumiseen ulkona, pukeutumiseen, wc-käyntiin ja kaatumisen ehkäisyyn sekä portaissa liikkumiseen.

Toimintaterapeuttien käyntien sisällöt ja niihin käytetty aika jakautui seuraaviin toimintoihin: Arviointi (29 % ajasta), asiakastapausten hoitaminen ja niihin liittyvä neuvonta ja tuki (24 % ajasta) ja tavoitteen mukaisten toimintojen harjoittelu kuntoutujien kanssa (19 % ajasta). Muita toimintaterapeuttien kuntoutustyön sisältöjä olivat tavoitteiden asettaminen ja niiden tarkistaminen, ohjaus ja neuvonta. Yli puolet (57 %) asetetuista tavoitteista saavutettiin kuntoutusintervention aikana kokonaan ja kolmasosa (32 %) osittain. Osittain saavutetut tavoitteet liittyivät ulkoiluun ja harjoittelu riippui paljon säätilasta ja kuntoutujan omasta jaksamisesta. Noin kymmenesosa (11 %) tavoitteista jäi saavuttamatta. Syynä oli joko kuntoutujan muuttaminen toiseen asuinpaikkaan tai kuntoutujan voimien ja kunnon äkillinen heikkeneminen. Asiakkaat olivat joko erittäin tyytyväisiä tai tyytyväisiä toteutuneisiin toimintaterapiainterventioihin ja tavoitteiden saavuttamiseen. (Whitehead ym. 2018, 537–538.) Seuraavissa kappaleissa esitellään lyhyesti interventiomalleja, joita on kehitetty ja tutkittu kotikuntoutuksen käyttöön.

SHARE - Nursing Home Care Intervention Post Stroke

SHARE-interventio suunniteltiin aivoinfarktin saaneiden ikääntyvien kuntoutujien omaisille. Koulutuksellisen intervention tavoitteena oli tukea kotikuntoutusta ja vahvistaa omaisten jaksamista. Interventio alkoi sairaanhoitajan kotikäynnillä ennen sairaalasta kotiutumista, jonka aikana omaiselle ja kuntoutujalle tehtiin alkuhaastattelu sekä kotiympäristön havainnointi. Jokaiselle kuntoutujalle suunniteltiin henkilökohtainen koulutuksellinen interventio, joka vastasi kuntoutujan ja omaisen henkilökohtaisiin tarpeisiin ja otti huomioon kotiympäristön mahdollisuudet ja resurssit. Interventiosuunnitelma sisälsi seuraavia teemoja: aivoinfarktin hoito-ohjeet, henkinen tuki, tieto terveydenhuollon palveluista, ruokavalio ja ravitsemus, hengitys, lääkehoito, hygienia, ihonhoito, pukeutuminen ja riisuminen, asentohoito ja liikkuminen sekä siirtymissä avustaminen. Myös kirjallista materiaalia annettiin kotiin niistä aiheista, joita sairaanhoitajat olivat kuntoutujalle ja omaiselle suositelleet. (Day, Bierhals, Mocellin, Predebon, Santos, Dal Pizzol, Fuhrmann, Aires & Paskulin 2021, 59.)

COPE-interventio dementoituneille kuntoutujille ja heidän omaisilleen

COPE-intervention (Care of People With Dementia in Their Environments) tavoitteena on dementoituneen kuntoutujan toimintakyvyn parantaminen ja heidän omaistensa ja läheistensä hyvinvoinnin ja osaamisen sekä tietojen vahvistaminen. Tutkimusten mukaan interventiomallit, jotka

kohdistuvat sekä ikääntyvän kuntoutujan että hänen omaisensa toimintakykyyn ja hyvinvointiin (dyadic reablement interventions), ovat olleet tuloksiltaan vaikuttavia. (Clemson, Laver, Rahja, Culph, Scanlan, Day, Comans, Jeon, Low, Crotty, Kurrle, Cations, Piersol & Gitlin 2021, 966.)

COPE on tutkimusnäyttöön pohjautuva kuntoutujalle ja omaiselle suunnattu interventio, joka sisältää enintään kymmenen toimintaterapeutin ja kaksi sairaanhoitajan tapaamista noin neljän kuukauden aikana. Intervention aluksi toimintaterapeutti tekee arvion dementoituneen kuntoutujan toimintakyvystä, nykyisistä ja aikaisemmista mielenkiinnon kohteista sekä kotiympäristöstä. Lisäksi toimintaterapeutti arvioi omaisen stressitasoa ja tämän käytössä olevia stressinhallintakeinoja sekä selvittää omaisen huolenaiheet liittyen dementoituneen läheisen perusterveyteen ja sen hoitoon. Interventio sisältää esille tulleiden huolenaiheiden käsittelyä, omaisen tietojen ja taitojen kehittämistä, ympäristön muokkaamista turvallisuuden lisäämiseksi ja päivittäistoimintojen mahdollistamiseksi, hoitajan stressinhallintataitojen ja dementoituneen kuntoutujan aktiivisuuden vahvistamista. Interventiojakson loppupuolella toimintaterapeutti tekee omaisen kanssa yhteenvedon interventiosta ja suunnitelman jatkohoidon tarpeesta. Omien tapaamistensa aikana sairaanhoitaja tekee arviota kuntoutujan terveydentilasta ja antaa omaiselle tietoa ja ohjeita lääkitykseen ja terveyteen vaikuttavista asioista kuten nesteytyksen ja ravinnon merkityksestä, kivun hoidosta, lääkkeiden sisällöstä ja käytöstä sekä virtsanpidätyskykyyn liittyvistä asioista. COPE-intervention tulokset osoittavat, että kuntoutusintervention jälkeen dementoituneen kuntoutujan sitoutuminen arjen eri toimintoihin parani ja omaisten kokema hyvinvointi ja selviytymisen kokemus paranivat kaikkien kysytyjen teemojen osalta merkittävästi. Omaisen kyky ymmärtää dementoituneen kuntoutujan käyttäytymistä parani, selviytyminen päivittäisestä hoivasta ja ongelmista vahvistui, hallinnan tunne lisääntyi ja kuormittuminen väheni. (Clemson ym. 2021, 970.)

I-HARP - kuntoutusinterventio kotikuntoutuksen asiakkaille ja heidän omaisilleen

I-HARP-kuntoutusinterventio (Interdisciplinary Home-Based Reablement Program) on suunniteltu ikääntyvien muistisairaiden kuntoutujien ja heidän omaistensa tueksi moniammatilliseen kotikuntoutukseen. I-HARP-interventio sisälsi 12 puolitoista tuntia kestäväää kuntoutuskäyntiä asiakkaan kotona neljän kuukauden aikana. Kuntoutustyöryhmään kuului sairaanhoitaja (3–4 käyntiä), toimintaterapeutti (5–6 käyntiä) ja neuropsykologi (yksi käynti). (Jeon, Krein, Simpson, Szanton, Clemson, Naismith, Low, Mowszowski, Gonski, Norman, Gitlin & Brodaty 2020, 1918.)

I-HARP-kuntoutusintervention aluksi tehtiin kattava arviointi kuntoutujan fyysisestä, lääkinnällisestä ja psykososiaalisesta tilanteesta ja hänen toimintaympäristöstään. Kuntoutustavoitteet ja -suunnitelma räätälöitiin kuntoutujan ja omaisen tarpeiden pohjalta ja interventio sisälsi kotiympäristön muokkausta, apulaitteiden hankintaa ja käyttöönottokoulutusta, lisätuen tarpeen selvittämistä ja järjestämistä. Interventiossa käytettiin kognitiivisia kuntoutustekniikoita ja intervention sisältöjä olivat päivittäisen kuormituksen tunnistaminen ja vähentäminen, tasapaino- ja voimaharjoitukset, kivun ja ahdistuksen hallinta, ongelmien ratkaisutaidot sekä lääkityksen määrän arviointi ja lääkehoitoon sitoutumisen vahvistaminen. Lisäksi tarvittaessa huolehdittiin yhteistyöstä muiden terveyspalveluiden toimijoiden kanssa. (Jeon ym. 2020, 1918.)

Yhteistyö omaisen kanssa sisälsi kaksi tukitapaamista (90 minuutin henkilökohtainen tapaaminen ja 30 minuutin puhelinkeskustelu), joiden aikana käsiteltiin dementiaa ja sen vaikutusta arjen sujumiseen, erilaisia käytännön toimintastrategioita, joiden avulla voi helpottaa kognitiivisia, toiminnallisia ja psykososiaalisia haasteita, kotikuntoutuksen ja kuntoutujalähtöisen kuntoutuksen periaatteita ja tavoitteita, kunnanpalvelut ja muut palvelumahdollisuudet I-HARP-kuntoutusintervention jälkeen. Lisäksi omaisten kanssa keskusteltiin omaisen roolista ja jaksamiseen vaikuttavista asioista. I-HARP-intervention aikana moniammatillinen kuntoutustyöryhmä koontui säännöllisesti ja lisäksi käytettiin sähköpostia ja puhelinkeskusteluja tiedonvälittämisen tukena. I-HARP-kuntoutuksinterventio lisäsi omaisten tietoa ja ymmärrystä sekä joustavampaa suhtautumista arjessa tapahtuviin muutoksiin. Omaiset kokivat saavansa myös psykososiaalista tukea esimerkiksi omiin syyllisyyden tai yksinäisyyden tunteisiin ja uusia ratkaisuja keskustelussa esille tulleisiin haasteisiin. Dementiaa sairastavien kuntoutujien kannalta I-HARP-kuntoutusinterventio paransi heidän sosiaalista osallisuuttaan, vahvisti heidän fyysistä voimaansa ja liikkuvuuttaan sekä itsevarmuuttaan eri arjen toimintatilanteissa. Tutkimustuloksen mukaan I-HARP-kuntoutusinterventio mahdollisti asumisen kotona pidempään. (Jeon ym. 2020, 1922–1923.)

Stay Active at Home - koulutusinterventio kotikuntoutuksen henkilökunnalle

Kotihoidon henkilökunnalle suunnattu kotikuntoutuksen Stay Active at Home koulutus on suunniteltu tukemaan kotikuntoutuksen toteuttamista kunnallisissa kotikuntoutuspalveluissa. Henkilökoulutuksen tavoitteena on lisätä kotihoidon ja kotikuntoutuksen työntekijöiden tietoja, asennoitumista ja taitoja sekä sosiaalista ja organisatorista tukea kotikuntoutuksen toteuttamiseksi.

Tavoitteena on muuttaa toimintatapaa siten, että kotikuntoutuksen työntekijät rohkaisevat ikääntyneitä kuntoutujia tekemään arjen toimintoja itsenäisesti sen sijaan, että työntekijät tekisivät asioita kuntoutujien puolesta. Koulutus koostui teemakokonaisuuksista, niihin liittyvistä käytännönharjoituksista ja säännöllisistä uutiskirjeistä kotikuntoutukseen ja ohjelmaan liittyen (yhteensä 20 kirjettä ensimmäisen kuuden kuukauden aikana). Yhteiset koulutukset: Aloituskoulutus (120 min), kaksi kuntoutustiimin koulutusta kuukaudessa (2 x 60 min), yhteiset koulutuspäivät kuuden kuukauden kuluttua ja yhdeksän kuukauden kuluttua (molemmat 120 min). Yhteisten koulutuspäivien sisältö oli samanlainen kaikille osallistujille, mutta tiimikohtaisten koulutusten sisältö räätälöitiin osallistujien toiveiden ja aikaisemman osaamisen pohjalta. Yhteinen koulutushankkeen aloituspäivä sisälsi taustatietoa kotikuntoutuksesta. Kotikuntoutustiimien koulutuksissa käsiteltiin kotikuntoutuksen keskeisiä teemoja kuten asiakkaan motivoimista, asiakkaan fyysisen toimintakyvyn ja aktiivisuuden vahvistamista päivittäistoiminnoissa, kuntoutuksen tavoitteiden asettamista ja kuntoutuksen suunnittelua sekä toteuttamista, ikääntyneen kuntoutujan sosiaalisen verkoston osallistumisen varmistamista ja asiakkaan toimintakyvyn ja taitojen arviointia. (Rooijackers, Zijlstra, van Rossum, Vogel, Veenstra, Kempen & Metzelthin 2021, 3.)

Koulutusintervention tulokset näkyivät kotikuntoutuksen työntekijöiden ammattiosaamisessa, toimintatavoissa ja vuorovaikutuksessa sekä asennoitumisessa kotikuntoutustyöhön. Työntekijät kertoivat, että heidän tietonsa ja osaamisensa kotikuntoutuksesta paranivat koulutusintervention ansiosta. Heidän luottamuksensa erilaisten toimintojen tekemiseen yhdessä ikääntyvien kuntoutujien kanssa vahvistui, työn tehokkuus lisääntyi, he oppivat uusia vinkkejä erilaisista työtapoista, esimerkiksi apuvälineiden käytöstä ja muista strategioista asiakkaiden itsenäisyyden ja aktiivisuuden parantamiseksi. Asennoituminen kotikuntoutuksen perusajatuksiin muuttui työntekijöiden mukaan myönteisemmäksi, kun he näkivät muutoksen ikääntyvien kuntoutujien toiminnassa. Työntekijät ottivat käyttöön myös erilaisia viestintäkeinoja, kuten esimerkiksi kuntoutujien motivoimisen ja positiivisen palautteen antamisen, kehumisen ja neuvottelun sekä leikkimielisyyden. Kotikuntoutuksen työntekijät myös laativat konkreettisempia asiakaslähtöisiä kuntoutustavoitteita ja keskustelivat niistä muiden työntekijöiden kanssa enemmän. He kiinnittivät huomiota iäkkään kuntoutujan olemassa olevaan toimintakykyyn ja auttoivat kuntoutujaa tekemään asioita enemmän itse. Myös yhteistyö kuntoutujan sosiaalisen verkoston kanssa lisääntyi. (Rooijackers ym. 2021, 9–11.) Koulutusinterventio lisäksi kotikuntoutustiimien vuorovaikutusta ja keskustelua kuntoutujien tavoitteista ja yhteisistä toimintatavoista. Oma ammatillinen osaaminen vahvistui, kun työntekijät oppivat toisiltaan erilaisia työtapoja. Työntekijät kokivat myös saavansa

enemmän tukea organisaatiolta ja esihenkilöiltä. Tämä lisäsi työntekijöiden mahdollisuutta ottaa aikaisempaa helpommin yhteyttä esihenkilöihin työhön liittyvissä asioissa. Kotihoidon työntekijät mainitsivat myös useita tekijöitä, jotka helpottivat kotikuntoutus-mallin toteuttamista. Digitaalisten hoitosuunnitelmien käyttö helpotti tavoitteiden mukaista kuntoutusta ja sen raportointia, ja hoitosuunnitelmat olivat myös kuntoutujan sosiaalisen verkoston saatavilla. Tämä mahdollisti kuntoutujan hoitoprosessin seuraamisen. Toinen muutos työympäristössä liittyi organisaation rahoitusjärjestelmän uudistukseen, jossa organisaatio saa kiinteän budjetin suhteessa asiakkaaseen eikä työntekijöiden työ ollut enää niin ajallisesti sidottua kuin aikaisemmin. Uusien asiakkaiden aloittaessa oli helpompi ottaa myös uusi kuntouttava työtapa käyttöön, koska he eivät olleet kokeneet ns. vanhaa hoitojärjestelmää. (Rooijackers ym. 2021, 10–11.)

Haasteet uuden kotikuntoutusmallin käyttöönotossa liittyivät resurssien riittämättömyyteen ja vanhan työkuulttuurin vaikutukseen. Kotihoidon työntekijöiden ei ollut mahdollista osallistua kaikkiin yhteisiksi tarkoitettuihin koulutuksiin, koska heidän koulutusresurssinsa olivat varsinaisen kuntoutustiimin työntekijöiden määrärahoja pienemmät. Työntekijät kokivat myös, että on nopeampaa tehdä asiakkaan puolesta kuin kannustaa ja motivoida asiakasta tekemään arjen toimintoja itsenäisesti. Lisäksi vanhat asiakkaat olivat tottuneet perinteisempään kotihoitoon ja vastustivat uutta kuntouttavaa työtettä. Myös joidenkin työntekijöiden oma asenne uutta kotikuntoutusmallia kohtaan oli epäilevä ja kielteinen. Työntekijät epäilivät, että uusi kotikuntoutus-malli siirtäisi heille vaativampia ja aikaa vieviä työtehtäviä eikä heidän työaikansa tulisi riittämään. Osa työntekijöistä koki, että tavoitteiden asettaminen ja kuntoutustoiminnan toteuttaminen olivat heille liian vaativia työtehtäviä. (Rooijackers ym. 2021, 10–11.)

START - interventiomalli kotikuntoutuksen asiakkaille

START-interventiomalli (Self-Management and Task-Oriented Approach to Rehabilitation Training) on tutkittuun tietoon pohjautuva, kotikuntoutuksen käyttöön suunniteltu interventiomalli aivoinfarktin saaneille kotona asuville kuntoutujille. START-intervention käyttöönottoa ja siihen liittyviä esteitä ja mahdollisuuksia pyrittiin kartoittamaan sidosryhmille järjestetyssä seminaarissa. Esihenkilöt olivat mukana kuntoutusintervention kehitystyössä. Kahdeksan kotikuntoutuksen terapeuttia (neljä toimintaterapeuttia ja neljä fysioterapeuttia) osallistui neljään työpajaan ja he käyttivät START-interventiota 12 kotikuntoutujan kanssa. Kuntoutustyöryhmän terapeutit saivat ohjausta ja

palautetta START-intervention käytöstä sekä kollegoiltaan että asiantuntijoilta nauhoitettujen terapiakäyntien pohjalta. (Richardson, DePaul, Officer, Wilkins, Letts, Bosch & Wishart 2015, 938.) START-interventiomallin oman toiminnan ohjauksen keskeiset periaatteet ovat: (1) tavoitteiden asettaminen ja toiminnan suunnittelu, (2) ongelmanratkaisu, (3) oman toiminnan ohjaus, (4) minäpystyvyyden vahvistaminen ja (5) strategioiden soveltaminen toimintakyvyn muutosten aiheuttamien haasteiden vähentämiseksi. (Richardson ym. 2015, 937.) Ikääntyneet kuntoutujat osallistui-
vat nuorempia kuntoutujia vähemmän ongelmanratkaisuun, kuntoutustavoitteiden asettamiseen ja kotiutussuunnitelman tekemiseen. Terapeuttien havaintojen mukaan oman toiminnan ohjaukseen pohjautuva interventio voi olla haastava kuntoutujille, joilla on kognitiivisia haasteita tai joiden infarktista on kulunut vain vähän aikaa (tietoisuus haasteista vielä puuttuu). Naiset olivat sitoutuneempia oman toiminnan ohjaukseen kuin miehet ja myös omaiset olivat tyytyväisiä toiminnanohjaukseen keskittyvään interventiomalliin. (Richardson ym. 2015, 941.)

SAIL-interventio-ohjelma kotikuntoutuksen asiakkaille

SAIL-interventio-ohjelman tavoitteena on ikääntyvien kuntoutujien toiminnallisuuden vahvistaminen, kaatumisten vähentyminen, motorisen toimintakyvyn ja tasapainon vahvistuminen kuntoutujan omassa kotiympäristössä. SAIL-interventio-ohjelma sisältää fyysisiä harjoituksia, koulutusta ja ohjausta sekä toimintakyvyn mittauksia ja arviointia. Interventio-ohjelmaan kuuluu kahdeksan viikon aikana kaksi yhden tunnin harjoitusta, jotka ohjaa koulutettu SAIL-ohjaaja. Yksi harjoitustunti sisältää seuraavia osioita: verryttely ja lämmittely, aerobinen harjoittelu, palauttavat tasapaino harjoitukset, voimaharjoitukset ja venyttely sekä opetus ja ohjaus. Tutkimustulosten mukaan SAIL-interventio-ohjelma vaikutti myönteisesti ikääntyvien kuntoutujien alaraajojen voimaan ja yleiseen fyysiseen ketteryuteen ja kaatumista ehkäisevään tasapainoon. Osallistujat kokivat myönteisenä myös ryhmään kuulumisen tunteen ja toivoivat vastaavaa ryhmätoimintaa myös jatkossa. (Muniak, Swan & Piersol 2019, 73–74.)

My Therapy - interventiomalli kotikuntoutuksen asiakkaille

My Therapy on kotikuntoutusta tukeva sovellus, joka on suunniteltu lisäämään kuntoutuskertoja tukemalla kuntoutujien itsenäistä harjoittelua kuntoutustapaamisten välillä. My Therapy on yksilöllisiin kuntoutuksen tavoitteisiin, kykyihin ja osallistumishalukkuuteen perustuva kumppanuusmalli, jota kuntoutuksesta vastaava toimintaterapeutti tai fysioterapeutti suosittelee kuntoutujan käyttöön. Kuntoutujalle valitaan kuntoutustavoitteiden pohjalta harjoituksia online-ohjelmasta

www.physiotherapyexercises.com. My Therapy -harjoitukset lähetetään kuntoutujalle tekstiviestillä tai sähköpostilla, ja niitä voidaan käyttää kuntoutujan omalla puhelimella tai tabletilla. Tarvittaessa harjoitukset voidaan myös tulostaa kuntoutujalle paperiversioina. tulostettuna ja toimitetaan potilaalle. Kuntoutuksesta vastaavat terapeutit voivat tarvittaessa mukauttaa ja päivittää suositeltuja harjoituksia sekä niiden määriä (sarjoja ja toistoja). (Whittaker, Taylor, Hill, Ekegren & Brusco 2021, 5.) Toimintaterapeutti ja fysioterapeutti muistuttivat päivittäin edellisen päivän harjoitusten ja tehtävien dokumentoinnista My Therapy -sovellukseen. He myös katsoivat kirjauksia useimpina päivinä seuratakseen tehtävien ja harjoitusten edistymistä. (Brusco, Tilley, Walpole, Kugler, Li, Kennedy & Morris 2019, 747.) Tutkimuksen mukaan My Therapy-interventio oli toteuttamiskelpoinen ja turvallinen tapa lisätä itsenäisen harjoittelun määrää toiminta- ja fysioterapian kuntoutustapaamisten välillä. My Therapy -interventioryhmästä 72 % osallistui johonkin ohjelman osaan tai koko ohjelmaan ja keskimäärin kuntoutujien päivään sisältyi sovelluksen avulla 14 minuuttia lisäharjoittelua, ilman haittavaikutuksia tai turvallisuusriskejä. (Brusco ym. 2019, 747.)

FcTSim-ohjelma - interventio kotikuntoutuksen muistisairaille asiakkaille

FcTSim-ohjelma (Law, Barnet, Yau & Gray 2014) on toiminnallisia tehtäviä sisältävä kuntoutusinterventio, jonka tavoitteena on vahvistaa muistisairaiden kuntoutusasiakkaiden kognitiivisia toimintoja. FcTSim -ohjelma sisältää viisi pöytätasossa suoritettavaa toiminnallista tehtävää ja tehtävien välissä tehdään aktiivisia liikeharjoituksia (esim. tuolilta seisomaan nousu). Tavoitteena on vahvistaa muistisairaahan kuntoutujan suoriutumista erityisesti arjen iADL-toiminnoissa (puhelimien käyttö, kauppa-asiointi, ruuanlaitto, kodista ja mahdollisista lemmikkieläimistä ja muista läheisistä huolehtiminen, liikkuminen kodin ulkopuolella, raha- ja lääkeasioista huolehtiminen ym.). FcTSim-interventio sisältää yhteensä 13 tapaamista kymmenen viikon aikana, joissa ohjaajana toimi toimintaterapeutti. Jokainen tapaaminen alkoi 5–10 minuutin verryttelyllä ja kevyellä venyttelyllä, jonka jälkeen tehtiin varsinainen FcTSim ohjelman harjoittelu (30 min) ja lopuksi noin 5–10 minuuttia kestävä palauttava harjoitus. Lisäksi tapaamisten välillä kuntoutujat tekivät itsenäisesti tai omaisten avustamana harjoituksia. Tutkimuksessa arvioitiin muistisairaiden kotikuntoutujien IADL-toimintojen vahvistumista kuntoutusintervention jälkeen. Toiminnallisten tehtävien tekemisen havaittiin aiheuttavan merkittäviä parannuksia yleisissä kognitiivisissa toiminnoissa, muistissa, tehtävien aloittamisessa ja arjessa tarvittaessa ongelmanratkaisukyvyssä. FcTSim-ohjelman toteuttaminen ei edellytä erityisiä välineitä intervention toteuttamiseen ja tutkimuksen mukaan se on osoittautunut kustannustehokkaaksi ja vaikuttavaksi muistisairaiden kuntoutujien kuntoutuksen toteuttamisessa. (Law ym. 2014, 815, 817.)

Get Busy Get Better - interventiomalli masentuneiden kuntoutujien kotikuntoutuksessa

Get Busy Get Better (GBGB) - interventiomallin (aikaisempi nimi Beat the Blues) tavoitteena on lisätä kuntoutujien tietoa masennuksesta ja siihen liittyvistä oireista, vahvistaa aktiivisuutta arjen toiminnoissa ja vähentää ahdistusta. Näihin tekijöihin vaikuttamalla pystyttiin merkittäväällä tavalla vähentämään masennuksen oireita ja ahdistusta sekä parantamaan kuntoutujien toimintakykyä arjessa. (Gitlin, Szanton, Huang & Roth 2014, 2–3.) Interventio sisälsi kymmenen tunnin mittaista tapaamista kuntoutujan kotona neljän kuukauden aikana. Tapaamisia ohjasi GBGB-interventiomalliin koulutettu sosiaalityöntekijä, joka teki yhdessä kuntoutujan kanssa henkilökohtaisen kuntoutussuunnitelman. Kuntoutussuunnitelmaan liitettiin myös kuntoutujan tarvitsemat muut tukipalvelut. Kuntoutustapaamisten aikana kuntoutuja sai tietoa masennuksesta ja sen vaikutuksesta toimintakykyyn. Kuntoutuja oppi tunnistamaan omia oireitaan ja käyttämään erilaisia toimintastrategioita oireiden vaikutuksen hallitsemiseksi. Lisäksi kuntoutujalla oli mahdollisuus keskustella hoitavan lääkärin kanssa. Kuntoutujan kanssa harjoiteltiin erilaisia rentoutumiskeinoja stressin ja kuormituksen vähentämiseksi. Interventioon kuului myös toiminnan aktivointia, johon sisältyi päivittäinen arjen toimintojen ja mielialanvaihtelun seuranta. Seurannan perusteella kuntoutujaa autettiin valitsemaan omat henkilökohtaiset toiminnalliset tavoitteet ja valitsemaan itselle tärkeät arjentoiminnot, joihin pyrittiin lisäämään myönteisiä mielihyvän kokemuksia. (Gitlin ym. 2014, 4.) Tutkimustulosten mukaan käytetty GBGB-interventiomalli vähensi kuntoutujien toimintakyvyttömyyttä arjen toiminnoissa (IADL), lievensi masennus oireita ja ahdistusta sekä paransi kuntoutujien tietämystä masennuksesta ja siihen liittyvistä oireista. Lisäksi GBGB-interventiomalli vahvisti kuntoutujien toimintakykyä ja paransi elämänlaatua. (Gitlin ym. 2014, 8.)

Vapaa-ajan osallisuutta ja sosiaalisten suhteiden vahvistamista lisäävät interventiot

Smallfield ja Molitor (2018) selvittivät omassa tutkimuksessaan millaisia sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja vapaa-aikaan liittyviä tutkittuun tietoon pohjautuvia interventioita on käytetty ikääntyvien kuntoutujien kotikuntoutuksessa. Tulosten mukaan sosiaalista osallisuutta vahvistavat interventiot jakautuivat kolmeen interventiotyyppiin: toimintaterapeuttien ohjaama ryhmäkuntoutus (esim. taideryhmä, keskusteluryhmä, luovan kirjoittamisen ryhmä, stressin vähentämisen ryhmä), henkilökohtainen mentoriohjaus ja e-sport peliryhmät. Tutkimusten tulokset antavat ristiriitaista tietoa ohjatun ryhmätoiminnan vaikutuksista ikääntyneen kuntoutujan yksinäisyyden kokemuksen helpottamiseen ja sosiaalisen osallisuuden vahvistumiseen ohjatun ryhmätoiminnan päättymisen jälkeen. Joissakin tutkimuksissa yksinäisyyden kokemus väheni merkittävästi, kun taas toisissa sosiaalisten suhteiden määrä lisääntyi, mutta koettu yksinäisyys ei vähentynyt. Henkilökohtainen 12

viikkoa kestävä kerran viikossa tapahtuva mentoriohjaus ei myöskään lisännyt sosiaalista osallisuutta eikä vähentänyt koettua yksinäisyyttä. Kahdessa tutkimuksessa interventiona käytettiin Nintendo Wii -pelien pelaamista yhdessä muiden henkilöiden kanssa. Tutkimusten mukaan toisessa tutkimuksessa sosiaalinen osallisuus vahvistui ja pelaaminen vähensi koettua yksinäisyyttä ja toisessa tutkimuksessa ei löytynyt merkittävää eroa. (Smallfield & Molitor 2018, 4–5.)

Saman tutkimuksen (Smallfield & Molitor 2018) mukaan interventiot, jotka keskittyivät ikääntyvien kuntoutujien vapaa-aikaan osallistumiseen, jakautuivat myös kolmeen eri interventio sisältöön: Vapaa-aikaan liittyvä koulutus, kroonisten sairauksien itsehoito ja apuvälineet. Vapaa-aikaan liittyvä koulutukselliset interventiot toteutuivat pääasiassa ryhmäohjauksena ja sisälsivät kuudesta kahteentoista ryhmätapaamista. Näiden tavoitteena oli vapaa-ajan merkityksen ymmärtäminen, tiedon lisääminen, itsemääräämisen ja vapaa-aikaan liittyvien valintojen vahvistaminen yhteisten keskustelujen, tehtävien ja virkistystoiminnan avulla. Tuloksen mukaan interventio lisäsi merkittävästi osallistujien elämänlaatua, vahvisti vapaa-ajan osallisuutta ja vähensi yksinäisyyden tunnetta. Tulokset eivät kuitenkaan olleet pysyviä seurantajakson jälkeen. Kuntoutujilla, joiden vapaa-ajan osallisuuden tukeminen oli henkilökohtaista (vrt. ryhmäinterventiot), sitoutuminen vapaa-ajan toimintaan oli kaikkein pysyvämpää. Kroonisten sairauksien itsehoitoon liittyvä interventio sisälsi kuuden viikon aikana ryhmätapaamisia ja henkilökohtaista ohjausta. Intervention tavoitteena oli vahvistaa kuntoutujan itsehallinnan tunnetta, antaa vertaistukea ja lisätä vapaa-ajan aktiivista osallisuutta. Tulosten mukaan interventio lisäsi vapaa-ajan aktiivisuutta ja vahvisti kuntoutujan käsitystä itsestään aktiivisena osallistujana sekä paransi kuntoutujan kokemaa elämänlaatua. Yhdessä tutkimuksessa oli tutkittu apuvälineiden käytön yhteyttä vapaa-aikaan osallistumiseen. Kuntoutujalle hankittiin hänelle sopiva apuväline, joka mahdollisti kuntoutujalle merkitykselliseen vapaa-ajan toimintaan osallistumiseen. Yksi tutkimus ei vielä riitä tieteellisesti merkittävään näyttöön, mutta osoittaa apuvälineiden merkityksen osallisuuden mahdollistajana. (Smallfield & Molitor 2018, 5.)

Myös naapuruston merkitys ikääntyvän kuntoutujan terveydelle ja elämänlaadulle on suuri. Sosiaalinen kuuluminen lähinaapurustoon vahvistaa vapaa-ajalla liikkumista ja aktiivisuutta. Tutkimusten mukaan vapaa-ajan liikunta vahvistaa kuntoutujan toiminnallista itsenäisyyttä, vähentää negatiivisia psykologisia oireita ja laajentaa kuntoutujan sosiaalisia verkostoja sekä parantaa

kuntoutujien elämänlaatua ja koettua tyytyväisyyttä omaan elämään. Sosiaalisesti merkittävä lähiyhteisö, johon kuntoutuja kokee kuuluvansa vahvistaa myös kuntoutujan positiivisia selviytymisstrategioita esimerkiksi sosiaalisen tuen hakemista, harrastuksia ja aktiivista vapaa-aikaa ja kognitiivisia strategioita esimerkiksi positiivinen suhtautuminen tulevaisuuteen ja positiiviset ajatukset. (Jaehyun, Junhyoung & Areum 2020, 296.)

8 Pohdinta

Opinnäytetyössä kuvatus kehittämissuunnan tehtävänä oli selvittää, miten moniammatillinen kuntoutusryhmä tekemä kotikuntoutus voisi tukea ikääntyvää kuntoutusasiakasta tämän siirtyessä kuntoutusosaston kuntoutujan roolista omassa kodissaan asuvan aktiivisen kuntoutujan rooliin. Kehittämissuunnassa haettiin vastausta kysymykseen, mitkä ovat aktiivisen kuntoutujan roolia vahvistavia tekijöitä ja siihen liittyviä riskitekijöitä kotikuntoutuksen kontekstissa.

Tavoitteena oli toimintaterapeuteille tehdyn kyselyn ja kuvailevan kirjallisuuskatsauksen pohjalta rakentaa monipuolinen näkemys ikääntyvän kuntoutujan kotikuntoutukseen vaikuttavista tekijöistä ja löytää tilaajaorganisaation käyttöön tutkittuun tietoon pohjautuvia asiakaslähtöisiä kuntoutusinterventiomalleja.

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön teoriaosuudessa esitelty kontekstuaalinen toiminnan transaktionaalinen malli (the Transactional Model of Occupation, TMO) ja asiakaslähtöisyyttä korostava kuntoutuksen interventioita ohjaava teoreettinen viitekehys OTIPM tuovat vahvasti esiin ikääntyvän kuntoutujan toiminnallista identiteettiä ja toiminnallisen pätevyyden kokemusta. Nämä ovat oleellisia tekijöitä pohdittaessa kuntoutujan aktiivista roolia ja osallisuutta omassa kuntoutumisen prosessissaan.

TMO-mallissa esitellyt seitsemän toiminnan ulottuvuutta tulevat kukin esille löydetyissä teorialähteissä, tehdyn kyselyn tuloksissa ja kirjallisuuskatsauksen tutkimusartikkeleissa. Nämä osa-alueet kuitenkin painottuvat eri lähteissä hyvin eri tavoin. Toimintaterapian teorioissa korostetaan vahvasti kuntoutujan osallisuutta ja hänelle merkityksellistä kuntoutusta ja sen tavoitteita. Nämä ovat

TMO-mallissa asiakkaaseen liittyviä tekijöitä. Löydetyissä tutkimusartikkeleissa, joissa kuvataan toimintaterapian kuntoutusinterventioita, käy kuitenkin ilmi, että kotikuntoutuksessa toimintaterapeutin interventiot keskittyvät pääasiassa kotona liikkumisen vahvistamiseen ja kuntoutujan itsenäiseen selviytymiseen ja suurin osa toimintaterapeutin käyttämästä ajasta asiakkaan luona keskittyy näiden taitojen harjoitteluun. Sosiaalisiin suhteisiin kiinnitetään tutkitusti kaikkein vähiten huomiota arkikuntoutuksen interventioissa (Zingmark ym. 2020, 1015). Kun kuntoutusasiakkailta kysyttiin heidän omia toiveitaan kuntoutuksen tavoitteiksi, niin ne liittyvät kuitenkin enemmän sosiaalisiin suhteisiin ja kodin ulkopuoliseen toimintaan. Nämä ovat TMO-mallissa sosiaaliseen ympäristöön liittyviä tekijöitä. Tutkimuksissa todetaan, että yhteydenpito muihin ja läheisten tapaaminen ovat ikääntyville kuntoutujille tärkeitä kuntoutustavoitteita (Hjelle ym. 2017, 1582, 1587). Asiakkaan henkisen voinnin huomioinnin tarvetta terveydenhuollon palveluissa tuotiin esille hyvin pinnallisesti yhdessä tutkimusartikkelilähteessä. Sama tutkimusaineisto huomioi myös, että yhteydenpito muihin ja läheisten tapaaminen olivat asiakkaille tärkeitä tavoitteita.

Omaisten rooli ja osallistuminen kotikuntoutuksen suunnitteluun, tavoitteiden asettamiseen ja toteutumiseen nousivat erityisesti kyselyn vastauksissa esille. Myös lödyt tutkimusartikkelit ja toteutetut kuntoutusinterventiot vahvistivat omaisten mukaan ottamisen merkitystä. Kuntoutuksessa tehdään tiiviisti yhteistyötä kuntoutujan kanssa, mutta muut perheenjäsenet tai omaiset voivat helposti jäädä sivurooliin. Omaisten mukaan ottaminen kotikuntoutuksessa aktiivisempaan rooliin edellyttää kuntoutustyöryhmältä omaisen mahdollisuuksien ja voimavarojen huomioimista sekä ammattikielen käytön vähentämistä ja aitoa kohtaamista. Omaiset tarvitsevat ajan tasalla olevaa tietoa kuntoutuksesta, tukea, koulutusta ja taitojen harjoittamista. Kotikuntoutuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa nämä asiat on omaisten kokemuksen mukaan usein unohdettu. Tämä vaatii myös lisää aikaa yhteistyölle ja esimerkiksi koulutussisältöjen valmistelulle. (Hjelle ym. 2017, 8.)

Kotikuntoutusasiakkaiden mahdollisuutta valita sosiaalisten suhteiden ja merkityksellisten roolien ylläpitämistä tukevia tavoitteita olisi syytä huomioida nykyistä enemmän. Tutkimuksen (Petersson ym. 2012) mukaan ikääntyvät kuntoutujat pitivät sosiaaliseen ympäristöön luottamista turvallisuuden ja teknisistä apuvälineistä hyötymisen edellytyksenä. Kuitenkin useimmat kotikuntoutuksen interventiot keskittyvät TMO-mallin fyysisen ympäristön tekijöihin, kuten kodin muutostöihin ja apuvälineisiin. Kuntoutuksen työntekijöiden tulisikin suunnata huomio kuntoutujien sosiaalisen

ympäristön ihmissuhteisiin sekä läheisiin ja perheisiin että lähialueen ihmisiin. (Petersson ym. 2012, 808.) Opinnäytetyöhön valikoituneissa artikkelilähteissä ei juurikaan tuotu esiin mielenterveyden näkökulmaa kotikuntoutuksessa tai ikäihmisillä ylipäätään. Kuitenkin isot murrokset voivat aiheuttaa mielenterveydellisiä haasteita (Mieli ry. 2021). Interventioista Gitlinin ja muiden (2014) esittelemä Get Busy Get Better (GBGB) interventio sekä Jaehyun (2020) löytämät vapaa-ajan osallisuutta ja sosiaalisten suhteiden vahvistamista lisäävät interventiot sisälsivät myös mielenterveyden näkökulman.

Moniammatillinen kotikuntoutusmalli on osa ikääntyvien kuntoutujien palvelujärjestelmää, joka kuuluu kansalliseen poliittiseen päätöksentekoon ja sisältyy siis TMO-mallin geopoliittiseen ulottuvuuteen. TMO-mallin sosiokulttuuriset ja geopoliittiset tekijät jäävät sekä tutkimusartikkeleissa että osittain myös kyselyn tuloksissa vähemmälle tarkastelulle. Nämä ovat kuitenkin merkittävässä roolissa pohdittaessa esimerkiksi kotikuntoutuksen resursseja, kotikuntoutuksen työryhmän eri ammattien edustusta tai odotuksia kotikuntoutuksen tavoitteista. Tutkimuksissakin (Kjerstad & Tuntland 2016; Tessier ym. 2016) korostuu kotikuntoutuksen taloudellinen vaikuttavuus ja pyrkimys säästää yhteiskunnan väheneviä varoja ikääntyvän väestön hoidossa. Nämä voivat vaikuttaa siihen, että kotikuntoutusinterventioiden tavoitteet ja tätä kautta myös käytännön työ keskittyvät kotona selviytymiseen ja kuntoutujan fyysisen toimintakyvyn vahvistamiseen eikä esimerkiksi kodin ulkopuoliseen sosiaaliseen elämään tai kuntoutujalle merkityksellisen vapaa-aikaan. Myös mahdolliset asenteet ikääntymistä ja vanhuutta kohtaan saattavat vaikuttaa siihen, ettei ikääntyvää kuntoutujaa nähdä aktiivisena osallistujana, jolla on edelleen monipuolisia harrastuksia tai mielenkiinnon kohteita ja tarve viettää aktiivista sosiaalista elämää. Pikkaraisen ja muiden (2016) korostama ajatus aktiivisesta ja osallistuvasta ikääntyvästä kuntoutujasta tuo uutta näkökulmaa myös kotikuntoutuksen kuntoutustavoitteiden monipuolisempaan valintaan. Tämä vahvistaisi myös aidon asiakaslähtöisyyden toteutumista. Tavoitteena on oppia ymmärtämään ikääntyvän kuntoutujan tekemiä valintoja ja täten tukea heidän motivaatiotaan sekä löytää asiakaslähtöisiä ja merkityksellisiä kuntoutusmenetelmiä. (Pikkarainen ym. 2016, 181.)

Ihanneajatus aktiivisesta ja osallistuvasta ikääntyvästä kuntoutujasta ei ehkä tällä hetkellä täysin toteudu, johtuen kotikuntoutuksen palveluiden piiriin pääsevien asiakkaiden usein korkeasta iästä ja heikosta toimintakyvystä. Tällä hetkellä kotikuntoutuksen asiakkaiden keski-ikä on noin 78 vuotta (Hinkka & Karppi 2010, 21.) Iäkkäiden asiakkaiden kuntoutuksen perustaksi löytyy lakeja,

laatusuosituksia sekä erilaisia hankkeita. Yhteistä näille näyttää olevan toive asiakkaiden toimintakyvyn ja toimijuuden tukemisesta sekä läheisten roolin vahvistamisesta ja yksimielisyys näyttää vallitsevan myös sen suhteen, että kuntoutuksen pääpainon tulisi olla ennakoivassa työssä ja ennaltaehkäisyssä. (Ikääntyneiden laatusuositus 2020, 23–24.)

TMO:n ajalliseen ulottuvuuteen liittyy näkemys siitä, että mennyt vaikuttaa siihen, miten asiakas kokee itsensä toimijana nyt ja mitä hän uskaltaa odottaa toiminnaltaan tulevaisuudessa. Asiakastyössä tämä tarkoittaa sitä, että asiakas on tunnettava riittävän hyvin, myös elämänselämän näkökulmasta. Tällä tavalla voidaan päästä lähemmäs aidosti asiakaslähtöistä kuntoutusta. Tämä vastaa Pikkaraisen (2021) ajatusta kuntoutuksen painopisteen siirtymisestä toimintakykylähtöisestä näkökulmasta yksilöllisen elämänselämän nykyistä vahvempaan huomioimiseen. (Pikkarainen, 2021, 101.) Ajallinen ulottuvuus ei kuitenkaan korostunut kyselytutkimuksen vastauksissa, vaan vastaukset käsitelivät nykyhetken näkökulmaa. Myöskään tutkimusartikkeleissa tämä näkökulma ei tullut esille.

Fyysisen toimintakyvyn ohella tehtävän TMO-mallin ulottuvuuteen liittyvät asiat korostuivat vahvasti tutkimuksissa, joissa käsiteltiin toimintaterapeutin tekemiä interventioita kotikuntoutuksessa (Zingmark ym. 2020; Whitehead ym. 2018). Ikääntyvien kuntoutujien kuntoutus keskittyy tutkimusten mukaan kotona asumiseen liittyvien tehtävien suorittamiseen ja fyysisen toimintakyvyn vahvistamiseen näihin arjen tehtäviin liittyen, esimerkiksi kävelyn vahvistamiseen ja liikkumiseen kodin sisätiloissa ja tasapainoharjoituksiin. Kyselytutkimuksessa näkökulma oli löydettyjä tieteellisiä artikkeleita laajempi. Vastaajat eivät maininneet konkreettisia tehtäviä tai toimintoja, mutta toivat esille toimintakyvyn vahvistamisen, kodin turvallisuudesta huolehtimisen ja kuntoutujalle itselleen merkittävien toimintojen valitsemisen kuntoutuksen tavoitteiksi. Sekä teoreettiset mallit että toimintaterapeutit näkevät ikääntyvien kuntoutujien tavoitteet ja toiminnan ulottuvuudet laajemmin, kuin mitä käytännön työssä on ehkä mahdollista toteuttaa. Tässä vallitsee selkeä ristiriita arvojen ja käytössä olevien kuntoutusresurssien välillä.

Löydettyissä kuntoutusinterventioissa toteutuivat OTIP-mallin ja Top-Down periaatteen mukaisesti toimintakeskeisyys ja asiakaslähtöisyys. Interventiot liittyivät ikääntyvän asiakkaan kotona tapahtuviin aitoihin ja asiakkaan arjessa tärkeisiin toimintoihin. Tosin toiminnoista rajautui pois esimerkiksi vapaa-aikaan, sosiaalisiin suhteisiin tai kodin sisätilojen ulkopuolella tapahtuvat toiminnot.

OTIP-mallissa korostetaan interventioiden toteutumista asiakkaan aidossa toimintaympäristössä. Kotikuntoutuksen peruslähtökohta on tuoda kuntoutus asiakkaan omaan kotiympäristöön. Tämä toteutuu siis lähtökohtaisesti kaikissa kuntoutusinterventioissa hyvin. Ympäristön ymmärtäminen myös kodin sisätiloja laajemmin ei interventioissa aina kuitenkaan toteudu. Kotikuntoutuksen peruslähtökohta on vahva asiakaslähtöisyys, joka korostuu OTIP-mallin aidossa Top-Down näkökulmassa. Kuntoutusprosessin kaikissa vaiheissa tulee huomioida vahvasti asiakkaan henkilökohtaiset ja yksilölliset tarpeet ja hänelle merkitykselliset kuntoutustavoitteet. Kuten aikaisemmin jo todettiin, kotikuntoutus ei kuitenkaan ole tutkittujen interventioiden osalta täysin asiakaslähtöistä vaan kuntoutustavoitteita ja valittuja toimintoja ohjaa vahvasti yhteiskunnallinen tavoite varmistaa iäkään kuntoutujan toimintakyky ja tavoitteena on, että ikääntyvä kuntoutuja asuu kotona taloudellisista syistä mahdollisimman pitkään. Tämä ohjaa kuntoutustyöryhmän sekä toimintaterapeutteja että fysioterapeutteja toteuttamaan interventioita, jotka keskittyvät fyysisen toimintakyvyn vahvistamiseen ja arjen perustoiminnoissa tarvittavien toimintataitojen harjoittamiseen.

8.2 Luotettavuuden ja eettisyyden arviointi

Opinnäytetyön tutkimusmenetelminä käytettiin kyselytutkimusta, sisällönanalyysia ja kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Näiden laadullisten menetelmien ja niiden avulla saatujen tutkimustulosten luotettavuutta on määritelty Tuomen ja Sarajärven (2013) laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin ohjeiden mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140–141.)

Tutkimuksen ensimmäisen pääaineiston muodostivat yhdentoista toimintaterapeutin kirjalliset vastaukset esitettyihin avoimiin tutkimuskysymyksiin. Tutkimukseen osallistujat osallistuivat vapaaehtoisesti kyselyyn eikä opinnäytetyön tekijöillä ollut tietoa vastaajien henkilöllisyydestä. Kyselylomakkeen kysymykset olivat avoimia ja kysymykset on pyritty muotoilemaan siten, etteivät ne olisi johdattelevia. Tutkimuksen tiedonantajat valittiin vapaaehtoisuuden mukaan ainoana taustakriteerinä tiedonantajan oma käsitys siitä, että hänellä on toimintaterapeutina oleellista tietoa ikääntyneiden kuntoutujien kuntoutuksesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Vastaajien henkilöllisyys ei ole edes opinnäytetyön tekijöiden tiedossa eikä henkilöllisyyttä pysty mitenkään yhdistämään yksittäisiin vastauksiin. Tämä todennäköisesti lisäsi vastausten luotettavuutta ja rohkeutta vastata omien käsitysten mukaisesti.

Kyselyn vastaukset on analysoitu huolellisesti sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti ja opinnäytetyön raportissa on kuvattu analyysin eri vaiheet. Koska vastaajien henkilöllisyyttä ei ollut opinnäytetyön tekijöiden tiedossa, ei vastausten analyysin tuloksia ja niistä tehtyjä tulkintoja tai johtopäätöksiä ole voitu varmistaa suoraan vastaajilta.

Tutkimuksen raportoinnissa on pyritty huolellisuuteen ja tarkkuuteen. Tutkimuksen eteneminen on ollut kehittämistyön mukaisesti prosessimaista. Opinnäytetyön raportoinnissa käytetään kuitenkin perinteistä raportoinnin muotoa. Tosiasiassa esimerkiksi kyselytutkimuksen analyysi suuntasi kirjallisuuskatsaukseen valittuja tieteellisiä artikkeleita ja näistä löydetty tieto ohjasi interventioiden valintaa. Lopullinen tutkimuksen raportin rakenne ja sisältö muodostui vasta kehittämistyön loppuvaiheessa. Tämä prosessi on pyritty kuvaamaan raportissa kuitenkin niin, että vastaavan opinnäytetyön voisi tehdä raportissa esitetyn sisällön mukaisesti.

Tutkimuksen toisen pääaineiston muodostivat kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tiedeartikkelit. Tutkimuksen luotettavuutta lisää osaltaan se, että kehittämistyön prosessissa käytetyt tieteelliset artikkelit olivat tuoreita, ja artikkeleiden mukaanotto- ja poissulkukriteerit on esitelty opinnäytetyön raportissa yksityiskohtaisesti.

Kehittämistyön tekijöillä ei ole ammatillista eikä henkilökohtaista yhteyttä tutkittavaan ilmiöön eikä tilaajaorganisaatioon. Heillä ei ole ollut tutkimuksen alussa vahvaa ennako-oletusta tutkittavasta ilmiöstä, eikä tilaajaorganisaatio esittänyt lainkaan tutkimusta suuntaavia toiveita tai odotuksia tutkimustuloksista.

Opinnäytetyön kesto oli kokonaisuudessaan noin kuusi kuukautta. Tämä sisälsi kyselyn suunnittelun ja saatujen vastausten analyysin, analyysin tuloksena syntyneiden pääluokkien mukaisen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekemisen ja näiden tulosten yhdistämisen. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi on kestänyt noin vuoden. Tämän työskentelyvaiheen aikana on tehty yhteiskunnallisia päätöksiä, jotka vaikuttavat myös tutkimuskohteena olevaan ikääntyvien kuntoutujien kuntoutukseen. Uusi ja muuttunut tieto on pyritty päivittämään opinnäytetyön raporttiin ajantasaisesti.

Tutkimuksen luotettavuutta haastavia tekijöitä ovat pieni kyselytutkimuksen vastaajien määrä, jonka vuoksi yleistyksiä ei voida tehdä, sekä kirjallisuuskatsauksen tyyppin valinta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus olisi lähtökohtaisesti tässä kehittämistyössä käytettyä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmää luotettavampi, sillä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aineiston valintaa ohjaavat vahvemmin tekijänsä näkemykset ja valittu näkökulma, jolloin merkityksellistä tietoa voi rajautua aineiston ulkopuolelle. Lisäksi kyselytutkimuksen vastaajien ammattitaustaa tai työkokemusta ei pystytä varmentamaan. Muihin rajoituksiin kuuluu se, että näkökulma on kuntoutustyöntekijöiden, eikä kuntoutusasiakkaan tai omaisten ääni kuulu. Lisäksi kysymykset avoimia ja osa vastauksista hyvin lyhyitä, jolloin tulkinnanvaraa jäi toivottua enemmän.

Opinnäytetyön tekijät ovat perehtyneet ja sitoutuneet Suomen Akatemian tutkimuseettisiin ohjeisiin (Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2008) ja pyrkineet noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä ("good scientific practice") (Tuomi & Sarajärvi 2013, 132–133). Tutkimuksen kohdejoukkona voidaan tässä tutkimuksessa pitää kyselytutkimukseen vastanneita kuntoutustyössä työskenteleviä toimintaterapeutteja. Opinnäytetyön tutkimustuloksia voivat hyödyntää tilaajaorganisaation kuntoutustyöryhmän jäsenet ja muu kuntoutusorganisaatio, mutta välillisesti tulokset voivat koskettaa ikääntyviä kotikuntoutuksen asiakkaita heille tarjotun kotikuntoutuksen kautta. Kuntoutusasiakkaiden näkemyksiä ja kokemuksia ei tässä kehittämistyössä ole kuitenkaan selvitetty, vaan tutkimus pohjautuu tieteelliseen tietoon ja käytännön työtä tekevien toimintaterapeuttien ajatuksiin kotikuntoutuksesta. Tutkimuksen tulokset ja niistä tehdyt johtopäätökset eivät vahingoita tutkimukseen vastanneita toimintaterapeutteja, tilaajaorganisaation työntekijöitä eikä kotikuntoutuksen asiakkaita. Muita tutkimuksen eettisyyden arviointiin liittyviä asioita ovat kyselytutkimuksen vapaaehtoisuus, tulosten luottamuksellinen käsittely sekä tutkimusaineiston säilyttäminen. Tutkimuksen vastaajat osallistuivat kyselytutkimukseen täysin vapaaehtoisesti eikä heitä voida tunnistaa vastausten perusteella. Vastaajista ei kerätty mitään taustatietoja eikä vastauksia pysty yhdistämään kehenkään henkilöön. Kerätty tutkimusaineisto hävitettiin opinnäytetyön valmistuttua. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 131.)

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimustarpeet

Vapaa-ajan ja sosiaalisten suhteiden merkitys ikääntyvän kuntoutujan terveydelle ja myös elämänlaadulle on suuri. Merkitykselliset sosiaaliset suhteet ovat tärkeitä kuntoutujan motivaatiolle. Mielenterveyden näkökulmaa olisi hyvä huomioida vahvemmin sekä yksilölliseen elämänlaatuun liittyvänä tekijänä että kuntoutuksen tavoitteiden saavuttamisen ja kuntoutuksen onnistumisen kannalta. Tämä voisi edistää myös kuntoutustyöryhmän ammattiosaamista sekä mielenterveyspalveluiden saavutettavuutta. (Hjelle ym. 2017, 1585–1586). Kuntoutujan emotionaalisten ja psyykkisten tarpeiden täyttäminen sosiaalisten suhteiden kautta lisää myös fyysisistä harjoitteista saatavaa hyötyä. (Chang ym. 2014, 2, 7.) Suomessa kuntoutustyöryhmiin ei tällä hetkellä kuulu mielenterveysalan ammattilaisia kuten depressiohoitajia, vaan palveluihin pitää itse osata hakeutua. Mielenterveyden näkökulman ottaminen osaksi kotikuntoutusta voisi samalla nostaa myös sosiaalisen kanssakäymisen merkitystä nykyistä vahvemmin esille ja kenties sitä kautta lisätä ikääntyvien asiakkaiden koettua hyvinvointia.

Kyselytutkimuksessa tuli hyvin kattavasti esille TMO-mallin eri osa-alueisiin liittyviä näkökulmia. Kehittämistyöhön valikoidut toimintaterapian taustateoriat korostavat myös vahvaa asiakaslähtöisyyttä. Löydettyjen kuntoutusinterventioihin liittyvien tutkimusartikkelien mukaan näyttäytyy kuitenkin, etteivät kotikuntoutuksessa toteudu kattavasti TMO-mallin ulottuvuudet. Kuntoutusinterventiot keskittyvät kodin sisätiloissa liikkumiseen ja itsestä huolehtimisen toimintoihin. Jatkotutkimusta ja kotikuntoutuksen kehittämistyötä olisi mielenkiintoista ja tärkeää suunnata myös kodin ulkopuolelle, sosiaaliin suhteisiin ja harrastusmahdollisuuksiin. Näitä myös iäkkäät kuntoutujat ovat itse esittäneet toiveinaan (Hjelle ym. 2017, 1582, 1587).

Moniammatillisen työryhmän toimintaa ja resursseja voisi kehittää nykytilanteesta vielä eteenpäin. Kotikuntoutuksen malli on vielä kohtuullisen uusi ja sen käytännöt ovat vasta rakentumassa. Kotihoidossa kuntotuttava työote on ollut käytössä jo useiden vuosikymmenten ajan, mutta edelleen sekä työntekijöiden että myös kuntoutusasiakkaiden ja heidän omaistensa toimintaa ja toiveita saattaa ohjata vanha käsitys kotipalvelusta. Tutkimuksissa tuli esille työntekijöiden kokemus vanhasta toimintatavasta ja -kulttuurista luopuminen haasteet ja vaikeus siirtyä ”kädet selän takana” työtapaan (Randström ym. 2014, 15; Liaaen & Vik 2019, 5–6). Suhtautuminen ja odotukset kotikuntoutukseen saattavat olla ristiriitaisia sekä moniammatillisen työryhmän sisällä että suh-

teessa omaisten ja kuntoutujan odotuksiin. Kotikuntoutusmallin aito juurtuminen kuntoutuspalveluksi edellyttää paljon nykyistä enemmän resursseja ja yhteisen käsityksen muodostumiselle tulee varata säännöllisiä ja moniammatillisia foorumeita.

Jotta kuntoutustyöryhmässä ja kotihoidon työntekijöiden kesken muodostuisi yhteinen käsitys kuntoutuksen toimintatavoista ja asiakaslähtöisistä kuntoutustavoitteista, tarvitaan yhteistä aikaa tiedon jakamiseen kuntoutujan tilanteesta ja sovituista kuntoutustavoitteista. Moniammatillisen työryhmän on oltava selvillä asiakkaan tavoitteista, ammattialasta huolimatta. Lisäksi tarvitaan yhteistä aikaa eri työntekijäryhmien ammattiosaamisen jakamiseen, yhteiseen kouluttautumiseen ja työryhmän jäsenten työtehtävien ja roolien tarkasteluun. Kodinhoitajien tai kotihoitotiimin jäsenten mahdollisuutta kuulua osaksi kotikuntoutustyöryhmää olisi tärkeä pohtia. Moniammatillisen työryhmän jäsenet kokevat tutkimusten mukaan (Hjelle ym. 2016) kotikuntoutusmallin motivoivana ja uutta ammatillista osaamista lisäävänä työtapana. Tämä lisää työntekijöiden sitoutumista vaativaan kotikuntoutustyöhön ja vähentää työntekijöiden vaihtuvuutta. (Hjelle ym. 2016, 576.) Kotikuntoutuksen kehittäminen voisi olla myös mahdollisuus lisätä osaltaan kotihoidon työn kiinnostavuutta. Tällä hetkellä Suomessa kotihoidon resurssit ovat riittämättömiä ja tästä syystä kotikuntoutuksen toteuttaminen tutkimuksissa esitettyjen mallien mukaisesti saattaa olla epärealistista. Eri ammattiryhmien välinen riittävä dialogi voisi kuitenkin vähentää työtehtävien päällekkäisyyttä ja täten tehostaa saatavilla olevien resurssien hyödyntämistä.

Vaikka sekä toimintaterapeutit että toimintaterapiaa ohjaavat mallit ja viitekehykset korostavat aidon asiakaslähtöisyyden merkitystä kuntoutusprosessin eri vaiheissa, käytännön työssä True Top-Down -malli ja riittävä asiakaslähtöisyys eivät välttämättä toteudu. Syyt löytyvät usein resurssien riittämättömyydestä, ammattiosaamisen kehittämisen tarpeista ja kotihoidon ja kotikuntoutuksen palvelujärjestelmän rakenteista. Kuntoutujan arjen konteksti on laajempi, kuin kotihoidon konteksti, joka kohdentuu suppeammin tiettyihin arkielämän osa-alueisiin, mikä kaventaa asiakkaan valinnanvaraa tavoitteenasettelussa.

Opinnäytetyöhön valituista kotikuntoutuksen interventiomalleista liittyi yksi, joka liittyi kuntoutujien vapaa-aikaan ja harrastuksiin. Tutkimuksessa selvitettiin e-Sportin käyttöä ikääntyvien kuntoutujien sosiaalisten suhteiden vahvistamisessa ja elämänlaadun parantamisessa. (Smallfield & Molitor 2018, 4-5.) Tulevaisuudessa ikääntyneet kuntoutujat ovat monelta osin eläneet hyvin erilaista

arkea kuin aikaisempina vuosikymmeninä ja kullekin ikääntyvien kuntoutujien ikäryhmälle eli kohortille tulisi Pikkaraisen ja muiden (2016) mukaan suunnitella ajallisesti, sisällöllisesti ja menetelmällisesti yksilölliset ja heidän tarpeitaan vastaavat monialaiset kuntoutusinterventiot (Pikkarainen ym. 2016, 176). Tämä edellyttää perinteisen ikääntyvien kotikuntoutuksen uudenlaista suunnittelua ja kehittämistä sekä täysin uusien menetelmien, kuten esimerkiksi e-Sport mahdollisuuksien mukaan ottamista kuntoutusmenetelmien valikoimaan.

Opinnäytetyön tulosten perusteella olisi tärkeää jatkossa kehittää ja tutkia kotikuntoutusmallin toteutumista ja moniammatillisen työn vahvistamista. Moniammatilliseen kuntoutustyöryhmään tulisi jatkossa Suomessa osallistua tiiviimmin kotihoidon työntekijöitä ja mielenterveyskuntoutuksen ammattilaisia. Toinen tärkeä jatkotutkimusaihe on kuntoutujien ja heidän omaistensa kokemusten ja näkemysten selvittäminen sekä kotikuntoutustyön kehittäminen saatujen tulosten perusteella asiakaslähtöisempään suuntaan True Top-Down-ajattelumallin mukaisesti.

Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe on myös uudenlaisten kuntoutusinterventioiden kehittäminen ja kuntoutuksen suuntautuminen koskemaan myös ikääntyvien kuntoutujien vapaa-aikaa, sosiaalisia suhteita sekä kodin ulkopuolista ympäristöä. Tähän liittyen olisi tärkeää selvittää mitkä keinot ja menetelmät vahvistaisivat ikääntyvän kuntoutujan mielenterveyteen ja elämänlaatuun liittyviä tekijöitä.

Lähteet

Ambuko, E. A., Dar, I., Bikova, M. S., Forland, O. & Tjerbo, T. 2022. A qualitative study on promoting reablement among older people living at home in Norway: Opportunities and constraints. *BMC Health Services Research*, 22, 150, 1–13. Julkaistu 4.2.2022. Viitattu 21.8.2022. <https://janet.finna.fi> , ProQuest Central.

Asuminen ja yhdyskunnat 2019: Suomen rivakka kaupungistuminen ja väestörakenteen muutos haastavat yhteiskunnan uudistumiskyvyn. Julkaistu 6.6.2019. Viitattu 28.2.2022. <https://kestava-kehitys.fi/sv/seuranta/tulkinnat/-/blogs/asuminen-ja-yhdyskunnat-2019-suomen-rivakka-kaupungistuminen-ja-vaestorakenteen-muutos-haastavat-yhteiskunnan-uudistumiskyvyn>

Autti-Rämö, I. 2021. Kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi. *Duodecim* 137, 1369–1374. Viitattu 24.2.2022. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/346214/duo16318.pdf?sequence=1>

Birkeland, A., Tuntland, H., Førland, O., Jakobsen, F. F. & Langeland, E. 2017. Interdisciplinary collaboration in reablement—a qualitative study. *J Multidiscip Healthc*, 10, 195–203. Julkaistu 5.5.2017. Viitattu 21.8.2022. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S133417>

Brusco, N. K., Tilley, L., Walpole, B., Kugler, H., Li, R., Kennedy, E. & Morris, M. E. 2019. Feasibility of increasing the dosage of inpatient occupational therapy and physiotherapy rehabilitation via independent tasks and exercises: “My Therapy”. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66, 6, 739–752. Julkaistu 11.10.2019. Viitattu 3.9.2022. <https://janet.finna.fi> , PubMed.

Chang, P., Wray, L., & Lin, Y. 2014. Social relationships, leisure activity, and health in older adults. *Health Psychology*, 33, 516–523. Julkaistu 15.6.2014. Viitattu 4.9.2022. <https://janet.finna.fi> , PubMed.

Clemson, L., Laver, K., Rahja, M., Culph, J., Scanlan, J. N., Day, S., Comans, T., Jeon, Y-H., Low, L-F., Crotty, M., Kurrle, S., Cations, M. Piersol, C. V. & Gitlin, L. N. 2021. Implementing a Reablement Intervention, "Care of People With Dementia in Their Environments (COPE)": A Hybrid Implementation-Effectiveness Study. *Gerontologist*, 61, 6, 965–976. Julkaistu 18.8.2021. Viitattu 3.9.2022. <https://janet.finna.fi> , CINAHL Plus.

Day, C. B., Bierhals, C. C. B. K., Mocellin, D., Predebon, M. L., Santos, N. O., Dal Pizzol, F. L. F., Fuhrmann, A. C., Aires, M. & Paskulin, L. M. G. 2021. Nursing Home Care Intervention Post Stroke (SHARE) 1 year effect on the burden of family caregivers for older adults in Brazil: A randomized controlled trial. *Health & Social Care in the Community*, 29, 1, 56–65. Julkaistu 1.1.2021. Viitattu 28.8.2022 <https://janet.finna.fi> , CINAHL Plus.

Din, N. U., Williams, M. Hawkes, C. A., Charles, J. M., Hoare, Z., Morrison, V., Alexander, S., Lemmey, A., Sackley, C., Logan, P., Wilkinson, C., Rycroft-Malone, J. & Williams, N. H. 2017. Development of an evidence-based complex intervention for community rehabilitation of patients with hip fracture using realist review, survey and focus groups. *BMJ Open*, 7, 10, e014362, 1–12. Julkaistu 11.10.2017. Viitattu 3.9.2022. <https://janet.finna.fi> , PubMed.

Elo, S., Saarnio, R., Rautasalo, P. & Isola, A. 2012. Gerontological rehabilitation nursing of older patients in acute health centre hospitals: nursing views. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 1, 46–56. Julkaistu 20.2.2012. Viitattu 21.8.2022. <https://janet.finna.fi> , CINAHL Plus.

Fisher, A. G. & Marterella, A. 2019. *Powerful Practice: A Model for Authentic Occupational Therapy*. Fort Collins, CO: Center for Innovative OT Solutions.

Gitlin, L. N., Szanton, S. L., Huang, J., & Roth, D. L. 2014. Factors mediating the effects of a depression intervention on functional disability in older African Americans. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62, 2280–2287. Pdf 1–18. Julkaistu 17.12.2014. Viitattu 4.9.2022. <https://janet.finna.fi> , PubMed.

Godfrey, M., Cornwell, P., Eames, S., Hodson, T. Thomas, T. & Gillen, A. 2019. Pre-Discharge home visits: A qualitative exploration of the experience of occupational therapists and multidisciplinary stakeholders. *Australian Occupational Therapy Journal*, 66, 3, 249–257. Julkaistu 10.2.2019. Viitattu 21.8.2022. <https://janet.finna.fi> , CINAHL Plus.

Gustafsson, L-K., Anbäcken, E-M., Elfström, ML., Zander, V. & Östlund, G. 2019. Working with short-term goal-directed reablement with older adults: Strengthened by a collaborative approach. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39, 4, 178–185. <https://janet.finna.fi> , CINAHL Plus.

Hautala, T., Hämäläinen, T., Mäkelä, L. & Rusi-Pyykönen, M. 2016. *Toiminnan voimaa. Toimintaterapia käytännössä*. 3. uud. p. Helsinki: Edita.

Hinkka, K. & Karppi, S-L. 2010. IKÄ - kuntoutus. Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 112*. Helsinki: KELAN tutkimusosasto. Viitattu 23.2.2022. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/18058/Tutkimuksia112.pdf?sequence=1>

Hjelle, K. M., Skutle, O., Forland, O. & Alvsvåg, H. 2016. The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 1, 575–585. Viitattu 28.8.2022. <https://janet.finna.fi> , ProQuest Central.

Hjelle, K. M., Alvsvåg, H. & Førland, O. 2017. The relatives' voice: How do relatives experience participation in reablement? A qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10/2017, 1–11. Julkaistu 28.12.2016. Viitattu 28.8.2022. <https://janet.finna.fi> , ProQuest Central.

Hjelle, K. M., Tuntland, H., Forland, O. & Alvsvåg, H. 2017. Driving forces for home-based reablement; a qualitative study of older adults' experiences. *Health & Social Care in the Community*, 25, 5, 1581–1589. Julkaistu 22.8.2017. Viitattu 27.8.2022. <https://janet.finna.fi> , CINAHL Plus.

Hussi, E., Mäkinen, E. & Vauramo, E. 2017. Ikääntyvä väestö ja toimintakyvyn ylläpito. Kunnallisen kehittämissäätiö KAKS. Toinen versio. Julkaistu maaliskuu 2017. Viitattu 25.2.2022. <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/06/ikaantyva-vaesto-006-3.pdf>

Jaehyun, K., Junhyoung, K. & Areum, H. 2020. Leisure Time Physical Activity Mediates the Relationship Between Neighborhood Social Cohesion and Mental Health Among Older Adults. *Journal of Applied Gerontology*, 39, 3, 292–300. Julkaistu 4.7.2019. Viitattu 4.9.2022. <https://janet.finna.fi> , PubMed.

Jakobsen, F. A., Vik, K. & Ytterhus, B. 2019. The art of maintaining everyday life: collaboration among older parents, their adult children, and health care professionals in reablement. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2019, 12, 269–280. Julkaistu 18.4.2019. Viitattu 28.8.2022. <https://janet.finna.fi> , ProQuest Central.

Jeon, Y-H., Krein, L., Simpson, J. M., Szanton, S. L., Clemson, L., Naismith, S. L., Low, L-F., Mowszowski, L., Gonski, P., Norman, R., Gitlin, L. N. & Brodaty, H. 2020. Feasibility and potential effects of interdisciplinary home-based reablement program (I-HARP) for people with cognitive and functional decline: a pilot trial. *Aging & Mental Health*, 24, 11, 1916–1925. Julkaistu 27.10.2020. Viitattu 3.9.2022. <https://janet.finna.fi> , CINAHL Plus.

Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:43. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaistu 10.1.2014. Viitattu 26.2.2022. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70263/URN_ISBN_978-952-00-3457-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kehusmaa, S. & Alastalo, H. 2022. Vanhuspalvelujen työvoimapula kärjistyy kotihoidossa – neljännes yksiköistä tekee joka viikko töitä riittämättömällä henkilöstöllä ja ylityöt ovat yleisiä. Tutkimuksesta tiiviisti 4/ 2022. Helsinki: Työ- ja hyvinvoinninlaitos. Julkaistu Viitattu 28.2.2022. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143733/URN_ISBN_978-952-343-813-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kjerstad, E. & Tuntland, H.K. 2016. Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Economics Review*, 6, 15, 1–10. Julkaistu 10.5.2016. Viitattu 8.11.2021. <https://janet.finna.fi> , PubMed.

Kraft, M., Blomberg, K. & Hedman, A-M. R. 2013. The health care professionals' perspectives of collaboration in rehabilitation – an interview study. *International Journal of Older People Nursing*, 9, 3, 209–216. Julkaistu 17.12.2012. Viitattu 29.8.2022. <https://janet.finna.fi> , PubMed.

Kukoistava kotihoito on tahdon asia! Ikäihmisten kotona pärjäämisen tuen uudistus Keski-Suomessa. 2018. Kukoistava kotihoito -hanke. STM. Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli - Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja. Viitattu 21.11.2021. <http://www.ks2021.fi/wp-content/uploads/2018/10/Kukoistava-kotihoito-on-tahdon-asia.pdf>

Kuntoutus. N.d. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 24.2.2022. <https://stm.fi/sotepalvelut/kuntoutus>

Kylén, M., Ytterberg, C, von Koch, L. & Elf, M. 2021. How is the environment integrated into post-stroke rehabilitation? A qualitative study among community-dwelling persons who receive home rehabilitation in Sweden. *Health and Social Care in the Community*, 30, 1933–1943. Julkaistu 27.8.2021. Viitattu 27.8.2022. <https://janet.finna.fi> , PubMed.

Laatusuositus 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Viitattu 5.11.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2020–2023: tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29, Helsinki. Viitattu 5.11.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Annettu 28.12.2012. Viim. muutos 1.10.2020. Viitattu 21.11.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Law, L. L. F., Barnet, F., Yau, M. K. & Gray, M. A. 2014. Effects of functional tasks exercise on older adults with cognitive impairment at risk of Alzheimer's disease: a randomised controlled trial. *Age Ageing*, 43, 6, 813–820. Julkaistu 21.3.2014. Viitattu 4.9.2022. <https://janet.finna.fi> , PubMed.

Lee, I. F-K., Yau, F. N., Yim, S. S-H. & Lee, D. T-F. 2018. Evaluating the impact of a home-based rehabilitation service on older people and their caregivers: a matched-control quasi-experimental study. *Clinical Interventions in Aging*, 2018, 13, 1727–1737. Julkaistu 12.9.2018. Viitattu 28.8.2022. <https://janet.finna.fi> , ProQuest Cetrall.

Liaaen, J. & Vik, K. 2019. Becoming an enabler of everyday activity: Health professionals in home care services experiences of working with reablement. *International Journal of Older People Nursing*, 14, 4, p.e12270-n/a, 1–8. Julkaistu 24.7.2019. Viitattu 26.8.2022. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/opn.12270>

Lockwood, K. J., Harding, K. E., Boyd, J. N. & Taylor, N. F. 2020. Home visits by occupational therapists improve adherence to recommendations: Process evaluation of a randomised controlled trial. *Australian Occupational Therapy Journal*, 67, 4, 287–296. Julkaistu 1.2.2020. Viitattu 27.8.2022. <https://janet.finna.fi> , PubMed.

Mieli ry. 2021. Eläkkeelle siirtyminen on suuri elämänmuutos. Artikkelit Mieli ry:n sivustolla. Viitattu 20.2.2022. <https://mieli.fi/vaikea-elamantilanne/elakkeelle-siirtyminen-on-suuri-elamanmuutos/>

Moe, A., Ingstad, K. & Brataas, H.V. 2017. Patient influence in home-based reablement for older persons: qualitative research. *BMC Health Services Research*, 17, 736. 2, 4–7. Julkaistu 15.11.2017. Viitattu 21.8.2022. <https://janet.finna.fi> , ProQuest Cetrall.

Müller, C., Lautenschläger, S., Dörge, C. & Voigt-Radloff, S. 2021. A feasibility study of a home-based lifestyle-integrated physical exercise training and home modification for community-living older people (Part 2): the FIT-at-Home fall prevention program. *Disabil Rehabil* 43, 10, 1380–1390. Julkaistu 22.12.2019. Viitattu 27.8.2022. <https://janet.finna.fi> , CINAHL Plus.

Muniak, J., Swan, L. & Piersol, C. V. 2019. Enhanced SAIL Program: Evaluation of an Evidence-based Fall Prevention Program for Community Dwelling Elders. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 37, 1, 67–75. Julkaistu 14.5.2019. Viitattu 3.9.2022. <https://janet.finna.fi> , CINAHL Plus.

Nordic Council of Ministers. 2020. State of the Nordic Region 2020: Wellbeing, health and digitalisation edition. Nord 2020: 052. Viitattu 5.9.2021
<http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1482486/FULLTEXT01.pdf>

Paltamaa, J. & Anttila, 2015. Maailman terveysjärjestön toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF). Teoksessa Toimintakyvyn arviointi ICF - teoriasta käytäntöön. Toimittaneet Jaana Paltamaa ja Pirkko Perttinen. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 137, 15–18. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Viitattu 27.8.2022.
<https://www.kela.fi/documents/10180/751941/Tutkimuksia137.pdf>

Paltamaa, J., Pikkarainen, A. & Janhunen, E. 2018. Keski-Suomen kotikuntoutuskokeilun tulokset ja suositukset. Kukoistava kotihoito -hankkeen osaraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 52/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 24.2.2022. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/161256>

Petersson, I., Lilja, M. & Borell, L. 2012. To feel safe in everyday life at home – a study of older adults after home modifications. *Ageing and Society*, 32, 5, 791–811. Julkaistu 7/2012. Viitattu 27.8.2022. <https://janet.finna.fi> , ProQuest Cetril.

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja: OSA 1. Jyväskylän ammattikorkeakoulu julkaisuja 159/2013, Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.2.2022.
<https://www.theseus.fi/handle/10024/64864>

Pikkarainen, A. 2021. Ikääntyneiden aikuisten toimijuus kuntoutuksessa. *Gerontologia*, 35, 1, 96–102. Julkaistu 25.3.2021. Viitattu 27.2.2022. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/98320/60240>

Pikkarainen, A., Pyöriä, O. & Savikko, N. 2016. Ikääntyneiden kuntoutuminen. Julkaisussa Kuntoutuminen, 176–191, Helsinki: Duodecim.

Pitkälä, K. 2012. Geriatriksen kuntoutuksen vaikuttavuus. Koulutusmateriaali julkaistu docplayer alustalla. Viitattu 28.2.2022. <https://docplayer.fi/1315174-Geriatriksen-kuntoutuksen-vaikuttavuuskaisu-pitkala-lkt-geriatri-yleislaaketieteen-professori-helsingin-yliopisto.html>

Rabiee, P. & Glendinning, C. 2011. Organization and delivery of home care re-ablement: what makes a difference? *Health & Social Care in the Community*, 19, 5, 495–503. Julkaistu 14.9.2011. Viitattu 28.8.2022. <https://janet.finna.fi> , CINAHL Plus.

Randström, K. B., Wengler, Y., Asplund, K. & Svedlund, M. 2014. Working with “hands-off” support: a qualitative study of multidisciplinary teams’ experiences of home rehabilitation for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 9, 1, 25–33. Julkaistu 7.12.2012. Viitattu 26.8.2022. <https://janet.finna.fi> , PubMed.

Richardson, J., DePaul, V., Officer, A., Wilkins, S., Letts, L., Bosch, J. & Wishart, L. 2015. Development and Evaluation of Self-Management and Task-Oriented Approach to Rehabilitation Training (START) in the Home: Case Report. *Physical Therapy*, 95, 6, 934–934. Julkaistu 6/2015. Viitattu 29.8.2022. <https://janet.finna.fi> , CINAHL Plus.

- Rooijackers, T. H., Zijlstra, G. A. R., van Rossum, E., Vogel, R. G. M, Veenstra, M. Y., Kempen, G. I. J. M. & Metzelthin, S. F. 2021. Process evaluation of a reablement training program for homecare staff to encourage independence in community-dwelling older adults. *BMC Geriatrics*, 21, 1, 1–15. Julkaistu 6.1.2021. Viitattu 28.8.2022. <https://janet.finna.fi> , ProQuest Cetril.
- Scott, P. J., McKinney K. G., Perron, J. M., Ruff, E. & Smiley, J. L. 2018. The Revised Role Checklist: Improved Utility, Feasibility, and Reliability. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 39, 1, 56–63. Julkaistu 17.12.2018. Viitattu 3.10.2021. <https://janet.finna.fi> , CINAHL Plus.
- Smallfield, S. & Molitor, W. L. 2018. Occupational Therapy Interventions Supporting Social Participation and Leisure Engagement for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *The American Journal of Occupation Therapy*, 72, 4, 1–16. Julkaistu 1.5.2018. Viitattu 4.9.2022. <https://janet.finna.fi> , ProQuest Cetril.
- Sosiaalihuoltolaki 1302/2014. Annettu 30.12.2014. Viim. muutos 1.3.2021. Viitattu 21.11.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- Struckmeyer, L., Morgan-Daniel, J., Ahrentzen, S. & Ellisson, C. 2021. Home Modification Assessments for Accessibility and Aesthetics: A Rapid Review. *HERD - Health Environment Research and Design Journal*, 14, 2, 313–327. Julkaistu 3.5.2021. Viitattu 2.9.2022. <https://janet.finna.fi> , CINAHL Plus.
- Suomen perustuslaki 731/ 1999. Annettu 1.3.2000. Viim. muutos 15.10.2018. Viitattu 24.2.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Tamminen, N., Pasanen, T., Martelin, T., Mankinen, K. & Solin, P. 2020. Sosiaaliset suhteet tärkeitä yksinasuvien positiiviselle mielenterveydelle. Tutkimuksesta tiiviisti 27/2020, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL, Helsinki, 1–7. Viitattu 3.9.2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-543-8>
- Tapaturma- ja liikennevakuutuksen kuntoutuslaki 626/91. Annettu 27.3.1991. Viim. muutos 1.1.2020. Viitattu 24.2.2022. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1991/19910626>
- Taylor, R. R. 2017. Kielhofner´s Model of Human Occupation: Theory and application. Viides painos. Philadelphia: Wolters Kluver.
- Tessier, A., Beaulieu, M-D., McGinn C. A. & Latulippe, R. 2016. Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. *Healthc Policy*, 11, 4, 49–59. Julkaistu Viitattu 19.11.2021. <https://janet.finna.fi> , CINAHL Plus.
- Tuntland, H., Kjeker, I., Folkestad, B., Førland, O. & Langeland, E. 2020. Everyday occupations prioritised by older adults participating in reablement. A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27,4, 245–258. Julkaistu 28.5.2020. Viitattu 21.8.2022. <https://janet.finna.fi> , PupMed.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uud. p. Tammi: Helsinki.
- Vilkkumaa, I. 1994. Kuntoutuksen koko kuva. *Duodecim*, 110, 15, 1394 -. Viitattu 25.2.2022. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1994/15/duo40315>

Vuorinen, J. 2021. Kotiin vietävät kuntoutuspalvelut Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Opinnäytetyö, AMK. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, terveyst- ja hyvinvointialat, kuntoutuksen ohjaaja. Viitattu 21.8.2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202102172384>

Väestöennuste. 2022. Tilastokeskus. Viitattu 18.9.2022. <https://stat.fi/tilasto/vaenn>

Whitehead, P. J., Drummond, A. E. R., Parry, R. H. & Walker, M. F. 2018. Content and acceptability of an Occupational Therapy intervention in HomeCare Re-ablement Services (OTHERS). *British Journal of Occupational Therapy*, 81, 9, 535–542. Julkaistu 18.4.2018. Viitattu 3.9.2022. <https://janet.finna.fi> , ProQuest Central.

Whittaker, S. L., Taylor, N. F., Hill, K. D., Ekegren, C. L. & Brusco, N. K. 2021. Self-managed occupational therapy and physiotherapy for adults receiving inpatient rehabilitation ('My Therapy'): protocol for a mixed-methods process evaluation. *BMC Health Services Research*, 21, 810, 1–9. Julkaistu 13.8.2021. Viitattu 3.9.2022. <https://janet.finna.fi> , PubMed.

World Health Organization. 2015. World report on ageing and health. World Health Organization. Viitattu 28.8.2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

Zingmark, M., Evertsson, B. & Haak, M. 2020. Characteristics of occupational therapy and physiotherapy within the context of reablement in Swedish municipalities: A national survey. *Health & Social Care in the Community*, 28, 3, 1010–1019. Julkaistu 25.12.2019. Viitattu 29.8.2022. <https://janet.finna.fi> , PubMed.

Liitteet

Liite 1. Kysely kuntoutustyöryhmässä työskenteleville toimintaterapeuteille



Potilaasta aktiiviseksi toimijaksi

Teemme opinnäytetyötä ikääntyvien kuntoutusasiakkaiden toiminnallisten roolien muuttumiseen, motivaatioon ja kuntoutukseen sitoutumiseen liittyvistä tekijöistä.

Tavoitteenamme on selvittää, mitkä konkreettiset asiat mahdollistavat asiakkaiden motivoitumista ja sitoutumista kuntoutukseen/kuntoutumiseen ja miten toimintaterapeutti voi tukea asiakasta hänen roolinsa muuttuessa erikoissairaanhoidon potilaasta kotikuntoutuksen kuntoutujaksi ja vielä itsenäiseksi ja aktiiviseksi oman arkensa toimijaksi.

Toivomme, että vastaisit mahdollisimman konkreettisesti (jopa ihan yksittäisiä onnistumisia tai haasteita)

Seuraavat kaksi kysymystä liittyvät asiakkaan kuntoutusosastolla tapahtuvaan kuntoutukseen.

Kuvaus (valinnainen)

Mitkä tekijät mielestäsi parhaiten vahvistavat kuntoutusosastolla olevan asiakkaan roolin muuttumista erikoissairaanhoidon potilaan ja toipilaan roolista aktiiviseen kuntoutujan rooliin? *

Pitkä vastausteksti

Mitä haasteita mielestäsi liittyy kuntoutusosastolla olevan asiakkaan roolin muutokseen erikoissairaanhoidon potilaan ja toipilaan roolista aktiivisen kuntoutujan rooliin?

Pitkä vastausteksti

Seuraavaksi kaksi kysymystä asiakkaan siirtyessä kuntoutusosastolta kotiin ja kuntoutuksen jatkuessa siellä moniammatillisena koti-/ arkikuntoutuksena

Kuvaus (valinnainen)

Mitkä tekijät mielestäsi parhaiten vahvistavat kuntoutusosastolta kotiutuvan asiakkaan roolin muutosta kuntoutujan roolista kotiarjen aktiivisen toimijan rooliin?

Pitkä vastausteksti

Mitä haasteita mielestäsi liittyy kuntoutusosastolta kotiutuvan asiakkaan roolin muuttumiseen kuntoutujan roolista kotiarjen aktiivisen toimijan rooliin?

Pitkä vastausteksti

Kiitos vastauksestasi!

Liite 2. Listaus kuvailevan kirjallisuuskatsauksen artikkeleista

Tekijä(t), julkaisu vuosi	Artikkelin tarkoitus/ menetelmä	Päätulokset ja käytännön ehdotukset
Ambuko ym. 2022	<p>Tutkimuksessa selvitetään, miten kotikuntoutuksessa työskentelevät työntekijät ja heidän esimiehensä edistävät ikääntyneiden ihmisten kotikuntoutusta norjalaisissa kunnissa.</p> <p>Menetelmä: Henkilökohtaiset, puolistrukturoidut haastattelut terveydenhuollon johtajille (N=8) ja kotikuntoutuksen työntekijöille (N=8 fokusryhmää, joissa 2–5 henkilöä) kuudessa Norjan kunnassa. Litteroidut haastattelut koodattiin teemaattisesti ja analysoitiin NVivo 12 -ohjelmiston avulla.</p>	<p>Moniammatillisen kotikuntoutustyöryhmän jäsenet käyttivät kuntoutustyössään monipuolisia menetelmiä: - Arviointikäynnit -asiakaslähtöiset hoitosuunnitelmat -apuvälineiden käyttö</p> <p>Haasteita olivat työntekijöiden mukaan suuri työmäärä, työntekijöiden vaihtuvuus, riittämätön koulutus kuntouttavasta hoitotyöstä ja yhteistyön haasteet/ puutteet hoitoyksiköiden välillä.</p> <p>Turvallista kotona asumista tuetaan räätälöimällä palvelut kuntoutujien tarpeiden ja toiveiden mukaan ja edistämällä heidän toimintakykyään kuntouttavan kotihoiton keinoin. Kotikuntoutuksen työntekijät ja esimiehet suhtautuivat myönteisesti kotikuntoutukseen. Keskeisenä haasteena ovat resurssitarpeet</p>
Birkeland ym. 2017	<p>Selvitettiin moniammatillisen kuntoutustyöryhmän toimintatapoja ja käytäntöjä norjalaisessa kontekstissa.</p> <p>Menetelmä: Seitsemän fokusryhmähaastattelua 33:lle moniammatillisen kuntoutustyöryhmän jäsenelle seitsemässä kunnassa eri puolilla Norjaa. Fokusryhmähaastattelujen hermeneuttinen analyysi.</p>	<p>Neljä moniammatillista kotikuntoutusta vahvistavaa teemaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Työryhmän jäsenten omat kuntoutuksen tavoitteet moniammatillisen työryhmän työskentelyn pohjana • positiivinen yhteistyö työryhmän kesken • muiden työryhmän jäsenten osaamisesta ja taidoista oppiminen • työroolien muutos ja yhteiset tavoitteet sekä ryhmän jäsenten yhteistä osaamista vahvistavat erityisosaamisalueet. <p>Moniammatillisen työskentelyn onnistumista vahvistivat työryhmän jäsenten määrittelemät yhteiset tavoitteet ja usean eri ammattiryhmän edustus moniammatillisessa työryhmässä, tiivis yhteistyö sekä tiedonkulkuun, yhteiseen suunnitteluun ja päätöksentekoon varattu riittävä aika.</p>

Brusco ym. 2019	<p>Selvitettiin, lisääkö My Therapy -ohjelman käyttö toiminta- ja fysioterapian harjoitteiden itsenäistä tekemistä terapiakertojen ulkopuolella.</p> <p>Kaksi ryhmää, joista toisen kuntoutuksessa osana oli My Therapy -ohjelma. Yhteensä 72 % eli 83/116 osallistujaa My Therapy -ryhmälististä noudatti ohjelmaa.</p>	<p>My Therapy -ohjelman käyttö lisäsi päivittäistä harjoitteluaikaa keskimäärin 14 minuutilla. Päivittäinen kokonaisharjoittelun määrä oli heillä 177 minuuttia, verrokkiryhmällä 148 minuuttia.</p>
Clemson ym. 2021	<p>Tutkittiin COPE -interventio-ohjelman käyttöön otettavuutta demensiahoidon osaksi.</p>	<p>Tämän tyyppisillä interventioilla on todettu olevan hyötyjä muistisairaiden asiakkaiden hoidon tukena, mutta ne eivät ole laajalti käytössä, mm. koulutukseen liittyvien haasteiden vuoksi.</p>
Day ym. 2021	<p>Selvitettiin SHARE-interventio (kotihoitoon palvelu) vaikutusta aivo-ohalvauspotilaiden omaishoitajille aiheutuvaan taakkaan.</p> <p>48 omaishoitajan otanta.</p>	<p>Sairaanhoitajan tekemät kolme kotikäyntiä kuukauden sisällä kotiutumisen sisälsivät tietoa ikääntyvän asiakkaan sairaudesta ja hoitotoimista.</p> <p>Aivoohalvauksen jälkeinen kotiutussuunnittelu on erityisen tärkeää.</p>
Din ym. 2017	<p>Tavoitteena oli kehittää interventio iäkkäiden lonkkamurtumapotilaiden hoitotulosten parantamiseksi.</p> <p>Kirjallisuuskatsaus, kyselytutkimus toiminta- ja fysioterapeuteille (210 osallistujaa) ja fokusryhmät potilaille ja kuntoutustiimille. (30 osallistujaa)</p>	<p>Kolme päälinjaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kuntoutujan sitoutumisen parantaminen intervention yksilöllisellä räätälöimisellä • kaatumisen pelon vähentäminen ja minäpystyvyyden tukeminen • kuntoutuksen toteuttamisen koordinointi
Elo ym. 2012	<p>Kyselytutkimuksen tavoitteena oli kuvata gerontologisen kuntoutuksen hoitotyötä akuuttisairaalassa hoitohenkilökunnan näkökulmasta.</p> <p>Kyselyyn vastasi sairaanhoitajaa ($n=367$) neljästä eri sairaalasta. Tietojen analysointi suoritettiin spss :llä käyttämällä kuvaavia tilastoja.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suurin osa hoitohenkilöstöstä (66 %) katsoi, että ikääntyneet kuntoutujat pitivät kuntoutusta fysioterapeutin tukemana potilaan toimintakykyä vahvistavana toimintana. • Osastojen kuntoutustyöryhmät olivat hyvin toimivia ja moniammatillisia ja kuntoutustyö on tavoitteellista. Kaikki eivät silti olleet tietoisia sovitusta kuntoutustavoitteista. • Sairaanhoitajat huolehtivat välttämättömästä potilaan hoidosta ja kuntoutuksen edistämisestä. Ikääntyneiden kuntoutujien motivaation ylläpitämisessä korostettiin emotionaalisen tuen merkitystä. <p>Hoitohenkilökunnalla tulisi olla aktiivisempi rooli kuntoutustiimissä. Koulutuksessa tulisi keskittyä ammatillisen itsetunnon ja itsenäisen päätöksenteon vahvistamiseen ikääntyneiden kuntoutuksen edistämisessä ja edistymisen arvioinnissa. Hoitotyön esimiesten tulisi järjestää moniammatilliselle työryhmälle riittävästi aikaa keskustella ja sopia yhteisistä kuntoutustavoitteista.</p>

Gitlin ym. 2014	<p>Selvitettiin masennukseen suunnatun intervention vaikuttamiseen liittyviä tekijöitä sekä sitä, onko toiminnallisella interventiolla vaikutusta masennukseen.</p> <p>Otantana 208 osallistujaa.</p>	<p>Vaikuttavia tekijöitä olivat masennuksen vaikeusaste, masennukseen liittyvä tieto ja oireiden tunnistaminen, toiminnallisuuden aktivointi ja ahdistuneisuus.</p> <p>4 kk aikana havaittiin myönteisiä vaikutuksia toiminnallisiin haasteisiin sekä vaikuttaviin tekijöihin.</p>
Godfrey ym. 2019	<p>Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään toimintaterapeuttien ja moniammatillisen kuntoutustyöryhmän jäsenten käsityksiä kotiutusta edeltävistä kotikäynneistä Australian kontekstissa.</p> <p>Menetelmä: Tutkimuksessa käytettiin laadullista kuvailevaa lähestymistapaa. Mukana oli neljä fokusryhmää, joihin osallistui 27 kuntoutustyöryhmän työtekijää: aloittelevia toimintaterapeutteja (n = 6), kokeneita toimintaterapeutteja (n = 8), toimintaterapian esimiehiä (n = 5) ja monialaisen tiimin jäseniä (n = 8).</p>	<p>Tutkimuksessa nousi esiin kolme teemaa, jotka liittyvät kotiutusta edeltäviin kotikäynneihin:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Kliinisten tekijöiden tunnistaminen" kuvasti henkilön ammatilliseen suoriutumiskykyyn, ympäristöön ja hoidon tarpeisiin liittyvien näkökohtien ensisijaisuutta kotikäynneillä huomioituna indikaattoreina. • "Kontekstuaaliset ja pragmaattiset vaikutukset" korostivat ympäristön realiteetteja, jotka vaikuttivat merkittävästi käytäntöön. • "Käsitykset arvosta" osoitti, että kotiutusta edeltävien kotikäyntien hyödyllisyydestä ollaan tietoisia ja ne ovat tärkeitä kotiutuspäätöstä ja kotiin tarjottavia tukitoimia pohdittaessa.
Gustafsson ym. 2019	<p>Narratiivisen tutkimuksen tavoitteena oli selvittää moniammatillisen kotikuntoutustyöryhmän jäsenten käsityksiä moniammatillisessa kotikuntoutustyöryhmässä työskentelystä.</p> <p>Menetelmä: Moniammatillisen kuntoutustyöryhmän jäsenet kirjoittivat ajatuksiaan omasta työstään.</p>	<p>Tuloksista muodostui neljä pääteemaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luottamuksellinen kuntoutussuhde sisältää kuntoutusprosessin luottamuksen, jatkuvuuden ja turvallisuuden • Voimaannuttava osallistuminen sisältää asiakaslähtöiset tavoitteet ja kuntoutujan toiveiden kuuntelemisen ja vastuun antamisen kuntoutujalle. • Työtiimin neuvotteleva toimintatapa sisältää läheisyyden, yhteisen tavoitteen mukaan samansuuntaisesti toimimisen ja muilta ammattiryhmiltä oppimisen. • Aikaa kuntoutusprosessille; vahvistetaan harmoniaa ja iäkkään kuntoutujan itseluottamusta. Tutkimuksen mukaan ryhmätyöskentely lisää tietoa kotikuntoutuksesta ja vahvistaa ammatillista itseluottamusta.

Hjelle, Alvsvåg & Førland 2017	<p>Selvitettiin omaisten kokemuksia kuntoutusprosessiin osallistumisesta.</p> <p>Kuusi omaista osallistui puolistrukturoituihin haastatteluihin.</p>	<p>Viisi pääteemaa nousi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Halu antaa ja saada tietoa ja osallistua • Halu olla resurssina kuntoutukselle • Ristiriitaiset odotukset • Vapaa-ajan saaminen • Jatkoseurannan puute <p>Läheisten osallisuutta olisi tuettava ja järjestettävä seuranta.</p>
Hjelle, K. M., Skutle, O., Forland, O. & Alvsvåg 2016	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia ja kuvata, kuinka kotikuntoutuksen moniammatillinen työryhmä koki kotikuntoutuksen käytön norjalaisessa kuntoutuskontekstissa.</p> <p>Menetelmä: Fokusryhmiin osallistui kotikuntoutuksen moniammatillisen työryhmän fysioterapeutti, sosiaalikasvattaja, toimintaterapeutit ja sairaanhoitajat) ja kotihoidon henkilöstöä, jolla ei ollut kandidaatin tutkintoa (apuhoitajat ja sairaanhoitoavustajat). Tuloksena saatujen tietojen analysointiin käytettiin laadullista sisällönanalyysia.</p>	<p>Tutkimustuloksista muodostui kolme pääteemaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • läkkään kuntoutujan kuntoutustavoitteet ovat ratkaisevan tärkeitä • Muutos kotikuntoutuksen työkuultuurissa • Resurssien riittämättömyys (paremmat puitteet yhteistyölle sekä ammatillisen asiantunteumuksen soveltamiselle.) <p>Resurssihin kuuluvat yhteisten kokousaikojen ja -paikkojen tarjoaminen sekä riittävä aika ammatillisen osaamisen hyödyntämiseen.</p> <p>Työkuulttuurin muutos edellyttää, että poliitikot, johtajat ja terveydenhuoltojärjestelmien esimiehet varaavat riittävästi aikaa uuden ajattelu- ja työskentelytavan vahvistamiseen.</p>
Hjelle, Tuntland, Forland & Alvsvåg 2017	<p>Tavoitteena oli kuvata ikääntyneiden ihmisten kokemuksia kotikuntoutuksesta.</p> <p>Kahdeksan osallistujaa. Puolistrukturoidut haastattelut, joista tehtiin laadullinen sisällönanalyysi.</p>	<p>Neljä pääteemaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tahdonvoima • omat tavarat ja läheiset • kotikuntoutuksen työntekijöiden tärkeys • "harjoittelu" vs. arkinen toiminta <p>Kuntoutusjakson jälkeen yksilöllinen seuranta tärkeää</p>
Jaehyun ym. 2020	<p>Selvitettiin naapuruston sosiaalisen yhteenkuuluvuuden, vapaa-ajan fyysisen aktiivisuuden sekä mielen-terveyden välistä yhteyttä.</p> <p>Otantana 6412 henkilöä.</p>	<p>Sosiaalinen yhteenkuuluvuus lisäsi fyysistä aktiivisuutta sekä hyödytti mielen-terveyttä.</p>
Jakobsen ym. 2019	<p>Tutkittiin aikuisten lasten kokemuksia iäkkään vanhemman, aikuisen lapsen ja terveydenhuollon ammattilaisten välisestä yhteistyöstä.</p> <p>Selvitettiin myös, miten aikuisten lasten ja kotikuntoutuksen yhteistyöllä voitaisiin tukea aikuisen lapsen yhtäaikaista selviämistä sekä oman että iäkkään vanhemman arjen järjestämisestä.</p> <p>Syvähaastatteluissa oli 15 osallistujaa.</p>	<p>Pääteemaksi nousi arjen ylläpitämisen taito. Alaluokkia oli neljä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vanhempien parhaaksi tekeminen • arkihaasteista neuvottelemineen • vanhemman kuntoutuksen hallinta • arjen sujuvuuden varmistaminen <p>Perheenjäsenten mukaan ottamiseen tulee kiinnittää huomiota, sillä nämä eivät välttämättä oma-aloitteisesti ilmaise tarpeitaan.</p>
Jeon ym. 2020	<p>Selvitettiin I-HARP dementia-kuntoutuksen intervention toteutettavuutta ja vaikutuksia.</p> <p>Otantana 18 dementia-potilas - omaishoitajajohitaja -paria.</p>	<p>Tulokset olivat myönteisiä, lisätutkimusta tehdään. Haasteeksi koettiin tuen tarve sekä omaishoitajille että terveydenhuollon henkilöstölle.</p>

Kraft ym. 2013	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli kuntoutustyöryhmän yhteistyön kuvaaminen työntekijöiden näkökulmasta.</p> <p>Menetelmät: Haastattelut tehtiin kymmenelle kolmella eri kuntoutusosastolla työskentelevälle toimintaterapeutille, fysioterapeutille ja sairaanhoitajalle. Litteroitujen tulosten analyysissa käytettiin laadullista sisällönanalyysia.</p>	<p>Yhteistyötä kuvattiin neljän pääluokan mukaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ammatillisten ja organisatoristen rajojen ylittävä yhteistyö • Tietoisuus omasta ammatti-identiteetistä • Tiedon ja osaamisen jakaminen • Tasapainottelu potilaan tarpeiden, kuntoutusjärjestelmän ja kuntoutusprosessin välillä. <p>Johtajuus ja organisaatorakenteet ovat tärkeitä tiedonkulun ja kuntoutustyöryhmän jäsenten välisen yhteistyön kannalta. Kuntoutuksen ammattilaisena toimiminen edellyttää henkilökohtaisia vuorovaikutustaitoja ja tietoisuutta omasta ammatti-identiteetistä.</p>
Kylén ym. 2021	<p>Selvitettiin ympäristön merkitystä kotikuntoutukselle aivohalvauksen jälkeen, potilaiden näkökulmasta.</p> <p>17 haastatellun kuntoutujan otanta.</p>	<p>Kolme pääteemaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kuntoudun kotona: ympäristön haasteet ja mahdollisuudet • Geneerinen lähestymistapa terapiassa: Ympäristö huomioidaan rajallisesti • Enemmän informoitu kuin osallistettu <p>Ympäristö tulisi integroida vahvemmin osaksi kuntoutusta ja osallisuutta tukea.</p>
Law ym. 2014	<p>Selvitettiin toiminnallisten sekä kognitiivisten harjoitteiden vaikutuksia iäkkäillä asiakkailla, joilla oli havaittu lievä kognitiivinen heikentyminen.</p> <p>Satunnaistettu jako toiminnalliseen tai kognitiiviseen harjoitteluryhmään.</p> <p>Otantana 83 henkilöä.</p>	<p>Toiminnallisten tehtävien ryhmään osallistuminen tuotti 6 kk seurannassa havaittavia parannuksia mm. muistissa, toiminnanohjauksessa sekä arjen ongelmanratkaisussa. Tämäntyyppinen interventio voi olla myös kustannustehokas.</p>
Liaen & Vik 2019	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli koota tietoa kotikuntoutuksen työntekijöiden kokemuksista kotona toteuttavasta ikääntyvien kuntoutujien kuntoutuksesta</p> <p>Menetelmä: Laadulliseen tutkimukseen sisältyi viisi fokusryhmäkeskustelua, joihin osallistui 25 kotikuntoutuksen työntekijää kahdesta eri kunnasta.</p>	<p>Vastauksista muodostui kaksi pääluokkaa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kestävän muutoksen luominen kuntoutujan osallisuutta vahvistamalla • Auttamisen ja mahdollistamisen välinen raja. Tämä oli vastaajien mukaan haasteellisin asiana kotikuntoutuksessa.

Lee ym. 2018	<p>Selvitettiin kotikuntoutuksen vaikutusta ikääntyneiden ihmisten terveyteen ja terveydenhuollon palveluiden tarpeeseen.</p> <p>Lisäksi selvitettiin omaishoitajien kuormittuneisuutta.</p> <p>Aineistona oli 122 asiakas-omaishoitaja -paria.</p>	<p>Kotikuntoutuksella voidaan tutkimuksen mukaan kohentaa iäkkään asiakkaan terveydentilaa ja vähentää terveydenhuollon palveluiden tarvetta. Lisäksi omaishoitajien kokema kuormitus väheni kotikuntoutusintervention avulla.</p>
Lockwood ym. 2020	<p>Tutkittiin, miten toimintaterapeuttien antamat suositukset lonkka-murtumapotilaille erosivat toisistaan, jos arviointi tehtiin sairaalassa vs. kotikäynnillä.</p> <p>Lisäksi selvitettiin suositusten noudattamista.</p> <p>Otantana oli 65 murtumatoipilasta.</p>	<p>Kotikäynnille osallistuneet potilaat saivat enemmän suosituksia kuin sairaalassa arvioinnin saaneet. Kotikäynti myös lisäsi suositusten noudattamisen todennäköisyyttä apuvälineiden ja tehtävien muokkaamisen osalta. Molemmissa ryhmissä kodin muutostöitä koskevia suosituksia noudatettiin heikoimmin.</p> <p>Kotikäynti vähensi sairaalahoitoon palaamista 30 päivän aikana.</p>
Moe ym. 2017	<p>Tutkittiin asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa tavoitteenasetteluun, sekä niitä vuorovaikutustilanteita, joissa tavoittelunasettelua tehtiin.</p> <p>Kahdeksan asiakkaan ja kuntoutustiimin väliset keskustelut aineistona.</p>	<p>Ammattilaisten vuorovaikutustaidoilla ja -tavalla on merkitystä:</p> <p>Tarvitaan taitoa asiakasta motivoivaan ja osallisuutta tukevaan vuorovaikutukseen ja asiakkaan voimavarojen ja tarpeiden selvittämiseen.</p>
Muniak ym. 2019	<p>Selvitettiin parannellun SAIL-ohjelman vaikutusta toiminnallisuuteen, tasapainoon, ketteryyteen ja kaatumisiin.</p> <p>Otantana kahdeksan henkilöä.</p>	<p>Alaraajojen voima, ketteryys ja toiminnallisuus parantuivat ja kaatumisten ehkäisyn suhteen minäpystyvyys lisääntyi.</p>
Müller ym. 2021	<p>Selvitettiin toimintaterapeuttien toteuttaman FIT-at-Home -intervention (kaatumisen ehkäisy) käytettävyyttä.</p> <p>Tietoa saatiin 14:ltä toimintaterapeutilta, koskien 17 asiakasta.</p>	<p>Liikuntaharjoittelulla ja ympäristön muokkauksella voidaan lisätä turvallisuutta. Yksinkertaiset harjoitukset voidaan integroida osaksi arkea ja ne voivat pysyä käytössä myös varsinaisen kuntoutusjakson päättymisen jälkeen.</p>
Petersson ym. 2012	<p>Selvitettiin kodin muutostöiden vaikutuksia iäkkäiden asiakkaiden turvallisuuden tunteeseen arjessa ja sitä, mitkä muut tekijät tukisivat turvallisuuden kokemusta.</p> <p>Kahdeksan asiakkaan otanta, haastattelut.</p>	<p>Turvallisuuden tunteen edellytyksiä oli kolme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • terveys • että on joku, johon voi luottaa • kotona olemisen tunne <p>Teknologia ja kodin muutostyöt lisäävät turvallisuuden tunnetta vain, jos edellytykset täyttyvät.</p>
Rabiee & Glendinning 2011	<p>Selvitettiin kotikuntoutuspalveluiden järjestämistä ja sisältöä, sekä niiden tehokkuutta heikentäviä ja vahvistavia tekijöitä.</p>	<p>Kuntoutuspalveluiden tehokkuuteen vaikuttavia piirteitä olivat mm. asiakkaiden odotukset sekä henkilöstön sitoutuneisuus, asenteet ja taidot, joustavuus ja laadukas kirjaaminen. Työryhmän laaja moniammatillisuus oli vahvistava tekijä.</p>

	Puolistrukturoidut haastattelut, kotikuntoutuksen asiakaskäyntien havainnoinnit ja fokusryhmäkeskustelu menetelminä.	
Randström ym. 2014	<p>Tutkimuksessa selvitettiin moniammatillisten tiimien työntekijöiden kokemuksia ikäihmisten kotikuntoutuksesta.</p> <p>Menetelmä: Viisi fokusryhmähaastattelua toteutettiin eräässä ruotsalaisessa kunnassa toimivien monialaisten tiimien kanssa, jotka kattoivat seitsemän eri ammattiryhmää. Haastatteluihin osallistui 28 henkilöä. Haastattelut litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysin avulla.</p>	<p>Tutkimuksessa muodostui kaksi pääluokkaa ja neljä alaluokkaa. Ensimmäinen pääkategoria, kuntouttava lähestymistapa jokapäiväisessä elämässä, koostui</p> <ul style="list-style-type: none"> • tuen antamisesta "kädet irti" • kotiympäristöstä <p>Toinen pääkategoria, ammattirajat ylittävä työskentely, koostui</p> <ul style="list-style-type: none"> • resurssien koordinoinnista • toisiltaan oppimisesta. <p>Kuntoutustyöryhmän yhteiset tavoitteet, viestintätaidot ja roolien ymmärtäminen helpottivat kuntoutuksen toteutumista. Kotikuntoutuksen etuna on kuntouttavan lähestymistavan sisällyttäminen kuntoutujan arkeen hänen erityistarpeidensa mukaisesti. Organisaatiosalla on tarvetta kehittää palveluja, joilla tuetaan ikääntyneiden kuntoutujien psykososiaalisia tarpeita kuntoutuksen aikana.</p>
Richardson ym. 2015	<p>Kuvataan "tiedosta-toimintaan" sekä tehtäväkeskeistä toiminnallista harjoittelua aivohalvauksen jälkeisessä kuntoutuksessa. Näistä lähestymistavoista muodostui START-interventio.</p> <p>Otantana kahdeksan terapeuttia ja 12 kuntoutujaa.</p>	Interventio oli sovellettavissa paremmin henkilöille, joilla oli motivaatiota sekä vain vähän kognitiivisia haasteita.
Rooijackers ym. 2021	<p>Selvitettiin Stay Active at Home -koulutusmenetelmän täytäntöönpanoa sekä vaikutusmekanismeja.</p> <p>Tutkimusmenetelmiä oli käytössä useita. Yhteensä 181 osallistujaa.</p>	Kuntoutuksen integroiminen työhön oli jonkin verran haastavaa, mutta henkilöstö koki hyvänä tietämyksen lisääntymisen, sekä kollegoilta ja esimiehiltä saadun tuen.
Smallfield & Mollitor 2018	<p>Selvitettiin, löytyykö toimintaterapian ikäihmisille suunnattujen, vapaa-aikaan ja sosiaaliseen osallisuuden kohdistuvien interventioiden tehokkuudesta näyttöä.</p> <p>Otantana 11 tutkimusta.</p>	<p>Vahvin näyttö liittyy vapaa-ajanviettoon kohdistuviin koulutusinterventioihin.</p> <p>Sosiaalisen osallisuuden ryhmäinterventioista ja elektroniikkapeleistä näyttö on sekalaista. Molempia interventiotyyppejä kuitenkin suositellaan.</p>
Struckmeyer ym. 2021	<p>Kartoitettiin arviointimenetelmiä kodin esteettömyyteen, käytettävyyteen, toimivuuteen, mukavuuteen/tyytyväisyyteen ja esteettisyyteen liittyen.</p> <p>Artikkelikatsaus.</p>	<p>Kodin muutostöiden esteettisyyteen ja houkuttelevuuteen tarvitaan lisäpanostusta.</p> <p>Arviointimenetelmä voitaisiin räätälöidä eri diagnoosija väestöryhmille.</p>

Tuntland ym. 2020	<p>Tutkittiin, mitä toimintoja ikääntyneet asiakkaat pitivät tärkeimpinä kuntoutuksen tavoitteina ja mitkä tekijät vaikuttivat tärkeyteen.</p> <p>783 ikääntyneen aikuisen otos, joka on peräisin valtakunnallisesta, norjalaisesta tutkimuksesta, jossa arviointiin kuntoutuksen vaikuttavuutta.</p>	<p>Liikkuminen oli tärkein prioriteetti.</p> <p>Valintoihin vaikuttavia tekijöitä olivat terveydentila, sukupuoli, koulutus, elämäntilanne, motivaatio ja kävelynopeus.</p> <p>Merkityksellisten toimintojen valitseminen tavoitteeksi tulisi mahdollistaa.</p>
Vuorinen 2021	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää Keski-Suomen kuntien kotikuntoutuksen resursseja ja tarjolla olevia palveluita.</p> <p>Menetelmä: Webropol-kysely kuntien kotikuntoutuspalveluista vastaaville esimiehille.</p>	<p>Tulosten mukaan yhdessäkään kunnassa Kukoistava kotikuntoutus-malli ei toteudu kokonaisuudessaan, mutta kaikissa kunnissa on tarjolla kotikuntoutuspalveluita. Kotihoidossa kuntoutusalan ammattilaisten määrä on vähäistä ja kotihoidon hoitajien osaaminen sekä kuntouttavalle hoidolle varattu työaika vaihtelee paljon kuntien välillä.</p>
Whitehead ym. 2018	<p>Selvitettiin OTHERS-intervention hyväksyttävyyttä kotikuntoutusasiakkailla.</p> <p>Kyselylomakkeet sekä puolistrukturoidut haastattelut.</p>	<p>Asiakkaat hyväksyivät kotiin tuotettavan, ADL-toimintoihin kohdistuvan intervention, vaikka heillä oli myös ADL-toimintojen ulkopuolisia tavoitteita. Tärkeänä koettiin mm. tavoitteenasettelu, ohjaus, tuki, sekä keittiössä ja peseytyessä tarvittavat toiminnot.</p>
Whittaker ym. 2021	<p>Arvioitiin My Therapy -intervention toteutettavuutta, tarkoituksenmukaisuutta ja soveltuvuutta ym. sekä näihin liittyviä taustatekijöitä.</p> <p>Useita tutkimusmenetelmiä ja yli 2000 hlön otanta, josta tarkempaan arviointiin 120 henkilöä.</p>	<p>Saatiin tietoa My Therapy -ohjelman laajempaa käyttöönottoa varten.</p>
Zingmark ym. 2020	<p>Selvitettiin toiminta- ja fysioterapian ominaispiirteitä ja eroja niiden painotuksissa ja sisällöissä.</p> <p>Aineisto saatiin 43 kunnasta, joissa asuu yhteensä 25 % Ruotsin väestöstä. Kertyi 1395 toimintaterapian ja 1006 fysioterapian asiakasta.</p>	<p>Lähtötason arviointi tehtiin molemmissa terapiamuodoissa alle puolelle asiakkaista. Kummassakin suurin painopistealue oli sisätiloissa liikkuminen. Toimintaterapiassa toisena painottui itsestä huolehtiminen, fysioterapiassa kehon toiminnot. Tyypillisin intervention kesto oli kuusi viikkoa.</p>