



# Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 112

KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2010

*Katariina Hinkka ja Sirkka-Liisa Karppi, toim.*

## ***IKÄ-kuntoutus***

*Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus*

### **Kirjoittajat**

Tuula Aaltonen, VTM, tutkija  
Rainer Grönlund, VTL, vastaava tutkija  
Katariina Hinkka, LT, dosentti, tutkijalääkäri  
Sirkka-Liisa Karppi, LitM, erikoistutkija  
Sari Kehusmaa, VTM, tutkija  
Kirsi Ollonqvist, VTM, tutkija  
Pauli Puukka, FM, pääsuunnittelija  
Ulla Salmelainen, KT, tutkija  
Marjo Wallin, TtT, tutkija

### **Kirjoittajien lisäksi hankkeen projektiryhmään ovat kuuluneet**

Leena Poikkeus, suunnittelija  
Timo Pohjolainen, ylilääkäri  
Taina Rantanen, professori  
Reijo Tilvis, professori  
Mariitta Vaara, tutkija  
Helena Valvanne-Tommila, erityisasiantuntija  
Eija Viholainen, tutkimussihteeri

### **Hankkeen ohjausryhmä**

Ilona Autti-Rämö, dosentti  
Jukka-Pekka Halonen, dosentti  
Tiina Huusko, kuntoutuspäällikkö  
Timo Klaukka, tutkimusprofessori  
Jouko Lind, dosentti  
Paavo Rissanen, asiantuntijalääkäri  
Reijo Tilvis, professori  
Sirkka-Liisa Karhunen, erityisasiantuntija

Sarjan julkaisut on hyväksytty  
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

Graafinen suunnittelu: Pekka Loiri

ISBN 978-951-669-842-0 (nid.)

978-951-669-843-7 (pdf)

ISSN 1238-5050

Vammalan Kirjapaino Oy  
Sastamala 2010

## Tiivistelmä

Hinkka K, Karppi S-L, toim. **IKÄ-kuntoutus. Heikkokuntoisten ikäihmisten verkostomallisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikuttavuus.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 112, 2010. 76 s. ISBN 978-951-669-842-0 (nid.), ISBN 978-951-669-843-7 (pdf).

Verkostomallisen geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuutta, kuntoutuksen toteuttamista ja kustannusvaikuttavuutta tutkittiin satunnaistetussa kokeellisessa tutkimuksessa (IKÄ-hanke). Siihen osallistui 741 Kelan eläkkeensaajien hoitotuen saajaa, joiden kotona selviytyminen oli uhattuna toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi. Alkututkimuksen jälkeen tutkittavat satunnaistettiin kuntoutus- ja verrokkiryhmään. Kuntoutujat osallistuivat kahdeksan kuukauden aikana kolmijaksoiselle kuntoutuskurssille. Vuoden kuluttua alkututkimuksesta tehtiin seurantatutkimus ja siitä puolen vuoden kuluttua seurantakysely. Molempien ryhmien asumista ja palvelujen käyttöä seurattiin viisi vuotta. Lähtötilanteessa kuntoutujat ja verrokkit eivät eronneet toisistaan. Naisten (86 %) keski-ikä oli 79 ja miesten 75 vuotta. Tutkittavien fyysinen suorituskyky oli heikko. Masentuneisuutta oli 17 %:lla, ja henkinen suorituskyky oli heikentynyt 30 %:lla. Vuoden seurannassa kuntoutujien toimintakyky oli kohentunut tai heikentyi vähemmän kuin verrokkien. Kuntoutujien tuki- ja kotipalvelujen käyttö lisääntyivät, mutta heidän sosiaalipalvelujensa, erityisesti asumisensa, kustannukset olivat kuntoutuksen jälkeen verrokkeja pienemmät, koska he käyttivät kevyempiä palvelumuotoja. Kuntoutujat olivat tyytyväisiä kuntoutukseen ja kokivat hyötynensä siitä. Viiden vuoden seurannassa asumismuodon muutokset eivät poikenneet merkittävästi toisistaan. Laadullisilla osahankkeilla syvennettiin kuntoutusprosessien analysointia. Kuntoutuksen toteuttaminen ei kaikin osin tukenut ikäihmisten kuntoutumista, ja se osoittautui liikunta- ja fysioterapiapainotteiseksi. Ihmisen toimintakyky ja tilanne tulisi olla onnistuneen kuntoutuksen lähtökohtana, ja kuntoutus tulisi suunnitella ja toteuttaa hänen tarpeistaan lähtien. Hyvä tiedonkulku ja yhteistyö eri toimijatahojen välillä on toinen onnistuneen kuntoutuksen edellytys. Ryhmäkuntoutuksessa ikäihmiset tukivat toisiaan ja arvostivat ryhmän antamaa vertaistukea.

**Avainsanat:** vanhukset, ikääntyneet, toimintakyky, geriatrisen kuntoutus, ryhmäkuntoutus, laituskuntoutus, moniammatillinen kuntoutus, verkostoituminen, vaikuttavuus

## Sammandrag

Hinkka K, Karppi S-L, toim. **ÅLDER-projektet. Förverkligandet och effektivitet av nätverksbaserat rehabiliteringsprogram för svaga äldre människor.**

Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: undersökningar 112, 2010. 76 s. ISBN 978-951-669-842-0 (hft.), ISBN 978-951-669-843-7 (pdf).

Effektiviteten hos och förverkligandet av ett nätverksbaserat rehabiliteringsprogram samt dess kostnadseffektivitet undersöktes i ett randomiserat experimentellt forskningsprojekt (ÅLDER-projektet). I projektet deltog sammanlagt 741 personer som fick FPA:s vårdbidrag för pensionstagare och vilkas funktionsförmåga hade minskat till den grad att deras självständiga liv hemma var hotat. Efter mätning av utgångsläget indelades deltagarna med lottdragning slumpmässigt antingen i en rehabiliteringsgrupp eller en kontrollgrupp. Personerna i rehabiliteringsgruppen deltog i en rehabiliteringskurs, som bestod av tre separata rehabiliteringsperioder under åtta månader. Ett år efter mätningen av utgångsläget gjordes uppföljningsmätningar. I utgångsläget var rehabiliteringsgruppen och kontrollgruppen likadana. Genomsnittsåldern hos de kvinnliga deltagarna (86 %) var 79 år och hos de manliga deltagarna 75 år. Den fysiska funktionsförmågan hos deltagarna var dålig och 17 % av deltagarna var depressiva och 30 % hade nedsatt psykisk kapacitet. Vid ettårsuppföljningen hade funktionsförmågan hos personerna i rehabiliteringsgruppen förbättrats eller försvagats mindre än i kontrollgruppen. I rehabiliteringsgruppen ökade användningen av hem- och stödtjänster, men kostnaderna för socialtjänster, speciellt boendekostnader, var lägre hos rehabiliteringsgruppen än hos kontrollgruppen. Orsaken till det var att personerna i kontrollgruppen utnyttjade mera omfattande tjänster. Personerna i rehabiliteringsgruppen var nöjda med rehabiliteringen och ansåg sig ha haft nytta av den. Vid femårsuppföljningen var ändringarna i boendeform likadana i båda grupperna. Med kvalitativa undersökningar fördjupades analysen av rehabiliteringsprocesserna. Genomförandet av rehabiliteringen visade sig betona fysisk träning och fysioterapi och gav inte alltid stöd för deltagarnas alla delområden av funktionsförmåga. Utgångspunkten för lyckad rehabilitering av äldre personer borde vara beaktande av deltagarens funktionsförmåga, behov och situation som helhet. En förutsättning för lyckad rehabilitering är bra förmedling av information och samarbete mellan olika aktörer.

**Nyckelord:** äldre, funktionsförmåga, geriatrisk rehabilitering, multidisciplinär rehabilitering, yrkesmångfald, effekter

## Abstract

Hinkka K, Karppi S-L, eds. **AGE Project. Realisation and effectiveness of network-based rehabilitation for frail elderly people.** Helsinki: The Social Insurance Institution of Finland, Studies in social security and health 112, 2010. 76 pp. ISBN 978-951-669-842-0 (print), ISBN 978-951-669-843-7 (pdf).

A randomized controlled study (AGE) studied the effectiveness, process and cost-effectiveness of a networking-based rehabilitation programme for frail elderly people to support their independent living at home. The participants were 741 persons with progressively decreasing functional capacity and eligible for the SII care allowance for pensioners. After the baseline assessments participants were randomly allocated to a rehabilitation group (IG) or a control group (CG). The intervention consisted of a geriatric rehabilitation course at a rehabilitation centre with three in-patient periods within eight months. A follow-up assessment was performed at one year and a follow-up questionnaire was mailed at 1.5 years. Dwelling and use of services was monitored for 5 years. At baseline, there were no differences between the IG and the CG. The mean age for women (86%) was 79 yrs and for men 75 yrs. Their functional capacity was low, 30% had low cognitive capacity and 17% depressed mood. At one year, physical capacity had improved or decreased less among the IG. Their use of support and home services had increased but the costs of their use of social services, especially dwelling costs, were lower than in the CG. Rehabilitation was perceived as advantageous by the participants and they were very satisfied with it. The 5-year follow-up, however, did not reveal any significant differences in dwelling between the groups. Rehabilitation processes were analyzed by qualitative substudies. The implementation of rehabilitation did not always support rehabilitation of an elderly person and it turned out to be pretty exercise and physiotherapy-oriented. Successful rehabilitation should be based on the functional capacity of the elderly person and the planning of rehabilitation should be based on his or her actual needs. Other premises for successful rehabilitation include an easy flow of information and co-operation. In group-based rehabilitation elderly persons supported each other and appreciated the peer support of the group.

**Key words:** frail elderly, aged, functional capacity, geriatric rehabilitation, group rehabilitation, in-patient rehabilitation, multimodal rehabilitation, networking, effectiveness

## ALKUSANAT

Kela on toteuttanut verkostomallista geriatria kuntoutusta kehittämistoimintana vuodesta 2000 alkaen. Verkostokuntoutusmalli suunniteltiin parhaaseen geriatriiseen tietoon perustuen tavoitteena tukea kotona asuvien heikkokuntoisten ikäihmisten kotona selviytymistä hyödyntäen laituskuntoutuksen mahdollisuuksia. Kehittämistä on tukenut toiminnan tutkimuksellinen arviointi. Käynnistämisvaiheeseen ajoittuneen arviointitutkimuksen (Karppi ym. 2003) pohjalta suunniteltiin ja toteutettiin IKÄ-hanke yhteistyössä Kelan terveystuella ja toimeentuloturvaosaston ja tutkimusosaston sekä Helsingin yliopiston, Jyväskylän yliopiston ja Suomen Kuntaliiton kanssa (Ollonqvist ym. 2007). IKÄ-hanke on ollut pohjana parhaillaan meneillään oleville jatkotutkimuksille. IKÄ-hankkeessa tutkittiin ikäihmisten kuntoutusta eri näkökulmista ja erilaisilla aineistoilla ja tutkimusotteilla. Kuntoutuksen vaikuttavuutta tutkittiin määrällisillä menetelmillä ja sen toteutusta selvitettiin pääosin laadullisin menetelmin. Tässä raportissa vedetään lyhyesti yhteen IKÄ-hankkeen eri osa-alueiden keskeiset tutkimustulokset ja pohditaan niiden merkitystä geriatrisen kuntoutuksen kehittämisessä.

IKÄ-hankkeen kenttävaihe onnistui erinomaisesti, mistä kiitokset kuuluvat tutkimukseen osallistuneiden kuntien, kuntoutuslaitosten ja Kelan yhdyshenkilöille sekä hankkeessa mittaajina toimineille. Kunnissa tutkimuksen seuranta-aineiston keränneet henkilöt ovat tehneet arvokkaan työn hankkeen hyväksi. Hankkeen ohjaus- ja projektiryhmä ovat toimineet aktiivisesti ja tukeneet hankkeen valmistumista.

Pitkäkestoisen ja laajan hankkeen kuluessa monet henkilöt ovat osallistuneet hankkeen toteutukseen ja tukeneet sitä. Kelan julkaisutoimitus on vastannut tutkimusraportin painokuntoon saattamisesta. Lämpimät kiitokset kaikille hankkeen toteutukseen osallistuneille. Suurin kiitos kuuluu tutkimukseen osallistuneille ikäihmisille, jotka jaksoivat tulla mittauksiin ja täyttää kyselylomakkeita. Ilman heitä ei olisi tätä tutkimusta.

*Turussa syyskuussa 2010*

*Tekijät*

## SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b> .....	9
<b>2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS</b> .....	12
<b>3 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT</b> .....	13
3.1 Tutkimusryhmän muodostuminen .....	13
3.2 Tutkimukseen osallistuminen.....	14
3.3 Vaikuttavuustutkimuksen mittarit.....	16
3.3.1 Asumismuoto ja palvelujen käyttö .....	16
3.3.2 Terveys, fyysinen toimintakyky ja apuvälineet .....	17
3.3.3 Mieliala, yksinäisyys .....	17
3.3.4 Kuntoutujien arviot kuntoutuksesta.....	17
3.3.5 Kustannusvaikuttavuus.....	18
3.3.6 Tilastolliset menetelmät .....	18
3.4 Laadullinen tutkimus .....	18
<b>4 KUNTOUTUKSEN TOTEUTUMINEN</b> .....	19
4.1 Ryhmät .....	19
4.2 Henkilökohtaiset tapaamiset.....	20
4.3 Kunnan järjestämä kuntoutuspäivä .....	20
4.4 Kotikäynti.....	20
<b>5 KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUS</b> .....	21
5.1 Lähtötilanteessa kuntoutujat ja verrokkit yhtäläisesti heikkokuntoisia ....	21
5.2 Kuntoutus ei pidentänyt kotona asumisen aikaa, mutta lisäsi palvelujen käyttöä .....	22
5.3 Kuntoutujien koettu terveys koheni .....	23
5.4 Fyysinen suorituskyky koheni.....	24
5.5 Kuntoutus hidasti toimintakyvyn heikkenemistä ja lisäsi apu- välineiden käyttöä .....	25
5.6 Kuntoutus ylläpiti positiivista mielialaa ja vähensi yksinäisyyttä .....	26
5.7 Kuntoutujat olivat tyytyväisiä ja kokivat hyötynensä .....	28
5.8 Kuntoutus ei ollut kustannusvaikuttavaa, vaikka kuntoutujien koti- hoidon ja asumisen kustannukset olivat pienemmät kuin verokkien....	29
<b>6 KUNTOUTUS KUNTOUTUJIIEN KOKEMANA JA AMMATTILAISTEN TOTEUTTAMANA</b> .....	31
6.1 Yhteistyöverkoston työskentelyfoorumeilla välittyy tärkeää tietoa kuntoutujista.....	31
6.2 Moniammatillinen arvio onnistuu, mutta ryhmäkuntoutus on vaativaa ...	35
6.3 Kuntoutus on vaihtelua ja tuo voimia ikäihmisten arkielämään .....	39
6.4 Ikäihmisen osallisuus liikunnallisessa kuntoutuksessa .....	46
<b>7 POHDINTA</b> .....	52
7.1 Kuntoutuksen vaikuttavuus .....	52

7.2	Kuntoutuksen toteuttaminen.....	55
7.3	Tutkimuksen herättämiä ajatuksia .....	57
7.4	Johtopäätökset.....	60
	<b>LÄHTEET</b> .....	62
	<b>LIITE 1.</b> Ikä-hankeeseen osallistuneet kuntoutuslaitokset ja kunnat kuntoutuslaitoksittain.....	72
	<b>LIITE 2.</b> Kustannusvaikuttavuustarkastelussa käytetyt tietolähteet ja sisällöt.....	73
	<b>LIITE 3.</b> Ikä-hankkeen julkaisuja .....	74



## 1 JOHDANTO

Hyvinvointipolitiikan tavoitteena on tukea ikäihmisten täysipainoista ja laadukasta elämää sekä selviytymistä mahdollisimman pitkään omassa kodissaan (STM 2006; STM 2007a). Vanhuus on *20–30 vuoden vaihe, josta vähintään puolet on useimmilla aktiivisen ikääntymisen aikaa ja loppuosassa korostuvat vanhuuden hoivan ja pitkäaikaishoidon tarpeet* (STM 2007b). Henkilön toimintakyky ja edellytykset itsenäiseen elämään ovat yleensä tallella 65–79-vuotiaana, eikä ikäihminen ole vain palvelujen käyttäjä vaan myös resurssi. Kun toimintakyvyn rajoitteet lisääntyvät, raskaan hoi-  
van tarvetta voidaan siirtää myöhemmäksi tarjoamalla palveluja kotiin ja tukemalla omaishoitoa (STM 2007b) sekä tarjoamalla ikäihmiselle oikea-aikaista kuntoutusta.

Hallitusohjelmassa ikääntyneiden kotona asumista tukevia toimia määritellään seuraavasti:

Vanhusväestön oikeus hyvään hoitoon turvataan. Vanhustenhuollon palveluja uudistetaan tavoitteena erityisesti kotihoidon vahvistaminen ja sitä tukevien palveluiden kehittäminen. Vanhustenhuollossa ja vanhusten palveluiden kehittämisessä keskeistä on ikääntyneiden toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisen suoriutumisen vahvistaminen. (Hallitusohjelma 2007, 53.)

Toimintakyvyn vahvistaminen mainitaan myös Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (STM 2007c). Siinä toiminnan painopisteeksi määritellään myös ikäihmisten osallisuus, jota voidaan edistää muun muassa toimintaympäristön esteettömyydellä. Tämän politiikkaohjelman toteutumisen mittarina on kotona asuvien osuus yli 75-vuotiaasta väestöstä. Palvelujen kehittämisen tueksi on laadittu Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (STM 2008a), jolla pyritään lisäämään ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä parantamaan palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Suosituksessa esitetään, että riittävä kotihoito ja tehostettu palvelutaloasuminen sekä uudentyyppisten hoivapalvelujen kehittäminen vähentävät pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien ikäihmisten osuutta väestöstä. Palvelujen laatusuosituksessa ja KASTE-ohjelmassa (STM 2008b) asetetaan vanhustenhuollon valtakunnalliseksi tavoitteeksi, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 91–92 % asuu kotona itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveystalujen turvin, 13–14 % saa säännöllistä kotihoitoa, 5–6 % kuuluu omaishoidon tuen piiriin, 5–6 % tehostetun palveluasumisen piiriin ja 3 % on hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskusten vuodeosastoilla.

Vuonna 2005 yli 65-vuotiaista suomalaisista 5 % kuului joko tehostetun palveluasumisen, vanhainkotihoitoon tai terveyskeskuksen vuodeosastohoidon piiriin. Vanhainkotihoitoon ja tehostetun palveluasumisen piiriin tuli vuoden 2005 aikana yhteensä 12 200 uutta asiakasta (keski-ikä 82 vuotta) ja terveyskeskusten vuodeosastoille tuli 10 600 uutta pitkäaikaisasiakasta (keski-ikä 83 vuotta). Ikäihmisillä laitoshoidon siirtymisen syyt liittyvät henkisen ja fyysisen heikkenemisen aiheuttamaan tuen ja

avun tarpeeseen päivittäisissä toiminnoissa. Yleisin syy on dementia. (Luppa ym. 2010.) Myös Suomessa ikäihmisen sekä vanhainkotihoidon että tehostetun palveluasumisen piiriin tulon syynä on useimmiten fyysisen ja henkisen toimintakyvyn heikkeneminen. Kun taas terveyskeskuksen vuodeosastolle pitkäaikaishoitoon tulon syynä on useimmiten somaattisen sairauden hoito ja tutkimus. (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalot 2007.)

Eläkkeensaajien hoitotuki (nykyisin eläkettä saavan hoitotuki) on Kelan myöntämä etuus, jolla pyritään tukemaan sairaan tai vammaisen henkilön kotona asumista ja siellä tapahtuvaa hoitoa sekä sairaudesta aiheutuvia erityiskustannuksia. Se voidaan myöntää eläkkeensaajalle, jonka toimintakyvyn arvioidaan olevan heikentynyt ainakin vuoden ajan yhtäjaksoisesti sairauden tai vamman takia. Vuonna 2006 Kelan eläkkeensaajien hoitotukea saavia yli 65-vuotiaita oli 132 700, joista uusia oli 26 900.

Ikäihmisen kuntoutuksella pyritään lisäämään tai ylläpitämään hänen toimintakykyään ja oman elämänsä hallintaa sekä vähentämään vanhuudenheikkouden (frailty) ja kroonisten sairauksien aiheuttamia ongelmia päivittäisissä askareissa ja näin tukemaan hänen kotona selviytymistään (esim. Young 1996). Geriatriksen kuntoutuksen vaikuttavuudesta on näyttöä akuutin sairauden vuoksi sairaalaan joutuneilla ikäihmisillä (esim. Huusko ym. 2002), samoin sairaalajaksoa seuraavan aktiivisen kuntoutuksen on todettu olevan vaikuttavaa (esim. Timonen ym. 2002b). Akuutin sairauden jälkeen ikäihmisen toimintakyky palautuu nopeammin ja laitoshoitoon joutumisen riski vähenee, jos hän saa moniammatillisen tiimin toteuttamaa kuntoutusta (Huusko ym. 2000). Runsaimmin näyttöä on siitä, että monipuolinen geriatriarvointi sekä tarkoituksenmukaiset monitahoiset terveydelliset ja sosiaaliset interventiot vähentävät ikäihmisten laitoshoitoon joutumista (esim. Beswick ym. 2008).

Eniten on tutkittu fyysisen harjoittelun, etenkin kuntosaliharjoittelun, vaikuttavuutta heikkokuntoisilla ikäihmisillä. Sen on todettu lisäävän heidän fyysistä suorituskykyään, kuten lihasvoimaa ja tasapainon hallintaa (vrt. esim. Latham ym. 2003; Timonen ja Rantanen 2003) sekä parantavan toimintakykyä ja suoriutumista päivittäisissä askareissa (Gill ym. 2004; Strandberg ym. 2007a). Harjoittelun suotuisat vaikutukset näkyvät myös lievästi dementoituneilla ikäihmisillä (Huusko ym. 2000; Rolland ym. 2007). Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen on havaittu vähentävän terveystalotien käyttöä ja kuolleisuutta (Pitkälä ym. 2009). Opetusryhmät ja sosiaaliseen yhdessäoloon perustuva ryhmämuotoinen toiminta näyttävät vähentävän ikäihmisten sosiaalista eristyneisyyttä ja yksinäisyyttä (esim. Cattan ym. 2005). On epäselvää, kannattaako kuntoutus ikäihmisillä, joiden toimintakyky heikkenee vähitellen. Ei myöskään tiedetä, millaista heidän kuntoutuksensa tulisi olla (Tilvis 2002; Ferrucci ym. 2004).

Vastuu vanhusväestön kuntoutuksesta on kunnilla. Kuntoutuslaitoksiin on sotainvalidien ja veteraanien kuntoutuksen myötä kertynyt geriatriosaamista, jonka hyödyntämistä on vaadittu ennen kuin laitokset suuntaavat toimintaansa muihin

kohderyhmiin ja niiden geriatriset tiimit hajoavat (Pitkälä ym. 2007). Kelan kehittämässä verkostomallisessa geriatrisessa kuntoutuksessa (Ikäihmisten kuntoutuskursit) pyritään hyödyntämään gerontologista tutkimustietoa ja liittämään kuntoutus saumattomasti kunnan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Tavoitteena on kuntoutusjatkumo, jossa kuntoutuja siirtyy ”saattaen vaihtamalla” laitoskuntoutukseen ja sieltä takaisin kotikunnan palvelujen piiriin. Kuntoutusprosessin pitkän keston (8 kuukautta) ohella verkostomallisessa geriatrisessa kuntoutuksessa on uutta se, että kuntoutujien valinta tehtiin epäspesifin toimintakyvyn aleneman vuoksi eikä sairauserusteisesti. Kuntoutuksen tavoitteena on pidentää ikäihmisen kotona selviytymisen aikaa parantamalla hänen toimintakykynsä edellytyksiä. Kuntoutusprosessin olennainen osa on sen aikana kuntoutujalle tehtävä kokonaisvaltainen kuntoutussuunnitelma. (Grönlund ym. 2003; Karppi ym. 2003; Hinkka ym. 2005.)

## 2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

IKÄ-hanke on vuosina 2002–2007 toteutettu satunnaistettu kokeellinen vaikuttavuustutkimus, jossa arvioidaan verkostomallisen geriatrisen kuntoutuksen terveys- ja talousvaikuttavuutta sekä kartoitetaan kuntoutusyhteistyön muotoja, sisältöjä ja mahdollisuuksia. Olettamuksena on, että kuntoutus pidentää sitä aikaa, jonka heikkokuntoinen ikäihminen pystyy asumaan kotona. Interventio (verkostomallinen kuntoutus) perustuu kuntoutuslaitosten osaamiseen ja eri toimijatahojen väliseen yhteistyöhön.

IKÄ-hankkeen tavoitteena on

1. tutkia verkostomallisen, ryhmämuotoisen, kuntoutuslaitoksessa toteutetun geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuutta. Päätemuuttujana on kotona asumisen aika. Tähän liittyen selvitetään muutoksia ikäihmisen terveydessä ja fyysisessä suorituskyvyssä, mielialassa ja koetussa yksinäisyydessä, toimintakyvyssä, apuvälineiden käytössä ja asunnonmuutostöiden tarpeessa sekä kartoitetaan kuntoutujien kokemuksia.
2. arvioida kuntoutuksen kustannusvaikuttavuutta.
3. selvittää kuntoutuksen toteutumista tarkastelemalla
  - tiedonkulkua ja tiedon rakentumista sekä eri toimijatahojen yhteistyötä
  - ikäihmisten kokemuksia kuntoutuksesta ja sen vaikutuksista arkielämässä selviytymiseen
  - vuorovaikutusta ryhmäkuntoutuksessa ja kuntoutustiimin työtettä
  - liikuntaryhmien toteuttamista ja toteutumista sekä fysioterapeuttien kokemuksia ikäihmisten kuntoutuksesta.

### 3 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Ikäihmisten kuntoutusta tutkittiin eri näkökulmista ja erilaisilla menetelmillä, aineistoilla ja tutkimusotteilla. Hanke on jaettavissa kahteen erityyppiseen tutkimusalueeseen: kuntoutuksen vaikuttavuuden ja toteutuksen tutkimukseen. Vaikuttavuustutkimuksessa selvitettiin, miten kuntoutus vaikuttaa osallistujien terveyteen, toimintakykyyn ja kotona selviytymiseen. Nämä katsottiin edellytyksiksi kotona asumisen pitenemiselle. Vaikuttavuustutkimus sisälsi myös kuntoutuksen taloudellisen vaikuttavuuden selvittämisen. Kuntoutuksen toteutuksen tutkimus jakautui neljään kuntoutuksen sisältöä ja toteutusta selvittäneeseen osatutkimukseen, joissa käytettiin pääosin laadullista tutkimusotetta.

IKÄ-hanke suunniteltiin kokeellisen vaikuttavuustutkimuksen ehdoin. Alkututkimuksen jälkeen tutkitut satunnaistettiin kuntoutujiin ja verrokkeihin. Kuntoutujat osallistuivat kolmijaksoiselle kuntoutuskurssille, verrokkit jatkoivat elämäänsä normaalisti. Tutkimuksen kohteena oli 44 Ikäihmisten kuntoutuskurssia, jotka alkoivat vuonna 2002 seitsemässä kuntoutuslaitoksessa. Tutkittavat valittiin 41 kuntayhdyshenkilön asiakkaista. Hankkeessa mukana olevilla kunnilla ja kuntoutuslaitoksilla oli aiempaa kokemusta Kelan geriatrisen verkostomallisen kuntoutuksen toteuttamisesta. Jokaisessa kuntoutuslaitoksessa toteutettiin 6–7 kurssia. (Hinkka ym. 2004.) Käytännön järjestelyistä huolehtivat nimetyt yhdyshenkilöt kuntoutuslaitoksessa, kunnassa ja Kelassa. (Liite 1.)

IKÄ-kuntoutus muodostui kolmesta kuntoutuslaitosjaksosta: selvitys-, perus- ja seurantajaksoista sekä kotikäynnistä ja kunnan järjestämästä kuntoutuspäivästä. Selvitysjakso (5 vrk) oli noin kuukauden kuluttua alkututkimuksesta. Selvitys- ja perusjaksonvälillä kuntoutujan luokse tehtiin kotikäynti. Perusjakson (11 vrk) jälkeen kuntoutujan kotikunta järjesti kuntapäivän tai -päiviä. Puolen vuoden kuluttua oli viimeinen laitosjakso eli seurantajakso (5 vrk). IKÄ-kuntoutuksen sisältö määriteltiin Kelan Ikäihmisten kuntoutuskurssien ohjeissa ja yleisemmin kuntoutusstandardissa. Kuntoutuslaitosjaksot toteutettiin kuntoutuslaitoksen tiimin suunnitelmien mukaisesti. Tässä luotettiin kuntoutuslaitosten osaamiseen (Hinkka ym. 2004) ja Kelan antamaan ohjeistukseen. Kuntoutustiimin jäseniksi oli ohjeissa määritelty lääkäri, fysio- ja/tai toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä ja/tai psykologi sekä tarvittavat muut erityisasiantuntijat.

#### 3.1 Tutkimusryhmän muodostuminen

Tutkittavat olivat yli 65-vuotiaita Kelan eläkkeensaajien hoitotuen kriteerit täyttäviä henkilöitä, joilla ei ollut kuntoutusta estävää sairautta ja joiden kotona selviytyminen oli uhattuna toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi. Tutkittavat valittiin kaksivaiheisella valintaprosessilla kunnan yhdyshenkilön nimeämisestä valintakriteerit täyttävistä henkilöistä (Hinkka ym. 2004). Yhden kuntoutuskurssin kaikki osallistujat olivat sa-

masta kunnasta tai kuntayhtymästä. Pyrkimyksenä oli saada kunnasta tutkimukseen 18 henkilöä. Kuntoutusryhmän koko oli 8 henkilöä.

Ennen tutkimuksen alkamista tavoitteeksi asetettu tutkittavien lukumäärä (n = 700) ylittyi, sillä kaikkiaan 741 heikkokuntoista ikäihmistä osallistui terveystutkimukseen kotipaikkakunnallaan, 13–18 henkilöä / paikkakunta. Tavoitelukumäärä perustui voimalaskelmiin, joissa lähtökohtana oli viiden vuoden seurannan kohdalla 10 %:n ero kuntoutus- ja verrokkiryhmien välillä tutkimuksen päämuuttujassa, kotona asuvien osuudessa. Alkututkimuksen jälkeen tutkitut satunnaistettiin sukupuolen mukaan kuntoutujiin (n = 332), verrokkeihin (n = 317) ja varahenkilöihin (n = 92) (Hinkka ym. 2004). Varahenkilöitä tarvittiin, mikäli kurssille ei tullut kahdeksaa kuntoutujaa (n = 11) tai kuntoutukseen arpoutunut henkilö kieltäytyi kuntoutuksesta (n = 33). Loput varahenkilöt (n = 48) liitettiin verrokkiryhmään. Lopullinen tutkimusryhmä käsitti 343 kuntoutujaa ja 365 verrokkia, ja nämä 708 ikäihmistä ovat tämän raportin tarkastelun kohteena. (Kuvio 1.)

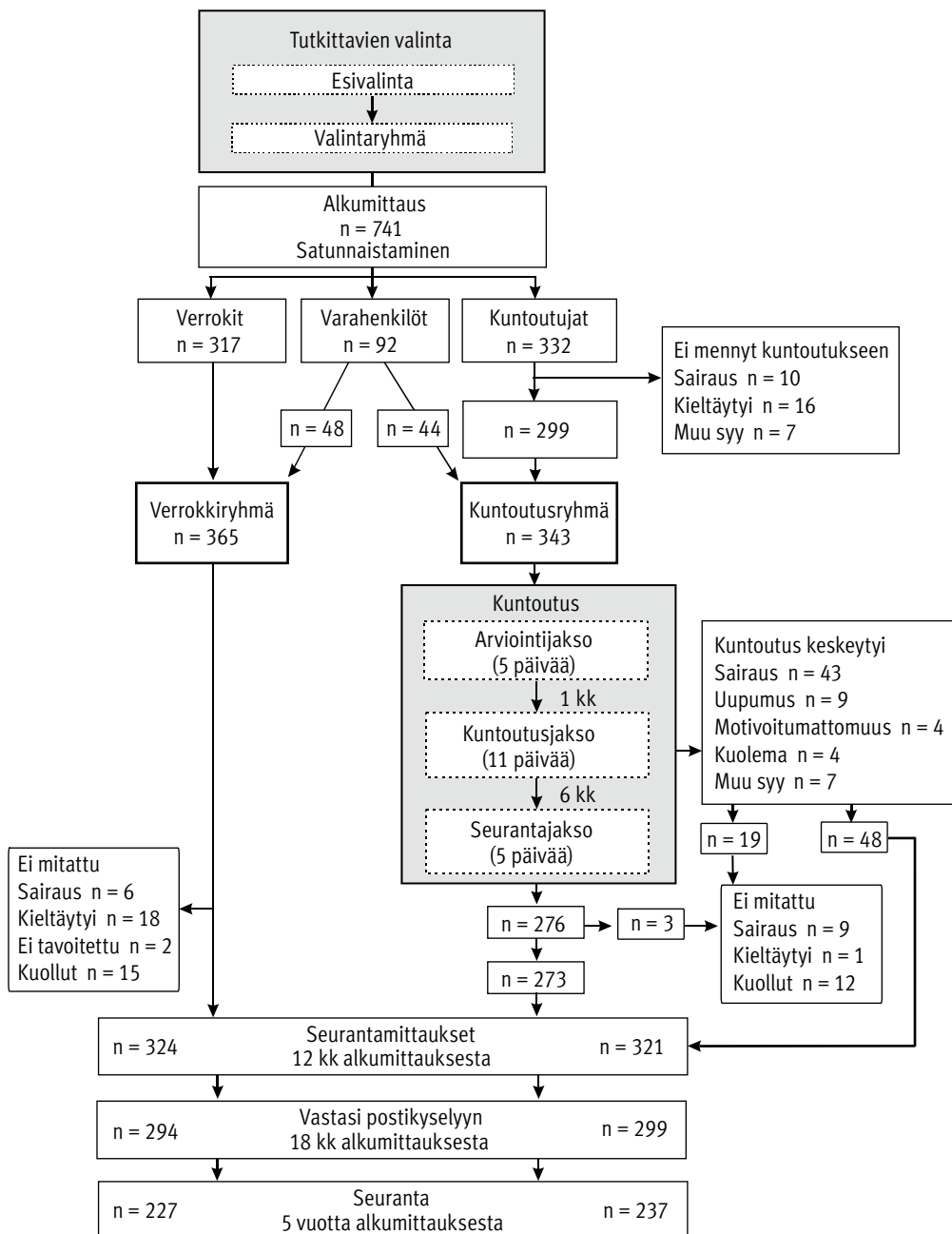
Kuntoutuksesta kieltäytyneet eivät eronneet muista tutkittavista iän, sosiodemografisten tekijöiden, koetun terveydentilan tai toiminta- ja suorituskyvyn suhteen. Kuntoutuksesta kieltäytyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö oli suurempaa kuin muun ryhmän, joten kustannustarkastelussa kieltäytyneet on liitetty (*intention to treat* -periaate) kuntoutusryhmään. Näinkään tarkasteltuna kuntoutuja- ja verrokkiryhmät eivät lähtötilanteessa poikenneet toisistaan.

### 3.2 Tutkimukseen osallistuminen

Vuoden seurantatutkimukseen osallistui 94 % kuntoutus- ja 89 % verrokkiryhmän henkilöistä (95 % elossa olevista). Vastaavat osallistumisprosentit postikyselyyn puoli vuotta myöhemmin olivat 86 % ja 81 %. Viisi vuotta alkututkimuksen jälkeen kunnista kerättiin tietoa asumisesta ja palvelujen käytöstä. Saatu tieto kattoi 97 % kuntoutus- ja 93 % verrokkiryhmän elossa olevista henkilöistä. (Kuvio 1.)

Kuntoutuksen aloittaneista 343 henkilöistä 79 % osallistui kaikille kuntoutusjaksoille. Suurin osa (64 %) keskeytyksistä tapahtui toisen ja kolmannen (viimeisen) jakson välissä. Kuntoutuksen keskeytymisen syynä oli useimmiten sairaus (64 %). Kuntoutuksen keskeyttäneistä 72 % osallistui kuitenkin seurantamittaukseen. Kuntoutusjaksojen aikana sattui kaksi tapaturmaa, jotka johtivat kuntoutuksen keskeytymiseen. Neljä henkilöä kuoli kuntoutusprosessin kuluessa. Kuolemantapauksilla ei ollut yhteyttä kuntoutukseen. (Hinkka ym. 2007.)

**Kuvio 1.** Tutkimusaineiston muodostuminen.



### 3.3 Vaikuttavuustutkimuksen mittarit

Kaikki tutkimukseen osallistuneet ikäihmiset kutsuttiin alkumittaukseen ja siitä vuoden kuluttua tehtyyn seurantamittaukseen kotipaikkakunnallaan. Mittaukset teki kolme tehtävään koulutettua ja riippumatonta fysioterapeuttia. Alkumittauksessa fysioterapeutti oli sokkoutettu ryhmän suhteen, sillä satunnaistaminen tapahtui vasta mittauksen jälkeen. Seurantatutkimuksessa mittaajalla ei ollut tietoa alkumittauksien tuloksista eikä siitä, kumpaan ryhmään henkilö kuului. Mittauksen aikana tutkittava saattoi kuitenkin tuoda sen esiin keskustelussa.

Mittausten laatua ja sujuvuutta seurattiin jatkuvasti. Toistomittauksia tehtiin sekä alku- että seurantamittausten yhteydessä jokaisessa kunnassa, rinnakkaismittauksia tehtiin etukäteen suunnitellun aikataulun mukaisesti.

Tutkimuksessa käytetyt mittaukset ja kyselyt on esitelty tarkemmin hankkeen menetelmäraportissa (Hinkka ym. 2004) ja FIM-toimintakykymittarin käyttö erillisessä selosteessa (Wallin ja Vaara 2003).

#### *3.3.1 Asumismuoto ja palvelujen käyttö*

Tutkimuksen päätulosmuuttuja oli asuminen. Asumista kotona, palveluasunnossa tai laitoksessa kysyttiin kuntien yhdyshenkilöille vuosittain lähetetyllä kyselyllä tutkimuksen alusta vuodesta 2002 vuosittain samana ajankohtana vuoteen 2007 saakka. Palveluasuminen luokiteltiin laitoksen henkilöstömitoituksen mukaan, jolloin kevyeksi ja keskiraskaaksi katsottiin palveluasuminen, jossa asukkaille ei ole tarjolla ympärivuorokautista palvelua. Tehostettu palveluasuminen edellyttää, että asiakkaiden on mahdollista saada ympärivuorokautista palvelua. (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2007.) Laitoshoidon käsittää vanhainkotihoito ja terveyskeskusten pitkäaikaishoidon. Samalla kyselyllä tiedusteltiin sosiaalipalvelujen käyttöön liittyen myös tutkittavien saamaa kotipalvelua ja omaisten antamaa apua. Yhdyshenkilöitä ohjeistettiin käyttämään vastauksessaan apuna hoito- ja palvelusuunnitelman tietoja.

Perusterveydenhuollon palvelujen käyttöä selvitettiin kysymällä tutkittavilta alku- ja seurantamittauksessa palvelujen käyttöä ja niiden tarvetta. Lomakkeella kysyttiin henkilön saaman avun antajaa sekä kunnallisten ja yksityisten palvelujen kohdalla mahdollista avun tarvetta, joka jäi täyttymättä. Rekisteritiedoista seurattiin tutkittavien erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöä ja Kelan korvaamia yksityislääkäri-käyntejä, tutkimuksia ja hoitoja sekä lääkkeitä. Kuolleisuutta seurattiin Kelan rekistereistä.



### 3.3.2 *Terveys, fyysinen toimintakyky ja apuvälineet*

Tutkittavien oma arvio terveydestä kysyttiin 5-luokkaisella asteikolla (erittäin hyvä – erittäin huono), samoin terveydentilan muutos viimeksi kuluneen vuoden aikana. Lisäksi kartoitettiin oireita. Kipua mitattiin kipujanalla (Visual Analogy Scale 1–100 mm, Huskisson 1974). Henkisen suorituskyvyn arvioinnissa käytettiin MMSE-testiä (Folstein ym. 1975). Näkö mitattiin kykyä lukea sanomalehteä, silmälaseja sai käyttää.

Tutkittavien fyysisen suorituskyvyn mittarit olivat: käden puristusvoima, tasapainon hallinta (seisominen jalkaterät peräkkäin, seisominen yhdellä jalalla), kävelynopeus 6,1 metrin matkalla ja viiteen tuolilta nousuun kulunut aika. Seisomisesta jalat peräkkäin, kävelynopeudesta ja tuoliltanousuajasta muodostettiin tutkittavan liikkumiskykyä kuvaava SPPB-indeksi (Short Physical Performance Battery) (Guralnik ym. 1994).

Tutkittavien itsenäisen toimintakyvyn mittarina oli FIM<sup>TM</sup> (Functional Independence Measure, versio 5.0). Tutkittavien oma arvio toimintakyvystään kartoitettiin lomakekyselyllä, joka koski selviytymistä päivittäisistä perustoiminnoista (Activities of Daily Living, ADL) ja kykyä hoitaa asioita (Instrumental Activities of Daily Living, IADL). Lisäksi kysyttiin tutkittavan käytössä olevista liikkumisen ja päivittäisten toimien apuvälineistä.

### 3.3.3 *Mieliala, yksinäisyys*

Tutkittavien mielialan arvioimiseen käytettiin geriatria depressioseulaa (GDS-15; Yesavage ym. 1983). Mielialan arviointiin käytettiin lisäksi tutkittavien ilmoittamia ahdistusta ja masentuneisuutta kuvaavia oireita (unettomuus, hermostuneisuus, alakuloisuus, voimattomuus tai väsymys, keskittymiskyvyn heikkeneminen, ylirasittuneisuus tai uupuneisuus, ärtyneisyys sekä kiihtyneet sydämenlyönnit), joista muodostettiin summamuuttuja. Tutkittavien mielialaa arvioitiin myös kysymällä heidän kokemustaan omasta tarpeellisuudestaan.

Yksinäisyyttä arvioitiin kolmella 5-luokkaisella kysymyksellä, joilla tutkittavat arvioivat, miten usein he kokivat itsensä yksinäiseksi sekä aiheuttaako yksinäisyys tai yksin jäämisen pelko heille turvattomuuden tunnetta.

### 3.3.4 *Kuntoutujien arviot kuntoutuksesta*

Kuntoutujien tyytyväisyyttä saamaansa kuntoutukseen tiedusteltiin vuoden seurannassa. Tällöin he arvioivat myös kuntoutuskurssin vaikutusta terveyteen, kipuun, lääkkeiden tarpeeseen ja mielialaan sekä kuntoutuksen vaikutuksesta tapahtuneita muutoksia ruokailutottumuksissa, arkielämän järjestelyissä ja suhtautumisessa ikään-tymiseen. Myös annettujen suositusten toteutumista kysyttiin.

### 3.3.5 Kustannusvaikuttavuus

Kuntoutuksen taloudellisuuden arviointi tehtiin kustannusvaikuttavuusanalyysillä. Vaikuttavuusmittarina käytettiin terveyteen liittyvää elämänlaatua (15D). Standardoidun kyselylomakkeen kysymyksistä vastaaja valitsi itse jokaista elämänlaadun 15 ulottuvuutta parhaiten kuvaavan tason viisiportaiselta asteikolta (1 = ei ongelmia ja 5 = huonoin tila). Mittari tuottaa yhden indeksiluvun, jonka muutosta tarkasteltiin alkutilanteen ja vuoden seurannan välillä (Sintonen 1996).

Palvelujen kustannukset laskettiin niiden käytön mukaan siten, että ne sisältävät sekä sosiaali- ja terveystalouden käytön että kuntoutuksen kustannukset. Mikäli kustannustieto perustuu käyntimääriin, on kustannukset laskettu käyttämällä keskimääräisiä palvelujen kustannuksia Suomessa (Hujanen 2003). Kuntoutuksen kustannukset saatiin Kelan rekisteristä. Kaikki kustannukset laskettiin kuntoutuksen alkamista seuranneen vuoden ajalta. Tässä raportissa kustannukset esitetään vuoden 2006 rahaksi muutettuna. (Liite 2.)

### 3.3.6 Tilastolliset menetelmät

Alku- ja seurantatilanteen tarkastelu perustuu tutkimusryhmien väliseen vertailuun. Kategoristen muuttujien analysointi suoritettiin  $\chi^2$ -testillä tai Fisherin tarkalla testillä. Numeeristen muuttujien keskiarvojen erot testattiin Studentin t-testillä. Tutkimusryhmän sisäisiä muutoksia samoin kuin ryhmien välisiä muutoksia alkutilanteesta seurantavaiheeseen analysoitiin käyttäen kategoristen muuttujien toistomittauksien multinominaalista logitmallia ja numeeristen muuttujien toistettujen mittausten varianssianalyysiä. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös muuttujakohtaisesti yksilöllisten tekijöiden, kuten iän, koetun terveydentilan ja päivittäisistä toimista selviytymisen vaikutusta tuloksiin. Tilastolliseksi merkitsevyytasoksi valittiin 5 %. Tulosten analysoimiseen käytettiin SAS 9.1 -tilasto-ohjelmistoa.

## 3.4 Laadullinen tutkimus

Laadullisilla tutkimusmenetelmillä kartoitettiin kuntoutuksen toteutumista, tiedonkulkua sekä ikäihmisten ja kuntouttajien kokemuksia kuntoutuksesta. Laadulliset tutkimukset olivat itsenäisiä osahankkeita, joiden aineisto perustui eri tavoin valittuihin harkittuihin otoksiin. Tutkittavien valinnassa otettiin huomioon kohderyhmän haara, niin että ikäihminen osallistui korkeintaan yhteen laadulliseen tutkimukseen.

Tässä raportissa jokainen laadullinen osahanke muodostaa oman itsenäisen kokonaisuutensa, jonka yhteydessä tutkija kuvaa myös tutkimuksensa aineiston ja tutkimusmenetelmät.

## 4 KUNTOUTUKSEN TOTEUTUMINEN

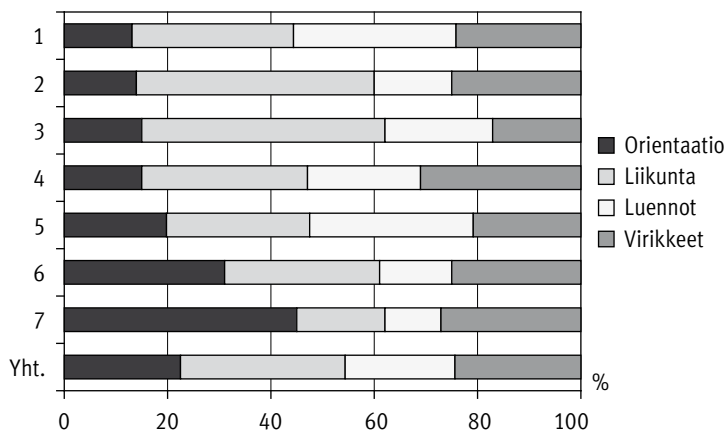
Ikäihmiset osallistuivat laitoskuntoutusjaksojen (21 vuorokautta) aikana yhdessä erilaisiin ryhmätilanteisiin sekä tapasivat ammattilaisia henkilökohtaisesti tarpeen mukaan. Tietoa toteutetun kuntoutuksen sisällöstä kerättiin IKÄ-hankkeessa kuntoutustyöntekijöiden raporteista, joissa kuvattiin ryhmätilanteiden ja henkilökohtaisten tapaamisten sisältöjä ja tavoitteita. Ne pyydettiin kaikista sellaisista henkilökohtaisista ja ryhmätapaamisista, joihin kuntoutuja osallistui. Tiedot saatiin 1843 ryhmätilanteesta ja 5244 henkilökohtaisesta tapaamisesta. Lisäksi oli käytettävissä 303 kotikäyntiläusuntoa ja 44 kunnan yhdyshenkilön kuvaus kuntapäivän sisällöstä.

Kuntoutuksen aikana toteutettujen ryhmätilanteiden ja henkilökohtaisten tapaamisten lukumäärä ja niihin käytetty aika vaihtelivat eri laitoksissa huomattavasti, mutta laitoskohtaisesti tarkasteltuna ryhmien välinen vaihtelu oli vähäistä. Kuntoutujalla oli yleensä runsaasti henkilökohtaisia tapaamisia selvitys- ja seurantajaksoilla, jolloin eri alojen ammattilaiset selvittivät hänen toimintakykyään ja kotona selviytymistään.

### 4.1 Ryhmät

Fysioterapeutti ohjasi yksin noin puolet ryhmätilanteista. Muiden ammattiryhmien edustajista ryhmien ohjaajina mainittiin useimmin toimintaterapeutti, sairaanhoitaja tai sosiaalityöntekijä. Ryhmätilanteiden sisältö painottui laitoksissa eri tavoin. Ryhmien sisällöt on määritelty seuraavasti: orientaatio, liikunta, luennot ja virikkeet (kuvio 2). Tervetuloryhmät, aamuryhmät ja palautekeskustelut muodostavat orientaation. Liikunta käsittää ryhmätilanteet, joissa harjoitettiin kuntoutujan fyysistä suorituskykyä. Luennojen aiheet käsittivät laajasti ikäihmisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, kotona selviytymisen keinoja ja kodin turvallisuuden sekä sairauksien hoitoa. Virikkeet sisälsivät

**Kuvio 2.** Ryhmien sisällön jakaantuminen kuntoutuslaitoksissa.



erilaisia pelejä, ruuanlaittoa, retkiä ja ulkoilua kuntoutuslaitoksen lähiympäristössä. Palveluja ja etuuksia käsiteltiin sekä luennoilla että keskustelemalla.

Joka toisen ryhmätilanteen tavoitteena oli elämysten tuottaminen ja lähes yhtä usein tietojen ja taitojen muuttuminen. Kolmasosassa ryhmiä tavoitteeksi asetettiin fyysisen suorituskyvyn kohentaminen tai ylläpitäminen. Kuntoutusjärjestelyt mainittiin joka neljännen ryhmän tavoitteena.

#### 4.2 Henkilökohtaiset tapaamiset

Yli puolet kuntoutujan henkilökohtaisista tapaamisista oli fysioterapeutin kanssa. Lääkäriin, toimintaterapeutin ja sosiaalityöntekijän tapaamiset kattoivat yhdessä kolmanneksen henkilökohtaisista tapaamisista. Psykologin käyntejä oli kolme prosenttia tapaamisista.

Lääkäri kartoitti kuntoutujan terveydentilan ja suunnitteli kuntoutusta. Fysioterapia sisälsi liikuntakyvyn arvioinnin ja terapiaa, kuten harjoittelua ja ohjausta, sekä runsaasti hierontaa ja fysikaalisia hoitoja. Toimintaterapeutti arvioi kuntoutujan toimintakykyä ja apuvälineiden tarvetta sekä kannusti aktiivisuuteen ja tuki kotona selviytymistä. Sosiaalityöntekijä kartoitti kuntoutujan palvelujen tilannetta ja omaisten antamaa apua sekä tuki avun saamista tarvittaessa ja kannusti aktiivisuuteen. Hän ohjasi myös ryhmätilanteita. Psykologi teki kuntoutujille testejä ja selvitti psyykkistä hyvinvointia sekä keskusteli hoitovaihtoehtoista ja kuntoutujien elämäntilanteesta. Moni kuntoutuja kävi jalkahoitajalla. Kuntoutustyöntekijät suunnittelivat yhdessä ikäihmisen kanssa hänen kuntoutustaan.

#### 4.3 Kunnan järjestämä kuntoutuspäivä

Kunnassa järjestettiin kuntoutuspäivä 26 kuntoutuskurssilla. Useimmiten niitä oli yksi, kahdella kurssilla kuntoutuspäiviä oli enemmän kuin viisi. Lähes joka toinen ikäihminen osallistui kuntoutuspäivään, yleensä kerran. Useimmiten kuntoutuspäivän ohjelma sisälsi fyysistä harjoittelua, tutustumista kunnan palveluihin, yhdessä tekemistä sekä luentoja tai keskusteluja. Ohjelman vetäjinä oli muun muassa kunnan yhdyshenkilö, liikuntatoimen tai kuntoutuksen ammattilainen, sosiaali- ja terveystoimen edustaja tai seurakunnan tai järjestöjen työntekijä.

#### 4.4 Kotikäynti

Kuntoutuslaitoksesta kotikäynnin teki joko toimintaterapeutti tai fysioterapeutti tai molemmat. Kunnan edustaja oli mukana joka toisella kotikäynnillä. Useimmiten hänen päätoimensa oli terveydenhuollossa, joskus sosiaalitoimessa. Viidesosassa oli mukana kuntoutujan omainen tai ystävä.

## 5 KUNTOUTUKSEN VAIKUTTAVUUS

### 5.1 Lähtötilanteessa kuntoutujat ja verrokkit yhtäläisesti heikkokuntoisia

Tutkittujen keskimääräinen ikä oli tutkimuksen alkaessa 78,4 vuotta (vaihteluväli 65–96 vuotta). Enemmistö oli naisia, leskiä tai naimattomia, kaupungissa yksin asuvia ja terveytensä heikoksi kokevia (taulukko 1).

**Taulukko 1.** Lähtötilanne. Kuntoutusryhmän ja verrokkiryhmän terveys, asuminen ja avun lähteet (%) alkutilanteessa sekä ryhmien eron merkitsevyys ( $p^a$ ).

	Kuntoutusryhmä, % (n = 343)	Verrokkiryhmä, % (n = 365)	$p^a$
<b>Naisia</b>	<b>84,6</b>	<b>85,1</b>	<b>0,311</b>
<b>Terveys</b>			
Heikko terveys <sup>b</sup>	29,4	31,5	0,550
Terveyden muutos huonommaksi viimeisen vuoden aikana	67,3	65,3	0,697
<b>Oireet</b>			
Voimattomuus	70,6	69,6	0,760
Kipu	71,2	66,8	0,200
Päänsärky	33,7	31,0	0,447
Apuvälineiden käyttö	73,5	73,7	0,945
<b>Näkö</b>			
Sanomalehteä laseilla tai ilman lukemaan pystyvien osuus	84,7	81,8	0,290
<b>Asuminen</b>			
<b>Talouden jäsenet</b>			
Asuu yksin	75,0	70,1	0,147
Puolison kanssa	16,0	19,5	0,228
Lasten kanssa	9,0	9,9	0,699
<b>Asumismuoto</b>			
Omatoimisesti kotona	91,5	92,1	
Palveluasunnossa	7,3	7,1	0,751
<b>Avun lähteet<sup>c</sup></b>			
Sosiaalipalvelut	81,4	81,4	0,993
<b>Informaali apu</b>			
Perheenjäsenet	81,7	79,5	0,453
Ystävät ja naapurit	28,2	26,9	0,688
Yksityiset kotipalvelut	20,5	23,8	0,294

<sup>a</sup> Ryhmien välisen eron tilastollinen merkitsevyys.

<sup>b</sup> 5-luokkaisen asteikon vastausvaihtoehdot *heikko* ja *erittäin heikko*.

<sup>c</sup> Henkilö voi saada apua useammalta taholta.

Henkisen suorituskyvyn alenema (MMSE alle 24 pistettä) todettiin 28 %:lla ja masentuneisuutta (GDS 7–13 pistettä) 17 %:lla tutkittavista. Alkutilanteessa kuntoutus- ja verrokkiryhmän välillä ei ollut eroa lukuun ottamatta tuoliltanousuaikaa, joka oli kuntoutujilla merkitsevästi verrokkeja heikompi.

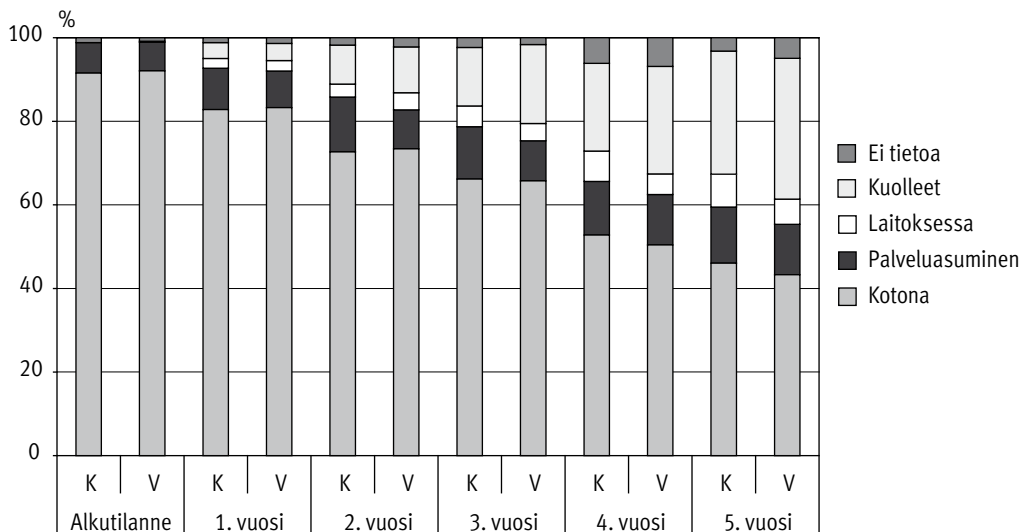
## 5.2 Kuntoutus ei pidentänyt kotona asumisen aikaa mutta lisäsi palvelujen käyttöä

Viiden vuoden seuranta-aikana tutkimusryhmän 708 ikäihmisestä kuoli kolmasosa, kuntoutujista 30 % ja verrokeista 34 %. Vajaa puolet ikäihmisistä asui edelleen kotona, kuntoutujista 46 % ja verrokeista 43 %. Palveluasunnossa asui 13 % kuntoutujista ja 12 % verrokeista. Laitoshoidossa olevien osuus oli alle kymmenesosa (kuntoutujat 8 %, verrokkit 6 %). Asumistietoa ei saatu kaikista tutkittavista (kuntoutujat 3 %, verrokkit 5 %). (Kuvio 3.)

Alkutilanteessa tutkittavat saivat tukea kodin töissä useimmiten omaisilta sekä kunnan tukipalveluista. Lisäksi he saivat tukea kunnalliselta ja yksityiseltä kotipalvelulta (taulukko 1). Usein henkilöt saivat tukea usealta eri taholta. Seurannassa niiden kuntoutusryhmään kuuluneiden määrä, jotka saivat tukea kunnan tuki- tai kotipalvelusta, lisääntyi merkitsevästi. Yksittäisiä kunnan tukipalveluja tarkasteltaessa lisäys oli suurin kuljetuspalvelujen kohdalla. Omaisilta tukea saavien määrä väheni molemmissa ryhmissä, verrokkiryhmässä merkitsevästi. (Ollonqvist ym. 2008a.)

Kun tarkasteltiin avun saamisen yhteyttä henkilön ikään ja koettuun selviytymiseen päivittäisistä toimista, huomattiin, että alkutilanteessa henkilöiden ikä tai päivittäisistä

**Kuvio 3.** Tutkittujen asuminen ja kuolleisuus viiden vuoden seurannassa.



toimista selviytyminen ei ollut yhteydessä tuen saamiseen omaisilta tai yksityiseltä kotipalvelulta, mutta kunnan tuki- ja kotipalveluilta saatu tuki lisääntyi iän ja heikkeen päivittäisistä toimista selviytymisen myötä. Alkutilanteen ikä ja päivittäisistä toimista selviytyminen ei ollut yhteydessä tuen saamisessa tapahtuneeseen muutokseen. (Ollonqvist ym. 2008a.)

### 5.3 Kuntoutujien koettu terveys koheni

Alkutilanteessa tutkittavat arvioivat terveydentilansa yleisimmin keskinkertaiseksi (taulukko 2). Miltei kolmannes katsoi sen olevan huono tai hyvin huono. Vuoden seurannan aikana kuntoutujien koettu terveydentila parani ja verrokkien huononi. Huonoksi tai erittäin huonoksi terveytensä kokeneiden prosenttiosuuksien muutosten ero ryhmien välillä on noin 5 %. Tämä tarkoittaa, että kuntoutus ehkäisee yhden henkilön terveydentilan muuttumisen huonoksi tai erittäin huonoksi jokaista 20 kuntoutettua kohti (Number Needed to Treat eli NNT; Kaila ja Korppi 2002).

**Taulukko 2.** Kuntoutusryhmän ja verrokkiryhmän terveys (%) alkutilanteessa ja vuoden seurannassa sekä muutoksen merkitsevyys ( $p^a$ ) ja ryhmissä tapahtuneiden muutosten erojen merkitsevyys ( $p^b$ ).

	Alkutilanne	Seuranta 1 v	Muutos $p^a$	Muutoksen ero $p^b$
<b>Koettu terveys (%)</b>				
Kuntoutusryhmä (n = 321)				
Erittäin hyvä tai hyvä	3,7	9,0		
Keskinkertainen	68,2	60,1		
Huono tai erittäin huono	28,0	30,9	0,0017**	0,0255*
Verrokkiryhmä (n = 322)				
Erittäin hyvä tai hyvä	4,7	4,7		
Keskinkertainen	66,1	57,8		
Huono tai erittäin huono	29,2	37,6	0,0193*	
<b>Kipujana (mm)<sup>d</sup> keskiarvo (SD)<sup>c</sup></b>				
Kuntoutusryhmä (n = 314)	41,5 (27,5)	38,2 (29,0)	0,0456*	
Verrokkiryhmä (n = 313)	39,8 (30,8)	37,6 (30,7)	0,22	0,64
<b>MMSE (pisteet)<sup>e</sup> keskiarvo (SD)<sup>c</sup></b>				
Kuntoutusryhmä (n = 321)	25,3 (2,9)	24,9 (3,5)	0,0289*	
Verrokkiryhmä (n = 321)	25,1 (3,0)	24,4 (4,1)	< 0,0001***	0,12
<b>Sanomalehteä lukemaan pystyvien osuus (%)</b>				
Kuntoutusryhmä (n = 313)	85	80	0,0465*	
Verrokkiryhmä (n = 310)	81	77	0,0415*	0,72

<sup>a</sup> Muutoksen merkitsevyys alkutilanteesta seurantaan.

<sup>b</sup> Ryhmien muutoksen eron merkitsevyys.

<sup>c</sup> SD = keskihajonta (standardideviaatio).

<sup>d</sup> Kipujana 0–100 mm.

<sup>e</sup> MMSE 0–30 pistettä, alle 24 pistettä merkitsee kognitiivisen kapasiteetin heikentymistä.

Henkistä suorituskykyä kuvaavan MMSE-pistemäärä heikkeni molemmissa ryhmissä mutta selvästi enemmän verrokkiryhmässä. Vuoden aikana kuntoutujien kokemana kipua väheni. Muissa oireissa ei tapahtunut merkitseviä muutoksia. (Taulukko 2.) (Hinkka ym. 2007.)

#### 5.4 Fyysinen suorituskyky koheni

Kuntoutusryhmässä kävelynopeus lisääntyi ja tuoliltanousuaika väheni, kun taas verrokkiryhmässä molempien mittausten tulokset heikkenivät (taulukko 3). Jos oletetaan, että henkilö pystyy ylittämään kadun vihreän valon palaessa, hänen kävelynopeutensa tulee olla vähintään 1,4 m/sek. Alkutilanteessa kadun ylittämiseen vihreällä olisi pystynyt 30 henkilöä (4 %) (kuntoutujista 13, verrokeista 17). Vuoden seurannassa kadun olisi ehtinyt ylittää 31 henkilöä (kuntoutujista 19 ja verrokeista 12).

**Taulukko 3.** Kuntoutusryhmän ja verrokkiryhmän mitattu fyysisen suorituskyvyn keskiarvo (vaihteluväli) alkutilanteessa ja vuoden seurannassa sekä muutoksen merkitsevyys ( $p^a$ ) ja ryhmissä tapahtuneiden muutosten erojen merkitsevyys ( $p^b$ ).

	Alkutilanne	Seuranta 1 v	Muutos $p^a$	Muutoksen ero $p^b$
<b>6,1 m:n kävelyaika (s)</b>				
Kuntoutusryhmä (n = 290)	9,0 (3,5–45,8)	8,8 (3,3–34,6)	0,50	
Verrokkiryhmä (n = 271)	8,7 (2,9–32,6)	9,5 (3,6–33,5)	0,0017**	0,0044**
<b>Kävelynopeus (m/s)</b>				
Kuntoutusryhmä (n = 290)	0,80 (0,13–1,74)	0,82 (0,18–1,85)	0,14	
Verrokkiryhmä (n = 271)	0,81 (0,19–2,10)	0,77 (0,18–1,69)	0,0003***	0,0002***
<b>Viiteen tuolilta nousuun kulunut aika (s)</b>				
Kuntoutusryhmä (n = 220)	23,9 (9,6–66,5)	21,5 (10,3–94,8)	< 0,0001***	
Verrokkiryhmä (n = 196)	21,5 (8,8–60,4)	21,9 (10,1–81,2)	0,39	0,0003***
<b>Yhdellä jalalla seisomisaika (s)</b>				
Kuntoutusryhmä (n = 226)	4,0 (0–30)	4,2 (0–30)	0,71	
Verrokkiryhmä (n = 227)	4,1 (0–30)	3,2 (0–30)	0,0042**	0,0403*
<b>Liikkumiskyky (SPPB-pistemäärä)<sup>c</sup> keskiarvo (SD)<sup>d</sup></b>				
Kuntoutusryhmä (n = 321)	6,8 (2,4)	6,4 (3,0)	0,0017**	
Verrokkiryhmä (n = 324)	6,6 (2,5)	5,6 (3,2)	< 0,0001***	0,0068**
<b>Käden puristusvoima (kg)</b>				
Kuntoutusryhmä (n = 312)	22,0 (2–44)	22,4 (2–50)	0,30	
Vaihteluväli (n = 317)	22,2 (2–58)	21,2 (2–52)	0,0005***	0,0009***

<sup>a</sup> Muutoksen merkitsevyys alkutilanteesta seurantaan.

<sup>b</sup> Ryhmien muutoksen eron merkitsevyys.

<sup>c</sup> SPPB = liikkumiskykyä kuvaava indeksi sisältäen seisomatasapainon, tuolilta nousun ja kävelynopeuden testit.

Vaihteluväli 0–12 pistettä; 12 = erittäin hyvä liikkumiskyky, 0 = erittäin huono liikkumiskyky.

<sup>d</sup> SD = keskihajonta (standardideviaatio).



Alkutilanteessa 80 % tutkittavista pystyi seisomaan yhdellä jalalla. Seurantamittauksessa heitä oli 70 %. Keskimääräinen seisomisaika alkutilanteessa oli 4 sekuntia (taulukko 3). Seurannassa kuntoutusryhmään kuuluvat pystyivät seisomaan yhdellä jalalla keskimäärin hieman kauemmin kuin alussa, verrokkiryhmässä aika lyheni merkitsevästi. On arvioitu, että yli 75-vuotiaalla henkilöllä on selvä kaatumisriski, jos hän ei pysty seisomaan yhdellä jalalla viittä sekuntia. Yli 5 sekuntia pystyi alkutilanteessa seisomaan joka viides (60 kuntoutujaa, 63 verrokkaa). Vuoden seurannassa heitä oli 117, joista 63 kuului kuntoutujiin ja 54 verrokkeihin.

Tutkittavien liikkumiskyky heikkeni liikkumiskykyä kuvaavalla indeksillä (SPPB) mitattuna molemmissa ryhmissä, kuntoutujilla merkitsevästi vähemmän. Käsien puristusvoima parani hieman kuntoutusryhmässä ja heikkeni merkitsevästi verrokki-ryhmässä. (Taulukko 3.)

### 5.5 Kuntoutus hidasti toimintakyvyn heikkenemistä ja lisäsi apuvälineiden käyttöä

Päivittäisistä perustoiminnoista (ADL) selviytyi itsenäisesti, ilman apua, alkutilanteessa joka toinen tutkittava. Itsenäisesti selviytyvien määrä väheni vuoden seurannan aikana molemmissa ryhmissä merkitsevästi, 10 prosenttiyksikköä. Samoin tutkittavien kyky hoitaa asioita itsenäisesti (IADL) heikkeni sekä kuntoutujilla että verrokeilla merkitsevästi. Alkutilanteessa siitä selviytyi 40 % kuntoutujista ja 36 % verrokeista. (Taulukko 4.)

**Taulukko 4.** Kuntoutusryhmän ja verrokkiryhmän toimintakyvyn keskiarvo (SD) alkutilanteessa ja vuoden seurannassa sekä muutoksen merkitsevyys ( $p^a$ ) ja ryhmissä tapahtuneiden muutosten erojen merkitsevyys ( $p^b$ ).

	Alkutilanne	Seuranta 1 v	Muutos $p^a$	Muutoksen ero $p^b$
<b>ADL<sup>c</sup></b>				
Kuntoutusryhmä (n = 321)	12,8 (2,8)	13,6 (3,1)	< 0,0001***	
Verrokkiryhmä (n = 323)	13,1 (2,7)	14,0 (3,4)	< 0,0001***	0,63
<b>IADL<sup>d</sup></b>				
Kuntoutusryhmä (n = 321)	12,5 (3,5)	13,5 (3,8)	< 0,0001***	
Verrokkiryhmä (n = 322)	12,6 (3,4)	13,5 (3,9)	< 0,0001***	0,33
<b>FIM-kokonaispistemäärä<sup>e</sup> keskiarvo (SD)</b>				
Kuntoutusryhmä (n = 319)	116,1 (7,2)	112,6 (9,1)	< 0,0001***	
Verrokkiryhmä (n = 323)	115,4 (8,6)	111,1 (11,4)	< 0,0001***	0,12

<sup>a</sup> Muutoksen merkitsevyys alkutilanteesta seurantaan.

<sup>b</sup> Ryhmien muutoksen eron merkitsevyys.

<sup>c</sup> ADL = päivittäiset perustoiminnot, pistesumma 9–27, pieni indeksin arvo merkitsee hyvää toimintakykyä.

<sup>d</sup> IADL = kyky hoitaa asioita, pistesumma 7–21, pieni indeksin arvo merkitsee hyvää toimintakykyä.

<sup>e</sup> FIM-toimintakykypistemäärä 18–126, suuri indeksin arvo merkitsee hyvää toimintakykyä.

Tarkasteltaessa yksittäisiä ADL-toimintoja havaittiin, että alkutilanteessa joka neljäs kuntoutuja ja joka viides verrokki pystyi liikkumaan ulkona ilman vaikeuksia. Heidän lukumääränsä väheni seurantavuoden aikana verrokeilla enemmän (4 prosenttiyksikköä) kuin kuntoutujilla (2 prosenttiyksikköä). Seuraavan puolen vuoden aikana (18 kk:n seurantakysely) ulkona liikkumaan pystyvien osuus lisääntyi kuntoutujilla ja pysyi ennallaan verrokeilla, jolloin NNT-luku oli 14 (muutoksen ero 7 %).

Molemmissa ryhmissä ikäihmisten FIM:llä mitattu toimintakyky heikkeni seurantavuoden aikana (taulukko 4).

Kolmella neljästä tutkittavasta oli alkutilanteessa käytössään jokin tai joitakin apuvälineitä, useimmiten jokin liikkumisen apuväline. Kuntoutusryhmässä apuvälineiden käyttö lisääntyi verrokkeja enemmän. Ero oli merkitsevä 18 kk:n kohdalla. Kävelykeppi tai kävelyteline oli joka toisella tutkittavalla. Todennäköisesti liikkumisvaikeudet lisääntyivät seurannan aikana, koska kävelykeppiä käyttävien määrä väheni hieman ja samanaikaisesti kävelytelinettä käyttävien lukumäärä lisääntyi. Päivittäisissä toimissa apuvälineiden käyttö lisääntyi seurannan aikana enemmän kuntoutujilla kuin verrokeilla.

Asunnonmuutostöitä tehtiin vuoden seurannan aikana kuntoutujille useammin (27 %) kuin verrokeille (16 %) (NNT= 9). Tavallisimmin asennettiin tukikahvoja ja kaiteita. Myös pesutiloissa tehtiin muutostöitä useammin kuntoutujien kuin verrokkien kodeissa.

## 5.6 Kuntoutus ylläpiti positiivista mielialaa ja vähensi yksinäisyyttä

Alkutilanteessa miltei viidesosa tutkittavista koki masentuneisuutta. Tutkittavilla oli keskimäärin 5,4 ahdistusta ja masentuneisuutta kuvaavaa oiretta, ja 13 % heistä tunsivat itsensä tarpeettomaksi. (Taulukko 5.) Seurannassa GDS-pisteiden keskiarvo ja masentuneiden määrä pysyivät ennallaan kuntoutusryhmässä. Verrokkiryhmän tulos viittaa masentuneisuuden lisääntymiseen; GDS-pisteiden keskiarvo nousi 0,3 ja masentuneiden määrä lisääntyi seitsemän prosenttiyksikköä. Kuntoutusryhmässä depressiivisyys väheni 65–75-vuotiailla kuntoutujilla ja lisääntyi hieman sitä vanhemmilla. Tutkittavien ilmoittamat ahdistusta ja masentuneisuutta kuvaavat oireet vähenivät hieman kuntoutusryhmässä ja lisääntyivät jonkin verran verrokkiryhmässä. Tarpeettomuuden tunteen kokeminen lisääntyi merkitsevästi verrokkiryhmässä ja pysyi ennallaan kuntoutusryhmässä.

Depressiivisyyden lisääntyminen kuntoutusryhmässä oli yhteydessä koetun terveydentilan ja päivittäisistä toimista selviytymisen heikkenemiseen sekä vapaa-ajan liikunnan vähenemiseen. Joka toinen masentunut kuntoutuja tapasi psykologin kuntoutusjaksojen kuluessa. Psykologin tavanneiden kuntoutujien masentuneisuus väheni ja muiden kuntoutujien lisääntyi.

Vaikka tutkituilla ikäihmisillä oli läheiset ja tiiviit suhteet sosiaaliseen verkostoonsa, runsas neljännes heistä ilmoitti alkutilanteessa kokevansa yksinäisyyttä. Yksinäisyyden kokemus väheni kuntoutusryhmässä ja lisääntyi verrokeilla (taulukko 5). Lisäksi yksinäisyyden ja yksin jäämisen pelon turvattomuuden syyksi ilmoittaneiden määrä lisääntyi molemmissa ryhmissä, enemmän verrokkiryhmässä. Yksinäisyyden kokemisen muutos oli molemmissa ryhmissä yhteydessä siihen, miten tyytyväisiä tutkittavat olivat lasten yhteydenpidon määrään. Mitä tyytyväisempiä he olivat, sitä vähemmän he kokivat yksinäisyyttä. Kuntoutusryhmässä muutos oli lisäksi yhteydessä koetun terveydentilan muutokseen. Kun ikäihmiset kokivat terveydentilansa heikentyneen, he myös kokivat itsensä yksinäisemmiksi. (Ollonqvist ym. 2008b.) NNT-luku on masentuneiden kohdalla 14 ja tarpeettomaksi itsensä kokevien kohdalla 11.

**Taulukko 5.** Kuntoutusryhmän ja verrokkiryhmän masentuneisuuden (GDS) keskiarvo (vaihteluväli) sekä yksinäisyyden ja tarpeellisuuden kokemus (%) alkutilanteessa ja vuoden seurannassa sekä muutoksen merkitsevyys ( $p^a$ ) ja ryhmissä tapahtuneiden muutosten erojen merkitsevyys ( $p^b$ ).

	Alkutilanne	Seuranta 1 v	Muutos $p^a$	Muutoksen ero $p^b$
<b>GDS-15 (pisteet)<sup>c</sup></b>				
Kuntoutusryhmä (n = 320)	4,1 (0–12)	4,1 (0–15)	0,92	
Verrokkiryhmä (n = 318)	4,2 (0–13)	4,5 (0–14)	0,0039**	0,0370*
<b>GDS; masentuneiden osuus (%)<sup>d</sup></b>				
Kuntoutusryhmä (n = 320)	18,1	18,1	1,00	
Verrokkiryhmä (n = 318)	16,7	23,6	0,0029**	0,0218*
<b>Yksinäisyyttä usein tai jatkuvasti kokevien osuus (%)</b>				
Kuntoutusryhmä (n = 320)	28,4	25,6	0,42	
Verrokkiryhmä (n = 323)	26,3	28,1	0,68	0,31
<b>Tarpeettomaksi itsensä kokevien osuus (%)</b>				
Kuntoutusryhmä (n = 320)	13,8	13,1	0,76	
Verrokkiryhmä (n = 323)	11,5	20,1	0,0002***	0,0027**

<sup>a</sup> Muutoksen merkitsevyys alkutilanteesta seurantaan.

<sup>b</sup> Ryhmien muutoksen eron merkitsevyys.

<sup>c</sup> Asteikko 0–15, suuri pistemäärä = enemmän masentuneisuutta.

<sup>d</sup> GDS-pistemäärä enemmän kuin 6.

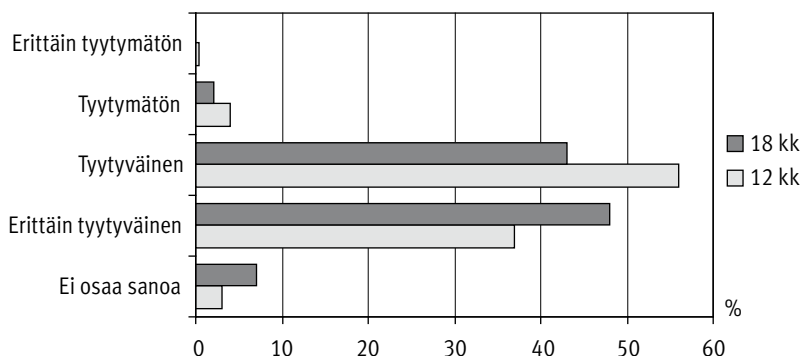
## 5.7 Kuntoutujat olivat tyytyväisiä ja kokivat hyötynensä

Yli 90 % kuntoutujista ilmoitti olevansa tyytyväinen tai erittäin tyytyväinen saamaansa kuntoutukseen (kuvio 4).

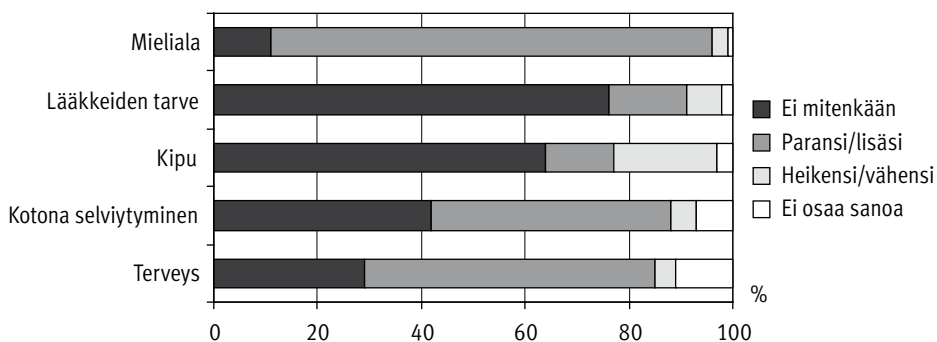
Suurin osa kuntoutujista (85 %) arvioi mielialansa kohentuneen ja joka toinen kuntoutuja ilmoitti terveytensä ja kotona selviytymisensä parantuneen kuntoutuksen vaikutuksesta. Sen sijaan kuntoutuksella ei ollut juurikaan vaikutusta kipuun tai lääkkeiden tarpeeseen. (Kuvio 5.)

Kuntoutujat ilmoittivat 18 kk:n seurantakyselyssä saaneensa kuntoutuslaitoksesta runsaasti erilaisia suosituksia, useimmiten suosituksia lisätä liikunnan määrää, apuvälineitä tai fysioterapiaa. Apuvälinesuosituksiset olivat toteutuneet hyvin (90 %), ja suositus palvelujen lisäämisestä oli toteutunut kolmella neljästä. Myös ruokavalion muutos- ja fysioterapiasuositukset toteutuivat vastaajien mukaan hyvin, mutta liikunnan lisääminen ja laihdutus olivat onnistuneet heikosti.

**Kuvio 4.** Kuntoutujien (n = 305) tyytyväisyys (%) kuntoutukseen vuoden seurannassa ja 18 kk:n seurantakyselyssä.



**Kuvio 5.** Kuntoutujien (n = 300) arvio kuntoutuksen vaikutuksista vuoden seurannassa (%).



Naispuolisista kuntoutujista 65 % ja miespuolisista 48 % ilmoitti pitäneensä yhteyttä muihin kurssilaisiin kuntoutuksen jälkeen.

5.8 Kuntoutus ei ollut kustannusvaikuttavaa, vaikka kuntoutujien kotihoidon ja asumisen kustannukset olivat pienemmät kuin verrokkien

Vuoden seurannassa kotihoidon (sisältäen kotipalvelun, kotisairaanhoidon, ateriapalvelun ja siivouksen) kustannukset jäivät kuntoutujilla (n = 364) verrokkeja (n = 376) hieman pienemmiksi. Kuntoutusryhmässä kotihoidon keskimääräiset kustannukset olivat 8 365 euroa/vuosi, verrokeilla 8 730 euroa/vuosi. Vähäisempiä olivat myös kuntoutujien palveluasumisen, tehostetun palveluasumisen ja vanhainkotihoidon kustannukset (kuntoutujilla 8 987 euroa/vuosi ja verrokeilla 10 514 euroa/vuosi).

Terveydenhuollon kustannuksissa suurimmat erot ryhmien välillä olivat erikoissairaanhoidossa, missä kuntoutujilla oli enemmän hoitopäiviä. Terveydenhuollon kustannuksiin sisältyy myös ikäihmisten hoito terveyskeskuksen pitkäaikaisosastolla. Kuntoutusryhmästä seitsemän ja verrokkiryhmästä kuusi henkilöä oli hoidettavana terveyskeskuksen pitkäaikaishoidossa vuoden seurannan kohdalla. Lisäksi kustannuksiin on laskettu mukaan sairausvakuutuksen korvaamat tutkimukset ja hoidot, matkat ja lääkkeet. Kuntoutujien keskimääräiset terveydenhuollon kustannukset olivat 5 445 euroa vuodessa ja verrokkien 4 831 euroa vuodessa. (Taulukko 6.)

**Taulukko 6.** Tutkittavien sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön kustannukset alkutilanteen ja vuoden seurannan välisenä aikana. Kustannukset on muutettu vuoden 2006 hintatasoa vastaaviksi.

Palvelun sisältö	Kuntoutusryhmä Kustannukset				Verrokkiryhmä Kustannukset			
	Hlöä	Keskiarvo	Minimi	Maksimi	Hlöä	Keskiarvo	Minimi	Maksimi
Terveydenhuolto, sis. pitkäaikaishoito	376	<b>5 445</b>	18	50 497	364	<b>4 831</b>	86	55 642
Kuntoutus	376	<b>3 990</b>	587	5 173				
Kotihoito, sis. kotipalvelu, kotisairaanhoido, ateria- ja siivouspalvelu	235	<b>8 365</b>	329	70 015	248	<b>8 730</b>	329	106 306
Palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen ja vanhainkotihoito <sup>a</sup>	41	<b>8 987</b>	5 626	40 083	35	<b>10 514</b>	5 626	40 083

<sup>a</sup> Ei sisällä vuokraa.

Kustannusvaikuttavuusanalyysissä kokonaiskustannukset muodostuvat kuntoutuksen kustannuksista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Kokonaiskustannukset olivat kuntoutujilla keskimäärin 15 283 euroa vuodessa ja verrokeilla 11 758 euroa vuodessa. Kuntoutujien 15D-mittarilla mitattu elämänlaatu ei eronnut verrokkien elämänlaadusta. Tämän mittarin mukaan kuntoutus ei ollut kustannusvaikuttavaa.

## 6 KUNTOUTUS KUNTOUTUJIIEN KOKEMANA JA AMMATTILAISTEN TOTEUTTAMANA

Kuntoutujien ja kuntoutusta toteuttavien ammattilaisten kokemuksia kuntoutuksesta sekä ammattilaisten tapaa toteuttaa sitä tutkittiin pääosin laadullisin menetelmin. Tällöin selvitettiin kuntoutuksen toimijoiden yhteistyötä ja heidän välistään tiedonkulkua, kuntoutustapahtumaa, ikäihmisen kokemuksia kotona asumisesta ja arkielämästä sekä liikunnallisen kuntoutuksen toteutumista.

### 6.1 Yhteistyöverkoston työskentelyfoorumeilla välittyy tärkeää tietoa kuntoutujista (Yhteistyön ja tiedonkulun osahanke / Ulla Salmelainen)

Tiedonkulun keskeisyys ja samalla sen ongelmallisuus kuntoutuksessa (Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 2003; Perälä ym. 2003) johdattivat tässä hankkeessa tarkastelemaan tiedonkulkua ja tiedon rakentumista moniammatillisessa yhteistyössä. Tutkimuksessa selvitettiin kunnan, Kelan ja kuntoutuslaitoksen edustajien *kuntoutujia koskevia tietotarpeita, tiedon riittävyyttä ja tiedon välittymistä sekä yhteistyön sujumista*. (Salmelainen 2008.)

Tutkimuksen toimintaympäristönä oli Ikäihmisten kuntoutuskurssi, johon oli sisäänrakennettu yhdyshenkilöiden muodostama moniammatillinen asiantuntijaverkosto. Tämän pohjalta oli luontevaa lähteä tarkastelemaan tutkimuskohdetta moniammatillisen yhteistyön, asiantuntijuuden ja jaetun asiantuntijuuden näkökulmasta. Kuntoutuksen tiedonkulussa keskeisiä ovat kuntoutujaa koskevat kirjalliset dokumentit, jotka välittävät täsmällistä eli formaalia tietoa. Kokemuksen kautta muodostuu ns. hiljaista tietoa (Polanyi 1966; Bereiter ja Scardamalia 1993; Nonaka ja Tekeuchi 1995), jonka välittymiselle tarjoavat mahdollisuuden kuntoutuksen eri tahojen yhteistyö ja yhteiset työskentelyfoorumit.

Tiedon välittymistä tarkasteltiin kirjallisten dokumenttien, yhteisten työskentelyfoorumien sekä yhdyshenkilöiden yhteydenpidon pohjalta. Keskeiset työskentelyfoorumit olivat kuntoutujien valinta, kotikäynti ja kuntoutuksen jatkotoimenpiteiden suunnittelu.

*Tutkimusaineisto* kerättiin yksilö- ja ryhmähaastatteluin sekä lomakekyselyin. Haastatteluaineisto muodostui kuntoutuskurssien yhdyshenkilöiden ja kuntoutuslaitosten tiimien haastatteluista. Haastateltavat kuntoutuskurssit valittiin siten, että kustakin seitsemästä laitoksesta tarkasteltiin kahta kurssia. Haastateltaviksi pyrittiin valitsemaan erikokoisten kuntien kursseja. Haastatteluaineisto koostui valittujen kurssien (n = 14) kunnan, Kelan ja kuntoutuslaitosten yhdyshenkilöiden haastatteluista sekä kaikkien kuntoutuslaitosten geriatristen tiimien haastatteluista. Kyselyjen kohderyhminä olivat kaikkien kuntoutuskurssien (n = 44) kunnan, Kelan ja kuntoutuslaitoksen yhdyshenkilöt.

Haastatteluaineistot analysoitiin framework-rakenneanalyysillä (Ritchie ja Spencer 1994), joka on aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa tutustuttiin aineistoon ja siitä pyrittiin löytämään keskeiset teemat. Analyysin toisessa vaiheessa selvitettiin aineiston aiherakennetta, muodostettiin pääaiheet ja -teemat, joiden avulla tunnistettiin ja luotiin temaattinen rakenne ja teemakehys. Seuraavaksi aineisto luokiteltiin teemaluettelon avulla. Temaattista rakennetta sovellettiin systemaattisesti koko aineistoon. Aineisto luokiteltiin ja taulukoitiin pää- ja alaotsikkoineen tutkimusongelmat huomioiden. Prosessi päättyi ilmiön kartoitukseen ja tulkintaan (Pope ym. 2000). Kyselyaineisto käsiteltiin tilastollisella SAS 9.1 -ohjelmistolla. Ryhmävertailut tehtiin soveltuvien osien kiihin neliötestillä, Fisherin testillä, Wilcoxonin testillä tai Kruskal-Wallisn testillä.

Tämän tutkimuksen kahden erilaisen aineiston ja menetelmän pohjalta saadut *tulokset* olivat pääsääntöisesti samansuuntaisia eli ne vahvistivat toisiaan. Kirjalliset dokumentit välittivät hyvin tietoa kuntoutujan terveydentilasta ja fyysisestä toimintakyvystä, mutta vain niukasti tietoa sosiaalisesta toimintakyvystä sekä tilannetekijöistä, joiksi luokiteltiin kuntoutujan elinympäristö, elämäntilanne, kotona selviytyminen ja avun tarve. Tärkeintä kuntoutusintervention moniammatillisessa asiantuntijayhteistyössä oli kunnan yhdyshenkilön välittämä tieto ikäihmisen toimintakykyyn ja elämänpiiriin liittyvistä kontekstuaalisista tekijöistä.

Asiantuntijuus on määritelty pysyviksi ja toistettaviksi tiedoiksi ja taidoiksi, jotka tulevat esiin sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa (Stein 1995; Palonen ym. 2007). Yhdyshenkilöt rakensivat kuntoutujaa koskevaa tietoa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Tietämys ja osaaminen laajenivat, kun eri tahojen yhdyshenkilöt toivat oman tietämyksensä ja asiantuntemuksensa yhteiseen työskentelyyn ja pohdintaan. Asiantuntijuus ilmeni pätevinä yksilöominaisuuksina osana yhteistä toimintaa (Palonen 2007, 291). Esimerkiksi kuntoutuslaitoksen ja kunnan eri asiantuntijoiden yhdessä tekemä kotikäynti kuntoutujan kotiin edisti moniammatillista asiantuntijayhteistyötä. Samalla se osoittautui merkittäväksi tietoväyläksi ja työssä oppimisen foorumiksi (Collin 2005; Collin 2007).

Riittävää tietoa kuntoutujien toimintakyvystä ei kuitenkaan aina välittynyt kunnan yhdyshenkilön kautta. Esimerkiksi isoissa kunnissa ei yhdyshenkilöllä välttämättä ollut välitettävänään omiin hoitokontakteihin ja kokemukseen perustuvaa tietoa ikäihmisestä tai kunnan toimintakäytännöistä. Tällöin toimittiin dokumentoidun tiedon varassa. Omaan kokemukseen perustuvaa tuntemistietoa välittyikin paremmin pienissä kuin isoissa kunnissa, kun kuntoutujaehdokkaiden valintaan osallistuneet kuntien ammattihenkilöt muistivat omat asiakkaansa.

Kuntoutujaa koskevan tiedon rakentumista yhteisillä foorumeilla edisti mahdollisuus selailla ja tutkia potilastiedostoihin tallennettua tietoa kuntoutujaehdokkaista. Näin mahdollistui formaalin ja informaalisen tiedon samanaikainen käyttäminen (Bereiter ja Scardamalia 1993).



Ikäihmisen selviytymistä omassa lähiympäristössään sekä kotiympäristöä koskevaa kontekstuaalista tietoa pidettiin keskeisen tärkeänä tiedon aihealueena sekä haastatteluissa että kyselyissä. Merkityksellistä oli henkilön tuntemiseen perustuva hiljainen kokemusperäinen tuntemistieto. Sen muodostumista ja välittymistä edisti pitkäaikaiseen hoitosuhteeseen pohjautuva tietämys ikäihmisen psykososiaalisesta taustasta ja elinolosuhteista, jotka omalta osaltaan vaikuttavat arkielämästä selviytymiseen.

Kuntoutuksen palautetiedon välittyminen kuntaan näyttäytyi ongelmallisena ja epäyhtenäisenä. Osassa kursseja tieto välittyi hyvin, mutta joukossa oli tapauksia, joissa yhdyshenkilö ei saanut lainkaan kirjallista palautetta; kuntoutuslosteet olivat kulkeutuneet suoraan arkistoon. Heikoimmin tieto kulki sosiaalitoimessa työskenteleville yhdyshenkilöille. Kaikilla kolmella yhteistyötaholla eli kuntoutuslaitoksissa, Kelassa ja kunnissa oli oletuksia ja arvailuja kuntoutuksen kirjallisen palautetiedon etenemisestä ja käsittelystä kunnissa. Myös monen kunnan yhdyshenkilön näkemykset kuntoutusta koskevan tiedon etenemisestä omassa kunnassaan olivat hämärän peitossa. Kuntoutuslaitosten haastatteluisia tuli esille epäilyjä ja pessimistisiä näkemyksiä tietojen etenemisestä kunnissa. Silti kuntoutuslaitosten ja Kelan haastateltavat pääsääntöisesti olettivat, että tieto kunnassa kulkee ja hoitava taho saa kuntoutujaa koskevat kuntoutuslosteet. Vain harvoissa yhdyshenkilöiden ja tiimien haastateluisia näkemys laitoksesta kuntaan tapahtuvasta tiedonkulusta pohjautui tietämiseen ja yhteiseen sopimiseen. Kaikki yhdyshenkilöryhmät olivat yhtä mieltä siitä, että tärkein tieto ikäihmisen tilannetekijöistä välittyi parhaiten yhteisillä työskentelyfoorumeilla.

Kyselyjen pohjalta saatiin tietoa yhdyshenkilöiden yhteistyötahoista. Yhdyshenkilöiden ilmoittamiin yhteistyötahoihin perustunut verkostokirjo osoittautui laajaksi ja monimuotoiseksi. Vastauksissa esiintyi samoja tahoja, mutta painotuksissa oli eroja. Tärkeimpänä yhteistyötahonaan kaikki vastaajat pitivät kuntaa. Myös kuntien yhdyshenkilöiden yhteistyösuhteet suuntautuivat huomattavasti useammin omaan organisaatioon kuin organisaation ulkopuolisiin tahoihin. Vuorovaikutussuhteita onkin todettu esiintyvän enemmän ryhmittymien sisällä kuin niiden välillä (Palonen ym. 2003; Palonen ym. 2004). Sen sijaan kolmannen sektorin osuus yhteistyötahoista oli kaikilla yhdyshenkilöillä yhtä vähäinen, noin 2–3 %. Yhteyksiä kuntoutujien omaisiin oli eniten kuntoutuslaitosten yhdyshenkilöillä.

Dokumenttien laitoksille välittämä etukäteiskuva kuntoutujasta muodostui kapeaksi painottuen terveydentilan ja fyysisen toimintakyvyn kuvaukseen. Kehittämisedotuksena esitettiin, että kunnassa ikäihmisten kanssa toimivat ammattihenkilöt laatisivat oman arvionsa kuntoutujan kotona selviytymisestä ja avun tarpeesta sekä kotiympäristön kuvauksen vastaavaan tapaan kuin työterveyshoitajat kokoavat tiedot työpaikan työolosuhteista työikäisten kuntoutuksessa. Käytäntö saattaisi olla perusteltu myös eettiseltä kannalta, koska se edistäisi ikääntyneen kuntoutujan kokonaisvaltaista huomioon ottamista.

Kunnan kuntoutuslaitoksesta saama palaute ohjaa kuntoutuksen jatkuvuutta. Palautetiedon välittyminen kuntaan osoittautui haasteelliseksi yhdyshenkilötoiminnasta huolimatta. Olisikin ollut hyvä, jos hankkeessa olisi yhtenäistetty menettelytapoja antamalla yhdyshenkilöille ohjeet esimerkiksi kirjallisen kuntoutusselosteen jatkokäsittelystä. Toisaalta tämäkään olisi tuskin poistanut ongelmia tilanteessa, jossa sosiaalitoimessa työskentelevällä yhdyshenkilöllä ei ollut hallinnollisista raja-aidoista johtuen mahdollisuuksia saada kuntoutusselosteita. Kuntoutujan antaman luvan puitteissa palautetiedon perille menoon tulisikin jatkossa kiinnittää enemmän huomiota jo kuntoutuksen suunnitteluvaiheessa.

Ikäihmisen kokonaistilannetta koskevan tiedon muodostuminen ja tiedonkulku ovat merkittävä tulevaisuuden haaste. Hallintorajat ylittävää moniammatillista yhteistyötä voi haitata myös työntekijöiden vaihtuvuus (Karila ja Nummenmaa 2001, 23, 104, 148.) Esimerkiksi palvelujen kilpailutusmenettely saattaa katkaista pitkäaikaisia hoitosuhteita sekä estää niiden muodostumista. Tällöin asiakkaiden tuntemiseen perustuva hiljainen tieto asiantuntijuuden rakentumisessa heikkenee. Jatkossa on entistä tärkeämpää, että ikäihmisen tilanteesta pystytään välittämään kirjallista ajantasaista tietoa hänen hoitoonsa osallistuville. Ongelmia syntyy, mikäli tietoja ikäihmisten selviytymisestä ei dokumentoida eikä päivitetä (Ala-Nikkola 2002). Myös tässä tutkimuksessa näkyi, miten merkittävä lähde kirjalliset dokumentit ovat erityisesti silloin, kun asianomaista henkilöä ei tunneta henkilökohtaisesti.

Kunnan yhdyshenkilö välitti kuntoutuksen prosessiin tärkeää ikäihmisen arjen tuntemiseen ja tietämiseen perustuvaa tietoa silloin, kun hän tunsikin kuntoutujan ja hänen selviytymisensä kotiympäristössä, tunsikin hänen psykososiaalista taustaansa sekä oli tietoinen kunnan resursseista ja toimintakäytännöistä. Näitä tietoja eivät muut tietoväylät juurikaan välittäneet. Laitoksen yhdyshenkilö ja Kelan yhdyshenkilö taas tunsivat edustamiensa tahojen mahdollisuudet ja käytännöt. Parhaimmillaan yhdyshenkilöiden yhteistyö oli tuloksellista ja sujuvaa. Tunnusomaista hyvälle yhteistyölle oli yhdyshenkilön sitoutuminen tehtävänsä ja oman taustaorganisaation tuki.

Yhdyshenkilötoiminta, kuntoutujien ja heidän olosuhteidensa tunteminen, yhteisten foorumien toteutuminen sekä yhdyshenkilöiden aikaisempi kokemus verkostomalliin pohjautuvasta Ikäihmisten kuntoutuksesta edistivät kuntoutusinterventio yhteistyötä, tiedonkulkua ja tiedon rakentumista. Yhteisillä työskentelyfoorumeilla välittynyt ja rakentunut hiljainen, kokemukseen ja tuntemiseen perustuva praktinen tieto nousi merkittäväksi kuntoutusprosessia edistäväksi tekijäksi. Kunnan yhdyshenkilön asiantuntijuuden merkitystä lisäsivät osaltaan vielä eri kuntien käytäntöjen ja toimintojen moninaisuus sekä kuntoutuksen tietojen kirjaamisen ja tiedon välittymisen ongelmallisuus. Toisaalta kuntien yhdyshenkilöiden toimintaa haittasivat vähäiset aikaresurssit, oman organisaation tuen puute ja yksin toimiminen.

Ongelmaksi on nähty hiljaisen, kokemukseen pohjautuvan tiedon siirrettävyys. Tässä hankkeessa sen siirtäminen mahdollistui yhdyshenkilöiden ja yhteistyöfoorumien

avulla. Erityisesti kunnan yhdyshenkilön tärkeänä tehtävänä oli kiinnittää ikäihmisen arkielämän konteksti tiukemmin kuntoutuksen prosessiin.

Verkostomallinen yhteistyö lisäsi yhteistyötahojen asiantuntijoiden tietoa kuntoutujista ja heidän ongelmistaan. Yhteisillä työskentelyfoorumeilla asioiden sopiminen nopeutui, samoin eteni kuntoutujan tarvitsemien jatkotoimenpiteiden saanti. Yhteistyöverkosto korvasi asiakeskeisen organisaatiomallin ihmiskeskeisellä, henkilökohtaiseen tuntemiseen perustuvalla toiminnalla. Tämä edisti kuntoutujakeskeisyyttä.

6.2 Moniammatillinen arvio onnistuu, mutta ryhmäkuntoutus on vaativaa  
(Kuntoutus tapahtumana -osahanke / Rainer Grönlund)

Kuntoutustapahtumaa tutkittiin tarkastelemalla IKÄ-hankkeessa toteutettua ryhmämuotoista, verkostoitumiseen pyrkivää kuntoutusta etnografisen metodologian mukaisesti osallistuen, vierestä seuraten, haastatellen, asiakirjoja lukien sekä videoiden kuntoutuksen ja kuntoutustyöryhmän tapahtumia. Etnografinen tutkimusmetodologia edellyttää aineistojen, menetelmien ja analyttisten näkökulmien monipuolisuutta sekä kenttätöitä, tutkimuksen suorittamista niissä olosuhteissa, joissa tutkimukseen osallistuvat ihmiset elävät, tekevät työtä tai kuntoutuvat. Tutkimusprosessissa on keskeisenä osallistuminen, havainnointi ja kokemukset. (Silverman 2003, 43–82; ks. Honkasalo ja Leppo 2008.) Ensisijaisesti tutkimuksessa tarkastellaan kuntoutusta toteuttavien työntekijöiden työskentelyä. Lisäksi tarkastellaan kuntoutujien kokemuksia ja näkökulmia kuntoutukseen. (Grönlund 2010.)

Tässä osatutkimuksessa

- kuvataan, miten kuntoutustyöntekijät työtään tekevät, miten toimintansa rakentavat ja mitä videoidut tapahtumat siitä kertovat
- kuvataan iäkkään kuntoutujan ja kuntoutujaryhmän kertomusten ja toiminnan pohjalta, miten kuntoutus koetaan
- edellisten pohjalta pyritään rakentamaan kokonaiskuvaa tutkimuksen kohteena olevasta ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta.

Tutkimuksen kohteena oli kolmen kuntoutuslaitoksen työryhmä ja kuntoutujaryhmä. Tutkimuksessa haastateltiin kolmen IKÄ-hanketta toteuttaneen geriatrisen tiimin jäsenet (n = 24), kuntoutujat (n = 21) sekä kunnan yhdyshenkilöt (n = 3). Tutkimustietoa hankittiin lisäksi osallistumalla yhden viikon ajan kuntoutuksen eri tilanteisiin videoimalla muun muassa kuntoutujien ryhmiä, yhteistilaisuuksia sekä kuntoutukseen liittyviä erilaisia tilanteita, odottelua, siirtymisiä ja muita yhteisiä hetkiä. Kuntoutushenkilökunnan työskentelyä tallennettiin arkisissa kuntoutujaryhmän ohjaustilanteissa, ryhmiä edeltäneissä ja seuranneissa pohdinnoissa, kuntoutusta toteuttavissa tiimeissä sekä laitosten ja kuntien yhteisissä tapaamisissa. Tämän osatutkimuksen raportissa käsitellään moniammatillista arviota sekä kuntoutusohjelman toteutusta ja kokemista.

Kuntoutustyöntekijöiden ryhmämuotoisen työskentelyn analyysissä käytettiin työorganisaatioiden kulttuurista teoriaa (Trice ja Beyer 1993). Tämän teorian sisällä käytettiin lisäksi teorioita työnteon paradigmoista ja diskursseista, hiljaisesta tiedosta sekä julki- ja käyttöteorioista (Polanyi 1967, 4; Trice ja Beyer 1993; Kuhn 1994; Ojanen 2000, 86–93). Eri työntekijöillä oli sekä työtä tehdessään että siitä kertoessaan yhteisiä ja erilaisia käsityksiä ja toimintatapoja. Analysoinnissa on tarkasteltu kiteytyneitä käsityksiä ja toimintatapoja kuntoutuksen ja erityisesti gerontologisen kirjallisuuden valossa. (Järvikoski ja Härkäpää 2001; Tilvis 2001; Jyrkämä 2004; Karjalainen ja Vilkkumaa 2004; Järvikoski ja Karjalainen 2008; Koskinen ym. 2008.)

Moniammatillinen työryhmä eli tiimi on vastuussa koko ryhmämuotoisen kuntoutuksen prosessista sekä yksilö- että kuntoutujaryhmätasolla. Kuntoutussuunnitelman pohjaksi tarvitaan tiimin tekemä kokonaisvaltainen tilannearvio ikäihmisen ongelmista ja kuntoutuksen mahdollisuuksista. Tässä työssä ja tiimi-istunnoissa onnistuttiin luomaan kokonaiskuvaa kuntoutujan elämäntilanteesta, hänen elämänhistoriastaan ja ympäröivästä todellisuudesta ihmissuhteineen, verkostoineen ja kulttuureineen. Perimmäisenä tavoitteena oli päällimmäisten ongelmien lisäksi löytää kuntoutuksen *punainen lanka*, ts. kuntoutujan todelliset ongelmat, joiden kautta asioihin päästään käsiksi. Kirjallisuudessa tunnetaan näiden avainongelmien lisäksi samalla dynamiikalla toimivat piilo-ongelmat (Rekola 1981, 25; Salminen ja Hanses 1994). Kuntoutujan elämäntilanteen dynamiikan näkemisen myötä kuntoutustoitteet on mahdollista suunnata *punaisen langan* mukaisesti. Tämän optimin saavuttaminen on aina epätäydellistä. Parhaissa tapauksissa yhdessä kuntoutujan ja kunnan yhdyshenkilön kanssa tehdyt suunnitelmat kantoivat kuntoutusjaksoja pitempään.

Työntekijöiden kohdatessa kuntoutujat kahden kesken kerrottiin toimittavan laaditun yksilöllisen kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Näissä kahdenkeskisissä tilanteissa tutkija ei ole ollut mukana eikä niitä videoitu. Videoidut ja seuratut ryhmätilanteet toteutettiin pääosin ohjaaja- tai luennoitsijalähtöisesti, eikä se pääosiltaan mahdollistanut yksilöllisten tavoitteiden huomioimista. Valtaosassa ryhmätilanteita kuntoutujia ei myöskään rohkaistu osallistumaan keskusteluun. Toiminnallisissa ryhmissä, joissa olisi ollut mahdollisuuksia kokemukselliseen oppimiseen, ei kokemuksia kuitenkaan pohdittu yhdessä. Vanhuspedagogiikan oppien mukainen toiminta olisi lisäksi edellyttänyt etenemistä hitaasti, maltillisesti, selkeästi ja kiireettömästi. Olisi tarvittu toistoja. Samoin käsiteltävä asia olisi pitänyt kiinnittää ikäihmisen entisiin kokemuksiin ja rakentaa aihe niiden varaan. Olisi pitänyt pyrkiä selkokielisyyteen ja konkreettisuuteen liikoja abstraktisuuksia välttäen. Kuntoutujien lähtötaso tulisi myös kartoittaa ja aloittaa siitä. Ikäihmisten elämänsä aikana hankkima taitotieto olisi otettava huomioon, sillä yleensä ohjattavana on monen ammattialan tietäjiä ja taitajia. Ikäihmisen maailmankuvan perusteet ovat rakentuneet aikojen myötä. Heidän arvonsa ja norminsa edustavat pitkää elämän- ja työkokemusta. Tapaaminen pitäisi toteuttaa ikäihmisiä myös kulttuurisesti ymmärtäen. (Ojanen 2000; Kettunen ym. 2002; Kallinen 2003; Koskinen 2003.)

Kuntoutustiimin jäsenet kertoivat ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa vaikuttavista tekijöistä, joiden varaan he rakensivat työnsä. Tällaisia olivat moniammatillisen tiimin tekemän arvion ja yksilökohtaisen työn vastaaminen iäkkäiden kuntoutujien odotuksiin ja tarpeisiin sekä niihin liittyvä konkreettisen tuen saaminen. Ryhmämuotoisuuden vaikutuksiksi mainittiin lisäksi ikäihmisten saama arvostus, innostuminen, aktivoituminen, rohkaistuminen ja sitoutuminen, oivaltaminen, uudet tiedot ja uusi tietoisuus, kokemuksellisuus, vertaistuki ja kuntien kuntoutusta tukevat toimet. Näistä seikoista myös kuntoutukseen motivoitumisen katsottiin nousevan.

Vaikuttavuutta nähtiin moniammatillisen tiimin yksilötyössä ja ryhmämuotoisessa toiminnassa. Voidaan olettaa, että ryhmämuotoisen toiminnan vaikuttavuus olisi nykyistä parempi, mikäli siinä pyrittäisiin noudattamaan kuntoutujalähtöistä ja vanhuspedagogiikan periaatteiden mukaista toimintaa. Kokemuksellisen oppimisen mahdollistamiseksi tarvittaisiin enemmän aikaa, selkeitä kokonaisuuksia, kertausta, konkretisointeja ja yhteenvetoja sekä yhteisiä ja yksilöllisiä pohdintoja. (Ojanen 2000, 86–93; Tilvis 2001; Koskinen ym. 2008.)

Kuntoutuksen työkuultuurissa voi erottaa julkisen ja hiljaisen, osin tiedostamattoman puolen. Julkipuheen tasolla uskomme toimintamme johtavan hyvään yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen (julkiteoria). Toimimme kuitenkin usein toisin (käyttöteoria) eli vastoin julkiarvojamme. Käyttöteoriamme on oma, yksityinen järjestelmämme, joka on muodostunut kokemuksistamme, tiedoistamme, arvoistamme ja asenteistamme. Se on eräänlainen tiedostamaton, sisään rakentunut säännöstö tai ohjausjärjestelmä. Tiedostamattomana tämä järjestelmä voi aikaansaada myös ongelmia, jotka pyritään peittämään defensiivisellä yhteisökäyttäytymisellä. (Argyris 1993; Ojanen 2000, 86–93.)

Sekä kuntoutustyöntekijöiden työskentelyn julkiteorioissa että käyttöteorioissa näyttäisi olevan paljon asioita, joiden yhteinen jakaminen oman työryhmän ja tiimin kesken voisi lisätä yhteisen julkisen työkuultuurin ja oman työn julkiteoreettista osuutta. Tällaisia alueita olisi arviointityössä kuntoutujan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn ja hänen ongelmiansa *punaisen langan* ideologian mukaisen toiminnan yhteinen jakaminen. Työntekijöiden julkiteoreettisten, vaikuttavuutta koskevien näkemysten yhteinen jakaminen taas auttaisi yhdenmukaistamaan toimintaa ja vahvistaisi kuntoutumista edistäviä seikkoja.

Iäkkäillä kuntoutujilla oli paljon aikaa keskinäiseen kanssakäymiseen ja asioiden pohdintaan. Kuntoutus jatkuu monella tapaa 24 tuntia vuorokaudessa. Kuntoutujaryhmän dynamiikan ja ryhmän kokovuorokautisen kehityksen seuraaminen ja huomioiminen on kuntoutustyössä haasteellista. Se olisi tärkeää, sillä ilman minikäänlaista ohjausta ryhmän tapahtumat voivat olla vahingollisia. Tällaisia tilanteita syntyi esimerkiksi silloin, kun kuntoutuja joutui kanssakuntoutujan tukihenkilöksi tämän muistiongelmien vuoksi.

Ikäihmisten kuntoutuskokemuksia tarkasteltiin pääosin psykososiaalisen kuntoutuksen teorian mukaisesti. Pyrittiin selvittämään, onko kuntoutujaa ymmärretty ja kuultu. Tämä edellyttää, että kuntoutuksessa on lähdetty aidosti kuntoutujan omista lähtökohdista ja työntekijät ovat kohdanneet hänet aidossa dialogissa. (Erikson 1982; Kurki 2000, 73–110; Kettunen ym. 2002, 53–59; Koskinen 2003; Ylinen ja Rissanen 2004; Järvikoski ja Härkäpää 2005; Newman ja Newman 2006.) Kuntoutujien oli verrattain vaikeata sanoittaa kuntoutuksen aikaista kokemustaan, joka yleensä oli positiivinen. Kiitollisuus kuntoutukseen pääsystä, virkistyminen, juttelu muiden kanssa, uudet kokemukset sekä hyvä hoito olivat päällimmäisenä mielessä. Kuntoutujien joukosta löytyi henkilöitä, joita oli ymmärretty ja kuultu. Löytyi myös kuntoutujia, joille tehdyt suunnitelmat tuntuivat sopivan itselleen ja omaan elämäntilanteeseensa. Pääosin kuntoutujat myös tiesivät, mistä apua ja tukea saa. Monella oli selkeä käsitys omasta kuntoutuksen jatko-ohjelmastaan ja mitä he tulevat siinä tekemään. Ei kuitenkaan löytynyt sisäistyneesti omasta kuntoutuksen tiestään vakuuttuneita kuntoutujia.

Työntekijät onnistuivat tavoitteessaan luoda kuntoutusmyönteinen ympäristö. Tässä ilmapiirissä käynnistyi kuntoutumista tukevia prosesseja jopa tahattomasti. Kuntoutuslaitosympäristö on parhaimmillaan mahdollisuusavaruus, jonka merkitystä ja vaikutuksia kuntoutujan elämässä voidaan vain osittain ennakoita. Kuntoutusta voidaankin tarkastella myös generatiivisen vaikuttavuuden näkökulmasta (Järvikoski 2008). Tämän näkemyksen mukaan otollisissa tilanteissa interventiot voivat saada ihmisen elämään kuuluvat muutosvoimat toimimaan. Muutosvoimien käynnistymistä pyritään selittämään generatiivisilla mekanismeilla ja todellisuuden eri kerrostumien rakenteilla. Ajatus ei perustu tapahtumien peräkkäisyyteen tai riippuvuuteen, pikemminkin kuntoutuskokemusten kantamiseen ja realisoitumiseen otollisissa, elämän vaihtelevissa tilanteissa. (Järvikoski 2008.) Tässä tutkimuksessa erään ikäihmisen tapaus antoi mahdollisuuden tulkita tapahtumia generatiivisesti. Hän oli ollut kuntoutuksessa melko passiivinen, ja hänen kokemuksensa kuntoutuksesta oli se, että hän ei ollut juuri hyötynyt siitä, mutta kunnan työntekijöiden iloksi ja hämmästykseksi hän jälkeempään oli muuttanut elämäänsä rajusti suuntaan, johon alun kuntoutus-suunnitelma oli laadittu.

Kuntoutustyössä ja kuntoutusprosessissa on mahdollista soveltaa nykyistä vahvemmin vanhuspedagogista taitotietoa. Tämän toteuttaminen todennäköisesti edellyttää usein kuntoutusmuodon rakenteellistenkin asioiden huomioimista. On selvää, että täytyy käyttää nykyistä enemmän aikaa ryhmänohjaukseen ja täytyy lisätä siihen perehtyneiden työntekijöiden, esimerkiksi psykologi- ja sosiaalityöntekijöiden panosta tai vaihtoehtoisesti on lisättävä nykyisten ohjaajien ryhmänohjaustaitoja koulutuksen avulla.

### 6.3 Kuntoutus on vaihtelua ja tuo voimia ikäihmisten arkielämään (Sosiaalisen tuen osahanke / Kirsi Ollonqvist)

Useissa tutkimuksissa on todettu, että koti on tärkeä ja merkityksellinen paikka ikäihmisille (Sixsmith ja Sixsmith 1991; Tamm 1999; Oswald ja Wahl 2005; Haak ym. 2007). KASTE-ohjelmassa (STM 2008b) ja Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (STM 2008a) määritellään valtakunnalliseksi tavoitteeksi, että vuoteen 2012 mennessä yli 75-vuotiaasta väestöstä 91–92 % asuu kotona itsenäisesti tai tarkoituksenmukaisten palvelujen turvin. On näyttöä siitä, että kuntoutus on tuloksellista myös korkeassa iässä (Gill ym. 2004b; Cattan ym. 2005; Pinquart ym. 2006; Savikko 2008). Hyvinvointipoliittinen tavoite ikäihmisten asumisesta kotona pidempään ei luultavasti toteudu täysin ilman kuntoutusta. Koska hyvin iäkkäiden ja sen myötä myös heikkokuntoisten henkilöiden määrä on kasvussa, tarvitaan kotona asuville heikkokuntoisille ikäihmisille kohdennettuja ehkäiseviä toimia (Hallberg ja Kristensson 2004). On todettu, että laitostumisriskin vähentäminen on mahdollista tarjoamalla kuntouttavia toimenpiteitä, jotka parantavat toimintakykyä ja täydentävät avuntarpeessa olevia aukkoja (Friedman ym. 2005). Tarvitaan myös erityisesti liikkumiseen ja psykososiaalisiin ongelmiin kohdentuvia ehkäiseviä toimia, joilla voidaan lisätä elämänlaatua (Stenzelius ym. 2005).

Tämän tutkimuksen kohteena on 56 henkilön joukko IKÄ-hankkeeseen osallistuneista ikäihmisistä. Aineiston keruun kuluessa tutkimukseni tavoite tarkentui kotona asumisen ja arjessa elämisen kokemusten selvittämiseen. Tutkimuksella pyritään tuottamaan tietoa, jonka avulla voidaan kehittää ikäihmisten kotona asumista ja arkielämää tukevia ja kuntouttavia toimenpiteitä. Tutkimus perustuu keskusteluihin, joita kävin 56 ikäihmisen kanssa heidän kodeissaan, kuntoutuslaitoksissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla vuosien 2002 ja 2003 aikana. Tutkimukseen osallistuneet asuivat viidessä kunnassa eri puolilla Suomea. Koska tarkastelun kohteena on ikäihmisten kokemus, olen lähestynyt tutkimusaineistoa fenomenologisesta näkökulmasta. Aineiston analyysi perustuu fenomenologiseen psykologiaan (Colaizzi 1978; Giorgi 1993; Perttula 1995). Analyysin toteuttamisesta ja tutkimuksen luotettavuudesta voi lukea tarkemmin myöhemmin julkaistavasta väitöstyöstä.

#### 6.3.1 Halutaan osallistua, vaikka epäröidään

Tieto kuntoutuskurssista oli saavuttanut haastateltavat monella tavoin. Osa oli nähnyt paikallislehdessä hanketta esittelevän lehti-ilmoituksen, osa oli kuullut hankkeesta eläkeläisten tai seurakunnan kerhossa, kodinhoitajat ja kotisairaanhoitajat olivat tiedottaneet hankkeesta, ja olipa tieto kantautunut jollekin kaupan kassajonossa. Osa haastateltavista oli innostunut mahdollisuudesta päästä kuntoutukseen, ja he olivat itse ilmoittautuneet mukaan. Innostuksesta huolimatta muutama oli keskustellut kuntoutukseen menemisestä läheistensä tai lääkärinsä kanssa, jotka olivat kannustaneet osallistumaan. Osallistumisen houkuttimena olivat myös järjestetyt kuljetukset, se että haettiin rapun edestä. Kaikki haastateltavat eivät innostuneet

kuntoutuksesta. He tunsivat itsensä liian huonokuntoiseksi tai vanhaksi lähtemään mukaan. Kuntoutukseen suhtauduttiin kielteisesti myös sen takia, ettei uskottu, että oma kunto paranisi sen myötä.

Vaikka osa epäröi osallistumispäätöstä tehdessään, moni kuitenkin lähti mukaan mielellään. Kuntoutus koettiin tarpeelliseksi, ja sinne oli haettu aikaisemminkin. Kuntoutukseen lähtemisen esteenä mainittiin mm. jatkuvaa hoitoa tarvitseva puoliso, puutarhatyöt tai hylätyt kuntoutushakemukset. Kuntoutukseen osallistumista saatettiin epäröidä vielä satunnaistamisen jälkeen. Epäröinti ilmeni hetkinä, jolloin haastateltavista tuntui etteivät he jaksa, kun heillä oli huono päivä. Kurssille osallistuminen koettiin epäröinnistä huolimatta lähes velvollisuudeksi. Pois sai jäädä vain pakottavasta syystä, koska kuntoutus oli lahja yhteiskunnalta haastateltavalle, joka ei ollut tottunut tällaisia lahjoja saamaan.

Ennen lähtöä selviytyminen uudessa tilanteessa jännitti. Se, ettei osaakaan käyttäytyä vieraassa ympäristössä oikealla tavalla, aiheutti osalle jännitystä. Myös lähtö pois tutusta kotiympäristöstä jännitti. Vaikka eräs haastateltava oli matkustellut paljon ja tottunut liikkumaan, heikentynyt toimintakyky heijastui odotuksiin jännityksenä. Toinen kuvasi lähdön aiheuttaneen matkakuumetta, koska hän ei ollut pitkään aikaan käynyt missään.

Tilanne tuntui uudelta myös niistä, jotka olivat aikaisemmin olleet kuntoutuksessa, koska he olivat unohtaneet aikaisemmat kuntoutuskokemukset. Laitoksen pitkistä käytävistä liikkuneet huhupuheet olivat erään haastateltavan jännityksen syynä. Hän ei ollut tottunut liikkumaan pitkiä matkoja ja oma selviytyminen hermostutti. Kun joidenkin jännitys kesti lähtöpäivään saakka, toisilla se loppui siihen, kun laukku oli pakattu. Uuteen tilanteeseen lähteminen ja siihen varustautuminen ei ollut yksinkertaista, vaikka olisi matkustellut aikaisemmin.

### *6.3.2 Odotuksia kuntoutuksesta*

Kuntoutukseen kohdistettiin monenlaisia odotuksia. Toisilla odotukset kohdistuivat kuntoutuslaitoksen tapahtumiin, toisilla taas odotukset koskivat muutosta heidän omissa tiedoissaan, taidoissaan tai elämässään. Useimmin nimetty odotus oli saada joko fyysisiä (n = 12) tai psyykkisiä (n = 7) voimia kotona selviytymiseen. Lisäksi odotettiin erilaisia hoitoja (n = 9): jalkahoitoa ja erityisesti hierontaa. Osalle kuntoutus merkitsi vaihtelua arkeen (n = 6). Muutama odotti kuntoiluvinkkejä (n = 4) ja liikuntaa (n = 4).

Kuntoutusjaksojen liikunnalliselta sisällöltä odotettiin voimien lisääntymistä, koska oman kunnon koettiin viime aikoina heikentyneen kroonisten sairauksien tai vähäisen liikkumisen vuoksi. Odotuksia kohdistettiin myös kuntoutusjaksojen jälkeiseen liikkumiseen, johon toivottiin innostusta. Tosin kuntoutus ei saisi erään haastatelta-



van mielestä olla pelkkää liikkumista ja hikistä puurtamista, vaan sen pitäisi olla myös hauskaa ja viihtyisää, tämän hyvän mielen voisi sitten viedä mukanaan kotiin asti.

Kuntoutukseen oli lähdetty mukaan myös, koska siellä tarjoutui mahdollisuus tavata uusia ihmisiä. Haastateltavan oma ystäväpiiri oli pienentynyt mm. kuolemantapausten ja vanhainkotiin muuton seurauksena, ja kuntoutuskurssilla tavattuihin ikätovereihin oli mahdollisuus pitää yhteyttä kurssien jälkeenkin. Henkinen hyvinvointi ja uusien ihmisten tapaaminen sekä vaihtelun saaminen arkipäivään olivat erään haastateltavan mielestä hyvä tavoite.

Osa kuntoutukseen kohdistetuista toiveista oli yksilöllisempiä. Joillakin oli takanaan raskaita ihmissuhteita, tai oman puolison sairastumisen hyväksyminen oli saattanut johtaa tilanteeseen, jota voi kuvata elämänilon menettämisenä. Tällaisessa tilanteessa odotettiin, että mahdollisuus keskustella ammattilaisten kanssa ja viettää aikaa muiden samanlaisia elämäkokemuksia omaavien kanssa voi tuoda elämään jotain, mitä siitä puuttuu. Toiveena oli myös se, että laitoksen henkilökunta saisi järjestettyä kaivattuja lisäpalveluja. Vaikka haastateltavat olivat itse hakeneet palveluja, kunta ei ollut myöntänyt niitä. Tällöin he toivoivat, että kuntoutuslaitoksen työntekijällä olisi riittävästi valtaa, ja he saisivat tarvitsemansa palvelut.

### *6.3.3 Kuntoutuksen merkitys kodin arjessa*

Monen haastateltavan oli vaikea pukea sanoiksi, mitä kuntoutus heidän mielestään oli. Useimmat ajattelivat sen olevan jotain, mitä tapahtuu heissä itsessään. Ellin mietteet vastaavat useimpien kuntoutujien kokemuksia:

No, se on niin kokonaisvaltainen asia kuntoutus – ja niinkun pitää ollakkin, jos sielä vaan kuntoutettas yhteen suuntaan – vaikka nyt liikuntaan tai mielenterveyteen taikka johonkin muuhun asiaan, nii se ois niin yksilöllisesti ajateltu – tää oli ajateltu musta laajalti, että oli otettu niin monta aluetta ihmisen elämästä mukaan. Että ku ihminen on kuitenkin kokonaisuus niin minun mielestä siihen liittyy kyllä koko kirjo, mitä nyt on ihmisen ympärillä.

Kuntoutusmallia pidettiin hyvänä, ja monet pohtivat sitä, miten myös muut pääsisivät osallistumaan. Toisaalta kuntoutuksen toteuttamista kylpylämäisessä ympäristössä arveltiin kalliiksi, jolloin se pienentäisi mahdollisten kuntoutuksesta osalliseksi pääsevien määrää tulevaisuudessa. Joku pohti sitä, miten kuntoutukseen pääsisivät ne, jotka siitä eniten hyötyisivät. Kuntoutujien valinnasta arveltiin, että sitä ei aina tee heidät parhaiten tunteva ammattilainen, jolloin kuntoutus ei kohtaa sitä henkilöä, jolle siitä olisi eniten hyötyä.

Haastateltavat kokivat kuntoutuksen tukeneen monella tavalla heidän arkeaan. Kuntoutus oli usein antanut muutakin, kuin mitä he odottivat. Kuntoutuksesta oli saatu sekä voimia että tietoa. Osan arkielämä oli helpottunut saatujen palvelujen ja apuvä-

lineiden myötä. Osa haastateltavista koki olleensa liian vanhoja kuntoutukseen, osa pettyi, kun kuntoutus ei jatkunut kotikunnassa.

#### *6.3.4 Virkistyminen*

Kaksi kolmesta kuntoutuksessa mukana olleesta haastateltavasta kuvasi kuntoutusjaksojen olleen mieltä virkistäviä. Toisten seurassa oleminen virkisti, ei tarvinnut olla yksin vaan oli puhekaveri. Omasta kuntoutusryhmästä saattoi löytää samanikäisen ja saman elämäntilanteen omaavan henkilön. Omaan ryhmään oli mukava tutustua, oli mukava kuulua ryhmään. Myös yhdessä tekeminen virkisti. Kolmelle haastateltavalle kuntoutus tarjosi mahdollisuuden tehdä kaivattuja käden töitä. Yhdelle heistä silkkihuvivin painaminen oli ollut erityisen merkittävä onnistumisen kokemus, ja hän odotti malttamattomana, että pääsisi käyttämään huiviaan. Toisten kanssa olemista kuvattiin kesälomana. Yhdessä virkistettiin vanhoja muistoja tai hankittiin uusia. Veneily Saimaalla, karaoken kuunteleminen tai kotikunnan uuteen kirjastoon tutustuminen olivat asioita, joita ei muuten olisi tullut tehtyä. Kuntoutusjaksojen tilaisuudet koettiin viihtyisinä, pikkujoulut ruokailuineen ja laulamisineen mukavana yhdessä olemisena. Toisten valmistamasta ruoasta yhdessä nauttiminen virkisti.

Ajan tasalla oleva henkilökunta, joka kohteli ikäihmistä hyvin sekä säännöllinen ruokailu olivat mielen virkistymisen taustalla. Kun oli kuntoutuslaitoksessa ollut toisten kanssa ja saanut muistoja, oli mukava tulla kotiin. Kuntoutus tarjosi mahdollisuuden irtaantua omasta olostaan ja palata kotiin virkistyneenä. Osa mielialan virkistymisestä liittyi liikkumisen lisääntymiseen kuntoutusjaksojen aikana. Kuntoutuslaitoksessa oli pakko kävellä pitkiä matkoja, mikä koettiin hyväksi.

Merkittävää oli se, että kuntoutuslaitoksessa saattoi nähdä muita sairaita. Oman tilanteen vertaaminen muiden, kuntoutuslaitoksessa olevien, itseä nuorempien ja heikkokuntoisempien henkilöiden tilanteeseen auttoi hyväksymään vanhuuden aiheuttamaa raihnaisuutta omassa kehossaan. Tällöin haastateltava totesi, että hänen tilanteensa ei olekaan niin vaikea, kuin muilla saattoi olla, jolloin mieliala kohosi. Kuntoutustyöntekijän paneutuminen haastateltavan tilanteeseen ja kokemus hyväksytyksi tulemisesta auttoivat haastateltavaa hyväksymään omaa tilannettaan.

#### *6.3.5 Voimien saaminen*

Joka toinen kuntoutuksessa käyneistä haastateltavista kertoi voimiensa lisääntyneen kuntoutusjaksojen aikana. Voimien lisääntyminen näkyi erään haastateltavan kuvauksen mukaan ruumiissa, joka oli tullut paremmaksi. Kaksi haastateltavaa yhdisti kuntoutuksessa saadut voimat siihen, että parani nopeammin sairaudesta tai leikkauksesta. Kuntoutuksessa saadut hoidot myös helpottivat kipuja ja paransivat siten liikkumiskykyä. Käsien parafiinihoidot olivat saaneet kädet notkistumaan ja tuntumaan hyviltä. Saattoipa hoidon jälkeen tehdä helpommin kangaspuilla mattoja

ja muita käsitöitä. Kipujen todettiin lievittyneen myös lisääntyneen liikkumisen tai uuden kipulääkityksen myötä. Laitosjaksojen aikana lisääntyneellä liikkumisella ei koettu olevan pitkäaikaista vaikutusta kipuihin.

Kuntoutuksessa oli neuvottu, miten pitää yllä nykyistä kuntoa. Nämä neuvot ja kuntoutusjaksojen aikana osalle haastateltavista laadittu kotivoimisteluojelma koettiin hyviksi. Eräessä ryhmässä oli harjoiteltu tasapainoa, jonka seurauksista eräs haastateltava kertoi, että kykeni nyt kuntoutusjaksojen jälkeen seisomaan yhdellä jalalla, mikä lisäsi turvallisuuden tunnetta. Kotiharjoitteluohjelma oli kehoitettu ripustamaan esille, jotta ohjelmaa tulisi useammin harjoiteltua. Haastateltavat olivatkin sitä mieltä, että esillä olevan ohjelman huomaa ja muistaa, ja näin sitä tuli harjoiteltua. Voimisteluliikkeiden tekeminen oli helpottanut kävelyä, portaiden nousemista ja kynnysten ylittämistä. Eräs haastateltava kertoi, miten hänen polvensa olivat suoristuneet harjoittelun myötä. Hän oli aiemmin kävellyt polvet koukussa epävarmoin jaloin, mutta voimisteluliikkeiden myötä jalat olivat suoristuneet ja epävarmuus vähentynyt.

Haastateltavat kokivat kuntoutuslaitoksessa liikkumisen kohentaneen heidän kuntoaan, mutta vaikutus todettiin lyhytaikaiseksi. Mikäli kunnan halusi pitää uudella tasolla, kuntoilua tuli jatkaa omatoimisesti tai osallistumalla kotikunnan tarjoamiin liikuntatilaisuuksiin. Liikunnan jatkamista rajoittivat useat asiat: vanhuus, liukkaat kelit, laiskuus sekä sairastuminen. Edistävänä tekijöinä haastateltavat mainitsivat liikunnan merkityksen ymmärtämisen sekä itsekurin. Liikkumiseen motivoi myös huonompikuntoisten henkilöiden näkeminen kuntoutuslaitoksessa: pitäisi pyrkiä siihen, ettei tule niin huonoon kuntoon kuin he.

### *6.3.6 Tiedon saaminen*

Joka viides kuntoutuksessa käyneistä haastateltavista kertoi saaneensa kuntoutusjaksojen aikana arkielämää hyödyttävää tietoa. Kuntoutuksessa sai tietoa palveluihin ja etuuksiin liittyvistä lainmuutoksista. Haastateltaville oli selvitetty, millä kriteereillä etuuksia myönnetään. Erään kurssin sosiaaliturvan luennot muistettiin mukavan ja avuliaan luennoitsijan vuoksi. Hän oli kertonut haastateltaville oman kunnan palveluista. Hän oli lisäksi selvittänyt heille siivouspalveluja tarjoavia yrityksiä ja lähettänyt kirjeitä heidän kotiinsa. Kuntoutusjaksojen aikana oli myös esitelty apuvälineitä ja kerrottu niiden käytöstä. Haastateltavat pitivät hyvänä sitä, että nyt he tiesivät, minne soittaa, kun tarvitsee apuvälinettä. Eräs haastateltava kuvasi monien pienten apuvälineiden ja arjen niksiä olleen hänelle uusia. Vaikka hän ei vielä tuntenut niitä tarvitsevan, hän koki ne hyödyllisinä.

Luennoilla oli opittu ymmärtämään omassa kehossa tapahtuvia muutoksia. Näiden hidastamiseksi oli saatu ohjeita, joita haastateltavat pyrkivät käyttämään arjessaan. Vanhanakaan ei saanut jäädä sänkyyn makaamaan. Kuntoutuksessa saatu tieto erään haastateltavan mukaan helpotti vaivojen kantamista. Vaikka vaivat eivät olleet helpottaneet, tieto esimerkiksi särkyjen syystä helpotti. Kuntoutuksesta saamansa tiedon

myötä kaksi haastateltavaa kertoi muuttaneensa ruokailutottumuksiaan. Toisella heistä oli sokeritauti, ja hänelle oli jo aikaisemmin kerrottu, miten sairauden kanssa pitäisi elää. Kuntoutuslaitoksessa asiasta oli puhuttu enemmän, ja hän oli alkanut kaupassa käydessään ostaa erilaisia tuotteita kuin aiemmin.

### *6.3.7 Palvelujen ja apuvälineiden saaminen*

Eräs haastateltava oli kuntoutuksen myötä saanut avustajan, joka siivosi ja teki muita tarpeellisia töitä. Toisille oli kuntoutuksessa tehdyn anomuksen perusteella myönnetty kuljetuspalvelua. Invalidikyydin tai taksikorvauksen saamisen myötä he pystyivät paremmin liikkumaan itsenäisesti. Pitkien välimatkojen päässä asuminen ja yhden päivittäisen linja-autovuoron varassa oleminen vähensivät mahdollisuutta huolehtia asiainnista itsenäisesti. Myös harrastaminen ja sosiaalinen kanssakäyminen helpotuiivat invalidikyydin saamisen myötä.

Kotona toimiminen helpottui turvapuhelimen ja apuvälineiden saamisen myötä. Turvapuhelin ja saadut apuvälineet lisäsivät myös turvallisuutta. Useimmiten uudet apuvälineet oli tarkoitettu helpottamaan peseytymistä. Vaikka kotikäynnillä oli suositeltu pesutiloihin tukikahvoja, haastateltaville ei ollut annettu neuvoja, miten saada kahva kiinnitettyä seinään vahingoittamatta vesieristyksiä. Usein haastateltavalle suositeltiin apuvälineen hankkimista, mutta varsinainen hankintaprosessi jäi hänen ja hänen omaistensa vastuulle. Eräs haastateltava kertoi, että hänelle oli suositeltu kylpyammeen poistoa. Tämä ei ollut haastatteluun mennessä toteutunut, ja hänen selviytymisensä oli uhattuna, koska hän ei voinut peseytyä omassa asunnossaan, ja yhtiön saunassa käynti ei ollut turvallista yksin.

### *6.3.8 Kritiikkiä kuntoutuksesta*

Kolmasosa haastateltavista koki kuntoutuksen ajankohdan sopivaksi, muut sanoivat sen tulleen liian myöhään. Koettiin, että kuntoutuksesta olisi aikaisemmin ollut enemmän hyötyä. Nyt oltiin liian huonossa kunnossa, jotta kuntoutuksesta olisi apua. Jos olisi ollut terveempi, olisi saanut voimia jaksamiseen, olisi tehnyt enemmän ja olisi väsyttänyt vähemmän. Moni sanoi, että kuntoutus virkisti, mutta vuosi vanhensi. Aikaisempi ajankohta todennäköisesti tukisi paremmin kotona selviytymistä, koska silloin olisi valmiimpi muuttamaan elämäntapaan.

Laitosjaksojen aikana luotiin usein hyvä pohja ja oltiin innostuneita, mutta kotikuntaan palattua kuntouttavaan toimintaan osallistuminen vaati oma-aloitteisuutta ja aktiivisuutta. Omassa ryhmässä olisi ollut turvallisempaa liikkua. Oman, raihnaisen kehon näyttäminen ulkopuolisille, varsinkin nuorille koettiin vaikeana. Kaikki eivät kaivanneet oman ryhmän tukea. Eräs haastateltava tutustui hänelle suositeltuun toimintaan kunnassa, mutta totesi sen olevan vääränlaista. Tämän jälkeen hänen oma aktiivisuutensa ei riittänyt siihen, että hän etsisi itselleen mieluisaa toimintaa.

Moni halusi jatkaa yhteydenpitoa muiden kuntoutujien kanssa, mutta yleensä yhteyttä oli pidetty vain huonekaveriin, johon oli muodostunut kiinteämpi yhteys kuntoutusjaksojen aikana. Osa muista ryhmäläisistä jäi usein vieraisiksi, usein ei edes heidän nimensä tullut kotona mieleen. Eräät, joille ulkona liikkuminen oli vaikeaa, olivat pyytäneet ryhmäläisiä käymään heidän luonaan. Vaikka toiset asuivat lähelläkin, he eivät olleet noudattaneet kutsua, ja pyynnön esittäjä jäi pettyneenä pohtimaan, miksi näin kävi.

Muutama haastateltava pohti kuntoutuksen sisältövaihtoehtoja. Liikunta olisi kahden haastateltavan osalta voinut olla vaativampaa, mutta toisille, huonokuntoisille, olisi silloin pitänyt olla helpompi vaihtoehto. Toinen näistä kahdesta kertoi harrastaneensa laitoksessa myös omia kuntoilujaan. Eräs haastateltava kuvasi tyytyväisyyttään laitoksessa järjestettyyn liikuntaan, mutta jatkoi hieman myöhemmin, että olisi ollut hyvä, että kuntoutus olisi pitänyt sisällään myös sellaisiin asioihin innostamista, mitä voi tehdä sitten, kun ei enää kykene liikkumaan. Vaikka kuntoutukseen sisältynyt apuvälineiden esittely koettiin hyvänä, moni totesi, ettei asia vielä ollut ajankohtainen. Tokaisipa joku, että kuntoutuksessa oli opetettu, miten olla vanha ihminen.

### *6.3.9 Tulosten pohdintaa*

Lähes kaikki kuntoutukseen osallistuneet haastateltavat näkivät, että kuntoutus vaikutti positiivisesti kodin arjessa elämiseen. Useimmiten haastateltavat mainitsivat kuntoutuksen virkistäneen, tuoneen vaihtelua arjen rutiineille. Toki mielialan virkistyminen on yhteydessä fyysisen suorituskyvyn paranemiseen (ks. esim. Fukukawa ym. 2004; Callahan ym. 2005), mutta on syytä kysyä, miten pitkälle kuntoutuslaitoksessa tapahtuvaan toimintaan liittyvä mielialan virkistyminen kantaa kotona, jos mieliala virkistyy esimerkiksi yhdessä tekemisen ja olemisen, hyvän kohtelun ja maistuvan ruoan ansiosta, ja nämä tekijät eivät ole läsnä kotioloissa.

Kuntoutus vähensi yksinäisyyden kokemusta, ainakin hetkellisesti. Kun tätä tulosta tarkastelee rinnan koko hankkeen tulosten kanssa (Ollonqvist ym. 2008b), niin voi todeta, että kuntoutuksen yksinäisyyttä helpottava vaikutus säilyi ainakin kolmen kuukauden ajan kuntoutuksen loppumisen jälkeen. Kuitenkaan yksinäisyyden kokemuksen väheneminen ei voinut olla suoranaisesti seurausta ystävien löytämisestä, koska vain muutama haastateltava kertoi löytäneensä ystävän, ja lisäksi moni tunsi osan kurssitovereista jo ajalta ennen kuntoutusta. Koko ryhmän tapaamiset kuntoutusjaksojen jälkeen koettiin hankalina ja liian vaikeina järjestää. Näin kuntoutus jäi helposti asiaksi, joka koettiin hetkellisesti vieraiden ihmisten kesken, mutta jatkuvuutta ei löytynyt, koska ryhmä hajosi jaksojen jälkeen. Toivottua verkostoitumista ei juurikaan tapahtunut ryhmissä naisten kesken, puhumattakaan miehistä, joiden määrä kurssilla oli yksi tai kaksi.

Moni haastateltava koki huonompikuntoisten näkemisen auttavan heitä hyväksymään vanhuuden aiheuttamia muutoksia omassa kehossaan. Tässäkin tutkimuksessa

ikäihmiset määrittelevät omaa hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan vertaamalla itseä muihin (Harada ym. 1993; Bowling ym. 2002).

Apuvälineiden ja palvelujen saaminen helpotti selvästi kodin arjessa selviytymistä. Se on mainittu yhtenä onnistuneen kuntoutuksen lopputuloksena (Demers ym. 2004). Kuntoutusjaksojen aikana haastateltavat olivat saaneet kuljetuspalveluja ja siivouspalvelujen saatavuuteen liittyviä ongelmia oli selvitetty. Myös tämä tulos on yleistettävissä koko hankkeeseen, jossa todettiin kuntoutuksen lisänsä kotona asuvien avun saantia (Ollonqvist ym. 2008a). Aiemmin on todettu, että olennaista on saada tietoa siitä, mistä apua voi saada (de Graaff ja Francke 2003; Cho 2005) sekä, miten apua haettaessa tulee toimia (Hellstrom ja Rahm Hallberg 2004).

Haastateltavat kritisoiivat kuntoutusta monin tavoin. Osa haastateltavista totesi, etteivät kuntoutuksessa käsitellyt asiat olleet ajankohtaisia, osa taas koki olevansa liian vanha hyötymään kuntoutuksesta. Tämä on todettu aikaisemminkin (Koskinen ym. 2008). Sama näkemys saattaa olla myös kuntoutusta toteuttavilla ammattilaisilla (Wallin 2009). Mitä tapahtuu kuntoutustilanteessa, kun ikäihminen kokee olevansa liian vanha ja ammattilainen on samaa mieltä? Luultavasti ikäihminen saa hemmotteluhoitoa (vrt. Wallin 2009).

Haastateltavat kuvasivat kuntoutusta tapahtumana, jossa ei ollut jatkuvuutta. Osa ei olisi halunnutkaan jatkoa, mutta ne, jotka olisivat halunneet, joutuivat pettymään. Jatkon järjestäminen kotikunnassa vain kuntoutuksessa olleiden ryhmälle on varmasti taloudellisesti mahdotonta. Kaikilla ei ollut jatkoon suhteen myöskään samanlaisia tarpeita. Eräänä ratkaisuna voisi olla se, että kurssilaisia otettaisiin määrätietoisemmin mukaan kunnassa jo olevaan toimintaan. Sopivaa toimintaa ei kenties heti ensimmäisellä yrityksellä löydetä, mutta tässäkin tapauksessa ikäihmistä ei pitäisi jättää yksin, koska hänen motivaationsa saattaa riittää osallistumiseen muttei toiminnan etsimiseen. Järjestetty kuljetus on tärkeä toimintaan osallistumisen tuki (vrt. Eloranta ym. 2008).

#### 6.4. Ikäihmisen osallisuus liikunnallisessa kuntoutuksessa (Liikunnallisen kuntoutuksen osahanke / Marjo Wallin)

Liikunnallisen kuntoutuksen laadullisen osahankkeen (Wallin 2009) tarkoituksena oli selvittää ikäihmisten laitospääntöksen liikunnallisen osuuden toteutumista sekä liikuntatuokioita toteuttavien ammattilaisten että kuntoutujien näkökulmasta. Tutkimuksen keskeisenä tavoitteena oli:

- selvittää ohjaajien käsityksiä liikuntatuokioiden toteuttamisesta ja siitä, miten heidän käsityksensä todentuvat asiakkaan näkökulmasta
- tutkia toiminnan ja kommunikaation rakentumista liikuntatilanteiden aikana ja asiakaskeskeisyyden toteutumista käytännön liikuntatilanteissa.

#### 6.4.1 Ikäihmiset kokivat kuntoutuksen hyvin eri tavoin

Tutkimukseen (Wallin ym. 2007) valittiin haastateltavaksi 31 kuntoutujaa (keski-ikä 78 vuotta) siten, että kustakin seitsemästä kuntoutuslaitoksesta valittiin yksi kurssi, jonka osallistujista 3–4 haastateltiin. Kunkin kurssin haastateltavilla oli sama kotikunta. Näistä henkilöistä 28 pystyttiin haastattelemaan kahdesti. Ensimmäinen haastattelu tehtiin kuntoutuslaitoksessa perusjakson puolivälissä. Uusintahaastattelut tehtiin kuntoutuksen päättymisen jälkeen haastateltavan kotona. Haastattelut analysoitiin aineistolähtöisesti ja tapauskohtaisesti selvittäen kunkin haastateltavan kohdalla tämän kuntoutuskokemukselleen antamia merkityksiä (Dey 1993; Kvale 1996).

Ikäihmisten kuntoutusta koskevat tarpeet ja odotukset olivat erilaisia. *Arjessa pärjääminen* -kategoriassa kuntoutuksen merkitys kietoutui arjessa koettuihin haasteisiin ja kuntoutuksen kautta löydettyihin uusiin resursseihin. Ikäihmisten puheessa kuntoutus sai merkityksensä juuri kodin arjessa selviytymisen kautta. Seuraavat kolme kuntoutukseen liittyvää seikkaa toistuvat puheessa: 1) haastateltavat kertoivat saaneensa luottamusta omaan pystymiseensä ja rohkeutta kotona asumiseen, 2) fyysinen kunto oli kohentunut, mikä tuntui ja näkyi konkreettisesti parantuneena fyysisenä toimintakykynä, 3) vuorovaikutus kuntoutuslaitoksen henkilökunnan kanssa oli ollut merkityksellistä ja rohkaisevaa. Kuntoutuksen jälkeen kuntoutujilla on konkreettisia työkaluja, joiden avulla he pystyivät mielestään selviytymään arjen haasteista paremmin kuin ennen kuntoutusta.

*Lomalla*-kategoriassa ikäihmiset ottivat kiitollisina vastaan kylpyläloman, joka toimi ikään kuin irtiottona arjen vaikeuksista. Heidän puheessaan näkyi suuri kontrasti kodin yksinäisyyden ja eristäytyneisyyden ja kuntoutuslaitoksen ”ihmistenilmoilla olemisen” välillä. Kuntoutuskokemuksessa korostuivat mielihyvä hyvästä huolenpidosta ja hemmottelusta sekä monipuolisesta ruuasta. Lisäksi sosiaaliset kontaktit muihin ihmisiin kuntoutuskurssin aikana olivat heille tärkeitä. Kuntoutuksen päättymisen jälkeen kuntoutujille jäi miellyttävät muistot, mutta kodin arjessa he eivät kokeneet mitään muutosta.

*Pettymys kuntoutusohjelmaan* -kategoriassa ikäihmiset lähtivät hakemaan kuntoutuksesta apua ja keinoja kokemuksiinsa arjen haasteisiin mutta pettyivät kuntoutusohjelman joustamattomuuteen. He kertoivat turhautuneensa koettaessaan vaikuttaa kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen. Kuntoutusohjelma näyttäytyi heille etukäteen päätetyltä, eivätkä he saaneet siihen toivomiaan muutoksia. Kuntoutajat, jotka toivoivat lisää haastetta, ja kuntoutujat, jotka toivoivat vähemmän ohjelmaa, eivät kokeneet saaneensa ääntään kuuluville. Lisäksi omaehtoisen liikkumisen esteinä olivat laitoksen jäykät käytännöt, kuten suljetut ulko-ovet ja uima-allastilat. Kuntoutuksen jälkeen kuntoutujilla oli päällimmäisenä pettymyksen tunne. He olivat nähneet kuntoutuksen mahdollisuudet oman arkensa helpottajina mutta joutuivat tyytymään keskiarvoikäihmisen keskimääräiseen kuntoutusohjelmaan ilman omien yksilöllisten tarpeidensa huomioimista.

#### 6.4.2 Millaisia ikäihmisiä fysioterapeutit mielestään kuntoutuivat ja miten?

Kaikki liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelu- ja toteuttamisvastuussa olleet fysioterapeutit (n = 11) haastateltiin (Wallin ym. 2008a). Haastattelujen toteutumishetkellä fysioterapeutit olivat jo tutkineet meneillään olleen kurssin osallistujat, olleet mukana kotikäynnillä tai saaneet siitä raportin ja suunnitelleet kurssin liikunnallisen kuntoutuksen osuuden. Haastattelut analysoitiin diskurssianalyttisesti (Potter ja Wetherell 1987; Potter 2004) selvittäen, miten fysioterapeutit puhuivat ikäihmisistä IKÄ-hankkeen kuntoutujina ja miten tämä liittyi kuntoutuksen käytännön toteutuksen kuvauksiin.

Fysioterapeuttien puheessa erottui kaksi kategoriata. Kategoriassa *heikkokuntoiset ikäihmiset kuntoutuksen vastaanottajina laitoksessa* tuli esille yksisuuntaisuus. Fysioterapeutti on toimija ja ikäihminen toimenpiteiden vastaanottaja. Fysioterapeutit keskittyivät toisaalta ikäihmisen fyysisen toimintakyvyn ongelmiin ja niiden ratkaisuun ja toisaalta tämän sosiaalisiin tarpeisiin. Molemmissa tapauksissa fysioterapeutteja askarruttivat kuntoutujan tarpeet ”tässä ja nyt” – kuntoutuslaitoksessa ja ammattilaisen näkökulmasta. Toimintakyvyn heikkenemistä ei arvioitu suhteessa kodin haasteisiin vaan irrallaan muusta kontekstista. Toimintakyky ja sen ongelmien ratkaiseminen nähtiin kliinisen päättelyn prosessina ja tyypillisenä osana fysioterapiaa. Tähän luokkaan kuuluvat fysioterapeutit kiinnittivät huomiota kuntoutujien sosiaalisiin tarpeisiin yleensä vain silloin, kun he toteuttivat fysioterapiaa eri tavoin kuin heidän tekemänsä kliinisen päättelyn prosessi edellytti. Fysioterapeutit saattoivat kuvata jotkut kuntoutujat mahdollisesti masentuneiksi, yksinäisiksi tai motivoitumattomiksi perinteiseen aktiiviseen harjoitteluun. Fysioterapeutit eivät voi pakottaa kuntoutujia harjoitteluun vastoin heidän tahtoaan, ja he pyrkivät toimimaan asiakaslähtöisesti. Ikäihmisen ollessa haluton esimerkiksi harjoitteluun fysioterapeutit pyrkivät tekemään hänen olonsa mahdollisimman mukavaksi tarjoamalla kosketusta ja läsnäoloa. Tällöin kuntoutuksen tavoitteena oli antaa kuntoutujalle elämys, joka saattoi olla heidän elämänsä kohokohta.

Fysioterapeuttien puheessa kategoriassa *ikäihmiset kumppaneina harjoitteluinterventiossa kotona selviytymisen edistämiseksi* heijastui kuntoutujan ja fysioterapeutin välinen kaksisuuntainen vuorovaikutus. Tällöin he pitivät ikäihmistä oman elämänsä toimijana. Fysioterapeuttien puheessa kuntoutuja näkyi ja kuului osana kuntoutussuunnitelman laatimista ja käytännön kuntoutuksen toteutusta. Kuntoutuksen lähtökohtina olivat kuntoutujan voimavarat, kodin arki ja sen haasteet. Niihin haettiin konkreettisia ratkaisuja yhdessä kuntoutujan kanssa. Ratkaisut olivat yksinkertaisia, ja niiden toteuttamista kotioloissa oli mietitty ja harjoiteltu.

#### 6.4.3 Kuntoutujien vaihtelevat toimijaroolit ryhmätilanteissa

Jokaisessa seitsemässä kuntoutuslaitoksessa videoitiin yksi ryhmäliikuntatilanne (Wallin ym. 2008b; 2009). Fysioterapeutit saivat itse valita nauhoitettavan liikun-



taryhmän. Mitään sisällöllisiä ohjeita ei annettu ja pyyntönä oli saada nähdä ihan tavallinen IKÄ-hankkeen liikuntaryhmä. Videoituihin liikuntatilanteisiin osallistui yhteensä 52 kuntoutujaa ja 9 ammattilaista (7 fysioterapeuttia, toimintaterapeutti ja liikunnanohjaaja). Analyysimenetelmänä käytettiin diskurssianalyysiä (Potter 1996), jonka avulla selvitettiin osallistujien antamia merkityksiä tilanteille ja heidän asemoitumistaan vuorovaikutuksen kuluessa.

Tyypillisimmässä ryhmäliikuntatilanteessa fysioterapeutti kertoi kuntoutujalle, mitä ja miten harjoitus tehdään ja samanaikaisesti näytti mallisuoritusta, johon kuntoutajat ”vastasivat” tekemällä liikkeet ohjeen mukaan. Joissakin liikuntatilanteissa fysioterapeutti oli lähes taukoamatta äänessä ja saattoi jopa antaa ohjeita musiikin pauhatessa. Ikäihmiset, jotka olivat suorituskyvyltään heterogeenisia, pystyivät noudattamaan annettuja ohjeita ja suorittamaan liikkeitä ongelmitta musiikin tahdissa. Fysioterapeutin puheessa olleiden lyhyiden taukojen aikana kuntoutajat eivät aloitaneet keskustelua tai esittäneet kysymyksiä. Kuntoutujille suunnatut fysioterapeutin lyhyet kysymykset olivat luonteeltaan kuntoutujan lyhyttä myöntymistä tavoittelevia. Kuntoutujan yleisin rooli toimijana oli *hiljainen harjoittelija*, jolloin kuntoutuja osallistui tilanteeseen fyysisesti harjoittelemalla mutta osallistui vain hyvin vähän tai ei lainkaan verbaalisesti.

Ohjatut liikuntatilanteet rakentuivat siten, että fysioterapeutti antoi yleisiä suoritusohjeita ja kaikki kuntoutajat tekivät liikkeet samanaikaisesti ohjeiden mukaan. Ohjatuissa tilanteissa fysioterapeutti neuvoi lisäksi henkilökohtaisesti ja auttoi liikkeiden tekemisessä. Näiden liikuntaryhmien lähtökohtana oli opetella kotiharjoittelun ohjelman liikkeet. Osalle kuntoutujista liikkeet olivat haasteellisia. Tällöin kuntoutujille avautui mahdollisuus jakaa kokemuksiaan harjoittelusta fysioterapeutin kanssa. Kuntoutajat liittyivät puheensa harjoittelusta yleensä heille tuttuihin asioihin, kuten fyysisiin tunteuksiinsa ja kotiaskareisiin. Fysioterapeutin ottaessa kuntoutujan puheen vastaan ja lähtiessä viemään sitä eteenpäin syntyi tilanteissa yhteistä ymmärrystä harjoittelun tärkeydestä.

Kiertoharjoittelu toteutui siten, että fysioterapeutti näytti ensin harjoitteluradan kaikkien suorituspisteiden liikkeet, ja sen jälkeen kuntoutajat jakautuivat ympäri harjoitustilaa tekemään kukin omaa harjoitustaan. Fysioterapeutin määräyksestä kaikki vaihtoivat hetken kuluttua seuraavaan harjoituspisteeseen. Näin jokainen kuntoutuja teki omaa suoritustaan, mutta kuitenkin kaikki kuntoutajat tekivät samat liikkeet vuoronperään. Ryhmässä oli tavallisesti kuudesta kahdeksaan kuntoutujaa ja yksi ohjaaja.

Kiertoharjoittelu osoittautui heterogeeniselle kuntoutujaryhmälle monella tavoin haasteelliseksi. Suoritusohjeiden muistaminen, suoritusten järjestys ja siirtyminen pisteestä pisteeseen vaati sekä hyvää muistia että hyvää fyysistä suorituskkyä. Myös liikkeet olivat vaativia, ja heikkokuntoiset tarvitsivat fyysistä apua niistä suoriutukseen. Tästä seurasi se, että kuntoutajat joutuivat osallistumaan melko aktiivisesti liikuntaryhmään. Tällöin kuntoutuja voi toimia *suostuvalla erimielisyydellä*, jolloin

hän ilmaisi oman tahtonsa tai mielipiteensä suoraan tai epäsuorasti, ja tähän fysioterapeutti vastasi vaatimalla, että kuntoutuja tekee liikkeet alkuperäisen suunnitelman mukaan. Kuntoutuja suostui vaatimukseen, mutta vastentahtoisesti ja osoitti sen esimerkiksi ruumiinkielellään. Näissä tilanteissa ei syntynyt keskustelua, jonka aikana fysioterapeutti olisi voinut saada selville henkilön vastahakoisuuden syyn. Tilanteisiin ei palattu myöhemmin liikuntaryhmän aikana, joten yhteistä ongelmanratkaisua tai dialogia ei päässyt syntymään.

Kuntoutujan toimijanrooli *sitkeä yrittäminen* tarkoittaa kuntoutujan oman tahdon ilmauksia tai omaa tekemistä liikuntatuokion aikana, jonka kuntoutuja vie päätöksen fysioterapeutin vastustuksesta huolimatta. Kuntoutuja havaitsi fysioterapeutin erimielisyyden mutta ei muuttanut toimintaansa ja perusteli sitä omalla näkökulmallaan. Tällaisia tilanteita syntyi silloin, kun fysioterapeutti katsoi, että liikkeen tai harjoituksen suorittamiseen liittyi turvallisuusriski, jota kuntoutuja ei ottanut huomioon. Näissäkin tilanteissa ei syntynyt keskustelua, toisen näkökulman avaamista eikä yhteistä pohtimista. Näiden erimielisyysepisodien jälkeen fysioterapeutti pyrkii palaamaan alkuperäiseen toimintasuunnitelmaansa mahdollisimman nopeasti.

Kuntoutujan toimijanrooli *kaverin auttaminen* tarkoittaa kuntoutujan aloittamaa spontaania toisen avustamista liikuntaryhmän aikana. Tämä saattoi ilmetä toisen kuntoutujan kannustamisena ja rohkaisemisena, suoritusohjeiden antamisena ja fyysisenä toisen avustamisena. Kuntoutujat pyysivät myös toisiltaan apua harjoittelun aikana. Fysioterapeutti yleensä salli kaverin auttamisen, mutta mikäli hän siihen puuttui, perusteluna oli turvallisuus liikuntaryhmän aikana.

#### 6.4.4 Aktiivista osallistumista ja ymmärryksen puutetta

Sekä kuntoutuksen kylpylälomana kokeneiden heikkokuntoisten ikäihmisten kertomus kuntoutuksestaan että kuntoutujan fysioterapian vastaanottajaksi kokeneiden fysioterapeuttien kuvaus kuntoutuksesta olivat samansuuntaiset. Molemmat korostivat kuntoutujan saamia elämyksiä ja kuntoutujan hyvää oloa. Kuntoutujat kuvasivat kuntoutuksen lomailuna ja kuntoutuslaitoksen tarjoamana mahdollisuutena sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä irtaantumisenä kodin arjesta. Fysioterapeutit puolestaan näkivät kuntoutuksen ongelmallisena, koska heikkokuntoinen ikäihminen ei jaksanut enää motivoitua aktiiviseen fysioterapiaan ja omaehtoiseen tekemiseen vaan halusi tulla kohdatuksi ja hoidetuksi. Huolimatta asian pulmallisuudesta fysioterapeutit eivät kyseenalaistaneet asiaa, eivätkä ilmaisseet keskustelleensa kuntoutujan kanssa asiasta saadakseen hänet ymmärtämään kuntoutuksen tarkoituksen uudella tavalla. Fysioterapeutit kertoivat toimivansa asiakaslähtöisesti ja tarjoavansa kuntoutujalle sen, mitä tämä haluaa. Ikäihmisen äänen voidaan ajatella tulleen kuulluksi. Kuitenkin heikkokuntoisen ikäihmisen kuntoutuksella tavoiteltiin fyysisen toimintakyvyn paranemista ja kotona asumisen edistämistä, joten sosiaalisen virkistytymisen korostuminen ei tue kuntoutuksen tavoitetta. Vielä pulmallisemmaksi asia muuttuu, kun tarkastellaan pettyneiden kuntoutujien kokemuksia. Ikäihmisen näkökulma

sivuutettiin, kun kuntoutuja pyynnöistään huolimatta ei saanut lisää haasteita tai hän vastustuksestaan huolimatta joutui osallistumaan tilanteisiin, jotka pelottivat häntä tai joita hän ei ymmärtänyt. Nämä kuntoutujat kokivat, että he eivät saaneet ääntään kuuluviin, ja heille oli tarjottu heidän omien tarpeidensa kannalta epäsopivaa kuntoutusta. Tämän perusteella asiakaslähtöisyyteen tulisi heikkokuntoisten ikäihmisten kuntoutuksessa kiinnittää enemmän huomiota.

Liikuntatilanteiden erilaiset toteutustavat tuottivat selkeästi erilaisia kokemuksia heikkokuntoisille ikäihmisille. Strukturoidun liikuntatilanteen aikana heikkokuntoisimmatkin kuntoutujat saivat onnistumisen kokemuksia fyysisen aktiivisuuden ja sosiaalisen osallistumisen alueilla. Fysioterapeutti pystyi yksinäänkin vetämään kahdeksalle ikäihmiselle turvallisen ja miellyttävän liikuntatuokion. Tämän toteutustavan ongelmana oli harjoittelun matala intensiteetti ja yksilöllisen eriyttämisen puute. Hyväkuntoinen kuntoutuja ei saanut haasteita tai oppinut uusia kotiharjoitteluliikkeitä. Ohjatussa harjoittelussa haasteellisten liikkeiden suorittaminen mahdollistui yksilöllisen palautteen ja yhteisen ymmärryksen rakentumisen kautta. Kuntoutujat pystyivät osallistumaan aktiivisesti kiertoarjoitteluun. Kuitenkin siinä saattoi syntyä ristiriitoja asiakkaan ja fysioterapeutin näkemyksen välillä esimerkiksi harjoittelun turvallisuudesta. Kiertoarjoittelussa olisi ollut mahdollista eriyttää harjoittelua kuntoutujan toimintakyvyn ja tilanteen mukaan, mutta tätä mahdollisuutta ei käytetty hyväksi. Ikäihmisten omia kykyjä ja halua osallistua aktiivisesti liikuntaryhmän toteutukseen ei myöskään osattu hyödyntää kiertoarjoittelun aikana. Kuntoutujien toimijuuden mahdollisuuksia rajoitettiin turvallisuuden nimissä.

Kiertoarjoittelu tarjosi ikäihmisille mahdollisuuden toimia omaehtoisesti siten, että kuntoutujien korostama sosiaalinen kanssakäyminen yhdistyi toimintakyvyn eri osa-alueiden harjoitteluun. Kuntoutujat toimivat joukkueena ja auttoivat toisiaan sekä avustamalla fyysisesti että ratkaisemalla pulmiaan ilman ohjaajan apua. Samasta kotikunnasta tulevat heikkokuntoiset kuntoutujat opettelivat luottamaan toistensa apuun sekä tarjoamaan omia resurssejaan toisten avuksi. Lisäksi he tekivät oma-aloitteisesti fyysisiä harjoituksia, jotka kokivat itselleen mielekkäiksi ja sopiviksi. Keskusteluissa taas kuntoutujat ja fysioterapeutti rakensivat yhteistä ymmärrystä siitä, kuinka kuntoutujat pystyivät jatkamaan harjoittelua kotioloissa ja mikä merkitys sillä on kodin arkeen. Tällaisten toimintatapojen voidaan ajatella edistävän ikäihmisten sitoutumista ja toimijuutta omassa kuntoutumisessaan. Ne ovat tärkeitä askeleita tavoiteltaessa sitä, että uudet taidot siirtyvät osaksi kuntoutujien arkea ja kotona asumista.

## 7 POHDINTA

IKÄ-hanke osoitti, että kuntoutus paransi heikkokuntoisten ikäihmisten toimintakyvyn ja kotona asumisen edellytyksiä mutta ei pidentänyt kotona asumisen aikaa. Tutkimus osoitti myös, että parhaimmillaan on mahdollista luoda hyvin toimivia, henkilön kotona asumista tukevia verkostoja, ja että iäkkäät kuntoutujat voidaan kohdata aidosti ottaen huomioon heidän arkisen toimintaympäristönsä heille asetamat vaatimukset.

### 7.1 Kuntoutuksen vaikuttavuus

Kuntoutus vaikutti positiivisesti kuntoutujan tilanteeseen. Vuoden seurannassa, kolmen kuukauden kuluttua viimeisestä kuntoutusjaksosta, kuntoutujien suoritus- ja toimintakykyä kuvaavien mittausten tulokset olivat systemaattisesti paremmat kuin verrokkien. Päätemuuttujan, asumisen, osalta kuntoutukselle asetettu tavoite kuitenkin jäi saavuttamatta: kuntoutujien kotona asumisen aika ei pidentynyt. Kuntoutusohjelmassa pyrittiin pidentämään kotona asumista, mutta kuntoutus ei todennäköisesti lähtenyt riittävästi ikäihmisen tarpeista ja hänen kotona selviytymistään haittaavista tekijöistä.

Tässäkin tutkimuksessa tuli esille, että kuntoutujien tilanne parani niissä asioissa, joihin kuntoutuslaitoksissa kiinnitettiin huomiota. Kuntoutus oli fyysispainotteista, joten sen positiiviset vaikutukset näkyivät selvimmin fyysisen suorituskyvyn alueella. Fyysispainotteisuudesta huolimatta kuntoutuksen vaikuttavuus näkyi myös muilla ikäihmisen hyvinvoinnin osa-alueilla. Esimerkkinä siitä, miten vaikutus näkyy niillä alueilla, joihin kuntoutuksessa kiinnitetään huomiota, oli erään kuntoutuslaitoksen ohjelmaan kuulunut pyrkimys vähentää kuntoutujien inkontinenssia. Tutkimuksessa havaittiin erityistoimintaan liittyneen haitan vähentyneen tämän laitoksen kuntoutujilla.

Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet akuutin sairausvaiheen jälkeisen kuntoutuksen vaikuttavuuden, kuten aivohalvaus- ja lonkkamurtumakuntoutus (Huusko ym. 2000; Huusko ym. 2002; Käypä hoito -suositus 2006). Näillä potilasryhmillä kuntoutuksesta saatava hyöty näyttää olevan riippumaton henkilön iästä ja sairauden vaikeusasteesta. Sellaisten iäkkäiden henkilöiden, joiden toimintakyky heikkenee vähitellen eri syistä ilman akuuttia sairausvaihetta tai tapaturmaa, kuntoutuksen sisällöstä tai vaikuttavuudesta ei ole juurikaan tutkittua tietoa (Ferrucci ym. 2004; Pitkälä ym. 2007). IKÄ-tutkimus osoitti, että myös raihnaiset, iäkkäät henkilöt hyötyvät kuntoutuksesta erityisesti, jos kuntoutuksen sisältö painottuu heidän tarpeittensa mukaan (esim. Fiatarone ym. 1994; Timonen ym. 2002b).

Mitattu puristusvoima, kävelynopeus ja tasapainon hallinta olivat kuntoutujilla loppumittauksessa hieman paremmat kuin tutkimuksen alkaessa. Tämä osoittaa, että ikäihmisten fyysisen suorituskyvyn heikkeneminen on kuntoutuksen avulla

pysäytettävissä ainakin vuodeksi. Tiedetään, että mainitut fyysisen suorituskyvyn osatekijät ovat ikäihmisillä yhteydessä kaatumiseen, laitoshoitoon siirtymiseen ja kuolemanvaaraan (Graafmans ym. 1996; Ganz ym. 2007; Hardy ym. 2007). IKÄ-hankkeessa kuntoutuksen positiiviset fyysiset vaikutukset eivät kuitenkaan näy toimintakyvyn ja elämänlaadun kohenemisena, asumismuodon muutoksena tai kuolleisuudessa. Tämä vastaa Roilaksen (2004) havaintoa, että spesifeillä mittareilla (esim. lihasvoima, tasapaino) todettu kuntoutuksen hyvä vaikuttavuus ei tule esille enää kuvattaessa toimintakykyä tai elämänlaatua. Vielä vaikeampaa on todentaa vaikuttavuus väestötason hyötyihin, kuten palvelujen käyttöön, sairastavuuteen tai sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin. (Roilas 2004.)

Tämän tutkimuksen yhteydessä asumismuodon mielekkyys päätemuuttujana voidaan kyseenalaistaa. Laitoshoitoon siirtymiseen vaikuttavat moninaiset ja vaihtelevat tekijät (Laatikainen 2009), kuten henkilön tarpeet ja kunnassa tarjolla olevat palvelut. Tällöin kuntoutujan fyysisen toimintakyvyn merkitys asumismuotoa koskevia päätöksiä tehtäessä saattaa jäädä oletettua vähäisemmäksi ja psyykkisen toimintakyvyn heikkenemisen, esimerkiksi muistiongelmien merkitys korostua. Ikäihmisten kuntoutuksen tavoitteena ei ole pitempi elämä vaan mahdollisuus elää mahdollisimman omatoimivana kotona. Kotona asuminen pidentyy usein elämänlaadun kustannuksella, sillä ulkopuolinen apu ei nosta elämänlaatua avuntarvetta edeltäneelle tasolle (Hellström ym. 2004; Stenzelius ym. 2005).

Ryhmätasolla kuntoutujien fyysisen toimintakyvyn muutokset olivat verrokkeja myönteisemmät. Verrokkit antoivat mahdollisuuden tarkastella ikäihmisen fyysisen haurastumisen normaalia kehityskulkua eli sitä, mikä tilanne olisi ilman kuntoutusta. Kuntoutujaryhmään kuuluneiden liikkumiskykyä kuvaavan indeksin (SPPB) keskiarvo oli vuoden seurantamittauksessa 0,5 pistettä parempi kuin verrokkiryhmään kuuluneilla. Eroa pidetään kliinisesti merkittävänä. Huomattavaa on, että verrokkiryhmän liikkumiskyvyn heikkeneminen, 0,9 pistettä, oli hyvin lähellä suuren merkittävän muutoksen (1,0 pistettä) rajaa. On myös todettu, että liikkumiskykyindeksin yhden pisteen alenema vuoden aikana ennustaa kuolleisuutta viiden vuoden kuluessa. (Perera ym. 2005; Perera ym. 2006.) Tämä havaittiin myös tässä tutkimuksessa, jossa verrokkiryhmään kuuluneiden kuolleisuus oli viiden vuoden seurannassa suurempi kuin kuntoutukseen osallistuneilla (vrt. kuvio 3).

Lääketieteellisessä tutkimuksessa vaikuttavuuden mittarina käytettävä NNT-luku (Kaila ja Korppi 2002) ilmaisee, montako ihmistä pitää hoitaa, jotta yksi haitallinen tapahtuma estyisi. IKÄ-hankkeen satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimusasetelmassa voitiin laskea NNT-arvot. Tämä tutkimus osoitti, että kuntoutus ehkäisee sekä masentuneisuutta että ikäihmisten tarpeettomuuden kokemusta; kuntoutuksen vaikutuksesta estyi yksi masennus 14 kuntoutujaa ja yksi tarpeettomuuden kokemus 11 kuntoutujaa kohden. Jotta yksi ikäihminen pystyisi edelleen liikkumaan ulkona, pitää kuntouttaa 14 ikäihmistä. Vastaavasti ilman kuntoutusta jäisi asunnonmuutostyö tekemättä joka 9. ikäihmisen kodissa. Nämä ovat merkittäviä tuloksia tarkasteltaessa kuntoutuksen vaikutuksia fyysisesti heikkokuntoisten ikäihmisten toimintakykyyn

ja kotona selviytymiseen. Yhteiskunnan arvot ja voimavarat määräävät sen, miten tällaista vaikuttavuusnäyttöä arvotetaan (Mäkelä 2004) tehtäessä ikäihmisten kuntoutusta koskevia päätöksiä.

Vaikka IKÄ-kuntoutus oli fyysispainotteinen eikä sitä ollut erityisesti suunniteltu masentuneille, se ehkäisi masentuneisuutta. Monialaisten interventioiden myönteinen vaikutus masennusoireisiin on osoitettu myös aiemmissa tutkimuksissa (Llewellyn-Jones ym. 1999; Badamgarav ym. 2003). IKÄ-hankkeessa toteutetussa kuntoutusohjelmassa oli useita elementtejä, joiden on todettu vähentävän masennusoireita, kuten liikunta (Timonen ym. 2002a; Singh ym. 2005; Pitkälä ym. 2009), yksinäisyyttä lievittävä ryhmätoiminta (Cattan ym. 2005; Tiikkainen ja Heikkinen 2005), muistelu-ryhmät (Bohlmeijer ym. 2003; Tuomaala 2008) ja moniammatillinen kuntoutustiimi (Van Citters ja Bartels 2004).

Tutkimuksessa todettu yksinäisyyden kokemisen väheneminen kuntoutujilla oli yhteydessä koetun terveyden paranemiseen ja se kertoo fyysispainotteisen kuntoutuksen emotionaaliseen vaikuttavuudesta (Ollonqvist ym. 2008b). Myös se, että kuntoutujat muodostivat ryhmän, joka vietti aikaa yhdessä saattoi vähentää heidän sosiaalista eristyneisyyttään (vrt. Cattan ym. 2005). Kuntoutuskokonaisuudesta on vaikea erottaa tekijöitä, jotka yksittäisellä kuntoutujalla ovat johtaneet myönteisiin tuloksiin. Esimerkiksi mieliala saattaa olla tärkeä tekijä fyysisen kunnan kohentamisen tavoitteen saavuttamisessa, toisaalta fyysisen kunnan koheneminen voi parantaa kuntoutujan mielialaa.

Kuntoutujien omat arviot kuntoutuksen vaikutuksista olivat hyvin positiiviset verrattuna vaikuttavuusmittareilla mitattuihin tuloksiin (Hinkka ym. 2006). Esimerkiksi 85 % kuntoutujista arvioi kuntoutuksen parantaneen mielialaa, mutta mittaustulokset osoittivat kuntoutujien depressiopistemäärän pysyneen ennallaan. Verrokkiryhmässä masentuneiden osuus lisääntyi. Joka toinen kuntoutuja raportoi kotona selviytymisensä parantuneen, vaikka heidän mitattu toimintakykynsä heikkeni samoin kuin verrokkien. Kuntoutujien laitospainotteiset kokemukset olivat hyvät. Kuntoutujat kokivat saaneensa kuntoutuslaitoksessa hyvää huolenpitoa, hemmottelua ja hyvää ruokaa, heidän sosiaaliset kontaktinsa olivat lisääntyneet. Se saattoi tukea heidän itsenäistä selviytymistään kotona. Kannattaa muistaa, että varsinkin ikäihmiset ilmoittavat muuta väestöä herkemmin olevansa tyytyväisiä saamiinsa palveluihin (Edwards ym. 2004), mikä saattaa osittain selittää koettua ja mitattua eroa kuntoutuksen vaikuttavuudessa. Kuntoutujan oma kokemus kuntoutuksesta ja sen vaikutuksista on kuitenkin merkittävä asia; se saattaa olla ainoa todellisen kliinisen relevanssin mittari (Wade 2005).

**Kustannusvaikuttavuus.** Ensimmäisen seurantavuoden sosiaali- ja terveydenhuollon ja kuntoutuksen kustannukset olivat kuntoutujilla laitosinterventiosta johtuen korkeammat kuin verrokeilla. Kuntoutus ei myöskään näyttäytynyt kustannusvaikuttavalta 15D-elämänlaatumittarilla tarkasteltuna. Työryhmän tekemän kokonaisvaltaisen geriatrisen arvioinnin perusteella kuntoutuja sai tarvittaessa laitoksen

geriatriaan perehtyneeltä lääkäriltä lähetteen erikoissairaanhoidon tutkimuksiin tai toimenpiteisiin. Todennäköisesti siksi erikoissairaanhoidon kustannukset olivat kuntoutujilla verrokkeja korkeammat. Mahdollinen hoitotarve tunnistettiin ja kuntoutuja sai tarvitsemansa hoidon, jolloin hänen elämäntilanteensa saattoi kohentua. Tämä lisäsi terveydenhuollon kustannuksia mutta paransi todennäköisesti kuntoutujan terveydentilaa ja saattoi vähentää palvelutarvetta jatkossa. Vuoden kohdalla havaittua kuntoutujien asumisen ja kotipalvelujen kustannusten alenemista voi pitää hyvänä tuloksena. Näin ollen ikäihmisten kuntoutuksella on mahdollisuus saavuttaa hyötyä väestötasolla.

## 7.2 Kuntoutuksen toteuttaminen

Tutkimukseen osallistuneet ikäihmiset olivat erilaisia, ja eri mittaustulosten vaihteluvälit olivat suuret sekä kuntoutus- että verrokkiryhmissä: jo kuntoutujien ikä kattoi yli 30 vuotta. Myös IKÄ-hankkeen osallistujien ongelmat olivat erilaisia. Kognitiiviselta tasoltaan heikoimmat kuntoutujat tarvitsivat runsaasti apua ja tukea selviytyäkseen kuntoutustilanteissa ja liikkueessaan vieraassa laitospäristössä. Osalla kuntoutujista ongelmat painottuivat alentuneeseen liikkumiskykyyn ja fyysisen toimintakyvyn heikkouteen. Näihin erilaisiin tarpeisiin kuntoutuslaitosten piti vastata eri tavoin. Myös kuntoutuslaitosselvityksessä (Ihalainen ja Rissanen 2009) tuodaan esiin tarve jäsentää laituskuntoutusta aiempaa selvemmin kuntoutujien ongelmista lähtien.

Kelan kuntoutuslaitoksille antamassa ohjeistuksessa edellytettiin monien erilaisten asioiden käsittelyä kuntoutuksen aikana, ja kuntoutuslaitokset pyrkivät noudattamaan saamia ohjeita. Toteutetussa ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa kuntoutuslaitokset ennakoivat kuntoutujien erilaisia tarpeita ja pyrkivät vastaamaan niihin. Tämä saattoi haitata kuntoutujan oppimista, koska esiin tuli myös paljon sellaisia asioita, joita hän ei kokenut tärkeäksi.

Kuntoutus on oppimis- ja muutosprosessi, jossa ikäihmisen vahvuutena on pitkä kokemus. Kuntoutuksen haasteena on löytää ne asiat, joilla voidaan tukea kuntoutujan selviytymistä arjessa. Haasteellista on myös yhteisen ymmärryksen rakentaminen ja opeteltavien asioiden mielekkyyden löytäminen. Ikääntyvän henkilön kyky oppia säilyy, mutta hänen oppimisensa edellyttää aikaa opetella ja harjoitella uusia asioita rauhassa. Kokeilemiselle ja harjoittelulle pitääkin varata riittävästi aikaa ja ohjausta. Toteutetussa kuntoutusmallissa pyrittiin vaikuttamaan moniin erilaisiin asioihin. Siitä ehkä seurasi se, että asioita ei pystytty kertaamaan riittävästi ja ikäihmiset eivät pystyneet paneutumaan niihin omalla yksilöllisellä tavallaan. Kertauksen merkitys korostuu iäkkäillä erityisesti uuden tiedon oppimisessa (Knowles ym. 2005). Tämä oli huomioitu siinä kuntoutuslaitoksessa, jossa joka-aamuiseen ryhmätapaamiseen oli yhdistetty yhden uuden kotivoimisteluliikkeen opettelu ja aiemmin opittujen liikkeiden kertaus.

Kotikäynnin yhteydessä päivittäisistä toimista selviytymisen vaikeudet ja kodin mahdolliset puutteet on helppo havaita. Asunnonmuutostöiden ja muiden kodin toimituutta ja turvallisuutta lisäävien järjestelyjen tarve oli ilmeinen. Kotikäynneillä ei aina kiinnitetty huomiota ikäihmisen mahdollisuuteen liikkua ulkona, aina ei selvitetty edes sitä, pääseekö tämä asunnosta ulos. Ikäihmiset saattavat kokea asunnonmuutostyöt ja apuvälineet leimaavina ja tarvitsevat aikaa hyväksyäkseen ne. Asunnonmuutostöiden tekeminen vaatii myös asiantuntevan suunnittelun, rahoituksen ja tekijän. Tässä tarvitaan kunnan ja kuntoutuslaitoksen välistä kiinteää yhteistyötä. Asioiden etenemisen kannalta olisi ollut tarkoituksenmukaisempaa, että kotikäynnille olisi osallistunut kunnasta joku muu kuin terveydenhuollon edustaja.

Yhdyshenkilötoiminta osoittautui hyvin toteutuessaan kuntoutusmallin helmeiksi. Ikäihmisen tuntemiseen perustuva hiljainen tuntemistieto osoittautui tärkeäksi. Tämän tutkimuksen perusteella ikäihmisen kokonaistilannetta koskevan tiedon muodostuminen ja tiedonkulku ovat merkittävä tulevaisuuden haaste. Hiljainen tieto asiantuntijuuden rakentumisessa jää vähäiseksi, kun toimintojen jatkuvuutta kunnissa uhkaa työsuhteiden katkonaisuus, suurenevat terveyskeskuspiirit ja kilpailutusmenettely.

Selvitysjaksolla kuntoutujille tehtiin moniammatillisesti kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi, jota täydensivät kotikäynti ja yhteistyö kunnan sosiaali- ja terveyshenkilöstön kanssa. Arviointi toteutui laitoksissa hyvin ja yksilöllisesti. Moniammatillisen geriatrisen arvioinnin hyödyt on osoitettu jo aiemmin (Stuck ym. 1993; Kuo ym. 2004; Beswick ym. 2008). Tällainen kokonaisvaltainen arvio olisi syytä tehdä viimeistään silloin, kun ikäihminen tulee hoitotuen piiriin. Väestötasolla on mahdollista kohdentaa voimavaroja tehokkaammin, kun arvioita tehdään oikea-aikaisesti ja suunnitellaan sen pohjalta ikäihmiseen kohdistuvat toimenpiteet. IKÄ-hankkeessa selvitysjakso ja kotikäynti sekä niiden pohjalta tehdyt suositukset ja toimenpide-ehdotukset olisivat saattaneet riittää osalle kuntoutujista kotona selviytymisen tukemiseen ilman varsinaista kuntoutusjaksoa. Tässä tutkimuksessa kotikäynti havaittiin tärkeäksi, koska tutkimusajankohtana niitä ei tehty kunnissa säännöllisesti.

Kuntoutuslaitokset toteuttivat kuntoutuksen omalla tavallaan omiin resursseihinsa ja osaamiseensa perustuen Kelan antamien suhteellisen väljien ohjeiden ja Kelan standardin puitteissa. Väljä ohjeistus antoi laitoksille mahdollisuuden muovata kuntoutuksen sisältöä kuntoutujaryhmän ja yksittäisen kuntoutujan tarpeista lähtien. Hankkeeseen osallistuneissa laitoksissa toteutettu kuntoutus oli erilaista. Kuitenkin saman laitoksen toteuttamien kurssien toteutus ja sisältö olivat hyvin samankaltaiset. On olemassa jännite tiukan ja yksilöllisen räätälöinnin mahdollistavan ohjeistuksen välillä, niin että jälkimmäisessä tilaaja luottaa kuntoutuksen ammattilaisten ratkaisuihin ja osaamiseen. Tiukka ohjeistus taas tuottaa saman keskimääräisen palvelun kaikille. Tämän jännitteen jatkumolta olisi löydettävä tasapaino, jossa yksittäinen iäkäs kuntoutuja saisi kuntoutukselle asetettujen tavoitteiden mukaista kuntoutusta niin, että tilaaja voi luottaa kuntoutuspalvelun tasoon.



Kuntoutuslaitokset ovat tottuneet vastaamaan kuntoutujien fyysisiin tarpeisiin, joten kuntoutuksessa korostui fysioterapeutin osuus. Kuntoutuslaitokset ovat ehkä kiinnittäneet perinteisesti vain vähän huomiota ikäihmisten psykososiaalisiin tarpeisiin, ja niitä on ehkä hankala havaita. Vaikka tarpeet havaittiinkin, niihin ei välttämättä reagoitu. Toteutuneessa kuntoutuksessa esimerkiksi psykologi tapasi vain joka toisen niistä, jotka saivat masennuskyselyssä (GDS) masentuneisuuteen viittaavan pistemäärän. Kuitenkin psykologin tapaamisen vähensi näiden kuntoutujien masentuneisuutta. Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että masennuskyselyssä depression viittaavan pistemäärän saaneet ikäihmiset hyötyisivät keskustelusta psykologin kanssa.

### 7.3 Tutkimuksen herättämiä ajatuksia

Kuntoutuksen vaikutukset näkyivät mittaustuloksissa laaja-alaisesti, eivät kuitenkaan kuntoutuksen kustannusvaikuttavuudessa ja kotona asumisen ajan pituudessa. Kustannusvaikuttavuuden osalta tätä ristiriitaista tulosta selittää kuntoutuksessa havaittu piilevä hoito- ja palvelutarve, johon vastattiin ja syntyi kustannuksia. Toiseksi kustannusvaikuttavuuden perustana oleva yleinen elämänlaatumittari 15D reagoi huonosti heikkokuntoisten ikäihmisten vähitellen alenevaan toimintakykyyn, jolloin esimerkiksi toimintakyvyn edellytyksiä kuvaavissa mittareissa näkyneet erot kuntoutujien ja verrokkien välillä eivät tulleet lainkaan esille.

Kuntoutujien kotona asumisen olisi odottanut pidentyvän, koska kuntoutus vaikutti itsenäisen asumisen edellytyksiin. Liian karkean asumisen mittauksen lisäksi tulosta selittää se, että kuntoutus siihen liittyvine kotikäynteineen teki näkyväksi piilossa olleita kotona selviytymisen ongelmia, jotka voitiin ratkaista asumismuodon muutoksella. Verrokkit ehkä jatkoivat asumistaan kotona silloinkin, kun palveluasunto tai laitoshoido olisi ollut perustellumpi asumismuoto. Tähän viittaa myös se, että kahden vuoden jälkeen kuntoutujat näyttivät systemaattisesti siirtyvän palveluasumisen piiriin hieman aiemmin kuin verrokkit, vaikka ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Heikkokuntoisilla ikäihmisillä oli monenlaisia tarpeita ja odotuksia, eivätkä he tienneet, mitä kuntoutukselta voisi odottaa. Voidaan miettiä, kenen näkemys tai viitekehys ohjaa kuntoutuksen toteutusta, tuleeko kuntoutuja kuulluksi ja keskitytäänkö kuntoutuslaitoksessa ehkä tukemaan henkilön selviytymistä laitossympäristössä. Ikäihmisellä toiminta ja siihen liittyvä päätöksenteko vaativat yleensä enemmän aikaa kuin nuoremmilla. Tämä saatetaan tulkita motivoitumattomuudeksi, jolloin ikäihmisen kuntoutuksen tavoitteita ja tasoa saatetaan laskea ilman, että keskustellaan kuntoutujan kanssa kuntoutuksen mahdollisuuksista hänen arjessaan. Myös IKÄ-kuntoutuksessa ammattilaiset saattoivat ottaa liian aktiivisen roolin ja tehdä päätöksiä kuntoutujan puolesta. Kuitenkin kuntoutujan osallisuus ja toimijuus ovat keskeisiä pyrittäessä uusien taitojen siirtymiseen osaksi ikäihmisen arkea ja kotona asumista. (esim. Brawley ym. 2005; Koskinen ym. 2008.)

IKÄ-hankkeessa kuntoutujaryhmät muodostuivat satunnaisemmin kuin Kelan Ikäihmisten kuntoutuksessa yleensä. Kuntien yhdyshenkilöiden tuli noudattaa aiempaa tiukempia valintakriteerejä ja löytää yhtä kurssiryhmää kohti 18 tutkittavaa, joista arvottiin kahdeksan kuntoutujaa. Kunnissa ei näin ollen voitu vaikuttaa kuntoutusryhmän kokoonpanoon. Tässäkin hankkeessa tarjolla oli kuntoutusta ja siihen haettiin sopivia kuntoutujia. Tarjontalähtöisyys tarvelähtöisyyden sijaan on nähtävissä muussakin Kelan harkinnanvaraisessa kuntoutuksessa. Geriatrisessa verkostokuntoutuksessa mahdollisuudet tarvelähtöiseen toteutukseen ovat selkeästi olemassa. Laitoksilla oli valmiudet mukauttaa toimintansa heikkokuntoiselle kohderyhmälle, ja kuntoutus toteutui turvallisesti. Vaikka kuntoutus alkoi yksilöllisesti geriatrisella moniammatillisella arvioinnilla, se jatkui ryhmämuotoisen kuntoutuksen periaatteiden mukaisesti eli ”keskimääräistä kuntoutusta keskimääräiselle ikäihmiselle”. Voidaan kysyä, onko laitoskuntoutus paras tapa kohentaa heikkokuntoisen ikäihmisen arjessa selviytymistä vai olisiko samalla rahalla saatavissa yhtä suuri tai suurempi hyöty jollain muulla tavalla.

IKÄ-kuntoutuksen kustannukset olivat keskimäärin 3 990 euroa/kuntoutuja. Mikäli kaikille uusille Kelan eläkkeensaajien hoitotuen piiriin vuosittain tuleville henkilöille järjestettäisiin kuntoutusta, sen kokonaiskustannukset olisivat 107 miljoonaa euroa. Summa vastaa sotainvalidien ja rintamaveteraanien kuntoutukseen vuosittain käytettyä rahamäärää (STM 2009). Näin tarkastellen lähivuosina voitaisiin kustantaa kuntoutusjakso kaikille eläkkeensaajien hoitotuen piiriin tuleville.

Monet verkostokuntoutuksen osuudet voitaisiin toteuttaa kotipaikkakunnalla lähellä kotia ja tutussa ympäristössä. Moniammatillisen tiimin tekemä arvio ja kuntoutusohjelma olisi mahdollista tehdä 1–2 viikon mittaisen laitospäivän aikana. Tällöin ohjelman toteuttamiseen kunnassa jäisi samalla IKÄ-panoksella 2–3 viikon resurssi, jolla voitaisiin toteuttaa avokuntoutusta laitoksen ja kunnan työntekijöiden yhteisin voimin. Tämä lisäisi kuntoutuksen yksilöllisyyttä ja tukisi sen räätälöimistä ikäihmisen arkeen. Yksilöllistä toimintaa tukeva ryhmäkuntoutus voitaisiin järjestää esimerkiksi kunnan tiloissa. On todettu (Beswick ym. 2008), että arvioinnin pohjalta suunnitellut, yksilölliseen tarpeeseen vastaavat interventiot voivat siirtää laitoshoidon joutumista.

IKÄ-kuntoutuksen kohderyhmänä olivat heikkokuntoiset ikäihmiset, joita uhkasi laitoshoidon haurastumisen vuoksi. Hauraus–raihnaus-oireyhtymä on vanhuusiän monimuotoinen oireyhtymä ja riskitila, jota nykykäsityksen mukaan ehkäistään ja hoidetaan tehokkaimmin liikunnalla ja ravinnolla (Strandberg ja Pitkälä 2007b). Kuntoutuksen tulokset osoittivat, että mielialan kohentuessa muissakin mittareissa todettiin positiivisia muutoksia. Voidaan kysyä, riittäisikö yhden toimintakyvyn keskeisen alueen kohentamiseen tähtäävä interventio parantamaan ikäihmisen yleistä toimintakykyä ilman laitoskuntoutusta.

**Luotettavuus.** Tämän tutkimuksen vahvuutena oli tutkittavan ilmiön, ikäihmisten laitosmuotoisen kuntoutuksen, vaikuttavuuden monipuolinen ja monialainen tar-

kastelu. Tutkimuksessa käytetyillä määrällisillä mittareilla selvitettiin sekä ikäihmisen kokemaa että mitattua tilannetta. Niiden yhdistämistä pidetään olennaisena kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimuksessa (Melvin 2001). Laadullisia tutkimusmenetelmiä käyttäen saatiin runsaasti tietoa sekä ikäihmisten että kuntouttajien kokemuksista. Laadullisin menetelmin tarkasteltiin myös itse kuntoutusprosessia – sen sisältöjä, toteutusta ja toteutumista, joita pidetään keskeisenä kuntoutuksen tutkimuksessa (Whyte ja Hart 2003).

IKÄ-hanke onnistui tutkimuksellisesti hyvin: tutkittavia saatiin ennakoitua enemmän, satunnaistaminen onnistui hyvin ja ikäihmiset osallistuivat tutkimuksen eri vaiheisiin kiitettävästi. Lähes 80 % kuntoutujista osallistui kaikille kuntoutusjaksoille, ja kaksi kolmesta keskeytyksestä tapahtui toisen kuntoutusjakson (perusjakson) jälkeen. Määrällisen aineiston keruu sujui hyvin: vuoden seurannan aikaan elossa olevista 95 % osallistui loppumittaukseen. Laadullinen aineisto osoittautui odotettua rikkaammaksi. Satunnaistettu verrokkiasetelma mahdollisti sen, että päätelmät kuntoutuksen vaikutuksista voitiin tehdä luotettavasti.

Tutkimuksen alettua kävi ilmi, että asumista ja palvelujen käyttöä koskevaa tietoa ei ollut rekistereistä luotettavasti saatavissa. Sen vuoksi seurantatiedot kerättiin vuosittain kunnista. Näin kerätty tieto ei ollut riittävän tarkkaa, asumismuotoa olisi pitänyt seurata ajantasaisesti, koska jo muutaman kuukauden lykkääntyminen laitoshoidon siirtymisessä on taloudellisesti merkittävä (Elonheimo-Sulkava ym. 2006). Asumismuodon muutoksessa mahdollisesti syntyneitä edellä mainittua harhaa pyrittiin mallinnuksessa pienentämään niin, että vuotuisia kustannuksia laskettaessa huomioitiin sekä uuden että vanhan palvelumuodon käyttö.

Kokeellisessa tutkimuksessa intervention tulisi olla selkeä ja tutkijoiden hallittavissa. IKÄ-hankkeessa tutkijat eivät puuttuneet missään vaiheessa kuntoutuksen toteutustapaan. Interventiossa oli kokeellisen tutkimuksen näkökulmasta liikaa tekijöitä, jotka eivät olleet tutkijoiden hallinnassa, jolloin kuntoutuksen ”musta laatikko” eli kuntoutusinterventio jäi suurelta osin avaamatta (Whyte ja Hart 2003). IKÄ-hankkeessa on tässä suhteessa nähtävissä kokeellisen terveydenhuoltotutkimuksen piirteitä (Hemminki ym. 2008).

Mittaaminen tapahtui luotettavasti, ja mittausten toistettavuus oli hyvä. Tutkimuksessa käytettiin luotettavaksi osoitettuja, toimintakyvyn kannalta keskeisiä mittareita ja yksinkertaisia mittalaitteita. Valitut mittarit kattoivat ikäihmisen toimintakyvyn eri osa-alueet ja kuvasivat tämän elämäntilannetta sekä avun ja palvelujen tarvetta ja saantia monipuolisesti. Mittarivalikoima oli suppea, koska ennakoitiin, että tutkittavien mahdollinen väsyminen saattaisi vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen.

Sopivien mittarien löytäminen oli haasteellista suoritus- ja toimintakyvyltään jo lähtötilanteessa heikoille tutkittaville, joilla realistisena tavoitteena oli toimintakyvyn heikkenemisen hidastaminen. Spesifit mittarit, jotka mittasivat kuntoutuksen keskeisiä osa-alueita, toimivat hyvin, kuten kävelynopeus ja tasapainotestit. Joidenkin

yleisten mittarien erottelukyky ei riittänyt, koska kuntoutujien ongelmat eivät olleet akuutteja tai mittarin sisältämien osioiden kokonaisuus ei ollut herkkä kuntoutuksen vaikutusten mittaamiseen. Elämänlaadun mittaamiseen ikääntyneillä liittyy erityispiirteitä, esimerkiksi mittarien heikko kyky ottaa huomioon vammaisten ja ikääntyneiden kykyä sopeutua elämäntilanteeseensa. (Ikääntyneiden elämänlaatu ... 2009.) Toimintakykyä kuvaava FIM-mittari on kehitetty ilmaisemaan muutosta henkilön toimintakyvyssä silloin, kun hän kuntoutuu äkillisestä sairaudesta tai tapaturmasta (Jette ja Haley 2005). IKÄ-hankkeessa FIM-mittarin erottelukyky ei riittänyt, koska ikäihmisten ongelmat eivät olleet akuutteja ja osalla tutkittavista toimintakyky oli hyvin heikko jo alkutilanteessa.

Laadullisessa tutkimuksessa oli periaatteena, että tutkijat keräsivät aineistonsa niin, että sama ikäihminen osallistui korkeintaan yhteen laadulliseen tutkimukseen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus varmistettiin aineisto-, menetelmä- ja tutkijatriangulaatiolla. Triangulaatio (Seale 1999) antoi monipuolisia näköaloja kuntoutusilmistöön. Aineistona käytettiin kuntoutujien, verrokkien ja verkostomallisen kuntoutuksen ammattilaisten haastatteluja sekä videoituja ryhmätilanteita. Usean laadullisen tutkijan osallistuminen aineiston keruuseen ja analyysiin turvasi erittäin laajan ja monipuolisen aineiston ja tarkoituksenmukaisten analyysimenetelmien käytön. Lisäksi tiivis yhteistyö IKÄ-hankkeen muiden tutkijoiden ja yhteistyötahojen, kuten yliopistojen, kanssa varmisti tutkimusprosessin läpinäkyvyyden. Tähän on pyritty myös kuvaamalla laadulliset tutkimusosiot selkeästi ja yksityiskohtaisesti. Viitteet alkuperäisiin, laajempiin julkaisuihin löytyvät kunkin laadullisen osatutkimuksen kohdalta ja myös liitteestä 3, johon on koottu tärkeimpiä IKÄ-hankkeen julkaisuja.

#### 7.4 Johtopäätökset

IKÄ-kuntoutuksen "helmiä" olivat kunnan, kuntoutuslaitoksen ja Kelan yhdyshenkilötoiminta ja yhteistyö, jotka tukivat tiedon siirtymistä toimijalta toiselle. Kotikäynnit osoittautuivat informatiivisiksi ja hyödyllisiksi varsinkin silloin, kun kotikäyntiin osallistui eri ammattitaitoisia toimijoita. Nämä tekijät yhdessä edistivät kuntoutusprosessin jatkuvuuden edellytyksiä.

Verkostomallinen kuntoutus paransi heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten itsenäisen asumisen edellytyksiä, ja kuntoutuksen vaikutukset näkyivät vuoden kuluttua. Kuitenkaan kuntoutus ei pidentänyt kotona asumisen aikaa. Toisaalta kuntoutujien asumisen kustannukset olivat alhaisemmat kuin verrokeilla. Tämä tukee olettamusta, että ikääntyneiden kuntoutuksella on mahdollista saavuttaa taloudellisia hyötyjä väestötasolla.

Kuntoutus oli siihen osallistuneille ikäihmisille hyvin henkilökohtainen kokemus. Monet heistä kokivat sen hyödylliseksi oman arjessa selviytymisensä kannalta, toiset taas eivät kokeneet saaneensa kuntoutuksesta etsimäänsä apua ja tukea. Onnistuneen kuntoutuksen tulisi lähteä ikäihmisen tarpeista, ja se edellyttää hänen kuulemistaan.

Iäkkään kuntoutujan yksilöllisyyttä ei pystytty ottamaan riittävästi huomioon. Ryhmämuotoista geriatrasta kuntoutusta tulisi toteuttaa kuntoutujan yksilölliset tarpeet huomioon ottaen. Yksilöllisten tarpeiden määrittelyn tulisi perustua kuntoutujan kokemuksiin, kuntoutuksen asiantuntijoiden arvioihin ja tietoihin kuntoutujan elämäntilanteesta. Tavoitteellisuus, geropedagogiikan soveltaminen, iäkkään kuntoutujan sitouttaminen ja toimijuus omassa kuntoutumisessaan sekä raja-aidat ylittävä yhteistyö ja tiedonkulku ovat ikäihmisten kuntoutuksen suuria haasteita.

Geriatrasta moniammatillista arviointia voitaisiin soveltaa nykyistä laajemmin ja ennakkoluulottomammin arvioitaessa kuntoutujan palvelujen ja kuntoutuksen tarvetta sekä kuntoutuksen toteutustapaa. Parhaimmillaan kuntoutuksen moniammatillinen tiimityö sujui hyvin ja kunnan yhdyshenkilöiden kanssa tehdyt suunnitelmat kantoiivat kuntoutusjaksoja pitempään.

## LÄHTEET

Ala-Nikkola M. Vanhustenhuollon käytännöistä rakentuva asiakkuus. Julkaisussa: Lehto J, Natunen K, toim. Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista. Helsinki: Suomen Kuntaliiton julkaisuja Acta 144, 2002: 46–53.

Argyris C. Knowledge for action. A guide to overcoming barrier's to organizational change. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1993.

Badamgarav E, Weingarten SR, Henning JM, ym. Effectiveness of disease management programs in depression. A systematic review. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2080–2090.

Bereiter C, Scardamalia M. Surpassing ourselves. An inquiry into the nature and implications of expertise. Chicago, IL: Open Court, 1993.

Beswick A, Rees K, Dieppe P, ym. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people. A systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 371: 725–735.

Bohlmeijer E, Smit F, Cuijpers P. Effects of reminiscence and life review on late-life depression. A meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 1088–1094.

Bowling A, Banister D, Sutton S, Evans O, Windsor J. A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging Mental Health* 2002; 6: 355–71.

Brawley LR, Rejeski WJ, Lutes L. A group-mediated cognitive-behavioral intervention for increasing adherence to physical activity in older adults. *J Appl Biobehav Res.* 2000; 25(3Sii): 172–183.

Callahan CM, Kroenke K, Counsell SR, ym. Treatment of depression improves physical functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 367–373.

Cattan M, White M, Bond J, Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people. A systematic review of health promotion interventions. *Ageing Society* 2005; 25: 41–67.

Cho S-H. Older people's willingness to use home care nursing services. *J Adv Nurs* 2005; 51: 166–173.

Colaizzi PF. Psychological research as the phenomenologist views it. Julkaisussa: Valle RS, King M, toim. Existential-phenomenological alternatives for psychology. New York, NY: Oxford University Press, 1978: 48–71.

Collin K. Experience and shared practice. Design engineers' learning at work. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social research* 261. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 2005.

Collin K. Työssä oppiminen. Julkaisussa: Collin K, Paloniemi S, toim. Aikuiskasvatus tieteenä ja toimintakenttänä. Jyväskylä: PS-Kustannus, 2007: 123–154.

- Demers L, Ska B, Desrosiers J, Alix C, Wolfson C. Development of a conceptual framework for the assessment of geriatric rehabilitation outcomes. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 38: 221–37.
- Dey I. *Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists*. London: Routledge, 1993.
- Edwards C, Staniszewska S, Crichton N. Investigation of the ways in which patients' reports of their satisfaction with healthcare are constructed. *Sociol Health Illn* 2004; 26: 159–183.
- Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen ML, Pietilä M, Savikko N, Pitkälä K, toim. Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementiaperheiden tukimallin vaikuttavuus. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto, 2006.
- Eloranta S, Routasalo P, Arve S. Personal resources supporting living at home as described by older home care clients. *Int J Nurs Practice* 2008; 14: 308–314.
- Erikson, EH. *Lapsuus ja yhteiskunta*. 2. tark. p. Jyväskylä: Gummerus, 1982.
- Ferrucci L, Guralnik J, Studenski S, Fried L, Cutler G, Walston J. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons. A consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 625–634.
- Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, ym. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med* 1994; 330: 1769–1775.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State. A practical method for grading the state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res* 1975; 12: 189–198.
- Friedman SM, Steinwachs DM, Rathouz PJ, Burton LC, Mukamel DB. Characteristics predicting nursing home admission in the program of all-inclusive care for elderly people. *Gerontologist* 2005; 45: 157–166.
- Fukukawa Y, Nakashima C, Tsuboi S, ym. Age differences in the effect of physical activity on depressive symptoms. *Psychol Aging* 2004; 19: 346–351.
- Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient fall? *JAMA* 2007; 297: 77–86.
- Gill TM, Allore H, Holford TR, Guo Z. The development of insidious disability in activities of daily living among community-living older persons. *Am J Med* 2004a; 117: 484–491.
- Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, ym. A prehabilitation program for the prevention of functional decline: effect on higher-level physical function. *Arch Phys Med Rehabil* 2004b; 85: 1043–1049.
- Giorgi A. *Sketch of a psychological phenomenological method*. Julkaisussa: Giorgi A, toim. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press, 1993: 8–22.

Graaff FM de, Francke AL. Home care for terminally ill Turks and Moroccans and their families in the Netherlands. Carers' experiences and factors influencing ease of access and use of services. *Int J Nurs Stud* 2003; 40: 797–805.

Graafmans WC, Ooms ME, Hofstee HM, Bezemer PD, Bouter LM, Lips P. Falls in the elderly. A prospective study of risk factors and risk profiles. *Am J Epidemiol* 1966; 143: 1129–1136.

Grönlund R. Pitkään kotona – kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutukselta. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 111, 2010.

Grönlund R, Karppi S-L, Aaltonen T, ym. Geriatrisen kuntoutuksen uudet verkostot. *Kuntoutus* 2003; 4: 33–43.

Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, ym. A short physical performance battery assessing lower extremity function. Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol* 1994; 49: M85–M94.

Haak M, Fänge A, Iwarsson S, Ivanoff SD. Home as a signification of independence and autonomy. Experiences among very old Swedish people. *Scand J Occup Ther* 2007; 14: 16–24.

Hallberg IR, Kristensson J. Preventive home care of frail older people. A review of recent case management studies. *J Clin Nurs* 2004; 13(6B): 112–120.

Hallitusohjelma 19.4.2007. Pääministeri Vanhasen II hallituksen ohjelma. Valtioneuvosto. Saatavissa: <<http://www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/hallitusohjelma-painoversio-040507.pdf>>. Viitattu 9.2.2009.

Harada N, Sofaer S, Kominski G. Functional status outcomes in rehabilitation. Implications for prospective payment. *Med Care* 1993; 31: 345–357.

Hardy S, Perera S, Roumani Y, Chandler J, Studenski S. Improvement in usual gait speed predicts better survival in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 1727–1734.

Hellstrom Y, Rahm Hallberg I. Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and in relation to quality of life. *Scand J Caring Sci* 2004; 18: 387–395.

Hellstrom Y, Andersson M, Rahm Hallberg I. Quality of life among older people in Sweden receiving help from informal and/or formal helpers at home or in special accommodation. *Health Soc Care Community* 2004; 12: 504–516.

Hemminki E, Hakama M, Malila N, Perälä M-L, Solantausta T, Varonen H. Tarvitaanko Suomessa kokeellisia terveydenhuoltotutkimuksia? *Suom Lääkäril* 2008; 42: 3547–3552.

Hinkka K, Karppi S-L, Ollonqvist K, ym. Geriatrisen kuntoutuksen arviointi – IKÄ-hankkeen menetelmät ja aineisto. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 60, 2004.



- Hinkka K, Grönlund R, Karppi S-L. Ikäihmisten verkostomallista kuntoutusta tutkitaan. *Kuntoutus* 2005; 1: 4–11.
- Hinkka K, Karppi S-L, Ollonqvist K, Aaltonen T. Kuntoutus vanhuksen kokemuksen ja mittareiden valossa. *Kuntoutus* 2006; 1: 22–30.
- Hinkka K, Karppi S-L, Pohjolainen T, Rantanen T, Puukka P, Tilvis R. Network-based geriatric rehabilitation for frail elderly persons. Feasibility and effects on subjective health at one year. *J Rehabil Med* 2007; 39: 473–478.
- Honkasalo M-L, Leppo A. Etnografia ja terveydenhuoltotutkimus. *Sosiaalilääket Aikakausk* 2008; 45: 1–3.
- Hujanen T. Terveydenhuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2001. *Stakes, Aiheita* 1, 2003.
- Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet* 1974; Nov 9 II: 1127–1131.
- Huusko TM, Karppi P, Avikainen V, Kautiainen H, Sulkava R. Randomised, clinically controlled trial of intensive geriatric rehabilitation in patients with hip fracture. Subgroup analysis of patients with dementia. *BMJ* 2000; 321: 1107–1111.
- Huusko TM, Karppi P, Avikainen V, Kautiainen H, Sulkava R. Intensive geriatric rehabilitation of hip fracture patients. A randomized controlled trial. *Acta Orthop Scand* 2002; 73: 425–431.
- Ihalainen R, Rissanen P. Kuntoutuslaitosselvitys 2009. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitostoiminnan kehittämiseksi. Helsinki: STM; Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 61, 2009.
- Ikääntyneiden elämänlaatu – voiko sitä mitata? Vanhustyön keskusliitto. Saatavissa: <<http://www.vanhustyonkeskusliitto.fi/document.php/1/702/lk%E4%E4ntyneiden+el%E4m%E4nlaatu+%96+voiko+sit%E4+mitata.pdf/927973ef481fa8c79a848cbc6d15f57d/0>>. Päivitetty 2.7.2009. Viitattu 11.3.2010.
- Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2005. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Stakes, 2007.
- Jette A, Haley S. Contemporary measurement techniques for rehabilitation outcomes assessment. *J Rehabil Med* 2005; 37: 339–345.
- Jyrkämä J. Ikääntyminen ja ikääntyvien kuntoutus. Julkaisussa: Karjalainen V, Vilkkumaa I, toim. *Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen*. Helsinki: Stakes, 2004: 158–159.
- Järvikoski A. Kuntoutuskäsityksen muutos ja kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimus. Julkaisussa: Mäkitalo J, Turunen J, Vilkkumaa I, toim. *Vaikuttavuus muutoksessa*. Oulu: Verve, 2008: 49–59.
- Järvikoski A, Härkäpää K. Kuntoutuksen käsitteet ja kuntoutustarve – kuntoutujan, ammattihenkilön ja yhteiskunnan näkökulmat. Julkaisussa: Kallanranta T, Rissanen P, Vilkkumaa I, toim. *Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim, 2001: 30–41.

Järvikoski A, Härköpää K. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY, 2005.

Järvikoski A, Karjalainen V. Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim, 2008: 80–93.

Kaila M, Korppi M. Mitä on näyttöön perustuva lääketiede? *Suom Lääkäril* 2002; 57: 4467–4471.

Kallinen M. Kestävyys. Julkaisussa: Heikkinen E, Rantanen T, toim. *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 2003: 110–116.

Karila K, Nummenmaa A-R. Matkalla moniammatillisuuteen. Helsinki: WSOY, 2001.

Karjalainen V, Vilkkumaa I, toim. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Stakes, 2004.

Karppi S-L, Pohjolainen T, Grönlund R, ym. Ikäihmisten verkostomallinen kuntoutus. Laitos- ja avopainotteisen kuntoutusmallin arviointi. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 59, 2003.

Kettunen R, Kähäri-Wiik K, Vuori-Kemilä A, Ihalainen J. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki, WSOY, 2002.

Knowles M, Holton E, Swanson R. *The adult learner. The definitive classic in adult education and human resource development*. 6th ed. Amsterdam: Elsevier, 2005.

Koskinen S. Gerontologinen sosiaalityö. Julkaisussa: Heikkinen E, Rantanen T, toim. *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 2003: 351–362.

Koskinen S, Pitkälä K, Saarenheimo M. Gerontologinen kuntoutus. Julkaisussa: Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A, toim. Kuntoutus. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim, 2008: 547–563.

Kuhn T. Tieteellisen vallankumouksen rakenne. Helsinki: Arthouse, 1994.

Kuo H-K, Scandrett K, Dave J, Mitchell S. The influence of outpatient comprehensive geriatric assessment on survival. A meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 39: 245–254.

Kurki L. Sosiokulttuurinen innostaminen. Muutoksen pedagogiikka. Tampere: Osuuskunta Vastapaino, 2000.

Kvale S. *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1996.

Käypä hoito -suositus. Aivoinfarkti. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Duodecim 2006; 122: 2770–2790.

Laatikainen T. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 66, 2009.

Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä 497/2003.

Latham N, Anderson C, Bennett D, Stretton C. Progressive resistance strength training for physical disability in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD002759. DOI: 10.1002/14651858.CD002759.

Llewellyn-Jones RH, Baikie KA, Smithers H, Cohen J, Snowdon J, Tennant CT. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial. *BMJ* 1999; 319: 676–682.

Luppa M, Luck T, Weyrer S, König H-H, Brähler E, Riedel-Heller SG. Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age Ageing* 2010; 39: 31–38.

Melvin JL. Outcomes research in rehabilitation. Scope and challenges. *Am J Phys Med Rehabil* 2001; 80: 78–82.

Mäkelä M. NNT-lukujen lisäksi tarvitaan arvokeskustelua. *Suom Lääkäril* 2004; 37: 3392.

Newman BM, Newman PR. *Development through life. A psychosocial approach.* Belmont, CA: University of Rhode Island, 2006.

Nonaka I, Takeuchi H. *The Knowledge-Creating Company.* Oxford: Oxford University Press, 1995.

Ojanen S. Ohjauksesta oivallukseen – Ohjausteorian kehittäminen. Helsinki: Helsingin yliopiston tutkimus- ja koulutuskeskus, Oppimateriaaleja 99, 2000.

Ollonqvist K, Grönlund R, Karppi S-L, Salmelainen U, Poikkeus L, Hinkka K. A network-based rehabilitation model for frail elderly people: development and assessment of a new model. *Scand J Caring Sci* 2007; 21: 253–261.

Ollonqvist K, Aaltonen T, Karppi S-L, Hinkka K, Pöntinen P. Network-based rehabilitation increases formal support of frail elderly home-dwelling persons: randomised controlled trial. *Health Soc Care Comm* 2008a; 16: 115–125.

Ollonqvist K, Palkeinen H, Aaltonen T, ym. Alleviating loneliness among frail older people. Findings from a randomised controlled trial. *Int J Mental Health Prom* 2008b; 2: 26–34.

Oswald F, Wahl H-W. Dimensions of the meaning of home in later life. Julkaisussa: Rowles GD, Chaudhury H, toim. *Home and identity in late life. International perspectives.* New York, NY: Springer, 2005: 21–46.

Palonen T, Hakkarainen K, Talvitie J, Lehtinen E. Heikot ja vahvat verkostosidokset tiimiorganisaatiossa. *Aikuiskasvatus* 2003; 1: 14–27.

Palonen T, Hakkarainen K, Talvitie J, Lehtinen E. Network ties, cognitive centrality and team interaction within a telecommunication company. Julkaisussa: Boshuizen HPA, Bromme R, Gruber H, toim. Professional development. Gaps and transitions on the way from novice to expert. Dordrecht: Kluwer Academic Press, 2004: 273–294.

Palonen T, Lehtinen E, Gruber H. Asiantuntijuuden verkostot. Julkaisussa: Eteläpelto A, Collin K, Saarinen J, toim. Työ, identiteetti ja oppiminen. Helsinki: WSOY, 2007: 287–304.

Perera S, Studenski S, Chandler JM, Guralnik JM. Magnitude and patterns of decline in health and function in 1 year affect subsequent 5-year survival. *J Gerontol* 2005; 60A: 894–900.

Perera S, Mody SR, Woodman RC, Studenski SA. Meaningful change and responsiveness in common physical performance measures in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 743–749.

Perttula J. Kokemus psykologisena tutkimuskohteena – johdatus fenomenologiseen psykologiaan. Tampere: Suomen fenomenologinen instituutti, SUFI-tutkimuksia 14, 1995.

Perälä M-L, Rissanen P, Grönroos E, ym. Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi. Helsinki: Stakes, Aiheita 27, 2003.

Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions. A meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1493–1501.

Pitkälä K, Eloniemi-Sulkava U, Huusko T, ym. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? *Suom Lääkäril* 2007; 42: 3851–3855.

Pitkälä K, Routasalo P, Kautiainen H, Tilvis R. Effects of psychosocial group rehabilitation on health, use of health care services, and mortality of older persons suffering from loneliness. A randomized, controlled trial. *J Gerontol Biol Sci Med Sci* 2009; 7: 792–800.

Polanyi M. *The tacit dimension*. Garden City, NY: Doubleday, 1966.

Polanyi M. *The tacit dimension*, Garden City, NY: Anchor Books, 1967.

Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care. Analysing qualitative data. *BMJ* 2000; 320: 114–116.

Potter J. *Representing reality: discourse, rhetoric and social construction*. London: Sage, 1996.

Potter J. Discourse analysis as a way of analysing naturally occurring talk. Julkaisussa: Silverman D, toim. Qualitative research. Theory, method and practice. London: Sage, 2004: 200–221.

Potter J, Wetherell M. *Discourse and social psychology. Beyond attitudes and behaviour*. London: Sage, 1987.

Rekola JK. Mielenterveyttä koskevien hoitosuositusten toteutuminen. Helsinki: Kuntoutussäätiön katsauksia ja selvityksiä 1/1981.

Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. Julkaisussa: Bryman A, Burgess R, toim. Analyzing qualitative data. London: Routledge, 1994: 173–194.

Roilas H. Geriatriksen päiväkuntoutuksen vaikuttavuus. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 322, 2004.

Rolland Y, Pillard F, Klapouszczak A, ym. Exercise program for nursing home residents with Alzheimer's disease. A 1-year randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 158–165.

Salmelainen U. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntija-yhteistyö ikäihmisten laitosmuotoisessa kuntoutuksessa. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98, 2008.

Salminen J, Hanses O. Hoitosuhde kuntoutuksessa ja kuntouttajan rooli. *Duodecim* 1994; 110: 1458–1463.

Savikko N. Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation. Turku: Turun yliopisto, Turun yliopiston julkaisuja, Sarja D, *Medica – Odontologica*, osa 808, 2008.

Seale C. The quality of qualitative research. London: Sage, 1999.

Silverman D. Interpreting qualitative data. Methods for analysing talk, text and interaction. London: Sage, 2003.

Singh NA, Stavrinou TM, Scarbek Y, Galambas G, Liber C, Fiatarone Singh MA. A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2005; 60: 768–776.

Sintonen H. 15D terveydenhuollon menetelmien vaikuttavuuden mittauksessa? *TA info* 1996; 2.

Sixsmith AJ, Sixsmith JA. Transitions in home experience in later life. *J Architect Planning Res* 1991; 8: 181–191.

Stein EW. Social and individual characteristics of organizational experts. *Int J Expert Syst* 1995; 8: 121–143.

Stenzelius K, Westergren A, Thorneman G, Rahm Hallberg I. Patterns of health complaints among people 75+ in relation to quality of life and need of help. *Arch Gerontol Geriatr* 2005; 40: 85–102.

STM. Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015. Kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Helsinki: Sosiaali- ja terveystalouden julkaisuja 14, 2006.

STM. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 8, 2007a.

STM. Hyvinvointi 2015 -ohjelma: sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3, 2007b.

STM. Terveystieteiden edistämisen politiikkaohjelma 5.12.2007. Saatavissa: <<http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>>. 2007c. Viitattu 9.2.2009.

STM. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3, 2008a.

STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE-ohjelma 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 6, 2008b.

STM. Kuntoutuslaitos selvitys. Kuntoutuslaitosten tila ja selvitysmiesten ehdotukset kuntoutuslaitos-toiminnan kehittämiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 61, 2009.

Strandberg T, Pitkälä K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2007a; 369: 1328–1329.

Strandberg T, Pitkälä K. Hauraus–raihnaus-oireyhtymä (HRO) – ehkäistävä geriatrinen oireyhtymä. *Yleislääkäri* 2007b; 5: 24–26.

Stuck A, Siu A, Wieland D, Adams J, Rubenstein L. Comprehensive geriatric assessment. A meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032–1036.

Tamm M. What does a home mean and when does it cease to be a home? Home as a setting for rehabilitation and care. *Disab Rehabil* 1999; 21: 49–55.

Tiikkainen P, Heikkinen R-L. Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging Ment Health* 2005; 9: 526–534.

Tilvis R. Vanhus potilaana. Julkaisussa: Tilvis R, Hervonen A, Jäntti P, Lehtonen A, Sulkava R, toim. *Geriatría*. Helsinki: Duodecim, 2001: 32–43.

Tilvis R. Geriatrisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Julkaisussa: Kannattaako kuntoutus? Asiantuntijakatsaus eräiden kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Helsinki: Stakes, raportteja 267, 2002.

Timonen L, Rantanen T. Voimaharjoitteluun perustuva vanhusten kuntoutusmalli. Kokemuksia terveyskeskuksesta. *Suom Lääkäril* 2003; 58: 3303–3306.

Timonen L, Rantanen T, Timonen TE, Sulkava R. Effects of a group-based exercise program on the mood state of frail older women after discharge from hospital. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002a; 17: 1106–1111.

Timonen L, Rantanen T, Rynnänen O-P, Taimela S, Timonen TE, Sulkava R. A randomized controlled trial of rehabilitation after hospitalization in frail older women. Effects on strength, balance and mobility. *Scand J Med Sci Sports* 2002b; 12: 186–192.

Trice HM, Beyer MJ. *The cultures of work organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1993.

Tuomaala R. Kyllähän nyt pitäis olla jo semmonen aika, että pääsis niin kö keskustelemaan näist' asioista. Tutkimus lappilaisten huutolaisten, sotavankien ja partisaanien uhrien elämäkulusta, voimavaroista, terveydestä ja sairauksista. Turku: Turun yliopiston julkaisu C 274, 2008.

Van Citters AD, Bartels SJ. A systematic review of the effectiveness of community-based mental health outreach services for older adults. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 1237–1249.

Wade D. "But is the difference clinically significant?" Editorial. *Clin Rehabil* 2005; 19: 349-353.

Wallin M. Community-dwelling older people in inpatient rehabilitation. Physiotherapists' and clients' accounts of treatments, and observed interaction during group sessions. Helsinki: Kela, *Studies in social security and health* 103, 2009.

Wallin M, Vaara M. FIM<sup>TM</sup>-toimintakykymittarin käyttö IKÄ-hankkeessa. Menetelmän kuvaus. Helsinki: Kela, *Sosiaali- ja terveysturvan selosteita* 27, 2003.

Wallin M, Talvitie U, Cattan M, Karppi S-L. The meanings older people give to their rehabilitation experience. *Ageing Soc* 2007; 27: 147–164.

Wallin M, Talvitie U, Cattan M, Karppi S-L. Physiotherapists' accounts of their clients in geriatric inpatient rehabilitation. *Scand J Caring Sci* 2008a; 22: 543–550.

Wallin M, Talvitie U, Cattan M, Karppi S-L. Construction of group exercise sessions in geriatric inpatient rehabilitation. *Health Commun* 2008b; 23: 245–252

Wallin M, Talvitie U, Cattan M, Karppi S-L. Interaction between clients and physiotherapists in group exercise classes in geriatric rehabilitation. *Adv Physiother* 2009; 3: 145–153.

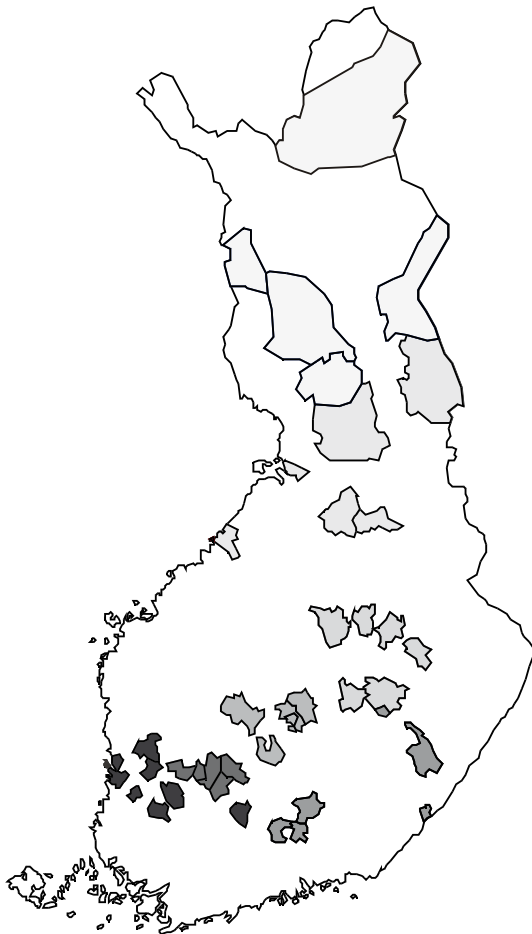
Whyte J, Hart T. It's more than a black box; it's a Russian doll. Defining rehabilitation treatments. *Am J Phys Med Rehabil* 2003; 82: 639–652.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, ym. Development and validation of a geriatric depression screening scale – a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17: 37–49.

Ylinen S, Rissanen S. Asiantuntijuus gerontologisessa sosiaalityössä. "Se ei ole mitään temppujen tekemistä peräkkäin". *Gerontologia* 2004; 3: 200–206.

Young J. Rehabilitation and older people. *BMJ* 1996; 313: 677–681.

## LIITE 1. IKÄ-HANKKEESEEN OSALLISTUNEET KUNTOUTUSLAITOKSET JA KUNNAT KUNTOUTUSLAITOKSITTAIN



- Invalidiliiton Lapin kuntoutuskeskus, Rovaniemi  
Inari  
Kolari  
Ranua  
Rovaniemen mlk.  
Rovaniemi  
Salla
- Oulun Diakonissalaitos, Kuntotalo, Oulu  
Kalajoki  
Kuusamo  
Oulu  
Paltamo  
Pudasjärvi  
Vaala
- Kunnanpaikka, Siilinjärvi  
Kaavi  
Lapinlahti  
Leppävirta  
Nilsjä  
Pielavesi  
Suonenjoki
- Kuntoutumis- ja liikuntakeskus Peurunka,<sup>a</sup> Laukaa  
Keuruu  
Laukaa  
Jyväskylä  
Jyväskylän mlk.  
Jämsä
- Punkaharjun Kuntoutuskeskus,<sup>b</sup> Punkaharju  
Imatra  
Heinola  
Hollola  
Nastola  
Savonlinna  
Varkaus
- Ikaalisten Kylpylä Oy,<sup>c</sup> Ikaalinen  
Hämeenkyrö  
Kangasala  
Orivesi  
Tampere  
Ylöjärvi
- Kankaanpään Kuntoutuskeskus, Kankaanpää  
Harjavalta  
Hauho  
Huittinen  
Kankaanpää  
Lavia  
Pori  
Vammala

Nykyinen nimi: <sup>a</sup> Kuntoutus Peurunka

<sup>b</sup> Kruunupuisto, Punkaharjun kuntoutuskeskus

<sup>c</sup> Ikaalisten kuntoutuskeskus



**LIITE 2. KUSTANNUSVAIKUTTAVUUSTARKASTELUSSA KÄYTETYT TIETOLÄHTEET JA SISÄLLÖT****Terveydenhuollon palvelujen käyttö:**

Stakes Hilmo:

Sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastohoito,  
Päiväkirurgia

Kyselytieto:

Terveyskeskuslääkärikäynnit  
Poliklinikkakäynnit

Kelan sairausvakuutusrekisterit:

Kokonaiskustannukset Kelan korvaamista lääkärinpalkkioista, hammaslääkärin-  
palkkioista, tutkimuksesta ja hoidosta, fysioterapiasta sekä matkoista  
Kokonaiskustannukset Kelan korvaamista lääkeostoista

**Kuntoutus:**

Kelan kuntoutusrekisteri:

Tutkittujen kuntoutuksen kustannukset (sis. myös kuntoutuksen keskeyttäneiden  
kustannukset)

**Kotihoito:**

Kysely kunnan yhdyshenkilöille  
Kotipalvelun käynnit  
Kotisairaanhoidon käynnit  
Ateriapalvelu  
Siivouspalvelu

**Palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen ja vanhainkotihoito:**

Kysely kunnan yhdyshenkilöille  
Palveluasuminen luokiteltu Stakesin käyttämän henkilöstömitoitukseen perustu-  
van luokituksen mukaan palveluasumiseen ja tehostettuun palveluasumiseen.

## **LIITE 3. IKÄ-HANKKEEN JULKAISUJA**

### **Kelan sarjoissa ilmestyneet raportit**

Karppi S-L, Pohjolainen T, Grönlund R, Aaltonen T, Ketala R, Poikkeus L, Puukka P  
Ikäihmisten verkostomallinen kuntoutus. Laitos- ja avopainotteisen kuntoutusmallin arviointi. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 59, 2003.

Wallin M, Vaara M  
FIM 5.0 -toimintakykymittarin käyttö IKÄ-hankkeessa. Menetelmän kuvaus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 27, 2003.

Wallin M, Karppi S-L, Talvitie U  
Vanhusten liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus kuntoutuslaitoksissa. Ammattilaisten käsityksiä. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 78, 2004.

Hinkka K, Karppi S-L, Ollonqvist K, Aaltonen T, Grönlund R, Puukka P, Saarikallio M, Salmelainen U, Vaara M  
Geriatrisen kuntoutuksen arviointi – IKÄ-hankkeen menetelmät ja aineisto. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 60, 2004.

Salmelainen U  
Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa. Moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitosmuotoisessa kuntoutuksessa (väitöskirja). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98, 2008.

Wallin M  
Community-dwelling older people in inpatient rehabilitation. Physiotherapists' and clients' accounts of treatments, and observed interaction during group sessions (väitöskirja). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 103, 2009.

Grönlund R  
Pitkään kotona – kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta (väitöskirja). Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 111, 2010.

### **Alkuperäisartikkelit kansainvälisissä tieteellisissä julkaisuissa**

Hinkka K, Karppi S-L, Aaltonen T, Ollonqvist K, Grönlund R, Salmelainen U, Puukka P, Tilvis R  
A network-based geriatric rehabilitation programme: study design and baseline characteristics of the patients. *Int J Rehabil Res* 2006; 29: 97–103.

Hinkka K, Karppi S-L, Pohjolainen T, Rantanen T, Puukka P, Tilvis R  
Network-based geriatric rehabilitation for frail elderly persons: feasibility and effects on subjective health at one year. *J Rehabil Med* 2007; 39: 473–8.

Karppi S-L, Hinkka K, Ollonqvist K, Aaltonen T  
Effectiveness of a network-based geriatric rehabilitation programme ('AGE' study). Description of methods and participants. Julkaisussa: Marincek C, Burger H, toim. Rehabilitation sciences in the new millennium – Challenge for multidisciplinary research. Bologna Medimond 2004: 243–246. Saatavana myös CD-rom -versiona ([www.Medimond.com](http://www.Medimond.com)).

Ollonqvist K, Aaltonen T, Grönlund R, Hinkka K, Tilvis R  
Effects of a network-based rehabilitation on mood among frail elderly home-dwelling persons. (Submitted.)

Ollonqvist K, Aaltonen T, Karppi S-L, Hinkka K, Pöntinen P  
Network-based rehabilitation increases formal support of frail elderly home-dwelling persons: Randomised controlled trial. Health Soc Care Comm. 2008; 16: 115–125.

Ollonqvist K, Palkeinen H, Aaltonen T, Pohjolainen T, Puukka P, Hinkka K, Pöntinen S.  
Alleviating loneliness among frail older people – Findings from a randomised controlled trial. Int J Mental Health Prom 2008; 10 (2): 26–34.

Wallin M, Talvitie U, Cattan M, Karppi S-L  
The meanings older people give to their rehabilitation experience. Ageing Soc 2007; 27 (2): 147–164.

Wallin M, Talvitie U, Cattan M, Karppi S-L  
Construction of group exercise sessions in geriatric inpatient rehabilitation. Health Communication 2008; 23: 245–252.

Wallin M, Talvitie U, Cattan M, Karppi S-L  
Physiotherapists' accounts of their clients in geriatric inpatient rehabilitation. Scand J Caring Sci 2008; 22: 543–550.

Wallin M, Talvitie U, Cattan M, Karppi S-L  
Interaction between clients and physiotherapists in group exercise classes in geriatric rehabilitation. Adv Physiother 2009; 11: 145–153. DOI: 10.1080/14038190802538948.

### **Kotimaisia artikkeleita**

Grönlund R, Karppi S-L, Aaltonen T, Ketala R, Pohjolainen T, Poikkeus L, Puukka P  
Geriatrisen kuntoutuksen uudet verkostot. Kuntoutus 2003; 26 (4): 33–43.

Hinkka K, Karppi S-L, Grönlund R, Aaltonen T, Puukka P  
Ikäihmisten kuntoutuksen laaja evaluatitotkimus. Julkaisussa: Sarvimäki A, Syren I, toim. Ikääntyvien arjen ja elämänlaadun tutkimus. Helsinki: Ikäinstituutti, Oraita 2/2005: 34–38.

Hinkka K, Grönlund R, Karppi S-L  
Ikäihmisten verkostomallista kuntoutusta tutkitaan. Kuntoutus 2005; 29 (1): 4–11.

Hinkka K, Karppi S-L, Ollonqvist K, Aaltonen T

Kuntoutus vanhuksen kokemuksen ja mittareiden valossa. Kuntoutus 2006; 30 (1): 22–30.

Karppi S-L, Aaltonen T, Grönlund R, Pohjolainen T, Ketala R, Poikkeus L, Puukka P

Vanhukset tyytyväisiä saamaansa kuntoutukseen. Fysioterapia 2004; (1): 15–18.

Karppi S-L, Wallin M

Geriatrisen laituskuntoutuksen fysioterapiassa parantamisen varaa. Fysioterapia 2008; 55 (1): 4–6.

Salmelainen U

Vanhuksen arki kuntoutuspäivän ohjelman valossa. Julkaisussa: Sarvimäki A, Syren I, toim. Ikääntyvien arjen ja elämänlaadun tutkimus. Helsinki: Ikäinstituutti, Oraita 2/2005: 39–41.

Salmelainen U, Stenholm S, Kehusmaa S

Ongelmia eläkkeensaajan hoitotuen tiedonkulussa. Suom Lääkäril 2005; 60: 1703–1706.

Wallin, M, Talvitie U

Vanhukset kuntoutuksen kohteesta aktiivisiksi toimijoiksi. Fysioterapia 2004; 51 (8): 15–16.

Wallin M, Talvitie U, Cattan M, Karppi S-L

Asiakaslähtöisyys vanhus kuntoutuksessa – mukavuushoitoja vai kotona selviytymistä tukevaa yksilöllistä harjoittelua? Kuntoutus 2009; 32 (3): 45–54.

## VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN TUTKIMUKSET

- 111 Rainer Grönlund.** Pitkään kotona – kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. 2010. ISBN 978-951-669-832-1 (nid.), 978-951-669-833-8 (pdf).
- 110 Saarikallio-Torp M, Wiers-Jenssen J, eds.** Nordic students abroad. Student mobility patterns, student support systems and labour market outcomes. 2010. ISBN 978-951-669-834-5 (print), 978-951-669-835-2 (pdf).
- 109 Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A, Suikkanen A.** Perhekuntoutus puntarissa. Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. 2010. ISBN 978-951-669-829-1 (nid.), 978-951-669-830-7 (pdf).
- 108 Kallio J.** Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996–2006. 2010. ISBN 978-951-669-821-5 (nid.), 978-951-669-822-2 (pdf).
- 107 Haavio-Mannila E, Majamaa K, Tanskanen A, Hämäläinen A, Karisto A, Rotkirch A, Roos JP.** Sukupolvien ketju. Suuret ikäluokat ja sukupolvien välinen vuorovaikutus. 2009. ISBN 978-951-669-818-5 (nid.), 978-951-669-819-2 (pdf).
- 106 Heinonen H-M.** Byrokraatti vai asiakaspalvelija? Kelan virkailijan toimintatavat ja roolit Yhteyskeskuksessa palvelukulttuurin muutosten keskellä. 2009. ISBN 978-951-669-816-1 (nid.), ISBN 978-951-669-817-8 (pdf).
- 105 Lind J, Aaltonen T, Autti-Rämö I, Halonen J-P.** Kelan kuntoutuksen vuonna 2003 päättäneet. Kuntoutujien rekisteriseuranta vuosina 2003–2006. 2009. ISBN 978-951-669-813-0 (nid.), ISBN 978-951-669-814-7 (pdf).
- 104 Niemelä H, Salminen K.** Kansallisten eläkestrategioiden muotoutuminen ja Euroopan unionin avoin koordinaatiomenetelmä. 2009. ISBN 978-951-669-811-6 (nid.), 978-951-669-812-3 (pdf).
- 103 Wallin M.** Community-dwelling older people in inpatient rehabilitation. Physiotherapists' and clients' accounts of treatments, and observed interaction during group sessions. 2009. ISBN 978-951-669-795-9 (print), 978-951-669-796-6 (pdf).
- 102 Niemelä M.** Julkisen sektorin reformin pitkä kaari Valtava-uudistuksesta Paras-hankkeeseen. 2008. ISBN 978-951-669-790-4 (nid.), 978-951-669-791-1 (pdf).