



ETELÄ-SAVON
SAIRAANHOITOPIIRI



KASTE

Kotikuntoutus

-pilotointiraportti 2015 - 2016

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri

ESSO-hanke

Kuntoutuksen asiantuntija Jasu Forss

Toukokuu 2015

Sisällysluettelo

1.	Taustaa	1
2.	Kotikuntoutus.....	2
3.	Pilotoinnin tavoitteet ja toteutuminen	3
4.	Pilotoinnin toteutuminen kotihoidon näkökulmasta.....	5
5.	Kotikuntoutuksen vahvuudet.....	6
6.	Kotikuntoutukseen liittyvät haasteet.....	7
7.	Suuntaviivoja tulevaisuuteen	8
8.	Jatkotoimenpiteet	9

Tausta-aineisto

1. Taustaa

Kotikuntoutus on ajankohtainen termi, jota käytetään erilaisista kotiin suunnatuista kuntoutuspalveluista. Sysäyksen kotiin suunnattujen palveluiden järjestämiseen ja kehittämiseen antoi muutama vuosi sitten voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Lain tarkoitus on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Lain toimeenpanoa tukevassa laatusuosituksessa edellytetään, että palvelut perustuvat tutkittuun tietoon ja hyviin käytäntöihin. Painopiste on kuntoutuksessa, jonka keinoin tuetaan toimintakyvyn palauttamista, säilymistä tai edistämistä sekä iäkkään henkilön osallisuutta. Kuntoutus ja sitä tukevat muut palvelut on turvattava erityisesti siirtymien, kuten kotiutusten yhteydessä. Kuntoutusta on lisättävä ennakoivana sekä tavoitteellisena, erityisosaamista vaativana palveluna iäkkään henkilön kodissa ja/tai kuntoutusyksikössä. Myös sosiaali- ja terveysministeriön Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa - kärkihankkeessa painotetaan kotiin suunnattujen palveluiden kehittämistä entistä asiakaslähtöisempään ja yksilöllisempään suuntaan. Näin ollen julkisen vallan taholta on selkeä suuntaus jatkossakin tämän tyyppisen työn eteenpäin viemiseksi ja käytänteiden juurruttamiseen laajemmin.

Etelä- Savossa kotikuntoutusta on kehitetty eri kunnissa omien resurssien ja näkemysten mukaan viime vuosina. Käytänteet sekä resurssit vaihtelevat eikä alueella ole yhteistä määritelmää palvelulle. Kotikuntoutus termiä käytetään erilaisista palveluista, mutta varsinaista toimintamallia ei ole olemassa. Eri kunnissa kuntoutus on mukana kotihoidossa eri tavoin niin käytännön työssä kuin hallinnollisesti sijoittuneenakin. Kotikuntoutuksen kehittäminen nousi esiin ESSO- hankkeen kuntoutuksen esiselvityksessä ja valittiin yhdeksi hankkeen keskeiseksi osa-alueeksi. Lisäksi kevään 2016 aikana Etelä- Savo on syntynyt uusi kuntayhtymä, Essote, jonka myötä alueelliset yhteneväiset toimintamallit ovat hyvin keskeisiä

2. Kotikuntoutus

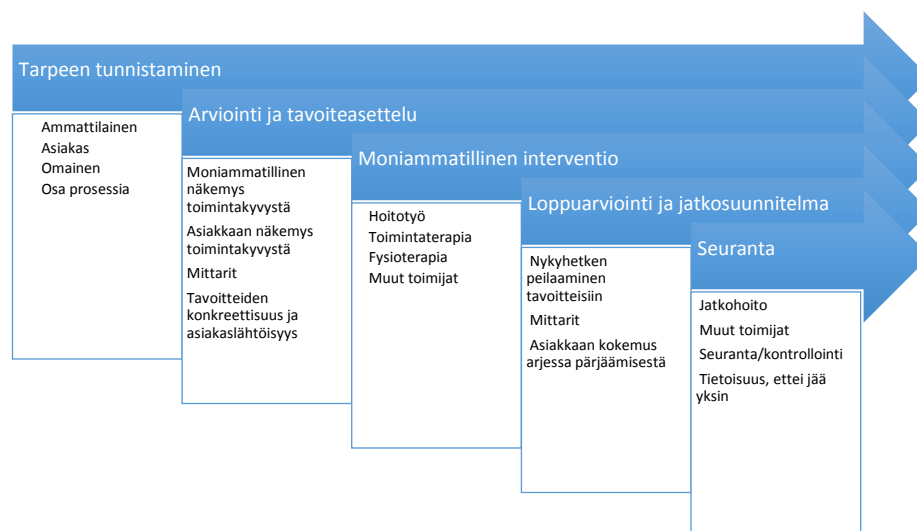
Kotikuntoutus käsite vaikuttaa selkeälle, mutta tarkemmin tarkasteltuna sen määrittely ei ole täysin yksiselitteistä. Haku suomenkielisillä hakusanoilla internetistä tuottaa osuvia ensisijaisesti vahvasti fyysiseen toimintakykyyn painottuviin kuntoutuspalvelukuvauksiin. Lisäksi hakukoneet ohjaavat kuntien nettisivuille, poliittisiin pöytäkirjoihin ja aiepapereihin, kehittämishankkeiden raportteihin sekä yksityisten sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten palvelukuvauksiin. Kotikuntoutus kattaa alleen lähes kaiken koteihin suunnatun palvelun hoivasta viriketoimintaan. Suomen kielellä ei löydy selkeää määritelmää siitä, mitä kotikuntoutus on.

Kansainvälisessä kirjallisuudessa kotikuntoutus (englanninkielisinä hakusanoina reablement, restorative home care, rehabilitation, home care, restorative care ja multidisciplinary, skandinaavisilla kielillä hakusanoina hverdagsrehabilitering sekä hemrehabilitering) määritellään moniammatilliseksi prosessiksi, joka on ajallisesti rajattu (kuva1). Toki koteihin on edelleen saatavilla muita kuntoutuspalveluita, mutta kotikuntoutuksella (arkikuntoutuksella) on selkeä määritelmä.

Kansainvälisesti toimintamallista on saatu myös todennettua kustannushyötyä, kun toimintamalli on kuvattu ja toteutettu systemaattisesti. Suomessa vain Eksote on toistaiseksi pystynyt tämän suuntaiseen työhön tällä saralla. On siis varsin perusteltua pohjata Etelä-Savossa alueellisen kotikuntoutuksen kehittämistyö näihin kansainvälisiin toimiviin käytäntöihin.

Kotikuntoutus alkaa tarpeen tunnistamisen jälkeen alkuarvioinnilla. Tavoiteasettelu ja suunnitelman laatiminen johtavat kotikuntoutuksen toteuttamiseen ja interventio päättyy loppuarviointiin sekä asiakkaan jatkosuunnitelman/jatkohoidon – ja kuntoutuksen organisointiin tarpeen mukaan. Koko prosessista vastaa moniammatillinen ryhmä, jossa työskentelee toiminta- ja fysioterapeutti sekä hoitoalan ammattilainen. Toiminta- ja fysioterapeuteilla on ryhmässä ohjaava ja koordinoiva rooli etenkin tavoiteasettelussa ja kotikuntoutussuunnitelman laatimisessa. Ryhmä toimii keskinäisen työnjakonsa mukaan yksilöllisesti asiakkaan kokonaistilanteen mukaan. Yhteistyötä tehdään muiden asiakkaan tilanteeseen liittyvien toimijoiden sekä läheisten kanssa.

Kuva 1. Kotikuntoutusprosessi.



3. Pilotoinnin tavoitteet ja toteutuminen

Kuntoutuksen esiselvityksen perusteella ESSO-hankkeessa valittiin kolme kehittämiskohdetta. Yksi näistä kolmesta painopistealueesta on kotikuntoutus Etelä- Savossa. Jotta alueen kotikuntoutusta voidaan lähteä yhtenäistämään, tulee eri kunnissa ensin kokeilla kotikuntoutuksen mallia. Tällä hetkellä kunnissa on erilaisia resursseja ja käytänteitä ja pilotointiin valittiin neljä kuntaa, joiden kotihoidossa toteutettiin alkuvuoden 2016 aikana kotikuntoutusta yhteisen mallin mukaisesti. Tavoite oli, että pilotoinnista seuraa jokin muutos nyt olemassa oleviin käytänteisiin ja sen perusteella voidaan jatkaa systemaattista kehittämistyötä entistä vahvemmin selkeästi kuvatun ja jäsentyneen moniammatillisen toimintamallin mukaisesti. Alueella tehtyjen sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatoratkaisujen myötä pilotointi tuottaa pohjatietoa alueelliselle kotikuntoutusmallille, joka valmistuu ESSO- hankkeen aikana.

Pilotointi toteutettiin ESSO- hankkeen tuella neljässä kunnassa (Mikkeli, Juva, Kangasniemi ja Pertunmaa) alkuvuoden 2016 aikana. Jokaisen kunnan kanssa tehtiin suunnitelma huomioiden olemassa oleva toiminta ja henkilöstöresurssit. Yhteisenä viitekehyksenä kaikille

on kotikuntoutuksen viitekehys (kuva 1). Tämä viitekehys on esitelty kaikille avoimessa keskustelutilaisuudessa marraskuussa 2015 sekä jokaisessa pilotointiin osallistuvassa kunnassa kotikuntoutukseen liittyville avainhenkilöille ja kotihoidon tiimeille. Pilotointiprosessin ja kehittämistyön tueksi ESSO- hanke järjesti talven 2016 aikana luentotilaisuuden Arjen asiantuntijuus sekä kokosi alueen gerontologisen kuntoutuksen toimijoita yhteiseen toimintakykymittaripäivään. Lisäksi tuotettiin materiaalia kotihoitoon moniammatillisen työotteen käyttöönottamiseksi.

Pilotoinnin tavoite oli tuottaa tietoa ja kokemuksia kotikuntoutusviitekehysten mukaisen työtavan käyttöönotosta ja juurruttaa uutta toimintatapaa olemassa olevaan palveluvalikkoon. Pitkän aikavälin tavoite on luoda yhteinen pohja eri kuntien kotikuntoutustyölle nykyisen hajanaisen tilanteen sijaan, jotta palvelurakenteen muuttuessa myös näiden palveluiden yhteensovittaminen olisi sujuvaa. Lisäksi pilotoinnilla pyrittiin vahvistamaan asiakaslähtöistä ja yksilöllistä kuntoutusta moniammatillisena yhteistyönä. Oikea-aikaisella ja tehokkaalla prosessimaisella interventiolla voidaan vaikuttaa palvelutarpeeseen ja palveluiden kohdistumiseen oikein suhteessa asiakkaan tarpeeseen.

Pilotoinnille ei missään kunnassa asetettu asiakasmäärä tavoitetta, vaan keskityttiin uudenlaisen viitekehysten käyttöönottoon. Pilotoinnissa kerättiin kokemuksia työntekijöiltä toimintatavan omaksumisesta, siitä miten kotikuntoutusmalli on omaan työhön istutettavissa ja miten se vaikuttaa omaan työhön. Nämä kokemukset kerättiin haastattelemalla työntekijöitä ja kokoamalla keskusteluista nousseet teemat yhteen. Pilotointiaika oli suhteellisen lyhyt ja tavoiteasettelulle tämä asetti selkeän rajauksen. Pertunmaalla, Kangasniemellä ja Juvalla pilotointi toteutui kotihoidon tiimeissä, Mikkelissä kotiuttamistiimissä. Kaikissa kunnissa oli käytössä pilotoinnin ajan fysioterapiaresurssia, Juvalla muiden lisäksi toimintaterapeutin työpanosta.

Kokemukset uuden toimintamallin käyttöönottamisesta koottiin haastatteluin. Kotihoidon henkilöstö haastateltiin jokaisessa pilottikunnassa joko ryhmässä tai yksittäin. Haastateltavat vastasivat vapaamuotoisesti seuraaviin kysymyksiin:

- Miten kotikuntoutuspilotointi toteutui yksikössänne?
- Muuttuiko joku työssäsi pilotointiaikana?
- Mitä ajattelet kotikuntoutusmallin soveltuvuudesta työhösi?
- Miten mallia mielestäsi pitäisi juurruttaa kotihoitoon?
- Mitä kehittämisajatuksia sinulla on kotikuntoutukseen liittyen?
- Mihin haasteisiin törmätään, kun kotikuntoutusta halutaan kehittää pilotoinnissa kokeillun mallin suuntaisesti?
- Mitkä ovat mielestäsi kotikuntoutusmallin vahvuudet ja huonot puolet kun tarkastelet asiaa oman työsi näkökulmasta?

Tarvittaessa esitettiin tarkentavia kysymyksiä. Haastatteliija kokosi muistiinpanojensa perusteella yhteen esiin nousseet teemat. Haastateltavilla oli myös mahdollisuus antaa palautetta pilotoinnin toteutumisesta hankkeen suuntaan ja esittää ajatuksia, miten he voisivat asiaa konkreettisesti eteenpäin omassa työssään sekä mitä he tarvitsevat juurrutustyön tueksi.

4. Pilotoinnin toteutuminen kotihoidon näkökulmasta

Paineet muuttuvassa kotihoidossa näkyivät pilotointiprosessin aikana niin hanketyöntekijöille kuin myös kotihoidon sisällä. Lähes kaikki haastateltavat kuvasivat alkuun olleensa varauksellisia uuden mallin kokeilun suhteen, mutta huomanneet prosessin edetessä sen käyttökelpoiseksi ja omaa työtä kehittäväksi. Kukaan ei kokenut pilotointia liian vaativaksi tai turhaksi, vaan jokainen toi esiin sen tuoneen asiakkaille lisäarvoa ja vaikuttaneen jollain tavalla myös omaan työhön. Lyhyt aika pilotoinnin toteuttamiselle vaikutti asiakasmääriin ja alkuun useampi haastateltava kertoi kokeneensa painetta pystyä tekemään enemmän. Kun he saivat varmuuden, että nyt oleellisempaa keskittyä kotikuntoutusmallin kehittämiseen kuin asiakasmäärien kartuttamiseen, helpottui tämä paine.

Monia haastateltavia mietitytti miten malli juurtuu kotihoitoon tai juurtuuko ylipäänsä tämän pilotin myötä. Se nähtiin tarpeellisena, mutta tunnistettiin myös realiteetit uusien toimintamallien suhteen. Kotihoito on muuttunut viime vuosina muun muassa mobiiliratkaisujen myötä. Nämä toimintatapojen muutokset sekä rakenteellisetkin muutokset

heijastuivat useamman haastateltavan vastauksista. Aikaresurssien rajallisuus ja kotihoidon asiakkaiden moninaiset haasteet nousivat myös pilotointiin liittyen vahvana teemana esiin.

Pilotoinnin sujuvuuden kannalta esimiestyöllä oli merkitystä. Kotihoidon työntekijät kokivat, että esimiehen osallistuminen pilotointiprosessiin oli oleellista. Yksittäisiä poikkeuksia lukuun ottamatta pidettiin tärkeänä, että niin esimies kuin henkilöstö ymmärtää kotikuntoutusmallin taustalla olevaa ajattelua ja omaa saman ymmärryksen mallin toteuttamisen vaatimista muutoksista nykykäytänteisiin työssä.

5. Kotikuntoutuksen vahvuudet

Kaikkien ammattiryhmien kokemuksista nousi vahvasti esiin monialaisuuden mahdollistuminen eri tavoin kuin aiemmin toteutuneessa yhteistyössä. Uusi toimintamalli antaa enemmän mahdollisuuksia toinen toiselta oppimiseen sekä asiakaslähtöisemmän työotteen toteuttamiseen. Monialaisuuden syventyminen näyttäytyi pilotoinnin aikana muun muassa tehostuneina palaverikäytänteinä sekä dokumentaation muokkaantumisenä. Kaikissa kunnissa koettiin tärkeänä, että asiakaskeskeisyys mallissa on vahva ja se näyttäytyi konkreettisimmin pilotoinnin aikana kirjaamisessa sekä tiimipalavereissa, joissa asiakkaiden asioita on yhdessä mietitty. Yhteisiä asiakaskäyntejä tehtiin, mutta niiden toteuttamisessa on vielä hiomista ja yhdessä tekemisen tapoja on opeteltava. Kotihoidossa kuntoutus omaa pitkät perinteet ns. rinnakkaistyöskentelynä, jossa kuntoutusalan ammattilainen kutsutaan mukaan, mikäli nähdään tarvetta. Tämä ammattilainen toteuttaa oman interventionsa ja raportoi siitä organisaation toimintatapojen mukaan esimerkiksi sähköisen potilaskertomuksen kautta kotihoitoon. Näitä tapauksia ovat tyypillisesti apuvälinetarpeen ilmeneminen ja liikkumiskyvyn muutokset. Kotikuntoutusmallissa kuntoutusalan ammattilainen on osallinen koko prosessin ajan tukien ja ohjaten hoitotyötä kunkin asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Tämä nähtiin vahvuutena, mutta käytännössä sen toteutuminen ontuu vielä. Niin kuntoutus- kuin hoitoalan ammattilaiset nostivat tämän haastatteluissa mahdollisuutena kehittää työtä, mutta toivat julki myös siihen liittyvää problematiikkaa.

Konkreettinen tavoiteasettelu kotikuntoutusmallin mukaan osallistaa asiakasta, mutta haastaa myös arjen työssä ammattilaisia löytämään uusia tapoja ohjata puolesta tekemisen

sijaan. Etenkin hoitotyössä puolesta tekemisen muuttuminen entistä enemmän ohjaavaan rooliin koettiin mielekkäänä. Tämä nähtiin vahvasti mahdollisuutena niin asiakkaan näkökulmasta kuin oman työn kehittämisen sekä työssäjaksamisen ja viihtyvyyden näkökulmista. Kotikuntoutus vaatii omahoitajuuden toteutumista ja niissä tapausesimerkeissä, missä tämä toteutui, koettiin tavoitteiden saavuttaminen helpommaksi.

6. Kotikuntoutukseen liittyvät haasteet

Merkittävimiksi haasteiksi kotikuntoutusmallin juurruttamisen ja toteutumisen suhteen arjen työssä kaikki haastateltavat nostivat aikaresurssin. Tämä nähtiin merkittävämpänä kuin henkilöstöresurssi. Täydellinen yksimielisyys vallitsi siitä, että ohjaavampi työote hoitotyössä vaatii myös aikaa ja tämän järjestäminen yksilöllisesti asiakkaalle säännöllisesti tulee olemaan vaikeaa. Se vaatii kaikilta mallin ymmärtämistä sekä halua työskennellä uudella tavalla. Tämän ajattelun istuttaminen nykyisessä tilanteessa kotihoitoon tulee olemaan seuraavaksi suurin haaste lähes kaikkien vastaajien mielestä. Miten muuttaa omaa tapaa toimia tilanteessa, jossa paine tehdä työ nopeasti on jatkuvasti läsnä? Kotikuntoutusmalli nähdään eniten ajatus- ja asennemuutoksena, jonka myötä toimintatapoja esimerkiksi moniammatillisessa työssä voidaan muuttaa.

Kuntoutusalan ammattilaisten saatavuus nosti myös kysymyksiä ilmaan. Miten paljon ja mitä osaamista kotihoito tarvitsee tuekseen? Miten moniammatillisuus toteutuu? Voidaanko löytää uusia tapoja toimia? Mikäli kotihoitoon tulee lisää toiminta- ja fysioterapiaresursseja, ei voida olettaa, että uudet ammattiryhmät solahtavat osaksi kotihoitoa tuosta vaan. Jos tätä ei tunnisteta, voi rinnakkaistyöskentely jatkua myös vaikka näennäisesti puhutaan kotikuntoutusmallista. Tämä haastaa kaikki ammattiryhmät sekä esimiestyön erityisesti alkuvaiheessa todella.

Tavoiteasettelun konkreettisuus ja asiakaslähtöisyyden aito toteutuminen oli etenkin alkuun työlästä. Tämä vaatii opettelua ja myös ammattikunta kohtaisten tavoitteiden sijaan yhdessä työstämistä. Kaiken kaikkiaan yhteistyön toteutuminen ja tavat siihen nähtiin haasteena. Ei mahdottomana, mutta kokonaisuudessa yhtenä merkittävänä osa-alueena.

7. Suuntaviivoja tulevaisuuteen

Kun alueellista kotikuntoutuksen mallia aletaan ottaa laajemmin käyttöön ja juurruttamaan osaksi kotihoitoa on asiaa pohdittava monesta näkökulmasta. Pilotoinnin aikana ESSO-hanke keräsi systemaattisesti kokemuksia prosessista säännöllisellä yhteydenpidolla pilotointikuntiin. Loppuhaastatteluissa haluttiin kuulla myös käytännön työntekijöiden ajatuksia ja näkemyksiä mallin toimivuudesta ja heidän visioistaan tulevaisuuden suhteen. Näistä on koottu seuraavia nostoja:

- Omahoitajuuden toteutuminen tärkeää kotikuntoutusprosessin hallinnalle ja asiakaslähtöisen työtteen mahdollistumiseksi
- Monialainen työ opettelua ja tiimiytymistä. Eri ammattiryhmien edustajien tulee omata samanlainen tausta-ajattelu kotikuntoutusmallista sekä nähdä asiakkaan arjen toiminnot keskeisinä oman työn toteuttamisen keinoina.
- Kotikuntoutusmallin käyttöönotto vaatii esimiestyöltä tukea sekä vahvaa koordinaatiota.
- Kotihoidon työntekijöitä tulee kouluttaa kotikuntoutusmalliin, arjen asiantuntijuuteen sekä löytää keinoja uuden työtavan opetteluun.
- Kotikuntoutuksen kirjaamiseen asiakkaan potilastietoihin tarvitaan yhtenäinen rakenne ja selkeät ohjeet
- Aika- ja henkilöstöresurssi on varmistettava, on ymmärrettävä uuteen toimintatapaan liittyvä ajankäyttö

Pilotointiprosessi haastatteluineen nosti vahvasti keskusteluun koordinoinnin välttämättömyyden. Alueellisen mallin käyttöönotto, jatkojalostaminen ja toimipistekohtaisten variaatioiden mahdollistuminen vaatii aiheeseen paneutuneen henkilön, joka etenkin alkuvaiheessa työskentelee vahvasti kotihoidon tukena. Tukea tarvitaan niin monialaisen työn tueksi kuin asiakaslähtöisen, konkreettisemmän tavoiteasettelun hahmottamiseksi. Myös kotikuntoutuksen prosessinomaisuus verrattuna aiempaan tapaan toimia vaatii vielä raamittamista.

8. Jatkotoimenpiteet

Alueellinen kotikuntoutusmalli valmistuu syksyn 2016 aikana. Siinä kuvataan kotikuntoutusprosessi monialaisena asiakaslähtöisenä ajallisesti rajattuna jaksona, jonka aikana painopiste kotiin annettavissa palveluissa on asiakkaan kanssa yhdessä mielekkäiden arjen toimintojen harjoittamisessa. Kotikuntoutus ei sovellu kaikille asiakkaille ja näin ollen kotihoidossa tarvitaan jatkossakin nyt jo käytössä olevia toimintatapoja. On siis hahmotettava kotikuntoutus erillisenä muista kotiin suunnatuista kuntoutuspalveluista ja tämä on ensimmäinen askel kohti alueellista yhtenäistä toimintatapaa. Alla listattuna toimenpiteet, joita vaaditaan alueellisen toimintamallin mahdollistumiseksi:

- Kotikuntoutus käsitteen määrittely Essoten alueella (vrt. kotiin suunnatut kuntoutuspalvelut)
- Mallin ja sen tausta-ajattelun juurruttaminen kotihoitoon; esimiehet, työnjärjestelijät ja työntekijät
- Aika- ja henkilöstöressurssien järjestäminen; kuntoutusalan osaamisen vahvistaminen ja niin sanotut jaetut resurssit. Eli kuntoutusalan ammattilaisten on voitava liikkua Essoten alueella tukemassa kotihoidon työntekijöitä.
- Yhteisesti sovittu tapa dokumentoida ja tilastoida kotikuntoutusta, jotta siitä saadaan tietoa pidemmällä aikavälillä ja voidaan arvioida luotettavasti kustannus-/hyötyvaikutuksia
- Kotihoidon henkilöstön kouluttaminen/perehdyttäminen malliin ja arjen asiantuntijuuden vahvistaminen; suunniteltu jatkuva koulutus, perehdytys

Esso-hanke työstää materiaalia syksyn 2016 aikana kotikuntoutusmallista sekä arkikeskeisen kotikuntoutustyön tueksi.

Tausta-aineisto

Björkman- Randström K., Wengler Y., Asplund K. & Svedlund M. 2012. Working with 'hands-off' support: a qualitative study of multidisciplinary team's experiences of home rehabilitation for older people. *International Journal of Older People*. doi: 10.1111/opn.12013

Borås Stad. 2009. Hemrehabilitering enligt Boråsmodellen. Program för arbetsterapi och sjukgymnastik.

<http://www.boras.se/download/18.6744cfc712ca27ae7cf80002427/Hemrehabprogram.pdf>

Borås Stad. 2010. Hemrehabilitering i Borås Stad 2007-2009.

http://www.boras.se/download/18.5aed8157140a3535d8e8000402/1390355247871/rapport_hemrehabilitering.pdf

Cunliffe A.L., Gladman J.R.F., Husbands S.L., Miller P., Dewey M.E. & Harwood R.H. 2004. Sooner and healthier: a randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age and Ageing* 33: 246-252.

Dahlin-Ivanoff S., Gosman-Hedström G., Edberg A-K., Wilhelmson K., Eklund K., Duner A, Ziden L, Welmer A-K & Landahl S. 2010. Elderly persons in the risk zone. Design of a multidimensional, health-promoting, randomised three-armed controlled trial for "prefrail" people of 80+ years living at home. *BMC Geriatrics* 10:27.

<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/27/>

Daniels R., van Rossum E., Metzelthin S., Sipers W., Habets H., Hobma S., van den Heuvel W. & de Witte L. 2011. A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons. *Clinical Rehabilitation* 25(11):968-974.

Gitlin L.N., Hauck W.W., Dennis M.P., Winter L., Hodgson N. & Schinfeld S. 2009. Long-term Effect on Mortality of a home Intervention that Reduces Functional Difficulties in Older Adults: Results from a Randomized Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 57:476-481.

Johansson G., Eklund K. & Gosman- Hedström G. 2010. Multidisciplinary team working with elderly persons living in the community: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 17:101-116.

Kehusmaa S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palveluiden käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131. Kelan tutkimusosasto. Helsinki.

King A.I.I., Parsons M., Robinson E. & Jörgensen D. 2012. Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomized controlled trial. Health and Social Care in the community 20(49):365-374.

Krook P. & Einset E. 2013. Kotikuntoutus- kuntoutusta kotiympäristössä. Toimintaterapeutin rooli asiakkaan ja kotihoidon tavoitteellisessa yhteistyössä. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu, toimintaterapian koulutusohjelma. Helsinki.

Levin G. & Vandermeulen S. 2010. A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients. Health and Social Care in the community 18 (1):91-99.

Mäkitalo A. 2015. Kunnolla kuntoon Etelä-Savossa. Kohti sujuvaa yhteistyötä ja kuntalaisten parempaa pärjäämistä palveluverkoston solmut ja sykkyrät avaten. Nykytilan kuvaus ja väliraportti kuntoutustoiminnasta ja siihen liittyvistä kehittämistarpeista Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella. [https://www.innokyla.fi/documents/916483/0/Kuntoutuksen+nykytila+ja+v%C3%A4liraportti+2015_a+m\(3\).pdf/ff7f345a-4a19-4d58-a288-008bebc3904a](https://www.innokyla.fi/documents/916483/0/Kuntoutuksen+nykytila+ja+v%C3%A4liraportti+2015_a+m(3).pdf/ff7f345a-4a19-4d58-a288-008bebc3904a)

Parsons J., Rouse P., Robinson E.M., Sheridan N. & Connolly M.J. 2012. Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference? Age and Ageing 41:24-29.

Pikkarainen A. 2013a. Ikääntyneiden aikuisten kuntoutusarki. Kuntoutus 1: 5-20.

Pikkarainen A. 2013b. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Osa 1. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja sarja. Suomen Yliopistopaino Oy.

Tinetti M.E., Charpentier P., Gottschalk M. & Baker D.I. 2012. Effect of a Restorative Model of Posthospital Home Care on Hospital Readmissions. Journal of the American Geriatrics Society 60:1521-1526.

Vik K., Nygård L. & Lilja M. 2009. Encountering staff in the home: Three older adults' experience during six months of home-based rehabilitation. Disability and Rehabilitation 31(8): 619-629.