VIISAUS VANHUUDEN KODISSA

Viisaus vanhuuden kodissa -hankkeen loppuraportti

Anna Maksimainen
Anne Rahikka (toim.)

MIINA SILLANPÄÄN SÄÄTIÖ

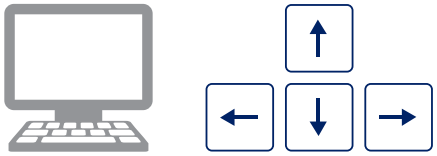
Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja B:40

VIISAUS VANHUUDEN KODISSA

Viisaus vanhuuden kodissa -hankkeen loppuraportti

VIISAUS VANHUUDEN KODISSA -HANKKEEN SÄHKÖISEN LOPPURAPORTIN KÄYTTÖOHJE:

Tietokone: Siirry sivulta toiselle nuolinäppäimillä



Tablet: Siirry sivulta toiselle pyyhkäisemällä näyttöä

Tietokone: Raportin sisällysluettelo on mukanasi koko ajan. Voit siirtyä klikkaamalla pääluvun otsikkoa tai numeroa haluamaasi raportin päälukuun milloin vain.

1 JOHDANTO

2 VIISAUS VANHUUDEN KODISSA -HANKE

3 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITTEET

4 TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA

5 UUDEN KUNTOUTUKSEN PALVELUMALLIN KEHITTÄMINEN

6 TULOKSET

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

VIISAUS VANHUUDEN KODISSA

Viisaus vanhuuden kodissa -hankkeen loppuraportti

Anna Maksimainen
Anne Rahikka (toim.)

Miina Sillanpään Säätiö, julkaisusarja B:40
ISBN: 978-951-8973-66-2
ISSN: 0786-7093

MIINA
SILLANPÄÄN
SÄÄTIÖ

Miina Sillanpään Säätiö, Julkaisusarja B:40

Helsinki 2016

Taitto ja kuvitus: Markkinoinnin ratkaisutoimisto Funkkis Oy, Shutterstock

ISBN: 978-951-8973-66-2

ISSN: 0786-7093

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO 6

2 VIISAUS VANHUUDEN KODISSA -HANKE 8

3 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITTEET 10

4 TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA 13

5 UUDEN KUNTOUTUKSEN PALVELUMALLIN KEHITTÄMINEN 16

5.1 Vaikuttavuuspohjaisen palvelun kehittämisprosessi 17

5.2 Kuntoutuspalvelukonseptin pilotointi 18

5.2.1 Pilotin rakenne 18

5.2.2 Etäkuntoutuksen pilotointi 18

5.2.3 Aktiivisuusrannekkeiden hyödyntäminen osana pilotointia 20

5.3 Mittarien valinta ja mittausten toteutus 22

6 TULOKSET 24

6.1 Asiakasraadeista kertynyt tieto ja laadun kehittäminen 25

6.2 Kehittämishankkeen pilotoinnin tulokset 27

6.2.1 Helsingin tulokset 27

6.2.2 Sipoon tulokset 38

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA 41

7.1 Asiakaslähtöisten palveluiden kehittäminen 42

7.2 Vaikuttavuuden arviointi 44

7.3 Aktiivisuusrannekkeiden soveltuvuus 45

7.4 Hankkeen asiakassegmenttien soveltuvuus 46

7.5 Hankkeen tulosten juurruttaminen 47

LÄHTEET 48

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen on yhteiskunnallinen ilmiö kehittyneissä maissa ja Suomi on yksi maailman nopeimmin ikääntyviä kansakuntia. Vaikka ikäihmiset ovat entistä terveempiä ja pidempään hyväkuntoisia, tulee vanhuspalveluiden ja erityisesti kustannustehokkaiden ja vaikuttavien kuntoutuspalveluiden tarve entisestään lisääntymään.

Kotona asumisen mahdollistaminen on asetettu keskeiseksi tavoitteeksi niin ikäpoliittisissa strategioissa ja toimenpideohjelmissa kuin myös hallitusohjelmassa. Nykymuotoinen hyvinvointi- ja terveyspalveluiden tuotanto ei vastaa nykyisiin eikä tulevaisuuden tarpeisiin tuottavuuden, laadun, vaikuttavuuden eikä asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. Tämän johdosta tarvitaan uusia asiakaslähtöisiä, innovatiivisia ja vaikuttavia toimintamalleja, joissa palvelut, toimintatavat ja toimintaympäristö sekä uusi teknologia integroituvat yhteen asiakkaiden tarpeiden ympärille. Viisaus Vanhuuden Kodissa -hankkeessa kehitetty palvelukonsepti on suunniteltu vastaamaan tähän tarpeeseen ja integroitumaan saumattomasti iäkkään henkilön toiminta- ja asuinympäristöön.

1 JOHDANTO
2 VIISAUS VANHUUDEN KODISSA -HANKE
3 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITTEET
4 TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA
5 UUDEN KUNTOUTUKSEN PALVELUMALLIN KEHITTÄMINEN
6 TULOKSET
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

2 VIISAUS VANHUUDEN KODISSA -HANKE

Viisaus Vanhuuden Kodissa -hanke käynnistyi elokuussa 2014 ja päättyi kesäkuussa 2016. Kyseessä oli Tekes-rahoitteinen Wilhelmiina Palvelut Oy:n ja Miina Sillanpään Säätiön yhteinen tutkimus- ja kehittämishanke. Hankkeeseen osallistuivat Helsingin kaupunki, Sipoon kunta, Wellbeing Finland Oy (WBF) ja FIRA Oy. Helsingin kaupunki osallistui hankkeeseen tarjoamalla kehitettävälle palvelukonseptille pilottiympäristön sekä tukea potentiaalisten asiakkaiden kontaktointiin ja rekrytointiin. Myös Sipoon kunta osallistui hankkeeseen pienellä kokeilulla. Fira oli mukana hankekokonaisuudessa oman Energizing Urban Ecosystems – Business in Built Environment (EUE/BBE) -hankkeensa puitteissa, tuoden hankkeeseen näkökulmia esteettömän ja innovatiivisen kaupunkirakentamisen näkökulmasta. Wellbeing Finland Oy oli mukana hankkeessa omalla työpanoksellaan ilman ulkopuolista rahoitusta ja sen tehtävänä oli kehittää kansainvälisille markkinoille soveltuva palvelukonsepti toimintakyvyn edistämiseen ja ylläpitoon. Lisäksi hankkeen toteutuksessa hyödynnettiin Nordic Healthcare Group Oy:n asiantuntemusta palvelukonseptien ja liiketoimintamallien kehittämisessä ja vaikuttavuuden arvioinnissa sekä projektinhallinnassa.

Hankkeen sisältö ja toteutus jakautui viiden eri työpaketin alle, joista yksi työpaketti kohdistui projektin hallintaan. Varsinainen toteutus jakautui neljään vaiheeseen: 1) Benchmarking ja tarvemäärittely, 2) Vaikuttavuuspohjaisen palvelu- ja toimintamallin kehittäminen, 3) Pilotointi ja tutkimus sekä 4) Mallin levittäminen. Hankkeen työpaketit toteutettiin osin limittäin. Kuntien edustajat ja asiakkaat olivat mukana kehitystyössä koko hankkeen ajan tarvemäärittelystä lähtien asiakasraati- ja projektiryhmätyöskentelyn kautta (Kuvio 1).

Hankkeen projektiryhmässä olivat edustettuina Helsingin kaupungin eteläinen ja läntinen kotihoitoyksikkö, Helsingin kaupungin fysioterapiayksiköt, Sipoon kunta, Miina Sillanpään säätiö ja NHG. Ohjausryhmän työskentelyyn osallistuivat Helsingin kaupungin, Sipoon kunnan, Wilhelmiina Palvelut Oy:n, Tekesin, Firan, Wellbeing Finland Oy:n, Y-säätiön, Nordic Healthcare Group Oy:n ja Miina Sillanpään Säätiön edustajat.

1 JOHDANTO
2 VIISAUS VANHUUDEN KODISSA -HANKE
3 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITTEET
4 TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA
5 UUDEN KUNTOUTUKSEN PALVELUMALLIN KEHITTÄMINEN
6 TULOKSET
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

3 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMIS-HANKKEEN TAVOITTEET

Hankkeen tavoitteena oli kehittää uusi kustannustehokas ja monipuolinen ikäihmisten kuntoutuksen palvelumalli ja sille vaikuttavuuspohjainen hinnoittelumalli, joiden avulla monipuolistetaan ikäihmisten palvelutarjontaa ja mahdollistetaan arvokas ikääntyminen omassa kodissa. Hankkeessa tehty kehitystyö mahdollistaa tietoon ja toiminnan vaikuttavuuteen perustuvan päätöksenteon kuntoutuspalveluiden jatkokehittämisen pohjaksi. Lisäksi tavoitteena oli etsiä ratkaisuja, joiden avulla on mahdollista tuottaa uusia ja asiakasta osallistavia sekä toimintakykyä ja itsenäistä elämää tukevia kuntoutuspalveluja.

Hankkeen uutuusarvo perustuu rakennuttajan, yleishyödyllisen säätiön, yksityisen palveluntuottajan, julkisten toimijoiden sekä kansainvälisyyttä edistävän toimijan väliseen yhteistyöhön, joka tukee tavoitteiden aikaansaamista.

Wilhelmiina Palvelut Oy:n tehtävänä oli kehittää uusi vaikuttava ja kustannustehokas ikäihmisten kokonaisvaltainen, vaikuttava kuntoutusmalli vastaamaan entistä paremmin ikääntyvän väestön tarpeisiin. Miina Sillanpään Säätiö vastasi hankkeen tutkimuksellisesta osuudesta, joka on kuvattu tarkemmin seuraavassa luvussa. Säätiön tehtävänä oli kehittää yleisesti hyödynnettävissä olevia toimintatapoja, jotka edistävät iäkkäiden osallistumista ja sitoutumista palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Wellbeing Finland Oy ja Fira Oy toimivat hankkeessa ulkopuolisina kumppaneina.

1 JOHDANTO
2 VIISAUS VANHUUDEN KODISSA -HANKE
3 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITTEET
4 TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA
5 UUDEN KUNTOUTUKSEN PALVELUMALLIN KEHITTÄMINEN
6 TULOKSET
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Kuvio 1. Hankkeen työpaketit

TYÖPAKETTI 0: JOHTAMINEN JA RAPORTOINTI

- Osahankkeiden koordinointi
- Ohjausryhmätyöskentely
- Yhteistyön kehittäminen
- Tiedon jakaminen ja tulosten dokumentointi

Vastuut: Ohjausryhmä, Mukana: WP, MSS, FIRA, WBF, Helsingin kaupunki ja Sipoon kunta

TYÖPAKETTI 1: BENCHMARKING JA TARVEMÄÄRITTELY

- Toimintaympäristön benchmarking
  Vastuut: WP
  Osallistujat: FIRA, WBF
- Asiakastarpeiden määrittely
  Vastuut: MSS
  Osallistujat: WP
- Teknologisten ratkaisujen kartoitus ja arviointi
  Vastuut: MSS
  Osallistujat: WP, WBF

TYÖPAKETTI 2: VAIKUTTAVUUSPOHJAISEN PALVELU- JA TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN

- Hyvinvointipalveluiden laadun, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden parantaminen
  Vastuut: WP
  Osallistujat: MSS, WBF
- Uuden vaikuttavuuspohjaisen palvelu- ja toimintamallin kehittäminen
  Vastuut: WP
  Osallistujat MSS, WBF
- Odotettujen vaikutusten ja mittareiden määrittäminen sekä arviointisuunnitelman laatiminen
  Vastuut: WP
  Osallistujat: MSS, WBF
- Liiketoimintamallin määrittäminen
  Vastuut: WP
  Osallistujat: WBF, FIRA

TYÖPAKETTI 3: PILOTOINTI JA TUTKIMUS

- Vaikuttavuuspohjaisen uuden palvelukonseptin pilotointi
  Vastuut: WP
  Osallistujat: HKI, MSS
- Kustannusten määrittäminen
  Vastuut: WP
  Osallistujat: HKI
- Vaikuttavuuden arviointi
  Vastuut: WP
  Osallistujat: MSS, FIRA, WBF

TYÖPAKETTI 4: MALLIN LEVITTÄMINEN

- Yleishyödyllisen mallin levittäminen
  Vastuut: MSS
  Osallistujat: WBF, FIRA
- Kansainvälistymisen edistäminen
  Vastuut: MSS, WBF
  Osallistujat FIRA
- Kytkeytyminen hankekehitykseen ja skaalautuminen kaupunkiympäristössä
  Vastuut: FIRA
  Osallistujat: WP, WBF
- Älykkään asuinympäristön kehittäminen
  Vastuut: WP
  Vastuut: FIRA
  Osallistujat: WP, WBF

Kuviossa käytetyt lyhenteet:
WP = Wilhelmiina Palvelut Oy, MSS = Miina Sillanpään Säätiö, WBF = Wellbeing Finland Oy, HKI = Helsingin kaupunki, FIRA = FIRA Oy

1 JOHDANTO
2 VIISAUS VANHUUDEN KODISSA -HANKE
3 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITTEET
4 TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA
5 UUDEN KUNTOUTUKSEN PALVELUMALLIN KEHITTÄMINEN
6 TULOKSET
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

4 TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA

Miina Sillanpään Säätiö on yleishyödyllinen organisaatio, jonka tehtävänä on tiedon tuottaminen ja omassa kodissa selviytymistä tukevien älykkäiden ja interaktiivisten sekä vaikuttavien kuntoutuksen toimintamallien kehittäminen. Tässä hankkeessa Miina Sillanpään Säätiön tehtävänä oli kehittää yleisesti hyödynnettävissä olevia toimintatapoja, jotka edistävät iäkkäiden osallistumista palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Laajempana tavoitteena oli edistää ikääntyneiden itsemääräämisoikeutta, toimintakykyä ja itsenäisen elämän mahdollisuuksia.

Hankkeen lähtökohtana oli lisätä ikääntyneiden osallistumismahdollisuuksia omien tarpeidensa ja tarvitsemiensa sosiaali- ja terveyspalvelujen määrittelyyn sekä palvelujen laadun kehittämiseen. Hanke edisti myös eri sidosryhmien, kuten mm. ikääntyneiden, sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten, yleishyödyllisen organisaation sekä yksityisen palvelun tuottajan välistä koordinointia ja tiedon jakamista palvelujen laadun ja tehokkuuden parantamiseksi.

Kehittämishankkeessa hyödynnettiin toimintatutkimuksellista strategiaa, jossa intressinä oli asiakaslähtöisyys ja innovatiivinen kuntoutuspalvelujen kehittäminen. Tutkimusosuus on monimetodinen, jossa yhdistyvät erilaiset tutkimusmetodit. Määrällisten ja laadullisten tutkimusmenetelmien yhdistämistä kutsutaan menetelmätriangulaatioksi. Triangulaation tavoitteena oli lisätä tutkimuksen kattavuutta ja tutkimustulosten luotettavuutta. Hankkeessa yhdistettiin sekä määrällisen että laadullisen aineiston hankinta, joten voidaan myös puhua aineistotriangulaatiosta. Määrällisten menetelmien avulla kuvataan ikääntyneiden fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia. Ne antavat tietoa palvelumallin vaikuttavuudesta siihen osallistuvien henkilöiden osalta. Kerätty mittaritieto kuvaa lisäksi osallistujien kokemaa elämänlaatua ja siinä pilotoinnin aikana tapahtuneita muutoksia. Hankkeessa käytettyjä mittareita on esitelty luvussa 5.3. Hankkeessa kerättiin kyselylomakkeella palautetietoa asiakkailta, omaishoitajilta ja henkilöstöltä. Tämän lisäksi laadullinen aineisto sisältää neljän asiakasraadin aineiston, kaksi virtuaalihaastattelua sekä kahden hanketyöntekijän parihaastattelun.

Taulukko 1. Määrällinen ja laadullinen aineisto

AINEISTONKERUU	AINEISTOTYYPPI	LUKUMÄÄRÄ
Säännöllisen kotihoidon asiakaskysely Helsingin kaupunki	Kyselylomake	11
Tukipalveluasiakkaiden asiakaskysely Helsingin kaupunki	Kyselylomake	19
Omaishoidonasiakkaat/omaishoitajat asiakaskysely, Sipoon kunta	Kyselylomake	5
Asiakasraadit	Muistiinpanot ja tapaamisista kertynyt kirjallinen materiaali	4 tapaamista / 14 osallistujaa
Asiakashaastattelut Helsingin kaupunki	Virtuaalihaastattelu	2
Henkilöstöpalaute Helsingin kaupunki	Kyselylomake	12
Henkilöstöpalaute Sipoon kunta	Kyselylomake	8
Hanketyöntekijöiden haastattelu	Parihaastattelu	1

Laadullisten tutkimusmenetelmien osalta tutkimusintressinä oli hermeneuttisen ja kokemuksellisen tiedon keruu ja sen avulla tapahtuva toiminnan ymmärtäminen ja edelleen kehittäminen. Keskeisenä ulottuvuutena oli ikääntyneiden osallistuminen hankkeen eri vaiheisiin.

Osallisuus on ilmiö, jonka tutkiminen välittömien havaintojen avulla on erittäin vaikeaa. Viisaus vanhuuden kodissa -hankkeessa osallisuutta tarkastellaan hankkeeseen osallistuneiden ikääntyneiden kokemusten ja käsitysten lähtökohdista. Kertyneiden kokemusten avulla voidaan tehdä tulkintoja siitä, miten hankkeessa on onnistuttu osallisuuden huomioimisessa. Laadullinen aineisto tuottaa merkityksiä, jotka perustuvat työntekijöiden ja ikääntyneiden kokemuksiin. Kokemustieto ymmärretään tässä yhteydessä hyvin perusteltuna uskomuksena, johon sisältyy omakohtaista kokemusta niistä objektiivisista asioiden tiloista, joihin tieto kohdistuu.

Tutkimukselliselle kehittämiselle asetettiin suunnitteluvaiheessa seuraavat tutkimuskysymykset, jotka ohjasivat omalta osaltaan kehittämisprosessia ja aineistonkeruuta:

1. Minkälaisia kuntoutuspalveluja ikäihmiset kokevat tarvitsevansa?

2. Miten nykypalvelut vastaavat heidän tarpeitansa?

3. Millaisia kipupisteitä palvelujärjestelmässä on, ts. missä kohdin palvelujärjestelmää palveluntarve ja -tarjonta eivät kohtaa toivotusti?

4. Miten kuntouttavia palveluita tulee kehittää, jotta ne vastaavat ikääntyneiden palveluntarpeeseen?

5. Mitkä ovat soveltuvimmat menetelmät ikäihmisten osallistamiseen kehitettäessä palveluita?

Pilottiin osallistuvat asiakkaat ja heidän läheisensä saivat hyvissä ajoin ennen sen alkamista hankkeen toteutuksesta kertovan tiedotteen. Osallistujille kerrottiin, minkä tiedon perusteella heidät on kutsuttu mukaan. Heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus osallistumisesta ja pilotissa kerättyjen tietojen käyttämisestä. Kehittämishankkeeseen osallistuvilla oli mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa missä tahansa vaiheessa. Raportoinnissa ei ole käytetty yksittäiseen henkilöön liittyviä tietoja, jolloin raportin perusteella ei voida tunnistaa hankkeeseen osallistuneita henkilöitä. Aineiston asianmukaisesta suojauksesta ja säilytyksestä vastaa Miina Sillanpään Säätiö. Tutkimuksesta kertyvä laadullinen aineisto on analysoitu laadullisen aineiston analyysitekniikoita hyödyntäen. Pääasiallisena analyysimenetelmänä on käytetty sisällönanalyysiä.

5 UUDEN KUNTOUTUKSEN PALVELUMALLIN KEHITTÄMINEN

5.1 Vaikuttavuuspohjaisen palvelun kehittämisprosessi

Kehittämisprosessi käynnistyi perusteellisella palvelumuotoilun keinoin toteutetulla tarvemäärittelyllä. Toimintatutkimuksellisen prosessin ensimmäisessä vaiheessa toteutettu nykytilan kartoitus muodostui kahdesta osa-alueesta, jotka olivat benckmarking ja yhteiskunnallisten tarpeiden määrittely.

Benchmarking toteutettiin sekä kansallisena että kansainvälisenä kartoituksena ja siinä tarkasteltiin mm. kaupunkien kehittämisen, rakentamisen ja rahoittamisen näkökulmia sekä innovatiivisia kuntoutuksen palvelumalleja ja toimintatapoja.

Yhteiskunnallisten tarpeiden kartoituksen avulla selvitettiin yhteiskunnan taloudellisia kehitysnäkymiä, väestön ikääntymisen ja ikäihmisten terveydentilan kehitystä sekä muutoksia ikäihmisten palvelurakenteessa. Lisäksi tutustuttiin sosiaali- ja terveysalan palveluiden järjestämissuunnitelmiin ja julkisen sektorin palvelustrategioihin, HILMA:n hankintailmoituksiin kotikuntoutuspalveluiden näkökulmasta sekä SOTKAnetin ja Tilastokeskuksen tilastoihin. Lisäksi haastateltiin valikoituja kuntapäättäjiä yhteiskunnallisten tarpeiden ja kuntoutuspalveluihin liittyvien kehityssuunnitelmien selvittämiseksi.

Hankkeen alkuvaiheessa tehty asiakastarpeiden määrittely toteutettiin kahdessa Helsingin kaupungin läntisen ja eteläisen alueen kotihoidon asiakkaille järjestetyssä yhteiskehittelyyn perustuvassa työpajassa.

Nykytilakartoituksen lisäksi selvitettiin tarjolla olevia kotona asumista tukevia teknologisia ratkaisuja (Taulukko 2). Hankkeen alkuvaiheessa tavattiin teknologia-alan yrityksiä ja selvitettiin heidän tuotteidensa soveltuvuutta hankkeessa kehitettävän palvelukonseptin tueksi. Alkukartoituksen jälkeen suoritettiin soveltuvuuden arviointi ja valittiin hankkeessa pilotoitavat teknologiset ratkaisut. Pilotoinnissa hyödynnettiin aktiivisuusrannekkeita kuntoutujien aktiivisuuden seurantaan ja tablettitietokoneita virtuaalikuntoutuksen toteutukseen.

Nykytilan kartoituksen pohjalta kehitettiin vaikuttavuuspohjainen palvelu- ja toimintamalli, jolle määritettiin odotetut vaikutukset sekä mittarit vaikutusten arvioimiseksi. Lisäksi laadittiin suunnitelma vaikutusten arvioinnin toteuttamiseksi. Mittareiden määrittelyn pohjana toimivat vaikuttavuustavoitteet, kuten palveluiden laadun ja saatavuuden parantaminen. Odotetut vaikutukset kohdistuivat yksilön näkökulmasta elämänlaatuun ja toimintakykyyn, kaupungin näkökulmasta yhteiskunnalliseen vaikuttavuuteen sekä lisäksi palveluntuottajan näkökulmasta kustannusvaikuttavuuteen.

Hankkeessa kehittämistyö toteutettiin monitoimijaisesti, mikä tarkoitti ohjausryhmän, projektiryhmän ja asiakasraatien aktiivista osallistumista hanketyöhön. Erityisesti projektiryhmällä, joka koostui Helsingin, Sipoon, Wilhelmiinan ja Miina Sillanpään Säätiön edustajista, oli aktiivinen rooli kuntoutuspalvelukonseptin kehittämisessä. Vapaaehtoisista kotihoidon ja tukipalveluiden asiakkaista muodostettiin asiakasraati, joka toimi kehitystyön tukena koko hankkeen ajan pilotin suunnittelusta arviointiin. Asiakasraadin avulla varmistettiin asiakasosallisuuden ja käyttäjälähtöisyyden toteutuminen, hankkeen aikainen iteratiivinen suunnitteluprosessi sekä jatkuva arviointi.

Pilotointivaiheessa testattiin uudenlaista toimintakyvyn edistämiseen ja ylläpitoon keskittyvää kuntoutuspalvelukonseptia osana Wilhelmiina Palvelut Oy:n palvelutuotantoa. Helsingin kaupunki tarjosi hankkeelle pilotointiympäristöksi muutaman kotihoidon lähipalvelualueen Lännen ja Etelän palvelualueilta. Kaikki pilottiin osallistuneet asiakkaat valittiin mukaan vapaaehtoisuuden perusteella ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus asiakasraatiin ja kuntoutuspilottiin osallistumisesta.

Lisäksi uudenlaista kuntoutuskonseptia pilotoitiin Sipoossa osana omaishoidon intervallijaksoja kunnan omana toimintana. Sipoon pilotin toteutus noudatti osin Helsingin pilottia, mutta sitä sovellettiin pilottiasiakaskunnan tarpeisiin ja esimerkiksi aktiivisuusrannekkeilla toteutettiin jatkuvan tiedonkeruun sijaan vain

muutama kahden viikon otanta pilotin aikana. Helsingin pilotin toteutus on kuvattu luvussa 5.2. Sipoon pilottia ei ole kuvattu yhtä tarkasti, sillä siihen osallistui vain seitsemän asiakasta ja Sipoon kokeilu oli siis merkittävästi Helsingin pilottia suppeampi. Asiakaskohderyhmänä muistisairaat omaishoidon tuen asiakkaat toivat pilotointiin oman haasteensa. Sipoon pilotin tuloksia on kuvattu luvussa 6.2.2.

5.2 Kuntoutuspalvelukonseptin pilotointi

5.2.1 Pilotin rakenne

Kuntoutuspilotin kestoksi määriteltiin noin 12 viikkoa (3 kuukautta) ja pilotit käynnistyivät vaiheistetusti pääasiassa syksyn 2015 aikana. Ensimmäiset asiakkaat tulivat mukaan pilottiin elokuussa 2015 ja viimeiset joulukuussa 2015. Valtaosalla mukaan tulleista asiakkaista aloitus ajoittui syys- ja lokakuulle 2015. Pilotissa oli mukana kaksi kohderyhmää, jotka muodostuivat säännöllisen kotihoidon ja kotihoidon tukipalveluiden asiakkaista. Soveltuvien asiakkaiden rekrytointi pilottiin toteutettiin kotihoidon ohjaajien toimesta.

Pilottiin osallistuneille henkilöille tehtiin pilottijakson alussa alkukartoitus, joka sisälsi arjessa selviytymisen, fyysisen toimintakyvyn, elämänlaadun ja kiputuntemusten arvioinnin. Arvioinnin perusteella kullekin asiakkaalle laadittiin henkilökohtainen kuntoutussuunnitelma. Säännöllisen kotihoidon asiakkaille suunnitelman laati kaupungin fysioterapeutti ja tukipalveluasiakkaille Wilhelmiinan fysioterapeutti.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osalta pyrittiin hyödyntämään ja päivittämään mahdollisesti jo aikaisemmin tehtyä liikkumissopimusta ja edistämään sen aktiivista käyttöönottoa. Säännöllisen kotihoidon asiakkailla kuntoutussuunnitelma saattoi sisältää kotona tehtäviä harjoitteita, ulkoilua toimintakyvyn salliessa esimerkiksi omaisen tai vapaaehtoisen auttamana, päiväkeskustoimintaa tai ohjattua kuntoutusta Wilhelmiinassa, mikäli siirtyminen Wilhelmiinaan oli asiakkaalle mahdollista. Lisäksi pyrittiin tarjoamaan virtuaalikuntoutusta niille asiakkaille, joilla oli vaikeuksia poistua kotoaan.

Tukipalveluasiakkailla kuntoutus sisälsi ohjattua kuntoutusta Wilhelmiinassa (esim. kuntosalia, tasapainoharjoittelua ja allasjumppaa) sekä omatoimista kuntoutussuunnitelmaan sisältyvää kuntoutusta (esim. kävelylenkki) tai virtuaalikuntoutusta. Kaikille asiakkaille kuntoutussuunnitelma laadittiin yksilöllisesti oman toimintakyvyn mukaisesti. Pilotin päätteeksi asiakkaille toteutettiin samat mittaukset kuin pilotin alussa.

5.2.2 Etäkuntoutuksen pilotointi

Etäkuntoutus toteutettiin hankkeessa ryhmätoimintana. Virtuaaliryhmän pilotti jäi kestoltaan ennakoitua lyhyemmäksi, sillä virtuaaliryhmä pääsi käynnistymään vasta marraskuun loppupuolella teknisten ongelmien johdosta. Virtuaaliryhmään osallistui hankkeen aikana 3-5 henkilöä. Yhteistyökumppanina pilotissa toimi Palmian virtuaalihoiva, joka toimitti Wilhelmiinaan ohjaajan laitteen sekä asiakkaiden kodeissa olleet tablettitietokoneet. Virtuaaliryhmän ohjaajana toimi fysioterapeutti. Ryhmä kokoontui kerran viikossa tunnin ajan. Ryhmän koko haluttiin pitää suhteellisen pienenä, jotta ohjaajan lisäksi myös ryhmäläisten välinen vuorovaikutus oli mahdollista.

Ohjaajan näkökulmasta virtuaaliryhmän ohjaaminen oli mielenkiintoinen kokemus. Kokeilu osoitti, että etenkin ryhmän käynnistyessä ohjaaja tarvitsee teknistä tukea tilanteissa, joissa laitteet tai yhteydet eivät toimi. Teknisten ongelmien johdosta tunti saattoi jäädä kokonaan pitämättä ja siirtyä seuravalle viikol-

le. Koska kyseessä oli virtuaalinen tuolijumppa, osoittautui sekä ohjaajan että ohjattavien näkyvyys ryhmän onnistumisen kannalta erittäin tärkeäksi tekijäksi. Tämän johdosta virtuaaliryhmässä lisälaitteiden käyttö todettiin tarpeelliseksi. Ohjaajan tarvitsemia lisälaitteita olivat mm. irrallinen kamera ja tehokkaampi mikrofoni. Ryhmäläisillä oli käytössään tablettitietokoneet, joiden sijoittelussa osallistujien koteihin oli ongelmia. Laitteen ollessa liian lähellä ei ohjaaja aina kyennyt näkemään osallistujia ja heidän liikkeitään.

Virtuaaliryhmän päätyttyä kahdelle osallistujalle tehtiin virtuaalihaastattelu, jossa kartoitettiin heidän kokemuksiaan ryhmästä. Kyseessä oli kaksi Wilhelmiinan ryhmiin osallistunutta henkilöä, joista toinen oli säännöllisen kotihoidon piirissä ja toinen tukipalveluasiakas. Yhteistä heille oli siis se, että virtuaaliryhmän lisäksi he osallistuivat myös Wilhelmiinan ryhmiin. Kummallakaan heistä ei haastatteluhetkellä ollut käytössään omaa tietokonetta, ainoastaan virtuaalijumppaa varten asennettu tabletti. Heille tietokoneen käyttö oli jossain määrin tuttua. Haastatteluun osallistuneet ilmoittivat, että he eivät ole kovin innostuneita ja kokeneita tietokoneen käyttäjiä. Toisaalta toinen heistä totesi, että nykyisin olisi hyvä olla oma nettiyhteys, kun muuten jää paitsi monesta asiasta. Tilastotiedot internetin käytöstä vuodelta 2015 kertovat, että 65-74-vuotiaista viimeisen kolmen kuukauden aikana internetiä oli käyttänyt 69 %. Käyttäjiä 75-89-vuotiaissa oli sen sijaan vain 31 %. Vastaavat luvut tablettitietokoneen käytössä olivat 12 % ja 4 %. Näiden Tilastokeskuksen tietojen perusteella voidaan todeta, että tietokoneen tai tablettitietokoneen käyttö on vielä melko vähäistä vanhemmissa ikäluokissa[1]. Tietotekniikan käytön hyödyllisyys ymmärretään vanhemmissa ikäluokissa, mutta niiden käytön opettelua saatetaan pitää liian haastavana.

[1] Lähde: Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö

Tabletin käyttö koettiin helpoksi, koska virtuaaliryhmässä oli käytössä pakotettu yhteydenotto. Pakotetussa yhteydenotossa yhteys avattiin Wilhelmiinasta käsin aina sovittuna ajankohtana, joten osallistujien ei tarvinnut itse tehdä mitään ryhmän alkaessa. Toinen haastatelluista totesikin, että hänen saamansa perehdytys oli siinä, että laite tuotiin kotiin ja todettiin, että sitä ei saa ottaa pois seinästä.

”Sitten vielä, kun järki juoksee, että kun sieltä otetaan yhteys niin hyvinhän se sujuu, en minä voi mitään täällä tehdä.”

Ohjaajan näkökulmasta pakotettu yhteydenotto tuotti kuitenkin myös tilanteita, joissa yksityisyyden suojan huomioiminen oli haastavaa. Haastava tilanne saattoi syntyä, jos ryhmäläinen oli unohtanut ryhmän ja yhteys aukesi odottamatta.

Toinen haastateltavista suhtautui jossain määrin epäilevästi teknologiaan. Hän kertoi aluksi peittäneensä laitteen sanomalehdellä, mutta keksineensä sitten, että laitteen voi asettaa ylösalaisin, jotta häntä ei seurata sen välityksellä.

... “jotenkin minusta on outoa, että panen aina laitteen ylösalaisin, olisi niin kauheaa, jos vanhana seurataan, että milloin menet nukkumaan tai mitä teet”...

Molemmat haastateltavat olivat tyytyväisiä virtuaaliryhmään alun käynnistysvaikeuksien jälkeen. Kun yhteydet saatiin toimiviksi ja aika omaan aikatauluun sopivaksi, olivat kokemukset positiivisia. Vertailtaessa kasvokkaista ja virtuaalista ryhmää keskenään, totesivat molemmat haastateltavat, että kasvokkainen ryhmä oli mukavampi. Haastateltavat kävivät molemmat myös Wilhelmiinan perin-

teisissä liikuntaryhmissä ja kummallekin Wilhelmiinan ryhmät olivat ensisijainen vaihtoehto.

Hankkeen kokemusten perusteella voidaan todeta, että ikääntyneille järjestettävien virtuaaliryhmien merkitys korostuu etenkin niissä tilanteissa, joissa liikkuminen kodin ulkopuolella on vaikeaa tai mahdotonta. Virtuaaliryhmät tarjoavat näille henkilöille mahdollisuuden sosiaaliseen vuorovaikutukseen sekä osallisuuteen. Kokemusten valossa virtuaaliryhmät näyttäytyvät perinteistä ryhmätoimintaa täydentävänä toimintamuotona – eivät sen korvaajana.

Virtuaaliryhmään liittyvistä positiivisista kokemuksista kertoo haastateltavan toteamus kysyttäessä onko vielä jotain, mitä hän haluaisi kertoa.

”Eipä oikeastaan ole muuta. Kyllä minä ihan kannatan kehittämistä, että se on erittäin positiivista ja nykyisenä aikana sitä tuntee itsensä huomattavasti tarpeellisemmaksi, jos saa käyttää vielä tämmöistä yhteyttä, niin sitä on vähän paremmin ajan tasalla”.

5.2.3 Aktiivisuusrannekkeiden hyödyntäminen osana pilotointia

Pilotissa hyödynnettiin aktiivisuusrannekkeita ikääntyneiden aktiivisuuden seurantaan. Helsingissä pilottiin osallistuneilla henkilöillä aktiivisuusranneke oli käytössä koko kuntoutusjakson ajan. Aktiivisuusranneke pyrittiin ottamaan käyttöön 1-2 viikkoa ennen pilotin alkamista ja pois käytöstä 1-2 viikkoa pilotin päättymisen jälkeen, jotta saatiin kerättyä data-aineistoa myös ajalta, jolloin pilotti ei ollut käynnissä.

Soveltuvaa aktiivisuusranneketta valitessa arvioitiin neljää eri markkinoilla olevaa aktiivisuusranneketta: Polar Loop, Garmin Vivofit, Garmin Vivodit 2 ja FitBit Flex. Päävalintakriteerinä oli käytön helppous. Aktiivisuusrannekkeiden käyttöön liittyvät tekniset vaatimukset eivät olleet korkeat, niiden haluttiin mittaavan aktiivisuutta päiväaikaan. Unen laadun mittaaminen olisi ollut hyvä lisä, mutta siitä vaatimuksesta luovuttiin nopeasti, koska se olisi vaatinut käyttäjältä, rannekkeesta riippuen, erillisiä ylimääräisiä toimenpiteitä. Rannekkeen käytön tuli olla käyttäjäystävällistä eikä siitä saanut koitua asiakkaalle ylimääräistä vaivaa.

Taulukko 2. Aktiivisuusrannekkeiden vertailu

	POLAR LOOP	GARMIN VIVOFIT/ GARMIN VIVOFIT 2	FITBIT FLEX
Tietojen synkronointi	Synkronointi koneelle USB-piuhalla tai Bluetooth-yhteydellä puhelimella	Synkronointi koneelle USB-portin kautta tai Bluetooth-yhteydessä	Synkronoidaan Bluetooth-yhteydellä tietokoneeseen tai älykelloon (onnistuu myös manuaalisesti)
Akun kesto	Valmistajan mukaan 5 päivää - käytännössä tulee ladata 2x/vko (lataus kestää alle tunnin) Ranneke ilmaisee, kun 10 % akusta on jäljellä	Paristo kestää valmistajan mukaan 1 vuoden (Vivofit ja Vivofit 2)	Käytöstä riippuen 3-5 päivää Laite ladataan laittamalla keskusyksikkö mukana tulleeseen USB-käyttöiseen laturiin
Muistin kesto	Muistiin mahtuu 12 päivän aktiivisuustiedot	Noin kuukauden tiedot mahtuvat kerralla sisään	Minimuistin kesto ei selvillä, mutta täytyy synkronoida säännöllisin väliajoin, jotta tiedot säilyvät
Hinta (ilman sykevyötä)	Edullisin (67 €)	Vivofit keskihintainen 75 € Vivofit 2 kallein (93 €)	Keskihintainen 77 €
Vedenkesto	Vedenpitävä (akun käyttöaika lyhenee merkittävästi, koska näyttö aktivoituu vesipisaroista)	Vesitiivis (ei tarvitse ottaa milloinkaan pois)	Vesitiivis (voi käyttää suihkussa tai uidessa)
Lepotila (nukkumaan meno)	Ei tarvitse erikseen aktivoida yö- tai päivätilaan	Lepotila pitää erikseen aktivoida (jos sitä haluaa mitata) Ei kuitenkaan erikseen analysoi unta joten voi hyvin jättää myös aktivoimatta	Lepotilan voi aktivoida (onnistuu myös jälkikäteen) tai jättää aktivoimatta
Plussaa	+ Informatiivinen näyttö +/- Iso teksti, luettavuus voisi olla parempi +/- Rannekkeen koko leikataan itselle sopivaksi (vaatii hieman vaivannäköä)	+ Paristo kestää noin vuoden + Vivokeeper-lisäosa, joka estää rannekkeen putoamisen + Kaksi eri kokoa, pituuden säätö + Taustavalaistu näyttö	+ Kaksi erikokoista ranneketta, joustava + Kehuttu lempeä herättävä värinähälytys + Lepotilan voi lisätä myöhemmin
Miinusta	- Akun kesto - Joillekin ranneke voi olla liian iso säätövarasta huolimatta	- Aktivoidaan kahdella napautuksella kasvojen edessä - ei aina toiminut testissä, näyttö hieman himmeä	- Akun kesto

1 JOHDANTO
2 VIISAUS VANHUUDEN KODISSA -HANKE
3 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITTEET
4 TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA
5 UUDEN KUNTOUTUKSEN PALVELUMALLIN KEHITTÄMINEN
6 TULOKSET
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Polarin ja FitBitin rannekkeet ovat ladattavia, kun taas Garminin rannekkeessa on vuoden kestävä paristo. Tämä oli lopulta kriittinen arviointitekijä, joka ratkaisi valinnan. Rannekkeet jouduttiin joka tapauksessa synkronoimaan noin neljän viikon välein, mikä työllisti hanketyöntekijöitä. Synkronointi vaati tietokoneen, erillisen ANT-tikun, erillisen ohjelman, fyysisen läheisyyden rannekkeeseen sekä internet-yhteyden. Asiakkaiden olisi ollut joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta mahdotonta itse toteuttaa synkronointia. Garminin Vivofit -mallissa vältettiin laitteen lataaminen kesken pilotoinnin. Garmin todettiin toiminnallisuuksiltaan riittäväksi ja hinnaltaan edullisimmaksi. Vivofit 2 -mallin todettiin sisältävän sellaisia lisäominaisuuksia, joista ikääntyneet eivät olisi hyötyneet.

Hanketyöntekijä kävi synkronoimassa säännöllisen kotihoidon asiakkaiden rannekkeet noin neljän viikon välein. Wilhelmiinan asiakkaille synkronointi oli helpompi toteuttaa, sillä hanketyöntekijät tekivät sen asiakkaiden tullessa Wilhelmiinaan ohjattuihin ryhmiin.

5.3 Mittarien valinta ja mittausten toteutus

Tässä osiossa kuvataan hankkeessa kehitetyn kuntoutuskonseptin vaikutusten arvioinnissa käytettyjen mittareiden valinta sekä arvioinnin toteutus.

Soveltuvien mittarien arvioinnissa ja valinnassa hyödynnettiin pääasiassa projektiryhmän työpajatyöskentelyä. Valittavien mittareiden avulla haluttiin tuottaa kattava arviointi asiakkaan toimintakyvystä ja kuvata arjessa selviytymistä, fyysistä toimintakykyä, elämänlaatua ja koettua kipua. Lisäksi mittareiden tuli olla validoituja sekä laajasti ikääntyneiden parissa käytettyjä.

RAI:sta mittaristoon valittiin mukaan CPS (Cognitive Performance Scale, kognitio), ADLH (Activities of Daily Living, päivittäiset toiminnot) MAPLe_5 (Method for Assigning Priority Levels, hoidon ja palveluntarve) sekä ADL_28 (Activities of Daily Living, päivittäiset toiminnot, pitkä asteikko). Tällä kokonaisuudella pyrittiin kuvaamaan yleistä arjessa selviytymistä. RAI tehtiin ainoastaan säännöllisen kotihoidon asiakkaille.

Fyysisen toimintakyvyn mittariksi valittiin Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö SPPB (Short Physical Performance Battery), joka on Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen ylläpitämästä Toimia-tietokannasta valittu laajalti käytetty fyysisen suorituskyvyn mittari ikääntyneille. SPPB-testistö on kehitetty USA:n National Institute of Aging (NIA):n toteuttamassa Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly (EPESE) -tutkimuksessa mittaamaan iäkkäiden henkilöiden liikkumiskykyä. Testistö koostuu kolmesta osasta, joiden avulla saadaan tietoa testattavan tasapainon hallinnasta seisten, kävelystä ja alaraajojen lihasvoimasta.

Elämänlaadun mittarin osalta projektiryhmän keskusteluissa oli mukana kaksi vaihtoehtoa: WHOQOL-BREF tai EuroHIS-8. EuroHIS-8-elämänlaatumittari on lyhennetty versio WHOQOL-BREF-mittarista ja se on tarkoitettu nopeaksi ja helppokäyttöiseksi menetelmäksi väestön elämänlaadun arviointiin ja seurantaan[2]. Hankkeessa päädyttiin käyttämään EuroHIS-8 -elämänlaatumittaria, koska WHOQOL-BREF-mittari sisältää kysymyksiä, jotka eivät olleet oleellisia tässä hankekontekstissa. Lisäksi EuroHIS-8 valittiin sen helppokäyttöisyyden johdosta. Ennakko-oletuksena oli, että kotihoidon työntekijät joutuvat avustamaan säännöllisen kotihoidon asiakkaita sen täyttämisessä. Tämän vuoksi ei haluttu valita molemmille osapuolille kovin työlästä mittaria. Mittari koostuu kahdeksasta elämänlaatua koskevasta kysymyksestä, joihin voi vastata asteikolla 1-5. Asiakas voi itse täyttää kyselyn tai ammattihenkilöstö voi tehdä sen yhdessä asiakkaan kanssa. Valtaosalla hankkeeseen osallistuneista säännöllisen kotihoidon asiakkaista mittari toteutettiin kyselynä.

[2] Lähde: THL, Toimia-tietokanta

Edellä kuvattujen mittareiden lisäksi mittaristoon haluttiin mukaan kipua kuvaava mittari. Mittariksi valittiin kipumittari VAS, Visual Analog Scale. VAS-mittarissa asiakas arvioi kivun tason joko janalla, jossa vasen laita tarkoittaa ”ei kipua” ja oikea laita ”sietämätön kipu”. VAS-mittari voidaan toteuttaa myös numeerisella 0-4 asteikolla. VAS-mittari on hyvin subjektiivinen mittari, jossa pyydetään kuvaamaan sen hetkistä kivun tuntemusta ja tarkentamaan missä kipu tuntuu.

Mittausten toteutus

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osalta mittausten toteutus oli kotihoidon fysioterapeutin (SPPB), sekä vastuuhoitajan (RAI, EuroHIS-8 ja VAS) vastuulla. RAI:n osalta kotihoito käytti ohjeistuksissaan omia RAI-manuaalejaan. Fysioterapeutti ja hoitaja toteuttivat tukipalvelujen asiakkaiden mittaukset.

Mittaukset pyrittiin tekemään heti 12 viikon pilottijakson alussa ja lopussa. Tavoitteena oli, että sama henkilö toteuttaisi sekä alku- että loppumittaukset. Tässä onnistuttiin melko hyvin, joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta.

Mittausten dokumentointia varten laadittiin excel-pohjainen asiakaskohtainen lomake, johon koottiin yhteen kunkin asiakkaan kaikki mittaustulokset. Tiedot anonymisoitiin käyttämällä asiakastunnistetta henkilötietojen sijaan. Varsinaisten mittareiden lisäksi lomakkeelle pyydettiin kirjaamaan sanallinen kuvaus kuntoutustarpeesta ja kehityksestä. Lomakkeella oli myös jokaisen mittarin yhteydessä oma kohtansa, jossa oli mahdollista kuvata sanallisesti asiakkaan toimintakykyä varsinaisten mittaritietojen lisäksi.

Pilotin päätteeksi jokaisen asiakkaan kanssa järjestettiin palautekeskustelu, jossa käytiin läpi pilotin aikana tapahtunutta kehitystä, yhteenveto aktiivisuusrannekkeen tuottamasta tiedosta ja mietittiin kuntoutussuunnitelman hyödyntämistä jatkossa. Palautekeskusteluihin osallistui asiakkaan lisäksi mittaukset tehnyt fysioterapeutti tai kuntohoitaja ja vastuuhoitaja. Pilotin arvioinnin tueksi kerättiin pilottiin osallistuneilta asiakkailta sekä henkilöstöltä laadullista palautetta pilotin kokemuksista ja hyödyistä sekä kehittämisehdotuksista.

6 TULOKSET

6.1 Asiakasraadeista kertynyt tieto ja laadun kehittäminen

Asiakkaiden osallisuus hankkeen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin toteutettiin asiakasraatien avulla. Hankkeessa järjestettiin vuoden 2015 aikana yhteensä neljä asiakasraatia. Kaksi tapaamista järjestettiin pilotin suunnitteluvaiheessa kevään 2015 aikana ja kaksi pilotointivaiheessa syksyllä 2015.

Kevään 2015 asiakasraadit järjestettiin Wilhelmiinassa, joissa osallistujina oli kummallakin kerralla seitsemän Helsingin kotihoidon ja palvelukeskusten asiakasta. Asiakasraadin osallistujat rekrytoitiin Helsingin kotihoidon avustuksella. Ensimmäisen tilaisuuden alussa läsnäolijoille esiteltiin lyhyesti hanke ja sen tavoitteet. Tämän jälkeen jakauduttiin kahteen ryhmään ja työskentelyä jatkettiin pienryhmissä. Pienryhmissä fasilitaattorina toimivat hanketyöntekijät, jotka keskusteluttivat ryhmäläisiä sekä toimivat kirjureina.

Keskusteluteemoina olivat seuraavat palveluihin ja asumiseen liittyvät kysymykset:

- Millaisten palvelujen piirissä osallistujat ovat tällä hetkellä?
- Mitkä ovat keskeiset haasteet kotona selviytymiselle?
- Miten nykyiset tarjolla olevat palvelut vastaavat osallistujien tarpeisiin?
- Millaista tukea toivotaan kotona asumisen tukemiseen?
- Millaisia odotuksia ja ideoita on kuntoutuspalveluiden kehittämiselle?
- Millaiset ratkaisut helpottaisivat kotona asumista?
- Löytyykö kiinnostusta teknologian hyödyntämiseen?

Toisessa tapaamisessa oli osallistujien lisäksi mukana kolme Helsingin kotihoidon työntekijää. Keskustelua jatkettiin edellisen tapaamisen teemojen pohjalta. Osallistujat kertoivat omista kokemuksistaan ja tarpeistaan liittyen nykyisten palvelujen käyttöön ja kotona asumiseen. Esille nousseita toiveita oli mm. tarve saada keskitetysti tietoa sosiaalietuuksista, sosiaali- ja terveyspalveluista sekä asunnon muutostöistä ja apuvälineistä. Palveluohjausta toivottiin kaupungin laajuisesti yhden ”luukun” periaatteella. Kaikille osallistujille oli epäselvää, mistä he saisivat lisätietoa esimerkiksi palveluista tai vapaaehtoistoiminnasta. Nykyinen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä koettiin monimutkaisena. Lisäksi toivottiin parempaa palvelujen koordinointia yksityisten ja julkisten palveluiden välillä. Joidenkin osallistujien kokemusten perusteella yksityisten ja julkisten palveluiden yhteensovittamisessa on ollut haasteita, eivätkä vastuut ole olleet selkeitä eri toimijoiden kesken.

Asumiseen liittyen toivottiin monipuolisia asumisratkaisuja, ei vain senioreille tarkoitettuja asuntoja. Tarvitaan taloja, joissa asuu kaiken ikäisiä – nuoria, lapsiperheitä ja senioreja. Asunnot tulee suunnitella ja peruskorjata esteettömiksi, mikä mahdollistaa niissä asumisen myös pyörätuolissa oleville asukkaille. Rakennusyhtiöt toivotettiin tervetulleiksi kehittämistyöhön, niin että uudet asuinalueet rakennettaisiin kaikille yhteisiksi palvelualueiksi. Keskustelussa nousi esille hissittömyys, jota eräät osallistujat eivät kuitenkaan pitäneet ongelmana, vaan parhaana mahdollisena keinona pitää yllä kuntoaan.

Tilaisuudessa keskusteltiin lisäksi yksinäisyydestä ja etsittiin siihen yhdessä ratkaisukeinoja. Tavallisessa kerrostalossa asuvalla ei aina ole mahdollisuutta luoda kontakteja muihin talon asukkaisiin. Toimintakyvyn ylläpitämiseksi olisi hyvä, että voisi itse käydä kaupassa sen sijaan, että kotihoito hoitaa kauppaostosten teon. Ratkaisuna ehdotettiin järjestöjen tarjoamaa asiointiapua ja vapaaehtoistoimintaa. Tapaamisessa nousi esille ajatus myös siitä, miten voitaisiin edistää yhteisöllisyyttä ja toisten asukkaiden auttamista. Osallistujat totesivat,

että toisten auttaminen tuo itselle merkityksellisyyden kokemuksen. Toivottiin myös ensiaputaitoja, jotta hätätilanteissa voisi auttaa toisia ikääntyneitä paremmin.

Suunnitellusta kotikuntoutuksen pilotista todettiin, että on tärkeää, että vastuuhoitaja ja kuntoutuksen ammattilainen laativat kuntoutussuunnitelman yhdessä, jotta yksilölliset tarpeet tulevat riittävästi huomioitua. Kotihoidon osalta todettiin vastuuhoitajan tärkeys, koska “hoitaja tuntee minut ja minun tarpeeni parhaiten”. Osallistujat pitivät tärkeänä kuntoutuksen sovittamista osaksi muuta arkea. Heille yksilöllinen suunnitelma merkitsi ohjausta, joka mahdollistaa omien rajojen turvallisen koettelun. Ei haluta mennä yksin kuntosalille, koska pelätään, että siellä voi loukata itsensä tai tehdä liikkeet väärin. Ryhmätoimintaan osallistuminen koettiin mahdolliseksi 1-2 kertaa viikossa – muina päivinä voi tehdä omia harjoitteita. Kustannuksilla todettiin olevan merkittävä rooli ja niiden koettiin vaikuttavan suuresti toimintaan osallistumiseen. Jos kustannukset nousevat liian korkeiksi, rajoittaa se osallistumishalukkuutta ja -mahdollisuuksia. Myös kuntoutuspalveluiden ja ryhmätoiminnan sijainnilla on suuri merkitys. Joillekin osallistujille yksin liikkuminen saattaa olla vaikeaa ja he tarvitsevat saattoapua. Jos kuitenkin omasta talosta lähtisi isompi ryhmä yhdessä, saattaisi se madaltaa lähtemisen kynnystä.

Asiakasraadissa oli henkilöitä, jotka käyttävät tietokonetta aktiivisesti päivittäin ja niitä, joilla sitä ei ole, eikä myöskään tietokoneen käyttöön tarvittavia taitoja. Osa ryhmäläisistä kertoi, että he opastavat vapaaehtoisesti tuttaviaan tietokoneen käytössä. Myös kiinnostusta tietokoneen käytön opetteluun löytyi. Eräs osallistuja nosti esille terveydenhuollon tiedonkulun ongelmat, esimerkiksi laboratoriotulosten saaminen voi joskus olla hankalaa, kun terveyskeskuksen puhelimeen ei pääse läpi eikä OmaKantaa osata käyttää. Ehdotuksena ongelmaan toivottiin henkilökohtaista nettipohjaista asiointitiliä, josta tulokset olisivat helposti saatavilla. Terveystiedot, laboratoriotulokset sekä sähköiset reseptit löytyvät jo tällä hetkellä Omakanta-palvelusta, mutta ikäihmisille tämä sähköinen kanava vaikuttaa vielä melko vieraalta ja vähän hyödynnetyltä.

Syksyn 2015 asiakasraatilaiset osallistuivat kaikki kotikuntoutuksen pilottiin. Syksyn asiakasraatien keskeisenä sisältönä oli ikääntyneiden osallistuminen pilotin arviointiin. Arviointi toteutettiin WeDO:n (European Partnership for the Well-being and Dignity of Older people) ikäihmisille suunnattujen palvelujen eurooppalaisen laadunkehittämisohjelman periaatteita soveltaen. Arviointikeskustelua käytiin seuraavien WeDO:n periaatteiden pohjalta:

- asiakaslähtöisyys ja yksilöllisten tarpeiden huomioiminen,
- kuntoutuksen tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja toteutus,
- saatavuus ja esteettömyys sekä
- tiedotus ja avoimuus.

Yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden osalta osallistujat kokivat, että heidän toiveitaan oli kuultu yksilöllisten kuntoutussuunnitelmien laadinnassa, jotka vastasivat hyvin heidän tarpeisiinsa. Ainoa toteutumaton seikka oli allasjumppa, jota toivottiin enemmän. Kaikille sitä ei kuitenkaan ollut mahdollista järjestää.

Liikuntasuunnitelman noudattaminen todettiin olleen toimintakykyä ylläpitävää ja sivuvaikutuksena myös mielialan koettiin pysyneen korkealla. Eräs osallistuja toivoi rankempaa liikuntasuunnitelmaa, jossa voimaharjoitteita olisi enemmän. Kuitenkin myös niitä mielipiteitä esiintyi, ettei liikuntasuunnitelmalla koettu olleen havaittavaa vaikutusta. Kotijumppaa kotihoidon kanssa pidettiin mukavana. Aktiivisuusrannekkeiden käyttö jakoi mielipiteitä. Pääsääntöisesti ranneke koettiin käytössä kevyeksi ja huomaamattomaksi. Osa oli kiinnostunut seuraamaan kertyneitä askeleita, osaa sitä vastoin aktiivisuusrannekkeen tuottama tieto ei kiinnostanut. Kuntoutussuunnitelmaan sisältyi myös huoneentaulu,

johon merkittiin oma päivittäinen aktiivisuus ja sen arviointi. Arviointia pidettiin vaikeana ja huoneentaulun täyttäminen jakoi mielipiteitä. Osan mielestä se oli vaikeaa, osa taas koki sen helppona.

Myös tässä ryhmässä yksinäisyys nousi esille. Ryhmämuotoinen liikunta koettiin motivoivaksi ja ryhmässä säilyi liikunnan ilo. Myös ystävyyssuhteita syntyi ryhmissä. Joidenkin osallistujien kuntoutussuunnitelma sisälsi ulkoilua, johon oltiin erityisen tyytyväisiä.

Tiedotuksen osalta toivottiin yleisesti terveyttä edistävää neuvontaa ja lisätietoa ravitsemuksesta. Ikääntyneillä ihon terveys on tärkeää ja tämän vuoksi on tarpeellista saada tietoa myös ihonhoidosta. Osallistujien mielestä hankkeesta oli tiedotettu riittävästi heille ja heidän läheisilleen.

Ryhmässä oli myös kiinnostusta jatkaa ryhmäliikuntaa pilotin jälkeen. Joillakin asiakkailla esteenä ryhmiin osallistumiselle oli pienituloisuus. Pieni eläke ei riitä ryhmäliikunnan maksuihin. Hankkeen tavoitteiden osalta parasta palautetta oli, kun eräs osallistuja totesi, että *"hankkeeseen osallistuminen on virkistänyt niin paljon, että ulkopuolisetkin huomaavat"* sekä toisena palautteena tullut kommentti, että osallistuja aikoo jatkaa liikunnan harrastamista myös pilotin jälkeen.

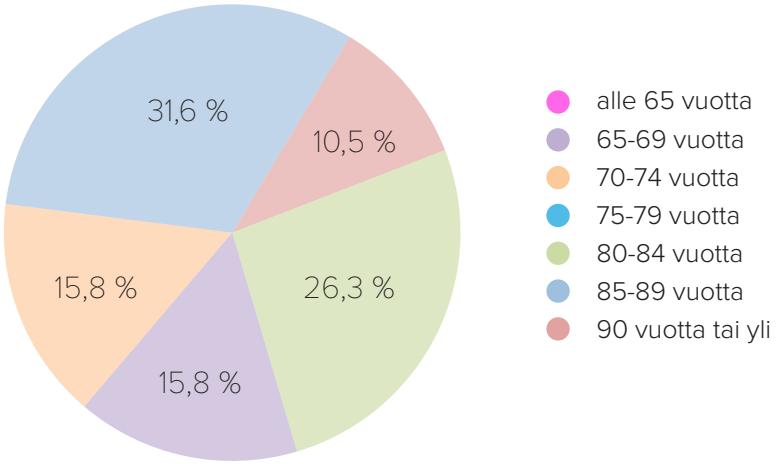
6.2. Kehittämishankkeen pilotoinnin tulokset

6.2.1 Helsingin tulokset

Helsingin asiakaspalaute

Hankkeen projektityöntekijä keräsi Wilhelmiinassa käyneiden Helsingin kaupungin tukipalveluasiakkaiden palautteet kuntoutusjakson päättyessä. Tässä ryhmässä pilottiin osallistui yhteensä 20 henkilöä. Osallistujista kyselyyn vastasi 19 henkilöä, joista naisia oli 16 ja miehiä 3.

Kuvio 2. Helsingin tukipalveluasiakkaiden ikäjakauma (N = 19).

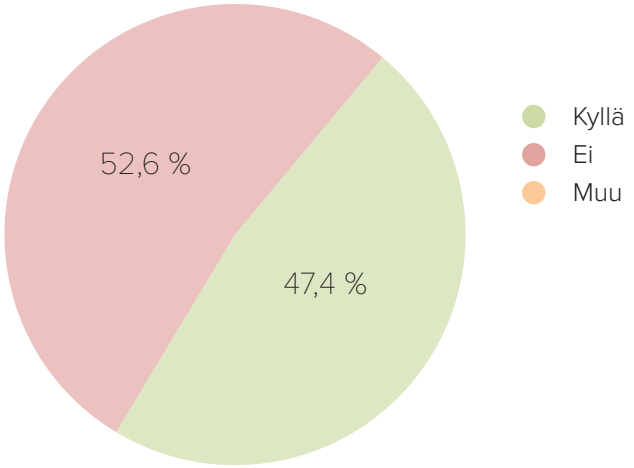


Kaikki osallistuneet pitivät kuntoutussuunnitelmaansa mielekkäänä. Suurin osa vastaajista piti kuntoutusjakson pituutta sopivana, viisi vastaajaa olisi toivonut pidempää kuntoutusjaksoa. Kukaan vastanneista ei kokenut jakson olleen liian pitkä.

Kaikilla osallistujilla oli käytössään Garminin aktiivisuusranneke ja sen käyttö koettiin helpoksi. Käyttöön liittyvät vaikeudet liittyivät ranteeseen laittamisen vaikeuteen tai siihen, että käyttäjä ei nähnyt riittävän hyvin laitteen näyttöä. Aktiivisuuden edistämisen osalta aktiivisuusrannekkeen käyttö jakoi mielipiteitä. Yh-

deksän vastaajaa oli sitä mieltä, että ranneke aktivoi heitä, kun taas kymmenen koki, että sillä ei ollut aktivoivaa vaikutusta. Pilottiin osallistuneista osa ei ollut lainkaan kiinnostunut päivittäisestä ranneketietojen seurannasta.

Kuvio 3. Kokemukset aktiivisuusrannekkeen aktivoivasta merkityksestä (N = 19).

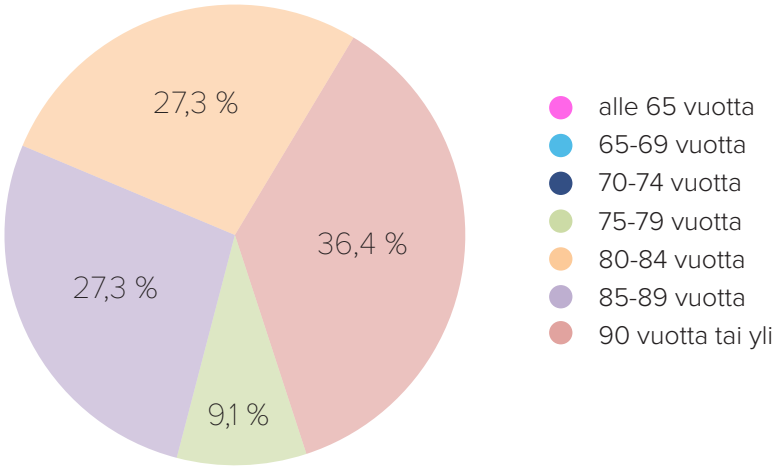


Avoimissa vastauksissa pilottiin osallistuneet henkilöt kertoivat olevansa kiitollisia siitä, että he pääsivät ryhmään ja kokivat, että siitä oli heille henkilökohtaista hyötyä. Fyysisen toimintakyvyn lisäksi koettiin, että osallistuminen virkisti henkisesti ja lisäsi aktiivisuutta monin tavoin.

Vastauksissa esille nousseita henkilökohtaisia positiivisia vaikutuksia olivat tasapainon kehittyminen, yleiskunnon ja jaksamisen paraneminen sekä nopeutunut kävelyvauhti. Eräs vastaaja halusi kiittää mahdollisuudesta osallistua hankkeeseen, koska se auttoi häntä heräämään pysähtyneestä masentuneisuudesta. Myös projektityöntekijät saivat paljon kiitosta osakseen. Ryhmiin oli mukava tulla ja tunnelma ryhmissä oli iloinen ja kannustava. Osallistujat kokivat, että opastus kuntosalilaitteiden käyttöön teki liikunnasta mielekästä.

Helsingin säännöllisen kotihoidon asiakkaista hankkeeseen osallistui yhteensä 20 henkilöä, joista palautekyselyyn vastasi 11 osallistujaa. Palautekyselyn täyttämisessä osaa vastaajista oli avustanut Helsingin kotihoidon työntekijä. Kysymykset olivat samat sekä tukipalveluasiakkaille että säännöllisen kotihoidon asiakkaille.

Kuvio 4. Helsingin säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ikäjakauma kyselyyn vastanneiden osalta (N = 11).



Vastanneiden ikä jakautui melko tasaisesti kaikki ikäluokkiin. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden ikä painottui tukipalveluasiakkaita enemmän vanhempiin ikäluokkiin. Joukossa oli neljä yli 90-vuotiasta, kolme 85–89-vuotiasta ja kolme 80–84-vuotiasta.

Neljä henkilöä olisi toivonut lisätietoa hankkeesta, kun taas viiden mielestä he saivat riittävästi tietoa. Kuntoutussuunnitelman sopivuuden suhteen seitsemän koki, että suunnitelma ei ollut sopiva ja mielekäs. Lisäksi yhdeksän henkilöä ilmoitti, etteivät he tehneet kuntoutussuunnitelman mukaisia harjoitteita säännöllisesti. Syyksi mainittiin useammassa vastauksessa, että ”en muistanut tai jaksanut”. Ilman ohjausta kotona tapahtuvaa liikkumista ei koettu motivoivana.

Aktiivisuusrannekkeen käyttö koettiin tässä ryhmässä helppona. Vaikeudet liittyivät rannekkeen toimimattomuuteen. Pääsääntöisesti vastaajien kokemus oli, että ranneke ei innostanut heitä liikkumaan.

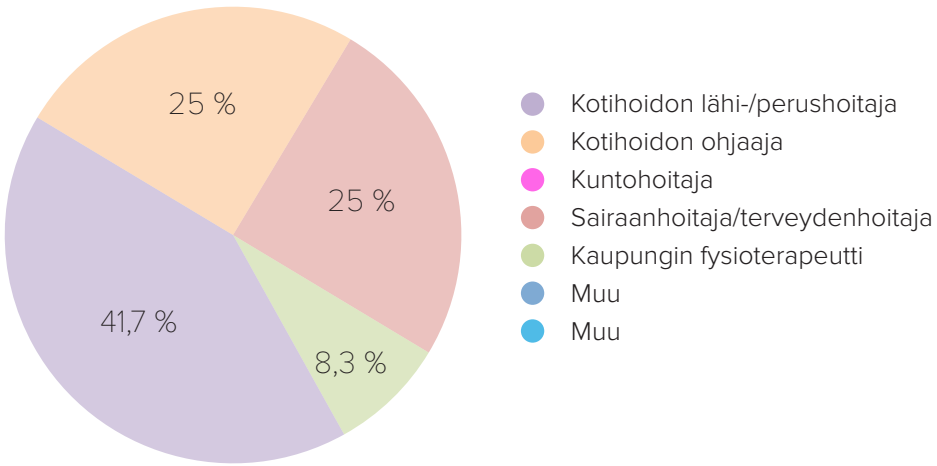
Vastaajista kuusi piti kuntoutusjakson pituutta sopivana ja kolme liian pitkänä. Kuntoutusjakson sisältö oli kolmen mielestä sopiva ja yksi koki sen liian raskaana. Avoimista vastauksista voi päätellä, että hankkeeseen osallistuneet säännöllisen kotihoidon asiakkaat eivät muistaneet tai olleet ymmärtäneet, mitä hankkeella tavoiteltiin. Tämä ilmeni henkilön vastauksesta, jossa hän totesi, että ”en ymmärrä mitä tässä haettiin minun kohdallani, en ole kiinnostunut liikunnasta”. Vastauksissa oli viittauksia muistisairauteen, mikä omalta osaltaan selittää, miksi harjoitteiden tekeminen unohtui. Myös sairaalajaksot sotkivat joidenkin hankkeeseen osallistuneiden henkilöiden kuntoutusta.

Helsingin henkilöstöpalaute

Henkilöstöpalautteen osalta kyselylomakkeen perusrunko oli sama sekä Helsingissä että Sipoossa. Koska pilotointijakso Sipoossa poikkesi Helsingin vastaavasta, muokattiin kysymyksiä joiltakin osin vastaamaan paremmin Sipoon toteutusta. Sipoon henkilöstöpalautteita käsitellään luvussa 6.2.2, johon on koottu yhteenveto kaikista Sipoon pilotin tuloksista.

Helsingin henkilöstökyselyyn vastanneiden kokonaismäärä oli 12 työntekijää. Kyselyyn vastanneet jakautuivat henkilöstöryhmittäin siten, että kyselyyn vastasivat eniten kotihoidon lähi-/perushoitajat ja seuraavaksi eniten kotihoidonohjaajat sekä sairaanhoitajat/terveydenhoitajat.

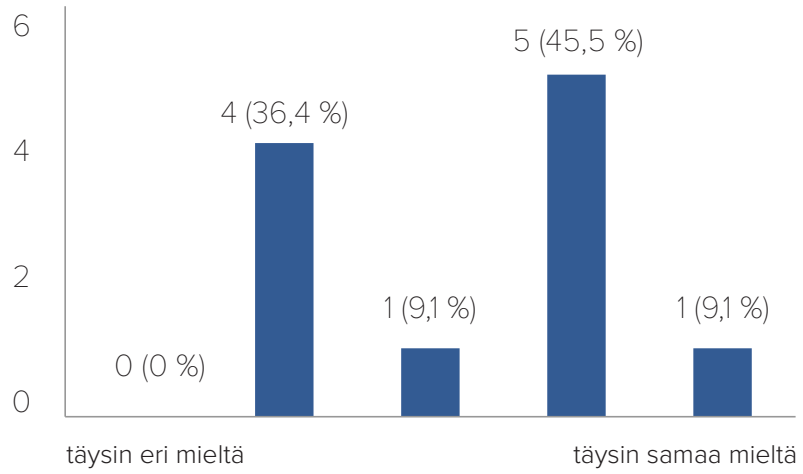
Kuvio 5. Helsingin henkilöstökyselyyn vastanneiden jakautuminen henkilöstöryhmittäin (N = 12).



Kuusi vastanneista oli sitä mieltä, että he olivat saaneet hankkeesta riittävästi tietoa ja ohjeistusta ennen pilotin alkua. Lisätietoa olisi toivottu mm. aikatauluista, virtuaaliharjoittelusta ja aktiivisuusrannekkeen käytöstä ja sen toiminnoista.

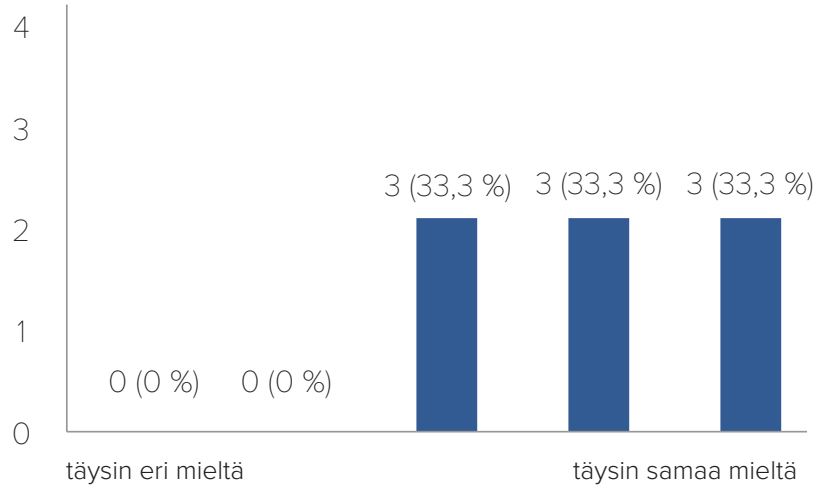
Monivalintakysymykset koskivat pääasiallisesti pilotointia ja siitä kertyneitä kokemuksia. Kuusi vastanneista koki oppineensa lisää kuntouttavasta kotihoidosta pilotin aikana, kun taas neljä koki, ettei oppimista ollut tapahtunut.

Kuvio 6. Oppiminen kuntouttavasta kotihoidosta (N = 11).



Kuusi työntekijää oli sitä mieltä, että he aikovat soveltaa kuntouttavaa kotihoitoa omassa työssään jatkossakin. Kolme työntekijää ei ottanut asiaan kantaa.

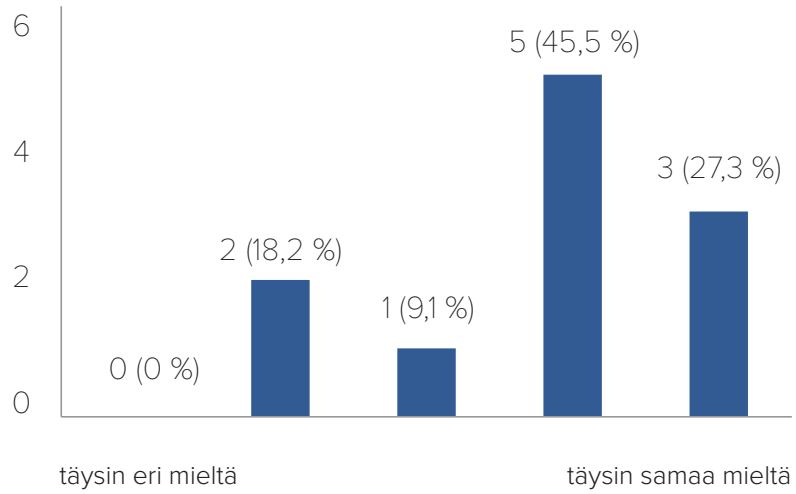
Kuvio 7. Kuntouttavan kotihoidon soveltaminen omassa työssä hankkeen jälkeen (N = 9).



Pilotin tavoitteena Helsingin kotihoidon osalta oli kaupungin liikkumissopimuksen juurruttaminen osaksi kotihoidon käytännön toimintaa. Viisi henkilöä oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että pilotti auttoi liikkumissopimuksen juurruttamisessa. Viisi vastaajaa ei osannut ottaa kantaa tähän kysymykseen.

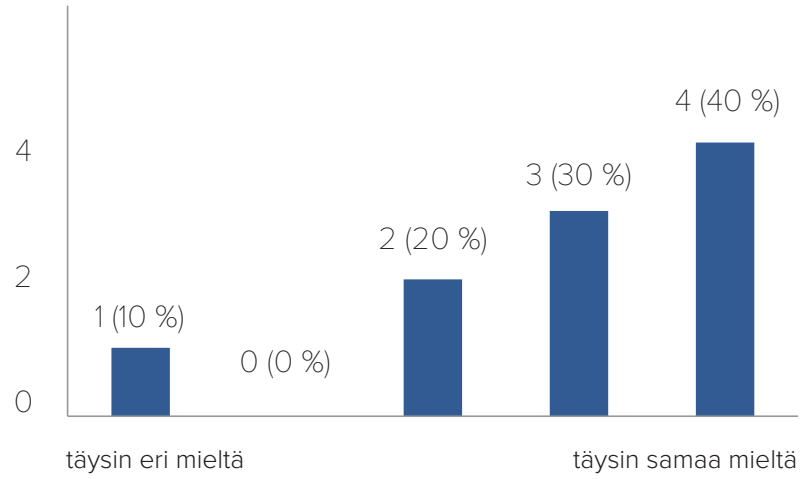
Virtuaalihoivan osalta viisi vastaajaa koki, että pilotti edisti sen käyttöönottoa ja neljä oli jokseenkin tai täysin eri mieltä. Virtuaalihoiva viittaa tässä yhteydessä pienimuotoiseen virtuaaliryhmän kokeiluun. Virtuaaliryhmä käynnistyi suunniteltua myöhemmin, joten kokemukset siitä jäivät melko suppeiksi. Kuitenkin yllättävän moni vastaaja koki, että pilotti edisti virtuaalihoivan käyttöönottoa.

Kuvio 8. Pilotin hyödyllisyys asiakkaille työntekijöiden mukaan (N = 11)



Työntekijöistä kahdeksan oli sitä mieltä, että hankkeesta oli hyötyä siinä mukana olleille asiakkaille. Työntekijät pitivät aktiivisuusranneketta pääasiassa positiivisena kokemuksena.

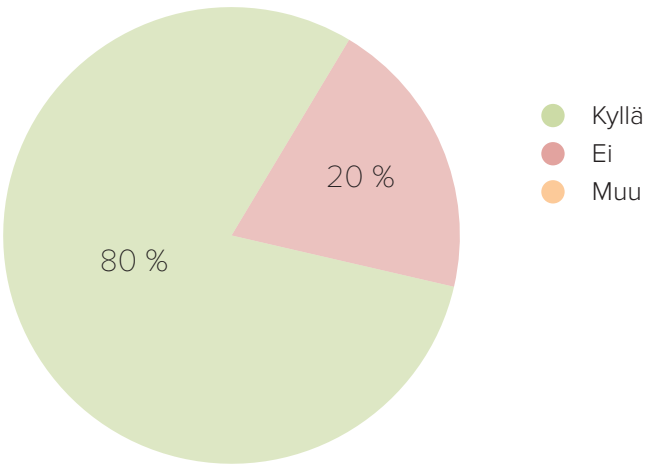
Kuvio 9. Kokemukset aktiivisuusrannekkeista työntekijöiden kyselyssä (N = 10).



Sen sijaan sen aktivoivaan vaikutukseen työntekijät suhtautuivat kriittisemmin. Neljä vastanneista (N = 10) oli sitä mieltä, että rannekkeella oli aktivoiva vaikutus, kun taas viisi oli jokseenkin eri mieltä. Kuntoutusjakson pituutta piti kuusi jokseenkin tai täysin sopivana ja kolme oli jokseenkin tai täysin eri mieltä.

Hankkeen tuottamia hyötyjä työntekijöiden mielestä olivat asiakkaiden toimintakyvyn paraneminen ja mielialan kohentuminen, asiakkaiden ja henkilöstön innostuneisuus ja työntekijöiden lisääntynyt kiinnostus kuntouttavaa kotihoitoa kohtaan. Avointen vastausten perusteella muutamat asiakkaat rohkaistuivat lisäämään omaehtoista liikkumista ja lähtivät kokeilemaan uusia harjoittelumuotoja kuten kuntosalia. Kotiharjoitteiden tekemisessä aktivoituneiden asiakkaiden mittaustulokset paranivat selvästi alku- ja loppumittausten välillä.

Kuvio 10. Asiakkaiden aktivointi ammattilaisten laatiman kuntoutussuunnitelman avulla (N = 10).



Kotihoidon työntekijöiden mielestä asiakkaiden aktivointi on helpompaa tilanteessa, jossa kuntoutuksen ammattilainen on tehnyt kuntoutussuunnitelman. Viimeiseen kysymykseen, jossa kysyttiin kokemuksia siitä, onko liikkumiseen rohkaisua helpompi jatkaa pilotin jälkeen verrattuna tilanteeseen, jossa kuntoutussuunnitelmaa ei olisi tehty, kaikki kahdeksan vastaajaa olivat sitä mieltä, että liikkumiseen rohkaisu on helpompaa pilotin jälkeen.

Avoimissa vastauksissa kysyttiin, miten kuntouttavaa kotihoitoa tulisi kehittää Helsingissä. Useassa vastauksessa toivottiin lisää fysioterapiaresursseja Helsingin kotihoitoon, koska jatkossa kotihoidossa hoidetaan entistä huonokuntoisempia asiakkaita. Lisäksi ehdotettiin kuntouttavan työotteen käyttöönottoa, koulutusta henkilöstölle ja virtuaalipalvelujen kehittämistä kotihoidossa.

Avoimissa vastauksissa pyydettiin myös palautetta hankkeesta ja siitä mitä olisi pitänyt tehdä toisin. Vastauksissa todettiin, että kotihoidolla olisi pitänyt olla enemmän aikaa hankkeeseen ja pilottiin perehtymiseen, suunnitteluun, paperitöihin ja toteutukseen. Palautteissa toivottiin myös väliseurantaa ja kuntoutussuunnitelman väliarviointia. Hanketta markkinoitiin säännöllisen kotihoidon asiakkaille mahdollisuudella osallistua Wilhelmiinan ryhmiin. Kuitenkaan käytännön syistä tämä ei ollut mahdollista kaikille, mikä aiheutti pettymyksiä sekä asiakkaille että kotihoidon työntekijöille.

Ohessa on vielä muutama poiminta työntekijöiden avoimista vastauksista.

"Kehitystä koko ajan tapahtunut aktivoivaan suuntaan ja tämä todettu tärkeäksi asiakkaiden toimintakyvyn säilymisessä. Arkiliikkumisen merkityksen ymmärtäminen."

"Kotikuntoutus on tulevaisuutta – resursseja vaan tarvitaan enemmän! Ja yhteistyötä niin resurssit saadaan paremmin riittämään."

Alku- ja loppumittausten tulokset

Alku- ja loppumittausten yhteydessä pilottiasiakkaiden toimintakykyä arviointiin RAI:sta mittaristoon mukaan valittujen CPS (Cognitive Performance Scale, kognitio), ADLH (Activities of Daily Living, päivittäiset toiminnot), MAPLe_5 (Method for Assigning Priority Levels, hoidon ja palveluntarve) sekä ADL_28 (Activities

of Daily Living, päivittäiset toiminnot, pitkä asteikko) mittareiden avulla. Fyysistä toimintakykyä seurattiin SPPB-mittarin (Short Physical Performance Battery) avulla ja koettua elämänlaatua EuroHIS-8 mittarin avulla. Kivuntuntemuksia mitattiin VAS (Visual Analog Scale)-mittarin avulla.

Tuloksissa on huomioitu vain ne henkilöt, jotka olivat mukana koko pilotin ajan ja joilta oli saatavissa valtaosa sekä alku- että loppumittausten tuloksista. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista pilotin aloitti 26 asiakasta, joista osa kävi myös Wilhelmiinan ryhmissä. SPPB-mittauksen suoritti alussa ja lopussa 21, EuroHIS-8-mittauksen 18 ja VAS-mittauksen 19 säännöllisen kotihoidon asiakasta. RAI:n osalta alku- ja loppumittaus palautui 14 asiakkaalta. Rannekedataa oli rekisteröitynyt järkevässä määrin 22 asiakkaalta. Näin ollen voidaan sanoa, että säännöllisen kotihoidon pilotin suoritti loppuun asti 20 asiakasta, joista joiltakin jäi yksittäinen loppumittaustulos uupumaan. Säännöllisen kotihoidon asiakkailla pääasiallinen syy pilotin keskeytymiselle oli sairaalajaksolle siirtyminen.

Tukipalveluasiakkaista pilotin aloitti 22 asiakasta. Nämä asiakkaat osallistuivat Wilhelmiinan ohjattuihin kuntoutusryhmiin. Heistä SPPB-mittauksen suoritti 20, EuroHIS-8-mittauksen 21 ja VAS-mittauksen 18 ryhmissä kävijää. Rannekedataa oli rekisteröitynyt riittävästi määrin 18 tukipalvelujen asiakkaalta. Voidaan todeta, että tukipalveluasiakkaista ja Wilhelmiinan ryhmissä käyneistä pilottiin osallistui 20 asiakasta, joista joiltakin osallistujilta jäi yksittäinen loppumittaustulos puuttumaan. Pääasiallinen syy pilotin keskeytymiselle oli ryhmissä kävijöiden osalta voimien uupuminen.

Taulukko 3. Yhteenveto mittareiden tuloksista

Tulokset		YHTEENVETO						
		CPS	ADLH	MAPLe_5	ADL_28	SPPB	EuroHIS-8	VAS
Alkumittaukset, keskiarvo	Kotihoito	1,00	0,36	3,14	1,79	4,8	3,71	1,6
	Wilhelmiina	na	na	na	na	7,6	3,65	1,1
Loppumittaukset, keskiarvo	Kotihoito	1,07	0,36	3,14	1,86	5,0	3,74	1,8
	Wilhelmiina	na	na	na	na	8,6	3,92	0,9
Muutos, keskimäärin	Kotihoito	0,07	0,00	0,00	0,07	9 %	2 %	0,18
	Wilhelmiina	na	na	na	na	16 %	9 %	-0,11
N	Kotihoito	14	14	14	14	21	18	19
	Wilhelmiina	na	na	na	na	20	21	18

RAI ja VAS –mittareissa korkeampi arvo merkitsee huonompaa tulosta kivun tai toimintakyvyn osalta. SPPB ja EuroHIS-8-mittareissa korkeampi arvo sen sijaan merkitsee parempaa tulosta toimintakyvyn ja elämänlaadun osalta. Kotihoidolla viitataan säännöllisen kotihoidon asiakkaisiin, joiden kuntoutus tapahtui pääosin osana kotihoitoa kuntouttavan työotteen avulla ja noudattamalla laadittua kuntoutussuunnitelmaa. Wilhelmiinalla viitataan Wilhelmiinan ryhmätoimintaan osallistuneisiin säännöllisen kotihoidon, tukipalveluiden ja palvelukeskusten asiakkaisiin, joiden kuntoutussuunnitelma laadittiin Wilhelmiinassa.

Hankkeen tulokset olivat rohkaisevia: heikkokuntoistenkin ikääntyneiden on mahdollista kuntoutuksen keinoin saavuttaa paranemista toimintakyvyssä. Valituilla mittareilla mitattuna pilottiin osallistuneiden asiakkaiden toimintakyky

(SPPB-mittari) sekä elämänlaatu (EuroHIS-8 mittari) paranivat niin säännöllisen kotihoidon kuin tukipalveluidenkin asiakkailla. Muiden mittareiden (RAI ja VAS) osalta ei tuloksissa tapahtunut merkittäviä muutoksia.

Taulukko 4. Fyysisen toimintakyvyn kehitys

TULOKSET	SPPB Pisteet yhteensä	
Alkumittaukset, keskiarvo	**Kotihoito** **Wilhelmiina**	**4,8** **7,6**
Loppumittaukset, keskiarvo	**Kotihoito** **Wilhelmiina**	**5,0** **8,6**
Muutos-%, keskimäärin	**Kotihoito** **Wilhelmiina**	**9 %** **16 %**
N	**Kotihoito** **Wilhelmiina**	**21** **20**

Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö SPPB (Short Physical Performance Battery) koostuu kolmesta osiosta: tasapaino-, kävelynopeus- ja tuoliltanousutesteistä. SPPB-testin kokonaistulos lasketaan näiden erillisten osioiden yhteenlasketuista pisteistä. Mitä pienempi SPPB:n summapistemäärä (vaihteluväli 0–12 pistettä) on, sitä suurempi riski henkilöllä on tulevaan toimintakyvyn heikkenemiseen. Eli päinvastoin kuin RAI ja VAS -mittareissa, SPPB -mittarissa korkeampi arvo on merkki paremmasta toimintakyvystä.

Kuten SPPB-mittari osoittaa, olivat säännöllisen kotihoidon asiakkaat alkumittauksessa fyysiseltä toimintakyvyltään heikompikuntoisia kuin tukipalvelujen asiakkaat. Säännöllisen kotihoidon asiakkaille, muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta, siirtyminen Wilhelmiinan kuntoutusryhmiin ei ollut mahdollista, jolloin heidän kuntoutuksensa jäi kotona tehtävien harjoitteiden varaan. Harjoitteiden toteutus oli asiakkaiden omalla vastuulla, mutta he saivat niihin tukea vastuuhoitajiltaan. Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden fyysinen toimintakyky parani SPPB-mittarilla mitattuna 9 % (n=21) kolmen kuukauden aikana. Tulosta voidaan pitää hyvänä, kun otetaan huomioon edellä mainitut rajoitteet. Koska kyseessä olivat ikääntyneet, joilla toimintakyky yleisesti laskee iän karttuessa (mikäli mitään kuntouttavia toimenpiteitä ei tehdä), on jo toimintakyvyn ennallaan pysyminen kohtuullinen tulos. Havainto tukee kotikuntoutukseen panostamisen tärkeyttä – jo pienilläkin toimenpiteillä on mahdollista saavuttaa fyysisen toimintakyvyn paranemista.

Tukipalveluasiakkaiden eli Wilhelmiinan kuntoutusryhmissä käyneiden asiakkaiden osalta fyysisen suorituskyvyn tulokset paranivat SPPB-mittarilla mitattuna 16 % (n=20). Havainto osoittaa, että ryhmämuotoinen, ammattilaisen toteuttama kuntoutus on tehokas tapa parantaa fyysistä toimintakykyä. Saadun palautteen perusteella vertaistuen antama voima sekä ammattilaisen kannustus ja ohjaus olivat kriittisiä tekijöitä hyvien tulosten saavuttamisessa. Lisäksi jo kotoa lähtemisellä saattoi olla toimintakykyä parantava sekä myös mielialaa piristävä vaikutus.

[3] Lähde: THL:n Toimia-tietokanta, mittarit, SPPB, Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö

Taulukko 5. Elämänlaadun kehitys

TULOKSET	EuroHIS-8 Pisteet yhteensä	
Alkumittaukset, keskiarvo	Kotihoito	3,71
	Wilhelmiina	3,65
Loppumittaukset, keskiarvo	Kotihoito	3,74
	Wilhelmiina	3,92
Muutos-%, keskimäärin	Kotihoito	2 %
	Wilhelmiina	9 %
N	Kotihoito	18
	Wilhelmiina	21

EuroHIS-8-elämänlaatumittarissa arvioidaan yleistä elämänlaatua ja terveydentilaa, elinvoimaisuutta, itsetuntoa, suhteita muihin ihmisiin, kotia ja taloudellista tilannetta. Vastauksissa hyödynnetään asteikkoa 1–5 ja niistä lasketaan summapistemäärä: korkeampi pistemäärä tarkoittaa paremmaksi arvioitua elämänlaatua[4].

Sekä säännöllisen kotihoidon asiakkaat että tukipalvelujen asiakkaat kokivat elämänlaatunsa parantuneen kolmen kuukauden kuntoutuspilotin aikana. Alkumittausten perusteella kotihoidon asiakkaat pitivät elämänlaatuaan hieman parempana kuin tukipalveluiden asiakkaat. Tilanne kuitenkin kääntyi pilotin aikana päinvastaiseksi eli loppumittauksen yhteydessä tukipalveluiden asiakkaat kokivat elämänlaatunsa kotihoidon asiakkaita paremmaksi. Asiakkailla, jotka eivät osallistuneet ryhmämuotoiseen kuntoutukseen, elämänlaatu parani EuroHIS-8 -mittarin perusteella vain noin 2 % alkumittauksesta. Tukipalveluasiakkaiden kohdalla elämänlaatu parani peräti 9 %. On todennäköistä, että mm. ryhmissä saatu vertaistuki ja uudet ystävyyssuhteet piristivät näitä asiakkaita suhteessa asiakkaisiin, jotka eivät osallistuneet kuntoutusryhmiin. Myös fyysisen toimintakyvyn paranemisella itsessään on todennäköisesti mieltä piristävä ja sitä kautta elämänlaatua parantava vaikutus.

Taulukko 6. Kehitys RAI:n tuloksissa

TULOKSET		RAI			
		CPS	ADLH	MAPLe_5	ADL_28
Alkumittaukset, keskiarvo	Kotihoito	1,00	0,36	3,14	1,79
Loppumittaukset, keskiarvo	Kotihoito	1,07	0,36	3,14	1,86
Muutos-%, keskimäärin (yksikköä)	Kotihoito	0,07	0,00	0,00	0,07
N	Kotihoito	14	14	14	14

[4] Lähde: THL, Toimia-tietokanta, mittarit EuroHIS-8-elämänlaatumittari

Pilotissa toteutettiin RAI ainoastaan säännöllisen kotihoidon asiakkaille. Aivan kaikille sitä ei kuitenkaan tehty (n=14). Pilotissa RAI:sta valittiin neljää mittaria asiakkaiden toimintakyvyn arviointiin. CPS -mittaria (Cognitive Performance Scale) käytettiin asiakkaiden kognitiivisen kyvyn mittaamiseen. Mittari muodostuu viidestä muuttujasta: lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, päätöksentekokyky, tajunnan taso ja kyky syödä itse. Mittarin asteikko on nollasta kuuteen ja asteikon lukemat ovat suoraan verrannollisia MMSE (Mini Mental State Exam) testin lukemien kanssa. ADLH -mittaria (Activities of Daily Living, asteikko myös 0-6) ja ADL_28 (Activities of Daily Living, päivittäiset toiminnot, pitkä asteikko 0-28) käytettiin asiakkaan suorituskyvyn mittaamiseen päivittäisissä toiminnoissa, kuten liikkuminen, ruokailu, wc:n käyttö ja henkilökohtainen hygienia. Lisäksi käytettiin MAPLe_5 -mittaria (Method for Assigning Priority Levels) hoidon ja palveluntarpeen arviointiin[5].

RAI-mittarin asteikoissa korkeampi arvo tarkoittaa huonompaa asiakkaan päivittäistä toimintakykyä. Eli mitä matalampi arvo, sitä parempi toimintakyky ja päinvastoin mitä suurempi arvo, sitä huonompi toimintakyky. Esimerkiksi ADL_28:n asteikossa 0 merkitsee itsenäistä ja 28 täysin autettavaa henkilöä.

RAI:n tuloksissa ei todettu juurikaan muutoksia pilottijakson aikana. ADLH ja MAPLe_5 pysyivät pilottiin osallistuneilla keskimäärin ennallaan. CPS heikkeni keskimäärin 0,07 yksikköä (asteikko 0-6 yksikköä) ja ADL_28 heikkeni keskimäärin 0,07 yksikköä, suhteellisesti kuitenkin vähemmän (asteikko 0-32 yksikköä).

[5] Lähde: THL, Toimia-tietokanta, mittarit

Taulukko 7. Kehitys kivun tuntemuksessa

TULOKSET	VAS kipumittari	
Alkumittaukset, keskiarvo	Kotihoito	1,6
	Wilhelmiina	1,1
Loppumittaukset, keskiarvo	Kotihoito	1,8
	Wilhelmiina	0,9
Muutos-%, keskimäärin	Kotihoito	0,18
	Wilhelmiina	-0,11
N	Kotihoito	19
	Wilhelmiina	18

Kivun tuntemuksia mitattiin VAS-kipumittarilla eli asiakkaan subjektiivisella kivun kokemuksella. Mittarin asteikko on nollasta neljään seuraavasti: 0=Ei kipua, 1=Lievä kipu, 2=Kohtalainen kipu, 3=Voimakas kipu, 4=Sietämätön kipu. Lisäksi asiakasta pyydettiin kuvaamaan, missä kipu tuntuu. Tyypillisiä mainintoja saivat selkä ja polvet. Koska kyseessä on subjektiivinen kuvaus koetusta kivusta, saattoi kivun syy olla samalla asiakkaalla eri sekä alku- että loppumittauksessa. Kipumittarissa ei ollut nähtävissä merkittäviä muutoksia. Säännöllisen kotihoidon asiakkailla kivuntuntemus lisääntyi hieman. Wilhelmiinan ryhmissä käyneillä asiakkailla kivun tuntemus sen sijaan laski hieman.

1 JOHDANTO
2 VIISAUS VANHUUDEN KODISSA -HANKE
3 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITTEET
4 TUTKIMUKSELLINEN KEHITTÄMISTOIMINTA
5 UUDEN KUNTOUTUKSEN PALVELUMALLIN KEHITTÄMINEN
6 TULOKSET
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Yhteenveto alku- ja loppumittauksista

Hankkeen merkittävin johtopäätös vaikuttavuuden näkökulmasta on se, että heikkokuntoistenkin ikääntyneiden on mahdollista parantaa fyysistä toimintakykyään ja elämänlaatuaan erityisesti ohjatun ja ryhmämuotoisen kuntoutuksen avulla. Kuntoutuksen jäädessä pääasiallisesti ikääntyneen itsensä vastuulle todennäköisyys toimintakyvyn ylläpitämiseen ja kuntoutumiseen on heikompi. Yksilöllisen kuntoutusohjelman ja riittävän rohkaisun ja tuen keinoin on kuitenkin mahdollista vaikuttaa toimintakykyyn ja elämänlaatuun.

Rannekkeiden tuottaman datan analyysi

Pilottiin osallistuneet ikääntyneet pitivät aktiivisuusranneketta kädessään pääasiallisesti koko pilotin ajan. Rannekkeen keräämä tieto perustuu liiketunnistimeen. Koska ranneketta pidetään kädessä, ei ranneke tunnista parhaalla mahdollisella tavalla liikettä, mikäli käsi pysyy paikallaan. Tämä haaste oli tiedossa jo pilotin alkaessa ja vaikutti luonnollisesti siihen, että rollaattorilla kulkevien asiakkaiden rannekkeisiin kertynyt askelmäärä oli pienempi suhteessa niihin asiakkaisiin, jotka eivät käyttäneet rollaattoria. Rannekedata antoi kuitenkin mielenkiintoisia tuloksia myös rollaattoriasiakkaiden liikunnan ja kuntoutussuunnitelman vaikutuksista aktiivisuustasoon.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaat liikkuivat pilottijakson aikana keskimäärin noin 1 300 askelta (n=22) niinä päivinä, kun heillä oli aktiivisuusranneke kädessään[6]. Väestötasolla aktiivisuussuositus on vähintään 10 000 askelta päivässä, mutta ikääntyneille ei ole julkaistu erikseen aktiivisuussuosituksia. Rollaattoria käyttäneet asiakkaat liikkuivat tyypillisesti noin 300–400 askelta päivässä. Myös rollaattoria käyttävien asiakkaiden oli mahdollista nostaa päivittäinen aktiivisuustasonsa jopa noin 2 000 askeleeseen niinä päivinä, kun heillä oli ohjattua liikuntaa tai esimerkiksi päivätoimintaa. Tämä rohkaisi myös rollaattorilla kulkevia asiakkaita liikkumaan oman toimintakykynsä puitteissa. Aktiivisimmat säännöllisen kotihoidon asiakkaat liikkuivat keskimäärin noin 4 000 askelta päivässä (kaksi asiakasta). Seitsemän asiakasta liikkui noin 1 000–3 500 askelta päivässä ja valtaosa säännöllisen kotihoidon asiakkaista alle 1 000 askelta päivässä. Tyypillinen (mediaani) askelmäärä oli noin 800 askelta eli hieman keskiarvoa alhaisempi määrä.

Wilhelmiinan kuntoutusryhmissä käyneiden asiakkaiden askelmäärä oli keskimäärin 2 500 askelta (n=18) niinä päivinä, kun asiakkaat pitivät aktiivisuusranneketta kädessään. Aktiivisuustaso oli siis merkittävästi säännöllisen kotihoidon asiakkaiden aktiivisuustasoa korkeampi. Yksi asiakas liikkui keskimäärin noin 10 000 askelta päivässä ja toinen 7 000 askelta, joita voidaan pitää ikääntyneille aivan erinomaisina lukuina. Valtaosa asiakkaista liikkui noin 1 000–5 000 askelta. Neljä asiakkaista liikkui alle 1 000 askelta päivässä. He olivat pääasiassa rollaattorilla kulkevia asiakkaita. Mediaani askelmäärä oli noin 2 000 askelta eli hieman keskimääräistä askelmäärää alhaisempi.

Asiakkaiden askelmäärissä päivien välillä oli kohtuullisen suuria eroja. Tämä on rohkaiseva tieto ja osoittaa, että myös ikääntyneiden on mahdollista nostaa aktiivisuustasoaan merkittävästi, kun he sisällyttävät päiviinsä aktiivista toimintaa. Tämä seikka korostui myös rollaattoriasiakkaiden kohdalla.

[6] Pilottijaksolta lähes kaikilla asiakkailla näkyi päiviä, jolloin ranneke ei näyttänyt lainkaan tietoja. Tähän voivat olla syynä: 1) asiakkaalla ei ole ollut ranneketta kädessään, 2) rannekkeen synkronointi on epäonnistunut. Nämä ”nollapäivät” eivät vaikuta askelmäärien esitettyihin keskiarvoihin.

Tärkeimmät havainnot rannekkeiden tuottamasta datasta voidaan tiivistää seuraavasti:

1. Säännöllisen kotihoidon ja kotihoidon tukipalvelujen asiakkaiden kohdalla on selkeä ero aktiivisuudessa. Syynä olivat lähtötason erot sekä se, että tukipalveluasiakkaat osallistuivat ohjattuihin kuntoutusryhmiin.
2. Aktiivisuudessa oli havaittavissa merkittävää vaihtelua päivien välillä. Tämä osoittaa että kuntoutuksella on mahdollista nostaa aktiivisuustasoa.
3. Myös rollaattoriasiakkaiden on mahdollista 4-5-kertaistaa oma aktiivisuutensa liikkumalla tai esimerkiksi osallistumalla päivätoimintaan, vaikka aktiivisuusrannekkeen liikeanturi tunnistaa hieman vajavaisesti kyseisen asiakasryhmän liikkumisen.

6.2.2 Sipoon tulokset

Viisaus vanhuuden kodissa hankkeen suppeampi pilottiosuus toteutettiin Sipoon kunnan asumisyksikössä seitsemälle intervalliasiakkaalle, joista monilla oli jo melko pitkälle edennyt muistisairaus. Osa hankkeeseen osallistuneista intervalliasiakkaista oli yhden viikon asumisyksikössä ja kolme viikkoa kotona, joten asumisyksikön jakson merkitys heidän kohdallaan oli pieni. Muutama hankkeeseen osallistunut henkilö vietti yhden viikon asumisyksikössä ja kaksi viikkoa kotona. Joillakin suhdeluku oli kaksi viikkoa kotona ja kaksi viikkoa asumisyksikössä. Enemmän aikaa asumisyksikössä viettäneillä asiakkailla oli luonnollisesti päiväohjelmaa ja kuntoutusta enemmän verrattuna siellä lyhyemmän aikaa olleisiin. Neljä hankkeeseen osallistuneista oli omaishoidon tuen piirissä olevia asiakkaita ja kolme osallistujaa ei vielä täyttänyt omaishoidon kriteereitä. Hankkeen seitsemästä henkilöstä kaksi sai hankkeen aikana pysyvän paikan ympärivuorokautisen hoivan yksiköstä sekä eräs osallistuja sai kaatumisesta aiheutuneen lonkkamurtuman. Hän kuitenkin kuntoutui jakson aikana lähes samalle fyysisen toimintakyvyn tasolle kuin ennen murtumaa.

Hankkeessa tehtiin tiivistä yhteistyötä omais- ja läheishoitajien sekä hoitohenkilökunnan kanssa. Muistisairaiden omaishoidossa hoitohenkilökunnan tuki ja ohjaus on omais- ja läheishoitajille merkityksellistä ja välttämätöntä. Tyypillistä asiakkaiden hoitajille oli väsymys ja jaksamisen haasteet, joten aktiivisten kuntoutussuunnitelmien vastaanottaminen kotiin ja niiden aiheuttamien lisätehtävien jääminen hoitajan vastuulle, ei ollut monelle mieluisaa. Hankkeessa tyydyttiin kotona tehtäviin melko yksikertaisiin jumppaohjeisiin ja kuntoutussuunnitelmiin asumisyksikön aktiivisen ohjelman lisäksi.

Sipoon osalta asiakaskyselyyn saatiin viiden hankkeeseen osallistuneen vastaukset. Kysely toteutettiin puhelinhaastatteluna ja pääsääntöisesti vastaajina olivat omais- tai läheishoitajat. Vastauksista ilmenee, että kaikki vastanneet olivat samaa mieltä, että kuntoutussuunnitelma koettiin mielekkäänä. Kolme vastanneista ilmoitti, että suunnitelman mukaisia harjoitteita tuli tehtyä myös kotona säännöllisesti, sen sijaan kahden mukaan kotona tehtäviä harjoitteita tuli tehtyä epäsäännöllisesti. Sen sijaan asumisyksikössä kuntoutussuunnitelma toteutui suunnitellulla tavalla.

Loppukeskusteluissa tuli selvästi esille, että panostaminen esimerkiksi fysioterapeutin kotikäynteihin tarjoaisi merkityksellistä tukea omaishoitajan raskaassa työssä. Hankkeen alkuperäisenä ajatuksena oli tarjota muutamia fysioterapeutin kotikäyntejä, mutta käytännössä se ei ollut mahdollista resurssihaasteiden vuoksi. Kunnan omaishoidon koordinaattori kävi muutamien asiakkaiden luona kuntoutusjakson aikana. Kotiin annettavat kotivoimisteluohjelmat lähetettiin postitse päiväkeskuksesta. Ohjaus oli kirjallista ja puhelimessa tapahtuvaa sekä toteutui intervallijaksojen yhteydessä.

Hankkeen kuntoutusjaksossa huomioitiin niin fyysinen, psyykkinen kuin sosiaalinenkin kuntoutus ja asumisyksikössä laadittiin hankkeeseen osallistuville kolme erilaista ohjelmatuokiota vähintään viitenä päivänä viikossa. Ohjelmasisältöinä olivat musiikki- ja lauluryhmät, lukupiirit, muistipelituokiot, pallo- ja pöytäpelituokiot, voimisteluryhmät, leipominen, ulkoilu, sisäkävelyretket, kädentaitoryhmät ym. Osallistujille laadittiin myös yksilölliset kuntoutusohjeet ja tätä ohjelmaa toteutettiin viikoittain. Jumppaliikkeet olivat yksinkertaisia ja helppoja ja niitä oli kaikkien hoitajien helppo toteuttaa. Ohjelmatuokioiden ja liikunnan toteuttaminen oli täysin hoitajien vastuulla. Asiakkaat osallistuivat pääosin pienryhmiin, joissa oli 2-4 osallistujaa. Osa toiminnoista toteutettiin suuremmissa ryhmissä, mutta niissä aktiivinen osallistuminen ilman ohjaajan tukea jäi vähäisemmäksi.

Lisäksi kaikkien osallistujien kanssa kokeiltiin päiväkeskustoimintaa intervallijakson aikana kerran viikossa klo 9-13 välillä. Jakson loppupuolella kolme henkilöä jatkoi päiväkeskuksessa käymistä, koska heidän kohdallaan se todettiin hyödylliseksi. Neljä osallistujaa jäi pois päiväkeskustoiminnasta fyysisen heikkouden vuoksi tai siksi, ettei henkilö kyennyt ryhmätoimintaan, vaan pyrki sieltä aktiivisesti itse pois. Kahdelle päiväkeskustoimintaa on mahdollista jatkaa hankkeen jälkeen kotoa käsin, mikä tukee kotona pärjäämistä. Päiväkeskuksen toiminnanohjaaja vastasi päiväkeskustoiminnan suunnittelusta ja sopivan ryhmän löytymisestä kullekin asiakkaalle.

Kahdeksan henkilöstön edustajaa vastasi Sipoon henkilöstökyselyyn. Jokaiselle asiakkaalle laadittiin yksilöllinen ja hänen tarpeensa huomioiva kuntoutussuunnitelma. Henkilöstön palautteissa kuitenkin todetaan, että pienryhmiä varten olisi ollut tarvetta laatia vielä yksilöllisemmät suunnitelmat. Muistisairaiden osallistumisessa oli havaittavissa oma-aloitteisuuden puutetta. Muistisairaat eivät ymmärtäneet aktiivisuuden tarvetta ja osittain he myös vastustivat osallistumista. Hoitajat ohjasivat ryhmiä ja aktiviteetteja kuitenkin omasta ammatillisuudestaan käsin houkutellen asiakkaita erilaisiin toimintoihin.

Kyselyyn vastanneista henkilökunnan edustajista kuusi oli sitä mieltä, että hanke auttoi juurruttamaan käytäntöön hankkeessa laadittua viikko-ohjelmaa. Hankkeen keskeisimpiä hyviä kokemuksia olikin säännöllisten asumusyksikön hoitohenkilökunnan toteuttamien viikko-ohjelmien juurruttaminen pysyvästi yksikön toimintoihin. Aikaisemmin toiminta ei ollut ollut samassa määrin suunnitelmallista ja tavoitteellista kuin hankkeen aikana ja sen jälkeen. Yhteistyö päiväkeskuksen kanssa koettiin myös hedelmälliseksi, sillä erityisesti paremmassa kunnossa olevien intervalliasiakkaiden kanssa voidaan jatkossakin ajatella vastaavan päiväkeskustoiminnan toteuttamista tuettaessa asiakkaan kokonaisvaltaista kuntoutusta.

Henkilöstön esittämät kuntouttavaa intervellihoitoa koskevat kehittämisehdotukset liittyivät toiveisiin pienemmästä, kodikkaammasta ja vain intervalliasiakkaille tarkoitetusta yksiköstä. Oma yksikkö mahdollistaisi yksilöllisemmän hoidon ja oman näköisen elämän myös intervallijakson aikana.

Henkilöstö koki hankkeen aikana toteutetut RaiScreenerien, harrastekyselyiden, testausten sekä haastattelujen toteutukset positiivisina uudistuksina. Nämä auttoivat luomaan lämpimän ja läheisen suhteen intervalliasiakkaiden omaisiin. Lisäksi henkilöstö koki saavansa paljon arvokasta tietoa intervalliasiakkaiden elämästä ja historiasta niiden avulla. Omaishoitajat kokivat saaneensa paljon henkistä tukea tapaamisten ja keskustelujen yhteydessä.

Tulevaisuudessa asumisyksikössä on tarkoitus hyödyntää hankkeesta saatua informaatiota ja jatkaa edelleen toiminnan kehittämistä asiakas- ja omaistyytyväisyyttä silmällä pitäen. Tavoitteena on laatia kuntoutussuunnitelmat kaikille intervalliasiakkaille. Näin Intervallijakso ei ole enää vain omaishoitajan loma, vaan sen merkitys korostuu myös psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen kuntoutuksen toteuttajana ja sitä kautta elämänlaadun ja kotona selviytymisen tukijana. Arvokkaana informaationa havaittiin, että niin omaishoitajien kuin sitä kohti menevien omaisten olisi tulevaisuudessa hyvä saada enemmän tukea kotiin (mm.

kotiavustajan palvelut) omaishoitajan lähtiessä omiin harrastuksiin tai esimerkiksi lääkärikäynneille. Hankkeessa havaittiin selkeä tarve myös kunnan fysioterapeutin kotikäynneille ja asiakkaan kotikuntoutussuunnitelman laatimiselle ja kotona tapahtuvalle kuntoutukselle, ohjaukselle ja seurannalle. Omaishoitajat ovat jo melko väsyneitä yksin toteutettavaan, suunnitelmalliseen ja toimintakykyä riittävästi ylläpitävään, saati toimintakykyä kohentavaan kuntoutukseen. Näitä näkökulmia huomioiden palveluja ja toimintaa tullaan tulevaisuudessa kehittämään Sipoossa.

Sipoon mittaustulokset

Sipoon osalta hankkeessa oli käytössä seuraavat mittarit: SPPB (päiväkeskuksen toiminnanohjaaja/kotihoidon fysioterapeutti), EuroHIS8 -elämänlaatumittari, VAS, RaiScreener sekä GAS. Mittaukset toteutettiin pääosin asumisyksikön henkilöstön toimesta ja niihin osallistui myös omainen, lukuun ottamatta SPPB testiä.

Hankkeen alkumittausten ja loppumittausten välillä oli selkeästi havaittavissa muutamilla osallistuneilla muistisairauden etenemistä, joka näkyi niin fyysisellä, psyykkisellä kuin sosiaalisella tasolla. Tämän havainnon vahvistivat myös omaiset. Muistisairauden eteneminen tapahtui siis aktiivisesta kuntoutuksesta huolimatta. Sipoossa pilottiin osallistui seitsemän henkilöä, joista kuusi suoritti pilotin loppuun. RAI:n osalta tulokset pysyivät keskimäärin joko samoina tai heikkenivät. SPPB:n osalta tulokset heikkenivät. VAS:n osalta kivun tuntemus pysyi keskimäärin samana. EuroHIS-8-mittarin perusteella tuntemus elämänlaadusta parani kuitenkin keskimäärin 7 %.

Myös Sipoon pilottiin osallistuneet asiakkaat käyttivät aktiivisuusranneketta. Muistisairaiden asiakkaiden kohdalla rannekkeen käyttö osoittautui hieman haastavaksi, sillä osa ei ymmärtänyt, miksi heillä oli ranneke kädessään ja jotkut halusivat ottaa sen pois. Lisäksi Sipoossa ei pidetty ranneketta kädessä koko pilottijakson ajan, vaan pääasiassa intervallijakson aikana sekä vaihtelevasti kotioloissa. Tämän vuoksi pilotin ajalta aktiivisuusrannekkeen tuottamia havaintoja on melko vähän.

Keskimäärin Sipoossa pilottiin osallistuneet asiakkaat liikkuivat noin 700 askelta päivässä niinä päivinä, kun heillä oli aktiivisuusranneke kädessään. Kaksi asiakasta liikkui keskimäärin yli 1 000 askelta, kaksi noin 800 ja loput kolme joitakin satoja askeleita. Tulokset kuvaavat Sipoon pilottiin osallistuneiden asiakkaiden kohtuullisen heikkoa fyysistä toimintakykyä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Asiakaslähtöisten palveluiden kehittäminen

Hankkeessa tarjottiin ikääntyneille osallistumismahdollisuus omien tarpeidensa ja tarvitsemiensa sosiaali- ja terveyspalvelujen määrittelyyn sekä palvelujen laadun kehittämiseen. Hanke edisti myös eri toimijoiden kuten ikääntyneiden, sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten, yleishyödyllisen organisaation sekä palvelun tuottajan välistä kommunikaatiota ja yhteistyötä ikääntyneiden palvelujen laadun ja tehokkuuden parantamiseksi.

Aktiivinen ikääntyminen mahdollistaa omien voimavarojen hyödyntämisen ja yhteiskuntaelämään osallistumisen koko elämän ajan. Yhteiskuntaelämään osallistuminen merkitsee myös mahdollisuuksia osallistua palvelujen kehittämiseen. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyshuollossa merkitsee jokaisen asiakkaan kohtaamista arvokkaana yksilönä. Palveluita ei järjestetä organisaatiota varten, vaan niiden toteutuksessa tulee huomioida myös asiakkaan tarpeet, jotta kokonaisuudesta saadaan mahdollisimman toimiva. Asiakaslähtöisyys edellyttää vuoropuhelua palvelun tarjoajan ja asiakkaan välillä, jotta asiakkaan palvelutarpeet voidaan tyydyttää olemassa olevien palvelumahdollisuuksien kannalta parhaalla mahdollisella tavalla.

Ikäihmisten kuntoutuspalveluja kehitettäessä hankkeen lähtökohtana oli ymmärrys siitä, millaisia palvelutarpeita ikääntyneillä itsellään oli. Lisäksi ikääntymisen myötä tapahtuvat toimintakyvyn muutokset vaikuttavat ratkaisevasti kuntoutuspalvelujen tarpeeseen. Hankkeeseen osallistuneet Ikääntyneet eivät muodostaneet yhtenäistä käyttäjäryhmää, vaan he olivat toimintakyvyltään ja taustoiltaan hyvin erilaisia. Toimintaympäristön erot, kuten mahdollisuudet käyttää tieto- ja viestintäteknologiaa sekä asuinympäristön esteettömyys, vaikuttivat omalta osaltaan palvelutarpeeseen.

Älykkäiden ja interaktiivisten sekä vaikuttavien kuntoutuksen palvelumallien kehittäminen edellyttää loppukäyttäjien aktiivista osallistumista kehittämisprosessiin. Viisaus vanhuuden kodissa -hankkeessa asiakaslähtöisyys merkitsi ikääntyneiden osallistumista heitä koskevien palveluiden määrittelyyn sekä palvelujen laadun kehittämiseen ja arviointiin. Ikääntyneiden osallistumista hankesuunnitteluun voidaan tarkastella myös heidän lähtökohdistaan. Tällöin kyseessä on promotiivinen toiminta, joka omalta osaltaan lisää aktiivisuutta ja kasvattaa ”toimintakykyvarantoa”.

Hankkeessa tietoa tuotettiin sekä työpajoissa että asiakasraadeissa. Lisäksi tiedontuotannon apuna olivat tutkimukselliset menetelmät kuten haastattelut. Hankkeessa kehittämistoiminta ja tutkimuksellisuus yhdistyivät tavalla, jossa pääpaino oli kehittämistoiminnassa, mutta sen ohella hankkeessa hyödynnettiin lisäksi tutkimuksellisia periaatteita ja menetelmiä. Tutkimuksellisen osuuden tarkoituksena oli yhteiskunnallisesti ja eettisesti kestävällä pohjalla olevan toimintamallin kehittäminen, joka pohjautui iäkkäiden tarpeista lähtevälle yhteistoiminnalliselle kehittämiselle.

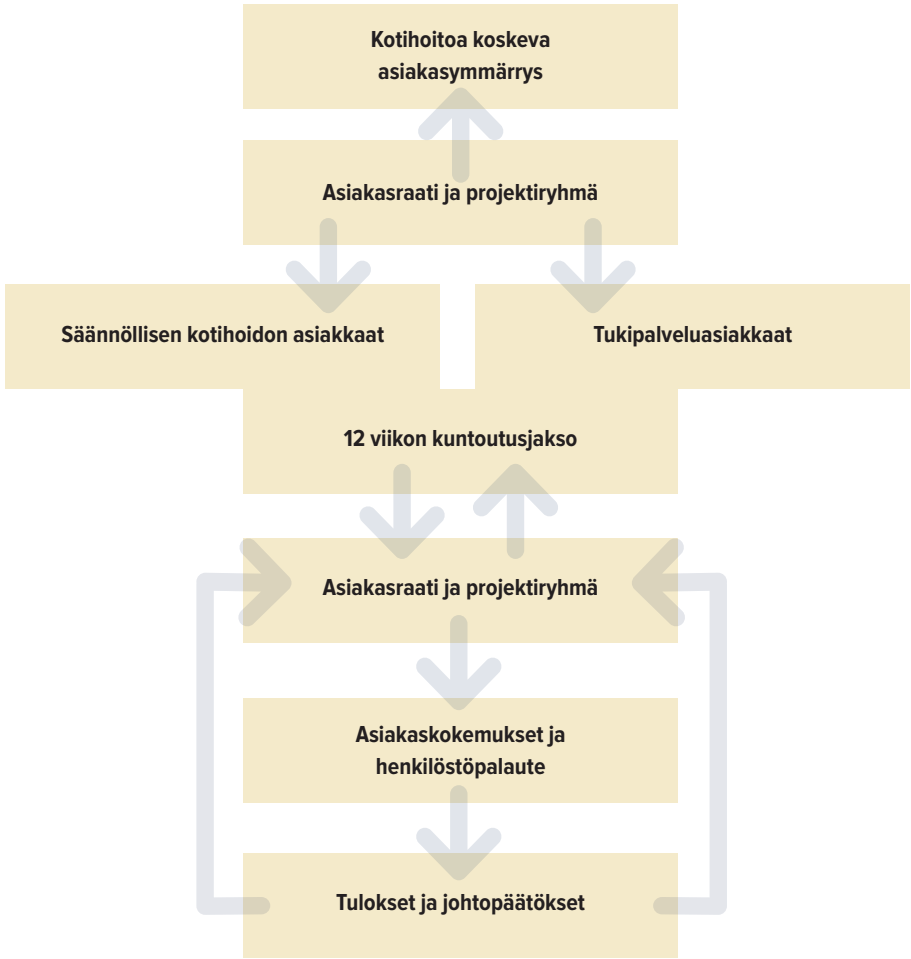
Kehittämishankkeessa hyödynnettiin toimintatutkimuksellista strategiaa, jossa intressinä olivat asiakaslähtöisyys ja innovatiivinen kuntoutuspalvelujen kehittäminen. Lähtökohtana oli toimijoiden ja ikääntyneiden välinen tasa-arvoinen suhde, joka toteutuakseen edellytti tasavertaista dialogia hankeprosessin ajan. Dialogi ei syntynyt itsestään, vaan tarvittiin olosuhteiden rakentamista, jotka mahdollistivat dialogin syntymisen toimijoiden välille. Hanketoimijoiden ja ikääntyneiden välisen dialogin avulla hankkeessa ideoitiin toimintakykyä ylläpitäviä kuntoutuspalveluita. Kehittäminen ei tapahtunut tyhjiössä, vaan siihen liittyi yhteinen ongelmanratkaisu, jossa kaikkien osallisten kesken rakennettiin yhteistä ymmärrystä kehitettävistä palveluista. Kehittämistyön ohella prosessi tuotti myös uudenlaista osaamista sekä yksilöille että organisaatioille. Haasteena, mutta myös mahdollisuutena, oli hankkeen monitoimijaisuus. Viisaus vanhuuden kodissa -hankkeessa tämä merkitsi yksityisen palveluntuottajan, kunnallisen organisaation, yleishyödyllisen säätiön ja ikääntyneiden yhteistoiminnallista kehittämistä.

Asiakaslähtöisessä kehittämisessä on tärkeää määritellä asiakkaiden rooli. Tässä hankkeessa ikääntyneet tuottivat asiakasraadeissa kehittämisprosessiin tietoa omista tarpeistaan, kun taas Helsingin ja Sipoon edustajat toivat prosessiin tietonsa palvelujärjestelmästä ja osallistuivat kuntoutuskonseptin suunnitteluun. Osallistuvassa suunnittelussa yhdistettiin palvelun käyttäjien, Helsingin ja Sipoon edustajien sekä hanketoimijoiden tietämys. Sen ohella, että asiakkaat osallistuivat asiakasraateihin, olisi heidän edustajiaan voinut ottaa mukaan myös projekti- tai ohjausryhmään. Näin asiakasosallisuus olisi toteutunut kaikilla hankkeen tasoilla.

Jo hankkeen suunnitteluvaiheessa tiedostettiin säännöllisen kotihoidon asiakkaiden osalta heidän liikkumiseensa liittyvät esteet. Siirtyminen yksin kotoa Wihelmiinaan ei monelle heistä ollut mahdollista, vaan he olisivat tarvinneet saattajan apua. Tästä muodostui este osalle ikääntyneistä ja sulki heidät pois Wilhelmiinan ryhmistä. Joillekin asiakkaille vapaaehtoisten tarjoama saattoapu mahdollisti liikkumisen kodin ulkopuolella. Liikkumiseen liittyvät ongelmat olivat seikka, jolle hankkeen aikana ei löytynyt toimivaa ratkaisua. Hankkeen kokemusten perusteella keskeiseksi tulevaisuuden kehityskohteeksi ikääntyneiden palveluissa nousi ns. ”kävelykamujen” saatavuus. Saattopalvelut ovat usein vapaaehtoisten organisoimaa toimintaa, minkä johdosta palvelun saatavuus on täysin riippuvainen tarjolla olevien vapaaehtoisten saatavuudesta.

Ohessa on havainnollistettu hankkeen tuloksena syntynyt asiakasta osallistavan ja toimintakykyä ylläpitävän toimintamallin kuvaus.

Kuvio 11. Kotikuntoutuksen kehittämisprosessi



7.2 Vaikuttavuuden arviointi

Hankkeessa pilotin vaikutuksia haluttiin arvioida mahdollisimman laajan mittariston avulla, joten arvioinnin tueksi valikoitui niin kognitiota, päivittäisiä toimintoja, hoidon ja palveluntarvetta kuin myös fyysistä toimintakykyä, elämänlaatua ja kipua kuvaavia mittareita. Arjessa selviytymisten arviointimittareiksi valittiin soveltuvimmiksi katsotut RAI:n mittarit CPS, ADHL, MAPLe_5 ja ADL_28 Fyysistä toimintakykyä arvioitiin SPPB-testistön avulla ja elämänlaatua EuroHIS-8-mittarin avulla. VAS-kipumittaria käytettiin koetun kivun arvioimiseksi.

Pilotin vaikutuksia asiakkaiden toimintakykyyn arvioitiin näiden mittareiden osalta tehtyjen alku- ja loppumittausten yhteydessä. Lisäksi arvioinnissa hyödynnettiin aktiivisuusrannekkeiden avulla kerättyä dataa asiakkaiden päivittäisestä aktiivisuudesta pari viikkoa ennen ja jälkeen sekä 12 viikon varsinaisen pilottijakson aikana. Numeerisen tiedon lisäksi arvioinnin tueksi koottiin laadullista tietoa asiakas- ja henkilöstöpalautteiden avulla. Lopuksi tuloksia käytiin läpi sekä projekti- että ohjausryhmässä.

RAI:n mittarit CPS (Cognitive Performance Scale, kognitio), ADLH (Activities of Daily Living, päivittäiset toiminnot) MAPLe_5 (Method for Assigning Priority Levels, hoidon ja palveluntarve) sekä ADL_28 (Activities of Daily Living, päivittäiset toiminnot, pitkä asteikko) soveltuivat sinänsä melko hyvin hankkeeseen kuvaamaan arjessa selviytymistä. Yleisesti ottaen voidaan kuitenkin todeta, että 12 viikkoa on melko lyhyt aika siihen, että RAI:n mittaristossa tapahtuisi merkittäviä muutoksia.

SPPB vaikutti hyvin soveltuvalta hankkeeseen. Se on helppo ja luotettava toteutettavaksi myös kotioloissa. Erityisesti Wilhelmiinan ryhmissä käyneille asiakkaille kyseinen mittaristo soveltui hyvin, sillä kuntoutusryhmien toiminta kehitti juuri SPPB:n mittaamia ominaisuuksia kuten tasapainoa ja lihasvoimaa.

EuroHIS-8 koettiin mittarina asiakaspalautteiden perusteella jossain määrin haastavana sen sisältämän subjektiivisuuden vuoksi, mutta tämä todennäköisesti pätee useimpiin kyselyinä toteutettuihin mittareihin. Jotkut asiakkaat kokivat kysymykset vaikeina ja tuloksista voi olla havaittavissa, että ikääntyneillä on taipumusta vähätellä murheitaan, mikäli elämänlaatumittauksen tuloksia vertaa fyysisen toimintakyvyn tai kivun mittarin antamiin tuloksiin. Elämänlaadussa tapahtuneet muutokset olivat samansuuntaisia fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuneiden muutosten kanssa, mikä indikoi fyysisen toimintakyvyn ja koetun elämänlaadun yhteydestä. Lisäksi elämänlaatua on voinut parantaa Wilhelmiinan ryhmätoimintaan osallistuneilla vertaistuen ja uusien ystävyyssuhteiden saanti.

VAS-kipumittari toi hyvän lisän hankkeessa käytettyyn mittaristoon. Mittarin hyödyllisyyttä verottaa hieman alku- ja loppumittausten vertailukelpoisuuden heikkous. Mittari kuvaa osallistujien subjektiivista kipuarviota pilotin alussa ja lopussa. Mittari kertoo muutoksesta, vaikka kivunlähde saattaa olla eri mittauksen alussa ja lopussa. Kivun tuntemus on kuitenkin selkeä elämänlaatuun ja toimintakykyyn vaikuttava tekijä ja sen vuoksi relevantti mittari kivun lähteestä riippumatta. Fyysisen toimintakyvyn ja erityisesti lihasvoiman paranemisella voidaan myös vähentää useiden ikääntyneille tyypillistä nivelkipujen, kuten polvi- tai selkäsärkyjen tuntemuksia niveliä ympäröivien lihasten voimistuessa. Tämän vuoksi on järkevää pyrkiä mittaamaan ikääntyneiden kokemaa kipua.

Yleisesti ottaen mittarien valinta hankkeessa voidaan katsoa onnistuneeksi. Mittareiden määrä oli sopiva ja ne kattoivat halutut osa-alueet (arjessa selviytyminen, fyysinen toimintakyky, elämänlaatu ja koettu kipu) hyvin.

7.3 Aktiivisuusrannekkeiden soveltuvuus

Hankkeessa käytetyt aktiivisuusrannekkeet toivat mielenkiintoisen lisän toimintakyvyn tason ja kehityksen seurantaan ikääntyneillä. Ne tuottivat kohtuullisen luotettavaa tietoa arkiaktiivisuudesta erityisesti niiden ikääntyneiden kohdalla, jotka eivät käyttäneet rollaattoria. Rollaattorilla liikkuneiden asiakkaiden kohdalla aktiivisuus tuli aliarvioiduksi, sillä laitteen teknologia perustuu rannekkeessa eli tässä tapauksessa ranteessa olevaan liiketunnistimeen. Vastaava ilmiö todettiin myös, kun hanketyöntekijä pyöräili ja huomasi, että aktiivisuutta ei kerry. Tämä on tärkeä tieto laitevalmistajille, koska useat ikääntyneet käyttävät liikkumiseen rollaattoria. Mikäli aktiivisuusmittareita halutaan kehittää ikääntyneiden tarpeisiin sopiviksi, ei ranteessa oleva liiketunnistin ole paras mahdollinen vaihtoehto.

Hankkeessa pohdittiin myös rannekkeen kiinnittämistä nilkkaan. Tätä ei kuitenkaan koettu järkeväksi vaihtoehdoksi. Useimmat ikääntyneet tarvitsivat apua rannekkeen kiinnittämiseen ja erityisesti irrottamiseen. He olisivat siten tarvinneet kotihoidon apua aina, kun ranneke olisi kiinnitetty nilkkaan ja se olisi toki täytynyt irrottaa ja kiinnittää päivittäin pukemisen ja kenkien laiton ajaksi. Ranneke olisi myös ollut monelle liian pieni nilkkaan laitettavaksi, vaikka ranneketta oli tarjolla kahta kokoa. Teoriassa rannekkeen olisi voinut kiinnittää esim. vaatteeseen, mutta riskinä tässä vaihtoehdossa oli, että se olisi unohtunut vaatteita vaihdettaessa. Edellä kuvatuista syistä päädyttiin käyttämään ranneketta normaalisti ranteessa ja hyväksymään se, että rollaattorilla kulkevilla asiakkailla aktiivisuus tuli jonkin verran aliarvioiduksi.

Aktiivisuusrannekkeet on suunniteltu perusterveen aktiiviväestön käyttöön ja niiden käyttäjien suositellaan liikkuvan vähintään 10 000 askelta päivässä. Tähän perustuen rannekkeeseen oli ohjelmoitu punainen viiva, joka kasvoi, jos oleskeli liian pitkään paikallaan ja pieneni, jos kompensoi sitä liikkumalla suhteellisen pienen matkan. Viivan kasvaminen ja pieneneminen oli kuitenkin suhteutettu muiden kuin ikäihmisten aktiivisuustasoon, jonka vuoksi vähäisesti liikkuvan ikääntyvän oli haastavaa saada punaista viivaa katoamaan. Rollaattoria käyttävien oli erittäin epätodennäköistä tai jopa mahdotonta saada punainen viiva poistumaan. Tämä oli joillekin pilottiin osallistuneille asiakkaille erittäin epämotivoivaa, sillä he kokivat, että vaikka he kuinka yrittivät liikkua, ei punainen viiva kadonnut. Toiset myös ajattelivat, että koska punainen viiva ei pienentynyt, askeleita ei kertynyt lainkaan. Teknologiavalmistajien kannattaakin huomioida nämä tarpeet kehittäessään ratkaisuja ikääntyneille.

Positiivista rannekkeessa asiakkaan näkökulmasta oli se, että ranneke ei käytännössä vaatinut mitään toimenpiteitä käyttäjältä. Tämä oli myös vaatimus rannekkeen valinnalle, sillä haluttiin välttää riski aktiivisuusdatan menettämiselle, jos ranneke olisi vaatinut käyttäjältään erityisiä toimenpiteitä pilotin aikana. Moni pilottiasiakkaista koki näytön liian pieneksi ja tummaksi, eivätkä he saaneet selvää sen lukemista. Yhtenä kehitysehdotuksena onkin valaistu näyttö, vaikkakin valaistuksen puuttuminen lienee pitkän akunkeston taustalla.

Vaikka ranneketta oli helppo käyttää, ei se ollut sitä hanketyöntekijöille. Aktiivisuusdata tuli synkronoida tietokoneelle vähintään 4-6 viikon välein, jotta rannekkeen keräämät tiedot eivät häviäisi. Synkronointi onnistui kohtuullisen jouhevasti Wilhelmiinan ryhmissä käyneillä asiakkailla, sillä se voitiin tehdä Wilhelmiinassa käynnin yhteydessä. Kotihoidon asiakkaiden osalta hanketyöntekijän tuli sen sijaan kiertää erikseen synkronoimassa rannekkeet. Synkronoinnissa oli jonkin verran myös teknisiä ongelmia. Tukipalveluasiakkaiden kohdalla taas synkronointi saattoi viivästyä, mikäli asiakas sairastui eikä päässyt tulemaan Wilhelmiinaan. Rannekkeiden yleisen hallinnoinnin ja tulosten analysoinnin kannalta oli myös haasteellista, että jokaiselle rannekkeelle tuli luoda oma tunnuksensa ja kirjautua erikseen Garminin web-pohjaiseen järjestelmään, jonka kautta tuloksia pystyi tarkastelemaan vain yksi käyttäjä ja ranneke kerrallaan.

Rannekedata oli mahdollista ladata web-pohjaisesta sovelluksesta exceliin ainoastaan asiakas ja viikko kerrallaan, mikä teki datan analysoinnista työlästä, sillä ne piti manuaalisesti yhdistää yhdeksi tietokannaksi. Kehitysehdotuksena on mahdollisuus hallinnoida useampia laitteita yhden käyttöliittymän ja käyttäjätunnusten kautta. Lisäksi synkronointiväli olisi hyvä saada pidemmäksi, varsinkin kotihoidon asiakkaiden kohdalla. Synkronoinnin vaivalloisuus ja markkinoilla olevat aktiivisuusrannekkeet huomioiden Garminin aktiivisuusrannekkeen oikeaa valintaa tuki kuitenkin sen paristokäyttöisyys. Ladattava laite olisi tarkoittanut lisää haasteita pilotin toteutukselle.

7.4 Hankkeen asiakassegmenttien soveltuvuus

Tukipalveluiden asiakkaat ja säännöllisen kotihoidon asiakkaat ovat ne keskeiset kohderyhmät, joihin kuntoutuksen resursseja on järkevää kohdentaa tulevaisuudessa. Tukipalveluiden asiakkailla toimintakyvyn paraneminen voi välttää tai ainakin siirtää tarvetta säännöllisen kotihoidon palveluille. Säännöllisen kotihoidon asiakkailla toimintakyvyn paraneminen näkyy kotihoidon palveluiden tarpeen vähenemisenä sekä ympärivuorokautiseen hoivaan siirtymisen viivästymisenä. Toimintakyvyn ylläpitäminen on keskeinen edellytys sille, että ikääntynyt kykenee elämään hyvää elämää omassa kodissaan mahdollisimman pitkään.

Pilotin kokemusten perusteella ikääntyneet hyötyivät eniten kodin ulkopuolella tapahtuvasta kuntoutuksesta myös sen sosiaalisten vaikutusten vuoksi. Tukipalveluasiakkaiden fyysisessä toimintakyvyssä ja elämänlaadussa tapahtuneisiin positiivisiin muutoksiin vaikuttanut keskeinen tekijä oli ryhmämuotoiseen kuntoutukseen osallistuminen. Hankkeessa paras vaikuttavuus saavutettiin juuri tukipalveluasiakkaiden kohdalla, joten tähän kuntoutusmalliin mukaan valikoitunut pääosin tukipalveluiden asiakkaista rakentunut asiakassegmentti oli erityisen soveltuva. He ovat yksi keskeinen ryhmä, jolla on selkeä riski siirtyä säännöllisen kotihoidon sekä raskaampien palvelujen asiakkaiksi lähitulevaisuudessa.

Hankkeen tulosten perusteella voidaan todeta, että myös heikommassa kunnossa olevat ikääntyneet hyötyvät kotona tapahtuvista kuntoutusharjoitteista, mikäli heidän kuntonsa ei salli kodin ulkopuoliseen kuntoutukseen osallistumista. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista moni ei itsenäisesti kykene siirtymään kotoaan kuntoutusyksikköön. Kotona kuntoutuminen edellyttää kuitenkin ammattilaisen tekemää suunnittelua ja asiakkaan ja kotihoidon työntekijöiden ohjausta sekä kuntouttavan hoitotyön juurtumista osaksi kotihoidon päivittäistä työtä. Virtuaalilaitteiden avustuksella toteutettava etäkuntoutus nähdään potentiaalisena kotikuntoutusta täydentävänä ratkaisuna.

Kuntouttavaan hoitotyöhön liittyy merkittävää kuntoutumista tukevaa potentiaalia, joka odottaa vain hyödyntämistään. Sen juurtuminen edellyttää kuitenkin vielä paljon koulutusta ja jalkatyötä valtaosassa kunnista. Juurtumisen varmistamiseksi henkilöstö tarvitsee koulutusta erityisesti kuntouttavan hoitotyön konkreettisista hyödyistä ja mahdollisuuksista, jotta he voivat soveltaa niitä omassa työssään kohtaamiinsa erilaisiin asiakastarpeisiin.

Sipoossa pilottiin osallistuneet asiakkaat olivat pääasiassa muistisairaita omaishoidon intervallijaksojen asiakkaita. Muistisairaiden voidaan jälkeenpäin arvioituna todeta olevan haastava kohderyhmä erityisesti kotikuntoutuksen näkökulmasta. Asiakkaat eivät aina välttämättä kunnolla ymmärtäneet, mihin he osallistuivat ja miksi heidän kannattaisi toteuttaa heille laadittua kuntoutusohjelmaa. Tämä asetti haasteita myös rannekkeiden käytölle, jotka osa koki hyvinkin uhkaavina seurantalaitteina. Jatkossa vastaavissa hankkeissa kannattaakin huomioida, että muistisairaat ovat asiakassegmenttinä vaativat erityistä resursointia ja paneutumista. Toisaalta jo nyt suuri osa ja tulevaisuudessa yhä suurempi osa myös kotihoidon asiakkaista on muistisairaita, jolloin tätä ryhmää ei tule unohtaa, vaan päinvastoin kehittää uusia keinoja juuri heidän toimintakykynsä ylläpitämiseksi.

7.5 Hankkeen tulosten juurruttaminen

Hanke lisäsi mukana olevien toimijoiden ymmärrystä kuntoutuspalveluiden tarpeesta ja mahdollisuuksista sekä tuotti tietoa ja osaamista palveluiden edelleen kehittämiseksi. Väestö ikääntyy ja tarve kuntoutuspalveluille kasvaa. Ikääntyneet ovat aiempaa valmiimpia investoimaan itseensä. Tämä ei kuitenkaan riitä ratkaisemaan suurinta haastetta. Ikääntyvien määrän ja siten palveluiden kysynnän kasvaessa myös julkisen palvelujärjestelmän tulee uudistua. Tätä tavoittelee käynnissä oleva sote-uudistus, jonka keskiössä tulee varmastikin olemaan myös kuntoutus.

Hankkeen tulosten juurtuminen osaksi ikääntyneiden palveluita vaatii toimia kaikkia palveluita tilaavilta ja tuottavilta toimijoilta johdosta ammattilaisiin. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiriä (Eksote) käytetään usein ikääntyneiden kuntoutuspalveluiden edelläkävijänä. Edelläkävijyys ei kuitenkaan ole syntynyt yhdessä yössä, vaan se on vaatinut paljon panostusta ja useamman vuoden jalkatyötä kentällä. Vanhuspalveluiden henkilöstön kouluttaminen kuntouttavaan hoitotyöhön on kannattava investointi, sillä kuntoutuksen asiantuntijoiden, kuten fysio- ja toimintaterapeuttien lisääminen ei yksin riitä vastaamaan tulevaisuuden tarpeisiin.

Helsingissä toteutettujen henkilöstökyselyiden tuloksena voidaan todeta, että hanke on Helsingin tavoitteiden mukaisesti tukenut osaltaan kaupungin liikkumissopimuksen juurtumista ja virtuaalihoivan käyttöönottoa. Sipoossa konkreettisena tuloksena oli intervallijaksojen muuttuminen kuntouttavammiksi ja hoitohenkilökunnan toteuttamien viikko-ohjelmien juurtuminen osaksi yksikön toimintaa. Myös yhteistyö päiväkeskusten kanssa tiivistyi. Intervalliasiakkaiden elämäntarinan kartoittaminen lisäsi ymmärrystä asiakkaista ja auttoi luomaan läheisemmän suhteen omaisiin.

Suomi on ikääntymisen kärkimaita. Yhdessä opetuksen ja tutkimuksen sekä teknologisen kehityksen kanssa tämä luo uusia mahdollisuuksia rakentaa Suomeen vahvaa ikääntymiseen ja asumiseen liittyvää osaamista, palveluita ja palvelukonsepteja. Näin voidaan myös kasvattaa palveluvientiä. Wellbeing Finland Oy:n (WBF) tehtävänä hankkeessa oli kehittää kansainvälisille markkinoille soveltuva palvelukonsepti, joka pohjautuu toimintakyvyn edistämiseen ja ylläpitoon. WBF on hankkeen oppeihin ja tuloksiin peilaten laatinut suunnitelmia, miten kuntoutus on mahdollista liittää osaksi palvelukonseptia ja toimintaympäristöä pyrittäessä lisäämään hyvinvointipalvelujen kansainvälistymistä ja palveluvientiä.

Fira Oy:n mukana olo Energizing Urban Ecosystems – Business in Built Environment (EUE/BBE) -hankkeensa puitteissa toi hankkeeseen näkökulmia esteettömän ja innovatiivisen kaupunkirakentamisen näkökulmasta. EUE-hankkeessaan Fira teki kansainvälisen benchmarking-tutkimuksen selvittääkseen erilaisia toteutustapoja palveluiden integroinnissa asuinympäristöön. Näihin liittyi erityisesti isännöinnin rooli älykkäässä asumisessa, jossa palvelujen integrointi asuinympäristöön on viety normaalia pidemmälle. Hankkeen kokemusten näkökulmasta kuntoutuspalveluilla tulee olemaan merkittävä rooli ikääntyneille kehitettävissä integroiduissa toimintamalleissa ja uudenlaisissa esteettömissä asumisratkaisuissa tulevaisuudessa.

LÄHTEET

Anderson, R., Baxter, L., Cissna, K. N. (2004) Dialogue. Theorizing Difference in Communication Studies. London: Sage Publications.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P., Suokas, M. (2011) Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Tekes, Tekesin katsaus 281/ 2011.

Nieminen, A. (2014) Kokemustiedon määritelmä ja muodot – kohti uutta kokemuksen politiikkaa? Teoksessa Nieminen A., Tarkiainen A., Vuorio E. (toim.) Kokemustieto, hyvinvointi ja paikallisuus. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 177, 14-30.

Rantanen, T. (2013) Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämisessä. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J., Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim.

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö [verkkojulkaisu].
ISSN=2341-8699. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 11.4.2016].
Saantitapa: http://www.stat.fi/til/sutivi/index.html

Toikko, T. ja Rantanen, T. (2009) Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.

WeDO Ikäihmisille suunnattujen palvelujen eurooppalainen laadunkehittämisohjelma. Hoitoa, hoivaa ja apua tarvitsevien ikäihmisten hyvinvointiin ja arvokkuuteen liittyvät periaatteet ja suuntaviivat.

Wenger, E. (1998) Communities of Practice. Learning, Meaning and Identity. New York: Cambridge University Press.

Vilkka, H. (2015) Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Toimija-tietokanta, THL. [viitattu: 20.4.2016] http://www.thl.fi/toimia/tietokanta